

Volume 27 Number 2 June 2004
ISSN 0285-9262

**Journal of Japanese Society
of
Nursing Research**
日本看護研究学会雑誌

Japanese Society of Nursing Research

日本看護研究学会

27卷2号

研究者必携の「看護研究」論文選集

「看護研究」 アーカイブス

編集 中島紀恵子 新潟県立看護大学学長
中西 睦子 国際医療福祉大学教授

前原澄子 三重県立看護大学学長
南 裕子 兵庫県立看護大学学長



1967年創刊の雑誌「看護研究」第1～25巻のなかから選ばれた
論文集。今日では入手困難な貴重な文献が数多く掲載され、各施設
や図書館、教育者・研究者だけでなく、学生、臨床看護師も必携の書。

看護研究の理論と領域 第1巻

●B5 頁308 2003年 定価3,780円(本体3,600円+税5%) [ISBN4-260-33271-6]

看護研究方法とツール 第2巻

●B5 頁304 2003年 定価3,780円(本体3,600円+税5%) [ISBN4-260-33282-1]

テーマ別看護研究の実際 第3巻

●B5 頁364 2003年 定価3,780円(本体3,600円+税5%) [ISBN4-260-33256-2]



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

消費税率変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。

日本看護研究学会雑誌27巻1号において、平成15年度役員・評議員の選挙に伴い、新理事、評議員名簿を掲載いたしました。

理事会および役員の構成について

会 告 (1)

会則第4章第12条1)により、山口桂子 理事が理事長に決定致しました。

平成16年4月10日

日本看護研究学会
理事長 山 口 桂 子

会 告 (2)

会則第4章第12条3)により、理事長指名の理事に手島 恵氏が決定致しました。

平成16年4月10日

日本看護研究学会
理事長 山 口 桂 子

会 告 (3)

会則第4章第14条1)～6)により、理事会を下記のとおり構成し、決定致しました。

平成16年4月10日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

記

(任期 平成16年4月1日～平成19年3月31日)

理事役職名・委員会名	氏 名
理 事 長	山 口 桂 子
副理事長・総務担当理事(長)(兼任)	泉 キヨ子
総 務 担 当 理 事	手 島 恵
副理事長・渉外担当理事(長)(兼任)	川 嶋 みどり
渉 外 担 当 理 事	竹 尾 恵 子
会 計 担 当 理 事(長)	宮 腰 由 紀 子
会 計 担 当 理 事	大 串 靖 子
編 集 委 員 会 委 員(長)	川 口 孝 泰
編 集 委 員 会 委 員	黒 田 裕 子
編 集 委 員 会 委 員	中 木 高 夫
奨 学 会 委 員 会 委 員(長)	近 田 敬 子
奨 学 会 委 員 会 委 員	紙 屋 克 子
奨 学 会 委 員 会 委 員	寺 崎 明 美
学会賞・奨励賞選考委員会委員(長)	深 井 喜 代 子
学会賞・奨励賞選考委員会委員	石 垣 靖 子
学会賞・奨励賞選考委員会委員	小 田 正 枝
学会賞・奨励賞選考委員会委員	河 野 保 子
将来構想検討委員会委員(長)	早 川 和 生
将来構想検討委員会委員	石 井 卜 夕
将来構想検討委員会委員	太 田 喜 久 子
将来構想検討委員会委員	松 木 光 子

会 告 (4)

会則第4章第15条及び理事、監事選出規程5により、下記の方々が監事に決定致しました。

平成16年4月23日

日本看護研究学会
理事長 山口 桂 子

記

(任期 平成16年4月1日～平成19年3月31日)

理事役職名・委員会名	氏 名
監 事	田 島 桂 子
監 事	松 田 た み 子

会 告 (5)

日本看護研究学会雑誌編集委員会規程第3条3)に基づき、下記の4名が編集委員に決定致しました。

平成16年5月14日

日本看護研究学会
理事長 山口 桂 子

記

浅野 みどり 氏 (評議員) 名古屋大学医学部保健学科
金城 祥教 氏 (会 員) 筑波大学医学専門学群看護医療科学類
櫻井 利江 氏 (会 員) 筑波大学医学専門学群看護医療科学類
星野 明子 氏 (会 員) 京都大学医学部保健学科

(アイウエオ順)

会 告 (6)

「会告(3)に伴う、編集委員会、奨学会委員会、学会賞・奨励賞委員会の今後の連絡先は、下記の通り変更になりましたので、ご留意下さい。

平成16年4月10日

日本看護研究学会
理事長 山 口 桂 子

記

編集委員会

原稿送付先 〒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 川口 孝泰 宛

奨学会委員会

連絡先 〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10
日本看護研究学会奨学会
委員長 近田 敬子 宛

学会賞・奨励賞選考委員会

連絡先 〒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 深井 喜代子 宛

会 告 (7)

平成16年度奨学会研究に下記の研究が選ばれ決定致しました。

記

佐藤政枝氏 名古屋市立大学 看護学部
「人工股関節全置換術後患者のQOLを阻害する住生活環境要因の検討」

平成16年 4月10日

日本看護研究学会
理事長 山口桂子

会 告 (8)

日本看護研究学会 学会賞および奨励賞に関する規程・細則及び募集要項に基づいて、平成16年度学会賞の対象者を推薦して下さい。

平成16年 6月20日

日本看護研究学会
理事長 山口桂子

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。

(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。

- 1) 平成15年7月23日 第3条 2) (2)削除する。

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) 申請論文の別刷またはコピー……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刷またはコピー……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（論文別刷を含む）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。

- 1) 平成15年7月23日 第4条1)(2)、2)(2) 第10条別冊を別刷りに改正実施する。

平成16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。

2. 応募締切日

平成16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 深井喜代子（岡山大学医学部保健学科教授）

委員 石垣靖子（医療法人東札幌病院副院長）

〃 小田正枝（西南女学院大学保健福祉学部教授）

〃 河野保子（愛媛大学医学部看護学科教授）

（アイウエオ順）

5. 学会賞の交付

規程第9条、細則第9条により行う。

6. 応募書類は細則第10条により返却しない。

7. 学会賞申請書送付先

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻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 深井喜代子

会 告 (9)

第30回日本看護研究学会学術集会を下記の要領により開催します。(第4回公告)

なお、最新の情報は学術集会ホームページ (<http://kango30.umin.jp>) をご覧ください。

平成16年6月20日

第30回日本看護研究学会学術集会
会長 竹尾 恵子

記

第30回日本看護研究学会学術集会

メインテーマ 「看護におけるヒューマンケアの実現」

会 場：大宮ソニックシティ

〒330-8669 埼玉県さいたま市大宮区桜木町1-7-5

期 日：平成16年7月29日(木)、30日(金)

第1日目 7月29日(木) 10:00～18:15

10:00～11:00 会長講演：

「ヒューマンケアの看護実践への具現化」

講演者：竹尾 恵子 (国立看護大学校)

司 会：早川 和生 (大阪大学)

11:00～12:00 平成16年度総会

13:00～18:15 演題発表

第2日目 7月30日(金) 9:00～17:00

9:00～15:15 演題発表

10:00～12:00 特別講演：

「看護における心臓領域専門家の育成と役割」

講演者：Erika S. Froelicher

(University of California, San Francisco, U.S.A.)

司 会：見藤 隆子 (長野県看護大学)

13:00～15:00 看護技術実演交流会①:
「心肺蘇生法 - BLSからACLSまで-」
講 師: 国立循環器病センター看護部
小児担当: 田村 有希 大神 陽子
成人担当: 松浦ゆきみ 西島 和美 尾上 純子
吉田 活子

13:30～14:30 看護技術実演交流会②:
「リンパ浮腫のケア - リンパマッサージと多層圧迫包帯法-」
講 師: 国立がんセンター東病院緩和ケア病棟
中辻香邦子 佐々木智美

15:00～17:00 シンポジウム①:
「EBNを実践する鍵 - つくる・さがす・つかう-」
司 会: 真田 弘美 (東京大学)
阿部 俊子 (東京医科歯科大学)
シンポジスト:
Robert L. Anders (University of Texas, El Paso, U.S.A.)
北池 正 (千葉大学)
丸口ミサエ (国立看護大学校)
坂本 史衣 (聖路加国際病院)

15:00～17:00 シンポジウム②:
「看護教育における国際協力」
司 会: 手島 恵 (千葉大学)
稲岡 光子 (国立看護大学校)
シンポジスト:
小西 恵美子 (長野県看護大学)
田代 順子 (聖路加看護大学)
熱田 泉 (ヘルスコンサルタント)
Puangrat Boonyanurak (Saint Louis College, Thailand)

ランチョンセミナー 「C型慢性肝炎の病態とその治療」
7月29日(木) 12:00～13:15
(中外製薬株式会社 株式会社医学書院)

【託児サービスのご案内】

会場内で託児サービスがご利用いただけます。

業者「有マザーズ」まで直接ご連絡ください。

電話：0120-788-222（月～金10:00～17:00）

対象：1歳から12歳のお子様（1歳未満のお子様については応相談）

料金：お子様一人につき1日5,000円（3時間以内は3,000円）

託児料等の一部となります

※学会の一週間前まで受け付けますが、定員になり次第締め切らせていただきます。

【学術集会参加費事前払い込みのご案内】

学術集会および懇親会参加費は郵便振替で事前に払い込みくださいますようお願いいたします。

<参加申し込み方法>

第30回学術集会参加費事前払い込み用紙は、平成15年12月20日発行の第26巻5号に同封の振込用紙をご利用ください。

振込先は、第30回日本看護研究学会学術集会 00150-5-352506 です。

<参加費>

6月19日以降に参加費を振り込まれた方は、当日、事前登録者受付で振込用紙をご提示ください。引き替えにネームカードをお渡しします。

	事前登録（6月18日迄） （終了しました）	当日登録	備考
会 員	9,000円	10,000円	
非 会 員	9,000円	10,000円	但し、学術集会誌代金2,000円は含まない
学 生	2,000円	3,000円	但し、学術集会誌代金2,000円は含まない

注：大学院生は、会員または非会員のいずれかでお申し込みください。

【懇親会】

会 場：パレスホテル大宮

日 時：平成16年7月29日（木）18:30 開始

会 費：6,000円

【学術集会事務局】

〒204-8575 東京都清瀬市梅園1-2-1

国立看護大学校内

第30回日本看護研究学会学術集会事務局

TEL & FAX：0424-95-2583

電子メール：jsnr30@ncn.ac.jp

ホームページ：http://kango30.umin.jp

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	

学 会 賞 推 薦 書

日本看護研究会理事長 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 齡)	推 薦 者 所 属 (職 名)
会員番号 (歳)	()
被 推 薦 者 氏 名 (年 齡)	被 推 薦 者 所 属 (職 名)
会員番号 (歳)	()
推薦理由	

◆コミュニケーションの基本的知識をその根拠も含めて理解し、より効果的な実践につなげるために不可欠の書!

自分を見つめる

カウンセリング・マインド

ヘルスケア・ワークの基本と展開

五十嵐 透子 / 著

B5判・152頁

定価 2,940円

(本体 2,800円 税5%)



◆“こころ”と“からだ”のセルフ・コントロールを望むすべての人々に贈る行動療法の入門書!

リラクゼーション法の理論と実践

ヘルスケア・ワーカーのための行動療法入門

五十嵐透子 / 著

B5判・178頁

定価 2,730円

(本体 2,600円 税5%)



◆場に応じて行動する基本的なコミュニケーション能力が身につく、看護の場面でのコミュニケーション・センスがみがかれるよう構成!

仲間とみがく 看護の コミュニケーション・センス

大森武子・大下静香

矢口みどり / 著

A4判・178頁

定価 2,940円

(本体 2,800円 税5%)



◆チーム医療実践のための、専門職のあり方、社会心理学的・倫理的側面からのチーム医療の研究と概観、その実践例を展開し解説。

チーム医療論

鷹野和美 / 編著

B5判・120頁

定価 2,100円

(本体 2,000円 税5%)



◆ヒューマン・サービス領域での「健康日本21」、「介護保険計画」、「ユニバーサルデザインの街づくり」計画の策定に役立つ手引き書!

ヒューマン・サービスにおける

グループインタビュー法

科学的根拠に基づく質的研究法の展開

安梅勅江 / 著

B5判・136頁

定価 2,730円

(本体 2,600円 税5%)



◆「当事者自身の声を反映させる」質的な研究方法であるグループインタビューについて、活用場面の特別性にどのような工夫が有効なのかに焦点を当て解説!

ヒューマン・サービスにおける

グループインタビュー法Ⅱ / 活用事例編

科学的根拠に基づく質的研究法の展開

安梅 勅江 / 編著

B5判・164頁

定価 2,940円

(本体 2,800円 税5%)



●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

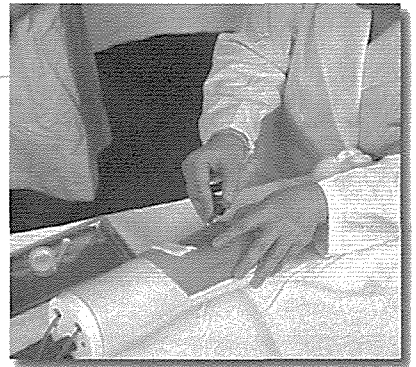
2004年3月作成 TP

時代を超えて生きる

Essential 看護教育をもとめて

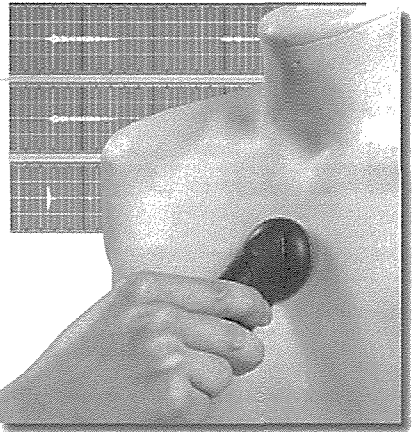
新型・採血静注シミュレータ シンジョー

血管が見えやすいタイプと見えにくいタイプをご用意。
メジャー級の刺しごちで心ゆくまで練習できます。
注射部位を交換するだけで長く使えます。
水漏れのしない構造で音の静かなポンプです。
準備と後始末がずっとスムーズになりました。



呼吸音聴診シミュレータ Mr. ラング

お手持ちの聴診器を使って呼吸音聴診トレーニングができます。。
実際の患者さんから録音した35症例を収録しており、コンピュータで操作することができます。
等身大の人体胸部モデルの体内に内臓された15基のスピーカが呼吸器疾患の肺音を自然な形で再現します。
世界的基準となっている肺音の分類巨郁に最適です。モデル背部でも患者さんそっくりの fine crackle が聴かれます。



新生児沐浴人形 新太郎&桃子

大泉門・小泉門の形状が理解できます。
新生児の首のすわりを再現しています。
耳介はやわらかく沐浴実習に適するようにつくられています。
授乳・衣類の着脱・臍帯処置・計測・耳腔鼻腔の手入もできます。



新製品・小児実習モデル *乳児マロン & *幼児りんご

乳児は身長約 70cm、体感で約 9 kgを想定。幼児は身長約 105 cm、体感で約 15 kgを想定。乳児、幼児の抑制のしかたや全身計測・体位変換・着脱・沐浴実習などの看護実習が可能です。
新生児モデル「桃子」とあわせて三姉妹です。



カタログ・パンフ・デモのご用命は右記まで

本社工場：京都市伏見区下鳥羽渡瀬町 35-1 〒 612-8393
電話 075-605-2510 FAX 075-605-2519

東京支店：東京都文京区小石川 5 丁目 20-4 〒 112-0002
電話 03-3817-8071 FAX 03-3817-8075

<http://www.kyotokagaku.co.jp> e-mail:rw-kyoto@kyotokagaku.co.jp



株式 京都科学
会社

目 次

一原 著一

うつ病患者への教育・指導に関する基礎的研究	19
- 患者・看護者へ一般性自己効力感尺度を用いた質問紙調査を通して -	

石川県立看護大学 佐々木 栄 子
金沢大学医学部保健学科 小 山 善 子

潜在的大学院生としての看護職者の看護学・保健学系大学院に対するニーズ：

Delphi techniqueを用いた全国調査	29
--------------------------------	----

滋賀医科大学 澤 井 信 江
野 島 良 子
田 中 小百合
大 町 弥 生
聖路加国際病院 降 田 真理子
広島県立保健福祉大学 日 浦 美 保

高齢者および若年者の仙骨部軟部組織厚と圧迫による変化	39
----------------------------------	----

新見公立短期大学看護学科 杉 本 幸 枝
倉敷平成病院 小 山 恵美子
岡山県立大学保健福祉学部 森 将 晏

手術を受ける乳癌患者の治療に関する意思決定の構造	45
--------------------------------	----

愛知県立看護大学 尾 沼 奈緒美
鎌 倉 やよい
愛知県がんセンター 長谷川 美 鶴
金 田 久 江

一研究報告一

幽門側胃切除術後の食事摂取量をセルフコントロールするための指標の検討	59
--	----

愛知県立看護大学 中 島 佳緒里
鎌 倉 やよい
深 田 順 子
尾 沼 奈緒美
愛知県立看護大学大学院看護学研究科 山 口 真 澄
愛知県がんセンター 小野田 嘉 子
中 村 直 子
金 田 久 江

実習指導者の看護学実習における指導上の困難とその関連要因	67
------------------------------------	----

埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科 細 田 泰 子
横浜市立大学看護短期大学部 山 口 明 子

特養におけるおむつ利用者の心身障害状況とおむつ介護形態の分析	77
--------------------------------------	----

新見公立短期大学地域福祉学科 井 関 智 美
岡山県立大学保健福祉学部 田 内 雅 規

受け持ち患者を看取った看護学生の学び	85
--------------------------	----

吉備国際大学保健科学部看護学科 名 越 恵 美
細 川 つや子
ベル総合福祉専門学校 林 由 佳

健康高齢者における自力坐位保持ならびに背面密着坐位中の循環動態及び自律神経活性	93
宮崎県立看護大学	黒 木 祐 子 長 坂 猛 安 部 浩太郎 須 永 清 田 中 美智子
広島大学	小 林 敏 生
金沢工業大学	榊 原 吉 一
 —実践報告—	
反省的思考による学生の看護実践の認識	101
—基礎看護学における学内演習と臨地実習の連関—	
奈良県立医科大学医学部看護学科	青 山 美智代 伊 藤 明 子 三 毛 美恵子 須 藤 聖 子
元三重大学医学部看護学科	向 坂 智 子
田嶋整形外科・リウマチ科	大久保 千 里
 第29回日本看護研究学会講演記事 (2)	
会長講演	
ヒューマンポテンシャルへの畏敬	113
大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻統合保健看護学分野	早 川 和 生
総合ヘルスプロモーション科学講座	
シンポジウム	
未来を見つめるナースィング・アカデミー・21世紀ストラテジー	
日本看護科学学会のストラテジー	115
日本看護科学学会 理事長	村 嶋 幸 代
21世紀の看護に関わる教育を基盤に	119
広島県立保健福祉大学	田 島 桂 子
日本在宅ケア学会の歩みと科学的発展および実践向上へのストラテジー	122
東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科	島 内 節
日本看護診断学会の歩みと看護実践への貢献	125
—看護事象を表現する用語の標準化は可能か—	
東海大学健康科学部	藤 村 龍 子
日本看護研究学会の活動の歴史と今後の課題	126
日本看護研究学会理事長	東京都立保健学大学 川 村 佐和子
まとめに代えて	127
愛知県立看護大学	草 刈 淳 子
日本赤十字看護大学	川 嶋 みどり

CONTENTS

.....Original Papers.....

- Research on intervention to patients with depression
– through questionnaire survey to patients with depression and
nurses using the Greeral Self Efficacy Scale – 19

Ishikawa Prefectural Nursing University : Eiko Sasaki
School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kanazawa University : Yoshiko Koyama

- The Potential Needs for Higher Education in Nursing among Clinical Nurses in Japan :
A Delphi Technique Survey 29

Shiga University of Medical Science : Nobue Sawai
: Yoshiko Nojima
: Sayuri Tanaka
: Yayoi Omachi
St. Luka's International Hospital : Mariko Furuta
Hiroshima Prefectural College of Health Sciences : Miho Hiura

- Thickness and pressure deformability of soft tissue over the sacrum in elderly and
young subjects 39

Niimi College Nursing Department : Yukie Sugimoto
Kurasiki Heisei Hospital : Emiko Koyama
Faculty of Health and Welfare Science Okayama Prefectural University : Masaharu Mori

- The structure of decision-making with regard to surgical treatment in breast cancer patients 45

Aichi Prefectural College of Nursing & Health : Naomi Onuma
: Yayoi Kamakura
Aichi Cancer Center : Mitsuru Hasegawa
: Hisae Kanada

.....Research Reports.....

- Development of indices for self-control of intake volume in postoperative distal
gastrectomy patients 59

Aichi Prefectural College of Nursing & Health : Kaori Nakajima
: Yayoi Kamakura
: Junko Fukada
: Naomi Onuma
Graduate School of Nursing Aichi Prefectural College of Nursig & Health : Masumi Yamaguchi
Aichi Cancer Center : Yoshiko Onoda
: Naoko Nakamura
: Hisae Kanada

Factors that cause perceived difficulties in clinical teaching of nursing	67
Department of Nursing, School of Health and Social Services, Saitama Prefectural University : Yasuko Hosoda	
College of Nursing, Yokohama City University : Akiko Yamaguchi	
An analysis of the mental and physical conditions of diaper users and the use of diapers in nursing homes	77
Department of Community Welfare, Niimi College : Satomi Iseki	
Department of Health and Welfare, Okayama Prefectural University : Masaki Tauchi	
Lessons learned by student nurses who attended terminal patients	85
Department of Nursing, KIBI International University : Megumi Nagoshi	
: Tsuyako Hosokawa	
Bell School of Social Welfare and Health : Yuka Hayashi	
Effects of the different body posture on the hemodynamic responses and the autonomic nervous activity in healthy elderly men	93
Miyazaki prefectural University : Yuko Kuroki	
: Mou Nagasaka	
: Kotaro Abe	
: Kiyoshi Sunaga	
: Michiko Tanaka	
Hiroshima University : Toshio Kobayash	
Kanazawa Institute Techonology : Yoshikazu Sakakibara	
Student Nurse Perceptions of Nursing Care by Reflective Thinking	
– Connection of Clinical Nursing Skills Laboratory and Nursing Practicum –	101
Nara Medical University, School of Nursing : Michiyo Aoyama	
: Akiko Ito	
: Mieko Miyake	
: Seiko Sudo	
Faculty of Medicine, School of Nursing, Mie University (Previous) : Tomoko Kousaka	
Tajima-Clinic for Orthopedics and Rheumatology : Chisato Okubo	

うつ病患者への教育・指導に関する基礎的研究

—患者・看護者へ一般性自己効力感尺度を用いた質問紙調査を通して—

Research on intervention to patients with depression

— through questionnaire survey to patients with depression and
nurses using the General Self Efficacy Scale —

佐々木 栄子¹⁾
Eiko Sasaki

小山 善子²⁾
Yoshiko Koyama

キーワード： 自己効力感, うつ状態, 患者教育, 看護者評定, 成功体験
self efficacy, depression, patient education, assessment, performance accomplishments

I はじめに

米国では看護師はどこで働いても本質的には教育者であるという考え方のもと1970年代より患者教育はシステムとして行われるようになった¹⁾。その背景には医療費の高騰による国家財政の圧迫という現況がある。医療費には供給と需要の双方の課題があるが、患者教育は需要サイドに直接影響する看護技術として着目されつつある。また、患者がどのような状態であろうと説明を受けることは患者の権利である²⁾との指摘もある。このような背景のもと、近年自己効力感に焦点をあてた患者教育が一定の成果を上げてきている。

しかし、一般的にうつ病患者は、自己効力感が低く、行動変容にむけた介入のきっかけをつかみにくいと考えられているため、こわごわと接していたと思う³⁾、の認識に代表されるように看護介入、特に教育・指導の側面には考え方や方法論上のとまどいの現状が推測される。そのような中、精神及び行動の障害を主訴とする入院患者は増加傾向にあり⁴⁾、精神病棟でもそのことを実感し働きかけの方向を模索している⁵⁾。

坂野らはうつ症状を示す17名の患者の自己効力感を測定し(4.0±2.3)、健常者との間に有意な差を(t=2.03, P<.05)認めた⁶⁾。また通院中と入院中の2例のうつ病患者の自己効力感を経時的に観察し、2例とも治療中は自己効力感の向上は認められなかったが治療後は改善したと報告している(z=2.2353, n=14, p<.05; Z=3.1383, n=13, p<.01)⁷⁾。しかし症例は少なく、働きかけの内容は、その研究の目的から明らかにされていない。

そこで今回、うつ病患者への効果的な教育、指導のあり方を検討する基礎的資料を得るために、1) うつ病患

者の自己効力感と自己効力感に関連している因子を探索する、2) うつ病患者の自己効力感に関する看護者アセスメントとアセスメントに影響する看護者背景を抽出する、の2つを目的に本研究に取り組んだ。

II 方法

本研究は質問紙調査による記述的因子探索的研究である。

1. 調査対象

研究協力を承諾した精神科病床を持つI県内病院16施設と県外4施設の合計20施設を退院するうつ病患者で、協力を表明した患者とその患者に退院指導を行った看護者とした。

2. 調査期間

平成14年3月1日から同年10月30日までの8カ月間。

3. 倫理的配慮

本学倫理委員会の審査を経て、研究者の身分や研究の概要、プライバシーと匿名性の確保、途中で中止できること、そのための不利益は全く被らないこと、得られたデータは研究目的以外には使用しないこと、以上をしたための協力依頼文を示しつつ、口頭で個別に説明を行った。その後「承認」を頂きご協力の意志を確認後実施させて頂いた。

4. 調査枠組み

Banduraの社会学習理論を基盤に設定した。Banduraは行動変容に向けた働きかけの視点から自己効力感と自己効力感の向上に関わる2つの予期要因および4つの情報源

1) 石川県立看護大学 Ishikawa Prefectural Nursing University

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

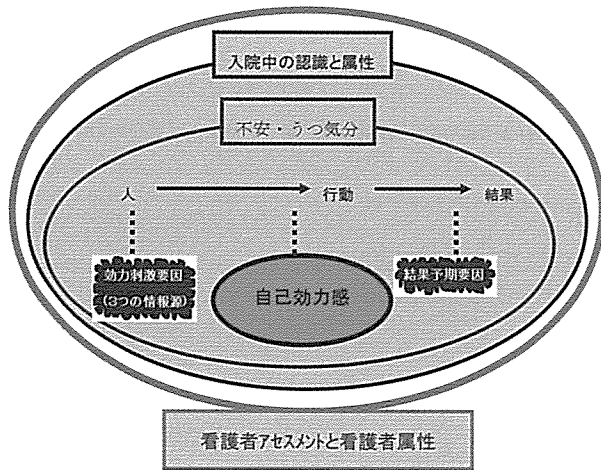


図1 調査枠組み

(Bandura, A.: Social Learning Theory, p80, 1977. を参考に作成)

を指摘している⁸⁾。患者教育・指導とは患者の行動変容に介入する行為であり、効果的介入を考えるにあたり自己効力感の評価は有用な情報と考える。そこで、本研究では基準変数としてうつ病患者の自己効力感得点を、説明変数として、①不安・うつ気分、②結果予期要因と効力刺激要因 (Banduraの4つの情報源のうち、生理的アローザを省く3つ)、③入院中の患者の認識 (原因帰属意識⁹⁾、入院中受けたケア内容¹⁰⁾、今後効果があれば試みたい療法、社会的サポート)、と属性を設定した。また看護者アセスメント (退院指導した患者の自己効力感と自己効力感関連要因に関する評定) と看護者属性 (一般的属性とやりがい感) を調査枠組みに組み入れた。なお図1にその全体像を示した。

5. 調査道具と調査内容

1. 自己効力感測定道具として

日本語版一般性自己効力感尺度⁶⁾：本尺度は16項目で構成されており、2件法 (はい1点、いいえ0点) で測定される。得点範囲は0-16点で、高得点ほど自己効力感が高いと評定 (0-4=低い、5-8=やや低い、9-11=普通、12-15=やや高い、16=高い) される。信頼性・妥当性は検証されている。

2. 自己効力感関連要因の抽出

1) 日本語版The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD尺度)¹¹⁾¹²⁾：本尺度は不安7項目、うつ7項目の計14項目から構成され4件法 (よくある3点、ある2点、あまりない1点、ない0点) で測定される。得点範囲は0-21点で、高得点ほど不安、うつ気分は高いと評定 (双方共、0-7=症状なし、8-10=疑いあり、11-21=あり) される。従来臨床的うつ評定には Beck's Depression Inventory (BDI)、Zungの Self-rating Depres-

sion Scale (SDS)、Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) 等が用いられているが、今回うつ病の感情面の基調である不安・うつの2要因と自己効力感との関連をみるためにこの尺度を採用した。信頼性・妥当性は検証されている。

2) その他自作質問紙：①結果予期要因と効力刺激要因に関する質問紙、②入院中の認識と属性に関する質問紙、③看護者属性とやりがい感に関する質問紙を用いた。

6. データ分析方法

研究目的に従いt検定、フィッシャー直接確率法、一元配置分散分析、ピアソンの相関係数を用いた。患者と看護者評定の一致度検定にはCramerの関連係数を用いた。以上統計ソフトHalbouを使用し分析した。

III 結果

1. 対象者

I県内10施設と県外2施設の合計12施設 (施設回収率60.0%)、32ペアから回答を得た。うち自己効力感に欠損値があった1ペアを除き31ペアを分析対象とした。

2. 自己効力感

1) 入院時点と退院時点の比較：入院時自己効力感の平均値は 6.5 ± 4.1 (最大値14.0, 最小値0.0)、退院時の平均値は 6.6 ± 4.3 (最大値16.0, 最小値0.0) で入院時と退院時の自己効力感の平均値に有意な差は見られなかった (表1)。

表1 入・退院時の自己効力感得点比較

項目名	n	平均値 ± SD	p
入院時	31	6.5 ± 4.1	ns
退院時	31	6.6 ± 4.3	
ns		有意差なし	

2) 坂野らの病理群との比較：坂野らは病理群 (うつ病ないしは抑うつ性神経症) の患者17名の自己効力感の平均値は4.0 (SD=2.3)、標準群の平均値は6.6 (SD=3.4)、高自己効力群の平均値は8.9 (DS=3.6) と報告している¹⁵⁾。この結果と本研究の結果を比較すると、本研究の自己効力感は入院時 (Welch $t=2.039$, $p < .05$)、退院時 (Welch $t=2.221$, $p < .05$) とともに坂野らの病理群の平均値より有意に高く標準群との差は見られなかった。

3 自己効力感関連要因

1) 不安・うつ気分：入院時不安の平均値は 11.0 ± 5.2 (最大値21.0, 最小値0.0)、退院時は 8.1 ± 4.5 (最大値18.0, 最小値0.0)、で入院時点と比較すると退院時点の不安得

点の平均値は有意に減少していた ($t=2.33, p<.05$) (図2)。同様入院時うつ得点の平均値は 12.0 ± 5.3 (最大値21.0, 最小値0.0), 退院時は 8.2 ± 5.3 (最大値17.0, 最小値0.0) で, 入院時から退院時点にかけてうつ得点も有意に減少していた ($t=2.74, p<.01$) (図2)。前述したように入院時点と退院時点の自己効力感の平均値には有意差がなかったことから, 入院時から退院時にかけて不安・うつ状態は軽減したが自己効力感の向上は見られない結果となった。しかし退院時不安, うつ得点を評定基準 (調査道具参照) に従い3群に分け退院時自己効力感との一元配置分散分析を行ったところ, 不安気分有意差は見られなかったが, うつ気分との間には有意な差がみられた (表2) (Bonferroni, $t=2.676, p<.05$)。不安

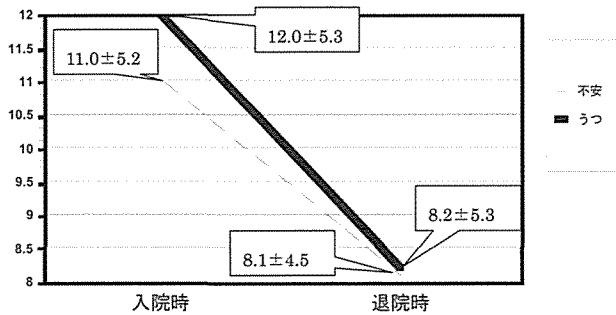


図2 入院時と退院時の不安・うつ得点変化

n=31

表2 退院時うつ得点と自己効力感得点分布

区分	n	平均値 ± SD	p
症状なし	15	8.3 ± 4.3	* Bonferroni
疑いあり	5	7.2 ± 4.1	
症状あり	11	4.0 ± 2.9	
Bonferroni		*p < .05	

とうつの相互作用については, 標本数の不足から2元配置分散分析が不可能となり今後の課題となった。

2) 結果予期要因と効力刺激要因: (1) 結果予期要因: 良くなる確信を持っていると答えたのは26名 (83.9%), 対処法を知っていると答えたのは18名 (58.1%) であった。良くなる確信を持っている患者の自己効力感の平均値は, そうでない患者に比較し有意に高かった ($p<.05$) (表3)。(2) 効力刺激要因: 成功体験があると答えた患者は7名 (22.6%), モデリング体験は13名 (41.9%), 誉められ体験は14名 (45.2%) であった。成功体験がある患者はない患者に比べ自己効力感の平均値は有意に高かった ($p<.0005$) (表3)。モデリング体験と自己効力感との関連はフィッシャーの直接確率法 ($p<.05$) では有意差は見られなかった ($t=1.933, p=.059$) が可能性は示唆された。

3) 入院中の患者の認識: (1) 原因帰属意識: 環境と答えた患者は9名 (29.0%), 運は5名 (16.1%), 能力は5名 (16.1%), 努力は12名 (38.7%) であった。努力に帰属した患者の自己効力感の平均値はそうでない患者の平均値と比較し有意に高かった ($p<.001$) (表3)。(2) 学習経験の有無: うつ病に関し学習経験があると答えた患者は11名 (35.5%) であった。ないと応えた患者に比較し自己効力感の平均値は有意に高かった ($p<.005$) (表3)。学習経験の有無が結果予期要因及び効力刺激要因にどのように関連しているかをフィッシャーの直接確立法で検定したがどの項目との関連も見られなかった。(3) 今回受けたケア内容 (複数回答): 検査の説明を受けた患者は22名 (71%), 薬の説明は21名 (67.7%), 治療法の説明は23名 (74.2%), 家族関係の調整は18名 (58.1%), 職場の人間関係の調整は7名 (22.6%), 健康

表3 自己効力感と関連が見られた項目

項目名	区分	n	自己効力感得点分布		p	
			平均値 ± SD			
良くなる確信	ある	26	7.3 ± 4.3)	*	
	ない	5	3.0 ± 2.3			
成功体験	ある	7	11.4 ± 3.8)	****	
	ない	24	5.2 ± 3.4			
努力帰属意識	ある	12	9.8 ± 4.2)	****	
	ない	19	4.6 ± 3.1			
学習経験	ある	11	9.6 ± 4.4)	***	
	ない	20	4.9 ± 3.4			
家族関係調整	受けた	18	8.3 ± 4.3)	**	
	受けない	13	4.2 ± 3.3			
リラックス法	受けたい	10	10.1 ± 4.3)	***	
	思わない	18	5.0 ± 3.3			
		*p < .05	*p < .01	***p < .005	****p < .001	*****p < .0005

状態の観察は31名(100%)、洗面・整髪の手洗は26名(83.9%)、排泄の手洗は15名(50%)、食事の手洗は19名(65.5%)、入浴・清拭は14名(48.3%)であった。自己効力感との関連では、家族関係の調整を受けたと答えた患者の平均値は、そうでない患者の平均値と比較し有意に高かった($p < .01$) (表3)。(4) 効果があれば受けたい療法(複数回答): 気分転換法と答えた患者は15名(53.6%)、心のバランスの保ち方は13名(46.4%)、リラックス法は10名(35.7%)、人間関係のとりかたは8名(28.6%)、コミュニケーションの方法は7名(25%)、家族療法は5名(17.9%)で、リラックス法を希望した患者は希望しない患者に比較し自己効力感の平均値は有意に高かった($p < .005$) (表3)。1種類だけの希望者は50%を占め、希望数が多いほど自己効力感が高い傾向が見られた($r = .54, p < .005$)。気分転換法、心のバランスの保ち方、リラックス法を希望している患者の割合は、家族療法、人間関係の取り方、コミュニケーション療法を希望している患者の割合より高い傾向が見られた。(5) 社会的サポート: 紙面の関係上、自己効力感と関連がなかったため省略する。

- 4) 患者の属性:(1) 一般属性: 年齢の平均値は 53 ± 12 歳(最大値74歳, 最小値28歳)で、20歳代1名(3.2%)、30歳代4名(12.9%)、40歳代5名(16.1%)、50歳代10名(32.3%)、60歳代10名(32.3%)、70歳以上は1名(3.2%)であった。性別は、男性9名(29.0%)、女性22名(71.0%)で、有職者は5名(16.1%)、無職者は26名(83.9%)、学歴は、中学・高校卒は21名(75.0%)、大学・大学院卒は3名(10.7%)、短大・専門学校卒は3名(10.7%)、無回答者は1名(3.6%)であった。一般属性と自己効力感との間に有意な差は見られなかった。(2) 入院関連属性: 紙面の都合上自己効力感と関連がなかったため省略する。

4 看護者アセスメント

- 1) 自己効力感評定: 看護者評定の平均値は 5.6 ± 3.5 (最大値14.0, 最小値0.0)で、患者の退院時自己効力感と看護者評定とのCramerの関連係数は0.50であった。坂野らの調査による病理群の平均値との間に有意な差は見られなかった。
- 2) うつ気分に関する看護者評定: 平均値は 7.1 ± 5.9 (最大値14.0, 最小値0.0)で、一元配置分散分析の結果、退院時うつ評定と自己効力感評定との間に有意な差はみられなかった。患者のうつ得点とのCramer関連係数は0.26であった。
- 3) 結果予期要因と効力刺激要因: 退院指導した患者について「良くなる確信」を持っていると答えた看護者は

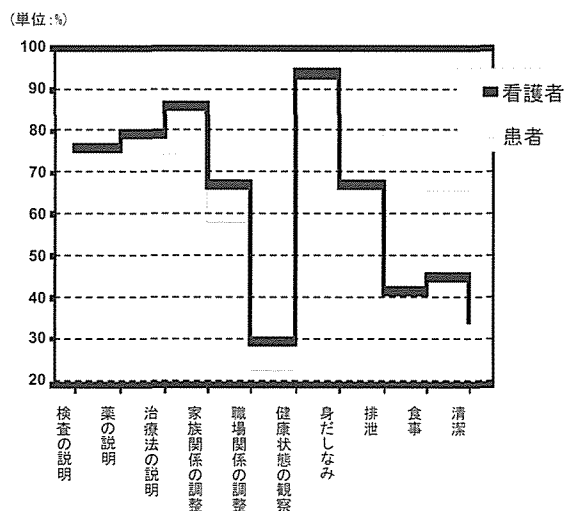


図3 受けたケアに関する患者・看護者意識比較 (MA)

- 21名(70.0%)、「対処法を知っている」と答えた看護者は16名(53.3%)で、Cramerの関連係数は「良くなる確信」0.49、「対処法」0.19であった。また「成功体験がある」と答えた看護者は9名(30.0%)、「モデリング体験」は11名(39.3%)、「誉められ体験」は18名(60.0%)で、Cramerの関連係数は「成功体験」0.02、「モデリング体験」0.19、「誉められ体験」0.22であった。結果予期要因と効力刺激要因評定と自己効力感評定の間に有意な関連は見られなかった。
- 4) 入院中の認識に関する看護者評定:(1) 原因帰属: 退院指導した患者の帰属意識について環境と答えた看護者は18名(66.7%)、運は1名(3.7%)、能力5名(18.5%)、努力は3名(11.1%)で、Cramer関連係数は環境0.13、運0.07、能力0.07、努力0.33であった。(2) 学習経験: 退院指導した患者が「うつ病について学習している」と答えた看護者は13名(43.3%)で、Cramerの関連係数は0.17であった。(3) 受けたケア内容: 退院指導した患者のケア内容に関する看護者評定と患者評定結果を図3に示した。検査の説明22名(75.9%)、薬の説明23名(79.3%)、治療法の説明25名(86.2%)、家族関係の調整20名(66.7%)、職場関係の調整8名(29.6%)で、「説明や調整」に関するケア内容に関しては看護者意識のほうが高い構成比を示した。健康状態の観察は看護者28名(93.3%)、患者31名(100%)と双方とも高い認識を示した。技術を伴うケア内容(洗面・整髪、排泄・食事の・入浴の手洗等)は患者の方が高い認識であった。Cramerの関連係数は紙面の都合上省略する。
- 5) 看護者属性:(1) 一般属性: 年齢は平均値 $41歳 \pm 8$ 歳(最大値58歳, 最小値24歳)で20歳代3名(9.7%)、30歳代11名(35.5%)、40歳代13名(41.9%)、50歳代4名(12.9%)、うち既婚者は24名(82.8%)、未婚者は5

表4 成功体験評価と勤続年数分布

項目名	区分	n	平均値±SD	p
成功体験	ある	9	20.3±8.8	****
	ない	22	9.1±7.3	

****p<.0001

表5 やりがい感と自己効力感評定得点分布

項目名	区分	n	平均値±SD	p
やりがい感	ある	25	6.4±3.4	*
	ない	5	2.6±2.4	

*p<.05

名(17.2%)無回答者2名であった。精神科勤続年数の平均値は12.5±9.1年(最大値31.0, 最小値1.0)で, 5年以下は9名(30.0%), 6-10年は7名(23.3%), 11-15年は2名(6.7%), 16年以上12名(40.0%)で, 精神科勤続年数の長さとの成功体験の有無の判断の間には有意な差が見られた(p<.001)(表4)。(2)うつ病患者の看護に「やりがい感」があると答えた看護者は25名(83.3%), うつ病患者の看護は難しいと答えた看護者は21名(67.7%), うつ病患者と気楽に話すと答えた看護者は18名(60.0%)であった。うつ病患者の看護にやりがいがあると答えた看護者は患者の自己効力感を有意に高く評定していた(p<.05)(表5)。今回自由記載関連表は紙面の都合上省略したが, 「やりがい」がある理由として「助言した言葉で行動が変わったりする」, 「徐々にコミュニケーションがとれるようになる」等, ケアした患者の変容を「やりがいとを感じる」と記述していた。

IV 考 察

本研究の目的はうつ病患者の自己効力感を高めるための効果的な教育, 指導のありかたを検討する基礎的資料を得るために, 1) うつ病患者の入院中の状況を明らかにし, うつ病患者の自己効力感と自己効力感に関連している項目を抽出する, 2) うつ病患者の退院時自己効力感に関する看護者アセスメントとアセスメントに影響する関連要因を抽出する, の2点である。以下目的に沿って考察する。

1. うつ病患者の自己効力感と自己効力感に有意に関連していた項目

1) 自己効力感

自己効力感とは, ある行動を起こす前にその個人が感じる「遂行可能感」, あるいは自分自身がやりたいと思っていることの実現可能性に関する知識とBandura¹³⁾は述べている。今回うつ病患者への効果的な教育, 指導を検討するにあたり, うつ病患者の入・退院時自己効力感を

測定した。その結果入院時点と退院時点の平均値に有意な差は見られなかった。また入院時, 退院時とも坂野らの病理群より有意に高い結果であった。このことは, 本研究の対象者が, 自ら進んで調査への協力を承諾した特性を持つこと, 及び入院時自己効力感は退院時における振り返り調査, すなわち入院時点と退院時点の自己効力感の測定時期は同じであることが影響していると考えられる。このような事から標本の偏りや方法論上の問題は推察されるところであるが, 本調査のうつ病患者の自己効力感の平均値は坂野らの病理群より高く, 標準群とは有意な差が見られない結果となった。このことは, 一般的に低いと考えられているうつ病患者の自己効力感に関し, 考えられているほど低くはない, と言える結果が導き出されたことになる。しかし上記標本上の問題も含め, 今後継続的に調査・研究してゆく必要性が示唆された。一方, 看護者評定の平均値と, 坂野らの病理群の平均値との間に有意な差は見られなかった。すなわちうつ病患者の自己効力感に関し, 看護者評定は患者評定より低かったことになる。しかし重要なことは, 患者の退院時自己効力感と看護者評定のCramer関連係数は0.50と高い関連を示したことである。このことは一般的にうつ病患者の自己効力感は低いと評定しつつも, 高い-低い, の自己効力感の傾向については患者評定との一致の度合いは高く, かなり適切な評定能力を持っていると判断することができる。

2) 不安・うつ得点と自己効力感

Banduraは自己効力感を低く認知している時と, 抑うつ気分との関連を指摘している¹⁴⁾。今回入院時と退院時の不安・うつ気分を測定し, 双方の平均値の差を検定したところ, 入院時から退院時にかけて不安・うつ得点とも有意に軽減していた。しかしその軽減は自己効力感の向上には寄与していなかった。この結果を先行文献2例と比較し考察する。まず坂野ら⁷⁾はうつ病患者2例の自己効力感の経時的変化について, 治療後(通院終了後と退院後)は治療前(通院中と入院中)と比べ有意に向上したと報告している⁷⁾。一方神崎(2002)はがん患者(介入群17名)への認知療法的介入研究において, SRS-8によるうつ状態は軽減したが自己効力感に変化しなかったと報告している¹⁵⁾。神崎の研究はうつ状態の変化と自己効力感の変化は直結していないことを示唆していると考えられる。このことは本研究の結果も含め, うつ気分の経時的変化に伴う自己効力感の変化については, その関連性を明らかにする必要性が示唆されたと考える。しかし退院時点におけるうつ症状「あり」群と, 「なし」群の自己効力感の平均値には有意差が見られたことから, 一時点におけるうつ気分と自己効力感との関

連は明らかになった。

このことから退院時患者教育指導に生かせる知見は、①一般的に、うつ気分が軽減しても、そのことが自己効力感の向上には直結していないこと、②しかし退院時うつ気分と自己効力感得点との間には有意な差があること、の2点である。このことを踏まえ、退院指導を行うにあたり、再入院予防の観点から退院時自己効力感を評定し、その自己効力感に対応した内容の退院指導を行うことの必要性が示唆された。また自己効力感に関する患者と看護者評定の関連性は0.50とうつ気分(0.26)より高かったことから、自己効力感に焦点をあててアセスメントすることの有効性は示唆されたと考える。

3) 結果予期要因

Banduraは行動変容に影響を及ぼしている予期機能の一つとして結果予期を重視している¹⁶⁾。今回、①うつ病は良くなる病気と思う、②落ち込んだ時どのように対処したら良いか知っている、の2項目について、結果予期要因と規定し調査した。この結果、「うつ病は良くなる病気」という確信を持っている患者は、持たない患者に比較し自己効力感の平均値は有意に高い傾向を示した($p < 0.05$)。このことから「うつ病は良くなる病気」という認識をうつ病患者に形成することの重要性が改めて示唆された。

一方対処法については「落ち込んだらこのようにすればよい」と認識していても、その認識だけでは、自己効力感を高めないことが示唆された。結果予期に関する患者と看護者評定のCramerの関連係数は「良くなる確信を持っている」は0.49、「対処法を知っている」は0.19であった。うつ病は良くなるについての双方の一致度は高いことがうかがわれた。しかし、看護者は、「この患者は良くなる確信を持っている」と評定したものの、その患者の自己効力感得点にその評定を反映させている傾向はみられなかった。

4) 効力刺激要因

Banduraは、自己効力感を向上させるための援助について4つの情報源を指摘している¹⁷⁾。今回この情報源について、効力刺激要因と位置づけ、①成功体験、②モデリング体験、③誉められ体験の3つについて調査した。その結果、成功体験を経験したと認識している患者の自己効力感の平均値は有意に高く、その関連性は非常に強かった($p < .0005$)。Banduraは自己効力感に影響する4つの情報源のうち、成功体験が最も強いと述べている¹⁸⁾が、このことはうつ病患者にもあてはまることになった。今後は成功体験を持っている患者の具体例を調査し、患者教育・指導等に活かすことの必要性が示唆された。

モデリング体験については41.9%の患者が経験していたが、有意確率5%レベルでは有意な差は見られなかった($p = .059$)。Banduraはモデリングの学習プロセスについて次のような4つの過程を指摘している¹⁹⁾。①他者への注意過程、②イメージの保持過程、③運動再生過程、④動機付け過程である。

本研究の質問内容は、「自分と同じ病気の人の成功体験をみたり、聞いたりしたことがありますか」であった。この質問は上記モデリング学習の4つのプロセスの中の、①「他者への注意過程」に着目した質問である。うつ病患者へのモデリング学習については、認知の歪みがあることから、その効果については疑問視されているが、本研究の結果は自己効力感の向上に寄与する可能性を示唆したと考える。しかし今後明確な効果を期待するためには、②のイメージ保持過程、③の運動再生過程、④の動機付け過程に関する働きかけは必須であり、今後どう進めていくかは大きな課題である。

一方、モデリング体験の場になりやすいSelf-Help活動について、“依存的傾向の強い日本人においては、自分自身の経験を語り仲間を助ける自助活動が根づくかどうかは疑問である”との声もある²⁰⁾。このことは、日本文化に立脚した新しいモデリング学習に関し、企画立案を含め看護職者の能力向上が求められていると受け止めることができる。

誉められ体験に対しては、45.2%の患者が経験していた。安酸(1997)は、むしろ看護者からのほめられ体験は88.9%、医師からのそれは65.3%が経験していないと報告している²¹⁾。この報告と比較するとうつ病患者は「誉められ体験」をより多く体験していると言える。しかしこの体験は自己効力感の向上には結び付いていなかった。この誉められ体験はBanduraの言語的説得のカテゴリーに該当する内容であるが、Banduraは言語的説得について、その手軽さの故に広く使用されているが、この方法で形成された効力刺激は弱くすぐに消失してしまいがちで、それを避けるためには、患者の認識の上にたって言語的説得を行う重要性を指摘している²²⁾。同様認知心理学者のSchankは、人が意味内容を理解する過程について、新しい知識は、すでに知っていることに付け加えることによって理解され、新しい意味はつねに既存の意味から作られる²³⁾、と述べている。このことから、看護者は患者を誉める場合、その患者が今どのように自分自身を認識しているのか、その認識を評定し、その認識に結び付けて「誉めること」の大切さがうかがわれた。なお上記効力刺激要因に関する患者・看護者のCramerの関連係数は成功体験(0.02)、モデリング体験(0.19)、誉められ体験(0.22)であった。医師や看護者

からの誉められた体験に関する患者と看護者評定との一致度合いは高かったが、成功体験の一致度合いは非常に低かった。このことは、成功体験を経験している患者が22.6%と低いことから、うつ病患者を看護する看護者自身、患者の「成功体験」について学習する機会が少ないことがその背景にあると推察された。今後は、うつ病患者の成功体験に関する看護者評定能力の向上のために、あるいは、患者教育、指導の観点から、うつ病患者の個別的な背景を明らかにした「成功体験」の経験を、事例集としてまとめる等、患者教育教材開発の必要性が示唆された。

5) 患者の入院中の認識と属性

- (1) 学習経験：うつ病に関し学習経験はありますか、に関し11名(35.5%)の患者は「ある」と答えた。また学習経験の有無は自己効力感の平均点に有意に影響していた。そこで、学習経験が、結果予期要因及び効力刺激要因にどのように関連しているかを検定したが、どの項目との関連も見られなかった。このことは学習した結果獲得した知識が上記要因の変化には結び付いてはいないこと、しかし結び付かない場合でも、学習していると言う認識は自己効力感を改善していることが示唆された。このことは、学習している自分という認識が、うつ病患者の自尊感情を高め、その結果として、自己効力感を高めていると考えられる。遠藤は、人は他者との相互作用を通して自己に関するある程度まとまった一貫した自己概念を形成すると指摘している²⁴⁾。このことから、「学習していますね」の言葉かけは、言語的説得上の誉め言葉として自己効力感の向上に寄与する言葉と考えることができる。
- (2) 受けたケアと効果があれば受けた治療：受けたケアの中で、「家族関係の調整」と答えた患者の自己効力感の平均値は有意に高かった ($p < 0.01$)。Saekiらは²⁵⁾うつ病患者の家族機能の特徴を指摘しているが、今回の調査では家族関係の調整を受けたという認識はうつ病患者の自己効力感を向上させる要因であることが示唆された。また受けたケア内容について、説明や調整を含むケアは看護者意識の方が高く、技術を伴うケアは患者意識の方が高い傾向であることも今回明らかになった。このことは、うつ病患者のケアに関し看護者は説明や調整を伴う教育的側面を重視していると解釈できる。しかし一方、技術を伴うケアは「受けた」と患者が認識し易く、説明や調整を伴うケアは患者に認識されにくい内容である、との解釈も可能である。いずれにせよ、教育的側面に関するケア内容は看護者の認識の方が患者の認識より高い結果であった。また健康状態の観察は患者100%、看護者93.3%と非常に高い認識率であった。一方、効果

があれば受けた治療について、家族療法や人間関係の調整、コミュニケーションの方法等の希望は少なく、リラクセス法、心のバランスの取り方、気分転換法等の割合は高かった。また、リラクセス法を希望した患者の自己効力感の平均値は有意に高かった ($p < 0.01$)。うつ病患者の認知の特徴として、うまくいかないことの責任を全て自分のせいにする傾向が指摘されているが、うつ病患者自身、退院するにあたりそのことを強く自覚している傾向が窺われた。だからこそ緊張しないような療法を身につけたい、心地よさを味わう術を身につけたいと望んでいると解釈できる。この心地よさについてBanduraは生理的アローザとして自己効力感を高める4つの情報源の一つにあげている。今回、質問内容の絞り込みが困難なため調査項目から外したが、このことは今後、生理的アローザ(快感)に関する介入の必要性を示唆していると考えられる。また試みたい療法希望総数は、自己効力感得点に有意な相関があった。すなわち、自己効力感が低い患者はたとえ効果が期待される療法でも希望しない傾向が明らかになった。このことは自己効力感の低い患者に種々の療法を進めても効果的ではなく、その患者にベストの方法の一つを選択することの重要性を示唆していると解釈できる。またその際、家族療法や、人間関係の取り方、コミュニケーションの方法等に先立って、気分転換法やリラクセス療法が効果的であることが示唆された。再入院予防の観点からの退院指導計画立案にあたり、その患者の自己効力感を評定することにより、その患者の個別性に応じた種々の療法を計画的に取り込むことの妥当性も示唆されたと考える。

- (3) 原因帰属意識：帰属意識について努力と答えた患者の自己効力感の平均値はそう思わない患者に比較し有意に高かった ($p < .001$)。Weinerは達成動機の高い人は成功を内的要因に帰属しやすいとして⁹⁾、努力と結果が関係する方向で認知する傾向を見いだしているが、うつ病患者に関してもそのような傾向が見うけられた。一方看護者は、うつ病患者の帰属意識について環境と考える傾向があることが見出された。環境帰属はWeinerらの理論によると無気力を示唆する考えである。

これらWeinerらの理論は、ある行動を起こして失敗した場合は、その課題がその患者にとって難しかったのではなく、努力不足に帰属することの重要性をしめすものである。しかし、元アメリカ大統領のリチャード・ニクソンが「諦めない限り決して失敗ではない」と強がったことを取り上げ“ニクソン症候群”として努力帰属への考えをDweckは戒めている²⁶⁾。特にうつ病患者に対しては、どのような場合でも努力への帰属を強調すればよいという訳ではない。うつ病患者の場合、この努力へ帰

属する意識は、自責の念へとつながる危険性をはらんでいるからである。

看護者はうつ病患者の指導にあたり「環境」帰属ではなく、「努力」に帰属しやすい傾向を意識しつつ“もう少し気を抜いてゆっくりすることが大切”との立場で指導に当たることの重要性が示唆された。

- (4) 患者の属性：一般的に自己効力感は老年者に比較し若年者が、女性に比較し男性が、無職者に比較し有職者が、高いと報告されている⁷⁾²⁷⁾²⁸⁾²⁹⁾。しかし今回の調査では、これらの属性と自己効力感との間に有意な関連は見られなかった。うつ病という病気の特徴が、性別、年齢、職業の有無を相殺する要因になるのか、それとも標本上の問題なのか今後明らかにする必要性が示唆された。

2 看護者評定と看護者属性

勤続年数が高い看護者は、患者の成功体験を有意に高く評定していた ($p < .0001$)。またうつ病患者の看護に「やりがいがある」と答えた看護者の自己効力感評定の平均値はそう思わないと答えた看護者の平均値に比較し有意に高かった ($p < .05$)。このことは勤続年数の長さとうつ病患者の看護に関するやりがい感は、うつ病患者を自己効力感の高い、成功体験をもつ一人の人間として、肯定的に認知する傾向があることを示唆していると解釈できる。山口³⁰⁾は、人は常に相手の期待に対し最も敏感に反応すると説明し、自己達成的予言と呼ばれるピグマリオン効果について指摘している。このピグマリオン効果はさまざまな対人関係で生じるが、教師の学生に対する期待効果は良く知られているところである³¹⁾。うつ病患者を一人の自己効力感の高い人間として見つめるということはピグマリオン効果の観点から説明すると、患者は看護者からそのように見つめられる中で、そのように「自己効力感が高いように」成長すると言うことになる。すなわち、そのような見つめられ方の中でうつ病患者は自己概念を再構築し、自信を取り戻し、自己効力感を向上させるのである。これがピグマリオン効果である。一方看護者は、一人の人間として患者の存在を認識し、受容し、助言した言葉で患者の行動が変容することを経験しつつ、自分の仕事に「やりがい」を感じている相互関係のありようが窺われた。

V 結 論

1. 自己効力感と不安・うつ得点：①うつ病患者の自己効力感は入院時、退院時とも坂野らの病理群より高い結果であった。②入院時から退院時にかけて不安・うつ気分は軽減していたが自己効力感は向上していなかった。③退院時点におけるうつ得点は自己効力感に有意に影響していた。④自己効力感に関する看護者アセスメントは患者得点より低い傾向が見られたがCramerの関連係数は0.50と高かった。
2. 自己効力感と関連が見られた項目：①うつ病はよくなるという認識、②成功体験、③努力帰属意識、④学習しているという認識、⑤家族関係の調整を受けたという認識、⑥リラクセス法をうけたい気持ちの6項目であった。
3. 看護者評定：①うつ病患者のケアに関し看護者は技術を伴うケアより、教育的要素の強いケアに役割意識を持つ傾向が見られた。②原因帰属に関し患者は努力帰属、看護者評定は環境帰属の傾向が見られた。③勤続年数の長さや看護のやりがい感は、患者を成功体験のある、自己効力感の高い対象として肯定的に認知する要因であることが示唆された。

VI 研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、①入院時の自己効力感を退院時に振り返り方で調査を行ったこと、②I県を中心とした31ペアの結果であることの2点である。このようなことから、この結果を全てのうつ病患者の背景と考えることには無理があると考えられる。今後の課題は、①入院時と退院時の自己効力感をそれぞれ測定し、うつ病患者のうつ症状に伴う自己効力感の経時的変化を明らかにすること、②うつ病患者が経験している、個々の成功体験をケースの個別性をもとに明らかにしうつ病患者の患者教育、指導に活用できる情報源を開発することである。

VII 謝 辞

何よりも本研究に快諾頂きました患者及び看護師の皆様深く感謝申し上げます。本論文は平成14年度に金沢大学医学系研究科に提出された修士課程の一部に修正を加えたもので、その一部は第23回日本看護科学学会学術集会で発表しました。

要 旨

本研究では、うつ病患者の退院時自己効力感と自己効力感に関連している項目、およびその看護者評定と評定に影響する看護者属性を抽出する事を目的に、一般性自己効力感尺度とThe Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD尺度)を用いて患者・看護者31ペアに質問紙調査を行った。その結果、1. うつ病患者の自己効力感(1)入・退院時とも坂野らの病理群より高かった。2)退院時自己効力感とうつ気分とは有意に関連していた。しかし入院時から退院時にかけての経時的変化をみると不安・うつ気分は有意に軽減していたが自己効力感は向上していなかった。2. 退院時自己効力感と関連が見られた項目は、(1)うつ病はよくなるという認識、(2)成功体験、(3)努力帰属意識、(4)学習しているという認識、(5)家族関係の調整を受けた認識、(6)リラックス法をうけたい気持ちの6項目であった。3. 看護者評定に影響した看護者属性は勤続年数と看護のやりがい感であった。

Abstract

Using the General Self Efficacy Scale and The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), a questionnaire survey was conducted on 31 patients with depression and the 31 nurses who had given advice to them on their discharge, in order to ascertain the self-efficacy and related factors of patients with depression, the self-efficacy of such patients on discharge as assessed by nurses, and the correlation of attributes of the nurses with the results of their assessment. The results clarified the following. 1. The relationship between self-efficacy and anxiety/depression was as follows: (1) the self-efficacy score of the present patients on both admission and discharge was higher than that seen in the group assessed by Sakano; (2) although anxiety/depression scores on discharge were alleviated as compared with those on admission, self-efficacy scores remained unchanged; (3) depression scores on discharge were correlated with self-efficacy. 2. The following items were correlated with self-efficacy: (1) the firm belief that depression is treatable, (2) performance accomplishments, (3) believing that attribution of effort, (4) Learning the knowledge of depression, (5) when the patient was suggested what his family relationship should be, (6) desire to experience relaxation. 3. Attributes that affected nursing assessments were; years of nursing experience, and satisfaction derived from nursing.

引用文献

- 1) 小島操子, 佐々木栄子他訳: 患者教育のための実践的アプローチ, 監訳者序文, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 1986.
- 2) 前掲1): 45-67.
- 3) 荻野夏子: うつ病患者の看護の経験-印象に残った患者のエピソードを通して, 日本精神科看護学会誌, 10(1), 63-71, 2001.
- 4) 厚生省統計協会: 厚生指針, 48(16), 112-117, 2001.
- 5) 森山涼子, 上野香代子: 当院外来におけるうつ病の変遷-うつ病に対する正しい理解を求めて, 日本精神看護学会誌, 9, 492-494, 2000.
- 6) 坂野雄二・東條光彦: 一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み, 行動療法研究, 12(1), 73-82, 1986.
- 7) 坂野雄二他: 一般性セルフ・エフィカシー尺度の妥当性の検討, 早稲田大学人間科学研究, 2(1), 91-98, 1989.
- 8) Bandura, A.: Social learning theory, 80-82, A Pearson Education Company, NJ, 1977.
- 9) Weiner, B.: A theory of motivation for some classroom experiences, Journal of Educational Psychology, 71, 3-25, 1979.
- 10) 西丸四方, 西丸甫夫: 精神医学入門24版, 403-419, 南山堂, 東京, 2000.
- 11) Zigmond, A.S., & Snaith, R.P.: The Hospital Anxiety and Depression Scale, Acta psychiatry Scand. 67, 361-370, 1983.
- 12) 北村俊則訳: The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD尺度), 精神科診断学, 4(3), 371-372, 1993.
- 13) 前掲8): 78-85.
- 14) 前掲8): 60-63.
- 15) 神崎初美, 城戸良弘: 胃切除を受ける早期胃癌患者に対する認知行動療法-セルフエフィカシーと心理的ストレスに対するノート記述と面接による介入, 日本看護科学学会誌, 22(4), 1-10, 2002.
- 16) 前掲8): 79.
- 17) 前掲8): 78-80.
- 18) 前掲8): 81.
- 19) 前掲8): 22-24.
- 20) 高村寿子: 日本におけるヘルスプロモーション活動の課題と試案, 看護研究, 31(1), 55-65, 1998.
- 21) 安酸史子: 糖尿病患者教育と自己効力, 看護研究, 30(6), 473-480, 1997.
- 22) 前掲8): 82.
- 23) Schank, R.C.: The cognitive computer on language learning, and artificial intelligence, Addison-Wesley, 1984. (石崎 俊訳: 考えるコンピューター人間の脳に近づく機械, 21, ダイヤモンド社, 東京, 1985).
- 24) 遠藤辰雄, 井上祥治, 他: セルフ・エスティームの心理学, 179, ナカニシヤ出版, 京都, 1992.
- 25) Saeki Toshinari, Asukai Nozomu: 内因性単極性鬱病患者における家族機能の特徴(英語), Hiroshima Journal of Medical Sciences, 51(2), 55-62, 2002.

- 26) Dweck, C. S.: The role of expectations and attributions in the alleviation of learned helplessness, 674-685, *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 1975.
- 27) 藤田君支, 松岡 緑, 他: 精神糖尿病の食事管理に影響する要因と自己効力感, *日本糖尿病教育・看護学会誌*, 4(1), 14-22, 2000.
- 28) 石田貞代, 望月好子: 看護婦・看護学生のGSES得点と臨床経験年数との関連, *静岡県立大学短期大学部研究紀要* 10号, 137-145, 1996.
- 29) 服部真理子, 吉田 亨, 他: 糖尿病患者の自己管理行動に関連する要因について, - 自己効力感, 家族サポートに焦点をあてて -, *日本糖尿病教育・看護学会誌*, 3(2), 101-109, 1999.
- 30) 長田雅喜: 社会的認知理論 1 - 対人認知, 山口 勸 (編), *社会心理学*, 24-26, 放送大学教育振興会, 東京, 1994.
- 31) 前掲30): 24-26.

[平成15年6月5日受 付]
[平成16年2月3日採用決定]

潜在的大学院生としての看護職者の看護学・ 保健学系大学院に対するニーズ：Delphi techniqueを用いた全国調査

The Potential Needs for Higher Education in Nursing among Clinical Nurses in Japan :
A Delphi Technique Survey

澤 井 信 江 ¹⁾ Nobue Sawai	野 島 良 子 ¹⁾ Yoshiko Nojima	田 中 小 百 合 ¹⁾ Sayuri Tanaka
降 田 真 理 子 ²⁾ Mariko Furuta	日 浦 美 保 ³⁾ Miho Hiura	大 町 弥 生 ¹⁾ Yayoi Omachi

キーワード：潜在的大学院生，ニーズ，コンセンサス，Delphi technique，看護職者
potential graduate students, needs, consensus of opinion, Delphi technique, clinical nurses

I. はじめに

近年、欧米各国では医療技術をはじめとするヘルスケアシステムの急速な進展に合わせて、高等教育による看護実践者、教育者、研究者の育成が緊急課題となっている¹⁾⁻⁴⁾。この事情は我が国でも同じであり、最近10年間に、看護学・保健学系大学や大学院が急速に整備されてきている。1990年には看護学・保健学系修士課程は3課程、同博士課程は1課程であったのが、2002年4月現在、同修士課程は53課程、同博士課程は16課程にのぼっている。この数字は今後さらに増加していくと予想されるが、現在実務についている看護職者の中には、大学院で専門教育を受けたいと希望しながら十分な情報を入手できないでいたり、さまざまな事情から踏み切れないでいる者が多数いると思われる。看護職者の大部分は女性であり、基礎教育終了後に再度進学を考える時期には既にそれぞれの家庭において家族機能の維持に大きな役割と責任を負っている。そのため、実際に進学計画を実行に移し、挫折することなく学習を継続することが極めて難しいという事情がある^{2), 5)-8)}。こうした看護職者は潜在的大学院生であるとみることができ、欧米ではこうした潜在的大学院生に看護の高等教育を受ける機会を提供するために放送回線^{4), 9)}やサテライト方式²⁾が用いられて一定の効果を上げている。

我が国では、看護学・保健学領域における潜在的大学院生の実態に関して、大学院修士課程を開設するための基礎的データをを得ることを目的とした調査¹⁰⁾⁻¹²⁾や既に開設されている大学院修士課程の課題を明らかにすることを目的

とした調査^{13), 14)}がある。

病院・保健所・福祉施設・看護教育施設など看護職者を大勢抱えている職場の管理者たちは、看護学・保健学系大学院の設置や大学院修士課程修了者に対して強い期待を持っており、大学院教育に協力し、大学院修士課程修了者を採用しようと考えている¹⁵⁾。しかし、看護学・保健学系大学院への進学を希望したり実際に計画しているのは、看護の実務に就いている者のうち3分の1～半数であり^{10), 12)}、看護大学に在学する学生の3分の1¹¹⁾に留まっている。実務に就いている看護職者は、看護学・保健学系大学院への進学を考える際に予想される問題として、修士課程での学習についていけるかどうか、職場と両立できるか、入学試験の問題、経済的な問題等を挙げており、社会人特別選抜入試や集中講義に対する強い希望を示している¹⁰⁾。また、看護大学に在学する学生も、看護学・保健学系大学院への進学を考える際には実務に就いている看護職者と同様の課題や希望をもっている¹¹⁾ことが明らかにされている。

しかしこれらの調査では、対象者の中に看護学・保健学系大学院への進学を希望していない者も含まれている。また、こうした質問項目があらかじめ構成された質問紙や評定尺度を用いたアンケート調査では、得られた結果が調査者の関心の範囲内に留まる問題に限られ、潜在的大学院生としての看護職者の実態や本音が十分には反映され難いと思われる。さらに、調査対象者が限られた地域内から抽出されているので、看護学・保健学系大学院への進学を希望

1) 滋賀医科大学 Shiga University of Medical Science

2) 聖路加国際病院 St. Luka's International Hospital

3) 広島県立保健福祉大学 Hiroshima Prefectural College of Health Sciences

している者や計画している者のニーズの実態を全国レベルで明らかにするまでには至っていない。

現在実務についている潜在的大学院生たちが看護学・保健学系大学院に対してもっているニーズの実態が全国レベルで、より具体的に把握されるならば、その結果は、今後実務についている看護職者が看護学・保健学系大学院への進学に対する関心や希望を実現に移すことができるような環境を整備していくうえで、職場と大学院を開設している大学の双方に、有用な手がかりを提供するものと思われる。

そのため本研究では、現在実務についている看護職者のなかで、看護学・保健学系大学院への進学を希望している者や計画している者がもっている看護学・保健学系大学院へのニーズの実態を、1) 進学希望や計画の内容、2) 進学を促進する因子、3) 進学を阻止する因子の3点を中心にコンセンサスとして明らかにする目的で、4ラウンドのDelphi techniqueを用いて全国調査を実施した。

II. 研究方法

本研究では量的記述的方法を用いた。データ収集方法としてDelphi techniqueを選択し、4ラウンド（郵送法）で実施した。Delphi techniqueは特定の問題に対する集団の考えをその問題の専門家やエキスパートの判断に基づいてコンセンサスとして把握するのに最も適した効果的方法として開発されたものであり^{16) - 18)}、とりわけサービスの利用者のニーズを決定する際に有用である¹⁹⁾。このため潜在的大学院生がもっている看護学・保健学系大学院に対するニーズの実態を、この集団のコンセンサスとして把握することを目的とした本研究には最適と思われる。コンセンサスを示す同意率の基準については研究によって回答者の51.0%¹⁸⁾、55.0%²¹⁾、70.0%¹⁶⁾等ばらつきがみられるが、本研究ではニーズの実態を可能な限り幅広く把握するために、回答者の半数を超えるレベルとして50.1%に設定した。パネリストは、全国の一般病院139施設に勤務する看護職者185名で、調査は2000年10月から2002年3月の間に実施した。

1. 用語の操作定義

本研究では、潜在的大学院生とニーズを次のように定義した。

【潜在的大学院生】看護学・保健学系大学院へ進学する希望、もしくは具体的計画をもっている看護職者。

【ニーズ】意欲または計画に裏付けられた、看護学・保健学系大学院での学習に対する欲求。

2. 実施手順

第1ラウンド:【パネリストの抽出】厚生省健康政策研究会編「1999-2000年版病院要覧」から無作為に抽出した全国の一般病院139施設の看護部長に、1) 近い将来、看護学・保健学系大学院への進学を希望している看護職者、または、2) 将来、看護学・保健学系大学院へ進学するかもしれない看護職者、を基準として該当者の推撰を依頼し、531名を抽出した。【第1ラウンド用質問紙の構成】研究目的と研究方法、ならびに本研究への参加に伴う倫理上の問題について説明し、本調査への参加の意思と人口統計学的データについて訊ねたうえで、問1「あなたは今後看護学・保健学系大学院で学びたいと考えたり、また、実際に看護学・保健学系大学院へ進む計画を持っておられるでしょうか。もし、そのようなお考えや計画をおもちでしたら、その理由を詳しく教えてください」、問2「あなたご自身が受験しようと思われるような看護学・保健学系大学院とは、どのような大学院ですか？また、それはあなたご自身にどのような準備や条件が整ったときですか？」の2問を含め、自由記述方式で回答を求めた。【予備調査】国立S医科大学医学部附属病院に勤務する看護職者10名を被験者として予備調査を実施し、研究目的、研究方法、ならびに本研究への参加に伴う倫理上の問題が被験者に正確に伝わることを確認した。【質問紙の配布】質問紙は各病院の看護部長から該当者531名に手渡され、2000年10月から12月の間にパネリストから直接郵送によって回収した。

第2ラウンド:【パネリスト】第1ラウンドで本調査への参加に同意した185名をパネリストとし、2001年6月から7月の間に実施した。【第2ラウンド用質問紙の構成】第1ラウンドで得られた回答内容を逐語的に転記し、文節毎に事項化して意味を解析し、問1から得られた564事項を9カテゴリーに、問2から得られた522事項を18カテゴリーに分類した。そのうえでパネリストが用いている表現を可能な限りそのまま活かして、問1の9カテゴリーについて40項目、問2の18カテゴリーについて47項目の文章にまとめ、「全くそう思う」「かなりそう思う」「どちらでもない」「あまりそう思わない」「全然そう思わない」の5段階からなるリカートタイプ評定尺度を構成し、第1ラウンドの回答率、回答内容の整理方法と第2ラウンド用評定尺度の構成方法についての説明文を添えて、パネリストに直接郵送し、無記名で回答を求めた。

第3ラウンド:【パネリスト】第1ラウンドで本調査への参加に同意した185名のうち、第2ラウンドで住所が不明になった2名を除いた183名をパネリストとし、2001年10月から11月の間に実施した。【第3ラウンド用質問紙の構成】第2ラウンドの結果、「全くそう思う」「かなりそう思う」、または「全然そう思わない」「あまりそう思わない」

に回答者の50.1%以上が回答した61項目を第3ラウンドの質問項目とし、「全くその通りだ」「どちらでもない」「全くそうではない」の3段階からなるリカートタイプ評定尺度を構成し、第2ラウンドの回答率と第3ラウンド用評定尺度の構成方法についての説明文を添えて、パネリストに直接郵送し、無記名で回答を求めた。その内容は、1) 看護学・保健学系大学院への関心や進学希望と計画の有無に関する質問が4項目、2) 進学したい理由に関する質問が12項目、3) 進学のための自分自身の準備や条件に関する質問が14項目、4) 受験したい看護学・保健学系大学院の条件に関する質問が20項目、5) 現在の自分自身や看護の状況に関する質問が11項目であった。

第4ラウンド:【パネリスト】 第1ラウンドで本調査への参加に同意した185名のうち、第2ラウンドで住所が不明になった2名と、第3ラウンドで住所が不明となった1名を除いた182名をパネリストとし、2002年3月に実施した。【第4ラウンド用質問紙の構成】「全くその通りだ」または「全くそうではない」に回答者の50.1%の者が回答した52項目を類似項目毎にまとめて24質問項目とし、「同意する」「同意しない」の二者択一型質問紙を構成し、第3ラウンドの回答率と第4ラウンド用質問紙の構成方法についての説明文を添えて、パネリストに直接郵送し、無記名で回答を求めた。その内容は、1) 看護学・保健学系大学院への関心や進学希望と計画の有無に関する質問が1項目、2) 進学したい理由に関する質問が5項目、3) 自分自身の準備や条件に関する質問が5項目、4) 受験したい看護学・保健学系大学院の条件に関する質問が7項目、5) 現在の自分自身や看護の状況に関する質問が6項目であった。あわせて本調査全体に対する感想を自由記述方式で求めた。また、第4ラウンドでは結果の解析を確実にするためにパネリストに改めて年齢と性別について訊ねた。

3. 倫理的配慮

パネリストの権利を守るために、1) 研究の目的、2) Delphi techniqueの方法、3) 調査への参加は自由であり、第4ラウンドまでの間で回答を中止する権利があること、4) 調査への参加を中止しても不利益を被ることはないこと、5) 回答から個人が特定されないこと、を第1ラウンドの質問紙配布時に書面で説明した。

Ⅲ. 結 果

1. パネリスト

第1ラウンドの回収率は38.8%($n=206$; 女性: 197名(95.6%), 男性: 8名(3.9%), 無回答: 1名(0.5%))であった。そのうち第4ラウンドまで参加したのは182名である。

回答者の年齢別内訳は21～25歳: 43名(20.9%), 26～30歳: 38名(18.4%), 31～35歳: 37名(18.0%), 36歳～40歳: 40名(19.4%), 41歳～45歳: 24名(11.7%), 46歳～50歳: 12名(5.8%), 51歳～55歳: 9名(4.4%), 56歳～60歳: 2名(1.0%), 無回答: 1名(0.5%)であった。

実務経験年数は、平均123.4ヶ月、専門教育の背景は、専修学校: 58.7%($n=121$)、短期大学: 16.5%($n=34$)、大学: 23.8%($n=49$)。一般教育の背景は、高校: 45.1%($n=93$)、短期大学: 12.6%($n=26$)、大学: 37.4%($n=77$)であった。

2. 回答内容

1) 第1ラウンド

自由記述方式で得られた回答内容を逐語的に転記し、文節毎に事項化したうえで、共同研究者6名のうち3年以上の看護の実務経験を有し、看護系大学院のカリキュラムと学生生活に関する知識を有している5名の者が各々個別に意味を解析したうえで持ち寄って討議し、全員が合意した事項を抽出したところ、問1から564事項が、問2から522事項が得られた。さらに、問1の回答内容から得られた564事項と、問2の回答内容から得られた522事項の意味の解析についても、5名の共同研究者間で同様の方法で分析し、全員が合意に達するまで討議して、その妥当性を担保した。その結果、問1の回答内容から得られた564事項は、1) 自分の現状、2) 一般の現状、3) 進学希望、4) 進学希望理由、5) 専攻希望領域、6) 進学が決定、7) 大学院の必要性、8) 未定、9) 予定なし、の9カテゴリーに分類された。問2の回答内容から得られた522事項は、1) 自分の条件、2) 教官の内容、3) 大学の条件、4) 学力、5) 就職、6) 環境条件、7) 時間・経済、8) 経済的条件、9) 働きながら、10) 学費、11) 休職、12) 経験年数、13) 専攻希望領域、14) 一般の現状、15) わからない、16) 未定、17) 予定なし、18) その他、の18カテゴリーに分類された。

2) 第2ラウンド

質問紙の回収率は、75.1%($n=139$)であった。問1の40項目中「全くそう思う」と「かなりそう思う」を合わせて回答者の50.1%以上が同意したのは23項目で、その内訳は、看護学・保健学系大学院への関心や進学希望と計画の有無に関する質問が3項目、進学したい理由に関する質問が11項目、現在の自分自身や看護の状況に関する質問が9項目であり、「全然そう思わない」と「あまりそう思わない」を合わせて回答者の50.1%以上が同意したのは3項目で、その内訳は、看護学・保健学系大学院への関心や進学希望と計画の有無に関する質問が1項

目、現在の自分自身や看護の状況に関する質問が2項目であった。問2の47項目中「全くそう思う」と「かなりそう思う」を合わせて回答者の50.1%以上が回答したのは34項目で、その内訳は、受験するための自分自身の準備や条件に関する質問が14項目、受験したい看護学・保健学系大学院の条件に関する質問が20項目であり、「全然そう思わない」と「あまりそう思わない」に回答者の50.1%以上が回答した項目はなかった。

3) 第3ラウンド

質問紙の回収率は76.0%($n=139$)であった。(1)看護学・保健学系大学院への関心や進学希望と計画の有無に関する4質問項目中「全くその通りだ」に回答者の50.1%以上が回答したのは3項目で、「大学、大学院で何が学べるのだろうか」と興味が生きている」($n=87$: 62.6%)、「学びたいと考えているが、再就職が難しい/こどもが小さい/経済的に難しい/立場上の問題がある/臨床で働きたい、ため進学を、諦めている/諦めつつある/ためらいがある」($n=77$: 55.4%)、「学びたいという意欲はあるが、具体的な計画はない」($n=76$: 54.7%)であった。「全くそうではない」に回答者の50.1%以上が回答したのは1項目で、「大学院へ進学する必要はない/大学院進学を考えるゆとりはない」($n=70$: 50.4%)であった。(2)進学したい理由に関する12質問項目中「全くその通りだ」に回答者の50.1%以上が回答したのは10項目で、「専門性を問われる時代なので専門的に看護学を学習し、理論的な考え方/現場を変革する力、を身につけて臨床の場で生かしたい」($n=103$: 74.1%)、「看護自体は奥が深く、追求していけば面白いだろうと思う/看護を一生の仕事にするためにも、もう一度勉強したい/見つめ直したい、と思う」($n=95$: 68.3%)、「臨床での、知識/体験/疑問、を踏まえながら、臨床で興味を持ったことを、学びたい/研究したい」($n=91$: 65.5%)、「今までの知識が自己流なので、根拠ある/研究で裏付けた、看護を自信をもって行うために、知識を深めたい」($n=86$: 61.9%)、「臨床での経験を、深める/裏付ける/まとめる/見直す、ために進学を考えている」($n=83$: 59.7%)、「学びの場での人との出会いの中で、学び取れるものも多い/リフレッシュのチャンスにしたい」($n=82$: 59.0%)、「専門性を学んでいく/看護学という学問を理解する/自分の理想とする看護を追求する、ために進学を考えている」($n=81$: 58.3%)、「看護のエキスパートとしてキャリアアップをはかる/CNS/今の自分を高める、ために進学を考えている」($n=80$: 57.6%)、「上司と話す時/他部門との交渉の時、幅広い知識/客観的な理由をもって自分の意見を述べたい」($n=72$: 51.8%)、「看護大学卒

の新人看護師/スタッフ、への教育指導を行うには専門的知識が必要だ」($n=70$: 50.4%)であった。「全くそうではない」に回答者の50.1%以上が回答した項目はなかった。(3)受験するための自分自身の準備や条件に関する14質問項目中「全くその通りだ」に回答者の50.1%以上が回答したのは9項目で、「状況が許せば/条件さえ揃えば/チャンスがあれば/環境が整えば、勉強したい」($n=111$: 79.9%)、「進学しようという意志/学びたいという意欲、が高まったとき」($n=104$: 74.8%)、「学びたい気持ちがあれば/学びたいことがはっきりしたら/学ぶ機会があれば/いずれは、進学したい」($n=96$: 69.1%)、「精神的/経済的/自分自身、にゆとりができたとき」($n=87$: 62.6%)、「将来の夢に対する/研究の/学びの/必要が出てきたとき」($n=80$: 57.6%)、「臨床のなかで、自分が何を学びたいのか/テーマ/研究課題が、明確になった/具体化した、とき」($n=77$: 55.4%)、「学習の意欲と必要性を感じた時に/大学を卒業した時点で、大学院への進学を考えたい」($n=76$: 54.7%)、「今の自力で受験できそうな/受験しやすい選考方法の、学校が見つかったとき」($n=72$: 51.8%)、「貯金/生活費/入学科/学費、が貯まったとき」($n=71$: 51.1%)であった。「全くそうではない」に回答者の50.1%以上が回答した項目はなかった。(4)受験したい看護学・保健学系大学院の条件に関する20質問項目中「全くその通りだ」に回答者の50.1%以上が回答したのは20項目で、「専攻分野の/興味のある分野を指導してくれる/研究方法をきちんと教えてくれる/研究テーマに合った、教官がいる」($n=116$: 83.5%)、「臨床と密接に関連した/臨床に還元できる、研究ができる」($n=116$: 83.5%)、「教育内容が充実/カリキュラムが充実/授業の選択がある程度自由にできるところ」($n=116$: 83.5%)、「図書室/資料/文献、が充実し、インターネット/コンピューター等、の設備が完備しているところ」($n=116$: 83.5%)、「社会人入学が可能なところ」($n=115$: 82.7%)、「実践と理論が結びついた学び/体系的に理論的に学ぶこと、ができること」($n=114$: 82.0%)、「自由に/のびのびと/十分に/集中して、学習できる環境が整っている」($n=113$: 81.3%)、「多彩な/多分野に渡る/学びたい分野に精通する、先生が充実している」($n=111$: 79.9%)、「学びたい研究分野がある/研究活動が充実している」($n=110$: 79.1%)、「良い/尊敬できる/魅力的な/学びたい/共感できる/自分の慕う、先生が、いる/指導してくれる、ところ」($n=109$: 78.4%)、「時間的に制約されず/じっくり取り組める/毎日通わなくて良い、ところ」($n=109$: 78.4%)、「自宅/現在の職場から、通学可能な/交通の便がいい、ところ」($n=105$: 75.5%)、「研究課題は大学

院提示のものでなく、自分の研究課題について指導を受けられるところ」(n=102:73.4%)、「学費/入学金/授業料、が安い」(n=102:73.4%)、「専攻分野のエキスパートの/臨床経験がある/病院を知っている/実習をしている、教授がいる」(n=100:71.9%)、「教育方針/方向性、が明確である」(n=95:68.3%)、「カリキュラム/教官/研究テーマ、の情報が提供される場所」(n=94:67.6%)、「通信教育/メール/面接授業、での研究指導がある」(n=81:58.3%)、「経済的負担が伴う/再就職が難しい/進学しても働き続けたい/臨床に重きをおいている、ので勤務しながら通えるところ」(n=81:58.3%)、「通信制で働きながら学べる/土日・夜間の講座がある、ところ」(n=78:56.1%)、であった。「全くそうではない」に回答者の50.1%以上が回答した項目はなかった。(5)現在の自分自身や看護の状況に関する11質問項目中「全くその通りだ」に回答者の50.1%以上が回答したのは8項目で、「臨床だけの経験に限らず、知識/理論/専門性/包括的な視点、を持つことが必要だ」(n=126:90.6%)、「自分の仕事をもっと深めるには、理論的/専門的/系統的、な知識や学習の必要を感じる」(n=117:84.2%)、「看護が社会から認められるためには、キャリアアップ/臨床レベルの向上/看護師養成コースのレベル保障、が必要だ」(n=107:77.0%)、「看護は専門性をもったスペシャリストとして位置づけられている/医師と対等同等の教育が必要だ」(n=105:75.5%)、「臨床経験を積むことで、興味ある分野/学習が不足している分野/看護の深さ、が見えてきた」(n=102:73.4%)、「自分の考える力が弱い/勉強が不足している/能力が不足している、ことに気がついた」(n=97:69.8%)、「臨床にあっても研究することは必要で、それができるようになりたいが、どう調査し、まとめていけばよいかわからない」(n=82:59.0%)、「臨床を経て進学するシステムの設立が先決だ」(n=80:57.6%)、であった。「全くそうではない」に回答者の50.1%以上が回答したのは1項目で、「専門学校卒業なので別の手続きをしないと入学できないのではと心配だ」(n=74:53.2%)であった。

4) 第4ラウンド

質問紙の回収率は62.1%(n=113:女性,106名(93.8%),男性,7名(6.2%))であった。無回答はなかった。回答者の年齢別内訳は表1に示した。

回答内容についてみると、回答者の50.1%以上が同意を示したのは(表2)、(1)看護学・保健学系大学院への進学希望と計画の有無に関しては、「大学院へ進学する必要はないわけではなく、考えるゆとりがないわけではなく、大学院に対する興味はあるし、意欲もあるが、

表1 第4ラウンドのパネリストの年齢構成

年齢	n	(%)
21～25	7	(6.2)
26～30	31	(27.4)
31～35	16	(14.2)
36～40	24	(21.2)
41～45	13	(11.5)
46～50	12	(10.6)
51～55	8	(7.1)
56～60	2	(1.8)
無回答	0	(0.0)
合計	113	(100.0)

表2 第4ラウンドで回答者の50.1%以上が同意した項目

(N=113)

質問項目	n (%)
看護学・保健学系大学院への進学希望と計画の有無	
・大学院へ進学する必要はないわけではなく、考えるゆとりがないわけではなく、大学院に対する興味はあるし、意欲もあるが、具体的な計画までには至っていない。その理由は、再就職が難しい/子どもが小さい/経済的に難しい/立場上の問題がある/臨床で働きたい、ため	93 (82.3)
進学したい理由	
・知識・経験・意義・自分自身の再構築	110 (97.3)
・専門性の充実	110 (97.3)
・資格とキャリアアップ	101 (89.4)
・リフレッシュ	73 (64.6)
・コメディカルとのかかわりの充実	61 (54.0)
受験するための自分自身の準備や条件	
・状況/経済的条件/チャンス/環境、が整ったとき	109 (96.5)
・気持ち/意欲/意思、が高まったとき	109 (96.5)
・学びたいことが明確・具体化したとき	101 (89.4)
・必要性を感じたとき	100 (88.5)
・学力が付き受験しやすい選考方法があれば	92 (81.4)
受験したい看護学・保健学系大学院の条件	
・教官	111 (98.2)
・学習環境	109 (96.5)
・システム	108 (95.6)
・カリキュラム	108 (95.6)
・内容	106 (93.8)
・立地条件	102 (90.3)
・学費	102 (90.3)
現在の自分自身や看護の状況	
・私は、臨床経験を積むことで看護の深さと、勉強/能力、が不足していることが見えてきた。だから、自分の仕事をもっと深めるには、理論的/専門的/系統的、な知識や学習の必要を感じる	106 (93.8)
・看護は、専門性をもったスペシャリストとして位置づけられているので、臨床だけの経験に限らず、知識/理論/専門性/包括的な視点、をもつこと/医師と対等同等の教育、が必要だ	104 (92.0)

・看護が社会から認められるためには、キャリアアップ／臨床レベルの向上／看護師養成コースのレベル保障、が必要だ	101 (89.4)
・看護は、臨床を経て進学できるシステムの設立が先決だ	90 (79.6)
・私は、臨床にあっても研究することは必要で、できるようになりたいと思っているが、どう調査し、まとめていけばよいかわからない	88 (77.9)
・私は、専門学校卒業なので別の手続きをしないと入学できないのではとは心配していない	74 (65.5)

具体的な計画までには至っていない。その理由は、再就職が難しい／こどもが小さい／経済的に難しい／立場上の問題がある／臨床で働きたい、ため」の1項目のみである。(2)進学したい理由に関しては、「知識・経験・意義・自分自身の再構築」「専門性の充実」「資格とキャリアアップ」「リフレッシュ」「コメディカルとの関わり」の5項目全てである。(3)受験するための自分自身の準備や条件に関しては、「状況／経済的条件／チャンス／環境、が整ったとき」「気持ち／意欲／意思、が高まったとき」「学びたいことが明確・具体化したとき」「必要性を感じたとき」「学力がつき受験しやすい選考方法があれば」の5項目全てである。(4)受験したい看護学・保健学系大学院の条件に関しては、「教官」「学習環境」「システム」「カリキュラム」「内容」「立地条件」「学費」の7項目全てである。(5)現在の自分自身や看護の状況に関しては、「私は、臨床経験を積むことで看護の深さと、勉強／能力、が不足していることが見えてきた。だから、自分の仕事をもっと深めるには、理論的／専門的／系統的、な知識や学習の必要を感じる」「看護は、専門性をもったスペシャリストとして位置づけられているので、臨床だけの経験に限らず、知識／理論／専門性／包括的な視点／をもつこと／医師と対等同等の教育、が必要だ」「看護が社会から認められるには、キャリアアップ／臨床レベルの向上／看護師養成コースのレベル保障、が必要だ」「看護は、臨床を経て進学できるシステムの設立が先決だ」「私は臨床にあっても研究することは必要で、できるようになりたいと思っているが、どう調査し、まとめていけばよいかわからない」「私は、専門学校卒業なので別の手続きをしないと入学できないのではとは心配していない」6項目全てである。

IV. 考 察

1. 看護学・保健学系大学院への進学希望や計画の内容

各病院の看護部長が1)近い将来、看護学・保健学系大学院への進学を希望している、または2)将来、看護学・保健学系大学院へ進学するかもしれないとみなした本研究のパネリストたちは、潜在的大学院生であるとみることが

できる。彼もしくは彼女たちは進学を希望する理由として「知識・経験・意義・自分自身の再構築」と「専門性の充実」に97.3%の同意率を、「資格とキャリアアップ」に89.4%の同意率を、「リフレッシュ」に64.6%の同意率を、そして「コメディカルとのかかわりの充実」に54.0%の同意率を示している。しかし、受験するための自分自身の準備や条件として「状況／経済的条件／チャンス／環境、が整ったとき」と「気持ち／意欲／意思、が高まったとき」を挙げてそれぞれ高い同意率(96.5%)を示し、さらに「学びたいことが明確・具体化したとき」に89.4%の同意率を、「必要性を感じたとき」に88.5%の同意率を、「学力がつき受験しやすい選考方法があれば」に81.4%の同意率を示している。これはパネリストたちが現時点では看護学・保健学系大学院への進学に対して関心や意欲をもってはいるが、仕事や家庭の事情により進学を実現できる状況には至っておらず、あくまで潜在的大学院生に留まっていることを示していると思われる。

本研究では、26～40歳の女性がパネリストの62.8%($n=71$)を占めており、平均123.4ヶ月の実務経験を有している。この年代の看護職者は5～10年以上の実務経験を経て他と共に職場でエキスパートと認知される段階に達しており^{21,23)}、実践の中で経験を積み重ねることにより自分に足りないことや関心の領域が明確になると同時に、職場での責任や役割がいつそう大きくなる時期に相当している。そのため、職場での自己の課題を解決したり、専門性を深めるため、また、職場で期待されている責任や役割に応える力量をつけるために、看護学・保健学系大学院への進学に対する関心は大きいけれども、一方で、この年代の女性は洋の東西を問わず、家庭を築き、育児や親の介護という家庭での役割が増加する時期に一致している^{24,27)}ため、仕事と家庭の両立に加えてさらに進学するということへの心理的、経済的負担感や、進学のために今まで積み上げてきた仕事を中断することへの抵抗感があり、進学に踏みきれないと思われる。

我が国で実施された看護の実務に就いている看護職者を対象とした調査結果では、進学する場合には「退職する」に33.7%、「仕事の継続希望」に24.8%の者が回答していた¹²⁾。五十嵐たちの調査対象者には、大学院への進学を希望していない看護職者も含まれており、大学院への進学を考えている者は30.8%に留まっている。また、五十嵐たちの調査では、対象者の約70%が20歳代であり、本研究のパネリストたちと比較して若く、調査地域も首都圏に限られているため、全国を対象とした本研究のパネリストたちよりも仕事を中断したり、再就職することへの不安や抵抗感が少ないと推測される。本研究では、大学院への進学を希望している者や計画をもっている看護職者集団をパネリス

トとしているため、大学院への進学を現実問題として捉えた上で回答していると思われる。

アメリカで行われた同種の調査結果でも、実務に就いている看護職者たちは将来的には進学について考えており、その場合には仕事を辞めることなく仕事と大学院での学習を両立させていきたいと考えていることが示されている⁶⁾が、冒頭でも触れたように、こうした傾向はヘルスケアシステムの急速な進展に合わせて現れてきているためにアメリカ一国の現象に留まらず、我が国をも含めた世界的な傾向になっていくと思われる。こうした流れのなかで、我が国における看護学の基礎教育は、専修学校、短期大学から4年生大学へと変化してきている。このように看護が社会のニーズに対応するために変化しているなかで潜在的大学院生たちは、看護に対する社会のニーズを敏感に読みとり、そうしたニーズに応えるためのひとつの方途として大学院への進学を考え、「資格とキャリアアップ」という理由を挙げたと考えられる。既に看護学・保健学系大学院修士課程に進学している看護職者たちは、勉強の必要性を感じた、専門看護師・専門分野などの知識の拡充、自分を見つめ直す、学歴の必要性などを入学動機として挙げている¹⁴⁾が、「知識・経験・意義・自分自身の再構築」「専門性の充実」など本研究のパネリストたちが示した進学理由にも社会のニーズに敏感に対応しようとする看護職集団の態度が反映されていると思われる。

「コメディカルとの関わりの充実」という理由には54.0%の同意率が示されているが、これは坂井たちの調査結果にはみられない進学理由である。Nojimaたち²⁴⁾は、日本の看護職者たちはエキスパートナースのみが有する能力のひとつとして、看護チームや医療チームの中でリーダーシップを発揮できる能力を挙げていることを明らかにしている。本研究のパネリストたちは平均123.4ヶ月の実務経験を有しており、経験年数で考えるとエキスパートの段階に達している。この年代は、職場の中で責任を持って他職種と関わる機会が多くなり、そうした経験の中から医療チーム全体の中でリーダーシップを発揮する必要性を認識しはじめる時期に相当している。したがってこのような能力を開発するためにも、大学院進学の必要性を実感していると思われる。

2. 大学院への進学を促進する因子と阻止する因子

看護学・保健学系大学院修士課程に既に進学している看護職者たちは、専攻科目、仕事との両立、方針・理念・カリキュラムなど¹⁴⁾現実的で実際的な選択をしているが、本研究のパネリストたちは、大学院への進学理由を、「知識・経験・意義・自分自身の再構築」「専門性の充実」においている。そのために大学院選択の視点を、自分の興

味のある分野や研究テーマにあった「教官」「内容」「カリキュラム」においていると思われる。また、大学院を受験する準備や条件として、「必要性を感じたとき」「学びたいことが明確・具体化したとき」が挙げられており、実際に大学院への進学行動をおこすための条件として「状況／経済的条件／チャンス／環境、が整ったとき」「気持ち／意欲／意思、が高まったとき」にそれぞれ96.5%の同意率が、「学びたいことが明確・具体化したとき」に89.4%の同意率が示されている。これらは、単に大学院へ進学したいという思いだけでは、実際の進学行動につながっていくことが困難であることを示していると思われ、進学行動をおこすための条件ではあるが同時に進学を阻止する因子としても働くと思われる。大学院進学への計画が具体的にならない要因として挙げられた、「再就職が難しい／こどもが小さい／経済的に難しい／立場上の問題がある／臨床で働きたい」は82.3%の同意率を示しているが、これらも進学を阻止する因子になっていると思われる。そのため、期待する大学院の条件として、仕事を継続しながら進学できる「システム」に95.6%の同意率が、「立地条件」に90.3%の同意率が、経済的な問題に対しては「学費」という要因に90.3%の同意率が示されている。このことは本研究のパネリストたちが潜在的大学院生として直面している大学院への進学を阻止する因子は、逆にそれらが整備されることによって進学を促進する要因に変わり得ることを示していると思われる。

3. 現在の看護や自分の状況に対する認識

「看護は、専門性をもったスペシャリストとして位置づけられているので、臨床だけの経験に限らず、知識／理論／専門性／包括的な視点をもつこと／医師との対等同等の教育、が必要だ」が92.0%の同意率を、「看護が社会から認められるには、キャリアアップ／臨床レベルの向上／看護師養成コースのレベル保障、が必要だ」が89.4%の同意率を示している。しかし同時に、現在の自分の状況については、「臨床経験を積むことで看護の深さと、勉強／能力、が不足していることが見えてきた。だから、自分の仕事をもっと深めるには、理論的／専門的／系統的、な知識や学習の必要を感じる」が93.8%と高い同意率を、「臨床であっても研究することは必要で、できるようになりたいと思っているが、どう調査し、まとめていけばよいかかわからない」が77.9%と比較的高い同意率が示している。これら現在の看護に対する認識と自分自身の状況に対する認識の間に見られる齟齬は、本研究のパネリストたちが看護のあるべき姿に対して自分が抱いている考えと現実の自分の能力との間に存在するギャップに気づき、焦燥している姿を反映していると思われる。

Belenkyたち²⁵⁾は女性の知の発展段階として、「沈黙知」の段階、「受け渡された知」の段階、「主観知」の段階、「手順知」の段階、「構成された知」の段階を導きだしているが、これらの段階のなかで「主観知」の段階は、今まで信奉していた権威の見直しを迫り、看護職者が自分自身の声で看護について語り始める段階に相当している²⁶⁾。本研究のパネリストたちは、実践の中でひたすら仕事をこなすだけではなく、根拠に裏付けられた実践やもっと良い看護を提供したいと考える段階、すなわち「主観知」の段階に到達しており、このことが「知識・経験・意義・自分自身の再構築」、「専門性の充実」といった大学院進学の原因としても表現されていると思われる。さらに、看護職に対する社会の期待や看護を取り巻く環境の変化に大きな関心を持ち、大学院への進学を希望したり、その計画を持つことによって自らの声で語る力をつけるための行動を起こそうと考えていると思われる。

V. 結 論

本研究では、全国の一般病院に勤務する看護職者185名をパネリストとして4ラウンドのDelphi techniqueを実施し、看護の実務に就いている看護職者集団の看護学・保健学系大学院に対するニーズの実態を1) 進学希望や計画の内容、2) 進学を促進する因子、3) 進学を阻止する因子

の3点を中心にコンセンサスとして明らかにした。実務に就いている看護職者集団は、看護学・保健学系大学院への進学に対して高い関心や意欲をもっているが、仕事や家庭の事情により進学を実現できる状況には至っていない。そして、進学を阻止する因子は逆にそれらを整備することで進学を促進する因子になり得ることが示唆された。これらの結果は、実務に就いている看護職者が看護学・保健学系大学院への進学に対する関心や希望を実現に移すことができるような環境を職場と大学側双方で整備していくうえで有用な手がかりを提供すると思われる。しかし、本研究ではパネリストを全国の一般病院から一律に抽出したので、ニーズの実態と地域特性やパネリストの属性等との関連の点からは明らかにされていない。今後の研究においてこれらの条件と潜在的大学院生がもっている看護学・保健学系大学院に対するニーズの実態との関連を明らかにしていく必要がある。

本研究は、平成13年－15年度文部科学省科学研究費補助金（課題番号13877408）によって実施した。また本研究の一部は、第27回日本看護研究学会学術集会（2001年、金沢）、第28回日本看護看護研究学会学術集会（2002年、横浜）、第22回日本看護科学学会学術集会（2002、東京）において報告した。

要 旨

実務についている看護職者がもっている看護学・保健学系大学院へのニーズの実態をコンセンサスとして明らかにするために、全国の一般病院に勤務する看護職者185名をパネリストとして4ラウンドのDelphi technique（郵送法）を実施した。

第1ラウンドの回答から抽出した87項目のうち最終的に50.1%以上の同意率を示したのは24項目であった（回答率：62.1%）。進学したい理由としてパネリスト間で高い同意率が示されたのは、専門性の充実（97.3%）、知識・経験・意義・自分自身の再構築（97.3%）、資格とキャリアアップ（89.4%）であるが、進学希望と計画の有無については、大学院に対する興味と意欲はあるが、再就職の困難／育児／経済的理由／立場／臨床で働きたい等の理由のために具体的な計画にまで至っていないに82.3%の同意率が示されている。

これらの結果は実務についている看護職者がもっている大学院へのニーズが満たされるように職場と大学双方で環境整備が必要であることを示唆している。

Abstract

With the increasing complexity of hospitalized patients and rapid advances in health care system, there is a pressing need for clinical nurses to succeed in graduate education to obtain theoretical knowledge. A 4-round Delphi technique was conducted to develop a consensus of opinion about the potential needs for graduate education in nursing among Japanese clinical nurses.

One hundred and eighty five nurses who were identified by the directors of nursing at 139 hospitals located across Japan as the nurses whom they felt had the potential to succeed in graduate education in nursing programs participated as a panelist.

Of 87 statements generated in round one, 24 statements obtained 50.1 % or higher agreement score among the 182 final round panelists (3 were missing) with a 62.1% ($n=113$) response rate achieved.

Ninety three (82.3%) panelists indicated agreement with "having interest in succeeding in graduate education in nursing, but at present, being place bound by finance, time, family responsibility and / or employment demands." As the reasons to succeed in graduate education in nursing, 110 (97.3%) panelists indicated agreement with "to obtain theoretical knowledge of nursing and to fulfill individual need for development" "to pursuit specialty in nursing," and 101 (89.4%) panelists indicated agreements with "for career development."

These findings indicate that many Japanese clinical nurses have an interest in graduate education in nursing, but challenges encountered, such as family responsibility and work demands, need to be overcome. Strategies to help these potential students enroll in graduate education in nursing need to be explored.

VI. 文 献

- 1) Akinsanya J. A.: Nursing links with higher education: a prescription for change in the 21st century, *Journal of Advanced Nursing*, 15, 744-754, 1990.
- 2) Lorensen M. & Schei B.: Higher Education Via Satellite, *International Nursing Review*, 39(5), 144 & 153-156, 1992.
- 3) Strack P. L., Duffy M. E., et al.: Developing a Nursing Doctorate for the 21st Century, *Journal of Professional Nursing*, 9(4), 212-219, 1993.
- 4) Block D. E., Josten L. E., et al.: Regional Needs for Specialty Nurses Through Limited-cohort Graduate Education, *Nursing Outlook*, 47(1), 23-29, 1999.
- 5) Green C. P.: Multiple Role Women: The Real World of the Mature RN Learner, *Journal of Nursing Education*, 26(7), 266-271, 1987.
- 6) Frauman A. C. & Germino B. B.: Survey of Nephrology Nurses' Interest in Graduate Education, *ANNA Journal*, 25(1), 59-61, 1998.
- 7) Wright C. M., Frew T. J., et al.: Social and demographic characteristics of young and mature aged nursing students in Austrarian universities, *Nurse Education Today*, 18, 101-107, 1998.
- 8) Dixon A. M. & Bramwell R. S.: Higher Education: making an informed choice, *Journal of Child Health Care*, 4(3), 111-116, 2000.
- 9) Tag P. I. & Arreola R. A.: Earning a Master's of Science in Nursing Through Distance Education, *Journal of Professional Nursing*, 12(3), 154-158, 1996.
- 10) 我部山キヨ子, 出口克己, 他: 三重大学大学院医学系研究科看護学専攻(修士課程)の設置への期待と展望-看護関係業務に携わる人々の調査結果から-, 三重看護学誌, 3(1), 195-211, 2000.
- 11) 伊奈桃子, 樋廻博重, 他: 三重大学大学院医学系研究科看護学専攻(修士課程)の設置の意義と展望-在学生を対象とした調査の結果から-, 三重看護学誌, 3(2), 167-175, 2001.
- 12) 五十嵐恵子, 小沼華子, 他: 看護系大学院に対する看護職のニーズ, 東京女子医科大学看護学部紀要, 4, 39-44, 2001.
- 13) 奥山貴弘, 大木友美, 他: 看護学大学院修士課程学生の入学志望動機に関する調査研究(その2)-大学院カリキュラムの現状と大学院教育に対する要望-, 日本看護研究学会誌, 23(3), 322, 2000.
- 14) 坂井水生, 大木友美, 他: 看護系大学院修士課程学生の入学動機に関する調査研究(その1), 日本看護研究学会誌, 23(3), 237, 2000.
- 15) 中野正孝, 石井八重子, 他: 三重大学大学院医学系研究科看護学専攻(修士課程)の設置の意義と展望-病院等施設長を対象にした結果から-, 三重看護学誌, 2, 125-131, 2000.
- 16) Grant J. S. & Kinney M. R.: Using the Delphi Technique to Examine the Content Validity of Nursing Diagnosis, *Nursing Diagnosis*, 3(1), 12-22, 1992.
- 17) Duffield C.: The Delphi technique, *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 6(2), 41-45, 1988.
- 18) Mckenna H. P.: The Delphi technique: a worthwhile research approach for nursing?, *Journal of Advanced Nursing*, 14, 1221-1225, 1994.
- 19) Bowles, N.: The Delphi technique, *Nursing standard*, 28(13), 32-36, 1999.
- 20) Loughlin, K. G.: Using Delphi to achieve congruent objectives and activities in a paediatrics department, *Journal of Medical Education*, 54(2), 101-106, 1979.
- 21) Williams, P. L. & Webb, C.: The Delphi technique: a methodological discussion. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 180-186, 1994.
- 22) Benner P.: From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, Addison-Wesley Co., Menko Park, 1984.
- 23) Robertson S.: Problem Solving, Psychology Press, East Sussex, 2001.
- 24) Nojima Y., Tomikawa T., et al.: Defining Characteristics of expertise in Japanese clinical nursing using the Delphi technique, *Nursing and Health Science*, 5, 3-11, 2003.
- 25) Belensky M. F., Clinchey B., et al.: Women's ways of knowing: The development of self, voice, and mind, New York Basic Books, New York, 1986.
- 26) 野島良子: 看護学の伝統と進歩, Mariah Snyder(著), 野島良子(監訳): マラヤ・スナイダー看護論: 看護診断と看護独自の介入, 145-165, へるす出版, 東京, 1996.

〔平成15年3月26日受 付〕
〔平成16年2月12日採用決定〕

高齢者および若年者の仙骨部軟部組織厚と圧迫による変化

Thickness and pressure deformability of soft tissue over the sacrum in elderly and young subjects

杉本幸枝¹⁾ 小山恵美子²⁾ 森 将晏³⁾
Yukie Sugimoto Emiko Koyama Masaharu Mori

キーワード：褥瘡，仙骨部，軟部組織厚，高齢者，Bモードエコー
pressure ulcer, sacrum, thickness of soft tissue, elderly, B-mode echo

緒 言

高齢化社会の進展，高齢者に対する手術の拡大など，寝たきりで介護を要する高齢者の増加に伴い，褥瘡患者が増加し社会問題となっている¹⁾。褥瘡が発生し，悪化すると身体的な侵襲が大きくなるばかりでなく，入院期間が長くなることで経済的な負担を増し，褥瘡発生者自身だけでなく家族までも心理的ダメージが大きくなる。このように，身体的・心理的・社会的影響の大きい褥瘡について現在までに多くの研究^{2~6)}がなされ，1998年には日本褥瘡学会が発足した。同年厚生省老人保健福祉局よりガイドライン¹⁾が出版され，臨床での予防やケアに活用されている。

褥瘡の発生機序について，Bryant⁷⁾やPatrick⁸⁾は，「褥瘡は軟部組織に持続的に長時間圧迫が加えられ，その結果，局所に循環障害が起こり，壊死や潰瘍になった状態である」と定義している。褥瘡発生部位を頻度の高い順にみると，仙骨部（58.7%），足・足関節部（11.8%），大転子部（7.8%）と報告¹⁾されているように，仙骨部は褥瘡の好発部位である。これは仰臥位の場合，仙骨部に体重の44%が加わることが最大の原因である。その他の発生要因としては，ずれ，摩擦，湿潤などの外的要因のほかに，年齢，低栄養，活動性の低下，失禁，精神状態などの内的要因なども考えられている。日本の褥瘡患者の特徴として，有病率は70歳以上の高齢者に多く，入院・入所施設より在宅での率が高く，深達度でみるとⅢ度，Ⅳ度という皮下脂肪や筋層に及ぶ全層損傷が半数を占め，治癒期間が長いことが明らかにされている⁹⁾。高齢者が褥瘡になりやすい原因として活動性の低下などいろいろ考えられているが，局所の組織抵抗性の低下も一因と考えられている。加齢に伴う皮膚の変化として，皮脂の減少に伴うドライスキン，表皮の菲薄化，皮膚バリア機能の低下，皮下血流量の低下などが明らかにされており⁶⁾，このため皮膚は刺激に弱くなり，創傷治癒力も

低下する。また，加齢により真皮のコラーゲンやエラスチンに形態的，生化学的な変化も現れる¹⁰⁾。Escoffierら¹¹⁾は加齢により前腕内側の皮膚の弾性は低下し，変形からの回復能も低下していると述べており，加齢により皮下脂肪が減少し，皮膚変形能も低下すると報告しているが，仙骨部の変形能を調査したものではなかった。また，Clarkら¹²⁾はBモードエコーを使って，入院中の高齢者の仙骨部軟部組織厚を測定し，0.85cm以下の場合には褥瘡が発生しやすい傾向があると報告している。真田ら¹³⁾は特別養護老人ホーム入所者の仙骨部軟部組織厚を計測し， 0.9 ± 0.4 cmであったと報告している。しかしながら，健常な高齢者の仙骨部軟部組織厚を測定したデータがなく，さらにそれが若年者のそれとどう異なっているのか比較したデータは少ない。

そこで，健常な高齢者の仙骨部軟部組織の特性を明らかにし，褥瘡予防の一助となす目的で，Bモードエコーを用いて同部の軟部組織厚を計測するとともに，一定の圧を加えたときの変形能および回復能について若年者のそれと比較検討した。また，臨床ではBモードエコーを用いて高齢者の仙骨部軟部組織厚をその都度測定することは困難であるので，高齢者の仙骨部軟部組織厚と各種栄養状態指標との関係についても検討した。

I. 用語の定義

変形能：外力に抗しながら変形する能力

回復能：外力を除いた時に元の形状に回復する能力

II. 研究方法

1. 調査対象者：健常な65歳以上の高齢者55人および若年者41人

2. 実験方法：

1) 圧迫圧の設定：Kosaik¹⁴⁾は60mmHgの圧力を1時間加

1) 新見公立短期大学看護学科 Niimi College Nursing Department

2) 倉敷平成病院 Kurasiki Heisei Hospital

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

えた組織において病理的变化が観察されたと述べており、ReswickとRogers¹⁵⁾は障害を起こす圧力の強さと時間の組み合わせの境界曲線を示している。また、中野ら¹⁶⁾は仙骨部体圧の褥瘡発生危険圧は50mmHgであると述べている。以上のことをふまえて、褥瘡の発生危険度が低く、人体に直接的な影響を与えない程度の圧迫ということで50mmHg、短時間の圧迫とした。

2) 加圧時間の設定：65歳を対象としたプレテストで圧迫時間の長さや軟部組織厚の変化について検討したところ、圧迫時で10分以後、および圧迫解除後10分以後では著明な変化がみられないことが明らかになり、高齢者を対象にした際の倫理上の配慮から加圧時間を10分と決定した。この圧迫時間では対象者に異常所見は見られなかった。

3) 計測法：汎用超音波画像診断装置(SSD-1200, ALOKA)、周波数7.5MHz、リニア型プローブに、カップリング材(MP-2463, ALOKA)に蒸留水20ccを入れ、厚さ1.5cmにしたものを装着し使用した。プローブのグリップ部分に重りを取り付け、図1に示す装置を製作した。圧力は、普通マットレス上で体圧計(Yokohama Image System model PDM-8×8A)を用いて計測し、50mmHgになるように設定した。そのときの圧迫部分の総重量は1150gであった。

4) 方法：

- (1) 対象者に同意書にて実験への協力を確認した後、年齢、既往歴、現病歴、現在服用中の薬剤の有無と種類を聴取した。身長、体重・体脂肪率・BMI(TANITA Body fat analyzer)、上腕三頭筋部皮厚(以下TSFと略す)(栄研式皮脂厚計YAGAMI)および上腕周囲径を測定した。
- (2) 被験者にベッド上で腹臥位になってもらい、仙骨部の最高骨突出部を触知してから印をつけ、安静時の軟部組織厚、皮膚厚をエコーで計測した。その際、計測

部の傾斜によりプローブがずり落ちる場合は仙骨部がマットレスと平行になるように腹部にバスタオルを挿入した。

(3) 次にプローブに重りをつけ、加圧した。圧迫直後、5分後、10分後の軟部組織厚、皮膚厚をそれぞれ計測した。

(4) 10分後圧迫を解除し、被験者を安静状態に保ったまま解除直後、5分後、10分後の軟部組織厚、皮膚厚をそれぞれ計測した。

3. 調査対象者への倫理的配慮

同意書を作成し、それを提示しながら対象者に研究の趣旨および研究方法の説明を行い、十分納得してもらった上で同意書にサインをしてもらい実験を開始した。実験開始後は、本人の意思でいつでも実験を中止できることとした。収集した実験データはすべて番号で処理し、個人情報が出ないようにした。本実験に関しては、岡山県立大学倫理委員会の承認を得た。

4. 分析方法

高齢者と若年者の軟部組織厚及び皮膚厚、各種栄養指標値でt検定を行った。また、軟部組織厚及び皮膚厚の圧迫による減少から変化率を求め、BMI、体脂肪率、TSF、上腕周囲径などの全データとの相関関係を求めた。データの収集・分析はEXCEL2000、EXCEL統計2000を用いた。

III. 結 果

計測データは、エコー上軟部組織厚・皮膚厚が不明瞭であった者および大浦らの定義¹⁷⁾による病的骨突出中等度以上の高齢者を除いた高齢者49人(平均年齢71.9±4.9歳、男性15人、女性34人、60歳代19人、70歳代27人、80歳代3人)、若年者37人(平均年齢21.6±0.9歳、男性9人、女性28人)について検討した。また、高齢者・若年者とも、軟部組織厚及び皮膚厚に影響を与えるような薬剤は服用していなかった。

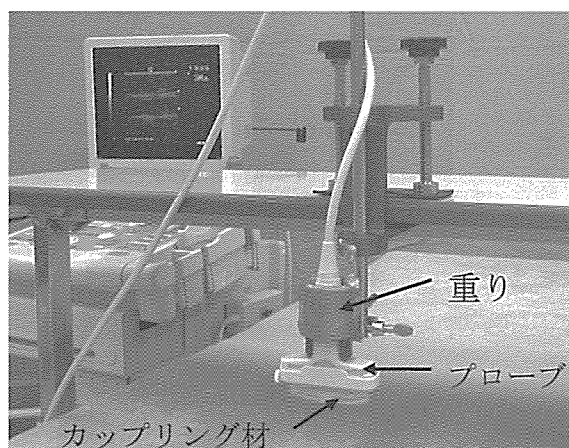


図1 実験装置

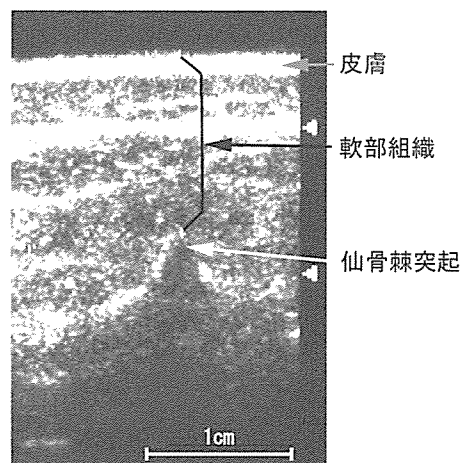


図2 仙骨部のエコー所見

1. 仙骨部軟部組織厚の計測と圧迫による変化

図2は仙骨部のBモードエコー所見で、上層の白い部分を皮膚厚、皮膚表面から仙骨棘突起までの幅を軟部組織厚として測定した。仙骨部の軟部組織厚は、高齢者1.46±0.53cm、若年者1.93±0.59cmで、高齢者は若年者に比べて有意に薄かった。皮膚厚は、高齢者は0.36±0.06cm、若年者は0.32±0.08cmとほぼ同等であった(表1)。

表1 軟部組織厚及び皮膚厚

	高齢者	若年者
軟部組織厚 (cm)	1.46 ± 0.53*	1.93 ± 0.59
皮膚厚 (cm)	0.36 ± 0.06	0.32 ± 0.08

* P < 0.01

次に、圧迫による高齢者仙骨部の軟部組織厚の変化をみると、安静時1.46cmであったものが加圧直後1.01cmまで減少し、10分間の加圧により0.86cmまで徐々に低下した。圧迫解除後も最初は急激に回復し、その後徐々に回復したが、10分後でも元の厚さまでは戻らなかった。一方、若年者は安静時1.93cmから加圧直後には1.56cmまで低下し、10分間の加圧により1.36cmまで徐々に低下した。圧迫を解除すると速やかに回復し、10分後には1.87cmと元の厚さ近くまで回復していた(図3)。高齢者と若年者の間で圧迫による変化率を比べてみると、圧迫直後に軟部組織厚は、高齢者では29.9%減少し、若年者が19.2%減少したのに比べて有意に圧迫されていた。10分間の圧迫により高齢者は40.2%減少するが、若年者は28.9%しか減少しなかった。また、圧迫の除去により、若年者は回復も早く、急激に元に戻り、圧迫除去後10分で-2.8%とほぼ元に戻っているが、高齢者では-8.8%までしか回復しなかった(図4)。

皮膚厚の圧迫による変化率は軟部組織厚のそれより軽度で、高齢者と若年者の間で有意な差がみられず、両者とも回復は早く10分間でほぼ元に戻った(図5)。

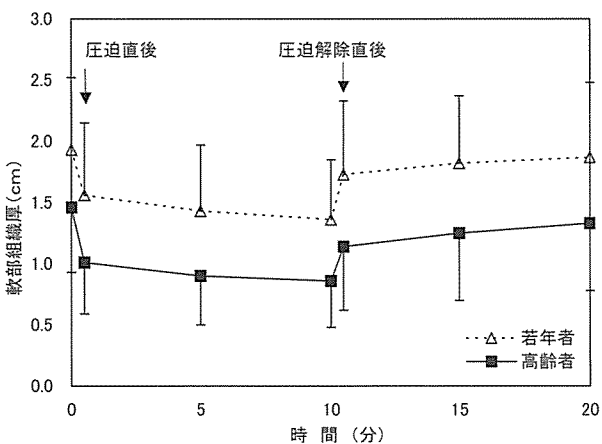


図3 軟部組織厚の推移

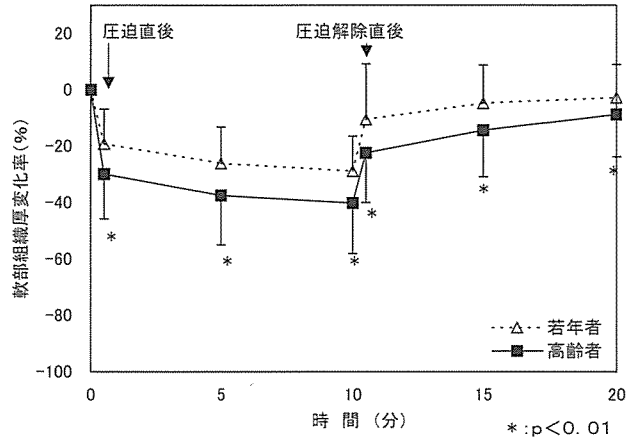


図4 軟部組織厚変化率の推移

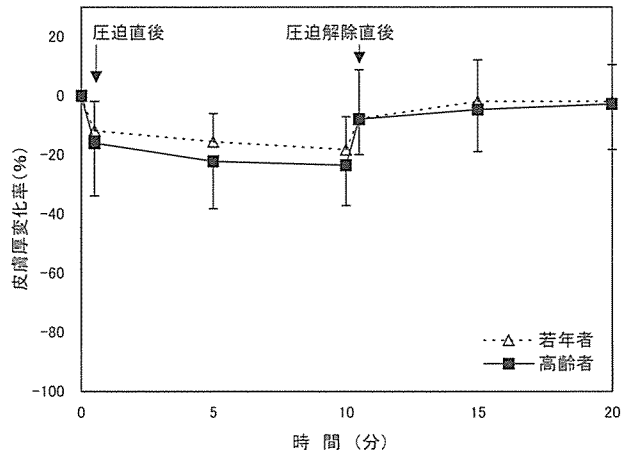


図5 皮膚厚変化率の推移

2. 仙骨部軟部組織厚と各種栄養指標との相関

表2に各種栄養指標の測定値を示す。高齢者のBMIなど各種栄養指標は全国平均と同様な結果であったが、若年者のBMIは全国平均よりも低く、やや痩せ型の集団であった。高齢者は若年者に比べBMIと体脂肪率が有意に高く、逆にTSFは有意に低かった。

高齢者の軟部組織厚と栄養指標の相関関係をみると、い

表2 各種栄養指標値

	高齢者	若年者
身長 (cm)	151.8 ± 7.5	162.0 ± 7.5
体重 (kg)	52.7 ± 7.8	52.7 ± 9.2
B M I	22.7 ± 2.9*	20.1 ± 2.2
体脂肪率 (%)	26.1 ± 6.7*	21.7 ± 3.9
T S F (mm)	13.9 ± 5.1*	18.6 ± 5.5
上腕周囲径 (cm)	26.2 ± 2.7	25.6 ± 2.5

* P < 0.01

表3 高齢者の軟部組織厚・皮膚厚と栄養指標の相関

	BMI	体脂肪率	TSF	上腕周囲径
軟部組織厚	0.429	0.503	0.498	0.531
皮膚厚	0.074	-0.185	-0.035	0.098

表4 若年者の軟部組織厚・皮膚厚と栄養指標の相関

	BMI	体脂肪率	TSF	上腕周囲径
軟部組織厚	0.328	0.285	0.418	0.174
皮膚厚	0.191	-0.035	0.293	-0.353

ずれの栄養指標とも中程度の相関がみられた。最も高い相関は、軟部組織厚と上腕周囲径で $r=0.531$ であった。一方、皮膚厚と栄養指標との間に相関関係はみられなかった(表3)。また、若年者では軟部組織厚とTSF間で $r=0.418$ と中程度の相関がみられた(表4)。

次に、加齢によって軟部組織厚が減少するかを、高齢者における年齢と軟部組織厚の相関でみると、負の相関傾向を示すが、 $r=-0.227$ と有意な相関がみられなかった。さらに体格の差を考慮して、軟部組織厚をBMIで割った値と年齢との相関をみたが、やはり $r=-0.235$ と有意な相関はみられなかった。

IV. 考 察

本研究において高齢者の仙骨部軟部組織はBMIが高いにも関わらず若年者よりも薄く、しかも圧迫されやすく回復しにくい特性が明らかにされた。褥瘡は仙骨部や大転子など軟部組織の薄い部位に好発する。軟部組織は圧力を緩衝・分散させるクッションとして働いており¹⁸⁾、厚さが薄いと緩衝能力も弱まると考えられ、高齢者において軟部組織厚が減少することが褥瘡になりやすい一因と考えられた。本研究において高齢者の仙骨部軟部組織厚は $1.46 \pm 0.53\text{cm}$ であり、Clarkら¹²⁾が褥瘡になりやすいと報告している仙骨部軟部組織厚が 0.85cm 以下の者は49人中6人と少なかった。真田ら¹³⁾の特別養護老人ホーム入所者の仙骨部軟部組織厚は $0.9 \pm 0.4\text{cm}$ であったと述べており、本研究の結果に比べて非常に薄かった。

軟部組織はフォークトモデル¹⁸⁾で表されるように、コラーゲンなどが構成する粘性物質とエラスチンを主成分とする弾性物質とが複雑に絡み合った粘弾性体と考えられている。加齢とともに皮膚及び皮下組織はエラスチンなどの弾性物質が減少し、粘性物質は低下しないため相対的に粘性物質が増加する¹⁰⁾。Escoffierら¹¹⁾は加齢により皮膚の弾性は低下し、変形からの回復能も低下していると報告しているが、本研究においては、高齢者の軟部組織における圧

迫に対する変形能の低下および回復力の低下が明らかにされ、皮膚のみでなく軟部組織全体の変形能が低下していることが明らかにされた。このように高齢者では軟部組織厚が薄い上に、圧力に対する変形能も低下しているため、高齢者と若年者が同じ圧迫を受けた場合、高齢者の方がより組織が圧縮されるために血管が閉塞しやすく、組織損傷を発生する可能性が大きくなる。また、圧迫からの回復も遅いため体位変換の間隔を短縮したり、体圧分散マットを使用してより高度な除圧を行うなど若年者よりも慎重なケアをする必要があることを明示している。

以上述べてきたように仙骨部軟部組織厚が薄いと褥瘡になりやすい可能性があり、仙骨部軟部組織厚を計測することは褥瘡のリスクアセスメントに有用であると考えられるが、実際に臨床現場で仙骨部軟部組織厚を測定することは困難である。そこで、各種栄養指標から仙骨部軟部組織厚を推定することを考え相関をみたところ、BMIなどの4項目いずれの栄養指標とも中程度の相関がみられた。最も高い相関係数を示したのは上腕周囲径であった。このことは、身長や体重が測定可能ならBMIを算出できるが、それらを計測できない在宅などの場合でも上腕周囲径を継続的に測定することで仙骨部軟部組織厚の変化を予測でき、リスクアセスメントの一助となると考えられる。また、高齢者における軟部組織厚と年齢との相関をみたが、各種栄養指標との相関係数の方が高く、年齢ではなく高齢者個人の栄養状態がリスクアセスメントに影響するものと考えられる。

今回の研究では予備実験において仙骨部圧迫時の圧力が $50\text{mmHg} \pm 5\text{mmHg}$ 以内であることを確認しているが、本実験においては多数の被験者に対する圧計測実施の困難さと再現性も考慮して一定の重さでの圧迫を行った。仙骨部の形状により圧力に多少の変動があったものと考えられるが、上記のごとく高齢者仙骨部軟部組織の圧迫に対する特性を明らかにできた。高齢者が褥瘡になりやすい原因には上記のような圧迫ばかりではなくズレや湿潤などに対する抵抗性等の低下も関与していると考えられ、今後検討していく必要がある。

謝 辞

この研究を手伝っていただいた山本理絵さんおよび実験に協力いただいた多くの方々へ深く感謝いたします。

要 旨

高齢者の仙骨部軟部組織の特性を明らかにする目的で、高齢者49人、若年者37人を対象にBモードエコーを用いて同部の軟部組織厚を計測するとともに、一定の圧を加えたときの変形能および回復能について比較検討した。高齢者のBMI (22.7) は若年者のBMI (20.1) よりも有意に高かったにもかかわらず、高齢者の仙骨部軟部組織厚 (1.46±0.53cm) は若年者のそれ (1.93±0.59cm) に比べて有意に薄かった。圧迫により高齢者軟部組織厚は40.2%まで減少し、若年者 (28.9%) と比較して有意に圧縮された。また、圧迫除去後の回復も高齢者では遅く、10分後でも圧迫前まで回復しなかった。皮膚厚と圧迫によるその変形能は両者の間で有意差は認められなかった。以上、高齢者の仙骨部軟部組織はBMIが高いにも関わらず若年者よりも薄く、しかも圧迫されやすく回復しにくい特性が明らかにされた。このことから、高齢者に対する褥瘡予防やケアには、より高度な除圧が必要である。

Abstract

This study investigated why elderly persons are more susceptible to pressure ulcer, by examining the differences in soft tissue characteristics in sacral region between elderly and young subjects. Forty-nine elderly and 37 young healthy volunteers were analyzed. The mean age of the elderly subjects was 71.9 and of young subjects was 21.0. The thickness of the soft tissue and dermis over the sacral region and changes in these values by compression with 50 mmHg were calculated using B-mode ultrasound. The thickness of the soft tissue in the elderly (1.46±0.53cm) was significantly less than that of youth (1.93±0.59cm). Under compression with 50 mmHg, thickness of the soft tissue in the elderly decreased to 40.2% of original thickness after 10 minutes compression. These values were significantly less than that in youth (28.9%). Even 10 minutes after the release of pressure, soft tissue thickness in the elderly had not recovered to the original thickness, though that of youth had recovered to original level. The thickness of the dermis and the change in the thickness of dermis by compression were not different between the elderly and young subjects. These data suggested that soft tissue in the sacral region in the elderly had less cushion capacity for pressure than that in youth and was more susceptible to pressure injury.

文 献

- 1) 厚生省老人保健福祉局老人保健課監修, 宮地良樹編集: 褥瘡の予防・治療ガイドライン, 照林社, 1998.
- 2) Bader DL: The recovery characteristics of soft tissues following repeated loading. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 27, 2: 141-150, 1990.
- 3) 紺家千津子, 真田弘美他: 超音波画像による褥瘡の深度判定の有効性, *日本褥瘡学会誌* 1 (2), 249-253, 1999.
- 4) Steven IR, Thomas FM, Kao CC. 藤井直人訳: MRI(磁気共鳴映像法) からみた組織の変形と硬さ, Bader DL編: 褥瘡予防・治療の実際と研究の展開, 125-131, 協同医書出版社, 1995.
- 5) 樋木和子, 清水明美他: 褥瘡の深度判定に超音波測定を用いた一症例の経験, *日本ストーマ学会誌* 14(1): 29-36, 1998.
- 6) 渡辺順子, 江幡美智子他: 褥瘡予防に関する基礎的研究 [II] 体格別成人女子の仙骨部体圧分布測定, *日本看護科学会誌* 10 (2): 37-45, 1990.
- 7) Bryant RA: *Acute and Chronic wounds*. Mosby Year Book. Mosby; St Louis, Missouri: 125-130, 1992.
- 8) Patrick H, Pownell MD: *Pressure Sores*. SRPS, 7(39): 1-27, 1995.
- 9) 真田弘美, 大桑麻由美: 臨床看護に関する研究の動向と今後の課題, 褥瘡のケアに関する研究の動向と今後の課題, *看護研究*, 33(3): 21-28, 2000.
- 10) 辻卓夫: 老化に伴う形態的变化, *皮膚科MOOK*, 金原出版: 41-47, 1994.
- 11) Escoffier C, Pharm M, et al.: Age-Related Mechanical Properties of Human Skin: An In Vivo Study. *THE JOURNAL OF INVESTIGATIVE DERMATOLOGY*, 93(3): 353-357, 1989.
- 12) Clark M, Rowland LB, et al.: Measurement of soft tissue thickness over the sacrum of elderly hospital patients using B-mode ultrasound. *J. Biomed. Eng.*, 11: 200-202, 1989.
- 13) 真田弘美, 永川宅和他: 高齢者の褥瘡発生と骨突起との関連, *日本ET協会学術雑誌*, 1: 34-41, 1997.
- 14) Kosiak M: Etiology and pathology of ischaemic ulcers. *Arch. Phys. Med. Rehab.*, 40: 62-69, 1959.
- 15) Reswick JB, Rogers JE: Experience at Roncho Los Amigos hospital with devices and techniques to prevent pressure sores, in "Bedsore Biomechanis" eds Kenedi RM, Cowden JM and Scales JT: University Park Press, London: 301-310, 1976.
- 16) 中野直美, 升谷奈奈他: 脳卒中後遺症リハビリテーション病棟における体圧測定を導入した体圧分散寝具選択基準の作成と有効性の検討, *臨床看護研究の進歩* 10, 98-03, 1998.
- 17) 大浦武彦: わかりやすい褥瘡予防・治療ガイド, 22-27, 照林社, 東京, 2001.
- 18) 池田研二, 嶋津秀昭: 生体物性/医用機械工学, 52-56, 秀潤社, 東京, 2000.

〔平成15年4月4日受 付〕
〔平成16年2月12日採用決定〕

手術を受ける乳癌患者の治療に関する意思決定の構造

The structure of decision-making with regard to surgical treatment in breast cancer patients

尾沼 奈緒美¹⁾ 鎌倉 やよい¹⁾ 長谷川 美鶴²⁾ 金田 久江²⁾
Naomi Onuma Yayoi Kamakura Mitsuru Hasegawa Hisae Kanada

キーワード：意思決定, 手術, 乳癌患者
decision-making, surgical treatment, breast cancer patients

I. 緒言

近年、インフォームド・コンセントの理念が医療の場面に浸透しつつあり、新しい患者の役割として、患者が治療の意思決定に参加することが求められてきている。患者にとって、こうした状況は新たな課題の遂行を求められることを意味し、患者と医療者の認識が異なる場合には、よりいっそう難しい課題になると考えられる。特に、癌の病状・治療の説明においては、患者が受ける衝撃が大きいこと、患者が専門用語を理解し難いこと、将来の見通しの不確かさがあり、癌治療のリスク・ベネフィットや予後の認識に患者と医療者の間に差があることが明らかになってきた。Chengら¹⁾は、癌の臨床試験の対象となる患者とその主治医を対象として、臨床試験と標準治療に関する副作用が生じるリスクと治療効果の可能性がどのように認知されているかを調査した。その結果、医師は両治療の副作用のリスクおよび治療効果を同等に認知していたが、患者は標準治療よりも臨床試験の治療効果を高く、副作用のリスクを低く認知していた。このような事態が生じる理由には、患者が情報を十分に理解できないことや患者に提供される情報が制限されることが考えられるため、患者が納得できる意思決定を行えるように支援する必要があるといえよう。

意思決定とは複数の選択肢の中から一つを選ぶことであり、その結果としてリスクや不確実性を伴うことが多い。また、人が何らかの意思決定を行う場合には、必ずしも合理的な判断に基づいた決定がなされるとは限らず、情報の提示方法や情報の提供者、情報の受け手のリスク認知やストレス認知が異なると、意思決定の結果が異なることが明らかにされている。例えば、同じ意味を持つ情報でも、意思決定する者にとって利得を指標とした枠組みで示されるか損失を指標とした枠組みで示されるかによって情報の判断や決定が異なること²⁾、提供される情報の内容が意思決定者の恐怖を喚起すると情報の無視や過小評価をもたら

すこと³⁾、情報の送り手の信頼性を情報の受け手がどのように判断するかによって、情報の信頼性に関する受け手の判断が変わること⁴⁾が明らかになっている。したがって、意思決定においては様々な要因によって意思決定者の判断に歪みが生じることを理解した上で、癌患者の治療に関する意思決定への援助を検討する必要があるといえる。

さて、癌患者の中でも、特に乳癌患者は、癌であることを宣告された上で、治療法の選択を医師から求められるようになりつつある。患者が納得して自ら治療法を選択できるかどうか、退院後の患者のクオリティ・オブ・ライフに影響を及ぼすと考えられる。したがって、医療者側のインフォームド・コンセントの在り様を含め、乳癌患者が癌罹患という状況にどのように対応し、意思決定を行っているのかを認識した上で、患者への支援を考えることが重要である。

乳癌罹患状況への患者の対応として、野島⁵⁾は、乳房切除術を受けた患者は、乳房のしこりに気づいた時から退院までの間、癌や乳房喪失に対する不安の発生と軽減・解消を繰り返し複数のアンビバレントな感情を同時に体験することを示した。また、松木ら⁶⁾は、乳癌患者の状態不安は入院時や退院後と比べて入院前の外来受診時が有意に高いことを示した。一方、Scott⁷⁾は、乳癌の確定診断前の患者の不安と情報処理能力の関連について調べた結果、高い不安を示した群では不安と情報処理能力との間に負の相関があり、不安が高いほど情報処理能力が低いことを示した。また、患者は乳癌罹患によって様々なストレスを認知しており、問題志向型（情報を検索する・解決策を考えるなど）や情動志向型（感情を表出する・現実から回避するなど）のコーピング行動をとることが示された⁸⁾⁹⁾。乳癌患者のソーシャルサポートについては、松木ら¹⁰⁾により、入院前のソーシャルサポートネットワークが大きいほど、術後3ヶ月までの不安は低い傾向があることが示され

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

2) 愛知県がんセンター Aichi Cancer Center

た。一方、真壁¹¹⁾は、乳癌患者のソーシャルサポートにはプラス面だけではなく、他者との対応によるストレスというマイナス面があることを示し、ソーシャルサポートのネガティブな影響を考える必要性を示唆した。これらのことから、乳癌患者が状況に適応するにあたり、ネガティブな感情をどう処理していくのか、状況をどのように認知して対処するのか、ソーシャルサポートをどのように認知するのが重要であるといえる。

次に、乳癌患者の治療の意思決定については、術式選択(乳房温存術または乳房切除術)が可能な乳癌患者の意思決定プロセスは、「初期の反応」「当初の術式への疑問」「希望する術式への思い」「術式選択への葛藤」「術式決定」からなることが示された¹²⁾。また、乳房温存術を選択した動機¹³⁾や乳房切除術を選択した動機¹⁴⁾、術式選択における患者の認識や評価¹⁵⁾が報告されているものの、術式選択が可能な患者のみが対象であることや、患者の意思決定プロセスの一部分への焦点化であること、さらに、意思決定プロセスへの影響要因は報告されていないことなどの課題が残された。Morris & Ingham¹⁶⁾は、乳癌の術式選択ができた患者20名とできなかった患者10名を比較し、術前と術後2ヶ月の時点で「癌にうまく対処できていると感じる」患者の割合、術後10ヶ月の時点で「将来を前向きに考えることができる」患者の割合とも、術式選択できた患者の方が有意に高かったことから、治療選択の可否が術前から術後にわたる患者の状況認識に影響することを示唆した。したがって、乳癌患者がどのような意思決定を行うことができるかによって、その後の患者の適応状況が変化する可能性があるといえよう。

ここまで述べてきたことから、本研究では、術式を選択できない乳癌患者を含めた治療の意思決定プロセスの全容と、そのプロセスに影響する要因を明らかにし、乳癌患者の治療に関する意思決定を構造化することを目的とした。本研究における「治療の意思決定プロセス」とは、乳房の異常に気づいた時から治療方法の決定までの間の、患者が病状や治療に関する情報を認知し、思考し、決定する過程であり、「影響する要因」とはこの過程に何らかの影響を及ぼすものとした。

II. 研究方法

本研究は、乳癌患者の治療の意思決定の様相を捉えることが目的であることと、患者の意思決定という現象はプロセス的特性を持ち社会的相互作用を包含するものであることから、質的研究法のグラウンデッド・セオリー・アプローチ¹⁷⁾を採用した。

1. 倫理的手続き

本研究は、愛知県がんセンター倫理委員会の承認を得て

実施した。対象者には、文書を用いて研究目的、研究方法、調査内容、プライバシーの保護、参加を拒否しても不利益を被らないこと等を研究者が説明し、研究参加を承諾する同意書の提出によって承諾を確認した。

2. 対 象

手術当時に落ち着いた心理状態で振り返り、言語化することができるように、乳癌の初回の手術療法後1年以上経過し、研究依頼の時点で再発がない患者であることを条件として対象を選択した。調査期間に外来を受診する患者の中から前述の条件に該当する患者を研究者が選択し、主治医の了解を得た上で研究への参加を依頼し、承諾が得られた患者を対象とした。

3. 調査方法

1) 面接調査

対象者の外来診療待ちの間に、プライバシーの保てる個室において半構造化面接を実施し、了解を得た上で面接内容を録音した。面接では、対象者が自由に思いを表現できるように促し、傾聴することを基本とした。

半構造化面接の内容は、乳房の異常に気づいた時から治療方法の決定までの期間についての、①病状および治療についての認識、②医師や看護師に対する認識、③乳癌および乳癌治療についての認識、④治療決定プロセスへの要望、⑤治療において重視したこと、⑥治療決定までに生じた感情、⑦実際の治療決定プロセスと治療への納得、⑧他者の影響、とした。

2) 診療記録調査

対象の年齢、診断名、病期、受診及び治療経過、医師の説明内容、職業、既往歴、家族病歴、家族構成に関する情報を診療記録から収集した。術後1年以上経過した患者が対象であり、時間の経過により手術当時の記憶の変容が考えられたため、診療記録調査によって対象者の記憶の曖昧さを補った。

4. 分析方法

分析の開始に先立ち、分析の焦点を「乳癌患者の治療の意思決定プロセスとその影響要因」に定め、これに沿って分析を実施した。

面接の逐語録を作成後、「治療の意思決定プロセスとその影響要因」を表す部分に着目して具体例を抽出し、その具体例の意味を解釈して概念を生成した。その概念について対極比較と類似比較を行い、さらに、その概念で説明できる具体例の多様性を検討した。また、理論的メモをつけ、概念の再定義、再命名、具体例の仕分けを行った。次に、概念間の相互の論理的関連性を検討してカテゴリーを生成した。カテゴリー生成においては、具体例を説明することが可能かということ、明らかになりつつあるプロセスの一部の説明が可能かということを確認した。最後に、

カテゴリー間の関係を検討する中で、重要な部分が網羅されており欠落部分がないかを比較により確認し、乳癌患者の意思決定を説明する理論を導いた。以下に、概念の生成過程の例を示した。

1 例目の分析対象者のデータを読み、そのデータの中から「みんなが一緒じゃないじゃないですか。だから、よけい不安にもなるというのもあるんですけども。だから、そこで学んでいくんですよね。みんなが一緒じゃないとか、いろんなケースがあって当然とか。そこで、自分は重病人なんだとかで反対に落ち込んでいくんですね。やっぱり比較してしまうんです。だから、あの人より私のほうが重いかかかってしまうんですね。」という部分に着目し、ここから『同病者との比較による病状の再考』という概念を生成し、「同病者と同病状を比較することによって、患者が自分自身の病状を捉えなおすこと」と定義した。データ分析の進行に伴って具体例を加えて、必要に応じて概念の再考や再定義を行った。

5. 分析の信頼性・妥当性

分析の信頼性を確認するために、概念生成に関する分析者間の一致度を調査した。まず、生成した各概念に該当する全ての対象者のデータを抽出し、抽出したデータごとに研究者が生成した概念、その類似概念、対概念、及び該当なしの4つの選択肢による質問紙を作成した。質問項目数は100項目であった。次に、臨床経験を10年以上有し、乳癌患者の看護を担当し、その領域の質的研究を実施した経験を有するという条件を満たす看護師1名に対して、各データから生成される概念として適切だと考えるものを4つの選択肢から選ぶことを求めた。その結果、研究者が実施した分析との一致率（研究者と一致した項目数/100項目）は82.0%であり、概念生成についての信頼性が確認されたと判断した。研究者と一致しなかった項目については、分析結果を見直し、修正した。

次に、分析の妥当性を確認するために、研究者が生成した概念と対象者の考え方の一致度をみる Respondent Validation¹⁸⁾を調査した。生成された概念ごとに各対象者に該当する質問項目を作成し、その項目内容が対象者の考えとどの程度一致するかを6段階（‘全く一致しない’‘ほとんど一致しない’‘あまり一致しない’‘まあ一致する’‘かなり一致する’‘完全に一致する’）で評定することを求めた。質問項目数は、対象1名あたり平均20項目であった。同意が得られた8名に対して郵送法にて調査を実施した。その結果、研究者と対象者の考え方の一致率（‘まあ一致する’～‘完全に一致する’の評定項目数/全項目数）は平均95.4%であり、Respondent Validationが確認されたと判断した。対象者が‘一致しない’と回答した項目については、分析結果を修正した。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者及び面接の概要

研究依頼した乳癌患者12名のうち、研究への参加を承諾した対象者は10名であった。研究参加を承諾しなかった理由は、1名は局所再発が見つかったため参加する精神的余裕がないこと、別の1名は面接を録音することに抵抗があったことであった。手術時の年齢は平均49.7歳（32～74歳）、手術から調査の期間は平均4年（1.5～8.2年）、病期分類はⅠ期8名、Ⅱ期2名で、術式は乳房温存術6名、乳房切除術4名であった。対象者には、術式の選択が可能であった者と不可能であった者の両者を含めた。また、分析に用いたデータは、早期乳癌と診断され、初回治療である手術についての患者の意思決定に関する面接逐語録に限定した。

面接は各対象者に1回実施し、面接時間は平均62.2分（30～93分）であった。

2. 分析結果

分析の結果、乳癌患者の治療に関する意思決定は、意思決定プロセスとそれを支える要因（基盤的要因）から構成された。意思決定プロセスは【病状の認知】、【治療の不確実性の認知】、【治療の決定】のカテゴリーからなり、基盤的要因には【自己の立場の認知】、【信頼の認知】、【感情】のカテゴリーが含まれた。図1に、乳癌患者の治療に関する意思決定の構造を示した。

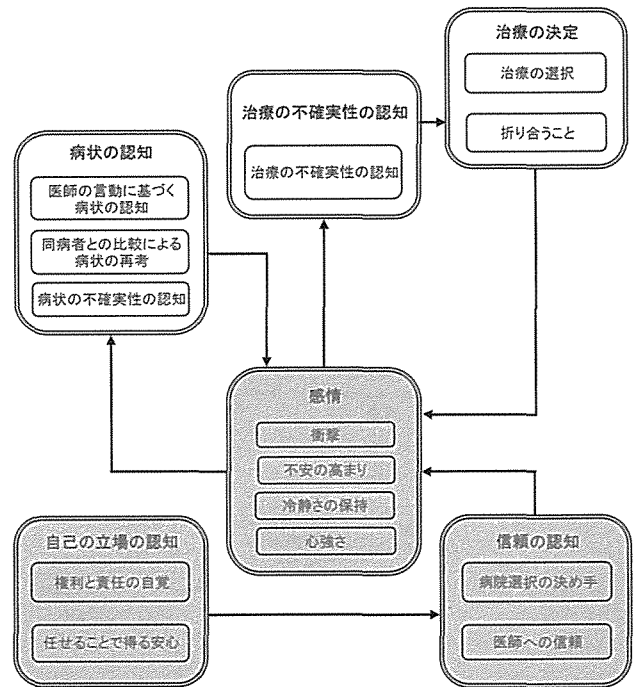


図1 乳癌患者の治療に関する意思決定の構造 □で示された項目はカテゴリーを、○で示された項目はカテゴリーに含まれる概念を表す。次に、■は基盤的要因を、○は意思決定プロセスを表す。各カテゴリー間を結ぶ矢印は影響する方向を表す。

以下では、まず、乳癌患者の治療に関する意思決定の構造を導いた分析の全体像を示し、次に、基盤的要因と意思決定プロセスの各々を構成するカテゴリー及び概念について述べ、最後に、基盤的要因と意思決定プロセスの関連について記述した。なお、文中では、カテゴリーを【 】、概念を『 』、具体例・データ例示部分を「 」で示した。

1) 意思決定の構造を導いた分析の全体像

図2に乳癌患者の治療に関する意思決定の構造を導いた分析の全体像を示した。

概念生成の段階においては、“乳癌患者の治療の意思決定プロセスとその影響要因”を表す部分に着目し、面接逐語録から抽出した具体例に基づいて対極比較と類似比較を行い、必要に応じて概念の再考や再定義を行い、18の概念を生成した。このうち4概念については具体例の多様性が不十分であると判断して削除したため、最終的には、図2〈概念〉に示した14の概念となった。各概念に含まれる具体例を簡潔に表現したキーワードを、表1に示した。例えば、『病院選択の決め手』では、癌の専門病院であること

と、信頼のおける他者からの薦めが、この病院を受診した決め手として確認された。『医師への信頼』では、医師に対して抱く信頼として、専門性や誠実性、安心感が確認された。『医師の言動に基づく病状の認知』では、医師の説明を信じてそれに基づいて病状を認知する状況と、医師の説明から発展して憶測を交えて病状を認知する状況が認められた。他の概念についても同様に、表1に示した例が確認された。

概念生成の段階と重なるように各概念の具体例に基づいて概念間の関係を比較検討し、図2〈カテゴリー〉に示した6カテゴリーを生成した。『病院選択の決め手』と『医師への信頼』は、共に信頼を表す概念であり、患者の【信頼の認知】としてカテゴリー化した。『医師の言動に基づく病状の認知』、『同病者との比較による病状の再考』、『病状の不確実性の認知』は、全て病状の認知に関する概念であり、医師や同病者との関係を通して形成される病状の認知と、その時点では明確にできないために対処が不可能な場合や、医師の説明が理解できない時のように対処が可能

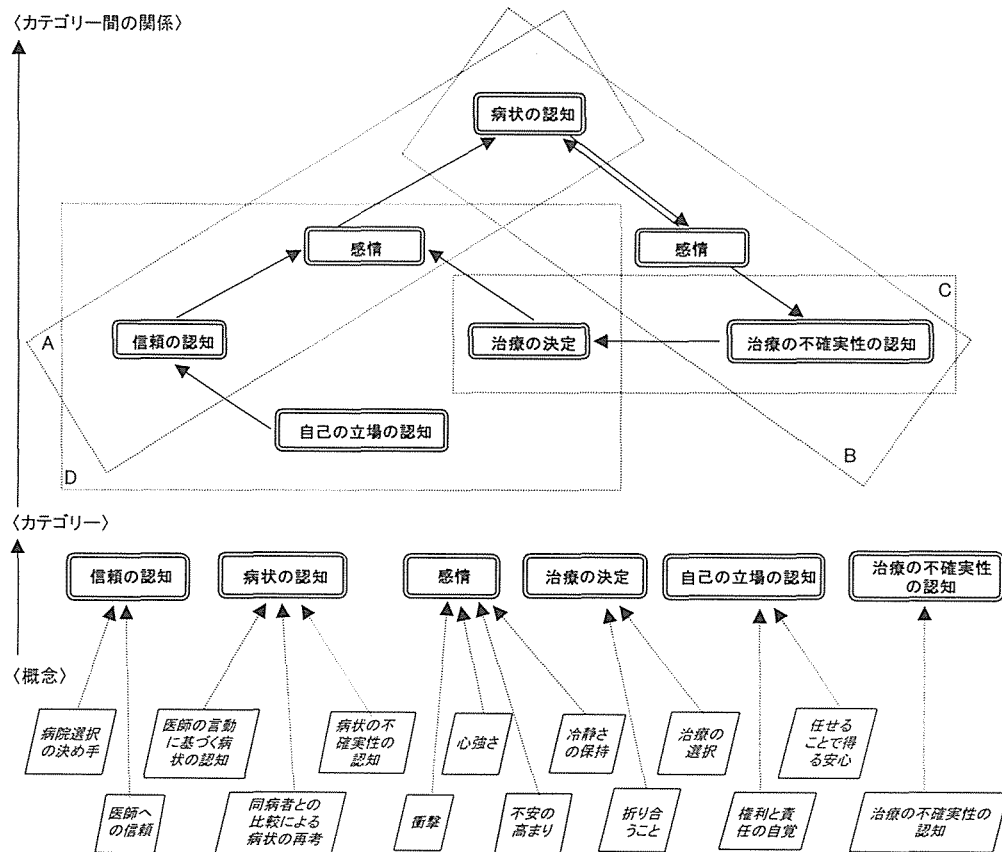


図2 乳癌患者の治療に関する意思決定の構造についての分析全体像 <概念>は、具体例の内容を検討しながら概念の再考や再定義を行い、生成された概念を表す。<カテゴリー>は、概念間の関係を比較検討する中で生成されたカテゴリーを表す。<カテゴリー間の関係>は、カテゴリー間の関係を検討する中で明らかになった関係について、図1に示した乳癌患者の治療に関する意思決定の構造の前段階の状態を表す。

表1 各概念に含まれる具体例

概 念	具体例（キーワード）
病院選択の決め手	・ 専門病院 ・ 他者の薦め
医師への信頼	・ 専門性 ・ 誠実性 ・ 安心感
医師の言動に基づく病状の認知	・ 医師の言葉を信じる ・ 医師の言動から憶測する
同病者との比較による病状の再考	・ 同病者と同じ ・ 同病者より重い ・ 同病者より軽い
病状の不確実性の認知	・ 対処可能なこと ・ 対処不可能なこと
衝撃	・ 癌であること ・ 乳房切除の必要性 ・ 不明確な説明
心強さ	・ 他者（同病者・家族・医師・看護師）との関係
不安の高まり	・ 他者（同病者・医師）との関係
冷静さの保持	・ 早期癌 ・ 治る病気 ・ 前向きな考え方
折り合うこと	・ 温存術への希望の有無
治療の選択	・ 温存術を選択 ・ 切除術を選択 ・ 自分が選択 ・ 医師が選択
権利と責任の自覚	・ 元々自覚している ・ 他者・マスメディアにより自覚する
任せることで得る安心	・ 元々任せるという考え
治療の不確実性の認知	・ 温存術の不確実性 ・ 癌治療の不確実性 ・ 不確実性認知なし

な場合の病状の不確実性の認知からなる【病状の認知】としてカテゴリー化した。『衝撃』、『心強さ』、『不安の高まり』、『冷静さの保持』は、患者の感情を表す概念であり、このうち『衝撃』と『不安の高まり』はネガティブな感情を、『冷静さの保持』と『心強さ』はポジティブな感情を表し、『衝撃』と『冷静さの保持』は提供された情報により生じるものとして、『不安の高まり』や『心強さ』は対人関係を通して生じるものとして考え、この4概念を患者の【感情】としてカテゴリー化した。『折り合うこと』と『治療の選択』は、治療の選択肢の有無という点で異なる概念であり、共に患者が治療を決定するあり様を示すと考え、【治療の決定】としてカテゴリー化した。『権利と責任

の自覚』と『任せることで得る安心』は相反する概念であり、共に患者がもつ考え方を表しており、患者としてどのように振舞うべきかを示す【自己の立場の認知】としてカテゴリー化した。『治療の不確実性の認知』は、治療に伴う不確実性の認知を表し、意思決定プロセスにおいて重要な位置を占めると判断し、1つの概念からなる【治療の不確実性の認知】としてカテゴリー化した。

最後に、カテゴリー間の関係を具体例に基づいて比較検討し、乳癌患者の治療に関する意思決定を構造化した。カテゴリー間関係の具体的データについては、次項以降で詳述し、ここでは、カテゴリー間の関係の検討内容を示した。

カテゴリー間関係の検討においては、まず、図2〈カテゴリー間の関係〉のAに示した【信頼の認知】、【感情】、【病状の認知】の関係に着目した。『医師への信頼』の具体例である「専門性」（癌治療のスペシャリストであること）や「誠実性」（病状を正確に伝えてくれること）、「安心感」（不安を軽減するために配慮してくれること）といった信頼を医師に対して患者が認知できるかどうかによって、患者の【感情】は変化し、感情の状態によって、患者がどのように病状を認知するかが影響を受けることがデータによって示された。したがって、これらのカテゴリー間には、図に矢印で示した関係があると判断した。

次に、図2〈カテゴリー間の関係〉のBに示した【病状の認知】、【感情】、【治療の不確実性の認知】の関係に着目した。医師の説明や同病者との関わりを通して病状を認知した患者は、様々な【感情】の変化を体験する中で、自分のおかれた状況をさらに分析し、【病状の認知】を形成することがデータによって示された。さらに、癌であることを認知できれば、治療の必要性を理解でき、それと共に変化した【感情】は、治療の不確実性をどのように認知するかに影響を及ぼすことがデータによって示された。したがって、これらのカテゴリー間には、図に矢印で示した関係があると判断した。

さらに、図2〈カテゴリー間の関係〉のCに示した【治療の不確実性の認知】と【治療の決定】の関係に着目した。治療の不確実性をどのように認知するかということが、どの術式を選択するかや、どの程度納得して治療を了承できるかということに影響を及ぼすことがデータによって示された。したがって、これらのカテゴリー間には、図に矢印で示した関係があると判断した。

最後に、図2〈カテゴリー間の関係〉のDに示した【自己の立場の認知】、【信頼の認知】、【感情】、【治療の決定】の関係に着目した。患者の【自己の立場の認知】の違いによって、医師に対する評価基準が異なるために、実際の医師への信頼に違いが生じること、さらに、医師に対する患者の希望と現実が一致するかどうかによって、感情が

安定したり不安定になったりすることがデータによって示された。また、【自己の立場の認知】の違いによって、どのような意思決定を望ましいとするかが異なるため、実際意思決定における認知や行動に違いが生じること、さらに、意思決定に対する患者の希望と現実の【治療の決定】が一致するかどうかによって、患者の感情が変化することがデータによって示された。したがって、これらのカテゴリー間には、図に矢印で示した関係があると判断した。

以上のカテゴリー間の関係A～Dを統合して検討する中で、【病状の認知】、【治療の不確実性の認知】、【治療の決定】という一連の意思決定の流れ（プロセス）が存在し、【自己の立場の認知】と【信頼の認知】は、間接的にこの意思決定プロセスに影響を及ぼすこと、【感情】はこの意思決定プロセスと直接的・間接的に影響を及ぼしあうことが示されたと判断した。そこで、【自己の立場の認知】、【信頼の認知】、【感情】を、意思決定プロセスを支える基盤としての要因であると位置づけ、乳癌患者の治療に関する意思決定を、最終的に図1に示したように構造化した。この手続きを通して、乳癌患者の治療の意思決定に関して新たに追加される概念やカテゴリーはなく、この範囲の中で飽和にいった。

2) 基盤的要因を構成するカテゴリーと概念

患者の【自己の立場の認知】は、医師への【信頼の認知】に影響を及ぼし、医師への【信頼の認知】のあり方は、患者の【感情】の状態に影響を及ぼすことが示された。

【自己の立場の認知】は、患者としてどのように振舞うことが望ましいかについての患者の考え方を意味し、『権利と責任の自覚』と『任せることで得る安心』という概念から構成された。『権利と責任の自覚』は、治療を受ける者として、病状や治療について十分な説明を受けるという権利と自分が納得して治療を受けるといふ責任の重要性を自覚することを表し、『任せることで得る安心』は、癌の病状や治療については理解できないので色々考えずに医師に任せておいたほうが安心できるという考え方を表した。

次に、【信頼の認知】は、病院受診前から治療の決定までの間に形成される病院や医師に対する患者の信頼の程度や内容を意味し、『病院選択の決め手』と『医師への信頼』により構成された。『病院選択の決め手』は、自分にとって望ましい病院かどうかを判断するために重要視する基準を表し、『医師への信頼』は、医師との関係を通して形作られる医師を信頼できるかどうかについての認知を表した。患者は自分自身の信頼の基準に基づいて受診する病院や目前にいる医師がどの程度信頼できるのかについて判断し、その判断には個人差があった。相手が信頼できるかどうかを判断した基準には、「専門性」と「誠実性」、「安心

感」が抽出された。専門性についてはどの患者も重視したが、誠実性と安心感については、『権利と責任の自覚』がある人は誠実性を重視し、『任せることで得る安心』と考える人は安心感を求めた。例えば、ある対象者は「こっちの先生のほうがストレートにほんののことをしっかり言うて下さる先生かなってかんじで。こっちの先生の言葉のほうが信頼できるかなと、ちょっと思ったりしました。」と述べていることから、医師に対して誠実性を求め、それが得られていると判断した。また、別の対象者は「先生はなんかおらかな先生で、あんまり答えないんですよ、ごちゃごちゃ聞いても。だいじょうぶだという感じで。私の場合、癌に対して深刻にならないようなね、アドバイスを下さる先生がいいかなと。だから、手術して色んなこともお任せして私の場合はよかったですね。」と述べており、医師に対して安心感を求め、それが得られていると判断した。

3つめの【感情】は、対人関係や治療の意思決定プロセスにおいて生じる患者の感情を意味した。【感情】に含まれる概念には、ネガティブなものとして、医師から癌の病状や治療についての説明を聞いたときに生じる『衝撃』と、他者との関係を通して生じる『不安の高まり』があり、ポジティブなものとしては、医師から病状についての説明を聞いたときに冷静さを保つことを表す『冷静さの保持』と、他者との関係を通して新たな知識や気づきを得ることにより生じる『心強さ』があった。また、ネガティブな感情とポジティブな感情は、どちらか一方のみ体験するというよりも同時に体験された。【信頼の認知】との関係からみると、医師への信頼についての患者の基準と実際の医師への信頼についての患者の評価が一致する場合は、医師への信頼が確立することによって患者は『心強さ』を感じるが、一致しない場合は、医師への信頼が確立しないことによって患者は『不安の高まり』を感じた。例えば、ある対象者は「先生の言ってることは本当なんです。癌にかかってしまった以上、仕方がないんですもんね。だから、たえず早期発見で診察して悪いところは取ればいいんだから、そんなにくよくよすることないですよ。その通りなんです。その通りですねって納得できる。」と述べていることから、患者は医師に対して安心感を求め、実際に安心感を認知することによって『心強さ』というポジティブな感情が生じたと判断した。

3) 意思決定プロセスを構成するカテゴリーと概念

患者の意思決定には、乳癌についての【病状の認知】が確立した後に、【治療の不確実性の認知】の段階に進み、その後、【治療の決定】に至るといふプロセスが示された。

【病状の認知】は、提供された情報や対人関係の中で得た情報によって形成される患者自身の病状についての認知

を意味し、『医師の言動に基づく病状の認知』と『同病者との比較による病状の再考』、『病状の不確実性の認知』により構成された。『医師の言動に基づく病状の認知』は、医師から提供された情報や医師との関係を通して得た情報に基づいて、患者が自分自身の病状を認知することを表し、『同病者との比較による病状の再考』は、同病者と病状を比較することによって患者が自分自身の病状を捉えなおすことを表し、『病状の不確実性の認知』は、病状に関する不確実性を認知することを表した。

【病状の認知】は、患者の【感情】の変化と密接に関連しているため、ここでは、患者の感情の変化を含めて【病状の認知】について述べる。

患者は医師から病状の説明を聞いて『衝撃』を受けたとしても、医師や同病者などの他者との関係を通して「自分だけではないから大丈夫」「あの人も自分と同じ早期だから大丈夫」と考えて、『心強さ』のようなポジティブな感情が生じ「癌だけど大丈夫」という【病状の認知】を持つに至った。一方、「他の乳癌の人より自分は重病だ」と考えると、『不安の高まり』のようなネガティブな感情が生じ「私はダメかもしれない」という【病状の認知】を持つに至った。また、【病状の認知】が確定せずに不確実な状態が続くとネガティブな感情が生じた。病状が不確実な状態には、医師の説明では十分理解できなかった場合のように、「病院を変えること」「医療者に質問すること」「医学書を調べること」などによって対処することが可能な状況と、確定診断に時間を要したり、乳房温存術の可能性が不確実であったり、検査結果が術後に判明する場合のように、対処することが不可能な状況があった。病状の不確実性の解消が可能な状況で、患者が対処行動をとることができなければ、不確実性は解決されずに感情が不安定になることが認められた。また、不確実性の解消が不可能な状況では、患者は対処行動をとることができないため、感情が不安定になることが認められた。例えば、確定診断までに1ヶ月程かかったある対象者は「(2回目の外来で)白と黒があったとしたら灰色のかんじで、もう癌ではないっていうふうな。だから、先生としては安心さすためだったんだと思うんですけども。ああよかったーという意識があったんですけども。(中略)(3回目の外来で)先生は結構ストレートにおっしゃったもので、癌とは言わないけども、これでしっかり細胞は取れましたからという言葉。だから、すごく敏感になっているじゃないですか、患者というのは。先生の一言一言から推測して広げていくから、やっぱり前のは細胞が取れてないだけであって、やっぱり私は癌なのだ。」と述べ、癌なのかどうか分からないことによる感情の不安定さが認められると判断した。

次に、【治療の不確実性の認知】は、癌の治療が抱える

不確実性についての認知を意味し、『治療の不確実性の認知』により構成された。『治療の不確実性の認知』には、乳房温存術に伴う不確実性(癌が残るリスク・局所再発のリスク)と、乳房温存術や乳房切除術に限らず癌の治療に伴う不確実性(再発や転移のリスク)があった。また、治療の不確実性を認知しないという場合もあった。例えば、ある対象者は「私あまりよく知らなかったもんですから、とにかく取ってしまえばすっきりするっていうのがすごくあって、そんなもんかなと思ってたんですけど。(温存術のリスクの説明は)あんまりなかったような気がしますけど、私が聞いてなかったかもしれませんね。不明です。」と述べており、患者は乳房温存術に伴う不確実性を認知していなかったと判断した。

3つめの【治療の決定】は、治療を受けるかどうか、あるいは、どの治療を受けるのかという葛藤を伴った決定を下すことを意味し、『治療の選択』と『折り合うこと』により構成された。『治療の選択』は、希望する術式の有無に関わらず乳房温存術という選択肢がある場合の決定を表し、『折り合うこと』は、希望する術式の有無に関わらず乳房温存術という選択肢がない場合の決定を表した。

『治療の選択』の構造を図3に示した。『治療の選択』では、乳房温存術に伴うリスクと乳房切除術に伴う結果(乳房の喪失)との間の葛藤が生じ、乳房温存術に伴うリスクの方が乳房切除術に伴う結果より大きいと認知すれば乳房切除術を選択し、乳房温存術に伴うリスクの方が乳房切除術に伴う結果より小さいと認知すれば乳房温存術を選択することで、患者は葛藤を解消した。例えば、ある対象者は「手術したものを精密検査して結果が出るまでの時間と、もう一度(手術)ということになるっていうこと、さらにいろいろ考えなきゃならないし、(中略)年齢的にも構わないから、いっぺんに全部取ってくださって言った。でも、二三度念を押されました。それでいいかということ。あたし平気ですって言って。」と述べており、乳房温存術に伴うリスクをより重大だと受け止めて乳房切除術を選択した。また、『治療の選択』では、患者が「自分で治療を選択した」と捉える場合と「医師が選択した」と捉える場合が認められた。

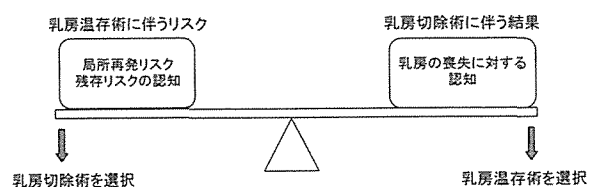


図3 「治療の選択」の構造 術式選択が可能な場合には、リスクと結果のどちらを重く認知するかにより術式が選択される。

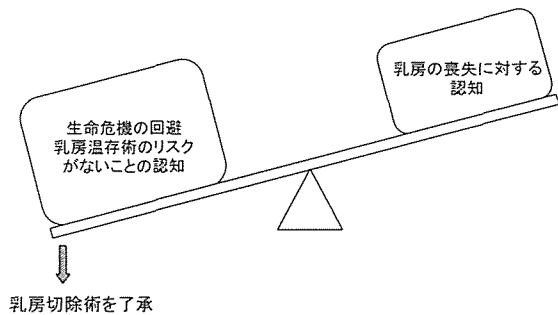


図4 『折り合うこと』の構造 術式選択が不可能な場合には、生命を最優先にすることで折り合いをつけて、乳房切除術を受けることが了承される。

次に、『折り合うこと』の構造を図4に示した。『折り合うこと』では、術式の選択肢がないため、乳房切除術を受けることで生命への危機を回避できること・乳房温存術に伴うリスクがないことと、乳房切除術に伴う結果との間の葛藤が生じ、最終的に患者は生命を最優先にすることで折り合いをつけて葛藤を解消した。外来を受診した時点で乳房温存術を希望していた患者で、医師に温存術は無理だと言われても温存術を強く希望した患者は対象者には認められず、最終的には乳房切除術を受けることを了承していた。例えば、ある対象者は、「やっぱり、温存をしてほしいという気持ちがあったんですけども、(外来で)先生は、ちょっと無理かもしれないねーみたいなこと言われたんです。(中略)私としては、大きさも大きかったし無理かもしれないという気持ちが。(中略)入院のときに(医師に)やっぱり温存はだめだねということ言われた。もう、それでしたら仕方ないのでもういいですと、すぐ返事をしました。やっぱり、わかってたから。」と述べており、最初は乳房切除術に伴う結果をより重大だと受け止めて乳房温存術を希望していたが、医師から提供された情報に基づき、生命を最優先にすることで葛藤を解消していた。

また、外来受診時に乳房温存術に対する明確な希望をもっていなかった対象者にも、生命への危機を回避できること・乳房温存術に伴うリスクがないことと、乳房切除術に伴う結果との間の葛藤が生じたが、診断後の早い時期にその葛藤は解消された。例えば、ある対象者は「これ間違いないですね。だけど一応穿刺だけしてみようっていうんでね、やってもらって、これくらい小さかったら全部切ったら治りますよって言われたもんですから、じゃ先生切って下さいって言ったら、先生がちゃんと家で相談しないでいいんですかって言われたんですがね。でもまあいいです。私なんでも自分で決めるからやって下さいって。(中略)残してね、後でまたいろんなこと出てきたら、もういやだし。それよりも、ぱっと切ったほうが早いかなと思

ました。」と述べており、外来受診終了までに患者は乳房切除術を受けることを決断していることから、この時点で決定に伴う葛藤は解消されたと判断した。

4) 基盤的要因と意思決定プロセスの関連

基盤的要因である【自己の立場の認知】と【信頼の認知】は、患者の【感情】を通して意思決定プロセスである【病状の認知】、【治療の不確実性の認知】、【治療の決定】に影響を及ぼし、【感情】は、意思決定プロセスと直接的・間接的に影響を及ぼしあった。ここでは、基盤的要因と意思決定プロセスの関連について示す典型的な事例を挙げた。

基盤的要因と意思決定プロセスとの関連については、『治療の選択』が可能であった場合には3つのタイプが、治療の選択ができず『折り合うこと』により治療を決定した場合には1つのタイプが認められた。

まず、『治療の選択』が可能であった場合については、図1と図3に従って3つのタイプを述べる。1つめのタイプは、患者が『任せることで得る安心』という考え方をもち、医師もそれに対応した言動を示せば、『医師への信頼』が確立されて患者にはポジティブな『感情』が生じ、『病状の認知』と『治療の不確実性の認知』が形成された後に、「医師が選択する」という意思決定プロセスとなり、患者が望む意思決定プロセスと実際のプロセスが一致するため、患者はそのプロセスと結果に納得できる場合であった。例えば、ある対象者は、「私の場合は、乳房を残す、残さない、いろいろそこまできちっと先生とご相談いただいて、事細かに。(中略)先のことを思えば、全部とってしまったほうがいいのかないかという気持ち、それから、そんな全部とらなくて残してもらっても(いいのかないかという気持ち)。ただ、早期発見、転移すれば、すぐにまた手術すればいいからということですね、そんなに悩むことはなかった。(中略)先生にお任せしてありましたから。主人とも三人で話し合いした結果、先生にお任せして、温存で大丈夫だからということ。全てを先生にお願いしますということで信頼して、今日に至っております。」と述べていたことから、患者は医師に決定を任せたいと考えており、医師との関係を通して、乳房温存術でも大丈夫だと感じ、乳房温存術のリスクを乳房切除術の結果より低く見積もり、医師の選択に従い、そのプロセスと結果に納得していると判断した。一方、患者が医師に全てを任せたいという考え方の場合に、医師が患者に対して治療決定への積極的参加を求めるといった状況は対象者には認められなかった。

2つめのタイプは、患者が『権利と責任の自覚』を持ち、自分で術式を決定したいと考えていても、医師がそのような言動を示さなければ、『医師への信頼』は確立されずに患者にはネガティブな『感情』が生じ、『病状の認知』と

『治療の不確実性の認知』が形成された後に、「自分で選択する」のではなく「医師が選択する」という意思決定プロセスとなり、患者が望む意思決定プロセスと実際のプロセスが一致しないため、患者はそのプロセスに納得できない場合であった。例えば、ある対象者は、「女性ですからね、全摘というのはやっぱりいやだったから。(外来では医師は)温存できると思うよ。(中略)(入院日に別の医師が)これは全摘だっておっしゃって。言ってることが違うって(思ったが)、私、言えなかった。(中略)手術前の面談の時に、とにかく温存で行きますと。その時は(治療方針が変わった理由が分からず)ちょっと不満でしたね。結局先生が一方的に話されて、それで(面談は)終わった。聞きたいこともあったけど聞けなかったっていうのはあったのよね。どこでどういうふうに(治療方針が)変わったというのは、私にはわからないから納得できないわけよ。温存は望んでいるんだけど、なんで(途中で)全摘っておっしゃったのか、それを聞いたかったの。」と述べており、医師への信頼が確立されずにネガティブな感情が生じ、一方的に医師が選択するというプロセスに納得できずに不満を感じていると判断した。

3つめのタイプは、『権利と責任の自覚』を持ち、自分で術式を決定したいという考え方が医師の考え方と一致し、『医師への信頼』が確立されて患者にはポジティブな『感情』が生じ、『病状の認知』と『治療の不確実性の認知』が形成された後に、患者が「自分で選択する」という意思決定プロセスになり、患者の望む意思決定プロセスと実際のプロセスが一致するため、患者はそのプロセスと結果に納得できる場合であった。例えば、ある対象者は「今までの私の考えは、お医者さんは専門家だからお任せすればいいと考えてたんですけど。考えが変わったのは入院してからで(中略)人間的にすごいなって思う方がいらっちゃって、その人がすごく勉強されてて、こういうふうにしてみようかなーみたいなこと言うんですね。それを聞いて自分で決めてると思って。それは、私にとっては衝撃的な出来事で、これからは自分で考えていかなきゃいけないんだって思ったことと、先生が、成人した女性として決めなさいってあの一言も、そういうことだったと通じることがあって(中略)自分で決めるんだっていうのが気に入ったというんでしょうか。(中略)(治療については、乳房を)取ってしまうという勇気は出なかったし、いけるなら温存でいこうという気持ちが強くあって結局はそうしました。(中略)同じ病室の方の助言もあったんです。(温存)できるんなら十分じゃないっていう。家族も、温存にしてだめならもう1回、切ればいいじゃないかという。そしたら納得できるんじゃないかという(家族の言葉に)、私が納得できた。」と述べていたことから、患者は医師や同病

者との関係を通して考え方を変化させており、変化した患者の考え方と医師への信頼が、患者にポジティブな感情を生じさせて、同病者と家族との関係を通して乳房温存術でも大丈夫だと感じ、乳房温存術のリスクを乳房切除術の結果より低く見積もって、「自分で選択する」という意思決定プロセスになり、そのプロセスと結果に納得していると判断した。

次に、治療の選択ができず『折り合うこと』により治療を決定した場合については、図1と図4に従って事例を述べる。このタイプでは、患者は『権利と責任の自覚』を持ち、医師から十分な説明を受けることで『医師への信頼』が確立されて、患者にはポジティブな『感情』が生じ、『病状の認知』と『治療の不確実性の認知』が形成された後に、医師が決定することに納得できるという意思決定プロセスとなり、患者が望む意思決定プロセスと実際のプロセスが一致するため、患者はそのプロセスと結果に納得することが認められた。例えば、ある対象者は、「あちこちにはそうは行ってないと思うんですが、(乳房を)取っておきましょうという話をされて、それでもあなたは温存を望みますかっていう話はされたような気がします。わたしの場合は、授乳というのがありましたよねっていう念押しをして。そうすると、取っただけのほうが安心なんで、お願いしますという話をしたような気がします。(中略)正直、衝撃は衝撃だったものですから。だけど先生が、外面的になくなるわけですから、わからないものではないもので、一応告知はしなければいけないのという話をしてみえたので、ちゃんとお話をして下さったんで、そこらへんは自分としては納得して手術を受けたほうだと思います。」と述べているように、たとえ術式の選択肢がなくても、医師から十分な説明を受け、医師への信頼が確立することによってポジティブな感情が生じ、治療の必要性を理解して治療を了承するという意思決定プロセスになり、そのプロセスと結果に納得していると判断した。

IV. 考 察

早期乳癌患者の初回治療である手術の意思決定は、意思決定プロセスと基盤的要因から構成されることが結果に示された。さらに、意思決定プロセスと基盤的要因の関係からは、患者が望む意思決定と患者が認知する主治医への信頼によって患者に生じる感情が、意思決定プロセスに影響することが示された。また、情報の不確実性や対人関係によって患者に生じる感情は、意思決定プロセスと相互に関連することが示された。

以下では、まず、結果に示した意思決定プロセスを既存の文献と比較検討し、次に、意思決定プロセスと基盤的要因の関係について、患者が望む意思決定と医師への信頼、

不確実な状況への患者の対処の2点から考察する。

1. 乳癌患者の治療に関する意思決定プロセス

乳癌患者の治療の意思決定プロセスは、術式選択が可能な患者については‘初期の反応’‘当初の術式への疑問’‘希望する術式への思い’‘術式選択への葛藤’‘術式決定’という段階からなることがすでに報告されている¹²⁾。このうち‘初期の反応’は本研究における【病状の認知】に、‘当初の術式への疑問’‘希望する術式への思い’は【治療の不確実性の認知】に、‘術式選択への葛藤’‘術式決定’は【治療の決定】の中の『治療の選択』に該当すると考えられる。術式選択ができない患者は、術式選択が可能な患者と同じ段階の意思決定プロセスをたどるが、【病状の認知】で術式の選択ができないことを認知し、【治療の決定】では術式選択が可能な患者とは異なる葛藤を伴う治療の決定を下す点が、術式選択ができる患者とは異なると考えられる。また、術式選択に影響する要因として、乳房温存術または乳房切除術を選択した動機や理由が報告されている^{13) - 15)}が、これらは【病状の認知】や【治療の不確実性の認知】に含まれるといえるであろう。したがって、本研究の結果は、これまでの研究成果から逸脱するものではないと考えられる。

2. 患者が望む意思決定と医師への信頼

患者は治療に関する意思決定を行う場面において一様に患者とはこうあるべきだと考えているわけではなく、患者には個人差があることが結果に示された。しかし、日本文化の集団志向性を考えると、和の推進や集団との兼ね合いの中で個人は意思決定することとなる¹⁹⁾。したがって、患者が意思決定についての希望を持っていたとしても、集団志向性によって自分の希望を自ら進んで表明することは少なく、医療者には患者の考え方の個人差が見えないという事態が起こりうる。その場合には、医療者の考えに沿った意思決定プロセスになることが懸念される。

治療の決定における患者の役割形態は、患者が決定する積極的役割、患者と医師が決定の責任を共有する共有的役割、医師が決定する消極的役割に大別される²⁰⁾。西岡ら²¹⁾は、術式選択可能な乳癌患者は、どの役割を遂行した患者も医師への信頼を感じていること、積極的役割の患者は責任を自覚し、共有的役割の患者は責任を医師と共有したいと感じ、消極的役割の患者は責任を自覚しないことを示した。これは、意思決定プロセスに影響する要因として結果で示した【自己の立場の認知】、【信頼の認知】と共通する部分もあるが、本研究では全ての患者が医師への信頼を認知するわけではないこと、消極的役割の患者には『任せることで得る安心』という考え方が異なっていた。また、患者が希望する役割と医療者が期待する患者役割が異なる場合には、患者は意思決定に関連した不満や苦

痛を体験することが結果に示された。特に、患者は積極的役割を希望しているが医療者が患者に消極的役割を求める場合やその逆の場合に、患者の不満や苦痛は生じやすいと考えられる。さらに、意思決定の結果、患者が希望する術式が採用されたとしても、そこに至るプロセスで患者と医療者の考え方の不一致があった場合には、患者が意思決定プロセスへの不満を感じる結果に示された。こうした現象は、‘手続き的公正’が患者に認知されなかったことによると考えられる。

手続き的公正とは、社会システムの手続き上の公正さに対する個人の認知を示し²²⁾、意思決定を含むあらゆる場面に適応可能である²³⁾といわれている。これによると、結果のいかに関わらず手続き的な公正を認知できると満足度は高まり、特に不満足な結果の受け入れを促進すること、決定により影響を受ける人が決定過程での発言権やコントロールを得ると手続き的公正の認知が高まること、相手からどのように扱われるか(丁寧かどうか)ということが手続き的公正の認知に影響することが明らかにされている²³⁾²⁴⁾。したがって、患者の治療決定への参加を促すことや、医療者が患者に対して丁寧な態度で接することが重要であるといえる。治療決定への参加を促す場合には、患者の役割希望を確認して、それに合わせた参加形態をとることによって、患者が意思決定プロセスとその結果に満足できることが重要であろう。具体的には、患者が役割への希望や治療への疑問を表明できる状況をつくることが考えられる。

患者が医師に対して認知する信頼には、専門性、誠実性、安心感があることが結果において示された。専門性についてはどの患者も重視したが、誠実性と安心感についてはどちらを求めるかは患者によって異なった。山岸²⁵⁾によると、‘信頼’とは、相手と自分との関係に不確実性が存在することを前提として、相手の内面にある人間性や自分に対する感情などの相手の意図に対する期待であり、‘安心’は、相手と自分との関係には不確実性が存在しないことを前提として、自分を脅かすものが相手に存在しないと判断することであるという。誠実性を重視する患者の場合は、山岸²⁵⁾による‘信頼’を求めているといえる。患者は治療の決定において全てを医療者に任せるのではなく、自分自身が積極的に関わらなければならないと感じていたことから、医療者との関係には不確実性が存在し、医療者がどのように患者である自己に対応するかの意図を読み取り、相手が信頼に値するかどうかを判断していたと考えられる。一方、安心感を求める患者の場合は、山岸²⁵⁾による‘安心’を求めているといえる。患者は、治療の決定は医療者に任せるべきであり、そうすることで安心できると感じていたことから、全面的に医療者を信頼し自己と医療者との

間に不確実性はなく、医療者は自分にとって最善の治療を提供する存在であるので、あえて医療者の意図を探る必要はないと判断していたと考えられる。

ここで重要な点は、安心感のみを求める患者の場合、患者が治療に伴うリスクとベネフィットを理解できているかどうかである。医療者による病状や治療の説明を患者が理解できない場合であっても、任せておけば安心だと患者が考えて、病状や治療についての理解がそれ以上に進まないことが起こりうるからである。そして、病状や治療の不確かさを理解せずに治療を受け、その後ネガティブな結果が生じた場合、患者にとってはより一層大きな衝撃となることが考えられるので、患者が理解できるようになるための支援が重要となる。安心感を求める患者にとっては、病状や治療の不確実性を理解することは大きなストレスになると考えられる。一方、誠実性を重視する患者は、病状や治療だけではなく医療者の誠実性についての不確実性も抱えることになるといえる。

3. 不確実な状況への対処

乳癌患者が認知する治療の意思決定における不確実性には、病状と治療に関するものがあり、さらに不確実性を解消することが可能な状況と不可能な状況があることが結果において示された。また、医療者との関係は、患者にとっては医療者を信頼できるか否かといった不確実性を伴う可能性が示唆された。Mishel & Braden²⁶⁾によると、医療場面において患者が認知する不確実性は、病状に関する‘曖昧さ’、治療やケアシステムに関する‘複雑性’、病気の診断や深刻さに関する‘情報の不足’、病気の経過と結果の‘予測不可能性’からなるという。今回の結果では‘複雑性’を除く内容が一致していた。

治療の意思決定は不確実性を伴う情報に基づくため、術式の選択肢に対する認知が人によって異なり、結果として選択される術式も異なることが結果に示された。不確実な状況に対する認知についての個人特性には、‘曖昧さ耐性’と‘リスク回避志向性’があり、曖昧さ耐性が低い人は、出来事をより脅威的なものとしてとらえる傾向があること²⁷⁾、リスク回避志向性が高い人は、治療のリスクを高く認知して治療を回避する傾向があること²⁸⁾が報告されている。術式選択が可能な場合に乳房切除術を選択した患者は、曖昧さ耐性が低くリスク回避志向性が高いと考えられ、乳房温存術を選択した患者は、曖昧さ耐性が高くリスク回避志向性が低いと考えられる。一方、医師に任せることによって治療を決定した患者については、‘選択逃避’による解釈ができるであろう。増田ら³⁰⁾によると、選択逃避とは‘リスク選択肢を含む選択を避けたり、選択自体を行わないことで、現状維持を図る行動’と定義され、選択自体に対する意思決定であり、高齢者に特徴的に認め

られるとしている。乳癌患者の治療の意思決定においては患者自身が必ず術式を選択しなければならない状況ではなく、選択を避けるという選択も起こりうる。患者が術式の選択状況において多大なストレスを認知したとすれば、選択を避けることによって、結果として医師が決定するという安全な選択を得ることができると考えられる。また、人がリスクを伴う情報を認知する場合、リスクを正確に認知するには限界があること、情報提供者がリスクを指摘するだけではリスク認知が高まり必要以上に恐怖を感じることで、記憶や想像のしやすさによりリスク認知は変化すること、リスクの提示方法を変えたりリスク認知を変えられること²⁹⁾から、個人特性をふまえた上で情報をどのように伝えるかが重要であるといえる。

次に、状況の認知と対処の関係について検討する。結果に示したとおり、患者は、不確実性の解消が可能だと判断した状況においては問題中心の対処を、不確実性の解消が不可能だと判断した状況においては情動中心の対処を用いていた。Lazarus & Folkman³¹⁾によると、過度の脅威は情報処理過程の認知的機能を阻害するため問題中心の対処を妨げ、情動中心の対処をとることによって防衛的な拒否反応がみられ、結果として情動のバランスが保たれることで問題中心の対処が行われるようになるという。また、池田³²⁾は、判断や決定時に現状を検討し先を読むことを‘予期産出行為’とし、これにより形成される‘予期’に基づいてその後の対応が規定されるとした。つまり、状況の変更が可能であると主観的に認知された場合には、状況を変える方法を予期できるため外的対応（問題中心の対処）が可能になる。しかし、状況の変更が不可能であると主観的に認知された場合には、予期できないため内的対応（情動中心の対処）をとらざるを得ないという。患者が主観的には状況の変更や不確実性の解消は不可能だと認知していたとしても、客観的に変更や解消が可能な状況であれば、患者が問題中心の対処をとることができるように支援することが可能だと考えられる。例えば、患者が病状や治療についての説明を理解できない状況では、患者の疑問に応えることによって患者は新しい情報を認知し、予期を形成して問題中心の対処をとることができるようになるであろう。一方、客観的に見て状況の変更や不確実性の解消が不可能な状況では、患者は内的対応をとらざるを得ないと考えられる。例えば、術式を選択できない状況では、患者の希望や思いを確認することや適切に情報を提供することによって、患者が情動中心の対処をとることで情動のバランスを保ちつつ、問題中心の対処ができるようになることが重要だといえよう。

Janis & Mann³³⁾によると、意思決定に伴う葛藤とそれにより生じるストレスの強さにより、意思決定の対処様式に

は無葛藤性の固執（低ストレス）・無葛藤性の変更（低ストレス）・防衛的回避（高ストレス）・短慮（高ストレス）・熟慮（中度ストレス）があるという。乳癌の治療の意思決定において葛藤は必ず存在すると考えられるため、実際にとられる対処様式は防衛的回避・短慮・熟慮であろう。そして、医師にまかせることによって決定した人は‘防衛的回避’、両術式のメリット・デメリットをよく検討せずに手術を受けることに決めた人は‘短慮’、両術式のメリット・デメリットを検討して決定した人や治療のメリット・デメリットを理解して治療を受けることにした人は‘熟慮’と考えることができ、防衛的回避や短慮という対処様式をとるということは、ストレスをより高く認知しているからであるといえよう。したがって、情動中心の対処が問題中心の対処への努力を抑制してしまう（例えば、不安を低下させるために問題を回避する）ことや、問題中心の対処の結果により不安が高まり情動中心の対処を抑制してしまう（例えば、情報を集めるほどに不安が高まり不安を低下させることができない）こと³⁰⁾が生じる場合には、こうした悪循環を絶ち、患者が納得できる意思決定を可能にするために、患者の感情や考えを聴くことを通して患者の不安を緩和し、患者の不安を高める要因を突き止めることが重要であり、効果があると考えられる。

V. 結 論

乳癌患者の治療に関する意思決定および影響要因を明らかにし、構造化することを目的として、術後1年以上経過

した乳癌患者10名に面接調査を実施し、質的分析を行った結果、以下の結論を得た。

1. 乳癌患者の治療に関する意思決定は、意思決定プロセスである【病状の認知】、【治療の不確実性の認知】、【治療の決定】と、基盤的要因である【自己の立場の認知】、【信頼の認知】、【感情】により構成された。
2. 患者の【自己の立場の認知】のあり方は、医師への【信頼の認知】に影響し、医師への【信頼の認知】の有無が、患者にどのような【感情】が生じるかということに影響を及ぼした。また、患者は【病状の認知】が確立されて初めて【治療の不確実性の認知】の段階に進み、その後【治療の決定】に至った。
3. 基盤的要因である【自己の立場の認知】と【信頼の認知】は、意思決定プロセスに影響を及ぼし、【感情】は意思決定プロセスと相互に関連することが示された。

謝 辞

本研究にご協力いただきました患者の皆様と、愛知県がんセンター乳癌外科部長三浦重人先生をはじめとした乳癌外科の諸先生、病棟看護師長兵藤千草様、外来看護師の皆様にご心より御礼申し上げます。

また、研究を進めるにあたりご指導を賜りました名古屋大学大学院教育発達科学研究科教授吉田俊和先生に深く感謝いたします。

要 旨

本研究は、乳癌患者の治療に関する意思決定の構造を明らかにすることを目的とした。乳癌の初回手術療法後1年以上経過した患者10名を対象として、治療の意思決定に関する半構造化面接を実施し、質的帰納的に分析した。

その結果、乳癌患者の治療に関する意思決定は、意思決定プロセスと基盤的要因から構成された。意思決定プロセスでは、患者が【病状の認知】を確立した後に、【治療の不確実性の認知】の段階に進み、その後【治療の決定】に至るというプロセスを示した。患者は、術式の選択肢がない場合、生命を最優先にすることで乳房切除術を受けることを了承した。また、選択肢がある場合には、乳房温存術のリスクと乳房切除術の結果のどちらを重視するかにより治療が決定された。基盤的要因では、【自己の立場の認知】と【信頼の認知】は意思決定プロセスに影響を及ぼし、【感情】は意思決定プロセスと相互に関連しあっていた。

Abstract

The purpose of this study was to elucidate the structure of decision-making in breast cancer patients with regard to treatment. The participants of the study were 10 women who had received their first surgical treatment more than 1 year earlier. We used a semi-structured interview method and qualitative data analysis to assess decision-making by participants about treatment.

The results indicated that this decision-making consisted of a decision-making process and fundamental factors. The decision-making process was structured into three phases: "perception of illness", "perception of treatment uncertainty" and "treatment decision". When there were no alternatives to surgical treatment, the participants accepted mastectomy by giving

top priority to life. When there were alternatives to surgical treatment, they chose treatment based on whether they considered the risks of breast-conserving surgery or the result of mastectomy to be more important. The fundamental factors were "perception of one's position", "perception of trust" and "emotion". "Perception of one's position" and "perception of trust" influenced the decision-making process. "Emotion" and the decision-making process influenced each other.

文 献

- 1) Cheng, J.D., Hitt, J. et al.: Impact of quality of life on patient expectations regarding phase I clinical trials, *Journal of Clinical Oncology*, 18(2), 421-428, 2000.
- 2) Tversky, A. & Kahneman, D.: The framing of decisions and the psychology of choice, *Science*, 211(30), 453-458, 1981.
- 3) Janis, I.L. & Feshbach, S.: Effects of fear-arousing communications, *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48(1), 78-92, 1953.
- 4) Hovland, C.I. & Weiss, W.: The influence of source credibility on communication effectiveness, *Public Opinion Quarterly*, 635-650, 1951.
- 5) 野島良子：乳癌患者における心理的反応の推移，*日本看護研究学会雑誌*，5(2)，32-40，1982.
- 6) 松本光子，三木房枝，他：乳癌手術患者の心理的適応に関する縦断的研究（1）－術前から術後3年にわたる心理反応，*日本看護研究学会雑誌*，15(3)，20-28，1992.
- 7) Scott, D.W.: Anxiety, critical thinking and information processing during and after breast biopsy, *Nursing Research*, 32(2), 24-28, 1983.
- 8) 田村正枝：乳がんを診断され、乳房切除術を受ける（術前）患者のストレス認知とコーピング行動，*看護技術*，36(7)，15-18，1990.
- 9) 温井由美：乳房切除術と乳房温存術を受ける患者の術前・術後のストレス・コーピングとその比較，*日本がん看護学会誌*，15(1)，17-27，2001.
- 10) 松本光子，三木房枝，他：乳癌手術患者の心理的適応に関する縦断的研究（2）－ソーシャルサポートネットワークを中心に，*日本看護研究学会雑誌*，15(3)，29-38，1992.
- 11) 真壁玲子：乳がん体験者のソーシャル・サポート－手術前状況に関する記述的研究，*日本がん看護学会誌*，13(1)，43-52，1999.
- 12) 国府浩子，井上智子：手術療法を受ける乳がん患者の術式選択のプロセスに関する研究，*日本看護科学会誌*，22(3)，20-28，2002.
- 13) Margolis, G.J. & Goodman, R.L.: Psychological factors in women choosing radiation therapy for breast cancer, *Psychosomatics*, 25(6), 464-469, 1984.
- 14) 大住省三，高嶋成光，他：早期乳癌患者での患者自身による乳房切除術と乳房温存療法の選択の背景因子の検討，*乳癌の臨床*，14(3)，389-394，1999.
- 15) 国府浩子，井上智子：患者による乳房切除術か乳房温存術かの選択に影響を及ぼす要因に関する研究，*日本がん看護学会誌*，16(2)，46-55，2002.
- 16) Morris, J. & Ingham, R.: Choice of surgery for early breast cancer: psychosocial considerations, *Social Science of Medicine*, 27(11), 1257-1262, 1988.
- 17) 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチ－質的実証研究の再生，177-276，弘文堂，東京，1999.
- 18) Mays, N. & Pope, C.: 保健・医療分野での質的研究の質，Pope, C. & Mays, N. (Eds), 大滝純司監訳：質的研究ガイド－保健・医療サービスの向上のために，86-96，医学書院，東京，2001.
- 19) マーク・ラドフォード，中根允文：意志決定行為－比較文化的考察，63-70，ヒューマンティワイ，東京，1991.
- 20) Degner, L.F. & Sloan, J.A.: Decision making during serious illness: What role do patients really want to play?, *Journal of Clinical Epidemiology*, 45(9), 941-950, 1992.
- 21) 西岡ひとみ，森本悦子，他：乳がん患者の術式選択時の意思決定役割と意思，*大阪府立看護大学紀要*，8(1)，39-45，2002.
- 22) Leventhal, G.S.: What should be done with equity theory?: New approaches to the study of fairness in social relationships, In: Gergen, K.J., Greenberg, M.S. et al. (Eds): *Social Exchange: Advances in Theory and Research*, 27-55, Plenum Press, New York, 1980.
- 23) Lind, E.A. & Tyler, T.R. 著，菅原郁夫，大淵憲一訳：フェアネスと手続きの心理学－裁判，政治，組織への応用，215-228，ブレーン出版，東京，1995.
- 24) 竹西亜古：手続き的公正－その概略と展開，田中堅一郎（編）：社会的公正の心理学－心理学の視点から見た「フェア」と「アンフェア」，61-81，ナカニシヤ出版，京都，1998.
- 25) 山岸俊男：信頼の構造－こころと社会の進化ゲーム，37-48，東京大学出版会，東京，1998.
- 26) Mishel, M.H. & Braden, C.J.: Uncertainty: A mediator between support and adjustment, *Western Journal of Nursing Research*, 9(1), 43-57, 1987.
- 27) 増田真也：曖昧さに対する耐性が心理的ストレスの評価過程に及ぼす影響，*茨城大学教育学部紀要（人文・社会科学，芸術）*，47，151-163，1998.
- 28) 楠見孝：不確実事象の認知と決定における個人差，*心理学評論*，37(3)，337-356，1994.
- 29) Slovic, P.: Informing and educating the public about risk, *Risk Analysis*, 6(4), 403-415, 1986.
- 30) 増田真也，坂上貴之，他：高齢者の意思決定－選択からの逃避，*心理学評論*，40(4)，457-465，1997.
- 31) Lazarus, R.S. & Folkman, S. 著，本明寛，春木豊，他訳：ストレスの心理学－認知的評価と対処の研究，154-177，実務教育出版，東京，1991.
- 32) 池田謙一：緊急時の情報処理，57-72，東京大学出版会，東京，1986.
- 33) Janis, I.L. & Mann, L.: Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment, 45-79, Free Press, New York, 1977.

〔平成15年4月9日受 付〕
〔平成16年2月26日採用決定〕

幽門側胃切除術後の食事摂取量をセルフコントロールするための指標の検討

Development of indices for self-control of intake volume in postoperative distal gastrectomy patients

中 島 佳 緒 里* 鎌 倉 や よ い* 深 田 順 子*
Kaori Nakajima Yayoi Kamakura Junko Fukada
山 口 真 澄** 小 野 田 嘉 子*** 尾 沼 奈 緒 美*
Masumi Yamaguchi Yoshiko Onoda Naomi Onuma
中 村 直 子*** 金 田 久 江***
Naoko Nakamura Hisae Kanada

キーワード：セルフコントロール, 指標, 摂取量, 幽門側胃切除術
self-control, index, intake volume, distal gastrectomy

I. 緒 言

1981年以降, 悪性新生物は日本国民の死亡率第1位を占め, その中でも胃癌の死亡率は高く国民病とまで言われていたが, 1990年代に入ると胃癌による死亡率は減少した。胃癌の早期発見や手術療法の進歩により, 5年以上の長期生存が可能になった結果であろう。胃癌の根治的手術療法には, 幽門側胃切除術, 噴門側胃切除術, 胃全摘術などがあげられる。これらの手術は, 切除範囲に伴い胃の形態的機能的変化を生じ, 貯留機能, 運動・排出機能, 胃液分泌機能などの低下をもたらす¹⁾。そのため患者は, 術後の胃の変化に対応して食行動を調整することが必要となる。胃癌手術後の患者のQOLを保証するために, 患者が食事に伴う症状の発現を抑えた最大摂取量を, 日々の生活の中で自律的に調整することによって, 栄養状態を回復し維持することが必要である。

現在, 胃切除術後患者への食事指導は, 「1/2程度の摂取量」「分割食」「十分な咀嚼」「30分程度の食事時間」「食後の坐位の保持」「高カロリー・高蛋白食の摂取」「食品選択」「胃切除術後の後遺症」などの一般的な原則と, 退院後は, 3ヶ月を目安として食事を3回に戻すことが指導されている^{2) 3)}。これらの多くは, 医療者の指示であるために, 患者が自らの食行動を調整することが困難であると考えられる。実際, 1回摂取量が少ない状態で食事回数を3回に戻し体重減少をきたした患者がいるのが現状である。

また, 胃癌術後患者の栄養状態回復評価指標として, AMC (上腕筋囲) や%TSF (%上腕三頭筋部皮下脂肪厚) が推奨されている⁴⁾。これらは, 医療者側にとっては簡便

な指標ではあるが, 患者が自己測定することは難しい。また, この指標は, 3ヶ月程度の長期的な食行動の結果を示すものであるが, むしろ患者が毎日の食行動を評価し調整することが重要であると考えられる。そのためには入院中に学習し, 退院後にも継続されるような具体的な介入方法を確立する必要がある。まずは, 患者が摂取量を自律的に評価し調整する手がかりとなる指標の開発が重要であると考えられる。

我々は, 「退院後の必要栄養量の摂取を目指して, 患者が現在の胃の状態を評価し, 自律的に食事摂取量を調整すること」を食行動のセルフコントロールと定義し研究をすすめてきた。まず, 食事前後の体重測定によって把握する食事摂取量と食後の上腹部感覚を一致させることで, 自律的に摂取量を調整することができるかを検討した。その結果, 食事前後の体重の自己記録が客観的な食事摂取量の値として, 患者にフィードバックされていることが確認された。さらに, 食後の上腹部感覚や不快症状があっても摂取量を調整しない患者や, 症状がなくても摂取量を増加させない患者がいたことが確認された^{5) 6)}。

そこで, 入院期間中に食事前後の体重を測定することにより得られる食事摂取量, 食後の上腹部感覚および食事に伴う不快症状の自己記録が, 胃の状態を評価し, 次回の摂取量を調整するための指標となりうると考えた。さらに, 退院後に胃の機能の回復に応じて摂取量を増加させるためには, 上腹部感覚の程度が低下し不快症状がなければ摂取量を増加する教示が指標として必要であると考えた。以上から, 食事前後の体重増加量・上腹部感覚・不快症状の自

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

** 愛知県立看護大学大学院看護学研究科 Graduate School of Nursing Aichi Prefectural College of Nursing & Health

*** 愛知県がんセンター Aichi Cancer Center

己記録、および摂取量を増加させる教示が、食行動のセルフコントロールのための指標になりうるかを検討した。

II. 研究方法

1. 倫理的手続き

本研究は、愛知県がんセンター倫理審査委員会の承認を得て実施された。研究参加の意思は、研究目的、研究方法、参加を拒否しても不利益を被らないこと、プライバシーの保護などを書面を用いて説明し、同意書の提出によって確認された。

2. 対象

研究対象は、胃癌による幽門側胃切除術 Billroth I 法再建術が予定された入院患者42名である。そのうち、研究同意の得られなかった2名、手術後に研究参加を辞退した6名、外泊などの理由によってデータが不足した4名が除外され、残りの30名を分析対象とした。平均年齢は61.5±11.7歳、男性25名、女性5名であった。

3. 手続き

食事摂取量を自律的に評価し調整するための指標として、(1)昼食摂取前後の体重測定値、(2)食事直後と1時間経過後の上腹部感覚の程度、(3)食事直後と1時間経過後の不快感の3つを用い、これらをフィードバック指標と定義した。さらに、これらのフィードバック指標によって、次回の摂取量を増加させる識別ができるように「上腹部感覚の程度が低下し不快感がなければ摂取量を増加させる」教示を用いて、これを弁別指標と定義した。

これらの指標を組み込んだパンフレットを独自に作成し、幽門側胃切除術後の食事指導を行った。具体的には、手術前に「手術後に必要な食事方法」、術後食事開始時は「手術後の胃の機能の変化と食事方法」、退院時は「退院後の食品選択と1日の食事回数を決め方」を研究者が実施した。

3つのフィードバック指標は、手術前食事指導した日から手術前日までの3日間と、術後経口摂取の開始から退院まで、毎日の昼食時に測定され自己記録がなされた。記録用紙は1日1枚とし、研究者によって2日ごとに回収された。弁別指標は、術後食事開始時と退院時の食事指導において教示された。

1) フィードバック指標

3つのフィードバック指標は以下に述べる方法で測定した。

(1) 昼食前後の体重測定値

昼食摂取前後の体重を測定し、その体重増加量を1回摂取量とみなした。測定には、最小表示50gの精密デジタル重量計(KAMOSITA KD-150P)を使用し、昼食前後の測定における服装などの条件は同一とした。

(2) 上腹部感覚の程度

上腹部感覚の程度は、胃切除術を受けた患者が摂取後に感じる上腹部の感覚⁶⁾として、「張る感じ」「重い感じ」「つままった感じ」の3項目について、50mmのビジュアルアナログスケール(visual analog scale: VAS)を用いて測定された。

(3) 不快感

食事摂取に伴う不快感は、1971年に日本消化器外科学会で示された「早期ダンピング症候群」の判断基準⁷⁾となる全身症状11項目、腹部症状7項目のうち、発生頻度の高い「動悸」「冷汗」「嘔吐」「腹痛」「下痢」、術後の消化液逆流の症状である「胸やけ」⁸⁾の6項目とした。対象者は、自覚した不快感を該当する項目に印を入れた。

2) 弁別指標

弁別指標は、食事摂取量を増加させる手がかりとして機能させるための指標である。具体的には、「上腹部がはる、つままった感じ、重い感じが低下し、動悸、冷や汗、嘔吐、腹痛、胸やけ、下痢などの症状がなければ50g程度ずつ1回の食事摂取量を増やしてみてください」と指導した。教示中の50gは、先行研究⁶⁾において、食事摂取量を40～60gの範囲で増加させていたこと、対象者が増加量を確認できる値は精密デジタル重量計の最小測定範囲(50g)であることから、弁別指標の50gを設定した。

4. 分析方法

1) 食事形態別の摂取量比の経日的推移

対象者ごとに摂取量比(術後1回摂取量/平均術前摂取量)を算出し、食事形態別に経日的な推移をグラフ化した。

2) 指標活用の判定

フィードバック指標と弁別指標がどのように活用されたかについて、摂取量の調整状況によって判定した。基準単位(図1)は、当日の摂取量と前日の上腹部感覚・不快感であり、両者の関係を分析した。上腹部感覚のうちVAS値が最大であったものについて、その値が術前値よりも10mm以上増加したときに、上腹部感覚が増強したと判定し「F」で表した。不快感のうち1項目以上印がついたときに、不快感があると判定し「D」で表した。

調整状況の判定は、ひとつの基準単位において、前日にFあるいはDが出現したにもかかわらず当日の摂取量を増

術後第7病日(三分粥)		術後第8病日(五分粥)		術後第9病日(七分粥)	
摂取量 (体重増加量)	食直後F・D 1時間後F・D	摂取量 (体重増加量)	食直後F・D 1時間後F・D	摂取量 (体重増加量)	食直後F・D 1時間後F・D
基準単位					

図1 基準単位

注) 当日の摂取量(体重増加量)と前日の上腹部感覚(F)・不快感(D)を基準単位とした。具体的には、術後第7病日(三分粥)の食直後のF・Dと1時間後のF・D、術後第8病日(五分粥)の摂取量がひとつの基準単位となる。

加させたとき、摂取量が100%を越えたときに、調整ができていないと判定した。それ以外は、調整ができていないと判定した。さらに、対象者ごとに上腹部感覚および不快症状の有無と摂取量をグラフ化し、調整状況を分類した。摂取量の調整状況は、Fisherの直接法を用いて統計的に比較し、有意水準5%とした。

5. 測定値の妥当性・信頼性

1回摂取量としての体重増加量測定値の妥当性を確認するために、精密デジタル重量計による体重と最小表示1gの精密デジタル計(TANITA TLC-100)による食物重量を計測し、比較した。その結果、摂取前後の体重増加量が食物重量と比較してわずかに多く、両者の相関係数は、固

形物では $r=0.96$ 、粥では $r=0.89$ 、麺類では $r=0.87$ 、液体では $r=0.95$ を示した。

さらに、信頼性を確認するために、体重測定状況とその記録が正確であること、上腹部感覚および不快症状が記入されていることを、研究者が2日に1回の割合で確認した。

III. 結果

1. 対象者別の概要と術後食事摂取量の推移

対象者の属性および胃切除範囲、術後在院日数、食事開始時の術後病日、術前摂取量、術後摂取量の推移、食事開始後から軟飯3日までの体重変化を表1に示した。30名の

表1 対象者別の概要と食事摂取量の推移

対象者	年齢	性別	胃切除範囲(cm)	術後在院日数	食事開始術後病日	術前摂取量(g)			術後摂取量(g)									体重変化(kg)		
						普通1日	普通2日	普通3日	流動1日	流動2日	三分	五分	七分	全粥	軟飯1日	軟飯2日	軟飯3日	A体重	B体重	B-A
s2	59	M	12.3	16	6	700	750	500	200	350	200	200	200	250	外泊	250	300	59.20	59.20	0.00
s3	76	F	11.3	14	5	400	550	550		450	400	500	350	650	450	200	退院	44.35	44.00	-0.35
s4	49	M	12.0	28	21	500	650		100	200	300	200	250	250	100	200	200	61.90	59.85	-2.05
s5	53	M	12.4	20	5	800	900	900	100	100	300	250	250	250	350	200	350	72.15	67.85	-4.30
s6	83	M	13.5	16	6	500	500		200	300	250	350	150	200	250	250	200	49.55	49.10	-0.45
s7	43	F	11.0	14	5	650	450	450		-	250	250	250	100	200	100	50	49.55	45.55	-4.00
s8	60	M	12.0	17	6	700	750	550	150	400	200	400	150	150	200	350	200	61.25	60.40	-0.85
s11	83	F	15.0	14	5	550	550		/	-	200	150	250	250	250	100	50	57.90	57.70	-0.20
s12	77	M	12.5	22	4	750	650	600	/	-	100	100	100	300	350	200	350	53.45	51.95	-1.50
s13	48	M	10.3	13	5	750	700		250	300	150	300	150	250	200	150	200	60.75	58.85	-1.90
s14	78	F	16.0	20	15	550	700	600	/	/	250	200	600	400	250	250	退院	36.70	36.80	0.10
s15	63	M	16.3	12	5	600	500	550	/	150	300	300	250	150	300	250	250	53.20	52.10	-1.10
s16	69	M	16.3	14	5	600	600	400	-	-	200	250	150	200	200	200	退院	50.55	48.70	-1.85
s17	62	M	15.8	13	5	450	550	500	300	200	200	200	250	200	250	200	退院	57.55	56.45	-1.10
s21	73	M	13.0	22	14	700	850		150	200	350	250	250	150	200	300	200	66.45	66.10	-0.35
s22	71	M	12.7	13	5	700	600	750	150	300	250	100	200	200	250	350	200	54.30	53.10	-1.20
s23	52	M	11.6	19	6	600	600		250	150	250	200	200	150	150	250	250	63.15	63.50	-0.35
s24	63	F	17.4	19	7	600	850		200	200	200	350	200	100	250	100	200	50.20	49.10	-1.10
s25	69	M	15.5	13	5	800	850	1000	200	250	300	250	250	300	200	250	250	60.30	57.50	-2.80
s26	50	M	18.0	26	21	700	750	850	/	300	450	450	300	300	450	退院		80.30	79.50	-0.80
s28	54	M	16.0	16	5	550	750	450	50	200	200	250	100	外泊	150	50	50	59.55	58.45	-1.10
s29	57	M	15.0	16	5	400	400		200	200	300	300	200	300	200	200	外泊	59.30	58.30	-1.00
s32	57	M	13.0	15	5	650	650		50	100	150	200	250	250	250	250	250	63.35	61.00	-2.35
s33	40	M	13.0	13	4	650	700		200	250	200	200	250	350	250	300	350	59.70	57.05	-2.65
s36	44	M	12.5	13	4	750	750		300	300	300	150	200	200	250	300	250	63.45	61.65	-1.80
s38	59	M	12.8	36	25	750	600		250	300	250	300	200	200	150	250	250	62.90	62.60	-0.30
s39	60	M	11.5	17	5	700	700	600	250	300	250	350	200	350	250	外泊	外泊	59.75	58.25	-1.50
s41	67	M	13.0	13	5	700	700		200	250	300	350	350	150	350	300	250	71.75	71.20	-0.55
s42	69	M	13.0	12	4	600	550	700	250	250	200	400	-	150	200	200	200	58.00	56.80	-1.20
s43	57	M	15.0	18	7	700	1000		200	300	200	200	200	250	0	150	250	53.20	52.70	-0.50

注) 術前摂取量3日の空欄は、術前の流動食の変更や検査による欠食であり、欠損値とした。術後摂取量の斜線は該当の食事が省略されたことを示し、「-」は体重が測定できなかったを示す。原則として、A体重は食事開始時の体重、B体重は軟飯3日の体重とした。

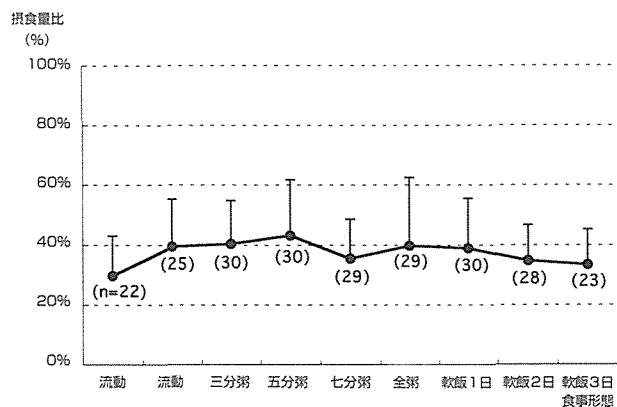


図2 術後食事形態別の平均摂取量比の経日的推移

注) 摂取量比〔術後1回摂取量 (g) / 平均術前摂取量 (g)〕の平均値の経日的推移を表す。術後縫合不全や残胃拡張などにより経口摂取が禁止された対象者については、食事が再開された後の値を採用した。

平均胃切除範囲 (大弯長) は、 $13.7 \pm 2.0\text{cm}$ であった。幽門側胃切除術後の食事形態は、術後4病日から7病日に食事開始となり、2日間は流動食、その後、三分粥、五分粥、七分粥、全粥、軟飯へと1日毎に変化した。ただし、s11, s12, s15については、主治医の方針により、食事開始後は流動食が1日のみであった。また、軟飯1日から3日では、全粥の場合もあり、退院時の食事形態は、軟飯26名、全粥4名であった。

次に、30名のうち5名は、流動食開始が術後第14病日から第25病日の範囲で遅れていた。その理由は、3名 (s4, s26, s38) は胃吻合部の縫合不全、1名 (s14) は吻合部狭窄による残胃拡張のために一旦食事が禁止され、再開後のデータであったことによる。また、1名 (s21) は、術後に 37°C 以上の発熱が続き、食事開始時期が遅れたためであった。縫合不全を合併した3名は、禁食期間中のみにIVHが施行された。

食事開始後から軟飯3日までの体重変化は、平均 $1.28 \pm 1.15\text{kg}$ の減少であった。平均値以上体重が減少した対象者は11名であり、2~3kgの体重が減少した対象者は4名、4kg以上の体重が減少した対象者は2名であった。

次に、食事開始から食形態別の摂取量比の平均値を図2に示した。食事開始1日目の流動食の摂取量比は、 $29.7 \pm 13.2\%$ 、2日目は $39.4 \pm 15.9\%$ 、三分粥から全粥までは40%前後を推移した。軟飯1日以降は $39.7 \pm 22.8\%$ から $33.3 \pm 11.9\%$ であった。

2. 食事摂取量の評価・調整状況

対象者の三分粥以降の摂取量比の推移をグラフとして表示し、あわせて上腹部感覚 (F)・不快症状 (D) を表示した。次に、グラフ内に自律的に評価・調整できた基準単位を○、評価・調整できなかった基準単位を●で示した。こうして作成されたグラフの推移によって評価・調整状況を分

類した。すべての基準単位で自律的に評価・調整できた対象者を調整群へ、軟飯1日以降に自律的に評価・調整できた対象者を軟飯後調整群へ分類し、この2群をセルフコントロールができたとした。また、軟飯1日以降に評価・調整のできなかった対象者、あるいは摂取量比が100%以上であった対象者を非調整群へ分類した。対象者ごとの食事摂取量の評価・調整状況は、調整群を図3、軟飯後調整群を図4、非調整群を図5にそれぞれ示した。

その結果、対象者30名のうち、調整群 (s2, s4, s5, s6, s7, s13, s15, s17, s21, s22, s25, s26, s32, s36, s38, s39, s42) は、17名 (56.7%)、軟飯後調整群 (s11, s16, s29, s33, s43) は5名 (16.7%)であった。それに対し、非調整群 (s3, s8, s12, s14, s23, s24, s28, s41) は8名 (26.7%)であった。調整群と軟飯後調整群を合わせたセルフコントロールできた22名 (73.3%)と非調整群の8名を比較すると、セルフコントロールできた対象者の割合は有意に高かった ($p < 0.05$)。

1) 調整群

摂取量比は、14.6~64.9%の範囲で推移した。17名のうち上腹部感覚が基準値以上 (F) であったのは3名 (s2, s6, s26)、不快症状 (D) があったのは4名 (s13, s21, s36, s38)であった。FあるいはDが出現しなかったのは10名 (s4, s6, s7, s15, s17, s22, s25, s26, s39, s42)であった。

次に、この17名がフィードバック指標と弁別指標をどのように用いたかによって、以下の4つの型に分類された。フィードバック指標 (体重測定値, F, D) および弁別指標を使用している対象者をI型、フィードバック指標 (体重測定値, F, D) のみを使用している対象者をII型とした。一方、F・Dの出現がなく、体重測定値のフィードバック指標および弁別指標を使用している対象者をIII型、体重測定値のフィードバック指標のみを使用している対象者をIV型とした。その結果、I型は3名 (s26, s36, s38)、II型は4名 (s2, s6, s13, s21)、III型は3名 (s5, s22, s32)、IV型は7名 (s4, s7, s15, s17, s25, s39, s42)であった。

2) 軟飯後調整群

摂取量比は、0.0~75.0%の範囲で推移した。5名全員がFあるいはDが出現した基準単位があった。調整群と同様に軟飯以降で判定すると、I型の対象者は2名 (s33, s43)、II型の対象者は3名 (s11, s16, s29)であった。

3) 非調整群

摂取量比は8.6~130.0%の範囲で推移した。8名のうち軟飯以降にFにより評価・調整ができなかった対象者は3名 (s8, s23, s24)、FおよびDにより評価・調整ができなかった対象者は3名 (s12, s28, s41)、摂取量比が100%以上であった対象者は2名 (s3, s14)であった。

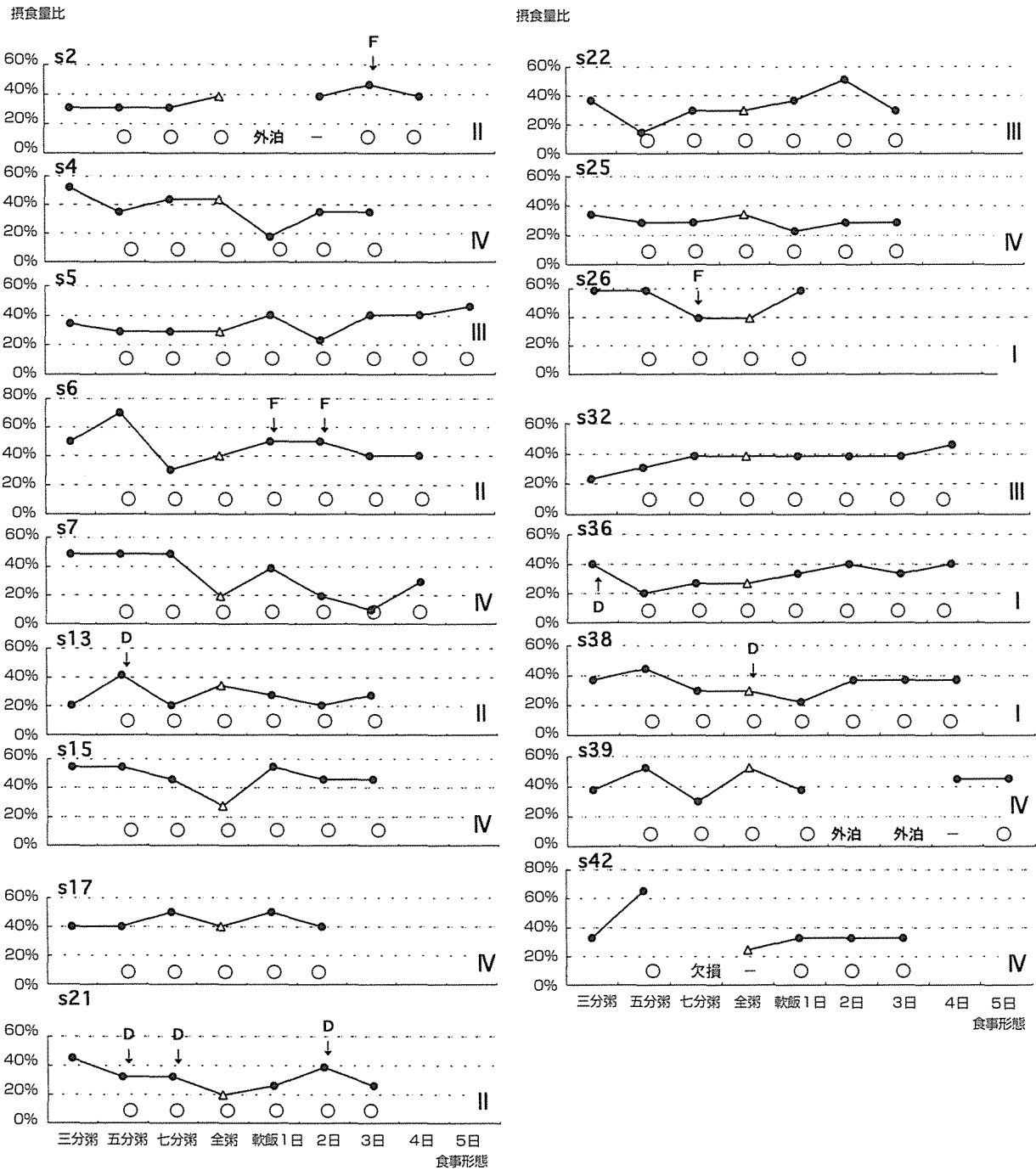


図3 食事摂取量の評価・調整状況：調整群

注) 上腹部感覚の増強 (F)・不快症状の出現 (D) と摂取量比をグラフに示した。上腹部感覚の増強はF, 不快症状の出現はDと表記した。食事形態については、全粥の開始日を△で表した。グラフの下段には、評価・調整状況が示され、自律的に調整できた基準単位を○、調整できなかった基準単位を●、前日の測定値が欠損しているために摂取量が比較できない場面は-とした。さらに、グラフの右下には、指標の活用状況による型を表記した。I型：3つのフィードバック指標と弁別指標、II型：3つのフィードバック指標、III型：体重測定値のフィードバック指標および弁別指標、IV型：体重測定値のフィードバック指標

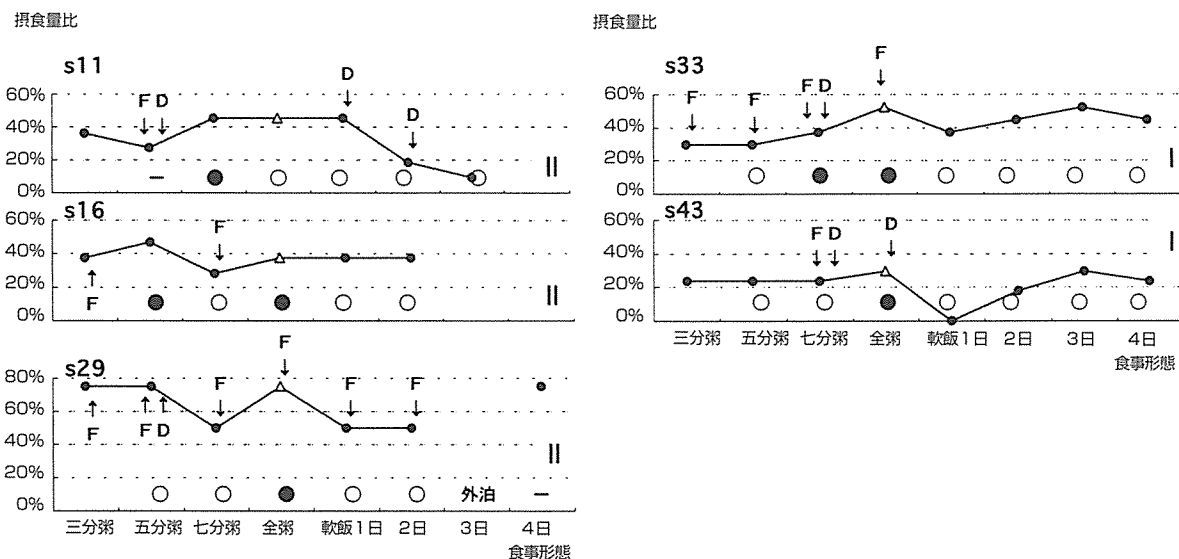


図4 食事摂取量の評価・調整状況：軟飯後調整群

注) 上腹部感覚の増強 (F)・不快症状の出現 (D) と摂取量比をグラフに示した。上腹部感覚の増強はF, 不快症状の出現はDと表記した。食事形態については、全粥の開始日を△で表した。グラフの下端には、評価・調整状況が示され、自律的に調整できた基準単位を○、調整できなかった基準単位を●、前日の測定値が欠損しているために摂取量が比較できない場合は-とした。さらに、グラフの右下には、指標の活用状況による型を表記した。I型：3つのフィードバック指標と弁別指標、II型：3つのフィードバック指標、III型：体重測定値のフィードバック指標および弁別指標、IV型：体重測定値のフィードバック指標

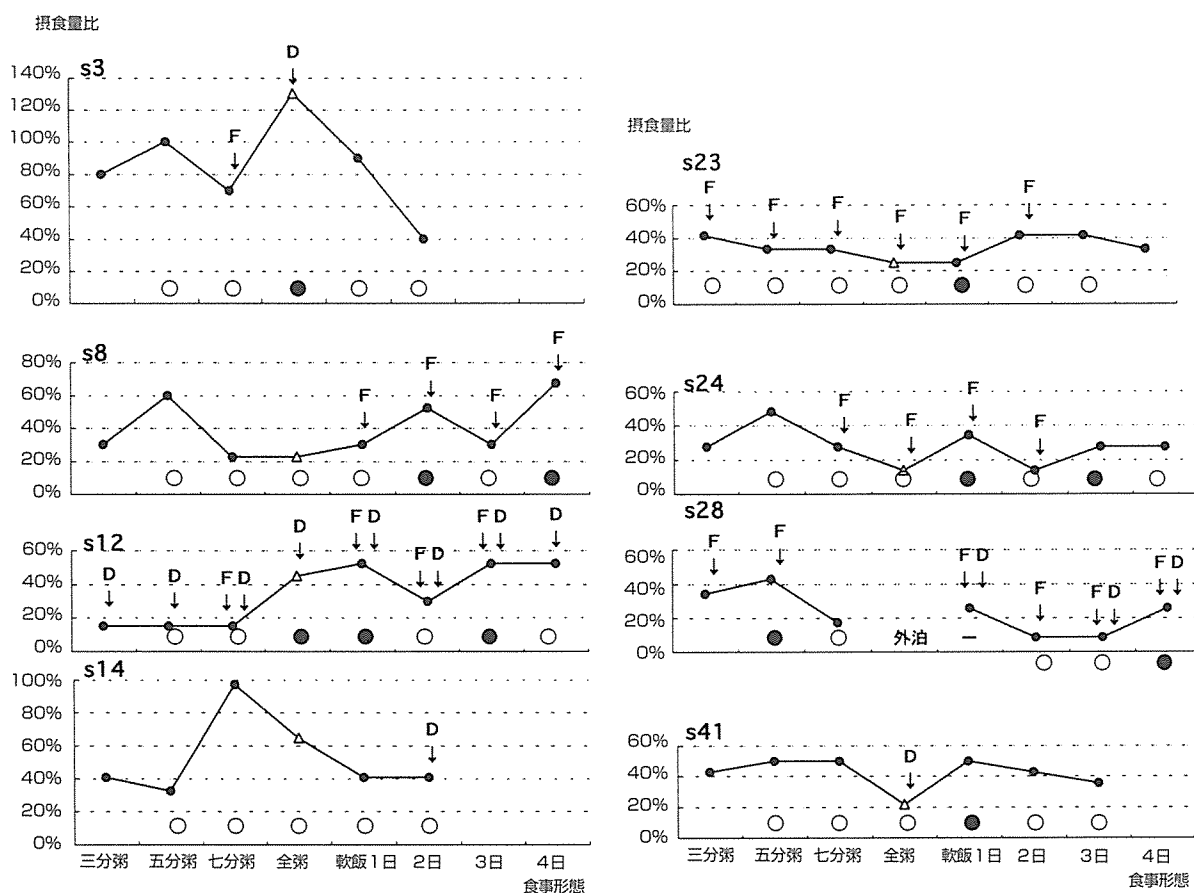


図5 食事摂取量の評価・調整状況：非調整群

注) 上腹部感覚の増強 (F)・不快症状の出現 (D) と摂取量比をグラフに示した。上腹部感覚の増強はF, 不快症状の出現はDと表記した。食事形態については、全粥の開始日を△で表した。グラフの下端には、評価・調整状況が示され、自律的に調整できた基準単位を○、調整できなかった基準単位を●、前日の測定値が欠損しているために摂取量が比較できない場合は-とした。

IV. 考 察

胃切除術後患者は、手術によって変化した形態や機能に応じて自らの食行動を再構築しなければならない。そのためには、食事に伴う症状の発現を抑えた最大摂取量を、患者が日々の生活の中で自律的に調整することが必要になる。これを入院中に学習できるように援助することは看護の重要な役割である。

本研究では、患者に食事摂取量を評価し、調整するための指標として、食事摂取量を表す食事前後の体重測定値・上腹部感覚・不快症状の3つのフィードバック指標と、症状がなければ50gずつ摂取量を増加させる弁別指標を用い、自律的に食事摂取量が調整できるかを検討した。結果で述べたように、セルフコントロールできた対象者は73.3% (22名) と有意に高く、フィードバック指標、弁別指標が活用されたといえる。

まず、これら3つのフィードバック指標がどのように活用されたかを検討したい。体重測定値のフィードバック指標は、73.3% (22名) に使用されていた。体重測定値は摂取量を客観的に把握することができ、食事摂取量を評価・調整するためのフィードバック指標として有効であった。上腹部感覚あるいは不快症状のフィードバック指標は、これらが出現した40.0% (12名) の対象者全員に使用されたことから、体重測定値と関連させて評価・調整されたと考えられる。

次に、弁別指標として用いた教示が、フィードバック指標とどのように関係して活用されたかを検討したい。フィードバック指標による調整方法として、上腹部感覚や不快症状が出現しないときには摂取量を増加させる、維持する、減少させるという3つの選択肢が存在する。術後の栄養状態を回復させるためには、摂取量を増加させる選択肢が選ばなければならない。その場合に弁別指標が手がかかりとして機能すると考える。弁別指標を活用した対象者は、I型とIII型に分類された8名であり、フィードバック指標により上腹部感覚や不快症状を見極めつつ、摂取量を経日的に増加させることができていた。この8名は、退院にむけて自律的に摂取量を増加させるための学習ができたと考えられる。

一方、入院期間中に弁別指標を使用していないII型とIV型の対象者は、退院後に食事摂取量を徐々に増やすことができない可能性がある。フィードバック指標のみを使用したII型の対象者は、ダンピング症候群のような強い不快症状や縫合不全を経験したため、不快症状を予防するために摂取量を抑える傾向があったと考えられる。このような患者が、退院後に摂取量を増加させるためには、毎日の摂取量と不快症状の有無を結びつけ、現在の胃の状態を患者自身が評価できるように介入していく必要があるだろう。ま

た、体重測定値のみのフィードバック指標を使用していたIV型の対象者は、摂取量を一定に維持していた。退院後もこのような状況が継続されると栄養状態の回復が遅延する可能性があること、退院後に初めて摂取量を増加させたときに不快症状が出現する可能性が残される。従って、このような対象者にも今回提示した弁別指標が活用されるように、入院中にさらなる介入を検討することが必要であろう。

対象者の食事摂取量比については、入院期間を通じて術前の30～40%を推移した。これは、手術により胃容量が1/3に減少したことによる結果であるといえる。我々が行ってきた先行研究⁶⁾においても、術後の平均摂取量は200～300gで術前のほぼ1/3量であり、今回の結果と一致した。従来の食事指導では、1回の食事摂取に術前量の1/2量程度の摂取が目標となっていたが、今回の結果から入院期間中は術前摂取量の1/3量を目標に開始し、徐々に増加させる必要があると考える。また、非調整群には、術前に対する摂取量比が100%以上になった対象者が存在した。その理由のひとつとして、術前の摂取量が少ない患者に対して、術後に配膳された食事量が多いことが考えられる。患者が摂取量を極端に増加させることを予防するために、患者にとって適切な食事量を提供するシステムが望まれる。さらに、非調整群の8名は、フィードバック指標と弁別指標を用いて摂取量を評価・調整する学習ができず、軟飯後調整群の5名は、全粥までに試行錯誤があり学習が遅れた。このような患者には、看護師が学習の進行を判断し、グラフィックフィードバックなどの積極的な介入方法⁹⁾を検討していくことが必要であろう。

V. 結 論

入院期間中に、食事前後の体重測定値・上腹部感覚・食事に伴う不快症状を自己記録する3つのフィードバック指標と、症状がなければ摂取量を50g増加させる教示の弁別指標が、摂取量を評価し調整するための指標になりうるかを、30名の幽門側胃切除術Billroth I法再建術後患者を対象に検討し、以下の示唆を得た。

1. 入院期間中、術前と比較した術後食事摂取量比は、平均30～40%を推移した。
2. 食事摂取量がセルフコントロールできた対象者は、22名 (73.3%) であり、この割合は有意に高かった ($p < 0.05$)。フィードバック指標と弁別指標の活用状況から、4つの型に分類された。I型は3つのフィードバック指標と弁別指標を使用した5名、II型は3つのフィードバック指標のみを使用した7名、III型は体重測定値のフィードバック指標と弁別指標を使用した3名、IV型は体重測定値のフィードバック指標のみ使用

した7名であった。

3. フィードバック指標のいずれかを使用した対象者は73.3%であり、食事前後の体重測定値の指標は、全員に使用された。上腹部感覚あるいは不快症状の指標は、入院期間中に症状のあった全対象者が使用した。弁別指標は、セルフコントロールができた対象者の36.4%が使用した。
4. フィードバック指標は、食事摂取量を自律的に評価・

調整するための指標となりうることを、摂取量を増加させるために弁別指標が必要であることが示唆された。

謝 辞

本研究を行うにあたり御協力いただきました患者の皆様と、愛知県がんセンター病棟部長山村義孝先生をはじめとした消化器外科の諸先生、病棟看護師の諸姉に深く感謝申し上げます。

要 旨

本研究は、幽門側胃切除術後患者が、現在の胃の状態を評価し自律的に摂取量を調整するための指標を開発することを目的とした。

対象者は30名で、指標には、昼食前後の体重測定値・上腹部感覚の程度・不快症状を自己記録するフィードバック指標と、症状がなければ摂取量を50g増加させる教示の弁別指標を用いた。手術前3日間と術後経口摂取開始から退院まで、毎日の昼食時にフィードバック指標が測定され、自己記録がなされた。弁別指標は、術後食事開始時と退院時に教示された。

その結果、フィードバック指標を使用して自律的に摂取量を調整した対象者は73%であった。そのうち36%の対象者が、弁別指標を用いて摂取量を漸次増加させた。以上から、フィードバック指標は、食事摂取量を自律的に調整するための指標となりうることを、摂取量を増加させるために弁別指標が必要であることが示唆された。

Abstract

The purpose of the present study was to develop indices so patients with gastric cancer could evaluate their own gastric state and control caloric intake.

The subjects were 30 patients after distal gastrectomy. We used two indices: a feedback index and a discriminative index. The feedback indices are an increase in weight after lunch, value of VAS (visual analog scale) as epigastric feeling, and dumping syndromes. The discriminative index is an instruction to increase intake 50 g if no symptoms are present. The subjects record feedback index by themselves after eating lunch for until three days preoperatively and postoperatively from the start of ingestion until discharge. The discriminative index was given when the subjects started meals postoperatively and at first time of discharge.

We found that 73% of subjects used feedback indices and controlled their intake volume using feedback indices in this period. Thirty six percent of the subjects used the discriminative index, and were able to increase their ingestion volume gradually. These results suggest that feedback indices were useful for controlling ingestion volume, and the discriminative index was necessary for increasing ingestion volume.

文 献

- 1) 青木照明, 高山澄夫他: 胃切除後の病態生理, 外科治療, 79(2), 142-150, 1998
- 2) 内田智子, 秋山恵美: 胃がん患者および家族への退院指導プログラム, 看護技術, 34(3), 284-292, 1988
- 3) 酒井靖夫, 谷達夫他: 胃切除後の病態と栄養管理の実際, 輸液・栄養ジャーナル, 16(12), 111-116, 1994
- 4) 数間恵子, 石黒義彦: 胃がん術後患者の栄養状態回復と摂食行動および心理社会的要因との関連に関する研究その3, 日本看護科学会誌, 12(1), 33-39, 1992
- 5) 石原磨奈美, 鎌倉やよい: 胃切除術後患者の体重回復のための食行動の検討, 日本看護科学会誌, 17(3), 426-427, 1997
- 6) 山口真澄, 鎌倉やよい他: 胃癌術後患者の食事摂取に関するセルフコントロール指標の検討, 日本看護研究学会雑誌, 23(3), 128, 2000
- 7) 渡部洋三: ダンピング症候群, 青木照明, 島津久明(編): 胃手術後障害のすべて, 126-147, 南江堂, 東京, 1987
- 8) 河野辰幸, 佐藤康他: 胃の切除後における下部食道括約筋機能異常の病態と治療, 外科診療, 33, 865-873, 1991
- 9) 鎌倉やよい, 坂上貴之: 手術前呼吸訓練プログラムの開発とその効果の検討, 行動分析学研究, 9(1), 2-13, 1996

[平成15年1月10日 受付]
[平成16年2月2日 採用決定]

実習指導者の看護学実習における指導上の困難とその関連要因

Factors that cause perceived difficulties in clinical teaching of nursing

細田 泰子¹⁾
Yasuko Hosoda

山口 明子²⁾
Akiko Yamaguchi

キーワード：臨床教育, 実習指導者, 指導上の困難, 職業的背景, 実習指導者講習会
clinical teaching, clinical instructors, difficulties in clinical teaching, instructors' backgrounds
training seminars for clinical instructors

I. はじめに

近年の学習理論では、学習者に対するより経験を積んだ人の援助や彼らとの共同での取り組みが、有効な教育的アプローチとして学習過程を促進することが指摘されている^{1)~5)}。看護学生が実践的知識を獲得するには、臨床に精通した経験豊かな看護実践者である実習指導者の教育的アプローチが重要な働きをしていると考える。アメリカの大学では、教員が学生とともに臨床に赴いて指導するという伝統的な臨床教育の方法が見直され、看護学実習は学生、教師、現場の看護スタッフの3者によって協働的に行われるべきだという理念に基づく臨床教育モデルが示されている⁶⁾。また、日本の臨床教育に関する研究においても、実習指導者やスタッフの学生に対する関わりは、看護学実習における学習成果に影響を及ぼすことが報告されている^{7)~12)}。筆者らは、実習指導者の教育的アプローチの様相を明らかにするため、実習指導者と学生の関わりに焦点をあて、その体験の意味を探究してきた。このような体験を探究することは、効果的な臨床教育の方法を検討する一助となり得るが、その一方で実習指導者の教育的アプローチに影響を与えている要因を明らかにする必要性が示唆された。

臨床の看護職は、キャリア発達のための学習の機会が増え、都道府県や様々な機関が主催する看護実習指導者講習会に参加している者も少なくない。また、職場環境や職務経験などの背景要因が看護職の自己能力評価に影響を与えていること¹³⁾や長期研修によって職業的発達が直接的に支援されていること¹⁴⁾が明らかにされている。その一方で、看護学実習における指導役割については、実習指導者の自己能力評価、業務との調整、実習指導体制などが役割遂行を困難にしていることが示唆されている^{15)~16)}。実習指導者を対象にした研究では、評価的な視点からの研究^{17)~20)}

は多く見られるが、実習指導者の認識している指導上の困難と職業的背景との関連性を明らかにした研究は少ない。

そこで本研究では、実習指導者の教育的アプローチに影響を及ぼす背景要因を明らかにするために、看護学実習において実習指導者が認識している指導上の困難に焦点をあて、看護職としての経験年数、職位、実習指導の経験年数、看護実習指導者講習会の受講状況との関係を検討した。

II. 用語の定義

本研究での「実習指導者」とは、看護学実習の期間、学生の指導を担当する現場の看護職を示す。本研究の調査では、病院の看護管理部署が実習指導者としての役割を担っていると認識している者を対象とした。

III. 研究方法

1. 対象

関東圏内の500床以上の38病院に所属する「現在（調査時）、実習指導者としての役割を担っている」看護職902名を対象に調査を行った。

2. 調査方法

調査は自記式質問紙調査法を用いて行った。調査票は各病院の看護部（科）を経由して対象者に配布し、回収は対象者各自が投函する郵送法とした。調査は2001年11月～2002年1月の期間に実施した。

3. 調査内容

1) 対象者の背景

①個人的背景－年齢、性別、専門学歴、一般学歴、②看護職としての経験－通算の臨床経験年数、職位、③実習指導者としての経験－通算の実習指導の経験年数、指導した

1) 埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科 Department of Nursing, School of Health and Social Services, Saitama Prefectural University
2) 横浜市立大学看護短期大学部 College of Nursing, Yokohama City University

主な実習、看護実習指導者講習会の受講状況と主催機関、都道府県看護師実習指導者講習会の修了証書取得の有無について尋ねた。

2) 実習指導者が認識している指導上の困難

質問項目は、予備調査（対象：1 総合病院の実習指導経験者52名）と臨床学習環境の文献²¹⁾を参考に、実習指導者が認識している指導上の困難に関する項目を収集した。作成した質問項目は、看護学実習の指導経験がある10名の臨床の看護職、教員、大学院生にパイロットスタディを依頼し、内容が曖昧な項目を削除して、最終的に21項目で構成した。項目は、「非常にそう思う」5点、「時々そう思う」4点、「どちらともいえない」3点、「あまりそう思わない」2点、「全くそう思わない」1点の5段階の評定尺度を設け、得点化できるようにした。得点が高いほど、それぞれの項目をより困難に感じていることを示している。

4. 倫理的配慮

対象者の所属する病院の看護部（科）長には、研究目的、調査内容、倫理的配慮について説明し、研究協力への承諾を得た。対象者には、研究目的と方法、結果の発表方法、研究協力は自由意思によることを文書で説明し、回答は無記名とした。

5. 分析方法

収集したデータは、統計解析プログラムパッケージ SPSS for Windows 11.0J を用いて分析した。因子分析は、各質問項目の回答を点数化し、回答分布の偏りの著しい項目、共通性が0.2未満の項目を削除し、主因子法、バリマックス回転で行った。各因子の内的整合性の検討には、Cronbach の α 係数を求めた。抽出された各因子の因子得点を算出し、看護職としての経験年数、職位、実習指導の経験年数、看護実習指導者講習会の受講状況による比較を一元配置分散分析と多重比較（シェフェの検定）にて行った。

IV. 結果

調査は、691名（76.6%）より回答を得られ、有効回答数は631名（70.0%）であった。

1. 対象者の背景

表1に概要を示した。対象者は、女性621名（98.4%）に対し、男性10名（1.6%）と少数であったため、性別を分けずに分析を行った。専門最終学歴は、3年課程の養成機関で看護基礎教育を受けた者が最も多く、専門学校371名と看護短期大学72名を合わせると70.2%であった。2年課程の養成機関卒業者は、専門学校111名と看護短期大学31名

を併せて22.5%、看護系大学以上は15名（2.4%）、その他31名（4.9%）は保健師・助産師の看護短期大学専攻科・専門学校などであった。一般最終学歴は、高等学校が496名（78.6%）と最も多く、次が短期大学の105名（16.6%）であった。大学および大学院は30名（4.7%）となっており、看護系大学・大学院以外で高等教育を受けている者が半数を占めていた。

対象者の平均年齢 30.9 ± 5.4 歳に対し、看護職としての経験年数は平均 9.0 ± 4.8 年であるため、養成機関を卒業後、継続して職歴を経てきた者が多いことを示している。職位は、スタッフの看護師・助産師491名（77.8%）が最も多く、次いで主任（係長を含む）106名（16.8%）、看護師長は34名（5.4%）であった。

実習指導の経験年数は平均 3.3 ± 3.1 年であり、指導した実習は「成人看護学実習」が431名で最も多く、この他に100名以上の指導経験者数のあった実習は「基礎看護学実習」323名と「老年看護学実習」198名であった。看護実習指導者講習会の受講状況は、受講していない者222名（35.2%）に対し、受講している者は409名（64.8%）と半数以上を超えていた。受講者のうち233名は病院内で受講し、232名は病院外で受講しているため、複数回答をした56名は病院内と病院外の両方で受講の機会を得られたことになる。病院外で受講した講習会の主催機関は、看護協会（都・県との共同開催含む）が129名と最も多く、大学・短期大学（都・県との共同開催含む）が76名であった。その他36名の主催機関は厚生労働省、全国自治体病院協議会、企業、神奈川県立看護教育大学校などであった。また、対象者の中で都道府県看護師実習指導者講習会の修了証書を取得している者は125名（19.8%）であった。

2. 実習指導者が認識している指導上の困難の因子構造

実習指導者が認識している指導上の困難に関する21項目のうち、平均値+標準偏差値が5.00以上の項目がないことを確認し、共通性が0.2未満であった「学生の受け持ち患者を選定するのが難しい」を削除項目とした。残った20項目で因子分析（主因子法、バリマックス回転）を行い、その結果を表2に示した。その際、固有値が1以上を示す4因子を抽出した。

第1因子は、学生の指導や関わり方に対する実習指導者としての力量不足や自信のなさを表している項目であるため、「実習指導者自身の力量に関する困難」と命名した。第2因子は、学生の考えや行為が理解困難で世代間の相違を感じている項目であるため、「学生との心理的距離に関する困難」と命名した。第3因子は、看護学実習に関する学習環境の準備や学習内容の把握に困難を感じている項目であるため、「学習環境・学習内容に関する困難」と

実習指導者の看護学実習における指導上の困難とその関連要因

表1 対象者の背景

(N=631)

項 目		N	%	
性別	女性	621	98.4%	
	男性	10	1.6%	
年齢	平均値	30.9±5.4歳		
専門最終学歴	看護専門学校 (2年課程)	111	17.6%	
	看護専門学校 (3年課程)	371	58.8%	
	看護短期大学 (2年課程)	31	4.9%	
	看護短期大学 (3年課程)	72	11.4%	
	看護系大学	12	1.9%	
	看護系大学院	3	0.5%	
	その他	31	4.9%	
一般最終学歴	高等学校	496	78.6%	
	短期大学	105	16.6%	
	大学	26	4.1%	
	大学院	4	0.6%	
看護職としての経験年数	3年～5年	135	21.4%	
	6年～8年	244	38.7%	
	9年以上	252	39.9%	
	平均値	9.0±4.8年		
職位	看護師・助産師	491	77.8%	
	主任 (係長を含む)	106	16.8%	
	看護師長	34	5.4%	
実習指導の経験年数	1年以下	205	32.5%	
	2年～3年	242	38.4%	
	4年以上	184	29.2%	
	平均値	3.3±3.1年		
指導した実習 (複数回答)	基礎看護学実習	323		
	成人看護学実習	431		
	老年看護学実習	198		
	小児看護学実習	70		
	母性看護学実習	60		
	精神看護学実習	24		
	その他 (手術、ICU看護実習などを含む)	103		
看護実習指導者講習会	受講していない	222	35.2%	
	受講している	409	64.8%	
	<看護実習指導者講習会を受講している者のみ回答>			
	受講した機関	病院内	233	
	(複数回答)	病院外	232	
	講習会の主催機関	看護協会 (都・県との共同開催含む)	129	
	(複数回答)	大学・短期大学 (都・県との共同開催含む)	76	
	その他	36		
	都道府県看護師実習指導者講習会の修了証書取得	125	19.8%	

表2 実習指導者が認識している指導上の困難の因子構造

項 目	抽 出 因 子			
	1	2	3	4
第1因子 実習指導者自身の力量に関する困難				
自分の指導方法に自信がない	0.683	0.129	0.270	0.114
学生の個人差に応じた対応ができない	0.609	0.109	0.189	0.118
学校と臨床の違いを学生に伝えられない	0.552	0.210	0.203	0.138
学生の反応を解釈するのが難しい	0.492	0.347	0.287	0.128
学生との関わり方が難しい	0.436	0.384	0.059	0.348
学生の記録を指導するのが難しい	0.346	0.202	0.322	0.114
第2因子 学生との心理的距離に関する困難				
学生の考えていることを理解できない	0.172	0.765	0.165	0.086
学生との世代間の相違を埋めるのが難しい	0.096	0.738	0.158	0.067
肯定的に学生の姿勢・態度を見るのが難しい	0.277	0.545	0.118	0.142
看護の魅力・楽しさを学生に伝えられない	0.332	0.385	0.266	0.113
第3因子 学習環境・学習内容に関する困難				
学生に快適な実習環境が提供できない	0.155	0.107	0.566	0.172
学生の既習の知識・技術を把握できない	0.205	0.134	0.565	0.152
学生の指導と業務を調整するのが難しい	0.126	0.093	0.504	0.162
実習目標の到達レベルを理解できない	0.302	0.182	0.476	0.187
学生の学習ニーズを理解できない	0.340	0.302	0.406	0.099
第4因子 学生以外の対人関係に関する困難				
管理者との関わり方が難しい	0.022	0.097	0.139	0.681
他職種の医療従事者との関わり方が難しい	0.018	0.021	0.154	0.583
他のスタッフとの関わり方が難しい	0.153	-0.003	0.184	0.459
学生の受け持ち患者との関わり方が難しい	0.223	0.108	0.011	0.450
学校(教員)との関わり方が難しい	0.115	0.188	0.170	0.446
寄与率(%)	11.48	10.88	9.34	8.90
累積寄与率(%)	11.48	22.36	31.69	40.59
Cronbach's α (全体=0.87)	0.79	0.77	0.73	0.68

主因子法、VARIMAX回転

命名した。第4因子は、看護学実習における学生以外の関係者である管理者、他職種の医療従事者、他のスタッフ、受け持ち患者、学校(教員)との関わり方に困難を感じている項目であるため、「学生以外の対人関係に関する困難」と命名した。各因子のCronbachの α 係数は、第1因子が0.79、第2因子が0.77、第3因子が0.73、第4因子が0.68であった。

3. 実習指導者の看護職としての経験年数と指導上の困難との関係

看護職としての経験年数は、人数の割合を考慮した3分割によって3～5年135名(21.4%)、6～8年244名(38.7%)、9年以上252名(39.9%)に分類し、3者間の因子得点の比較を一元配置分散分析で行った。その結果を表3に示した。第1因子の「実習指導者自身の力量に関する困難」(F=12.19, $p<0.001$)と第2因子の「学生との心理

的距離に関する困難」(F=5.23, $p<0.01$)の2因子で有意差を認めた。3者どの群間に差があるのかを調べるために多重比較を行い、その結果を図1に示した。第1因子では、因子得点の平均値は看護職としての経験年数3～5年 0.22 ± 0.84 、6～8年 0.07 ± 0.79 、9年以上 -0.18 ± 0.82 であり、3～5年と9年以上($p<0.001$)、6～8年と9年以上($p<0.01$)の間に有意差を認め、看護職としての経験年数が高くなるほど因子得点が低くなっていた。第2因子では、3～5年 -0.18 ± 0.79 と6～8年 0.12 ± 0.93 の間に有意差($p<0.01$)を認め、6～8年の因子得点が有意に高かった。

4. 実習指導者の職位と指導上の困難との関係

職位は、スタッフの看護師・助産師491名(77.8%)、主任106名(16.8%)、看護師長34名(5.4%)に分類し、3者間の因子得点の比較を一元配置分散分析で行った。その

表3 実習指導者の看護職としての経験年数と指導上の困難

項目	N	M	SD	F
第1因子	3～5年	135	0.22	0.84
	6～8年	244	0.07	0.79
	9年以上	252	-0.18	0.82
第2因子	3～5年	135	-0.18	0.79
	6～8年	244	0.12	0.93
	9年以上	252	-0.01	0.83
第3因子	3～5年	135	0.02	0.72
	6～8年	244	0.06	0.77
	9年以上	252	-0.07	0.81
第4因子	3～5年	135	-0.05	0.81
	6～8年	244	0.01	0.80
	9年以上	252	0.02	0.86

: $p<0.01$ *: $p<0.001$

表4 実習指導者の職位と指導上の困難

項目	N	M	SD	F
第1因子	看護師・助産師	491	0.07	0.81
	主任(係長含む)	106	-0.18	0.87
	看護師長	34	-0.51	0.67
第2因子	看護師・助産師	491	0.05	0.89
	主任(係長含む)	106	-0.15	0.74
	看護師長	34	-0.18	0.82
第3因子	看護師・助産師	491	0.04	0.76
	主任(係長含む)	106	-0.15	0.79
	看護師長	34	-0.05	0.92
第4因子	看護師・助産師	491	0.02	0.81
	主任(係長含む)	106	-0.21	0.92
	看護師長	34	0.35	0.85

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

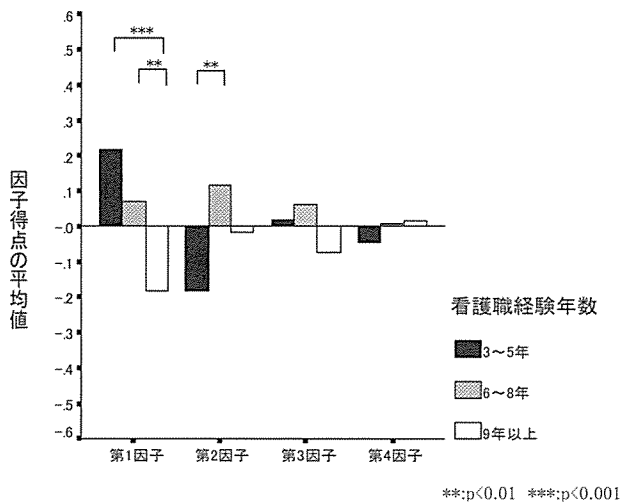


図1 実習指導者の看護職としての経験年数別の因子得点

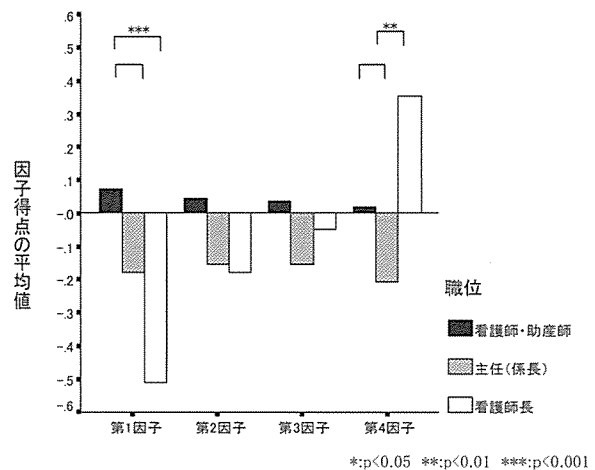


図2 実習指導者の職位別の因子得点

結果を表4に示した。第1因子の「実習指導者自身の力量に関する困難」($F=11.14, p<0.001$)、第2因子の「学生との心理的距離に関する困難」($F=3.07, p<0.05$)、第4因子の「学生以外の対人関係に関する困難」($F=6.78, p<0.01$)の3因子で有意差を認めた。そこで、多重比較を行った結果、図2に示したように第1因子と第4因子では有意差を認めたが、第2因子では群間の有意差は認められなかった。第1因子では、因子得点の平均値はスタッフの看護師・助産師 0.07 ± 0.81 、主任 -0.18 ± 0.87 、看護師長 -0.51 ± 0.67 であり、スタッフの看護師・助産師と看護師長 ($p<0.001$)、スタッフの看護師・助産師と主任 ($p<0.05$)の間に有意差を認め、職位が上がるほど因子得点が低くなっていた。第4因子では、因子得点の平均値はスタッフの看護師・助産師 0.02 ± 0.81 、主任 -0.21 ± 0.92 、看護師長 0.35 ± 0.85 であり、スタッフの看護師・助産師と主任 ($p<0.05$)、主任と看護師長 ($p<0.01$)の間に有意差が認められた。看護師長の因子得点が最も高く、次いで

スタッフの看護師・助産師であり、主任は負の因子得点であった。

5. 実習指導者の実習指導の経験年数と指導上の困難との関係

実習指導の経験年数は、人数の割合を考慮した3分割によって1年以下205名(32.5%)、2～3年242名(38.4%)、4年以上184名(29.2%)に分類した。3者間の因子得点の比較を一元配置分散分析で行った結果、表5に示したように、第1因子の「実習指導者自身の力量に関する困難」($F=24.35, p<0.001$)で有意差が認められた。3者のどの群間に差があるのかを調べるために多重比較を行い、その結果を図3に示した。因子得点の平均値は1年以下 0.29 ± 0.78 、2～3年 -0.04 ± 0.81 、4年以上 -0.27 ± 0.80 であり、1年以下と2～3年 ($p<0.001$)、1年以下と4年以上 ($p<0.001$)、2～3年と4年以上 ($p<0.05$)の間に有意差が認められ、指導経験年数が上がるほど因子得

表5 実習指導者の指導経験年数と指導上の困難

項目	N	M	SD	F
第1因子	1年以下	205	0.29	24.35***
	2～3年	242	-0.04	
	4年以上	184	-0.27	
第2因子	1年以下	205	-0.03	0.27
	2～3年	242	0.00	
	4年以上	184	0.03	
第3因子	1年以下	205	0.05	0.63
	2～3年	242	-0.04	
	4年以上	184	0.00	
第4因子	1年以下	205	0.03	0.55
	2～3年	242	-0.04	
	4年以上	184	0.03	

***:p<0.001

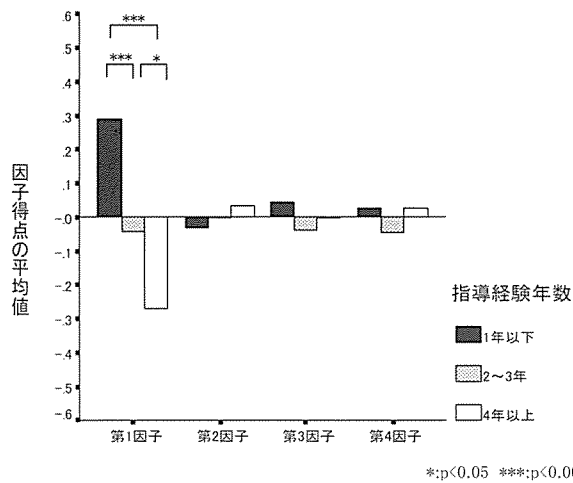


図3 実習指導者の指導経験年数別の因子得点

点が低くなっていた。

6. 実習指導者の看護実習指導者講習会の受講状況と指導上の困難との関係

看護実習指導者講習会の受講状況は、受講していない者222名(35.2%)、受講している者409名のうち都道府県看護師実習指導者講習会の修了証書を取得していない者284名(45.0%)、修了証書を取得している者125名(19.8%)に分類した。3者間の因子得点の比較を一元配置分散分析を行い、その結果を表6に示した。第1因子の「実習指導者自身の力量に関する困難」(F=8.34, p<0.001)、第2因子の「学生との心理的距離に関する困難」(F=3.99, p<0.05)、第4因子の「学生以外の対人関係に関する困難」(F=3.88, p<0.05)の3因子で有意差が認められた。多重比較を行った結果、図4に示したように第1因子と第2因子では有意差を認めたが、第4因子では群間の有意差は認められなかった。第1因子では、因子得点の平均値は未受講者0.08

表6 実習指導者の実習指導者講習会の受講状況と指導上の困難

項目	N	M	SD	F
第1因子	未受講	222	0.08	8.34***
	修了証書未取得	284	0.06	
	修了証書取得	125	-0.27	
第2因子	未受講	222	0.08	3.99*
	修了証書未取得	284	0.02	
	修了証書取得	125	-0.19	
第3因子	未受講	222	0.01	0.86
	修了証書未取得	284	0.03	
	修了証書取得	125	-0.08	
第4因子	未受講	222	-0.06	3.88*
	修了証書未取得	284	0.10	
	修了証書取得	125	-0.11	

(修了証書:都道府県看護師実習指導者講習会の修了証書) *p<0.05 ***:p<0.001

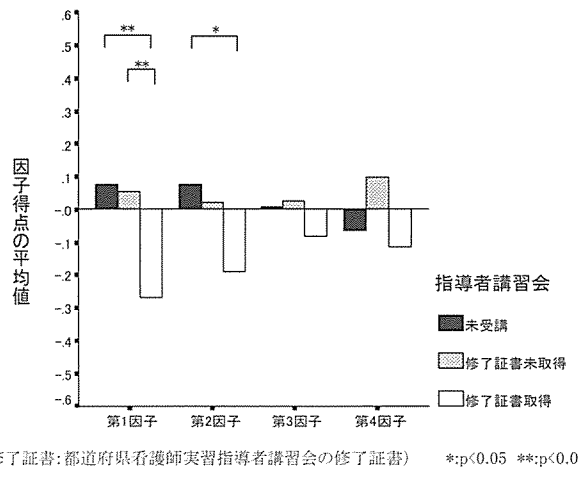


図4 実習指導者の実習指導者講習会受講状況別の因子得点

±0.81、修了証書未取得者0.06±0.84、修了証書取得者-0.27±0.77であり、未受講者と修了証書取得者(p<0.01)、修了証書未取得者と修了証書取得者(p<0.01)の間に有意差が認められた。第2因子では、未受講者0.08±0.90と修了証書取得者-0.19±0.81の間に有意差(p<0.05)が認められた。都道府県看護師実習指導者講習会の修了証書を取得している者の因子得点は、すべての因子において3者間で最も低く、負であった。

V. 考 察

看護学実習では、学生は教室で学んだ知識や理論を実践のなかで統合させる機会が得られるとともに、臨床の生きた経験から看護専門職としての実践の意味や価値を獲得することができる。このような学習では、専門的知識が実際に使われている場における社会的相互作用と共同作業を通じて概念的理解を深めていくことが重要で²²⁾、臨床に精通した実習指導者の教育的アプローチにより、学習者は実践

状況のなかで経験したことを省察し、それを実践に移す能力を獲得することができるようになることを考える。本研究では、実習指導者の教育的アプローチは学生の学習成果に影響を及ぼすという観点から、実習指導者の看護学実習における指導上の困難の認識と職業的背景との関係を明らかにした。

実習指導者が認識している指導上の困難は、因子分析の結果、表2に示したように「実習指導者自身の力量に関する困難」、「学生との心理的距離に関する困難」、「学習環境・学習内容に関する困難」、「学生以外の対人関係に関する困難」の4因子が抽出された。Cronbachの α 係数は、0.68～0.79の範囲で内的整合性が確認された。これらの因子は、実習指導者の教育的アプローチに直接的に関わり、その程度が学生に効果的な臨床学習環境を提供することができるかどうかにも影響すると推察される。

看護職としての経験年数、職位、実習指導の経験年数が高い実習指導者ほど「実習指導者自身の力量に関する困難」を認識しにくい傾向があることが示された。木村ら²³⁾は、看護師の年代や経験年数が高くなるに従って自己能力評価が高くなると述べている。本研究でみられた看護職としての経験年数が高い実習指導者ほど自身の力量を肯定的に評価しているという傾向は、実習指導においても職業上の経験を積むことが自己能力評価を高めるための重要な要因になり得ることを示したものであろう。また、菊池ら²⁴⁾は、看護職が学生指導の役割意識を高く持つには5年以上の職務経験が必要であることを示唆している。本研究では、実習指導者自身の力量に対する困難が低くなるには9年以上の経験年数を要することが示され、これらの結果は実習指導者としての自己成長には看護職としての経験を重ねることの重要性を示すものと推察される。一方、「学生との心理的距離に関する困難」は、看護職としての経験年数の少ない実習指導者の方が感じにくい傾向が認められた。これは、職務経験の多い実習指導者は学習環境を調整し、学生の観点を深化させるような働きかけをするのに対し、職務経験の少ない実習指導者は学生の心理的サポートを意図したアプローチをする特徴があるという報告²⁵⁾を鑑みると、経験年数が少ない実習指導者は、学生との心理的距離が近いことによって学生の置かれている状況を理解し、支援的な関わりをもちながら指導を行っているのではないかと推察される。

職位別の比較では、看護師長という管理的役職者は「学生以外の対人関係に関する困難」をスタッフ看護師・助産師や主任より強く感じていることから、看護師長は看護学実習に携わる教員や他の医療職、学生の受け持ち患者などとの関係に対する意識が高いのではないかと推察される。臨床学習環境に関する研究^{26)～28)}では、病棟管理者の重要

性が強調され、彼らは病棟の雰囲気を作成し、学生の学習ニーズに貢献する役割を担っていることが明らかにされている。一方、学生指導の役割意識に役職による差は認められないという報告²⁹⁾もあるが、主任は4因子すべてで負の因子得点を示していたことを考えると、役職に就いていることは実習指導者の教育的アプローチにも少なからず影響を及ぼしていることが伺える。坂口ら³⁰⁾は、職位による実習場の諸問題の捉え方について、スタッフは自らが指導する上での問題を、看護師長は管理者としての立場から諸問題を指摘し、主任はこれら両面から諸問題を指摘する傾向があることを見出している。本研究では、看護師長は臨床教育を円滑に遂行するために対人関係的に重要な役割を担い、主任は看護学実習における指導上の困難に対する安定した対処能力があることが示唆された。

実習指導には指導のレディネス、レパートリー、看護師としての臨床経験といった職業的要因との関連が指摘されている³¹⁾。指導のレディネスという観点では、看護実習指導者講習会の未受講者より受講者、さらに都道府県看護実習指導者講習会の修了証書取得者という順に「実習指導者自身の力量に関する困難」並びに「学生との心理的距離に関する困難」を認識しにくい傾向が示された。このような傾向は、Wood³²⁾が継続専門教育の効果として、自信の増加、知識の改善、自己認識の拡大、専門的問題への認識の高まりをもつと述べているように、看護実習指導者講習会を受講し資格を得ることは、実習指導者としての自己実現をもたらす、学生に対する教育的アプローチに肯定的な影響を及ぼすことが示唆された。

以上から、実習指導者の認識している指導上の困難には、職業的背景が重要な要因になっていることが示唆された。今後は、実習指導者の教育的アプローチが学生の臨床学習環境に対する認識や看護学実習の学習成果にどのように関係しているのかについて探究する必要がある。

VI. 結 論

実習指導者の看護学実習における指導上の困難の認識と看護職としての経験年数、職位、実習指導の経験年数、看護実習指導者講習会の受講状況との関係について以下の結論を得た。

1. 実習指導者が認識している指導上の困難の因子構造として、「実習指導者自身の力量に関する困難」、「学生との心理的距離に関する困難」、「学習環境・学習内容に関する困難」、「学生以外の対人関係に関する困難」の4因子が抽出された。
2. 職務経験を積み重ねることによって、「実習指導者自身の力量に関する困難」の認識は低くなるということが明らかになった。一方、看護職としての経験年数の少ない実習

指導者の方が「学生との心理的距離に関する困難」を感じにくい傾向が認められた。

3. 看護師長は「学生以外の対人関係に関する困難」の認識が高く、看護学実習に携わっている者との関係を形成することに高い意識をもつことが示唆された。主任は4因子すべてで負の因子得点を示し、安定した対処能力をもつことが認められた。
4. 都道府県看護師実習指導者講習会の修了証書を取得している実習指導者は、4因子すべてにおいて未受講者および修了証書未取得者より低い負の因子得点を示し、実習指導に関する専門的な研修で資格を得ることが学生に対する教育的アプローチに肯定的な影響を及ぼしていることが示唆された。

謝 辞

研究にご協力頂きました実習指導者の皆様、病院の看護部(科)の皆様、ご指導頂きました埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科の小野寺杜紀教授に心より感謝申し上げます。

付 記

本研究は、平成13年度～14年度科学研究費補助金の助成を得て実施したものの一部である。本研究の論旨は、第33回日本看護学会－看護教育－において発表した。

要 旨

本研究は、関東圏内の500床以上の38病院に所属する実習指導者902名を対象に、看護学実習における指導上の困難と職業的背景を調査し、その関連を検討した。実習指導者が認識している指導上の困難は、因子分析の結果、4因子(実習指導者自身の力量、学生との心理的距離、学習環境・学習内容、学生以外の対人関係)が抽出された。実習指導者は職務経験を積み重ねることによって「実習指導者自身の力量に関する困難」の認識が低くなっていた。その反面、「学生との心理的距離に関する困難」は看護職としての経験年数3～5年より6～8年の方が高く認識していた。看護師長は「学生以外の対人関係に関する困難」の認識が高く、職責による影響があることが推察された。都道府県看護師実習指導者講習会の修了証書取得者は、指導上の困難を認識しにくい傾向が示され、専門的な研修で資格を得ることが教育的アプローチに肯定的な影響を及ぼすことが示唆された。

Abstract

The aim of this study is to find out the factors that cause perceived difficulties in clinical teaching of nursing and their relationships with the backgrounds of the instructors. 902 clinical instructors who belonged to 38 hospitals with 500 or more beds in the Kanto District answered the questionnaire in which they are asked what kind of difficulties they have to face in clinical teaching. As the result of the analysis, four main factors have been located. They are "lack in teaching ability," "psychological distance to the students," "teaching environment or contents of clinical teaching," and "other human relations in the hospital."

Concerning the relationships of these factors with the instructors' backgrounds, instructors with longer work experience as well as teaching experience and higher positions and qualifications tend to feel less difficulties caused by "lack in teaching ability." As for difficulties related to "psychological distance to students" is greater in instructors with 6-8 year experience in nursing than in those with 3-5 year experience. Head nurses have significantly greater difficulties related to "other human relations in the hospital," suggesting an influence of their responsible position. Instructors who have obtained the certificate of completion of prefectural training seminars for clinical instructors of nursing practice tend to feel less difficulties while teaching, indicating that a training specialized in clinical teaching has a positive effect on clinical teaching.

文 献

- 1) Vygotsky, L.S.: 柴田義松訳, 思考と言語, 297-304, 新読書社, 東京, 2001.
- 2) Lave, J., Wenger, E.: 佐伯 胖訳, 状況に埋め込まれた学習, 21-36, 産業図書, 東京, 1993.
- 3) Brown, J.S., Collins, A., Duguid, P.: 杉本 卓訳, 状況に埋め込まれた認知と, 学習の文化, 安西祐一郎他 (編): 認知科学ハンドブック, 36-51, 共立出版, 東京, 1992.
- 4) Wood, D., Bruner, J.S., Ross, G.: The role of tutoring in problem solving, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17, 89-100, 1976.
- 5) 佐伯 胖, 藤田英典, 佐藤 学: 学びへの誘い, 49-91, 東京大学出版会, 東京, 1995.
- 6) Cull, V.V., et al.: 早野真佐子訳, 小児看護臨床パートナーシップ: 教育現場と臨床現場の協働モデル, *インターナショナルナーシングレビュー*, 23(5), 59-63, 2000.
- 7) 小笠原知枝, 久米弥寿子: 臨床実習指導者の体験知に基づく指導行動 - 3看護場面における実習指導行動の比較 -, *日本看護学教育学会誌*, 9(1), 25-34, 1999.
- 8) 布佐真理子: 臨床実習において看護学生が看護上の判断困難を感じる場面における指導者の働きかけ, *日本看護科学学会誌*, 19(2), 78-86, 1999.
- 9) 東サトエ: 臨床実習の教授 = 学習構造に関する実証的研究 - 看護過程の展開能力・学習態度形成・教育的支援の関連性 -, *鹿児島大学医療技術短期大学部紀要*, 5, 35-46, 1995.
- 10) 坂口けさみ, 楊箸隆哉, 他: 臨床看護学実習における実習指導への関わりと看護学生の学習課題に関する臨床実習指導者及び臨床看護スタッフの認識について, *信州大学医療技術短期大学部紀要*, 24, 1-13, 1998.
- 11) 市瀬陽子, 森 千鶴, 他: 臨床実習における学生の指導者(教員・看護婦)に対する評価 - ECTBを用いて -, *日本看護学会23回集録 看護教育*, 195-198, 1992.
- 12) Barbara, K., Kathleen, U., et al.: Creating a collaborative partnership between academia and service, *Journal of Nursing Education*, 41(12), 518-523, 2002.
- 13) 木村留美子, 南家貴美子, 他: 臨床経験や年齢が看護婦の自己評価に及ぼす影響について (I) - 自己能力評価から -, *日本看護研究学会雑誌*, 25(1), 69-76, 2002.
- 14) 鈴木純恵, 佐瀬真亜美, 他: 職業的発達からみた看護職の長期研修の意義 - 研修生感想文の内容分析より -, *千葉大学看護学部紀要*, 21, 91-95, 1999.
- 15) 中西睦子: 臨床教育論 - 体験からことばへ -, 9-94, ゆみる出版, 東京, 1983.
- 16) 西尾和子: 臨床実習指導者の指導意欲向上と看護管理者の役割, *看護展望*, 1(19), 18-21, 1994.
- 17) 玉井稔子, 大山和子, 他: 臨床実習に対する評価 - 看護婦と学生の比較 -, *日本看護学会27回集録 看護教育*, 76-79, 1996.
- 18) 渡部節子, 坂梨 薫, 他: 臨床実習に対する評価 (2報) - 看護婦と学生の比較 -, *日本看護研究学会雑誌*, 20(3), 208, 1997.
- 19) 前掲書11).
- 20) 照川眞木: 臨床実習指導者の指導行動と時間に関する研究 - 参加観察を通して -, *神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録*, 25, 114-121, 2000.
- 21) Dunn, S.V., Hansford, B.: Undergraduate nursing students' perceptions of their clinical learning environment, *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1299-1306, 1997.
- 22) 前掲書2), 25-36.
- 23) 前掲書13).
- 24) 菊池昭江: 看護専門職における自律性と学生指導役割との関連, *日本看護科学学会誌*, 19(3), 47-54, 1999.
- 25) 細田泰子, 山口明子: 臨床指導者の学生に対する教育的アプローチの検討 - 職務経験の違いに着目して -, *第22回日本看護科学学会学術集会講演集*, 439, 2002.
- 26) Fretwell, J.E.: An inquiry into the ward learning environment, *Nursing Times Occasional Papers*, 76(16), 69-75, 1980.
- 27) Orton, H.D.: Ward learning climate and student nurse response, *Nursing Times Occasional Papers*, 77(17), 65-68, 1981.
- 28) Saarikoski, M., Leino-Kilpi, H.: The clinical learning environment and supervision by staff nurses: developing the instrument, *International Journal of Nursing Studies*, 39, 259-267, 2002.
- 29) 前掲書24).
- 30) 坂口しげ子, 小笠原知枝, 他: 看護教育における個別的な臨床実習指導論 (その2) - 臨床指導者の背景と認識 -, *名古屋大学医療技術短期大学紀要*, 3, 41-49, 1991.
- 31) 小笠原知枝, 工藤ハツヨ, 他: 看護教育における個別的な臨床実習指導論 (その1) - 臨床指導者の実習指導行動の分析的研究 -, *名古屋大学医療技術短期大学紀要*, 3, 27-39, 1991.
- 32) Wood, I.: The effects of continuing professional education on the clinical practice of nurses: a review of the literature, *International Journal of Nursing Studies*, 35, 125-131, 1998.

平成15年4月20日受 付
平成16年2月2日採用決定

特養におけるおむつ利用者の心身障害状況と おむつ介護形態の分析

An analysis of the mental and physical conditions of diaper users and the use of diapers in nursing homes

井 関 智 美¹⁾
Satomi Iseki

田 内 雅 規²⁾
Masaki Tauchi

キーワード： 特別養護老人ホーム、おむつ、高齢者、寝たきり、痴呆
nursing home, diaper, elderly, bed ridden, dementia

はじめに

我が国の高齢者人口は近年急速に増加し、それに伴い高齢者の心身障害の問題が注目されるようになってきた。高齢者の身体的障害が進むと寝たきりの状態になり、精神的障害としては痴呆があり、各種の問題行動を起こす。寝たきりの原因には、脳血管障害による運動や感覚系の後遺症及び骨・関節、筋肉、臓器疾患等があり、加齢と共に増加する¹⁾。また痴呆は、85歳以上では23%の者が何等かの痴呆症状を呈するといわれ²⁾、寝たきりと共に介護を必要とする場合が多い。

高齢者の介護は施設や在宅で行われるが、施設では要介護の高齢者を入所させ、入所者が有意義な日常生活を営めるよう昼夜に亘って各種の介護が行われている。施設の主なものに特別養護老人ホーム（特養）と老人保健施設があるが、特に特養の入所要件は“身体上又は精神上に著しい障害があり常時介護が必要な者”と老人福祉法（1999）で規定されており、入所要件の性質上ADLが低下した者や痴呆の進行した者の数が多い^{3,4)}。そのような高齢者では、尿意が生じて運動障害や痴呆のために排泄動作が間に合わなかったり、排泄行動を忘失する機能的失禁者が多く、おむつ適用となることが多い^{5,6)}。

おむつ利用者の快適性確保には頻繁なおむつ交換が望ましい。しかし作業負担の大きいおむつ交換を限られた介護者数で行いつつ、おむつ介護の効率化及び負担軽減を考えなければならないという問題がある。そのためには、おむつ介護の実態を把握し最適な介護方法を考案してさらなる改善を目指す必要があるだろう。

従来、高齢者のおむつの研究は少ない。おむつ研究は国外に比べて我が国が多く、中でもおむつ利用法に関する研究が多く認められる⁷⁾。しかし、施設のおむつ利用状況に

関する調査や研究は非常に少なく、あってもおむつ使用量とおむつの機能が主である^{8,9,10)}。おむつ利用者の心身障害状況とおむつ利用の関連を調べたものは特に少なく、それも対象人数や調査内容が限定されているという問題がある⁹⁾。

従来、おむつに関する介護負担の研究は、介護負担全体の中の一部としておむつ交換を他の介護と比較したものが主である^{11,12)}。おむつ介護に特定して、その労力構成要素となるおむつ利用者の心身障害状況を考慮したものが僅かに存在するが¹³⁾、介護形態を勘案して介護労力を論じたものは見当たらない。

今回、おむつ介護労力の定量化に必要と考えられる基礎データを得る目的で、おむつ利用者、重度の心身障害の高齢者が多い特養を対象として、入所者個人のおむつ利用状況及び心身の障害状況（寝たきり度、痴呆度、重複障害）と介護形態（介護者数、交換回数、交換要員数）を調査した。これらのデータに基づき簡易推定式を立てて施設規模別の労力推定を試みると共に、更に精度の高い労力推定のために必要な要素についても考察したので報告する。

研究方法

調査対象：中国地方5県の特養300施設を対象に質問票による調査を（1999年8月～9月）郵送法でおこない、内96施設から回答を得た（回答率32%）。

調査方法：施設の主任介護者に対して調査用紙に回答するよう依頼した。質問内容は、入所者数、おむつ利用状況、各入所者の心身の障害状況（寝たきり度、痴呆度、両者の重複障害）、介護形態（介護者数、交換回数、交換要員数）等で、個々の入所者のデータが把握できる内容とした。

心身障害の評価法：身体障害状況の評価は障害老人日常生活

1) 新見公立短期大学地域福祉学科 Department of Community Welfare, Niimi College

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

活判定基準（厚生省1991年）を、また精神障害状況は長谷川式痴呆簡易知能評価スケールに合わせた形で回答するよう依頼し、身体障害状況は、障害老人日常生活判定基準の3段階の「自立」＝ランクJ, 「準寝たきり」＝ランクA, 「寝たきり」＝ランクB, Cを基本とし、本研究では「自立」を「非寝たきり」, 「寝たきり」を「重度寝たきり」と称することとした。また、精神障害状況は長谷川式痴呆簡易知能評価スケールの4段階の「正常」, 「軽度痴呆」, 「中度痴呆」, 「高度痴呆」で表したが、「正常」を「非痴呆」と称することとした。なお本調査の実施時期は介護保険導入前であり、要介護度に関しては調査していない。

統計学的解析：分析は、1) 入所者の心身の障害状況、2) おむつ利用率、3) おむつ利用者の心身の障害状況（寝たきり度、痴呆度、寝たきりと痴呆の重複障害）、4) 介護形態（介護者数、交換回数、交換要員数）の4つの項目について行った。データ分析は統計ソフトSPSS10.0を用いて行った。施設入所者およびおむつ利用者の寝たきり程度と痴呆程度別分布、施設規模と痴呆の程度別分布（表1, 2, 5）の有意差検定は、カイ二乗検定（漸近有意確率両側）及び残差検定、またおむつ交換要員数別施設数比較（表4）は、ノンパラメトリックのカイ二乗検定で行った。2グループ間の平均値（表3, 4）については、t検定（等分散を仮定、有意確率両側）を適用した。なお、分析データの有効施設数は96施設で、日勤介護者数、夜勤介護者数及び日勤帯交換回数については91施設で、夜勤帯交換回数は93施設であった。

また、おむつ介護労力の基本的要素であるおむつ利用者数、介護者数、交換回数を用いておむつ介護労力簡易推定式を作成し、その式に今回得られた介護労力推定に有効な83施設のデータを代入し、おむつ介護労力を求めその結果を検討した。

倫理的配慮：今回の調査に当たり、調査対象施設の名称や住所、対象者の氏名やプライバシーに関する項目が公表されないことを告げた。得られたデータも、統計的処理結果のみが公表され、施設や調査対象個人との関連で示されない旨を伝え、その実施に配慮した。

結 果

1. 対象施設の入所状況

今回、中国地方の特養96施設について入所者の調査を行い、対象施設の規模を入所者数からみた。96施設の全入所者は6,217名で、施設あたりの平均入所者数は64.8±24.5名であり、30名から150名の範囲に分布していた。入所者数を区分し施設数を見ると、入所者数30-49名の施設が11施設（11%）、50-69名が52施設（54%）、70-89名が16施設（17%）、90-109名が12施設（13%）、110名以上が5施設

（5%）あった。

なお、入所者50名、80名、100名丁度の施設がそれぞれ全施設中の45%（43施設）、14%（13施設）、9%（9施設）であった。

2. 特養の入所者の障害状況

特養96施設の入所者6,217名中、寝たきり者数は5,346名（86.0%）、痴呆者数は5,163名（83.0%）であった。表1に、寝たきり、痴呆とそれらの重複障害を程度別にみた結果を示す。寝たきり程度別にみると、非寝たきりは871名（14.0%）、準寝たきりは1,927名（31.0%）、重度寝たきりは3,419名（55.0%）であった。寝たきりが重度化するほど数が多くなっており、特に最も多い重度寝たきりは全入所者の55%を占めていた。また、痴呆程度別にみると、非痴呆は1,038名（16.7%）、軽度痴呆は1,193名（19.2%）、中度痴呆は1,343名（21.6%）、高度痴呆は2,643名（42.5%）であり、痴呆の重度化と共に数が多くなった。高度痴呆は特に多く全体の4割を占めていた。

寝たきりと痴呆を併せ持つ重複障害入所者は、4,469名おり、全入所者中の71.9%を占めていた。重度寝たきりと高度痴呆の重複者が一番多く1,844名（重複障害者中41.3%）いた。重複障害入所者を寝たきり程度と痴呆程度別の2×3表（表1太枠内）でカイ二乗検定すると人数の偏りは有意であった（P<0.01）。残差分析の結果、重度寝たきりは準寝たきりより高度痴呆者数が有意に多く軽度痴呆者数や中度痴呆者数が有意に少なかった。

表1 特養入所者の寝たきりと痴呆及び重複障害状況（人数）

痴呆度 寝たきり度	痴呆度				合計
	非痴呆	軽度痴呆	中度痴呆	高度痴呆	
非寝たきり	161	261	232	217	871
準寝たきり	428	445** (10.3)	472** (7.3)	582** (-14.7)	1927
重度寝たきり	449	487** (-10.3)	639** (-7.3)	1844** (14.7)	3419
合 計	1038 (16.7)	1193 (19.2)	1343 (21.6)	2643 (42.5)	6217 (100)

表中太枠内の数字は重複障害者数で、()内は残差を示す。 **p<0.01 合計の()内は%である。

3. 特養のおむつ利用率

特養入所者6,217名中おむつ利用者は3,876名おり、おむつ利用率は62.3%に上っていた。また、各施設のおむつ利用者を見ると、入所者数に比例する傾向があった（r=0.86）。おむつ利用者の性差をみると、女性おむつ利用者が3,163名でおむつ利用者の81.6%、男性おむつ利用者は713名で18.4%と、女性が男性より顕著（約4.4倍）に多かった。また、今回の調査対象特養入所者中の女性の割合は

80.3% (4,993名), 男性の割合は19.7% (1,224名) と女性が男性の約4倍多く, おむつ利用者の男女比とほぼ同じであった。

4. おむつ利用者の心身の障害状況 (寝たきり, 痴呆, 重複障害)

96施設のおむつ利用者3,876名について, その心身障害状況を, 寝たきりと痴呆の程度別の人数及び, 障害の重複傾向で表2に示した。寝たきり者は3,381名 (87.2%) おり, 痴呆者は3,306名 (85.2%) いた。また, 両障害の重複者は2,931名 (75.6%) であった。

おむつ利用者を寝たきり程度別にみると, 非寝たきりは495名 (12.8%), 準寝たきりは1,162名 (30.0%), 重度寝たきりは2,219名 (57.2%) で, 寝たきりの程度が重度化するに伴い, おむつ利用者は増加傾向が認められた。痴呆を程度別にみると, 非痴呆570名 (14.7%), 軽度痴呆658名 (17.0%), 中度痴呆は826名 (21.3%), 高度痴呆が1,822名 (47.0%) であった。痴呆の程度が重くなるに伴い人数が増し, 高度痴呆の割合が特に多く全体の50%近くを占めていた。

おむつを利用する重複障害者中, 最も多いのが重度寝たきり-高度痴呆重複者で, 1,267名 (43.2%) を占めていた。これらの重複障害者を寝たきり程度と痴呆程度の2×3表 (表2太枠内) でカイ二乗検定すると人数の偏りは有意であった (P<0.01)。残差分析を行った結果, 重度寝たきりでは, 準寝たきりより高度痴呆者数が有意に多いが, 軽度痴呆や中度痴呆者数は有意に少なかった。

表2 特養おむつ利用者の寝たきりと痴呆及び重複障害状況 (人数)

寝たきり度	痴呆度				合計
	非痴呆	軽度痴呆	中度痴呆	高度痴呆	
非寝たきり	120	113	116	146	495
準寝たきり	194	260** (8.1)	299** (5.9)	409** (-11.5)	1162
重度寝たきり	256	285** (-8.1)	411** (-5.9)	1267** (11.5)	2219
合計	570 (14.7)	658 (17.0)	826 (21.3)	1822 (47.0)	3876 (100)

表中太枠内の数字は重複障害者数で, () 内は残差を示す。 **P<0.01 合計の () 内は%である。

5. 特養の介護者数及び介護者数とおむつ利用者数の関係

おむつ介護では施設のおむつ介護形態 (介護者数, おむつ交換回数, おむつ交換要員数) の影響が大きい。そのため, 先ず介護者数 (日勤帯と夜勤帯) 及び介護者数とおむつ利用者数の関係等につき検討することとした。

介護者数は日勤帯と夜勤帯で異なるので, これらを区分して表3に示した。特養96施設の全介護者数は1,959名で, 最小は10名, 最大は44名, 平均介護者数は20.4±7.0名で

表3 特養の介護者数

介護者数 分布状況	全介護者数	日勤者数	夜勤者数
平均	20.4	9	2.5***
標準偏差	±7.0	±3.1	±0.4
最小値	10	4	1
最大値	44	22	5

t検定: ***P<0.001

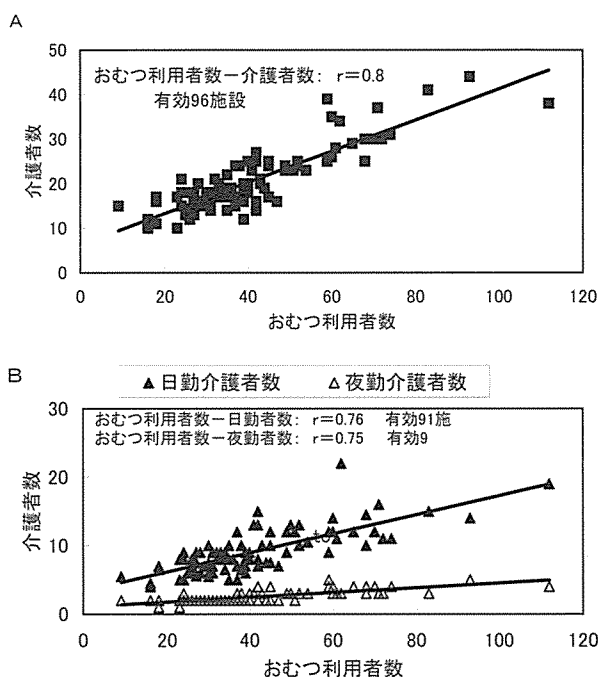


図1 介護者数とおむつ利用者数との関係 (A) と, 日勤帯及び夜勤帯介護者数とおむつ利用者数との関係 (B)

あった。介護者数を10名毎に区切って分布をみた場合, 10~19名が最も多かった。一方, 介護者数を勤務帯でみると, 夜勤 (大概午後5時~午前8時) 介護者数 (2.5±0.4名) は日勤 (大概午前8時~午後5時) 介護者数 (9.0±3.1名) より, 顕著に少なかった (t検定, P<0.001)。

96施設の介護者数と入所者数の関係を見ると, 介護者1名当たりの平均入所者数は3.2±0.7名であり, 入所者数と介護者数の間に比較的高い相関 (r=0.85) が認められた。一方介護者数とおむつ利用者数の関係を見ると, 介護者1名当たりの平均おむつ利用者数は2.0±0.4名で, おむつ利用者数の増加に伴い介護者数も増加し, 両者間に比較的高い相関 (r=0.86) が認められた (図1)。

施設では日中と夜間で勤務体制を変えているのが通常であるため, その両時間帯で比較を試みた。日勤帯の介護者1名当たりのおむつ利用者数は4.5±1.2名で, 夜勤帯の介護者1名当たりのおむつ利用者数は16.2±4.2名であり, 夜勤帯の方が日勤帯より3.6倍多く有意な差が認められた (t検定, P<0.001)。またおむつ利用者数と各勤務帯介護

者数の間に比較的高い相関（日勤帯： $r=0.76$ 、夜勤帯： $r=0.75$ ）のあることが示された（図1）。

6. おむつ交換回数とおむつ交換要員数

施設によっておむつ交換回数や交換要員数に違いがあるが、これらが勤務帯（日勤帯・夜勤帯）によって差があるか等について調べた。

交換回数は勤務帯で回数が異なると考えられるため、日勤帯と夜勤帯で区分し表4に示した。交換要員を1名あるいは2名を実施している施設の数についても表4中に示した。ここでいうおむつ交換要員数とは、おむつ利用者1名に対して行われるおむつ交換1回に携わる介護者数のことである。

おむつ交換回数をみると、一日の回数は平均で 6.8 ± 1.4 回であった。これを勤務帯でみると、夜勤帯の平均回数（ 2.8 ± 1.0 回）が、日勤帯の平均交換回数（ 4.0 ± 1.0 回）より有意に少なかった（ t 検定、 $P < 0.001$ ）。

おむつの交換要員数をみると、全ての施設で1名か2名のいずれかの要員で行われていた。1名の施設が61施設で全体の64%を占め、2名の施設が36%であった。1名の施設の割合が2名の場合より1.8倍ほど多く有意差が認めら

表4 特養のおむつ交換回数と交換要員数

	おむつ交換回数			交換要員数	
	1日	日勤帯	夜勤帯	1名	2名
平均	6.8	4	2.8	64% (61施設)	36% (35施設)
標準偏差	± 1.4	± 1.0	± 1.0		**
最小値	4	1	1		
最大値	11	6	6		

おむつ交換回数 t 検定：*** $P < 0.001$ 、交換要員数 カイ二乗検定：** $P < 0.01$

7. 施設規模とおむつ利用率の関連

今回の施設平均入所者数である64.8名を基準に、便宜的に施設を規模区分し、入所者数が平均未満（30-64名）の施設を小規模施設、入所者数が平均以上（65-150名）の施設を大規模施設として分類し、比較を試みた。施設数は、小規模施設が63施設（66%）、大規模施設が33施設（34%）であった。

入所者数は、小規模施設で3,114名、大規模施設で3,103名とほぼ同数であり、施設あたりの入所者数平均はそれぞれ 49.4 ± 7.1 名、 94.0 ± 18.5 名であった。大規模施設ではおむつ利用者が1,981名で、おむつ利用率は63.8%であり、また小規模施設のおむつ利用者は1,895名で、おむつ利用率は60.9%であった。施設規模間でおむつ利用率に有意差は認められなかった。

8. 施設規模別にみたおむつ利用者の障害特性

施設規模別に、おむつ利用者の寝たきり程度と痴呆程度、及び寝たきり-痴呆の重複程度別に比較を試みた。結果を表5に示す。

寝たきり度：施設規模で寝たきりを程度別にみると、非寝たきり者数は大規模施設（223名、11.3%）が小規模施設（272名、14.3%）より有意に少なく（カイ二乗検定、 $P < 0.05$ ）、重度寝たきり者では大規模施設（1,164名、59.0%）が小規模施設（1,055名、55.7%）より有意に多かった（ $P < 0.05$ ）。

痴呆度：施設規模で痴呆程度別に比較すると、非痴呆者数は、大規模施設（327名、16.6%）が小規模施設（243名、12.8%）より有意に多く（ $P < 0.01$ ）、高度痴呆でも大規模

表5 特養の施設規模別からみたおむつ利用者の寝たきりと痴呆の障害状況（人数）

寝たきり度	痴呆					合計
	施設規模	非痴呆	軽度痴呆	中度痴呆	高度痴呆	
非寝たきり	小規模	100	71	44	57	272
	大規模	20	42	72	89	223
準寝たきり	小規模	86	138 (1.2)	184** (4.9)	160** (-5.7)	568
	大規模	108	122 (-1.2)	115** (-4.9)	249** (5.7)	594
重度寝たきり	小規模	57	184** (5.0)	215 (0.7)	599** (-4.3)	1055
	大規模	199	101** (-5.0)	196 (-0.7)	668** (4.3)	1164
合計	小規模	243	393	443	816	1895
	大規模	327	265	383	1006	1981
	総計	570 (14.7)	658 (17.0)	826 (21.3)	1822 (47.0)	3876 (100)

表中太枠内の数字は重複障害者数で、()内は残差を示す。 ** $P < 0.01$
合計の()内は%である。

施設 (1,006名, 50.7%) が小規模施設 (816名, 43.1%) より有意に多かった ($P < 0.001$)。軽度痴呆者数では、小規模施設 (393名, 20.7%) が大規模施設 (265名, 13.4%) より有意に多かった ($P < 0.001$)。

重複障害：施設規模別におむつ利用者中の重複障害者を比較すると、小規模施設のおむつ利用者中の重複障害者 (1,480名, 78.1%) は大規模施設 (1,451名, 73.2%) より有意に高率であった ($P < 0.05$)。重複障害者を準寝たきりと、重度寝たきりそれぞれで施設規模 (大小) と痴呆程度 (軽度, 中度, 高度) の 2×3 (表5太枠内) でカイ二乗検定すると、人数の偏りは有意であった ($P < 0.01$)。残差分析の結果、準寝たきりでは、大規模施設が小規模施設より高度痴呆者数が有意に多いが、中度痴呆者数は有意に少なかった。重度寝たきりでは、大規模施設が小規模施設より高度痴呆者数は有意に多いが、軽度痴呆者数は有意に少なかった。

9. 施設規模別にみた介護形態の差異

施設規模により介護形態に差があるかを知るため、介護者数、介護者1人当たりのおむつ利用者数、交換回数、交換要員数等の介護形態について施設規模で比較した。

介護者数を施設規模別に比較すると、小規模施設、大規模施設の順に平均で 16.6 ± 3.0 名, 28.0 ± 6.8 名であった。また、日勤介護者数は小規模施設、大規模施設が平均でそれぞれ 7.4 ± 1.8 名, 12.2 ± 3.0 名、夜勤介護者数は平均で 2.0 ± 0.3 名, 3.4 ± 0.7 名であった。

介護者1名当たりの平均おむつ利用者数を施設規模別に比べると、大規模施設の 2.1 ± 0.3 名が小規模施設の 1.9 ± 0.5 名より多い傾向を示した (t 検定, $P < 0.1$)。日勤介護者1名当たりの平均おむつ利用者数は、大規模施設の 4.8 ± 1.1 名が小規模施設の 4.3 ± 1.2 名より有意に多かった ($P < 0.05$)。しかし夜勤介護者1名当たりでは、小規模施設 (15.8 ± 4.1 名) と大規模施設 (17.0 ± 4.5 名) 間に有意差は認められなかった。

おむつ交換回数は、日勤帯は小規模施設が平均で 4.0 ± 1.1 回、大規模施設が 3.9 ± 0.8 回であった。また夜勤帯では小規模施設が平均 2.8 ± 0.8 回、大規模施設が 2.7 ± 1.1 回であった。交換回数は日勤及び夜勤帯共に施設規模間で差は認められなかった。

交換要員数については、要員1名の施設は小規模43施設 (68%) が大規模施設18施設 (55%) より有意に多い傾向であり (カイ二乗検定, $P < 0.1$)、要員2名では大規模15施設 (45%) が小規模20施設 (32%) より有意に多い傾向を示した ($P < 0.1$)。

10. 介護形態を考慮した介護労力の推定

施設のおむつ利用者の心身障害状況は施設規模による違いが認められた (表5)。またおむつ交換形態でも差が認められる傾向であった。このような差異がおむつ介護に及ぼす影響を知るため、おむつ介護労力の簡易推定を試みた。そのためにおむつ介護労力の基本的な労力要素であるおむつ利用者数と施設の全介護者数、交換回数及び勤務帯 (日勤と夜勤) の要素を用いて介護者1名当たりのおむつ介護労力の基本推定式を作成した。

$$\text{介護者1名あたりのおむつ介護労力} = \frac{\text{おむつ利用者数} \times \text{おむつ交換回数}}{\text{全介護者数}} \dots (\text{基本推定式})$$

上記の推定式に対象特養中の有効な83施設の調査データを代入しておむつ介護労力を算定し、その結果を全体及び施設規模で検討した (表6)。83施設の介護労力を勤務帯別 (日勤帯・夜勤帯) でみると、夜勤帯の労力は 44.2 ± 20.1 で、日勤帯の 18.9 ± 6.8 より有意に大きかった (t 検定, $P < 0.001$)。これらを勤務帯毎に施設規模間で比べると、日勤帯の労力は小規模施設が 18.5 ± 7.0 、大規模施設が 19.6 ± 6.4 であり、また夜勤帯の労力では小規模施設で 42.3 ± 18.9 、大規模施設で 48.1 ± 22.5 であり、日勤・夜勤帯共に施設規模間で有意差は認められなかった。

表6 勤務帯別のおむつ介護労力 (対象83施設)

施設規模等	勤務帯	
	日勤帯	夜勤帯
全施設	18.9 ± 6.8	44.2 ± 20.1 ***
小規模施設 65名未満	18.5 ± 7.0	42.3 ± 18.9 ***
大規模施設 65名以上	19.6 ± 6.4	48.1 ± 22.5 ***

t検定: *** $P < 0.001$

考察

高齢化によって、高齢者の心身障害が重度化し、失禁の増加やおむつ利用が一般化してきた。おむつ介護は介護負担が大きく、その効率化や迅速化等によって介護者の負担軽減を図り、かつおむつ利用者の失禁状況に応じたおむつ交換を実現して、双方のQOL向上を目指す必要がある。本研究は、その目的のため、介護労力構成要素についておむつ利用者の心身障害状況とおむつ介護形態の面から検討して、おむつ介護労力推定の基礎とすることを狙いとしたものである。

1. 特養入所者の障害の重度化とおむつ利用の関連

本研究による特養96施設の調査 (1999年調査実施) で、入所者中の重度寝たきりは55%、痴呆は83%という値を

示した。1998年の全国老人福祉施設協会の調査でも、特養の寝たきり（Bランク＋Cランク）は61%、痴呆は80%であって重度化の傾向にあると述べられている¹⁴⁾。この様に障害の重度化が進むと、失禁者数も増加しておむつ利用も増すことが考えられる。特養でのおむつ利用を調べた報告は少ないが、巻田等の報告によると、入所者のおむつ利用率は53.4%である⁸⁾。本調査でのおむつ利用率は62.3%と巻田等の報告より高い値を示し、施設におけるおむつ利用率が高くなってきている可能性が窺える。これは同時に施設介護におけるおむつ介護の比重が増大することを意味し、おむつ介護負担を詳細に検討して介護負担軽減を図ることは意義があると考えられる。

2. おむつ利用者の心身障害状況と重度化

おむつ交換の介護労力推定を行うに当たりおむつ利用者の障害状況を考慮することは重要と考えられるが、従来、施設入所者の心身障害状況とおむつ利用の関連を調べたものは少ない。そこで本研究では各入所者の心身障害状況とおむつ利用状況を併せて調査し、両者の関連をみた。

今回の調査で、寝たきりあるいは痴呆を有する者がおむつ利用者中の85%を占めることが分かった。その内、重度寝たきりと高度痴呆の重度重複障害が最も高率で、全重複障害者中の40%強を占めることが示された。今回、施設のおむつ利用者の個別の障害状況を調べることで、おむつ利用者とその心身の障害状態の詳細が初めて明らかにされ、今後のおむつ介護をはじめ介護労力推定のために必要な基礎データが獲得されたものと考えられる。

3. 介護形態

おむつ利用者数、介護者数は施設により人数が違い、おむつ交換も施設によりやり方が異なると考えられる。中でもおむつ利用者数、介護者数、おむつ交換回数、おむつ交換要員数が現在定量化可能な基本労力要素と考えられる。

おむつ介護労力推定に際しては、24時間体制介護が昼間と夜間勤務帯で構成されているため、勤務シフトを勘案して考える必要がある。今回、それを考慮した結果、おむつ利用者/夜勤介護者比はおむつ利用者/日勤介護者比の3.6倍と高く、夜勤帯の介護者当たりのおむつ介護労力がかなり大きくなっていると推測された。

おむつ交換要員数については、交換要員1名の施設が、2名を採用している施設の1.8倍と有意に多いことが示された。各施設では、昼夜で交換要員数を変えろという例は認められなかった。各施設での交換要員数の選択基準は明らかではないが、2名を採用している施設ではおむつ交換時の負担を軽くするためという声が多く聞かれるので、今後その効果を明らかにする必要があるだろう。

4. 施設規模別のおむつ利用、障害状況および介護形態の関連

おむつ利用率を小規模・大規模施設別にみると、共に入所者中の60%余で、施設規模間で大差はなかった。心身障害状況では重度寝たきり者数、高度痴呆者数に関して、いずれも大規模施設が小規模施設より有意に多かった。

また、介護者1名当たりのおむつ利用者数は大規模施設が小規模施設より多い傾向を示し、日勤介護者当たりでは大規模施設が小規模施設より有意に多かった。交換要員数では、2名の場合が大規模施設で小規模施設より多い傾向であり、反対に1名では小規模施設が大規模施設より多い傾向を示した。

大規模施設のおむつ利用者の障害重度化については、原因が入所者の高齢化に可能性があると考え、今回の調査施設の入所者の年齢を施設規模別に比較した。しかしその結果は80歳以上の高齢者は大規模75%、小規模74%と施設規模間で差を認めなかった。このことから、大規模施設におけるおむつ利用者の心身障害の重度化は入所者の高齢化以外の要素が関与しているものと考えられた。

日勤者1人当たりのおむつ利用者数は大規模施設で多いことが認められた。これは施設が大型化すると交替勤務の組み合わせなどに多様性が出てくることなども考えられるが憶測の域を出ず今後の検討課題であろう。

一方、交換要員数2名の施設が大規模施設では多い傾向であることが示されたが、大規模施設では心身障害重度者が多いことや、介護者あたりのおむつ利用者数が多い傾向であり、おむつ交換に労力がより必要であることが影響し、介護負担を軽くする目的で2名要員を選択しているものと推察される。

5. 介護労力の推定について

今回、おむつ介護労力推定を進めて行く上で必要と思われる労力要素を、被介護者側はおむつ利用者数と心身の障害状況（寝たきり度、痴呆度、重複障害状況）を、また介護者側では勤務帯毎の介護形態（介護者数、交換回数、交換要員数）の両側面から定量的に捉えた。それらのデータを基におむつ介護労力推定を試みたが、おむつ利用者の心身障害状況や交換要員数の影響や効果は正確に推測し難いため、本研究ではおむつ利用者数、介護者数、おむつ交換回数のみを用いて推定式を立てた。そのため、この基本推定式を用いて算出した結果の意味付けは現時点では限定されたものにとどまらざるを得ないが、各施設における介護者1名あたりのおむつ介護労力の概算が可能であるので、フロア当たりの介護単位における介護者の配置や、日勤帯及び夜勤帯の介護者数設定等の資料を得るために有用と思われる。

おむつ利用者の身体障害状況とおむつ介護時の交換要員数は正確な労力推定に非常に重要な要素であることは疑いなく、これらの質的要素が及ぼす効果を考慮することは今後重要と思われる。それらの要素を組み込んだ労力推定式は推定式2のように表現できると考えられる。ここでは、寝たきりの程度や介護要員数の違いを反映させるための係数（寝たきり度係数、要員係数）を基本推定式に取り入れている。

介護者1名あたりのおむつ介護労力＝

$$\frac{\Sigma \left(\begin{array}{l} \text{非寝たきり者数} \times \text{係数} \\ \text{準寝たきり者数} \times \text{係数} \\ \text{重度寝たきり者数} \times \text{係数} \end{array} \right) \times \text{交換回数} \times \left(\begin{array}{l} \text{交換要員数1あるいは} \\ \text{2名} \times \text{係数} \end{array} \right)}{\text{介護者数}} \dots\dots \text{(推定式2)}$$

しかし、現在身体障害の重さと介護労力増大の関係性は現在明確にされておらず、また、交換要員数も1名に対して2名の場合を単に労力や疲労度を半分と見積もるのは簡略に過ぎると考えられる。推定式2の計算に必要な係数を得るためには、寝たきりの程度や交換要員数等の違いによる労力変動を測定して行く必要があり、そのためにはおむつ交換動作分析を基礎に、各介護動作毎の労力変動を負荷量と時間で概算し、係数を得る方法が考えられる。このような推定式を用いれば従来にない正確な労力推定ができる可能性があり、今後の重要な検討課題と考えられる¹⁵⁾。

謝 辞

今回の調査にあたり、快く調査にご協力くださいました中国地方5県の特別養護老人ホームの主任介護者の皆様、またご指導くださいました岡山県立大学保健福祉学部助教中村孝文先生に深く感謝申し上げます。

要 旨

おむつ介護労力推定の基礎データを得るため、96の特別養護老人ホーム（特養）のおむつ利用者の心身障害状況と介護形態を調査した。その結果、入所者（6,217名）中のおむつ利用率は62.3%で、施設規模に関わらず入所者に対するおむつ利用者の比率はほぼ一定であった。寝たきり、痴呆を有する入所者は共に80%を越え、おむつ利用率は障害が重くなるほど増加し、おむつ利用者中の75%が何等かの程度の寝たきりと痴呆を重複することが分かった。施設の日勤及び夜勤帯の平均おむつ交換回数は、それぞれ4.0±1.0回、2.8±1.0回で、施設の介護者1名あたりのおむつ利用者数はそれぞれ4.5±1.2名、16.2±4.2名であった。また、1名のおむつ交換に関わる介護者数（交換要員数）が2名の施設は36%あり、大規模施設に多い傾向を示した。

Abstract

A recent rapid increase of the elderly population has caused a problem related to the caregiver of diapers in nursing homes. To obtain fundamental data to estimate the workload for various aspects of providing diapers, we surveyed the extent of diaper usage, the physical and mental conditions of diaper users, and the diaper caregiver provisions at 96 nursing homes. As a result, it was found that the rate of diaper users was 62.3% (3,876 persons) of the entire elderly resident population we studied, and that there was a correlation (r=0.86) between the number of diaper users and the number of residents of each home. The physical and mental states were measured by tests commonly used in Japan. The results showed that over 80% of the residents have a certain degree of physical or mental problem and diaper users increased among those with severe physical or mental conditions. About 75% of diaper users possessed both physical and mental problem of certain degrees. For diaper caregiver, diapers were changed 4.0±1.0 times during day duty and 2.8±1.0 times during night duty. The number of diaper users per one caregiver was 4.5±1.2 persons during day duty and 16.2±4.2 during night duty. The homes using two caregivers for diaper change was 36% while the rest used one caregiver. The number of homes using two caregivers was larger in relatively large-scale homes. The present study will provide useful information that is invaluable to estimate the workload of diaper caregiver.

引用文献

- 1) 熊原雄一：老年病のすべて，創元社，大阪，1988.
- 2) 松下正明：老年期精神障害の分類と実態，松下正明，島田馨他：臨床老年医学体系7 精神・心理，41-46，情報開発研究所，東京，1983.
- 3) 吉田亮一，大友英一他：特別養護老人ホーム新規入所者における介護の状況，心身の医学的状況についての追跡的研究－第1報－，老化と疾患，6(3)，80-90，1993.
- 4) 三宅雅一：特別養護老人ホーム新規入所者に対する精神医学的介護に関する縦断的研究，奈良医学雑誌，46巻，500-515，1995.
- 5) 本間之夫，東原英二他：施設入所高齢者の尿失禁に関する全国調査，泌尿器外科，6(12)，1215-1233，1993.
- 6) 竹内孝仁：施設入所者の尿失禁の対策－老人福祉施設における，おむつ性尿失禁，廃用症候群の予防について，Geriatric Medicine，33(2)，201-205，1995.
- 7) 井関智美：最近のおむつに関する国内外の研究傾向の分析，新見女子短期大学紀要，第19巻，53-61，1998.
- 8) 巻田ふき，七田恵子：板橋ナーシングホームにおける排泄ケア－おむつに関する検討－，東京都老人総合研究所看護部門，1995.
- 9) 七田恵子，巻田ふき：特別養護老人ホームにおける排泄のケアに関する研究，東京都老人総合研究所看護部門，1995.
- 10) 堀田雅子，島田玲子他：おむつ使用実態と今後の課題，群馬大学教育学部研究紀要生活科学編，32巻，199-209，1997.
- 11) 筒井孝子：介護業務における精神的負担および身体的負担度に関する研究－特別養護老人ホームにおける介護内容業務量調査に基づく実証研究－，病院管理，33(1)，39-47，1996.
- 12) 徳田哲男，児玉桂子：特別養護老人ホームにおける介護負担の改善に関する研究，老年社会科学，(18)2，113-121，1997.
- 13) 三好 圭，大平雅美他：高齢障害者に対する排泄援助－オムツ交換における介護負担の要因－，理学療法，14(6)，489-495，1997.
- 14) 田中荘司：施設福祉(2)特別養護老人ホーム，三浦文夫編，図説高齢者白書2000，139，全国社会福祉協議会，2000.
- 15) 井関智美，田内雅規：特養におけるおむつ利用状況とおむつ交換に要する介護労力の分析，第12回日本保健福祉学会学術集会抄録集，98-99，2000.12(東京発表).

〔平成15年1月10日受付〕
〔平成16年2月12日採用決定〕

受け持ち患者を看取った看護学生の学び

Lessons learned by student nurses who attended terminal patients

名 越 恵 美¹⁾ 細 川 つや子¹⁾ 林 由 佳²⁾
Megumi Nagoshi Tsuyako Hosokawa Yuka Hayashi

キーワード：看取り，看護学生，終末期，学び
take care, student nurse, terminal, learning

はじめに

看護学生時代には、臨地実習の中で受け持ち患者を看取る状況におかれることがある。実際、終末期にある患者や家族を前にすると学生は戸惑ったり、逃避したり、患者様のために何か出来ることはないかと悩み苦しむ。このような現状は海外においても同様であり、Beck¹⁾は看護学教育の中で死に対する教育介入は看護学生の死の不安を減少させることと、死のケアに対する前向きな心構えを増やす事に焦点が集まる傾向にあることを指摘している。日本において、死の不安の減少は死生観との関連が深いことから、わが国においては死生観を中心に調査研究が行われている。

学生の臨地実習と死生観の関係の動向として、犬童²⁾は死に関する感情・態度及びターミナルケアの傾向を調査しているが、臨地実習で人間の生き方に接した3年次生が死への肯定的感情を回答しない学生が死を深く考えるか、死を認めにくくしていることを指摘している。また、水谷³⁾は学年別の死生観とコーピング行動を比較し3年時の末期患者の看護体験が他者の死に対する不安を増強させることを明らかにした。しかし、田中ら⁴⁾は死生観形成の途上である看護学生は死を憂慮する傾向があるものの、臨地実習との関連は見られないと述べている。一方、丹下⁵⁾は看護学生の発達段階に着目し、人は心理的に発達するに伴い、死に対して肯定的な見方をすることが可能になることを示唆している。これらの研究は質問紙を使用し量的に分析されていた。

臨地実習において、終末期の患者を受け持つ学生の実際の体験を明らかにした研究は少ない。学生の不安について検討した土屋⁶⁾の事例研究や丹下ら⁷⁾の研究があるのみである。丹下らの研究で明らかになった終末期の患者を受け持つ学生の体験は、困惑、戸惑い、葛藤、無力感といった辛い感情体験であった。

しかし、私達は終末期の患者を学生が受け持つとき、不安や無力感といった体験だけでなく、何がしか学生を成長させるような学びがあると指導していく中で感じる事がある。その学びは実習目標と異なる範囲の学びである。Beck¹⁾が「学生の死の不安と態度や教育戦略の効果を量的に測定する前に、教育戦略が学生自身の経験に基づいて設定される必要がある」と述べているように、終末期の患者を学生が受け持つとき学生自身によって確認される問題があれば、教育介入への示唆となる。また明らかな学びは学生自身を確実に成長させる見通しとなるため基礎資料としての意義は大きい。そこで、本研究においては学生の体験を学びととらえ、終末期の患者を受け持った時の実際の学びを明らかにし、教育介入の方法を考察することとした。

I. 用語の操作的定義

終末期：余命が数週間であり、積極的な治療をおこなわないターミナル中期・後期・死亡直前期を含む。

学び：新しい知識の獲得、感情の深化など過去の経験に基づいて新しい適応の仕方を修得すること。

II. 研究目的

- 1) 終末期の患者を受け持った看護学生の学びの構成要素とパターンを明らかにする。
- 2) 受け持ち患者を看取る学生への教育方法を検討する基礎資料を得る。

III. 研究方法

- 1) 研究デザイン：質的帰納的分析は人々が意識を持って意味・価値・規範などを伝達し創造する局面に有効な分析方法である⁸⁾。学生の個々の学びは言語のシンボル性を活用しながら、その内面で得られるものであり、量的

1) 吉備国際大学保健科学部看護学科 Department of Nursing, KIBI International University

2) ベル総合福祉専門学校 Bell School of Social Welfare and Health

分析方法では達成することの難しい性質のものである。したがって、質的帰納的研究の手法を採択した。

- 2) 研究期間：平成8年～平成14年
- 3) 研究参加者：3年課程看護専門学校3年生で、成人看護学実習（慢性期）において研究者が研究期間中、実習指導を行った学生は96名である。そのうち受け持ち患者を看取った16名中、実習終了時に情緒的に安定している学生10名とした。
- 4) 調査内容：成人看護学実習（慢性期）終了時3日以内に「ターミナル期の患者を受け持ったの学び」というタイトルで自由記載してもらった。
- 5) 倫理的配慮：学生の構えや動揺を考慮し、研究依頼は学生が受け持ち患者を看取り、実習記録を提出後、気持ちが落ち着いた段階で依頼した。受け持ち患者を強く想起させると考えられる情緒的動揺の激しい学生には研究参加を依頼しなかった。さらに、研究参加の対象となる学生は研究者が教員をしている学校の学生であるため、研究目的を説明し、承諾の可否及び記載内容は成績評価には関与しないこと、研究参加は途中中断できること、記載内容の秘密は厳守し本研究以外には使用しない事を約束した。
- 6) 分析方法：因子探索型内容分析^{8,9)}
 - ① 2名の教員によって学生の記述文の内容を検討。
 - ② 学生が知識・感情・行動の新しい学びとして記述している文章あるいは段落を文脈上の意味を損なわない範囲内で区切り要約し抽出した。
 - ③ 研究者の主観によりデータのゆがみを避けるために参加者の表現を言い換える作業にとどめながらデータ前後の文脈に注意しながらコード化を行った。
 - ④ コード化した内容を類似性に従い比較しながらそれぞれ類型化しサブカテゴリー化した。
 - ⑤ すべての参加者のサブカテゴリーを内容別に比較し、類型化した。またその関連性を考慮し、修正・精錬を繰り返してカテゴリーを創設しネーミングした。
 - ⑥ 次に参加者のカテゴリーを内容別に比較し類型化し並べ替え、また、その関連性を考慮し、抽象度が高くなるよう修正を繰り返し、コアカテゴリーを創設しネーミングした。
 - ⑦ 記述文の中でコアカテゴリーが導き出された部分を読み返し、抽出されたコアカテゴリー間の関連性を整理し、知識、感情、行動の新たな学びをひとつにまとめて学生の学びのパターンを分析した。
- 7) 信頼性の確保

分析内容の信頼性を高めるため、看護師6年以上、看護教育7年以上の教員3名で内容の検討を行なった。その結果を平成14年度に3年生でターミナル期の患者を看

取った学生にカテゴリーを提示し、分析内容の妥当性を確認した。

IV. 結 果

1) 研究参加者の概要（表1）

研究参加者の年齢は20～21歳であり、性別は全員女性である。終末期に関連した既習学習として、基礎看護学の終末期患者の看護（10時間）において講義（4時間）、演習として自己の遺言状作成（2時間）と死後の処置（4時間）を終了している。成人看護学のなかで「終末期患者の看護」の講義はカリキュラム上構築していない。成人看護学実習は急性期と慢性期の実習で構成されており終末期の実習として独立はしていない。慢性期の実習は4週間である。

表1 研究参加者の背景

学生	年齢	性別	患者の病名	病名告知	年齢	性別	受け持ち期間
A	20代	女性	胃 がん	未告知	70代	男性	4日
B	20代	女性	脳 腫 瘍	未告知	70代	女性	4週間
C	20代	女性	膀胱 がん	未告知	70代	男性	2週間
D	20代	女性	肝 がん	未告知	60代	男性	4日間
E	20代	女性	肺 がん	未告知	60代	男性	2週間
F	20代	女性	白 血 病	告 知	60代	女性	3週間
G	20代	女性	慢性呼吸不全	告 知	70代	男性	2週間
H	20代	女性	多発性骨髄腫	未告知	90代	男性	3週間
I	20代	女性	肺 がん	未告知	70代	男性	4週間
J	20代	女性	肝 がん	未告知	70代	男性	4週間

2) 終末期の受け持ち患者と関わった看護学生の学びの構成

学生によって作成された記述は400字詰め原稿用紙3枚から7枚であった。学生が知識、感情、行動として新たに学んでいると考えられた場面は総コード数164コードであり、これらのコードは49サブカテゴリー、20カテゴリーを形成し、さらにこれらのカテゴリーは「ターミナル期の患者を受け持った看護学生の学び」を示す7つのコアカテゴリーを創出した。（表2）以下カテゴリーごとに説明する。コアカテゴリー【 】, カテゴリー[], サブカテゴリー『 』, コード< >, 生データ「 」として示す。

(1) 【感情体験】について

このコアカテゴリーは[未知なる状況に関しての不安]・[ジレンマ・無力感]・[迫る死に対する恐れ]・[感情コントロール]の4カテゴリーで構成されてい

受け持ち患者を看取った看護学生の学び

表2 看取りの体験をした看護学生の学びの構成要素

サブカテゴリー (50) (コード数164)	カテゴリー (20)	コアカテゴリー (7)	
未知なことに対する不安 (6)	未知なる状態に関しての不安	感情体験	
初回訪室時の緊張 (3)			
何もできないとあせる気持ち (10)	ジレンマ・無力感		
理解しているが、実際には難しいというジレンマ (4)			
計画の未達成感 (2)			
患者の状態の変化への驚き (4)			
死に対する不安 (5)	迫る死に対する恐れ		
家族の死の想起 (2)	感情のコントロール		
平静さを装う (2)			
別れの悲しみ (5)			
辛い自己への投影 (3)			
専門職者でない自分 (2)			
患者の状態把握 (2)	終末期看護への偏った考え方	看取りに対する気負い	
思い込み (4)			
看護師役割への固執 (3)	看護師役割への固執		
変化への理解不足 (2)	理解不足の実感	自己の内観	
相手の立場への理解不足 (3)			
終末期からの逃避 (2)	自己からの逃避		
自信がない (2)			
逃げるのをやめる (3)	自己や死から逃げないと決心		
頑張ろうと決心 (2)			
自己の振りかえり (4)	自己の洞察		
自己の存在の意味 (1)			
自己成長への実感 (1)			
自己への称賛 (3)			
看護の変化 (6)	看護の工夫	安寧さへの看護実践	
ケアの評価 (2)			
看護の工夫 (3)			
痛みや孤独の軽減 (6)	身体的・精神的安楽さへの看護実践		
QOLを高める (3)			
安心感を与える (2)			
コミュニケーションの大切さ (5)	コミュニケーションの深さ	死にまつわる看護の理解	
患者の言葉の深さ (2)			
精神的看護の意味 (4)			
時間の大切さ (4)			残された時間の大切さ
死後の処置 (3)	死後の配慮		
患者への心残り (2)	亡くなった患者への追憶	患者・家族への敬愛の念	
患者への思慕 (2)			
患者への感謝 (2)			
患者にとって家族の関わり (4)			家族の悲しみと愛情
家族の愛情 (4)			
家族の悲しみ (7)	死生観の芽生え		
患者の反応 (2)			
生命の神秘 (1)	患者・家族・医療者の再認識	看護観・死生観の深化	
患者にとっての死の意味 (3)			
患者・家族・医療者の関係 (3)	看護観の見直し		
看護観の振り返り (2)			
終末期看護への思い (3)			
終末期看護のあり方 (7)			

た。【感情体験】は丹下ら⁷⁾の先行研究で得られた学生の体験内容とほぼ同じである。「何ができるのか不安でいっぱいだった。」「人間の最後のときを看護するので怖かった。」といったこれから何が生じるのかわからない実習初期の不安や、「昏睡状態になってびっくりした。」「死を考えて怖かった。」と「迫る死に対して恐れ」、何もできない【ジレンマ・無力感】を示している。また、＜別れの悲しみ＞＜専門職でない自分＞に示されるように、死に対しては悲しみ・辛さを感じ専門職としてのあり方を考える機会となっていた。そして、患者・家族との相互関係の中で辛い自分を隠し、平静さを装うよう【感情をコントロール】している姿も見られた。

(2) 【看取りに対する気負い】

このコアカテゴリーは【終末期看護への偏った考え方】、【看護師役割への固執】の2カテゴリーで構成されていた。「援助しないといけないと思っていた。」「今回は特に死を考える事が大切だった。」「看護するものとしてはあってはならない気持ちを抱いた。」というように、死に対する恐れはあるが実習しないといけないという捕われから看護はこうあるべきだとあるべき論から抜け出せないでいる学生の姿が伺える。

(3) 【自己の内観】

このコアカテゴリーは【理解不足の実感】・【自己からの逃避】・【自己や死から逃げないと決心】・【自己の洞察】の4カテゴリーから構成されていた。コアカテゴリー【自己の内観】は2つの方向を示していた。一方は「急変して死まで結びつかなかった。」という患者の病状悪化への理解不足と「ターミナル期そのものの理解が不足していた。」「自分自身が感染源になると考えていなかった。」に示されるように患者の状況を理解していないという実感であった。学生は「今でもどうすればよかったかわからない。」「わからない。」ということにのみ意識が集中し、ターミナル期の看護の理解をすることができない状況であった。また、「自分に自信がない。」というように『大変な自分』に関心が向いており、自己や死をうけとめられず、自己を変容させることができないでいた。しかし一方で学生は、【ジレンマ・無力感】を感じながらも「患者を前にして辛く泣きたかったが本当に辛いのは患者と家族であると思った。」と【迫る死に対する恐れ】を乗り越えて逃避している自己を変容させていた。＜逃げるのを止める＞＜がんばろうと決心する＞に示されるように、自己を見つめなおす事で患者・家族の立場に立ち、死に対峙しようと学生は決心していた。そしてこの決心は終末期の看護を実践しようとする力

となっていた。さらに、「家族の支えになれただろうか。」「私は患者にとってどんな存在だったのだろうか。」「自分自身の存在の意味についても考えを深めていた。」

(4) 【安寧さへの看護実践】

このコアカテゴリーは【看護の工夫】、【身体的・精神的安寧さへの看護実践】の2カテゴリーから構成される。これは、学生の看護が変化し終末期の看護実践へ目覚め、自己のケアを評価しながら患者のQOLを高めるために、痛みや孤独の軽減、安心感をもたすために工夫を凝らした看護をおこなっていることを示している。「なるべく患者さんとすごす時間を多く持った。」「痛みに対してさする事しかできなかった。」「少しでも気持ちの良いことをしてあげたいとケアをおこなった。」「声かけや非言語的コミュニケーションを前よりもとるようにした。」に示されるように、実践を通して看護職者としての成長がみられていた。

(5) 【死にまつわる看護の理解】

このコアカテゴリーは【コミュニケーションの深さ】、【残された時間の大切さ】、【死後の配慮】の3カテゴリーで構成されていた。学生は工夫した看護実践または満足のいかなかった看護実践を振り返り、『コミュニケーションの大切さ』や『患者の言葉の深さ』、『精神的看護の意味』を実感し、「一日一日がとても大切だと思った。」「生きることの大切さとともに、時間の大切さを学んだ。」というように残された時間の大切さを理解していた。また、死後の処置を通して患者の亡くなられた後にも、患者や家族への配慮の大切さを理解していた。

(6) 【患者・家族への敬愛の念】

このコアカテゴリーは【亡くなった患者への追憶の念】、【家族の悲しみと愛情の理解】の2カテゴリーで構成されていた。これは「いつものように名前を呼ぶと目を開ける気がした。」「もっと話をすればよかった。」「実習終了後も患者が気になった。」というように患者への思慕や心残り、感謝から成り立っていた。そして「亡くなった日に面会に来た奥さんがずっと話しかけていた姿が忘れられない。」「家族が患者を看るのはその人を信頼し、愛情があるから。」と家族の関わり方や愛情とともに大切な家族を喪失する死別の悲しみを感じ取っていた。そして、患者にとっての家族の意味とともに家族のサポートの必要性を実感していた。

(7) 看護観・死生観の深化

このコアカテゴリーは【死生観の深化】、【患者・家族・医療者の再認識】、【看護観の見直し】の3カテゴリーで構成されていた。これは、看護実践や指導、また、「握った手から返ってくる何かがあった。」といっ

た意識のなくなった患者の反応や家族との関わりから患者にとっての死の意味について理解を深めている。学生は「(患者は) 命の長さがわかっていたのかもしれない。」と生命の神秘を感じていた。そして、患者・家族、医療者の関係を再考し、終末期看護のあり方を考察する事で自己の看護観・死生観を深めていることを示していた。

3) コアカテゴリー間の関連性について

学生の記述の中には、過去から現在、未来への記述が

みられ、その前後関係から看護学生の学びには2つのパターンが見られた。(1)看護学生は【自己の内観】を行い、実際に【安寧さへの看護実践】を行うことで【看護観・死生観の深化】し、【死にまつわる看護の理解】の修得に至っていた。(図1) もう一方で、(2)看護学生は【感情体験】の[ジレンマ・無力感]に陥り、[自己からの逃避]によって【自己の内観】をできない状態であった。(図2)

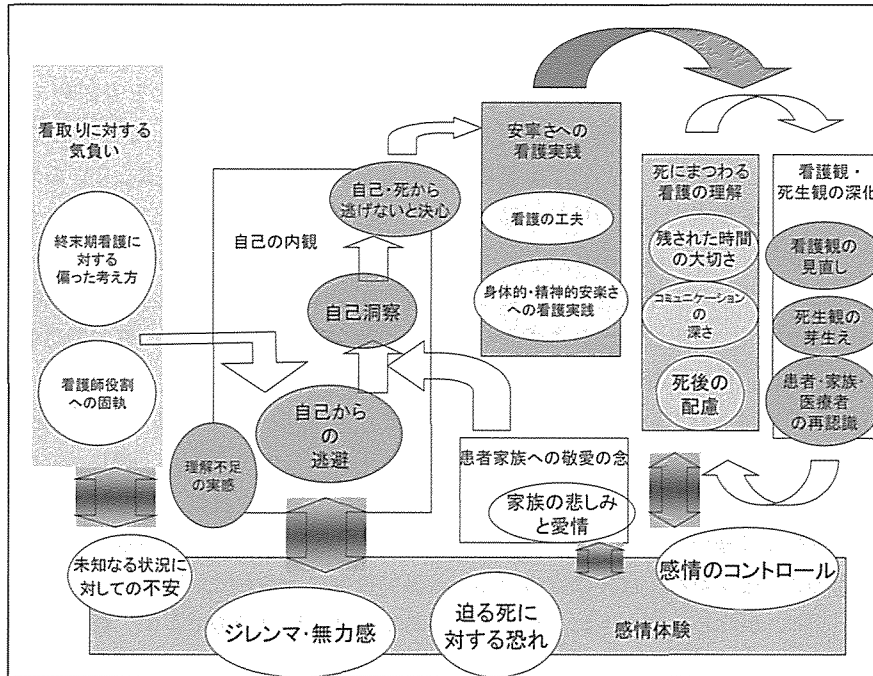


図1 【死にまつわる看護の理解】修得のパターン

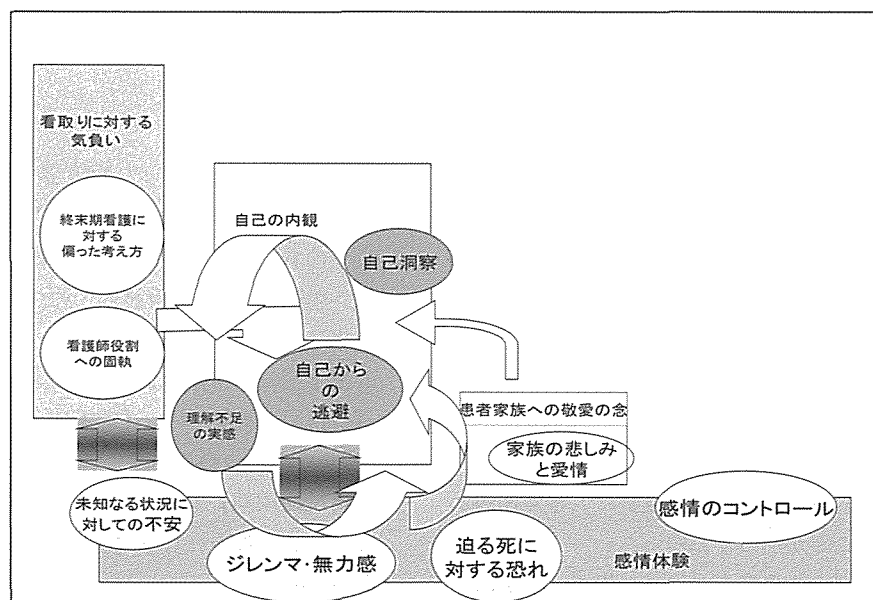


図2 【自己の内観ができない】パターン

V. 考 察

1. 【死にまつわる看護の理解】修得に至るパターンについて

図1に示されるように、学生の実習は不安やジレンマ・無力感といった感情体験を基盤において展開していた。実習のなかで学生が死に対する恐れを乗り越えるには「家族の悲しみと愛情」を目の当たりにすることが大きく学生に影響をおよぼしていた。「家族の悲しみと愛情」を感じた学生は家族の気持ちに同調し、その学生の感情の揺れが自己を内観させている事が明らかになった。「迫る死に対する恐れ」という辛い感情を持ちながらも、「自己の洞察」である【自己の内観】を行なうことで「自己や死から逃げない」と決心し、【安寧さへの看護実践】を行っていた。【安寧さへの看護実践】を工夫することで患者理解と共に【看護観が深化】していた。看護を実践することで、看護職としての自己を強く認識し、看護職者としての成長に結びつくと考えた。そして、「死生観・看護観を深化」させるという一連のプロセスの中で学生は学びを修得していると考えた。さらに実習を概観すると、「死にまつわる看護の理解」【死生観・看護観の深化】は終末期がん患者を受け持った看護学生の学びとして修得されていた。

青年期以降のアイデンティティの発達には個の確立と同様に他者との関係性が重要な意味を持つことを岡本は指摘している¹⁰⁾。そしてこの関係性に基づくアイデンティティの発達は、「自分は他者の役に立つのか。自分は誰のために存在するのか。」という問いかけと共になされ、学生は患者のために存在する看護師としての役割を認識することで自己のアイデンティティを発達させている。また、梶田は他者からの承認は、自己評価を上昇させて、自己のアイデンティティに影響を与えることを指摘している¹¹⁾。さらにM. Mayeroffはケア関係にあるケア提供者とケアを受ける者は自己実現に向けて成長しあうことを述べているが、ケア提供者は自己のあり方を実感したとき相手に対し感謝の気持ちが生じることを指摘している¹²⁾。これは学生と患者がケア関係にあるとき、お互いに成長しあうことを示しており、本研究におけるコアカテゴリー【患者・家族への敬愛】を支持していると考えた。特に人間の存在意義と対峙する看取りの体験は自己のアイデンティティに影響をあたえ、自己成長につながったと考える。

以上のことから看護学生の学びは人間としての成長であり、終末期がん患者を看取る体験をすることは知識・技術の修得だけでなく学生の職業観や人間的成長に大きく関わる中核的な体験であることが明らかになった。

教育介入として死を迎える患者を受け持つ事で、学生は自己成長したのだということを患者を看取った後に学生に伝える必要性が示唆された。成長のプロセスを学生に伝え

ることは、学生自身に自信をもたせ、今後も看護を行っていくうえで力になる。さらに、カンファレンスを通して、学生が成長しているプロセスを他学生と共有できるように介入する必要性が示唆された。

2. 【自己の内観】を行えず学びを修得できないパターンについて

【自己の洞察】をおこなえない、「自己からの逃避」している学生は「ジレンマ・無力感」・「未知なる状況に関しての不安」から抜け出せていないことが明らかになった。そして「自己からの逃避」に対しては、「迫る死に対する恐れ」と「看取りに対する気負い」が影響を与えていた。「迫る死に対する恐れ」を感じている学生は、死そのものも、死をおそれ逃避する自己をも認めていないと考える。丹下⁵⁾は自己及び生に対して肯定的であるほど死に対しても肯定的であることを指摘しているが、このことは死に対して否定的な学生が自己に対しても否定的であることを示唆していると考えた。本研究において「自己からの逃避」をしている学生は自己を見つめなおすことができないため、死生観を養いにくく、終末期患者の看護から学びを得にくいと考えられる。

また、「看取りに対する気負い」を語る学生は、「患者の苦しみを楽にできない」、「悲しんでいる家族を支えられない」という状況を打破しなければならないという看取りの看護への使命感を持っていると考えられる。そのような看護師役割に固執しているため、<何もできない自己>を責めており、自己認識できず、教育介入の効果が得にくいと考えられる。

このような学生に対しての教育介入は、従来いわれているように学生の死に対する不安を軽減させるように働きかけるだけでなく、まず死を恐れる自分を承認し、自己を内観できるよう介入する必要があると考えられる。

VI. 結 論

1. 受け持ち患者を看取った看護学生の学びの構成要素は【感情体験】【看取りに対する気負い】【自己の内観】【安寧さへの看護実践】【死にまつわる看護の理解】【患者・家族への敬愛の念】【看護観・死生観の深化】の7コアカテゴリーであった。

2. 看護学生の学びには2つのパターンが見られた。

- (ア)【自己の内観】をし、【看護観・死生観の深化】により、【死にまつわる看護の理解】の修得に至ったもの。
 (イ)【自己の内観】ができず、「理解不足の実感」や「迫る死に対する恐れ」や【看取りに対する気負い】の大きいもの。

3. 教育介入は【自己の内観】のなかの「理解不足の実感」・「自己からの逃避」に対して感情の中心を自己から

他者へ向けるように教育介入する必要性が示唆された。

の実態から終末期看護の講義や実習が効果的に行われるように教育方法を検討する必要性があると考え。

VII. 研究の限界と今後の課題

本研究は1看護学校での学生の学びであり、対象も20～21歳の青年期の学生である。また、本研究の限界はカリキュラムの違いや発達段階の違いによっても学びが異なる可能性があり、一般化するには限りがある。データ収集に関しては研究者の主観や先入観が入り込んでいる可能性を否定できない。

今後の課題としては、今回の研究で得られた学生の学び

謝 辞

本稿をまとめるにあたりご協力くださった皆様に感謝いたします。なお本稿は平成13年度厚生労働省看護研修センター同窓会研究奨励を受けたものを加筆・修正したものであり、第17回日本がん看護学会で一部を発表したものである。

要 旨

本研究の目的は1. 終末期の患者の看取りを体験した看護学生の学びの構成要素を明らかにすること、2. 終末期の患者を看取る学生への教育方法を検討する基礎資料を得ることである。成人看護学実習で看取りの体験をした学生10名に実習終了時に自由記載で学び・感想を記述してもらった。学生が知識・感情・行動の変化について記述している内容を分析し、7つのカテゴリーが抽出された。結論として看取りを体験した看護学生の学びには以下の2つのパターンがあった。1. 自己内観し、看護観・死生観を深め、死にまつわる看護の修得に至ったもの。2. 自己内観できず理解不足や迫る死に対する恐れや看取りに対する気負いが大きいもの。また、教員は理解不足や自己からの逃避に対して、感情の中心を自己から他者へ向けるように教育介入する必要性が示唆された。

Abstract

The purposes of this study are as follows: 1. to clarify the lessons learned by student nurses who had the experience of attending terminal patients and 2. to obtain basic data for considering the educational strategies for students who attend terminal patients. Ten students were required after their training to write freely about the lessons that they learned or the impressions that they acquired from their experiences of attending terminal patients during the nursing practice. As a result, seven categories were derived from analyzing the contents of the students' responses about changes in their knowledge, emotion and behavior. The conclusion was seen as follows: 1. Their views of nursing and of life and death were deepened by self-introspection and this knowledge enabled them to more successfully nurse dying patients and 2. An opposing pattern that caused them to fail to introspect, creating a lack of understanding, fear of the approaching death of the patients and leading to excessive fervor in nursing dying patients. The findings also implied that it was necessary for the trainers to conduct an educational intervention to lead the students to shift their emotional focus from themselves to others lest they should lack in understanding or escape from themselves.

引用・参考文献

1. Cheryl Tatano Beck: Nursing Students' Experiences Caring for Dying Patients, Journal of Nursing Education November, 36(9), 408-415, 1997.
2. 犬童幹子: 看護学生の死に対する感情・態度及びターミナルケア学習に関する調査, 第26回日本看護学会—看護教育—, 408-415, 1995.
3. 水谷成子: 看護学生の死生観とコーピング行動の比較—経年的追跡調査を試みて—, がん看護, 2(2), 138-144, 1997.
4. 田中愛子, 岩本晋: 看護学生の死生観のとらえかたとその実態—学生の作成した質問紙を中心に—, 山口県立看護学部紀要, 第2号, 31-47, 1998.
5. 丹下智香子: 青年期における死生観と心理的発達, 名古屋大学教育学部紀要(教育心理学科)第42巻, 219-220, 1995
6. 土屋八千代: ターミナルケアに関わる学生の心理的变化に関する研究, 看護教育, 32(13), 846-851, 1991.
7. 丹下幸子, 金子昌子, 他: 終末期看護実習における看取りの体験—実習記録および感想文の分析をとおして—, 第31回看護教育, 206-207, 2000.
8. Uwe Flick著, 小田博志, 山本則子他訳: 質的研究入門(人間の科学)のための方法論, 春秋社, 3-19, 2002.
9. クラウス・クリッペンドルフ著 三上俊治他訳: メッセージ分析の技法—内容分析への招待—, 勁草書房, 67-78, 1997.
10. 岡本祐子: 中年からのアイデンティティ発達の心理学—成人期・老年期の心の発達と共に生きることの意味, 41-52, ナカニシヤ出版, 京都, 1997.
11. 梶田叡一: 自己意識の心理学 [第2版], 東京大学出版会, 東京, 1988.
12. Milton Mayeroff著 田村真, 向野宣之訳: ケアの本質 生きることの意味, 83-86, ゆみる出版, 東京, 1987.

〔平成15年4月9日受 付〕
〔平成16年2月12日採用決定〕

健康高齢者における自力坐位保持ならびに背面密着坐位中の 循環動態及び自律神経活性

Effects of the different body posture on the hemodynamic responses and
the autonomic nervous activity in healthy elderly men

黒木 祐子* 長坂 猛* 安部 浩太郎*
Yuko Kuroki Mou Nagasaka Kotaro Abe
須永 清* 小林 敏生** 榊原 吉一***
Kiyoshi Sunaga Toshio Kobayashi Yoshikazu Sakakibara
田中 美智子*
Michiko Tanaka

キーワード：体位，循環動態，自律神経系，心拍変動，健康高齢者
body posture, hemodynamic response, autonomic nervous system, heart rate variability, healthy elderly men

1. はじめに

体位変換は褥瘡予防及び運動機能の回復を早めるための看護援助の一つである。看護師は患者の日常生活の動作能力を把握し、患者の自立性を高めていくよう援助することが要求される。

臨床現場では意識障害のある患者や寝たきりの患者の残存機能維持及び活性化のために、昼間は車椅子で坐位をとらせることがある¹⁾。このような能動的に坐位をとらせることは、低負荷運動として身体に対して少なからず影響を及ぼすものと考えられる。これらの効果を科学的に検証するために、大久保ら²⁾が背面開放坐位と密着坐位による自律神経系への影響について検討し、端坐位での背面開放坐位の有効性を示している。また、田村ら³⁾は、対象者の姿勢の違いに着目し、ベッド上での自力坐位と背面密着坐位について比較した。その結果、健常成人では同じベッド上で比較した場合に有意な変化は認められず、大久保らとの結果の違いを下肢位置の違いであると結論づけた。これらの結果は成人を対象としたものであり、循環反応の低下した^{4),5)}高齢者の結果を示した報告は数少ない。

高齢者では立位に体位変換を行うことで起立性低血圧の発生頻度が多く⁶⁾、死亡率が高いという報告がある⁷⁾。加齢に伴う身体的変化は、心臓血管系に関して言えば、心筋収縮力の低下、心拍出量の低下、動脈硬化による圧受容器の感受性低下など様々である^{8),9)}。また、高齢者は安静時

の心臓迷走神経活動レベルが低く、動的運動時の循環系反応は迷走神経活動消退による影響であると報告⁵⁾されており、自律神経系の関与が示唆されている。

近年、自律神経系を評価するための方法として、心拍の揺らぎの解析がよく用いられており、大久保ら²⁾や田村ら³⁾の研究でもこの手法を使用している。具体的には、心電図のR-R間隔の変動に対して周波数解析を行い、自律神経機能を推定するものである¹⁰⁾。Paganiら¹¹⁾の実験では、立位で心拍変動スペクトル解析による低周波成分(Low Frequency component; LF)が増加したが、 β -blockerであるpropranololを投与することで、LF成分が減少した。これにより、彼らはLF成分が交感神経活動に影響されることを示した。また、Pomeranzら¹²⁾は心拍変動スペクトル解析による高周波成分(High frequency component; HF)atropineで抑制され、propranololで変化がなかったことから、HF成分は副交感神経が関与していることを見出した。また、LF成分はatropineとpropranolol両方で抑制されることから、LF成分には交感神経と副交感神経両者が関与していることも示した。これらの結果により、HF成分は副交感神経活動の指標、LF/HFは自律神経系のバランスを示す指標とされている。

そこで、今回、対象者に高齢者を加え、仰臥位から坐位への体位変換における異なる姿勢による反応の差異を循環動態と自律神経活性に着目し検討した。

*宮崎県立看護大学 Miyazaki prefectural University

**広島大学 Hiroshima University

***金沢工業大学 Kanazawa Institute Technology

2. 研究方法

1) 対象

対象は、実験内容の説明を十分に行い、参加の承諾がえられた日常生活に支障がない高齢者男性5名と健常成人男性5名とした。各被験者の身体所見を表1に示す。高齢者の年齢、身長及び体重(平均±標準誤差)は、それぞれ69±3歳、163.3±0.8cm、63.8±4.8kgであった。成人の年齢、身長及び体重(平均±標準誤差)は、それぞれ25±3歳、172.8±3.7cm、63.8±2.2kgであった。全対象者は、循環器疾患及び糖尿病などによる治療薬の内服を受けていない。また、全対象者の中で、特筆すべきスポーツ歴をもつ者はいなかった。

表1 被験者の身体所見

	年齢 (歳)	身長 (cm)	体重 (kg)	BMI	既往症
成人					
A	36	166	63	22.9	なし
B	23	173	65	21.7	なし
C	24	169	63	22.1	なし
D	20	169	57	20.0	幼少時 川崎病現在異常なし
E	20	187	71	20.3	なし
高齢者					
F	67	162	53	20.2	なし
G	62	164	61	22.7	胃潰瘍
H	82	163	58	21.8	胃3/4切除 交通事故
I	66	166	60	21.7	痛風 50歳心疾患現在異常なし
J	64	160	56	21.9	虫垂炎

BMI; Body mass index. 体重/身長², 被験者はすべて男性である。

2) 実験方法

(1) 測定項目

実験では、呼吸数、血圧、心電図を連続測定した。呼吸数はポリグラフ装置(日本光電; RM6000)を用いて、胸部に装着した呼吸ピックアップにより呼吸用アンブ(日本光電; TR-651T)を介して測定した。血圧は、被験者の右第3指にセンサーを装着し、非観血的自動血圧計(Ohmeda; Finapres)にて測定した。このフィナプレスによる血圧測定は、kurkila¹³⁾により観血的に測定された血圧値と相関がよいとされ、さらに飯田ら¹⁴⁾によると、体位変換を行った際の姿勢の違いにおける変化もよく捉えることができると報告されている。心電図は、心電図用アンブ(BIOPAC; ECG100A)を用いて第II誘導で測定した。

(2) 実験条件

本実験は、平成14年6~7月に空調の整った部屋(以下実験室)で実施し、時間帯は午前10時~午後2時の間に行った。実験室の温度及び湿度は約23.7℃、約70%であった。

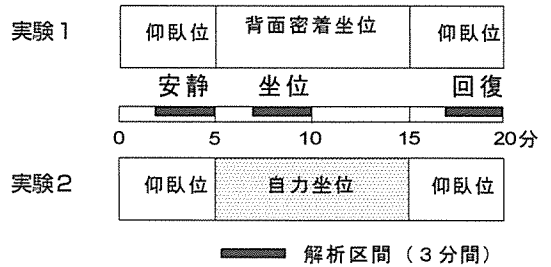
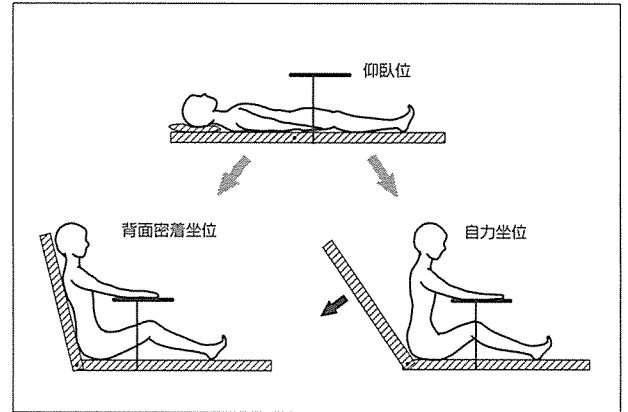


図1 実験手順

実験1と実験2の2通りの実験を行った。はじめに背面密着坐位をとるパターン(実験1)、次に自力坐位をとるパターン(実験2)を実施した。

実験では電動ベッド(パラマウント; 3K00867600A0)を使用し、電動ギャッチアップによって仰臥位から坐位への体位変換を行った。ベッド上の坐位姿勢は、2種類の異なった状態に設定した。1つは、約70度までギャッチアップし、背もたれに頭部・背部を密着させた背面密着坐位、もう1つは、同じくギャッチアップして坐位としたあとで、背面の背もたれを取り除き、背面を開放し、自力で坐位を保持する姿勢である(図1)。

被験者は、実験前最低8時間の喫煙、カフェイン及びアルコール含有飲料物の摂取を禁じ、食後2時間以上経過し、その間、運動を行っていない状態で実験に参加した。

(3) 実験手順

実験は、安静仰臥位5分-背面密着坐位10分-安静仰臥位5分の<実験1>と安静仰臥位5分-自力坐位10分-安静仰臥位5分の<実験2>の2通りを行った。

被験者は実験室入室後に椅子坐位にて、実験の内容の説明を受け、ベッド上にて、実験の一連の流れを体験した。ベッド上に安静臥床状態を30分保持した後に実験を開始した。実験1と2は同日に行ったが、実験1終了後、被験者は安静仰臥位となり、測定項目が安定したのを確認して実験2を開始した。一連の介助は同一介助者が行い、体位変換する15秒前に被験者に声かけを行った。

被験者が坐位の姿勢を苦痛であると訴えた場合、必要に

応じて膝下に枕を挿入した。さらに、実験遂行が困難であると判断した場合には、直ちに中止することとした。

(4) データ解析方法

解析に用いたデータは、いずれも体位変換直後を除いた3分間を用い、それを平均化した。実験開始の安静仰臥位時を「安静」とし、坐位時を「坐位」、回復期間として再度安静仰臥位となった時を「回復」とした。各被験者の心電図、血圧及び呼吸曲線のアナログ信号は、500Hzのサンプリングレートでデータ取り込みユニット (BIOPAC; MP-100) にてA/D変換し、連続的にコンピュータに記録した。

心電図の波形データよりR波を検出し、1拍毎のR-R間隔とR波の時間的位置を測定した。それによって各被験者の実験1及び2についてR-R間隔の時系列データを作成した。

R-R間隔の時系列データを高速フーリエ変換 (FFT) により周波数解析した。FFTで得た周波数成分は、0.04 ~ 0.15Hzのスペクトルを低周波数成分 (low frequency component: LFと称す) とし、0.15 ~ 0.40Hzのスペクトルを高周波数成分 (high frequency component: HFと称す) とした。LFとHFのそれぞれのパワー値を合計し、Total power (LF + HF: 以下Totalと称す) を求めた。HFについては、Total powerで除してHF/Totalとして表した。LF/HFは心臓自律神経系のバランスを示し、また、HF/Totalは心臓迷走神経活動を示す指標として用いた。

平均R-R間隔より1分間の心拍数を算出した。血圧はデータ解析ソフト (BIOPAC; Acknowledge 2.0) を用いて、血圧波形の最大値と最小値を取り出し、それぞれ収縮期血圧 (SBP) と拡張期血圧 (DBP) とした。収縮期血圧×心拍数で得られた二重積値 (P.R.P: Pressure rate product) を用い、このP.R.P.を心筋の酸素消費量を表す指標として用いた。

3) 統計処理

データはすべて平均±標準誤差で示した。年齢と時間経過の影響を明らかにするために繰り返しのある二元配置分散分析を用いた。各年齢の体位変換による時間経過の影響を明らかにするために、繰り返しのある一元配置分散分析を行った。多重比較にはScheffe法を用いた。成人と高齢者の比較に関してはF検定を行った後にunpaired student's t検定を行った。p<0.05をもって統計上有意とした。これらの統計処理には統計処理ソフト (StatView 日本語版 Ver5.0; HULINKS) を用いた。

3. 結果

1) 安静臥床時の成人と高齢者の循環動態と自律神経活性の比較

(1) 循環動態

表2は、成人と高齢者の心拍数、収縮期血圧、拡張期血圧およびP.R.P.について示したものである。それぞれについて年齢による有意な差は認められなかった (p>0.05)。

(2) 自律神経活性

安静状態での成人と高齢者のLF、HF及びTotal powerの絶対値について表2に示した。高齢者のLFとHFは、成人のそれと比べて低い傾向にあった (p<0.1)。高齢者のLFとHFを総計したtotal power ($\times 10^{-3} \text{sec}^2$) は、 0.55 ± 0.04 であり、成人は 2.49 ± 0.87 であり、高齢者の値は成人のものに比して有意に低下していた (p=0.038)。

表2 安静時の循環動態及び自律神経活性

	成人 (n = 5)	高齢者 (n = 5)	t検定 p値
心拍数 (beats/min)	55±4	58±3	0.677
収縮期血圧 (mm Hg)	102±5	109±6	0.383
拡張期血圧 (mm Hg)	56±2	61±4	0.458
P.R.P.	5583±472	6258±321	0.317
LF ($\times 10^{-3} \text{sec}^2$)	0.90±0.35	0.28±0.02	0.084
HF ($\times 10^{-3} \text{sec}^2$)	1.57±0.66	0.26±0.02	0.058
Total power ($\times 10^{-3} \text{sec}^2$)	2.49±0.87	0.55±0.04	0.038

平均値±標準誤差

P.R.P.: Pressure rate productを示し、収縮期血圧×心拍数で算出した。

LF: Low frequency (0.04 ~ 0.15Hz) component.

HF: High frequency (0.15 ~ 0.40Hz) component.

Total power: LF + HF

2) 坐位時の成人と高齢者の呼吸数・循環動態・自律神経活性の比較

(1) 呼吸数

呼吸数は成人及び高齢者ともに実験中10 ~ 15回/分で推移し、体位変換による変化及び年齢による変化が認められず、実験を通して安定していた。

(2) 循環動態

図2は心拍数の変化について示したものである。坐位姿勢では安静臥床時に比べ、成人及び高齢者ともに心拍数の増加が認められた。背面密着坐位では、成人と高齢者の心拍数 (beats/min) はそれぞれ 55.6 ± 4.5 及び 56.6 ± 3.1 となり、安静状態の 54.0 ± 4.1 及び 55.8 ± 3.1 に比べると若干の増加が認められたが、有意な増加ではなかった。成人と高齢者両者ともに自力で坐位姿勢を保持した場合、坐位での心拍数 (beats/min) はそれぞれ 65.2 ± 4.1 及び 60.7 ± 3.2 となり、安静状態の心拍数 (beats/min) の 53.8 ± 3.8 と 54.4 ± 2.6

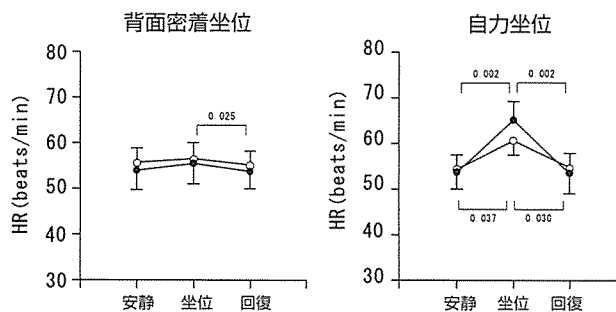


図2 心拍数の変化
値は平均値±標準誤差を示す。左図は背面密着坐位、右図は自力坐位について示す。●-●：成人、○-○：高齢者。図中の値はp値を示している。

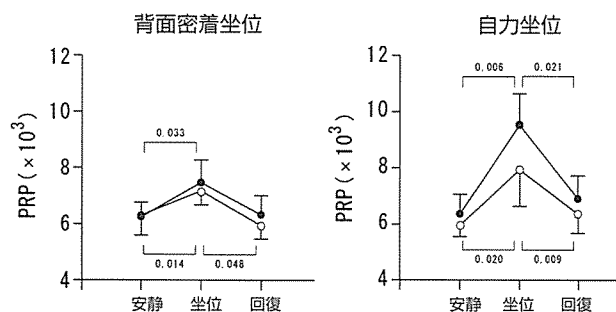


図4 P.R.P.の変化
値は平均値±標準誤差を示す。左図は背面密着坐位、右図は自力坐位について示す。●-●：成人、○-○：高齢者。図中の値はp値を示している。

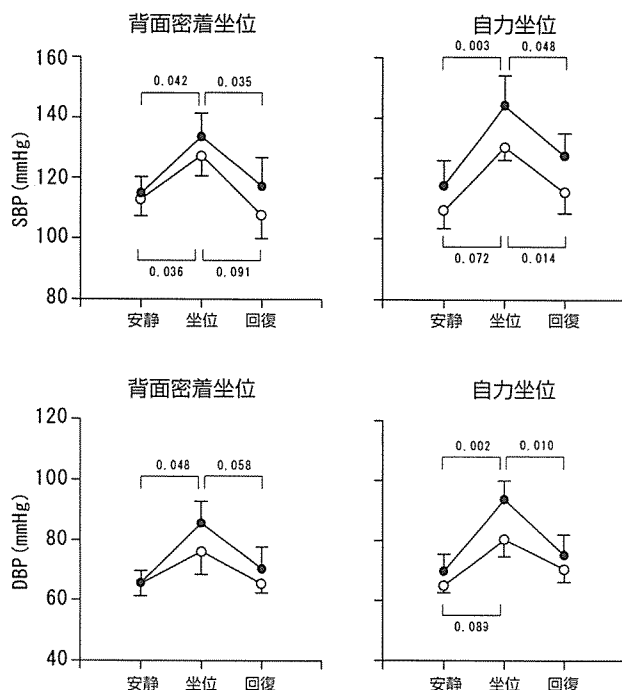


図3 血圧の変化
値は平均値±標準誤差を示す。左図は背面密着坐位、右図は自力坐位について示す。●-●：成人、○-○：高齢者。図中の値はp値を示している。

に比べると有意に増加していた ($p=0.0021$, $p=0.0369$)。坐位で心拍数はこのように増加したが、回復期に仰臥位となることで心拍数 (beats/min) は、成人で 53.4 ± 4.2 、高齢者で 54.8 ± 3.2 となり有意に減少した ($p=0.0021$, $p=0.0297$)。

血圧変化について図3に示した。SBPおよびDBPともに坐位を保持することで上昇した。背面密着坐位への体位変換において、成人及び高齢者の安静時SBP (mmHg) は、それぞれ 114.9 ± 5.5 、 113.0 ± 5.5 であったが、坐位姿勢で 133.6 ± 7.8 、 127.3 ± 6.7 に有意な上昇を示した ($p=0.042$, $p=0.036$)。背面密着坐位時の成人におけるDBPの変化はSBPの変化と類似しており、成人のDBPでは有意な上昇が認められたが、高齢者のDBPでは有意な上昇が認めら

れなかった。自力で坐位姿勢を保持した成人では、安静状態に比べると坐位時にSBP及びDBPの有意な上昇 ($p=0.003$, $p=0.002$) を示し、高齢者でも、安静状態に比べると自力坐位時にSBP及びDBPの上昇傾向 ($p=0.072$, $p=0.089$) が認められた。

図4は心筋酸素消費量の指標としてP.R.P.を算出し、その変化について示したものである。この変化は坐位を保持することで、成人及び高齢者ともにP.R.P.の増加が認められた ($p<0.01$)。背面密着坐位において、安静状態から坐位姿勢とすることで、成人及び高齢者ともに有意なP.R.P.の増加が認められた ($p=0.033$, $p=0.014$)。自力坐位保持を行った場合も同様の結果を認め、成人及び高齢者の安静時P.R.P.がそれぞれ 6357 ± 703 、 5956 ± 426 であり、この値に比べると坐位時のそれは 9523 ± 1117 、 7942 ± 1314 となり有意な増加を示した ($p=0.006$, $p=0.020$)。

(3) 自律神経活性

図5、6はR-R間隔とそれをもとに解析した自律神経活性変化についての代表例を示したものである。成人及び高齢者ともにR-R間隔は坐位への体位変換により減少し、特に自力坐位を保持した際に大きく変化した。高齢者の心拍変動パワー値は、成人のものより小さく、成人では仰臥位から坐位とすることで、0.15Hz以下の成分の増加と0.15～0.40Hzの成分の減少が認められた。

図7及び8はHF/TotalとLF/HFの変化について示したものである。自力坐位時のHF/Totalでは、高齢者と成人間で二元配置分散分析により有意な差が認められた ($p=0.045$)。同じく、自力坐位時のLF/HFでは、高齢者と成人には二元配置分散分析により両者間に差がある傾向が認められた ($p=0.057$)。これらの変化は安静状態のHF/TotalとLF/HFにおいて、成人がそれぞれ 0.653 ± 0.058 、 0.608 ± 0.149 で、高齢者がそれぞれ 0.453 ± 0.071 、 1.712 ± 0.515 であり、HF/totalに関しては成人が高い傾向 ($p=0.061$)、LF/HFに関しては高齢者が高い傾向 ($p=0.095$) であっ

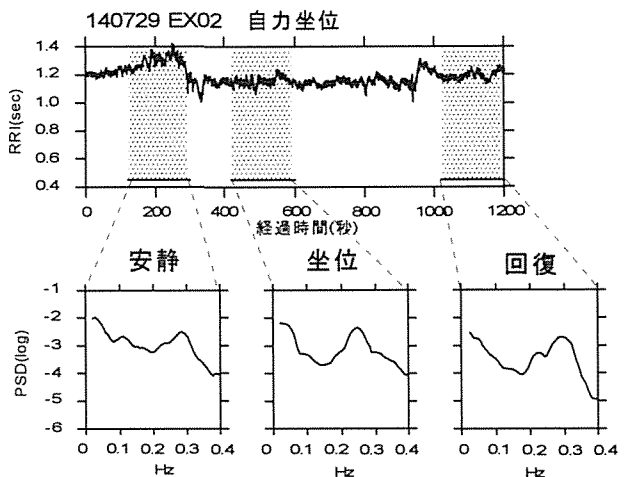
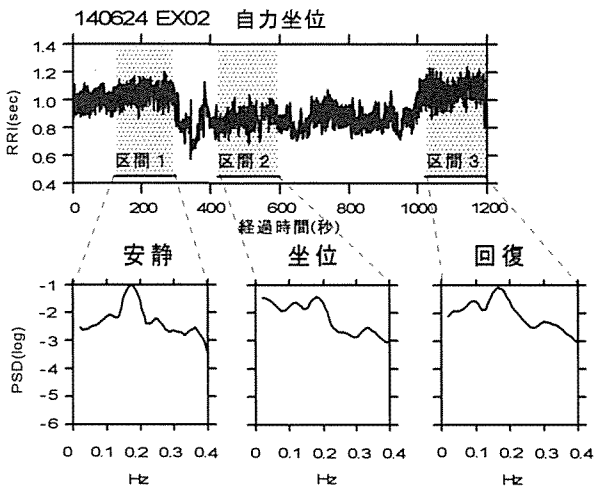
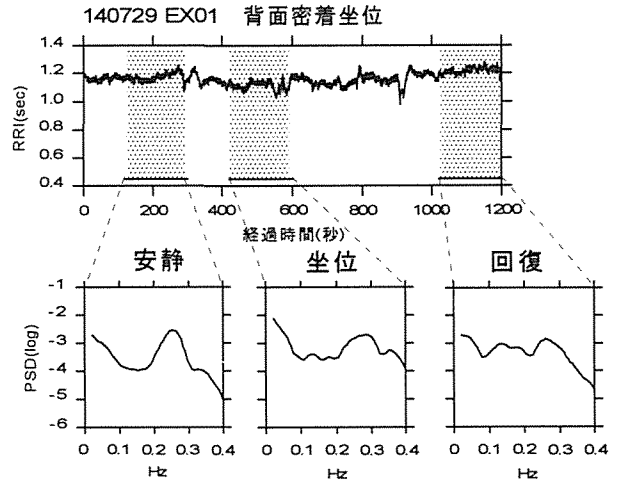
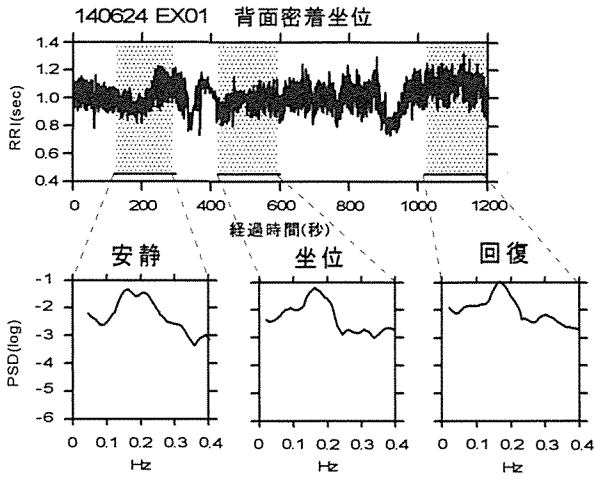


図5 成人のR-R間隔及び自律神経活性の代表例
 上図は背面密着坐位, 下図は自力坐位について示している。
 PSDはpower spectrum density (対数表示である)

図6 高齢者のR-R間隔及び自律神経活性の代表例
 上図は背面密着坐位, 下図は自力坐位について示している。
 PSDはpower spectrum density (対数表示である)

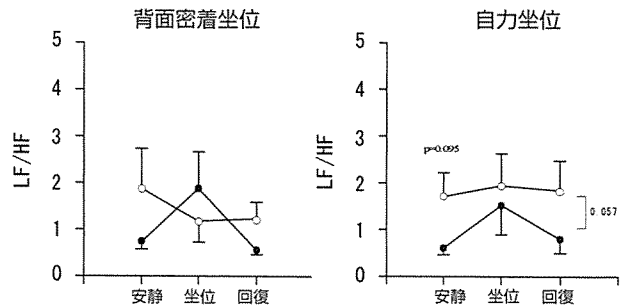
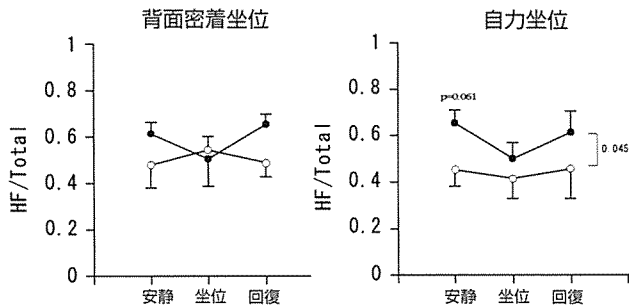


図7 HF/Totalの変化
 値は平均値±標準誤差を示す。左図は背面密着坐位, 右図は自力坐位について示す。●-●:成人, ○-○:高齢者。図中の値はp値を示している。二元配置分散分析にて自力坐位において年齢で有意差 (p=0.045) が認められたが, 安静時の高齢者と成人間で差のある傾向 (p=0.061) が認められた。

図8 LF/HFの変化
 値は平均値±標準誤差を示す。左図は背面密着坐位, 右図は自力坐位について示す。●-●:成人, ○-○:高齢者。図中の値はp値を示している。二元配置分散分析にて自力坐位において年齢で差のある傾向 (p=0.057) が認められたが, 安静時の高齢者と成人間で差のある傾向 (p=0.095) が認められた。

た。成人のLF/HFは背面密着及び自力坐位姿勢で, それぞれ安静時に 0.735 ± 0.162 及び 0.608 ± 0.149 であったのが坐位になると 1.873 ± 0.797 及び 1.530 ± 0.632 と増加したが, 有意差は認められなかった。成人の背面密着及び自力坐

位のHF/Totalは安静状態で 0.614 ± 0.053 , 0.653 ± 0.058 であった。坐位になるとそれぞれ 0.504 ± 0.097 , 0.500 ± 0.069 と減少したが有意差は認められなかった。その後, 仰臥位になるとLF/HFは 0.557 ± 0.107 , 0.796 ± 0.294 と減少し,

HF/Totalはそれぞれ 0.655 ± 0.0407 , 0.614 ± 0.089 と増加したが、高齢者では、このような変化が認められなかった。

4. 考察

循環動態と自律神経活性に着目し、成人及び高齢者における姿勢の違いによる両者の反応について検討した。今回、成人に比べ高齢者により循環動態及び自律神経活性の反応性低下が認められた。さらに、背面密着坐位に比べ自力坐位を保持する姿勢は、成人と同様、高齢者もより生体が活性化する体位であることが示唆された。

安静仰臥位時の成人と高齢者の循環動態と自律神経活性

安静仰臥位時の血圧及び心拍数は、高齢者の方が成人に比して高値を示したが、有意差は認められなかった。Lipsitzら¹⁵⁾、Tanakaら¹⁶⁾及びSimpsonら¹⁷⁾の研究では、高齢者の安静時収縮期血圧は、成人に比して有意に高いと報告されている。これは高齢者の場合、動脈硬化などの血管内変化が認められるため高血圧を生じやすいためと考えられている^{8), 9)}。今回の結果で、成人と高齢者間で有意差が認められなかったのは、表1に示すように被験者の年齢層が他研究に比べると成人の年齢が高かったこと、高齢者の平均年齢は変わらないが、年齢分布において、75歳未満が多く、75歳以上の後期高齢者が1名と後期高齢者の占める割合が少なかったことが考えられる。

安静状態における自律神経活性の指標となるLF、HF、Total powerの評価を行った。この自律神経活性を評価する心拍変動は、呼吸に同期する変動を捉えたものであるため、対象の呼吸状態が重要因子となる。谷口ら¹⁸⁾は、呼吸状態と心拍変動スペクトルについて検討し、呼吸数が9～10回/分と少ない場合は、正確なスペクトル解析ができないと報告した。今回の結果では、呼吸数がどの被験者においても、また、どの状態においても9回/分以上維持されており、姿勢による変化及び年齢による変化が認められず、実験を通して安定していた。このため、心拍変動スペクトル解析に対する呼吸の影響は均一であったと考えられる。

安静状態における自律神経活性の指標となる高齢者の心拍変動パワー値は、成人に比して低い傾向もしくは有意な低下が認められた。これは先行研究の心拍変動パワー値が高齢者で減少したというLipsitzら¹⁵⁾及びSimpsonら¹⁷⁾の研究結果と類似していた。心拍変動パワー値の低下は、自律神経活性の低下を示しており、加齢による交感神経活動に対する心臓の反応性の低下を示すとされている。早野らの報告⁵⁾では、安静状態で高齢者のHFの振幅が減少しており、これは心臓迷走神経活動レベルが低いと示している。今回、高齢者にも循環動態の反応性低下が認められたことは先行研究と同様の結果であったと考えられる。ま

た、本研究の心拍変動パワー値を詳しく検討すると、高齢者のHFは、成人のHFに比べ約1/5であったが、LFについては、高齢者は成人に比べ約1/3である。これによりLF/HFは大きくなり、自律神経系のバランスでは交感神経優位の状態であると推察される。この結果は、交感神経機能を反映する血中ノルアドレナリン値が、若年者に比べ高齢者で高値を示した結果¹⁹⁾と高齢者は副交感神経よりも交感神経活動が亢進しているという報告^{5), 20)}を支持するものである。

坐位時の成人と高齢者の循環動態・自律神経活性

成人および高齢者の血圧は、安静仰臥位から頭位挙上により上昇し、特に成人の反応性が高く、2種類の坐位姿勢では、自力坐位を保持する方が密着坐位よりも大きく上昇した。心拍数に関しては、頭位挙上により心拍数の増加が認められたが、安静状態に対する坐位時の心拍数の割合は成人および高齢者ともに自力坐位を保持する姿勢では121%及び112%であり、成人と高齢者における背面密着坐位時の割合は103%及び101%であった。これらを比べると成人では心拍数の増加程度が大きかった。また、異なる2種の坐位姿勢では自力坐位の増加程度が顕著に大きかった。成人の自律神経活性では、坐位姿勢でHF/Totalが減り、LF/HFが増えたが、これらの変化は循環動態の変化と一致していた。高齢者に関しては、全体的に自律神経系の反応性低下が認められ、必ずしも循環動態の変化とは一致していなかった。

高齢者の安静仰臥位状態の自律神経活性では、交感神経系優位であったが、坐位姿勢での血圧や心拍数の変化は小さかった。高齢者では、一般に、動脈壁の変化が認められ、内膜の肥厚、血管壁の伸展性消失および硬化により収縮期血圧の上昇をもたらすと言われる⁹⁾。その他、高齢者では、交感神経からの刺激が圧受容器の感受性低下により妨げられているとの報告⁹⁾も認められている。それと同時に、高齢者では、安静時の心臓迷走神経活動レベルが低く、運動時の循環反応にこの安静時の迷走神経活動消退が関与し、そのため循環反応の低下が生じていると報告されている⁵⁾。

自力坐位と背面密着坐位を比較すると、成人および高齢者ともに、自力で坐位姿勢を保持することでSBPやDBPの有意な上昇が認められた。安静状態に対する背面密着坐位でのSBPの割合は、成人で117%、高齢者で113%であり、さらに、自力坐位では、成人で123%、高齢者で119%であった。成人での安静状態に対する坐位姿勢のDBPの割合が高齢者より大きく、自力坐位の方が背面密着坐位よりも上昇程度が大きかった。長期臥床の状態は無重力状態とほぼ同様の生体反応を生じ、骨や筋肉への影響に加え、起立耐性の低下および循環血流量の減少など、循環器系への影響

も大きい²¹⁾。これらの機能を維持するために、無重力状態では運動負荷、長期臥床状態では、坐位による姿勢保持や下肢の他動、自動運動が行われている。今回の結果では、背面密着坐位より自力坐位姿勢では、頸部などの姿勢保持作用が働くと考えられる。大久保らが端坐位での背面密着と背面開放坐位について検討し、背面開放坐位の方が、背面密着坐位よりも自律神経活性を刺激するケアであり、有用であると結論づけている²²⁾。すなわち、この姿勢は頸部への刺激が増し、交感神経活動を賦活化させる。さらに他文献では、頸部の刺激は著しく交感神経性皮膚血流量を減少するという報告²³⁾もある。これらから考えると、ベッド上の自力坐位は端坐位での背面開放坐位同様に交感神経系の賦活化が循環動態へ影響したと考えられ、低負荷運動となっている可能性がある。

ところで、心筋酸素摂取量の指標となるP.R.P.の変化から見ると、成人および高齢者は仰臥位より坐位においてP.R.P.が高く、これらの変化は成人の方が高齢者に比べ高く推移していた。また、坐位でも自力坐位保持姿勢の方が、背面密着坐位よりも高いことから、成人は高齢者より、また、自力坐位保持姿勢は背面密着坐位よりも心筋酸素消費量の増加、つまり、心臓負荷が認められた。高齢者のP.R.P.は成人よりも低いいため、高齢者の方が心筋酸素消費量が低いことになる。しかし、加齢による心筋収縮力低下や静脈還流の低下に起因する循環器系の反応低下が生じている可能性があり、高齢者の方が心臓の負荷が少ないとは言い切れない。安静仰臥位からバックレストとベッドの角度が60度以上の坐位に変換すると、循環動態に変化が認められると報告されており、この変化は静脈還流の低下によると考えられている²⁴⁾。また、高齢者のHF/TotalやLF/HFは、循環動態と同様の反応をしていないことから考えると、心臓を支配する神経系と心臓血管系の活動における協調性の低下などが示唆される。

今回、対象者の人数が少なく、結果において傾向を示す程度にとどまった。今後は例数を増やすとともに、対象高

齢者の年齢の幅を広げ、坐位から立位への変換時の変化や安静臥床を数日間強いられた場合の離床についても検討を広げていく必要があると考える。

5. 結論

本研究では、臨床で行われることが多い仰臥位から坐位への体位変換に注目し、異なる2種類の坐位姿勢について高齢者と成人で比較を行った。その結果、安静仰臥位から自力坐位姿勢へ体位変換を行うと、高齢者と成人の両者において、心拍数及びP.R.P.の有意な増加、SBP及びDBPの上昇が認められたが、その反応性は成人の方が大きかった。また、背面密着坐位よりも自力坐位の方が循環動態に対する反応性は大きかった。安静状態における高齢者の心拍変動パワー値は成人のものに比して低下しており、さらに成人の心拍変動パワー値は坐位にすることでHF/Totalは減少し、LF/HFは増加する変化を示したが、高齢者には同様の変化が認められなかった。

高齢者における自律神経系の反応性低下が安静仰臥位時に認められ、坐位姿勢時では個人差が大きく、循環反応とは一致していなかった。高齢者では自力坐位で循環反応が大きくなるが、成人に比べるとその循環反応の低下が生じていた。このため、高齢者が自力で坐位を保持することは、生体を刺激し活性化させる可能性はあるが、循環動態を十分に注意しながら体位変換を行い、坐位姿勢保持中も綿密な観察が必要である。

謝辞

本研究をまとめるにあたり実験にご協力いただいたボランティアの皆様に感謝します。

付記

この研究は平成14年度宮崎県立看護大学大学院看護学研究科の修士論文の一部である。

要 旨

健康な成人及び高齢者の坐位姿勢の違いによる反応の差異を、自律神経活性と循環動態に着目し検討を行った。呼吸数、血圧、心電図を測定した。R-R間隔の時系列データをスペクトル解析し、得られた心拍変動パワー値を自律神経活性の指標として用いた。

安静時の循環動態には両者間で有意な変化は認められなかった。高齢者の心拍変動パワー値は成人より低い値を示した。成人および高齢者の心拍数、血圧および収縮期血圧と心拍数から算出した二重積は、仰臥位から坐位姿勢となることで増加し、その後、仰臥位とすると安静状態にほぼ回復した。この変化は自力坐位保持で特に顕著であった。自律神経活性の変化は成人では循環動態と一致していたが、高齢者では一致していなかった。

高齢者は成人に比して自律神経活性および循環動態の反応性に低下が認められた。両者において自力坐位保持姿勢は、背面密着坐位よりも生体を活性化する体位であることが示唆された。

Abstract

The purposes of this study were to investigate the effects of two different sitting positions on the hemodynamic responses and the autonomic nervous function in healthy men. Fourier analysis of R-R interval may be used to characterize low- and high- frequency components (LF and HF) attributable to sympathetic and vagal influences, respectively. We analyzed R-R interval variability, blood pressure and pressure rate product (P.R.P.) of 5 healthy young and 5 healthy elder subjects before and during the posture change from supine to sitting position. The postures were kept in a sitting position with the aid of a backrest or without one for 10 minutes. Total power of R-R variability tended to be lower in the aged subjects than in the young subjects during supine position, but the hemodynamic responses did not change between elder and young subjects. Blood pressure, heart rate and P.R.P. increased during sitting position, especially without the backrest. HF/Total power of the younger subjects during sitting position decreased. LF/HF in the young subjects, increased during sitting position, but not in the elderly subjects. It is suggested that the different response between the elder and younger subjects might be due to some disability in autonomic functions with age.

7. 参考文献

- 1) 川島みどり：こんな助っ人欲しいな！－背面開放保持具を考案。看護学雑誌. 57(9), 818-821, 1993.
- 2) 大久保暢子, 菱沼典子：背面開放坐位が自律神経に及ぼす影響。臨床看護研究の進歩. 10, 53-59, 1998.
- 3) 田村綾子, 市原多香子他：ベッド上における背面開放と非開放の座位姿勢時の自律神経活動の変化。臨床看護研究の進歩. 12, 95-100, 2001.
- 4) 高橋宜子, 清水和彦他：能動的体位変換における心電図のR-R間隔の変化。北里理学療法学. 2, 59-64, 1999.
- 5) 早野順一郎, 岡田暁宜他：心拍変動による自律神経機能評価とその応用：加齢と心臓迷走神経機能。自律神経. 34(3), 207-213, 1997.
- 6) Rutan G. H., Hermanson B., et al.: Orthostatic hypotension in older adults. The cardiovascular health study. CHS collaborative research group, Hypotension. 19(6), 508-519, 1992.
- 7) Masaki K. H., Schats L., et al.: Orthostatic hypotension predicts mortality in elderly men. Circulation. 98, 2290-2295, 1998.
- 8) 小沢利男：高齢者循環機能調節と自律神経。呼吸と循環. 40(8), 743-750, 1992.
- 9) 島田和幸, 河本昭子他：自律神経性血圧調節機序の加齢変化。自律神経. 25(4), 397-400, 1988.
- 10) 早野順一郎：心拍変動による自律神経機能解析。井上博編集, 循環器疾患と自律神経機能第2版。医学書院(東京), 71-136, 2001.
- 11) Pagani M., Lombardi F., et al.: Power spectral analysis of heart rate and arterial pressure variabilities as a marker of sympatho-vagal interaction in man and conscious dog. Cir. Res. 59(2), 178-193, 1986.
- 12) Pomeranz B., Macaulay R. J. B., et al.: Assessment of autonomic function in humans by heart rate spectral analysis. Am. J. Physiol. 248, H151-H153, 1985.
- 13) Kurki, T., Smith, N. T., et al., : Noninvasive continuous blood pressure measurement from the finger ; optimal measurement conditions and factors affecting reliability. J. Clin. Monit., 3, 6-13, 1987.
- 14) 飯田良司, 小川節郎他：4つの異なる体位における自律神経機能と圧受容器反射感受性の推定。宇宙航空環境医学. 34, 1-9, 1997.
- 15) Lipsitz L. A., Mietus J., et al.: Spectral characteristics of heart rate variability before and during postural tilt: Relation to aging and risk of syncope. Circulation 81(6), 1803-1810, 1990.
- 16) Tanaka H., Davy K. P., et al.: Carotid-pulmonary baroreflex inhibition of sympathetic nerve activity is preserved with age in healthy humans. J. Physiol 515(1), 249-254, 1999.
- 17) Simpson D. M. and Wicks R.: Spectral analysis of heart rate indicates reduced baroreceptor - related heart rate variability in elderly person. J. Gerontol. 43(1), M21-24, 1988.
- 18) 谷口郁夫, 景山茂他：心拍変動のパワースペクトル解析－呼吸および体位の影響－。自律神経. 31, 79-84, 1994.
- 19) 中井利昭：高齢者のアドレナリン・ノルアドレナリン代謝。ホルモンと臨床. 41(9), 31-35, 1993.
- 20) Lakatta E. G.: Age-related alteration in the cardiovascular response to adrenergic mediated stress. Federation Proceedings, 39(14), 3173-3177, 1980.
- 21) 関口千春：宇宙飛行士による心肺系への影響。呼吸と循環. 45(10), 983-994, 1997.
- 22) 大久保暢子, 向後裕子他：座位による背面開放が自律神経活動に及ぼす影響－両足底を床面に接地しての背面密着座位との比較－。日本看護学会誌11(1), 40-46, 2002.
- 23) 橋本朋子, 田中由美他：頸部磁気刺激による Sympathetic flow response (SFR)。自律神経. 36(6), 548-551, 1999.
- 24) Norton L. C., Conforti C G., et al.: The effect of body position on oxygenation. Heart & Lung. 14(1), 45-51, 1985.

[平成15年7月2日 受付]
[平成16年2月12日 採用決定]

反省的思考による学生の看護実践の認識 —基礎看護学における学内演習と臨地実習の連関—

Student Nurse Perceptions of Nursing Care by Reflective Thinking
— Connection of Clinical Nursing Skills Laboratory and Nursing Practicum —

青山 美智代¹⁾ 伊藤 明子¹⁾ 向坂 智子²⁾
Michiyo Aoyama Akiko Ito Tomoko Kousaka

三毛 美恵子¹⁾ 須藤 聖子¹⁾ 大久保 千里³⁾
Mieko Miyake Seiko Sudo Chisato Okubo

キーワード：反省的思考，看護実践能力，基礎看護学実習，学内演習
reflective thinking, competence of nursing practice, basic nursing practicum,
clinical nursing skills laboratory

はじめに

近年の医療の進歩に伴い、対象者の健康問題をホリスティックに捉えて癒すというケアリングが重視されている。そのため、看護教育の課題の一つは、ケアリングをいかに教えるかであると言われており¹⁾、新卒看護師の看護実践能力低下の指摘と相まって、看護実践能力の育成をめざす教育²⁾の在り方や、学習-教授法³⁾が提案されている。

このような看護教育の変遷から、基礎看護学領域の教育では、学生が自分の学びを価値づけ、看護専門職としての思考や実践能力を育むと言われている反省的思考⁴⁾の育成がさかんになりつつある。先行研究には反省的思考の様相の解明^{5)~7)}や反省的思考を促す指導^{8)~11)}が見られる。しかし、反省的思考を活用した学生の看護実践に対する認識の全体像、特に患者にとってどのような意味を持つ看護となり得るかについては明らかでない。さらに、反省的思考を活用した学生の看護実践の認識の全体像を明らかにすることは、教育実践の成果を示す指標になりえると考えられる。

以上から、本研究の目的は、基礎看護技術の学内演習と臨地実習を組み合わせた教育を行い、学習体験の反省的思考から得られた看護実践の認識を記述し、反省的思考を育成する教育実践の意義を明らかにすることである。

用語の定義

学内演習：授業科目「基礎看護技術」で行う技術演習をさす。

臨地実習：授業科目「基礎看護学実習Ⅰ」で行う病棟見学実習をさす。

反省的思考：デューイ¹²⁾の経験的教育思想の概念であり、デューイは教育について「教育とは経験の意味を増加させ、その後の経験の進路を方向づける能力を高めるように経験を改造ないし、再組織することである。」と規定している。本研究では、デューイの教育観を基盤にして、学生が臨地実習での体験を振り返って経験の意味を増し、将来、自分がどのような看護実践をしようしているのかを見いだす思考として規定した。また、デューイは成長する力について、他人を必要とすることと、可塑性すなわち経験から学ぶ力に依存し、それが児童期と青年期に最高の状態にあること、経験の本質は特殊な結びつき方をしており、能動的要素と受動的要素を含んでいると述べている。このことから本研究では、反省的思考の過程は、教師と学生が学生の経験に対して能動的に働きかけ、それによって生まれた変化を両者が受動性を持って意識的に得るという相互作用が存在する行為と考えている。

看護実践の認識：学生が臨地実習（以下、実習とする。）で体験した場面にもう一度遭遇した場合、実践したいと考えた患者への気づかいや援助をさす。

1) 奈良県立医科大学医学部看護学科 Nara Medical University, School of Nursing

2) 元三重大学医学部看護学科 Faculty of Medicine, School of Nursing, Mie University (Previous)

3) 田嶋整形外科・リウマチ科 Tajima-Clinic for Orthopedics and Rheumatology

研究方法

1. 研究デザイン

本研究は質的記述的研究であり、反省的思考によって導き出された学生の看護実践に対する認識の記述を目的とした。

2. 対象の選定

1) 対象

対象者は、平成10年10月から平成11年1月の期間に学内演習と臨地実習を組み合わせた授業で、同じ教師から継続指導を受けたA大学看護短期部の1年次生(74名)のうち、研究の承諾が得られた41名であった。

2) 対象の背景

臨地実習は、病棟見学と個人面接(以下、面接とする。)で構成されていた。病棟見学は、A大学病院の5病棟(婦人科病棟、泌尿器科病棟、眼科・神経内科病棟、脳神経外科病棟、消化器内科・感染症内科・心療内科病棟)に分かれ、1病棟に8人のグループで半日づつ4回実施された。対象学生は、泌尿器科病棟、眼科・神経内科病棟、脳神経外科病棟のいずれかの病棟で実習した。

指導体制は、先述のとおり教師を各病棟に配置し、学内演習で指導した学生を引き続き指導した。臨地実習のテーマは、バイタルサインの測定、感染予防、清潔・排泄の援助、薬物療法の4テーマであり、実習は各テーマに関連する学内演習後におこなった。臨地実習の目的は、テーマに関連した援助場面の見学や患者・看護師から体験を聞き、患者の理解を深めることであった。病棟見学の内容は、病棟内の見学・実際の援助の見学・患者との会話・カンファレンスであった。学生との会話に応じた患者は、指導者が選択・依頼して承諾を得た。患者の選択基準は、成人期または老年期で、身体的にも精神的にも学生の受け入れが良好であること、実習テーマに関連した援助を受けているか、あるいは過去に受けたことがあるという条件であった。

3. データ収集

データの収集は、3名の教師が半構造化面接によりデータを得、記録用紙に記載した。

学生が教師に自分の感じたことを自由に語り、事実に近いデータを得るためには、学生・教師間の良好な人間関係が重要である。そのため、本研究の面接は、学生と教師がすでに学内演習で半年間の関わりを持ち、十分な人間関係が確保された時期に行った。

面接は、4回の実習がそれぞれ終了した後、約一週間後に実施した。教師は事前に学生の実習記録や自分自身の実習指導記録から、反省的思考の活用によって学習が深まると判断した場面を抽出し、学生の経験内容を整理した。しかし、面接では改めて「気になった場面」を尋ね、学生の

経験に対する主観的なこだわりや主体性を重視した。

面接項目は、①印象に残った場面 ②その状況に遭遇した時の学生の感情や考え ③その場面にもう一度遭遇した場合に実践したいこととした。最後の項目「その場面にもう一度遭遇した場合に実践したいこと」について、学生から十分な回答が得られなかった場合、学内演習での経験をつなげて考えてみるよう助言したのち、改めて質問した。面接者は学生の回答を誘導しないように面接の内容や手順を調整した。

一方、面接記録は、面接手順にそった形式にし、学生の語った言葉を忠実に書き留められるように調整し、信頼性の確保に努めた。

4. 分析方法

1) 分析方法の選択と分析方法

Berelson, B.の内容分析¹³⁾は、分析対象を明らかにしたり、記述内容と目標を対照するなどの分析対象の持つ特性に関する研究に活用可能である¹⁴⁾と言われている。そのため、本研究のように、学生の様々な表現内容を忠実に表す分析方法として、内容分析は適した分析方法であると判断した。

記録単位は学生が語った「その場面にもう一度遭遇した場合に実践したいこと」とし、文脈単位は1データとした。得られたデータを概観したところ、実習テーマに関わらず、看護実践の前提となる姿勢や態度に関するものが多く含まれていたため、実習テーマや学生の体験は識別しなかった。

以上のような過程によって41名の学生(延べ163名)から回答を得、内容が理解できないものを除外し176記録分析単位、160文脈単位に分類された。さらにこれらから、看護実践に対する学生の認識を具体的に示すサブカテゴリーと、それらを包括するカテゴリーが抽出された。分析は内容分析経験者3名でおこなった。その内訳は、面接者1名と、面接者でない基礎看護学担当教師2名であった。

2) 分析結果の信頼性

抽出された意味内容の信頼性を確保するため、サブカテゴリーの段階でスコットの式¹⁵⁾によって一致率を算出した。一致率は、分析者以外の2名の基礎看護学担当教師の再分析により算出した結果、75.6%と73.2%であり、信頼性のある分析結果であったことを確認した。

5. 倫理的配慮

研究についての説明は、臨地実習が終了した時点で、受講した学生全員に、研究の目的と研究協力への賛否が教育内容や成績評価に影響しないことを文書および口頭で説明

した。そして、学生が協力への賛否を自由に決定できるよう、後日書面で返答してもらった。

結 果

分析の結果、学生の看護実践の認識から21の意味内容が抽出された。さらに、その21の意味内容をサブカテゴリー

として分析した結果、5つのカテゴリー『倫理的な行動』『患者理解を深める』『患者を尊重した行動と姿勢』『主体的な療養生活のための関わり』『個別的な療養生活のための具体的な活動』が抽出された(表)。次にカテゴリー・サブカテゴリーとその意味、学生が語った代表的な言葉を述べる。

表 反省的思考による看護実践の認識

カテゴリー	サブカテゴリー	学生が語った言葉	記録単位数 (%)
倫理的な行動	感染予防に対する医療者としての自覚と行動	「互い(患者と看護者)に決まりをまもることは、お互いを感染から守ることにつながる」「きちんと(看護者が)手洗いをし、清潔な手で患者と接することが、患者の安全につながる」	12 (7.50)
	看護者としての責任を果たす	「信頼関係を築いて患者が前向きに治療に取り組めるよう、責任ある行動をとっていききたい」「(薬物療法は)慣れによって雑にならないように毎日新鮮な気持ちで実施することが必要」	5 (3.13)
患者理解を深める	意図的な情報収集	「コミュニケーションの時は話の内容だけではなく、患者の様子も観察し、変化に気づけるようにする」「世間話は、コミュニケーションの糸口として患者の情報を得られるような話し方を考えていきたい」	7 (4.38)
	気持ちの理解	「会話の中から患者の思いを考えられるようにしていきたい」「(服薬が)自分でできるか聞き、どのように(服薬が)したいか聞く」「患者の言葉に隠れた気持ちに近づけるよう、プロセスレコードを活用するなどして、考えていきたい」	7 (4.38)
	情報を活用した患者理解	「見学で感じた事以外に、コミュニケーションからも患者の様子について知れるように考えていきたい」「カルテ・記録から把握して接すると、状況が理解できる」「言葉だけでなく、表情などからも患者の伝えたい事が捉えられるようにしたい」	5 (3.13)
	関心を持った接し方	「患者に尋ねられたことは忘れないように、きちんとメモに残すことが必要」「初対面の人に対して、相手の事を知ろうと言う気持ちで接する」「患者のことを知りたいという気持ちで接する」	5 (3.13)
	先入観を持たない接し方	「『患者はこうだ』とは思わず接していき、欲求を理解できるようになりたい」「対象を理解するには、生きてきた背景も含めて、その人のありのままを知ろうと言う気持ちで接するべきだと思う」	3 (1.88)
	患者から学ぶ接し方	「こちらから伝えることばかり考えず、患者から学ぶという姿勢で臨む」「学生は学ぶ姿勢で患者と接する」	2 (1.25)
患者を尊重した行動と姿勢	希望・気持ちに配慮した接し方や援助	「その人と接する時は、その人に接することに集中することが大切で、自分のこと(業務など)だけにとらわれない」「援助をするときは、患者の意見を聞いてからすすめる」「家族が来ない時でも楽しみがもてるような事を提供できるようになりたい」	15 (9.38)
	安全・安楽を意識した援助	「患者の動きたいという気持ちを尊重しながら、転倒しないように未然に防ぐことで患者の安全を守る」「自分で(トイレに)行きたいという欲求を尊重し、安全に気をつけながら援助する」	7 (4.38)
	患者の負担を考えた援助	「患者の協力に対して感謝の意を表すことは、患者の申し訳ないという気持ちが軽減されるので自分も実践したい」「患者が弱い立場であると思わないように患者から言いやすい雰囲気をつくる」	6 (3.75)
主体的な療養生活のための関わり	意欲の向上・回復の実感・回復を促す援助	「体だけでなく、健康を取り戻したいと思えるような精神的な援助ができるようになりたい」「身体の加減や検査データの経過を話して自覚できない回復を知ってもらおうと、乗り越えられると思う」「患者が体のために(歩行練習などを)している時、良い事なら看護者は必ずそれを理解して声をかける」	19 (11.88)
	効果的で納得のいく療養のための援助	「患者が理解しやすいような言葉で医師にまず説明してもらうように話す」「(内服薬の)ノンコンプライアンスがおこっていたら理由は何かを知って援助する」「生活の中で工夫できることを情報提供していく」「患者は自分で考えて行動しているので、看護者は患者の行動を観察し、患者・家族が協力できる指導をおこなう」	12 (7.50)
	気持ちの表出を促す接し方	「安易に否定せず、患者が話しやすい様、明るい雰囲気接する」「普通の会話から入り、患者をリラックスさせ、患者の心理状態を聞くようにする」「声をかけると、患者が話す場をつくることになり、それにより少しは救われるのではないかと思った」	10 (6.25)
	不安の把握と軽減のための援助	「患者のそばにいて、身体に触れることが不安を軽減させる」「何を患者は不安に感じているのかを認識し、不安を解消できるようにわかりやすく丁寧な言葉でコミュニケーションをとることが大切」	7 (4.38)
	感染予防に関する患者の協力を得るための援助	「廊下のゴミ箱など、汚れ物をそうであると明示して、患者がわかりやすいような環境にする」「患者自身が感染予防に心がけていけるように感染について知識を与える」「どのようなことが感染予防につながるのか、患者の無意識の行動の意味を考えて援助する」	5 (3.13)
個別的な療養生活のための具体的な活動	自然なコミュニケーション	「患者の好きなことを見つけ、話のきっかけをつくる」「患者さんの話を真剣に聞いて、感じたことを表現する」「自分が知りたいことにとらわれすぎないように気をつけながら、タイミングも考えて接していききたい」「患者が楽しいと感じられるよう会話のキャッチボールを心がけ、初対面の相手に対して、相手の事を知ろうと言う気持ちで接していききたい」	12 (7.50)
	自立に向けた援助と状況の確認	「患者の自立につなげるため、していいことといけなことを教える」「自分で管理している人には『順調ですな』などの声をかけ、必ず聞いてみる」「患者の自立に繋げるため、患者が知りたいという欲求を満たす環境を作る」	11 (6.88)
	苦痛を緩和する援助	「患者の苦痛を最小限にかつ効果的に行えるような援助をする」「病気を理解し、身体的、精神的苦痛を考えながら接する」	4 (2.50)
	個性を重視した援助	「個々に応じた援助を考える」「入院生活に患者の趣味を取り入れる」「患者の意見も聞きながらその人らしい生活が送れるように援助する」	3 (1.88)
	物理的な療養環境の調整	「自分なりに最善と思える方法で環境面の配慮をしながら患者さんに接していききたい」「患者が(室温が)暑いと訴えられたら室温を確認し、窓をあけるなどの行動をする」「空気の入れ替えをしないか聞き、暑い部屋なら患者を散歩に誘う」	3 (1.88)
合 計			160 (100)

78 1. カテゴリー『倫理的な行動』のサブカテゴリーとその意味

1) 感染予防に対する医療者としての自覚と行動

看護者として、感染予防に関する院内の規定を遵守する意味の理解と、それを表現する姿勢と行動を表し、12件あった。具体的に語られた代表的な言葉は、「互い（患者と看護者）に決まりをまもることは、お互いを感染から守ることにつながる」「きちんと（看護者が）手洗いをし、清潔な手で患者と接することが、患者の安全につながる」であった。

2) 看護者としての責任を果たす

自分の行動が患者に影響を与えるということを意識して行動することを表しており、5件あった。下位項目には、慣れによる不適切な操作を防ぐことや、医療者と患者の信頼関係が基盤にあることを常に意識して行動すること、ヘルスケアに携わる者として、自分の健康を守ることなどが含まれていた。語られた代表的な言葉は、「信頼関係を築いて患者が前向きに治療に取り組めるよう、責任ある行動をとっていきたい」「（薬物療法は）慣れによって雑にならないように毎日新鮮な気持ちで実施することが必要」であった。

2. カテゴリー『患者理解を深める』のサブカテゴリーとその意味

1) 意図的な情報収集

患者に関する情報を系統的・多面的に収集したり、直接的援助の時にその情報を活用して新たな情報を得ることを表しており、7件あった。多角的に収集する方法として、患者の状態を観察しながら会話し、変化に早く気づくことなどが挙げられていた。語られた代表的な言葉は、「コミュニケーションの時は話の内容だけではなく、患者の様子も観察し、変化に気づけるようにする」「世間話は、コミュニケーションの糸口として患者の情報を得られるような話し方を考えていきたい」であった。

2) 気持ちの理解

コミュニケーションから患者の気持ちをよく理解しようとすることを表しており、7件あった。具体的な方法として、患者の言葉に共感すること、熟考すること、プロセスレコードを活用して科学的に分析することが含まれていた。語られた代表的な言葉は、「会話の中から患者の思いを考えられるようにしていきたい」「（服薬が）自分でできるか聞き、どのように（服薬が）したいか聞く」「患者の言葉に隠れた気持ちに近づけるよう、プロセスレコードを活用するなどして、考えていきたい」であった。

3) 情報を活用した患者理解

言語的あるいは非言語的な情報を活用して、患者の状態と全体像を理解することを表しており、5件あった。語られた代表的な言葉は、「見学で感じた事以外に、コミュニケーションからも患者の様子について知れるように考えていきたい」「カルテ・記録から把握して接すると、状況が理解できる」であった。

4) 関心を持った接し方

患者に人間的な関心をよせて接すること、患者が見放されたと感じないように接することを表しており、5件あった。語られた代表的な言葉は、「患者に尋ねられたことは忘れないように、きちんとメモに残すことが必要」「初対面の人に対して、相手の事を知ろうと言う気持ちで接する」「患者のことを知りたいという気持ちで接する」であった。

5) 先入観を持たない接し方

学生の持つ「患者」のイメージや、患者に関する情報の先入観に左右されず、目の前にあるありのままの患者を知ろうとすることを表しており、3件あった。語られた言葉は、「『患者はこうだ』とは思わず接していき、欲求を理解できるようになりたい」「対象を理解するには、生きてきた背景も含めて、その人のありのままを知ろうと言う気持ちで接するべきだと思う」であった。

6) 患者から学ぶ接し方

患者から学ぼうとする姿勢を持って接することを表しており、2件あった。語られた言葉は、「こちらから伝えることばかり考えず、患者から学ぶという姿勢で臨む」「学生は学ぶ姿勢で患者と接する」「言葉だけでなく、表情などからも患者の伝えたい事が捉えられるようにしたい」であった。

3. カテゴリー『患者を尊重した行動と姿勢』のサブカテゴリーとその意味

1) 希望・気持ちに配慮した接し方や援助

看護者の価値観で判断・行動するのではなく、患者の希望や自立心を尊重しながら、事故防止に努めることや、直接的な援助の際に、学生自身の手技は元より、患者の希望・気持ちに注意を払うことを表しており、15件あった。語られた代表的な言葉は、「その人と接する時は、その人に接することに集中することが大切で、自分のこと（業務など）だけにとらわれない」「援助をするときは、患者の意見を聞いてからすすめる」「家族が来ない時でも楽しみがもてるような事を提供できるようにしたい」であった。

2) 安全・安楽を意識した援助

直接援助を実施する時、患者の緊張や不快感を考え

て、安全・安楽に配慮しながら実施しようとする姿勢を表しており、7件あった。語られた代表的な言葉は、「患者の動きたいという気持ちを尊重しながら、転倒しないように未然に防ぐことで患者の安全を守る」「自分で(トイレに)行きたいという欲求を尊重し、安全に気をつけながら援助する」であった。

3) 患者の負担を考えた援助

援助をする時に患者の負担感を考え、安心感を提供できるように気を配って接することを表しており、6件あった。下位項目には、学生が患者に対して偏見を持たないことや、患者が援助を受ける立場であることの負い目から解放されることが含まれていた。語られた代表的な言葉は、「患者の協力に対して感謝の意を表すことは、患者の申し訳ないという気持ちが軽減されるので自分も実践したい」「患者が弱い立場であると思わないように患者から言いやすい雰囲気をつくる」であった。

4. カテゴリー『主体的な療養生活のための関わり』のサブカテゴリーとその意味

1) 意欲の向上・回復の実感・回復を促す援助

患者が回復の意欲を高めたり、治療効果を実感することで患者が前向きにあるいは主体的に、療養できるようにするための援助を表しており、19件あった。語られた代表的な言葉は、「体だけでなく、健康を取り戻したいと思えるような精神的な援助ができるようになりたい」「身体に加減や検査データの経過を話して自覚できない回復を知ってもらいと、乗り越えられると思う」「患者が体のために(歩行練習などを)している時、良い事なら看護師は必ずそれを理解して声をかける」であった。

2) 効果的で納得のいく療養のための援助

患者や家族が、病状や療養法について、理解したり関心が持てるように、医療従事者からわかりやすい説明を受けるための援助を表しており、12件あった。具体的には、患者が理解しやすいような身近な事柄を使った説明や、患者と家族が協力しやすいような指導の実践や、医療者から説明を受けるための調整などが挙げられていた。さらに、正しい療養ができない患者については、患者のノンコンプライアンスの原因をよく知り、患者の同意を得た療養が実現できるように関わることが述べられていた。語られた代表的な言葉は、「患者が理解しやすいような言葉で医師にまず説明してもらうように話す」「(内服薬の)ノンコンプライアンスがおこっていたら理由は何かを知って援助する」「生活の中で工夫できることを情報提供していく」「患者は自分で考えて行動しているので、看護師は患者の行動を観察し、患者・家族が協力できる指導をおこなう」であった。

3) 気持ちの表出を促す接し方

患者が自分の思いを表出しやすいように、気を配って接することを表しており、10件あった。下位項目には、笑顔心を心がけて明るく接することや、患者に不快感を与えないように注意することなどが含まれていた。語られた代表的な言葉は、「安易に否定せず、患者が話しやすい様、明るい雰囲気接する」「普通の会話から入り、患者をリラックスさせ、患者の心理状態を聞くようにする」「声をかけると、患者が話す場をつくることになり、それにより少しは救われるのではないかと思った」であった。

4) 不安の把握と軽減のための援助

不安の把握と軽減のための援助を表しており、7件あった。不安の把握として、治療上の不安や特定できない不安を、コミュニケーションによって把握することが挙げられていた。一方、軽減方法としては、コミュニケーションに含まれるアドバイスや説明、言葉以外の方法として、スキンシップの活用などが含まれていた。語られた代表的な言葉は、「患者のそばにいて、身体に触れることが不安を軽減させる」「何を患者は不安に感じているのかを認識し、不安を解消できるようにわかりやすく丁寧な言葉でコミュニケーションをとることが大切」であった。

5) 感染予防に関する患者の協力を得るための援助

廊下におかれたゴミ箱の分別方法や、手指の清潔について説明するなど、感染予防対策を患者自身ができるように援助することを表していた。また、創部の感染を防ぐために、看護師が入浴や洗髪を控えて清拭にするなど、日常生活行動と感染予防の関わりを考えて説明したり援助することなどが含まれ、5件あった。語られた代表的な言葉は、「廊下のゴミ箱など、汚れ物をそうであると明示して、患者がわかりやすいような環境にする」「患者自身が感染予防に心がけていけるように感染について知識を与える」「どのようなことが感染予防につながるのか、患者の無意識の行動の意味を考えて援助する」であった。

5. カテゴリー『個別的な療養生活のための具体的な活動』のサブカテゴリーとその意味

1) 自然なコミュニケーション

学生が患者との意思の疎通を図ったり、自然と話題が発展するように心がけたり行動することを表しており、12件あった。語られた代表的な言葉は、「患者の好きなことを見つけ、話のきっかけをつくる」「患者さんの話を真剣に聞いて、感じたことを表現する」「自分が知りたいことにとらわれすぎないように気をつけながら、タ

イミングも考えて接していきたい」「患者が楽しいと感じられるよう会話のキャッチボールを心がけ、初対面の相手に対して、相手の事を知ろうと言う気持ちで接していきたい」であった。

2) 自立に向けた援助と状況の確認

患者が自立に向かうように直接的・間接的に援助しつつ、自立の状況をよく観察することを表しており、11件あった。患者が全面的に援助を必要としている場合は、自立を予測しながら関わること、患者の状況をよく観察し、自立を促すような言葉かけをすること、間接的には、環境への配慮をするなどであった。語られた代表的な言葉は、「患者の自立につなげるため、していいことといけないことを教える」「自分で管理している人には『順調ですね』などの声をかけ、必ず聞いてみる」「患者の自立に繋げるため、患者が知りたいという欲求を満たす環境を作る」であった。

3) 苦痛を緩和する援助

患者の身体的・精神的な苦痛を軽減する援助をすることを表しており、4件あった。下位項目には、疾病を理解し効果的に苦痛を和らげることが含まれていた。語られた代表的な言葉は、「患者の苦痛を最小限にかつ効果的に行えるような援助をする」「病気を理解し、身体的、精神的苦痛を考えながら接する」であった。

4) 個別性を重視した援助

入院生活において、患者の趣味や希望やその他の個別性を理解した援助を表しており、3件あった。語られた言葉は、「個々に応じた援助を考える」「入院生活に患者の趣味を取り入れる」「患者の意見も聞きながらその人らしい生活が送れるように援助する」であった。

5) 物理的な療養環境の調整

室温や空気の清浄やそれ以外の事柄について、最善の療養環境が提供できるように調整することを表しており、3件あった。語られた言葉は、「自分なりに最善と思える方法で環境面の配慮をしながら患者さんに接していきたい」「患者が（室温が）暑いと訴えられたら室温を確認し、窓をあけるなどの行動をする」「空気の入替えをしないか聞き、暑い部屋なら患者を散歩に誘う」であった。

考 察

1. 反省的思考によって認識された看護実践

学生の反省的思考によって導き出された看護実践に対する認識が、患者にとってどのような意味を持つ看護実践であるかについて考察する。

1) カテゴリー『倫理的な看護者としての行動』

このカテゴリーの意味内容は、感染予防や医療事故に

関する院内規定の遵守が、専門職者の常識的な技術や行動としてだけでなく、看護者としての倫理的な問題として理解し、実践しようという考えであった。このカテゴリーが導かれたのは、学生が既習の知識や学内演習での体験を、臨地実習で見聞きした看護者の行動や患者の健康回復を願う気持ちと統合させたことによると考えられる。さらに反省的に振り返ることで、自分自身の行動が患者の健康に直接影響することや、規定を守ることが患者の回復への願いに応える行動につながると実感した経験を表していると考えられる。

このような、倫理的な視点から看護行為を思考する能力について清水¹⁶⁾は、全ての看護行為が倫理的な評価の対象となり得るため、看護行為を倫理的側面から検討できる能力を持つことは、難しい問題に直面した時の倫理的な検討につながる第一歩であると述べている。また、学士課程の教育では、社会人としての倫理性、看護者の人間としての尊厳・権利の尊重に基づいた擁護者としての在り方が、個々の技術を看護行為として実践する過程の中で重視されている。以上から、このカテゴリーが示している看護実践は、患者の権利擁護者として機能する看護者の行動に関わるものであると考えられる。

2) カテゴリー『患者理解を深める』

患者と看護者の人間関係の形成と発展をとおして、患者理解を深めるという看護実践である。的確で効率的な患者理解の方法を表すサブカテゴリー「意図的な情報収集」「気持ちの理解」「情報を活かした患者理解」は、学内の講義や演習の進度からみて、看護の展開方法として認識されている。また、サブカテゴリー「関心を持った接し方」「先入観を持たない接し方」「患者から学ぶ接し方」は患者と看護者の関係性を円滑にする接し方を表しており、援助的關係よりむしろ人間対人間の関係性を強調し、その発展を重視する姿勢を表している。

前者のような援助關係の形成という目的に照らして、科学的に情報を集めて患者を理解するという認識と、後者のように、人間対人間の関係性を発展させるために、情報の一切をいったん忘れてひとりの患者の認識に近づこうとする認識は、看護学的な認識の形成にかかわっている。戸田¹⁷⁾によると、看護学的な認識は、看護するために対象を見つめる段階、捉えた事実の意味を考える段階、対象の位置に移って感情を読みとる段階、対象の持てる力を引き出すように判断し働きかける段階、自己の実践を評価する段階、自己の看護過程を評価する段階があり、らせん形を描きながら進んでいくと述べている。このことから、これらのサブカテゴリーは、看護の目的に照らして対象を理解する段階と、対象の位置に立ち感情を読みとる段階に相応すると考えられ、学生が患

者を看護の対象者として専門的に見つめるプロセスを歩んでいることを表している。

3) カテゴリー『患者を尊重した看護者としての行動と姿勢』

身体的状況を考慮し、安全という視点で看護行為を行うことと、常に患者の気持ちや負担を考えながら看護行為を行うことを表している。このような全ての看護実践の前提となる認識は、操ら¹⁸⁾が英語圏の文献研究からケアリングの概念を分析した特性の一つである<看護の提供スタイル>に関連している。<看護の提供スタイル>は、看護者の患者に向かう専心が、身体的側面のみを捉えて看護行為を行うか、その状況の中で患者がどのような体験をし、それをどのように受け止めているかを捉えて、それに対する気づきを看護行為の中に投影させてゆくかの違いとなって表れるものであり、その違いが患者自身の経験の違いとなって表れる特性である。つまり、看護者が看護行為を「いかに、どのように」行うかが、患者にとってケアリングになりえるか、そうでないかに関わってくることを意味している。

以上から、このカテゴリーは、看護行為が患者にとってケアリングになり得るかどうかを左右する看護者の姿勢や態度を示すものであると考えられる。そして、学生が患者に看護行為を行う際に、このカテゴリーとつなげて考えながら実践するという体験を持つことは、学生に質の高い看護を伝承するという看護教育の重要な視点だと考えられる。

4) カテゴリー『主体的な療養生活のための関わり』

健康問題だけではなく、患者が療養生活を安全におくろうとする主体性を促進し、協力するという看護の機能を浮き彫りにしたカテゴリーである。具体的には、疾病や入院生活に対する良好なコーピング、発達段階に応じた精神的な安寧、患者の気持ちの表出を促すこと、患者が豊富に知識を持ち、動機を高めて行動変容するという目的を強調した看護実践である。さらにこのカテゴリーは、実践の結果、患者が療養生活に対して主体的に参加するという、看護実践のアウトカムにつながるカテゴリーだと考えられる。まだ看護実践を体験していない学生がこのような認識を持っていたのは、看護の概念や看護の展開方法などの机上の学習体験と、臨地実習で出会った患者の前向きな言葉や姿勢、あるいは看護者の活動の意味を見聞きしたことによって、思考を深めたからだと考えられる。

5) カテゴリー『個別的な療養生活のための具体的な活動』

このカテゴリーは、「自然なコミュニケーション」「自立に向けた援助と状況の確認」「苦痛を緩和する援助」「個性を重視した援助」「物理的な療養環境の調整」の

サブカテゴリーを包含していた。患者のおかれている個別的な状況を的確に判断し、それに応じた看護行為を正確に間違いなく提供し、自立や苦痛緩和などの成果を強調する一方、「自然なコミュニケーション」の割合が高く、コミュニケーションを個別的な看護行為として位置づけているという特徴がみられた。

この結果は、データが援助場面の見学や、学生が患者から療養体験を聞こうと努力した体験に基づくものであったことを反映している。しかし、学生がコミュニケーションを看護実践として価値づけたことは、個別的で具体的な看護行為や行動が、患者・看護者の関係性と表裏一体である¹⁹⁾ことから考えると、看護実践の基盤となる患者・看護者の関係性を重視する認識であると考えられる。先に述べたように、学生がこのカテゴリーの看護を実践する際は、患者に向かう専心を患者との関係性にどう投影させたいのかを考えつつ実践するという体験が重要である。

6) 反省的思考によって認識された看護実践の全体像

はじめに述べたように、看護実践はケアリングが重視されており、ケアリングの実践が看護教育の一つの課題である。そのため、学生の看護実践の認識をケアリングという視点から評価することは意義がある。そこで操ら²⁰⁾のケアリング特性を指標として、学生の看護実践の認識の範囲、程度、今後の学習課題について考察する。

本研究で抽出された5つのカテゴリーと21のサブカテゴリーは、いくつかのケアリング特性と類似していることが明らかになった。類似点の特徴は、倫理的に行動するという看護者としての特性や、患者・看護者の関係性や態度を基盤にした権利擁護者としての姿勢や、患者を看護学的に見つめる認識と活動であった。しかし、ケアリング特性<個人特性><そばにいる><看護者のアウトカム><患者・看護者のアウトカム>に類似したカテゴリーは見られなかった。このことは、一個人としての学生の特質が、患者に対する姿勢に影響を及ぼすことや、看護活動が患者や自分自身の存在価値を変化させたり、看護者と患者が互いに癒したり癒される関係に変化することについて、学生は認識していなかったことを表している。細川²¹⁾は、学生が受け持ち患者にケアをすることの意義について「臨地実習は学生が自分の存在様式を見直す機会である」と述べている。このことから、今後の学習課題は、本研究で得られたケアリング特性に類似した看護行為を患者に実施することと、学生の<個人特性>が看護実践に与える影響を理解すること、自分が看護師として<そばにいる>体験とその意味を実感できるようになることだと考えられる。

以上より、学生の看護実践の認識は、看護実践の経験

がないことによる限界が見られたが、ケアリングの基盤となる看護専門職としての倫理的な特性や、看護学的な認識の発達を示しており、初学者として重要な認識であることが明らかになった。

2. 反省的思考の育成を目指した教育実践

欧米において反省的思考への関心が高まった背景にはショーン²²⁾が、専門家の在り方について「技術的専門家」から、行為における、あるいは行為についての反省を中心とする「反省的实践家」という新たな専門家像を打ち出したことが挙げられる。そして、「反省的实践」が展開される複雑で不確実な実践状況での議論が、看護の本質を問うものであり、看護者を引きつけた²³⁾。それに伴って看護教育では、看護実践能力の育成に対する関心が高まり、「反省的实践家」としての実践思考能力の探求と、その源泉であるデューイの反省的思考への関心が高まっている。

看護実践能力の一部である反省的思考の育成が欧米で広く浸透したことを受け、文化や背景の異なるわが国においても、学生と教員のケアリング関係を成立させ、看護専門職としての思考を促す教育方法として期待されている。それを受けて厚生労働省²⁴⁾は、臨床実践能力を向上させる教育カリキュラムとして、反省的思考の促進の他、学内での講義や演習と臨地実習との組み合わせを提案している。

本研究で実践した学内演習と臨地実習を組み合わせる反省的思考を促す教育方法は、学内で行われる健康な学生同士の看護技術演習が抱える問題点を補い²⁵⁾、学内演習では思い描くことが困難な倫理的な態度や姿勢を実感させ、患者の個性や主体性を尊重する看護実践への動機の育成に有効であった。このような経験的教育は、デューイ²⁶⁾が述べているように、他人を必要としており、学生との対話の機会を積極的に持てるような指導体制や指導方法が必要だと考えられる。さらに、反省的思考は、数回の繰り返しにより定着する²⁷⁾ことが期待できるため、現状の看護教育現場においても実践可能であると考えられる。しかしながら、基礎看護学実習の指導体制は、教育施設によって

基礎看護学以外の分野の教師も分担するという体制²⁸⁾であったり、臨地実習施設の条件も異なるため、教育施設ごとの工夫や研究の積み重ねが急務である。現在、看護系大学における臨地実習指導体制のガイドラインの整備が検討されており²⁹⁾、反省的思考を育成する基礎看護学領域の教育について、さらに探求する必要がある。

結 論

基礎看護技術の学内演習と臨地実習を組み合わせる反省的思考を促す教育方法は、学内演習で学んだ看護技術を、患者との人間関係や看護専門職としての倫理や責任を基盤とする看護行為として認識させるとともに、実践の動機づけに有効であった。このように、ある看護技術を学ぶ時、一人の患者へのケアリングに及ぶ基盤を含めて理解することは、看護専門職としての学生の内面的な育ちを促し、社会のニーズに則した看護実践能力の育成につながるものと考えられる。

研究の限界と今後の課題

本研究は、一つの教育施設の学生を対象とした。そのため、この結果は、教育体制や学生の特性の異なる教育施設において、一般化することは困難である。また、データは、教師が学生から聞き取り記述した内容であるため、学生が語った言葉の意味を完全に汲んだものとは言えない。しかし、本研究で明らかになった看護実践に対する認識は、看護専門職としての倫理と責任を基盤にした、学生の看護実践の指針として活用できると考える。そして今後は、学生の看護実践に対する認識の発達を客観的に評価しうるような量的な手法の検討や、患者を受け持つ臨地実習での教授方法の開発が必要であろう。

謝 辞

本研究にあたり、データの提供に協力してくださった学生の皆様にお礼申し上げます。

要 旨

本研究は、基礎看護技術の学内演習と臨地実習を組み合わせる基礎看護学実習（テーマ：バイタルサインズの測定、感染予防、清潔・排泄の援助、薬物療法）で、学習体験の反省的思考から得られた看護実践に対する学生の認識を記述することである。対象は、教師が学内演習と臨地実習を一貫して指導し、継続した対話を重視する体制の看護系短期大学で、研究の承諾が得られた1年次生41名であった。データは半構造化面接により収集し、内容分析によって帰納的に分析した。その結果、5つのカテゴリー（『倫理的な行動』『患者理解を深める』『患者を尊重した行動と姿勢』『主体的な療養生活のための関わり』『個別的な療養生活のための具体的な活動』）と21のサブカテゴリーが抽出された。学生が認識した看護実践は、患者に対する尊厳と看護専門職としての責任を反映するものであり、ケアリング特性に類似していた。

文 献

- 1) 安酸史子：看護教育におけるケアリング－モデリング，対話，態度－，Quality Nursing, 7(1), 17-22, 2001.
- 2) 看護学教育の在り方に関する検討会：大学における看護実践能力の育成の充実に向けて，看護教育, 43(5), 411-431, 2002.
- 3) 森山美知子，田村やよひ：厚生労働省の考えるこれからの看護技術教育－現状の分析から－インターナショナルナーシングレビュー, 25(2), 57-61, 2002.
- 4) 田村由美，藤原由佳，他：オックスフォード・ブルックス大学におけるリフレクションを活用した看護教育カリキュラムの背景と概要，Quality Nursing, 8(4), 41-47, 2002.
- 5) 渋谷美香：看護技術学習における学生の意味構成を支えるリフレクション，Quality Nursing, 7(8), 13-19, 2001.
- 6) 池西悦子：看護学生の知識と行動の統合に向けての反省的思考に関する研究－実感的自信につながる学習過程－，Quality Nursing, 7(8), 27-32, 2001.
- 7) 趙 秋利，近田敬子，他：学生の生活援助技術習得における，学び方の様相－知識の再構成のパターンを中心に－，Quality Nursing, 7(8), 33-38, 2001.
- 8) 青山美智代，三毛美恵子，他：学生が自分の経験を看護学的に意味づける手がかり－見学実習後の面接指導記録の分析－，奈良県立医科大学看護短期大学部紀要, 5, 35-42, 2001.
- 9) 松元とし子，長谷川ヤエ，他：「臨床の知」をいかに育むか－学生がとらえた看護婦のケアリング行動－，東海大学医療技術短期大学紀要, 31, 17-24, 1997.
- 10) 細川順子：臨床におけるケアリング教育－倫理的で探求的な臨床実習のために－，神戸大学医学部保健学科紀要, 16, 59-68, 2000.
- 11) 和住淑子，山本利江，他：看護職者としての専門的思考の形成を促進する教育方法の検討－実習体験の振り返りにおける学生－教師間のコミュニケーション過程の分析より－，千葉大学看護学部部紀要, 23, 29-33, 2001.
- 12) John Dewey, 松野安男訳：民主主義と教育（上），岩波文庫，2002.
- 13) Berelson. B, 稲葉三千男訳：内容分析，みすず書房，1957.
- 14) 舟島なをみ：質的研究への挑戦，42-53, 医学書院，東京，1999.
- 15) Scott. W.A：Reliability of Content Analysis ; The Case of Nominal Scale Cording .Public Opiion Quarterly, 19, 321-325, 1955.
- 16) 清水哲郎：看護現場の臨床倫理－哲学の立場から－，INR 日本版出版委員会，臨床で直面する倫理的諸問題，86-92, 日本看護協会出版会，東京2002.
- 17) 戸田 肇：看護実践能力と育む－看護学的な認識の形成と発展過程の法則性が示すもの－，Quality Nursing, 9(4), 61-70, 2003.
- 18) 操 華子，羽山由美子，他：ケア／ケアリング概念の分析－質的・量的研究から導き出された所属性の構造－，聖路加看護大学紀要 22, 14-27, 1996.
- 19) 前掲書18).
- 20) 前掲書18).
- 21) 前掲書10).
- 22) Donald A Schön, 佐藤 学，他訳：専門家の知恵，ゆみる出版，2001.
- 23) 本田多美枝：看護における「リフレクション（reflection）」に関する文献的考察，Quality Nursing, 7(10), 53-75, 2001.
- 24) 前掲書3).
- 25) 須藤聖子，青山美智代，他：基礎看護学実習 I における患者理解－病棟見学実習記録の内容分析（その2）, 奈良県立医科大学看護短期大学部紀要, 3, 75-82. 1999.
- 26) 前掲書12).
- 27) 前掲書8).
- 28) 兼松百合子，石井トク他：医療の進歩と看護ニーズの変化に対応する「基礎看護学」の教育内容の検討－大学の場合－，平成11年度～平成12年度科学研究費補助金（基盤研究C2）研究成果報告書，2001.
- 29) 前掲書3).

平成15年1月9日受 付
平成16年2月2日採用決定

第 29 回

日本看護研究学会学術集会

講演記事 (2)

2003年7月24日 (木)・7月25日 (金)

会長 早川和生

於 大阪国際会議場 (グランキューブ大阪)

ヒューマンポテンシャルへの畏敬

大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻 統合保健看護学分野

総合ヘルスプロモーション科学講座

早川 和生

私が臨床現場から移って教育現場に携わりはじめてから、はや四半世紀が過ぎました。この間、看護を取り巻く社会状況は大きく変わってきました。特にこの2～3年間については、大激変の時代と感じるのは、数多くの看護職の共通認識といえましょう。

しかし、どんなに社会環境が変わろうと、看護学の根底に常に存在する魅力とは何かと問われれば、それは「ヒューマンポテンシャル」を実感でき、自分自身の生きるエネルギーの源泉が得られることであろうと考えています。これは臨床現場でも、教育現場でも同じでしょう。

日本語で言う「知」という言葉の中には、欧米で言う4つの言葉：Knowledge（知識）、Wisdom（智慧）、Philosophy（英知）、Art（技巧）が含まれているといわれています。看護学の中身が全て入っているように思われます。私は看護学の学問的構成要素を考えてみると、次の三つに集約されるように思っています。

①「人間の尊厳」, 「人間の神秘」に迫る看護学

②「人間を育む」看護学

長い経験から得られた

「暗黙知」

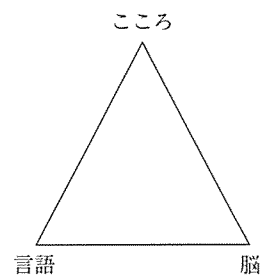


人間が本来持っている能力と可能性が十分発揮でき、その障害を取り除くことができる

「顕在値」へ

③「人間を守る」看護学

現在私の研究室で行っている主な研究の1つに、「乳幼児期における言語発達の遅れとファミリーケアの研究」があります。言葉によるコミュニケーションは、人間が人間たりうる最も高次の能力です。しかも、何もしなくても乳幼児は生後数年でこの高い能力を自然に獲得することは当然のことでありながら、真に驚くべきことです。



言語の構造を支配している原理、つまり偶然ではなく普遍性を有し、人間の精神的特徴に由来する原理を言語研究によって発見することができるかもしれない。

(Noam Chomsky)

非侵襲的「光計測」…光を用いた認知能のイメージング測定

- ・社会性の発達
- ・ケアの癒し度の測定
- ・「こころ」の安寧度
- ・ストレス精神
- ・生活環境・家庭環境と脳の可塑性
- ・乳幼児期の言語能の成長
- ・高齢期における健やかな知的機能の保持と生活環境要因

以上に焦点を当てて研究中です。

日本看護科学学会のストラテジー

日本看護科学学会

理事長 村嶋幸代

日本看護科学学会が、看護学の発展に向けて取ってきたストラテジーと、今後の目標についてお話しさせていただきます。

1. 日本看護科学学会が看護学の発展に向けて取ってきたストラテジー

1) 学会の概要と目的 (図1)

日本看護科学学会は、昭和54年に日本看護系大学協議会(当時6校)で設立が討議されました。昭和56年7月に設立総会があり、その年の12月には国立公衆衛生院当時で第1回の学術集会を開きました。平成15年11月現在、会員数は4,100名となります。看護学の総合学会で、対象領域は看護学全般です。

日本看護科学学会の概要

1) 創立経緯・沿革:
昭和54年 日本看護系大学協議会で設立準備
昭和56年7月25日(1981年) 設立総会
平成13年12月 独立事務所(職員4人、週5日)

2) 目的: 会則第3条
看護学の発展を図り、広く知識の交流に努め、
もって人々の健康と福祉に貢献する。

3) 研究領域: 看護学全般

4) 会員数: 正・準会員 4,070 (平成15年7月)
入会200~300人、退会30~60人

5) ホームページ: <http://plaza.umin.ac.jp/~jans/>

図1

本学会の目的(図2)は、広く看護学や社会のために貢献する、というものであり、会則にも(1)看護学の発展を図る、(2)広く知識の交流に努める、(3)人々の健康と福祉に貢献する、と謳われています。この3つが日本看護科学学会の目指すものです。

(1)「看護学の発展を図る」ためには看護の科学の創造が大切で、これには知見を蓄積していく必要があります。(2)「広く知識の交流に努める」ためには、看護学の伝達と活用、つまり教育を重視しなければならない、ということになります。(3)「人々の健康と福祉に貢献する」ためには、学術の成果を用いた社会貢献が大切です。

この精神は「日本看護科学学会」という学会名にも表さ

れています。「看護」を「科学」ということは看護学の知見を蓄積するという、そして科学としての成果を用いて、人々の健康と福祉の向上に貢献する、という先達者たちの想いが込められています(図3)。

日本看護科学学会の目的と活動

会則第3条

1. 看護学の発展を図る→看護・科学の創造
2. 広く知識の交流に努める
→看護・科学の伝達・活用・海外へ向けての
情報発信
3. 人々の健康と福祉に貢献する
→看護・科学を用いた社会貢献

図2

「日本・看護・科学・学会」

「看護・科学」に込められた先達者の想い

○看護を科学する→看護学の知見の蓄積

○科学としての成果を用いて、
人々の健康と福祉の向上に貢献する
→看護学の知見を用いた社会への還元

図3

2) 現在までのストラテジー

この目的遂行のために、日本看護科学学会は様々な事業(図4)を実施してまいりました。学術集会の開催(年1回)、国際看護学術集会の開催(3年に1回)、学会誌の発行(年4冊)、看護学学術振興対策などが主な事業として挙げられます。具体的には、委員会活動として、「看護倫理検討委員会」で看護の研究倫理の開発・普及を目指し、「看護学学術用語検討委員会」で看護用語の体系化に努めております。これらの委員会蓄積された知見は「研究活動・情報化委員会」で情報として発信されます。このよう

日本看護科学学会主要事業 (平成14年)

- ・学術集会の開催(年1回) 国際学術集会(3年毎)
- ・学会誌の発行(年4回)
- ・ホームページによる情報提供
- ・看護学学術振興対策:
 - 国際活動推進、看護倫理検討、
 - 看護学学術用語検討、日本学術会議対策、
 - 研究・学術情報活動
- ・優秀な研究論文の表彰
- ・社会貢献(市民フォーラムの開催等)

図4

**第22回日本看護科学学会学術集会
演題カテゴリー**

01.クリティカルケア	11.女性の健康と看護	21.看護管理
02.周手術期看護	12.ヒューマンセクシュアリティ	22.リスクマネジメント
03.慢性病及び障害を 持った人々の看護	13.子どもの健康と看護	23.感染看護
04.がん看護	14.家族の健康と看護	24.制度・経済・施策
05.精神の健康と看護	15.緩和ケア	25.研究方法
06.地域看護	16.看護技術	26.看護情報・言語
07.在宅看護	17.災害看護	27.国際看護
08.産産看護	18.看護倫理	28.看護の歴史
09.学校保健	19.看護理論	29.その他
10.高齢者の健康と看護	20.看護教育	

図6

にして、知見の蓄積・発信を行っております。

「優秀な研究論文の表彰制度」も昨年から発足しました。社会貢献も何年間にわたって行い、市民フォーラムも開催しております。こういった目的・ストラテジーは、近年の学術集会のテーマに反映されています(図5)。

近年の学術集会テーマ

- ・社会の再構築と人々の良質な生活に貢献する看護研究(第20回)・・・看護政策
- ・21世紀に問う看護の倫理性(第21回)
- ・“説明できる看護”へ向けて(第22回)
- ・看護における地域貢献(第23回)
- ・人々に寄り添う看護(第4回国際)

図5

また、看護学の発言力を高めるため、日本学術会議への働きかけを行っています。「学術会議対策委員会」を設置し、第14期(昭和62年9月～)という早い段階から日本学術会議に登録(第7部に所属)し、看護学研究連絡委員会の設置に向けて、積極的に活動してきました。そして看護学の課題に対して社会人として発言を行うために社会的に独立した立場を獲得するべく、社団法人化を目指しております。

30・40歳代の若手研究者の主体的な参加も目立ち、理事にも40歳代の研究者が2名入っております。

3) 看護学の体系化

社会に積極的に発言していくためには、看護学の充実と知見の蓄積も非常に重要になってまいります。

図6は第22回学会の演題カテゴリーですが、看護学のいろいろな側面が含まれています。クリティカルケア、周手術期から地域看護、看護の歴史までのあらゆる分野にわたっています。対象もさまざまで、研究手法としても、生理学、遺伝学、工学、心理学、社会学、情報学、統計学、等々の

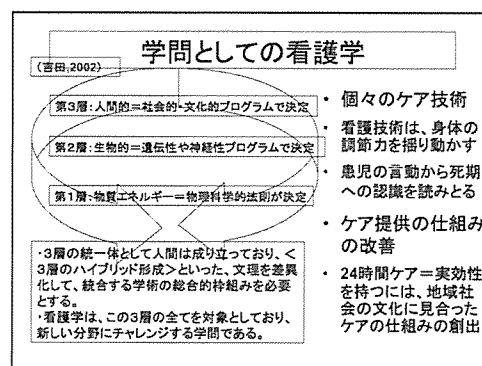


図7

手法を活用し、量的研究・質的研究と多様性があります。

日本看護系学会協議会のニュースレター創刊号に、第18期日本学術会議の吉田副会長が「学問としての看護学」という一文を寄稿されています。その中で(図7)、第1層が物質エネルギー(物理科学的法則が決定する)、第2層が生物的なもの(遺伝性や神経性プログラムで決定される)、第3層が人間的なもの(社会的・文化的プログラムで決定される)で、この3層の統一体として人間は成り立っているが、看護学は、この3層のハイブリッド形成といった、文理を差異化して、なおかつ統合するという、学術の総合的枠組みを必要としている、と述べていらっしゃいます。つまり、看護学は、従来とは異なる新しい分野を拠点にする学問であると言うことです。右欄にあるような看護学の研究テーマは、各々この枠組みで説明できます。

看護学における研究手法は、クライアントの治療を提供するだけでなく、その後長期に渡るアフターケアや、健康の保持・増進にかかわるなど、長期的にクライアントと向き合っていきます。医学とは自ら異なるタイプの学問であり、一味違った研究手法を確立していく必要があります。日本看護科学学会ではこのような研究手法を開拓し、体系化していくことによって看護学を構築することを目指しています。

2. 日本看護科学学会の今後：目標とストラテジー

1) 蓄積されてきた看護の知

日本看護科学学会は看護学の総合学会として、看護学の知を結集し、新たなる創造を行い、それを国際的に発信し、そして社会へ還元して行く、という役割を果たしていきます。そのためのストラテジーは、(1)看護学の構築と体系化、(2)看護学研究者の育成と組織化、(3)国際活動を通した看護学の構築、(4)社会貢献の4つに大別されます。

(1)看護学の構築と体系化については(図8)、学会誌を継続して発刊すると共に、新たに看護学の最先端の知見を紹介するために総説原稿を依頼して寄稿していただくという新たな試みを来年から始めます。また編集体制を強化し、看護学で得られた知見の普及促進を図る体制を整えたいと考えています。

また、優秀論文の表彰制度を用いて看護学開発の方向性を勧奨します。さらに、「看護学学術用語検討委員会」の活動を通して看護学の体系化を進め、看護現象に生じた課題への組織的取り組み・改革を目指します。

<看護学の構築と体系化>

- ①学会誌の継続的発刊
- ②優秀論文表彰制度:「看護学開発の方向性」
- ③看護学学術用語検討委員会:看護学の体系化。
-
- ①和文誌:看護学の最先端の知見を紹介する総説の開始と編集体制の強化
- ②英文誌の創設と英語論文執筆支援
- ③看護現象に生じた課題への組織的取組・改革
- ④看護学で得られた知見の普及促進

図8

次に、(2)看護学研究者の育成と組織化についてですが(図9)、「研究・学術情報委員会」、「看護倫理検討委員会」を通して、看護学研究者を育成するための具体策を提案し、「看護倫理」「研究倫理」への意識啓発・浸透を図ります。具体的には、英語論文執筆に際しての援助や、看護研究者が開発してきた知的財産の保護等の活動を行います。

<看護学研究者の育成と組織化>

- ①研究活動委員会を通した「看護学研究者の育成」
- ②看護倫理検討委員会通した「看護倫理」「研究倫理」への意識啓発・浸透
-
- ①看護学の研究者育成の具体策提案
- ②英語論文執筆に際しての援助
- ③看護研究者が開発してきた知的財産の保護
- ④看護学における自分の研究の位置づけ。

図9

<国際活動を通した看護学の構築>

国際活動推進委員会の活動により、

- ①News from JANS の年2回の定期的発刊、
- ②3年毎の国際学術集会の開催等、海外へ発信・交流してきた。
-
- ①学会誌(英文)を通した国際交流。
- ②アジア始め各国の看護学会と継続的に交流
- ③グローバルスタンダードに見合った看護学の構築と普及

図10

(3)国際活動を通した看護学の構築としては(図10)、今までは「News from JANS」の年2回の定期的発刊と、3年毎の国際看護学術集会の開催を通じて、海外へ発信・交流して参りました。その体制を一層強化し、今後は英文の学会誌を新たに創設し、アジアをはじめとする各国の看護学会と継続的に交流する、またグローバルスタンダードに見合った看護学の構築と普及を目指します。

英文学会誌については(図11)、来年から発刊することが決定し、現在は発刊に向けての準備を進めています。この英文誌の発刊の目的は、「日本の看護学を世界に向けて発信する」、「学会誌を通した国際交流」の2点となっています。具体的には、米国カリフォルニア大学サンフランシスコ校(UCSF)のDr. William HolzemerをEditor-in-Chiefに迎え、今年、平成15年の8月末日を締め切りとして原稿を募集しました。投稿資格は「日本在住者は全員がJANSの会員であること」、「海外在住者は、執筆者の一人のみがJANSの会員であること」としました。海外からの投稿を促進するためです。締め切りまであまり時間がなかったにもかかわらず、21編もの投稿があり、現在は査読を行っている最中です。

**日本看護科学学会の当面の課題:
(1)英文誌の創設**

<目的>

- ①日本の看護学を世界に向けて発信する
- ②学会誌(英文)を通した国際交流。

<方法>

- Dr. William Holzemer をEditor-in-chief に英文誌を創設。本年8月末日を目途に、原稿を募集中(HPIに掲載)
- 投稿資格:日本在住者は全員がJANS会員。海外からは、執筆者の一人のみがJANS会員。

図11

(4)社会貢献については(図12)、今までは学術集会で一般市民向け講演会を実施すること、学術成果をホームページで公開すること、の2点を主に行ってまいりましたが、これからはそれをさらに発展させて、一般市民にもわかり

<社会貢献>

① 学術集会で一般市民向け講演会を実施(第20-23回学術集会, 第5回国際看護学術集会)

② 学術成果をホームページで公開

→

① 看護学の成果を用いた社会貢献(国民に分かり易い解説本)

② 学術上の成果をホームページで伝達, 国民と医療・看護職を繋ぐ。

③ 看護職向けの公開フォーラム

④ 法人(成熟した人格)として, 社会に発言する。

図12

やすい解説本を発刊する, また学術上の成果をホームページで伝達することによって国民と医療・看護職をつなぐ, 看護職向けの公開フォーラムを開催する, 等の活動が具体的に上がってきています。

2) 知の結集・創造・発信・社会への還元に向けて

今まで述べて来た日本看護科学学会のストラテジーは, 法人格を持った方が実行しやすくなります。社団法人化すれば, 学術の立場から, 看護の問題に関して社会人として意見を述べることができます。目下, 「看護学」の分野で社団法人化した学会は1つありません。何とか努力して実現に向かっていきたいと願っております。

また, 学術の立場から意見を述べるためには, 発言の根拠になりうる知見を提供することが必要となってまいります。これに関しては, 私案ではございますが, 看護が抱えている緊急の課題に関し, 専門の信頼の置ける看護学の研究者に研究を委託すること, そこで得られた成果を発表する公開シンポジウムを開催すること等を通して普及をはかることが, 看護学の総合学会として果たすべき役割ではないかと考えております。

今年の学術集会で掲げたテーマ(図13)は「看護における地域貢献」です。看護学は何を地域社会にもたらし得る

か, どのようにして地域社会とともに歩むか, について考えていきたいと思っています。そして地域貢献はまさに, 日本看護科学学会が法人化を目指す理由でもあります。

**看護学の知見の蓄積と
それを用いた社会への還元**

第23回日本看護科学学会学術集会 in 三重
(平成15年12月6, 7日)

テーマ: 看護における地域貢献
…看護学の学的基盤は, 何を地域社会にもたら
しうるか,
どの様にして, 地域社会と共に歩むか?

**看護学が地域社会と共に歩む事の
明示と具体策の提言**

図13

以上, まとめますと, 日本看護科学学会のストラテジーは, 「看護実践の向上への寄与」, 「エビデンスに基づく政策提言」, 「人々の健康と福祉の向上」ということになり, その一環として, 英文誌の創設と社団法人化を目指す, ということがあります(図14)。これらの活動については, 看護学の更なる発展のために, 看護学の関係者の合意を得ながら, 少しずつ進みたいと考えています。

ご静聴, ありがとうございました。

**看護・科学の発展を通して、
一層社会に貢献する**

看護学の知の結集、 1) 看護学の知見の蓄積と体系化
新たな創造、 2) 看護学研究者の育成と組織化
国際的な発信、 3) 国際活動を通じた看護学の構築
そして社会への還元、 4) 社会貢献

→看護実践の向上への寄与
→エビデンスに基づく政策提言
→人々の健康と福祉の向上
→その一環として、英文誌の創設と社団法人化
を目指す。看護学の関係者の合意を得ながら
進みたい。

図14

21世紀の看護に関わる教育を基盤に

広島県立保健福祉大学 田島桂子

日本看護学教育学会の目的と経緯

日本看護学教育学会（以下、本学会）は、学会設立後、今年（2003）13回目の学術集会を迎える若い学会で、まだ基盤整理の過程にある。したがって、将来構想委員会は組織されていないので、本日の課題に関しては、これからの看護教育に向けた願望としての個人的見解を述べさせていただくことになる。しかし最初に、本学会のこれまでの歩みを少し紹介しておきたい。

本学会は、1952年に看護婦学校専任教員養成講習会の同窓会を母体として設立された、全国看護教育研究会の40年間に亘る実績を評価し、また社会情勢の変化や看護学の進歩を勘案して、1991年7月29日に発足したものである。ここで本学会の21世紀の活動の土台として、全国看護教育研究会の40年間の実績のあらましを紹介したい。

全国看護教育研究会の設立趣旨としては、「会員の資質向上を図り、看護教育の発展に寄与すること」と「よりよい教育を行うための自主的活動の場とすること」が掲げられていた。その趣旨に基づく全国看護教育研究会における主な活動には、次のようなものがある。

1950年代：「講習会の開催」、「教務主任の待遇改善の要望」、「教育科目と時間数調査」、「教育内容の参考書作成」

1960年代：「看護制度に関する陳情」、「大学のカリキュラム検討」、「研究発表の実施」、「研究会誌の発行」、「英国での看護教育セミナー」

1970年代：「カリキュラム・教育方法・評価の講演会」「オルソン、ペプロ、アプデラ博士らの講演会」、「ワークショップの開始」

1980年代：「看護教師の質、教育内容・方法のシンポジウム」、「老人医療、ターミナルケア等の講演会」、「看護教育の学習形態に関する調査」、「研究助成の開始」

1991年：学会へ移行

これらの内容を見ると、全国看護教育研究会の活動は、設立当初から国内はもちろんのこと、外国の動きへも目を向け、看護学教育の質の向上にかかわる「自主的な研修」を行いながら、「行政機関への陳情」、「教育実態の調査と分析」、「研究発表」、「研究会誌の発行」、「時代の変化への先取性」、「国際的な視座に立つ活動」、教員の質向上につ

ながる3日間の「ワークショップの継続」などが組み入れられており、21世紀の看護学教育におけるアカデミーとして、そのままの活動を継続してもよいものだといえる。

日本看護学教育学会のこれからの歩みの基盤

これまで述べた教育面からの学会活動の必要性を、現状認識の上に立って、21世紀ストラテジーで考えてみると、その基盤には、看護学の構築論議や諸外国の社会環境を反映した動きの導入、新しい方法論を求めるより、教育では“看護とは何か”ということと、そのためには何が必要か、実践能力であるのかを、より本質で考える必要がある。これからの看護が、QOLや医療経済の問題などとも関係し、本質により近づける在宅看護へとシフトいくことが必ずつだからである。常にライフスパンを視野に入れて、成長発達段階に応じた援助を、どのような状況下においても実施し、その際には常に、各々の自立を前提として“健康は自ら守るもの”という考え方を活かした看護を行う必要がある。したがって、その実践と必要な指導・教育ができる看護専門職者の教育が望まれるわけである。その基盤づくりのための学会活動を、21世紀の初期段階では重視する必要があるように思う。

それには、“看護”と“教育”の関係を、「看護はあらゆる実践過程で教育的機能を含む行為である」、「看護に関わる教育対象はすべての人々である」、「看護専門職者は、身に付けた看護実践能力を、あらゆる人々の健康面の自立能力育成に役立てる」という観点から、再認識する必要がある。

21世紀における教育面からの学会活動と課題

上記のことを反映させて、21世紀における教育面からの学会活動の特徴を時間軸でみると、次のようなことが考えられる。

当座：「看護基礎教育の確実な成果の確立」、「会員の輪の拡大とその組織化」

近未来：「教育制度への提案と推進」、「看護と教育の質の向上」、「チーム医療の中の看護の確立」

遠い未来：「時代に合わせた看護・教育の質の向上」、「世

界規模での看護・教育の展開」

それにはまず、看護と教育の質を高める方法へのチャレンジが必要になるが、「当座」の活動としては、最初に、「看護基礎教育の基盤整備とその成果の確立」を挙げる必要がある。20世紀に半世紀かけて、看護専門職者の教育を他の専門職者と肩が並べられるように整備してきたので、次はその教育制度の質を多面的に高める検討を継続的に行うことである。第一線で社会的役割を担う看護職者の質を上げるためには、看護基礎教育に、まず力を注ぐ必要がある。それには次のような課題との取り組みが求められる。

約120万人が看護の第一線で仕事をしており、卒業者の十分な社会参加のための基礎能力の保証なくしては、最前線における質を揃えた適切な看護を維持していくことは困難である。

現在の医療現場における医療事故の多発と看護の質が問われていることなどにより、その実態の改善に向けて、文部科学省、厚生労働省から看護実践力の育成、看護技術教育の強化の指示が出された。内容は、看護の基本中の基本を整理されたものである。なぜこれが今という思いを持たれている方も多いのかもしれないが、一方では、これらは看護職者が身に付けている看護の基礎として不可欠なもので、これらの内容が身に付いていなければ、次のステップには進めないということを国レベルで整理されたのだということもできる。

現在では、大学、大学院の数が増え、また、看護系の学会、学会誌の発行の増加などもあり、かつてより環境が整ってきているにもかかわらず、真の意味での看護の質が向上したという話題は少ない。何故このような現象が起きているのかを振りかえる必要があるように思う。

また、これからは、地域での看護の展開をより一層求められる。このことは、看護専門職者に地域における看護面でのファーストエイドの役割を果たすことへの期待がかけられることを意味している。地域での家族構成、地域の特性などを考えると、現行制度の中での保健師・助産師・看護師の役割を合わせ持った十分な基礎力を、看護職者個々がもつ必要性を視野に入れて、そこに、看護専門職者の専門性の意味を置く必要がある。遅まきながらといった観もあるが、そのための教育環境を十分に整えていくことが望まれる。

大学が増えたことによって、大学院の数も増えているが、基礎が不十分では、その大学院教育も適切には機能しない。専門の深化の前に、看護のジェネラリストとしての基礎能力の育成が不可欠だからである。ここでの看護職のジェネラリストは、個人と家族や地域社会との関係、人間のライフスパンと当面の対象となる人の成長発達段階との関係、健康状態の予測される変化と当面の健康上のステ-

ジとの関係などを考慮して、看護実践ができる人のことを意味している。看護基礎教育は、このような基礎能力育成の過程であり、その教育は看護教育者が卓越したジェネラリストとしての能力を持ち、その上に立って必要な開発のための研究領域を持つ教育・研究者によって成り立つものである。

次に、「会員の輪の拡大とその組織化」を挙げているが、これについても次のような課題との積極的な取り組みが求められる。

看護基礎教育の質を上げるには、その教育に携わっている教育者の質が問題となる。本学会の現在の会員の殆どが看護学教育に携わっているものであるが、学会に切り替えてから、入会上の制約が設けられ、これまで本学会に入会できなかった看護教員も相当数あった。教育の研究では、教育実践報告をもとに論議することが重要であり、さまざまな教育課程の教育者の入会が望まれる。学会は、学会という名にふさわしい形をつくるために設立されるのではなく、必要な質を上げるためのものであるということを忘れてはならない。

全国的に看護と教育の質を上げる方向で本学会を機能させるには、活動しやすい地方会としての支部の結成とその活動とを合わせて考えなければ、多様な教育課程への対応と地域住民を組み入れた、看護の質を上げるための教育上の検討と、成果の浸透は期待できない。

“看護”が自らの健康を守る道具として身につけられる教育環境と、その内容を整える必要があるが、そのためには、必要な看護内容と方法の開発と同時に、それに関わるマンパワーの組織化を考えるための方策が不可欠となる。看護職者の力が及ぶ範囲は、国内に限っても僅かなものである。家族単位、地区単位などで、その内容が広がっていく指導・教育体制を組織化し、それを含めた教育計画の立案に関わる提案が必要になる。このような活動の輪を広げるには、当然のことながら、看護職者個々の基礎能力が大きく関係する。

教育に関わる活動の基盤と成果がこれまで述べてきたような内容で期待できるようになれば、「近未来」として挙げている、次のステップの活動に移ることができる。その1つは、現行制度からのステップアップである。例えば、保健師助産師看護師法のそれぞれの定義を実績と見合う「教育制度の改正への提案」がある。これら3種類の現在の資格を統合した基礎教育を確実にを行い、その実践能力の基盤ができれば、その推進に向けて制度改正への提案ができるであろう。そうすることによって、次に挙げている「看護と教育の質の向上」への開発が、さらに基盤を厚くして進展させられる。このことは、幅広い専門性に基づいて、高いレベルで次の項目の「チーム医療の中の看護の確

立」につながる。

これだけの基盤整備ができれば、次はその発展的な継承となる。したがって、次に「遠い未来」として挙げている、「時代に合わせた看護の質の向上」と「世界規模での看護・教育の展開」の充実を考えることになる。

これまで、当座、近未来、遠い未来として挙げた内容への活動は、現時点でもそのすべてを含む努力をしているものであり、これらの事項は、時代的に区切られた活動となるものではない。しかし、ここでは同時進行をさせながらも、確実な結果を出すための焦点課題を明らかにする必要があることを意味している。

当座の学会活動の基盤づくりと活動内容

前述の事柄を勘案すると、当座の本学会で取り組む必要がある内容としては、教育上の課題解決を行いながら、「教育のあり方の継続的な検討」、「教育・研究の質の向上」のための「地方会、課題別部会などの組織化」、「段階的な教育改善・研究活動の推進」、「研究発表に対する十分な論議」、「会員の直接的な参加による活動の活性化」（学術集会、研修会、実践報告、授業評価などの場づくり）、「共有できる文献づくり」などが挙げられよう。その中で当座の具体的活動と期待する成果としては、「看護基礎教育の教育基盤の整備」に関するもので、研究成果を組み入れたEBNにつながる「教育内容の精選と教育の過程の開発」や「教育方法・評価方法の開発」、さらに、教育課程、教

育者・学習者の実態を基盤とした「教育の実態分析と改善への提案」などが求められる。また、看護の「実践能力育成への教育・指導体制の確立」としては、「教育面から見た看護方法の開発」、「教育者の教育・研修方法の検討」が挙げられ、これらの「成果に関する確実な情報提供」も不可欠となる。

看護学教育学会活動の特徴

あえて、本学会の特徴をいくつか挙げてみると、「研究成果の教育への活用」、「教育実践報告の活性化」、「教育成果の評価に関する研究の充実」、「看護学教育のあり方の継続的検討」、「教育者の継続教育への取り組み」などが考えられる。したがって、これらを中心とした活動を行うことになる。

“看護”と“教育”では、それぞれの実践過程における問題意識に基づき、研究課題が明らかになるものであり、いずれも実践者のもつ能力によって課題と成果が生まれるものである。したがって、看護実践と教育実践を重ねながら、看護と研究的視点に基づく教育を機能させることによって、看護学教育の研究が成り立つことになる。その意味で、教育の過程に看護の質を高めるための研究成果を活用し、また、教育の過程が確実に評価されることによって、教育研究の成果が生まれるような教育者個々の基礎能力を高めることが求められる。

日本在宅ケア学会の歩みと科学的発展および 実践向上へのストラテジー

東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 島内 節

1. 日本在宅ケア学会 Japan Academy of Home Health Care 会則における目的

本会は、在宅ケアの学術的発展と教育・普及を図り、人々の健康と福祉に貢献することを目的とする。

2. 学会の設立趣旨

在宅ケアの実践をより良い方向に、より適切・効果的な方法で進めていくために、多様な職種間と国民との合意形成を基盤として学際的に進める。研究成果を蓄積し、体系的に発展させていくことによって知識・技術を高め、法制度創設や改革に関与し、国民の健康と福祉に貢献できるように組織的な努力をする。

そのための組織として、本学会を平成8年2月に設立した。

3. 日本在宅ケア学会 職種・職場別会員数と内訳 (表1)

在宅ケアは広範な健康と生活問題のケアであるために、多様な職種がかかわる。会員の構成メンバーは表1の通り、全数646名と2団体である。職種は、看護職者440名68.1%、医師88名13.6%で、リハビリ・福祉・薬剤・歯科・心理・検査などの職種により構成している。理事・評議員も多職種である。本学会設立に当たり、多様な職種に

よる構成をはじめから意図して、看護職がリーダーシップをとってスタートした学会である。これは、諸外国において現場や研究者が実質的なリーダーシップを看護職がとって展開されていることを参考にして、看護職から多職種代表者に働きかけ成立した。設立総会では非常に多くの職種による積極的な議論の末、会則が決まった。

表1 日本在宅ケア学会 職種・職場別会員数と内訳

	(平成14年12月末現在)
看護職 (保助看)	440 (68.1%)
医師	88 (13.6)
理学療法士	23 (3.6)
医療福祉関係教員 (大学・専門学校)	20 (3.1)
社会福祉士	15 (2.3)
作業療法士	14 (2.2)
企業研究職	11 (1.7)
相談事業職	5 (0.8)
介護福祉士	3 (0.5)
歯科衛生士	3 (0.5)
省庁企画職	2 (0.3)
薬剤師	2 (0.3)
歯科医師	2 (0.3)
臨床心理士	2 (0.3)
臨床検査技士	1 (0.1)
臨床工学技士	1 (0.1)
その他	14 (2.2) + 2団体
合 計	646 (100.0) + 2団体

表2 多様な職種による学術集会等における代表者

設立総会			
1996	代表 島内 節	看護職	これからの在宅ケアの研究課題と発展過程
学術集会			
1997 第1回	高崎 絹子	看護職	在宅ケアにおける学際的アプローチの必要性
1998 第2回	川村佐和子	看護職	在宅ケアにおけるケアマネジメント・ケアプラン 在宅ケアをマネージする技法 在宅ケアの質を保証する戦略
1999 第3回	丸茂 文昭	医師	社会政策の転換期における在宅ケアの確立
2000 第4回	寺山久美子	作業療法士	自立支援とリハビリテーション
2001 第5回	津村智恵子	看護職	介護保険と高齢者虐待の早期発見と予防
2002 第6回	大田 仁史	医師	地域を支える在宅ケアの課題と戦略
2003 第7回	白澤 政和	福祉職	介護保険下での保険・医療・福祉の連携に向けて
2004 第8回	福島 道子	看護職	在宅ケアの多様な展開
2005 第9回	加瀬 裕子	福祉職	(予定)

4. 多様な職種による学術集会等における代表者

毎年度の学術集会会長は表2の通り看護職が多いが、医師・リハビリ職・福祉職など多様である。

5. 日本在宅ケア学会の活動

本学会は理事12名、監事2名、評議員30名である。委員会活動は、庶務、会計、編集委員会、平成15年度学術集会、学会活動推進委員会、選挙管理委員会、在宅ケア辞典編集委員会（臨時）、監事である。2000年から学術会議は社会福祉・地域医学・身体機能回復医学部会に登録し、2003年度からホームページ開設、英文ニューズレターを作り、国外に向けて在宅ケアの研究と実践の発展に関する情報を発信している。

2000年まで毎年論文誌1回、学術集会1回であったが、2001年から論文誌を2回に増やした。

6. 在宅ケアにおける国内外の主要な研究課題の変遷（表3）

在宅ケアにおける国内外の主要な研究課題の変遷については、わが国では在宅ケアの制度化が先進国の中で最も遅れて、老人保健法での訪問指導事業により1983年からスタートしたので研究のスタートが遅れ、研究内容も諸外国を追いつくかたちで進んでいる。近年ではアウトカム評価などは先行している部分もある。

研究課題の変遷は、制度・システム・実践の進歩に応じ

て研究の重点課題が移っている。すなわち、まずニーズからスタートし、ケア体制、評価、エビデンス、コスト研究へと進んでいる。

わが国では人々の在宅ケアニーズが高まってからスタートしただけに、研究は現場の必要に迫られて追い立てられるように進み、研究成果は吸い取られるように現場に利用され、また現場に支えられて研究が発展してきたといえる。

7. 世界と日本の研究の動向

1) 在宅ケアの利用者条件に関する研究・総説等

在宅ケアの世界の研究論文を原著、総説、解説、実践のトライアル研究について、KeywordからMedlineで検索した。

1990年代以降に研究が大きく増加している。内容はニーズが他項目に較べて格段に多く、2番目の介護者の4倍余りであった。次いで介護負担、痴呆、セルフケア、ADL、IADLの順であった。

アメリカ合衆国の研究が最も大きな割合を占めている。わが国の研究は、医学中央誌によれば1987年より論文が出始めたが、主に1990年以後である。

2) 在宅ケアのサービス体制やケア内容方法に関する研究論文・総説等

ケア提供側の研究はシステム、コストが多く、次の

表3 在宅ケアにおける国内外の主要な研究課題の変遷

発表初年	日 本	先 進 諸 外 国
1965頃	1. ニーズ（種類・量） 2. ケア内容と方法 3. ケアシステム・チームケア 4. 家族介護負担	
1975	1. ニーズ（種類・量） 2. ケア内容と方法	経済・コスト管理 アセスメント・ケアプラン
1985	3. ケアシステム・チームケア 4. 家族介護負担	ケアマネジメント アウトカム評価 高度医療看護（ハイテクナース） クリニカルパス・クリティカルパス
1990	5. アセスメント 6. ケアプラン	利用者満足度 家族介護満足度
1995	7. ケアマネジメント 8. 経営 9. 24時間ケア 10. 介護保険システム 11. 利用者満足度 12. 衛生材料の確保方法 13. クリニカルパス	利用者アウトカムに基づく機関評価 エビデンスに基づくケア 経営・コスト評価 エビデンスに基づくケア（EBHC） 利用者アウトカムと経済効果 アクションプランと実施保法 利用者満足度評価
2000	14. アウトカム評価 15. 費用効果と分析	システム改正と経済効果 エビデンスに基づくケア 機関評価とアクションプラン
2003	16. 機関評価とアクションプラン 17. 利用者満足度評価 18. エビデンスに基づくケア（EBHC）	利用者満足度 経営コスト評価

でケアマネジメント、アウトカム評価、アセスメント、チームケアが続いている。すべての項目で1990年代以後に研究数が大きく伸びている。

この理由は1990年を境にほとんどの先進諸外国で高齢者人口が増え、在宅ケアの制度改革が相次いでなされたことによる。世界ではケア体制の研究が利用者条件に関する研究の約3倍、わが国では2000年までは利用者条件に関する研究がケア体制の研究より2.4倍で2003年には世界動向へと近づくべく逆転し、ケア体制の研究が利用者条件に関する研究の1.5倍になったがまだ少ない。コスト研究はわが国では極端に少なく、効率的なケアのために重要な課題である。

8. 在宅ケアの国際学会と研究誌

1. Conference of International Association of Homes and Services for the Ageing (IAHSA) 3年毎に開催
2. American Academy of Home Care Physicianは、医師が中心に毎年セミナーを開催
3. Journal of Home Health Care Nurseは、看護職が中心で発表 月刊誌
4. 在宅ケアに関するAssociation (研究と情報含む)は、各種専門職団体のものがあり多様である。

アメリカの出版物とAssociationが最も多く、次いでカナダ、イギリスである。実践システムと科学が発展した国では、アウトカム評価、すなわち利用者ケア効果・経済効率とケアの質改善が主要課題となっている。すなわち、アメ

リカ、カナダ、イギリスがこれに当たり、この傾向はヨーロッパ諸国、オーストラリア、日本に拡大しつつある。

日本では、全国的な学術組織として7年前に発足した本学会が看護職を中心とする多様な職種構成によって発足し、5年前に発足した日本在宅医学会は医師を中心として構成され、学会誌・講演集が出されている。

9. まとめ：わが国の在宅ケアの利用者と現場に還元すべき研究課題と本学会としての課題

- 1) 研究成果を利用者に還元すべき課題
 - (1) エビデンスに基づくケアの質保証
 - (2) 利用者満足度の向上
 - (3) 悪化予防・セルフケアの向上・自立促進
 - (4) 高齢者を中心とした在宅ケアのシステムを強化
 - (5) 上記を応用して他の年齢層と精神障害者にも在宅ケアを拡大・拡充
 - (6) ニーズの複雑化への対応
 - (7) 入院期間の短縮によるニーズ増大への対策
 - (8) ターミナルケアの拡大と内容充実
- 2) ケア提供者の労働環境や条件について改善すべき課題
 - (1) 小規模事業による経済不安定・機動力の改善
 - (2) 労働に見合った料金化
 - (3) やりがい感や満足感の向上
 - (4) コスト研究の拡大と経済・経営の効率化
 - (5) 評価・監査システムの確立
 - (6) 労働環境条件の政策課題への取り組み

日本看護診断学会の歩みと看護実践への貢献 －看護事象を表現する用語の標準化は可能か－

東海大学健康科学部 藤村 龍子

米国で看護実践の領域に“診断”が含まれる事を主張されたのは1947年。実際には、1973年以降、看護現象を記述する用語開発の努力とコンピュータ革命が重なり北米看護診断協会（NANDA）は、看護学の知識・技術体系と責任範囲を明確にしてきた。看護診断は個人・家族・地域集団の健康問題／生活過程に対する人間の反応を臨床判断する（1990）と定義づけ、看護科学の発達とともに看護診断基準の精選、命名法、診断の正確性・妥当性の検証を重ねながら、2000年に13の領域と7つの軸を取り入れた診断分類法Ⅱを確立してきた。こうした実績は、看護実践国際分類（ICNP）の看護現象の中に包含されている。こうして看護診断学をより看護実践の基礎と位置づけたのは、アイオワ大学看護学部の研究成果（1997）である、看護診断－看護介入－看護成果のリンケージをシステム化することであった。一方、ヨーロッパにおけるACENDIO（看護診断－介入－成果欧州共同協会）は第3回カンファレンス（2001年）以降、ICNP（看護実践国際分類）の評価と適用に注目していったのである。

こうした世界の潮流に影響を受けながら発達してきたのが、日本看護診断学会である。看護診断研究会として1991年に発足、さらに学術的成果を強化するために1995年4月、日本看護診断学会が設立された。目的は、「本会は、適切な看護を行うために看護診断に関する研究・開発・検証・普及並びに会員相互の交流を促進し、同時に看護診断に関する国際的な情報交換や交流を行うことによって、看護の進歩に貢献すること」を挙げている。

研究会の段階では啓蒙的な活動が中心であったが、今日においてはより実践的な研究が蓄積されつつある。そして、1999年には「第18期日本学術会議学術研究団体」として承認されている。これは第19期においても継続される。

今後、学術研究団体として何を為すのかについての課題は集積されている。看護用語の国際標準化の課題は、国際専門職団体としてのICNが着手・進行しているICNPのみならず、看護の公式標準用語作成に向けて世界中の看護師が看護用語モデル（Terminology Model for Nursing）の使用と参照用語（Referense Terminology）の開発を始めることにより、表現の自由と表現の意味の共有理解をともに手に入れることの可能性を探っている。

看護という事象は、その国の文化であり文明を継承する。索引時概念組み合わせ用語セットが完成しても、正確に臨床事象を表現する事は難しい。しかし、電子カルテの導入は現実に到来している。限界を踏まえながらIT時代において看護診断学会の役割を展望したい。

日本看護診断学会の学術的活動は、初期から現在・これからの研究課題を通して省察してみると、いくつかの特徴があると言える。初期の啓蒙段階では、①北米看護診断協会の開発した看護診断の背景となる文化的適応性の検討、②看護実践科学と看護診断との関連性、③専門学術用語の確立と看護研究の促進、④看護基礎教育課程の中で看護診断をどのように教授するか、⑤看護診断を臨床実践の場へ導入、⑥看護診断の定義・概念の本質と教授方略、⑦看護診断支援システムの開発、等 課題は豊富であった。

現在・これからの課題として、①看護の公式標準用語への努力、②看護診断の信頼性・妥当性の検証、③看護診断－看護介入－看護成果のリンケージ、④日本固有の看護診断用語の開発と分類、⑤構造化された看護アセスメントの枠組みの検討、⑥看護の専門性と責務、そして看護診断の範囲、⑦情報開示時代に対応した看護診断、⑧電子カルテ時代への貢献等がある。これらの推進には、看護系学術団体との連携が必修である。

日本看護研究学会の活動の歴史と今後の課題

日本看護研究学会理事長

東京都立保健科学大学 川村 佐和子

1. 本学会の概要

1) 学会の目的：「広く看護学の研究者を組織し、看護教育、研究及び進歩発展に寄与する」2) 会員：会員の学問領域を限定していない。会員数は4,780人（平成15年3月）であり、半数以上の会員はそれぞれの地方会に所属している。3) 歴史：1975年に、4大学の教育学部特別教科（看護）教員養成課程教員が組織した「看護学研究会」に端を発し、1978年に名称および会員資格を拡大し、現在の学会を確立した。1994年から、学会独自の事務所を開設し、2001年には公認会計士を委嘱、1993年（平成5年第16期）から日本学術会議に登録申請を行い、現第19期まで継続して登録されている。4) 活動：○学術集会：1975年から毎年1回各地で開催している。海外研究者の招聘も学術集会の全体テーマにあわせて随時行っている。○学会誌：学会誌は年間4号を確実に発行している。査読制度も早期から採用し、2002年度では年間30本の論文を掲載している。○地方会活動：関東地区を除いた全国4地区において地方会が組織され、約2,500人が所属し、それぞれが総会、学術集会、セミナー、講演会（海外の看護学研究者によるものも含む）開催や新聞の発行を行っている。○研究奨学、論文表彰制度：1980年に、研究奨学基金制度を作り、次いで優秀論文の表彰制度を作り、それぞれ実施している。

2. 本学会の特徴と今後の活動について

本学会の特徴は、①構成員の主たる学問領域を看護学

に限定せずに学祭的である。②早期に組織された学会であるため、看護学研究者の育成および看護研究に関する普及にも活動の焦点をもっている。③研究者と実践者の共同研究体制を強化するよう努力してきた。（看護における産学共同活動）a：特に地方会活動により具体的なネットワークを作っている。b：研究奨学、論文表彰制度により若手研究者の育成を図っている。c：実践に潜む知を顕在化させる途上の研究やその展開の独自性を尊重している。④以上の活動から、研究活動は実践から開拓した知を基にする発見や独創的な知識体系の創造についての成果をあげている。

今後の活動としては、伝統の継続だけではなく、研究者数が急速に増加し、看護系学会が多数組織され、研究内容が細分化されてきたことなどによる看護学研究の環境変化や本学会も会員数が4,000人を越えたことなどに起因して、①会員数に合わせた組織の改革（例えば法人化）や、②実践を重んじる研究志向を重要視して、実践に潜む暗黙の知を形式知へと発展させる研究法の効率的推進策や成果物の実践への還元法に関する検討を組織的に進める方策の検討が必要である。それによって、本学会活動のよりいっそうの活性化とその独自のあり方を追求していく方向性が導かれると考えている。実践には無限の課題があり、利用者の視点にたつ自律的な看護実践にはさらに新しい理論と技法が必要である。

◆シンポジウム◆

未来を見つめるナーシング・アカデミー：21世紀ストラテジー

ま と め に 代 え て

愛知県立看護大学 草刈淳子
日本赤十字看護大学 川嶋みどり

日本看護研究学会は、看護系の学術団体としてもっとも長い歴史を持ち、最大規模の看護系学会として発展してきていることは周知の通りである。今回のシンポジウムは、看護学全体を視野に入れたものにすべきであると、次のような問題意識の下に合意を図った。

すなわち、平成13年(2001)には「日本看護系学会協議会」が正式発会し、平成15年度第19期日本学術会議には、18学会が登録されるに至った。一方、少子高齢化社会の中で、看護の果たす役割は一段と重要性を増し、科学的根拠に基づく看護サービスの提供は、社会に向けての看護専門職としての責務となってきた。それを反映して看護高等教育は平成15年4月現在、大学107、修士課程63、博士課程19を数えるに至った。本学会創設の基礎ともなった、四大学(熊本、弘前、徳島、千葉の各国立大学)教育学部特別教科(看護)教員養成課程は、本年(15年)10月からの熊本大学での医学部移行を最後に、それぞれ発展的解消を遂げたこととなり、看護基礎教育の面でも新たな段階に入ったと見るべきだろう。

他方、平成16年度からの国公立大学の独立行政法人化により、これまで知の拠点としてあった大学も、産学協同による知の産出を求められることになった。その意味からも、看護学は実学としての強みを確実に発揮し得る好機を迎えたともいえ、後発であるメリットを生かして早急に学的基盤を整備する必要がある。

壇上に揃った各シンポジストは、それぞれ看護系学会でリーダーシップを発揮して活動しておられるばかりか、今日の看護界を支えるオピニオンリーダー達である。「本学会の特性をふまえて学会として看護学全体の発展を図る糸口となる未来のストラテジーを探る」という、早川学術集会会長の本シンポジウム企画の意図に添いつつ、それぞれの学会の成り立ちや特性を超えて広い視野から、これからのナーシングアカデミーの発展の方略について、展望を語って頂いた。

村嶋氏(日本看護科学学会)は、知の結集と新たな創造をキーワードに、看護学構築の成果を社会に還元しエビデンスに基づく政策への提言、国際的な視野を持った研究の発展への学会の貢献について語った。田島氏(日本看護教育学学会)は、チーム医療における看護の専門性を確立するためには、卓越したジェネラリストの基礎能力を高めることが必須であるとの見解を看護教育の立場から提起した。さらに藤村氏(日本看護診断学会)は、ホリスティックな看護を志向しつつ、民族や文化的な背景を考慮した看護用語の標準化の必要性について語った。島内氏(日本在宅ケア学会)は、まず、多職種を結集した学会の特性について述べた後に、在宅ケア利用者に還元すべき課題は、エビデンスに基づく質保証とシステムであると強調した。最後に本学会の川村理事長は、歴史的にも早くから看護学研究への道を開き組織化された諸先輩の先見性を評価した上で、研究の成果を社会ならびに看護実践の場に還元する方策について述べ、独創的な研究のためには研究の自由が必須であることについて語られた。

何れもそれぞれの学会存立の必然性とも言える特性について語り、これからの看護学の発展の多様な道筋を示唆する発言であった。領域や専門は異なっても、共通した問題意識は、研究成果の社会(クライアント・患者)への“還元”であるということが強調された。そのためには、従来の学問の系譜とは異なる学術的研究の道筋があるのではないかという印象を強く感じた。

人々の生活の中から生れた専門職としての自覚の上で、先ず看護系学会相互の交流と知識の統合が求められている。看護の機能の拡大を「飛躍の起爆剤にするのか、バンドラの箱にするのか!」。

いうまでもなく、看護学は看護のためにあり、看護が看護学のためにあるのではない。看護の対象が健康のあらゆるレベルの人々であり、看護の営みがそうした人々の健康に貢献するのであるとすれば、看護学の社会的還元とは、

まとめに代えて

人々の健康への行動変容に役立つ理論の確立を旨とするための看護学研究でなければならないだろう。まさに、知のトライアングルといわれる、知の創造（研究）、知の継承（教育）、知の活用（地域・社会への貢献）を確認した次第であった。

もっとも身近な医学が、専門分化を通して学問としての

進歩に貢献し、診断・治療に貢献した一方、人間全体を見ることに欠けたことを1つの警告として受け止め、若い学問ゆえに多くの可能性をもつ看護学の行くべき道筋を、看護学集団の叡智によって方向づけ、新しいパラダイムを起す展望を抱きつつシンポジウムを終了した。

日本 看護
研究 学会
会報

第 63 号

(平成16年 6 月20日発行)

日本看護研究学会事務局

目 次

平成16年度第1回理事会議事録…………… 1

平成16年度第1回理事会議事録

開催日：平成16年4月10日（土）13：00～17：00

会 場：東京新丸コンファレンススクエアー 01 / 02

出席者：石垣靖子，泉キヨ子，大串靖子，小田正枝，紙屋克子，川口孝泰，川嶋みどり，河野保子，黒田裕子，
竹尾恵子，近田敬子，寺崎明美，深井喜代子，松木光子，宮腰由紀子，山口桂子 各理事
前理事長 川村佐和子

欠席者：石井トク，太田喜久子，早川和生 各理事

事務局：石井，高橋，松岡（待機）

1. 川村佐和子前理事長よりの引き継ぎ

<審議事項>

1. 役員を選出について

- 1) 理事長の選出について
- 2) 理事長指名の理事について
- 3) 理事の分掌について
- 4) 監事選出について

2. 平成15年度報告

- 1) 平成15年度事業報告
- 2) 平成15年度会計報告
- 3) 平成15年度監査報告

3. 平成16年度事業（案）について

4. 平成16年度予算（案）について

5. 第32回（平成18年度）学術集會会長選出について

6. 第31回（平成17年度）学術集会について

7. その他

- 1) 評議員選出規程について
- 2) 学会誌の送付について

<報告事項>

- 1) 会員の動向：
- 2) 委員会報告：
- 3) 日本学術会議関連事項（理事長）
- 4) 第30回学術集会経過報告（竹尾学術集会会長）
- 5) 地方会報告（理事長）

1. 川村佐和子前理事長よりの引き継ぎ

川村前理事長より、挨拶のあと、理事長就任期間の経過と今後の問題点について、新理事会へ全体の引き継ぎ事項として以下の通り報告があった。

1) 新理事会の構成について

本新理事会は、「会則・規程に基づき行われた会員による選挙結果により評議員を定め、その中から互選された理事、そして理事就任に関する辞退表明を平成15年度常任理事会が審議し、次点者の意を伺って再構成された組織である」ことが報告された。

2) 会員数の動向

会員数が急増し、活動が活発化したことについて以下の報告があった。

会員数は平成13年4月に4,202人だったが、現在は、4,935人

(平成16年4月1日現在)

対処：まずは会員管理体制の強化を図った。

すなわち、事務局員の作業時間の確保と組織的対処、管理方法の確立が必要となり、そのための事務局体制の整備（職員数の補強、給与体制の社会化、パソコン等機器の台数増加と機種更新など）を行った。また、入会申し込み書の理事会承認の手続きを新たに導入したが、同時に理事会了承の上で、入会承認手続の簡略化も行っている。

会計規模の拡大と会計困難の兆し

対処：会費徴収の徹底と公認会計士の導入を行い、公認会計士の指導で帳票整理は公的な書式に準じて行えるようになった。その結果、会費未収は会員の5%という低率になったが、一方では、学会誌の印刷費と郵送費の増大が今後さらに顕著になることが予測された。一時は会費値上げも検討したが、印刷所との協議の結果、印刷所が価格引き下げを提示してくれたことにより、現在は、平成15年度決算、平成16年度予算（案）に示された会計状態となっている。これらのことは、会計担当理事や事務局の努力による。

活動の活発化は a) 学会誌投稿論文数の急増、 b) 学術集会参加者数の増加、 c) 地方会活動の活発化に現れた。

a) 学会誌投稿論文数の増加は平成13年 57編であったが 現在, 平成14年, 15年 ともに70編であった。

対処: 投稿規定を修正し, 当面, A4判として字数を詰めることとした。シナールなどへの参加を検討するなどさらに公開性を高める努力もある。しかし, 抜本的解決が必要になろう。投稿論文数を押さえるのか否か, 論文としての評価が低いものをどう扱うか, ジャーナルの電子化にどう移行するか, 投稿者も多様となり対応の難しさが生じてきた, 等が今後の課題である。

b) 学術集会は参加者が増し, 会場探しやその経費の増大にどのように対応するか, 場合によっては赤字が生じるであろう。学術集会の開催の仕方や会組織からの融資方法に再検討が必要であろう。

c) 地方会活動が活発化し, 会費徴収の必要性, 独自の事業の本(中央)組織との競合などの課題が生じてきた。

3) 外部, 社会の変化を受けての今後の組織のあり方

近い将来, 預金は個人又は法人資格団体にのみ認められるとの考え方が出てきている。

本学会の会計規模は5,000万円を超え, これを個人責任で運営・負担していくことはできない。税金負担もある。何らかの形で法人化を図る必要がある。このことを昨年の総会で考えて頂くように図っている。結論は出していない。

看護系学会協議会の組織化

日本学術会議に看護学研究連絡委員会が設置されたのを機に, 同研連の支援などを目的として看護系学会が上記組織を作りまとまって活動することを始めている。本学会からは, 理事長, 副理事長(研連委員として)が役員として参加しているが, 次第に規模を大にしている現在, 本学会内部でも活動の理解を深め活動していく必要がある。

日本看護科学学会の法人化計画に伴う本学会との協議における課題

これまで, 日本看護科学学会と本学会で数回の文書による協議が続けられているが, 今後, 本学会の新理事が決定の後, 両学会から代表者が出て検討することになっている。

上記報告の後, 川村前理事長退席。

この後, 山口桂子前副理事長(新理事)の議事進行となり, 平成16年度第1回理事会審議に入る。

<審議事項>

1. 役員の選出について

1) 理事長の選出について

会則第4章第12条1)により, 理事の互選により, 山口桂子氏が選出され, 承認された。

この後, 山口桂子新理事長による議事進行となった。

2) 理事長指名の理事について

会則第4章第12条3)により, 手島恵氏(千葉大学)を指名し, 承認された。

3) 理事の分掌について

会則第4章第11条役員2)副理事長1名であったが, 旧理事会から2名とすることが提案され, 承認された。総務担当理事・渉外担当理事がその任を行うことで承認された。

副理事長に総務担当理事として泉キヨ子理事・渉外担当理事として川嶋みどり理事が推薦され、承認された。
上記以外の理事の分掌については、27巻2号会告(3)参照。

なお、上記を受けて、今年度総会までに会則の改正案を作成することが提案され、承認された。

4) 監事選出について

田島桂子氏・松田たみ子氏が推薦され、承認され、この後、文書会議による評議員会の承認手続きを行うことが承認された。

2. 平成15年度報告

1) 平成15年度事業報告

- ・学術集会の開催：第29回学術集会 早川和生会長（大阪市）
 - ・機関誌の発行：26巻1号～5号の発行（発行部数5,000）
 - ・奨学会の運営：平成15年度奨学研究費授与 神戸市看護大学 叶谷由佳氏
：平成14年度奨学研究発表 山口大学 山勢博彰氏
 - ・学会賞の運営：学会賞 該当者なし
奨励賞の運営：奨励賞 名古屋大学 江藤真紀氏
対象論文 23巻4号掲載論文
「在宅健常高齢者の転倒に影響する身体的要因と心理的要因」
(27巻1号会告(2)掲載)
 - ・地方会の運営：5地区（北海道、東海、近畿・北陸、中国・四国、九州）
 - ・評議員・理事選挙の実施：選挙人2,981人
評議員 平成15年10月1日実施
投票率 38.6%
委嘱状送付 平成15年11月1日
理事 平成15年12月31日実施
投票率 93.3%
委嘱状送付 平成16年1月30日
 - ・ホームページにより情報提供：平成15年5月20日開設 学会誌発行毎に更新
 - ・将来構想を検討する。
 - ・30周年記念事業を運営する。
- ### 2) 平成15年度会計決算報告
- 一般会計
 - 特別会計（奨学会・選挙事業）
- ### 3) 平成15年度監査報告（監査前に公認会計事務所の監査を受ける。）
- 半期毎に実施
(平成15年4月～9月：11月30日実施)
(平成15年10月～平成16年3月末：平成16年4月29日実施予定)
- 以上について、理事長（前副理事長・総務担当理事兼任）より報告があり、承認された。

3. 平成16年度事業（案）について

- ・年1回の学術集会の開催（第30回 竹尾恵子学術集会会長 さいたま市）
- ・機関誌の発行（27巻1号～5号 A4判）
- ・奨学会の運営
- ・学会賞・奨励賞の選考
- ・将来構想を検討する
- ・ホームページによる情報提供する
- ・30周年記念事業を運営する。
- ・地方会の運営

以上について、理事長より提案があり承認された。

4. 平成16年度予算（案）について

上記について理事長より提案があり、承認された。

5. 第32回（平成18年度）学術集会会長選出について

7月に行われる理事会までに候補者を選考する予定とし、各自人選を進めてもらいたいとの提案があり、承認された。

6. 第31回（平成17年度）学術集会について

石垣靖子第31回学術集会会長より以下の提案があり承認された。

開催日程 平成17年7月21日（木）22日（金）

開催場所 札幌コンベンションセンター

参加費	①事前登録（会員）	9,000円
	②事前登録（非会員）	9,000円（但し、学術集会学会誌代金は含まない）
	③事前登録（学生）	2,000円（但し、学術集会学会誌代金は含まない）
	④当日登録（会員）	10,000円
	⑤当日登録（非会員）	10,000円（但し、学術集会学会誌代金は含まない）
	⑥当日登録（学生）	3,000円（但し、学術集会学会誌代金は含まない）

7. その他

1) 評議員選出選挙規程について

①理事辞退者に対する次点者の繰り上げによる欠員補充について、臨時常任理事会および文書による理事会に諮り、理事の委嘱を行ったこと、②選挙管理委員の人数（現在3名）も含めて、投票・開票手続きについて検討、改善が必要との委員会提案があったことを受けて、次回の選挙までに上記規程について審議することが提案され、承認された。

2) 学会誌の送付について

現在、学会誌発行毎に、当該年度会費納入会員・当該前年度会費納入会員へ送付している。平成16年度も従来通り学会誌を送付し、平成15年度会費未納会員285名に対しては、平成15年度会費の請求を続けて行うことが提案され、承認された。

<報告事項>

1) 会員の動向：平成16年4月1日現在	会員総数	4,935名
	内訳	一般 4,758名
	理事	20名
	評議員	149名
	名誉	8名

2) 委員会報告：

・編集委員会……委員長間での引き継ぎを行う予定であり、報告はなし。

・奨学会委員会（理事長が代理で報告）

平成16年度奨学研究奨学金授与者の報告があった。

佐藤正枝氏 名古屋市立大学

研究課題 人工股関節全置換術後患者のQOLを阻害する住生活環境要因の検討

・学会賞・奨励賞選考委員会（竹尾前委員長）

平成15年度事業報告のとおり。

・将来構想検討委員会（理事長が代理で報告）

ロゴマークの募集について以下の報告があった。

①学会誌27巻1号会告で行う。

②平成17年度の総会で発表予定

③最優秀賞1名 賞状・賞金 優秀賞 2名 賞状・賞金

3) 日本学術会議関連事項（理事長）

「2003年第19期登録を行ったが、学術会議法の一部の改正に伴い、登録団体という項が削除された。2005年10月には新しい学術会議の組織構成が行われる予定である」ことが報告された。

4) 第30回学術集会経過報告（竹尾学術集會会長）

「演題募集を今回インターネットと郵送で行ったが、8割がインターネットによる応募であった。多くの方に学術集会参加を呼びかけてほしい」ことの報告があった。

5) 地方会報告（理事長）

「5地方会からの昨年度事業等に関する文書による報告があった。7月評議員会で各地区毎に報告がある」ことの報告があった。

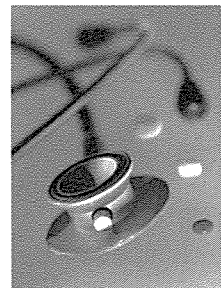
第1回 日本看護研究学会九州地方会 講演会のお知らせ

急激に変化する医療・社会状況のなかで、看護に対するさまざまな期待と課題が求められています。このような状況を踏まえ「エビデンスに基づく看護実践」をテーマとした講演会を企画いたしました。

多数の皆様が本講演にご参加くださいますようお願い申し上げます。

記

日 時 平成16年11月28日（日曜日）
13時00分～14時30分
場 所 九州大学百年記念講堂（病院地区）
テーマ エビデンスに基づく看護実践
講演者 日本赤十字看護大学教授 川嶋みどり先生
参加費 2,000円
主 催 日本看護研究学会九州地方会



事務局 日本看護研究学会九州地方会 事務局
会長 松岡 緑
〒812-8582 福岡市東区馬出3-1-1
九州大学医学部保健学科看護学専攻
電話 & FAX 092-642-6706
E-mail: matsuoaka@shs.kyushu-u.ac.jp

※お申し込み方法：

参加ご希望の方は、ご氏名・施設名・連絡先を明記の上、11月5日迄に葉書、FAX、メール等で事務局宛にお申し込み下さい。

先着順に受付を行い、定員を超えた場合にのみこちらからご連絡いたします。

第1009回 運営審議会の概要 (平成16年3月25日)

第1009回運営審議会は、平成16年3月25日(木)に開催され、次のような審議がありました。

1 平成16年度共同主催国際会議委員会委員の追加について

原案のとおり了承しました。

2 運営審議会附置国際会議主催等検討委員会に平成17年度共同主催国際会議委員会を設置すること及び同委員会委員を選任することについて

原案のとおり了承しました。

3 平成18年度開催国際会議の共同主催候補について

- (1) 第20回国際生化学・分子生物学会議
- (2) 第20回国際コンピューター支援放射線医学・外科学会議
- (3) 2006年世界政治学会・福岡大会
- (4) 第19回国際鉱物学会議
- (5) 第25回国際天然物化学会議
- (6) 第17回磁性国際会議
- (7) 2006年国際サイコセラピー会議イン・ジャパンおよび第3回アジア国際サイコセラピー会議
- (8) 第16回国際顕微鏡学会議

4 平成16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。

5 平成16年度代表派遣について(4月、5月及び6月分)

次の会議に代表派遣することを了承しました。

- (1) ドイツ法系民事訴訟法担当者会議(総会)
(4月1日～3日、ゲッティンゲン/ドイツ)
- (2) 「東アジア諸国・諸地域の近代化課程」国際会議
(4月8日～9日、北京/中国)
- (3) 第49回国際純粋・応用生物物理学連合(IUPAB)理事会
(4月18日～21日、パリ/フランス)
- (4) 世界土壌科学会議の中間会議
(4月25日～29日、フィラデルフィア/米国)

- (5) 第4回世界水産学会議
(5月2日～6日、ヴァンクーヴァー/カナダ)
- (6) 法と社会学会年次大会
(5月24日～30日、シカゴ/米国)
- (7) 「民主主義：東と西」会議とアジア政治研究連合創立大会
(6月3日～5日、ソウル/韓国)
- (8) ゴールドシュミット地球化学国際会議
(6月5日～11日、コペンハーゲン/デンマーク)
- (9) 国際自動制御連盟(IFAC)理事会及び関連役員会
(6月16日～19日、セントペテルスブルグ/ロシア)
- (10) 経営史会議 2004年年次大会
(6月17日～19日、ル＝クルーズ/フランス)
- (11) オーストラリア・ニュージーランド国際法学会年次大会
(6月18日～20日、キャンベラ/オーストラリア)
- (12) 第13回世界気管支会議
(6月20日～24日、バルセロナ/スペイン)
- (13) 第13回CLIVAR科学運営委員会および第1回国際CLIVAR科学会議
(6月21日～29日、ボルチモア/米国)
- (14) 経済学史学会第31回年次大会
(6月25日～28日、トロント/カナダ)

6 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20回日本医学会総会
日時：平成16年10月29日～31日
場所：パシフィコ横浜
- (2) 第42回原子力総合シンポジウム
日時：平成16年5月27日～28日
場所：千代田区立内幸町ホール

7 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。

- (1) 第8回アジア太平洋電子顕微鏡学会議
日時：平成16年6月7日～11日
場所：金沢市(石川県立音楽堂、金沢全日空ホテル)

第1010回

運営審議会の概要 (平成16年4月13日)

第1010回運営審議会は、平成15年4月13日(火)に開催され、次のような審議がありました。

1 日本学術会議事務局組織規定の一部を改正する規則案について(総会)

原案のとおり了承しました。

2 学術研究団体の登録に関する規則等を廃止する規則案について(総会)

原案のとおり了承しました。

3 日本学術会議の運営の細則に関する内規の一部を改正する内規案について(総会)

原案のとおり了承しました。

4 運営審議会附置委員会の廃止の承認について

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。

- ・関連研究連絡委員会等指定委員会
- ・持続可能な社会に向けた新しい科学技術国際会議実行委員会

5 運営審議会附置委員会の設置の承認について

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。

- ・持続可能な社会のための科学と技術に関する国際会議2004組織委員会

6 国際土壌科学連合(International Union of Soil Science : IUSS)への加入について(総会)

原案のとおり了承しました。

7 広報委員会設置要綱の一部改正について

原案のとおり了承しました。

8 専門委員会の設置について

次の専門委員会の設置について、原案のとおり了承しました。

- ・「生物生産システムの効率化を俯瞰的に再評価する「計測・制御」専門委員会
- ・「海水のフロンティア技術—海水資源の有効利用と環境浄化—」専門委員会
- ・「農業機械・施設・利用技術の状況への文脈化と接合」専門委員会

9 第4回アジア学術会議の開催について

原案のとおり了承しました。

10 平成17年度に共同主催する国際会議について

次の会議について共同主催国際会議とすることとした。

- (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年アジア太平洋学術会議
- (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
- (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回世界心身医学会議
- (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

11 平成16年度各地区会議事業計画について

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。また、人および動物が対象の研究は、倫理的配慮がされていること、およびそのことが本文中に明記されなくてはならない。

■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。

3. 原稿の送付

投稿原稿は、所定の表紙（学会誌最終頁に綴じ込まれている）に必要事項を記入の上、本文、図表、写真等、を綴じたオリジナル原稿、およびオリジナル原稿のコピー2部（査読用）を添えて下記に送付する。

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

日本看護研究学会 編集委員会 委員長 川口 孝泰 宛

（封筒の表には、「日看研誌原稿」と朱書し、書留郵便で郵送すること。）

事務局に到着した日を原稿受付日として誌上に明記する。なお著しく執筆要項を逸脱したものは事務的に返却し、形式が整った時点を受付日とする。

4. 原稿の受付（締め切り）

原稿の受付は年4回（4月、7月、10月、1月、各月の10日）とし、毎回ごとに受理手続きを行う。

5. 投稿の採否

寄稿の採否は、規程の査読を経たうえで本誌編集委員会が決定する。場合により著者に内容の追加あるいは短縮を求められることがある。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。

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。

	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。

7. 原稿掲載料・別刷料

原稿が刷り上がりで、10頁以下（800字詰原稿用紙30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。
- 4) 平成15年7月23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、和文抄録文字数、英文抄録使用語数、別刷部数を明記する。
- 2) 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、英文抄録、和文抄録はそれぞれ別の用紙に印刷する。本文の書式は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。本文（題名とはじめにの間などに）には著者名、所属を記入しない。
- 3) 英文抄録は200語以内をA4判の用紙に、原則としてTimes New Romanの12フォントを用いて、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、本文原稿の最後一括して引用番号順に整理して記載し、書式は本文と同じとする。文献著者が3名以上の場合は筆頭者2名のみをあげ、○○他とする。文献の記載方法は以下の通りである。

①雑誌の場合：

番号) 著者名：表題、雑誌名、巻(号)、始ページ-終ページ、発行年(西暦)

-例-

- 1) 日本太郎、看護花子、他：社会的支援が必要なハイリスク状態にある高齢入院患者の特徴、日本看護研究学会雑誌、2(1)、32-38、1998
- 2) Nihon, T., Kango, H. et al.: Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service, J. Nursing, 2(1), 32-38, 1998

②書籍の場合：

番号) 著者名：書名、引用箇所の始ページ-終ページ、出版社、出版地、発行年(西暦)

-例-

- 3) 研究太郎：看護基礎科学入門、23-52、研究学会出版、大阪、1995

③編集者の場合：

番号) 著者名：表題、編集者名(編)：書名、始ページ-終ページ、出版社、出版地、発行年(西暦)

-例-

- 4) 研究花子：不眠の看護、日本太郎、看護花子(編)：臨床看護学Ⅱ、123-146、研究学会出版、東京、1998
- 5) Kimura, H.: An approach to the study of pressure sore, In: Suzuki, H., et al. (Eds): Clinical Nursing Intervention, 236-265, Nihon Academic Press, New York, 1996

④電子文献の場合：

番号) 著者：タイトル、入手日、アドレス

-例-

- 6) ABC看護学会：ABC看護学会投稿マニュアル、2003-01-23、
<http://www.abc.org/journal/manual.html>

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

800字詰め原稿用紙3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。図表を仕上がり寸法（原版の2/3で大まかに見積る）で、A4サイズ用の紙に配置した場合に必要なページ数を下記のページ数から差し引いたページ数に、2400文字を乗じた数が本文及び引用文献に使用できる文字数になる。

- | | |
|-------------|-------|
| (1) 原著論文 | 10ページ |
| (2) 研究報告 | 10ページ |
| (3) 技術・実践報告 | 7ページ |
| (4) 総説 | 7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。
- 5) 平成15年7月23日 一部改正実施する。

事務局便り

1. 平成16年度会費のご案内について

平成15年度会費をお納めの上、平成16年度から「退会」申し出のない会員各位に平成16年度発行雑誌27巻1号2号を送付致しております。

平成16年度会費未納の方は、お早めに同封の振り込み用紙または、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 口座番号 00100-6-37136 加入者名 日本看護研究学会事務局

お振込の際、会員番号は、必ずご記入下さい。会員番号は、封筒のあて名ラベルに明記してありますので、ご確認下さい。

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-365 阿部 泰子 さ-127 斉藤 悦子 さ-362 佐藤紀久江 し-267 志村 亮
は-153 蓮池 清美 む-093 村山志津子 や-411 安永 妙美 や-423 山田奈緒美
よ-156 横川裕美子

事務所の開所曜日と開所時間

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

日本看護研究学会雑誌

第27巻 2号

会員無料配布

平成16年5月20日 印刷

平成16年6月20日 発行

編集委員

委員長 川口 孝泰(理事) 筑波大学医学専門学群看護医療科学類
委員 黒田 裕子(理事) 北里大学看護学部
中木 高夫(理事) 日本赤十字看護大学
浅野みどり(評議員) 名古屋大学医学部保健学科
金城 祥教(会員) 筑波大学医学専門学群看護医療科学類
櫻井 利江(会員) 筑波大学医学専門学群看護医療科学類
星野 明子(会員) 京都大学医学部保健学科

(アイウエオ順)

発行所 日本看護研究学会

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

☎ 043-221-2331

FAX 043-221-2332

ホームページアドレス

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

又は、<http://jsnr.umin.jp/>

発行責任者 山口 桂子

印刷所 (株) 正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

入会を申し込まれる際は、以下の事項にご留意下さい。

1. 大学、短期大学、専修学校在学中の学生は入会できません。なお、前述の身分に該当する方で、学術集会への演題申込みのためにあらかじめ発表年度からの入会を希望される場合は、発表年度にはこれに該当しないことを入会申込書欄外に明記して下さい。
2. 入会を申し込まれる場合は、入会申込み本人氏名、捺印が必要です。下記入会申込書の各欄に必要な事項を楷書でご記入下さい。ご本人の捺印のない場合があります。ご注意下さい。
3. 入会申込書の送付先：〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10 日本看護研究学会
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。

.....(きりとり線より切りはなしてお出してください).....

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	(印)	専門区分	看護学・医学・その他 ()	
		生 年	西 暦	年 月
所 属	TEL		FAX	
送 付 先 住 所	自宅・所属 (いずれかに○)	〒		
自 宅	TEL		FAX	
推 薦 者 氏 名	(印)	会員番号 -		
推 薦 者 所 属				
事 務 局 記 入 欄	理事会承認年月日	年 日 日		
	受付番号	年度入会会員番号 -		
	受付日	年 月 日	巻 号~	
	通知番号	送 付 日	月 日	
地 区 割				
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

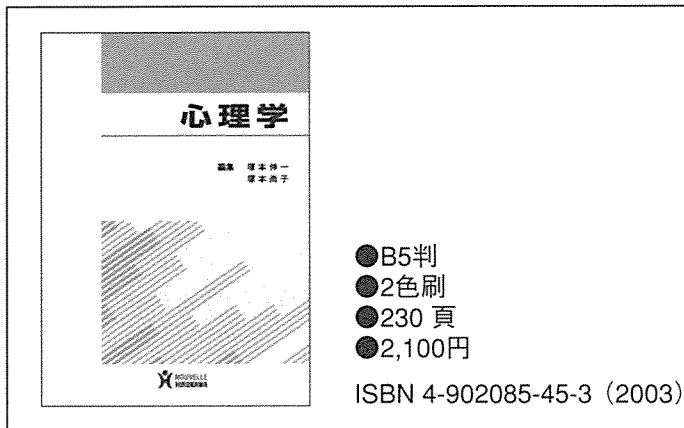
原稿種別 (番号に○)	1. 原著 (a. カテゴリーⅠ, b. カテゴリーⅡ, c. カテゴリーⅢ) 2. 研究報告 3. 技術・実践報告 4. 総説 5. 資料・その他 ()		
原稿送付年月日	_____年 _____月 _____日		
和 文 題 目			
英 文 題 目			
キーワード (5語以内, 日本語/英語)			
1.	/	2.	/
4.	/	5.	/
原 稿 枚 数			
本文: _____ 枚 図: _____ 枚 表: _____ 枚 写真: _____ 点			
原 著			
会員番号	氏 名 (日本語/ローマ字)	所 属 (日本語/英語)	
連 絡 先 住 所 ・ 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

心理学

—基礎理論と看護事例で学ぶ心の科学—

立教大学文学部教授 塚本 伸一 編集
横浜市立大学看護短期大学部助教授 塚本 尚子



★心理学者と看護職者が協同で編集、執筆しているため、心理学の基本的な知識を学び、その学習に基づいて看護実践の心理的分析ができる力を養うことができます。内容は、Part1イントロダクション、Part2心理学の基礎、Part3心理学で考える看護実践で構成しています。

●看護では、患者の身体的側面だけでなく、心理的側面のアセスメント（情報収集、分析、統合）が非常に重要な要素を占めています。さらに看護実践の各々の場で、患者とコミュニケーションをしていくときにも、患者の心理的分析は基本となります。

主要目次

- Part 1. イントロダクション
1. 心理学とは
- Part 2. 心理学の基礎
2. 認知
3. 学習・動機づけ
4. 社会
5. 発達
6. 健康
7. 臨床
- Part 3. 心理学で考える看護実践(事例)
8. 成人一急性期看護
(術後ICUで急性錯乱を起こした患者の事例)
キーワード：感覚遮断・恐怖喚起コミュニケーション
9. 成人一慢性期看護
(指導の必要な糖尿病患者・透析患者の事例)
キーワード：意志決定・原因帰属・行動変容・説得的コミュニケーション
10. 成人一回復期看護
(安静を必要とする狭心症患者の2つの事例)
キーワード：タイプAパーソナリティ・ストレス・コーピング
11. 成人一ターミナル期看護
(ギアチェンジを迎えるがん患者の事例)
キーワード：死の受容過程
(がんで家族を亡くした家族の事例)
キーワード：対象喪失とモーニング
12. 母性看護
(分娩への自信の異なる2つの産婦の事例)
キーワード：自己効力感・準備情報
13. 小児看護
(苦痛な検査を受ける小児患者の事例)
キーワード：認知的発達
14. 高齢者看護
(手術を受ける高齢患者の事例)
キーワード：高齢者の発達段階・認知機能
15. 家族看護
(家族の一員が問題を抱えた家族の事例)
キーワード：家族システム・家族療法
16. 医療事故
(看護事故事例)
キーワード：ヒューマンエラー

付録：用語解説