Volume 27 Number 5 December 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

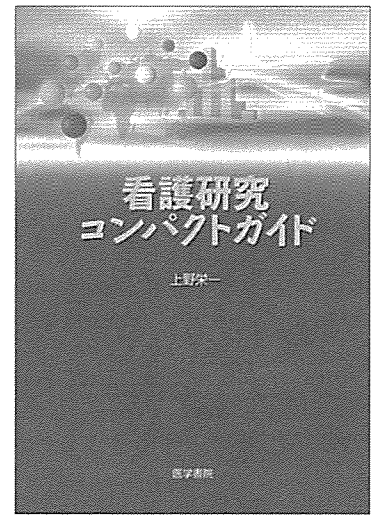
日 本 看 護 研 究 学 会

27巻 5 号

看護研究の基礎から応用まで

看護研究 コンパクトガイド

上野栄一　旭川医科大学看護学科助教授



本書は、看護研究の用語について、また研究方法などのエッセンスについて、図表やチャートを用いてコンパクトに、そして平易に解説している。研究の題材を決めるところから研究内容を発表するところまでの流れにそって、基礎から応用までの知識を網羅している。コンパクトながら研究に際しての強いサポーターとなってくれる一冊!

●A5　頁116　図32　表75　2002年　定価1,575円
（本体1,500円＋税5%）　[ISBN4-260-33186-8]

目次

【基礎編】
看護研究の流れ
看護研究の優先順位
文献検索
文献検索：文献の種類
文献検索：文献の効果的な調べ方
論文のクリティーク方法
研究計画書
研究の基本的タイプ
内容分析
コミュニケーションの質的研究
医療の分野におけるデータの特徴
情報と数値化
調査の方法
倫理的配慮
尺度の種類
回答形式
データ収集
標本の抽出
情報管理
心理テスト
統計処理・表計算ソフト
基本的な統計学用語
基本統計量
統計処理：クロス集計
統計処理：検定の方法
統計処理：パラメトリック検定とノンパラメトリック検定
統計処理：回帰分析
統計処理：因子分析
統計処理：多重比較
統計処理：実験計画（研究）法
統計処理：各種統計手法
変数
図・表の作成
論文の書き方
研究の実際（シミュレーション）
研究発表の準備
【応用編】
分割表分析
統計処理の表示例(1)
統計処理の表示例(2)
統計処理の表示例(3)
統計処理の表示例(4)
統計処理の表示例(5)
統計処理の表示例(6)
様々なグラフ表示例

看護研究なんかこわくない

計画立案から文章作成まで

田久浩志・岩本　晋

「やらなきゃいけない」看護研究なら、難しく考える前にとにかく始めてみることです。初めは高いレベルである必要はありません。本書に従ってテーマを見つけ、計画どおりに進めれば、立派な看護研究ができ上がります。もちろん、中級者、上級者がより一層深い内容の研究ができるヒントや手法も満載です。

1.看護研究はお好き？　2.始める前に知っておこう　3.研究テーマを分析する　4.研究計画を立てる　5.文献の探し方　6.統計手法の選び方　7.論文を設計する　8.文章を分かりやすくする　9.データ入力　10.集計表の作り方　11.JMPによるデータ解析例　12.アウトラインプロセッサによる文章作成例　13.質的問題の分析方法

●B5　頁132　2000年
定価2,310円（本体2,200円＋税5%）
[ISBN4-260-33047-0]

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）

第31回日本看護研究学会学術集会を下記のように開催します。（第２回公告）

平成16年12月20日

第31回日本看護研究学会学術集会
会長　石　垣　靖　子

記

第31回日本看護研究学会学術集会

メインテーマ　「人間として遇する医療・福祉の定着に向けて」
～ペーシエントからパースンへの挑戦～

会　　場：札幌コンベンションセンター
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）

会長講演：「人間として遇する医療・福祉の定着に向けて」
～ペーシエントからパースンへの挑戦～
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）
司　会：竹尾　惠子（国立看護大学校）

特別講演：「不確かさの理論」（仮題）
講演者：Merle Mishel（University of North Carolina）
司　会：野川　道子（北海道医療大学）

特別企画：「自分の専門家になる－“当事者研究”の試みから見えてきたもの－」
向谷地　生良（北海道医療大学看護福祉学部臨床福祉学科）
浦河べてるの家の当事者達

ジョイント講演：「緩和ケアにおける倫理」（仮題）
Colleen Scanlon（Catholic Health Initiatives）
Cornelia Fleming（Sound Shore Medical Center）
司　会：手島　　恵（千葉大学）

シンポジウムⅠ：「臨床倫理委員会－その定着と看護職の役割」

シンポジウムⅡ：「人権と尊厳を守る看護職の責務－相手を人間として尊重するということ－」
シンポジスト：交渉中

実演交流会：２題（企画中）

市民公開講座：「ワガママな障害者の遺したもの」
～「こんな夜更けにバナナかよ」の世界～
講　師：渡辺　一史（ノンフィクション作家）

尚，学会前日に「プレカンファレンスセミナー」
「臨床に活かす看護研究」を開催いたします。
１．量的研究
２．質的研究
３．アクションリサーチ
日　　時：平成17年７月20日（水）13：00～17：00
会　　場：札幌コンベンションセンター
募集人員：各コースとも100名

【参 加 費】
① 事前登録（会　員）　9,000円
② 事前登録（非会員）　9,000円（但し，学術集会誌代金は含まない）
③ 事前登録（学　生）　2,000円（　同　上　）
④ 当日登録（会　員）　10,000円
⑤ 当日登録（非会員）　10,000円（但し，学術集会誌代金は含まない）
⑥ 当日登録（学　生）　3,000円（　同　上　）
＊事前登録は平成17年６月15日までの登録

＜参加申し込み方法＞
第31回学術集会参加事前振り込みは，平成16年12月20日発行の第27巻５号に同封の振り込み用紙をご利用下さい。
振込先は郵便振替「第31回日本看護研究学会学術集会　02700－4－94160」です。

【第31回学術集会事務局】
〒003-8585　札幌市白石区東札幌３条３丁目
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（内線158）　Fax：011-823-9552
電子メール：jsnr31@hsh.or.jp
ホームページ：http://www.jtbpco.co.jp/jsnr31/

第31回日本看護研究学会学術集会一般演題募集

第31回日本看護研究学会学術集会の一般演題を下記の要領により募集いたします。開催地は札幌市で，開催日は，平成17年７月21日（木），22日（金）です。

発表形式は，一般演題は示説（ポスターセッション）のみとします。多数の方のご応募をお待ちしております。

平成16年12月20日

第31回日本看護研究学会学術集会
会長　石　垣　靖　子

一般演題募集要項

Ⅰ．発表資格

●発表者・共同研究者はすべて本学会会員であることが必要です。なお，会員番号の問い合わせおよび入会確認については，学会事務局（Ⅶ．参照）にお問い合わせください。

●発表者の方は，共同研究者全員の会員番号および平成17年度の会費納入をご確認ください。
未入会・未入金の方は，演題申し込み時までにあらかじめ，発表年度（平成17年度）の入会の手続き・振り込みをすませてください。学会発表時までに，平成17年度会費未入金の方がおられますと発表できません。

●演題は，発表当日の時点で未発表のものに限ります。他学会等への二重投稿は慎んでください。

●発表者としての申し込みは，１人１題に限ります。

Ⅱ．演題申し込み方法

●演題申し込みと同時に原稿を提出してください。

●演題申し込み方法は，インターネットと郵送の２通りあります。詳しくは，後述の「Ⅵ．演題申し込み先」をご覧ください。

●第30回学術集会から学会誌の大きさがＢ５判からＡ４判になり，抄録は，１ページに２演題掲載されます。（折り込みの抄録原稿見本掲載例をご参照下さい。）

●原稿は電子的に処理されるため，Ａ４半分にレイアウトする必要はありません。所定の文字数制限を厳守の上，作成してください。

●図表は１枚のみ入れることができます。

●原稿文字数は，演題名，発表者・共同研究者の氏名・所属，本文あわせて，1200字以内でお願いいたします。図表を入れる場合は，840字以内でお願いいたします。

●演題名は48字以内でお願いいたします。

●本文には，【目的】，【研究方法】，【結果】，【考察】を必ず記入してください。研究方法には，必要に応じて倫理的配慮を含めてください。

文字数の数え方

１．演題名：『学術集会抄録原稿の電子的投稿に関する研究』（20字）

２．発表者・共同研究者の氏名・所属：

同じ所属の共同研究者は１行にまとめて印刷されますので，所属は１回だけ数えてください。
（例：野茂英美と長谷川茂子は，同じ東札幌病院の所属）
『新庄剛子　札幌看護大学』（10字）
『野茂英美　長谷川茂子　東札幌病院』（14字）
10＋14＝24字

３．本　文：
句読点・【目的】などを含めて数えますが，空白は含めません。半角英数文字については２つで１字として数えます。
『【目的】近年日本の医療現場に置いては……示唆が得られた。』（714字）

４．合計文字数：
20＋24＋714＝758字（図表なしは1200字以内，図表ありは840字以内）

Ⅲ．発表形式

●発表形式は，示説（ポスターセッション）のみとなります。
●演題は次の分類に該当するものを選び，その番号をホームページまたは演題申込用紙の所定欄に記入してください。ただし，演題数の都合により希望の分類が変更される場合もあります。

１．基礎看護　２．看護技術　３．看護教育　４．看護管理　５．急性期看護　６．慢性期看護 ７．老年看護　８．精神看護　９．リハビリテーション看護　10．小児看護　11．母性看護 12．地域看護　13．継続看護・在宅看護　14．家族看護　15．健康増進・予防看護　16．生活機能看護　17．感染看護　18．癌看護　19．ターミナル・ケア　20．看護行政・政策・経済 21．看護診断　22．生命倫理・看護哲学　23．看護情報　24．国際看護　25．看護史　26．その他

Ⅴ．申し込み後の日程

お申し込みいただいた演題は査読を行い，その結果を平成17年４月初旬にお知らせいたします。発表日程につきましては，演題が採択された後の５月下旬にお知らせいたします。

Ⅵ．演題申し込み先

演題申し込み先は，インターネットと郵送の２通りあります。それぞれ募集期間が異なりますのでご注意ください。

１）インターネットによる申し込み

募集期間　平成17年２月７日（月）～３月４日（金）17：00まで

●学術集会ホームページ（http://jtbpco.co.jp/jsnr31/）の演題登録画面から，演題分類カテゴリ，発表者，連絡先，共同研究者，所属，演題名，本文，図表（１つまで）等を入力してください。詳しい入力方法は学術集会ホームページに掲載いたします。
●演題受理，査読結果，発表形式・日時等の連絡は，すべて発表者の電子メール宛に行います。電子メールアドレスが変更になった場合は，学術集会事務局へ電子メール（jsnr31@hsh.or.jp）またはFAX（011-823-9552）でご連絡ください。
●査読の結果，追加・修正が必要な場合は，学術集会ホームページからアクセスし，画面上でご自分の原稿

を修正してください。詳しい方法は，学術集会ホームページに掲載いたします。

●平成17年１月31日から演題の試験登録が可能となりますので，本番の演題登録前に試験登録で手順をご確認ください。申し込み期日は，平成17年３月４日（金）です。

２）郵送による申し込み

募集期間　平成17年１月24日（月）～２月18日（金）必着

※次の５つを同封し，書留で下記の６．演題申し込み郵送先に郵送してください。

1．原稿１部
2．図表２部（図表を入れる方のみ）
3．フロッピーディスク
4．演題申込用３連私製葉書（本誌27巻５号折り込み）・50円切手２枚貼付
5．定形封筒（長形３号 235㎜×120㎜・各自購入）・80円切手貼付

1．原　稿

●原稿は，ワープロソフトを用いて「原稿記載例（郵送の場合）」に従って作成して下さい。

2．図　表

●図表は，１枚のみ入れることができます。図表を入れる場合は，原稿とは別に印刷したものを２部同封してください。

●その際，図表の上部に，発表者氏名と演題名を記入してください。
印刷時には，本文の下部に縦6.5cm×横８cmに収まる大きさに縮小または拡大されます。

3．フロッピーディスク

●フロッピーディスクには，原稿ファイルのみを入れ，図表は入れないでください。

●ファイルは，Microsoft Word，一太郎を用いて作成，あるいは，テキストファイルでお願いいたします。ファイル名は，発表者氏名（例：「看護花子.doc」）にしてください。

●フロッピーディスクの表に，演題名，発表者氏名，使用したワープロソフト名・バージョン（例：「一太郎バージョン13」「Microsoft Word 2000」「テキストファイル」）を必ず記入してください。

4．演題申込用３連私製葉書

●演題申込用３連私製葉書は，本誌27巻５号折り込みのものに所定の事項と表に発表者の宛名を書き，50円切手を所定の２カ所に貼ってください。

5．定型封筒

●定形封筒は，査読結果を送る際に使用します。定形封筒（長形３号 235㎜×120㎜）の表に発表者の宛名を書き，80円切手を貼ってください。

6．演題申し込み郵送先

〒060-0003
札幌市中央区北３条西４丁目　日本生命ビル７階
JTB北海道イベント・コンベンション営業部
第31回日本看護研究学会学術集会　登録事務局

7．その他

●演題受理，査読結果，日時等の連絡は郵送で行われます。

●査読の結果，追加・修正が必要な場合は，修正原稿を郵送してください。詳細は査読結果と共にお知

らせいたします。

●ご送付いただいたフロッピーディスク等はすべてお返しできませんので，ご了承ください。

Ⅶ．問い合わせ先

演題登録に関する問い合わせは，下記「第31回日本看護研究学会学術集会　事務局」宛にお願い致します。

〒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
第31回日本看護研究学会学術集会　事務局
電子メール：jsnr31@hsh.or.jp
TEL：011-812-2311（内線158）　FAX：011-823-9552

よくある問い合わせについては，ホームページにまとめてあります。問い合わせをされる前に，まずホームページをご確認ください。それでも解決しない問題については，電子メールまたはFAXにてお問い合わせ下さい。

Ⅷ．学会入会申込・学会費振込先，学会事務局

発表者・共同研究者の会員番号の問い合わせおよび入会の確認は下記「日本看護研究学会事務局」にお問い合わせ下さい。

〒260-0856
千葉県千葉市中央区亥鼻１－２－10
日本看護研究学会事務局
TEL：043-221-2331　　FAX：043-221-2332
ホームページ：http://jsnr.umin.jp/

入会手続きについて

※入会手続きが平成14年度より一部改正されました。それに伴い，入会申込用紙が変更となっておりますので，ご注意ください。

学会誌27巻５号（12月20日発行）巻末の申し込み用紙または，日本看護研究学会ホームページ（http://jsnr.umin.jp/）をご利用の上，入会なさるご本人の署名捺印，必要事項をご記入の上，推薦者　評議員の署名・捺印をご確認の上，学会事務局へ郵送してください。

理事会の承認後，学会事務局より，入会の承認通知とあわせて入会金（3,000円），および年会費（7,000円）の振込み用紙をお送りします。振込みが確認でき次第，手続きの上，会員番号を通知いたします。尚，理事会の承認手続きに多少時間を要しますので，早めに手続きを済ませてください。

「原稿記載例（郵送の場合）」

＜演題分類カテゴリ＞　3，12

＜発表者＞

野茂　英美　のも　ひでみ　の－999

東札幌病院

〒003-8585　札幌市白石区東札幌３条３丁目７－35

電話　011-812-2311　内線158

FAX　011-823-9552

電子メール　jsnr31@hsh.or.jp

＜共同研究者＞

長谷川　茂子　はせがわ　しげこ　は－999　東札幌病院

新庄　剛子　しんじょう　つよこ　し－999　札幌看護大学

＜図表の有無＞　図表あり

＜演題名＞（48文字以内）

学術集会抄録原稿の電子的投稿に関する研究

＜本文＞

【目的】現在，インターネットに・・・・・・・

＜演題分類カテゴリ＞
演題募集要項を参照の上，数字で２つ選んで下さい。

＜発表者＞
氏名，ふりがな，会員番号，所属，郵便番号，住所，電話，内線番号，FAX，電子メールアドレスの順の順に入力して下さい。それぞれの項目と姓と名の間には空白をあけて下さい。

＜共同研究者＞
１行に１名ずつ，氏名，ふりがな，会員番号，所属の順に入力して下さい。それぞれの項目と姓と名の間には空白をあけて下さい。
登録時点で会員番号が不明な方は，「不明」と入力し，会員番号が決まり次第，募集要項にある連絡先まで御連絡下さい。

＜図表の有無＞
図表は１つのみ入れることができます。「図表あり」「図表なし」のどちらかを入力して下さい。
図表を入れる場合は，印刷したものを２部同封し，フロッピーディスクには入れないで下さい。印刷字には，本文の下部に，縦6.5cm×横８cmに収まる大きさに縮小または拡大されます。

＜本文＞
演題名，発表者・共同研究者の氏名・所属，本文あわせて1200字以内に収まるようにしてください。なお，図表を入れる場合は，840字以内にお願いいたします。
字数を超えた部分は印刷できません。

会　　告 (2)

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。(第２回公告)

平成16年12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　﨑　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

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

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

目　　次

－原　著－

術後看護用CAIの学習履歴分析によるコースウエアの評価 …… 15

岐阜大学医学部看護学科　竹　内　登美子
大学入試センター研究開発部　石　井　秀　宗
元静岡県立大学看護学部　比　嘉　肖　江

後期高齢者のSuccessful Agingの意味 …… 25

－郡部に居住する高齢者の聞きとり調査から－

川崎医療福祉大学医療福祉学部　松　本　啓　子
元岡山県立大学保健福祉学部　渡　辺　文　子

－研究報告－

栄養表示の活用と学習ニーズ …… 31

－D町の公開講座参加者および幼稚園児保護者の特徴－

前東京女子医科大学看護学部　遠　藤　和　子
谷　口　千　絵

在宅酸素療法患者の受容過程 …… 39

元旭労災病院　大　西　み　さ
愛知県立看護大学　山　口　桂　子
千葉大学大学院看護学研究科　片　岡　　純

生体肝移植術を受けた成人レシピエントの術後精神症状の発生と …… 49
身体的要因との関係について

京都大学医学部保健学科　赤　澤　千　春
奥　津　文　子
桂　　敏　樹
京都大学医療技術短期大学部　寺　口　佐與子
京都大学医学部附属病院　一　宮　茂　子

看護教育におけるロールレタリング …… 55

－ケアリングに通じるナラティブアプローチと振り返りの分析－

広島国際大学　下　村　明　子
神戸常盤短期大学　松　村　三千子
杉　野　文　代

訪問看護師の脳血管疾患患者の状態予測と予測達成に関わるケア …… 65
神奈川県立保健福祉大学　別　所　遊　子
福井大学医学部看護学科　細　谷　たき子
長谷川　美　香
吉　田　幸　代
日本赤十字北海道看護大学　松　木　光　子
看護学生の情報活用能力がクリティカル・シンキングに対する志向性と …… 73
学習におけるメタ認知に及ぼす効果
元東邦大学医療短期大学　松　嵜　英　士

ー技術・実践報告ー

“いま，ここ”で生きる高齢者を理解する方法に関する一考察 …… 83
－ライフストーリーを読み解く視点から－
神戸市看護大学　原　　祥　子

ー資　料ー

救命救急センターICUに入室した患者の不安とストレスに関する研究 …… 93
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　久　米　　翠
佐　藤　千　史
山形大学医学部看護学科地域看護学講座　叶　谷　由　佳

CONTENTS

…… Original Papers ……

Evaluation of the CAI Course Ware for Post-Operative Care by Analyzing Learning Records …… 15

Nursing Course, School of Medicine, Gifu University : Tomiko Takeuchi
Research Division, National Center for University Entrance Examination : Hidetoki Ishii
Former School of Nursing, University of Shizuoka : Norie Higa

The Meaning of Successful Aging in Elderly …… 25

Faculty of Medical Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare : Keiko Matsumoto
Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University : Humiko Watanabe

…… Research Reports ……

Awareness and Learning Needs of Nutrition Labels on Groceries …… 31

Tokyo Women's Medical University, School of Nursing : Kazuko Eendo
: Chie Taniguchi

Process of Acceptance Concept in Patients Under Home Oxygen Therapy …… 39

Former Asahi Rousai Hospital : Misa Ohnishi
Aichi Prefectural College of Nursing & Health : Keiko Yamaguchi
Graduate School of Nursing, Chiba University : Jun Kataoka

Relationship Between Postoperative Psychiatric Symptoms and Physical Conditions of Adult Living-Related Liver Transplantation (LRLT) Recipients …… 49

School of Health Sciences Faculty of Medicine Kyoto University : Chiharu Akazawa
: Ayako Okutsu
: Toshiki Katsura
The College of Medical Technology, Kyoto University : Sayoko Teraguchi
Kyoto Unibersity Hospital : Shigeko Ichinomiya

Nursing Education through Role Lettering
— Analysis of Narrative and Reflection which Leads to Caring — …… 55

Hiroshima International University : Akiko Shimomura
Kobe-Tokiwa College : Michiko Matsumura
: Fumiyo Sugino

Home Nursing Care to Achieve the Expected Status for the Elderly with Cerebro-Vascular Diseases 65

School of Nursing, Kanagawa University of Human Services : Yuko Bessho
School of Nursing, Fukui Medical University : Takiko Hosoya
: Mika Hasegawa
: Yukiyo Yoshida
The Japanese Red Cross Hokkaido College of Nursing : Mitsuko Matsuki

The Effect of the Ability of Nursing Students to Utilize Information on Orientation of Critical Thinking and Metacognition in Learning 73

Former College of Health Profession, Toho University : Eiji Matsuzaki

…… Technical Reports ……

Discussion about Methods to Understand Elderly Who Lives in "Here and Now"
— From a Point of View to Read in Life Story — 83

Kobe City College of Nursing : Sachiko Hara

…… Material ……

A Study on Patient's Anxiety and Stress in ICU 93

Department of Analytical Health Science, Graduate School of Health Sciences,
Tokyo Medical and Dental University : Midori Kume
: Chihumi Sato
Division of Community Health Nursing, School of Nursing, Yamagata University : Yuka Kanoya

術後看護用CAIの学習履歴分析によるコースウエアの評価

Evaluation of the CAI Course Ware for Post-Operative Care
by Analyzing Learning Records

竹内　登美子[1)]　Tomiko Takeuchi
石井　秀宗[2)]　Hidetoki Ishii
比嘉　肖江[3)]　Norie Higa

キーワード：CAI，コースウェア，学習履歴，評価，術後看護
CAI, course ware, learning records, evaluation, post-operative care

はじめに

Computer assisted instruction すなわちCAIとは，コンピュータによる教育支援のことである。コンピュータ技術の著しい進歩に伴い，今や音声や画像を組み込んだマルチメディアCAIコースウエアの開発が容易になってきている。先行研究によると，臨床場面で体験しないと習得が困難でありながら，臨床を教育の場とするにはさまざまな制約のある看護教育においては，特に，教材にマルチメディアを導入する利点が多いと述べられている[1,2)]。しかし，さまざまな音や写真・動画などの利用によるシミュレーションは，その意味や機能の本質を理解することなく用いた場合には興味本位に終始し，必ずしも学習効果を高めるとは限らない[3,4)]という懸念もある。

そこで，国内外のマルチメディアCAIに関する先行研究のうち，CAIの評価に関する報告を概観したところ，そのほとんどがCAI学習前・後の筆記試験の成績による評価あるいは講義などとの比較による学習評価であり，学習履歴を分析したコースウエア評価についての研究は見当たらなかった[5～20)]。学習履歴を分析するためには，学習実行管理システム，すなわちCAI学習を進める学習者の解答から，試行回数や目標達成状況，誤答の出現度数・総得点等々の学習者状態情報を参照し，更新しながら学習制御データに基づいて学習を進行させるexecutorエグゼキュータと呼ばれる機能が必要である。このような機能を有する評価支援ソフトウエアが限られていること，およびこの機能から得られる膨大なデータの分析が困難なためだと考えられるが，学習者がどのような思考で解答した結果の成績なのかを把握してないということは残念なことである[21)]。しかし，最近では，Portfolio assessmentポートフォリオアセスメントと呼ばれる学習履歴を用いた学習評価が普及しつつある[22)]ので，研究者らはその今後に期待を寄せている。

本研究では，研究者らが開発したマルチメディアCAIを用いて，各学習者の学習履歴をとり，そのデータをテスト理論における項目分析の手法を利用して分析することによって，コースウエアの評価を行った。CAI学習を多面的に検討していく際の基礎的資料として寄与することであろう。

Ⅰ．研究目的

開発したマルチメディアCAIの学習履歴を分析することによって学習者の学習過程を把握し，コースウエアの有効性を明らかにする。また，マルチメディアCAI学習の特徴を検討する。

Ⅱ．研究方法

1．研究対象

1）CAIコースウエア

① 教材の概要

実際に全身麻酔で胃切除術を受けた患者から得た情報を基に，ビデオ映像・写真・X-ray・音声などを組み込んで開発した「練習・演習様式」と「シミュレーション様式」を組み合わせた自己学習用マルチメディアCAIコースウエアである。画面上の聴診器をマウス操作によって自由に動かしながら肺音を聴診することができるというバーチャルリアリティを導入した点に特徴がある。体験学習が困難な術後急性期にある患者の看護をCAIによって疑似体験し，問題解決能力を高めるという目的で1999年から研究者らが開発に取り組み，学習効果等に基づいて改良した「術後24時間の看護」のVer. 2で

1) 岐阜大学医学部看護学科　Nursing Course, School of Medicine, Gifu University
2) 大学入試センター研究開発部　Research Division, National Center for University Entrance Examination
3) 元静岡県立大学看護学部　Former School of Nursing, University of Shizuoka

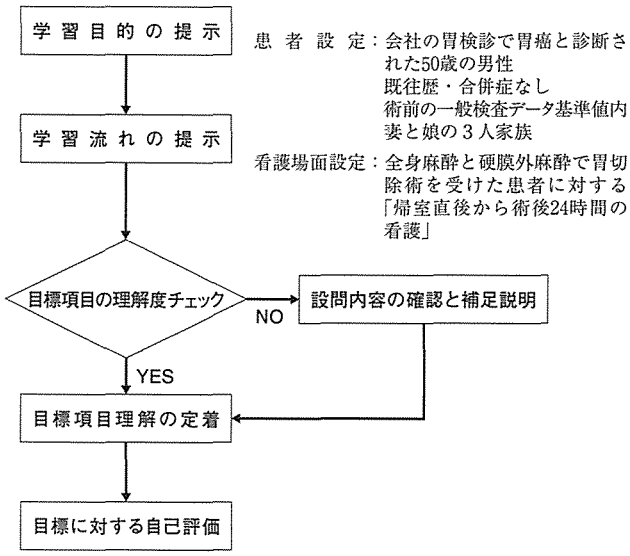


図１　コースの全体概要

ある[20]（図１．コースの全体概要）。

教材作成支援ソフトウエアである「スタディライターfor Windows Ver.3.0」を用いて開発した。学習者はキーボードの１～４までの数字とEnterキーの操作で解答が求められる。数字を誤って入力した際には，「１～４までの数字で解答しましょう」のメッセージが提示される。

本コースウエアは，表紙から学習目標提示，患者紹介，帰室直後の看護，帰室２時間の看護，帰室８時間の看護，術後24時間の看護，評価という全125フレームから構成され，このうちの40フレームが設問項目である。この40設問中に「麻酔覚醒状態の判断」「帰室直後の患者と家族の面会時における看護」「断続性肺ラ音の判断」「肺音聴診法」という４つの重点項目を組み入れた。重点項目とは，これまでに開発したCAIコースウエア「術後の肺音聴診法とアセスメント」および「全身麻酔で手術を受けた患者の看護」の学習結果を分析して導いた誤答パターンと，研究者らの臨床実習指導体験から抽出した“学習者が誤りをおかしやすい内容”につけた呼称である[18)20)]。これらの重点項目については特に効果的な学習ができるよう，誤答後の説明画面内容や類似問題等々について検討を重ねた。

② 教材の妥当性・信頼性

本コースウエアの40設問は，絶対基準テストとして作成され，８つの学習目標に応じた40の行動目標に基づいている。内容的妥当性を高めるために，成人看護学急性期を専門とする５年以上の教員経験者３名で「目標はテーマを反映しているか」，「設問内容は目標に記されている条件，行動，標準を忠実に再現しているか」ということについて検討を重ねた。設問を目標分類に合わせて分類してもらった結果，３名の設問数は一致した（表１．設問の構成）。また，信頼性に関しては，事前に依頼した４名の学生を対象に試行し，教員３名の採点結果にばらつきがないことを確認した。

表１　設問の構成

	目標分類	設問数
１．知識	１．基礎医学	3
	２．基礎看護	3
	３．臨床看護	11
２．技術（実践力）	１．観察の要点・方法	5
	２．状況判断	12
	３．解決策の選択	4
３．態度		2
	合計	40

２）研究対象者

成人看護学急性期の講義は学習済みであるが，臨床看護実習は未学習である４年制看護大学の２年生と３年生のうち，研究協力の得られた63名を対象とした。

２．研究手続きおよび倫理的配慮

１）2000年９月に，研究対象者である２年生と３年生158名に研究主旨および研究協力依頼を明記した「研究協力のお願い」を配布した。

２）「研究協力のお願い」を読み，協力の意志を示して研究者らの元へ訪れた63名の学生には，再度，参加は自由意志であり成績評価とは無関係であること，名前は記号化されプライバシーは保持されることを口頭で伝え理解と同意を得た。

３．研究方法・期間

コンピュータが60台常設してあるPCルームを用い，学習履歴を教師用コンピュータに残すように設定して，CAIコースウエアを学内LANで提供した。実施日は2000年９月25日と10月10日である。教科書の使用や友人との相談を禁じ，その学習状況を研究者らが観察した。

４．測定用具

スタディネットfor Windows Ver.3.0を用いた。スタディネットとはCAIの学習履歴がネットワークを通して自動的に記録できるソフトウエアである。各学習者のフレーム別応答や解答の学習履歴等が残る。

5．分析方法

学習履歴に基づく分析法として本研究では，テスト理論における項目特性曲線[23, 24, 25]を参考にして「正答率分析図」を作成し，その図に基づいて結果の解釈を行うことにした。項目特性曲線とは，学習者の能力値を横軸，正答率を縦軸にとり，各項目の正答率が学習者の能力に応じてどのように変化するかを図示する曲線である。通常は，能力値が低いところでは正答率は0に近く，能力値が中程度のところでは正答率は上昇し，能力値が高いところでは正答率は1に近づくので，項目特性曲線は右上がりのS字形曲線になる。逆に言えば，ある能力範囲の学習者集団にとって，難しい項目の項目特性曲線は0に近いところに位置し，難しさが中程度の項目の項目特性曲線は右上がりの曲線となり，やさしい項目の項目特性曲線は1に近いところに位置する。

本研究の被験者数は63名であり，詳細な項目特性曲線を推定するには十分な数とは言えない。そこで，被験者をその能力段階に応じて3群に分け，各群の正答率をつないだ折れ線（正答率分析図）を描くことによって各項目の特性を顕著にし，学習履歴の分析を行うことにした。被験者の群分けにあたっては，すべての被験者が必ず解答しなければならない項目に対して，初回解答で正答した数の合計点を用いた。これは，設問に最初に解答するときの正答率は，各被験者の能力値を反映していると考えることができるためである。

本研究で開発した教材では，多くの項目において，その項目に誤答した場合，何らかの学習支援を得て何回か同じ項目に解答することができるようになっている。そこで，解答の回数が増えることによる正答率の変化を明らかにするため，各項目に対する各群の初回解答の正答率だけでなく，2回目解答までの累積正答率，3回目解答までの累積正答率を求め，グラフ化して分析を行うことにした。統計ソフトはSPSS Ver.10.0J for Windowsを用いた。なお，有意水準を0.05または0.01として，フィッシャーの直接確率による検定を行った。

Ⅲ．結　　果

1．全設問の平均正答率

学習履歴に基づいた分析を行う前に，全体的傾向を見た。本教材に含まれる全40設問の平均正答率を計算すると，初回解答の平均正答率は66.6%，最終平均正答率は84.6%であった。すなわち初回解答からの伸び率は18.0ポイントであった。また，解答可能回数が1回の10項目（平均正答率61.2%）を除いた30項目のモジュール（解答可能回数が2回以上ある設問のまとまり）平均正答率については，初回平均正答率は68.4%，最終平均正答率は92.3%で，初回解答からの伸び率は23.4%とさらに高い値であった。

2．被験者の群分け

すべての被験者が必ず解答しなければならない設問は35項目あるので，それらの初回解答の成績に基づいて被験者の群分けをした。35項目に対し，最初の解答で正答した数の合計を算出するため，各項目に対する解答が正答ならば1点，誤答ならば0点として，各被験者について合計点（初回成績）を算出したところ，初回成績の平均点は24.32点（正答率69.5%），標準偏差は3.14，最小値は16点，最大値は33点となった（最終成績は，平均31.1点（88.9%），標準偏差1.56，最小値28点，最大値35点という結果であった）。本研究においては必ずしも被験者数が大きいとは言えないので，低群または高群に含まれる被験者の数が極端に少なくなって誤差が大きくなることを避けるために，平均値－1標準偏差＝21.18点が低群に入るように，また，平均値＋1標準偏差＝27.46点が高群に入るように，22点以下の16名を低群，23～26点の33名を中群，27点以上の14名を高群と被験者を分割することにした。

3．コースウエアの分析

先述したように本教材は多くの設問において，ある設問に誤答した場合，解説やビデオ映像など何らかの学習支援を得た後，何回か同じ設問に解答，あるいは類似設問に解答することができるようになっている。特に重点項目については，そのような構成となっている。そこで今回は，低・中・高群の被験者の学習履歴に基づいて，重点項目を中心としたコースウエアの分析と，最終正答率の低かったコースウエアの分析について述べる。

(1) 重点項目を中心としたコースウエアの分析

1）ビデオ映像を導入した学習による効果

①「麻酔覚醒状態の判断の学習」

a．コースウエアの構成

B101は，麻酔半覚醒状態の患者に看護師が呼びかけるビデオを見て，「麻酔全覚醒」「麻酔半覚醒」「麻酔未覚醒」のいずれの状態であるかを問う項目である。B101に正答すると次（B200）に進み，B101に誤答するとビデオ内の患者が呼びかけに対しどのような反応をしていたかを問うB110に進む（図2：フローチャート）。

B110に正答するとB200に進むが，誤答するとB101に戻って，もう一度ビデオを見てB101の問いに解答することになる。B200は，麻酔半覚醒がどのような時期であるかという定義を問う項目であり，B101またはB110で学習したことを確認する問題である。

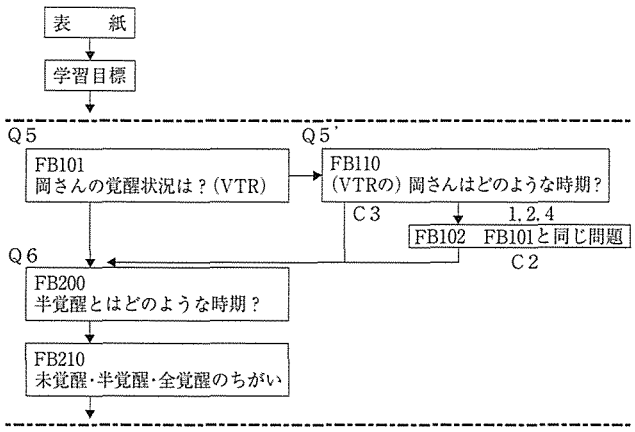


図２　フローチャート【抜粋】

ｂ．学習者の学習過程（図３．麻酔半覚醒）

B101 では，「麻酔未覚醒」と解答する被験者はいなかったが，半数以上（63名中34名）の被験者は麻酔全覚醒と誤答していた。群別で見ると，低群では16名中８名（50.0%），中群では33名中17名（51.5%），高群では14名中９名（64.3%）という結果であった（n.s.）。

しかし，B101 の誤答者が進む B110 では，４肢選択の問題であるにもかかわらず，低群で８名中４名（50.0%），中群で17名中14名（82.4%），高群では９名中８名（88.9%）の正答率であり（n.s.），B101で「麻酔全覚醒」と誤答しているものの，ビデオ観察は正しくなされていることが確認された。

B101，またはB110 で麻酔半覚醒について学習することにより，麻酔半覚醒がどのような状態であるかを定義に基づいて確認する項目 B200 では，誤答者は低群と中群で１名ずつであり，いずれの群においてもかなり高い正答率（低群93.8%，中群97.0%，高群100%）となっていた（n.s.）。

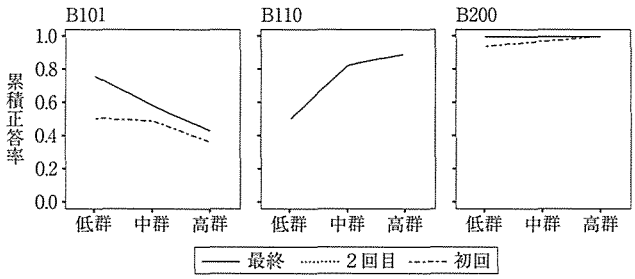


図３　麻酔半覚醒

②「家族の面会に対する看護師の対応の学習」

ａ．コースウエアの構成

B550 は，手術終了直後に患者の家族が病室に来たときに看護師が対応するビデオを見て，看護師の対応としてあてはまるものすべてを解答する内容である。「１．家族に，患者は返答ができるということを知らせた」「２．患者に家族が来ていることを知らせた」「３．椅子をすすめて落ち着いて面会できるように配慮した」「４．カーテンを閉めてプライベートな空間を作った」の４つの選択肢すべてが正解である。

ｂ．学習者の学習過程（図４．家族の面会）

B550に対する初回解答の正答数を見てみると，低群では16名中８名（50%），中群では33名中19名（57.6%），高群では14名中11名（78.6%）となっていた（n.s.）。誤答した被験者の多く（63名中14名，22.6%）は，「２．患者に家族が来ていることを知らせた」「３．椅子をすすめて落ち着いて面会できるように配慮した」「４．カーテンを閉めてプライベートな空間を作った」という視覚的な情報に関する選択肢のみを選択し，「１．家族に，患者は返答ができるということを知らせた」という看護師の対応に関する内容の選択肢を選択できていなかった。

次に，２回目解答までの累積正答率をみると，低群では13名（81.3%），中群では31名（93.9%），高群では12名（85.7%）となっており（n.s.），いずれの群においても正答率が大幅に高くなっていた。３回目までの累積正答率は，各群とも１名ずつの誤答者が残り，低群15名（93.4%），中群32名（97.0%），高群13名（92.9%）という結果であった（n.s.）。

解答として「１，２，３，４」すべての選択肢を選択した，「１，２，４」の３つだけを選択したなど，各被験者がどのような解答をしたかをパターン別に分類して，解答パターンが何パターンあったかを数えると，初回63名から得られた解答のパターン数は８パターン，２回目の解答を行った25名からは５パターン，３回目の解答を行った７名からは３パターンであり，被験者数が63名から７名へ11.1%に減少したのに対し，解答のパターン数は８パターンから３パターンへと37.５%にしか減少していなかった。また，１パターン当たりの被験者数（被験者密度）は，初回7.88名（63/8）に対し，３回目は2.33名（７/３）と小さくなっており，相対的に解答のパターンは拡散していた。

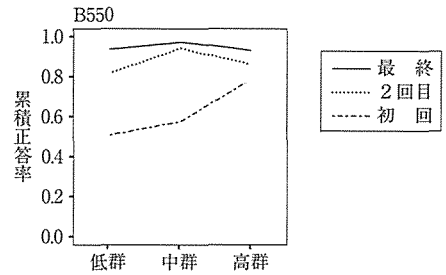


図４　家族の面会

2）音とバーチャルリアリティを導入した学習の効果

①「断続性肺ラ音の判断の学習」

a．コースウエアの構成

D300では術直後の患者の胸部にマウス操作で動くステートをあて，呼吸音を聴くことが求められる。左下肺野では断続性肺ラ音を聴取するが，他の部位は正常音である。そして，D310で結果を解答する。選択肢は「1.右下肺野で断続性肺ラ音を聴取」「2．左下肺野で断続性肺ラ音を聴取」「3．右下肺野で連続性肺ラ音を聴取」「4．左下肺野で連続性肺ラ音を聴取」「5．もう一度肺音を聴く」の5つであり，2または4と解答すると先（D315）に進む。つまり，左下部位の音の異常を指摘していれば先に進む。1，3，5と解答した場合，つまり，右下部位に音の異常があると指摘したか，もう一度聴くとした場合には，D300に戻り肺音を聴いて，再びD310に解答する。

D315では断続性肺ラ音について学習する。断続性肺ラ音が「1．湿性ラ音とも呼ばれ『水疱音』や『捻髪音（耳のそばで髪を指でこすり合わせたときにでるような音）』などが代表的」「2．乾性ラ音とも呼ばれ『類鼻音（いびきのような音）』や『笛声音（笛に似た音）』などが代表的」の2つの選択肢のいずれであるかを解答する。D315は1回のみの解答であり，正答は1であることが示された後，正答でも誤答でも先（D330）に進む。

D330でもう一度D300と同じ胸部の肺音を聴き，D340でD310と同じ質問に答える。今度はD310の場合と異なり，正答，つまり，左下の肺音の異常を指摘するだけでなく，それが断続性肺ラ音であることを解答できることが求められる。

b．学習者の学習過程（図5．断続性ラ音）

初回解答で「2．左下肺野で断続性肺ラ音を聴取」と正答した被験者は63名中31名（49.2%），「4．左下肺野で連続性肺ラ音を聴取」と解答した被験者は20名（31.8%），「5．もう一度肺音を聴く」と解答した被験者は9名（14.3%）であり，「1」または「3」の右下に肺音異常があると解答した被験者は僅か3名（4.8%）であった。すなわち，80%以上の被験者は左下に肺音異常があると指摘できており，50%近くの被験者はそれが断続性肺ラ音であると正答することができていた。

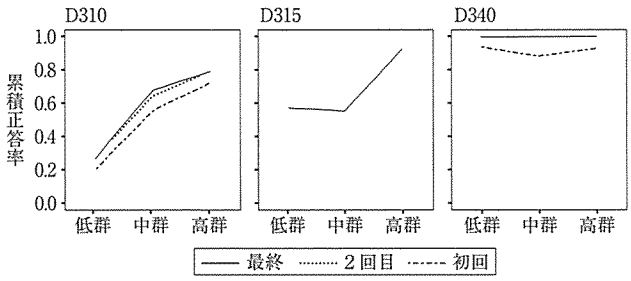


図5　断続性肺ラ音

次に，正答した被験者の割合を群別にみると，低群では16名中3名（18.8%），中群では33名中18名（54.6%），高群では14名中10名（71.4%）となっており，能力の高い群の方が正答率は有意に高かった（$p<0.01$）。また，「4．左下肺野で連続性肺ラ音を聴取」と誤って解答した割合は，低群では10名（62.5%），中群では8名（24.2%），高群では2名（14.3%）となっており，能力の低い群の方が誤答の連続性肺ラ音とした割合が有意に高かった（$p<0.05$）。この高群と低群の結果は，断続性肺ラ音について学習するD315の結果にも表れており，低群と中群では正答率が55%であったが，高群の正答率は92.9%と有意に高値であった（$p<0.05$）。しかし，もう一度胸部聴診を行った後の知識確認としての設問であるD340の初回成績を見ると，低群で15名（93.8%），中群で29名（87.9%），高群で13名（92.9%）の被験者が正答しており（n.s.），はじめは断続性肺ラ音について正しいイメージがなかった低群や中群の被験者も高い正答率を示していた。

②「肺音の聴診方法の学習」

a．コースウエアの構成

B300から続く4つの設問は，術直後の患者の肺音の聴診に関するものである。まずB300で，肺音を聴く際にどのようにするかを「1．安静を妨げないように胸を開いて，静かに全肺野の肺音を聴く」「2．最初に2～3回深呼吸を促し，全肺野の肺音を聴く」「3．ステートを当てる度に深呼吸を促し，全肺野の肺音を聴く」の中から正答の3を選択すると先に進む。

次のB310では，ステートの当て方について，3つの絵図の中から適当なものを選択する。コンピュータ上でステートを動かして正常肺音を聴く学習を行う。

B330では，側面と後面の聴診について，「1．前面が正常なので聴診しない」「2．側面の肺音のみ聴診する」「3．側面も後面も聴診する」の中から3を選択すると先に進む。

そしてB340では，仰臥位で帰室した術直後の患者の後面（側面）の肺音の聴診の仕方について適当なものを「1．腹臥位に体位を変換して聴診」「2．ベッドを押し下げて隙間をつくり，そこから聴診器を挿入する」「3．定期的に行う体位変換で浅い側臥位を

とったときに聴診」の中から正答の２または３を選択して先に進む。

いずれの項目も解答できる回数は２回までであり，２回とも誤答の場合には正しい方法に対する説明が提示され先に進む。

b．学習者の学習過程　（図６．肺音聴診）

B300に対する初回解答の正答数を見てみると，低群では16名中３名（18.8%），中群では33名中17名（51.5%），高群では14名中11名（78.6%）と各々に有意な差が認められた（$p<0.01$）。B310に対する初回解答の正答数は，低群では16名中10名（62.5%），中群では33名中24名（72.7%），高群では14名中11名（78.6%）であった（n.s.）。B330に対する初回解答の正答数は，低群では16名中11名（68.8%），中群では33名中26名（78.8%），高群では14名中13名（92.9%）であった（n.s.）。しかし，いずれの項目においても，２回目の解答までの累積正答率は，どの群も100%かほぼ100%になっていた。

B340については，初回解答で「１．腹臥位に体位を変換して聴診」と誤答したのは63名中低群の２名（3.2%）だけであり，「２．ベッドを押し下げて隙間をつくり，そこから聴診器を挿入する」とした被験者は16名（25.4%）「３．定期的に行う体位変換で浅い側臥位をとったときに聴診」とした被験者は45名（71.4%）であった。

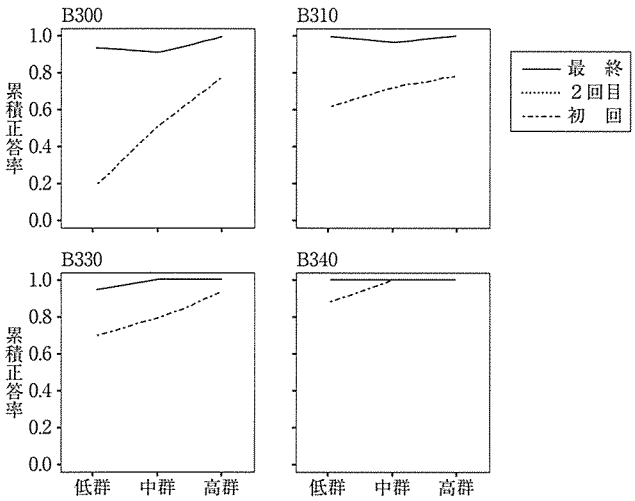


図６　肺音聴診

⑵　最終正答率の低かったコースウエアの分析

１）写真を用いた学習

「術後１日目の患者をイメージする学習」

a．コースウエアの構成

C100は，胃切除術後１日目に期待される状態を，４枚の写真と説明が示された４つの状態，すなわち，「１．ベッド上安静」「２．ベッド上座位」「３．膀胱留置カテーテルが除去され室内歩行」「４．膀胱留置カテーテルが除去されナースの介助でトイレ歩行」の中から選択する問題である。誤答するともう一度考えることを促して同じ問題が再び提示される。３回まで解答することができるが，３回目でも誤答した場合は，正答４が示され先に進む。

b．学習者の学習過程　（図７．術後１日目のイメージ）

初回解答で「１．ベッド上安静」と解答した被験者は63名中５名（7.9%），「２．ベッド上座位」と解答した被験者は32名（50.8%），「３．膀胱留置カテーテルが除去され室内歩行」と解答した被験者は14名（22.2%），「４．膀胱留置カテーテルが除去されナースの介助でトイレ歩行」と正答した被験者は12名（19.1%）で，正答できた被験者は20%を下回っており，半数以上の被験者が術後１日目のイメージを「２．ベッド上座位」としていた。

２回目の解答になると，１回で正答に至らなかった51名中，「１」は11名（21.6%），「２」は６名（11.8%），「３」は18名（35.3%），「４」は16名（31.4%）で，解答はおもに「１，３，４」に分かれ，２回目までの累積正答率は44.4%であった。

３回目の解答では，２回目までで正答に至らなかった35名中，「１」は４名（11.4%），「２」は１名（2.9%），「３」は13名（37.1%），「４」は17名（48.6%）で，解答はおもに「３，４」に分かれ，累積正答率は71.4%にとどまった。高群においても３回目までの累積正答率は78.6%にとどまっていた。

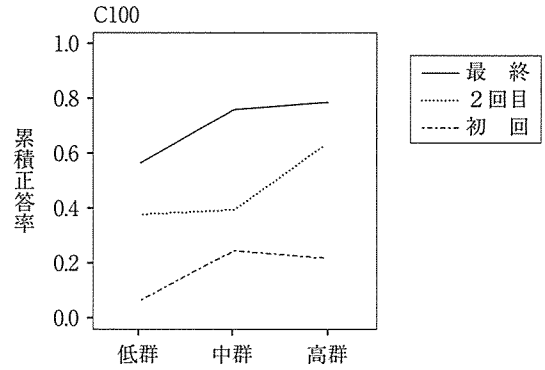


図７　術後１日目のイメージ

２）多重解答項目

「無気肺を起こすリスク因子の学習」

a．コースウエアの構成

C400は，50歳代の本事例が無気肺を起こすリスク因子を以下の選択肢の中から解答するという内容である。選択肢は「１．喫煙歴」「２．術前の%肺活量

120%と１秒率80%」「３．体動制限」「４．麻酔」「５．加齢」「６．胃チューブ挿入」「７．左下肺野の副雑音」「８．痰の排出なし」であり，「２」と「５」を除く「１，３，４，６，７，８」の６つを全てを選べると正解となる。

b．学習者の学習過程　（図８．多重解答）

C400に対する初回解答の正答数を見てみると，低群では16名中４名（25.0%），中群では33名中８名（24.2%），高群では14名中10名（71.43%）となっており（$p<0.01$），高群の被験者であればある程度正答できるが，中群以下の被験者ではあまり正答できていなかった。誤答のパターンとしては，63名中13名（20.6%）の被験者が，「６．胃チューブ挿入」の代わりに「５．加齢」を選択しているのが特徴的であった。また，「４．麻酔」は全ての被験者がリスク因子として選択していた。

２回目解答までの累積正答率は，低群10名（62.5%），中群14名（42.4%），高群12名（85.7%）であり（$p<0.05$），全体では63.5%であった。さらに，３回目までの累積正答率をみてみると，低群11名（68.8%），中群18名（54.5%），高群12名（85.7%）であり（n.s.），全体では69.7%という結果であった。

得られた解答のパターン数を数えると，初回63名から得られた解答のパターン数は21パターン，２回目の解答を行った41名からは17パターン，３回目の解答を行った27名からは13パターンであり，被験者数が63名から27名へ42.9%に減少したのに対し，解答のパターン数は21パターンから13パターンへと61.9%にしか減少していなかった。また，１パターン当たりの被験者数（被験者密度）は，初回3.00名（63 / 21）に対し，３回目は2.08名（27/13）と小さくなっており，相対的に解答のパターンは拡散していた。

また，「１，２，３，４，５，６」のように連番解答をした被験者の数は，１回目63名中１名，２回目41名中０名，３回目27名中５名であった。

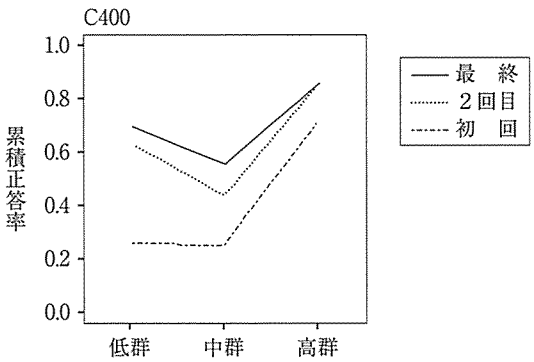


図８　多重解答

Ⅳ．考　察

１．全設問の平均正答率

伝統的な一斉授業では学習者全員の目標到達度(成績)は，60～80%に定めているようである。それに対し，CAIによる個別学習の場合には目標到達度を80%以上に定めるのが通常であるとされる[26]。また，電気通信訓練の標準的手法であるコデブデル訓練方式では，目標達成の有効性の基準として，80/80基準（80%以上の者が80点以上の得点を得ること）を推奨している[27]。これらの点から，全体の最終平均正答率が84.6%，モジュール設問の最終平均正答率が92.3%であった本教材は，全体としてはその基準を満たしていると言える。しかし，後述したように設問単位では最終正答率が80%に達していないものもあり，これらの設問については，詳細な分析を行い改良を加える必要があると考えられる。

設問の難易度は，通常，全体平均が80点以上であればやさしい，全体平均が50点以下であれば難しいと判断されるのが通常である。本コースウエアの初回解答の平均正答率は，40項目の全フレームでも30項目のモジュールでも60点代であり，設問の難易度は妥当だと思われる。

２．コースウエアの分析

１）ビデオ映像を導入した学習

臨床実習の場において，麻酔全覚醒と半覚醒が正確に判断できない看護師と学生が多いという現状が気になっていた研究者らは，麻酔からの覚醒状態を判断させる設問では，ビデオ映像を導入した設問と解説を準備した。その結果，初回誤答率が低群50.0%，中群51.5%，高群64.3%とどの群も正答者数は半数程度であった。しかし，初回は半数以上の被験者が間違えていた麻酔半覚醒の状態について，ビデオ映像と麻酔覚醒状態の定義を組み合わせて示すことによって，最終的には低群93.8%，中群97.0%，高群100%と，ほとんどの被験者が理解したといえる数値を得た。麻酔からの覚醒状態の判断は，最も正答伸び率の高かったモジュールであり，ビデオ映像という視聴覚教材の効果だと考えられる。すなわち，麻酔半覚醒の定義に関する要点の一つ一つを，映像として示された患者の全身反応（呼びかけに対する開眼と応答が同時に生じ，続いて掌握反応を示すが直ぐに閉眼する）に結びつけて考えられるように教材を作成した結果だといえよう。このような学習方略は，映像情報に近い形のまま認知的な処理が行われることによって，映像としては表現できるが文字情報としては正確に表現しにくく，イメージ化が困難な場面の学習効果を高めるのではないかと推測している。この点に関しては今後の課題として検討していきたい。

帰室直後の家族の面会場面では，カーテンを閉めてプ

ライベートな空間を作るというようなビデオを見ていて直ぐに視覚的に得られる情報は，ほぼ全員が確実に理解できていた。しかし，看護師が家族に対応している場面では酸素や輸液を受けている術直後の患者の方に注意が向いたからであろうか，約２割の学生は看護師が家族に話した「患者様は目を閉じていらっしゃいますが，呼びかけの声は聞こえます……」を聞き，その対応の意味（家族が患者様に呼びかけるための支援）を十分に理解することができていなかった。映像情報は，「わかりやすさ」にはつながるが，自ら思考するという部分が薄められるということにもなる。一方，学習目的からすれば必要のない情報も同時に含んでいることが多く，それらが学習を妨害する可能性もある[23]。ビデオ映像を見たのだから理解したと思い込むことのないよう，重要な内容に関しては再度問いかけて理解度を確認していく必要があるといえよう。

２）音とバーチャルリアリティを導入した学習

正常呼吸音と異常呼吸音の聞き分けについては，初回解答で８割の被験者ができていたが，その異常音が断続性肺ラ音であると判断できたのは５割であり，中でも低群の被験者の正答率が２割未満ときわめて低いという特徴が見られた。

音に関する学習は，教科書などの文字媒体では言葉による説明にとどまり不十分な点が多い。それに対し，コンピュータを用いたCAI教材では，音を聴いて学習をすることができるという利点がある。本CAIでは，異常音が発生するメカニズムを図で説明しながら同時に音を聴かせるという工夫をし，このような学習を繰り返し行うことによって，段階的に理解が深まったといえる。このことは，はじめ（D310）は正答率が低かった低群の被験者も，コースウエアを通して学習することにより，確認の設問（D340）において，高群と同等にかなりの割合（低群93.8%，中群87.9%，高群92.9%）で正答できるようになったという事実より明らかである。また，ここに至るまでに各被験者は，マウス操作で動くステートを身体の図上に当てて呼吸音を聴くことを複数回要求される。このようなバーチャルリアリティは，コンピュータ学習ならではの利点であろう。聴覚のみを刺激された人が20%の記憶ができるのに対して，聴覚と視覚を刺激された人は40%の記憶ができ，聴覚・視覚の刺激を受けて行動した人は75%の記憶ができるという報告[28]もある。

本研究における断続性ラ音の学習は，身体図（視覚刺激）の上にマウス操作でステート図を当て（行動），正常の肺音聴取部位と異常肺音聴取部位（聴覚刺激）を判断するという統合された活動と，どのような異常かを判断するという高度な思考を求めるものである。臨床の場では異常の早期発見のために日常的に求められる看護行動であるが，体験学習が容易にできない場面であり，バーチャルリアリティ学習が効果を発揮するのはこのような場合だと考えられる。

肺音の聴診に関する正答率は，初回は被験者群の能力段階に応じ，低群の正答率が低く，中群の正答率が中程度，高群の正答率が高い値になっており，有意差が認められた設問もあるのに対し，２回目の解答までの累積正答率になるとどの群でもほぼ100%の正答率となっている。各設問において選択肢の数は３つであり，ランダムに解答した場合に正答選択肢が選択される累積確率は，初回33.33%，２回目まででは66.67%であることも考え合わせると，どの群においても２回目まででほぼ100%の累積正答率が達成された本教材では，肺音の聴診に関して適切な学習がなされていることが推察される。

３）写真を用いた学習

本CAI学習の早い時期に，術後１日目に期待される患者の状態をイメージさせておき，そのような正常の回復過程を援助するためのケアを，順次考えさせていきたいという狙いを持たせた設問である。63名中32名の被験者は，術後１日目のイメージとして患者がベッド上に座っている状態を描いており，ナースの介助を受けてトイレまで歩行するという術後１日目のイメージは描きにくいものであったことがわかる。このように，描きにくいイメージを視覚的に提供し，学習させることができるのは，CAI教材のひとつの利点であると考えられる。しかし，ベッド上座位が誤答であると知らされると，後は予想外のランダム解答となったことが解答パターンから推察され，解答３回目までの累積正答率の全体平均は71.4%にとどまった。ヒント内容の充実やビデオ映像の活用など，改良のための検討が必要であろう。

４）多重解答項目

多重解答項目は，「無気肺を起こすリスク因子」の設問と，ビデオ映像を導入した学習で述べた「帰室直後の家族の面会」に関する設問である。これら多重解答を求められた２つの項目の正答率の変化を見てみると，初回解答から２回目の解答間の累積正答率の変化は大きく，２回目から３回目の解答の間の累積正答率の変化はそれほど大きくはなかった。被験者数と解答のパターン数の関係で，３回目の解答まで至る被験者数の割合が減少している程度には，解答のパターン数は減少しておらず，また，３回目になって連番解答をする被験者が増加しており，これは考えもなく連番解答している可能性が考えられる。多重解答は，何回も繰り返し答える必要があると，その設問の正答を思考

し続けることにより学生が疲労し，集中力が途切れたりする思考負荷の大きい解答形式である。それゆえ，３回目の解答まで行っても，累積正答率があまり上昇しないのではないかと考えられる。学習効果を高める方法としては，２回目の解答を行うときに，より注意深く考えることを促すようにするのも１つの方法であろう。また，必要のないもの２個を選択させるという学習者の思考負荷が少ない方法も考慮すべきであろう。

結　論

1．本CAIコースウエアは，初回解答の平均正答率が66.6%であり，設問の難易度は学習者の能力に応じていたといえる。また，最終解答の平均正答率は84.6%であり，目標達成度からみて有効な学習教材であるといえる。

2．マルチメディアCAI学習の特徴の一つである『ビデオ映像（音声付）や写真を導入した学習』においては，視覚的に分かりやすい動作の大きな行為や行動に関する理解は容易に得られるが，詳細部分については，定義や説明などと組み合わせて理解度を高める必要性が確認された。

3．マルチメディアCAI学習の最大の特徴といえる『音という聴覚刺激，図や写真という視覚刺激，これらの刺激を受けて行動する（マウス操作を行う）』という肺音の聴診に関する設問は，成績高群・中群・低群の全ての群においてほぼ100%の正答率が得られ，バーチャルリアリティを含めたマルチメディアによる教育効果が確認された。

4．ビデオ映像や写真を用いたとしても，何回も繰り返し答える必要がある多重解答項目は，解答回数を増やしても累積正答率はあまり伸びないことが確認された。ゆえに注意を促すメッセージを提示する，あるいは多重選択の解答数をできだけ少なくするという工夫が必要である。

要　旨

研究者らが開発したCAIコースウエアの学習履歴を分析することによって，学習者の学習過程を把握し，コースウエアの評価を行うという目的で本研究を行った。分析に当たっては，テスト理論における項目特性曲線の考え方を採用した。

その結果，本CAIコースウエアは，学習者にとって適切な難易度と有効性を有していることが確認された。マルチメディアCAI学習の特徴の一つである「映像や写真を導入した学習」においては，視覚のみに頼らず，詳細部分については定義や説明などと組み合わせて理解度を高める必要性が確認された。また，「聴覚と視覚を刺激し，これらの刺激を受けて行動すること」を求めた設問では，成績高・中・低群の全てにおいてほぼ100%の正答率が得られ，バーチャルリアリティを含めたマルチメディアによる教育効果が明らかとなった。しかし，思考負荷の大きい多重解答項目は，応答回数を増やしても正答率はあまり改善されなかった。

Abstract

We have developed the CAI course ware for post-operative care. In this paper, we assessed the learning process of course takers and evaluated the CAI course ware by analyzing learning records. At this analysis, the idea of item characteristic curve on the test theory was employed. Then, it was found that this CAI course ware had appropriate difficulty and efficiency for learners. Almost all course takers could utilize the visual and auditory aids when these are presented at a question, and they selected the correct answer for the question. Each cumulative proportion of correct answers of high, middle and low achievement group for such kind of questions was almost 100%. Therefore, it could be concluded that the virtual reality of this multimedia instruments was useful and effective for learners. However, it was also observed that, as a learning instrument, not only video and pictures but also verbal definitions and explanations at details were required to deepen the understanding. Because it was difficult to select the all correct choices of a multiple-answer question, the cumulative proportions of correct answers of such questions were not so improved even if the number of response times were increased.

文　献

1）Bolwell, Christine : Evaluating computer assisted instruction, Nursing & Health Care, 9(9), 511-515, 1988.

2）Gleydura, A.J. et al.: Multimedia training in nursing education. Computers in Nursing. 13(4), 169-175, 1995.

3）佐藤隆博：子どもの思考力育成とマルチメデイア学習環境（佐藤隆博他編），12-27，明治図書，東京，1996.

4）佐藤隆博：学校教育におけるコンピュータ活用のあり方．マルチメデイアの運用とそれを巡る問題，マルチメディア活用の方法と実践（佐藤隆博他編），9-13，明治図書，東京，1996.

5）Zielstorff, Rita D.: Computers in nursing, Aspen Publication, London, 1982, 西垣 克監訳, 看護とコンピュータ, 217-251, 医歯薬出版, 1995.
6）Anderson, Kathy : Computer assisted instruction; An overview, Proceeding of Nineteenth Annual, Hawaii International Conference on System Sciences, 4-10, 1986.
7）Day, R. et al.: Comparison of lecture presentation versus computer managed instruction, Computers in Nursing, 2, 236-240, 1984.
8）Desch, L.W. et al.: Comparison of computer tutorial with other methods for teaching well-newborn care, AJDC, 145, 1255-1258, 1991.
9）Clark, R.A. et al.: Efficacy of computers in teaching arterial blood gas analysis, Academic Medicine, 67(6), 365-366, 1992.
10）Jacoby, C.G.at al.: An evaluation of computer-assisted instruction in radiology, AJR, 143,675-677, 1984.
11）Day, R. et al.: Computer-managed instruction; An alternative teaching strategy, Journal of Nursing Education, 26(1), 30-35, 1987.
12）ライダー島崎玲子：看護技術教育におけるCAI活用に関する研究－平成４年度科学研究費補助金（一般研究(B)）研究成果報告書, 北里大学看護学部, 51-131,1992.
13）猪俣克子，野々村典子，他：CAI教材「筋肉注射」の学習効果, 第24回日本看護学会集録, 132-133. 1993.
14）太田祥一，行岡哲男，他：救急蘇生法教育におけるcomputer-assisted instruction (CAI) の有用性の検討，日救急医会誌, 6, 132-138, 1995.
15）太田祥一，行岡哲男，他：救急蘇生法教育における computer-assisted instruction (CAI)の教育効果に関する検討, 日救急医会誌, 6, 395-403, 1995.
16）宮田久枝：母性看護教育におけるマルチメディアCAIの評価, 信州大学医療技術短期大学部紀要, 22, 51-61, 1996.
17）竹内登美子，比嘉肖江，他：看護学生用マルチメディアCAI教材の開発とCAIによる学習効果, 第17回医療情報学連合大会, 600-601, 1997.
18）竹内登美子，比嘉肖江，他：手術後患者を対象とする臨床看護実習での携帯コンピュータによるCAI学習の効果, 平成７－８年度科学研究費補助金研究成果報告書, 1998.
19）岩本テルヨ：学習内容の定着を図る看護技術教育の研究―CAI教材「救急蘇生法」の学習効果, 日本看護研究学会雑誌, 19(2), 17-24, 1996.
20）竹内登美子，比嘉肖江，他：バーチャルリアリティを用いた術後看護用CD-ROMの開発と学習効果の検証, 平成11～12年度科学研究費補助金研究実績報告書, 2001.
21）吉田博彦：学習構造法に基づいて生徒に学習内容を構造的にまとめさせる数学教材の開発, マルチメディア活用の方法と実践（佐藤隆博他編), 51-59, 明治図書, 1996.
22）坂元　昂 監修：教育メディア科学, 82-113, オーム社, 東京, 2001.
23）芝　祐順：項目反応理論，東京大学出版会，東京，1991
24）豊田秀樹：項目反応理論 第２版[入門編]－テストと測定の科学，朝倉書店，東京，2001.
25）Lord, F.M., & Novick, M.R. (1968). Statistical theories of mental test scores. Addison-Wesley.
26）中山和彦, 木村捨雄, 他：コンピュータ支援の教育システム-CAI, 29, 東京書籍, 東京, 1993.
27）藤岡慎弥　監訳：訓練開発の手引き（抄訳), 101-109, 日本ITU協会, 東京, 1989.
28）Gleydura, A.J. et al.：Multimedia training in nursing education. Computer in Nursing. 13(4). 169-175, 1995.

［平成15年９月22日受　　付］
［平成16年６月22日採用決定］

－原　著－

後期高齢者のSuccessful Agingの意味
－郡部に居住する高齢者の聞きとり調査から－

The Meaning of Successful Aging in Elderly

松本啓子[1)]　渡辺文子[2)]
Keiko Matsumoto　Humiko Watanabe

キーワード：サクセスフルエイジング，後期高齢者，郡部
successful aging, elderly, suburban districts

Ⅰ．はじめに

2002年９月に総務省が発表した65歳以上の高齢者人口の総人口に占める割合（以下，高齢化率とする）は，過去最高の18.5%を示している。1940年代における後期高齢者数は，総人口の1.2%にすぎなかったが，2002年９月に発表された統計調査結果では，7.9%と過去最高を更新している。また，後期高齢者人口は，今後2020年には前期高齢者人口を上回り「超高齢社会」の到来，と予測されている[1)]。高齢者をステレオタイプに考えるならば，老化に関してはマイナスイメージがあるが，寝たきりや痴呆の発生率を統計からみても高齢者の４～５％程度であり，ほとんどの高齢者は元気で健康に歳を重ねている側面も事実である[2)]。

社会老年学の領域においてではあるが，高齢期における適応あるいはSuccessful Agingをめぐる問題に関する議論や言及は，1950年代から米国において諸理論や学説として提起・検討・修正をされてきた[3)]。1980年代には，欧米のプロテスタント文化圏における基本的価値である「自立independence」と「生産性productivity」の維持を目標とするSuccessful Agingの研究と運動は高齢者の可能性を追求し，多くの不可能を可能にしてきた[4)]。

現在，Successful Agingに関してはPalmore[5)]やRoweら[6,7)]などの米国での研究が主流となっている。従来のAgingの退行的イメージから，否定的側面のみでなく肯定的捉えに注目する流れもある中，我が国では，嵯峨座[8)]が，Successful Agingを規定する要件として長寿，健康，満足，活動の４つを挙げている。米国の研究は，Successful Agingを，満足や幸福などの生活満足度指標の測定により把握しようとする傾向があり[9,10)]，これらの指標は客観性や裏づけとしてのデータや真実性に欠ける[11)]。また，我が国の文化・風土に即した社会的文化的背景からの研究はなされていないのが現状である[12～16)]。

我が国の国民性に根付いたSuccessful Agingの研究を深めることは，我々が向う今後の超高齢社会での高齢者の意識や思いを通して，あるべき姿を的確に把握する。そのことは，ケアする立場になる者への教育として活かされ，ひいては高齢者の望む看護ケアを提供することにも繋がると考える。

Ⅱ．用語の定義

1．Successful　Aging：年齢による喪失の衝撃を最小限にくい止めながら，肯定的な分野拡大の方法を見出し，人生に納得し満足して過ごしているプロセスとして，加齢変化に上手く適応するためにいかに自己を調整しているかということに焦点をあてる[17,18)]。

2．意味：物事が他との関連において持つ価値や重要さ[19)]。

Ⅲ．研究目的

郡部に居住する後期高齢者の語りからSuccessful Agingの意味を明らかにする。

Ⅳ．研究方法

1．デザイン

本研究は，帰納法的・質的因子探索型研究として，Duverger[20)]の内容分析の技術に基づき，Klaus Krippendorff[21)]の内容分析を参考にして行った。

2．研究参加者

1）K町在住の後期高齢者

2）日常生活が自立し，社会的活動をしている

3）痴呆や言語障害がなく，日常会話が成立する

以上の全ての条件に該当する高齢者をK町老人クラブ会

1) 川崎医療福祉大学医療福祉学部　Faculty of Medical Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare
2) 元岡山県立大学保健福祉学部　Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University

長に選定を依頼した。本研究は，Palmore[22]やKaufman[23]の考え方を参考に，我が国の高齢化率のほぼ全国平均と考えられるO県内で，郡部としてもほぼ全国平均に近いと考えたK町に在住する後期高齢者とした。

K町の属するO県の人口は，2000年現在で195万人，高齢化率20.2%である。K町の高齢化率は33.08%であり，その中でも前期高齢者に対する後期高齢者の割合が，1998年度で83.5%となっている[24]。郡部の中では，高齢化率等ほぼ全国の平均的レベルであると考えられる[25]。研究参加者としては，18人の参加者の紹介を受け，その内15名から研究承諾の同意を得た。その15名の内，本研究のテーマに即するインタビュー内容が得られたと研究者が判断した10名（男性６名・女性４名で平均年齢80.3歳）を最終対象者とした（表１）。

表１　研究参加者の概要

参加者	年　齢	性　別	家　族　構　成
A	82歳	男性	独居(死別)
B	79歳	男性	夫婦のみ
C	83歳	男性	夫婦のみ
D	85歳	女性	夫婦のみ
E	80歳	男性	三世代同居
F	77歳	女性	夫婦のみ
G	82歳	女性	夫婦のみ
H	79歳	男性	三世代同居
I	77歳	男性	夫婦のみ
J	79歳	女性	独居（死別）

３．データ収集方法

１）倫理的配慮

老人クラブ会長に研究の主旨を用紙を以って伝え，同意を得た後，参加者の条件を満たす高齢者を18名紹介して頂いた。紹介された参加者へは，書面による依頼をした。また，依頼時に，インタビュー項目の概要を提示したうえで，本研究に関する参加協力は自由であり，研究のどの段階においても研究参加の途中放棄が可能であること，データの処理には細心の注意を払うこと，インタビュー内容の外部への漏洩のないこと，個人が特定されないことなどを明確にした同意書に署名を求め承諾を得た。なお，インタビュー毎に研究協力を拒否できることの説明を行い，研究への参加の確認を行った。

２）インタビュー方法

研究参加者（以下 参加者とする）の執筆した個人史，人生史，戦争史などの記録物より情報収集し，参加者の人物理解に努めた。半構成的質問紙は，エイジレス・セルフの考え方やSuccessful Agingに関する論文を整理・検討し作成したものを使用した（表２）。インタビューの内容は，参加者の承諾を得てテープに録音した。また，テープ録音の同意の得られなかった参加者1名にはノートに記録する許可を得た。場所は，参加者が希望する場所で行い，プライバシーが保持できるよう配慮した。インタビュー回数は１人１回から４回で，時間は，１人１時間から１時間30分程度とした。

表２　半構成的質問紙

1．年齢，家族構成，婚姻状況，身体状況
2．日々の生活で何か気を付けていることがありますか。
3．若い頃考えていた（想像していた）歳をとった後の姿と，現実に（実際に）なってみて（自分の身体で体験しているもの）と比べてみてどう思いますか。
4．実際この年齢になってみて実感はありますか。
5．今，生きがいは何ですか。
6．今の毎日は，楽しいですか。
7．死についてどのように考えますか。
8．今までの人生で一番心に残っているものは何ですか。
9．歳をとって良かったと思う事はありますか。
10．今，あなたを支えているものは何または誰ですか。
11．今後，どのような希望・夢がありますか。

３）インタビュー期間

平成13年９月～平成14年５月。

４）データの分析方法

インタビュー内容を録音したテープやノートの記録から逐語記録を作成し，以下の手順で，内容分析の手法を参考にしながらカテゴリー化を行った。

(1) 逐語記録にしたインタビュー内容は，内容要素によってデータを抜き出し，２つ以上の意味を含まないようにデータを区切り，これを基本データとした。

(2) 研究者の主観によるデータの歪みを避けるために，参加者の方言や地方独特の言い回しの表現を標準語に近い文言に言い換える作業に留めながら，コード化を行った。

(3) コード化の過程において，意味や表現，認知状態の同じコードを１つのまとまりとし，データの文脈に立ち戻りながらまとまりを比較して，類型化を行った。

(4) 全ての参加者のうち３名の２次コードを認知内容別に比較し，それぞれ類型化しサブカテゴリーを抽出した。残りの参加者７名の２次コードは，３名で生成したサブカテゴリーと照らし合わせながら類型化を行った。共通しなかったコードは，関連あるコードを探して，新たなサブカテゴリーを抽出した。この時，一部共通する意味を持つコードは分解して，参加者毎にコードを再構成する作業を繰り返した。

(5) 全ての参加者のサブカテゴリーを，時系列の関係に着目しながら，認知内容別に比較し類型化して並べ替え

た。また中心となる意味を反映させ抽象度の高いカテゴリーとなるよう，修正を繰り返して生成していった。

5）真実性の確保

インタビューは，参加者に内容の確認を行いながら実施し，可能な限り2回目以降のインタビュー時にも，本人に前回の内容の確認を行いながらインタビューを進めた。また，参加者の執筆した文献や記録物から参加者の人物理解をすすめるよう配慮し，必ず身体状態や調子についても尋ね，参加者の話を積極的に聴く態度を示し，何でも話せる雰囲気作りを心掛けた。

最後に本研究の厳密性を高めるために，インタビューに関して多くのデータを表した参加者2名を選び，それぞれに結果を提示し，インタビュー内容に照らしあわせて，結果が妥当かどうかについて確認の評価を受けた。2名は自らの語りとSuccessful Agingとしてカテゴリー化した結果とを反芻し，十分表現されていると証言した。

本研究の全過程を通じてスーパーバイザーからの指導を受けた。

V．結　果

Successful Agingの意味を時系列にも着目しながら，内容分析した結果，6カテゴリー，20サブカテゴリーが抽出された（表3）。以下，カテゴリーは，大きさの順に【 】，[ ]で表示し，参加者の生データは『 』で，生データの発言者を（ ）で記載する。

ひとつめのカテゴリー【満足】については，サブカテゴリー[価値観の変化に柔軟に対応でき，肯定的な受容をしている]・[現状までの過程に満足している]・[現在の生活をある程度満足し，受け容れる]・[心の拠りどころがある]で構成されていた。戦争を潜り抜けてきたというよりは，流れに身を任せた人生ではあったが，柔軟に対応し歩んできたという満足感が語られた。また，『病気もあるが薬を飲めば落ち着くし，足が痛いわけでもない，行こうと思えばどこへでも行けられるし，お金がちょっと足らないけれど……っはっは。(H)』と，現在の生活の充実感を，ユーモアを込めて語っていた。また，生活面でも，氏神様であったり，ご先祖様を敬うことで，何かの時の心の拠りどころにしているとも語った。以上述べてきたように，過去における出来事を肯定的に評価し，その中で翻弄された自分の人生さえも肯定して，過去と現在に至るそのプロセスも‘良かった’と表現し，満足感を語った。また，過去から現在への過程も含めて，現在の状況を肯定的に評価し，自分の人生を肯定して，現在を‘やすらぎ’と表現し，満足感を語ったことから‘過去も現在も満足している’として，このカテゴリーを【満足】と命名した。

表3　カテゴリー表

サブカテゴリー	カテゴリー
価値観の変化に柔軟に対応でき、肯定的な受容をしている	満　足
現状までの過程に満足している	
現在の生活をある程度満足し、受け容れる	
心の拠りどころがある	
個人で楽しめるものを持っている	チャレンジ
生きることに前向き	
健康が一番大事	健　康
元気でいるために、様々な努力を惜しまない	
自分の中の理想に当てはまらなければ、批判し自己主張もする	自負心
自分の価値観を人に対して、求める	
自己評価が高い	
自己のエリート意識	
自己中心的な意志の強さ	
周囲と関わる時、身だしなみが気になる	参　加
対人交流の維持に努力する	
世話役を引き受ける	
相手の立場を考える	
今の自分の感覚を守りたい	自己保存
感覚的には年齢を感じない	
死はまだ遠い存在	

2つめのカテゴリー【チャレンジ】については，サブカテゴリー[個人で楽しめるものを持っている]・[生きることに前向き]で構成されていた。様々なものに興味を持ち，個人で楽しめるような趣味を広げ，一歩進めている様が語られた。また，知的欲求が高く，今，貪欲に知ることは，未来の自分の何かの役に立つであろうということを，内に秘めている気持ちをも表現していた。また，戦争で翻弄された，その事実をきっちりと受け止め，そこから，未来へ向けての意欲とともに，生きるという現実に目を向けているからこそ，『もうしょうがないことは諦めて，どうしていくか考える。前向きにせにゃ，しょうがない。(A)』と，生に対しては真摯な態度で，嫌なことがあってもそこから逃げないと表現していた。以上述べてきたように，現状を再認識し，生への意欲を感じる‘知りたい’‘チャレンジが生きがい’などと表現し，現状の生きる意欲や前向きさを語ったことから‘チャレンジ精神旺盛で前向きな言動をする’として，このカテゴリーを【チャレンジ】と命名した。

3つめのカテゴリー【健康】については，サブカテゴリー[健康が一番大事]・[元気でいるために，様々な努力を惜しまない]で構成されていた。日常生活動作がある程度可能であり，手段的日常生活動作ができるのであれば，現在の一病や二病を有する健康状態や身体の状況は受け容れていた。その上で，『一番大切なものは，命であり，健康。(J)』といった表現をしていた。『健康でなければ長生きをしてもいけん。…… 略 ……やっぱり寝込んだらいけん。そのためには年1回健康診断をせんといけん。(A)』

のように，積極的に自己の健康維持のために努力をしている高齢者や自分で考えた工夫や努力をして，健康や元気の維持をコントロールしているかのような語りも多かった。以上，述べてきたように，現在の生活を語る中で，基盤となる満足感のもとに，未来へ一歩踏み出す可能性を秘めた現在として，重要な意味を持っていた自身の健康や元気を表現したこのカテゴリーを，‘健康・元気にむけて努力する’として【健康】と命名した。

4つめのカテゴリー【自負心】については，サブカテゴリー[自分の中の理想に当てはまらなければ，批判し自己主張もする]・[自分の価値観を人に対して，求める]・[自己評価が高い]・[自己のエリート意識]・[自己中心的な意志の強さ]で構成されていた。『どうも今ごろは若い人に，飽き性が多い。就職していても，転職とか……なんで，どおいう感情で行くのかわからない。石の上にも3年と言うように，辛抱いうことが大事じゃと。(C)』など，相手にも当然自分と同じ価値観があってしかるべき，といった表現であった。また，自己評価が高く，人生においても，自分を信じてやってきたことに対する自信と誇りが表現されていた。意志の強さや自信の強さを表現するなど，自己を高く評価していた。『別に誰かに支えてもろうとるとも思わんし，別に頼りにしとるとも思わん。ま，自分で働いて，自分で払って，もらっていきょうるから……(E)』などと語り，自立心が強く，かつての生産性の高い自己を信じて，生活してきたプライドを語っていた。町内での相談役として地域の人から頼りにされていたり，老人クラブやその他の団体の役員を受けていたり等，地域に根付いている自己の役割や，高い地位を認識した表現であった。以上，述べてきたように，高い他者評価を得るとともに，高い自己評価や，自己を特別視した語りをしていた。これら5つのサブカテゴリーは，高いプライドに関したものであり，‘高い他者評価を得るとともに高い自己評価をしている’として，これを表すカテゴリーを【自負心】と命名した。

5つめのカテゴリー【参加】については，サブカテゴリー[周囲と関わる時，身だしなみが気になる]・[対人交流の維持に努力する]・[世話役を引き受ける]・[相手の立場を考える]で構成されていた。他者が，どのように自分を見ているのだろうか，とまずは身だしなみが気になる。他者との交流やその拡大，維持に重要性を見いだしていた。地域の人々の中に帰属していることに安堵しているかのような表現をしていた。また，『死ぬまで，この役を続けるつもり。(I)』など，今までのままの生活をしていきたいという発言も聞かれた。以上述べてきたように，‘人との関わりを大事に思う’‘人の役にたちたい’などと表現をすることで，社会に参加・関与するうえで，相互の関係における自己の存在を再認識していた。これら4つのサブカテゴリーは，社会や周囲への参加・関与など相互作用の重要性を語っていることから‘社会や人との関わりに意味を見出している’として，このカテゴリーを【参加】と命名した。

6つめのカテゴリー【自己保存】については，サブカテゴリー[今の自分の感覚を守りたい]・[感覚的には年齢を感じない]・[死はまだ遠い存在]で構成されていた。『まあ，自然にこうなったんかな，という感じ……ふっと思ったらもう70と。(F)』と，主観的自己の歴年齢に対する違和感をも表現していた。語りの中に，自己の死についての語りがほとんどない。しかし，‘ころっと逝きたい’という表現からも，死ぬその瞬間まで考えられない，または考えたくはない，という気持ちを示しているとも受け取れる。以上述べてきたように，あたかもAgingは止まっているかのように感じており，死はまだ遠いとも感じているため，‘現状をそのまま続けていきたい’‘変わりたくない’などの表現をすることで，現状の自己保存を語ったことから‘満足している今の自分を，努力して維持させたい’として，このカテゴリーを【自己保存】と命名した。

Ⅵ．考　　察

1．Successful Agingの意味について

Successful Agingを規定する条件として長寿，健康，満足，活動[26,27]と捉えられているが，後期高齢者の平均的な姿としては，結構満足した生活を送っている[28]といわれているように，【満足】は，これを支持する内容でもあったと考える。人生における失調要素の甘受後の老年的超越性[29]と重ねた時，老いてもなお発達が重要な意味を持ち，その発達課題の達成が老後の生きがいであり，例え課題を十分に達成しなかったとしても，受容できることが，満足であるという表現をさせると考えられる。

抽出されたカテゴリー【チャレンジ】では，活動理論に基づいたSuccessful Agingの意味に，挑戦やチャレンジ精神などが包含されると考えることは自然である。日本人の心には，生きる目的や意味や価値が問題にされてきた文化的，民族的背景があり[30]，ただ漫然と生の流れに流されて来たのではなく，喜びや哀しみなど感情の起伏や体験の変化を含んでこそ，生の内容を豊かにする。時の流れにチャレンジという適度の抵抗感を加えることで，より高い充実感を得ているものと言える。

Maddox[31]は，高齢女性の健康の意味として，自分たちよりもより大きな存在との相互作用，自己受容，ユーモア，柔軟性，利他主義という5つのテーマを導き出した。今回抽出された【健康】において，その意味は，人によって異なるが，自身のテーマを満たすことで，健康を実感していると解釈したのではないだろうか。

自尊心は自己評価と深く関係しており，自己を価値ある存在であると考えることで自らの重要性を実感できるならば，意欲的，積極的かつ心理的な充実感を持つことができるといわれている[32]。抽出された【自負心】にも高い自己評価や自己を特別視したエリート意識等が感じられ，自尊心を包含した自負と解釈できる。周囲からの相当な尊敬を得ているという自信に基づいての語りではあったが，自分を特別な存在であると無意識下に認識していると感じられる語りであった。

抽出された【参加】には，ある集団に一員として入ることの意味合いもあるが，その中でもRoweら[33]の提示する対人関係保持と非常に近い意味があると考えられる。加えて，社会の中で役割を持ち，人と関わり，相手のことをも考慮している。

Kaufman[34]は，高齢者がある時には「歳を感じる」と言い，別の時には「若く感じる」と言ったりすることから，自分が老人であること自体には意味を見出していないと表明した。それは，エイジレス・セルフが象徴的・創造的なプロセスを通して維持されるということであった。その論述と本研究の結果とは，非常に類似している。

2．実践への示唆

高齢者が，チャレンジ精神旺盛で，自信に満ちた社会的役割の担い手であることを視座に据えて論じていくための指標を得た。また医療・看護教育における高齢者理解を拡充するとともに，今後の高齢者対策を講じていくことに示唆を与えることができる。

3．本研究の限界と課題

本研究は，対象を郡部に居住している後期高齢者として限定しているため，すべての後期高齢者に一般化することは控える必要がある。さらに，データ吟味を専門者間審議することによって研究の真実性を高める努力を行なったが，研究者を介することにより主観や先入観などによる偏りが生じた可能性も否めない。

本研究は，今後さらに対象者，地域の幅を拡大して，今回明らかになったSuccessful Agingの概念の妥当性の検証をしていく必要がある。

Ⅶ．まとめ

本研究は，我が国の郡部に居住する後期高齢者の聞き取り調査の結果を，質的帰納的に分析することにより，Successful Agingの意味を明らかにすることができた。以下に得られた知見を明示する。

1．Successful Agingの意味として6つのカテゴリーが抽出された。

2．現在から時間的に以前である過去と現在の語りから‘過去も現在も満足している’としての【満足】。現在を語る中で，Agingにおける年齢による喪失に固執することなく，そこから広がる可能性を秘めた意欲的な語りから‘チャレンジ精神旺盛で前向きな言動をする’としての【チャレンジ】。現在を語る中で，現実の自己を受け容れることで，身体的健康という固定観念に縛られることのない語りから‘健康・元気にむけて努力する’としての【健康】。現在を語る中で，高い主観的自己評価として表現されていたことから‘高い他者評価を得るとともに，高い自己評価をしている’としての【自負心】。現在を語る中で，他者との関わりの中での自己として表現されていたことから‘社会や人との関わりに意味を見出している’としての【参加】。時間的に遡った過去と現在における肯定的状況を未来へ繋げる語りから‘満足している今の自分を努力して維持させたい’としての【自己保存】，の6カテゴリーが抽出された。

3．高齢者の語りには，現在の生活を語る中で，過去を振り返ることによって現在の生活に意味を持たせ，それを維持させていくために努力し，未来へ繋げたいと言う気持ちが表現されていた。

謝　辞

本研究を行なうにあたり，快く協力してくださり，丁寧に体験を語って下さいました皆様に心より感謝申し上げます。

なお，本論文は平成14年度岡山県立大学大学院保健福祉学研究科の修士論文の一部に加筆・訂正を行ったものである。なお，第29回日本看護研究学会学術集会にて本研究の一部を発表した。

要　旨

郡部に居住する後期高齢者10名への聞き取り調査から，Successful Agingの意味について帰納法的・質的因子探索型研究を行った。

Successful Agingの意味としては，【満足】【チャレンジ】【健康】【自負心】【参加】【自己保存】の6カテゴリーが抽出された。語りの中で‘過去も現在も満足している’から【満足】，‘チャレンジ精神旺盛で前向きな言動をする’から【チャレンジ】，‘健康・元気にむけて努力する’から【健康】，‘高い他者評価を得るとともに高い自

己評価をしている’から【自負心】，‘社会や人との関わりに意味を見出している’から【参加】，‘満足している今の自分を，努力して維持させたい’から【自己保存】の６カテゴリーであった。郡部に居住する後期高齢者のSuccessful Agingの意味を明らかにしたことは，新たな高齢者像の構築，医療・看護教育における高齢者理解の一端に寄与することができる。

Abstract

The purpose of this study was to search for the meaning of Successful Aging in the late elderly in the suburban districts. This study was a qualitative research, and the subjects were 10 elderly people older than seventy-five. Six categories for the meaning of Successful Aging in the late elderly were identified: Satisfaction, Challenge, Health, Self-confidence, Participation and Self-conservation. The clarification of the meaning of Successful Aging in the late elderly could contribute to the construction of a renewed elderly-people image and the further understanding of the elderly in the areas of medicine and nursing education.

Ⅷ. 文　献

1）内閣府編：高齢社会白書，財務省印刷局，東京，66-68，2001.
2）東京都老人総合研究所　編：サクセスフル・エイジング　老化を理解するために，ワールドプランニング，東京，11-25，46-52，1998.
3）中嶌康之，小田利勝：サクセスフル・エイジングのもう一つの観点－ジェロトランセンデンス理論の考察－，神戸大学発達科学部研究紀要，8(2)：595-609，2001.
4）秋山弘子：日本の老年社会科学から欧米へ向けての発信，老年社会科学，22(3)：338-342，2000.
5）Palmore, E.：Predictors of Successful Aging, The Gerontologist, 19(5)：427-431, 1979.
6）Rowe.J.W., Kahn, R.L.：Successful Aging, The Gerontologist, 37(4)：433-440, 1997.
7）Rowe, J.W., Kahn, R.L.：Human Aging：Usual and Successful, Science, 10(237)：143-149, 1987.
8）嵯峨座晴夫：エイジングの人間科学，学文社，東京，1993.
9）谷井康子：サクセスフル・エイジング概念分析，日本看護科学会誌，21(2)：56-63，2001.
10）前掲４）
11）Neville, E.S.：Improving Care for The Frail Elderly：The Challenge for Nursing, Journal of Gerontological Nursing, 26(7)：36-44, 2000.
12）谷垣静子，佐藤卓利，他：中高年のサクセスフルエイジングに向けた準備行動 －介護意識と老後に向けての対処行動－，京都府立医科大学医療技術短期大学部紀要，10：107-113，2000.
13）安部登茂子，大西早百合，他：サクセスフルエイジングに向けての準備行動に関する研究 －栄養・食生活からの検討－，京都府立医科大学医療技術短期大学部紀要，10：217-224，2001.
14）大西早百合，福間和美，他：中高年におけるサクセスフルエイジングに向けての準備行動に関する研究－地域社会・社会参加と準備行動の関連，京都府立医科大学医療技術短期大学部紀要，10：167-177，2001.
15）斎藤高雅，浅香昭雄：100歳の一卵生双生児にみられる性格特徴とサクセスフルエイジング，臨床精神医学，23(11)：1311-1315，1994.
16）安次富郁哉，富村　京，他：高齢者のSuccessful Agingに関する研究，日本農村医学会雑誌，47(4)：667，1998.
17）小田利勝：サクセスフル・エイジングに関する概念的一考察，徳島大学社会科学研究，6，127-139，1993.
18）前掲９）
19）新村　出　編：広辞苑，第５版，188，1177，1214，岩波書店，東京，1998.
20）Duverger, M.　著深瀬忠一，樋口陽一 訳：社会科学の諸方法，第２版，145-169，勁草書房，東京，1968.
21）Krippendorf, K..　三上俊治，椎野信雄，他 訳：メッセージ分析の技法「内容分析」への招待，第１版，勁草書房，東京，2001.
22）前掲５）
23）Kaufman, S.R.　幾島幸子訳：エイジレス・セルフ，初版，3-7，239-243，筑摩書房，東京，1988.
24）総務省統計局：統計でみる市区町村のすがた　2002改訂版，64，総務省統計局，東京，2002.
25）三浦文夫：図説　高齢者白書　2001年度版，48-49，全国社会福祉協議会，東京，2001.
26）前掲８）
27）前掲５）
28）杉澤秀博：増えつつある後期高齢者の特徴，Estrela, 66：70-74, 1999.
29）Erikson, E.H., Erikson, J.H.　村瀬孝雄，近藤邦夫 訳：ライフサイクル、その完結 増補版，162-165，みすず書房，東京，2001.
30）神谷美恵子：生きがいについて，14-27，みすず書房，東京，1980.
31）Maddox, M.：Older Women and the Meaning of Health, Journal of Gerontological Nursing, 25(12)：26-33, 1999.
32）梶田叡一：自己意識の心理学，94-97，186-193，東京大学出版会，東京，1988.
33）前掲７）
34）前掲23）

平成15年10月24日受　付
平成16年６月24日採用決定

－研究報告－

栄養表示の活用と学習ニーズ
－D町の公開講座参加者および幼稚園児保護者の特徴－

Awareness and Learning Needs of Nutrition Labels on Groceries

遠藤和子[1)]　谷口千絵[1)]
Kazuko Endou　Chie Taniguchi

キーワード：栄養表示，栄養教育，健康日本21，栄養所要量，園児保護者
nutrition labels, nutrition education, kenkou-nippon21, recommended dietary allowance, parents of preschool children

Ⅰ．はじめに

現在，我が国における食品の表示には，産地や品質保持のための食品表示と，栄養成分を表示する栄養表示がある。栄養表示は更に「栄養素含有量表示」と「強調表示」からなる。食品を通じた健康づくりの観点から，表示は選択の際に重要な情報源となり得る。

栄養表示基準は，FAO（国際連合食糧農業機関）/WHO（世界保健機関）合同食品規格委員会(コーデックス委員会)において検討され，米国では1994年から義務化，EUでは1995年から，英国では1996年から導入されてきた。米国での導入は，医療費削減と食品輸出による経済効果が主目的といわれ，総合利益として，がん，冠状動脈心臓疾患，骨粗鬆症，肥満，高血圧，食品アレルギーの減少を目指しており，健康表示（health claim）も制度化されている[1)]。

この国際的な動向のもと，我が国では，1996年の栄養改善法の改訂により栄養表示制度が試行，1998年から完全実施された。健康日本21でも，栄養表示を見て食品選択をする人の割合の増加を目標としており[2)]，これらの表示を活用することは栄養素や熱量の不足・過剰を調節することができ，かつ，より身近な栄養情報提供の教材となり得る。

先行研究では，幼児の保護者に，カルシウムと低･非齲触誘発性甘味料に関する栄養表示が購買行動に影響を及ぼすこと[3)]について言及されているものがあるが，一方で，表示方法の工夫や消費者の知識向上の必要性があること[4)]。女子学生において，食と健康に関する意識は表示を見る行為に結びついているがその情報が実際の食生活の場で十分活かされていないことなどが指摘されている[5)]。また，栄養表示について「メーカーに都合のよい成分だけ表示しているのではないか」や「正確な分析値か疑問」とする疑問視する消費者の見方も報告されている[6)]。このように，わが国では現在，栄養表示が健康問題との関連において十分に情報源として活用されていると言い難く，効果的な食品選択行動がとれるには，保健･医療職による栄養表示を活用した消費者教育が益々重要になると考えられる。これには表示内容の改善とともに情報を受け取る側のニーズを把握し，問題を検討する必要がある。そこで，本報では，効果的な情報発信をする上で生活者側からのニーズの明確化と具体的な方法について検討するために，比較的栄養表示に関心があると思われる対象に実施した調査から得た知見について報告する。

Ⅱ．研究目的

本研究の目的は，食への関心が高く，情報を得るために具体的に行動を起こしていると考えられる「食生活と健康を考える」展の公開講座参加者と，幼児期の家庭における食育の重要性からD町全幼稚園児の保護者を対象に，

1．栄養表示に対する関心および活用の実態と問題点を明らかにする。
2．栄養表示についての学習ニーズとして知りたい情報や学習の方法について把握することにより，これらの対象者へ保健・医療職から栄養教育の介入をする際の教材を開発するための基礎資料を得ることである。

Ⅲ．研究方法

1．調査対象は，①吉岡彌生記念館特別展「食生活と健康を考える」展の公開講座の参加者113名（以後，公開講座参加者と称す），②D町立の全幼稚園（6施設）の園児の保護者（以後，園児保護者と称す）405名である．
2．調査期間は，平成14年7月～8月である．
3．調査方法は，自記式質問紙を用い，別途地域でプレテストを施行し項目を検討，修正後，公開講座参加者には

1) 前東京女子医科大学看護学部　Tokyo Women's Medical University, School of Nursing

集合法，園児保護者には園児を通じて配布回収した。倫理的配慮として，調査票は無記名とし，園児保護者への依頼書にも調査票の記入が任意であることを明記した。また，調査依頼書に，結果は個人が特定されるような扱いをしないこと，及び問い合わせ先を明記した。

4．調査内容は，「栄養表示への関心と活用」，「栄養表示を参考にして購入する食品と栄養成分」，「栄養表示を参考にしない理由」，「強調表示についての考え」，「栄養表示にあると便利なもの」「栄養表示の学習の機会および方法」についてである。

5．分析方法は，公開講座参加者と園児保護者に分けて集計し複数回答の項目以外はχ^2検定を行った。

Ⅳ．結　　果

1．対象者の背景

対象者について表1に示す。質問紙の回収率は全体の66.8%であった。公開講座参加者は男性8名，女性56名，性別無回答5名であり，61.1%の回収率であった。一方，園児保護者は男性5名，女性272名であり，回収率は68.4%であった。年齢構成をみると，公開講座参加者は40歳代が最も多く36.5%を占め，次いで20歳代，50歳代が同値の15.9%であった。園児保護者では30歳代が最も多く75.9%であり，次いで20歳代の18.6%であった。

表1　対　象　者

数値：人(%)

		全　体 n=346	公開講座参加者 n =69	園児保護者 n =277
性別（男/女）		13 / 328☆	8 / 56☆	5 / 272
年齢	20歳代	61 (17.6)	10 (15.9)	51 (18.6)
	30歳代	214 (61.8)	6 (9.5)	208 (75.9)
	40歳代	35 (10.1)	23 (36.5)	12 (4.4)
	50歳代	11 (3.2)	10 (15.9)	1 (0.4)
	60歳代	10 (2.9)	8 (12.7)	2 (0.7)
	70歳代	6 (1.7)	6 (9.5)	0 (0.0)
	無回答	9 (2.6)	6 (9.5)	3 (1.1)

☆　無回答　5名

2．栄養表示への関心と活用

栄養表示への関心と活用を表2に示す。栄養表示への関心は，全体で「とても関心がある」が70名（20.2%），「関心はある」が242名（69.9%）であった。両者を合わせると90%と高率であった。この中で，「とても関心がある」の割合をみると，公開講座参加者が50.7%，園児保護者は12.6%であり，公開講座参加者に有意に高く（χ^2＝51.24，p＜.001），より積極的な関心を示していた。次に活用の実態をみると，全体で「いつも見て参考にする」が99名（28.6%）であった。このうち，公開講座参加者は28名(40.6%)，園児保護者は71名(25.6%)であり，有意差はみられなかった（χ^2＝7.23，p＝.052）。これに，「ときどき」を含めると全体で219名（63.3%）であり，回答者の9割以上がなんらかの活用をしていた。

表2　栄養表示への関心と活用

数値：人(%)

		全　体 n=346	公開講座参加者 n=69	園児保護者 n=277	
関心	とても関心がある	70 (20.2)	35 (50.7)	35 (12.6)	***
	関心はある	242 (69.9)	30 (43.5)	212 (76.5)	
	ほとんど関心はない	27 (7.8)	2 (2.9)	25 (9.0)	
	無回答	7 (2.0)	2 (2.9)	5 (1.8)	
活用	いつも見て参考にする	99 (28.6)	28 (40.6)	71 (25.6)	p=.052
	ときどき	219 (63.3)	36 (52.2)	183 (66.1)	
	ほとんど見ない	26 (7.5)	3 (4.3)	23 (8.3)	
	無回答	2 (0.6)	2 (2.9)	0 (0.0)	

***: p＜.001

3．栄養表示を参考にして購入する食品と栄養成分

栄養表示を参考にして購入する食品と栄養成分について表3に示す。食品は全体で「市販菓子」が最も多く186名（53.8%）であった。次いで「加工食品・レトルト食品」が163名（47.1%），「飲料」が160名（46.2%）で，以下「インスタント食品」「牛乳」「調味料」「その他」の順であった。これが公開講座参加者では，「加工食品・レトルト食品」が60.9%と最も多く，次に「飲料」42.0%，「市販菓子」39.1%，「インスタント食品」34.8%の順であった。園児保護者では「市販菓子」が57.4%と最も多く，次いで「飲料」47.3%，「加工食品・レトルト食品」43.7%，「牛乳」30.7%であり，対象による違いが見られた。

次に，栄養成分をみると，全体で「エネルギー」が192名（55.5%）と最も多い。次いで「カルシウム」173名

表3　栄養表示を参考にして購入する食品と栄養成分

数値：人(%)

		全　体 n＝345	公開講座参加者 n＝69	園児保護者 n＝277
食品	市販菓子	186 (53.8)	27 (39.1)	159 (57.4)
	加工食品・レトルト食品	163 (47.1)	42 (60.9)	121 (43.7)
	飲料	160 (46.2)	29 (42.0)	131 (47.3)
	インスタント食品	104 (30.1)	24 (34.8)	80 (28.9)
	牛乳	100 (28.9)	15 (21.7)	85 (30.7)
	調味料	57 (16.5)	18 (21.7)	39 (14.1)
	その他	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
栄養成分	エネルギー	192 (55.5)	37 (53.6)	155 (56.0)
	カルシウム	173 (50.0)	21 (30.4)	152 (54.9)
	糖質	134 (38.7)	29 (42.2)	105 (37.9)
	塩分	126 (36.4)	33 (47.8)	93 (33.6)
	脂質	101 (29.2)	32 (46.4)	69 (24.9)
	食物繊維	79 (22.8)	12 (17.4)	67 (24.2)
	ビタミン	66 (19.1)	11 (15.9)	55 (19.9)
	鉄	56 (16.2)	8 (11.6)	48 (17.3)
	コレステロール	43 (12.4)	14 (20.3)	29 (10.5)
	たんぱく質	28 (8.1)	9 (13.0)	19 (6.9)
	その他	5 (1.4)	2 (2.9)	3 (1.1)

複数回答

(50.0%),「糖質」134名（38.7%），以下「塩分」「脂質」「食物繊維」「ビタミン」「鉄」「コレステロール」「たんぱく質」「その他」の順であった。これが，公開講座参加者では，「エネルギー」53.6%，次いで「塩分」47.8%，「脂質」46.4%，となり，園児保護者では，「エネルギー」56.0%，「カルシウム」54.9%，「糖質」37.9%でありこの項目も対象による違いがみられた。

4．栄養表示を参考にしない理由

栄養表示を参考にしない理由について，複数の選択肢と記述により回答を得た。これを表4，表5に示す。参考にしない理由は，全体で「数値の判断がつかない」が179名（51.7%）と最も多かった。他に「面倒くさい」が75名（21.7%），「正確な分析値か疑問」が62名（17.9%），「実際の量との隔たり」が29名（8.3%）であった。これを公開講座参加者では，「数値の判断がつかない」が33.3%，「面倒くさい」21.7%，「正確な分析値が疑問」14.5%であったのに対し，園児保護者は「数値の判断がつかない」56.3%，「面倒くさい」21.7%，「正確な分析値か疑問」18.8%であった。「数値の判断がつかない」と回答したものが公開講座参加者では約3割に対し，園児保護者は約6割と高率であった。

これを自由記載の回答から，上記以外の理由を抽出すると回答者は23名であり，その内容は次の4つのカテゴリーに分類された（表5）。「食物に関すること」「買い物時の環境」「嗜好」「その他」である。さらに「食物に関すること」は「栄養素」と「食材」に，「買い物時の環境」は「時間」と「価格」に分類された。

以上より，栄養表示を参考にしない理由は，表示の数値の判断がつかないこと，分析値に疑問を持っていること，面倒，実際に食べる量との隔たりの他に，買い物時の環境として時間がないことや価格，嗜好が関係しているという結果が得られた。

表4　栄養表示を参考にしない理由

数値：人(%)

	全体 n=346	公開講座参加者 n=69	園児保護者 n=277
数値の判断がつかない	179 (51.7)	23 (33.3)	156 (56.3)
面倒くさい	75 (21.7)	15 (21.7)	60 (21.7)
正確な分析値か疑問	62 (17.9)	10 (14.5)	52 (18.8)
実際の量との隔たり	29 (8.3)	8 (11.6)	21 (7.5)
その他	27 (7.8)	8 (11.6)	19 (6.9)

複数回答

表5　参考にしない理由 自由記載

n=23

		公開講座参加者	園児保護者
食物に関すること	栄養素	・大方予想がつく ・カロリーだけに関心がある ・カロリー以外の表示は見てもわからない ・栄養表示を気にしなければいけないものを買わない	・栄養をとるつもりではないから
	食材	・インスタントやレトルトを殆ど使わない	・加工品はなるべく使わない ・添加物の方が気になる
買い物時の環境	時間	・急いで買い物をするとき ・こどもを連れてゆっくり買い物ができないとき	・急いで買い物をするとき ・忙しい
	価格	・食品が安いとき	・値段を重視してしまうとき
嗜好		・自分がその食品を食べたいと思って買うとき ・自分の欲求にまかせる	・好き嫌い ・どうしても食べたいとき ・嗜好品として楽しみたいので考えない
その他			・見る余裕がない ・いつも買っているもの ・あまり気にしない ・だいたい加減している

5．強調表示についての考えと参考にする食品

強調表示についての考えと参考にする食品を表6に示す。強調表示についての考えは，全体で149名（43.1%）が「購入の目安」と回答した。次いで「メーカーに都合がよい販売戦略だと思う」が107名（30.9%），「正確な分析値か疑問」が84名（24.3%），「健康に役立つ」84名（24.3%），以下「実際に食べる量と表示量に隔たりがある」「わかりやすい」「他の栄養素がわからない」「その他」であった。「購入の目安にしている」が公開講座参加者で36.2%，園児保護者で44.8%であり，「健康に役立つ」としているものが，公開講座参加者は18.8%，園児保護者は25.6%であった。

強調表示を参考にする食品では，全体で「飲料」が228名（65.9%）と最も多く，次いで「市販菓子」が194名（56.1%），「加工食品・レトルト食品」の117名（33.8%）であった。以下，「牛乳」「インスタント食品」「調味料」「その他」である。これが公開講座参加者では「飲料」52.2%，「加工食品・インスタント食品」52.1%，「市販菓子」42.0%，「インスタント食品」27.5%であり，園児保護者は，「飲料」69.3%，「市販菓子」59.6%，「加工食品・レトルト食品」29.2%，「牛乳」27.8%であった。この項目も栄養表示を参考にする食品と同様の対象による違いがみられた。

6．栄養表示にあると便利なもの

栄養表示にあると便利なものについては，選択肢と記述にて回答を得た。この結果を表7，表8に示す。

あると便利なものとして「食べる人の必要量」をあげたものが全体で229名（66.2%）であった。次いで「他の栄養素」が20名（5.8%），「その他」25名（7.2%）である。この項目は公開講座参加者でも「食べる人の必要量」と回答したものが58.0%，「他の栄養素」が5.8%，「その他」が5.8%であり，園児保護者も同様に「食べる人の必要量」が68.2%，「他の栄養素」が5.8%，「その他」が7.6%と両者が同様の傾向を示した。

これを記述回答の内容から分類すると，次の3つのカテ

表6　強調表示についての考えと参考にする食品

数値：人(%)

		全体 n=346	公開講座参加者 n=69	園児保護者 n=277
強調表示についての考え	購入の目安	149 (43.1)	25 (36.2)	124 (44.8)
	メーカーに都合が良い販売戦略だと思う	107 (30.9)	23 (33.3)	84 (30.3)
	正確な分析値か疑問	84 (24.3)	16 (23.2)	68 (24.5)
	健康に役立つ	84 (24.3)	13 (18.8)	71 (25.6)
	実際に食べる量と表示量に隔たりがある	42 (12.1)	9 (13.0)	33 (11.9)
	わかりやすい	28 (8.1)	3 (4.3)	25 (9.0)
	他の栄養素がわからない	25 (7.2)	6 (8.7)	19 (6.9)
	その他	7 (2.0)	1 (1.4)	6 (2.2)
強調表示を参考にする食品	飲料	228 (65.9)	36 (52.2)	192 (69.3)
	市販菓子	194 (56.1)	29 (42.0)	165 (59.6)
	加工食品・レトルト食品	117 (33.8)	36 (52.1)	81 (29.2)
	牛乳	91 (26.3)	14 (20.3)	77 (27.8)
	インスタント食品	79 (22.8)	19 (27.5)	60 (21.7)
	調味料	36 (10.4)	12 (17.4)	24 (8.7)
	その他	11 (3.2)	2 (2.9)	9 (3.2)

複数回答

表7　栄養表示にあると便利なもの

数値：人(%)

	全体 n=346	公開講座参加者 n=69	園児保護者 n=277
食べる人の必要量	229 (66.2)	40 (58.0)	189 (68.2)
他の栄養素	20 (5.8)	4 (5.8)	16 (5.8)
その他	25 (7.2)	4 (5.8)	21 (7.6)

複数回答

表8　栄養表示にあると便利なもの 自由記載

n=22

		公開講座参加者	園児保護者
表示方法	表現	・目安をもっとわかりやすく例えてほしい ・一度に食べる量に対しての表示	・100gあたりではわからない。一袋一箱分の表示 ・表示分量ごとに小袋に入っているとわかりやすい ・一食分あたりの表示 ・こどもに対して、大人に対してどうかという表示
栄養素	含有量	・砂糖の量 ・塩分の含有量	・食パンの場合：1枚にあたるカロリー ・ビタミン
	必要量		・一日の必要量とそれに対する割合
	吸収効率		・他の栄養素をとると吸収効率のよいもの
その他		・正確であればどんなことでも良い	・加工食品、レトルト食品などは調理のレシピがあるとよい。 ・他社との比較

ゴリーに分けられた（表8）。「表示方法」「栄養素」「その他」である。このうち「栄養素」はさらに「含有量」「必要量」「吸収効率」に分別された。これらの記述項目は，「食べる人の必要量」と重複する内容を示しており，これらを総合すると，「食べる人の必要量」として，食べる人別に1日の栄養成分の所要量，1食分の含有量，1包装あたりの含有量を示しており，他に必要な栄養成分の含有量として，砂糖，塩分，ビタミンの表示，吸収効率，調理済み食品はそのレシピなどを希望しているという結果が得られた。

7．栄養表示についての学習

栄養表示についての学習は，意欲，過去の学習の場，希望する学習方法について選択肢により回答を得た。この結果を表9に示す。

意欲では，全体で「学習したいと思う」が116名（33.5%）であった。「今で十分」は31名（9.0%）にとどまり，「内容による」が188名（54.3%）であった。これが公開講座参加者では，「学習したいと思う」が80.0%，「内容による」が18.3%であり，園児保護者では，「学習したいと思う」が24.7%，「内容による」64.4%であり，「今で十分」も10.9%みられた。公開講座参加者では有意に高く（χ^2=66.6，p＜.001），殆どが学習に積極性を示していた。

表9　栄養表示についての学習

数値：人(%)

		全体 n=346	公開講座参加者 n=69	園児保護者 n=277	
意欲	学習したいと思う	116 (33.5)	48 (80.0)	68 (24.7)	
	今で十分	31 (9.0)	1 (1.7)	30 (10.9)	***
	内容による	188 (54.3)	11 (18.3)	177 (64.4)	
過去の学習の場 注1)	学校の授業	178 (51.4)	28 (40.6)	144 (52.0)	
	テレビ、ラジオ、新聞など	93 (26.9)	14 (20.3)	79 (28.5)	
	特に学習していない	70 (20.2)	10 (14.5)	60 (21.7)	
	一般雑誌	68 (19.7)	9 (13.0)	59 (21.3)	
	保健センター、病院	60 (17.3)	12 (17.4)	48 (17.3)	
	講習会	41 (11.8)	17 (24.6)	24 (8.7)	
	家族・友人	19 (5.5)	1 (1.4)	18 (6.5)	
	専門誌	8 (2.3)	4 (5.8)	4 (1.4)	
	店頭、店員さんから	5 (1.4)	0 (0.0)	5 (1.8)	
	その他	4 (1.2)	1 (1.4)	3 (1.1)	
希望する方法 注1)	本、パンフレット	191 (55.2)	22 (31.9)	169 (61.0)	
	講習会	93 (26.9)	36 (52.2)	57 (20.6)	
	インターネット	56 (16.2)	9 (13.0)	47 (17.0)	
	店頭で説明を受ける	31 (9.0)	3 (4.3)	28 (10.1)	
	その他	9 (2.6)	1 (1.4)	8 (2.9)	

注1)複数回答　***: p＜.001

過去の学習の場は，全体で178名（51.4%）が「学校の授業」をあげており，次いで「テレビ，ラジオ，新聞など」が93名（26.9%），「特に学習していない」が70名（20.2%），「一般雑誌」68名（19.7%），「保健センター・病院」60名（17.3%），以下「講習会」「家族・友人」「専門誌」「店頭，店員さん」「その他」であった。公開講座参加者では「学校の授業」が40.6%，次いで「講習会」24.6%，「テレビ，ラジオ，新聞など」が20.3%であった。これに対し園児保護者では，「学校の授業」52.0%，「テレビ，ラジオ，新聞など」が28.5%，「特に学習していない」21.7%，「一般雑誌」21.3%と違いがあった。このうち「保健センター・病院」はどちらも17%であった。

希望する学習方法は，全体で「本，パンフレット」が191名（55.2%）で最も多く，次いで「講習会」93名（26.9%），「インターネット」56名（16.2%），「店頭で説明を受ける」31名（9.0%），「その他」9名（2.6%）であった。これは公開講座参加者では「講習会」が52.2%と最も多く，次いで「本，パンフレット」31.9%，「インターネット」13.0%であった。一方，園児保護者は「本，パンフレット」が61.0%と最も多く，次いで「講習会」の20.6%，インターネットの17.0%であった。

V．考　察

今回の結果から，栄養表示への関心と活用の実態をみると，栄養表示への関心は全体に高く，活用も「ときどき」を含めると9割であった。「健康日本21」の基準値である平成11年度国民栄養調査結果では41.8%であり[7]，対象者は活用の高い集団であることを示した。

実際に表示を参考にしている食品をみると，公開講座参加者は加工食品・レトルト食品，園児保護者では市販菓子，飲料の順である。これを栄養成分でみると，公開講座参加者はエネルギー，塩分，脂質の順であり，園児保護者はエネルギー，カルシウム，糖質の順に高いという違いがあった。これは，その年代の抱える健康問題と関連し，公開講座参加者は過剰が生活習慣病に関するもの，園児保護者は子どもの成長に必要な栄養素及び，自身の問題として20～30歳代の女性に不足が指摘される栄養素に着目していると考えられた。

一方，栄養表示を参考にしない理由では，「数値の判断がつかない」「正確な分析値か疑問」など情報の判断に関する内容と，「面倒」「時間のなさ」「価格」などの環境要因が関係していた。特に子どもを連れて買い物をする場合など，表示をじっくり読み比べている時間もないことがある。つまり，表示を生活に活かすには内容以外の買い物時の環境要因の検討も必要であると考えられる。これには表示方法の工夫も一助となると思われる。即ち，読み書きのできない子どもでも一緒に見て楽しめるものとするなどができると，子どもにとっても絶好の食育の機会にもなるため，情報の受け手を購買行動時の実情に合わせて幅広く設定することも重要と考える。

また，強調表示は，「購入の目安」としているものが4割おり，「飲料」「市販菓子」に利用が多い。佐藤は，実際の市販菓子の分析から「カルシウム強化」と表示している製品でもカルシウムの含有量が表示されていない，あるいはカルシウムの成分が表示されていないことを指摘している[8]。カルシウムはリンとの比率が吸収に影響するため，吸収によいとされるCa/P比が1～2の範囲の食品の選択が重要になるが，Ca/P比またはP値（リンの含有量）が明示されていないものも多い。これでは目的に応じた効果を望めない場合もあるため，表示を鵜呑みにせずにその情報を判断することが求められ，そのためには，吸収効率についての知識も要求されてくる。

活用上の問題点は，「数値の判断がつかない」「実際の摂食量との隔たり」を指摘する割合が高い。特に園児保護者では約6割が「判断がつかない」としている。これは，必要量が曖昧なまま食品を選択していることを示し，性・年齢別の栄養所要量についての知識に問題がある。さらに，情報の中身や根拠をしっかり確かめようとせずに「何となくいいから食べる」のではなく，自分で判断して食べるために表示の情報をどのように読みとって生活に活かせるかを考えることが求められる。

つまり，栄養表示による情報が生活に活かせない主な理由は，これらライフサイクルに応じた所要量とその健康問題に関連した吸収効率などを含めた必要量の知識の不足と，買い物時の環境要因にあると考えられた。

次に，学習ニーズとして情報や方法についてみると，栄養表示にあると便利なものでは，「食べる人の必要量」「一日の必要量とその食品からの充足度」についてのニーズが高い。米国ではこの点，FDA（Food and Drug Administration）により実際の摂食量に基づき統一された大きさである1サービング量で換算され，1日の所要量に対する割合「%Daily Value（%DV）」で表示されている。日本でも加工食品の一部に同様の表現が見られるが，全ての表示に適用されているわけではない。これらの表現方法を徹底することは活用しやすさに繋がると考えられる。また，対象により着目している栄養素に違いがあるが，栄養素の全てを個々の食品に表示するには限界があり，消費者側がどのような年代にあっても各自がライフサイクルに応じて知識を得てゆく必要もあると考えられる。その際，食べる人の年代や子どもの成長に伴う健康問題について正確な知識を持つこと，その上で個別に食生活全般を見直しアセスメントし具体的な改善目標を持つことが重要になる。

これには健康表示（Health claim）等で，栄養･食品と病気･健康との関連性が表示されるか，またはその知識を得ることが重要になる。ここに保健・医療職など専門家の介入の重要性と継続した学習についてのニーズがあると考える。

また，栄養についての学習の機会では，「学校の授業」が約半数で最も多く，知識を必要とする成人期以降になると学習機会はめっきり減少していることが問題点として指摘できる。加えて，「情報源として，医師･保健師･栄養士などの専門家は殆ど役立っていない」[9]ことが指摘されており，今回の調査では，関心の高い集団のためか「保健センター・病院」の活用は17%であったが，対象者が違うと実際の情報源として医療機関の利用は14.3%，保健所･保健センターも3.4%と少ないことも報告されている[10]。個々の健康状態にあった情報の提供には，マスコミ等よりも身近な医療機関からの情報発信が望まれる。医療機関で行われる栄養教育の観点からは，現在の表示内容だけでは網羅できない病態に応じた必要な栄養成分や，過剰摂取により生じる問題などの情報提供が重要になるであろう。また，歯科や小児科の外来を活用した情報発信など提供方法の工夫も必要と考えられる。

学習方法では，公開講座参加者が，講習会，本・パンフレット，園児保護者は，テレビ・ラジオ・新聞や一般雑誌などマスコミとしており，本・パンフレットの活用が多かった。この結果から，園児保護者では，自分のペースでいつでも学べる方法を希望しているといえる。このように対象により学習可能な方法は違うため，自分に適した情報や方法を選択できることが学習の継続に繋がると考えられる。また，情報を活かせるという点からは，双方向的なやりとりがある学習方法が効果的であると考えられ，今後，メディアやインターネットなどの活用により学習機会を増やすことも重要になると考える。

つまり生活者の立場から栄養表示を活用してゆくには，ライフサイクルによって変動する栄養所要量や健康問題に関連した栄養成分，吸収効率などについての知識を得てゆく必要がある。これには，対象のニーズにあった情報の提供とその判断力の形成に保健・医療職の介入も重要であるといえ，その際，対象のニーズに合わせた情報の内容と提供方法を工夫する必要があると考えられた。

Ⅵ. ま と め

公開講座参加者と幼稚園児保護者における，栄養表示の活用と学習ニーズとして以下の内容が明らかになった。1．栄養表示に対する関心は，「ある」が全体の９割であったが，公開講座参加者に有意に高く，園児保護者より積極的な関心を示した。2．活用では「いつも見て参考にする」は，公開講座参加者が40.6%，園児保護者は25.５%で有意差は無かった。3．学習意欲は，公開講座参加者の80.0%，園児保護者の24.7%に「学習したい」という希望があり，公開講座参加者に有意に高い結果であった。4．栄養表示による情報が生活に活かせない主な理由として，現在の表示だけでは判断がつかないとするものが多く，ライフサイクルに応じた所要量及びその健康問題に関連する吸収効率などを含めた必要量の知識の不足と，買い物時の環境要因があげられた。

これより，現状の食生活のアセスメント力の形成と具体的な目標設定には保健・医療職など専門家の介入が重要であり，継続した学習についてのニーズがある。ただし対象により学習可能な方法は違いうため，自分に適した情報や方法を選択できることが学習の継続に繋がると考えられた。

謝　辞

本研究にあたり，調査にご協力頂いた対象者の皆様並びに，大東町幼稚園の園長先生はじめ職員の皆様に深謝致します。

本研究は平成14年度MONAC大東町健康調査プロジェクト研究助成を受けて実施致しました。

なお，本研究の一部は第29回日本看護研究学会学術集会(2003，大阪)において報告しました。

要　旨

本研究の目的は，「食生活と健康を考える」展の公開講座参加者と，幼稚園児の保護者を対象に，１.栄養表示に対する関心および活用の実態と問題点を明らかにし，２.栄養表示についての学習ニーズとして知りたい情報や学習の方法について把握することである。方法は自記式質問紙を用い，回収率は66.８%であった。結果は，対象者の９割が栄養表示を活用していた。表示を参考にする食品は，公開講座参加者が加工食品･レトルト食品，園児保護者では市販菓子，飲料の順である。栄養成分は，公開講座参加者はエネルギー，塩分，脂質の順であり，園児保護者はエネルギー，カルシウム，糖質の順に多い。この違いは，抱える健康問題によると考えられた。栄養表示が活かせない理由は，ライフサイクルに応じた所要量と健康問題に関する栄養成分の知識不足，買い物時の環境要因にあった。このため継続した学習へのニーズがあり，保健・医療職など専門家の介入が重要であると考えられた。

Abstract

This study was conducted in the visitors at the open seminar "Our Diet and Health" and the parents of preschool children for two purposes: 1. To expose a picture of their interests in and use of nutrition labels as well as problems. 2. To understand what they want to know and how they can learn. The results showed that 90% of the subjects used of nutrition labels. They made the most of the labeling of processed foods and vacuum-packed foods in the visitors group, and snack foods followed by drinks in the parents group. In the ingredients shown in the labels, they paid the most attention to sodium and then fat in the visitors group, calorie, calcium, and then sugar in the parents group. We believe that these differences were due to the difference of the health issues between the groups. Both groups required the labels because of the lack of prior knowledge about the recommended dietary allowances and the ingredients that meet their health requirements at the current stage in their lifecycle, and also the environmental factors when shopping. Therefore, they have needs for continuous learning, in which we believe specialists such as healthcare professionals need to be involved.

引用文献

1）淀川　都：米国における栄養表示に学ぶ，からだの科学，195，84-92，1997.

2）(財)健康・体力づくり事業財団：健康日本21（21世紀における国民傾向づくり運動について），健康日本21企画検討会，健康日本21計画策定検討会報告書，p78，2000.

3）酒井治子：市販菓子の栄養表示，山梨県立女子短大紀要，32，161-173，1999.

4）岸田伸介，松本淳子，他：栄養素等摂取量の意識と栄養表示の活用について－「地域の食を考える会」栄養表示についての調査から－，地域環境保健福祉研究，3(1)，64-68，1999.

5）田中恵子，池田順子：食品表示教育に関する研究－女子学生の食品表示の見方と活用について－，栄養学雑誌，57(6)，343-354，1999.

6）(財)商品科学研究所：加工食品の栄養成分表示－大阪テストキッチン・コア調査研究から－，Two way，10，15-20，1994.

7）健康・栄養情報研究会編：国民栄養の現状 平成12年厚生労働省国民栄養調査結果，p148，2002.

8）佐藤文子：カルシウム強化をうたった市販菓子におけるカルシウム・リン・ナトリウム・カリウム含有量について，栄養学雑誌，50(6)，365-372，1992.

9）酒井治子：幼稚園児の養育者における市販菓子の栄養表示の利用行動，チャイルドヘルス，4(8)，61-64，2001.

10）健康・栄養情報研究会編：国民栄養の現状 平成12年厚生労働省国民栄養調査結果，p123，2002.

［平成15年10月9日受　付
平成16年5月20日採用決定］

－研究報告－

在宅酸素療法患者の受容過程

Process of Acceptance Concept in Patients Under Home Oxygen Therapy

大西みさ[1)]　山口桂子[2)]　片岡　純[3)]
Misa Ohnishi　Keiko Yamaguchi　Jun Kataoka

キーワード：在宅酸素療法，受容過程
home oxygen therapy, process of acceptance

Ⅰ．はじめに

在宅酸素療法（Home Oxygen Therapy, 以後HOTとする）は1985年に保険適応となり，現在，HOT患者数は13万人となった。今後，毎年１万人程度の増加が見込まれている。HOT患者の医療の目標は，Quality of Life（QOL）の維持と向上にある[1)]。しかし，酸素カニューレをつけた外出姿に対する人目が気になること，携帯酸素ボンベ使用による不便さと煩わしさからくるADL上の問題点[2)]，活動量の低下から生じる閉じこもりや抑鬱傾向[3)]があり，これらはHOT患者の受容に影響する[4)]ことが指摘されている。

先行研究では受容を妨げる要因として，酸素カニューレをつけ酸素ボンベを引いて歩く姿が格好悪い，他者から重症人として扱われる，過剰な期待と誤解，家族に対する負い目，受容への援助不足が挙げられている[5)]。さらに，間違った自己判断や酸素療法を継続する動機が弱いことは酸素療法中断要因になることが明らかになっている[6)]。これらの結果からは患者がHOT受容に至るまでには様々な問題が存在し，受容が容易ではないことが伺える。HOTの受容は，人生の幸福感すなわち満足感につながる[7)]ことから，看護者はHOT患者が充実した人生を病気と共に生きることを目標とし，受容を支援していくことが重要である。そのため，患者のHOT受容に至るまでの過程を明確にし，受容過程における様々な問題解決を支援する看護を示す必要があると思われる。

これまで，HOTが必要と診断された患者がHOTを受容するまでの過程そのものに焦点を当てた研究はみあたらない。

そこで，本研究は，患者のHOTの受容に至る過程を明らかにするため，HOT導入期，在宅，再入院以降から現在までにおける受容過程を説明する概念を創出し，受容過程に応じた看護について検討する。

Ⅱ．研究目的

HOT患者の受容に至るまでの過程を説明する概念を創出することにより，HOT患者の受容過程の特徴を明らかにする。

Ⅲ．研究方法

１．研究デザイン

本研究は，HOT患者の受容過程の全容に関して，「看護現象を明らかにするために順序だった科学的方法による系統的な探究の過程により開発された研究方法論である」[8)]舟島の看護概念創出法を用いた。さらに，受容過程の関係の分類と体系化に至るコード化については，Anselm Strauss, Juliet Corbin[9)]のGrounded theory approachの選択コード化の手順の部分を参考にした。

２．面接方法

１）対象

対象者は，A病院に入院中のHOT患者で，主治医の許可を得た後，書面を用いて研究の趣旨を説明し，調査に同意が得られた20名である。性別は男性15名，女性５名で，平均年齢は70.3±6.4歳である。対象者の背景は，表１に示す。

２）研究期間

1999年６月から2000年５月

３）データ収集方法

面接は，同病棟の個室で個人面接の形式で行い，プライバシーの保護に努めた。面接者は呼吸器看護に臨床経験のある研究者のうちの１名があたった。面接時間については，呼吸困難増強の有無を確認しながら行い，１回

1) 元旭労災病院　Former Asahi Rousai Hospital
2) 愛知県立看護大学　Aichi Prefectural College of Nursing & Health
3) 千葉大学大学院看護学研究科　Graduate School of Nursing, Chiba University

表1　対象者の背景

事例	年　齢	疾 患 名	H-J分類	HOT導入期間	同居家族の有無
A	60代後半	じん肺・LK	Ⅲ	2ヶ月	無
B	60代後半	じん肺	Ⅳ	1年9ヶ月	有
C	60代前半	じん肺・肺炎	Ⅴ	4年4ヶ月	有
D	70代前半	じん肺・肺炎	Ⅲ	7年3ヶ月	有
E	70代前半	じん肺・気胸	Ⅴ	1年	有
F	80代前半	肺気腫	Ⅲ	2ヶ月	有
G	60代後半	間質性肺炎	Ⅴ	4ヶ月	有
H	60代後半	じん肺	Ⅲ	3ヶ月	有
I	50代前半	気管支喘息	Ⅲ	1年	有
J	70代後半	じん肺	Ⅴ	4年	有
K	60代前半	肺気腫	Ⅲ	3年	有
L	70代後半	肺結核後遺症	Ⅱ	3ヶ月	無
M	70代後半	慢性気管支炎	Ⅲ	5年	有
N	60代後半	じん肺・肺炎	Ⅱ	2ヶ月	有
O	80代前半	肺気腫	Ⅲ	2ヶ月	有
P	70代後半	気管支喘息	Ⅲ	9ヶ月	有
Q	70代前半	非定型抗酸菌症	Ⅳ	2ヶ月	有
R	60代後半	じん肺	Ⅳ	3年10ヶ月	有
S	60代後半	じん肺・気管支喘息	Ⅳ	4年5ヶ月	有
T	70代後半	じん肺	Ⅱ	2年2ヶ月	有

の面接を30分程度とした。

4）面接内容

面接方法は半構造化面接で行った。質問構成は，対象者が時間的経過として想起しやすく，さらに，HOT導入期,在宅,再入院以降と関わる看護者が異なることから，段階別に概念を示すことで問題を明確にし看護介入しやすくするために，＜第1段階＞HOT導入から退院まで ＜第2段階＞在宅 ＜第3段階＞再入院以降から現在までの3段階に分けた。調査内容は，第1段階では①導入決定時の思い②退院までの心の変化③その時点の状態における希望，第2段階は①外出に対する思い②家庭での思い③酸素についての思い，第3段階は①現状態への思い②酸素についての思いとした。

3．分析手順と妥当性の確保

面接データは，フィールドノートに記録したものを逐語録とした。コード化は，逐語録から，主に看護概念創出法に従い分析した。分析フォームは逐語録から初期コードに転記し，一般的経験－持続比較のための問い対応コード欄に，持続比較の問いである「HOTを受容するまでの心理過程からみるとどのような思いか」をかけて命名し，記述した。

さらに，カテゴリ化は，一般的経験－持続比較のための問い対応コードに持続比較の問いをかけ，意味内容の類似性，相違性により分離・統合し，サブカテゴリ・カテゴリ・コアカテゴリへと共通の要素を発見，抽象化し，命名することにより行った。

カテゴリからコアカテゴリの命名の際は，看護概念創出法は概念の一覧の表示にとどまることから，中核となるカテゴリを選び，関係を分類，体系化を図り受容過程をより明確にするため，Strauss, Corbin[9]のコーディングガイドに基づく選択コード化を参考に行った。なお，コアカテゴリは概念を説明する。

妥当性の確保には，質的研究の経験がある共同研究者間で十分な検討を行い，各カテゴリ化の命名や概念の関連体系化には，適時，データに戻りながら命名の妥当性を検討し，共同研究者間で分析を行った。

Ⅳ．結果及び考察

面接の結果，面接調査を20名の対象者に行った時点で飽和化を確認した。第1段階では197コードを抽出し，59サブカテゴリ，26カテゴリを形成し，HOT導入時の心理過程の総体を示す11概念を創出した。第2段階は，168コードを抽出し，25サブカテゴリ，16カテゴリを形成し，HOT導入後初めての退院までの心理過程の総体を示す13概念を創出した。第3段階は，129コードの抽出から53サブカテゴリ，18カテゴリを形成し，2回目以降の入院から現在までの心理過程の総体を示す15概念を創出した。

全体の分析の結果，HOT患者におけるHOT導入時から現在までの心理過程の全容が明らかになった。

本稿では，創出された39概念で説明される心理過程の全容の中から，受容に関わる主たるプロセスとなる12概念について主に述べる。本稿で説明する12概念の関係について図1に示す。

以下に12概念の関係の概要について述べ，各概念を説明する。概念は下線，例示部分は＜＞，引用部分は「」で示す。

最初の段階では，主治医からHOT導入の説明を受けると様々な今後の不安に対する想像から心理的葛藤が存在し，まず，<u>HOT導入による不安や悲観を伴う衝撃</u>が生じる。一番大きな不安は，酸素カニューラを装着する姿や携帯酸素ボンベを持つ姿に対して外観が悪く，はずかしいと実感していることから生じた外出時の注視予測の想像であった。さらに，注視予測の想像は，試験外泊における日常生活体験の中から増強し，<u>酸素吸入している姿によるはずかしさと注視予測による抑圧</u>を示す状態であった。そのため，酸素吸入を開始し，呼吸困難による苦痛や瀕死状態から回復できたことで酸素を必要不可欠であると認識はしたが，様々な抑圧の存在によりHOTの受容ができないこ

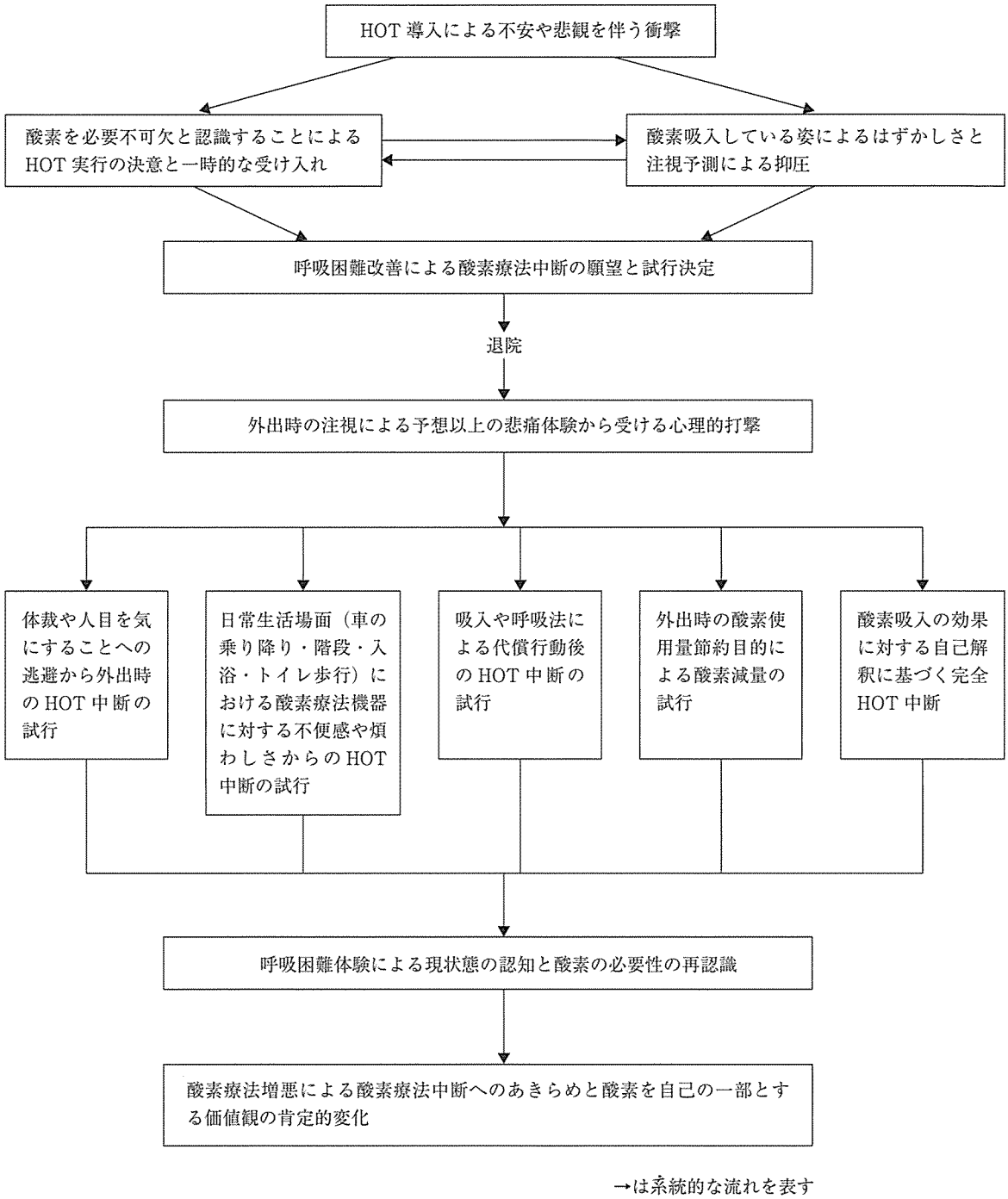


図1　受 容 過 程 概 念 図

とから，酸素を必要不可欠と認識することによる一時的なHOT実行の決意と受け入れが存在した。さらに，一時的なHOTの受け入れの意味するものとして呼吸困難改善による酸素療法中断の願望と中断の試行決定が存在した。

HOT導入後に初めて地域に戻った在宅生活では，外出時に周囲の人々から注視を受け，そのはずかしさはそれまでに経験したことのない悲痛体験となり，外出時の注視による予想以上の悲痛体験から受ける心理的打撃となった。そして，この悲痛体験を経て対象者全員が部分的または完全にHOTの中断を試みる行動（中断試行）をとっていた。中断試行の内容は，体裁や人目を気にすることへの逃避から外出時のHOT中断の試行，日常生活場面における酸素療法機器に対する不便感や煩わしさからのHOT中断試行，吸入や呼吸法による代償行動後のHOT中断の試行，外出時の酸素使用量節約目的による酸素減量の試行，酸素吸入の効果に対する自己解釈に基づく完全HOT中断であり，全対象者にいずれかの概念が存在することを示していた。このHOT中断試行を繰り返すことにより呼吸困難が増強し，呼吸困難体験による現状態の認知と酸素の必要性の再認識をした。この概念は，対象者によっては第3段

階の再入院以降も存在し，呼吸困難を繰り返し，死への恐怖感，失望から酸素の必要性を再認識する者もいた。そして，新たな選択として，呼吸困難増悪による酸素療法中断のあきらめと酸素を自己の一部とする価値観の肯定的変化が創出され，障害受容につながる一連の受容過程が明らかになった。そして，この過程において酸素吸入している姿によるはずかしさと注視予測による抑圧という概念は，受容過程の全概念に影響する中核を示していると考えられた。

1．第1段階（HOT導入期）

1）HOT導入による悲観を伴う衝撃

HOT導入による悲観は，主治医からHOT導入の説明を受け，HOT導入に伴う様々な状態を想像することによる不安や，さらに，不安の増大によっておこる酸素の拒絶や逃避，HOTの必要性を認知したことにより生ずる。

多くの患者の場合，呼吸困難のために入院し酸素吸入が開始となり，呼吸理学療法で歩行による運動負荷と酸素必要量を決定する指標となる6 MWPを施行し，その結果，主治医からHOT導入の説明を受ける。全対象者は，酸素を一時的なものと考えており，＜リハビリの結果で酸素吸入しないと歩けないと言われがっかりした。＞等，様々な思いから悲観が生じた。そして，＜酸素吸入しないと人生が生きられないのかと思い，ショックだった。＞と衝撃を受けた。

衝撃とは，「最初の心理的ショックの時期であり，危険や脅威を心理的に知覚した時に始まり，現実には突然に対処できないことになり，強烈な不安，無力，パニックの状態」[10]を示すと言われている。

衝撃の原因となる不安については，酸素吸入している姿によるはずかしさや酸素療法機器の不便感と煩わしさであり，坂牧[11]の40の課題と類似していることが明らかになった。

この段階では，「心配や不安が強く酸素の扱い方や外出に対する自己効力感が低い」ため，患者との時間を多くとり，不安内容に応じた情報提供を含めたHOT指導や酸素療法機器の使用体験，同病者の話やビデオ鑑賞を通して不安を軽減していく必要があると思われる。

2）酸素吸入している姿によるはずかしさと注視予測による抑圧

この概念は，酸素カニューラや携帯酸素ボンベを持つ自己の姿をはずかしいと感じることで人目を気にしたり，外出時に周りの人々から注視されるだろうと予測し，それがもとで防衛の心理が生じ，行動を制約する等の抑圧があることを説明する。

酸素カニューラや携帯酸素ボンベを持つ姿に対して＜酸素カニューラが牛の鼻輪みたいに引っ張られる感じで見た目が悪いのでいや。家から離れた場所ならいいが，近所なら歩きたくない。家の中にばかりいる。＞＜酸素はやりたくない。酸素をやるぐらいなら死んだ方がまし。＞と外観が悪く，はずかしいと対象者全員が実感した。このことは，酸素吸入している姿を他人，特に隣人に見られることは想像を絶する程，悲痛であることが示し，注視に絶える勇気をもつことは計り知れないほどの労力を要するものであると推察される。患者は呼吸状態の改善に伴い試験外泊が指示され，外泊の際注視される体験をする。その結果，＜酸素をつけてバス・電車に乗っている人はいない。公共機関は使わない生活を考えるようになった。＞＜スーパーでみられ嫌になったので生協の宅配を頼むことを考えるようになった。＞等，防衛と共に生活の変化が生じている。概念の命名においては，先行研究に多い「抑鬱」を使わず「抑圧」を選定した。鈴木[12]は，「抑圧（repression）とは，何らかの意味で自分が傷つけられる危険をはらむような概念や衝動ないし欲望を意識の世界から排除しあい，自分では知ることのできない無意識の世界へ抑えこんでしまう働きであり，他の様々な防衛の働きはいずれも抑圧に関わりを持っている。そして，防衛機制（defense mechanism）とは，環境からの危険な刺激を不安信号として感知し，自我の損傷や破局を防ぐために働く無意識的な処理のしくみである」と述べている。そのため，この概念に示される患者の心理は，防衛機制による抑圧を説明する。

この段階では，外観への配慮を重視し，HOT指導の中で‘さわやかめがねR”（チェスト株式会社）の紹介や，携帯酸素ボンベについては，バック型やリュック型になることを説明する等，注視を最小限におさえる多くの情報を患者に提供していく必要がある。

3）酸素を必要不可欠と認識することによるHOT実行の決意と一時的な受け入れ

この概念は，呼吸困難状態や主治医の説明により酸素を必要不可欠と認識し，HOT実行と病気と共存する決意，HOT指示に対するあきらめと呼吸困難解消目的による一時的なHOTの受け入れを説明する。

HOTの一時的受け入れについては，主治医よりHOT導入の説明を受け，心の葛藤を経て，呼吸困難のある現状態を認知し，呼吸困難を解消する目的からHOT導入を決意していた。しかし，＜主治医に酸素を持っていった方が自分のためと言われ，２～３日考えた。やっぱりえらいし，酸素がはずれるかもしれないと主治医に言われたので，それなら１度酸素を持って帰ることにした。＞

とか<がんばって酸素吸入をしていればそのうちになしにできるだろう>と述べているように，HOTが中止になると期待しながら，HOT実行を決意している。このことから，第1段階におけるHOT導入期でのHOT実行の決意とは，一時的な受け入れであることが伺える。これは，次の概念の呼吸困難改善による酸素療法中断の願望と試行決定に移行することからも推察できる。

鎌田[13]は，入退院を繰り返すHOT患者の継続ケアの中で，入院中にはHOTの必要性を理解できず退院後の訪問において独断で酸素吸入を中止していた事例について述べており，これはHOTに対する一時的な受け入れと類似していると思われる。

この段階では，HOTを受容できたと解決せず，一時的な受け入れであると認識し，次の概念に移行することをふまえた対応をしていく必要がある。

4）呼吸困難改善による酸素療法中断の願望と試行決定

この概念は，呼吸困難の改善に伴い，酸素療法を中断したいと願望すること，酸素減量を期待すること，中断の試行を決定すること，さらには酸素なしでの試行を注意されたくないことによる看護者に対する防衛を説明する。

<呼吸が苦しかったので酸素をしてほしいと頼んだが，数時間のつもりがいつのまにか24時間吸入になってしまった。今の状態なら酸素は吸っても吸わなくてもいいと思い，カニューラをはずしている時もあった。>や<呼吸が楽になったので酸素なしで大丈夫か入院中に試していた。>というように，患者は呼吸困難改善に伴い酸素の必要性に疑念をもち，酸素減量を考え，退院後に酸素療法を行わないための準備として，入院生活から部分的にHOT中断試行を行いはじめていた。

HOT中断試行に至るまでには，呼吸困難のある現状態の認知と酸素なしの生活に戻ることへの断念，呼吸困難が軽減できることによる酸素への感謝と安心感，呼吸困難が回復できる期待と共に，酸素吸入している姿によるはずかしさと注視予測による抑圧，酸素療法機器の不便感と煩わしさによる抑圧の存在があり，HOT実行の決意は一時的な受け入れであるというHOT導入期の受容過程の特徴が明らかになった。これは，鈴木[14]の適応の心理過程によると，「身体障害や病気等のフラストレーションである心理的課題事態において一応は心の安定を獲得しているようではあっても，事実上の課題解決をなしえていない，いわば偽似的な適応形式」と述べていることとほぼ同様のプロセスと言えよう。

この段階において，看護者は，この概念の特徴を理解した上で，患者の思いを否定せず，中断試行を予測した姿勢で，中断試行をする上で生じる問題等の情報提供を行い，対応していくことが重要であると考える。

以上より，第1段階のHOT導入期の受容過程概念は，HOT導入による悲観を伴う衝撃,酸素吸入している姿によるはずかしさと注視予測による抑圧,酸素を必要不可欠と認識することによるHOT実行の決意と一時的な受け入れ,呼吸困難改善による酸素療法中断の願望と試行決定が創出され，これらの概念は，HOTの一時的な受け入れがみられることから偽似的な適応形式を示していると考えられる。

2．第2段階（在宅）

1）外出時の注視による予想以上の悲痛体験から受ける心理的打撃

この概念は，酸素吸入している姿をはずかしく思い，外出時の注視を退院前より予想していたが，退院後の外出時に予想以上の悲痛体験をしたことから逃避・抑圧・防衛を伴う心理的打撃を説明する。

外出時には，<1人で買い物に行ったが，いろいろな人にじろじろ見られ，信号を待っている間，質問攻めにあった。バスに乗った時も上から下までじろじろ見られた。>り，<家族で外食に行った時，店に入ったら注目をあびた。どの人々もじっと自分を見ていた。めずらしそうな顔をしていた。>等，様々な注視体験があり，その結果，<人前にでるのが嫌になった。こんな姿ではさらし者になるので，人と会う時は，下を向いて顔を合わせないようにし，外出にでることは最小限にした。>といった行動をとった。

この悲痛体験となっている背景には，酸素吸入している姿によるはずかしさと注視予測による抑圧という概念が根底にあり，外出時に注視されることは，他人が何気なく見ていることでも何倍もの注視に感じ，大きな心理的打撃になっていると思われる。

押川ら[15]は，「HOT開始後の心理的変化は，呼吸困難の改善が見られる反面，悲観的に感じ，他人の目を意識するようになり，外出時間や機会が減少している」と述べており，問題点としてあげている。しかし，外出の際には，<喫茶店，外食，散歩には妻が必ずついてきてくれるので出かけられる。>という家族同伴の外出や，<入院中に近所の人が病室にきてくれたのでみんなこの姿を知っている。近所を歩いても気にしなくてよい。>という隣人の配慮が，心理的打撃の軽減に影響していると考えられる。

本研究では，この結果を概念化したことにより，心理的打撃から次の概念であるHOT中断試行に移行するプロセスが明らかになった。この概念に至るまでに，看護

者は，入院中より予想以上の悲痛体験を少しずつ情報提供し，家族や隣人の協力を得る等の解決策を話し合っておく必要がある。

2）体裁や人目を気にすることへの逃避から外出時のHOT中断の試行

この概念は，体裁や人目を気にすることによる注視からの逃避により，外出時におけるHOT中断試行願望，さらには中断試行を説明する。

この概念の根底には，酸素吸入している姿によるはずかしさと注視予測による抑圧があり，＜外出は人目が気になり，酸素吸入している姿をみせたくないため，いつも酸素なしだった。＞という言動からも，外出時にはほとんどが酸素吸入をしていないことが明らかになった。

浅井は[15]，「患者にとって重要な外出時の酸素吸入は案外行われていない。病院来院時は酸素吸入していてもそれ以外の外出は酸素ボンベなしのケースが最も多い」，と述べており，＜病院では人目を気にしなくてすむ＞との言動も聞かれている。このことから，酸素吸入している姿によるはずかしさと注視予測による抑圧と，外出時の注視による予想以上の悲痛体験から受ける心理的打撃の概念は，体裁や人目を気にすることへの逃避から外出時のHOT中断の試行に移行することが明らかになった。

この段階では，中断試行を行わなければならない患者の思いを共感すると共に，呼吸困難体験の程度を確認し，次の概念に早く移行できるよう働きかけていく必要がある。

3）日常生活場面における酸素療法機器に対する不便感や煩わしさからのHOT中断試行

この概念は，車の乗り降り・階段・入浴・トイレ歩行で酸素療法機器に対する不便感・煩わしさにより，部分的なHOT中断試行を説明する。

不便感・煩わしさには，＜濃縮器のホースがじゃまになり，ひっかかって転んだことがある。ベランダまでホースが届かないと，カニューラをはずしてベランダにでる。ホースを長くしすぎるとじゃまになるのでよくない。＞という酸素濃縮器や，＜トイレの戸がホースで閉められないため，慣れたらなんとか酸素なしでもできるようになった。家ではテレビをみる時やトイレ・洗面・食事・寝る時はカニューラをはずしていた。電車ででかけることが時々あり，階段を登る時に携帯酸素ボンベ5kgを持ち上げて歩かなくてはならないため，酸素なしでも動けるように家で酸素なしで鍛えている。えらくなればすぐに酸素吸入できるように準備してある。＞という外出時の階段昇降による携帯酸素ボンベによる不便感があり，解決策がないままに中断試行を行っていた。

階段昇降については，呼吸困難予防のために入院中から呼吸理学療法で昇降方法が指導されているが，携帯酸素ボンベと共に昇降することの苦痛は大きく，階段のある場所への行動制限につながっている。車の乗り降りについては，車内における携帯酸素ボンベの置く場所の問題とカニューラを装着しながら運転席に乗る困難さがあがってくる。また，家庭内では，入浴・トイレに関して，カニューラを装着していることの煩わしさや濃縮器のホースにより戸が閉まらない不便感が存在した。

鈴木ら[16]は，「携帯に伴う不自由さや容貌上の苦痛が日常生活動作拡大上の障害や酸素吸入せずに動作を行う原因になっている」と述べており，携帯酸素ボンベを持つ不便感は，中断試行に結びつく重要な概念の1つであることが明らかになった。

この概念に対しては，入院中より試験外泊を行い，患者の問題提起にあった情報提供を行っていく必要がある。そのためには，試験外泊時の訪問看護や日頃より患者の日常生活行動の情報を聞き，具体的な改善策の提案と共に，家の状況を患者に適合させうる工夫の提案が必要であると思われる。

4）吸入や呼吸法による代償行動後のHOT中断の試行

この概念は，部分的なHOT中断試行をする準備として，吸入時間の工夫や，呼吸法を行う代償行動を説明する。吸入とは，ネブライザーを用いて薬液のエアゾールを上気道から肺胞まで浸透させる噴霧吸入である。

分泌増加に伴い気道が閉塞し換気障害を起こしている事例では，噴霧吸入により喀痰喀出でき，呼吸困難が軽減できると＜日頃から酸素をしていても苦しいが，吸入後なら苦しい思いをしなくてもすむ。吸入は気管支拡張できるとなると一体酸素はどういう意味をもつのか。＞と，酸素吸入に疑念を抱き，代償行動に変化していた。代償行動によるHOT中断試行の原因として，吸入以外に呼吸法についてはこれまでに先行文献による報告はなく，本研究の結果から明らかになった。

呼吸法について，植田ら[17]は，「慢性肺疾患患者に対する理学療法の中で，換気は，1回換気量を増やすことにより死腔換気率を減少させ，ガス換気は，肺胞換気量を増大させることで，血中酸素飽和度を上昇させることが可能である」と報告している。

この概念に対しては，入院中よりパルスオキシメーターを用いてADL時の測定を行い，酸素療法下の噴霧吸入や呼吸法の効果の確認と位置づけについて説明していく必要がある。

5）外出時の酸素使用量節約目的による酸素減量の試行

この概念は，長時間の外出時に携帯酸素ボンベの酸素がなくなることを予測し，使用時間の延長を目的として酸素減量の試行を行うことを説明する。

外出時間の延長として，吸気のごく初期のみ酸素を供給する呼吸同調型酸素吸入装置が開発され，外出時に用いる携帯酸素ボンベの使用時間を２～３倍に延長させ，HOT患者の社会復帰の促進いわゆるQOL向上に役立っている[18]。しかし，＜旅行中に携帯酸素ボンベの同調器のアラームが鳴るとうるさいので酸素量を0.5lにするとボンベを１回もかえずにすむため，酸素量を減量した。＞というように，酸素減量の試行をしていた。

押川ら[19]は，HOT導入後の外出時間や機会が減少している理由に，携帯酸素ボンベの使用時間が制限され行動範囲が限られていることや煩わしさを述べている。さらに本研究では，呼吸同調型酸素吸入装置の有無に関係なく，行動制限のかわりに酸素減量試行を行っていたことが明らかになった。そのため，旅行の事前には，訪問看護や外来診察で相談を受け，患者のスケジュールにあった指導を具体的に行う必要がある。

6）酸素吸入の効果に対する自己解釈に基づく完全HOT中断

この概念は，夜間の酸素吸入が効果的であると考えることによる日中のHOT中断試行や，医師の説明に対し酸素減量方向と判断する拡大解釈，酸素の効果を感じないことによる疑念に基づく完全なHOT中断試行を説明する。

主治医の酸素処方の説明に対する自己解釈には，＜初めて酸素を主治医にやるように言われたとき，夜のみ２時間と聞いていたので寝る時だけは酸素をつけ，昼は酸素をはずしても大丈夫と思い試していた。＞と，昼間は中断試行し夜間吸入を行っていたり，＜酸素量が0.5 lと0.75 lと無しの時とでは，ほとんどえらさはかわらないので酸素無しで大丈夫か試していた。＞というように，呼吸困難の軽減から酸素減量方向と拡大解釈したことによる中断試行を行っていた。

夜間の酸素吸入効果に関して，陳ら[20]は，「REM睡眠時には，呼吸器疾患，胸部変形により横隔膜活動が制限されていると肋間筋の筋緊張の低下を代償できず，低換気を招き低酸素血症になる。さらに，REM睡眠期では，換気応答も最も低下するため，高度の低酸素血症，高炭酸ガス血症になりやすい」と報告している。そのため，夜間に酸素吸入は必要不可欠であるが，対象者のHOT中断試行への判断は，医師の処方に応じたものではなく，誤った解釈をしていると思われる。また，畑野ら[21]が，「処方通りの酸素吸入を行っていない理由は，処方を理解していないという患者の認識の問題である」と述べている。

本研究では，この概念により，酸素に対する認識のずれについて具体的な内容が明らかになった。そのため，この段階に至るまでに，入院中より酸素に対する認識を確認し，知識不足の点については説明していく必要がある。

そして，今回２）～６）のHOT中断試行の概念は，鈴木[22]が「人間は何らかの意味で課題事態に直面して生きており，環境条件との望ましい調整の過程で解決への努力を放棄すると不適応につながる」と述べているように，課題処理努力の放棄についても関与していると思われる。

以上より，第２段階の在宅における受容過程概念は，外出時の注視による予想以上の悲痛体験から受ける心理的打撃，体裁や人目を気にすることへの逃避から外出時のHOT中断の試行，日常生活場面における酸素療法機器に対する不便感や煩わしさからのHOT中断試行，吸入や呼吸法による代償行動後のHOT中断の試行，外出時の酸素使用量節約目的による酸素減量の試行，酸素吸入の効果に対する自己解釈に基づく完全HOT中断が創出され，これらの概念は，知識不足を伴う認識のずれと共に課題処理努力の放棄を示していると考えられる。

3．第３段階（再入院以降から現在に至るまで）

1）呼吸困難体験による現状態の認知と酸素の必要性の再認識

この概念は，部分的及び完全HOTの中断を試行することによって生じた呼吸困難体験から現状態の認知と酸素の必要性の再認識を説明する。

酸素の必要性を再認識する時期は，患者により様々であるが，第３段階である２回目以降の入院を繰り返す中から再認識していくことが明らかになった。そのプロセスは，ほとんどの患者が，HOT中止願望から，主治医に情報提供をする目的で，パルスオキシメーターを購入し，HOT中断試行を行い，Spo_2値を測定していた。しかし，＜酸素をはずして試してみて，酸素が必要だとしみじみとわかった。はずしたらえらいので今ははずしたいと思ったことはない。体を動かすことになると酸素なしではだめだと思う。＞という，いつでも酸素吸入できる安心感とSpo_2値を判断基準とした酸素療法中断試行から，日常生活における呼吸困難体験から瀕死体験となり，今後の自己管理に対する不安が存在した。これにより，呼吸困難増悪による死への恐怖感が生じ，＜酸素をはなすことができないと思った。今の肺活量の程度は自

分か一番わかっている。もう治るわけがない。酸素は一心同体と悟っている。>というように，酸素への感謝から酸素吸入の習慣化に移行するプロセスが確認できていた。

森[23]は，体外受精をうけるクライエントの心理の研究において「不妊者の自己のアイディンティティを獲得し統制する過程では和解（Reconcil）がある」と述べている。ここで言う和解とは，原因治療や人工的方法をとらず子供のいない人生や養子を迎えることを選択する概念である。HOT患者においては，酸素の必要性を再認識し，酸素療法を中止にできない思いに対し，新たな選択として，呼吸困難増悪による酸素療法中断へのあきらめと酸素を自己の一部とする価値観の肯定的変化に移行していると考えられる。

この段階においては，呼吸困難体験の程度の把握と酸素の必要性の再認識に至るまでの患者の思いを理解し，障害受容ができるよう，見守る姿勢が必要であると思われる。

2）呼吸困難増悪による酸素療法中断へのあきらめと酸素を自己の一部とする価値観の肯定的変化

この概念は，酸素療法中断願望をあきらめ，酸素を自己の一部とする価値観の肯定的変化や，社会福祉を利用すること，自己の考えを転換させた役割遂行への決意等，身障者として社会適応しようとする意識を持つことを説明する。

価値観の変化のきっかけについては様々であるが，酸素吸入している姿から他者に拒絶される体験に基づく失望と引きこもりがあり，抑鬱に陥っていた患者の場合は，<私が入院中に，ある時，車イスの人で一生懸命がんばっている姿をみた。こういう社会から適応してもらうためには自分が適応しないと認めてもらえないと思った。それを意識して底に根づいていないと始まらない。またある時，80才の同室者がはばたいて元気そうに見えた。それを見てみじめに生きていてはいけないと思った。酸素に対しパートナーとしての自信がでてきた。むしろ酸素をもっていることを誇りにしたいと思った。そうしなくてはこれからやっていけなくなる。みじめになりたくない。劣等感を誇りにかえないと前進できない。ひがんでいてはいけない。これぐらい強くないと外にでられない。こんなの嫌だと言う感情的なものから実質的なものに思いがかわってきた。自分の肉体の一部として酸素をとらえることができた。>ことについて，涙を流しながら語ってくれた。

本田[24]は，わが国における障害受容と称されてきた内容として，①機能障害（impairment）自体の認知と回復の断念　②障害者としての社会適応　③価値観の変化をあげている。本研究の概念である呼吸困難増悪による酸素療法中断へのあきらめと酸素を自己の一部とする価値観の肯定的変化の内容が，本田の示す障害受容の内容と一致していることから，この概念がHOTの受容を説明するものであると判断できる。

第３段階である再入院以降の受容過程概念は，呼吸困難体験による現状態の認知と酸素の必要性の再認識，呼吸困難増悪による酸素療法中断へのあきらめと酸素を自己の一部とする価値観の肯定的変化が創出され，和解，価値観の肯定的変化を経て障害受容を示すことが明らかになった。

以上より，HOT患者の受容過程の特徴が明らかになった。この過程は，先行研究においても報告はみられず，実践に提言できる内容であると思われる。看護者は，HOT導入期の段階から知識や認識のずれを確認しながらHOT指導を行い，在宅における中断試行を防ぐことが重要であり，入院中に患者が早期に各種概念に移行し，受容できる働きかけが必要であると思われる。

Ⅴ．今後の研究の課題

本研究では，HOT患者の心理過程の特徴である受容過程を説明する概念を創出した。しかし，看護実践において正確に患者がどの受容過程にあるかをとらえることは容易ではない。そのため，今後の課題としては，患者の受容過程の段階を明確に評価する指標として，HOT患者の受容過程質問紙を作成することが必要であると思われる。

また，対象者の背景としてH-J分類の差があり，HOT中断試行の段階で次の概念への移行に時間がかかる場合もみられることから，対象を増やし要因別に検討する必要があると思われる。

Ⅵ．結　　論

本研究は，HOT患者の心理過程の特徴を明らかにする目的で受容過程を説明する概念を創出し，創出された39概念の中から特に受容に影響すると思われる概念について第１から３段階まで系統的にしぼり，以下の12概念について主に述べた。

1．HOT患者の心理過程の特徴である受容過程概念は，第１段階ではHOT導入による不安や悲観を伴う衝撃，酸素吸入している姿によるはずかしさと注視予測による抑圧，酸素を必要不可欠と認識することによるHOT実行の決意と一時的な受け入れ，呼吸困難改善目的による酸素療法中断の願望と試行決定，第２段階は，外出時の注視による予想以上の悲痛体験から受ける心理的打撃，

体裁や人目を気にすることへの逃避から外出時のHOT中断の試行,日常生活場面における酸素療法機器に対する不便感や煩わしさからのHOT中断試行,吸入や呼吸法による代償行動後のHOT中断の試行,外出時の酸素使用量節約目的による酸素減量の試行,酸素吸入の効果に対する自己解釈に基づく完全HOT中断，第3段階は，呼吸困難体験による現状態の認知と酸素の必要性の再認識,呼吸困難増悪による酸素療法中断へのあきらめと酸素を自己の一部とする価値観の肯定的変化であった。

2．創出された12概念は，衝撃・防衛機制による抑圧・偽似適応，課題処理努力の放棄，和解，障害受容という受容過程の特徴を持つ。

要　旨

この研究は，看護概念創出法を用いてHOT患者の受容を説明する概念を創出し，心理過程の特徴を明らかにする目的で行った。対象は，入院中のHOT患者20名で，半構成的面接により調査した。その結果，HOTを受容するまでの過程を説明する12の概念が明らかになった。これらの概念には，HOT導入時期はHOT導入による不安や悲観を伴う衝撃，酸素を必要不可欠と認識することによるHOT実行の決意と一時的な受け入れ，呼吸困難改善目的による酸素療法中断の願望と試行決定，在宅では外出時の注視による予想以上の悲痛体験から受ける心理的打撃，外出時や酸素療法機器に対する不便感や煩わしさ，酸素吸入の効果に対する自己解釈に基づく部分的及び完全HOT中断，再入院以降では呼吸困難体験による現状態の認知と酸素の必要性の再認識，呼吸困難増悪による酸素療法中断へのあきらめと酸素を自己の一部とする価値観の肯定的変化等が含まれた。

Abstract

This study aims to produce a concept based on nursing methodology to explain how home oxygen therapy (HOT) patients come to accept their need for oxygen treatment, and to clarify the characteristics in the physiological process leading to acceptance. Data were from semi-structured interviews of 20 hospitalized HOT patients. Twelve main concepts were identified in the overall psychological process. In the HOT introduction stage, patients felt overcome with anxiety and disappointment about undergoing HOT, followed by a temporary resolve to undergo HOT, from the realization that supplemental oxygen was absolutely necessary, and next by the desire and determination to discontinue oxygen treatment and improve their dyspnea. In the home stage, patients felt psychological shock from the greater than imagined attention they drew in public, were inconvenienced and burdened going out with an oxygen device, and then partially or completely discontinued HOT based on their interpretation of the effects of inhaling oxygen. In the after the second hospitalization stage, patients acknowledged their dependent condition and again realized the necessity of oxygen after experiencing dyspnea. Finally, after accepting that discontinuing HOT was not possible because dyspnea would worsen, they made the value judgment that oxygen was a new part of themselves.

Ⅶ. 引用文献

1）土居洋子（1997）：看護教育の立場から，　在宅酸素療法－包括呼吸ケアをめざして，131-134, 医学書院，東京.

2）黒田真理子，佐貫淳子，他（1996）：在宅酸素療法を行っている高齢者の生活の実態，第27回日本看護学会老人看護，112-115.

3）鈴木育子，佐藤　忍，他（1997）：在宅酸素療法患者の活動量に関する検討，日本看護科学学会誌，17，2，62-68.

4）鉄井千嘉，松岡　緑，他（2001）：在宅酸素療法施行患者の障害受容と抑うつの影響要因に関する研究，第21回日本看護科学学会学術集会講演集，305.

5）古川美賀子，岩橋辰江，他：壮年期在宅酸素療法患者の受容できない要因と受容への援助　外来通院2事例の面接を通して，日本看護学会論文集　地域看護，32nd, 79-81.

6）平城久美子，浜田珠美，他(2001)：在宅酸素療法患者の酸素継続中断要因の分析　外来患者の日常生活体験より，日本看護学会論文集　成人看護，32, Pt.2, 60-62.

7）土居洋子，鈴木幸子，他（1996）：在宅酸素療法患者のクオリティオブ・ライフの要因分析，大阪府立看護大学紀要，2，1.

8）舟島なをみ（1999）：質的研究への挑戦，医学書院，東京.

9）Anselm Strauss, Juliet Corbin(1999)：質的研究の基礎，グラウンデッド・セオリーの技法と手順，医学書院，東京.

10）中村めぐみ，矢田真美子（1988）：Finkの危機モデルによる分析，看護研究，21(5), 44-50.

11）坂牧千秋（2002）：在宅酸素療法利用者の自己効力感と看護，看護技術，48(1), 57-62.

12）鈴木正弥，蛭川　栄，他（1984）：適応の心理過程，12，学術図書出版社，東京.

13）鎌田マキ，多田秀子他：入退院を繰り返す在宅酸素療法患者の継続ケア，臨床看護，21(14), 2109-2116, 1995.

14）前掲書，12)

15）押川陽子，松本麻里，他（1998）：在宅酸素療法患者のADL評価と問題点の解析，長崎大学医療技術短期大学部紀要12,

41-47.
16) 鈴木幸子，土居洋子，他（1993）：在宅酸素療法下にある慢性呼吸不全患者の３分間歩行テストと日常生活動作，大阪府立看護短大紀要，15，１，129-137.
17) 植田能茂他（1998）：慢性肺疾患患者に対する理学療法，特集呼吸リハビリテーションの実際，月刊ナーシング，18，11，62-78.
18) 宮本顕二(2002)：在宅酸素療法患者のQOL, THE LUNG, perspectives, 8(4), 62-67.
19) 前掲書，15）
20) 陳　和夫，大井元晴（1997）：慢性呼吸不全患者の肺生理学的特性，在宅酸素療法-包括呼吸ケアをめざして，11-24，医学書院，東京.
21) 畑野あゆみ，大塚真理子（1999）：高齢在宅酸素療法患者が抱えている療養生活の問題点と援助課題，第30回日本看護学会老人看護，36-38.
22) 前掲書，12）
23) 森　恵美（1995）：体外受精を受けるクライエントの心理，看護研究，28，１，25-33.
24) 本田哲三（1994）：リハビリテーションと保健活動，障害の受容をめぐって，公衆衛生，58，４，283-286.

［平成15年10月10日受　　付
平成16年６月４日採用決定］

－研究報告－

生体肝移植術を受けた成人レシピエントの術後精神症状の発生と身体的要因との関係について

Relationship between Postoperative Psychiatric Symptoms and Physical Conditions of Adult Living-Related Liver Transplantation (LRLT) Recipients

赤澤千春[1)]　奥津文子[1)]　桂　敏樹[1)]
Chiharu Akazawa　Ayako Okutsu　Toshiki Katsura

寺口佐與子[2)]　一宮茂子[3)]
Sayoko Teraguchi　Shigeko Ichinomiya

キーワード：術後精神症状，成人生体肝移植レシピエント，身体的要因
Postoperative psychiatric symptoms, adult living-related liver transplantation recipients physical conditions

＜緒　言＞

1989年，小児胆道閉鎖症に対して行われるようになった生体肝臓移植は2001年には全国で約1,700例に及ぶ。当院では，1994年からは小児だけではなく成人の胆汁うっ滞性肝疾患やウイルス性肝硬変，劇症肝不全などに対しても行われるようになり，年間50例以上となっている。成人の生体肝臓移植は脳死移植が増えない我が国において主要な手術であり，年々手術数も増加をみている。そうした生体肝臓移植術を受けた成人レシピエントがスムーズに回復過程を辿るために看護は日々手厚い医療を行っている。しかし，生体肝臓移植術を受ける成人レシピエントはクリティカルケアの中でもハイリスクの患者であり，何か悪いことが起こればさらに悪い方へと進んでしまう悪循環パターンにはまり込むことになる。一端，この悪循環パターンにはまるとそこから抜け出すことは容易ではない。そのためにベースとなる心肺機能・腎機能・意識レベル・感染兆候などのファクターに対して十分な観察を行うとともに，早期に回復できるように介入する必要がある。そうした患者を看護する中で生体肝臓移植を受けた成人レシピエントが術後早期のせん妄とは別に，術後しばらくしてから抑うつや見当識障害などの精神症状を発症する症例を経験した。この術後精神症状は生体肝移植後の回復を妨げる一因になっている。その発症の原因として生体肝移植の術後管理に特徴的に使用される免疫抑制剤やステロイド剤の影響，代謝機能の異常などによる影響，手術の特殊性からくる心理的要因などが考えられた。そこで，2000年度に生体肝臓移植手術を受けた成人レシピエント116名について術後精神症状の発生状況について調査した[1)]。その結果，生体肝移植術を受けた成人レシピエントの26.7％でなんらかの術後精神症状の発症が見られ，内訳では抑うつが一番多く（26%），ついで見当識障害（19%），退行（19%）であった。また，術後精神症状の発症の要因と考えられる心理社会的要因としてドナーとの関係，特に夫婦であることが影響されると考えられた。海外の文献では脳死肝臓移植術を受けた成人レシピエントで術後精神症状について発症状況を調査した研究[2)3)]によるとせん妄が18.6%，適応障害が19.8%，抑うつが4.5%，アルコールや薬剤の離脱によるものが11%で，それらの発症要因として発生群には血清アルブミン値，適応作用，社会的サポートなどが影響しているとしている。そこで今回は術後精神症状の発生と身体的要因の関係について検討した。

＜方　法＞

1．対象症例

1997年１月から2000年12月の期間にＫ大病院に入院し，生体肝移植を受けた成人レシピエント107名（男性49名，女性58名，年齢20歳から66歳，平均年齢40.1±11.7歳）とした。術前から肝性脳症や意思疎通が困難な対象は除外した。また，前回の調査の対象事例から下記の調査項目の記載漏れのある事例を除いた数とした。

1) 京都大学医学部保健学科　School of Health Sciences Faculty of Medicine Kyoto University
2) 京都大学医療技術短期大学部　The College of Medical Technology, Kyoto University
3) 京都大学医学部附属病院　Kyoto Unibersity Hospital

2．調査項目

肝臓手術において手術に耐えうるかどうかを見極める指標としてチャイルドの分類（表1）がある。これには肝臓の機能である合成，分解を表す手術直前の血清ビリルビン・血清アルブミン・栄養の指標となる血清総蛋白がある。手術後の経過に影響する大きな要因としてレシピエントと移植肝の割合・体重あたりの出血の割合・手術時間・合併症の有無がある。また，移植に付き物である免疫抑制剤とステロイド剤の影響の指標としては拒絶反応の有無・パルス療法の有無とした。

表1　チャイルドの分類（肝障害の重症度分類）

グループ（肝障害の程度）	A（軽　度）	B（中程度）	C（高　度）
血清ビリルビン（mg/dl）	2以下	2～3	3以上
血清アルブミン（g/dl）	3.5以上	3～3.5	3以下
栄養状態	優	良	不良

3．倫理的配慮

データはカルテより情報収集した。データはコード化し個人が特定できないように配慮した。なお，カルテからの情報収集にあたっては，生体肝移植が始まった当初は診療録の研究利用についての特別な同意書を取っていなかったが，大学病院の担う社会的役割より教育・研究への協力依頼を随時行うとともに，手術・治療・薬剤についての説明に際して臓器や血液等の研究への使用に関しても説明を行い，同意を得ている。現在は，より厳格に個人情報録を含めたデータ使用の同意書を頂くことになっている。

4．精神症状の発症と経過調査

精神症状については文献[4)5)]を参考に表2に示す項目の該当者を術後精神症状とした。術前から肝性脳症や意思疎通が困難な対象は除外した。また，前回の調査の対象事例から下記の調査項目の記載漏れのある事例を除いた数とした。

表2　術後精神症状の分類（精神医学　DAM-Ⅲ-Rより）

抑うつ
気分が沈んで元気がなく悲哀感，絶望感などを持つ。不安や焦燥を伴うことも多く思考や行動の抑制が加わる。

見当識障害
現在の場所・状況を過去との関連のもと，正しく把握する知的作用が障害される。

退行
発達段階を逆にたどり，満足を得やすい幼い段階へ戻る過程であり防衛機制の一つ。

妄想
内容が誤っている，発生根拠が非客観的である，訂正不能であるという3条件を持った主として自分に結びつけられた誤った意味づけ。

意識混濁
意識の清明度の異常で，注意・記名・見当識が低下した状態。明識困難状態や傾眠などを含む。

幻視幻聴
実際には存在しない物や人が見えたり，音が聞こえるなど対象を実在するかのように知覚すること。

不安
はっきりした原因・動機がなくて起こる不快な情動。自律神経症状を伴う。対象や原因が明瞭な恐れとは区別される。

混迷
意識は保たれていながらも意志・欲望の表出が全く欠如した状態。

5．統計学的解析

各調査項目と術後精神症状の発症との関係についてSPSSを使用し，χ^2検定とMann-WhitneyのU検定を用いて解析し，$P<0.05$が得られたものは統計学的に有意差があるものとした。

＜結　　果＞

1．一般的内容（表3）

生体肝移植を行った成人症例107例のうち精神症状の出現した患者は合計31名（29%）。男性での発症率は24.5%，女性では32.8%と有意差はなかった。術後精神症状あり群の年齢の平均は43.1±11.7歳，術後精神症状なし群は40.1±11.7歳で差はなかった。疾患別の術後精神症状の発症率は表3の通りである。既報の研究結果より術後精神症状と基礎疾患の間には有意な関係はみられなかった。また，基礎疾患と身体的要因の一覧を表4に示したが，対象数が少ない項目があるため検定には至らなかった。

表3　成人レシピエントの疾患と術後精神症状発症数

	症例数		精神症状発症数
胆汁うっ滞性肝疾患	41		(11) (26%)
原発性胆汁性肝硬変（PBC）		25	7 (28%)
胆道閉鎖症（BA）		7	1 (14.3%)
原発性硬化性胆管炎（PSC）		9	3 (33.3%)
ウイルス性肝硬変（LC）	25		(8) (32%)
肝細胞癌（HCC）	9		(3) (33.3%)
劇症肝不全（FHF）	16		(7) (43.8%)
代謝性肝疾患	16		(2) (12.5%)
家族性アミロイドポリニューロパシー		2	0
高シトルリン血症（HS）		3	1 (33.3%)
その他		11	1 (9.1%)
合　　計	107		31 (29%)

表4　基礎疾患と身体的データの平均値と標準偏差

疾　患　名	人数	ビリルビン(g/dl)	アルブミン(g/dl)	総タンパク(g/dl)	移植割合(%)	出血量割合(%)	手術時間(分)
原発性胆汁性肝硬変	25	19.2±11.7	3.4±0.5	6.6±1.2	1.12±0.39	11.13±8.74	760.9±161.4
原発性硬化性胆管炎	9	11.4±8.4	3.4±0.5	7.2±1.2	1.28±0.57	9.57±11.24	806.7±224.0
胆道閉鎖症	7	16.3±12.7	3.1±0.7	6.2±1.1	1.0±0.18	14.82±15.92	767.4±247.5
劇症肝不全	16	15.3±11.4	3.5±0.5	5.4±0.7	1.08±0.35	10.8±12.78	646.8±199.3
ウィルス性肝硬変	25	11.4±11.6	3.3±0.5	6.2±1.0	1.03±0.35	10.57±7.79	699.2±120.3
高シトルリン血症	3	0.8±0.1	4.3±0.4	6.9±0.7	1.2±0.36	1.4±1.08	648.3±134.5
肝細胞癌	9	2.7±3.8	3.7±0.9	6.3±0.8	1.16±0.3	6.0±5.49	775.7±197.9
肝炎	2	9.7±3.1	4.0±0.2	6.3±0.6	1.28±0.5	8.24±6.32	549.0±12.7
ウィルソン病	2	4.3±4.4	2.9±0.4	6.1±0.1	0.98±0.5	9.03±2.79	817.5±252.4
肝硬変	2	29.1±28.7	3.6±0.3	5.8±0.5	1.33±0.45	10.21±7.71	621.5±2.12
家族性アミロイドポリニューロパシー	2	0.7±0.4	3.6±0.3	6.7±0.2	1.23±0.18	13.79±0.75	702.0±110.3
その他	5	5.9±8.0	3.3±0.6	5.7±1.3	1.23±0.28	11.24±15.19	686.4±289.1

表5　術後精神症状の有無別身体的要因

項　　目	全　体	精神症状有り	精神症状無し	
	n＝107	n＝31	n＝76	
年　齢 (range)	41±11.7 (20歳～66歳)	43.1±11.7	40.1±11.7	
男（例） 女（例）	49 58	12 19	37 39	
ビリルビン（g/dl）	12.8±11.94 (0.4～49.4)	12.88±12.26	12.77±11.89	
アルブミン（g/dl）	3.41±0.59 (2.2～4.8)	3.27±0.64	3.47±0.56	
総タンパク（g/dl）	6.25±1.09 (4.2～9.6)	5.78±0.88	6.44±1.11	＜.01　U検定
移植肝の割合（%）	1.12±0.37 (0.43～2.42)	1.12±0.37	1.12±0.36	
出血の割合（%）	10.31±9.79 (0.63～50.14)	11.18±9.88	9.95±9.79	
手術時間（m）	721.7±180.8 (380～1200)	726.8±176.2	719.6±183.7	
拒絶反応あり（例） 拒絶反応無し（例）	44 62	12 19	32 43	
パルス療法有り（例） パルス療法無し（例）	46 61	15 16	31 45	
合併症有り（例） 合併症無し（例）	58 49	16 15	42 34	

2．チャイルドの分類による総ビリルビン，血清アルブミン，血清総蛋白（表5）

血清総ビリルビンについては全体の平均は12.8±11.9(mg/dl)，術後精神症状あり群では12.9±12.3（g/dl），術後精神症状なし群は12.8±11.9（g/dl）で有意差はなかった。血清アルブミンでは術後精神症状あり群は3.3±0.6(g/dl)，術後精神症状なし群3.5±0.6（g/dl）で差はみられなかった。血清総蛋白では術後精神症状あり群5.8±0.9(g/dl)，術後精神症状なし群6.4±1.1（g/dl）で有意差が見られた（t-test p＜.01）。

3．手術後の経過に影響するレシピエントと移植肝の割合・体重あたりの出血量の割合・手術時間・合併症の有無（表5）

レシピエントと移植肝の割合は術後精神症状あり群では1.12±0.37%，術後精神症状なし群では1.12±0.36%で有意差はみられなかった。体重あたりの出血量の割合は術後精神症状あり群では11.2±9.9%，術後精神症状なし群では10±9.8%で差がみられなかった。手術時間は精神症状あり群が726.8±176.2分，術後精神症状なし群では719.6±183.7分で差はみられなかった。合併症の有無で術後精神症状の有無に関係なく全体の50%以上で何らかの症状が見られており，両者の間には有意差はなかった。

4．免疫抑制剤とステロイド剤の影響の指標として拒絶反応の有無・パルス療法の有無（表４）

術後精神症状あり群で拒絶反応は12例（38.7%）で術後精神症状なし群でも32例（42.1%）に起こり，両者の間に有意差はみられなかった。術後精神症状あり群でのパルス療法は15例（48.4%），術後精神症状なし群で（40.8%）で行われていたが両者の間に差はみられなかった。

＜考　　察＞

これまでに一般外科手術後に生じる「不穏」や「せん妄」などの術後精神症状の発生機序[6]，ICUといった特殊な環境においての術後精神症状の発生状況などの発症要因に関する研究報告[7)～15)]は多い。発生機序に関して術後に起こる精神症状は手術に関連して出現するものと，手術と直接には関係ないものに大別される。手術に関連した症状は手術，治療環境による精神的ストレスによる場合，手術による身体変化により脳の機能に異常が生じる場合，手術により脳自身に病変が発生する場合が大部分を占める。不安や治療環境に適応できないために起こる精神症状としては，せん妄とうつ状態が多く，他に妄想，ヒステリー反応，退行などが見られるとしている。

生体肝臓移植術を受ける患者は手術前の状態はチャイルドの分類でも肝障害の程度は中程度から高度の障害を呈していた。血清ビリルビンは中枢神経系の脳細胞で間接ビリルビンの蓄積に影響される。これは間接ビリルビンが脳内に侵入し大脳基底核らを中心としてビリルビン色素が沈着黄染し，脳細胞が侵される病態である。今回の症例では特に術後精神症状の有無に関係なく血清ビリルビンは平均でも12.8mg/dlと正常の約８倍となっていた。このことはどの患者も脳の機能に異常が生じる可能性を示唆している。

また，血清アルブミンは肝で合成されるため栄養状態や肝障害の程度を判定する。血清アルブミンに関して術後精神症状の有無にかかわらず３～3.5の範囲内にほとんどの症例がみられ，平均値でもチャイルドの分類の中程度であった。海外での脳死肝移植の術後精神症状についての研究[1)2)16)]は身体的要因からの分析よりも心理的社会的要因からの分析が多くを占めていた。脳死肝移植術後の術後精神症状を発症率はドイツで29％[16)]，米国で25％などの報告があった。米国では術後精神症状の内容ではせん妄，抑うつ，PTSDの順の頻度であった[1)]。海外の研究では術後精神症状と術前の待機時間・術前からの死への恐怖・拒絶による再移植の必要などの心理的要因と，家族関係や雇用状態の社会的要因がせん妄や抑うつの発生と有意差があると述べられている。このうち米国では事例の血清アルブミン値は約2.5～2.6g/dlと低い値を示していたということが報告されていた[1)2)]。今回の結果では血清アルブミンよりも血清総蛋白で有意差が見られた。これは日本では血清アルブミンが術前から補正されるため有意差が出なかったと考えられる。つまり，移植前に血清アルブミンが低いためにどの患者にも腹水が見られておりそのために術前にアルブミン投与などの体液の補正がなされるためと考えられる。手術前後を通して体内の水分バランスを維持することが重要なことは周知のことである。また，他の蛋白については検査を詳細に行っていないために関連は不明であるが術後精神症状との関係に着目して関連を明らかにして行くことは今後の課題である。

同じ栄養状態の指標でもある血清総蛋白(正常範囲6.3～8.1g/dl)では術後精神症状の有無別で有意差が生じた。術後精神症状あり群の平均血清総蛋白は正常範囲を下回る5.78g/dlであった。アルブミンと違い術前から高カロリーをレシピエントに投与することは肝機能をさらに疲弊させることになるため血清蛋白を高めるような治療はほとんどなされていない。また，急性期において創傷治癒のためには多量の蛋白が必要となる。そのために肝臓は蛋白を必要として働く。手術後は総蛋白を補うためのアミノ酸投与は肝臓の機能を亢進させることになり，肝臓にとっては逆効果となるために高カロリーをさけ，新生児用アミノ酸を使用している[16)17)]。

レシピエントへの移植肝の割合は術後精神症状の有無に関わりなく1.12%であった。木内ら[18)]は体重の1.0%を切ると約半年の間に生存率が15%ほど低くなり，0.8%を切るとさらに15%ほど低くなると述べている。このことからも移植後から自らを再生しつつ身体を支えるため余分な負担は避ける必要があることが示唆された。

手術中の出血量の体重あたりの割合は術後精神症状の有無に関わりなく10%前後であった。これは軽度の出血性ショックと同じである。手術時間も約726分で12時間前後であった。また，生体肝臓移植術を受けた患者の半数で何らかの合併症が見られた。手術時間が長くなると言うことは生体への侵襲がさらに強くなっていることがわかる。生体への侵襲が強くなればなるほど，免疫反応であるサイトカインが産生される[19)～22)]。そこに合併症が加わることでさらにサイトカインが再誘導されるといわれている[23)]。サイトカインは脳に作用して睡眠障害やうつ状態を引き起こすと言われている[24)]。生体肝臓移植術を受ける患者はほぼ全員がそういう生体侵襲を受けたといえる。つまりどの患者も術後精神症状を引き起こす状態にあったと考えられる。

術後精神症状あり群で拒絶反応は12例(38.7%)で術後精神症状なし群でも32例(42.1%)に起こり，両者の間に有意差はみられなかった。術後精神症状あり群でのパルス療法は15例(48.4%)，術後精神症状なし群の31例(40.8%)で行

われていたが両者の間に差はみられなかった。免疫抑制剤による副作用の調査で高血圧(45.2%)，振戦(44.0%)，下痢(32.1%)などがありせん妄は1.2%であった[24]。免疫抑制剤は生体肝臓移植術を受けた患者の血中濃度を確認しつつ投与されている。生体肝臓移植術を受けた患者の約半数以上で拒絶反応が見られ，それに対してパルス療法が行われ，術後精神症状の有無には明らかな要因とはいえなかった。

生体肝移植を受ける患者は術後精神症状を起こす可能性となる要因を等しく持っており，その発症に関わるものはやはり患者個々が持つストレスへの需要能力が大きいのではないかと考えられる。そこで生体肝移植手術を受けた患者から個別に手術体験を聞き取り，その要因をさらに明確にする必要がある。

<結　論>

身体的要因に関係する項目を検討し得られた結果は以下の通りである。

1．血清総蛋白が基準値を下回っている場合，術後精神症状が起こる可能性が高いことが示唆された。

要　旨

生体肝移植術を受けた成人レシピエントの術後精神症状の発症と身体的要因の関係について検討した。

1997年から2000年までの107名の成人レシピエントの術後精神症状発生状況を調査した。術後精神症状はDSM-Ⅲ-Rにより分類した。身体的要因の項目は肝臓の状態を示すチャイルドの分類をもとにアルブミン・ビリルビン・総タンパクとし，術後経過に影響すると考えられる要因として移植肝の割合・手術時間など，そして免疫抑制剤やステロイド剤の影響の指標として拒絶反応・パルス療法とした。各調査項目についてχ^2検定とU検定を用いて解析し，有意確立５％以下を有意差ありとした。

107名中31名（29％）になんらかの術後精神症状がみられた。総タンパクでは術後精神症状発生があったグループでは5.8±0.9 g /dlと正常範囲を下回り，術後精神症状発生のないグループとの間で有意差がみられた。他の項目では有意差がみられなかった。

Abstract

Relation between postoperative psychiatric symptoms and physical conditions of adult living-related liver transplantation (LRLT) recipients.

Purposes:

The study aimed to explore the postoperative psychiatric symptoms among adult living-related liver transplantation (LRLT) recipients, and to investigate how psychiatric morbidity was linked to physical conditions.

Methods:

We recruited 107 patients who had undergone LRLT. Psychiatric morbidity was assessed using the Structural Clinical Interview for the DSM-Ⅲ-R. Physical conditions were administered to evaluate the serum albumin, total bilirubin, total protein, blood loss, operation time, percentage of liver of transplantation, complications, and to decide pulse therapy and rejection. Data gathered from patient' s medical records. Data were symbolized and an individual was made not to be able to be specified by it.

Results:

Of the 107 subjects, 58 were female and 49 were male. The mean age was 40.1±11.7 years (range of 20 to 66), with no significant difference noted about sexual, age.29%(n=31) of our sample had a current or probable psychiatric diagnosis according to the DSM-Ⅲ-R. When subjects were divided into psychiatric symptoms and none, no significant difference in serum albumin, total bilirubin, blood loss, operation times, complications, percentage of liver of transplantation and to decide pulse therapy and rejection between the two groups was evident. However, total protein of the former group (5.8±0.9 g/dl) was significantly lower than that of the latter group (6.4±1.1 g/dl).

Conclusion:

The higher rates of psychiatric symptoms among adult LRLT recipients were associated with under baseline total proteins.

【参考文献・引用文献】

1）赤澤千春，一宮茂子，他：生体肝移植成人レシピエントの手術後の精神症状の実態と心理 的要因，京都大学医療技術短期大学部紀要，22，43-52, 2002.

2）Paula, T., Andrea, D. et al. : Delirium in Liver Transplantation Candidates: Discriminant Analysis of Multiple Test Variables, society of Biological Psychiatry, 24, 3-14, 1988.

3）Paula , T., Richard., B. et al. : A Psychiatric Study of 247 Liver Transplatation Candidates, Psychosomatics, 30, 147-153, 1989.

4）三好功峰，藤縄　昭：精神医学，11-22, 医学書院，東京，2001.

5）柄澤昭秀：精神医学入門，30-34, 中央法規，東京，2001.

6）平沢秀人：老人の術後せん妄の臨床的研究，精神神経学雑誌，92(7), 391-410, 1990.

7）Wilson, L. : Intensive care delirium, Arch Intern Med , 130 , 225-226, 1972.

8）福西勇夫：臓器移植精神医学に関する臨床研究，がん，臓器移植とリエゾン精神医学，精神医学，40(2), 343-1347, 1998.

9）志水　彰：術後精神症状はどうして起こるのか，臨床看護，16(9), 1305-1308, 1990.

10) 佐藤禮子：術前・術後の予防的看護，臨床看護，16(9), 1323-1327, 1990.

11) 市川幸枝：ICU症候群，看護学雑誌，47(12), 1366-1371, 1983.

12) 堀部陽子，堤田友子：術後の精神不穏状態に陥る危険因子，第20回日本看護学会集録・成人看護Ⅰ，203-205, 1989.

13) 黒木佳代子，樺島裕子，他：老人患者における術後精神障害の研究，第23回日本看護学会集録・成人看護Ⅰ，26-28, 1992.

14) 高橋久恵，安良岡幸子，他：術後せん妄を起こしやすい要因，第24回日本看護学会集録・成人看護Ⅰ，90-192, 1993.

15) 稲本　俊，小谷なつ恵，他：術後せん妄の発症状況とそれに対する看護ケアについての臨床的研究，京都大学医療技術短期大学部紀要，21, 11-24, 2001.

16) Hans-Bernd, P., Sigrid, E. et al.: Psychiatric and psychosocial outcome of orthotopic liver. transplantation, Psychother Psychosom, 71, 285-297, 2002.

17) 木内哲也，田中紘一：生体肝移植周術期の諸問題と対策，日集中医誌，6，181-187, 1999.

18) 木内哲也，田中紘一：成人生体肝移植のあゆみと展望，BIO Clinica; 14(3), 35-40, 1999.

19) 田賀哲也，岸本忠三：免疫薬理学の概念，免疫薬理，6(4), 35-40, 1988.

20) 大沢伸昭：サイトカインとそのレセプター，免疫薬理，6(4), 23-34, 1988.

21) Dinarello, C.: Biology of interleukin 1 , FASEB, 2 , 108, 1993.

22) Tsutui, S., Kitamura, M., : Development of postoperative delirium in relation to a room change in the general surgical unit, Sueg Today, 26, 292-294, 1996.

23) 小川道雄：外科手術とサイトカイン，感染症，24, 33-39, 1994.

24) 仙波恵美子：ストレスと脳，心身医，35, 639-647, 1995.

25) Margarit, C. et al.: Efficacy and safety of oral low-dose tacrolimus treatment in liver transplantation, Transpl Int, 11, 260-266, 1998.

［平成15年８月４日受　　付］
［平成16年６月14日採用決定］

－研究報告－

看護教育におけるロールレタリング
－ケアリングに通じるナラティブアプローチと振り返りの分析－

Nursing Education through Role Lettering
－ Analysis of Narrative and Reflection which Leads to Caring －

下村明子[1)]　松村三千子[2)]　杉野文代[2)]
Akiko Shimomura　Michiko Matsumura　Fumiyo Sugino

キーワード：ケアリング，RL（ロールレタリング），リフレクション，ナラティブ，対人関係スキル
caring, role-lettering, reflection, narrative, interpersonal relation skill

Ⅰ．はじめに

近年，医療の高度化と少子高齢社会を迎えて，国民の医療に対するニーズはますます複雑・多様化が進み，ケアリングはかつてなかったほどに重要視されてきている。しかし，ケアリングの定義はいまだコンセンサスが得られていないとする研究者も存在し[1)]，ケアリングの概念は複雑でとらえにくい側面がある。このように，複雑な概念規定の「ケアリング」を，看護教育にどのように取り入れていくかは，大きな課題と筆者らはとらえている。Benner（1984）は，ケアリングは技術と問題解決能力に不可欠で，解決の非常に難しい問題には概念的な判断と同時に知覚能力が必要であり，知覚能力を身につけるには深い関わりと注意力が必要である[2)]ことを明らかにしている。さらにNoddings（1984）は，専門的なレベルで効果的なケアリングを行なうためには，専門的な知識・技術にたけているだけでなく，さまざまな対人関係上の課題や要求に対処する高度な対人関係能力やコミュニケーション能力を持っていなければならない[3)]と述べている。

Benner，Noddings両者が述べていることからも分かるように，看護は対人関係が基盤であるにもかかわらず，今日の看護学生の中には，コミュニケーションが不器用で，対人関係を築いて患者を理解していくことに困難を示す学生も少なからず見受けられる。筆者らは，これまでもケアリングに連動する看護教育のあり方を明らかにしていく必要性を感じ，対人関係スキルを高める教育の一環として，臨地実習で自尊感情の低い学生や，人との親密度が低い学生にロールレタリング（以下RLと略記）の実践を試みるなどの研究を実施し，一定の効果を確認している。RLの持つ臨床的意義に加え，今回はさらにRLとNarrative（物語），Reflection（振り返り）との関連を考察しながら，本研究において，RLの実践が，ケアリングにつながる対人関係スキルを高める教育方略として効果があるのかどうか，講義における看護学生のRL実施内容を分析し明らかにしたい。

Ⅱ．理論的背景

松村らは看護で実践可能な知識を養うには講義と実践の橋渡し即ち接着剤の効果として疑似体験学習は必要と考え，学習者が片麻痺患者の疑似体験学習を通して対象の特徴をどのように認識したかを明らかにしている[4)]。また名和らはがん患者やその家族の体験を取り入れその学習効果を検討し[5)]，上田はナラティブァアプローチが患者の揺れ動く心理状態を生身の思いとして客観視し，看護の動機づけや自己成長につながると報告している[6)]。

本研究ではそれらを基に，ケアリングとヘルスケアにおけるnarrative（物語），Reflection（振り返り）がそれぞれどのように関連しているか，看護教育にロールレタリングを活用することの意義を述べ，ケアリングが看護教育において浸透する方略を検証する目的がある。よって，ケアリングとヘルスケアにおけるナラティブについての理論的背景について論述してみたい。

1．ケアリングについて

Watson（1979・1985）は，ケアリングとは「患者と看護師との間主観的な相互交換である。（中略）人は他者の中に自分自身を認識することを学ぶ。この間主観性が共通の人間性に活力を与え続ける。これがTranspersonalなケアであり，この触れ合いとプロセスが，自然治癒力を生みだし

1) 広島国際大学　Hiroshima International University
2) 神戸常盤短期大学　Kobe-Tokiwa College

高めていく」と述べている[7]。Mayeroff(1971)は，ケアの本質で，「自分以外の人格をケアするには，私はその人の世界をまるで自分がその人になったように理解できなければならない（中略）その人の“内面”から感じとるために，その人の世界へ“入り込んで”いくわけである」[8]と人格をケアするということの根本的な関わり方を述べ，さらにMayeroffは，「一人の人格をケアすることは最も深い意味で，その人が成長すること，自己実現することを助けることである」[9]と述べており，患者―看護者関係の相互作用に焦点が当てられている。このことは，看護を専門職として確立させたNightingaleの「看護覚え書き」の中で，「自分自身は決して感じたことのない他人の感情のただなかへ自己を投入する能力を，これほど必要とする仕事は他に存在しないのである。そして，もしあなたがこの能力を全然持っていないのであれば，あなたは看護から身を退いたほうがよいであろう」[10]と表現し，ケアリングが看護の本質あるいは中心概念と考えられ，患者との深い関わりが求められ，患者を理解することが非常に重要であることが理解できる。そしてケアリング行為には専門的な知識・技術のスキルと情緒のスキルが共に必要であり，ケアリングは結果として患者に好ましい変化，つまり心身に安寧な結果をもたらすという。ケアリングを生じさせる看護師の条件として，Benner，Noddings，Mayeroffのいずれにおいても共通していることは，人との深い関わり，つまり対人関係能力が重要であることを述べている。さらにReininger(1977)は，看護の焦点としてケアリングをあげた最初の人物で「ケアリングが看護における有力な知的理論的焦点であり，かつ自己研鑽の焦点であり，実践の焦点である」[11]と述べ看護にとっていかに実践が重要であるかを強調している。

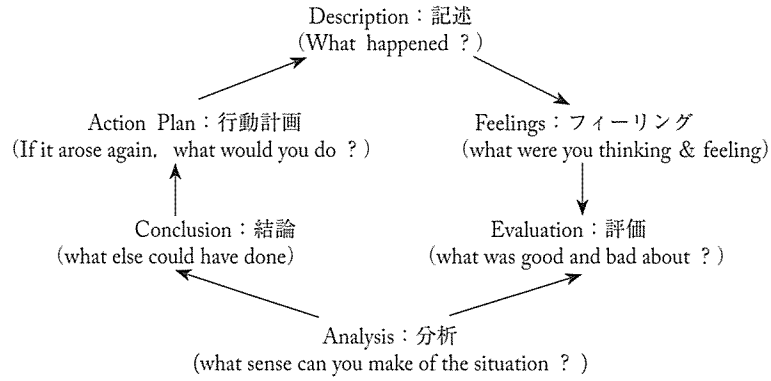
2．ヘルスケアにおけるnarrative(物語）について

物語は，患者の置かれている状況を意味付け，文脈を明らかにし，展望をもたらす。手短にいえば，他の手段によっては決して到達し得ない理解への可能性を提供する[12]ことである。ミシガン州立大学の医学カリュラムでは，「医師―患者関係の効果的・非効果的なありかた」などの短編を読み，討議している。その結果，７週間の課程が終わる頃には，９割の学生が患者中心，あるいは関係性中心のモデルを実践するようになるという。さらに医師と患者の相互関係を改善することだけで，治療効果が上がる[13]という根拠が数多く出されてきているということは，臨床のあり方として，人文学的教育の示す「治療的ふるまい」の重要性が示されていることになる。

Murdochは，看護学生や医学生の教育では，患者に関する膨大な情報を抽出するよう積極的に訓練され，その際，身体的愁訴に焦点をあてるように促される。このような臨床トレーニングの結果，学生は無意識のうちに何を無視してもよいか体得するようになる。病気の心理社会面に気づくようになると，患者が入院し，患者としての生活様式に適合させられたからといって，明らかな効果が示されるとは限らないことが分かるようになる。しかし，医療従事者の患者への関わりが患者の人間性を喪失させることになるということは，患者との関わりが比較的短い医療者には簡単には分からないが，ケアの専門家を自認する者にとって，患者に対して同情と共感の感情を持ち，同情的，共感的な態度をとることができるということが欠くべからざる必須の資質である[14]と述べている。さらにWarnochは，医療者に欠けているのは想像力における「細やかな気づかい」で，それは患者の中に人間性を感じ取る想像力の側面を意味する[15]と述べている。看護者を初め医療従事者には，それぞれの患者の持つナラティブ（物語）的な文脈を尊重し，患者の個別的世界を十分に把握すべき義務があり，これは，道徳的想像力の働きを通じてのみ実現するのである[16]。「患者であるところの人」の世界にある程度想像しながら入っていかなければ，多くを理解することは不可能であり，理解なくしては共感することもできない。したがって，道徳的想像力を育成することは，看護者を初めとする医療従事者の役割遂行の質や，身につける道徳的対応，そして患者とコミュニケーションをとる能力にとっても重要であるといえる。患者が看護者を初めとする医療従事者から受けるケアの質とは，臨床上の手技や専門的技術だけでなく，傾聴したりコミュニケーションをとったりする能力と医療従事者として役割遂行や道徳的対応の性質にも関係し，それゆえに道徳的想像力を働かせるということは，患者が医療従事者から受ける一つの重要なケアの形ともいえる[17]。看護学生や医学生の道徳的想像力の働きを患者ケアの他の側面に結び付けようとするならば，ナラティブ（物語）を取り入れることは，すでに過密なカリキュラムでそう容易なことではないが，重要な要素であることを考慮して今後検討していく必要がある。

3．Reflection(振り返り）について

リフレクションは，自分自身の姿を鏡にうつしてみるかのような自己認識や自己対話，自分自身を振り返り，熟慮，熟考する，あるいは深く省みるという意味で内省するという捉え方がなされている。日本において看護実践の振り返りとして，プロセスレコードやクリティカルシンキングなどが取り入れられてきた。Bulman(2000)は，リフレクションをReidの定義を借りて「実践（行為）の経験を振り返るプロセスであり，記述，分析，評価を行なう手段である。また，実践から学ぶということはどういくことかを理解するための一つの方法である」[18]と捉えて，看護



田村由美寄稿：リフレクションを行なうために必須なスキル開発 Quality Nursing Vol.8 No.5 p53 文光堂 2001

図１　Gibbs（1988）のReflective・cycle　モデル

実践教育の中核に位置付けている。そして，リフレクションを教授―学習の方法の１つとして活用し，単に看護評価を振り返るのではなく，学生が自己の看護実践課程を通しての気づきや学びを意味付け，自己のありようを知り，自己を認め，自信を得ていくものとしている。そして，リフレクションを教授―学習の方法の１つとして活用し，専門職として求められる能力やスキルを育成するには，学生主体と捉えて，学習支援型の教育方法が適切であるとしている。そして彼は，これらのスキルの開発と育成には，学生個人の感情をも扱うので，特に学生が安心して感情表出できる，温かい信頼のある環境（雰囲気）作りが重要であると指摘している。

彼は，リフレクションを行なうために必須なスキル開発として，Gibbs(1988) のReflective・cycleモデル[16] を採用している。それは以下の（図１）の通りである。

＜リフレクションを行なうために必須なスキル開発＞

１）Self-Awareness（自己への気づき）

これは人間の感情を分析するのを可能にする。その状況がどのようにその人個人に影響をしたか，その人個人がその状況にどう影響したのかを正直に検討することが含まれる。自己に気づく（自己を認識する）ということは，自分自身の性格を意識することであり，信念，価値（観），特性（本質），強みや弱み（自分の能力の限界）を意識することである。それは自分自身について知ることである。自己への気づきはリフレクティブな学習や専門的な看護実践にとって必須である。これらに関する知識は，治療的な関係性の開発やより良い対人関係スキルを開発するためには根幹となることである。

Description（記述）

これは経験した最も顕著で重要な事柄や出来事を正確に再現し，それを認める能力を含み，その状況の正確な全体像を提供する。記述は経験した実践での重要な出来事や問題について再現するスキルである。

記述に含まれる事柄：その状況の根源的な背景，明らかになっていない出来事，その時考え・感じたこと，その状況がどんな結果になったのか，肝心な事柄を書き漏らさないよう，また，可能な限り学術専門用語の使用を避け，関係する情報とそうでないものを区別する。

２）Critical Analysis（クリティカルな分析）

その状況内容を検討し，そこに存在する知識を明確にし，問題に挑戦し，他の選択を創造したりすること。

クリティカルな分析スキル：

①知識の源やそのことに関連する知識について明確にする。

② その状況における肯定的・否定的感情も分析し，自分自身の立場のみならず，患者や介護者の感情も検討する。

③その状況を的確に判断しているかどうか検討する。

④行動の選択肢を創造し探求する。継続的に，自分と他の人の視点から考え，発想は適切か。

３）Synthesis（統合）

新たな知識，感情，態度とこれまでのものとを統合する能力である。

４）Evaluation（評価）

何かの価値について判断を可能にする。統合と評価は新たな展望を開発するには必 須である。評価は物事の価値を判断する能力である。それは，これまでのことを振り返ることを課すことであり，自分自身の未来を見つめることである[17]。

Gibbs(1988) のReflective・cycle(図１）を参照。

４．RL（ロールレタリング）

RLは「役割交換書簡法」として，日本交流分析学会で春口（1984）が発表した新しい心理療法である。自分自身が，自己と他者という両方の視点に立ち，役割交換を行な

いながら，双方から交互に相手に手紙を書く。この往復書簡を重ねることによって，相手の気持ちや立場を思いやるという形で，自らの内心に抱えている矛盾やジレンマに気づかせ，自己の問題解決を促進するという発想から生まれたものである。RLの臨床的仮説として，

①文章による感情の明確化：

RLは，自分の考えや感じをうまく表現できたとき，初めて自分のそれまでの考えや思いがはっきり分かったと述べ，感情や思考が文章によって明確化されることを意味する。

②自己カウンセリングの作用：

RLは自分が差出人であり，受取人でもある「役割交換書簡法」で，相手がこれを読むことはない。そこでは赤裸々で自由，素直な表現も可能になる。ありのままの感情と思考の表現が許容される中で，それまであいまいであった感情が徐々に明確化され，自己の問題に気づき，未熟さを改め，さらに成長する方向へと進む。

③カタルシス作用：

RLは決して相手の目にふれず，相手からの反応もなく，思う存分自分の心情を表出する。それまで抑えてきた感情を思い切り書面に訴えることで，その後は相手への理解と受容を示すことが多くなることから，カタルシス作用が期待される。

④対決と受容：

RLでは，はじめ役割交換によって相手の立場に身を置いたのち，これを受容する段になると，相手からの敵意など否定的な感情は素直に受容できないことを体験する。ここにジレンマが生じるが，RLという自己による対決を重ねるにつれ，相手の身になっての洞察が深まり，そこから他者受容がなされる。

⑤自己と他者，双方からの視点の獲得：

RLを実施した者が，これまでの親の悲しい気持ちが分かるかと尋ねられると「なんとなく分かる」と言っていたが，RLを行なって，本当は親の気持ちは分かっていないことに初めて気づいたという。自分の中に相手の眼を持ち，その眼で自他を見直し，人間関係を客観視することができるようになる。

⑥RLによるイメージの脱感作：

RLを重ねると，イメージが想起されるようになる。これまで誤って持っていた自己のイメージは，客観的，妥当的，事実評価的なイメージへと変化する。

⑦自己の非論理的，自己敗北的，不合理的な思考に気づく：

RLによって自己と他者からの訴え，語りかけの過程を通して，これまでいかに非論理的，不合理で自己敗北・自傷的な思考を繰り返してきたかに気づくのである[18]。

ということが仮説的に提示されている。

RLの効果は，これまで小・中・高校などの学校教育場面や，不登校や非行少年などにおける実践効果が報告され，一定の成果が確認されている。

Ⅲ．研究方法

1．研究目的

RLの実践が，対人関係スキルを高め，ケアリングに通じる患者理解のアプローチの学習方略として効果があるか，学生のRL実践の患者との関わりの振り返りによって考察する。

2．研究方法

①研究対象：H看護大学の受講生132名（有効回答：白紙のもの，部分記述の学生のものを除いた学生の記述122名）

②研究期間：H14年の成人看護学の講義期間

③方　　法：筆者が担当した講義で，1回90分で計8回のうちの2回で，障害を持つ患者理解のアプローチの方法としてナラティブ（「愛，深き淵より」星野富広）とVTRを用いて，その患者に必要な看護が理解できるように教授内容と方法を考える。学生には，脊髄損傷の病態・治療・看護を教科書，資料，VTRを活用して講義をし，さらに具体的に「愛，深き淵より」にある中から，例えば，患者・家族の障害受容ができない場面，排泄や食事，清潔など日常生活援助場面，患者・家族が障害を受容し社会復帰していく場面を，その患者との看護場面がイメージできるように資料とVTRを活用して講義をし，そのうえで患者と看護者の一人二役でRLを実施する。その後，看護者と患者の立場で手紙を書いて実感した気持ちや気づきを，｛患者から看護師へ｝｛看護師から患者へ｝｛患者との振り返りで気づいたこと｝｛講義の感想｝という4項目を，A4サイズに自由に文章で表現する。最後にRLとnarrative（物語）を取り入れた講義が，ケアリングに通じる学習方略として有効であったか質問紙調査に応えてもらい，グラウンデッド・セオリーを応用した分析方法により研究者間で考察した。

＊倫理的配慮として，実施については，成績には一切関係のないこと，個人が特定される可能性が無いことを口頭で伝え，研究に了承した場合は，記載内容の提出で了解が得られたとして，学術論文に掲載することの同意を得て研究を実施した。

＊文章表現に関して，語学的に文章が不明確な部分のみ修正をして，その他はあらかじめ学生の承諾を得て学生の文章そのままを掲載している。

Ⅳ．結　　果

1．RLの結果と感想の分析

白紙のもの，部分記述の学生のものを除いた学生122名全員の記述から得られた内容を整理したものは，以下の表1の通りである。

表1　RL実施後の学生の気づきの記述　　n＝122（ ）内%

	RL実施後の学生の気づきの記述	人数
1	自己の振り返り： もっと患者理解ができるようになる必要がある。 患者を理解したいという積極的な姿勢が必要だ。 コミュニケーションが取れるようになる必要がある。 家族に目が向いていなかった。家族を含めた看護ができる必要がある。 RLで文章にすることで，自分の考えの偏りに気づけた。 自分の思い込みを患者に当てはめてしまう可能性に気づいた。 排泄援助にもっと細かい配慮をする必要があった等。	45 (36.9)
2	患者の気持ちに近づく難しさ： 患者の気持ちになろうとしてもなかなか文章に表現できなかった。 患者の気持ちで書いたつもりでも，白々しい気持ちがした。 患者の気持ちになることが難しい等。	24 (19.7)
3	患者の気持ちが少し分ったような気がする： RLをして文章を読むと，Ptの気持ちがはっきりしてくる。 RLはあくまでも自分が書いているのだが，Pt理解のヒントになった。 患者になり手紙を書くと，言いたいことが言えないことがよく分かった等。	23 (18.9)
4	看護師・患者の立場の違いによる気持ちのずれ： RLで，看護師・患者の立場によって気持ちの違いがはっきりした。 看護師になると，上からものを言っているように感じた。 看護師になると，患者の気持ちよりも自分のことを優先しようとしていた等。	20 (16.4)
5	精神的看護のむずかしさ： RLをしても，患者の精神的看護は難しい。 RLをしても，障害を受容することがどういうことか分からない。	10 (8.2)

講義におけるロールレタリングの記述の中から，無作為に選んだ学生のRLを例に挙げて，分析内容を具体的に述べることとする。

{患者から看護師へ}

看護師には同情のような顔で見てほしくない。同情のような言葉もかけてほしくない。看護師には看護行為を行なう以外訪れてほしくない。何かコミュニケーションをとりたいなら本当にたわいもない会話がよい。入院前のことを思い出すような会話はしたくない。思い出したらどうにもならないことを悔やむうえ，人の幸せまで望まない醜い自分に気づき，自分が嫌になり，そこから抜け出せなくなる。生きていくことさえ嫌になる。できればそっとしておいてほしい。自分にかまわないでほしい。それがお互い嫌な思いをしない最善の方法だと思う。

{看護師から患者へ}

あなたの考えは良く分かりました。なるべく，あなたの意向に添うようにします。しかし，私は看護師です。あなたの症状の悪化を防ぐためにも少しの症状の異常などに気づかなければなりません。看護師が訪室するときは，そのような意味があるということを理解していてください。お互い嫌な思いをしないためにも，思っていること，不満なことなどは看護師に伝えてください。それが良い関係を作る鍵になると思います。

{患者との振り返りで気づいたこと}

看護師の立場でしか最近考えていないことに気づいた。患者さんの心としては，病気への不安，恐怖心があるため，その軽減についてしか考えていなかった。しかし，それだけではないということに改めて気づいた。患者さんの不安，恐怖心の軽減，緩和するのは看護者―患者の信頼関係がなければ成立するはずがないということだ。患者との信頼関係を築くためには，相手の立場に立って考えてみる，相手の視線で物事を考えることが看護師には求められていると思った。と同時に，それによって，より良い関係が築けるのではないかと思った。

{講義の感想}

教科書にそった講義は堅苦しく，知識として分かったつもりになりやすいが，看護が人との関わりである以上，患者の気持ちが伝わってくる今回の講義は意味あるものだった。

{患者から看護師へ}　{看護師から患者へ}　{患者との振り返りで気づいたこと}　{講義の感想}　という4項目を自由に書いてもらったRL(資料参照）の内容を，グランデッド・セオリーアプローチを応用した方法によって分析し，研究者間でプロトコルを討議しながら分類および整理を行った。表2　RLの結果と講義の感想の分析を参照。

RLを実施した過程において，次のような効果があった。

学生には何も指示せず，患者との関わりをイメージして自由に記述してもらったRLの文章を節で区切って，カテゴライズしていった。その結果，

①RLを通じて，「患者の気持ちが伝わってくる」という体験をした。

②この体験は，相手の「立場」で考える（と同時に自分の立場を表明する）体験であり，「看護は（立場の違う）

表2　RLの結果と授業の感想の分析

{患者から看護師へ}
a-①　看護師には同情のような顔で見てほしくない。
a-②　同情のような言葉もかけてほしくない。
a-③　看護師には看護行為を行う以外訪れてほしくない。
a-④　何かコミュニケーションをとりたいなら，本当にたわいもない話がよい。
a-⑤　入院前のことを思い出すような会話はしたくない。
a-⑥　思い出したらどうにもならないことを悔やむうえ，人の幸せまで望まない醜い自分に気づき自分が嫌になりそこか抜出せなくなる。
a-⑦　生きていくことさえ嫌になる。
a-⑧　できればそっとしておいてほしい。
a-⑨　自分にかまわないでほしい。
a-⑩　それがお互い嫌な思いをしない最善の方法だと思う。

{看護師から患者へ}
b-①　あなたの考えはよく分かりました。
b-②　なるべく，あなたの意向に添うようにします。
b-③　しかし，私は看護師です。
b-④　あなたの症状の悪化を防ぐためにも，少しの症状の異常などに気づかなければなりません。
b-⑤　看護師が訪室するときは，そのような意味があることを理解していてください。
b-⑥　お互い嫌な思いをしないためにも，思っていること，不満なことなどは看護師に伝えてください。
b-⑦　それがよい関係を作る鍵になると思います。

{患者との振り返りで気づいたこと}
c-①　看護師の立場でしか最近考えていないことに気づいた。
c-②　患者さんの心としては，病気への不安，恐怖心があるため，その軽減についてしか考えていなかった。
c-③　しかし，それだけではないということに改めて気づいた。
c-④　患者さんの不安，恐怖心の軽減，緩和するのは看護者―患者の信頼関係がなければ成立するはずがないということだ。
c-⑤　患者との信頼関係を築くためには，相手の立場に立って考えてみる，相手の視線で物事を考えることが看護師には求められていると思った。
c-⑥　と同時に，それによって，よりよい関係が築けるのではないかと思った。

{講義の感想}
d-①　教科書にそった講義は，堅苦しく，知識として分かったつもりになりやすいが，
d-②　看護が人との関わりである以上，
d-③　患者の気持ちが伝わってくる今回の講義は意味あるものだったと思う。

分析

a-①→②→③→④→⑤	患者から看護師への要求。「してほしくない」ことの列挙。
→a-⑥→⑦	「してほしくない」その理由，説明。
→a-⑧→⑨	「してほしくないこと」→「してほしいこと」（ゲシュタルト的図地反転）
→a-⑩	患者と看護師との関係づくりへの提言（患者の立場から）（記述レベルでのシフト：要求→関係づくり）。
(a-①～⑩) →b-①	共感的態度の表明。
(a-①～⑩) →b-②	要求に善処する姿勢の表明。
→b-③	看護師の立場の表明。
(a-①～⑦) →b-④→⑤	看護師の行為の説明。
(a-⑧→⑨) →b-⑥	看護師として「してほしいこと」
(a-⑩) →b-⑦	患者と看護師との関係づくりへの提言（看護師の立場から）。記述レベルのシフト：要求→関係づくり）
c-①→②	自分の態度，姿勢について気付いたこと。
→c-③→④	信頼関係の大切さ」への気付き，発見。
→c-⑤→⑥	相手の「立場」で考えることから「信頼関係」を築くことができる。気付き，発見に基づくさらなる洞察。
(a-①～⑩) →d-③	患者の気持ちが伝わってくるという，RLを通じた体験の表明。
(a-⑩→b-⑦→c-③→④) →d-②	「看護は人との関わり」「信頼関係の大切さ」：RLを通じた洞察テーマの発見。

人との関わり」ということに気づいた。そして，自分の態度・姿勢について気づいている。

③相手の「立場」で考えることから「信頼関係」を築くことができる，という看護師として自己の取り組みのテーマを発見している。

以上例に挙げた学生の，RLの記述による学生の反応からいえることは，学生自身が看護師と患者の立場を同時に体験することにより，患者との関わりにおいてゲシュタルト認知でいうところの図地反転が生じ，患者の看護に気づいていくことができたといえる。残りの121名の学生については，①自己の振り返りとなる表現がなされている学生は44名，②看護師が患者の気持ちに近づいていくことの難しさを記述している学生は24名③RLを実施し，患者の気持ちが少し分かったと記述している学生は23名，④看護師・患者の立場の違いにより気持ちのズレに気づくことができたと記述している学生は20名，⑤精神的看護の難しさについての記述は10名に認められていた。

2．RLとナラティブを取り入れた講義の質問紙調査結果

RLとナラティブを取り入れた講義の結果については（表1），「患者との関わりがイメージできた」と答えた学生は，「はい」が36.9%で「少し」を合わせると95.9%，「自己の振り返りができた」と答えている学生は，「はい」が46.7%で「少し」と合わせると94.2%，「自己の課題が明確になった」は，「はい」が46.7%で「少し」と合わせると91.8%，「学習の動機づけになった」は，「はい」が44.3%

で「少し」と合わせると86.9%,「自分の考えを客観的に見つめることができた」は,「はい」が53.3%で半数以上の学生が答えており,「少し」と合わせると95.9%で,肯定的に応えている学生がほとんどである。また「自分の内面をさらけだすようで抵抗があった」は,「はい」が13.1%,「少し」が31.1%,「あまり」が30.3%,「いいえ」が25.4%で,「書くことが苦手でRLが苦痛である」は,「はい」が6.6%,「少し」が24.6%,「あまり」が36.9%,「いいえ」が32.0%で,いずれも「はい」と「いいえ」が他の項目に比べると逆転して,表現することに抵抗を示す学生も少なからずいることが読み取れる。

また,RLとナラティブを取り入れた講義の感想については,

①ただ教科書に添った講義だと,患者さんをイメージしにくいが,今回のように事例を物語として取り上げると,イメージしやすく理解もしやすかった

②患者さん自身の気持ちが伝わってくる今回の講義は,意味があるものだった

③RLをして,実際に自分の問題として考えられ,課題が明確になった,

が主な内容であった。

(表3)RLとナラティブを取り入れた講義の質問紙調査結果を参照

表3 RLを活用した講義における患者との関わりの質問紙調査結果

n=122 ( )内%

	①はい	②少し	③あまり	④いいえ
①RLを実施することで,患者との関わりがよりイメージできた。	45 (36.9)	72 (59)	5 (4.1)	0
②RLを実施することで、看護者としての自分の振り返りができた。	57 (46.7)	58 (47.5)	7 (5.7)	0
③RLを実施することで、看護者としての自分の課題が明確になった。	57 (46.7)	55 (45.1)	9 (7.4)	1 (0.8)
④RLを実施することで、自分の課題が明確になり、学習の動機づけになった。	54 (44.3)	52 (42.6)	16 (13.1)	0
⑤RLで、自分の考えを書き表すことで、自分の考えを客観的に見つめることができた。	65 (53.3)	52 (42.6)	5 (4.1)	0
⑥RLを実施することは、自分の内面を曝け出すようで抵抗があった。	16 (13.1)	38 (31.1)	37 (30.3)	31 (25.4)
⑦RLの実施は、単に講義を受ける時よりも患者との関わりを学ぶということに実感が伴っていた。	76 (62.3)	38 (31.1)	8 (6.6)	0
⑧書くことは苦手なので、RLを実施することは苦痛であった。	8 (6.6)	30 (24.6)	45 (36.9)	39 (32)

V. 考　察

本研究において,RLとナラティブを用いて講義を実施した後の質問紙調査では「患者との関わりがイメージできた」「自己の振り返りができた」「自己の課題が明確になった」「自分の考えを客観的に見つめることができた」と答えた学生は,「はい」「少し」を合わせると90%以上,「学習の動機づけになった」は,「はい」「少し」と合わせると80%以上というように,肯定的に答えている学生がほとんどである。また「自分の内面をさらけだすようで抵抗があった」「書くことが苦手でRLが苦痛である」は,「はい」「少し」が他の項目に比べると逆転している。全体的には,RLとナラティブを用いた講義は,患者理解のアプローチの方法として学生に受け入れやすい講義内容であることが示唆された反面,RLでの限界性即ち記述表現の上手下手で結果に左右される危険性をも潜んでいる。学生は臨地実習の場において,患者を理解して患者の個別性の看護をしようと,これまでに学んだ既習の知識を総動員させて実習に臨んでいることが分かる。しかし,同時に緊張度の高い臨地実習の場においては,課題や記録に追われ,患者の立場に立って考える余裕すらなくなっていることも考えられる。そこで今回のように学内の講義でRLを実践することは,多くの学生の反応にあるように,患者との関わりをイメージできることから,自己の傾向や課題の認識ができるようになる。そうなることがつまり心の準備ともなり,臨地実習における緊張度が和らぎ,学生本来の能力が発揮しやすくなるものと考えられる。さらにRLは,自分の感情を思い切り表現できるうえに,それは誰の目にふれることなく自分自身のリフレクションに使える。また,教師は学生に助けを求められたときにしっかり関わる必要があるが,決して強制することはない。このことは,バルマンのいう「学生が安心して感情表出できる,温かい信頼のある環境(雰囲気)作りが重要である」ことにもつながるといえる。

次に学習効果が得られたかどうかについては,ロールプレイ,模擬患者演習,RL,ナラティブアプローチ,参加観察法,例題提示後の考察記入などをグランデッド・セオリーに準拠した方法を研究者間で検討した結果,RLとナラティブアプローチが最も妥当であるとの結論を得て,この方法を今回の研究技法として採用した。なぜなら,野口は「ケアという行為は,科学的説明の及ばない場所と深く関係している。その場所とは,人の『人生物語』見え隠れする場所,『意味』が生起する場所で,『科学的理解』ではなく,『物語的理解』が主役となる場所なのだ」さらに,臨床という場は,「言葉」「語り」「物語」によって成り立っている。ケアする者,ケアされる者それぞれの「語り」が紡ぎ出される場であり,同時に,それぞれの「物語」が出

会う場である。臨床の場はナラティブに満ちている。したがってナラティブこそが主題に据えられなければならない[19]と述べている。アメリカの心理学者のPennbakerh(2000)は，15年間の研究から明らかとなった，オープニングアップ：「秘密の告白と心身の健康」の著書の中で，情動的な経験を筆記したり話したりすることは非常に有益であるとし，①筆記は心を整理する，②筆記は重要な課題への取り組みを邪魔するトラウマを解消する，③筆記は新しい情報の学習や想起に役立つ，④筆記は問題解決を促進する，⑤自由筆記は強制筆記を促進すると述べ，筆記は現実世界について学んだり，対処したりするための非常に有益なスキルである[20]と述べている。これらのことから総合的に判断して，RLとナラティブがケアリングにつながる学習に効果的であったと考えた。

また以上のことから，学生の記述内容から考察されたことは，RLとナラティブを用いることで，患者の置かれている状況をより具体的にイメージすることが可能となり，患者の状況を意味付けし，文脈を明らかにでき，他の手段によっては決して到達し得ない理解への可能性[9]を洞察することにつながったと考えられる。また，GibbsのReflective・cycleから分析すると，RLの実践が，患者との状況を描写し，記述することになる。{患者から看護師へ}の手紙では，学生自身が，これまで自分が得た患者に関する情報を基に，もし自分が患者であったならばと，患者の気持ちに近づこうとしている記述は，病気体験にまつわる感情移入を，体験的に学ぶ場として意図的に提供され，メイヤロフの「その人の内面を感じ取る」ことにもつながったといえるのではないだろうか。{看護師から患者へ}では，自分が看護師としてその場で関わることをイメージして振り返ることは，バルマンらのリフレクションを行なうためのスキル，特にSelf－awareness(自己への気づき)が，RLを実施することで明確になっていくものと考えられる。つまり，RL実施後の学生の感想で『自分の態度・姿勢について気づいた』と述べていることからして，学生が患者という他者に対して共感や理解を示すようになったといえるのではないだろうか。RLとナラティブは，最終的にこのようなプロセスを経て，自己の体験と患者の病気体験とが徐々に近づき，あるいは統合していったと考えられる。近田は，リフレクションが自己との対話から，自分を客観的に見つめ，実施したケアの意味を探求し明らかにすることができると示唆しているが，RLの実践を通してリフレクションすることは，さらに自分で自分を承認し，実感的に自信を得て，次のステップに進んでいくことができる[21]。これらのことからRLは，この経験の意味付けを検証する際のリフレクションに適している。また，理解するということは，言葉や思考，判断などはそれを確定するものとして現れてこなければならない[22]といわれているが，RLの実践は，自分と患者との関わりを振り返り，そこから気づいて学んだりした内容を文字に現わすことで，「実感を伴いながら学習できる」教育方略としても適している。

リフレクションでは，リフレクションの潜在的な問題点として，私的な体験を表出させることの議論とともに，リフレクションの展開に伴うリスク・テイキング，個人指導教師や学習グループの役割，リフレクションを行なう環境の３点が指摘されている[23]。この点に関してRLは，自分自身が一人二役をして手紙を書く「役割交換書簡法」であるため，RLの内容を他人に見せたくないと思われるものは，見せないこと，深く考察せず，表面的な記載も可能である。リフレクションのリスク・テイキングに関して，自らの実践を厳しく検証する際に，自分自身を責めてしまうことになるということは，RLの臨床的仮説の「文章による感情の明確化」「自己カウンセリング」「カタルシス作用」「対決と受容」「自己と他者，双方からの視点の獲得」などが働くものと考えられる。RLによって，自分の考えや感情を表現できるということは，その考えや感情が明確でなければできないことである。ありのままの感情と思考の表現が許容されるなかで，自己の問題点に気づき，未熟さを改め，さらに成長する方向へと進めるようになる。つまり，自己カウンセリングとして作用するのである。またRLが決して他人の目にふれず，相手からの反応もなく行なえるものであるため，思う存分自分の感情を表現できる

ロールレタリング

年　月　日【番号】

患者との関わりの場面

私（看護者）から患者

私（患者）から看護者へ

自己の気づき

場にもなる。教師は学生のRLを，学生が見せたくないといったときには見ないことを最初に約束しておけば，倫理的な問題は解決するが，RLにより，それまで抑えている感情が表出できると，その後は相手への理解と受容を示すことが多くなるということから「カタルシス作用」が働くと考えられる。さらにRLを繰り返すことにより，相手の身になっての洞察が深まり，そこから他者受容がなされ，自分の中に相手の眼を持ち，その眼で自他を見直し，人間関係を客観視することができるようになるといわれる。これについては「対決と受容」「自己と他者，双方からの視点の獲得」が働いたものと考えられる。このようにRLによるリフレクションは，リフレクションの展開に伴うリスク・テイキング，個人指導教師や学習グループの役割，リフレクションを行なう環境などの問題解決に，かなりプラスに作用していることが明らかといえる。今後は，学内の講義のみならず，臨地実習の場でのRLの実践を重ねて，より客観的にRLによるリフレクションの効果を検証していくことが必要である。しかしながら，RLによる振り返りの前提は，自らが自発的に考察を深めたい，他の思考を模索したいとする内的動機に合致したとき高められる技法であり，授業で行った方法が決して最も効果的であるとは言い難い側面があることも忘れてはならないと考えている。

自己を振り返る教育として筆者は，「循環過程を用いた体験学習」[24]を試みて，その効果が得られた経験がある。この体験学習のベースに，Dewey(1859～1952）が生涯にわたり展開した反省的思考（reflective thinking）があったといえる。彼から多大な影響を受けたSchon(1930～1997)は，さまざまな行動のさなかに知るという行ないがあることを分析して，「行動における知」（Knowing-in-action）を主張した。そして新たに「実践の認識論」(epistemology of practice）の必要性を主張し，自分の行動のパターンや，自分が行動しているときの状況，行動のなかにあるノウハウについて，行動を巡らす実践の認識論を支える中心概念を「行動の中の反省」(reflection-in-action）とした。これは「あることを行ないながら，その何かを行なうことについて考える」ことを特徴とした[25]。看護は，患者と関わりながら，その時その場で「ケアを行ないながら，患者の反応を見ながらより適したケアを考える」必要がある。まさに，看護教育にとって必要不可欠な教育方略といえるのではないだろうか。この技法を修得しておけば，看護師として困難な事例に遭遇したとき，いつでもどこでも自問自答しながら新たな展開を臨むことができ，効果的に看護が実践できるものと筆者らは考えている。

Ⅵ. 結　論

RLの実践は，対人関係スキルを高め，ケアリングに通じる患者理解野アプローチの一つの学習方略として効果があると考えられる。患者との関わりをイメージしながら体験的に学び，思考訓練をすることは重要で，そういう教育の場を学生自身が求めていることが示唆された。今後も，ケアリングの実践につながる対人関係スキルを高める研究がさらに必要と考える。

要　旨

本研究は，ケアリングにつながる看護教育の在り方のひとつとして，対人関係スキルを高め，患者理解のアプローチとして，講義にNarrative（物語り）を取り入れた。その後患者との関わりを，ロールレタリング（以後RLと略記）によって効果の検証を試みた。その結果学生のアンケートでは，80～90%の学生が肯定的に答えている。RLの記述内容を，グランデッドセオリーを応用した方法で分析した結果，患者をよりイメージすることが可能となり，患者の状況を意味づけし，理解できていた。GibbsのReflective・cycleから分析すると，RLの実践は，患者の状況を記述し，関わりを振り返ることから，患者の病気体験にまつわる感情移入を，体験的に学ぶ場として意図的に提供された。バルマンらのリフレクションスキル，特に自己への気づき（Self-awareness）が明確になり，ケアリングに通じる看護教育として効果があることが示唆された。

Abstract

This research improved the skill related to the personal relations as one of what should be of the nursing care education, and adopted the "Narrative" (a story) in the lecture as an approach of the patient understanding.

Afterwards, the relations with the patients were carried out to verify the related results by using the roll lettering. (Hereafter abbreviate "R.L.") According to the results of the students' questionnaires, the student of 80 to 90 % answered affirmatively.

As a result to analyze the descriptive contents of the R.L. using the method of applying the Granted-theory, they

could imagine their patients definitely, give meaning to the patients' condition and understand them.

Analyzed from the Gibb's reflective cycle, implementing the R.L. was intentionally provided the experienced learning place to learn the patients' empathy through their sick experiences since the students described the patients' conditions and reflected on the relations with their patients.

Reflection-skill proposed by Dr. Balman and others, especially the self-awareness was made clear and suggested to achieve the results in the nursing education leading to the caring.

引用文献

1）筒井真由美著：時代を超えて看護学教育に伝えたいもの，ケアリングの視点からの看護学実習，日本看護学教育学会誌，Vol.12，No.3，31，2003.

2）Carol L.M. 著：神郡　博・濱畑章子訳，ケアリングの理論と実践，医学書院，東京，12-13，1999.

3）前掲 p14.

4）松村三千子，松浦妙子：成人看護学授業における疑似体験学習の必要性，看護教育，医学書院，43(29)，2002.

5）名和久子，磯邊英子：がん患者の話から感じ取った学生の学び，第34回日本看護学科論文集（看護教育）2003.

6）上田雅子：成人看護学（周手術期）に乳癌患者の体験談を取り入れたことによる学生の学び，日本看護学教育学会会誌，第13巻，第3号，2004.

7）Jean Watson著：稲岡文昭，稲岡光子訳，ワトソン看護論，医学書院，東京，82-87，2000.

8）Milton Mayeroff著：田村　真，向野宣之訳，ケアの本質，ゆるみ出版，東京，93，2002.

9）前掲 1.

10）F.Nightingale：湯槙ます他訳，看護覚え書き，現代社，p227，2002.

11）Marlaine C.Smith．RN PhD著：Caring and the Science of Unitary Human Beings, Advances in Nursing Science，諸田直美，河野文子訳，ケアリングと統一体としての人間科学，Quality Nursing，Vol.7，No.1，p34，文光堂，2001.

12）16. Trisha Greenhagh，Brian Hurwiz編　集，Narrative Based Medicine 臨床における物語と対話，斉藤清二，山本和利監訳，金剛出版，東京，iii，2001.

13）前掲 139-143.

14）12. 13. 14前掲 156-163.

15）田村由美，中田泰夫他寄稿：オックスフォード・ブルックス大学におけるリフレクションを活用した看護教育カリキュラムの背景と概要，Quality Nursing Vol.8，No.5，42-43，文光堂，2001.

16）田村由美，中田泰夫他寄稿：リフレクションを行なうために必須なスキル開発，オックスフォード・ブルックス大学における教授方法実践例，Quality Nursing Vol.8，No.5，53，文光堂，2001.

17）前掲 51-53.

18）春口徳雄編著：ロールレタリングの理論と実際，14-18，チーム医療，東京，1997.

19）野口裕二：物語としてのケア，医学書院，29-31，2002.

20）James W Pennebaker：余語真夫監訳，オープニングアップ，北大路書房，270-272，2000.

21）渋谷美香著：看護技術学習における学生の意味構成を支えるリフレクション，Quality Nursing，Vol.7，No.8，14，2001.

22）藤岡完治著：関わることへの意志，教育の根源，国土社，東京，44，2002.

23）青木由美恵著：リフレクションの実際－Gibbsのリフレクティブ・サイクルを活用して－，Quality Nursing Vol.9，No.2，59，文光堂，2003.

24）下村明子著：循環過程を用いた体験学習を試みて，藍野学院紀要，第13巻，77-84，1999.

25）小林　剛他編：龍崎　忠著：臨床教育学序説，反省的な実践を志向する臨床教育学，柏書房，東京，278-279，2002.

［平成15年9月29日受　　付］
［平成16年7月15日採用決定］

－研究報告－

訪問看護師の脳血管疾患患者の状態予測と予測達成に関わるケア

Home Nursing Care to Achieve the Expected Status for the Elderly with Cerebro-Vascular Diseases

別所遊子[1)] Yuko Bessho　細谷たき子[2)] Takiko Hosoya　長谷川美香[2)] Mika Hasegawa

吉田幸代[2)] Yukiyo Yoshida　松木光子[3)] Mitsuko Matsuki

キーワード：訪問看護，脳血管疾患，予測状態，達成
home care nursing, CVD, expected status, achievement

Ⅰ．緒　言

訪問看護ステーションとその利用者数は年々増加しており，介護保険制度が創設された平成12年にはその数は約５千ヵ所であり[1)]，利用者数は20万人に達し，そのうち介護保険利用者数は全体の80％を超えている[2)]。

訪問看護の需要が高まるにつれ，訪問看護の専門性を明らかにし，質評価を行うことが求められ[3)]，訪問看護のアウトカム評価枠組みである米国のOASIS[4)]やオマハシステム[5)]等が紹介されてきた。看護の質向上には一定期間内における適切な目標レベルの設定と，その達成のための効果的なケアを明確にすることが欠かせない。

わが国における訪問看護利用者の主疾患のうち，脳血管疾患や高血圧症性疾患等の循環器系の疾患はもっとも割合が高く約50％を占めている[6)7)]。脳血管疾患の後遺症による障害を持ち慢性期にある利用者の状態を的確に予測することは必ずしも容易ではないが，合理的な目標レベルの設定とその達成は看護師に要求される技能の１つである。

本研究は，脳血管疾患を主疾患とする高齢者を対象とする訪問看護において，看護師が優先度が高いと判断した患者の看護問題について，看護師の２ヵ月後の予測レベルと実際の到達状態と比較して，予測の達成にかかわったケア内容を縦断的に明らかにし，訪問看護における合理的な目標設定とその達成のためのケアについての基礎資料を得ることを目的として行った。

Ⅱ．研究方法

１．対　象

福井県内７ヵ所，北海道東部６ヵ所，合計13ヵ所の訪問看護ステーションを利用している65歳以上の在宅高齢者の中で，脳血管疾患を主疾患とし，訪問看護を開始してから１ヵ月以上経過し，本研究への参加に同意が得られた87名を対象者とした。そのうち，完全な情報が得られた76名を分析対象とした。

２．方　法

調査方法は，対象者の担当看護師が，調査開始時と２ヵ月後の両時点で，次項に述べる対象者および家族介護者の状態に関する27項目について４段階で査定し，あらかじめ作成した調査票に記録した。また，調査開始時に担当看護師は，対象者ごとに優先度が高いと判断した開始時以後２ヵ月間の看護の重点項目を３項目以内で選択し，さらに全項目について２ヵ月後のレベルを前述の４段階で予測した。また，調査開始時から２ヵ月間に，毎回の訪問時に実施した看護ケア内容を，予め作成した看護記録票に看護師が記入した。調査終了時に，担当看護師は対象者の状態を，前述の27項目について４段階で査定した。調査期間を２ヵ月間としたのは，訪問看護のアウトカムに関する先行研究を参考に，訪問看護の成果を判定するのに必要な期間と考えたためである。調査期間は，平成11年10月～平成12年１月であった。

３．調査項目

患者の状態のアセスメント票は，著者らがオマハシステム，脳血管疾患のクリニカルパス[8)]，および日本版成人・高齢者用アセスメントとケアプランツール[9)]等を参考に，脳血管疾患あるいは高血圧性疾患の後遺症のある在宅高

1) 神奈川県立保健福祉大学　School of Nursing, Kanagawa University of Human Services
2) 福井大学医学部看護学科　School of Nursing, Fukui Medical University
3) 日本赤十字北海道看護大学　The Japanese Red Cross Hokkaido College of Nursing

表１　領域別の状態査定項目

領　域	状態査定項目	領　域	状態査定項目
環境領域	居室の安全・清潔	心理・社会・行動領域	フケ・垢の状態
	病床の安全・清潔		汗・し尿の臭い
	家屋の安全・清潔		悲観的な見方
生理的領域	皮膚症状		服薬の状況
	血圧値の安定		家族のケア技術
	脈拍の安定		口腔の清潔
	栄養バランス		外出
	水分バランス		感情の安定
	尿失禁頻度		家族からの労わり
	便失禁頻度		家族内の役割
	排便の状況		食事準備の状況
	浮腫		家族等との交流
	嚥下機能		
	咀嚼機能		
	関節拘縮の程度		

齢者の看護アセスメントに有用であると考えた項目を抽出し，訪問看護経験年数が10年以上の訪問看護ステーション管理者３名と討議して最終的に３領域27項目とした。それらは，表１に示したように環境領域３項目，生理的領域の12項目，心理・社会・行動領域12項目，合計27項目であった。環境および生理的領域の項目は，それぞれ問題の程度（「問題なし」，「軽度」，「中程度」，「重度」）あるいは問題の生じる頻度（「なし」，「時折あり（50％以下）」，「しばしばあり（50％超）」，「常にあり」）を４段階に設定した。対象者に関しては，これらの27項目の他に，基本属性，訪問看護利用期間，利用サービス，寝たきり度（障害老人の日常生活自立度）[10]，Ｎ式老年式日常生活動作能力評価尺度（N-ADL）[11]，道具的日常生活動作能力（I-ADL）[12]，痴呆の有無（程度・判定基準）を調査した。I-ADLは，女性は８項目，男性は５項目の得点を合計した。担当看護師については，基本属性，訪問看護経験年数等を調査した。

４．分析方法

２ヵ月間の訪問看護の成果を，対象者の２ヵ月間の実際の状態変化と，予測レベルの達成状況により分析した。ここで「状態変化」とは，調査開始時の状態を４段階で表示したもの（以後「開始レベル」という）と比較した２ヵ月後の実際の状態（以後「２ヵ月後レベル」という）の段階の差をいう。項目ごとに，２ヵ月後レベルが開始レベルより１段階以上良い状態の場合を「改善」とし，１段階以上悪い状態の場合を「悪化」とした。開始時レベルと２ヵ月後レベルが同一の場合は「維持」とした。看護師が開始時に予測した２ヵ月後の状態を４段階で表したものを「予測レベル」という。状態変化と同様に，項目ごとに予測レベルが開始レベルより１段階以上良い（悪い）状態の場合を「改善予測」（「悪化予測」）とし，同じレベルの場合は「維持予測」とした。達成状況は，予測レベルと２ヵ月後レベルを比較して，２ヵ月後レベルが予測レベル以上のものを「達成」，予測レベルに到達しなかった場合を「非達成」とした。

N-ADL，I-ADLは，開始前後の得点と２ヵ月後レベルの得点を比較した。27項目すべてについて，対象者ごとに１）開始レベルと予測レベルの差，２）２ヵ月後の状態変化，３）達成状況，を算出した。開始時と終了時の状態変化の検定にはWilcoxon符号付順位和検定を，項目ごとに，その項目を２ヵ月間の看護の重点項目とした者（以後「重点群」という）と，重点項目とはしなかった者（以後「非重点群」という）との差の検定にはFisherの直接確率法を用いた。

２ヵ月間の看護ケア内容は，看護記録票に書かれた全てのケアについて，オマハシステムにもとづき研究者４名が以下の手順で，63の介入の焦点（target）[13] 別に分類した。オマハシステムにおいては，訪問看護の介入を，４つのカテゴリー（観察，直接ケア，教育・相談，ケースマネジメント）と，63の焦点に分類して表記している。予備作業として全対象者から無作為に選んだ12名の２ヵ月間の看護記録について，ケア内容を分類して焦点の妥当性を確認した後に，全対象者の２ヵ月間の記録からケア内容を焦点別に分類した。複数の焦点に関係するケア内容は研究者間で討議し，いずれかに決定した。さらに，対象者ごとに２ヵ月間の看護ケア件数を焦点別に計数し，対象者一人当たりの平均実施件数を算出した（以後，「平均実施件数」という）。

重点群と非重点群間のケア実施件数の差の検定には，Mann-WhitneyのU検定を用いた。統計解析にはSPSS 10.0J for Windowsを使用した。

５．倫理的配慮

研究者が訪問看護ステーションの管理者に研究の主旨を説明し，研究協力への同意が得られた所を対象施設とした。また，対象者本人およびその担当看護師に対し，研究目的，研究方法等について書面による説明を行ない，研究参加に同意が得られた者を対象者とした。看護師による調査票への記入に際しては，対象者名は無記名とし匿名性を厳守した。

Ⅲ．結　　果

１．対象者と担当看護師の概況

対象者は男性49％で，平均年齢77.1歳（±8.5　SD，以下同じ）で，性別による年齢差はなかった。発病後の経過

期間は平均6.3年（±5.3），退院後の経過期間は平均2.6年（±3.1）であった。調査開始時の訪問看護利用期間は平均2.1年（±1.6），２ヵ月間の訪問回数は平均13.5回（±6.1）であった。寝たきり度はランクB，Cが55％を占め，痴呆症のない者が55％，軽度痴呆が38％であった。世帯構成は二世代以上が57％を占めていた。主介護者は配偶者が58％と多く，次いで娘・息子であり，主介護者の平均年齢は64.2歳（±12.7）であった。利用サービスはデイサービスが42％，ホームヘルプサービスが36％であった。開始時のN-ADL合計得点は24.５点（±13.1），I-ADL得点は，男性1.8点（±1.6），女性3.0点（±2.1）で，いずれも終了時に有意な変化は見られなかった。

調査に参加した担当看護師は69名（女性）であり，平均年齢は37.8歳（±5.8），訪問看護経験年数は平均2.9年（±1.8），臨床看護経験年数は平均8.7年（±8.5）であった。

２．対象者の予測レベルと状態変化

27項目中，開始レベルが「問題なし」の者が多かったのは交流（86％）で，食事準備，服薬，嚥下機能も75％以上であった。皮膚，悲観的な見方，栄養バランスなどは，問題なしの者が45％程度であり，血圧値，関節の拘縮の項目では約36％と比較的低かった。

表２に，看護師が予測した２ヵ月後の変化と，実際の状態変化を項目別に示した。２ヵ月後の状態変化は，皮膚症状の改善割合がもっとも高く30％で，次いで血圧値，フケ・垢，汗・し尿の臭いが21－26％であった。悲観的見方，服薬，ケア技術，外出，口腔清潔，便失禁頻度，感情，栄養バランスの改善は10％台であった。維持は全項目で

表２　看護師が予測した２ヵ月後の変化と実際の状態変化

対象者の状態査定項目		予測した変化		２ヵ月後の状態変化				重点人数
		改善 人（％）	維持 人（％）	改善 人（％）	維持 人（％）	悪化 人（％）	p値[1]	人
環境領域	居室	10（13.2）	66（86.8）	7（9.2）	69（90.8）	0（0.0）	0.011	2
	病床	9（11.8）	67（88.2）	7（9.2）	68（89.5）	1（1.3）	0.132	1
	家屋	7（9.2）	69（90.8）	4（5.3）	71（93.4）	1（1.3）	0.334	1
生理的領域	皮膚症状	28（36.8）	48（63.2）	23（30.3）	49（64.5）	4（5.3）	0.000	15
	血圧値安定[2]	35（46.1）	40（52.6）	20（26.3）	50（65.8）	5（6.6）	0.034	31
	便失禁頻度[3]	7（20.0）	27（77.1）	5（14.3）	29（82.9）	1（2.9）	0.084	4
	栄養バランス	24（31.6）	52（68.4）	8（10.5）	66（86.8）	2（2.6）	0.052	11
	脈拍安定[2]	9（11.8）	66（86.8）	7（9.2）	67（88.2）	1（1.3）	0.034	3
	排便の状況	14（18.4）	62（81.6）	6（7.9）	68（89.5）	2（2.6）	0.157	16
	浮腫	9（11.8）	67（88.2）	6（7.9）	69（90.8）	1（1.3）	0.059	4
	水分バランス	7（9.2）	69（90.8）	3（3.9）	70（92.1）	3（3.9）	1.000	4
	嚥下バランス	3（3.9）	73（96.1）	2（2.6）	74（97.4）	0（0.0）	0.180	7
	咀嚼機能	2（2.6）	74（97.4）	1（1.3）	74（97.4）	1（1.3）	1.000	1
	尿失禁頻度	2（2.6）	74（97.4）	0	74（97.4）	2（2.6）	0.157	4
	関節の拘縮	0	76（100）	0	76（100）	0（0.0）	1.000	22
心理・社会・行動領域	フケ・垢	25（32.9）	51（67.1）	18（23.7）	58（76.3）	0（0.0）	0.000	3
	汗・し尿の臭い	23（30.3）	53（69.7）	16（21.1）	59（77.6）	1（1.3）	0.000	10
	悲観的な見方	23（30.3）	53（69.7）	14（18.4）	61（80.3）	1（1.3）	0.001	12
	服薬の状況[2]	14（18.7）	61（81.3）	13（17.3）	61（81.3）	1（1.3）	0.002	8
	家族ケア技術	24（32.4）	49（66.2）	11（14.9）	59（79.7）	3（4.1）	0.033	6
	口腔の清潔	17（22.4）	59（77.6）	11（14.5）	64（84.2）	1（1.3）	0.005	1
	外出	21（27.6）	55（72.4）	11（14.5）	62（81.6）	3（3.9）	0.033	8
	感情の安定	19（25.0）	57（75.0）	10（13.2）	64（84.2）	2（2.6）	0.021	3
	家族の労わり[4]	11（14.5）	65（85.5）	4（5.3）	71（93.4）	1（1.3）	0.480	2
	家族内役割	14（18.4）	61（80.3）	4（5.3）	70（92.1）	2（2.6）	0.414	1
	食事準備状況	7（9.2）	69（90.8）	2（2.6）	72（94.7）	2（2.6）	0.705	1
	交流	4（5.3）	72（94.7）	1（1.3）	75（98.7）	0（0.0）	0.317	9

1) 開始時レベルと2ヵ月後のレベルの差のWilcoxon符号付順位和検定結果のp値
2) n＝75
3) n＝35（悪化予測が1名）
4) 悪化予測が1名

65％以上と高く，特に関節の拘縮，交流，咀嚼，嚥下，尿失禁頻度の項目は95％以上であった。悪化は22項目に見られたがその割合は少なく，５％以上に悪化が見られたのは血圧値と皮膚症状の２項目のみであった。

開始時に，改善予測がもっとも高かったのは血圧値（46%）で，次いで皮膚症状（37%），フケ・垢，ケア技術，栄養バランス，汗・し尿の臭い，悲観的な見方が30－33%であった。維持予測は血圧値がやや低かったが（53%），その他の項目では63％以上であり，「悪化予測」は２項目で各１名のみであった。どの項目も実際に改善した割合は，改善予測の割合を下回っていた。とくに，血圧値，栄養バランス，ケア技術などの項目ではその差が約20%と大きかった。

３．重点的ケア項目としてあげられた項目の改善割合

訪問看護師が，対象者の重点的ケア項目としてあげた項目は，27項目の全てに及んでいた。もっとも多かったのは血圧値（41％）で，次いで関節の拘縮（30％），排便状態（21％），皮膚症状（20％），悲観的な見方，栄養バランス，汗・し尿の臭いと続いていた。いずれの項目についても，重点群の方が非重点群よりも「改善予測」の割合は有意に高かった。服薬，悲観的な見方，ケア技術，皮膚症状，汗・し尿の臭いの項目は，重点群では改善予測は対象者の80％以上であった。

重点項目とすることで，状態改善に影響があるかどうかを見るため，対象者の10％以上に対して重点項目とされた９項目について，２ヵ月後の状態が改善した割合を，重点群と非重点群の間で比較し，図１に示した。服薬，皮膚症状，汗・し尿の臭い，栄養バランス，排便状況，ケア技術の６項目は，重点群では実際に25％以上の改善がみられ，

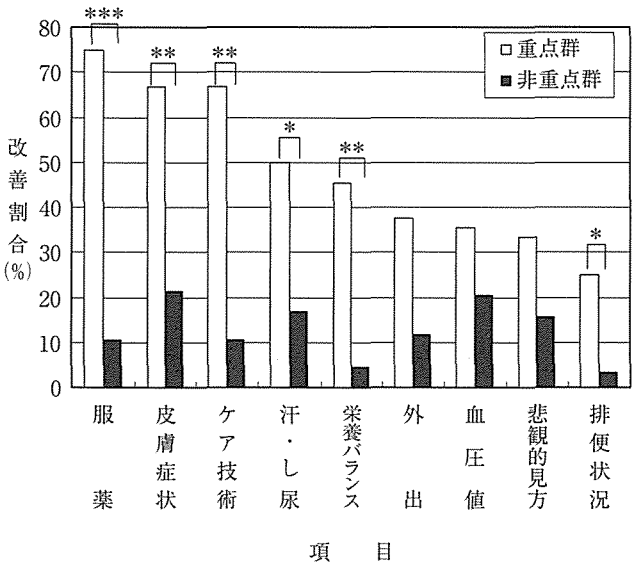


図１　重点郡と非重点郡の改善割合の比較

非重点群よりも改善割合が３倍から10倍高かった（$p<0.05$）。血圧値，悲観的な見方，外出では，両群に有意差はなかったものの，重点群の方が改善割合が1.5倍から３倍高い値を示していた。非重点群には開始レベルが「問題なし」の者が多かったため，これらの者を除き再度検定を行なったが，それでも栄養バランス，排便状況，ケア技術の３項目は，重点群の方が非重点群よりも改善割合が有意に高かった。

重点群における予測レベルの達成割合は，ケア技術83.3％，服薬，排便状況，栄養バランスは73－75%で比較的高かった。汗・し尿の臭い，血圧値，外出は，60－65％，悲観的な見方と皮膚症状は達成割合が50％程度であった。しかし，皮膚症状については予測レベル以上に改善していた者の割合が高かった。

４．訪問看護ケアの内容

２ヵ月間に看護師が実施した対象者１人あたりのケアは，「兆候／症状－身体的」（バイタルサインの測定，尿・便の観察，腰痛の程度，感染症状の観察等）の平均実施件数が29.4回（±21.2）と特に多く，次いで「リハビリテーション」が16.0回（±13.5），「身体のケア」（清拭，おむつ交換，入浴介助等）が11.3回（±13.2），「薬剤の管理」（服薬状況確認，薬の作用・副作用の観察等）が6.1回（±12.2），以下，「栄養」（食事内容・摂取量・飲水量の確認等），「徴候／症状－精神的／情緒的」（不安，意欲，うつ症状の観察等），「交流」（手紙の代筆，感情の表出等）は４－５回で，「皮膚ケア」（褥瘡部のガーゼ交換，胃瘻部のケア等），「ストレス管理」（散歩等）は２－３回であった。

重点群と非重点群との間で，２ヵ月後の状態変化に有意差がみられた５項目について，どのようなケアが状態変化に関連していたかを見るため，ケアの実施件数を表３に示した。服薬の項目に対しては，受診介助，医師連絡等の「医学的／歯学的ケア」，「薬剤の管理」あるいは「徴候／症状－身体的」のケアが，また，皮膚症状に対しては，「包帯交換／創傷部のケア」や「身体のケア」，あるいは「体位」や「皮膚のケア」が，いずれも重点群の方が有意に実施件数が高かった。栄養バランスに対しては配食サービスの紹介等の「食物」，ホームヘルパーの紹介等の「補助的看護ケア」あるいは「栄養」のケアが，ケア技術に対しては「徴候／症状－身体的」，「皮膚のケア」，あるいは自己導尿物品の点検・補給等の「ケア・処置用品」のケアが，排便状況に対しては「排便のケア」が重点群の方がいずれも有意に実施件数が高かった。

表3　目標群と非目標群との平均ケア実施件数の比較

ケア項目	ケア内容	重点群 中央値（最小値 - 最大値）	非重点群 中央値（最小値 - 最大値）	p 値[1]
服薬の状況	医学的／歯学的ケア	1.0　(0 - 5)	0.3　(0 - 6)	0.021
	薬剤の管理	15.5　(0 - 89)	1.0 (0 - 24)	0.001
	徴候／症状－身体的	45.5 (26 - 94)	23.5 (0 - 99)	0.011
皮膚症状	包帯交換／創傷部のケア	0.42　(0 - 16)	0.1 (0 - 15)	0.000
	身体のケア	12.8　(4 - 63)	5.7 (0 - 42)	0.002
	体位	0.3　(0 - 8)	0.08　(0 - 9)	0.047
	皮膚のケア	5.0　(0 - 34)	0.3 (0 - 28)	0.001
栄養バランス	食物	0.3　(0 - 2)	0.03　(0 - 2)	0.000
	看護ケア・補助的な	0.2　(0 - 2)	0	0.015
	栄養	6.0　(0 - 43)	0.8 (0 - 49)	0.025
家族ケア技術	徴候／症状－身体的	18.0　(9 - 63)	6.4 (0 - 49)	0.008
	皮膚のケア	9.0　(0 - 34)	0.3 (0 - 28)	0.009
	ケア・処置用品	0.2　(0 - 1)	0.01　(0 - 1)	0.029
便失禁頻度	排便のケア	0.6　(0 - 29)	0.1 (0 - 13)	0.004

Ⅳ．考　察

1．開始レベルと2ヵ月後の予測レベル

皮膚症状，悲観的な見方，栄養バランス，血圧値，関節の拘縮などについては，開始時に何らかの問題を持っていたものが55％と過半数を占めていた。これらの問題は，脳血管疾患の後遺症を持つ本研究の対象者では，訪問看護開始後平均2年以上経過してもなお問題として継続する項目であるといえる。酒井ら[14]は，訪問看護導入後3，4年を経過した安定期の高齢者では，神経筋骨格系機能，介護，社会資源，社会的接触等の問題の出現数が多かったと報告している。本研究でも，血圧値や関節の拘縮など，脳血管疾患の既往のある患者が持つ身体的な問題に加えて，皮膚症状，栄養バランスなど，看護者，介護者，家族の継続的な連携した関わりを要する問題が長引くのではないかと考えられた。また，そのような患者においては，身体的問題あるいは社会的接触の制限などがある場合が多く，悲観的な見方の改善に対する看護ケアの必要性が示唆された。

2．対象者の状態変化

重点ケア項目としてあげたか否かにかかわらず，2ヵ月間で改善が多く見られたのは，皮膚症状，フケ・垢，汗・し尿の臭い等の項目で，身体の清潔に関連する項目であった。内田ら[3]も，介入3ヵ月後に改善割合が高かったニーズとして「清潔」を報告しており，厚生労働省による調査[7]では介護サービス利用者の50％が脳血管疾患後遺症の患者であるが，本調査と同様に観察，身体の清潔，リハビリテーション等の実施頻度が比較的高いと報告している。島内ら[15]は，皮膚のケアは，実施頻度が高く，難易度が低いケアであると報告している。これらのことから，皮膚のケアなど清潔のケアは，訪問看護師が2ヵ月間に患者の状態の改善させることがまず期待される項目であると考える。

血圧値の安定は，改善割合も高かったが悪化も比較的多く見られた。内田らの利用者・家族の訪問看護に対する満足度調査[16]では，満足度の低い項目として症状の軽減・改善があげられている。本調査は冬季に実施したため，季節的な血圧変動の影響も考えられるが，血圧値の変動にはそれ以外にも多くの要因が関与していると考えられる。脳血管疾患後遺症の訪問看護において，医師との連携も含め，血圧管理が重要な課題であるといえる。

悲観的な見方，外出，交流，食事準備，嚥下の項目は，目標として設定するか否かに関わらず改善割合が低かった。外出については冬季であったこと，交流，食事準備，嚥下の項目では，開始レベルが問題なしであった者が多かったことなどが理由として考えられた。悲観的な見方の改善については，前述のように脳血管疾患患者の訪問看護においてニーズが高く，また改善割合が比較的低いことから，効果的な看護の方法を考える必要がある。

3．重点ケア項目と予測レベルの達成状況

重点群は非重点群と比較すると，いずれの項目も改善予測の割合が高く，とくに服薬，悲観的な見方，ケア技術，皮膚症状，汗・し尿の臭いは，重点群では対象者の80％以上に対して看護師は改善を目指していた。栄養バランス，

排便状態，ケア技術の３項目は，開始レベルが問題なしであった者を除いて統計的な検定を行っても，重点群が非重点群より改善予測の割合が高かった。しかし，重点群の実際の達成割合は，皮膚症状，悲観的見方の項目については約50％であり，汗・し尿の臭い，血圧値，外出は60－65％と，比較的達成割合が低かった。皮膚症状，血圧値，栄養バランス，ケア技術の項目は，実際の状態変化としては改善が比較的多く見られたにもかかわらず，予測レベルを下回っていたため達成割合は低かった。看護師の改善期待が実際の状況よりも大きかったことを示している。予測レベルの達成は，看護師の予測あるいは看護ケアが妥当であったことを示す目安の１つと考えられる。訪問看護師は専門職として，患者とその家族とのサービス授受の契約において，合理的な予測レベルを立て，それを達成することが期待されるので，適切な予測を行うことは重要である。

また，これらの項目は，訪問看護師だけでなく，医師，家族，ホームヘルパーなど介護者との適切な連携が必要な項目である。訪問看護師が他の職種や家族介護者といかに連携をとるか，また，これらの問題を改善するために必要な看護技能をいかに高めるかが，今後重要であると考える。島内ら[17]は，在宅看護において患者・家族のアウトカムの改善率には，患者の自立度，痴呆度，訪問看護機関が影響すると報告している。

訪問看護において，合理的な成果の達成には，患者・家族の状態，看護師の熟練度，適切なケアの技術などが影響を及ぼすと考える。訪問看護の質を保証するために，これらの要因を考慮して，合理的に期待される成果の標準を作成していくことが重要であると考える。

４．患者の状態の改善に寄与した看護ケア

脳血管疾患の後遺症を持つ患者を対象とした本研究では，「兆候／症状－身体的」，「リハビリテーション」，「身体のケア」に関するケアの実施頻度が高かった。服薬，皮膚症状，栄養バランス，排便状況，ケア技術を，重点ケア項目としてあげた群においては非重点群よりも状態の改善割合が有意に高く，それぞれ，薬剤の管理，皮膚のケアなどの看護ケアの実施頻度は，非重点群と比較して高かった。訪問看護師が「必要時にいつもケアを実施する」ことが患者・家族にもたらされる成果に関連していたとの報告もある[18]。本研究では実際に行われたケアの頻度を継時的に調査した結果，看護師が患者にとって優先度が高いと判断した問題について重点的にケアを行うことが，成果に寄与することが示された。

５．本研究の限界と今後の課題

本調査では，対象数が76名と比較的少ないため，予測レベルの達成を判断できるほど十分な設定数が得られない項目があった。今後，対象数を増やして，予測レベルの達成状況，状態の改善状況を明らかにする必要がある。本研究では，患者本人の状態の改善という成果が示されたが，今後は調査項目に介護者に関する項目もさらに加えて検討する必要があると考える。

Ⅴ．結　　論

福井県と北海道の13ヵ所の訪問看護ステーションにおける，脳血管疾患後遺症のある利用者76名を対象として２ヵ月間の状態変化，目標レベルの達成状況と関連するケアの内容を縦断的に分析した結果，皮膚症状，血圧値，フケ・垢，汗・し尿の臭いなどが，改善割合が高かったが，いずれも予測した改善割合を下回っていた。服薬，皮膚症状，汗・し尿の臭い，栄養バランス，排便状況，ケア技術の６項目は，看護ケアの重点項目としてあげた群では25％以上の改善がみられ，あげなかった群よりも改善割合が３倍以上高かった。また，これらの項目の重点群では，薬剤の管理，皮膚のケアなどの実施頻度は，非重点群と比較して明らかに高く，ケアが患者・家族の状態の改善に寄与したことを示唆していた。今後は，利用者の介護者に関する項目を追加して，さらにデータを蓄積していきたい。

本研究にあたり，調査にご協力いただいた対象者の皆様方，訪問看護ステーションの管理者および看護師の皆様方に深謝いたします。

本研究は，日本学術振興会科学研究助成金（C)(２)「訪問看護の業務分類」による研究助成を受けて行ったものである。

要　　旨

訪問看護師が専門職として，妥当な看護目標を設定し，成果を上げるための基礎データを得るために，２道県の13ヶ所の訪問看護ステーションにおける，脳血管疾患後遺症のある利用者76名を対象として，生理的，環境，心理社会的，行動の３領域の27項目について，２ヵ月間の状態変化，予測レベルとその達成状況，および成果に関連するケアの内容を縦断的に分析した。その結果，皮膚症状，血圧値，フケ・垢，汗・し尿の臭いなどが，改善割合が高かったが，いずれも予測した改善割合を下回っていた。服薬，皮膚症状，汗・し尿の臭い，栄養バラ

ンス，ケア技術などの６項目は，看護ケアの重点項目としてあげた群では，あげなかった群よりも改善割合が３倍以上高かった。また，これらの項目の重点群では，薬剤の管理，皮膚のケアなどの実施頻度は，非重点群と比較して明らかに高く，ケアが患者・家族の状態の改善に寄与したことを示唆していた。

Abstract

The objectives of this study were to clarify the home nursing expectations of the patients' status and the nursing care effective for the achievement, for the elderly with cerebro-vascular diseases (CVD). The change of the status on 76 elderly in 13 visiting nursing stations, the achievement of the expected status in 2 months and referred nursing care for the improvement were assessed, on 27 items in 3 domains, which were, physiological, environmental, psychosocial and behavior domain, at 2 time points by the home nurses in charge. Nursing care records of the period were analyzed according to the Omaha System.

The status of the skin signs, stability of blood pressure, the odor of sweat /urine, were improved significantly in 2 months, but their achieved levels were lower than those expected. The subgroup that set priority on the medication, the skin signs, the odor of sweat /urine, nutritional balance showed significantly higher improvement in 2 months, compared to the subgroup that did not. The priority-set subgroup also got more frequent nursing care during the period, referred to each problem, which suggested the effectiveness of those care to achieve the expected level and improvement.

＜引用文献＞

1）村嶋幸代，永田智子，他：訪問看護－病院から訪問看護ステーションへ，看護研究，35(1)，15-24，2002.

2）石井やよ江：データにみる介護保険施行後の訪問看護の実態，看護研究，35(1)，25-35，2002.

3）内田陽子，島内　節，他：訪問看護のアウトカム評価と費用効果に関する研究，日本看護科学学会誌，21(1)，9-17，2001.

4）村嶋幸代，金　曽任，他：ホームケアにおけるアウトカムについて，看護研究，30(5)，3-15，1997.

5）Martin，K. S. & Scheet，N.J.／別所遊子，斎藤好子，他訳(1997)：オマハシステムによる地域看護ハンドブック（1版)，医歯薬出版株式会社，東京，1992.

6）厚生省大臣官房統計情報部編：平成11年訪問看護統計調査，(財）厚生統計協会，38，2000.

7）厚生労働省大臣官房統計情報部編：平成12年介護サービス施設・事業所調査の概況，2001.

8）Basselaw：Integrated Care Pathway. Inpatient Stroke Management Rehabilitation Phase. Medicine and Care of the Elderly. Hospital & Community Services NHS Trust(1996).

9）日本訪問看護振興財団：平成９年改訂版　日本在宅ケアにおけるアセスメントとケアプラン成人・老人用，日本看護協会出版会，東京，1998.

10）厚生省通知102-2：障害老人の日常生活自立度判定基準，1991.

11）小林敏子，播口之朗，他：行動観察による痴呆患者の精神状態評価尺度および日常生活動作能力評価尺度の作成，臨床精神医学，17，1653-1668，1988.

12）Lawton, M.P , Brode, E.M：Assessment of Older People：Self-maintaining and Instrumental Activities of Daily Living, Gerontologist, 9, 179-186, 1969.

13）Martin, K.S. & Scheet N. J.：The Omaha System-Applications for Community Health Nursing, W.B. SAUNDERS Co, 1992.

14）酒井昌子，川越博美：高齢者介護世帯の訪問看護支援の分析，日本在宅ケア学会誌　第６回日本在宅ケア　学会講演集，5(2)，56-57，2001.

15）島内　節，木村恵子，他：訪問看護業務の難易度順位からみた看護の構造と利用可能性，日本地域看護学会誌，2(1)，17-24，2001.

16）内田陽子，山崎京子：利用者満足度の高い訪問看護ステーションのケア体制の特徴に関する研究，日本在宅ケア学会誌，4(1)，94-101，2000.

17）島内　節，大賀英史，他：利用者のケア効果からみた在宅ケア機関の評価方法－利用者条件の調整による標準値と機関比較－，日本地域看護学会誌，3(1)，76-85，2001.

18）島内　節，清水洋子，他：在宅の利用者アウトカムに影響するケア項目と実施度，日本地域看護学会誌，4(1)，26-33，2002.

［平成15年９月５日受　付
平成16年８月２日採用決定］

－研究報告－

看護学生の情報活用能力がクリティカル・シンキングに対する志向性と学習におけるメタ認知に及ぼす効果

The Effect of the Ability of Nursing Students to Utilize Information on Orientation of Critical Thinking and Metacognition in Learning

松　嵜　英　士
Eiji Matsuzaki

キーワード：看護学生，情報活用能力，クリティカル・シンキング，メタ認知，共分散構造分析
nursing students, ability to utilize information, critical thinking, metacognition, covariance structure analysis

Ⅰ．緒　言

情報・通信技術の飛躍的な進歩によって，社会が急速に変わりつつある。マルチメディア，インターネット，デジタル化などの言葉に代表される高度情報化社会の到来，それに続くユビキタス・ネットワーク社会の構想を受け，誰でもが，いつでも，どこでも情報にアクセスできる情報環境が進展しようとしている。このような状況の中で，さまざまなメディアを通して発信される情報を選択的に活用する能力，またそうしたメディア自体を主体的に利用する能力がますます求められようとしている。そしてこれを受け，初等中等教育機関をはじめ，多くの教育機関でも，情報教育の指導目標が情報機器の操作教育だけでなく，インターネットをはじめとするさまざまなメディア情報を活用し，情報を発信する能力（情報活用能力）を伸ばすためにさまざまな教育が試みられている。2003年から小学校３学年以上の「総合的学習の時間」の創設の中で情報教育の機会が持たれ，中学校では「技術・家庭科」で「情報とコンピュータ」が必修となり，そのための情報環境のインフラの整備も急速に進んでいる。また，高等学校では新教科「情報」が必修科目として導入され，2006年以降多くの学生がこれらの科目を履修し，さまざまな能力・態度をもって大学に進学してくる。このため，高等学校と大学が連携した情報教育が急務のこととして求められている。

さらに近年，こうした情報活用能力に関する教育において，人間がどのように思考し，情報処理をしているのかに関しての研究も進展し，情報処理，思考の様相が明らかにされてきた。ある面で，人間がおこなう処理の多くは認知的な負荷を減らすための簡便な処理であるために誤りを多分に含んでいるが，他方では，複雑な情報を統合し，正確な意見や信念を形成していると考えられる。この後者に関連するものがクリティカル・シンキング（critical thinking：批判的思考）と呼ばれ，こうした思考を教えることが学習者を良き思考者や市民に育てるために必要であると考えられ，大学教育の大きな目標にすることも指摘されている[1]。情報教育の柱として情報活用能力の育成が重視される中で，氾濫する膨大な情報を無批判に受け入れるのでなく，それらを批判的に吟味するこうしたクリティカル・シンキングの育成も求められるようになってきた。

看護の分野においても，適切な問題解決能力の向上をはかるためにクリティカル・シンキングの必要性が指摘され，そうした態度・技能の育成が模索されている[2-4]。さらに，医療現場においては，EBM（Evidence-Based Medicine）あるいはEBN（Evidence-Based Nursing）の概念で表される専門性や科学的根拠に基づいた医療，看護の必要性が求められている状況のなかで，クリティカル・シンキングの育成がますます重要な課題となっている。たとえば，宇都は，医療情報システムをEBNに生かすことの重要性の指摘の中で，EBNを「科学的根拠を客観的，総合的に批判・検証し，それを看護実践に適用して，患者個々に対するベストケアを提供する方法」と定義し，看護現場でエビデンスをつくり，活用する能力の開発が急務と結んでいる[5]。また，阿部は，EBNに必要なステップの中で情報検索と批判的吟味を取り上げ，情報源の信頼性の確認が大切であること指摘している[6]。さらに，医療・看護事故防止へのクリティカル・シンキングの実践も求められ[7]，看護学生を対象としたリスクテイキング行動の分析では，リスク状況や自らの対処能力を的確に判断する上でのクリティカル・シンキングの育成が重要であることも指摘されている[8]。このようにEBM，EBNの進展，あるいは医療・看護事故防止を考えたとき，その遂行を支える力と考えら

元東邦大学医療短期大学　Former College of Health Profession, Toho University

れる情報処理能力，クリティカルな思考態度・能力の育成が看護教育にとっても重要な課題と考えられる。既に，クリティカル・シンキングの態度や能力の育成を目指して，PBL（Problem-based Learning），IBL（Inquiry-Based Learning），テュートリアル教育，事例検討による授業展開などの教育技法・教授方法の開発と実践も進んでいる[9-14]。このような専門教育の中でクリティカル・シンキングの育成をはかることも重要であるが，これらは本来人間の情報処理・思考に関連する要素であることから，情報教育の視点から看護実践に繋がるこれらの態度や能力の基礎を育成していくことも重要な課題である。

また，思考を実際の問題解決の過程として考えれば，クリティカルな態度と知識，技術の基礎的な資質を土台としてメタ認知と称される高次の認知過程に統合された思考判断を経てはじめて適切な問題解決がなされていくものと考えられる。加藤は，「メタ認知能力」を「資料活用能力」「コミュニケーション能力」「内容・知識」の基礎的要素を統合する高次の要素としてとらえ，真に自己学習力（問題解決力）をもった人間はこうした高次のメタ認知能力をもっており，そうした能力を育成する学習の重要性を指摘している[15]。問題解決力の育成をはかることが学校教育の大きな柱であることを考えれば，学生が授業，演習で獲得した態度と知識・技能を生かすためのメタ認知能力の育成が不可欠であり，学校教育の最終段階である大学教育における情報教育もそうした能力の育成に貢献しなければならない。こうしたことは，看護学生における情報教育につても重要な課題である。

情報教育が新たな段階をむかえつつあるなかで，看護学生の情報活用能力がクリティカル・シンキングやメタ認知能力にどのような影響を及ぼしているかを検討した研究はほとんどみられない。そこで本研究では，看護学生の「情報活用能力」が「クリティカル・シンキングに対する志向性」，「学習におけるメタ認知的知識・活動」にどのような影響を及ぼしているのかを検討するものである。さらに，学年の進行とともに「パソコン，インターネットを通しての情報活動」の変化がこれらの関連性にどのような影響を及ぼしているのかを明らかにすることを目的としている。こうした研究は，今後の看護基礎教育における情報教育・思考教育推進のために重要なものと考えられる。

Ⅱ．研究方法

1．調査対象および方法：

看護系短期大学生を対象に，「情報活用能力に関する調査」と題する質問紙調査を，調査に関する趣旨と調査への協力は自由意思であり成績評価と一切関係ないことを説明し，無記名回答への同意・了解の得られた205名に調査を実施した。分析対象者は回答に不備のない学生185名である（有効回率90.2%，1年生61名，2年生63名，3年生61名）。調査実施時期は2002年12月。

尚，対象学生は，情報科学（コンピュータの構造と機能，ワープロ・表計算ソフトの使用，インターネット，情報理論，医療情報システム，生体と情報など）を1年次に履修している。また，本調査機関では学内LANが敷かれ，演習室・図書館などでパソコンの使用，インターネットへの接続が比較的自由にできる状況にある。

2．分析方法：

各尺度の得点は，因子分析（主因子法，プロマックス回転）を行い，因子の確認後因子ごとの得点を算出した。各尺度間の相関係数の算出，各尺度の学年差の検定（分散分析，多重比較），メタ認知的知識・活動を基準変数とする重回帰分析（ステップワイズ法，共線性の診断），共分散構造分析を行った。これらの処理を含めすべての統計的処理はSPSS 11.5J for Windows，AMOS 5.0を使用して行った。

3．用語の定義と質問紙の構造：

1）情報活用能力

情報活用能力を構成するものは，「情報化の進展に対応した初等中等教育における情報教育の推進等に関する調査研究者会議，1998」の最終報告[16]が情報教育の目標として掲げている(1)情報活用の実践力(2)情報の科学的な理解(3)情報社会に参画する態度であると考えられる。本研究では，情報教育の大きな柱である情報活用の実践力（課題や目的に応じて情報手段を活用することも含めて，情報を主体的に収集，判断，創造，表現する能力）を情報活用能力の指標として調査した。

使用した尺度は，高比良ら[17]の「情報活用の実践力尺度」54項目である。本尺度は，情報活用力の実践力を測定する尺度として，信頼性・妥当性の確認を経て作成されたものである。この尺度では，情報活用の実践力を「収集力：目的に応じて必要な情報をもれなく，適切な手段で主体的に収集する能力」「判断力：数多くある情報の中から必要なものを選択し，内容を判断し，適切な情報を引き出す能力」「表現力：情報の表現方法に注意し，情報を適切な形式で整理，表現する能力」「処理力：収集した情報に適切な処理を加えて，必要な情報を読みとる能力」「創造力：自分の考えや意見を持ち，情報を創造する能力」「発信・伝達力：受け手の立場や情報を処理する能力を意識して，情報を発信・伝達する能力」の6つの側面からとらえようとするものである。質問は54項目からなり，各項目に「1．全くあてはまらない」から「7．非常にあてはまる」までの7件法で答えるものである。本研究では因子分析の結果，共通性の低い3項目を除き，高比良らによる判断同様6因子構造として各因子の得点を算出した。しかし，因

子得点間の相関が比較的高い（0.210〜0.557）ことから，これら６因子得点の二次因子分析を行った。その結果，第１因子は情報の収集・処理活動（収集力，処理力，判断力，創造力），第２因子は情報の表現・発信活動（表現力，発信・伝達力）を抽出し，以後の分析にはこの２因子の得点を使用した。なお，それぞれの信頼性係数（Cronbach' α係数）は0.860，0.836であった。

２）クリティカル・シンキングに対する志向性

クリティカル・シンキング（批判的思考と訳されることもある）の定義は多様であるが[19-21]，ここでは「適切な基準や根拠に基づく，論理的で，偏りのない思考」（Zechmeister & Johnson，1993[21]）と定義する。このクリティカル・シンキングの構成要素には，認知的側面である能力やスキルと，情意的側面である態度や傾向性の要素が含まれているが，この中で最も重要なものは態度であると考えられている[20-22]。ここではクリティカル・シンキングの情意的側面である態度について，情報活動との関連から先行研究[22-24]で使用された廣岡らの「クリティカル・シンキングに対する志向性尺度」30項目を使用した。各項目に「１．全くあてはまらない」から「７．非常にあてはまる」までの7件法で答えるものである。因子分析の結果３因子を抽出し，負荷量0.40以上をもつ項目の得点を「偏りのない判断：あらゆる立場から考察する」「探求心：決着がつくまで追求する」「根拠の重視：考えうるすべての事実や証拠を調べる」の得点として以後の分析に使用した。なお，それぞれの信頼性係数（Cronbach' α係数）は0.760，0.760，0.769であった。

３）学習におけるメタ認知

メタ認知とは，「この問題に関して自分はどのようなことを知っているのか」，「さらにどのようなことを知る必要があるのか」，「どのような方略を自分は知っているのか」，「この場合どのように思考（行動）したらいいのか」などの高次の認知過程と考えられる[21, 25-26]。本研究では，メタ認知的な自問を看護学生が学習活動に臨んでいる状況の中で「なぜそれを行うのか」「どのように行っていったらいいか」といったことを常に点検し，問いかける事態としてとらえ質問項目を作成した。具体的な質問は，「医療事故に関する学習」を進める状況を想定して，自分がどんな知識を持っているかの認識や学習目標を設定して計画を立てたり修正したりする働きを問う質問10項目を作成した。各項目に「１．全くあてはまらない」から「７．非常にあてはまる」までの７件法で答えるものである。本尺度の構成概念を明らかにするため因子分析を行い，２因子を抽出した（表１）。第１因子は，「自分の知識に関する認識（自分がどんな知識を持っているかの認識）」でメタ認知的知識とした。第２因子は，「自らの認知活動のモニタリングとコントロール（学習目標を設定して計画を立てたり修正したりする働き）」でメタ認知的活動とした。なお，それぞれの信頼性係数（Cronbach' α係数）は0.823，0.760であった。

４）パソコン，インターネットを通しての情報活動の状況

パソコン所有の有無と使用目的：自宅に自由に使えるパソコンがあるか。授業時以外でのパソコンの使用目的：ワープロ，表計算，インターネット，ホームページの作成，電

表１　学習におけるメタ認知の因子分析結果

項　　目		F1	F2
第１因子：メタ認知的知識	Cronbach' α = .823		
事故をなくすためには、どんな準備をすべきか知っている		0.823	-0.086
事故を考えるためには、どんな知識が必要か知っている		0.809	0.0.21
事故をなくす一番よい方法は何か知っている		0.732	-0.013
事故に関する他者の考え方の特徴を知っている		0.533	0.121
事故に関する自分の考え方の特徴を知っている		0.530	-0.049
事故とはどんなものか知っている		0.522	0.102
第２因子：メタ認知的活動	Cronbach' α = .760		
正確に理解や記憶がなされているかどうか確認しながら学習を進める		-0.033	0.842
計画に沿って収集した情報を理解し、記憶する		-0.042	0.752
正確に覚えているかどうかをテストし、学習の成果を評価する		0.023	0.643
学習目的を設定して目標を立てる		0.131	0.462
	負荷量平方和（%）	30.676	16.161
	累積寄与率（%）	30.676	46.837

全体のCronbach' α = .797

子メールの送受信，音楽やビデオの作成，プログラミング，ゲーム，学習教材，その他に使用しているか。インターネットの利用内容：Web ページの閲覧，電子メールでのやりとり（Webメール，フリーメールなども含む），ネットニュースの購読，ソフトのダウンロード，オンラインショッピング，チャットへの参加を行っているか。これらの項目に対して「はい　いいえ」の２件法で回答を求めた。本研究では，各使用目的・活用内容の頻度，パソコン利用目的の数，インターネット活用の数を求め情報活動の指標とした。

Ⅲ．結　　果

１．パソコン，インターネットを通しての情報活動の状況

表２はパソコン所有の有無と利用目的を表したものである。パソコン所有については学年間に有意な差はなく，全学生の87％近くが自宅に自由に使用できるパソコンを所有している状況にある。パソコンの利用目的としては，ワープロ，インターネットへの使用が多く，ホームページの作成，プログラミング，学習教材への使用はわずかである。学年間の比較では，３年生が電子メールの送受信，表計算，音楽やビデオ画像の編集，プログラミングでの使用で１・２年生より有意に多い。一方，ゲームでの使用は１年生が，２・３年生より有意に多い。パソコンの利用数に関しても学年間に有意な差が見られ，３年生が１・２年生よりパソコンを多くの目的で使用していることが示された。表３は，インターネットの活用内容を表したものである。活用内容としては，Web ページの閲覧，電子メールでのやりとりが多く，ネットニュースの購読，Webページの作成・公開はわずかである。学年間の比較では，電子メールのやりとりにのみ学年間に有意差があり，３年生が１・２年生より有意に多い。インターネットの活用数には学年間で有意な差は見られなかった。

表２　パソコン使用の有無と利用目的，利用数

		１年生 n＝61	２年生 n＝63	３年生 n＝61	学年間の比較 χ^2値
自宅に自由に使えるパソコンがある		52（85.2%）	53（84.1%）	56（91.8%）	1.873
利用目的	ワープロ	38（62.3%）	46（73.0%）	47（77.0%）	3.437
	インターネット	40（65.6%）	34（54.0%）	37（60.7%）	1.756
	電子メール	23（37.7%）	23（36.5%）	39（63.9%）	11.875**
	表計算	9（14.8%）	20（31.7%）	32（52.5%）	19.685**
	音楽やビデオ・画像の編集	10（16.4%）	12（19.0%）	31（50.8%）	21.992**
	ゲーム	21（34.4%）	11（17.5%）	8（13.1%）	9.150*
	学習教材	5（ 8.2%）	6（ 9.5%）	2（ 3.3%）	2.041
	プログラミング	0（ 0.0%）	3（ 4.8%）	8（13.1%）	9.620**
	ホームページの作成	1（ 1.6%）	0（ 0.0%）	0（ 0.0%）	2.044
	その他	8（13.1%）	6（ 9.5%）	2（ 3.3%）	3.828
パソコン利用目的数　平均値（SD）		2.5（1.7）	2.6（1.6）	3.4（1.6）	F値　多重比較 5.020** ３年＞１，２年

*P＜0.05　**P＜0.01

表３　インターネットの活用内容，活用数

	１年生 n＝61	２年生 n＝63	３年生 n＝61	学年間の比較 χ^2値
Webページの閲覧	50（82.0%）	48（76.2%）	47（77.0%）	0.705
電子メールでのやりとり	33（54.1%）	34（54.0%）	45（73.8%）	6.668*
ソフトのダウンロード	11（18.0%）	9（14.3%）	14（23.0%）	1.559
チャットへの参加	10（16.4%）	9（14.3%）	14（23.0%）	1.717
オンラインショッピング	7（11.5%）	5（ 7.9%）	6（ 9.8%）	0.443
ネットニュースの購読	4（ 6.6%）	4（ 6.3%）	5（ 8.2%）	0.193
その他	0（ 0.0%）	0（ 0.0%）	2（ 3.3%）	4.110
インターネット活用数　平均値（SD）	1.9（1.2）	1.8（1.2）	2.2（1.5）	F値 1.753

*P＜0.05

2．情報活用能力，クリティカル・シンキングに対する志向性，メタ認知

表4は，3学年群の各質問項目の平均得点と群間の差を分散分析により検定した結果である。情報活用能力に関して，「収集・処理」では学年間に有意な差がみられ，多重比較から3年生が1・2生よりも有意に得点が高いことが示された。一方，「表現・発信」では学年間に有意な差は見られなかった。

クリティカル・シンキングに対する志向性は，「偏りのない判断」「探求心」「根拠の重視」とも学年間に有意な差がみられ，3年生が1・2生よりも有意に得点が高いことが示された。メタ認知に関しては「メタ認知的知識」において学年間に有意な差が見られ，2・3年生が1年生より有意に得点が高いことが示された。一方，「メタ認知的活動」では，学年間に有意な差は見られなかった。

3．要因間の相関

表5は，各尺度得点間の相関を示したものである。情報活用能力の「収集・処理」，「表現・発信」とクリティカル・シンキングに対する志向性の「偏りのない判断」「探求心」「根拠の重視」との間には強い関連性がみられる。また，クリティカル・シンキングに対する志向性の「偏りのない判断」「探求心」「根拠の重視」とメタ認知的知識，活動との間にも有意な相関がみられた。パソコン利用数と情報「収集・処理」と「表現・発信」との間にも有意な相関が見られた。

4．共分散構造分析による因果モデル

メタ認知に対して，クリティカル・シンキング志向性，情報活用能力，情報活動がどのような影響を及ぼしているのかを，各要因の相関をもとにいくつかの構造方程式モデルを作成し，共分散構造分析により検討した。図1は，検

表4　情報活用能力、クリティカル・シンキング志向性，メタ認知の学年差

	1年生 n＝61	2年生 n＝63	3年生 n＝61	学年間の比較 F値	多重比較
情報活用能力					
収集・処理	4.0（0.6）	4.1（0.6）	4.3（0.5）	5.450	3年＞1，2年**
表現・発信	4.7（0.7）	4.7（0.6）	4.9（0.6）	1.084	
クリティカル・シンキング志向性					
偏りのない判断	4.2（0.6）	4.3（0.5）	4.5（0.5）	4.741	3年＞1，2年**
探究心	4.5（0.6）	4.6（0.6）	4.8（0.6）	4.751	3年＞1，2年**
根拠の重視	3.9（0.6）	3.9（0.5）	4.1（0.5）	2.778	3年＞1年*
メタ認知					
知識	4.5（0.9）	5.0（0.8）	5.2（0.9）	11.315	2，3年＞1年**
活動	4.6（0.7）	4.6（0.8）	4.7（0.9）	.408	

各得点の平均値（　）はSD　*P<0.05　**P＜0.01

表5　各尺度，要因間の相関　　n＝185

	情報活用能力		クリティカル・シンキング志向性			メタ認知		パソコン
	収集・処理	表現・発信	偏りのない判断	探究心	根拠の重視	知識	活動	利用数
情報活用能力								
収集・処理	1.000							
表現・発信	.546**	1.000						
クリティカル・シンキング志向性								
偏りのない判断	.564**	.350**	1.000					
探究心	.475**	.429**	.473**	1.000				
根拠の重視	.572**	.498**	.589**	.576**	1.000			
メタ認知								
知識	.346**	.311**	.328**	.316**	.295**	1.000		
活動	.347**	.305**	.371**	.331**	.420**	.334**	1.000	
パソコン利用目的数	.298**	.239**	.176*	.146*	.112	.193**	.152*	1.000
インターネット活用数	.228**	.123	.059	.070	.006	.114	.107	.577**

*P＜0.05　**P＜0.01

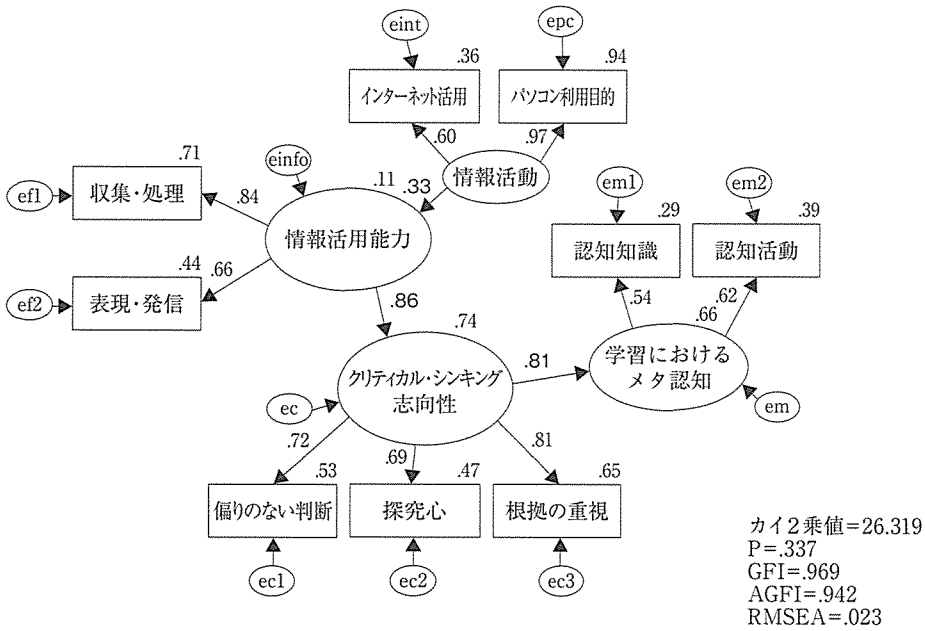


図1．情報活用能力，クリティカル・シンキング志向性，メタ認知の関連図モデル（AMOS 5.0による解析）

討したモデルのなかで適合度指標（GFI=.969　AGFI=.942　RMSEA=.023）などから最適と判断した全学生でのモデル図である。このモデルでは，クリティカル・シンキングに対する志向性がメタ認知に強い影響を及ぼしていることが示唆された（パス係数は.81で，メタ認知の66%を説明できるとの予測である）。また，クリティカル・シンキングに対する志向性に対して情報活用能力が強い影響を及ぼしていることが示唆された（パス係数は.86で，クリティカル・シンキングに対する志向性の74%を説明できるとの予測である）。一方，情報活用能力に対して情報活動が有意な影響を及ぼしていることが示唆された（パス係数は.33で実践力の11%を説明できるとの予測である）。

Ⅳ．考　　察

1．情報活動の状況

本調査対象学生の自宅でのパソコン所有率は87.0%であり，内閣府経済社会研究が2002年3月に発表した世帯あたりのパソコン普及率57.2%と比較して高い割合である。また，本調査機関では学内LANが敷設され，かなり整った情報環境にあると考えられる。さらに調査対象者は全て情報科学を履修・単位取得しており，パソコン，インターネットを通しての基礎的な情報活動ができる学生であると考えられる。この調査では，情報活動の内容としては授業時以外でのパソコンの利用目的の状況，インターネットの活用状況の点から捉えた。パソコンの利用目的では，3学年ともワープロ，インターネット，電子メールでの使用が多く，インターネットの活用内容では，Webページの閲覧，電子メールでのやりとりが多かった。したがって，学生の多くがWebページの閲覧を通して情報の収集活動を行っていることが推測されるが，今回はその詳細については調査していない。パソコンの利用，インターネットの活用に関する学年間の比較からは，3年生が1・2年生より表計算，電子メールの送受信での使用・活用が有意に多いことが示された。このことは，本調査対象機関でのカリキュラム内容から考えれば，3年生が看護研究などで表計算の使用，電子メールでのファイルの送受信の活用が多いことに関連していると考えられる。

2．情報活用能力，クリティカル・シンキングに対する志向性，メタ認知の学年比較

今回の調査では，情報の収集・処理活動（収集力，処理力，判断力，創造力），クリティカル・シンキングに対する志向性の「偏りのない判断」「探求心」「根拠の重視」，学習におけるメタ認知的知識で，3年生が1・2生よりも高い傾向にあることが示されたが，情報の表現・発信，メタ認知的活動に関しては学年差がなかった。この結果は，学年の進行とともに講義・演習，病棟実習などで情報の収集活動が増えることや知識内容が増えていくこと，また解釈の適切さを求められることが多くなることに関連していると考えられる。一方，現在のこうした教育的内容や関わりだけでは，収集した情報を整理し表現・発信することや，自らの学習行動をモニターしたりコントロールしたりすることを高めるまでには至らないことを示しているとも推測される。こうした点を明らかにすること，また情報の表現・発信，メタ認知的活動能力を伸ばしていく教育内容の

開発は今後の重要な課題である。

3．要因間の関連

学習におけるメタ認知に対して，クリティカル・シンキングに対する志向性，情報活用能力，情報活動がどのような影響を及ぼしているのかを検討するために，各要因の相関をもとにいくつかの構造方程式モデルを作成し，共分散構造分析により解析を行った。その中で，適合度などから最適と判断したモデルでは，クリティカル・シンキングに対する志向性が学習におけるメタ認知に強い影響を及ぼしていることが示唆された。また，クリティカル・シンキングに対する志向性に対して情報活用能力が強い影響を及ぼしていること，情報活用能力に対してパソコン，インターネットを通しての情報活動が有意な影響を及ぼしていることも示唆された。平山らは，情報を熟考する態度（認知的熟慮性）が批判的思考態度の「偏りのない判断」と「探求心」を支えていることを報告している[27-28]。こうした指摘を考え合わせると，情報活用能力がクリティカル・シンキングに対する志向性を支え，クリティカル・シンキングに対する志向性がメタ認知を支えているとのの構造方程式モデルは適切なものであると考えられる。

4．総合的考察

本研究は，看護学生において情報活用能力を高めることがクリティカル・シンキングに対する志向性を伸ばし，これらが学習におけるメタ認知を促進する可能性を示唆している。一般大学生を対象とした調査でも，情報活用能力の高い人がクリティカル・シンキングに対する志向性を強く持っていることが指摘されている[24]。このことは，情報活用能力の根幹をなすものが，情報の本質を見抜き，これを生かして合理的に判断する能力を含んでいることから，こうした能力の高い人ほど，クリティカル・シンキングを行う態度や傾向性を強く持っていることを示していると考えられる。また，学年の進行とともに情報機器，インターネットをさまざまに利用している学生が増え，このことが情報活用能力を高めることにつながることが示された。このことは，講義・演習，病棟実習，卒業研究などでネットワーク機能を利用した情報の収集活動やパソコンでの文書やデータの整理・処理，発表活動が増えることが情報活用能力を高め，結果として情報を多面的にとらえ批判的・省察的に思考を進めるクリティカル・シンキングに対する志向性や自らの思考をモニターしていく態度を高めていることを示していると考えられる。インターネットを通しての情報活動に関しては，一般に膨大に氾濫するページから目的とする情報を検索することには多くの困難が伴うことから，検索者が自らの情報検索過程を意識化する（メタ認知過程の意識化）ことで検索時間の短縮や検索スキルの獲得，十分なモニタリングやプランニングが行われ，情報を評価する姿勢が身に付くことが指摘されている[29]。また，Web検索における発見プロセスを検討した結果では，エキスパートが初心者よりも自分の行動を監視するモニタリング活動をより多く行っている可能性が示唆されている[30]。また，批判的思考を高める道具としてさまざまなメディアが効果をもつとの指摘のなかで，メディア・リテラシー教育の重要性も示唆されている[31]。インターネットに限らずさまざまなメディアによって提供される情報を適切に処理するなかで，自らの思考活動を認識し監視することにより情報を主体的に活用して適切な判断を下していく能力，意識・態度が形成されていくと考えられる。従って，情報活用能力を高めることを目指す情報教育においても，学生が情報の本質を見抜き，批判的に判断していくための学習環境の構築と教育技法の開発が必要である。

5．本研究の限界と今後の課題

本研究は，都内の1機関での調査に基づくものである。各教育機関での情報に関する教育体制，情報環境は大きく異なり，こうした違いが学生の情報活動，情報活用能力に大きな影響を及ぼしている可能性も高い。従って，今回の結果を一般化するには慎重でなければならない。今後，対象を広げ，情報環境，情報教育の特徴との関連を明らかにしていくことが課題である。

さらに本研究では，情報活用能力，思考態度に関する評価は自己評価を求める質問紙調査であり，現実場面での情報処理，思考活動を実証的に検討したものではない。大学生を対象に批判的思考態度と実際の課題成績との関連をみた研究では，両者は必ずしも一致せず，ずれがあることが報告されている。また，日常的な題材を用いた実際の思考課題では，批判的思考能力が全体に低く一貫した学年差や専攻差がなかったことが報告され，多くの学生は情報のもつ論理よりも内容のもっともらしさや自分が持っている信念にひきずられやすいとの特徴が明らかにされている[32]。今後，新たな方法を用いて情報活用能力の評価やクリティカル・シンキングの認知的側面である能力やスキルを評価していくことも必要であろう。

次に，本研究は横断的研究をもとにモデルを構成し，情報活用能力を伸ばすことがクリティカル・シンキングに対する志向性，メタ認知を高めることに効果があるとの観点から分析を試みた。しかしこれらの関係はお互いに影響し合う関係としても考えられる。クリティカル・シンキングに対する志向性，メタ認知が情報活用能力を伸ばしていくとも考えられる。今後，情報教育の効果，学生が行う情報活動の変化と情報活用能力，クリティカル・シンキングに対する志向性，メタ認知との関連を縦断的に研究していく必要がある。

要　旨

本研究は，看護学生の情報活動とそれに伴う「情報活用能力」が「クリティカル・シンキングに対する志向性」，「学習におけるメタ認知的知識・活動」にどのような影響を及ぼしているのかを検討するものである。研究への同意・了解の得られた205名に質問紙調査を実施し，回答に不備のない学生185名について分析した（有効回答率90.2％）。

その結果，学年の比較では，３年生が１・２年生より情報活用能力，クリティカル・シンキングに対する志向性，学習におけるメタ認知に優れている傾向が示された。また，情報活用能力を伸ばすことがクリティカル・シンキングに対する志向性，学習におけるメタ認知を高めることに効果があることが示された。さらに，情報機器，インターネットをさまざまに利用・活用することが，情報活用能力を高めることにつながっていることも示唆された。

Abstract

The present study aimed to examine how information-related activities and the ability to utilize information in nursing students affect their orientation toward critical thinking and metacognition in learning. A questionnaire survey was administered to 205 students who consented to participate in the present study. Responses from 185 students who completed the questionnaire were analyzed (valid-response rate, 90.2%).

Comparison by school year demonstrated that students in third year were superior to those in first and second years with regard to ability to utilize information, orientation toward critical thinking, and metacognition in learning. The results also showed that developing the ability to utilize information affects orientation toward critical thinking and metacognition in learning. Furthermore, the results indicate that greater utilization of information technology and the internet in various ways has enhanced the ability to utilize information.

文　献

1）楠見孝：帰納的推論と批判的思考　市川伸一（篇）（認知心理学４），東京大学出版会，1996.

2）牧本清子：看護におけるクリティカル・シンキング，看護診断，3(1)，53-59，1998.

3）前田三枝子：クリティカル・シンキングへのマイルストーン，看護診断，3(1)，60-70，1998.

4）宮元博章，藤村龍子，他：特集クリティカル・シンキングを育てる，看護教育，43(11)910-985，2002.

5）宇都由美子：看護情報の活用とEBN，EBMジャーナル，2(2)，34-38，2001.

6）阿部俊子：看護研究へのEBM/EBNの導入，看護研究，34(1)，27-34，2001.

7）重森雅嘉：医療事故防止にクリティカル・シンキングをどう用いるか，看護教育43(11)：933-938，2002.

8）松嵜英士，遠藤英子：看護学生のリスクテイキング行動の分析－クリティカル・シンキング志向性，リスクに対する傾向性とリスク評定との関連－，日本看護管理学会誌，8(1)，58-67，2004.

9）大西潤子，刀根洋子，他：問題基盤型学習（PBL-tutorial）教育の効果－PBL教育２年後のクリティカル・シンキングと臨床判断能力に関する学生の自己評価，日本赤十字武蔵野短期大学紀要，15，53-58，2002.

10）丹羽潤子，安達祐子，他：卒業時の学生自己評価からみた看護診断過程とクリティカル・シンキング，日本赤十字武蔵野短期大学紀要，13，27-36，2000.

11）Masashi Kawano, Mayumi Tsujikawa,et.al: Inquiry-Based Learning as a Teaching-Learning Strategy for Critical thinking in Mie Prefectural College of Nursing，三重県立看護大学紀要，4，1-7，2000.

12）川野雅資：三重県立看護大学でのIBLの導入，Quality Nursing，5(10)，752-755，1999.

13）深谷計子，羽山由美子（監訳）：看護に生かすクリティカル・シンキング，医学書院，2002 Miller. M. A, Babcock. D. E: Critical Thinking Applied to Nursing, Mosby, 1996.

14）東サトエ：看護における＜クリティカル・シンキング能力＞の育成に関する研究，鹿児島大学医学部保健学科紀要，10，1-9，2000.

15）加藤幸次（編著）：総合学習に活かすポートフォリオ評価の実際，金子書房，8-14，2001.

16）文部省：学習指導要領，1999.

17）高比良美詠子，坂元章，他：情報活用の実践力尺度の作成と信頼性および妥当性の検討，日本教育工学雑誌，247-256，2001.

18）道田泰司：批判的思考の概念の多様性を理解する，日本教育心理学会第67回大会発表論文集，433，2003.

19）中西千春：批判的思考力を伸ばすDeveloping Critical Thinking，国立音楽大学研究紀要，37，83-94，2003.

20）Ennis, R. H.: A taxonomy of critical thinking dispositions and abilitities. In Baron, J. B. and Sternberg, R. J. (eds), Teaching Thinking Skills. W. H. Freeman&Co., NY, 1987.

21）宮元博明，道田泰司，他（訳）：クリティカル・シンキング－入門篇－，－実践篇－，北大路書房，1996（Zechmeister E.B.&Johnson, J. E. : Critical Thinking: A Functional Approach.. Belmo nt: Brooks Cole. 1993）.

22）廣岡秀一，小川和美，他：クリティカル・シンキングに対す

る志向性の測定に関する探索的研究，三重大学教育学部研究紀要（教育科学），51, 161-173, 2000.
23) 松嵜英士：学生の情報活用能力に関する一考察，第2回看護情報処理研究会論文集，29-30, 2001.
24) 松嵜英士：大学生の情報活用能力に関する一考察，青山学院大学教育学会紀要，46, 127-134, 2002.
25) 三宮真智子，森康彦：メタ認知能力を高める「考え方学習」の開発　情報の主体的な活用に向けて，日本教育工学雑誌，25(4), 13-25, 2001.
26) 三宮真智子：情報に対する合理的判断力を育てる教育的実践研究の必要性　大学で何をどう教えるべきか，日本教育工学雑誌，26(3), 235-243, 2002.
27) 平山るみ，楠見孝：批判的思考を支える態度と個人特性との関連性，日本心理学会第66回大会発表論文集，825, 2002.
28) 平山るみ，楠見孝：批判的思考態度と課題成績との関連性，日本教育心理学会第45回大会発表論文集，260, 2002.
29) 吉岡敦子：インターネット情報検索行動に及ぼすメタ認知過程の意識化の効果，日本教育工学雑誌，26(1), 1-10, 2002.
30) 齋藤ひとみ，三輪和久：問題解決活動としてのWWW情報検索：科学的発見の枠組みに基づく検討，Cognitive Studies, 10(2), 258-275, 2003.
31) 道田泰司：批判的思考研究からメディア・リテラシーへの提言，コンピュータ＆エデュケーション，9, 18-23, 2000.
32) 道田泰司：日常的題材に対する大学生の批判的思考－態度と能力の学年差と専攻差－，教育心理学研究，49, 41-49, 2001.

［平成16年1月10日受　　付］
［平成16年8月23日採用決定］

－技術・実践報告－

“いま，ここ”で生きる高齢者を理解する方法に関する一考察
－ライフストーリーを読み解く視点から－

Discussion about Methods to Understand Elderly Who Lives in “Here and Now”
－ From a Point of View to Read in Life Story －

原　　祥　子
Sachiko Hara

キーワード：ライフストーリー，高齢者，語り
life story, elderly, narrative

Ⅰ．緒　　言

老年看護においては，看護の対象である高齢者を理解することの前提として，その高齢者が生きてきた歴史を知るということがきわめて重要となる。なぜなら，人間は自らの過去に対する理解のうち今の自分に関わってくるものすべてを携えてその都度の現在を生きている[1]のであって，“いま，ここ”で生きる高齢者に立ち現れている多くの現象や個性といったものは，長い人生を歩んできた高齢者個々の経験の蓄積が反映されたものだからである。そして，これまで生きてきたその人独自の時間の流れを汲みとりながら，その高齢者の過去の時間に遡って得られた情報や理解は，一人一人の個別性を十分に活かしたケアプランの立案や焦点のあったケアの実践を可能にする。したがって，ケア提供者にはそれぞれの人生の歴史に遡って高齢者を理解する視座と語られる歴史を丁寧に受けとめる臨床的態度が求められる。このような視座や態度の重要性については，老年看護学教育のなかでも強調されており[2)3)]，高齢者が話す自分史を注意深く聴く関係づくりの技法[4)]を老年看護実践の最も大切な技術として位置づけているものもある。

また，臨床社会学の立場から老いとケアに関する実践と研究の統合を試みている木下は，生活歴をもつひとりの人として高齢者を理解する視点が不可欠である[5)]と言及している。そして，その人の生きることへの意欲を発見[6)]すると同時に，ケア対象の高齢者と人間的で意味のある関わり合いをしていくために，その人の生活史を知ることが重要な知的戦略になる[7)]と主張している。さらに，臨床心理士の林[8)]は，老人保健施設入所中の高齢女性との個人心理面接に関する実践報告のなかで，人生の回顧を聴くことがクライエントの心理内界への接近や理解につながることにも触れており，そのことが高齢者へのチームケアにおける臨床心理士の重要な役割のひとつであることを示唆的に述べている。このように，高齢者の自分史あるいは生活史を知ることの重要性は，老年看護学をはじめとして高齢者ケアに関わる様々な領域において指摘されてきている。

しかしながら，老年看護の現場において，高齢者が語る人生の歴史を丁寧に聴くための時間や空間はいまだに十分に確保されているとは言い難い。また，高齢者ケア施設におけるケア提供者は，日常の限られた時間と空間のなかで，断片的に語られるその人の歴史に関心を寄せることによって高齢者に接近しようと努力しながらも，その解釈はケア提供者個々に留まっており，ケアプランの一環としてケアチームのなかで検討すべき解釈作業には至っていないことが多い。つまり，人生の歴史として描写される高齢者の主観的な体験を汲みとるアプローチとしては，それぞれのケア提供者が経験的・試行的に関わっているのが現状である。このような状況のなかで，老人保健施設に入所する一人の痴呆性高齢者の生活史を聴き取り，その作品化とそこから得られた情報のケアへの活用を試みている六角[9)]の実践報告は，その一連の過程を提示したものとして注目に値する。高齢者が生きてきた歴史をいかに解釈し得るのかについて十分な説明をしていくためには，さらなる実践と研究報告の蓄積が必要であろう。

筆者はこれまで，介護老人保健施設に入所している高齢者が自己のライフストーリーを他者にどのように語るのかを探求してきた[10)]。この研究では，語られた内容と語られ方に焦点をおき，質的・量的な内容分析を行うことによってライフストーリーの記述を試みている。その際に行った解釈作業は，語られたライフストーリーを読み解く上での

神戸市看護大学　Kobe City College of Nursing

重要な視点を提示することを可能にすると考えられた。

そこで本稿では，“いま，ここ”で生きる高齢者を深く理解することの前提として，高齢者が語るライフストーリーをどのように読み解けばよいのかを，その分析・解釈方法の提示とライフストーリーの記述を通して明らかにすることを試みる。

Ⅱ．用語の定義

本稿におけるライフストーリーとは，高齢者個人が主体的にとらえた自己の人生の歴史および現在のあり方を本人が自らのことばによって意識的にまとめ，聞き手に対して表現した語りと定義する。

Ⅲ．研究方法

1．研究協力者

研究協力者は，兵庫県下のある介護老人保健施設利用者（通所者を除く）のうち，改訂長谷川式簡易知能評価スケールでの得点が21点以上で痴呆がなく，言語的コミュニケーションが可能で，研究協力に承諾が得られた９名（男性２名，女性７名）であった。ここでは，その中の一男性Ｂ氏に焦点をあてる。

本稿でＢ氏のライフストーリーを取り上げるひとつの理由は，先行研究[9)10)]における語り手が両者とも女性であるため，ここでは男性のライフストーリーを記述することによって範例に幅を持たせたいという意図に由来する。また，Ｂ氏は聴き手にいきいきと伝わってくる語りを生み出しており，その語りや語り方そのものの魅力からライフストーリーの分析・解釈を提示するのに適していると考えた。

Ｂ氏は74歳（大正15年生）の男性で，脳梗塞後遺症による左半身麻痺があり要介護度３と認定されている。日常生活の多くは車椅子で過ごしている。長女夫婦の家と他県の長男家族の家を行き来しながら，合間に介護老人保健施設を利用して在宅療養を継続している。今回の研究協力施設である介護老人保健施設への入所は２回目で，入所してから２週間が経過していた。

なお，著者はこの施設において約１年間ボランティアとしてケアに参加しており，Ｂ氏とは面識がある状況のもとで面接を開始した。

2．データ収集方法

Ｂ氏に対して，１回70分から90分の面接を４回，2001年７月に実施した。総面接時間は340分であった。面接場所は，Ｂ氏にとって落ち着ける環境であることを重視するためにＢ氏の希望を最優先し，日頃からＢ氏の居場所となっている食堂や談話コーナーで，できるだけ他者の干渉を受けないようにプライバシーへの配慮が可能な一角を選択した。

面接は非構造化面接とし，はじめに「昔の暮らしを振り返りながら，思い出すままに自由に話してください」と示した後は，Ｂ氏の自由な語りを損ねないようにした。一連の過去の体験についての語りが終了した後に，「現在のご自分の生活をどのように思っていますか」という質問をした。

面接内容はＢ氏の許可を得て録音し，研究者の発話もそのまま書き起こした逐語録を作成した。また，面接場面で観察されたＢ氏の表情やジェスチャー等について逐語録に補記した。

3．データ分析方法

ライフストーリーは，語り手と聴き手との相互作用を通して生まれる共同制作[11)12)13)]として捉える。したがって，「何が語られたのか」という語られた内容とともに，聴き手に対して「いかに語られたのか」という語られ方にも着目し，質的・量的な内容分析を併用した。

1）語られた内容の分析

はじめに，ライフストーリーとして語られた内容と社会史を照合して位置づけながら，Ｂ氏の誕生から現在までの出来事を年代順に並べた生活史を作成した。生活史に構成された出来事の時系列的な流れと過去について語られた具体的な生活状況からいくつかの人生時期に区分し，各人生時期に〈見出し〉をつけてライフストーリーのアウトラインを示した。次に，時代背景と照らし合わせながら各人生時期に語られた内容を整理し，Ｂ氏の「生の言葉」を活かしつつ筋立てたストーリーを記述した。

現在の生活について語られた内容からは，過去とのつながりをふまえて現在のあり方について解釈し〔テーマ〕を抽出した。

2）語られ方の分析

各人生時期の語りの密度と聴き手の介入の程度について，次の要領で算出した。各人生時期の語りにかけられた時間を逐語録の行数カウントによって集計し，それを各人生時期に該当する年数で除して語りの密度とした。聴き手の介入の程度は，逐語録における聴き手（研究者）の発話行数をカウントし，全行数に占める割合をもって示した。

3）ライフストーリーの《タイトル》を見出す

語られた内容および語られ方の分析を通して，Ｂ氏の過去・現在を貫くライフストーリーの《タイトル》をつけた。

4．倫理的配慮

Ｂ氏には文書と口頭で研究の趣旨と内容を説明し，研究参加は自由意志によること，途中辞退も可能であること

を伝え，十分な理解が得られてから研究参加の意志を確認し，同意書で研究協力の承諾を得た。また，話したくないことについては無理に話さなくてよいこと，得られたすべての情報は研究以外の目的で使用しないこと，プライバシーの保護を約束した。B氏のライフストーリーから作成した生活史については，その内容に間違いがないかB氏に確認してもらい，研究結果を論文として発表することについても同意を得た。

Ⅳ．結　　果

1．B氏の生活史とライフストーリー・アウトライン

構成されたB氏の生活史を表1に示す。ライフストーリー・アウトラインは表2に示すとおりで８つの人生時期に区分され，語りの密度を算出した結果〈iv．南満州鉄道株式会社就職から満州で暮らした時代〉が最も濃密に語られていた。

表１　B氏の生活史

年	年齢（歳）	歴史的出来事	生活史
大正 15	0	大正天皇崩御	父は魚屋・仕出し屋を営む．祖父は僧侶． 兵庫郡○○村で生まれる．６人兄弟の４番目．
昭和 2	1	金融恐慌	
4	3	世界恐慌	
6	5	満州事変	
13	12	国家総動員法	尋常小学校へ通う．父の仕出し屋をよく手伝う．
14	13		高等科に進む． 兄，技能訓練所を修了し，満鉄の奉天工場へ勤務．
16	15	太平洋戦争	職業安定所へ行く．満鉄を受験し合格． 満蒙開拓訓練所（茨城）へ行き，鉱工隊に入隊． ハルピン技能訓練所で寮生活をし，２年間修業．
18	17		ハルピン鉄道工場に勤務．技能オリンピックに出場． 大連高等学院附属中学部に合格し１年間大連勤務． 海軍飛行予科練習生に合格．兄が戦死． 朝鮮半島を経由し帰国．海軍航空隊基地に入隊．
20	19	終戦	６月，すべての訓練施設が廃止． 故郷に帰り，戦災の後片づけの毎日が続く．
22	21	日本国憲法施行	工業学校（夜間）に編入（２年間）．生徒会長をする． 代用教員をしながら，新制高校（夜間）に通う．
23	22		代用教員をやめて町工場に勤務． ９月，師範学校（夜間）に編入．
26	25		小学校教員になる．
28	27	テレビ放送開始	
			［結婚］ ［長男誕生］
32	31		長女誕生 妻がカリエスで約３年間入院し，家政婦を雇う．
34	33	皇太子ご成婚	
35	34	所得倍増計画	
37	40	三種の神器 （冷蔵庫・車・カラーTV）	
39	38	東京オリンピック開催	
45	44	大阪万国博覧会	
48	47	石油危機	

年	年齢（歳）	歴史的出来事	生活史
51	50	ロッキード事件	退職.
			長男の駐在先のアメリカへ妻と行く.
平成 元	63	昭和天皇崩御	
5	67	皇太子ご成婚	大腸ポリープ切除.
6	68		肺癌の手術.
7	69	阪神淡路大震災	自宅が全壊．妻が重傷を負い，病院をめぐる.
			妻の回復後，娘とともに避難生活.
8	70		11月，脳梗塞発症．1年半入院．車椅子生活となる.
10	72	明石海峡大橋開通	7月，妻死亡．5～8月，自宅再建のため老人保健施設入所.
			8月～H11年8月，リハビリ目的で入院.
11	73		退院後は娘宅でデイケア等を利用．イレウス手術.
12	74		11月～H13年3月，老人保健施設を利用.
13	75		退所後は長男宅と娘宅を行き来する.
			7月～現在の施設を利用中.

［　］部は語られなかった出来事

表2　B氏のライフストーリー・アウトラインと語りの密度

〈見　出　し〉	行数（A）	該当年齢（年数：B）	1年当たり行数（密度：A／B）
〈i．「普通の子と違う」と言われた幼児期〉	11	0～6歳（7）	1.6
〈ii．父親から生き方を学んだ尋常小学校時代〉	240	7～12歳（6）	40.0
〈iii．兄や本の影響で満州に関心が向いた小学校高等科時代〉	39	13～14歳（2）	19.5
〈iv．南満州鉄道株式会社就職から満州で暮らした時代〉	232	15～16歳（2）	116.0
〈v．予科練合格後に帰国し，終戦を迎えるまで〉	64	17～19歳（3）	21.3
〈vi．高校編入から代用教員を経て正教員になるまで〉	231	20～24歳（5）	46.2
〈vii．個性的な教育を展開した小学校教員時代〉	784	25～50歳（26）	30.2
〈viii．教師退職後から現在まで〉	156	51～70歳（20）	7.8

2．B氏のライフストーリー

1）過去の各人生時期におけるライフストーリー

各人生時期のライフストーリーがどのように語られたのか，以下に要約して記述する。なお，「　」のなかの記述はB氏の実際の発話で，そのなかの（文字）は直前後の部分についての説明や補足，［文字］はB氏のジェスチャーや表情を示している。

(1)「普通の子と違う」と言われた幼児期

家の池で祖父が飼っていた鯉を4，5歳のB氏が自分の両手ですくい上げて，その鯉の顔と自分の顔を互いに見交わしながら幼いB氏が何やら喋っている光景を見た祖父が「こいつ（B氏のこと）はちょっと普通の子と違うでー」と言っていたというエピソードをB氏は父親から再三聞かされたという話題のみが語られた。このエピソードに関してB氏は「じいさんが見とったんやろね，こいつはちょっと違うなぁいうてね，もう一本気質でぱっといくっちゅうね」と言い足している。ここでの「一本気質」というのは，祖父でも父親でもなく，今のB氏が自分自身の特徴としてこのエピソードに結びつけて象徴的に表現したものと捉えることができる。

(2) 父親から生き方を学んだ尋常小学校時代

母親については，聴き手の問いかけによって「賢い」，「ものすごく頭がいい」という印象のみが語られ，具体的なエピソードや母親に対する感情については触れられなかった。それとは対照的に，父親については自発的に語られた。例えば，仕出し屋を営んでいた父親と朝の魚市場に買い出しに行ったときのことを「うれしかってなぁ（中略）大福餅を天ぷらにして売っとんのや，それがうまいねん，いっつもそれを買うてくれんねん，親父がね」と話し，父との関わりが豊かに表現されていた。「親方肌」，「助け船（人助け）が好き」，「将棋が強かった」という父親の特徴を強調し，「そういう人生，生き方をいつとはなしに学ん

だ」と語っている。

また，小学4年の頃に「いっつも先生と喧嘩しよった」が，それは「子どものときから悪ガキで，頭使うたら負けへん」からだと語られた。この「頭では負けない」というのが自己の特徴あるいは自分らしさであり，自己と他者を区別する一つの鍵になっている。

(3) 兄や本の影響で満州に関心が向いた小学校高等科時代

兄が満州に行っていたことや，ちょうどこの時期に満州に関連した本を読んで感銘したことが，この後にB氏が満州に行く動機になっていた。また，高等科の担任の先生とは反りが合わなかったことから，担任による就職の世話を受けずに自ら職業安定所へ出向いたとき，たまたま南満州鉄道株式会社（以下，満鉄）の試験がちょうど始まるというのでそのまま受験したという。「試験場へそうーっと入っていったわけやな，ドアをすうーっと開けて『お願いします』言うたら，書くことはまかしとけ！やからな」と自信溢れる様子で，そのときの状況を再現するかのようにB氏が満州へ行くことになった背景が語られた。

(4) 南満州鉄道株式会社就職から満州で暮らした時代

満鉄に就職して最初に赴いた茨城の鉱工訓練所や，その後の満州での暮らしに関して，ハルピンの寒さが並大抵でなかったこと以外には，訓練の厳しさや苦しさといったようなことについてはほとんど言及されていない。それよりも，寮生活における食べ物の話題や「南京虫退治」の様子などが，健側上肢の動作も加わって活発に生き生きと語られた。以下は，鉱工訓練所での寮の様子を語った一部分と，満州での「南京虫退治」の様子をおもしろおかしく実況さながらに語っている部分である。

「うまかったなぁ，あのときは，サツマイモがうまかったなぁ，生，サツマイモの生，ごっつい（すごく）甘いでー，晩になったら腹がへるでしょ，昼間の訓練がきついからね，ほんだらね，イモが回っていくわけや，でね，布団の下をめくって，ゴザめくって，イモの皮ガーっと［床板で皮を削る格好をして］削って，カリコリカリコリ［かじる格好をして］，カリコリカリコリと，ははは（笑い），それでイモはずーっといきようわけや［次から次へとイモが手渡されていく様子を右手であらわす］，ほんならカリコリカリコリ」

「パンパンパンパン［畳を手のひらで叩く格好をして］南京虫退治，建物が古いから，ほんだら，よーい，ポイッと，ソン，ポッと，キュッと押すねん，で灯りをポッとつけるねん，そしたら南京虫が逃げよんのや，南京虫いうたらごっつい痒い，痒い痒い，それをパーッとね［テーブルを叩いて］手に糊つけとってな，パパパパっと，次バーン［テーブルを叩く］とやるねん［真剣な表情で］，ほんだら教官が来てもね，怒られへんわけや，がんばっとんな，よしって，誉めてくれんねん教官がな」

語りにかけられた時間という側面からみた場合，８つに区分されたB氏の人生時期のなかでこの時期が最も濃密に語られていたことはすでに述べた。それに加えて，「うまかったなぁ」，「ごっつい甘いでー」といった感情のこもった味覚表現や，笑いや真剣な顔を交えた表情の変化，ジェスチャーを添えたリアルでダイナミックな語り方もまた，この時期の語りの濃密さを表していると言えよう。

また，同級生や後輩たちのなかでリーダー的な役割を担っていた自己について，技能オリンピックの選手として選ばれたことなどを証としながら，「これ［自分の頭を指さして］でも負けへんし，技術でも負けへんからね」とポジティブに語っている。B氏はこの時期の自分を「よく頑張った」と評価すると同時に，満州で暮らした時代を「苦しかったけれども適当に自分から楽しみを見つけていった」と総体的に振り返り，全体を通して苦しみよりも楽しみを強調した語りになっていた。

(5) 予科練合格後に帰国し，終戦を迎えるまで

満州で海軍飛行予科練習生（予科練）を受験し，合格する。その後朝鮮半島を経て日本に戻るが，昭和20年６月には訓練施設がすべて廃止となり，８月に終戦を迎える。この時期については，比較的淡々と事実が正確に語られた。

(6) 高校編入から代用教員を経て正教員になるまで

終戦後，兄の恩師に教員になることをすすめられ高校に編入したこと，その後１年間は代用教員（戦前までの小学校令にもとづくもので，おおよそのところ教員免許のない人による代用をさす）をしながら新制高校に通ったこと，そして師範学校に編入し25歳で正教員になるまでの経緯が語られる。

高校編入時には生徒会長をやったこと，代用教員時代に通った高校では学校行事を「みな任されて」企画・実施してきたこと，師範学校でも「教室での競り市」など様々なユニークな活動をしてきたことなどが，「傑作」で「おもしろかった」エピソードとして楽しそうに語られ，他の学生より抜きん出た存在であったことが誇らしげに強調されていた。

一方，代用教員をしていたのが戦後の「物資の配給ばっかり」の頃で，乾燥鶏卵やチョコレートを「生徒に配給するのが代用教員の仕事」のような状況に，「教員になったけど，それが代用教員でしょ，こういうのはあかんと思うてね」と１年で代用教員をやめている。しかし，その後に編入した師範学校では「もう頑張っとったね（中略）代用教員やって経験があるからね」と話し，教生としての自己を代用教員時代の経験も含めて肯定的に評価している。

教員になるための一般的な道筋とは異なり，満州での生活や代用教員を経て教員になったB氏は，その道筋を「はずれの人生」と表現した。しかし，この道筋における経験

が，後の教員としての様々な活動に活かされ，「わしの変わっとう教育」の基礎になっているという肯定的評価につながっていく。

(7) 個性的な教育を展開した小学校教員時代

新卒教師時代から，自己の主張を明確にして一教員としてささやかな抵抗を示すことで「ちょっと変わっとる」と見られたことを誇らしげに話し，全体を通して他の教師とはひと味違うということを肯定的に語っていた。

教師時代の話題やエピソードは多彩で，自ら花壇を耕したり寄付された木材で運動用具を作ったりなど他の教員とは異なる仕事をして貢献してきたという語りは，当時の教師全般では括られない自分らしさの表現であって，公的な環境のなかでの自己を区別し明確に示していた。また，約25年間に15回の転勤は，惜しまれながらも他校の校長に「白羽の矢」を当てられた結果であって，誇りの象徴のように語られていた。そして，満州での生活体験などから引き出されてくる教育のアイデアに自信を持ち，「子どもと心がごっつい通い合った」等，個性的な教師としての自己をポジティブに語ることに終始した。

教師としての自己についての語りとは対照的に，この時期における家族生活についてはほとんど言及されず，夫や父親としてのB氏の姿は顕在化してこない。B氏は，“教師としての自己”であることに居心地のよさや自分らしさを感じていたことが伺える。

B氏は定年である60歳より約10年早く退職する。その理由については「後輩に道を譲るために」と話すが，それ以上のことは語られなかった。

(8) 教師退職後から現在まで

退職後の家族生活については，聴き手の問いかけによって語られた長男のアメリカ駐在に関する話題が大半であった。その他に阪神大震災に関連した話題もあったが，震災後の妻の死については具体的な語りには至らなかった。

この時期は20年という長い期間であるにもかかわらず，B氏の語りは少なく，ライフストーリー上ではほとんど空白の時間となっている。

2）B氏の現在のあり方

B氏の現在のあり方として，〔他者との出会いを自分のプラスにしながら“教師としての自己”を生きる〕，〔ケアをしてくれる人に感謝して暮らす〕，〔社会に関心を持ち続ける〕という3つのテーマが抽出された。

(1) 他者との出会いを自分のプラスにしながら“教師としての自己”を生きる

震災で家や家財道具のほとんどを失い，現在の自分に残っているものは「体験だけ」と言う。それに続けて，今「大事なのは体験やな，物じゃないね，人やね」と語った。脳梗塞後遺症をもつB氏にとって，特に同年代の同じような障害をもった介護サービス利用者との出会いは「あぁ，わしだけと違うねんな」と感じさせるとともに，「いろんな人生経験をもつ人」との出会いとなって他者の考えを知る機会として捉えられていた。そして，様々な人との関係は「自分にとってプラス」になると語られた。

また，B氏がケアスタッフの子育ての相談にのったり，施設内で行うゲームのアイデアを提案したり，自宅ではケアマネジャーとサービス評価について議論したりすることもあるという話題が次々と語られた。B氏は，介護サービス利用者としての集団の一員であるという自己を認識する一方で，ケア提供者に対して「教える」あるいは「指導する」立場でいる自己の特徴を強調し，他の利用者と自己を区別していることがうかがえた。

B氏は読書や書き物をして毎日を過ごすことが多く，「身体はボロボロやけどね」と語る一方で，昔からの「頭では負けない」自分を維持している。また，どんな状況であれ「自分から楽しみを見つけていく」という生活スタイルは過去から一貫している。現在の生活について「暇があって暇がない」と言うB氏にとっての“いま，ここ”は，身体は「暇があって」も，頭は「暇がない」状況であることを示していると言えるだろう。

ライフストーリー全体を通して，B氏の語りの多くは講義・演説調で，語りのピッチも速く熱弁そのものであった。聴き手は相槌と確認をする程度で，その介入の程度は9.3%と極めて少なかった。B氏は，教師（B氏）と教え子（聴き手）の関係を語りの場で再現することによって自己を確認していると推察された。

(2) ケアをしてくれる人に感謝して暮らす

現在，B氏が最も頼りにしているのは，ライフストーリーにはほとんど登場してこなかった娘であると話される。「結局今，娘は僕のね，1日の保険やな（中略）よう世話してくれてね」と言い，自分は家族に邪魔にされることなく「幸せ」であると語られた。

また，施設のケア提供者に対しても日々のケアに関して感謝の意を表わしている。他者には負けない知性と行動力によって自分らしく生きてきたという自負心に支えられてきたB氏のライフストーリーのなかでは他者への「感謝」が語られることはなかった。しかし，初めて家族やケア提供者の援助が必要となったことによって，他者への「感謝」の気持ちが“いま”語られている。

(3) 社会に関心を持ち続ける

現在の生活について個人的な心配事はないが，日本の社会福祉については「大改造が必要」と言い，そのことに関する自分の考えが語られた。B氏の社会への関心と幅広い知識は，世の中の動きにうまく合っていることが示されていた。このB氏の関心の向け方には，障害をもってから医

療福祉職者との関わりが多くなったことも影響していると解釈できる。

3．B氏のライフストーリーの《タイトル》

ライフストーリーの内容とともに語られ方を分析した結果から，B氏のライフストーリーのタイトルを《教師としての自己を生き抜く》とした。教師を退職して20年以上経った今も「頭では負けない」自己を維持し一教師であり続けることは，B氏にとって他者と自己を区別する重要な鍵になっていると同時に，B氏が自らを表現した「一本気質」とも通じるものである。

V．考　　察

1．ライフストーリーとして語られた内容と語られ方から読み解く

高齢者が過去を回想して語るライフストーリーは，現在の視点から語られるのであって，そこで表現されたことは現在の時点にすべての根拠をおいている[14]という特徴をもっている。B氏のライフストーリーでは，「頭では負けない」というフレーズが複数の人生時期のストーリー中に繰り返し表現されており，全体を通して「頭では負けない」自己が軸となって語られていた。B氏が過去のエピソードのなかから見出し，自らの言葉で表現した「頭では負けない」自己は，過去の自分自身を表しているだけでなく，ライフストーリーを語っている“いま，ここ”のB氏でもあると解釈できるであろう。語り手と聴き手がともに過去に遡ることによって発見できる今を生きる高齢者の姿は，現在の高齢者だけを見聞きしていたのでは顕在化してこないものである。そして，「頭では負けない」，「自分から楽しみを見つけていく」といったB氏の言葉のように，語り手自らの言葉で表現されることによって，高齢者の主観的な自己をリアルに捉えることができる。最近では，ナラティブ・ベイスト・メディスン[15]においても，語られる「生の言葉」を尊重するという姿勢やその意義が評価されてきている。聴き手の言葉に置き換えるのではなく，語り手の「生の言葉」で記すことは，個々の独自性を明確にし，一人一人の個別性を浮き彫りにするという点において有益であると考える。

また，語られ方の分析の結果，ライフストーリーにおける各人生時期の語りの密度には濃淡があり，語り手による重点のおかれ方に違いがあることが示された。B氏のライフストーリーのなかでは〈iv．南満州鉄道株式会社就職から満州で暮らした時代〉が最も濃密に語られており，感情のこもった味覚表現や豊かな表情の変化，ジェスチャーを添えた臨場感あふれる語られ方も加わって，わずか2年間の出来事が仔細にあらわされていた。この最も密度の濃い語られ方を語られた内容とからめて解釈すると，この時期がB氏にとっていかに重要で意味のある時期であったかがわかる。「頭では負けない」自己の特徴を十分に発揮し，「よく頑張った」と評価できる自己を見出しているこの時期の語りは，現在の自己と過去との重要な関係を明らかにし，このストーリーが現在の時点においてもなお意味のあることを明示するものであると言えよう。

語られ方の分析をするにあたって一つのポイントになるのが，語りに密度の差をもたらす分岐点をどこに設定するか，つまり人生時期をどこで区切るかということである。ベナーら[16]は，生活史の節目となる出来事（ライフサイクル・イベント）を経験する年齢が流動化し，人の年齢と生活史段階がはっきり対応していないために，年齢が有効な目安にはならなくなっていることを指摘し，生活史の各段階における具体的な生活状況に注目する方がよいと述べている。これと同様の考え方から，本研究においても年齢を指標として区分するのではなく，過去について語られたB氏の具体的な生活状況からいくつかの人生時期に区分した。そして，区分された各人生時期に〈見出し〉をつけたうえでライフストーリー・アウトラインを表示した。このプロセスは，ライフストーリーの分岐点および輪郭を捉える一つの観方を提示するものである。年齢による一般的な区分によらず，具体的な生活状況に注目することによって示されたライフストーリー・アウトラインや語りの密度は，語り手の独自性を示すものとして貢献し得るものと考える。

さらに，ライフストーリーが語り手と聴き手の相互作用を通して生まれる共同制作であるという観点からみると，その相互作用のあり方を解釈することが不可欠であると思われる。どのような状況において，誰がどのような聴き方をしているかによって，語られる内容や語られ方は異なってくると考えられるからである。本研究においては，語り手と聴き手の相互作用のあり方を解釈するひとつの方法として，聴き手の介入の程度を算出すると同時に，面接場面における雰囲気やB氏の表情やジェスチャー等を観察した。B氏の場合，面接場面全体を通して，教師としての自己を生きるB氏が存在し，聴き手との間には教師対生徒としての関係が反映されていた。すなわち，ライフストーリーが展開されているその場での，語り手と聴き手の相互作用のあり方に，語り手の過去における人間関係の様相があらわれている可能性が示唆される。このことから，高齢者のライフストーリーに関わる際には，語り手が希望する関係のあり方にまず聴き手が添ってみることも大切ではないかと考えられる。

ライフストーリーが現在の時点からみて意味あることで構成され，意味のある出来事の連続であることを重視すれ

ば，過去とのつながりをふまえて抽出された現在の〔テーマ〕は現在の高齢者の姿を表わし，過去・現在を貫くライフストーリーの《タイトル》はその高齢者がどのようなストーリーで生きようとしているのかを知るための重要な指針となるであろう。本研究結果は，“いま，ここ”で生きる高齢者を描き出そうとするとき，ライフストーリーとして語られた内容だけでなく，その語られ方にも焦点をあてることによって，語り手にとって今なお重要な出来事や意味のある時間，その人独自の人生の構造や人間関係の様相を描出できることを示していると言える。

2．発達論的視点から掴む

筆者の先行研究[10]では，高齢女性のライフストーリーが他者との関係性のストーリーを語るという特徴をもち，女性の発達の様相を表わしていることについて論じた。本研究における高齢男性のライフストーリーでは，教師という自分の仕事に関連した経歴，その業績や活動のストーリーを語り，「頭では負けない」という点において自己を他者と区別することによって自分の人生の特徴が語られていた。Gilligan[17]は，「男性にとっては，母親からの分離が男らしさの発達に不可欠であるため，分離と個別化の問題は性のアイデンティティと深く結びついている」と述べている。女性が結びつきを通して特徴づけられる自己であるのに対して，男性は分離を通して特徴づけられる自己であるということができる。それに関連して，女性のライフストーリーには家族を含めた様々な身近な他者が登場するが，B氏のライフストーリーには身近な他者というよりも，仕事を中心とした登場人物や「生徒」，「子ども」とB氏が表現したように抽象的な他者の登場が多くなってくる。

男女の生涯発達の視点からライフストーリーを読み解くとすれば，男性の場合は他者と自己を区別する鍵になっているのは何かを見出すことであり，女性の場合は登場人物たちとそれぞれどのような関わりをもってきたかを発見することではないかと考えられる。

3．空白の時間を了解する

B氏のライフストーリーは，聴き手のわずかな相槌と確認が入り込むだけで介入する間を与えないほど，間わず語りに語られた。しかし，教師を退職してから今日までの約20年間についてはほとんど語られなかった。この時期には，阪神大震災，脳梗塞発症，妻の受傷と病いといった出来事が含まれるにもかかわらず，ストーリーの中では空白の時間となっている。現在も教員としての自己であり続けようとするB氏の場合，退職前の教師であった時期までストーリーが一気に遡るとも解釈できる。あるいは逆に，教師であった過去を現在にひきつけて生きていると言えるのかもしれない。いずれにせよ，語り手が人生のすべてを物語るわけではないことは明らかであり，この空白の時間があることによってB氏のストーリーは筋立てされているので，聴き手が空白の時間を了解すること，つまり語らないことを共有することが大切であろう。

4．看護実践への示唆と今後の課題

従来，看護の領域ではそれぞれのケア対象者の背景や，職業，趣味などを経験的にケアに活かしてきた。それは，臨床における医療・看護情報として生活史の客観的事実を重要視し，ひとつひとつの断片的な事実を正確に聞き取るということに重きがおかれてきたように思われる。そのため，特に高齢者の場合，時間的つながりにおいて矛盾がみられること，つじつまの合わない内容，あるいは繰り返し語られる出来事などについては，客観性に乏しい情報としてその価値が低く見積もられ，聞き手の判断によって切り捨てられる傾向にあった。ライフストーリーは，語り手自身の人生に対する意味づけを重視したものであり，聴き手は語り手のこれまでの人生に関心をよせ，その気持ちに寄り添い，その人の主観的な意味のつながりの生成にかかわりながら聴いていくことになる。本研究の結果は，ライフストーリーを読み解くことが，“いま，ここ”で生きる高齢者をリアルに生き生きした存在として捉え，さらにその高齢者がどのようなストーリーで生きようとしているのかを知るための導きになり得ることを示唆するものである。

高齢者看護においては様々な職種がケアに関わることになるため，唯一絶対のライフストーリーを見つけようとするのではなく，それぞれのストーリーの違いを活かした多様なストーリーを受けとめていくことが求められるであろう。たとえ，同一の他者に語られるライフストーリーであっても，その時その場によって筋立てが変わる，つまり語り手の意味づけが変わってくる可能性を持ち合わせており，それが語られた文脈を含めた理解と，「AかBか」ではなく「AもBも」あるライフストーリーを受けとめていくことが必要であると考える。

本研究では，一人の男性高齢者のライフストーリーのみを取り上げた。ライフストーリーは聴き手とのある一定の関係のもとで生成されるものであり，一人一人の語りが貴重なデータとなる。今後はさらに事例を蓄積し，比較検討を重ねていくことが必要であろう。また，語られ方に関しては，語りの密度と聴き手の介入の程度，観察された語り手の表情やジェスチャー等の限局した分析になっており，語り手と聴き手の関係性や聴き方そのものを検討するということも含めて，語られ方の分析についての議論を深めていくことは今後の課題としたい。

Ⅵ. 結　論

介護老人保健施設を利用している一人の男性によって語られたライフストーリーの分析および解釈方法の提示とライフストーリーの記述を通して，高齢者が語るライフストーリーをどのように読み解けばよいのか，それは“いま，ここ”で生きる高齢者とどのようにつながっているのかを検討した。その結果，以下の知見を得た。

1．ライフストーリーで語られた内容および語られ方，ライフストーリーが生成される語り手と聴き手の相互作用のあり方を手がかりにして，語り手固有のライフストーリーのタイトルを見出すとともに，“いま，ここ”で生きる高齢者を描き出すことができる。

1）ライフストーリーのなかで，自己に関して語り手自らの言葉で繰り返し強調して表現されたフレーズは，今を生きる高齢者の姿を表わしていることが示された。

2）各人生時期の語りの密度における濃淡は，語り手による重点のおかれ方に違いがあることを示しており，語られた内容とからめて解釈することによって，現在の高齢者と過去との重要な関係を明らかにすることができる。

3）聴き手の介入の程度，ライフストーリーが展開されている場における語り手と聴き手の相互作用のあり方には，語り手の過去における人間関係が反映されると同時に，現在のあり方につながっていた。

4）男女の発達論的視点から，男性の場合は他者と自己を区別する鍵は何か，女性の場合はストーリー中の登場人物たちとどのような関わりをもってきたかを発見することによって，今を生きる高齢者を掴むことができる可能性について示唆した。

2．ライフストーリーには語られない人生の時期や出来事があることが示された。聴き手はライフストーリーにおける空白の時間を了解し，語らないことを共有したうえで解釈することが大切である。

謝　辞

「私の語りが役に立つなら」と事例の発表をご快諾くださったB氏のご厚意は，筆者にとって研究をすすめる上で何よりの励みとなりました。深く感謝をし，お礼申し上げます。

また，多くの貴重なご助言をいただきました神戸市看護大学の沼本教子教授に心より感謝いたします。

本研究の一部は，第29回日本看護研究学会学術集会（2003年，大阪市）において報告した。

要　旨

本研究の目的は，“いま，ここ”で生きる高齢者を理解することの前提として，高齢者が語るライフストーリーをどのように読み解けばよいのかを，その分析・解釈方法の提示とライフストーリーの記述を通して明らかにすることである。研究協力者は介護老人保健施設を利用しているB氏で，非構造化面接によって得られたライフストーリーの語られた内容と語られ方に着目し，質的・量的な内容分析を行った。

B氏のライフストーリーは8つの人生時期に区分され，「生の言葉」を活かしつつ筋立てたストーリーを要約して記述した。記述されたストーリーとのつながりをふまえて，現在のあり方として3つのテーマを抽出し，さらにライフストーリーのタイトルを見出した。また，各人生時期の語りの密度やライフストーリーへの聴き手の介入の程度，語り手と聴き手の相互作用のあり方を手がかりにして“いま，ここ”で生きる高齢者を描き出すことができることについて述べた。

文　献

1）Benner, P. &Wrubel, J.: The Primacy of Caring; Stress and Coping in Health and Illness, Addison-Wesley, Menlo Park, 1989, 難波卓志訳：現象学的人間論と看護，126, 医学書院，東京，1999.

2）沼本教子：生活史，中西睦子監修：老人看護学，10-13, 建帛社，東京，2001.

3）井出訓：高齢者の健康アセスメント，中島紀恵子監修：老年看護学，37-57, 日本看護協会出版会，東京，2002.

4）中島紀恵子監修：老年看護学，19, 日本看護協会出版会，東京，2002.

5）木下康仁：ケアと老いの祝福，36, 勁草書房，東京，1997.

6）木下康仁：老いとケアの臨床社会学，野口裕二，大村英昭（編）：臨床社会学の実践，83-109, 有斐閣，東京，2001.

7）木下康仁：老人ケアの人間学，125-131, 医学書院，東京，1993.

8）林智一：老人保健施設における心理療法的接近の試み－長期入所の高齢期女性との心理面接過程から－，心理臨床学研究，18(1)，58-68, 2000.

9）六角僚子：痴呆性高齢者の生活史構成とそのケアへの活用の試み，老年看護学，7(2)，127-136, 2003.

10）原祥子：老いを生きる人のライフストーリー－介護老人保健施設利用者における自己の人生の意味づけ－，老年看護学，8(2)，35-43, 2004.

11）やまだようこ：展望　人生を物語ることの意味－なぜライフストーリー研究か？―，教育心理学年報，39, 146-161, 2000.

12）小林多寿子：＜親密さ＞と＜深さ＞－コミュニケーション論からみたライフヒストリー－，社会学評論，42(4)，419-434, 1992.

13）桜井厚：会話における語りの位相－会話分析からライフストーリーへ，好井裕明（編）：エスノメソドロジーの現実－せめぎあう＜生＞と＜常＞－，46-68, 世界思想社，京都，1992.

14）小林多寿子：ライフヒストリー研究の視点からみた自分史，現代のエスプリ，338, 29-41, 1995.

15）斎藤清二，岸本寛史：ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践，93-94, 金剛出版，東京，2003.

16）前掲１）127-141

17）Gilligan, C.: In a different voice; psychological theory and women's development, Harvard University Press, Cambridge, 1982, 岩男寿美子監訳：もうひとつの声，4-33, 57-58, 川島書店，東京，1986.

［平成16年３月22日受　　付
平成16年７月１日採用決定］

－資　料－

救命救急センターICUに入室した患者の不安とストレスに関する研究

A Study on Patient's Anxiety and Stress in ICU

久米　翠[1)]　叶谷由佳[2)]　佐藤千史[1)]
Midori Kume　Yuka Kanoya　Chifumi Sato

キーワード：ICU，PTSD，ストレス，不安，救急医療
intensive care unit, post traumatic stress disorder, stress, anxiety, emergency care

Ⅰ．はじめに

近年の医療技術のめざましい発展や社会経済成長により，保健医療を取り巻く環境は大きく変化し生命倫理や個人の価値観を含む課題を抱えるようになった[1)]。欧米では，集中治療室（Intensive Care Unit，以下ICU）に入室した患者の体験に焦点を当てた研究が1960年代半ばから多く行われるようになり[1)]，それらの研究結果から，救命救急医療のためのICU入室体験が退室後の精神状態に影響を及ぼすことが明らかにされている[4)-14)]。

また，ICU入室経験が患者にとって，受傷・発症というストレスのみならず、多大なストレスとなり[8)]，後に心的外傷後ストレス障害（Post Traumatic Stress Disorder，以下PTSD）関連の症状を呈することもあることが明らかにされている[9)10)]。

一方，国内においても入院患者のストレスに関する研究が検討され看護実践に応用されてきた[2)]。救命救急医療における患者や家族の不安やストレスに焦点を当てた研究も増えてきている[4)~8)]。しかし，救急医療を受けた患者のストレスやPTSD関連症状に関して縦断的に調査された研究は少なく，その実態は十分に把握されていない。

そこで，本研究は救命救急センターICU・CCU（Coronary Care Unit，以下CCU）に入室した患者の不安やストレス等の精神的問題の実態について縦断的に明らかにするとともに，看護師の患者の不安についての認識を明らかにし，よりよい看護援助のあり方を検討することを目的とした。

Ⅱ．研究方法

1．対　象

東京都内の大学病院２施設における高度救命救急センターICUおよびCCU病棟の患者と看護師を対象とした。患者は20歳以下，日本語で研究内容を理解できない者，頭部外傷や脳内出血などの意識障害，精神疾患の既往のある者，意思疎通の図れない重篤な状態にある者を除外した。

2．対象者への倫理的配慮

実施にあたっては，対象病院の倫理審査委員会の承認を得て，患者及び家族に対し，文書に基づいて説明し同意を得た。また，危機的状況にある患者に対し精神状態への悪影響を及ぼすことのないよう標準的な調査マニュアルに沿って調査を実施した。

3．調査期間：2002年７月から2002年10月。

4．調査方法

対象患者に対し，ICU入室５日以内（一次調査）と入室後１ヶ月（二次調査）の２回調査を実施し，不安やストレス，抑うつ状態の程度，患者のストレスと感じる入院環境について，発症・受傷と入院環境のどちらにより強くストレスを感じたか，PTSD症状について質問紙を用いて，一次調査時は面接にて，二次調査時は在宅に退院されている場合は郵送で，入院中の場合は面接で行なった。また，看護師に対しては，患者一次調査時に看護師が受け持った患者の不安について質問紙調査を実施した。さらに，診療録・看護記録から，調査期間中の対象の属性等に関しての情報収集を行った。

5．調査項目

調査対象者と調査項目と調査時期の関連については表１に示した。（表１）

１）患者についての調査項目

(1)　属性と経験内容：性別，年齢，病名，既往歴，家族歴，

１）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　Department of Analytical Health Science, Graduate School of Health Sciences, Tokyo Medical and Dental University
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

表1　調査対象者と調査項目と調査時期の関連

測　定　項　目	調査開始前	一次調査（入院5日以内）	二次調査（入室後一ヶ月）
患者	○		
同意取得・事前調査			
不安（VAS）		○	○
STAI		○	○
SDS			○
IES-R			○
入院中のストレス因子に関する質問			○
看護師			
不安（VAS）		○	

VAS：Visual Analog Scale　SDS：Self-Rating Depression Scale
STAI：State-Trait Anxiety Index　IES-R：Impact of Event Scale Revised

家族構成（独居か同居か・配偶者や子供の有無），Acute Physiology and Chronic Health Evaluation Ⅱ（APACHE Ⅱ）スコア[20]，入院回数，処置内容，鎮静剤等使用薬剤の内容，各種カテーテルの挿入の有無，酸素投与状況（酸素投与の有無と投与量），ADL（自立の有無），安静度（体動禁，自己体動可・ベッド上安静，座位可），麻痺の有無，食事制限の有無，病態，バイタルサインについて研究者が診療録及び看護記録から調査した。

(2)　不安：不安の程度をVisual Analog Scale（以下VAS）と状態特性不安（State-Trait Anxiety Index以下STAI）により測定した。VASは対象者に不安の程度について指差しで表してもらい測定した。スケールは0cmを「まったく不安が無い」とし，10cmを「非常に不安である」と設定した。STAIは，「状態不安」と「特性不安」とに分かれ，計40項目で構成される。それぞれの項目は最低20点，最高80点で，得点が高いほど不安が高いことを示す[21) 22)]。

(3)　抑うつ状態：ストレス関連症状の一つとして抑うつ状態をSelf-Rating Depression Scale（以下SDS）にて測定した。SDSは，20の質問項目で構成され，最低20点，最高80点で得点が高いほど抑うつであることを示す[23)]。また，カットオフポイントとは正常と抑うつ状態の境界を示す点であり，40点以上は抑うつ状態であると判断される。

(4)　PTSD症状：心的外傷性ストレス（PTSD）症状を計測するため改訂-出来事インパクト尺度（Impact of Event Scale Revised以下IES-R）を使用した。22の質問項目で構成され最低0点，最高88点であり，得点が高いほどPTSD症状を呈すると解釈する[24)-26)]。また，カットオフポイントは24点であり，正常とPTSD症状の境界を示し，24点以上はPTSD症状があると判断される。

(5)　入院中のストレス因子に関する質問：入院中に感じたストレスについて，ICUにおける患者のストレス因子40項目で形成されるICUESS（ICU Environment Stress Scale）とその他の過去の文献[2) 3) 10) 27) 28)]を参考に，ストレス因子の抽出を行った。10年以上の臨床経験をもつ看護師3名によって，わが国における文化や医療環境を考慮しICUESSの40項目のうち1項目を削除し，さらに12項目のストレス因子を追加し，内容的妥当性の検討を行った。さらに救命救急医療を受けた患者3名に対しパイロットスタディーを実施し，ストレス因子に関する質問を作成した。これは回答者のストレス因子を4段階リッカートスケール（4点:非常にストレスに感じた～0点:全くストレスに感じなかった）で評価し，参加者が体験をしていないストレス因子に関しては，該当なし（0点）とした。質問項目は生命や死に関する因子，社会生活に関する因子（家庭，仕事等），治療体験に関する因子（痛み，処置等），入院環境に関する因子（音，面会制限等），医療者等との人間関係に関する因子（コミュニケーション，診察等）などの51項目で構成される。

(6)　発症・受傷と入院環境のどちらにより強くストレスを感じたか

「突然発症・受傷」入院時のストレスと，その後入院を強いられることにより経験した上記「入院中のストレス因子に関する質問」（表2）のような入院中の「入院環境」によるストレスと，どちらにより強くストレスを感じたかとに関して，2択にて回答を得た。

2）看護師についての質問項目

(1)　属性：年齢，性別，看護師経験年数，救命センター勤務期間，病棟での役割について尋ねた。

(2)　患者の不安度に関する認識：一次調査時点で患者への不安度の調査を実施する際に，受け持ち看護師に，「患者がどの程度不安を感じていると認識しているか」について患者と同様にVASを使用し調査した。

6．統計的分析

得られたデータはプライバシーに配慮し，氏名を識別コードに変更し，Stat View 5.0を使用し統計的に分析を行った。対象者の属性や測定尺度の差の検定には，t検定とMann-WhitneyのU検定を行った。また測定項目の相関にはPearsonの相関係数を用いた。

表2　入院中のストレス因子に関する質問（51項目）

1	死への恐怖を感じる事
2	痛み
3	のどが渇く事
4	空腹
5	眠れない事
6	どこにいるかわからない事
7	時間や月日がわからない事
8	入院している期間がわからない事
9	治療内容がわからない事
10	何が原因かわからない事
11	いつ何をされるのかわからない事
12	手術について心が痛む事
13	面会時間が短い事
14	家族や恋人、ペットが恋しい事
15	自分の事をコントロールできない事
16	退屈な事
17	家族の中での役割が果たせない事
18	経済的な心配
19	電話ができない事
20	ベッド上での排泄
21	チューブやラインを装着される事
22	酸素を吸入する事
23	点滴の管で腕を自由に動かせない事
24	気管内吸引される事
25	体動制限された事
26	頻回に検査や診察される事
27	頻回に針をさされる事
28	自分の心電図のアラームがなる事
29	気管チューブのため声がでなかった事
30	医療者とゆっくり話せなかった事
31	処置の説明がない事
32	医療者が専門用語をつかう事
33	ケアの同意を得てもらえない事
34	プライバシーが無い事
35	寝心地が悪い事
36	他の患者の処置が目に入る事
37	天井をずっと見つめていた事
38	医療機器に囲まれている事
39	医療機器の音やアラーム音を聞く事
40	機械が壊れないかという心配
41	常に部屋が明るい事
42	男女相部屋であった事
43	部屋の温度が不快である事
44	頭上に点滴パックがぶら下がっている事
45	他の患者の鳴き声を耳にする事
46	看護師が自己紹介しない事
47	看護師が忙しそうにしている事
48	常に看護師がベッド周囲にいる事
49	頻回に医療者によって診察される事
50	医療者の声・足音・作業する音が煩い
51	受傷・受症したときの体験

Ⅲ．結　　果

1．対象者の属性

対象者は同意の得られた患者25人（施設A 22人，施設B 3人），二次調査まで終了した患者は14人で回収率は56.0%であった。また，二次調査時，患者は13名が在宅で，1名が入院中に調査された。患者の年齢は平均60.2±17.1歳，性別は男性9人，女性5人，既婚者は11人（78.5%）であった。患者の疾患は，心筋梗塞等の心疾患が10人，外科疾患3人，内科疾患1人であり，重症度はAPACHE Ⅱスコア平均9.6±6.2であった。（表3）

表3　患者属性と調査結果

			n＝14
年齢（歳）	mean ± S.D.		60.2±17.1
性別	男		9
	女	（人）	5
病院	施設A		12
	施設B	（人）	2
	心筋梗塞		8
診断名	その他心疾患		2
	外科疾患		3
	内科疾患	（人）	1
結婚	既婚		11
	未婚	（人）	3
在院日数	mean ± S.D.		4.6±2.3
子供人数	あり		11
	なし	（人）	3
入院回数（回）	mean ± S.D.		1.8±1.0
入室時心拍数（回/分）	mean ± S.D.		72.1±20.2
入室時呼吸数（回/分）	mean ± S.D.		18.1±6.4
入室時体温	mean ± S.D.		36.0±0.9
入室時JCS[a)]	median（min-max）		0（0-200）
APACH Ⅱスコア	mean ± S.D.		9.6±6.2
手術歴	あり		10
	なし	（人）	4
挿入カテーテル数（本）	mean ± S.D.		3.9±1.2
VAS（患者）一次調査時点	mean ± S.D		44.9±27.9
VAS（患者）二次調査時点	mean ± S.D		41.1±25.8
VAS（看護師）	mean ± S.D.		47.8±14.1
STAI State一次調査時点	mean ± S.D.		41.3±11.6
STAI State二次調査時点	mean ± S.D.		38.9±8.7
STAI Trait一次調査時点	mean ± S.D.		42.1±10.1
STAI Trait二次調査時点	mean ± S.D.		42.1±11.1
SDS	mean ± S.D.		42.6±10.2
IES-R	mean ± S.D.		26.8±17.4

対応なしt検定　　a)：Mann-WhitneyのU検定

VAS：Visual Analog Scale　　STAI：State-Trait Anxiety Index
ADL：全員日常生活は自立，麻痺：全員麻痺無し，
食事制限の有無：調査時，全員制限無し

看護師については，対象患者の全ての受け持ち看護師から回答を得た（14名100.0%）。（表４）

表４　看護師属性（n=14）

性別		男	0
		女（人）	14
看護師経験	（年）	mean ± SD	6.8±4.6
現在の職場の在職期間	（年）	mean ± SD	5.1±3.0

２．患者の不安・抑うつ状態・PTSD症状

一次調査における患者の不安はVAS平均44.9±27.9，STAIの状態不安は平均41.3±11.6，特性不安は平均42.1±10.1であった。

二次調査では，VAS平均が41.1±25.8，STAIの状態不安が平均38.9±8.7，特性不安が平均42.1±11.1，SDSが平均42.6±10.2，IES-Rが平均26.8±17.4であった。SDS平均およびIES-R平均はともにそれぞれのカットオフポイント（SDS:40，IES:24）を上回った。また，SDS40以上の患者は対象者の８人（57.1%）と半数以上を占め，IES-R24以上の患者は５人（35.7%）と四割近くを占めた。

一次調査におけるSTAIの状態不安と二次調査でのSTAIの特性不安においてr=0.646（p=0.010）と有意な相関があった。２次調査の各指標間（STAI,SDS,IES-R）はそれぞれ相関を示した。また，患者の一次調査と二次調査のVASにおける相関はなかった（r=0.267）。

突然の受症と入院環境のどちらによりストレスを感じるかという問いに関して，患者は８人（57.1%）が突然の受症と回答した。しかし，二次調査におけるSTAI特性不安とIES-Rにおいて，入院環境をストレスと感じた患者の方が有意に得点が高かった。（表５）

表５　受傷・発症と入院のストレスにおける患者の認識と得点

	受傷がストレス (n=8) mean ± SD	入院がストレス (n=4) mean ± SD	P値
2次調査STAI：Trait	37.8±6.9	52.8±6.9	0.028
IES-R	19.1±8.1	49.8±11.9	＜0.001

対応なしｔ検定

STAI：State-Trait Anxiety Index
IES-R：Impact of Event Scale Revised

また，対象者の属性（年齢，性別，手術歴，婚姻の有無，重症度）と各指標（VAS，STAI，SDS，IES-R）との差や相関は認められなかったが，子供を持たない患者の方が子供のいる患者よりも二次調査におけるSTAIとSDSの得点が高かった。（表６）

表６　子供の有無と二次調査時点の各得点比較

	子供あり (n=11) mean ± SD	子供なし (n=3) mean ± SD	P値
STAI（State）	36.9±7.2	50.8±0.6	0.010
STAI（Trait）	39.8±11.5	39.5±53.7	0.035
SDS	39.5±9.3	53.7. ±3.5	0.034
IES-R	23.7±18.4	38.0±5.3	0.101

対応なしｔ検定

STAI：State-Trait Anxiety Index
SDS：Self-Rating Depression Scale
IES-R：Impact of Event Scale Revised

３．患者のストレス因子に対する患者と看護師の認識について

一次調査時点での患者と看護師の患者の不安に関するVASの比較の結果では，患者のVASと看護師の判断したVASには相関がなく，看護師の経験年数と救命センター在職年数を50%タイル値で二群に分類した結果においても，患者のVASと看護師のVASとの間に相関はなかった。（表７）

表７　患者及び看護師が認識する患者不安（VAS）

		看護師VAS mean ± SD	患者VAS mean ± SD	相関 (r値)
看護師全体		47.8±14.1	44.9±27.9	-0.394
経験年数	５年以上（n=5）	47.6±14.8	55.0±37.8	-0.643
	５年未満（n=9）	47.9±14.7	44.9±23.4	-0.286
救命センター	４年以上（n=8）	45.1±13.4	52.9±30.7	-0.466
在職年数	４年未満（n=6）	51.3±15.5	34.3±21.5	-0.166

Pearsonの相関

VAS：Visual Analog Scale

看護師のVASは経験年数や救命救急センター在職年数との間にも相関がなかった（経験年数r=－0.325，救命センター在職年数r=－0.225）。また，看護師の経験年数や救命センター在職年数による患者のVASに差はなかった。（看護師経験年数p=0.893，救命センター在職年数別p=0.300）また，患者の属性と看護師のVASとの比較では，入室時の患者の意識レベル（JCS: Japan Coma Scale）において有意な弱い相関を認めた（r=-0.221，p=0.019）。

また，入院中のストレス因子に関する質問で患者がストレスに感じると高得点をつけた項目は「体動制限」，「退屈なこと」，「チューブ・ライン類の挿入」であった。（表８）

表8　患者が高得点を付けたストレス因子項目の患者得点

	患者（n=14） median（min-max）
体動制限	2.0　(0-4.0)
退屈なこと	2.0（1.0-4.0）
チューブ・ライン類の挿入	2.5　(0-4.0)

Ⅳ．考　察

国外では，これまでに突然の発症や受傷のストレスとPTSD症状の関連やICU環境によるストレスと患者の不安や抑うつ状態，PTSD症状との関連についての報告がされている[4)-16)]。しかし，わが国では救急患者とPTSD症状に関する事例研究や災害研究は多くあるものの，救命救急病棟において縦断的に調査したものはない。そのため，本研究では救急医療と患者のPTSD関連症状との関連を救急病棟で縦断的に調査した。今回の調査では，患者は救命救急センター入室後一ヵ月のSDS，IES-Rともに高い得点を示し，救急医療やICU環境における患者の受けるストレスは非常に大きいことが明らかとなった。

1．患者の精神状態

今回の対象者における一次調査，二次調査時点のSTAIの得点は，平常時の健常人の得点とほぼ同様であった[21)]。また患者のVASやSTAIの平均得点は，入院時に比べ入室後1ヶ月に低下していた。しかし，入室後1ヶ月のSDS，IES-Rの平均点はそれぞれのカットオフポイントを上回り，抑うつ状態もPTSD症状も陽性であった。入室後1ヶ月のVAS，STAI，SDS，IES-R間に相関関係を認めたことから，平均したSTAI得点は低いもののPTSD症状を呈する患者は不安や抑うつ状態が高いことが示された。

また，SDSでは対象者の8人（57.1%）がカットオフポイントを超えおり，IES-Rでは5人（35.7%）が超えた。ICU患者80人を対象としたShelling[34)]らの研究ではPTSD症状の発症は27.5%，50人の男性患者に対するDoerfler[30)]らの研究では4人（8.0%），交通外傷患者24人を追跡調査したGreen[31)]らの研究では4週間後の時点で2人と報告されており，これらの結果と比較しても高い結果であった。退室後時間が経過するほどPTSDの発症が増加するという報告もあり[10) 31) 32)]，さらに経過を追っていく必要性がある。

また，青木らのICUへの緊急入室と予定入室患者のストレス認知に関する研究[34)]では，緊急入室した患者のほうがストレスを感じる項目が多かったと報告されているように，今回の研究対象者でも抑うつ，PTSD症状の指標値は高い値を示した。一方，予定手術を受ける患者について，城戸ら[35)]は，手術前後のSTAI特性不安の値は変化しないが，状態不安は術前が術後に比べて有意に高かったと報告している。今回の調査では，状態不安に関しては若干の低下を認めたが，状態不安も特性不安も有意な変化はなかった。このことから，救急医療を受けた患者は，予定手術患者が手術という大きなイベントが終了すると不安が低下するという特性とは異なった。

突然の発症・受傷と入院環境とのどちらによりストレスを感じるかという問いに関しては，患者は8人（57.1%）が発症・受傷と回答し，半数以上の患者が突然の発症や受傷にストレスを感じていた。また，入院環境にストレスを強く感じた患者の方が入室後1ヶ月のSTAIの特性不安やIES-Rの得点が高かった。さらに，一次調査におけるSTAIの状態不安と二次調査でのSTAIの特性不安に有意な相関があった。STAI特性不安は，普段のその人の不安特性を示しており，状態不安はその時の不安の状態を示している。これらの結果より，入室時に感じたその時の不安を早期に対処しなければ，その後特性不安が高くなることに移行すること，入院環境にストレスを感じた患者は発症，受傷にストレスを感じた人より数が少ないが，前者の方がより後に精神的問題をより抱えやすいことが示唆される。患者の状況は個々に複雑に異なり，救急医療を受けた患者のストレスの原因を一概に分別してしまうことはできないが，患者が発症や受傷に精神的打撃を受けていることは見過ごされやすいため，入院初期から患者の精神的援助を充実させていく必要がある。また，入院環境による強いストレスはICUを退室した後でも患者の精神状態に影響を及ぼしていることから，患者にとって快適な入院環境を整えていくことが重要である。

2．患者の属性と精神状態との関連

先行研究ではICU入院患者のPTSD症状には性や年齢，重傷度による差があるという報告があるが[9) 12)]，今回の調査では，入院中の患者の不安と性別，年齢，疾患，これまでの入院回数，入院時の重症度，家族構成等の属性による影響はなかった。しかし，入室後一ヵ月時点では，子供を持たない患者の方のSDS，STAIの平均得点が高い結果となった。このことから，子供のいる患者は精神的な安定を得やすいが，子供のいない患者はICU退室後，社会生活への復帰を目指す過程において不安や抑うつ状態に陥りやすいと推測できる。しかし，今回の調査では，対象数が少なくICU入院患者の一般的な特性として断定することはできない。また，PTSD症状発症の遷延性や遅発性が報告されているため[30)-32)]，今後さらに経過を追って評価をするとともに対象数を増やし，属性と入院後の不安やストレスとの関連をさらに検証していく必要がある。

3．患者のストレス因子に対する認識

看護師の考える患者のニードやストレスと患者の認識との間にずれが生じていることが先行研究においても報告され[16]，冠動脈造影術の時の患者不安に対し，看護師は患者が感じているよりも高く認識し患者の不安を正確に捉えられていないとの報告もある[36]が，本研究においても患者の入院中の不安に関する看護師と患者の認識の間に相関がなかった。本研究では，患者の入室後１ヶ月時点の不安やSDS，IES-Rは高いことから，患者は自分が考えている以上に実際は不安や抑うつ状態，PTSD症状をもたらすようなストレスを抱えていると思われる。一方，看護師は患者のストレスを思いやり高く得点付けたとも推測される。さらに，今回の結果では不安と対象者の属性とは相関がなく，臨床で看護師が入院早期から患者の属性から退院後の患者の精神状態を予測することは非常に難しい。これらの結果から患者を理解することの難しさがあらためて示されたが，看護師は入院時から，退院後の精神的問題や社会的状況を視野に入れて，入院環境を整えることにより，継続的に患者をサポートしていくことが必要である。

また，入院中のストレス因子に関する質問で「体動制限」，「退屈なこと」，「チューブ・ライン類の挿入」に患者はストレスを感じていた。つまり，患者のストレスは，質問項目中の社会生活への不安や音，病室の構造，面会制限等の病院の特性的な因子よりも，むしろ身体的精神的制限を受けることに関連していた。したがって，患者の尊厳を充分尊重しながら援助していくことが，患者の快適な入院環境を支援することにつながると示唆される。

今回の研究結果から，わが国においても救命救急センターICUに入室した患者は高いストレスを経験し，抑うつやPTSD関連症状が認められることが明らかになった。また，患者は入院環境にストレスを感じる程退室後のストレスが高い。したがって看護師は，入院中のストレスが退室後も患者の精神状態に影響を及ぼすということを常に認識し，入院環境の整備に努めるとともに，入院時の一時的な視野にとどまることなく，退室後の患者の生活や人生を考えて患者の視点でケアに携わっていくことが必要である。

また患者の不安等を理解することは非常に難しいが患者の思いや経験を理解することにより，患者のニードに合った入院環境の整備ができる。救急医療等の臨床現場においては身体的重篤な状況のため特に患者の精神的問題は後回しにされやすい。しかし，患者の人生において救急医療や集中医療を受けるということは非常に大きな出来事である。したがって今後さらに患者の精神状態についてアセスメントし理解できるように努めていかなければならない。患者の精神状態や生活に関心をもつだけでなく，たとえば入院時に不安や気分に関する簡便に測定できるツールを使用し客観的に評価することも有効ではないかと考える。今後，患者の精神状態やニードに関して追求していくとともに，患者の精神状態を客観的に評価することによる効果や患者のニードに応じた看護介入に関する研究を推進していく必要がある。

4．本研究の限界

本研究の限界として対象者が少なかったことがあげられる。しかし，救急医療を受ける患者の抑うつ状態やPTSD症状が高かったことが明確になったことの意義は大きい。PTSD症状の発症は遷延性や遅発性が報告されており，今後経過を追っていく必要性がある。

調査方法においては，二次調査での患者からのデータ収集が面接調査と郵送調査の２つによって実施され，本研究では面接調査は1名のみではあったものの，調査方法による質問への回答にバイアスがある可能性がある。

Ⅴ．結　論

救急医療と患者の不安とストレスに精神的問題の実態に関する縦断的研究を実施した結果，以下の知見を得た。

ICU入室後一ヵ月の患者のSDS，IES-Rは高得点を示した。また，今回の研究において患者の属性と不安，抑うつ状態，PTSD症状に関する得点の差や相関はなかった。また，対象数が少なく救命救急センター入院患者の一般的な特性として断定することはできず，またPTSD症状の発症は遷延性や遅発性が報告されているため，今後さらに経過を追って評価をするとともに対象数を増やして検証する必要がある。また，患者は体動制限や退屈なこと，チューブ・ライン類の挿入に対してのストレスが高かった。患者の入院中の不安と看護師が認識する患者の不安には相関がなかった。これらから，今後患者のニーズに合った看護を提供していくために，患者理解についての工夫や，入院早期から退院後まで継続した援助体制を整備していく必要性が示唆された。

Ⅵ．謝　辞

本研究にあたりご協力いただきました日本大学医学部付属板橋病院・駿河台病院の患者・家族の皆様，板橋病院一木順子看護部長，松月みどり救命救急センター看護師長，駿河台病院椎名ひろみ看護部長，奥村てる子救命救急センター看護師長をはじめとする看護師の皆様に深く感謝いたします。

要　旨

本研究は救命救急センターICU・CCUに入室した患者の不安やストレス等の精神的問題の実態について縦断的に明らかにすること，看護師の患者の不安についての認識を明らかにすることを目的とした。救命救急センターの成人患者と受け持ち看護師各25名を対象に，患者については入室時と入室後１ヶ月の２回の調査を，看護師については入室時の１回の調査を実施し，以下の結果が得られた。

１）入室後１ヵ月の調査まで終了した患者は14人で，ICU入室後一ヵ月の抑うつ症状やPTSD症状の得点は高得点を示し，抑うつ症状が陽性の者は57.1％，PTSD症状では35.7％であった。２）患者の入室中の不安と看護師が認識している患者の不安は，相関関係を認めなかった。このことから，ICU退室後の患者の精神的フォローを充実させていく必要性があるとともに，患者の不安やストレスに関する研究が進められ患者理解を深めていく必要が示唆された。

文　献

1）白石浩子：救急看護婦のジレンマ　救急現場における倫理的ジレンマ，Emergency Nursing, 14(9), 15-19, 2001.
2）川口孝泰：課題９　入院生活とストレス（前編），看教，37(7), 586-589, 1996.
3）川口孝泰，阪口禎男：入院患者のストレス要因に関する検討，日看研会誌，17(2), 21-29, 1994.
4）藤井まゆみ，濱名由香，他：研究と報告ICU入室患者におけるストレスについて145名のアンケート調査による，看護誌，59(11), 1057-1059, 1995.
5）佐藤千春，河原井史江：急性心筋梗塞患者の精神症状の出現を防いだ因子と看護 退室後訪問をとおして，日救急医会関東誌，17(1), 326-327, 1996.
6）熊谷陽子，高野由美，中里直子　救命救急センターにおける精神看護の必要性を再認識した１症例，日救急医会関東誌，17(2), 322-323, 1996.
7）瀧川真朱美，佐藤憲明，他：NPAC看護診断データーベースを用いた事例研究，日本救急医学会関東地方会誌，19(2), 710-711, 1998.
8）三上順子，佐藤晴美，他：急性心筋梗塞患者に対するアロマテラピーの効果　第二報，日救急医会関東誌，20(1), 304-305, 1999.
9）Jones, C., Griffiths, RD., et al.: Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic tress disorder-related symptoms after intensive care, Crit Care Med, 29(3), 573-578, 2001.
10）Scragg P., Jones A., et al.: Psychological problems following ICU treatment, Anaesth, 56, 9-14, 2001.
11）Parbury JS.: Patient' Experiences of Being in an Intensive Care Unit, A Select Literature Review, Am J of Criti Care, 9(1), 20, 2001.
12）Novaes MA, Knobel E, et al,: Stressor in ICU: perception of the patient, and health care team, Intensive Care Med, 25, 1421-1426, 1999.
13）Byrne G, Heyman R,: Patient anxiety in the accident and emergency department, J Clin Nurs, 6, 289-295, 1997.
14）Turner JS, Briggis SJ, et al,: Patient' recollection of intensive care unit experience, Crit care Med, 18(9), 966-8, 1990.
15）Comptom P,: Critical Illness and Intensive Care, What it Mean to the client, Crit Care Nurs, 11(1), 50-56, 1992.
16）Cornock MA,: Stress and the intensive care patient, perception of patients and nurses, J Adv Nurs, 27(3), 518-27, 1998.
17）Blacher RS,: The Psychological and consequences of the ICU stay, Eur J Anaethesiol, 14(15), 45-47, 1997.
18）Connelly AG,: An examination of stressors in the patient undergoing cardiac electrophysiologic studies, Heart Lung, 21, 335-342, 1992.
19）山勢博彰，山勢義江：臨床看護に関する研究の動向と今後の課題　救急看護に関する研究の動向と今後の課題，看研，33(6), 451-465, 2000.
20）Knaus WA, Draper EA, et al,: Apache Ⅱ, A severity of disease classificatio system, Crit Car Med, 13(10), 818-29, 1985.
21）曽我祥子：STAI（The State-Trait Anxiety Inventory）について，看研，17(2), 11-20, 1984.
22）中里克治，水口公信：新しい不安尺度STAI日本版の作成，心身医学，22(2), 108-112, 1982.
23）吉邨善孝，岩波明：Ⅱ精神神経症状の客観的評価・医師用症状評価尺度―気分障害，臨精医，増刊号，31-39, 1996.
24）Asukai N, Kato H, et al,: Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J), four studies on different traumatic events, J Nerv Mernt Diseas, 190, 175-82, 2002.
25）厚生労働省：心的トラウマの理解とケア，じほう，東京，2001.
26）Horowitz M, Wilner N, et al, : Impact of Event Scale, A Measure of Subjective Stress, Psychosom Med, 41(3), 209-218, 1979.
27）Novaes MA, Aronovich A, et al,: Stressor in ICU, patient' evaluation, Intensive Care Med, 25, 1282-1285, 1999.
28）Ballard KS,: Identification of environmental stressors for patient in a surgical intensive care unit, Issues in Ment Helth Nurs, 3, 89-108, 1981.
29）Doefler LA, Pbert L, et al,: Symptoms of posttraumatic stress disorder following myocardial infarction and coronary artery bypass surgery, Gen Hosp Psychiatry, 16, 193-199, 1994.
30）Green MM, McFrarlance AC, et al,: Undiagnosed post-traumatic stress disorder following motor vehicle accidents, Med J Aust, 159, 529-34, 1993.
31）Epstein RS,: Avoidant symptoms cloaking the diagnosis of PTSD in patients with severe accidental injury, J Trauma Stress, 6(4), 451-458, 1993.
32）松下正明：総編臨床精神医学講座　第17巻リエゾン精神医学・精神科救急医療，中山書店，東京，1998.
33）Shelling G, Stoll C, et al,: Health-related quality of life and post-traumatic stress disorder in survivors of the acute respiratory distress syndrome, Crit Care Med, 26(4), 651-659, 1989.
34）青木由賀，倉島順子，中嶋房子：ICUに入室した患者のストレス認知　緊急入室と予定入室の比較検討，甲州セミナー誌，17(2), 38-41, 2001.
35）城戸滋里，岡崎喜美子：手術を受ける患者のSTAIとEgogramの関連性について，北里看学学誌，3(1), 20-26, 1997.
36）Heikkilä J, Paunonen M, et al: Fear of patients related to coronary arteriography,, J Adv Nurs, 28(1), 54-62, 1998.

［平成15年６月26日受　付
平成16年６月28日採用決定］

◆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際／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／対応の実際／感染症別の対応

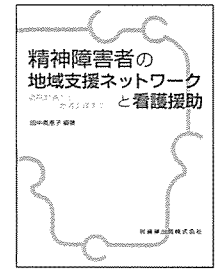
CD-ROM学習内容
与薬　注射（緊急・急変時の対応　輸液・シリンジポンプ）　輸血　呼吸器　検査　転倒・転落
摂食・嚥下障害　熱傷　スタンダードプリコーション　針刺し事故

◆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，地域の場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，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.IS

日本看護研究学会
第9回　東海地方会学術集会のご案内

第９回学術集会会長　市江　和子
東海地方会会長　渡邉　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－

このたび，第９回　東海地方会学術集会を豊田の地で開催することになりました。

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。

年度末のご多忙の時と存じますが，より多くのみなさまのご参加をお待ちしております。

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：「ケアに水あり，水に技あり」
大村いづみ（㈲ナーシングオフィスSAHLA代表取締役）
ご持参いただくもの：エプロン，普段ケアにお使いの水，石鹸，入浴剤，シャンプー

交流セッションＢ：「日常のケアの場面を倫理的にみてみると」
平山恵美子（飯田女子短期大学看護学科）
司会：堀容子（名古屋大学医学部保健学科）
指定討論者：片岡笑美子（名古屋第二赤十字病院看護部）

交流セッションＣ：「災害看護に必要な看護技術」
小森　和子（名古屋第一赤十字病院看護部）
司会：野村裕子（名城病院看護部）

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）

渡邉　順子（聖隷クリストファー大学）

園田　玲子（名古屋第一赤十字病院）

無笹　宏子（元・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）

◆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

＜昼食について＞

会場周辺には，食事をする場所が少ないため，当日，大学学生食堂にて昼食を販売いたします。

予約制としておりますので，申し込まれます方は，参加費に700円を追加して振込みをお願いいたします。通信欄に，＜昼食申込＞とご明記下さい。

＜日本赤十字豊田看護大学　交通アクセス＞

・名古屋市営地下鉄「赤池」・名鉄線「三好ヶ丘」・愛知環状鉄道「新豊田」駅からスクールバス・名鉄バス・タクシー

・名鉄バス「汐見町」停より　900m

・東名高速道路「東名三好インター」・「豊田インター」約５km　10分

当日，学内の駐車場は無料としております（250台程度収容）

【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（第２報）

時下，ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

この度，上記地方会を北陸の地・金沢で開催する運びとなりましたので，ご案内申し上げます。北陸の地での開催は，この伝統ある地方会の歴史の中では２回目の開催となります。テーマは「ケアリングを科学する」です。このテーマのもとに，多くの人たちがそれぞれの立場を越えて問題を共有できたらと考えております。シンポジストの方たちは全て，このテーマのもと実践・研究両面がピシリと一致している素晴らしい方々です。

この機会に一人でも多くの方が，この北陸の地にお越しくださることを心よりお待ち申し上げております。

第18回日本看護研究学会近畿・地方会
実行委員長　　佐々木　栄子

１．テ　ー　マ：ケアリングを科学する

２．日　　時：平成17年３月20日（日）

３．会　　場：石川県女性センター（石川県金沢市三社町1-44）　ＪＲ金沢駅より徒歩圏内

４．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　　かたちになりにくい看護の技の言語化
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（金沢医科大学病院 看護師長）
座長：佐々木栄子（石川県立看護大学・基礎看護学・助教授）
懇　親　会　　17時00分～ 19時30分

５．参加申し込み：参加費：会　員　3,000円，非会員　4,000円，学　生　500円
懇親会費：3,000円
郵便振込先　郵便振替：00760-9-74776
加入者名：第18回日本看護研究学会　近畿・北陸地方会

★非会員及び学生の参加は当日受付となります。学生の方は学生証など身分を証明できるものをお持ち下さい。

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，ﾌｧｯｸｽ　076-281-8355
e-mail　nakayama@ishikawa-nu.ac.jp

日本看護研究学会
中国・四国地方会　第18回学術集会のご案内（第２報）

中国・四国地方会第18回学術集会を，島根大学医学部出雲キャンパスで開催することになりました。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　９：30　口演及び示説，

13：00　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（ホスピスケア研究会顧問）

座長　上岡澄子（島根大学医学部看護学科）

14：40　交流会①「がんと共に生きる人々を支援する看護学」

プレゼンテーター：瀬尻恭子（松江市立病院）

コーディネーター：長田京子（島根大学医学部看護学科）

コメンテーター：季羽倭文子（ホスピスケア研究会顧問）

②「障害児を持つ親の会と共に成長する家族看護学」

プレゼンテーター：北川かほる（鳥取大学医学部保健学科）

コーディネーター：中谷久恵（島根大学医学部看護学科）

コメンテーター：光岡攝子（島根大学医学部看護学科）

③「エビデンスに基づいた臨床看護学」

プレゼンテーター：吉川洋子（島根県立看護短期大学）

コーディネーター：佐藤和子（島根大学医学部看護学科）

コメンテーター：武田美和子（島根大学医学部附属病院）

５．参加申込み　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

６．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。

７．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

運営審議会報告

第1016回
運営審議会の概要（平成16年9月16日）

第1016回運営審議会は、平成16年9月16日（木）に開催され、次のような審議がありました。

1　対外報告

次の報告について、担当委員長から説明がありましたが、対外報告として了承されませんでした。

・木材学研究連絡委員会、地球物理学研究連絡委員会、大気・水圏科学研究連絡委員会・気象学専門委員会、地球電磁気学研究連絡委員会、電波科学研究連絡委員会、電波科学研究連絡委員会・SCOSTEP専門委員会合同報告「京都大学附置研究所生存圏研究所の全国共同利用化」について

・エネルギー・資源工学研究連絡委員会電気エネルギー専門委員会、電気工学研究連絡委員会合同報告「エネルギー分野における競争的研究資金の活用方策」について

2　組織委員会の設置について

次の組織委員会の設置について、原案のとおり了承しました。

・国際会議2005組織委員会

3　持続可能な社会のための科学と技術に関する国際会議2005のテーマについて

原案のとおり了承しました。

4　ICSU（国際科学会議）の定款改正について

原案のとおり了承しました。

5　平成16年度代表派遣の変更について

(1) 第28回南極研究科学委員会（SCAR）総会
（7月25日～31日、ブレーメン／ドイツ）→取り止め

(2) アメリカ政治学会第100回年次総会
（9月1日～7日、シカゴ／米国）→期間の変更（9月1日～4日）

(3) 第7回国際労使関係学会ヨーロッパ地域会議
（9月7日～11日、リスボン／ポルトガル）→取り止め

(4) 国際宗教学・宗教史会議理事会
（9月8日～11日、サンタンデル／スペイン）→期間の変更（9月7日～11日）

(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）→取り止め

(6) 国際社会科学団体連盟（IFSSO）第21回執行委員会・ワークショップ
（11月16日～17日、バンコック／タイ）→期間の変更（11月19日～21日）及び取り止め

6　国内会議の後援について

次の国内会議に対し、日本学術会議の後援名義を使用することを了承しました。

(1) イノベーション・ジャパン2004
日時：平成16年9月28日～30日
場所：東京国際フォーラム

(2) 男女共同参画学協会連絡会設立2周年記念シンポジウム
日時：平成16年10月7日
場所：東京大学大学院数理科学研究科棟

(3) 第6回アジア口腔顎顔面外科学会総会／第49回（社）日本口腔外科学会総会
日時：平成16年10月20日～23日
場所：幕張メッセ

(4) 第25回日本熱物性シンポジウム
日時：平成16年10月20日～22日
場所：メルパルク長野

(5) 応用物理学会主催第4回教育シンポジウム
日時：平成16年10月30日
場所：東京大学駒場キャンパス

(6) 第12回かがわけん科学体験フェスティバル
日時：平成16年11月13日・14日
場所：香川大学教育学部

(7) 横浜商科大学グローバル・シンポジウム
日時：平成16年11月15日
場所：パシフィコ横浜

(8) 第30回全国語学教育学会年次国際大会
日時：平成16年11月19日～22日
場所：帝塚山大学学園前キャンパス

(9) 第28回人間一生活環境系シンポジウム
日時：平成16年11月27・28日
場所：椙山女学園大学

(10) 平成16年度衝撃波シンポジウム
日時：平成17年3月17日～19日
場所：仙台戦災復興記念館

7　国際会議の後援について

次の国際会議に対し、日本学術会議の後援名義を使用することを了承しました。

(1) 科学技術と人類の未来に関する国際フォーラム
日時：平成16年11月14日～16日
場所：京都市（国立京都国際会館）

運営審議会報告

第1017回
運営審議会の概要（平成16年10月14日）

第1017回運営審議会は、平成16年10月14日（木）に開催され、次のような審議がありました。

1　組織委員会の設置について

次の組織委員会の設置について総会に提案することを、原案のとおり了承しました。

・運営審議会附置持続可能な社会のための科学と技術に関する国際会議2005組織委員会

2　平成16年度代表派遣について（11月分、平成17年2月及び3月分）

（1）第19回科学技術データ委員会（CODATA）国際会議・総会
（11月7日～12日、ベルリン／ドイツ）

（2）第12回環境問題科学委員会（SCOPE）総会
（2月7日～11日、ニューデリー／インド）

（3）第26回気候変動国際協同研究計画（WCRP）合同科学委員会
（3月14日～18日、グアヤキル／エクアドル）

3　平成16年度代表派遣の変更について

（1）World Engineers' Convention2004（WEC2004）
（11月3日～6日、上海市／中国）→期間の変更（11月1日～6日）

（2）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）→期間の変更（11月11日～13日）

（3）アメリカ教育法学会2004年年次会議
（11月18日～20日、トゥーソン／米国）→期間の変更（11月17日～20日）

（4）IAP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）→期間の変更（11月20日～23日）

4　国内会議の後援について

次の国内会議に対し、日本学術会議の後援名義を使用することを了承しました。

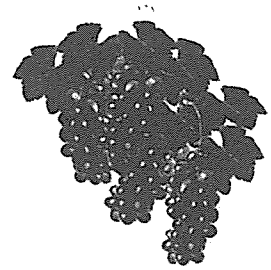
（1）第5回GSCシンポジウム
日時：平成17年3月7日・8日
場所：学術総合センター・一橋記念講堂

（2）シンポジウム「アジア太平洋マイクロ波フォトニクス会議（AP-MWP）」
日時：平成17年4月24日～26日
場所：神戸国際会議場

5　国際会議の後援について

次の国際会議に対し、日本学術会議の後援名義を使用することを了承しました。

（1）2005年国際ゴム技術会議
日時：平成17年10月24日～28日
場所：横浜市（パシフィコ横浜）



日本健康科学学会20周年記念シンポジウム

『世界的規模の視点からのサプリメントの理解と適切な使用～安全で安心できる食文化の浸透をめざして～』

いわゆる健康食品の情報はテレビ，雑誌等により提供されていますが，科学的根拠，安全性等の情報は不十分であり，不適切な表示や摂取方法等により健康を損なう恐れもあります。現に品質，広告等に対して国民生活センターへの苦情件数も年々増加しています。特に，ダイエット健康食品による健康被害なども生じてきています。

そこで，安全で安心できるサプリメントを理解し，その適切な使用により，健康増進に寄与する社会環境づくりをめざして，世界的規模の視点から，保健と医療におけるサプリメントの最新事情，評価，活用に関するシンポジウムを開催し，サプリメントについての最新の研究動向等を分り易く青少年や社会人に普及することを目的としています。

シンポジウムⅠ「サプリメントの最新事情」は，国際的にはサプリメントが保健（Health care）と医療（Medical care）において活用されている観点から，保健・医療とサプリメントについて概観し，保健の面でのサプリメントの活用状況に関して，日本における健康食品に係わる制度のあり方に関する検討会の提言，コーデックスにおけるヘルスクレームと保健機能食品，諸外国におけるHealth Claim，いわゆる健康食品と健康補助食品（JHFAマーク表示許可食品）について発表および討議いただきます。

シンポジウムⅡ「サプリメントの評価と活用」は，サプリメントの評価に関して，CRO（開発業務受託機関），特定保健用食品について，医療面でのサプリメントの活用状況に関して，Oral Nutritional Supplement（ONS）と特別用途食品（病者用），ONSと臨床栄養師について，並びに，食品保健指導士とその活動について発表および討議いただきます。

日　　時：平成17年１月22日（土）10：00～17：00（受付開始 9：00～）
会　　場：東京医科大学病院　６階臨床講堂　東京都新宿区西新宿６－７－１　03-3342-6111
主　　催：日本健康科学学会（実行委員長：信川益明会長）
申込方法：事前申込受付（１/12迄），以降は当日受付。詳細はシンポジウム事務局まで。
参加料金：

日本健康科学学会会員	事前登録　2,000円	（当日登録　3,000円）
協賛団体会員	事前登録　3,000円	（当日登録　4,000円）
一　般	事前登録　4,000円	（当日登録　5,000円）
学　生	事前登録　1,000円	（当日登録　2,000円）
懇親会参加費	事前登録　5,000円	（当日登録　6,000円）

※　金額はすべて事前登録者代金，当日登録者はカッコ内金額で各1,000円増となります。
※　事前登録代金の振り込みは，平成17年１月12日（水）付分で締め切らせていただき，それ以降のご入金は無効となります。
またいったん振り込まれた参加資料代，懇親会参加費は返金いたしません。

申込先・問合先：
日本健康科学学会シンポジウム事務局
〒164-0001　中野区中野２－２－３　（株）へるす出版事業部内
TEL：03-3384-8037　FAX：03-3380-8627
e-mail　health-sci@herusu-shuppan.co.jp
URL　http://www.hs.ipu.ac.jp/HS/index.html

日本看護研究学会雑誌投稿規程

1．投　稿　者

本誌投稿者は，著者及び共著者すべて本学会員とする。ただし編集委員会により依頼したものはこの限りではない。

2．投稿の種類と内容

投稿内容は，看護に関する学術・技術・実践についての論文とする。投稿者は，投稿時に以下の原稿種別のいずれかを申告する。投稿論文は未発表のものに限る。また，人および動物が対象の研究は，倫理的配慮がされていること，およびそのことが本文中に明記されなくてはならない。

■原著論文（カテゴリーⅠ：量的研究，カテゴリーⅡ：質的研究，カテゴリーⅢ：その他）
学術上および技術上価値ある新しい研究成果を記述した論文。
投稿時にカテゴリーⅠ，Ⅱ，Ⅲ，のいずれかを選択する。

■研究報告
学術上および技術上価値ある新しい研究成果で，前掲「原著論文」ほどまとまった形ではないが，これだけでも早く発表する価値のある論文。

■技術・実践報告
技術的な問題についての実践結果の報告で，その手段あるいは得られた成果が大きな波及効果を期待できる記事。

■総　　説
特定の問題に関する文献を集めて分析検討した論文。

3．原稿の送付

投稿原稿は，所定の表紙（学会誌最終頁に綴じ込まれている）に必要事項を記入の上，本文，図表，写真等，を綴じたオリジナル原稿，およびオリジナル原稿のコピー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，掲載された原稿の版権は本会に属するものとする。他者の版権に帰属する資料を引用するときは，著者がその許可申請手続きを行なう。

9．原稿執筆要項

別に定める。

この規程は，昭和59年12月１日より発効する。

付　　則

1）平成５年７月30日　一部改正実施する。
2）平成９年７月24日　一部改正実施する。
3）平成12年４月22日　一部改正実施する。
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30㎜，上下余白50㎜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，本文原稿の最後に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/journl/manual.html

なお，雑誌略名は邦文誌では医学中央雑誌，欧文誌では，INDEX MEDICUSおよびINTERNATIONAL NURSING INDEXに従うものとする。

9）用字・用語は，現代かなづかいとする。アラビア数字を使い，SI単位系（m，kg，S，Aなど）を用いる。

2．原稿用紙および原稿の長さ

800字詰め原稿用紙３枚が刷り上がり１ページに相当する。刷り上がりが下記のページ数を超過しないように配慮すること。ただし，表題，図表等の一切を含むものとする。図表を仕上がり寸法（原版の2/3で大まかに見積る）で，A４サイズの用紙に配置した場合に必要となる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

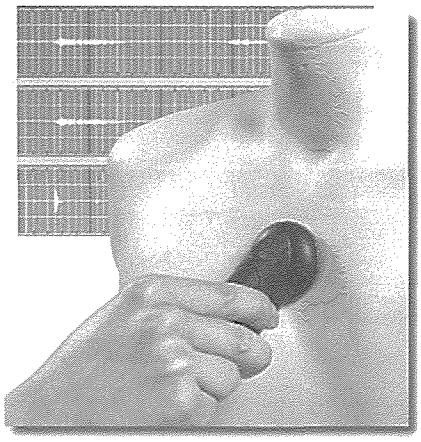
1）平成５年７月30日　一部改正実施する。
2）平成９年７月24日　一部改正実施する。
3）平成10年７月30日　一部改正実施する。
4）平成12年４月22日　一部改正実施する。
5）平成15年７月23日　一部改正実施する。

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こ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

(注)

1．論文目録

日本看護研究学会雑誌に掲載された原著論文および研究報告等，全ての論文について原稿種類別，巻号別，掲載順にまとめた。

著者名：標題，英文標題，巻（号），掲載頁，発行年（西暦）．の順に掲載した。

2．著者索引

原著論文および研究報告等，全ての論文の著者名をあいうえお順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。なお，筆頭著者の巻（号）はゴチック体にした。

3．事項索引

論文ごとに，その標題より若干の用語を選定した。配列は邦文をあいうえお順，次に欧文をアルファベット順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。

1．論　文　目　録

第 27 巻

［原著］

飯田智恵，山本　昇：低温熱傷発症条件に関する実験的検討，Experimental Studies of the Conditions Leading to Moderate Temperature Burns，27(1)，pp. 43－50，2004.

綿貫恵美子：看護職の法的責任認識とその関連要因に関する研究，Nursing Staff's Understanding of their Liability: Analysis of Factors Contributing to such Understanding，27(1)，pp. 51－58，2004.

佐々木栄子，小山善子：うつ病患者への教育・指導に関する基礎的研究－患者・看護者へ一般性自己効力感尺度を用いた質問紙調査を通して－，Research on intervention to patients with depression－through questionnaire survey to patients with depression and nurses using the Greeral Self Efficacy Scale－，27(2)，pp. 19－28，2004.

澤井信江，野島良子，田中小百合，降田真理子，日浦美保，大町弥生：潜在的大学院生としての看護職者の看護学・保健学系大学院に対するニーズ：Delphi technique を用いた全国調査，The Potential Needs for Higher Education in Nursing among Clinical Nurses in Japan : A Delphi Technique Survey，27(2)，pp. 29－37，2004.

杉本幸枝，小山恵美子，森　將晏：高齢者および若年者の仙骨部軟部組織厚と圧迫による変化，Thickness and pressure deformability of soft tissue over the sacrum in elderly and young subjects，27(2)，pp. 39－43，2004.

尾沼奈緒美，鎌倉やよい，長谷川美鶴，金田久江：手術を受ける乳癌患者の治療に関する意思決定の構造，The structure of decision-making with regard to surgical treatment in breast cancer patients，27(2)，pp. 45－57，2004.

藤内美保：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－Differece due to working woman and teathers－，27(4)，pp. 17－24，2004.

宮内　環：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，27(4)，pp. 25－33，2004.

中村　恵，長谷部佳子，平井さよ子，森田チエコ：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 Autowomy and the Nursing Practice in the Circulating Nurses at the Operating Room，27(4)，pp. 35－44，2004.

澤田忠幸，羽田野花美，矢野紀子，酒井淳子：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－，27(4)，pp. 45－52，2004.

岩永秀子，高山　栄，山本　昇：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 －，27(4)，pp. 53－59，2004.

竹内登美子，石井秀宗，比嘉肖江：術後看護用CAIの学習履歴分析によるコースウエアの評価，Evaluation of the CAI Course ware for Post-Operative Care by Analyzing Learning Records，27(5)，pp. 15－24，2004.

松本啓子，渡辺文子：後期高齢者のSuccessful Agingの意味－郡部に居住する高齢者の聞きとり調査から－，The Meaning of Successful Aging in Elderly，27(5)，pp. 25－30，2004.

［研究報告］

清村紀子，西阪和子：臨床での研究成果活用に関する要因分析，Analysis of the relationships among relevant facttors to research utilization in clinical settings，27(1)，pp. 59－72，2004.

木立るり子：嫁介護者の語りからみた社会規範意識と介護継続の条件，Social-Norms Consciousness and Conditions to Continue Home Care: From Interviews to Daughter-in-law，27(1)，pp. 73－81，2004.

大西みさ，足立はるゑ，中村小百合：指尖の穿刺痛が軽減できる血糖自己測定法の開発－氷冷法の検証－，A New SMBG Method to Reduce Pain When A Fingertip is Punctured－Verification of The Ice Mix Water Method－，27(1)，pp. 83－89，2004.

水田真由美：新卒看護師の職場適応に関する研究－リアリティショックと回復に影響する要因－，Job Adjustment among New Graduate nurses－Factors which Influence Reality Shock and Recovery－，27(1)，pp. 91－99，2004.

叶谷由佳，佐藤千史：尿路留置カテーテルと蓄尿バッグの交換頻度に対する病棟内基準と看護職の交換の実際，The standards in units and nurses' practice about the exchange frequency of self-retaining urethral catheters and bags for accumulating urine，27(1)，pp. 101－105，2004.

吹田麻耶，高木洋治：在宅静脈栄養法施行患者のQuality of Lifeに関連する要因の分析，Analysis of Factors related to Quality of Life in Patients on Home Parenteral Nutrition，27(1)，pp. 107－113，2004.

中島佳緒里，鎌倉やよい，深田順子，山口真澄，小野田嘉子，尾沼奈緒美，中村直子，金田久江：幽門側胃切除術後の食事摂取量をセルフコントロールするための指標の検討，Development of indices for self-control of intake volume in postoperative distal gastrectomy patients，27(2)，pp. 59－66，2004.

細田泰子，山口明子：実習指導者の看護学実習における指導上の困難とその関連要因，Factors that cause perceived difficulties in clinical teaching of nursing，27(2)，pp. 67－75，2004.

井関智美，田内雅規：特養におけるおむつ利用者の心身障害状況とおむつ介護形態の分析，An analysis of the mental and physical conditions of diaper users and the use of diapers in nursing homes，27(2)，pp. 77－84，2004.

名越恵美，細川つや子，林　由佳：受け持ち患者を看取った看護学生の学び，Lessons learned by student nurses who attended terminal patients，27(2)，pp. 85－91，2004.

黒木祐子，長坂　猛，安部浩太郎，須永　清，小林敏生，榊原吉一，田中美智子：健康高齢者における自力坐位保持ならびに背面密着坐位中の循環動態及び自律神経活性，Effects of the different body posture on the hemodynamic responses and the autonomic nervous activity in healthy elderly men，27(2)，pp. 93－100，2004.

永井朝子，久米和興：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 recoghition of nursing staffs about the nursing practice at seclusion in psychiatric inpatient unit，27(4)，pp. 61－73，2004.

姫野稔子，三重野英子，末弘理恵，桶田俊光：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 －，27(4)，pp. 75－84，2004.

鈴木英子，叶谷由佳，堀井さやか，高田絵理子，北岡（東口）和代，佐藤千史：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 －，27(4)，pp. 85－90，2004.

遠藤和子，谷口千絵：栄養表示の活用と学習ニーズ－D町の公開講座参加者および幼稚園児保護者の特徴－，Awareness and Learning Needs of Nutrition Labels on Groceries，27(5)，pp. 31－37，2004.

大西みさ，山口桂子，片岡　純：在宅酸素療法患者の受容過程，Process of Acceptance concept in Patients Under Home Oxygen Therapy，27(5)，pp. 39－48，2004.

赤澤千春，奥津文子，桂　敏樹，寺口佐與子，一宮茂子：生体肝移植術を受けた成人レシピエントの術後精神症状の発生と身体的要因との関係について，Relationship between Postoperative Psychiatric Symptoms and Physical Conditions of Adult Living-Related LiverTransplantation (LRLT) Recipients，27(5)，pp. 49－54，2004.

下村明子，松村三千子，杉野文代：看護教育におけるロールレタリング－ケアリングに通じるナラティブアプローチと振り返りの分析－，Nursing Education through Role Lettering － Analysis of Narrative and Reflection which Leads to Caring －，27(5)，pp. 55－64，2004.

別所遊子，細谷たき子，長谷川美香，吉田幸代，松木光子：訪問看護師の脳血管疾患患者の状態予測と予測達成に関わるケア，Home Nursing Care to Achieve the Expected Status for the Elderly with Cerebro-Vascular Diseases，27(5)，pp. 65－71，2004.

松嵜英士：看護学生の情報活用能力がクリティカル・シンキングに対する志向性と学習におけるメタ認知に及ぼす効果，The Effect of the Ability of Nursing Students to Utilize Information on Orientation of Critical Thinking and Metacognition in Learning，27(5)，pp. 73－81，2004.

［技術・実践報告］

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：反省的思考による学生の看護実践の認識－基礎看護学における学内演習と臨地実習の連関－，Student Nurse Perceptions of Nursing Care by Reflective Thinking － Connection of Clinical Nursing Skills Laboratory and Nursing Practicum －，27(2)，pp. 101－109，2004.

原　祥子："いま，ここ"で生きる高齢者を理解する方法に関する一考察－ライフストーリーを読み解く視点から－，Discussion about Methods to Understand Elderly Who Lives in "Here and Now" － From a Point of View to Read in Life Story －，27(5)，pp. 83－92，2004.

［総　説］

戸ヶ里泰典，山田正己，泉　キヨ子：尿路感染予防のための尿路カテーテル管理－外尿道口ケアに関する文献検討－，The urethral catheter management for the prevention of urinary tract infections; review of daily meatal care，27(1)，pp. 115－123，2004.

［資　料］

山元照美，草刈淳子：軽症・中等症病棟患者の多床室におけるベッド位置の嗜好，Preference of Bed-location in the Multiple Room for the Mild and Moderately Patients，27(1)，pp. 125－131，2004.

吉田明子，鵜山　治，山本恭子：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 －，27(4)，pp. 91－100，2004.

出羽恵子，叶谷由佳，佐藤千史：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，27(4)，pp. 101－107，2004.

久米　翠，叶谷由佳，佐藤千史：救命救急センターICUに入室した患者の不安とストレスに関する研究，A Study on Patient's Anxiety and Stress in ICU，27(5)，pp. 93－99，2004.

2. 論文著者索引

あ

青山美智代 27(2) 101
赤澤千春 27(5) 49
足立はるゑ 27(1) 83
安部浩太郎 27(2) 93

い

飯田智恵 27(1) 43
石井秀宗 27(5) 15
出羽恵子 27(4) 101
泉キヨ子 27(1) 115
井関智美 27(2) 77
一宮茂子 27(5) 49
伊藤明子 27(2) 101
岩永秀子 27(4) 53

う

鵜山治 27(4) 91

え

遠藤和子 27(5) 31

お

大久保千里 27(2) 101
大西みさ 27(1) 83, 27(5) 39
大町弥生 27(2) 29
奥津文子 27(5) 49
桶田俊光 27(4) 75
尾沼奈緒美 27(2) 45, 27(2) 59
小野田嘉子 27(2) 59

か

片岡純 27(5) 39
桂敏樹 27(5) 49
金田久江 27(2) 45, 27(2) 59
叶谷由佳 27(1) 101, 27(4) 85
27(4) 101, 27(5) 93
鎌倉やよい 27(2) 45, 27(2) 59

き

北岡(東口)和代 27(4) 85
木立るり子 27(1) 73
清村紀子 27(1) 59

く

草刈淳子 27(1) 125
久米和興 27(4) 61
久米翠 27(5) 93
黒木祐子 27(2) 93

こ

向坂智子 27(2) 101
小林敏生 27(2) 93
小山恵美子 27(2) 39
小山善子 27(2) 19

さ

酒井淳子 27(4) 45
榊原吉一 27(2) 93
佐々木栄子 27(2) 19
佐藤千史 27(1) 101, 27(4) 85
27(4) 101, 27(5) 93
澤井信江 27(2) 29
澤田忠幸 27(4) 45

し

下村明子 27(5) 55

す

末弘理恵 27(4) 75
杉野文代 27(5) 55
杉本幸枝 27(2) 39
鈴木英子 27(4) 85
須藤聖子 27(2) 101
須永清 27(2) 93

た

田内雅規 27(2) 77
高木洋治 27(1) 107
高田絵理子 27(4) 85
高山栄 27(4) 53
竹内登美子 27(5) 15
田中小百合 27(2) 29
田中美智子 27(2) 93
谷口千絵 27(5) 31

て

寺口佐與子 27(5) 49

と

藤内美保 27(4) 17
戸ヶ里泰典 27(1) 115

な

永井朝子 27(4) 61
長坂猛 27(2) 93
中島佳緒里 27(2) 59
中村小百合 27(1) 83
中村直子 27(2) 59
中村惠 27(4) 35
名越恵美 27(2) 85

に

西阪和子 27(1) 59

の

野島良子 27(2) 29

は

長谷川美香 27(5) 65
長谷川美鶴 27(2) 45
長谷部佳子 27(4) 35
羽田野花美 27(4) 45
林由佳 27(2) 85
原祥子 27(5) 83

ひ

日浦美保 27(2) 29
比嘉肖江 27(5) 15
姫野稔子 27(4) 75
平井さよ子 27(4) 35

ふ

深田順子 27(2) 59
吹田麻耶 27(1) 107
降田真理子 27(2) 29

へ
別所遊子 27(5) 65

ほ
細川つや子 27(2) 85
細田泰子 27(2) 67
細谷たき子 27(5) 65
堀井さやか 27(4) 85

ま
松木光子 27(5) 65
松嵜英士 27(5) 73
松村三千子 27(5) 55
松本啓子 27(5) 25

み
三重野英子 27(4) 75
水田真由美 27(1) 91
宮内環 27(4) 25
三毛美恵子 27(2) 101

も
森將晏 27(2) 39
森田チエコ 27(4) 35

や
矢野紀子 27(4) 45
山口明子 27(2) 67
山口桂子 27(5) 39
山口真澄 27(2) 59
山田正己 27(1) 115
山元照美 27(1) 125
山本昇 27(1) 43, 27(4) 53
山本恭子 27(4) 91

よ
吉田明子 27(4) 91
吉田幸代 27(5) 65

わ
渡辺文子 27(5) 25
綿貫恵美子 27(1) 51

3. 事 項 索 引

あ

ICU 27(5) 93
安全管理 27(4) 61

い

EBN 27(1) 115
意思決定 27(2) 45
医療過誤 27(1) 51

う

うつ状態 27(2) 19

え

栄養教育 27(5) 31
栄養所要量 27(5) 31
栄養表示 27(5) 31
MBI 27(4) 85
園児保護者 27(5) 31

お

おむつ 27(2) 77
温罨法 27(1) 43

か

家族介護者 27(1) 73
学習履歴 27(5) 15
学内演習 27(2) 101
語り 27(1) 73, 27(5) 83
患者教育 27(2) 19
患者権利 27(4) 61
患者説明 27(4) 61
看護学生 27(2) 85, 27(5) 73
看護経験 27(4) 35
看護師 27(1) 59
27(4) 17, 25, 45
看護実践 27(4) 35
看護実践能力 27(2) 101
看護者評定 27(2) 19
看護職 27(1) 51
看護職の言葉遣い 27(4) 101
看護職者 27(2) 29
(看護) 専門職としての判断 27(1) 51
看護度 27(1) 125

き

基礎看護学実習 27(2) 101
救急医療 27(5) 93
共分散構造分析 27(5) 73

く

クリティカル・シンキング 27(5) 73
郡部 27(5) 25

け

ケアリング 27(5) 55
血糖自己測定 27(1) 83
健康高齢者 27(2) 93
健康日本21 27(5) 31
研究成果活用 27(1) 59

こ

コースウェア 27(5) 15
後期高齢者 27(5) 25
交換頻度 27(1) 101
交代制 27(4) 17
高齢者 27(2) 39, 77
27(5) 83
子どものターミナルケア 27(4) 25
コンセンサス 27(2) 29

さ

在宅介護 27(1) 73
在宅後期高齢者 27(4) 75
在宅酸素療法 27(5) 39
在宅静脈栄養法 27(1) 107
サクセスフルエイジング 27(5) 25
様呼称 27(4) 101

し

CAI 27(5) 15
GHQ 27(1) 91
嗜好 27(1) 125
自己効力感 27(2) 19
実験的アプローチ 27(1) 43
実習指導者 27(2) 67
実習指導者講習会 27(2) 67
指導上の困難 27(2) 67
指標 27(2) 59
社会規範 27(1) 73
終末期 27(2) 85
手術 27(2) 45
手術看護 27(4) 35
術後看護 27(5) 15
術後精神症状 27(5) 49

受容過程 27(5) 39
循環動態 27(2) 93
情報活用能力 27(5) 73
職業的背景 27(2) 67
食生活習慣 27(4) 91
褥瘡 27(2) 39
職場適応 27(1) 91
職務満足 27(4) 45
女子学生 27(4) 91
自律神経系 27(2) 93
自律性 27(4) 35
新卒看護師 27(1) 91
身体的要因 27(5) 49
心拍変動 27(2) 93
心理的well-being 27(4) 45

す
ストレス 27(5) 93

せ
生活意識 27(4) 17
生活時間 27(4) 17
成功体験 27(2) 19
成人生体肝移植レシピエント 27(5) 49
精神科 27(4) 61
摂取量 27(2) 59
セルフコントロール 27(2) 59
仙骨部 27(2) 39
潜在的大学院生 27(2) 29
穿刺痛 27(1) 83
専門性 27(4) 35

そ
足部の形態・機能 27(4) 75

た
体位 27(2) 93
体脂肪率 27(4) 91
対人関係スキル 27(5) 55
多床室 27(1) 125
達成 27(5) 65

ち
蓄尿バッグ 27(1) 101
痴呆 27(2) 77
中核的自己評価 27(4) 45

て
低温熱傷 27(1) 43, 27(4) 53
Delphi technique 27(2) 29
転倒予防 27(4) 75

と
特別養護老人ホーム 27(2) 77

な
ナラティブ 27(5) 55
軟部組織厚 27(2) 39

に
ニーズ 27(2) 29
入院患者の認識 27(4) 101
入院患者の満足度 27(4) 101
乳癌患者 27(2) 45
尿道口ケア 27(1) 115
尿路カテーテル 27(1) 115
尿路感染症 27(1) 115
尿路留置カテーテル 27(1) 101
認識 27(4) 25

ね
寝たきり 27(2) 77
ネルカバー 27(4) 53
年齢 27(1) 125

の
脳血管疾患 27(5) 65

は
バーンアウト 27(4) 85
反省的思考 27(2) 101

ひ
BMI 27(4) 91
PTSD 27(5) 93
PBM 27(4) 85
Bモードエコー 27(2) 39
評価 27(5) 15
表面温度と継続時間 27(1) 43
氷冷法 27(1) 83
病院の指導 27(4) 101
病棟内基準 27(1) 101
疲労 27(4) 17

ふ
不安 27(5) 93
フットケア 27(4) 75

へ

ベッド位置	27(1)	125

ほ

法的責任	27(1)	51
訪問看護	27(5)	65
保護室	27(4)	61

ま

学び	27(2)	85
満足感	27(1)	107

み

看取り	27(2)	85

め

メタ認知	27(5)	73

ゆ

幽門側胃切除術	27(2)	59
湯温	27(4)	53
湯たんぽ表面温度	27(4)	53

よ

予測状態	27(5)	65

ら

ライフストーリー	27(5)	83

り

リアリティショック	27(1)	91
立位バランス	27(4)	75
リフレクション	27(5)	55
臨床教育	27(2)	67

れ

冷却	27(1)	83

ろ

RL（ロールレタリング）	27(5)	55

欧文

a hot pack 27(1) 43
a moderate temperature burn 27(1) 43
a surface temperature and duration 27(1) 43
ability to utilize information 27(5) 73
achievement 27(5) 65
adult living-related liver transplantation recipients 27(5) 49
age 27(1) 125
Amyotrophic lateral sclerosis 27(1) 83
an experimental approach 27(1) 43
anxiety 27(5) 93
assessment 27(2) 19
autonomic nervous system 27(2) 93
bags for accumulating urine 27(1) 101
basic nursing practicum 27(2) 101
bed ridden 27(2) 77
bed-location 27(1) 125
B-mode echo 27(2) 39
body fat percentage 27(4) 91
body mass index 27(4) 91
body posture 27(2) 93
breast cancer patients 27(2) 45
burnout 27(4) 85
Burnout Measure 27(4) 85
CAI 27(5) 15
calling 'sama' 27(4) 101
caring 27(5) 55
clinical nurses 27(2) 29
clinical nursing skills laboratory 27(2) 101
clinical teaching 27(2) 67
competence of nursing practice 27(2) 101
consensus of opinion 27(2) 29
cooling 27(1) 83
core self-evaluations 27(4) 45
course ware 27(5) 15
covariance structure analysis 27(5) 73
critical thinking 27(5) 73
CVD 27(5) 65
daily meatal care 27(1) 115
decision-making 27(2) 45
Delphi technique 27(2) 29
dementia 27(2) 77
depression 27(2) 19
diaper 27(2) 77
dietary habits 27(4) 91
difficulties in clinical teaching 27(2) 67
dinical instructors 27(2) 67
distal gastrectomy 27(2) 59
elderly 27(2) 39, 77
27(5) 25, 83
emergency care 27(5) 93
evaluation 27(5) 15
evidence based nursing 27(1) 115
expected status 27(5) 65
falls prevention 27(4) 75
family caregiver 27(1) 73
fatigue 27(4) 17
female college students 27(4) 91
flannel cover 27(4) 53
foot care 27(4) 75
GHQ (general health questionnaire) 27(1) 91
healty elderly men 27(2) 93
heart rate variability 27(2) 93
hemodynamic response 27(2) 93
home care 27(1) 73
home care nursing 27(5) 65
home oxygen therapy 27(5) 39
Home Parenteral Nutrition 27(1) 107
hospitals' instruction 27(4) 101
hot water temperature 27(4) 53
hot-water bottle's surface temperature 27(4) 53
Illness experience, Uncertainty 27(1) 83
index 27(2) 59
index of patient's need for nursing 27(1) 125
inpatients' recognition 27(4) 101
inpatients' satisfaction 27(4) 101
instructors' backgrounds 27(2) 67
intake volume 27(2) 59
intensive care unit 27(5) 93
interpersonal skill 27(5) 55
job adjustment 27(1) 89
job satisfaction 27(4) 45
kenkou-nippon21 27(5) 31
learning 27(2) 85
learning records 27(5) 15

liability	27(1)	51
Life Satisfaction	27(1)	107
life story	27(5)	83
malpractice	27(1)	51
Maslach Burnout Inventory	27(4)	85
metacognition	27(5)	73
moderate temperature burns	27(4)	53
multiple room	27(1)	125
narrative	27(1)	73
	27(5)	55, 83
needs	27(2)	29
new graduate nurse	27(1)	91
nurse	27(1)	59
	27(4)	17, 25, 45
nurses' use of words	27(4)	101
nursing home	27(2)	77
nursing practice	27(4)	35
nursing staff	27(1)	51
nursing students	27(5)	73
nutrition education	27(5)	31
nutrition labels	27(5)	31
operative nursing	27(4)	35
parents of preschool children	27(5)	31
patienst education	27(2)	19
patient explanation	27(4)	61
patient right	27(4)	61
perception	27(4)	25
performance accomplishments	27(2)	19
physical conditions	27(5)	49
post traumatic stress disorder	27(5)	93
post-operative care	27(5)	15
Postoperative psychiatric symptoms	27(5)	49
potential groduate students	27(2)	29
preference	27(1)	125
pressure ulcer	27(2)	39
process of acceptance	27(5)	39
professional autonomy	27(4)	35
professional decision (for nursing)	27(1)	51
psychiatric	27(4)	61
psychological well-being	27(4)	45
puncture pain	27(1)	83
reality shock	27(1)	91
recognition for life	27(4)	17
recommended dietary allowance	27(5)	31
reflection	27(5)	55
reflective thinking	27(2)	101
research utilization	27(1)	59
role-lettering	27(5)	55
sacrum	27(2)	39
satety management	27(4)	61
seclusion	27(4)	61
self efficacy	27(2)	19
self monitoring of blood glucose (SMBG)	27(1)	83
self-control	27(2)	59
self-retaining urethral catheters	27(1)	101
shiftwork	27(4)	17
social norm	27(1)	73
specialty	27(4)	35
standing balance	27(4)	75
stress	27(5)	93
structure and function of the foot	27(4)	75
student nurse	27(2)	85
subjects aged 75 and over living at home	27(4)	75
suburban districts	27(5)	25
successful aging	27(5)	25
surgical treatment	27(2)	45
take care	27(2)	85
terminal	27(2)	85
terminal care for dying children	27(4)	25
the exchange frequency	27(1)	101
the ice mix water method	27(1)	83
the standards in units	27(1)	101
thickness of soft tissue	27(2)	39
time use	27(4)	17
training seminars for clinical instructors	27(2)	67
urinary tract catheter	27(1)	115
urinary tract infections	27(1)	115
years of nursing experience	27(4)	35

図書案内

http://www.jnapc.co.jp

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〕
シリーズ完結!!

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)

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)

「解剖学」「生理学」「生化学」「分子生物学」「病態生理学」「微生物学」「薬理学」「栄養学」など既存の枠組みを看護実践の基礎となる知識体系に統合・転換し、再構成した最新シリーズ。専門基礎分野「人体の構造と機能」「疾病の成り立ちと回復の促進」の学習に最適のテキスト!

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	388頁 定価4,200円(税込)
第3巻	からだの異常:病態生理学I	274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	262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(ご注文)　TEL.0436-23-3271　FAX.0436-23-3272
郵便振替00190-8-168557

事務局便り

1．平成14年度総会において，会則第３章会員及び賛助会員第６条の一部が改正され，入会申込用紙と手続きが変更となっております。入会申込用紙の留意事項をご確認の上，お申し込み下さい。また，第30回（平成16年度）から学術集会演題申し込み条件が「発表年度会員であること」と改正されましたので，入会年度をご確認下さい。

2．平成16年度も残り少なくなりました。年会費振込用紙を同封させていただきますので，平成17年度も引き続き会員として継続され，平成17年度会費7,000円をお振り込み下さいますようご案内致します。また，平成16年度会費未納であってもこれまでに「退会」のお申し出のない場合，27巻１号から４号（平成16年度発行分）までをすでにお送りしております。

同封しております振り込み用紙で平成16年度会費をできるだけ早くお振り込み下さい。

今回，現時点で平成16年度会費未納の方に，平成17年度，会員登録について，継続及び退会の確認のために，葉書によるご回答をお願いしております。必ずご回答の上，平成17年１月31日（月）までにお送り下さい。

お振り込みの際，必ず会員番号，ご連絡先をご記入下さい。宛名ラベルに会員番号が明記してあります。尚，今回より宛名ラベルに会費納入内容を明記致しました。ご確認下さい。

3．送付先・所属のご変更があった場合，できるだけ早く学会事務局へ新しい送付先等をご連絡下さい。お知らせ頂く場合，楷書でお書きいただき，難しい文字，呼び名には，ふりがなを付記下さいますようお願い致します。

4．下記の方が住所不明です。９月20日発行雑誌27巻４号をお送りしたところ，住所不明で事務局に返却されました。ご存知の方は，本人，または事務局までお知らせ下さい。

かー311　金尾直美様　しー325　下方友子様

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　５号

会員無料配布

平成16年11月20日　印刷

平成16年12月20日　発行

編集委員

委員長　川口　孝泰（理　事）筑波大学医学専門学群看護医療科学類

委　員　黒田　裕子（理　事）北里大学看護学部

中木　高夫（理　事）日本赤十字看護大学

浅野みどり（評議員）名古屋大学医学部保健学科

金城　祥教（会　員）筑波大学医学専門学群看護医療科学類

櫻井　利江（会　員）筑波大学医学専門学群看護医療科学類

星野　明子（会　員）京都大学医学部保健学科

（アイウエオ順）

発行所　日本看護研究学会

〒260-0856　千葉市中央区亥鼻１－２－10

☎　043-221-2331

FAX　043-221-2332

ホームページアドレス

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

又は，http://jsnr.umin.jp/

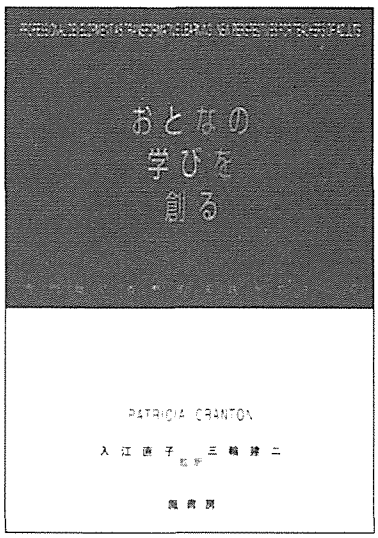
発行責任者　山口桂子

印刷所　（株）正文社

〒260-0001　千葉市中央区都町１－10－６

看護職をはじめとする専門職の研修用テキストとして最適の書

新刊 おとなの学びを創る
——専門職の省察的実践をめざして



●A5判上製　356頁　定価3,150円（本体3,000円＋税）

■著　者　パトリシア・クラントン
■監訳者　入江直子（神奈川大学教授）
　　三輪建二（お茶の水女子大学教授）

『おとなの学びを拓く』に続く、カナダの成人教育学者クラントンの翻訳書、第二弾。看護、大学教員などのいわゆる「専門職」の能力開発に焦点をあて、これまでの養成・研修システムを根本的に批判し、リフレクション（ふり返り）を中心にすえた省察的実践者としての専門職の能力開発について、新しい理論と実践の方向性を示している。専門職をはじめ、専門職の能力開発担当者にも最適の書。

■主な目次

第1章　成人教育者の養成と能力開発
第2章　従来の能力開発の方策
第3章　自己決定的な能力開発のための方策
第4章　批判的なふり返り
第5章　意識変容的な学習になる
第6章　教育者の能力開発にみる一人ひとりの違い
第7章　仕事や社会背景の中での意識変容の展開
第8章　専門職の能力開発のための新しい展望
第9章　能力開発担当者のための方策
●解説（三輪建二）／クラントン『おとなの学びを創る』について

好評発売中

●*成人教育の基礎理論を理解し、実践にいかすための格好の書。*
おとなの学びを拓く
自己決定と意識変容をめざして——
P.クラントン著
入江直子／豊田千代子／三輪建二訳
A5判上製　342頁　本体3,000円

●*学習者のニーズと特性にかなった支援の必要性と具体例を示す。*
おとなの学びを支援する
講座の準備・実施・評価のために——
K.マイセルほか著
三輪建二訳
A5判上製　206頁　本体2,300円

●*アンドラゴジーに関する古典的名著、待望の完訳。*
成人教育の現代的実践
ペタゴジーからアンドラゴジーへ——
M.ノールズ著
堀薫夫／三輪建二 監訳
A5判上製　600頁　本体5,000円

●近刊 *成人学習論の到達点を分かりやすく説明。*
成人期の学習
S.メリアム／R.カファレラ著
立田慶裕／三輪建二 監訳

鳳書房　〒157-0072　東京都世田谷区祖師谷1-25-5
TEL/FAX.03-3483-3723

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，評議員の推薦，署名，捺印，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	
送付先住所	自宅・所属（いずれかに○）	〒	
自宅	TEL	FAX	
推薦者氏名	印	会員番号　－	
推薦者所属			
事務局記入欄	理事会承認年月日		
	受付番号	年度入会会員番号　－	
	受付日	巻　　号～	
	通知番号	送付日	

地区割

地区名		都道府県名
1	北海道	北海道
2	東北	青森，岩手，宮城，秋田，山形，福島
3	関東	千葉，茨城，栃木，群馬，新潟
4	東京	東京，埼玉，山梨，長野
5	東海	神奈川，岐阜，静岡，愛知，三重
6	近畿・北陸	滋賀，京都，大阪，兵庫，奈良，和歌山，福井，富山，石川
7	中国・四国	島根，鳥取，岡山，広島，山口，徳島，香川，愛媛，高知
8	九州	福岡，佐賀，長崎，熊本，大分，宮崎，鹿児島，沖縄

日本看護研究学会　投稿原稿表紙

原稿種別 （番号に○）	1．原著（a. カテゴリーⅠ，b. カテゴリーⅡ，c. カテゴリーⅢ）　2．研究報告 3．技術・実践報告　　4．総　説　　5．資料・その他（　　）
原稿投稿締切日年月日 （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）

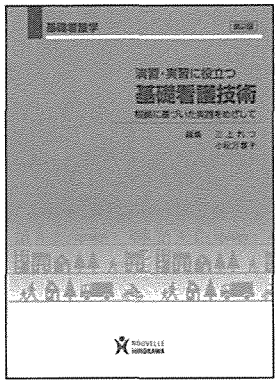
連　絡　先　住　所　・　氏　名
住所：〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ Tel：＿＿＿＿＿＿＿＿　Fax：＿＿＿＿＿＿＿＿　E-mail：＿＿＿＿＿＿＿＿

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

演習・実習に役立つ基礎看護技術ーCD付

慶應義塾大学看護医療学部教授　三上　れつ
愛知県立看護大学教授　小松万喜子　編集



新刊

2005年1月出版予定

●B5判
●2色刷
●400頁

第2版では，演習・実習時に，または自己学習に役立つように，看護技術の映像をCDを使って，より具体的にわかりやすく示しています．また，「看護基本技術」（文部科学省，厚生労働省発表）の構成に沿って，目次を再編成しています．

★根拠に基づいた看護技術ができるように，各技術の「根拠と留意点」では内容を深めて充実させ，さらにイラスト・写真を増やしてわかりやすく解説しています．

●各技術ごとに知識編・技術編・応用編として表形式で構成し，「知識編」では技術を実施する上で押さえておきたい基礎知識を網羅し，「技術編」では行動目標，実施手順に根拠や理由，留意点を明らかにし，「応用編」では，知識編・技術編を応用して行う技術を解説しています．

●技術編では，自己または他者評価が可能なチェックリスト形式にし，確認しながら技術が実施できるようにしています．

主要目次

パート1．基礎看護技術の考え方とその活用

パート2．基礎看護技術の知識・技術・応用

1　環境調整技術ー療養生活環境調整
ベッドメイキング／リネン交換

2　食事援助技術ー栄養状態・体液・電解質のバランスの査定
食生活支援／食事介助／経管栄養法／口腔ケア／嚥下ケア

3　排泄援助技術ー自然排尿・排便援助
便器・尿器の使い方／摘便／オムツ交換／失禁ケア／導尿／膀胱内留置カテーテル法／浣腸／ストーマ造設者のケア

4　活動・休息援助技術ー体位・肢位の保持
体位変換／移動の介助／歩行介助／移送／関節可動域訓練（廃用性症候群予防）／入眠・睡眠の援助

5　清潔・衣生活援助技術ー入浴介助
部分浴：手・足浴，陰部ケア／清拭／洗髪，拭髪／整容（モーニングケア・イブニングケア）／寝衣交換など衣生活援助

6　呼吸・循環を整える援助ー酸素吸入療法
吸引／気道内加湿法（薬液吸入）／体位ドレナージ／排痰法／低圧持続吸引

7　創傷管理技術ー創傷処置
包帯法／褥瘡ケア

8　与薬の技術ー経口薬・外用薬・皮内注射・皮下注射・筋肉注射・静脈注射・点滴静脈注射
中心静脈栄養の管理／輸血の管理／麻薬

9　救急救命処置技術ー救急法
止血法／除細動

10　症状・生体機能管理技術ーバイタルサインの観察
症状・病態の観察／身体計測／検体の採取と扱い方／経皮的・侵襲的検査時の援助

11　感染予防の技術ースタンダードプリコーション（標準予防策）
洗浄・消毒・滅菌／無菌操作／除毛（剃毛）

12　安全管理の技術（療養生活の安全確保）
転倒・転落・外傷予防／医療事故予防／リスクマネジメント／医療廃棄物管理／トリアージ／リラクセーション

13　安楽促進の技術
指圧，マッサージ，罨法

NOUVELLE HIROKAWA　ヌーヴェルヒロカワ
ホームページ　http:// www.nouvelle-h.co.jp
東京都千代田区九段北1-12-14　〒102-0073
TEL03-3237-0221（代）　FAX03-3237-0223