

Volume 27 Number 4 September 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巻4号

論文執筆のバイブル 待望の翻訳!

APA論文 作成マニュアル

新刊

著=APA(アメリカ心理学会)

訳=江藤裕之 長野県看護大学外国語講座助教授

前田樹海 長野県看護大学生活援助学教室講師

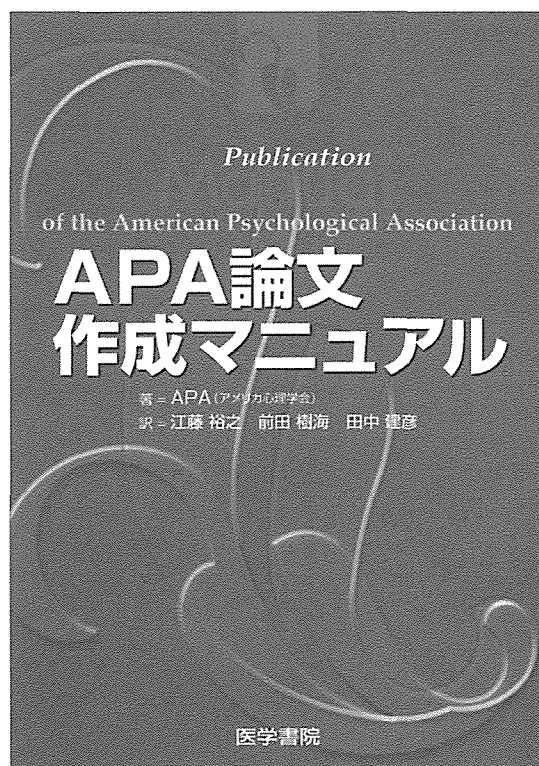
田中建彦 長野県看護大学外国語講座教授

世界で1000万人以上の読者が愛用しているAPA(アメリカ心理学会)編集の英語論文執筆マニュアルの日本版。心理学や行動科学、社会学、経営学、看護学、社会福祉などの論文執筆に適している。形式や引用文献の表記の仕方など、日本語で論文を書く際にも参考となる1冊。

【主要目次】

- 第1章 論文原稿の内容と構成
- 第2章 正確な言語表現と偏見のない文章作法
- 第3章 APA方式の執筆要領
- 第4章 引用文献リスト
- 第5章 原稿の準備と出版原稿の見本
- 第6章 雑誌論文以外の出版物
- 第7章 原稿受理と出版
- 第8章 APA発行の学術雑誌について
- 第9章 参考文献
- 付録A 原稿提出前のチェックリスト
- 付録B 採用された原稿をDTP用にする際のチェックリスト
- 付録C 学術情報の報告と出版に関する倫理基準
- 付録D 法的資料を参考文献とする場合
- 付録E カバーレター見本

索引



■B5 頁400 2004年 定価3,990円(本体3,800円+税5%) [ISBN4-260-33354-2]



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。

会 告 (1)

平成16年度日本看護研究学会総会において、次の事項が提案のとおり承認されましたのでお知らせ致します。

- 1・平成15年度事業および会計に関する報告
 - 2・会則改正について（注1）
 - 3・委員会委員の一部修正について（注2）
 - 4・将来構想検討委員会からの提案について（注2）
 - 5・法人化検討委員会の設置について（注3）
 - 6・平成16年度事業計画及び予算
- 以上

（注1）会則の一部 第11条（役員）2）について

（旧）副理事長1名→（新）副理事長 2名

併せて、付則12）平成16年7月29日一部改正（役員）実施する。を追記する。

（注2）別表「平成16年度～19年度委員会委員名簿」のとおり、追加修正した。

（注3）法人化検討委員会の設置および下記委員について承認された。

山 口 桂 子	理事長
泉 キヨ子	副理事長
川 嶋 みどり	副理事長
手 島 恵	総務担当理事
石 井 ト ク	将来構想検討委員長
早 川 和 生	将来構想検討委員
松 木 光 子	将来構想検討委員

平成16年7月29日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

別表

日本看護研究学会
平成16～19年度 委員会委員 名簿

(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	(法人化検討委員)
副理事長・総務担当理事(長)〈兼任〉	泉 キヨ子	(法人化検討委員)
総務担当理事	手 島 恵	(法人化検討委員)
副理事長・渉外担当理事(長)〈兼任〉	川 嶋 みどり	(法人化検討委員)
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	
編集委員会委員	浅 野 みどり	
編集委員会委員	金 城 祥 教	
編集委員会委員	櫻 井 利 江	
編集委員会委員	星 野 明 子	
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	
奨学会委員会委員	中 西 純 子	
奨学会委員会委員	宮 島 朝 子	
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	太 田 喜久子	
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)	石 井 ト ク	(法人化検討委員)
将来構想検討委員会委員	早 川 和 生	(法人化検討委員)
将来構想検討委員会委員	松 木 光 子	(法人化検討委員)
将来構想検討委員会委員	尾 岸 恵三子	
将来構想検討委員会委員	田 中 裕 二	
将来構想検討委員会委員	松 田 たみ子	
監 事	田 島 桂 子	
監 事	松 田 たみ子	

会 告 (2)

平成16年度日本看護研究学会総会において、第32回（平成18年度）学術集会長は、九州大学医学部保健学科教授 松岡 緑氏に決定致しました。

平成16年 7 月29日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

会 告 (3)

第31回日本看護研究学会学術集会を下記の通り、開催いたしますのでお知らせ致します。

記

期 日：平成17年 7 月21日（木）・22日（金）

プレカンファレンス・セミナー 7 月20日（水）

会 場：札幌コンベンションセンター

札幌市白石区東札幌 6 条 1 丁目 1 - 1

メインテーマ

「人間として遇する医療・福祉の定着にむけて」

～ペーシエントからパースンへの挑戦～

学術集会 事務局

学術集会参加申し込み等：

〒003-8585 札幌市白石区東札幌 3 条 3 丁目 7 - 35

医療法人 東札幌病院内

第31回日本看護研究学会学術集会事務局

TEL：011-812-2311 FAX：011-823-9552

ホームページ：<http://www.jtbpc.co.jp/jsnr31>

電子メール：jsnr31@hsh.or.jp

日本看護研究学会入会申し込み等：

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻 1 - 2 - 10

日本看護研究学会事務局

TEL：043-221-2331 FAX：043-221-2332

平成16年 9 月20日

第31回日本看護研究学会学術集会

会長 石垣 靖子

（医療法人東札幌病院

北海道医療大学大学院 看護福祉学研究科）

会 告 (4)

学会賞・奨励賞選考委員会規程の一部が変更となりました。

平成15年7月23日の規程第3条2)(2)削除に伴う、第4条2)(3)「,または前条2号(2)の筆頭者」を削除併せて、付則2)平成16年7月28日第4条2)(3)一部削除する。を追記する。

平成16年7月29日

日本看護研究学会
理事長 山 口 桂 子

会 告 (5)

日本看護研究学会 学会費および奨励賞に関する規定・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。(第2回公告)

平成16年9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は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。
- 2) 平成16年7月28日 第4条 2)(3)一部削除する。

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）

〳 太田 喜久子（慶応義塾大学看護医療学部教授）

〳 小田 正枝（西南女学院大学保健福祉学部教授）

〳 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 (6)

日本看護研究学会奨学会規程に基づいて、平成17年度奨学会研究の募集を行います。応募される方は、規程および次頁募集要項に従って申請して下さい。

平成16年 9 月20日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

日本看護研究学会奨学会規程

第1条 (名 称)

本会を日本看護研究学会奨学会（研究奨学会と略す）とする。

第2条 (目 的)

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

第3条 (資 金)

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

会計年度は、4月1日より翌年3月31日迄とする。

第4条 (対 象)

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

2) 日本看護研究学会学術集会において、少なくとも1回以上発表をしている者であること。

3) 原則として、本人の単独研究であること。

4) 推薦の手続きや様式は別に定める。

5) 奨学金は対象研究課題の1年間の研究費用に充当するものとして贈る。

6) 研究が継続され、更に継続して奨学金を希望する者は、改めて申請を行うこととする。

第5条 (義 務)

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

第6条 (罰 金)

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

第7条 (委員会)

本会の運営、審査等の事業に当たり、日本看護研究学会理事会より推薦された若干名の委員によって委員会を設ける。

2) 委員会に委員長を置き、本会を総括する。

3) 委員会は次の事項を掌務する。

① 基金の財産管理及び日本看護研究学会理事長への会計報告

② 奨学金授与者の選考、決定及び理事長への報告

③ 授与者の義務履行の確認、及び不履行の査問、罰則適用の決定及び理事長への報告

④ 奨学金授与者の選考及び授与者の義務履行については、別に定める。

第8条

委員会より報告を受けた事項は、日本看護研究学会理事長が総会に報告する。

第9条

奨学金を授与する者の募集規程は、委員会において別に定め、会員に公告する。

第10条

本規程は昭和54年9月24日より発効する。

付 則

1) 昭和59年7月22日 一部改正（会計年度の期日変更）実施する。

2) 平成6年7月29日 一部改正（会則全面改正に伴い）実施する。

3) 平成8年7月27日 一部改正実施する。

4) 平成11年7月30日 一部改正実施する。

日本看護研究学会奨学会 平成17年度奨学研究募集要項

1. 応募方法

- 1) 当奨学会所定の申請用紙に必要事項を記入の上、鮮明なコピー 6 部と共に一括して委員長宛（後記）に書留郵便で送付のこと。
- 2) 申請用紙は返信用切手80円を添えて委員長宛に請求すれば郵送する。
- 3) 機関に所属する応募者は所属する機関の長の承認を得て、申請者の当該欄に記入して提出すること。

2. 応募資格

- 1) 日本看護研究学会会員として3年以上の研究活動を継続している者。
- 2) 日本看護研究学会学術集会において1回以上の発表をしている者。
- 3) 原則として本人の単独研究であること。

3. 応募期間

平成16年11月1日から平成17年1月20日の間に必着のこと。

4. 選考方法

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

5. 奨学会委員会

奨学会委員会は次の委員により構成される。

委員長 近 田 敬 子 理事（兵庫県立大学看護学部非常勤）
委 員 紙 屋 克 子 理事（筑波大学医学専門学群看護医療科学類）
寺 崎 明 美 理事（長崎大学医学部保健学科）
中 西 純 子 評議員（愛媛県立医療技術大学）
宮 島 朝 子 評議員（京都大学医学部保健学科）

6. 奨学金の交付

選考された者には1年間20万円以内の奨学金を交付する。

7. 応募書類は返却しない。

8. 奨学会委員会の事務は、下記で取り扱う。

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

日本看護研究学会

奨学会委員会 委員長 近 田 敬 子

（注1） 審査の結果選考され奨学金の交付を受けた者は、この研究に関する全ての発表に際して、本奨学会研究によるものであることを明らかにする必要がある。

（注2） 奨学研究の成果は、次年度公刊される業績報告に基づいて奨学会委員会が検討、確認し理事長に報告するが、必要と認めた場合には指導、助言を行い、又は罰則（日本看護研究学会奨学会規程第6条）を適用することがある。

会 告 (7)

編集委員会雑誌投稿規程・投稿表紙が一部変更になりました。(27巻4号に掲載) 論文の投稿に際し、ご留意下さい。

平成16年7月29日

日本看護研究学会

理 事 長 山 口 桂 子

編集委員長 川 口 孝 泰

時代を超えて生きる Essential 看護教育をもとめて

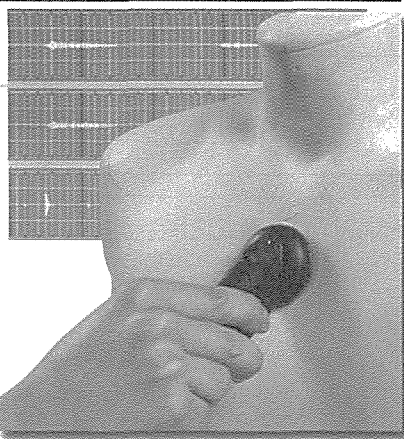
新型・採血静注シミュレータ シンジョー

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。



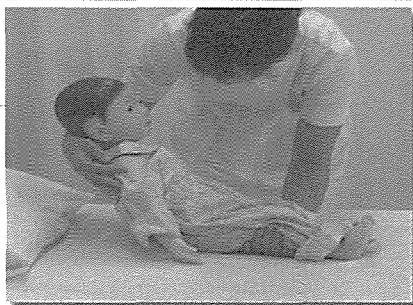
新生児沐浴人形 新太郎&桃子

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

 株式会社 **京都科学**

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

◆医療事故を予防し、患者の安全を確かなものにするための必須知識が身につくマニュアル！

看護・医療事故防止 自己学習 CD-ROMプログラム

編集

内海 眞

高山厚生病院院長

国立病院機構名古屋医療センター

客員研究員

清原洋子

国立病院機構名古屋医療センター

医療安全管理部・医療安全管理者

鈴木俊夫

鈴木歯科医院院長

「医療の安全に関する委員会」理事

- 看護・医療事故の予防教育(学習)を効果的に進めるための「基本的知識」と「看護業務で発生する主な事故の特徴と対策のポイント」を整理し記述。
- 「学習効果の評価」と「必須知識の再確認」に役立つよう、CD-ROMによりチェック項目の確認・解説が得られる。

最新刊！

B5判・138頁・CD-ROM付
定価3,780円(本体3,600円 税5%)

本書のおもな内容

看護・医療事故防止のための基本的知識

医師の指示業務での事故

与薬／注射／輸血／人工呼吸器／検査

療養上の世話での事故

転倒・転落／摂食・嚥下障害／経管栄養／熱傷

感染予防の基本的な考え方

スタンダードプリコーションの概念／スタンダードプリコーションの実践／感染経路別対策

針刺し・切創事故への対応

針刺し・切創事故とは／対応の実践／感染症別の対応

CD-ROM学習内容

与薬 注射(緊急・急変時の対応 輸液・シリンジポンプ) 輸血 呼吸器 検査 転倒・転落
摂食・嚥下障害 熱傷 スタンダードプリコーション 針刺し事故

◆精神障害者の社会参加の促進、ノーマライゼーションの達成のために！

精神障害者の 地域支援ネットワークと看護援助

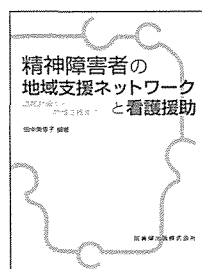
退院計画から地域支援まで

最新刊

田中美恵子 編著

B5判・314頁・定価4,410円(本体4,200円 税5%) ISBN4-263-23451-0

- ◆さまざまな現場で試行錯誤されている実践知を掘り起こし、共有する作業を通して、地域支援のネットワークを構築していくために必読の書。
- ◆精神保健医療の地域化へ向けた流れの中で、精神障害者の退院促進および社会参加の促進に貢献することをねらいとし、精神障害者の地域支援に必要な基本的な知識と実践知をまとめ解説。
- ◆障害を理解しつつ生活を援助する専門職としての看護のあり方が、精神障害者の退院と社会参加の促進のための大きな鍵を握っているとの認識に基づき、看護援助を中軸に全体を2部構成でまとめた。



◆看護基礎教育における『地域看護学』テキストの決定版！

Essentials
エッセンシャル

地域看護学

木下由美子 編集代表

B5判・384頁・定価3,360円(本体3,200円 税5%) ISBN4-263-23448-0

- ◆地域で生活する人にかかわる看護活動全体に焦点を合わせて、地域の中で働く看護職にとって最低限理解しておくべき地域看護のエッセンスと活動の場(公衆衛生看護、在宅看護、学校看護、産業看護)による特徴を整理し提示。
- ◆別冊：事例集(64ページ)／保健師活動のダイナミズムを学生がイメージできるように、活動の場、対象者、活動内容がそれぞれ違う10事例を提示し、学習した内容が実際の活動ではどのように展開されているのかがわかるよう「学習課題」を明示。



●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8月作成.1S

目 次

－原 著－

交代制勤務の看護師の生活時間構造と生活意識および疲労との関連..... 17

－一般女性有職者および女性教員との比較－

大分県立看護科学大学看護アセスメント学 藤 内 美 保

子どものターミナルケアにおける看護師の認識のプロセス..... 25

神戸大学医学部保健学科小児・家族看護学分野 宮 内 環

手術室に勤務する外回り看護師の専門職的自律性と看護実践 35

長野県看護大学 中 村 恵

愛知県立看護大学 長谷部 佳 子

平 井 さよ子

森 田 チエコ

女性看護師の職務満足と心理的 Well-Being に及ぼす個人特性要因の影響..... 45

－中核的自己評価の役割－

愛媛県立医療技術大学 澤 田 忠 幸

羽田野 花 美

矢 野 紀 子

酒 井 淳 子

ゴム製湯たんぽの安全な使用法の検討 53

－湯たんぽ表面温度とマウス皮膚組織への影響－

東海大学健康科学部看護学科 岩 永 秀 子

高 山 栄

北里大学看護学部 山 本 昇

－研究報告－

精神科病棟における保護室の看護技術に関する臨床看護師の認識 61

心療内科ネルフェンクリニック 永 井 朝 子

名古屋市立大学看護学部 久 米 和 興

在宅後期高齢者の転倒予防に向けたフットケアに関する基礎的研究..... 75

－足部の形態・機能と転倒経験および立位バランスとの関連－

大分県立看護科学大学 姫 野 稔 子

大分大学医学部看護学科 三重野 英 子

末 弘 理 恵

新小倉病院 桶 田 俊 光

日本版MBI (Maslach Burnout Inventory) の実用性の検討.....	85
---	----

－回収率，有効回答率，回収数における無効回答率に焦点をあてて－

東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科	鈴木 英子
神戸市看護大学看護組織学講座看護管理学	叶谷 由佳
天使大学	堀井 さやか
	高田 絵理子
石川県立看護大学	北岡(東口)和代
東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科健康情報分析学	佐藤 千史

－資料－

女子学生における食生活習慣の変化.....	91
-----------------------	----

－体格および，血液データとの関連－

兵庫県立看護大学附置研究所推進センター	吉田 明子
兵庫県立看護大学看護病態学講座	鵜山 治
	山本 恭子

病院の言葉遣いに対する指導と看護職の言葉遣いに対する患者の認識と満足度	101
---	-----

東京大学医学部付属病院	出羽 恵子
山形大学医学部看護学科地域看護学講座	叶谷 由佳
東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科健康情報分析学	佐藤 千史

CONTENTS

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

Relationship between distribution of time and recognition for life and fatigue by nurse – Differece due to working woman and teathers –	17
Oita University of Nursig and Health Sciences, Division of Nursing Assessment : Miho Tounai	
The Process of Nurse's Perceptions in Terminal Care for Dying Children	25
Child and Family Health Nursing, Faculty of Health Sciences, Kobe University : Tamaki Miyauchi	
The Development of the Professional Autowomy and the Nursing Practice in the Circulating Nurses at the Operating Room	35
Nagano College of Nursing : Megumi Nakamura	
Aichi Prefectural College of Nursing & Health : Yoshiko Hasebe	
: Sayoko Hirai	
: Chieko Morita	
Dispositional effects on job satisfaction and psychological well-being of nurses – the role of core self-evaluations –	45
Ehime Prefectural University of Health Sciences : Tadayuki Sawada	
: Hanami Hadano	
: Noriko Yano	
: Junko Sakai	
Examination of safer usage of rubber-made hot-water bottles – The surface temperature of the bottles and influence on a mouse skin –	53
Department of Nursing, School of Health Sciences, Tokai University : Hideko Iwanaga	
: Sakae Takayama	
School of Nursing, Kitasato University : Noboru Yamamoto	
.....Research Reports.....	
The recoghition of nursing staffs about the nursing practice at seclusion in psychiatric inpatient unit	61
Nerven Clinic : Tomoko Nagai	
Nagoya City University School of Nursing : Kazuoki Kume	
A fundamental study of foot care for the falls prevention in subjects aged 75 and over living at home – Relationship among structure and function of the foot, history of falling and standing balance –	75
Oita University of Nursing and Health Sciences : Toshiko Himeno	
Oita University School of Nursing : Eiko Mieno	
: Rie Suehiro	
Shin-Kokura Hospital : Toshimitsu Okeda	

The examination of practicality of the Japanese version of Maslach Burnout Inventory (MBI) — focusing on the rates of replies, valid answers, and invalid answers among the replies —	85
--	----

Graduate School of Health Sciences, Tokyo Medical and Dental University : Eiko Suzuki

Nursing Management and Administration, Kobe City College of Nursing : Yuka Kanoya

Tenshi College : Sayaka Horii

: Eriko Takada

Ishikawa Prefectural Nursing University : Kazuyo Kitaoka-Higashiguchi

Analytical Health Science, Graduate School of Health Sciences,

Tokyo Medical and Dental University : Chifumi Sato

.....Material.....

A Study on Dietary Habits of Female College Students.

— Influences of Dietary Habits on Blood Data and Physical Constitution —	91
--	----

Promoting Center for Nursing Research, College of Nursing Art and Science, Hyogo : Akiko Yoshida

Department of Basic Nursing Science, College of Nursing Art and Science, Hyogo : Osamu Uyama

: Yukiko Yamamoto

Hospitals' instructions on the word-type used by the nurses and their relations with the patients' recognition and satisfaction	101
---	-----

The University of Tokyo Hospital : Keiko Izuha

Division of Community Health Nursing, School of Nursing, Yamagata University : Yuka Kanoya

Analytical Health Science, Graduate School of Health Sciences,

Tokyo Medical and Dental University : Chifumi Sato

交代制勤務の看護師の生活時間構造と生活意識および疲労との関連

—一般女性有職者および女性教員との比較—

Relationship between distribution of time and recognition for life and fatigue by nurse

— Difference due to working woman and teachers —

藤 内 美 保

Miho Tounai

キーワード：看護師，生活時間，疲労，交代制，生活意識
nurse, time use, fatigue, shiftwork, recognition for life

I. はじめに

看護師の蓄積的疲労やburnout症候群は、交代制勤務、過密労働、業務の質的内容の混在など労働条件に起因していると指摘され、中でも交代制勤務の影響を取り上げる研究は多い^{1)~5)}。しかし、疲労やストレスと交代制勤務との関連性を導くのであれば、看護労働のみに注目するのではなく、生活全体をとらえる必要があると考える。人間の労働生活は、労働と労働力を再生産するための生活により成立するものであり、とくに交代制勤務の労働力再生産時間の分析を抜きに考えることはできない。交代制勤務の労働者は、生活のなかで何を犠牲にし、どのように生活を調整しているのかを明らかにし、看護労働条件を整備することも必要と考える。

看護師の生活のなかでまず着目すべき点は、交代制勤務の合間にどのような形で睡眠を確保しているかということである。睡眠は、疲労を回復するために最も重要な要素である。労働力再生産時間における、看護職の睡眠時間の長さや睡眠時間帯を知ることは看護職の疲労や健康問題を考える上で不可欠な要素である。第2には、家事的な生活時間である。看護職はフルタイム労働で女性が多い職種である。家事的な生活を労働と位置づける伊藤ら⁶⁾の論拠に基づけば、収入労働の看護業務と家事労働をどのように生活に組み込んでいるのかを分析したい。第3に看護師は社会的な活動を犠牲にしているのではないかという疑問がある。西村⁷⁾は、労働力再生産時間の社会的文化的な生活時間のなかに、個人としての生活の質をとらえている。現在は豊かな人生、Quality of life を追求する時代といわれている。この人生の「質」は時間という側面だけで捉えることはできないが、平等に与えられている時間という枠で社会的文化的な生活時間を他職と比較することで、1つの客観的な指標になると考えた。

これまで看護師という職種を対象に、1日を単位として生活時間を調査し分析した研究は、1973に行われた横井⁸⁾の家政学的視点からの報告のみである。本研究は看護労働といった視点を切り口に、交代制勤務の看護師の生活時間構造の実態と生活意識および看護職の疲労を明らかにし、これらの関係性を検討することがねらいである。

II. 研究方法

1) 調査期間

平成13年6月24日(日)～7月13日(土)までの3週間の間で日勤-深夜勤務パターンの日勤日および深夜勤務明けの日を選んで記入してもらった。労働力再生産時間が8時間程度と短い日勤-深夜勤務パターンと、深夜勤務明けの労働力再生産時間が長い2日間の生活構造を知るためである。調査対象とした病院の代表的な勤務シフトは、日勤-深夜勤務-準夜勤務-休日である。

2) 対 象

本調査の対象は、O県内の公立の総合病院で交代制勤務を行っている看護師300名に、調査用紙を配布し、そのうち調査の同意・協力が得られた180名(有効回収率60.0%)で、そのうち日勤-深夜勤務パターンでは159名、深夜勤務明けでは92名から回答を得られ、生活意識調査については180名の回答があった。

3) 生活時間票および生活行動基準

生活時間票の様式は、労働科学研究所の鷺谷の調査⁹⁾をもとにし、横軸を時間軸として深夜0時～翌日の0時までの24時間、縦軸には17項目に区分・類型化した生活行動の項目を置き、タイムテーブル形式とした。各対象者が時間経過に伴いどのような行動をしたかを直線や○印で記入できるようにした。生活行動は10分を単位として記入してもらった。また記入にあたっては、同一時間帯内の複数行

表1 生活行動記入マニュアル

1 病棟の勤務	病院で規定されている勤務時間です。あらかじめ黒で塗っています
2 始業前勤務・残業	勤務前に病棟に早くで行く仕事や、勤務後に残って行う仕事です。勤務時間外のカンファレンス、会議、研修会なども含みます
3 勤務中の休憩	勤務中の食事時間を含む実際にとった休み時間です
4 研究・研修・学習	病院外で行った仕事のための研究、研修、学習です。図書館での調べものも含みます *便宜上、病院の一室を借りて行う研究、研修、学習活動も含みます
5 通勤	家から病院までです。*病院での白衣の更衣は、始業前勤務、残業へ *仕事の帰りに居酒屋に寄った場合は、居酒屋が主体なので、移動も含めて「趣味・娯楽」へ
6 睡眠	布団やベッドに入って「眠ろう」と思った睡眠です。起床時に熟睡感も一緒に書いて下さい
7 仮眠・居眠り・うたた寝	勤務中の仮眠、イスやソファ、バス、電車などで「眠ってしまった」場合です。起床時に睡眠感も書いて下さい
8 食事・コーヒー	朝食、昼食、夕食、夜食、間食です
9 生理的活動・身支度	入浴、トイレ、洗顔、化粧、着替えなどです
10 毎日必要な家事・育児・介護	毎日必要な炊事、その他の家事、子どもの直接的な世話、おむつ交換、介護者への直接的な世話
11 まとめてできる家事	毎日はいしなくても数日まとめて行なえる掃除、洗濯、買い物、食事の下ごしらえなどの家事 *ウインドーショッピングは「趣味・娯楽」へ
12 テレビ・ラジオ・新聞	テレビ、ラジオ、CD、ビデオ、新聞、読書、ゲームなど
13 趣味・娯楽	散歩、ジョギング、観劇、映画鑑賞、コンサート、趣味・サークル活動などを含みます
14 家族との団らん	雑談、相談、話合い、けんかなど
15 つき合い・交際	友人、同僚、親戚とのつき合い、電話、メール、など
16 社会活動	生協、町内会活動、PTA活動、労働組合活動、宗教活動などです
17 その他の活動	上記に当てはまらない活動時間で、10分を越えた場合について、その内容を書いて下さい 例えば調査表記入など

動の記載はせず、主な行動の1つを記載するように依頼した。これは鷺谷⁹⁾の調査方法に基づくもので、合計時間量が一致することが他の調査結果との比較分析で妥当であると考えた。但し、集計段階で同一時間帯内に複数行動の記載がある場合は、等分して集計を行った

生活行動区分は藤本を中心とした労働科学研究所の方式¹⁰⁾を基本的に用い、伊藤ら⁶⁾の収入労働時間と家事労働時間をあわせて全労働時間とする理論を加えることとした。生活行動項目の分類は、「収入生活時間」「生理的時間」「家事時間」「社会的文化的時間」の大項目から、さらに16の細項目を設定し、いずれにも該当しないものを「その他の活動」とした。対象者に示した生活行動の記入マニュアルを表1に示す。収入生活時間の細項目は労働科学研究所のものと同様に分類し、残業や通勤時間をこれに含めた。生理的生活時間に位置づけられる、睡眠は交代制勤務であるという対象者の特性を考慮し、「睡眠」と「仮眠・居眠り・うたた寝」(以下、「仮眠」)の2つに区分した。また睡眠または仮眠をとった場合は同時に、熟睡感について「すっきりした」「目覚めは悪くなかった」「寝たりない」の3段階で評価してもらった。家事的な生活時間は、伊藤らの分類では「育児」の他に、家事作業として炊事、裁縫、洗濯、買い物、掃除などがある。しかし、ここでは大きく「毎日必要な家事・育児・介護」(以下、「毎日必要な家

事」と「まとめてできる家事」の2つに区分した。労働衛生学的な視点から、細かい家事内容の分析よりも、不規則な生活のなかで必要性の高い家事とまとめてできる家事をどのような時間配分で行っているかといった点を中心に分析するためである。「社会的文化的な生活時間」は、「教養娯楽」に関するものと「社会的活動」に関するものとに分類した。「教養娯楽」に関しては、「テレビ・ラジオ・新聞」「趣味・娯楽」「家族との団らん」とした。これは自分で時間を調整しやすい行動項目とし、自分や家族を中心とした関係のなかで行われる行動とした。これに対して「社会的活動」は「つき合い・交際」「社会活動」とした。これは、友人、知人、地域や職場関連でより拡大された対象との交流の活動で、地域社会との接触時間を明らかにするためである。

なお、得られた生活時間の結果は、NHKが5年毎に全国調査を行っているNHK生活時間調査¹¹⁾(以下、NHK調査)および鷺谷氏の女性教員の労働の負担を報告した生活時間調査⁹⁾(以下、鷺谷調査)の結果と比較する。

4) 勤務終了後の疲労の自覚症状調べ

(Subjective Symptoms Index SSIと略記)

疲労調査は日本産業衛生学会・産業疲労研究会¹²⁾が作成した「自覚症状しらべ」を使用した。これは、伊藤らが東京都の給与生活者夫婦345組を対象に行った調査¹³⁾の結

果との比較を行うため、同一の調査票を用いた。この「自覚症状調べ」は、疲労感の構造を3群に分けて分析しており、第1群は「ねむけとだるさ」、第2群は「注意集中の困難」、第3群は「局所的な身体違和感」である。

疲労感の強さを表す方法としての訴え率は、各群および全訴え率として以下のように算出される。訴え率は、対象者がどのくらいの頻度で各項目の疲労感があるかを示すものである。各群の訴え率(%)の算出方法は、対象者の訴えた項目総数 $\times 100 / 10$ (項目数) $\times$ 対象者数で、全訴え率(%)は、対象者の訴えた項目総数 $\times 100 / 30$ (項目数) $\times$ 対象者数である。

5) 生活意識調査

生活意識調査票から得た情報は、主に2つに分類される。1つは、調査対象者の基本的な属性、家族の状況、所属する病棟の状況を把握するための項目である。もう1つは交代制勤務による睡眠に及ぼす影響や家族や社会的活動などの生活への影響、自己の健康状態に対する自覚、および家事育児の配偶者の協力状況などの意識調査である。それぞれの項目は、選択方式とした。

6) 倫理的配慮

病院を訪問し院長および看護部長に研究の趣旨を説明し同意を確認した。師長会の折りに各病棟の師長に説明し同意が得られる看護師へ配布してもらうように依頼した。調査票は、無記名で病棟の判別はできないようにし、個人を特定するデータが得られないよう配慮した。またアンケートの協力依頼の文書を作成し、プライバシーを守ること、全体的な傾向を示すため統計的な解析を行い、個別のデータ分析は行わないことを明記した。

Ⅲ. 結 果

対象者の属性は、表2に示すように、すべて女性で平均年齢は41.1歳であった。夜勤回数は、深夜勤務が月平均3.7日、準夜勤務は4.5日であった。

日勤-深夜勤務パターンおよび深夜勤務明けの2日間の生活行動時間の一覧を表3に、また生活時間分布を図1、図2に示す。

1) 収入労働時間

対象とした病院の日勤および深夜勤務の規定労働時間の開始、終了時間はそれぞれ8時30分-17時00分、0時30分-9時00分となっている。

深夜勤務入りの日勤でも、大部分の者は残業を行っており、その平均は1時間7分、最大残業時間は2時間40分であった。帰宅時間は17:30頃から19:30までが大半で、深夜勤務まで実質6時間程度の労働力再生産時間となる。最も遅い帰宅者は21時であった。また深夜勤務への出勤は23:10頃から始まり、深夜0時から0:30分までがピーク

表2 対象者および病棟の状況

(N=180)

対象者の属性	平均	SD
年齢(歳)	41.1	10.9
看護職経験年数(年.月)	19.6	10.9
病院勤務続続年数(年.月)	17.9	11
病棟所属年数(年.月)	6.1	8.4
配偶者有(%)	56.1%	
就学前の末子有(%)	8.3%	
要介護者有(%)	6.7%	
配属病棟の状況	平均	SD
看護職数(人)	22.1	2.5
患者数(人)	41.7	11.8
日勤者数(人)	8.5	1.6
深夜勤者数(人)	2.7	1.5
準夜勤者数(人)	3.2	1.6
日勤日数/月	11.1	1.8
深夜勤日数/月	3.7	1.2
準夜勤日数/月	4.5	1
休日日数/月	9.9	1.4
その他の勤務/月	0.8	1.1
時間外会議・研修時間/月	8.2	23.7

となっている。

深夜勤務後も大半のものが残業を行っており、平均残業時間55分である。深夜勤務終了後、帰宅する時間は朝10:00~11:30の時間帯が多く、最も遅く帰宅したものは昼の12時30分であった。

2) 日勤-深夜勤務パターンおよび深夜勤務明けの睡眠時間

日勤-深夜勤務パターンの1日の平均睡眠時間と平均仮眠時間の合計は8時間44分である。そのうち深夜勤務に入るための17時以降の睡眠および仮眠時間は2時間36分で、この時間を除くと6時間8分である。一方、深夜勤務明けの睡眠時間は平均4時間48分と非常に短い。同時に個人差も大きく睡眠および仮眠時間は最小で0分、最大で10時間10分となっていた。

「睡眠」および「仮眠」の時間帯は、深夜勤務明けに帰宅後最も早く睡眠したものは、10時30分頃からであるが、13時頃から睡眠をとるものが目立ち始める。

しかし昼間の睡眠もしくは仮眠をとっているものは、6割程度である。昼間に「仮眠」をとるものの割合が多くなっている。深夜勤務明けの昼間に睡眠も仮眠もとらないものは約4割存在した。

深夜勤務前の熟睡感は「すっきりした」が2.1%で少なく、「目覚めは悪くなかった」は21.9%、「寝たりない」は76.0%と睡眠感が得られない状況で深夜勤務に臨むものが圧倒的に多かった。深夜勤務明けの昼間の熟睡感は、「すっ

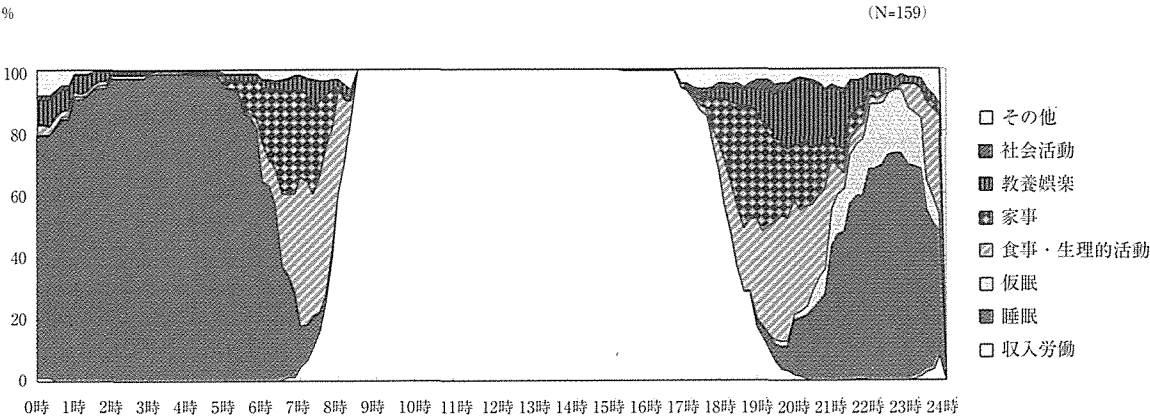


図1 日勤－深夜勤務の生活時間分布

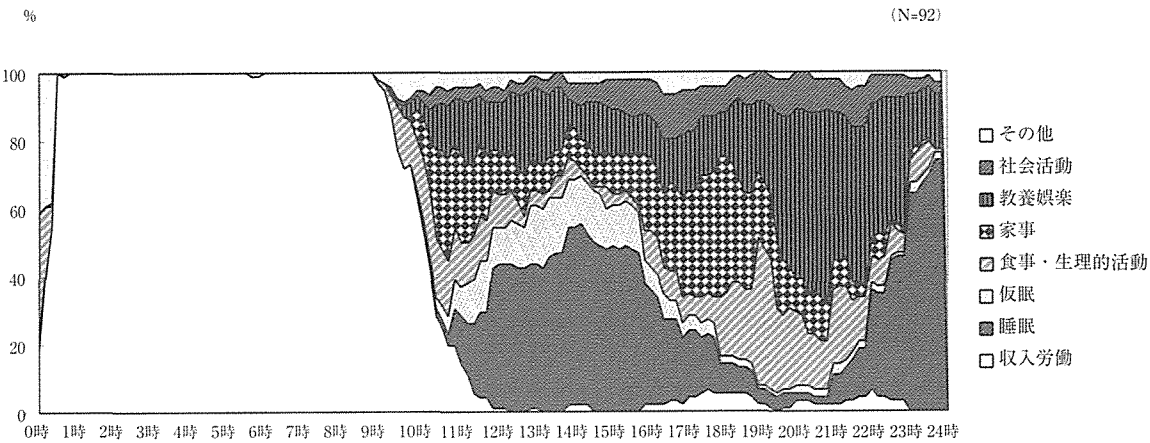


図2 深夜勤務明けの生活時間分布図

表3 日勤－深夜勤務および深夜明けの生活行動時間

		正規時間勤務	時間外勤務	勤務中仮眠	研究・学習	通勤	収入労働時間合計	睡眠	仮眠	睡眠と仮眠の合計	食事	生理的活動	生理的時間合計
日勤－深夜 の日勤日 (N=159)	平均時間 (時間：分)	8:02	1:07	0:25	0:04	0:50	10:29	8:10	0:34	8:44	0:47	1:07	1:54
	最小値 (時間：分)	6:50	0	0	0	0		2:40	0		0	0	
	最大値 (時間：分)	10:30	2:40	1:20	1:40	2:40		12:50	3:30		3:00	5:30	
	標準偏差 (時間：分)	0:36	0:41	0:26	0:15	0:30		1:49	1:02		0:22	0:37	
深夜勤務日 (N=92)	平均時間 (時間：分)	8:05	0:55	0:27	0:12	0:35	10:14	3:51	0:57	4:48	0:56	0:55	1:51
	最小値 (時間：分)	6:00	0	0	0	0		0	0		0	0	
	最大値 (時間：分)	8:30	2:30	2:30	2:50	2:30		9:00	6:00		3:00	3:10	
	標準偏差 (時間：分)	0:31	0:30	0:31	0:32	0:25		2:03	1:25		0:33	0:37	
		毎日必要家事	まとめ家事	家事時間合計	テレビラジオ新聞	趣味娯楽	家族団らん	つき合い	社会的活動	社会的文化的時間合計	その他	深夜前17時以降の睡眠	深夜前17時以降の仮眠
日勤－深夜 の日勤日 (N=159)	平均時間 (時間：分)	1:16	0:12	1:28	0:37	0:04	0:08	0:06	0:01	0:55	0:30	2:04	0:33
	最小値 (時間：分)	0	0		0	0	0	0	0		0	0	0
	最大値 (時間：分)	6:00	2:40		4:40	1:40	2:00	3:40	0:30		8:30	5:00	3:30
	標準偏差 (時間：分)	1:11	0:20		0:45	0:15	0:18	0:23	0:08		1:09	1:23	1:01
深夜勤務日 (N=92)	平均時間 (時間：分)	1:27	0:43	2:10	1:56	0:37	0:41	0:50	0:11	4:15	0:40		
	最小値 (時間：分)	0	0		0	0	0	0	0		0		
	最大値 (時間：分)	6:20	4:10		5:30	8:30	4:40	9:00	6:50		7:40		
	標準偏差 (時間：分)	1:17	0:56		1:15	1:11	0:56	1:36	0:53		0:54		

きりした」が13.1%,「目覚めは悪くなかった」が32.8%,「寝たりない」とするものが54.1%と半数を占めていた。

3) 日勤-深夜勤務パターンおよび深夜勤務明けの家事的生活時間分布

日勤-深夜勤務パターンの家事時間分布は勤務間隔時間が8時間と短い勤務パターンにも関わらず、家事時間の平均は1時間28分であった。そのうち「毎日必要な家事」が1時間16分で、「まとめてできる家事」は12分足らずであった。家事時間が最も長かった者は6時間であった。深夜勤務明けの1日の平均家事時間は2時間10分で、内訳は、「毎日必要な家事」が1時間27分(最小0分 最大6時間20分),「まとめてできる家事」は43分(最小0分 最大4時間10分)であった。深夜勤務明けの家事の時間帯は、9時30時頃から12時までの時間帯では、「まとめてできる家事」の割合が高くなっている。また15時頃から夕食の時間帯を挟んで19時頃まで2~4割のものが家事労働を行っている。

4) 日勤-深夜勤務パターンおよび深夜勤務明けの社会的文化的生活時間分布

日勤-深夜勤務の場合の1日のトータルの社会的文化的生活時間は55分で、そのうち教養娯楽時間は49分、社会的活動時間は7分であった。教養娯楽時間のうち、もっとも多かったのは「テレビ・ラジオ・新聞」37分、「家族との団らん」は平均わずか8分であった。

一方、深夜勤務明けの社会的文化的生活時間のトータルは4時間15分であった。そのうち、教養娯楽時間が3時間14分と大半を占め、社会的接触である社会的活動時間は1時間1分であった。教養娯楽時間の中では「テレビ・ラジオ・新聞」のマスメディア接触の時間が1時間56分と社会的文化的生活時間全体の約半分に相当し、「家族との団らん」は41分であった。

5) 疲労調査 (SSI) の結果

表4に示すように、日勤終了後の訴え率は、「だるさ・ねむけ」を示す1群は24.8%で、1群のうち訴えの高かった項目は「足がだるい」が6割弱であった。2群の訴え率は12.4%, 3群の訴え率は9.4%で、全訴え率は15.5%であった。次に深夜勤務終了後の訴え率は、1群は、48.2%

表4 自覚症状しらべ (SSI) 訴え率 (%)

	日勤終了後 (n=74)	深夜勤務終了後 (n=100)	伊藤調査 (常勤妻平日) (n=345)
1群	24.8	48.2	11.5
2群	12.4	22.2	4.9
3群	9.4	11.2	4.6
全群	15.5	27.2	7.0

伊藤セツ,「生活時間」1994 p160-161引用

表5 交代制勤務による生活への影響と健康への認識

睡眠状況 (複数回答)	%
夜勤明けの昼間の睡眠は熟睡感がない	67.8
夜勤明けの昼間は入眠に時間がかかる	30.0
夜勤明けの昼間は睡眠を中断される	37.8
睡眠時間の不足	65.6
休日は寝たいが寝れない	31.7
休日はごろ寝することが多い	47.8
アルコールもしくは睡眠薬が必要	8.9
不規則な生活でのイライラ感	
ほとんどない	7.8
ときどきある	48.9
よくある	33.3
無回答	10.0
自由時間	
十分ある	12.2
あるが細切れ	38.9
短い	21.7
ほとんどない	18.3
考えたことなし	2.8
無回答	6.1
家族の団らんの時間	
十分ある	16.7
やや不足	48.3
まったく不足	16.7
無回答	18.3
家族との生活のリズム	
まったく辛くない	10.6
やや辛い	43.9
非常に辛い	26.1
無回答	19.4
友達・知人との交流機会	
非常に制限	35.0
やや制限	51.1
制限ない	5.6
無回答	8.3
社会的活動時間	
十分足りる	6.7
やや不足	40.0
まったく不足	38.9
無回答	14.4
趣味・スポーツ時間	
まったくない	31.1
やや不足	56.7
十分足りる	4.4
無回答	7.8
配偶者の家事・育児協力の満足度	
大変満足	17.8
まあ満足	41.6
やや不満	21.8
まったく不満	6.9
あきらめ	11.9
配偶者の家事・育児の協力	
率先して行う	23.5
頼めば行う	58.8
頼んでもしない	2.9
しないのであきらめ	14.8
過労死の認識	
現実の不安	11.1
時に人ごとではないと思う	54.4
不安はない	26.7
無回答	7.8
健康状態の認識	
健康	27.8
健康とはいえない	32.2
やや不調	20.6
風邪をひきやすい	5.0
持病がある	1.7
治療中	7.8
無回答	4.9
体調不良時の勤務対応 (複数回答)	
薬を飲んで勤務	60.6
早退する	7.8
年次休暇を取得	22.2
欠勤して休日と振り替え	1.1
体調不良はない	20.6
その他	2.8

と非常に高く、中でも「全身がだるい」「足がだるい」「あくびがでる」「頭がぼんやりする」「ねむい」「目が疲れる」「横になりたい」の項目は5割を越えていた。2群の訴え率では22.2%で、「考えがまとまらない」「根気がなくなる」の項目で訴え率が4割を越えていた。3群の訴え率は11.2%であった。全訴え率は、27.2%と、日勤終了後よりも2倍近い訴え率となっていた。

6) 交代制勤務の影響に対する生活意識と健康の意識

交代制勤務による生活の意識について表5に示す。まず睡眠に関する意識として、「夜勤明けの昼間の睡眠は熟睡感がない」「睡眠時間が不足する」とするものは67.8%、65.6%と多く、その他「昼間の睡眠を中断される」などや「休日はごろ寝することが多い」など睡眠に関する様々な問題を抱えていた。また交代制勤務の生活への影響に関する項目において、「不規則な生活でイライラする」「家族との団欒の時間が不足する」「家族の生活リズムに合わせるのが辛い」「趣味・スポーツをするゆとりがない」「友人・知人との交流機会が制限されている」「社会的活動時間が不足する」はすべて8割を越えていた。

自己の健康に関する認識は、「健康である」は27.8%、「健康とはいえない」「やや不調である」がそれぞれ32.2%、20.6%、また持病をもっていたり、現在治療中のものも存在していた。また過労死について「不安はない」とするものは26.7%、「現実の不安をもっている」「時に他人事ではない」と感じるものをあわせると7割弱であった。実際の体調が不調の時の勤務の対応は「薬を飲んで勤務する」ものが60.6%で、病気でも休日を取得できない状況がある。

家事・育児協力についての配偶者に対する満足度は、大変満足が17.8%、やや満足が41.6%であった。

IV. 考 察

交代制勤務である看護職の蓄積的疲労に関する報告は多く¹⁻⁵⁾、本調査で行ったSSIの結果においても看護職の疲労感は強く、日勤終了後の全訴え率は15.5%、深夜勤務終了後は27.2%であった。伊藤らの調査¹⁴⁾によるとフルタイムで働く妻の平日の訴え率は、1群が11.5%、2群が4.9%、3群が4.6%、全訴え率は7.0%であったことから、看護職の疲労の強さは明白である。健康感についても、「健康である」や「過労死の不安がない」と回答したものが両者とも3割にも満たないという結果から、健康とはいえない状態で人の健康への支援を行っているという皮肉な結果が浮き彫りにされた。また、生活にゆとりがなく、自分自身の自由な時間や家族との団欒、友人・知人との交流などの不足感を感じているものが多い。

このように、看護師は疲労感が強く、健康に対する不安もあり、生活にゆとりを感じる事が少ないという状況

は、単に看護労働のみによるものではなく、睡眠や家事的な生活時間、社会的文化的な生活時間などの生活時間構造との関連性があると考えられた。そこで、看護師の疲労や生活意識と生活時間構造との関連性について、NHK調査の有職女性および鷺谷調査の女性教員の生活時間と比較し、以下に述べる。

1) 睡眠時間構造

日勤-深夜勤務パターンでの睡眠および仮眠時間は8時間44分、深夜勤務明けは4時間48分であり、2日間で4回の断続的また中途覚醒的な睡眠・仮眠をしていた。NHK調査の有職女性の平日の平均睡眠時間は6時間58分、日曜日は7時間54分となっている。また、鷺谷調査の女性教員では、平日の平均睡眠時間は6時間34分、日曜日は7時間53分であった。単純な比較はできないが、看護職は一般有職者や女性教員の平日の睡眠時間よりも少なく、連続する2日間の睡眠時間において3時間46分の差がみられた。深夜勤務明けで睡眠時間が少ないのは、昼間の睡眠は環境的・物理的に困難であるのか、または昼間に睡眠をとることによってサーカディアンリズムを逆転させてしまうことを避けているからなのか、いずれにしても睡眠時間の少なさは、蓄積的疲労の原因に繋がると考えられる。また熟睡感が得られにくいことも、疲労感を増強させる一要因になっていると考えられる。

睡眠に関する調査からもさまざまな問題が浮き彫りにされたが、「睡眠時間が不足する」や「休日にごろ寝することが多い」という意見は、疲労回復の睡眠が生活の基盤として確保されているわけではなく、睡眠時間は交代制勤務によって弾力的に調整されている生活行動であることが示唆された。

2) 家事的な生活時間

NHK調査の有職女性の平日の家事時間は平均3時間41分、鷺谷調査の女性教員の平日の家事時間は平均2時間28分である。多少のバイアスはあるが、日勤-深夜勤務パターンでは有職女性よりも2時間13分少なく、女性教員よりも1時間少ない家事時間であった。深夜勤務明けの1日の家事時間は2時間10分で、女子教員の平日の家事時間とはほぼ同等であった。看護職の家事労働は生活を圧迫する生活行動と考えられる。勤務間隔時間が短い日勤-深夜勤務パターンにも関わらず、「毎日必要な家事」は義務的にこなされており、優先度の高い生活行動であった。また深夜勤務明けでは、「まとめてできる家事」に追われることになる。このような家事的な生活行動について、家事・育児協力に対する配偶者への満足度は比較的高かったことから、配偶者の協力なしには、働き続けられない状況があると考えられる。家事時間も一般有職女性や女性教員よりも少ないにも関わらず、家事・育児の負担を感じるのは、家庭

生活と看護業務の両立の限界にあるものと推察できる。酒井¹³⁾は看護師の生活調整に関する調査において、「家事・育児に関しては8割に近い人が、代わりのもので済ます、代わりの人に頼む、あきらめている」とし、既に個人の努力の範囲を超えていることを指摘している。今回の対象者は半数が独身者であるため、家事時間が少なかったと推測できるが、一方では家事的生活時間が少ないということは、必要最小限の家事労働時間でなければやっていけない状況とも考えられ、家事労働を行う限界にきていると考えられる。

3) 社会的文化的生活時間

日勤-深夜勤務の社会的文化的生活時間は55分、深夜勤務明けは4時間15分で半分はマスメディア接触としての時間であった。NHK調査の有職女性は、マスメディア接触(テレビ・ラジオ・新聞など)のみでも平日は4時間12分である。鷺谷調査では平日の「教養・娯楽・社会的文化的生活時間」は1時間05分である。ただし、NHK調査は、①マスメディア接触(テレビ、ラジオ、新聞など)②レジャー活動(スポーツ、趣味・娯楽、行楽など)③会話・交際(会話に専念、私的なものに限る)④社会参加(PTA活動、町内会、婦人会、地域の行事など)に分類しているため、そのまま比較できるものではない。しかし、NHK調査のマスメディア接触時間のみと比べても、看護職の教養娯楽にあてる時間は非常に短い時間である。深夜勤務明けでは、睡眠時間の代わりに身体を休めるためにテレビなどを見て過ごすという構造ができていると考えられた。またその一方で、安心感や癒しの時間となるであろう家族との団らんの時間が非常に少なく、精神的疲労を回復する機会が損なわれていると思われた。

社会的文化的生活時間について、日本と先進7ヶ国の生活時間調査の比較をした伊藤らの研究¹⁴⁾では、日本の社会的文化的生活時間は最も短く、中でも有職女性が短いという報告がされている。日本の有職女性のなかでも看護職は非常に短いという結果になる。深夜勤務明けのように昼間にフリーな時間があると思われる日でも、結局はテレビやラジオといった時間の使い方となり、趣味やスポーツなどの自分らしさを高める時間の確保は困難で、社会との接触時間も非常に少ないという結果であった。

以上から、看護職の疲労や不健康感は、単に看護労働の

みに起因するものではなく、交代制勤務によって生活全体に影響を及ぼしていることが示された。今回は日勤-深夜勤務および深夜勤務明けのパターンを中心に検討したが、この結果から言えることは、日勤-深夜勤務という勤務と勤務の間の労働力再生産時間が短い場合は、育児や炊事などの必要度の高い家事的労働が優先されて、労働のエネルギーを蓄えることが困難な状況で深夜勤務に臨まざるをえない。このことから勤務と勤務の間の時間は一定基準を設けるなどの規制も求められると考えられる。また、深夜勤務明けでは、疲労感が強いにもかかわらず、昼間の睡眠が困難で、疲労を回復できにくいと考えられるため、深夜勤務の翌日はサーカディアンリズムが整えられやすい勤務シフトおよび休日にするなどの配慮が必要であると考えられた。

V. 結 語

1999年第87回ILO総会において事務局長が「これからのILOの取り組むべき目標としてディセントワーク(人々に働く価値のある仕事)が報告された。しかし看護師の労働の実態はディセントワークとはほど遠い。今後さらに医療の高度化・先進化が進む時代に適応した勤務条件の整備が求められる。単に労働条件の改善のみではなく、働く価値を見いだせるような労働が必要である。それは、裏を返せば、何のために働くのかといった原点に立ち戻って働くことの意義を捉え直すことも必要となる。最高の医療、看護を提供するために努力することはもちろん重要であるが、その一方で家庭生活などの自分の生活を犠牲にしたり、疲労困憊している状況で生活の質を確保できない状況では、働くことの意義も見失うことになりかねない。ディセントワークに近づくためには、労働の中身を豊かにし、職場の条件整備をしていくと共に、トータルの生活が豊かであることが重要であると考えられる。

VI. 謝 辞

本研究において、交代制勤務をされているにもかかわらず調査にご協力をいただいた看護師の方々に深く感謝いたします。またこの調査は、大分大学経済学修士課程に行ったものですが、本論文をまとめるにあたり終始懇切丁寧なご指導をいただいた大分大学経済学研究科阿部誠教授、石井まこと助教授に心より感謝いたします。

要 旨

日勤－深夜勤務および深夜明けの2日間の看護師の生活時間の実態と交代制勤務の生活意識、疲労感や心身の健康状態を明らかにした。

深夜勤務前の17時以降の睡眠・仮眠時間は平均2時間36分であった。深夜勤務終了後は疲労感が強いが、深夜勤務明けの睡眠時間は平均4時間48分と短い。家事的な生活時間は日勤－深夜勤務では1時間28分、その大半は「毎日必要な家事」に費やしていた。深夜勤務明けの1日の家事時間は2時間10分であった。日勤－深夜勤務パターンの社会的文化的な生活時間は27分で、そのうち「家族との団らん」は7分であった。

生活意識では、睡眠に関する様々な問題を抱えていた。また「不規則な生活によるストレス」や「家族との団楽の不足」「趣味・スポーツ時間の不足」「友人・知人との交流機会の制限」と認識するものはすべての項目で8割を越えていた。また「健康である」や「過労死の不安はない」と自覚するものは両者とも3割に満たなかった。

Abstract

The relationship between daily time schedules and recognition for life and fatigue following night shift work by nurses was examined. Before night shifts, mean sleeping time after 5 p.m. was 2 h 36 min. Mean sleeping and napping time after night work was 4 h 48 min, despite fatigue. Mean time doing housework was 1 h 28 min for nurses with a daily work-night work pattern, with the majority of this time spent in cooking and childcare chores. Among nurses with a night work pattern, mean housework time was 2 h 10 min, time for social and cultural activities was 57 min, and leisure time with family a mere 7 min. In daily consciousness nurses felt various problems related to sleep. More than 80% of nurses felt stress due to irregularity of work, a lack of time to enjoy with family, disagreement of daily life rhythms, lack of hobbies or sports activities, limited opportunities to see friends, and lack of time for social and cultural activities. Less than 30% of nurses felt that they were in good health, or unworried about death due to overwork.

引用文献・参考文献

- 1) 松原敏浩, 水野 智, 岩月泰宏, 他: 看護方式が職務行動に与える影響について, 病院管理, 8(3), 215-223, 2001.
- 2) 福田真弓, 石川姫子: 看護師の疲労調査 疲労に影響する因子の考察, 日本集中医療医学会雑誌, Vol.6, 205, 1999.
- 3) 和泉香代子, 来嶋清子, 二宮節美, 他: 看護師三交替勤務者の疲労に関する調査, 愛媛県立病院学会誌, 34(1), 45-48, 1998.
- 4) 佐藤美紀, 米澤弘恵, 石津みえ子, 他: 三交替勤務に従事する女性看護師の蓄積的疲労と主観的睡眠感との関係, 日本看護医療学会雑誌, 4(1), 28-35, 2002.
- 5) 佐藤和子, 天野敦子: 看護師者の勤務条件と蓄積的疲労との関連についての調査, 大分看護研究, 2(1) 1-7, 2000.
- 6) 伊藤セツ, 天野寛子: 生活時間と生活様式, 19-21, 光生館, 東京1994.
- 7) 西村豁通: 現代日本の生活問題 いま「豊かさ」を問う 26-34 ミネルヴァ書房, 京都, 1995.
- 8) 横井シヅ: 就労形態からみた共働き夫婦の研究 三交代制の看護婦の場合. 家政学雑誌, 24(4), 325-332, 1973.
- 9) 鷺谷 徹: 学校教員の労働と生活 (第1報) 生活時間調査結果から, 労働科学, 76(6), 233-260, 2000.
- 10) 藤本 武: 最近の生活時間と余暇, 3-9, 労働科学研究所, 東京, 1974.
- 11) 日本放送文化研究所: データブック 国民生活時間調査, 68-72, 日本放送出版協会, 東京, 2000.
- 12) 日本産業衛生協会産業疲労委員会疲労自覚症状調査票検討小委員会. 産業疲労の「自覚症状しらべ」(1970) についての報告 労働の科学 1970: 25(6)p12-16.
- 13) 伊藤セツ, 天野寛子, 森ますみ他: 生活時間 男女平等の家庭生活への家政学のアプローチ, 160-161, 光生館, 東京 1994.
- 14) 伊藤セツ, 天野寛子: 生活時間と生活様式, 166-174, 光生館, 東京, 1994.
- 15) 酒井一博: 交代勤務編成の現状と改善, 労働科学, 76(10), 417-440, 2000.

〔平成15年7月1日受付〕
〔平成16年4月5日採用決定〕

子どものターミナルケアにおける看護師の認識のプロセス

The Process of Nurse's Perceptions in Terminal Care for Dying Children

宮 内 環

Tamaki Miyauchi

キーワード：看護師，認識，子どものターミナルケア
nurse, perception, terminal care for dying children

I. はじめに

ターミナル期とは、治癒を目指した治療から、余命の質を高める緩和的な医療への転換を行う時期である¹⁾。病気の治癒を目指した治療では、子どもたちに生活上のさまざまな制限が課せられることが多い。例えば、入院して苦痛を伴う治療や処置を受けなければならないこと、家族や友達に会えないこと、学習が続けられないことなどである。しかし、ターミナル期となり、緩和的な医療へと転換したときから、子どもと家族に残された日々が少しでも有意義であるように、それらのあり方を検討し、必要に応じて緩和していく必要がある。そうすることによって、家族との触れ合いや友人との交流、学習の継続を可能にし、子どもの置かれた状況を入院前の普通の生活に少しでも近づけられることになるからである。そのために看護師は、医学的な見解を絶対視するのではなく、独自の視点でターミナル期の子どもの取り巻く臨床状況を解釈し、実践する必要があるといえるだろう。

先行研究を概観すると、ターミナル期の子どもを対象とした調査では、看護師に望むことが、病気を通して自分を見るのではなく、一人の人間として自分を理解し、意思を尊重して欲しいことであると報告されている²⁻³⁾。また、母親を対象とした調査では、看護師の役割の遂行状況について、子どもの病状の把握はしているが、精神的なケアが希薄であることや、主体的な判断に基づく倫理観を含めた看護実践が少ないと報告されており、子どもに対する精神的なケア、親に対する基本的なニーズの充足や健康状態への配慮に関して、看護師の主体的な判断や実践が要求されている⁴⁻⁵⁾。

以上から、ターミナル期の子どもと家族が残された日々を有意義に過ごすためには、看護師の主体的な判断と実践が必要不可欠であるにも関わらず、実際には、十分提供されていない現状であるといえる。そこで、このような状況が生ずる原因を検討するために、看護師を対象とした調

査に着目してみると、その数は子どもと家族を対象とした調査に比べ少なく、そのうち半数以上が質的な記述研究であった。テーマとしては、新人の看護師と臨床経験の豊富な看護師とのストレス反応の比較⁶⁾、アメリカの小児専門看護師の役割⁷⁾、家族に対する看護師の援助⁸⁻⁹⁾、看護師が認知する子どもとの心理的な距離感¹⁰⁾、看護師の苦悩とそれらを調整する行動¹¹⁾ などがあった。これらの調査は、テーマとしている臨床状況においてなら、その結果を応用し得る貴重な資料になると考えられるが、その範囲は限局されている。

一方、看護師を対象とした数少ない統計的調査研究では、ターミナルケアにおける役割意識は非常に高いが、子どもへの精神的な援助、子どもの死後の家族に対するフォローや同伴入院の際の生活への援助ができていないと看護師自身が認識しており、その理由として「時間の不足」「知識や技術の不足」「恐れや戸惑いがあること」「病院や病棟の設備・規則の問題」が挙げられている¹²⁻¹³⁾。しかし、これらは、分析の枠組みがデータ収集前に設定されている実態調査であるために、看護師の現実とかけ離れていたりと、本質的な点を見逃していたりする可能性を否定はできない。また、ターミナル期の子どもと家族に関わる看護師の変化に富んだ実際の対応状況を理解するためには、臨床状況を固定的で客観的な実在として捉えるのではなく、看護師の主観の中に存在し、そこに参加する人々との相互作用によって変容する動的なプロセスとして捉える必要があると思われる。

そこで、仮説を持たずに看護師の世界に入り、看護師の視点から仮説や概念モデルを発見していくことが必要であると考えて、ターミナル期の子どもと家族をケアする看護師の認識をGrounded Theory法を参考にして調査した。このプロセスを理解することは、看護管理、看護教育、小児リエゾン看護に示唆を与え、ターミナル期の子どもと家族のQOLを向上する一助になると考える。

II. 用語の定義

看護師の認識：ターミナル期の子どもを取り巻く臨床状況との相互作用によって形成され、看護師の主観の中で認知する客体的認識の対象になり得ない内面の存在様式であり、経時的に変容するものと規定する。

III. 研究目的

子どものターミナルケアにおける看護師の認識のプロセスを、主観的・内観的観点から明らかにする。

IV. 研究方法

1. 研究の対象者

関西圏の周産期・小児専門病院に勤務し、小児看護の経験年数が3年以上で、師長、主任、チームリーダーの役割を持たない看護師11名とした。対象者の経験年数を3年以上としたのは、看護師の経験と実践的な知識の関連を明らかにしたBennerが、3年から5年の臨床経験のあるナースの技能レベルの特徴を、“臨床状況を全体として捉える能力がある”と述べていることから¹⁴⁾、子どものターミナルケアの臨床状況をより統合的な視点で認知していると考えたことによるものである。対象者の選定は、理論的サンプリングを用いた。具体的には、収集したデータを分析していく過程で解釈の仮説を立て、その仮説が妥当かどうかと、その仮説にバリエーションが無いかどうかを検討するために、類似性と差異性を比較対照できると考えられるケースを経験した方に、次の面接対象者をお願いするというプロセスを繰り返した。

2. データ収集期間

平成12年1月12日から5月30日とした。

3. データ収集方法

本研究において解明しようとする看護師の認識は、看護師の内面の存在様式であり、客体的認識の対象になり得ないものと規定していることから、データ収集の方法は面接法とした。また、調査者と対象者とが行為的な関係を持つ相互作用の中で、彼らの視点に立って解明する必要があるため、限定された枠組みで回答を把握するための準備さ

れた質問を用いるのではなく、半構成的な面接法を採用することとした。質問内容は、これまでに最も印象深かった子どものターミナルケアのケースに関する5点とした（表1）。面接場所にはプライバシーが確保できる病院のカンファレンス室か会議室を使用し、面接内容は対象者の承諾を得た後に、テープレコーダーに録音して逐語記録を作成した。面接時間は、対象者1名につき50分から1時間20分、平均60.9分で、面接回数は1名につき1回ないし2回である。

4. 倫理的配慮

倫理的配慮については、次の三点を行なった。第一に、研究の承諾に関して、協力が自由意志であることを確認し、研究結果を論文とすること、また途中であっても撤回し辞退し得ることを説明後、承諾を得、同意書にサインをした看護師だけを対象者とした。第二に、研究終了後も、必要であればフォローアップができるように、研究者の連絡先を明示しておいた。第三に、プライバシーの保護に配慮する為、病院及び対象者などに関わる個人的な情報については一切公表せず、対象者の氏名はID番号としている。

5. データ分析方法

分析は、Grounded Theoryの手法に則って、継続的比較分析¹⁵⁾を行った。第一に、逐語記録の文章を一行ずつ、その文脈における意味を解釈してコード化した。コード名には、対象者が用いた慣用的表現を可能な限りそのまま用いた。コード化したデータについて、以前のデータと比較しながら類似点と相違点とを類別していき、その特性と次元を明らかにしてカテゴリーを見出した。第二に、見出されたカテゴリー同士の関係を、Straussの示しているコーディングパラダイム¹⁶⁾、すなわち条件・文脈・行為／相互行為の戦略・帰結の四つの視点によって検討し、サブカテゴリーを抽出した。第三に、カテゴリーの特性とその次元との間に現れてくる関係（パターン）に基づいて、サブカテゴリーの他のカテゴリーへの移動、サブカテゴリー同士の融合、再編を繰り返しながらサブカテゴリーを統合して抽象度を高め、主要なカテゴリーを見出した。

6. 信頼性と妥当性について

本研究では、研究の全過程を通じて小児看護研究者からのスーパーバイズを受けた。そして、データの信頼性を高める努力として次の二点を行なった。一点目は、Leiningerの報告¹⁷⁾をもとにして、データ収集開始の3ヶ月前から、対象とした病院でのフィールドワークを実施し、研究者が対象社会集団に溶け込んで、信頼関係を確立できるようにしたことである。二点目は、5名の対象者に予備調査を行

表1 半構成的面接内容

1	具体的にどのような場面だったか。
2	どのように対処したか（あるいは対処できなかったか）。
3	誰かに相談したか。
4	その対処方法は何を基準としたか。
5	どのようなアドバイスを受けたか。

なって、面接技術の向上に努めたことである。また、データの解釈の妥当性を高める努力としては次の二点を行った。一点目は、データ収集開始後もフィールドワークを続行し、対象施設の文化や構造、機能などの特性を見出しながら対象者の回答を理解するように努めたことである。そして、面接の回答が寛いだときに話されたのか、あらたまった雰囲気では話されたのか、情報の再確認が必要と考えて尋ねた時の回答か、相手が自発的に語ってくれた時のことかなどの情報も記録に残し、解釈に役立てた。二点目は、研究対象者に分析結果を送付し、再度の面接、または電話インタビューで意見を求めたことであり、分析結果は全対象者から支持されている。

V. 結 果

1. 対象者と事例の概要

対象者の背景と事例の概要を表2に示す。対象者は全員女性で、8名が未婚、2名が既婚であるが、育児経験はなかった。平均年齢は28.36 (SD±3.41) 歳、平均小児看護経験年数は6.7 (SD±2.8) 年である。看護基礎教育は、8名が専門学校で受け、2名が短大、1名が大学で受けている。面接で語られたのは、血液内科、混合、循環器、HCU病棟での事例であり、子どもの疾患は、悪性腫瘍、先天異常（心疾患・食道閉鎖）で、発達段階はのべ6事例が乳幼児期にあり、のべ5事例が学童期から思春期にあって、子どもの平均年齢は7.4 (SD±5.1) 歳であった。

2. 子どものターミナルケアにおける看護師の認識のプロセス

分析の結果、子どものターミナルケアにおける看護師の認識は、図1に示すように『臨床状況』『臨床状況を捉える際の視点』『実践の指針』の3段階から構成されていた。

以下にその内容と生データを示す。カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは<>で示し、文中のID番号は表2のID番号と対応している。

1) 臨床状況

子どものターミナルケアにおいて看護師は、【子どもの状況】【家族の状況】【チームの状況】【自己の状況】の4領域から成る臨床状況を捉えていた。また、その4領域には、それぞれ二つの側面があった。

(1) 子どもの状況

【子どもの状況】の二つの側面には、“薬の副作用で嘔気がある子 (ID2)”や“友達との交流が一番大切な時期にある子 (ID11)”と表現された<患児としての子ども>と、“突っ張ってるけど本当は優しい子 (ID3)”や“弟のように感じた〇〇くん (ID3)”と表現された<一人の人である子ども>があった。

(2) 家族の状況

【家族の状況】の二つの側面には、“核家族だし、他のきょうだいの世話で面会に来れないお母さん (ID10)”や“子どもの要求がよく分かっているお母さん (ID2)”と表現された<サポート源としての家族>と、“ターミナル期を在宅で看たいと願う家族と一緒に頑張る (ID1)”や“この子らしく過ごせるために、ケア方法を相談したのは子どものお母さんにだった (ID2)”と表現された<同志である家族>があった。

(3) チームの状況

ここで述べるチームとは、対象者が語った場面に登場した同僚の看護師、師長、医師を指している。【チームの状況】の二つの側面には、“規範や病態をいつも優先する同僚 (ID4)”や“ターミナルになったら、子どもの部屋をあまり訪室しなくなった主治医 (ID7)”と表現された<医療者としてのチーム>と、“看護の中でポイントが合

表2 対象者の背景と事例の概要

ID 番号	性別	小児看護の 経験年数	教育背景	勤務病棟	事 例 の 概 要	
					子 ども の 疾 患 名	子どもの年齢
1	女性	10年	短 大 卒	血 液 内 科	神経芽細胞腫	2歳8ヶ月
2	女性	7年	専 門 学 校 卒	血 液 内 科	神経芽細胞腫	1歳
3	女性	9年	専 門 学 校 卒	血 液 内 科	急性リンパ性白血病	16歳
4	女性	5年	専 門 学 校 卒	混 合	重症仮死	1歳4ヶ月
5	女性	7年	短 大 卒	循 環 器	肺動脈閉鎖・拡張性心筋症	5歳9ヶ月
6	女性	6年	専 門 学 校 卒	循 環 器	肺動脈狭窄・単心房単心室	10歳10ヶ月
7	女性	12年	専 門 学 校 卒	循 環 器	肺動脈狭窄・単心房単心室	10歳10ヶ月
8	女性	9年	大 学 卒	循 環 器	肺動脈狭窄・単心房単心室	10歳10ヶ月
9	女性	3年	専 門 学 校 卒	H C U	先天性食道閉鎖・腎不全	4歳7ヶ月
10	女性	3年	専 門 学 校 卒	H C U	先天性食道閉鎖・腎不全	4歳7ヶ月
11	女性	7年	専 門 学 校 卒	血 液 内 科	レックリングハウゼン病	13歳6ヶ月

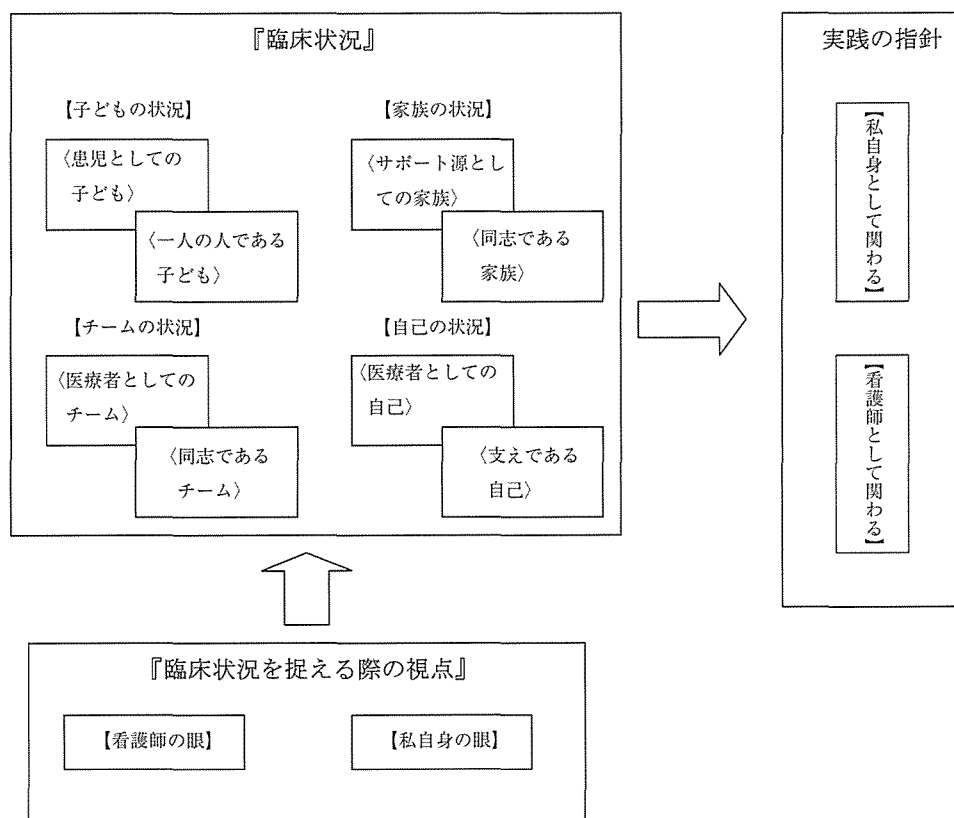


図1 子どものターミナルケアにおける看護師の認識のプロセス

い、相談できる人（ID 3）”や“ターミナルケアの中で同じところに心が向いている人（ID 3）”と表現された＜同志であるチーム＞があった。

(4) 自己の状況

【自己の状況】の二つの側面には、“子どものニーズが読み取れない自分（ID 2）”や“まだ経験が浅くて技術が未熟な自分（ID 9）”と表現された＜医療者としての自己＞と、“子どもが私の勤務の日を楽しみにしている（ID11）”や“採血の時は〇〇さんに傍に居てほしいと言われる（ID 5）”と表現された＜支えである自己＞があった。

2) 臨床状況を捉える際の視点

臨床状況を捉える際の看護師の認識には、【看護師の眼】と【私自身の眼】が含まれていた。

(1) 看護師の眼

【看護師の眼】は、＜患児としての子ども＞＜サポート源としての家族＞＜医療者としてのチーム＞＜医療者としての自己＞から見出した。病態生理や発達理論の知識に基づいて子どもを捉えたのが＜患児としての子ども＞であり、子どものサポート源として分析的に家族を捉えたのが＜サポート源としての家族＞、医療者としてあるべき姿に基づいてチームメンバーと自分自身を捉えたのが＜医療者としてのチーム＞と＜医療者としての自己＞である。つまり、【看護師の眼】とは、社会や組織から課せられた規

範や価値観、理論や専門知識に基づいて、子どもや家族、チームメンバーと自分自身を対象化し、客観的に捉える際の視点である。

(2) 私自身の眼

【私自身の眼】は、＜一人の人である子ども＞＜同志である家族＞＜同志であるチーム＞＜支えである自己＞から見出した。自分自身との関係性の中で子どもを主体的に捉えたのが＜一人の人である子ども＞であり、家族の立場に身を置いて捉えたのが＜同志である家族＞である。また、チームメンバーとの心理的距離や関係のあり様を捉えたのが＜同志であるチーム＞であり、子どもと家族からの信頼を得て、支えになり得たと捉えたのが＜支えである自己＞である。つまり、【私自身の眼】は、看護師が自分自身との関係性の中で、子どもや家族、チームメンバーを主体的に捉える際の視点であるといえる。

3) 実践の指針

子どものターミナルケアにおける看護師の実践の指針には、【看護師として関わる】と【私自身として関わる】が含まれていた。前者には【看護師の眼】が対応しており、後者には【私自身の眼】が対応していた。

(1) 看護師として関わる

【看護師として関わる】は、【看護師の眼】で子どもや家族を対象化して捉え、社会や組織から課せられた規範や価

値観、専門知識に基づいて関わる実践のことであり、全対象者のデータから見出された。これには、＜マニュアル通りに実施する原則的方法＞と＜規範を重視し慣行に安住する＞の二つの側面があった。このうち＜マニュアル通りに実施する原則的方法＞の例として、ID10を示し、＜規範を重視し慣行に安住する＞の例として、ID 7を示す。

【ID10】

ターミナルっていうのは初めてだったんですね。で、あたし、もう、何をしたらいいかわからないし、何もできないし、で、その当時の病棟、すごく忙しくて、「あたしに何ができるんだろう？」って、日々その思いで。もうとりあえず、「この薬を交換しないと…」とか、もうそっちばかり、ですかねえ。なんか、そのバイタル的なこととか、処置ばかりにしか、眼がいかなかったっていうか。

【ID 7】

（入院してくるときには、家族と主治医とが子どもの予後について合意して）…入院してきてからのことしか知らない私達は、そういう風に主治医の先生が言われるので、なんかその話をそこからあんまり疑わなかったというか、ご家族に、そんなことをね、確認していいものやらどうやら、そこがわからなくて…なんとなく暗黙の了解でスタートしたっていうか…。(子どもの予後に対する家族の) 本当の胸の内みたいなのは、訊いたことがなかったなあって思うんですよ。

(2) 私自身として関わる

【私自身として関わる】は、【私自身の眼】で子どもや家族を主体的に捉えて個別のニーズを見出し、それを尊重しながら関わる実践のことである。この実践を示すデータは、今回少なく、細分化はできなかった。

【ID 6】

すごくなんかお風呂が好きで、もう心不全で胸水、腹水、ばんばんだったんですよ。で、最初はちょっとお風呂はどうか？って感じだったんですけど、足浴した時に「気持ちいい」と言われ、じゃ、お風呂に入ろうかって言う話しになって、お母さんと看護婦一人が付いて、十分(子どもの)調子をみながら、昼間にお風呂に入ったんです。それは時間作ることとか、状態のこととか、スタッフの中では大変ではあったんだけど、すごい本人が喜んで、お母さんもうれしそうで、すごい楽しみにして、(子どもが)「気持ちいい」って感じがするんで、すごい(看護師も)楽しみでした。

3. 『実践の指針』のための条件

1) 【私自身として関わる】の条件

子どものターミナルケアの『実践の指針』は、『臨床状況』4領域の8つの側面のうち、看護師がどの側面を認識するかによって決定されていた。＜支えである自己＞＜一人の人である子ども＞＜同志である家族＞＜同志である

チーム＞を認識し、自分自身の関係性の中で子どもや家族とチームメンバーを主体的に捉えられた場合は、子どもや家族の個別のニーズを尊重しながら関わろうとする【私自身として関わる】になることが語られていた。

【ID 3】

その子は、何回か入退院を繰り返して、他の人(病棟スタッフ)は、知らない人もいたんですけど、私は以前から知っていて…。すごい優しい子でしたね。その子のお母さんは離婚してて、お母さん一人が稼ぎ手なので、週一回しか面会が無いので寂しいけど、弱音は吐かないんです。でも、こっち(看護師)には甘えてきますよね。(対象者と子どもの)歳も近いし、言いやすいっていうので…。会話とか、音楽の話とか合うし、そのとき、そういうのをほんとに求めてきたので、それは感じましたね。情がわいたんですかねえ…。私自身も、その子とそう歳が変わらない弟がいるんで…。今考えたら、ちょっと良かったのかなあと思うんですけど、自分の休みの日とかも気になって、その子の好きなバンドのライブのビデオを持っていった一緒に見たりとか…。他の人(他のスタッフ)はね、多分いい気はしなかったと思うんですけど…。多分そういうのはちょっと、タブーなんです、結構この病院自体が。でも、師長さんが「(冗談で)お姉さんですか？どうぞ。」とあって病室に入れてくれて…。あたしが逆の立場でも「あの人、やりすぎ違うかな」って(苦笑)感じるんですけど。でも、今では後悔はしてないんです。あの時が(子どもにとって)ビデオなんか見れた最期のチャンスだった。あれを逃すとほんとに、そんなビデオなんか見れないような、もう見る気がしないような状態に、どんどんなっていたので。あのときは喜んで、一緒に見れたんで…。…その子と一対一で、深い気持をお互いに持ちながらターミナルを経験したのは、やっぱり少ない経験じゃないのかなって思って…ほんとに何て言ったらいいんでしょう…接した！っていう、良かった…っていうのは…。

2) 【看護師として関わる】の条件

＜支えである自己＞＜一人の人である子ども＞＜同志である家族＞を認識し、子どもや家族との関係性の中で、彼らの個別のニーズを大事にしようとしても、チームメンバーとの関係形成が不十分で、【チームの状況】を＜医療者としてのチーム＞として認識した場合には、医療者としての規範や価値観、専門知識に基づいて関わろうとする【看護師として関わる】となることが語られていた。

【ID 5】

大人から、子どもをただ遊ばせるっていう気持ちじゃ無く、おんなじように話し…会話っていうか、ゲームしてもお風呂で遊んでも、同じ視点で、気持ちで過ごそうって、ずっと思って…。そういう気持ちが、だから通じ合えたっていうか、表情とかしくどとか、ちょっとしたことで、“もうこのままではイライラするな”とか、向こう(子ども)が要求することが早めにわかって対処…しようと心掛けていたと思います。やっぱり、基本的に子ども

が好きだから。(中略)お母さんが面会に来られたときにも、出来るだけ、この子が今日、こういうことをして笑ってくれたとか、お風呂でこういうことをして遊んだんですとか、お母さんが知らないところの場面とかを伝えたりしてました。基本的には、お母さん達は、家に連れて帰りたいっていうのがすごくあって、でも、外泊なんかはできないから、病院にいるときは、遠くからこう、危なくない程度でというか、見守りながら、家族だけで普通に会話できる時間とかが出来るだけとれるようにしてましたね。子どもの医療方針や予後について直接、医師と話し合ったっていうのは無かったと思うんです。なんか、先生も、(看護師より)まず家族に話するっていうので、そこに看護師が同席するようにはしましたけど…。どっちかっていうと、先生が主体で、その先生の出した指示とかによって、私たちがそれに向けて看護していったってゆうか…。それで、体重測定をねえ、(医師の指示で)毎日しないといけないうです。 (腹水貯留による) あんな大きなお腹でね、立つのもしんどいんですけど…ラインも一杯ついてるしね、それをねえ、させるのが…。でもその体重の増減とか、排尿の状態で判断しないといけないうから、毎日しないといけなかったんですけど…それがねえ、可愛そうっていうか…。“ほんまにこんな毎日しないといけないうかなあ？”ってゆうのがありましたね。こっちもその押し通せないし、でもしないといけないうし…というところでなんか…。

また、＜医療者としての自己＞＜患児としての子ども＞＜サポート源としての家族＞を認識し、子どもや家族を対象化して捉えた場合には、【チームの状況】をどう認識するかによっては影響されず、医療者としての規範や価値観、専門知識に基づいて関わろうとする【看護師として関わる】となることが語られていた。

【ID 4】

ずっと、ま、どっちかってゆったら、外科の、元気になる、帰っていく子だけを私は見ていたので、そうゆう子ばかりと接してたから、亡くなったっていうのは、直接直面したことは無かったし、深く関わったことが無かったので…。重症仮死から感染で敗血症を起こして、ずっとレスピレーターを装着してましたし、この子にとっていいものは何かっていうのを考えながらはしてたんですけど、「よくはならないだろう」ってことを先生もおっしゃってたので、どこまでこちらがアプローチをしていいんだろうっていうことを私は悩んで…。お母さん自身、この子を産んだ時にすごく出血があって、子宮も摘出してたのと、お子さんがこういう形で生まれてきてしまっことで、当時から精神的にもすごく不安定で…。この子が、すごい重症感染っていうことで、危険な状態っていうことは、ご両親にお話しはされていたんですけど、亡くなるまでの期間ですよ、(ご両親に対して)お話し…とか、したらいいいのかもわからなかったから、ほんとに傍に行くのも…辛かったし、ほんとに何をしたらいいのか…。ほんとに何にも反応が無い子だったので、こっちにね、全部委ねなくちゃ、

いけないじゃないですか？だから、“本当はもっとこうして欲しいのに”とかあるんじゃないか？とか、看護婦としての考えよりもあたし自身の私的な感情が強かったのかなあって…。(看護師としての考えは)技術とか、そういうの、習ってきますよね？私達って。だから、そういうことだけに眼を向けたら、やっぱり体位交換とか吸引とか、そういうアプローチって大切なことだと思って思うんですよ…。こういう風に機器を付けていないと生きられないのに…っていう思いがあったんですよ。彼を担当するときは…。それに、あんまり、こう、感情だけで動いてしまうと、やっぱり、一応看護婦…ってゆうか仕事…。なんてゆったらいいんでしょう？んーやっぱり患者さんに対して、根拠持って、治療の一環として、看護ケアってしてゆかなくっちゃいけないから、“可愛そう”とか、“今こうして幸せなのかなあ”ってゆう、そうゆう思いだけで動いてしまうのはいけない…なんてゆうのは分かってたんですけど…。ケアをするにつれ、私自身、ほんとにこの子にとって、こういうことをしてあげて幸せなのかな？とか、ほんとに良かったんだろうかな？っていうところなんですよ。

VI. 考 察

今回、子どものターミナルケアの状況を、看護師自身の視点からプロセスとして捉えて調査した結果、その様相は個々の看護師によって異なるものであった。例えば、関係を親密化し、子どもや家族の状況に共感して主体的な判断をしていても、同僚や医師との関係が影響して、子どもや家族の個別のニーズを尊重した実践が行えなくなる場合もあれば、看護師自身の価値観の影響で、関係の形成や共感すること自体が困難になっている場合もあった。

本稿では、導き出された結果を踏まえて、ターミナル期の子どもに関わる看護師の主体的な判断や個別のニーズを尊重した実践が生み出されるためには何が必要なのか、その影響要因を考察し、看護師の対応力を深める一助にしたいと考える。

1. 子どものターミナルケアに影響する要因

1) チームメンバーとの関係

子どもや家族との関係を成立し、彼らの立場で状況を理解し共感することができていても、それだけでは彼らの個別性を尊重した主体的な実践にはつながらず、チームメンバーである同僚や上司、医師との関係のあり方が影響すると思われた。

(1) 同僚や上司との関係

ID 3の対象者は当初、“他の人(スタッフ)はね、多分いい気はしなかったと思うんですけど…。多分そういうのはちょっとタブーなんですよ、この病院自体が。”と語っており、子どもを主体的に捉えて関わっていく自分自身の姿勢を、同僚や病院の規範や価値観に基づいて否定的

に解釈していた。しかし、師長の支持により、そのような社会や組織の規範や価値観に依存することなく実践できた結果、子どものニーズを満たすことができ、充足感を抱いている。彼女は、この事例におけるチームの状況について“看護の中でポイントが合い、相談できる人”や“ターミナルケアの中で同じところに心が向いている人”と語っていることから、チームメンバーからの自分自身への情緒的な支援を認知していると思われる。柿川は、ターミナルケアを行なう際にはチームワーク作りとケア提供者相互のサポートの受け入れが必要であることを示唆している¹⁸⁾。つまり、チームメンバーとの関係のあり方は、子どもや家族に共感して彼らの個性を尊重した実践を思い描くだけにとどまらず、それを行動に移そうとする際の原動力になると思われる。

(2) 医師との関係

ID 5 の対象者は、子どもと家族との関係を成立させ、主体的に捉えることで彼らのニーズを敏感に察知していたが、“主治医の方針に反することはできない”という規範により、医師の指示に基づいて実践したと考えられる。その結果、自分自身が思い描いていた子どもにとってより良い姿と、医師の指示を忠実に遂行した結果としての子どもの現状とが乖離しているのを認知し、自分自身の実践に対し罪悪感を抱いていると思われる。また、彼女は、語りの中にもあるように、医師が医療方針の主導権を握る状況の中で、彼らとディスカッションする機会の無いままターミナルケアを実践していたと考えられる。Davis は、看護師と医師とのオープンなコミュニケーションが、子どもや家族に最適のケアを提供するための職場環境を作り上げ、また、ターミナルケアの中で生じた看護師の困難が軽減されると示唆している¹⁹⁾。こうしたことから、看護師－医師間の関係のあり方は、看護師が主体的に実践できるかどうかに影響する要因であると思われる。

2) 看護師の価値観

ターミナル期には、子どもと家族の残された生活を、できるだけ普通の生活に近づけるために、医学的な見解だけにとらわれない、主体的で自律的な看護師の実践が必要であるといえる。それにはまず、【私自身の眼】が意味していたように、病気を通してではなく、1 人の人間として彼らの立場に身を置いて思いを共感しようとする必要があるといえる。Benner は、熟練した仕事には、あるレベルの傾倒と巻き込まれが必要であり、巻き込まれることによって、患者に対応する資源をさらに十分引き出すことができると述べている²⁰⁾。このような患者の気持ちにより近づこうとする現象を子どものターミナルケアにおいて生じさせるためには、次のような看護師の価値観を見直す必要があると考えられた。

(1) 回復に価値をおくこと

急性期ケアに従事していた看護師は、回復のための治療が一般的であり、子どもの死に直面したり緩和ケアを行なうことを否定的に捉えていることや、死にゆく子どもをケアする中で生じる困難に対し、職務に集中することを日常的な攻略法としている看護師が存在することが報告されている²¹⁾。このことを踏まえると、ID 4 の対象者は、過去の臨床経験の中で、回復して退院するのが一般的な外科系病棟の子ども達と多く関わってきており、病気からの回復に価値を置く規範が形成されたのではないかとと思われる。そしてその価値観や規範によって、子どもを病気から救えない無力な自分自身に否定的な感情を抱いてしまい、この感情から自分自身を守るために子どもと家族に向き合えず、関係が発展させられないまま、処置的なものやマニュアル的な技術に終始するなどの職務を果たすことに集中せざるを得なくなったのではないかと考える。

(2) 感情の封印

ID 4 の対象者は、“感情だけで動いてしまうと…(中略)「可愛そう」とか、「今こうして幸せなのかなあ」ってゆう、そうゆう思いだけで動いてしまうのはいけない…”と語っているように、“看護師は感情的になってはいけない”という価値観を内在化していた。看護専門教育の中で、冷静沉着でいることや感情をコントロールすることを強調するのは、子どもの死やターミナルケアに対する否定的な感情と向き合っていこうとする看護師の姿勢を妨げるリスクとなるため、そのような教育を見直す必要があることが示唆されている²²⁾。このことから考えると、ID 4 の対象者の場合も、そのような価値観によって、ターミナル期にある1歳4ヶ月の子どもを主体的に捉えようとする自分自身の姿勢を、単なる個人的感情による価値の無いものとみなし、ターミナル期にある子どもと家族に対する主体的な判断が妨げられ、体位交換や吸引、治療の一環の看護ケアといったマニュアル通りの原則的方法を実践して、その成果に確信が持てないという否定的な感情を抱く結果になったと考える。

2. 実践への示唆

以上の結果を踏まえると、子どものターミナルケアにおいて、看護師が主体的な判断や実践を行うためには、内的な要因としては、看護師の価値観を見直すことが必要であり、外的な要因としては、チームとの関係をより良く調整することが必要であると思われる。そのためには、基礎教育と卒後教育の内容を再検討することと、ターミナルケアに関する理念や価値観をチームメンバー全員が共有出来るように医療チームでの話し合いの機会を設けることが必要である。特に医師とは、医療方針に関するコミュニケー

ションの機会を持つようにすることが重要であり、また、看護師間では、看護目標を共有するだけでなく、ターミナルケアの中で生じた感情をそれぞれの看護師が表出できるようなカンファレンスの運営を行うことが必要であると考えられる。

3. 本研究の限界と課題

この研究方法は、本来、長時間かけてデータ収集と分析とを繰り返していくことが必要であるが、研究期間の限界もあり、対象者が11名で、データの飽和を確認するまでには至っていない。しかし、このような限界はあるが、子どものターミナルケアにおける看護師の認識の一部が、本研究において明らかになったといえるであろう。今後は、看護師の属性による影響など、様々な角度から検討する必要があると考える。

VII. 結 論

研究の結果、以下の知見が得られた。

1. 子どものターミナルケアにおける看護師の認識は、8つのカテゴリーから構成されていた。それらは、看護師が捉える臨床状況である【子どもの状況】【家族の状況】【チームの状況】【自己の状況】と、臨床状況を捉える際の視点である【看護師の眼】【私自身の眼】、実践の指針とな

る【看護師として関わる】【私自身として関わる】である。2. 【看護師として関わる】とは、既存の理論や、社会から課せられた規範や価値観通りに臨床状況を解釈する【看護師の眼】に基づいて実践することを意味しており、【私自身として関わる】とは、看護師が、独自の視点から臨床状況を解釈する【私自身の眼】に基づいて実践することを意味していた。

3. 実践の指針は、臨床状況を捉える際の視点である【看護師の眼】と【私自身の眼】で、臨床状況4領域の8つの側面のうち、看護師がどの側面を認識するかによって決定されていた。

謝 辞

本研究を行うにあたり、貴重な体験を快く語って下さいました看護師の皆様、ならびに、数ヶ月にわたって研究の場を提供して下さいました看護部長はじめ、看護部の皆様、病院長に深く感謝申し上げます。そして、研究デザインから分析、論文までご指導を頂きました大阪大学大学院医学系研究科藤原千恵子教授に心より感謝申し上げます。

この研究は、平成13年度滋賀医科大学修士論文を加筆修正したものの一部です。また、データの一部は、第27回看護研究学会で発表しています。

要 旨

子どものターミナルケアにおける看護師の認識を看護師自身の視点から明らかにすることを目的とし、11名を対象としてGrounded Theory法を参考にして調査した。

その結果、『臨床状況』『臨床状況を捉える際の視点』『実践の指針』という3つの段階と、【子どもの状況】【家族の状況】【チームの状況】【自己の状況】【看護師の眼】【私自身の眼】【看護師として関わる】【私自身として関わる】の8つのカテゴリーが見出された。

子どものターミナルケアにおける看護師の『実践の指針』は、『臨床状況』の4カテゴリーに含まれる8つのサブカテゴリーのうち、看護師がどの側面を認識するかによって決定されていた。これらのプロセスを理解することは、看護管理、看護教育、小児リエゾン看護に示唆を与え、ターミナル期にある子どもと家族のQOLを向上する一助になると考える。

Abstract

In past studies on terminal care for children has revealed the great expectations of nurses by the dying children and their families. Thus, the attitude of the nurses should be directly related to the QOL of the children and their families. Of great importance is the support from the chief nurses of the wards and CNS (clinical nurse specialists). Also essential is the study of nurse attitudes and the conditions influencing their work.

The purpose of the present study was to gain an understanding of how pediatric nurse's perceptions in terminal care for dying children, and what influences them. A grounded theory approach was selected, with semi-structured interviews of 11 experienced nursing staff working in a pediatric specialty hospital. The result, the components of pediatric nurse's perceptions were 3 stages, which includes 8 categories. There were professional practice and humane practice as terminal care for dying children, and they were determined by how nurse recognizes eight categories.

Understanding these processes gives the suggestion to the nursing management, the nursing education and the pediatric liaison nursing, and the promotion to improve QOL of the dying children and their families.

VIII. 文 献

- 1) 小澤美和, 細谷亮太: 白血病治療中のトータルケアのポイントーターミナルケア, 小児看護, 20(3), 362-366, 1997.
- 2) Mirtinson, I. M., Yi-Hua, L.: The Reaction of Chinese Children Who Have Cancer, Pediatric Nursing, 18(4), 345-351, 1992.
- 3) 宮本 圭: 子どもはどのように病气や治療を捉えているか, 日本小児看護研究学会誌, 3(2), 74-79, 1994.
- 4) 田原幸子, 本間照子, 他: 母親が体験したターミナルケアの実態ー入院生活環境, 死の予告・生命維持に関する母親の反応を中心に, 日本小児看護研究学会誌, 3(2), 63-73, 1994.
- 5) 田原幸子, 高橋 泉, 他: 母親が体験した小児のターミナルケアの実態 第2報ー子どもの苦痛と対処行動ー子ども・母親・看護婦関係, 看護婦・医師の対応, 母親の期待を中心に, 日本小児看護研究学会誌, 4(2), 69-76, 1995.
- 6) Hinds, P. S., Quargnenti, A. G. et al.: A comparison of the stress-response sequence in new and experienced pediatric oncology nurses, Cancer Nursing, 17(1), 61-71, 1994.
- 7) 中島光恵: 倫理的葛藤のある場面における小児癌専門看護婦の役割と看護実践に影響を与える因子ー3人の米国小児癌専門看護婦の面接より, 千葉大学看護学部紀要, 15, 139-143, 1993.
- 8) 山本智恵: ターミナル期の子どもをもつ家族への看護ケア, 小児看護, 23(12), 1646-1654, 2000.
- 9) 戈木クレイビル滋子, 渡会丹和子, 他: 「よい看取り」の演出ーターミナル期の子どもを持つ家族へのナースの働きかけ, 日本看護科学会誌, 20(3), 69-79, 2000.
- 10) 鈴木千衣: 小児がん患者ー看護婦関係における看護婦の心理的な距離感の構成因子と意味, 看護研究, 31(2), 179-188, 1998.
- 11) Davis, B., Clarke, D. et al: Caring for Dying Children - Nurses' Experiences, Pediatric Nursing, 22(6), 500-507, 1996.
- 12) 塩田律子, 田原幸子, 他: 小児のターミナルケアに関する研究ー看護婦の役割意識とその実践, 日本小児看護研究学会誌, 3(2), 53-62, 1994.
- 13) 塩田律子, 田原幸子, 他: 小児のターミナルケアに関する研究 第2報ー看護婦の実践に影響を与えるもの, 日本小児看護研究学会誌, 4(2), 77-85, 1995.
- 14) Benner, P. (1984) 井部俊子, 井村真澄, 他訳: ベナー看護論ー達人ナースの卓越性とパワー, 10-27, 医学書院, 東京, 1992.
- 15) Strauss, A., & Corbin, J. (1990) 南裕子監訳: 質的研究の基礎ーグラウンデッド・セオリーの技法と手順, 医学書院, 東京, 1999.
- 16) 前掲15).
- 17) Leininger, M. M. (1985) 近藤潤子, 伊藤和弘監訳: 看護における質的研究, 187-190, 医学書院, 東京, 1997.
- 18) 柿川房子, 水主いづみ: 終末期の看護教育, 臨床看護, 24(14), 2207-2211, 1998.
- 19) 前掲11).
- 20) 前掲14).
- 21) 前掲11).
- 22) 前掲11).

〔平成15年6月5日受付〕
〔平成16年4月8日採用決定〕

手術室に勤務する外回り看護師の専門職的自律性と看護実践

The Development of the Professional Autonomy and the Nursing Practice in the
Circulating Nurses at the Operating Room

中 村 恵¹⁾
Megumi Nakamura

長谷部 佳 子²⁾
Yoshiko Hasebe

平 井 さよ子²⁾
Sayoko Hirai

森 田 チエコ²⁾
Chieko Morita

キーワード：手術看護，専門性，自律性，看護実践，看護経験
operative nursing, specialty, professional autonomy, nursing practice, years of nursing experience

はじめに

医療に関する近年の動向として、1999年の患者取り違え事件での判決¹⁾が示すように、看護師にも独自の責任が問われるようになったことが挙げられる。このことは、つまり看護師の専門職としての自律性²⁾が求められていることに他ならない。自律性は専門職の要件の一つであり、職業的な実践活動において専門的な知識、技術を持たない他者の介入を許さないことを意味³⁾し、仕事の内容と条件に対する統制権を示す⁴⁾ものである。

看護職の自律性に関しては、評価尺度の開発を目的とした研究⁵⁻⁷⁾や、開発された評価尺度を用いて勤務領域を比較した研究⁸⁻¹²⁾など様々な報告がある。いずれの研究⁹⁻¹²⁾も、看護基礎教育や看護経験年数との関与を示唆している。病棟の看護師を対象にした研究では、NICUやICUに比較すると産科病棟の看護師が高いという報告¹⁰⁾もあれば、病棟や外来よりもICUや手術室の看護師の自律性が高かったとする菊池ら⁸⁾の報告もある。この菊池ら⁵⁾によると、病棟の看護師の自律性は「認知能力」「具体的判断能力」「抽象的判断能力」「自立的判断能力」「実践能力」を意味する5因子構造を示したとされる。しかし、手術領域における自律性の構造は検討されておらず、手術看護の専門性に焦点をあてた研究すら乏しい¹³⁾状況にある。こうした事情が、手術看護の専門性に関して、患者のみならず、時として医療者間でのコンセンサスすら十分に得られない現状^{14, 15)}を生じているのではないかと考えられた。

手術室の看護師が行う看護実践は、「手術を受ける患者および家族の術前評価をすることと、術後にケアの評価をすることが専門家として求められる」¹⁶⁾とあるように、手術室内での活動に留まるものではない。手術室における看護実践と病棟における看護実践は本質的には同等であり、

周手術期看護の専門性や看護師に求められる自律性の構造についても明らかにされ、その発達を探究する必要がある。それにはまず、手術看護師個々の自律性および手術室におけるケアの現状を明らかにすることが必要と考える。

そこで、手術室に勤務し、外回り業務を担う看護師の役割に焦点を当てて、調査を実施することとした。

1. 研究目的および用語の定義

1. 目的

- 1) 手術室に勤務する看護師の専門職的自律性の構造について、病棟の看護師の場合と比較する。
- 2) 外回り業務における手術看護の専門性に関して、看護師の視点を明らかにする。
- 3) 専門職的自律性と看護実践内容の関連性、および、手術看護経験年数ごとの専門職的自律性と看護実践内容の特徴について検討する。

2. 用語の定義

- 1) 専門職的自律性とは、看護師が職務を遂行する過程において発揮される力量であり、状況の認知能力、判断能力、実践能力から構成される。認知能力とは、患者の現状を正確に認識して理解する力量を指す。判断能力は、患者の訴えや症状、心理状態などからその対処方法を的確に判断し、看護を組み立てられる力量を指す。実践能力とは、判断した看護を主体的かつ的確に遂行する力量を指す。この一連の定義は菊池ら⁵⁾に倣った。
- 2) 手術患者への看護実践とは、外回り業務に就いた看護師が、手術を受ける患者に対して行う看護活動全般を指す。

1) 長野県看護大学 Nagano College of Nursing

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

3. 本研究の枠組み

手術看護師の看護職としての自律性は、手術を受ける患者への看護の実践と手術室における専門的教育により形成され、手術を受ける患者への看護実践は看護師個人の自律性と手術室における専門的教育に基づいて実施される。この自律性と看護実践には手術領域での専門的教育が関与し、手術看護経験年数によって変化するものとみなした。

II. 研究方法

1. 対象

本調査では、手術室に勤務する看護師で通算看護経験年数が3年目以上の者を対象とした。その理由は、自律した行動が獲得される時期が一般に3年目以降と考えられていることによる。日本手術看護学会に所属する会員が約5,000名であることを踏まえ、目標の対象数はその10%に相当する500名とした。そのため、調査対象施設の選出基準を500床以上の総合病院に定め、日本手術看護学会役員施設（全46施設）のうち、調査に対する協力が得られた38施設中24施設に絞り込みを行った。

2. 調査方法

調査には無記名自記式の質問紙を用いた。各施設の看護部を通じて調査票を配布し、2～3週間の留め置きを経て郵送により回収した。調査に際しては、研究の趣旨と統計処理に際して個人情報保護されることを書面で説明し、回答者各個人の自発的な同意を得るように配慮した。調査票記入後は各自で封筒を厳封の上、所定の回収用封筒への投入を促した。調査は2002年8月7日～30日に実施した。

3. 調査項目

1) 基本的属性

属性の内容は、看護教育歴や看護経験年数、手術看護経験年数および自主的活動状況（学会加入や学会・研修会などへの参加状況、専門雑誌の購読など）とした。

2) 専門職的自律性

専門職的自律性は、前述の菊池・原田⁵⁾が開発した評価尺度を用いることとし、評定も「かなりそう思う」から「全くそう思わない」までの5段階評価と得点化（5～1点）をそのまま採用した。

3) 看護実践度

(1) 調査票作成過程

本研究は患者ケアに直接携わる外回り看護師の看護実践に焦点をあてていることから、看護実践度に関しては著者らの実務経験を踏まえて、まず内容を独自に項目立てした。その上で、看護師の技能や看護ケアの質に関する先行研究¹⁷⁻¹⁹⁾、およびベナー²⁰⁾の提唱

する7つの看護実践領域や、日本手術看護学会発行の「手術看護基準」²¹⁾に基づき、術前・術中・術後の看護過程に従い50項目の質問を作成した。

回答の選択肢については、「常に実施している（5点）」から「全く実施していない（1点）」の5段階で自己評価を促した。そして、全項目を得点化したものを実施度とした。

(2) 予備的検討

調査票の検討は3回実施した。初回は看護師長を含む手術看護経験10年以上の看護師5名を対象とし、回答の難易性を評価した。その上で、新たに27名の看護師に対して回答を促し、質問の文章表現を是正した。さらに別の53名に対して調査を実施し、回答の傾向を統計的に把握した後に、回答に重複や偏りが生じた質問を削除した。この過程で、質問項目を50項目から45項目に整理した。

3. 分析方法

専門職的自律性および看護実践度はいずれも複数の下位概念が存在するため、因子構造を明らかにする目的で、最初に因子分析（主因子法、バリマックス回転）を行った。専門職的自律性と看護実践度の各因子間の相関については、ピアソンの積率相関係数を有意水準5%の両側検定で求めた。次に、因子分析によって抽出された専門職的自律性および看護実践度の項目について、手術看護経験年数で層別化した主成分分析を行った。層別は、1～2年目、3～4年目、5～7年目、8～10年目、11年目以上の5群とした。最後に、専門職的自律性と看護実践度のそれぞれの得点に関してANOVAによる群間比較を試みた。多重比較はTukey法で行い、統計ソフトはSPSS 11.0 J for Windowsを使用した。

III. 結 果

1. 対象施設の概要

本調査への協力を得た24施設606名の看護師に対して調査票を送付し、562名の回答を得た（回収率92.7%）。解析に際して、主要な項目に記入漏れが多い53名を除外したため、解析対象は492名（23施設）となり有効回答率は87.5%であった。なお、対象施設の平均病床数は918.5±314.3床（500～1490床）であり、平均手術室数は14.0±4.2室（6～21室）、平均手術件数は24.4±10.7件/日（7～45件/日）、勤務する平均看護師数は40.7±17.7名（16～85名）であった。勤務体制は交替制が62.6%、日勤を基本体制とする施設が37.4%を占め、患者訪問を実施している割合は79.2%を占めた。総病床数と手術室数、手術件数、および看護師数は、設置主体（国立8施設、公的医療機関

7施設、社会保険関係団体2施設、その他6施設)で有意に異なり、勤務体制にも有意な違いを認めた($P<0.05$)。

2. 対象者の概要

解析対象は女性464名(94.3%)、男性28名(5.7%)で構成されており、その平均年齢は 31.0 ± 7.0 歳、平均看護経験年数は 9.6 ± 6.4 年であった。手術看護経験年数については1年目から30年目までの幅があり、平均は 5.8 ± 4.1 年であった。手術室勤務3～4年目の看護師の57.9%は卒業と同時に手術室に配属されていた。一方、1～2年目の看護師のうち41.1%は、手術室以外での看護経験を既に5～7年有していた。なお、手術看護経験年数と設置主体との関連は認められなかった。

看護教育歴は看護専門学校3年課程卒業者が半数を占め、専門学校卒業者と短大・大学卒業者の2群に分類すると、専門学校卒業者は342名(69.5%)、短大・大学卒業者150名(30.5%)となった。

自主的活動状況は、学会や研修会への参加に関して293名(59.6%)が「参加している」と回答し、「参加していない」者は184名(38.4%)、無回答15名(3.0%)であった。専門雑誌に関しては、228名(46.3%)が購読しており、購読したことがないものが261名(53.0%)を占めた。

3. 因子分析

(1) 専門職的自律性尺度の構造

固有値1.0以上、因子負荷量0.4以上、かつ累積寄与率50%以上を抽出基準としたところ、累積寄与率54.0%で37項目5因子を抽出した(表1)。抽出された項目の属性は、菊池・原田ら⁵⁾の報告と異なったため、負荷量と意味内容から新たに命名を行った。

第1因子には病態と検査結果の照合、病態の変化や将来的な問題の予測に基づいた看護方法の選択、および、研究などの最新の情報を活用しながら看護方法を吟味する行動が含まれた。したがって、「情報および知識の統合能力」とし、第2因子は患者の急変に関する内容であるため、「緊急時の対応能力」と命名した。第3因子は患者のニーズや行動を読みとろうとする姿勢であるため、「対象のニーズに対する認知能力」、第4因子は患者の訴えがなくても何をなすべきか分かるといった「独自の状況判断能力」、第5因子は治療が患者の心身に及ぼす影響を思考しているため、「手術の影響に対する予測能力」とした。

(2) 看護実践度の構造

因子抽出基準を固有値1.0以上、因子負荷量0.4以上、累積寄与率50%以上に定めた結果、累積寄与率50.8%で32項目6因子を抽出した(表2)。第1因子は病状悪化

の発見に向けた観察や記録、病棟や回復室での情報収集および情報提供活動であるため、「患者の安全性の保証」と命名した。第2因子は術前訪問を通じた患者への情報提供が内容の多くを占めるため、「患者の術前の関心に向けた心理支援」、第3因子はカンファレンス等での事例検討から得た知識やケア方法の活用を表すため、「ケア実践の評価と活用」とした。第4因子は、患者の術前基本情報(呼吸・睡眠・栄養など)や個人習慣、社会的役割を術中計画に反映させていることから「個別性を踏まえたケア計画の立案」、第5因子は外科医や麻酔医、また、看護師同士での情報交換を主体的に行う行動を表しているため「チームを意識した情報共有と活用」、第6因子が患者の希望を取り入れたケア計画の立案と、状況に応じた計画の変更・修正を含むため、「患者を主体としたケア実践」となった。

4. 相関係数

専門職的自律性の5因子と看護実践度の6因子に関して、因子を構成する項目間の相関をみると、看護実践度の「患者の安全性の保証」と「患者を主体としたケア実践」は、専門職的自律性の5因子いずれとも正相関を認めた($0.32\sim 0.49$; $0.24\sim 0.37$, $P<0.01$)。「チームを意識した情報共有と活用」や「個別性を踏まえたケア計画の立案」、および「患者の術前の関心に向けた心理支援」と自律性5因子の相関においては、その係数はやや小さかった($0.14\sim 0.30$, $0.17\sim 0.27$, $0.11\sim 0.19$; $P<0.01$)。

5. 層別による主成分分析

抽出基準を固有値1.0以上、累積寄与率を60%以上として、手術看護経験年数で層化した主成分分析を行った(表3)。第1主成分として「情報および知識の統合能力」「緊急時の対応能力」「患者の安全性の保証」の因子がどの群でも比較的高い負荷量を示した。経験年数1～2年目と3～4年目では、上記3因子の他に「患者を主体としたケア実践」にも強い負荷量を示した。5～7年目と8～10年目は「対象のニーズに対する認知能力」に対しても強い負荷量を示し、11年目以上では、「手術の影響に対する予測能力」「患者の術前の関心に向けた心理支援」に強い負荷量を示した。

第2主成分と第3主成分については、1～2年目が第2主成分に「患者の術前の関心に向けた心理支援」、第3主成分に「独自の状況判断能力」に強い負荷量を示す一方で、「ケア実践の評価と活用」「チームを意識した情報共有と活用」に高い負荷量を示した。3～4年目は、第2主成分で「患者の術前の関心に向けた心理支援」「ケア実践の評価と活用」「個別性を踏まえたケア計画の立案」、第

表1 専門職的自律性尺度の因子分析

(N = 473)

項目 ^a (全体 $\alpha^b=0.96$)	抽出因子					共通性
	I	II	III	IV	V	
I : 情報および知識の統合能力 (12項目 $\alpha^b=0.93$)						
39 私は患者の変化 (結果) を予想して看護を選択することができる	0.69	0.26	0.18	0.13	0.24	0.64
38 私は将来起こるであろう問題に向けて看護方法を選択できる	0.69	0.20	0.24	0.01	0.16	0.59
42 私は患者の症状や検査結果を総合して適切な看護方法を選択できる	0.67	0.26	0.16	0.15	0.20	0.61
37 私は看護研究の結果など最新の情報を活用し看護を決定できる	0.66	0.24	0.28	0.00	0.01	0.57
40 私は十分な情報がなくても現在の状況から適切な看護を推測できる	0.62	0.25	0.17	0.14	0.22	0.55
35 私はカンファレンスで患者の問題を主体的に提供することができる	0.60	0.28	0.27	0.01	0.12	0.53
36 私は看護モデルを用いて看護方法を決定することができる	0.60	0.27	0.23	0.00	-0.01	0.48
29 私は患者の多くの情報から必要な看護を選択することができる	0.57	0.29	0.21	0.20	0.26	0.56
33 私は患者の多くの問題の中から最も優先すべき問題を選択できる	0.55	0.35	0.20	0.18	0.23	0.55
30 私は患者の心理的変化 (不安, 怒り, 焦りなど) に応じて看護方法を変更できる	0.54	0.29	0.28	0.28	0.24	0.59
41 私は立案した看護計画はいつもスタッフの承認が得られる	0.53	0.18	0.17	0.24	0.11	0.41
31 私は患者のニーズに一致した看護を選択することができる	0.50	0.28	0.33	0.21	0.21	0.52
II : 緊急時の対応能力 (9項目 $\alpha^b=0.91$)						
15 私は緊急時にも落ち着いて看護を行うことができる	0.29	0.75	0.18	0.14	0.01	0.71
17 私は手際よく看護ができる	0.30	0.74	0.17	0.01	0.12	0.69
16 私は患者の急激な生理的変化 (吐血, 意識消失など) に対応することができる	0.35	0.66	0.20	0.13	0.15	0.63
18 私は患者が落ち着いて看護を受けられるよう常に配慮ができる	0.37	0.56	0.20	0.22	0.11	0.55
14 私は看護に必要な情報を直ぐに集めることができる	0.34	0.56	0.26	0.13	0.23	0.57
19 私は患者の突然の求めにも躊躇せずに応じることができる	0.41	0.53	0.22	0.22	0.01	0.43
24 私は看護の際に必要な物品を過不足なく準備できる	0.38	0.48	0.01	0.21	0.01	0.46
13 私は患者の検査結果と症状との関連を理解することができる	0.30	0.44	0.23	0.16	0.31	0.46
12 私は患者の意識レベルの変化を正確に把握することができる	0.31	0.43	0.32	0.16	0.31	0.50
III : 対象のニーズに対する認知能力 (8項目 $\alpha^b=0.87$)						
6 私は患者の言動から性格や生活習慣を読み取ることができる	0.19	0.13	0.68	0.00	0.01	0.52
5 私は患者の価値観を十分に理解することができる	0.17	0.13	0.66	0.00	0.18	0.52
8 私はこれまでの経過から患者の今後の行動を予測することができる	0.30	0.17	0.65	0.00	0.17	0.57
10 私は患者の言動と感情の不一致を理解することができる	0.18	0.14	0.60	0.18	0.17	0.47
4 私は患者が内心抱えている不安を状況から推測することができる	0.01	0.23	0.58	0.14	0.33	0.53
9 私は患者のニーズに直ぐに気づくことができる	0.34	0.29	0.57	0.12	0.01	0.55
7 私は患者の心理的問題を患者から直接聞き出すことができる	0.33	0.16	0.57	0.00	0.00	0.46
11 私は患者の言動に共感的理解を示すことができる	0.18	0.00	0.47	0.26	0.17	0.35
IV : 独自の状況判断能力 (5項目 $\alpha^b=0.84$)						
44 私は患者の言動に惑わされて適切な看護方法を選択できない	0.01	0.11	0.15	0.74	0.00	0.59
47 私は患者の訴えがないと何を看護すべきかわからない	0.13	0.12	0.00	0.71	0.12	0.56
45 私は他者の助言を受けなければ看護方法を選択することができない	0.19	0.25	0.00	0.70	0.01	0.60
46 私は患者の意志を尊重せずに看護方法を選択してしまう	0.11	0.11	0.00	0.68	0.10	0.50
43 私は患者が心情を表現してこないと精神的援助を計画できない	0.00	0.00	0.17	0.59	0.00	0.38
V : 手術の影響に対する予測能力 (3項目 $\alpha^b=0.80$)						
3 私は治療が患者に及ぼす身体的影響を予測することができる	0.28	0.20	0.28	0.17	0.65	0.64
1 私は治療が患者に及ぼす心理的影響を予測することができる	0.25	0.12	0.31	0.11	0.57	0.51
2 私は患者に将来起こるであろう危機を予測することができる	0.26	0.25	0.32	0.01	0.54	0.53
固有値	6.14	4.38	4.29	3.11	2.05	
寄与率 (%)	16.61	11.83	11.59	8.40	5.55	
累積寄与率 (%)	16.61	28.44	40.03	48.43	53.98	

a : 全47項目を使用し, 因子分析の結果37項目で構成された b : Cronbachの α 係数

表2 看護実践度の因子分析

(N = 445)

項目 ^a (全体 ^a ^b = 0.91)	抽出因子						共通性
	I	II	III	IV	V	VI	
I : 患者の安全性の保証 (13項目 ^a ^b = 0.88)							
30 看護判断から患者の異常を予測した場合には医師と確認している	0.68	0.03	0.06	0.01	0.07	- 0.02	0.47
32 担当看護師の責任においてケアの結果を記載している	0.66	0.09	0.08	0.20	- 0.05	0.04	0.49
28 手術状況の変化によってスタッフに協力依頼をしてケアを効果的にすすめている	0.66	0.03	0.09	0.08	0.12	0.05	0.46
34 病棟や回復室に活用できる術中情報を提供している	0.65	0.03	0.09	0.09	0.12	0.05	0.46
17 感染防止を厳密にすることで手術環境の保持に注意している	0.60	0.07	- 0.03	- 0.02	0.01	0.09	0.38
31 術後、患者の訴えや反応から問題を判断してケアしている	0.59	0.11	0.16	0.08	0.09	0.01	0.41
26 麻酔医や術者と患者情報を共有しケアを修正している	0.56	0.07	0.19	0.14	0.29	0.10	0.47
22 担当看護師間で共通の問題意識を持ち、術中ケアをしている	0.56	0.09	0.16	- 0.14	0.12	0.36	0.51
15 ICUや病棟看護師に術後患者の術中ケアを申し送り、ケアを継続している	0.55	0.11	0.01	0.23	0.14	0.18	0.42
29 手術の進行に応じて、輸血部・放射線科など他部門との迅速な連携をとっている	0.54	0.04	0.06	- 0.06	0.08	0.03	0.31
33 移送時の工夫をして、創部や術後の苦痛への個別的なケアを提供している	0.51	- 0.01	0.32	0.15	0.04	0.09	0.40
21 術中治療やケアに対する患者の意思決定が必要な場面で代弁者となっている	0.49	0.13	0.15	- 0.04	0.04	0.28	0.36
11 患者情報からメンバーと過不足ない手術準備と適切な点検をしている	0.49	0.16	0.04	0.05	0.18	0.32	0.41
II : 患者の術前の関心に向けた心理支援 (5項目 ^a ^b = 0.90)							
2 術前訪問時、患者の手術について知りたい情報を確認して提供している	0.08	0.92	0.10	0.05	- 0.01	0.08	0.78
1 術前訪問時、患者の手術に対する不安の原因を考えて対処している	0.12	0.85	0.14	0.12	- 0.04	0.05	0.88
3 術前訪問時、家族の不安や知りたい情報について確認し提供している	0.08	0.84	0.18	0.05	0.05	0.11	0.76
4 術前訪問時、看護者の自己紹介をして術中ケアの全責任を担うことを伝えている	0.09	0.78	0.05	0.12	0.08	0.08	0.64
5 術前訪問時、病棟で行う深呼吸や咳嗽方法など術前訓練の有効性を確認している	0.05	0.50	0.33	0.24	0.00	0.07	0.42
III : ケア実践の評価と活用 (7項目 ^a ^b = 0.84)							
40 患者ケアの結果を手術室の学習会などで事例検討している	0.10	0.03	0.72	0.15	0.08	0.08	0.57
42 カンファレンスや事例検討の結果を患者・家族の指導や教育に活用している	0.06	0.13	0.69	0.10	0.02	0.13	0.52
41 定例カンファレンス等で事例についての最新の専門的知識・ケア方法の確認をしている	0.14	- 0.13	0.66	0.14	0.07	0.09	0.49
39 病棟看護師などから間接的に術中患者ケアの評価を受けている	0.10	0.16	0.66	0.02	0.16	- 0.12	0.51
38 術後訪問などで患者から直接、術中ケアの評価を受けている	0.10	0.27	0.57	0.01	0.11	- 0.06	0.42
44 研究・研修会・雑誌などに患者ケアの結果を発表している	0.07	0.06	0.55	- 0.07	0.03	0.10	0.33
36 術前(訪問)の情報が十分にかつようできたかについて評価をしている	0.28	0.39	0.51	0.18	0.06	0.14	0.54
IV : 個別性を踏まえたケア計画の立案 (2項目 ^a ^b = 0.73)							
6 患者の術前基本情報(呼吸・睡眠・栄養など)を術中計画に組み込んでいる	0.21	0.28	0.10	0.68	0.08	0.14	0.62
7 患者個人の習慣や社会的役割に関連する情報を術中計画に組み込んでいる	0.08	0.20	0.21	0.63	0.12	0.11	0.51
V : チームを意識した情報共有と活用 (2項目 ^a ^b = 0.79)							
14 手術目的達成に向けて、器械出し看護師、麻酔医や主治医との意見交換をしている	0.31	0.01	0.19	0.11	0.78	0.14	0.78
13 手術前に患者の手術についての情報交換を主治医(術者)と主体的に持っている	0.31	0.02	0.21	0.11	0.60	0.09	0.52
VI : 患者を主体としたケア実践 (3項目 ^a ^b = 0.71)							
9 他の手術スタッフと協議したケア内容を計画に組み込んでいる	0.22	0.20	0.19	0.22	0.16	0.52	0.47
10 状況変化に応じて計画を修正・変更しながら患者を個人としてとらえている	0.46	0.11	0.12	0.27	0.09	0.50	0.57
8 患者のケアへの希望を術中看護に取り入れている	0.28	0.38	0.03	0.16	0.04	0.41	0.41
固有値	5.17	3.82	3.35	1.39	1.30	1.24	
寄与率 (%)	16.16	11.95	10.45	4.33	4.07	3.86	
累積寄与率 (%)	16.16	28.11	38.57	42.90	46.97	50.83	

a : 全45項目で因子分析の結果32項目で構成された b : Cronbachの α 係数

表3 手術看護の専門性：層化主成分分析の結果 (N = 419)

手術看護経験		1 ～ 2 年 (N = 54)			3 ～ 4 年 (N = 142)			5 ～ 7 年 (N = 124)			8 ～ 10 年 (N = 51)		11 年 ～ (N = 48)			
因子名	主成分	第 1 ^a	第 2 ^b	第 3 ^c	第 1 ^a	第 2 ^d	第 3 ^e	第 1 ^a	第 2 ^e	第 3 ^f	第 1 ^a	第 2 ^g	第 1 ^a	第 2 ^b	第 3 ^h	第 4 ^g
情報および知識の統合能力		0.77	- 0.50	- 0.09	0.78	- 0.35	- 0.18	0.79	- 0.25	- 0.24	0.89	- 0.21	0.76	- 0.32	- 0.09	- 0.05
緊急時の対応能力		0.66	- 0.62	- 0.13	0.73	- 0.47	- 0.11	0.74	- 0.32	- 0.11	0.79	- 0.44	0.65	- 0.52	0.10	0.25
対象のニーズに対する認知能力		0.64	- 0.49	- 0.10	0.67	- 0.28	- 0.38	0.71	- 0.22	- 0.36	0.78	- 0.20	0.64	- 0.49	- 0.03	- 0.03
独自の状況判断能力		0.43	- 0.22	0.68	0.43	- 0.24	0.68	0.48	- 0.12	0.50	0.67	- 0.57	0.29	0.08	- 0.82	0.20
手術の影響に対する予測能力		0.61	- 0.43	0.18	0.68	- 0.26	- 0.28	0.70	- 0.35	- 0.22	0.71	- 0.22	0.69	- 0.44	0.07	0.21
患者の安全性の保証		0.65	0.38	0.11	0.77	- 0.01	0.32	0.78	0.01	0.35	0.78	0.09	0.66	0.35	0.04	0.00
患者の術前の関心に向けた心理支援		0.57	0.61	0.19	0.31	0.63	- 0.18	0.24	0.68	- 0.30	0.66	0.32	0.66	0.49	- 0.12	- 0.25
ケア実践の評価と活用		0.65	0.19	- 0.53	0.47	0.53	- 0.40	0.49	0.50	- 0.25	0.64	0.50	0.65	0.19	- 0.53	- 0.09
個別性を踏まえたケア計画の立案		0.61	0.32	0.14	0.49	0.54	0.14	0.57	0.54	- 0.15	0.51	0.48	0.46	0.09	0.34	- 0.70
チームを意識した情報共有と活用		0.52	0.35	- 0.54	0.59	0.25	0.24	0.59	- 0.03	0.42	0.58	0.53	0.15	0.29	0.70	0.52
患者を主体としたケア実践		0.68	0.53	0.26	0.73	0.31	0.26	0.42	0.48	0.46	0.71	0.09	0.65	0.57	0.07	0.06
固有値		4.27	2.15	1.25	4.27	1.67	1.16	4.27	2.15	1.25	5.52	1.53	3.55	2.06	1.35	1.05
累積寄与率 (%)		38.79	58.37	69.69	38.79	53.92	64.49	38.79	58.37	69.69	50.15	64.06	32.25	50.97	63.24	72.79

a : 手術看護の専門性, b : 患者主体の心理支援, c : 看護師個人の判断と実践, d : 計画に基づく患者への心理支援, e : 患者主体の心理支援計画と実践, f : 看護判断に基づくチームでの患者ケア, g : チームでの情報共有に基づくケア実践と評価, h : チームワークの推進

3主成分で「独自の状況判断能力」に強い負荷量を示す一方で、「ケア実践の評価と活用」「対象のニーズに対する認知能力」にやや高めの負の負荷量を示した。5～7年目は、第2主成分で「患者の術前の関心に向けた心理支援」「個別性を踏まえたケア計画の立案」「ケア実践の評価と活用」に高い負荷量を示し、第3主成分で、「独自の状況判断能力」「患者を主体としたケア実践」「チームを意識した情報共有と活用」に高めの負荷量を示した。8～10年目は、第2主成分で「チームを意識した情報共有と活用」「個別性を踏まえたケア計画の立案」「ケア実践の評価と活用」の負荷量が高く、「独自の状況判断能力」で負の負荷量を認めた。11年目以上では、第2主成分で「患者を主体としたケア実践」「患者の術前の関心に向けた心理支援」が高い負荷量を示し、自律性の因子は負の負荷量を示した。第3主成分は、「チームを意識した情報共有と活用」に強い負荷量を示し、「独自の状況判断能力」が負の強い負荷量を示した。第4主成分は、「チームを意識した情報共有と活用」に高い負荷量を示し、「ケア実践の評価と活用」に負の高い負荷量を示した。

6. ANOVA

(1) 専門職的自律性

5因子別の得点に関して手術看護経験年数で比較すると、「情報および知識の統合能力」および「緊急時の対応能力」の場合は1～2年目に比して8年目以上が、同様に、3～4年目に比して5年目以上が有意に高得点であった ($F=11.86$; $F=16.18$, $P<0.001$)。「対象のニーズに対する認知能力」では、3～4年目に比して5年目以上が有意に高く ($F=5.26$, $P<0.001$)、「独自の状況判断能力」では、3～4年目に対する8～10年目との得点差が顕著であった ($F=2.86$, $P<0.05$)。「手術の影響に対する予測能力」については、3～4年目よりも5年目以上が有意に高い結果であった ($F=6.26$, $P<0.001$)。

なお、自主的活動状況による比較を行うと、5つの因子別得点は、いずれも学会や研修会へ参加している者が未参加者よりも有意に高得点であった ($P<0.01$)。同様に、専門雑誌購読者のほうが未購読者に比して、得点に有意差が生じた (いずれも $P<0.01$)。

(2) 看護実践度

6因子別の得点に関する群間比較では、「患者の安全性の保証」で手術看護経験年数1～2年目に対して5～7年目、11年目以上の群がそれぞれ有意に高い得点を示した ($F=2.88$, $P<0.05$)。また、「チームを意識した情報共有と活用」で1～2年目に対する5年目以上の群、および3～4年目群に対する5～7年目の有意差が認められた ($F=5.56$, $P<0.001$)。得点の傾向は、「患者の安

全性の保証」が平均 4.1 ± 0.5 点と高得点を示すのに比較して、「ケア実践の評価と活用」は 2.4 ± 0.8 点と低得点であった。

一方、6つの因子別得点はいずれも学会や研修会へ参加している者のほうが未参加者に対して有意に高得点であり ($P<0.01$)、専門雑誌を購読している者の未購読者に対する有意差も認めた ($P<0.01$ もしくは $p<0.05$)。

(3) 設置主体などの影響

専門職的自律性の得点は設置主体間で有意差が認められ ($F=8.38$, $p<0.01$)、国立のほうが社会保険関係団体よりも有意に高かった。しかし、手術件数や看護師数では有意差は認めなかった。

同様に、看護実践度の得点でも設置主体間で有意差が認められ ($F=8.06$, $p<0.01$)、患者訪問を実施している場合 ($t=6.72$, $p<0.01$) や看護師人数が40人未満の場合、手術件数が20～30件/日の場合に有意に高得点であった ($F=3.18$, $p<0.05$; $F=9.43$, $p<0.01$)。

以上の一連の結果に基づき、手術看護の専門性に関する意識構造の経年的な変化を図式化した (図1)。

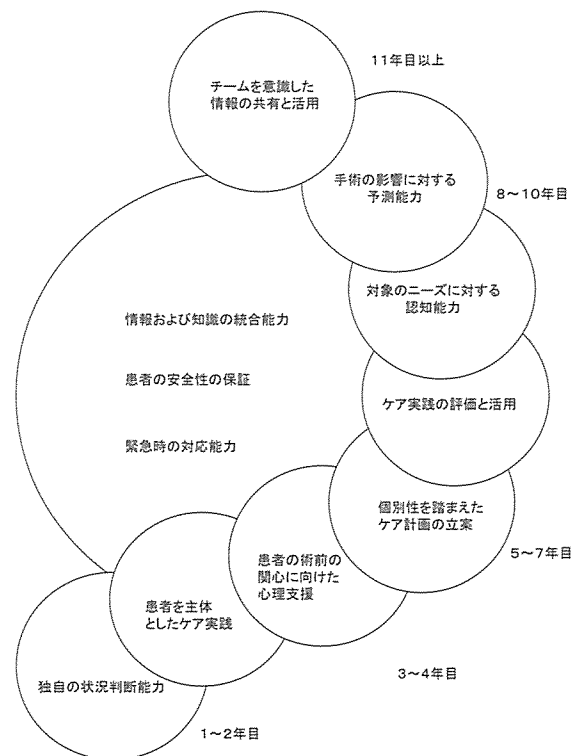


図1 手術看護の専門性に関する意識構造の経験年数的な変化

IV. 考 察

本研究で菊池・原田⁵⁾の尺度を用いた理由は、手術室に勤務する看護師の専門職的自律性の構造が、病棟における看護師の自律性と本質的に異なるものではないという仮説を抱いたことによる。しかし、結果は、病棟と同じく5

因子構造を示しながらも、各因子の構成要素は異なった。第1因子に情報や知識の統合といった判断能力が抽出され、層別解析においても常に高い因子負荷量を示した点では、ICU・手術室を対象とした先行研究⁸⁾と一致した。手術室では麻酔導入前後や執刀中、および麻酔覚醒から回復室移送までの全ての過程において、患者の容態が急変しやすい状況にある²²⁾。今回の結果は、こうした場の特殊性を際立たせており、看護師達に情報を分析統合しながら緊急時の対応に備える看護判断能力の向上を、強く意識させるものと推察された。

独自に作成した調査票からは、看護実践内容の構造が明らかにされた。この看護実践と専門職的自律性に相関が認められたため、看護師の意識と実践内容はほぼ一致していると解釈できると同時に、本調査票の有用性を示唆したと考えられた。看護実践に関する特徴は、看護師達が患者の安全を保証するための行動を最重要視し、医療チームとの協同を意識しながら責務を果たそうとしていることであった。図1に示すように、術前は患者の心理面に積極的に関わり、術中は自らの看護判断や行動に、患者の意志を可及的に反映させようと尽力する様子がうかがえた。手術看護に関しては、「手術室に看護師は必要であるのだろうか」^{14,15)}といった問題提起がなされた経緯がある。しかし、今回の結果は手術看護の本質を明らかにし、看護師の存在意義を示した。

自律性や看護実践に関する経年的な変化の特徴は、情報や知識の統合能力は比較的早期に体得できるものの、チームを意識した実践が具現化できるには、ある程度の手術室での実務経験を要することであった。若手の看護師ほど目の前の患者にのみ焦点が当てられがちで、不安の緩和という単独でも確実に対処可能なケアから実践しようとしていた。経験が少ないほど個人での活動に意義を見出していた。そのため、ケアを個人の責任とみなす傾向にあり、患者の安全性を保証するための行動に比較すると、ケアに関する自己評価が低くなると推察された。本調査が通算看護経験3年以上の者を対象としたことを踏まえると、手術室勤務1～2年目の者にとっては、それまでに培った看護経験が活かしにくい状況にあり、実践能力の評価が一過性に後退した可能性も考えられた²³⁾。3年目を境にした自律性の上昇は、先行研究¹²⁾とも一致し、看護師としての計画的な行動や対象の個別性を考慮した実践の様子を示していた。5～7年目でようやくチームを意識した行動がとれるようになり、病棟との連携を含め包括的なケア実践に専門性を見出していると考えられた。8～10年目になると、緊急時の対応能力に関して格段の向上がみられていた。11年目以上ではチームワークの推進といったマネジメント能力¹⁸⁾の向上に努めている様子がうかがえ、「同一部署での

勤続が卓越性を成長させる」²⁴⁾ことが示唆された。

一方で、看護実践と専門職的自律性の各因子別得点に関して、3～4年目に対する5年目以上の看護師の自己評価がほとんどの因子で有意に高かったことから、手術室での看護師の専門性は、実務経験5年目以上とそれ以下で様相が異なると考えられた。したがって、院内のローテーションの時期などには配慮が必要かもしれない。また、「独自の状況判断能力」に関する一連の結果からは、8年以上の経験を積んでも、的確な判断を下したという自信を得にくい様子が見受けられた。この背景には、医師や臨床工学技師など多職種が協同する環境において、看護師単独で判断を担う局面が少なく、シビアな状況ほどむしろ医師に最終判断を委ねてきた実状がある。上記の結果は手術看護における課題を示しており、患者のケアを担い、手術室の環境を包括的に把握するチームメンバーとしての見解を、医師に積極的に提言する姿勢を今後は育成する必要がある。

もう1つの問題提起は、スタッフの自己研鑽に関する支援の在り方である。本調査では、自律性の形成や看護実践内容は、看護教育歴の影響を受けず、学会や研修会への参加状況や専門雑誌の購読状況と関連していた。したがって、自主的に研鑽に励む行動が、自律性をより高める方向に作用する²⁵⁾ことは確かである。患者訪問や研究活動のあり方など、看護管理の視点からの検討が看護実践の充実に有効と考える。

本研究の限界として、まず今回の研究が日本手術看護学会役員施設を対象施設とした横断的な調査であることが挙げられる。調査票の回収率と有効回答率が比較的高値を示した結果から、手術看護に対する意識が高いと思われる施設の特徴が強く反映されており、総合病院に相当しない施設に勤務する場合とは様相が異なる可能性がある。横断的な観点からは、専門職的自律性や看護実践内容について層別解析した結果が、必ずしも看護師個々の経年的変化に合致するとは限らない。第二点には、手術看護の中でも外回り看護師の役割にのみ焦点を当てたことが挙げられる。外回り業務と器械出し業務は看護内容として全く異なる¹⁵⁾ため、今回の調査が手術看護の全貌を捉えたわけではない。また、看護実践については、調査票に基づく自己評価であり、他者評価では結果が異なる可能性もある。以上より、今後は縦断的な調査や器械出し業務にも焦点をあてた研究を進めていく必要がある。また、調査項目の整備も重ねて、信頼性や妥当性の確保にさらに努めていきたい。

V. 結 論

1. 手術室に勤務する看護師の看護実践、および専門職的自律性の特徴を明らかにし、それらの手術室看護経験による変化を明らかにする目的で、手術部に勤務する看護

師に対して自記式の質問紙調査を実施した。

2. 手術室の看護師の専門職的自律性は、病棟勤務の看護師とは異なる構造を示した。第1因子は「情報および知識の統合能力」、第2因子「緊急時の対応能力」、第3因子「対象のニーズに対する認知能力」、第4因子「独自の状況判断能力」、第5因子は「手術の影響に対する予測能力」であり、的確な看護判断と緊急時の対応を重視していた。
3. 手術患者への看護実践は、第1因子「患者の安全性の保証」、第2因子「患者の術前の関心に向けた心理支援」、第3因子「ケア実践の評価と活用」、第4因子「個別性を踏まえたケア計画の立案」、第5因子「チームを意識した情報共有と活用」、第6因子「患者を主体としたケア実践」で構成されていた。患者主体の看護実践と安全性への配慮を重視していた。

4. 手術室における専門職的自律性の形成および看護実践能力の獲得には、手術室での看護経験年数が影響した。勤続がチームワークを意識した行動へと変容を促した。

謝 辞

本研究の調査に対して快くご協力頂きました看護師の皆様ならびに日本手術看護学会役員の皆様に心よりお礼申し上げます。

付 記

本研究は、平成14年度愛知県立看護大学大学院看護学研究科に提出した修士論文に一部加筆・修正したものである。本研究の一部は、第29回日本看護研究学会（2003年、大阪）で発表した。

要 旨

本研究の目的は、手術室における看護の専門性と看護師の自律性について、その構造を経年的に明らかにすることにあった。外回り業務に焦点をあてて、24施設の手術室に勤務する通算看護経験3年以上の看護師606名に対して自記式質問紙票を用いて調査を行った結果、手術室の看護師の専門職的自律性は病棟の看護師に認められた構造とは異なっていた。情報や知識を統合させた的確な看護判断と、緊急時の対応能力に専門性を見いだしており、こうした自律性は、患者の安全を保証するための行動や、患者主体のケアを意識した実践に体现されていた。専門職的自律性の形成と看護実践能力の獲得には、手術室での看護経験年数が大きく影響しており、実務経験5年を境に、個人対処からチームとの連携をより強く意識した行動へと変容し、看護実践のみならず評価も行われる傾向にあった。

Abstract

The purpose of this study is to clarify the meaning of being a perioperative nurse and the influence of the period of nursing experience to the meaning concerning the specialty and the autonomy of the perioperative nursing practice. This study enrolled 606 nurses who had worked in the operating rooms for 3 years or more in 24 different institutions. A data collection instrument was newly developed for this study. The data were analyzed using the factor analysis and the principal component analysis. The results showed that the professional autonomy of operating room nurses was different from that of ward nurses. The circulating nurses were conscious of their specialty, such as the assessment ability as a nurse based on their observation and knowledge and the management ability against emergency cases. Such professional autonomy was observed in the nursing practice, such as activities to keep the patients' safety, to take the patient oriented care, and so on. The period of nursing experience in the operating room affected both the developments of the professional autonomy and the faculty for nursing practice. There was a tendency that the level of the nursing intervention was developed from the individual coping to the team management around the 5-year period of experience.

文 献

- 1) 森川比路美：横浜市立大学医学部附属病院の事故再発防止策. OPE nursing, 17(5), 93-94, 2002.
- 2) Norma L. Chaska 著：The Nursing Profession 看護の新しい潮流－専門職化への視点－波多野梗子監訳 メヂカルフレンド社, 22-25, 1980.
- 3) 田尾雅夫：自律性の測定－看護婦の場合. Japanese Journal of Applied Psychology, No.2, 1-10, 1979.
- 4) Freidson, E. : Professional dominance : The social structure of medical care. New York : Atherton Press, 1970. 進藤雄三・宝月誠訳：医療と専門家支配. 恒星社厚生閣, 東京, 1992.
- 5) 菊池昭江・原田唯司：看護の専門職的自律性に関する一研究. 静岡大学教育学部研究報告 (人文・社会科学篇), 47号, 241-254, 1997.
- 6) Pankratz, L. Pankratz, D. : Nursing autonomy and patient rights: Development of a Nursing Attitude Scale. Journal of health and social behavior, 211-216, 1974.
- 7) Schutzenhofer, K.K, Musser, B.D. : Nurse characteristics and Professional Autonomy. 26(3), 201-205, 1994.
- 8) 菊池昭江・原田唯司：看護職における自律性に関する研究 基本的属性・内的特性との関連. 看護研究, 30(4), 23-35, 1997.
- 9) 菊池昭江：看護専門職における自律性と職場環境および職務意識との関連 経験年数ごとにみた比較. 看護研究, 32(2), 2-13, 1999.
- 10) 小谷野康子：看護婦の専門職的自律性と仕事上の人間関係との関連. 聖路加看護学会誌, 1(1), 45-51, 1997.
- 11) 志自岐康子：看護婦の専門職的自律性と関連する因子の分析. 東京都立医療技術短期大学紀要, 11, 75-82, 1998.
- 12) 岩本幹子, 清水実重：看護婦の専門職的自律性に関する記述的研究 (第1報)－看護婦の属性と専門職的自律性の関係－. 日本看護研究学会雑誌, 23(3), 255, 2000.
- 13) Leinonen T, Leino-Klipi H., et al. : The quality of perioperative care; Development of a tool for the perceptions of patients. Journal of Advanced Nursing, 35(2), 294-306, 2001.
- 14) 岩根幸子, 久保田歌子, 他：日本における手術室看護研究会の設立に向けての推移について. 第4回世界手術室看護婦会議口演集録, 50-55, 1985.
- 15) 松岡敦夫, 伊藤美智子, 他：手術室看護婦の業務認識と意欲. 北海道医療大学看護福祉学部紀要, 1号, 147-162, 1994.
- 16) Nolan M.G. : A master nurse clinician for intraoperative care. Nursing Clinics of North America, 10(4), 645-653, 1975.
- 17) 日本手術看護学会編：手術看護婦・士の「臨床実践能力の習熟度段階」(キャリアラダー) 日本手術看護学会, 1-10, 2001.
- 18) 佐藤紀子・若狭紅子, 他：手術室看護の専門性とその獲得過程に関する研究. 東京女子医科大学看護学部紀要, 3, 19-26, 2000.
- 19) 柴田秀子, 上泉和子, 他：看護ケアの質を構成する要素の検討 量的調査を用いて. 看護研究, 28(4), 41-54, 1995.
- 20) Benner, P. : From Novice to Expert, 1984. 井部俊子他訳 ベナー看護論. 医学書院, 1992.
- 21) 日本手術看護学会編：手術看護基準. 48-61, 92-104. メディカ出版. 大阪, 1998.
- 22) Helen E.M., Mary G.A., et al: Development and definition of the role of the operating department nurse: a review. Journal of Advanced Nursing, 32(5), 1092-1100, 2000.
- 23) 深澤佳代子：手術室看護婦の年次目標とキャリア発達の関連. 手術医学, 20(4), 432-434, 1999.
- 24) 梶山紀子, 久後文恵, 他：看護婦の資質に関する調査 臨床能力の修得段階と発展過程. 看護管理, 3(7), 480-486, 1993.
- 25) 菊池昭江：看護専門職における自律性と研究活動との関連. Quality Nursing, 6(4), 41-47, 2000.

〔平成15年10月9日受 付〕
〔平成16年4月20日採用決定〕

女性看護師の職務満足と心理的 Well-Being に及ぼす個人特性要因の影響

— 中核的自己評価の役割 —

Dispositional effects on job satisfaction and psychological well-being of nurses

— the role of core self-evaluations —

澤 田 忠 幸¹⁾

Tadayuki Sawada

羽田野 花 美¹⁾

Hanami Hadano

矢 野 紀 子¹⁾

Noriko Yano

酒 井 淳 子¹⁾

Junko Sakai

キーワード：職務満足，心理的 well-being，中核的自己評価，看護師

job satisfaction, psychological well-being, core self-evaluations, nurses

問題と目的

近年，医療技術の高度化や患者ニーズの変化などにより，看護職に求められる役割が多様化している。このような中で，看護師が質の高い看護を提供していくためには，自分の力を発揮していきいきと働くことができる環境を整えることが重要である。本研究では，看護師の職務満足（job satisfaction）が状況要因と個人特性要因からどのように構成されるのか，また，職務満足は個人の精神的健康（well-being）とどのように関連しているのかについて検討することを通して，看護師一人一人にとって生きがいにつながる職場作りに向けての示唆を得ることを目的とする。

これまで看護管理学では，職務満足を個人の職務ないし職務経験に対する評価から生ずる肯定的な情動状態であると定義し，職務満足がどのような外的状況要因により決定されるのかについて検討してきた¹⁻⁴⁾。たとえば，中山ほか²⁾や中山・野嶋³⁾は，職務の自律性や決定権など職務内容の専門職性よりも，看護管理システムや給料，スタッフとの人間関係などが仕事の満足感に影響することを明らかにしている。また，澤田ほか⁴⁾も，業務内容や看護方針についての満足だけではなく，ナース相互の人間関係や給料についての満足が加わることが，仕事を通じた充実感につながることを示している。

これに対し，状況要因に対する認知や評価よりも個人の特性要因（dispositional factor）が職務満足を強く規定する考える立場がある⁵⁻⁹⁾。すなわち，どのような状況においても仕事に満足したり，積極的に関与することができない人が存在するという指摘である。この立場では，どのような個人特性が職務満足と密接に関連しているのが検討されてきた^{5,7)}。その一つとして，Judgeら⁵⁾は中核的自己評価（core self-evaluations）概念を提唱している。こ

こで中核的自己評価とは，自分自身を基本的にどのような人間ととらえるかという，あらゆる思考のベースとなる評価的自己概念である。自尊感情（self-esteem），一般的自己効力感（generalized self-efficacy），ローカス・オブ・コントロール（locus of control），情緒の安定性（emotional stability）の4つの下位特性から構成されると考えられている。

Judge & Bono⁶⁾は，中核的自己評価を構成する4つの特性と職務満足との関連の程度についてメタ分析を行い，4つの特性全てが職務満足と有意な正の相関を示すことを検証している。またJudgeほか⁸⁾は，中核的自己評価が，多様な技能が求められる，一貫して業務に関わることができる，業務の重要性，自律性，結果のフィードバックが得られるなど，従事する職務の特性についての認識や職務満足のみならず，生活満足にも直接影響することを示している。同時に，職務についての肯定的認識は職務満足に影響し，職務満足の程度は生活満足の程度に影響することを明らかにした。澤田ほか⁴⁾も独自の視点から，パーソナリティ要因や一般的自己効力感は，状況要因に比べ影響力は小さいものの，直接的間接的に看護師の職務満足に影響することを明らかにしている。

これらの研究から明らかなことは，職務満足は外的環境要因のみならず，個人の特性要因によっても影響を受けるということである。またJudgeらの一連の研究からは，職務満足や個人の特性要因は，直接的間接的に生活満足など個人の精神的健康にも影響することが推察される⁶⁻⁸⁾。

ところで，これまで精神的健康は2つの視点から検討されてきた。一つは，自らの人生を満足なるものとして現状を肯定的に認識できる，あるいは，さまざまな日常生活の事柄をポジティブに感じられる精神的状態を健康であるとする立場である¹⁰⁻¹²⁾。このアプローチは主観的幸福感（subjective well-being）と呼ばれ，生活満足（life satisfac-

1) 愛媛県立医療技術大学 Ehime Prefectural University of Health Sciences

tion)をその認知的指標として用いてきた。これに対しもう一つのアプローチは、本来の自己イメージと向き合い、自己に一致した人生を前向きに生きようとする、あるいは意味ある人生を希求するといった精神的状態を健康ととらえる考え方である。Ryff¹³⁾やRyff & Keyes¹⁴⁾、西田¹⁵⁾は、このような自己実現に向かうポジティブな精神機能を心理的Well-Being (psychological well-being)と呼び、主観的幸福感と区別している。そして、心理的Well-Beingが、[人格の成長][人生における目的][自律性][環境制御力][自己受容][積極的な他者関係]の6つの側面から構成されることを明らかにしている。このように、両アプローチはともに精神的健康の一側面を測定している。しかし、何を精神的に健康な状態とみなすかという観点や理論的背景に違いがあると言える^{16, 17)}。

さて、以上の職務満足やWell-Beingに関する先行研究から得られた知見を総合的に検討すると、両者の関連について以下に示す2つの疑問が残る。第1に、仕事生活での職務満足は、個人の自己実現的要素を含むことから、主観的幸福感のみならず心理的Well-Beingとも関連すると考えられる。しかし、職務満足や仕事を通じた充実感が、その人の心理的Well-Beingにどの程度の関連をもつのか、また、影響するならば心理的Well-Beingのどのような側面に影響するのかについてはこれまで検討されていない。第2に、中山・野嶋³⁾および澤田ほか⁴⁾は、職場での人間関係が職務満足や仕事を通じた精神的充実感に影響することを明らかにした。しかし、外的環境要因への満足は仕事自体の満足に比べ、特性要因の影響を受けにくいと考えられてきたことから⁹⁾、Judgeほか⁸⁾においても、もっぱら従事する職務そのものの特性と職務満足や生活満足との関連のみが検討されており、職場での環境要因が職務満足や心理的Well-Beingの両者に対してどのように影響するのかについては検討されていない。

そこで本研究では、Judgeらの一連の研究^{5, 6, 8)}で用いられた4つの下位特性の中から、最も中心的下位概念と考えられる一般的自己効力感および自尊感情を取りあげる。そして、これらの下位特性から構成される中核的自己評価が、職場の人間関係を中心とする肯定的状況認識や仕事を通じた精神的充実感としての職務満足および心理的Well-Beingに及ぼす影響について検討する。また、職務満足や心理的Well-Beingの高さやその関連性には、年齢や結婚の有無による影響も考えられる。そこで、この可能性についても検討を行った。

方 法

調査対象 愛媛県内のA公立総合病院に勤務する女性看護師のうち、管理部および病棟看護師長を除く635名。

調査内容

(1) 職務満足

中山ほか²⁾の「仕事に対する認識」スケールおよび澤田ほか⁴⁾をもとに項目を作成した。なお、本研究では職務満足を職務環境についての認識と仕事を通じた精神的充実感(狭義の職務満足に当たる。以下、精神的充実感を職務満足と同義と見なす)からなる広義の概念ととらえて質問紙を作成した。そして予備調査の結果をもとに、同僚との関係(5項目)、看護師長との関係(3項目)、医師との関係(4項目)、給料(4項目)、精神的充実感(7項目)の計23項目を使用した。

(2) 心理的Well-Being

Ryff¹³⁾の概念化をもとに西田¹⁵⁾により作成された43項目を用いた。

(3) 一般的自己効力感

Shererほか¹⁸⁾により作成された尺度の日本語版23項目¹⁹⁾を用いた。

(4) 自尊感情

Rosenberg²⁰⁾の尺度の日本語版10項目²¹⁾を用いた。

以上の4種類の質問内容に対して、各項目ごとに自分自身どの程度そう思う、あるいは当てはまると思うかについて、(1)職務満足では、「そう思う(5点)」～「そう思わない(1点)」の5段階で、(2)心理的Well-Being～(4)自尊感情では、「あてはまる(5点)」～「あてはまらない(1点)」の5段階でそれぞれ評定を求めた。

(5) フェイス・シート

年齢、看護師経験年数、看護教育歴、結婚および子どもの有無についてたずねた。

手続き 病院の管理部を通じて、各病棟に調査の主旨と研究協力の依頼を記した文書を添えた調査用紙を配布してもらうよう依頼した。なお、その際、自由意志による参加であること、データは研究目的以外には使用されず、全て統計的に処理されること、調査結果の概要は看護部に報告することを明記した。調査用紙は、回収箱を設置し留め置き法により回収した。調査は匿名式の自記式質問紙調査で、平成15年3月1日～15日に実施した。

結 果

配布した635名のうち、616名から回答を得た。このうち、(1)職務満足～(4)自尊感情の各調査内容ごとに欠損値が1つ以内であった569名を分析の対象とした(有効回答率89.6%)。欠損値は平均値に置き換えて分析を行った。平均年齢は31.3歳(SD=7.4)、看護師経験年数の平均は10.4年(SD=4.0)で、両者の相関は.966ときわめて高かった。

また、未婚者は358名で平均年齢は28.5歳(SD=5.6)であつ

た。一方、既婚者は211名で平均年齢は36.2歳（SD=7.6）であった。子どもありと回答した159名の子ども数の平均は2.1人で、末子の平均年齢は7.2歳であった。教育的背景では、大学卒者が2.1%，3年課程短期大学卒者が9.1%，2年課程短期大学卒者が13.4%，3年課程専門学校卒者が33.6%，2年課程専門学校卒者が39.4%であった。

1. 職務満足の因子構造モデルの検討

職務満足全23項目について、相関行列を求め主因子法による探索的因子分析を行った。その結果、想定された5因子が抽出された。プロマックス回転後の因子負荷量を表1に示す。第1因子から順に、「精神的充実感（ $\alpha=.761$ ）」「給料（ $\alpha=.803$ ）」「医師との関係（ $\alpha=.709$ ）」「同僚との関係（ $\alpha=.669$ ）」「看護師長との関係（ $\alpha=.764$ ）」に対応していた。また、因子相関行列を表2に示す。「精神的充実感」と他の因子との相関が相対的に高いことから、「医師」「同僚」「看護師長」など職場の人間関係および「給料」からなる職務環境要因についての肯定的認識が仕事を通じた精神的充実感に影響するというモデルを構成して共分散構造

分析を行った（図1）。統計ソフトウェアはAMOS 4.0を使用した。なお、モデルの適合度は、標本数に影響されやすい χ^2 値を除き、説明力の指標としてGFI（Goodness of Fit Index）、AGFI（Adjusted GFI）、CFI（Comparative Fit Index）、RMSEA（Root Mean Square Error of Approximation）の4つの指標を採用した。

その結果、各種適合値はGFI=.921、AGFI=.903、CFI=.907、RMSEA=.050であり、モデルとデータの適合度は高かった。図1に示されたパス係数は標準化されたもので、いずれも有意であった。潜在変数から観測変数に対する影

表2 構成概念間の相関行列

	精神的 充実感	給 料	医師と の関係	同僚と の関係
精神的充実感				
給料	.030			
医師との関係	.158	.173		
同僚との関係	.438	.092	.230	
看護師長との関係	.425	.143	.226	.572

表1 職務満足についての因子分析結果（プロマックス回転後）

質 問 項 目	精神的 充実感	給 料	医師と の関係	同僚と の関係	看護師長 との関係	共通性
いろいろあるけれど、私は看護にやりがいを感じている (7)	.708	.041	.045	.064	-.024	.546
私は患者との関わりの中で自分なりの看護観を作り上げている (11)	.654	.032	-.146	.002	.033	.439
看護という仕事を通じて自分のもつ能力を新たに発見した (17)	.625	-.001	-.036	-.054	.017	.367
私は看護師として自分のキャリアに価値をおいている (5)	.591	.019	-.027	-.018	-.078	.306
他の人に、私がどんな仕事をしているか誇りをもって話せる (21)	.555	-.099	.122	.115	-.056	.388
私は、エネルギー・知識・情報など、もっている力を看護に投入している (14)	.487	-.057	.029	-.003	.078	.266
私は定年まで看護師の仕事を続けたい (8)	.468	.089	.003	-.115	.018	.204
この病院では給料を上げる必要がある (1)*	-.070	-.803	-.013	-.024	.021	.645
この病院では、多くの看護職員が給料に不満をもっている (12)*	.070	-.723	.026	-.007	-.008	.535
私は仕事に見合った給料をもらっていると思う (22)	.005	.684	-.028	.085	-.032	.471
この病院での昇給率は妥当だと思う (20)	.034	.639	.043	-.030	.037	.427
私の病棟では、医師は看護職員に協力的ではない (9)*	.005	.002	-.779	-.016	-.041	.589
病棟では、看護師と医師の間で十分なチームワークがとれていると思う (16)	.053	-.008	.728	.056	.016	.575
医師から看護師が提供しているケアに対し正当な評価がかえってくる (15)	.128	.059	.524	-.077	.001	.305
医師と患者の間に立って板ばさみになることがある (6)*	.192	-.021	-.460	.014	.058	.225
私の病棟のスタッフは、お互いに気づいたことを率直に話すようにしている (4)	.052	.030	-.060	.709	-.148	.373
看護師は忙しいとき、お互い助け合い協力し合っている (18)	.074	-.010	.050	.655	-.001	.406
私の病棟では、お互いが信頼し合っていると思う (23)	.029	.104	-.016	.610	.085	.477
仕事で困ったことがあっても、スタッフ同士では気楽に話し合いができない (19)*	.028	-.060	.008	-.371	.131	.222
先輩看護師に対しては、自分の気持ちや考えを言えない (3)*	.133	-.125	.034	-.257	.116	.186
よいケアを実践したときはそれなりの評価が看護師長から返ってくる (10)	.010	-.013	-.005	-.115	.871	.659
看護師長は、仕事のことにについて聞くと、適切な指導や助言をしてくれる (13)	.098	.057	.136	.059	.657	.505
看護師長は、私のことを肯定的に評価してくれていると思う (2)	.100	-.012	-.127	.145	.607	.532
	3.19	2.22	2.02	2.76	2.81	

質問項目欄の（ ）内の番号は項目番号。 *印は逆転項目

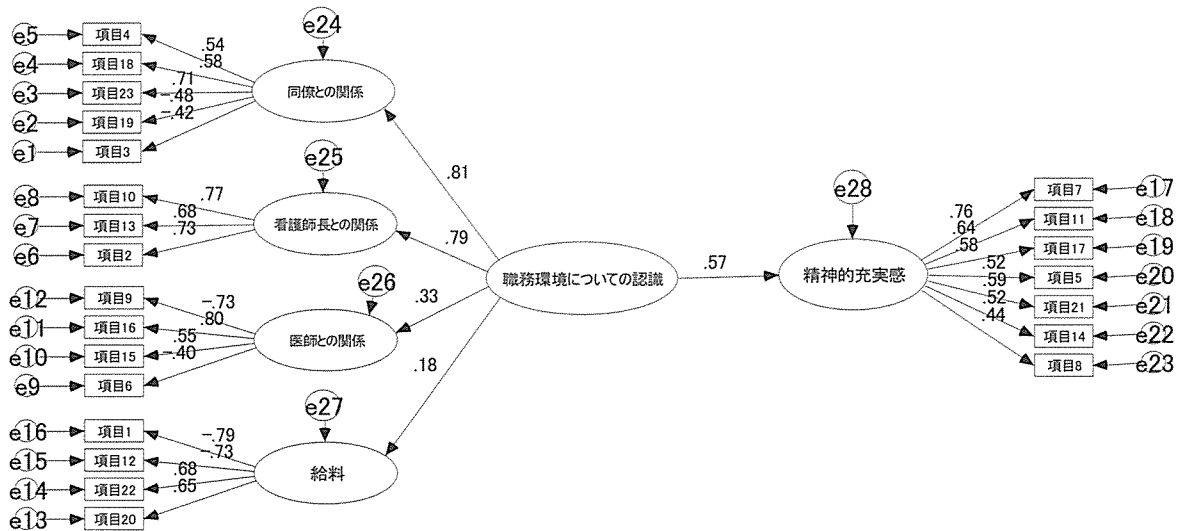


図1 職務満足の因果関係モデル

響指標も全て.40以上を示しており、構成概念と観測変数は適切に対応していると言える。すなわち、給料や職場の人間関係に対して肯定的認識をもつ人ほど、仕事を通じた精神的充実感を高くもっていた。しかし、同僚相互や看護師長との関係といった看護師間での人間関係に比べ、給料や医師との関係に対する認識は、職務環境に対する認識に影響するもののその程度は弱かった。

2. 心理的Well-Beingの因子構造モデル

次に、心理的Well-Being尺度について因子構造の妥当性を確認するために、Ryff¹³⁾ およびRyff & Keyes¹⁴⁾ にしたがって、6因子2次元モデルについて確認的因子分析を行った。しかし、モデルとデータとの適応度はさきわめて低かった(GFI=.859, AGFI=.838, CFI=.875, RMSEA=.059)。その原因の一つとして、潜在変数の誤差変数間に有意な相関が認められたことから、想定される因子間に判別的妥当性が保証されない可能性が示唆された。

そこで、因子構造を再検討するために、主因子法による探索的因子分析(プロマックス回転)を行った。その結果、4因子を抽出することが妥当であると考えられた。第1因子では、Ryff¹³⁾ や西田¹⁵⁾ で「人格的成長」と「積極的な他者関係」に含まれた項目がともに負荷していた。第2因子では、「自己受容」と「環境制御力」に含まれた項目が負荷していた。これに対し、第3因子、第4因子では、Ryff¹³⁾ や西田¹⁵⁾ と同様に「人生における目的」、「自律性」に分類された項目がそれぞれ負荷していた。

因子負荷量および項目内容を考慮して、第1因子から6項目、第2因子から5項目、第3因子および第4因子から4項目ずつの計19項目(表3参照)を採用して確認的因子分析を行ったところ、4因子2次元モデルに対し

表3 本研究で用いた心理的Well-Being項目

人格的成長

自分らしさや個性を伸ばすために、新たなことに挑戦することは重要だと思う。

これからも、私はいろいろな面で成長し続けたいと思う。私の人生は、学んだり、変化したり、成長したりする連続した過程である。

新しいことに挑戦して、新たな自分を発見するのは楽しい。

私は、あたたかく信頼できる友人関係を築いている。

自分の時間を他者と共有するのはうれしいことだと思う。

自己受容

私は、周囲の状況にうまく折り合いをつけながら、自分らしく生きていくと思う。

私は、うまく周囲の環境に適応して、自分を生かすことができる。

私は、自分に対して肯定的である。

よい面も悪い面も含め、自分自身のありのままの姿を受け入れることができる。

私は自分自身が好きである。

人生の目的

私は、自分が生きていることの意味を見出せない。*

私の人生にはほとんど目的がなく、進むべき道が見出せない。*

本当に自分のやりたいことが何なのか見出せない。*

私は現在、目的なしにさまよっているような気がする。*

自律性

私は、自分の行動は自分で決める。

何かを判断するとき、社会的な評価よりも自分の価値観を優先する。

重要なことを決めるとき、他の人の判断に頼る。*

習慣にとらわれず、自分自身の考え方に基づいて行動している。

*は逆転項目

表4 既婚者・未婚者ごとの尺度別平均得点

	既婚者 (n=211)	未婚者 (n=358)
同僚との関係	3.58 (.543)	3.61 (.573)
看護師長との関係	3.40 (.746)	3.57 (.730) **
医師との関係	2.86 (.665)	2.89 (.674)
給料	2.55 (.648)	2.53 (.720)
精神的充実感	3.58 (.508)	3.38 (.584) ***
人格的成長	3.93 (.496)	3.96 (.543)
自己受容	3.48 (.582)	3.35 (.634) *
人生の目的	3.71 (.732)	3.44 (.871) ***
自律性	3.41 (.468)	3.46 (.582)
自尊感情	3.36 (.510)	3.21 (.586) **
一般的自己効力感	3.15 (.437)	3.10 (.442)

注) 括弧内は標準偏差

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

てGFI=.940, AGFI=.922, CFI=.948, RMSEA=.049であり、モデルとデータ間の適合度は高かった。以上の点から、本研究では心理的Well-Beingを「人格的成長 ($\alpha = .782$)」「自己受容 ($\alpha = .816$)」「人生の目的 ($\alpha = .849$)」「自律性 ($\alpha = .614$)」の4つの側面から構成されるポジティブな精神機能とみなし、分析を進めることとした。

3. 既婚・未婚による違い

職場での対人関係や給料についての認識、仕事を通じた精神的充実感、心理的Well-Beingの4側面、一般的自己効力感 ($\alpha = .864$) および自尊感情 ($\alpha = .850$) の程度に、結婚の有無による違いが認められるのか否かについて検討した。各尺度の内的整合性を検討するためにクロンバックの α 係数を算出した結果からは、各尺度は一定の信頼性をもつとみなすことができた。そこで、分析対象者ごとに各尺度および因子ごとに素点の合計を項目数で割った尺度得点を算出した。そして、既婚者群 (n=211)、未婚者群 (n=358) ごとに尺度得点の平均値を算出してt検定を行った(表4)。その結果、精神的充実感 ($t(567) = 4.153, p < .001$)、自己受容 ($t(567) = 2.403, p < .017$)、人生の目的 ($t(567) = 3.762, p < .001$)、および自尊感情 ($t(567) = 3.013, p < .003$) で既婚者の方が未婚者よりも有意に得点が高かった。一方、看護師長との関係では未婚者の方が有意に得点が高かった ($t(567) = -2.643, p < .008$)。

しかし、既婚者群と未婚者群では年齢差が有意であったので、両群による得点差は結婚の有無によるものではなく、年齢による違いを反映した結果にすぎない可能性が残る。そこで、両群で得点に差が認められた5つの得点について、年齢との相関係数を算出した。その結果、精神的充実感 ($r(569) = .165, p < .001$)、自己受容 ($r(569) = .094, p < .025$)、自尊感情 ($r(569) = .139, p < .001$) で弱い正

表5 精神的充実感と心理的Well-Being 4因子との偏相関係数

	人格的成長	自己受容	人生の目的	自律性
精神的充実感	.551	.536	.532	.250

の相関が有意であった。したがって、これら3つの側面については弱いながら年齢による影響が否定できない。一方、「人生の目的」や「看護師長との関係」では、年齢による影響は認められず、結婚の有無による違いが反映していると考えられる。

次に、年齢要因をコントロールして、精神的充実感と心理的Well-Beingの4要因間の偏相関係数を算出した。その結果、表5に示されるように、全ての偏相関係数が有意であった。すなわち、年齢に関わらず、仕事を通じた精神的充実感と心理的Well-Beingとは相互に関連していると言える。

4. 職務満足とWell-Beingに及ぼす中核的自己評価概念の影響

一般的自己効力感および自尊感情からなる中核的自己評価(core self-evaluations)が、職務環境についての認識、仕事を通じた精神的充実感(職務満足)、および心理的Well-Beingに及ぼす影響を検討するために、図2に示す因果関係モデルを構成して共分散構造分析を行った。その結果、各種適合値はGFI=.929, AGFI=.904, CFI=.913, RMSEA=.065であり、設定されたモデルとデータの適合度は高かった。また、パス係数は標準化されたもので、職務環境についての認識から心理的Well-Beingへのパスを除き、いずれも有意であった。すなわち、Judgeほか⁸⁾と同様、個人の特性要因である中核的自己評価は、仕事を通じた精神的充実感(職務満足)や心理的Well-Beingに直接影響するとともに、職務環境についての認識や精神的充実感を介して間接的に心理的Well-Beingに影響していた。

次に、心理的Well-Beingを構成する4因子により中核的自己評価の影響のし方に違いが認められるのか否かを検討するために、各因子ごとに先と同様にモデルを構成して共分散構造分析を行った。なお、職務環境についての認識から心理的Well-Beingへのパスは想定しなかった。その結果、心理的Well-Beingの4側面により違いが認められた。

まず、人格的成長 (GFI=.932, AGFI=.912, CFI=.914, RMSEA=.054) および自律性 (GFI=.936, AGFI=.914, CFI=.893, RMSEA=.058) ではモデルとデータとの適合度も高く、潜在変数間の影響指標も想定された全てのパスが有意であった。しかし、人生の目的では、モデルは成立するものの (GFI=.938, AGFI=.917, CFI=.932, RMSEA=.056)、前二者とは異なり、精神的充実感から人生の目的へのパスは有意に至らず、中核的自己評価による直接

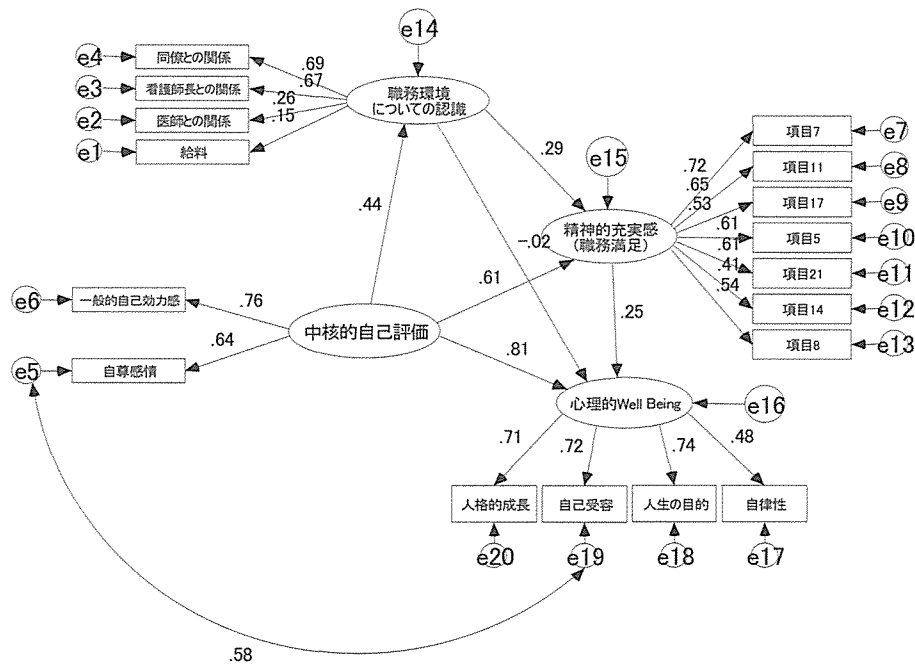


図2 中核的自己評価、職務満足、および心理的Well-Beingの関連性

的影響のみが示された。これに対し、自己受容ではモデル自体が成立しなかった。

考 察

本研究では、愛媛県内のA公立総合病院に勤務する女性看護師を対象として、個人の特性要因ならびに職務環境要因が、仕事を通じた精神的充実感（職務満足）および個人の心理的Well-Beingにどのように影響するのかについて検討した。その結果、明らかとなった点を要約すると以下のとおりである。

- (1) 特性要因としての中核的自己評価は、職場の人間関係や給料などの職務環境についての認識や仕事を通じた精神的充実感（職務満足）、個人の心理的Well-Beingのそれぞれに対して直接影響していた。
- (2) 職務環境についての肯定的認識の高さは、仕事を通じた精神的充実感（職務満足）の高さに影響し、さらに間接的に個人の心理的Well-Beingに影響することが示された。しかし、その影響のしかたはWell-Beingの4側面により異なっていた。

(1)の結果は、Judgeら⁸⁾などの特性論的アプローチと一致する。本研究では、特性的要因として自尊心 (self-esteem) と一般的自己効力感 (generalized self-efficacy) を用いてその影響を検討した。したがって、本研究の中核的自己評価とは、自分自身を価値ある人間ととらえ、ある結果を生みだすために必要な行動をうまくできるという主観的確信を強くもつ程度を反映していると考えられる。図2に示されたように、そのような自己特性傾向を強く有する人

ほど、仕事を通じた精神的充実感を感じやすく、自己実現に向かう精神的健康である心理的Well-Beingが高かった。また、職場の人間関係を肯定的にとらえていた。

(2)の結果は、2つのことを意味している。第1に、個人の特性要因による直接的影響に加え、従来の二要因理論では衛生要因に分類されていた職場の人間関係が、看護師の仕事を通じた精神的充実感（職務満足）に影響することが明らかとなった。本結果は、対人関係要因が職務満足に直接的間接的に影響することを示した中山・野嶋³⁾や澤田ほか⁴⁾、安達²²⁾の結果を発展させるものである。すなわち、職場の全ての人間関係が同じように影響力をもつのではなく、医師との関係よりも、上司である看護部長や同僚ナース同士の関係が、職務環境についての評価、ひいては看護師としての精神的充実感（職務満足）に強く関連していることが示された。

さらに、影響を受ける対象だけではなく、看護師の職務満足に影響する対人関係機能にも違いがあることが示唆された。すなわち、職務満足に影響する対人関係機能には、評価や承認と親しみや信頼の2つの機能があると考えられる。しかし、これまで対人関係については、職務内容そのものの満足とどう関連しているのかが中心的に検討されており^{4, 22)}、その機能面に言及して検討した研究は見られない。本研究でも、厳密には区別することはできなかったが、医師と信頼関係にあることや正当な評価を受けること以上に、上司（看護部長）から適切な助言や評価が得られることや、ともに信頼しあえるスタッフに恵まれることが、看護師の職務満足や間接的に心理的Well-Beingに影響

する対人関係要素として重要であることが示唆されたとと言える。

第2に、精神的充実感（職務満足）から心理的Well-Beingへのパスが有意であったことから、仕事を通じた精神的充実感は、個人の心理的Well-Beingを高める働きをもつことが明らかとなった。しかし、職場環境についての認識から心理的Well-Beingへの直接的パスは有意でなかったことから、職場の人間関係や給料に対する満足が高いこと自体が個人の心理的Well-Beingを高めるものではなく、仕事の充実感を通して初めて高められることがわかる。このことから、給与体系や職場の人間関係など外的環境要因を整備するだけでは、個人の心理的Well-Beingを高めることはできず、自己効力感や自尊感情など個人特性を育てる、あるいは仕事を通じた精神的充実感を育てることができると言えるような教育プログラムや状況整備が求められると言えよう。

ところで、Taitほか¹⁰⁾のメタ分析によると、職務満足と生活満足との間には平均して.44の相関が認められている。またJudge & Hulin⁷⁾は、個人特性としての感情傾向（emotional disposition）が主観的幸福感を介して看護師の職務満足に影響することを明らかにしている。これらの先行研究にしたがえば、心理的Well-Beingが仕事を通じた精神的充実感（職務満足）に影響する可能性も否定できない。そこで本研究でも、心理的Well-Beingから精神的充実感へのパスを設定して分析を行ったが、モデル自体が成立しなかった。確かに、経験的にも看護という仕事を通じた自己充実感、意味ある人生を求める個人の心理的Well-Beingに影響することは考えられるが、自己実現的な生活を送っている人が職業を通じた充実感を感じるようになるとは考えがたい。本研究とJudge & Hulin⁷⁾との違いは、精神的健康として取り上げた主観的幸福感と心理的Well-Beingの違いが反映されたものと考えられる。すなわち、仕事を通じて高められるWell-Beingの側面とは、主観的幸福感全般というよりも自己実現につながる心理的Well-Beingであると

言える。

しかし、看護師という職業を通じた精神的充実感を高めることは、個人の心理的Well-Being全般を高める働きをもつのではなく、人格的成長や自律心を高める影響をもつ一方で、人生の目的を明確にもつことや自己受容することには影響しなかった。年齢や結婚の有無との関連について検討を行った結果では、自尊感情、仕事を通じた精神的充実感、心理的Well-Beingの自己受容では、弱いながら年齢との関連が認められた。それに対し、人生の目的では、未婚者よりも既婚者の方が得点が高いことが示された。共分散構造分析での結果をも考慮すると、年齢や職業生活を通じて高められるのではなく、結婚生活の満足を通じて高められる可能性が示唆される。

以上のことを総合すると、以下のような結論が導き出せよう。精神的充実感をもって看護という職業に従事することで、職業を超えた個人の精神的健康が高められていく側面があると言える。また、仕事を通じて精神的充実感を感じるようになる上で、個人の自尊感情や自己効力感の高さのみならず、信頼関係と適切な評価やサポートに支えられた人間関係が影響することが示された。一方で、私たちは職業を通じてのみ精神的に成長していくわけではない。心理的Well-Beingの側面により、職業を通じて高めていける側面と職業以外の要因により個人の精神的健康を豊かなものにしていける側面があることが明らかとなった。自分自身の絶え間ない成長感や大人としての自律性、人間関係の形成といった側面は年齢による影響も認められず、職業生活を通じて高められることが明らかとなった。一方で、職業生活にとらわれない自らの人生の目的や方向性を見出すことについては、職業生活は生活の一部であり直接的なつながりは見出せなかった。むしろ、結婚による夫婦関係や子育てを通じた家族役割を通じて高められる可能性が示唆された。今後は、個人の特性要因と環境要因から形成される職務満足や精神的健康につながる看護管理のあり方が求められると言えよう。

要 旨

本研究では、愛媛県内のA公立総合病院に勤務する女性看護師569名を対象として、自尊感情および一般的自己効力感から構成された個人の特性要因としての中核的自己評価が、看護師の職務満足や心理的Well-Beingに及ぼす直接的間接的影響について共分散構造分析を用いて検討した。その結果、特性要因としての中核的自己評価は、職場の人間関係や給料などの職務環境についての認識や仕事を通じた精神的充実感（職務満足）、個人の心理的Well-Beingのそれぞれに対して直接影響していた。また、職務環境についての肯定的認識の高さは職務満足の高さに影響し、さらに間接的に個人の心理的Well-Beingに影響することが示された。しかし、その影響のしかたはWell-Beingの4側面により異なっていた。以上の結果から、職業を通じた精神的充実感や個人の生きがい感をサポートしていく職場環境のあり方について示唆が得られた。

Abstract

Dispositional effects on job satisfaction and psychological well-being of nurses: the role of core self-evaluations.

The present research focused on the concept, core self-evaluations, which were hypothesized to comprise self-esteem, and generalized self-efficacy. A model hypothesized that core self-evaluations would have direct effects on job satisfaction and psychological well-being. It also was hypothesized that core self-evaluations would have indirect effects on job satisfaction and psychological well-being. Data were collected from five hundred sixty-nine nurses who work in a public hospital. Results indicated that core self-evaluations had direct and indirect effects on job satisfaction and psychological well-being, especially on personal growth and autonomy, but not on purpose of life nor self-acceptance. The statistical and logical relationship among core self-evaluations, job satisfaction, and psychological well-being was discussed in terms of nursing administration and career development.

引用文献

- 1) Stamps, P.L., Piedmont, E.B., et al: Measurement of work satisfaction among health professionals, *Medical Care*, 16(4), 337-352, 1978.
- 2) 中山洋子, 栗生田友子, 他: 看護婦の仕事に関する認識と満足度・継続意志に関する記述的研究 - 組織基盤の異なる病院で働く看護婦を対象とした調査結果の比較検討 -, 聖路加看護大学紀要, 23, 2-14, 1997.
- 3) 中山洋子, 野嶋佐由美: 看護婦の仕事の継続意志と満足度に関する要因の分析, *看護*, 53(8), 81-91, 2001.
- 4) 澤田忠幸, 羽田野花美, 他: 女性看護師の職務満足とその影響因子 - 共分散構造分析を用いた因果モデルの検証 -, 愛媛県立医療技術短期大学紀要, 15, 1-11, 2002.
- 5) Judge, T. A., Locke, E. A., et al: The dispositional causes of job satisfaction: A core evaluations approach, *Research in Organizational Behavior*, 19, 151-188, 1997.
- 6) Judge, T. A., & Bono, J. E.: Relationship of core self-evaluations traits - self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability - with job satisfaction and job performance: A meta-analysis, *Journal of Applied Psychology*, 86(1), 80-92, 2001.
- 7) Judge, T. A., & Hulin, C. L.: Job satisfaction as a reflection of disposition: A multiple source causal analysis, *Organizational Behavior and Decision Processes*, 56, 388-421, 1993.
- 8) Judge, T. A., Locke, E. A., et al: Dispositional effects on job and life satisfaction: The role of core evaluations, *Journal of Applied Psychology*, 83(1), 17-34, 1998.
- 9) Watson, D., & Slack, A. K.: General factors of affective temperament and their relation to job satisfaction over time, *Journal of Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54, 181-202, 1993.
- 10) Tait, M., Padgett, M. Y., et al: Job and life satisfaction: A reexamination of the strength of the relationship and gender effects as a function of the date of the study, *Journal of Applied Psychology*, 74(3), 502-507, 1989.
- 11) Diener, E., Emmons, R. A., et al: The satisfaction with life scale, *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75, 1985.
- 12) Liang, J.: A structural integration of the affect balance scale and the Life Satisfaction Index A, *Journal of Gerontology*, 40(5), 552-561, 1985.
- 13) Ryff, C. D.: Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being, *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081, 1989.
- 14) Ryff, C. D., & Keyes, C. L.: The structure of psychological well-being revisited, *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727, 1995.
- 15) 西田裕紀子: 成人女性の多様なライフスタイルと心理的Well-Beingに関する研究, *教育心理学研究*, 48(4), 433-443, 2000.
- 16) Keyes, C. L., Shmotkin, D., et al: Optimizing Well-Being: The empirical encounter of two traditions, *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022, 2002.
- 17) Ryan, R. M., & Deci, E. L.: On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being, *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166, 2001.
- 18) Sherer, M., Maddux, J. E., et al: The self-efficacy Scale; Construction and Validation, *Psychological Report*, 51, 663-671, 1982.
- 19) 成田健一, 下仲順子, 他: 特性的自己効力感尺度の検討 - 生涯発達の利用の可能性を探る -, *教育心理学研究*, 43(3), 306-314, 1995.
- 20) Rosenberg, M.: *Society and the adolescent self-image*, Princeton Univ. Press, 1965.
- 21) 山本真理子, 松井 豊, 他: 認知された自己の諸側面の構造, *教育心理学研究*, 30, 64-68, 1982.
- 22) 安達智子: セールス職者の職務満足 - 共分散構造分析を用いた因果モデルの検討 -, *心理学研究*, 69(3), 223-228, 1998.

[平成15年7月10日受付]
[平成16年4月22日採用決定]

ゴム製湯たんぽの安全な使用法の検討 —湯たんぽ表面温度とマウス皮膚組織への影響—

Examination of safer usage of rubber-made hot-water bottles
— The surface temperature of the bottles and influence on a mouse skin —

岩 永 秀 子¹⁾ 高 山 栄¹⁾ 山 本 昇²⁾
Hideko Iwanaga Sakae Takayama Noboru Yamamoto

キーワード：湯たんぽ表面温度，ネルカバー，湯温，低温熱傷
hot-water bottle's surface temperature, flannel cover, hot water temperature,
moderate temperature burns

I. はじめに

湯たんぽは温熱による効果を期待して用いられる看護用具の1つである。実際に臨床では、病床及び身体の保温、疼痛緩和、腸蠕動運動の促進、入眠の促進、血管拡張等の目的で湯たんぽを用いている¹⁾。

これまでに湯たんぽの効果を実証するための研究がいくつかなされている。長谷部ら²⁾は、湯たんぽ貼用による皮膚温、皮膚血流量、寝床内温度、主観的感觉等を経時的に測定し、温熱刺激が就床中の生体に及ぼす効果について検討している。また坂田ら³⁾は、皮膚温、皮膚血流量、寝床内気候、主観的快適性に加え、指尖容積脈波、酸素消費量を測定し、湯たんぽと電気毛布の生体へ及ぼす影響について検討している。さらに、湯たんぽによる疼痛緩和^{4) 5)}、腸蠕動や排便の促進^{6) 7)}、血管拡張⁸⁾が報告されている。

一方、臨床看護師を対象とした我々の調査¹⁾によると、湯たんぽによる熱傷事故は少なからず発生しており、その中には熱傷深度Ⅲ度のものもみられた。また熱傷事故の原因として最も多く挙げられていたのは「離して貼用した湯たんぽに身体が接触していた」であった。この調査結果から我々は、寝床内で湯たんぽを用いる場合は、直接触しても安全な方法で使用する必要があると考えている。使用する湯の温度から考えると、湯たんぽによる熱傷のほとんどは低温熱傷と思われる。低温熱傷とは、比較的低温で長時間接触することによる損傷であり、鈴木⁹⁾は体温以上60℃以下の熱源による熱傷を低温熱傷と定義している。低温熱傷の発症要因としては温度、時間、圧力の他に、皮膚の知覚機能低下や熱源からの逃避行動の困難さなど、生体側の要因も挙げられる¹⁰⁾。湯たんぽ貼用においても、意識障害や神経障害のある人などは低温熱傷を起こしやすい

対象として認識されている。しかし、このような特性を有しない人でも湯たんぽによる低温熱傷を起こしており^{11) 12)}、このことは対象の特性に関わらず湯たんぽの使用方を安全から改めて検討する必要性を示唆している。

工藤ら¹³⁾は、湯たんぽの保温性の検討を行うと同時に、湯たんぽの表面温度を測定し、低温熱傷を起こさない湯たんぽの使用法について言及している。しかし実験に用いた湯たんぽは金属製湯たんぽであり、現在臨床での使用頻度は低い^{11) 14)}。また実験に用いた湯の温度は60℃と80℃の2種類、カバーは1種類であり、安全な湯たんぽの使用法を見いだすためには、より詳細な検討が必要である。

そこで今回、臨床で使用頻度の高いゴム製湯たんぽを用い、用いる湯の温度とカバーの種類による湯たんぽ表面温度の差を検討した。さらに、ネルカバーを用いた際のゴム製湯たんぽの安全性について、マウス皮膚の組織学的変化から評価した。

II. 実験方法

1. ゴム製湯たんぽ表面温度の測定

1) 実験条件

実験に用いた湯たんぽは、材質的には80℃以下の湯の使用が可能なゴム製湯たんぽ（浪華ゴム工業株式会社製）である。湯の温度は、ゴム製湯たんぽ作成時に最もよく用いられる60℃を中心に、50℃、55℃、60℃、70℃の4種を設定した。カバーは、生地厚さが異なり熱伝導に違いがあるネル（厚さ4.0mm、ネルと綿の間にキルト芯を挟んだ生地）、キルトイング（厚さ2.5mm）、綿（厚さ1.0mm）の3種とした。したがって、実験に用いた湯たんぽは、4種の湯の温度と3種のカバーの組み合わせ

1) 東海大学健康科学部看護学科 Department of Nursing, School of Health Sciences, Tokai University

2) 北里大学看護学部 School of Nursing, Kitasato University

による12種類のゴム製湯たんぽである。

実験は「病院空調設備の設計・管理指針」¹⁵⁾に示されている病室の標準的な温度条件（冬期）を参考に、室温を22℃～24℃に調節した室内で行った。実験に用いた寝床を図1に示した。

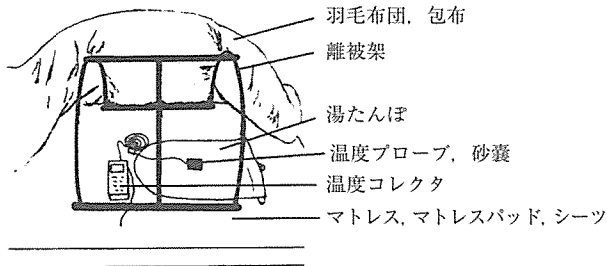


図1 実験に用いた寝床及び測定用具の装着

2) 実験手順

実験は以下の手順で行った。

- ① ②に示した温度より1℃～2℃高い温度の湯約2000mlを大ピッチャーに準備する。
- ② 大ピッチャーの湯の温度が下記の温度になったら、小ピッチャーAに500ml、小ピッチャーBに1000ml入れる。
50℃の場合：53℃、55℃の場合：58℃、
60℃の場合：64℃、70℃の場合：75℃
これらの温度は予備実験（後述）により決定した。
- ③ ピッチャーAの湯の温度が設定温度（50℃、55℃、60℃、70℃）になったら、湯たんぽに湯を入れ、栓を閉め、所定の場所（ステンレス台上のバスタオルの上）に置く（湯たんぽを暖める）。
- ④ ピッチャーBの湯の温度が設定温度となる直前に湯たんぽ内の湯を捨てる。
- ⑤ 設定温度となったピッチャーBの湯を湯たんぽに入れ、栓を閉め、湯たんぽ周囲の水分を拭き取り、カバーを掛ける。
- ⑥ 作成した湯たんぽをベッド上の所定の位置に置く。
- ⑦ 湯たんぽの上部中央に温度プローブをつけ、プローブを安定させるためにプローブ上におもり（30gの砂嚢）を載せ、測定開始と同時に掛布団を掛ける。

【予備実験1】

湯たんぽを暖める時間を決定するために、室内に放置した湯たんぽに設定温度の湯500mlを入れ、カバーを掛けずの状態、湯たんぽ表面温度を経時的に測定した（5秒毎、3分間）。その結果、表面温度がほぼ一定となった時間とその温度は、以下の通りであった（室温24℃、湿度48.9%）。

50℃の湯の場合：測定開始後60秒～95秒の間、
44.1～44.2℃

55℃の湯の場合：測定開始後60秒～120秒の間、
48.1～48.4℃

60℃の湯の場合：測定開始後50秒～105秒の間、
52.6～52.9℃

70℃の湯の場合：測定開始後60秒～85秒の間、
60.4～60.6℃

湯を入れてから60秒後から85～120秒後の間は、湯たんぽの表面温度がほぼ一定となることが示され、この時間を予め少量の湯を入れて湯たんぽを暖める時間とした。

【予備実験2】

設定温度の湯を一定量（湯たんぽを暖めるための湯500ml、湯たんぽ内に入れる湯1000ml）準備し、かつ予備実験1で決定した湯たんぽが暖まる時間を確保する方法を見出すために以下の予備実験を行った。

- ① 設定温度より数度高い湯を大ピッチャーに準備し、
- ② 小ピッチャーA、Bそれぞれに500mlと1000ml入れ、
- ③ ピッチャーAの湯が設定温度になってからピッチャーBの湯が設定温度になるまでの時間差を測定し、④その差が70秒から95秒～130秒となる①の湯の温度を探索した。70秒から95秒～130秒とは、予備実験1の結果に、暖め用の湯を捨てるのに要する時間を加えた時間である。①の湯の温度を1℃づつ変化させて検討した結果、設定温度50℃の場合、53℃の湯を準備すると、ピッチャーAとBの湯の温度が設定温度になる時間差は109秒であった。以下同様に、設定温度55℃の場合58℃で96秒、設定温度60℃の場合64℃で104秒、設定温度70℃の場合75℃で85秒であった。ほぼ条件を満たすと判断し、これらの温度の湯を準備することとした。

3) 測定項目と測定方法

湯たんぽの表面温度は皮膚センサーデジタル温度計（温度プローブ、MALLINCRODT製）とTM20温度コレクタ（横河M&C株式会社製）を用いて測定した（図1）。12種類の湯たんぽ各々につき、5分毎2時間の測定を3回ずつ行い、平均値を算出した。

室内の温度・湿度は環境モニタ温湿度計（エンベックス気象計株式会社製）を用いて15分毎に測定した。また湯たんぽ作成開始から測定開始までの所要時間（秒）も併せて測定した。

2. 湯たんぽ貼用後のマウス皮膚の組織標本観察

60℃、55℃、50℃の湯を入れ、ネルカバーを掛けたゴム製湯たんぽの上に麻酔下（10%ウレタン0.15ml/体重10g腹腔内注射）でマウス（生後14週齢のオスのddYマウス、体重約45g）の大腿外側が接するように固定し、2時

間加温処理した。前述したように、湯たんぽによる熱傷事故は、身体から離して貼用した湯たんぽに身体が接触したために起こっていることが多い¹⁾ため、今回の実験ではカバーを掛けた湯たんぽにマウス皮膚を直接接触させた。また、ゴム製湯たんぽ作成時に最もよく用いられる60℃の湯を用いた場合、いずれのカバーにおいても2時間以内に表面温度が43℃以下を示した(後述)ため、マウス皮膚への加温処理時間を2時間と設定した。加温処理から4日経過後、麻酔下でマウス大腿を骨盤部位で切断し、4%パラホルムアルデヒドと0.5%グルタルアルデヒドの混合液で24時間固定した後、加温中央部の皮膚(約8×5×1.5mm大)を切り出した。低温熱傷は急性期では所見が少なく慢性期でびらんや潰瘍を呈する⁹⁾という臨床上的特徴を有する。また予備実験の段階において、加温処理直後より3～5日経過後の方がマウス皮膚組織の変性が著明に観察された。そのため本実験においては加温処理から4日経過後を組織切り出しの時期とした。切り出した組織はアルコール脱水後、Queto1523M樹脂(日新EM株式会社)に包埋した¹⁶⁾。ウルトラミクロトーム(Reichert社)でガラスナイフを用いて1μmの切片を作成し、トルイジン青で染色後、顕微鏡観察した。なお、湯たんぽ表面温度の測定と同様にマウス大腿部におもり(30g砂囊、マウス大腿部にかかる圧は約1mmHg以下)を置いた。このおもりによる圧の大腿部皮膚組織への影響は認められなかった。本実験は北里大学医学部動物実験倫理委員会の承認を受けて実施した(承認番号2002-124)。

Ⅲ. 結 果

1. 用いる湯の温度とカバーの種類による湯たんぽ表面温度

測定中室内の温度は22.6℃～24.0℃、湿度は51%～67%であった。湯たんぽ作成開始から測定開始までの時間は3分3秒～4分33秒の範囲であり、そのうち湯たんぽの暖めに要した時間は、湯温50℃では64秒～95秒、55℃では57秒～80秒、60℃では59秒～78秒、70℃では55秒～69秒であった。湯たんぽの暖めに要した時間は予備実験で示した範囲にほぼ収まっており、暖めた湯たんぽの温度はほぼ一定に保たれたと言える。

1) ネルカバーを用いた場合の湯たんぽ表面温度(図2)

ネルカバーを用いた場合の表面温度は、25～35分後に最高値を示し、その後0.2℃～0.4℃/5分の割合で下降した。50℃の湯の場合、最高表面温度は39.8℃、55℃では42.8℃であった。60℃の湯では、最高46.1℃、10～90分後まで43.0℃以上、そのうち15～55分後までは45.0℃以上であった。70℃の湯では2時間通して45.0℃以上であった。

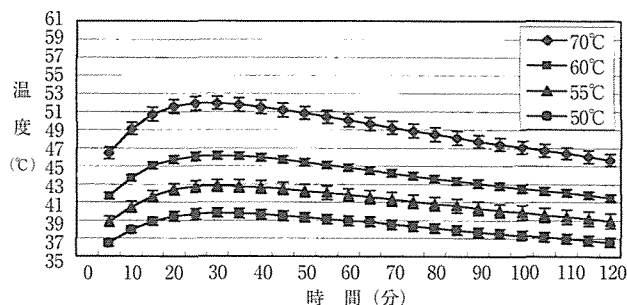


図2 ネルカバーを掛けたゴム製湯たんぽの表面温度

2) キルティングカバーを用いた場合の湯たんぽ表面温度(図3)

キルティングの場合、表面温度は20～25分後に最高値となり、その後0.3～0.5℃/5分の割合で下降した。50℃の湯での最高表面温度は43.1℃であった。55℃の湯では、5～70分後まで43.0℃以上、うち10～45分後まで45.0℃以上、最高46.3℃であった。60℃の湯では、75分後まで45.0℃以上、105分後まで43.0℃以上であった。70℃の湯では、最高温度56.4℃、85分後まで50.0℃以上であった。

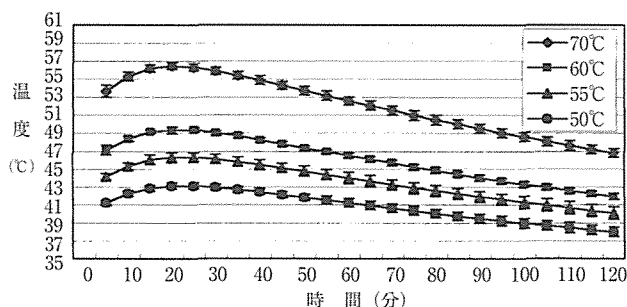


図3 キルティングカバーを掛けたゴム製湯たんぽの表面温度

3) 綿カバーを用いた場合の湯たんぽ表面温度(図4)

綿カバーの場合、10～15分後に表面温度は最高となり、その後0.4～0.7℃/5分の割合で下降した。50℃の湯では、5～40分後まで表面温度は43.0℃以上、最高44.9℃であった。55℃の湯では、55分後まで45.0℃以上、80分後まで43.0℃以上であった。60℃の湯では、最高表面温度が52.9℃、90分後まで45.0℃以上であった。70℃の湯では2時間通して45.0℃以上であり、最高温度は60.6℃であった。

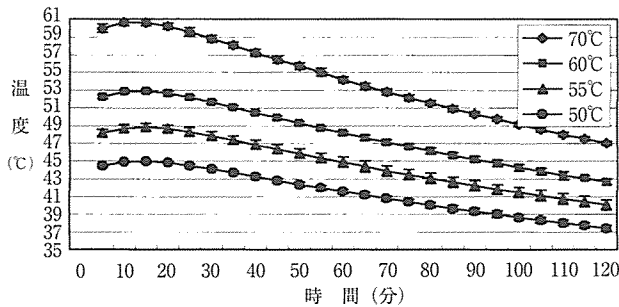


図4 綿カバーを掛けたゴム製湯たんぽの表面温度

2. マウス皮膚をネルカバーを掛けたゴム製湯たんぽに接触させた場合の組織学的変化

55℃および50℃の湯を用いた場合には、顕著な熱傷害と思われる所見は認められなかった（図5、①）。

60℃の湯を用いた場合、皮膚組織の一部に表皮変性を思

わせる所見が観察された（図5、②）。マウスの皮膚は薄く、正常皮膚ではほぼ単層の基底層と角化層で覆われているが（図5、①）、この部位では有核の細胞層が2～3層をなしていた。また基底細胞には空胞化したものや核萎縮を起こしたものが認められた。同一部位の真皮上層（表皮に近い部分）では小血管の拡張も確認された（図5、③矢印）。また、同一部位ではないが、60℃の湯たんぽを貼用したマウス皮膚の真皮下層では、血管周囲への白血球浸潤や顆粒放出した肥満細胞（図5、④）が多数認められた。55℃の湯を用いた場合にも肥満細胞の顆粒放出像が散見されたが、その数は少なかった。

IV. 考 察

ゴム製湯たんぽの安全な使用方法を検討するために、湯温とカバーが異なる12種類のゴム製湯たんぽの表面温度を経時的に測定し、さらに湯たんぽ貼用によるマウス皮膚の

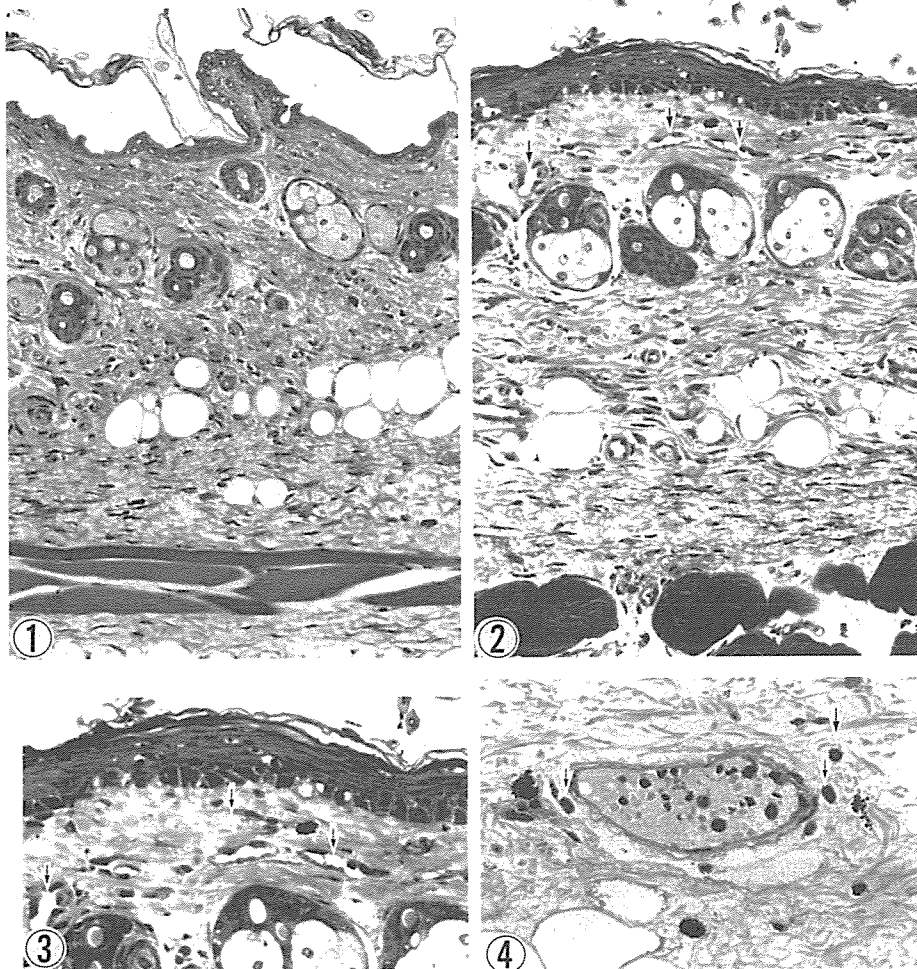


図5 マウス皮膚顕微鏡像

①50℃の湯を用いた場合：変性所見は認められない。②60℃の湯を用いた場合：表皮が重層化し、表皮は再生されつつある。空胞化した表皮細胞が一部認められる。表皮に近い部分の真皮内小血管の拡張（矢印）が認められる。③図②の一部拡大像：小血管の拡張が確認できる（矢印）。④60℃の湯を用いた場合の真皮下層に認められた血管：白血球が血管内および血管周辺（矢印）に認められる。肥満細胞も多数認められ、その中には顆粒放出した細胞が確認される。①、②：×150 ③：×550、④：×500

組織学的変化を観察した。

今回測定した表面温度のうち、最も高温を示したのは70℃の湯を入れ綿カバーを掛けた湯たんぽ（70℃綿カバーの湯たんぽ）であり、少なくとも15分間表面温度は60℃以上を示していた。60℃の熱源の場合、1秒間の接触で浅達性第Ⅱ度熱傷を生じると報告されており⁹⁾、70℃綿カバーの湯たんぽは熱傷を起こす可能性が極めて高いと考えられる。次に高温を示した湯たんぽは70℃の湯を入れキルティングカバーを掛けた湯たんぽであった。その表面温度は少なくとも25分間55℃以上を示した。また70℃ネルカバーの湯たんぽでは45分間、60℃綿カバーの湯たんぽでは35分間、50℃以上の表面温度が維持されていた。次に45℃以上の表面温度を示した湯たんぽは、60℃キルティングカバー、55℃綿カバー、60℃ネルカバー、及び55℃キルティングカバーの湯たんぽであった。それぞれ少なくとも70分、50分、40分、及び35分の間、表面温度が45℃以上を示していた。Suzukiら¹⁷⁾の温度制御可能なガラス製容器をラットに接着させた実験では、55℃の2分間接触で深達性第Ⅱ度熱傷、10分間接触で第Ⅲ度熱傷を生じ、50℃では20秒で第Ⅰ度熱傷、4分で浅達性第Ⅱ度熱傷、10分で深達性第Ⅱ度熱傷、20分で第Ⅲ度熱傷、45℃では40分間の接触で浅達性第Ⅱ度熱傷、1時間で深達性第Ⅱ度熱傷が生じることが示されている。したがって、70℃キルティングカバー、70℃ネルカバー、60℃綿カバー、60℃キルティングカバー、55℃綿カバー、60℃ネルカバー、及び55℃キルティングカバーのゴム製湯たんぽでも低温熱傷を起こす可能性が高い。残された4種の湯たんぽの表面温度を43℃を基準にみると、50℃綿で35分間、50℃キルティングで10分間43℃を越えており、55℃ネル及び50℃ネルの表面温度は120分間43℃を超えることはなかった。また同じ湯温で表面温度を比較すると、ネルカバーを用いた場合の最高温度が最も低く、かつ表面温度が低下する割合が小さかった。さらに別の実験¹⁸⁾において、43℃の銅パイプにマウス皮膚を2時間接触させると低温熱傷を発症するが、銅パイプをネルで覆った場合、43℃2時間では低温熱傷が起りにくいことが確認されている。これらより、今回用いた3種類のカバーの中でネルカバーが安全性、保温性の観点から湯たんぽカバーとして適していると考えられる。

次にネルカバーを掛けた湯たんぽの安全性を実証するために、マウス大腿部を湯たんぽ（60℃、55℃、50℃）表面に2時間接触させ、接触部位の皮膚を顕微鏡下で観察した。60℃の湯を用いた場合、皮膚の一部に表皮変性が確認された。しかしその範囲は真皮における傷害範囲に比べて狭く、且つこのような変性表皮は、その後2～3日で脱落し、新しい表皮に置き換わることを別の実験で確認している¹⁸⁾。従って、表皮変性そのものはさほど問題ないと考

えられる。真皮内では血管拡張と白血球浸潤、肥満細胞の顆粒放出像が認められた。局所におけるこのような所見は真皮内で炎症反応が進行していることを示唆している。マウスを用いた加圧実験でも白血球浸潤や肥満細胞の顆粒放出が起こると報告されている¹⁹⁾。しかし、加圧実験では白血球浸潤や肥満細胞脱顆粒は加圧処理後早期（2～3時間後）にピークとなりそれ以後は認められていない。低温熱傷は急性期には所見が少なく慢性期にびらんや潰瘍を呈することが多い⁹⁾ため、今回の実験では加温処理後4日目の皮膚を検討対象とした。今回の結果から、湯温60℃でネルカバーを掛けた湯たんぽに2時間接触させたマウスの皮膚組織では、温熱刺激を取り除いた4日後でも真皮内で炎症反応が進行していることが示唆された。これらはマウスの皮膚における所見であるが、人体においても60℃ネルカバー湯たんぽへの2時間接触で皮膚への影響が起こる可能性を考慮する必要がある。さらに人体が湯たんぽと接触する場合は、身体の一部が湯たんぽ上に乗るなど、加圧された状態であることが多いと推測され、今回の結果よりさらに傷害の程度が増すと考えられる。実際、マウス大腿部をネルでカバーした銅パイプに接触させ、一定の加圧を加えることによって皮膚傷害の程度が強くなることを確認している。従って、ゴム製湯たんぽを用いる場合、ネルカバーを掛けても、60℃の湯を用いることは危険である。我々が行った調査¹⁾によると、実際臨床ではゴム製湯たんぽへ60℃以上の湯を入れている実態や厚さ2～3mmのカバーが最もよく用いられている実態が明らかになっているが、今回の実験結果を踏まえると、このような方法で作成した湯たんぽを寝床内で用いることは非常に危険であると言えよう。

一方、今回の実験で、60℃の湯を用いた場合（表面温度は45℃以上が少なくとも40分続く）でも表皮の壊死は観察されず、皮膚傷害の程度はSuzukiら¹⁷⁾の結果に比し軽かった。温熱刺激を与える際、同じ温度でも素材によって熱流束が異なり皮膚に及ぼす影響に違いがある¹⁸⁾ことが確認されている。今回の実験で傷害の程度が軽かったのは、皮膚と接触している素材がSuzukiらの実験ではガラスであり、本実験ではネルであったためと考えられる。このことは湯たんぽ貼用においてカバーの厚さだけでなく素材にも注意を払う必要性を示唆している。

V. 結 論

本研究では、異なる湯温（50℃、55℃、60℃、70℃）とカバー（ネル、キルティング、綿）で作成した12種類のゴム製湯たんぽの表面温度を比較検討した。その結果、①70℃綿カバー湯たんぽの表面温度は約15分間60℃以上を示し、熱傷を起こす可能性が極めて高い、②70℃キルティン

グカバー、70℃ネルカバー、60℃綿カバー、60℃キルティングカバー、55℃綿カバー、60℃ネルカバー、及び55℃キルティングカバーの湯たんぽでも表面温度は45℃以上を示し、低温熱傷を起こす可能性が高い、③3種類のカバーの中でネルカバーが安全性、保温性の観点から湯たんぽカバーとして適している、ことが明らかになった。また、60℃ネルカバー湯たんぽに2時間接触させたマウス皮膚には温熱刺激4日経過後も炎症反応が認められた。このこ

とは、人体においてもネルカバーを掛けた場合であっても60℃の湯を用いることは低温熱傷発症の危険性があることを示唆している。

付 記

本論文の要旨は、第29回日本看護研究学会学術集会において報告した。

要 旨

ゴム製湯たんぽの安全な使用方法を検討するために、異なる湯温(50℃、55℃、60℃、70℃)とカバー(ネル、キルティング、綿)の組み合わせからなる12種類のゴム製湯たんぽの表面温度を比較した。70℃綿カバーゴム製湯たんぽの表面温度は約15分間60℃以上を示し熱傷を起こす可能性が高い。70℃キルティング、70℃ネル、60℃綿、60℃キルティング、55℃綿、60℃ネル、及び55℃キルティングのゴム製湯たんぽでも45℃以上の表面温度を示し低温熱傷を起こす可能性がある。検討した3種類のカバーの中では、ネルが安全性、保温性の観点から湯たんぽカバーとして適している。マウス皮膚を60℃ネルカバー湯たんぽに2時間接触させると、4日経過後の皮膚組織に炎症反応が認められた。このことは、ネルカバーを掛けた場合であっても60℃の湯を用いた湯たんぽを人体に直接貼用すると低温熱傷発症の危険性があることを示唆している。

Abstract

The surface temperature was measured in rubber-made hot-water bottles filled with various temperatures of water (50, 55, 60 or 70℃) with different kinds of covering (flannel, kilting or cotton cloth), to explore safer usage of the bottle. In cotton-covered bottles filled with water whose temperature was 70℃, the surface temperature remained above 60℃ for about 15 minutes, the condition that may cause burns. The surface temperature exceeded 45℃ for more than 30 minutes, which may lead to moderate temperature burns, when the bottles were prepared with either of the following combinations of the water temperature and covering: 70℃ /flannel, 70℃ /kilting, 60℃ /flannel, 60℃ /kilting, 60℃ /cotton, 55℃ /kilting or 55℃ /cotton. Among three kinds of cloths examined, flannel cloth appeared to be most suitable for covering, considering its ability to keep the surface temperature moderate. However, use of water whose temperature was equal or above 60℃ may cause moderate temperature burns even when the bottle was covered with flannel cloth, since a 2-hour contact with such a bottle induced inflammatory responses in mouse thigh skin, which was observed 4 days after the heat exposure.

文 献

- 1) 高山 栄, 岩永秀子: 湯たんぽに関する看護技術の安全性の検討-臨床における湯たんぽの使用状況と熱傷事故の実態調査から-, 日本看護学教育学会誌, 13(3), 19-27, 2004.
- 2) 長谷部佳子, 中山栄純, 他: 温罨法が就床中の生体の快適感, 体温, 皮膚血流に及ぼす影響, 日本看護研究学会雑誌, 22(5), 37-45, 1999.
- 3) 坂田五月, 野村志保子: 湯たんぽと電気毛布の保温効果と生体への影響, 看護技術, 48(7), 105-111, 2002.
- 4) 落合記久子, 橋口種美, 他: 血液透析時の血管痛に対する処置と効果圧迫法と温枕による温罨法の併用, 臨床看護研究の進歩, 1, 75-80, 1989.
- 5) Saeki Y.: Effect of local application of cold or heat for relief of pricking pain, Nursing Health Sciences, 4, 97-105, 2002.
- 6) 深井喜代子, 阪本みどり, 他: 水又は運動負荷と温罨法の健康女性の腸音に及ぼす影響, 川崎医療福祉学会誌, 6(1), 99-106, 1996.
- 7) 酒井美香, 田中亜由美, 他: 虚血性心疾患患者の排便コントロール-腰部温罨法の有効性-, 第29回日本看護学会集録(成人看護I), 76-78, 1998.
- 8) 橋本 幸, 岩田美香, 他: 静脈血管怒張に有効な温罨法の温度と時間-電子リニア走査式超音波診断装置を用いて-, 第28回日本看護学会集録(看護総合), 153-155, 1997.
- 9) 鈴木 隆: 低温熱傷, 平山 峻, 島崎修次(編): 最新の熱傷臨床-その理論と実際-, 410-422, 克誠堂, 東京, 1994.
- 10) 大谷津恭之, 黄金井康巳, 他: 神経麻痺を来した低温熱傷に関する考察-保温機能付き便座による熱傷-, 日本災害医学会雑誌, 38(2), 82-92, 1990.
- 11) 昆 宰市, 間山 諭, 他: 低温熱傷, 皮膚病診察, 13(11), 1015-1018, 1991.
- 12) Lapid O., Walfisch S.: Perianal and gluteal burns as a complication of hot water bottle treatment for anal fissure, Burns, 25, 559-560, 1999.
- 13) 工藤せい子, 工藤公子, 他: 湯たんぽの保温性についての検

- 討, 看護技術, 43(5), 65-72, 1997.
- 14) 山口瑞穂子, 村上みち子, 他: 基礎看護技術の教育内容の検討(1)ー臨床における看護用具に関する実態調査ー, 日本看護学教育学会誌, 7(3), 37-45, 1997.
- 15) 日本医療福祉設備協会: 日本医療福祉設備協会規格 病院空調設備の設計・管理指針HEAS-02-1998, 日本医療福祉設備協会, 13-15, 1998.
- 16) 串田つゆ香, 串田 弘: プラスチック包埋法による生物組織の光学顕微鏡的観察, 東京女子医科大学雑誌, 43(3), 227-230, 1975.
- 17) Suzuki T, Hirayama T. et al. : Experimental studies of moderate temperature burns, Burns, 17(6), 443-451, 1991.
- 18) 飯田智恵, 山本 昇: 低温熱傷発症条件に関する実験的検討, 日本看護研究学会雑誌, 27(1), 43-50, 2004.
- 19) 七川正一, 森 將晏, 他: マウスを用いた褥瘡初期病変の組織学的検討ー圧力の差による障害の深さと質的变化ー, 日本看護研究学会雑誌, 25(5), 27-34, 2002.
- 〔平成15年6月5日受 付〕
〔平成16年4月23日採用決定〕

精神科病棟における保護室の看護技術に関する臨床看護師の認識

The recognition of nursing staffs about the nursing practice at seclusion in psychiatric inpatient unit

永井朝子¹⁾ 久米和興²⁾
Tomoko Nagai Kazuoki Kume

キーワード： 保健室，精神科，安全管理，患者説明，患者権利
seclusion, psychiatric, safety management, patient explanation, patient right

I. はじめに

精神科病棟において患者を隔離する場、すなわち保護室は、精神医療全体の時代変遷と共に、その機能や構造が変化してきている。隔離の実践は、精神保健福祉法の中でその理念や状況、対象者が規定されており、また隔離や身体拘束の適応と禁忌について具体的に述べた文献もある¹⁾。しかし、その目的や機能を体系的に検討した研究報告は少なく²⁾、国内でも隔離が必要な状況や対象者における実証的検討はほとんど行われてこなかった³⁾。保護室は、1960年代の収容中心時代には劣悪な環境であり、1980年代前半の開放化運動推進の時代でも、自傷他害の防止や火気の取扱いなどが重視されるに留まっていた⁴⁾。しかし、1990年代に入り、保護室は封じ込めや懲罰といった意味から徐々に治療的介入の意味をもつようになってきており⁵⁾、保護室自体が、物理的に過剰な知覚刺激や対人関係を遮断することで自我が脆弱な患者を守り、自己洞察により自己を取り戻すための環境と捉えられるようになってきている⁶⁻⁸⁾。さらに、精神科救急医療政策が進む中で、保護室は精神科急性期治療ユニット（PICU:Psychiatric Intensive Care Unit）における集中治療室としての役割を果たすようになってきている⁹⁾。また、患者の権利尊重のための処遇改善として行動制限を最小限にするだけでなく、治療上の課題としても行動制限を最小限にする努力が行われ¹⁰⁾、行動制限をコーピングスキルの学習の場とし、早期に行動制限を解除するための認知行動療法的アプローチが注目されてきている¹¹⁻¹⁴⁾。

一方隔離は、患者自身とそれに携わるスタッフに身体的・精神的なトラウマを残すなどの弊害があると言われ^{4, 11)}、人権擁護や心理・身体的弊害を危惧した抑制廃止運動や、コホート調査的にみた隔離の治療効果への疑問の声もある¹⁵⁾。しかし臨床では、弊害を最小限にしながらも隔離という行為を選択することは止むを得ない。また、隔離行為が必ず

しも医療の質の低さを反映しているわけではないという意見もある³⁾。臨床の看護師は、行動制限の是非を問い続けながらも、行動制限による弊害を最小限にし、適切な使用方法やケアの提供について検討していく必要がある¹⁶⁾。

以上のように、保護室の機能が時代とともに変化していく中で、臨床現場における認識も変化していくと考えられる。しかし、このような過渡期にある中で、保護室の看護技術に対する看護師の認識に関する研究は行われていない。そこで本研究では、時代的な流れや先行研究などから現在重要と考えられる保護室の看護技術について、その行為に基づく認識を検討し、3つにカテゴリーに分類した。そして、そのカテゴリーを用いてアンケート調査を行うことで、カテゴリーの妥当性を検討するとともに、現在の臨床の看護師における保護室の看護技術に対する認識を明らかにすることを目的とした。

II. 用語の定義（3つのカテゴリーについて）

本研究では、保護室の看護技術について、3つのカテゴリーに分類した。時代変遷とともに重視されてきた精神医療及び保護室の利用方法や、危機介入と行動制限、認知行動療法、心理療法といった治療的側面（診療の補助）および療養上の世話に関する基本的な看護技術について、筆者および臨床看護師や精神科看護専門家と話し合った結果、現時点で保護室の看護における看護技術の認識はこの3つのカテゴリーに集約されると考えた。1つ目は、自傷他害の恐れがあり急性期状態にある患者をケアするための看護技術【安全管理・集中治療】、2つ目は、患者が病識を持ち急性期状態から早期回復できるようにケアするための看護技術【患者説明・患者教育】、3つ目は、患者が高度の行動制限下にあっても、人権を保護され快適に療養生活を送れるようケアするための看護技術【処遇改善・サービス向上】とした。以下に、3つのカテゴリーの根拠と具体的

1) 心療内科ネルフェンクリニック Nerven Clinic

2) 名古屋市立大学看護学部 Nagoya City University School of Nursing

な看護技術項目を示す：

1) 【安全管理・集中治療】

保護室は、自傷他害の恐れがあり急性期状態にある患者をケアする場として使用される。そのため従来から保護室では安全管理が非常に重視されてきた。米国のJCAHO（医療施設評価合同委員会）、HCFA（連邦医療財政管理局）の基準の中においても安全面に関するスタッフ教育が定められ¹⁷⁾、英国における司法精神科病棟でも、危機介入などに関するスタッフ教育が義務づけられている¹⁸⁾。国内では、安全に関するスタッフ訓練に関する報告はほとんど見当たらないが、保護室では暴力などの危険性が高い患者を扱うことが多いため、今後、患者の安全を確保するとともにスタッフ自身の安全も確保できる技術やシステムが重要である¹⁰⁾。また、事故が起きた場合の警察介入や訴訟に備え、スタッフの行動や経過観察義務の履行に関する看護記録なども重要とされている¹⁹⁾。具体的な看護技術項目として、緊急事態に備え2名以上で入室することや、入室時のボディチェック、開放観察時に危険がないよう定期観察することなどが挙げられる。

また、保護室において治療が必要である患者は、興奮状態や急性期状態にあり、集中的な薬物治療も行われるため身体の生理的变化が大きい。過剰投薬により暴力が増大するケースもあれば¹⁾、攻撃性を減らすことを期待した新薬の効果なども報告されている^{20,21)}。藤岡²²⁾は、保護室などの閉鎖環境での精神的・身体的に不安定な下地に、抗精神病薬の影響などさまざまな要素が加わり突然死が惹起されると述べている。そのため保護室の看護においては、患者の精神状態や身体状態および薬物管理を含む総合的なモニタリングが重要である。米国では、HCFA、JCAHOの「隔離と拘束の領域における基準」の中でモニタリングに関する項目が規定されており¹⁷⁾各病院で具体的な実践が行われている^{23,24)}。集中治療に関する具体的な看護技術項目としては、精神状態・身体状態・ADLを定期的に観察すること、服薬を確実に行うことなどが挙げられる。

2) 【患者説明・患者教育】

隔離された患者は、病識を持ち急性期状態から早期に回復することが必要である。隔離の理由や治療及び看護内容を説明することにより、患者は自らの処遇と権利を自覚し前向きな態度を示すようになると言われる²⁵⁾。患者説明に関する具体的な内容として、保護室入室の理由に関する説明や、入室中の看護内容の説明などが挙げられる。

同時に、患者に対する教育が重要になってきており、急性期症状を呈した患者が自己コントロール力を取戻し、行動制限解除になるまでの過程で認知行動療法的な介入の

効果が文献で報告されている^{11-13, 18, 26-29)}。米国のJCAHO、HCFAでも、最小限の拘束とそのケアプランについての規定があり¹⁷⁾、Mary³⁰⁾はこの規定をもとに、認知行動療法的な介入方法の開発について紹介している。また、開放観察は国内で報告されている実践方法であり、短期間でも行動制限を解除して様子観察し、再び行動制限に至らないような患者教育をするために行われている^{31,32)}。患者教育に関する具体的な看護技術項目としては、患者が自己コントロールを身につけるため、イライラした気持ちなどを言語化するための指導や、開放観察時に行動目標を患者とともに確認することなどが挙げられる。

3) 【処遇改善・サービス向上】

患者は高度の行動制限下にあっても、人権を保護され快適に療養生活を送れるようケアされる必要がある。社団法人日本看護協会では行動制限の最小化の項目として、プライバシーを守る権利、コミュニケーションの自由（電話、郵便、面会）などを挙げている³³⁾。さらに、患者から選択される病院を目指し、処遇改善と人権配慮および患者サービス、情報提供やプライバシーへの配慮が必要とされてきており^{34,35,36)}、症状の重さや外部からの刺激遮断を目的とした隔離でも、看護師はできるだけ人権が守られるよう配慮する必要がある。例えば、保護室に入っている患者の喫煙や電話などは、看護師が立ち合った開放観察下で行われることが多いが、短時間の解除の機会を多く確保することが患者の権利を尊重することになるのであれば、日常のケアを通じて積極的に行うことが重要であろう³²⁾。処遇改善およびサービス向上に関する具体的な看護技術項目としては、空調の定期観察や入浴ができるようにすること、本人の希望に添うための面会や喫煙をするための設定などを行うことなどが挙げられる。

Ⅲ. 研究方法

精神保健福祉法の「精神保健及び精神障害者福祉に関する法第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準」および厚生省保健医療国立病院部政策医療課による「精神保健福祉法の運用マニュアル（平成11年6月）」³⁷⁾における規定範囲内で、各カテゴリーにおける具体的な看護技術実践について、アンケート調査票の項目を作成した。3つのカテゴリーと質問項目について、精神科看護領域の専門家1名、精神科病棟に従事する看護師2名で話し、臨床的な常識に照らして表面的妥当性と内容妥当性の確保に十分努めた。

アンケート調査の質問用紙は、対象となる看護師の属性11項目（性別、職種、職階、精神科看護臨床経験年数、看護臨床経験年数、年齢、一般教育学歴、看護教育学歴、看

表1 各カテゴリーにおける看護技術項目

カテゴリー	看護技術項目
安全管理・集中治療 (15項目)	危険なものが持ち込まれないように、入室時にボディチェックをする 危険がないように、保護室内の設備に破損・故障がないか定期点検をする 緊急事態に対応できるように、2名以上で対応する 危険な言動が更にエスカレートすると思われるときは、速やかに診察依頼する 患者の興奮を増長させないように、冷静に対応する 突発的な暴力を受けないために、一定の距離をとって対応する 危険な状態がないか、定期観察する 開放観察中に、問題行為が起こらないよう定期観察する 言動を客観的評価するために、2名以上で対応する 拘禁反応や無反応などを観察・記録する 治療・看護を効率的に行うために、精神状態の定期観察・記録をする 治療・看護を効率的に行うために、身体状態の定期観察・記録をする 治療・看護を効率的に行うために、ADLの観察記録をする 早期に精神症状を改善するために、服薬を確実に行う 薬物療法による副作用を早期に軽減させるために、薬の副作用を観察・記録する
患者説明・患者教育 (9項目)	治療への理解・協力を促すために、入室理由を説明する 看護行為への理解・協力を促すために、入室中の看護内容を患者に説明する 看護行為への理解・協力を促すために、入室中の看護内容を家族に説明する 混乱を避けるために、簡潔な言葉を使用して説明する 不安が軽減するように、傍らにいる 自己コントロール力を身につけられるように、イライラがあれば言語化を促す 自己コントロール力を身につけられるように、非暴力的な手段を促す 自己コントロール力を身につけられるように、開放観察の目標を確認し共有する 自己コントロール力を身につけられるように、開放観察の評価を確認し共有する
処遇改善・サービス向上 (15項目)	不要な拘束をしないように、患者が自己コントロールを取り戻したら解除するため診察依頼をする 法的に適正な医療行為を行っていることを示すため、法律を守って手続きをする 快適に過ごせるように、空調を定期的に観察をする 快適に過ごせるように、室内が汚れたらすぐに清掃する 食事を温かいうち食事が取れるように、速やかに配膳する 喉を潤すことができるように、定期的に水分補給する 快適に過ごせるように、定期的に入浴できるようにする すっきりした気分を持てるように、毎朝洗面と歯磨きができるようにする 希望に添うために、定時にオヤツを食べられるようにする 希望に添うために、医師の許可のもとで喫煙ができるようにする 希望に添うために、電話がかけられるようにする 希望に添うために、面会ができるようにする 見当識をもてるように、時計が見えるように設置する 見当識をもてるように、カレンダーが見えるように設置する プライバシーを尊重するために、入室の際はノックする

護教育の卒業年度、現在の勤務場所、保護室がある病棟での勤務経験年数)に、先に述べた3つのカテゴリーに基づく保護室の看護技術に関する39項目を加え、計50項目の質問を作成した。看護技術に関する39項目の内訳は、【安全管理・集中治療】に関する15項目、【患者説明・患者教育】に関する9項目、【処遇改善・サービス向上】に関する15項目である(表1)。それぞれの項目について「1=重視しない; 2=ほとんど重視しない; 3=あまり重視しない; 4=どちらでもない; 5=やや重視する; 6=かなり重視する; 7=非常に重視する」の7段階のリッカート式回答で答えてもらうよう作成した。各項目における設問は「精神科急性期状態で保護室に入室になった患者」と仮定し、アンケート記入者の間で解釈が異ならないように、カテゴリーの目的に沿った解説を記述した。

アンケート調査は、Y県内において保護室を有する全ての精神科の公立・民間病院(15病院)に対して本研究の主

旨を説明しアンケート調査の依頼を書面で行い、協力できると回答があった12施設に対してアンケート調査票を送付した。各施設で個人が特定できないよう個別の封筒に入れて回収し、研究者のもとに郵送してもらうよう依頼した。アンケート調査票は総計832名分依頼し、680の回収を得た(回収率81.73%)。680の回答のうち、有効回答数は643であり、そのうち職種が看護師と准看護師以外はデータ分析上除外し、596のデータについて統計的処理を行った。分析のために統計ソフトSPSS ver.10 for Windowsを使用した。

IV. 結 果

1. 対象者の属性

対象者における属性において、表2に示す。性別では、7割が女性であった。職種では、看護師が6割であった。臨床現場における職階では、はば広い職階からの回答

精神科病棟における保護室の看護技術に関する臨床看護師の認識

表2 対象者の属性

度数 (%)

性 別	男 性	137 (23.0)	女 性	455 (76.3)	不明	4 (0.7)
職 種	看護師	385 (64.6)	准看護師	209 (35.1)		2 (0.3)
臨床現場における職階	看護師		468 (78.5)			
	看護師主任・副看護師長		85 (14.3)			
	看護師長		33 (5.5)			
	不明		10 (1.7)			
精神科看護 臨床経験年数	0～4年		156 (26.2)	25～29年		46 (7.7)
	5～9年		105 (17.6)	30～34年		22 (3.7)
	10～14年		68 (11.4)	35～39年		10 (1.7)
	15～19年		83 (13.9)	40年以上		7 (1.2)
	20～24年		63 (10.6)	不明		7 (1.2)
看護臨床 経験年数	0～4年		89 (14.9)	25～29年		87 (14.6)
	5～9年		77 (12.9)	30～34年		40 (6.7)
	10～14年		68 (11.4)	35～39年		23 (3.9)
	15～19年		79 (13.3)	40年以上		6 (1.0)
	20～24年		114 (19.1)	不明		13 (2.2)
年 齢	20歳未満		1 (0.2)	50～59歳		121 (20.3)
	20～29歳		135 (22.6)	60～69歳		5 (0.8)
	30～39歳		123 (20.6)	70歳以上		2 (0.3)
	40～49歳		200 (33.6)	不明		9 (1.5)
一般教育学歴	中学校卒業		47 (7.9)	4年生大学卒業		2 (0.3)
	高等学校卒業		473 (79.4)	大学院（修士）卒業		1 (0.2)
	短期大学卒業		52 (8.7)	不明		21 (3.5)
看護教育学歴	高等学校衛生看護科		39 (6.5)	看護系短期大学（2年課程）		3 (0.5)
	看護専修学校（2年課程）		315 (52.9)	看護系短期大学（3年課程）		12 (2.0)
	看護専修学校（3年課程）		197 (3.1)	看護系4年制大学		1 (0.2)
				不明		29 (4.9)
看護教育学歴の卒業年度	1950年以前		1 (0.2)	1980～1989年		152 (25.5)
	1951～1959年		3 (0.5)	1990～1999年		143 (24.0)
	1960～1969年		38 (6.4)	2000年以降		40 (16.4)
	1970～1979年		121 (20.3)	不明		98 (16.4)
現在の勤務場所	精神科病棟（急性期）		99 (16.6)	外来診療部門		20 (3.4)
	精神科病棟（慢性期）		100 (16.8)	訪問看護部門		1 (0.2)
	精神科病棟（社会復帰）		66 (11.1)	デイケア部門		10 (1.7)
	精神科病棟（痴呆）		60 (10.1)	その他の場所		10 (1.7)
	精神科病棟（混合）		166 (27.9)	不明		4 (0.7)
保健室を有する病棟での 勤務経験年数	経験0年		60 (10.1)	20～24年		29 (4.9)
	1～4年		205 (34.4)	25～29年		20 (3.4)
	5～9年		128 (21.5)	30～34年		14 (2.3)
	10～14年		76 (12.7)	35～39年		3 (0.5)
	15～19年		43 (7.2)	40～44年		1 (0.2)
				不明		77 (12.6)

N = 596

を得た。精神科看護臨床経験年数は、平均12.46年であった。看護臨床経験年数は、17.21年であった。年齢では、平均40.11歳であった。一般教育学歴では、高等学校卒業が多数を占めた。看護教育学歴では、看護専修学校（2年課程）を卒業した人が最も多かった。現在の勤務場所では、幅広い場所からの回答を得た。保護室を有する病棟での勤務経験年数では、平均8.88年であった。

2. 各カテゴリーの看護技術項目に対する重視度と属性の関係

各カテゴリーを構成する質問項目のクロンバッハ α 係数を調べたところ、【安全管理・集中治療】で0.90、【患者説明・患者教育】で0.88、【処遇改善・サービス向上】で0.88

であり、内的信頼性が確保されていると考えられた。次に、各カテゴリーの看護技術項目に対する重視度と各属性の関係について分析した。

1) 各カテゴリーの看護技術項目に対する重視度と性別の関係

各カテゴリーの看護技術項目に対する重視度と性別の関係について分析を行った結果を表3に示す。表中に、各看護技術項目に対する性別ごとの重視度の中央値およびMann-WhitneyのU検定の結果を示した。【安全管理・集中治療】における〈緊急時に備え2名で入室する〉〈距離をとって対応する〉などの5項目で有意差があり、いずれの項目においても女性の方が中央値は高く、これらの項

表3 各カテゴリーの看護技術項目に対する重視度と性別の関係

カテゴリー	看護技術項目	中央値		有意差
		男性	女性	
安全管理・集中治療	入室時にボディチェックする	6.72	6.69	NS
	室内の破損の有無を定期点検する	6.24	6.32	NS
	緊急時に備え2名で入室する	5.63	6.22	**
	危険があれば診察依頼する	6.10	6.43	NS
	冷静に対応する	6.31	6.34	NS
	距離をとって対応する	5.54	6.23	**
	危険がないか定期観察する	6.37	6.54	*
	開放観察時に定期観察する	6.19	6.47	**
	客観的評価のため2名で入室する	5.06	5.59	NS
	拘禁状態の有無の観察をする	6.02	5.87	NS
	精神状態の定期観察をする	5.37	5.40	NS
	身体状態の定期観察をする	5.27	5.19	NS
	A D L の観察記録をする	5.08	4.84	NS
	服薬を確実に行う	6.40	6.61	**
	薬の副作用の観察記録をする	6.05	6.05	NS
患者説明・患者教育	入室理由を患者に説明する	5.94	5.87	NS
	看護内容を患者に説明する	5.91	6.12	NS
	看護内容を家族に説明する	5.68	5.48	NS
	簡潔に言葉を使用して説明する	5.50	5.32	NS
	不安なときは傍らにいる	4.84	4.46	**
	イライラがあれば言語化を促す	4.96	4.50	**
	非暴力的な手段を促す	5.33	4.82	**
	開放観察の目標を確認する	4.94	4.71	NS
	開放観察終了時に評価する	4.68	4.61	NS
処遇改善・サービス向上	不要な拘束を解除するため診察依頼をする	5.82	5.67	NS
	法を守って拘束の手続きをする	6.02	5.90	NS
	空調の定期的観察をする	5.09	4.76	NS
	室内が汚れたらすぐに清掃する	5.19	4.86	*
	食事を温かいうちに配膳する	5.27	4.91	*
	定期的に水分補給をする	5.78	5.42	*
	定期的に入浴できるようにする	5.36	5.27	NS
	毎朝洗面と歯磨きできるようにする	4.90	5.04	NS
	オヤツが食べられるようにする	4.36	4.13	NS
	希望時に喫煙できるようにする	4.64	3.84	**
	電話がかけられるようにする	3.67	3.21	**
	面会ができるようにする	4.19	3.81	NS
	時計が見えるように設置する	4.39	4.18	NS
	カレンダーが見えるように設置する	3.67	3.73	NS
	入室の際はノックする	4.90	5.02	NS

Mann-WhitneyのU検定 (* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, NS: not significant)

N = 596

目を重視していた。【患者説明・患者教育】における〈不安なときは傍らにいる〉〈イライラがあれば言語化を促す〉〈非暴力的な手段を促す〉の3項目と、【処遇改善・サービス向上】における〈室内が汚れたらすぐに清掃する〉〈食事を温かいうちに配膳する〉などの5項目で有意差が見られ、いずれの項目においても男性の方が中央値は高く、これらの項目を重視していた。

2) 各カテゴリーの看護技術項目に対する重視度と職階の関係

各カテゴリーの看護技術項目に対する重視度と職階の関係みるために、臨床現場における看護師スタッフ、主任・副看護師長、看護師長の職階においてKruskal Wallis検定

を行った結果を表4に示す。

【安全管理・集中治療】における〈冷静に対応する〉〈危険がないか定期観察する〉〈身体状態の定期観察をする〉の3項目で有意差が見られ、いずれの項目においてもより職階が高い看護師の方が中央値が高く、これらの項目を重視していた。【患者説明・患者教育】では、有意差は見られなかった。【処遇改善・サービス向上】では〈不要な拘束を解除するため診察依頼をする〉〈室内が汚れたらすぐに清掃する〉などの7項目で有意差があり、〈時計が見えるように設置する〉を除いてより職階が高い看護師の方が中央値が高く、これらの項目を重視していた。

表4 各カテゴリーの看護技術項目に対する重視度と職階の関係

カテゴリー	看護技術項目	中央値			有意差
		看護師スタッフ	看護師主任・副看護師長	看護師長	
安全管理・集中治療	入室時にボディチェックする	6.69	6.75	6.69	NS
	室内の破損の有無を定期点検する	6.28	6.47	6.32	NS
	緊急時に備え2名で入室する	6.10	6.20	6.14	NS
	危険があれば診察依頼する	6.39	6.31	6.29	NS
	冷静に対応する	6.29	6.45	6.60	*
	距離をとって対応する	6.13	5.94	6.17	NS
	危険がないか定期観察する	6.46	6.60	6.71	*
	開放観察時に定期観察する	6.40	6.44	6.44	NS
	客観的評価のため2名で入室する	5.36	5.77	5.77	NS
	拘禁状態の有無の観察をする	5.84	5.97	6.29	NS
	精神状態の定期観察をする	5.33	5.41	6.00	NS
	身体状態の定期観察をする	5.16	5.21	5.94	*
	A D L の観察記録をする	4.85	4.92	5.46	NS
	服薬を確実に行う	6.58	6.44	6.57	NS
患者説明・患者教育	薬の副作用の観察記録をする	6.00	6.09	6.36	NS
	入室理由を患者に説明する	5.83	6.02	6.30	NS
	看護内容を患者に説明する	6.01	6.31	6.28	NS
	看護内容を家族に説明する	5.50	5.43	5.83	NS
	簡潔に言葉を使用して説明する	5.37	5.31	5.55	NS
	不安なときは傍らにいる	4.50	4.75	4.79	NS
	イライラがあれば言語化を促す	4.62	4.55	4.89	NS
	非暴力的な手段を促す	4.93	4.89	4.94	NS
	開放観察の目標を確認する	4.76	4.77	4.78	NS
	開放観察終了時に評価する	4.49	4.68	4.94	NS
処遇改善・サービス向上	不要な拘束を解除するため診察依頼をする	5.62	6.00	6.14	*
	法を守って拘束の手続きをする	5.84	6.04	6.29	NS
	空調の定期的観察をする	4.76	4.95	5.38	NS
	室内が汚れたらすぐに清掃する	4.84	5.14	5.70	**
	食事を温かいうちに配膳する	4.94	5.06	5.50	NS
	定期的に水分補給をする	5.43	5.77	6.13	*
	定期的に入浴できるようにする	5.24	5.43	5.55	NS
	毎朝洗面と歯磨きできるようにする	4.95	5.20	5.53	NS
	オヤツが食べられるようにする	4.13	4.46	4.50	NS
	希望時に喫煙できるようにする	3.97	4.45	4.54	NS
	電話がかけられるようにする	3.20	3.83	4.00	**
	面会ができるようにする	3.80	4.18	4.60	*
	時計が見えるように設置する	4.11	4.83	4.72	**
	カレンダーが見えるように設置する	3.63	4.12	4.35	**
	入室の際はノックする	4.97	5.23	5.15	NS

Kruskal Wallis 検定 (* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, NS: not significant)

N = 596

3) 各カテゴリーの看護技術項目に対する重視度と、精神科看護臨床経験年数、看護臨床経験年数、年齢、看護教育の卒業年度、保護室がある病棟での勤務経験年数の関係

各カテゴリーの看護技術項目に対する重視度と、精神科看護臨床経験年数、看護臨床経験年数、年齢、看護教育の卒業年度、保護室がある病棟での勤務経験年数の各関係を見るために、Pearsonの相関分析を行った結果を表5に示す。各カテゴリーの看護技術項目に対する重視度と看護臨床経験年数、年齢、看護教育の卒業年度、保護室がある病棟での勤務経験年数との各関係は、その属性が似ているためか、各カテゴリーの看護技術項目に対する重視度と精神科看護臨床経験年数との関係に類似していると思われ、1

つの表にまとめた。

【安全管理・集中治療】における〈室内の破損の有無を定期点検する〉〈緊急時に備え2名で入室する〉〈客観的評価のため2名以上で入室する〉の項目と、【患者説明・患者教育】における〈不安なときは傍らにいる〉の項目と、【処遇改善・サービス向上】における〈不要な拘束を解除するため診察依頼をする〉〈法を守って拘束の手続きをする〉などの項目で有意な相関が見られ、いずれの項目も精神科看護臨床経験年数が長くなるほど、これらの項目を重視していた。

4) 各カテゴリーの看護技術項目に対する重視度と、職種、一般教育学歴、看護教育学歴、現在の勤務場所の関係

表5 各カテゴリーの看護技術項目に対する重視度と精神科看護臨床経験年数、看護臨床経験年数、年齢、看護教育の卒業年度、保護室がある病棟での勤務経験年数の関係

カテゴリー	看護技術項目	精神科看護臨床経験年数	看護臨床経験年数	年齢	看護教育の卒業年度	保護室経験年数
安全管理・集中治療	入室時にボディチェックする	.022	-.012	-.005	.005	-.014
	室内の破損の有無を定期点検	.121**	.152**	.148**	-.146**	.056
	緊急時に備え2名で入室する	.094*	.170**	.163**	-.141**	.001
	危険があれば診察依頼する	.007	.035	.034	-.061	-.055
	冷静に対応する	.021	.043	.053	-.034	.007
	距離をとって対応する	-.026	.007	.000	.006	-.036
	危険がないか定期観察する	.074	.111**	.103*	-.114*	.031
	開放観察時に定期観察する	-.003	.020	.013	-.042	-.032
	客観的評価のため2名で入室	.136**	.226**	.215**	-.224**	.030
	拘禁状態の有無の観察をする	.133**	.129**	.170**	-.120**	.064
	精神状態の定期観察をする	.065	.054	.086*	-.075	.050
	身体状態の定期観察をする	.059	.066	.082*	-.058	.034
	ADLの観察記録をする	.057	.070	.079	-.034	.029
	服薬を確実に行う	-.002	.016	.014	.005	-.040
患者説明・患者教育	薬の副作用の観察記録をする	.110**	.112**	.132**	-.101*	.058
	入室理由を患者に説明する	.076	.078	.074	-.072	.014
	看護内容を患者に説明する	.041	.076	.071	.000	-.033
	看護内容を家族に説明する	.004	.024	.033	-.058	-.079
	簡潔に言葉を使用して説明する	.014	.001	.032	.005	.031
	不安なときは傍らにいる	.104*	.073	.092*	-.048	.157*
	イライラがあれば言語化を促す	.025	.042	.071	-.025	.037
	非暴力的な手段を促す	.004	.031	.072	-.048	.030
	開放観察の目標を確認する	.019	.046	.094*	-.079	-.015
処遇改善・サービス向上	開放観察終了時に評価する	.031	.067	.121**	-.078	-.014
	不要な拘束を解除するため診察依頼をする	.140**	.121**	.154**	-.142**	.044
	法を守って拘束の手続きをする	.135**	.177**	.211**	-.168**	.041
	空調の定期的観察をする	.102*	.144**	.181**	-.128**	.051
	室内が汚れたらすぐに清掃する	.122**	.160**	.196**	-.145**	.063
	食事を温かいうちに配膳する	.044	.089*	.121**	-.083	-.012
	定期的に水分補給をする	.056	.067	.084*	-.039	.088*
	定期的に入浴できるようにする	.034	.031	.057	.010	.050
	毎朝洗面と歯磨きができるようにする	.080	.177**	.117**	-.117**	.055
	オヤツが食べられるようにする	.113**	.089*	.081	-.043	.103*
	希望時に喫煙できるようにする	.072	.028	.025	.023	.036
	電話がかけられるようにする	.046	-.003	-.007	.036	.086*
	面会ができるようにする	-.049	-.042	-.056	.075	-.003
	時計が見えるように設置する	.142**	.060	.088*	-.029	.134**
	カレンダーが見えるように設置	.094*	.039	.081	-.020	.064
	入室の際はノックする	-.058	-.027	-.024	.004	-.118**

Pearsonの相関分析 (*p<0.05, **p<0.01)

N=596

各カテゴリーの看護技術項目に対する重視度と、職種、一般教育学歴、看護教育学歴、現在の勤務場所の関係をみるために、Mann-WhitneyのU検定、Kruskal Wallis検定を行ったところ、いずれにおいても有意差は見られなかった。

3. 3つのカテゴリー間の看護技術項目における重視度の違い

3つのカテゴリー間の看護技術項目における重視度の違いの有無を見るために、全項目でフリードマン検定を行ったところ、有意差 ($p < 0.01$) が認められた。そこで、各カテゴリー間の看護技術項目においてどのような違いがあるかを見るために、各カテゴリーの看護技術項目における回答の分布を箱ひげ図で示した (図1)。

図1の目視から、【安全管理・集中治療】、【患者説明・患者教育】、【処遇改善・サービス向上】の順に中央値が下がる傾向が見られた。そのため、全項目における多重比較検定 (Bonferroni検定) を行った。Bonferroniの不等式から有意確率を $p < 0.000067$ に設定し、各カテゴリーの看護技

術項目同士における平均値の比較を行った。

1) 【安全管理・集中治療】と【患者説明・患者教育】の比較

【安全管理・集中治療】のカテゴリーにおける看護技術項目と【患者説明・患者教育】のカテゴリーの看護技術項目における有意差の有無および各項目の平均値を表6に示す。比較した135組において Bonferroni 検定で有意差が見られた項目のうち、平均値が【安全管理・集中治療】の方が高い項目は95組あり、割合は $95/135 \times 100 = 70.37\%$ であった。そこで50%を基準とした母比率検定 ($p < 0.01$) を行ったところ、 $38.4 \leq P \leq 61.1$ であるため、【安全管理・集中治療】のカテゴリーにおける看護技術項目は【患者説明・患者教育】のカテゴリーにおける看護技術項目よりも重視されている項目の割合が高かった。

2) 【安全管理・集中治療】と【処遇改善・サービス向上】の比較

【安全管理・集中治療】のカテゴリーと、【処遇改善・サービス向上】のカテゴリーにおける看護技術項目につい

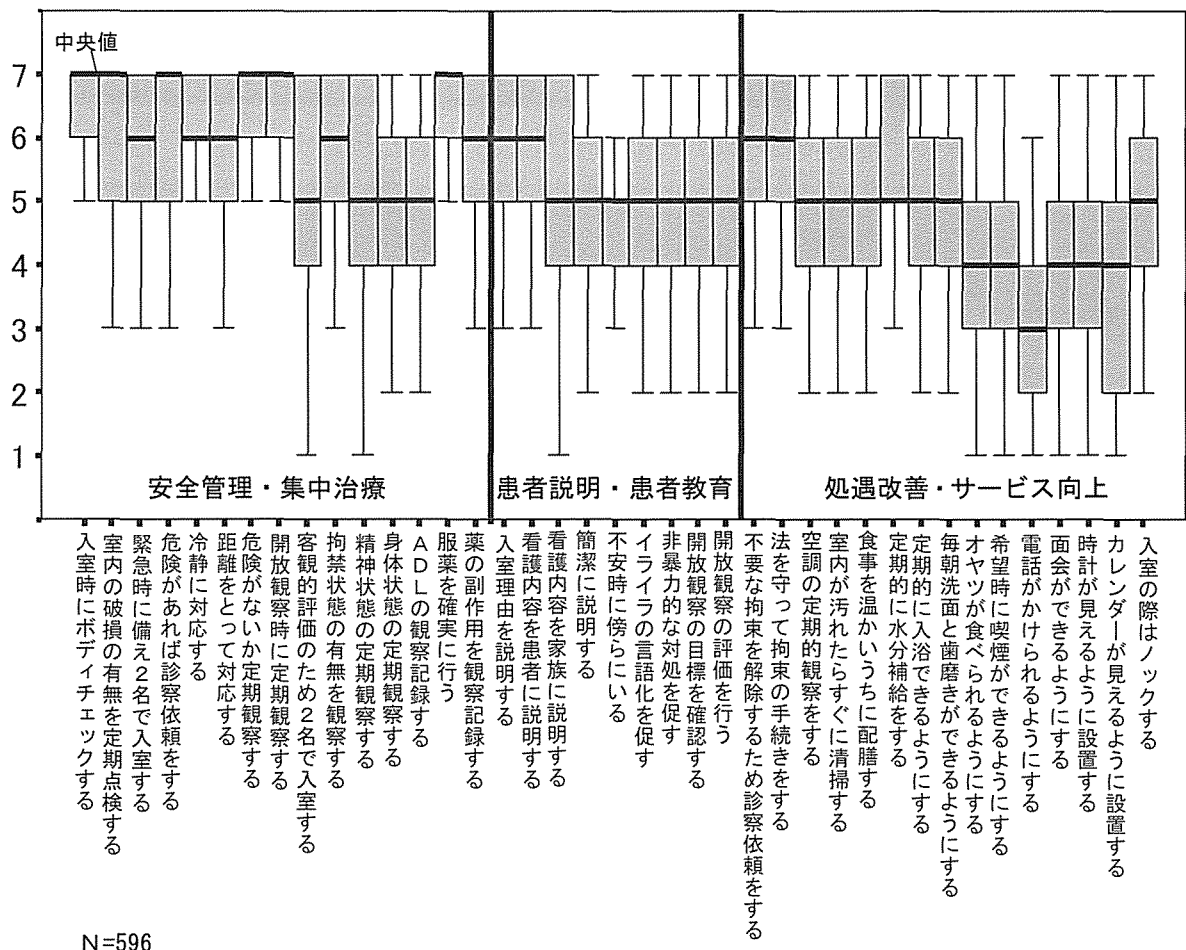


図1 3つのカテゴリー間の看護技術項目における重視度の違いを示す箱ひげ図

表6 【安全管理・集中治療】と【患者説明・患者教育】の 카테고리間の比較

	看護技術項目	平均値										
安全管理・集中治療	入室時にボディチェックする	6.56	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	室内の破損の有無を定期点検	6.01	NS	NS	*	*	*	*	*	*	*	*
	緊急時に備え2名で入室する	5.73	NS	NS	NS	*	*	*	*	*	*	*
	危険があれば診察依頼する	6.09	NS	NS	*	*	*	*	*	*	*	*
	冷静に対応する	6.16	*	NS	*	*	*	*	*	*	*	*
	距離をとって対応する	5.87	NS	NS	*	*	*	*	*	*	*	*
	危険がないか定期観察する	6.35	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	開放観察時に定期観察する	6.24	*	NS	*	*	*	*	*	*	*	*
	客観的評価のため2名で入室	5.16	*	*	NS	NS	*	*	NS	*	*	*
	拘禁状態の有無の観察をする	5.72	NS	NS	NS	*	*	*	*	*	*	*
	精神状態の定期観察をする	5.30	*	*	NS	NS	*	*	NS	*	*	*
	身体状態の定期観察をする	5.15	*	*	NS	NS	*	*	NS	*	*	*
	A D L の観察記録をする	4.89	*	*	*	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	服薬を確実に行う	6.42	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	薬の副作用の観察記録をする	5.83	NS	NS	*	*	*	*	*	*	*	*
			5.73	5.91	5.39	5.27	4.54	4.57	4.91	4.72	4.57	
			入室理由を患者に説明する	入室時の看護内容を患者に説明	入室時の看護内容を家族に説明	簡潔な言葉を使用して説明する	不安なときは傍らにいる	イライラがあれば言語化を促す	非暴力的な手段を促す	開放観察時に目標を確認する	開放観察終了時に評価する	
患者説明・患者教育												

数字は平均値
 *Bonferroni 検定 ($p < 0.000067$)
 NS: not significant

表7 【安全管理・集中治療】と【処遇改善・サービス向上】の 카테고리間の比較

	看護技術項目	平均値															
安全管理・集中治療	入室時にボディチェックする	6.56	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	室内の破損の有無を定期点検	6.01	NS	NS	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	緊急時に備え2名で入室する	5.73	NS	NS	*	*	*	NS	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	危険があれば診察依頼する	6.09	*	NS	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	冷静に対応する	6.16	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	距離をとって対応する	5.87	NS	NS	*	*	*	NS	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	危険がないか定期観察する	6.35	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	開放観察時に定期観察する	6.24	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	客観的評価のため2名で入室	5.16	*	*	NS	NS	NS	NS	NS	*	*	*	*	*	*	*	NS
	拘禁状態の有無の観察をする	5.72	NS	NS	*	*	*	NS	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	精神状態の定期観察をする	5.30	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	*	*	*	*	*	*	*	*
	身体状態の定期観察をする	5.15	*	*	NS	NS	NS	NS	NS	*	*	*	*	*	*	*	NS
	A D L の観察記録をする	4.89	NS	NS	NS	NS	NS	*	NS	NS	*	*	*	*	*	*	NS
	服薬を確実に行う	6.42	*	*	*	NS	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	薬の副作用の観察記録をする	5.83	NS	NS	*	*	*	NS	*	*	*	*	*	*	*	*	*
			5.59	5.68	4.89	4.94	5.04	5.46	5.23	5.01	4.15	3.98	3.32	3.89	4.20	3.76	4.89
			不要な拘束では解除ため診察依頼	法を守って拘束の手続きをする	空調の定期的観察をする	室内が汚れたらするに清掃する	食事を温かいうちに配膳する	定期的に水分補給をする	定期的に入浴できるようにする	毎朝洗面と歯磨きができるように	希望時オヤツが食べられるように	希望時に喫煙できるように	電話がかけられるようにする	面会できるようにする	時計が見えるようにする	カレンダーが見えるようにする	入室の際はノックする
患者説明・患者教育																	

数字は平均値
 *多重比較 Bonferroni 検定 $p < 0.000067$
 NS: not significant

て、看護技術項目における有意差の有無および各項目の平均値を表7に示す。比較した225組において、Bonferroni検定で有意差があった項目のうち、平均値が【安全管理・集中治療】の方が高い項目は175項目あり、割合は $175/225 \times 100 = 77.7\%$ であった。50%を基準とした母比率検定 ($p < 0.01$) を行ったところ、 $41.4 \leq P \leq 58.6$ であるため、【安全管理・集中治療】のカテゴリーにおける看護技術項目は【処遇改善・サービス向上】のカテゴリーにおける看護技術項目よりも重視されている項目の割合が高かった。

3) 【患者説明・患者教育】と【処遇改善・サービス向上】の比較

【患者説明・患者教育】のカテゴリーと【処遇改善・サービス向上】のカテゴリーにおける看護技術項目について、看護技術項目における有意差の有無および各項目の平均値を表8に示す。比較した135組においてBonferroni検定で有意差が見られた項目のうち、平均値が【患者説明・患者教育】の方が高い項目は65組あり、 $65/135 = \times 100 = 48.14\%$ だった。50%を基準とした母比率検定 ($p < 0.01$) を行ったところ、 $38.4 \leq P \leq 61.1$ であるため、48.14%はこの範囲に含まれたので、有意ではなかった。

以上の1)～3)の結果から、全対象者における3つのカテゴリーの看護技術項目における重視度の違いをみると、【安全管理・集中治療】のカテゴリーは、他の2つのカテゴリーである【患者説明・患者教育】、【処遇改善・サービス向上】よりも重視されている項目の割合が高かった。

V. 考 察

1. 対象者の属性について

今回の調査対象とした精神科病棟の対象者の属性をみると、年齢、対象者の精神科看護臨床経験年数、看護臨床経験年数、看護教育の卒業年度において幅広い層から回答が得られたことがわかる。また、対象者の現在の勤務場所についての結果から、Y県内の精神科病棟においては、機能別病棟の分化が行われている一方で、混合病棟も多く存在すると考えられた。さらに、対象者の保護室がある病棟で勤務経験があった人は87.1%であり、精神科に勤務する看護師において、保護室の経験が相当に共通なものであることが伺われた。

2. 各カテゴリーの看護技術項目に対する重視度と属性との関係について

1) 各カテゴリーの看護技術項目に対する重視度と性別の関係について

【安全管理・集中治療】における〈緊急時に備え2名で入る〉〈距離をとって対応する〉などの5項目において、女性スタッフは男性スタッフよりも重視度が高かった。このことは、女性スタッフは男性スタッフよりも危険度の高い患者への対応をするのが困難であるために、注意深く患者に対応する必要があると考えるのではないかと考えられた。一方、【患者説明・患者教育】における〈不安なときには傍らにいる〉〈イライラがあれば言語化を促す〉〈非暴力的な手段を促す〉の3項目においては、男性スタッフは女性スタッフよりも重視度が高く、男性スタッフは患者の

表8 【患者説明・患者教育】と【処遇改善・サービス向上】のカテゴリー間の比較

看護技術項目		平均値															
患者説明・患者教育	入室理由を患者に説明する	5.73	NS	NS	*	*	*	NS	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	入室時の看護内容を患者に説明	5.91	NS	NS	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	入室時の看護内容を家族に説明	5.39	NS	NS	*	*	NS	NS	NS	NS	*	*	*	*	*	*	*
	不安なときは傍らにいる	4.54	*	*	NS	NS	*	*	*	*	NS	*	*	*	NS	*	NS
	簡潔な言葉を使用して説明する	5.27	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	*	*	*	*	*	*	*
	イライラがあれば言語化を促す	4.57	*	*	NS	NS	*	*	*	*	NS	*	*	*	NS	*	NS
	非暴力的な手段を促す	4.91	*	*	NS	NS	NS	*	NS	NS	*	*	*	*	*	*	NS
	開放観察時に目標を確認する	4.72	*	*	NS	NS	NS	*	*	NS	*	*	*	*	*	*	NS
	開放観察終了時に評価する	4.57	*	*	NS	NS	*	*	*	*	NS	*	*	*	NS	*	NS
			5.59	5.68	4.89	4.94	5.04	5.46	5.23	5.01	4.15	3.98	3.32	3.89	4.20	3.76	4.89
			不要な拘束では解除の診察依頼	法を守って手続きをする	空調の定期的観察をする	室内が汚れたらすぐに清掃する	食事を温かいうちに配膳する	定期的に水分補給する	定期的に入浴できるようにする	毎朝洗面と歯磨きできるように	希望時オヤツが食べられるように	希望時に喫煙できるように	電話がかけられるようにする	面会できるようにする	時計が見えるようにする	カレンダーが見えるようにする	入室の際はノックする
			処 遇 改 善 ・ サ ー ビ ス 向 上														

数字は平均値
*多重比較 Bonferroni 検定 $p < 0.000067$
NS: not significant

危険な行動がより安全な行動に変容するための教育に積極的な視点を持っているのではないかと考えられた。【処遇改善・サービス向上】における〈室内が汚れたらすぐに清掃する〉〈希望時に喫煙ができるようにする〉などの5項目においても、男性スタッフは女性スタッフよりも重視度が高かった。Valerie³⁸⁾が男性スタッフは女性スタッフに比べ、隔離は患者にとってよくないものと捉えられていたことを報告している。本研究でも、性別によって保護室のケアに対する認識に違いがあることがわかった。

2) 各カテゴリーの看護技術項目に対する重視度と職階の関係について

【安全管理・集中治療】における〈冷静に対応する〉〈危険がないか定期観察する〉〈身体状態の定期観察をする〉の3項目で職階ごとの有意差がみられ、いずれも職階が高いほどこれらの項目を重視していた。【処遇改善・サービス向上】における〈室内が汚れたらすぐに清掃する〉などの項目でも職階ごとの有意差がみられ、いずれも職階が高いほどこれらの項目を重視していた。これは、職階が高くなるにつれ、患者の身体的な安全やケアの質に対する責任が高まることや、社会のニーズなどに敏感に反応してことなどが反映しているのではないかと考えられた。

3) 各カテゴリーの看護技術項目に対する重視度と精神科看護臨床経験年数の関係について

【安全管理・集中治療】における〈室内の破損の有無を定期点検する〉〈緊急時に備え2名で入室する〉〈薬の副作用の観察記録をする〉などの5項目で、精神科看護臨床経験年数が長い看護師ほどこれらの項目を重視していた。【患者説明・患者教育】における〈不安なときに傍ににいる〉の項目と【処遇改善・サービス向上】における〈不要な拘束を解除するため診察依頼をする〉〈室内が汚れたらすぐに清掃する〉などの項目でも精神科看護臨床経験年数が長い看護師はこれらの項目をより重視していた。これらのことは、精神科看護の経験を積む看護師において、保護室が従来から安全管理が重視されてきたことが反映されながらも、処遇面への配慮をする視点や患者の立場に立った看護をする視点が高まるのではないかと考えられた。

3. 3つのカテゴリー間の看護技術項目における重視度の違いについて

1) 【安全管理・集中治療】と【患者説明・患者教育】の比較について

【安全管理・集中治療】のカテゴリーにおける看護技術項目は【患者説明・患者教育】のカテゴリーにおける看護技術項目よりも重視されている項目の割合が高かった。こ

れは、従来からの自傷他害を防ぎ集中治療する場という保護室の機能が、現在の臨床現場スタッフにおいて依然重視されていることを示している。Terry³⁹⁾は看護スタッフの保護室の看護における治療的介入技術の向上が必要であると述べている。今後看護スタッフには、集中治療時の身体管理および治療的介入に関する知識や観察技術の向上が必要とされていると考える。

2) 【安全管理・集中治療】と【処遇改善・サービス向上】の比較について

【安全管理・集中治療】のカテゴリーにおける看護技術項目は【処遇改善・サービス向上】のカテゴリーにおける看護技術項目よりも重視されている項目が多かった。これは、臨床現場では処遇改善やサービス向上という面が未だ重視されにくい傾向があることを示している。斎藤ら⁴⁰⁾の国立療養所のアメニティに関する調査研究で、多くの施設における保護室が安全性、耐久性が重視されプライバシーを含む生活上の基本的事項、アメニティに関するプライバシーが未だ低いことを示唆した結果も本研究を支持している。

今回示した3つのカテゴリーにおける看護技術はどれも重要であると考えられるが、臨床現場では重視度が異なるという結果になった。現在の精神医療は、医療技術の進歩に伴う倫理の問題に、精神病院の不祥事やパターンリズムの問題が暴露される中で、安全管理中心からより患者の人権を尊重する医療に変化してきており^{6,41)}、精神医療において重視される価値観が変化してきている。このような過渡期にある現状において、各カテゴリー別の看護技術項目に対する認識が異なることは、実際に提供される看護技術に間接的に影響を与えているものと考えられる。今後、安全管理・集中治療を重視する一方で、患者説明・患者教育、処遇改善・サービス向上を今以上に重視していくことが必要であるとする。本研究では3つのカテゴリーという切り口で現状を分析したが、冒頭で示したように、保護室の看護技術に関しては、施行することに伴う倫理的問題^{11-13, 18, 26, 27, 41-44)}、患者へのケアバランスの問題や看護師間の技術差の問題^{5, 45, 46)}や意思決定能力の問題⁴⁷⁻⁵²⁾、アメニティや法的規制の問題^{42, 53-56)}など様々な課題がある。これらの課題をもとに、保護室をとりまく状況を検討し、臨床における保護室に関する看護技術項目に関する知識や技術を向上させていくことが必要であるとする。

VI. 結 論

1. 各カテゴリー間の看護技術項目に対する重視度と属性との関係について検討した結果、性別では、女性は男性よりも【安全管理・集中治療】の5項目で重視度が高

かった。男性は女性よりも【患者説明・患者教育】の3項目、【処遇改善・サービス向上】の5項目で重視度が高かった。職階では、職階が高い看護師ほど【安全管理・集中治療】の3項目、【処遇改善・サービス向上】の6項目で重視度が高かった。精神科看護臨床経験年数では、経験年数が長い看護師ほど【安全管理・集中治療】

の8項目、【患者説明・患者教育】の1項目、【処遇改善・サービス向上】の7項目で重視度が高かった。

2. 3 カテゴリー間の看護技術項目に対する重視度の違いを検討した結果、【安全管理・集中治療】は【患者説明・患者教育】及び【処遇改善・サービス向上】と比較して、重視されている項目の割合が高かった。

要 旨

本研究は、精神科病棟における保護室の看護技術をカテゴリー化し、保護室の看護技術に関する臨床看護師の認識を明らかにすることを目的とした。保護室の看護技術について【安全管理・集中治療】、【患者説明・患者教育】、【処遇改善・サービス向上】の3つのカテゴリーに関する項目からなる質問紙を作成し、Y県内の精神科病棟を有する12施設に従事する看護職員を対象とした質問紙調査を行い、596の有効回答を分析した。その結果、各カテゴリーの看護技術項目において、属性（性別、職階、精神科看護臨床経験年数）によって重視度が異なる項目がみられた。また、3つのカテゴリー間の看護技術項目に対する重視度の違いを検討した結果、【安全管理・集中治療】は【患者説明・患者教育】及び【処遇改善・サービス向上】と比較して、重視されている項目数の割合が高かった。これらの結果は、実際に提供されるケアに影響を与えている可能性がある。

Abstract

The purpose of the present study is to analyze and elucidate the problems in the recognition and the knowledge of nursing staffs about the nursing practice at psychiatric inpatient units. We classified the nursing care for secluded patients to following three categories: "Safety Management and Intensive Care", "Explanation and Training for the Patients", and "Improvement in Treatment and Offer of the Better Care Providing Services".

Based on these categories, questionnaire was prepared and was disseminated to the nursing staffs in psychiatric institutions in Y Prefecture. Effective answers from 596 respondents were analyzed. As a result, the following general trends were found: In the answers, the nursing staffs placed more importance on many items in the category of "Safety Management and Intensive Care" than "Explanation and Training for the Patients" or "Improvement in Treatment and Offer of the Better Care Providing Services". These differences may be attributed to the fact that the recognition and the knowledge of the nursing staffs in the nursing practice for the secluded patients were still in transition stage. These results suggest that the nursing staffs must try to placed more importance on "Explanation and Training for the Patients" and "Improvement in Treatment and Offer of the Better Care Providing Services".

文 献

- 1) Kenneth Tardiff: VIOLENT PATIENT 患者の暴力—その評価と対応, 36-56, メヂカルフレンド社, 1992.
- 2) Julia S. Brown, Sharon, K. Tooke: On The Seclusion of Psychiatric Patients. Society Science and Medicine, 711-721, 35 (5), 1992.
- 3) 伊藤弘人, 立森久照: 精神科病院における隔離室の使用に関する予備的検討. 病院管理 45-50, 37 (2), 2000.
- 4) William A. Fisher: Restraint and Seclusion: A Review of the Literature. Am J Psychiatry, 151 (11), 1584-1591, 1994.
- 5) Mike Lehane, Colin Rees: Alternatives to seclusion in psychiatric care. British Journal of Nursing, 5 (16), 974-979, 1996.
- 6) 佐原美智子: 精神科における抑制・隔離の現状と問題点, 看護管理, 9 (10), 754-758, 1999.
- 7) 中嶋真由美, 他: 改めて隔離室の意義を考える. 日本精神科看護学会誌, 42 (1), 605-607, 1999.
- 8) 松田節子, 他: 保護室を使用し情動コントロールを促した一症例. 日本精神看護学雑誌, 42 (1), 587-589, 1999.
- 9) 中島節夫: 精神科救急と急性期治療. 最新精神医学, 3 (5), 425-432, 1998.
- 10) 広川昌好, 渡辺高志: 相州病院 隔離室利用者の人権と安全. 精神科看護, 28 (8), 34-35, 2001.
- 11) 三原晴美: 行動制限最小化のための危機介入法. 精神科看護, 28 (6), 8-14, 2001.
- 12) 三原晴美: 危機のプロセスと危機前兆期の看護. 精神科看護, 28 (7), 50-54, 2001.
- 13) 三原晴美: 危機／興奮絶頂期・危機緩和期の危機介入. 精神科看護, 28 (8), 60-65, 2001.
- 14) 辻脇邦彦: 抑制の目的と解除目標・時期を明確にする. 精神科看護, 28 (6), 26-30, 2001.
- 15) J. Legris et al.: The impact of Seclusion on the treatment outcomes of psychotic in-patients. Journal of Advanced Nursing, 30 (2), 448-459, 1999.
- 16) 坂田三允: 精神看護と隔離・拘束. 精神科看護, 26 (4), 8-12, 1994.

- 17) Mary L.Kozub, Rick Skidmore : Seclusion Restraint Understanding Recent Changes. *Journal of Psychosocial Nursing*, 39 (3), 25-31, 2001.
- 18) 吉川和男 : 英国精神医療における隔離と拘束. *精神科看護*, 28 (6), 36-40, 2001.
- 19) 深谷 翼 : 判例に学ぶ看護事故の法的責任, 334-338, 日本看護協会出版会, 2001.
- 20) K.N.R.Chengappa, J.Vasile, et al. : Clozapine: its impact on aggressive behavior among patients in a state psychiatric hospital. *Schizophrenia Research*, 53, 1-6, 2002.
- 21) 宮本 洋 : 長期間隔離室収容となっていた治療抵抗性精神分裂病に対するペロスピロンの効果について, 44 (6), 673-676, 2002.
- 22) 藤岡耕太郎, 他 : 精神科病院入院患者の突然死. *精神医学*, 43 (9), 1027-1036, 2001.
- 23) 川野雅資 : アメリカ・テネシー州から隔離・抑制を(その1) —モカヒンベンドメンタルヘルス病院—. *精神科看護*, 27 (10), 48-56, 2000.
- 24) 川野雅資 : アメリカ・テネシー州から隔離・抑制を(その2) —ヴァレイ病院—. *精神科看護*, 27 (11), 40-43, 2000.
- 25) 釜 英介 : 保護室病棟における患者の権利を擁護した看護. *精神科看護* 1998; 25 (5): 23-36.
- 26) Alisa B.Busch, Miles F.Shore: Seclusion and Restraint—A Review of Recent Literature. *Harvard Review Psychiatry*, 8 (5), 261-270, 2000.
- 27) Hank Visalli, et al.: Reducing High-Risk Interventions for Managing Aggression in Psychiatric Settings. *Journal of Nursing Care Quality*, 11 (3), 54-61, 1997.
- 28) Ira Richimond, et al.: Least Restrictive Alternatives: Do They Really Work? . *J Nurs Care Quality*, 11 (1), 29-37, 1996.
- 29) Hank Visalli, Grace McNasser : Reducing Seclusion and Restraint: Meeting the Organizational Challenge. *J Nurs Care Qual*, 14 (4), 35-44, 2000.
- 30) Mary L.Kozub, Rick Skidmore: Least to Most Restrictive Interventions. *Journal of Psychosocial Nursing*, 39 (3), 32-38, 2001
- 31) 津田淳一 : 保護室の昼間開放について. *日本精神看護学雑誌*, 40 (1), 105-107, 1997.
- 32) 吉浜文洋 : 「開放観察」によって安易な隔離・拘束に逆戻りしないか. *精神科看護*, 28 (6), 31-35, 2001.
- 33) 社団法人日本看護協会 : 『精神科看護領域の看護業務基準第2版』1999年5月. *看護*, 53 (7), 90-99, 2001.
- 34) Ruby J.Martinez, et al.: From the Other Side of the Door: Patient Views of Seclusion. *Journal of Psychosocial Nursing*, 37 (3), 13-22, 1999.
- 35) Meehan T. C, Windsor C.: Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *J Adv Nurs*, 31 (2), 370-377, 2000.
- 36) 八尋光秀 : 医事拘禁法下での人権保障システム. *精神科看護*, 26 (4), 13-17, 1999.
- 37) 厚生省保健医療国立病院部政策医療課 : 精神保健福祉法の運用マニュアル. 平成11年6月. *看護*, 53 (7), 109-119, 2001.
- 38) Valerie Klinge: Staff Opinions About Seclusion and Restraint at a State Forensic Hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, 45 (2), 138-141, 1994.
- 39) Terry.Terpstra, et al. : Nursing Staff's Attitudes Toward Seclusion and Restraint. *Journal of Psychosocial Nursing*, 39 (5), 20-28, 2001.
- 40) 斎藤 治, 宇野正威 : 精神科集中治療—国立精神科医療施設における保護室の現状. 厚生省精神・神経疾患研究委託費による研究報告集, 487, 2000.
- 41) 中島 直 : 治療に関わる倫理的問題. *精神科看護*, 26 (11), 18-22, 1999.
- 42) Douglas P.Clsen : Ethical Considerations of Video Monitoring Psychiatric Patients in Seclusion and Restraint. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12 (2), 90-94, 1998.
- 43) Julia Jones, et al: Psychiatric Inpatients' Experience of Nursing observation. *Journal of Psychosocial Nursing*, 38 (12), 10-20, 2000.
- 44) 江畑敬介 : 精神疾患の急性期治療における法的ならびに倫理的諸問題. *臨床精神薬理*, 3 (8), 715-723, 2000.
- 45) Elizabeth J.Betemps, et al : Hospital Characteristics, Diagnoses, and Staff Reason Associated With Use of Seclusion and Restraint. *Hospital and Community Psychiatry*, 44 (4), 367-371, 1993.
- 46) Peter L.Forster, Cleve Cavness, et al. : Staff Training Decrease Use of Seclusion and Restraint in an Acute Psychiatric Hospital. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13 (5), 269-271, 1999.
- 47) R.James Holzworth, Celia E.Wills: Nurses' Judgments Regarding Seclusion and Restraint of Psychiatric Patients: A Social Judgment Analysis. *Research in Nursing & Health*, 22, 189-201, 1999.
- 48) Sandy Marangos-Frost, Donna Wells : Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (2), 362-369, 2000.
- 49) ハギノけい子, 屋良節子 : 抑制廃止からリスクマネジメントへ. *精神科看護*, 28 (6), 20-25, 2001.
- 50) 萱間真美 : 看護者の倫理的判断とケア技術の選択に影響する要因—行動の理由を説明することの意味—. *精神科看護* 26 (11), 13-17, 1999.
- 51) 榎戸文子 : 精神科救急医療施設の保護室における看護婦の倫理的配慮—行動制限と患者の意思の尊重に焦点をあてて—. *聖路加看護大学紀要*, 24 (3), 21-31, 1998.
- 52) Eimear Muir-Cochrane : An investigation into nurses' perceptions of secluding patients on closed psychiatric wards. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 555-563, 1996.
- 53) 浅井邦彦 : 精神科医療における行動制限の最小化に関する研究. 平成11・12年度厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業) 総合研究報告書. *精神科看護*, 29 (1), 42-46, 2002.
- 54) 精神看護編集部 : 保護室アンケート—全国13病院から. *精神看護*, 2 (3), 22-38, 2001.
- 55) 公衆衛生審議会精神保健福祉部門精神保健福祉法に関する専門委員会 : 精神保健福祉法に関する専門委員会報告書. 平成10年9月7日. わが国の精神保健福祉(精神保健福祉ハンドブック), 343-344, 精神保健福祉研究会, 1998.
- 56) 西脇健三郎 : アメニティを論じる前に“安心と安全”の確保を. *精神看護*, 28 (5), 38-42, 2001.

平成15年10月6日受 付
平成16年4月20日採用決定

在宅後期高齢者の転倒予防に向けたフットケアに関する基礎的研究 — 足部の形態・機能と転倒経験および立位バランスとの関連 —

A fundamental study of foot care for the falls prevention in subjects aged 75 and over living at home
— Relationship among structure and function of the foot, history of falling and standing balance —

姫 野 稔 子¹⁾ 三重野 英 子²⁾ 末 弘 理 恵²⁾ 桶 田 俊 光³⁾
Toshiko Himeno Eiko Mieno Rie Suehiro Toshimitsu Okeda

キーワード： フットケア，在宅後期高齢者，転倒予防，足部の形態・機能，立位バランス
foot care, subjects aged 75 and over living at home, falls prevention, structure and function of the foot, standing balance

I. 緒 言

老年看護や地域看護の場において，在宅高齢者の介護予防に向けたケア方法の開発は今日的な課題である。中でも寝たきりの要因となる転倒の予防は最重要課題となっている。転倒予防のケア方法は，地域で行われている転倒予防教室にみられるように，バランス機能や筋力の強化を目的とする運動が中心であるが，我々は，立位・歩行時に体重を支える足部の形態・機能を整えるフットケアに注目している。

アメリカやスウェーデン等の諸外国においてフットケアは，足部の病変に対する治療や朝の覚醒を促し起立や歩行の準備を整える，言わば寝たきり予防の手段として位置づけられており，Podiatrist(足治療士)やフットケアワーカーといった専門職がその役割を担っている^{1) 2) 3)}。日本では宮川が，施設入所者のうち爪のケアの必要性が高い者は，歩行が不安定で転倒しやすいと指摘しており⁴⁾，山下は外反母趾等の足趾の変形が立位・歩行能力を低下させる⁵⁾と報告している。このように爪や足趾等の足部の形態と立位・歩行能力との関連から，転倒予防に向けたフットケアの意義が確認されはじめている。今後はさらに足部の形態だけでなく，感覚，循環といった生理機能も含め，足部の健康状態を総合的に観察・評価し，転倒との因果関係を解明しながらフットケアの方法を確立することが期待される。

そこで本研究は，転倒予防の強化が必要と思われる要支援あるいは要介護1の在宅後期高齢者に顕在・潜在するフットケアのニーズを探索することを目的に，足部の形態・機能の実態を調査し，転倒経験や立位バランスとの関

連性を検討した。

II. 用語の操作的定義および研究の枠組み

フットケアとは，足部に施すケアであり，その具体的内容は，宮川が実践しているフットケア³⁾を参考に，足部の観察，入浴や足浴，爪切り，靴の選定指導，運動，マッサージ，機器を用いたケアとした。また，ここで言う足部とは，下腿部から足部の爪部までを含めた範囲とした。

研究の枠組みは図1に示すように，「足部の形態・機能」，「転倒経験」，「立位バランス」の3項目をすえ，相互の関係性を検討するデザインとした。足部の形態・機能は，「主観的評価」と「客観的評価」に大別した。主観的評価は足部の変調に対する自覚であり，客観的評価は観察や測定によって評価する項目とし，「足部の形態」と「足部の機能」に分類した。「転倒経験」は，過去一年間において転倒しそうになった，あるいは転倒した経験をいう。また，ここで言う転倒とは，自分の意志からではなく，身体の足底以外の部分が地面についた状態とした⁶⁾。

「立位バランス」は，足底部に分布する感覚受容器（以下，メカノレセプター）⁷⁾からの感覚入力に依拠したバランス能力をさす。人間の立位バランスは，メカノレセプターの感覚入力のほか視覚情報によって補完されているため，ここでは視覚からの入力を除いた閉眼状態での重心動揺を変数として扱うこととした。

III. 研究方法

1. 対 象

対象は，2つの通所介護施設の利用者のうち，①75歳以

1) 大分県立看護科学大学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2) 大分大学医学部看護学科 Oita University School of Nursing

3) 新小倉病院 Shin-Kokura Hospital

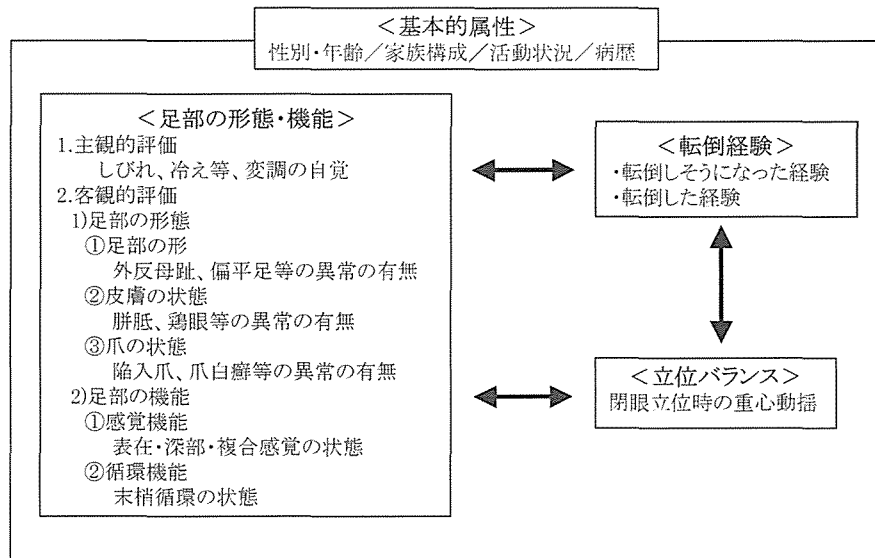


図1 研究の枠組み

上、②要支援あるいは要介護1の介護認定を受けている、③重度の言語的コミュニケーション障害がなく面接調査が可能である、④調査当日に立位バランスに影響する眩暈やふらつきの自覚がないという条件のもとに選定した95名である。

2. 調査方法

調査の内容は、研究の枠組みにそって表1のように設定した。調査員4名が面接、観察、測定を分担し、対象が調査者間を移動する方法で調査をすすめた。調査は、対象が通所介護を利用する中、1名あたり1時間以内で行った。

1) 基本的属性

基本属性の各項目については、通所介護施設が所有する書類の閲覧や対象への面接によりデータを得た。活動状況の指標には、バーセル・インデックス⁸⁾と老研式活動能力指標⁹⁾を使用した。バーセル・インデックスについては、対象と施設職員の両者に評価してもらい、回答内容を照合した。

2) 足部の形態・機能

主観的評価は、しびれや疼痛等の足部の変調に対する自覚について聴取した。

客観的評価に関する調査方法を以下に記す。

(1) 足部の形態

足部の形については、矢状面、前額面、水平面の3つの直交平面をカメラ撮影し、さらに凹足と偏平足はフットプリント法¹⁰⁾を用いた。異常の有無は、調査者による視診と整形外科医師の写真判定の一致によって最終評価とした。

皮膚の状態のうち胼胝と鶏眼の有無は、調査者2名が視診・触診し、両者の照合により最終評価とした。

それ以外の角質化、白癬様所見等は、足底部、足背部、足趾間の視診とカメラ撮影を行い、調査者の視診と皮膚科医師の写真判定によって最終評価とした。

爪の状態は、爪表面、爪甲下面を視診し、同時にカメラ撮影を行った。異常の有無は、典型的な爪病変像を示す爪疾患カラーアトラス¹¹⁾を参考に判断した調査者の視診結果と皮膚科医師の写真判定により最終評価とした。

(2) 足部の機能

足部の機能に関する測定方法と正常判定基準を表2に示す。測定は手技による誤差が生じないように同一の調査者が1名で行った。また、測定技術の習得のため、医師の指導のもと、外来診療時や予備調査において約30例の測定を行った。

感覚機能については、姿勢制御に影響する体性感覚¹²⁾のうち、表在感覚である触圧覚、深部感覚である振動覚と位置覚、複合感覚である二点識別覚を神経学的検査法^{13)～15)}に準じて測定した。

循環機能の評価は、左右両側の足背動脈と後脛骨動脈、あわせて4つの動脈に対する血流速度の測定（超音波双方向血流計：スマートドップ20、アルス社）¹⁶⁾¹⁷⁾と触診によって行った。血流速度は、最大流速値と血流波形のパターンによって正常・異常を判定した。触診の項目中、浮腫については、足背部や脛骨前面を母指で10秒以上圧迫した後、圧痕が残るものを「浮腫あり」とした¹⁸⁾。触診に関しては、調査者2名が実施し、調査後に両者の観察結果を照合し最終評価とした。

3) 転倒経験に関する調査

転倒経験は、面接により過去1年間において転倒しそうになった経験と実際に転倒した経験の有無について聴

表1 調査の内容および方法

調 査 項 目				調 査 内 容	調査方法
基本的属性				年齢・性別、家族構成、活動状況（要介護度、バーセル・インデックス、老研式活動能力指標）、病歴（現病歴、既往歴、治療状況）	書類閲覧 面接
足部の形態・機能	主観的評価			変調の自覚：しびれ、疼痛、搔痒感、冷え、ほてり、浮腫、倦怠感、足がつる	面接
	客観的評価	足部の形態	足 部 の 形	外反母趾、凹足、偏平足、踵足、尖足、内反足、外反足、足趾の変形の有無	観察：視診
			皮 膚 の 状 態	胼胝、鶏眼、角質化、白癬様所見、皮膚剥離、爪周囲炎、乾燥、ひび割れの有無	触診
			爪 の 状 態	陥入爪、巨爪症、爪白癬様所見、爪甲下角質増殖、爪甲鉤彎症、爪脱落の有無	
	足部の機能	感 覚 機 能	・表在感覚（触圧覚） ・深部感覚（振動覚、位置覚） ・複合感覚（二点識別覚）	測定	
		循 環 機 能	・左右の足背動脈、後脛骨動脈の血流の状態 ・冷感、熱感、浮腫、皮膚温の左右差	測定 観察：触診	
立位バランス				閉眼立位時の重心動揺（閉眼外周面積、閉眼総軌跡長）	測定
転 倒 経 験				・過去1年間において転倒しそうになった経験 ・過去1年間において転倒した経験	面接

表2 足部の機能および立位バランスの測定方法と正常判定基準

測 定 項 目		測 定 器 具	測定方法（上段）・正常判定基準（下段）
感 覚 機 能	触 圧 覚	モノフィラメント ¹³⁾ (アークレイ社)	・ 閾値の異なるフィラメントを段階的に皮膚表面に押しあて、フィラメントの先が触れていることを認識できた Evaluator size のうち、最も小さい値を測定値とする。 ・ メカノレセプターの存在密度が高い母趾底面および足底前内側にて測定。左右両足に実施。
			左右2箇所での測定部位全ての Evaluator size がともに2.83もしくは3.61であるもの。
	振 動 覚	C ₆₄ 定量知覚計 ¹⁴⁾ (高野製作所)	・ 振動させた知覚計の基部を足頸部内側にあて、被検者が振動の停止を感じた時点を測定値とする。本知覚計は振動によってできる三角形の左辺と右辺の接点部分の目盛りを読むことにより、閾値を定量化できる。 ・ 左右両足の足頸部内側にて測定。
			両足ともに振動が停止したと感じた時点の目盛りが、振動が止まったことを意味する値（8/8）であったもの
	位 置 覚	受動運動感覚検査 ¹⁵⁾	・ 母趾を側面から把持し、足背側・足底側に動かしどちらに動いたと感じたかを尋ねる。左右両足の母趾に対して3回ずつ繰り返す。
			両足とも全て正確に答えられたもの。
	二 点 識 別 覚	ツ反用キャリパス ¹⁵⁾	・ キャリパスをあて、何点触れているかを尋ねる。2点の識別できればその間隔を縮め、2点の識別が可能な限界値を測定値とする。 ・ 左右両足の母趾底面と足底前内側面にて測定。
			両足とも2点間距離が20mm以下の値を示す。
循 環 機 能		超音波双方向血流計 ¹⁶⁾ ¹⁷⁾ スマートドップ20 (アルス社)	・ 計測部位（文中参照）に60度の入射角度でプローブをあて、レベルメーターが最大となる部位（最大血流速：10～20cm/secに近い値）を検出し、5秒以上測定。
			・ 最大流速が10～20cm/secの正常範囲内、逆流波が存在、最低流速が基底まで低下、波形の左右差がない、波形の幅が両足ともすべて正常。
立 位 バ ラ ン ス		重心動揺計 ¹⁹⁾ グラビコーダGS-30 (アニマ社)	・ ロンベルグ肢位にて閉眼し、1分間の閉眼外周面積、閉眼総軌跡長を測定。 ・ 測定条件は、日本平衡神経科学会基準に準ずる。

取した。

4) 立位バランスに関する調査

立位バランスは、重心動揺計（グラビコーダGS-30、アニマ社）¹⁹⁾を用いて測定した。測定項目は平衡感覚能力を反映する閉眼外周面積と重心動揺の大きさを示す閉眼総軌跡長とした。

3. 期 間

調査期間は2002年8月1日～9月9日であった。

4. 分析方法

統計解析ソフトSPSS10.0 Jを用い各項目の記述統計を行った。項目間の関係性については、 χ^2 検定、Mann-Whitney検定、Spearmanの順位相関係数によって推測統計を行った。有意水準は5%とし、 χ^2 検定を用いる条件として、期待度数が5以下のセルが全体の25%以下であることとした。

5. 倫理的配慮

通所介護の施設長に対しては、研究の趣旨と対象のプライバシーや安全を保証する方法を文書と口頭で説明し、同意を得た。対象には、調査の2週間前に通所介護のケア責任者を通して、プライバシーの厳守、調査の際の苦痛や危険を最小限にとどめる配慮、得られたデータは研究以外では使用しないこと等を説明した依頼文書を配布した。そして、調査当日、先に配布した依頼文書を再度提示しながら直接説明し、同意書をもって同意の確認をとった。調査は通所介護利用時に行うため、調査時の安全の保証や介護サービスに支障を来さないことを原則とし、調査当日の通所介護のスケジュールや対象の体調に関して職員と密に連携を図った。

IV. 結 果

1. 基本的属性

対象の平均年齢は 83.2 ± 4.9 歳であった。性別は、男性9名(9.5%)、女性86名(90.5%)で、要介護認定において要支援は58名(61.1%)、要介護1は37名(38.9%)であった。対象が答えた病歴・症状は、白内障が54名(56.8%)と最も多く、次いで高血圧40名(42.1%)、眩暈の既往18名(18.9%)、下肢骨折あるいは足白癬16名(16.8%)、変形性膝関節症11名(11.6%)であった。バーセル・インデックスの平均値 $\pm$ SDは 95.4 ± 5.6 点であり、老研式活動能力指標の平均値 $\pm$ SDは 8.8 ± 3.4 点であった。

2. 足部の形態・機能 (図2)

1) 主観的評価

下肢になんらかの変調を自覚している者は87名(91.6%)であった。最も多かった項目は足がつる46名(48.4%)であり、次いで疼痛43名(45.3%)、倦怠感40名(42.1%)、浮腫39名(41.1%)、冷え37名(38.9%)、しびれ26名(27.4%)、ほてり18名(18.9%)、搔痒感17名(17.9%)の順であった。また、これらの変調を2つ以上重複して抱えている者は72名(75.8%)であった。

2) 客観的評価

(1) 足部の形態

足部の形は42名(44.2%)に異常が認められた。外反母趾が26名(27.4%)と最も多く、次いで足趾の変形8名(8.4%)、偏平足5名(5.3%)、凹足4名(4.2%)の順であった。

皮膚に異常を認めた者は85名(89.5%)であった。特に、角質化69名(72.6%)、乾燥60名(63.2%)、皮膚剥離48名(50.5%)は5割を超え、白癬様所見が4割、胼胝が3割に観察された。なお、白癬様所見を認めた42名のうち35名(83.3%)に皮膚剥離がみられ、白癬様所見が認められなかった者に比べ皮膚剥離が観察された割合が有意に高率であった($p < 0.001$)。また、搔痒感に関しても、搔痒感を自覚する者は自覚のない者に比べて足白癬の既往をもつ割合が有意に高かった($p < 0.05$)。

爪の状態では、71名(74.7%)に異常が認められた。その内訳は、陥入爪58名(61.1%)、爪白癬様所見40名(42.1%)、爪甲下角質増殖24名(25.3%)であり、爪甲鉤彎症も2名(2.1%)に観察された。

(2) 足部の機能

感覚機能においては、触圧覚異常が63名(66.3%)、振動覚異常が93名(97.9%)、二点識別覚異常が70名(73.7%)と高い割合を示した。位置覚については、3名(3.2%)が異常と判定された。

循環機能の評価では、血流速度測定の結果、左右の足背動脈および後脛骨動脈の4動脈のうち、いずれかに異常を認めた者は61名(64.2%)であった。そのうち、片側の足背動脈および後脛骨動脈に異常を認めた者は9名(9.5%)、4動脈全てに異常を認めた者は24名(25.3%)であった。触診により浮腫を認めた者は31名(32.6%)、冷感が21名(22.1%)であった。浮腫や冷感を認めた者は血流速度測定による評価で異常と判定された割合が高かったが、両者間に有意性は認められなかった(浮腫を認めた者:血流異常あり71.4% > 血流異常なし28.6%, 冷感を認めた者:血流異常あり71.0% > 血流異常なし29.0%)。

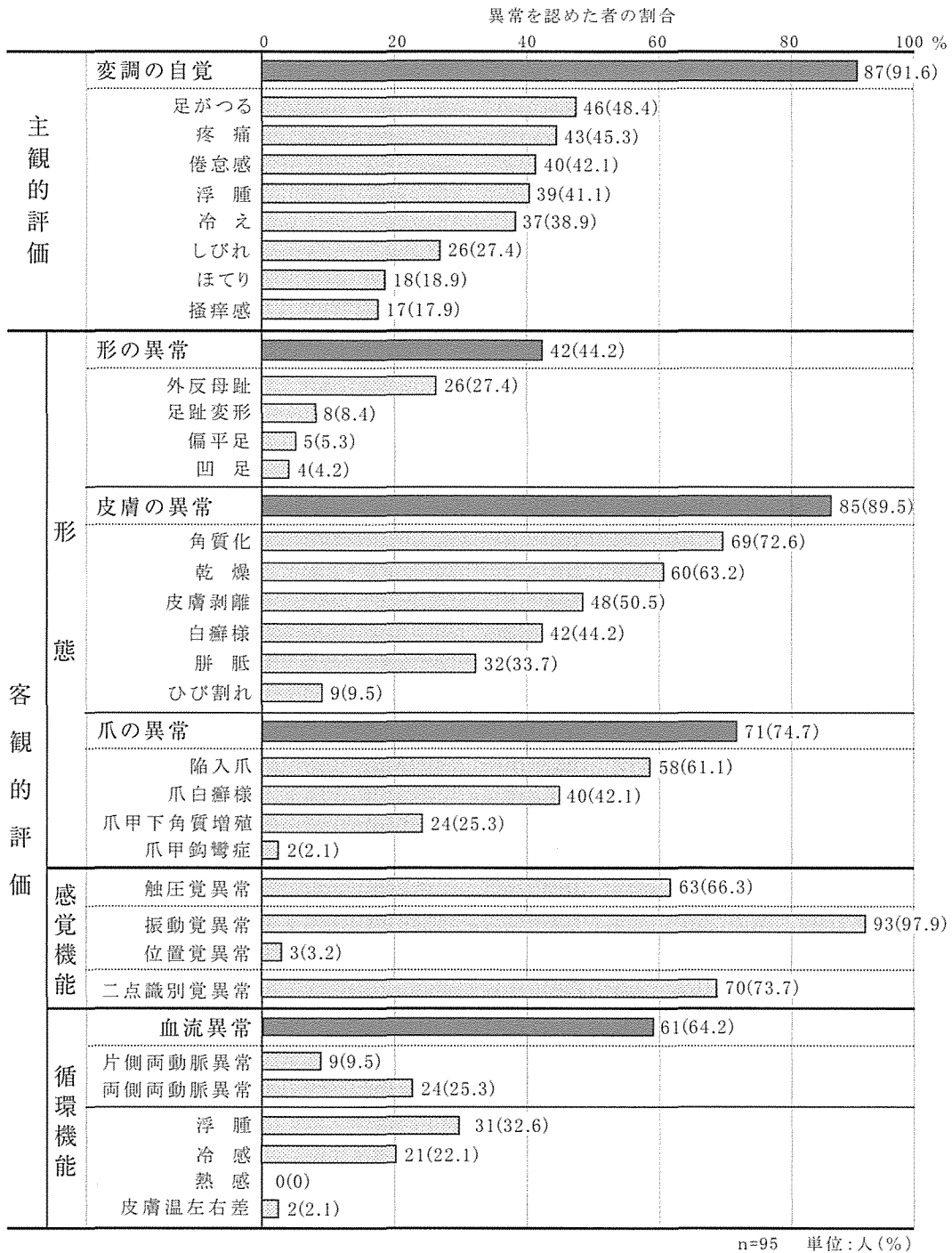


図2 足部の形態・機能の実態

3. 転倒経験、立位バランスの実態とその関連

過去1年以内に転倒しそうになったことがあると答えた者は45名(47.4%)、実際に転倒した者は38名(40.0%)であった。立位バランスについては、重心動揺計による閉眼外周面積の中央値は7.3cm²、閉眼総軌跡長の中央値は162.8cmであった。転倒経験の有無と立位バランスの関連性を分析した結果、両者に有意な差は認められなかった。

4. 足部の形態・機能と転倒経験、立位バランスとの関連

表3は、足部の形態・機能と転倒経験との関連を示す。

転倒しそうになった経験がある者はない者に比べ、「冷え」、「倦怠感」、「足がつる」という変調の自覚や「胼胝」の形成を認める割合が有意に高かったが、逆に「外反母趾」を認めない割合も有意に高かった($p<0.05$)。また、転倒した経験がある者は、「疼痛」の自覚、「胼胝」または「皮膚剥離」がある割合が有意に高く($p<0.05$)、「掻痒感」を自覚する割合も高い傾向にあった($p<0.1$)。なお、変調の重複と転倒経験との関連を検討した結果、重複する数が多いほど転倒しそうになった、あるいは転倒した割合が有意に高かった($p<0.01$)。

表3 足部の形態・機能と転倒経験との関連

(n = 95) 単位：人数 (%)

			n	転倒しそうになった経験			転倒した経験		
				有 (n = 45)	無 (n = 50)	検定	有 (n = 38)	無 (n = 57)	検定
主 観 的 評 価	しびれ	有	26	14 (53.8)	12 (46.2)		11 (42.3)	15 (57.7)	
		無	69	31 (44.9)	38 (55.1)		27 (39.1)	42 (60.9)	
	疼痛	有	43	23 (53.5)	20 (46.5)		22 (51.2)	21 (48.8)	*
		無	52	22 (42.3)	30 (57.7)		16 (30.8)	36 (69.2)	
	掻痒感	有	40	9 (52.9)	8 (47.1)		10 (58.8)	7 (41.2)	†
		無	55	36 (46.2)	42 (53.8)		28 (35.9)	50 (64.1)	
	冷え	有	37	23 (62.2)	14 (37.8)	*	15 (40.5)	22 (59.5)	
		無	58	22 (37.9)	36 (62.1)		23 (39.7)	35 (60.3)	
	ほてり	有	18	11 (61.1)	7 (38.9)		4 (22.2)	14 (77.8)	
		無	77	34 (44.2)	43 (55.8)		34 (44.2)	43 (55.8)	
	むくみ	有	39	19 (48.7)	20 (51.3)		17 (43.6)	22 (56.4)	
		無	56	26 (46.4)	30 (53.6)		21 (37.5)	35 (62.5)	
客 観 的 評 価	足 部 の 形 態	形	外反母趾	有	26	8 (30.8)	18 (69.2)	*	
				無	69	37 (53.6)	32 (46.4)		
			足趾変形	有	8	4 (50.0)	4 (50.0)		
				無	87	41 (47.1)	46 (52.9)		
		皮 膚	胼胝	有	32	20 (62.5)	12 (37.5)	*	*
				無	63	25 (39.7)	38 (60.3)		
			角質化	有	69	33 (47.8)	36 (52.2)		
				無	26	12 (46.2)	14 (53.8)		
			乾燥	有	60	28 (46.7)	32 (53.3)		
				無	35	17 (48.6)	18 (51.4)		
			皮膚剥離	有	48	25 (52.1)	23 (47.9)		*
				無	47	20 (42.6)	27 (57.4)		
		爪	白癬様所見	有	42	16 (38.1)	26 (61.9)		
				無	53	29 (54.7)	24 (45.3)		
			陥入爪	有	58	25 (43.1)	33 (56.9)		
				無	37	20 (54.1)	17 (45.9)		
			爪甲下角質増殖	有	24	11 (45.8)	13 (54.2)		
				無	71	34 (47.9)	37 (52.1)		
	足 部 の 機 能	感 覚 機 能	触圧覚異常	有	63	33 (52.4)	30 (47.6)		
				無	32	12 (37.5)	20 (62.5)		
			振動覚異常	有	93	44 (47.3)	49 (52.7)		
				無	2	1 (50.0)	1 (50.0)		
			位置覚異常	有	3	1 (33.3)	2 (66.7)		
				無	92	44 (47.8)	48 (52.2)		
		循 環 機 能	二点識別覚異常	有	70	34 (48.6)	36 (51.4)		
				無	25	11 (44.0)	14 (56.0)		
			血流異常	有	61	27 (44.3)	34 (55.7)		
				無	34	18 (52.9)	16 (47.1)		
			冷感	有	21	9 (42.9)	12 (57.1)		
				無	74	36 (48.6)	38 (51.4)		
			浮腫	有	31	14 (45.2)	17 (54.8)		
				無	64	31 (48.4)	33 (51.6)		

 χ^2 検定：† p<0.1 * p<0.05 空欄 n.s.

表4 足部の形態・機能と立位バランスとの関連

(n = 95)

			n	立 位 バ ラ ン ス			
				閉眼外周面積 中央値(最小値～最大値)	検定	閉眼総軌跡長 中央値(最小値～最大値)	検定
足部の形態・機能	掻痒感	有	40	11.4 (3.9 ～ 46.5)	*	211.1 (103.5 ～ 627.7)	**
		無	55	7.1 (1.6 ～ 37.3)		148.5 (62.9 ～ 515.0)	
	皮膚剥離	有	48	9.5 (1.6 ～ 46.5)	*	173.2 (62.9 ～ 627.7)	†
		無	47	6.4 (1.8 ～ 37.3)		148.7 (77.0 ～ 358.9)	
	触圧覚異常	有	63	8.4 (1.7 ～ 46.5)	**	164.1 (62.9 ～ 627.7)	
		無	32	5.6 (1.6 ～ 21.6)		139.6 (79.6 ～ 327.3)	

Mann-Whitney検定：† p<0.1 * p<0.05 ** p<0.01 空欄 n.s.

表4は、足部の形態・機能と立位バランスの関係性を分析した結果、有意性が認められた項目のみを示している。閉眼外周面積については、「掻痒感」の自覚、「皮膚剥離」や「触圧覚の異常」を認めた者が有意に高値であった ($p<0.05$)。閉眼総軌跡長では、「掻痒感」の自覚がある者が有意に高値であり ($p<0.01$)、「皮膚剥離」が認められる者も高い値を示す傾向にあった ($p<0.1$)。立位バランスに影響する触圧覚、振動覚、位置覚、二点識別覚の4つの体性感覚と「掻痒感」の自覚および「皮膚剥離」との関連を分析した結果、両者に有意な関連は認められなかった。

V. 考 察

今回の調査対象は、活動状況の結果より、基本的なADLは自立しており²⁰⁾、社会的な活動能力も維持していたが、約40%に転倒しそうになった、あるいは転倒した経験があった。在宅高齢者の転倒発生率は20～30%であり、後期高齢者はそれよりも高い率を示す²¹⁾とされていることから、平均年齢85歳の本調査対象の転倒発生率は、在宅後期高齢者の一般的な状況を示しているものととらえることができる。自立生活を維持するために積極的に転倒を予防する必要がある在宅後期高齢者の足部の形態・機能の実態とフットケアニーズについて、以下考察をすすめる。

1. 在宅後期高齢者の足部の形態・機能の実態

まず、足部の形態の問題についてとりあげる。調査の結果、足部の形の異常は44.2%、皮膚の異常は89.5%、爪部の異常は74.7%に認められ、いずれも高い割合を示した。宮川や山下は、足部の変形や爪の異常は歩行能力や下肢筋力および平衡機能を低下させる傾向があると報告している^{4) 5)}。したがって、足部の形態に高率に異常が認められたことは、平衡機能の低下や転倒の可能性を示唆するものであると考える。

次に足部の機能については、感覚機能検査の結果、触圧

覚は66.3%、振動覚は97.9%、位置覚は3.2%、二点識別覚は73.7%に異常が認められた。感覚機能は、加齢に伴い対数的に低下あるいは閾値が上昇する²²⁾。中でも触圧覚、振動覚や二点識別覚は、メカノレセプターとして高密度に分布するパチニ小体やマイスナー小体の形態的な変化や数の減少により著明に低下するといわれる²³⁾。一方、位置覚は、メカノレセプターであるルフィニ小体加齢による影響を受けにくいことから、感覚は比較的維持されると言われている^{22) 23)}。したがって、位置覚を除き、触圧覚、振動覚、二点識別覚の異常が高率に認められた理由には、加齢による感覚機能の生理的变化が関与しているものと考えられる。

循環機能に関しては、ドップラーによる血流測定で異常を認めた者は64.2%であった。そのうち、左右両側、あるいはどちらか片側の足背・後脛骨動脈が共に異常であった者が34.8%であったことから、虚血肢発生の危険性が約3割に潜在していることが推察される。末梢動脈の血流異常の主原因には、加齢とともに進行する動脈硬化が考えられる²⁴⁾。下肢の動脈に狭窄・閉塞が生じ慢性化した場合、末梢の冷感やしびれ感等から歩行異常に至るため、この末梢動脈の血流異常は転倒のリスク因子として重要な所見であると考えられる。

2. 足部の形態・機能と転倒経験、立位バランスとの関連

足部の形態・機能の変化は多くの対象に生じており、その中には転倒経験や立位バランスに関連するものが含まれていた。

足部の形態に関しては、まず、胼胝の形成があげられる。胼胝のある者は転倒経験が有意に多かった。胼胝は、圧の偏在により形成される表皮角質層の限局性増殖肥厚であり、足部に形成される胼胝は、履物の不適合や歩き方、骨格の形等の外力に依存する²⁵⁾。また、胼胝が観察された足底部には、メカノレセプターが多く存在し、地面からの

情報を中枢に伝え姿勢を制御するという重要な役割を果たしている。今回の調査では、皮膚の変調を認めない部位で感覚機能の測定を行っており、腓胝形成部位の感覚機能については明らかにしていない。しかしながら、腓胝等の皮膚の弾力性や厚さの変化は、触圧覚の閾値を上昇させると言われており²⁶⁾、このような感覚機能の変化や腓胝を形成させる要因のいずれかが転倒経験に影響したと思われる。

次に、皮膚剥離や搔痒感が転倒と立位バランスの両方に有意な関連を示したことに注目したい。皮膚剥離については皮膚科医師と調査者の両者が判定した白癬様所見の有無と有意な関連が認められ、搔痒感についても足白癬の既往と有意な関連が認められたことから、両者の変調は白癬との関連を予測させるものである。足白癬は年齢とともに罹患率は高くなるが60～70歳程度で頭打ちとなるとされ²⁷⁾、高齢者に特徴的な皮膚疾患として捉えられていない。しかしながら、施設高齢者のケアを行う看護職や介護職は、高齢者の白癬罹患率が高いことを経験的に認識している。今回、皮膚剥離をはじめとして白癬様の変調が多くの対象に観察されたことはそれを裏付けるものである。これら2つの変調と立位バランスに影響する体性感覚との関連は認められなかったが、皮膚剥離や搔痒感のある者は立位バランスが不安定で転倒を引き起こしやすいという分析結果から、転倒のアセスメントとして注目すべき観察ポイントであると考えられる。今後は、腓胝を含めた皮膚剥離等の皮膚の変調や搔痒感の訴えに注目し、意識的に観察することが必要である。

一方、外反母趾のある者はない者に比べて転倒しそうな経験が有意に少ないという結果であった。この結果は、健康な前期高齢者のうち外反母趾のある者はない者に比べて転倒発生率が高率であったという山下の報告²⁸⁾とは異なるものであった。本調査の対象は、後期高齢期で何らかの介護を必要とする身体状況にあり、日常生活活動も減少していたことから、山下の研究対象に比べ立位・歩行能力が低下していることが推測される。立位・歩行が不安定になった高齢者は足関節や膝関節の屈曲等の方法を導入しバランスを保つと報告されており²⁹⁾、外反母趾がある後期高齢者は、歩行時のバランスの不安定さをこれらの方法で補完することで転倒を回避しているのではないかと推察する。

感覚機能においては、触圧覚に異常を認めた者は重心動揺面積が有意に広がった。触圧覚は、地面に触れている感覚や地面を押す力によっておこる床反力を感じる機能である。Tanakaは、高齢者は閉眼における姿勢制御では、母趾底面にかかる圧が大きくなり、母趾底面をはじめ足底皮膚の触圧覚の閾値上昇が姿勢制御に大きく影響する³⁰⁾と報告している。触圧覚の異常と立位バランスの不安定さには有

意な関係があったことは、感覚入力-姿勢制御機構の加齢変化が影響していると考えられる。ただし、両変数ともに転倒経験との関係は認められなかったことから、触圧覚、立位バランスが転倒にどのような影響力をもつのか検討を重ねる必要がある。

足部の変調を自覚する者は91.6%であり、ほとんどの高齢者が足部に変調を抱えていた。そのうち転倒しそうな経験と関連していた変調は、「冷え」、「倦怠感」、「足がつる」、また、実際に転倒した経験と関連していた変調は、「疼痛」、「搔痒感」であった。これらの変調は、加齢や潜在する病変による血流異常、筋力低下や白癬等が関与していると思われる。複数の変調を自覚する者は、転倒経験の割合が高いことから、これらの変調の訴えを聴き取りながら、変調を引き起こす原因を明らかにし、転倒との因果関係を追跡する必要がある。

3. 転倒予防に向けたフットケアニーズと今後の課題

今回の調査において、足部の形態の変化や変調の自覚、感覚機能の低下が転倒や立位バランスに関連していることが明らかになった。これらの結果から転倒予防に向けたフットケアニーズについて考察する。

足部の変調の主観的評価のうち、「冷え」、「倦怠感」、「足がつる」、「疼痛」、「搔痒感」等、末梢の血流や筋力、白癬の関与を予測させる訴えが転倒経験や立位バランスに関連していた。今回の調査では、それらの変調の訴えと転倒経験の因果関係を明らかにしていないが、これらの訴えを聴くことは、足部に顕在・潜在する健康問題や転倒の危険性をアセスメントする重要な手段となりうる。今後は、足部の変調の訴えを注意深く聴取し、観察・測定を行うことにより、転倒予防に向けたフットケアニーズを客観的にアセスメントする方法の確立が必要である。

足部の形態に対する観察・測定については、腓胝と白癬に由来すると思われる皮膚剥離が転倒経験や立位バランス機能と関連がみられたことから、専門医と連携し腓胝や白癬の状態をアセスメントすることによって予防的あるいは治療的なフットケアにつなげることが重要である。具体的には、履物の選定指導や皮膚科医との連携による白癬菌の同定・治療、足浴等の清潔行為を併せたフットケアが必要である。

足部の機能については、感覚機能および循環機能が転倒や立位バランスに関連していたことから、両機能の維持あるいは向上を目的とするフットケアの検討が望まれる。

感覚機能については指圧・マッサージ・足浴が有効であると考えられる。指圧やマッサージの刺激は各メカノレセプターに作用し³¹⁾、足浴は末梢神経組織の活性化を促す³²⁾と言われている。今回、触圧覚を測定した母趾底面にはメ

カノレセプターが密集し、立位・歩行時に重要な役割を果たしている。したがって、母趾底面をはじめ足底部への指圧・マッサージ、足浴の実施は、足底皮膚を整えながら感覚入力を維持・向上させることが期待できると考える。

循環機能については、継続的な観察により虚血肢の早期発見やフットケアにつなげることが重要である。触診と血流評価との関連から浮腫や冷感の観察は循環機能の評価として有効であり、虚血肢の早期発見につながるといえる。循環機能に対する具体的なケアとしては、足浴の実施があげられる。足浴は下肢の血流量や酸素供給量を増加させ、側副血行路の発達を促すと言われており³³⁾、皮膚の清潔、感覚機能の活性化に加えて循環機能の回復が期待できると考える。

以上のことから、変調の訴えに耳を傾けながら系統的に観察を行い、足部を健康な状態に整えることが転倒予防のフットケアとして重要になりうることが示唆された。今後は、フットケアの実施によってその介入効果を測定し、転倒予防を目的としたフットケアの有用性を実証していきたい。

VI. 結 語

転倒予防に向けたフットケアの確立を視座にすえ、要支援あるいは要介護1の状態にある在宅後期高齢者95名を対象に、足部の形態・機能、転倒経験、立位バランスを調査し、フットケアニーズを検討した。

1. 足部の形の異常は44.2%、皮膚の異常は89.5%、爪部の異常は74.7%に認められた。

2. 感覚機能の異常は、触圧覚66.3%、振動覚97.9%、位置覚3.2%、二点識別覚73.7%に認められた。循環機能では、血流速度測定の結果64.2%に血流異常を認めた。触診により浮腫は32.6%、冷感22.1%に観察された。
3. 疼痛、倦怠感等、下肢の変調を自覚する者は、91.6%と高率であった。
4. 転倒しそうになった経験には冷え、倦怠感、足がつるといった変調の自覚と胼胝が、実際に転倒した経験には疼痛、搔痒感の自覚、胼胝、皮膚剥離が有意な関係を示した。また、立位バランスをあらわす閉眼外周面積は、搔痒感の自覚、皮膚剥離、触圧覚異常がある者に、閉眼総軌跡長は搔痒感を自覚する者に有意に高値であった。

謝 辞

調査にご協力下さいました対象者の皆様、通所介護の施設長ならびにスタッフの皆様にご心より感謝いたします。また、福岡日赤病院整形外科部長秋山徹氏、大分大学医学部附属病院皮膚科波多野豊氏、大分大学附属実験実習機器センター吉田八郎氏、大分県理学療法士協会会長原田禎二氏には、足部の形態・機能の評価判定に関してご指導・ご協力をいただき深く感謝いたします。

付 記

本論文は平成14年度大分医科大学大学院医学系研究科の修士論文の一部に加筆・修正を行ったものであり、第29回日本看護研究学会（2003. 大阪）において報告した。

要 旨

転倒予防に向けたフットケアのニーズを探索するため、要支援、要介護1の在宅後期高齢者95人を対象に足部の形態・機能、転倒経験および立位バランスを調査した。足部の形態のうち形の異常は4割、皮膚や爪部の異常は7割以上に観察された。足部の機能のうち感覚機能は6割以上に触圧覚、振動覚、二点識別覚の異常が、循環機能においても6割に血流異常を認めた。また、疼痛や倦怠感等足部の変調を自覚する者は、91.6%と高率であった。転倒しそうになった経験には冷え・倦怠感・足がつるといった変調の自覚、外反母趾・胼胝の有無が、転倒した経験には疼痛の自覚、胼胝・皮膚剥離の有無に関連していた。立位バランスを示す重心動揺は、搔痒感の自覚、皮膚剥離、触圧覚異常がある者が有意に高値であった。足部の形態・機能の異常と転倒、立位バランス低下の関連が認められたことから、フットケアは転倒予防のケアとして重要になりうることが示唆された。

Abstract

For the study to find the needs of foot care for falls prevention, we investigated the structure and function of foot, standing balance and history of falling within a year in 95 subjects aged 75 and over living at home.

The abnormal structure of foot was observed in 44.2%, and those of skin and toenails in more than 70%. Concerning to the function of foot, abnormal sensory disturbances to touch and pressure, vibration and two-point discrimination were found in more than 60%, and abnormal blood circulation was also observed in more than 60%. The rate of those who complained of numbness and pain of foot were 91.6%.

The experience of nearly falling was associated with feeling of cold, fatigue, cramp, callosity and hallux valgus of foot, and history of falling was with pain, callosity and epidermolysis of foot. From the result of posturographic examination, poor standing balance was significantly associated with pruritus, epidermolysis, and abnormal sensation of touch and pressure. From these results, it was proved that the abnormal structure and function of foot was significantly associated with history of falling and poor standing balance. So, it was suggested that foot care is very important for falls prevention.

文 献

- 1) 山下和彦：アメリカに於ける高齢者のフットケア，フットケアのあり方に関する調査研究報告書，54-75, 地域保健研究会内フットケアのあり方に関する研究委員会，2001.
- 2) 宮川晴妃：海外のフットケア事情，Nursing Today, 17(11), 27, 2002.
- 3) 宮川晴妃：メディカルフットケアの基本，Nursing Today, 17(11), 33, 2002.
- 4) 宮川晴妃：介護予防としてのフットケア，老人ケア研究, No.15, 67-70, 2001.
- 5) 山下和彦：データで見るメディカルフットケアの有用性，Nursing Today, 17(11), 28-29, 2002.
- 6) 泉キヨ子：臨床現場における転倒・転落の実態研究調査の難しさ，EB NURSING, 2(1), 5-8, 中山書店，東京，2002.
- 7) 井原秀俊，中山彰一：関節トレーニング，89-95, 協同医書出版社，東京，1996.
- 8) Douglas, GC. : Functional Evaluation : The Barthel Index, Maryland State Medical Journal, 61-65, 1995.
- 9) 古谷野亘，柴田 博，他：地域老人における活動能力の測定－老研式活動能力視標の開発－，日本公衆衛生学会誌, 34(3), 109-114, 1987.
- 10) 鈴木良平：新臨床整形外科全書，11(b), 256-257, 金原出版株式会社，東京，1986.
- 11) 西山茂夫：爪疾患カラーアトラス，52-192, 南江堂，東京，1993.
- 12) 内山 靖，島田裕之：高齢者の下肢体性感覚機能とバランス，日本老年医学会雑誌, 38, 160, 2001.
- 13) アークレイ株式会社：プリノバ タッチテストフットキット使用説明書.
- 14) 高野製作所：C64定量知覚計の使用説明書.
- 15) 田崎義昭，斉藤佳雄：ベッドサイドの神経の見方，91-101, 南山堂，東京，1998.
- 16) アルス医療器：超音波双方向血流計 スマートドップ20.
- 17) 臼井由行，谷崎真行，他：超音波ドップラー法による下肢閉塞性動脈疾患の診断，現代医療, 21, 3025-3029, 1989.
- 18) 藤崎郁：フィジカルアセスメント完全ガイド，158, 学研，2001.
- 19) 時田 喬：重心動揺検査－その実際と解釈－，アニマ社，東京，2000.
- 20) 米本恭三，石神重信他：リハビリテーションにおける評価，20, 医歯薬出版株式会社，東京，2000.
- 21) 鈴木みずえ，大山直美，他：在宅高齢者への転倒・転落予防介入，EB NURSING, 35, 中山書店，東京，2001.
- 22) 平井俊策：老化現象の解明と予防 触覚・痛覚の老化，老年精神医学雑誌, 13(6), 632-637, 2002.
- 23) 内山 靖，島田裕之：下肢振動覚が姿勢調整に及ぼす影響，理学療法学, 28(2), 103, 2001.
- 24) 五島雄一郎：目で見える動脈硬化症，11-13, メディカルレビュー社，東京，1990.
- 25) 山村雄一：現代皮膚科学大系20(A) <物理的原因による皮膚障害 職業性皮膚疾患>，3-5, 中山書店，東京，1985.
- 26) 太田邦夫，村上元孝：神経と精神の老化，299, 医学書院，東京，1976.
- 27) 五十棲健：初期足病変に対する有効なフットケア<白癬・胼胝>，EB NURSING, 4(1), 37, 中山書店，東京，2004.
- 28) 山下和彦：効率的な転倒予防のためには足および足爪の適切なケアが重要，GPnet, 43-45, 2003.
- 29) Cohen, H., Heaton, L.G. et al. : Changes in Sensory Organization Test Scores with Age, Age Ageing, 25(1), 39-44, 1996.
- 30) T, Tanaka., Shuichi, I. et al. : Tactile Sense and Pressure of Toe Contribution to Standing in the Healthy Elderly, Journal of Physical Therapy Science, 8, 19-24, 1996.
- 31) 寺澤捷年，津田昌樹：絵でみる指圧・マッサージ，13-16, 医学書院，東京，2002.
- 32) Taylor, C., Lillis, C. et al. : Fundamentals of Nursing, 910-912, Lippincott, 1997.
- 33) 熊田佳孝：閉塞性動脈硬化症 (ASO), EB NURSING, 4(1), 57-58, 中山書店，東京，2004.

〔平成15年10月10日受 付〕
〔平成16年5月12日採用決定〕

日本版MBI (Maslach Burnout Inventory) の実用性の検討 －回収率, 有効回答率, 回収数における無効回答率に焦点をあてて－

The examination of practicality of the Japanese version of Maslach Burnout Inventory (MBI)
－ focusing on the rates of replies, valid answers, and invalid answers among the replies －

鈴木 英子¹⁾

Eiko Suzuki

叶谷 由佳²⁾

Yuka Kanoya

堀井 さやか³⁾

Sayaka Horii

高田 絵理子³⁾

Eriko Takada

北岡 (東口) 和代⁴⁾

Kazuyo Kitaoka-Higashiguchi

佐藤 千史⁵⁾

Chifumi Sato

キーワード: バーンアウト, MBI, PBM

burnout, Maslach Burnout Inventory, Burnout Measure

I. はじめに

バーンアウトについて, Pinesは「期待と現実の狭間で生じるさまざまな矛盾が慢性的に持続した結果生じる身体的, 情緒的, 精神的疲弊」¹⁾と定義している。また, Maslachは, 「長期にわたり, 人を援助する過程で心的エネルギーがたえず過度に要求された結果引き起こされる極度の心身の疲労と感情の枯渇を主とする症候群であり, 卑下, 仕事嫌悪, 思いやりの喪失をともなうもの」²⁾としている。

本来, バーンアウトは1974年, 精神科医のFreudenberger³⁾が行った職場のストレス状況における個人の心理的態度や脆弱性についてケース分析によるバーンアウトのダイナミクスやバーンアウトに導く心理的要因, さらにバーンアウトに陥る過程などに焦点をあてた研究において取り上げられたことが起源である。その後, 米国で, 医療, 福祉の現場にかかわる対人サービス専門職, すなわち医師, 看護師, ソーシャルワーカーなどにおけるバーンアウトについての研究がされてきた。日本においても医療従事者, 特に看護師のバーンアウトに関する研究が行われており, 看護師は精神科医の1.5倍, 一般医師の2倍高いバーンアウト状態にあることが明らかにされている⁴⁾。

このような研究を行うにあたって日本ではバーンアウト測定尺度として, Pinesら⁵⁾によるTedium Scale(日本ではBurnout Measure(PBM)といわれている)とMaslachら²⁾のMaslach Burnout Inventory(MBI)が主に用いられてい

る。いずれもLikert型のスケールで回答する主観的な自記式質問紙である。

日本においてPBMは, 開発時に日本人も対象として含んでいた点, 簡便性, 経済性といった点で利点を有していることから, 初期にはPBMの日本語訳(稲岡訳:1988)⁶⁾を用いた報告が多い^{4) 7) 8)}。

しかしArthur⁹⁾はPBMが消耗感・疲労感のみを測定する尺度であることから, 職業性ストレスとしてのバーンアウトに関する研究で単独使用することは勧められないと述べている。またStout¹⁰⁾や増子ら¹¹⁾もPBMについて, バーンアウトの進行段階や, バーンアウトのパターン, 多くの関連要因(役割葛藤, 仕事の負荷など)との相互関係などといった詳細な分析を行う上でMBIのほうがより有効であると報告している。以上のような経過から現在, アメリカをはじめとする多くの国々での研究がMBIを中心としており, 近年は日本でもMBIが使用されるようになってきた。

日本でのバーンアウトに関する研究において, 今後, 外国との比較が容易であり信頼性, 妥当性に加え実用性の高い質問紙を検討することは重要である。上記先行研究よりMBIが現在, 最も妥当性の高いツールであると考えられたが, 1つの質問項目に2通り(「強度」と「頻度」)での回答を求めるため, PBMに比べ簡便性は乏しく無効回答が多いことが予想された。しかし, MBIの回収率, 有効回答, 無効回答に注目して実用性を明らかにした研究は見

1) 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科博士後期課程 Graduate School of Health Sciences, Tokyo Medical and Dental University

2) 神戸市看護大学看護組織学講座看護管理学 Nursing Management and Administration, Kobe City College of Nursing

3) 天使大学 Tenshi College

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

5) 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科健康情報分析学 Analytical Health Science, Graduate School of Health Sciences, Tokyo Medical and Dental University

あたらなかった。

また、MBIを用いた先行研究では、強度と頻度のうちの1種類のみの回答方法で回答を求めるもの^{12)~15)}、MBIの下位尺度の1部を削除して用いているもの等¹⁶⁾¹⁷⁾、さまざまな方法を用いていた。そこで本研究では、MBIの回答率、有効回答率、回収数における無効回答率をPBMと比較することによって、どのようなMBIの使用法の信頼性が高く、実用性が高いのかを明らかにすることを目的とした。

Ⅱ. 研究方法

1. 対象

神奈川県の中規模病院の看護師80人を対象とし、2段

階にわけて自記式質問紙調査を行った。まず、第1回調査で80人を各40人の2グループに分け、1グループにはMBI、2グループにはPBMを用いて調査を実施し、次に第2回調査では、1グループにはPBM、2グループにはMBIを用いて調査を実施した。対象とした集団のグループ分けの際、2グループの人数や属性を可能な限りそろえた。

2. 調査方法

質問紙調査は一定期間留め置き法（第1回の調査:平成15年3月10日から4月10日、第2回の調査:平成15年5月1日より6月1日）により行われた。調査手順と内容を図1に示した。

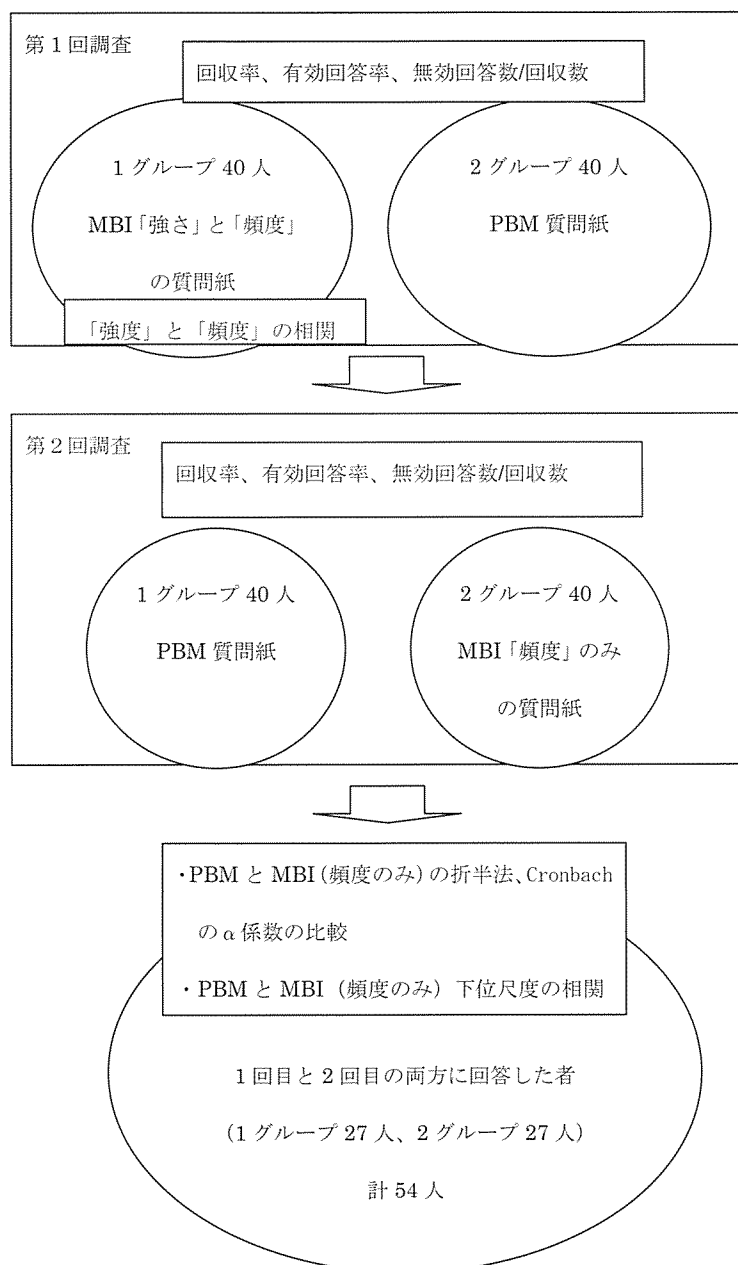


図1 調査手順と解析内容

3. 質問紙

本研究では東口ら¹⁸⁾の翻訳したMBIの質問用紙を用い、25項目に対し、強度及び頻度を尋ねた回答数50の質問紙と、稲岡⁶⁾の翻訳したPBMの21項目の質問紙を用いた。

4. 倫理的配慮

対象の病院の看護部長に研究の趣旨（研究の意義、倫理的配慮や、データを本研究以外に用いないこと等）を文書及び口頭にて説明し、研究に対する理解を得て同意を得た。対象者には文書にて研究の目的、方法を説明し、匿名性を保証した。データは統計処理し、本研究の目的以外には使わないこと、また、参加・中止は自由であり、参加の拒否や同意後の中止等による不利益は一切ないことを説明した。また、ヘルシンキ宣言及び文部科学省の疫学研究に関する倫理指針にもとづき、細心の注意を払うことを約束した。

5. 分析方法

MBIの実用性を明らかにするため、第1回、第2回の調査における回収率、有効回答率、回収数中の無効回答率を算出し、PBMとMBIを比較した。有意差の検定には、 χ^2 検定を用いた。有効回答率は、近年、回答数中の有効回答率を求める場合も見受けられるが、本調査では、間違えやすさ、記入漏れの多さに加えて、回答しやすさの検討も含めたいと考え、配布した対象数中の有効回答率を求めた。回収率、有効回答率を上げるために選択した調査用紙の妥当性と信頼性の検討については、先行研究の結果やピアソンの相関係数、折半法によるピアソンの相関係数、Cronbachの α 係数を用いた。

Ⅲ. 結 果

1. 質問紙調査の対象の特性

対象病院は6部署の看護単位で構成されており、1グループは内科慢性期病棟、内科急性期病棟、介護療養病棟の3部署に所属する40人（平均年齢32歳、内男性1人）で、2グループは残りの3部署である外科病棟、外来、手術室、訪問看護ステーションに所属する40人（平均年齢35歳、内男性1人）とした。2グループの年齢の方が高かったが、有意な差はなかった。

2. 第1回調査の回収率と有効回答率、無効回答率

第1回調査の回収数は63人で回収率は78.8%であった。質問紙及びグループ別の回収率と有効回答率、回収数における無効回答率を表1に示した。1グループ（MBI）の回収数と回収率は30人（75.0%）、2グループ（PBM）の回収数と回収率は33人（82.5%）であった。2グループ（PBM）の回収率が高かったが有意差はなかった。

有効回答数と有効回答率は1グループ（MBI）が23人（57.5%）、2グループ（PBM）が32人（80.0%）であった。2グループ（PBM）の有効回答率が有意に高かった。

無効回答数と回答数における無効回答率は1グループ（MBI）では、7人（23.3%）、2グループ（PBM）では1人（3.3%）であり、1グループ（MBI）が有意に高かった。無効回答の内容はPBMでは記入漏れが1人であった。

一方、MBIの無効回答数は強度及び頻度の回答のうち1通りのみ回答しているものが3人、両方記入していないものが4人であったが、その4人のうち2人の回答者は最後の問題3つを放棄していた。

表1 回収率、有効回答率、回収数に占める無効回答率

1 回目調査	MBI：「強さ」及び「頻度」の回答	PBI	
	1グループ40名	2グループ40名	
回収数	30（75.0%）	33（82.5%）	
有効回答数	23（57.5%）	32（80.0%）	*
無効回答数/回収数	7（23.3%）	1（3.3%）	*
2 回目調査	MBI：「頻度」のみ回答	PBI	
	2グループ40名	1グループ40名	
回収数	30（75.0%）	31人（77.5%）	
有効回答数	28（70.0%）	30（75.0%）	
無効回答数/回収数	2（6.7%）	1（3.2%）	

*:p<0.05

表2 MBI「頻度」及びPBIのCronbachの α 係数

	PBI	MBI	MBI下位尺度			
			身体的疲弊感	情緒的疲弊感と非人間化	個人的達成感	対人関与
Cronbachの α 係数	0.89	0.84	0.64	0.79	0.72	0.28

3. 第2回調査の回収率と有効回答率、無効回答率

第1回調査結果より、MBIの無効回答率が有意にPBMに比較し低かったこと、1通りしか回答していないもの、両方記入していないものがいたことから、第2回のMBIを用いた調査では頻度のみの1通りで回答を求めた。その結果、全体の回収数、回収率は61人(76.3%)で2グループ(MBI頻度のみ)30人(75.0%)、1グループ(PBM)31人(77.5%)で第1回調査に比べ回答率に大きな開きはなかった。有効回答数と有効回答率は2グループ(MBI頻度のみ)が28人(70.0%)、1グループ(PBM)が30人(75.0%)で有意な差はなかった。無効回答数と回答数における無効回答率は2グループ(MBI「頻度」のみ)では、2人(6.7%)、1グループ(PBM)では、1人(3.7%)であり、第1回調査に比べ大きな差はなかった。第1回のMBI(2通り回答)の回収数中の無効回答率23.3%と第2回のMBI(頻度のみ)6.7%を比較すると1回目のMBI(2通り回答)の回収数における無効回答率が高かった。2回目の無効回答の内容は、PBMで記入漏れ1人、MBIで記入漏れ2人であった。

4. MBI 2通りの回答間の相関について

MBI各項目の「強度」と「頻度」回答間の得点の相関は、0.41～0.93で中央値0.75、平均値0.79であった。

5. 質問紙の信頼性について

PBMとMBI(頻度のみ)の信頼性について検討した。折半法による偶数項目と奇数項目のピアソンの相関係数は、MBIは、0.82であり、PBMは0.92であり、MBIがPBMよりも低い値であったがどちらも強い相関が認められた。

Cronbachの α 係数を表2に示した。MBIのCronbachの α 係数は0.84、PBMは0.89であり、どちらも高かった。MBIの下位項目尺度のCronbachの α 係数は、対人関与で0.28であり極端に低かった。

6. MBI「頻度」のみでの測定による下位項目とPBMとの相関

第1回調査及び第2回調査におけるMBI「頻度」のみの下位尺度とPBMとの相関を表3に示した。PBMとMBIの下位尺度である「身体的疲弊感」、「情緒的疲弊感と非人間化」、

「個人的達成感」、「対人関与」とのピアソンの相関係数は、-0.45から0.70であつが、「対人関与」の相関係数は極端に低かった。

IV. 考 察

MBIの2通りでの回答による調査としては、増子ら¹¹⁾が医師、看護師、教員等対人サービス職の者616人を対象に調査を行っているが、回収数と回収率の551(89.5%)のみ記述されており、有効回答や無効回答の内容について報告していない。東口ら¹⁸⁾の日本版MBI作成時の看護師267人を対象とした調査では、回収率が99.6%、有効回答率が76.0%であったと報告しており、無効回答が20%以上みられたが、本研究の結果より、回収率、有効回答率ともに高かった。

MBIの2通りの回答とPBMの比較調査としては、Stoutら¹⁰⁾の78人の精神保健及び精神遅滞施設の就労者を対象とした調査があるが、全ての者が完全に回答したと報告されている。太湯ら¹⁹⁾は看護師227名を対象にPBMとMBIの比較調査を行っているが、全体の有効回答数162(71.4%)のみが報告されており、PBMとMBIの回収率や有効回答率の比較は報告されていない。増田²⁰⁾はMBIの頻度のみの回答とPBMを比較し妥当性を検討しているが、無効回答には注目しておらず、回収率も有効回答率も報告していない。このように現在MBIとPBMどちらの実用性が高いかが不明確な現状にある。

そこで本研究は、今後のバーンアウト研究における実用性の高い質問紙選択のために回収率、有効回答率、回収数中の無効回答率をPBMと比較することにより、MBIの実用性を検討することを目的とした。

結果として、有効回答率はPBMが高く、回収数に占める無効回答率はMBI(「強度」及び「頻度」の2通りの回答)が高く、無効回答の内容は、1通りのみで回答しているものが3人、両方記入していないものが4人であり、そのうち2人は最後の問題を放棄していた。このような結果から、PBMに比べ、MBIは2通りで回答を求めると有効回答率が低くなり、最後まで回答する意欲を減退させる可能性が考えられた。

そこでMBIの「強度」と「頻度」どちらか一方のみの使用の有効性を検討するために、第1回調査におけるMBIの「強度」と「頻度」のピアソンの相関係数を算出した。MBIの「強度」と「頻度」下位尺度別の相関係数について、Stoutら¹⁰⁾は、0.67～0.83と報告している。太湯ら¹⁹⁾の調査では、0.90～0.95とすべての下位尺度間の相関が高かったことを報告している。東口ら¹⁸⁾は、0.34～0.79(中間値=0.59)と報告しており、本研究でも、0.41～0.93で中央値0.75、平均値0.79と高い相関が認められ、

表3 MBI「頻度」の下位尺度別PBMとの相関

	PBM	
MBI (身体的疲弊感)	0.701	**
MBI (情緒的疲弊感と非人間化)	0.528	**
MBI (個人的達成感)	- 0.446	**
MBI (対人関与)	0.081	

**: $p < 0.01$

先行研究とほぼ同様の結果が得られた。Stout¹⁰⁾によると、「強度」よりも「頻度」の方が、テスト-再テストによる信頼係数が高く、先行研究において1通りで調査しているものの多くが「頻度」^{12)~15)}で測定している。

そこで、2回目の調査では、MBIを頻度のみで回答を求めPBMと比較した。この結果、回収率及び有効回答率、回収数に占める無効回答率ともに有意差のない結果が得られた。先に述べたようにMBIは2通りの回答では、回収率、有効回答率が低くなること、「強度」と「頻度」との相関が高いことを考えると、「頻度」のみで回答を求めていると考えられた。

次にPBMとMBI(頻度のみ)の信頼性について検討した。一般に抽出された因子の信頼性係数は最低0.7以上、できれば0.8以上の値が確保されて、尺度としての信頼性が得られるとされている²¹⁾。本研究では、PBM、MBIともに質問項目の偶数の合計と奇数の合計の相関係数、Cronbachの α 係数ともに高い値であり、高い内的-一貫性が示唆された。しかし、MBIのピアソン相関係数、 α 係数ともにPBMより若干低かった。これは、PBMが疲弊感という一つの概念で構成されているのに対して、MBIは多次元概念から構成されているためと考えられる。第4因子の「対人関与」のCronbachの α 係数の極端な低さは3項目という少なさが影響していると考えられる。この因子は、PBMとの相関においても他の3つの下位尺度の相関が中程度あるのに相関がほとんど無い。こうしたことからバーンアウトの下位概念として「対人関与」は不適切な可能性がある。東口ら¹⁸⁾は因子分析において第4因子の「対人関与」にあたる3項目の固有値は、1.0以下であり、第4因子としては抽出されなかったと報告し、第4因子にあたる3項目を除いて再度因子分析をしている。

したがって、信頼性、実用性、経済性の面からも「対人関与」の項目は使わない方が望ましいと思われた。

先行研究の多くが第4因子「対人関与」を除いて調査しているためにPBMとMBIの3つの下位尺度との相関を比

較した。PBMとMBIの3つの下位尺度(身体的疲弊感、情緒的疲弊感と非人間化、個人的達成感)とのピアソンの相関係数は、それぞれ0.70, 0.52, -0.45といずれも中程度の相関がみられた。他の研究者らの報告では概して情緒的疲弊感や非人間化との相関は高いが、個人的達成感との相関は低くなっている(Stout¹⁰⁾, 太湯ら¹⁹⁾, 増田²⁰⁾)。しかし、本研究においては個人的達成感との相関もみられ、PBMはMBIとの互換性もあることが示唆された。

現在、バーンアウトの定義としてはMaslachら²⁾の提唱しているものがコンセンサスを得ており、Maslachら²⁾の作成した質問紙もこれに準拠し多角的にバーンアウトをとらえている。従って、消耗感・疲弊感のみを測定するPBMを研究において使用するよりも、むしろ第4因子「対人関与」をのぞいた22項目を頻度のみで測定することが望ましいと思われた。

本研究はサンプル数が少なく、調査対象の多くが女性であるため、男性については検討できていないという限界があり、2グループ間の属性において所属部署毎に割付けたため、厳密に無作為抽出を行うことができなかった。このため、一般化へ向けてさらに研究を積み重ねてゆく必要がある。

V. 結 論

本研究から結果から、日本版MBIは強度と頻度の2回答で使用すると、無効回答が多くなる可能性が示唆された。回答の「強度」と「頻度」は相関が高く、頻度のみの回答によってもバーンアウトの測定が可能である。折半法及びCronbachの α 係数は、PBM、MBI(頻度のみ)ともに高い値であった。下位尺度である対人関与は項目数も少なく、信頼係数もPBMとの相関も低い。このことから対人関与を除いたMBIの「頻度」のみの測定が回収率、有効回答率を高め、信頼性、簡便性、経済性の点から実用性が高いことが示された。

要 旨

本研究の目的は、日本語版Maslach Burnout Inventory(MBI)の実用性をPines Burnout Measure(PBM)との比較によって明らかにすることである。

神奈川県の中規模病院に勤務する看護職全員80人を対象に2グループに分けた。第1回調査では、1グループにMBIの強度及び頻度による調査を、2グループにはPBMによる調査を行った。第2回調査では、1グループにPBMによる調査を、2グループはMBIの頻度のみで調査を行った。

日本版MBIはPBMに比べ、強度と頻度の2通りで回答すると、有意($p<0.05$)に有効回答率は低く、無効回答は高かった。しかし、頻度のみでは、有意な差はなかった。MBIの強度と頻度は相関が高かった。さらに、MBIの頻度とPBIの信頼性を比較検討した結果、PBM、MBIともに折半法及びCronbachの α 係数は高かった。しかし、第4因子はCronbachの α 係数は低かった。第4因子を除いた「頻度のみ」の日本語版MBIがバーンアウト測定の尺度として望ましい。

Abstract

The purpose of this study was to clarify the practicality of the Japanese version of Maslach Burnout Inventory (MBI) in comparison with that of Pines Burnout Measure (PBM). Eighty nurses in a medium-scale hospital in Kanagawa prefecture were divided into two groups. In the first investigation, Group 1 was investigated with MBI using both strength and frequency scales, and Group 2 with PBM. In the second, Group 1 was with PBM, and Group 2 with MBI using the frequency scale alone.

The percentage of valid answers was significantly lower for MBI than PBM ($p < 0.05$). However, there was no significant difference between them when only the frequency scale of MBI was used. There was a close correlation between the strength and frequency scores in MBI. Furthermore, the reliability of frequency scores in MBI and PBM was examined, and the scores of split-half reliability test and Cronback's alpha coefficients were high in both PBM and MBI. However, Cronback's alpha coefficients for factor IV was low in MBI. MBI assessed only in frequency scales without factor IV, may be a suitable tool.

文 献

- 1) Pines, AM.: Couple burnout: Causes and cures, New York, Routledge, 8-10, 1996.
- 2) Maslach, C., Jackson, SE.: The measurement of experienced burnout, Journal of Occupational Behavior, 2, 99-113, 1981.
- 3) Freudenberger, HJ.: Staff Burn-out, Journal of social issues, 30(1), 159-165, 1974.
- 4) 稲岡文昭, 川野雅資, 他: 看護者のBURN OUTと社会的環境および行動特性との関連についての研究; 一般医, 精神科医との比較を通して, 日本看護科学学会誌, 6(3), 50-60, 1986.
- 5) Pines, AM., Aronson, EA.: Career Burnout, Causes and Cures, Free Press, A Division of Macmillan, Inc., New York, 218-222, 1981.
- 6) 稲岡文昭: Burnout現象とBurnoutスケールについて, 看護研究, 21(2), 27-35, 1998.
- 7) 山本あい子, 南 裕子, 他: 看護婦のもえつき現象に対する生活および仕事ストレスとソーシャル・サポートの影響, 看護研究, 20(2), 51-62, 1987.
- 8) 近澤範子: 看護婦のBurnoutに関する要因分析, 看護研究, 21(2), 37-52, 1988.
- 9) Arthur, NM.: The assessment of burnout; A review of three inventories useful for reserch and counseling, Journal of Counseling & Development, 69, 186-189, 1990.
- 10) Stout, JK., Williams, JM.: Comparison of two measures of burnout, Psychological Report, 53, 283-289, 1983.
- 11) 増子詠一, 山岸みどり, 他: 医師・看護婦など対人サービス職業従事者の「燃え尽き症候群」(1), Maslach Burnout Inventoryによる因子構造の解析とSDSうつスケールとの関連, 産業医学, 31, 203-215, 1989.
- 12) Firth, H., McKeown, R., et al.: Professional, burnout and personality in long stay nursing. International Journal of Nursing Studies, 24, 227-237, 1987.
- 13) Firth, H., McIntee, J. et al.: Burnout and professional depression related concepts. Journal of Advanced Nursing, 11, 633-641, 1986.
- 14) Chiriboga, DA., Bailey, J.: Stress and burnout among critical care and medical surgical nurses, A comparative study, Critical Care Quarterly, 9, 84-92, 1986.
- 15) 東口和代, 森河裕子, 他: 病院勤務看護職者の職業性ストレス反応と職場ストレス要因-勤務場所感の比較を中心に-, 北陸公衛誌, 24, 55-60, 1997.
- 16) Bourbonnais, R., Comeau, M. et al.: Job Strain, Psychological Distress, and Burnout in Nurses, American Journal of Industrial Medicine, 34: 20-28, 1998.
- 17) Aiken, LH., Clarke, SP., et al.: Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction, JAMA, 288(16), 1987-1993, 2002.
- 18) 東口和代, 森河裕子, 他: 日本版MBI(Maslach Burnout Inventory)の作成と因子構造の検討, 日本衛生学雑誌, 53, 447-455, 1998.
- 19) 太湯好子, 酒井恒美, 他: 異なる2種類のツールによるBurnout測定に関する基礎的検討: Pines Burnout Measure とMaslach Burnout Inventoryを用いて, 平成4年度科学研究費補助金研究成果報告書.
- 20) 増田真也: 日本語版Maslach Burnout Inventoryの妥当性の検討, 健康心理学研究, 10(2), 44-53, 1997.
- 21) Polit, DF., Hunger, BP.: Nursing Research Principles and Methods, Philadelphia, 1987: 近藤潤子監訳, 看護研究 原理と方法, 東京, 医学書院, 241-246, 1994.

〔平成15年9月29日受 付〕
〔平成16年5月20日採用決定〕

女子学生における食生活習慣の変化

－ 体格および、血液データとの関連 －

A Study on Dietary Habits of Female College Students.
－ Influences of Dietary Habits on Blood Data and Physical Constitution －

吉 田 明 子¹⁾ 鷗 山 治²⁾ 山 本 恭 子²⁾
Akiko Yoshida Osamu Uyama Yukiko Yamamoto

キーワード： 食生活習慣, BMI, 体脂肪率, 女子学生
dietary habits, body mass index, body fat percentage, female college students

I. はじめに

食生活は健康を維持するための大変重要な役割となっている。特に青年期においては、ライフサイクル上健康に対する自己管理を身に付ける重要な時期である。また、大学においては、心身の健康に関する知的理解を促しつつ学生に自己管理の姿勢を育てることが重要であると言われている¹⁾。しかし、一方では社会環境の変化に伴い朝食欠食率の増加をはじめ、外食の機会の増加や偏りのある食品の摂取、加工食品や特定食品への過度の依存といった食生活の変化が生じており、生活習慣病の発症危険因子としても懸念される。これまで、生活習慣病予防のための調査として血清脂質の動向について多くの報告がなされており²⁻⁵⁾、また、名倉⁶⁾らは、好ましい食生活習慣のあるものは総コレステロール値、トリグリセライド値等の各平均値において低値を示し、HDL-コレステロール値において高値の平均値を示したと報告している。このように、血清脂質と食生活習慣の分析は生活習慣病の発症原因を究明するために重要であると考えられる。

さらに、平成12年度国民栄養調査の結果⁷⁾によると、近年、若年女子のやせ (BMI<18.5) の割合が24.4%に増加しているといった報告もあり、やせ志向からくる食事の欠食や過度の食事制限、栄養バランスの偏りなどの問題も切り離して考える事はできない。

また、大学生活においては、今まで形成された生活習慣とは異なる各自の生活習慣が形成される時期であり、青年期の食生活習慣の実態を把握し、それらが身体へ与える影響を明らかにすることは重要なことであり、これまでも多くの報告がなされてきた^{4-6), 8-12)}。しかし、世代の特徴の変化について連続的な調査の報告は少ない。食生活は、そ

の時代を反映するとも言われており、女子学生の食生活習慣についての世代の特徴を調査することは興味深く、健康管理上の問題点を見出す上でも重要な意味を持つと思われる。

そこで、女子学生を対象に食生活に関する調査及び血清脂質・末梢血一般検査と身体計測を行い、入学した年度を世代として捉え、1993年度の入学生から2001年度の入学生について各世代の特徴と、居住形態別の特徴について把握し、食生活が身体へ与える影響について検討を行ったので報告する。

II. 方 法

1. 調査対象

対象は、本学に1993年から2001年の間に入学した女子学生である。実施にあたっては、調査の主旨を説明し、プライバシーは厳守すること、調査への参加は自由意志によるものであることなどを記載した文章にて説明し、調査協力への同意を文章にて得た。また、学生の中には社会生活の経験者もいるため、入学時年齢を18歳から19歳に限定した。本調査の、のべ総参加者数は1,273名であり、そのうち有効人数は1,164名で、内訳は表1に示す通りである。1年生から4年生まで全ての調査に参加した女子学生は43名であった。

また、各世代の検討を行う際、入学した年度を各世代として捉え、1年生から4年生までの学生の割合に偏りが生じないように考慮し、1993年から1995年に入学した学生を前半入学生、1996年から2001年に入学した学生を後半入学生と区分した。

また、大学生活による社会環境の変化に伴う生活習慣等

1) 兵庫県立看護大学附置研究所推進センター Promoting Center for Nursing Research, College of Nursing Art and Science, Hyogo

2) 兵庫県立看護大学看護病態学講座 Department of Basic Nursing Science, College of Nursing Art and Science, Hyogo

への影響を検討するために、1年生から4年生までの各学年間の比較検討を行った。

2. 調査期間

1994年から毎年6月または7月に調査を行い、2001年までの8年間である。

表1 調査参加有効人数内訳 (名)

		1年生	2年生	3年生	4年生
前半 入学生	1993年度入学生	—	69	66	38
	1994年度入学生	76	64	43	10
	1995年度入学生	80	85	52	35
後半 入学生	1996年度入学生	65	17	38	36
	1997年度入学生	18	24	32	17
	1998年度入学生	22	22	18	10
	1999年度入学生	58	28	26	—
	2000年度入学生	36	50	—	—
	2001年度入学生	20	—	—	—

3. 調査内容

1) 食生活及び生活様式に関する質問紙による調査

食生活と生活様式に関する調査では、調査内容について本調査に使用した項目を質問紙の一部として抜粋したものを表2に示した。食生活に対する自己評価として、栄養士のための健康指導マニュアル¹³⁾を参考として表2の中に示す食生活自己評価表を作成した。

2) 血液検査

血液検査は、午前9時以降絶食として正午より採血し、血清脂質として、総コレステロール・HDL-コレステロール・中性脂肪を測定した。末梢血一般検査として、赤血球・ヘマトクリット・ヘモグロビン・血小板・白血球を測定した。血液検査は(財)加古川総合保健センターに依頼し、測定方法は、総コレステロールはデタミナC-TC-M(協和メディックス製)を用い酵素法にて測定し、HDL-コレステロールはデタミナHDL-C(協和メディックス製)を用い直接法で、中性脂肪はデタミナC-TG-M(協和メディックス製)を用い酵素法で、末梢血一般検査は自動化法である。

3) 身体計測

肥満度の指標としてBMI (Body Mass Index) を用いた。対象者の身長及び体重を測定し、 $BMI = \text{体重 (kg)} / \text{身長 (m)}^2$ の計算式により算出した。判定は日本肥満学会の判定基準に倣い、BMIが18.5未満を「やせ」、18.5以上25.0未満を「適正」、25.0以上を「肥満」と区分した。また、体脂肪率はTANITA社製TBF-305体内脂肪計を

表2 質問紙の内容

食生活習慣についての調査 (一部抜粋)

答えたくないところは記入の必要はありません。

① 学生番号 _____

② 性別 …… 男・女 (○で囲んで下さい。)

③ 自宅学生ですか。自宅外学生ですか …… 自宅・自宅外

④ 生年月：昭和 年 月

⑤ 睡眠時間はだいたい規則正しいですか? …… はい・いいえ

⑥ 食生活について

a) 次の質問について、はい または いいえ を○で囲んで下さい。

食生活自己評価表

1) 朝食は毎日きちんと食べますか …… はい・いいえ

2) 食事の時間は規則正しいですか …… はい・いいえ

3) 食事の量は腹八分目を守っていますか …… はい・いいえ

4) ほとんど毎日野菜を食べますか …… はい・いいえ

5) ほとんど毎日牛乳を飲みますか …… はい・いいえ

6) 海藻類をたくさん食べますか …… はい・いいえ

7) 主なおかずは肉類に偏らず、
魚類もほぼ半分以上とるようにしていますか …… はい・いいえ

8) 塩分を多く含む食品はひかえめにしていますか …… はい・いいえ

9) 砂糖を多く含む食品はひかえめにしていますか …… はい・いいえ

10) 脂っこいものはひかえめにしていますか …… はい・いいえ

b) 次の質問に答えて下さい。
(週に1回の場合は月に換算して4回と答えて下さい。)

1) 昼食を単品 (うどん、ピラフ、スパゲッティ、カレー等)
ですませることは月に何回ぐらいですか? …… 約 回

2) 夕食を単品ですませることは月に何回ぐらいですか? …… 約 回

3) インスタントラーメン類は、月に何回ぐらい食べますか? …… 約 回

4) スナック菓子は月に何回ぐらい食べますか? …… 約 回

5) 清涼飲料は月に何回ぐらい飲みますか? …… 約 回

6) 間食はよくしますか? …… はい・ふつう・いいえ

ご協力ありがとうございました

使用し測定した。区分は体脂肪率17.0%未満を「やせ」、17.0%以上24.0%未満を「適正」、24.0%以上30.0%未満を「やや肥満」、30.0%以上を「肥満」と区分した。

4) 統計法

統計ソフト「HALWIN¹⁴⁾」を使用し、単純集計、non-paired t-test、 χ^2 検定、Bonferroniの検定を行い、 $p < 0.05$ の場合を有意とした。

Ⅲ. 結 果

1. BMIと体脂肪率について

BMI、体脂肪率の学年別平均値の推移を表3に示した。BMIの学年別平均値は2年生で上昇を示したが、その後学年の進行とともに低下し、自宅学生と自宅外学生を比較すると、自宅学生の方が低い傾向が示され、特に2年生において有意差 ($p < 0.05$) を認めた。また、体脂肪率も同様の変化を示し、2年生では危険率1%以下の有意差を認めた。BMIが18.5未満のやせに属する学生の割合を年次別に比較し、図1に示した。1994年 (1, 2年生を含む) では9.0%、1995年 (1, 2, 3年生を含む) 9.6%、1996年 (1, 2, 3, 4年生を含む) 12.7%、1997年 (1, 2, 3, 4年生を含む) 16.5%、1998年 (1, 2, 3, 4年生を含む)

表3 BMIと体脂肪率の平均値

(n)

		1年生	2年生	3年生	4年生
BMI	全体	20.9±2.4 (384)	21.3±2.3 (359)	20.9±2.8 (274)	20.4±2.2 (146)
	自宅学生	20.8±2.4 (174)	21.0±2.2* (160)	20.8±2.5 (109)	20.4±2.5 (58)
	自宅外学生	21.0±2.5 (207)	21.6±2.4 (198)	20.9±2.2 (164)	20.4±2.0 (88)
	前半入学生	20.8±2.1 (166)	21.2±2.2 (218)	20.9±2.2 (160)	20.3±2.2 (83)
	後半入学生	21.0±2.7 (218)	21.5±2.5 (141)	20.8±2.4 (114)	20.6±2.2 (63)
体脂肪率 (%)	全体	26.1±5.4 (218)	26.8±4.6 (226)	25.5±4.9 (209)	24.8±4.8 (143)
	自宅学生	25.7±5.4 (101)	25.8±4.2** (105)	25.2±5.1 (85)	24.6±5.5 (57)
	自宅外学生	26.4±5.4 (112)	27.7±4.8 (120)	25.7±4.7 (123)	25.0±4.3 (86)
	前半入学生	—	26.5±4.3 (86)	25.2±4.8 (95)	24.5±4.8 (81)
	後半入学生	26.0±5.4 (218)	27.0±4.8 (140)	25.8±4.9 (114)	25.2±4.7 (62)
BMI<18.5の 学生の体脂肪率	全体	19.1±2.4 (37)	20.1±1.4 (19)	19.2±2.3 (31)	19.1±3.6 (24)
	自宅学生	18.7±2.8 (19)	19.8±1.1 (12)	18.4±2.9 (13)	17.8±3.7 (11)
	自宅外学生	19.4±1.9 (18)	20.7±1.6 (7)	19.7±1.7 (18)	20.2±3.2 (13)
	前半入学生	—	20.7±1.3 (9)	18.7±2.4 (17)	18.5±4.2 (15)
	後半入学生	19.0±2.4 (37)	19.6±1.2 (10)	19.7±2.2 (14)	20.1±2.1 (9)

non-paired t-test ** p<0.01 * p<0.05 (vs. 自宅外学生)

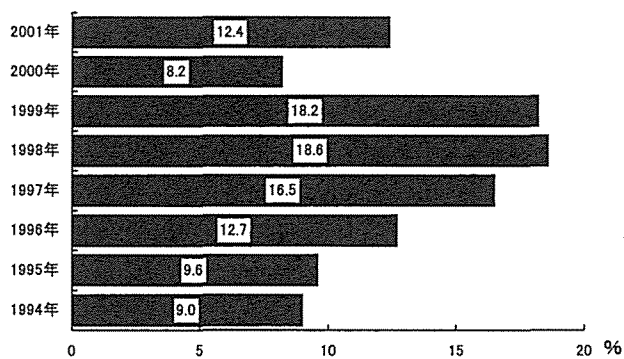


図1 BMI<18.5の学生の割合の推移

18.6%, 1999年(1, 2, 3, 4年生を含む)18.2%, 2000年(1, 2, 3, 4年生を含む)8.2%, 2001年では(1, 2, 3, 4年生を含む)12.4%がやせに属していた。また、それぞれの年次の1年生における、BMIが18.5未満の学生割合は、1994年度11.7%, 1995年度14.6%, 1996年度13.8%, 1997年度27.8%, 1998年度13.6%, 1999年度17.2%, 2000年度13.9%, 2001年度31.6%であった。

BMIと体脂肪率の学年別平均値は表3に示したとおり、1年生から2年生にかけてやや高くなり、その後やや低くなるといった同様の変化を示しているが、BMIと

表4 対象者のBMIと体脂肪率における値別分類の分布

		体 脂 肪 率				合 計	
		体脂肪率<17.0%	17.0≤体脂肪率<24.0%	24.0≤体脂肪率<30.0%	30.0%≤体脂肪率		
1年生 BMI	BMI<18.5	4 (1.8)	34 (15.7)	0	0	38	(17.5)
	18.5≤BMI<25.0	0	47 (21.7)	83 (38.2)	33 (15.2)	163	(75.1)
	25.0≤BMI	0	0	0	16 (7.4)	16	(7.4)
	合 計	4 (1.8)	81 (37.3)	83 (38.2)	49 (22.6)	217	(100.0)
2年生 BMI	BMI<18.5	0	19 (8.4)	0	0	19	(8.4)
	18.5≤BMI<25.0	0	44 (19.6)	113 (50.2)	31 (13.8)	188	(83.6)
	25.0≤BMI	0	0	1 (0.4)	17 (7.6)	18	(8.0)
	合 計	0	63 (28.0)	114 (50.7)	48 (21.3)	225	(100.0)
3年生 BMI	BMI<18.5	5 (2.4)	24 (11.6)	1 (0.5)	0	30	(14.5)
	18.5≤BMI<25.0	0	51 (24.6)	90 (43.5)	25 (12.1)	166	(80.2)
	25.0≤BMI	0	0	0	11 (5.3)	11	(5.3)
	合 計	5 (2.4)	75 (36.2)	91 (44.0)	36 (17.4)	207	(100.0)
4年生 BMI	BMI<18.5	3 (2.1)	21 (14.8)	0	0	24	(16.9)
	18.5≤BMI<25.0	0	41 (28.9)	63 (44.4)	10 (7.0)	114	(80.3)
	25.0≤BMI	0	0	0	4 (2.8)	4	(2.8)
	合 計	3 (2.1)	62 (43.7)	63 (44.0)	14 (9.9)	142	(100.0)

単位: 名 (%)

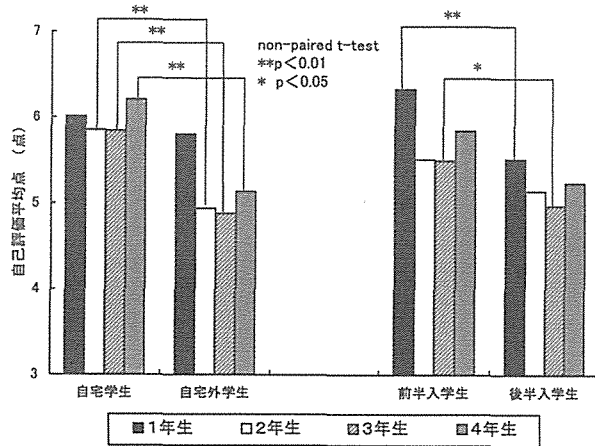


図2 食生活に対する自己評価の平均点

体脂肪率の値別に分類し比較すると(表4), BMIの値による区分で「やせ」あるいは「適正」に属している学生割合合計は, 1年生92.6%(201名), 2年生92.0%(207名), 3年生94.7%(196名), 4年生97.2%(138名)と約9割の学生が属していた。一方で, 体脂肪率の値による区分では「やせ」又は「適正」に属している学生割合は, 1年生39.2%(85名), 2年生28.0%(63名), 3年生38.6%(80名), 4年生45.8%(65名)と3割から4割であった。また, BMIの値で「やせ」に属する学生は, 1年生から4年生のいずれも80.0%以上が体脂肪率が「適正」に属しており, 表3に示したBMI<18.5の学生の体脂肪率平均値は17.0以上を示していた。

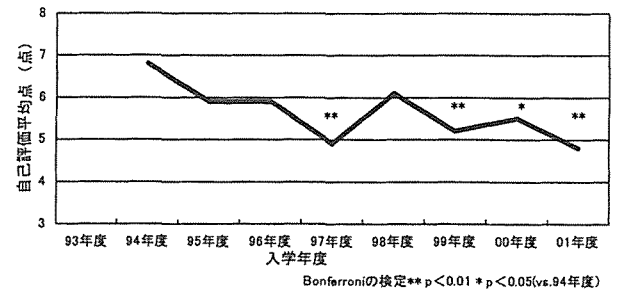


図3 1年生の食生活に対する自己評価平均点の推移

2. 食生活について

食生活に対する自己評価について, 「はい」と回答したものを1点とし10点を満点とし点数化したものの平均点を図2に示した。自宅外学生は自宅学生に比べ, 2年生から4年生で平均点は有意に低く示され, 1年生から2年生へと学年の進行に伴い5.8点から4.9点と平均点の低下が示された。また, 前半入学生に比べ, 後半入学生においても, 1年生, 3年生で平均点は有意に低く, 図3に示した1年生の食生活に対する自己評価の平均点の推移では, 94年度に入学した学生と比較し, 97年度・99年度・00年度・01年度では, 平均点は有意に低く示された。

実際の食生活について, 各平均値を表5に示した。自宅学生と自宅外学生での比較では, 自宅外学生の方が自宅学生に比べ昼食・夕食を単品で済ます回数は有意に多く, 野菜類や海藻類などを摂取する割合は有意に少なく, 反面,

表5 対象者の食生活

(n)

		1年生	2年生	3年生	4年生
朝食を欠食する割合	全体	13.5% (52)	20.8% (73)	27.1% (74)	26.7% (39)
	自宅学生	11.6% (20)	10.2% ** (16)	15.4% ** (16)	22.0% (13)
	自宅外学生	15.0% (31)	29.4% (57)	35.6% (58)	29.9% (26)
	前半入学生	10.2% (17)	22.9% (49)	26.3% (42)	24.5% (20)
	後半入学生	16.4% (35)	17.4% (24)	28.1% (32)	30.2% (19)
昼食を単品で済ます回数(回数/月)	全体	7.5±7.0 (374)	9.7±7.9 (348)	8.3±7.2 (273)	10.5±7.3 (145)
	自宅学生	5.9±4.9** (170)	6.9±5.9** (156)	6.5±6.8** (110)	7.9±6.4** (58)
	自宅外学生	8.9±8.1 (203)	12.0±8.6 (191)	9.6±7.2 (162)	12.3±7.4 (87)
	前半入学生	7.8±7.2 (165)	9.7±7.9 (212)	8.3±7.3 (159)	11.6±7.7 (81)
	後半入学生	7.4±6.8 (209)	9.8±7.9 (136)	8.2±7.0 (114)	9.3±6.6 (63)
夕食を単品で済ます回数(回数/月)	全体	4.3±5.1 (374)	6.4±6.5 (351)	5.8±5.7 (272)	7.3±6.3 (145)
	自宅学生	2.4±3.5** (170)	3.2±4.0** (157)	2.8±3.3** (110)	4.0±4.9** (58)
	自宅外学生	5.9±5.7 (203)	9.0±6.9 (193)	7.9±6.1 (161)	9.5±6.1 (87)
	前半入学生	3.6±3.9† (163)	5.9±6.1 (214)	5.5±5.4 (158)	7.6±6.5 (81)
	後半入学生	4.8±5.8 (211)	7.1±7.0 (137)	5.5±6.5 (114)	6.9±5.9 (63)
毎日野菜を摂取する割合	全体	85.1% (324)	69.2% (246)	70.1% (193)	70.5% (103)
	自宅学生	85.7% (150)	81.0% ** (128)	89.1% ** (98)	84.2% ** (48)
	自宅外学生	84.5% (175)	59.7% (117)	57.3% (94)	61.8% (55)
	前半入学生	88.0% (146)	70.0% (152)	68.9% (111)	72.0% (59)
	後半入学生	82.4% (178)	68.1% (94)	71.9% (82)	68.3% (43)

女子学生における食生活習慣の変化

毎日牛乳を 摂取する割合	全体	56.3%	(215)	50.0%	(179)	54.7%	(150)	63.7%	(93)
	自宅学生	54.9%	(96)	47.5%	(75)	59.1%	(65)	63.2%	(36)
	自宅外学生	57.5%	(119)	52.0%	(102)	51.8%	(85)	64.0%	(57)
	前半入学生	59.0%	(98)	53.5%	(116)	54.0%	(87)	69.5%	(57)
	後半入学生	54.2%	(117)	45.7%	(63)	55.3%	(63)	57.1%	(36)
油脂類を 摂取する割合	全体	29.1%	(111)	28.0%	(99)	26.3%	(72)	30.6%	(45)
	自宅学生	38.9% **	(68)	40.5% **	(64)	38.2% **	(42)	41.4% *	(24)
	自宅外学生	20.8%	(43)	17.9%	(35)	18.3%	(30)	23.6%	(21)
	前半入学生	37.3% **	(62)	30.9%	(67)	29.8%	(48)	31.7%	(26)
	後半入学生	22.2%	(48)	23.2%	(32)	21.1%	(24)	28.1%	(18)
インスタント ラーメン 摂取回数	全体	1.9±2.1	(378)	2.0±2.3	(352)	1.9±2.2	(274)	1.7±2.0	(146)
	自宅学生	2.0±2.0	(171)	1.8±1.8	(157)	1.7±1.9	(110)	1.4±1.5	(58)
	自宅外学生	1.8±2.2	(206)	2.1±2.7	(194)	2.0±2.4	(163)	2.0±2.2	(88)
	前半入学生	1.8±2.0	(165)	1.9±2.5	(214)	1.8±2.0	(160)	1.8±1.8	(82)
	後半入学生	2.0±2.2	(213)	2.1±2.0	(138)	2.1±2.4	(114)	1.7±2.2	(63)
スナック菓子 摂取回数 (回数/月)	全体	5.7±5.7	(375)	6.1±6.1	(350)	5.8±5.3	(274)	4.8±4.7	(145)
	自宅学生	6.1±5.8	(169)	6.1±5.7	(157)	5.6±4.7	(110)	5.0±4.9	(57)
	自宅外学生	5.3±5.6	(205)	6.1±6.5	(192)	6.0±5.8	(163)	4.7±4.6	(88)
	前半入学生	5.8±5.5	(163)	7.1±6.2**	(212)	6.5±5.3*	(160)	4.9±4.2	(81)
	後半入学生	5.5±5.9	(212)	4.3±5.6	(138)	4.8±5.3	(114)	4.7±5.3	(63)
清涼飲料水 摂取回数	全体	7.0±6.8	(375)	8.4±7.9	(351)	9.1±8.0	(274)	9.0±8.5	(143)
	自宅学生	7.3±6.6	(167)	9.1±8.6	(157)	8.9±8.0	(110)	8.8±9.9	(55)
	自宅外学生	6.8±7.0	(207)	7.9±7.2	(193)	9.3±7.9	(163)	9.1±7.5	(88)
	前半入学生	5.8±6.0**	(162)	8.8±8.1	(214)	9.9±6.3	(160)	9.4±8.8	(80)
	後半入学生	7.9±7.4	(213)	7.8±7.6	(137)	8.5±8.8	(114)	8.2±8.1	(63)
間食をしない 学生の場合	全体	7.4%	(28)	6.3%	(23)	9.6%	(27)	14.6%	(21)
	自宅学生	3.5% **	(6)	5.7%	(9)	9.1%	(10)	12.3%	(7)
	自宅外学生	10.7%	(22)	6.8%	(13)	9.9%	(16)	16.1%	(14)
	前半入学生	4.2% **	(7)	0.5% **	(1)	0.6%	(1)	8.5%	(7)
	後半入学生	9.9%	(21)	16.1%	(22)	22.8%	(26)	22.2%	(14)

non-paired t-test, χ^2 検定 **p<0.01 *p<0.05 (vs. 自宅外学生) **p<0.01 *p<0.05 (vs. 後半入学生)

インスタントラーメンの摂取回数には、有意差は認めなかった。

入学年度別の比較では、後半入学生ほど、食事を単品で済まし、野菜・牛乳・海藻類といった食品の摂取が少ない傾向がみられ、間食をしない学生の割合は1年生・2年生・3年生で有意に多く示された。

3. 朝食の欠食と身体特性との関連

朝食を欠食する割合は表5に示したとおり増加しており、1年生では13.5%の学生が欠食していると回答したが、4年生では26.7%と約2倍に増加しており、1年生と4年生を比較すると危険率1%以下の有意差が認められた。大学入学時の1年生では自宅学生と自宅外学生との間には朝食の摂取の有無に差はほとんど認められなかったが、2年生・3年生では自宅外学生の朝食欠食率は自宅学生に比べ有意に高かった。また、2年生を除き後半入学生

の方が前半入学生より欠食率は高い傾向を認めた。

また、朝食摂取との関連について、朝食摂取の有無によるBMIと体脂肪率の平均値を表6に示した。BMI・体脂肪率は、4年生を除き、朝食を欠食している学生の方が、朝食を毎日摂取している学生より、平均値はやや高い傾向が見られ、さらに、3年生において体脂肪率の平均値には、有意差を認めた。朝食摂取の有無と体脂肪率による体格区分との関連について1年生について検討した結果、 $p<0.05$ となり、朝食摂取の有無と体脂肪率の値別分類による比較に差を認めた(表7)。さらに、朝食摂取の有無と睡眠時間の規則性との関連について表8に示した。朝食摂取の有無と睡眠時間の規則性との間に全学年とも関連を認め、睡眠時間が規則的なほど、朝食を摂取している学生は多く示された。

女子学生における食生活習慣の変化

表6 朝食摂取の有無とBMIと体脂肪率との関連 (n)

		朝食を欠食する者	朝食を毎日摂取する者	
BMI	1年生	21.4±2.6 (52)	20.8±2.4 (328)	*
	2年生	21.6±2.1 (73)	21.3±2.4 (280)	
	3年生	21.2±2.5 (74)	20.8±2.2 (199)	
	4年生	20.4±2.4 (37)	20.5±2.2 (107)	
体脂肪率 (%)	1年生	27.4±5.7 (35)	25.8±5.3 (177)	
	2年生	27.5±4.2 (45)	26.7±4.8 (175)	
	3年生	26.8±4.9 (58)	25.0±4.7 (150)	
	4年生	24.6±5.1 (37)	24.9±4.7 (103)	

non-paired t-test * p < 0.05

表7 朝食摂取と体脂肪率との関連 (1年生)

	欠食する人数 (%)	毎日摂取する人数 (%)	合計人数 (%)
体脂肪率 < 17.0	1 (0.7%)	2 (1.5%)	3 (2.2%)
17.0 ≤ 体脂肪率 < 24.0	7 (5.2%)	75 (56.0%)	82 (61.2%)
30.0 ≤ 体脂肪率	13 (9.7%)	36 (26.9%)	49 (36.6%)
合 計	21 (15.7%)	113 (84.3%)	134 (100%)

 χ^2 検定 p = 0.01625

表8 朝食摂取の有無と睡眠時間の規則性との関連

	1年生 p = 0.02624			2年生 p = 0.0234			3年生 p = 0.00065			4年生 p = 0.00053		
	欠食人数 (%)	摂取人数 (%)	合計人数 (%)	欠食人数 (%)	摂取人数 (%)	合計人数 (%)	欠食人数 (%)	摂取人数 (%)	合計人数 (%)	欠食人数 (%)	摂取人数 (%)	合計人数 (%)
不規則な睡眠時間	22 (10.4)	75 (35.4)	97 (45.8)	24 (11.1)	58 (26.7)	82 (37.8)	33 (15.9)	48 (23.2)	81 (39.1)	26 (18.1)	38 (26.4)	64 (44.4)
規則的な睡眠時間	13 (6.1)	102 (48.1)	115 (54.2)	22 (10.1)	113 (52.1)	135 (62.2)	24 (11.6)	102 (49.3)	126 (60.9)	12 (8.3)	68 (47.2)	80 (55.6)
合 計	35 (16.5)	177 (83.5)	212 (100)	46 (21.2)	171 (78.8)	217 (100)	57 (27.5)	150 (72.5)	207 (100)	38 (26.4)	106 (73.6)	144 (100)

 χ^2 検定

表9 対象者の血清脂質・末梢血平均値

(n)

	1年生		2年生		3年生		4年生	
Total cholesterol (mg/dl) (基準値 130-220mg/dl)								
全体	177.6 ± 28.4	(384)	176.8 ± 32.2	(359)	179.2 ± 33.7	(275)	182.3 ± 34.4	(147)
自宅学生	176.3 ± 27.9	(175)	178.2 ± 34.0	(160)	179.0 ± 33.4	(110)	187.9 ± 39.7	(58)
自学外学生	178.6 ± 28.8	(206)	175.6 ± 30.7	(198)	179.3 ± 34.1	(164)	178.7 ± 30.2	(90)
前半入学生	175.1 ± 27.3	(165)	176.6 ± 33.3	(218)	175.8 ± 33.1*	(161)	179.7 ± 34.4	(83)
後半入学生	179.9 ± 29.1	(219)	177.0 ± 30.8	(141)	184.1 ± 34.0	(114)	186.1 ± 34.4	(64)
HDL cholesterol (mg/dl) (基準値 35-75mg/dl)								
全体	64.3 ± 13.7	(384)	62.6 ± 13.8	(359)	63.3 ± 14.4	(275)	66.6 ± 14.4	(147)
自宅学生	64.9 ± 13.8	(175)	64.0 ± 13.9	(160)	64.8 ± 13.0	(110)	69.5 ± 15.6*	(58)
自学外学生	63.7 ± 13.6	(206)	61.5 ± 13.6	(198)	62.3 ± 15.3	(164)	64.8 ± 13.4	(90)
前半入学生	62.0 ± 10.9**	(165)	60.4 ± 12.8**	(218)	60.5 ± 12.5**	(161)	64.1 ± 12.6*	(83)
後半入学生	66.2 ± 15.2	(219)	66.0 ± 14.5	(141)	67.3 ± 16.0	(114)	70.0 ± 16.1	(64)
Triglyceride (mg/dl) (基準値 50-150mg/dl)								
全体	72.1 ± 39.4	(384)	66.5 ± 31.9	(359)	74.2 ± 38.3	(275)	74.7 ± 88.3	(147)
自宅学生	62.0 ± 29.6**	(175)	61.6 ± 30.6**	(160)	67.7 ± 33.2*	(110)	70.6 ± 29.2	(58)
自学外学生	80.7 ± 44.4	(206)	70.4 ± 32.5	(198)	78.5 ± 41.0	(164)	77.4 ± 43.1	(90)
前半入学生	70.4 ± 35.1	(165)	64.0 ± 31.7	(218)	73.2 ± 39.9	(161)	70.3 ± 34.8	(83)
後半入学生	74.1 ± 44.1	(219)	70.1 ± 31.9	(141)	75.5 ± 36.1	(114)	80.5 ± 42.2	(64)
Hb (g/dl) (基準値 12.6-17.6g/dl)								
全体	13.3 ± 1.1	(384)	13.2 ± 1.0	(359)	13.2 ± 1.0	(275)	13.1 ± 1.1	(147)
自宅学生	13.2 ± 1.1	(175)	13.2 ± 0.9	(160)	13.1 ± 0.9	(110)	13.1 ± 1.3	(58)
自学外学生	13.3 ± 1.0	(206)	13.1 ± 1.0	(198)	13.2 ± 1.0	(164)	13.1 ± 1.0	(90)
前半入学生	13.6 ± 1.0**	(165)	13.3 ± 0.9**	(218)	13.2 ± 0.9	(161)	13.3 ± 1.0	(83)
後半入学生	13.1 ± 1.1	(219)	12.9 ± 1.0	(141)	13.1 ± 1.0	(114)	13.0 ± 1.1	(64)

non-paired t-test **p < 0.01 *p < 0.05 (vs. 自宅外学生) **p < 0.01 *p < 0.05 (vs. 後半入学生)

4. 血液データの推移と食生活との関連

対象者の血液データの平均値を表9に示した。自宅学生と自宅外学生の比較においては、中性脂肪において有意差を認め、1年生から3年生で自宅外学生の方が平均値は高い値が示された。前半入学生と後半入学生を比較すると、HDL-コレステロール平均値とヘモグロビン平均値において有意差を認め、後半入学生の方がHDL-コレステロールの平均値は高く、ヘモグロビン平均値は1年生・2年生において後半入学生の方が低く示された。

学生の食生活とヘモグロビン量について表10に示した。ヘモグロビン値12.0g/dl未満の学生を貧血状態と定義し、貧血状態にある学生の割合は学生全体では学年の進行とともに増加を示しており、居住形態別では1年生を除き自宅外学生の方が貧血状態の割合は多く、また、後半入学生の4年生になると20.3%、つまり5人に1人が貧血状態にあると示された。

また、貧血状態の学生の食生活は、健康な学生に比べて食生活に対する自己評価は低く、昼食・夕食などを単品で済ます回数が多いという傾向が示された。1年生から4年生の貧血状態の学生の食生活の変化は、毎日野菜を摂取する割合が減り、間食をよくする割合が減っていた。

血清コレステロールを値別にそれぞれ「低い群・正常群・高い群」として食生活に関する検討を行った。総コレステロールは、130mg/dl未満を「低い群」、130mg/dl以上220mg/dl未満を「正常群」、220mg/dl以上を「高い群」として、HDL-コレステロールは、35mg/dl未満を「低い群」、35mg/dl以上75mg/dl未満を「正常群」、75mg/dl以上を「高い群」としてそれぞれ区分し、食生活に関する検討を行っ

たところ有効な結果は得られなかった。しかし、食生活に対する自己評価の低い群（5点以下）と高い群（6点以上）で比較を行ったところ、中性脂肪の平均値は、1年生では、低い群71.2mg/dl、高い群73.3mg/dlと自己評価の高い群が平均値は高い値を示したが、2年生では、低い群67.4mg/dl、高い群65.9mg/dl、3年生では、低い群78.2mg/dl、高い群69.4mg/dl、4年生では、低い群81.0mg/dl、高い群69.7mg/dlを示し、1年生を除いた学年では自己評価の低い群で中性脂肪の平均値が高い傾向が示された。また、総コレステロール平均値、HDL-コレステロール平均値では、平均値の差は認めなかった。

IV. 考 察

近年、女子学生の生活習慣をはじめとし、数多くの女子学生に関する報告^{2-5), 9-12), 15-17), 19)}がなされている。その一つとして、若年女子のやせの割合の増加があげられる。厚生労働省の2000年国民栄養調査⁷⁾では、20代女性のBMI<18.5のやせに属する割合が24.4%と20年前（12.4%）に比べ約2倍、10年前（17.7%）に比べ約1.4倍に増加していると報告されたが、対象者である本学女子学生は、2000年、2001年を除き、6年間で少しずつやせに属する割合は増加の傾向が認められた。しかし、BMIと体脂肪率における値別分類においては、1年生から4年生の全てが、BMIがやせに属する学生の80%以上が体脂肪率は適正となっており、BMIでは「やせ」に属するが体脂肪率では「適正」に属するなどといった対象者が多く、BMI、体脂肪率それぞれの体格判定が異なって示された。百瀬ら⁸⁾の研究においてもBMIが同じ値であっても体脂肪率には差が認め

表10 学生の食生活とヘモグロビン量

(n)

		1 年 生		2 年 生		3 年 生		4 年 生	
		全体							
Hb<12.0g/dlの 学生割合 (%)		9.7% (37)		9.8% (35)		10.2% (28)		13.5% (20)	
	自宅学生	11.4% (20)		8.8% (14)		8.2% (9)		12.1% (7)	
	自宅外学生	8.3% (17)		10.6% (21)		11.6% (19)		14.4% (13)	
	前半入学生	6.1% (10)		6.9% (15)		11.2% (18)		7.2% (6)	
	後半入学生	11.9% (26)		13.5% (19)		8.8% (107)		20.3% (13)	
		Hb<12.0	12.0≤Hb	Hb<12.0	12.0≤Hb	Hb<12.0	12.0≤Hb	Hb<12.0	12.0≤Hb
食生活に対する自己評価 (点)		5.4±2.1 (31)	5.9±2.0 (346)	5.0±2.6 (23)	5.4±2.2 (326)	5.3±1.9 (25)	5.3±2.2 (247)	5.3±2.2 (18)	5.6±2.2 (125)
昼食を単品で済ます回数 (回/月)		9.1±9.3 (31)	7.4±6.7 (340)	10.3±7.6 (23)	9.7±7.9 (323)	10.4±7.9 (24)	8.1±7.1 (248)	10.8±7.8 (18)	10.5±7.2 (126)
夕食を単品で済ます回数 (回/月)		6.5±8.1 (31)	4.0±4.7 (340)	6.6±7.3 (23)	6.3±6.4 (326)	6.8±4.9 (24)	5.8±6.0 (247)	7.5±7.4 (18)	7.3±6.1 (126)
毎日野菜を摂取する割合 (%)		85.3% (29)	84.8% (296)	70.8% (17)	69.5% (230)	68.0% (17)	70.4% (176)	68.4% (13)	70.4% (88)
毎日牛乳を摂取する割合 (%)		35.3% (12)	58.2%* (203)	58.3% (14)	49.8% (165)	60.0% (15)	54.0% (135)	52.6% (10)	64.8% (81)
海藻類を摂取する割合 (%)		23.5% (8)	29.5% (103)	29.2% (7)	28.1% (93)	20.0% (5)	26.8% (67)	36.8% (7)	28.8% (36)
インスタントラーメン摂取回数 (回/月)		1.9±1.9 (31)	1.9±2.1 (343)	1.9±2.5 (23)	2.0±2.3 (327)	1.0±1.4 (25)	2.0±2.3** (248)	1.7±1.6 (18)	1.8±2.0 (127)
スナック菓子摂取回数 (回/月)		6.4±6.0 (31)	5.6±5.7 (340)	6.2±6.5 (23)	6.1±6.1 (325)	6.8±5.7 (25)	5.7±5.3 (248)	4.7±4.4 (18)	4.8±4.7 (126)
清涼飲料水摂取回数 (回/月)		10.3±8.6 (31)	6.7±6.8* (340)	7.9±7.8 (23)	8.4±7.9 (326)	10.9±8.6 (25)	9.0±7.9 (248)	9.8±8.1 (18)	8.7±8.5 (125)
間食をよくする学生の割合 (%)		73.5% (25)	58.0% (199)	62.5% (15)	56.0% (183)	48.0% (12)	51.0% (126)	36.8% (7)	43.2% (54)

non-paired t-test χ^2 検定 ** p<0.01 * p<0.05 (vs.Hb<12.0)

られ、青年期の学生においても外見上の体格では体脂肪の多い少ないは判断できないと述べている。これらのことより、体型の評価はBMIだけでなく体脂肪率も加味して行うことが重要であると考ええる。

また、やせに属している者でも減量を希望しているといった報告もあり¹⁵⁻¹⁷⁾、さらに、小川ら²⁰⁾は若い女性の痩せ願望の目的は単に体重減少にあり、体脂肪率への配慮がなされていないのが現状でありその結果、隠れ肥満が多い傾向にあると述べている。したがって、偏った認識から自己の体型を評価することのないように、BMIと体脂肪率について正しく認識できるよう教育を行っていくことが重要であると考ええる。

食生活に関する自己評価によると、自宅外学生は自宅学生に比べ平均点が低く示され、1年生から2年生にかけて平均点の低下を認めた。平山²¹⁾は大学生の下宿や寮生活は食事を含めた生活全般に渡って自由の効くことが多く今まで形成された基本的生活習慣を失いやすいと述べている。自宅外学生は入学当初は今まで形成された食生活を保つように心がけているが、学生生活に慣れ始め、食生活の乱れが生じ、また、やせ願望に基づくダイエットなどが、食生活に関する自己評価を低くした要因の一つと考えられる。

また、94年度に入学した学生に比べ97年度・99年度・00年度・01年度と後半に入学した学生では食生活に対する自己評価は有意に低く示され、世代の変化として食生活に対する自己評価の低下、すなわち偏った食生活の増加が示唆された。国民栄養調査の結果⁷⁾によると栄養や食事に対する関心は若年層で低く示されており、自分の健康づくりのために栄養や食事について「全く考えない」または「あまり考えない」者の割合は15歳から19歳の女性で42.8%、20代の女性では23.9%であり、意識している栄養成分としては、若年女子は「エネルギー」という特徴的な結果が示されていた。このように、近年食事に対する自己評価が低く示されてきている背景には、栄養や健康面を重視した食事よりも、自己のスタイルを重視した食事へと変化してきているのではないかと考える。

朝食の欠食率の増加については近年報告がなされているが⁷⁾、今回の調査の結果からも、2年生を除き、前半入学生に比べ後半入学生において朝食欠食者が多い傾向が示され、世代の推移における朝食欠食率の増加が示唆された。また、睡眠の規則性との関係について、睡眠時間が規則的なほど朝食を摂取している学生は多く、朝食を欠食している学生は睡眠時間が不規則であると示された。これは、不規則な生活のために、朝食を食べる時間がなかったり、昼まで寝ているために朝・昼兼用であったり、朝食欲がなかったりなどが欠食する要因として考えられる。荒川ら¹⁸⁾

の中学生を対象とした睡眠と生活習慣に関する研究においても、生活の夜型化にともなう就床遅延が朝の時間的余裕をなくし、結果的に朝食を抜く行動につながる要因であると述べており、不規則な生活が朝食を欠食する一因となることが示唆された。

不規則な生活は食生活にも影響を与え、食事時間の不規則や、食事の欠食、偏った食事といった食生活習慣の乱れを引き起こす。さらに、偏った食事による体脂肪率の上昇、貧血の増加、血清脂質の上昇といった身体への影響が懸念される。体脂肪率はBMIに比べて食習慣をよく反映する指標と言われており、鈴木ら⁹⁾の報告によると1日の摂取食品数が少ない群では体脂肪率が高く、百瀬ら⁸⁾は朝食を摂取する人の体脂肪率は低い傾向があると報告している。今回我々の調査からは3年生の体脂肪率のみしか有意差は認めなかったが、朝食を欠食している学生の方が朝食を毎日摂取している学生に比べて体脂肪率の平均値はやや高かった。このように、体脂肪率と食生活習慣とは関連があり、偏った食生活習慣が体脂肪率の上昇に関与していると考えられる。

また、女子学生の貧血の大半は鉄欠乏性貧血といわれているが、その背景には欠食、偏食など食生活の乱れが大きく関与していると考えられる。今回、貧血者の食生活の特徴としても、食事を単品で済まし、野菜の摂取が少なくなっていたなど栄養バランスの悪さが目立ち、同様の報告¹⁰⁾¹⁹⁾もあることより、貧血と食生活との関連について学生に再認識させることが重要である。

飽食の時代といわれている今日において、特に若年者の食生活の乱れは顕著である。多様な食品をとらず、食生活への関心も薄れてきていることが示唆された。1994年から毎年調査を行い、のべ1,237名の参加を得たが、学生は少なからず自分の健康に関心を持って参加している。しかし、健康と食が結びついていないのが現状である。これは、青年期の特徴として表されるのかもしれないが、青年期は健康に対する自己管理を身につける重要な時期にあることを認識して、食生活習慣の変容を促すことが重要となってくる。個人の行動変容には態度の変容と知識の習得が関連するが、偏った知識を修正し、食と健康に対する価値観を高めることが出来るような指導を行っていくことが大切である。中西ら²²⁾は、高脂血症・貧血を有する大学生に対する健康教育の効果として、集団指導のみでなく個人的指導を取り入れ対象個々に応じた指導を行った結果、学生は教育によって食生活の興味・関心及び食習慣の見直しの必要性に対する意識がもて、さらに教育を受けることによりはじめて生活改善という実践に結びつく知識となっていくと述べている。このような指導のもと、個人の健康に対する態度の変容を促し、各自がそれぞれの健康に対

する自己管理の方法を身につけることが重要であると考え
る。

今回、女子学生の食生活や身体状況の特徴を捉えるため
に、居住形態別、学年別、8年間の世代の特徴別の検討を
行った。我々は、調査期間終了後の現在も継続してデータ
の蓄積を続けており、今後、さらに蓄積されたデータに対
して、食生活習慣や社会背景との関連を踏まえ、各世代の
特徴と変化について分析を深めていきたいと考える。

V. 結 論

本研究より、女子学生の食生活の変化と身体への影響に
ついて以下の結果が得られた。

1. BMIにおいては、1999年までやせの割合が増加して
いた。BMIと体脂肪率の値別分類によると、BMIの値
で「やせ」に属する学生の80%以上は、体脂肪率は「適
正」に属していた。

2. 自宅学生と自宅外学生の食生活を比較すると、自宅外
学生は食生活に対する自己評価は低く、食事を単品で済
まし、野菜類・海藻類の摂取する頻度が少なかった。
3. 近年、朝食の欠食者の割合は増加の傾向を示している
が、その背景には睡眠時間の規則性が関連していた。
4. 貧血状態にある学生の割合が増加していた。貧血状態
の学生は食事を単品で済まし、野菜を毎日摂取する割合
が学年の進行とともに減っていた。
5. 食生活に対する自己評価が低い群では、中性脂肪が高
い傾向が示された。

VI. 謝 辞

本研究の調査にご協力いただきました学生の皆様に心よ
り感謝いたします。

本研究の一部は第28回日本看護研究学会学術集会におい
て報告した。

要 旨

本研究は、女子学生の食生活習慣の特徴を世代別・居住形態別に把握し食生活が身体へ与える影響を明らか
にすることを目的として、1994年から2001年まで調査を行った。のべ参加者1,164名を対象として血清脂質・末梢
血液データとBody Mass Index (BMI)、体脂肪率、食生活に関する調査結果について検討した。体型の評価には、
BMIだけでなく、体脂肪率も加味して行うことが重要であることが明らかとなった。食生活に対する自己評価
点は世代の推移と共に低下の傾向を認め、朝食欠食者の増加、自宅外学生の偏った食生活が示された。また、朝
食欠食者では睡眠時間が不規則であった。さらに貧血状態の学生の食生活の偏りが示され、食生活に対する自己
評価点が低い群では中性脂肪が高い傾向が示される等、偏った食生活が身体へ影響を与えていることが明らかと
なった。

Abstract

This study was performed from 1994 to 2001 to ascertain the dietary habits of female students by generation and
residential status and to elucidate the effects of dietary habits on health status. From a total of 1,164 subjects, data on se-
rum lipids, hematological values, body mass index (BMI) and body fat percentage, as well as data from a survey on eating
habits were examined. The change in body shape and size was reflected not only by BMI but also in the percent of body
fat. Self-assessment scores for eating habits tended to decrease with generation, showing an increase over time in students
who skipped breakfast and among students living alone who ate an unbalanced diet. In addition, students who habitually
skipped breakfast were also found to have irregular sleeping habits. Furthermore, some of the findings showed that students
with anemia tended to eat an unbalanced diet and that triglyceride levels tended to be elevated among students whose self-
assessment scores for eating habits were low, with both findings revealing the detrimental effects of unbalanced eating habits
on general health.

文 献

- 1) 佐藤祐造：健康管理と健康教育－成人病予防の重要性－，学校保健研究，38，107-113，1996.
- 2) 鶴山 治：大学生における生活習慣病予防のための調査－女子学生の血清脂質の動向を中心として－，日本臨床生理学会雑誌，31(1)，27-33，2001.
- 3) 山本恭子，鶴山 治，他：大学生における血清脂質と運動の関係，日本看護研究学会雑誌，20(4)，9-16，1997.
- 4) 梅村詩子，伊藤一重，他：女子大生の食習慣と血清脂肪酸構成－食事指導による食習慣，血清脂質，血清脂肪酸構成への影響－，日本公衆衛生雑誌，40(12)，1139-1154，1993.
- 5) 堀口雅美，井瀧千恵子，他：看護系女子大生の栄養バランスと血液性状の実態－平成9年度国民栄養調査結果との比較－，学校保健研究，42，215-226，2000.
- 6) 名倉育子，多田羅浩三，他：都市住民の食生活習慣とBody Mass Index，血清脂質および生活環境との関連，日本公衆衛生雑誌，45(10)，988-999，1998.
- 7) 健康・栄養情報研究会：国民栄養の現状（平成12年度国民栄養調査結果），第一出版，東京，2002.
- 8) 百瀬義人，畝博：青年期学生の体脂肪率と生活習慣および食習慣との関連，学校保健研究，40，150-158，1998.
- 9) 鈴木和枝，福島恭子：青年期女子における肥満の危険因子に関する検討－特に食習慣を中心に－，栄養学雑誌，58(6)，273-276，2000.
- 10) 石樽清司，大橋澄枝，他：女子学生の貧血に関する調査研究－貧血者の頻度と食生活状況－，学校保健研究，42，142-150，2000.
- 11) 荒巻輝代，光岡摂子，他：女子学生の生活習慣と血液性状，体力・栄養・免疫学雑誌，8(2)，130-135，1998.
- 12) 溝口全子，松岡緑：女子学生の日常の運動・食生活の実態と認識－体格・体脂肪率と運動量との関係－，ナースデータ，20(3)，84-89，1999.
- 13) 山崎文雄：各種食生活診断と栄養処方，栄養士のための健康指導マニュアル（日本栄養士会編），50-72，第一出版株式会社，東京，1992.
- 14) Matsumoto Y. et al.：Do Anger and Aggression Affect Carotid Atherosclerosis?. Stroke, 24, 983-986, 1993.
- 15) 浦田秀子：女子学生の体型と身体満足度，学校保健研究，43，139-148，2001.
- 16) 木村達志：女子大学生の減量行動と生活習慣および体脂肪率との関係，学校保健研究，42，496-504，2001.
- 17) 山口明彦，森田勲，他：痩せ願望青年期女子学生の「美容」か「健康」かの志向の違いによる体型および減量法に関する意識について，学校保健研究，42，185-195，2000.
- 18) 荒川雅志，田中秀樹，他：中学生の睡眠・生活習慣と夜型化への影響－沖縄県の中学生3,754名における実態調査結果－，学校保健研究，43，388-398，2001.
- 19) 佐伯節子，桂きみよ：女子学生の貧血の現状と栄養指導法とその効果，日本臨床栄養学会雑誌，20(4)，9-14，1999.
- 20) 小川万紀子，鈴木玲子，他：若年女子の食生活状況に関する研究－体脂肪率との関連性を中心に－，肥満研究，3，728，1997.
- 21) 平山朝子：系統看護学講座，成人看護学総論，成人看護1，188-193，医学書院，東京，1996.
- 22) 中西陽子，斉藤基，他：高脂血症・貧血を有する大学生に対する健康教育の効果－食生活改善指導を試みて－，群馬県立医療短期大学紀要，6，43-50，1999.

〔平成14年11月11日受 付〕
〔平成16年4月8日採用決定〕

病院の言葉遣いに対する指導と看護職の言葉遣いに対する患者の認識と満足度

Hospitals' instructions on the word-type used by the nurses and their relations with the patients' recognition and satisfaction

出 羽 恵 子¹⁾ 叶 谷 由 佳²⁾ 佐 藤 千 史³⁾
Keiko Izuha Yuka Kanoya Chifumi Sato

キーワード：病院の指導，看護職の言葉遣い，様呼称，入院患者の認識，入院患者の満足度
hospitals' instruction, nurses' use of words, calling 'sama', inpatients' recognition, inpatients' satisfaction

I. はじめに

近年，漸く，医療をサービス業として捉えることが一般化したことから¹⁾，企業のように固有名詞に「様」呼称のような敬語の統一等の接客教育を充実させている病院が多く見られるようになった。

富田は敬称に対する患者の意識を調査した研究で，患者・一般人の約9割は固有名詞に『さん』と呼ぶことを支持したと報告している²⁾。また，看護職への評価の一環として，言葉遣いに関する患者満足度を調査した研究がある^{3~6)}。それらの研究では，患者背景による看護職の表情，言葉遣い，態度への不満に差がないか，1病院の外來患者や1病棟の入院患者を対象とした接客や環境に対する満足度，患者と看護職の接客に関する評価の比較を行っている。その結果，女性より男性，10-39才の患者，職業では第3次産業従事者，入院期間では1ヶ月以上の入院患者，内科系より外科系の患者，部屋では3人以上の大部屋に入院した患者の不満が高いこと，1病院の外來患者対象の調査では看護職の言葉遣いはよい評価を得ていたこと，1外科病棟の調査では100%の患者が看護職の患者に対する態度について普通もしくはよいと答えたこと，患者と看護職の評価の比較では，患者は日ごろの看護職の言葉遣いを良い印象で受け止めており，話を聞いてほしい内容は治療方針が多く，看護職は経験年数が増すごとに患者に話しかけられやすいことが述べられている。

しかし，病院の管理者が行っている言葉遣いに対して，敬語を使用するように職員に統一させる指導と実際の看護職の言葉遣いやその患者のサービスへの効果を調査した研究は未だない。

そこで，本研究では病院の言葉遣いに対する指導内容と，敬語を使用するように職員に統一させる指導と実際の

看護職の言葉遣いに関する入院患者の意識と満足度を調査することにより，今後の接客について検討する基礎資料を得ることを目的とした。

II. 研究方法

調査は「病院サービスに関する実態調査」と「看護職による言葉遣いに対する入院患者の意識調査」の2段階に分けて行われた。

1. 「病院サービスに関する実態調査」(調査1)

1) 対象：まず，平成12年国勢調査において人口が多い2都道府県（東京・大阪）と人口が少ない2都道府県（島根・鳥取）を選んだ。それは，人口の多い地域と人口の少ない地域では医療を受ける患者のニーズが異なることが予想されたためである。次に，病院要覧2001-2002年版⁷⁾を基に，東京23区・大阪市・島根県・鳥取県で一般病床数100床以上の全病院を抽出し，それらの看護管理者を対象とした。100床以上を対象としたのは，2次調査で入院患者を対象に調査する場合に分析可能な数を得られる最低限の病床数と考えたからである。

2) 期間：2002年7月

3) 方法：往復ハガキによる自記式質問紙法により実施した。記名は任意とした。

4) 調査項目：設立形態，病床数，外來・入院患者に対する看護職の「様」呼称の統一状況，外來・入院患者に対する看護職の敬語使用の統一状況とした。

2. 「看護職による言葉遣いに対する入院患者の意識調査」(調査2)

1) 対象：調査1で回答の得られた病院のうち，入院患者に対する看護職の敬語使用を統一している病院と統一していない病院を東京23区・大阪市・島根県・鳥取県から

1) 東京大学医学部付属病院 The University of Tokyo Hospital

2) 山形大学医学部看護学科地域看護学講座 Division of Community Health Nursing, School of Nursing, Yamagata University

3) 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科健康情報分析学 Analytical Health Science, Graduate School of Health Sciences, Tokyo Medical and Dental University

各1病院ずつ無作為に選択し、許可の得られた、もしくは倫理審査委員会の承認を得た8病院を対象とした。そのうち、各病院の平均在院日数が長い2病棟に入院している全患者を対象とした。その理由は在院日数が長い患者の方が看護サービスを受けている期間が長く、看護サービスについて適切に評価可能と考えたからである。

- 2) 期間：2002年8月～10月
- 3) 方法：無記名、自記式の質問紙法により実施した。質問紙を対象病院に郵送で送り、各病院の看護管理者を介して調査時期に入院している全患者に回答を依頼した。質問紙は密封用封筒で密封した状態で、看護管理者に調査用紙回収を依頼し、看護管理者が回収した調査用紙を郵送にて回収した。
- 4) 調査項目：記入者、性別、年齢、入院期間、入院回数、看護職が使用する敬称・言葉遣いに関する意識9項目、敬語を使用する看護職・使用しない看護職への満足度2項目、入院している病院と看護職への満足度2項目、の計18項目とした。入院している病院と看護職への満足度については、「この病院に対する満足度について教えてください。」「この病院の看護職に対する満足度について教えてください。」と尋ね、回答はビジュアル・アナログ・スケール（VAS）を用い、「大変満足」を「10」、「非常に不満」を「0」とした。

3. 分析方法

各調査の統計解析にはExcel、Statcel、Stat-Viewを用い、敬語を統一するように指導しているかどうかと実際の看護職の言葉遣いとそれに対する患者の希望や満足度について分析した。解析方法は、2項目と3項目以上の出現頻度についての検定についてはmxn検定、2項目と2項目の出現頻度についての検定については χ^2 検定、2x2クロス集計表の1つのセルの期待値が5以下の場合、Fisherの直接確率検定を用いた。満足度については、Mann-Whitney検定を行って比較検討した。p=0.05を有意水準とした。

Ⅲ. 結 果

1. 調査1

312病院に配布し、回収数は142病院（回収率45.5%）であった。対象病院の属性は表1の通りであった。

1) 患者に対する看護職の「様」呼称や敬語使用の統一状況

患者に対する看護職の「様」呼称については、外来では「病院全体で統一」が最も多く、70病院（49.6%）であった。入院では「不統一」が最も多く、108病院であった（76.6%）。患者に対する看護職の敬語使用については、外来・入院ともに「病院全体で統一」が最も多く、それぞれ82病院（58.6%）、72病院（51.1%）であった。なお、外来

患者への敬語使用を統一している割合が私立病院では有意に高かった（p=0.032）（表2）。

2. 調査2

8病院の641名の入院患者に配布した。そのうち、大阪市の敬語使用統一病院の112名分は郵便物の不着（郵便物を郵送したにもかかわらず、手元に届かなかった）により無効となった。回収数は458名（回収率71.5%）、有効回答数は439名（有効回答率68.5%）であった。なお、敬語使

表1 対象病院の属性

			病院数	(%)
地 域 n=142	人 口 多	東京23区	79	55.6
		大 阪 市	43	30.3
	人 口 少	島 根 県	11	7.8
		鳥 取 県	9	6.3
設立形態 n=117	国 立		4	3.4
	公 立		17	14.5
	私 立		40	34.2
	そ の 他		56	47.9
病 床 数 n=140	～ 299床		83	59.3
	300床～		57	40.7

表2 外来での敬語使用統一と設立形態 単位：病院数

		統 一	不統一	合 計	p 値
病 院 の 設立形態	私 立	30	9	39	0.032*
	国公立・その他	42	35	77	
合 計		72	44	116	

*: p<0.05

表3 対象患者の属性

単位：人（%）

		敬 語 使 用		合 計	p 値
		統 一 群	不統一群		
地 域	人口多	65 (30.7)	98 (43.2)	163	0.007*
	人口少	147 (69.3)	129 (56.8)	276	
	合 計	212 (100.0)	227 (100.0)	439	
記入者	本 人	153 (90.5)	188 (92.2)	341	0.577
	家 族	16 (9.5)	16 (7.8)	32	
	合 計	169 (100.0)	204 (100.0)	373	
性 別	男 性	92 (46.5)	107 (48.2)	199	0.797
	女 性	106 (53.5)	115 (51.8)	221	
	合 計	198 (100.0)	222 (100.0)	420	
年 齢	～ 29歳	10 (4.8)	30 (13.4)	40	0.004*
	30歳～	197 (95.2)	194 (86.6)	391	
	合 計	207 (100.0)	224 (100.0)	431	
入院期間（日）		55.8±78.6	55.4±89.4	55.6±84.4	0.965
入 院 回 数	1回目	83 (42.8)	74 (33.2)	157	0.069
	2回目	51 (26.3)	58 (26.0)	109	
	3回目～	60 (30.9)	91 (40.8)	151	
	合 計	194 (100.0)	223 (100.0)	417	

*: p<0.05

表4 実際使われている言葉と患者の意識

単位：人（％）

			敬語使用		合計	p 値
			統一群	不統一群		
敬称（実際：看護職員があなたのお名前をお呼びする際、どのような敬称を使うことが多いですか？希望：上記の敬称で呼ばれることをどう思われますか。満足度：上記の敬称で呼ばれることをどう思われますか。）	実際	さん	186（89.9）	203（90.6）	389（90.2）	0.071
		様	17（8.2）	10（4.5）	27（6.3）	
		その他	4（1.9）	11（4.9）	15（3.5）	
		合 計	207（100.0）	224（100.0）	431（100.0）	
	満足度※1 中央値（最小－最大）		5（1－5）	5（2－5）	5（1－5）	0.416
	希望	さん	184（93.9）	189（92.6）	373（93.3）	0.041*
		様	9（4.6）	4（2.0）	13（3.2）	
		その他	3（1.5）	11（5.4）	14（3.5）	
		合 計	196（100.0）	204（100.0）	400（100.0）	
挨拶（実際：看護職員があなたに朝のご挨拶をする際、どちらの言い方が多いですか。希望：あなたは看護職員にどちらの言い方で挨拶してほしいと思われることが多いですか）	実際	常体（おはよう）	20（9.5）	30（13.4）	50（11.5）	0.205
		丁寧語（おはようございます）	190（90.5）	194（86.6）	384（88.5）	
		合 計	210（100.0）	224（100.0）	434（100.0）	
	希望	常体（おはよう）	19（9.1）	20（9.0）	39（9.0）	0.002*
		丁寧語（おはようございます）	154（73.7）	133（59.6）	287（66.4）	
		どれでも	36（17.2）	70（31.4）	106（24.6）	
言葉がけⅠ（実際：看護職員があなたに食事をされたかをお尋ねする際、どのような言葉遣いが一番多いですか。希望：あなたは看護職員からどのようにたずねてほしいと思われることが多いですか。）	実際	常体（食べた？）	13（6.5）	21（9.7）	34（8.2）	0.058
		丁寧語（食べましたか？）	157（78.9）	179（82.5）	336（80.8）	
		尊敬語（召し上がりましたか？）	29（14.6）	17（7.8）	46（11.0）	
		合 計	199（100.0）	217（100.0）	416（100.0）	
	希望	常体（食べた？）	7（3.5）	9（4.2）	16（3.8）	0.014*
		丁寧語（食べましたか？）	121（60.8）	137（63.1）	258（62.0）	
		尊敬語（召し上がりましたか？）	29（14.6）	12（5.5）	41（9.9）	
		どれでも	42（21.1）	59（27.2）	101（24.3）	
言葉がけⅡ（実際：看護職員があなたに何かを行うことをお伝えする際、どのような言葉遣いが一番多いですか。希望：あなたは看護職員からどのように話してほしいと思われることが多いですか。）	実際	常体（～するね。）	8（4.1）	14（6.5）	22（5.3）	<0.001*
		丁寧語（～しますね。）	143（72.2）	188（87.9）	331（80.4）	
		謙譲語（～いたしますね。～いたしますが、よろしいですか。）	47（23.7）	12（5.6）	59（14.3）	
		合 計	198（100.0）	214（100.0）	412（100.0）	
	希望	常体（～するね。）	8（4.0）	12（5.6）	20（4.8）	<0.001*
		丁寧語（～しますね。）	123（61.2）	138（63.9）	261（62.6）	
		謙譲語（～いたしますね。～いたしますが、よろしいですか。）	36（17.9）	8（3.7）	44（10.5）	
		どれでも	34（16.9）	58（26.8）	92（22.1）	
		合 計	201（100.0）	216（100.0）	417（100.0）	
看護職への満足度（敬語を使用する、もしくは使用しない看護職員に好感を持つことが多いですか。）※2 中央値（最小－最大）	敬語使用		4（1－5）	4（1－5）	4（1－5）	0.958
	敬語不使用		4（1－5）	4（1－5）	4（1－5）	0.372
満足度（この病院の看護職員に対する満足度について教えてください。）（VAS）中央値（最小－最大）	病院へ		8.6 (0.0－10.0)	8.2 (0.0－10.0)	8.4 (0.0－10.0)	0.051
	看護職へ		8.8 (0.0－10.0)	8.7 (0.0－10.0)	8.7 (0.0－10.0)	0.579

*: p<0.05

※1…使用されている敬称への満足度。1：「全く良くない」、2：「あまり良くない」、3：「何とも思わない」、4：「まあまあ良い」、5：「とても良い」

※2…1：「全く好感を持たない」、2：「ほとんど好感を持たない」、3：「どちらとも言えない」、4：「まあまあ好感を持つ」、5：「非常に好感を持つ」

用統一病院の患者を「統一群」、不統一病院の患者を「不統一群」とした。

1) 患者の属性

大阪市の「統一群」が無効となったため、「統一群」は人口少地域に有意に多かった ($p = 0.007$)。また、「統一群」で30歳以上の患者割合が有意に高かった ($p = 0.004$) (表3)。

2) 実際使われている言葉と患者の意識

表4に、敬語使用統一状況と実際使われている言葉や患者の意識との関係を示した。その結果、希望する敬称、希望する挨拶、希望する言葉がけⅠ、実際の言葉がけⅡ、希望する言葉がけⅡの5項目に有意差があった。それらの項目について、さらに分析を行った。

希望する敬称では、「統一群」と「不統一群」による「さん」と「様」間、「様」と「その他」間、「その他」と「さん」間、で相違がないか分析したところ、「様」と「その他」間に「統一群」では有意に「様」希望者が多く、「その他」希望者が少なかった ($p = 0.017$) (表5)。

希望する挨拶では、「常体 (おはよう。)・どれでも」と「丁寧語 (おはようございます。)」との間で分析したところ、「統一群」では有意に丁寧語希望者が多かった ($p = 0.002$) (表6)。なお、丁寧語希望者は30歳以上の者に有意に多かった ($p < 0.001$) (表7)。

希望する言葉がけⅠでは、「尊敬語 (召し上がりましたか?)」と「それ以外」で分析したところ、「統一群」では有意に尊敬語希望者が多かった ($p = 0.002$) (表8)。なお、尊敬語希望者は東京23区で有意に多かった ($p < 0.001$) (表9)。

実際の言葉がけⅡでは、「謙譲語 (いたしますね。)」と「それ以外」で分析したところ、「統一群」では看護職から謙譲語で話されている者が有意に多かった ($p < 0.001$) (表10)。なお、謙譲語を使用する看護職は東京23区で有意に多かった ($p < 0.001$) (表11)。

希望する言葉がけⅡでは、「謙譲語 (いたしますね。)」と「それ以外」で分析したところ、「統一群」では有意に謙譲語希望者が多かった ($p < 0.001$) (表12)。なお、謙譲語希望者は東京23区で有意に多く ($p < 0.001$)、30歳以上の者にも有意に多かった ($p = 0.022$) (表13)。

3) 病院・看護職への患者満足度に影響する要因

看護職から尊敬語 (召し上がりましたか?) で話されている場合、病院や看護職への患者満足度が有意に高かった (それぞれ $p = 0.002$, $p = 0.001$)。謙譲語 (いたしますね。) で話されている場合も、病院や看護職への患者満足度が有意に高かった (それぞれ $p = 0.025$, $p = 0.018$)。また、看護職から常体 (するね。) で話されている場合、病院への患者満足度が有意に低かった ($p = 0.030$) (表14)。

表5 患者が希望する敬称

単位：人

		敬語使用		合 計	p 値
		統一群	不統一群		
希望する敬称	様	9	4	13	0.017*
	その他 (ちゃん・君)	3	11	14	
	合 計	12	15	27	

※: $p < 0.05$

表6 患者が希望する挨拶

単位：人

		敬語使用		合 計	p 値
		統一群	不統一群		
希望する挨拶	常体・どれでも	55	90	145	0.002*
	丁寧語	154	133	287	
	合 計	209	223	432	

※: $p < 0.05$

表7 患者が希望する挨拶と年齢

単位：人

		希望する挨拶		合 計	p 値
		丁寧語	それ以外		
年 齢	～ 29歳	11	29	40	< 0.001*
	30歳～	271	114	385	
	合 計	282	143	425	

※: $p < 0.05$

表8 患者が希望する言葉がけⅠ

単位：人

		敬語使用		合 計	p 値
		統一群	不統一群		
希望する言葉がけⅠ	尊敬語	29	12	41	0.002*
	それ以外	170	205	375	
	合 計	199	217	416	

※: $p < 0.05$

表9 患者が希望する言葉がけⅠと地域・年齢

単位：人

		希望する言葉がけⅠ		合計	p 値
		尊敬語	それ以外		
地 域	東京23区	27	75	102	< 0.001*
	他地域	14	300	314	
	合 計	41	375	416	
年 齢	～ 29歳	0	40	40	0.051
	30歳～	41	327	368	
	合 計	41	367	408	

※: $p < 0.05$

表10 実際の言葉がけⅡ

単位：人

		敬語使用		合 計	p 値
		統一群	不統一群		
実際の言葉がけⅡ	謙譲語	47	12	59	<0.001*
	それ以外	151	202	353	
	合 計	198	214	412	

※: p<0.05

表12 患者が希望する言葉がけⅡ

単位：人

		敬語使用		合 計	p 値
		統一群	不統一群		
希望する言葉がけⅡ	謙譲語	36	8	44	<0.001*
	それ以外	165	208	373	
	合 計	201	216	417	

※: p<0.05

表11 実際の言葉がけⅡと地域・年齢

単位：人

		実際の言葉がけⅡ		合 計	p 値
		謙譲語	それ以外		
地 域	東京23区	40	62	102	<0.001*
	他地域	19	291	310	
	合 計	59	353	412	
年 齢	～29歳	3	37	40	0.287
	30歳～	55	309	364	
	合 計	58	346	404	

※: p<0.05

表13 患者が希望する言葉がけⅡと地域・年齢

単位：人

		希望する言葉がけⅡ		合 計	p 値
		謙譲語	それ以外		
地 域	東京23区	27	75	102	<0.001*
	他地域	17	298	315	
	合 計	44	373	417	
年 齢	～29歳	0	40	40	0.022*
	30歳～	43	326	369	
	合 計	43	366	409	

※: p<0.05

表14 病院・看護職への患者満足度

看護職の実際の言葉遣い		人数	看護職への満足度			病院への満足度		
			中央値	(最小値－最大値)	p 値	中央値	(最小値－最大値)	p 値
敬 称	さん・他	390	8.7	(0.0－10.0)	0.869	8.4	(0.0－10.0)	0.210
	様	25	8.7	(2.8－10.0)		8.8	(0.0－10.0)	
挨拶	常 体	50	8.9	(0.0－10.0)	0.957	8.6	(0.0－10.0)	0.985
	丁寧語	368	8.7	(0.0－10.0)		8.4	(0.0－10.0)	
言葉がけⅠ	常 体	34	8.7	(0.0－10.0)	0.297	7.7	(0.0－10.0)	0.146
	敬 体	367	8.7	(0.0－10.0)		8.4	(0.0－10.0)	
	常体・丁寧語	356	8.6	(0.0－10.0)	0.002*	8.3	(0.0－10.0)	0.001*
言葉がけⅡ	尊敬語	45	9.4	(4.6－10.0)		9.2	(2.5－10.0)	
	常 体	22	8.4	(0.0－10.0)	0.061	6.8	(0.0－10.0)	0.030*
	敬 体	375	8.7	(0.0－10.0)		8.5	(0.0－10.0)	
	常体・丁寧語	333	8.7	(0.0－10.0)	0.025*	8.3	(0.0－10.0)	0.018*
	謙譲語	57	9.0	(1.8－10.0)		8.9	(1.8－10.0)	

※: p<0.05

IV. 考 察

1. 病院サービスの実態

近年、医療をサービス業と捉えて患者を丁寧に迎えるという意味で「様」呼称を用いる病院が多く見られるようになってきた¹⁾。村上も「様」と呼びかけた場合には、それに続く言葉が「敬語」「文体」ともにより丁寧になる傾向があることを報告している⁸⁾。一方で、富田は「さん」は看護者、患者あるいは一般の人に共通して、「様」より親近感を感じさせることができると述べている³⁾。

本調査において、「様」呼称を統一している病院は外来で49.6%，入院で23.4%であり、外来で「様」呼称統一が進んでいる一方で、入院ではまだ少ないことが明らかと

なった。看護職と患者がより深く関わる入院の場では「親近感」が重視され、「様」呼称をあえて使用しないことを選択している病院もあると考えられる。「様」呼称を用いることによる効果について一概には言えず、今後の検討が必要である。

また、看護職による敬語使用に関しては、外来で58.6%，入院で51.1%といずれも高い割合で統一されていることが明らかとなり、患者を丁寧に迎えようという意識が高まっていると考えられる。なお、私立病院では外来での敬語使用統一の割合が有意に高く、接遇に関する意識の高さがうかがえた。私立病院は経営上、患者に選ばれる病院とするためにサービスをより充実させているとも考えられる。そ

うであれば、国立大学の独立法人化によってさらにサービスの競争化が進むことが予想される。

2. 病院の敬語使用統一・不統一による看護職の言葉遣いの違い

敬語使用に関しては、看護職への評価の一環として、言葉遣いが良いかどうかを調べた研究^{2~5)}は過去にあるものの、敬語自体への患者の意識を調査しその効果を検討する視点で行うのは本研究が初めてである。今回、病院での敬語使用統一の指導による効果を明らかにするため、地域差も考慮して入院患者の意識調査を行った。

病院の敬語使用統一状況に応じて、患者を「統一群」・「不統一群」に分けて比較検討したところ、患者が認識している看護職の言葉遣いは、言葉がけⅡ（常体：丁寧語：謙譲語）の項目で差が見られた。さらに分析を進めたところ、「統一群」では看護職から謙譲語で話されている患者が有意に多く、かつ、東京23区から抽出された病院で、謙譲語を使用する看護職が有意に多いという結果であった。これらから、特に東京23区の敬語使用を統一している病院において、病院での指導が実際の看護職の言葉遣いに反映されているといえる。

3. 病院の敬語使用統一・不統一による患者の意識の違い

患者の希望する言葉遣いについては、挨拶（常体：丁寧語）、言葉がけⅠ（常体：丁寧語：尊敬語）、言葉がけⅡ（常体：丁寧語：謙譲語）の3項目において「統一群」の方が丁寧語、尊敬語、謙譲語、といった敬語を希望することが有意に多いことが明らかとなった。また、「様」呼称を希望することも有意に多く、「統一群」では言葉遣いに関する全ての項目でより丁寧な言葉を希望している患者が多いことが分かった。

また、患者の属性においては、29歳以下に比し、30歳以上で丁寧語や謙譲語などの敬語を希望することが有意に多いという結果であり、さらに30歳以上の患者の割合は「統一群」に有意に高いことから、もともと「統一群」には敬語を希望する者が多いという特性がみられた。

これは、「統一群」が丁寧な言葉を使われることに満足し、引き続き丁寧な言葉を使われることを希望して、敬語統一病院に行くことを選択しているとも考えられるが、本研究では因果関係が定かではない。

一方で、上記のように「統一群」・「不統一群」において実際の看護職の言葉遣いや患者の希望する言葉遣いに差があったにも関わらず、病院や看護職への患者満足度には有意差がなかった。

これは、もともと敬語を希望する者が多い「統一群」では患者の期待度が高いと予想され、そのことによる影響とも考えられる。また、東京23区に尊敬語・謙譲語の希望が多かったことは多くの病院がある東京23区では患者が病院

を選ぶことができるため、敬語使用を希望する患者が敬語統一病院に選択して行っていると考えられ、その結果、相対的に満足度が低くなったと思われる。同様に多くの病院がある大阪市では尊敬語・謙譲語の希望は多くなかったため、別の要因が影響している可能性もあるが、本調査では明らかではない。

「統一群」の期待度が高いとすると、「統一群」・「不統一群」において患者満足度に差がなくても病院での敬語使用統一の指導に効果がなかったとは言えず、今後さらなる検討が必要である。

4. 病院・看護職への患者満足度との比較

看護職の言葉遣いが常体よりも敬体、その中でも尊敬・謙譲語というように、より丁寧であるほど病院に対する満足度・看護職に対する満足度ともに有意に高く、より丁寧な言葉遣いは患者満足度を高めている可能性がある。しかし、言葉遣いが丁寧な看護職は接遇に関する意識が高く、態度にも表われていることが考えられる。今後は看護職の言葉遣いと同時に態度も視野に入れて検討していく必要がある。

V. 結 論

1. 病院において「様」呼称統一の割合は入院において低く、敬語使用統一の割合は外来、入院とも半数以上と高かった。
2. 「統一群」はより丁寧な言葉で看護職に話されていることが多かった。
3. 「統一群」はより丁寧な言葉遣いを希望することが多く、「統一群」・「不統一群」間で病院・看護職への患者満足度に有意差はなかった。
4. 看護職の言葉遣いがより丁寧であるほど、病院・看護職への患者満足度は高かった。

以上から、現在の病院サービスの充実がうかがえたとともに、看護職が丁寧な言葉を用いることや敬語を統一するように管理職が指導することは患者へ有益であると示唆された。しかし、丁寧な言葉を使用する看護職は態度も丁寧であった可能性もあり今後、言葉遣いのみではなく行動や態度を含めた検討が必要である。

謝 辞

本研究を行うにあたり、アンケートにご協力戴きました看護管理者の皆様、入院患者の皆様、ならびに調査の実施に際して御尽力戴きました対象8病院の看護部長、副看護部長、職員の皆様方に深く感謝いたします。また、丁寧なご助言を戴きました東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科健康情報分析学教室の皆様方に心より御礼申し上げます。

要 旨

病院の言葉遣いに対する指導内容と実際の看護職の言葉遣いに対する患者満足度の関連を明確にするために、東京23区・大阪市・島根県・鳥取県で一般病床数100床以上の全病院の看護管理者を対象とし、看護職の「様」呼称・敬語使用の統一状況と、それらのうち、敬語使用統一病院の入院患者（以下、統一群）と不統一病院の入院患者（以下、不統一群）に対し、看護職の実際の言葉遣いと患者満足度を調査した。

「様」呼称統一の割合は入院において低く、敬語使用統一の割合は外来、入院とも高かった。「統一群」の患者は看護職からより丁寧な言葉で話されていることが有意に多かった。「統一群」の患者はより丁寧な言葉遣いを希望することが有意に多く、「統一群」・「不統一群」間で病院や看護職への患者満足度に有意差はなかった。看護職の言葉遣いがより丁寧であるほど、病院や看護職への患者満足度が有意に高かった。

VI. 引用文献及び参考文献

- 1) 厚生省編：厚生白書平成2年版，71-86，ぎょうせい，東京，1992.
- 2) 富田芳央：患者の呼び方「様」と「さん」について一，プチナース，10(12)，56-60，2001.
- 3) 廣谷幹代，寺跡葉子，他：患者背景からとらえた看護婦の表情・言葉遣い・態度の不满を探る，第20回日本看護学会集録（看護総合），18-20，1989.
- 4) 田村貞子，高橋清江，他：外来患者の実態調査（接遇を中心に），日本農村医学会雑誌，43(3)，882-883，1994.
- 5) 神出しげ代，安永睦子，他：外科入院患者に対する満足度調査とそれが意味するもの，臨床看護，20(2)，257-265，1994.
- 6) 渡部悦子，青木千恵子，他：看護婦の接遇を見直す，第21回日本看護学会集録（看護総合），47-49，1990.
- 7) 厚生省健康政策研究会編：病院要覧2001-2002年版，医学書院，東京，2000.
- 8) 村上千亜紀，山田一郎：「○○様」という呼びかけは，看護師の言葉を丁寧に行っているか，日本看護研究学会雑誌，25(3)，324，2002.

〔平成15年4月28日受付〕
〔平成16年5月12日採用決定〕

思考を育てる看護記録教育

—グループ・インタビューの分析をもとに

井下千以子・井下 理・柴原宜幸

中村真澄・山下香枝子 著

●A5判 270頁 定価2,415円(税込)

看護記録の問題は、臨床現場において長年重要テーマとして語られ続けてきました。現在、情報公開をも前提とした記録のあり方は、業務の根拠や、倫理に関連した問題等々を含め、新たな展開が求められています。本書は、記録を作成する際に前提となる思考の整理、書くこと等々の教育をめざして編集したものです。看護学生と臨床看護師のグループ・インタビューをもとに執筆。教育と臨床の場に役立つ知見を得ることができます。学生、教師、臨床看護師必読。

調査研究ステップアップ

—パソコンを使えばこんなにカンタン

藤田和夫・藤田智恵子・高柳良太 著

●B5判・2色刷 176頁 定価2,625円(税込)

研究テーマの設定からプレゼンテーションの方法まで、身近に利用できるパソコンソフトを使った具体的な統計処理の方法を中心に、調査研究を進める上で欠かせない様々なノウハウを満載。

看護管理学習テキスト 全8巻+別巻

監修：井部俊子(聖路加看護大学学長・教授)

中西睦子(国際医療福祉大学保健学部看護学科教授)

●B5判 セット価格 定価20,160円(税込)

21世紀の看護サービスを創る看護管理者の必携書

第1巻	看護管理概説	定価2,100円(税込)
第2巻	看護組織論	定価2,100円(税込)
第3巻	看護マネジメント論	定価2,100円(税込)
第4巻	看護における人的資源活用論	定価2,100円(税込)
第5巻	看護情報管理論	定価2,100円(税込)
第6巻	看護経営・経済論	定価2,100円(税込)
第7巻	看護制度・政策論	定価2,100円(税込)
第8巻	看護管理学研究	定価2,100円(税込)
別巻	看護管理基本資料集	定価3,360円(税込)

【最新刊】

第8巻 看護管理学研究 定価2,100円(税込)

看護管理者は自らの職務に関わる研究をどのように進め、マネジメントしていくべきか。そのために必須の知識を具体的かつ詳細に提示するシリーズ最終巻。全完結!!

第1章：看護管理研究の変遷 第3章：これからの看護管理研究
第2章：看護管理者と研究 付録：企画書とプレゼンテーション

看護教育の新しい流れを具現化した画期的なシリーズ!!

シリーズ看護の基礎科学 全7巻

■総編集 大島弓子・数間恵子・北本清

●B5判・2色刷 セット価格24,990円(税込)

これまで看護基礎教育で学んできた「解剖学」「生理学」「生化学」「病理学」などの既存学問分野の知識を、看護職が本来もつべき知識の体系へと転換し再編成したテキスト。看護実践の根拠となる知識体系の理論的修得を目指します。

第1巻	からだのしくみ:生理学・分子生物学I	320頁 定価3,780円(税込)
第2巻	からだのしくみ:生理学・分子生物学II	384頁 定価4,200円(税込)
第3巻	からだの異常:病態生理学I	276頁 定価3,360円(税込)
第4巻	からだの異常:病態生理学II	328頁 定価3,360円(税込)
第5巻	からだの異常:病態生理学III	260頁 定価3,150円(税込)
第6巻	微生物・寄生虫とのかかわり:感染症学	376頁 定価3,780円(税込)
第7巻	薬とのかかわり:臨床薬理学	392頁 定価3,360円(税込)

あなたのレベルアップをサポートします!!

実践看護技術 学習支援テキスト

〔7領域・全8冊〕 B5判・2色刷

最新看護技術とその具体的な展開方法を、科学的根拠を示しながら、わかりやすく解説するシリーズ全8巻。専門技術のレベルアップをめざす、すべての看護職・すべての看護学生の自己学習をお手伝いします。

基礎看護学	(川島みどり監修)	352頁 定価4,095円(税込)
在宅看護論	(川村佐和子監修)	272頁 定価4,095円(税込)
精神看護学	(野嶋佐由美監修)	400頁 定価4,095円(税込)
老年看護学	(中島紀恵子監修)	256頁 定価2,940円(税込)
母性看護学	(小松美穂子監修)	344頁 定価4,515円(税込)
*小児看護学	(片田 範子監修)	304頁 定価4,200円(税込)
成人看護学I	(佐藤 禮子監修)	280頁 定価3,990円(税込)
*成人看護学II	(佐藤 禮子監修)	ページ数、定価 未定

*未刊

「第38回造本装幀コンクール展」日本図書館協会賞 受賞

日本図書館協会選定図書

看護学事典

日本初 看護職だけの執筆による事典

項目語4,000/索引語12,000(和文・欧文合計)

B5判・横組850頁/本文2色刷/定価9,975円(税込)

【総編集】見藤隆子/小玉香津子/菱沼典子

- 「看護職者による、看護職者のための」事典をめざして編集しました。
- 「引く事典」と同時に「読む事典」をめざして編集しました。
- 看護学生・院生、臨床家、教員、研究者等の日々の学習および業務に有用な内容を盛り込み、それらを最新の記述で解説することをめざして編集しました。
- 読者に生きた知識を提供すると同時に、研究等の学術的使用にも耐えるものをめざして編集しました。
- 看護学の領域で用いられている用語、約4,000語を厳選し、そのひとつひとつの項目について十分な字数を用い、ことばの解説をするのではなくその看護学的意味を記述することに重点を置きました。



日本看護協会出版会

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前5-8-2
日本看護協会ビル4F
TEL.03-5778-5751 FAX.03-5778-5760

【コールセンター】TEL.0436-23-3271
(ご注文) FAX.0436-23-3272
郵便振替00190-8-168557

日本看護 研究学会 会報

第 64 号

(平成16年 9月20日発行)

日本看護研究学会事務局

目 次

第31回日本看護研究学会学術集会開催にあたって…………… 1

第31回日本看護研究学会学術集会開催にあたって

第31回日本看護研究学会学術集会

会長 石 垣 靖 子

(東札幌病院 副院長
北海道医療大学大学院 看護福祉学部教授)

30年の歴史のある日本看護研究学会の学術集会を、このたび札幌で開催させていただくことになりました。大変光栄に存じております。

いま日本は超高齢社会をむかえ、加齢による心身に障害を持った人たちや、がんなどの慢性疾患をもちながら生活する人が増加しております。その人たちが、医療や看護・介護を受けるにあたって、人間としてあたりまえのことが、あたりまえに尊重されることがますます重要になってきました。すなわち、＜生活重視型医療＞の浸透が急務であります。

看護者は本来「生活（くらし）の営みを整えることに、極めて高い専門性が求められる専門職」であります。医療やケアを受ける人たちと、ケアに携わる人たちが、人間として対等性を築き、そのプロセスをととして共に成長できるケアの文化を定着させたいものです。

本学術集会はこの趣旨にそって、メインテーマを

「人間として遇する医療・福祉の定着にむけて」

～ペーシエントからパースンへの挑戦～

といたしました。実行委員会を中心にプログラムの企画を進めておりますが、その一つに、北海道浦河町にあります＜ベテルの家＞の統合失調症をもった当事者のみなさんによる＜自己研究＞の発表があります。病気や障害をもっている、＜ありのままでいられること＞の意味を再考したいと思いました。

また、日本の看護研究でもよく引用される＜不確かさ＞の研究で有名な、Merle Mishel先生の招聘も決まりました。

会期は17年7月21日（木）22日（金）の二日間で、会場は札幌コンベンションセンターです。前日の20日（水）には第29回学術集会にならない、プレカンファレンスとして、質的研究、量的研究のセミナーを開催いたします。

7月の札幌は大通公園が一斉にビアガーデンに変身するなど、北国の短い夏を満喫する催しも盛り沢山です。会員の皆様には、知的な刺激と自然の癒しをとおして、心身のリフレッシュをする機会にして頂きますよう、会員の皆様のご参加をころからお待ちしております。

◆編集委員会からお知らせ◆

1. 日本看護研究学会雑誌へのご投稿ありがとうございます。

これから投稿なさる会員みなさまに以下の点をご留意いただきますようお願いいたします。

投稿規程・投稿表紙が一部 会告(7)の通り変更になりました。論文の投稿の際は、良くお読み下さい。

2. 学会雑誌27巻2号（平成16年6月20日発行）の訂正について

実践報告 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－

著者名 青山美智代 伊藤 明子 向坂 智子 三毛美恵子

須藤 聖子 大久保千里

訂正箇所 論文中 頁104－左行1は以下の通り訂正となります。

781. 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. カテゴリー『倫理的な行動』のサブカテゴリーとその意味

日本看護研究学会編集委員会

委員長 川 口 孝 泰

日本看護研究学会 第9回 東海地方会学術集会のご案内

学術集会会長 市江 和子
東海地方会会長 渡邊 順子

テーマ : 今, 求められる看護技術とは?

－消えゆく技術, 遺る技術, 過去から未来への洞察－

今日の医療・看護をとりまく状況は, 人口の少子高齢化, 価値観の多様化など社会の変化とともに, 最新の医療機器の進歩により, 看護者に求められる技術水準は高くなっています。社会・保健医療環境が激変する中, 看護者は理論的根拠に基づき, 状況に応じた確実な看護技術を提供する能力が要求されます。

今回, 「今, 求められる看護技術とは?」の問いに対して, 消えゆく技術, 遺る技術について過去から未来へ洞察し, あらためて看護技術とは一体なにか, また技術を教育するとはなにかを真摯に考えてみたいと企画いたしました。基調講演, パネルディスカッション, 交流セッションおよび研究課題の発表により, テーマの内容が一層深まりますことを願っております。多くのみなさまのご参加を期待しております。

記

◆日 時: 平成17年3月19日(土) 9:00～17:00

◆会 場: 日本赤十字豊田看護大学 豊田市白山町七曲12番33 TEL 0565-36-5111

◆プログラム

10:00～12:00 一般演題発表と交流セッション

交流セッションA: 「ケアと水の関係」大村いづみ((有) ナーシングオフィス SAHLA 代表取締役)

交流セッションB: 「事例による看護技術の倫理的検討」平山恵美子(飯田女子短期大学看護学科)

交流セッションC: 「災害時に必要な看護技術」小森 和子(名古屋第一赤十字病院看護部)

13:10～14:10 基調講演: 「地域で求められる看護技術とは

－在宅療養者と家族が看護職へ期待すること－

講演者: 小西美智子(日本赤十字豊田看護大学学部長)

司 会: 深瀬須加子(聖隷クリストファー大学学長)

14:15～16:45 シンポジウム: 「消えゆく看護技術, 遺る看護技術, 過去から未来への洞察」

シンポジスト: 川島みどり(日本赤十字看護大学)

渡邊 順子(名古屋大学医学部保健学科)

園田 玲子(名古屋第一赤十字病院)

無笹 宏子(前・海南病院)

司 会: 倉田トシ子(山梨県立看護大学短期大学部)

三浦 昌子(名古屋大学医学部附属病院看護部)

◆一般演題申込期限: 平成17年1月11日(火) 必着

◆学術集会参加申込期限: 平成17年2月28日(月) 必着

◆参加費: 会員 3,000円, 非会員 4,000円, 学生(院生除く) 1,000円

郵便振込: 口座番号 00860-5-57417 加入者名: 日本看護研究学会東海地方会事務局

【お問い合わせ】

第9回日本看護研究学会東海地方会学術集会プランナー:

〒471-8565 豊田市白山町七曲12番33 日本赤十字豊田看護大学

市江 和子 kazuko@rctoyota.ac.jp Tel & Fax 0565-36-5259(直通)

日本看護研究学会

第18回 近畿・北陸地方会学術集会のご案内

テーマ： ケアリングを科学する

このたび、第18回 近畿・北陸地方会学術集会を、北陸の地・金沢で開催する運びとなりました。

テーマは「ケアリングを科学する」です。このテーマを見て、皆様方はどのようなイメージを抱かれましたでしょうか？「ケアリング」、或いは「科学する」と言う言葉は、用いる側の願いを込めて、さまざまな意味を私達に投げかけてくれています。今回、私たちは、この言葉に「かたちになりにくい看護の技の言語化」の意味を込めました。保健・医療・福祉の場で、日常的に、普通に積み重ねてられている看護の「技」に焦点をあて、その意味を言語化し、共有したいと願っております。

そのような願いをこめて、今回下記4名の方々をシンポジストとしてお招きし、日頃実践しておられる看護について、語って頂くことになりました。この4名の方々の一致した特徴は、実践・研究両面がピシリと一致していることです。臨床と研究の「接点」などと「構える」ことなく、ごく自然に「研究の知と実践の技」が提供されています。患者さまの行動はごく自然に目指す方向へ変容し、そこに居合わせた人々には「まるで、マジック？」と写ってしまう「ケアリングの技」です。

今回、この行動の原理、行動の源泉を「言語で表現する」ことにチャレンジして頂くことになりました。一体どのような表現になるのか？尽きせぬ興味が湧いてくるところです。大勢の方々が参加され、「ご自身」の経験の言語化に挑戦して頂ければこの上ない幸せと考えております。

第18回 学術集会長 佐々木 栄 子

期 日：平成17年 3月20日（日）

会 場：石川県女性センター（石川県金沢市三社町 1-44）

参加費：1. 会 員 …………… 3,000円

2. 非会員 …………… 4,000円

3. 学 生 …………… 500円

プログラム

開 会 挨拶 9時25分～35分：実行委員長 佐々木 栄子

一 般 演 題 9時40分～12時40分

総 会 12時40分～13時10分

シンポジウム 14時00分～16時30分

稲垣 美智子氏 (金沢大学医学部保健学科 基礎看護学 教授)

三瓶 眞貴子氏 (山梨県立看護大学 基礎看護学 教授)

秋元 典子氏 (岡山大学医学部保健学科 成人看護学 教授)

田村 幸子氏 (金沢医科大学附属病院 看護師長)

座長：佐々木栄子実行委員長 (石川県立看護大学・基礎看護学・助教授)

親 睦 会 17時00分～19時30分

演題募集について

● 演題申し込み方法

- 1) 演題を申し込まれる方は「演題申込書」にご記入の上、FAXか郵便でお送りください。なお「演題申込書」は会員の方には全員事前に送付いたします。会員以外の方は入会手続き終了後送付させていただきます。
- 2) 抄録原稿は「抄録作成見本」にしたがって、wordもしくは一太郎を用いて作成し、下記へe-mailに文書ファイルを添付してお送り下さい。
- 3) e-mailを使用できない方は、文書ファイルをフロッピーディスクに保存し、プリントアウトした原本1部とともにフロッピーディスクを郵送してください。
(郵送していただいたフロッピーディスクは当日会場で返却いたします)
- 4) 作成要領に不対応な原稿は受理できない場合があることをご承知下さい。

● 演題申し込み締め切り：2004年11月8日（月） 必着

● 発表抄録締め切り：2004年12月21日（火） 必着

お問い合わせ先：

石川県立看護大学基礎看護学講座（中山）

電話：076-281-8364

FAX：076-281-8355

e-mail：nakayama@ishikawa-nu.ac.jp

日本看護研究学会

第18回 中国・四国地方会学術集会のご案内

今日、既知の理論を実践で検証することと、実践の中から課題を見つけ探求し、その成果を再び実践へ反映させる両方の研究の重要性が問われています。それらの研究課題への取り組み、模索、追究の機会になればと考えプログラムを企画しました。

3月の山陰は、凜とした清浄な空気と若草が皆様方の疲れを癒してくれる早春の季節です。学術集会が心地よい知的刺激と新たな英知を養う時間になれば関係者一同、無上の喜びです。年度末のご多忙な時と存じますが、ご参加を心からお待ちしております。

第18回学術集会

実行委員長 岡 崎 美智子

1. テーマ 「臨床看護実践を支える看護学」
2. 会 期 2005年3月12日（土） 18：30 懇親会
2005年3月13日（日） 8：30 受付開始
3. 場 所 島根大学医学部看護学科棟
4. プログラム 特別講演 「患者会と歩む看護者の役割とあり方」
講師 季羽倭文子氏（ホスピスケア研究会顧問）
交流会 ①「がんと共に生きる人々を支援する看護学」
②「障害児を持つ親の会と共に成長する家族看護学」
③「エビデンスに基づいた臨床看護学」
5. 演 題 募 集 締め切り 2004年10月29日（金）必着
応募資格 発表者、共同研究者ともに日本看護研究学会の会員であること。
6. 抄録原稿締 締め切り 2004年12月17日（金）必着
7. 参加申込み 参加費 会 員 4,000円（1月21日（金）まで）・5,000円（当日申込み）
非会員 5,000円（事前・当日申込み）
学 生（大学院生は除く）1,000円（事前・当日申込み）
懇親会 3,000円
8. 振 込 方 法 郵便振込 口座番号 01350-5-82439
加入者名 日本看護研究学会中国・四国地方会第18回学術集会
* 参加費は郵便振込にてお1人1枚の振込取扱票を使用してください。
9. 問い合わせ先

〒693-8501 島根県出雲市塩冶町89-1 島根大学医学部看護学科
日本看護研究学会中国・四国地方会 第18回学術集会事務局
Tel/Fax 0853-20-2257 e-mail chushi18@med.shimane-u.ac.jp

第9回 日本看護研究学会九州地方会学術集会のご案内

第9回日本看護研究学会九州地方会学術集会を下記の通り熊本市で、11月13日(土)に開催しますので、ご案内申し上げます。現在、看護に期待される役割は、専門性を含んで拡大しながら、医療事故を防ぎ、質の高いケアを提供することが求められています。

したがって、学術集会のメインテーマは「ニーズに応える看護の創意工夫」と掲げ、患者がより安心して療養できるように看護実践力を向上させる方法を、一緒に見出して行ければと思います。シンポジウムでは「臨床の知恵を看護実践と教育に生かす」ことが重要である確認と同時に、ICU看護、感染管理、がん看護、在宅看護の領域から、効果的に実践や教育へ組み入れる内容など多くの示唆が期待されます。さらに、皆様からの研究発表(一般演題)とともに、より良いケアの提供とその原動力である看護教育の充実を目指しましょう。皆様のご参加をお待ち申し上げます。

なお、参加および演題の申し込みをインターネット上で受けることにいたしました。詳細は、<http://www.gakkai-support.net/kango-kenkyu/> をご覧いただきますようご協力お願い申し上げます。

平成16年7月13日

第9回日本看護研究学会九州地方会

学術集会会長 花 田 妙 子

～ 学術集会メインテーマ 「ニーズに応える看護の創意工夫」～

I. 会 期 平成16年11月13日(土)

II. 会 場 くまもと県民交流館パレア

〒860-8554 熊本市手取本町8-9 (テトリアくまもと内)

III. プログラム(予定)

受付	9:00
開会	9:30
学術集会会長あいさつ	9:35
研究発表会(一般演題)	10:00
昼食	12:10
総会	13:20
シンポジウム	14:00

「臨床の知恵を看護実践と教育に生かす」

座長 宇佐美しおり(熊本大学) 新小田春美(九州大学)

シンポジスト

吉里孝子(熊本大学医学部附属病院 重症集中ケア認定看護師)

「早期から生活機能の再獲得をめざすICU看護」

森口弘之(産業医科大学病院 感染管理認定看護師)

「病院での感染対策ニーズへの取り組み」

落合美智子(鹿児島大学医学部・歯学部附属病院 がん性疼痛看護認定看護師)

「トータルペインを重視した疼痛緩和ケア」

東 清巳(熊本大学医学部保健学科看護学専攻)

「在宅看護の心と技術を伝える」

懇親会

16:30

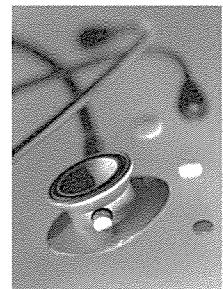
第1回 日本看護研究学会九州地方会 講演会のお知らせ

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: matsuoka@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1014回

運営審議会の概要 (平成16年6月17日)

第1014回運営審議会は、平成16年6月17日(木)に開催され、次のような審議がありました。

1 平成16年度代表派遣について (8月分)

次の会議に代表派遣することを了承しました。

- (1) 国際統計協会サテライト：16回国際計算機統計学会
(8月23日～27日、プラハ／チェコ)

2 平成16年度代表派遣の変更について

- (1) 国際行動発達学会第18回大会
(7月11日～15日、ゲント／ベルギー) →派遣計画の取消し
- (2) 太陽地球系物理学・科学委員会(SCOSTEP)理事会
(7月16日～17日、パリ／フランス) →期間の変更
(7月15日～17日)
- (3) 第37回国際アジア・北アフリカ研究会議
(8月16日～21日、モスクワ／ロシア) →期間の変

更 (8月15日～8月21日)

- (4) ヨーロッパ経営史協会第8回年次大会
(9月16日～18日、バルセロナ／スペイン) →派遣者の変更

3 国内会議の後援について

次の国内会議に対し、日本学術会議の後援名義を使用することを了承しました。

- (1) 研究者のキャリアパス
日時：平成16年7月10日
場所：東京工業大学大岡山キャンパス

4 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6回低pH領域における植物と土壌の相互作用に関する国際会議
日時：平成16年8月1日～5日
場所：仙台国際センター (仙台市青葉区青葉山)

第1015回

運営審議会の概要 (平成16年7月15日)

第1015回運営審議会は、平成16年7月15日(木)に開催され、次のような審議がありました。

1 答申

次の答申について、提案者から説明があり、答申として了承しました。

- ・「地球環境・人間生活にかかわる水産業及び漁村の多面的な機能の内容及び評価」について

2 対外報告

次の報告について、担当委員長から説明があり、対外報告として了承しました。

- ・第7部報告「動物実験に対する社会的理解を促進するために」(提言)について

3 設置要綱の一部改正について

次の委員会の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。

- ・二国間学術交流委員会

4 科学研究費補助金に係るキーワードの見直しについて

次の委員会の提案について、原案のとおり了承しました。

- ・学術体制常置委員会

5 平成16年度代表派遣について(10月及び11月分)

次の会議に代表派遣することを了承しました。

- (1) World Enginners' Convention2004 (WEC2004) (10月3日～6日、上海市／中国)
- (2) 第28回南極研究科学委員会 国代表者会合 (10月3日～9日、ブレーマーハーフェン／ドイツ)
- (3) 国際農業工学会 (CIGR) 2004年総会、理事会及び関連会議 (10月10日～14日、北京／中国)
- (4) 国際医学団体協議会 (CIOMS) ガイドライン評議会 (10月11日～12日、ジュネーブ／スイス)
- (5) 第12回世界比較教育学会 (10月25日～29日、ハバナ／キューバ)

- (6) 第9回アジア太平洋物理学会議 (10月25日～31日、ハノイ／ベトナム)
- (7) 第21回ユーロ・アジア経営研究学会年次大会 (11月3日～6日、香港／中国)
- (8) 伝達性海綿症脳症と食品安全に関する国際会議 (11月8日～12日、バーゼル／スイス)
- (9) 第51回国際地域学会北米大会 (11月10日～12日、シアトル／米国)
- (10) 国際社会科学団体連盟 (IFSSO) 第21回執行役員会・ワークショップ (11月16日～17日、バンコック／タイ)
- (11) 国際社会科学協議会 (ISSC) 第25回総会 (11月16日～18日、北京市／中国)
- (12) アメリカ犯罪学会 (11月17日～20日、ナッシュビル／米国)
- (13) アメリカ教育法学会2004年次会議 (11月18日～20日、トゥーソン／米国)
- (14) LAP執行委員会及びTWAS総会 (11月20日～22日、トリエステ／イタリア)

6 平成16年度代表派遣の変更について

- (1) 第40回IUPAC高分子分科会主催「世界高分子会議」(7月4日～9日、パリ／フランス)→期間の変更(7月4日～10日)
- (2) 宇宙空間研究委員会 (COSPAR) 科学総会 (第35回) 及び代表者会議 (7月18日～25日、パリ／フランス)→期間の変更(7月17日～25日)
- (3) 第11回農村社会学会議 (7月25日～30日、トロンヘイム／ノルウェー)→期間の変更(7月24日～30日)
- (4) 第15回世界医事法会議 (8月1日～5日、シドニー／オーストラリア)→期間の変更(8月1日～6日)

7 国内会議の後援について

次の国内会議に対し、日本学術会議の後援名義を使用することを了承しました。

- (1) シンポジウム「原子力分野における加速器の研究開発Ⅱ—新たな展開を目指して—」

日時：平成16年8月10・11日

場所：京都大学原子炉実験所会議室

(2) 第6回日本感性工学会大会・総会

日時：平成16年9月9日～11日

場所：工学院大学新宿キャンパス

(3) 第22回日本小児心身医学会総会

日時：平成16年10月1日～3日

場所：高槻市高槻現代劇場

(4) 第17回国際長寿科学シンポジウム

日時：平成16年10月15日

場所：富山国際会議場

(5) 第45回大気環境学会年会

日時：平成16年10月20日～22日

場所：秋田市文化会館

(6) 文部科学省ITプログラム第3回「戦略的基盤ソフトウェアの開発」シンポジウム

日時：平成16年12月8・9日

場所：経団連ホール

8 国際会議の後援について

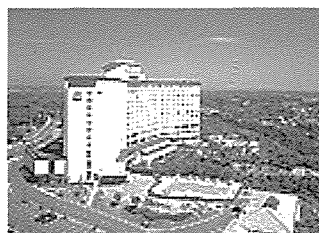
次の国際会議に対し、日本学術会議の後援名義を使用することを了承しました。

(1) 地方政府におけるニュー・パブリック・マネジメントの革新—パフォーマンス・ブレイクスルーを目指して—

日時：平成16年8月28・29日

場所：東京都新宿区（早稲田大学国際会議場）

第19回 バイオメカニズム・シンポジウム 開催案内・予告



- 日 時** 2005 年 8 月 4 日 (木) ～8 月 6 日 (土)
- 会 場** 伊勢志摩ロイヤルホテル
〒517-0295 三重県志摩郡磯部町の矢字笠取 939-6
TEL : 05995-5-2111 FAX : 05995-5-2688
URL : <http://www.daiwaresort.co.jp/ise/>
- 演題申込締切** 2005 年 3 月 4 日 (金)
- 前刷原稿締切** 2005 年 5 月 6 日 (金)
- 夜 話** 「からくり人形の仕組みと感情表現」(仮題)
末松良一 (名古屋大学大学院工学研究科機械理工学専攻 教授)
概要: 日本人のロボット観を育んだ江戸からくり人形の機構の説明と, その基本要素と現代の先端技術との関係, および巧みに観客の心理を利用した人形の感情表現方法について解説する
- 実行委員長** 大日方五郎 (名古屋大学先端技術共同研究センター 教授)
- 問い合わせ先** 名古屋大学大学院工学研究科機械理工学専攻 大日方研究室
長谷和徳 (第 19 回バイオメカニズム・シンポジウム事務局)
〒464-8603 愛知県名古屋市千種区不老町
TEL/FAX: 052-789-5582
E-mail: kazunori.hase@mech.nagoya-u.ac.jp
- Web サイト** <http://www.dynamics.mech.nagoya-u.ac.jp/sobim-s/>
(2004 年 12 月開設予定)
- 論文募集要項** 次号 (27 巻 5 号) に掲載予定

今回のバイオメカニズム・シンポジウムは, 海がきれいな伊勢志摩地域のリゾート地での開催となります. 近くには志摩スペイン村, ゴルフコースなどもあります. もちろん, 夜話をはじめ, シンポジウムも充実したものにしておりまして, 皆様のご参加をお待ちしております. 詳細は次号の学会誌と上記 Web サイトに掲載いたします. ご期待下さい.

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、掲掲「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3部（査読用なので、著者が特定できる部分（謝辞など）を削除したもの）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、各回ごとに受理手続きを行う。

5. 投稿の採否

寄稿の採否は、規程の査読を経たうえで本誌編集委員会が決定する。場合により著者に内容の追加あるいは短縮を求めることがある。また著者に承認を求めたうえで寄稿の種類を変更することがある。

査読の結果、「再査読」の場合には修正された原稿について改めて査読を行う。査読の結果が「不採用」の場合で、その「不採用」の理由に対して論文提出者が明らかに不当と考えた場合には、不当とする理由を明記して本会編集委員長あてに異議申し立てをすることができる。

なお原稿は原則として返却しない。

なお原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

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。
- 5) 平成16年7月28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、A 4 サイズの用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」申し出のない会員の方に学会誌27巻1・2・3・4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でお振り込下さいますようお願いいたします。会費等は、下記の通りです。

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、貴会員の会員番号は、必ずご記入下さい。会員番号は、封筒のラベルに明記してありますので、ご確認ください。

2. 送付先変更の場合は、できるだけ早く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。

う-181 上村 妙子 か-512 笠原久美子 こ-311 胡 景萍 し-277 新谷由紀子
た-377 高田まり子 な-143 長尾 節子 ま-285 前田こずえ よ-092 前田 節子

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	FAX	043-221-2332

日 本 看 護 研 究 学 会 雑 誌

第27巻 4号

会員無料配布

平成16年9月20日 印刷

平成16年9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

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/>

発行者 山 口 桂 子

（アイウエオ順）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：勤務先と、自宅住所の地区が異なる場合、希望する地区に○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。

(切り取り線より切っ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西暦_____年度より入会を申し込みます。(入会年度は、必ずご記入下さい。)

フリガナ			専門区分	看護学・医学・その他 ()	
氏 名	印		生 年	西暦	年 月
所 属	TEL FAX				地 区 割
送 付 先 住 所	自宅・所属 (いずれかに○)	〒			地 区 名
自 宅	TEL FAX		都 道 府 県 名		
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			
			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 ()		
原稿投稿締切日年月日 (いずれかに○)	_____年	a. 4月10日受付 b. 7月10日受付 c. 10月10日受付 d. 1月10日受付	
和 文 題 目			
英 文 題 目			
キーワード (5語以内, 日本語/英語)			
1. /	2. /	3. /	
4. /	5. /		
原 稿 枚 数			
本文: _____ 枚 図: _____ 枚 表: _____ 枚 写真: _____ 点			
著 者			
会員番号	氏 名 (日本語/ローマ字)	所 属 (日本語/英語)	
連 絡 先 住 所 ・ 氏 名			
住所: 〒 _____			
氏名: _____			
Tel: _____ Fax: _____ E-mail: _____			
別 刷 希 望 部 数	和文抄録文字数	英文抄録使用語数	
部	字	語	

*受付年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

ゴードンの機能的健康パターンに基づく看護過程と看護診断

京都大学医学部保健学科教授 江川 隆子 編集

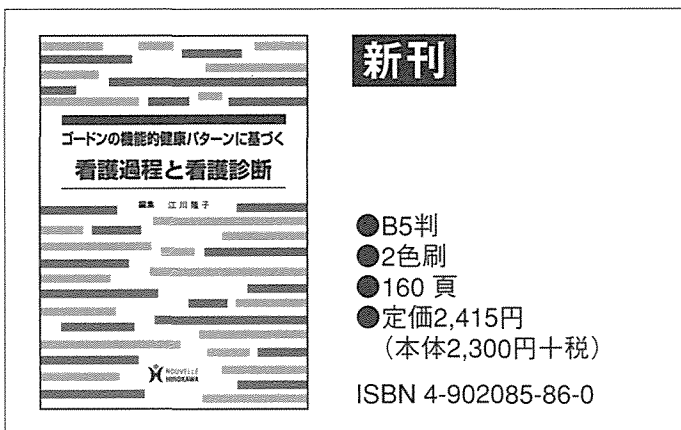
主要目次

パート1. 看護過程の基礎

1. 看護過程とクリティカルシンキング
2. 看護診断過程
3. アセスメントの枠組み
4. 情報の整理・解釈・総合
5. 情報の分析
6. 問題の統合
7. 最終的な問題の照合
8. 看護診断
9. 目標
10. 計画の立案
11. 看護計画の実施
12. 評価

パート2. 事例展開にみる看護診断プロセスの実際

1. 看護診断過程演習
2. 看護診断と期待される成果(目標), 看護計画との関係



看護過程や看護診断について、初めて学習する方々に、アセスメントの枠組みとして、ゴードン博士の「機能的健康パターン」を用いて、わかりやすく解説しています。

★本書は、「パート1. 看護過程の基礎」と、「パート2. 事例展開にみる看護診断プロセスの実際」の2部構成でなり、パート1では、看護過程の各段階の思考に用いる看護知識や理論、クリティカルシンキングについてわかりやすく解説しています。また、パート2では脳梗塞患者の実際の事例を用いて、特に情報の解釈や分析についてイメージしやすいように、図表をふんだんに使って、わかりやすく解説しています。

●最新(2003-2004)のNANDAの看護診断概念(167)についても、ショートエピソードを入れながらわかりやすく解説しています。



ヌーヴェルヒロカワ

◆消費税が加算されます。

東京都千代田区九段北1-12-14 〒102-0073
TEL 03-3237-0221(代) FAX 03-3237-0223