

JOURNAL OF JAPANESE SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 29 Number 4 September 2006 ISSN 0285-9262

日本看護研究学会雑誌

[29巻4号]

研究計画から、データ収集、分析、まとめまでのすべてを網羅した、定評ある看護の質的研究入門書

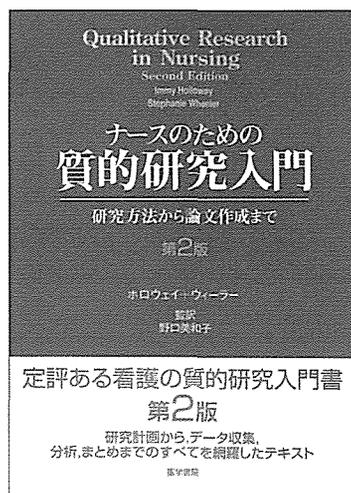
ナースのための 質的研究入門

研究方法から論文作成まで 第2版

原著 ホロウェイ+ウィーラー

監訳 野口美和子 前自治医科大学教授・看護学部長

4年制大学や大学院修士課程などでの看護学の質的研究方法の入門書として最適。第2版では、1) 質的研究の紹介、2) データ収集、3) 質的研究へのアプローチ、4) データ分析とまとめ、の4部でわかりやすく構成し、最近注目されているアクションリサーチとナラティブリサーチに各1章が当てられている。



●B5 頁320 2006年
定価3,780円
(本体3,600円+税5%)
[ISBN4-260-00226-0]

目次

第1部 質的研究の紹介

- 第1章 質的研究の特質:発展と展望
- 第2章 研究プロセスにおける最初の段階
- 第3章 質的研究における倫理的問題
- 第4章 質的研究における研究指導

第2部 データ収集

- 第5章 面接
- 第6章 参加観察とデータとしての記録物
- 第7章 質的研究としてのフォーカス・グループ
- 第8章 対象選択

第3部 質的研究へのアプローチ

- 第9章 記述民族学(エスノグラフィ)
- 第10章 グラウンデッド・セオリー
- 第11章 現象学
- 第12章 アクションリサーチ
- 第13章 ナラティブリサーチ
- 第14章 その他の研究方法

第4部 データ分析とまとめ

- 第15章 データ分析:手順,実施,コンピュータの活用
- 第16章 真実性と質を確保すること
- 第17章 質的研究を書き上げる

質的研究

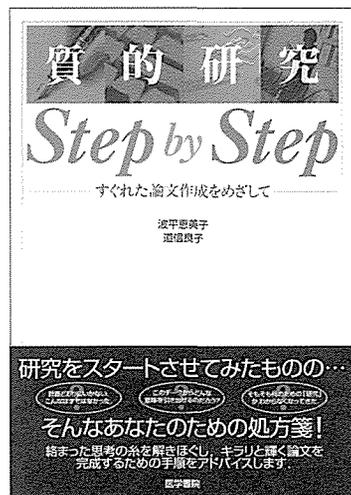
Step by Step

すぐれた論文作成をめざして

波平恵美子 お茶の水女子大学教授

道信良子 札幌医科大学講師

あなたの悩みを
スバリ解決!



●B5 頁108 2005年
定価2,520円
(本体2,400円+税5%)
[ISBN4-260-00137-X]

研究をスタートさせてみたものの、この先どのように進めていけばよいか、途方に暮れていませんか? 「計画通りにいかない」「こんなはずではなかった」「そもそも何のための“研究”か、わからなくなってきた」——しかし、もう悩む必要はありません。絡まった思考の糸を解きほぐし、キラリと輝く論文を完成するための手順をアドバイスします。



医学書院

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

消費税率変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。

会 告 (1)

平成18年度日本看護研究学会総会において、次の事項が提案の通り承認されましたので、お知らせ致します。

1. 平成17年度事業および会計に関する報告
2. 将来構想検討委員会から提案：国際交流委員会を設置する。
3. ホームページの改訂（新WEBシステム導入）及びホームページによる情報提供にあわせ、今後は、電子投稿、WEB上での査読システムについて構築する。
4. 平成18年度事業計画および予算

平成18年 8月24日

日本看護研究学会
理事長 山 口 桂 子

会 告 (2)

平成18年度日本看護研究学会総会において、第34回（平成20年度）学術集会長は、園田学園女子大学人間看護学科 教授 近田敬子氏に決定しました。

平成18年 8月24日

日本看護研究学会
理事長 山 口 桂 子

会 告 (3)

第33回日本看護研究学会学術集会を下記の通り、盛岡市において開催いたしますのでお知らせいたします。

記

期 日：平成19年7月28日（土）、29日（日）

プレカンファレンスセミナー 27日（金）

場 所：盛岡市民文化ホール（マリオス）

〒020-0045 岩手県盛岡市盛岡駅西通2丁目9番1号

いわて県民情報交流センター（アイーナ）

〒020-0045 岩手県盛岡市盛岡駅西通1丁目7番1号

学術集会 事務局

学術集会参加申込み等：

〒020-0193 岩手県滝沢村滝沢字巣子152-52

岩手県立大学看護学部内

第33回日本看護研究学会学術集会 事務局

T E L：019 - 694 - 2280（福島）2290（浅沼）

F A X：019 - 694 - 2281

E-mail：jsnr33@ml.iwate-pu.ac.jp

ホームページ：http://www-nurs.iwate-pu.ac.jp/jsnr33/index.html

日本看護研究学会入会申込み等

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

日本看護研究学会事務局

T E L 043-221 - 2331

F A X 043-221 - 2332

平成18年9月20日

第33回日本看護研究学会学術集会

会 長 石 井 ト ク

（岩手県立大学看護学部・研究科）

会 告 (4)

日本看護研究学会奨学会規程に基づいて、平成19年度奨学会研究の募集を行います。応募される方は、規程および次頁募集要項に従って申請して下さい。

平成18年 9月20日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

日本看護研究学会奨学会規程

第1条 (名称)

本会を日本看護研究学会奨学会(研究奨学会と略す)とする。

第2条 (目的)

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

第3条 (資金)

本会の資金として、前条の目的で本会に贈与された資金を基金として、その金利をもって奨学金に当てる。会計年度は、4月1日より翌年3月31日迄とする。

第4条 (対象)

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

- 2) 日本看護研究学会学術集会において、少なくとも1回以上発表をしている者であること。
- 3) 原則として、本人の単独研究であること。
- 4) 推薦の手続きや様式は別に定める。
- 5) 奨学金は対象研究課題の1年間の研究費用に充当するものとして贈る。
- 6) 研究が継続され、更に継続して奨学金を希望する者は、改めて申請を行うこととする。

第5条 (義務)

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

第6条 (罰金)

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

第7条 (委員会)

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

- 2) 委員会に委員長を置き、本会を総括する。
- 3) 委員会は次の事項を掌務する。
 - ① 基金の財産管理及び日本看護研究学会理事長への会計報告
 - ② 奨学金授与者の選考、決定及び理事長への報告
 - ③ 授与者の義務履行の確認、及び不履行の査問、罰則適用の決定及び理事長への報告
 - ④ 奨学金授与者の選考及び授与者の義務履行については、別に定める。

第8条

委員会より報告を受けた事項は、日本看護研究学会理事長が総会に報告する。

第9条

奨学金を授与する者の募集規程は、委員会において別に定め、会員に公告する。

第10条

本規程は昭和54年9月24日より発効する。

付 則

- 1) 昭和59年7月22日 一部改正(会計年度の期日変更)実施する。
- 2) 平成6年7月29日 一部改正(会則全面改正に伴い)実施する。
- 3) 平成8年7月27日 一部改正実施する。
- 4) 平成11年7月30日 一部改正実施する。

日本看護研究学会奨学会 平成19年度奨学研究募集要項

1. 応募方法

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

2. 応募資格

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

3. 応募期間

平成18年11月1日から平成19年1月20日の間に必着のこと。

4. 選考方法

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

5. 奨学会委員会

奨学会委員会は次の委員により構成される。

委員長	近田敬子	理事	（園田学園女子大学）
委員	紙屋克子	理事	（筑波大学医学専門学群看護医療科学類）
	寺崎明美	理事	（福岡大学医学部）
	中西純子	評議員	（愛媛県立医療技術大学）
	宮島朝子	評議員	（京都大学医学部保健学科）

6. 奨学金の交付

選考された者には1年間20万円以内の奨学金を交付する。

7. 応募書類は返却しない。

8. 奨学会委員会の事務は、下記で取り扱う。

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

日本看護研究学会

奨学会委員会 委員長 近田敬子

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

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

会 告 (5)

日本看護研究学会 学会費および奨励賞に関する規程・細則および募集要項に基づいて、平成18年度学会賞の対象者を推薦して下さい。(第2回公告)

平成18年9月20日

日本看護研究学会
理事長 山 口 桂 子

日本看護研究学会 学会賞および奨励賞に関する規程

(趣旨)

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

(種類)

第2条 表彰および若手研究者の育成のために次の2つの賞を設ける。

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

(審査対象)

第3条 審査対象は次のとおりとする。

- 1) 学会賞
次のいずれかの条件を満たす者。
 - (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) 10年以上日本看護研究学会会員であること。
- 2) 奨励賞
 - (1) 3年以上日本看護研究学会会員であること。
 - (2) 推薦時に45歳未満であること。
 - (3) 前条2号(1)の論文の筆頭者であること。

(推薦)

第5条 各賞に対する推薦は、次のとおりとする。

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

(受賞者数)

第6条 各賞の授賞者数は、次のとおりとする。

- 1) 学会賞は毎年度1名以内。
- 2) 奨励賞は毎年度1名以内。

(選考)

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

(決定)

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

(表彰等)

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

(規程の改正)

第10条 本規程の改定は、理事会の議を経て行う。

附則

(施行期日)

この規程は、平成13年4月1日から施行する。

- 1) 平成15年7月23日 第3条 2)(2)削除する。
- 2) 平成16年7月28日 第4条 2)(3)一部削除する。
- 3) 平成18年4月16日 第3条第4条一部改正する。

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

次のいずれかの条件を満たす者。

- (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。
- 2) 平成18年4月16日 第2条一部改正する。

平成18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18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。その後理事会において決定する。

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（川崎医療福祉大学医療福祉学部教授）

(50音順)

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

目 次

—原 著—

看護師の臓器提供に対する態度尺度・知識尺度の開発と信頼性・妥当性の検討 15

—臓器提供関係施設看護師を対象とした実証的研究—

弘前学院大学看護学部 新 田 純 子

身体障害をもちながら老いを生きる高齢者の自己ラベリング 23

愛媛県立医療技術大学 沖 中 由 美

冠動脈インターベンションを受けた虚血性心疾患患者の自己管理行動に影響する要因 33

—家族関係および心理的側面に焦点を当てて—

九州大学医学部保健学科 川 上 千 普 美

大分大学医学部看護学科 松 岡 緑

九州大学医学部保健学科 樗 木 晶 子

九州大学医学部保健学科 長 家 智 子

大分県立看護科学大学看護学部 赤 司 千 波

九州大学医学部保健学科 篠 原 純 子

久留米大学医学部看護学科 原 頼 子

—研究報告—

在宅認知症高齢者の家族介護者におけるニーズと精神的健康との検討 41

川崎医療福祉大学医療福祉学部 松 本 啓 子

岡山県立大学保健福祉学部 高 井 研 一

岡山県立大学保健福祉学部 中 嶋 和 夫

三交代制勤務従事看護師の深夜勤務前・中にとる仮眠の効果 49

—勤務中の覚醒水準・作業効率の変化—

広島大学大学院保健学研究科博士課程後期看護学専攻 折 山 早 苗

広島大学大学院保健学研究科 宮 腰 由 紀 子

広島大学大学院保健学研究科 小 林 敏 生

広島大学大学院保健学研究科 藤 井 宝 恵

大学生のダイエット行動とボディ・イメージ・性役割観との関連 57

弘前大学医学部保健学科 西 沢 義 子

弘前大学医学部保健学科 富 澤 登 志 子

弘前大学医学部保健学科 五十嵐 世 津 子

大学病院に勤務した新卒看護職者のリアリティ・ショックに関与する要因 63

茨城県立医療大学保健医療学部看護学科 糸 嶺 一 郎

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

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

看護師イメージの因子構造と学年進行による看護師イメージ得点の変化	71
広島国際大学看護学部 江 口 瞳 岡山大学教育学部 寺 澤 孝 文	
人工股関節全置換術患者のQOL	81
- Oxford Hip Score 日本語版の信頼性, 妥当性 -	
神戸大学医学部保健学科 上 杉 裕 子 佐賀大学医学部看護学科 藤 田 君 支 大阪大学大学院医学系研究科 奥 宮 暁 子	
一技術・実践報告一	
足浴における洗い・簡易マッサージの有効性	89
弘前大学医学部保健学科 工 藤 う み 弘前大学医学部保健学科 工 藤 せい子 弘前大学医学部保健学科 富 澤 登志子	

CONTENTS

Original Papers

- Development of Nurses' Attitudes Scale and Knowledge Scale Regarding Organ Donation and Study of Its Reliability and Validity: Nurses at the Hospitals Perform Organ Donation 15
Hirosaki Gakuin University Faculty of Nursing : Junko Nitta

- The Self-Labeling of the Elderly Disabled People 23
Ehime Prefectural University of Health Sciences : Yumi Okinaka

- Analysis of Factors Influencing Self-Management Behavior of the Patients with Ischemic Heart Diseases after Coronary Interventions 33
– Focused on Family Relationship and Psychological Aspect –
School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kyushu University : Chifumi Kawakami
Department of Nursing, Faculty of Medicine, Oita University : Midori Matsuoka
School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kyushu University : Akiko Chishaki
School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kyushu University : Tomoko Nagaie
Oita University of Nursing and Health Sciences : Chinami Akashi
School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kyushu University : Junko Shinohara
Kurume University School of Nursing : Yoriko Hara

Research Reports

- The Relationships between Mental Health and Needs of Family Caregivers in Home Care 41
Faculty of Medical Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare : Keiko Matsumoto
Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University : Kenichi Takai
Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University : Kazuo Nakajima

- The Effects of Naps Taken by Nurses before and During the Night Shift in the Three Shift System 49
– Changes of Arousal Level and Work Efficiency –
Doctoral Student of Graduate School of Health Science, Hiroshima University : Sanae Oriyama
Graduate School of Health Science, Hiroshima University : Yukiko Miyakoshi
Graduate School of Health Science, Hiroshima University : Toshio Kobayashi
Graduate School of Health Science, Hiroshima University : Tomie Fujii

- The Relationship between the Diet Behaviors, Body Image and Sex Role Awareness of University Students 57
Hirosaki University School of Health Science : Yoshiko Nishizawa
Hirosaki University School of Health Science : Toshiko Tomisawa
Hirosaki University School of Health Science : Setsuko Igarashi

Factors Related to Reality Shock Experienced by New Graduate Nurses at University Hospitals	63
Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Ibaraki Prefectural University of Health Science : Ichiro Itomine	
Graduate School of Health Sciences, Tokyo Medical and Dental University : Eiko Suzuki	
Course of Community Health Nursing, School of Nursing, Yamagata University : Yuka Kanoya	
Analytical Health Science, Graduate School of Health Science, Tokyo Medical and Dental University : Chifumi Sato	
 Factors Affecting Nursing Students' Images of Nurses and Changes in Their Image Scores as They Advanced in Their Studies	71
Department of Nursing, Hiroshima International University : Hitomi Eguchi	
Faculty of Education, Okayama University : Takafumi Terasawa	
 Quality of Life (QOL) of Total Hip Arthroplasty Patients, and Reliability and Validity of the Oxford Hip Score (OHS) Japanese Version	81
Kobe University School of Medicine : Yuko Uesugi	
Saga Medical School Faculty of Medicine : Kimie Fujita	
Osaka University Graduate School of Medicine : Akiko Okumiya	
 Technical Report	
 Effect of Washing and Simple Massage in Foot Bathing	89
Hirosaki University School of Health Sciences : Umi Kudo	
Hirosaki University School of Health Sciences : Seiko Kudo	
Hirosaki University School of Health Sciences : Toshiko Tomisawa	

看護師の臓器提供に対する態度尺度・知識尺度の開発と信頼性・妥当性の検討

—臓器提供関係施設看護師を対象とした実証的研究—

Development of Nurses' Attitudes Scale and Knowledge Scale Regarding Organ Donation and Study of Its Reliability and Validity: Nurses at the Hospitals Perform Organ Donation

新 田 純 子
Junko Nitta

キーワード：臓器提供，態度，尺度，臓器移植
Key Words：donation, attitude, scale, transplant

I. はじめに

移植医療における臓器不足は世界的な問題となっており、わが国でも、心臓や肺、肝臓などの移植希望登録者の約1/3が移植待機中に死亡している¹⁾。この問題解決に向け、欧米では、外傷センターや集中治療領域の看護師は、脳死となった患者やその家族のケアを行うと同時に、患者の臓器提供の医学的適応の有無を識別し、臓器提供の可能性のある患者（ポテンシャルドナー）の家族に対して臓器提供について問いかけるリクエスターとして位置づけられ、臓器移植を待つ患者に対しての責任も期待されている²⁾。このような臓器提供過程における看護師の役割行動は、患者とその家族の提供意思を尊重するための重要で高度な看護実践とされている。

一般に個人は、自分が肯定的に評価する行動および他者から期待される行動をとり、態度と行動には一定の相関があることが確認されていることから³⁾、臓器提供に対する看護師の態度とその態度への影響要因について研究・解明が進められてきている^{2), 4)~11)}。これらの研究でいくつかのオリジナル質問紙が開発されているが、信頼性が検討された態度尺度・知識尺度は、米のStoeckl¹⁰⁾が開発したODAQ-II (Organ Donor Attitude questionnaire- II) と、英のSque⁹⁾が開発した質問紙に認められた。Stoeckl¹¹⁾は、臓器提供に対する肯定的態度の高さを測定する態度尺度と、臓器提供者（ドナー）を識別する能力を測定する知識尺度を用いて態度と知識との関連を検討した結果、知識の高さが肯定的態度を高めることを明らかにした。その後、いくつかの研究で^{2), 6), 8), 11)}でODAQ-IIが用いられている。また、Sque⁹⁾は、オリジナルの態度尺度を用いて態度を6因子に構造化して分析し、看護師は臓器提供に対して利他主義と不安という両面価値的な態度を併せ持っていることを明らかにした。Sque⁹⁾は米で開発されたODAQ-

IIを英で適用するにあたり、尺度の修正を余儀なくされた経緯を私信で述べており、臓器提供に関する法制度・死の定義（脳死）に対する社会的合意・文化的背景が異なる国で、他国の尺度を適用するには検討を要することが示唆されている。国内では、看護師を対象として臓器提供・臓器移植に対する賛否と影響要因との関連を探索した研究^{12), 13)}は認めたが、態度尺度・知識尺度を用いた研究は認めず、態度の構造は解明されていない。

わが国では、1997年10月に「臓器の移植に関する法律」が施行されたことに伴い、医療従事者は患者の臓器提供の意思を尊重する責務を負うこととなった。しかし、臓器提供の現場では、いまだ迷いの中で看護している実態が報告されており¹⁴⁾、臓器提供に対する看護師の態度の解明と、臓器提供の意思を尊重する看護実践の促進・向上が望まれる。そこで、文化・法制度・脳死の容認・移植の実施数などの背景が欧米とは異なるわが国の、臓器提供に対する看護師の態度と影響要因について特徴を明らかにする必要がある。本研究では、まずは臓器提供に対する態度と臓器提供に関する知識の高さを測定する尺度を開発し、その信頼性・妥当性を検討することを目的とする。

なお、社会心理学では、態度を「人や事物・社会問題に対してもつ、一般的で持続的な、肯定的または否定的な感情 (Petty R. E. & Cacioppo J. T., 1981)」²⁾と定義していることから、看護師の臓器提供に対する態度を「職業人・私個人として臓器移植・提供に対してもつ、一般的で持続的な、肯定的又は否定的な感情」と定義した。臓器提供に関する知識とは、「法的判断能力に関する知識、倫理的判断能力に関する知識、社会的判断能力に関する知識、医学的判断能力に関する知識を構成要素とし、これらの総合的理解」と定義した。

II. 研究方法

1. 態度尺度原案の作成手続き

態度尺度の原案は以下の手続きを踏んで作成した。

1) プレテスト

最初に、本研究の目的と内容妥当性の視点から、Sque⁹⁾が開発した態度尺度12項目を和訳したものを用いて、脳死臓器提供施設の看護師70名を対象としてプレテストを実施した(回収率94%)。各項目は7件法のリッカートスケールとし、点数化のため各項目0～6点を付与した。12項目について探索的に因子分析(主因子法・固有値1以上、プロマックス回転)を行い、最終的に3因子(第1因子:臓器提供に対する不安や責任拒否, 第2因子:臓器提供に対する価値承認と違和感, 第3因子:臓器提供に対する価値と責任承認)を抽出した。因子負荷量が2重負荷となった2項目について、表現の曖昧さや答えにくさを検討し修正した。全項目の弁別力は、各項目合計点の平均値を上位下位分析によりT検定した結果0.5%の水準で有意差を認めた。しかし、各因子の信頼性は、Chronbach's α が第一因子0.58, 第2因子0.53, 第3因子0.48と低かったため、同じ概念の項目を加えることにより因子の安定性を図り尺度の信頼性を高めることとした。追加項目の作成にあたっては、Squeの態度の因子構造と本プレテストで抽出された因子名の検討から、態度の仮説的構成概念を「不安・利他主義」と規定し、①臓器提供の価値と貢献, ②臓器提供に伴う苦痛, ③臓器提供における家族および看護師の役割や責任, ④臓器提供に伴う身体損壊の4項目について、看護大学講師1名, 救急看護認定看護師1名へのインタビューを行った。次に、インタビューから新たに抽出したキーワード(臓器提供に対する本人意思の尊重, 提供者の死を前提として助かる命, 身体を傷つけて臓器を摘出することに関する家族への配慮)を検討し、「不安・利他主義」に対応した5項目を追加し、全17項目としてリプレテストに用いた。なお、Sque⁹⁾が開発した尺度を活用・修正することに関しては本人の了解を得た。また、尺度の内容妥当性については、研究者の指導者及びドナーコーディネーター(臓器提供の連絡調整を役割とする)1名, レシピエントコーディネーター(移植患者のケアを役割とする)1名, 救急看護認定看護師1名の吟味を受けた結果、内容妥当性が確認された。

2) リプレテスト

追加修正した態度尺度17項目について、脳死臓器提供施設の看護師49名を対象として、リプレテストを実施した(回収率100%)。17項目について探索的に因子分析(主因子法・固有値1以上、プロマックス回転)を行い、最終的に4因子(第1因子:臓器提供に対する価値の承認, 第2因子:臓器移植・提供が及ぼす苦痛に対する不安, 第3因

子:臓器提供の事実と看護師の責務に対する承認, 第4因子:臓器提供に対する役割や責務に対する承認と否認)を抽出した。各項目合計点の平均値を上位下位分析によりT検定した結果、全項目の弁別力は5%の水準で有意差を認めた。各因子の信頼性は、Chronbach's α が、第一因子0.82, 第2因子0.76, 第3因子0.65, 第4因子0.66であった。対象が同一職種の場合の信頼性の基準はChronbach's α 0.6以上とされていることから¹⁵⁾、これを態度尺度原案とした。

2. 知識尺度原案の作成手続き

欧米の先行研究の多くはドナーを識別する能力を評定する知識尺度を用いている^{2), 6), 10)}。しかし、国内では脳死の容認に関する社会的合意が十分得られていないことやドナー数が欧米の約1/30と少なく¹⁸⁾、移植医療が一般的な医療となっていないことを勘案したうえで、国内外の先行研究^{8), 9), 11), 12), 16), 17)}を基に知識を測る要素として重視されている事項を検討した結果、本研究では、法的判断能力に関する知識、倫理的判断能力に関する知識、社会的判断能力に関する知識、医学的判断能力に関する知識を構成要素とし、これらの総合的理解を測定する尺度とした。臓器移植関係法令¹⁸⁾を参考として「法的提供要件」、「脳死の定義と判定基準」、「移植希望者数と移植実施率」、「ドナーの医学的適応基準」の4つのカテゴリ、8項目からなる知識尺度を作成し、プレテストを実施した。各項目は択一選択法として、点数化のため正解には各項目1点を付与し、知識合計点は8点満点とした。設問の困難度の適正水準(Klineの基準)²⁰⁾は正解率20～80%とされているが、プレテストで項目ごとの正解率がこの基準を満たしたのは4項目のみであった。しかし、尺度全体の正解率は35%とこの基準を満たしており、8項目全体での弁別力は5%の水準で有意差を認めたことからこれを知識尺度とした。なお、尺度の内容妥当性については、研究者の指導者及びドナーコーディネーター1名, 救急看護認定看護師1名の吟味を受けた結果、内容妥当性が確認された。

3. 対象と期間

岩手県内脳死臓器提供施設の看護師716名を対象として質問紙を配布し、回収率は85%、有効回答率(数)は81%(585名)であった。有効回答数のうち3%(17名)が准看護師であった。対象専門領域は、脳死の発生頻度が高いと思われる救急・脳神経外科・ICU, 臓器摘出に関わる手術室, 移植適応患者に関わる透析室, 臓器提供に関わるものが少ない領域から一般内科を選定した。また、移植患者をケアする領域の看護師は態度や知識が高いと推測され、平均値に影響すると考え除外した。調査期間は平成16年6月であった。

4. データ収集方法と倫理的配慮

無記名自記式アンケート用紙を配布し、密閉式回収箱を

設置して回収した。質問票毎に研究目的、協力の自由意志とデータの守秘、目的外に使用しない旨の依頼文を添付し、回収箱への投函をもって同意とみなした。

5. 分析方法

1) 態度尺度の妥当性・信頼性の検討

因子的妥当性は、態度の仮説的構成概念を利他主義と不安と規定したことから、探索的因子分析により抽出された因子モデルの意味内容を検証した。構成概念妥当性は、先行研究の結果から知識平均値が高い群が肯定的態度を示すことを検証するため、経験によるバイアスを除く目的で「臓器提供申し出者のケア経験」の無い群について、態度合計点の平均値と知識合計点の平均値を分散分析した結果を検討した。基準関連妥当性（予測妥当性）は、臓器提供を支持する群が支持しない群より肯定的態度を示すと予測し、経験によるバイアスを除く目的で「臓器提供申し出者のケア経験」の無い群について、態度合計点の平均値と「臓器提供の支持」の是非を分散分析して理論的予測に基づく関係を検討した。信頼性は、Chronbach's α 係数により内部一貫性を検討した。安定性は、折半法による信頼係数 (Spearman-Brown) により検討した。また、項目間相関・項目-全体相関を求め項目の冗長性・等質性を検討した。

2) 知識尺度の妥当性・信頼性の検討

構成概念妥当性は、先行研究の結果から知識平均値が高い群が肯定的態度を示すことを検証するため、経験によるバイアスを除く目的で「臓器提供申し出者のケア経験」の無い群について、態度合計点の平均値と知識合計点の平均値を分散分析した結果を検討した。信頼性は、全体および各項目の弁別力を上位下位分析によりT検定を行い検討した。安定性は、折半法による信頼係数 (Spearman-Brown) により検討した。また、項目ごとの正解率を求め困難度を検討した。

III. 結果

1. 対象の個人的職業的属性 (表1)

年齢は、20代が42%、30代が31%、40代が18%、50代が9%であった。性別は、女性が96%であった。看護職経験年数は、10年以内群 (48%) と11年以上群 (52%) がほぼ同数であった。対象の54%がICU (13%)、救急 (16%)、脳神経外科 (25%) の3専門領域に従事し、20%が一般内科、18%が手術室、5%が透析室、3%が管理職に従事していた。現領域勤務年数は、82%が5年以内であった。臓器提供のケア経験は、有り群が17%、無し群が83%であった。

2. 態度尺度項目の決定

「原則として、医学的に臓器提供の適応が考えられる患者の場合、患者の臓器提供意思について家族に確認すべき

表1 対象の属性

属性	人数 (%)	
年齢 (n=585)	20歳代	245 (42)
	30歳代	184 (31)
	40歳代	105 (18)
	50歳代	51 (9)
性別 (n=582)	男性	25 (4)
	女性	557 (96)
臨床経験年数 (n=585)	10年以下	280 (48)
	11年以上	305 (52)
専門領域 (n=585)	管理職	17 (3)
	透析室	32 (5)
	ICU	77 (13)
	救急	91 (16)
	脳外科	150 (25)
	手術室	101 (18)
現領域勤務年数 (n=581)	5年以内	478 (82)
	6年以上	103 (18)
臓器提供のケア経験 (n=584)	有り	482 (83)
	無し	102 (17)

だ。」の項目について、指導者等と検討した結果、看護師の役割として確認すべきなのかどうか質問内容が曖昧であること、わが国の現状として、家族に確認することは看護師の役割としてまだ明確になっていないとは言えないことから、内容妥当性の視点からふさわしくないと判断し除外した。

残った16項目について探索的に因子分析 (最尤法・バリマックス回転・固有値1以上) を行い、因子負荷量0.3以下の項目と二重負荷の項目を除外し、2因子 (各6項目) が抽出された。因子間に-0.34 ($p < 0.01$) の負の相関を認めためプロマックス回転を行い、最終的に2因子が抽出された。第1因子の下位項目の意味づけは、臓器移植を前提として自身や家族の臓器を摘出されることへの不安、臓器移植の不自然さに対する違和感、臓器提供がもたらす家族の悲嘆や不安増加への懸念を示しているとして解釈し、第1因子は臓器移植から想起される不安 (以下、不安因子と言う。) と命名した (表2)。第2因子の下位項目の意味づけは、臓器提供が家族の悲嘆軽減に貢献することに対する信念、臓器提供に対する看護師の職業人としての責務や立場に対する信念、臓器移植の価値に対する信念と解釈し、第2因子は臓器提供の価値と貢献に対する信念 (以下、信念因子と言う。) と命名した (表2)。以上のことから、不安因子6項目、信念因子6項目が態度尺度の項目として決定した。なお、不安因子と信念因子の意味内容は、態度の仮説的構成概念である不安と利他主義に対応していた。

3. 態度尺度 (不安因子・信念因子) 下位項目の合計点の平均値と標準偏差

不安因子下位項目の平均値 \pm 標準偏差 (範囲) は、36点満点中16.03 \pm 1.52 (0~36) であった。信念因子の平均

表2 「態度尺度の因子分析の結果(最尤法・プロマックス回転)」と「項目-全体相関」

因子名・下位項目 (クロンバックα係数: 不安因子=0.69, 信念因子=0.69)	因子負荷量		項目-全体 相関係数
	第1因子	第2因子	
第1因子: 臓器移植から想起される不安 (不安因子)			
Q17 私の家族の死後に、身体を傷つけて臓器を摘出することは受け入れられない。	0.754	.060	0.753
Q11 私が死んだ後で臓器が摘出されることを考えると不安だ。	0.667	.115	0.679
Q8 私は、自分自身の身体に他人の臓器を移植することを受け入れない。	0.494	-.069	0.660
Q4 家族の臓器提供に関する意思を知らなかったとしても、私は家族の死後に臓器を提供することに同意する (反転項目)。	0.434	-.179	0.592
Q10 悲嘆状態にある家族と臓器提供について話し合うことは、その家族の苦痛をさらに増す。	0.390	.132	0.479
Q3 臓器を移植することで生命を延長させるのは不自然だ。	0.385	-.090	0.574
第2因子: 臓器提供の価値と貢献に対する信念 (信念因子)			
Q12 患者が臓器を提供することは、その患者の死に新たな意味と価値を与えることにつながる。	-0.032	.629	0.686
Q15 患者やその家族の臓器提供に関する意思を尊重するよう支援することは、看護師の職業人としての責務だ。	0.111	.558	0.659
Q16 私は、臓器移植によって救われる生命がある前提には、臓器提供者の死がある事実を受け入れることができる。	0.148	.537	0.587
Q2 私は、死後に臓器提供する意思を表示することを誇りに思う。	-0.199	.525	0.673
Q9 原則として、看護師は職業人として臓器提供という考えを支持するべきだ。	0.024	.451	0.580
Q1 臓器提供は、臓器提供者の家族の悲嘆を軽減することにつながる。	0.053	.431	0.562
因子間相関 (第1因子)		1.000	
(第2因子)		-0.337*	1.000

* p<0.01

値±標準偏差(範囲)は、36点満点中17.62±5.56(0~35)であった。なお、不安因子合計点が低いほど臓器提供に対する肯定的態度が高いことを示し、信念因子合計点が高いほど臓器提供に対する肯定的態度が高いことを示す。

4. 態度尺度の構成概念妥当性

「臓器提供申し出者のケア経験」の無い群(482人, 83%)について、不安因子合計点の平均値と知識合計点の平均値上位群・下位群とを分散分析した結果、知識合計点の平均値上位群が下位群より不安因子合計点の平均値が有意に低かった(F=4.02, p<0.05)。同様に信念因子についても分散分析を行った結果、知識合計点の平均値上位群が下位群より信念因子平均値が有意に高かった(F=10.97, p<0.001)(表3)。

5. 態度尺度の基準関連妥当性(予測妥当性)

臓器提供に対する態度は、臓器提供を支持する群が支持しない群より肯定的であると仮説を立て、「臓器提供申し出者のケア経験」の無い群(482人, 83%)について、不安因子合計点の平均値と「臓器提供の支持」の是非とを分散分析を行った結果、有意差を認め(F=35.37, p<0.0001)、さらに3群間の多重比較を行った結果、臓器提供を支持する群が支持しない群・どちらともいえない群より、不安因子合計点の平均が有意に低かった(t=1.96, α=0.05)。同様に信念因子についても分散分析を行った結果、有意差を認め(F=25.91, p<0.0001)、3群間の多重比較を行った結果、臓器提供を支持する群が支持しない群・どちらともいえない群より、信念因子合計点の平均値

表3 不安因子・信念因子と知識合計点上位・下位群との分散分析 (n=480人:「臓器提供のケア経験」無し群)

	知識平均値 上位群 (181人)	知識平均値 下位群 (218人)	F値 有意差
不安因子平均値 (標準偏差)	15.20 (6.35)	16.47 (6.21)	4.02 *
信念因子平均値 (標準偏差)	18.30 (5.76)	16.49 (5.16)	10.97 ***

* p<0.05, *** p<0.001

表4 不安因子・信念因子と「臓器提供の支持」との分散分析 (n=480人:「臓器提供のケア経験」無し群)

	どちらかという と・支持する (242人)	どちらとも 言えない (199人)	どちらかという と・支持しない (39人)	F値 有意差
不安因子平均値 (標準偏差)	13.74 (5.19)	17.39 (6.22)	20.79 (8.45)	35.37 ***
信念因子平均値 (標準偏差)	19.1 (5.4)	16.12 (5.13)	13.92 (6.29)	25.91 ***

*** p<0.001

が有意に高かった(t=1.96, α=0.05)(表4)。

6. 態度尺度の信頼性

尺度の内部一貫性を検討するためChronbach's α係数を求め、第1因子、2因子とも0.69であった。尺度の安定性を検討するため折半法による信頼係数(Spearman-Brown)を求め、不安因子(6項目)が0.71、信念因子(6項目)が0.67、尺度全体(12項目)が0.52と1%の水準で有意で

あった。なお、折半法は奇数項目と偶数項目を用いて行い、信頼係数の算出にあたってはSpearman-Brownの公式を用いた。

項目の冗長性を検討するため各因子の項目間相関を求め、0.70を越える相関係数は認めなかった。項目の等質性を検討するため項目-全体相関を求めた。第1因子が0.48~0.75、第2因子が0.56~0.69と中等度の相関を認めた。

7. 知識下位項目の合計点の平均値と標準偏差 (表5)

知識尺度下位項目の合計点の平均値±標準偏差(範囲)は、8点満点中2.01±1.52(0~7)であった。項目毎の平均値±標準偏差(範囲)は、1点満点中0.02±0.14~0.69±0.46(0~1)であった。なお、合計点が高いほど知識が高いことを示す。

8. 知識尺度の妥当性・信頼性

知識尺度の構成概念妥当性を検討するため、「臓器提供申し出者のケア経験」の無い群(482人, 83%)について、不安因子合計点の平均値と知識合計点の平均値上位群・下位群とを分散分析した結果、知識合計点の平均値上位群が下位群より不安因子合計点の平均値が有意に低かった(F=4.01, p<0.05)。同様に信念因子についても分散分析した結果、知識合計点の平均値上位群が下位群より信念因子平均値が有意に高かった(F=10.97, p<0.001)(表3)。

知識尺度の信頼性を検討するため、8項目全体および各項目の弁別力を上位・下位分析により求め、1%の水準で有意差を認めた。(表6)。なお、知識尺度全体の正解率は40%と設問の困難度の適正水準(Klineの基準:20%~80%)を満たしたものの、項目ごとの正解率は8項目中4項目が20%以下であった(表5)。また、知識尺度の安定性を検討するため折半法による信頼係数(Spearman-Brown)を求め、0.69と1%の水準で有意であった。なお、折半法は奇数項目と偶数項目を用いて行い、信頼係数の算出にあたってはSpearman-Brownの公式を用いた。

IV. 考 察

1. 態度尺度の妥当性

態度尺度原案16項目について探索的に因子分析した結果、負の相関を示す2因子(不安因子6項目・信念因子6項目)を抽出したことから、看護師の臓器提供に対する態度は両面価値的な2因子からなることが明らかとなった。この2因子モデルの意味内容を検討した結果、「臓器移植から想起される不安(不安因子)」と「臓器提供の価値と貢献に対する信念(信念因子)」は、態度の仮説的構成概念として規定した不安と利他主義に対応していたことから、因子的妥当性が認められた。また、知識合計点の平均値上位群が下位群より不安因子合計点の平均値が有意に低く(F=5.01, p<0.05)、信念因子平均値が有意に高

表5 知識尺度合計点及び下位項目の平均値と正解率

項 目 (択一選択法で、各項目の正解に1点を付与した。)	平均値 ±標準偏差 (正解率)
Q 1 脳死での臓器提供の必要条件は <input type="checkbox"/> 知らない <input type="checkbox"/> 本人の書面による意思表示と家族の承諾 <input type="checkbox"/> 家族の承諾	0.69±0.46 (69%)
Q 2 心停止後の腎臓・眼球(角膜)提供の必要 条件は <input type="checkbox"/> 知らない <input type="checkbox"/> 本人の書面による意思表示と家族の承諾 <input type="checkbox"/> 家族の承諾	0.10±0.30 (10%)
Q 3 法令が規定する脳死の定義は <input type="checkbox"/> 知らない <input type="checkbox"/> 脳幹を含む全脳機能の不可逆的停止 <input type="checkbox"/> 脳幹機能の不可逆的停止 <input type="checkbox"/> 大脳皮質機能の不可逆的停止	0.36±0.48 (36%)
Q 4 法令が規定する脳死判定基準で確認すべき ことは <input type="checkbox"/> 知らない <input type="checkbox"/> 深昏睡、瞳孔固定、脳幹反射の消失、平坦脳波、 自発呼吸の消失 <input type="checkbox"/> 深昏睡、脊髄反射の消失、脳幹反射の消失、平 坦脳波、自発呼吸の消失 <input type="checkbox"/> 瞳孔固定、脊髄反射の消失、脳幹反射の消失、 平坦脳波、自発呼吸の消失	0.18±0.39 (18%)
Q 5 臓器移植を受けるために登録している人の 総数は <input type="checkbox"/> 知らない <input type="checkbox"/> 約10,000~15,000人 <input type="checkbox"/> 約15,000~20,000人 <input type="checkbox"/> 約20,000~25,000人	0.05±0.22 (5%)
Q 6 臓器移植を受けるために登録している人の うち、実際に移植できるのは <input type="checkbox"/> 知らない <input type="checkbox"/> 10%未満 <input type="checkbox"/> 10~20% <input type="checkbox"/> 20~30%	0.24±0.43 (24%)
Q 7 臓器提供者の医学的適応基準として望まし いとされている年齢は <input type="checkbox"/> 知らない <input type="checkbox"/> 50歳以下 <input type="checkbox"/> 60歳以下 <input type="checkbox"/> 70歳以下	0.02±0.14 (2%)
Q 8 臓器提供者の医学的適応禁忌とされている のは <input type="checkbox"/> 知らない <input type="checkbox"/> 全身性の活動性感染症、悪性腫瘍、HIV抗体・ HBs抗原・HTLV-1抗体が陽性 <input type="checkbox"/> 全身性の活動性感染症、悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍、HIV抗体・HBs抗原・HTLV-1抗体 などが陽性	0.42±0.49 (42%)
知識8項目(8点満点)の合計	2.01±1.52 (40%)

表6 知識尺度の弁別力

	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4	Q 5	Q 6	Q 7	Q 8	合計
上位231人									
知識合計点の平均値	0.95	0.183	0.714	0.362	0.103	0.487	0.045	0.795	3.536
標準偏差	0.217	0.388	0.453	0.482	0.304	0.501	0.207	0.405	0.695
下位234人									
知識合計点の平均値	0.346	0.000	0.013	0.007	0.004	0.048	0.000	0.035	0.459
標準偏差	0.477	0.000	0.113	0.131	0.066	0.213	0.000	0.183	0.499
上位と下位の平均値差	0.604	0.183	0.701	0.355	0.099	0.439	0.045	0.76	3.077
T検定	***	***	***	***	***	***	**	***	***

p<0.01, *p<0.0001

かった (F = 16.53, p < 0.001) ことから、知識が高いほうが肯定的態度を示すことが検証された。これは先行研究結果^{2), 4)~11)}と一致し、構成概念妥当性が支持された。

「臓器提供申し出者のケア経験」の無い群 (83%) について分析した結果、臓器提供を支持する群が支持しない群・どちらともいえない群より、不安因子合計点の平均が有意に低く (F = 35.37, p < 0.001, t = 1.96, α = 0.05), 信念因子合計点の平均値が有意に高かった (F = 25.91, p < 0.001, t = 1.96, α = 0.05) ことから、臓器提供を支持する群が支持しない群より肯定的態度であるとした予測が検証され、予測的妥当性が認められた。

2. 態度尺度の信頼性

態度尺度の内部一貫性は、Chronbach's α 係数より評価した。同職種を対象としていることから信頼性の基準として Chronbach's α は、0.60 以上を指標とし¹⁵⁾、結果として 0.69 と中等度の内部一貫性を認めた。Chronbach's α の値は標本の不等質性や項目の相互相関の強さと項目数に左右されるため、対象が同一職種の場合の信頼係数は低くなり、同じ概念を測定する項目が多くなるほど信頼係数は高くなる。本尺度は同じ職種を対象として、各因子 6 項目という少ない項目数で Chronbach's α は 0.69 を示しており、本尺度の信頼性は認められると判断した。尺度の安定性の検討には一般にテスト・再テスト法が用いられる。しかし、態度は 2 回のテストの間に生じた経験によって変化し、1 回目の回答の記憶によって影響されることから、安定性を経時的に評価する方法は態度尺度の安定性の検討には適さないとされている³⁾。本研究では、折半法による信頼係数 (Spearman-Brown) により安定性を評価した。その結果、1% の水準で中等度以上の信頼性が認められたことから、尺度の安定性が認められた。

項目の等質性は項目 - 全体相関を検討し、第 1 因子が 0.48~0.75、第 2 因子が 0.56~0.69 を示したことから中等度の等質性が保障された。また、項目の冗長性は項目間相関を検討し、各因子の項目間に 0.70 を越える相関係数は認めなかったことから、項目の冗長性は低く、内容が重複した

設問は含まれていないことが確認された。

3. 知識尺度の妥当性

「臓器提供申し出者のケア経験」の無い群 (83%) について分析した結果、知識合計点の平均値上位群が下位群より不安因子合計点の平均値が有意に低く (F = 4.02, p < 0.05), 信念因子平均値が有意に高かった (F = 10.79, p < 0.001) ことから、知識が高いほうが肯定的態度を示すことが検証された。これは先行研究結果^{2), 4)~11)}と一致し、構成概念妥当性が支持された。

4. 知識尺度の信頼性

8 項目全体および各項目の弁別力は、上位下位分析の結果 1% の水準で有意差を示したことから、知識尺度としての信頼性が認められた。一方、知識尺度 8 項目全体の正解率は 40% であり設問の困難度の適正基準 (Kline の基準: 20%~80%)²⁰⁾ を満たしたものの、項目ごとの正解率では 4 項目が 20% 以下であったことから難易度が高いことが明らかとなった。正解率が高い項目は、世論調査²¹⁾ で国民の約 8 割に周知されている脳死での臓器提供要件や、脳死の定義・臓器提供者の医学的適応禁忌といった看護基礎教育で得られた知識を応用して解答できる項目であった。一方、正解率が低い項目は、臓器提供者の医学的適応基準や、臓器移植希望登録者数・心停止後の臓器提供要件といった専門的な知識や情報を要する項目であった。また、正解率が低い項目は、知識合計点の平均値上位群と下位群の平均値差も小さかった。以上のことから、看護師の臓器提供に関する専門的な知識が増加し、専門的な知識を要する項目の正解率が改善することにより、知識合計点の平均値上位群と下位群の平均値差が大きくなり、弁別力は高くなると推測される。

5. 研究の限界と課題

本尺度の限界について検討した。専門領域などの臨床経験、所属施設の機能や臓器提供のマニュアルを整備するなどの臓器提供に対する意向は、看護師の態度・知識に影響を及ぼす要因と考えられることから、これらの影響をコントロールすることは尺度の精度に関ってくる。本研究で

は、院内の臓器提供に関する意向を明確にしている救急医療施設という条件を満たす施設として脳死臓器提供施設を対象施設とし、そこに所属する看護師を対象とした。そのため、本尺度を看護師全体の尺度として一般化するには限界があると考えられる。しかし、2000年頃から、全国的な臓器提供推進の取り組みにより脳死臓器提供施設以外でも院内臓器移植コーディネーターの設置や臓器提供に関するマニュアル等を整備する医療施設は増加しており、これらの施設に所属する看護師の尺度として一般化できると考えられる。本尺度開発の目的は、臓器提供に関する可能性のある看護師の態度・知識を明らかにすることであり、それが看護ケアの向上に資する点で意義があると考えられる。

次に、岩手県の看護師を対象としていることから、わが国の尺度として一般化することの限界について検討した。岩手県と全国との臓器提供の現状は、1995～2003年の都道府県別年間平均臓器提供数が1.7件（範囲0～16.6件）、岩手県は0.6件であった。都道府県平均1.7件を超える12都道府県平均は4.7件（範囲1.8～16.6件）、1.7件未満の35道府県平均は0.7件（範囲0～1.6件）であった²²⁾。全国の約7割の道府県平均0.7件と岩手県の平均0.6件は同程度であった。また、国内9県の医療従事者5,093人を対象とした意識調査結果²³⁾と比較すると、臓器提供の支持率は9県群が67.6%、岩手県は51%であった。脳死容認率は9県群が38.6%、岩手県は43%であった。国内9県は、臓器提供の取り組みが進み臓器提供数が増加傾向にある県が含まれていることから支持率は高いほうへ牽引されていることを勘案すると、臓器提供の支持率にも大差はないと推測される。これらの

ことから、本尺度を岩手県以外の看護師に用いることの危険性はそう高くないと考えるが、今後、他地域において追試し、一般化できることを検証する必要があると考える。

VI. 結 論

臓器提供に対する看護師の態度尺度と臓器提供に関する知識尺度を作成し、その信頼性と妥当性を検討した。

臓器提供に対する看護師の態度は、負の相関 ($r = -0.34, p < 0.01$) を示す2因子（不安因子・信念因子）からなり、不安因子6項目、信念因子6項目が態度尺度の項目として抽出された。態度尺度の構成概念妥当性・基準関連妥当性は5%の水準で認め、態度を構成する各因子のChronbach's α 係数は0.69を示したことから、看護師を対象とした態度尺度としての信頼性を認めた。

知識尺度の構成概念妥当性は5%の水準で認め、弁別力は1%の水準で認めた。

以上のことから、態度尺度12項目と知識尺度8項目は、少項目数で十分な信頼性・妥当性を有し、臓器提供関係施設看護師内の尺度として有用である。

謝 辞

本研究にご協力いただきました看護職の皆様と、本論文をまとめるにあたりご指導いただきました岩手県立大学藤井義久助教授に御礼申し上げます。また、本研究は学位論文の一部に加筆したものであり、ご指導いただきました岩手県立大学看護学部名誉教授門脇豊子先生、同教授山内一史先生に御礼申し上げます。

要 旨

本研究では、Sque (200) が開発した尺度を修正して、日本における臓器提供に関する看護師の態度尺度と知識尺度を作成し、その信頼性と妥当性を検討した。岩手県内脳死臓器提供施設の看護師716名（回収率85%、有効回答率81%）を対象として、無記名自記式質問紙法を実施した。研究者が修正作成した態度17項目について探索的に因子分析した結果、負の相関 ($r = -0.34, p < 0.019$) を示す2因子12項目（不安因子6項目、信念因子6項目）が得られ、これを態度尺度とした。態度尺度の構成概念妥当性・基準関連妥当性は5%の水準で確認され、信頼性は態度を構成する各因子のChronbach's α 係数0.69で確認された。知識尺度（8項目）の構成概念妥当性は5%の水準で確認され、信頼性は上位下位分析による弁別力が1%の水準で確認された。以上の結果から、態度尺度12項目と知識尺度8項目は、少項目数で十分な信頼性・妥当性を有し、臓器提供関係施設看護師内の尺度として有用である。

Abstract

In this study, the scales developed by Sque (2000) were modified in order to create a scale measuring nurses' attitudes and knowledge regarding organ donation in Japan. In addition, the reliability and validity of this scale were evaluated. A questionnaire survey was conducted on 716 nurses (response rate: 85%, valid response rate: 81%) at the six hospitals in Iwate prefecture that perform organ donation following brain death. Exploratory factor analysis was carried out on the 17 attitude items identified in the nurses' responses. As a result of the analysis, two factors with negative correlations (6 items regarding

uneasiness and 6 items regarding belief) were identified. These 12 items were used to create the attitudes scale. The construct validity and criterion-related validity of the scale were confirmed at a 5% level of significance. Cronbach's α reliability for each item of the scale was $\alpha = 0.69$. The construct validity of the knowledge scale was confirmed at a 5% level of significance, and the reliability of the knowledge scale was confirmed at a 1% level of significant. These findings indicate that a 6-item attitudes scale and an 8-item knowledge scale have an acceptable level of stability with a limited number of items and are useful for nurses at the hospital that perform organ donation.

文 献

- 1) 社団法人日本臓器移植ネットワーク：待機患者登録人数 (2005. 1. 4 現在), 2005-1-10, <http://www.jotnw.or.jp/datafile/index.html>.
- 2) Ingram, E J. Buckner, B E. Rayburn, B A.: Critical care nurses' Attitudes and Knowledge Related to Organ donation, *Dime Crit Care Nurs*, 21 (6), 249-255, 2002.
- 3) 小林 裕, 飛田 操: 教科書社会心理学. 91-96. 株式会社北大路書房. 京都. 2003.
- 4) Adams, F E. Just, G. Young, De S.: Comparison of Nurses' Participation in Two States. *AM J CRIT CARE*, 2(4), 310-316, 1993.
- 5) Bidigare, A S. Oermann, H M.: Attitude and Knowledge of Nurses regarding organ Procurement. *Heart & Lung*, 20, (1), 20-24, 1991.
- 6) Duke, J. Murphy, B. Bell, A.: Nurses' attitudes toward organ donation: An Australian perspective. *Dime Crit Care Nurs*, 17(5), 264-270, 1998.
- 7) Jones-Riffell, J A. Stoeckle, L M.: Attitudes of Upper Division Nursing Students toward Organ Donation. *J Cont Educ Nurs*, 29(6), 274-281, 1998.
- 8) Kiberd, C M. Kiberd, A B.: Nursing attitudes towards organ donation, procurement, and transplantation. *Heart & Lung*, 21 (2), 106-111, 1992.
- 9) Sque, M. Payne, S. Vlachonikolis, I.: Cadaveric donotransplantation: Nurses' attitudes, knowledge and Behavior. *SOC SCIE & MED*, 50, 541-552, 2000.
- 10) Stoeckle M.: Attitudes of critical care nurses toward organ donation, *Dime Crit Care Nurs*, 9(6), 354-361, 1990.
- 11) Watkinson, G E. Cert Ed: A study of the Perception and experiences of critical care nurses in caring for potential and actual organ donors; implications for nurse education, *J adv nurs*, 22, 929-940, 1990.
- 12) 田村幸子: 医療従事者の移植に対する意識の影響要因 大学病院の医師・看護婦のアンケート調査から, 今日の移植, 14(3), 363-375, 2001.
- 13) Terada, Itoko. Otani, Akiko. Hiramatu, Kimiko. et all: Knowledge of Criteria for Brain Death and Attitudes towards Organ Donation and Transplantation of Nursing Professionals in Tottori Prefecture, Japan, *Yonago Acta medica*, 47, 53-62, 2004.
- 14) 山勢善江, 山勢博彰: 臓器提供に関わる看護師の意識および今後の課題に関する調査 (その2), 厚生労働科学研究費補助金「ヒトゲノム・再生医療等研究事業」平成14年度総括・分担研究報告書, 174-179, 2003.
- 15) Polit, D F. Hunger B p. 著/近藤潤子監訳: 看護研究 原理と方法, 246, 株式会社医学書院, 東京. 2003.
- 16) 内田宏美: 看護体験による脳死・臓器移植に対する意識の変化が問いかけるもの, *生命倫理*, 10(1), 120-127, 2000.
- 17) 広岡博之: 脳死と臓器移植に関する大学生の意識調査 (2) 脳死と臓器移植に対する意識に関与する要因の特定, *生命倫理*, 9(1), 101-107, 1999.
- 18) 瓜生原葉子, 長谷川友紀, 高橋公太, 他: 欧州における臓器提供の現況と推進への取り組み - 日本の臓器提供数増加に向けて -, *移植*, 39(2), 146-162, 2004.
- 19) 臓器移植法令研究会監: 臓器・造血幹細胞移植関係法令通知集, 1-24, 中央法規出版, 2003.
- 20) 芝 祐順, 渡部 洋: 入試データの解析, 83-84, 株式会社新曜社, 1988.
- 21) 内閣府大臣官房政府広報室: 臓器移植に関する世論調査, 10-11, 2000.
- 22) 社団法人日本臓器移植ネットワーク: 臓器提供数/移植数 2007-3-11, <http://www.jotnw.or.jp/datafile/offer05.html>
- 23) 大島伸一, 伊藤 靖, 野本亀久雄, 他: 臓器提供増加のために今にながら必要か - 病院意識調査の分析結果を基に -, *Transplantation*, 15(3), 3-7. 2004.

[平成17年10月11日受 付]
[平成18年5月2日採用決定]

身体障害をもちながら老いを生きる高齢者の自己ラベリング

The Self-Labeling of the Elderly Disabled People

沖 中 由 美

Yumi Okinaka

キーワード：ラベリング，身体障害，老い，高齢者

Key Words：labeling, disability, aging, elderly people

I. 緒 言

現在、我が国では急速な少子高齢化が大きな社会問題となっているが、その背景の一つには、平均寿命の延長がある。総務省統計局¹⁾によると、現在70歳から80歳の高齢者が誕生した大正14年から昭和10年にかけて、総人口のうち65歳以上を占める割合は5%前後であったが、2005年には19.9%と急激に上昇している。高齢者は、このような時代の変化を捉え、将来の自分の人生にある程度先見性をもつことができる現在の若者ほどは、自らの老いの姿を想像することなく、今を生きているのではないだろうか。しかも医療技術の進歩により、自らが身体障害をもちながら老いを生きることも想像し難いことであっただろう。このような時代の狭間に生きる高齢者は、現在、自らの老いをどのように受けとめ、意識しているのだろうか。

現在いづく意識というのは、様々な体験のなかで意識づけられてきたことの連続性のなかでうまれるものである。老いの意識も同様に、過去の意識との連続性によって自己に取り込まれることになろう。栗原によると、高度産業社会へ構造変化した我が国においては、加齢とともに職業能力が低下するという年齢神話や定年制の普及などによって、高齢者に制度的な囲い込みと排除を促し、家族や地域から排除され、無用な存在として見られるようになった。そして、このような老いの意味が個々の高齢者の主観意識のなかに組み込まれ、まるで自分の内側から自然に発生してきたかのような錯覚が生じるのが老いの内面化の過程であると述べている²⁾。長い人生を歩んできた高齢者は、社会構造が変化してきた時代に様々な人生体験を積んできたなかで、このように老いを内面化し、さらには正や負に価値づけてきたのではないだろうか。こうしたことから、高齢者が現在どのような意識をもっているのかを明らかにするためには、過去にいただいていた意識に遡及する必要がある。

高齢者が現在の生活をどのように受けとめているのかを

調査した先行研究としては、主観的幸福感³⁾⁴⁾⁵⁾⁶⁾や、老人保健施設への入所期間と生活満足度の関係を調査したもの⁷⁾、高齢者が自分の年齢をどのように認識しているのかについて調査したもの⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾などがある。また、社会学的立場において、辻は、老いをラベリングする者を烙印者、高齢者を被烙印者と捉えた高齢者ラベリング論の視点で、被烙印者である高齢者が自らの老いを受けとめているかどうかや、老人扱いされることを気にかけるかどうかを調査している¹¹⁾。しかし、この報告では、高齢者が老いを受け入れるようになるのは烙印者から老人扱いされるためであることは論じられているが、過去に高齢者自身が内面化してきた老いのラベリングについては言及されていない。このように、個々の高齢者の歴史のなかで内面化してきた老いによって、身体障害をもちながら老いる自分をどのように受けとめているのかについて調査し、看護学的視点に立って論じた研究は見あたらない。看護職者が高齢者のラベリングを明らかにする意義は、老いに伴って身体障害をもつことが多い高齢者の健康的側面から、個々の高齢者が前向きに生きられるように実践していくための示唆を得ることができる点にある。

II. 研究目的

本研究の目的は、身体障害をもつ高齢者が今を生きている自分をどのように意識しているのかという現在の自己意識を、身体障害をもつことや老いすることについていただいていた過去の意識とのつながりのなかで明らかにし、それをラベリングの視点で分析し記述することである。

III. 用語の定義

1. 自己ラベリング

ラベリング論は、社会学的な差別論として理論構築や研究がなされてきた。ベッカーは、「社会集団は、これを犯せば逸脱となるような規則を設け、それを特定の人々に適

応し、彼らにアウトサイダーのレッテルを貼ることによって、逸脱を生み出す」と述べ、逸脱とは、「他者によって『違反者』に適応された結果であり、ある人間の行為に対する他者による反応の結果である」という¹²⁾。本研究においてラベリングとは、社会的相互作用において意味づけられたラベルを付与することとする。また、自己ラベリングとは、自分が意味付与しているラベルを自己に貼り付け、意味づけることとする。

2. 身体障害

WHOの障害に関する定義は、ICFの生活機能構造モデルを採択し、機能障害、活動制限、参加制限のすべてを含む包括用語として用いている。この生活機能分類による定義を踏まえ、本研究において身体障害とは、疾病や廃用性症候群などによって身体機能が低下し、何らかの行動を遂行するときにその活動が阻害され、生活や様々な人生場面に参加することが困難な状態とする。

3. 自己意識

梶田によると、人が自分自身に対して現にいただく意識、すなわち自らの身体的あるいは精神的な特性、社会的な関係や役割、所有するものや所属するところ等々をめぐり、今ここでの気づきやイメージが自己意識である。また、意識は流動的で断片的なものであり、断片的なものの流れの底に、その流れのあり方そのものを支え枠づけるものがあるという¹³⁾。このような意識の構造や時間的流動性を踏まえて、本研究における自己意識とは、人生体験のなかで、自分自身についての意識や記憶、感情や価値づけ等の経験によって支えられ、現実に今ここで意識されているものとする。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、高齢者のいただく自己意識を半構成的面接法によって明らかにしていくことから、探索的記述型の質的帰納的研究デザインである。

2. 研究協力者

研究協力者は、調査協力が得られた介護老人保健施設（以下、老健と略記）で、研究者がボランティア活動を通して出会った人や、看護科長から紹介を受けた高齢者に、研究者が研究の趣旨を文書と口頭で説明した後、研究参加に同意を得られた高齢者とした。また、研究協力者の条件は、自分の過去や現在の体験や思いを語る必要があるため、認知症がなく、言語的コミュニケーションが可能な人とし、老年期に至って身体障害をもった高齢者とした。

3. データ収集方法

研究の趣旨を理解した高齢者は、病気にかかったときの思いや、身体が思うように動かない今の思い、若い頃の生

活振りなどを自らが語り始めることが多かった。そのため、語り手の語りたい内容を聴き手が受け取る形で、思いを汲み取りながら進め、語りのなかからインタビューガイドの内容について質問を行った。インタビューガイドは、老いや身体障害を一般的にどのように思ってきたのか、身体障害をもった今の自分をどのように思っているのか、これからの自分の生き方をどのように考えているのかについての項目を設定した。面接内容は、研究協力者に承諾を得て録音し、それを逐語録としたものをデータとした。面接時間は、一回につき約60分から90分であった。回数は2回から4回であり、語り手と研究者がこれ以上語ることがないと判断した時点で終了とした。調査期間は、平成16年6月から11月までであった。

4. データ分析方法

高齢者個々の人生体験のなかで語られるライフストーリーが、どのような意味をもっているのかを理解し、より深く解釈するために、研究協力者のライフイベントを時系列に沿って整理した。そのうえで、語られた内容はグラウンデッド・セオリー・アプローチを参考に継続的比較分析を行い¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾、それを記述した。分析の手順は以下の通りである。

- 1) 逐語録のなかで、身体障害をもつことや老いることに関するデータを、語り手の思いを読み解きながら解釈し、切片化した。取り出したデータの大きさは、意味内容が理解できる程度の句や文節とした。
- 2) 最初の研究協力者の語りを次の研究協力者と比較検討しながら類似性と差異性を抽出し、面接を重ねる毎にこれを継続して行い、次の研究協力者の面接やデータ分析に活用していった。
- 3) 抽出したデータの類似性と差異性を検討しながらカテゴリ化する作業をさらに繰り返し、カテゴリ間の論理的関連性をたどりながら、高齢者の自己意識に関するテーマを見出していった。そのなかで、自己ラベリングに関するテーマについて時間性歴史性を検討しながらデータに基づいて記述した。

5. 分析結果の信頼性

データおよび分析結果の信頼性を高めるために、前回の語りの内容および、研究者がその語りの内容をどのように理解したのかを研究協力者に確認し、語り手の意図に添っていない場合は訂正や補足を受けた。また、分析の全過程において、質的研究の専門家にスーパーバイズを受けながら、常にデータにかえって繰り返し検討した。

6. 倫理的配慮

本研究は、神戸市看護大学倫理委員会の承認を得た研究計画書に基づいて行い、研究の趣旨、研究への参加の自由、途中でも参加を辞退できること、それによって不利益

を被ることがないこと、語りが内面に触れることを配慮してプライバシーを保護すること、個人が特定されないように処理し同意を得たうえで研究結果を公表することについて、文書と口頭で説明し同意を得られた人を研究協力者とした。

V. 結 果

研究協力者は9名で、76歳から98歳までの女性6名と男性3名であった。また、施設入所の時期は、8年前から数回の入所経験がある人が2名、二度目の入所が2名、他施設からの転入が2名、施設自体に初めて入所した人が3名であった。生活上の移動方法は、8名が車椅子を使用し、1名が杖歩行であった。

身体障害をもちながら老いを生きる高齢者の自己意識は、【身体障害や老いることについての過去の意識】、【「蜘蛛の巣」に絡まる身体】、【籠の鳥】、【支えてくれる家族と帰れる家】、【「輝いていた」ときと「輝かない」今】、【先行きは不安でも今の自分は幸せな方】、【生と死】の7カテゴリーであった。本稿では、このうち、高齢者が身体障害や老いることについての意識が、時間的経過のなかで、どのようにラベリングされ、それを高齢者がどのように自己ラベリングしているのかに注目した。そのため、身体障害をもつ高齢者のラベリングに影響する【身体障害や老いることについての過去の意識】と【生と死】を中心に説明を記述する。なお、文中表記について、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは『 】, 下位カテゴリーは〈 〉で示す。また、「 」は高齢者の語りを、[[]]は補語を、()のアルファベットは語り手を表す。

1. 身体障害や老いることについての過去の意識

【身体障害や老いることについての過去の意識】は、現在高齢者がいっている自己意識と結びつきのある過去の意識であり、『身体障害や老いることについて何も考えてなかった』、『身体が動かなければ何もできない』、『ほけるのは嫌』、『年とともに身体は弱ってくる』、『身体障害があってもできることがある』、『戦時下では死が日常だった』、『身体障害に対するアンビバレントな思い』で構成された。以下、これらの説明を記述する。

『身体障害や老いることについて何も考えてなかった』は、過去に、老いや身体障害について全く意識にも関わっていなかったか、あるいは意識はしていたが何の考えももっていなかったというものであった。老いや身体障害について意識していなかったのは、「病気を介抱したり苦しみを見たり、そんなこと何にもない。(C)」や、「身体の不自由な人のなかに入ったことはないですからね。やから、全然分からん。(G)」と、身体障害をもつ人との関わりがなかったためであった。また、老いや身体障害につ

いて意識していたが何も考えなかったのは、「両親が年をとったなと感じたことはあったけど、無視してた。(A)」や、「世間の人は傷痍軍人を見せかけだけや言うてね。普通の人がね、お金稼ぐためにしてたんだとかいうことを教えてくれた人もありますけどねえ。それまでは気の毒だと思ってたけど、そんなん聞いたら、どんな人がいても知らん顔してましたけどね。(C)」と、周囲の考えや見方に影響されて自分の見方を変え、何も考えないようにしていたためであった。さらに、病気にかかったきょうだいを見て、「自分が健康やから、何とも思わなかった。(E)」と、身近に身体障害をもつ人がいても、自分が健康なために関心を向けていなかった。

『身体が動かなければ何もできない』は、身体障害をもっている身近な人との出会いから、身体障害をもつことに対してネガティブなイメージをいただき、その一方で、自分は障害のない身体で良かったという意識であった。戦争体験では、身体機能を重視する徴兵検査や、戦場では身体障害をもつことが生死に関わるほど重大であったことから、「徴兵検査で、丙いうたら兵隊行けんわね。身体のどっか悪いいうてね。片端の人とか使い物にならんからね。(I)」と、身体的に健康なことが必要性の高い人間として認知されていた。また、陸軍病院では兵隊の階級によって待遇が異なっており、「片端。戦争に行つて腕がなかったり、いろいろおるやろ。ほで、頭から上は気が触れとるやろ。あいつらの相手になったら、殺されても殺され損やいうて、敬遠されとった。(H)」と、偏見のある差別的な意味を含んだ言葉を使い、身体障害をもつことをネガティブに意識していた。このようにして、身体的に健康であることが生き抜くために不可欠なものと意識されていた。また、幼い頃から肉体労働で何とか生計を立てていた人は、夫や義弟が老いや病気によって身体が動かなくなり、それまで順調だった商売が低迷したことを、「病気がほんと一番怖いですわ。病気になったらねえ、うちの中がわやくちゃになって。年いったら足の方から弱ってくるからね。(D)」と、老いや身体障害は当事者や家族の生活を困窮させるものだと思っていた。

『ほけるのは嫌』とは、老いの行く末にほけるというように、老いることとほけることは切り離せないものと意識したうえで、ほけることによって自分一人で生活できないことを負に意識するというものであった。若い頃に近所にいた認知症高齢者を見て、「おしっこを垂らしてね。ハー、年とってあんななるんじゃろうかなー、と思ったわ。(B)」と、トイレでの排泄が自分でできなくなるほど身体機能が低下するため、ほけることに負の意識をいただいていた。

『年とともに身体は弱ってくる』は、老いていく親の働

いている姿を見て、「田畑や力仕事ちゆうなもんはね、だんだんと年とともに廃っていくもんですわ。(I)」と、年とともに次第に肉体的な体力が衰え、身体が弱ってくるのは当たり前という意識であった。

『身体障害があってもできることがある』は、炭坑で下半身が全く動かなくなった人について、「何でもする人やったわ。お腰がやられても、自分で何とか頑張ろうと思ってね。車の免許でも取ってね。(B)」と、身体障害を前向きに捉える意識であった。また、70歳の母親のことを「まだ元気でしたわ。若かったからね。(B)」と、老いを暦年齢に関係なく捉え、老いのなかに若さを見るようなポジティブな意識であった。

『戦時下では死が日常だった』とは、死ぬことを強要されるような戦争体験をもつ高齢者が、生死に関わる強烈な体験を通して、人の死を意識するというものであった。人が死ぬことが日常であった戦時中、「戦場では、ポンと撃たれてその場で死ぬやろ。そんなのが6人も7人も。そういうこと [[人の死]] は達観してしもたわ。(H)」と、人の死に動じないような精神状態でいなければ自分が生きていけないという意識をいだいてきた。

『身体障害に対するアンビバレントな思い』は、身体障害をもつかどうかで人を判断するのではなく、一人の人間として平等に、前向きに捉えたいと思う一方で、身体障害によって生産性が制限されるため仕事上の効率や成果による差別は仕方がないという気持ちの間で揺れ動く意識であった。身体障害をもつ人に対して生じていた賃金格差について、身体が不自由だった職場の人について、「労働条件をよくするために軽い方の仕事に回したりね。その代わりに、同じ賃金ではいきませんわ。できたら全部差別なしに、昇級も一律にできたら一番良いけどね。(I)」と、身体障害をもつことに対する理想と現実との間で葛藤していた。

続いて、過去にこのような意識をいだいていた高齢者が、身体障害をもつ現在の自分をどのように意識しているかについて記述する。

2. 身体障害をもちながら生きる現在の自己意識

身体障害をもつ高齢者は、老いた自分が身体障害をもちながら今を生きることに意味が見出せないと思う一方で、それでもこれから先の人生を前向きに生きていこうとする思いをもちながら、気持ちが生きる方に向いたり死の方に向いたりするような流動的な自己意識をいだいていた。この自己意識を【生と死】と命名した。これは、『生きる意味が見出せない』『生きる意味を探す』『死への準備』で構成されていた。以下、老いや身体障害についての自己ラベリングとして特徴的な『生きる意味が見出せない』『生きる意味を探す』について、サブカテゴリー毎の説明と、過去の意識とのつながりを記述する。

1) 生きる意味が見出せない

『生きる意味が見出せない』は、『迷惑をかけてまで生きたくない』『生きる希望がない』で構成されていた。

『迷惑をかけてまで生きたくない』は、他者の援助がなくては一人で生きていくことができない自分が、他者とくに家族に迷惑をかける存在であると感じることによって、気持ちが生きる方に向かないような自己意識であった。これまでに出会った身近な人のなかで一番の長寿になったと語る人は、生きることに戸惑いを感じ、「今になって、何でこんなにいるんだろう、早くお迎えが来て欲しいなとばかり思うだけです。私は邪魔になるばかり。世の中にも若いもんにも迷惑かけて。はよ迎えに来てくれっていうことをいつでも毎日言うてるんですけど。…自分が動けてたら思っていないでしょうね。(C)」と、身体が動かない自分に生きている意味を見出せず家族の迷惑になっているという思いから、早く生を全うしたいと考えるようになっていた。現在このような自己意識をいだいている人は、過去に『身体障害や老いることについて何も考えてなかった』と、身体が動かなくなることや年をとることに意識を向けていなかった。また、老いて身体障害をもつ今の自分を、過去の社会通念で捉えていた人は、「私ね、昔やったら姥捨山に捨てられるような身体やったんやけどね。(D)」と、社会のなかで自分の生きる意味が見出せず、迷惑をかける存在であると思っていた。さらに、思いもかけず長生きしている自分がどう生きていけばよいか分からず、「こんなに長生きするとは思わへんから。このまま100まで生きたらえらいこっちゃ。皆に迷惑かけるもん。年をとるのは嫌です。(F)」と、迷惑をかけてまで生きたくないと思っていた。現在このような自己意識をいだいている人は、過去に『身体が動かなければ何もできない』という意識をいだいていた。

『生きる希望がない』は、身体障害をもつまでに担ってきた役割や、生きる目的の喪失感のために、生きていても自分は何もできず役に立たないと思い、また、生きるうえで楽しみがないと感じることによって、生きる希望を見出せないという自己意識であった。妻として夫を支えるという妻役割意識をもちながら生きてきた人は、身体障害をもったことによって今までのように妻役割を担うことができなくなったことを、「主人には本当に悪いわ。巻き添えくっちゃったものね。主人に迷惑かけるしなーと思ってね。“なんとか生きなさい”って言われてね。それで生きてはいるんだけど。死んだっていいのよ。役に立たないんだからね。(A)」と、毎回の面接で夫に対する自責の思いを語った。また、仕事や趣味などの生きる目的や楽しみを感じることで生きる希望や意欲につながっていた昔の自分を語りながら、「生きがいを感じて生きてんのもしいけ

どね。人間、希望があればねえ、生きてやろうとするけども、もう目的のない人は知らん間に死んでる方がいいやと思いますね。長生きせい言うけど、希望も何にもないで、生きとってもしょうがないんとちゃうかなあ。(G)」と、希望を持ってない今、自分が生きていても仕方がないと思うようになっていた。現在このような自己意識をいっている人は、過去には『身体障害や老いることについて何も考えてなかった』と、身体障害をもつ人や老いることに意識を向けていなかった。

2) 生きる意味を探す

『生きる意味を探す』は、これから先の人生について、今の自分に生きる希望が見出せないと思いながらも、気持ちを生きる方に向けて前向きに生きようとする流動的な思いのなかでいただく自己意識であった。この自己意識は、《前向きに生きる》《前向きに生きられるか心配》《自然に任せる》《今を大事に生きる》で構成されていた。

《前向きに生きる》は、これからの人生を死の方向ばかり向けるのではなく、生きる方に向け替えて前向きに生きようとする自己意識であった。毎日編み物や歩行練習をしながら、「寝たつきりにはならんようにと思って頑張ってます。年をとることが嫌だとは思わない。前向きにね、前向きに考えなと思てね。(B)」と、身体障害の程度が今以上に悪くならないように前向きに生きようとしていた。しかし、前向きに老いを生きようと思う一方で、「先行きは不安でも今の自分は幸せな方」という自己意識のなかで、高齢者は老健へ入所後に、自分より身体障害の程度が重度の人を見て、「何もできない人がかわいそう」と意識し、また、認知症高齢者を見て、「ほけた人が怖くて惨め」と意識していた。他者に自己を重ねて自らの将来像を意識する、こうした『先行きの不安』は、老いや身体障害を負にラベリングしていることを表していた。現在このような自己意識をいっている人は、過去に『身体障害があってもできることがある』と、老いや身体障害に対して前向きに意識していた。

また、好意を持っている異性の介護士の話を恥ずかしそうに話しながら、「苦しい生活のなかにもね、ちょっとした楽しみがあったらね、生きていけますけどね。(E)」と語った人は、自分の家で生活することを切に願っているにもかかわらず、子どもとの関係のなかで実現しない悔しさをいただきながら、それでも前向きに生きようとしていた。現在このような自己意識をいっている人は、過去に『身体障害や老いることについて何も考えてなかった』と、自分が健康だったため特別な考えはもっていなかったが、一方では『身体が動かなければ何もできない』という意識をいっていた。

また、《生きる希望がない》で前述した妻役割意識を強

くもっていた人は、面接を通して、「あたしね、とっても悪かったと思います。生き方。自分をね、責めて、責めて、責めてるところ。愉快に過ごすように努力していくわ。そんなにね、自分を責めなくてもいいと思います。(A)」と、自分自身が縛っていた自責の思いから解放され、老いや身体障害についての思いを人生体験のなかから語ることによって、自己ラベリングが意識化され、前向きに生きようという自己意識に変化していった。

《前向きに生きられるか心配》は、残された自己能力を発揮して前向きに生きたいという思いをもつ一方で、これから困難を乗り越えていくことができるかどうかという思いもつアンビバレントな自己意識であった。仕事を中心に今までの人生を語った人は、「仕事をしていたときのよくな気合いがなくなっていくもん、だんだんだんだん。気力も年とともになくなっていくな。年齢やな、という先入観があるでしょ。80と。(I)」と、老いて身体が弱るのは当然であり、それによって気力も衰えていくという思いをもちながら、「積極的にパーッとね、考えられんことが多くなってくるわね。どういふことをしたらええんやろうか。頑張れることはないかなと思てね。(I)」と、今までの自分を想起して、今の自分を奮い立たせるように、何かできることを探していた。そして、三回の面接を通して、「今まで考えてることをずーっと列記してみてね、人生でこれはプラスのもん、これはマイナスのもんいうの考えたいなと思うんやけどな。右手がいとんねやからね [[障害をうけている]]。それ書けるかいなと思て。ドンドンドンね。(I)」と、とても力強く語り、今の自分にできることを見出したように輝いていた。現在このような自己意識をいっている人は、過去に『身体が動かなければ何もできない』、『年とともに身体は弱ってくる』、『身体障害に対するアンビバレントな思い』をいただき、老いや身体障害を正にも負にも意識していた。

《自然に任せる》は、自分の死について、「自然に任さなしゃあない。人間の寿命ちゆうのがあるわなあ。(H)」、「終いには天国いくと。もう、自然の法則ですよん。(I)」と、人間が年老いていき、その先に死があるのは自然なことと捉え、これからの自分の人生も自然に任せようという自己意識であった。

《今を大事に生きる》は、「先の人生までは考えてないですけどね。(E)」、「その日が過ぎたらええなあ思て。今生きていくのが、大事やなと思てね。(F)」と、これから先の人生を考えるよりも、今このときに喜びを感じていたいという自己意識であった。

VI. 考 察

1. 老いや身体障害について自己意識の時間的移行

身体障害をもつ高齢者がいづく老いや身体障害についての自己意識を、ラベリングの視点で整理したのが図1である。高齢者は、自分が若くて健康な頃に【身体障害や老いることについての過去の意識】をいただき、老いて身体障害をもつ今の自分を、揺らぎはあるが、過去の意識のまま正や負に自己ラベリングしていた。そして、このような自己意識をいただきながら、これから先の自分の生きる意味を探るように【生と死】について考えていた。

現在、『生きる意味が見出せない』と負に自己ラベリングしている高齢者は、過去にも『身体が動かなければ何もできない』や『ぼけるのは嫌』と負にラベリングしていた。しかし、過去に、身体障害や老いることを正にラベリングしていた高齢者でも、施設に入所することによって、負に自己ラベリングするようになっていた。このように負に自己ラベリングし、『生きる意味が見出せない』と意識していた高齢者は、面接を通して、身体障害をもつことや老いることについての思いを過去に遡及して語ることで、負の自己ラベリングから解放され、『前向きに生きる』という自己意識に変化した。

一方、高齢者は負に自己ラベリングし、『生きる意味が見出せない』と意識するだけでなく、『前向きに生きる』と自らの生を意識していた。自らの【生と死】をめぐる流動的な意識のなかで、このような前向きな自己意識をもちながらも、『前向きに生きられるか心配』と前向きな自分を自分で引き留めるようなアンビバレントな自己意識もいただいていた。こうした自己意識をいただくのは、過去に『身体障害に対するアンビバレントな思い』をもち、『年と

もに身体は弱ってくる』とラベリングしていたためであった。

このように、身体障害をもつ高齢者は、自分が若くて健康な頃から、老いや身体障害を正や負にラベリングし、過去に価値づけてきたラベルを今の自分に貼り付ける、という時間的な経過のなかで自己ラベリングしていた。しかし、高齢者が過去に正や負に価値づけしてきたラベリングをそのまま自己にラベリングする限りではなかった。これについては次項で論じる。

2. 老いの内面化と現在の自己ラベリング

自己意識を構成する自己概念には、現実の自己イメージを概念化してとらえた「現実自己」、自己が理想とするものを概念化してとらえた「理想自己」、自己が義務として実現しなければならないものと思うものを概念化した「義務自己あるいは当為自己」がある¹⁷⁾。高齢者が、過去に老いや身体障害をもつことを負にラベリングするようになったのは、生きてきた時代のなかで、戦争体験や、農業などの肉體労働をしてきた親といった重要な他者から、身体的な自立を理想とし義務として実現しなくてはならないということ、理想自己や義務自己として自己に取り込み、身体障害をもつことを負に内面化してきたためであろう。そして、自分が老いて身体障害をもったときには、理想自己からかけ離れ、身体を使って実現することができなくなることが多くなるなかで、このような負のラベリングを自己に貼り付けるために、今の自分に生きる意味が見出せないと感じるのではないだろうか。

一方、過去に老いや身体障害を正にラベリングしてきたのは、身体障害をもちながら前向きに生きていた人との交流の体験が正に内面化され、ポジティブに意識されるよう

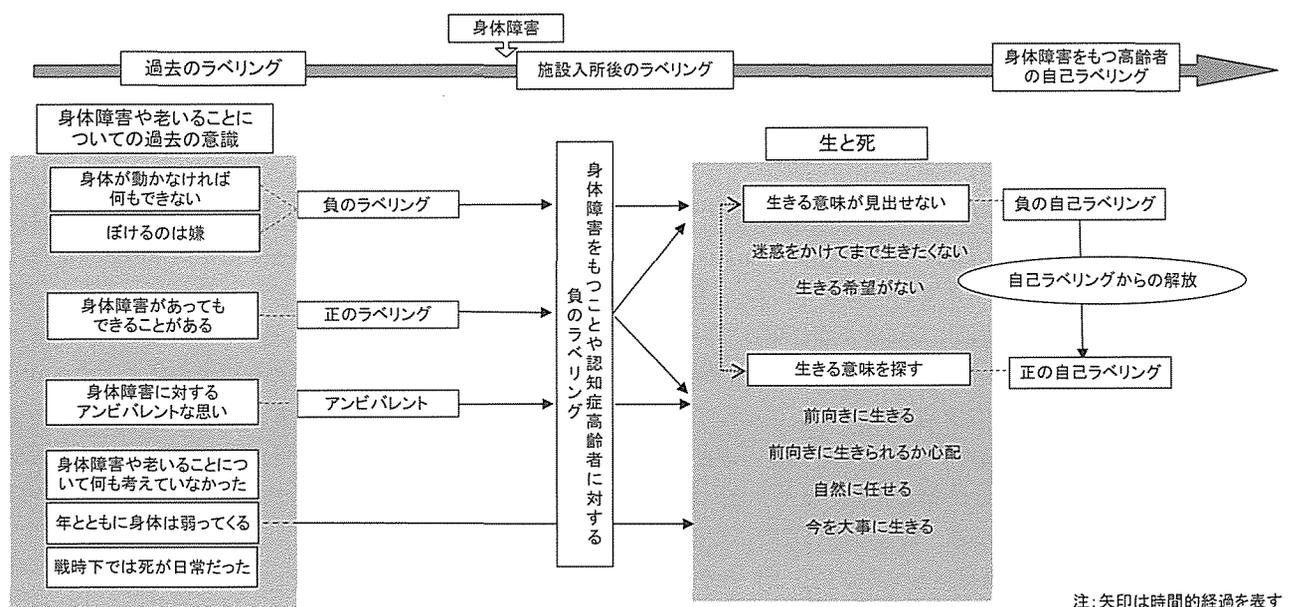


図1 老いと身体障害についての高齢者の自己ラベリング

になったためである。しかし、自らが身体障害をもったときには、前向きに生きようという思いをもちながらも、これから先、自分がぼけたり身体障害が増悪したりするのではないかという不安もまた感じていた。老いや身体障害ついていただく現在の意識は、過去の体験のなかで内面化されてきただけでなく、自らが老いて身体障害をもって施設に入所した後で負に自己ラベリングされていた。これは、たとえ過去に老いや身体障害を正にラベリングしていたとしても、自らが老いて身体障害をもったときには、負にラベリングすることもあることを表している。つまり、負の自己ラベリングは、高齢者自身がもつ過去のラベリングが影響しているだけではなく、高齢者だけが生活する施設が、地域社会から距離を置かれ、その施設のなかで生活する高齢者は、身体障害の程度や認知機能の程度によって互いにラベリングしあっているという構造をもっているのではない。

また、過去にいただいていた負のラベリングに加えて、現在、自らの老いを負に自己ラベリングするのは、《迷惑をかけてまで生きたくない》と、自分が家族、特に子どもに迷惑をかけ、役に立たない存在であるという自己意識をもつためと考えられる。高齢者が家族のなかで役に立たない存在だと思ふのは、老健で生活することによって、同居していたときのような家族との関係性の深さを実感することができなくなったことや、居住空間を別にすることで共に過ごす時間や距離といった環境が変化したために、これまで担ってきた家族内の役割が、身体障害をもつことによって果たせなくなったことによるものであろう。身体障害をもちながら施設で生活し始めてから、高齢者がこのように負に自己ラベリングすることは、栗原の言う、制度に客体化された老いの負の意味を自己に内面化する過程、つまり、高齢者が社会活動の主体となる機会を狭められ、養われるもの、ケアされる者、治療されるものという受動的な存在形態に封じ込められることによって、家族や地域から排除され、無用な存在であるという社会的な負の老いの意味を自己に内面化するという見解¹⁸⁾で説明できる。このように、高齢者自身が家族内での存在を認識でき難い状態が続くことで、負に自己ラベリングしやすくなり、前向きに生きようという自己意識をもちにくくなるのではないだろうか。施設で生活している高齢者が負に自己ラベリングしないためには、家族と離れて暮らす高齢者と家族との関係をつなぐことが必要であろう。

3. 自己ラベリングを解放するための看護実践への示唆

老いて身体障害をもつ自分に『生きる意味が見出せない』という自己意識をいただくのは、過去に老いや身体障害をネガティブに意識していたことや、施設で生活するようになって、身体障害をもつ他的高齢者を負にラベリングす

るようになったためである。ところが、身体障害をもつ高齢者は、このような負のラベリングを意識していないことが多い。Aさんは負の自己ラベリングを意識していない一人であったが、面接を通して他者に語ることによって、自己ラベリングが意識化された。また、Iさんのように、年齢によって身体が動かなくなるのは当然だというラベリングと前向きに生きたいという意識の間で揺れ動いていたとしても、自らの人生や生き方を語ることによって、前向きに生きたいという気持ちを高めることができるようになっていた。やまだによると、物語としての自己は、現存在の意味を「時間性」のなかで考えれば、自己は事物のように「存在」するものとしてではなく、「みずからを時熟する」生成プロセスにおいてとらえられる。物語は、過去と現在の自己を結ぶだけではなく、未来の自己、可能性としての自己を有機的に意味づけて組織する¹⁹⁾という。この見解は、高齢者がこれまでに老いることや身体障害をもつことをどのように思ってきたのかを語ることによって、高齢者自身が身体障害に対して負の価値づけをしてきた歴史性を自分自身で整理し、意識化することができることを裏付けるものであり、さらに、高齢者が現在の自己を生成的に捉え、未来の自分にある可能性を探ることができることを示している。

このように、ケア提供者が高齢者の過去に遡及して、身体障害をもつことや老いることに関する高齢者のライフストーリーを聞くことは、高齢者のもつ負の自己ラベリングを解放し前向きに生きる意欲をもたせることができる援助となる。また、ケア提供者が高齢者の話しを聞くという姿勢が、高齢者にとっては自分に関心を向けてくれていることを実感できる機会にもなり、高齢者とケア提供者の関係性を構築することにも役立つであろう。

さらに、家族のなかで役に立たない存在と負に自己ラベリングし、『生きる意味が見出せない』と意識している高齢者には、離れて暮らしていても高齢者が家族とつながっていると感じられるように関わっていく必要がある。ケア提供者は、直接言いにくいと感じている高齢者のこのような思いを家族に伝えていく代弁者になることや、高齢者が直接家族に自分の思いを伝えていけるように力添えをすること、また、意思伝達の方法を高齢者と考えていくことなど、家族との関係性をつなぐための調整役を担うことが求められるのではないか。このような援助は、高齢者が家族内での自分の存在意義を見出すことにつながり、自分の生きる意味を前向きに考えられるように支援していくことができるだろう。

高齢者のなかには、施設に入所した後で、認知症高齢者を負にラベリングし、自らの老いに『先行きの不安』を感じることで、この先の人生を《前向きに生きられるか心配》

と意識していた。高齢者が認知症高齢者を負にラベリングするのは、様々な認知レベルの人が生活している老健で、認知症のある人とない人とのつながりが希薄なことや、認知症についての知識が少ないために不安になるということが考えられる。とかく認知症高齢者への看護は注目されがちであるが、認知症のない人とある人が共同で生活する老健では、認知症のない人に対するケアも必要である。ケア提供者は、施設で生活している高齢者に対して、認知症高齢者とともに暮らす人という視点を持ち、認知障害の程度が低い高齢者が、認知症という病気や症状について理解できるような援助が必要になってくるのではないだろうか。このような看護実践によって、身体障害をもつ高齢者がいなく負の自己ラベリングを解放し、今そしてこれからの人生を前向きに生きるように支援していくことができるのではないか。

4. 研究の限界と今後の課題

今回の研究協力者がある地域のある老健を利用している高齢者であるために、特定の地域や施設での高齢者の自己意識という点においては限界がある。また、高齢者が語る過去の意識については、言葉そのものに表現された意味だけでなく、過去の人生体験の語りから言葉の奥にある意識を汲み取るように分析解釈したが、高齢者のいなく過去の意識が現在いだいている自己意識に影響されていることは否めない。

今後の課題は、身体障害の程度や入所期間の違いなどが自己ラベリングにどのように影響するかを分析すること、自己意識が地域文化に根ざして形成されることを考えると、年代別、階級別、地域差によって身体障害をもつ高齢者の自己意識に違いがあるのかを検討していくことである。また、今回の研究結果の妥当性を高めるために、より多くの事例を重ねていく必要がある。

VII. まとめ

身体障害をもちながら老いを生きる高齢者の自己意識のなかで、時間的に移行する老いや身体障害についての意識に注目し、現在いなく高齢者の自己意識が過去の意識とどのようなつながりをもっているのかをラベリングの視点で明らかにした。高齢者が過去にいだいていた意識のうち、

身体障害や老いることを負にラベリングしていたのは、『身体が動かなければ何もできない』と、認知症によって身体障害をもつようになることを老いと重ねて意識した、『ほけるのは嫌』であった。反対に、正にラベリングしていたのは、『身体障害があってもできることがある』であった。また、正にも負にもラベリングしていなかったのは、『年とともに身体は弱ってくる』、『身体障害に対するアンビバレントな思い』であった。他方で、『身体障害や老いることについて何も考えてなかった』と、身体障害や老いることを意識してこなかった。高齢者がいなく身体障害や老いることについてのラベリングは、こうした過去のラベリングだけではなく、施設に入所後、自分より重度の身体障害をもつ人や認知症高齢者を負にラベリングするようになっていた。身体障害をもつ高齢者は、こうしたラベリングや、自分が他者とくに家族にとって役に立たない存在であると意識することに影響され、現在の自分を、『生きる意味が見出せない』と負に自己ラベリングしながらも、前向きに『生きる意味を探す』と正に意識しながら、自らの老いを生きようとしていた。こうしたことから、身体障害をもつ高齢者が、前向きに生きるための看護実践として、高齢者が老いや身体障害についていだいてきた思いを語ることによって負の自己ラベリングを解放すること、家族との関係性をつなぐことによって高齢者が家族にとって役に立たない存在という負の自己意識をもちにくくすること、施設入所後に認知症高齢者を負にラベリングしないような関わりとして高齢者が認知症について理解できるようにすることの必要性が示唆された。

謝 辞

本研究への参加を快諾し、豊富な人生体験や身体障害をもちながら生きる様々な苦悩など貴重な体験を広く語ってくださった9名の方々に敬意とともに感謝致します。

また、論文を作成するにあたり、ご指導ご助言をいただきました神戸市看護大学の沼本教子教授に心より感謝いたします。

本研究は、平成16年度神戸市看護大学大学院看護学研究科の修士論文の一部に加筆修正したものであり、その一部は第14回日本保健科学学会学術集会において報告した。

要 旨

本研究の目的は、身体障害をもつ高齢者がいなく現在の自己意識を身体障害や老いについての過去の意識に遡及しラベリングの視点で明らかにすることである。施設入所高齢者9名に面接し比較分析を行った。その結果、身体障害をもつ高齢者は、過去に『身体が動かなければ何もできない』、『ほけるのは嫌』と身体障害や老いを負にラベリングしたり、『身体障害があってもできることがある』と正にラベリングしたりしていた。また、施設入所後に重度の身体障害をもつ人や認知症高齢者を負にラベリングしていた。高齢者が現在の自分を『生きる意

味が見出せない』と負に自己ラベリングし、一方、『生きる意味を探す』と前向きに意識するのは、こうしたラベリングが影響していたためであった。そこで、老いを前向きに生きるための看護実践として、語りを通して負の自己ラベリングを解放すること、高齢者が認知症について理解できるようにすることの必要性が示唆された。

Abstract

The purpose of this study is to clarify the self consciousness of the elderly disabled people from the viewpoint of labeling. I interviewed 9 people living in a healthcare facility, collected the date and analyzed them by the method of comparative analysis. As the result they have had various labelings since they were young. For instance, they have also had the negative labelings such as “the disabled people don't make anything” and “we hate to be growing senile”, while they have also had the positive labeling like “there is something to do with the disability”. Besides, after moving into the facility, they have had the negative labeling to disabled or dementia people. Because of these labelings, the elderly disabled people just have the negative self-labeling like “we can't have hope to live”, on the other hand they have the positive self-labeling like “we are looking for the meaning of our lives now and in the future”. Therefore, I suggest through nursing practices that elderly disabled people may live positively if they can talk about how they think of their disability and have the full understanding of dementia.

文 献

- 1) 総務省統計局: 全国・年齢(5歳階級), 男女別推計人口, 2005/09/29, <http://www.stat.go.jp/data/jinsui/tsuki/index.htm>, <http://www.stat.go.jp/data/jinsui/wagakuni/zuhyou/05k5-3.xls>
- 2) 栗原 彬: 「老い」と「老いる」のドラマツルギー, 老いの発見1 老いの人類史, 11-48, 岩波書店, 1986.
- 3) 出村慎一, 南 雅樹, 他: 地域都市在住の在宅高齢者のモラルの特徴-性と生活要因の観点から-, 日本公衆衛生雑誌, 56(4), 655-663, 2002.
- 4) 福田寿生, 木田和幸, 他: 地方都市における65歳以上住民の主観的幸福感と抑うつ状態について, 日本公衆衛生雑誌, 49(2), 97-105, 2002.
- 5) 柳沢理子, 馬場雄司, 他: 家族および家族外からのソーシャルサポートと高齢者の心理的QOLとの関連, 日本公衆衛生雑誌, 49(8), 766-773, 2002.
- 6) 井戸正代, 川上憲人, 他: 地域高齢者の活動志向性に影響を及ぼす要因および実際の社会活動との関連, 日本公衆衛生雑誌, 44(12), 894-900, 1997.
- 7) 中井里史, 橋本修二, 他: 老人保健施設の在所期間と関連要因-在所者自身によるADL評価および生活満足度-, 厚生 の指標, 45(10), 13-17, 1998.
- 8) Nilsson M., Ekman S.-L., et al.: Ageing with joy or resigning to old age: older people's experiences of the quality of life in old age, *Health Care in Later Life*, 3(2), 94-110, 1998.
- 9) Sherman S. R.: Changes in age identity: Self perceptions in middle and later life, *Journal of aging studies*, 8(4), 397-412, 1994.
- 10) Cremin M. C.: Feeling old versus being old: view of troubled aging, *Soc. Sci. Med.*, 34(12), 1305-1315, 1992.
- 11) 辻 正二: 高齢者ラベリングの社会学, 171-249, 恒星社厚生閣, 東京, 2000.
- 12) ハワード. S. ベッカー/村上直之(訳): 新装アウトサイダーズ -ラベリング理論とはなにか-, 7-30, 新泉社, 東京, 1993.
- 13) 梶田毅一: 自己意識の心理学 第2版, 33, 東京大学出版会, 東京, 1988.
- 14) 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, 東京, 1999.
- 15) 能智正博: グラウンデッド・セオリー法的分析の認知プロセス, *Quality Nursing*, 10(6), 51-73, 2004.
- 16) W. C. チェニッツ. J. M. スワンソン/樋口康子, 稲岡文昭(監訳): From Practice to Grounded Theory/グラウンデッド・セオリー-看護の質的研究のために-, 医学書院, 東京, 1992.
- 17) 辻平治郎: 自己意識と他者意識, 35-39, 北王路書房, 京都, 1993.
- 18) 2) 掲
- 19) やまだようこ: 人生を物語ることの意味, やまだようこ(編): 人生を物語る, 1-38, ミネルヴァ書房, 京都, 2000.

〔平成17年10月11日受 付〕
〔平成18年5月23日採用決定〕

冠動脈インターベンションを受けた虚血性心疾患患者の 自己管理行動に影響する要因

— 家族関係および心理的側面に焦点を当てて —

Analysis of Factors Influencing Self-Management Behavior of the Patients
with Ischemic Heart Diseases after Coronary Interventions
— Focused on Family Relationship and Psychological Aspect —

川上 千普美 ¹⁾ Chifumi Kawakami	松岡 緑 ²⁾ Midori Matsuoka	樗木 晶子 ¹⁾ Akiko Chishaki	長家 智子 ¹⁾ Tomoko Nagaie
赤司 千波 ³⁾ Chinami Akashi	篠原 純子 ¹⁾ Junko Shinohara	原 頼子 ⁴⁾ Yoriko Hara	

キーワード：虚血性心疾患，冠動脈インターベンション，自己管理行動，家族関係，心理的側面
Key Words：ischemic heart disease, coronary intervention, self-management behavior
family relationship, psychological aspect

I. はじめに

近年，虚血性心疾患に対して冠動脈バイパス術（Coronary Artery Bypass Grafting: 以下CABGと記載）や経皮的冠動脈形成術（Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty: 以下PTCAと記載），冠状動脈内血栓溶解療法（Percutaneous Transluminal Coronary Recanalization: 以下PTCRと記載），ステント留置などの冠動脈インターベンションの実施率が増加し，効果的な長期予後をもたらしている¹⁾。しかし，冠動脈インターベンション後1年を経過した患者の再狭窄率が38%であったとの報告²⁾にもあるように，再狭窄や再発作を予防する2次予防が今もなお残されている課題である。2次予防のためには，虚血性心疾患への危険因子となりうる個人の種々の生活様式，つまり，食事や喫煙，運動，ストレス対処など日常生活全般にわたる生活習慣の改善や自己管理を余儀なくされる。そのため，期待される自己管理行動に対する負担感を感じている患者も少なくない³⁾。

このような虚血性心疾患患者への生活習慣の自己管理を促すための支援は重要な課題であり，ソーシャルサポートの重要性が述べられてきた⁴⁾。心筋梗塞の長期予後について，死亡率とソーシャルサポートとの関係も報告されている⁵⁾。中でも最も身近なソーシャルサポートとしての家族にはヘルスケア機能があり，日常生活における保健習慣に

影響を及ぼすといわれている⁶⁾。直成ら⁷⁾は，循環器系疾患患者の自己管理行動への意欲や自信を高める要因として同居者の存在を明らかにした。また小西らが心臓リハビリテーション後の運動療法継続に家族の協力が影響する⁸⁾と報告しているように，患者が自己管理を実践していく上でも，家族からのサポートが重要であると考えられる。

また，患者は治療後の再狭窄や再発作への不安を抱えている⁹⁾。そして不安や抑うつなどの心理的反応は，回復過程を阻害するばかりでなく，退院後の社会生活適応にも悪影響を及ぼすといわれている¹⁰⁾。虚血性心疾患患者のストレス耐性の低さ¹¹⁾ やうつ気分が長期的な予後に及ぼす影響¹⁰⁾¹²⁾も指摘されており，虚血性心疾患患者の不安や抑うつ，ストレスといった心理的側面への介入も患者の生活を支援するうえで重要な課題である。金ら¹³⁾が慢性疾患患者の心理的ストレス反応の軽減とセルフコントロール，健康行動に対する動機付けとの関連を報告しているように，虚血性心疾患患者の自己管理行動と心理的側面とは互いに影響すると推測されるが，それらの関連を報告した研究は見当たらなかった。

虚血性心疾患患者の自己管理行動に関する先行研究では，患者の行動特性との関係を検討したもの¹⁴⁾ や，治療法に関わらず虚血性心疾患患者全般を対象としたもの¹⁵⁾，性を特定して調査した研究¹⁶⁾はあるが，冠動脈インターベ

1) 九州大学医学部保健学科 School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kyushu University

2) 大分大学医学部看護学科 Department of Nursing, Faculty of Medicine, Oita University

3) 大分県立看護科学大学看護学部 Oita University of Nursing and Health Sciences

4) 久留米大学医学部看護学科 Kurume University School of Nursing

ンションを受けた患者を対象としたものはない。自己管理行動に影響する要因としては、環境¹⁵⁾ やストレス³⁾ が関連していることは報告されてきたが、家族からのサポートや家族関係、不安、抑うつなどの心理的側面との関連を検討した研究は見当たらない。我々の先行研究¹⁷⁾ において、冠動脈インターベンションを受けた高齢患者の具体的な自己管理行動内容について検討し、比較的自己管理行動がとれていること、定期的な受診や内服指示に従うことはできるが、手間のかかるカロリー計算や浴室と脱衣所の温度の調整は実施率が低いこと、ストレス対処が困難なことなどを明らかにしてきた。また、高齢患者の自己管理行動には家族の存在や協力が必要であることを示唆してきたが、さらに対象を拡大し、成人患者全般の自己管理行動に影響を及ぼす要因について更なる検討を加えていく必要があると考えられた。

そこで、本研究では、冠動脈インターベンションを受けた虚血性心疾患患者の自己管理行動に影響する要因を明らかにし、特に家族関係および心理的側面に焦点を当てて検討することを目的とした。

II. 研究方法

1. 用語の定義

本研究における冠動脈インターベンションとは、CABG, PTCA, PTCR, ステンント留置のことをいう。自己管理行動については、冠動脈インターベンションを受けた患者が病状の安定および2次予防のために管理していかなければならない生活習慣行動と捉えた。

また、家族は、患者の生活や治療に影響を及ぼす重要な関係にあると考えられる同居者と定義し、家族サポートとは、患者が家族からのサポートを受けていると感じているかどうかという知覚された家族サポートの認識、家族関係は、家族サポートおよび家族環境を示す。

2. 調査対象

福岡県下にあるA大学病院の心臓血管外科あるいは循環器内科において冠動脈インターベンションを受けて3ヶ月～1年6ヶ月以内の虚血性心疾患患者237名を対象とした。

3. 調査方法および倫理的配慮

郵送法による自記式質問紙調査を行った。調査は九州大学医療技術短期大学部の倫理委員会の承認を得た上で実施した。

まず入院中の対象者に対して、退院決定後に研究者が病室に訪問し調査依頼を行い、後日質問紙調査票を郵送することの承諾を得た。調査票送付の際には、研究目的と方法、参加は自由であること、匿名性の保護などを文書で説明し、同意書に署名後、記入した調査票とともに返送していただいた。個人の特定化を避けるために、開封した同意

書と調査票は別に保管する、データ入力とは別の研究者が行うなどの工夫をした。

調査期間は、2003年10月～2004年3月であった。

4. 調査内容

自己管理行動に影響する要因を構成するにはGreenのプリシードモデル¹⁸⁾ を参考に、調査内容を設定した。プリシードモデルは、健康教育や患者教育において重視され¹⁹⁾、糖尿病や脳梗塞後の患者など実践にも多く用いられている²⁰⁻²²⁾。本研究では、様々な要因の複合作用で起こるとされる保健行動に「自己管理行動」、属性に関する要因を「患者の基本属性および疾患関連要因」、前提要因に「不安および抑うつとストレス」、実現要因に「家族環境」、強化要因には「家族サポート」を設定した。その内容を以下に示した。

1) 自己管理行動

自己管理行動は、黒田ら¹⁶⁾ の虚血性心疾患患者の生活管理意識尺度とA病院循環器内科病棟の退院時指導用パンフレットの内容を参考にし、研究者らで検討・作成したものをを用いた。食事に関する項目5項目、飲酒などの嗜好品に関する項目3項目、内服・受診行動に関する項目4項目、活動・運動に関する項目4項目、心理面・ストレスへの対処2項目など合計23項目で構成した。「そうでない～そうである」の4段階評価とし、合計得点で算出した(総得点92点)。合計得点が高いほど自己管理行動がとれているという認識が高いと解釈した。本研究におけるCronbachの α 係数は0.9であった。

2) 属性要因

(1) 基本属性

患者の年齢、性別、就労の有無、同居者

(2) 疾患関連要因

罹病期間、治療法、心臓カテーテルの回数、再狭窄の有無、冠危険因子(高脂血症、高血圧、糖尿病、喫煙)、肥満度(BMI)

3) 前提要因

心理的側面を調査するために、不安、抑うつ、ストレスを設定し、以下にその内容を示した。

(1) 不安・抑うつ: Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD尺度)

不安7項目、抑うつ7項目の14項目から成るZigmondらが開発した尺度²³⁾²⁴⁾であり、身体症状の影響を受けずに不安や抑うつ状態を高い確度で測定できることから、身体疾患を持つ患者に対して有用であるとされている。各項目は0点から3点の4段階で評価され、得点配点は0点から21点で、高得点ほど不安・抑うつ状態が強いことを示す。信頼性・妥当性も検証されている尺度²⁵⁾である。

(2) ストレス: 日常いらいら事尺度

日常のストレス度を測定するために、宗像ら²⁶⁾の日常いらいら事尺度を使用した。30項目構成の尺度で「日頃イライラを感じているかどうか」について「大いにそうである～そうではない」の3段階で評価する。「大いにそうである」を2点、「まあそうである」を1点として加算し指標化した尺度である。0～4をストレス度弱、5～9を中、10～18をやや強、19以上を強としている。

4) 実現要因

家族環境：家族環境スケール (Family Environment Scale 以下 FES)

自己管理行動に影響すると考えられる家族の関係性をみるために、FES²⁷⁾を使用した。Moosら²⁷⁾が開発した尺度で、全90項目、10の下位尺度から成る。国内外において信頼性・妥当性の検証がなされ²⁸⁾²⁹⁾、虚血性疾患患者と同様に長期的な自己管理が必要とされる糖尿病患者に対しても用いられている³⁰⁾。本調査では、家族の結びつきを測る統合性のサブスケール (9項目) と家族間の役割の明確化や責任の所在を測る組織性のサブスケール (9項目) を使用した。「はい・いいえ」の二者択一で、合計得点で評価し、得点が高いほど結びつき、組織力が強いことを示す。尚、この尺度を用いて調査する際には、著作権を所有する Mind Garden Inc. (アメリカ) の許可を得て翻訳し、使用した。

5) 強化要因

家族のサポート：黒田³¹⁾が開発した男性虚血性心疾患患者の「病気と症状のコントロールと日常生活の管理」63項目の中の第3因子「家族サポート」5項目を一部改変して使用した。「そうでない～そうである」の4段階評価とし、合計得点で算出した。合計得点が高いほど認識された家族のサポートがよいことを示す。

5. 分析方法

対象者の属性と自己管理行動との関連をみるため Mann-Whitney の U 検定、または Spearman の順位相関係数を用い、自己管理行動と各測定尺度間との関連、特に家族関係および心理的要因との関連を検討するために Spearman の順位相関係数を用いて分析した。自己管理行動の得点分布が正規分布を示さなかったことから、ノンパラメトリックによる分析を行った。更に、自己管理行動に影響する要因を明らかにするために、自己管理行動得点と有意に関連の認められた因子を独立変数とし、自己管理行動得点を従属変数としたステップワイズ法による重回帰分析を行った。その後、各要因の説明力をみるために、階層的重回帰分析を行った。分析に用いた尺度の Cronbach の α 係数は 0.7～0.9 であった。性別についての値は、女性を「1」、男性を「0」、配偶者の有無、就労の有無、再狭窄の有無、高脂血症の有無、喫煙歴の有無については、ありを「1」、なしを「0」としたダミー変数を用いて分析を行った。統計処

理には SPSS for Windows 11.5J を使用し、有意水準は 5% 未満とした。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の概要

回収された145件 (回収率61.1%) のうち、独居の者、各測定尺度のいくつかに欠損があるなど統計解析をするために有効な回答を得られていないと判断されるものを除外した131名を分析対象 (有効回答率55.3%) とした。

男性99名 (75.6%)、女性31名 (23.7%)、性別不明1名 (0.8%) で、全体の平均年齢は 68.8 ± 7.7 歳、年齢の範囲は 50～89 歳であった。就労している患者は 38 名 (29.0%) であった。同居者の内訳 (複数回答) は、配偶者 116 名 (88.5%)、子供 59 名 (45.0%)、親 8 名 (6.1%) であった (表 1)。

対象者の疾患関連要因の特徴では、平均罹病期間が 4.8 ± 8.0 (0～46) 年で、CABG を受けた患者が 60 名 (45.8%)、PTCA、PTCR、あるいはステント留置術のカテーテルインターベンションを受けた患者が 57 名 (43.5%) であった。心臓カテーテルを受けた回数では、1 回が 50 名 (38.2%)、2 回が 47 名 (35.9%) で多く、3 回 10 名 (7.6%) であった。また、調査時に 75% 以上の狭窄があるかないかをみた再狭窄の有無では、狭窄がある患者が 20 名 (15.3%) であった (表 2)。冠危険因子である合併症では、高脂血症 64 名 (48.9%)、高血圧 81 名 (61.8%)、糖尿病 54 名 (41.2%) であった。喫煙について 88 名 (67.2%) が喫煙歴ありと回答したが、その中で現在も喫煙していると答えた者が 12 名 (13.6%) いた。BMI は平均 23.2 ± 2.8 (16.0～30.1) であった。これらの結果について表 1 に示した。

2. 自己管理行動と各尺度の測定結果

自己管理行動得点は平均 76.8 ± 11.4 点であった。

不安は平均 4.0 ± 3.2 、抑うつは平均 6.6 ± 3.6 、ストレスは平均 8.1 ± 7.4 であった (表 2)。ストレス度弱が 41 名 (31.3%)、中が 33 名 (25.2%)、やや強が 27 名 (20.6%)、強 11 名 (8.4%) であった。

家族環境の結びつきでは、平均 7.4 ± 1.7 、組織性は 7.0 ± 1.9 、家族のサポートは平均 18.0 ± 2.7 であった (表 2)。

3. 自己管理行動と基本属性および疾患関連要因との比較

自己管理行動と基本属性および疾患関連要因の各因子を比較した結果、男性、就労患者、配偶者がいる患者、再狭窄がある患者、高脂血症のある患者、喫煙歴のある患者の自己管理行動得点が有意に低かった (表 3)。CABG と PTCA その他のカテーテルインターベンションの治療法別について自己管理行動と比較した結果、有意な差はなかった。表 3 にこれらの結果を示した。

表1 対象者の基本属性および疾患関連要因

			N = 131		
項目	カテゴリー	人数 (%)	Mean ± SD		
《基本属性》					
性別	男性	99 (75.6)			
	女性	31 (23.7)			
	不明	1 (0.8)			
年齢	全体		68.8±7.7		
	男性		68.1±7.9		
	女性		71.2±6.4		
就労	あり	38 (29.0)			
	なし	90 (68.7)			
	不明	3 (2.3)			
同居者 (複数回答)	配偶者	116 (88.5)			
	子	59 (45.0)			
	孫	22 (16.8)			
	親	8 (6.1)			
	その他	5 (3.8)			
《疾患関連要因》					
治療法	CABG	60 (45.8)			
	PTCA他	57 (43.5)			
	不明	14 (10.7)			
	不明	14 (10.7)			
心臓カテーテル回数 (PTCA, PTCR, ステント含)	1回	50 (38.2)			
	2回	47 (35.9)			
	3回	10 (7.6)			
	4回	3 (2.3)			
	5回以上	8 (6.1)			
	不明	13 (9.9)			
再狭窄の有無	あり	20 (15.3)			
	なし	96 (73.3)			
	不明	15 (11.5)			
冠危険因子*	高脂血症	64 (48.9)			
	高血圧	81 (61.8)			
	糖尿病	54 (41.2)			
	喫煙歴の有無	あり	88 (67.2)		
		なし	43 (32.8)		
	現在喫煙の有無	あり	12 (13.6)		
		(喫煙経験88名中) なし	74 (84.1)		
不明	2 (2.3)				
肥満度	やせ (20.0未満)	20 (15.3)	23.2±2.8		
	普通 (20.0~23.9)	62 (46.6)			
	肥満傾向 (24.0~26.4)	33 (25.2)			
	肥満 (26.5以上)	16 (12.2)			

*冠危険因子のうち高脂血症, 高血圧, 糖尿病は複数回答

4. 自己管理行動との相関関係 (表4)

自己管理行動と有意な相関関係が認められたのは, 相関係数が高い順に, 家族のサポート ($r = .460$), 家族環境スケールの組織性 ($r = .424$), 年齢 ($r = .390$), 家族環境スケールの結びつき ($r = .335$), 抑うつ ($r = -.187$) であった。自己管理行動と罹病期間, BMI, 不安, ストレスには有意な相関関係は認められなかった。

5. 自己管理行動に影響する要因の分析 (表5)

自己管理行動得点と有意に関連の認められた因子を独立変数とし, 自己管理行動得点を従属変数としたステップワ

表2 自己管理行動と各尺度の測定結果

		尺度	(配点)	平均値±SD	得点範囲
従属変数	自己管理行動		(23~92)	76.8±11.4	36~92
前提要因	不安		(0~21)	4.0±3.2	0~17
	抑うつ		(0~21)	6.6±3.6	0~16
	ストレス (日常苛立ち事)		(0~60)	8.1±7.4	0~33
実現要因	家族環境 結びつき		(0~9)	7.4±1.7	1~9
	家族環境 組織性		(0~9)	7.0±1.9	0~9
強化要因	家族サポート		(5~25)	18.0±2.7	9~20

表3 自己管理行動と基本属性・疾患関連要因との比較

項目	カテゴリー	n	自己管理行動	有意差	
《基本属性》					
性別	男性	99	74.7±11.9	***	
	女性	31	83.0±5.8		
就労	あり	38	71.1±11.7	***	
	なし	90	78.9±10.5		
同居者	配偶者	あり	116	75.9±11.6	*
		なし	15	84.0±6.2	
	子	あり	59	74.6±13.8	n.s
		なし	72	78.7±8.7	
	孫	あり	22	78.2±9.6	n.s
	なし	109	76.6±11.8		
《疾患関連要因》					
治療法	CABG	60	77.3±12.4	n.s	
	PTCA他	57	76.0±9.3		
心臓カテーテル回数	1回	50	78.2±10.0	n.s	
	2回	47	76.4±9.2		
	3回	10	78.9±12.0		
	4回以上	11	67.9±17.1		
再狭窄	あり	20	69.8±13.0	***	
	なし	96	77.8±10.0		
冠危険因子	高脂血症	あり	67	75.1±11.6	*
		なし	64	78.5±11.1	
	高血圧	あり	81	77.1±11.2	n.s
		なし	50	76.4±11.8	
	糖尿病	あり	54	77.7±10.7	n.s
		なし	77	76.2±11.9	
	喫煙歴	あり	88	74.9±11.4	***
	なし	43	80.8±10.5		
現在喫煙	あり	12	71.9±13.8	n.s	
	なし	74	75.3±10.8		

n.s : no significant * : $p < 0.05$ ** : $p < 0.01$ *** : $p < 0.001$

イズ法による重回帰分析を行った結果, 影響力の強い順に家族サポート ($\beta = .357$), 年齢 ($\beta = .275$), 性別 ($\beta = .241$), 家族の結びつき ($\beta = .187$) が有意に影響をもつ変数であり, 自己管理行動の44.6%が説明された。そのうち, 家族サポートと家族の結びつきの R^2 変化率は, 家族サポート.262, 家族の結びつき.022であり, 家族関係の説明力は自己管理行動の28.4%であった。

IV. 考 察

本研究の結果, 自己管理行動に最も影響力をもつ変数は家族のサポートがあると感じることで, さらに家族間の結

表4 自己管理行動と各変数間の相関係数 (spearmanの順位相関係数)

変数	自己管理行動	年齢	罹病期間	BMI	不安	抑うつ	ストレス	結びつき	組織性	家族サポート
自己管理行動	1.000	.390***	-.083	-.024	-.100	-.187*	-.108	.335***	.424***	.460***
年齢		1.000	.151	-.133	.039	.124	-.124	.046	.160	.093
罹病期間			1.000	-.021	.016	-.058	-.092	-.082	-.015	-.091
BMI				1.000	.105	-.030	.180	.065	-.035	.030
不安					1.000	.411***	.582***	-.156	-.232**	-.138
抑うつ						1.000	.360***	-.240**	-.395***	-.307***
ストレス							1.000	-.197*	-.443***	-.190*
家族結びつき								1.000	.595***	.463***
家族組織性									1.000	.483***
家族サポート										1.000

無印: no significant * : p < 0.05 ** : p < 0.01 *** : p < 0.001

表5 自己管理行動を従属変数とした重回帰分析

独立変数		標準偏回帰係数 (β)	R ² 変化率
属性要因	性別 (→女性)	.241**	.061
	年齢 (→高齢)	.275***	.101
実現要因	家族の結びつき (→結びつき強い)	.187*	.022
強化要因	家族のサポート (→サポートあり)	.357***	.262
		total R ² = .446	
		調整済み R ² = .427	

*: p < 0.05, **: p < 0.01, ***: p < 0.001, R²: 決定係数

→は符号の向きを表す

びつきの強さも影響していた。我々の虚血性心疾患をもつ高齢患者を対象とした先行研究¹⁷⁾と同様に、成人患者全般を対象とした本研究においても、自己管理行動には家族のサポートが重要な要因となることが示唆された。金ら¹³⁾は、行動的側面からのソーシャルサポートの向上が、長期間にわたる治療や健康行動に対する動機付けの維持に重要な役割を果たすと述べている。今回、自己管理行動がとれていることに影響する要因として、家族のサポートがあると感じることが影響していたことは、家族からの食事など症状を悪化させないための行動的サポートを受けていることを患者自身が認識することで、患者の自己管理行動への動機付けになった結果ではないかと推察された。

家族の結びつきについて、ソーシャルサポートと家族機能の凝集性との関係について有意な相関を報告した驚見らの研究結果³²⁾と類似し、情緒的サポートを得るための家族環境として、自己管理行動に有意に影響を及ぼしていた。武田ら³³⁾によれば、家族の凝集性、つまり結びつきは家族の情緒的きずなを意味し、家族成員を情緒的に同一化させる側面と、家族成員を家族システムから排斥しようとする側面がある。今回重回帰分析の結果で家族の組織性は有意な変数ではなかったのは、家族の結びつきと組織性の内部相関が高かったためと考えられた。しかし、家族の結びつきが強いことと家族間の組織力の強さは密接な関係にあり、それらのバランスを保つことで、家族機能を働かせることができると推察される。自己管理行動を促進・強

化する要因として家族のサポートが影響することはもちろん、家族のサポートを実際に得るための要因、つまり実現要因として家族環境が重要であることが示唆された。

これらのことから、冠動脈インターベンション後の患者の自己管理行動を促進するためには、家族のサポートを得ることが必要であり、家族環境をアセスメントし、患者と家族がよい関係性が保てるように配慮しながら、家族を含めたセルフケア教育³⁴⁾を行うことの必要性が示唆された。この場合、特に、榊原が家族への依存が患者の自主性を薄れさせる¹⁵⁾と指摘したように、単に家族のサポートを促すのではなく、家族環境の中で患者が自己管理行動をとれるような環境調整が必要であり、患者自身の自主性を引き出す介入、具体的には家族関係や家族間の役割関係を調整することで家族のセルフケア機能を高める介入が必要であると考えられる。

また、自己管理行動には年齢と性別が影響し、男性で年齢が若いことが自己管理行動をとれていないことと関連していた。これは、年齢がより若いことと男性であることは就労と関連しており、望ましい生活習慣を実践することよりも仕事を優先させてしまうなどの社会的役割の遂行との両立の困難性が自己管理行動を難しくする要因になっているのではないかと考えられた。この結果は受診を中断している糖尿病患者に関する研究で、古賀らが受診中断者は受診継続者に比べ自己管理行動得点が有意に低く、男性の就労者が多いとした報告³⁵⁾と一致するものであり、糖尿病患者だけでなく虚血性心疾患患者においても社会的役割から引き起こされると考えられる生活への影響を踏まえた介入の必要性が示唆された。このような社会的役割背景をもつ患者に対する介入として、北原³⁶⁾も述べているように、2次予防のための食事、禁煙、飲酒など冠危険因子の改善や通院、服薬などの行動変容を強要すれば逆効果であり、行動達成に対しても大きなストレスを発生させるものと思われる。したがって、例えば、患者の関心事や問題意識を引き出し、患者が日常生活に取り込むことができそうな、

あるいは継続することができそうな自己管理行動をともに考えること、その中で患者自身が選択し、自己決定していく過程を支援していく関わりが必要であろう。このようにして患者の復帰する社会背景を考慮し、自主的な自己管理行動への変容あるいは維持につながるような、日常生活に取り入れやすい具体的方法を提示していくことが必要であると考えられる。

尚、今回の分析で自己管理行動の影響要因として前提要因に設定した不安や抑うつ、ストレスといった心理的側面は有意な変数ではなかった。このことは、清水ら³⁷⁾が、成人慢性疾患患者の個人指導および介入の困難さについて、疾患事態の複雑さだけでなく、患者の心理的な問題、家族関係や生活状況の問題などと絡み合い、その支援は複雑で、効果もみえづらいと述べているように、患者の心理的要因が必ずしも直接行動へ結びつくものではないためではないかと考えられた。しかし、独立変数相互間の相関関係が認められ、家族サポートや家族環境と心理的側面のいくつかが関連していたことは、自己管理行動に最も影響した家族関係を調整していく上で、患者の心理状態やそれに関わる家族要因などにも着目した介入の必要性を示唆している。家族環境の調整と患者の心理的側面への援助も併せて行うなどの多角的な支援をすることによって、自己管理行動に間接的によい効果をもたらすことが推察される。したがって、今後はまず、心理的側面に影響する要因を明らかにした上で、自己管理行動に間接的にどのように影響するのかを明らかにしていくことが必要であり、このことが自己管理行動促進のための支援の複雑性を解く鍵となると考えられる。

V. 今後の課題

本研究は横断的な調査であり、自己管理行動と各要因との因果関係は明らかでないため、これらを縦断的に観ていくことが必要である。家族サポートに関しては、患者が家族からのサポートを受けていると感じているかどうかという知覚された家族サポートの認識を評価したものであり、家族からの具体的なサポート内容と患者の自己管理行動との関連を明らかにしたものではない。今後は、家族の手段的・情緒的サポート等の具体的なサポート内容と自己管理行動との関係を明らかにしていく必要がある。更に本研究の結果、年齢や性別とも関連しており、社会的背景も考慮していく必要があるため、他のソーシャルサポート資源についても検討していく必要がある。

また、調査の対象となった病院は一施設であり、冠動脈

インターベンションを受けた虚血性心疾患患者全体の一面を調査したに過ぎない。しかし限られた知見であっても、この結果を手がかりに、虚血性心疾患患者の自己管理行動に対する援助のあり方を検討することは意義があると考える。

VI. 結 論

冠動脈インターベンションを受けた患者131名の自己管理行動の影響要因を明らかにし、特に家族関係および心理的側面に焦点を当てて検討することを目的として調査を行った結果、以下の結果を得た。

1. 自己管理行動得点が有意に低かったのは、男性、就労患者、配偶者がいる患者、高脂血症のある患者、喫煙歴のある患者であった。
2. 自己管理行動と有意な相関が認められた変数は、年齢、抑うつ、家族環境の結びつき・組織性、家族サポートであった。
3. 自己管理行動に影響する要因の分析を行った結果、「家族サポートがあると感じること」が最も影響力のある変数であり、ついで「より年齢が高いこと」「女性であること」「家族の結びつきが強いこと」が有意な変数として明らかになり、自己管理行動の44.6%が説明された。そのうち家族関係を示す「家族サポート」「家族の結びつき」の説明力は、28.4%であった。
4. 本研究の結果、心理的側面は自己管理行動に影響を及ぼす要因ではなかった。しかし自己管理行動に最も影響した家族関係と心理的側面との間に有意な関連が認められた。自己管理行動に影響する家族関係を調整していく上で、患者の心理状態やそれに関わる家族要因などにも着目した介入の必要性が示唆された。
5. 冠動脈インターベンションを受けた患者の自己管理行動を促進するための看護として、患者と家族がよい関係性が保てるような環境調整、家族のサポートを得るための介入、家族を含めたセルフケア教育、および患者の社会的役割背景を考慮した教育の必要性が示唆された。

謝 辞

調査にご協力いただきました対象者の皆様に深く御礼を申し上げます。また、調査施設の医療スタッフの皆様にも深く感謝申し上げます。

尚、本研究の内容の一部は第24回日本看護科学学会で発表した。

要 旨

本研究の目的は、冠動脈インターベンションを受けた虚血性心疾患患者の自己管理行動の影響要因を明らかにし、特に家族関係および心理的側面に焦点を当てて検討することである。郵送法による自記式質問紙調査を実施し、質問紙は自己管理行動、属性要因、前提要因（不安・抑うつ・ストレス）、実現要因（家族環境）、強化要因（家族サポート）で構成した。調査対象237名中、145名より回答（回収率61.1%）を得て、131名を分析対象とした。平均年齢68.8±7.7歳で、男性99名であった。重回帰分析の結果、自己管理行動の影響要因として、影響力の強い順に家族サポート、年齢、性別、家族の結びつきが明らかになった。心理的側面を示す不安・抑うつ・ストレスは、有意な変数ではなかった。しかし、自己管理行動に最も影響した家族関係と心理的側面は相互に関連し、間接的に自己管理行動に影響することが推察された。本研究の結果、患者と家族がよい関係性が保てるような環境調整、家族のサポートを得るための介入、家族を含めたセルフケア教育、および患者の社会的役割背景を考慮した教育の必要性が示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to elucidate the factors influencing the self-management behavior of the patients with ischemic heart disease after the coronary interventions. Especially we studied the relationship among self-management behavior, family relationship and psychological aspect. We carried out this study by mail questionnaires. Questionnaires included following factors: demographic factors, predisposing factors (anxiety, depression, and stress), enabling factors (family environment), and reinforcing factors (family support). Subjects were 131 patients (99 males) whose average age was 68.8±7.7 years old.

Multiple regression analysis was performed to identify the variables that influenced self-management behavior. Family support, age, sexuality, and cohesiveness of family members were significant predictors of the self-management behavior, but anxiety, depression, and stress did not significantly influence it. However, psychological aspect and family relationship were related mutually, and thus it was suggested that psychological aspect influenced the self-management behavior indirectly. This study showed the importance of the good relationship between patients and their family members in order to maintain the self-care behavior of the patients. To establish such good relationships, we need to intervene between the patients and their family members and to educate the patients together with their family members based on their social roles and backgrounds.

文 献

- 1) Nishigaki K., Yamazaki T., et al.: Assessment of Coronary Intervention in Japan From the Japanese Coronary Study Group-Comparison Between 1997 and 2000, *Circulation Journal*, 68, 181-185, 2004.
- 2) 竹下 彰代表: 我が国における冠動脈インターベンション治療の実態調査とガイドライン作成, 平成10~12年度厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業研究報告書, 2001.
- 3) 花田妙子: 心筋梗塞患者の日常生活の自己管理行動に影響する要因の研究, *日本看護研究学会雑誌*, 14(2), 15-26, 1991.
- 4) Deborah J. T., Russel E. G., et al.: Behavioral and psychosocial effects of intensive lifestyle management for woman with coronary heart disease, *Patient Education and Counseling*, 35, 177-188, 1998.
- 5) Farmer IP, Meyer PS, Ramsey DJ, et al: Higher levels of social support predict greater survival following acute Myocardial infarction: The Corpus Christie heart Project, *Behavioral Medicine*, 22(2), 59-66, 1996.
- 6) Friedman M. M. 著, 野島佐由美監訳: 家族看護学 理論とアセスメント. へるす出版, 299-326, 1993.
- 7) 直成洋子, 泉野 潔, 他: 循環器系疾患患者の自己管理行動および自己効力感に影響する要因, *富山医科薬科大学看護学会誌*, 4(2), 21-31, 2002.
- 8) 小西治美, 遠水佐知子, 他: 家族の協力が心臓リハビリテーション終了後の運動療法計測に及ぼす効果, *心臓リハビリテーション*, 6(1), 55-58, 2001.
- 9) 館山光子, 高橋章子: 虚血性心疾患患者の回復期における不安状態とその関連要因. *北日本看護学会誌*, 5(1), 17-25, 2002.
- 10) Corish C, Shaffer RB: Cardiac Surgery and Women, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(4), 14-31, 1998.
- 11) Hiramatsu K, Nagasawa J, Hirai Y, et al.: Stress Tolerance in Subject with Myocardial Infarction. *Yonago Acta Medica* 45, 43-47, 2002.
- 12) 佐藤 洋: 心筋梗塞後のうつ気分と長期予後. *産業精神保健*, 11(4), 355-357, 2003.
- 13) 金外淑, 嶋田洋徳, 他: 慢性疾患患者におけるソーシャルサポートとセルフ・エフィカシーの心理的ストレス軽減効果, *心身医学*, 38(5), 318-323, 1998.
- 14) 花田妙子: 心筋梗塞患者の日常生活の自己管理行動とタイプA総得点の関係, *日本看護研究会雑誌*, 18(2), 17-27, 1995.
- 15) 榊原和美: 虚血性心疾患患者のセルフケアに関する要因の分析, *神奈川県立看護教育大学校*, 24, 396-403, 1999.
- 16) 黒田裕子, 船山美和子: 在宅移行期にある虚血性心疾患男性患者の生活管理意識の実態と関連要因の探索, *日本看護研究学会誌*, 23(5), 13-23, 2000.
- 17) 長家智子, 松岡 緑, 他: 虚血性心疾患患者の自己管理行動への影響因子, *九州大学医学部保健学科紀要*, 5, 33-40, 2005.

- 18) Green L. W., Kreuter M.W./神馬征峰, 岩永俊博, 他 (訳): ヘルスポモーション- PRECEDE-PROCEEDモデルによる活動の展開, 医学書院, 1997.
- 19) 吉田 亨: プリシードモデル. 保健の科学, 34(12), 780-875, 1992.
- 20) Gary T. L., Bone L. R., Hill M. N. et al.: Randmized controlled trial of the effects of nurse case manager and community health worker interventions on risk factors for diabetes-related complications in urban African Americans. Preventive Medicine, 37, 23-32, 2003.
- 21) 藤田君支, 松岡 緑, 西田真寿美: 成人糖尿病患者の食事管理に影響する要因と自己効力感, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 4(1), 14-22, 2000.
- 22) Van Veendaal H, Grinspun D. R., Adriaanse H. P.: Educational needs of stroke survivors and their family members, as perceived by themselves and by health professionals. Patients Education and Counseling, 28, 265-276, 1996.
- 23) Zigmond A. S, et al: The Hospital Anxiety and Depression Scale, Acta Psychiatri Scand, 67, 361-370, 1983.
- 24) 北村俊則: Hospital Anxiety and Depression Scale, 精神科診断学, 4, 371-372, 1993.
- 25) 八田宏之, 東あかね, 他: Hospital Anxiety and Depression Scale 日本版の信頼性と妥当性の検討-女性を対象とした成績-, 心身医学, 38(5), 310-315, 1998.
- 26) 宗像恒次著: 最新 行動科学からみた健康と病気, メヂカルフレンド社, 東京, 4-17, 1996.
- 27) Moos R. H. and Moos B. S.: Family Environment Scale Manual. Third Edition. Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press, Inc, 1994.
- 28) Moos R. H.: Conceptual and Empirical Approaches to Developing Family-Based Assessment Procedures: Resolving the Case of the Family Environment Scale, Family Process, 29, 199-208, 1990.
- 29) 野口裕二, 斉藤 学, 他: FES (家族環境尺度) 日本版の開発: その信頼性と妥当性の検討, 家族療法研究, 8(2), 147-157, 1991.
- 30) 河口てる子, 丸山 博, 他: 青年前期・思春期インスリン依存型糖尿病患者の家族環境と糖尿病コントロール, 糖尿病教育・看護学会誌, 1(1), 7-16, 1997.
- 31) 黒田裕子: 虚血性心疾患をもちながら生活する男性のクオリティ・オブ・ライフに関する記述的研究 (その2) 日常生活の管理とセクシュアリティからの分析, 看護研究, 25(2), 62-81, 1992.
- 32) 鷺見克典, 戸高輝昭: 抑うつの規定因に関する因果モデルの検討, Japanese Journal of Applied Psychology, 26, 25-35, 2000.
- 33) 武田 丈, 立木茂雄: 家族システム評価のための基礎概念: オルソンの円環モデルを中心として, 関西学院大学社会学部紀要, 60, 73-97, 1989.
- 34) 西田真寿美: セルフケアをめぐる論点とその評価, 健康感の転換, 東京大学出版社, 157-171, 1996.
- 35) 古賀明美, 松岡 緑, 他: 受診中断中にある糖尿病患者の療養生活および治療の認識, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 17(1), 15-23, 2003.
- 36) 北原公一: 急性心筋梗塞患者のQOL, 呼吸と循環, 49(12), 1171-1178, 2001.
- 37) 清水安子, 今村美葉, 湯浅美千代: 大学病院における成人慢性疾患外来の個別指導の実態と看護の課題. 千葉大学看護学部紀要, 27, 19-28, 2005.

〔平成17年6月27日受 付〕
〔平成18年6月15日採用決定〕

在宅認知症高齢者の家族介護者におけるニーズと 精神的健康との検討

The Relationships between Mental Health and Needs of Family Caregivers in Home Care

松本 啓子¹⁾ 高井 研一²⁾ 中嶋 和夫²⁾
Keiko Matsumoto Kenichi Takai Kazuo Nakajima

キーワード：認知証, 家族介護者, ニーズ, 精神的健康
Key Words : dementia, family caregiver, needs, mental health

I. 緒言

厚生労働省¹⁾は、介護・支援が必要な認知症高齢者（痴呆性老人自立度Ⅱ以上）は、2002年で約150万人、団塊の世代が65歳以上となる2015年までには約100万人増えて250万人に達すると推計している。高齢者の介護は、家族の共働とした捉えから主家族介護者の役割として個人化しつつあり、しかも配偶者間、肉親間による介護者は高齢化が進んでいる²⁾。また、看護・介護の専門職も含め、地域の人々における認知症に関する無理解が、結果的に要介護高齢者や家族介護者にダメージを与え、またそれが疾病状態や要介護高齢者と介護者との関係憎悪の一因となり、家族介護者が極度の疲労や負担感、燃えつきを自覚する場合も少なくない^{3～6)}とされている。認知症高齢者に対応できる病院や施設が不足している我が国では、在宅介護を続けることが社会的要請でもある。負担の多い介護課題に対応できる心身ともに健康な介護者であることが、認知症高齢者を家庭で介護するために必要不可欠なのである。

欧米諸国では、1980年代に在宅認知症高齢者の家族介護者の健康や介護負担感の研究が活発になされ、特にZaritら⁷⁾の研究成果が世界的に知られている。その多くは、介護による介護負担感や身体的精神的不健康状態などを認める報告であった⁸⁾。他方、1980年代後半の米国では、介護の肯定的な側面に着目した研究が展開されてきた⁹⁾。

我が国では、1970年代に東京都老人総合研究所^{10～12)}が実施した障害高齢者の家族介護者調査を嚆矢として、家族介護者の負担感や満足感等の介護者の心理的反応の研究^{13～14)}や認知症高齢者と家族介護者の関係や要因に関する研究^{15～19)}などがなされている。

介護者の精神的健康状態と関連する諸因子については、これまで多くの研究が行われてきた。精神的健康状態の測

定にも様々な測定尺度が用いられている。要介護高齢者を抱える家族介護者の精神的健康に影響を与える因子の検討^{20～28)}報告は散見されはじめている。また、Maslach Burnout Inventory : MBIを在宅介護者用に適用した報告²⁹⁾による家族介護MBIを用いて検討した報告³⁰⁾や、異なる介護対象や家族以外の介護者等に関して同様に精神的健康を評価した報告^{31～32)}等、用いられてきた尺度は様々である。

一方、介護者のニーズに関する報告は、障害児³³⁾や脳外傷後の患者³⁴⁾の介護者を対象にニーズ尺度開発がされてきており、要介護高齢者や認知症高齢者をその対象として報告したものはない。介護者が健康であることは、介護の質を向上させるだけでなく、介護放棄や虐待や自殺を予防するという点においても非常に有用であり、当然介護者の精神的健康状態への注目度は高い。介護者のニーズに対するサービス提供の現状検討³⁵⁾では、介護者の高齢化や介護期間の長期化に加えて、ADLに対するスムーズな介護実践のための知識や技術の習得等、複数の要因が明らかとなっている。Needsについては、社会福祉領域において概念や定義について議論されているところでもあるが、normative needだけに着目するのではなくfelt needの視点からneedsを掘り下げて検討した報告をもとに個人のneedsを尺度を用いて分析して、それと精神的健康との関係を検討することでより顕著にその関係性が明らかになると考える。しかし、我が国のみならず欧米諸国においても、在宅認知症高齢者を抱える家族介護者のニーズと精神的健康との関連に着目した系統的な報告はほとんど見当たらない状況である³⁶⁾。

そこで本研究では、著者らの検討を加えた在宅認知症高齢者の家族介護者のニーズ³⁷⁾と精神的健康との関連を検討することを目的とした。

1) 川崎医療福祉大学医療福祉学部 Faculty of Medical Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare

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

II. 方 法

調査は中国地方4県の訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、家族会、特別養護老人ホームのうち、事前の協力・了解の得られた23施設（団体）で実施した。調査対象は、施設あるいは団体に登録しているかまたは、在宅にて支援を受けている認知症高齢者の家族内の主たる介護者（以下、「主介護者」）とし、担当する医師または保健師、ケアマネジャーまたは施設長にその選定を依頼した。

調査に際し、その目的や概要を記した調査依頼用紙と返信用封筒を同封し、協力施設または団体に配付した。調査は質問紙による自記式を採用し、秘密厳守のため調査対象者自身によって密封された調査票を返信として回収した。ただし、自己記入が困難な者に対しては、同行したケアマネジャー等が調査対象者の回答意図に反しないよう注意しながら代筆するよう依頼した。なお、協力施設または団体において調査を開始する時には、回答を望まない場合は拒否可能であること、また匿名性やプライバシーを保証するために無記名方式が採用されていることを伝え、了解が得られた介護者のみを対象とするよう依頼した。調査は、2003年12月から2004年4月の期間に実施した。なお本研究は、岡山県立大学倫理委員会に諮り、承認を得た。

調査内容は、認知症高齢者の性、年齢、認知症症状の程度、及び主介護者の性、年齢、続柄、筆者らによって検討を加えた認知症高齢者の在宅介護関連ニーズ³⁸⁾、介護者の精神的健康状態（General Health Questionnaire日本語版12項目：以下GHQ12）³⁹⁾で構成した。

統計解析では、認知症高齢者の在宅介護関連ニーズと精神的健康の関連を検討するために、在宅認知症高齢者の家族介護者のニーズが精神的健康を規定するとした多重指標モデルを構築し、そのモデルのデータに対する適合度と変数間の関連性を構造方程式モデリングを用いてを検討した。

以上の解析に関してパラメータの測定にはWeighted Least-Squares with Mean and Variance adjustment (WLSMV)を採用した。統計ソフトは、Mplus version2.01, SPSS version 12.0 for Windowsを用いた。

調査対象者は、調査に協力・同意の得られた465名のうち、実際の回答が得られた355名（76.3%）とした。ただしそのうちの必要な調査項目に欠損値を有していた115名を除外し、最終的に240名（回答が得られた者の67.6%）のデータを解析に用いた。

III. 結 果

1. 認知症高齢者と主介護者の属性の分析

認知症高齢者の性別は、男性70名（29.2%）、女性170名（70.8%）で、年齢分布は、平均83.7歳（標準偏差8.5）で

表1 家族介護者の属性分布 (n=240)

性別	男性	37人 (15.4%)
	女性	203人 (85.6%)
平均年齢		62.7歳 (SD [†] =10.1) (範囲36-93歳)
性別 (被介護者)	男性	70人 (29.2%)
	女性	170人 (70.8%)
平均年齢 (被介護者)		83.7歳 (SD [†] =8.5) (範囲65-103歳)
被介護者との続柄	配偶者	57人 (23.8%)
	息子	16人 (6.7%)
	息子の嫁	85人 (35.4%)
	娘	71人 (29.6%)
	孫 (女)	3人 (1.3%)
	その他	8人 (3.3%)

† 標準偏差

あった。主介護者の性別は、男性37名（15.4%）、女性203名（85.6%）で、年齢分布は、平均62.7歳（標準偏差10.1）であった。認知症高齢者と主介護者との続柄で最も多かったのは息子の嫁85名（35.4%）で、次いで娘71名（29.6%）、配偶者57名（23.8%）、息子16名（6.7%）の順であった（表1）。

2. 在宅認知症高齢者の家族介護者のニーズに関する回答傾向

在宅介護関連ニーズ測定尺度の項目は、「はい」は2点、「どちらでもない」は1点、「いいえ」は0点とし、得点化を行った。すべての質問項目においての「はい」の回答度数は18.8-82.5%の間に分布していた（表2）。

3. 精神的健康の回答傾向

精神的健康状態（GHQ12）の項目における回答度数は、表3に示す。GHQはその信頼性・妥当性の検証が行われ広く用いられている尺度である。本研究における分析では、先行研究の知見を参考に区分点を2-3点間に設定した。

4. 在宅認知症高齢者の家族介護者のニーズと精神的健康との関連

在宅介護関連ニーズと精神的健康との関連を、構造方程式モデリングを用いた多重指標モデルで検討した（図1）。なお、二次因子から一次因子に示された矢印は、一次因子に対するパス係数（相関）、一次因子から各質問項目に示された矢印は、項目に対する一次因子からのパス係数（相関）を意味する。解析の結果、多重指標モデルのデータへの適合度は、 χ^2 (df) = 123.2 (81), CFIが0.920, TLIが0.968, RMSEAが0.047であった。パス係数はいずれも統計学的に有意な水準であった。

ニーズから精神的健康へ向かうパス係数は、0.39であった。ニーズの精神的健康に対する説明率は15.2%であった。

表2 在宅痴呆性高齢者の介護家族のニーズ指標の回答分布 (n=240)

質問項目	回答肢		
	はい	どちらでもない	いいえ
X ₁ 被介護者の病気の状態や障害の程度についての情報がもっとほしい	122 (50.8)	88 (36.7)	30 (12.5)
X ₂ 介護についての情報がもっとほしい	147 (61.3)	72 (30.0)	21 (8.8)
X ₃ 福祉サービスの質や水準について知りたい	166 (69.2)	56 (23.3)	18 (7.5)
X ₄ 問題行動に関して対処法を含めた知識がほしい	151 (62.9)	59 (24.6)	30 (12.5)
X ₅ 被介護者の予後 (今後どうなるのか) についての情報がほしい	143 (59.6)	73 (30.4)	24 (10.0)
X ₁₁ 介護している自分と同じような境遇にある人が書いた本が読みたい	98 (40.8)	90 (37.5)	52 (21.7)
X ₁₃ 家の外で仕事をもちたい	54 (22.5)	68 (28.3)	118 (49.2)
X ₁₄ 行政から、病気 (痴呆) のことをもっと一般に (啓蒙) 知らせてほしい	140 (58.3)	73 (30.4)	27 (11.3)
X ₁₅ 自分の親戚に介護の現状を理解してほしい	137 (57.1)	67 (27.9)	36 (15.0)
X ₁₆ 自分の子供たちに介護の現状を理解してほしい	123 (51.3)	84 (35.0)	33 (13.8)
X ₁₇ 自分の兄弟に介護の現状を理解してほしい	133 (55.4)	71 (29.6)	36 (15.0)
X ₂₀ 主に介護にたずさわらない家族員に、介護について認めてもらいたい	128 (53.3)	78 (32.5)	34 (14.2)
X ₂₁ 往診してくれる医者 (ホームドクター) に観察や医療処置をしてほしい	147 (61.3)	62 (25.8)	31 (12.9)
X ₂₂ 訪問看護師に観察や医療処置をしてほしい	118 (49.2)	82 (34.2)	40 (16.7)
X ₂₃ 往診してくれる歯医者ほしい	117 (48.8)	64 (26.7)	59 (24.6)
X ₂₆ 介護費用のための経済的な援助がほしい	113 (47.1)	77 (32.1)	50 (20.8)
X ₂₇ 経済的に援助してもらえる方法があるのか知りたい	133 (55.4)	70 (29.2)	37 (15.4)
X ₂₈ 仕事と介護との両立をさせたい	76 (31.7)	68 (28.3)	96 (40.0)
X ₂₉ 仕事が忙しい時 (農繁期等) の対応と介護との両立をしたい	45 (18.8)	77 (32.1)	118 (49.2)
X ₃₀ 家族と問題を話し合い、解決したいと思う	136 (56.7)	64 (26.7)	40 (16.7)
X ₃₁ 家族がお互いに助け合いたいと思う	198 (82.5)	24 (10.0)	18 (7.5)
X ₃₂ 家族で家事の役割を決めたいと思う	102 (42.5)	86 (35.8)	52 (21.7)
X ₃₃ 家族で気分転換活動をしたいと思う	158 (65.8)	51 (21.3)	31 (12.9)

人 (%)

表3 精神的健康状態 (GHQ12) の回答分布 (n=240)

質問項目	回答肢			
	できた	いつもと変わらなかった	いつもよりできなかつた	まったくできなかつた
X ₁ 何かをするときいつもより集中してできましたか	11 (4.6)	121 (50.4)	92 (38.3)	16 (6.7)
X ₂ 心配事があって、よく眠れないことがありましたか	9 (3.8)	61 (25.4)	108 (45.0)	62 (25.8)
X ₃ いつもより自分のしていることに生きがいを感じるようになりましたか	50 (20.8)	122 (50.8)	53 (22.1)	15 (6.3)
X ₄ いつもより容易に物事を決めることができましたか	27 (11.3)	131 (54.6)	75 (31.3)	7 (2.9)
X ₅ いつもストレスを感じたことありましたか	5 (2.1)	55 (22.9)	115 (47.9)	65 (27.1)
X ₆ 問題を解決できなくて困ったことありましたか	15 (6.3)	102 (42.5)	100 (41.7)	23 (9.6)
X ₇ いつもより問題があったときに積極的に解決しようとすることができましたか	53 (22.1)	109 (45.4)	74 (30.8)	4 (1.7)
X ₈ いつもより気が重くて憂うつになったことありましたか	7 (2.9)	66 (27.5)	116 (48.3)	51 (21.3)
X ₉ 自信を失ったことありましたか	17 (7.1)	94 (39.2)	97 (40.4)	32 (13.3)
X ₁₀ 自分は役に立たない人間だと考えたことありましたか	61 (25.4)	126 (52.5)	41 (17.1)	12 (5.0)
X ₁₁ 一般的にみて、しあわせといつもより感じたことありましたか	22 (9.2)	125 (52.1)	79 (32.9)	14 (5.8)
X ₁₂ いつもより日常生活を楽しく送ることができましたか	23 (9.6)	127 (52.9)	80 (33.3)	10 (4.2)

人 (%)

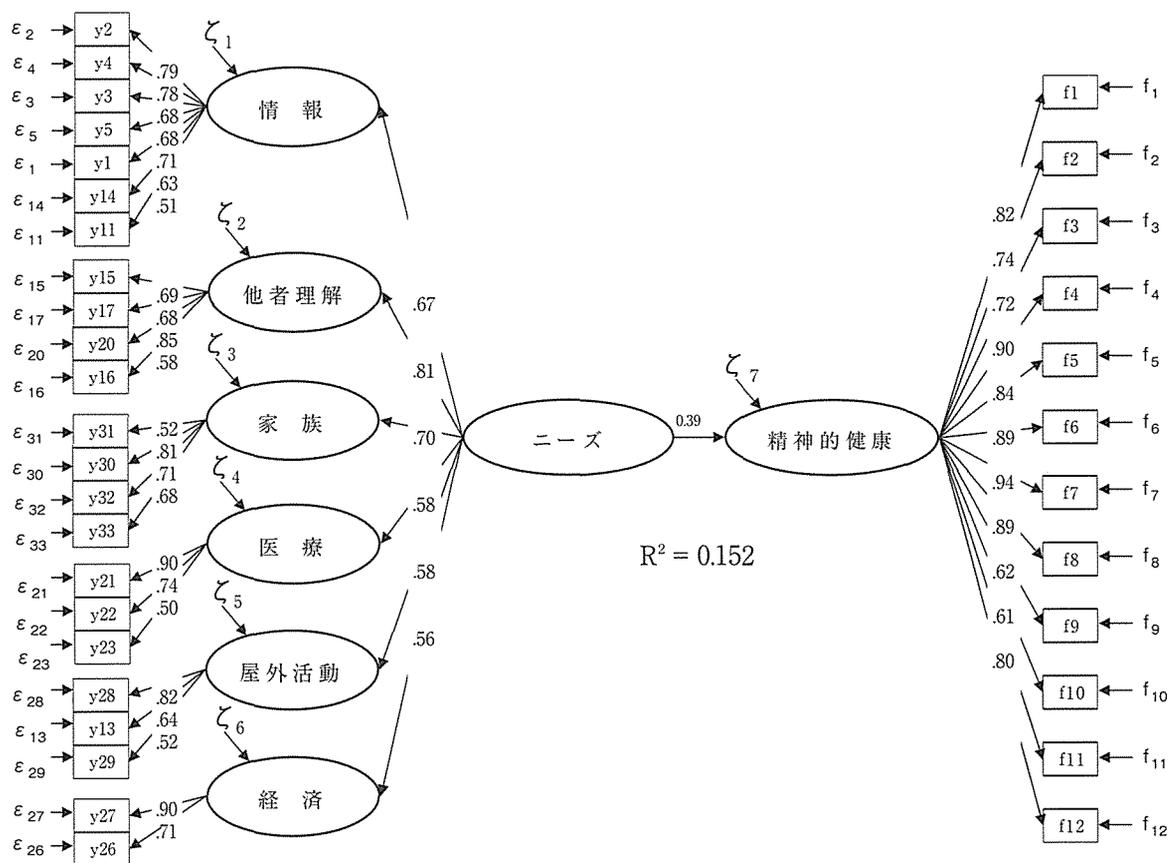


図1 家族介護者のニーズと精神的健康との関係（標準化係数）

n = 240, $\chi^2/df = 1.521$, CFI = 0.920, TLI = 0.968, RMSEA = 0.047

IV. 考 察

家族介護者への様々なサポートシステムや介入は、負担感軽減や精神的健康を含めたQOLの観点から重要視されている⁴⁰⁾。土井ら⁴¹⁾は、Schulzら（1995）のレビューより介護者の精神的健康状態への関連因子として介護者側の要因としては、配偶者、経済状態、主観的健康感、慢性疾患、精神疾患の既往歴、ストレス、人生に対する満足感、介護負担感、発症前の介護者と被介護者との人間関係、自尊心、アイデンティティ、神経症、楽観であり、被介護者側の要因としては、問題行動のみであったと報告している。また、研究結果に一致を見なかった因子としては、介護者側要因では、性、年齢、支援グループの会員、社会的支援、対処であり、被介護者側要因としては、介護時間、介護期間、同居であったとしている。加えて、多くの研究で関連を否定された因子に、介護者側要因では、学歴、結婚、職業、精神疾患の家族歴で、被介護者側の要因としては、機能障害、認知障害であったとしている。認知症高齢者の家族介護者の介護関連ニーズ尺度と被介護者の認知症症状における問題行動や認知機能、ADLとの関連において有意な相関が見られており⁴²⁾、特に認知機能が下がり問題行動が増えることによってニーズは上昇をする。今後ニーズと認知症症状と精神的健康との関連検討も課題として挙げられる。

本研究は介護者のニーズと精神的健康状態との関係の解明を課題としたが、ニーズを介護者の健康状態にとっての要因とした点は、これまでの研究には見られないものである。一般的な社会通念と照らし合わせて勘案した場合、当然ニーズが高い状態は精神的な状態としては不安定な状態であると推測される。本研究の結果はその関係を支持していた。特に、ニーズの精神的健康に対する寄与率が15.2%であったことは、早急に専門家の介入によってニーズを解決する事の重要性を示唆しているものと言えよう。

認知症高齢者のケアの中には、長期になるケースも多いが、2年以上の介護経験を持つ介護者にアルツハイマー型と脳血管性痴呆との比較尺度を用いて、負担感やADLの検討を試みた場合、アルツハイマー型患者のほうが脳血管性認知症患者より、できないことが多く、介護者の負担感、アルツハイマー型患者の介護者のほうがもより高いことが示されている⁴³⁾。アルツハイマー型患者を亡くした場合の介護者のグリーフワークのアセスメント尺度の作成を試みた分析の結果、負担感や長い悲しみや心を引き裂かれるような感情等の3つの感情が要因として抽出されている⁴⁴⁾。ケアしていた対象を亡くし、辛く悲しい気持ちから、如何により健康的な状態に立ち戻っていくかは、介護をする側にとっても大変重要な問題である。このように介護途

中において、また介護を終えた時に適材・的確な医療関係者からの介入が、精神的健康状態に大きく影響を与えていることが示唆されることから、そのポイントを絞り、よりのを得た介入が今後最も急務と考えられる。

家族介護者のQOLの趨勢を考慮する場合、認知症高齢者の短期間でも可能な在宅介護の検討は必須となる。その場合、看護師と家族のより深い信頼関係は欠かすわけにはいかない条件と言えよう。主となる介護者、サポート立場にある介護者、そして担当看護師とのそれぞれの役割を踏まえたうえでの信頼関係を基礎とした介入が重要となる⁴⁵⁾。それゆえに、本研究の結果が示したように、介護者のニーズの下位因子における情報ニーズや医療ニーズや介護に関わるフォーマル、インフォーマルを含めた専門職種からの知識的サポート、さらには深い信頼関係に基づいた被介護者と介護者をも含めた精神・心理・身体的サポートのニーズが浮上したものと推察される。前記のニーズの解決には意思決定が前提となるが、看護等の専門家は家族の話し合いなどに入りつつ、体験や思いを共感しつつ、情報を分け合うことに尽力することが望まれる。なお、意思決定過程には、情報に関する感情、意思決定を含んだ感情、サポート介護者の存在に対する感情、自己のニーズに的確に答えてもらえるという感情等が複雑に関与しているが、インフォーマルケアの大半の研究では、いろいろな介護事情に関して満足していないという回答が多いとされている。他方、病院や施設のシステムを良く知り、スタッフとのよりよい関係を持ち、理解したうえで専門的なヘルスケアの視点で関わることによって、介護の諸事情を変革する可能性を秘めているとも示唆している⁴⁶⁾。このように、在宅介護を継続するうえで介護者の精神的な健康をより安寧な状態に維持するためには、介護者のニーズの中でも特に、介護保険制度下で、期待されたほど進展の見られなかった、希望する時に希望の機関でサービスを受けられる等の決め細やかな配慮や融通性のある施設対応等、医療の側面からさえも叶えられにくいFelt Needsに類するNeeds現状の打破が、当面の介入指針となる。

また、認知症高齢者の初期における、ある程度自立して

いる認知症高齢者の介護者のサポートとしては、様々な介護経験豊富な先輩介護者が新米介護者のサポートに入るシステムの構築⁴⁷⁾、推奨へ向けての縦断的研究等も視野に入れた医療側面からの介入も検討の余地があるとも考えられる。

高橋ら⁴⁸⁾は、介護者の精神的健康をインフォーマルサポートとの関連で検討した結果、インフォーマルサポートの有無とGHQとの相関は認められていないが、家族のサポート満足感が精神的健康に関連していると報告している。家族のサポートに満足をしているかどうかによって、精神的な健康状態が変化する。それらは、在宅介護関連ニーズの下位項目にある「家族ニーズ」に相当する概念であると想定されよう。本研究における介護者の家族ニーズや他者理解ニーズは、介護に加えて家庭内での放棄できない役割遂行に対して、家族や他者に理解を得ることや援助してもらえることで、精神的に安寧な状況に近づくことは考えられる。在宅での介護状況を勘案する場合、当然家族内の影響を有していることは考慮せねばならず、上記の推察は無理のない解釈であると言える。

在宅介護関連ニーズ全体への介入の働きかけを試みる場合、ハード・ソフト両面からの様々な限界が想定される。その場合、看護領域からの解決の方向性を示す下位項目に該当する医療関連ニーズの焦点化を行った上で、初めて第一義的な看護介入として直接還元できる項目内容であることが類推される。これらのことより、在宅介護関連ニーズとして示されている⁴⁹⁾ 6下位項目各々のニーズのうち、我が国の認知症高齢者やその家族への施策を鑑みつつ、まず看護専門職者として取り組めるニーズへの現状における介入の可能性の模索・検討が急務と言える。

今回、在宅認知症高齢者の家族介護者のニーズと精神的健康には、有意な相関関係があることが明らかになった。家族介護者のニーズと精神的健康との関係性から示唆が得られることは、従来の報告^{50~51)}から十分に推察可能であるが、今後、的を絞った家族介護者の医療ニーズ、負担感、精神的健康への縦断的介入によって、それらを含めた諸要因との関係性の検討を進めていく事が喫緊の課題と言える。

要 旨

本研究は、在宅認知症高齢者を抱える家族介護者のニーズと精神的健康との関係について明らかにすることを目的とした。調査は、事前協力の得られた23施設（団体）で、研究に同意の得られた240名を対象とした。調査項目は、家族介護者及び被介護者の性、年齢、著者らの報告している23項目のニーズ測定尺度、また介護者の精神的健康状態等であった。本研究では前記ニーズを独立変数、精神的健康を従属変数とする多重指標モデルを構築し、そのモデルのデータに対する適合度と変数間の関連性を、構造方程式モデリングを用いて検討した。前記多重指標モデルのデータへの適合度は、 χ^2 (df) = 123.2 (81), CFIは0.920, TLIは0.968, RMSEAは0.047であった。ニーズから精神的健康へ向かうパス係数は0.39で、ニーズの精神的健康に対する説明率は15.2%であった。モデルはデータに適合し、また家族介護者のニーズが精神的健康に関係していることが統計学的に支持された。

Abstract

The purpose of this study was to investigate relationships among impairment, needs of family caregiver and mental health in family caregiver with Dementia, in order to develop supportive nursing interventions. 240 family caregivers with dementia in home care responded to a self-administered questionnaire. A recursive model with mental health as the dependent variable was constructed, and the appropriateness of the model to the data was determined by covariance structural analysis. The data indicated an acceptable fit to the model. The results revealed that needs had a direct effect on mental health (contribution rate 15.2%). These results suggested that we must understand the needs of individual family caregivers with dementia in order to maintain caregiver mental health.

文 献

- 1) 厚生労働省：厚生労働白書，207，ぎょうせい，東京，2004.
- 2) 中島紀恵子，永田久美子，北川公子，他：痴呆性老人家族介護主担者の介護状況における比較研究 1982年と1991年の調査から，看護研究，175-187，1996.
- 3) 米花菜央，谷亀光則，生川善雄，他：訪問看護利用者を介護する家族の社会生活上の負担に関する影響要因の研究，東海大学医学部在宅医療科学講座 2003年度報告書，148-174，2003.
- 4) 成木弘子，飯田澄美子，野地有子，他：後期高齢者の主介護者における介護負担軽減に関する研究，聖路加看護大学紀要，22(3)，1-13，1996.
- 5) 石垣和子，長谷川喜代美，村松幸子，他：特別養護老人ホーム入所申請に至る間の介護者の思いとサービス利用 介護者統柄別にみた特徴，老年看護学，5(1)，115-123，2000.
- 6) 斎藤恵美子，國崎ちはる，金川克子：家族介護者の介護に対する肯定的側面と継続意向に関する検討，日本公衆衛生雑誌，48(3)，180-189，2001.
- 7) Zarit, SH., Reeve, KE., Bach-Peterson, J.: Relative of the Impaired elderly: correlates of Feelings of burden, The Gerontologist, 20(6), 649-655, 1980.
- 8) 土井由利子，尾方克巳：痴呆症状を有する在宅高齢者を介護する主介護者の精神的健康に関する研究，日本公衆衛生雑誌，47(1)，32-46，2000.
- 9) 井上 郁：認知障害のある高齢者とその家族介護者の現状，看護研究，29(3)，189-202，1996.
- 10) 東京都老人総合研究所：プロジェクト研究報告書 老年期痴呆，東京都老人総合研究所，1986.
- 11) 東京都老人総合研究所：プロジェクト研究報告書 老年期痴呆の基礎と臨床 老化と痴呆の遺伝科学，東京都老人総合研究所，1989a.
- 12) 東京都老人総合研究所：プロジェクト研究報告書 老年期痴呆の基礎と臨床 痴呆の神経科学 痴呆の臨床と社会科学，東京都老人総合研究所，1989b.
- 13) 中谷陽明，東條光雄：家族介護者の受ける負担－負担感の測定と要因分析－，社会老年学，29，27-36，1989.
- 14) 荒井由美子：Zarit介護負担スケール日本語版の応用，医学のあゆみ，186(13)，930-931，1998.
- 15) 安田 肇，近藤和泉，佐藤能啓：我が国における高齢障害者を介護する家族の介護負担感に関する研究 介護者の介護負担感，主観的幸福感とコーピングの関連を中心に，リハビリテーション医学，38(6)，481-489，2001.
- 16) 森 文子，久米和興：痴呆患者介護者の介護負担と外来看護に求められる機能，日本看護研究学会雑誌，22(1)，27-37，1999.
- 17) 一宮 厚：在宅痴呆高齢者の介護者における介護の負担感とQOL－WHO/QOL-26による検討－，老年精神医学雑誌，12(10)，1159-1166，2001.
- 18) 守本とも子：在宅痴呆高齢者の事故防止と家族介護者の負担軽減－家族介護者指導のためのチェックリストの考案－，看護技術，48(6)，734-739，2002.
- 19) 村上元庸，翁 朋子，長濱康弘：老人性痴呆症における定量的介護負担度の検討－Zarit介護負担尺度－，滋賀医学，24(2)，20-22，2002.
- 20) 福西勇夫，細川 清，中川賢幸：General Health Questionnaire (GHQ) 日本版の標準化の試み－神経症に対する新しい評価方法の作成について－，こころの健康，2，89-93，1987.
- 21) 管崎弘之：在宅痴呆老人の介護者の精神的健康に関する研究，老年精神医学雑誌，5，564-575，1994.
- 22) 丸橋佐和子：特定機能病院退院後中高年齢患者の主介護者の心身の健康状態と影響因子，日本看護研究学会雑誌，23(4)，2000.
- 23) 朝田 隆：痴呆老人の在宅介護破綻に関する検討 問題行動と介護者の負担を中心に，精神誌，93，403-433，1991.
- 24) 高橋和子，小林淳子：高齢者夫婦世帯における介護者のインフォーマルサポートの実態と精神的健康の関連，老年看護学，8(1)，5-13，2003.
- 25) 川本龍一：在宅ケアにおける主介護者の精神的健康度に関する検討－介護負担度と主観的幸福感の影響－，プライマリ・ケア，23(4)，319-325，2000.
- 26) 前掲8)
- 27) 古瀬みどり，山崎登志子，菊池史子：訪問看護ステーション利用者の主介護者における健康関連QOLとその関連要因，北日本看護学会誌，3(1)，11-18，2000.
- 28) 古瀬みどり，鈴鴨よしみ，熊野宏明：在宅介護者のHealth Related QOLの測定 訪問看護ステーション利用者の介護者と非介護者の比較，看護研究，36(6)，1999.
- 29) 中谷陽明：在宅障害老人を介護する家族の“燃えつき”－“Maslach Burnout Inventory”適用の試み－，社会老年学，36，15-26，1992.
- 30) 岡林秀樹，杉澤秀博，高梨 薫，中谷陽明，杉原陽子，深谷太郎，柴田博：障害高齢者の在宅介護における対処方略のストレス緩衝効果，心理学研究，74(1)，57-63，2003.
- 31) 藤田峯子，上野範子：在宅被介護高齢者のソーシャル・サポートと精神的健康，日本看護福祉学会誌，8(2)，73-86，2003.
- 32) 森本寛訓：高齢者施設介護職員の精神的健康に関する一考察－職務遂行形態を仕事の裁量度の視点から捉えて－，川崎医療福祉学会誌，13(2)，263-269，2003.
- 33) Bailey, DB. JR., Simeonsson, RJ.: Assessing needs of families with handicapped infants., The Journal of Special Education, 22(1)，117-127，1988.
- 34) Serio, C., Kreutzer, J., Witol, A.: Family needs after traumatic brain injury: a factor analytic study of the family needs questionnaire, Brain Injury, 11(1)，1-9，1997.
- 35) 奥津文子：要介護高齢者の在宅生活と援助の現状－介護職と

- 看護職が提供しているサービス内容を中心に－，京都大学医療技術短期大学紀要，20，7-13，2000.
- 36) 松本啓子，高井研一：認知症高齢者の特性と家族介護者のニーズの関係，第25回日本看護科学学会学術集会講演集，330，2005.
- 37) Matsumoto, K., Kirino, M., Nakajima, K., Takai, K.: Measurement of Care-Related Needs of Family Members Caring for Demented Elderly Patients at Home, *The Journal of Japan Academy of Health Sciences*, 8(3), 154-164, 2005.
- 38) 前掲37)
- 39) 前掲8)
- 40) Schulz, R., Martire, LM.: Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and strategies, *Am J Geriatr Psychiatry*, 12(3), 240-249, 2004.
- 41) 前掲8)
- 42) Matsumoto, K., Nakajima, K., Takai, K.: Correlation Between Cognition, Physical Function and Problematic Behavior of Demented Elderly Patients and Family Needs, *Kawasaki Journal of Medical Welfare*, in press.
- 43) Arai, Y., Zarit, SH., Kumamoto K: Are there in the assessment of dementia under japan's LTC insurance system?, *International journal of geriatric psychiatry*, 18(4), 346-352, 2003.
- 44) Samuel, JM., Meuser, TM.: Development and validation initial validation of an inventory to assess grief in caregivers of persons with Alzheimer's disease, *Gerontologist*, 42(6), 751-765, 2002.
- 45) Gilmour, JA.: Dis / intergrated care: family caregivers and in-hospital respite care., *Journal advanced nursing*, 39(6), 546-553, 2002.
- 46) Walker, E., Dewar, BJ.: How do we facilitate carers' involvement in decision making?, *Journal advanced nursing*, 34(3), 329-337, 2001.
- 47) Hardy, VL., Riffle KL: Support for caregivers of dependent elderly. A support group can help a dependent elderly person by helping a caregiver overcome feeling of social isolation, *Geriatric Nursing*, 14(3), 161-164, 1993.
- 48) 前掲24)
- 49) 前掲38)
- 50) 新名理恵：痴呆性老人の家族介護者の負担感とその軽減，老年社会科学，14(Suppl.)，38-44，1992.
- 51) Armstrong, M.: The pressures felt by informal carers of people with dementia, *Nurs Stand*, 15(17), 47-55, 2001.

[平成17年9月6日受 付]
[平成18年2月23日採用決定]

三交代制勤務従事看護師の深夜勤務前・中にとる仮眠の効果

— 勤務中の覚醒水準・作業効率の変化 —

The Effects of Naps Taken by Nurses before and During the Night Shift in the Three Shift System

— Changes of Arousal Level and Work Efficiency —

折山 早苗¹⁾ 宮腰 由紀子²⁾ 小林 敏生²⁾ 藤井 宝恵²⁾
Sanae Oriyama Yukiko Miyakoshi Toshio Kobayashi Tomie Fujii

キーワード：三交代制勤務，深夜勤務，看護師，仮眠，覚醒水準

Key Words : three shift system, night shift, nurse, nap, arousal level

I. はじめに

看護活動では、24時間つねに看護サービスを提供するという職務の性質上、夜間勤務（以下、夜勤と記す）または交代制勤務が不可欠である。厚生労働省の統計¹⁾では、就業看護師約100万人中の75%が何らかの勤務体制による夜勤に従事していると報告されている。

また、2003年に日本看護協会が全国2,565病院を対象に行った調査では、二交代制を採用している病院は41.9%で、三交代制を採用している病院は63.7%で半数以上を占めていた。このように、多くの看護師は交代制勤務に従事し、その半数以上が三交代制勤務に就いているといえる。そして、こうした看護師を始めとする交代制勤務者は、常日勤者より疲労を生じやすく睡眠障害に陥りやすいといわれている²⁾。

そもそも、日勤のみの勤務であれば、夜間に十分な睡眠をとることが可能である。従って、夜間の睡眠中にその日に生じた疲労を解消または軽減させ、翌日の勤務に従事でき得ることから、過度な疲労や疲労の蓄積を生じ難い³⁾。しかし、交代制勤務により夜勤に従事すれば、夕勤または夜勤（準夜勤務、深夜勤務）で生じる生活リズムそのものが、一般的生生活リズムを形成しやすい日勤と異なるために、夜勤前の自由時間の過ごし方如何では、生活に起因する疲労が出現し、夕勤や夜勤の開始時にはすでにその疲労が一定水準にまで達してしまう恐れがある。その上に夜勤従事中は更に勤務に起因する疲労が重なり、過度な疲労に至る可能性がより高くなる⁴⁾。特に夜勤では、勤務活動そのものは日勤同様の内容を求められることから、生体リズムとして眠気が発生しやすく活動水準が低い時期にある心身を、仕事が安全に確実に遂行できる状態まで、意識的に高めなければならない⁴⁾。この差異がもたらす心身の負担は

大きいといえる。そして、このような状態が重なれば必然的に疲労は蓄積し、昼夜を問わず活動に必要な注意力が途切れ、事故を生じる危険性が高くなる。その一例を1996年に医療スタッフを対象とした針刺し事故アンケートの結果に見出すことができるが、それには眠気や疲労が原因で生じた針刺し事故が午前4時～7時の深夜勤務帯に多い⁵⁾という特徴が示されていた。

こうした事態を回避するために、今日まで各方面から研究がなされている^{6～8)}。中でも、夜勤中の勤務者の注意力保持への対処方法として仮眠の効果が注目され、夜勤時の覚醒水準の維持や疲労対策として推奨されている^{3, 9)}。筆者が2003年に三交代制勤務を実施している病院を対象に行った調査においても、看護師の多くが深夜勤務前に120分間の仮眠をとり、勤務中は午前3～4時に60分間の仮眠をとりたいと望んでいた¹⁰⁾。しかし、これまでの仮眠の研究では、夜勤中の仮眠時間を睡眠の第1周期の90～120分間とする研究が多く、実際に多くの病院が採用している「60分」の休憩時間を想定した研究は少なく、十分な検討がなされていない。

そこで、本研究では、三交代制の深夜勤を想定して、深夜勤前にとる120分間の仮眠と深夜勤中にとる60分間の仮眠に注目し、生体リズム、覚醒水準、作業効率を経時的に測定し検討した。

II. 研究方法

1. 被験者

健康で、朝型・夜型調査票¹¹⁾で明かな夜型でなく、睡眠障害や睡眠薬を常用していない専門学校に通う20～21歳の成人女性5名とした。

1) 広島大学大学院保健学研究科博士課程後期看護学専攻 Doctoral Student of Graduate School of Health Science, Hiroshima University

2) 広島大学大学院保健学研究科 Graduate School of Health Science, Hiroshima University

2. 実験条件

実験は、深夜勤務時間帯を午前0時～8時とし、条件A、条件Bの2条件を設定した。条件Aは深夜勤務時間帯前の21時～23時に120分間の仮眠をとり、午前3時～4時までは60分間の休憩をとる場合とし、条件Bは深夜勤務時間帯前には仮眠をとらず、午前3時～4時に60分間の仮眠をとる場合とした。被験者には1週間の間隔をおいて両条件を2003年9月上旬～下旬の期間に実施した。その際、被験者2名には条件Aを先に課し、残りの3名は条件Bを先に課した。

全ての条件で、午前0時～3時までと午前4時～5時までは20分間の測定期間、10分間の運動負荷、15分間の自由期間、15分間の安静期間からなる実験セッションを1時間間隔で繰り返した。午前5時～8時までは運動負荷を15分間とし、20分間の測定期間、15分間の安静期間、10分間の自由期間とした。

被験者には、激しい運動や昼寝を禁じた生活を3日前より指示した。実験当日の19時には実験室に到着し、安静にし実験に臨んだ。夜間測定中の室温は25℃前後、湿度は50%前後を維持し、仮眠時の照度は50ルクスとし、被験者に睡眠を指示した。

3. 実験手順

実験は表1の手順で実施した。午前0時～8時まで午前3時～4時を除き1時間毎に運動負荷をかけながら生体リズム、覚醒水準、作業効率を測定した。

1) 運動負荷

本研究は、深夜勤務において、仮眠をとることで眠気回復と作業効率をみるためのものである。臨床では、看護師は様々な作業量を抱え、時間に追われながら勤務している。特に、患者の起床する5時以降看護師の作業量は増加する¹²⁾。そこで、臨床の実際に合わせて運動負荷をかける必要があると考え、本研究では、仮眠の影響を検討するために酒井ら¹³⁾の研究で計算された運動負荷をかけながら測定した。運動負荷期間には、メトロノーム音にあわせて、踏み台昇降運動(高さ20cm, 50steps/min)を課した。

2) 生体リズム、覚醒水準、作業効率の測定

体温、クレペリン検査および主観的反応を測定した。測定項目は仮眠の先行研究を参考に、生体リズムと覚醒水準、作業効率を表すものとして、多くの研究で使われているものを選択した。体温は生体リズムを示す指標として用いられており、耳式体温計(オムロン社製MC-509)を使用し、5回測定し平均値をその時点の体温とした。

作業能力検査performance testは、日中の生体機能への睡眠障害の影響を検査する場合に有用で、労働衛生分野や睡眠薬の副作用検査などでしばしば用いられる。課題自体は単純で、練習を重ねることによって作業成績が上昇すると

いった学習効果がなく、長時間繰り返して実施できるものが選ばれる¹⁴⁾。また、長く、単調な作業能率検査のみが精度が高いといわれている¹⁵⁾。今回、作業能力検査として加算課題additional taskを用いた。これは、作業自体は単純でも正確さが要求され、わが国では、クレペリン検査に用いられていることで知られている。そこで、今回クレペリン検査(Kraepelin Test)を1時間毎に13分間実施し、合計数をその時点のクレペリン数とした。

Visual Analog scale: VASは1969年、行動心理学と脱感作療法において不安測定尺度として用いられた¹⁶⁾。睡眠研究では、夜間の睡眠障害による日中の覚醒度、眠気や気分の変動、疲労度、集中度などを経時的に調べる際に広く使われている。この尺度は覚醒度や眠気の簡単に迅速な測定法であり、微妙な変化も表現でき、生理的・客観的な検査に対応して、主観的な評定尺度として用いられている。今回は眠気の主観評価としてVASを使用し、1時間毎に評価した。「とてもそうである」を100mm、「全くそうでない」を0mmとした。

睡眠レベルの指標としては、古くから脳波が有用とされてきた。近年、レム睡眠の発見に伴って、睡眠を正確に把握するためには、脳波だけでなく、少なくとも眼球運動と筋電図を同時に記録する必要があることが明かになった。その結果、睡眠を測定する方法として睡眠ポリグラフ検査(sleep polysomnography: PSG)が確立され、脳波、眼球運動、筋電図、心電図を中心に、必要に応じて呼吸運動、皮膚電気活動、酸素飽和度などを同時記録する方法が用いられている。しかし、PSGは被験者の実験環境への慣れの問題や、被験者、実験者ともに長時間拘束されるという問題がある。また、脳波の分析も熟練性を必要としている。そこで、PSG以外に睡眠を測定する方法として、従来の脳波電極から比較すると装着も容易で、またあまり神経質にならずに電極を装着するだけで、低いインピーダンスを容易に実現できるBispectral index (BIS) モニター(BIS-2000, 日本光電工業)を仮眠時の脳波の測定に使用した。BISは、1994年のSiglら¹⁷⁾によるbispectral analysisに端を発し、全身麻酔中の意識レベルの指標として普及してきており^{18)~20)}、全脳波中の平坦脳波の割合を示すSuppression Ratio (SR)も同時に測定可能で、脳の電気的活動性の指標として用いられている²¹⁾。BISは、0から100までの値で、催眠・鎮静レベルを反映する指標として開発された²²⁾。値の指標は、BIS 0～BIS 40が深い催眠状態、BIS 40～BIS 60が適切な催眠状態、BIS 60～BIS 70が深い沈静/浅い催眠、BIS 70～BIS 100が浅い催眠～中等度の鎮静を表している。

寝つき・目覚め・眠りの深さについては、VASを使用し、仮眠の終了後に評価した。寝つき・目覚め・眠りの深さの

程度は「とても悪い」端からの長さで測定した。

測定時には、鼓膜温の測定→線分による眠気：VAS値→クレベリン検査の順に行った。仮眠時には、BISモニターを用いBIS値を測定した。

3) 実験セッション

午前0～3時までは測定(20分間)→運動(10分間)→自由(15分間)→安静の順番とし、午前4時からは仮眠覚醒後の睡眠慣性が測定値に反映することを避けるため、自由(15分間)→安静(15分間)→測定(20分間)→運動(10分間)とした。午前5～8時までは、臨床の実際に合わせて運動負荷を増加し、自由(10分)→安静(15分)→測定(20分)→運動(15分)とした。安静期間では、椅座位安静を課した。

また、自由期間では被験者は読書や雑談をし、飲水や排尿はこの期間に行った。

4. データ解析および統計処理

各図の表示は、勤務開始時間帯の0時を基準値として、基準値に対する変動値として示した。

入力、解析には統計解析ソフトSPSS11.OJ (for Windows)を用いた。各条件の経時的な変化の傾向を確認するため

に、反復測定による一元配置の分散分析を行い、その後の多重比較はDunnettの検定を用いた。主観的評価については、仮眠前後で対応のあるt検定を行い検討した。いずれも危険率5%未満を有意水準とした。

5. 倫理的配慮

書面ならびに口頭にて研究の目的、方法、いつでも研究参加を中止できること、また、参加の有無により学生生活に支障をきたすことのない旨を説明し、インフォームドコンセントを口頭ならびに同意書により得た。

Ⅲ. 結 果

① 体温の経時的变化

体温の平均を、図1に示した。条件Aは、午前1時にやや低下し、その後、緩やかな上昇を示したが、条件Bでは、午前3時までは高い値を維持し、その後、仮眠終了時の午前4時に一旦低下を示し徐々に上昇するリズムを有していた。

条件Aと条件Bでそれぞれ反復測定による一元配置の分散分析の結果、条件Aでは体温の変化は認めなかったが、条件Bでは、時間の経過によって体温の変化を認めた(P=0.036)。条件Bの仮眠前の午前3時と仮眠後の各時

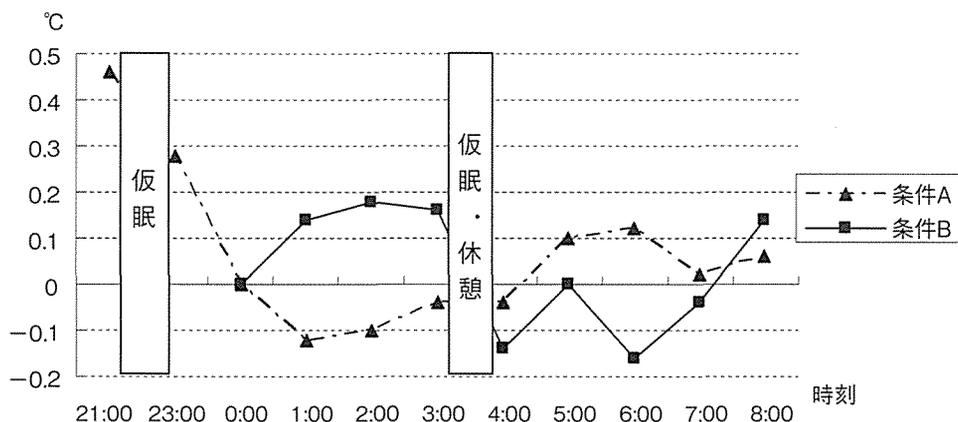


図1 体温の平均の変化

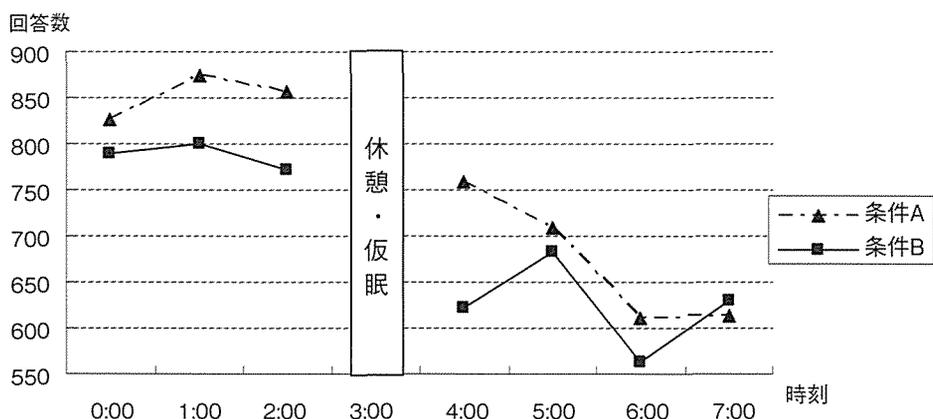


図2 クレベリン数の平均の変化

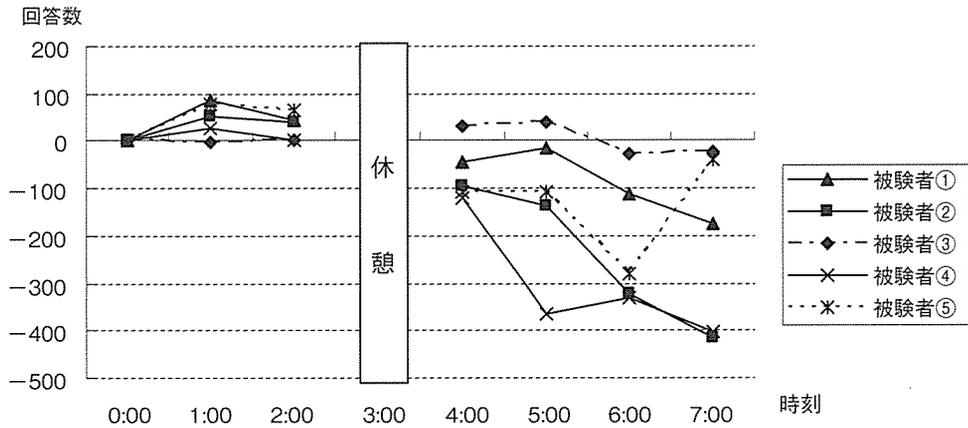


図3 条件Aにおけるクレベリン数

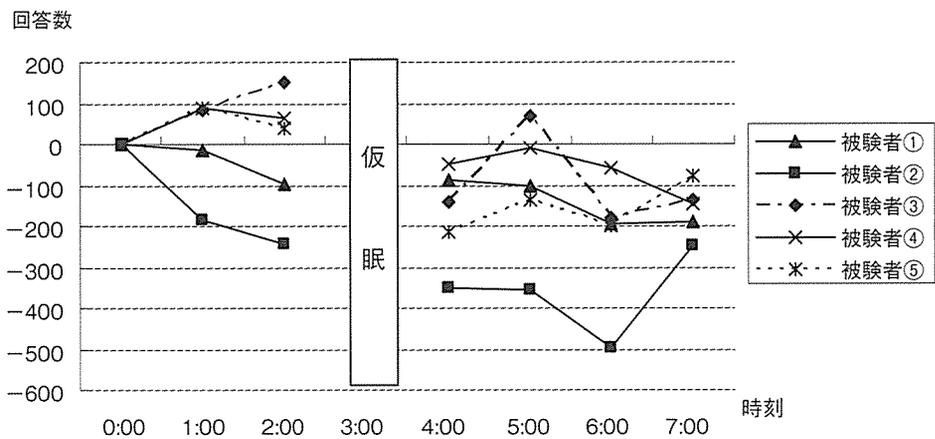


図4 条件Bにおけるクレベリン数

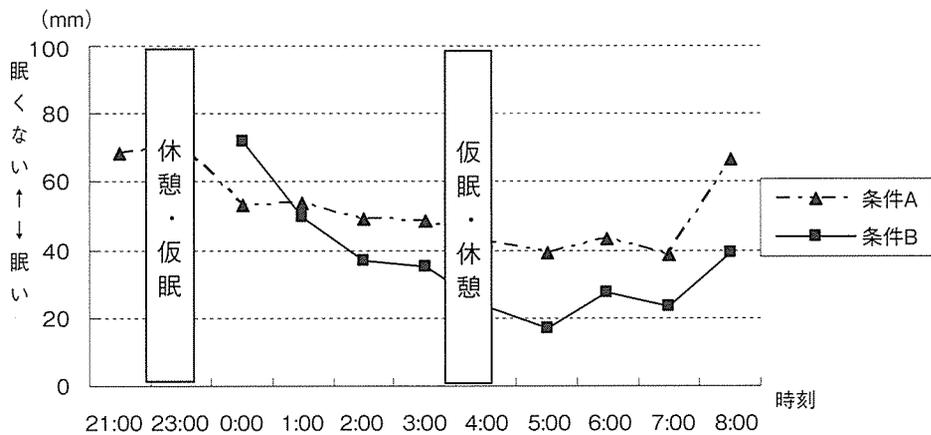


図5 眠気のVAS値の平均

間での多重比較では、午前4時にやや低下を認めた ($P = 0.066$)。さらに、午前6時には有意な低下を認めた ($P = 0.038$)。

② クレベリン数の経時的变化

5名の被験者のクレベリン数の平均を図2に示した。条件Aでは、午前0時と比べ午前2時までは回答数は多かったが、休憩後の午前4時～6時にかけて低下を示した。同様に条件Bは午前2時までは変化を認めなかったが、仮眠

終了時の午前4時に低下し午前5時～6時までは条件Aと同様な変化を示した。その後、午前7時には回復傾向を示した。各条件で、実験開始時の午前0時と各時間で多重比較をしたところ、条件Aでは午前0時と6時 ($P = 0.006$)、7時 ($P = 0.006$) に有意な低下を認めた。また、条件Bでも午前4時 ($P = 0.009$)、6時 ($P < 0.001$)、7時 ($P = 0.013$) に有意な低下を認めた。

被験者個々でみると、条件Aでは午前2時までは、全員

午前0時と比べ0～100回（0～10%）の上昇を認めたが、午前5時以降はほとんどの者が0～400回（0～40%）の低下を認めた（図3）。条件Bでは、午前2時までは回答数の増減に個人差が著しかったが、仮眠後の午前4時には全員低下した。5名の被験者の内、4名が午前7時には回復傾向を示した（図4）。

③ VAS（眠気）の経時的変化

両条件共に被験者は実験開始までは眠気の訴えに関しては、ほとんどなかったが時間を追うごとに漸次眠気が強くなった。しかし、午前7～8時には両条件ともに回復した（図5）。条件Aは条件Bと比べて変動は少なく、午前0～8時にかけて40～60mm台で経過したが、条件Bは午前0～5時にかけて20～70mm台で経過し午前5時には最も眠気が強くなったものの、その後徐々に回復した。

各条件で、実験開始時の午前0時と各時間で比較したところ、条件Aでは差を認めなかったが、条件Bでは午前2～8時にかけて差を認めた（ $P<0.003$ ）。また、休憩または仮眠の前後の午前3時と4時で対応のあるt検定を実施したが、条件A、条件Bともに差を認めなかった。

8) 仮眠時のVAS（寝つき、眠りの深さ、目覚め）の比較

条件Aは【寝つき】や【眠りの深さ】はそれぞれ34.2mm、33.6mmであったが、【目覚め】は54.2mmであった。条件Bは【寝つき】【眠りの深さ】は61.8mm、55.2mmであったが、【目覚め】は31.4mmであった（図6）。条件Aと条件Bで【寝

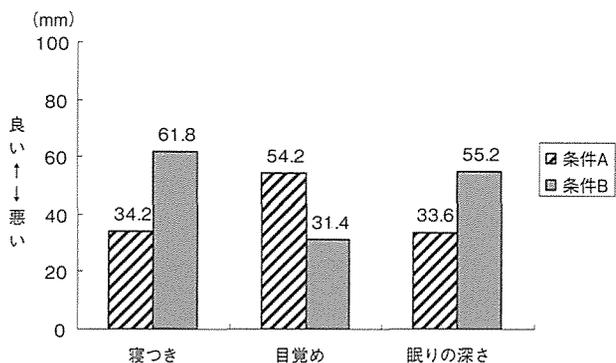


図6 仮眠時の寝つき、眠りの深さ、目覚めのVAS値

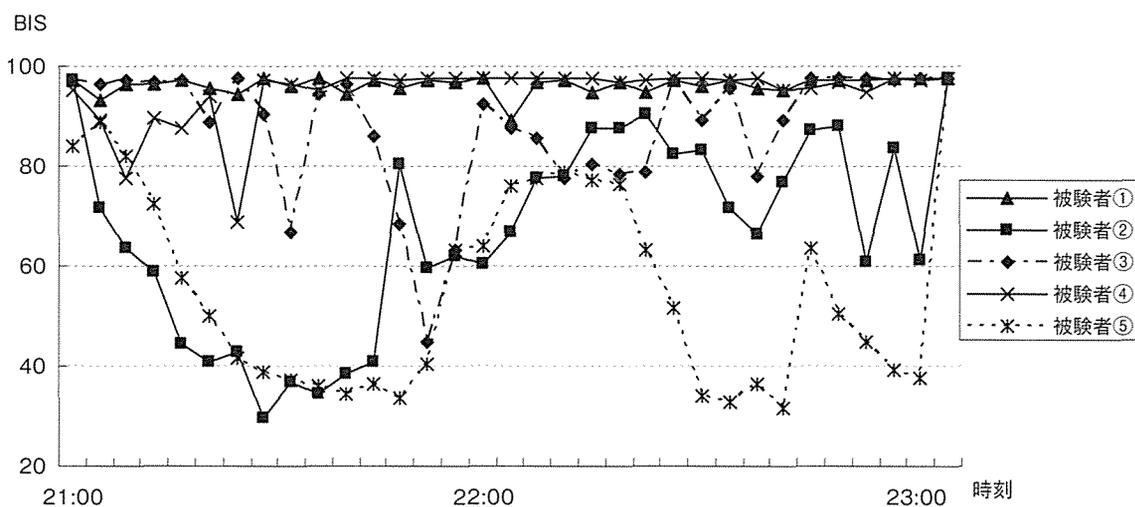


図7 条件AにおけるBIS値の変化

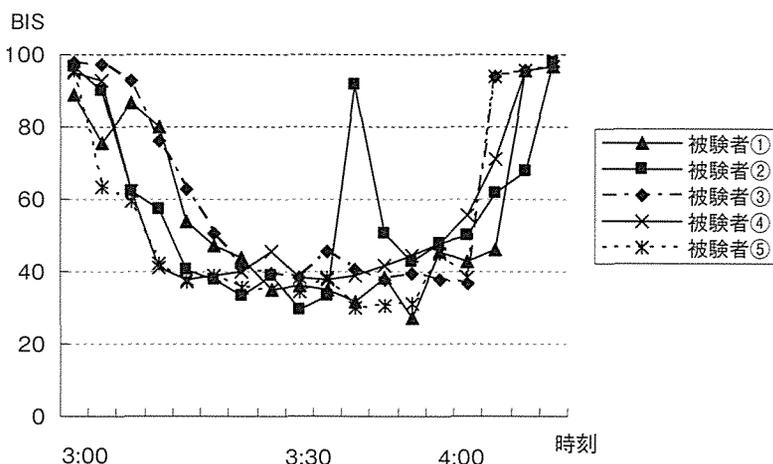


図8 条件BにおけるBIS値の変化

つき】【眠りの深さ】【目覚め】で対応のある t 検定を実施した結果、条件 A, B で【寝つき】【眠りの深さ】に差を認めなかったが、【目覚め】に関しては条件 A が良かったという結果を得た ($P=0.019$)。

9) 仮眠時の BIS 値

条件 A では、21～23時にかけて被験者①と被験者④は浅い催眠に留まっていた。また、被験者③は入眠後30分が経過しても適切な催眠に至っていなかった(図7)。睡眠の第1周期を経ることができていたのは、被験者②のみであった。

条件 B では、被験者全員が入眠より30分後には深い催眠状態となっていたが、午前4時の時点で全員深い眠りの途中で覚醒を強いられていた(図8)。

IV. 考 察

1. 体温の変化について

条件 B は時間の経過に伴い体温の変動を認めた。特に、仮眠直後には体温が低下し、朝方の午前6時には有意に低下した。これは、午前3時に仮眠をとったことで低体温となり、体温リズムが整ったといえる。また、条件 A に関しては、午前5時から高温となっているが、午前7～8時にかけて体温の上昇を認めず、体温リズムが崩れ身体に負担が生じたと推察した。

2. クレペリン数の変化について

これまでにも夜勤時や夜間覚醒時に仮眠をとることによって、これら覚醒水準が仮眠後から朝方まで維持されることが報告されている²³⁾。21～23時に仮眠をとった条件 A は午前2時までは回答数を維持できたが、午前4時以降漸次低下した。午前3～4時に仮眠をとった条件 B では仮眠後の午前4時の時点では、回答数が仮眠前と比べて有意に低下し、午前5時には一旦回復したが、体温と同様に午前6～7時では再び低下し、その後回復傾向を示した。条件 A, B ともに午前6～7時に回答数は有意に低下した。

早朝に仕事量が増加する看護師の作業効率の面からは、条件 B が条件 A より良いということが示唆された。

被験者個人の回答数の変化をみると、条件 A では午前2時までは全員実験開始時の午前0時より成績は良く一定であった。これは、21時からとった仮眠によって、回答数が維持できたと推察された。しかし、午前3時より休憩をとっても回答数の維持にはつながらず、ほとんどの被験者で漸次低下した。条件 B は午前1時より個人によって差が出現、その後、仮眠終了時の午前4時には仮眠前より回答数の低下を示した。これは、睡眠慣性 (sleep inertia) の影響と考えた。睡眠慣性とは、睡眠覚醒後の著しい覚醒水準の低下を意味し³⁾、睡眠から覚醒したのちも3～30分間にわたって眠気が残留し、気分や作業能力が一時的に落

ちこむ現象をいう²⁴⁾。本研究でも、睡眠慣性を避けるために、仮眠終了から30分後に測定を実施したが、睡眠慣性の影響を受けたことが伺えた。しかし、午前5時以降は体温リズムと相同して回復し、午前6時には再び低下はしたものの午前7時には回復を示した。午前3時に60分間の仮眠をとった条件 B は、睡眠慣性が生じ作業の安全性を損なう可能性はあるものの、朝方から回復してくる傾向を示したことから、早朝の作業効率には有効であると示唆された。

3. 眠気 (VAS) の変化について

夜勤中の仮眠には、早朝時間帯に生じる眠気の発現を抑える効果があるといわれている³⁾が、条件 A は終始、眠気に差はなく経過したが、条件 B は、時間の経過とともに有意に低下した。この結果より、勤務前にとる仮眠には午前0～8時の勤務時間帯の眠気を抑える効果が示唆された。

4. 仮眠時の寝つき、眠りの深さ、目覚めの (VAS) の変化について

睡眠に入る前の覚醒時間が長ければ長いほど、入眠潜時は短縮し徐波睡眠量も増加することが、断眠後・昼寝後の睡眠の研究から知られている²⁵⁾。今回の実験でも寝付きや熟睡感に関しては、条件 B の方が「寝付きが良い」「眠りが深かった」と評価していたのは、覚醒時間が長かったためと考える。しかし、条件 B が条件 A と比べて「目覚めが悪かった」と評価したのは、条件 B の仮眠時間が60分であったことが原因と考える。成人の REM-NREM 睡眠周期は90～100分間と云われている。佐々木ら²⁶⁾は、仮眠時の睡眠内容がレム睡眠まで十分に至らず、ノンレム睡眠で覚醒すると、仮眠覚醒直後に作業成績や眠たさが増大する現象である睡眠慣性が生じると述べている。図8の条件 B の BIS 値の変化でも明らかのように、被験者全員入眠潜時も短く30分後には深い催眠状態となっていたが、午前4時には深い催眠状態から覚醒を強いたため、目覚めが悪かった。

5. 研究全体をとおして

今回は、深夜勤務時間帯前・中に仮眠を挿入することで、深夜勤務時間帯の眠気解消効果と作業効率を分析した。効果的な仮眠のとり方を追求したが、実験からいえることは、深夜勤務前に120分間の仮眠をとった場合、仮眠時の寝つきも悪く熟睡感はないものの、目覚めはよく、眠気の解消効果は勤務中にとる仮眠に比べ優れていた。一方、深夜勤務時間帯に60分間の仮眠をとった場合は、仮眠後に眠気は残ったものの、仮眠時の寝つきや熟睡感は優れていた。また、体温リズムは午前6時を最低とすることで、概日リズムを維持し、作業効率も朝方にかけて回復することができた。しかし、条件 B では眠たさが残ってしまった。これは、眠たさが回復するための仮眠は、60分間では足りないと考える。斎藤ら²⁷⁾の研究で述べているように、120分間が妥当と考える。しかし、8時間勤務の場合、休憩時間は

60分間が一般的である。根拠としては、労働基準法で、労働時間が6時間を超える場合には少なくとも45分間、8時間を超える場合には少なくとも1時間の休憩時間を労働時間の途中に与えなくてはならない(同法34条第1項)、と規定されているからである。各病院の実態を見ると「60分」の休憩が84.8% (162病院) と圧倒的に多く、「45分」が7.3% (14病院)、「90分」が4.7% (9病院)、「75分」が1.6% (3病院) と続いている²⁸⁾。こうした状況から、深夜勤務中での60分間以上の仮眠の実現は困難であると考え。今後は、60分間以内で、深夜勤中の疲労回復や眠気の解消、概日リズムの維持や生活調整効果が図られる仮眠のとり方を考える必要がある。

V. まとめ

今回の研究では、三交代制勤務従事看護師の深夜勤務の実際の状況に則し勤務時間帯前の21～23時に120分間の仮眠をとる場合と勤務時間帯の午前3～4時に仮眠をとる場合を実験することで、深夜勤務時間帯の眠気解消効果・作業効率を分析した。その結果、次のような結論を得た。

仮眠の効果として、これまで疲労回復効果・眠気解消効果、リズム維持効果、生活調整効果が指摘されてきたが、深夜勤務時間帯前に仮眠をとることで、勤務時間帯を通して眠気解消効果が期待できた。

作業効率では午前2時までは効果があったが、朝方にかけて低下した。また、勤務時間帯前の仮眠では、寝つきも悪く、熟睡感も得られなかった。深夜勤務時間帯に仮眠をとることで、朝方にかけて生体リズムを維持することができ、作業効率も午前6～7時に効果を認めた。朝方から仕事量も増加し、判断力も必要とされる看護師の仕事に即し

ていることが示された。また、勤務時間帯の仮眠では、寝付きも良く、熟睡感も得られた。しかし、徐波睡眠の途中で覚醒を強いられた為、目覚めが悪く、眠気の解消効果は得られなかった。

以上より、深夜勤務時間帯前にとる仮眠と比べ、深夜勤務時間帯にとる仮眠の方が深夜勤務中の作業効率や生体リズム維持のためには必要であることを認めた。今後は、限られた時間の中で「眠たさ」の軽減を図りながら、効率のよい仮眠のとり方を検討する必要性が示唆された。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究では、被験者の人数が少なく、一般化はできないが、今後は、実験例を増やし、確認していく必要がある。また、深夜勤務時の作業負荷をかけるため、踏み台昇降、クレベリンによって経時的に被験者に負荷をかけたが、実際の深夜勤務時の看護師は患者が急変した際には対応に追われ、その中で朝の申し送りまでに業務を済ませないといけない。こうした精神的にも肉体的にも大きな負担を強いられている看護師の実際に合わせた状況を、実験室で創り出すことは限界があった。また、被験者を女性に限定したが、女性の場合、月経周期と睡眠とは関連することが指摘されている²⁹⁾。この点も考慮すべきであった。今後は、仮眠の効果が期待できる仮眠のとり方について、仮眠の挿入時間や長さ、仮眠をとるための環境などにも着目し検討していく必要があるだろう。

謝 辞

本稿をまとめるにあたりご協力くださった皆様に深く感謝いたします。

要 旨

本研究の目的は、三交代制勤務従事看護師の深夜勤務時間帯の前・中にとる仮眠によって、覚醒水準、作業効率を検討することである。女子学生5名に、深夜勤務時間帯を午前0～8時と設定し、21～23時に120分間の仮眠をとる条件(条件A)と午前3～4時に60分間の仮眠条件(条件B)の2条件を課し、覚醒水準、作業効率、仮眠中の脳波を観察した。その結果、仮眠時の主観的評価では、目覚めに関しては条件Aが良く、寝つきや熟睡感に関しては条件Bが良かったという特徴を示した。また、深夜勤務時間帯の前にとる仮眠には覚醒水準の維持効果があり、勤務時間帯にとる仮眠には作業効率を向上させる効果があることが示唆された。

Abstract

The purpose of this study is to examine the effects of naps taken by nurses before and during the night shift in the three shift system. Two experiments were tried on five female students: taking a nap (A) from 9 pm to 11 pm, (B) from 3 am to 4 am. The results indicated that the students (A) got better awakening and (B) had easier and faster sleeps. We can conclude that "A" may have the effects of keeping up good awakening and that "B" may help to improve the work efficiency.

文 献

- 1) 井上昌次郎：快眠の科学, 46-51, 朝倉書店, 東京, 2003.
- 2) 小木和孝：夜勤・交替勤務に関する最近の動向と求められるエビデンス, EBNURSNG, 4, 8-12, 2004.
- 3) 佐々木司：夜勤交代勤務の疲労対策, からだの科学, 230, 25-31, 2003.
- 4) 山崎慶子, 嶋森好子, 他：勤務体制の種類とその特徴, シフトワーク・マニュアル, 16-21, 日本看護協会出版会, 東京, 1996.
- 5) 地方公務員災害補償基金：病院等における針刺し事故防止マニュアル, 42, 1996.
- 6) 相垣良子, 赤星秀子, 他：交代制勤務に従事する看護婦のRist-Activity-Rhythm, 第29回日本看護学会集録(看護管理), 170-173, 1998.
- 7) 斉藤久恵, 大槻久美, 他：三交替勤務が概日リズムに及ぼす影響, 第29回日本看護学会集録(看護管理), 54-57, 1998.
- 8) 米澤広恵, 石津みゑ子, 他：三交替勤務看護者の蓄積的疲労と睡眠感の経験年数による比較, 愛知県立看護大学紀要, 6, 9-17, 2000.
- 9) 宮崎和子：バーンアウト症候群と看護労働, 看護実践の科学, 8, 32-40, 1997.
- 10) 折山早苗, 宮藤由紀子, 他：三交代制勤務従事看護師の深夜勤務前・中・後の仮眠のとり方と勤務中の眠気・疲労の関係, 病院管理, 375, 135-143, 2005.
- 11) 石原金由, 宮下彰夫, 他：日本語版朝型-夜型質問紙による調査結果, 心理学研究, 57, 87-91, 1981.
- 12) Takahashi, M., Fukuda, H., et al.: Shift work-related problems in 16-h night shift nurses (2): Effects on subjective symptoms, physical activity, heart rate, and sleep, Ind. Health, 37, 228-236, 1999.
- 13) 酒井一博, 前原直樹, 他：種々の交代勤務が看護婦の生活時間に与える影響の研究, 厚生科学研究費補助金(政策科学推進研究事業) 総合研究報告書(看護師の交代勤務制の改善に関する研究, 主任研究者 上畑鉄之丞), 31-55, 1999.
- 14) 白川修一郎, 田中秀樹：B-1 睡眠記録 評価法 評価尺度. 松下正明(編)：睡眠障害. 91, 中山書店, 東京, 1999.
- 15) Wikinson, RT.: Sleep deprivation; Performance tests for partial and selective sleep deprivation. Progress in Clinical Psychology, Abt LE, Riess BF (eds), 8, 23-43 Grune & Stratton, New York, 1968.
- 16) Ott, H., Bischoff, R. et al. Review of Sleep Induction and Hangover Effects with Visual Analogue Scales, New York, Gustav Fisher Verlag, 1985.
- 17) Sigl JC, Chamoun NC: An introduction to bispectral analysis for the EEG. J Clin Monit., 10, 392-404, 1994.
- 18) Schneider G, Sebel PS: Monitoring depth of anaesthesia. Eur J Anaesthesiol Suppl 15, 21-28, 1997.
- 19) Struys M, Versichelen L, Byttebier G. et al.: Clinical usefulness of the ispectral index for titrating propofol target effect-site concentration. Anaesthesia, 53, 4-12, 1998.
- 20) Kissin I: Depth of anesthesia and bispectral index monitoring. Anesth Analg, 90, 1114-1117, 2000.
- 21) 中山雅康, 岩崎創史, 林路子, 中林賢一, 佐藤紀, 山本修司, 一瀬廣道：心拍動下冠動脈バイパスと腹部大動脈瘤人工血管置換同時手術における bispectral index の有用性. 麻酔, 50, 1342-1344, 2001.
- 22) Hidebrandt G, Rohmert W, et al.: 12 and 24h Rhythms in error frequency of locomotive drivers and the influence of tiredness, Int J Chronobiol. 2, 175-180, 1974.
- 23) 松本一弥, 笹川七三子, 他：交代勤務制が病院看護婦の生理機能に及ぼす影響, 産業医, 20, 81-93, 1978.
- 24) 井上昌次郎：夜勤労働者の睡眠問題, 快眠の科学, 54-61, 朝倉書店, 東京, 2002.
- 25) 白川修一郎, 石東嘉和, 他：断眠尾および昼寝の紡錘波構造要素に対する影響, 臨床脳, 31, 463-468, 1989.
- 26) 佐々木司, 菊池安行, 他：看護婦が深夜勤務時にとる仮眠の効果(I), 人間工学, 1, 25-29, 1993.
- 27) 斉藤良夫, 佐々木司：病院看護婦が日勤-深夜勤務時にとる仮眠の実態とその効果, 産業衛生学雑誌, 40, 67-74, 1998.
- 28) 病院経営情報研究所：労働時間管理, 病院労働時間実態資料, 14, 産労総合研究所出版部経営書院, 東京, 2000.
- 29) 石東嘉和：女性の睡眠の問題, 眠りのバイオロジー「われわれはなぜ眠るのか」, 井上昌次郎(監), LiSA増刊, 15-17, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, 1998.

[平成17年6月30日受 付]
[平成18年3月2日採用決定]

大学生のダイエット行動とボディ・イメージ・ 性役割観との関連

The Relationship between the Diet Behaviors, Body Image and Sex Role Awareness of University Students

西 沢 義 子 富 澤 登志子 五十嵐 世津子
Yoshiko Nishizawa Toshiko Tomisawa Setsuko Igarashi

キーワード：大学生，ダイエット行動，ボディ・イメージ，女性性
Key Words：university students, diet behaviors, body image, femininity

I. はじめに

若年女性を中心に痩せ願望者が増加している^{1~3)}。この増加は日本だけでなく、国外においても同様である^{4,5)}。体重を減少させるために下剤の乱用や嘔吐などの方法により無理なダイエットを行い、その結果として生じる健康問題が指摘されている。特に過度なダイエットによる無月経や摂食障害の発症が危惧され、その対策が求められている^{6~8)}。国民栄養調査⁹⁾の結果によれば、この20年間でBMI18.5未満の痩せは男性では大きな変動がないものの、女性では20-40歳代の年齢層で約2倍に増加している。この傾向は成人だけでなく、子どもでも同様であり、肥満度-20%未満の子どもの出現率は平成14年度¹⁰⁾では男子12歳で4.05%、女子12歳で4.94%となっており、平成元年度¹¹⁾の男子1.80%、女子2.80%よりも増加している。

女子は二次性徴期に体脂肪量の増加が認められるが¹²⁾、この時期には健康者でもボディ・イメージが混乱すると言われている。また、これ以降の青年期は女性らしさや男性らしさを期待されながら、個々の性役割観が確立されていく重要な時期でもある。この時期における食行動異常の実態、特にダイエット行動やボディ・イメージの実態について把握することは、健康的な生活を支援していく上では有用である。そこで本研究では二次性徴の発現がほぼ完了している大学生の食行動、ボディ・イメージ、性役割観の実態および食行動に影響を及ぼす要因について明らかにすることを目的とした。

II. 方 法

1. 対象者

調査対象はH大学の1年生から4年生までの学生468名とした。調査にあたっては調査の主旨を調査用紙に記載し、同意が得られた者のみを対象とした。また、調査用紙

の提出は自由意思であること、提出しない場合でも不利益を被らないことについて口頭による説明を行った。調査方法には自記式質問紙を用いた。このうち、全ての調査項目に回答が得られた女子369名、男子70名の合計439名について分析した。有効回答率は93.8%であった。

2. 調査方法

1) 身長・体重の自己申告とボディ・イメージ

自己の現在の身長・体重と理想の身長・体重および現在の身長に対する健康的な体重の記載を小数点第1位まで求めた。現在・理想・健康的な身長、体重からそれぞれのBMI (Body Mass Index; BMI = 体重 (kg)/身長 (m)²) を算出した。肥瘦度分類は日本肥満学会の分類¹³⁾にしたがい、BMI 18.5未満を痩せ群、BMI25.0以上を肥満群、その他を標準群とした。

また、100mmのビジュアル・アナログ・スケール (図1) を示し、現在の自己の体型に対する志向を「極度に痩せたい」「今のままで良い」「極度に太りたい」の範囲内で1箇所矢印を記載させた。「今のままで良い」を0基準とし、「痩せたい」をマイナス方向、「太りたい」をプラス方向とし、その程度をスケールで測定した。したがって、現在の体型に対する志向は-50mmから+50mmとなる。

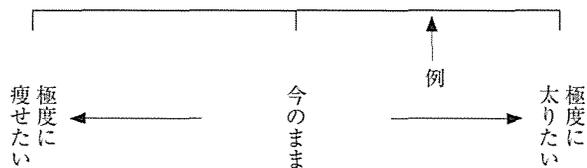


図1 ビジュアル・アナログ・スケール

2) ダイエット行動について

調査にはGarnerら¹⁴⁾が開発したEAT-26の邦訳版を用いた。EAT-26の邦訳版は26項目から構成されており、すで

に信頼性、妥当性が検証されている¹⁵⁾。集団を対象とした摂食障害者のスクリーニングテストとしては、簡便な方法である。本研究ではダイエット行動を把握するために1因子の摂食制限に関する13項目について分析した。スコアの配点はEAT-26の評価方法にしたがい「いつもそう」から「全くない」までの6段階のうち、「いつもそう」を3点、「非常にしばしば」を2点、「しばしば」を1点、「その他」は0点として採点した。得点は0点から39点となり、得点が高いほど摂食制限(ダイエット行動)をしていることを示す。

3) 性役割観の測定

伊藤¹⁶⁾のMHFスケールを用いた。Masculinity, Humanity, Femininityの3尺度から構成される30の単語についてどの程度重要であるかを6個回答させ、次に残りの単語から6個というように順に回答させた。最初に回答した単語には5点、次に回答した単語には4点というように5段階で得点化した。各尺度の合計得点は14-46点となる。

4) 調査期間

調査は2001年6月～7月に実施した。

5) 統計解析

統計解析にはStat View 5.0 (J) を使用し、unpaired t-test, One-way Repeated Measures ANOVA, One-way Factorial ANOVA, Mann-Whitney U-test, 重回帰分析およびステップワイズ重回帰分析を行った。有意水準は $p < 0.05$ とした。

III. 結 果

1. 対象者の身体特性と理想および健康的体型

表1に対象者の現在の身体特性と理想および健康的体型について示した。現在の身長、体重、BMIは男子が有意に高値であったが(身長: $t = 18.739$, 体重: $t = 13.645$, BMI: $t = 4.227$, $df = 437$, $p < 0.001$)、BMIは男子22.2, 女子20.9であり、両群ともに標準体型に分類された。

男女とも身長、体重、BMIは現在値、理想値、健康値の3指標に有意差が認められた(女子身長: $F(1,368) = 128.86$, $p < 0.001$, 体重: $F(2,736) = 140.23$, $p < 0.001$, BMI: $F(2,736) = 341.0$, $p < 0.001$, 男子身長: $F(1,69) = 101.25$, $p < 0.001$, 体重: $F(2,138) = 4.45$, $p < 0.05$, BMI: $F(2,138) = 5.93$, $p < 0.01$)。多重比較の結果、女子の身長は理想値が最も高く161.2cm、体重は理想値が最も低く48.4kgであった。健康的体重は現在体重より低値で50.4kgであった。BMIは理想値が最も低く18.6で、肥満度分類では痩せ型に近い標準型に分類された。現在および健康的BMIも標準型に分類された。現在体型と比較すると理想体型は高身長・低体重の痩せ型に近い標準型、健康的体型は低体重の標準型であった。

男子では理想の身長と体重が最も高値であり、176.5cm、66.1kgであった。健康的体重は女子と同様に現在体重より

表1 現在, 理想, 健康的体型

指 標	女子 N = 369			男子 N = 70			
	現在	理想	健康	現在	理想	健康	
身長 (cm)	M	158.4	161.2	158.4 ***	171.4	176.5	171.4 ***
	SD	5.17	4.28	5.17	5.94	4.75	5.94
体重 (kg)	M	52.5	48.4	50.4 ***	65.4	66.1	63.4 *
	SD	6.35	4.01	4.83	10.81	6.82	5.32
BMI (kg/m ²)	M	20.9	18.6	20.0 ***	22.2	21.2	21.6 **
	SD	2.20	1.23	1.32	3.30	1.59	1.20
肥満度 (%)	M	-4.9	-15.4	-8.9 ***	1.1	-3.6	-1.93 **
	SD	9.98	5.59	6.02	15.00	7.22	5.48

One-way Repeated Measures ANOVA
 ***: $p < 0.001$, **: $p < 0.01$, *: $p < 0.05$

低値で63.4kgであった。BMIは理想値が最も低値であったが、肥満度分類では現在、理想、健康的BMIともに標準型に分類された。現在体型と比較すると理想体型は高身長・高体重の標準型、健康的体型は低体重の標準型であった。

2. ビジュアル・アナログ・スケールでみたボディ・イメージ

ビジュアル・アナログ・スケールでみたボディ・イメージについては表2に示した。女子では -21.2 ± 12.9 mm, 男子では -7.7 ± 17.0 mmであり、女子の痩せ願望が強かった($t = 7.62$, $df = 437$, $p < 0.001$)。女子痩せ群 -10.4 ± 11.8 mm, 標準群 -22.0 ± 12.3 mm, 肥満群 -30.8 ± 10.9 mmで3群間に有意差が認められ($F(2,366) = 24.675$, $p < 0.001$)、多重比較の結果では肥満群、標準群、痩せ群の順に痩せ志向が強かった。一方、男子では痩せ群 7.0 ± 12.1 mm, 標準群 -5.0 ± 15.2 mm, 肥満群 -25.2 ± 15.4 mmであり、肥満群と痩せ、標準群との間には有意差が認められた($F(2,67) = 9.58$, $p < 0.001$)。

表2 性別にみたボディ・イメージ

群 別	例 数	体型志向			
		M	SD		
女 子	n = 369	-21.2	12.9	***	
男 子	n = 70	-7.7	17.0		
女 子	痩せ群	n = 42	-10.4	11.8	
	標準群	n = 303	-22.0	12.3	***
	肥満群	n = 24	-30.8	10.9	
男 子	痩せ群	n = 3	7.0	12.1	
	標準群	n = 56	-5.0	15.2	***
	肥満群	n = 11	-25.2	15.4	

男女間の比較: unpaired t-test
 肥満度間の比較: One-way Factorial ANOVA
 ***: $p < 0.001$

3. ダイエット行動について

ダイエット行動得点については表3に示した。男女間に有意差が認められ、得点を中央値(25-75パーセントイル)で示すと女子は6.0(3.0~11.0)であり男子の3.0(1.0~5.0)より有意に高値であった($U = 7005.0$, $p < 0.001$)。肥満度別に見ると男女とも3群間に有意差は認められなかった。

表3 性別・肥瘦度別にみたダイエット行動得点

群別	例数	ダイエット行動得点
女子	n = 369	6.0 (3.0 ~ 11.0) ***
男子	n = 70	3.0 (1.0 ~ 5.0)
女子	痩せ群	n = 42 5.0 (2.0 ~ 11.0)
	標準群	n = 303 7.0 (3.0 ~ 11.0)
	肥満群	n = 24 6.5 (5.5 ~ 9.5)
男子	痩せ群	n = 3 1.0 (0.3 ~ 2.5)
	標準群	n = 56 3.0 (1.0 ~ 5.0)
	肥満群	n = 11 3.0 (1.3 ~ 4.8)

中央値 (25 ~ 75パーセントイル)
Mann-Whitney U-test, ***p < 0.001

4. 性役割観について

性役割観については表4に示した。男子はMasculinity得点が (U = 7945.0, p < 0.001), 女子はHumanity, Femininity得点が有意に高値であった (Humanity: U = 8581.0, p < 0.001, Femininity: U = 10815.0, p < 0.05)。また, 男女とも肥瘦度別に比較しても痩せ群, 標準群, 肥満群の3群間に有意差は認められなかった。

表4 性役割観

尺度	女子 N = 369	男子 N = 70
Masculinity	33.0 (30.0 ~ 36.0)	36.0 (33.0 ~ 39.0) ***
Humanity	37.0 (34.0 ~ 39.0)	34.5 (32.0 ~ 37.0) ***
Femininity	20.0 (17.0 ~ 24.0)	18.5 (16.0 ~ 22.0) *

中央値 (25 ~ 75パーセントイル)
Mann-Whitney U-test, ***p < 0.001, *p < 0.05

5. ダイエット行動に影響を与える要因

性, ビジュアル・アナログ・スケール値, Femininity得点, 肥瘦度分類を独立変数, ダイエット行動得点を従属変数とし重回帰分析を行った。性にはダミー変数を割り当て女子0, 男子1とした。同様に肥瘦度分類では2つのダミー変数を割り当てダミー変数1では痩せ群0, 標準群1, 肥満群0とした。ダミー変数2では痩せ群0, 標準群0, 肥満群1とした。その結果R² = 0.338であり, 有意差が認められた (N = 439, F (5,433) = 44.143, p < 0.001)。説明変数のうち性と肥瘦度分類のダミー変数1は有意差が認められなかったが, その他の説明変数は有意差が認められた (p < 0.001, p < 0.01, p < 0.05)。

さらにこれらの説明変数について, 採用F値4.0, 増加法によるステップワイズ回帰分析を行い表5に示した。その結果3つの説明変数が採用され, 第1説明変数は体型志向でR² = 0.308 (p < 0.001), 第2説明変数は肥満でありR² = 0.322 (p < 0.001), 第3説明変数はFemininityであり

表5 ダイエット行動の影響要因

ステップ	説明変数	R ² 値	偏相関係数	採用F値	p値
ステップ1	体型志向度	0.308	-0.555	194.338	< .0001
ステップ2	ダミー変数2 (肥満)	0.322	-0.142	8.962	< .0001
ステップ3	Femininity	0.332	0.122	6.549	< .0001

R² = 0.332 (p < 0.001) であった。

IV. 考察

1. 現在体型とボディ・イメージ

思春期女子は体内に脂肪の沈着が生じ, その結果として体重が増加する。この現象は近い将来において母性機能を十分発揮させるための生理的なものである。しかし, 痩せ志向者が多い現代の社会状況では体重増加に対する嫌悪感があり, 多くの女子はダイエット行動を経験している^{17, 18)}。過剰なダイエットは健康障害を誘発するため, 防止しなければならない。そのためには思春期における脂肪沈着の意義や自己の身体を正しく理解させるための教育が急務である。本研究では健康教育を実施するための一助として, ダイエット行動とボディ・イメージ, 性役割観の関連について調査した。

本研究対象者のBMIは男子22.2, 女子20.9であり, 男女とも標準体型であった。女子の理想型は現在体型よりも高身長, 低体重でBMI 18.6であった。この値は女子大学生を対象とした外山ら¹⁹⁾の希望BMI18.6や浦田²⁰⁾の理想BMI18.7と同程度であった。すなわち, 女子大学生の捉える理想体型はほぼ痩せ型と言っても過言ではない。しかし健康的体型は現在体型より低体重, 理想体型よりも高体重の標準型でBMI20.0であった。このことから理想体型として痩せ型を志向しているものの, 健康的体型として痩せ型をイメージしていないことが明確となった。すなわち, 理想的にはもっと痩せたいと思っているが, 現在体型は標準型であることから実際は健康障害を誘発するような極度なダイエット行動は少ないことが窺える。福永ら²¹⁾の女子大学生を対象とした研究でも健康的体重は希望 (理想) 体重よりも高く, 理想体重は本人の憧れであることを窺わせることを指摘している。本研究の対象者は大学1年から4年生であり, 中高校生の極度な痩せを好むボディ・イメージとは異なり, 健康にも留意する必要性を認識しているのかも知れない。

一方, 男子の理想体型は高身長・高体重の標準型, 健康的体型は低体重の標準型であった。理想, 健康的BMIは現在BMIよりもやや低いものの, ほぼ同程度で3指標とも標準型であった。この結果からも青年期におけるボディ・イメージには性差が認められ, 男子は女子よりも自己の体型について適切な判断をしていることが明確となった。星野ら²²⁾は男子に摂食障害が発症しにくい理由として男子ではある程度頑強な体格が望まれることや思春期における体型や容姿の変化が少ないこと, 現代社会は男性優位であり女子よりもストレスが少ないこと等を挙げている。本研究でも男子のMasculinity得点が女子より高かったことから, 身体的, 社会的要因はもちろん性役割観もボ

ディ・イメージに影響しているのではないかと考えられる。

2. ビジュアル・アナログ・スケールでみたボディ・イメージ

ビジュアル・アナログ・スケールでみたボディ・イメージでも女子 -21.2 ± 12.9 mm, 男子 -7.7 ± 17.0 mmであり, 女子の痩せ願望が強いことが示された。女子では痩せ群, 標準群でありながらも強い痩せ願望があったが, 男子では自己の体型をある程度正しく認識し, 肥満群の痩せ志向が最も強かった。このことは体型図を用いた先行研究²³⁾と同様の結果であった。西岡ら²⁴⁾の女子学生を対象としたダイエット行動の動機に関する研究ではBMIが適正範囲であるにも関わらずダイエットを実行する者は53.3%, 痩せ群でも29.1%であったことを報告している。また, ダイエット志向の動機となっている要因としてマスコミや友人等の社会環境因子や心理的因子をあげ, 適正体重や痩身であるにも関わらずダイエット行動が誘発される理由ではないかと述べている。東條²⁵⁾の高校生・大学生を対象とした調査でもダイエットをしている者は約60%と高率であった。女子のダイエットの理由として「美しくなりたい, 自分をきれいに見せたい, 自分に自信をもてる²⁶⁻²⁸⁾」などである。大学生を対象とした忠井ら²⁹⁾の研究では自己の身体をやや優れている(好き)とポジティブに評価している部位は男女共がないことを報告している。さらに瀧本ら³⁰⁾や白石³¹⁾は減量のための情報源は「週刊誌・雑誌」が上位を占めていることを指摘している。生活習慣病予防の立場から肥満は問題視されてきたが, 過度の肥満予防や, 痩身を美化する社会的風潮は是正されなければならないと考えられる。この事は, 社会全体が取り組まなければならない早急な課題であろう。

3. ダイエット行動とその影響要因

ダイエット行動得点の中央値は女子6.0, 男子3.0であり女子の得点が有意に高値であった。ビジュアル・アナログ・スケールでみたボディ・イメージの結果によれば女子の痩せ願望が強かったことから, 現在体型に満足できずにダイエット行動をしていることが示唆される。しかし, ダイエット行動は肥瘦度別による有意差が認められなかったことから, 女子では自己の体型を正しく認識せず, 痩せ群, 標準群でもダイエットを行っていることが明確となった。このようなダイエット行動が長期に及べば健康障害を誘発する危険性が高い。中村³²⁾は正しいダイエットの条件を体脂肪のみを効果的に減少させること, 低エネルギー下で生体に栄養障害を起こさないこと, リバウンドやサイクリングを起こさないことの3点挙げている。八倉巻³³⁾は女子大生の食事摂取量は消費量に比べ著しく低下していることを指摘している。このことが日常的なダイエットが潜在

していることを示唆するものである。十分な栄養素を摂取するという視点からも自己の体型をポジティブに評価させるための教育が早急に求められる。

ダイエット行動に影響を与える要因として性, ビジュアル・アナログ・スケール値, Femininity得点, 肥瘦度分類を取り上げ, これら要因間の関連について分析した。ステップワイズ回帰分析の結果, 第1説明変数は体型志向($R^2=0.308$), 第2説明変数は肥満($R^2=0.322$), 第3説明変数はFemininity($R^2=0.332$)であった。したがってダイエット行動には体型志向が最も強く関与していることが明確となった。即ち, 現在体型の如何に関わらず, 理想とする体型の程度によりダイエット行動が生起することを示唆している。自己の体型を正しく認識し, 標準体重に近づけるためにダイエットをすることは問題ないが, 誤った体型認識のもとにダイエット行動を行い, 健康障害を誘発することは避けなければならない。溝口ら³⁴⁾の看護学生を対象とした研究では, ダイエット行動に影響を及ぼす要因として痩せ願望が強いこと, 家族に肥満の者がいること, ダイエットの成功経験をもっていること, 体型・体重に関する嫌な体験が多いことを指摘している。痩せ願望に関しては一致した見解であり, 本研究を支持するものである。また第3説明変数としてFemininityがあげられたが, 女性らしさが痩せ体型に象徴され, そのためにダイエット行動をしていることが推測される。女性の脂肪沈着は生理的現象であり, 女性としての機能を発揮するための準備でもある。そのためにも, 自己の体型をポジティブに評価させるための教育プログラムが早急に求められる。

V. まとめ

本研究の目的は大学生のダイエット行動, ボディ・イメージ, 性役割観の実態把握およびダイエット行動に影響を及ぼす要因について明らかにすることである。対象はH大学の1~4年生の男女468名である。調査には質問紙法を用いた。ダイエット行動の測定にはEAT I因子を, ボディ・イメージの測定には自作のビジュアル・アナログ・スケールを, 性役割観の測定にはMHFスケールを用いて調査した結果, 以下のような結果が得られた。

1. 女子の理想体型は高身長・低体重の痩せ型に近い標準型, 健康的体型は低体重の標準型, 男子の理想体型は高身長・高体重の標準型, 健康的体型は低体重の標準型であった。
2. 女子は男子よりも痩せ志向が強く, ダイエット行動得点も高かった。
3. ダイエット行動には体型志向が最も強く関与しており, 現在体型の如何に関わらず, ダイエット行動が生起していることを示唆された。また, 女性らしさを痩せ体

型に求め、ダイエットしていることも窺われるため、自己の体型をポジティブに評価させるための教育プログラムが早急に求められる。

(本論文の一部は第72回日本衛生学会および第28回日本看護研究学会において発表した。)

要 旨

本研究の目的は大学生のダイエット行動、ボディ・イメージ、性役割観の実態把握およびダイエット行動に影響を及ぼす要因について明らかにすることである。対象はH大学の1～4年生の男女468名である。調査には質問紙法を用い、ダイエット行動の測定にはEAT I 因子を、ボディ・イメージの測定には自作のビジュアル・アナログ・スケールを、性役割観の測定にはMHFスケールを用いた。

女子の理想体型は高身長・低体重の痩せ型に近い標準型、健康的体型は低体重の標準型、男子の理想体型は高身長・高体重の標準型、健康的体型は低体重の標準型であった。女子は男子よりも痩せ志向が強く、ダイエット行動得点も高かった。ダイエット行動には痩せ志向が最も強く関与しており、現在体型の如何に関わらず、ダイエット行動が生起していることを示唆している。また、女性らしさを痩せ体型に求め、ダイエットしていることも窺われる。したがって、自己の体型をポジティブに評価させるための教育プログラムが早急に求められる。

Abstract

The purpose of this study was to clarify the diet behaviors, body image and sex role awareness of university students, and the factors which affect diet behaviors. The participants were 468 male and female students in the 1st to 4th grades at H University. A questionnaire method was used which used the "factor I" (diet) subscale of the Eating Attitudes Test (EAT) to measure diet behaviors, the original visual analogue scale for measurement of body image, and the MHF scale for measurement of sex role awareness.

The women's ideal physique was a normal type with more height and less weight than their actual physique-almost a thin type. The women's healthy physique was a normal type with less weight. The men's ideal physique was a normal type with more height and more weight. The men's healthy physique was a normal type with less weight than their actual physique. The desire to be thin was stronger in women than in men, and the diet behavior score was also higher in women. The desire to be thin is strongly involved in diet behavior, which suggests that dieting behavior in women has occurred regardless of actual physique. The women appeared to be dieting to achieve a thin physique that was "more feminine". Therefore an educational program is required to promote positive perception of self-physique.

文 献

- 1) 橋本 勲, 小幡夏子: 若い女性の適正体重とダイエットの現状, 母子保健情報, 40, 24-30, 1999.
- 2) 長谷川雅美, 中村春香: 思春期・青年期の女子学生に生じる痩せ願望とその要因に関する調査, 三重看護学雑誌, 30(1), 67-72, 2000.
- 3) Nishizawa, Y., Kida, K., et al.: Perception of self-physique and eating behavior of high school students in Japan, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 189-196, 2003.
- 4) Knat, A.K.: Association of self-perceived body weight status with dietary reporting by U.S. teens, *Obesity Research* 10(12), 1259-1269, 2002.
- 5) Jaeger, B., Ruggiero, G.M., et.al.: Body dissatisfaction and its interrelations with other risk factors for bulimia nervosa in 12 countries, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 54-61, 2002.
- 6) 丸山智美, 牛込恵子, 戸谷誠之: 無月経とダイエット経験との関連 思春期の栄養教育についての一考察, *思春期学*, 22(4), 504-511, 2004.
- 7) 辻岡三南子, 玄葉道子, 小野恵子, 齋藤郁夫, 下山千景: 女子高校生における続発性無月経, *慶應保健研究*, 1, 27-31, 2003.
- 8) Borges, M.B.F., Jorge, M.R., et al.: Binge-eating disorder in Brazilian women on a weight-loss program, *Obesity Research*, 10(11), 1127-1134, 2002.
- 9) 厚生労働省健康局総務課, 生活習慣病対策室栄養調査係: 平成14年度国民栄養調査結果の概要, *厚生*の指標, 51(5), 39-45, 2004.
- 10) 文部科学省: 平成14年度学校保健統計調査報告書, 116-117, 財務省印刷局, 2003.
- 11) 文部省: 平成元年度学校保健統計調査報告書, 132-133, 大蔵省印刷局, 1990.
- 12) 木田和幸, 西沢義子, 他: BIA法による小学生の体脂肪率-従来法との比較検討-, *学校保健研究*, 36, 417-422, 1994.
- 13) 日本肥満学会肥満症診断基準検討委員会(松澤佑次, 井上修二, 池田義雄, 坂田利家, 他): 新しい肥満の判定と肥満症の診断基準, *肥満研究*, 6(1), 18-28, 2000.
- 14) Garner, D.M., Olmsted, M.P., et al.: The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med*, 12, 871-878, 1982.
- 15) 馬場謙一, 坪井さとみ: EAT-26の有効性, *厚生省特定疾患神経性食欲不振症調査研究班平成4年度報告書*, 80-86, 1994.
- 16) 伊藤裕子: 性役割の評価に関する研究, *教心理研*, 26, 1-11, 1978.
- 17) 中村伸枝, 遠藤数江, 他: 高校生の食習慣と小学生時代からの食習慣の変化, *千葉大学看護学部紀要*, 27, 1-8, 2005.
- 18) 我部山キヨ子, 西尾美絵, 他: 思春期女子の食生活とダイ

- エツトの関係 小・中学生の調査から, 思春期学, 23(1), 142-153, 2005.
- 19) 外山健二, 小松敬子, 他: 体脂肪率が青年期女性の自己体型認識および体重調整意識に及ぼす影響, 肥満研究, 6(1), 63-67, 2000.
- 20) 浦田秀子: 女子学生の体型と身体満足度, 学校保健研究, 43, 139-148, 2001.
- 21) 福永 茂, 小林慧歩: 女子大学生の体型認識, 学校保健研究, 35, 396-404, 1993.
- 22) 星野仁彦, 本田教一: 男性の摂食障害, 星野仁彦他(編): 摂食障害のストラテジー, 52-55, 新興医学出版社, 東京, 1996.
- 23) 西沢義子, 工藤美紀子, 他: 児童・生徒の体型認識-性別, 学年別および体型不安からの分析-学校保健研究, 41(4), 300-308, 1999.
- 24) 西岡光世, 矢崎美智子, 他: 若年女子のダイエット行動の動機に関する研究, 学校保健研究, 35, 543-551, 1993.
- 25) 東條仁美: 高校生と大学生の食生活と健康意識に関する調査, 思春期学, 18(1), 105-114, 2000.
- 26) 楠 智一, 田中敬子, 他: 女子学生の肥満とやせ, 肥満研究, 6, 208-10, 2000.
- 27) 廣金和枝, 木村慶子, 他: 女子中学生のダイエット行動に関する研究~学校保健におけるダイエット行動尺度の活用~, 学校保健研究, 43, 175-182, 2001.
- 28) 小島和暢, 志渡晃一, 他: 若年女子の体重と自覚症状, 日本公衛誌, 41(2), 126-130, 1994.
- 29) 忠井俊明, 金井秀子: 青年期の自己身体イメージの特性に関する研究, 学校保健研究, 36, 180-188, 1994.
- 30) 瀧本秀美, 戸谷誠之, 他: 思春期女子における減量行動と背景因子に関する研究, 思春期学, 18(1), 96-104, 2000.
- 31) 白石龍生: 女子大生の「やせ願望」と減量に関する知識との関連, 思春期学, 17(4), 460-465, 1999.
- 32) 中村丁次: 栄養素等摂取の適量と不足の限界, 母子保健情報, 40, 20-23, 1999.
- 33) 八倉巻和子: 若い女性のための「食」の工夫, 母子保健情報, 40, 12-19, 1999.
- 34) 溝口全子, 松岡 緑, 他: 女子大学生のダイエット行動に及ぼす影響要因, 日看科会誌, 20(3), 92-102, 2000.

[平成17年10月7日受 付]
[平成18年3月2日採用決定]

大学病院に勤務した新卒看護職者のリアリティ・ショック に關与する要因

Factors Related to Reality Shock Experienced by New Graduate Nurses at University Hospitals

糸 嶺 一 郎¹⁾ 鈴 木 英 子²⁾ 叶 谷 由 佳³⁾ 佐 藤 千 史⁴⁾
Ichiro Itomine Eiko Suzuki Yuka Kanoya Chifumi Sato

キーワード：リアリティ・ショック，新卒看護師，職場環境，アサーティブネス
Key Words : reality shock, new graduate nurse, working environments, assertiveness

I. はじめに

日本看護協会の調査によると，新卒看護職者の12人に1人（8.5%）が1年以内に離職しており，職場定着を困難にしている要因として，76.2%の者が「（看護）基礎教育終了時点の能力と看護現場で求める能力とのギャップ」をあげたという結果が報告されている¹⁾。このような反応はリアリティ・ショックと考えられる。大学病院は新卒の採用人数が最も多く²⁾，このように高度な医療技術を求められる場において新卒者の定着率が低いことは次世代を担う人材不足につながり，看護の質向上にも影響する。そのため，新卒看護職者のリアリティ・ショックに關連する要因を明らかにし，具体的サポート体制を構築していくことが必要である。

リアリティ・ショックは「数年間の専門教育と訓練を受け，卒業後の実社会での実践準備ができていないと感じる新卒専門職者の現象，特定のショック反応である」と提唱された³⁾。その後，日本でも紹介⁴⁾され広く使用されるようになった。日本における研究で最も多く用いられているリアリティ・ショックの定義は，「新人看護婦が実際に職場で仕事をしたときに感じる現象や特定のショック反応」「現実と理想のギャップ」であり⁵⁾，これに基づきリアリティ・ショックを「現実と理想のギャップ」⁶⁾やバーンアウト現象と捉え⁷⁻¹⁰⁾，その關連要因の探求が行われている。リアリティ・ショックに關するこれまでの研究では，リアリティ・ショックがバーンアウトリスクと關連があることが報告されており¹¹⁾，新卒看護職者のリアリティ・ショックを少なくすることは，バーンアウトひいては早期離職の予防が期待できることも述べられている^{12,13)}。また，

予防策についてもコンサルテーションやプリセプターシップの導入などが実践されてきている。

しかし，リアリティ・ショックと新卒看護職者の置かれている状況や職場環境についての研究は少ない。

そこで，本研究では大学病院に勤務する新卒看護職者を対象として，リアリティ・ショックの実態及びその關連要因を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 対象と方法

2001-2002年度版病院要覧（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よる「大学病院における新卒看護職の就職状況及び教育状況の実態」の調査を行なった。回答を得られた41の大学病院の看護部長あてに本調査を依頼し20の大学病院より協力が得られた。その大学病院に2003年に勤務した常勤の新卒看護職者1,203人を本研究の対象とした。2003年6月，対象となった新卒看護職者に対し，自記式質問調査を郵送留め置き法にて実施した。

2. 調査内容

1) 看護職者の属性

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，他の学部の大学卒）病棟名，配偶者の有無，子供の有無，同居者の有無，実際の業務職種（看護師，保健師，助産師），臨床領域

2) リアリティ・ショック

リアリティ・ショックに關しては，Kramerの定義「数年

1) 茨城県立医療大学保健医療学部看護学科 Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Ibaraki Prefectural University of Health Science

2) 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

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

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 Science, Tokyo Medical and Dental University

間の専門教育と訓練を受け、卒業後の実社会での実践準備ができていないと感じる新卒専門職者の現象、特定のショック反応である」からその評価を検討した。定義の前半部分の質問として「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？」（以下：教育と実践の違いへのとまどい）で尋ね、いつも、時々、ほとんどない、全くない、の4段階で回答を求めた。定義の後半部分の質問としてMaslach's burnout Inventory（東口らにより作成された日本語版）¹⁴⁾にてburnoutを測定し、リアリティ・ショックの評価方法を検討した。Maslach's burnout Inventoryは、下位尺度が3つあり①身体的疲弊及び②情緒的疲弊と非人間化は点数が高いほどバーンアウトリスクが高いとされ、③個人的達成感は低いほどバーンアウトリスクが高いとされている。また、Lewistonの提言する総合得点（身体的疲弊+情緒的疲弊-個人的達成感+10）¹⁵⁾を用いた。これが高い者はバーンアウトリスクが高いと解釈する。

「教育と実践との違いへのとまどい」の回答別バーンアウト得点を表1に示した。「教育と実践との違いへのとまどい」を「いつも」と回答した者は、バーンアウト得点が全て平均以上（個人的達成感、平均以下）で有意な差があった（ $P<0.01$ ）。このため「いつも」と回答した者をリアリティ・ショック有りとした。

3) Stressfulな life events

Holmesら¹⁶⁾が作成した「社会再適応評価尺度Social Readjustment Dating Questionnaire」と呼ばれるチェックリスト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「1年間の」は省略する）の有無を尋ねた。

4) 実際の配属先と希望

配属先が希望通りであったか、なかったかを尋ねた。

5) 職場満足（職場、給料、超勤、仕事量）

職場満足、給料満足は、それぞれに「満足していますか？」で、超過勤務は「超過勤務はどのくらいですか？」で尋ねた。仕事量は「仕事量が多いと感じますか？」で尋ねた。

6) 職業継続意志

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。

7) ソーシャルサポート

ソーシャルサポートについては、現在の職場での悩みや問題について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、および友人、家族等職場以外の相談相手のいずれかについて尋ねた。

8) コーピング方法

コーピング方法については、PineとKafryのcoping taxonomy¹⁷⁾及び庄司ら¹⁸⁾の職場用コーピング尺度を参考

にして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「その問題とは別のことに没頭する」「問題の原因となった自分の行動ややり方を変える」「その問題の関係者・当事者と話し合う」「酒や薬に頼る」から1つ選択させた。

9) アサーティブネス

アサーティブネスについては日本語版Rathus Assertiveness Schedule (J-RAS)を使用した。RASは、1973年にRathus¹⁹⁾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^{20, 21)}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0.83であった。スケール得点の取りうる最大値と最小値は-90~90である。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）。

表1 「教育と実践との違いへのとまどい」の程度別バーンアウト平均得点

		いつも	ときどき	殆ど無い	全くない	合計
Lewiston式総合得点	人数	246	609	84	1	940
	SD	2.33	2.19	2.23	-	2.34
	平均	13.27	11.86	11.1	8.38	** 12.16
身体的疲弊	人数	246	609	84	1	940
	平均	4.17	3.54	3.19	1.5	** 3.67
	SD	1.06	1.1	1.05	-	1.13
情緒的疲弊・非人間化	人数	246	609	84	1	940
	平均	1.85	1.39	1.1	0	** 1.48
	SD	1.15	1.02	0.93	-	1.08
個人的達成感	人数	246	609	84	1	940
	平均	2.75	3.06	3.19	3.13	** 2.99
	SD	1.11	1.05	1.15	-	1.09

** : $P<0.01$

3. 分析方法

1) 調査項目とリアリティ・ショックの有無との関連を検討した。

2) ロジスティック回帰分析で目的変数（リアリティ・ショックの有無）に対する説明変数（関連要因）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、説明変数曝露の量反応による影響を検討した。

3) 上記分析にて有意な説明変数を用い多重ロジスティック回帰解析をおこなった。

4) 有意差の検定は、平均値は一元配置分散分析で、比率は χ^2 検定を用いて行い、p値が0.05以下を有意とした。

Ⅲ. 倫理的配慮

対象の看護部長あてに調査依頼に今回の研究の趣旨（研究の意義、倫理的配慮や、データを本研究以外に用いない

こと等)を文書にて説明し研究に対する理解を得て同意を得た。対象には文書にて研究の目的、方法を説明し、匿名性を保証した。データは統計処理し本研究の目的以外には使わないこと、また、参加・中止は自由であり、参加の拒否や同意後の中止等による不利益はいっさい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た。

また、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うけ承認を得た。

IV. 結 果

1. 対象者の属性とリアリティ・ショック

回収数は1,030 (84.5%)でそのうち、既婚者、子供のいる者(計17人)は、日常生活等の社会的背景因子による影響があると考えられるため除外した。有効回答は、性、年齢、「教育と実践との違いにとまどい」の質問、及びMBIに欠損や重複回答のないものとし、940人(91.6%)を解析の対象とした。

対象の性、看護師及び助産師別属性とリアリティ・ショックに関しての結果を表2に示した。平均年齢(±標準偏差)は22.8歳(±2.0)、このうち看護師女性882人、男性33人、助産師25人、平均年齢はそれぞれ22.8歳(±1.9)、24.8歳(±3.3)、22.8歳(±1.5)であった。また、リアリティ・ショック有りの者の割合は、それぞれ25.7%、45.5%、16.0%であり、男性看護師が高く、助産師が低かった。最終学歴は、半数以上が専門学校卒であり、助産師で看護系大学卒者が多かった。

2. リアリティ・ショックの関連要因

リスク要因別リアリティ・ショック割合とオッズ比及び95%信頼区間を表3-1、表3-2、表3-3に示した。

性別では、男性は女性の2.44倍、同居者の有る者は、ない者の1.49倍、病院所在地が東京以外は東京の1.69倍リアリティ・ショックに陥るリスクが高かった。実務職種では助産師よりも看護師が、臨床領域では外来と比較すると手術室、クリティカルユニットが高かったが有意ではなかった。

ストレスフルなライフイベントでは、自分が過去1年で重病を経験した者がそうでない者より4.04倍、配属先では、希望と違い不満であると回答した者が希望通りで満足と回答した者より1.86倍、仕事量が大変多いと感じている者が少ないと回答した者より2.42倍リアリティ・ショックに陥るリスクが高かった。

転職希望では、職場を変えたいと回答した者、全く別の仕事につきたいと回答した者は希望がないと回答した者より2.35倍、3.36倍リアリティ・ショックに陥るリスクが高かった。

相談相手では、先輩の相談相手がいない者はいる者より1.52倍リアリティ・ショックに陥るリスクが高かった。

ストレスコーピング、アサーティブネス、バーンアウトとの関連をみてもアサーティブネス得点が-22以下の者は、アサーティブネス得点が-5以上の者より1.87倍、バーンアウト総合得点が13.08以上の者は13.08未満の者より2.97倍、身体的疲弊の得点が4.17以上者は、4.17未満のもの2.99倍、情緒的疲弊・非人間化得点が1.75以上の者は1.75未満の者の2.10倍、個人的達成感の得点が2.5未満の者は2.5以上の者の1.64倍リアリティ・ショックに陥るリスクが高かった。

表2 性、看護師及び助産師別特性とリアリティ・ショック

(%)

	看護師		助産師	合計
	女性 882人	男性 33人	女性25人	940人
リアリティ・ショック(有)	227 (25.7)	15 (45.5)	4 (16.0)	246 (26.2)
平均年齢	22.8	24.8	23.7	22.8
最終学歴				
看護専門学校卒	489 (55.8)	22 (66.7)	5 (20.0)	516 (55.2)
看護系短期大学卒	200 (22.8)	3 (9.1)	9 (36.0)	212 (22.7)
看護系大学卒	166 (19.0)	8 (24.2)	10 (40.0)	184 (19.7)
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	106 (12.2)	1 (3.0)	0	107 (11.5)
小児科	47 (5.4)	3 (9.1)	0	50 (5.4)
手術室	53 (6.1)	7 (21.2)	0	60 (6.5)
クリティカル (CCU・ICU・TTC・NICU)	90 (10.3)	8 (24.2)	6 (24.0)	104 (11.2)
内科	200 (22.9)	3 (9.1)	0	203 (21.9)
外科	250 (28.7)	9 (27.3)	0	259 (27.8)
その他	51 (5.91)	2 (6.1)	0	53 (5.7)

大学病院に勤務した新卒看護職者のリアリティ・ショックに関与する要因

表3-1 リスク要因別リアリティ・ショック割合とオッズ比及び95%信頼区間

		人数	リアリティ・ショック有 (%)	odds比	95%信頼区間		
性別	女性	907	231 (25.5)	1.00			
	男性	33	15 (45.5)	2.44	1.21	-	4.92
学歴	看護専門学校卒	516	133 (25.8)	1.00			
	看護系短期大学卒	212	64 (30.2)	1.25	0.88	-	1.77
	看護系大学卒	184	42 (22.8)	0.85	0.57	-	1.27
	他の学部の短大、大学卒	23	6 (26.1)	1.02	0.39	-	2.63
同居者	無し	715	174 (24.3)	1.00			
	有り	222	72 (32.4)	1.49	1.07	-	2.07
病院所在地	東京	437	91 (20.8)	1.00			
	その他	503	155 (30.8)	1.69	1.26	-	2.28
実務職種	助産師	25	4 (16.0)	1.00			
	看護師	915	242 (26.4)	1.37	0.80	-	2.36
看護職員配置	その他 (2.5:1.)	26	5 (19.2)	1.00			
	2 (患者):1 (看護師) 以上	914	241 (26.4)	1.50	0.56	-	4.03
臨床領域	外来	26	5 (19.2)	1.00			
	産婦人科	54	15 (27.8)	1.62	0.52	-	5.07
	精神科	14	4 (28.6)	1.68	0.37	-	7.64
	混合病棟	107	21 (19.6)	1.03	0.35	-	3.04
	小児科	50	13 (26.0)	1.48	0.46	-	4.72
	手術室	60	21 (35.0)	2.26	0.75	-	6.86
	クリティカル (CCU・ICU・TTC・NICU)	104	31 (29.8)	1.78	0.62	-	5.16
	内科	203	56 (27.6)	1.60	0.58	-	4.45
	外科	259	61 (23.6)	1.29	0.47	-	3.58
	その他	53	16 (30.2)	1.82	0.58	-	5.67

表3-2 リスク要因別リアリティ・ショック割合とオッズ比及び95%信頼区間

		人数	リアリティ・ショック有 (%)	odds比	95%信頼区間		
stressful life events	出来事無し	755	190 (25.2)	1.00			
	出来事有り	185	56 (30.3)	1.29	0.91	-	1.84
家族の重病	無し	854	220 (25.8)	1.00			
	有り	86	26 (30.2)	1.25	0.77	-	2.03
自分の重病	無し	854	239 (25.8)	1.00			
	有り	12	7 (58.3)	4.04	1.27	-	12.84
親しい知人の死	無し	892	235 (26.3)	1.00			
	有り	48	11 (22.9)	0.83	0.42	-	1.66
家族の死	無し	877	224 (25.5)	1.00			
	有り	63	22 (34.9)	1.56	0.91	-	2.68
配属	希望通りで満足	458	112 (24.5)	1.00			
	希望通りでないが満足	329	77 (23.4)	0.94	0.68	-	1.32
	希望と違い不満	141	53 (37.6)	1.86	1.25	-	2.78
給与	大変満足	119	35 (29.4)	1.00			
	やや満足	456	105 (23.0)	0.72	0.46	-	1.13
	やや不満	293	76 (23.0)	0.84	0.52	-	1.35
	大変不満	70	30 (42.9)	1.80	0.97	-	3.33
仕事量	大変少ない (1人) + やや少ない	48	10 (20.8)	1.00			
	やや多い	616	134 (21.8)	1.06	0.51	-	2.18
	大変多い	262	102 (38.9)	2.42	1.16	-	5.08
超過勤務	超過勤務なし	62	13 (21.0)	1.00			
	1~3時間	231	54 (23.4)	1.15	0.58	-	2.28
	4~6時間	169	43 (25.4)	1.29	0.64	-	2.60
	7~9時間	166	40 (24.1)	1.20	0.59	-	2.43
	10時間以上	293	91 (31.1)	1.70	0.88	-	3.28
転職希望	希望無し	535	104 (19.4)	1.00			
	進学したい	114	31 (27.2)	1.55	0.97	-	2.46
	職場をかわりたい	185	67 (36.2)	2.35	1.63	-	3.40
	全く別の仕事に就きたい	96	43 (44.8)	3.36	2.13	-	5.30

表3-3 リスク要因別リアリティ・ショック割合とオッズ比及び95%信頼区間

		人数	リアリティ・ショック 有 (%)		odds比	95%信頼区間		
相談相手	有り	900	227	(25.2)	1.00			
	無し	40	19	(47.5)	2.68	1.42	-	5.08
同僚の相談相手	有り	736	183	(24.9)	1.00			
	無し	204	63	(30.9)	1.35	0.96	-	1.90
先輩の相談相手	有り	298	62	(20.8)	1.00			
	無し	642	184	(28.7)	1.53	1.10	-	2.12
上司の相談相手	有り	59	15	(25.4)	1.00			
	無し	882	231	(26.2)	1.04	0.57	-	1.91
その他相談相手	有り	781	193	(24.7)	1.00			
	無し	159	53	(33.3)	1.52	1.06	-	2.20
コーピング	話し合う	146	35	(24.0)	1.00			
	自分のやり方を変える	545	132	(24.2)	1.01	0.66	-	1.55
	別のことに没頭する	205	59	(28.8)	1.28	0.79	-	2.08
	酒・薬に頼る	40	19	(47.5)	2.87	1.39	-	5.94
	-5以上	311	67	(21.5)	1.00			
アサーティブネス得点	-22~-4	311	71	(22.8)	1.08	0.74	-	1.57
	-22以下	311	108	(34.0)	1.87	1.31	-	2.68
バーンアウト総合得点	13.08未満	623	117	(18.8)	1.00			
	13.08以上	317	129	(40.7)	2.97	2.20	-	4.01
バーンアウト身体的疲弊	4.17未満	643	123	(19.1)	1.00			
	4.17以上	297	123	(41.4)	2.99	2.21	-	4.05
バーンアウト情緒的疲弊・非人間化	1.75未満	617	130	(21.1)	1.00			
	1.75以上	323	116	(35.9)	2.10	1.56	-	2.83
バーンアウト個人的達成感	2.5未満	642	151	(23.5)	1.00			
	2.5以上	298	95	(31.9)	1.52	1.12	-	2.06

3. リアリティ・ショックの複合的関連要因

リアリティ・ショックの有無を目的変数とし、ロジスティック回帰分析でリアリティ・ショックと有意な関連の見られた性、病院所在地、自分の重病経験の有無、配属希望、仕事量、転職希望、先輩の相談相手の有無、ストレスコーピング法、アサーティブネス得点、バーンアウト総合得点、身体的疲弊得点、情緒的疲弊・非人間化、個人的達成感を説明変数として投入し、更に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した結果を表4に示した。男性、病院の所在地が東京以外、身体的疲弊得点4.17以上、仕事量が大変多い、職場を変わりたい、全く別の仕事に就きたい、アサーティブ得点-22以下が選択されオッズ比はそれぞれ3.04、1.85、2.10、1.56、1.58、2.56、1.64であった。

表4 リアリティ・ショックの複合的関連要因

	odds	95%信頼区間		
男性	3.04	1.40	-	6.61
勤務地が東京以外	1.85	1.34	-	2.55
仕事量大変多い	1.56	1.10	-	2.22
職場をかわりたい	1.58	1.06	-	2.35
全く別の仕事に就きたい	2.56	1.58	-	4.14
アサーティブ得点-22以下	1.64	1.18	-	2.26
身体的疲弊得点4.17以上	2.10	1.48	-	2.97

V. 考 察

本研究の対象施設は日本の400床以上の全大学病院のうち、一次調査に協力を得られた病院である。実際に対象となったのは東北から九州に渡る20の大学病院であり、母集団を400床以上の日本の大学病院と考えることができる。

本研究は横断研究であるが2003年就職した新卒看護職者を対象としており、リアリティ・ショックのリスク要因の曝露期間は一定であると考えられる。そのためリスク要因がないものに比べて有る者がオッズ比の倍率だけリアリティ・ショックに陥りやすいと推測できる。

今回の調査期間は新卒看護職者の就職後3ヶ月目という時期であったが、先行研究でリアリティ・ショックに陥りやすい時期といわれている時期である就職後3ヶ月前後^{7, 9, 22)}と近く、その反応が反映されていると考えられる。

複合的関連要因を見た結果、男性であること、東京以外の病院であること、身体的疲弊得点が高い、仕事量が多い、職場を変わりたい、全く別の仕事に就きたい、アサーティブ得点が低い、でリアリティ・ショックとの関連が明らかになった。

1. 性別とリアリティ・ショック

女性看護師と男性看護師を比較した場合、男性の方がリアリティ・ショックに有意に陥りやすいことが明らかに

なった。看護という職種では、男性が最近増えてきているとは言え、依然として女性の多い職場であり、職場環境では同性の同僚が少ない、或いは全くいない、という状況である。新卒看護職者はなんらかの不安や悩みを抱えていることが多く、それを分ち合える同僚の存在は大きい。職場に同性の同僚の少ないことが、影響したと考えられる。また、人数の差から自己表現する機会が少なく、不安やストレスを表現することが難しい状況にあるとも考えられる。コミュニケーションをはかることは、彼らに発言の機会を与え、互いを理解する助けとなると同時に、ストレスを発散させる場ともなるため、意識的に話す機会と話し易い環境を整える必要がある。

2. 勤務地とリアリティ・ショック

今回の調査では勤務地が東京以外でリアリティ・ショックとの関連がみられた。東京には大学病院が多く、看護教育や体制に力を注いでいる病院が多いと考えられる。しかし、今回の調査では所在地とリアリティ・ショックの詳細な関係は確認できなかったため、今後明らかにしていく必要がある。

3. 身体的疲弊、仕事量が多いこととリアリティ・ショック

新卒看護職者は学生時代を含め両親の保護のもとで生活し、これまで社会的に自立した生活を営んだ経験がない場合が多い。また学校では教員のもとで看護を実践してきた。それが就職して初めて社会に出て独立し、これまで学習してきた技術では対処できない現象への対応や1対1であった実習から複数の患者に対応することも要求され、仕事量は想像以上に多くなる。さらに一般的な病院では夜間勤務の始まる時期でもあり、質的にも量的にも負担が多く、これまでの環境と大きく変化する時期である。仕事量が多いという項目とリアリティ・ショックとの関連については堀ら⁷⁾の研究結果と合致している。また、我々の研究でもリアリティ・ショックはバーンアウトの下位尺度の身体的疲弊感との関連が強いことが明らかにされており¹¹⁾、新卒看護職者は、疲れ切っていることがうかがわれる。このような状況では身体的な症状を呈する者も出てくると考えられる。

リアリティ・ショック症状として、風邪を引きやすい、肩こり、頭痛、食欲不振等の身体症状を呈することから²³⁾、これらの症状が身体的疲弊の中に現れていると考えられる。そのため彼らの身体的な訴えをはじめでの労働や自立した社会生活を営むことに起因する、新しい仕事に就いた人たちが体験する一般的な「疲労」と片付けるのではなく、「リアリティ・ショック」の徴候(サイン)の可能性を考え、丁寧に対応する必要がある。新卒看護職者にとっての看護業務は、予想以上に重労働であり、心身ともに余裕がない。したがって、仕事を量的に減少させることは困

難であるが、その様に感じていることを受け止め、サポートしてゆくことが必要である。

4. 職場を変わりたい、全く別の仕事に就きたいという意向とリアリティ・ショック

「職場を変わりたい」[全く別の仕事に就きたい]という反応は、その職場(環境)に対して不適応反応を起こし、現実から逃れたいという思いがうかがえる。これはリアリティ・ショックを呈していたものは回避的コーピングを用いるという報告²⁴⁾と合致している。このような反応は、その職場自体または看護そのもの、あるいはその両方に対してのものかとは明らかにできなかったが、精神的な自己防衛として回避という様式を示す危機的な状況にあることが示唆された。しかし、このような思いは新卒看護職者にとって表現することが難しい内容である。先の日本看護協会による調査結果¹⁾の中で、仕事を続ける支えとなったことは「同じ部署の同期の同僚からのはげまし」(70.2%)となっており、自分を理解して認めてもらうことが大切であると考えられる。したがって、指導する側も相談相手としての役割を意識することや話しやすい環境を整えることが必要である。

5. アサーティブネス得点が低いこととリアリティ・ショック

アサーティブネスとは米国で生まれた概念で、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、無理なく自分を表現するためのコミュニケーション能力をいう²⁵⁾。この得点が低いということは、自分の言いたいことが言えない、気持ちを話せる相手がない、という状況である。もちろん先輩看護職者も声をかけたりしていると思われるが、「支援が欲しいが話し掛けられない」しかし「先輩は気づかない」というズレが起こっており²⁶⁾、我々が思っている以上にコミュニケーションが取れていない可能性がある。リアリティ・ショックからの回復のための課題として「聞きにくさ」と「表現の苦手さ」があるが²⁷⁾、アサーティブな表現とリアリティ・ショックからの回復は関連していると考えられるため、お互いの意思の疎通を確認しながら相手に自己主張できるよう関わってゆく必要がある。また、このようなアサーティブな表現方法は訓練にて習得可能であるため、継続教育に組み込むことによりリアリティ・ショックに陥る危険を回避できる可能性がある。

今回の調査では男性の数が少なく、男性に関しては今後より詳細な調査をしていく必要がある。また、アサーティブネスのように、介入によってリアリティ・ショックを軽減できる可能性がある要因については、介入研究によってその効果を確認する必要がある。さらに本研究は横断調査であるため今後リアリティ・ショックがあった者がど

のように変化していくのか、リアリティ・ショックは離職の原因となるのか、などについて縦断的に検討する必要がある、この集団について今後さらに検討していく予定である。

VI. 結 論

リアリティ・ショックに関連する要因として、男性、病院の所在地が東京以外、身体的疲弊得点4.17以上、仕事量が多いと感じていること、職場を変わりたいという意向、全く別の仕事に就きたいという意向、アサーティブ得点-22以下、があげられた。

男性が特に女性よりもリアリティ・ショックに陥りやすく、少数であることによる相談や自己表現の不足が関与し

ていると考えられる。就職3ヶ月は仕事量が多いと感じた、身体的疲弊感を感じる時期であるが、単なる疲労ではなくリアリティ・ショックの症状の可能性も視野に入れてサポートする必要がある。また、仕事に関する悩みなどを意識的に表出させることやアサーション・トレーニングを取り入れるなどの心身共に援助するシステムの構築が望まれる。

謝 辞

本研究にご協力いただきました病院の看護部長はじめ、新卒看護職者に御礼申し上げます。

本研究は、科学研究費補助金2003-2005 (Number 15599343)を受けて行ったものの一部である。

要 旨

新卒看護師はリアリティ・ショックを経験しやすい。本研究では、新卒看護師のリアリティ・ショックの実態及びその関連要因を明らかにすることを目的とした。

大学病院及び大学の付属病院に勤務した940名の新卒看護師に調査を行ない、その結果からリアリティ・ショックに関連する複合的要因として、男性、病院の所在地が東京以外、身体的疲弊得点4.17以上、仕事量が大変多い、職場を変わりたい、全く別の仕事に就きたい、アサーティブ得点-22以下、があげられた。

男性であることがリアリティ・ショックと関連しており、男性は少数のため、相談や自己表現の不足が関与していると考えられた。身体的疲弊感に関しては、新しい環境による疲労ではなくリアリティ・ショックの症状の可能性も視野に入れてサポートする必要がある。また新卒看護師の思いなどを意識的に表出させることやアサーション・トレーニングを取り入れるなどの心身共に援助するシステムの構築が望まれる。

Abstract

New graduate nurses are likely to experience reality shock. The objective of this study was to assess reality shock and its related factors by analyzing new graduate nurses and their working environments.

A survey was conducted in 940 new graduate nurses who were assigned to university or university-affiliated hospitals. Survey results indicated that the following compounding factors were related to reality shock: gender (male), hospital location (outside of Tokyo), physical exhaustion score (≥ 4.17 points), workload (very high), workplace satisfaction (want to transfer), job satisfaction (want to change jobs) and assertiveness score (≤ -22 points).

Male nurses were found to be most likely to experience reality shock, probably because they were the minority and had little opportunities for self-expression and mentorship. As for the sense of exhaustion among new graduate nurses, it is necessary to support them by regarding not only physical fatigue but also psychological fatigue as exhaustion associated with reality shock. Furthermore, the establishment of a system that physically and mentally supports new graduate nurses by incorporating assertiveness training will benefit them by facilitating the expression of their thoughts and feelings. for self-expression were found to be related to reality shock.

文 献

- 1) 日本看護協会：平成16年度第3回プレス懇談会資料3, 2005.
- 2) 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, -2002年病院看護職員の需給状況調査-, 社団法人日本看護協会出版会, p31-94, 2003.
- 3) Kramer, M.: Reality shock - why nurses leave nursing -, Mosby, California, 1-8, 1974.
- 4) Kramer. M著, 前田マスヨ監訳, 小寺和男訳：リアリティ・ショック, マグネットホスピタル-魅力的な病院づくりと看護管理-資料編, 129, メヂカルフレンド社, 東京, 1985.
- 5) 武藤協子：日本における「リアリティ・ショック」の概念の明確化-過去20年間の看護文献を対象として-, 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録, 24, 64-71, 1999.
- 6) 太田にわ, 近藤益子, 他：新卒看護婦のリアリティ・ショックに関する研究-大学病院に就職後の1年4ヶ月間について-, 看護教育, 36(2), 168-173, 1995.
- 7) 難波 純, 太田にわ, 他：短期大学看護学科卒業生のReality Shockの要因分析, 日本看護学会誌, 3(1), 11-19, 1994.
- 8) 堀百合子, 西川ひとみ, 他：新カリキュラム卒業生の職場への適応過程-リアリティ・ショックの程度とそれぞれを左右

- する要因の経時的変化-, 日本看護学会27回集録看護教育, 52-55, 1996.
- 9) 大下佳代子, 佐々木とも実, 他: 新人看護婦を取り巻くストレス-ストレス要因別負荷量とバーンアウトスケールを用いて-, 看護学統合研究, 2(2), 16-24, 2001.
 - 10) 近藤美月: 新人看護師のリアリティショックに関する縦断的研究-リアリティショックに陥る時期と要因の関連性について-, 日本看護学会論文集 33回看護管理, 257-259, 2002.
 - 11) 鈴木英子, 叶谷由佳, 他: 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, 日本看護研究学会雑誌, 28(2), 89-97, 2005.
 - 12) Duffield, C., Franks, H.: Career paths beyond nursing and the contribution of nursing experience and skills in attaining these positions, *Int J Nurs Stud*, 39(6), 601-9, 2002.
 - 13) Maslach, C., Schaufeli, W.B., et al.: Job burnout, *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422, 2001.
 - 14) 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.
 - 15) Lewiston, N. J., Conley, J., et al: Measurement of hypothetical burnout in cystic fibrosis caregivers, *Acta Paediatr Scand*, 70, 935-939, 1981.
 - 16) Holmes, T.H., Rahe, R.H.: The social readjustment rating scale, *J Psychosom Res*, 11(2), 213-218, 1967.
 - 17) Pine, A., Kafry, D.: Coping with burnout, In J. W. Jones (Ed.), *The burnout syndrome*, London House, Parkridge, IL, 139-150, 1982.
 - 18) 庄司正実, 庄司一子: 職業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.
 - 19) Rathus, S.: A 30-item schedule for assessing assertive behavior, *Behav Ther*, 4, 398-406, 1973.
 - 20) 鈴木英子, 叶谷由佳, 他: 日本語版Rathus assertiveness schedule開発に関する研究, *日本保健福祉学会*, 10(2), 19-29, 2004.
 - 21) 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.
 - 22) 縄 秀志, 上泉和子, 他: 新規採用看護婦の自己イメージ-ナースへのイメージ及び仕事への期待の変化について-リアリティショックの予防策を考える-, 日本看護学会24回集録看護管理, 146-148, 1993.
 - 23) 宗像恒次, 及川尚美: リアリティ・ショック-精神衛生学の視点から-, 看護の展望, 11(6), 562-567, 1986.
 - 24) 平松明子, 村山淑子, 他: 入職1年目ナースにみられた6カ月後のリアリティショックと対策に関する要因, 日本看護学会論文集 30回看護管理, 93-95, 2000.
 - 25) Alberti, R., Emmons, M 著, 菅原憲治訳: 自己主張トレーニング, 31-32, 東京図書, 東京. 1994.
 - 26) 金井 淳: 臨床における新人看護婦の経験世界と先輩看護婦の指導意識-参加観察とインタビューから-, 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録, 25, 210-217, 2000.
 - 27) 水田真由美: 卒看護師の職場適応に関する研究-リアリティショックからの回復過程と回復を妨げる要因-, 日本看護科学会誌, 23(4), 41-50, 2004.

〔平成17年10月6日受 付〕
〔平成18年3月30日採用決定〕

看護師イメージの因子構造と学年進行による 看護師イメージ得点の変化

Factors Affecting Nursing Students' Images of Nurses and Changes in Their Image Scores as
They Advanced in Their Studies

江口 瞳¹⁾ 寺澤 孝文²⁾
Hitomi Eguchi Takafumi Terasawa

キーワード：看護教育，職業イメージ，因子構造，学年変化

Key Words : nursing education, occupational image, influencing factors, changes as students advance year-to-year

問題と目的

大部分の看護学生は青年期にあり，“自分とは何か”という「自我同一性」の確立に向けて重要な発達課題をもっている。「自我同一性」は、Erikson, E.H.によって提唱された「ego identity (エゴ・アイデンティティ)」の邦訳であるが、一般的には職業、価値、性、宗教、政治や家族などそれぞれの領域における同一性の統合された包括的な概念であるといわれている。園田らは、職業に対する自我同一性のことを職業的同一性と表現し、職業的同一性とは「自分にとって仕事とは何か、社会の中で仕事を通じて自分はどのような者か、ありたいか等の主体的意識や感覚、職業を通しての自分らしさを確かめ、自分らしさを生かして育てていく職業的姿勢をいう」¹⁾と述べている。

本論文では、この職業的同一性のことを職業的アイデンティティと呼ぶことにする。看護学生の場合、職業的アイデンティティの形成、すなわち職業人としての自己をどのように決定し、自己がそれにどのようにかわるかという職業に対する意識は、入学前から始まっており、早期完了型が特徴であるといわれている²⁾。学生は入学後、さらに職業に対する価値、方向性を模索、追求し、職業的アイデンティティを確立していく。このことは、学生の成長発達の上で重要な課題であるといえる。ところが、入学後、自らの職業への方向性を考えられなくするといったアイデンティティの拡散を引き起こすこともある。その原因には、学習内容の理解不足、あるいは人間関係が思うようにはかれないなど、さまざまな個別の問題が存在していると思われる。それゆえに、以上の点を十分に理解した上で学生が自分自身の職業を真剣に考えられるよう、職業的アイデンティティの確立に向けてサポートすることが重要であると

考える。

そこで、本研究では、まず、学生の職業に対する意識を理解することが必要であると考え、学生が抱く看護師イメージに着目した。イメージとは、「心に浮かんだ象、心象、印象、概念、観念」と示されている（スコットフォーズマン英和辞典）。また、水島は、「多くの場合、われわれが内的深層を意識化できるのはイメージによっている。もちろんイメージといっても、どれだけ日常的なものを表わし、どれだけ深い層を表わすかはわからないが、イメージは言葉にも表現できないような心的内容のニュアンスを生き生きと伝えてくれる」³⁾と、イメージには象徴性があることを述べている。また、イメージは内面的な自己像をあらわし、その時の内的な自分の姿をうつしだしてくれるとも述べている⁴⁾。

看護学生は、入学までに漠然と抱いていた看護師イメージから、学習や経験をもとに看護職に対する自己像を意識し、実現可能な職業イメージとして看護師イメージを構築していくものと思われる。水島が述べているように、そのとき学生が意識している自己像が表出されているとすれば、看護師イメージというのは、学生の職業に対する自己像が反映されたものであると仮定できる。これに基づけば、学生の心象として形成される看護師イメージの構造を明らかにすることにより、学生の職業意識の発達過程を理解する一助となると考える。

1. 看護師イメージに関する先行研究の課題

先行研究では、看護師イメージに関する報告は数多くみられる。中でも、看護師イメージの因子構造に関するものが多い。

先行研究において、因子分析により概念化された看護師

1) 広島国際大学看護学部 Department of Nursing, Hiroshima International University

2) 岡山大学教育学部 Faculty of Education, Okayama University

表1 先行研究により抽出された看護師イメージ因子

年次	著者	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子
1980	藤原ヤスエ他 ⁵⁾	価値性 楽しい 重要な 明るい 自由な	力動性 知的な 充実した 緊張した 複雑な	価値力動性 やさしい 支配的	活動性 派手な 安定した 静かな 乾いた		
1983	上地悦子他 ⁶⁾	基本的要素 価値ある 豊かな 力強い 機敏な 慎重な 清潔な	外観的要素 魅力的 スマートな 美しい 陽気な	向上性 進歩的 知的 勤勉な 科学的 高尚な	パーソナリティ 正直な 親切的な 礼儀正しい	労働的特性 重労働 冷静な 理性的	
1984	謝花美佐子他 ⁷⁾	態度と行動特性 冷静な 礼儀正しい 理性的 科学的 慎重な 機敏な 陽気な	パーソナリティ・自己向上性 勤勉な 進歩的 親切的な 知的 正直な 清潔な 高尚な	外観的要素 豊かな 美しい 魅力的 力強い スマートな	職業的特性 重労働 価値ある		
1989	若林満他 ⁸⁾	有能性 知識の豊富な 判断力のある 責任感のある 頭がよい 気がきく	「天使」性 美しい かわいい 素敵な 天使のような 笑顔の	頑強性 体力のある 身体の丈夫な 多忙な 健康的な 大変な	陰険性 意地悪な 冷たい 恐ろしい きつい 気が強い		
1994	真鍋淳子他 ⁹⁾	働きがい 面白い 価値のある	性格的特性 温かい 親切的な 明るい	専門性 科学的 理性的	外見的特性 スマートな 高尚な	就労状況 自由な 軽労働	
1997	岩永秀子他 ¹⁰⁾	専門的職業 責任感のある 複雑な 勤勉な 重労働な 専門的な 知的な	魅力的職業 面白い 好きな 魅力のある やりがいのある 明るい 価値のある	温かい職業 温かい 感性豊かな 思いやりのある	危険を伴う職業 安全な 清潔な 礼儀正しい 安定した	社会的に認められた職業 高賃金な 地位の高い 楽しい 自由な 進歩的な	激しい職業 冷静な 穏やかな
1999	佐々木和義他 ¹¹⁾	職業イメージ 探求的な 科学的な 研究的 応用がある 理性的 勤勉な 技術の熟達	肯定的性格行動傾向 あたたかい やさしい 清潔な 活発な 誠実な 明るい 健康的な	否定的性格行動傾向 恐ろしい 威圧的 気が強い めめしい 陰険な 卑わい 冷たい	外見上看護婦イメージ キャップ 白衣 白い靴 白いストッキング 美人	女性イメージ 美人 かわいい 清楚な 育ちのよい 観察力を要す	
1999	和田佳子他 ¹²⁾	専門的能力 責任感 向上心 気が利く 機敏な 重要な	人格的特性 親切的な やさしい 温かい 思いやり 親しみ	身体的負担 体力 たくましい 丈夫な 強い 楽な	知性 賢い 頭のよい 科学的な 優れた 学問的な	職業的魅力 ユーモア 魅力ある 楽しい 自由な 豊かな	
2000	門脇千恵他 ¹³⁾	肯定的専門イメージ 明るい テキパキ 活発な 健康的な	学究的イメージ 研究的 探求的 科学的 倫理的 勤勉な 理性的	否定的性格行動傾向 威圧的 冷たい 陰険な 恐ろしい 気が強い	女性イメージ かわいい 清楚な		
2002	國重絵美 ¹⁴⁾	教育 研究的態度 人間性を高める努力 指導・教育 教育力 健康全域への援助	思考・理解力 創造力 哲学的理解 理論に基づく実践 洞察力 社会的サポート 論理的思考力	人格 冷静沈着 診断能力 思いやり 質の高い看護 自律性	役割理解 環境整備 保守・管理 身体的援助 教育的援助 生死にかかわる 計画立案・実施	社会的意義 社会に貢献 人の役に立つ 社会から期待	

* 5) ~ 14) は引用文献

イメージ因子を表1にまとめた。これらの看護師イメージ因子を概観すると、先ず、理性的で科学的な専門職イメージとして表現しているものがある。藤原ら⁵⁾の「力動性」、上地ら⁶⁾の「基本的要素」、真鍋ら⁹⁾の「専門性」、岩永¹⁰⁾の「専門的職業」、佐々木ら¹¹⁾の「職業イメージ」、和田ら¹²⁾の「専門的能力」、さらに門脇ら¹³⁾の「学術的イメージ」、国重¹⁴⁾の「教育」などの看護師イメージがこれに該当するといえよう。

また、清楚、美しいなどの看護師イメージを、上地ら⁶⁾、謝花ら⁷⁾は「外見的要素」としている。類似しているものに、真鍋ら⁹⁾の「外見的特性」、若林ら⁸⁾の「天使性」、佐々木ら¹¹⁾の「外見上看護婦イメージ」、門脇ら¹³⁾の「女性イメージ」があげられる。

温かい、思いやりがある、魅力などの看護師イメージは、謝花ら⁷⁾の「人格的特性」、和田ら¹²⁾の「肯定的専門イメージ」、岩永ら¹⁰⁾の「魅力的職業」が該当する。

また、重労働、きつい、冷たいなどのネガティブな看護師イメージを、上地ら⁶⁾は「労働的特性」、謝花ら⁷⁾は「職業的特性」とし、若林ら⁸⁾は「陰険性」、岩永ら¹⁰⁾は「激しい職業」、佐々木ら¹¹⁾、門脇ら¹³⁾は「否定的行動特性」、さらに和田ら¹²⁾は「身体的負担」としている。

これまでの看護師イメージの研究に対して、和田らは、項目の選定方法、あるいは分析方法に技術的問題があることを指摘している¹²⁾。国重もまた、看護観、看護の役割、職業イメージなどの用語の定義をすることや、信頼性、妥当性を検討した尺度の開発の必要性を指摘している¹⁴⁾。これらより、看護師イメージの因子構造に関する研究では、研究方法が明確に表記されること、また、信頼性、妥当性を検討した尺度の開発が必要であること、などの課題を克服する必要がある。

2. 先行研究における看護師イメージの学年進行による影響と課題

先行研究では、看護師イメージの因子構造に関する研究の他に、看護師イメージの学年進行の影響について検討しているものがみられる。

例えば、林らの看護系短期大学生を対象とした看護師イメージ調査によると、やさしさ、あたたかさのイメージは学年進行とともに低下し、逆に仕事の大変さは上昇すると述べている¹⁶⁾。また、真鍋らは看護系大学生と短大生の看護師イメージ調査により、看護師イメージが学年の進行とともに低下するのは短大生であり、大学生は好イメージに変化していると報告している⁹⁾。江幡らもまた、看護系短期大学生を対象に調査を行った結果、1年次から3年次にかけて看護師イメージがネガティブな方向へと変化したことを報告している¹⁷⁾。上大迫らは、自己実現や体力、知力、堅実性、知性に関する看護師イメージには学年差はない

が、社会的貢献度、職場環境、親和性と外見性のイメージに関しては学年進行とともに低下していると述べている¹⁸⁾。

一方、学年進行とともに看護師イメージが上昇するという報告もある。

例えば、和田らは、知性、職業的魅力のイメージは3年生に多く、重労働でつらい、苦しい、不自由などの否定的なイメージは1年生に多くみられ、これらから看護師イメージは学年進行に伴い肯定的イメージに変化するという結果を報告している^{15,19)}。

以上に示されるように、看護師イメージには学年進行とともに上昇（肯定的に変化）するという知見と、低下（否定的に変化）するという知見の両者が報告されている。すなわち、看護師イメージと学年進行との関係は未だ明確にはされていないのが現状であるといってもよい。それゆえに、看護師イメージに関するこれらの先行研究にみられる相違点をより詳細に検討する必要がある。

本研究は、看護師イメージは学年進行に伴い低下するとされる真鍋ら⁹⁾や岩永ら¹⁰⁾の研究で用いられている項目と、イメージが上昇するという和田ら¹²⁾の研究とでは、質問項目の構成が異なることに注目する。和田ら¹²⁾は、真鍋ら⁹⁾の他従来の研究で使用されている項目を参考にし、さらに新入生の自由記述による項目を合わせて調査を行っている。和田ら¹²⁾の研究では、看護師イメージを明確にとらえるための質問項目の選択に力を注いでいるが、本研究では、新入生の記述のみでなく他の学年も対象にした多様な看護師イメージに関する項目が必要であると考えた。

3. 本研究の目的

以上まとめれば、本研究では、学生の心象として形成される看護師イメージは学生の職業意識が反映されたものと仮定し、先行研究を補う形で看護師イメージ調査を実施し、学生が抱く看護師イメージの因子構造と学年進行による看護師イメージの変化について明らかにすることを目的とする。特に、本研究では異なる学年間の比較にとどまらず、同一学年を対象とした1年間の縦断的分析により、学年進行に伴う看護師イメージ得点の変化をより厳密にとらえることをめざした。

看護師イメージの検討

先ず、看護師イメージについて、調査結果をもとに因子分析を行い、学生が抱く看護師イメージの因子構造と異なる学年間における看護師イメージの相違について検討した。本研究において、特に考慮した点は、これまで看護師イメージは低下するという結果を導き出している真鍋ら⁹⁾、岩永ら¹⁰⁾の研究で用いられている質問項目に、本研究の調査対象校の全学生に対する記述から得られた項目を加えて質問項目を構成した点である。看護師イメージは学

年進行によって上昇するという結果を導いている和田ら¹²⁾の項目抽出においても、真鍋ら⁹⁾、岩永ら¹⁰⁾を参考している。本研究と異なる点は、和田ら¹²⁾が新入生の記述から項目抽出をしているのに対し、本研究では、1年生から3年生までの全学生の記述によるという点である。

1. 方法

1) 調査対象

3年課程看護師養成所A校において、2003年4月に在籍する1年次入学時生92名、1年次終了時生84名、2年次終了時生90名、合計266名を対象に実施した。

2) 調査時期

1年次入学時生は2003年4月10日～14日、1年次終了時生、2年次終了時生は平成15年3月10日～14日に実施した。

3) 調査材料

看護師イメージに関する質問項目としては、これまでに体系的に取り組んでいる和田ら¹²⁾の一連の研究を参考に調査項目を再吟味した上で、調査を実施した。すなわち、看護師イメージが学年進行に伴い低下するとされる真鍋ら⁹⁾による27項目、岩永ら¹⁰⁾による35項目のいずれかで使用されている項目を合わせて41項目、さらに、3年課程看護師養成所A校に在学する全学生による自由記述から新たに得られた22項目を追加し、合計63項目を用いた。以上の63項目のうち、和田ら¹²⁾の研究で使用されている項目と共通するものが25項目であった。

評定は、「全くあてはまらない」、「ほとんどあてはまらない」、「どちらかといえばあてはまらない」、「どちらともいえない」、「どちらかといえばあてはまる」、「だいたいあてはまる」、「非常にあてはまる」の7段階評価により回答を求めた。

4) 調査手続き

本研究の目的は、学生が抱く看護師イメージの理解により、職業意識の発達過程に応じた教育的支援を行うためのものであることを説明し、同意を得た。また、倫理的配慮として個人のプライバシーを保証することを説明し、調査に協力の同意が得られた学生から回答を得た。

2. 結果および考察

1) 分析対象

1年次入学時生88名(95.7%)、1年次終了時生79名(94.0%)、2年次終了時生86名(95.6%)、合計253名から回答を得(回収率95.1%)、これを分析対象とした。

2) 看護師イメージの因子構造

看護師イメージの63項目について、「全くあてはまらない」を1点、「非常にあてはまる」を7点の範囲で得点化した。各項目の得点の正規性を確認し、項目平均値、標準偏差、I-T相関、項目を削除したときのα係数を求めた。全

表2 看護師イメージの因子分析

項 目	因子負荷量					
	因子Ⅰ	因子Ⅱ	因子Ⅲ	因子Ⅳ		
第Ⅰ因子 やすらぎ型イメージ	31 笑顔あり	0.812	0.226	-0.025	0.215	
	46 優しい	0.798	0.245	0.114	0.184	
	63 親しみ	0.772	0.200	0.142	0.139	
	60 思いやり	0.763	0.396	0.123	0.169	
	61 話やすさ	0.756	0.185	0.080	0.248	
	11 明るい	0.712	0.079	0.121	0.202	
	41 親切な	0.701	0.272	0.048	0.316	
	25 温かい	0.664	0.275	0.007	0.210	
	12 楽しい	0.657	0.150	0.250	0.027	
	57 看護が好き	0.614	0.401	0.178	-0.022	
	59 穏やかな	0.563	0.142	0.319	0.194	
	37 好きな	0.536	0.462	0.294	0.025	
	33 礼儀正し	0.518	0.364	0.176	0.323	
	43 頼りがい	0.518	0.422	0.148	0.340	
	4 人に好かれる	0.514	0.145	0.182	0.194	
	24 信頼され	0.505	0.332	0.076	0.410	
	27 面白い	0.498	-0.005	0.325	0.100	
	58 豊かな	0.488	0.277	0.451	0.170	
	10 感性豊か	0.469	0.199	0.295	0.175	
	17 裏表なし	0.464	0.092	0.320	0.236	
	2 清潔な	0.303	0.146	0.037	0.271	
	第Ⅱ因子 専門職熟練型イメージ	16 価値のある	0.202	0.614	0.142	0.049
		45 責任感のある	0.322	0.607	-0.033	0.223
		52 専門的な	-0.012	0.590	0.059	0.074
14 やりがい		0.428	0.564	0.020	0.049	
39 しっかり		0.320	0.544	0.049	0.383	
13 勤勉な		0.135	0.536	0.128	0.191	
1 重要な		0.155	0.518	0.101	0.040	
50 意欲的な		0.427	0.514	0.301	0.026	
36 知的な		0.047	0.505	0.421	0.287	
34 慎重な		0.320	0.503	0.108	0.277	
7 かつこいい		0.247	0.498	0.221	-0.024	
51 献身的な		0.435	0.477	0.250	0.082	
35 堂々と		0.042	0.475	0.279	0.134	
3 魅力的な		0.438	0.470	0.275	-0.063	
56 正確な		0.161	0.441	0.098	0.314	
49 几帳面な		0.183	0.418	0.383	0.162	
5 躍動的	0.293	0.385	0.192	0.124		
第Ⅲ因子 美的調和型イメージ	28 科学的な	-0.109	0.242	0.549	0.032	
	55 スマート	0.042	0.044	0.544	0.003	
	22 優雅な	0.238	-0.025	0.534	0.134	
	38 理性的な	0.186	0.361	0.524	0.215	
	44 共感的	0.450	0.199	0.478	0.161	
	6 主体的	0.128	0.314	0.474	-0.053	
	48 美しい	0.371	0.166	0.470	0.071	
	15 個性的	0.323	0.324	0.442	0.001	
	20 進歩的	0.052	0.388	0.414	0.083	
	30 ゆったり	0.352	-0.247	0.403	0.243	
	18 高尚な	0.035	0.288	0.387	0.215	
47 正直な	0.348	0.132	0.384	0.154		
第Ⅳ因子 安全配慮型イメージ	32 冷静な	0.213	0.327	0.108	0.544	
	8 落ち着き	0.255	0.115	0.090	0.489	
	23 理解的な	0.375	0.113	0.410	0.425	
	40 安定した	0.205	0.280	0.156	0.422	
	21 機敏な	0.115	0.409	0.112	0.419	
	9 安全な	0.329	-0.078	0.109	0.361	
	19 情緒安定	0.278	0.024	0.334	0.341	
	因子負荷量の平方和	10.623	7.137	4.743	3.163	
	因子の寄与率(%)	18.637	12.521	8.321	5.549	
累積寄与率(%)	18.637	31.158	39.479	45.028		

項目の α 係数は0.955が示された。また、項目を削除したときの各項目の α 係数の範囲は、0.953から0.957であった。このうち全項目の α 係数よりも高値を示したものは影響力が高いと判断し、除外することとした。削除した項目は、ドライな、地位が高い、自由な、軽労働な、複雑な、高賃金な、以上の6項目が該当した。この6項目はI-T相関においても、尺度全体との相関が低く0.3未満であった。残りの57項目について因子分析（主因子法、バリマックス回転）を行った。このとき固有値が1以上の値の変化は、19.52, 3.58, 2.83, 1.93, 1.65, 1.51, 1.29, 1.20, 1.14, 1.10, 1.03, 1.02であった。固有値の減衰状況と、因子の内容が解釈可能であることから4因子解を採択することとした。表2は以上の因子分析の結果を示したものである。なお、統計処理には統計パッケージSPSS11.0J for Windowsを使用した。

第I因子は、笑顔のある、優しい、親しみ、思いやり、などの21項目で構成され、「やすらぎ型イメージ」と命名した。第II因子は、価値のある、責任感のある、専門的な、など17項目で構成され、「専門職熟練型イメージ」とした。第III因子は、科学的な、スマートな、優雅な、などの12項目で構成され、「美的調和型イメージ」とした。第IV因子は、冷静な、落ち着き、理解的な、安定した、など7項目で構成され、「安全配慮型イメージ」と命名された。これらの因子寄与率は45.028%であった。

これより、看護師イメージの因子構造について、調査の質問紙作成において参考にした先行研究に示される結果との比較検討を行う。

真鍋ら⁹⁾の調査との比較では、第I因子の「やすらぎ型イメージ」は、「性格的特性」因子に対応しているといえる。第II因子の「専門職熟練型イメージ」は、真鍋らの研究では「働きがい」、「専門性」の2因子に対応し、第III因子の「美的調和型イメージ」は、「外見的特性」因子に対応していると言えよう。また、真鍋ら⁹⁾の調査では「就労状況」因子が抽出されたが、本調査では抽出されなかつ

た。第IV因子の「安全配慮型イメージ」の因子は、真鍋ら⁹⁾の研究では示されていない。

次に、岩永ら¹⁰⁾の調査と比較すると、本調査の第I因子である「やすらぎ型イメージ」は、「温かい職業」に対応しているといえる。第II因子の「専門職熟練型イメージ」は、岩永ら¹⁰⁾の研究では「専門的職業」、「魅力的職業」、「社会的に認められた職業」の3因子に対応しているといえる。第III因子の「美的調和型イメージ」は、岩永ら¹⁰⁾の研究ではみられていない。第IV因子の「安全配慮型イメージ」は、安全な、落ち着いた、情緒安定な、冷静な、などで構成されるが、これは、岩永ら¹⁰⁾の研究では「危険を伴う職業」と「激しい職業」の2因子に対応しているといえる。

和田ら¹²⁾の調査との比較では、第I因子である「やすらぎ型イメージ」は、「人格的特性」に対応している。第II因子の「専門職熟練型イメージ」は「専門的能力」、「知性」の2因子に対応しているといえる。第III因子の「美的調和型イメージ」、第IV因子の「安全配慮型イメージ」は、和田ら¹²⁾の調査では対応するものがみられなかった。また、和田ら¹²⁾による「身体的負担」因子は、本調査では抽出されなかった。

3) 異なる学年間における看護師イメージの相違

次に、看護師イメージの相違について異なる学年間の看護師イメージ得点を比較した。まず、看護師イメージとして設定した63項目から6項目削除した残りの57項目の個人得点の素点の合計から平均値を算出した（以下、看護師イメージ得点とする）。表3に、看護師イメージ得点の学年間の比較として、因子別・学年別に個人得点平均得点と標準偏差（SD）を算出し、さらに、学年を要因とする1要因被験者間分散分析を行った結果を示した。その結果、看護師イメージ得点全体では、学年の効果が有意であり（ $F_{(2,250)} = 20.45, p < 0.01$ ）、多重比較（Scheffe法による検定：以下同様）の結果、1年次入学時生と1年次終了時生

表3 看護師イメージ得点の学年間の比較
＜因子別・学年別個人平均得点と分散分析の結果＞

看護師イメージ因子		学年	1年次入学時生	1年次終了時生	2年次終了時生	多重比較
						注)
第I因子	やすらぎ型	Mean	5.68	5.69	4.77	A > C, B > C
		(SD)	(0.77)	(0.69)	(0.92)	**
第II因子	専門職熟練型	Mean	5.96	5.99	5.52	A > C, B > C
		(SD)	(0.57)	(0.60)	(0.75)	**
第III因子	美的調和型	Mean	4.40	4.69	4.48	A < B
		(SD)	(0.68)	(0.72)	(0.74)	*
第IV因子	安全配慮型	Mean	5.36	5.28	4.84	A > C, B > C
		(SD)	(0.77)	(0.81)	(0.90)	**
全 体		Mean	5.45	5.52	4.94	A > C, B > C
		(SD)	(0.57)	(0.58)	(0.76)	**

**p < 0.01 *p < 0.05

注) 多重比較におけるAは1年次入学時生、Bは1年次終了時生、Cは2年次終了時生を示す。

に比較し2年次終了時生の看護師イメージの得点が有意に低いという結果が示された ($MSe = 0.42$: MSe は誤差の平均平方, 以下同様)。

次に, それぞれの因子ごとに, 学年を要因とする1要因被験者間分散分析を行った。

第I因子の「やすらぎ型イメージ」に関する分散分析の結果, 学年の効果が有意であった ($F_{(2, 250)} = 36.47$, $p < 0.01$)。多重比較の結果, 「やすらぎ型イメージ」の得点は1年次入学時生と1年次終了時生の得点が高く, それに比較すると2年次終了時生の得点が有意に低いという結果が得られた ($MSe = 0.65$)。第II因子の「専門職熟練型イメージ」についても, 学年の効果が有意であった ($F_{(2, 250)} = 14.36$, $p < 0.01$)。多重比較の結果, 1年次入学時生と1年次終了時生の得点が高く, それに比較すると2年次終了時生は有意に低い結果が示された ($MSe = 0.42$)。第III因子の「美的調和型イメージ」も同様に学年の効果が有意であった ($F_{(2, 250)} = 3.68$, $p < 0.05$)。多重比較の結果, 1年次入学時生よりも1年次終了時生の得点が有意に高く, また, 1年次入学時生と2年次終了時生とでは有意差は認められなかった ($MSe = 0.52$)。第IV因子の「安全配慮型イメージ」においても, 学年の効果が有意であった ($F_{(2, 250)} = 9.74$, $p < 0.01$)。多重比較の結果, 1年次入学時生と1年次終了時生の得点が高く, それに比べて2年次終了時の得点が有意に低いという結果が示された ($MSe = 0.69$)。

以上に示したとおり, 看護師イメージの得点は, 1年次入学時生と1年次終了時生に比較して2年次終了時生の得点が低いことが認められた。また, それぞれの因子ごとの看護師イメージ得点も同様の結果が示された。すなわち, 看護師イメージ得点を学年別に横断的に分析を行った結果, 低学年に比較して2年次終了時生すなわち高学年において得点が低値を示すことが明らかとなった。

学年進行による看護師イメージの変化

次に, 学年進行による看護師イメージの変化について検討した。本研究では, 特に, 看護師イメージ得点の変化をより厳密にとらえることをめざし, 2年連続して, ほぼ同時期に, 同じ調査を, 同一集団に行い, 看護師イメージ得点の1年間の変化について分析を行った。

1. 方法

1) 調査対象

2003年に看護師イメージ調査を実施した対象と同一の対象とし, 合計266名に調査を実施した。

2) 調査時期

2003年の調査から1年を経過したほぼ同じ時期である, 2004年3月~4月に, 同じ質問紙を使用して調査を実施した。

3) 調査手続き

2003年の調査と同様に, 本研究の目的は, 学生が抱く看護師イメージの理解により, 職業意識の発達過程に応じた教育的支援を行うためのものであることを説明し, 同意を得た。また, 倫理的配慮として個人のプライバシーを保証することを説明し, 調査に協力の同意が得られた学生から回答を得た。

2. 結果および考察

1) 分析対象

学年の要因の効果をより厳密にみるため, 初回の2003年の調査と2年目の2004年の調査で対応している個人のみを有効とし, 1年次入学時から1年次終了時までの学生88名(1年生), 1年次終了時から2年次終了時までの学生79名(2年生), 2年次終了時から3年次終了時までの学生86名(3年生)を分析対象とした。

2) 看護師イメージの年間変化

これより, 1年生, 2年生, 3年生における1年間の看護師イメージ得点の変化について, 学年を縦断的に分析し検討する。表4に, 看護師イメージ得点の同一学年による1年間の変化として, 2003年と2004年の個人平均得点とSDを算出し, さらに, 学年を要因とする1要因被験者内分散分析を実施した。その結果, 看護師イメージ得点の全体では, 1年生において時期の効果が有意であり ($F_{(1, 87)} = 50.00$, $p < 0.01$), 1年生終了時が1年生入学時よりも有意に低下することが示された ($MSe = 0.22$)。また, 2年生においても時期の効果が有意であり ($F_{(1, 78)} = 17.06$, $p < 0.01$), 2年生終了時の得点が1年生終了時よりも有意に低下することが認められた ($MSe = 0.22$)。一方, 3年生では, 時期の効果は有意ではなく1年間の変化は認められなかった。すなわち, 看護師イメージの学年進行による影響を縦断的にみると, 1年間の個人平均得点の変化は1年生と2年生が学年終了時において得点が低下するが, 3年生では変化は認められないということが明らかとなった。

次に, それぞれの因子別に, 学年を要因とする1要因被験者内分散分析を実施した。

その結果, 第I因子の「やすらぎ型イメージ」は, 1年生において時期の効果が有意であり ($F_{(1, 87)} = 70.61$, $p < 0.01$), 1年生の入学時よりも終了時の得点が有意に低下することが示された ($MSe = 0.36$)。2年生においても, 同様に, 時期の効果が有意であり ($F_{(1, 78)} = 44.15$, $p < 0.01$), 1年生の終了時に比べ, 2年生の終了時の得点が有意に低下することが認められた ($MSe = 0.26$)。3年生も同様に時期の効果が有意であり ($F_{(1, 85)} = 4.43$, $p < 0.05$), 2年生の終了時に比べ3年生終了時の得点が有意に低下することが示された ($MSe = 0.21$)。第II因子の

「専門職熟練型イメージ」では、1年生において時期の効果が有意であり ($F_{(1,87)} = 45.66, p < 0.01$)、1年生では入学時よりも1年生の終了時の得点が有意に低下することが示された ($MS_e = 0.24$)。2年生でも、時期の効果が有意であり ($F_{(1,78)} = 8.45, p < 0.01$)、2年生の終了時の方が有意に低下することが示された ($MS_e = 0.29$)。第II因子に関する3年生の1年間の得点の変化では有意差は認められなかった。第III因子の「美的調和型イメージ」は、3学年ともに有意差は認められなかった。第IV因子の「安全配慮型イメージ」では、1年生において学年進行の効果が有意であり ($F_{(1,87)} = 21.83, p < 0.01$)、1年生の入学時の得点よりも1年生終了時の方が有意に低下することが示された ($MS_e = 0.50$)。第IV因子に関する2年生と3年生の得点の1年間の変化では、有意差は認められなかった。

以上の結果より、それぞれの因子ごとに看護師イメージ得点の1年間の変化をみると、「美的調和型イメージ」を除く他の3因子では、どちらかといえば1年生と2年生において学年の開始時の得点よりも終了時の方が有意に低下することが認められた。それに比較して、3年生では「やすらぎ型イメージ」の得点のみが学年の終了時に有意に低下するが、他の因子では1年間の変化は認められないということが明らかとなった。また、「美的調和型イメージ」の得点は、どの学年においても、学年の開始時と終了時すなわち1年間の変化は認められないということが明らかとなった。

全体的考察

本研究は、学生の心象として形成される看護師イメージが、学生の職業意識の発達過程を理解する一助となると考

え、看護師イメージの構造と学年進行による看護師イメージの変化を明らかにすることをめざすものであった。特に、本研究では、看護師イメージは学年進行に伴い低下すると報告している真鍋ら⁹⁾、岩永ら¹⁰⁾の項目と学生による記述を参考に項目抽出を行い、その上で、これまで体系的に取り組んでいる和田ら¹²⁾の一連の研究結果と比較することをめざした。また、本研究は、1時点のデータのみではなく、同一学年を対象とした1年間の縦断的分析により、看護師イメージ得点の変化をより厳密にとらえることをめざした。

以下に、看護師イメージの因子構造と学年進行による看護師イメージの変化について考察する。

1. 看護師イメージの因子構造

看護師イメージに関する先行研究をもとに、因子分析により抽出されている因子を概観すると、看護師の専門的で知的な能力に関する因子、看護師としての人格的な特性に関する因子、一般的な外観や女性イメージを表現した因子、看護師の労働環境を反映した因子、看護師の社会的役割をあらわした因子、その他にも、否定的あるいはネガティブな看護師イメージを表現した因子などに整理できる。

本研究では、看護師イメージの因子分析により4因子が抽出された。「やすらぎ型イメージ」、「専門職熟練型イメージ」、「美的調和型イメージ」の因子は、先行研究に類似するものであった。すなわち、これらの因子は、先行研究と比較すると、看護師イメージに共通的なイメージであると解釈できる。また、本研究に使用した調査項目は、真鍋ら⁹⁾、岩永ら¹⁰⁾により作成された尺度を改変し、新たに3年課程看護師養成所A校に在学する全学生による自由記述を加えて作成した63項目を使用した。ところが、真鍋ら⁹⁾

表4 看護師イメージ得点の同一学年による1年間の変化
＜因子別・学年別個人平均得点と分散分析の結果＞

看護師イメージ因子			1年生		2年生		3年生	
			1年次 入学時	1年次 終了時	1年次 終了時	2年次 終了時	2年次 終了時	3年次 終了時
第I因子	やすらぎ型	Mean	5.68	4.92	5.69	5.15	4.77	4.62
		(SD)	(0.77)	(0.86)	(0.69)	(0.77)	(0.94)	(0.78)
			**		**		*	
第II因子	専門職熟練型	Mean	5.96	5.46	5.99	5.74	5.52	5.44
		(SD)	(0.57)	(0.69)	(0.60)	(0.85)	(0.75)	(0.77)
			**		**			
第III因子	美的調和型	Mean	4.40	4.38	4.69	4.62	4.48	4.45
		(SD)	(0.68)	(0.60)	(0.72)	(0.69)	(0.74)	(0.66)
第IV因子	安全配慮型	Mean	5.36	4.87	5.28	5.13	4.84	4.77
		(SD)	(0.77)	(0.88)	(0.81)	(1.66)	(0.90)	(0.71)
			**					
全 体		Mean	5.47	4.97	5.54	5.22	4.94	4.85
		(SD)	(0.57)	(0.68)	(0.58)	(0.73)	(0.77)	(0.69)
			**		**			

()内はSD ** $p < 0.01$ * $p < 0.05$

による就労状況、岩永ら¹⁰⁾による危険を伴う職業、激しい職業、和田ら¹²⁾による身体的負担、といったネガティブなイメージに関する因子は、本研究では抽出されなかった。

以上の先行研究と本研究結果との比較にみられるように、「やすらぎ型イメージ」、「専門職熟練型イメージ」、「美的調和型イメージ」は、看護師イメージに類似されるものであり、看護師あるいは看護職を特徴づけるものであるといえよう。また、安全、冷静、落ち着いたなどにより構成された「安全配慮型イメージ」は、本調査での特徴的な因子といえる。このことは、学生の対象者への安全に対する意識の現われとしてとらえることができよう。「安全配慮型イメージ」因子が抽出された理由を特定することはできないが、影響要因を検討する必要がある。

2. 看護師イメージの学年進行による影響

看護師イメージの学年進行による影響を、異なる学年間で横断的に分析した結果、1年次入学時生と1年次終了時生に比較し、2年次終了時生の看護師イメージ得点が有意に低いという事実が認められた。この結果は、看護師イメージの得点は学年進行と共に上昇するという和田ら¹⁵⁾の研究結果とは異なる結果といえる。本研究で学生に求めた記述内容は、全学年を対象とした記述によるものであるため、新たに獲得された専門職としての看護師イメージの項目が加わり、この点が、和田ら¹⁵⁾の結果と異なる結果が得られた原因として考える。今後、さらに看護師イメージが上昇するとされる和田ら¹⁵⁾の研究のみで使用されている項目を取り入れ、検討していくことが求められよう。

本研究結果は、看護師イメージは学年進行に伴い低下するという真鍋ら⁹⁾、岩永ら¹⁰⁾の結果とは同様のものであり、これらの先行研究を支持するものと考えられる。

以下では、看護師イメージが低下する要因を、先行研究の解釈をふまえて考察する。

林らは、看護師イメージが学年進行に伴い低下する点について、入学後の授業と病院実習が影響し、憧れの段階から現実の厳しさを直視した反応によるものと述べている¹⁶⁾。この点について、江幡らは、学年の進行により、看護師イメージや自己あるいは仕事との適合性がネガティブな方向に変化しているが、このような変化はキャリア発達の初期ステージでは必然の変容であるとも指摘している¹⁷⁾。

筆者らは、看護師イメージが学年進行に伴い低下する理由は、看護師イメージのとらえ方が変化した可能性をあげたい。入学時に抱く学生の看護師イメージというのは、看護がどのようなものであるかを理解した上でとらえているとはいいがたい。これまでに出会ったことのある看護師やマスメディアなどによる影響もあろう。あるいは、憧れや

一般的な看護師イメージが反映されたという解釈が可能であろう。ところが、入学後、学生の職業に対する意識は決して単調ではなく、学生は仕事の深さと自分の能力とを天秤にかけて、不安定に揺れながら看護師をめざす自分自身のバランスをとっていくものと思われる。それゆえに、看護の学習が深まるにつれ専門職業人としての意識がこれまで以上に高まり、そのことが看護学生としての自己像をより厳しく評価し、看護師イメージを低下させたのではないかという解釈ができる。

一方、同一学年を対象とした看護師イメージ得点の1年間の変化では、1年生と2年生において学年の開始時よりも終了時の得点が有意に低下するが、3年生では1年間の変化は認められず、真鍋ら⁹⁾、岩永ら¹⁰⁾の結果とは異なることが明らかとなった。この結果より、入学時に抱いていた一般的な看護師イメージであったものが、3年生では、臨地実習等により看護に対する責任を自覚し、看護師イメージと自己像とが同一化した可能性がある。それゆえに、入学時には高得点であった看護師イメージ得点が、3年生では安定するという結果につながったものと思われる。

青年期はしばしば疾風怒濤の時期といわれる。これ乗り越えることが青年期の課題であるとも考えられる。したがって、職業に対する意識が単調あるいは表面的であることは、かえって職業に対する課題意識をもたないことにもなりかねない。それゆえに、学年進行とともに看護師イメージが低下するのは、学生の職業に対する自己への問いかけによるものと考えれば、これは学生にとって必要なことであるといえよう。

ところが、学生が看護の現実に触れる中で、理想として描いていた看護師像や看護に失望し、それにより看護師イメージの低下が引き起こされている可能性も否定できない。この点について、白鳥は、入学の動機が積極的で高い学生は、学習面でも積極的に取り組むことが推測されるが、反面、理想と現実との格差を感じこれにより看護師イメージの低下を引き起こす可能性があることを指摘している²⁰⁾。つまり、期待をもちすぎていることを指摘するのであろう。一般に看護学生は、入学の動機が積極的で高いといわれているが、このような学生は、看護の学習面においても積極的に取り組むことが推測される反面、理想と現実との格差を生じ、これにより看護師イメージの低下を引き起こすこともあり得る。ところが、学生が学習への適応ができず極端に失望が見られるような場合は、看護師イメージが低下するばかりでなく、職業そのものを自分のこととして考えられなくなる可能性がある。したがって、学生が理想とする看護師像に向かって、極端に失望がみられるような場合は、看護師イメージが低下し、職業への向か

い方、将来の方向性など、職業を自分のこととして考えられなくする可能性がある。さらには、学習の目的が見えなくなり、職業的アイデンティティの確立に向けて拡散状態を引き起こす可能性をもはらんでいる。したがって、教師はこういったことを十分に考慮して教育実践にあたることが求められよう。また、何よりも、専門職業人をめざして努力している学生を支援するには、看護をめざす自己像をよりポジティブにとらえられるような経験を増やす必要性があると考えられる。

和田らは、看護師イメージの高低は実習や講義などの経験とともに漠然としたものからより現実的なものに変化し、その方向性に関与する要因として所属する集団の教育カリキュラムや調査時期による違いがあることを報告している^{15,19)}。今後さらに調査を重ね、看護師イメージの低下を引き起こされている要因を明らかにする必要がある。また、実施する対象集団の属性が偏らないように、カリキュラムが異なる他の看護系の専門学校生、大学、短大等の学生に拡大し、比較検討することが求められる。

結 論

1. 看護系3年課程養成所において、看護師イメージ調査を行い、因子分析の結果、学生が抱く看護師イメージとして、「やすらぎ型イメージ」、「専門職熟練型イメージ」、「美的調和型イメージ」、「安全配慮型イメージ」の4因子が明らかにされた。「やすらぎ型イメージ」、「専門職熟練型イメージ」、「美的調和型イメージ」は、看護師イメージに類似されるものであり、看護師あるいは看護職として特徴づけられる。
2. 真鍋ら⁹⁾、岩永ら¹⁰⁾、和田ら¹²⁾の項目を参考にして調

査を実施し、これらの研究結果と比較した結果、真鍋ら⁹⁾による就労状況、岩永ら⁸⁾による危険を伴う職業、激しい職業、和田ら¹²⁾による身体的負担、といったネガティブなイメージに関する因子は、本研究では抽出されなかった。

3. 安全、冷静、落ち着いたなどにより構成された「安全配慮型イメージ」は、本調査での特徴的な因子といえる。このことは、学生の対象者への安全に対する意識の現われとしてとらえることができよう。
4. 看護師イメージの得点を、異なる学年間で分析した結果、1年次入学時生と1年次終了時生に比較し、2年次終了時生の得点が有意に低いという事実が認められ、真鍋ら⁹⁾、岩永ら¹⁰⁾の結果と類似するものであった。
5. 同一学年を対象とした看護師イメージ得点の1年間の変化では、1年生と2年生において学年の開始時よりも終了時の得点が有意に低下するが、3年生では1年間の変化は認められなかった。これは、真鍋ら⁹⁾、岩永ら¹⁰⁾、和田ら¹²⁾の結果のいずれにも該当しなかった。
6. 入学時に比較して看護師イメージ得点が学年進行により低下したのは、看護師としての自己像を意識し、憧れや一般的な職業イメージとしての看護師イメージではなく、専門職業人を目指す自己像を意識したことによる影響であると考えられる。

謝 辞

本研究にあたり、調査にご協力いただいた旭川荘厚生専門学院の学生の皆さん、ならびにご指導、ご助言をいただきました関係の諸先生方に深く感謝いたします。

要 旨

本研究は、看護学生の職業的アイデンティティの確立に向けてサポートする前提として看護師イメージに着目し、3年課程看護師養成所の入学時生と各学年終了時生を対象に看護師イメージ調査を実施し、さらに学年進行による影響を横断的・縦断的に分析した。先行研究では、学年進行により看護師イメージは低下するという報告と上昇するという報告が見られ、一貫した解釈が難しい。看護師イメージに関する63項目の評定値をもとに因子分析の結果4因子が抽出された。看護師イメージ得点は横断的分析によると、1年次入学時生と1年次終了時生に比較して2年次終了時生の得点が低値を示した。一方、縦断的分析では、1年生と2年生において学年の開始時よりも終了時が低下し、3年生では変化しないことが明らかとなった。入学以前から漠然と形成されていた看護師イメージが、学習の深まりとともに現実の自己像として反映し、得点に影響している可能性が示唆された。

Abstract

This article focuses on the image of nurses held by different age groups of nursing students with the aim of supporting them to establish their professional identity. Surveys were conducted by targeting students newly admitted to the three-year nursing program as well as students who had completed each of their first, second and third years of study. Both cross-sectional and longitudinal analysis were carried out on influencing factors which changed the subjects' image of nurses as they moved through each year of study. The findings of earlier studies were two-fold: the image of nurses was either positive

or negative as nursing students advanced year-to-year, thereby, making it difficult to interpret the data. Based on the analysis of the rating scores of 63 items regarding the subjects' images of nurses, four factors were identified. Cross-sectional analysis results showed that the scores of images of nurses held by students completing their second year were lower than those of newly admitted students, as well as those of students who had just completed their first year. On the other hand, longitudinal analysis results showed that the scores of the students finishing their first year and second year were lower than their scores at the beginning of each school year but that the scores did not change in their third year. From this, it can be assumed that the somewhat vague image of nurses formed by students before they started the program became more realistic as their studies progressed, which, as a result, was reflected in realistic images of themselves as well as their scores.

文 献

- 1) 園田雅代, 中益洋子: 職業的同一性を通して見た中堅女子社員の研究その1 SCT法による検討, 日本心理学会第51回発表論文集, 554, 1987.
- 2) 岡本祐子: アイデンティティ生涯発達論の射程, ミネルヴァ書房, 250, 2002.
- 3) 水島恵一: イメージの人間学, 誠信書房, 130-131, 1989.
- 4) 前掲書, 134.
- 5) 藤原ヤスエ, 進藤正代: 看護婦像に関する一調査, 看護教育, 21(10), 624, 1980.
- 6) 上地悦子, 謝花美佐子他: 看護学生からみた社会の人々の看護婦イメージに関する検討, 第14回日本看護学会誌看護教育, 307-311, 1983.
- 7) 謝花美佐子, 平良広子他: 看護学生の看護婦イメージの学年別による検討 動機と意思との関連性, 看護教育, 25(2), 89-94, 1984.
- 8) 若林 満, 佐野幸子他: 看護学生の職業環境の認知, 名古屋大学紀要, 36, 121-137, 1989.
- 9) 真鍋淳子, 野尻雅美他: 看護学生の看護婦イメージの研究 大学生と短大生の比較, 看護教育, 35(6), 427, 1994.
- 10) 岩永秀子, 山本 昇: 看護学生の自己教育力に及ぼす看護婦イメージの影響, 日本看護学教育学会誌, 7(3), 17-27, 1997.
- 11) 佐々木和義, 臼井千津他: 看護婦自身が抱く現実像と理想像とマスメディア像の構造, 神戸市看護大学紀要, 3, 123-129, 1999.
- 12) 和田佳子, 小林ミチ子他: 看護婦イメージに関する研究 (1), 新潟県立看護短期大学紀要, 5, 3-7, 1999.
- 13) 門脇千恵, 臼井千津: 看護系大学生がもつ看護職に対するイメージ構造, 日本看護学教育学会誌, 10(2), 179, 2000.
- 14) 國重絵美: 看護職の職業認識尺度の開発とその信頼性, 妥当性の検討, 日本看護学教育学会誌, 12(2), 15-24, 2002.
- 15) 和田佳子, 小林ミチ子他: 看護婦イメージに関する研究 (2), 新潟県立看護短期大学紀要, 5, 9-16, 1999.
- 16) 林喜美子, 松本明美他: 看護婦と看護職のイメージに影響を及ぼす諸要因, 川崎医療短期大学紀要, 61-66, 1990.
- 17) 江幡美智子, 渡邊順子他: 看護学生の職業意識と職業志向, 名古屋大学医療技術短期大学紀要, 3, 11-19, 1991.
- 18) 上大迫敏子, 石原俊一他: 看護職イメージに関する研究 (1) 看護学生における看護職イメージ, 第24回日本看護学会集録看護教育, 178-180, 1993.
- 19) 和田佳子, 大石武信他: 看護婦イメージに関する研究 (3), 新潟県立看護短期大学紀要, 7, 77-84, 2001.
- 20) 白鳥さつき: 看護学生の職業社会化に関する研究, 山梨大学医学部看護学科紀要, 19巻, 25-30, 2002.

[平成17年4月8日受 付]
[平成18年5月23日採用決定]

人工股関節全置換術患者の QOL

— Oxford Hip Score 日本語版の信頼性, 妥当性 —

Quality of Life (QOL) of Total Hip Arthroplasty Patients, and Reliability and Validity
of the Oxford Hip Score (OHS) Japanese Version

上 杉 裕 子¹⁾ 藤 田 君 支²⁾ 奥 宮 暁 子³⁾
Yuko Uesugi Kimie Fujita Akiko Okumiya

キーワード：QOL, 人工股関節置換術, 尺度, 信頼性, 妥当性

Key Words : QOL, total hip arthroplasty, measure, reliability, validity

I. 緒 言

人工関節術の中で最も多い人工股関節全置換術 (Total Hip Arthroplasty, 以下THA) は変形性股関節症, 関節リウマチ, 大腿骨頭壊死症などを対象に行われ, 社会の高齢化と人工股関節の改良により年々増加している。日本での2002年の人工股関節の出荷総数は28,566ユニットであり, 今後はTHA患者の増加だけでなく術後年数を経過した再置換術の増加も予測される。

THAを受けた患者の多くは痛みから解放され, 関節可動域も改善するが, 手術前後の身体機能, 日常生活動作などの回復過程は様々であり, その変化は患者の生活の質 (Quality of life, 以下QOL) に大きく影響する。QOLについての定義は様々に論じられており未だ統一されていないが, その多くはWHOの示す健康の定義と同様に身体的, 心理的, そして社会的な側面を含むと考えられている¹⁾。特に健康の影響を受ける領域を医療現場で健康関連QOLとし, 近年患者自身のアウトカム評価として注目するようになってきた²⁾。昨今様々な尺度が用いられるようになってきた健康関連QOL尺度であるが, 包括的健康尺度と疾患特異的尺度の二つに大きく分けられる。包括的尺度はSF-36 (MOS 36 Short-Form Health Survey) のように身体機能から心の健康にわたって広い領域を測定できる質問項目で構成され, 疾患特異的尺度は対象となる疾患特性により特化した質問項目で構成されている。こういった尺度の二元化は患者に合わせた尺度の選択やその両者を併用して詳細にQOL測定を行うことへと発展してきている。

我が国にはTHA患者の身体機能を評価するために日本整形外科学会が作成した「股関節機能判定基準」³⁾があるが, 医師が患者を評価するもので患者自身による評価基準

ではない。以上のことから患者自身が手術による生活への影響を評価する疾患特異的尺度の必要性が増している。1996年に英国でDawsonらは20人の患者へのインタビューと文献検討から痛みと日常生活動作に関連する12の質問項目からなるOxford Hip Score (以下OHS)^{4, 5)}を作成した。OHS原版はFitzpatrickらによりTHA患者を対象とした大規模な縦断調査で尺度の信頼性, 妥当性が確認され^{6, 7)}, 2004年には整形外科医が術後評価に用いた論文も見られるようになってきた⁸⁾。

そこで本研究では海外で普及してきたTHA患者の疾患特異的尺度OHS日本語版作成を試み, その使用可能性を検討するために信頼性と妥当性を検証することを目的とした。

II. 用語の定義

THA患者のQOLは, 股関節障害に関連した痛みと日常生活機能に大きく影響されるため, 本研究ではTHA患者のQOLは股関節障害による日常生活への身体的影響と定義した。

THA患者の疾患特異的尺度であるOHSが測定するQOL概念は, 質問項目から股関節障害に関連した痛みと手段的日常生活動作であると判断できる。手段的日常生活動作とは日常生活動作より広い概念で, 交通機関の乗降や買い物などを含む生活者として自立するための社会的諸活動に関係する動作である⁹⁾。これらの内容はTHAの始まった1960～70年代より欧米で使用されてきた医師による評価尺度であるHarris hip score, Merle d'Aubigne score^{10, 11, 12)}や, 日本整形外科学会の股関節機能判定基準にも共通した内容であり, THA患者の疾患特性を捉えていると考える。

1) 神戸大学医学部保健学科 Kobe University School of Medicine

2) 佐賀大学医学部看護学科 Saga Medical School Faculty of Medicine

3) 大阪大学大学院医学系研究科 Osaka University Graduate School of Medicine

Ⅲ. 研究方法

1. OHS日本語版作成プロセスと内容的妥当性

日本語版作成の手順は翻訳研究者により提唱され¹³⁾ 各国語間の翻訳で数多く用いられている逆翻訳の手法を用いた^{14,15)}。尺度原作者から翻訳許可を得て、OHS原版を入手した。逆翻訳の手順に準じての翻訳には、看護領域の専門家3名、ネイティブスピーカー、看護学に通じた翻訳業者などがかわり、英語表現が適切に反映されているか、日本語の表現が適切なものかについて検討した。翻訳表現の検討をした部分は問3のpublic transportを「公共交通機関」としてしたが、「バスや電車」と具体的表記にした。最終的に整形外科入院中の患者5名と健康な高齢者3名に予備調査を行い、症状の表現と文章の理解しやすさについて検討した。看護領域の専門家はリハビリテーション看護を専門とする研究者、THA患者の質的研究経験のある研究者、整形外科看護経験のある看護師であった。予備調査の対象者は、質問紙が股関節に障害を持つ患者への日常生活に関する内容であることから、その経験を持つ整形外科病棟入院中のTHA術後女性患者5名(40歳代から80歳代までの各年代層から1名ずつ)と、高齢である対象者へ内容が理解できるかを確認するために健康な高齢者3名(70歳代の男性1名、女性2名)に行った。予備調査の対象者には質問紙への回答のあと面接し、質問内容に表現の分かりにくさがなかったか、文字の大きさは適切であったか、記入しにくい様式ではなかったかについて尋ねた。

以上の手順により内容的妥当性は得られたと考える。

2. 調査方法

調査対象者はTHA術後、日常生活が安定すると思われる退院後1ヶ月以上とし、また日本のTHA患者の平均年齢は60歳を超えているため、術後の身体状態が加齢による変化に影響されないことを考慮して術後3年以内とした。質問紙に自己記入できる者のうち、調査の説明を理解し同意の得られたA大学医学部附属病院整形外科外来患者に調査を行った。調査期間は2004年6月より11月まで、調査内容は、OHS日本語版、SF-36v2、年齢、性別、就業の有無、疾患や術式に関する項目であった。調査票は、外来で記入を終えた患者は外来で回収し、持ち帰りを希望した患者には返信用封筒を渡し、郵送にて回収した。

調査結果の統計分析は統計ソフトSPSS11.5 J for Windowsを用いた。

倫理的配慮として、調査結果は外部に漏洩しないよう厳重に管理し、本調査で得られた結果はこの研究目的にしか使用しない。調査に同意をしないことでなんら不利益をこうむらない、また途中で記入を中止したくなった場合はいつでも中止することができることを文書および口頭で説明し、同意を得られた患者にのみ調査を行った。本研究はA

大学医学部倫理委員会の承認を得た。

3. 調査票の測定尺度

OHS原版は英国のDawsonが開発した次元尺度で、「股関節の痛みの程度」「階段を昇れるか」「買い物ができなかったか」などの股関節に関連した痛みと手段的日常生活動作に関する12の質問項目からなる。回答形式は、「全く痛くなかった」を1とし「激しい痛みだった」を5とする5段階リカートスケールで、合計配点は12点から60点であり点数が低いほどQOLがよい。

SF-36は1980年代に行われた大規模なアウトカム研究の先駆けであるMedical Outcome Study (MOS) を通じて作成された包括的健康尺度である。世界的によく使用されている健康関連QOL尺度で、日本語版は1998年に福原らによって作成され、信頼性、妥当性共に検証されている¹⁶⁾。本研究では2004年に発表されたSF-36v2を使用した^{17,18)}。下位尺度は身体機能(PF)、日常役割機能(身体)(RP)、身体の痛み(BP)、社会生活機能(SF)、全体的健康感(GH)、活力(VT)、日常役割機能(精神)(RE)、心の健康(MH)の8項目で構成されている。3段階(素点の配点は1から3)か5段階(素点の配点は1から5)のリカートスケールで、質問項目により配点に変化し、SF-36v2特有の計算式にあてはめて計算する。0点から100点までの配点で得点が高いほどQOLが高い¹⁹⁾。下位尺度の「身体機能」とは運動や階段の昇降、歩行能力、身体保清などの能力を問うており、「日常役割機能(身体)」は仕事や普段の活動が身体的な理由で妨げられたかを問うている。「体の痛み」とは痛みによって仕事がさまたげられたかなどの項目を含み、「社会生活機能」とは人との付き合いが身体的、心理的に妨げられたかについて問うている。「全体的健康感」とは現在の健康状態をどう感じているかを、「活力」とは「元気いっぱいだったか」「疲れはてていたか」などの質問からなる。「日常役割機能(精神)」とは仕事や普段の活動が精神的な理由で妨げられたかを問うており、「心の健康」とはいまの精神状態を「落ち込んでいたか」「楽しい気分だったか」などで問うている。

4. 分析方法

OHS日本語版の信頼性検討には、Cronbach α 係数を使用した。尺度構造の構成概念妥当性を確認するため、確認的因子分析を行った。基準関連妥当性と収束妥当性はOHSとSF-36v2の下位尺度で痛みや日常生活面を測定する「身体機能」、「日常役割機能(身体)」、「体の痛み」、「社会生活機能」、「日常役割機能(精神)」の5つについて検討し、弁別妥当性はSF-36v2の下位尺度で心理面を測定する「全体的健康感」、「活力」、「心の健康」の3つについて関連性を検証した。相関係数は尺度が順序尺度であることからSpearmanの相関係数を用いた。

IV. 結 果

1. 対象者属性

THA手術後の調査条件を満たす調査対象者は204名で、うち162名は外来で記入し、42名は調査票を持ち帰った。そのうち回収できたのは199名（回収率97.5%）、有効回答173名（86.9%）であった。対象者の性別は男性20名

表1 対象者の基本属性

n=173			
属性	区分	人数 (名)	割合 (%)
性別	男性	20	11.6
	女性	153	88.4
年齢	20歳代	1	0.6
	30歳代	12	6.9
	40歳代	12	6.9
	50歳代	50	28.9
	60歳代	54	31.2
	70歳代	38	22.0
	80歳代以上	6	3.5
	疾患名	変形性股関節症	134
大腿骨頭壊死症		18	10.4
その他		4	2.3
不明		17	9.8
仕事の有無	有り	48	27.7
	無し	125	72.3
術後の期間	6ヶ月まで	42	24.3
	7ヶ月から12ヶ月	33	19.1
	13ヶ月から18ヶ月	19	11.0
	19ヶ月から24ヶ月	35	20.2
	25ヶ月から30ヶ月	16	9.2
	31ヶ月から36ヶ月	28	16.2

(11.6%) 女性153名 (88.4%) であり年齢は26歳から90歳で平均年齢60.7歳 (SD ± 12.3) であった。男性の平均年齢55.1歳 (SD ± 15.3) よりも女性の平均年齢61.4歳 (SD ± 11.8) のほうが有意に高かった (t値 = -2.161, p = 0.032)。疾患名は変形性股関節症が134名 (77.5%) で最も多かった。仕事を持っている人は48名 (27.7%) で、その内訳は男性患者の80% (16名)、で女性患者の20% (32名) であった。術後の期間は1ヶ月から36ヶ月、平均は17.4ヶ月 (SD ± 11.0) であった。

2. 健康関連QOL得点

OHS日本語版の得点は最小12点、最大42点で平均は16.6点 (SD ± 6.5) であった。この得点は原作者の確認した術後6ヶ月の患者平均点24.3点よりは低かった。原作者の対象者は術後6ヶ月であり平均年齢も70.5歳と対象者属性が違うため、本調査の対象者の方がQOLが良い結果であったと思われる。SF-36v2の平均点は身体機能72.2点 (SD ± 22.4)、日常役割機能 (身体) 76.9点 (SD ± 27.1)、身体の痛み74.3点 (SD ± 25.5)、社会生活機能83.5点 (SD ± 22.0)、全体的健康感65.9点 (SD ± 20.8)、活力69.4点 (SD ± 20.6)、日常役割機能 (精神) 81.7点 (SD ± 25.8)、心の健康75.2点 (SD ± 19.9) であった。さらに、SF-36v2は年齢や性別を調整した国民標準値との比較が可能であり、国民標準値より平均値が低かったのは、身体機能、日常役割機能 (身体)、社会生活機能、日常役割機能 (精神) のみで、他の下位項目はTHA患者が高い傾向にあった。

表2 OHSの信頼性

		n = 173	
OHS質問項目		Corrected Item Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1	通常感じた股関節の痛みはどの程度でしたか?	0.498	0.911
2	股関節の障害のため、自分の体を洗ったりふいたりすることが難しいことがありましたか?	0.711	0.901
3	股関節の障害のため、車の乗り降り、バスや電車の乗り降り (いずれかいつもお使いのものが) が難しかったことがありますか?	0.731	0.898
4	靴下やストッキング、タイツを自分ではけましたか?	0.541	0.909
5	一人で生活必需品の買い物ことができましたか?	0.610	0.905
6	どのくらい歩くと股関節がひどく痛むようになりましたか? (杖をお使いの場合でもお使いでない場合でもかまいません)	0.695	0.900
7	階段を昇ることができましたか?	0.746	0.897
8	食後にイスから立ち上がる時に、股関節障害による痛みはどの程度でしたか?	0.711	0.902
9	股関節の障害が原因で、歩く時に足をひきずるようなことがありましたか?	0.738	0.898
10	股関節に突然ひどい痛み (ずきずき、刺し込むような痛み、けいれん) を感じることはありませんでしたか?	0.579	0.906
11	股関節の痛みが原因でいつもの仕事 (家事も含む) がどの程度さまたげられましたか?	0.765	0.897
12	夜眠っている時に股関節の痛みで眠りがさまたげられたことがありましたか?	0.571	0.906

Alpha = 0.910

表3 OHSの因子分析

OHS質問項目	第1因子	第2因子
1 通常感じた股関節の痛みほどの程度でしたか？	0.720	- 0.086
8 食後にイスから立ち上がる時に、股関節障害による痛みほどの程度でしたか？	0.541	0.301
10 股関節に突然ひどい痛み（ずきずき、刺し込むような痛み、けいれん）を感じることはありませんでしたか？	0.896	- 0.149
12 夜眠っている時に股関節の痛みで眠りがさまたげられたことがありましたか？	0.745	- 0.042
2 股関節の障害のため、自分の体を洗ったりふいたりすることが難しいことがありましたか？	0.217	0.575
3 股関節の障害のため、車の乗り降り、バスや電車の乗り降り（いずれかいつもお使いのもの）が難しかったことがありますか？	- 0.067	0.860
4 靴下やストッキング、タイツを自分ではけましたか？	- 0.116	0.700
5 一人で生活必需品の買い物ができましたか？	- 0.067	0.865
6 どのくらい歩くと股関節がひどく痛むようになりましたか？（杖をお使いの場合でもお使いでない場合でもかまいません）	0.084	0.683
7 階段を昇ることができましたか？	0.055	0.764
9 股関節の障害が原因で、歩く時に足をひきずるようなことがありましたか？	0.228	0.598
11 股関節の痛みが原因でいつもの仕事（家事も含む）がどの程度さまたげられましたか？	0.411	0.468

因子抽出法：最尤法

因子相関 0.693

回転法：Kaiserの正規化を伴うプロマックス法

表4 OHS12項目との検討：SF-36v2

n = 173

		SF-36v2							
		身体機能 (PF)	日常役割機能 (身体) (RP)	体の痛み (BP)	日常生活機能 (精神) (RE)	社会生活機能 (SF)	活力 (VT)	心の健康 (MH)	全体的健康感 (GH)
OHS1	股関節の痛み	- 0.34**	- 0.42**	- 0.52**	- 0.37**	- 0.32**	- 0.30**	- 0.26**	- 0.31**
OHS2	体を洗うのが難しいか	- 0.46**	- 0.46**	- 0.39**	- 0.45**	- 0.39**	- 0.35**	- 0.30**	- 0.27**
OHS3	車の乗り降りができるか	- 0.58**	- 0.55**	- 0.40**	- 0.48**	- 0.42**	- 0.29**	- 0.37**	- 0.26**
OHS4	靴下をはけるか	- 0.41**	- 0.45**	- 0.30**	- 0.38**	- 0.32**	- 0.28**	- 0.27**	- 0.25**
OHS5	買い物ができるか	- 0.53**	- 0.51**	- 0.45**	- 0.52**	- 0.44**	- 0.35**	- 0.38**	- 0.31**
OHS6	どのくらい歩くと痛くなるか	- 0.53**	- 0.47**	- 0.39**	- 0.44**	- 0.35**	- 0.38**	- 0.36**	- 0.27**
OHS7	階段を昇れるか	- 0.69**	- 0.56**	- 0.46**	- 0.45**	- 0.38**	- 0.36**	- 0.37**	- 0.29**
OHS8	イスから立ち上がる時の痛み	- 0.39**	- 0.39**	- 0.43**	- 0.36**	- 0.31**	- 0.28**	- 0.25**	- 0.24**
OHS9	足をひきずるか	- 0.53**	- 0.52**	- 0.47**	- 0.49**	- 0.32**	- 0.29**	- 0.27**	- 0.24**
OHS10	突然のひどい痛み	- 0.33**	- 0.35**	- 0.31**	- 0.39**	- 0.26**	- 0.30**	- 0.27**	- 0.24**
OHS11	仕事がさまたげられたか	- 0.55**	- 0.57**	- 0.56**	- 0.47**	- 0.46**	- 0.38**	- 0.44**	- 0.36**
OHS12	痛みで眠りがさまたげられるか	- 0.40**	- 0.43**	- 0.44**	- 0.32**	- 0.37**	- 0.33**	- 0.30**	- 0.32**
OHS合計		- 0.68**	- 0.66**	- 0.60**	- 0.54**	- 0.46**	- 0.42**	- 0.44**	- 0.34**

Spearmanの相関係数

** p < 0.01

 相関が0.6以上

 相関が0.3未満

3. OHS日本語版の信頼性

信頼性指標として内的整合性を確認した結果、表2に示すように、各項目の相関は0.498～0.765で、尺度全体でのCronbach α 係数は0.91と尺度項目内の信頼性は高かった。

4. OHS日本語版の妥当性

OHSの構成妥当性を確認するため主因子法で固有値1.0以上の因子を抽出し、プロマックス回転を行う因子分析を行った。各因子の因子付加量が0.4以上となるまで行った結果、2因子が抽出された。

第1因子は「通常感じた股関節の痛み」「イスから立ち上がる時の痛み」「突然の痛み」「夜眠っている時の痛み」などの4項目からなっており、その内容から『痛み』とした。第2因子は「体を洗ったりふいたりすることが難しかったか」「バスや電車の乗り降りが難しかったか」「靴下やストッキングをはけたか」「買い物はできたか」「どのくらい歩くと痛むようになるか」「階段を昇ることができたか」「歩く時に足をひきずるようなことがあったか」「股関節の痛みでいつもの仕事がどの程度さまたげられたか」な

どの8項目であり内容から『手段的日常生活動作』とした。この2因子はOHSの質問項目からあらかじめ予測した因子内容と同一であった。ただし、質問11「股関節の痛みが原因でいつもの仕事（家事も含む）がどの程度さまたげられましたか」については第1因子0.411、第2因子0.468であり、第2因子の因子付加量が高いものの共に0.4を超えていた。以上のことからOHS原版は下位尺度を設けておらず一次元の尺度であるが、OHS日本語版は2因子構造を持つことが明らかとなった。

また表4に示すように「OHS合計」と相関が高かったのはSF-36v2の「身体機能」「日常役割機能（身体）」「体の痛み」であり、類似概念を測定する下位尺度との相関係数は0.60-0.68と高いことが示された。これにより基準関連妥当性の同時的妥当性、構成概念妥当性の収束妥当性が認められた。一方で「活力」「心の健康」「全体的健康感」に関する項目との相関は0.24-0.44と低く、精神面を測定する下位項目との弁別性が示され、弁別妥当性が認められた。

V. 考 察

1. OHS日本語版の有用性

「21世紀はQuality of lifeの世紀である」と言われており、個人がいかに充実感や満足感を感じる生活を送ることができるかが重視されるようになった。同様に疾患を持つ人も内容的・質的に充実した日常生活を求めようになり、QOLの向上が最も重要な医療の目標であるといわれている^{20,21)}。そういった社会情勢の中、先行研究では包括的QOL尺度であるSF-36やNHP (Nottingham Health Profile) などを用いた研究がいくつか見られるが^{22,23,24)}、包括的尺度のためTHA特有の問題に言及できない結果となっていた。現在、股関節疾患患者のQOL調査で最も使用されているのはBellamyが1988年に作成したWOMAC (The Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index) であるが²⁵⁾、膝関節などを含む関節疾患全般を対象とし、股関節疾患のみに特化した尺度ではない^{26,27)}。2004年にはTHA患者にはOHSの方がWOMACに比し感度が高いことが指摘されている²⁸⁾。

本研究ではTHA疾患特異的QOL尺度OHS日本語版の信頼性、妥当性を検証するために質問紙調査を行った。

今回の調査対象者の疾患は変形性股関節症の女性が圧倒的に多く、女性の臼蓋形成不全による二次性の変形性股関節症が多いという日本人の特徴を反映しているものと考えられる。

尺度の信頼性確認に用いたCronbach α 係数は一般的に0.7から0.8以上で信頼性が認められるとされており^{29,30)}、尺度原作者が先行研究で確認したCronbach α 係数は0.84であった³¹⁾。よって本調査での信頼性の内的整合性は検証されると考える。

尺度の構成妥当性については、OHS原版は一次元尺度とされているが、OHS日本語版は因子分析から「痛み」と「手段的日常生活動作」の2因子からなるという結果であった。原作者による因子構造の結果は示されておらず、原版との相違は確認できないが、尺度内容から検討すると「痛み」と「手段的日常生活動作」という構造は妥当であると思われる。

また、基準関連妥当性は類似の領域を測定する既存の尺度を基準とし、それとの相関の強弱によって評価されるが³²⁾、OHS日本語版はSF-36v2の身体機能や痛みなどの身体的なものとの相関が高く、精神面に関する項目との相関は低かった。これはTHA患者のQOLを測定するときに、痛みや手段的日常生活動作により着目し、精神的なQOLについては問うていない尺度であることを示しており、基準関連妥当性を持つと同時に、構成妥当性の収束妥当性、弁別妥当性を持つことを表している。

以上のことからOHS日本語版は信頼性と妥当性が共に高く、THA患者に特異的なQOL尺度として、その有用性が示唆された。ただしTHA特有の身体的影響に限定されているため、患者のQOLを多面的に捉えるためには、包括的尺度との併用が必要である。

2. 文化的背景の違いによる翻訳版の限界

翻訳版尺度の限界として、OHS原版の作成された英国と日本では生活様式が異なるため、たとえば問8の「イスから立ち上がる」という日常生活での動作頻度が洋式の生活と和式の生活で違いがある可能性があり、また、public transport (公共交通機関) は「バスや電車」と具体的表記にしたが、英国の公共交通機関の実情と日本では異なるおそれがある。また正座や和式トイレなどの日本独特の生活様式にはこの尺度は対応できないという限界があることを周知しておかなければならない。

VI. 看護実践への示唆

OHS日本語版は12問からなる簡易な質問紙のため短時間で答えることができる。また簡易さゆえに高齢の患者でも回答率の高い有用な評価尺度であり、看護実践での様々な可能性を持っている。近年、THA患者の看護には、入院期間短縮の推進という時代背景から早期リハビリテーション介入の重要性が高まってきている。OHS日本語版で入院時の患者の身体状態を把握し、看護介入の示唆を得られるばかりでなく、THA術後患者の早期リハビリテーション看護介入評価ができる。また早期退院による整形外科外来での退院後指導およびその評価も求められるため、外来患者の指導介入評価に用いることもできる。このようにOHS日本語版は行った看護実践の振り返りとその修正に有用に使用できるであろう。

VII. 結 論

OHS日本語版はCronbach α 係数により信頼性の内的整合性が認められた。妥当性は作成段階で逆翻訳の手法を用い、各専門家の意見を参考にして作成したという手順から内容的妥当性が認められ、また、SF-36v2の下位尺度との相関から、基準関連妥当性の同時的妥当性、構成概念妥当性の収束妥当性、弁別妥当性が認められた。OHS日本語版はTHA患者の評価尺度として看護介入効果検討の一助

になると考えられる。

VIII. 本研究の限界と今後の課題

OHS日本語版は術前術後の経過を通して使用されることを目的としているため、本研究の術後患者による横断的調査では尺度得点が下方に傾く限界があったため、今後の縦断的調査で検討する必要がある。

要 旨

本研究では人工股関節全置換術（以下THA）患者を対象とした自己記入式疾患特異的QOL尺度Oxford Hip Score（OHS）日本語版を作成し、その信頼性、妥当性を検証した。調査はTHA後、退院後1ヶ月以上手術後3年以内の173名（男性20名、女性153名、平均年齢60.7（SD±12.3）歳）に行った。OHS日本語版はCronbach α 係数（0.91）により信頼性の内的整合性が認められた。妥当性は作成段階で逆翻訳の手法を用い、看護の専門家、翻訳の専門家、THA患者の意見を参考に改良を加えたことで、内容的妥当性が認められた。また、包括的健康尺度MOS36-Item Short-Form Survey v2（SF-36v2）の8下位尺度との相関をSpearmanの相関係数で確認し、基準関連妥当性の同時的妥当性、構成概念妥当性の収束妥当性、弁別妥当性が認められた。OHS日本語版は日本のTHA患者への看護介入効果検討評価に有用な尺度であることが示唆された。

Abstract

The purpose of this study is to examine the reliability and validity of The Japanese language version of the Oxford Hip Score (OHS). The scale has been developed to measure Quality of life (QOL) of Total Hip Arthroplasty (THA) patients. The OHS was translated into Japanese, and back translation was performed. Effective responses were obtained from 173 subjects (the collection rate: 97.5% & the valid answer rate: 86.9%) There mean age was 60.7 years (SD=12.3). The subjects were THA patients within three years. In terms of internal reliability, the results were sufficient (Cronbach's alpha was 0.91). In terms of criterion related validity, the Spearman correlation coefficient showed 0.60 and 0.69 between The Japanese language version of the OHS the SF-36v2 (PF, RP, BP). Therefore, this study suggests that the Japanese-language version of the OHS is generally an efficient tool for clinical use.

文 献

- 鈴木紀彰, 福山悦男, 他: I. QOL調査書の種類と特色, 選び方, 使い方, A. 国内で作成されたがん患者用調査書, 1) 栗原班調査書, 漆崎一朗監修: QOL調査と評価の手引き, 3, 1995.
- 福原俊一: 第一部総論編, 池上直己他, 編: 臨床のためのQOL評価ハンドブック, 2-7, 医学書院, 2001.
- 日本整形外科学会: 日本整形外科学会評価基準ガイドラインマニュアル集, 第3版, 50-57, 1999.
- Dawson, J., Fitzpatrick, R. et al.: Questionnaire on the perceptions of patients about total hip replacement, The journal of bone and joint surgery, 78-B(2) march, 185-190, 1996.
- Dawson, J., Fitzpatrick, R. et al.: Comparison of measures to assess outcomes in total hip replacement surgery, Quality in Health care, 5, 81-88, 1996.
- Fitzpatrick, R., Morris, R. et al.: The value of short and simple measures to assess outcomes for patient of total hip replacement surgery, Quality in Health Care, 9, 146-150, 2000.
- Dawson, J., Fitzpatrick, R. et al.: Evidence for the validity of a patient-based instrument for assessment of outcome after revision hip replacement, The journal of bone and joint surgery, 83-B, 1125-1129, 2001.
- Mishara, V., Thomas, G. et al.: Results of displaced subcapital fractures treated by primary total hip replacement, Injury International Journal of the care of the injured, 35, 157-160, 2004.
- 富重佐智子: 第1章, 運動機能の役割, 富重佐智子編: ナーシング・グラフィカ[®], 健康の回復と看護-運動機能障害, 32, 2006.
- Faulkner, A., Kennedy, L.G. et al.: Effectiveness of hip prostheses in primary total hip replacement: a critical review of evidence and an economic model, Health Technology Assessment, 2(6), 7, 1998.
- Aldinger, P, R. Sabo, D. et al.: Pattern of Periprosthetic Bone Remodeling Around Stable Uncemented Tapered Hip Stems: A Prospective 84-month Follow-up Study and a Median 156-month Cross-Sectional Study with DXA, Calcified Tissue International, 73, 115-121, 2000.
- Kingman, M., Roffman, M.: The Effect of Intramedullary Bone Plug on Femoral Stem Migration of Hydroxyapatite Coated Hip Arthroplasty, Orthopedics, 23(7), 681-685, 2000.
- Brislin, R, W.: Back-Translation for cross-cultural Psychology, 1(3),

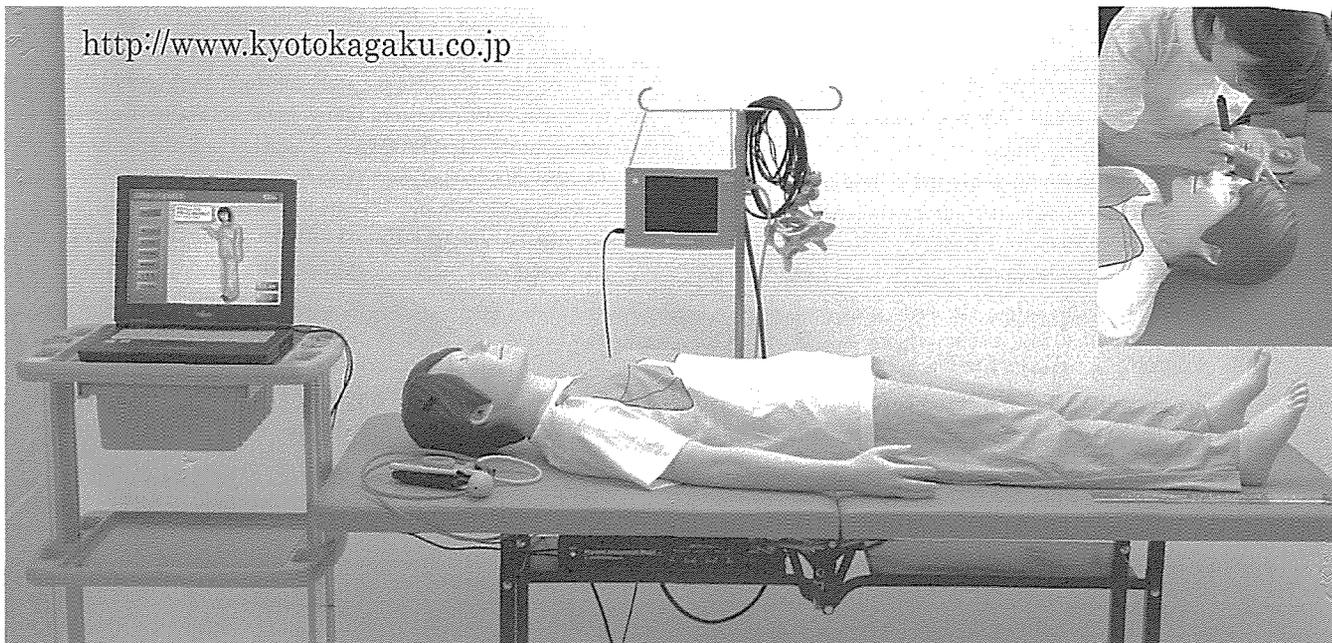
- 185-216, 1970.
- 14) Kojima, M., Toshiaki, A. et al.: Cross-cultural validation of the Beck Depression Inventory- II in Japan, *Psychiatry Research*, 110, 291-299, 2002.
- 15) Mimura, C., Griffiths, P.: A Japanese version of the perceived stress scale: translation and preliminary test, *International Journal of Nursing Studies*, 41, 379-385, 2004.
- 16) 福原俊一, 鈴鴨よしみ: SF-36日本語版マニュアル (ver.1.2), 財パブリックヘルスリサーチセンター, 1-5, 2001.
- 17) Fukuhara S, Bito S: Translation, adaptation, and validation of the SF-36 Health Survey for use in Japan, *Journal of Clinical Epidemiology* 51, 11, 1037-1044, 1998.
- 18) Fukuhara S, Ware J E: Psychometric and clinical tests of validity of the Japanese SF-36 Health Survey, *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 11, 1045-1053, 1998.
- 19) 福原俊一, 鈴鴨よしみ編著: SF-36v2日本語版マニュアル, NPO健康医療評価機構, 2004, 7-9, 2004.
- 20) 漆崎一郎: 序章QOLの測定と評価, 漆崎一郎監修: 新QOL調査と評価の手引き, 11-17, メディカルレビュー社, 2001.
- 21) 萬代 隆: 第1章QOL評価をどう進めるか, 日野原重明監修, 萬代隆, 藤田晴康, 他: 看護に活かすQOL評価, 中山書店, 2-3, 2003.
- 22) 川崎雅史, 長谷川幸治, 他: 変形性股関節症治療後のQOLの検討 - NHPとVASを用いて -, *日本整形外科学会誌*, 75(2), suppl233, 2001.
- 23) Kawasaki, M., Hasegawa, Y. et al.: Quality of life after several treatments for osteoarthritis of the hip, *Journal of orthopaedic science*, 8(1), 32-35, 2003.
- 24) 坂本由佳, 内野井順子, 他: 人工股関節全置換術 (THA) 患者の術前, 退院後のQOL調査, - SF36を用いて -, *Hip Joint*, 29(Supplement), 89-91, 2003.
- 25) Bellamy, N, B., Goldsmith, C, H. et al.: Validation Study of WOMAC: A Health Status Instrument for Measuring Clinically Important Patient Relevant Outcome to Antirheumatic Drug Therapy in Patients with Osteoarthritis of the Hip and Knee, *Journal Rheumatol*, 1988, 15, 1833-1840, 1988.
- 26) Nilsson, A-K., Petersson, IF. et al.: Predictors of patient relevant outcome after total hip replacement for osteoarthritis: a prospective study, *Annals of the Rheumatic Diseases*, 62, 923-930, 2003.
- 27) Hasegawa, H. Hanyu, T. et al.: Validation of a Japanese patient-derived outcome scale for assessing total knee arthroplasty: comparison with Western Ontario and McMaster Universities osteoarthritis index (WOMAC), *Journal of orthopaedic science*, 8 (3), 288-293, 2003.
- 28) Ostendorf, M., van Stel, H. et al.: Patient-reported outcome in total hip replacement, *The journal of bone and joint surgery*, 86-B, 801-808, 2004.
- 29) 折笠秀樹: PART, 1QOL研究領域概論, QOL評価研究に必要な統計学, 萬代隆監修: QOL評価法マニュアル, 評価の現状と展望, 38, インターメディカ, 2001.
- 30) 藤田晴康, 神田清子: 第2章QOL質問票の作成法, 日野原重明監修, 萬代隆, 藤田晴康, 他: 看護に活かすQOL評価, 49-50, 中山書店, 2003.
- 31) Dawson, J., Fitzpatrick, R. et al.: Comparison of measures to assess outcomes in total hip replacement surgery, *Quality in Health care*, 5, 81-88, 1996.
- 32) 鈴鴨よしみ, 熊野宏明: 第1部総集編, II QOL測定理論, 1計量心理学, 池上直己, 福原俊一, 他: 臨床のためのQOLハンドブック, 10, 医学書院, 2001.

〔平成17年11月28日受付〕
〔平成18年6月19日採用決定〕

新製品 ーフィジカルアセスメント・リスクマネジメントのトレーニングにー

看護教育用シミュレータ

<http://www.kyotokagaku.co.jp>



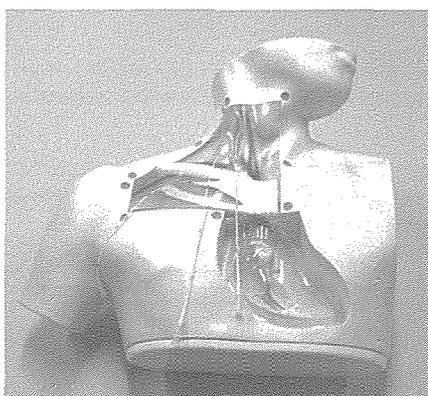
M55 フィジカルアセスメントモデル

コンピュータと連動して総合的にアセスメントの基本診察手順を学ぶことができます。全身観察のほか、瞳孔反射・血圧測定・脈診・聴診（呼吸音・心音・腸音）・心電図の診方の学習ができます。詳細はお問い合わせください。



M81 呼吸音聴診シミュレータ
Lung Sound Auscultation Trainer

コンピュータ画面に肺音分類を表示し操作しながら実際の患者さんから録音編集した肺音を、人体モデル上で聴くことができます。



M97 中心静脈栄養チューブ
管理トレーナ

看護師が行う栄養チューブ管理・ケアのための説明用トレーナです。TPNの原理がひとめでわかるよう穿刺部を透明にしています。3箇所のカテーテルを挿入できます。



M50 採血静注シミュレータ
シンジオー

実際の皮膚や血管にきわめて近い感触の素材を使用しワンタッチ接続で準備・後始末の手間を省き大幅に削減。見えにくい静脈に的確に針を挿入でき技術に対する不安の解消が期待できます。

足浴における洗い・簡易マッサージの有効性

Effect of Washing and Simple Massage in Foot Bathing

工藤 うみ 工藤 せい子 富澤 登志子
Umi Kudo Seiko Kudo Toshiko Tomisawa

キーワード：足浴、温浴、洗い・簡易マッサージ、保温効果、リラクゼーション
Key Words : footbathing, hot bath, washing and simple massage, warmth retention, relaxation

I. 緒言

足浴は本来、身体の清潔に対するケアの一環として行なわれており、足を湯に浸して洗うことによる清潔維持がその第一の目的であるといえる。しかし、近年、単に足部の清潔を保持するだけでなく足浴が持つ循環促進効果、不眠に対する効果など従来経験的に知られていた諸効果について注目され、科学的に研究・検討されてきた^{1~4)}。筆者らも、足浴後に患者の表情が穏やかになり、「気持ちよかった」「さっぱりした」など快の感情を表す言葉が聞かれる場面を何度も見て、足浴のリラクゼーション効果については経験的に実感していた。

足浴というケアの流れにおいては、患者の足を湯に浸し、石鹸・ウォッシュクロスにより足部を洗うことを基本としている^{5~8)}。しかし、従来の研究では、足浴の「湯に浸す」側面^{2~4)}や専門的な指圧・マッサージ^{9~12)}が注目され、足浴の基本的な手技である「洗い」を取り入れた実験は少なかった。さらにそれらの「指圧・マッサージ」には専門的なつぼ（経穴）の知識や、指圧・マッサージ手技が必要とされ、どんな看護師でも簡単に行なうことのできるケアとして看護現場に広め、定着させていくには時間がかかると思われた。

そこで本研究では、基本的手技である洗いに注目し、そこに簡単なマッサージを加えた方法で実験を行い、看護師なら誰でもすぐに取得できる手技で足浴を行った場合、どれほどの効果が期待できるのかを検討した。

II. 実験方法

1. 被験者

研究に対する承諾の得られた21歳～23歳の健康な女子大学生20名を被験者とした。

同一被験者に対して、日を変えて温浴のみの足浴を行う（以下、浴群）、温浴後に洗い・マッサージを加えた足浴を

行う（以下、洗い群）の2通りの足浴を行った。

実験当日は、普段の健康状態（冷え性、貧血、普段の血圧など）に関する質問と、実験直前の運動、食事、心理的興奮、温熱刺激、寒冷刺激の有無に関する質問、バイタルサインの測定を行い、被験者の健康状態に問題のないことを確認した。

2. 足浴の方法

足浴方法は、浴群は10分間両足を湯につけるだけの温浴のみ、洗い群は3分間の温浴後、6分間の洗い・簡易マッサージ、その後、湯を変えて再び1分間の温浴を行った。洗い・簡易マッサージは、足背、足底、内果、外果、指、指間の順にウォッシュクロスと石鹸を用いて洗った後、両手で足全体をもみほぐすという手順で行った。足浴後は、足部の水分をバスタオルですばやく拭き取った。湯量は両足をベースンに浸し外果が浸る程度の高さ（10～15cm）とした。体位は仰臥位で、掛け物はタオルケット1枚、足浴時には膝窩部に安楽まくらを使用した。手技の統一を図るため、足浴の全ての過程を同一の者が行った。足浴の温湯は41℃で最低39℃まで低下した。

3. データ収集方法

- 1) 生理的指標として血圧、脈拍、深部温、皮膚温を測定した。血圧・脈拍はデジタル式自動血圧計（パラマテック）を用い、右上腕部にマンシレットを固定した。深部温・皮膚温は、深部温モニターコアテンブCTM-205（TERUMO）を用いて胸部深部温、下肢深部温、上肢皮膚温を測定した。前胸部、右大腿内果上4横指、右前腕橈骨上1/3の部位にプローブの大きさに切ったガーゼ1枚を当て、その上にプローブを置き、プローブの上から絆創膏で固定した。測定は足浴開始直前から10分おきに行い、計40分間を記録した。
- 2) 心理的指標として被験者の状態不安と主観的感覚を測定した。状態不安の測定にはSTAI-I¹³⁾を使用した。

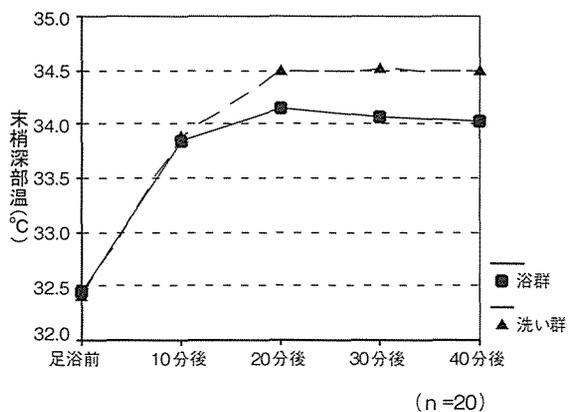


図2 足浴における下肢深部温の変化

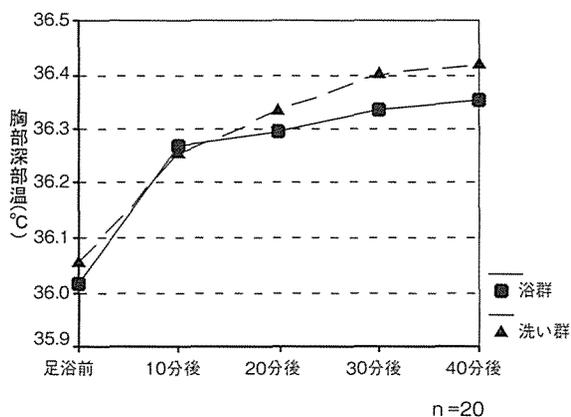


図3 足浴における胸部深部温の変化

($F_{(4,16)} = 8.3, p < 0.01$)。洗い群の足浴前の胸部深部温は $36.0 \pm 0.09^\circ\text{C}$ で、40分後は $36.4 \pm 0.05^\circ\text{C}$ に上昇し、経時の変化に有意差が認められた ($F_{(4,16)} = 5.6, p < 0.01$)。両群間の比較では有意差は認められなかった。

5) 上肢皮膚温

浴群の足浴前の上肢皮膚温は $33.6 \pm 0.3^\circ\text{C}$ 、40分後は $34.1 \pm 0.3^\circ\text{C}$ に上昇し、経時の変化に有意差が認められた ($F_{(4,16)} = 5.79, p < 0.01$)。洗い群の足浴前の上肢皮膚温は $33.5 \pm 0.2^\circ\text{C}$ 、40分後は $34.2 \pm 0.2^\circ\text{C}$ に上昇し、経時の変化に

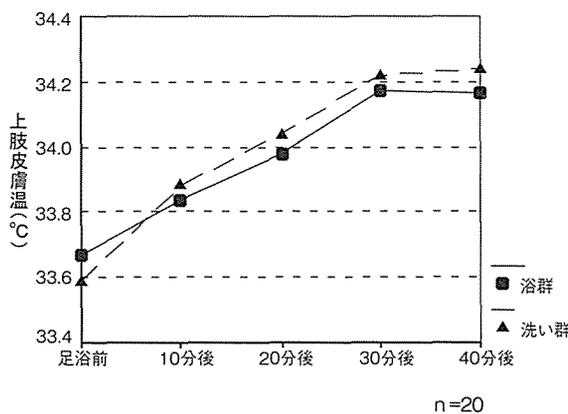


図4 足浴における上肢皮膚温の変化

有意差が認められた ($F_{(4,16)} = 8.67, p < 0.001$)。両群間の比較では有意差は認められなかった。

2. 心理的变化

1) 主観的足部温度感覚 (FTS)

浴群の足浴前のFTSは 0.2 ± 0.2 点、足浴後は 0.65 ± 0.2 点で、統計的な有意差は認められなかった。洗い群の足浴前のFTSは -0.2 ± 0.2 点、足浴後は 1.05 ± 0.1 点で、足浴前に比べて足浴後は有意にFTSが上昇した ($t = 3.684, p < 0.05$)。

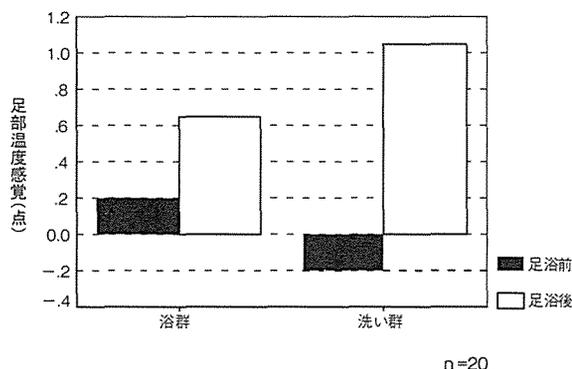


図5 足浴における主観的足部温度感覚の変化

2) 主観的全身温度感覚 (BTS)

浴群の足浴前のBTSは 0.7 ± 0.2 点、足浴後は 0.5 ± 0.1 点で、統計的な有意差は認められなかった。洗い群の足浴前のBTSは -0.05 ± 0.2 点、足浴後は 0.4 ± 0.2 点で、足浴前に比べて足浴後はBTSが上昇する傾向が認められた ($t = 1.756, p < 0.1$)。

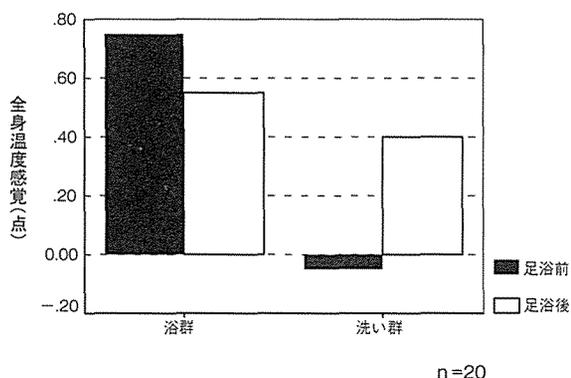


図6 足浴における主観的全身温度感覚の変化

3) 主観的快適感覚 (CS)

浴群の足浴前のCSは 0.1 ± 0.1 点、足浴後は 1.0 ± 0.1 点で、足浴前に比べて足浴後は有意にCSが上昇した ($t = 8.234, p < 0.001$)。洗い群の足浴前のCSは 0.1 ± 0.1 点、足浴後は 1.35 ± 0.1 点で、足浴前に比べて足浴後は有意にCSが上昇した ($t = 6.14, p < 0.001$)。

4) STAI

浴群の足浴前のSTAIは 41.8 ± 1.4 点で、足浴後は $34.7 \pm$

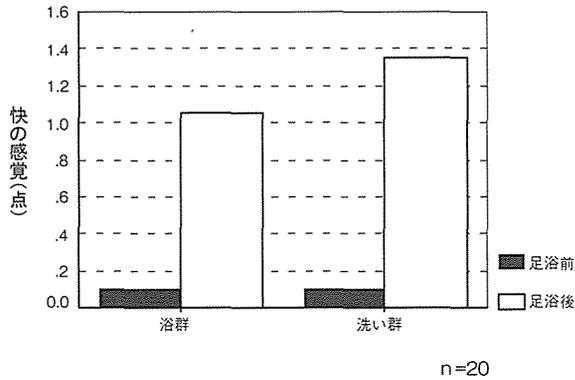


図7 足浴における主観的快適感覚の変化

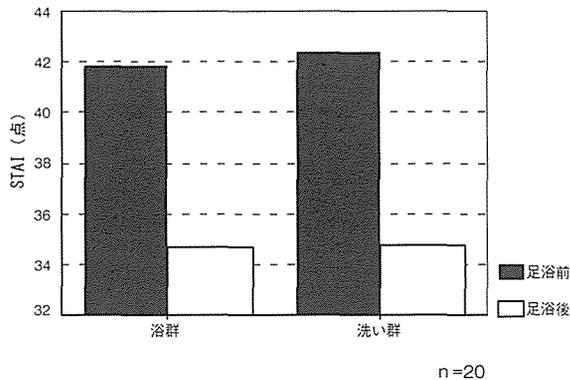


図8 足浴におけるSTAIの変化

1.1点で、足浴前に比べて足浴後は有意にSTAIの点数が低下した ($t = 6.717, p < 0.001$)。洗い群の足浴前のSTAIは 42.4 ± 1 点で、足浴後は 34.7 ± 1.4 点で、足浴前に比べて足浴後は有意にSTAIの点数が低下した ($t = 5.48, p < 0.001$)。

5) 被験者の生の声

洗い群では、洗い・簡易マッサージを施行中、被験者からは「気持ちいい」「エステみたい」など快適感をあらわす言葉が自然に聞かれた。これは洗い群でのみみられた現象であった。

IV. 考 察

本実験は足浴における洗いと簡易マッサージという手技が生体にどのような影響を及ぼすかについて検討した。ここでは足浴の安全性の再確認、リラクゼーション効果、保温効果、心のケアに焦点を当て温浴のみの足浴と比べた場合の洗い・簡易マッサージの有効性について考察する。

1. 足浴の安全性の再確認

入浴は、「温熱刺激や水圧などにより循環器系や呼吸器系に与える影響が大きい。高温浴はその温熱刺激で交感神経が緊張するため、血圧、心拍数が上昇し、循環器系疾患患者、長期間入浴しなかった患者、体温調節機能が低下し

ている高齢者などには適さない¹⁶⁾とされている。

本実験では、 $39 \sim 41^\circ\text{C}$ の湯で足浴を行ったが、浴群、洗い群ともに足浴によって血圧はほとんど変化していなかった。被験者個々に見てもすべてのケースが生理的変動内の値にとどまっていた。これは、足浴は温浴のみの場合も、洗い・簡易マッサージを加えた場合でも心臓に負担をかけない安全な看護ケアであるといえる結果であった。この結果はこれまでの足浴に関する諸研究と同様の結果であった^{3, 9, 11)}。また、両群において実験後には主観的快感が有意に高値を示した。このことから、足浴は洗い・簡易マッサージを加えた場合もそうでない場合も患者に負担をかけずに満足感を与えることのできる清潔ケアであるといえると考えた。

2. 足浴のリラクゼーション効果

一般にリラックスした状態とは交感神経の活性化が低下し、副交感神経の活動が亢進した状態と言われている^{17, 18)}。

皮膚の血管運動は、自律神経系の交感神経の働きによって調節されており、交感神経活動が亢進し皮膚血管が収縮すると、末梢血管の血流量が減少し、末梢温は低下する。逆に、交感神経活動が抑制されると、皮膚血管は拡張し、血流量が増加して末梢温は上昇する^{19, 20)}とされている。洞房結節は自律神経の2系統の影響を受けており、交感神経系の刺激は心拍数を増加させ、副交感神経系の刺激は心拍数を減少させる²¹⁾とされている。

そこで、本研究では、自律神経系が足浴によってどのように刺激を受けどのように活動したのか、その生理的指標として脈拍、下肢深部温、前腕皮膚温を用いた。先行研究^{2, 9, 11, 22)}でも同じような指標が用いられている。また、先行研究^{2, 3, 10)}を参考にリラクゼーション反応の心理的指標としてSTAIと主観的快適感覚を用いた。

実験の結果として、両群とも足浴により有意に脈拍が低下、下肢深部温および上肢皮膚温は有意な上昇が認められた。快の感覚は両群において実験前と比べ実験後は有意に高値を示し、STAIでは両群において実験前に比べ実験後は不安感が有意に低下していた。

以上のことから、洗い・簡易マッサージの有無に関わらず足浴が身体を交感神経の緊張を静め、副交感神経を優位にし、リラクゼーション状態をもたらすと考えられた。「指圧・マッサージにより皮膚に加えられた触圧刺激が“快”の感情と結びついて作用したとき、生体特に自律神経、ホルモン系に大きく影響して、生体の種々の変調を整え、防御力、修復力を高める効果が期待できる」と小板橋ら²³⁾は述べている。また、タッチングという面からも、「その人に触れるという刺激が、生理機能の側面からリラックス状態をもたらす可能性がある」と香春²⁴⁾は述べている。

本実験でも、温熱刺激に洗い・簡易マッサージを加えてことによって、温湯のみの浴群と比べて洗い群のほうがより優位なりラクゼーション状態をもたらすことができると予想したが、生理的な指標としては両群間の差は認められなかった。

しかし洗い群では、洗い・簡易マッサージを施行中、被験者からは「気持ちいい」「エステみたい」など快適感をあらわす言葉が自然に聞かれ、これは温湯のみの足浴ではみられない現象であった。このことから、洗い・簡易マッサージという手技で快適刺激を与えることができれば、身体に副交感神経優位なりラクゼーション状態をもたらすことができると考えられる。

これは、温湯のみの足浴では得られない効果であり、洗い・マッサージの有効性であると考えた。

3. 足浴の保温効果

前胸部は体幹の深部温であり、温度の変動が少なく、肺動脈血温に良く相関する中枢深部温であり、肺動脈血温度は身体全体の平均温度であり体温の基準として最も適している²⁵⁾とされている。本実験では、身体全体の平均温度の指標として前胸部深部温を測定した。両群ともに足浴直後から上昇が見られ、その後も40分後までゆるやかに上昇し続けた。

竹谷ら¹⁰⁾は「入浴とは異なり、足浴のような局所の加温では、全身への影響は少なく、湯からの体内への熱の輸入にも限りがあり、例えば、入浴後の発汗に見られるような体熱の移動はなく、足浴による局所の加温では、体内への熱の取り込み、保有体温をやや増すレベルにとどまる」との報告をしており、今回の結果もこれと同様であると考えられた。

下肢深部温は両群ともに足浴直後から上昇し、浴群では20分後に、洗い群では30分後に最高値に達した。これは温湯の温熱刺激により、皮膚血管が拡張、皮膚血流が増加、末梢血流温も上昇したため周囲の組織深部温も上昇したためと考えられた。

前腕の皮膚温は皮膚血流・末梢循環の指標とした。両群ともに足浴直後から上昇し、浴群では30分後に最高値に達した。洗い群では40分後まで上昇し続けた。環境外気温が一定の条件下で足浴とは遠隔部位にある前腕の皮膚温が上昇したのは、温湯の温熱刺激により温められた血液が体内を循環し、上肢の末端まで温まっていった結果と考えられた。

以上のことから、足浴は末梢の加温により末梢深部温を上昇させ、末梢で温められた血液が全身を循環することにより中枢深部温・上肢の皮膚温も上昇させることが証明された。このことから足浴は局所のみでなく全身に対する保温効果があると考えられる。

主観的溫度感覚を見てみると、浴群では実験前と実験後

では有意な変化は認められなかった。洗い群では、実験後の足部温度感覚が有意に高くなり、全身温度感覚も高くなる傾向が認められた。これは生理的な測定値としての下肢深部温、胸部深部温、上肢皮膚温は両群ともに上昇したが、浴群より洗い群のほうが「足が温かくなった」「からだ全体が温かくなった」という被験者の主観的感覚を高める、ということを示す結果となった。

温度感覚については「皮膚の温度受容器の温度条件が一定になると、温度感覚はしだいに弱まり、最後には消失する。すなわち温度変化のみが温度感覚として感知される」²⁷⁾とされており、測定した温度としては両群ともに足浴前に比べて優位に上昇しているが、値が安定化した実験後の感覚としては同じようには反映されていないことも考えられた。また、竹谷らは¹⁰⁾「入浴後は皮膚の末梢血管が拡張して血液の流れが激しくなり、皮膚からの放散が増すので、体温は下降傾向になる」と報告しており、浴群では下肢深部温が20分後に、上肢皮膚温が30分後に最高値に達しているため、その後下肢および上肢での熱の放散がはじまっていた可能性が考えられる。洗い群では下肢深部温は30分後まで上肢皮膚温は40分後まで上昇が続いたため、それが感覚的にも反映されたこと、浴群に比べて熱の放散が始まるのが遅く放熱量が少なかったことが考えられた。しかしこれらは測定値としては明確には現れていないことなので、洗い・簡易マッサージの有効性であるかどうかは今後検討していく必要がある。

4. “心のケア”という視点からみた足浴

今回、足浴というテーマを選んだ理由として、病院勤務中に経験的に感じていた心のケアという視点からの足浴の効果の科学的根拠を知りたいという気持ちがあった。リディア・ホールとジェンローズ・アルノファ²⁸⁾は「身体への個人的なケアがもたらす安楽という要素とこの行為から生まれる個人的な接触の機会、成長、治癒及び学習を助長する好機であり、生理学的な面ばかりでなく、患者の感情や心配事に関しても状態改善を促すことができるときであると考えられることができる。」との考えを述べている。今回実験を行ってみて足浴というケアの場面では、普段話さないような個人的なこと、自分の内面についての話が自然と引き出される雰囲気があるとの実感を得た。これは静かな環境や、1対1の個人的な接触であること、洗うことによるタッチング効果などによるものと考えられるが、このケアを通して図られるコミュニケーションこそ心のケアにつながり、看護現場で大切にしていかなければならないことだと思う。また、洗い・マッサージ中に被験者の口から自然に出る「気持ちいい」という快の感情は、緊張や不安の連続のである入院生活の中で一時でもその苦しさを忘れることができる重要なものとなる。

それらの点からいうと、足浴は本来清潔ケアの一環であるが、ケアを通して肌に触れ、時間を共有することは、十分に心のケアの役割を果たしていると考えられる。

5. 今後の課題

今回の研究では、血圧、脈拍、深部温、皮膚温を測定したが、リラクゼーション効果を見るためには指標が不足しており、心理的指標で現れた両群差の科学的根拠を深く考察することができなかった。また、心理的指標として用いた質問紙記入時と生理的指標測定時に時間差があることや、2通りの足浴での湯温の変化の仕方など、実験手順の中にもいくつか問題点があげられた。これらを今後の課題とし、さらに研究デザインを深め、実験環境を整えて、研究を行っていききたいと思う。

V. 結 語

本実験では、同一被験者に対し、温浴のみの足浴を行う足浴法と、洗い・簡易マッサージを加える足浴法、2通りの足浴を実施し、足浴における洗い・簡易マッサージの有効性について検討した。

1. 浴群、洗い群ともに足浴による血圧への影響はなかった。
2. 浴群・洗い群ともに足浴により脈拍数が有意に減少した。
3. 浴群・洗い群ともに足浴により、胸部深部温、下肢深

部温が有意に上昇した。

4. 浴群・洗い群ともに足浴により上肢皮膚温が有意に上昇した。
5. 洗い群では足浴後に主観的足部温度感覚が有意に高まった。
6. 洗い群では足浴後に主観的全身温度感覚が高まる傾向があった。
7. 浴群・洗い群ともに足浴により主観的快適感覚が有意に高まった。
8. 浴群・洗い群ともに足浴によりSTAIが有意に低下した。
9. 洗い群では足浴中に「気持ちいい」などの快の感情をあらわす言葉が聞かれ、これは浴群ではみられない現象であった。

以上の結果から次のことがいえた。

- ・洗い・簡易マッサージを加えた足浴は、温浴のみの足浴と同じく安全な清潔ケアである。
 - ・洗い・簡易マッサージを加えた足浴は、温浴のみの足浴に比べリラクゼーション効果が大きい。
- これらの点から、「温浴+洗い・簡易マッサージ」という足浴手技でも、温浴のみの足浴に比べて、心身をリラックスさせることが示唆された。

要 旨

この研究の目的は、足浴における洗い・簡易マッサージが生理的・心理的にどのような影響を及ぼすのか基礎的なデータを得ることである。生理的指標として、血圧、脈拍、下肢深部温、胸部深部温、上肢皮膚温を測定した。心理的指標として、状態不安を測定するSTAI-I、主観的温度感覚でGaggeらの「温度感覚カテゴリースケール」と、主観的快適感覚でWinslowらの「感覚カテゴリースケール」を用いた。方法は、41℃の温湯を用い、同一被験者に対して「温浴のみの足浴」と「温浴に洗い・簡易マッサージを加えた足浴」を日を変えて行った。その結果、下肢深部温・胸部深部温・上肢皮膚温が経時的に有意に上昇し、足浴における洗い・簡易マッサージは局所加温にも関わらず、胸部深部温、上肢皮膚温をも上昇させ、全身に保温効果をもたらした。また、脈拍、STAI-I、主観的快適感覚からリラクゼーション状態をもたらしたことが示された。今回の結果から足浴における洗い・簡易マッサージは身体全体への保温効果、リラクゼーション効果があることがわかった。

Abstract

The purpose of this research is to gain an understanding of the physiological and psychological effects of washing and simple massage in foot bathing, in order to establish fundamental data on foot bathing. Blood pressure, pulse, lower leg deep temperature, chest deep temperature, and upper arm skin temperature were measured as physiological indexes. STAI-I, which measures state anxiety, the "category scale of temperature sensation" proposed by Gagge et al. as a subjective measure of temperature sensation, and the "sensation category scale" proposed by Winslow et al. as a subjective measure of comfort, were employed as psychological indexes. The method used hot bath water at 41℃ with placing the legs in a hot bath only, and subsequently a hot bath including washing and simple massage were given to the same subject a few days later.

Lower leg deep temperature, chest deep temperature, and upper arm skin temperature rose significantly with the passage of time, showing that washing and simple massage in foot bathing not only raised the skin temperature locally, but also raised the temperature in the chest and the upper arm, thus providing a warmth retention effect for the entire body. In addition, pulse, STAI-I, and subjective comfort sensation indexes also indicated a state of relaxation. These results show that washing and simple massage in foot bathing bring warmth to the entire body, creating a relaxation effect.

文 献

- 1) 香春知永：足浴ケアが生体に及ぼす影響，小松浩子，菱沼典子（編）：看護実践の根拠を問う。1-10，南江堂，東京，1998。
- 2) 山本敬子，川島みどり：温熱刺激を主とした足浴法の改善例 2 - 末梢・中枢温から見たリラクゼーションとの関連。日本看護科学学会誌，12(3)：108-109，1992。
- 3) 荒川千登世，豊田久美子，他：足浴の心理的効果と身体に及ぼす影響。日本看護科学学会誌，16(2)：136-137，1996。
- 4) 平松則子，菱沼典子，他：入眠を促す援助としての足浴の効果について - 足浴が及ぼす生理的变化 -。日本看護科学学会誌，14(3)：208-209，1994。
- 5) 氏家幸子：基礎看護技術 I。285-286，医学書院，東京，1999。
- 6) 濱田幸子，岡崎美智子，他：基礎看護技術，290-345，メジカルフレンド社，東京，1994。
- 7) 石井範子，阿部テル子：イラストでわかる基礎看護技術，54-64，日本看護協会出版会，東京，2002。
- 8) 川村佐和子，志岐岐康子，松尾ミヨ子：基礎看護技術，193-220，メディカ出版，大阪，2004。
- 9) 大野夏代，小坂橋喜久代：足浴の地のマッサージ指圧刺激によるバイタルサインの変化。埼玉県立衛生短期大学紀要，20：57-63，1995。
- 10) 竹谷英子，田中道子，他：足浴におけるマッサージの有効性。名古屋大学看護短期大学部紀要，4：69-80，1992。
- 11) 新田紀枝，川端京子：高齢者を対象にしたフットケアの生理的効果。第30回日本看護学会集録・看護総合，92-94，1999。
- 12) 泉水初海，他：足のつば刺激による下肢の皮膚温と血流量の変化。第30回日本看護学会集録・看護総合，89-91，1999。
- 13) 桂 載作：やさしい心身症（ストレス病）の診かた。101-102，チーム医療，東京，1987。
- 14) Gagge., A.P., et al: Comfort and Thermal Sensations and Associated Physiological Responses at Various Ambient Temperatures. Environmental Reserch, 1: 1-20, 1967.
- 15) Winslow, C.E.A., et al: Relations Between Atmospheric Conditions, Physiological Reactions and Sensations of Pleasantness. American Journal of Hygiene, 26: 103-115, 1937.
- 16) 三上れつ，小松万喜子：演習・実習に役立つ基礎看護技術，41-43，ヌーヴェルヒロカワ，東京，2003。
- 17) 林正健二：ナーシンググラフィカ①人体の構造と機能 - 解剖生理学，347-350，メディカ出版，大阪，2002。
- 18) 岩瀬善彦，森本武利：やさしい生理学，179-182，南江堂，東京，1996。
- 19) 佐藤昭夫，朝長正徳：ストレスの仕組みと積極的対応，185-188，藤田企画出版株式会社，青森，1991。
- 20) 林正健二：ナーシンググラフィカ①人体の構造と機能 - 解剖生理学，70-73，メディカ出版，大阪，2002。
- 21) 中山昭雄：温熱生理学，13-14，理工学社，東京，1981。
- 22) 坂東武彦，小山省三：基本生理学，182-184，西村書店，東京，2003。
- 23) 小坂橋喜久代，大野夏代，他：指圧・マッサージ刺激の生体作用と看護への応用の可能性。月刊ナーシング，14(2)：128-133，1994。
- 24) 香春知永：鎮静を促す技術，川島みどり，菱沼典子（編）：別冊「ナーシングトゥデイ」No9，94-99，日本看護協会出版会，東京，1996。
- 25) 谷本欣徳：深部体温測定の生理学的意義。医学のあゆみ，103：800-801，1977。
- 26) 新田紀枝，阿蘇洋子，川端京子：足浴，足部マッサージ，足浴後マッサージによるリラクゼーション反応の比較。日本看護科学誌，22(3)：55-63，2002。
- 27) 中山昭雄：温熱生理学，246-247，理工学社，東京，1981。
- 28) 川島みどり：看護の癒し - 看護治療学への道。32，看護の科学社，東京，1998。

〔平成17年6月6日受 付〕
〔平成18年6月8日採用決定〕

●看護技術を高める包括的な看護教育のあり方を示した指針!

実践へつなぐ看護技術教育

阿曾 洋子 (大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻統合保健看護科学分野) 総合ヘルスプロモーション科学講座教授
 奥宮 暁子 (札幌医科大学保健医療学部看護学科教授/前:大阪大学大学院医学系) 研究科保健学専攻統合保健看護科学分野看護実践開発科学講座教授
 鈴木 純恵 (大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻統合保健看護科学分野) 看護実践開発科学講座教授
 藤原千恵子 (大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻統合保健看護科学分野) 生命育成看護科学講座教授 編



◆B5判 162頁 定価3,360円 (本体3,200円 税5%)

ISBN4-263-23355-7

◆本書の主な特徴

- 看護職の担う機能が拡大し、大きく変化している現状にあって、これからの看護技術教育をどのように考え、実際にどのように教育・指導していけばよいのかについてまとめた。
- 教育現場と臨床現場が連携した「看護教育実践検討会」(大阪大学)での研究内容を講義、学内演習、病院実習において実施に移した経験を踏まえ、その実践内容をベースにしながら、看護技術を育成するためには学生の教育・指導をどのようにしていけばよいのか多角的に解説。
- 個々の学生の実践能力に応じて、どのように教育側と臨床側が融合した実践教育を行うか、学生自身の学びも盛り込み、具体的な資料を示しながら詳述。

◆本書の主要目次

看護技術教育の考え方

看護技術の概念 看護技術の構造 看護技術教育の機能・構成要素 看護技術教育の理念・目的 看護技術教育の理念に基づく教育のあり方

看護技術教育における看護技術

基礎看護学 カリキュラムの構成 講義における具体的な進め方の視点 演習における具体的な進め方の視点 実技試験や実習へのつながり 成人看護学 成人看護技術 成人看護学の教育内容 成人看護技術と基礎看護技術の関係 小児看護学 小児看護学の役割 小児看護学独自の看護技術習得 小児看護学のカリキュラム構成 小児看護学の技術項目の学習過程 学習過程における問題点 母性看護学 母性看護学の役割 母性看護学独自の看護技術習得 母性看護学のカリキュラム構成 母性看護学の技術項目の学習過程 精神看護学 精神看護とは 精神看護技術 精神看護技術教育

看護実践能力と看護技術教育との関連

基礎看護学 看護実践能力をつけるための授業構成としての工夫 看護実践能力をつける自己学習の能力育成のための工夫 看護実践能力をつける演習時間内の工夫 看護実践能力をつける看護技術教育の開発のための工夫 成人看護学 講義科目の概要 今後の課題 小児看護学 小児看護に必要とされる技術項目 小児看護技術習得の方略 タイプ1の技術の学習過程 タイプ2の技術の学習過程 タイプ3の技術の学習過程 母性看護学 母性看護学に必要なとされる技術項目 母性看護学の看護過程 女性ならびに家族のライフサイクルにおける援助 母性看護技術習得レベル 精神看護学 精神看護に必要なとされる看護技術と実習目標 精神看護学における講義内容と実習構成

看護技術を育成する看護教育

基礎看護学 学内演習からの学び 看護実践からの学び 学内実習と看護学実習(臨地実習)との連携 成人看護学 成人看護学の講義と演習の構成 成人看護学領域における演習の実際 講義と実習をつなげる演習の一例—学内演習からの学び—看護実践からの学び—実習—看護実践からの学び—内科系病棟 看護実践からの学び—病棟外科系—周手術期 課題と今後の方向性 小児看護学 学内演習からの学び 看護実践からの学び 学内実習と看護学実習(臨地実習)との連携 母性看護学 学内演習からの学び 看護実践からの学び 学内実習と看護学実習(臨地実習)との連携 精神看護学 現状 課題

看護実践能力を育成するための教育側と臨床側との連携 教育側と臨床側との連携までの経過 看護実践能力を育成するための協働作業 看護実践能力を育成するためのプログラム 教育側と臨床側との連携のあり方

臨床における看護技術教育

大阪大学医学部附属病院における看護職員のキャリア開発 大阪大学医学部附属病院の理念 看護部の理念 大阪大学医学部附属病院看護部が求める看護師像 継続教育の概要 キャリア開発概念図 臨床看護実践能力の評価 現任教育の組織と運営 大阪大学医学部附属病院看護職員のキャリア開発の実践 新人看護職員を取り巻く状況 新人看護職員教育の考え方 新人看護職員教育の実際 卒後2年目看護職員教育の考え方 卒後2年目看護職員教育の実際 卒後3年目看護職員教育の考え方 卒後3年目看護職員教育の実際 中堅看護職員教育の考え方 中堅看護職員教育の実際 まとめにかえて—包括的な看護教育のあり方

●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

日本看護研究学会 第20回 中国・四国地方会学術集会のご案内

テーマ：看護実践における地域医療連携

この度、中国・四国地方会第20回学術集会を、下記のとおり開催する運びとなりましたのでご案内申し上げます。昨今の医療状況は、診療報酬改定や看護を取り巻く環境の変化は著しいものがあります。このような状況下で、患者さんが安心して療養生活ができるように、地域と病院が一体となって取り組むケアシステムの構築が求められていると思います。

本学術集会では、ケアの継続と質の向上を目指した「看護実践における地域医療連携」をテーマに、一般口演とシンポジウムを企画いたしました。当日は、実践者や教育者と参加者が討論することによって、課題が見出され新たな力や示唆を得ることが期待されます。会員の皆様ならびに看護教育や看護実践の場で、ご活躍の皆様の多数のご参加をお待ち申し上げます。ぜひ、坂本龍馬生誕の地、自然豊かな高知へおいで下さいますようご案内申し上げます。

第20回学術集会実行委員長 梶本市子

◆日時：平成19年3月4日（日）

◆会場：高知医療センター 高知市池2125-1

◆プログラム

○一般演題（口演・示説）

○実演交流会

1) 「WOC 看護師によるオストミーケア」 片岡 薫（高知医療センター）

2) 「電子カルテシステムを活用した看護実践」 弘田 由利美（高知医療センター）

○特別セミナー テーマ：「看護研究のそこが知りたい！ -疑問から研究課題へ-」

○シンポジウム：「ケアの継続と質の向上をめざした地域医療連携」

・急性期病院の立場から 吉村 繁子（鳥取大学医学部附属病院医療福祉支援センター）

・地域看護の立場から 吉田 美由紀

（医療法人聖愛会 ベテル在宅サービス事業部在宅療養支援センター）

・看護教育の立場から 森下 安子（高知女子大学看護学部）

○病院見学

◆演題募集：9月22日～10月31日

応募資格 発表者・共同研究者ともに日本看護研究学会の会員であること。

演題申し込み方法 「演題申込」要綱を中国・四国地方会会員の方全員に事に送付いたします。
会員以外の方は、事務局までお問い合わせください。

◆参加申込：参加費 会員4,000円 非会員 5,000円

郵便振込 口座番号01620-2-111806

加入者名 日本看護研究学会中国・四国地方会

問い合わせ先：高知医療センター看護局

〒781-7855 高知市池2125-1

Tel:088-837-6755

URL:<http://www.khsc.or.jp/>

Fax:088-837-6766

日本看護研究学会

第11回 東海地方会学術集会のお知らせ（第1報）

テーマ：看護介入研究のアジェンダ

ナースだからできる、ナースにしかできない、そんな成果がわかる看護介入を知りたい。
今回は、看護介入研究の“現在・過去・未来”から導き出されるアジェンダ（指針／検討課題）を探ります。
基調講演では、看護介入研究の礎（いしずえ）ともいえる「がん看護」の視点から、聖隷クリストファー大学大学院看護研究科教授 小島操子先生にご講演していただきます。
シンポジウムでは、家族看護、精神看護、地域看護の専門分野の研究者たちに、看護介入研究の現状を討議していただきます。
また、ランチョンセミナーでは、看護・医療の重点課題である「最新CDCガイドラインと感染対策」を予定しています。
ワークショップでは、音楽療法の新たな成果に挑戦されておられる聖隷クリストファー大学社会福祉学部助教授 店村（タナムラ）真知子先生による疾患別オルガンミニコンサートを予定しております。
詳細は、9月以降に発行予定の東海地方会ニュースレターにてご報告いたします。
多数のご参加をお待ちしております。

2006年8月1日

日本看護研究学会東海地方会会長
第11回日本看護研究学会東海地方会学術集会大会長
渡 邊 順 子

記

日 時 : 2007年3月17日(土) 9:00~17:00
場 所 : アクトシティ浜松 コンgressセンター4F
〒430-7799 静岡県浜松市板屋町111-1
電話 053-451-1111
FAX 053-451-1123
URL <http://www.actcity.jp/>

<お問い合わせは下記まで>

日本看護研究学会 東海地方会事務局
〒433-8558 静岡県浜松市三方原町3453 聖隷クリストファー大学 看護学部
TEL 053-439-1400(代) FAX 053-439-1406
担当: 米倉 摩弥 maya-y@seirei.ac.jp

日本看護研究学会

第20回 近畿・北陸地方会学術集会のご案内

テーマ：看護における実践や体験を研究にのせる

日本看護研究学会近畿・北陸地方会は、今回で記念すべき20回目を迎えます。よりよい看護を求め、新たな知見を得るための看護研究が繰り返され、今日の私たちへ受け継がれてきた歴史の重みを改めて感じます。近年、多くの実践の場からの積極的な看護研究への取り組みが見られています。そして近畿・北陸地方会においては「看護研究継続セミナー」も開設3年を迎えます。今回は「看護における実践や体験を研究にのせる」をテーマに、各領域において実際に研究に携わっている研究者から、その展開や手法、考え方について詳しい解説を聴き、個々人の今後の研究の幅を広げていけたらと思います。また、実践の場において体験している疑問やもやもやした何かを「研究」にのせるにはどのようにすればよいのかを見つけだすことができたらと思います。皆様のご参加を心よりお待ちしております。

第20回学術集会会長 山本 恭子

1. 開催日時 平成19年3月18日（日） 9時30分～16時30分
2. 会場 園田学園女子大学
〒661-8520 兵庫県尼崎市南塚口町7丁目29-1（阪急神戸線 塚口駅から徒歩10分）
3. プログラム
9：30～9：40 開会あいさつ
9：40～11：30 一般演題発表（口演・示説）
11：30～12：30 地方会総会
13：30～16：30 ワークショップ；看護における実践や体験を研究にのせる
16：30～18：00 懇親会
4. 学会参加費 1) 会員 事前振込 4,000円（事前振込は平成19年1月19日まで）
当日 5,000円
2) 非会員 5,000円 3) 学部学生 1,000円
5. 懇親会参加費 2,000円
6. 一般演題申し込み締め切り 平成18年11月6日（月）必着
発表抄録締め切り 平成18年12月18日（月）必着

【問い合わせ先】

〒661-8520 兵庫県尼崎市南塚口町7丁目29-1

園田学園女子大学 人間健康学部人間看護学科

伊藤ちぢ代（事務局）、藤井広美（演題・抄録担当）

FAX 06-6429-9920

E-mail jsnr20kh@sonoda-u.ac.jp

このコーナーでは、日本学術会議の諸活動の動向を紹介しています。

■ G8サミットに向けた各国学術会議の共同声明（報告）

日本学術会議は6月14日、7月にロシアで開催されるG8サミットに向け、G8主要先進各国の学術会議及び関係諸国の学術会議と共同で「エネルギーの持続可能性と安全保障」及び「鳥インフルエンザと感染症」を発表し、同日、黒川清会長から小泉総理に声明を手交しました。



この声明は、本年G8サミットの議題であるエネルギー安全保障と鳥インフルエンザ等の感染症について、4月19、20日にロシアで開催されたG8学術会議において、話し合われた各国科学者の意見を集約したもので、各国の学術会議が共同

してG8サミットに向けた声明を出すのは昨年に引き続き、二度目です。なお、2007年はドイツ、2008年は日本でG8学術会議が開かれる予定であり、会議においてその年のサミットの議題について話し合われる予定です。

共同声明について、詳しくは、日本学術会議のHPをご覧ください。

<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-s1.pdf>（「エネルギーの持続可能性と安全保障」…本文）

<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-s1j.pdf>（「エネルギーの持続可能性と安全保障」…仮訳）

<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-s2.pdf>（「鳥インフルエンザと感染症」…本文）

<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-s2j.pdf>（「鳥インフルエンザと感染症」…仮訳）

なお、G8サミットに向けた各国学術会議の共同声明については、インターアカデミー（InterAcademy Council）のHP（<http://www.interacademycouncil.net>）もご参照ください。

【問い合わせ先】

日本学術会議事務局参事官室（国際業務担当）国際業務総括担当

（Tel：03-3403-5731、i252@scj.go.jp）

■ 諮問「地球規模の自然災害に対する災害軽減のあり方について」 北側一雄国土交通大臣から黒川清会長への手交（報告）

期 日：6月15日（木）

場 所：日本学術会議3階 会長室

出席者：

（日本学術会議）黒川清会長、浅島誠副会長

地球規模の自然災害に対して安全・安心な社会基盤の構築委員会

入倉孝次郎 副委員長、佐竹健治 幹事

西ヶ廣 渉 事務局長

（国土交通省）北側一雄 大臣、佐藤伸秋 事務次官、

清治真人 技監、渡辺和足 河川局長



6月15日、北側一雄国土交通大臣が日本学術会議を訪れ、諮問「地球規模の自然災害に対する災害軽減のあり方について」を黒川会長に手交しました。

手交の場で、北側大臣からは、高齢化等により災害弱者が増加している最近の社会情勢の変化を踏まえ、災害軽減のための国土構造の在り方などについて、学術的観点から調査審議いただきたいという御発言がありました。黒川会長からは、前日に公表した「G8サミットに向けた各国学術会議の共同声明」をはじめ、アジア学術会議での取組みなど、これまで日

本学会議が行ってきた政策提言について紹介しつつ、今回の国土交通省からの諮問についても全力を尽くして審議を進めていくという御発言がありました。

諮問内容は以下のとおりで、「地球規模の自然災害に対して安全・安心な社会基盤の構築委員会」において答申に向けた審議が行われます。

(諮問)

日本学会議会長 殿

国 河 計 第 1 3 号
平成18年6月15日

国 土 交 通 大 臣

地球規模の自然災害の変化に対応した災害軽減のあり方について

標記について、日本学会議法（昭和23年7月10日法律第121号）第4条の規定に基づき、別紙のとおり諮問する。

(別紙)

近年、地震、津波、台風等の大規模な自然災害が我が国に限らず世界各地で頻発している。また、世界的に気候変動による、異常多雨、異常少雨の増加や、海水面の上昇などが指摘されるなど地球規模での自然環境の変化が急速に進みつつあることが指摘されている。また、少子化、高齢化の進展等による災害弱者が増加する一方で、我が国では人口減少の時代を迎えつつあるなど社会環境も従来と大きく変わりつつある。これらの状況を踏まえると、今後起こりうる災害の態様は大きく変化するものと想定されることから、以下の点について学術的な調査審議をしていただきたく、諮問する。

- ① 災害をもたらす地球規模の自然環境の変化や我が国における社会環境の変化等を踏まえ、今後想定される災害の態様を分析し明らかにする。
- ② 今後想定される災害の態様を踏まえ、それらが社会、経済に与える影響を抽出するとともに、国土構造や社会システムの中で、災害に対する脆弱性がどの部分に存在するのか評価する。
- ③ 自然環境や社会環境の変化を踏まえ、効率的、効果的に災害を軽減するための今後の国土構造や社会システムのあり方等についての検討をする。

【問い合わせ先】

日本学会議事務局企画課（総括担当）

(Tel:03-3403-1250、p221@scj.go.jp)

●ホームページの「日本学会議ニュース」欄にも掲載しておりますので、ご覧ください。

(<http://www.scj.go.jp/ja/info/news/index.html>)

なお、ご意見等がありましたら、下記問い合わせ先まで、お寄せください。

【日本学会議事務局企画課】〒106-8555 東京都港区六本木7-22-34 (Tel: 03-3403-1906、p227@scj.go.jp)

「日本学会議ニュース」欄の記事のみ転載は自由です。貴団体の学術誌等に転載等をしていただき、より多くの方にお読みいただけるようにお取り計らいください。

■「進化の教育に関するIAP(インターアカデミーパネル)声明」についての 日本学術会議会長コメントの公表(報告)

日本学術会議が加入している「国際問題に関するインターアカデミーパネル」(IAP)は、「進化の教育に関するIAP声明」(IAP Statement on the Teaching of Evolution)を6月21日に公表しました。

これに対する黒川会長のコメントを次のとおり発表しましたので、お知らせします。

なお、同様のものを日本学術会議ホームページ (<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/comment/060622.html>)に掲載していますので、ご参照ください。

【問い合わせ先】日本学術会議事務局参事官室(国際業務担当)

TEL: 03-3403-1949 FAX: 03-3403-1755 e-mail: i266@scj.go.jp

日本学術会議会長コメント

平成18年6月22日

日本学術会議が加入している各国の学術会議のネットワークである「国際問題に関するインターアカデミーパネル」(IAP)は、67の加盟学術会議及びICSU執行委員会の承認を経て「進化の教育に関するIAP声明」(IAP Statement on the Teaching of Evolution)を6月21日に公表しました。

この声明は、世界の様々な場所における一部の公教育システムで教えられている科学教育課程の中で、地球上の生命の起源と進化についての科学的な証拠、データ及び検証可能な理論が隠ぺいされたり、否定されたり、あるいは科学によって検証可能でない理論と混同されたりしていることを指摘し、政策決定者、教師、そして親に対し、すべての子供達に科学の方法及び科学が発見したものについて教育し、自然に関する科学の理解を促進させるよう強く訴えています。

日本学術会議も、科学的なものの見方について教育と理解を促進させることが重要であると考え、この声明を支持することを表明しております。

日本学術会議は、今後ともIAPを始め国連機関や国際学術会議(ICSU)などの国際学術団体と緊密に連携し、国内外の科学者や学術研究団体と協力しながら、地球的規模の様々な課題の解決に積極的に貢献したいと考えています。

日本学術会議会長 黒川 清

参考: Inter Academy Panelホームページ (<http://www.interacademies.net/>)

■インターアカデミーカウンシル(IAC)報告書 「科学における女性—Women for Science」に対する会長コメントについて

日本学術会議が加入している「インターアカデミーカウンシル」(IAC)は、「科学における女性」(IAC Statement on the Women for Science)を6月20日に公表しました。

これに対する黒川会長のコメントを次のとおり発表しましたので、お知らせします。

なお、同様のものを日本学術会議ホームページ (<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/comment/060718.html>)に掲載していますので、ご参照ください。

【問い合わせ先】日本学術会議事務局参事官(国際業務担当)

TEL: 03-3403-1949 FAX: 03-3403-1755 e-mail: i253@scj.go.jp

日本学術会議会長コメント

平成18年7月18日

日本学術会議が加入している国際学術団体であるインターアカデミーカウンシル(IAC)は、「科学における女性—

"Women for Science"と題する報告書を取りまとめ、本年6月20日に公表しました。

この報告書では、学術会議会員に占める女性の割合が一般に5%未満であるなど、科学技術分野における女性の参画が不十分であり、それを正していくために各国の学術会議は速やかな行動を取らなければならないと指摘し、それにはまず、学術会議自らが女性を力づけ、支援していく内部の運営を実施するとともに、政策決定者やその他のリーダーに働きかけてより広い変革を求めていくことが必要だとしています。

日本学術会議では、昨年10月から始まった第20期において会員の20%が女性となり、常置の「科学者委員会」の下に「男女共同参画分科会」を、また、課題別の委員会として「学術とジェンダー委員会」を設置するなど、この問題に以前から積極的に取り組んでおり、今後とも努力してまいる所存であります。さらに、国際的な学術団体や国連機関とも緊密に連携し、この問題を含め、世界的な諸課題の解決に向けて積極的に貢献してまいります。

日本学術会議会長 黒川 清

参考：Inter Academy Councilホームページ (<http://www.interacademycouncil.net/>)

■ 日本学術会議主催公開講演会の開催（報告）

「身体・性差・ジェンダー—生物学とジェンダー学の対話—」

日 時：7月8日（土）

場 所：日本学術会議講堂

日本学術会議は、これまで学術分野における男女共同参画推進の観点から様々な取組や提言を行ってきました。

この度の公開講演会は、生物学者とジェンダー学者との間の相互理解を促進し、今後のジェンダー視点にたった学術分野の研究が有益な形で進められることを願うとともに、科学的・学術的研究成果を社会に対して広く紹介するために開催されたものです。

冒頭で、黒川清日本学術会議会長からの御挨拶があり、また、後藤俊夫総務局（第三部会員）より猪口邦子内閣府特命担当大臣（少子化・男女共同参画）からのメッセージの紹介がありました。

そして、原ひろ子城西国際大学大学院客員教授（連携会員）、上野千鶴子東京大学大学院教授（第一部会員）、東村博子名古屋大学大学院助教授（特任連携会員）、大内尉義東京大学大学院教授（連携会員）及び井谷恵子京都教育大学教授（特任連携会員）からそれぞれ「男女共同参画社会の実現と学術の役割」「ジェンダーの概念の意義と効果」「女と男はどう違う？—生物学的視点から—」「性差医療の可能性」「ジェンダー研究からみた体育・スポーツの可能性と課題」と題する興味深いテーマでの御講演がありました。休憩の後の質疑・応答では熱のこもった討論会となり、最後には、辻村みよ子東北大学大学院教授（第一部会員）からまとめを兼ねて閉会の御挨拶がありました。

当日は、心配されました雨にも降られることなく、まあまあ天候にも恵まれ、約300名の参加者が集い、盛会裏に終わりました。

【問い合わせ先】日本学術会議事務局企画課情報係

(Tel：03-3403-1906、p228@scj.go.jp)

●ホームページの「日本学術会議ニュース」欄にも掲載しておりますので、ご覧ください。

(<http://www.scj.go.jp/ja/info/news/index.html>)

なお、ご意見等がありましたら、下記問い合わせ先まで、お寄せください。

〔日本学術会議事務局企画課〕〒106-8555 東京都港区六本木7-22-34 (Tel：03-3403-1906、p227@scj.go.jp)

「日本学術会議ニュース」欄の記事のみ転載は自由です。貴団体の学術誌等に転載等をしていただき、より多くの方にお読みいただけるようにお取り計らいください。



このコーナーでは、日本学術会議の諸活動の動向を紹介しています。

■日本学術会議連携会員の発令（お知らせ）

8月20日付けをもって、日本学術会議会長より下記のとおり連携会員の発令が行われました。

平成18年8月20日付け発令 連携会員1,513名

○6年任期 754名 任期は平成23年9月30日まで

うち、特任連携会員からの発令換え38名

○3年任期 759名 任期は平成20年9月30日まで

うち、特任連携会員からの発令換え23名

発令された1,513名の連携会員の名簿につきましては、日本学術会議ホームページ (<http://www.scj.go.jp/ja/scj/index.html>) に掲載しております。また、平成18年3月15日付け発令者（477名）の名簿と、今回発令された連携会員とを併せた名簿（計1,990名）につきましても、それぞれ上記URLに掲載しております。

【問い合わせ先】日本学術会議事務局管理課（総務担当）

(Tel：03-3403-3793、Fax：03-3403-1075、e-mail：a233@scj.go.jp)

■中国科学技術協会代表団来訪（報告）

7月21日（金）、中国科学技術協会書記・馮長根（FENG Changgen）氏を代表とする中国科学技術協会代表団が黒川清日本学術会議会長を表敬及び意見交換のために訪問しました。

馮書記は、アジア学術会議（SCA）理事でもあることから、2008年に中国・青島で開催が予定されているSCAについて発言がありました。

日本側からは2007年のSCAは沖縄で開催されること、テーマは「エネルギーと環境」としていると発言しました。

今後の相互の交流、情報交換等を含め、活発な議論が行われました。

【問い合わせ先】日本学術会議事務局参事官室（国際業務担当）国際調査担当

(Tel：03-3403-5731、e-mail：266@scj.go.jp)

■国際惑星地球年（IYPE）事務局長等来訪（報告）

7月31日（月）、国際惑星地球年（IYPE；International Year of Planet Earth—Earth Science for Society—）の事務局長 Edward F. J. de Mulder氏を代表とするご一行が黒川清日本学術会議会長を表敬のために訪問しました。同事務局長からはユネスコ（UNESCO）の新プロジェクトである国際惑星地球年についてのご紹介などがありました。

国際惑星地球年とは、国際地質科学連合（IUGS；ICSUに所属）とユネスコが呼びかけ、191の国や地域の全面的支持のもとで2005年12月の国連総会で承認されたもので、2007—2009年を活動期間とし、2008年をUN Year of Planet Earthとすることが宣言されました。

「社会のための地球科学」を標語とし、災害、資源、健康、気候、地下水、海洋、土壌、地球深部、巨大都市、生命の10の科学プログラムとアウトリーチプログラムからなる活動を行うこととされています。

なお、日本学術会議ホームページにも掲載しておりますので、ご参照ください。

<http://www.scj.go.jp/ja/scj/head/index.html>

【問い合わせ先】日本学術会議事務局参事官室（審議第二担当）

(Tel: 03-3403-1056、e-mail: s253@scj.go.jp)

■ 国際天文学連合総会における決議（報告）

8月14日からチェコのプラハで開催されていた第26回国際天文学連合（International Astronomical Union、以下IAU）総会は、8月24日、太陽系の惑星について、骨子以下のように決定した。

これは海王星・冥王星より遠い小天体が最近多数発見されていることなどにより、これまでの太陽系像を改定する科学的必要が生じたもので、2年近い討議と特別委員会での検討、今回の総会での熱心な科学的討議により決定されたものである。特別委員会には、国立天文台の渡部潤一助教授が委員として参加した。

なお、日本学術会議は日本における国際天文学連合の加入団体であり、今回の総会には日本代表として海部宣男日本学術会議会員(前国立天文台長)、ほか2名が派遣された。

- (1) 太陽系の惑星は、水星、金星、地球、火星、木星、土星、天王星、海王星の八つとする。冥王星は、惑星とは呼ばない。これは、その公転軌道の近傍領域における力学的な主要天体であることを惑星の新しい条件としたことによるもの。冥王星は小さく、この条件にあてはまらない。
- (2) 太陽系における新しい種類の天体として、「dwarf planet」を定義する。これらは小さいため惑星ではないが太陽を回る一人前の天体と認められるもので、これまで惑星とされていた冥王星、「小惑星」の仲間であったセレス、最近発見された海王星よりも遠くを回る天体2003UB313などが「dwarf planet」である。基準ぎりぎりの天体をdwarf planetとするかどうかは、今後制定されるIAUの手続きによるものとする。
- (3) そのほかの小さな小惑星（アステロイド）や海王星以遠の天体、彗星、隕石など太陽系内の小天体は、「Small Solar System Bodies」と総称する。
- (4) 「dwarf planet」のうち、最近発見が続いている海王星以遠の天体（Trans-Neptunian Objects）を、冥王星をその代表とする新しいクラスの天体と認める。このクラスの天体の名称はIAUのプロセスに従って検討する。

詳しくは、国立天文台ホームページ（<http://www.nao.ac.jp/>）を参照されたい。

なお、上記のdwarf planet、small solar system body、Trans-Neptunian Objectsなどの和名と概念の整理、および関連する国内での記載法等については、今後日本学術会議と関係学協会が中心となり、科学や教育など広い分野の関係者と協議し、とりまとめて公表する予定である。

平成18年8月25日 日本学術会議 会長 黒川 清
日本学術会議会員（IAU日本代表）海部宣男

●ホームページの「日本学術会議ニュース」欄にも掲載しておりますので、ご覧ください。

(<http://www.scj.go.jp/ja/info/news/index.html>)

なお、ご意見等がありましたら、下記問い合わせ先まで、お寄せください。

〔日本学術会議事務局企画課〕〒106-8555 東京都港区六本木7-22-34 (Tel: 03-3403-1906、p227@scj.go.jp)

「日本学術会議ニュース」欄の記事のみ転載は自由です。貴団体の学術誌等に転載等をしていただき、より多くの方にお読みいただけるようにお取り計らいください。

日本看護研究学会雑誌投稿規程

1. 投稿者

本誌投稿者は、著者及び共著者すべて本学会員とする。ただし編集委員会により依頼したものはこの限りではない。

2. 投稿の種類と内容

投稿内容は、看護に関する学術・技術・実践についての論文とする。投稿者は、投稿時に以下の原稿種別のいずれかを申告する。投稿論文は未発表のものに限る。また、人および動物が対象の研究は、倫理的配慮がされていること、およびそのことが本文中に明記されなくてはならない。

■原著論文（カテゴリーⅠ：量的研究、カテゴリーⅡ：質的研究、カテゴリーⅢ：その他）

学術上および技術上価値ある新しい研究成果を記述した論文。

投稿時にカテゴリーⅠ、Ⅱ、Ⅲ、のいずれかを選択する。

■研究報告

学術上および技術上価値ある新しい研究成果で、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」と朱書きし、書留郵便で郵送すること。）

事務局に到着した日を原稿受付日として誌上に明記する。なお著しく執筆要項を逸脱したものは事務的に返却し、形式が整った時点を受付日とする。

4. 原稿の受付

原稿の受付は、随時行っている。投稿規程および原稿執筆要項に沿わない原稿は、受理できない。

5. 投稿の採否

投稿の採否は、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投稿の種類を変更することがある。

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

なお原稿は原則として返却しない。

なお原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

	原著論文	研究報告	技術・実践報告	総説	資料・その他
独創性	○	○	○		
萌芽性		○	○		
発展性		○	○	○	
技術的有用性			○	○	
学術的価値性・有用性	○	○		○	
信頼性	○			○	
完成度	○				

〔凡例〕○：評価の対象とする、空欄：評価するが過度に重視しない。

6. 原稿の校正

校正にあたり、初校は著者が、2校以後は著者校正に基づいて編集委員会が行う。

なお校正の際の加筆は一切認めない。

7. 原稿掲載料・別刷料

原稿が刷り上がりで、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、印刷ファイル（pdf）の形で無料で配布する。刷紙媒体に必要な著者は、直接印刷業者に依頼すること。刷紙体は有料で、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。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。

原稿執筆要項

1. 原稿の書き方

原稿は簡潔でわかりやすいように重点を強調して記述すること。書籍・雑誌などの図、表を引用するときには必ず出典を明記すること。

- 1) 所定の表紙（学会誌最終頁に綴じ込まれているものをA4判に拡大コピーして使用）に、原稿の種類、和・英（JAMAの書式）の論文題名、およびキーワード（5語以内）、著者氏名、所属団体・部署とその英訳、原稿枚数、和文抄録文字数、英文抄録使用語数、別刷部数を明記する。
- 2) 原則としてワードプロセッサなどによる機械仕上げとし、英文抄録、和文抄録はそれぞれ別の用紙に印刷する。本文の書式はA4判の用紙に文字数800字（40字詰め20行）、左右余白30mm、上下余白50mmとする。本文には必ず中央下にページ数（本文のみ）を記すこと。本文（題名とはじめにの間などに）には著者名、所属を記入しない。
- 3) 英文抄録は200語以内をA4判の用紙に、原則としてTimes New Romanの12フォントを用いて、ダブルスペースで印字する（原著論文、研究報告のみ）。
- 4) 和文抄録は400字以内とする。
- 5) 図表は一つずつA4用紙に配置し、それぞれに通し番号を付して図1、表1などとする。
- 6) 図表は、白紙または青色の方眼紙に、黒インクで仕上り寸法の約1.5倍の大きさに描く。提出された原図はそのままオフセット印刷する。
- 7) 図表は、原稿本文とは別にまとめて巻末に添える事。図表を原稿に挿入する箇所は、原稿の右側余白に図表番号を朱書きする。
- 8) 文献は、本文の引用箇所の肩に1)、2)のように番号で示し、本文原稿の最後一括して引用番号順に整理して記載し、書式は本文と同じとする。文献著者が3名以上の場合は筆頭者2名のみをあげ、○○他とする。文献の記載方法は以下の通りである。

①雑誌の場合：

番号) 著者名：表題、雑誌名、巻(号)、始ページ-終ページ、発行年（西暦）

- 例 -

- 1) 日本太郎、看護花子、他：社会的支援が必要なハイリスク状態にある高齢入院患者の特徴、日本看護研究学会雑誌、2(1)、32-38、1998
- 2) Nihon, T., Kango, H. et al.: Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service, J. Nursing, 2(1), 32-38, 1998

②書籍の場合：

番号) 著者名：書名、引用箇所の始ページ-終ページ、出版社、出版地、発行年（西暦）

- 例 -

- 3) 研究太郎：看護基礎科学入門、23-52、研究学会出版、大阪、1995

③編集者の場合：

番号) 著者名：表題、編集者名(編)：書名、始ページ-終ページ、出版社、出版地、発行年（西暦）

- 例 -

- 4) 研究花子：不眠の看護、日本太郎、看護花子(編)：臨床看護学Ⅱ、123-146、研究学会出版、東京、1998
- 5) Kimura, H.: An approach to the study of pressure sore, In: Suzuki, H., et al. (Eds): Clinical Nursing Intervention, 236-265, Nihon Academic Press, New York, 1996

④電子文献の場合：

番号) 著者：タイトル、入手日、アドレス

- 例 -

- 6) ABC看護学会：ABC看護学会投稿マニュアル、2003-01-23。
<http://www.abc.org/journal/manual.html>

なお、雑誌略名は邦文誌では医学中央雑誌、欧文誌では、INDEX MEDICUSおよびINTERNATIONAL NURSING INDEXに従うものとする。

9) 用字・用語は、現代かなづかいとする。アラビア数字を使い、SI単位系(m, kg, S, Aなど)を用いる。

2. 原稿用紙および原稿の長さ

800字詰め原稿用紙3枚が刷り上がり1ページに相当する。刷り上がりが下記のページ数を超過しないように配慮すること。ただし、表題、図表等の一切を含むものとする。図表を仕上がり寸法(原版の2/3で大まかに見積る)で、A4サイズの内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. 原稿の電子媒体での提出

原則として、原稿の内容を電子媒体(フロッピーディスク、MO、CDの、いずれか)で提出する。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。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。

事務局 便り

1. 平成18年度会費納入のご案内について

平成17年度会費をお納めの上、平成18年度から「退会」のお申し出のない会員の方にこれまで、平成18年度発行雑誌29巻1・2・3・4号を送付いたしております。

平成18年度会費をまだお納め頂いていない方には、雑誌送付毎に平成18年度会費郵便振込用紙を同封しております。できるだけお早めにお振込下さいますようお願いいたします。会費、振込先は、下記の通りです。

記

会 費	7,000円
郵便振込	口座番号 00100-6-37136
加入者名	日本看護研究学会事務局

お振込の際、会員番号は、必ずご記入下さい。会員番号は、封筒のラベルに明記してあります。同姓・同名の方がおられますので、よろしく願いいたします。

2. 送付先変更の場合、できるだけ早く会費振込用紙の通信欄、または葉書・FAX (043-221-2332) で新しい送付先を事務局までお知らせ下さい。

楷書でお書き頂き、難しい読みの場合は、フリガナを付記して下さいますようお願いいたします。

3. 学会誌29巻3号を送付後に下記の方が送付先不明で戻ってきました。ご存知の方は、ご本人、または事務局までご連絡下さいますようお願いいたします。

え-043 蛭子 真澄 (2006) し-214 篠原 真弓 た-612 竹内麻紀子 な-069 中村恵子 (2005)
た-722 高野 陽子 ん-017 布井美佐子 (2004)

4. リニューアルに伴い、すでに葉書でお知らせしましたとおり、会員番号の一が0に変更になり、ログインID、パスワードが各会員に割り当てられました。ご確認の上、保管管理にご留意下さいますようお願いいたします。

訂正とお詫び

本誌 Vol.29 No.2 目次及び103頁

資料 感染管理に関する知識・技術に対する訪問看護従事者の捉え方

共著者氏名 滝内睦子→滝内隆子

事務所の開所曜日と開所時間

開所曜日	月・火・木・金	電 話	043-221-2331
開所時間	9:00～15:00	FAX	043-221-2332

*個人情報の管理について

日本看護研究学会にご登録いただいている個人情報については、慎重に取り扱い、本会運営の目的のみに使用しております。

日 本 看 護 研 究 学 会 雑 誌

第29巻 4号

会員無料配布

平成18年8月20日 印刷

平成18年9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

新ホームページアドレス

<http://www.jsnr.jp>

E-mail: info@jsnr.jp

発 行 責任者 山 口 桂 子

印刷所 (株) 正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

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 ()	
原稿投稿年月日	_____年 _____月 _____日	
和文題目		
英文題目		
キーワード (5語以内, 日本語/英語)		
1. /	2. /	3. /
4. /	5. /	
原稿枚数		
本文: _____枚	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 (※投稿規定7.参照)	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

看護理論－理論と実践のリンケージ

－看護研究の成果に基づく理論を実践しよう－

日本赤十字北海道看護大学学長
大阪大学名誉教授

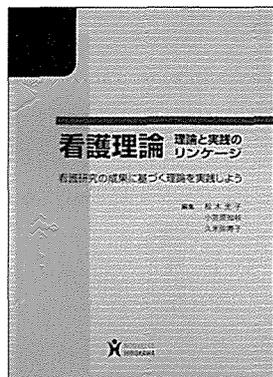
松木 光子

大阪大学大学院医学系
研究科保健学専攻教授

小笠原知枝 編集

大阪大学大学院医学系
研究科保健学専攻助教

久米弥寿子



新刊

好評発売中！

●B5判
●上製
●450頁
●定価4,200円
(本体4,000円＋税)
ISBN 4-902085-50-X

臨床の場に立つ看護師の方々が、さまざまな看護理論や看護研究で明らかにされた科学的根拠を基にして、必要な諸理論を状況に応じて活用し、効果的な看護実践（EBN）を目指すことができるように解説しています。

★看護対象の身体的・心理的・社会的状況や健康レベルや生活環境などを、さまざまな基礎理論や看護理論にリンクさせて、適切に看護診断と看護ケアができるように、わかりやすく理論を解説しています。

●実践編では、臨床のさまざまな看護状況に応じて、対象を理解し、看護診断、看護ケアを実際に展開するとき、どのような理論が、どのように応用されるのかを、事例を用いて具体的に解説しています。

主要目次

理論編

第1章 理論と実践

第2章 看護の枠組みと方向性を導く主な看護理論

1. 人間関係論に基づく看護理論
 - 1) ベプロウの看護理論
 - 2) トラベルビーの看護理論
2. ヘンダーソンのニード論
3. システム論に基づく看護理論
 - 1) オレムの看護理論
 - 2) ロイ適応看護モデル
4. ワトソンのケアリング理論

第3章 患者理解のための基礎理論

1. 発達理論とその活用法
2. ニード論（欲求理論）とその活用法
3. サポートシステム論とその活用法
4. 不安理論とその活用法
5. 危機理論とその活用法
6. ストレス・コーピング理論とその活用法
7. 役割理論とその活用法
8. 環境
9. 健康

第4章 ケアの方法に関連した理論

1. 看護過程
2. 看護実践用語分類
3. コミュニケーション理論
4. 生活援助技術
5. アセスメント技術
6. 教育指導技術
7. 看護における治療・介入
8. ケアリング理論と臨床への応用

実践編

第5章 看護状況に応じた看護理論の活用

1. 急性期患者の看護ケアと看護理論
2. 慢性期の患者の看護ケアと看護理論
3. ターミナル期がん患者の看護ケアと看護理論
4. 小児患者の看護ケアと看護理論
5. 高齢者患者の看護ケアと看護理論
6. 在宅患者の看護ケアと看護理論
7. 精神科患者の看護ケアと看護理論
8. 母性看護領域における看護ケアと看護理論

第6章 看護診断と理論

1. 理論構築の必要性
2. セルフケア不足
3. 不安
4. 感染リスク状態
5. ボディイメージ混乱
6. 疼痛
7. 皮膚統合性障害
8. 自己尊重慢性的低下
9. 知識不足
10. 思考過程混乱
11. 活動耐性低下

第7章 これからの看護理論

1. 概念的モデルから理論構築へ
2. 看護実践を支援する中範囲理論のさらなる構築
3. 理論や研究成果を実践に
4. 理論構築・理論検証と研究

 NOUVELLE
HIROKAWA

ヌーヴェルヒロカワ

ホームページ <http://www.nouvelle-h.co.jp/>

東京都千代田区九段北1-12-14 〒102-0073
TEL03-3237-0221(代) FAX03-3237-0223

