

Volume 28 Number 2 June 2005
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

28巻 2号

第31回日本看護研究学会学術集会

【宿泊・航空・研修旅行申込書】

■ホームページからのご予約は／<http://www.jaltravel-h.com/>

申込締切／平成17年6月30日(木)まで

ご記入日 月 日

フリガナ		年齢	所 属 (大学名) (病院名)	
(代表者) 申込者 A		才	TEL	
書類送付先 住所	病院・大学・自宅 *いずれかに○をつけてください 〒			
TEL		FAX		
フリガナ 同行者名 B		年齢 才	フリガナ 同行者名 D	年齢 才
フリガナ 同行者名 C		年齢 才	フリガナ 同行者名 E	年齢 才

ホテル予約					
	予約コード	チェックイン日	チェックアウト日	部屋タイプ	同室者 例 A/B・・・など
希望・1				()シングル・()ツイン	
希望・2				()シングル・()ツイン	

ホテル予約				
	予約コード	ご利用日	人員	ご利用者 例 AとBのみ・・・など
1				
2				
3				
4				
5				

■お支払方法 (いずれかに✓してください)

☐ カード払い希望(予約確認書到着後、必用事項を記入の上ご返信いただきます)

◇VISA ◇JCB ◇AMEX

☐ 銀行振込希望(予約確認書到着後、お振込みいただきます)

※予約確認書は、申込み用紙到着後1週間ほどでご解答申し上げます。

※この用紙を控えとしてお持ちください。

■取扱い旅行会社 (ご不明な点は下記までご連絡ください)

JAL TRAVEL 株式会社 JALトラベル北海道
〒060-0001 札幌市中央区北1条西7丁目 三井住友海上札幌ビル1階
「第31回日本看護研究学会」係 担当 オオツキ TEL:011-200-2510 FAX:011-200-2529

6月30日申込日締め切り

第31回日本看護研究学会学術集会

航空機・宿泊のご案内

学術集会参加の皆様におかれましては、ご多忙の事と存じます。ご参加にあたり、再度ご案内させていただきます。尚、表記以外の航空会社・航空便のお問合せも承っております。お申し込みお待ち申し上げます。

宿泊のご案内					
ホテル名	シングル	ツイントリプル	ホテル名	シングル	ツイントリプル
JRタワーホテル日航札幌	¥15,000	¥13,000	札幌東急イン	¥12,000	¥10,000
センチュリーロイヤル	¥15,000	¥13,000	札幌東武ホテル	¥11,000	¥9,000
京王プラザホテル札幌	¥15,000	¥13,000	サンルートニュー札幌	¥11,000	¥9,000
札幌プリンスホテルタワー	¥14,500	¥12,500	チサンホテル札幌新館	¥10,000	¥8,500
札幌グランドホテル	¥14,500	¥12,500	札幌第2ワシントンホテル	¥10,000	¥8,500
札幌後楽園ホテル	¥14,500	¥12,000	ススキノグリーンホテル	¥9,000	¥7,000
札幌エクセルホテル東急	¥14,000	¥12,000	札幌ステーション	¥9,000	¥7,000
ホテルアーサー札幌	¥13,000	¥11,000	ホテル法華クラブ札幌	¥8,000	設定無し
ロイトン札幌	¥13,000	¥11,000	札幌リッチホテル	¥8,000	設定無し

航空券のご案内														
<往路1>						<復路1>								
設定日	区間	便名	出発時刻	到着時刻	普通運賃	特別運賃	設定日	区間	便名	出発時刻	到着時刻	普通運賃	特別運賃	
7月20日(水)	羽田=千歳	JAL1011	9:00	10:30	¥29,500	¥24,500	7月22日 (金)	千歳=羽田	JAL1034	19:50	21:20	¥29,000	¥23,500	
	羽田=千歳	JAL1017	11:00	12:30	¥29,000	¥20,000		千歳=羽田	JAL1036	20:30	22:00	¥29,000	¥21,500	
	羽田=千歳	JAL1023	13:00	14:30	¥29,000	¥20,000		千歳=羽田	JAL1038	20:50	22:20	¥29,000	¥21,500	
	羽田=千歳	JAL1025	14:00	15:30	¥29,000	¥19,000	7月23日 (土)	<復路2>						
	羽田=千歳	JAL1029	15:55	17:25	¥29,000	¥19,000		設定日	区間	便名	出発時刻	到着時刻	普通運賃	特別運賃
	羽田=千歳	JAL1035	17:55	19:25	¥29,000	¥19,000		千歳=羽田	JAL1010	10:30	12:00	¥29,000	¥20,000	
	羽田=千歳	JAL1039	19:20	20:50	¥29,000	¥19,000		千歳=羽田	JAL1014	12:00	13:30	¥29,000	¥20,000	
	名古屋=千歳	JAL3103	10:00	11:35	¥31,500	¥27,800		千歳=羽田	JAL1026	16:30	18:00	¥29,000	¥22,500	
	名古屋=千歳	JAL3111	14:35	16:10	¥31,500	¥22,000		千歳=羽田	JAL1032	18:50	20:20	¥29,000	¥22,500	
	名古屋=千歳	JAL3113	15:25	17:00	¥31,500	¥22,000		千歳=名古屋	JAL3106	12:10	14:00	¥31,500	¥22,000	
	名古屋=千歳	JAL3117	20:00	21:35	¥31,500	¥22,000		千歳=名古屋	JAL3110	14:10	16:00	¥31,500	¥23,000	
	伊丹=千歳	JAL2001	8:10	10:00	¥35,000	¥24,500		千歳=名古屋	JAL3114	16:45	18:35	¥31,500	¥28,000	
	関西=千歳	JAL2503	11:15	13:10	¥35,000	¥22,000		千歳=関西	JAL2502	10:50	12:55	¥35,000	¥25,000	
	関西=千歳	JAL2505	13:45	15:40	¥35,000	¥22,000		千歳=関西	JAL2506	12:05	14:10	¥35,000	¥28,000	
	関西=千歳	JAL2507	15:00	16:55	¥35,000	¥20,000		千歳=伊丹	JAL2008	14:40	16:40	¥35,000	¥28,000	
	伊丹=千歳	JAL2511	19:15	21:10	¥35,000	¥20,000	千歳=伊丹	JAL2012	17:40	19:30	¥35,000	¥28,000		
<往路2>						<復路3>								
設定日	区間	便名	出発時刻	到着時刻	普通運賃	特別運賃	設定日	区間	便名	出発時刻	到着時刻	普通運賃	特別運賃	
7月21日(木)	羽田=千歳	JAL1003	7:00	8:30	¥29,000	¥21,000	7月24日 (日)	千歳=羽田	JAL1026	16:30	18:00	¥29,000	¥29,000	
	羽田=千歳	JAL1007	8:00	9:30	¥29,000	¥21,000		千歳=羽田	JAL1032	18:50	20:20	¥29,000	¥29,000	
	羽田=千歳	JAL1011	9:00	10:30	¥29,000	¥27,500		千歳=名古屋	JAL3114	16:45	18:35	¥31,500	¥30,000	
								千歳=関西	JAL2506	12:05	14:10	¥35,000	¥28,000	
							千歳=伊丹	JAL2012	17:40	19:30	¥35,000	¥28,000		

変更・取消について

- ・お申込後に、変更・取消が発生した場合は、必ずご連絡ください。
- ・取消料金として1件につき下記取消料金を申し受けます。料金には各機関規定取消料金と弊社取消手数料が加算されております。尚、通信手数料の返金はございません。

各ご利用日の前日から起算して	15日前まで	14日前から	7日前から	前日	当日
手数料	無料	20%	30%	50%	100%

1. 航空機をご利用の場合の変更は、14日前より一切できません、取消扱いとなります。
2. 取消・変更日が土・日曜日にあたる場合は、次の平日の扱いとさせていただきますので、ご注意ください。
3. ご返金は学会終了後に行いますが、手続きの都合上数日かかりますので、ご了承ください。

お申込から精算・クーポン発送について

- ・お申込用紙到着後、予約内容確認書を代表者宛にご連絡いたします。お支払いはカード決済および銀行振込がご利用いただけますので、予約内容をご確認の上、7月5日(火)までにお支払いください。
- ・ご利用可能カード会社名は「ビザカード」「JCBカード」「アメリカンエクスプレスカード」となります。
- ・ご請求の際、お一人様につき500円の取扱い手数料を申し受けますので、あらかじめご了承ください。
- ※カード決済の場合の売上は、7月5日(火)とさせていただきますのでそれ以前にはご返金いただいた方の処理もこの日に行います。よって引き落としはそれ以降となります。
- ・クーポン発送は、申込締切後、7月11日(月)までにそれぞれの代表者宛にご郵送いたします。
- ・お振込先銀行口座
※銀行名 UFJ銀行 札幌支店 ※普通預金口座 4807158 ※口座名 カブジャルトラベルホッカイドウ
※申込締切日:平成17年6月30日(木)17時40分まで。

看護研究の基本を楽しく学べる1冊

看護研究 はじめの一步

新刊

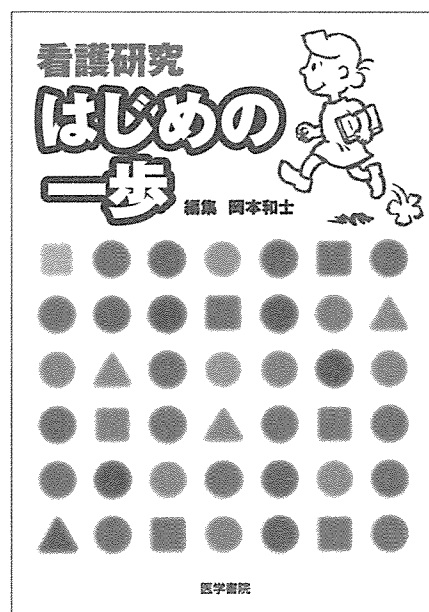
編集 岡本和士

著 岡本和士・長谷部佳子

看護研究のテーマ、どうやって見つけるの？ 統計や研究の本、読んでも全然わからない！ 質問紙調査は、患者さんの負担にならない？ 文献、お金、そして患者さんへの配慮のこと。データ整理、論文作成のコツ。わかっていそうで、わかっていない、一番大切な研究の基本、「はじめの一步」で楽しく学べる。

[目次]

- Step 1 看護研究を始める前に
- Step 2 解決したい問題をみつけよう
- Step 3 問題の解決に入る前に、これだけは準備しておこう
- Step 4 問題の解決のための手順を決めよう
- Step 5 患者さんへの倫理的配慮の大切さを知ろう
- Step 6 問題の答えを出すためのデータを集めよう
- Step 7 データの中から、問題の答えをみつけよう
- Step 8 答えが出たら、それを論文にまとめてみよう



●A5 頁168 2004年
定価1,890円
(本体1,800円+税5%)
[ISBN4-260-33378-X]

関連書

統計解析なんかこわくない

データ整理から学会発表まで 田久浩志・岩本 晋

看護・医療関係者が普段用いる統計解析の手法や考え方について、身近な事例を取り上げながら概説した実践的参考書。手ごわい統計解析も、この1冊があれば、こわくない！（「統計なんかこわくない」改題。新規コラム2本追加）。

[目次]

第1章 データを準備する

- 1. データ解析の落とし穴
- 2. データを入力する
- 3. データの内容を検証する
- 4. データを集計する
- 5. グラフを作る
- 6. データの分布の確認

第2章 統計の基礎を学ぶ

- 1. 基本統計量を求める

2. 確率分布を考える

- 3. 正規分布で遊ぼう
- 4. 違いを明らかにする

第3章 検定手法をマスターする

- 1. 検定手法を選ぶには
- 2. 2試料 χ^2 検定
- 3. 1試料 χ^2 検定
- 4. McNemar検定
- 5. Mann-WhitneyのU検定

6. Wilcoxonの符号付順位和検定

- 7. 対応のないt検定
- 8. 対応のあるt検定
- 9. 正規性をめぐる話題

付録

Q&A
データ解析べからず集
付表

統計解析なんか
こわくない
データ整理から学会発表まで

田久浩志 岩本 晋



●B5 頁224 2004年 定価2,310円(本体2,200円+税5%) [ISBN4-260-33322-4]



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要領で開催いたします。(第4回公告)

なお、最新の情報は学術集会ホームページ (<http://www.jtbpc.co.jp/jsnr31>) をご覧下さい。

平成17年6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

札幌市白石区東札幌6条1丁目1-1

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)

第1日目 7月21日(木) 9:00～17:30

9:05～9:50

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)

座長：竹尾 恵子(国立看護大学校)

10:00～12:00

特別講演：

ミッシェルの「不確かさ」の理論

What do we know about uncertainty in illness?

講師：Merle Mishel (University of North Carolina)

座長：野川 道子(北海道医療大学)

15:30～17:30

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

シンポジスト：

清水 哲郎(東北大学)

石谷 邦彦(医療法人東札幌病院)

高田 早苗(神戸市看護大学)

Cornelia Fleming (Sound Shore Medical Center)

座長：濱口 恵子（癌研究会有明病院）
福岡 富子（大阪大学医学部附属病院）

第2日目 7月22日（金） 9：00～17：00

- 9：00～11：00 実演交流会
呼吸管理看護支援モデルの紹介
講師：石鍋 圭子，角濱 春美，平尾 明美（青森県立保健大学）
摂食・嚥下障害のフィジカルアセスメントと訓練法
講師：鎌倉やよい，深田 順子（愛知県立看護大学）
- 9：30～12：00 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こと
シンポジスト：
阿保 順子（北海道医療大学）
河 正子（東京大学）
筒井真優美（日本赤十字看護大学）
Colleen Scanlon（Catholic Health Initiatives）
座長：中山 康子（在宅緩和ケア支援センター“虹”）
長谷川美栄子（医療法人東札幌病院）
- 13：10～15：00 ジョイント講演 緩和ケアにおける倫理
講師：Colleen Scanlon（Catholic Health Initiatives）
Cornelia Fleming（Sound Shore Medical Center）
座長：手島 恵（千葉大学）
- 15：00～17：00 特別企画
自分の専門家になる－＜当事者研究＞から見てきたもの
向谷地生良（北海道医療大学）
べてるの家の当事者達

市民公開講座

7月20日（水）18：00～19：30 札幌コンベンションセンター
わがまま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）
座長：大田すみ子（前北海道看護協会会長）

ランチョンセミナー

7月21日（木）12：00～13：00

- ・外来化学療法における看護師の役割
講師：中田 和美（京都大学医学部附属病院）
座長：大串祐美子（医療法人東札幌病院）
共催：ブリストル・マイヤーズ株式会社

・リンクナースの役割と院内感染対策

講師：川崎 賢二（㈱川崎メディカルコミュニケーションズ）

座長：奥 直子（北海道大学病院）

共催：ファイザー株式会社

7月22日（金）12：00～13：00

・身体疾患患者における精神医学的諸問題

～主にうつ病の治療・診断とケア

講師：大西 秀樹（神奈川県立がんセンター）

座長：川野 雅資（カワノメンタルヘルス研究所）

共催：グラクソ・スミスクライン株式会社

【託児サービスのご案内】

会場内で託児サービスがご利用いただけます。

業者「㈱コティ」まで直接ご連絡下さい。

電話：フリーダイヤル 0120-552-415

※携帯電話からは 011-644-3339をご利用下さい。

対象：生後満2ヶ月～小学校低学年のお子様

料金：託児料 30分につき 500円

食事（普通食のみ） 1食につき 400円

おやつ 1食につき 350円

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

【学術集会参加費事前払い込みのご案内】

学術集会及び懇親会費は郵便振替で事前に払い込みくださいますようお願いいたします。

＜参加申込方法＞

第31回学術集会参加費事前払い込み用紙は、平成16年12月20日発行の第27巻5号に同封の振込用紙をご利用下さい。

振込先は、第31回日本看護研究学会学術集会 02700-4-94160です。

6月15日以降に振り込まれた方は、当日、事前登録者受付で振込用紙の控えをご提示ください。引き替えにネームカードをお渡しします。

＜参加費＞

	事前登録（6月15日迄） （終了しました）	当日登録	備考
会 員	9,000円	10,000円	
非 会 員	9,000円	10,000円	但し、学術集会誌代金は含まない
学 生	2,000円	3,000円	但し、学術集会誌代金は含まない

注：大学院生は、会員または非会員のいずれかでお申し込み下さい。

【懇親会】

日 時：平成17年7月21日（木）17：45～

会 場：札幌コンベンションセンター

会 費：6,000円

【プレカンファレンスセミナー参加募集のご案内】

学会前日にプレカンファレンスセミナーを開催致します。

学会参加とは別に参加申込みが必要です。

詳細は以下のとおりです。

皆様のご参加をお待ちしております。

「臨床に活かす看護研究」

	セミナー名	講 師	日 時	参加費	定 員
1	量的アプローチ	河口 てる子 (日本赤十字看護大学)	平成17年7月20日（水） 13：00～17：00	5,000円	100名
2	質的アプローチ	萱間 真美 (聖路加看護大学)	平成17年7月20日（水） 13：00～17：00	5,000円	100名
3	アクションリサーチ	遠藤 恵美子 (宮崎県立看護大学)	平成17年7月20日（水） 13：00～17：00	5,000円	100名

<申込み方法>

ホームページより申込用紙をダウンロードし、必要事項をご記入の上、下記学会事務局までFAXまたは郵送にてお申し込み下さい。（ホームページよりダウンロードできない方は下記事務局までお問い合わせ下さい。）

受付受理後、FAXまたは郵送にて受理確認の返信を致します。

プレカンファレンスセミナーは1人1セミナーの申込みしかできません。御了承下さい。

【学術集会事務局】

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7-35

医療法人東札幌病院内

第31回日本看護研究学会学術集会 事務局

Tel: 011-812-2311 (内線 158) Fax: 011-823-9552

電子メール: jsnr31@hsh.or.jp

ホームページ: <http://jtbpc.co.jp/jsnr31>

*展示ブースを無料で各看護大学の広報や入学案内用に準備します。

ご希望の大学はお早めにFAXまたはE-mailで上記学術集会事務局までご一報下さい。

会 告 (2)

日本看護研究学会 学会賞および奨励賞に関する規程・細則及び募集要項に基づいて、平成17年度学会賞の対象者を推薦して下さい。

平成17年6月20日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

日本看護研究学会 学会賞および奨励賞に関する規程

(趣旨)

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

(種類)

第2条 表彰および若手研究者の育成のために次の2つの賞を設ける。

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

(審査対象)

第3条 審査対象は次のとおりとする。

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

(資格)

第4条 各賞は次の各号に該当する者に授与する。

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

(推薦)

第5条 各賞に対する推薦は、次のとおりとする。

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

(受賞者数)

第6条 各賞の授賞者数は、次のとおりとする。

- 1) 学会賞は毎年度1名以内。
- 2) 奨励賞は毎年度1名以内。

(選考)

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

(決定)

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

(表彰等)

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

(規程の改正)

第10条 本規程の改定は、理事会の議を経て行う。

附則

(施行期日)

この規程は、平成13年4月1日から施行する。

- 1) 平成15年7月23日 第3条 2) (2)削除する。

日本看護研究学会 学会賞および奨励賞に関する規程細則

(趣旨)

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

(選考基準)

第2条 各賞の選考は、次のとおりとする。

1) 学会賞

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

2) 奨励賞

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

(推薦方法)

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

(申請手続)

第4条 各賞候補者の申請は、次のとおりとする。

- 1) 学会賞：本学会員の推薦によるものとし、次の書類を添えて9月末日までに理事長に申請する。

- (1) 学会賞推薦書・申請書(所定の用紙)……6通
- (2) 申請論文の別刷またはコピー……6通
- (3) 共著の場合は共著他者の同意書……6通

- 2) 奨励賞：理事長から委嘱された選考委員会による推薦とし、選考委員会は、次の書類を添えて11月末日までに理事長に申請する。

- (1) 奨励賞推薦書・申請書(所定の用紙)……2通
- (2) 申請論文または講演抄録の別刷またはコピー……2通
- (3) 共著・共同発表の場合は共著・共同発表他者の同意書……2通

(選考委員会)

第5条 各賞の選考委員会は、次のとおりとする。

- 1) 委員会は、理事長が理事の中から指名した5名によって構成する。なお委員長は、委員の互選とする。
- 2) 選考委員会の委員は、原則として被推薦者または推薦者の所属する所属機関および共同研究者以外から選出する。
- 3) 選考委員会は4月に設置する。

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

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

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

(その他)

第9条 副賞の内容については、当該年度の理事会において決定する。

第10条 提出書類(論文別刷を含む)は、返却しない。

(細則の改正)

第11条 本細則の改定は、理事会の議を経て行う。

附則

(施行期日)

この細則は、平成13年4月1日から施行する。

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

平成17年度学会賞募集要項

日本看護研究学会学会賞・奨励賞選考委員会

1. 応募方法・応募資格

日本看護研究学会学会賞および奨励賞に関する規程・細則により、学会雑誌2号に綴じ込みの所定の用紙により申請する。

2. 応募締切日

平成17年9月30日必着

3. 選考方法

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

4. 学会賞・奨励賞選考委員会

委員長 深 井 喜代子（岡山大学医学部保健学科教授）

委 員 石 垣 靖 子（医療法人東札幌病院副院長）

〃 太 田 喜久子（慶應義塾看護医療学部教授）

〃 小 田 正 枝（西南女学院大学保健福祉学部教授）

〃 河 野 保 子（愛媛大学医学部看護学科教授）

（アイウエオ順）

5. 学会賞の交付

規程第9条、細則第9条により行う。

6. 応募書類は細則第10条により返却しない。

7. 学会賞申請書送付先

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

日本看護研究学会

学会賞・奨励賞選考委員会

委員長 深 井 喜代子

学 会 賞 申 請 書

年 月 日

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

学 会 賞 推 薦 書

日本看護研究会理事長 殿

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

年 月 日

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

目 次

—原 著—

高齢者の下肢浮腫に対するタッピングの効果	15
----------------------------	----

介護老人保健施設「ミネルワ」	静 野 友 重
愛媛大学医学部看護学科	乗 松 貞 子
〃	岩 田 英 信

看護師の職務キャリア尺度の作成と信頼性および妥当性の検討	21
------------------------------------	----

大阪市立大学	石 井 京 子
大阪大学	藤 原 千恵子
〃	河 上 智 香
〃	西 村 明 子
大阪府立看護大学	星 和 美
〃	林 田 麗
〃	彦 惣 美 穂
滋賀医科大学	高 谷 裕紀子
国立看護大学校	仁 尾 かおり
大阪府立千里看護専門学校	古 賀 智 影
	石 見 和 世

C型肝炎由来のがん患者が辿る肝炎診断から現在までの心理と療養行動	31
--	----

金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻	平 松 知 子
〃	泉 キヨ子

人工股関節全置換術を受けた患者の環境移行に関する研究	41
----------------------------------	----

名古屋市立大学看護学部	佐 藤 政 枝
筑波大学大学院人間総合科学研究科	川 口 孝 泰
大阪厚生年金病院	嶋 田 寿 子
〃	谷 和 子
〃	中 山 昌 美

病気や生活に関する不安認知が入院患者の精神的健康に及ぼす影響	51
--------------------------------------	----

岡山大学医学部保健学科	森 本 美智子
岡山県立大学保健福祉学部	高 井 研 一
〃	中 嶋 和 夫

—研究報告—

小児看護学実習での学生の困難感のプロセスと学生自身の対処	59
------------------------------------	----

順天堂大学医療看護学部	西 田 みゆき
茨城キリスト教大学	北 島 靖 子

デイケア通所と入院における精神障害者の味覚識別能	67
島根県立看護短期大学 吾郷(菰原)美奈恵	
島根県立湖陵病院 高 野 美喜子	
岸 富美子	

高血圧症患者の日常生活における自己管理度測定尺度の作成	73
富山医科薬科大学医学部看護学科 坪 田 恵 子	
上 野 栄 一	
日本赤十字北海道看護大学 高 間 静 子	

高齢者における ECG 電極交換時のスキンケア	81
ー スキナ法の検証 ー	
元旭労災病院 大 西 み さ	
藤田保健衛生大学衛生学部 足 立 はるゑ	

大学病院に勤務する新卒看護職の職場環境及びアサーティブネスとバーンアウトリスク	89
東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科博士後期課程 鈴 木 英 子	
山形大学医学部看護学科地域看護学講座 叶 谷 由 佳	
石川県立看護大学 北岡(東口)和代	
東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科健康情報分析学 佐 藤 千 史	

第30回日本看護研究学会講演記事 (2)

シンポジウム

看護教育における国際協力	
看護教育における国際協力	103
司会 千葉大学大学院看護学研究科 手 島 恵	
国立看護大学校 稲 岡 光 子	

長野県看護大学の国際協力活動	105
長野県看護大学 小 西 恵美子	

土地の人々は暮らしの専門家, その生存の知恵を大切に	109
ヘルスコンサルタント 熱 田 泉	

国際協力で働く看護職の教育的支援を通しての「全ての人びとの健康」の実現	113
聖路加看護大学・WHO看護開発協力センター 田 代 順 子	

International Co-operation In Nursing Education	117
Saint Louis College, Thailand Puangrat Boonyanurak R N, Ed.D.	

CONTENTS

.....Original Papers.....	
Effect of Tapping on the Leg Edema of the Aged	15
Elderly Care Nursing Facility MINERUWA : Tomoe Shizuno	
Faculty of Nursing and Health Sciences, Ehime University School of Medicine : Sadako Norimatsu	
〃 : Hidenobu Iwata	
Development of the Nursing Career Assessment Scale and to Evaluate its Reliability and Validity.....	21
Osaka City University : Kyoko Ishii	
Osaka University : Chieko Fjiwara	
〃 : Chika Kawakami	
〃 : Akiko Nishimura	
Osaka Prefecture College of Nursing : Kazumi Hoshi	
〃 : Urara Hayashida	
〃 : Miho Hikosou	
Shiga University of Medical Science : Yukiko Takaya	
National Callege of Nursing : Kaori Nio	
Osaka Prefecture Senri Nursing School : Chikage Koga	
〃 : Kazuyo Iwami	
Psychology and Care Behavior from the Hepatitis Diagnosis to the Present Time: Narratives of the Cancer Patients with Hepatitis C	31
Division of Health Sciences, Kanazawa University Graduate School of Medical Science : Tomoko Hiramatsu	
〃 : Kiyoko Izumi	
Study on Environmental Transition of Patients who Underwent total hip Arthroplasty	41
Nagoya City University, School of Nursing : Masae Satoh	
University of Tsukuba Graduate School of Comprehensive Human Sciences : Takayasu Kawaguchi	
Osaka Kosei-nenkin Hospital : Toshiko Shimada	
〃 : Kazuko Tani	
〃 : Masami Nakayama	
The Influence of Cognition During Anxiety Related to Illness, Life and the Mental Health of Inpatients	51
Faculty of Health Science, Okayama University Medical School : Michiko Morimoto	
Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University : Kenichi Takai	
〃 : Kazuo Nakajima	

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

Process during Perceived Concerns of Students and Coping of Students in Clinical Training of Pediatric Nursing	59
Juntendo University : Miyuki Nishida	
Ibaraki Christian University : Yasuko Kitajima	
Comparative Study on Taste Sensitivity of Mentally Hndicapped Persons: Day Care Participants vs. Inpatients	67
Shimane Narsing College : Minae Ago (Minohara)	
Shimane Pretecture Koryo Hospital : Mikiko Takano	
" : Fumiko Kishi	
Development of an Instrument to Measure the Self-care of Outpatient with Hypertension	73
School of Nursing, Faculty of Medicine, Toyama Medical and Pharmacectual University : Keiko Tsubota	
" : Eiichi Ueno	
The Japanese Red Cross Hokkaido College of Nursing : Shizuko Takama	
Skin care Treatment for ECG Electrode Attachment Sites on Elderly Patients - Verification of the Sukina Method -	81
Former Asahi Rousai Hospital : Misa Ohnishi	
Fujita Health University School of Nursing : Harue Adachi	
Workplace Environment, Assertiveness and Burnout risk among Novice Nurses in University Hospitals	89
Graduate School of Health Sciences, Tokyo Medical and Dental University : Eiko Suzuki	
Department of Community Health Nursing, School of Nursing, Yamagata University : Yuka Kanoya	
Ishikawa Prefectural Nursing College : Kazuyo Kitaoka (Higashiguchi)	
Analytical Health Science, Graduate School of Health Sciences,	
Tokyo Medical and Dental University : Chifumi Sato	

高齢者の下肢浮腫に対するタッピングの効果

Effect of Tapping on the Leg Edema of the Aged

静 野 友 重¹⁾ 乗 松 貞 子²⁾ 岩 田 英 信²⁾
Tomoe Shizuno Sadako Norimatsu Hidenobu Iwata

キーワード：浮腫，下肢，高齢者，マッサージ，タッピング
edema, legs, the aged, massage, tapping

I. はじめに

現在わが国では多くの高齢者入所施設において、身体・精神的諸機能を高めるため、離床への取り組みが積極的に行われている。しかし、残念ながら人手不足などの理由で多くの高齢者が日中の大半を座位でほとんど動かずに過ごしているのが現状である。座位で不動のまま長時間過ごせば下肢の循環不全を来すため、その結果生じた下肢浮腫が施設利用者の問題として取りあげられるようになってきた¹⁾。下肢浮腫は、足関節の可動を制限して転倒の危険を招くだけでなく、浮腫状態にある皮膚は脆弱化しており、わずかな外力が表皮剥離や褥瘡発生へとつながるため下肢浮腫軽減への援助は重要である。

浮腫は様々な原因で生じるが、本質的には細胞外液の過剰状態であり、利尿剤が処方されることが少なくない。しかし高齢者は頻尿などの理由で水分摂取を控えていることが多く、高齢者に対する利尿剤の投与は脱水の危険性を伴っている。

下肢浮腫に対する理学療法としては、主に骨盤内リンパ郭清術後患者のリンパ性浮腫や、妊娠婦および下肢牽引除去後患者の下肢浮腫を対象として、弾性包帯、足浴、マッサージ、つまみ指圧、間欠的圧迫法等が行われている²⁻⁹⁾。しかし、高齢者の下肢浮腫を対象とした研究は少なく、温浴、マッサージ、指圧の他、安静臥床や下肢挙上の有効性が報告されているに過ぎない^{1, 10-12)}。著者らは、膝関節疾患のために歩行が困難な高齢婦人の下肢浮腫が、マッサージ治療院でふくらはぎへのタッピングを受けた翌日には軽快する事例に接し、市販のタッピング式マッサージ器でも同じ効果が得られるのではないかと考えた¹³⁾。そこで本研究では、高齢者の下肢浮腫軽減への安全かつ容易な援助方法として、市販のマッサージ器を用いた土踏まずおよびふくらはぎに対するタッピングを行い、その効果を検討した。

II. 研究方法

1. 対 象

介護老人保健施設に入所している要介護高齢者のうち、以下の条件を満たした29名を対象とした。

- ①両下肢に肉眼的も明らかな3度¹⁴⁾以上の浮腫があること
- ②リンパ性浮腫でないこと
- ③研究遂行の妨げとなるような重篤な疾患や下肢の皮膚障害がないこと

また、施設の同意を得てカルテから診断名および内服薬を転記するとともに、重篤な疾患、及び実験により増悪する恐れのある疾患がないことを予め確認した。

2. 倫理的配慮

実験内容について詳しい説明を行った後、研究参加に同意した後であっても、随時、参加を取りやめることができ、その場合も施設によるケアは変わることなく提供されること。本実験によって得られた個人データは研究者以外が知ることはなく、研究目的以外に使用しないことを説明した。痴呆や言語障害のない者は本人に、痴呆等により認知機能の低下が考えられる場合は家族及び施設に文書による同意を得た。

3. 実験方法

実験は連続した6日間で行い、前半の3日間をタッピングを行わないコントロール期間、後半3日間をタッピング期間とした。実験期間中の日常生活にはなんら制限を行わず、タッピング期間には就寝前（19時30分から21時）に座位で土踏まずに15分間、仰臥位でふくらはぎに15分間マッサージ器によるタッピングを実施した。

タッピングには、ツインバード工業より市販されている「タタキフィットマッサージャー パワートントンR」をオートモード（8種類のリズムパターンで1分間に約250～750回と変動しながらタッピングを行う自動マッサージ機

1) 介護老人保健施設「ミネルワ」 Elderly Care Nursing Facility MINERUWA

2) 愛媛大学医学部看護学科 Faculty of Nursing and Health Sciences, Ehime University School of Medicine

能) で使用した。

実験期間は平成14年 8 月～10 月で、実験場所は介護老人保健施設内の対象者居室である。

4. 下肢周径の測定

対象者をベッド上仰臥位とし、メジャーを用いて両下腿の外果上 4 横指 (約 7 cm) の部位、外果部および足背部の 1 肢につき 3 か所 (左右計 6 か所) の周径を測定した。測定時刻は日内変動を考慮して、朝 (8 時から 9 時 30 分まで) と夕 (19 時 30 分から 21 時) の 1 日 2 回とした。なお、タッピング期間中の測定はタッピング施行前に行った。

5. 分析方法

まず、下肢周径の測定部位別に左右同部位の平均値を一つのデータとし、6 日間の朝夕の変動を分析した。ついで、コントロール期間とタッピング期間それぞれ 3 日間の朝のデータの平均値を用いてタッピングの効果を判定した。また、心疾患の有無、利尿剤服用の有無、移動形態毎にサブグループに分けての分析も行った。分析は統計ソフト SPSS10.0J を用いて Wilcoxon 検定で行い、統計的有意水準を 1 % 未満とした。

Ⅲ. 研究結果

1. 対象者の属性

早期退所などの理由で最終的に評価対象としたのは男性 4 名、女性 22 名、計 26 名 (71～97 歳、平均 85 ± 7.6 歳) となった。年齢区分は 70～79 歳が 7 名 (男性 2 名、女性 5 名)、80～89 歳が 9 名 (男性 1 名、女性 8 名)、90 歳以上が 10 名 (男性 1 名、女性 9 名) である。

主な診断名は痴呆が 17 名、心疾患 (心不全・うっ血性心不全・虚血性心疾患・大動脈弁閉鎖不全など) 12 名、脳血管疾患 9 名、他であった。心疾患の有無により、心疾患群 (46%) と非心疾患群 14 名 (54%) に分類した。また、利尿剤を服用している者は 7 名 (27%) で、心疾患群に 4 名、非心疾患群に 3 名であり、利尿剤服用群と非服用群 19 名 (73%) に分類した。次に、日常生活において車イスを使用する者と歩行可能な者を、車イス群と歩行群 (杖・歩行器含む) に分類した。車イス群は 21 名 (81%) で、車イスへの自力移乗可能な者が 5 名、車イスへの自力移乗不可能な者が 16 名であった。歩行群は 5 名 (19%) で独歩可能な者が 1 名、歩行器使用者が 4 名であった。

2. タッピングの効果

1) 対象者全体でみた効果

測定部位別に対象者 26 名の平均値を算出し、その経時的変動を図 1 に示した。対象者全体でみた下肢周径は全期間を通じて足背部が最長で、外果上部と外果部がほぼ等しい値を示した。

コントロール期間における朝夕の変動は、各測定部位と

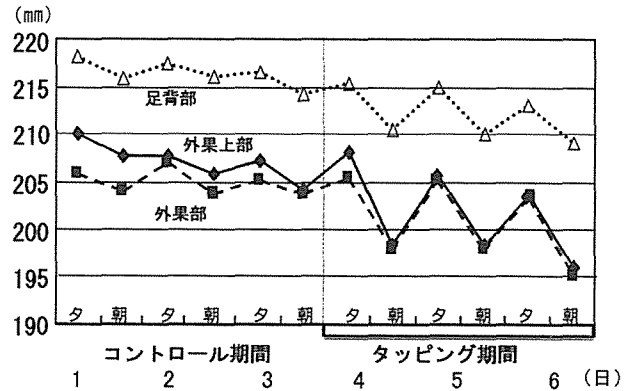


図 1 下肢周径の変動 (対象者 26 名の平均)

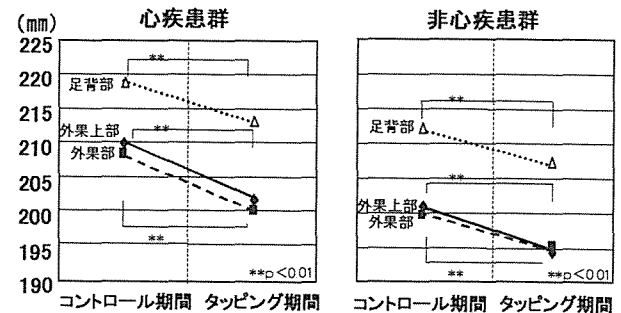


図 2 心疾患の有無と朝の下肢周径

も前日の夕に比べて翌朝は平均 2 mm の短縮がみられた。一方、タッピング期間には全測定部位に平均 8 mm の短縮がみられた。夕方にはコントロール期間に近い値に戻ったが、3 日間を通じて朝夕の測定値とも漸減する傾向が認められた。そこで、コントロール期間とタッピング期間各 3 日間の朝の下肢周径平均値を算出して検定したところ、いずれの測定部位においてもタッピング期間の下肢周径が有意に短縮した ($p < 0.01$)。

2) 属性別にみた効果

心疾患の有無、利尿剤服用の有無、移動形態によってタッピングの効果が異なるかどうか検討するため、26 名の対象者をこれらの属性について 2 群に分け、コントロール期間、タッピング期間それぞれ 3 日間の朝の下肢周径の平均値を算出し比較検討した。

a) 心疾患群と非心疾患群 (図 2)

両群とも足背部の周径が最長で、外果上部と外果部はほぼ等しかった。また、いずれの測定部位においても心疾患群の周径が長かったが、両群ともタッピング期間の下肢周径は全ての測定部位で有意に短縮した ($p < 0.01$)。

b) 利尿剤服用群と利尿剤非服用群 (図 3)

両群とも足背部の周径が最長であるが、足背部の周径には両群間でほとんど差がないのに対し、外果上部と外果部は利尿剤服用群の方が長い傾向にあった。両群ともタッピング期間の下肢周径は全ての測定部位で有意に短縮した

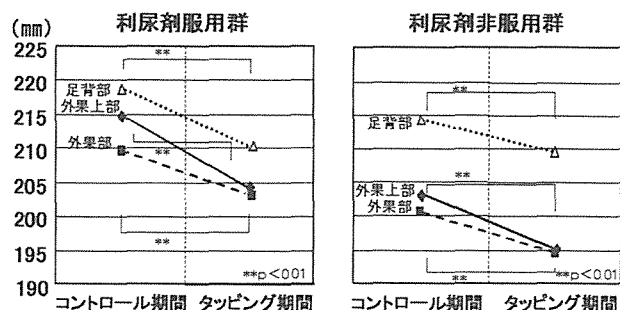


図3 利尿剤服用の有無と朝の下肢周径

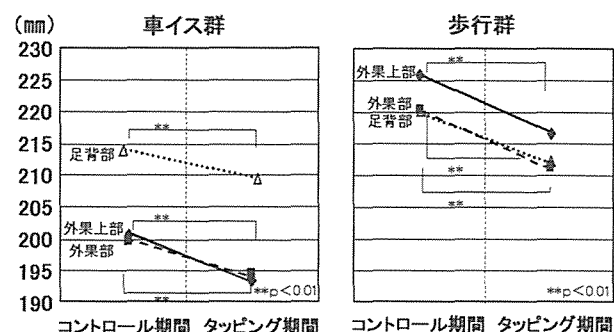


図4 移動形態と朝の下肢周径

($p < 0.01$)。

c) 車イス群と歩行群 (図4)

車イス群では足背部の周径が最長であるのに対し、歩行群では外果上部の周径が最長であった。また、いずれの測定部位においても歩行群の方が周径が長かったが、両群ともタッピング期間の下肢周径は全ての測定部位で有意に短縮した ($p < 0.01$)。

IV. 考 察

1. 下肢周径による浮腫の評価について

下肢周径はもとより浮腫の程度を表すものではない。車イス群と歩行群との比較において、車イス群では足背部の周径が最も長く、歩行群では外果上部の周径が最長であったことは、歩行群は車イス群に比べて下腿の筋肉の萎縮が少ないことを示唆している。浮腫の有無と程度は圧痕の深さで評価されるが¹⁴⁾、浮腫の経時的变化を評価する研究では下肢周径が広く用いられている^{3-9, 11, 12)}。水を満たした容器にあしを入れてあふれた水の量を測る方法もあるが^{15, 16)}、対象者の状態を考慮し、本研究ではより負担の少ない下肢周径を採用した。

2. 下肢周径の日内変動とタッピングの下肢浮腫軽減効果について

対象者の中には就寝時に下肢を挙上をしている者も何人かいたが、本研究では下肢挙上の制限は行わず普段通りとした。しかし、コントロール期間における下肢周径の日内変

コントロール期間 (朝) タッピング期間 (朝)

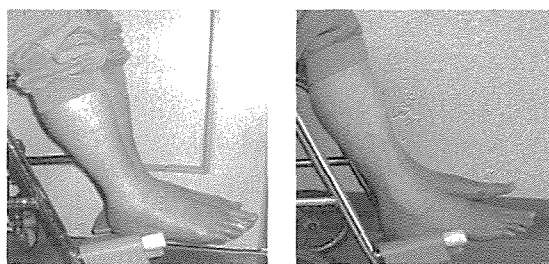


図5 朝の下肢状態 (車椅子で生活する90歳男性)

動は予想外に少なく、夕方と比較して翌朝は各測定部位で平均2mm短縮したにすぎなかった。一方、タッピング期間には平均8mm短縮し、浮腫は朝方著明に減少した (図5)。また、3日間を通じて朝夕の測定値とも漸減する傾向を認めた。長期間続けた場合の効果については本研究の範囲外であるが、フットケアを3週間程度続けると下肢浮腫が漸減したとの報告がある^{11, 12)}。著者らも、週3回デイケアに通所している下肢浮腫のある車イス生活者に、土踏まずに対する15分間のタッピングを来所時に続けたところ、3ヶ月後には下肢浮腫を認めなくなっていた事例を経験している。

3. タッピングによる下肢浮腫軽減のメカニズムについて

立位における下肢からの静脈環流は、歩行によって下肢の筋肉が収縮と弛緩を繰り返すことと静脈弁の組合せ、すなわち筋肉ポンプの作用に依存している。土踏まずやふくらはぎに対するタッピングはこの筋肉ポンプを作動させるのではないかと考え本研究を企画したが、数名の対象者についてタッピング前後の下肢周径を測定したところほとんど変化がみられなかった。下肢浮腫軽減がタッピング直後ではなく翌朝になって認められたことは、浮腫軽減作用がタッピング終了後に生じたことを意味しており、筋肉ポンプではなく長時間作用する別の機序によると考えるべきである。著者らは次の2つのメカニズムを想定している。

- ①タッピング部位の細静脈が拡張して、毛細血管静水圧が低下した。
- ②タッピング中に心臓への静脈還流が増えたため、ナトリウム利尿ペプチドの分泌が増加、または抗利尿ホルモンの分泌が減少した。

4. 下肢浮腫軽減以外の効果について

タッピング実施後の対象者からは、「足が温くなった」と血行促進効果、「気持ちよく眠れた」と安眠効果が得られたとする発言があった。対象者の「気持ちよかった」、「楽になった」等の感想から、身体的にだけでなく精神的にも良い効果が得られたと考えられる。

5. タッピングの禁忌について

禁忌と考えられるケースは、マッサージと同様に皮膚に外傷のある者、発熱状態にある者、炎症性疾患のある者、

悪性腫瘍や深部静脈血栓症のある者などである。今回の実験では、同意が得られた者29名に対し実験を開始したが、最後まで参加できた者は26名であった。途中脱落者3名の内訳は実験途中で施設を退所となった者2名、皮膚が強い緊満のため研究者の判断で実験を中止した者1名であり、タッピングによる傷害や不都合はみられなかった。

また、本研究とは別に、子宮ガン術後で片側下肢にリンパ浮腫のある事例に対し同様のタッピングを施行したが、患側下肢の浮腫軽減効果は認められなかった。

V. 結 語

市販のマッサージ器を用いた土踏まずおよびふくらはぎに対するタッピングは、心疾患の有無、利尿剤服用の有無にかかわらず、高齢者の下肢浮腫を軽減させるための援助方法として安全かつ有効であることを明らかにした。

謝 辞

本研究において、快くご協力くださいました各施設のスタッフの皆様ならびに入所者の皆様に感謝いたします。

要 旨

市販のマッサージ器を用いた土踏まずとふくらはぎに対するタッピングの下肢浮腫軽減効果を、介護老人福祉施設に入所中の26人の高齢者を対象として検討した。朝と夕方の下肢周径を連続6日間測定し、後半の3日間は夕方の測定後に30分間のタッピングを施行した。

コントロール期間中の朝の下肢周径は、前日の夕方に比べて平均2mm短縮したに過ぎなかったが、タッピング期間中は平均8mm短縮した。

心疾患の有無、利尿剤服用の有無、移動形態の3つの特性で対象者を分類し、朝の下肢周径の平均値について分析したところ、全ての群においてタッピング期間の下肢周径はコントロール期間に比べて有意に短縮した。

市販のマッサージ器を用いた土踏まずおよびふくらはぎに対するタッピングは、心疾患の有無、利尿剤服用の有無にかかわらず、高齢者の下肢浮腫を軽減させるための有効な援助方法である。

Abstract

Edema-reducing effect of tapping on the plantar arches and calves using a commercially available massage device was investigated in twenty-six geriatric residents of health service facilities. The circumference of the feet and legs was measured two times daily over six consecutive days, and the tapping was performed for 30 minutes in the last three days after the evening measurement.

During the tapping period, the circumference readings in the morning shortened 8 mm on the average, when compared to those in the previous evening, while the shortening was 2 mm on the average during the control period.

The subjects were divided into groups according to the presence or absence of cardiac diseases, whether the subjects were taking diuretics or not, and style of movement. In all of the groups, the mean readings of the morning circumference in the tapping period were significantly shorter when compared with those in the control period.

In conclusion, the tapping on the plantar arches and calves using a massage device is an effective aid to reduce the leg edema of the aged, regardless of whether the elderly person has cardiac diseases or is taking diuretics.

文 献

- 1) 大矢佳子：「座りきり」高齢者の日課に臥床を取り入れて変化したこと，臨床看護研究の進歩，12，82-86，2001.
- 2) 田中達也，小島淳美，他：婦人科癌に対する骨盤内リンパ節郭清後の下肢浮腫についてのアンケート調査，兵庫県立成人病センター紀要，18，11-15，2004.
- 3) 鈴木明美，小太刀美和，他：骨盤内リンパ節郭清術を受けた婦人科がん患者の下肢浮腫に対するつまみ指圧の効果，臨床看護研究の進歩，12，38-42，2001.
- 4) 尾崎福富，清水光芳，他：下肢片側性リンパ浮腫に対する複合的理学療法，理学療法学，27(5)，167-173，2000.
- 5) 山崎善弥，馬場紀行，他：容積計測法による慢性四肢リンパ浮腫に対する長期波動マッサージ療法の評価，医用器材研究所報告，32，49-53，1998.
- 6) 山崎善弥，馬場紀行，他：重症下肢リンパ浮腫に対する波動マッサージを主とする入院複合理学療法，生体材料工学研究所報告，36，27-31，2002.
- 7) 星 和子，高橋千佳子，他：産褥期の下肢浮腫に対する足浴の効果について，仙台市立病院医誌，23，103-109，2003.
- 8) 山本真知子，江渡綾子，他：妊婦の下肢浮腫に対する間欠的空気加圧装置の効果，十和田市立中央病院研究誌，17(1)，158-163，2004.
- 9) 堀江いく子，藤田恵美代，他：下肢浮腫の予防を目的とした患肢圧迫訓練法，看護技術，35(9)，25-27，1989.
- 10) 吉筋京子：下肢挙上で浮腫予防－車いす用フットレスト，Nurse eye，11(12)，66-69，1998.
- 11) 杉本博子，松田さと美，他：重度痴呆性高齢者のフットケアによるリラクゼーション効果，Gpnet，50(4)，46-48，2003.

- 12) 野本恭子：下肢のむくみ改善につながるフットケア，Gpnet, 50(4)：52-54, 2003.
- 13) 岩田英信，新谷由紀子：浮腫，クリニカルスタディ，23(9)：45-51, 2002.
- 14) Taylor, C., Lillis, C. et al.：Fundamentals of nursing: the art & science of nursing care 4th ed., 1282-1283, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2001.
- 15) Ogiwara, S.：Calf muscle pumping and rest positions during and/or after whirlpool therapy, J. Phys. Ther. Sci., 13: 99-105, 2001.
- 16) 坂崎 恵，柏木真紀，他：足のむくみに対する足浴の効果の検証，日本看護技術学会，第1回学術集会講演抄録集，60-61, 2002.

〔平成16年10月5日受付〕
〔平成17年1月24日採用決定〕

看護師の職務キャリア尺度の作成と信頼性および妥当性の検討

Development of the Nursing Career Assessment Scale and to Evaluate its Reliability and Validity

石 井 京 子 ¹⁾ Kyoko Ishii	藤 原 千恵子 ²⁾ Chieko Fjiwara	星 和 美 ³⁾ Kazumi Hoshi	高 谷 裕紀子 ⁴⁾ Yukiko Takaya
河 上 智 香 ²⁾ Chika Kawakami	西 村 明 子 ²⁾ Akiko Nishimura	林 田 麗 ³⁾ Urara Hayashida	彦 惣 美 穂 ³⁾ Miho Hikosou
仁 尾 かおり ⁵⁾ Kaori Nio	古 賀 智 影 ⁶⁾ Chikage Koga	石 見 和 世 ⁶⁾ Kazuyo Iwami	

キーワード： 看護師，キャリア尺度，職務キャリア，質問紙調査
nurse, career assessment scale, job career, questionnaire

I. はじめに

これからの社会では職業生活における自己選択だけではなく、生活設計の中に仕事をどう位置づけるのか、というキャリアパターンの選択を行うことも出来るようになってきた。そのため個人が組織内外で活用できるように自己能力を高めることが大切である、という認識が必要とされる。さらに長期的な自分の将来像を見据えた進路選択や職業選択を行い、就職後もその実現に向けてキャリア・アップのための職業的技術や能力の向上や開発も必要になってきている。

キャリアという概念について、Hall¹⁾は次の4つを上げている。第1は昇進や昇格によって職業上の地位が上昇すること、第2は専門的職業に就くこと、第3はある人が経験した仕事（職業）の一系列、第4は職業に限らず生涯を通じて果たす、あらゆる役割や地位ないし身分の系列である。また、Schein²⁾はキャリアとは生涯を通しての人間の生き方・表現であるとし、Super³⁾は人間の一生涯で追究し占めている地位、職務、業務の系列という職業に限定された職業的キャリアと、人間の生涯を視点にいたした役割を総合的に捉えた仕事以外の経験を含めた、生涯を通じた役割を示すライフ・キャリアという2つの概念を示した。個人の生涯発達過程を考える場合には、仕事と家庭の両者を考えるSuperの概念が有効である⁴⁾として、個人の生涯にわたる発達としてキャリアを捉えることが多い⁵⁾。このように、キャリアとは生涯発達の基本的方向性を示すことか

ら、生涯にわたり個人の発達に関与する概念といえる。

キャリアの1つであるライフ・キャリアは発達段階に応じた生活の中の様々な役割の1つとして作用する。中西⁶⁾は日本女性のライフ・キャリアとしての役割意識は、全体的に家庭・家族が高く、男性では第1位を占める仕事への価値づけが余暇に次いで第3位であると述べている。しかし、石井⁷⁾は若年層では中西と同様な傾向が認められるが、30歳以上では家庭、仕事、余暇という順位になると報告し、年代により役割意識が変化することを示した。このようにライフ・キャリアはライフ・サイクルによって変化していくといえる。

キャリアのもう1つの側面である職業的キャリアの発達についても、職業的発達段階に応じて成長、探索、確立、維持、衰退というキャリア発達の虹という過程で表現されている⁸⁾。看護師のキャリア開発については、谷口ら⁹⁾が「個々の看護師が社会のニーズや個人の能力およびライフ・サイクルに応じてキャリアをデザインし、目標達成に必要な能力の向上に取り組むこと」と述べ、平井¹⁰⁾も看護師のキャリア開発には「一人ひとりの看護師が職業生活を通して自己実現を果たしていくことを組織が支援すること」として、キャリア開発における個人の能力開発に対する組織の支援体制の重要性に言及している。このように、看護師のキャリア開発も個人の立場からは組織目標に沿って自己実現を果たすことにより、看護専門職としてのキャリア形成がなされることという見方と、ライフ・サイクルに

1) 大阪市立大学 Osaka City University

2) 大阪大学 Osaka University

3) 大阪府立看護大学 Osaka Prefecture College of Nursing

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

5) 国立看護大学校 National College of Nursing

6) 大阪府立千里看護専門学校 Osaka Prefecture Senri Nursing School

おける役割達成の両面があげられており、Superのいう職業的キャリアとライフ・キャリアの両面があるという見方と同様の捉え方をしていると思われる。その看護師の職業的キャリアを開発し形成するための取り組みとしては看護師個人の要因と組織側からの要因がある。個人の要因としては看護師としてのキャリアを伸ばすことに価値をおく群は職場要因として、キャリア・アップの機会があるなどの専門職性や管理システムを重要視しているという報告がある¹¹⁾。一方、組織として看護師のキャリア開発を志向している病院では、看護師個人と組織のニーズを一致させる目標を立て、看護能力評価基準として看護実践能力、管理能力、教育研究能力、人間関係能力におく¹²⁾とする報告や、卒業後の経験年数により各種の研修を行い、看護実践に必要な知識、看護技術、看護実践、評価、教育、研究、コミュニケーション態度のそれぞれの側面について段階を積んだ能力の取得を目指して実践活動を行う¹³⁾など、実践活動の中で職業的キャリアを形成させ発展させることに取り組んでいる。また、キャリア発達に臨床実践能力の評価システムとしてクリニカル・ラダーを用いてキャリア発達を支援する¹⁴⁾などの教育プログラムが多くの病院で実施されるなど、高度医療に対応した看護師の育成が図られ、組織的なキャリア形成・開発が行われている¹⁵⁾。

このように看護分野においてはキャリア開発の必要性が言われ、キャリア・アップ教育がなされているが、研修などによってキャリア・アップされる、キャリアをつんだ看護師とはどのような技術や知識を持つ看護師であるのか、それを測定できる尺度については明らかにされていない。また、尺度として広く使用するためには尺度構成法の手法に基づいた尺度を作成する必要がある。

II. 研究目的

本研究はスタッフ看護師の職務キャリアの測定を可能とする尺度構成法に基づいた尺度を作成し、その尺度の信頼性と妥当性を検討することを目的としている。

用語の定義：本研究では「看護師のキャリア」を、ライフ・キャリアと職務キャリアにわけ、今回、尺度化を試みるスタッフ看護師の職務キャリアを、「職務上のある一定期間内に個人が経験する職務内容、役割、地位、身分などの変化の一連列」¹⁶⁾と定義する。

III. 研究方法

第1段階の調査は、看護師の職務キャリア形成に関する尺度作成のための項目を収集した。次に第2段階として、第1段階で作成した職務キャリア項目を用いて尺度化を行い、その信頼性および妥当性について検討した。

第1段階 職務キャリア項目の抽出

目的は、看護師の職務キャリア形成に関する尺度作成のための項目収集である。

方法は、自由記述による質問紙調査である。関西地区の様々な規模の病院に勤務する看護師に調査を依頼し、承諾の得られた看護師に調査票を送付した。調査票は各自が無記名で記入後、回答者自身に郵送で返送してもらった。

対象の内訳は、看護専門・専修学校（以下、専門学校）、看護系短期大学（以下、短期大学）、看護系大学（以下、大学）卒業者で、経験年数が3年未満、3－6年未満、6年以上の9パターンで各群10名である。

調査項目は次のとおりである。(1)あなたにとって「キャリアを積んだ看護師とはどのような能力、態度、経験、地位、裁量などを持っている人だと思いますか。具体的に20項目以上あげてください」。(2)対象の属性 性、年齢、看護経験年数、看護教育学歴など。

倫理的配慮としては、調査の実施にあたり、調査の対象者は病院の規模や経験年数、看護教育学歴を基準に選出したが、研究への参加が対象者の自由意志で行われるように、調査票は回答者自身が記入後、返信用封筒に入れ返送する方法を用いた。調査票に調査の主旨、調査主体を明記し、調査への参加は自由意志であること、調査は無記名であること、分析は全体で統計処理を行い個人データの分析は行わないこと、調査票の管理・処理を厳密に行うことを表記して、個人のプライバシーの保護に努めた。返送をもって同意が得られたと判断した。

調査期間は2000年6月である。

第2段階 職務キャリア尺度の作成と信頼性および妥当性の検討

目的は、第1段階で作成した質問紙調査票を用いて、職務キャリア尺度を作成することである。方法は、評定法による質問紙調査である。全国の病院要覧より無作為抽出した中規模以上の総合病院20施設の看護部に研究の主旨、倫理的配慮について記述した文書を送付し研究への協力が可能かを問い合わせた。研究への参加者の選出についての依頼は、調査対象として専門学校卒業看護師、短期大学卒業看護師、大学卒業看護師の各群について、看護経験年数が3年未満、3－6年未満、6年以上が5名程度ずつである。承諾が得られた11施設に調査票を送付し、看護部より各部署の看護師に調査票を配付してもらった。看護部には調査票の配付まで関与してもらうように依頼した。調査票は無記名で記入後、回答者自身に郵送で返送してもらった。

調査項目は次のとおりである。(1)看護師のキャリア項目：第1段階で作成した調査項目を使用し、キャリアをつんだスタッフナースにとって、それぞれの項目はどの程

度重要であるかを、「非常に重要である」5点から、「重要でない」1点までの5段階評価で求めた。(2)対象の属性性、年齢、看護教育学歴、移動経験、勤務部署、看護領域の専門の有無、役割経験など。

分析はSPSSv.11.0を使用した。

倫理的配慮としては、調査の実施にあたり、調査の対象者は各病院の看護部で選出し看護部から調査票と返信用封筒の配付を実施してもらったが、研究の参加が対象者の自由意志で行われるように、看護部には調査票の配付までのかかわりを依頼し、回答者自身で返信用封筒に入れ、返送する方法を用いた。調査票に調査の主旨、調査主体を明記し、調査への参加は自由意志であること、調査は無記名であること、分析は全体の統計処理を行い個人データの分析は行わないこと、調査票の管理・処理を厳密に行うことを表記して、個人のプライバシーの保護に努めた。返送をもって同意が得られたと判断した。

調査期間は2001年11-12月である。

IV. 結 果

1. 看護師の職務キャリア項目の選出

調査票の回収は79名(87.8%)からなされたが、有効回答は75名(有効回答率94.9%)であった。看護経験年数は3年未満が23名(30.7%)、3-6年未満が21名(28.0%)、6年以上が31名(41.3%)と、ほぼ依頼した対象の割合が得られた。看護教育学歴では、全体としては専門学校卒業者が50名(66.6%)と多く、短期大学卒業者が17名(22.7%)、大学卒業者が8名(10.7%)であった。特に経験年数と看護教育学歴をあわせると、就業年数6年以上には大学卒業者はおらず、専門学校卒業者の占める割合が23名(74.1%)と高かった。

75名の自由記述として述べられている職務キャリア項目を、まず筆者らで内容の意味しているものを読み取り、単一内容となる項目として抽出したところ499項目が得られた。それをカード化し、各項目の内容の重なりを検討した。さらに文献検討から項目を加え、最終的に62項目とした。この62項目を文章化し、看護師のキャリア尺度作成のための質問紙調査票を作成した。

2. 看護師の職務キャリア尺度の作成

調査票は375名に配付し、277名から回収(73.9%)されたが、そのうち有効回答は276名(有効回答率99.6%)であった。

1) 対象の属性

対象の属性を表1に記す。男6名(2.2%)、女270名(97.8%)であった。看護教育学歴は専門学校卒業者が116名(42%)、短期大学卒業者が96名(34.8%)、大学卒業者が63名(22.8%)と、専門学校卒業者がやや多い傾向が認

表1 調査対象の属性

項 目	カテゴリー	人数	%
性	男	6	2.2
	女	270	97.8
	計	276	100.0
年齢	20-24歳	86	31.2
	25-29歳	128	46.4
	30-39歳	49	17.7
	40歳以上	13	4.7
看護経験年数	3年未満	122	44.2
	3-6年	73	26.4
	6年以上	81	29.3
看護教育学歴	専門学校	116	42.0
	短期大学	96	34.8
	大学	63	22.8
	不明	1	0.4
資格 (複数回答)	看護師	276	100.0
	助産師	11	4.0
	保健師	70	25.4
	准看護師	13	4.7
	不明	19	6.9
職位	師長・副師長・主任など	20	6.3
	スタッフ	251	90.0
	無回答	5	1.8
現在の看護の専門領域	あり	43	15.6
	なし	227	82.2
	無回答	6	2.2
役割経験 (複数回答)	臨地実習指導者	102	37.0
	プリセプター	165	59.8
	スタッフ研究委員	49	17.8
	院内看護研究委員	35	12.7

められたが、ほぼ1/3ずつで、調査依頼に沿った対象の抽出がなされていた。資格は看護師に次いで、保健師の資格を取得している者が多かった。看護経験年数は3年未満が122名(44.2%)、3-6年が73名(26.4%)、6年以上が81名(29.3%)で、依頼した各々の経験年数の対象が選ばれていた。現在の勤務場所は一般病棟が209名(75.7%)と多数を占めていたが、経験した部署(複数回答)は一般病棟が153名(55.4%)で最も多く、次いで特殊ユニットが63名(22.8%)、外来31名(11.2%)であった。現在の職位はスタッフが251名(90.9%)と多数を占めていたが、多くの看護師がプリセプター165名(59.8%)や臨地実習指導者102名(37%)など、いくつかの役割を経験していた(複数選択)。看護の専門領域の認知については専門領域があるという回答は43名(15.6%)で、現在は専門とする領域は無いが、希望する専門領域があるという回答が85名(30.8%)にあった。

2) 職務キャリア尺度の作成

(1) 看護師の職務キャリア項目の重要度認知の得点分布
職務キャリア62項目についての重要度認知の得点分布を示したのが図1である。62項目の得点分布より、対象者の

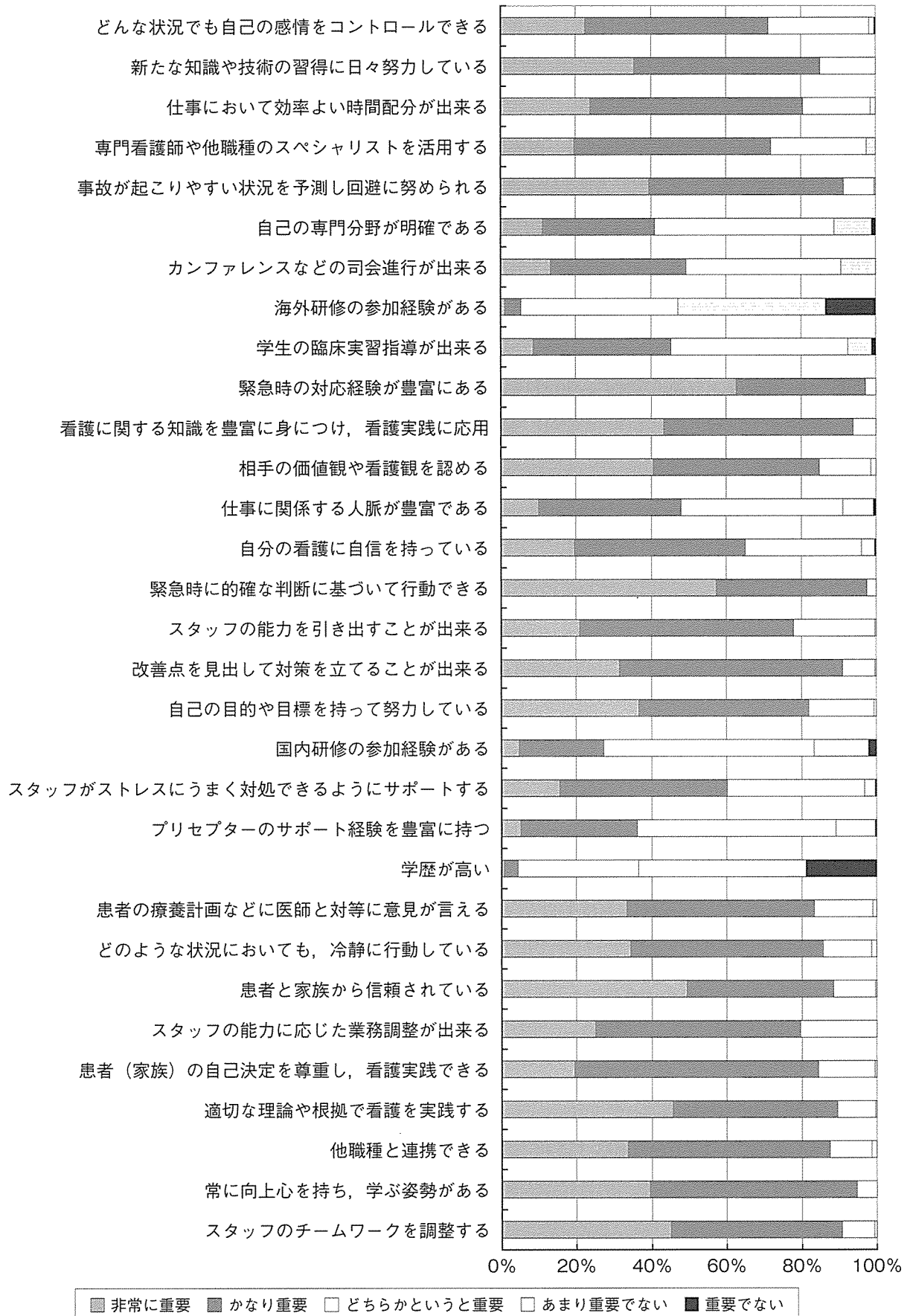
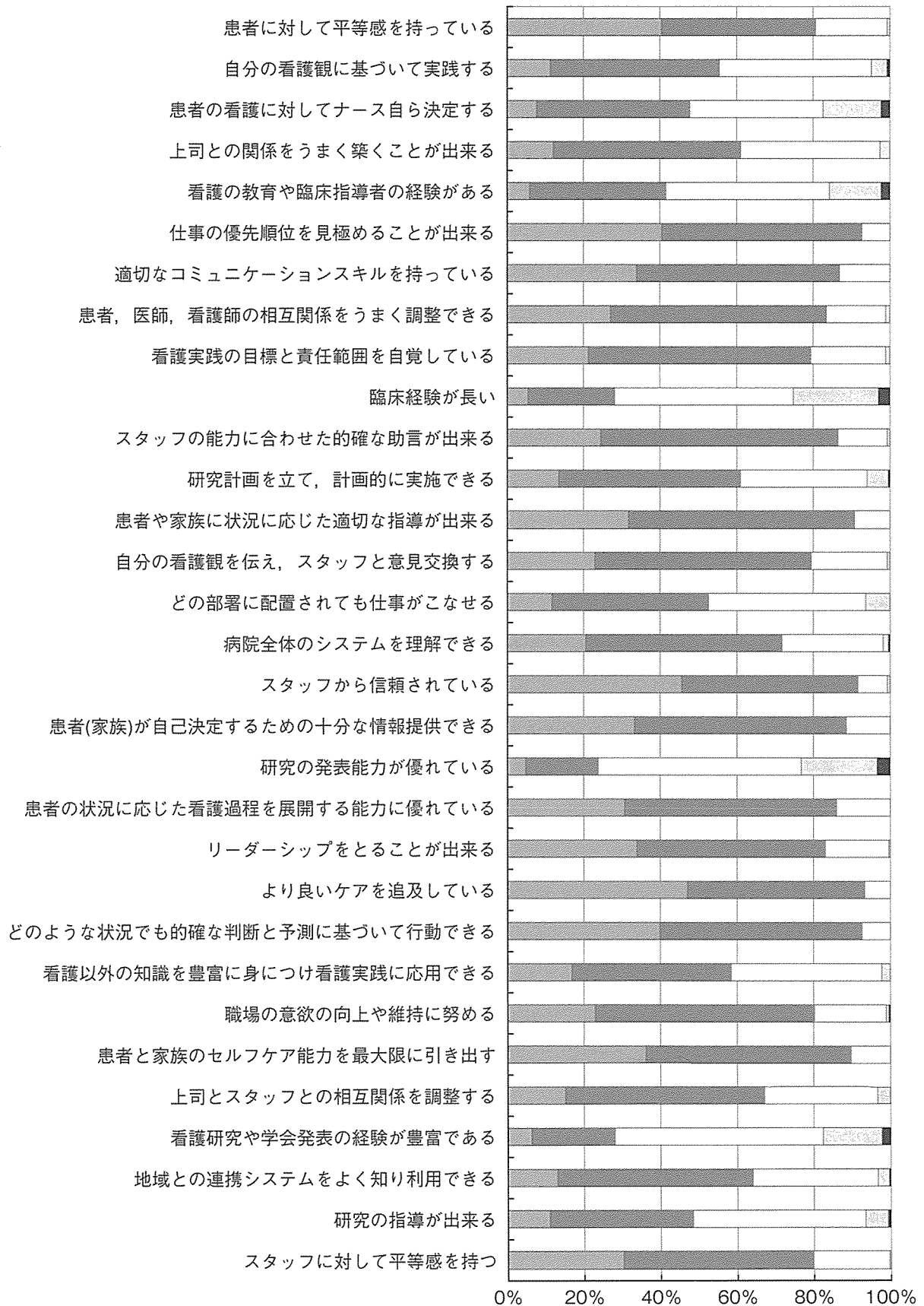


図1 キャリア認知項目の得点分布



半数以上が「重要でない」、「あまり重要でない」と回答した“学歴が高い”と、“海外研修参加”の2項目を除いて、以下の分析を行った。

(2) 職務キャリア項目の因子分析による尺度作成

職務キャリア項目60項目を主因子法で固有値1.00以上の

因子を抽出し、バリマックス回転を行う因子分析を行った。因子負荷量が低く、また複数の因子に高い負荷量を示す項目を順次除外し、各因子の因子負荷量が0.400以上となるまで行った結果、43項目よりなる4因子が抽出された。

第1因子は「患者や家族の状況に応じた適切な看護が出

表2 看護師のキャリア尺度に対する重要度認知の因子分析（主因子法、バリマックス回転）

項 目	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	共通性
『第1因子：質の高い看護の実践と追究』（17項目）					
患者や家族の状況に応じた適切な看護が出来る	0.683	0.214	0.184	0.158	0.571
患者の状況に応じた看護過程を展開する能力に優れている	0.636	0.163	0.139	0.340	0.566
患者と家族のセルフケア能力を最大限に引き出すことが出来る	0.628	0.256	0.112	0.109	0.485
より良いケアを追求している	0.627	0.205	0.163	0.183	0.495
適切なコミュニケーションスキルを持っている	0.608	0.250	0.071	0.230	0.490
改善点を見出して対策を立てることが出来る	0.602	0.219	0.210	0.119	0.468
患者（家族）が自己決定するための十分な情報提供ができる	0.597	0.202	0.120	0.098	0.421
看護に関する知識を豊富に身につけ、看護実践に应用できる	0.565	0.158	0.205	0.175	0.417
事故が起りやすい状況を予測し、回避に努めることが出来る	0.550	0.244	- 0.094	0.193	0.408
新たな知識や技術の習得に日々努力している	0.550	0.183	0.288	0.159	0.444
患者（家族）の自己決定したことを尊重し、看護実践できる	0.538	0.318	0.216	- 0.018	0.437
常に向上心を持ち、学ぶ姿勢がある	0.505	0.112	0.270	0.009	0.341
どんな状況においても的確な判断と予測に基づき行動できる	0.486	0.278	0.099	0.343	0.382
自分の看護観を伝え、スタッフと意見交換する	0.472	0.311	0.248	0.205	0.423
適切な看護理論や根拠に基づいた看護を実践する	0.464	0.098	0.210	0.121	0.283
看護実践の目標と責任範囲を自覚している	0.432	0.292	0.110	0.334	0.395
専門看護師や他職種のスペシャリストを活用する	0.426	0.382	0.349	0.067	0.454
『第2因子：対人関係の形成と調整』（12項目）					
スタッフの能力を引き出すことが出来る	0.210	0.662	0.209	0.062	0.531
スタッフに対して平等感を持っている	0.147	0.661	0.132	0.133	0.494
どのような状況におかれても自己感情をコントロールできる	0.115	0.567	0.137	0.183	0.387
スタッフから信頼されている	0.222	0.555	0.054	0.271	0.434
スタッフのチームワークを調整する	0.165	0.544	- 0.114	- 0.005	0.336
スタッフの能力に応じた業務調整が出来る	0.172	0.526	0.072	0.165	0.339
スタッフの能力に合わせた的確な助言が出来る	0.343	0.489	0.176	0.280	0.466
相手の価値観や看護観を認める	0.310	0.469	0.176	0.044	0.348
仕事において効率の良い時間配分が出来る	0.263	0.465	0.088	0.246	0.353
スタッフがストレスに上手く対処できるようにサポートする	0.268	0.462	0.205	0.185	0.362
患者に対して平等感を持っている	0.301	0.462	0.117	0.005	0.317
患者とその家族から信頼されている	0.343	0.405	0.222	- 0.067	0.335
『第3因子：自己能力の開発』（7項目）					
看護研究や学会発表の経験が豊富である	0.171	0.047	0.743	0.248	0.644
研究の発表能力が優れている	0.244	0.032	0.664	0.317	0.602
自己の専門分野が明確である	0.273	0.136	0.560	0.190	0.443
研究の指導が出来る	0.174	0.246	0.536	0.361	0.509
仕事に関係する人脈が豊富である	0.010	0.315	0.490	0.088	0.347
国内研修の参加経験がある	0.277	0.049	0.476	0.199	0.345
自分の看護に自信を持っている	0.223	0.119	0.472	0.032	0.287
『第4因子：多様な経験の蓄積』（7項目）					
看護の教育や臨床指導者の経験がある	0.099	0.008	0.309	0.743	0.658
上司との関係をうまく築くことが出来る	0.224	0.389	0.170	0.490	0.471
学生の臨床実習指導が出来る	0.134	0.257	0.280	0.478	0.391
臨床経験が長い	0.076	- 0.058	0.137	0.473	0.249
緊急時の対応経験が豊富にある	0.262	0.184	0.090	0.458	0.321
病院全体のシステムを理解できる	0.261	0.390	0.076	0.456	0.433
どの部署に配属されても仕事がこなせる	0.204	0.243	0.127	0.443	0.314
因子寄与率（%）	15.32	11.58	8.07	7.35	42.32
Cronbachの α 係数（全項目 $\alpha=0.946$ ）	0.912	0.866	0.802	0.787	

来る」,「患者の状況に応じた看護過程を展開する能力に優れている」などの17項目からなっており、内容を総合的に見て『質の高い看護の実践と追究』と命名した。第2因子は「スタッフの能力を引き出すことが出来る」,「患者に対して平等感を持っている」などの12項目で、内容から『対人関係の形成と調整』と名づけた。第3因子は「看護研究や学会発表の経験が豊富である」,「研究の発表能力が優れている」などの7項目からなり、『自己能力の開発』,第4因子は「看護の研究や臨床指導の経験がある」,「臨床経験が長い」などの7項目からなり、『多様な経験の蓄積』と命名した。これら4因子による累積寄与率は42.32%あり、かなり説明されていると考えられ、看護師のキャリア尺度は4因子で構成されているとした。

(3) 看護師の職務キャリア尺度の信頼性および妥当性の検討

看護師の職務キャリア尺度の信頼性係数としてのCronbachの α 係数は、第1因子=0.912、第2因子=0.866、第3因子=0.802、第4因子=0.787、全項目=0.946と、いずれも高かった。

看護師の職務キャリア尺度の妥当性を、複数の集団においても同様な得点を示すということから確認が明らかにされる交差妥当性から検討した。集団の属性によって本職務キャリア尺度評価に差異があるかを尺度項目への重要度認知から検討した結果、移動経験の有無、現在の勤務場所の相違、経験年数の相違、看護教育学歴の相違による群別では、いずれもすべての職務キャリア因子についての重要度認知得点に有意な差異は認められなかった。また、看護の専門性認知の有無と職務キャリア認知の関係でも、いずれもすべての職務キャリア因子についての重要度認知に有意な差異は認められなかった。以上から、本調査で作成したスタッフナースとしての職務キャリア尺度は属性の異なる多集団から同一の評価が得られたと言えることから、交差的妥当性があると考ええる。

V. 考 察

尺度作成を行う場合に、その調査対象者の選択は重要である。特に看護師を対象に研究を行う場合には、地域の特性や勤務病院の特性、あるいは経験年数などが影響を持つ可能性がある。本研究で開発を試みた看護師の職務キャリア尺度は、対象を全国の総合病院から選出したことから、地域や病院による偏りの影響は少ないと考える。

1. 看護師の職務キャリア尺度の作成と信頼性の検討

看護領域で用いるキャリアとは単なる職業経歴よりも、個人の職業生活全体を通じた自らの能力向上を目指す自己実現過程を意味している¹⁷⁾とされる。本研究ではキャリアをつんだ看護師にはどのような側面が必要とされているのかを明らかにし、尺度として使用できる職務キャリア尺度の作成を試みた結果、看護師の職務キャリア側面では、まず、『質の高い看護の実践と追究』という、看護の実践面での高い能力を持つことが抽出された。次いで、看護の直接的な提供対象である患者や家族のみならず、看護を提供する立場のスタッフとの幅広い『対人関係の形成と調整』に関する能力があげられていた。さらに、新たに看護研究などを行う『自己能力の開発』と、看護現場で必要とされる『多様な経験の蓄積』の4要因が抽出された。

職務キャリア因子として『質の高い看護の実践と追究』が第1因子として抽出されたことは、職業として看護師の仕事を行っていくためには、まず、業務遂行を十分に行えるだけの看護能力を身につけることが必要であり、さらに、キャリアをつんだ看護師としては、近年の目覚ましい進展を遂げている医療技術を身につけ、新しい思考・概念などを取り入れることで、より質の高い看護レベルに向上することが看護業務の遂行には必要であることを示している。したがって、キャリアをつんだ看護師の第1の要因としてこれがあげられたと思われる。新人看護師を対象とした研究では、逆にこの看護業務に対する能力不足認知が職務ストレスの第1要因に挙げられること^{18) 19)}からも、看

表3 属性別の看護師の職務キャリア尺度の重要度認知比較

		第1因子			第2因子			第3因子			第4因子		
		平均	SD	F/t検定	平均	SD	F/t検定	平均	SD	F/t検定	平均	SD	F/t検定
経験年数	3年未満	3.22	0.45	n.s	3.10	0.52	n.s	2.32	0.47	n.s	2.56	0.50	n.s
	3-6年	3.24	0.45		3.10	0.45		2.21	0.69		2.58	0.56	
	6年以上	3.24	0.38		3.16	0.39		2.41	0.56		2.54	0.49	
看護教育学歴	専門学校	3.21	0.37	n.s	3.09	0.40	n.s	2.36	0.56	n.s	2.55	0.50	n.s
	短期大学	3.21	0.48		3.12	0.51		2.39	0.57		2.63	0.55	
	大学	3.28	0.44		3.19	0.45		2.29	0.59		2.47	0.51	
勤務部署	一般病棟	2.22	0.41	n.s	3.10	0.44	n.s	2.32	0.55	n.s	2.54	0.52	n.s
	特殊ユニット	3.18	0.45		3.11	0.51		2.32	0.59		2.57	0.53	
現在の専門領域	あり	3.27	0.43	n.s	3.17	0.46	n.s	2.46	0.62	n.s	2.59	0.52	n.s
	なし	3.22	0.42		3.10	0.45		2.33	0.56		2.55	0.52	
移動経験	あり	3.24	0.43	n.s	3.16	0.42	n.s	2.39	0.64	n.s	2.54	0.56	n.s
	なし	3.22	0.42		3.10	0.46		2.33	0.54		2.56	0.51	

護業務を遂行すること、さらにそれをより高度なレベルで達成できることがキャリアをつんだ看護師に求められていると言える。次いで、職務キャリア因子として『対人関係の形成と調整』要因があげられたことは、患者や家族との人間関係の形成は当然のこととして、さらに看護業務は24時間体制で遂行されることからチームで行う部分が多く、スタッフ間のコミュニケーションとチームワークが必須であることを示している。したがって、キャリアをつんだ看護師には直接的な看護対象である患者や家族のみならず、職場における協同者を含んだ対人関係形成能力の必要性があげられたのであろう。

さらに、継続的な看護の『自己能力の開発』や、『多様な経験を蓄積』するという自己研鑽に関する内容が抽出されたことは、看護師の職務キャリア形成は常に自己能力開発や多種類の経験を積むことから芽生える新しい能力が必要とされていることが示されたといえる。金井らは²⁰⁾は企業の女性管理職を対象とした研究ではあるが、現在の就業意欲にはもともと就業意識よりも就業後のさまざまな仕事での経験が結びつくことを見出し、職務キャリアに対する動機づけは職場要因の影響が大きいことを報告している。これは、就職後のさまざまな経験が職務キャリアの1つの側面となることを示している。それは今回の調査では、緊急時の対応経験や病院全体のシステムを理解することが、幅広い視野に立った看護師としてのキャリア能力を開発させていくという形で表現されていた。また、卒後教育として研修会に参加することや、看護研究の機会を得ることで新たな看護の流れを理解し、さらにそれを自己の能力啓発につなげていくことから、キャリア能力を身につけていくと考えられる。これは医療における目覚ましい進歩に伴い、どのような部署にも対応できる常に新しい知識や技術の習得が求められる看護職の特性を裏付けていると考えられる。

本結果を従来から見出されているものと比較すると、本下位尺度のうち「質の高い看護の実践と追究」、「自己能力の開発」、「対人関係の形成と調整」は平井²¹⁾が看護能力評価としてあげている4能力のうちの「看護実践能力」、「教育研究能力」、「対人関係能力」と類似している。しかし、本結果で得られた「多様な経験の蓄積」は内容的には看護教育や指導の経験など、一部は平井の「管理能力」も含んでいるが、さらに緊急時の対応や病院システムの理解など、さらに実践的な幅広い内容を示していた。これは、本調査がスタッフナースの職務キャリア尺度として作成されたための相違であると思われる。

このように、明らかになったこれら4因子で全分散の42.32%が説明され、信頼性係数も全項目 $\alpha = 0.946$ と高く信頼性は確保されたと考える。

2. 看護師の職務キャリア尺度の妥当性の検討

本尺度の妥当性については、まず、看護師の職務キャリアについて多様な経験年数や部署経験の臨床看護師による項目の選出をおこない、さらに項目選出時とは異なる看護師による職務キャリア項目への重要度評価であることから、地域性や専門性などに左右されないものとして評価されていると考えられ、表面的妥当性、および内容的妥当性があると考ええる。

さらに、作成された尺度に対して移動経験の有無、経験年数の相違や勤務部署の相違、看護の専門性の有無、看護教育学歴などによって評価に差異が見られなかったことは、本尺度がこれらの要因では作用されない、普遍的な事柄を測定する項目で構成されていることを示している。一般的に看護の職務キャリアは研修や看護実践、看護経験、多部署経験、教育などで形成されると報告されている^{22) 23)}。そこから経験年数を増すことで獲得する看護に対する視座が異なることや、勤務部署の相違から仕事内容により必要とされる知識や技術にも相違があると考えられる。しかし、本研究で明らかになったようにスタッフナースとしての職務キャリアとして形成すべき必要な要素は、それらの要因によって影響されない普遍的な要素であるということの意味していた。このように多様な経験年数や部署経験の臨床看護師がキャリアをつんだ看護師として持つべき要素として評価を行った結果、集団属性の差異があるにもかかわらず同一の評価が確認されたことから、交差妥当性が認められたと考える。このようなことから、本研究で作成された職務キャリア尺度は信頼性、妥当性が確認され、看護師の職務キャリアを測定するために有用な尺度であることが示唆された。

しかし、30歳代の看護師を対象にした離職に関する実態調査²⁴⁾から、離職理由として仕事内容への不満や他分野への関心など職務キャリアに関連する要因があげられる一方で、対象への離職対策としては保育施設の充実、勤務形態の多様化などが必要とされていることから、職業的キャリアとライフ・キャリアとは相互に関連していることも示唆されている。すなわちライフ・イベントに密着したライフ・キャリアへの対応が、職業的・キャリアの形成には必要なが示されている。従って、今後、ライフ・サイクルに沿った両キャリアの形成を支援するようなシステムの構築が必要になってくると考える。

VI. 結 論

看護師の職務キャリア尺度は「質の高い看護の実践と追究」、「対人関係の形成と調整」、「自己能力の開発」、「多様な経験の蓄積」の4因子からなることを明らかにした。信頼性と妥当性も高く、看護師の職務キャリアを測定する尺

度として今後、使用することが出来る。

来るかということについては検討を行うことが必要であろう。さらに、今回は看護師の職業的キャリア発達の側面に焦点を当てた分析を行ったが、生涯発達の視点からのキャリア発達としての視点を持った研究も今後の課題である。

VII. おわりに

本尺度の限界としては、病床数を500以上としたために、それ以下の小規模病院においても本尺度がすぐに適用が出

抄 録

本研究の目的は、看護師を対象とした職務キャリア尺度の作成、および信頼性と妥当性の検討である。第1調査では、無作為抽出された90名の看護師（回収率87.8%、有効回答率94.9%）を対象として、自由記述による質問紙調査を行い、499のキャリア内容を分析後、62項目を抽出し調査票を作成した。第2調査では、無作為抽出された看護師276名（回収率73.9%、有効回答率99.6%）を対象とし、調査票による質問紙調査を行った。62キャリア項目を因子分析（主因子法、バリマックス回転）した結果、「質の高い看護の実践と追究（ $\alpha = 0.912$ ）」「対人関係の形成と調整（ $\alpha = 0.866$ ）」「自己能力の開発（ $\alpha = 0.802$ ）」「多様な経験の蓄積（ $\alpha = 0.787$ ）」といった43項目・4下位尺度で構成されていることが明らかになった。属性による、交差妥当性がみられたことから、本尺度は信頼性係数も高く、妥当性もあり、看護師の職務キャリア測定尺度として有用であると考えられる。

Abstract

The purpose of this study is to develop a nursing career assessment scale and to evaluate its reliability and validity. As the first investigation, free description survey were sent to randomly selected 90 nurses to collect career items (the collection rate : 87.8% & the valid answer rate : 94.9%). Following analysis of 499 proposed career items, 62 items were subsequently selected to form a questionnaire. The second investigation included choosing 375 nurses, and the questionnaires were subsequently sent to them (the collection rate : 73.9% & the valid answer rate : 99.6%).

Factor analysis of the 62 career items (the principal factor method, varimax rotation) revealed that the items were composed of 43 items four subscales (implementation and pursuit of quality nursing : $\alpha = .912$, development and adjustment of interpersonal relationships : $\alpha = .866$, self-capability development : $\alpha = .802$, and accumulation of diverse experiences : $\alpha = .802$). Cross validation to the attributes was identified, therefore, the proposed career scale has sufficient reliable coefficient and validity and is considered useful to scale career assessment for nurses.

文 献

- 1) Hall, D.T. Careers in Organizations. Santa Monica. 1976.
- 2) Schein, E.H. : Career dynamics : Matching individual and organizational needs. Addison Wesley. 1978, (二村敏子・三善勝代訳 キャリア・ダイナミックス 白桃書房 1991).
- 3) Super, D.E. : A Life-Span, Life-Space Approach to Career Development, Journal of Vocational Behavior, 16, 282-298, 1980.
- 4) 南 隆男, 吉田 悟 : 「Work & Family Interface」に関する基礎的研究－女性就業者をサンプルとしての探索的分析(1)－, 産業・組織心理学会第9回大会発表論文集, 69-71, 1993.
- 5) 岡本祐子 : アイデンティティ論から見た生涯発達とキャリア形成, 組織科学, 33, 2, 4-13, 1999.
- 6) 中西信男, 三川俊樹 : 役割特徴の国際比較に関する研究－日本人成人男女の役割特徴を中心に－, 進路指導研究, 8, 17-25, 1987.
- 7) 石井京子 : 勤労者の生活意識調査分析－10年間の意識調査を中心として－, 藍野学院紀要, 1, 131-138, 1987.
- 8) Nevill, Super : New Development in Career Psychology, 21th International Association of Applied Psychology, 1986.
- 9) 谷口満里子, 寺江憲子 : キャリア開発におけるローテーションの検討, 看護管理, 393-395, 2001.
- 10) 平井さよ子 : 看護師のキャリア開発と求められる支援, 看護展望, 7, 17-21, 2003.
- 11) 中山洋子, 栗生田友子, 片平好重 : 看護婦の仕事に対する認識と満足度・継続意思に関する記述研究－組織基盤の異なる病院で働く看護婦を対象とした調査結果の比較検討－, 聖路加看護大学紀要, 23, 2-15, 1997.
- 12) 10) 掲.
- 13) 桑原弓枝 : キャリア開発を志向する教育計画の作成と実践, 看護展望, 7, 22-28, 2003.
- 14) 井部俊子, 吉川久美子, 佐藤エキ子 : 聖路加国際病院の「キャリア開発ラダー」, 看護展望, 26(7), 753-763, 2001.
- 15) 池西悦子, 池邊敏子, 他 : 岐阜県内看護職のキャリア発達に関する調査 第2報－キャリア発達を目指した活動の実態と看護系大学における制度活用希望者の特徴－, 岐阜県立看護大学紀要, 2(1), 34-40, 2002.
- 16) 若林 満 : 組織内キャリア発達とその環境, 若林 満・松原敏浩 (編) 組織心理学 福村出版, 1998.
- 17) 高橋照子 : キャリア論とアイデンティティ論, インターナショナル・ナーシングレビュー, 21(2), 36-40, 1998.
- 18) 藤原千恵子, 本田育美, 他 : 新人看護婦の職務ストレスに関する研究－職務ストレス尺度の開発と影響要因の分析－, 日本看護研究学会雑誌, 24(1), 77-89, 2001.
- 19) 東口和代, 森河裕子, 他 : 臨床看護職者の仕事ストレスについて－仕事ストレス測定尺度の開発と心理測定学的特性の検討－, 健康心理学研究, 1(1), 64-72, 1998.

- 20) 金井篤子, 佐野幸子, 他: 女性管理職のキャリア意識とストレス—インタビュー調査の結果から—, 経営行動科学, 6, 49-59, 1991.
- 21) 10) 掲.
- 22) 13) 掲.
- 23) 南 裕子: ナースのキャリアアップ, フォーラムインターナショナル, 7, 30-31. 1996.
- 24) 日本看護協会調査研究室: 病院看護職員の離職・定着に関する調査研究, 日本看護協会調査研究報告, 44, 日本看護協会出版, 1994.
(本研究は平成13 - 15年度文部科学省科学研究費補助金(萌芽研究, 課題番号13877422)の助成を受けて行った)
- [平成16年6月28日受付]
[平成17年2月1日採用決定]

C型肝炎由来のがん患者が辿る肝炎診断から現在までの心理と療養行動

Psychology and Care Behavior from the Hepatitis Diagnosis to the Present Time:
Narratives of the Cancer Patients with Hepatitis C

平 松 知 子 泉 キヨ子
Tomoko Hiramatsu Kiyoko Izumi

キーワード：C型肝炎, 患者, 心理, 療養行動
hepatitis C, patients, psychology, care behavior

I. 緒 言

我が国では、肝疾患全体の80%がウイルス感染によるものである。中でもC型肝炎¹⁻³⁾は、ウイルス性慢性肝炎の約70%を占めており総数180万人以上、さらにキャリアは200万人以上と推定されている。ウイルスに感染すると、無症状のまま50～80%が慢性肝炎に移行し、その内の20～40%は20～25年後に肝硬変を発症する。さらに、その50～80%は5～15年後に肝細胞がん発生に至るといわれている。他のウイルス性肝炎と比べて、経過は緩やかではあるが、慢性化・進行化する傾向が強いため、発症に気づかず生活している者も多い。予後はウイルス量に左右され、唯一の根治療法であるインターフェロン療法の著効率は30～40%と低い上、この治療中は精神症状を含めさまざまな副作用が出現する可能性がある。他の治療法は、肝庇護を目的とした薬物療法や安静により、間接的に疾病の進行を予防するというものである。感染経路は、輸血・血液製剤や汚染血液付着物での外傷による場合が多く、輸血後肝炎の95%を占めている。母子感染や性行為感染は極めて低いとされている。1992年以降は、C型肝炎ウイルス抗体スクリーニングの成果により、輸血後C型肝炎はほぼ消滅し、血液製剤もC型肝炎ウイルス抗体陰性血を原料とするように変更されている。また、医療器材のディスポーザブル化により感染予防対策は進んでおり、新たな発症は激減しているが、今後すでに発症している者から、肝硬変、肝がん患者が多数でることが予測されている。

以上、C型肝炎の特徴は、①発症原因として医療が関与した感染の可能性が高い、②がん化のリスクが高い、③自己管理による疾病コントロールが困難など、他の慢性疾患にはみられない点を合わせ持っていることから、患者は特有のニーズをもつと考えられる。さらに、長期の経過の中で慢性肝炎、肝硬変、肝がんと悪化していくため、各期に特有の患者の心理面と療養行動面の特徴があると考えられる。

C型肝炎患者の看護に関する研究は少なく、インターフェロン療法の副作用に対するケア⁴⁻⁷⁾や感染予防に関するもの^{8,9)}が多い。教育に関する研究は国内外ともになく、近年ライフスタイルとの関連について実態に関する調査が始められている¹⁰⁾。患者の体験については、肝がん患者の苦難や治療を受ける意味に焦点を絞った研究がなされている^{11,12)}。しかし、疾患の長期的な経過に注目し、C型肝炎患者が辿る心理過程や療養行動全体を明らかにする研究は行なわれていない。C型肝炎患者の長期的な経過に注目し、心理的特徴および療養行動を病期別に明らかにすることは、患者のニーズと同時に強みも明らかにできる。つまり、各病期の患者に関わる看護者の患者理解に役立ち、各病期のニーズを予測した看護介入が可能となる。なお、病期については、診断名に沿って慢性肝炎、肝硬変、肝がんと分類するのではなく、患者自身が捉えている病期に添うことが重要と考えた。

そこで、本研究は、C型肝炎由来の肝がん患者の語りを通して、肝炎発症から現在までに体験した心理と療養行動を、患者の捉えた病期にそって明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 対 象

対象は、既にC型肝炎であることを医師から告げられているC型肝炎由来の肝がん患者のうち、研究の主旨を理解し、研究への参加に同意した者とした。中部地方にある1つの特定機能病院入院中の19名にアプローチした結果、19名全員が対象となった。

対象の概要は以下のとおりであった。性別は、男性14名、女性5名であり、年齢は、平均68.7±8.2歳（57歳から79歳）であった。家族構成は全員が家族と同居であった。面接時は全員がC型慢性肝炎由来の肝がん治療目的で入院

中であり、うち再発の者は13名であった。肝がんに対して対象が用いた表現は、「がん」と述べた者7名、「影」7名、「しこり」4名、「肝腫瘍」1名であった。全員が、健康診断をきっかけに受診して慢性肝炎と診断されており、診断後の期間は平均 14.3 ± 6.3 年（8年から22年）であった。なお、慢性肝炎と診断された時期は全員が1992年以前、すなわちC型肝炎ウイルス抗体スクリーニングが開始される以前であった。経過についてみると、全員インターフェロン療法による入院経験があった。肝硬変の治療で入院した経験のある者は9名であった。

2. 調査方法

半構成的面接法を用いてデータを収集した。

1) 面接の承諾

施設の院長および看護部長に研究計画書を提出し、研究の許可を得た。その後、看護部長より紹介を受けた病棟看護師長に研究計画書を提出し、研究の同意を得た上で、以下の手順で対象を選定し、面接の承諾を得た。

がん治療目的で入院中のC型肝炎由来の肝がん患者のうち、看護師長が身体状態と精神状態が安定していると判断し、主治医の了解を得た者を対象とした。対象には、研究者が研究について用紙を用いて説明し、同意を得た。その後、対象の希望にそって面接日時と場所を決定した。調査時期は、1999年1月から2000年6月であった。

2) 面接内容と面接方法

(1) 面接内容

C型肝炎発症から現在に至るまでの過程で体験した思いと療養行動について、自由回答方式による半構成的な面接を行った。面接内容は、C型肝炎発症から現在までの経過、および経過と共に生じた思いと療養行動である。面接回数は2回とし、2回目では1回目の面接内容の確認を行った。

(2) 面接方法

面接場所は、プライバシーが保護されることと、静かで落ち着いた環境であることを配慮し、病棟内で対象と研究者の2名で行える場所を選定して、自由に語ってもらった。面接場面は、対象の承諾を得てテープに録音またはメモをとった。面接終了後すぐに、研究者が逐語録を作成し、データとした。面接時間は、平均90分であり、最短は45分、最長は150分であった。

3. データの分析方法

C型肝炎発症から肝がん発症後である現在までの長期間の経過について、対象自身がどのように分類し、それぞれの時期に体験した心理および療養行動を明らかにするために、データ数を増やしながら、語られた内容を質的記述的

方法を用いて分析していった。分析の手順は以下のとおりである。

- ①データを繰り返して読み、対象の語った疾患の経緯から、肝臓の状態の変化を感じている、または病気の重要な区切りとして語られた場面を抽出した。この作業を事例毎に行い、類似性と差異性を比較検討した結果、4つの場面が抽出された。以下、これら4つの場面を病期と表現する。
- ②事例毎に再度データを読み返し、病期別に、心理と療養行動に関連した文章を抽出した。
- ③病期別に、抽出された文章について類似性と差異性を比較検討し、類似する内容について語られているテーマを現した。その際、対象が語ろうとしたことをできるだけ忠実に表現するために、研究者が要約または代表すると判断した語りの中の語句を記述した。
- ④再度データを読み、心理と療養行動に関連した文章の抽出が適切であるか、テーマが対象の語ろうとしたことを捉えているかを検討し、適宜修正を加えた。
- ⑤病期間でテーマを確認し、テーマの表現が同じであった場合は、データに戻って語られた内容を読み返し、同じテーマであることを確認した。
- ⑥病期別に、現れたテーマ間の関係について検討した。

4. 分析結果の信頼性

分析結果の信頼性は、面接を2回行い、2回目に1回目の分析内容を提示して対象の体験が反映されていることを確認することで随時確認していった。また、分析の全過程において随時スーパーバイスを受けた。さらに、全分析が終了した段階で、対象の選定を行った看護師長に分析結果を提示して、現れたテーマから対象の体験が理解可能かについて確認した。なお、C型肝炎由来のがん患者を含むさまざまなステージの慢性疾患患者が入院する病棟での臨床経験については、看護師長が10年以上、研究者が6年である。

5. 倫理的配慮

施設に対し、病院長および看護部長に研究計画書を提出して説明を行い、承諾を得た。

対象には、研究依頼時と面接開始時に研究趣意書を用いて説明し、研究参加の同意を得た。説明内容は、研究参加および中断の自由、データの収集・管理・使用方法に関する匿名と守秘の保証、結果の公表である。また、対象への身体的・精神的苦痛を最少とするため、対象の選定は看護師長が行い、さらに主治医の了解を得た。また、面接日時は対象の希望に従い、場所は対象の心身状態の変化に即対応が可能な病棟内とした。面接は体調が安定していることを確認した上で開始し、面接中も体調の変化に注意した。

実際に面接を中断した者はなかった。面接終了後の感想として不快感を表現した者はなく、「話してスッキリした。このような話は誰にもしたことはないし、聴かれたこともなかった。自分でも意識していなかったこともあった。ずっと誰かに聴いて欲しかったのかもしれない。」という意見が多かった。

Ⅲ. 結 果

1. 患者の捉えた病期

I 期：診断から病院選択まで、Ⅱ期：インターフェロン療法選択から終了まで、Ⅲ期：インターフェロン療法終了から肝がん発見まで、Ⅳ期：肝がん発見以降、という経時的な順序を持った4つの病期が抽出された。

2. 病期別にみた患者の心理と療養行動

病期別に、テーマ間の関係を説明し、さらに個々のテーマについて説明する。なお、テーマは『 』で示した。また、説明の中で、語りの具体例は「 」で示した。

1) I 期：診断から病院選択までの病期に抽出されたテーマは、心理6、療養行動2であった(表1)。テーマの内容は、病気の受け止め方と家族に対することに大別された。なお、『家族に感謝』は、I 期からⅣ期までのすべて

表1. I 期：診断から病院選択までの心理と療養行動

心 理	療 養 行 動
生命に対する漠然とした不安 発がんに対する漠然とした不安 発症は仕方がなかったこととして治める 他の病気と比べるとよかったと思える 命を守るためには医師に任せるしかない 家族に感謝	病気に関する主体的な情報収集 命を預けられる病院探し

表2. Ⅱ期：インターフェロン療法選択から終了までの心理と療養行動

心 理	療 養 行 動
医師を信じておまかせ 現実味を帯び始めた発がんの恐怖 インターフェロン療法の低い効果に懸ける 何としても治りたい 副作用による苦痛と治療中断が心配 結果は残念だが予測できたこととして治める 家族に感謝	主体的な副作用対策の考案と実施 治療を優先しつつ社会生活との両立を図る 同病者の観察と情報交換

の病期で抽出された心理であった。

(1) 病気の受け止め方に関する心理と行動は、経時的に診断直後とそれ以降に大別された。診断直後の心理として『生命に対する漠然とした不安』が生じ、その不安を軽減するために行動として『病気に関する主体的な情報収集』を行っていた。その後、心理として『発がんに対する漠然とした不安』『発症は仕方がなかったこととして治める』『他の病気と比べるとよかったと思える』『命を守るためには医師に任せるしかない』が生じていた。その結果の行動として『命を預けられる病院探し』がみられた。

『生命に対する漠然とした不安』は、“肝臓”から“生命にかかわる臓器”を連想して生じた不安であり、自覚症状がなく、疾患に関する知識が不十分であることから、自分の身体に起きているという実感を伴わないものであった。「症状がないからピンとこなかったけど、肝臓は昔から肝腎というくらい大切な場所。厄介な病気をもったと思った。」

『病気に関する主体的な情報収集』には、積極的な情報収集と消極的な情報収集があった。前者は、医師に質問する、複数の病院を受診する、本を読む、人の話を聴くな

表3. Ⅲ期：インターフェロン療法終了から肝がん発見までの心理と療養行動

心 理	療 養 行 動
医師を信じておまかせ 経時的に増す肝硬変・肝がん発症の恐怖 治る治療法の開発を期待 不確かさに対する慣れ 肝硬変入院に対する死の恐怖 自分なりに肝臓に負担をかけた原因を考えて後悔 家族に感謝	定期受診の確実な継続 自分なりに決めた肝庇護対策を実施 同病者の観察と情報交換 肝硬変治療に専念

表4. Ⅳ期：肝がん発見以降の心理と療養行動

心 理	療 養 行 動
医師を信じておまかせ ついにがんになってしまった 既に肝硬変になっていたことへの驚き 経時的に増すがん再発・肝硬変悪化の恐怖 根治目的の治療を受けられる安堵感 がんの治療は根気がある 不確かさからの解放感 自分らしく生きたい 自分なりに肝臓に負担をかけた原因を考えて後悔 家族に感謝	入院中はがん治療に専念 家族との暮らしを優先した生活 定期受診の確実な継続 自分なりに決めた肝庇護対策を実施 同病者の観察と情報交換

ど、自分なりに考えられるあらゆる手段を用いて情報収集を行っていた。後者は、受診した病院の医師の説明は聴くが、それ以外の情報は意図的に遮断していた。いずれにしても、診断時と比べ病気に関する知識は増していった。

『発がんに対する漠然とした不安』は、予後に対する思いであり、“がんイコール死”という連想から生じていた。時間的には“将来のこと”として曖昧に捉えていた。この不安は表出されず、意図的にできるだけ考えないようにしていた。「深刻に考えるタイプじゃないけど、がんになった場合を考えると本心怖い。こんな思いは妻にもいえないし、いったところでどうしようもない。それに何十年も先のことだし、考えないようにしていたね。」

『発症は仕方がなかったこととして治める』は、C型肝炎ウイルス発見前に罹患したことを根拠に、発症を現代医学の限界として受け入れていた。「ウイルスが発見される前にうつったのだから、今さら原因を追求しても意味がない。世界中の誰も知らなかったこと。防げたとしたら、納得できないと思うが、そうじゃない。自分の運命と思う。運命には逆らえない。」「今生きているのは輸血のおかげ。医者も家族も善かれと思ってしたこと。その結果、肝炎になったのだから仕方がないしかないようがない。」

『他の病気と比べるとよかったと思える』は、エイズや糖尿病など、他の疾患と共通する特徴を比較して、C型肝炎でよかったと考えていた。「エイズになった訳ではない。エイズだといわれたら、受け入れられなかった。エイズは助からないし、他人に知られたら大変。家族にも迷惑がかかる。輸血や薬でエイズになった人のことを思うと、自分は本当に運がいいと思えた。」

『命を守るためには医師に任せるしかない』は、C型肝炎は医師に依存する以外に命を守る方法はないという主体的な判断であり、“自己管理による疾病コントロールが困難、発がんの可能性が高い”という知識を得る中で生じていた。「自分ではどうしようもない病気だとわかった。自分にできることは、信頼できる先生の治療を受けること。信じて任せる、これだけだ。」「糖尿病みたいに食事を守ればいい病気と違うとわかった。自分のことは自分でしてきたけど、この病気は自分でできないことがない、生きていくために医者におまかせするしかない病気。」「風邪でも何でも病気は先生におまかせだったけど、この病気は今までと違う、本気で命を先生におまかせするしかないと思った。」

『命を預けられる病院探し』は、自分なりにできるかぎりの情報収集を行い、地理的問題などと生活と折り合いをつけながら、命を預けてよいと思える病院を家族と共に探し、最終的に納得して選択していた。

(2) 家族に対する心理として『家族に感謝』があった。

『家族に感謝』とは、診断以降、情緒的・手段的・経済

的にさまざまな形で協力してくれた家族に対する思いであった。

2) II期：インターフェロン療法選択から終了までの病期に抽出されたテーマは、心理7、療養行動3であった(表2)。テーマの内容は、病気の受け止め方、治療に関すること、家族に対することであった。なお、『医師を信じておまかせ』『同病者の観察と情報交換』は、II期以降IV期までのすべての病期で抽出された。

(1) 病気の受け止め方に関する心理は、『医師を信じておまかせ』と、ネガティブな治療結果を知った後に生じた『現実味を帯び始めた発がんの恐怖』であった。

『医師を信じておまかせ』は、I期で、C型肝炎を医師に任せるしかない病気であると理解して、命を預けることができる病院を選択した後に生じた心理であり、C型肝炎に対する基本的な考え方となっていた。「自分で納得して選んだ先生なので、全面的に信じられる。この病気は、医者を信用できなかったら大変。自分の選択は正しかったという思いはずっと変わってない。」

『現実味を帯び始めた発がんの恐怖』は、ひと事ではなく自分の身にいつか起こるという実感を伴う発がんの恐怖であった。「治療結果がはっきりして、将来の可能性もはっきりしたと思った。本当にがんになるかもしれない考えると怖かった。でも何十年か先のことだし、怖いといってもいまひとつ実感はなかった。」

(2) 治療に関する心理は、経時的に3期に分類された。治療開始時の心理は『インターフェロン療法の低い効果に懸ける』であった。治療中の心理は、『何としても治りたい』、『副作用による苦痛と治療中断が心配』であり、行動は『主体的な副作用対策の考案と実施』、『治療を優先しつつ社会生活との両立を図る』『同病者の観察と情報交換』であった。治療終了後は『結果は残念だが予測できたこととして治める』であった。

『インターフェロン療法の低い効果に懸ける』は、発がんの恐怖から逃れるために、唯一の治療法に託した非常に強い決心であり、治療効果が低いことについては、“ゼロではない”または“自分個人にとっては確率1/2”と捉えていた。この決心は、医師から治療効果・副作用・費用などについて説明を受けた後、仕事との関係や経済的負担を考慮し、家族と十分に話し合った上で自ら決定していた。

『何としても治りたい』は、治癒を願う非常に強い祈りであった。治癒は、発がんのリスクをなくして死の恐怖から逃れることを意味していた。なお、この強い祈りはストレートに表出されない傾向があり、治療効果を期待し過ぎてがっかりしないように、また思考が治療効果を挙げることに役立たないという理解から、結果について思考しないように意識していた。「将来を考えると、治る確率が1%

しかないと言われても試す気だった。口には出さなかったけど、治るように祈ってた。治療の効果がなかったらずっと心配事が消えないわけで、だから何としても治りたかった。」「治る確率を考えたら、最初から賭けごとしてるようなもの。期待し過ぎると落ち込みが大きいから、結果を考えないようにしてた。いくら望んだところでなるようにしかならない。それくらい真剣に治りたかったということです。」

『副作用による苦痛と治療中断が心配』は、副作用に関する知識をもっていたため治療開始時からみられた不安であり、心配の内容には、治療中断のリスクとなることと現実的な苦痛に対するものがあつた。「いろいろ副作用があることを知っていた。治ることを思えば大したことではないけど、副作用で治療が続けられないことがあると聞いて、そのことが心配だった。」「うつ病みたいになると聞いてかなり不安だった。それに、熱には弱い方なので、毎日熱が出ると聞いてそのことも気になった。あげく治療を休むことになったら、高いお金だして何しとるか分からん。」

『主体的な副作用対策の考案と実施』は、副作用がもたらす2つの心配に対処する主体的な行動であつた。1つは苦痛緩和であり、1つは治療中断防止であつた。発熱、食欲不振などに対する具体的な対策が語られた。

『治療を優先しつつ社会生活との両立を図る』とは、治療中の過ごし方であり、治療に慣れて自信がついてくると、治療と社会生活を両立する工夫を行っていた。特に仕事を持っている場合は、社会的役割に対する責任の遂行と、家族に経済的に少しでも貢献したいという思いから両立を重視していた。また、気分転換・ストレス解消など精神面の整えにも役立っていた。

『同病者の観察と情報交換』は、入院により同じ病気の人との出会いから生じていた。自分の療養行動の具体的な参考になり、また自分の将来をリアルに擬似体験する極めて効果的な手段となっていた。さらに、精神的な支えとなっていた。「入院して始めて、同じ病気の人に出会った。体験談は重みが違う。生活の参考になったし、自分だけじゃないと思えるようになった。仲間がいるということは本当に心強い。入院してよかったことは仲間ができたこと。」「自分より先の状態の人から話がきけるし、自分でその人を観察できる。本当に悪くなった人の部屋に入っていたこともあるから最後にどうなるかも知っている。だから、自分で今後の計画をたてることができる。先のことは嫌だけど一番知りたいこと、わかるでしょ。医者の説明以上に説得力がある。」

『結果は残念だが予測できたこととして治める』は、ネガティブな治療結果の受容であり、背景には、治療開始時から結果を告げられていたため準備状態が整っていたこ

と、やることはやったという満足、同じ立場の仲間の存在などがあつた。「治療前に治る確率はきいていたから、どこかで覚悟はできていたと思う。やるだけのことはやった結果だから納得するしかないと思った。」「先生の話聞いてやっぱりと思った。すごくショックだったけど、頭では納得してた。」

(3) 家族に対する心理として『家族に感謝』があつた。

3) Ⅲ期：インターフェロン療法終了から肝がん発見までの病期に抽出されたテーマは、心理7、療養行動4であつた(表3)。テーマの内容は、病気の受け止め方、病気と共に生きる生活、肝硬変の入院体験、家族に対することであつた。

なお、『自分なりに肝臓に負担をかけた原因を考えて後悔』『定期受診の確実な継続』『自分なりに決めた肝庇護対策を実施』は、Ⅳ期でも抽出された。

(1) 病気の受け止め方に対する心理として『経時的に増す肝硬変・肝がん発症の恐怖』『治る治療法の開発を期待』『医師を信じておまかせ』があつた。

『経時的に増す肝硬変・肝がん発症の恐怖』とは、経時的に肝がん発症を自分に起こる出来事として捉えるようになり、恐怖が増していた。また、肝がんと同時に肝硬変について語られるようになった。肝硬変は、致命的な病気であり、治療法がないため肝がんよりも恐ろしい病気と捉えており、意識的に考えないようにしていた。「がんになることを考えると怖いから、日頃は考えないようにしていた。でも、本には肝炎から何年後に肝硬変、何年後に肝臓がんと書いてある。自分は病気になって何年かわかるからね。いよいよ近づいてきたと思った。」「普段はあまり考えなかったけど、潜在的にはずっと怖いと思ってたと思う。がんのことだけではなく、肝硬変のことを考えるようになっていた。がんなら早くみつければ治せるけど、肝硬変は治らないからがんより怖い。この病気はただがんになるんじゃないで、その前に肝硬変で肝臓が普通の人よりずっと弱ってるのが怖い。」

『治る治療法の開発を期待』は、肝硬変や肝がん発症の恐怖を解決するための手段として、治癒する治療が開発されることを期待していた。「病気さえ治れば心配はすべてなくなる。ある朝新聞見たら、治る治療法が発見されたという記事が出てるんじゃないかと期待してた。医療の世界ならあり得る話だと思う。」「医療の進歩はすごいことを、肝硬変で入院した時に実感してる。だから、一日長く生きていれば、それだけ治療法が見つかる可能性が増える。とにかく生き続けていれば、それだけいい治療を受けられると思う。」

(2) 病気と共に生きる生活に関する心理として『不確かさに対する慣れ』であり、行動として『定期受診の確実な継

続』『自分なりに決めた肝庇護対策を実施』『同病者の観察と情報交換』を継続していた。

『不確かさに対する慣れ』では、治療や予後などさまざまな不確かさに慣れるという感覚が生じていた。「先生の説明や本からの知識は十分あった。でも、自分の場合どうなっていくのか、確実なことは曖昧だった。普通なら不安になったり苛々すると思うけど、症状がなかったせいかだんだん気にならなくなった。そういう状況に慣れてきたんだと思う。」「治らないということだけは確実だけど、他はすべて曖昧で不安だった。でもどうしようもないことだし、考えないようにした。ストレスになるだけで、肝臓にだってよくない。そのうちに、慣れてきたというか、そんなに気にならなくなった。」「何とか自分で肝臓にいいこととしたかった。どんな食べ物がいいのか教えてもらえるかと思ったのに、これを食べればいいというものはないからといわれ、がっかりしたことを覚えている。でも、そのうちに難しくて出来ないような制限がなくてよかったという気にもなった。糖尿病とかで苦労しとる人知ってるからね。」

『定期受診の確実な継続』は、病院を決めた時点から容易に習慣化されていた。習慣化されやすかった理由として、次の3点が語られた。①発がんの可能性に対する恐怖から病気の悪化予防・早期発見に必要という動機づけが高かった、②受診によって大丈夫という保証を得ることで生活の仕方に自信がもてた、③病院選択時に地域性を考慮していたことと通院頻度が少ないことで通院による生活への影響が少なかった。

『自分なりに決めた肝庇護対策を実施』とは、医師の説明と本などからの知識を統合して考案した肝庇護の実施であった。生活習慣を大きく変えるものではなく、継続する自信をもって実施していた。具体的には、飲酒量の制限、肝臓にいい食事の工夫、疲労対策、家計に影響しない範囲の民間療法などであり、その内容は適宜自ら評価して変更していた。「休日はできるだけんびり過ごすとか、家の中の力仕事は息子に任せるようになった。特に変えたわけでもないけど、肝臓にいいこととしてという意識をもてたし、実際疲れを感じずに生活した。」

(3) 肝硬変の入院体験に対する心理は『肝硬変入院に対する死の恐怖』と『自分なりに肝臓に負担をかけた原因を考えて後悔』であり、行動は『肝硬変治療に専念』であった。

『肝硬変入院に対する死の恐怖』は、入院が必要な肝硬変であることを知った時に生じた非常に強い恐怖であった。「7年前、先生から肝硬変と言われた時はショックで不眠症になった。その後がんといわれた時よりショックは大きかった。」「先生にはなんでも言って欲しいと頼んでいた。何をきいても驚かない覚悟はできていると思っていたけど、肝硬変と言われた時だけはショックで頭が真っ白

になった。」「14年前、先生から肝硬変のような状態だから入院しましょうと言われた時は、泣き明かした。10ある命だったら自分は1だと思った。二度と病院から出られないと思った。」

『自分なりに肝臓に負担をかけた原因を考えて後悔』は、自己管理による疾病コントロールは困難な病気と考えているにもかかわらず、原因を生活の中に見い出そうとしていた。つまり、自己流の肝庇護方法を振り返って自分なりに問題点を明らかにして、一人で後悔していた。「肝臓のために1年間は禁酒した。先生は控えた方がよいといっただけだったので、少なからしいと思って2合くらい飲むようになった。それが駄目だったと思う。」

(4) 家族に対する心理として『家族に感謝』があった。

4) IV期：肝がん発見以降の病期に抽出されたテーマは、心理10、療養行動5であった(表4)。テーマの内容は、病気の受け止め方、がん治療、生活、家族に対することであった。

(1) 病気の受け止め方に関する心理として、初回の発がんを知った時は『ついにがんになってしまった』と『既に肝硬変になっていたことへの驚き』であり、初回治療終了以降は『経時的に増すがん再発・肝硬変悪化の恐怖』であった。他に、『医師を信じておまかせ』の心理が継続してみられた。

『ついにがんになってしまった』と『既に肝硬変になっていたことへの驚き』は、発がんを知った最初の思いであった。肝硬変であることを知らなかった場合は2つの思いが同時に語られた。一方、知っていた場合は『ついにがんになってしまった』のみであった。「とうとうきたと思った。それがいつもの受診のつもりでいたら、先生から影があるから入院しましょうといわれた。まさか肝硬変になっているとは思っていなかったから、急に影があると言われてしばらく眠れなかった。肝硬変のことは、怖くて先生に確認はしていないけど、影があるってことはその前に肝硬変になってるってこと。」「しこりができたので治療しましょうといわれた時、ついにあったかと思った。でも、肝硬変と言われた時のことを思うと、今回はそれほどショックを受けなかった。どこかで心づもりができていたんだと思う。」

『経時的に増すがん再発・肝硬変悪化の恐怖』は、恐怖の程度であり、がんの初発の者と比べて再発体験者の方が、体験を基に再発の恐怖を強く感じていた。さらに再発体験者間では、再発までの期間や回数により恐怖の程度に違いがみられた。再発を体験していない場合は、「思ったより治療は辛かったけど、何とかつづけた。先生にはまた影が出たら大きくならないうちに治療するといわれた。どうせまた出てくるんだろうけど、考えたくない。」、再発を

体験している場合は、「再発の可能性があることは知っていたけど、1年はあると思っていた。それが半年でまた出てきた。今回は3カ月。思ったよりずっと早い。治しても治しても、次々と出てくる。1個ずつじゃなくて、今回は4個ある。もぐらたたきと同じ。ぼこぼこ出てきて、たたいてもたたいても追い付かない。これじゃ、肝臓に負担がかかって肝硬変の方が進んでしまう。」

(2) がん治療に対する心理として、『根治目的の治療を受けられる安堵感』と『がんの治療は根気がいる』であり、行動として『入院中はがん治療に専念』していた。

『根治目的の治療を受けられる安堵感』は、治癒を確信できる治療を受けることに対する思いであった。治癒を確信する背景として、他のがんと比較して早期発見であることを挙げていた。「がんは早期発見さえすれば治る時代。最初からがんを疑ってずっと調べてきたのだから、確実に早期発見できる。肝炎のおかげで、普通では発見されない位小さい段階で発見されたし、何といっても治療法があるから心配ない。」「がんにはいろんな種類がある。見つかった時は手後れという質の悪いものもあるけど、肝炎からなるがんは、早期発見だし、治療法があって治すことができる。死に病ではない。」「今度は治すための治療を受けられると思うと、目的がはっきりしていて嬉しかった。それに、インターフェロンの時は、確率が低かったけど、早期発見のがんは治る。」

『がんの治療は根気がいる』は、がん治療は予想以上に辛いものであり、また再発を繰り返すことから、根気がいると感じていた。「治療を受ければ治してもらえと思っていたが、そんなものじゃなかった。根気との戦い。あきらめて放置すればしばらくはのんびりと暮らせる。その方がずっと楽だと思う。でもあきらめきれないから治療を受けている。」「このがんは、見つけて治すしかない。治してくれるのは先生だけど、辛抱強く取り組む覚悟がいる。ひたすら根気よく繰り返す。覚悟がないととても続かない。」

(3) 生活に関する心理として『不確かさからの開放感』『自分らしく生きたい』という思いがあり、行動として『家族との暮らしを優先した生活』を送っていた。他に『自分なりに肝臓に負担をかけた原因を考えて後悔』があり、行動として『定期受診の確実な継続』『自分なりに決めた肝庇護対策を実施』『同病者の観察と情報交換』を継続していた。

『不確かさからの開放感』は、初回のがん発見時にみられた思いであった。診断後10年以上に及ぶ期間中抱いていた“いつかがんになるかもしれないという不確かさ”が、どんな結果であろうと1つの結末を迎えたことに対して“解放感”を感じていた。同時に、“明らかな方法がない

まま肝がん予防を継続するという不確かさからも解放”されていた。「いつまでもいつかいつかと思っているのも辛かった。とうとうなくなってしまったんだけど、それでも1つの決着がついたことに、ほっとしたというか、そんなような気持ちもあった。」「がんはもちろん怖いけど、いつかなるという覚悟はできてたし、曖昧さがなくなった分、すっきりしている。覚悟してるといっても、十年以上いつかくるいつかくるという思いが続くのは、正直しんどかった。」

『自分らしく生きたい』は、発がんを病期の大きな区切りと捉え、これまでの治療過程を振り返り、今後の人生を病気と年齢を考慮して時間的に区切り、自分らしく生きたいと考えていた。自分らしい生き方とは、診断以降ずっと支えてくれた家族との暮らしを優先した生活を送ることであった。「とうとうがんになってしまった。治療費や民間療法でお金も随分使った。来年はちょうど退職。これからは妻と余暇を楽しみたい。病気と仕事だけの人生なんてむなし。10年は今の状態で過ごせると思って、10年単位の計画をたてている。まず、この治療が終わったら妻と旅行に行く。」「がんとわかってから、本気で人生を考えるようになった。この病気の最後は病院で寝たきりになる。自分にとって寝たきりは生きていることにならない。最後の入院までは、ずっと協力してくれた家族の役に立ちたいと思ってる。大袈裟なことじゃなくて普段通りの生活を続けて、家族との時間を大切にしている。」

(4) 家族に対する心理として『家族に感謝』があった。

VI. 考 察

今回、C型肝炎患者の長期的な経過に注目し、C型肝炎由来のがん患者に面接を行った。1990年以降、患者の体験世界を明らかにする看護研究が増えており、種類、ステージ、年齢の異なるがん患者の体験世界に関する研究¹³⁻¹⁹⁾がみられる。しかし、C型肝炎由来のがん患者は慢性肝炎の予後としてのがんであり、他のがんとは異なると考えた。本研究の特徴は診断から現在までを自由に語ってもらうことで、患者の捉えている病期を明らかにし、各病期に患者が辿った心理および療養行動のテーマを抽出したことである。この結果は患者の長期的な経過に応じたニーズを予測する手がかりとなり、患者からみた病期別ニーズにそった看護介入を確立する上で有用な資料となると考える。

患者の語りからみえてきた病期は、Ⅰ期：診断から病院選択まで、Ⅱ期：インターフェロン療法開始から終了まで、Ⅲ期：インターフェロン療法終了から肝がん発見まで、Ⅳ期：肝がん発見以降の4場面であった。これらは経時的な順序をもっており、概ね慢性肝炎、肝硬変、肝がんという病気の進行に沿っていた。すべての病期を通して

みられた心理は『発がんに対する不安』であり、発がんに対する不安の内容は時期によって変化していた。Ⅱ期以降では『医師を信じておまかせ』が抽出された。『医師を信じておまかせ』は、Ⅰ期にC型肝炎とは命に関わる病気であり、命を守るには医師にまかせるしかないという結論に達して命を預けられる病院を主体的に決定した上で生じた心理であった。“おまかせ”は受け身ではなく、主体的なものであり、かつ生きるという希望を託した切実なものであった。療養行動としては、定期受診・患者間の情報交換を行いながら、自分なりに決めた肝庇護対策を継続しており、症状の悪化した時には、自分一人で原因を生活の中に見い出して後悔する傾向がみられた。また、インターフェロン療法や、肝硬変および肝がんの治療で入院中は苦しい治療に専念していた。今回の結果から、看護師に関する語りはなかったが、患者のニーズと考えられる『発がんに対する不安』と『自分なりに決めた肝庇護対策を実施』について看護介入の可能性を考察し、実践をとおして患者の生活を支える一助としたい。

1. 予後に対する不安について

C型肝炎患者は診断後に予後に関する知識をもち、その結果Ⅰ期からⅣ期の全プロセスを通して『発がんに対する不安』をもっていたことを語った。しかし、この不安は表出されることはなく、思考しないように回避することで対処している傾向がみられた。その理由は、思考して止められることではない、将来のことを思考しても仕方がないなど、思考によるメリットを見出せないだけでなく、怖くなるだけというデメリットが表出された。患者は、がんを絶対に起きてほしくないがいつかは起こるものと捉えていると考えられる。回避は、Lazarus²⁰⁾の情動型コーピングの1つであるが、長期にわたり解決されないにもかかわらず同じコーピングを用いることは問題である。Garlant²¹⁾の成人の防衛機制の段階では、“いつか起こることとしてあらかじめ受け入れる”は「予期」に含まれると考えられるが、避けられないことへの準備・計画はなされていなかった。また、“しかたのないことや恐ろしいことを思考しない”は「抑圧」とも考えられる。防衛機制は、一時的に脅威に対する苦痛や不快を緩和するという点で有効であるが、その状態が長引き、真の脅威に立ち向かう努力・行動が妨げられる場合は問題であるといわれている。C型肝炎患者にとって予後に対する不安が解消されることはないと思われるが、10年以上に渡り十分な対処がされない状態が継続していることは健康的とはいえない。まず不安を表出して具体的な問題を明らかにすること、次いで、ともに考える、適宜情報を提供するなど看護介入の必要性が示唆された。その際、Ⅰ期Ⅱ期の漠然とした発がんに対する不安

と、Ⅲ期以降の肝硬変に対する不安や再発に対する不安など、不安の対象が明確な場合に大別されることから、不安の内容は病期によって変化することを考慮して関わるのが重要と考える。

2. 療養行動について

Ⅲ期以降の行動面では『定期受診の確実な継続』と、医師の説明や患者からの情報から『自分なりに決めた肝庇護対策を実施』しており、主体的にセルフケア行動をとっていることが明らかになった。その背景として、『発がんに対する不安』を軽減したいという動機づけが高いことが考えられる。糖尿病患者の予後の捉え方と自己管理行動の関係について、合併症を気にしていない者が20%以上であるという報告^{22, 23)}や、血糖コントロールがよい群では合併症の脅威を認識しており自己管理行動がとれるという報告²⁴⁾がある。C型肝炎患者にあてはめると、合併症の脅威の認識は極めて高く、このことは自己管理行動をとる上での強みとなると考えられる。ただし、そのためには有効なC型肝炎患者教育の確立が前提である。今回の調査から明らかにされた療養行動についての評価の特徴は、肝硬変や肝がんの発症を知った時点で『自分なりに肝臓に負担をかけた原因を考えて後悔』であった。つまり、悪化した時に評価し、その原因を自らの責任と捉える傾向がみられたが、科学的な根拠は語られなかった。また、Ⅲ期の心理面として『不確かさに対する慣れ』があり、療養行動の曖昧さを感じていたことから、『定期受診の確実な継続』と『自分なりに決めた肝庇護対策を実施』に対する自己効力²⁵⁾は低かったのではないかと予測される。今回の結果から、C型肝炎患者は自己効力を伴う療養行動とその評価に関する知識を求めていることが示唆された。C型肝炎患者に対する介入研究は、インターフェロン療法中に限定⁴⁻⁷⁾されていたが、治療に至らないことも多く、その後の長い生活を支えることは極めて重要である。糖尿病など治療として求められる日常生活行動が明らかな場合は、食事療法など療法としての項目やアウトカムは明確である。身体面のみでなく精神面や社会面を考慮し、患者のセルフケア能力を生かして主体的に疾病のコントロールが図れるような患者教育に関する研究が行われている²⁶⁻²⁸⁾。C型肝炎患者に対して、個人の肝機能状態と生活習慣を考慮して、炎症をコントロールして肝臓の残された機能の維持・強化を目指す具体的な生活をともに考え、評価していく介入の開発が急務である。

本研究の限界は、10年以上の長期間に渡る心理面・行動面全般をレトロスペクティブな方法で把握したことで、現在の状態への関心が強く、過去の語りが現在の影響を受

けている可能性を否定できない。また、今回の対象は1施設に限られており、C型肝炎ウイルス抗体スクリーニングが可能となる以前に診断を受けていたこと、検診をきっかけに受診して診断されたこと、インターフェロン療法を受けた経験があること、定期受診を継続していること、面接の協力を得られたことなどの共通点がみられた。したがって、今回の結果はこの特徴を有するものに限られる。

V. 結 論

C型肝炎患者の長期的な予後に注目し、C型肝炎由来のがん患者19名の語りを通して、肝炎発症から現在までに体験した心理と療養行動を明らかにした。肝炎発症から現在までは、①診断から病院選択まで、②インターフェロン療法選択から終了まで、③インターフェロン療法終了から肝がん発見まで、④肝がん発見以降の4つの病期に分けて語られた。すべての病期に共通した病気に対する基本姿勢

は、医師を信頼しておまかせであり、行動として、定期受診の確実な継続と、自分なりに決めた肝庇護対策を継続していた。また患者間で情報交換を行い、家族の支えも得られていた。しかし、診断時から内容を変えながら、予後である発がんや肝硬変に対する不安と自己管理方法の曖昧さに対する問題を抱えていた。以上から、各期の状態に沿った教育と不安に対する支援に関して看護介入の必要性が示唆された。

謝 辞

本研究にご協力いただき貴重な情報を提供してくださった皆様に深く感謝いたします。

なお、本研究は、科学研究費補助金（奨励研究(A)）課題番号1077138の助成を得て実施した研究の一部であることを記します。また、この一部は第23回日本看護科学学会（三重）で発表しました。

要 旨

C型肝炎患者の長期的な予後に注目し、C型肝炎由来のがん患者19名の語りを通して、肝炎診断から現在までに体験した心理と療養行動を明らかにした。患者の語りは、①診断から病院選択まで、②インターフェロン療法選択から終了まで、③インターフェロン療法終了から肝がん発見まで、④肝がん発見以降の4期に大別された。各期毎に心理と療養行動に関連した文章を抽出し、類似性に基づいて分類した。各病期に共通した心理は、医師を信頼しておまかせであり、行動として、定期受診の確実な継続、同病者との情報交換、自分なりに決めた肝庇護対策を継続、入院時は治療に専念するという主体的に病気とともに生きる姿が明らかにされた。しかし、診断時から内容を変えながら予後である肝がんや肝硬変に対する不安と自己管理方法の曖昧さに対する問題を抱えていた。以上から、各期の状態に沿った教育と不安に対する支援に関して看護介入の必要性が示唆された。

Abstract

This study was undertaken to investigate the psychology and behavioral characteristics of patients with hepatitis C during the period from diagnosis to the present. From the data collected by interviews, sentences expressing changes in the liver condition or important transition of disease were extracted and compared, to identify 4 phases of disease. These phases approximately corresponded to the course of the patients' liver disease, beginning with chronic hepatitis and advancing into liver cirrhosis and eventually into liver cancer. Then, sentences related to the psychology and postures to treatment of patients in each disease phase were extracted, and sentences were grouped into categories by their meaning. The patients continued exchanging information with other patients, while receiving treatment from physicians they relied on. After diagnosis, the patients continued to have anxiety or concerns about cancer and ambiguous aspects of self-control methods. The nature and severity of these concerns varied among different phases of the disease. These needs of patients should be dealt with as issues of nursing. They suggest the necessity of nursing intervention through providing education and support to patients, tailored to each phase of the disease.

引用文献

- 1) 林 紀夫：C型肝炎, 医学書院, 107-1, 1996.
- 2) 矢野右人：肝炎診療のポイントとピットホール, 日本メディカルセンター, 21-23, 1996.
- 3) 小林健一：しのびよる肝臓病・脾臓病, 北国新聞社出版局, 66-73, 1996.
- 4) 笹賀美代子, 大平澄子, 他：インターフェロン療法中の慢性肝炎患者へのアプローチ, 通信医学, 54(5), 337-342, 2002.
- 5) 土田悦子, 角美和子, 他：C型慢性患者にインターフェロンと漢方剤を併用した治療後の生活の質に関する研究, 日本看護学会論文集32回成人看護Ⅱ号, 336-338, 2001.
- 6) 白澤佐和子, 横山笑美子, 他：C型慢性患者に対するインターフェロン療法における注射後の発熱と解熱剤の使用法についての検討, 臨床看護研究の進歩, 4, 58-64, 1992.

- 7) 中西純子：C型肝炎でインターフェロン療法に取り組む患者のストレス・コーピング，看護技術，39(8)，62-68，1993.
- 8) 渡辺節子，臼井雅美：感染予防対策の厳守状況 HBV・HCV陽性患者のケア時の手袋使用について，エキスパートナース，18(11)，128-131，2002.
- 9) 橋口誠一，中原貴子，他：針刺事故防止対策についての検討，臨床透析，16(4)，703-706，2000.
- 10) 山中泰子，叶谷由佳，佐藤千史：C型慢性肝炎患者のライフスタイルと肝機能の関連，23(2)，32-39，2003.
- 11) 雲かおり，太湯好子：肝臓がん患者の苦難の体験とその意味づけに関する研究，川崎医療福祉学会誌，12(1)，91-101，2002.
- 12) 松井沙苗，芦立芳子，他：肝臓がんに対し低侵襲的治療を繰り返す患者の心理，臨床看護研究，10(1)，12-19，2003.
- 13) O'Connor, AP., Wicker, CA. et al.: Understanding the Cancer Patient's Search for Meaning, Cancer Nurse, 13(3), 167-175, 1990.
- 14) Carter, BJ.: Long-term Survivor of breast cancer: A Qualitative Descriptive Study, Cancer Nurse, 16(5), 354-361, 1993.
- 15) Rozmovits, L. Ziebland, S.: Expressions of loss of adulthood in the narratives of people with colorectal cancer, Qualitative Health Research, 14(2), 187-203, 2004.
- 16) Salander, P.: Bad news from the patient's perspective: an analysis of the written narratives of newly diagnosed cancer patients, Social Science & Medicine, 55(5), 721-32, 2002.
- 17) Gibbs, RW Jr., Franks, H.: Embodied metaphor in women's narratives about their experiences with cancer, Health Communication, 14(2), 139-65, 2002.
- 18) 今泉郷子，遠藤恵美子：入退院を繰り返しながら化学療法を受ける胃がん患者の遭遇する問題を乗り越える体験としてのプロセス，日本がん看護学会誌，13(1)，53-64，1999.
- 19) 水野道代：長期療養を続ける造血器がん患者が希望を維持するプロセス，日本がん看護学会誌17(1)，15-24，2003.
- 20) Lazarus, A., Folkman, S.: Stress, Appraisal and Coping, New York, Springer Publishing Company Inc, 1984.
- 21) Garland, LM., Bush, CT.: Coping Behaviors and Nursing, Reston Publishing Co, 1982.
- 22) Polonsky, H., Anderson, BJ. et al.: Assessment of diabetes-related distress. Diabetes Care, 18(8), 754-760, 1995.
- 23) 柳沢節子：青年期の糖尿病患者における合併症の捉え方について，信州大学医療短期大学部紀要，24，39-47，1998.
- 24) 近藤香好子，足立はるゑ，他：糖尿病患者の自己管理状態と自己効力感，ストレスとの関連，日本看護研究学会，22(3)，218，1991.
- 25) 本明 寛，野口京子．監訳：激動社会の中の自己効力，金子書房，1997.
- 26) 佐藤栄子：“成人糖尿病患者に関する看護研究の現状”，臨床看護研究の進歩，7，10-21，1995.
- 27) 岡田房子，他：“過去10年間の成人糖尿病の看護に関する研究動向”，日本看護研究学会雑誌，18(4)，102-103，1995.
- 28) 林 啓子，他：“1990年代の日本国内における糖尿病教育・看護関連の研究の動向”，日本糖尿病教育・看護学雑誌，2(特別号)，74，1998.

〔平成16年7月5日受 付〕
〔平成17年2月1日採用決定〕

人工股関節全置換術を受けた患者の環境移行に関する研究

Study on Environmental Transition of Patients who Underwent total hip Arthroplasty

佐藤 政枝¹⁾ 川口 孝泰²⁾ 嶋田 寿子³⁾
Masae Satoh Takayasu Kawaguchi Toshiko Shimada

谷 和子³⁾ 中山 昌美³⁾
Kazuko Tani Masami Nakayama

キーワード：人工股関節，環境移行，生活様式，居住環境，実態調査
total hip arthroplasty, environmental transition, life style, living environment, actual condition survey

I. はじめに

人工股関節全置換術（Total hip arthroplasty : THA）を受けた患者にとって、生涯にわたり脱臼や再手術の危険がなく、安全で安楽に日常生活を営むことは、QOLに関わる重要な課題である。またこれらは、援助を行う看護専門職にとっても共通の目的となる。しかし、その支援体制は未だ整ってはならず、在宅の療養環境の調整についてはとくに、患者個々のセルフケア能力に委ねられているのが現状である。

療養の場が病院から在宅へと移行・拡大する社会的な背景を受けて、建築計画や理学療法領域で療養環境に関する研究^{1), 2)}が数多く報告されている。その一方でTHA後患者を対象とした研究では、手術後の回復過程や満足度^{3), 4), 5)}、術後脱臼の症例報告⁶⁾等が主であり、患者の生活様式や居住環境の調整に関するものはまだ数が少ない。しかし、人工関節の耐久性の問題が患者のQOLに深く関わることを考えれば、脱臼予防の視点からTHA後患者の生活実態を捉えた上で、必要な援助体制を整えることが急務である。

筆者らが行った健常者を対象とした住生活の実態調査⁷⁾では、日本人の日常的な生活姿勢の約6割が、THA後の脱臼を誘発する姿勢に該当した。これらの多くは、床・畳に「直接座る」、あるいは「直接ものを置く」といった、日本の住文化様式に深く起因するもの⁷⁾であった。また、このことは、主に欧米人に合わせて開発された人工股関節の構造が、床座を多用する日本人の生活様式に適さない⁸⁾との指摘と相違のないものであった。

以上のような背景から、本研究はTHA後患者の環境移行に伴う看護援助への指針を得ることを目的とした。ま

ず、アンケート調査により日本文化におけるTHA後患者の住生活実態を把握し、次に訪問調査によって個々の具体的な環境移行の事例を分析することで、THA後患者に必要な看護援助の課題について、日本の文化的な背景を踏まえた検討を行った。

II. 研究方法

1. 一次調査（アンケート調査）

1) 対象および方法

調査対象は、A病院でTHAを受け、同病院で開催されたTHA後患者を対象とした勉強会に参加した外来患者265名であり、調査日は2001年6月30日であった。調査方法は、勉強会の参加者全員に調査用紙を配布し、記入の有無に関わらず、全員に回収箱への投函を依頼する集合調査とした。

2) 調査内容

調査内容は、THA後の住生活の実態を把握する目的で、以下の項目について、選択・記入式のアンケート調査を行った。

- (1) 個人属性：年齢、性別、職業、疾患、手術後年数、家族構成など
- (2) 居住環境：住居の形態、居住年数、改造・工夫（改造の有無、改造場所、道具・家具の購入の有無、道具・家具の設置場所・使用方法など）
- (3) 生活様式：基本的な生活場面での生活姿勢および使用する道具

3) 分析方法

分析は、全体の単純集計、クロス集計を行った後に、住居の改造・工夫と生活様式、手術後年数と生活様式、それ

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

2) 筑波大学大学院人間総合科学研究科 University of Tsukuba Graduate School of Comprehensive Human Sciences

3) 大阪厚生年金病院 Osaka Kosei-nenkin Hospital

ぞれの関係について X^2 検定を行った。生活様式の評価基準については、後方進入路によるTHA後の後方脱臼の要因となる股関節の過屈曲(90°以上)^{9),10)}を誘発するものとして、生活場面毎に下記のように設定した。なお、椅子座の場合には、食卓椅子の座面の高さ(約350~400mm)を基準に、「高い椅子座」と「低い椅子座」に分類した。そのため今回の調査では、対象者個々の身体的な条件(身長や座高等)の差については考慮していない。

分析には、統計解析ソフトSPSSを用い、統計的有意水準は $p<0.05$ とした。

(1) 食事場面：

- a. 脱臼の危険性が低い：椅子座(高)/高い椅子(350~400mm以上；食卓椅子等)
- b. 脱臼の危険性が高い：椅子座(低)/低い椅子(350mm以下；ソファ等)

(2) 排泄場面：

- a. 脱臼の危険性が低い：椅子座/洋式便器
- b. 脱臼の危険性が高い：蹲踞/和式便器

(3) 入浴場面：

- a. 脱臼の危険性が低い：椅子座(高)/高い椅子(350mm以上；介護用椅子等)、浴槽の縁(400~650mm)、立位
- b. 脱臼の危険性が高い：椅子座(低)/低い椅子(150mm；通常の浴用椅子)、床座/道具なし(0mm；浴室洗い場)

(4) 就寝場面：「寝具の様式」

- a. 脱臼の危険性が低い：臥位/ベッド
- b. 脱臼の危険性が高い：臥位/布団(床・畳上で使用)

(5) 休息場面：座面の高さ

- a. 脱臼の危険性が低い：椅子座(高)/高い椅子(350~400mm以上；食卓椅子等)
- b. 脱臼の危険性が高い：椅子座(低)/低い椅子(350mm以下；ソファ等)

2. 二次調査(訪問調査)

1) 対象および方法

アンケート調査の協力者の中から、研究協力の同意が得られた患者12名を対象に、自宅への訪問調査を行った。調査期間は、2001年10月~11月であった。

2) 調査内容

(1) 聞き取り(半構成的面接)：

患者個々の個人属性、居住環境、生活様式、生活動作等を把握するために、以下の内容について半構成的な聞き取りを行った。

- ① 個人属性：年齢、性別、職業、疾患、手術後年数、家族構成など

- ② 居住環境：住居の形態、居住年数、間取り、改造の有無、道具購入の有無など

- ③ 生活様式：VTR撮影した生活場面での生活姿勢および使用する道具

- ④ 生活動作：VTR撮影した生活場面での動作方法

(2) VTR撮影：

患者個々の日常的な生活場面での生活動作と、それらに関連する居住環境を把握するためにVTR撮影を行った。なお、患者個々で異なる撮影条件を一定に近づけるために、撮影するカメラの位置は地上より約1.5mの高さ、被写体から1~2mの距離に統一した。撮影場面の内訳は、先行研究^{9),11)}を参考に、室内での日常的な生活場面であり、脱臼の危険性が高い生活動作を含むことを前提に以下のように設定した。

- ① 食事
- ② 排泄
- ③ 入浴(身体を洗う、洗髪する、浴槽につかる、浴槽の出入り)
- ④ 更衣(ズボンをはく、靴下をはく、靴をはく)
- ⑤ 休息(テレビを観る、新聞・雑誌を読む、電話をする)
- ⑥ 身支度(化粧・整髪をする、洗面をする、足趾の爪を切る)
- ⑦ 拾う(立位・椅座位で床のものを拾う)

3) 分析方法

聞き取り内容と生活場面のVTR画像をもとに、手術の前後で、a)住居内の物的環境の調整・工夫、b)生活動作の変更・工夫、それぞれの視点から、患者個々の訪問時点での環境移行の状態を分析し、「生活様式の変容」事例を抽出した。

4) THA後患者における環境移行とは

本研究では、環境移行(environmental transition)¹²⁾の中でもとくに、病気や障害によって、安定していた人間-環境システムの均衡が破れ、新たな秩序を獲得するための再構築の過程¹³⁾において、専門的な看護援助を必要とする対象を、危機的な移行(critical transition)の状態¹²⁾として捉えている。

THA後患者は手術を契機に、これまで慣れ親しんだ生活様式を脱臼の危険性が低いものに変容する必要があることから、環境移行の状態として捉えることができる。

Ⅲ. 倫理的配慮

研究に伴う倫理的な配慮については、兵庫県立看護大学研究倫理委員会の審査・承認を受けた後に、文書と口頭による研究協力者への説明を十分に行い、本人(必要時には家族)の同意を得た上で調査を行った。なお、アンケート

調査では、対象者の匿名性を守り、協力者と非協力者の特定を避けるために同意書は用いず、研究協力ができない場合でも、未記入のままで回収箱に投函してもらうこととした。

IV. 結 果

1. アンケート調査

調査用紙を配布した265名から、白紙または記入の欠損が著しいものを除いた有効回答数は243名であり、有効回答率は91.7%であった。

1) 個人属性について

対象者の年齢構成は、「60/70歳代」が58%と最も多く、次いで「40/50歳代」38%、「80歳以上」3%、「30歳代」1%であった。男女別では、「女性」が90%を占めた。職業については、「無職・主婦」78%が最も多く、有職者は22%であった。疾患別では、85%以上が「変形性股関節症」、10%前後が「大腿骨頭壊死症」であった。手術後の経過年数は、平均2.6年（レンジ1ヶ月～13年）で、「1年～3年未満」44%が最も多く、次いで「1年未満」28%、「3年以上」28%であった。両側の手術を受けたものは22%であった。

2) 住居内の物理的環境について

手術をきっかけに住居の改造・工夫を行った「改造・工夫あり」群は、約半数の49%であった。改造場所は、主に

「トイレ」83%、「風呂」77%、「玄関」47%であった。それらの主要な内訳は、「手すりの取り付け」や「腰掛け台の設置」などであり、比較的安価で簡単に行えるものが大半を占めた。また、「改造・工夫なし」群の改造・工夫をしなかった理由については、「改造の必要性がなかった」26.7%が最も多く、「すでに改造・工夫していた」8.6%という意見もきかれた。また少数ではあるが、「借家であり改造できなかった」2.5%、「経済的に困難であった」0.8%などの物理的・経済的な問題や、「改造を思いつかなかった」3.7%などの知識不足を指摘する意見もきかれた。

3) 住居内での生活様式について

(1) 住居の改造・工夫と生活様式との関係について

有効回答243のうち欠損値のあるものを除いた240名を、住居の「改造・工夫あり」(n=118)、「改造・工夫なし」(n=122)の2群に分け、各群と生活様式との関係についてX²検定を行った。その結果、「入浴場面（身体を洗う）」(p<0.02)、「就寝場面」(p<0.05)で、有意差がみられた（表1）。

「入浴場面（身体を洗う）」では、「改造・工夫あり」群で「高い椅子座」72%が多く使用される一方で、「低い椅子座」16.8%、「床座」2.4%は少数であった。その反面、「改造・工夫なし」群では、「高い椅子座」は55%にとどまり、「低い椅子座」22.9%や「床座」9.2%が高くなる傾向を示した（表1、図1a）。「入浴場面（身体を洗う）」では、「改

表1 生活様式と住居の改造・工夫の関係

(n = 240)				
生活場面	生活様式/姿勢	改造あり n = 118	改造なし n = 122	検 定
食 事	椅子座（高）	98 (83.1)	100 (82.0)	NS p = 0.992
	椅子座（低）	1 (0.8)	1 (0.8)	
	床 座	19 (16.1)	19 (15.9)	
	その他	0 (0.0)	2 (1.6)	
排 泄	洋式トイレ	116 (98.4)	116 (95.1)	NS p = 0.231
	和式トイレ	1 (0.8)	5 (4.1)	
	未記入	1 (0.8)	1 (0.8)	
休 息 (新聞を読む)	椅子座（高）	63 (53.4)	59 (48.4)	NS p = 0.729
	椅子座（低）	24 (20.3)	29 (23.8)	
	床 座	28 (27.3)	30 (24.6)	
	その他	3 (2.5)	4 (3.3)	
休 息 (テレビを観る)	椅子座（高）	56 (47.5)	39 (32.0)	NS p = 0.057
	椅子座（低）	31 (26.3)	38 (31.1)	
	床 座	30 (25.4)	42 (34.4)	
	その他	1 (0.8)	3 (2.5)	
入 浴 (身体を洗う)	椅子座（高）	84 (71.2)	63 (51.6)	** p = 0.011
	椅子座（低）・床座	24 (20.3)	41 (33.6)	
	立 位	8 (6.8)	14 (11.5)	
	その他	2 (1.7)	4 (3.3)	
就 寝	ベッド	99 (83.9)	88 (72.1)	* p = 0.029
	布 団	18 (15.3)	34 (27.9)	
	未記入	1 (0.8)	0 (0.0)	
X ² 検定 * p<0.05, ** p<0.02, NS : not significant				人数 (%)

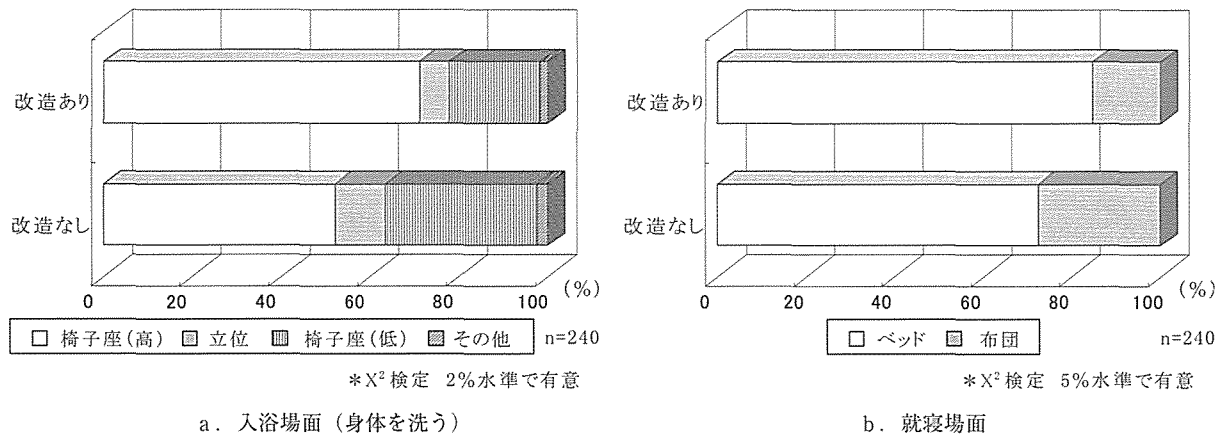


図1 住居の改造・工夫の有無による生活様式の比較

造・工夫あり」群で脱臼の危険性が低い生活様式が有意にみられた ($p < 0.02$) (表1)。

「就寝場面」では、「改造・工夫あり」群で「ベッド」84.9%、「布団」15.1%に対して、「改造・工夫なし」では「ベッド」72.4%、「布団」27.6%と、「改造・工夫あり」群で脱臼の危険性が低い生活様式が有意にみられた ($p < 0.05$) (表1、図1 b)。

(2) 手術後年数と生活様式との関係について

有効回答243のうち欠損値のあるものを除いた235名を、手術後の経過年数「1年未満」($n = 66$)、「1～3年未満」($n = 105$)、「3年以上」($n = 64$)の3群に分け、生活様式

との関係についてX²検定を行った。その結果、有意な差がみられたのは、「入浴場面 (身体を洗う)」($p < 0.01$)と「就寝場面」($p < 0.001$)であった (表2)。

「入浴場面 (身体を洗う)」では、「1年未満」群で「高い椅子座」が70.7%と圧倒的に多く、「低い椅子座」2.3%、「床座」4.0%が少数であった。その反面、「3年以上」群では、「高い椅子座」43.3%と、「低い椅子座」35.8%に大きな差はみられなかった。また、脱臼の危険性が高い「床座」では、「1年未満」4%、「1～3年未満」6.3%、「3年以上」7.5%と、年数の経過とともに徐々に増加する傾向がみられた (表2、図2 a)。「入浴場面 (身体を洗う)」

表2 生活様式と手術後年数の関係

		(n = 235)			検 定
生活場面	生活様式／姿勢	1年未満 n = 66	1～3年 n = 105	3年以上 n = 64	
食 事	椅子座 (高)	60 (90.9)	85 (81.0)	48 (75.0)	NS p = 0.270
	椅子座 (低)	0 (0.0)	1 (1.0)	1 (1.6)	
	床 座	6 (9.1)	16 (15.2)	15 (23.4)	
	その他	0 (0.0)	3 (2.9)	0 (0.0)	
排 泄	洋式トイレ	66 (100.0)	100 (95.2)	61 (95.3)	NS p = 0.231
	和式トイレ	0 (0.0)	3 (2.9)	3 (4.7)	
	未記入	0 (0.0)	2 (1.9)	0 (0.0)	
休 息 (新聞を読む)	椅子座 (高)	42 (63.6)	49 (46.7)	28 (43.8)	NS p = 0.115
	椅子座 (低)	11 (16.7)	27 (25.7)	14 (21.9)	
	床 座	12 (18.2)	25 (23.8)	21 (32.8)	
	その他	1 (1.5)	4 (3.8)	1 (1.6)	
休 息 (テレビを観る)	椅子座 (高)	31 (47.0)	41 (39.0)	19 (29.7)	NS p = 0.537
	椅子座 (低)	18 (27.3)	31 (29.5)	19 (29.7)	
	床 座	16 (24.2)	31 (29.5)	25 (39.1)	
	その他	1 (1.5)	2 (1.9)	1 (1.6)	
入 浴 (身体を洗う)	椅子座 (高)	48 (72.7)	67 (63.8)	27 (42.2)	*** p = 0.001
	椅子座 (低)・床座	9 (13.6)	27 (25.7)	29 (45.3)	
	立 位	8 (12.1)	9 (8.6)	5 (7.8)	
	その他	1 (1.5)	2 (1.9)	3 (4.7)	
就 寝	ベッド	63 (95.5)	78 (74.3)	41 (64.1)	**** p = 0.000
	布 団	3 (4.5)	26 (24.8)	23 (35.9)	
	未記入	0 (0.0)	1 (1.0)	0 (0.0)	

X²検定 ***p < 0.01, ****p < 0.001, NS : not significant

人数 (%)

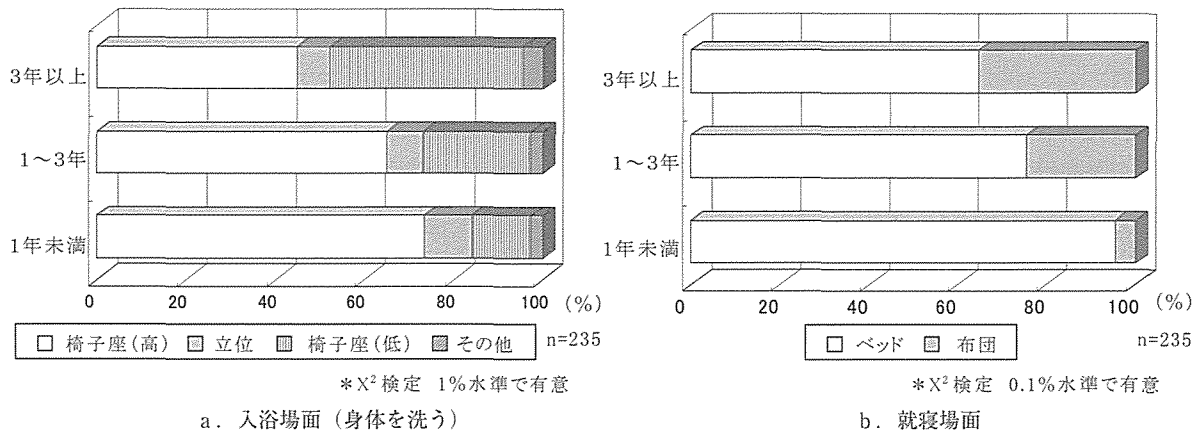


図2 手術後年数による生活様式の比較

では、「3年以上」群で、脱臼の危険性が高い生活様式が有意であった（ $p < 0.001$ ）（表2）。

「就寝場面」での「ベッド」の使用は、「1年未満」95.5%、「1～3年未満」75.5%、「3年以上」64.6%と、年数の経過に伴い徐々に減少する傾向がみられた。その一方で、「布団」は「1年未満」4.5%、「1～3年未満」24.5%、「3年以上」35.4%と、増加する結果となった（表2、図2b）。以上より「就寝場面」でも、「3年以上」群で脱臼の危険性が高い生活様式が有意な結果となった（ $p < 0.001$ ）（表2）。

2. 訪問調査

1) 対象者の概要

(1) 対象者の属性

対象者は、女性11名、男性1名で、年齢は44～86歳（平均年齢 62.6 ± 12.7 歳）、職業は、無職（専業主婦）6名、会社員1名、自営業（手伝い含む）4名、パート1名であった。世帯構成は、独居3名、夫婦世帯6名、息子世帯との同居1名、娘世帯との同居2名であった。疾患別では、変形性股関節症9名、臼蓋形成不全症（先天性股関節脱臼）2名、大腿骨頭壊死症1名であり、先天性疾病により幼少期から股関節の異常を診断されていた者は2事例であった。術式は、片側手術8名、両側手術4名であり、手術後年数は、1年未満3名（3股）、1年以上3年未満7名（9股）、3年以上2名（4股）であった（表3）。

(2) 対象者の身体機能レベル

訪問時のADLは、12名ともにほぼ自立した状態であった。合併症については、以前に心臓手術を受けた者1名が障害者1級に認定されていたが、現在は特に自覚症状もなくADLに支障のない状態であった。他の対象者の中にも、腰痛やめまい等の合併症を持つ者が数人いたがADLに支障はなかった。股関節機能評価（JOAスコア）については、術前平均37.5点（レンジ19～52）、術後平均85.6点（レンジ67～98）と、12名全員が術後に明らかな股関節機能の

改善を認めていた（表3）。

2) 居住形態

12事例のうち、戸建て（2階以上）が10事例、集合住宅が2事例であり、すべてが持ち家であった。居住年数は、2～29年（平均 20 ± 9.3 年）であり、手術をきっかけに住居の改造・工夫を行ったものは3事例（新築1事例を含む）であった（表3）。

3) 事例の紹介

12事例のうち、生活様式の変容が効果的に行われたのは3事例（A、B、K氏）であった。その他、生活様式の変容後に若干の問題点が残る事例（D、H、L氏）、生活様式の変容後に問題点が多く、危機的な状態に移行する危険性がある事例（F、G、J氏）、生活様式の変容が行われず危機的な移行の事例（C、E、I氏）と、大きく4つに分類された（表3）。本稿では、主に生活様式の変容が効果的に行われた2事例と、生活様式の変容が効果的に行われなかった1事例について紹介する。

(1) 生活様式の変容が効果的に行われた事例1

A氏、78歳、女性、職業：無職、病名：右変形性股関節症、術式：右THA（術後1年10ヶ月）、脱臼経験：病院で1回（手術直後）、家族構成：本人のみ、住居：マンション1階（室内に2階の息子家族宅に続く階段あり）、居住年数：15年

A氏は、自らが経営するマンションの1階フロアで、一人暮らしを営んでいた。住居内は手術を受けたA氏が安全で快適に暮らすことを目的に、敷居や段差をなくした改造が行われていた。図3に示すように、居室には9脚の椅子が点在した形で意図的に設置されており、ベッドや浴室内の椅子、トイレの座面を合わせると、合計13箇所に椅子座できる場が整えられていた。

また、設置された椅子や家具は座る目的だけではなく、A氏が室内を移動する際の、動線をつなぐ点や面としての役割を担っていた（図3）。さらに、椅子座面の高さは、

表3 対象者の背景一覧

事 例	A		B		C		D		E		F		G		H		I		J		K		L		
年 齢	78		56		73		66		44		52		62		68		44		62		61		86		
性 別	女		女		女		女		女		男		女		女		女		女		女		女		
疾 患 注 1)	骨頭壊死		関節症		関節症		関節症		形成不全 先股脱		関節症		関節症		関節症		関節症		関節症		形成不全 先股脱		関節症		
術 式	右THA		左THA		両THA		両THA		左THA		右THA		右THA		右THA		両THA		両THA		左THA		右THA		
術後年数	右	1Y10M		－		7Y4M		2Y6M		－		10M		1Y10M		1M		7Y10M		2Y6M		－		6M	
	左	－		2Y		1Y2M		1Y9M		2Y5M		－		－		－		7Y9M		2Y		9Y10M		－	
家族構成	独居		夫 息子 (1)		夫・娘夫 婦・孫		夫		夫 息子 (2)		妻 娘 (2)		夫・娘夫 婦・孫		夫		夫 息子 (2)		独居		独居		息子夫婦 孫		
職 業 (内容)	無職		自営業 (寺院)		無職		無職		パート (事務)		会社員 (事務)		自営業 (縫製)		自営業 (美容院)		自営業 (工務店)		無職		無職		無職		
既 往 歴	－		－		腰痛症		心臓手術		腰痛症		－		高血圧症		－		－		－		－		－		
障害手帳	4 級		4 級		3 級		1 級		4 級		4 級		4 級		4 級		3 級		3 級		3 級		4 級		
要介護度	2		－		－		－		－		－		－		－		－		－		－		1		
社会資源	食事宅配 ヘルパー		－		－		－		－		－		－		－		－		－		－		－		
住居形態 注 2)	共同 1 階		戸建 2 階 1 階寺院		戸建 2 階		戸建 2 階		戸建 1 階		戸建 2 階		戸建 3 階 1 階職場		共同 9 階		戸建平屋		戸建 3 階 1 階車庫		共同 1 階		戸建 2 階		
	持家		持家		持家		持家		持家		持家		持家		持家		持家		持家		持家		持家		
居住年数	15年		2 年		16年		25年		8 年		14年		33年		29年		25年		20年		25年		29年		
住居の 改造	道具の 購入	有	有	有	有	無	有	無	有	無	無	無	無	無	有	有	無	無	無	無	無	有	無	有	
JOAスコア 注 3)	術前	19		52		28	44	47	47	52	52	38	51	32	32	27	27	32	20						
	術後	89		96		85	85	89	89	98	98	95	95	86	89	67	67	66	75						
脱臼回数(場所)	1 (病院)		－		3 (自宅)		－		－		－		－		－		－		－		－		－		
環境移行	◎		◎		×		○		×		△		△		○		×		△		◎		○		

注1) 骨頭壊死：大腿骨頭壊死症。関節症：変形性股関節症。形成不全：先天性臼蓋形成不全症。先股脱：先天性股関節脱臼

注2) 戸建：一戸建て 共同：マンション

注3) JOAスコア：日本整形外科学会股関節機能判定基準の総得点 * 両THAの場合は、左欄：右股関節、右欄：左股関節

A氏の身長に合わせて350～400mmに調整されており、椅子座位で行われる生活行為はすべてこれらの座面上で行われていた。

このような生活様式の変容は、入院中のA氏の体験に基づいていたといえる。A氏は、手術数日後に車イスから洋式便器への移乗動作で右股関節の脱臼を経験していた。この時の耐え難い激痛と恐怖感を二度と味わいたくないという強い意志から、徹底的に住居内の環境調整が行われてい

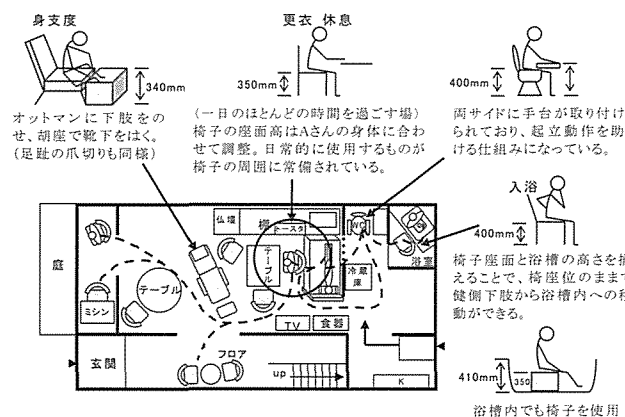


図3 生活様式の変容が効果的に行われた事例1 (A氏)

た。

(2) 生活様式の変容が効果的に行われた事例2

B氏、56歳、女性、職業：自営業（寺院）、病名：左変形性股関節症、術式：左THA（術後2年）、脱臼経験：なし、家族構成：夫（住職）・長男（僧侶）、住居：2階戸建て（1階：寺院、2階：居住区）、居住年数：2年（手術後に転入）

2階建ての住居は、B氏の手術を契機に建て替えが行われており、1階が寺院、2階が居住区であった。B氏の股関節への負担を考え、2階では常に高い座面で椅子座ができるような生活様式が整えられていた。居間、食堂、浴室に設置された椅子は、それぞれ規格の異なるものであったが、座布団やクッションを利用し、座面高は430mm程度に統一されていた。これらはすべて、B氏が椅子座して「丁度よい」と身体感覚で捉えた高さであった。

しかし、寺院として使用される1階では、洋式トイレ以外は完全に和式の生活様式となっていた。とくに、法事等で来客（檀家）を迎える際には、畳の上での長時間の正座を余儀なくされるため、正座椅子を使用する工夫がみられた（図4）。正座椅子とは、座面高が150mm程度の台であ

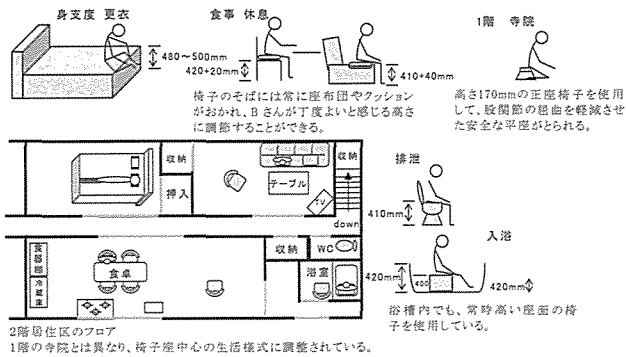


図4 生活様式の変容が効果的に行われた事例2 (B氏)

り、一般的には、膝関節の屈曲制限があり正座できない場合や、長時間の正座による下肢のしびれを予防する目的で使用されている。正座椅子によって、臀部は床から浮いた状態で支持されることから、正座や立ち上がり動作時にみられやすい股関節の過屈曲を予防する効果がみられた。

(3) 生活様式の変容が効果的に行われなかった事例

C氏、73歳、女性、職業：無職、病名：両側変形性股関節症、術式：両THA（術後7年4ヶ月（右）、1年2ヶ月（左））、脱臼経験：自宅で3回、家族構成：夫・娘夫婦・孫、住居：2階戸建て（2階は主に娘家族が使用）

C氏は、12事例の中で唯一、自宅での脱臼経験を持つ事例であった。右THA後6年間は問題なく過ごしてきたが、左THA後9ヶ月、11ヶ月、13ヶ月と3度の脱臼を経験していた。

初回は、立位で両下肢を進展した状態で、庭の地面に設置された水道の蛇口に手を伸ばしたために、股関節の過屈曲による後方脱臼を起こした。2回目は、畳の上に臥床して患肢を体幹に近づけるストレッチ体操をした際に後方に脱臼した。3回目は、畳の上での床座（投げ足）で洗濯物を拾いあげるために、上半身を斜め前方へ捻りながら手を伸ばした瞬間に後方脱臼した。いずれの場合もC氏は、自分の動作が脱臼に繋がることをイメージできずに、無意識のうちに過屈曲、内転、内旋などの禁忌肢位をとってしまったという問題があった。

また、娘家族と同居しているC氏の住居内には、他の事例と同様に食卓椅子や座面の高い浴用椅子が準備されていた。しかし、C氏には長年にわたる洋裁の趣味があり、術前から床座を好む傾向があったという。手術後には、やむを得ず椅子座の生活様式を取り入れたが、本人も家族も気づかないうちに、徐々に床座する機会が増えており、訪問調査時には、脱臼の危険性が高い生活様式が多くみられた。

V. 考 察

1. アンケート調査について

アンケート調査の結果、手術を契機に住居の「改造・工夫あり」と答えた者は、全体の半数と少数であった。「改造・工夫なし」の理由については、「必要性がなかった」や「思いつかなかった」など、環境調整への認識・知識不足を表現する意見が目立った。また、改造・工夫の多くは「手すりの取り付け」や「洋式便器」の設置など、比較的安価で手軽に行えるものが主であり、神先らの調査報告¹¹⁾とほぼ同様の結果となった。これらには、居住環境の調整に対する期待感が大きく、積極的に住宅改修が行われるリウマチ患者^{1), 2)}とは異なるTHA後患者の認識が関係していると考えられる。つまり、全身の関節拘縮によって、関節可動域 (Range of motion: ROM) 制限とADLの低下が著しいリウマチ患者に比べ、THA後患者の股関節のROM制限は、実際には動く関節を脱臼予防の目的で自制するものである。このようなROM制限の質的な違いが、居住環境の調整に対する認識の差として表れたと考えられる。

住居の改造・工夫と生活様式との関係では、「改造・工夫あり」群で脱臼の危険性が低く、「改造・工夫なし」群で脱臼の危険性が高い生活様式が有意にみられた。これらの結果は、例え大がかりな内容でなくとも、住居の改造や道具の導入等の工夫が、脱臼予防に繋がることが示唆された。生活様式に有意な差がみられたのは、「入浴場面（身体を洗う）」、「就寝場面」であり、先行研究で和式の生活様式と脱臼姿勢との関連が指摘された場面⁷⁾とほぼ一致していた。

手術後の経過年数と生活様式との関係では、入浴・就寝場面とくに、「1年未満」群に脱臼の危険性が低い生活様式が多く、「1～3年未満」、「3年以上」と術後年数が進む程、脱臼の危険性が高い生活様式が有意になる傾向がみられた。これらには、手術後の年次経過に伴って変化する患者の身体機能面や心理面の影響が大きいと考えられる。THA後には、股関節の疼痛が緩和されて少しずつ違和感が消失するといわれている。そして、筋力の回復がみられる頃には、徐々に歩容もよくなり、術前にはできなかった生活動作ができるようになる。このような患者の身体機能面の回復は、日常生活に対する自信や満足度にも大きく影響する^{3), 15)}ことがわかっている。また、THA後患者の生活動作は、術後1年程度で自立するものが多くなる³⁾ともいわれており、このような患者を取り巻く様々な変化が、生活様式を変容させる可能性は否定できない。

2. 訪問調査について

積極的な居住環境の調整を行ったA氏の事例からは、床座の機会をなくすことができれば、明らかに脱臼を誘発する姿勢や動作が展開されにくくなることが確認された。つ

まり、居室内の至る所に創造された「安全に腰掛けられる場」は、脱臼を誘発しやすい床座を避ける効果をもたらしていた。また、室内を安全に移動する際の動線を結ぶ意味でも、椅子や家具の設置は有効であった。さらに、一人暮らしのA氏には、居住環境の調整が脱臼・摩擦の予防に加えて、加齢による身体機能の低下を代償するものとなっていた。

このようなA氏の徹底した環境調整は、意外にも手術直後の脱臼経験が契機となっていた。人工股関節の脱臼は、自己での整復が不可能であり⁷⁾、患者にとっては激痛と恐怖感を伴う劇的な体験である。しかし、脱臼の経験がA氏の積極的な居住環境の調整に繋がったことを考えれば、脱臼経験そのものが、環境移行にとって必ずしも負の要因として働くわけではないことが示唆された。

B氏は、道具の活用と動作方法の獲得によって、模範的な移行を遂げた事例であった。B氏にとって正座椅子という道具の選択は、「無理なく安全に床座する」ことに加えて、寺院での社会的な役割を維持するためにも重要であった。川口は、日常生活動作の障害を補う物品・用具そのものの存在が対象のQOLに大きく影響する¹⁵⁾と述べている。またB氏は、道具の活用に加えて、椅子座・床座を問わずどのような状況においても、自分にとって「安全に座位できる」方法を、身体感覚として獲得していた。このように、B氏の事例からは様々な制約により居住環境の調整が十分に行えない場合にも、道具の活用や安全な動作方法の獲得によって、危機的な移行を避けることが十分に可能であることが示唆された。

C氏の事例では、脱臼予防の目的で手術後に一度は整えられた生活様式が、再びもとの状態に戻されることが、危機的な移行の要因となることが確認された。例えば、手術後に購入された浴室用の高い座面の椅子は、「床座ができる」、「低い椅子でも大丈夫」、「浴室内は狭いので邪魔になる」、「他の家族が使用しない」といった理由で、次第に使用されなくなるといった実態があった。

また、C氏には実際の生活動作と身体感覚との間に乖離がみられていた。C氏は、訪問時に撮影された生活場面のVTR画像をみて初めて、自分が脱臼の危険性のある姿勢や動作を日常的にしていることを認識していた。中川らは、THA後患者の中には手術後に股関節の位置覚の低下を来すために、いくら脱臼股位に対する教育を行っても、十分な回避動作が行えない事例がある¹⁶⁾と報告している。我々が視覚による確認なく、関節の位置や運動の速度、方向等を知覚できるのは、関節や筋肉、腱などに存在する深部感覚（感覚受容器）の機能¹⁷⁾が関係している。しかし、THAでは関節構成体に分布するこれらのレセプターが除去されるため、手術後には股関節の運動と知覚と

の間にズレが生じ^{16), 18)}、本人が危険であると認知しない状況下でも、脱臼が起こる場合があるといわれている。C氏の関節位置覚については確認できてはいないが、本人が無意識のうちに危険な姿勢や動作をとってしまう事例では、積極的な居住環境の調整を行い、床座などの脱臼を誘発する姿勢や動作を予防することもひとつの対策であるといえよう。

C氏の危機的な移行の状態は、二度、三度と脱臼を繰り返す過程で、専門職による介入が効果的に行われなかったことも、大きな要因であると考えられる。C氏は術前から床座を好む傾向があり、生活様式がこのような術前の状態に戻る危険性を予測できれば、脱臼を未然に防ぐことができたのかもしれない。これらのことから、THA後の環境移行の状態を計る指標として、術前の患者の生活様式の把握が重要であることが示唆された。

3. THA後患者の環境移行に求められる看護援助と今後の課題

本稿では、THA後患者の環境移行に伴う看護援助への指針を得るために、アンケート調査から対象全体の生活実態の傾向を把握した後に、訪問調査による個別事例の分析を行った。

その結果、住居の改造までには至らなくとも、家具や道具の有効活用による生活動作の工夫が、脱臼予防に繋がることが示唆された。ギブソンは、人間の行為や反応は、環境側から発信される情報によって引き出される¹⁹⁾ものであるとして、人間と環境の関係性をアフォーダンスという造語を用いて表現した。つまり、床・畳に内在する「床座」や「前傾姿勢」をアフォード（与える、産出する）する情報を、脱臼の危険性が低い姿勢や動作を誘発するものに置き換えることが、THA後患者の居住環境の調整にとって不可欠である。また、ユクスキュルは、人間の行為をアフォードする環境の要素は、そこで生活する主体によっても異なる²⁰⁾と述べている。つまり、対象個々が日常生活体験の中で獲得した、環境に対する意味づけや環境との関わりを、上手く取り入れた看護援助の工夫が必要である。

調査の結果、手術後の年数経過に伴いTHA後患者の生活様式が変容する可能性が示唆された。THA後患者にとって、脱臼・再置換の危険性は生涯続くものである。THA後の安定した時期に改めて、経年的な生活様式の変化を査定することや、術前・術後を通した継続的な教育・指導によって、これらの危険を未然に防ぐことが求められる。今回の調査では、患者の手術前の生活様式が術後どのような時期に、どのように変容され、またそこにはどのような要因が影響しているのかという点については把握することができなかった。したがって、今後は患者一人ひとりの生活を術前から術後にかけて縦断的に捉え、生活様式の変

化や環境移行の状態を詳細に分析する必要がある。またさらに、今回の調査で明らかとなった日本の住文化におけるTHA後患者の居住環境の調整や道具の活用等の現状を踏まえ、対象の生活動作と脱臼予防の関係についても検討が必要である。

訪問調査では、効果的な移行事例の中に、術後のJOAスコアが低い者もみられ、必ずしも、術後の股関節機能が移行の状態を反映するものではないことが示唆された。また、紙面の制限から結果では十分に紹介できなかったが、12事例の環境移行には、先天性疾患による長期間の闘病生活や、術前の期待度と術後の満足度の関係性、医療機関への受診頻度や家族の支援体制等、様々な要因が複雑に影響し合っていた。THA後の早期再置換術のリスクの指標として、年齢や性別、活動量、肥満の有無、既往疾患など^{21), 22), 23)}が挙げられるが、これら一つひとつの単純な要因だけで、その危険性を推し量ることは難しい。今後は、患者個々の手術前後の生活様式の把握に加え、病歴や生活歴、身体機能の回復の状態や満足度など、多角的な視点から査定することが肝要である。また、物的環境のみならず、人的環境や教育的・管理的環境についても、援助体制を整えることが求められる。

VI. ま と め

THA後患者の環境移行に伴う看護援助への指針を得ることを目的として行った住生活実態調査の結果、以下のような新たな知見が得られた。

1. アンケート調査

- 1) THA後患者の生活様式は、床座や低い座面の椅子座が多用され、日本の住文化を反映する結果となった。
- 2) 手術後年数と生活様式の関係では、「3年以上」群で

脱臼の危険性が高い生活様式が有意にみられた。このことは、THA後の年数経過に伴い、再教育・指導の必要性が高まることを示唆するものとなった。

- 3) 住居の改造・工夫と生活様式の関係では、「改造・工夫あり」群で脱臼の危険性が低い生活様式が有意にみられた。このことから、THA後患者にとって居住環境の調整が脱臼予防に繋がることが示唆された。

2. 訪問調査

- 1) 生活様式の変容が効果的に行われた事例では、居室内の至る所に椅子を設置することによって、脱臼の危険性が高い「床座」を避けて「椅子座」するための環境調整が行われていた。
- 2) 生活様式の変容が効果的に行われた事例では、道具を活用することによって、脱臼の危険性が高い「床座」を安全で安楽に行う動作方法が獲得されていた。
- 3) 生活様式の変容が効果的に行われなかった事例では、手術後に変容された生活様式が、時間の経過によって術前の状態に戻されたことが、脱臼の要因となっていた。このことから、THA後患者の環境移行のためには、専門職が経年的な生活様式の変化を把握し、援助的な関わりを持つことの必要性が示唆された。

謝 辞

最後に、アンケート調査および訪問調査に快くご協力いただきました研究協力者の方々に、心よりお礼を申し上げます。

本研究は兵庫県立看護大学大学院看護学研究科に提出した修士論文の一部を加筆・修正したものである。本研究の一部は、第28回日本看護研究学会学術集会において発表した。

要 旨

本研究は、人工股関節全置換術（THA）後患者の生活実態を把握するために、THA後患者243名を対象に、主に生活様式と①手術後年数、②住居の改造・工夫等との関係性についてアンケート調査を行った。さらにTHA後患者12名への訪問調査を行い、具体的な看護援助の指針を探索した。

アンケート調査では、手術後「3年以上」群で脱臼の危険性が他群に比べて有意に高く、経年的な観察の必要性が確認された。住居の「改造・工夫あり」群では他群に比べて脱臼の危険性が有意に低く、居住環境の調整が脱臼予防に繋がると判断された。また、訪問調査では、生活様式の「変容あり」事例で道具や動作の工夫がみられたのに対し、「変容なし」事例では教育が得られず脱臼を繰り返していた。

本研究の結果から、THA後患者への看護援助には、手術前後の生活様式の把握に加えて、対象の居住環境に配慮した個別的な指導が必要であることが示唆された。

Abstract

To ascertain postoperative lifestyle in patients who undergo total hip arthroplasty (THA), a questionnaire survey was administered to 243 THA patients to clarify the relationship of lifestyle to: 1) time after surgery; and 2) residential modifications and improvements. In addition, 12 THA patients were visited at home to provide thorough and concrete guidelines for nursing assistance. Results of the questionnaire survey showed that risk of dislocation was significantly higher for patients who underwent THA >3 years earlier compared to other groups, confirming the necessity of follow-up observations.

In addition, risk of dislocation was significantly lower for patients who modified or improved their place of residence compared to other groups, suggesting that adjusting the living environment can help prevent dislocation. Furthermore, the results of home visits showed that some THA patients change their living environments using tools and modifying movements, while other THA patients who did not change their living environments repeatedly experienced dislocation. The results of the present study suggest that, besides ascertaining lifestyle pre- and post-operatively, providing individual guidance to match individuals with their living environments is necessary when providing care to patients who have undergone THA.

文 献

- 1) 米澤有里, 八木範彦: 慢性関節リウマチ患者における住宅改造の実態調査, 理学療法学, 24(2), 55-60, 1997.
- 2) 野口祐子, 高橋儀平: 関節リウマチ患者の住環境の現状と住居環境ニーズに関する研究, 日本建築学会計画系論文集, 563, 125-130, 2003.
- 3) 泉キヨ子, 平松知子, 他: 人工股関節置換患者の回復過程および生活の満足度に関する研究, 日本看護研究学会雑誌, 17(2), 9-19, 1994.
- 4) Espehaug, B., Havelin, L.I., et al: Patient satisfaction and function after primary and revision total hip replacement, J. Clinical Orthopaedic and Related Research, 351, 135-48, 1998.
- 5) Ridge, R.A., Goodson, A.S.: The relationship between multidisciplinary discharge outcomes and functional status after total hip replacement, J. Orthopaedic Nursing, 19(1), 71-83, 2000.
- 6) 岡野邦彦, 田口 厚, 他: 当科における人工股関節置換術の脱臼症例についての検討-患者教育の必要性-, 整形外科と災害外科, 48(1), 250-253, 1999.
- 7) 佐藤政枝, 川口孝泰: 日本の住生活環境からみた人工股関節全置換術後患者の脱臼姿勢の特徴, 人間工学, 38(5), 280-287, 2002.
- 8) Mulholland, S.J., Wyss, U.P.: Activities of daily living non-Western cultures: range of motion requirements for hip and knee joint implants, International Journal Rehabilitation Research, 24(3), 191-198, 2001.
- 9) 笠原勝幸, 小田裕造, 他: 人工股関節全置換術 (THR) 術の股関節脱臼について, 京都大学医療技術短期大学部紀要, 19, 1-9, 1999.
- 10) O'Brien, S., Engela, D., et al: A study of the factors in hip replacement dislocation. Part 1., J. Nursing Standard, 11(7), 33-38, 1996.
- 11) 神先秀人, 飯田寛和, 他: 人工股関節術後患者の退院指導の実際, PT ジャーナル, 34(10), 717-723, 2000.
- 12) 山本多喜司: 第1章 人生移行とは何か, 山本多喜司, Wapner, S., (編): 人生移行の発達心理学, 15-17, 北大路書房, 京都, 1992.
- 13) Margaret A. Newman 著, 手島 恵, 訳: マーガレット・ニューマン看護論, 83-85, 医学書院, 東京, 1995.
- 14) Knutsson S., Engberg, IB.: An evaluation of patients' quality of life before 6 weeks and 6 months after total hip replacement surgery, J. Advanced Nursing, 30, 1349-1359, 1999.
- 15) 川口孝泰: 看護における環境調整技術のエビデンス, 臨床看護臨時増刊号, 29(13), 1880-1886, 2003.
- 16) 中川法一, 増原建作, 他: 人工股関節置換術が股関節位置感覚に及ぼす影響, SEIKEI-GEKA KANGO, 9(5), 455-460, 2004.
- 17) 田崎京二, 小川哲朗 (編): 新生理学大系 第9巻 感覚の生理学, 308-319, 医学書院, 東京, 1989.
- 18) 高橋昭彦: 第15章 整形外科疾患に対する認知運動療法, 宮本省三, 沖川一彦 (編): 認知運動療法入門 臨床実践のためのガイドブック, 333-336, 協同医書出版社, 東京, 2002.
- 19) James J. Gibson 著, 古崎 敬, 他訳: ギブソン 生態学的視覚論-ヒトの知覚世界を探索-, 137-138, サイエンス社, 東京, 1985.
- 20) Uexkull, J. V., Kriszat, G. 著, 日高敏隆, 他訳: 生物から見た世界 新装版, 139-149, 新思想社, 東京, 2000.
- 21) Espehaug, B., Havelin, L.I., et al: Patient-related risk for early revision of total hip replacement, J. Acta Orthopaedica Scandinavia, 68(3), 207-215, 1997.
- 22) Mancuso, C.A., Salvati, E.A., et al: Patients' expectations and satisfaction with total hip arthroplasty, J. Arthroplasty, 12(4), 387-396, 1997.
- 23) Fitzpatrick, R., Dawson, J.: Health-related quality of life and the assessment of outcomes of total hip replacement surgery, Psychology and Health, 12, 793-803, 1997.

[平成16年10月12日受 付]
[平成17年3月31日採用決定]

病気や生活に関する不安認知が入院患者の精神的健康に及ぼす影響

The Influence of Cognition During Anxiety Related to Illness, Life and the Mental Health of Inpatients

森 本 美智子¹⁾

Michiko Morimoto

高 井 研 一²⁾

Kenichi Takai

中 嶋 和 夫²⁾

Kazuo Nakajima

キーワード：入院患者，ストレス，不安認知，精神的健康，構造方程式モデリング
inpatients, stress, cognition during anxiety, mental health, structural equation modeling

I. 緒 言

患者には、病気や入院に伴い種々のストレス反応が多発することが指摘されている¹⁾。患者は病気それ自体がもつ身体症状に加え、不快感を伴う検査や苦痛を伴う治療、日常生活の制限や家庭・職場からの分離、不確定な未来に対しての準備などといった心理面の諸課題²⁾に直面することから、それらがストレス源となって、抑うつ、焦燥、集中力の低下などストレス反応としての不適応状態や精神的健康の阻害が派生するものと想定できる。入院患者が抑うつに陥りやすいことは従来から指摘されており、入院患者の4割以上が抑うつ傾向であるとの報告もある^{3~5)}。さらに抑うつなどの精神的健康状態は、身体機能の回復にも悪影響を与えるとされているが⁶⁾、病気の重症度とは必ずしも一致しないとの報告もあり⁷⁾、患者が精神的健康を阻害される過程は十分には明らかになっていない。したがって、入院患者の精神的健康が阻害される過程を解明し、入院患者の精神的健康を維持するためにどのような介入が必要か、その方策を解明していくことが望まれよう。

Lazarusら⁸⁾は、ストレス状況において表出されるストレス反応の個人差に、ストレスラーをどのように捉えるかという個々人の認知過程が影響していることを強調している。このことを基礎に、すでに病気や健康に関する種々の認知的評価の指標が開発されている。患者が病気や健康をどのように評価しているかという病気の意味の質問紙⁹⁾、健康の認知的評価尺度¹⁰⁾や、癌患者、糖尿病患者、脳血管障害患者、腎移植患者など、それぞれの疾患や治療を行う患者特有の適応課題に対する認知的評価の指標^{11~14)}である。それらの指標を用いて、認知的評価と心理的安寧や精神的健康との関係を検討している報告^{11,12,14)}もいくつかみられるが、これらの研究は、特定の疾患に罹患し特定の治療を受けている外来通院患者を対象にしたものが多勢を占めている。なお入院患者について検討した報告^{15,16)}で

は、対象は気管支炎や肺気腫患者、冠動脈疾患患者であり、サンプル数も26名、27名と少ない。さらに用いられている指標はMishel¹⁷⁾が開発し改良を加えた病気や治療に関する不確かさを問うもので、必ずしも入院患者が病気や入院に伴い心理面の諸課題に取り組むうえでのストレス認知を評価したものではない。入院患者が病気や障害をもちつつ生活するときのストレス認知が精神的健康にどのように影響しているのかを明らかにすることは、入院患者の精神的健康を維持するための介入を検討していくうえで、何らかの示唆を与えてくれるものと言えよう。著者らは、病気や障害をもちながら生活する一般の入院患者のストレスサーやストレス認知を評価できる指標を開発することを目的に、ストレス認知の概念規定を行い、構造方程式モデリングを用いデータに対する適合度の高い「病気関連不安認知尺度」を検討してきた¹⁸⁾。

本研究では、一般の入院患者の精神的健康を維持するための介入の指針を得るために、病床数700床と440床の総合病院の入院患者を対象として、まず開発した病気関連不安認知尺度の測定指標としての交差妥当性を確認し、そのうえで、入院患者の病気や生活に関する不安認知が精神的健康に及ぼす影響を明らかにすることを目的とした。

II. 方 法

1. 対 象

調査対象は、2003年5月の調査時点にH県K市内の2施設、2003年8月の調査時点にH県K市内の病床数700床の1施設の総合病院に入院している満20歳以上の患者で、産科病棟、精神科病棟、緩和ケア病棟、救命救急センター以外の病棟に入院している患者1,294名のうち、精神病薬を内服していない者、認知機能の低下していない者で、状態が安定し、自記式の回答の可能な者505名とした。505名のうち調査票配布時に不参加の意志表示があった者が

1) 岡山大学医学部保健学科 Faculty of Health Science, Okayama University Medical School

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

27名で、調査票を配布したのは478名であった。回収率は92.5% (442名)であった。調査票が回収された442名のうち分析対象は、傷病名が傷病分類ICD-10の「妊娠、分娩および褥婦」に該当する6名、「症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類できないもの」に該当する12名を除外し、すべての項目に記入漏れがなく有効回答の得られた317名とした。

2. 調査内容

調査内容は、性別、年齢、入院経験の有無、入院期間、傷病の種類、罹患期間、治療内容、病気や生活に関する不安認知、精神的健康に関する項目で構成した。

不安認知については、不安を引き起こすと想定されるストレスを岡堂¹⁹⁾の分類を参考に開発を行った病気関連不安認知尺度15項目¹⁸⁾を用いた。病気関連不安認知尺度は、患者が病気や障害をもちながら生活するうえでもつ不安（ストレス認知）を示し、病気・症状悪化、医療の質の不確実性、生活制限・縮小、家族・友人関係の変化、目的・価値喪失の5つの因子から構成されている。病気関連不安認知尺度は構造方程式モデリングによる構成概念妥当性の検討を行った尺度で、「不安認知」を測定する指標として妥当性および信頼性を確認している。回答は、15項目それぞれについて現在の不安や心配の程度を「常に心配」、「時々心配」、「心配していない」の3件法で求め、「常に心配：2点」、「時々心配：1点」、「心配していない：0点」とする得点化を行った。得点が高いほど不安認知が強いことを示す。

精神的健康は、General Health Questionnaire 12項目短縮版²⁰⁾（以下、「GHQ-12」と略する）を用いた。GHQはGoldbergによって非器質性、非精神病性の精神障害のスクリーニングテストとして開発された60項目の質問紙で、30項目版、28項目版、20項目版、12項目版などの短縮版が作成されている²⁰⁾。GHQ-12は、質問項目が少ないことから短時間で回答でき対象者への調査に対する負担を考慮できるとされ、患者を対象とする研究で広く用いられている^{21)~24)}。またGHQ-12はWHO国際共同研究によってComposite International Diagnostic Interview (CIDI-PC)等を用いて、カットオフ値による有効性が感度と特異度を算出することにより示され、精神的健康を測定する指標として十分に弁別的妥当性を有していることが示されている²⁵⁾。回答は、この2-3週間の心身の健康状態を4件法で求めた。得点化については、それぞれ0点、0点、1点、1点、のGHQ採点法を用いた。得点が高いほど精神的な健康度が悪いことを示す。

3. 倫理的配慮

調査に対しては、その目的および方法、参加は自由意志であること、調査の参加の有無によって不利益を受けないこと、個人は特定されないことを調査依頼文で説明した。また各個人の秘密を厳守するため、調査票とともに封筒を配布し、封印のうえ提出するように説明した。回収にあたっては、病棟毎に回収箱もしくは回収袋を設置し、調査の同意が得られた者のみ自由意志で回答がなされるように配慮した。調査票の回答をもって研究協力の受諾とした。

4. 分析方法

統計解析では、従属変数を精神的健康とし、病気や生活に関する不安認知が精神的健康に、また前記不安認知には背景要因が影響するとする因果モデルを設定し、そのモデルのデータへの適合性とそれら要素間の関係性を検討した。なお、因果モデルでの検討に先立ち、病気関連不安認知尺度の交差妥当性とGHQ-12の本データに対する妥当性を構造方程式モデリングによる確証的因子分析で検討した。推定法は、尺度が順序尺度による離散変数であることから、重み付け最小二乗法 (Weighted Least-Squares parameter estimates) を用いた。モデルの適合度の判定には、比較適合度指標Tucker-Lewis Index (以下、「TLI」と略す)、Comparative Fit Index (以下、「CFI」と略す)、Root Mean Square Error of Approximation (以下、「RMSEA」と略す)を用いた。Huら²⁶⁾は連続型変数を扱ったモデルの受容の目安として、TLI>0.95、CFI>0.95、RMSEA<0.06を推奨しており、それらはカテゴリカル変数の場合にも合理的とされる²⁷⁾。各推定値の有意性は、推定値をその標準誤差で除した値 (以下、「t値」とする) で評価し、その絶対値が1.96 (5%の有意確率に相当) 以上を有したものを統計学的に有意と判断した²⁸⁾。なお尺度の項目間の内的整合性は、Cronbachの α 信頼性係数もしくはKuder-Richardsonの公式20 (以下、「KR20」と略す) による信頼性係数で求めた。

前記因果モデルに対し、本研究では背景要因として性別、年齢、入院経験の有無、入院期間、傷病の種類、罹患期間、治療内容を取り上げた。そのとき、性については女性を「1」、男性を「0」、入院経験の有無についてはなしを「1」、ありを「0」、傷病の種類については新生物を「1」、それ以外を「0」、罹患期間については1年以上を「1」、1年未満を「0」、治療内容については受けているあるいは受ける予定の治療について該当を「1」、該当しないを「0」とカテゴリ化し、年齢と入院期間については素点を用いた。また本研究ではサンプルサイズを考慮し、「病気関連不安認知」については各因子を、「GHQ-12」については合計得点を観測変数として用いた。ただし

「GHQ-12」の合計得点については、要素間の関係性の希薄化を修正するために固定母数を利用²⁹⁾し、誤差変数の分散をモデルに導入した。推定法は、前記と同様、重み付け最小二乗法とした。標準化係数（以下、「パス係数」とする）の有意性はt値で判断し、その絶対値が1.96以上を有したものを統計学的に有意とした。なお本研究では、病気関連不安認知の各因子と精神的健康の関係ならびに背景要因と精神的健康の関係についても、重回帰モデルを用いて検討を加えた。統計解析ソフトとしてMplus 3.01, SPSS Version 12.0 J for Windowsを使用した。

Ⅲ. 結 果

1. 対象の背景要因の分布

集計対象の背景要因の分布は、表1に示した。性別は男性167名（52.7%）、女性150名（47.3%）、年齢は22 - 88歳で平均61.0歳（SD = 13.7）であった。今回の入院以前に入院の経験のある者は240名（75.7%）で、調査時点での入院期間は平均36.5日（SD = 49.3）であった。傷病は、新生物が137名（43.2%）で、罹患期間が1年以上の者が68名（21.4%）であった。

2. 病気関連不安認知尺度およびGHQ-12の測定指標としての妥当性および信頼性の検討

1) 病気関連不安認知に関する尺度項目の回答分布ならびに信頼性

病気関連不安認知の尺度項目と回答分布、Cronbachの α 信頼性係数を表2に示した。病気関連不安認知尺度の項

表1 集計対象の背景要因の分布

		(n = 317)	
		人数	(%)
性別	男性	167	(52.7)
	女性	150	(47.3)
年齢(歳)	平均±標準偏差 (範囲)	61.0 ± 13.7歳	(22 - 88歳)
入院経験	あり	240	(75.7)
	なし	77	(24.3)
入院期間(日)	平均±標準偏差 (範囲)	36.5 ± 49.3日	(1 - 441日)
傷病の種類 ^a	感染症および寄生虫症	14	(4.4)
	新生物	137	(43.2)
	血液および造血管の疾患ならびに免疫機構の障害	2	(0.6)
	内分泌、栄養および代謝疾患	24	(7.6)
	神経系の疾患	1	(0.3)
	耳および乳様突起の疾患	2	(0.6)
	循環器系の疾患	34	(10.7)
	呼吸器系の疾患	17	(5.4)
	消化器系の疾患	23	(7.3)
	皮膚および皮下組織の疾患	2	(0.6)
	筋骨格系および結合組織の疾患	19	(6.0)
	尿路器系の疾患	14	(4.4)
	損傷、中毒およびその他の外因の影響	23	(7.3)
	分類できないもの (複数回答)	21	(6.6)
罹患期間	1年未満	249	(78.6)
	1年以上	68	(21.4)
治療内容	手術による治療	116	(36.6)
	点滴による治療	128	(40.4)
	放射線による治療	44	(13.9)
	その他 (複数回答)	138	(43.6)

a 傷病の種類は厚生労働省の傷病分類（ICD-10準拠）によって区分した

表2 病気関連不安認知の尺度項目と回答分布

(n = 317)			
尺度項目	回答分布		
	常に心配	時々心配	心配していない
病気・症状悪化 (a = .856)			
χ01. 病気が悪化するのではないか	85 (26.8)	145 (45.8)	87 (27.4)
χ02. 痛みや苦痛が増すのではないか	60 (18.9)	141 (44.5)	116 (36.6)
χ03. 自分の病気の予後がよくないのではないか	59 (18.6)	154 (48.6)	104 (32.8)
医療の質の不確実性 (a = .786)			
χ04. 行われている治療や検査は安全だろうか	24 (7.6)	104 (32.8)	189 (59.6)
χ05. 医療従事者(医師や看護師)が自分の気持ちを聞いてくれないのではないか	10 (3.1)	62 (19.6)	245 (77.3)
χ06. 十分納得のいく説明が受けられないのではないか	13 (4.1)	69 (21.8)	235 (74.1)
生活制限・縮小 (a = .817)			
χ07. 日常生活に制限を受けるのではないか	31 (9.8)	143 (45.1)	143 (45.1)
χ08. 病気や障害を持ちながらでは自宅で生活が続けられないのではないか	30 (9.5)	104 (32.8)	183 (57.7)
χ09. 現在の仕事(家事)ができなくなるのではないか	42 (13.3)	117 (36.9)	158 (49.8)
家族・友人関係の変化 (a = .725)			
χ10. 家族で過ごす時間がもてなくなるのではないか	16 (5.1)	65 (20.5)	236 (74.4)
χ11. 家族の関係が気まづくなるのではないか	10 (3.1)	32 (10.1)	275 (86.8)
χ12. 友だちとの集まりに参加できなくなるのではないか	25 (7.9)	96 (30.3)	196 (61.8)
目的・価値喪失 (a = .861)			
χ13. 旅行など自分の行きたいところへ行けなくなるのではないか	42 (13.3)	118 (37.2)	157 (49.5)
χ14. 自分の趣味や生きがいをあきらめなくてはならないのではないか	26 (8.2)	89 (28.1)	202 (63.7)
χ15. 自分の目標を変更しなければならぬのではないか	31 (9.8)	105 (33.1)	181 (57.1)

15項目全体のCronbachの $\alpha = .923$

単位: 人数 (%)

目間の内的整合性を示すCronbachの α 信頼性係数は、15項目全体で0.923、各因子においては0.725 - 0.861となっていた。

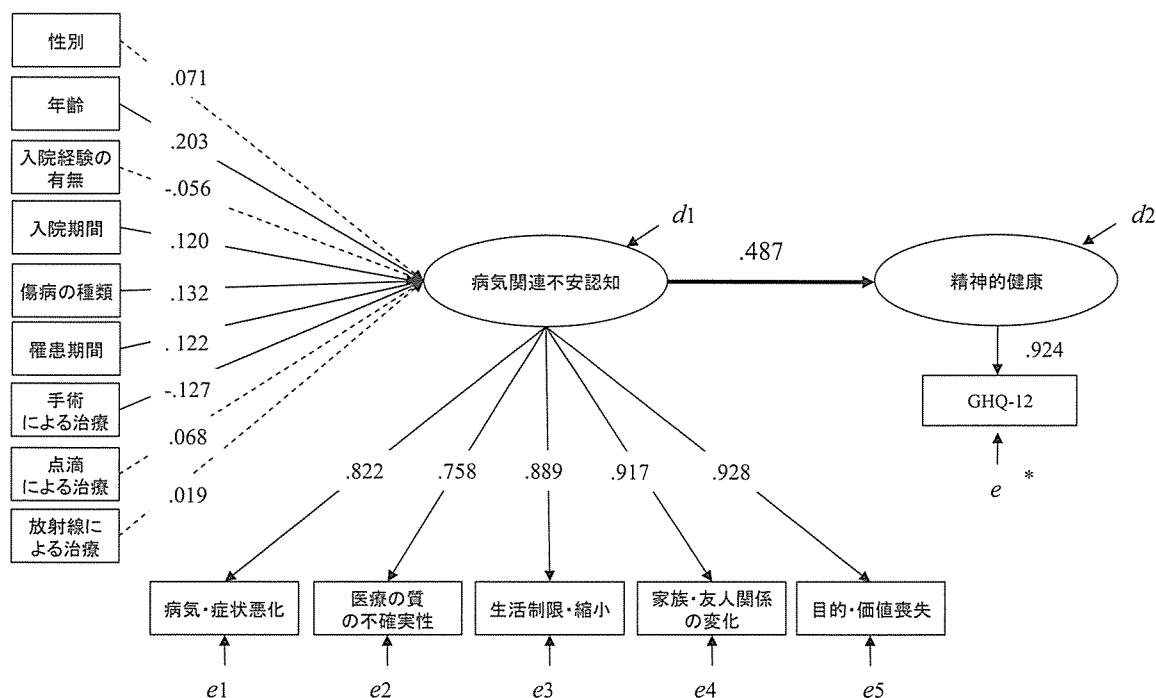
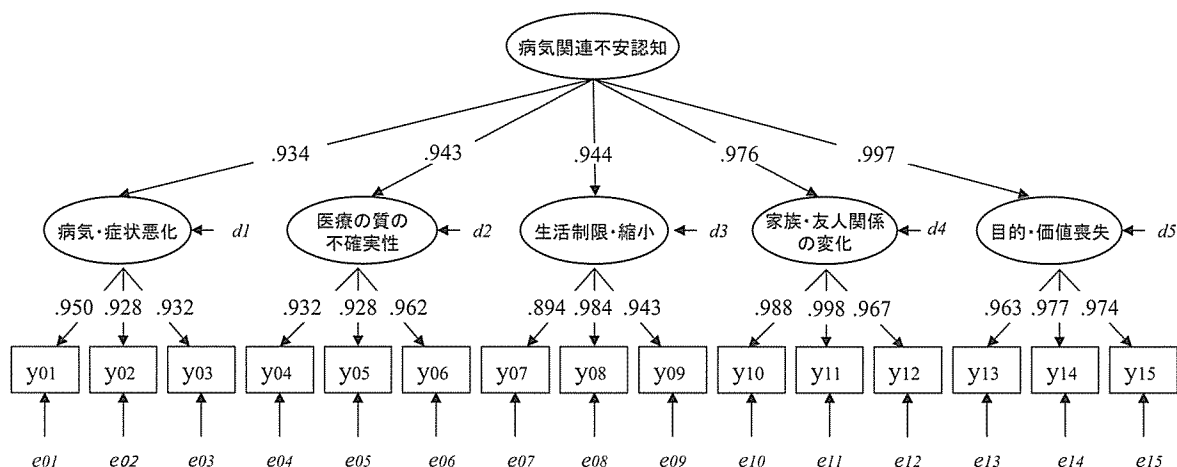
2) 病気関連不安認知に関する確証的因子分析

確証的因子分析を用いて、病気関連不安認知尺度の交差妥当性を検討した。分析の結果、モデルのデータへの適合度は、TLIが0.991、CFIが0.993、RMSEAが0.061と、RMSEAは0.06を若干上回ったが、TLI、CFIはモデルの受容の目安を上回った(図1)。また、推定値はいずれも t

値1.96以上で、統計学的に有意な水準であった。したがって、構成概念「病気関連不安認知」は一次元の性質をもつ概念として測定できることが確認された。「病気関連不安認知」の合計得点は、平均8.05点(SD = 6.66)で、範囲は0 - 30点であった。

3) GHQ-12に関する確証的因子分析

GHQ-12の1因子12項目モデルのデータへの適合度は、TLIが0.986、CFIが0.989、RMSEAが0.055と、モデルの受容の目安を上回った。また、推定値はいずれも t 値1.96



以上で、統計学的に有意な水準であった。KR20による信頼性係数は0.892であった。これらの結果からGHQ-12は、因子モデルの側面からみた構成概念妥当性と信頼性を備えているものと判断した。なお、「GHQ-12」の合計得点は、平均4.02点 (SD = 3.72) で、範囲は0 - 12点であった。

3. 病気関連不安認知と精神的健康との関連性

仮定した因果モデルのデータへの適合度は、TLI=0.959, CFI=0.968, RMSEA=0.063であった (図2)。モデルは、RMSEA が0.060を若干上回ったが、TLI, CFIは0.95以上とモデルの受容の目安を上回った。

病気関連不安認知と精神的健康の関連性をパス係数でみると、パス係数は0.487 ($t=7.149$, $p<0.01$) で、病気関連不安認知は精神的健康に中程度の強さに関連していた。背景要因の中では、年齢、入院期間、傷病の種類、罹患期間、手術による治療が統計学的に有意な水準を満たしていたが、パス係数は年齢が0.203、入院期間が0.120、傷病の種類が0.132、罹患期間が0.122、手術による治療が-0.127で病気関連不安認知との関係はいずれも弱かった。なお背景要因と精神的健康の関係について重回帰モデルを設定し検討を加えたが、精神的健康に対して統計学的に有意な水準を満たす背景要因は認められなかった。

さらに、病気関連不安認知の下位因子と精神的健康の関係を重回帰モデルで検討した結果は、目的・価値喪失に対する不安認知がパス係数0.296、病気・症状の悪化に対する不安認知が0.162、医療の質の不確実性に対する不安認知が0.160で、いずれも統計学的に有意な水準を満たしていた。他の下位因子の影響を取り除いた場合は、目的・価値喪失に対する不安認知が精神的健康に影響する割合が高かった。

IV. 考 察

従来、患者には抑うつ傾向などが多発しやすいことが報告されてきた。しかしその傾向は、病気の重症度とは必ずしも一致しないとされている⁷⁾。病気や入院生活は患者にとってストレス状況と想定できることから、患者のストレス認知評価に関する研究^{9~14)}は多数見られるが、ストレスラーをどのように捉えるかという個人の認知とストレス反応との関係を扱った研究^{11, 12, 14)}は少なく、しかもそのほとんどが外来通院で特定の治療を受けている患者を対象としていた。また、入院患者を対象にした報告^{15, 16)}も散見されるが、いずれも特定の疾患を対象にしたものとなっている。本研究は、特定の疾患に罹患し、特定の治療を受けている患者ではなく、ある時点にある総合病院に入院している患者を対象にして、入院患者に共通したストレス認知をとりあげ、ストレス認知が精神的健康度に影響を及ぼ

しているのかを検討した。なお、本研究における分析対象の317名は、平成11年度患者調査 (全国推計患者数：入院・外来、施設の種類、性・年齢階級別) 結果と比べると、70歳以上の比率がやや低い傾向にあったが、男女比および年齢比で母集団の特徴は類似していた。傷病分類に基づく傷病の種類では、新生物の比率が高い傾向にあったが、疾病構造が新生物、循環器系の疾患、消化器系の疾患、内分泌・栄養および代謝疾患に多く分布する傾向は類似していた。以上のことから分析対象は妥当であったと推察された。

1. 病気関連不安認知尺度の交差妥当性および測定指標の妥当性・信頼性について

著者ら¹⁸⁾は、患者のストレス認知を「病気や障害をもちながら生活するうえで患者がもつ不安」という側面からとりあげて、構造方程式モデリングによる確証的因子分析を用いて病気関連不安認知尺度を開発した。測定する指標の妥当性は、ある特定の対象 (集団) において確認されているだけでは不十分で、他の対象 (集団) においても同様の妥当性が確認されていることが必要とされている³⁰⁾。我々が開発した病気関連不安認知尺度、GHQ-12は、本研究の対象者において十分な内的整合性が確認された。また確証的因子分析の結果、モデルの適合度は受容できる目安であり、開発時と異なる対象において信頼性、妥当性を備えていることを確認した。病気関連不安認知尺度の交差妥当性を確認できたことは、入院患者のストレス認知が病気関連不安認知尺度の測定値に適切に反映されていると考えられ、一般の入院患者の病気や生活に関する不安認知と精神的健康の関係を適正に評価できたものと考えられる。

2. 病気関連不安認知と精神的健康の関連性について

本研究では、入院患者の病気や生活に関する不安認知の精神的健康に及ぼす影響を明らかにするために、背景要因を考慮したうえで因果モデルを仮定した。仮定したモデルのデータへの適合は、統計学的に受容できる数値をほぼ満たすものであった。不安認知と精神的健康は、パス係数0.487と中程度の関連性が認められた。これは病気や生活に関する不安認知が高いほど、入院患者の精神的な健康度が低下していることを示している。この結果は、ストレスラーへの認知評価がストレス反応に影響するというLazarusら⁸⁾の理論に合致するものであり、病気や障害をもちつつ生活するうえで一般的に患者が抱くストレス認知が精神的健康に影響を及ぼしていることを示すものと言えよう。Baldreeら³¹⁾が開発した透析ストレスラー尺度を用い、血液透析を受けている患者の血液透析に関するストレスラーのストレス認知と精神的健康との関係をGHQ-28を用いて検討したシェリフら³²⁾の研究では、ス

トレス認知と精神的健康の相関係数値は0.558であったと報告されている。また腎移植後という特殊な状況にある患者の移植ストレスに関する認知評価と精神的健康の関係をモデルの評価を行ったうえで検討した中西ら¹⁴⁾の研究では、ストレスに関する認知評価が精神的健康の44%を説明していたと報告している。対象患者や測定内容の違いが、結果に違いをもたらしていると考えられることから、本研究の結果をシェリフら³²⁾や中西ら¹⁴⁾の報告と単純に比較することはできないが、いずれの結果も少なくとも病気や障害をもちつつ生活する入院患者の一般的な不安認知を把握しつつ、疾患や治療特有の適応課題について患者がどのように捉えているのかを把握することの必要性を示唆しているものと言えよう。

さらに本研究では、病気関連不安認知尺度の下位因子にも着目した解析を行なったが、その結果は、他の因子の影響を取り除いた場合、目的・価値喪失の因子が精神的健康への影響が高いことを示していた。すなわち、病気や障害によって旅行など行きたいところへ行けなくなるのではない、趣味や生きがいをあきらめなくてはならないのではない、目標を変更しなくてはならないのではないかと心配している人ほど精神的な健康度が低下していることが示された。人生の意義や目的の感覚は人間の抽象的な所有物と考えられ、それが失われると絶望感を経験する、ストレスに対処するエネルギーがなくなると言われている³³⁾が、本研究の結果はそれを支持するものと言えよう。患者が病気や障害を、自分の趣味や生きがいにとどの程度影響すると捉えているのか、自分の人生の目標にとどのように影響していると捉えているのか、その認知に歪みはないのかを看護者が捉え、状況に応じた援助を行っていくことが精神的健康の維持にとって重要であると推察される。

なお背景要因の中で病気関連不安認知と統計学的に有意な水準で関係性が示唆された要因は、年齢、入院期間、傷病の種類、罹患期間、手術による治療となっていた。年齢、入院期間、傷病の種類、罹患期間は病気関連不安認知と正の関係に、手術による治療は負の関係にあった。これは、年齢が高い者、傷病が新生物の者、罹患期間が1年以上の者、入院期間が長い者ほど不安認知が強いことを示し、手術による治療を受けたあるいは受ける予定の者は不安認知が弱いことを示している。任ら³⁴⁾は、20歳以上の一般的な入院患者を対象として、Volicerら³⁵⁾が開発したHospital Stress Rating Scaleを参考にストレスの認知項目とし、ストレスの認知およびストレス反応に影響する要因を検討し、年代、入院期間によってストレスの認知、ストレス反応に有意差があったと報告している。本研究でも、入院期間が長い者ほどストレス認知が強かった。しかし、本研究では、年齢が高い者ほどストレス認知が高

く、年齢が若い群でストレスの認知が高いとした任ら³⁴⁾の報告とは異なる結果であった。検討に用いた指標が異なり、また任ら³⁴⁾は分散分析を用いて得点の比較をしており、結果の違いを検討するには限界がある。本研究の結果は、尺度の交差妥当性を確認し、因果モデルを用いて背景要因を伴う確証的因子分析を行い、モデルのデータに対する適合性の検討から得られたものである。しかし、背景要因の病気関連不安認知への影響力は、年齢のパス係数が0.203、その他の背景要因のパス係数は0.132以下でありいずれも弱かった。この結果は、病気関連不安認知が傷病の種類や罹患期間など変容不可能な、すなわち他者が介入することができない背景要因によって規定される率が少ないことを示唆している。ただしWeinmanら³⁶⁾は、入院中、退院後の心筋梗塞患者を対象にして Illness Perception Questionnaire を開発し、入院中の患者については、病気の治療に要する期間が短い（時間経過）、病気のコントロールができる（治癒／統制可能性）、生活に及ぼす影響が少ない（病気がもたらす結果）と認知しているほど精神的健康度が良いと報告している³⁷⁾。これは心筋梗塞に対する治療が進歩したことにより病気を正しく認知することができれば精神的健康が維持されるという疾患の特殊性がもたらした結果とも考えられる。変容不可能な傷病の種類も疾患によっては、病気関連不安認知が規定されることがあり、患者が病気を正しく認知できているかという視点で不安認知を捉えていく必要もあることを示唆しているものとする。

以上、本研究の結果は、病気関連不安認知尺度を用いて、病気や生活に関する不安認知をアセスメントし、個々の患者が抱える不安認知に介入していくことが可能であり、患者の精神的健康の維持を図るうえで必要であることを示唆するものであった。不安認知は、患者が病気や障害を持ちながら生活を送るうえで遭遇する心理面の諸課題¹⁹⁾に対する心配の程度を、ストレスに対する患者の認知的評価として位置づけたものである。心配は、個人が能動的に外界に意味づけし、対処しようとする過程が制御困難となり、苦痛をもたらすようになったものと考えられている³⁸⁾。したがって、患者が病気や入院に伴い心理面の諸課題に取り組む過程で、患者自身で対処しきれず制御困難となって生じる心配が、精神的な健康度に影響を及ぼしていることを示しているものと推察される。今後は患者が心理面の諸課題にとどのように対処しているのかという側面から病気関連不安認知や精神的健康との関係を検討し、患者の精神的健康を維持あるいは向上するための介入方法を検討していくことが必要である。なお本研究は横断研究の知見であり、独立変数が原因となって結果としての従属変数が生じるという因果関係の根拠は弱い。また身体的な症状については今回検討しておらず、症状の程度との関係は吟味

できていない。時系列的な過程を含んだ縦断調査や独立変数を操作する介入研究も今後は必要であると言える。

V. 結 論

病気関連不安認知尺度の交差妥当性が確認された。病気関連不安認知と精神的健康は中程度の強さの関連性があり、病気関連不安認知によって精神的健康が影響されていることが明らかとなった。病気関連不安認知の下位因子の中では、目的・価値喪失の因子が精神的健康への影響が強く、入院患者の精神的なサポートをしていくうえで、目

的・価値喪失に対する不安認知への介入が課題ではないかと推察された。病気関連不安認知尺度を用いて、病気や生活に関する不安認知をアセスメントし、個々の患者が抱える不安認知に介入していくことが、入院患者の精神的健康の維持を図るうえで必要であることが示唆された。

謝 辞

本研究を行うにあたり、快く調査にご協力いただきました患者の皆様、病院関係者の皆様に深謝いたします。

要 旨

本研究の目的は、病気関連不安認知尺度の交差妥当性を確認し、入院患者の病気や生活に関する不安認知の精神的健康に及ぼす影響を明らかにするとともに、精神的健康に不安認知のどの因子が最も影響を与えるのかを明らかにすることであった。対象は総合病院に入院している317名の患者で、精神的健康の測定にはGHQ-12を用いた。因果モデルを用いて分析した結果、不安認知と精神的健康の標準化係数は0.487 ($p < 0.01$)で、中程度の関連性を認め、不安認知が高いほど精神的な健康度が低下していることが示された。病気関連不安認知の中では目的・価値喪失の因子が精神的健康への影響が強く、目的・価値の喪失に対する不安認知への介入が課題と考えられた。入院生活を送っている患者の精神的な健康維持に対する介入として病気や生活に関する不安認知をアセスメントし、個々の患者が抱える不安認知に介入していくことが必要であることが示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to identify the influence of cognition during anxiety on the mental health of inpatients by attempting to confirm cross validity of a cognition scale of illness-related anxiety, and to determine which cognition sub-scale affects mental health most severely. Mental health was measured by using a general health questionnaire (12 items: GHQ-12). The subjects consisted of 317 patients in general hospitals. Using a causal relationship model, the standardized coefficient of cognition during anxiety and mental health was 0.487 ($p < 0.01$), indicating a moderate correlation and yielding the result that stress cognition appears to have an influence on mental health. In addition, among those sub-scales of cognition during anxiety, "the loss of purpose and value" is believed to have a significant influence on mental health, thus demonstrating the importance of intervention during periods of anxiety related to loss of purpose and value. These results suggest that nurses should intervene during times of stress by assessing inpatients' cognition and behavior to anxiety in order to maintain inpatients mental health.

文 献

- 1) 飛騨 操, 高良美樹: 入院患者のストレスと支援, 岡堂哲雄 (編): ヒューマン・ケア心理学シリーズ 患者の心理, 178-191, 至文堂, 東京, 2000.
- 2) 岡堂哲雄: 患者の心理-ヒューマン・ケア心理学の視点, 岡堂哲雄 (編): ヒューマン・ケア心理学シリーズ 患者の心理, 9-28, 至文堂, 東京, 2000.
- 3) Harter, M., Reuter, K., et al.: Comorbid psychiatric disorders in cancer patients in acute inpatient treatment and medical rehabilitation, *Die Rehabilitation*, 39(6), 317-323, 2000.
- 4) Harter, M., Baumeister, H., et al.: Epidemiology of comorbid mental disorders in rehabilitation patients with musculoskeletal and cardiovascular disease, *Die Rehabilitation*, 41(6), 367-374, 2002.
- 5) Love, A.W., Kissane, D.W., et al.: Diagnostic efficiency of the Hospital Anxiety and Depression Scale in women with early stage breast cancer, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 246-250, 2002.
- 6) Morri, P.L.P., Raphael, B., et al.: Clinical depression is associated with impaired recovery from stroke, *Medical Journal of Australia*, 157, 239-242, 1992.
- 7) Silverstone, P.H.: Depression increases mortality and morbidity in acute life-threatening medical illness, *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 651-657, 1990.
- 8) Lazarus, R.S., Folkman, S.: 本明 寛, 春木 豊, 他 (監訳): ストレスの心理学-認知的評価と対処の研究-, 実務教育出版, 東京, 1998.
- 9) Browne, B.B., Byrne, C., et al.: The meaning of illness questionnaire: reliability and validity. *Nursing Research*, 37(6), 368-373, 1988.
- 10) Kessler, T.A.: The cognitive appraisal of health scale: Development and psychometric evaluation, *Research in Nursing & Health*, 21, 73-82, 1998.
- 11) Oberst, M.T., Hughes, S.H., et al.: Self-care burden, stress appraisal,

- and mood among persons receiving radiotherapy, *Cancer Nursing*, 14, 71-78, 1991.
- 12) Carey, M.P., Jorgensen, R.S., et al.: Reliability and validity of the appraisal of diabetes scale, *Journal of Behavioral Medicine*, 14(1), 43-51, 1991.
- 13) 小西かおる：脳血管障害患者における障害によるストレスの認知的評価尺度の開発，*日本在宅ケア学会誌*，14(1)，62-71，2000.
- 14) 中西健二，山下 仰，他：腎移植後のストレスに対する認知評価が精神的健康に与える影響，*心身医学*，42(8)，504-511，2002.
- 15) Small, S.P., Graydon, J.E.: Perceived uncertainty, physical symptoms, and negative mood in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease, *Heart Lung*, 21, 568-574, 1992.
- 16) Taylor-Piliae, R.E., Molassiotis, A.: An exploration of the relationships between uncertainty, psychological distress and type of coping strategy among Chinese men after cardiac catheterization, *Journal of Advanced Nursing*, 33(1), 79-88, 2001.
- 17) Mishel, M.H.: Uncertainty in illness, *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 20 (4), 225-232, 1988.
- 18) 森本美智子，高井研一，他：病気に関連した不安認知尺度の開発，*岡山県立大学保健福祉学部紀要*，8(1)，11-19，2001.
- 19) 岡室哲雄：病気と人間行動，156-167，中央法規，東京，1992.
- 20) McDowell, I., Newell, C.: *Measuring Health - A Guide to Rating Scales and Questionnaires*, 225-236, Oxford University Press, New York, 1996.
- 21) Quek, K.F., Low, W.Y., et al.: Reliability and validity of the General Health Questionnaire (GHQ-12) among urological patients: A Malaysian study, 55, 509-513, 2001.
- 22) Aydin, I.O., Ulusahin, A.: Depression, anxiety comorbidity, and disability in tuberculosis and chronic obstructive pulmonary disease patients: applicability of GHQ-12, *General Hospital Psychiatry*, 23, 77-83, 2001.
- 22) Nosarti, C., Roberts, J.V., et al.: Early psychological adjustment in breast cancer patients: A prospective study, *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1123-1130, 2002.
- 24) Picardi, A., Abeni, D., et al.: Screening for psychiatric disorder in patients with skin disease A performance study of the 12-item General Health Questionnaire, *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 219-223, 2004.
- 25) Goldberg, D.P., Gater, R., et al.: The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care, *Psychological Medicine*, 27, 191-197, 1997.
- 26) Hu, Li-tze., Bentler, P.M.: Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives, *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55, 1999.
- 27) Muthen, L.K., Muthen, B.O.: *Mplus User's Guide*, 359-362, Muthen & Muthen, Los Angeles, 1998.
- 28) 狩野 裕，三浦麻子：Amos, EQS, CALISによるグラフィカル多変量解析－目で見える共分散構造分析－（増補版），163-181，現代数学社，東京，2002.
- 29) 豊田秀樹，前田忠彦，他：原因をさぐる統計学－共分散構造分析入門－，198-199，講談社，東京，1999.
- 30) 古谷野亘，長田久雄：実証研究の手引き，31-34，ワールドプランニング，東京，1998.
- 31) Baldree, K.S., Murphy, S.P., et al.: Stress identification and coping patterns in patients on Hemodialysis, *Nursing Research*, 31(2), 107-112, 1982.
- 32) シェリフ多田野亮子，大田明英：血液透析患者の心理的適応（透析受容）に影響を与える要因について，*日本看護科学会誌*，23(1)，1-13，2003.
- 33) Chasson-Stewart, G. M.: 西村 健，播口之朗（監訳）：高齢者のうつ病，74-86，西村書店，東京，1995.
- 34) 任 和子，中井義勝，他：入院患者のストレスとストレス反応に影響を及ぼす要因について，*日本保健医療行動科学年報*，14，150-166，1999.
- 35) Volicer, B.J., Bohannon, M.W.: A hospital stress rating scale, *Nursing Research*, 24(5), 352-359, 1975.
- 36) Weinman, J., Petrie, K.J., et al.: The Illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness, *Psychology and Health*, 11, 431-445, 1996.
- 37) Petrie, K.J., Weinman, J., et al.: Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study, *British Medical Journal*, 312, 1191-1194, 1996.
- 38) 杉浦義典：ストレス対処からみた心配の認知的メカニズム，4-7，風間書房，東京，2003.

〔平成17年1月4日受 付〕
〔平成17年4月7日採用決定〕

小児看護学実習での学生の困難感のプロセスと学生自身の対処

Process during Perceived Concerns of Students and Coping of Students in Clinical Training of Pediatric Nursing

西 田 みゆき¹⁾

Miyuki Nishida

北 島 靖 子²⁾

Yasuko Kitajima

キーワード：小児看護学実習，看護学生，困難感，対処

clinical training of pediatric nursing, nursing student, concern, coping

I. はじめに

看護学実習は理論と実際の統合を図る有力な授業であり、専門職として看護者の実践能力を習得するための学習であると位置づけられている¹⁾。小児看護学においては、子どもと接した経験の少ない学生が増え小児看護学実習の展開が困難になっており²⁾、90時間という限られた実習時間の中での小児医療の変化に応じた看護師の育成について検討が行われている³⁾。そのような状況の中で、小児看護学実習において学生が抱える困難感、小児特有のケアや遊びの中での困難や関係作りが明らかにされてきている⁴⁾。筆者の先行研究で、小児看護学実習で学生が抱える困難感、【小児看護学実習へのイメージのギャップ】【子どもとの体験の少なさへの戸惑】【関係作りへの不安】が明らかになった⁵⁾。しかし、小児看護学実習での困難感のプロセスについては言及しなかった。そこで、今回、小児看護学実習で学生が抱える困難感はどうに変化し、その困難感について学生自身はどのように対処をしているのかを記述することで、さらに学生の体験を明らかにすることができると考えた。

II. 研究目的

小児看護学における臨床実習で、学生が抱える困難感のプロセスと学生自身の行っている対処を明らかにし、今後の小児看護学実習指導への示唆を得る。

III. 用語の定義

「困難感」とは、小児看護学実習を実施するに当たり学生自身が感じた困ったこと、戸惑ったこと、気がかりとし、「小児看護学実習」とは、健康障害をもつ子どもを対象とした小児病棟における臨床実習とした。また、「対処」とは、学生自身が小児看護学実習の中で感じた困難を乗り越えるための方法とした。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

木下⁶⁾の提示する Strauss & Corbin 版に基づく Grounded Theory Approach を参考とした質的帰納的研究

2. 研究対象

対象者は、首都圏の看護系短期大学に在籍中の3年生であり、研究参加に同意の得られた21名であった。対象者の実習背景は、1, 2年次に基礎看護実習を行い、2年次に1週間の幼稚園か保育園実習と老年看護学、在宅看護学実習を終了していた。3年次の対象別看護実習としては、小児看護学実習が最初の実習か、成人、老年、母性看護学実習のいずれかを首都圏の大学病院で終了していた。

3. データ収集期間

2003年5月23日～6月20日

4. データ収集と分析方法

対象者が実習中に困難と感じたことを中心に、「実習中に困ったことや戸惑ったことはどんなことか」ということと「そのことはどのように変化したか」という内容について半構成的質問を用いた面接を20分から45分間行った。面接は、実習終了最終日に行い、本人の了解を得て録音を行い、逐語録をデータとした。データから、同類と思われる内容、同様の意味を示すものを抽出し、ラベルづけし、カテゴリーに分類した。そのカテゴリーリストをもとに継続比較分析を行いカテゴリー及びカテゴリー間の関係性を見出し、小児看護学実習における学生の困難感のプロセスと学生自身の対処を明らかにした。

5. 倫理的配慮

本研究は、面接者が実習指導教員という対象者に強制

1) 順天堂大学医療看護学部 Juntendo University

2) 茨城キリスト教大学 Ibaraki Christian University

力の働きやすい立場での面接となったため、以下のことに配慮して行った。研究協力の有無は実習評価や今後の実習継続に対して、一切影響が無いことを説明した。面接は個人面接とし、内容は個人が特定できないように処理を行った。以上のことを納得した上で、参加は本人の自由意志であり、途中中断や協力の取り下げが可能であることを書面と口頭で説明し承諾を得た。

V. 結 果

1. 小児看護学実習における学生の困難感のプロセスと学生自身の対処の構造

対象者は小児看護学実習における困難感について、面接では、度々「どうしていいかわからない」という表現を用いた。「どうしていいかわからない」という表現が用いられる場面は、その状態が何故起きたかという客観的把握が出来ず、今後の行動予測ができない思考停滞や、適切な対処方法や実習活動が上手いかわない行動停滞の状態であった。そこで、小児看護学実習における学生の困難感においては、＜実習活動の停滞＞という中核概念が抽出された。小児看護学実習への学生の困難感のプロセスと学生自身の対処では＜実習活動の停滞＞を中核概念とする①未知なる子どもと未知なる病児への当惑、②病児との対面の脅威、③援助技術の未遂行による落胆、④複雑な統合と応用というプロセスが抽出され、それぞれの段階でA.根気強く継続的な関わりB.指導者の助言の活用と看護実践の模倣C.学生同士の励まし

学生同士の励ましによる対処を行っている構造が明らかになった(図1)。「＜実習活動の停滞＞」状態は、対処方法が上手くいけば乗り越えられることもあり、乗り越えられると「できそう」「わかってきた」という表現を用いた。しかし、＜実習活動の停滞＞状態に陥って対処方法が行えない状況にあると次の段階への移行が困難な場合もあった。

2. 小児看護学実習における学生の困難感のプロセス

①未知なる子どもと未知なる病児への当惑

対象者は、実習開始の時期の感情を振り返り、子どもに接することすら心配なのに病児となるとどうしていいかわからないと語った。つまり、小児看護学の実習が始まる前から、小児看護学実習についての困難感は存在していることが明らかになり、未知なる子どもと未知なる病児への当惑と命名した。これは、実習を始める前、あるいは実習初日などに感じる困難であった。特に子どもとあまり接したことが無いと自覚している者は強いと語った。また、自分が看護的なケアをどのように行えるのかと言うことについても自信が無い様子を語っていた。「あんまり私は子どもとどう接していいかわからなくて、患者さんとうまくやっていけるか心配だったんですけど。」

「やっぱり病院にいて事で、それだけでもストレス感じてたり痛いのが我慢したり、そういう子に対してどうしてあげたら和らげられるのかとか。」

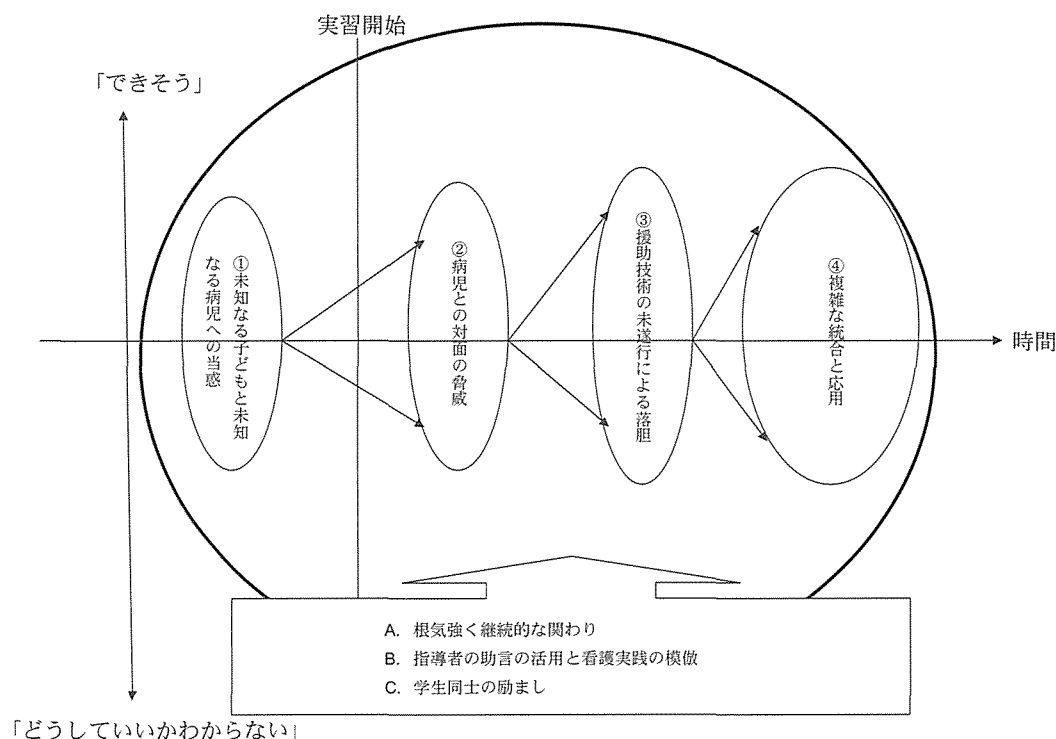


図1 小児看護学実習での学生の困難感のプロセスと学生自身の対処の構造

「私は家族の中でも年下で、いとことか含めても一番下なので、年下の子に接するということが皆無だったので、緊張もしたし、話し掛けとか細かい事もどういう風にしていけば良いのかっていうのが良くわからなかったっていうのが。」

②病児との対面の脅威

実習が始まり、子どもとの対面から、互いに慣れるまでの1, 2日間に対象者は、困難を感じていた。それは、幼児や学童の場合は言葉や行動での拒否的な反応、乳児の場合は自分が訪室することで泣かせてしまうという状況であり、そのことから、対象者は<実習活動の停滞>となっていた。そして、初めて子どもに対面した時の子どもの反応について、実習開始前の段階で感じていたことが「やっぱり」と的中してしまうことで対象者は脅かされ「どうしていいかわからない」という思いが大きくなっていた。

「(病室に) 行っただけでも泣いちゃったり、全然違う遊びのことを聞こうとしても、処置じゃないことでも、何でも聞く耳を持ってくれないし、しゃべりかけても答えてくれないし。」

「初めのほうに反抗期がすごく出て、拒否されてしまっって結構へこんでしまいました。」

「泣いてしまっってどうしていいかわからなくて、抱っこしても泣き止まなくて、ベッドに寝かしても泣き止まなくてって感じで、あーってなってしまったんですけど。」

「初日、2日目は1日中ほとんど泣いている状態だったので、『あっ、やっぱりこういう状態なんだ。』って、『やっぱり』って思いました。やっぱり、何も、どうしていいかわからないって感じです。」

③援助技術の未遂行による落胆

基本的援助技術が、子どもの泣きや拒否などという成長発達における特徴的な反応により実施できないことや、実施しても失敗してしまうという経験が対象者を「どうしていいかわからない」という状態に陥らせていた。ここでの基本的援助技術とは、バイタルサインズ測定、清拭、コミュニケーションを図るということであった。これらの技術は、学内実習や基礎実習からの実習経験の積み重ねの結果、自信をもてるようになってきており、新しい実習環境においては学生にとって頼みの綱であった。学生として唯一できることとしての基本的看護技術の失敗から、<実習活動の停滞>を引き起こしており、望みを失いがっかりすることから援助技術の未遂行による落胆と命名した。

「清拭だったり血圧だったり、聴診器で聴くだけでも『やだやだ』って泣いちゃう。コミュニケーションが取

れないっていうのが、あんなにも辛いことだとは今まで経験したことがなくて。」

「実習って最初はどこも不安なんですけど、今までできたこと、例えばバイタルを測るとか、清拭をするとか。そういうことができれば、少しずつ患者さんとも関係もできるし、それから疾患とか勉強するとかできる。だけど、小児の場合はその成功率が低いと思うんです。だから、できないできないってなって、どうしていいかわからなくて。」

「血圧が測れないって事で、今までどんな患者さんにも出来ていたことができないって気持ちがありました。」

④複雑な統合と応用

これまでの困難を乗り越えて、対象者自身が小児の特殊性を捉えて看護を展開できると実感できている一方、新たな困難を感じている段階であった。つまり、小児看護学の特殊性を理解出来てきたため、個々の子どもがもつ疾患や年齢・症状によって生じる看護の難しさを実感していた。それは、成人を対象に実習してきた対象者にとって、成人ではできていたはずの知識の統合・応用が、対象が小児になったことで統合と応用がより複雑になったために「どうしていいかわからない」状態に陥るということであった。

「今までの成人の場合、とりあえず調べるとしたら、疾患中心じゃないですか。小児の場合、発達課題とか日常生活の事から全て調べていかないといけないので、その分時間がかかってって。難しかったです。」

「7歳の子で、説明してすごく理解しているんですけど、それが行動になかなかついていかなくて。7歳の子としては正常というか普通のことだと思ったんですが、そう考えるとその都度説明していくのが必要なのか、必要でないのかということに悩んでしまっって。」

「困ったことは、やっぱりアセスメントというか。大人と違って、自分で訴えることができない。例えば大人なら『おなか痛いんだよね、最近』とかヒントを与えてくれるっていうか」

「成人には決まった言い方で説明すればいい事でも、小児には検査ひとつ、その子に合った言い方で説明しなければならいし、そういった関わりが難しかったです。」

「2週目の終わりぐらいになってきて、ちょっとづつ〇くんの動きとかも見れるようになって、少しずつ余裕が出てきてからなんとなくわかり始めたという感じで。」
「(どうしていいかわからないって言うのは2週間の間に変ったの?) 変わりました。接し方がわかったんです。泣いている子を紛らわせる方法っていうか。」

3. 小児看護実習における学生の困難感に対する学生自身の対処

A：根気強く継続的な関わり

実習指導者や実習指導教員からのアドバイス、あるいは対象者本来の粘り強い気質から、患児と根気強く関わりを続けることで患児との関係を築くことができ、困難を解決できると語った。ここでは対象者の実習に対する姿勢が影響を及ぼし、実習活動の停滞の局面でも、「関係を築きたい」「自分も出来るようになりたい」とあきらめずに困難を解決できていた。

「自分からちょっともっと勇気を持って話しかけたり、頑張って訪室しようと思って。それを繰り返していつか、だんだんお互いに慣れてきたかなって感じですね。何度も何度も訪室してあげるっていうのも大切だと思うし。」

「この子はどうしていかなきゃいけないんだろうとか、どうやったらもっと理解できるだろうと色々考えて、ちょっとずつ、ちょっとずつ実践していつか（不安が）小さくなって。」

「入院してすぐは口数も少なかったし、話しかけてもあんまり反応ない時も最初の方はあったんですけど、でも、毎日行ったりとか、一日の中で何回も行ったりだとか。」

B：指導者の助言の活用と看護実践の模倣

対象者は患児との対応で戸惑ったり迷ったりした時に実習指導者や実習指導教員に尋ねることや、自分の抱えている困難を実習指導者と子どもとの関わりを観察し模倣することで解決していったと語った。

「（実習指導者の）顔つきも、すごくちゃい子だと笑顔いっぱいだけれども、思春期ぐらいの子になると微妙な微笑みでその子を尊重している感じ。『どうしたの？』と『言いたいこと聴いてあげるよ』と言う感じがその子に伝わるように出ているし。」

「わからないことは看護師さんに聞いたり、実際に『自分はこうして行ったらいいと思うんだけど、どう思いますか』って指導者さんに聞いたり助言を受けながらやっていたので出来たというのがありますけど。」

「血圧が測れないって、私が指導者さんに言った時に、一緒に来て、私はいきなり測定していたのに、○くんの持っている物に『何これ？』って話したりとかして10分位して『ちょっとやっていい？』って言って、『やだ』って言ったんですけど、指導者さんは笑顔で話しかけてて、それで、いつの間にかやっちゃってて。それを見て、やっぱり話しかけながらとか。突然行ったんじゃ駄目って言う。」

「『抱っこすることが重要だよ』ってアドバイスを受け

たのでなるべく抱っこするようにしたり、『こっちから働きかけないと向こうも心を開いてくれないよ』って言われたので。」

C：学生同士の励まし

対象者は、カンファレンスでの問題提議や学生同士の雑談の中で、困難と感じたことを話し合ううちに、その悩みが自分だけでないと知ったり、励まされ「どうしていいかわからない」状態から抜け出せたと語っていた。

「2日目ですね。カンファレンスの時に先生たちから言われたり、友達から言われて『ああそうなんだあ』と思ってちょっと落ち着いて。」

「グループの友だちとこういう時にはどうしたら良いのかなって相談にのってもらったことも結構あったんで。」

「やっぱりカンファレンスとかすると友達も同じような事を悩んでたんだって思うと安心っていうんじゃないけど。カンファレンスに上がってくる内容って私も答えを聞きたいなって思うことを皆上げてくるので、自分の為にもなるので、そういうので視野が広がったり。」

VI. 考 察

本研究は、小児看護学における実習で、学生の困難感のプロセスと学生自身の対処について面接情報をもとに記述した。小児看護学実習において、対象者が抱えていた小児看護学実習への困難感は①未知なる子どもと未知なる病児への当惑、②病児との対面の脅威、③援助技術の未遂行による落胆、④複雑な統合と応用というプロセスがあり、その中で学生は患児に根気強く継続的に関わり、指導者の助言の活用や看護実践の模倣をし、学生同士の励ましによる対処を行っているという構造が明らかになった。よって、小児看護学実習で学生が経験する困難感のプロセスと学生の困難感に対する学生自身の対処、及び今後の小児看護学実習への示唆について考察する。

1. 小児看護学実習に学生が体験する困難感のプロセス

対象者は①未知なる子どもと未知なる病児への当惑、②病児との対面の脅威、③援助技術の未遂行による落胆、④複雑な統合と応用という4つの段階において＜実習活動の停滞＞という状態に陥っていた。これは、思考活動の停滞、行動の停滞という状態であり、対象者はこの状況を乗り越えないことには、次の段階へ移行できないことになる。この状態は、実習開始前から始まり、実習開始初日に子どもとの対面、実習2、3日目で基本的看護技術の失敗で暗明を分けることになる。つまり、その②病児との対面の脅威、③援助技術の未遂行による落胆をどのように経験するかによって、④複雑な統合と応用へと進めるか否かに影響する。実習指導教員は、小児看護学実習において、対

象者が②病児との対面の脅威、③援助技術の未遂行による落胆をどのように経験しているかを良く観察、察知し、介入を行う必要があると考える。

杉森⁷⁾は、「学生の学習活動を説明する6つの概念」を用いて看護学実習における学生の学習活動を説明している。そこで、小児看護学実習に学生が体験する困難感のプロセスと比較して検討してみる。③援助技術の未遂行による落胆は「一般原則適応によるケア展開」「ケアの提供の混乱と中断」と適合する。「一般原則適応によるケア展開」ではケアの進行過程で不安や動揺が生じた時一般原則に戻り、それをなぞるということであり、「ケアの提供の混乱と中断」では予測不能な事態に対応できないためにケア過程が混乱するというものであった。それによると学生は、不安や緊張などに直面した時に対象の個性に関わらない看護の基本的な知識、技術、態度に戻るとしている。つまり、成人を対象とした実習の場合、一般的な看護技術の施行に戻ることでケア過程の混乱を回避することができるが、対象が小児である場合、小児の発達段階における学生への反応により援助技術は原則を変化させ応用になるので、一般原則に戻ることが難しく、混乱の中から抜け出せないという状況になると考えられる。④複雑な統合と応用については、「ケア提供過程における理解の深まりによるケア進展」で説明されていることであるが、患者や看護技術への理解が深まると援助の方法を修正したり個性を反映したりして看護展開できるようになるということであった。すなわち、②病児との対面の脅威、③援助技術の未遂行による落胆を乗り越え、患児とのコミュニケーションが取れるとともに観察することができるようになると、患児の理解を深めることができる。このことから、必要な看護技術を行うことができ、看護の展開に向かうことができるというわけである。つまり、小児看護学実習では②病児との対面の脅威、③援助技術の未遂行による落胆をどのように経験しているかを実習指導教員は察知し導く必要がある。そして、④複雑な統合と応用の段階に到達すると、子どもの疾患や個性を重視した看護の展開を指導していくことが重要になる。

また、山下ら⁸⁾によれば、看護学実習における学習活動は、学習者のレディネス（精神的身体的準備状態）によって形成されると述べている。つまり、小児看護学実習では、実習開始前から子どもとの対面や基本的看護技術の実践を行う時期までを広い意味でのレディネスと捉え、この時期、実習指導者および実習指導教員は学生と子どもとの関係形成を主眼に学生に関わる必要がある。

2. 小児看護学実習の学生の困難感に対する学生自身の対処

A：根気強く継続的な関わり

子どもに接する機会が少ない対象者にとっての困難感とは、①未知なる子どもと未知なる病児への当惑、②病児との対面の脅威までの間が最も顕著に現れると思われる。そのため、学内での講義、幼稚園保育園実習で健康な子どもを理解するなど、子どものイメージを養っていたが、対象者にとっては「看護学生として子どもにどのように関わればいいのか」ということに対しての思いがあった。知識として小児看護学を学んでいても子どもとの関わりの経験のない対象者にとって、子どもに接し看護を行うということは脅威である。実際の子どもと接し、自分に対して気持ちを向けてくれない患児に対して、どうしていいかわからないと語っていた。実習指導者および実習指導教員は、学生の不安感・恐怖心が強くあることを前提として安心感を与えるような関わりが必要であると考え。例えば子どもの拒否という予想していた悪い事態が起こったとしても、それが対象者のせいではなく、子どもの特性であることや、諦めずに繰り返し関わることで、子どもが慣れてくることを伝え、繰り返し励ますことで関係を築くことができると指導し理解させる場合などである。

B：指導者の助言の活用と看護実践の模倣

これは、対象者が困難と感じていた場面についての助言や、対象者に付き添うことでの安心感を与えることとモデルを示すことなどであった。ここでも、杉森⁹⁾の「6つの概念」の1つ「円滑なケア提供に向けた他者介入の受け入れ」と適合する。それは指導者が学生の困っている様子を察知し、学生に代わってケアを提供すると、学生はそれを観察し、模倣し、共にケアに参加するというものであった。つまり、実習指導者および実習指導教員は、学生が体験している小児看護学実習への不安や戸惑いを察知し、心理的な援助をすること、そして必要に応じてモデルを示し、一緒に行うということが学生の困難感を減少させ、小児看護学実習をより有効にする方法であることが示唆された。

C：学生同士の励まし

実習において、学生間のグループダイナミックスは実習の効果に大きな影響を及ぼす。例えば、自分が窮地に立たされた時、対処方法の1つとして、共に経験している同士との支え、助け合えるようなグループ内での調和が重要になると考えられる。勿論、実習の中でのグループダイナミックスの結果生じた不和が、学生の実習継続意欲などに悪影響を及ぼすことも予想される。しかし、実習の中で生じたグループダイナミックスは、医療や

看護が、チームで行われることを考慮すると将来のためのメンバーシップの学びの機会にもなるであろう。つまり、学生同士のグループ内の関係性も学生にとっての成長の場であるような働きかけを実習指導教員は行う必要があると考えられる。

また、カンファレンスの目的は、より良い患者ケアの共有のための会議ではあるが、実習におけるカンファレンスの役割として、学びの共有や支えあう場としての役割も果たすと考えられる。来生ら¹⁰⁾は、小児看護学実習では、様々な年齢や疾患の小児の理解を助ける場としてカンファレンスを位置づけ、共に苦しみを共有し、激励しあう場として活用されていたと述べた。このことは、Bandura¹¹⁾の提唱した自己効力感で説明されているように、自分と同じような人々が忍耐強く努力して成功するのを見ることは、自分達にもそのようなことができるのだという信念をわきあがらせ、努力をしても失敗している人を見ることは動機のレベルを下げるという『代理体験』に一致する。また、廣田¹²⁾は、実習指導教員が学生の心情を察知し感情を受け止め共有することを看護学実習カンファレンスにおける教授活動の特徴の1つとして上げている。このことから、実習指導教員は、学生の体験を肯定的に捉え、忍耐強く努力していることを強調し、頑張りを認め、成功したことを共に喜ぶなど、カンファレンスの進め方には十分な配慮が大切であることが示唆された。

VII. 結 論

1. 小児看護学実習における学生の困難感とは、＜実習の停滞＞を中核概念とし①未知なる子どもと未知なる病児への当惑、②病児との対面の脅威、③援助技術の未遂行による落胆、④複雑な統合の4つの段階があった。実習指導者および教員は、小児看護学実習においては、実習前から困難感があることを前提に、学生が子どもとの対面と基本的援助技術の実施をどのように経験しているかを良く観察、察

知し、介入を行う必要がある。

2. 小児看護学実習における学生の困難感のプロセスでの学生自身の対処は、A. 根気強く継続的な関わりB. 指導者の助言の活用と看護実践の模倣C. 学生同士の励ましであった。実習指導者および実習指導教員は、学生が体験している小児看護学実習への困難感を察知し、繰り返し諦めずに関わっていくことの重要性を説明し、心理的な援助をすること、そして必要に応じてモデルを示し一緒に行うということが、小児看護学実習をより有効にする一助であることが示唆された。また、学生グループ内のグループダイナミックスを良く見極めると共に、学生同士の代理体験を肯定的に捉え、カンファレンスの進め方には十分配慮して行うことが大切である。

VIII. 研究の限界と看護への示唆

小児看護学実習における学生の困難感とは、実習開始前から子どもとの対面、基本的援助技術の実施などを通して、学生自身が子どもに慣れていく過程の中に存在し、その経過を経て小児の特徴を捉えた実践展開に結びつくということが明らかになった。そして、その中で、学生たちは根気強く患児に関わり、指導者に支援を求め、学生同士の励ましを支えに、その困難を乗り越えていた。しかし、実習指導教員が研究者の立場を兼ねて面接することによって、実習指導教員に対する否定的な要因は吐露しにくい状況であったことは本研究の限界であった。また、学生と実習指導者との関係性については明らかにされていない。今後、実習指導者および実習指導教員との関係性を考慮し研究を進めていくことで、小児看護学実習における学生の体験はより明らかになり学生にとって効果的な小児看護学実習の実践の礎となると考える。また、今回は臨床実習における困難感を追及したが、幼稚園保育園実習や学内演習での経験との関係については明らかにしていく必要があるだろう。

要 旨

本研究は、小児看護学実習で、学生の困難感のプロセスと学生自身の行っている対処を明らかにし、今後の小児看護学実習指導への示唆を得ることを目的とした。看護学生21名に対して、小児看護学実習で感じた戸惑いや困難について、半構成的質問による面接を行った。その結果、小児看護学実習への学生の困難感のプロセスと学生自身の対処では＜実習活動の停滞＞を中核概念とする①未知なる子どもと未知なる病児への当惑、②病児との対面の脅威、③援助技術の未遂行による落胆、④複雑な統合と応用というプロセスが抽出され、A. 根気強く継続的な関わりB. 指導者の助言の活用と看護実践の模倣C. 学生同士の励ましによる対処を行っている構造が明らかになった。学生が体験している小児看護学実習への困難感を察知し、繰り返しあきらめずに関わっていくことの重要性を説明し、心理的な援助をすること、モデルを示し一緒に行うこと、学生同士の代理体験を肯定的に捉えたカンファレンスの運営をすることが、小児看護学実習を有効にする一助であることが示唆された。

Abstract

The purpose of the present study is to elucidate the process during which students face difficulty and the method by which they cope with certain situations during clinical training so that the teaching staff may gain insight into future training in clinical pediatric nursing. Interviews were conducted by posing semi-structured questions to 21 nursing students on the bewilderment or difficulty that they experienced during the training. Consequently, the following emerged from the process in which the students became distressed during the training (from (1) to (4)) and their methods for coping with the problems (from A to C). The reasons given for “deterrence mainly concerning clinical activities” were: (1) Discomfort with strange children or uneasy feeling with new sick children; (2) Threat felt at facing sick children; (3) Discouragement at not completing nursing technology; and (4) Complex integration process and application of nursing methodology. The structure for coping mechanism was described as: A. Persistent and continued efforts; B. Application of the leader’s advice and copying the nursing pattern that has been indicated; and C. Mutual encouragement among students. These findings indicated that procedures, such as understanding the difficulty that students experience in clinical training in pediatric nursing, explaining the importance of continuous efforts in training, offering psychological support, joining the students in continuing the study by showing models, and conducting conferences where experiences are acted out by the students themselves and presented in an affirmative manner, will be one approach to success in such a training program.

引用参考文献

- 1) 杉森みどり：看護教育学，第3版，237-263，医学書院，2000.
- 2) 込山洋美，飯村直子，他：臨地実習における評価に関する研究の動向と課題，日本小児看護学会誌，8(2)，53-60，1999.
- 3) 安田恵美子，飯村直子，他：文献から見る小児看護学実習の現状と今後の課題，日本小児看護学会誌，8(2)，66-72，1999.
- 4) 小口多美子，関美知代，他：小児看護学実習において学生が直面する困難，第33回小児看護2002年，148-150，2002.
- 5) 西田みゆき，北島靖子：小児看護実習における学生の困難感，順天堂医療短期大学紀要，44-51，2003.
- 6) 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチ質的実証研究の再生，弘文堂，1999.
- 7) 前掲書1).
- 8) 山下暢子，定廣和香子，他：看護学実習における学生行動の概念化，看護教育学研究，12(1)，15-28，2003.
- 9) 前掲書1).
- 10) 来生奈巳子，飯村直子，他：文献からみる小児看護学実習を指導する教員の実態と今後の課題，日本小児看護学会誌，10(2)，31-37，2001.
- 11) Albert Bandura/本明 寛，野口京子監訳：SELF-EFFICACY IN CHANGING SOCIETIES/激動社会の中の自己効力，2-41，金子書房，2000.
- 12) 廣田登志子：看護学実習カンファレンスにおける教授活動に関する研究，看護教育学研究，11(2)，12-28，2002.

参考文献

- 1) 山本則子，萱間真美，太田喜久子，大川貴子，グラウンデッドセオリー法を用いた看護研究のプロセス，文光堂，2002.
- 2) Anselm Strauss, Juliet Corbin. 質的研究の基礎ーグラウンデッド・セオリーの技法と手順，南裕子監訳，医学書院，第2版，2000.

〔平成16年4月5日受 付〕
〔平成16年12月20日採用決定〕

デイケア通所と入院における精神障害者の味覚識別能

Comparative Study on Taste Sensitivity of Mentally Handicapped Persons:
Day Care Participants vs. Inpatients

吾 郷 美奈恵 (蓑原)¹⁾ 高 野 美喜子²⁾ 岸 富美子²⁾
Minae Ago (Minohara) Mikiko Takano Fumiko Kishi

キーワード： 精神障害者、味覚識別能、デイケア、食生活習慣
mentally handicapped persons, taste sensitivity, day care, dietary-lifestyle

I. 緒 言

ノーマライゼーションの推進により精神障害者の地域での自立と社会参加は促進されてきた。近年は、地域で小規模事業所やデイケアに通所しながら生活している精神障害者を対象に Quality of life (以下、QOLとする。) を高めるための看護援助が検討され、入院経験や入院期間、食生活の影響についても報告されている^{1, 2)}。また、精神障害者の食行動特性³⁾や食事摂取行動の特徴⁴⁾から糖尿病、肝障害、高血圧、肥満、痛風などの内科的合併症などがみられるが、精神障害としての特別な食事方針や治療食は存在しない^{3, 5)}。一方、精神科リハビリテーションを意識した食生活援助行為は障害者のQOLを高めるものと期待されている⁶⁾。

我々は日々の精神障害者の看護を通して、生活習慣病で内科受診をする患者が多く、精神疾患特有とも思える食行動が気になっている。病院食は栄養管理部門を中心に嗜好調査を行い、適時適量の食事を目の前で盛付けるなど改善してきた。しかし、患者は週に1度の選択メニューを設けても興味を示すようには感じられない。また、食事の1時間位前から廊下で並んで待っているにもかかわらず短時間でかき込むように食べ、コーヒーに入れる砂糖の量が異常と思えるほど多い等、食行動に違和感を抱くことが多々ある。また、病院食の残食が多く、間食にラーメン、パン、スナック菓子を好み、コーラ等の炭酸飲料や甘味の強いジュースを好む者が多い。このような日々感じる食行動の違和感や生活習慣病予防に対して我々は十分な看護介入ができていないと言えない現状にある。

食事に対する満足感は、その食物が与える味覚の他に臭い(嗅覚)、歯ごたえ(触覚)、温度(温冷覚)、見た目(視覚)、咀嚼音(聴覚)、食欲など、あらゆる感覚に影響され、QOLにも深い関係にある。これらの感覚は、生活

習慣や生活環境、過去の経験などによって変化するとともに、疾病そのものによる変化や治療薬剤の副作用⁷⁾も考えられる。滴下法を用いた味覚においても様々な要因により変動することが知られており^{8, 9, 10, 11)}、喫煙などの日常生活習慣の要因によっても影響を受け¹²⁾、食生活を含めた日常生活指導等により敏感に変化することも報告されている^{13, 14)}。

限られた生活空間で入院生活を続ける精神疾患患者において食事はQOLの観点から重要な意味があると考ええる。また、精神疾患患者に滴下法を用いた味覚識別能は女性が男性より敏感で健康な者と比べて大きな差は無く、精神薬や睡眠薬の服用により苦味が鈍化している¹⁵⁾。しかし、味覚識別能は入院している者よりデイケアに通所している者の方が敏感な傾向が見られ、地域における日常生活に近づけることが治療的な関わりとなりQOLの向上になることが推察されている¹⁵⁾。

本研究では、QOLと密接な関係がある宿主要因としての味覚に着目し^{10, 11)}、精神障害者の生活環境が異なるデイケア通所(以下、通所とする。)と入院中(以下、入院とする。)の精神障害者の味覚識別能を明らかにし、精神障害者のQOL向上に向けた看護援助について検討することを目的とした。

II. 研究方法

1. 対 象

対象は調査時(平成14年7月から8月)、K病院に入院及び通所していた精神障害者で、意思の疎通が可能で研究の主旨を理解し、協力が得られた者全員である。対象となった者は入院280名、通所35名であり、そのうち認知症や急性期を除いた入院210名、通所35名、合計245名が調査対象となった。そのうち、研究の主旨に賛同し調査に協力

1) 島根県立看護短期大学 Shimane Nursing College

2) 島根県立湖陵病院 Shimane Prefecture Koryo Hospital

が得られた者は入院86名（実施率41.0%）、通所25名（実施率71.4%）で、合計111名（実施率45.3%）であった。今回の研究では、通所25名に入院から性、年齢（3歳以内）、主病名を一致させ、無作為抽出した各25名を分析対象とした。

2. 調査内容

調査内容は、滴下法¹⁶⁾による味覚検査と食べ物で気を付けている内容や嗜好、食事時間などの食生活を中心とした生活習慣等のアンケート（A4版用紙2枚）、性・年齢、身長・体重、病名や入院期間である。

3. 調査方法

(1) アンケート調査

アンケート用紙は対象を管理する部署の各看護師長が配布し、回収した。自分で記入することが困難な者は、看護師長が聞き取り記入した。また、1か月当りの間食に使う金額は最近数か月の平均的な金額、食事に要する時間は最近1週間の平均な時間を問う等、特別な日ではないように配慮した。

性・年齢、身長・体重、病名については調査日前の最新のデータをカルテより調査し、入院期間は調査日までとした。

(2) 味覚検査

味覚検査に用いる味質液は、テストディスク（三和化学製）として市販されている。味質液は「甘味」「塩味」「酸味」「苦味」の4味質で、それぞれ5段階濃度であるが、さらに中間濃度を設けた10段階濃度に調整して用いた。滴下法^{16,17)}による味覚検査は、検査直前に100ml程度の蒸留水で含嗽させた後、1種類の味質液1滴（約0.05ml）を舌の中央に滴下する方法である。判定は、滴下後口を閉じ、2～3秒で味質指示表の「甘い」「塩からい」「酸っぱい」「苦い」「無味」「何か分からない味がする」の6つの中から1つを指示させて行なった。また、各味質は濃度の薄い1から順番に上げる上昇法で行い、識別できた最低濃度をもってその被験者の味覚識別能検査値とし、最高濃度の検査値“10”で識別できなかった者は検査値“11”とした。また、答えが曖昧な場合は、同一味質を1段階上下させたり、必要に応じて含嗽を促すなど気分転換をはかり、再度確認する。味質の測定順序は、残味の強い苦味は最後とし、甘味、塩味、酸味は適宜変更した。

また、研究を行なうにあたり、各病棟看護師長を対象とした研修会を開催し、目的並びに方法について説明するとともに味覚検査は全員が習得できるよう指導した。

4. 倫理的配慮

プライバシーと匿名性の保持、途中でも研究参加を辞退できること、辞退してもその後の入院生活に影響がないこと、得られた資料は研究目的以外には使用しないことを記

した文章を手渡し、口頭で説明した。その上で、研究参加への協力を依頼し、口頭で同意を得た。また、対象の直接的な看護を担当しない看護病棟師長が責任を持って調査を実施し、研究参加者のプライバシーの確保を厳守した。

5. 統計解析

統計解析はSPSS 10.0 J for Windowsを用い、2つの母平均の差の検定を行なった。

Ⅲ. 結 果

1. 対象の属性

通所と入院の対象はそれぞれ男性21例、女性4例で主病名は、通所と入院ともに、統合失調症20例（80.0%）、神経症性障害3例（12.0%）、感情障害2例（8.0%）であった。また、入院における今回の入院期間は男性は47.2±70.8日、女性は12.8日±19.5日で、女性より男性の方が入院期間は長かった。表1に示したように年齢や身長・体重などに男女差があったが、通所と入院による差はなかった。

表1 対象の概要

	N = 25	
	通 所	入 院
男性 (n = 21)		
平均年齢 (歳)	46.2 ± 14.0	46.7 ± 12.6
身 長 (cm)	165.0 ± 8.5	169.5 ± 8.0
体 重 (kg)	71.5 ± 13.6	69.0 ± 12.1
女性 (n = 4)		
平均年齢 (歳)	29.5 ± 3.9	30.0 ± 2.9
身 長 (cm)	156.3 ± 8.3	154.8 ± 3.8
体 重 (kg)	58.5 ± 13.8	67.9 ± 5.4
間食の金額 (円)/月	1,527.3 ± 1,302.4	2,316.7 ± 2,201.7
毎回の食事に要する時間		
朝 食 (分)	11.9 ± 7.0	12.4 ± 7.8
昼 食 (分)	14.2 ± 6.5	12.2 ± 6.4
夕 食 (分)	16.2 ± 7.9	14.0 ± 9.0

2. 食生活や嗜好について

間食に使う1か月当りの金額は通所1,527.3±1,302.4円、入院2,316.7±2,201.7円で、通所は入院より平均789.4円少なかったが個人差が大きく、最高は通所5,000円、入院7,000円で使わないと答えた者もいた。食事に要する時間は通所が朝食11.9±7.0分、昼食14.2±6.5分、夕食16.2±7.9分と2分程度づつ長くなっているのに比し、入院は朝食12.4±7.8分、昼食12.2±6.4分と差はなく夕食は14.0±9.0分で、朝・昼より夕食は2分近く長かった。

「食べ物に気を付けている」と答えた者は、通所15例（60.0%）、入院17例（68.0%）であった。気を付けている内容は表2に示したように、通所が「減塩」4例（16.0%）に比し入院は1例（4.0%）、「時間」は入院のみ2例（8.0%）で、「バランス」や「量」に差はなかった。食事等の嗜好

表2 食べ物で気をつけている内容別気を付けている者

	N = 25 単位：例 (%)	
	通 所	入 院
減 塩	4 (16.0)	1 (4.0)
カロリーー	7 (28.0)	5 (20.0)
バランス	7 (28.0)	7 (28.0)
量	6 (24.0)	5 (20.0)
時 間	-	2 (8.0)

表3 通所と入院の食事等に対する嗜好

	N = 25 単位：例 (%)	
	通 所	入 院
食べ物の好き嫌い		
何での食べられる	17 (68.0)	13 (52.0)
好き嫌いがある	8 (32.0)	12 (48.0)
塩辛いもの		
好 き	8 (32.0)	17 (68.0)
どちらでもない	13 (52.0)	3 (12.0)
嫌 い	3 (12.0)	4 (16.0)
甘いもの		
好 き	18 (72.0)	18 (72.0)
どちらでもない	5 (20.0)	4 (16.0)
嫌 い	2 (8.0)	3 (12.0)
酸っぱいもの		
好 き	7 (28.0)	7 (28.0)
どちらでもない	16 (64.0)	10 (40.0)
嫌 い	2 (8.0)	8 (32.0)
脂っこいもの		
好 き	5 (20.0)	6 (24.0)
どちらでもない	12 (48.0)	12 (48.0)
嫌 い	8 (32.0)	7 (28.0)

好については表3に示しように、「食べ物の好き嫌い」がない者は通所17名(68.0%)が入院13名(52%)より多かった。入院が通所より多く答えていたのは「塩辛いもの」が「好き」の通所8例(32.0%)、入院17例(68.0%)、「酸っぱいもの」が「嫌い」の通所2例(8.0%)、入院8例(32.0%)で、「甘いもの」や「脂っこいもの」に差はなかった。また、喫煙習慣を有する者は通所と入院共に15例(60%)で止めた者は通所2例(8.0%)、入院4例(16.0%)であった。

3. 味覚識別能について

甘味の味覚識別能検査値の分布を図1示した。最頻値は通所が検査値3で、入院は検査値4であり、検査値6までに識別できなかった者は共に1例(4.0%)であったが入院の方が検査値が高かった。また、味覚識別能検査平均値は通所 3.4 ± 1.6 、入院 4.4 ± 1.9 で、通所が入院より平均1.0段階敏感に識別しており、通所が入院より敏感に識別しており有意差($P < 0.05$)を認めた。

塩味の味覚識別能検査値の分布を図2示した。最頻値は通所が検査値3に比し入院は検査値2であったが、検査値

6までに識別できなかった者は入院の2例(8.0%)であった。また、味覚識別能検査平均値は通所 3.1 ± 1.6 、入院 3.1 ± 2.0 で差はなかった。

酸味の味覚識別能検査値の分布を図3示した。最頻値は通所と入院共に検査値5であり、検査値6までに識別できなかった者は通所1例(4.0%)、入院2例(8.0%)で入院の方が検査値が高かった。また、味覚識別能検査平均値は通所 4.0 ± 1.6 、入院 4.4 ± 2.3 であった。

苦味の味覚識別能検査値の分布を図4示した。最頻値は入院が検査値3で、通所は検査値3と5であった。検査値6までに識別できなかった者は通所4例(16.0%)、入院6例(24.0%)であった。また、味覚識別能検査平均値は通所 4.4 ± 1.8 、入院 5.4 ± 2.5 で通所は入院より敏感に識別し

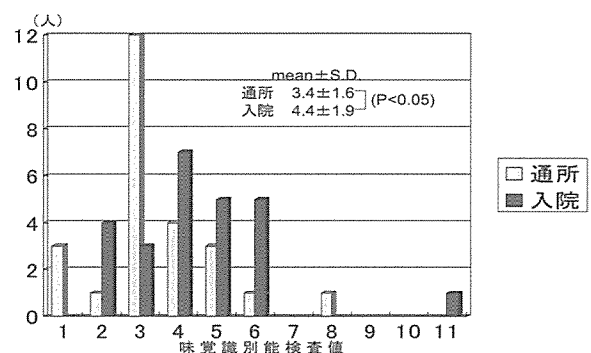


図1 甘味・味覚識別能の分布

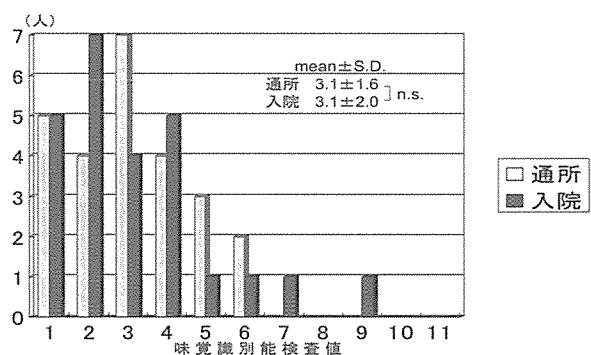


図2 塩味・味覚識別能の分布

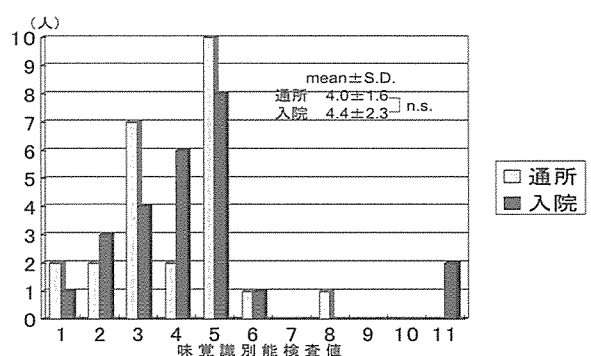


図3 酸味・味覚識別能の分布

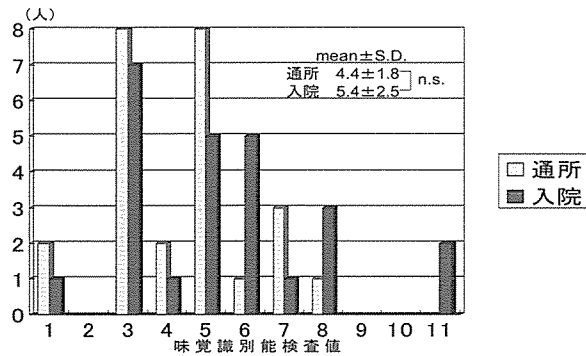


図4 苦味・味覚識別能の分布

表4 性別にみた味覚識別能検査値

		N = 25	
		通 所	入 院
男 性			
甘 味		3.6 ± 1.6	4.5 ± 2.1
塩 味		3.3 ± 1.5	3.3 ± 2.1
酸 味		4.0 ± 1.7	4.8 ± 2.3
苦 味		4.7 ± 1.7	5.7 ± 2.6
女 性			
甘 味		2.5 ± 1.3	4.0 ± 0.8
塩 味		2.0 ± 1.4	2
酸 味		3.8 ± 1.5	2.5 ± 1.0
苦 味		2.5 ± 1.0	3.5 ± 1.0
男・女計			
甘 味		3.4 ± 1.6	4.4 ± 1.9
塩 味		3.1 ± 1.6	3.1 ± 2.0
酸 味		4.0 ± 1.6	4.4 ± 2.3
苦 味		4.4 ± 1.8	5.4 ± 2.5

ている傾向 ($P < 0.10$) にあった。

また、性別に見ると表4に示したように、甘味、塩味、酸味、苦味の4基本味質とも通所と入院共に女性が男性より検査値は低く敏感であった。

さらに、各味質の味覚識別能検査値を「塩辛いもの」「甘いもの」「酸っぱいもの」が好きか否か、「減塩」や「カロリー」などに気を付けているか否かの嗜好や食生活について比較したが、通所、入院ともに一定の関係は認められなかった。

IV. 考 察

精神障害者の生活満足度は入院体験のある人がない人に比べて低いことや¹⁾、総入院期間が長いほど生活満足度が低いことなどが報告されている²⁾。そこで、QOLとも関係がある宿主要因としての味覚に着目し、生活環境の異なるデイケア通所者と入院中の者で比較した。また、成人の味覚識別能には性差があり¹²⁾ 年齢の影響¹²⁾ や精神疾患患者においては精神薬や睡眠薬を服用している者はそうでない者に比し苦味が鈍化している¹⁵⁾ など病名による影響

が考えられる。今回は生活環境としての通所と入院の味覚識別能を明らかにするため、対象の性、年齢(3歳以内)、主病名をマッチングした。また、対象の特徴から主旨に賛同しても味覚検査で口を開けることやちょっとした質問の内容が気になったり、うまく書けなくてこれでよいか不安に思われるため、対象を管理する部署の各看護師長が依頼や味覚検査など一貫して関わり、対象の不安や疑問にいつでも応えることができるように計画した。研究の主旨に賛同し協力が得られた者は入院86名(実施率41.0%)、通所25名(実施率71.4%)で、疾患や当院の疾病状況などを考えると精一杯の実施率と考える。また、倫理的配慮を厳格に行ない調査対象としたため、味覚検査の途中で中止を希望する者はいなかった。

味覚の検査法としては、電気刺激による電気味覚検査法や、各種の味質液を用いる濾紙ディスク法、全口腔法、滴下法などが用いられている。看護学領域においては味質液を用いる方法が適しており、被験者の負担が少なく(検査に要する時間が短く苦痛を伴わない)、操作が容易(特殊な機器や場所を必要としない)、検査値の信頼度が高いこと等から滴下法を用いた^{16, 17)}。また、テストディスクの5段階濃度では差を認めにくいことや味覚検査値を比較できる結果とするため他の成人を対象とした報告と同様に10段階濃度を用いた^{10, 11, 12)}。

今回の精神障害者を対象とし、性、年齢、主病名を一致させた通所と入院の両群で較すると、生活習慣に若干の違いがあったが、甘味、酸味、苦味の味覚識別能は通所が入院に比し検査平均値が低く敏感に識別しており、甘味で有意差($P < 0.05$)を認めた。このことは、食事の内容や場所、時間等、選択の余地が乏しく、食事を与えられることが主な生活環境より、地域で生活しながらデイケアに通所している環境の方が味覚識別能を敏感に喚起する環境にあると考えられる。また、通所の昼食は入院と同じ食事であるが、入院では盛付けを職員が行なうのに対して通所は自分たちが盛付けており、同じ食事を食べるにしても環境に違いがある。また、各味質の味覚識別能検査値を「塩辛いもの」「甘いもの」「酸っぱいもの」が好きか否か、「減塩」「カロリー」などに気を付けているか否かの嗜好や食生活についても検討したが、通所、入院ともに一定の関係は認めなかった。あくまでも自分を基準にした嗜好や食生活の状況等であるため差は認められなかったと考えられ、客観的な指標で改めて調査する必要がある。

しかし、今回と同様の滴下法を用いた地域住民の結果と比べて悪いとは言えない¹²⁾。地域住民は10年以上前の結果との比較であり、健康に関するニーズが高い今日では健康な成人の値はもう少し低いことも予想されるが、甘味は男性で4.1、女性で3.9である¹²⁾。また、依存症患者と健康な

者を比較した報告では、甘味で著しい低下と塩味で差がない報告もあり¹⁹⁾、今回の通所と入院を比較した結果と一致する。一方、精神障害を持つ患者の味覚識別能は低下しているとの報告もあるが²⁰⁾、対象にアルコール依存症が多く肝障害による低下とも考えられる¹¹⁾。今回は合併症の状況や治療内容については詳細な検討ができていないが、味覚は慢性肝疾患患者で鈍化し、肝病変の進行に伴って味覚識別能は鈍化する報告もある¹¹⁾。精神障害者に使用される薬剤の副作用に肝障害の記載も多いことから⁷⁾、重症度による影響も否定できず、今後は精神障害の程度や治療内容、慢性疾患の有無などについても詳細な検討が必要である。

精神障害者の退院促進を行なうにあたり、社会復帰施設への入所を目標にすると、間食などの食習慣や喫煙習慣等の生活パターンは施設に適應するための行動変容が望まれる。また、行動変容を望むとき、看護師は制限をする傾向にあると感じている。しかし、1つ1つの行動変容を促すより、食に関わることで精神症状が安定した報告もある²¹⁾。当院では以前より食行動には病棟での対人関係が関係しており²²⁾、調理や会食により対人関係が改善し行動範囲が広がったことも経験している²¹⁾。

今回の結果から、我々が違和感を感じた精神疾患患者の食行動は明かな味覚異常によるものではないと考えられる。子どもの発達過程でままごと遊びが重要なように、病院においても提供する環境から食事を作るプロセスを看護

に積極的に取り入れる必要があると考えられる。作るプロセスに患者が関わることで、能動的な行動変容に向かう足がかりとなり、重要な看護介入になると考える。また、味覚識別能は看護介入により敏感に変化することが報告されており^{13,14)}、精神障害者に対しても食に関する積極的な看護介入が治療的関わりになると考える。

V. 結 論

デイケア通所と入院の精神障害者の性、年齢、主病名を一致させた各25名の味覚識別能検査平均値は、通所は甘味 3.4 ± 1.6 、塩味 3.1 ± 1.6 、酸味 4.0 ± 1.6 、苦味 4.4 ± 1.8 で、入院は甘味 4.4 ± 1.9 、塩味 3.1 ± 2.0 、酸味 4.4 ± 2.3 、苦味 5.4 ± 2.5 であった。両群では生活習慣に若干の違いがあったが、甘味、酸味、苦味の味覚識別能は入院に比し通所の検査平均値は低く敏感に識別しており、甘味で有意差 ($P < 0.05$) を認めた。

謝 辞

本研究を行なうにあたり、調査にご協力いただいた看護師長の皆様、デイケア通所の皆様、入院患者の皆様に厚くお礼申し上げます。

なお、本研究の一部は、社団法人日本精神科看護技術協会による研究助成（平成14年度から2年間の予定）を受け、本研究の概要は第29回日本精神科看護学会（平成16年5月）で報告した。

要 旨

本研究はデイケア通所と入院中の精神障害者の性、年齢、主病名を一致させた各25名を対象に、両群の味覚識別能を明らかにすることを目的とした。調査は対象を管理する各部署の看護師長が全て行ない、調査内容は滴下法を用いた味覚識別能と自記式アンケートによる生活習慣等である。その結果、デイケア通所者の味覚識別能は甘味 3.4 ± 1.6 、塩味 3.1 ± 1.6 、酸味 4.0 ± 1.6 、苦味 4.4 ± 1.8 で、入院者の味覚識別能は甘味 4.4 ± 1.9 、塩味 3.1 ± 2.0 、酸味 4.4 ± 2.3 、苦味 5.4 ± 2.5 であった。両群では生活習慣に若干の違いがあったが、甘味、酸味、苦味の味覚識別能においてデイケア通所者は入院者に比し検査平均値が低く敏感に識別しており、甘味で有意差 ($P < 0.05$) を認めた。

Abstract

The objective of this study is to examine the taste sensitivity of mentally handicapped persons. The subject in this study was 25 persons who participate in day care activities and 25 inpatients were adjusted for sex, age, and primary diagnosis. The entire process of the investigation was conducted by the head nurses at the departments where the subjects received care. The taste sensitivity test was conducted by dropping taste solutions into subjects' mouths, and each subject filled out a self-report questionnaire regarding lifestyles. The measurements of taste sensitivity of those who participate in day care activities were as follows: sweetness 3.4 ± 1.6 , saltiness 3.1 ± 1.6 , sourness 4.0 ± 1.6 , and bitterness 4.4 ± 1.8 . Those of the inpatients were as follows: sweetness 4.4 ± 1.9 , saltiness 3.1 ± 2.0 , sourness 4.4 ± 2.3 , and bitterness 5.4 ± 2.5 . A slight difference in lifestyles was seen between the two groups. The average measurements of sensitivity to the four types of taste, sweetness, sourness, and bitterness, were lower in the group of day care participants compared with the inpatients, suggesting higher taste sensitivity in the former. There was a significant difference in the sensitivity to sweetness ($P < 0.05$).

文 献

- 1) 半田美織, 日下和代, 他: デイケアに通所する精神障害者の生活満足度に関する研究, 日本看護科学会誌, 23(4), 20-30, 2004.
- 2) 片山聡子, 叶谷由佳, 他: 精神障害者小規模作業所通所者の Quality of Life に関する研究～生活満足度に焦点をあてて～, 日本看護研究学会雑誌, 26(1), 147-161, 2003.
- 3) 加澤鉄士, 金胎芳子, 他: 精神分裂病, 臨床栄養, 91(3), 医師薬出版株式会社, 277-279, 1997.
- 4) 森 千鶴, 佐々木日出男: 慢性的残遺型精神分裂病にみられる食事摂取の特徴, 精神医学, 37(3), 1995.
- 5) 三留晴彦, 白倉克之: うつ病, 臨床栄養, 91(3), 医師薬出版株式会社, 269-270, 1997.
- 6) 奥 優子: 栄養管理 (精神分裂, 病うつ病), ビジュアル臨床栄養百科第6巻, 小学館, 154-157, 1996.
- 7) 若杉博子, 乾 賢一: 味覚障害患者への薬剤師としての関わり～原因検索としての院内特殊製剤の適用～, 月刊薬事, 42(10), 87-93, 2000.
- 8) 蓑原美奈恵, 矢倉紀子, 他: 幼児の味覚識別能に関する研究, 小児保健研究, 49(5), 553-558, 1990.
- 9) 蓑原美奈恵, 矢倉紀子, 他: 小児の味覚識別能に関する研究～成長発達による変化～, 小児保健研究, 52(3), 361-365, 1993.
- 10) 蓑原美奈恵, 伊藤宜則, 他: 健常成人の味覚識別能に関する研究～血圧との関連性について～, 日公衛誌, 35(3), 133-138, 1988.
- 11) 蓑原美奈恵, 周防武昭, 他: 慢性肝疾患における味覚識別能に関する研究, 医学のあゆみ, 152(6), 403-404, 1990.
- 12) 蓑原美奈恵, 伊藤宜則, 他: 健常成人の味覚識別能に関する研究～喫煙との関連性について～, 日衛誌, 43(2), 607-615, 1988.
- 13) 蓑原美奈恵, 菱本由美子, 他: 味覚識別能に基づいた慢性肝炎患者の食事指導, 看護技術, 37(16), 28-32, 1991.
- 14) 吾郷美奈恵, 柴原朋恵, 他: 学校保健との連携による血清脂質・味覚と生活習慣改善の効果 (2), 地域保健, 35(1), 72-79, 2004.
- 15) 高野美喜子, 岸富美子, 他: 精神疾患者の味覚識別能と使用薬剤や生活習慣の現状, 第29回日本精神科看護学会プログラム集, 26-34, 2004.
- 16) 蓑原美奈恵, 伊藤宜則, 他: 滴下法による味覚識別能の信頼性に関する検討, 藤田医誌, 11(1), 175-179, 1987.
- 17) 蓑原美奈恵: 看護学における味覚の研究, 医学書院, 26(5), 13-24, 1993.
- 18) 三村伸之: 味覚の測定法に就いて, 民族衛生, 16, 105-137, 1949.
- 19) 高野幸子, 橋爪亜紀, 他: 依存症患者と健常者の味覚の差, 第30回成人看護Ⅱ, 113-115, 1999.
- 20) 井ノ内美雪, 川中郁恵, 横山恵子, 田中健太郎: 精神障害を持つ患者の味覚傾向, 第29回看護総合, 79-81, 1988.
- 21) 竹下裕子, 他: 中央食堂における慢性精神分裂病患者の食行動～病棟での対人関係の視点から～, 第21回日本精神科看護学会青森県大会, 1996.
- 22) 足立登喜江, 他: 自閉的な外来通院患者の看護, 第22回日本精神科看護学会金沢大会, 1997.

〔平成16年6月24日受付〕
〔平成17年2月1日採用決定〕

高血圧症患者の日常生活における自己管理度測定尺度の作成

Development of an Instrument to Measure the Self-care of Outpatient with Hypertension

坪田 恵子¹⁾

Keiko Tsubota

上野 栄一¹⁾

Eiichi Ueno

高間 静子²⁾

Shizuko Takama

キーワード：高血圧，外来患者，自己管理，尺度
hypertension, outpatient, self-care, scale

I. 序 論

平成12年に実施された第5次循環器疾患基礎調査によると、日本高血圧学会が平成12年に作成した「高血圧治療ガイドライン2000年版」の基準に基づく高血圧者の割合は30歳以上において、男性51.7%，女性39.3%であった。これは前回調査（平成2年）と比較して増加している¹⁾。近年の食習慣の変化や車社会による運動不足，ストレス増大などに伴って，生活習慣病としての高血圧症患者が増えていることが考えられる。

高血圧状態が持続すれば，心機能障害・脳血管障害・腎障害・眼病変などの合併症が出現する。Framingham心臓研究の18年間の追跡調査で高血圧群は正常血圧群に比し脳梗塞は7倍，冠動脈疾患は3倍，うっ血性心不全は4倍の発生率であることが報告されている²⁾。このような合併症は生命予後の短縮やQOLの低下をもたらす。

1999年に世界保健機構（WHO）と国際高血圧学会（ISH）により“The lower, the better”の考えが打ち出され，高血圧の診断基準において降圧目標が低く設定された³⁾。この背景には，疫学的研究を総合すると，健康人において血圧は低ければ低いほど心血管系の発生頻度が低いことが示されたことにある⁴⁾。

また，WHO，ISHは高血圧症患者に対する基本的治療としてライフスタイルの改善を重要視している⁵⁾。高血圧の治療は，食事療法（減塩，アルコールの制限，減量など）や運動療法を中心とした「生活習慣の修正」がどの血圧レベルにおいても大切である。平成8年の公衆衛生審議会では「生活習慣病」の概念が提唱された。それまで「成人病」と呼ばれていた多くの慢性疾患が，生活習慣をコントロールすることによってその発症および進行を抑制させることが多くの疫学調査，大規模臨床試験で証明されてきたことを受けている⁵⁾。国民健康づくりを推進していく「健康日本21」においても，生活習慣病である循環器病が対象とし

て取り上げられており，高血圧予防に対しての取り組み等がなされている^{6, 7)}。

高血圧症患者において合併症発症予防のために血圧をコントロールするには，望ましい生活習慣を継続させる自己管理が重要となってくる。オレム⁸⁾は看護を「健康を維持したり，望んでいる状態になるために必要なセルフケアの不足を補い，セルフケア能力を失うことを防いだり，また，本人が頼りにしている回りの人々のケア能力を支援しようとするもの」と考えている。したがって，患者とはセルフケア行動を行える能力をもつ個人であるが，健康な生活に必要なセルフケアの不足がある個人として捉えている⁹⁾。セルフケア不足のある患者に対して，セルフケア能力を高めるためにも看護師の役割が期待される。高血圧症患者のライフスタイルの改善に関して，運動療法¹⁰⁻¹²⁾や塩分制限¹³⁾などの効果が報告されている。しかし，高血圧症患者にとって今までの生活習慣を修正することは容易でないことが推測され，現に高血圧症患者は増加している。このような状況において，看護師がライフスタイルに関する指導を行う際には，患者の日常生活において自己管理を必要とする項目を抽出し，指導する側面を明らかにしなければならない。また，それらの項目において，患者が管理可能な項目や困難な項目等を把握することが，指導において重要となってくると考える。そこで，本研究では高血圧症患者の日常生活において管理の必要な側面を抽出し，各項目に指標を設けて自己管理の実施の程度を把握するための「自己管理度測定尺度」を作成することを目的とした。

用語の操作的定義

1. 高血圧症患者

本態性高血圧症と診断され，外来に通院している患者。

2. 自己管理

専門家の助言を活用しながら，自らが望ましい生活習慣を積極的に行い，継続すること。

1) 富山医科薬科大学医学部看護学科 School of Nursing, Faculty of Medicine, Toyama Medical and Pharmaceutical University

2) 日本赤十字北海道看護大学 The Japanese Red Cross Hokkaido College of Nursing

II. 概念枠組み

図1には高血圧症患者の日常生活における自己管理の概念モデルを示した。

高血圧症は高血圧状態が持続することが問題となってくる。それは高血圧状態の持続が、心疾患・脳血管疾患・腎疾患・眼疾患などの合併症をもたらし、生命予後の短縮やQOLの低下を引き起こすからである。ゆえに、高血圧症患者の生活管理の目標は、血圧をコントロールし、合併症

の出現を予防または悪化防止することとなる。そのためには、常にモニタリングしていく姿勢が望まれる。

血圧状態をコントロールするためには、日常生活を見直し、望ましい生活を積極的に行い、継続させていくという自己管理が必要となる。血圧に影響を与える日常生活要因としてはまず①つ目に、食塩の摂取が挙げられる。世界32カ国52集団を調査したINTERSALT研究では、他のライフスタイルと独立して食塩摂取と高血圧の間に正の相関関

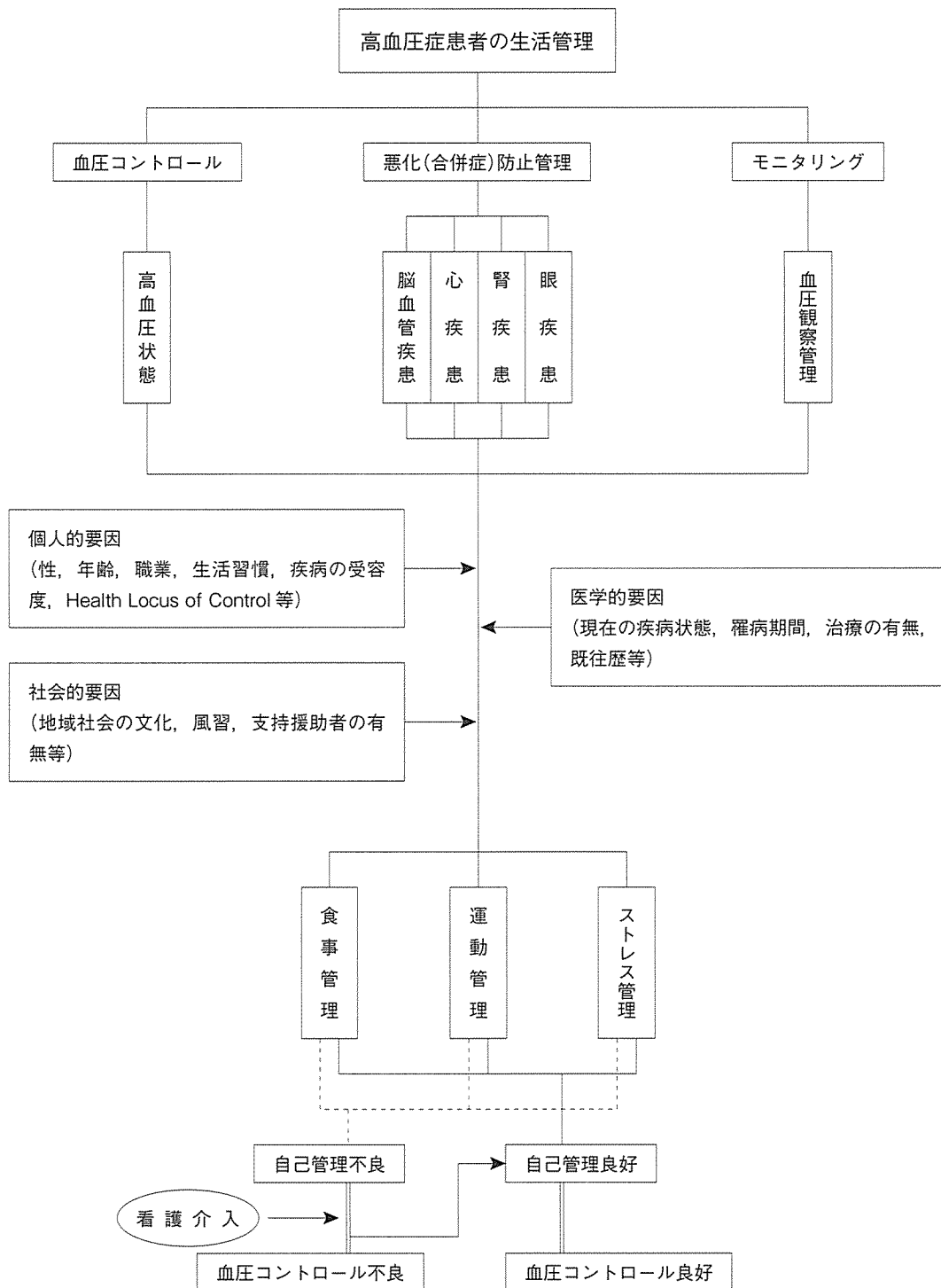


図1 高血圧症患者の日常生活における自己管理の概念モデル

係が指摘されている¹⁴⁾。また、食塩制限を行った臨床研究のメタアナリシスにおいて Midgley らの報告では高血圧患者は平均 5.6 g / 日の食塩制限で -5.9 / -3.8 mmHg の降圧を認めた¹⁵⁾。要因の②つ目として、肥満の程度が挙げられる。減量の降圧効果は確立されており、TONE 試験¹⁶⁾では、4.5 kg の減量で有意の降圧をきたすことが報告されている。本邦の報告でも 4.1 kg の減量で降圧をきたすことが報告されている¹⁷⁾。要因の③つ目には運動量が挙げられる。身体活動が少なくなると、高血圧や心血管系疾患のリスクが増加することが報告されている¹⁸⁾。運動の身体的効果としては心機能の増強（冠動脈内径の拡大、側副血行路の発達など）、末梢血管抵抗の減少、自律神経および内分泌系の調節機能の増強、血小板粘着性の低下、肥満、高コレステロール血症、高中性脂肪血症の解消、動脈硬化の予防などが考えられている¹⁹⁾。運動の効果に関するメタアナリシスでは約 10 / 8 mmHg の降圧が期待される²⁰⁾。要因の④つ目として、ストレスの度合いが挙げられる。ストレスによる血圧上昇反応の多くは一過性であるが、ストレスが持続したり、繰り返されたりすると、高血圧が持続することになる²¹⁾。また、ストレスの定義について広辞苑では「種々の外部刺激が負担として働くとき、心身に生ずる機能変化。ストレスの原因となる要素（ストレッサー）は寒暑など物理的なもの、過労、睡眠不足など生物学的なもの、精神緊張、不安、恐怖など社会的なものなど多様である。」とされている²²⁾。本研究でもこのように物理的、生物学的、社会的なものを含めてストレスを捉えることとする。⑤つ目には飲酒の量が挙げられる。多量のアルコールが持続的に作用すると、血液中的中性脂肪やコレステロールは上昇し、脂肪肝、心筋変性、冠動脈病変などが起こる²³⁾。以上のように食塩の摂取量・肥満の程度・運動量・ストレスの度合い・飲酒の量等が血圧に影響を与える主な要因である。したがって、日常生活において管理すべき枠組みは、①食事管理（塩分・カロリーの制限、節酒）、②運動管理、③ストレス管理で構成されるものと考ええる。

自己管理能力を左右する要因としては性、年齢、職業、生活習慣、疾病の受容度などの個人的要因、支持支援者の有無、地域社会の風習などの社会的要因、現在の健康状態、罹病期間、既往歴などの医学的要因などがある。これらの程度の違いは自己管理の良否に影響するものと考ええる。

日常生活において自己管理が良好であれば、血圧がコントロールされ、合併症の発症を防止することが期待できる。一方、自己管理が不良となれば血圧が上昇し、コントロール不良となり、合併症が出現する可能性が考えられる。

看護支援として自己管理不良者に対して早い段階で自己管理指導に関わることができれば管理良好となる可能性が

考えられ、血圧コントロール不良からくる合併症の発症を防止できることが期待される。また高血圧と診断され、受診した患者に対して看護支援としての自己管理指導を早期に行うことができれば、自己管理不良群へ移行する可能性のある患者を管理良好へと導くことができる可能性がある。このように効果的な看護介入をして患者を支援することが、セルフケア能力を高め、自己管理につながるものと考ええる。

Ⅲ. 研究方法

1. 質問紙原案の作成

高血圧症患者の日常生活における自己管理の理論的概念枠組みに沿って下位概念の検討を行なった。下位概念には、文献検討等により「食事管理」「運動管理」「ストレス管理」が推定された。これらの推定した事柄についての自己管理度を測定できるような質問項目を作成することを試みた。

2. 内容妥当性の検討

概念枠組みに沿って質問項目が正しく測定したいと考えた対象を正しく測定しているかを看護系教官 2 名と内科医師 1 名が検討した。質問内容が適切であるか、表現の不明瞭な項目はないか、自己管理すべき項目として重要な質問が抜けていないか等の側面から修正を行なった。

3. 表面妥当性の検討

大学附属病院に通院中の外来患者 5 名に質問項目において、意味内容の不明瞭な項目、回答困難な項目がないか確認した。

4. 調査対象

大学附属病院に通院中の本態性高血圧症患者で医師が調査可能と判断した者に調査を依頼し、同意の得られた 105 名に行なった。なお、対象年齢は質問内容の理解度や、調査への負担度を考慮し 80 歳前後までとした。

5. 調査内容

調査対象者の背景、高血圧症患者の日常生活における自己管理度を測定するための調査票、基準関連妥当性をみるための調査を合わせて行った。

1) 調査対象者の背景

対象者の背景として、性、年齢、罹病期間、入院歴、内服の有無、職業の有無、喫煙の有無、飲酒の有無、食事療法や運動療法の効果に対する認識度を調査した。

2) 自己管理尺度の質問紙

自己管理度を測定するための質問紙は「食事管理」に関する質問 14 項目、「運動管理」に関する質問 9 項目、「ストレス管理」に関する質問 12 項目の合計 35 項目とした。また、回答の選択肢は、「①あてはまらない」～「④かなりあてはまる」までの 4 段階とし、それぞれ 1～4 点を与え

得点化した。

3) 基準関連妥当性の検討のための調査事項

高血圧症患者の日常生活における自己管理度の概念と類似した概念をもつ既存の尺度と相関があるかを判断するため、2つの尺度を用いて調査した。

使用した既存の尺度の1つは、本庄²⁴⁾が開発した「慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙」である。この尺度は糖尿病、心疾患、高血圧症などの慢性疾患をもつ患者を対象にしており、下位尺度には健康管理への関心、体調の調整、有効な支援の獲得、健康管理法の獲得と継続の4つの要素(計29項目)で構成されている。このセルフケア能力をもつものは本研究における自己管理も適切に行うことができ、各々の尺度の得点は正の相関を示すものと考ええる。2つ目の尺度は、宗像²⁵⁾が開発した21項目からなる「予防的保健行動尺度」である。予防的保健行動とは「自覚症状がなく、病気を意識していない段階であるにもかかわらず、さまざまな病気予防のための行動や病気の早期発見のために行うあらゆる行動」を指す。したがって、自己管理尺度と予防的保健行動尺度とは近似概念とみなすことができ、予防的保健行動をとれる者は、高血圧症に関しての自己管理度も高くなるものと考えられる。

6. 調査上の倫理的配慮

調査に際しては、病院長、診療科長、看護部長、看護師長に調査目的や内容等の説明を行い、承認が得られた患者にのみ調査を実施した。

また、患者には本調査を断っても不利益を被らないことを説明し、本研究での研究以外では調査回答を使用しないことを確約した。また、プライバシーの侵害を防ぐために匿名で回収した。

7. 調査方法と期間

調査方法としては、外来診療後に医師により調査の依頼を行なってもらい、同意の得られた患者にはさらに調査者が記入方法等の説明を行なった。回答時間は20～25分かかるため、薬の処方や会計の待ち時間を利用して記入してもらい、留置法にて回収した。また、院外処方の者には返信用の封筒を渡し、郵送で回収した。

調査期間は2003年6月13日から同年7月18日である。

8. 因子的妥当性(構成概念妥当性)の検討

回収した調査回答は、因子分析を行い、推定した3つの概念(食事、運動、ストレス管理)に分類されるかどうか、因子構造を確認した。

9. 上位-下位分析(GP分析)

因子分析により抽出されたすべての項目について、上位群と下位群の得点の動きが全体の得点の動きと関連しているかどうかを判断する目的で、上位-下位分析(Good-poor Analysis)を行った。これは、合計得点から全体を4

群にわけ、高得点の者25%を上位群、低得点の者25%を下位群とし、各々の項目に対し上位群と下位群の平均得点の比較検討をT検定を用いて行なった。

10. 基準関連妥当性の検討

高血圧症患者の日常生活における自己管理度の概念と近似した理論をもつと判断した2つの尺度「慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙」と「予防的保健行動尺度」との得点からPearsonの積率相関係数を算出し、検討した。

11. 信頼性の検討

信頼性係数として、内的整合性をみるCronbachの α 係数を算出し、確認した。

12. 統計解析

因子分析、GP分析、T検定、Pearsonの積率相関係数、信頼性係数などのデータの解析には、統計ソフトSPSS10.0(Windows版)を使用した。

IV. 結 果

1. 内容妥当性

質問紙原案について必要な項目が網羅されているかを、スーパーバイザーが検討した。食事の項目に関しては「塩分を計算して食事をとっている」「カロリーを計算して食事をとっている」という項目を取り上げていたが、日常生活の中ではこのような行動はとることが困難であるとの指摘を受け、「味の薄いものを食べるようにしている」「塩分を控えて食事を作っている」という項目に変更した。

さらに、日常生活行動を継続させ自己管理していくためには自ら専門的知識を得ようとする行動が重要であるとの指摘を受け、食事の項目に関しては「栄養管理に関する情報を取り入れるようにしている」という項目を作成した。同様に、運動の項目に関しては「運動療法に関する情報を取り入れるようにしている」という項目を、ストレスに関しては「ストレス対処方法に関する情報を取り入れるようにしている」という項目を設定した。

また、外来では、患者への日常生活指導として、減塩、適正体重を保つこと、運動をすること、禁煙、アルコールの制限などの側面から行っている。また、高脂血症予防も重要な側面であるとの指摘を受けた。これらの概念が質問項目に含まれているかの検討を行なった。運動に関しては「運動時間は1日1時間を週に3回以上または、毎日30分以上行っている」という項目を作成したが、「あてはまらない」～「かなりあてはまる」のリッカートタイプの回答肢では、答えにくいのではないかと指摘を受け、「日頃より運動を心掛けている」という運動への取り組み姿勢を問う内容に変更した。さらに、高脂血症に関しての項目として「肉類や油っこいものを控えている」「コレステロールをとりすぎないように気をつけている」という質問項目を追

表1 対象の背景

				N = 105			
属性	区分	人数	%	属性	区分	人数	%
性別	男性	52	51.0	職業	有	49	47.6
	女性	50	49.0		無	54	52.4
年齢	30代	2	1.9	喫煙	有	11	10.6
	40代	8	7.8		無	93	89.4
	50代	24	23.3	アルコール	飲む	48	46.6
	60代	35	34.0		飲まない	55	53.4
	70代	30	29.1	食事療法に 関する認識度	よく知っている	43	41.3
	80代	4	3.9		だいたい知っている	50	48.1
罹病期間	5年未満	28	26.7		あまり知らない	9	8.7
	5～10年未満	12	11.4	運動療法に 関する認識度	知らない	2	1.9
	10～15年未満	24	22.9		よく知っている	36	35.3
	15～20年未満	11	10.5		だいたい知っている	35	34.3
	20年以上	18	17.1		あまり知らない	28	27.5
入院歴	有	13	12.7		知らない	3	2.9
	無	89	87.3				
内服薬	有	98	97.0				
	無	3	3.0				

表2 因子分析の結果

項 目		因 子		
		1	2	3
第1因子	1 運動後に爽快な気分になるような運動を行っている	0.789		
	2 運動をする時は、手足を大きく動かすような散歩、早歩き、水中運動、ゆったりとした水泳、サイクリング、ラジオ体操、リズム体操などの激しくない全身運動を行っている	0.781		
	3 天候の悪い日には室内で運動を行っている	0.728		
	4 日頃より運動を心掛けている	0.701		
	5 運動中に脈拍を測定し、体に負担になっていないか把握している	0.644		
	6 運動療法に関する情報を取り入れるようにしている	0.632		
	7 運動中や後には水分をとっている	0.544		
	8 車など乗り物にたよりすぎないで歩くようにしている	0.536		
第2因子	1 入浴時の注意について、情報を得るようにしている		0.717	
	2 ストレス対処方法に関しての情報を取り入れるようにしている		0.610	
	3 外出時、寒いときは上着をもう1枚着るなど、寒暖に対し衣服で調整している		0.600	
	4 悩み事を相談する相手があり、ストレスをためないようにしている		0.591	
	5 お風呂に入るときは浴室と脱衣所をあらかじめ暖めている		0.568	
	6 身体の負担にならないよう仕事（家事）を調整している		0.547	
	7 十分に睡眠をとり、すっきりと目覚めることができる		0.544	
	8 疲れたら無理をしないで休息する		0.537	
	9 規則正しい生活をしている		0.487	
	10 お風呂は38～40℃くらいの比較的ぬるい湯に入る		0.441	
第3因子	1 塩分を控えて食事を作っている			0.786
	2 味の薄いものを食べるようにしている			0.711
	3 コレステロールをとりすぎないよう気をつけている			0.670
	4 バランスのとれた食事をしている			0.610
	5 肉類や油っこいものを控えている			0.605
	6 太らないように気をつけて食事をとっている			0.589
	7 漬物、佃煮、ハム、干物、塩辛などの塩分を多く含む食品はとらないようにしている			0.527
	8 甘い菓子やジュースは控えている			0.524
	9 食事は野菜や魚類が中心である			0.425
固 有 値		4.372	4.177	4.132
寄 与 率		16.193	15.471	15.305
累 積 寄 与 率		16.193	31.664	46.969

第1因子：運動管理因子、第2因子：ストレス管理因子、第3因子：食事管理因子

加した。

概念枠組みとしては原案通り「食事」「運動」「ストレス」の3つの概念を設定し、修正後、質問項目は「食事管理」14項目、「運動管理」9項目、「ストレス管理」12項目の合計35項目に精選された。

2. 表面妥当性

大学附属病院の高血圧症の外来患者にプレ調査を行った。被調査者は、67歳と63歳の男性2名、64歳と70歳、73歳の女性3名の計5名であった。質問内容の不明瞭な項目などはなく、修正箇所はなかった。

3. 調査票の回収数と対象者の背景

調査票配布者105名のうち、外来での回収数は88名、郵送での回数数は17名であり、全対象者から回収できた（回収率100%）。

対象者の背景を表1に示す。性別においては男性51%、女性49%であり、年齢は50代が23.3%、60代が34.0%、70代が29.1%と多く占めていた。また、罹病期間は5年未満が26.7%と多く、20年以上の者も17.1%あった。入院歴については、無い者の方が87.3%と多かった。内服薬については97%とほとんどの者が内服していた。職業は、無い者が52.4%とやや多く占めていた。喫煙は、無しの者が89.4%と多く占めており、アルコールに関しても飲まない者が53.4%とやや多かった。食事療法についての認識度は「よく知っている」と「だいたい知っている」を合わせて89.4%、「あまり知らない」と「知らない」が合わせて10.6%を占めていた。一方、運動療法に関しては「よく知っている」と「だいたい知っている」を合わせて69.6%、「あまり知らない」と「知らない」が合わせて30.4%を占めており、食事療法に比べ運動療法における認識度は低いことが示された。

また、平均血圧値は最大血圧138.1±12.2 / 最小血圧83.7±9.2mmHgであった。

4. 因子的妥当性

得られたデータに対して、因子分析（主成分分析、バリマックス回転）を行い、固有値1以上、因子負荷量0.4以上を項目決定の基準とした。その結果、第1因子8項目、第2因子10項目、第3因子9項目の合計3因子27項目の因子解が抽出された（表2）。全項目の累積寄与率は46.9%であった。

5. 項目の上位一下位分析

合計得点から全体を4群にわけると、上位群27名、下位群26名が抽出された。平均得点は上位群3.070点、下位群1.833点であった。また、各々の項目において上位群と下位群の平均得点をT検定により比較した。その結果、3項目は1%水準、その他は0.1%水準で有意差が確認できた（表3）。

6. 基準関連妥当性

表4には「高血圧症患者の日常生活における自己管理度測定尺度」と「慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙（SCAQ = Self-Care Agency Questionnaire）」、「予防的保健行動」とのPearsonの積率相関係数を示した。

高血圧症患者の自己管理度測定尺度とSCAQとの相関係数は、運動管理では0.406、ストレス管理では0.671、食事管理では0.417、尺度全体では0.604を示した。これらはすべて0.1%有意水準で相関が認められた。

また、本尺度と予防的保健行動との相関係数は、運動管理では0.501、ストレス管理では0.636、食事管理では0.504、尺度全体では0.661を示した。これらはすべて0.1%有意水準で相関が認められた。

7. 信頼性

表5には高血圧症患者の日常生活における自己管理度測定尺度の信頼性係数を示した。Cronbachのα係数は、第1因子0.871、第2因子0.825、第3因子0.829であり、尺度全体では0.911であった。

表3 上位一下位分析

下位尺度	項目	上位群の平均得点 (n = 27)	下位群の平均得点 (n = 26)	比率の差の検定 t 値
運動	1	2.681	1.115	8.949***
	2	2.673	1.346	6.006***
	3	2.192	1.115	5.783***
	4	3.084	1.308	9.657***
	5	1.828	1.000	5.307***
	6	2.703	1.269	8.253***
	7	3.420	2.192	5.213***
	8	2.740	1.308	7.004***
ストレス	1	3.018	1.500	8.476***
	2	2.861	1.769	5.395***
	3	3.517	2.192	6.645***
	4	3.093	2.002	5.729***
	5	2.667	1.308	5.301***
	6	3.296	2.231	5.872***
	7	3.111	2.269	3.469**
	8	3.444	2.385	6.716***
	9	3.333	2.231	5.718***
	10	3.430	2.192	4.898***
食事	1	3.432	1.808	7.769***
	2	3.630	2.154	7.040***
	3	3.385	2.000	8.245***
	4	3.481	1.913	9.094***
	5	3.370	2.231	4.743***
	6	3.000	1.923	4.434***
	7	2.906	2.077	3.703**
	8	3.175	2.308	3.379**
	9	3.407	2.346	4.232***

P<0.01, *P<0.001

表4 自己管理度測定尺度とSCAQ、予防的保健行動尺度との関係

因 子	SCAQ	予防的保健行動尺度
運 動 管 理	0.406***	0.501***
ス ト レ ス 管 理	0.671***	0.636***
食 事 管 理	0.417***	0.504***
尺 度 全 体	0.604***	0.661***

***P<0.001

表中の数字はPearsonの積率相関係数を示す

SCAQ (Self-Care Agency Questionnaire)

=慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙

表5 信頼性係数

因 子	信頼性係数*
第 1 因 子	0.871
第 2 因 子	0.825
第 3 因 子	0.829
全 体	0.911

*Cronbachの α 係数

8. 採択項目の平均得点

採択された27項目すべての項目の合計得点の平均値（得点は高いほど自己管理ができていることを表す）と標準偏差は、 65.7 ± 13.1 点であった。因子別に合計得点を見ると、運動管理因子は 15.7 ± 5.0 点、ストレス管理因子は 25.7 ± 5.5 点、食事管理因子は 24.3 ± 5.3 点であった。

V. 考 察

1. 因子の妥当性

得られたデータに対して、因子分析（主成分分析、バリマックス回転）を行い、固有値1以上、因子負荷量0.4以上を項目決定の基準とした結果、3因子27項目の因子解が抽出された。

第1因子には「運動後に爽快な気分になるような運動を行っている」「運動時には、手足を大きく動かすような散歩、早歩き、ゆったりとした水泳、サイクリング、ラジオ体操などの激しくない全身運動を行っている」など運動に関する項目内容であったので、＜運動管理因子＞と命名した。

第2因子には「入浴時の注意について、情報を得ようとしている」「外出時、寒いときは上着をもう1枚着るなど、寒暖に対し衣服で調整している」「悩みを相談する相手があり、ストレスをためないようにしている」など身体的・精神的ストレスに関する項目で構成されていたので、＜ストレス管理因子＞と命名した。

第3因子には「塩分を控えて食事を作っている」「コレステロールをとりすぎないように気をつけている」「バランスのとれた食事をしている」など食事に関する項目で構成

されていたため、＜食事管理因子＞と命名した。

これらの因子構造は当初推定した概念枠組みに添っており、構成概念妥当性が確認できた。

2. 上位一下位分析

すべての項目に対して上位群（高得点群）と下位群（低得点群）の平均得点の間で有意な差が見られた。このことから、上位群と下位群は各々の質問項目においても、全体と同様の得点の動きをしていることが判断でき、排除すべき項目はないことが示された。

3. 基準関連妥当性

高血圧症患者の日常生活における自己管理度の概念と類似した概念をもつ2つの尺度「慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙」・「予防的保健行動尺度」との有意な相関関係が示されたことより、本尺度は自己管理度を測定する尺度として、妥当な尺度であることが確認できた。

4. 信頼性の検討

Cronbachの α 係数は下位尺度においては0.82～0.87の間を示し、尺度全体で0.911であった。したがって、本尺度は内的整合性のあることが示され、信頼性のある尺度であることが確認できた。

VI. 結 論

外来に通院中の高血圧症患者を対象に、日常生活における自己管理度測定尺度を作成することを試みた。文献検討等により概念枠組みを行い、概念枠組みに基づいた質問紙原案を作成し、105名の外来患者に調査を実施した。その結果、因子分析により3因子27項目の因子解が抽出された。各因子は「運動管理因子」「ストレス管理因子」「食事管理因子」と命名した。

また、本尺度は内容妥当性、表面妥当性、因子の妥当性、基準関連妥当性の検討、さらに信頼性の検討を行っており、本尺度は妥当性・信頼性のある尺度であることが確認できた。

謝 辞

本研究を実施するにあたり、調査に御協力いただきました外来患者の皆様、並びに調査フィールドの提供、御協力いただきました富山医科薬科大学第二内科学 教授井上博先生、供田文宏先生、上野均先生、同大学附属病院看護部長 山口千鶴子氏、同看護師長 湯浅ゆき子氏、同大学地域・老人看護学講座 泉野潔先生に深謝申し上げます。

また、尺度の使用に際して快く御承諾いただきました日本赤十字看護大学 本庄恵子先生、並びに筑波大学 宗像恒次先生に心より感謝申し上げます。

要 旨

本研究では外来に通院する高血圧症患者の日常生活における自己管理度測定尺度を作成し、妥当性と信頼性について検討した。調査対象は大学病院の外来患者105名とした。文献検討等により高血圧症患者の日常生活における自己管理の概念枠組みを行い、概念枠組みに添って自己管理の程度を測定するための質問紙原案を作成した。因子分析により3因子27項目の因子解が抽出された。各因子は項目内容により、「食事管理因子」「運動管理因子」「ストレス管理因子」と命名した。基準関連妥当性については、高血圧症患者の日常生活における自己管理尺度と概念が近似した2つの既存の尺度との間に有意な相関を確認した。内的整合性を示す信頼性係数 α は0.911であった。これらのことから、本尺度は妥当性・信頼性の高い尺度であることが確認できた。

Abstract

The purpose of this study was to develop an instrument to measure the self-care of outpatient with hypertension. The subjects consisted of 105 outpatient with hypertension. The questionnaire was made which based on conceptual framework of the self-care of outpatient with hypertension. The factor structure of the self-care of outpatient with hypertension consisted of 3 factors and 27 items by the factor analysis. These factors were named, eating management factor, exercise management factor and stress management factor. Self-Care Agency Questionnaire and Preventive Health Behavior Scale were used in establishing criterion-related validity. Scores of their self-care were positively correlated with those of their each scales. The reliability coefficient α showed 0.911. The validity and reliability of this scale were established.

文 献

- 1) 厚生統計協会：国民衛生の動向，厚生指標，49(9)，90-91，2002.
- 2) Kannel WB：Importance of hypertension as a major risk factor in cardiovascular disease in Hypertension, McGraw-Hill, New York, 888, 1977.
- 3) Chalmers J：1999WHO-ISH of hypertension guidelines for the management of hypertension, Guidelines sub-committee of the World Health Organization Clin Exp Hypertens 21, 1009-1060, 1999.
- 4) 松岡博昭：循環器領域における病気の変遷と未来－高血圧，臨床成人病，30(1)，67-72，2000.
- 5) 吹野恵子，林同文，他：高血圧の予防と治療に有効な生活習慣，臨床成人病，30(9)，1141-1145，2000.
- 6) 小西正光，小野ツルコ：「健康日本21」を指標とした健康調査と保健支援活動，5-6，ライフ・サイエンス・センター，神奈川，2001.
- 7) 多田羅浩三編：健康日本21推進ガイドライン，282-309，ぎょうせい，東京，2001.
- 8) Dorothea E, Orem. 小野寺社記訳：オレム看護論－看護実践における基本概念（第3版），医学書院，東京，1995.
- 9) 宗像恒次：セルフケアとソーシャルサポートネットワーク，日本保健医療行動科学会年報，4，1-20，1989.
- 10) 太田雅規，池田正春：運動の高血圧予防と治療における役割，臨床成人病，30(9)，1133-1140，2000.
- 11) 田代英一郎，荒川規矩男：理論と実績に裏付けられた運動降圧療法，高血圧症の診断と治療，224-232，真興交易，東京，1999.
- 12) 富本茂裕，有田幹雄，他：軽症高血圧における1万歩運動の効果，臨床スポーツ医学，15(6)，647-652，1998.
- 13) Midgley JP, Matthew AG, et al.：Effect of reduced dietary sodium on blood pressure：a meta-analysis of randomized controlled trials, JAMA, 275, 1590-1597, 1996.
- 14) INTERSALT Cooperative Research Group：INTER-SALT；an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion, BMJ, 297, 319-328, 1988.
- 15) 前掲書13).
- 16) Whelton PK, Appel LJ, et al.：Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older person：A randomized controlled trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE), JAMA, 279, 839-846, 1998.
- 17) Kawamura M, Adachi T, et al.：Factors that affect calorie-sensitive and calorie-insensitive reduction in blood pressure during short-term calorie restriction in overweight women, Hypertension, 27, 408-413, 1996.
- 18) Hsieh SD, Yoshinaga H, et al.：Regular physical activity and coronary risk factors in Japanese men, Circulation, 97, 661-665, 1998.
- 19) 宮尾定信：生活と血圧－医療と保健活動の指標－，251，医歯薬出版，東京，1979.
- 20) Fagard RH：the role of exercise in blood pressure control：Supportive evidence, J Hypertens, 13, 1223-1227, 1995.
- 21) 奥宮暁子：生活調整を必要とする人の看護Ⅰ，136，中央法規出版，東京，1997.
- 22) 新村出編：広辞苑．第5版，1440，岩波書店，1998.
- 23) 宮尾定信：生活と血圧－医療と保健活動の指標－．247，医歯薬出版，東京，1979.
- 24) 本庄恵子：慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙の改訂，日本看護科学会誌，21(1)，29-39，2001.
- 25) 宗像恒次：行動科学からみた健康と病気，124-125，メジカルフレンド社，東京，1996.

〔平成16年8月30日受 付〕
〔平成17年2月1日採用決定〕

高齢者における ECG 電極交換時のスキンケア — スキナ法の検証 —

Skin care Treatment for ECG Electrode Attachment Sites on Elderly Patients
— Verification of the Sukina Method —

大西 み さ¹⁾ 足立 はるゑ²⁾
Misa Ohnishi Harue Adachi

キーワード： ECG 電極, スキンケア, 老人, アレルギー性接触皮膚炎
ECG electrode, skin care, elderly patients, allergic contact dermatitis

I. はじめに

高齢者は、各種臓器の機能低下を伴い重篤となるケースが多く、ECG モニターを装着する機会が増えている。ECG 電極交換は、胸部の電極貼り付け部分をアルコール綿で拭き汚れと皮脂を除去¹⁾し、2～3日毎に張り替える²⁾方法が一般的であるが、老人にはアルコール類は皮膚を乾燥させるため、アルコールが含まれていないことを確かめてから使用する³⁾と言われている。しかし、老人に対し、電極貼付部位の汚れの除去方法については、アルコール類以外の具体的な記述はされていない。ECG モニターを装着している高齢の患者の多くは、蒸しタオルをはじめとするアルコール類以外の物品では汚れの除去が困難であるため、頻回の清拭により、電極の種類に関係なく電極貼付部位の皮膚が乾燥し、紅斑から水泡に至る皮膚異常やかゆみを起こしている。そのため、容易に汚れを除去できるアルコール類に他の成分を浸透させ、皮膚の乾燥を抑える方法が必要であると思われる。そこで、高齢者における ECG 電極貼付部位の皮膚異常やかゆみを軽減する目的で新たな保清方法として、保湿成分を皮膚に浸透させる方法であるスキナ法とアピス法を考案し、アピス法よりもスキナ法が交換3日目と5日目に有効であることを前報⁴⁾で報告した。しかし、スキナ法は、交換3日目より5日目に皮膚異常のある患者が増えていることから、さらに対象者を増やし、従来法との比較から関連要因を追求し、機序を明らかにする必要性が示唆された。

ECG 電極の保清方法に関する先行研究では、中島ら⁵⁾はアロマオイルを用いた方法とスキナ法を比較し、皮膚異常、かゆみ共に交換5日目まで同等の結果が得られたことを報告している。また、交換時期について盛田ら⁶⁾は電極交換の多いほど皮膚かぶれの出現頻度は増加すると述べ

ている。しかし、先行研究はいずれも成人の医療スタッフを対象とした内容であり、高齢者を対象とした研究は報告されていない。

高齢者のスキンケアに関する先行研究について、近年は、褥創^{7,8)}、ストーマケア^{9,10)}、血液透析患者¹¹⁾を対象とした研究が主流であり、皮膚創傷、かゆみの予防、悪化の防止には、ドライスキンに対するスキンケアが必要であるとされている¹²⁻¹⁴⁾。そのため、臨床で治療上 ECG モニターの装着を強いられている高齢者にとっても、スキンケアは必要不可欠であることが解される。

そこで、本研究は、高齢者における ECG 電極交換時のスキンケアとして妥当性を得るために、前報で有効性の高いスキナ法に焦点をあて、従来法と比較し、さらに交換時期別に関連要因の検討からスキナ法の有効性を検証する。

II. 研究目的

スキナ法は、高齢者の ECG 電極貼付部位の皮膚異常やかゆみを軽減できる ECG 電極交換時の保清方法であることを検証する。

III. 用語の定義

1. スキナ法

スキナ法とは、高齢者を対象とした ECG 電極交換時の保清方法の一方法で、ECG モニター装着中の高齢者に対し、ECG 電極交換時にスキナクレンの成分を皮膚に浸透させ、保湿・殺菌作用により、ドライスキンの軽減と汚れの除去を行う方法である。

2. 皮膚異常

皮膚異常とは、ECG 電極交換時に電極貼付部位に紅斑・浮腫・丘疹・漿液性丘疹・小水疱の有無を肉眼判定で確認

1) 元旭労災病院 Former Asahi Rousai Hospital

2) 藤田保健衛生大学衛生学部 Fujita Health University School of Nursing

する閉鎖法貼付試験¹⁵⁾に基づく陽性反応を確認した状態である。

IV. 実験方法

1. 対象

対象者の選定は、A病院に入院中で年齢60歳以上の ECG モニターを装着している皮膚疾患のない患者で、主治医の許可を得た後、研究の趣旨を文書と共に説明し同意が得られた59名とした。

2. 実験の手順

1) 電極交換について：電極交換は、電極貼付日より1日目、3日目、5日目とし、対象者1名に対し、従来法とスキナ法を比較する。ECG 電極は、A病院で使用しているストレステスト用電極/ウエットゲル（インターメドジャパン）を用いた。電極貼付部位は、胸部のモニタリングに必要な誘導部位3ヶ所である。スキナ法は、右前腋窩線上で最下肋骨上に、従来法は、左前腋窩線上で最下肋骨上の各1ヶ所に電極を貼付する。電極交換時には、両方法共に誘導部位をずらし、前回の貼付部位をかえて電極を貼付する。

2) 皮膚保清方法について：従来法は、電極交換時に貼付部位の汚れをアルコール綿で除去し、当院で行われている方法である蒸しタオルで清拭後、電極を貼付する。

スキナ法は、アルコール清拭後、スキナクレン（持田製薬）をピンポン玉大の泡にし局部に散布後、スキナクレンの処理方法である乾いたタオルで拭き取り、電極を貼付する。尚、プレテストにおいて、皮膚異常、かゆみがないことを確認した。

室温は、 $24 \pm 2^{\circ}\text{C}$ 、測定場所は病室で行った。

3. データ収集期間

1997年6月から1999年2月

V. 分析方法

1. 皮膚異常の評価には、上野の貼布反応¹⁵⁾を用い、交換1日、3日、5日目に0点「反応なし」1点「軽度の紅斑」2点「紅斑」3点「紅斑と浮腫」4点「紅斑・浮腫と丘疹・しょう液性丘疹・小水疱」に至る点数が高いほど皮膚異常を示す5段階尺度で評価した。評価者は、研究者が行い、皮疹の判定に際しては、事前に皮膚科医師により指導を受けた。
2. スキナ法の有効性の評価には、従来法とスキナ法の各交換時期の比較、および皮膚異常における関連要因①性別（男性・女性）②テープ・シップ材による皮膚異常（有・無）③電極貼付時期（夏期・冬期）④皮膚状態（乾燥・湿潤）の4要因を組み合わせ、20通りについて比較し、t検定を行った。

3. かゆみの評価には、交換1日、3日、5日目にかゆみの有無を聴取し、従来法とスキナ法の各交換時期の比較、および皮膚異常と同様の4要因について比較し、 χ^2 検定を行った。なお、統計解析には、エクセル統計 Statcelを用い、有意水準を0.05とした。

VI. 倫理的配慮

本研究の対象は、入院中の ECG モニターを装着している患者であり、主治医の許可を得た後、書面を用いて研究の趣旨及び研究方法を説明し、協力承諾の意思を確認、同意を得た。さらに、同意を得た後にも研究の辞退は可能であり、辞退されてもその後の治療には影響ないことを説明し、心理的負担をかけないように配慮した。また、実験開始後は、被験者の心身の状態に十分配慮し、実験中止の意思が生じた時や皮膚異常、かゆみによる苦痛が最高点に達した場合は、その時点で実験終了とした。収集したデータは、すべて番号で処理し、プライバシーの保護に努めた。

VII. 結果

1. 対象の背景

対象は、平均年齢 73.0 ± 10.1 歳で、性別は男性23名、女性36名であった。実験の脱落者は、従来法による皮膚異常やかゆみが原因で、3日目が9名、5日目が17名であり、対象者数は、1日目59名、3日目50名、5日目33名となった。診断名の概要は、心不全17名、腎不全8名、悪性新生物（肺・肝臓・胆嚢・大腸）9名、狭心症5名、脱水5名、脳梗塞4名、じん肺3名、貧血3名、心筋梗塞1名、気管支喘息1名であった。テープ・シップ材による皮膚異常の既往の有る人は22名、無い人は37名で、電極貼付時期は、夏期が39名、冬期は20名であった（表1）。

2. 従来法とスキナ法の比較

1) 皮膚異常

皮膚異常の発生率は、従来法が43名（72.9%）で、スキナ法は18名（30.5%）であった（表2）。皮膚異常がみられた対象者に対し、皮膚異常を部位別にみると、従来法では電極全体が37名（86.0%）で電極ペースト及び粘着テープが3名（7.0%）であった。スキナ法は、電極全体が14名（77.8%）であり、粘着テープが3名（16.7%）、電極ペースト1名（5.5%）であった（表3）。

平均評定点は、交換1日目では、従来法が 0.3 ± 0.7 点と「軽度の紅斑」を示す1点以内が多く、スキナ法は 0.0 ± 0.5 点であり、有意差はみられなかった。3日目では、従来法は 1.0 ± 1.3 点で、ほとんどの者に「軽度の紅斑」から「紅斑と浮腫」がみられた。スキナ法では 0.3 ± 0.8 点で1点以内に集中した。両方法に有意差がみられた（ $t = 3.2$, $p < 0.002$ ）。5日目は、従来法が 1.9 ± 1.8 点で、「軽度の紅斑」

表 1 対象者の背景

n = 59 単位：人（％）		
年 齢	平均年齢	73.0±10.1
性別	男性	23 (39.0)
	女性	36 (61.0)
疾患の概要	心不全	20 (33.9)
	悪性新生物（肺・肝臓・胆嚢・大腸）	9 (15.3)
	腎不全	8 (13.6)
	狭心症	5 (8.4)
	脱水	5 (8.4)
	脳梗塞	4 (6.8)
	じん肺	3 (5.1)
	貧血	3 (5.1)
	心筋梗塞	1 (1.7)
	気管支喘息	1 (1.7)
テープ・シップ材による皮膚異常の既往	有り	22 (37.3)
	無し	37 (62.7)
電極貼付時期	夏期	39 (66.1)
	冬期	20 (33.9)

表 2 交換時期全般における皮膚異常発生率

n = 59			
保清方法	皮膚異常	n	%
従来法	有	43	72.9
	無	16	27.1
スキナ法	有	18	30.5
	無	41	69.5

表 3 交換時期全般における電極部位別にみた皮膚異常発生率

保清方法	部 位	n	%
従来法	両方	37	86.0
	電極ペースト	3	7.0
	粘着テープ	3	7.0
(n = 43)			
スキナ法	両方	14	77.8
	電極ペースト	1	5.5
	粘着テープ	3	16.7
(n = 18)			

から「紅斑・浮腫と丘疹・漿液性丘疹・小水疱」を示し、皮膚異常の程度に広がりが見られた。スキナ法は0.4±0.9点で「反応なし」から「紅斑」を示す2点未満であった。両方法に有意差が認められた (t=4.2, p<0.001)。しかし、スキナ法には標準偏差にやや広がりが見られた (表4)。

各要因では、交換3日目、5日目共に有意差はみられなかったが、スキナ法の5日目において、電極貼付時期の夏期が0.2±0.7点、冬期は0.7±1.1点であり、冬期に皮膚異常の傾向が見られた (t=1.5, p<0.1) (表5・6)。

2) かゆみ

かゆみの発生率は、従来法が46名 (77.9%) であり、スキナ法は33名 (55.9%) であった (表7)。

交換1日目では、従来法はかゆみの有る人が27名 (45%)、無い人は32名 (55%) で、スキナ法はかゆみの有

表 4 皮膚異常における保清方法と交換時期の比較

交換時期	保清方法	平均	SD	t	p
1日目	従来法	0.3	0.7	1.7*	0.09
	スキナ法	0	0.5		
3日目	従来法	1	1.3	3.2***	0
	スキナ法	0.3	0.8		
5日目	従来法	1.9	1.8	4.2***	0
	スキナ法	0.4	1.0		
*p<0.1 **p<0.05 ***p<0.01					

表 5 交換3日目におけるスキナ法の要因別皮膚異常の比較

n = 50						
要 因	項 目	平均	SD	t		
性別	男性	0.4	1.1			
	女性	0.3	0.7	0.5		
テープ・シップ材による皮膚異常の既往	有り	0.3	0.8			
	無し	0.3	0.8	0		
電極貼付時期	夏期	0.2	0.8			
	冬期	0.4	0.8	-0.6		
皮膚状態	乾燥	0.1	0.4			
	湿潤	0.1	0.5	0		
電極貼付時期と性別	夏期の男性	0.6	1.2	-1.2	-1.5	1.7
	夏期の女性	0.1	0.4			
	冬期の男性	0	0			
	冬期の女性	0.7	1.0			
電極貼付時期とテープ・シップ材による皮膚異常の既往	夏期のテープ・シップ材			1.0	-0.6	-0.1
	有り	0.1	0.5			
	冬期のテープ・シップ材	0.7	1.2			
	夏期のテープ・シップ材	0.3	0.9			
	冬期のテープ・シップ材					
	有り	0.2	0.4			
皮膚状態とテープ・シップ材による皮膚異常の既往	乾燥とテープ・シップ材			0.4	-0.1	1.0
	有り	0.1	0.4			
	乾燥とテープ・シップ材					
	無し	0.1	0.4			
	湿潤とテープ・シップ材					
	有り	0.3	0.8			
湿潤とテープ・シップ材						
無し	0	0	1.0			
*p<0.1 **p<0.05 ***p<0.01						

る人が16名 (27%)、無い人は43名 (73%) であった。両方法には有意差はみられなかった。3日目は、従来法では、かゆみの有る人が33名 (66%)、無い人は17名 (34%) で、スキナ法はかゆみの有る人が7名 (14%)、無い人は43名 (86%) であった。両方法に有意差が見られた ($\chi^2=28.1, p<1\times10^{-7}$)。5日目では、従来法はかゆみの有

表6 交換5日目におけるスキナ法の要因別皮膚異常の比較

n = 33						
要 因	項 目	平均	SD	t		
性別	男性	0.5	1.1	0		
	女性	0.5	1.0			
テープ・シップ材による皮膚異常の既往	有り	0.4	0.8	0.7		
	無し	0.7	1.2			
電極貼付時期	夏期	0.2	0.7	1.5*		
	冬期	0.7	1.1			
皮膚状態	乾燥	0.5	1.0	1.7*		
	湿潤	0	0			
電極貼付時期と性別	夏期の男性	0.6	1.3	0.9	0.7	2.2
	夏期の女性	0.1	0.3			
	冬期の男性	0.2	0.4			
	冬期の女性	1.1	1.4			
電極貼付時期とテープ・シップ材による皮膚異常の既往	夏期のテープ・シップ材有り	0.1	0.3	1.1	-0.6	-0.1
	冬期のテープ・シップ材有り	0.7	1.2			
	夏期のテープ・シップ材無し	0.3	1.0			
	冬期のテープ・シップ材無し	0.8	1.2			
	夏期のテープ・シップ材有り	0.1	0.3	0.9	0	
	冬期のテープ・シップ材有り	0.7	1.2			
	夏期のテープ・シップ材無し	0.3	1.0			
	冬期のテープ・シップ材無し	0.8	1.2			
皮膚状態とテープ・シップ材による皮膚異常の既往	乾燥とテープ・シップ材有り	0.5	1.1	0.2		
	乾燥とテープ・シップ材無し	0.4	0.9			
	湿潤とテープ・シップ材有り	0	0			
	湿潤とテープ・シップ材無し	0	0			
*p<0.1 **p<0.05 ***p<0.01						

表7 保清方法別にみた交換時期全般におけるかゆみ発生率

n = 59			
保清方法	かゆみ	n	%
従来法	有	46	77.9
	無	13	22.1
スキナ法	有	33	55.9
	無	26	44.1

る人が22名 (66.7%)、無い人は11名 (33.3%) で、スキナ法では、かゆみの有る人は7名 (21.2%)、無い人は26名 (78.8%) であった。両方法には、有意差が認められた ($\chi^2=13.8$, $p<2\times10^{-4}$) (表8)。

各要因では、スキナ法において電極貼付時期で3日目 ($\chi^2=2.4$, $p<0.1$)、5日目 ($\chi^2=1.8$, $p<0.1$) に、冬期

表8 電極交換時期と保清方法の違いにおけるかゆみの比較

交換時期	保清方法	かゆみ	n	%	χ^2	p
1日目 (n = 59)	従来法	有	27	45.0	4.4	0.06
		無	32	55.0		
	スキナ法	有	16	27.1		
		無	43	72.9		
3日目 (n = 50)	従来法	有	33	66.0	28.1***	1×10^{-7}
		無	17	34.0		
	スキナ法	有	7	14.0		
		無	43	86.0		
5日目 (n = 33)	従来法	有	22	66.7	13.8***	2×10^{-4}
		無	11	33.3		
	スキナ法	有	7	21.2		
		無	26	78.8		
*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001						

表9 交換3日目におけるスキナ法の要因別かゆみの比較

n = 50						
要 因	項目	かゆみ	n	%	χ^2	p
性 別	男性	有	2	4.0	0.2	0.7
		無	16	32.0		
	女性	有	5	10.0		
		無	27	54.0		
テープ・シップ材による皮膚異常の既往	有り	有	3	6.0	0.02	0.9
		無	17	34.0		
	無し	有	4	8.0		
		無	26	52.0		
電極貼付時期	夏期	有	3	6.0	2.4*	0.1
		無	31	62.0		
	冬期	有	4	8.0		
		無	12	24.0		
皮膚状態	乾燥	有	6	12.0	1.0	0.3
		無	29	58.0		
	湿潤	有	1	2.0		
		無	14	28.0		
*p<0.1 **p<0.05 ***p<0.01						

表10 交換5日目におけるスキナ法の要因別かゆみの比較

n = 33						
要 因	項目	かゆみ	n	%	χ^2	p
性 別	男性	有	2	6.0	0.09	0.8
		無	9	27.3		
	女性	有	5	15.2		
		無	17	51.5		
テープ・シップ材による皮膚異常の既往	有り	有	3	9.4	0.06	0.8
		無	12	37.5		
	無し	有	4	12.5		
		無	13	40.6		
電極貼付時期	夏期	有	3	9.1	1.8*	0.1
		無	16	48.5		
	冬期	有	4	12.1		
		無	10	30.3		
皮膚状態	乾燥	有	7	21.2	1.7	0.2
		無	19	57.6		
	湿潤	有	0	0		
		無	7	21.2		
*p<0.1 **p<0.05 ***p<0.01						

より夏期にかゆみが少ない傾向がみられた(表9・10)。

VIII. 考 察

1. スキナ法の有効性について

1) 皮膚異常とスキナ法の関係

高齢者におけるECG電極交換時の保清方法として、電極貼付部位の皮膚異常やかゆみを軽減する目的で考案したスキナ法と従来法を比較した結果、スキナ法が従来法より皮膚異常やかゆみを軽減できた。その理由は、従来法では、アルコールが皮脂を除去し、蒸しタオルが乾燥を助長させ、さらに、電極のペーストと粘着テープが直接起痒物質となり、直接知覚神経終末を刺激する化学的刺激¹⁶⁾により角質の表皮に異常を生じたため、全交換時期で皮膚異常が起きたと考えられる。一方、スキナ法は、スキナクレンの保湿成分が皮膚に浸透するため、清拭後の角質の保湿能に作用し、皮膚の乾燥を抑えることができたと考える。

スキナクレンの成分は、ラノリン、グルコン酸クロルヘキシジン、トコフェロール(ビタミンE)である。その中で、保湿作用のあるものはラノリン¹⁷⁾であり、グルコン酸クロルヘキシジンは低水準消毒薬で殺菌・静菌作用¹⁸⁾、トコフェロール(ビタミンE)は、抗酸化作用と生体膜安定化作用¹⁹⁾をもっている。ラノリンは、羊毛に付着しているグリース状の脂質成分を精製したもので、医薬品、化粧品に多く利用されている。ラノリンは、抱水力や乾燥性が少ない性質をもっており、保湿効果がみられることから、スキナ法の有効性に関与していると思われる。

高齢者の皮膚は、角層の水分は皮脂、細胞間脂質、アミノ酸に代表される低分子の天然保湿因子の状態に影響されるが、高齢者の場合、角層が厚いためバリア機能は保たれているがアミノ酸量は低下し、下層表皮からの水分補給が追いつかずドライスキンを呈している²⁰⁾。対象者については、老人性乾皮症が50歳を過ぎると急に増える²¹⁾という報告から60歳以上に選定した。本研究では、対象者のドライスキンを確認するための角層水分量測定²²⁾やバリア機能測定²³⁾を今回は行わなかったが、保湿効果のあるスキナ法に有効性が得られたことから、対象者の多くがドライスキン傾向を示していたと思われる。さらに、皮膚の表面にひび割れができると、機械的・化学的・物理的刺激を受けやすくなり²⁴⁾、角層のバリア機能が低下し、ドライスキンが助長される²⁵⁾と言われている。そのため、高齢者におけるECG電極の刺激は、ドライスキンを助長するものと考えられる。

本研究で用いている電極は、一般的に使用されているモニタ用ディスプレイ電極のプリゲル型電極(ゲル・パット型)であるが、電極ペーストは銀-塩化銀、粘着テープはウレタンフォームを使用しており、防水性に富む反面、皮膚異

常が起きやすい欠点がある²⁶⁾。その結果、皮膚異常の部位は、両方法共に各電極ペーストと粘着テープ下の両者に限局し、従来法では交換時期全般にわたり「軽度の紅斑」から「紅斑・浮腫と丘疹・しょう液性丘疹・小水疱」、スキナ法は交換3日目以降に「軽度の紅斑」から「紅斑」を示したことから、電極の化学的、機械的刺激はドライスキンを助長させ、皮膚異常を引き起こしている可能性が示唆された。電極の皮膚異常については、他の電極を用いた先行研究^{27, 28)}においても報告されているため、ECGモニター装着者には大きな問題であると思われる。そして、この皮膚異常の病型分類は、電極による接触源が接触した部位に限局し、従来法の結果で比較的鮮明な湿疹反応²⁹⁾が24時間以内に発症し、さらに、48時間以降となる交換時期3日目、5日目において48時間後の皮膚状態を観察する貼布試験(patch test)³⁰⁾の陽性反応と同様の皮膚状態を示していることから、IV型アレルギー反応の典型例とされる接触アレルギーを介する炎症反応であるアレルギー性接触皮膚炎(allergic contact dermatitis)と考えられる。

アレルギー性接触皮膚炎を引き起こす原因接触源には、テープ³¹⁾、下着、ゴム、ベルト、パックスル、ズボンの留め金、洗濯用洗剤等の衣類に関連するもの、ストーマ周囲皮膚炎、おむつ皮膚炎、灯油皮膚炎、外用剤、入浴剤、マッサージ用化粧品類、ダイエット器具³²⁾、薬剤³³⁾、歯科材料³⁴⁾、ストレス³⁵⁾、職業性³⁶⁾のもの等、多彩であり、テープについては、角層が除去されバリア機能が破壊されるとアレルギー性接触皮膚炎が増強する³⁷⁾ことが知られている。そのため、粘着テープ、電極ペーストを使用しているECG電極は、アレルギー性接触皮膚炎の原因接触源の1つであることが示唆された。

このことから、高齢者のECG電極によるIV型アレルギーの機序は、細胞間脂質や天然保湿因子の減少によりバリア機能が損なわれている状態で接触アレルギーの抗原である電極の粘着テープ、電極ペーストによる単純化学物質(ハプテン)が表皮に接触すると、化学的刺激を受けやすく³⁸⁾、Tリンパ球間の免疫情報の伝達と抗原と反応を起こし、接触アレルギーの感作が成立する。成立後はリホカインの放出と表皮細胞の障害から湿疹反応を引き起こし³⁹⁾、かゆみ受容器に作用し知覚される⁴⁰⁾ものと考えられる。

従来法が、ほとんどの患者にかゆみや皮膚異常が交換1日目よりみられたことに対し、スキナ法が、交換5日目で標準偏差に広がりが見られ、皮膚異常が発生しはじめたことから、スキナクレンの成分がアレルギー性接触皮膚炎の発症時期に影響していると思われる。これは、スキナクレンには48時間の保湿効果⁴¹⁾を示すことが報告されているため、保湿成分であるラノリンが関与していると考えられる。前報⁴²⁾では、同じ保湿製品の中から全く成分の異な

るアピス（アリソア）を用いた方法（以下、アピス法）を考案し、スキナ法と比較したが、アピス法はスキナ法より交換5日目から皮膚異常やかゆみを生じる結果となり、スキナクレンが他の保湿製品より持続効果のあることが明らかになっている。よって、スキナ法は、ECG電極を貼付している高齢者に対しては、アレルギー性接触皮膚炎の発症時期を遅延させる可能性のあることが示唆された。

また、スキンケア製品によっては、新たにアレルギー性接触皮膚炎を起こす⁴³⁾と言われており、スキナクレンの成分であるラノリンには、アトピー性皮膚炎を含む乾燥性病変の人にアレルギー性接触皮膚炎が生じる⁴⁴⁾ことが報告されている。ラノリンアレルギーについては、代表的な保湿剤であるヒルドイド（マルホ）の使用において、ラノリン、チモールが原因でアレルギー性接触皮膚炎が生じる⁴⁵⁾ことが報告されている。スキナ法で用いているスキナクレンの成分については、藤田⁴⁶⁾がパッチテストの結果からアレルギー性接触皮膚炎はみられないと述べているが、対象者に高齢者や乾燥性病変の人が含まれていないため明らかではない。スキナクレンのアレルギーを示す成分には、ラノリンの他にグルコン酸クロロヘキシジンも含まれているため、スキナ法において、48時間以内である交換1日目で皮膚異常を呈した人は、スキナクレンの成分によるアレルギー性接触皮膚炎を起こしている可能性があると考えられる。このことから、今後、スキナ法の使用に際しては、乾燥性病変の患者には使用前に皮膚異常の有無を確認していく必要があると思われる。

2) 皮膚異常と関連要因について

スキナ法において、皮膚異常とかゆみの傾向を示した要因は、電極貼付時期（冬期）であった。角質層の水分の大部分は大気中の湿気と発汗に由来し低湿となるため、冬期はドライスキンに傾きやすく⁴⁷⁾、容易に接触皮膚炎等の湿疹病変へ移行し⁴⁸⁾、かゆみを伴う⁴⁹⁾。そのため、夏期より冬期にECGモニターを行った患者は、皮膚異常を起こしやすいことが予測される。長期のECGモニター使用者に対しては、医師の指示を確認し、ECGモニター装着時間を最小限にする働きかけが必要である。また、季節に影響する要因の皮膚状態では、乾燥と湿潤の違いを発汗の有無で確認しているが、電極貼付時期で冬期に行った患者と皮膚状態において発汗がなく乾燥傾向にあった患者が同数であったことから、電極貼付時期と皮膚状態の組み合わせは行うことができなかった。これは、対象者が高齢者であり、冬期はドライスキン傾向にあることと同義であると考えられる。しかし、電極貼付時期に皮膚異常やかゆみで有意差がみられなかったのは、岩田⁵⁰⁾は、発汗などの因子がアレルギー性接触皮膚炎の発症に関わると臨床像は複雑になりやすく貼布試験は偽陽性になると述べており、夏期

の発汗の程度が関与しているものと考えられる。

他の要因における一般的な掻痒閾値の報告では、年齢は高齢になるほど⁵¹⁾、性別は男性⁵²⁾で掻痒閾値は低下し、テープ・シップ材による皮膚異常においてもアレルギー性接触皮膚炎を起こすと言われている^{53,54)}。しかし、年齢については前報で有意差はみられず、本研究で行った要因についても有意差はみられなかった。この結果により、ECG電極は、他の原因接触源におけるアレルギー性接触皮膚炎とは性質が違うことが推察できるが、ドライスキンを呈した皮膚は、知覚神経線維が増えて表皮表層にまでアレルゲンが侵入しているためかゆみを感じやすくなっている⁵⁵⁾ことから、ECG電極によるドライスキンの助長が影響しているものと思われる。

3) ECG電極交換時のスキンケアとしての妥当性

ECG電極に関連したトラブルの中で、スキナ法に影響するものは、電極の接触不良、電極ペーストの乾燥⁵⁶⁾があげられる。

電極の接触不良とは、電極の接触抵抗が増大し、雑音が入りやすくなることであり、接触不良の原因は、電極を固定するテープの粘着力の低下であることがわかっている。スキナ法では、全交換時期ではテープがはがれることはなく、テープの粘着力には影響していないと思われる。

電極ペーストの乾燥については、電極接触インピーダンスが大きくなり、心電図波形が小さく、波形歪みが生じることがわかっている。スキナ法では、全交換時期において心電図の波形に異常がみられていないため、電極ペーストにも影響は生じていないと思われる。

よって、スキナ法は、新しいECG電極交換時の保清方法として妥当性があると考えられる。

2. 今後の研究の課題

今回の研究の限界として、対象者に対しドライスキンの測定を行わなかったため、ドライスキンを呈した高齢者にスキナ法が有効であることを検証するまでには至らなかったと思われる。そのため、今後は、対象者にドライスキンの測定を行い、スキナ法の有効性を検討していきたい。そして、対象者については、幅広く臨床でスキナ法を活用してもらうため、今後は、高齢者以外の乾燥性病変によりドライスキンを呈した患者に対しても有効性を検証していく必要があると思われる。

また、本研究で使用したECG電極は、ストレステスト用電極/ウェットゲルを用いている。しかしながら、年々新しい電極が開発されているため、電極に応じてスキナ法を行い、皮膚異常やかゆみの視点から有効性を検証していく必要があると思われる。

IX. 結 論

本研究は、ECGモニターを装着している高齢の患者に対し、皮膚異常、かゆみを軽減するためにスキナ法を考案し、スキナ法の有効性を従来法と比較し検討した。その結果、以下の結論が得られた。

1. スキナ法によるECG電極交換時期は、皮膚異常がほとんどみられない3日目以降が有効である。
2. スキナ法によるECG電極交換時期は、かゆみが起らない3日目以降が有効である。
3. スキナ法は、ECG電極交換5日目では、季節（冬期）

によって皮膚異常やかゆみを起こしやすい傾向を示した。

4. スキナ法は、高齢者のECG電極によるアレルギー性接触皮膚炎を軽減する保湿効果があり、ECG電極交換時の保清方法に適している。

以上より、スキナ法の有効性が検証された。スキナ法は、高齢者におけるECG電極交換時の新しい保清方法であり、高齢者の皮膚ケアに貢献できる可能性が示唆された。

要 旨

本研究は、入院患者の高齢化に伴いECG電極交換時の皮膚ケアの質向上をめざすものである。研究目的は高齢者のECG電極貼付部位の皮膚ケア方法として考案したスキナ法の有効性を検証することである。スキナ法とはスキナクレンを散布し汚れを乾いたタオルで拭き取る方法である。対象はECGモニターを装着中の入院患者で同意が得られた59名で、従来法とスキナ法を比較し以下の結果を得た。1) スキナ法の電極交換時期は皮膚異常 ($p<0.002$) やかゆみ ($p<0.002$) が起さない3日目以降が有効である。2) スキナ法は電極交換5日目では季節（冬期）によって皮膚異常やかゆみを起こしやすい傾向を示した。3) スキナ法は高齢者の電極によるアレルギー性接触皮膚炎を軽減する保湿効果があり、電極交換時の保清方法に適している。

Abstract

The present study focuses on improving skin care for elderly hospital patients during ECG electrode replacement. The purpose of the study is to investigate the effectiveness of the *sukina* method as a skin care treatment for ECG electrode attachment sites on elderly patients. The *sukina* method entails applying *sukina kuren* to the attachment site and wiping it off with a dry towel.

The subjects were 59 inpatients who obtained permission with installed ECG monitors, and effectiveness was determined as described below by comparing the conventional method and the *sukina* method.

- 1) The *sukina* method electrode exchange period was three days during which skin abnormality ($p<0.002$) and itching ($p<0.002$) did not occur.
- 2) The *sukina* method did tend to cause skin abnormality and itching seasonally (winter) on the fifth electrode exchange day.
- 3) The *sukina* method is suited to skin care at the time of the electrode exchange of the elderly patients because it has the moisture retention effect that reduces allergic contact dermatitis by the electrode.

文 献

- 1) 加納 隆：モニタ電極の貼り方のこつ その1 最もポピュラーなモニタ電極について、月刊ナーシング、12(3)、122-123、1992。
- 2) 桜井美代子：臨床ナースのための心電図トレーニング 対象に応じた心電図モニタリングのポイント 高齢者の心電図モニタリング、臨床看護、26(3)、2108-2113、2000。
- 3) 折茂 肇、遠藤千恵子：老人看護、45、医学書院、東京、1975。
- 4) 大西みさ、大原未香他：高齢者にあったECG電極の保清方法と交換時期の検討、第29回日本看護学会集録集（老人看護）、110-112、1998。
- 5) 盛田その子、安東初美他：ECG電極による皮膚かぶれとケアの検討、第26回日本看護学会集録集（成人看護Ⅱ）、221-223、1995。
- 6) 中島千晴、宇野涼子他：アロマオイルを利用した心電図電極交換時の保清方法の有効性、第34回日本看護学会論文集（看護総合）、6-8、2003。
- 7) 山下詠子、前田鳴美他：ブレードスケールを活用した陰部スキんケアの統一、日本社会保険医学会演説集、39、178、2002。
- 8) 狩野智恵、松川昭子：下肢末梢の虚血予防への一考察、日本社会保険医学会演説集、39、73、2002。
- 9) 秋野森和：高齢者のストーマケアについて 癒着性イレウス術後のろう孔ケア、東海リハビリテーション研究会誌、20(1)、163-166、2000。
- 10) 小林真美、岡田理恵他：ストーマ周囲の皮膚障害に対するケアイーキンシールを使用して、東海リハビリテーション研究会誌、22(1)、39-42、2002。
- 11) 中野美佳、沢野仙子他：血液透析患者の皮膚のかゆみに対する保湿剤を用いたスキんケア継続の効果乾皮症に対する有用性、日本透析医学会雑誌、32、8、1121-1125、1999。

- 12) 宮地良樹：内科医のための皮膚所見の診かた 内科医へのヒント かゆみ 透析のかゆみから老人性皮膚掻痒症のかゆみまで, *Medicina*, 37(4), 562-565, 2000.
- 13) 村木良一, 佐藤正隆：高齢者にみられる皮膚病変への対応 主な皮膚疾患とその対応 褥創, 臨床と薬物治療, 20(3), 249-253, 2001.
- 14) 徳永恵子：高齢者と褥創 予防とケアの技法 褥創の予防と管理, *Geriatr Med*, 40(8), 1017-1021, 2002.
- 15) 上野堅一：皮膚科学, 6, 89, 金芳堂, 東京, 1997.
- 16) 高森健二, 小川秀興：かゆみはなぜ起きるのか, *モダンメディシン*, 87-11: 46-50, 1993.
- 17) 体験を考える会 田村隆英：改訂版 食品・化粧品危険度チェックブック, 196-346, 情報センター出版局, 東京, 2004.
- 18) 石塚紀元, 小林寛伊：消毒薬, 感染制御学 第1版, 125-156, へるす出版, 東京, 1996.
- 19) 吉田 勉, 布施真理子：ビタミンのはなし, 技法堂出版, 東京, 1993.
- 20) 佐藤貴浩：乾燥症候群を考えるドライスキン, *Quintessence*, 22(8), 1719-1724, 2003.
- 21) 山本達雄：掻痒, 看護技術, 41(14), 101, 1995.
- 22) 沼上克子：角層水分量測定, スキンケアの実際, 皮膚科診療プラクティス, スキンケアの実際5, 34, スキンケアの実際, 文光堂, 東京, 1999.
- 23) 田上八郎：バリア機能を測る, 機器を用いたスキנקリニック, 皮膚科診療プラクティス, 14, 2, 2002.
- 24) 山本達雄：老人性皮膚掻痒症, 月刊ナーシング, 14(7), 84-85, 1994.
- 25) 高森健二：ドライスキンによる痒みのメカニズム, 臨床皮膚科, 54(5増), 52-56, 2000.
- 26) 加納 隆：心電図モニタ電極の種類と問題点, *Clinical Engineering*, 3(4), 239, 1992.
- 27) 前掲5), 221-223.
- 28) 前掲書6), 6-8.
- 29) 福代良一：皮膚科診断治療体系1, 83-84, 講談社, 東京, 1991.
- 30) 蝦名美智子：皮膚を介した看護の技術, 103, 中央法規出版, 東京, 1998.
- 31) Nishihjima T et al: Altered permeability and disordered cutaneous immunoregulatory function in mice with acute barrier disruption *Invest Dermatol*, 109, 175-182, 1997.
- 32) 岩田 充：腹部皮膚疾患診療マニュアル 腹部の接触皮膚炎, *Derma*, 69, 61-64, 2002.
- 33) 高橋あきら：一般用医薬品の正しい選択と適用8 薬局薬剤師のための薬剤診断, 薬局, 54(2), 1347-1357, 2003.
- 34) 浜野英也：歯科材料とアレルギー性疾患, 腐食防食シンポジウム資料, 138, 7-10, 2002.
- 35) 中野ユミ子, 吉田 仁：ストレスによる接触皮膚炎増悪機構のDNAアレイによる解析, 日本免疫学会総会学術集会記録, 32, 197, 2002.
- 36) 河合敬一：化学物質による皮膚障害39 各論32 kathon930による職業性皮膚炎, *医薬ジャーナル*, 38(12), 3232-3238, 2002.
- 37) 前掲書31), 175-182.
- 38) 前掲書20), 1721.
- 39) 前掲書29), 83.
- 40) 宮地良樹：皮膚掻痒症治療へのアプローチ, 95, 先端医学社, 東京, 1996.
- 41) 藤田恵一：スキナクレン（局所洗浄剤）による刺激作用の検討, スキナクレン使用集, 12-14, 持田製薬株式会社, 東京, 1971.
- 42) 前掲書4), 110-112.
- 43) 早川律子, 杉浦真理子：内科医のための皮膚所見の診かた 内科医へのヒント スキンケアの理論と実際 保湿剤からサンスクリーンまで, *Medicina*, 37(4), 566-568, 2000.
- 44) 大沼すみ：臨床皮膚科, 51, 597, 1997.
- 45) 角田孝彦, 渡邊昌彦他：ヘパリン類似物質およびラノリンによる接触皮膚炎の1例, 臨床皮膚科, 55(12), 925-927, 2001.
- 46) 前掲書41), 12-14.
- 47) 前掲書29), 94.
- 48) 田嶋 徹：最新アトピー性皮膚炎診療マニュアル アトピー性皮膚炎スキンケア対策, *Derma*, 54, 79-85, 2001.
- 49) 三橋善比呂：実践スキンケア 老人のためのスキンケア, *Derma*, 50, 66-71, 2001.
- 50) 前掲書32), 64.
- 51) 前掲書21), 101.
- 52) 山村雄一：現代皮膚科学大系20B, 3-5 中山書店, 東京, 1985.
- 53) 岩本悦子, 及川桂子他：ばん創膏かぶれを防ぐ工夫, 看護実践の科学, 25(13), 6-7, 2000.
- 54) 中山 愛, 山本智子他：術創のばん創膏かぶれ軽減についてのテープの検討とスキンケア導入前後の比較検討, 日本看護学会論文集（成人看護）, 31(1), 173-175, 2000.
- 55) 高森健二：ドライスキンによる痒みのメカニズム, 臨床皮膚科, 54(5増), 52-56, 2000.
- 56) 前掲書26), 239-241.

〔平成16年3月15日受 付〕
〔平成17年3月7日採用決定〕

大学病院に勤務する新卒看護職の職場環境及び アサーティブネスとバーンアウトリスク

Workplace Environment, Assertiveness and Burnout risk among Novice Nurses in University Hospitals

鈴木 英子¹⁾ 叶 谷 由 佳²⁾ 北岡 (東口) 和代³⁾ 佐 藤 千 史⁴⁾
Eiko Suzuki Yuka Kanoya Kazuyo Kitaoka-Higashiguchi Chifumi Sato

キーワード：バーンアウトリスク, アサーティブネス, 職場環境, 新卒看護職, 大学病院
Burnout risk, Assertiveness, Work Environment, Novice nurses, University hospital

I. はじめに

現在までに看護師を対象としたバーンアウトに関する研究が多数行われており、バーンアウトに影響する要因としては、看護職の曖昧な役割¹⁾²⁾、仕事量³⁾⁴⁾、年齢¹⁾⁵⁾⁶⁾、ストレスフルなライフイベント⁷⁾等が報告されている。さらに、バーンアウトの予防要因として、hardiness⁸⁾、ソーシャルサポート^{9)~11)}、コーピング方法⁴⁾¹²⁾¹³⁾、アサーティブネス¹⁴⁾、職務満足¹⁵⁾、仕事の継続意思¹⁶⁾が報告されている。

アサーティブネスとは、他人の権利を尊重しながら自分の権利を守ることを基本に、無理なく自己表現するためのコミュニケーション能力をいう¹⁷⁾。Crosley¹⁸⁾やLee¹⁹⁾は、アサーティブネスを習得することで、効果的に仕事ができるようになる」と述べている。

日本人は一般に自分の気持ちや意見を明確に表現しないといわれており、アサーション・トレーニング及びアサーティブネス尺度開発の²⁰⁾²¹⁾研究が行われている。しかし、バーンアウトとアサーティブネスとの関連について、系統的な研究はない。

一方、高度先進医療の中心的役割を担う大学病院は新卒の採用人数が多いが、退職率も高い²²⁾。鈴木ら⁶⁾は、A大学病院の外科系病棟に勤務する看護職265名を対象とし看護職のバーンアウトの実態とバーンアウトに影響を与える看護職の特性及びアサーティブネスとの関連を調査したところ、年齢が24歳以下、看護職歴が短い、管理職以外の者がバーンアウトに陥りやすく、「アサーティブな自己表現」ができにくく、「非主張的な自己表現」をしやすい者がバーンアウトに陥る可能性が高いことを明らかにした。

また、日本では、若い看護師がバーンアウトしやすいという報告が多い⁶⁾²³⁾²⁴⁾。さらに、日本看護協会の2004年「新卒看護職員の早期離職等実態調査」結果(速報)²⁵⁾では、入職1年以内の新卒看護職員のほぼ12人に1人が離職したと報告しており、若く臨床経験期間が短い看護職へのサポートが重要である。特に、新卒の看護職が就職して3ヶ月頃²⁶⁾は、今まで学校で受けてきた内容と実際の現場との乖離を感じる時期であり、その時期における支援が、特に重要である。アサーティブネスの獲得は、トレーニングにより可能であり²⁰⁾²¹⁾、卒後教育プログラムに組み入れることによりバーンアウト予防への効果が期待できる。

II. 研究目的

大学病院に入職した新卒看護職の職場環境及びアサーティブネスと就職後3ヶ月目のバーンアウトリスクとの関連を明らかにすることを目的とした。

III. 研究方法

1. 対象と調査方法

2001-2002年度版病院要覧²⁷⁾(全国病院名簿)に掲載されている全国の大学病院及び大学の付属病院(精神病院を除く)のうち病床総数400以上の病院102を選出し、看護部長宛に往復はがきにて新卒看護職の就職状況及び教育状況について調査を行なった(一次調査)。回答を得られた41の大学病院の看護部長宛に再度、本調査への協力を依頼し20の大学病院より協力が得られた。それら20の大学病院に2003年に就職し看護職として初めて働いた常勤の新卒看護職(看護師、保健師、助産師以下同様)1,203人を対象と

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

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

3) 石川県立看護大学 Ishikawa Prefectural Nursing College

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

した。2003年6月の1ヶ月間、自記式質問紙調査を郵送留め置き法にて実施した。一次調査結果では、全ての大学病院で新卒者にプリセプターをつけ、教育師長による集合教育を充実させていた。集合教育の時間及び新卒者の夜勤に入る時期に関しては、その平均について一元配置分散分析をしたところ、協力が得られた20の大学病院と協力の得られなかった病院間の平均には有意差はなかった。

2. 用語の定義

1) バーンアウトリスク

バーンアウトの定義はMaslach²⁸⁾が「長期間にわたり人に援助する過程で、心的エネルギーが絶えず過度に要求された結果、極度の身体的疲労と感情の枯渇を示す症候群」と定義しているが、本研究で対象としたのは就職後3ヶ月目の新卒看護職であり、長期間にわたり援助する過程に達しているとは言い難いため、「新卒看護職が対人的な援助に初めて関わる中で心身の疲弊と感情の枯渇を呈した状態」をバーンアウトリスク状態と定義し、多くの研究で採用されている方法^{7) 29)}と同様に本研究でも下位尺度（身体的疲弊感、情緒的疲弊感と非人間化、個人的達成感）別にMaslach Burnout Inventory (MBI) の得点上位約1/3（個人的達成感の下位1/3）をバーンアウトリスク群とし、バーンアウトリスク群に陥りやすいことをバーンアウトリスクが高いとした。

2) 職場環境

職場環境については、田尾ら³⁰⁾の看護師のストレスを引き起こす職場環境要因を測定するための構成概念を参考に「人間関係を含む、新卒看護職の日常業務に関わる内容、病院という組織、看護者という職業に由来する全てのものの総称」と定義し、本研究では、実際の業務職種、臨床領域、病院所在地、リアリティ・ショック、診療領域配置希望、職務満足、転職希望、ソーシャルサポート、コーピング方法を職場における新卒看護職の環境と捉えた。

3) リアリティ・ショック

本研究ではKramer³¹⁾の定義を参考に「学校で受けた教育と実践との違いにとまどう事」と定義した。

3. 調査内容

1) 看護職の特性

- (1) 性、年齢、最終学歴（看護専門学校卒、看護系短期大学卒、看護系大学卒、他の学部の短大もしくは大学卒）、配偶者の有無、子供の有無、同居者の有無
- (2) ストレスフルなライフイベント

Holmesら³²⁾によるストレスの多い出来事（1967）の上位項目を参考に過去1年間の家族の重病、自分の重病、親しい知人の死、家族の死（以下過去1年間のは省

略する）の有無をたずねた。

2) バーンアウトリスク

日本版Maslach Burnout Inventory (MBI) を使用した。MBIは、1981年にMaslach及びJackson²⁸⁾が開発した全25項目で構成された、1つの質問項目に2通り（「強度」と「頻度」）での回答を求める評価尺度である。下位尺度が3つあり①身体的疲弊感及び②情緒的疲弊感と非人間化は点数が高いほどバーンアウトに陥っているとされ、③個人的達成感は低いほどバーンアウトに陥っていると解釈される。日本語版は東口らにより信頼性が検証されている³³⁾。先行研究で「頻度」のみの回答で22項目を用いることが信頼性、実用性が高いこと³⁴⁾が明らかにされており、本研究では日本版MBIの「頻度」のみの回答、22項目を用いた。本対象での、因子分析の結果、東口と同様の3因子が抽出され、信頼係数はクロンバック α .77 ~ .80であった。下位尺度の得点化は各項目に対する回答に0 - 6点を付与し合計得点を項目数で割った点とした。なお、本質問紙使用に際し、Consulting Psychologists Press, Inc.の承認を得た（2003年：許可番号14447）。

3) アサーティブネス

日本語版Rathus Assertiveness Schedule (RAS) を使用した。RASは1973年にRathus³⁵⁾が開発した全30項の評価尺度であり、点数が高いほど自己主張できると解釈する。日本版RASは、鈴木ら^{36) 37)}によって信頼性、妥当性が検証されている。本対象での、因子分析の結果原版と同様の8因子が抽出され、クロンバック α 係数.83であった。なお本質問紙使用に際し、Association for Advancement of Behavior Therapyの承認を得た（2002年）。

4) 職場環境

- (1) 実際の業務職種（看護師、保健師、助産師）、臨床領域、看護職員配置、病院所在地）

(2) リアリティ・ショック

「学校で受けた教育と実践との違いにとまどう事がありますか？」で尋ね、いつも、時々、ほとんどない、全くないで回答を求めた。

(3) 診療領域配置希望

「配置された病棟は就職時の希望に添った病棟でしたか？」で尋ね、希望通りで満足、希望通りでなかったが満足、希望と違い不満で回答を求めた。

(4) 職務満足（職場、給料、仕事量、超過勤務）

職場満足、給料満足は、「職場に満足していますか？」「給料に満足していますか？」で尋ね、大変満足、やや満足、やや不満、大変不満で回答を求めた。仕事量は、「仕事量が多いと感じますか？」で尋ね、大変多い、やや多い、やや少ない、大変少ないで回答を求めた。超過勤務は、超過勤務なし、1～3時間、4～6時間、7～

9時間、10時間以上で回答を求めた。

(5) 転職希望

転職希望は、「進路の転向希望がありますか？」で尋ね、希望は無い、進学したい、職場を変わりたい、全く別の仕事に就きたい、のいずれか1つを選択させた。

(6) ソーシャルサポート

ソーシャルサポートは、まず現在の職場での悩みや問題についての相談相手の有無について尋ねた。有りと回答した者について、同僚、先輩、上司、友人家族等職場以外の相談相手のうち当てはまる者を複数選択させた。

(7) コーピング方法

Pineらのcoping taxonomy³⁸⁾及び庄司ら³⁹⁾の職場用コーピング尺度を参考に質問項目を作成した。「職場で苦しい、嫌な、困った出来事を体験したとき、あなたが最も取りがちだと思われる行動を以下の4つから1つ選んで下さい」で回答を求め①「その問題の関係者・当事者と話し合う」(以後、話し合う)、②「問題の原因となった自分の行動ややり方を変える」(以後、自分のやり方を変える)③「その問題とは別のことに没頭する」(以後、別のことに没頭する)、④「酒や薬に頼る」(以後、酒・薬に頼る)から1つ選択させた。

4. 倫理的配慮

対象の看護部長宛に調査依頼した。今回の研究の趣旨を文書及び口頭にて説明し、研究に対する理解を求め同意を得た。対象には文書にて研究の目的、方法について説明し、結果公表に際しての匿名性を保証した。また、データは統計処理し本研究の目的以外には使わないこと、参加・中止は自由であり、参加の拒否や、同意後の中止等による不利益は一切ないことを説明した。また、ヘルシンキ宣言及び文部科学省の疫学研究に関する倫理的基本指針にもとづき、細心の注意を払うことを約束し、保証した。そして、本研究計画は、東京医科歯科大学倫理審査委員会の審査を受け承認を得た。

5. 分析方法

1) ロジスティック回帰分析で目的変数(バーンアウトリ

スク群の有無)に対する説明変数の曝露の有無、曝露量のレベルによるオッズ比、95%信頼区間を出した。

2) 上記分析1)にて有意であった説明変数を用い多重ロジスティック解析をおこないステップワイズ法で変数選択を行った。

3) 平均値の有意差の検定は、一元配置分散分析を用いた。

4) 解析にはSASバージョン8.2を用いた。

IV. 結 果

1. 対象の特性

回収数は1,030人(85.6%)であった。婚姻している者及び子供のいる者17人を除外した。有効回答は、性、年齢、MBI及びRASに欠損や重複回答のない者とし、942人(91.5%)を解析の対象とした。なお、回収率は病院間に差があり、34%、50%の大学病院がそれぞれ1件ずつ、残りの18の大学病院は60%～100%であった。最も低い回答率の病院1件を除外して同様の再解析を行ったところ結果に有意な差はなく、ほぼ同様の結果が得られた。また、病院間の無効回答率、バーンアウトリスク下位尺度別の平均値、アサーティブネス得点には有意な差は無かった。

実務職種は、看護師917人(女性884人、男性33人)、助産師25人で保健師はいなかった。対象の性、看護師及び助産師別バーンアウトリスク及びアサーティブネス平均得点の結果を表1に示した。対象全体のバーンアウトリスク得点の平均は、身体的疲弊感3.7、情緒的疲弊感・非人間化1.5、個人的達成感3.0であり、アサーティブネスの平均は-12.2であった。性、実務職種による平均値に有意な差はなかった。性、看護師及び助産師別特性を表2に示した。

2. 対象の特性とバーンアウトリスク

バーンアウトリスク群の得点は、下位尺度別に身体的疲弊感4.18以上、情緒的疲弊感・非人間化2.0以上、個人的達成感2.4未満とした。要因別バーンアウトリスク群の割合とオッズ比及び95%信頼区間を表3-1、3-2、3-3に示した。

性、年齢、最終学歴、同居者の有無では、バーンアウトリスクと有意な関連は見られなかった。ストレスフルなラ

表1. 性、看護師及び助産師別バーンアウトリスク及びアサーティブネス平均

	看護師		助産師		()内STD
	女性 884人	男性 33人	女性25人	全体 942人	
バーンアウトリスク					
身体的疲弊感	3.7 (1.1)	3.6 (1.2)	3.2 (1.0)	3.7 (1.1)	
情緒的疲弊・非人間化	1.5 (1.1)	1.8 (1.4)	1.1 (0.8)	1.5 (1.1)	
個人的達成感	3.0 (1.1)	2.7 (0.9)	3.3 (1.0)	3.0 (1.1)	
アサーティブネス	-12.5 (20.8)	-8.45 (21.9)	-8.12 (23.4)	-12.2 (20.9)	

表 2. 性、看護師及び助産師別特性

		() 内%			
		看護師		助産師	全体
		女性884人	男性33人	女性25人	942人
平均年齢		22.7	24.8	23.7	22.8
最終学歴					
	専門学校卒	491 (55.9)	22 (66.7)	5 (20.0)	518 (55.3)
	看護系短期大学卒	200 (22.8)	3 (9.1)	9 (36.0)	212 (22.6)
	看護系大学卒	165 (18.8)	8 (24.2)	10 (40.0)	183 (19.6)
	他の学部の短大もしくは大学卒	22 (2.5)	0	1 (4.0)	23 (2.5)
臨床領域					
	外 来	26 (3.0)	0	0	26 (2.8)
	産 婦 人 科	35 (4.0)	0	19 (76.0)	54 (5.8)
	精 神 科	14 (1.6)	0	0	14 (1.5)
	混 合 病 棟	108 (12.3)	1 (3.0)	0	109 (11.7)
	小 児 科	47 (5.4)	3 (9.1)	0	50 (5.4)
	手 術 室	53 (6.1)	7 (21.2)	0	60 (6.4)
	クリティカル (CCU・ICU・TCC・NICU)	90 (10.3)	8 (24.2)	6 (24.0)	104 (11.1)
	内 科	202 (23.1)	3 (9.1)	0	205 (22.0)
	外 科	249 (28.5)	9 (27.3)	0	258 (27.7)
	そ の 他	51 (5.8)	2 (6.1)	0	53 (5.7)

表 3 - 1. バーンアウトリスクと看護職の特性とアサーティブネス

		() 内%									
		人数	身体的疲弊 感リスク者	odds 比	95%信頼区間	情緒的疲弊感・ 非人間化リスク者	odds 比	95%信頼区間	個人的達成 感リスク者	odds 比	95%信頼区間
性 別	女性	909	287 (31.6)	1.00		283 (31.1)	1.00		285 (31.4)	1.00	
	男性	33	12 (36.4)	1.24	0.60 - 2.55	11 (33.3)	1.11	0.53 - 2.31	14 (42.4)	1.61	0.80 - 3.26
年 齢	25以上	177	51 (28.8)	1.00		47 (26.6)	1.00		53 (29.9)	1.00	
	24以下	765	248 (32.4)	1.38	0.96 - 1.98	247 (32.3)	1.19	0.83 - 1.70	246 (32.2)	1.32	0.91 - 1.90
最終学歴	看護専門学校卒	518	164 (31.7)	1.00		159 (30.7)	1.00		159 (30.7)	1.00	
	看護系短期大学卒	212	67 (31.6)	1.00	0.71 - 1.41	60 (28.3)	0.89	0.63 - 1.27	75 (35.4)	1.24	0.88 - 1.73
	看護系大学卒	183	56 (30.6)	0.95	0.66 - 1.37	66 (36.1)	1.27	0.89 - 1.82	60 (32.8)	1.10	0.77 - 1.58
	他学部の短大、大学卒	23	10 (43.5)	1.66	0.71 - 3.87	7 (30.4)	0.99	0.40 - 2.45	5 (21.7)	0.63	0.23 - 1.72
同 居 者	有り	224	78 (34.8)	1.00		68 (30.4)	1.00		66 (29.5)	1.00	
	無し	715	220 (30.8)	0.83	0.61 - 1.14	226 (31.6)	1.06	0.77 - 1.47	232 (32.5)	1.15	0.83 - 1.60
ストレスフルな ライフイベント											
家族の重病	無し	856	263 (30.7)	1.00		261 (30.5)	1.00		284 (33.2)	1.00	
	有り	86	36 (41.9)	1.62	1.03 - 2.55 *	33 (38.4)	1.42	0.90 - 2.25	15 (17.4)	0.43	0.24 - 0.76 **
自分の重病	無し	930	292 (31.4)	1.00		284 (30.5)	1.00		296 (31.8)	1.00	
	有り	12	7 (58.3)	3.06	0.96 - 9.72	10 (83.3)	11.37	2.48 - 52.24 **	3 (25.0)	0.71	0.19 - 2.66
親しい知人の死	無し	894	286 (32.0)	1.00		277 (31.0)	1.00		284 (31.8)	1.00	
	有り	48	13 (27.1)	0.79	0.41 - 1.52	17 (35.4)	1.22	0.67 - 2.24	15 (31.3)	0.98	0.52 - 1.83
家族の死	無し	880	275 (31.3)	1.00		269 (30.6)	1.00		281 (31.9)	1.00	
	有り	62	24 (38.7)	1.39	0.82 - 2.36	25 (40.3)	1.54	0.91 - 2.60	18 (29.0)	0.87	0.50 - 1.54
アサーティブネ ス得点	- 5 以上	314	89 (28.3)	1.00		89 (28.3)	1.00		71 (22.6)	1.00	
	- 22 ~ - 4	314	90 (28.7)	1.02	0.72 - 1.44	86 (27.4)	0.95	0.67 - 1.35	92 (29.3)	1.42	0.99 - 2.03
	- 22 以下	314	120 (38.2)	1.56	1.12 - 2.19 **	119 (37.9)	1.54	1.10 - 2.16 **	136 (43.3)	2.62	1.85 - 3.70 **

* =0.05>P>0.01, ** =P<0.01

表3-2. バーンアウトリスクと職場環境 (1)

		() 内%										
		人数	身体的疲弊 感リスク者	odds 比	95%信頼区間	情緒的疲弊感・ 非人間化リスク者	odds 比	95%信頼区間	個人的達成 感リスク者	odds 比	95%信頼区間	
実務職種	助産師	25	4 (16.0)	1.00		3 (12.0)	1.00		6 (24.0)	1.00		
	看護師	917	295 (32.2)	1.58	0.92 - 2.71	291 (31.7)	1.85	1.01 - 3.39 *	293 (32.0)	1.22	0.77 - 1.94	
臨床領域 (1)	外来	26	2 (7.7)	1.00		3 (11.5)	1.00		8 (30.8)	1.00		
	外来以外	907	295 (32.5)	5.78	1.36 - 24.64 *	288 (31.8)	3.57	1.06 - 11.98 *	288 (31.8)	1.05	0.45 - 2.44	
臨床領域 (2)	混合病棟	109	33 (30.3)	1.00		30 (27.5)	1.00		28 (25.7)	1.00		
	産婦人科	54	11 (20.4)	0.59	0.27 - 1.28	10 (18.5)	0.60	0.27 - 1.34	16 (29.6)	1.22	0.59 - 2.52	
	精神科	14	2 (14.3)	0.38	0.08 - 1.81	5 (35.7)	1.46	0.45 - 4.72	7 (50.0)	2.89	0.93 - 8.98	
	小児科	50	22 (44.0)	1.81	0.91 - 3.62	15 (30.0)	1.13	0.54 - 2.36	12 (24.0)	0.91	0.42 - 1.99	
	手術室	60	19 (31.7)	1.07	0.54 - 2.11	18 (30.0)	1.13	0.56 - 2.26	25 (41.7)	2.07	1.06 - 4.04 *	
	クリティカル (CCU・ICU・ TCC・NICU)	104	35 (33.7)	1.17	0.66 - 2.08	33 (31.7)	1.22	0.68 - 2.21	45 (43.3)	2.21	1.24 - 3.94 **	
	内科	205	72 (35.1)	1.25	0.76 - 2.05	72 (35.1)	1.43	0.86 - 2.37	65 (31.7)	1.34	0.80 - 2.26	
	外科	258	86 (33.3)	1.15	0.71 - 1.87	92 (35.7)	1.46	0.89 - 2.39	66 (25.6)	0.99	0.60 - 1.66	
	その他	53	15 (28.3)	0.91	0.44 - 1.88	13 (24.5)	0.86	0.40 - 1.82	24 (45.3)	2.39	1.20 - 4.78 **	
看護職員配置 (患者人数：看 護師人数)	2.5：1	97	27 (27.8)	1.00		29 (29.9)	1.00		37 (38.1)	1.00		
	2：1以上	845	272 (32.2)	1.23	0.77 - 1.96	265 (31.4)	1.07	0.68 - 1.69	262 (31.0)	0.73	0.47 - 1.13	
病院所在地	東京	438	142 (32.4)	1.00		145 (33.1)	1.00		125 (28.5)	1.00		
	その他	504	157 (31.2)	1.06	0.81 - 1.40	149 (29.6)	1.18	0.90 - 1.55	174 (34.5)	0.76	0.57 - 1.00	
リアリティ・ ショック	殆ど無い+ 全く無い (1人)	85	16 (18.8)	1.00		16 (18.8)	1.00		21 (24.7)	1.00		
	時々	608	158 (26.0)	2.90	2.13 - 3.94 **	172 (28.3)	1.92	1.41 - 2.61 **	182 (29.9)	1.47	1.08 - 2.01 *	
	いつも	246	124 (50.4)	4.38	2.41 - 7.98 **	106 (43.1)	3.27	1.79 - 5.95 **	95 (38.6)	1.92	1.10 - 3.34 *	
診療領域 配置希望	希望通りで満足	458	141 (30.8)	1.00		129 (28.2)	1.00		129 (28.2)	1.00		
	希望通りでな いが満足	328	76 (23.2)	0.68	0.49 - 0.94 *	93 (28.4)	1.01	0.74 - 1.38	104 (31.7)	1.18	0.87 - 1.61	
	希望と違い不満	142	75 (52.8)	2.52	1.71 - 3.70 **	66 (46.5)	2.22	1.50 - 3.26 **	62 (43.7)	1.98	1.34 - 2.92 **	
職務満足												
職場満足	大変満足	145	24 (16.6)	1.00		17 (11.7)	1.00		35 (24.1)	1.00		
	やや満足	538	128 (23.8)	1.57	0.97 - 2.55	140 (26.0)	2.65	1.54 - 4.55 **	169 (31.4)	1.44	0.94 - 2.19	
	やや不満	208	111 (53.4)	5.77	3.45 - 9.66 **	104 (50.0)	7.53	4.24 - 13.37 **	76 (36.5)	1.81	1.13 - 2.91 **	
	大変不満	49	35 (71.4)	12.60	5.90 - 26.92 **	32 (65.3)	14.17	6.52 - 30.79 **	19 (38.8)	1.99	1.00 - 3.97 *	
給料満足	大変満足	120	23 (19.2)	1.00		26 (21.7)	1.00		40 (33.3)	1.00		
	やや満足	456	135 (29.6)	1.77	1.08 - 2.92 *	122 (26.8)	1.32	0.82 - 2.14	142 (31.1)	0.90	0.59 - 1.39	
	やや不満	294	103 (35.0)	2.27	1.36 - 3.80 **	106 (36.1)	2.04	1.24 - 3.35 **	94 (32.0)	0.94	0.60 - 1.48	
	大変不満	70	37 (52.9)	4.73	2.46 - 9.09 **	39 (55.7)	4.55	2.40 - 8.64 **	23 (32.9)	0.98	0.52 - 1.83	
仕事量	大変少ない (1人) +やや少ない	48	5 (10.4)	1.00		10 (20.8)	1.00		18 (37.5)	1.00		
	やや多い	617	144 (23.3)	2.62	1.02 - 6.73 *	149 (24.2)	1.21	0.59 - 2.49	180 (29.2)	0.69	0.37 - 1.26	
	大変多い	263	149 (56.7)	11.24	4.31 - 29.29 **	133 (50.6)	3.89	1.86 - 8.13 **	97 (36.9)	0.97	0.52 - 1.84	
	超過勤務	61	12 (19.7)	1.00		6 (9.8)	1.00		20 (32.8)	1.00		
超過勤務	1～3時間	233	50 (21.5)	1.12	0.55 - 2.26	58 (24.9)	3.04	1.24 - 7.42 **	70 (30.0)	0.88	0.48 - 1.61	
	4～6時間	170	42 (24.7)	1.34	0.65 - 2.76	42 (24.7)	3.01	1.21 - 7.49 *	48 (28.2)	0.81	0.43 - 1.52	
	7～9時間	166	50 (30.1)	1.76	0.86 - 3.59	54 (32.5)	4.42	1.79 - 10.90 **	46 (27.7)	0.79	0.42 - 1.48	
	10時間以上	294	140 (47.6)	3.71	1.90 - 7.27 **	128 (43.5)	7.07	2.95 - 16.93 **	110 (37.4)	1.23	0.68 - 2.20	
転職希望	希望無し	536	105 (19.6)	1.00		115 (21.5)	1.00		153 (28.5)	1.00		
	進学したい	115	39 (33.9)	2.11	1.36 - 3.27 **	33 (28.7)	1.47	0.94 - 2.32	36 (31.3)	1.14	0.74 - 1.77	
	職場を変わ りたい	185	100 (54.1)	4.83	3.37 - 6.92 **	90 (48.7)	3.47	2.43 - 4.94 **	74 (40.0)	1.67	1.18 - 2.37 **	
	全く別の仕事 に就きたい	96	50 (52.1)	4.46	2.83 - 7.02 **	52 (54.2)	4.33	2.76 - 6.79 **	34 (35.4)	1.37	0.87 - 2.17	

* =0.05>P>0.01, ** =P<0.01

表 3-3. バーンアウトリスクと職場環境 (2)

() 内%

	人数	身体的疲弊 感リスク者	odds 比	95%信頼区間	情緒的疲弊感・ 非人間化リスク者	odds 比	95%信頼区間	個人的達成 感リスク者	odds 比	95%信頼区間
ソーシャル サポート										
相談相手 有り	902	279 (30.9)	1.00		269 (29.8)	1.00		282 (31.3)	1.00	
無し	40	20 (50.0)	2.23	1.18 - 4.22 *	25 (62.5)	3.92	2.04 - 7.56 **	17 (42.5)	1.63	0.86 - 3.09
同僚の相談相手 有り	738	219 (29.7)	1.00		218 (29.5)	1.00		229 (31.0)	1.00	
無し	204	80 (39.2)	1.53	1.11 - 2.11 **	76 (37.3)	1.42	1.02 - 1.96 *	70 (34.3)	1.16	0.84 - 1.61
先輩の相談相手 有り	298	69 (23.2)	1.00		66 (22.2)	1.00		73 (24.5)	1.00	
無し	644	230 (35.7)	1.84	1.35 - 2.52 **	228 (35.4)	1.93	1.40 - 2.65 **	226 (35.1)	1.67	1.22 - 2.27 **
上司の相談相手 有り	61	16 (26.2)	1.00		16 (26.2)	1.00		16 (26.2)	1.00	
無し	881	283 (32.1)	1.33	0.74 - 2.40	278 (31.6)	1.30	0.72 - 2.33	283 (32.1)	1.33	0.74 - 2.40
その他相談相手 有り	783	241 (30.8)	1.00		228 (29.1)	1.00		243 (31.0)	1.00	
無し	159	58 (36.5)	1.29	0.90 - 1.85	66 (41.5)	1.73	1.22 - 2.45 **	56 (35.2)	1.21	0.84 - 1.73
コーピング方法 話し合う	147	39 (26.5)	1.00		38 (25.9)	1.00		33 (22.5)	1.00	
自分のやり方 を変える 別のことに没 頭する	546	159 (29.1)	1.14	0.76 - 1.71	158 (28.9)	1.17	0.77 - 1.77	176 (32.2)	1.64	1.07 - 2.52 *
	205	79 (38.5)	1.74	1.09 - 2.76 *	78 (38.1)	1.76	1.11 - 2.80 *	73 (35.6)	1.91	1.18 - 3.09 **
酒・薬に頼る	40	20 (50.0)	2.77	1.35 - 5.69 **	18 (45.0)	2.35	1.14 - 4.84 *	16 (40.0)	2.30	1.10 - 4.84 *

* =0.05>P>0.01, ** =P<0.01

イフイベントでは、身体的疲弊感、家族の重病有り、情緒的疲弊感・非人間化では、自分の重病有りでリスクが高かった。個人的達成感では身体的疲弊感と逆に家族の重病有りの者が無い者よりリスクが低かった。

3. アサーティブネスとバーンアウトリスク

身体的疲弊感、情緒的疲弊感・非人間化、個人的達成感のすべての下位尺度においてアサーティブネスでは-22点以下の者が-5点以上の者よりそれぞれ1.56, 1.54, 2.62倍バーンアウトリスクが高かった。特に個人的達成感で顕著に高かった。

4. 職場環境とバーンアウトリスク

身体的疲弊感、外来以外、リアリティ・ショックが有る者でバーンアウトリスクが高かった。配置希望では、希望通りでないが満足な者が低く、希望と違い不満の者が高かった。職務満足（職場、給料、仕事量、超過勤務）についてはそれぞれ要因の曝露量が多くなるほどリスクが上がるという量反応関係が見られた。また、転職希望は、進学したい者、職場を変えたい者、全く別の仕事に就きたい者が希望無しの者より顕著にリスクが高かった。また、相談相手無し、同僚の相談相手無し、先輩の相談相手無しの者でリスクが高かった。コーピング方法では、別のことに没頭する、酒・薬に頼ると回答した者が話し合うと回答した者よりリスクが高かった。

情緒的疲弊感・非人間化では看護師、外来以外、リアリティ・ショックが有る者でバーンアウトリスクが高かつ

た。配置希望では、希望と違い不満の者が高かった。職務満足についてはそれぞれ要因の曝露量が多くなるほどリスクが高まる傾向にあった。転職希望は進学したい者、職場を変えたい者、全く別の仕事に就きたい者が希望無しの者より顕著にリスクが高かった。相談相手無し、同僚の相談相手無し、先輩の相談相手無し、その他の相談相手無しの者でリスクが高かった。コーピング方法では、別のことに没頭する、酒・薬に頼ると回答した者が話し合うと回答した者よりリスクが高かった。

個人的達成感では手術室、クリティカルユニット、その他病棟でバーンアウトリスクが高かった、リアリティ・ショックが有る者、配置希望及び職場満足では不満の者のリスクが高かった。転職希望は、職場を変えたい者が希望無しの者よりリスクが高かった。また、先輩の相談相手無しの者でリスクが高かった。コーピング方法では、自分のやり方を変える、別のことに没頭する、酒・薬に頼ると回答した者が話し合うと回答した者よりリスクが高かった。

5. バーンアウトリスクの複合的関連要因

バーンアウトリスクの複合的関連要因を下位尺度別に検討した。下位尺度別にリスクの有無を目的変数にロジスティック回帰分析で有意であった変数を説明変数とし多重ロジスティック回帰分析のステップワイズ法にて変数選択を行った。この際、相談相手という変数は、同僚の相談相手、その他の相談相手と相関が強かったので多重ロジスティック回帰分析のステップワイズ法の説明変数からは除外した。

1) 身体的疲弊感の複合的関連

身体的疲弊感のリスクの有無を目的変数とし、ロジスティック回帰分析で有意であった変数を説明変数として多重ロジスティック回帰分析のステップワイズ法で変数選択した結果を表4-1に示した。オッズ比は家族の重病は、有りが1.8倍、リアリティ・ショックは、時々、いつもがそれぞれ1.94倍、2.48倍、職場満足は、やや不満が2.46倍、大変不満が3.29倍、仕事量は、やや多いが3.13倍、大変多いが8.63倍、一週間の超過勤務10時間以上が1.68倍、転職希望では、進学したい、職場を変わりたい、全く別の仕事に就きたいがそれぞれ1.79倍、2.54倍、2.42倍、同僚の相談相手が無い者は1.55倍、アサーティブネス得点が-22以下の者は1.45倍であった。

2) 情緒的疲弊感・非人間化の複合的関連

情緒的疲弊感・非人間化のリスクの結果を表4-2に示した。オッズ比は自分の重病は、有りが10.09倍、職場満足は、やや満足、やや不満、大変不満がそれぞれ2.09倍、4.39倍、4.67倍、給料は、大変不満が1.82倍、仕事量は大変多いが2.04倍、一週間の超過勤務10時間以上が1.47倍、転職希望では、職場を変わりたい、全く別の仕事に就きたいがそれぞれ1.56倍、2.57倍、その他の相談相手が無い者はそれぞれ1.96倍、アサーティブネス得点が-22以下の者は1.51倍であった。

3) 個人的達成感の複合的関連

個人的達成感のリスクの結果を表4-3に示した。オッズ比は家族の重病無しが2.30倍、クリティカルユニット、

表4-1. 身体的疲弊感の複合的関連

		odds比	95%信頼区間		
家族の重病	有り	1.80	1.06	-	3.06 *
リアリティ・ショック	時々	1.94	1.34	-	2.80 **
	いつも	2.48	1.24	-	4.99 **
職場満足	やや不満	2.46	1.66	-	3.64 **
	大変不満	3.29	1.48	-	7.28 **
仕事量	やや多い	3.13	1.10	-	8.91 **
	大変多い	8.63	2.98	-	24.94 **
超過勤務/1w	10時間以上	1.68	1.18	-	2.39 **
転職希望	進学したい	1.79	1.07	-	3.00 *
	職場を変わりたい	2.54	1.62	-	3.97 **
	全く別の仕事に就きたい	2.42	1.43	-	4.09 **
同僚の相談相手	無し	1.55	1.04	-	2.30 *
アサーティブネス得点	-22以下	1.45	1.02	-	2.06 *

* =0.05>P>0.01, ** =P<0.01

表4-2. 情緒的疲弊・非人間化の複合的関連

		odds比	95%信頼区間		
自分の重病/1y	有り	10.09	1.21	-	84.40 **
職場満足	やや満足	2.09	1.15	-	3.77 **
	やや不満	4.39	2.29	-	8.43 **
	大変不満	4.67	1.85	-	11.78 **
	給料満足	1.82	1.03	-	4.23 *
仕事量	大変多い	2.04	1.44	-	2.89 **
超過勤務/1w	10時間以上	1.47	1.05	-	2.07 *
転職希望	職場を変わりたい	1.56	1.02	-	2.37 *
	全く別の仕事に就きたい	2.57	1.57	-	4.22 **
その他相談相手	無し	1.96	1.31	-	2.93 **
アサーティブネス得点	-22以下	1.51	1.08	-	2.10 *

* =0.05>P>0.01, ** =P<0.01

表4-3. 個人的達成感の複合的関連

		odds比	95%信頼区間		
家族の重病	無し	2.30	1.27	-	4.16 **
臨床領域(2) クリティカルユニット	クリティカル(CCU・ ICU・TCC・NICU)	1.77	1.14	-	2.75 **
その他の病棟	その他の病棟	1.93	1.06	-	3.52 *
配置希望	希望と違い不満	1.81	1.22	-	2.68 **
先輩の相談相手	無し	1.45	1.04	-	2.02 *
アサーティブネス得点	-22以下	2.17	1.61	-	2.94 **

* =0.05>P>0.01, ** =P<0.01

その他の病棟がそれぞれ1.77倍、1.93倍、配置希望で希望と違い不満の者は1.81倍、先輩の相談相手が無い者は1.45倍、アサーティブネス得点が-22以下の者は2.17倍であった。

V. 考 察

調査対象とした集団は、日本の400床以上の全大学病院（精神科の単科病院を除く）のうち、協力を得られた20の大学病院の独身で子供のいない新卒看護職である。本調査では病院間の回収率に差があった。もし回答率の低い病院でバーンアウトリスクが多い可能性があったとしたらセレクションバイアスが発生する。しかし、最も低い回答率の病院1件を除外して同様の再解析を行ったところ結果に有意な差はなく、ほぼ同様の結果が得られた。また、病院間の無効回答率、バーンアウトリスク下位尺度別の平均値、アサーティブネス得点には有意な差はなかった。本研究は横断研究であるが2003年に就職した新卒看護職を対象としており就職後の職場環境から受ける影響、職場でのアサーティブネス、コーピング方法、ソーシャルサポートを受けた期間等の曝露期間が一定であるためオッズ比の倍率だけバーンアウトリスクへの影響があるものと考えられる。

バーンアウトの関連要因として年齢と経験年数が挙げられており、太湯²³⁾、山崎ら²⁴⁾、鈴木ら⁶⁾の調査では、24歳以下がバーンアウトに陥りやすい傾向にあると報告されている。しかし、McCranieら⁴⁰⁾、中山ら¹⁶⁾は年齢との関係はなかったと報告している。これら先行研究は横断調査であり、25歳以上の者、経験年数が多い者のうちバーンアウトしてしまった者は退職してしまい勤務していない可能性も否定できず、経験年数が年齢の交絡因子となった可能性もある。本研究においては25歳以上の者と24歳以下の者とはバーンアウトリスクに有意な差はなかった。実務職種としては看護師の方が助産師より情緒的疲弊感・非人間化に陥りやすい可能性が見られたが、複合的に見ると関連は見られなかった。経験の浅い新卒者では、これらの要因とバーンアウトリスクとは関連はないと考えられる。臨床領域に関する先行研究では、山崎⁴¹⁾が外来と比較して病棟がバーンアウトに陥りやすい事を報告している。本研究でも外来は外来以外よりリスクが高かったが複合的に見ると有意ではなかった。すなわち、外来は、仕事量、超過勤務が少ないためこれが交絡因子となっており、複合的に見ると変数選択されなかったと考えられる。外来以外の臨床領域間では、手術室、クリティカルユニット、その他の病棟が個人的達成感のリスクが高かった。複合的に見てもクリティカルユニットは個人的達成感のリスクが高かった。しかし、先行研究では産科病棟、ICU、手術室、外科、精神科等の各領域の病棟とバーンアウトの関連研究は一致した

見解が得られていない^{41) ~ 43)}。これは、病院によって病棟の分け方が様々であることが要因の1つと考えられる。本研究でも消化器内科にCCUが含まれている病院、GCUとNICUが一緒になっている病院などがあり、混合病棟にしても外科と内科の混合、耳鼻科と皮膚科の混合等様々である。これらより、本研究では病棟とバーンアウトリスクの関連についての詳細な追及は困難であり、今後検討する必要がある。

複合的に関連をみると身体的疲弊感と情緒的疲弊感・非人間化の2つの下位尺度で共通であったのは、職場満足、転職希望、仕事量、超過勤務である。新卒看護職に限定した職場環境とバーンアウトリスクとの関連についての先行研究はないので一般看護師の研究と比較してみる。職場満足に関しては、中山ら¹⁶⁾は、バーンアウト得点が低い人は仕事への満足度が高く、看護師としての仕事の継続意思があると報告している。また、Kalliath¹⁵⁾ Larrabee⁴⁴⁾らは、仕事への不満がバーンアウトや離職の予測変数として最も高かったと報告している。仕事量に関しては、Chalvin⁴⁵⁾らがバーンアウトとの関連を明らかにしている。また、Kitaoka⁴⁾らは仕事量が身体的疲弊感に強く関連していたと報告している。これらから、新卒看護職も一般看護師と同様の傾向があると考えられる。新卒看護職は、慣れない環境で初めての交代性勤務を経験し、疲れ切っていることが伺われ、仕事量、超過勤務は、身体的疲弊感、情緒的疲弊感・非人間化と関連が強いことが示唆された。情緒的疲弊感・非人間化のみの複合的関連要因として選択されたのは、給料満足であった。中山ら¹⁶⁾は、看護師は給料に納得して初めて仕事への満足が得られると報告している。新卒看護職でも給料は情緒的疲弊感・非人間化に関連していることが伺われる。

新卒看護職の特徴的な要因として、リアリティ・ショックと配置希望が挙げられる。リアリティ・ショックは、身体的疲弊感との関連がみとめられたが、情緒的疲弊感・非人間化、個人的達成感とは関連が認められなかった。本調査期間は、ちょうどリアリティ・ショックが起きやすいとされる時期²⁶⁾であった。リアリティ・ショックが身体的疲弊感に関連していることが示唆された。また、配置希望は、個人的達成感のみと関連が認められた。看護師の配置希望とバーンアウトとの関連を検討した報告は見あたらなかったが、経験のある看護師に比べて新卒看護職では、配置希望が叶えられることは、仕事への意欲への影響が高いのではないかと推測される。新人看護職は配置の希望が叶えられると個人的達成感のリスクが減る可能性があり、可能な限り本人の望む配置が叶うように配慮することが望まれる。

ソーシャルサポートに関しては、鷺見ら¹⁾、山崎ら^{9) 24)}、

Bourbonnaisら⁴⁶⁾ Garrettら⁴⁷⁾ がバーンアウトの発現を抑制すると報告している。また、西堀ら¹⁰⁾ は上司からの圧力は個人的達成感の低下を高めると報告している。しかし、本研究では上司のサポートの有無に有意な差はなかった。これは、対象が新卒看護職であり就職後まもなく上司との関係性は十分できていないことが影響している可能性がある。

本研究の結果からストレスフルなライフイベントとソーシャルサポートについては、以下の点が明確になった。まず、身体的疲弊感と個人的達成感では家族の重病の有無で逆の影響が見られた。つまり、家族の重病が有りの者は身体的に疲弊するが個人的達成感が高まるということだと解釈できる。また、過去1年間に自分の重病が有りと回答した者は情緒的疲弊感・非人間化に顕著な影響がみられた。これは、身体は回復したものの精神的回復が十分ではないということであろうか、今後さらなる研究を積み重ねて明らかにしていきたい。次に同僚の相談相手がいないことは、身体的疲弊感のリスクをあげ、職場以外の相談相手がいないことは、情緒的・非人間化のリスクをあげ、先輩の相談相手がいないことは、個人的達成感のリスクをあげていた。新卒看護職では相談相手となる者の違いによって身体的疲弊、情緒的疲弊・非人間化、個人的達成感に与える影響の違いが明らかになった。これらの違いは非常に興味深く、具体的なサポート体制の指標となるだろう。

我々が、特に先行研究から注目してきたアサーティブネスは全ての下位尺度の複合的関連要因となっていた。特にアサーティブネスが-22点以下ではバーンアウトリスク下位尺度のすべての予測因子と考えられる。アサーティブネスは訓練によって習得できることが報告されており、訓練によりバーンアウト⁴⁸⁾ やストレス¹⁹⁾ が回復したとの報告もある。アサーティブネスを高めることは、バーンアウトやストレスの予防として期待できる。アサーティブネスは、バーンアウトリスクに影響を及ぼすことが明らかとなった。アサーション・トレーニングを新人研修に取り入れ、その後も継続的に見守っていくことが重要である。

本研究は、身体的疲弊感、情緒的疲弊感と非人間化、個人的達成感の下位尺度により多角的にバーンアウトを捉えたとされ世界的に広く使われているMBIを使用して新卒看護職の職場環境及びアサーティブネスとバーンアウトの関連を検討した初めての調査である。就職後3ヵ月目の時点でどのような要因を持つ新卒者がどのようなバーンアウトリスクが高くなるかが特徴的に明らかになった。新卒看護職の状況を把握し、本研究の結果を踏まえきめの細かい具体的支援をすること、就職後早期から研修でアサーティブネスを高めバーンアウトを予防することが望まれる。

3. 本研究の限界と今後の方向性

本研究の対象は新卒看護職であり、対象のバーンアウトリスク関連要因の曝露期間は、ほぼ一定と解釈できるために本研究で明らかになった要因はバーンアウトリスクに影響を及ぼすと考えられる。しかし、横断研究であるためその因果関係は明確ではない。今後新卒看護職のバーンアウトリスクがどのように変化していくのか、縦断的に経緯を見る必要がある。

VI. 結 論

1. 大学病院に勤務する新卒看護職の個人的特性は、複合的に見るとバーンアウトリスクと殆ど関連が見られなかったが、過去1年間の自分の重病が身体的疲弊に関連していた。また、家族の重病は、身体的疲弊感に負の影響を与えていたが、個人的達成感では正の影響を与えていた。
2. アサーティブネスは、バーンアウトリスクの全ての下位尺度と関連していた。
3. 職場環境では、職場満足、仕事量、超過勤務、転職希望、給料満足との関連が認められた。これは、一般の看護職のバーンアウトの関連要因と同様であり、新卒看護職で就職後3ヵ月目でも経験のある看護職と同様の要因でバーンアウトリスクが高くなることが明らかになった。また新卒看護職の特徴としては、リアリティ・ショック、配置希望がバーンアウトリスクと関連があった。さらに、ソーシャルサポートで、下位尺度ごとに異なる相談相手の存在がバーンアウトリスクと関連があった。同僚の相談相手がいないと身体的疲弊感のバーンアウトリスクが高くなり、職場以外の相談相手がいないと情緒的疲弊感・非人間化のバーンアウトリスクが高くなり、先輩の相談相手がいないと個人的達成感のバーンアウトリスクが高くなる可能性が考えられた。

謝 辞

本研究の調査にご協力いただきました新卒看護職、看護部長および看護部の皆様に心よりお礼申し上げます。

要 旨

本研究の目的は、大学病院の新卒看護職の職場環境及びアサーティブネスとバーンアウトリスクとの関連を明らかにすることであった。日本の病院要覧に掲載された全大学病院102のうち看護部長から了解の得られた20の病院に2003年4月に就職した1203人の新卒看護職を対象とし同年6月質問紙調査を実施した。多重ロジスティック回帰分析の結果、身体的疲弊感は、過去1年間の家族の重病、リアリティ・ショック、職場満足、仕事量、超過勤務、転職希望、同僚の相談相手とアサーティブネスに、情緒的疲弊感・非人間化では、過去1年間の自分の重病、給与満足、仕事量、超過勤務、転職希望、その他の相談相手とアサーティブネスに、個人的達成感では、臨床領域、過去1年間の家族の重病、配置満足、先輩の相談相手とアサーティブネスと関連していた。低いアサーティブネス得点は、バーンアウトリスク全ての下位尺度の予測因子となる可能性があることが明らかとなった。

Abstract

The purpose of this study was to clarify the relationship between workplace environment or assertiveness and burnout risk among novice nurses in university hospitals.

We carried out an investigation in 20 university hospitals in which the directors of nursing service departments accepted our request to cooperate in our research program. These hospitals had been selected from all university hospitals 102 listed in The Hospital Catalog in Japan. The subjects were 1203 hospital novice nurses with the consent to participate in our research, who had been employed since April, 2003. They were investigated with questionnaires in June 2003.

Multiple logistic regression analyses showed the followings; Physical Exhaustion related to family sickness in the last year, reality shock, job satisfaction, workload, overtime work, hope of job change, social support of colleagues and assertiveness. Emotional Exhaustion/Depersonalization related to heavy sickness of themselves in the last year, job satisfaction, salary satisfaction, workload, overtime work, hope to change of job, social support outside of work and assertiveness. Personal Accomplishment related to clinical areas, heavy family sickness in the last year, assignment satisfaction, support from senior nurses and assertiveness. It was suggested that a low point of assertiveness in novice nurses is a direct predictor of burnout risk.

文 献

- 1) 鷺見克典, 長江拓子: 看護婦の職業性ストレスにおけるワーク・コミットメントの役割-役割ストレスとバーンアウトの関係の調整要因-, 教育医, 44(2), 477-489, 1998.
- 2) 磯和勅子: 看護師の職務ストレス, バーンアウトおよび身体的健康問題の関連-質問紙および免疫指標からの検討-, 行動医研, 10(1), 25-33, 2004.
- 3) Fong, C.: A longitudinal study of the relationships between overload, social support, and burnout among nursing educators, J Nurs Educ, 32(1), 24-29, 1993.
- 4) Kitaoka-Higashiguchi, K., Nakagawa, H.: Job strain, coping, and burnout among Japanese nurses, Jpn J Health & Human Ecology, 69(3), 66-79, 2003.
- 5) Williams, C.A.: Empathy and burnout in male and female helping professionals, Res Nurs Health, 12(3), 169-178, 1989.
- 6) 鈴木英子, 永津麗華, 他: 大学病院に勤務する看護職のバーンアウトとアサーティブな自己表現, 日保健福祉会誌, 9(2), 11-18, 2003.
- 7) Bourbonnais, R., Comeau, M. et al.: Job strain, psychological distress, and burnout in nurses, Am J Ind Med, 34, 20-28, 1998.
- 8) Simoni, P.S., Paterson, J.J.: Hardiness, coping, and burnout in the nursing workplace, J Prof Nurs, 13(3), 178-185, 1997.
- 9) 山崎登志子: バーンアウト傾向と性格特性, ソーシャル・サポートとの関係-病院規模による比較-, 日看研会誌, 23(2), 29-41, 2000.
- 10) 西堀好恵, 諸井克英: 看護婦におけるバーンアウトと対人環境, 看研, 33(3), 245-255, 2000.
- 11) 上野徳美, 山本義史: 看護者のバーンアウトを予防するソーシャル・サポートの効果-サポート・ネットワーク量・満足度・サポート源との関係を中心として-, 健康心理学研究, 9(1), 9-20, 1996.
- 12) 近澤範子: 看護婦のBurnoutに関する要因分析-ストレス認知, コーピングおよびBurnoutの関係-, 看研, 21(2), 37-52, 1988.
- 13) Greenglass, E. R., Burke, R.J.: Hospital restructuring and burnout, J Health Hum Serv Adm, 25(1), 89-114, 2002.
- 14) Ellis, B., Miller, K.: The role of assertiveness - Personal control, and participation in the prediction of nurse burnout -, J Appl Commun Res, November, 327-342, 1993.
- 15) Kalliath, T., Morris, R.: Job satisfaction among nurses - a predictor of burnout levels-, J Nurs Adm, 32, 648-654, 2002.
- 16) 中山洋子, 野嶋佐由美: 看護婦の仕事の継続意志と満足度に関する要因の分析, 看護, 53(8), 81-91, 2001.
- 17) Alberti, R., Emmons, M.: Your perfect right - a guide to assertive behavior-, Impact Publishers Inc. California, 1970: 菅原憲治訳: 自己主張トレーニング, 31-32, 東京図書, 東京, 1994.
- 18) Crosley, J. M.: Preventing nurse "burnout" - "assertiveness training" can be cost-effective-, Cost Containment, 2(12), 3-5, 1980.
- 19) Lee, S., Crockett, M.S.: Effect of Assertiveness training on levels of stress and assertiveness experienced by nurses in Taiwan, Republic of China, Issues in Ment Health Nurs, 15, 419-432, 1994.
- 20) 勝原裕美子, 増野園恵: 日本の看護職のためのアサーティブネス・トレーニングプログラムの開発: 試案の作成と有効性の評価, 兵庫県立看護大学紀要, 8, 71-85, 2001.
- 21) 野末武義, 野末聖香: ナースのアサーション(自己表現)に関する研究(1); ナースのアサーション(自己表現)の特徴

- と関連要因, 日精保健看会誌, 10(1), 86-94, 2001.
- 22) 日本看護協会調査・情報管理部調査研究課: 日本看護協会調査報告No.67 2003, -2002年病院看護職員の需給状況調査-, 日本看護協会出版会, p19-33 p94-95, 2003.
 - 23) 太湯好子: 看護職者の仕事に対する意識と燃えつき症候群との関連, 川崎医学会誌, 23(3), 143-154, 1997.
 - 24) 山崎登志子, 石田真知子, 他: 看護者のバーンアウト傾向とソーシャル・サポートとの関連-2病院における看護者の構成比較から-, 東北大医療技短大紀要, 8(2), 161-170, 1999.
 - 25) 日本看護協会調査・情報管理部調査研究課: 2004年「新卒看護職員の早期離職等実態調査」結果(速報), 2005-03-06, http://www.nurse.or.jp/koho/h16/press20050224_03.pdf
 - 26) Delaney, C.: Walking a fine line - graduate nurses' transition experiences during orientation-, J Nurs Educ, 42(10), 437-443, 2003.
 - 27) 厚生省健康政策研究会: 病院要覧2001-2002, 医学書院, 2000.
 - 28) Maslach, C., Jackson, S.: The measurement of experienced burnout, J Occup Behav, 2, 99-113, 1981.
 - 29) 稲岡文昭: Burnout現象とBurnoutスケールについて, 看研, 21(2), 27-35, 1988.
 - 30) 田尾雅夫, 久保真人: バーンアウトの理論と実際-心理学的アプローチ-, 誠信書房, 141-142, 1996.
 - 31) Kramer, M.: Reality shock -why nurses leave nursing-, 1-8, Mosby, California, 1974.
 - 32) Holmes, T.H., Rahe, R.H.: The social readjustment ration scale, J Psychosom Res, 11(2), 213-218, 1967.
 - 33) 東口和代, 森河裕子, 他: 日本版MBI(Maslach Burnout Inventory)の作成と因子構造の検討, 日衛誌, 53, 447-455, 1998.
 - 34) 鈴木英子, 叶谷由佳, 他: 日本版MBI(Maslach Burnout Inventory)の実用性の検討, 日看研会誌, 27(4), 85-90, 2004.
 - 35) Rathus, S.A.: A 30-item schedule for assessing assertive behavior, Behav Ther, 4, 398-406, 1973.
 - 36) 鈴木英子, 叶谷由佳, 他: 日本語版Rathus assertiveness schedule 開発に関する研究, 日保健福祉会誌, 10(2), 19-29, 2004.
 - 37) Suzuki, E., Kanoya, Y. et al.: Evaluate validity and reliability of a Japanese version of Rathus assertiveness schedule, JANS fifth international nursing research conference, Fukushima, 103, 2004.
 - 38) Pine, A., Kafry, D.: Coping with burnout, In J. W. Jones (Ed.), The burnout syndrome, 139-150, London House, Parkridge, IL, 1982.
 - 39) 庄司正実, 庄司一子: 職場用コーピング尺度の信頼性・妥当性の検討, 産業医, 34, 10-17, 1992.
 - 40) McCranie, E.W., Lambert, V.A. et al.: Work stress, hardiness and burnout among hospital staff nurses, Nurs Res, 36(6), 374-378, 1987.
 - 41) 山崎登志子, 伊藤幹佳, 長谷川博亮: 看護師におけるバーンアウト傾向と対人葛藤との関連-ユニット間の比較を通して-, 宮城大看紀, 6(1), 51-59, 2003.
 - 42) Keane, A., Ducette, J., et al.: Stress in ICU and non-ICU nurses, Nurs Res, 34(4), 231-236, 1985.
 - 43) 東口和代, 森河裕子, 他: 病院勤務看護職者の職業性ストレス反応と職場ストレス要因-勤務場所間の比較を中心に-, 北陸公衛会誌, 24(2), 55-60, 1997.
 - 44) Larrabee, J.H., Janney, M.A. et al.: Predicting registered nurse job satisfaction and intent to leave, J Nurs Adm, 33(5), 271-283, 2003.
 - 45) Gueritault-Chalvin, V., Kalichman, S.C. et al.: Work-related stress and occupational burnout in AIDS caregivers - test of a coping model with nurses providing AIDS care -, AIDS Care, 12(2), 149-161, 2000.
 - 46) Bourbonnais, R., Comeau, M. et al.: Job strain and evolution of mental health among nurses, J Occup Health Psychol, 4(2), 95-107, 1999.
 - 47) Garrett, D.K., McDaniel, A.M.: A new look at nurse burnout - the effects of environmental uncertainty and social climate -, J Nurs Adm, 31(2), 91-96, 2001.
 - 48) Shimizu, T., Mizoue, T. et al.: Relationship between burnout and communication skill training among Japanese hospital nurses - A pilot study -, J Occup Health, 45, 185-190, 2003.

[平成16年9月30日受 付]
[平成17年3月31日採用決定]

医歯薬出版の“臨床看護，教育・研究に役立つ”新刊書！！

専門職としてのナースを育てる 看護継続教育

クリニカルラダー、マネジメントラダーの実践

小島恭子・野地金子／編著

B5判・208頁
定価3,570円(本体3,400円 税5%)

- 患者中心の医療・看護を実現し、リスクマネジメントにも対応できる看護実践能力を強化していくためのキャリア設計・開発の方法を理解し活用できるよう、実際の書式類を多数掲載しながら解説。看護管理者育成のためのマネジメントラダー(看護管理習熟段階)についても、その役割機能・評価システムを提示。



コミュニティ・エンパワメントの技法

当事者主体の新しいシステムづくり

安梅勅江／編著

B5判・170頁
定価3,150円(本体3,000円 税5%)

- 注目されている「エンパワメント」をコミュニティの視点から意味付け、プロ技術として展開する一助となることを目的として編集。さまざまな事例を通してコミュニティ・エンパワメントの適用方法と効果を示している。国際支援についても記述。



よくわかる 看護研究の進め方・まとめ方

エキスパートをめざして

横山美江／編著

B5判・192頁
定価3,360円(本体3,200円 税5%)

- 実践に即した質の高い研究と論文作成に欠かせない手引き書。看護研究の基礎知識を中心に、看護学の領域で用いられる主な研究方法を紹介し、研究テーマの設定から研究成果の発表、論文の作成に至るまでの留意事項を解説。



はじめての フォーカスチャートニング®

情報開示とケアの質を高める
精神科看護記録の実践

焼山和憲／著

B5判・146頁
定価2,520円(本体2,400円 税5%)

- 本書は、精神科での記録を例としながら、フォーカスチャートニングを用いた記録の方法と基本的な考え方を紹介すると同時に、看護師の看護記録のストレスを最小とするには、また、カルテ開示に対応するには、どのような記録システムがよいのかを事例により明示。



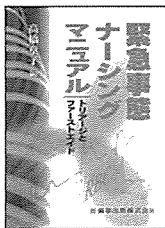
緊急事態ナースングマニュアル

トリアージとファーストエイド

高橋章子／編

B6判・202頁
定価2,310円(本体2,200円 税5%)

- よく遭遇する急変や事故に対して、行うべき緊急対応を中心とした実践知識をまとめたコンパクト判。急変時によく見られる症状と病院・在宅などでよく遭遇する事故に絞って、第一発見者として行うべき観察・アセスメント、独自に行える処置、医師と連携すべき処置と方法などの実践的内容を記述。



疾病の成り立ちと回復の促進 薬理学

中嶋敏勝／編著

B5判・278頁
定価2,520円(本体2,400円 税5%)

- 薬理学の理解が深まるよう、疾患別にその疾患で使用される薬物を、薬理作用、作用機序までを含め解説。重点事項は、他の疾患からレファレンスできるように参照注を配置し、視覚的に理解しやすいよう構成。医療系学生の薬理学テキストとして最適。



看護と法

人権・看護実践・現代医療

大森武子・山内義廣／著

B5判・218頁
定価2,940円(本体2,800円 税5%)

- 豊富な判例を盛り込み、在宅での法的問題(介護保険、成年後見制度を含む)もわかりやすく解説。法的疑問をQ&Aとして収載し、法律に初めて触れる読者でも親しみが持てるよう、用語解説、ポイントを随所に配し、豊富な図表・イラストを用いることで楽しく理解できるよう構成。



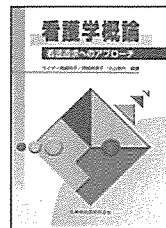
看護学概論

看護追求へのアプローチ

ライダー島崎玲子
岡崎寿美子・小山敦子／編著

B5判・152頁
定価2,310円(本体2,200円 税5%)

- 看護の質を見極めることができるテキスト。概念や理論を具体的にわかりやすく解説すると同時に、学習効果を高める演習を取り入れながら、興味をもって学習を進め、自らの看護観を養うことができるよう構成。



●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

2005年4月作成.1S

第 30 回

日 本 看 護 研 究 学 会 学 術 集 会

講 演 記 事 (2)

2004年 7 月29日 (木)・ 7 月30日 (金)

会 長 竹 尾 恵 子

於 大宮ソニックシティ

看護教育における国際協力

司会 千葉大学大学院看護学研究科 手 島 恵
 国立看護大学校 稲 岡 光子

国際化あるいはグローバリゼーションという用語が明確な定義もなく様々な形態で身近に溢れ始めて久しい。われわれが過去には想像もできなかったくらい他の国・地域や文化との距離が物理的、心理的に縮まり、あらゆる手段を介してこれらに接する機会が急速に増えてきている。このような時代の趨勢に看護も必然的に対応を迫られる。平成6年にとりまとめられた「少子・高齢化社会看護問題検討会報告書」のなかではわが国の看護の水準を向上させていくためには、国際的な動向を踏まえて対応すべきという看護教育の将来を方向づける提言が既にされている。さらに、平成15年8月、厚生労働省は保健医療分野の国際協力事業評価検討会を設置し、国際協力に携る人材の養成、国際協力データベースの構築、国際協力のあるべき方針等について検討している。平成16年10月、中間報告が出され国際化時代にふさわしい厚生労働行政が推進されている。このような背景から保健医療の専門職として国際的視野で活躍できる有能な人材育成が切望され、それぞれの看護教育機関が積極的に取り組み始めている。この取り組みの中には国内の国際化に伴い文化背景が異なる人々の健康問題に地域、医療機関等で対応できる人材の育成も当然含まれている。

このシンポジウムでは、異文化看護研究者・教育者、ヘルスコンサルタントとしての国際医療協力経験者、日本で看護教育経験のあるタイ国看護教育者等のシンポジストを迎えて、多様な視点で看護教育における国際協力をとらえることで現状における課題を明らかにし、国際協力のできる人材を育成していくためには看護教育に何が求められるのかを探究することに焦点をあてた。シンポジストから下記のような発表があった。

最初に小西恵美子氏（長野県看護大学）が異文化看護国際研究部門主任の立場で地方の単科看護大学における国際協力活動の多角的、多面的な取り組みについて紹介した。その取り組みは途上国、先進国、長野県内の多国籍住民の健康支援、活動状況の国内外への発信等が含まれている。2001年、大学将来計画で発案されてから短期間で精力的な国際協力活動を可能にした環境要因を学長のサポート、学

内のコンセンサス、近隣にあるJICA訓練所等を挙げている。また学内システムとして開学当時から国際経験豊かな外国人看護教員が配置されていることも貴重な要因として加えている。最後に国際協力活動の原点は草の根レベルの組織的、継続的な国際協力であると強調された。

次に田代順子氏（聖路加看護大学）は日本において唯一の看護・助産領域のWHO看護開発協力センターの委嘱を受けている聖路加看護大学の看護研究活動とWHO看護開発協力センターの概要、34センターあるグローバルネットワークの組織の1つとしての役割等を紹介していただいた。WHOの目標である国際間の保健・医療格差是正のためにはグローバルな視点を持って質の高い実践ができる国際看護専門家の育成が不可欠であることを強調し、研究成果に基づいた国際看護専門看護師のカリキュラム試案作成、さらに検討を加え、2005年4月に修士課程を開始する予定を述べられた。最後に田代氏は看護教育による国際協力の発展を望むのであれば、看護基礎教育、現任教育、卒後教育と体系的国際看護教育プログラムによる人材育成に取り組むことの必要性を提唱した。

長年、ヘルスコンサルタントとしてアジア、アフリカ、中南米、東ヨーロッパの人々と暮らしをともにして国際協力に携ってこられた熱田 泉氏は途上国で医療従事者にできることは何か？という本質的な問いを出された。この問いに対し、関わりのあった土地の人々の体験から得た知識や熱田氏の「心の目」を通して捉えた知恵を駆使して含蓄のある丁寧な答えをだされ、途上国でプライマリーヘルスケアに携る保健医療専門職や看護教育者に示唆に富む情報を提供された。

最後に、Puangrat Boonyanurak氏（Saint Louis College, Thailand）がアメリカ合衆国で報告されている看護教育における国際活動に関する文献を概観し、それらの知見、情報をもとにこれからの看護学生、看護実践者にとって国際体験は専門職として重要な側面であることを力説した。そして国際体験により看護師がグローバルな視点を育成する概念的枠組のモデルを先行研究者のモデルに修正を加えて紹介された。また看護教育機関や看護専門職による国際協

力を成功に導くための概念としてM. M. Rosenkoetterのヘルスケアコンサルテーションの枠組みを参考にして提示された。

時間の制約のためにシンポジストからの補足発言にとどまり会場との活発な意見交換はできなかったが、シンポジストの多岐にわたる報告、発言、国際協力の成功例等から国際協力に携る人材育成のために看護教育は何をすべきか

多くの示唆があった。また国際協力を教えることのできる看護教員が不足しているというわが国の看護界における課題も明らかにされた。今後は、複数の大学が協力体制を築き、限られた人材を有効に活用することで、国際協力活動に共同で取り組めたらというシンポジストの示唆は重みがあり、課題解決の方策として検討していく必要があるだろう。

長野県看護大学の国際協力活動

長野県看護大学 小 西 恵美子*

長野県看護大学異文化看護国際研究部門主任の立場から、我々の国際協力活動と今後の課題を述べる。

2001年頃、大学将来計画の中で、「地域貢献」、「国際協力」をそれぞれのキーワードとする2つのセンター構想が生まれた。「国際」に関心をもつ教員は、まずセンターのネーミングをめぐって議論した。そこで一致したことは、

看護は人間を理解しようとするところから始まる。異文化との接触は人間理解のきっかけを与えてくれ、それはより良い看護の源泉である。

ということであった。このようにして、2002年に「異文化看護国際研究センター」が発足した。講座横断的な、建物も専任職員もない機能だけの組織で、メンバーは、看護、社会学、外国語等の教員からなる。その後2003年、大学は複数のセンターを統合して「看護実践国際研究センター」を設立することとなり、以降、我々はその中の部門、すなわち、「長野県看護大学異文化看護国際研究部門（International Research Institute in Cross-Cultural Nursing, Nagano College of Nursing）」として位置づけられている。

1. 活動目標

異文化センターの発足時に、活動目標をみんなでブレinstoeringした。その内容を整理・分類して図1に示す。国際共同研究、国際セミナーの開催、外国人研究者の受入れ、教員・学生の相互交流、途上国支援、国際機関との共同、および外国籍県民の健康支援からなる。これら活動は互いに関連しあい、中心に「異文化理解」がある。ただし、単に理解するだけではだめであり、活動を通して知識を生み出し、世界へ向けて発信する、というものである。

最近、我々のこれまでの活動を世界に発信するため、英文と日本語でニューズレターを発行した¹。編集しつつ改めて気がついた嬉しい発見は、これらの活動目標は単に絵に描いた目標ではなく、ほぼ全ての面で活動成果が上がっているということであった。図1の中の数値は、数で表せる実績を2004年7月現在の件数で示している。

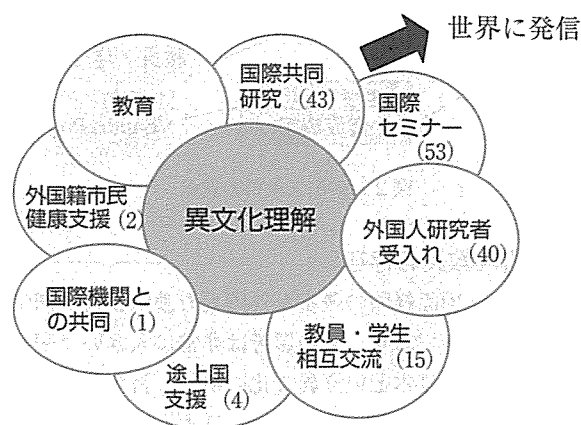


図1. 国際協力活動の枠組み

2. 多角的な国際活動を可能にした要因

長野県看護大学は1995年設立の単科大学である。この小さな大学で、なぜこれだけの多角的活動が可能であったのか。その要因を、1) 学内システム、および2) 環境に分けて表1に示す。まず学内システムは、時間的に、開学当初からの外国人教員の配置、2000年の国際看護専任教員の配置、そして2002年の異文化看護国際研究センターの設置が重要である。これらを終始支えてきた環境要因が、学長サポート、学内コンセンサス、および近隣のJICA訓練所の存在である。

表1 長野県看護大学の多角的国際活動を可能にした要因

1. 学内システム
1) 外国人教員の配置 (1995年)
2) 国際看護教員の配置 (2000年)
3) 異文化看護国際研究センターの発足 (2002年)
2. 環境
1) 学長サポート
2) 学内コンセンサス
3) JICA 駒ヶ根訓練所

* 現所属：大分県立看護科学大学

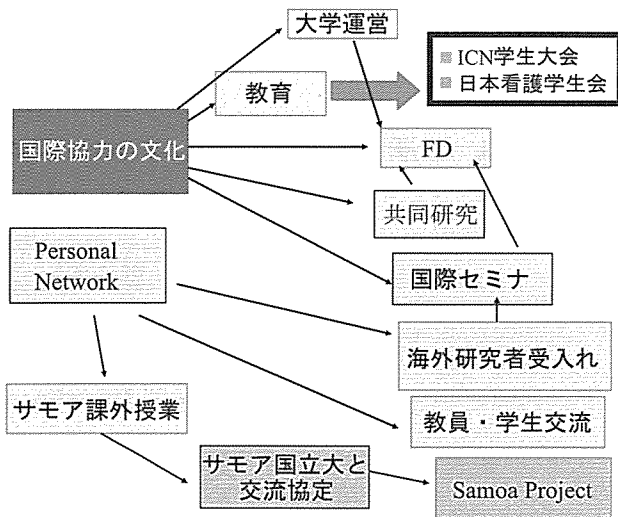


図2. 外国人教員の貢献

3. 外国人教員の存在

本学では、国際経験の豊富な外国人看護学教員が開学時から常勤してきており、その影響は非常に大きい（図2）。外国人教員は、日本という異文化の中で、言葉ひとつとっても単独では機能できない。当然、日本人教員が個人的な生活面も含めてサポートする。それが学内草の根レベルで国際協力の文化を形成した。またその協力自体が、Faculty Development（FD）につながってきた。

外国人教員は看護の歴史や海外の状況を、自らの職業人生に触れつつ授業する。学生の眼は世界に向かい、ICN世界大会には本学から毎回数10人の学生が参加している。2001年デンマーク大会、および1997年バンクーバー大会では、本学の学生が日本看護学生の代表としてICN学生大会で演壇に立った。さらに、このICN学生大会で刺激を受けた学生達は他大学の看護学生と協力して日本看護学生会を発足させている²。

さらに、外国人教員は学内で多くの共同研究を行ない、それらが学生の教育に、またFDに影響している。また、教授会メンバーとして大学運営にも関わり、大学の意思決定プロセスに影響を与えている。

外国人教員はまた、世界各地に豊富な人脈をもち、その人々が次々に大学を訪問して教員や学生と交流を深め、セミナーを行い、あるいは、長期に滞在して共同研究を行うという効果をもたらした。そこで生まれた重要なものが、Samoa Projectである。

4. サモアプロジェクト

開学4年目の1998年夏、外国人教員は学生6人を連れてサモアを訪れた。この課外授業で学生達は、医師の少ない開発途上国サモアではナースが地域医療の担い手で、その役割が大変広くかつ重要であることをつぶさに体験し、帰

国後の報告会では、看護の素晴らしさを知った、看護学生であることが誇りだと報告した。これがきっかけとなり、JICAの支援も得て、継続的なサモアプロジェクトへと発展することになった。

サモア課外授業の後、学長の相互訪問、および、教職員の相互視察や研修を経て、2001年にサモア国立大学と交流協定を結んだ。その枠組みは、①教職員の交流、②共同研究、③学生の交流、④セミナー、シンポジウム等の共同開催、および、⑤協定の目的に合致したその他の交流や共同事業からなる。同年、JICA支援により教員がミッションとしてサモアに赴き、協力の必要な健康問題を特定した。これに基づき、現在は小児糖尿病予防のための国際共同研究とIT支援を焦点に、教員の相互交換を行なっている。

2004年からは学部学生の相互交換を開始し、日本とサモアが1年交代で互いに臨地実習の場を提供し、学生に単位を取得させる。2004年は本学の4年生3名がサモアにおいて総合実習を行った。2005年はサモアの学生を我々の大学が受入れ、日本で臨地実習を行うことになっている。

5. 国際看護専任教員の配置

国際看護の教員が2000年に配置され、学部・大学院授業に加え、前項のように、サモアプロジェクトにおける臨地実習を2004年から担当している。また、長野県内に多い外国籍住民の健康支援プロジェクトに、地域のNGOと共に取り組んでいる。このプロジェクトは日本国内における異文化看護教育活動としても重要であり、多数の学生も参加している。

6. 異文化看護国際研究センターの発足以降の国際活動

2002年に異文化看護国際研究センター（現名称は異文化看護国際研究部門）が発足し、従来から学内で築かれてきた国際活動をそこに組織的に統合した。センター発足以来、学内の国際活動はさらに発展している。すなわち、①サモアプロジェクトの範囲を拡大して学生の相互交流を開始し、②外国籍市民の健康支援プロジェクトが始まっている。また、③開学以来、多数の外国人研究者を迎えているが、センター設立以降、我々の組織的な国際活動をインターネットで見てアプローチしてくる例が徐々にふえ、最近では韓国の研究者が1年間滞在して共同研究を行なった。さらに特記すべきこととして、④院生の海外研修と、⑤国際研究集会の開催がある。

7. 大学院生の海外研修

2004年3月、大学院生に対するアメリカ看護の研修プログラムをもった。異文化看護国際研究部門がファシリテーター

ターとなり、部門主任である筆者が相手校との連絡調整と学生引率を担当し、外国語の教員は参加院生に対する実用英語の課外授業を担当した。アメリカの2つの大学で、学部および大学院の授業を受け、またナースプラクティショナーによる実践現場を見学した。院生達はこの研修をとおり、看護教育は、日本では他領域の教員が教えることの多い薬理や病態も、全て看護の教員が看護の視点で教えている、カリキュラムの統合性に配慮され、例えば我々が訪問した週は心臓ウィークになっていて、あらゆる授業が小児から成人の心臓を教えている、学生の学ぶ態度は真剣で授業が終わるや質問の行列をつくる、などを学んだ。院生達が英語の必要性・重要性に啓発されたこともこの研修の収穫であった。

訪問した1つの大学とは、2004年6月に交流協定を結んだ。もう1つの大学ともその方向で調整を進めている。これらにより、院生研修プログラムは組織的な継続が可能となり、2005年3月には2度目の研修を行なう。また、17年度からはこのプログラムは選択科目として単位化される。

8. 国際研究集会

異文化センター設立を記念して、2002年に国際研究集会の助成を申請した。そのコンセプトは、「これまで、西洋の看護が世界をリードし、東洋は西洋で発展した看護の知識と価値観の受け手であった。しかし今、東洋の看護者が手を結び、東洋の歴史・文化の文脈の中で共同プロジェクトを立案、推進して世界に向けて発信しよう」というものである。

企画内容は、・講演会ではなくカンファレンスである、・カンファレンスに加え、国際共同研究プロジェクト立ち上げを目ざす9つの小グループ ディスカッションを2日間もつ、・小グループの領域は本学若手研究者の関心をサーベイして決める、・参加者は小グループの人数分布を配慮して我々のネットワークを通して募り、参加者を事前に特定する、・キーノートとパネルをそれぞれ2回もつ、・アジア・太平洋地域の多数の国から看護指導者を招く、・公式言語は英語とし通訳はつけない、・スピーチ原稿を日本語と英語で事前配付する等であり、小さな単科大学としては大変要求水準の高いものであった。6倍の競争率の中で採択された。

アジア・太平洋の12の国・地域（モンゴル、中国、香港、韓国、台湾、フィリピン、ベトナム、カンボジア、タイ、シンガポール、インドネシア、サモア）、およびアメリカ、カナダから招待した指導的な看護指導者31名、国内各大学および本学の教員、大学院生、一般傍聴者を合わせ、230名の参加を得た。

2日間の公式会期に加え、医療・介護施設へのポストカ

表2 国際研究集会小グループが立案した共同研究プロジェクト

	Group	Project
1	Education	Faculty clinical competency
2	Ethics	The Good Nurse: patient views
3	Chronic	Self-care in chronically ill patient
4	Policy	Database for nursing policy
5	Elderly	Dementia elderly's caregiver needs
6	Women	Osteoporosis prevention for women
7	Community	Family caretaking of elderly parents
8	Children	Children's lifestyle
9	Acute care	Privacy in hospital

（長野県看護大学にて2003年11月18、19日開催）

ンファレンス・ツアーも組んだ。実行委員会には、「参加者輸送係」「ホテル・学寮係」「生協・食事係」「娯楽係」「インターネット係」、「ドル換金係」などをつくり、全学あげて「学内手作りの伊那谷の国際会議」となった。

表2は、この国際会議を特徴づけた小グループと、各グループが2日間のディスカッションで立案した共同研究プロジェクトである。このうちのいくつかのグループは企画した共同研究を実施中であり、助成を受けたグループもある。たとえば、看護倫理グループがたちあげたプロジェクトは日韓の学術振興会から2年間の研究助成を受け、現在、日本、韓国、香港、台湾4か国の国際比較研究が進行中である。

9. おわりに

長野県看護大学の国際協力活動をのべた。その特徴は活動が多面的（Multilateral）なことである。多様な国、多様な文化背景、途上国と先進国あるいは東と西の協力、看護の教員と一般教養の教員との協力、また、多様な資金援助源を得て、発展してきた。国際協力はMultilateralであるほど強固であり、得られるものはより多く、優れていると多くの文献が示している。

看護は世界中で、汚く卑しい仕事、隷属的な職業であったという歴史的原点を共有している。この悲しい歴史が世界中のナースを結びつける。ICNにいく度に込み上げてくる感動は、肌の色、目の色は違っても、私たちはみな同じ歴史を分かち合う友達なのだという思いである。そのことと、健康面での日本の反映と世界の状況を考えた時、看護における国際協力は不可欠であり、更に発展させていく必要がある。その時考えなくてはならないのは、日本の看護界の深刻な教員不足である。限られた人材を互いに奪い合い、個人的要因が不透明な中で看護の国際協力を考えた時、必要なことは、国内各大学がそれぞれ縦に別個に繁栄を追及するだけではなく、横方向の、国内複数の大学間の協力体制ではないかと思う。国内複数の大学が、国際協力プロジェクトを共同で進めたり、国際協力に携わった教員

が異動すれば移動先の大学と元の大学が協力しあい、国際協力を横に広げていくことも考えられよう。そのようにして、限られた人材の有効活用が必要と思う。

国際協力は、英語ができなければダメとか、外国にいかなければならないということではない。国内に国際協力の可能性は沢山ある。冒頭に述べたように、外国人は日本という異文化の中で、言葉はもちろん、ゴミの出し方ひとつにしても、我々の援助なくしては暮らしていけない。我々大学の国際協力活動の出発点は、海外からの教員や訪問者

の日常生活を、公的、私的の区別なくサポートする、草の根レベルの国際協力の文化であった。草の根レベルの国際協力の文化こそ、組織的、継続的な国際協力の原点である。

文 献

1. 長野県看護大学異文化看護国際研究部門（2004）. 異文化看護ニュースレター.
2. 柿沼佑果, 澤田祐輔（2003）. 日本看護学生会（JNSA）－明日の看護へみんなの声を. 看護教育 44/7, 554-557.

土地の人々は暮らしの専門家、その生存の知恵を大切に

ヘルスコンサルタント 熱田 泉

途上国の人々の暮らしぶりについて関心が高まってきている。平均寿命の短い国に生を受けた人たちの健康に、現時点で最も長生きできる「運のよい」私たちはなにがしかの後ろめたさを感じているのかもしれないし、それよりも「看護」をプロフェッションとして選んだ心根が、今、この地球で、過酷な生活環境にあえぐ同胞たちに意識を向けさせているのかもしれない。

途上国の暮らしに関心を寄せるきっかけがそれぞれあるように、私たちと途上国の人々のかかわり方にもさまざまな形態がある。そのひとつに、突発的な災いが起きたとき、人々の暮らしに及ぼす被害を少しでも小さくするために私たちが手助けをするという形がある。

地震、戦争、干ばつ、飢きん、難民などに対応して、医療チームや医薬品を供給することがある。野戦病院のようなテントで活動をしたり、既存の使えるインフラをベースにすることもある。この形態の援助を仮に「緊急援助型」とよぶことにしよう。

「緊急援助型」の協力は、予期しなかった「災い」の影響を小さくすることを目的とする。援助チームは活動の済んだ後に災い以前の「現状」が復帰することを目指し、自分たちの痕跡はできるだけ残さないほうが望ましい。医療というならば対症療法の考え方に近いといえる。

それに対して、途上国の人々の暮らしとの間で大きく強い相互作用を行おうとする国際協力の形もある。そこで暮らしの人々の現状を変えることを目指す。人々の健康力を増大しようとする。対症療法ではなく健康増進、免疫強化といった考え方に近い。仮に「開発援助」とよんでみよう。

協力の形	
緊急援助	対症療法的
開発援助	予防的, 健康増進, 免疫強化

それぞれの土地に暮らし人たちの開発援助にはどういった方法があるのだろうか。それは対症療法ほど明確にはなっていない。その対象が「健康」であることが理由の一つであろう。「健康」は具体的に定義することがとても難しい。「病気でない状態云々」という方法で定義すると、やがて対症療法の考えに行きついてしまう。

ひとつ確かにいえることは「土地の人々の知恵」がとても大切だということ。土地に暮らす人々は、その土地の環境で生き抜くエキスパートである。看護教育がより高度に細分化されたにしても、その土地での生存の方法に関しては、専門家は土地の人々のほうである。高度に細分化された専門教育はこの普遍的な事実からかえって離れていってしまったのではないだろうか。土地の暮らしの中で、人々は生存のための研究・実践・教育を自分たちのやり方で数限りなく繰り返してきている。初等教育も受けていない自分の名前も書けない人であっても、生存の知恵に無知なのでは決してない。

対症療法的アプローチを取るならば、より明確な方法を持っている狭い意味での医療・看護技術はその活動の中核としての役割を果たすだろう。しかし、開発型の場合は、土地の人々の健康にかかわりあう要因はたくさんあって、しかも相互に関連しあっている。暮らし全体をシステムとして大きく、かつ詳細に捉える「心の眼」が必要といえる。

筆者は、過去十年余りの期間、アジア、アフリカ、中南米、東ヨーロッパで保健医療分野の国際協力活動に参画する機会を得てきた。一つ一つのプロジェクトは、病院であったり、国家の保健政策であったり、研究所であったり、様々な環境の中のそれぞれにことなる目標を持ったプロジェクトであったが、一番充足した時間は、土地の人々の「暮らし」と接している時だったと思っている。別の言い方をすれば、土地の人々に「よそ者」である私たちが、ある程度受け入れられて、「健康」というのはなほだ曖昧ではあるが、それでいてきわめて普遍的な目的を共有できるような関係に至ったときである。

途上国と一口に言っても、そこでの暮らし振りは様々である。気候が違い、言葉が違い、生計を立てている方法も大きく異なるわけであるから、当然、病気や健康にかかわる問題の様子もその土地その土地で異なっている。そこで私たち保健医療に従事するものができるとは何であろうか？この問いを国際協力のプロジェクトに携わりながらずーっとくりかえしてきた。今でも繰り返しているし、今後も繰り返して続けることと思う。

途上国では感染症が今でも疾病負担の主要な部分を占

めている。例えば、マラリアとコレラ。日本では感染症はほぼ征圧されていると言ってよい。したがって日本国内でマラリアやコレラの症例を実際に目にする機会は皆無に近いし、診断や治療の経験・技能をもっている医療従事者はほとんどいない。マラリアはラオスの人々の間では「カイニユン（蚊の熱）」と呼ばれている。病名を土地の言葉で知れることは、その土地の暮らしの環境（ローカルな文化）の中で人々と病気がどのような関係にあるのかを理解する重要なヒントを与えてくれる。コレラはラオスでは「トンキッハー」、ケニアでは「キピンドウピンドウ」である。国家のレベルの疾病統計ではICD10を取り入れるところも多くなってきたが、外来語ではなく、その土地に固有の病名があるところは、土地の人々が既にその文化の中でその病気との関係を解釈していることを表している。

ケニアの内陸部に暮らしているチャムス族という人々がいる。熱帯の半乾燥地帯で遊牧を主に生計を立てている。私たちにはほとんど不毛に見える半砂漠のようなこの地域が、チャムスの人々にとっては美しい故郷である。牛の血と乳を混ぜたものを主食にしていたが、キリスト教の普及後、血を食する習慣は少なくなった。水源である川は、そのほとんどが乾季に干上がり、雨季になると再びあらわれる。彼らは雨季が始まって最初に流れ始めた水を飲料に使わない。同様に、乾季で干上がった川床に残された滞留している水も飲まない。それが彼らの病気にならないための生活の知恵である。水を川から汲むときにも、流れから直接採らずに、傍に穴を掘ってそこに染み出してくる、川床の地層で濾過された水を汲んでいる。川の水質の変化には大変敏感で、魚が死んで浮いていたり、変な色や匂いがしたり、上流から油が流れてくるといった事態を注意深く監視している。

一般の集落にトイレはない。こう書くと「ああ、衛生観念の欠如した発展途上国だ」と思われる読者もおられるかもしれないが、もうすこしチャムスの人々の暮らしている環境を思い描いていただきたい。行き交う人に会うことも稀なほどの広大な原野で、自生している植物と野生動物との超エコロジカルな暮らしを営んでいるところで、トイレと公衆衛生とは必然的な関係を持たない。むしろ、排泄物を住居の近くの一定の場所に溜め込もうとする方が不自然な発想に思える。

ラオスの農村では、陶器でできた便器が熱帯の陽光に白く輝いて放置されているのをいくつも目にした。これらは「援助」としてNGOや援助機関のプロジェクトが設置していったものである。人々はその便所を使わなかった。トイレが普及するのは、村が大きくなって、人が集まって暮らすようになり、プライバシーを保てる空間が見つけにくくなってからである。便意をもよおして藪に入ると、豚と

犬と鶏があとをついてくる。ズボンを下ろしてしゃがみこむ時には、犬にお尻をかまれやしないかと少々心配になるが、彼らは用が済むまで2メートルほどの距離を保って、目もあわさないようにするなどのマナーを守っている。

土地の人々は衛生観念が欠如しているなどということは、我々（よそ者）の理解不足による誤解でしかない。衛生観念が欠如していて現在まで生き延びることなどできないのだ。ただ、生活している環境が異なるから、衛生観の発現の仕方も異なっているだけに過ぎない。

チャムスの人々は、親戚や友人と出会ったときにお互いの健康をたずねあうことが挨拶になっている。この「お達者でしたか？」の会話は、身内や知人の健康に及び、時には一時間以上も健康の話題を続けるという。病気の原因として、体質によるもの、冷たい風などの外的環境、体外からの何か目に見えないモノの侵入、そして悪意のある呪いの4つのカテゴリーを彼らは考えている。二百種類以上に及ぶ草木の効用を知っていて薬草として利用している。

地域のヘルスセンターでの疾患の記録には20種類以上の感染症が記録されていた。地域社会の中心に「ロイボーン」という村長であり司令官（戦のとき）であり知恵を伝える長老の役割を担ったリーダーがいる。刺のいっばい生えたアカシヤの木陰で、ものめずらしさに集まってきた子供たちに囲まれながらロイボーンの役割を尋ねたところ、「チャムスの人々と家畜を祝福すること」との答えが返ってきた。私は、きっとロイボーンはコレラ菌やハマダラ蚊など、彼らの暮らしを取り巻いている全ての生態系を祝福しているのだらうと感じた。

このヘルスセンターで、私は実際に地域の人々が経験したコレラの流行を題材にあって、土地の人々に対する保健教育を試みた。背景にあったのは、前述したような高い「衛生意識」の存在と、公衆衛生スタッフの態度であった。パブリックヘルスの部屋の壁には、つい最近のコレラ流行の患者数が、日を追って変化する手書きの棒グラフで示されていた。流行当時の話をするとき、彼らの眼は輝いていた。一方で、地域を担当して人々にトイレの使用や手を洗うことを説いて回る役割のスタッフの中には、同じことの空しい繰り返しにすっかりやる気を失っているように見受けられるスタッフも何人かいた。私には、ヘルスサービスの提供者と受け手がうまくつながっていないように見えた。

実際のコレラの流行とそのときのヘルススタッフの活躍の話は、わくわくするような臨場感にあふれたエピソードである。それをスライドショーに構成して、夜間に地域の広場で土地の人たちのために上映することにした。スライドショーはその地域を担当する公衆衛生スタッフが、土地の言葉で人々に語って聞かせる。自分たちの物語が現場の

固有名詞で語られるスライドショーは、この種の娯楽の少ないこともあって、大盛況であった。人々は、自分たちが経験してきたコレラの恐怖を思い起こして、トイレを新たに作り始めたりもした。

物語の中に、ヘルスセンターに併設されている検査室が出てくる。日本の中学校の理科室のような設備で、主に診察を受けにきた患者の血液を顕微鏡で検査している。私はここで地域の主要な水源の細菌汚染の検査ができないかと考えた。

コレラは水系伝染病である。人々は前述したように飲み水の安全性に細心の注意を払っているが、コレラ菌の有無を知ることはできない。検査室が細菌培養で水源の汚染を監視することができれば、これは人々の最も求めている保健情報となるにちがいない。現状では検体を大きな都市の検査室に送って、そこでコレラ菌を同定していた。検査室には数名の技官がいて、細菌培養の技能は既に訓練を受けていた。

「水質検査をやりましょう。そしてその結果を地域の人々に伝えるようにしましょう。」

私の提案に検査室長は基本的に同意しながら、細菌培養を実施するためのステップを丁寧に説明してくれた。

「二つ欠けている物があります。精製水とインキュベーターがここにはありません。」

彼はドナーからのイオン交換装置とインキュベーターの供与を求めてきた。

ここは熱帯で日中の温度は40度近くになる。コレラに限らず人の病原菌が繁殖する温度は人間の体温の近辺にある。コレラ菌の細菌培養に必要な一昼夜間、37度を保つことは電熱式のインキュベーターが無くてもそう困難なことではないだろうという予想が私にはあった。検査室には機材の梱包を解いた際の詰め物や断熱材が十分にある。

「この断熱材を使って保温箱を作りませんか。」

精製水に関しては、蒸留水を使うことで間に合わせることができると思った。ラオスの山村でも土地の蒸留酒を作る技術を利用して、副業で蒸留水を作っていた村の医師のことを私は知っていた。

大学で高度な検査の教育・訓練を受けてきた検査室長には、有り合わせの材料で細菌検査を行うということがどうもなじめなかったようで、彼が実際に行動を起こすまでにその後16ヶ月の月日が必要だった。その間私と彼は、数

回同じような議論を繰り返した。喧嘩になりそうなこともあって、諦めかけたりもした。百年も前にコッホが細菌培養をやっている、今のあなたにできないはずがない。コッホは天才だったから。といったやり取りもあった。

プロジェクトで最後に私が訪れたとき、検査室長はやったこう言った。

「一緒にやってほしい」

その日から二人で手製インキュベーターの試作を始めた。部屋の隅にはもう10年以上使われていない故障したUNICEFのケロシン冷蔵庫が放置されていた。その中に湯を張ったボウルを置き、上の段にシャーレと温度計を置いて、温度の時間変化をグラフ用紙に書き込んだ。二人で実験を繰り返していると、日を迫うにつれて検査技官が、一人、また一人と私たちに加わってきた。数回の失敗と改良のあと、10日後に私たちの手製インキュベーターは37度を一昼夜保つことに成功した。この間、驚いたことに彼らは休日も返上して試作に取り組んだ。そしてこの検査室の歴史で初めてコレラ菌の分離培養に成功したとき、彼らは今まで見せたことのない誇りに満ちた笑顔で喜んだ。私は喜びを分かち合いながら、彼らと私の関係が変わったことを感じていた、ドナーとレシピエントからパートナーへと。

国際協力に限らず、現実（応用問題）なのであろう。現実を教科書にあわせるのではなく、教科書から現実に役立つ知恵を導き出す発想が大切だと思う。教科書にとらわれすぎていると、暮らしの現場で何が起きているかを見逃してしまう危険がある。教科書を繰り返しても、現実を暮らしている人々の心には届かない。

途上国で自然条件になじんだ暮らしを積み重ねてきた人たちの心の中にある「健康」は、都市で病院とあふれ返る健康情報とに囲まれている私たちのものと本質的に違うと感じている。「健康」ってローカルなもの、さらにいうならば個々人の固有名詞で語られるべきものなのではないだろうか。そのローカルな健康問題のソリューションがグローバルなものでカバーしきれないはずがない。ローカルな問題にはローカルなソリューションが似合う。私たち（よそ者）の通過集団が、それに少しでも参加できるのだとするなら、土地の人々の「彼ら自身の発達力」を触媒するような役割だろうと思う。

土地の人の健康の知恵を主人公にして考える、これがPHCのイデオロギーであると私は考えている。

国際協力で働く看護職の教育的支援を通しての 「全ての人びとの健康」の実現

聖路加看護大学・WHO看護開発協力センター

教授 田代順子

はじめに

1946年に創設された国際保健機関（WHO）の「憲章序文」に、人々の「健康」は基本的人権の一つであり、全ての人びとが健康であるためには「平和」と「安全」を確保することが基盤であり、個人や国々の「協力（co-operation）」によると謳われている。

日本は第二次世界大戦での敗戦直後の不健康な状態からこの「国際協力」の考え方により諸外国から支援され、敗戦から58年経った今日、保健指標の上では死亡率の低さ、平均余命の長さ等では世界の健康優良国となっている。しかしながら、今日、地球上では情報や交通手段の技術革新によって多方面のグローバリゼーションが進行しているものの、健康の面でのグローバリゼーションの進行は遅く、国際間の健康格差は解消されず、さらに「健康」の前提である「平和」や「安全」の問題はむしろ、全世界の人びとの脅威となっている。現在、世界に35センターある看護・助産領域のWHOコラボレーションセンター（日本ではWHO看護開発協力センター）は「グローバルネットワーク」を組織し、それぞれの国で活動をしている。

日本の看護は「国際協力」の恩恵を受けて再建され、加えて、30数年前からは開発先進国と共に、「国際協力」活動を始めた。当時、「国際協力」は一部の看護の問題・課題であった。今日、多くのNGO、NPO、国の活動として看護職が多く関わるようになってきているが、未だ、「国際協力」活動は様々な課題・問題を抱えつつ行なっているのが現実である。今日、日本の看護・看護教育において、看護職は国際協力・貢献できる力を育成しているかという課題に答える時が来たと考える。

現在、国際医療研究委託事業で、聖路加看護大学・プライマリヘルスケア看護開発協力センター（WHO Collaborating Center for Nursing Development in Primary Health Care）は国際医療センター、国立看護大学校と分担して、看護職の国際協力・貢献力を育成する教育プログラム開発研究に取り組んでいる。本研究を通じて、開発途上国で看護職が協働活動を通じて、いかに多くのことを学んでいるか、つ

まり、国際協力活動が日本の看護職の成長に寄与しているという教育力の大きさを見出している。本稿では、看護・助産領域のWHOコラボレーティング・センターの活動を紹介し、さらに、本看護開発協力センターが進めている日本の国際看護専門家の調査結果概要をもとに、今後、看護分野でさらに高い質の「国際協力」活動を推進できる教育支援を考え、「全ての人びとの健康」の実現をめざす、つまりグローバル・ヘルスのニーズに応えることのできる看護職を育成する看護教育の方向性について考察したい。

1. WHO看護開発協力センターの概要と看護・助産強化の戦略としての看護教育

WHOコラボレーティング・センターとはWHOの目標達成のために、研究活動を通して協力するセンターで、日本の厚生労働省ではWHO指定研究センターと呼ばれ、国内では45センターがそれぞれの課題で委嘱されている。このWHOからの1期の委嘱期間は4年で、各期の評価を受け、再委嘱となる。日本において、看護・助産領域のセンターは聖路加看護大学ただ1カ所で、高齢・少子社会におけるプライマリヘルスの看護実践モデル開発に関する研究をはじめとする6つの研究領域を委嘱されている。

歴史的には、1990年に、当時の千葉大学看護学部、東京大学医学部保健学科看護学講座、国立公衆衛生院看護学部の4機関協働体制で聖路加看護大学に事務局を開所した。この4機関体制はそれぞれの機関の辞退により解消され、現在は聖路加看護大学・看護学部がセンターとして委嘱を受けている。現在、2004年5月から2008年5月までの、第4期の再委嘱を受けて活動中である。

世界にある看護・助産領域のWHOコラボレーティング・センターは、1988年に「全ての人びとの健康」を促進するため、WHOと世界の看護・助産のWHOコラボレーティング・センター、その他、ICN、ICM等の機関の協働をより発揮させるために、ネットワーク組織（「グローバルネットワーク」）を設立し、発展してきた。2004年3月現在、35センターが加盟している。「グローバルネット

ワーク」は、センターの中から選挙で事務局（4年任期）を選出し、各地区から選出された理事で構成する理事会により運営されている。本センターは2002年から2006年の期間、WPRO（西太平洋地区）の理事国を務めている。理事会は、毎年、数回（電話会議を含めて）開かれ、また、2年毎に全センターが参加して総会を開き、開催国で開かれる国際学術大会の協賛をしている。また、グローバルネットワークは「Nursing and Midwifery Links」と題したニュース・ジャーナルを年2回発行している他、ホームページも開いており、このニュース・ジャーナルの情報を含め、だれでも閲覧できるようになっている。

「グローバルネットワーク」の役割はWHOの看護・助産の助言者グループの母体となり、国連から示されているミレニアムゴール達成のための戦略指針として、看護・助産の強化戦略として、Key Result Areas（KRA）として加盟各国に提示することである。この指針に照らしてメンバー国は目標を掲げ、政策を立て、人びとの健康の向上に取り組んでいる。

看護開発協力センターの活動もこの指針に照らして研究に取り組み、年報もこの枠組みに沿って報告している。教育は重要なWHO看護・助産強化の戦略（KRAの4）と深く関わりをもつ。その中のひとつの活動が、2002年から開発途上国での看護協力をさらに促進するために、看護職の卒前から継続・大学院レベル教育プログラムを開発するために、国際医療センター、国立看護大学校と協力して研究を進めている。聖路加看護大学では特に、大学院修士レベルの教育プログラムに取り組んでいる。

2. 国際看護専門看護師養成教育プログラムの開発研究

本センターでは、「全ての人の健康」の実現に向け、開発途上にあるホスト国で働く日本の看護職のための修士レベル教育プログラムを作成するために、日本の国際看護専門家がホスト国での協働活動に必要とする能力と継続学習ニーズを明らかにする目的で行なった。

開発途上国での国際協働活動の経験をもつ、日本人看護師・助産師計27名から、国際協力活動の能力や継続学習ニーズに関する面接調査を行なった。調査参加者は多くのことを報告し、多くの学びをし、かつ継続教育ニーズについても報告した。この面接データから「国際看護コラボレーター活動モデル」を作成した。そして、現在カリキュラムの作成に入ったところである。

1年以上、ホスト国での国際協力を経験した看護職者の経験回数は1回、あるいは2回の人が多く、短期の海外活動経験を含むと経験豊富な人もいた。

協力活動はアジア圏およびインドシナ諸国が多く、活動領域は、保健活動を含め、地域での看護活動での協力経験が最も多く、続いて、ICU、外科といった病院看護の中でも特別な活動領域であった。

今回の対象者である、国際看護職者からの面接データ分析の結果、国際看護コラボレーションに求められる能力として、39のカテゴリーが抽出され、国際看護コラボレーション活動に影響する要因として、16カテゴリーが抽出された。

このモデルは図1に示す通りである。カテゴリーは、国

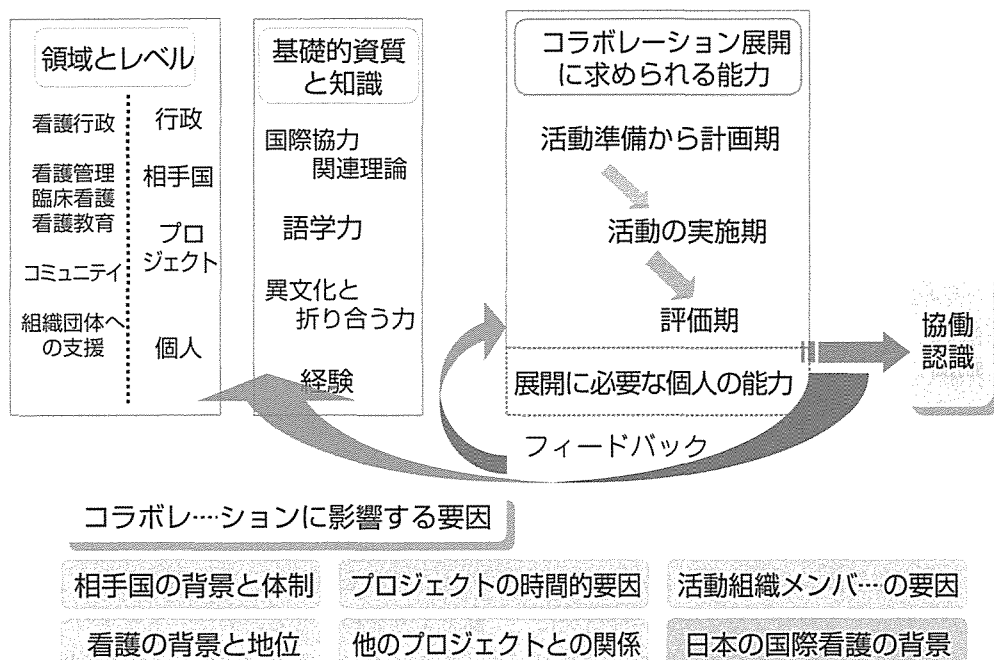


図1 国際看護コラボレーションに求められる能力

際協働活動を行なうために個人として備えているべき基本的条件となるような能力と、活動を具体的に展開していくための能力の2カテゴリーが抽出された。また、国際協働活動を行なうために基礎的知識や資質として持つべきものと、具体的にコラボレーション活動を行っていく上でそのプロセスとして発揮していくことが求められている能力が抽出された。

日本人国際看護専門家は活動に影響を及ぼすチーム内・外の様々な要因に対処しながら、ホスト国のカウンターパートと協働しながら仕事を遂行する多様な能力が広く必要とされていた。面接の中で、調査参加者の各々の活動で必要とされた能力は卒前や卒後の臨床経験、国際経験で養われた基礎的能力、専門知識・技能であると報告した。

必要とされる能力に対応して、国際看護専門看護師（修士レベル）のカリキュラム試案を作成した。今年度さらに検討を加え、修士課程で開講し教育を開始する予定である。

まとめ

国際間の保健・医療格差是正の「全ての人びとの健康」（Health for All）の目標にむかってグローバルな、あるいは国際的視点をもつ国際看護専門家を育成する教育が必要と考えられる。国際看護専門家はさらに広い国際間のネッ

トワークの形成を図る中で、国際コミュニティ、あるいはホスト国のカウンターパートとともに、企画・実践・評価活動を展開できる能力を必要としている。これら国際看護協力・協働者としての能力（キャリア）開発は、卒前、現任、卒後の体系的な教育が重要である。卒前の国際あるいは異文化理解、現任教育での専門的能力開発やその後のグローバル・ヘルスの視点での、ホスト国での協働する能力開発が必要である。加えて、これまで、主に国際看護専門家の個人研鑽に依存してきたが、看護学あるいは看護専門職コミュニティとして、国際看護卒前から、現任、卒後までの体系的国際看護教育プログラムによる人材育成に取り組むことが、一層の国際協力活動の発展あるいは国際貢献につながると考える。

参考文献

- World Health Organization (2002). Strategic directions for nursing and midwifery services. Retrieved October 20, 2004, from http://www.who.int/health-services-delivery/nursing/strategic_directions_en.pdf.
- United Nations. (n.d.). UN Millennium Development Goals (MDG). Retrieved October 20, 2004, from <http://www.un.org/millenniumgoals/>.
- 田代順子, 市橋富子, 稲岡光子 (2004). 「開発途上国における看護技術移転教育プログラムの開発に関する研究」 2003年度研究報告書. 国際医療協力研究委託費研究班 (14公-5).

International Co-operation In Nursing Education

Saint Louis College, Thailand

Puangrat Boonyanurak R N, Ed.D.

Introduction

An educational environment, which effects a global dimension, will stimulate intellectual curiosity, creativity, understanding, and increased awareness of global issues. Nurses must recognise themselves as being part of world-wide community in which problems, solutions, resources, and opportunities are shared. Moreover, what we take from our international experience enriches our perspective and repertoire here at home. (Styles, 1993). Contacts with international colleagues in services and educational settings enable nurse-educators and nursing students to understand the limitation of resources, bring about quality services in the countries, discuss and resolve problem effectively by applying solving techniques with international colleagues, and become acquainted with diversified client populations. To these ends, educators must support and organise efforts that encourage nurses to develop global perspectives. Faculty and students need to understand that nursing programs within higher education should develop plans to begin a dialogue about and commonalities and differences with other countries. An education endeavour that seeks to establish ties with other nations can foster effective approaches to meeting the health care needs of the world (Lockhart & Resick, 1997).

The first goal of nursing beyond nationality for the health of human beings should be the implementation of a multicultural perspective and a respect of human diversity incorporated into the professional nursing program (Modly, 1995).

Internationalization Vs Globalization

Although the linking of internationalization and globalization are rather different phenomena than interchangeable terms (Scott, 2000), internationalization is concerned with relationships among and between individual countries, and 'presupposes the nation – state as the essential unit' (Marginson, 1999,p.19). This is internationalisation in which each country is perceived as an autonomous unit interacting with other autonomous units. In contrast, globalization is 'about world systems

which have a life of their own that is distinct from local and national life' (Marginson, 1999, p.19). Globalization implies increasing interdependence and interconnections among nations with global markets tending to define the limits of local and national policies (Heury et al. 1999).

While nurse educators strive to prepare culturally to compete successfully in the local, national, and international marketplace, the values underlying the profession of nursing tend to be humanistic. Attention to the importance of the social determinants of health requires critical appraisal of local, national, and international issues related to social justice, human rights, ecosystem sustainability, and peace. Globalization requires that nurses must develop greater understanding of political and economic dimensions of health, education, and social development. Excellence in nursing education requires the preparation of graduates who are both culturally competent and good global citizens. Internationalization of faculties of nursing therefore needs to occur in a critically conscious manner with an appraisal of the values underlying our mission statements, programs, and activities.

Review of Literature

Research on outcomes of international studies has been reported during the past 40 years, but only within the past 10 years have reports specifically evaluated the outcomes for nursing students.

Kauffman, Martin, Weaver, and Weaver (1992) summarised the results of numerous studies from 1958 to the present, as well as their own research with non-nursing suggest that 'study abroad' participants develop in three guidelines. 1. Intellectually (through developing language skills, new perspectives on their majors and increase knowledge of general studies) 2. Increasing global understanding (through knowledge acquisition, affective and behaviour change). 3. Personally (through interpersonal, and evaluative development). The studies cited provide support for positive learning outcomes for traditional undergraduate students who spend a semester or longer abroad. The majority of

nursing literature on the topic of international experiences cites anecdotal information, primarily from student or faculty evaluations. These reports on the outcomes of international learning experiences for nursing students concur with many of potential benefits noted by Koffman et al. (1992), although the length of stay for the nursing students was considerably shorter (from 2 weeks to 3 months).

Cotroneo et al. (1986), reporting on 2 – week experience in Austria and Yugoslavia, suggest that student participants had developed a better sense of world communication; an increased understanding of how a health care system functions within a socio-political context; and were challenged in their ways of thinking, particularly about the American health care system (p.385-386). Similar outcomes related to the analysis of health care systems were reported by Beeman (1991) in her account of a 4-week course in United Kingdom. She also suggested that United States students were able to evaluate their own perception of nursing and the role of nurses, as well as gain an understanding of how others perceive the United States.

Bond and Jones (1994) support the idea of the development of a broader view and increase cultural sensitivity in their anecdotal report of a 2-week immersion experience in Mexico. The authors suggest that the nursing students develop empathy for persons from other ethnic groups, finding themselves in the reverse role of minority. They also note that students gained knowledge about values by themselves, coping skills, and use of resources.

Frisch (1990), and Zorn, Ponick & Peck (1995) provide the results of qualitative studies evaluating cognitive outcomes with nursing students who traveled to Mexico, and United Kingdom. The researchers used the same theoretical framework, Perry's (1970) theory of young adult cognitive development, and the same measure of cognitive development. Comparing students who had participated in the international experience with students who had remained at home schools, the authors expressed concern that cognitive development was significantly enhanced in the international study groups. Haloburdo and Thompson (1998) conducted a qualitative study using grounded theory methodology, interviewed 14 students who had participated in international experiences in developing and developed countries. Three major categories emerged from the data analysis: personal and professional growth, empirical knowledge, and learning experience. More similarities than differences were identified among the students who had travelled to developing versus developed countries. The findings suggest that international experiences need to include the opportunity to provide direct nursing

care. A proposed model for such experiences is presented.

Nursing education in the academic arena has placed increased emphasis on a liberal education. To meet the challenge of internationalising, the curricula in professional education nursing programs have developed various learning strategies, among these are international courses and student and faculty exchange programs.

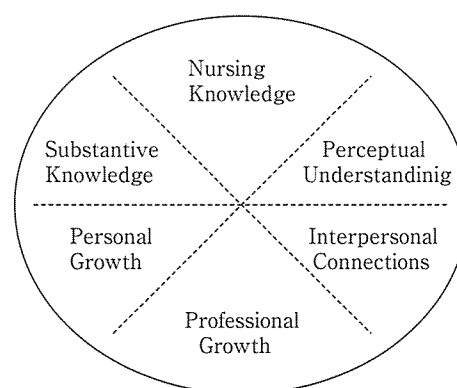
A number of authors have cited the potential value of international learning experiences for nursing students, nursing faculty as well as professional nursing staff, there is increased nursing knowledge; the development of a global perspective for the practice of nursing and seeing themselves as participants in the world community; and an opportunity for evaluation of the positive and negative aspects of other health systems to be better advocate for improvement in the rapidly changing our own nations systems (Meleir, 1984; Lindquist, 1986; Ketejian et al. 2001; Zheng et al. 2001; and Kollar & Ailinger, 2002).

The new millennium has been referred to as the 'International century' (Style, 1993, p.507). How nursing education will appropriately prepare for this century as well as the nursing service – as the health care system evolves and as nurses create new and innovative models of practice, nurse educators as well as professionals are challenged to develop new and innovative learning strategies for nursing students and staff. Style has suggested 'the world is a classroom' and it is 'providing labs whereby other parts of the globe can be sampled and flavoured' (Style, 1993, p.507).

The Conceptual Framework

The Conceptual Framework of International Experience for Nurses (CIEN) is based on Perry's theory of young adult cognitive development (1970) and the international experience model

GA:IN:ING A GLOBAL PERSPECTIVE



DEVELOPING SELF AND RELATIONSHIPS

Figure 1. The Conceptual framework of International Experience for Nurses (CIEN)

developed by Wilson (1993). The CIEN proposes that the participants of international experiences will develop a global perspective in six areas: substantive knowledge, nursing knowledge, perceptual understanding, personal growth, professional growth, and interpersonal connections as illustrated in figure 1. Within the global perspective, there are three areas being considered as the developing self and relationships.

Substantive Knowledge

Substantive knowledge comprises of learning a second language, art, history, music, and foreign policy of a specific country for the visiting individual.

Increasing understanding of the world in general, cultural values and norms, global awareness, current problem areas, present conditions, other options, and future directions of the country also can be included in the substantive dimension.

Nursing Knowledge

Nursing knowledge can include all kinds of nursing care and services practised in the visiting country especially the cultural unique care (low-technology nursing care) provided to the people, and the clinical nursing research results conducted within the country with their people. In addition, the articles and nursing textbooks can also be included in terms of the resources of nursing knowledge.

Our experiences in international nursing could help to develop knowledge in nursing in general and international nursing in particular. To do so, we must organise what we see in the world of nursing, making sense of it, share it, and develop it cumulatively. One element of this approach is international or cross-national research. Such research can help in discovering different ranges of behaviour.

Moreover, we lack theoretical perspective. A number of nurse theorists have provided us with some 15 conceptualizations of nursing which Meleis has classified as the need theories, the interaction theories, and the system theories (Meleis, 1987). They helped us to identify the domain concepts, four of which are central to nursing: human beings, environment, health, and nursing. If we accept these as central concepts in nursing, our research questions should revolve around describing their nature no matter where we are conducting our research in order to improve, as well as to implement nursing theory. As we attempt to answer many of research questions, we will build a solid core of nursing knowledge that will make nursing practice more effective, no matter who our clients are or where we serve.

Perceptual Understanding

There is clearly improvement in the perceptual understanding of individuals who participate in international educational and practice experiences. Being open-minded, a resistance to stereotype, the ability to emphasise with others, and non-chauvinism encompass attributes found to be inherent in persons who have participated in international education and practice experiences.

Personal Growth

Research in the area of personal growth suggests that substantive and knowledge, and perceptual understanding overlap somewhat as aspects in gaining a global perspective. This overlapping also is noted in the areas of self and professional growth as well as in relationships regarding the development of a global perspective. A greater understanding in the realm of cognition is strongly associated with growth in other aspects of personality as nurses interact with new environment. Certain variables mediate in a nurses interaction with the environment of the international experience. These include values, autonomy, vocation, and world-view.

Autonomy has been related to changes in self-confidence and feelings of independence as expressed by many of those who have participated in international and practice experiences. This relates to the area of personal growth within CIEN. An expansion of the participant's beliefs or alternatives regarding career choices and developing a global perspective or consolidating a perception have all been found to be linked to perceptual understanding and personal growth.

Interpersonal Connections

In the realm of interpersonal connections and professional growth as well as personal growth, an increase in interpersonal skills has been associated with international experiences of all kinds. Some participants were found to have greater ability to open themselves up to more people, often found a new circle of friends upon return, and greatly enhanced their communication skills.

Wilson reported that interpersonal communication skills contributed to increases effectiveness in following areas. Being able to accept other ideas more easily, give more respect to others, improve listening skills, and develop more accurate perception of others needs. In addition, communication skills contribute to trusting and improved cooperation with others including the ability to remain calm and in control when confronted by obstacles, as well as an increase cultural sensitivity and a greater awareness of cultural diversity.

Professional Growth

International experiences have made many participants more appreciative of life in general and the nursing profession in specific. Nurses in different countries have different work and living styles. No matter what the differences are, nursing as profession should be progressive as well as helping people in this world to have sound body and sound mind. Nurses around us, every where we are will always make us love and appreciate life the way it is given to any individual. The more nurses work internationally, the more positive attitudes toward the nursing profession will be developed in order to work as a nurse in any parts of the world.

International Co-operation Activities

International Co-operation Activities have been developed variously emphasising education, service and research sharing to emerge thought, knowledge, resources and opportunities as a consequence and following effectiveness:

1. global understanding, means to find knowledge at the global stage, adjust behaviour and emotions in an environment that is not one's hometown. 2. Intellectual, means development in language and culture that bring about new knowledge all the time and 3. personal, means to develop values for him or herself and relationships among people.

Various activities that educational institutes in many countries have developed widely are:

1. Education aspect, this consists of activities in the role of the Visiting Professor; Guest Speaker; Consultant; Exchange Programs for Sociality and Student; and study management in some subjects or manage experiences of some learning aboard under education curriculum.

2. In service, this consists of working in foreign countries on a voluntary basis and as a career; consultation; and exchange programs for the professional nurse.

3. Research, this consists of collaborative and cross cultural research; utilisation of research results in nursing practice; consultation; and research articles as co-authors.

4. Publications, this means to produce articles, documents and academic textbooks with experts in compatible fields.

5. Co-operation to manage international conferences might be one of activities initiated from international level of academic co-operation.

As can be seen from the above, activities to cooperate in international area are varied. Each type of activity has appeared in nursing education. Some activities have been practiced little, however, they have been appeared all over the world. The problem of different languages should not be a limitation to co-

operative construction in nursing education at all.

The success of co-operation in nursing education depends on 5 concepts: reciprocal learning, mutual understanding, collaboration, socio-cultural exchange, and consensual deliberation (Rosenkoetter, 1995)

Reciprocal learning

Reciprocal learning begins with an understanding of the country's culture and health care system, and how ideas are communicated in the country, words, gestures, and behaviors are interpreted very differently across cultures.

Mutual Understanding

Mutuality, the central core of a cooperative working relationship, begins when participants demonstrate respect for one another's ideas. This respect becomes the foundation from which the many diverse factors of contractual and informal agreements can be negotiated. Whatever the arrangement, it must be clarified as much as possible, and if clear, meaningful progress can be made toward the desired outcomes.

Collaboration

Collaboration implies that each party is encouraged to communicate and contribute to the relationship. Participants are given opportunities in an accepting environment to express their ideas.

Socio-Cultural Exchange

The responsibility for developing socio-cultural exchange is frequently delegated to the person who has been identified as 'the host.' Cultural values, historical factors, political influences, and religious beliefs underlie interpersonal interactions. Sensitivity to the culture can help one avoid insulting the host.

Consensual Deliberation

The term suggests that involuntary actions accompany voluntary actions, namely that facilitative and supportive thoughts, actions, and feelings support written documents and informal agreements. Consensual deliberation requires that participants carefully and thoughtfully assess, plan, and implement decisions. Orchestrating consensual deliberation involves effective listening, validating, and promoting open communication while facilitating group participation and sometimes complex negotiating.

Conclusion

Under the International Cooperation context, the host country

and its partners have exchanged information, knowledge, ideas, emotional understanding and bring about progress. In addition, cooperation develops the nursing profession both in education, management, and cooperative research through the development of nursing staff at all levels. As Melies (1984) stated, nursing knowledge has developed from domestic and international practice with in a system of international collaboration.

Participating in international nursing is a humbling experience. To see how much nurses as clinicians, teachers, and administrators are able to accomplish in spite of limited resources, crowded conditions, and limited rewards puts our accomplishments and frustrations in a different perspective. It is possible that one of the megatrends in identified by Naisbitt (1984) – high technology/high touch – may have resulted not only from dissatisfaction with the increasing mechanization in the developed countries, but also from our new willingness to look to other countries for solutions to some of our health – care problems. Naisbitt points out that the high emphasis on technology is being replaced by high technology/high touch; that is, every time a ‘high technology’ is introduced in developed countries, ‘a high touch’ technique becomes popular, with more high technology infiltrating hospitals in between.

As we enter the 21st century, international work is even more important to us as professional nurses. In the later part of the 19th century and first part of the 20th century, people from other nations were welcomed to the U.S. on the condition that they drop their own cultural patterns of life and adopt those on the Anglo-American, which had been established by the early English colonists. Some groups, such as eastern and southern Europeans, Orientals, Irish Catholics, and Italians, were unable or reluctant to be assimilated, which led to attempts at limiting immigration from those parts of the world.

Participating in international nursing could enhance understanding of any countries’ subcultures. Research studies have found that exposure to people from other countries opens closed minds, reduces ethnocentrism, and increases tolerance of Ambiguity, all of which, in turn, increase sensitivity to people from other cultures in our midst. This even more essential for the developed country, because they are mostly the nations of immigrants. Blacks, Latinos, Filipinos, Indochinese, Israelis, Arabs, and other ethnic groups make up half of world population. They are our neighbors, our colleagues, our students, and our patients. By understanding values, norms, and behaviors of people who live in other societies, nurses could apply some of that understanding to our fellow human beings, patients and health professional, who may hold a different set of values, a

different perceptual and cognitive apparatus than ours. By practicing international nursing, we could deliver better care to our own subcultures. All nurses should enjoy working in the nursing profession every where in this world.

ABSTRACT

In the perspective that the world is a classroom, everybody can learn in any place they live. All nurses should realise themselves as a part of the world community no matter what places they work in. In this perspective, thought, knowledge, resources and opportunities should be shared widely as a common interest. This is a prominent part of common learning and encouraging solving health problems in the world community will expand nursing knowledge as a consequence. Sharing stimulates international co-operation among the nursing profession throughout the world in education, service and research in various channels to become practical. One of those channels is working in many countries, and another prominent channel is information technology applying in interactive approach to develop international network. The Conceptual framework of International Experience for Nurses (CIEN) comprises of substantial knowledge, nursing knowledge, perceptual understanding, personal growth, interpersonal connections, and personnel growth as the ultimate goal of host and partner countries. The practical approach of international co-operation in nursing profession has brought about considerable diversity in education, service, and research that creates more progression in international profession in under-developed, developing, and developed countries as well. Important concepts for the success of CIEN are reciprocal learning, mutual understanding, collaboration, socio-cultural exchange, and consensual deliberation, based on the assumption, that nursing knowledge will be developed best through domestic and international practice in a system of international collaboration.

References

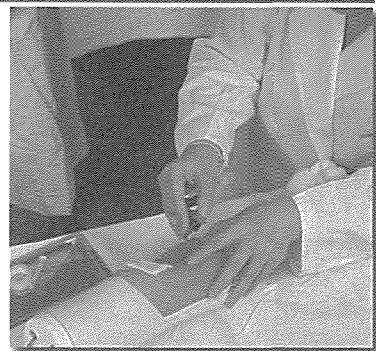
- Beeman, P. (1995) Nursing education, Practice, and Professional Identity : A Transcultural Course in England, *Journal of Nursing Education*, 30(2), 63-67.
- Bond, M.L., & Jones, M.E. (1994) Short-term Cultural Immersion in Mexico. *Nursing and Health Care*, 15, 249-253.
- Cotroneo, M., Grunzweig, W., & Hollingsworth, A. (1986) All Real Living is Meeting: The Task of International Education in a Nursing Curriculum. *Journal of Nursing Education*, 25(9), 384-386.
- Frisch, N.C. (1990) An International nursing Student Exchange Program : An Experience that Enhanced Nursing Students Cognitive Development. *Journal of Nursing Education*, 29(1), 10-12.
- Haloburdo, E.P., & Thompson, M.A. (1987) A Comparison of International Nursing Experiences of Baccalaureate Nursing Students : Developed and Developing Countries. *Journal of Nursing Education*

- tion. 37(1), 13-21.
- Henry, M. et al. (1999) Working with/against Globalization in Education. *Journal Of Education Policy*. 14, 85-98.
- Kauffmann, N.L., Martin, J.N., Weaver, H., & Weaver, D. (1992) *Students Abroad: Stranger at Home*, Yarmouth, ME: Intercultural Press.
- Ketefian, S., Redman, R.W., Hanucharurnkul, S., Materson, A., & Neves, E.P. (2001) The Development of Advanced Practice Roles : Implications in International Nursing Community, *International Nursing For Nurses*, 48, 152-163.
- Kollar, S.J., & Ailinger, R.L. (2002) International Clinical Experiences : Long term Impact on Students. *Nurse Educator*, 27(1), 28-31.
- Lindquist, G.J. (1986) Programs that Internationalize Nursing Curricular in Baccalaureate Schools of Nursing in the United States. *Journal of Professional Nursing*, 2, 143-150.
- Lockhart, D., & Resich, L. (1997) Teaching Cultural Competence : The Value of Experiential Learning and Community Resources. *Nurse Educator*, 22(3), 27-31.
- Marginson, S. (1999) After Globalization : The Emerging Politics of Education. *Journal of Education Policy*, 14, 19-21.
- Meleis, A. (1984) International Nursing ; A Force of Knowledge Development. *Nursing Outlook*, 33(3), 144-147.
- Meleis, A. (1987) *Theoretical Nursing : Development and Progress*. Philadelphia : J.B. Lippincott, Inc.
- Modly, D., Fitzpatrick, J., Poletti, P., & Zanotti, R. (1995) *Advancing Nursing Education*. New York : Singer Publishing Company, Inc.
- Neisbitt, J. (1984) *Megatrends : The New Directions Transforming Our Lives*. 6th ed., New York : Warner Books.
- Perry, W.G. Jr. (1970) *Forms of Intellectual and Ethical Development in the College Years*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Scott, P. (2000) Globalization and Higher Education ; Challenge for the 21st Century. *Journal of Studies in International education*, 4, 3-10.
- Style, M. (1993) The World as a Classroom. *Nursing and Health care*, 14(10), 507.
- Wilson, A.H. (1993) *The Meaning of International Experience for Schools*. Westport, Conn.: Prager Publisher.
- Zheng, X., Hilshow, A.S., Guo, G.F., & Oakley, D.J. (2001) Building International Partnerships. *International Council for Nurses*, 48, 117-121.

時代を超えて生きる Essential 看護教育をもとめて

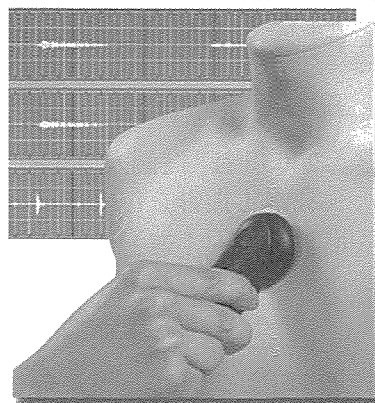
新型・採血静注シミュレータ シンジョー

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



呼吸音聴診シミュレータ Mr. ラング

お手持ちの聴診器を使って呼吸音聴診トレーニングができます。。
実際の患者さんから録音した35症例を収録しており、コンピュータで操作することができます。
等身大の人体胸部モデルの体内に内蔵された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教育に最適です。モデル背部でも患者さんそっくりの fine crackle が聴かれます。



万能型実習モデル 成人 さくら

患者さんを想定した基本的な看護 / 福祉技術の習得とアセスメントの学習に単独で座位がとれる等身大の成人実習モデルです。
全身状態の観察手順・バイタルサインの診察手技のモデルとしてもご利用できます。身長 約 158 cm 重量 約 18kg



口腔ケアモデル セイケツくん

舌下が生体のようにざらざらした義歯装着口腔ケアモデルです。
効果的なケアが患者さんを感染症から守ります。
支持台の角度が変わりますのでさまざまなシチュエーションが再現できます。口腔の清潔ケアはいま重要性が見直されています。



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

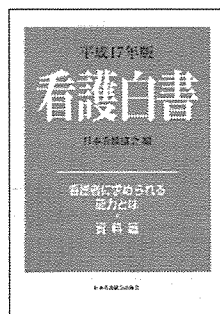
東京支店：東京都文京区小石川 5 丁目 20-4 〒112-0002
電話 03-3817-8071 FAX 03-3817-8075

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

平成17年版 看護白書

日本看護協会 編 ●B5判 288頁 定価2,520円(税込)

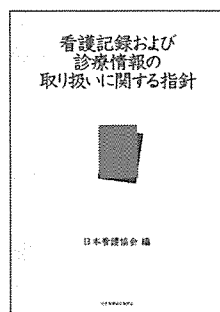
看護界を展望する年次報告書。平成17年版はジェネラリストとしての一般の看護者に求められる技術・能力を明らかにするとともに、看護の質を維持・向上させるために必要な教育や研修のあり方について考えます。また、看護の質の担保としての看護者の免許更新制度についても言及します。



看護記録および診療情報の 取り扱いに関する指針

日本看護協会 編 ●B5判 88頁 定価630円(税込)

2005年4月『個人情報保護に関する法律』の全面施行に向けて、日本看護協会が本指針を作成。どこまでの情報を求めればいいのかといった素朴な疑問を、この1冊で解決します。本書では、看護において必要な看護記録や診療情報といった「個人情報」の取り扱いに関する基本的な考え方を示しており、看護者が患者の権利を尊重し、患者の自己決定を支援する等の役割を明確に掲載しています。

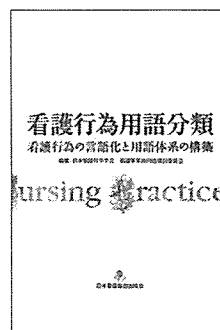


看護行為用語分類 看護行為の言語化と用語体系の構築

日本看護科学学会 看護学学術用語検討委員会 編
●四六判 400頁 定価2,625円(税込)

日本の臨床現場で使われている看護行為用語を分類・定義した画期的な書

日本看護科学学会の看護学学術用語検討委員会が6年かけてまとめた看護行為の用語集。臨床現場で使われている看護行為用語を整理・分類し、211用語を精選し、「定義」「対象の選択」「方法の選択にあたって考慮する点」「実施に伴って行うこと」「期待される成果」を明らかにしました。電子カルテ・看護記録のための看護用語の標準化に、そして新人看護師の教育に最適な書。また看護学生の基礎看護学・臨床実習のテキストとしても役立つ1冊。



[主な内容]

まえがき 川島みどり／数間恵子
第一部 作成の背景と目的
作成の方法と経過
第二部 「看護行為用語分類」の概要
看護行為用語一覧
看護行為用語定義一覧
第三部 領域別看護行為用語
領域1. 観察・モニタリング

領域2. 基本的生活行動の援助
領域3. 身体機能への直接的働きかけ
領域4. 情動・認知・行動への働きかけ
領域5. 環境への働きかけ
領域6. 医療処置の実施・管理
あとがき 太田勝正
索引 作成組織



日本看護協会出版会

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

コールセンター TEL.0436-23-3271
(ご注文) FAX.0436-23-3272

郵便振替00190-8-168557

第1024回 運営審議会の概要 (平成17年3月23日)

第1024回運営審議会は、平成17年3月23日(水)に開催され、次のような審議がありました。

1 対外報告

- ・第5部報告「大学(工学部門)の研究業績の評価について」
 - ・荒廃した生活環境の回復研究連絡委員会放射性物質による環境汚染の予防と回復専門委員会報告「放射性物質による環境汚染の予防と回復に関する研究の推進」
 - ・荒廃した生活環境の回復研究連絡委員会遺棄化学兵器に対する高度処理技術の開発専門委員会報告「国内外の遺棄化学兵器のリスク評価と安全な高度廃棄処理技術の開発」
- 以上の3件について、担当の委員より説明があり、第5部長が修文し、その結果は三役に一任することで了承されました。
- ・林学研究連絡委員会報告「森林情報システムの充実と活用に向けて」について、担当の委員より説明があり、一部修正の上了承されました。
 - ・声明案「日本の科学技術政策の要諦」について会長より説明があり、一部修正の上、会長に一任されました。

2 第144回総会日程(案)について

- ・原案のとおり了承されました。

3 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2004組織委員会」の廃止について(総会)

- ・原案のとおり了承されました。

4 平成19年度開催国際会議の共同主催候補について

次の会議について共同主催候補とすることとしました。

- (1) 第18回バイオ鉄国際会議
- (2) 原子核物理学国際会議INPC2007
- (3) 第21回太平洋学術会議
- (4) 第12回新芳香族化学国際会議
- (5) 第14回有機合成指向有機金属化学国際会議
- (6) 第6回国際動物実験代替法会議
- (7) 第17回アジア社会科学研究協議会連盟総会
- (8) 第5回国際自律神経科学会議

5 平成17年度代表派遣実施計画について

会長からの提案により、審議結果に基づき、原案のとおり了承しました。

6 平成17年度代表派遣について(4月、5月及び6月分)

- (1) 世界政治学会執行委員会
(4月8日～12日、グルノーブル/フランス)
- (2) 第11回国連犯罪防止会議
(4月18日～25日、バンコク/タイ)
- (3) 国際科学会議(ICUS)アジア・太平洋支部会合
(4月25日～27日、クアラルンプール/マレーシア)
- (4) 平和博物館国際会議
(5月1日～7日、ゲルニカ/スペイン)
- (5) 欧州経営学会2005年度大会
(5月4日～7日、ミュンヘン/ドイツ)
- (6) 太平洋学術協会(PSA)特別執行部会
(5月9日、ハノイ/ベトナム)
- (7) 太陽地球系物理学・科学委員会(SCOSTEP)理事会

(5月14日～16日、台北／台湾)

- (8) 国際人権ネットワーク隔年総会(第7回)
(5月17日～20日、ロンドン／英国)
- (9) 哲学諸学会国際連合(FISP)運営委員会
(5月18日～21日、ヘルシンキ／フィンランド)
- (10) 国際会議 物理学における女性達
(5月23日～25日、リオデジャネイロ／ブラジル)
- (11) 法哲学・社会哲学国際学会連合第22回世界大会
(5月24日～29日、グラナダ／スペイン)
- (12) 国際農業工学会(CIGR)2005年理事会及び関連会議
(5月26日～29日、サンクトペテルブルグ／ロシア)
- (13) 水田農業システムの持続性に関する国際会議
(6月1日～4日、クエゾン／フィリピン)
- (14) バークシャー女性史会議
(6月2日～6日、クレアモント／米国)
- (15) 第6回フランス憲法学会
(6月9日～11日、モンペリエ／フランス)
- (16) 第9回ヨーロッパ経済思想史学会大会
(6月9日～12日、スターリング／英国)
- (17) アジア・太平洋地球科学会第2回年会
(6月20日～24日、シンガポール／シンガポール)
- (18) 第18回国際老年学会議
(6月26日～30日、リオデジャネイロ／ブラジル)
- (19) 第20回国際草地学会
(6月26日～7月1日、ダブリン／アイルランド)
- (20) 国際法の現代的課題に関する第7回ハーグ合同会議
(6月30日～7月2日、ハーグ／オランダ)

7 平成16年度代表派遣の変更について

科学と社会委員会2005

(3月9日～11日、ブリュッセル／ベルギー) → 取り止め

8 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が了承されました。

- (1) シンポジウム「科学者・技術者の倫理と社会的責任を考える」
日時：平成17年3月28日(月)
場所：神奈川大学横浜キャンパス
- (2) 日本工学会シンポジウム「技術者と技術者コミュニティ」
日時：平成17年4月18日(月)
場所：建築会館ホール
- (3) 第49回日本リウマチ学会総会・学術集会・第14回国際リウマチシンポジウム
日時：平成17年4月17日(日)～20日(水)

場所：パシフィコ横浜

9 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が了承されました。

- (1) 第3回人間一生活環境系国際会議
日時：平成17年9月12日(月)～15日(木)
場所：文化女子大学

第1025回運営審議会は、平成17年4月5日(火)に開催され、次のような審議がありました。

第1025回

運営審議会の概要 (平成17年4月5日)

1 対外報告

・第7部報告『『運動器の10年』世界運動の目指すものー我が国における運動器疾患および障害の予防・治療研究推進のための基盤整備ー』について、担当部長及び委員長より説明があり、一部修正の上、三役に一任されました。

2 運営審議会附置国際会議主催等検討委員会に平成18年度共同主催国際会議委員会を設置すること及び同委員会委員を選任することについて

・原案のとおり了承されました。

3 第5回アジア学術会議の開催について

・日時：平成17年(2005年)5月11日(水)～13日(金)
場所：ベトナム(ハノイ)
・原案のとおり了承されました。

4 平成17年度各地区会議事業計画について

・原案のとおり了承されました。

日本看護研究学会雑誌投稿規程

1. 投 稿 者

本誌投稿者は、著者及び共著者すべて本学会員とする。ただし編集委員会により依頼したものはこの限りではない。

2. 投稿の種類と内容

投稿内容は、看護に関する学術・技術・実践についての論文とする。投稿者は、投稿時に以下の原稿種別のいずれかを申告する。投稿論文は未発表のものに限る。また、人および動物が対象の研究は、倫理的配慮がされていること、およびそのことが本文中に明記されなくてはならない。

■原著論文（カテゴリーⅠ：量的研究、カテゴリーⅡ：質的研究、カテゴリーⅢ：その他）

学術上および技術上価値ある新しい研究成果を記述した論文。

投稿時にカテゴリーⅠ、Ⅱ、Ⅲ、のいずれかを選択する。

■研究報告

学術上および技術上価値ある新しい研究成果で、前掲「原著論文」ほどまとまった形ではないが、これだけでも早く発表する価値のある論文。

■技術・実践報告

技術的な問題についての実践結果の報告で、その手段あるいは得られた成果が大きな波及効果を期待できる記事。

■総 説

特定の問題に関する文献を集めて分析検討した論文。

3. 原稿の送付

投稿原稿は、所定の表紙（学会誌最終頁に綴じ込まれている）に必要事項を記入の上、本文、図表、写真等、を綴じたオリジナル原稿、およびオリジナル原稿のコピー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」と朱書き、書留郵便で郵送すること。）

事務局に到着した日を原稿受付日として誌上に明記する。なお著しく執筆要項を逸脱したものは事務的に返却し、形式が整った時点を受付日とする。

4. 原稿の受付（締め切り）

原稿の受付は年4回（4月、7月、10月、1月、各月の10日）とし、毎回ごとに受理手続きを行う。

5. 投稿の採否

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

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

なお原稿は原則として返却しない。

なお原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

6. 原稿の校正

校正にあたり、初校は著者が、2校以後は著者校正に基づいて編集委員会が行う。

なお校正の際の加筆は一切認めない。

	原著論文	研究報告	技術・実践報告	総 説	資料・その他
独 創 性	○	○	○		
萌 芽 性		○	○		
発 展 性		○	○	○	
技 術 的 有 用 性			○	○	
学術的価値性・有用性	○	○		○	
信 頼 性	○			○	
完 成 度	○				

〔凡例〕 ○：評価の対象とする，空欄：評価するが過度に重視しない。

7. 原稿掲載料・別刷料

原稿が刷り上がりで、10頁以下（800字詰原稿用紙30枚（図表含む））の場合は、掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は、所定の料金を徴収する。超過料金は、刷り上がり超過分1頁につき実費とする。

図表は、A4判用紙にトレースした原図を添える事。印刷業者でトレースが必要になった時はその実費を徴収する。

別刷については、あらかじめ著者より申し受けて有料で印刷する。料金は、30円×刷り上がり頁数×部数（50部を単位とする）。ただし本会より執筆を依頼したものについてはこの限りではない。

8. 著作権

会員の権利保護のために、掲載された原稿の著作権は本会に属するものとする。他者の著作権に帰属する資料を引用するときは、著者がその許可申請手続きを行なう。

9. 原稿執筆要項

別に定める。

この規程は、昭和59年12月1日より発効する。

付 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 4) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 5) 平成16年7月28日 一部改正実施する。

原 稿 執 筆 要 項

1. 原稿の書き方

原稿は簡潔でわかりやすいように重点を強調して記述すること。書籍・雑誌などの図、表を引用するときには必ず出典を明記すること。

- 1) 所定の表紙（学会誌最終頁に綴じ込まれているものをA4判に拡大コピーして使用）に、原稿の種類、和・英（JAMAの書式）の論文題名、およびキーワード（5語以内）、著者氏名、所属団体・部署とその英訳、原稿枚数、和文抄録文字数、英文抄録使用語数、別刷部数を明記する。
- 2) 原則としてワードプロセッサなどによる機械仕上げとし、英文抄録、和文抄録はそれぞれ別の用紙に印刷する。本文の書式はA4判の用紙に文字数800字（40字詰め20行）、左右余白30mm、上下余白50mmとする。本文には必ず中央下にページ数（本文のみ）を記すこと。本文（題名とはじめにの間などに）には著者名、所属を記入しない。
- 3) 英文抄録は200語以内をA4判の用紙に、原則としてTimes New Romanの12フォントを用いて、ダブルスペースで印字する（原著論文、研究報告のみ）。
- 4) 和文抄録は400字以内とする。
- 5) 図表は一つずつA4用紙に配置し、それぞれに通し番号を付して図1、表1などとする。
- 6) 図表は、白紙または青色の方眼紙に、黒インクで仕上り寸法の約1.5倍の大きさに描く。提出された原図はそのままオフセット印刷する。
- 7) 図表は、原稿本文とは別にまとめて巻末に添える事。図表を原稿に挿入する箇所は、原稿の右側余白に図表番号を朱書きする。
- 8) 文献は、本文の引用箇所の肩に1)、2)のように番号で示し、本文原稿の最後の一括して引用番号順に整理して記載し、書式は本文と同じとする。文献著者が3名以上の場合は筆頭者2名のみをあげ、○○他とする。文献の記載方法は以下の通りである。

①雑誌の場合：

番号) 著者名：表題、雑誌名、巻（号）、始ページ-終ページ、発行年（西暦）

- 例 -

- 1) 日本太郎、看護花子、他：社会的支援が必要なハイリスク状態にある高齢入院患者の特徴、日本看護研究学会雑誌、2(1)、32-38、1998
- 2) Nihon, T., Kango, H. et al.: Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service, J. Nursing, 2(1), 32-38, 1998

②書籍の場合：

番号) 著者名：書名、引用箇所の始ページ-終ページ、出版社、出版地、発行年（西暦）

- 例 -

- 3) 研究太郎：看護基礎科学入門、23-52、研究学会出版、大阪、1995

③編集者の場合：

番号) 著者名：表題、編集者名（編）：書名、始ページ-終ページ、出版社、出版地、発行年（西暦）

- 例 -

- 4) 研究花子：不眠の看護、日本太郎、看護花子（編）：臨床看護学Ⅱ、123-146、研究学会出版、東京、1998
- 5) Kimura, H.: An approach to the study of pressure sore, In: Suzuki, H., et al. (Eds): Clinical Nursing Intervention, 236-265, Nihon Academic Press, New York, 1996

④電子文献の場合：

番号) 著者：タイトル、入手日、アドレス

- 例 -

- 6) ABC看護学会：ABC看護学会投稿マニュアル、2003-01-23、
<http://www.abc.org/journal/manual.html>

なお、雑誌略名は邦文誌では医学中央雑誌、欧文誌では、INDEX MEDICUSおよびINTERNATIONAL NURSING INDEXに従うものとする。

9) 用字・用語は、現代かなづかいとする。アラビア数字を使い、SI単位系 (m, kg, S, A など) を用いる。

2. 原稿用紙および原稿の長さ

800字詰め原稿用紙3枚が刷り上がり1ページに相当する。刷り上がりが下記のページ数を超過しないように配慮すること。ただし、表題、図表等の一切を含むものとする。図表を仕上がり寸法 (原版の2/3で大まかに見積る) で、A4サイズの用紙に配置した場合に必要なページ数を下記のページ数から差し引いたページ数に、2400文字を乗じた数が本文及び引用文献に使用できる文字数になる。

- | | |
|-------------|-------|
| (1) 原著論文 | 10ページ |
| (2) 研究報告 | 10ページ |
| (3) 技術・実践報告 | 7ページ |
| (4) 総説 | 7ページ |

3. フロッピーディスク

原則として、原稿のフロッピーディスクを添付する。3.5インチフロッピーでMS-DOS上のテキストファイルが望ましい。ラベルには著者、表題、使用機種、使用ソフトウェアを明記すること。

この要項は、昭和59年12月1日より発効する。

付 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成10年7月30日 一部改正実施する。
- 4) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 5) 平成15年7月23日 一部改正実施する。

事務局便り

1. 平成17年度会費納入のご案内について

平成16年度会費をお納めの上、平成17年度から「退会」のお申し出のない会員の皆様にごこの度、学会誌28巻2号を送付致しております。

平成17年度会費未納の方は、お早めに同封の振り込み用紙または、下記の納入方法でお振り込み下さい。

記

会 費	7,000円
郵便振込	口座番号 00100-6-37136
加入者名	日本看護研究学会事務局

会員の中に同姓・同名の方がおります、お振込の際、会員番号・ご連絡先は、必ずご記入下さいますようお願い致します。

会員番号は、封筒の宛て名ラベルに明記してありますので、ご確認ください。

2. 送付先変更の場合は、お早めに会費振込用紙の通信欄、又は葉書、FAX（043-221-2332）で新しい送付先をお知らせ下さい。楷書でお書き頂き、難しい呼び名の場合には、ふりがなを必ず付記して下さい。

3. 下記の方が住所不明です。（4月20日発行雑誌28巻1号等をお送りしましたところ、転居先事務局に返却されました。）ご存じの方は、本人、又は事務局までご連絡をお願い致します。

あ-384 安楽 和子様	い-759 飯盛 光葉様	か-561 川崎 彰子様	さ-186 佐藤 枝江様
た-339 高橋 慶子様	た-472 小山内由紀子様	な-476 長倉 里加様	ふ-264 武藤 洋子様
ま-240 松永 直子様	ま-379 増田久美子様	み-125 伊藤絵里子様	む-018 村上 静子様
や-386 山地 洋子様	わ-074 渡辺恭子様(2004)	い-694 磯部 直子様	か-407 山口 美紀様
く-235 黒田 智子様	さ-443 酒井 良子様	た-681 高橋 真弓様	た-694 武田江里子様
は-357 畑山 百合様	む-046 大矢 千鶴様	や-456 山口 琴美様(2003)	

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28巻 2号

会員無料配布

平成17年5月20日 印刷

平成17年6月20日 発行

編集委員

委員長 川口 孝泰（理事）筑波大学大学院人間総合科学研究科
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）筑波大学大学院人間総合科学研究科
櫻井 利江（会員）筑波大学大学院人間総合科学研究科
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 山 口 桂 子
責任者

印刷所 （株）正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

入会を申し込まれる際は、以下の事項にご留意下さい。

1. 大学，短期大学，専修学校在学中の学生は入会できません。なお，前述の身分に該当する方で，学術集会への演題申込みのためにあらかじめ発表年度からの入会を希望される場合は，発表年度にはこれに該当しないことを入会申込書欄外に明記して下さい。
2. 入会を申し込まれる場合は，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。ご注意ください。
3. 入会申込書の送付先：〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1－2－10
日本看護研究学会
4. 理事会承認後，その旨通知する際に入会金3,000円，年会費7,000円，合計10,000円の郵便振込用紙を送付します。振込用紙到着後14日，（2週間）以内にお振込み下さい。
5. 専門区分の記入について：専門区分のいずれかに○印を付けて下さい。尚，その他の場合は，（ ）内に専門の研究分野を記入して下さい。
6. 送付先について：送付先住所の自宅・所属いずれかに○印をご記入下さい。
7. 地区の指定について：勤務先と，自宅住所の地区が異なる場合，希望する地区に○印を付けて地区登録して下さい。尚，地区の指定がない時は，勤務先の地区にいたします。
8. 会員番号は，会費等の納入を確認ののち，お知らせいたします。

.....（切り取り線より切ってお出してください）.....

入 会 申 込 書

日本看護研究学会理事長 殿

申込年月日 年 月 日

貴会の趣旨に賛同し会員として西暦_____年度より入会を申し込みます。（入会年度は，必ずご記入下さい。）

フリガナ			専門区分	看護学・医学・その他（ ）	
氏 名	印		生 年	西暦	年 月
所 属	TEL		FAX		
	地区割				
送付先住所	自宅・所属 (いずれかに○)	〒	地区名 都 道 府 県 名		
自 宅	TEL		1 北 海 道 北海道		
評 議 員 推 薦 者 氏 名	FAX		2 東 北 青森，岩手，宮城，秋田，山形，福島		
	印		3 関 東 千葉，茨城，栃木，群馬，新潟		
推 薦 者 所 属	会員番号		4 東 京 東京，埼玉，山梨，長野		
事 務 局 記 入 欄	理事会承認年月日		5 東 海 神奈川，岐阜，静岡，愛知，三重		
	受付番号		6 近畿・北陸 滋賀，京都，大阪，兵庫，奈良，和歌山，福井，富山，石川		
	受 付 日		7 中国・四国 島根，鳥取，岡山，広島，山口，徳島，香川，愛媛，高知		
	通知番号		8 九 州 福岡，佐賀，長崎，熊本，大分，宮崎，鹿児島，沖縄		

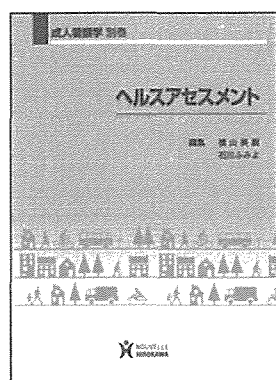
日本看護研究学会 投稿原稿表紙

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.	/
4.	/	5.	/
3.	/		
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

ヘルスアセスメント

聖路加看護大学講師 横山 美樹 編集
茨城キリスト教大学看護学部助教授 石川ふみよ



●B5判
●フルカラー
●300 頁
●定価2,625円
(本体2,500円＋税)
ISBN 4-902085-17-8(2005)

フルカラーの写真，イラストを多用して，ヘルスアセスメントの基本的な考え方，手法に加え，さらに患者の状態に合わせたアセスメントの方法を解説しています。

★適切なアセスメントを実施するために，具体的な技法と，心理・社会面を含めた全人的（ホリスティック）な視点で，患者の状態や個性に合わせて，どこに焦点を当て，どのような手法をどのように選んで用いるか，また得られた情報をどのように考えていくか，そしてアセスメントの結果をどのように使っていくかを理解することができます。

●理論編では，倫理的配慮を踏まえて，身体，心理・社会，家族・文化的視点からヘルスアセスメントができるように解説し，実践編では機能障害別に具体的にアセスメント方法を示し，さらに事例編では入院時，救急外来，在宅での場面別でのアセスメントが理解できるようにしています。

主要目次

パート1. 理論編

- 第1章 ヘルスアセスメントの考え方
- 第2章 アセスメントプロセス
- 第3章 問診・インタビュー，ヘルスヒストリー（健康歴）
- 第4章 フィジカルアセスメント
 - 1. フィジカルアセスメントの基本的技術（フィジカルイグザミネーション技術）
 - 2. 系統別フィジカルアセスメント

パート2. 実践編（障害別）

- 第5章 呼吸機能障害（患者）のアセスメント
- 第6章 循環機能障害（患者）のアセスメント
- 第7章 栄養・代謝機能障害（患者）のアセスメント
- 第8章 内部環境調整機能障害（患者）のアセスメント
- 第9章 生体防御機能障害（患者）のアセスメント
- 第10章 感覚機能障害（患者）のアセスメント
- 第11章 認知・言語機能障害（患者）のアセスメント
- 第12章 運動機能障害（患者）のアセスメント
- 第13章 排泄機能障害（患者）のアセスメント
- 第14章 性機能障害（患者）のアセスメント

パート3. 事例編

- 1：入院時のアセスメント
- 2：救急外来でのアセスメント
- 3：在宅でのアセスメント

付録：用語解説