

JOURNAL OF JAPANESE SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 29 Number 5 December 2006 ISSN 0285-9262

日本看護研究学会雑誌

[29巻 5号]

看護職待望の音声機能付き電子辞書

看護医学電子辞書2

(((音声機能付

「看護大事典」「くすり」「検査」に加え

『NANDA看護診断 電子版 (2005-2006年準拠)』

『看護英会話入門 第3版』

大好評の2書籍を新たに収録!

●2006年 価格56,175円(本体53,500円+税5%)
[ISBN4-260-00268-6] 消費税率変更の場合、上記価格は税率の差額分変更になります。



収録内容

看護・医学系

<医学書院>

看護大事典

看護・医学事典 第6版

ポケット医学英和辞典 第2版

カルテ用語集

臨床検査データブック コンパクト版 第3版

治療薬マニュアル 電子版 (2006年準拠)

NEW NANDA看護診断 電子版 (2005-2006年版準拠)

NEW 看護英会話入門 第3版 (((ネイティブ発音



語学系

<岩波書店>

広辞苑 第五版(表110種・分野別小辞典収録)

逆引き広辞苑 第五版対応

<旺文社>

カタカナ語新辞典

<学研>

漢字源 (JIS版)

<大修館書店>

ジーニアス英和辞典 (第3版) (((ネイティブ発音

ジーニアス和英辞典 (第2版)

大修館書店監修 英語類語辞典

<DHC>

NEW 英会話とっさのひとこと辞典 (((ネイティブ発音



●一部のコンテンツを除き、写真・図・表・囲み記事・付録は収録されておりません。●漢字源 (JIS版) は書籍版「漢字源」(親字12,600字/熟語約75,000語収録)に基づいて「漢字源 (JIS版)」(親字6,355字/熟語約45,000語)として編集し収録しています。●大修館書店監修 英語類語辞典の書籍版は刊行されておりません。●治療薬マニュアル電子版は、書籍版「治療薬マニュアル2006」の添付文書部分の情報に基づき2005年12月9日付薬価基準収載分までの医療薬の収載(2005年8月以降に収載された後発品および一部の配合剤を除く)となります。●NANDA看護診断電子版は、書籍版「NANDA看護診断 定義と分類 2005-2006」に基づく各診断の定義・診断指標(または危険因子)・関連因子部分の収載となります。●看護英会話入門 第3版は、書籍「看護英会話入門 第3版」の「ダイアログ」と「Vocabularyをふやそう」および各々に対応する音声の収載となります。

看護医学電子辞書ならではの便利な機能

- クリアな音がうれしい! 充実の音声機能
- バックライト液晶でらくらく操作
- 複数の書籍を横断検索できるスーパージャンプ機能
- コンテンツ拡張機能でお好きな辞書を選んで増やせます
- 「治療薬マニュアル」は識別コード検索が可能

ご注文は最寄の
弊社特約店または
医書取扱い店に
お申し込みください



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

会 告 (1)

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。(第2回公告)

平成18年12月20日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

日本看護研究学会奨学会規程

第1条 (名 称)

本会を日本看護研究学会奨学会（研究奨学会と略す）とする。

第2条 (目 的)

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

第3条 (資 金)

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

第4条 (対 象)

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

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

第5条 (義 務)

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

第6条 (罰 金)

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

第7条 (委員会)

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

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

第8条

委員会より報告を受けた事項は、日本看護研究学会理事長が総会に報告する。

第9条

奨学金を授与する者の募集規程は、委員会において別に定め、会員に公告する。

第10条

本規程は昭和54年9月24日より発効する。

付 則

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

日本看護研究学会奨学会 平成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 (2)

第33回日本看護研究学会学術集会を下記のように開催します。(第2回公告)

平成18年12月20日

第33回日本看護研究学会学術集会

会 長 石 井 ト ク

記

第33回日本看護研究学会学術集会

メインテーマ 「生命科学時代における知と技とところ」

会 場：盛岡市民文化ホール（マリオス）、いわて県民情報交流センター（アイーナ）

期 日：平成19年7月28日（土）、29日（日）

会長講演：「生命科学時代における看護の機能拡大」

石井 トク（岩手県立大学看護学部教授）

座長：松岡 緑（大分大学医学部看護学科教授）

招聘講演：「看護研究の倫理 ～国際的な動向から～」

Samantha Mei-che Pang（香港理工大学健康社会科学部看護学科長）

座長：手島 恵（千葉大学大学院看護学研究科教授）

教育講演：「先端医療技術の進歩と近未来」

米本 昌平（科学技術文明研究所所長）

座長：井部 俊子（聖路加看護大学学長）

シンポジウム1：「医療の安全と安心の確保 ～医療事故防止の探究～」

シンポジスト：佐原 康之（厚生労働省医政局総務課医療安全推進室室長）

鈴木 利廣（明治大学法科大学院教授）

川原 玲子（岩手県立大船渡病院医療安全専門員）

山内 豊明（名古屋大学医学部保健学科教授）

座長：楠本万里子（日本看護協会常任理事）

シンポジウム2：「人としての生と死 ～終末期医療ガイドラインをめぐる～」

シンポジスト：町野 朔（上智大学大学院法学研究科長）

横尾 京子（広島大学大学院保健学研究科教授）

松村 悠子（関西福祉大学看護学部長）

川村佐和子（青森県立保健大学健康科学部教授）

座長：石垣 靖子（北海道医療大学大学院看護福祉学研究科教授）

ワークショップ1：「がん看護 ～生を支えるケア～」

伊藤ゆかり（岩手県立中央病院ホスピスケア認定看護師）

中村めぐみ（聖路加国際病院ナースマネジャー／がん看護専門看護師）

蛭田みどり（ケアタウン小平訪問看護ステーション所長）

コーディネーター：木村 紀美（弘前学院大学看護学部教授）

ワークショップ2：「フェルデンクライス ～人の動きを知る～」（実技演習）

かさみ康子（フェルデンクライス・ジャパン）

コーディネーター：吉田千鶴子（岩手県立大学看護学部助教授）

ワークショップ3：「岩手の文化といのち」

正部家ミヤ（とおの昔話村 語り部）

コーディネーター：石井 正己（遠野市立図書館・博物館長／東京学芸大学教授）

ワークショップ4：「情報共有とプライバシー」

太田 勝正（名古屋大学医学部保健学科教授）

板井孝壱郎（宮崎大学医学部助教授）

学会誌発刊30周年記念講演：「学会誌は語る ～日本看護研究学会がめざしてきたもの～」

山口 桂子（愛知県立看護大学教授／日本看護研究学会理事長）

座長：川口 孝泰（筑波大学大学院人間総合科学研究科教授）

市民公開講座：「マイナスこそプラスの種 ～チャレンジの力を活かす地域づくり～」

竹中 ナミ（社会福祉法人プロップ・ステーション理事長）

座長：鎌田 文聰（岩手大学教育学部教授）

懇 親 会

日 時：平成19年7月28日（土）18：00～19：30

会 場：ホテルメトロポリタン ニューウイング

会 費：6,000円

【参加費】

- ① 事前登録（会 員） 9,000円
- ② 事前登録（非会員） 9,000円（但し、学術集会誌代は含まない）
- ③ 事前登録（学 生） 2,000円（ 同 上 ）
- ④ 当日登録（会 員） 10,000円
- ⑤ 当日登録（非会員） 10,000円（但し、学術集会誌代は含まない）
- ⑥ 当日登録（学 生） 3,000円（ 同 上 ）

* 事前登録は平成19年6月15日までの登録

* 大学院生は会員または非会員のいずれかでお申し込みください。

<参加申し込み方法>

第33回学術集會事前振込みは、平成18年12月20日発行の第29巻5号に同封の振込用紙をご利用ください。
振込先は郵便振替「第33回日本看護研究学会学術集會 02200-1-43342」です。

【第33回学術集會事務局】

〒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會事務局

TEL：019-694-2280, 019-694-2290

FAX：019-694-2281, 019-694-2291

E-mail：jsnr33@ml.iwate-pu.ac.jp

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

(学会前日)

プレカンファレンスセミナー：「看護研究の原点にもどる～人を対象とした研究の魅力と難しさ～」

- 1. 量的研究・・・川口 孝泰（筑波大学大学院人間総合科学研究科教授）
- 2. 質的研究・・・田垣 正晋（大阪府立大学人間社会学部講師）
- 3. 研究倫理・・・川嶋みどり（日本赤十字看護大学看護学部長）

日 時：平成19年7月27日（金）14：00～17：45

場 所：いわて県民情報交流センター（アイーナ）

募集人数：各コースとも120名（先着順）

会 費：学術集會参加費とは別に5,000円

申し込み方法

申し込みは、①氏名、②施設名、③連絡先（電話番号、FAX番号またはE-mail）、④希望セミナーを明記の上、第33回日本看護研究学会学術集會プレカンファレンスセミナー係まで、E-mail（jsnr33pcon@ml.iwate-pu.ac.jp）またはFAX（019-694-3232）にてお申し込みください。

申し込み受理後、FAXまたはE-mailにて、申し込み受理の返信をいたします。必ず受理の確認をお願いいたします。受信の到着後、1週間以内に会費5,000円の事前振込みをお願いいたします。この事前振込みがない場合は、申し込みは取り消しになりますので、ご注意ください。

*なお、プレカンファレンスセミナーは1人1セミナーの申し込みしかできません。ご了承ください。

*定員になり次第、締め切らせていただきます。お早めにお申し込みください。

<振込先>

郵便振替「第33回日本看護研究学会学術集会 02200-1-43342」

振込金額 5,000円

通信欄に下記の内容を必ずご記入ください。

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| ① 希望セミナー | 例) プレカンファレンスセミナー 1. 量的研究 |
| ② 氏名, 所属, 学会加入の有無 | 例) 宮沢賢子, 岩手県立大学, 非会員 |

第33回日本看護研究学会学術集会一般演題および交流集会募集

第33回日本看護研究学会学術集会の一般演題および交流集会を下記の要項により募集いたします。開催地は岩手県盛岡市で、開催日は、平成19年7月28日（土）、29日（日）です。

発表形式は口演または示説（ポスターセッション）です。多数の方のご応募をお待ちしております。

平成18年12月20日

第33回日本看護研究学会学術集会

会 長 石 井 ト ク

【一般演題募集要項】

I. 発表資格

- 発表者・共同研究者はすべて本学会会員であることが必要です。なお、会員番号の問い合わせおよび入会確認については、日本看護研究学会事務局（TEL：043-221-2331、FAX：043-221-2332）にお問い合わせください。
- 発表者の方は、共同研究者全員の会員番号および平成19年度の会費納入をご確認ください。
未入会・未入金の方は、演題申し込み時までにあらかじめ、発表年度（平成19年度）の入会手続き・振込みを済ませてください。学会発表時までに、平成19年度会費未入金の方がおられますと発表できません。
- 演題は、発表当日の時点で未発表のものに限ります。他学会等への二重投稿は慎んでください。
- 発表者としての申し込みは、1人1題に限ります。

II. 演題申し込み方法

- 演題申し込みと同時に原稿を提出してください。
- 演題申し込み方法は、インターネットまたは郵送です。申し込みはできるだけインターネットによる申し込みをお願いします。
- 第30回学術集会から学会誌の大きさがB5版からA4判になり、抄録は、1ページに2演題掲載されます。
- 原稿は電子的に処理されるため、A4半分にレイアウトする必要はありません。所定の文字数制限を厳守の上、作成してください。
- 図表は1枚のみ入れることができます。
- 原稿文字数は、演題名、発表者・共同研究者の氏名・所属、本文あわせて、1,200字以内でお願いいたします。図表を入れる場合は、840字以内でお願いします。*
- 演題名は48字以内でお願いします。
- 本文には、【目的】、【研究方法】、【結果】、【考察】を必ず記入してください。研究方法には、必要に応じて倫理的配慮を含めてください。

*文字数の数え方

- ・演題名：『学術集会抄録原稿の電子的投稿に関する研究』（20字）
- ・発表者・共同研究者の氏名・所属

同じ所属の共同研究者は1行にまとめて印刷されますので、所属は1回だけ数えてください。

(例：岩手花子と宮沢賢子は、同じ岩手県立大学医学部附属病院)

『石川啄子 岩手県立大学看護学部』(14字)

『岩手花子 宮沢賢子 岩手県立大学病院』(16字：岩手県立大学医学部附属病院の省略)

14字+16字=30字

・本文：句読点・【目的】などを含めて数えますが、空白は含めません。半角英数文字については2つで1字として数えます。

・合計文字数：20+30+714=765字（図表なしは1,200字以内、図表ありは840字以内）

Ⅲ. 発表形式

●発表形式は、口演または示説（ポスターセッション）です。希望する形式を演題申込の所定欄に記入してください。ただし、演題数の都合により希望の形式が変更される場合があります。

1) 口演

1題につき発表7分、質疑応答3分で、パワーポイント（Windowsのみ）の使用に限ります。発表当日に発表者はUSBメモリーまたはCDをご持参ください。詳細につきましては、第30巻3号および学術集会ホームページでご確認ください。

2) 示説（ポスターセッション）

ポスターの掲示面は、幅90cm×高さ180cmを予定しております。詳細につきましては、第30巻3号および学術集会ホームページでご確認ください。

●演題の分類を以下の項目から2つ選び、その番号を所定欄に記入してください。ただし、演題数の都合により希望の分類が変更される場合もあります。

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

Ⅳ. 申し込み後の日程

お申し込みいただいた演題は査読を行い、その結果を平成19年3月中旬にお知らせいたします。発表日程につきましては、演題が採択された後の5月下旬にお知らせいたします。

Ⅴ. インターネットによる申し込み

募集期間 平成19年1月18日（木）から2月15日（木）17時まで

- 学術集会ホームページ (<http://www-nurs.iwate-pu.ac.jp/jsnr33/index.html>) の演題登録画面から、希望する発表形式、演題分類カテゴリー、発表者、連絡先、共同研究者、所属、演題名、本文、図表（1つまで）等を入力してください。詳しい入力方法は学術集会ホームページに掲載いたします。
- 演題受理、査読結果、発表形式・日時等の連絡は、すべて発表者のE-mail宛てに行います。E-mailアドレスが変更になった場合は、学術集会事務局へE-mail (jsnr33@ml.iwate-pu.ac.jp) またはFAX (019-694-2281または019-694-2291) でご連絡ください。
- 査読の結果、追加・修正が必要な場合についての詳しい方法は、学術集会ホームページに掲載します。

Ⅵ. 郵送による申し込み

募集期間 平成19年1月9日（火）から2月2日（金）必着

- 次の5つを同封し、書留で下記の「演題申し込み郵送先」に郵送してください。

- 1) 原稿4部（うち2部は発表者氏名、所属を省いたもの）
- 2) 図表4部（図表を入れる方のみ）
- 3) フロッピーディスク（原稿ファイルのみ）
- 4) 演題申し込み用往復官製はがき
- 5) 定形封筒（長形3号 235mm×120mm・各自購入）・80円切手貼付

1) 原 稿

- ・ 原稿はワープロソフトMicrosoft Wordを用いて、「一般演題原稿記載例（郵送の場合）」に従って作成してください。

2) 図 表

- ・ 図表は、1枚のみ入れることができます。図表を入れる場合は、原稿とは別に印刷したものを4部同封してください。
- ・ その際、図表4部のうち2部の上部に、発表者氏名と演題名を記入してください。
印刷時には、本文の下部に縦6.5cm×横8cmに収まる大きさに縮小または拡大されます。

3) フロッピーディスク

- ・ フロッピーディスクには、原稿ファイルのみを入れ、図表は入れないでください。
- ・ ファイルは、Microsoft Wordを用いて作成、あるいは、テキストファイルでお願いいたします。
ファイル名は、発表者氏名（例：「看護花子.doc」）にしてください。
- ・ フロッピーディスクの表に、演題名、発表者氏名、使用したワープロソフト名・バージョン（例：「Microsoft Word2003」「テキストファイル」）を必ず記入してください。

4) 演題申込用往復官製はがき

- ・ 演題申込用往復官製はがきは、演題名、発表者氏名、所属を記入し、返信用には発表者の宛名を書いてください。

5) 定形封筒

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

●演題申し込み郵送先

〒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術集会 事務局

●その他

- ・演題受理, 査読結果, 日時などの連絡は郵送で行われます。
- ・査読の結果, 修正・追加が必要な場合は, 修正原稿を郵送してください。詳細は査読結果とともにお知らせいたします。
- ・ご送付いただいたフロッピーディスクなどはすべてお返しできませんので, ご了承ください。

VII. 問い合わせ先

一般演題に関する問い合わせは, 下記「第33回日本看護研究学会学術集会」事務局へお願いします。

〒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術集会 事務局

TEL : 019-694-2280, 019-694-2290

FAX : 019-694-2281, 019-694-2291

E-mail : jsnr33@ml.iwate-pu.ac.jp

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

「一般演題原稿記載例（郵送の場合）」A4サイズ

＜演題分類カテゴリー＞ 3, 12 ←

＜演題分類カテゴリー＞

演題募集要項を参照の上、数字で2つ選んでください。

＜希望する発表形式＞ ①口演 ←

＜希望する発表形式＞

①口演、②示説、③どちらでもよい、のいずれかを記載してください。

＜発表者＞

石川 啄子 いしかわ たくこ い0999

岩手県立大学看護学部

〒020-0193

岩手県滝沢村滝沢字巣子152-52

TEL&FAX：019-694-2000

電子メール：jsnr33@ml.iwate-pu.ac.jp

＜発表者＞

氏名、ふりがな、会員番号、所属、郵便番号、住所、電話、内線番号、FAX、電子メールアドレスの順に記載してください。それぞれの項目、姓と名の間には空白をあけてください。

＜共同研究者＞

岩手 花子 いわて はなこ い0998 岩手県立大学病院

宮澤 賢子 みやざわ けんこ み0999 岩手県立大学病院

＜共同研究者＞

1行に1名ずつ、氏名、ふりがな、会員番号、所属の順に記載してください。それぞれの項目と姓と名の間は空白を空けてください。

登録時点で会員番号が不明な方は「不明」と記載し、会員番号が決まり次第、募集要項にある連絡先までご連絡ください。

＜図表の有無＞ 図表あり ←

＜演題名＞（48文字以内）

学術集会抄録原稿の電子投稿に関する研究

＜図表の有無＞

図表は1つのみ入れることができます。「図表あり」「図表なし」のどちらかを記載してください。

図表を入れる場合は、印刷したものを4部同封し、フロッピーディスクに入れないでください。印刷時には、本文の下部に、縦6.5cm×横8cmに収まる大きさに縮小または拡大されます。

＜本文＞

【目的】現在、インターネットに……

＜本文＞

演題名、発表者・共同研究者の氏名・所属、本文あわせて1,200字以内に収まるようにしてください。なお、図表を入れる場合は、840字以内をお願いいたします。
字数を超えた部分は印刷できません。

【交流集会募集要項】

I. 応募資格

- 本学会会員であることが必要です。

II. 演題申し込み方法

- 申し込み方法は、インターネットによる申し込みとなります。
- 学術集会ホームページ (<http://www-nurs.iwate-pu.ac.jp/jsnr33/index.html>) からの申し込みとなります。
- 交流集会の発表数には限りがあるため、採否の結果は後日、E-mailで通知いたします。

III. 実施形式

- 交流集会は自主運営です。会場のみご用意させていただきますので、必要な資機材などは各自でご準備ください。

IV. 申し込み先

申し込みはインターネットでお願いします。

募集期間 平成19年 1月18日（木）から 2月15日（木）17時まで

- 申し込み受理、採否結果、日時等の連絡は、すべて発表者の電子メール宛てに行います。電子メールアドレスが変更になった場合は、学術集会事務局へE-mail (jsnr33@ml.iwate-pu.ac.jp) またはFAX (019-694-2291) でご連絡ください。

V. 問い合わせ先

交流集会に関する問い合わせは、下記「第33回日本看護研究学会学術集会」事務局へお願いします。

〒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

TEL：019-694-2280, 019-694-2290

FAX：019-694-2281, 019-694-2291

E-mail：jsnr33@ml.iwate-pu.ac.jp

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

【学会入会申込・学会費振込先、事務局】

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

〒260-9856

千葉県千葉市中央亥鼻1-2-10

日本看護研究学会事務局

TEL：043-221-2331 FAX：043-221-2332

ホームページ：<http://www.jsnr.jp>

入会手続きについて

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

学会誌29巻5号（12月20日発行）巻末の申込用紙または、日本看護研究学会ホームページ（<http://www.jsnr.jp>）をご利用の上、入会なさるご本人の署名捺印、必要事項をご記入の上、推薦者評議員の署名・捺印をご確認の上、学会事務局へ郵送してください。

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

目 次

－原 著－

頭髪に付着した院内感染起因菌の生残にシャンプー洗髪が与える影響	19
---------------------------------------	----

大阪大学医学部附属病院 池 田 七 衣
大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 白 井 文 恵
大阪大学 土 肥 義 胤

看護学教員の教育ニーズの現状とそれに関係する特性の解明	27
-----------------------------------	----

国立看護大学校 亀 岡 智 美
千葉大学 舟 島 なをみ
群馬県立県民健康科学大学 山 下 暢 子

－研究報告－

スタッフナースの健康関連QOLに

職業性ストレス要因、緩衝要因、個人要因が及ぼす影響	39
---------------------------------	----

前香川大学医学部看護学科 上 田 恵美子
東海大学健康科学部 古 川 文 子
広島大学大学院保健研究科 小 林 敏 生

メンタルヘルス上の問題をもつ看護学生と関わる教員の葛藤	49
-----------------------------------	----

－看護専門学校教員の面接調査から－

東京慈恵会医科大学医学部看護学科 林 世津子
北里大学看護学部 柴 田 真 紀

在宅で重症心身障害児を養育する母親の養育負担感とそれに影響を与える要因	59
---	----

元愛知県立看護大学大学院 久 野 典 子
愛知県立看護大学 山 口 桂 子
愛知県立看護大学 森 田 チエ子

がん患者の漸進的筋弛緩法の習得状況と自己練習継続による効果	71
-------------------------------------	----

－身体的反応と主観的評価より－

高崎健康福祉大学 近 藤 由 香
群馬大学医学部保健学科 小 板 橋 喜久代

－技術・実践報告－

看護学生の関係づくり行動の変化	83
-----------------------	----

－作成した関係づくり行動尺度を使用して－

高知大学 尾 原 喜美子

—資 料—

大阪府T市内某救命救急センターに搬入された	93
-----------------------------	----

Domestic Violenceの被害者に関する記述的研究

大阪府三島救命救急センター 西 浦 ちひろ

臨床研究支援センター 山 田 一 朗

巽病院 中 谷 茂 子

消化管内視鏡検査における専門性として看護師に求められる能力	103
-------------------------------------	-----

—内視鏡部門に勤務する看護師を対象とした半構成的面接調査—

九州看護福祉大学 新 居 富士美

大分県立看護科学大学 安 部 恭 子

大分県立看護科学大学 大 島 操

在宅療養者への医療・衛生材料供給に向けての課題	109
-------------------------------	-----

—在宅医療に携わる医師・看護師の職種と所属機関別の分析から—

石川県立看護大学看護学部 前 田 修 子

水 島 ゆかり

岐阜大学医学部看護学科 滝 内 隆 子

CONTENTS

Original Papers

- Washing Hairs with Shampoo Remained Alive Bacteria on Them, 19
That May be Prevented from Their Growth by Subsequent Drying

Osaka University Hospital : Nanae Ikeda

Department of Health Promotion Science, Graduate School of Medicine, Osaka University : Fumie Shirai

Osaka University : Yoshitane Dohi

- Educational Needs of Nursing Faculty: Current status and Related Factors 27

National College of Nursing, Japan : Tomomi Kameoka

Chiba University : Naomi Funashima

Gunma Prefectural College of Health Science : Nobuko Yamashita

Research Reports

- Influences of Job Stressors, Buffer Factors, and Individual Characteristics on the HRQOL in Staff Nurses 39

School of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa University : Emiko Ueda

Tokai University School of Health Science : Fumiko Furukawa

Hiroshima University Graduate School of Health Science : Toshio Kobayashi

- Teacher Conflict Related to Students with Mental Health Problems..... 49

-Interviews with the Nursing School Teachers-

Jikei University, School of Nursing : Setsuko Hayashi

Kitasato University, School of Nursing : Maki Shibata

- The Sense of Burden of Mother with Severely Disabled Children at Home and the Related Factors 59

Former Graduate School of Nursing, Aichi Prefectural College of Nursing & Health : Noriko Kuno

Aichi Prefectural College of Nursing & Health : Keiko Yamaguchi

Aichi Prefectural College of Nursing & Health : Chieko Morita

- The Acquisition Level of Progressive Muscle Relaxation and Effects of its Continuous Self Training in
Cancer Patients 71

-Physical Response and Subjective Appraisal-

Takasaki University of Health and Welfare : Yuka Kondo

Gunma University : Kikuyo Koitabashi

Technical Report

- Changes in Relationship-establishing Behavior in Nursing Students..... 83

-Evaluation Using Our Relationship-establishing Behavior Scale-

Kochi University : Kimiko Ohara

Preliminary Reports

Descriptive Study on the Victims Caused by Domestic Violence Who were Sent to Emergency Critical Care Center at T City in Osaka Prefecture	93
Osaka Mishima Critical Care Medical Center : Chihiro Nishiura	
Clinical Research Consulting Center : Kazuaki Yamada	
Tatsumi Clinic & Hospital : Shigeko Nakatani	
Technical Skill and Specialization of Nursing About Gastrointestinal Endoscopic Examination: A Survey of Semi-structured Interview to Nurses Who Worked at the Department of Endoscopy	103
Kyushu University of Nursing and Social Welfare : Fujimi Arai	
Oita University of Nursing and Health Sciences : Kyoko Abe	
Oita University of Nursing and Health Sciences : Misao Oshima	
Issues in Supplying Medical and Hygienic Materials to Patient Being Cared at Home -Occupations and Agencies Analyses of Doctors and Nurses Working in Home Care-	109
Nursing Department, Ishikawa Prefectural Nursing University : Shuko Maeda	
: Yukari Mizushima	
Course, School of Medicine, Gifu University : Takako Takiuti	

頭髮に付着した院内感染起因菌の生残にシャンプー洗髪が与える影響

Washing Hairs with Shampoo Remained Alive Bacteria on Them, That May be Prevented
from Their Growth by Subsequent Drying

池 田 七 衣¹⁾

Nanae Ikeda

白 井 文 恵²⁾

Fumie Shirai

土 肥 義 胤³⁾

Yoshitane Dohi

キーワード：頭髮、細菌の付着と遊離、洗髪

Key Words : human hair, binding and release of bacteria, effects of shampoo

I. 緒 言

院内感染は、患者への新たな感染や多剤耐性菌の拡散に繋がることから、医療従事者にとって重要な問題である。院内感染対策に重要なことは、感染源を認識しその伝搬経路を遮断することであり¹⁻²⁾、「手洗い」の細菌伝搬防止効果は既に広く報告されている³⁻⁶⁾。細菌の付着部位には、手などの体表面の他に、衣服も含まれる。著者らは、衣服素材への院内感染起因菌の付着性を測定し、黄色ブドウ球菌や緑膿菌、大腸菌がポリエステル、アクリル、羊毛には非常に高率に付着し、木綿やナイロンには殆ど付着せず、細菌の伝搬防止には木綿やナイロン素材の衣服の使用が有効であることを報告した⁷⁾。

頭髮は、直径約0.08mm、約10万本と言われており⁸⁾、長さ平均約25cmと仮定した場合の全表面積は約6.3m²となる。体表面積が約1.7m²であることから、頭髮の表面積は体表面積の約3.7倍にも及ぶ。頭髮にも皮膚表面と同様多くの微生物が生息していることから、頭髮は病原体の感染源および伝搬経路として考慮するに値する部位であると考えられる。頭髮の細菌汚染状況については、頭髮に直接寒天平板培地を押し当てることにより細菌の存在を確認した研究⁹⁻¹⁰⁾があるが、頭髮上に生菌の存在を示したに過ぎない。また、シャンプーによる洗浄を加えてもなお頭髮上に細菌が存在することを電子顕微鏡で確認した研究の報告がある¹¹⁾が、定量的な測定は全くなされていない。

本研究では、頭髮への細菌の付着率を測定し、シャンプー洗髪後の頭髮にも付着した生残細菌が存在する事実から、頭髮が病原体の感染源または感染媒体となる可能性についての知見を得ることを目的とした。

II. 研究方法

1. 使用細菌

黄色ブドウ球菌(ATCC6538株、ATCC12600株、ATCC29213株、メチシリン耐性臨床分離株#114、#221)、緑膿菌(PAO1株、ATCC27853株、臨床分離株#4012、#4013、#4015)、大腸菌(W3110株、ATCC25922株)を用いた。臨床分離株は、(財)阪大微生物病研究会臨床検査室より分与を受けた。細菌は普通寒天平板培地(株)日水製薬、東京)に分離された単一コロニーを、TL培地(1% BactTM Peptone, (Becton, Dickinson and Company, Sparks, MD, U.S.A.), 1% Yeast Extract (BactTM Peptone, Becton, Dickinson and Company, Sparks, MD, U.S.A.), 0.15MNaCl)にて、37℃約3時間振とう培養し対数増殖期に増殖させた後、5分間氷冷して増殖を止めたものを使用した。菌液の濃度は、滅菌生理食塩水で希釈して調整した。生菌数は、普通寒天培地上で37℃、24時間培養し、形成されたコロニー数(cfu)から測定した。細菌の濃度は、対数増殖期の比濁度(OD_{530nm})と生菌濃度との相関を目安とし、cfu/mlで確認した。

細菌(黄色ブドウ球菌ATCC6538株、ATCC12600株、緑膿菌PAO1株、ATCC27853株)は³H-glycine(NEN Research Products, Boston, MA, U.S.A.)により標識した。滅菌生理食塩水で洗浄した黄色ブドウ球菌および緑膿菌の懸濁液を0.5%ホルマリン処理し、再び、滅菌生理食塩水で洗浄浮遊した死菌に、ECDI[1-ethyl-3(3-dimethylaminopropyl)carbodiimide HCl](株)和光純薬、熊本)を加え細菌表面のカルボキシル基を活性化させ、そこに³H-glycineを加え、室温にて24時間混和して反応させた。未反応の³H-glycineは滅菌生理食塩水にて遠心除去した。³H標識標品はAquasol-2(NEN Research Products, Boston, MA, U.S.A.)に溶解し、Beckman LS6500 Scintillation Counter(Beckman Instruments Inc. CA, U.S.A.)で測定した。調製された標識は、

1) 大阪大学医学部附属病院 Osaka University Hospital

2) 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 Department of Health Promotion Science, Graduate School of Medicine, Osaka University

3) 大阪大学 Osaka University (an Emeritus Professor)

代表的実験で、黄色ブドウ球菌 ATCC6538株の場合は、 1.8×10^6 cfu 由来菌当たり 1×10^4 dpm、緑膿菌 PAO1 株の場合は、 5.3×10^5 cfu 由来菌当たり 1×10^4 dpm であった。

2. 使用した頭髮および洗髪方法

頭髮は理髪店より分与を受けた脱色、染色処理を行っていない男性頭髮を使用した。シャンプー剤、リンス剤、トリートメント剤は3社（A、B、C社：植物物語(株)ライオン、東京；ダヴ(株)日本リーバ、東京；ヤシノミシャンプー(株)サラヤ、大阪）のものを使用した。2社については購買数の多いメーカーを選んだ。1社については天然素材を主成分とするものを選び、防腐剤を含まないものも恵与を受けた。また、ドライシャンプー剤（資生堂、東京）を使用した。3～4 cm 長に切断した頭髮片を滅菌ビニール袋に入れ滅菌水道水で十分濡らし、シャンプー剤を加え5分間よく揉み洗いし、滅菌水道水で5回濯ぎ安全キャビネット内で無菌的に乾燥させた。リンスおよびトリートメント処理は、シャンプーした頭髮片を滅菌ビニール袋に入れ、それぞれに5分間処理した後、滅菌水道水で5回濯ぎ、無菌の濾紙に包んで安全キャビネット内で乾燥させた。リンス剤およびトリートメント剤は、シャンプー剤と同社のものを使用した。それぞれ処理した頭髮は、実験に供するまで、滅菌紙袋に包んでいれ、乾燥シリカゲルを入れた瓶内に保管した。シャンプー洗浄した頭髮に1 mlの滅菌生理食塩水を加え、10回転倒混和後、上清100 μ lを回収し、普通寒天培地で37 $^{\circ}$ C、24時間培養したがコロニーは検出されなかった。また、TL培地内でシャンプー洗浄した頭髮40mgを6時間室温にて回転混和培養し、上清100 μ lを回収後、37 $^{\circ}$ C、24時間普通寒天培地で培養したがコロニーは検出されなかった。シャンプー処理後にリンス処理、トリートメント処理した頭髮についてもコロニーは検出されなかった。

3. 頭髮に付着した細菌数の算出方法

滅菌したシリコン化プラスチックチューブ（(株)アシスト、東京）に、洗髪処理した頭髮片を40mg入れ、 5×10^4 cfu/mlの菌液（黄色ブドウ球菌、緑膿菌、大腸菌）を1 ml 加え、4 $^{\circ}$ C、24 $^{\circ}$ C、または37 $^{\circ}$ Cにて、回転板（バイオクラフト、東京）を用いて1分間に18回転の速度で1時間回転させ、頭髮片と懸濁液を接触させた。頭髮片以外の菌液を回収して希釈し普通寒天培地に塗布し、生菌数を測定した。頭髮片への黄色ブドウ球菌の接触時間は30分、1時間、3時間とし、反応温度は4 $^{\circ}$ C、37 $^{\circ}$ Cとした。頭髮片を含まない菌液を対照とし、頭髮への細菌の付着率は、対照の菌数から頭髮に付着しなかった菌数を減じて算出した。実験は、再現性を得るために2回以上繰り返し行った。

4. 細菌へのシャンプー剤の影響の測定方法

5×10^4 cfu/mlの菌液（黄色ブドウ球菌、緑膿菌、大腸菌）1 mlに、最終濃度が1%または10%となるようにシャ

ンプー剤/滅菌水道水を加え、3分、5分後の菌液を回収して希釈し、生残した菌数を測定した。また、ドライシャンプー原液を加え、3秒、5秒、3分、5分後の菌懸濁液を回収して生残した菌数を測定した。

5. 生理食塩水により頭髮から遊離する細菌数の測定とシャンプー処理後に生残する細菌数測定、およびその増殖の観察

頭髮片に付着した細菌の洗浄による除去効果の測定には、まず、頭髮片40mgに黄色ブドウ球菌菌液 5×10^4 /ml、1 mlを加え、24 $^{\circ}$ C、1時間接触させた後、頭髮片以外の菌液をできる限り回収し液中の生菌数を測定した。そして残存する頭髮に滅菌生理食塩水1 mlを注ぎ5回転倒混和し、回収する操作を20回繰り返し、各回に回収した洗浄液から生菌数を測定し、その総量から遊離した生菌数を算出した。頭髮片に加えた菌数から、頭髮に付着しなかった生菌数と遊離したと考えられた生菌数を減じて、頭髮に残存すると考えられる細菌数を算出した。

頭髮片に付着した細菌のシャンプー剤による遊離の測定は、 3 H標識細菌を用いて行った。滅菌シリコン化プラスチックチューブに40mgの頭髮片を入れ、10,000dpm/ml、1 mlの標識菌（黄色ブドウ球菌、緑膿菌）と24 $^{\circ}$ C、1時間回転反応させた。上清100 μ lを回収し、シンチレーターにて 3 H線量を測定し、頭髮に付着しなかった菌数を算出した。また、同様に反応させた他のチューブには、100 μ lのシャンプー剤原液（最終濃度10%）を加えた（全量1,100 μ l）。上清110 μ lを回収し、 3 H線量を測定し、付着率の減少から、頭髮から遊離した菌数を算出した。

シャンプー洗浄後の頭髮上に生残する細菌の増殖の観察は、まず、滅菌シリコン化チューブ内でシャンプー洗髪頭髮40mgに 5×10^4 /ml、1 mlの大腸菌懸濁液を加え、24 $^{\circ}$ C、1時間回転した。その後、頭髮を滅菌水で5回転倒混和と洗浄、B社シャンプー剤10%を入れ15分回転混和、さらに滅菌水で5回転倒混和と洗浄した。スライドガラス上に、トーレシリコンコンパウンドHVG（(株)トーレシリコン、東京）で高さ約2 mm、四方約10mmの土手を作り滅菌後、土手の中にTL培地（2%メチルセルロース400cP（(株)和光純薬、東京）を含む）30 μ lを乗せ入れ、培地の中に処理頭髮片一つを入れ、無菌カバーガラスを泡の入らないように被せ、経時的に位相差顕微鏡（Nikon eclipse E600、東京）で1,000倍にて観察した。

6. 統計学的処理

データは平均 $\pm$ 標準偏差で表し、統計にはMann-Whitney U検定を用いた。有意水準は5%とした。

Ⅲ. 結 果

1. 黄色ブドウ球菌、緑膿菌及び大腸菌の頭髪片への付着率

シャンプー処理、更にリンス処理またはトリートメント処理を行った頭髪片への細菌の付着率を測定した。図1に黄色ブドウ球菌 ATCC12600株の頭髪への付着率を示す。

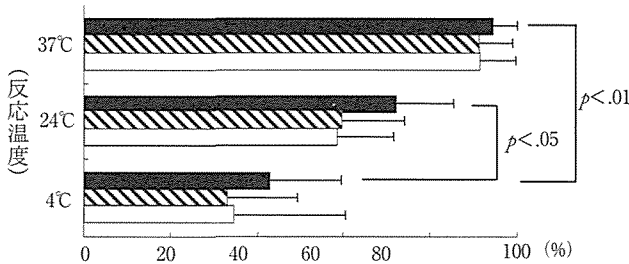


図1 黄色ブドウ球菌 (ATCC12600株) の洗髪処理した頭髪への付着率

■はシャンプー処理、▨はシャンプー・リンス処理、□はシャンプー・トリートメント処理を示す。
A社のシャンプー剤、リンス剤、トリートメント剤で洗髪した頭髪を使用した場合の付着率を示す。

シャンプー処理した頭髪への付着率は、37°C、1時間では $94.5 \pm 5.6\%$ 、24°Cでは $72.2 \pm 13.0\%$ 、4°Cでは $43.2 \pm 16.3\%$ であった。更にリンス処理した頭髪への付着率は、37°Cで $91.3 \pm 7.5\%$ 、24°Cで $59.6 \pm 14.4\%$ 、4°Cで $33.3 \pm 16.2\%$ であった。トリートメント処理した頭髪への付着率は、37°Cで $91.3 \pm 8.3\%$ 、24°Cで $58.4 \pm 13.1\%$ 、4°Cで $34.3 \pm 25.4\%$ であった。いずれの処理の場合も、4°Cよりは24°C、24°Cよりは37°Cで高い付着率であった。シャンプー処理した頭髪への付着率では、4°Cより24°C ($p < .05$)、4°Cより37°C ($p < .01$) で、有意に高い付着率であった。シャンプー処理に加えてリンス処理及びトリートメント処理した頭髪への細菌の付着率は、シャンプー処理の付着率と有意差はみられなかった。反応に加える菌濃度に関しても、少なくとも $5 \times 10^4 \sim 5 \times 10^6$ cfu/mlにおいて付着率には変化がなかった。メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (臨床分離株 #114, #221) でも同様の結果が得られた。

緑膿菌 PAO1 株のシャンプー処理した頭髪片への付着率は、図2に示すように、37°C、1時間で $76.7 \pm 9.2\%$ 、24°Cで $45.0 \pm 16.2\%$ 、4°Cで $34.5 \pm 18.5\%$ であった。更にリンス処理した頭髪への付着率は、37°Cで $76.2 \pm 15.9\%$ 、24°Cで $56.1 \pm 14.8\%$ 、4°Cで $22.8 \pm 14.9\%$ であった。トリートメント処理した頭髪への付着率は、37°Cで $79.9 \pm 7.2\%$ 、24°Cで $61.8 \pm 11.9\%$ 、4°Cで $29.2 \pm 25.5\%$ であった。温度差による付着率には有意な差はみられなかったが、いずれの処理においても4°Cよりは24°C、24°Cよりは37°Cでの付着率が高くなる傾向がみられた。黄色ブドウ球菌同様、シャンプー処理に加えて、リンス処理またはトリートメント処理しても付着率に有意な差はみられなかった。緑膿菌は黄

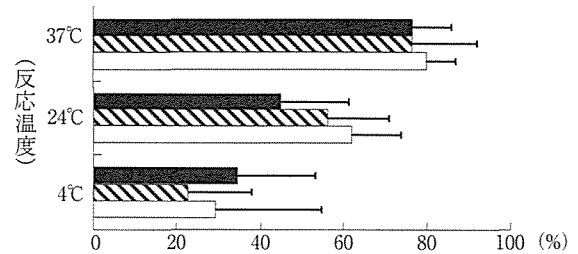


図2 緑膿菌 (PAO1株) の洗髪処理した頭髪への付着率

■はシャンプー処理、▨はシャンプー・リンス処理、□はシャンプー・トリートメント処理を示す。
A社のシャンプー剤、リンス剤、トリートメント剤で洗髪した頭髪を使用した場合の付着率を示す。

色ブドウ球菌と比較して、頭髪への付着率がやや低い傾向であった。

大腸菌 W3110株のシャンプー処理した頭髪片への付着率は、37°C、1時間で $93.3 \pm 4.2\%$ であり、黄色ブドウ球菌と同様の付着率であった。

頭髪片への黄色ブドウ球菌 ATCC12600株の付着率について3時間追跡した。図3に示すように、37°Cにおける付着率は30分で $73.7 \pm 29.3\%$ 、1時間で $88.0 \pm 12.5\%$ 、3時間で $98.1 \pm 2.7\%$ であり、4°Cにおいてはそれぞれ $3.5 \pm 4.9\%$ 、 $17.8 \pm 25.1\%$ 、 $51.2 \pm 43.8\%$ であった。体表面に近い部位の頭髪には細菌が短時間に頭髪に付着し、温度の低い部位の頭髪にも時間依存的に付着することが明らかになった。

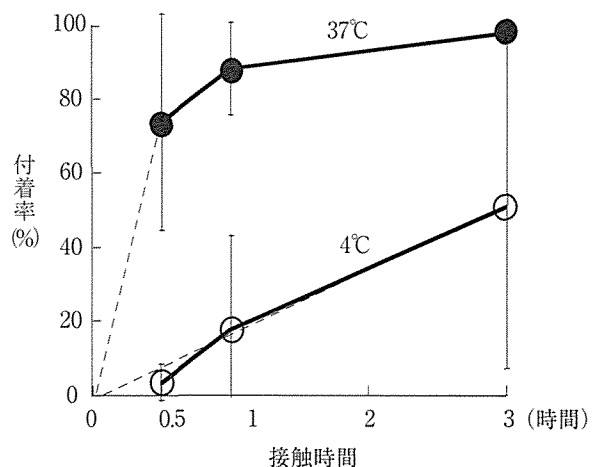


図3 黄色ブドウ球菌 (ATCC12600株) の頭髪への付着率
B社のシャンプー剤で洗髪した頭髪を使用した場合の付着率を示す。

2. 細菌の生残へのシャンプー剤の影響

黄色ブドウ球菌は、図4aに示すように、1～10%シャンプー剤中で3分間に1/10～1/1,000以下に減少し、シャンプー剤で大部分が死滅することがわかった。一方、緑膿菌 (PAO1株を除く) 及び大腸菌は、図4b, cに示すように10%濃度のシャンプー剤中でも5分処理後も100%が生残した。緑膿菌のうちPAO1株は1～10%シャンプー

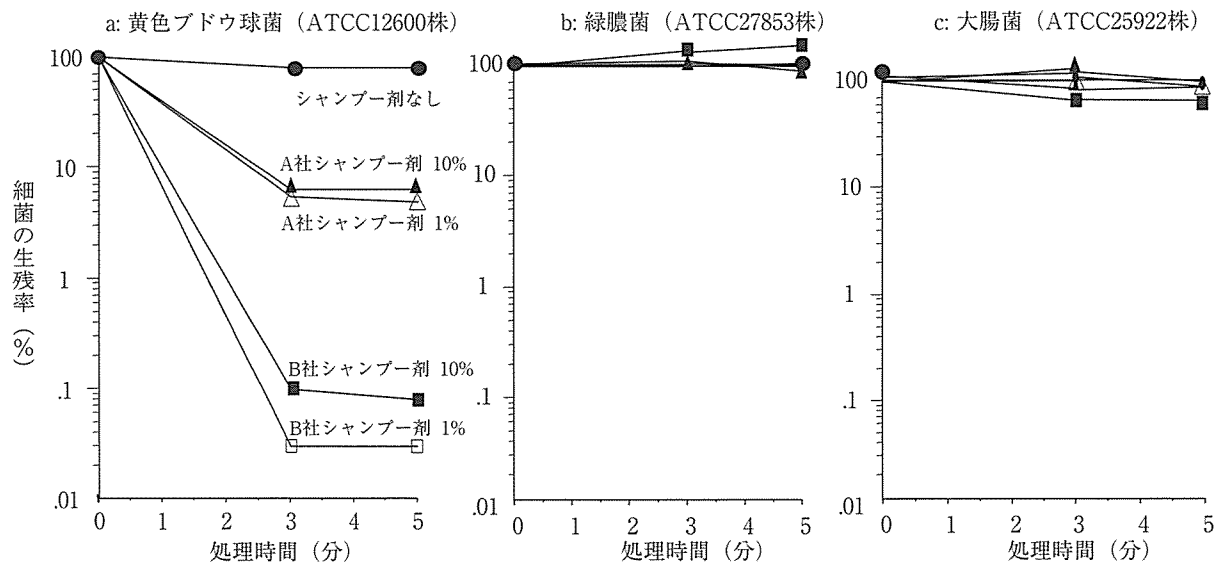


図4 シャンプー剤の細菌の生残への影響

A社、B社のシャンプー剤（最終濃度1%および10%）中での黄色ブドウ球菌、緑膿菌、大腸菌の5分間の生残率を示す。
緑膿菌（PAOI株を除く4株）、大腸菌（2株）はシャンプー剤で死滅しなかったが、黄色ブドウ球菌（5株）は1/10以下に減少した。

剤中で3分間に1/10～1/1,000以下に減少した。

次に、ドライシャンプー剤の細菌の生残への影響を測定した。黄色ブドウ球菌、緑膿菌、大腸菌いずれもドライシャンプー剤との接触後3秒以内に全く生菌は検出されなくなった。

3. 頭髪に付着した細菌の洗浄による生菌の遊離状況

頭髪片に付着した細菌にも弱く付着するものも含まれると考えられるため、滅菌生理食塩水による洗浄を試み生菌の遊離状況を測定した。40mgの洗髪頭髪に黄色ブドウ球菌 5×10^4 /ml、1 mlを加え、24℃、1時間反応させた。頭髪に付着しなかった菌数は、 1.34×10^4 cfuであった。図5に

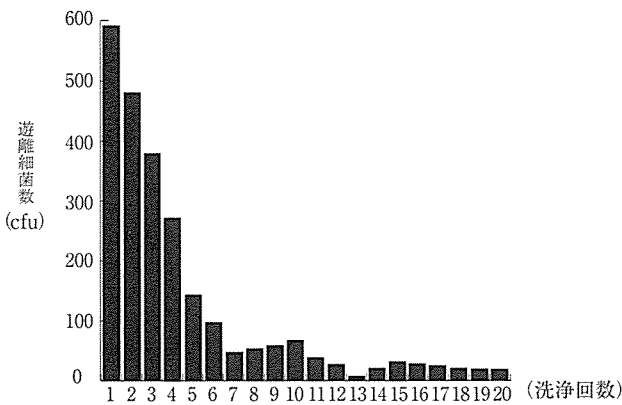


図5 頭髪に付着した黄色ブドウ球菌（ATCC12600株）の生理食塩水による遊離

A社シャンプー剤で洗髪した頭髪片40mgに黄色ブドウ球菌菌液 5×10^4 cfu/ml、1 mlを加え24℃で1時間、頭髪と細菌を接触させた。その結果、頭髪に付着しなかった細菌数は 1.34×10^4 cfuであった。滅菌生理食塩水による20回の洗浄により 0.24×10^4 cfuの細菌が回収された（遊離細菌数）。従って、付着しなかった細菌の総数は 1.58×10^4 cfu（31.6%）となり、68.4%の細菌が頭髪上に付着している。

示すように最初の4回の洗浄効果が高く、最終的に20回（20ml）の洗浄により 0.24×10^4 cfuの生菌が遊離した。結果として、頭髪に付着しなかった細菌総数は 1.58×10^4 cfu（31.6%）であり、68.4%が洗浄後も頭髪上に付着していた。

4. シャンプー剤による洗髪によっても残存する細菌量の測定

シャンプー洗浄後の頭髪上に存在する細菌量の確認のため、ホルマリン死菌を標識して、頭髪から遊離する細菌量を測定した。標識した黄色ブドウ球菌の頭髪への付着率は $68.6 \pm 6.1\%$ であり、標識した緑膿菌の付着率は $47.5 \pm 3.6\%$ であった。表1に示すように、シャンプー剤による洗浄により黄色ブドウ球菌では $38.3 \pm 5.6\%$ が、緑膿菌では $58.3 \pm 9.4\%$ が頭髪から遊離した。言い換えれば、シャンプー剤による洗髪を行っても、頭髪に付着した細菌は40～60%頭髪上に残存していたことを示している。

表1 頭髪に付着した細菌のシャンプー剤による洗浄後の遊離率

	黄色ブドウ球菌 (ATCC12600株)	緑膿菌 (ATCC27853株)
A社	$32.9 \pm 4.7\%$	$60.2 \pm 4.6\%$
B社	$38.5 \pm 7.0\%$	$61.5 \pm 8.8\%$
C社	$43.6 \pm 5.0\%$	$53.1 \pm 14.7\%$
平均	$38.3 \pm 5.6\%$	$58.3 \pm 9.4\%$

5. シャンプー剤による洗髪後、頭髪上に残存する大腸菌の増殖の状況

頭髪片に大腸菌を付着させた後、シャンプー剤による洗浄を行い、なおも頭髪上に残存する細菌の増殖を観察した。図6に示すように3時間、6時間と経時的に頭髪上で大腸菌が増殖していることが確認された。

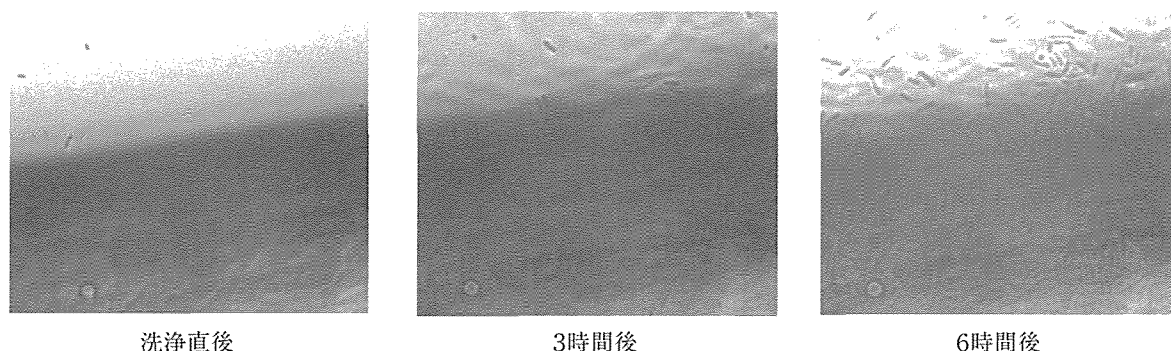


図6 頭髮に付着した大腸菌（ATCC25922株）のシャンプー剤による洗浄後の頭髮上での増殖状況

洗浄直後から6時間までの増殖を、位相差顕微鏡で1,000倍にて観察した様子を示す。

IV. 考 察

頭髮は、皮膚から発生している。皮膚表面には、石鹸で洗浄してもなお多くの微生物が強く張り付いている。従って、頭髮も同様に微生物が付着しやすい環境があるに違いない。また、頭髮の表面積は、体表面積の3.7倍にも及ぶことから⁸⁾、細菌の感染源や伝搬経路としては無視できないと考えられた。

頭髮への付着実験で、頭髮上の微生物を滅菌する目的で当初は、衣服繊維の実験⁷⁾と同様、105℃、30分処理を試みた。ところが、顕微鏡で頭髮の表面を観察したところ、キューティクルの構造物質が失われていた。従って、熱処理を加えず、シャンプー剤処理と洗浄を繰り返した頭髮を材料に実験を進めることとした。生菌の検出には、常に普通寒天培地を用い、生えてこない微生物は在りえるかもしれないが除外して実験した。

頭髮への細菌の付着率は、細菌が増殖しやすい環境である体温に近い温度で高い（図1～3）、頭髮への細菌暴露は、頭髮上での容易な細菌増殖を招く可能性が考えられる。例えば、浴槽を複数の患者で共有する場合、風呂のため湯には細菌が浮遊していることが多く、その湯を使用して洗髪することで細菌が頭髮に付着し増殖する可能性も考えられるため、洗髪後はシャワーを使用して十分洗い流し、乾燥させることが望ましいと思われる。

シャンプー剤が、黄色ブドウ球菌に対し殺菌性を持ち、緑膿菌（PAO1株を除く）や大腸菌には全く殺菌性がないことがわかった（図4）。緑膿菌は市販されているシャンプー剤の中でも増殖が可能であると言われているが^{11～13)}、本研究もそれを再確認する結果となっている。シャンプー剤が黄色ブドウ球菌と大部分の緑膿菌や大腸菌に対し異なった作用を示した理由については不明であるが、細菌の表面構造の差異¹⁴⁾が影響しているのかもしれない。シャンプー剤の黄色ブドウ球菌に対する殺菌性について、C社のシャンプー剤について、防腐剤を含まない材料が恵与されたので、同様の実験を行ったが、結果は同じであった。

従って、この殺菌性は防腐剤によるのではなく、シャンプーそのものによることが示唆された。また、シャンプー剤の種類による殺菌効果の程度の差異（A、B社）もシャンプーの組成成分によっていることが推察された。

ドライシャンプー剤により黄色ブドウ球菌、緑膿菌、大腸菌が3秒以内にほぼ完全に死滅した理由として、成分に殺菌に十分な濃度のエタノールが含有されているためと考えられた。従って、ドライシャンプー剤を洗髪に使用することは、頭髮上から細菌を除去するには有効な洗髪方法であろう。しかし、ドライシャンプーを続けて行うことは頭髮上のキューティクルの構造物質への影響が懸念される。つまり、髪を傷める可能性があると考えられる。通常の洗髪ケアではドライシャンプー剤を使用しないが、定期的にドライシャンプーをすることによって院内感染起因菌を除去できることが示された。特に、免疫抑制剤投与などを受け易感染状態にある患者への使用は有効であると考えられる。

シャンプー処理後のリンス処理、トリートメント処理が、細菌の頭髮への付着に影響しないことが明らかとなった。リンス剤にも界面活性剤は含有されておりその機能として帯電性防止効果もあるが^{15～16)}、細菌の付着には影響しなかった。

頭髮に付着した黄色ブドウ球菌について、どの程度生理食塩水により遊離洗浄できるかを調べた。徹底的に洗浄しても遊離されるものはわずか32%で、残り68%という多量の菌が付着したままであることが分かった（図5）。そこで、シャンプー剤により洗浄できるかを、標識した細菌で測定した。当初は細菌の表面に変化を与えることを危惧して、紫外線で殺菌した細菌を標識したが、標識細菌は細菌内酵素によるためか経時的に自己融解が起り、紫外線死菌を使用することをあきらめ、ホルマリン死菌にして標識した。標識方法は細菌表面のカルボキシル基を活性化し、標識グリシンのアミノ基を結合し、結果的にカルボキシル基を表在させるので、荷電の点では変化はない。また、1

cfuに1 dpm以下が結合したtrace labelingであるので、標識は細菌の付着性に影響を与えないことが示唆された。シャンプー剤による洗浄を行っても頭髪に付着した細菌を完全には除去できず、黄色ブドウ球菌では約62%、緑膿菌では約42%が頭髪上に残存した(表1)。

頭髪上に付着した細菌の増殖を観察しようとして、当初は細菌の有する還元酵素から測定を試みたが、頭髪には還元酵素活性が検出され付着細菌の酵素的定量は不可能であることが分った(未発表データ)。顕微鏡下でシャンプー洗髪した頭髪に付着する細菌の増殖の観察を試みた。細菌をはっきり顕鏡するには1,000倍以上の倍率を必要とするのでカバーガラスを通して観察が必要である。従って、シャンプー剤に耐性で通性嫌気性の大腸菌を選び、周囲をシリコンオイルで封じた培地内に頭髪を置いて観察し、経時的に増殖する画像を捉えた(図6)。緑膿菌は好気性菌であるので、頭髪上では同様なことが起こることが示唆された。

洗髪には毛髪及び頭皮に付着している皮脂、汗、垢や空気中の粉塵、煤煙による汚れを除去し、頭髪や頭皮を清潔にすることから感染を予防するという目的がある¹⁷⁾。しかし、シャンプー剤を用いた洗髪でも付着した細菌を完全には除去できず、細菌学的にみた場合、洗髪による感染防止効果は十分ではないことが実証された。即ち、頭髪が病原体の感染源および感染媒体となる可能性が強く示唆された。

V. 結 論

頭髪は、体表面積の約3.7倍に達する広い表面積を有する。院内感染対策では、手洗いの励行が叫ばれているが、頭髪も病原体の感染源や感染経路になる可能性がある。そこで、頭髪への院内感染起因菌の付着について追及した。シャンプーで洗髪した頭髪への黄色ブドウ球菌、緑膿菌、大腸菌の付着性について調べ、その結果、多量の細菌が頭髪に付着することが明らかになり、付着した細菌の少なくとも40～60%はシャンプー洗髪でも遊離せず付着したままであった。また、黄色ブドウ球菌は、種々のシャンプー剤により殺菌されるが、緑膿菌や大腸菌は全く殺菌されないことも明らかになった。従って、付着した緑膿菌や大腸菌は、シャンプーをしても一部が生きたまま付着し続け、条件によっては増殖する可能性があることから、頭髪は細菌の伝搬の温床になることが強く示唆された。

VI. 謝 辞

本研究に際し、天然素材を主成分とするシャンプー、及び防腐剤を含まないシャンプーを恵与下さいましたサラヤ株式会社に深謝申し上げます。また、研究に協力頂きました高島真美氏、加藤園子氏、柳原亜紀氏に深く感謝いたします。

要 旨

院内感染は、患者への新たな感染や多剤耐性菌の拡散に繋がることから、医療従事者にとって重要な問題である。院内感染対策に重要なことは、感染源を認識しその伝搬経路を遮断することである。頭髪は手指が触れる機会も多く、感染源及び伝搬経路となる可能性がある。そこで、シャンプーで洗髪した頭髪への、院内感染で重要な位置を占める黄色ブドウ球菌、緑膿菌、大腸菌の付着性について調べた。その結果、頭髪には多量の細菌が付着することが明らかになり、付着した細菌の40～60%はシャンプー洗髪でも遊離せず付着したままであった。また、黄色ブドウ球菌は、種々のシャンプー剤により殺菌されるが、緑膿菌や大腸菌は全く殺菌されないことも明らかになった。従って、多くの緑膿菌株や大腸菌株は、シャンプー洗髪しても一部が生きたまま付着し続け、再び増殖することから、頭髪が院内感染における感染源および伝搬経路となる可能性を強く示唆した。

Abstract

We must take precautions against nosocomial infections, which may induce an additional infection on patients and spread multi-drug-resistant bacteria. Their prevention is to be dependent on the correct understanding the sources and infection routes of the pathogens. Hair could be a candidate for the sources and/or routes, because its surface has about 3.7 times more as broad area as the whole body, and is often touched by hands. Therefore, we investigated here the adhesion rates of the opportunistic pathogens such as *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, and *Escherichia coli* to hair. We found very high adhesion rates of the bacteria. Forty to 60% of the bound ones still remained on the hair even after washing with various kinds of shampoo. Within 3 min, 1 to 10% of shampoo solution killed most of *Staphylococcus aureus*, but not any portion of majority strains of *Pseudomonas aeruginosa* and *Escherichia coli*. This fact indicated that the bound *Pseudomonas* and *Escherichia* remained alive on the hair, suggesting that the hair could be a course of the sources and routes of the pathogens of nosocomial infections.

文 献

- 1) 岡部昭延: Nursing Book 9 感染管理ナーシング. 34-38, 学研, 東京, 2002.
- 2) 佐竹幸子: 細菌検査レポートの読み方, 看護学雑誌, 62(2), 128-133, 1998.
- 3) Albert, R.K., Condie, F.: Hand-washing patterns in medical intensive-care units. N. Engl. J. Med., 304, 1465-1466, 1981.
- 4) Larson, E.: A casual link between hand-washing and risk of infection? Examination of the evidence, Infection Control Hosp. Epidemiol., 9, 28-36, 1998.
- 5) Larson, E.: The 1992-1993 and 1994 APIC Guidelines Committee: APIC guideline for hand-washing and hand antisepsis in healthcare settings, Am. J. Infect. Control, 23, 251-269, 1995.
- 6) Pittet, D., Hugonnet, S., et al.: Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene, Lancet, 56, 1307-1312, 2000.
- 7) Takashima, M., Shirai, F., et al: Distinctive bacteria-binding property of cloth materials, Am. J. Infect. Control, 32(1), 27-30, 2004.
- 8) 井上哲男: 毛髪の話, 13-81, 文芸春秋, 東京, 2003.
- 9) 工藤綾子, 田中道子, 他: 病院の看護師における頭髮の細菌叢の検討 - I. 頭髮の細菌汚染の実態調査 -, 日本看護研究学会雑誌, 26(2), 35-49, 2003.
- 10) 工藤綾子, 小川妙子, 他: 高齢者の頭髮細菌汚染状況と感染予防を目的とした洗髪方法の検討, 順天堂医療短期大学紀要, 12, 46-54, 2001.
- 11) Mase, K., Hasegawa, T., et al: Firm Adherence of *Staphylococcus aureus* and *Staphylococcus epidermidis* to Human Hair and Effect of Detergent Treatment, Microbiol. Immunol., 44(8), 653-656, 2000.
- 12) 雨宮一彦, 田口文章: 洗髪液の細菌による汚染, 感染学雑誌, 68(2), 177-181, 1998.
- 13) Amemiya, K., Kazyama, Y., et al: In Vitro Variation of the Smooth Phase of *Pseudomonas aeruginosa* to the Rough Phase after Exposure to Shampoo, Kitasato Med., 28, 182-189, 1998.
- 14) 森 良一, 天児和暢: 戸田細菌学, 17-42, 南山堂, 東京, 1999.
- 15) 井上哲男: 毛髪の話, 83-110, 文芸春秋, 東京, 2003.
- 16) 桐井範治: 頭髮用品の種類とその特徴, MB Derma, 40, 25-32, 2000.
- 17) 氏家幸子: 基礎看護技術 I, 284-335, 医学書院, 東京, 2000.

[平成17年10月11日受 付]
[平成18年 8月15日採用決定]

カラー写真で学ぶ 新生児の観察と看護技術

◆櫛引美代子（弘前学院大学教授）著

◆B5判 80頁 定価1,890円（本体1,800円 税5%）

ISBN4-263-23485-5



最新刊！

◆本書の主な特徴

- 好評の「カラー写真で学ぶ 周産期の看護技術」，「カラー写真で学ぶ 妊産褥婦のケア」に続く第3弾として，「新生児の観察と看護技術」を中心にまとめた母性看護学実習に最適のテキスト。
- 分娩時の新生児の姿勢（頭位，骨盤位），出生後の生理的变化（便，臍帯），外表の観察，反射，処置と看護技術（母児標識，バイタルサインの測定，出生直後の点眼，経口与薬，爪切り，採尿法，採血法，経管栄養法，点滴静脈内注射），新生児の異常など，基本的な観察項目をとり上げ，諸検査の準備と介助の手順をリアルでわかりやすいカラー写真を中心に解説し，新生児の様々な表情も紹介。
- 母性看護学実習でアセスメントに困る現象や，日常的に遭遇する処置について，わかりやすく，簡便に活用できる内容構成とし，普段，新生児と接する機会の少ない看護学生が母性看護に必須の観察力と，介助技術が身につけられるようまとめている。

◆本書の主な目次

1. 姿勢

頭位分娩の新生児 骨盤位分娩の新生児

2. 新生児の生理的变化

便の変化 臍帯の変化 皮膚色の変化

3. 外表の観察

外陰部 胎脂 頭部の変形 皮膚

4. 新生児の反射

5. 新生児の処置と看護技術

母児標識 バイタルサインの測定 出生直後の点眼
経口与薬 爪切り 採尿法 採血法 経管栄養法
点滴静脈内注射

6. 新生児の異常

7. 新生児の表情

カラー写真で学ぶ好評の既刊テキスト

◆櫛引美代子（弘前学院大教授）編著

カラー写真で学ぶ 周産期の看護技術

◆B5判 80頁 定価1,890円（本体1,800円 税5%）

ISBN4-263-23183-X

カラー写真で学ぶ 妊産褥婦のケア

◆B5判 90頁 定価1,890円（本体1,800円 税5%）

ISBN4-263-23270-4

●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

2006年10月作成 TP

看護学教員の教育ニーズの現状とそれに関する特性の解明

Educational Needs of Nursing Faculty: Current Status and Related Factors

亀 岡 智 美¹⁾ 舟 島 なをみ²⁾ 山 下 暢 子³⁾
Tomomi Kameoka Naomi Funashima Nobuko Yamashita

キーワード：看護学教員，教育ニーズ，ファカルティ・ディベロップメント

Key Words：nursing faculty, educational need, faculty development

I. 緒 言

看護学教員は、将来看護職となる学生に直接的に関わる存在であり、質の高い教授活動を展開するために、また、学生のロールモデルとなるために、さらには、自分自身の発展のために、教育に携わる看護専門職者としての望ましい状態に近づいていくよう努める責任がある¹⁾。また、このような看護学教員の活動支援に向けて、看護職養成教育機関である大学・短期大学・専門学校は、それぞれに独自の取り組みを行っている。

看護学教員が、教育に携わる看護専門職者として望ましい状態に近づくための教育の必要性を教育ニーズと言²⁾い、看護学教員の教育ニーズ充足のための課題検討に向けてはその現状や関連要因の解明が必須である。また、その成果は、各看護職養成教育機関が教員に効果的な支援を展開するための基礎資料となる。しかし、先行研究を検討した結果、これらはまだ明らかになっていなかった。そこで、筆者等は、2002年以降、看護学教員の教育ニーズに着目し、研究を継続してきた。

第1段階は、教育に携わる看護専門職者の望ましい状態の解明³⁾である。この研究は、看護学教員が他の看護学教員のどのような行動をロールモデル行動としているかを質的帰納的に探求し、教育に携わる看護専門職者の望ましい状態を表す6側面を解明した。

第2段階は、看護学教員の教育ニーズに関する測定用具の開発⁴⁾である。この研究は、第1段階の研究成果に基づき「教育ニーズアセスメントツール（看護学教員用）」（Educational Need Assessment Tool for Nursing Faculty, 以下、FENAT）を開発し、FENATが、高い現実適合性と信頼性・妥当性を確保していることを検証した。

本研究は、第3段階に位置づき、FENATを用いて看護

学教員の教育ニーズの現状とそれに関する特性を解明する。また、研究結果に基づき、看護学教員の教育ニーズに影響する要因の特定につながる仮説を導き出す。この仮説は、将来の検証を通して、看護学教員の教育ニーズに関する予測理論の開発につながっていく。予測理論^{5) 6)}は、相互に関連する一連の概念・定義・命題を構成要素とし、その命題が経験的に検証されていることを特徴とする。また、現象の予測機能を持ち、意図的に好ましい現象を起こしたり、好ましくない現象の発生を妨げたりする際に役立つ。そのため、看護学教員の教育ニーズに関する予測理論の開発は、看護学教員が教育ニーズを充足し、教育に携わる看護専門職者としてより望ましい状態へと発達することに貢献する。

II. 研究目的

看護学教員の教育ニーズの現状とそれに関する特性を解明し、看護学教員の教育ニーズに関する予測理論の発展に向けた今後の課題を検討する。

III. 用語の定義

1. 看護学教員

教員とは、学校に勤務し、学生等の学習者への教育活動に直接従事することを生業とする者を指す法律用語である⁷⁾。これを前提とし、本研究においては、看護学教員を「看護基礎教育機関に所属し、看護師免許を有し、学生への教育活動に直接従事している教員」と定義する。

2. 教育ニーズ

教育ニーズとは、「看護専門職者として望ましい状態と現状に乖離のある看護職者が望ましい状態に近づくための教育の必要性である。乖離が小さい看護職者ほど看護専門

1) 国立看護大学校 National College of Nursing, Japan

2) 千葉大学 Chiba University

3) 群馬県立県民健康科学大学 Gunma Prefectural College of Health Science

職者として望ましい状態にある」⁸⁾。これを前提とし、本研究においては、教育ニーズを「看護学教員が教育に携わる看護専門職者としての望ましい状態に近づくための教育の必要性」と定義する。

IV. 概念枠組み

看護学教員の職業活動に関する先行研究を概観し、その教育ニーズに関係する可能性のある20変数を選定し、概念枠組みを作成した(図1)。この20変数とは、教員特性に包含される[1. 所属教育機関の種類]⁹⁾、[2. 職位]¹⁰⁾、[3. 教育経験年数]¹¹⁾、[4. 主担当領域]¹²⁾、[5. 看護学実習担当の有無]¹³⁾、[6. 年間実習担当週数]¹⁴⁾、[7. 主担当領域と実習担当領域の一致]¹⁵⁾、[8. 看護学教員の仕事に対するやりがいの知覚]¹⁶⁾、[9. 教員養成講習会受講の有無]¹⁷⁾の11変数、看護師特性に包含される[10. 卒業した看護基礎教育課程]¹⁸⁾、[11. 臨床経験年数]¹⁹⁾、[12. 看護実践能力]²⁰⁾、[13. 看護師の仕事に対する重要性の知覚]²¹⁾の4変数、継続的学習者特性に包含される[14. 最終学歴]²²⁾、[15. 大学・大学院在籍の有無]²³⁾、[16. 学会所属の有無]²⁴⁾、[17. 研究指導者の有無]²⁵⁾の4変数、個人特性に包含される[18. 年齢]²⁶⁾、[19. 配偶者の有無]²⁷⁾、[20. 子どもの有無]²⁸⁾の3変数である。看護学教員の教育ニーズとこの20変数との関係解明は、看護学教員の教育ニーズに関する予測理論開発のための課題検討を可能にする。

V. 研究方法

1. 測定用具

本研究には、次の2種類の測定用具を用いた。

第1は、緒言に述べたFENAT²⁹⁾である。これは、6下位尺度30項目から成る4段階リカート型尺度である。6下位尺度とは、【I. 質の高い教授活動を展開する行動】、【II. 研究成果を産出し社会に還元する行動】、【III. 組織の目標達成と維持発展に向けて多様な役割を果たす行動】、【IV. 学習活動を継続して専門性の向上をめざす行動】、【V. 自己の信念・価値観に基づき自律した職業活動を展開する行動】、【VI. 部下・後輩の成長を支援する行動】であり、これらは、先行研究が解明した教育に携わる看護専門職者としての望ましい状態を表す6側面に対応する。質問項目は、教育に携わる看護専門職者としての望ましい状態を示し、選択肢は、「かなり当てはまる(1点)」、「わりと当てはまる(2点)」、「やや当てはまる(3点)」、「ほとんど当てはまらない(4点)」の4種類である。得点は、低いほどその看護学教員の現状が教育に携わる看護専門職者としての望ましい状態に近く、教育ニーズが低いことを表す。クロンバック α 信頼性係数は0.946であり、内的整合性による信頼性を確保している。構成概念妥当性は、開発者らが因子分析の結果に基づき検証している。

第2は、看護学教員特性調査紙(以下、特性調査紙)である。これは、概念枠組みが包含する看護学教員の特性に関わる20変数を調査する質問紙である。内容的妥当性は、

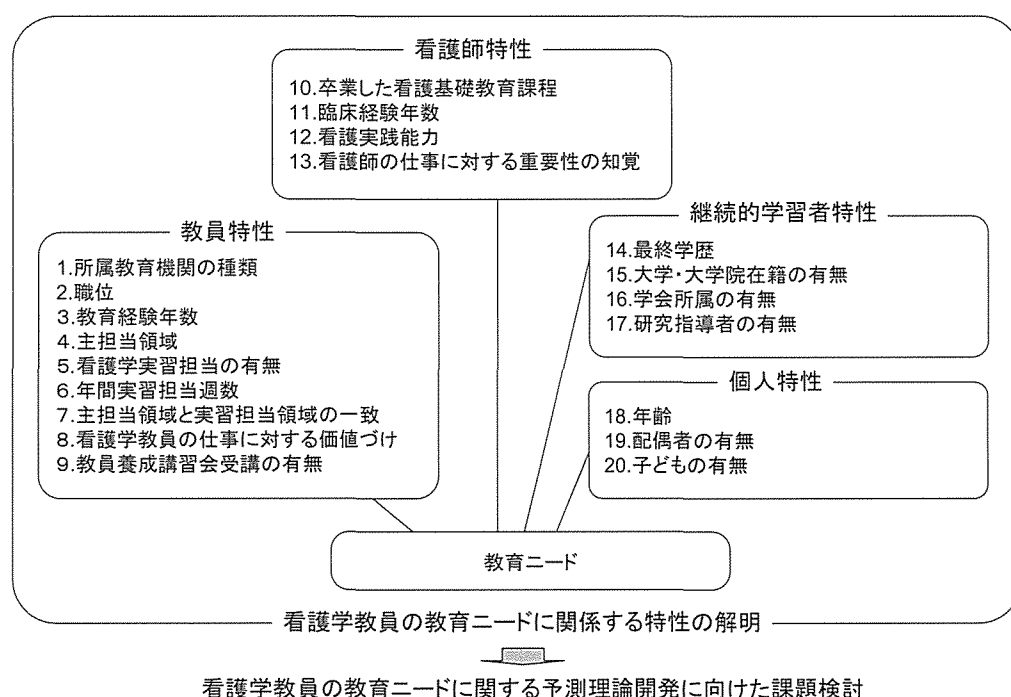


図1 研究の概念枠組み

専門家会議とパイロットスタディにより確保した。

2. データ収集

層化無作為抽出法により全国の看護職養成教育機関から抽出した大学35校、短期大学19校、専門学校246校の教育管理責任者に往復葉書を用いて研究協力を依頼した。その結果、大学22校、短期大学10校、専門学校138校より承諾を得た。これら138校に所属する看護学教員1577名に対し、教育管理責任者を通して前述した2種類の測定用具から成る調査票を配布した。その回収は、対象者が返信用封筒を用いて個別に投函する方法により行った。データ収集期間は、2004年1月14日から1月31日までであった。

3. データ分析

収集したデータを3段階の手続きにより分析した。第1段階においては、FENAT及び特性調査紙への対象者の回答について記述統計値を算出した。第2段階においては、看護学教員の特性に関する20変数と教育ニーズとの関係を分析した。その際、20変数のうち定性的に測定された変数と教育ニーズとの関係探索にはt検定もしくは一元配置分散分析、定量的に測定された変数と教育ニーズとの関係探索には相関係数の算出と検定を行った。有意水準は0.05とした。第3段階においては、教育ニーズに関係する重要な特性の検討に向け、さらなる分析を行った。具体的には、第2段階の分析により教育ニーズとの間に統計学的に有意な関係を認められた変数各々に対し、当該変数を目的変数、他の変数を説明変数とする重回帰分析を行い、標準偏回帰係数（以下、 β ）が0.2以上のものを抽出した。有意水準は0.05とした。なお、重回帰分析の際、定性的に測定された変数は、ダミー変数もしくは順序性に基づく連続変数として処理した。

4. 倫理的配慮

教育管理責任者への研究協力依頼、対象者への調査票配布に際し、研究の目的、方法、プライバシー保護等について文書により提示した。また、「2. データ収集」に述べた通り、対象者が返信用封筒を用いて個別に投函する方法により調査票を回収し、任意の研究協力を保証した。

VI. 研究結果

配布した調査票1577部のうち834部が返送された（回収率52.9%）。このうち全ての質問項目に回答のあった546部を有効回答とし、分析を行った。

1. 対象者の背景

対象者の性別は、女性533名（97.6%）、男性10名（1.8%）、不明3名（0.5%）であった。年齢は、26歳から69歳の範囲であり、平均45.1歳（SD = 7.9）であった。所属教育機関の種類は、大学107名（19.6%）、短期大学32名（5.9%）、専門学校391名（71.6%）、不明16名（2.9%）であった。教育

経験年数は1年から40年の範囲であり、平均11.0年（SD = 7.5）であった。対象者のうち大学・短期大学に所属する者139名の職位は、教授40名（28.8%）、助教授37名（26.6%）、講師43名（30.9%）、助手19名（13.7%）であった。また、専門学校に所属する者391名の職位は、教務主任・教育主事等86名（22.0%）、専任教員296名（75.7%）、不明9名（2.3%）であった。これらは、本研究のデータが、多様な背景を持つ教員から収集されていることを示す。

2. 教育ニーズアセスメントツール（看護学教員用）の得点分布（表1）

FENAT全30項目の総得点（以下、FENAT得点）は、30から118の範囲であり、平均73.1（SD = 15.7）であった。

また、各下位尺度の得点は、下位尺度【Ⅱ. 研究成果を産出し社会に還元する行動】が15.6（SD = 4.3）と最も高く、以下、【Ⅵ. 部下・後輩の成長を支援する行動】（平均13.1, SD = 4.0）、【Ⅳ. 学習活動を継続して専門性の向上をめざす行動】（平均11.5, SD = 3.2）、【Ⅴ. 自己の信念・価値観に基づき自律した職業活動を展開する行動】（平均11.3, SD = 3.1）、【Ⅰ. 質の高い教授活動を展開する行動】（平均11.2, SD = 2.9）、【Ⅲ. 組織の目標達成と維持発展に向けて多様な役割を果たす行動】（平均10.5, SD = 3.0）と続いた（表1）。各下位尺度の得点と標準偏差を基に、全6下位尺度の平均（以下、sM）及び標準偏差（以下、sSD）を算出した結果、sM = 12.2, sSD = 2.6であった。また、このsMとsSDを用い、得点の平均が[sM + sSD]、すなわち14.8を越える高得点下位尺度、得点の平均が[sM - sSD]、すなわち9.6未満の低得点下位尺度を検討した。その結果、高得点下位尺度は【Ⅱ. 研究成果を産出し社会に還元する行動】であり、低得点下位尺度は存在しなかった。

さらに、各項目の得点は、平均が1.7から3.4、標準偏差が0.7から1.0の範囲であった。全30項目の平均（以下、iM）及び標準偏差（以下、iSD）を算出した結果、iM = 2.4, iSD = 0.5であった。下位尺度得点と同様に、得点の平均が[iM + iSD]、すなわち2.9を越える高得点項目、得点の平均が[iM - iSD]、すなわち1.9未満の低得点項目を抽出した。その結果、高得点項目は、下位尺度【Ⅱ. 研究成果を産出し社会に還元する行動】に含まれる《8. 一貫したテーマをもって研究に取り組んでいる》、《9. 実践に役立つ成果の産出に向けて研究計画を丹念に検討している》、《10. 学会や研究会で研究成果を継続的に発表している》の3項目であった。一方、低得点項目は、下位尺度【Ⅰ. 質の高い教授活動を展開する行動】に含まれる《4. 学生や自己の看護実践場面を具体例として授業に織り込んでいる》、下位尺度【Ⅲ. 組織の目標達成と維持発展に向けて多様な役割を果たす行動】に含まれる《11. 組織全体の中で仕事の優先順位を考え行動している》の2項目であった。

表1 教育ニーズアセスメントツール-看護学教員用-の下位尺度および項目得点

n = 546

下位尺度：平均（標準偏差）	項 目	平均（標準偏差）
I. 質の高い教授活動を展開する行動：11.2（2.9）	1. 教材や教具を工夫してわかりやすく授業を展開している	2.4（0.7）
	2. 論理的に構成した授業を展開している	2.4（0.7）
	3. 学生が抽象と具象を結びつけられるように授業を展開している	2.2（0.7）
	4. 学生や自己の看護実践場面を具体例として授業に織り込んでいる	▼ 1.8（0.8）
	5. 学生が主体的に学習できるように授業の方法を工夫している	2.4（0.8）
II. 研究成果を産出し社会に還元する行動：15.6（4.3）	6. 看護や教育に関わる現象を研究課題へとつなげている	2.9（1.0）
	7. 看護実践や教育の質向上につながる研究に取り組んでいる	2.9（1.0）
	8. 一貫したテーマをもって研究に取り組んでいる	▲ 3.1（1.0）
	9. 実践に役立つ成果の産出に向けて研究計画を丹念に検討している	▲ 3.4（0.9）
	10. 学会や研究会で研究成果を継続的に発表している	▲ 3.3（0.9）
III. 組織の目標達成と維持発展に向けて多様な役割を果たす行動：10.5（3.0）	11. 組織全体の中での仕事の優先順位を考え行動している	▼ 1.7（0.7）
	12. 組織の中での自己の立場や役割を理解しメンバーシップを発揮している	2.0（0.7）
	13. 社会の動向を見すえ組織の発展を考えながら役割を遂行している	2.4（0.8）
	14. 組織の一員としての自己の役割を明確に自覚して行動している	1.9（0.8）
	15. 人的・物的資源を効果的に活用して組織内での多様な役割を果たしている	2.4（0.8）
IV. 学習活動を継続して専門性の向上をめざす行動：11.5（3.2）	16. 専門誌に目を通して最新の情報を得ている	2.0（0.7）
	17. 専門分野の学会に参加して最新の知見に触れている	2.3（0.8）
	18. 同じ専門分野の人々と交流し学術的な刺激を得ている	2.7（0.9）
	19. 図書やコンピュータなど自分自身の学習に必要な環境を整えている	2.2（0.8）
	20. 自己の課題を克服するために必要な学習を行っている	2.4（0.8）
V. 自己の信念・価値観に基づき自律した職業活動を展開する行動：11.3（3.1）	21. 他者の意見も尊重しつつ信念を持って自分の意見を述べている	2.1（0.8）
	22. 正しいと思うことはどのようなことがあっても実現を目指す	2.6（0.8）
	23. 問題や困難に遭遇してもあきらめることなく信念に基づき行動している	2.4（0.8）
	24. 看護や教育に対する自己の信念に基づき一貫性のある行動をとっている	2.1（0.8）
	25. 自己の判断基準に基づき職業上の意思決定を行っている	2.1（0.7）
VI. 部下・後輩の成長を支援する行動：13.1（4.0）	26. 部下や後輩に対し経験や能力に応じて課題を示している	2.6（0.9）
	27. 部下や後輩に対し不足している点を的確に指摘している	2.8（0.8）
	28. 部下や後輩が学会や研修会などの学習機会を得られるよう配慮している	2.6（1.0）
	29. 部下や後輩が新たな役割に挑戦する機会を作っている	2.6（1.0）
	30. 部下や後輩の教育・研究活動が向上するよう支援している	2.6（1.0）

注1：高得点下位尺度（平均が「全6下位尺度の平均＋標準偏差」を越えた下位尺度）を網掛けで示した。

注2：低得点下位尺度（平均が「全6下位尺度の平均－標準偏差」未満の下位尺度）は存在しなかった。

注3：高得点項目（平均が「全30項目の平均＋1標準偏差」を越えた項目）を▲で示した。

注4：低得点項目（平均が「全30項目の平均＋1標準偏差」を越えた項目）を▼で示した。

3. 教育ニーズアセスメントツール（看護学教員用）の得点と看護学教員の特性に関わる変数との関係

看護学教員の教育ニーズに関係する特性の探索に向け、概念枠組みに示した20変数とFENAT得点との関係を分析した。その結果、20変数のうち17変数とFENAT得点との間に統計学的に有意な関係を認めた（ $p < 0.05$ 、表2）。この17変数とは、教員特性に包含される[1. 所属教育機関の種類]、[2. 職位]、[3. 教育経験年数]、[4. 主担当領域]、[6. 年間実習担当週数]、[7. 主担当領域と実習担当領域の一致]、[8. 看護学教員の仕事に対するやりがいの知覚]、[9. 教員養成講習会受講の有無]の8変数、看護師特性に包含される[10. 卒業した看護基礎教育課程]、[12. 看護実践能力]、[13. 看護師の仕事に対する重要性の知覚]の3変数、継続的学習者特性に包含される[14. 最終学歴]、[15. 大学・大学院在籍の有無]、[16. 学

会所属の有無]、[17. 研究指導者の有無]の4変数、個人特性に包含される[18. 年齢]、[20. 子どもの有無]の2変数であった。

各変数に関する結果は、FENAT得点が低い、すなわち、教育ニーズの低い教員が、次の特性を持つことを明らかにした。それは、《1. 大学・短期大学に所属している》、《2. 職位が高い》、《3. 教育経験年数が長い》、《4. 主担当領域が母性看護学である》、《6. 年間実習担当週数が短い》、《7. 主担当領域と実習担当領域の一致度が高い》、《8. 看護学教員の仕事にやりがいを強く感じている》、《9. 教員養成講習会を受講していない》、《10. 卒業した看護基礎教育課程が大学である》、《12. 看護実践能力が高い》、《13. 看護師の仕事を非常に重要であると知覚している》、《14. 大学院を修了している》、《15. 大学院に在籍している》、《16. 学会に所属している》、《17. 研究指導者が

表2 看護学教員の特性と教育ニーズアセスメントツールー看護学教員用ー (FENAT) 総得点

特 性		N	FENAT 総得点 M (SD)	検定統計量
[教員特性]				
1. 所属教育機関の種類		107	61.4 (SD = 14.3)	F = 55.6***
	大学	32	65.8 (SD = 16.4)	*** *** (Tukey)
	短期大学	391	77.2 (SD = 14.1)	
	専門学校			
2. 職位				
大学・短期大学教員	助手	19	76.8 (SD = 14.1)	F = 17.1***
	講師	43	67.7 (SD = 14.6)	* *** *** (Tukey)
	助教授	37	58.8 (SD = 12.0)	
	教授	40	54.5 (SD = 9.7)	
	専門学校教員			
	専任教員	296	79.5 (SD = 13.7)	t = 6.6***
	教務主任・教育主事等	86	69.5 (SD = 12.0)	
3. 教育経験年数	平均11.0年 (SD = 7.5)	532	ピアソンの積率相関係数 r = -0.396***	
4. 主担当領域	基礎看護学	144	71.1 (SD = 17.2)	F = 2.5*
	成人看護学	80	77.5 (SD = 15.0)	* (Tukey)
	老年看護学	63	74.6 (SD = 12.6)	
	小児看護学	52	73.0 (SD = 16.2)	
	母性看護学	53	68.3 (SD = 14.8)	
	地域看護学	52	73.7 (SD = 13.9)	
	精神看護学	36	75.3 (SD = 17.4)	
5. 看護学実習担当の有無	実習を担当している	484	73.3 (SD = 15.6)	t = -1.1 (ns)
	実習を担当していない	43	70.1 (SD = 15.0)	
6. 年間実習担当週数	平均20.5年 (SD = 9.8)	473	ピアソンの積率相関係数 r = 0.335***	
7. 主担当領域と看護学実習担当領域の一致				F = 13.4***
	完全に一致している	128	66.3 (SD = 16.2)	*** *** (Tukey)
	ほとんど一致している	228	75.7 (SD = 14.4)	
	少し一致している	115	77.2 (SD = 15.9)	
	全く一致していない	26	71.0 (SD = 14.7)	
8. 看護学教員の仕事に対するやりがいの知覚				F = 34.4***
	非常にやりがいを感じている	147	63.1 (SD = 14.0)	*** *** *** *** (Tukey)
	わりとやりがいを感じている	285	74.5 (SD = 14.3)	
	どちらともいえない	91	82.4 (SD = 13.6)	
	あまりやりがいを感じていない	15	87.7 (SD = 11.2)	
	全くやりがいを感じていない	4	88.3 (SD = 15.7)	
9. 教員養成講習会受講の有無	受講	453	74.2 (SD = 15.2)	t = 3.3**
	未受講	89	67.8 (SD = 17.0)	
[看護師特性]				
10. 卒業した看護基礎教育課程	大学	68	63.6 (SD = 15.1)	F = 15.5***
	短期大学	69	73.1 (SD = 17.1)	*** (Tukey)
	専門学校	394	74.8 (SD = 15.0)	
11. 臨床経験年数	平均10.6年 (SD = 5.8)	533	ピアソンの積率相関係数 r = 0.05 (ns)	
12. 看護実践能力				F = 23.6***
	高い	22	56.1 (SD = 13.5)	*** *** *** *** (Tukey)
	やや高い	138	65.8 (SD = 15.6)	
	どちらともいえない	301	76.0 (SD = 13.9)	
	やや低い	69	79.1 (SD = 14.5)	
	低い	12	83.8 (SD = 20.3)	
13. 看護師の仕事に対する重要性の知覚	非常に重要である	408	71.8 (SD = 15.6)	F = 6.4**
	わりと重要である	126	77.1 (SD = 15.3)	** (Tukey)
	どちらともいえない	10	79.4 (SD = 16.1)	

特 性		N	FENAT 総得点 M (SD)	検定統計量
[継続的学習者特性]				
14. 最終学歴				F = 29.5***
	高校卒	261	78.0 (SD = 13.7)	
	短期大学卒	40	80.4 (SD = 13.6)	
	大学卒	117	71.6 (SD = 15.1)	
	大学院（修士課程）修了	107	62.5 (SD = 14.5)	
	大学院（博士課程）修了	17	59.8 (SD = 17.2)	
				(Tukey)
15. 大学・大学院在籍の有無				F = 15.5***
	大学に在籍している	96	75.8 (SD = 14.0)	
	大学院に在籍している	59	62.8 (SD = 14.8)	
	在籍していない	372	73.9 (SD = 15.6)	
				(Tukey)
16. 学会所属の有無				t = -8.6***
	所属している	385	69.6 (SD = 14.7)	
	所属していない	159	81.6 (SD = 14.7)	
17. 研究指導者の有無				t = 6.4***
	研究指導者がいる	249	77.5 (SD = 14.4)	
	研究指導者がいない	288	69.2 (SD = 15.5)	
[個人特性]				
18. 年齢	平均45.1歳 (SD = 7.9)	536	ピアソンの積率相関係数 r = -0.404***	
19. 配偶者の有無				t = -1.3 (ns)
	配偶者あり	366	72.6 (SD = 15.0)	
	配偶者なし	173	74.6 (SD = 16.8)	
20. 子どもの有無				t = -2.1*
	子どもあり	315	72.0 (SD = 14.9)	
	子どもなし	224	75.0 (SD = 16.5)	

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

いる》、《18. 年齢が高い》、《20. 子どもがいる》の17特性である（《 》内の番号は、その特性が明らかになった変数の番号を示す）。

4. 教育ニーズアセスメントツール（看護学教員用）の得点と統計学的に有意な関係が認められた看護学教員の特性に関わる変数相互の関係

「V. 研究方法」に述べた通り、FENAT得点と統計学的に有意な関係が認められた17変数相互の関係を探索するために、変数各々に対し、当該変数を目的変数、他の変数を説明変数とする重回帰分析を行った。なお、その際、[4. 主担当領域]は、順序性のない7カテゴリを選択肢とする定性的に測定された変数であるため、重回帰分析に際し、次のように扱った。すなわち、前項に述べたように、[4. 主担当領域]と教育ニーズとの関係を探索した結果、《4. 主担当領域が母性看護学である》者は教育ニーズが低かった。そのため、主担当領域が母性看護学である者を「1」、主担当領域が母性看護学以外である者を「0」として分析した。また、その結果に基づき、教育ニーズに関係する重要な特性を検討する基礎資料とすべく、 β が0.2以上の変数に着目した。その結果を以下に示す。

1) 所属教育機関の種類

重回帰分析の結果、目的変数[1. 所属機関の種類]に対する β が0.2以上の説明変数は、[14. 最終学歴] ($\beta = 0.356$, $p < 0.001$)、[9. 教員養成講習会受講の有無] ($\beta = -0.260$,

$p < 0.001$) であった ($R^2 = 0.696$, $p < 0.001$)。この結果は、所属教育機関が大学・短期大学・専門学校の順に、最終学歴が高く、教員養成講習会を受講していない傾向にあることを示した。

2) 職位

重回帰分析の結果、目的変数[2. 職位]に対する β が0.2以上の説明変数は、[18. 年齢] ($\beta = 0.410$, $p < 0.001$) であった ($R^2 = 0.476$, $p < 0.001$)。この結果は、職位が高い者ほど年齢が高いことを示した。

3) 教育経験年数

重回帰分析の結果、目的変数[3. 教育経験年数]に対する β が0.2以上である説明変数は、[18. 年齢] ($\beta = 0.578$, $p < 0.001$) であった ($R^2 = 0.608$, $p < 0.001$)。この結果は、教育経験年数の長い者ほど年齢が高いことを示した。

4) 主担当領域

重回帰分析の結果、目的変数[4. 主担当領域]に対する β が0.2以上である説明変数は、[1. 所属教育機関の種類] ($\beta = 0.234$, $p < 0.01$) であった ($R^2 = 0.062$, $p < 0.01$)。この結果は、主担当領域を母性看護学とする者の所属教育機関が、大学である傾向が高く、次いで、短期大学、専門学校であることを示した。

5) 年間実習担当週数

重回帰分析の結果、目的変数[6. 年間実習担当週数]に対する β が0.2以上である説明変数は、[1. 所属教育機関

の種類] ($\beta = -0.350, p < 0.001$) と [2. 職位] ($\beta = -0.205, p < 0.001$) であった ($R^2 = 0.325, p < 0.001$)。この結果は、年間実習担当週数の短い者ほど、その所属教育機関が大学である傾向があり、次いで短期大学、専修学校であること、また、職位が高いことを示した。

6) 主担当領域と実習担当領域の一致

重回帰分析の結果、目的変数 [7. 主担当領域と実習担当領域の一致] に対する β が 0.2 以上である説明変数は、[1. 所属教育機関の種類] ($\beta = -0.390, p < 0.001$) であった ($R^2 = 0.138, p < 0.001$)。この結果は、主担当領域と実習担当領域の一致度の高い者ほど、その所属教育機関が大学である傾向があり、次いで短期大学、専門学校であることを示した。

7) 看護学教員の仕事に対するやりがいの知覚

重回帰分析の結果、目的変数 [8. 看護学教員の仕事に対するやりがいの知覚] に対する β が 0.2 以上の説明変数は、[3. 教育経験年数] ($\beta = -0.318, p < 0.001$)、[14. 最終学歴] ($\beta = -0.202, p < 0.01$) であった ($R^2 = 0.213, p < 0.001$)。この結果は、看護学教員の仕事に強くやりがいを感じている者ほど、教育経験年数が長く、最終学歴も高い傾向があることを示した。

8) 教員養成講習会受講の有無

重回帰分析の結果、目的変数 [9. 教員養成講習会受講の有無] に対する β が 0.2 以上の説明変数は、[1. 所属教育機関の種類] ($\beta = -0.465, p < 0.001$)、[10. 卒業した看護基礎教育課程] ($\beta = -0.240, p < 0.001$) であった ($R^2 = 0.431, p < 0.001$)。この結果は、教員養成講習会を受講していない者の所属教育機関が大学、次いで短期大学、専門学校という傾向があり、卒業した看護基礎教育課程も大学、次いで短期大学、専門学校という傾向があることを示した。

9) 卒業した看護基礎教育課程

重回帰分析の結果、目的変数 [10. 卒業した看護基礎教育課程] に対する β が 0.2 以上の説明変数は、[14. 最終学歴] ($\beta = 0.288, p < 0.001$)、[9. 教員養成講習会受講の有無] ($\beta = -0.278, p < 0.001$) であった ($R^2 = 0.340, p < 0.001$)。この結果は、卒業した看護基礎教育課程が大学・短期大学・専門学校の順に、最終学歴が高く、教員養成講習会を受講していない傾向があることを示した。

10) 看護実践能力

重回帰分析の結果、[12. 看護実践能力] に対する β が 0.2 以上の説明変数は、[1. 所属教育機関の種類] ($\beta = -0.299, p < 0.001$)、[3. 教育経験年数] ($\beta = 0.289, p < 0.001$)、[18. 年齢] ($\beta = -0.252, p < 0.01$) であった ($R^2 = 0.116, p < 0.001$)。この結果は、看護実践能力の高い者ほど、大学、次いで短期大学、専門学校に所属してい

る傾向があり、教育経験年数が長く、年齢が高いことを示した。

11) 看護師の仕事に対する重要性の知覚

重回帰分析の結果、[13. 看護師の仕事に対する重要性の知覚] に対する β が 0.2 以上の説明変数は、[8. 看護学教員の仕事に対するやりがいの知覚] ($\beta = 0.225, p < 0.001$) であった ($R^2 = 0.119, p < 0.001$)。この結果は、看護師の仕事に対する重要性を強く知覚している者ほど、看護学教員の仕事にやりがいを感じていることを示した。

12) 最終学歴

重回帰分析の結果、[14. 最終学歴] に対する β が 0.2 以上の説明変数は、[1. 所属教育機関の種類] ($\beta = 0.462, p < 0.001$) であった。この結果は、最終学歴の高い者ほど、大学、次いで短期大学に所属している傾向があることを示した ($R^2 = 0.586, p < 0.001$)。

13) 大学・大学院在籍の有無

重回帰分析の結果、[15. 大学・大学院在籍の有無] に対する β が 0.2 以上の説明変数は、[14. 最終学歴] ($\beta = 0.364, p < 0.001$) であった。この結果は、大学院に在籍している者が、大学に在籍している者や大学・大学院に在籍していない者よりも最終学歴が高いことを示した ($R^2 = 0.091, p < 0.001$)。

14) 学会所属の有無

重回帰分析の結果、[16. 学会所属の有無] に対する β が 0.2 以上の説明変数は、存在しなかった ($R^2 = 0.207, p < 0.001$)。

15) 研究指導者の有無

重回帰分析の結果、[17. 研究指導者の有無] に対する β が 0.2 以上の説明変数は、存在しなかった ($R^2 = 0.167, p < 0.001$)。

16) 年齢

重回帰分析の結果、[18. 年齢] に対する β が 0.2 以上の説明変数は、[3. 教育経験年数] ($\beta = 0.520, p < 0.001$)、[2. 職位] ($\beta = 0.276, p < 0.001$) であった ($R^2 = 0.631, p < 0.001$)。この結果は、年齢の高い者ほど教育経験年数が長く、職位も高いことを示した。

17) 子どもの有無

重回帰分析の結果、[20. 子どもの有無] に対する β が 0.2 以上の説明変数は、[18. 年齢] ($\beta = -0.295, p < 0.001$)、[14. 最終学歴] ($\beta = 0.256, p < 0.01$) であった ($R^2 = 0.118, p < 0.001$)。この結果は、子どものいる者が、子どものいない者よりも年齢が高く、最終学歴が低いことを示した。

Ⅶ. 考 察

1. 看護学教員の教育ニーズの現状

本研究の結果、対象者が獲得した FENAT 得点の平均は、

73.1点であった。FENAT得点は、得点可能範囲が30点から120点であり、得点が低いほど、その看護学教員の現状が、教育に携わる看護専門職者としての望ましい状態に近く、教育ニーズが低いことを示す。対象者が獲得した平均73.1点という値は、我が国の看護学教員が、FENATを用いた測定により獲得できる最低点30点より43.1点分乖離しており、その現状を教育に携わる看護専門職者としての望ましい状態に近づけることを必要としていることを表す。

緒言に述べた通り、本研究は、看護学教員の教育ニーズに関する予測理論の発展に向けた今後の課題検討を目的とする。予測理論は、人間が意図的に好ましい現象を起こしたり、好ましくない現象の発生を防止したりする際に役立つ³⁰⁾ 31)、看護学教員の教育ニーズに関する予測理論の開発は、教育ニーズに影響する要因の特定を意味する。そのため、看護学教員自身、あるいは、看護学教員に対する教育的支援を企画する機関等が、要因へのアプローチを通して、その現状が教育に携わる看護専門職者としての望ましい状況に近づくこと、あるいは、効果的に教育ニーズの充足を図ることを促進する。看護学教員が、教育に携わる看護専門職者としての望ましい状態に近づくことの必要性を示す本研究の結果は、看護学教員の教育ニーズ充足に資する予測理論開発の必要性和意義を裏づけた。

また、下位尺度の平均と標準偏差を用い高得点下位尺度を抽出した結果、【Ⅱ. 研究成果を産出し社会に還元する行動】がこれに該当した。さらに、項目平均と標準偏差を用い、高得点項目を抽出した結果、該当する項目が3項目存在し、それは、下位尺度Ⅱを構成する《8. 一貫したテーマをもって研究に取り組んでいる》、《9. 実践に役立つ成果の産出に向けて研究計画を丹念に検討している》、《10. 学会や研究会で研究成果を継続的に発表している》であった。FENATは、得点が高いほどその看護学教員の現状が望ましい状態から乖離しており、教育ニーズが高いことを表すため、これらは、看護学教員にとって、研究成果を産出し社会に還元する行動の改善、とりわけ、実践に役立つ研究に一貫して取り組み、その成果の発表を継続的にに行えることが課題であることを表す。

現在、ファカルティ・ディベロップメントは、教育活動の質向上に焦点を当てることが推奨され³²⁾、実際にそのように行われている場合が多い³³⁾ 34) 35)。しかし、本研究の結果は、研究成果を産出し社会に還元する行動の改善につながるファカルティ・ディベロップメント実施の必要性を示唆する。また、そのための基礎資料とすべく、看護学教員の研究成果を産出し社会に還元する行動に影響する要因を解明することは、今後の課題である。

2. 看護学教員の教育ニーズに関係する因子

本研究においては、文献検討を通して構築した概念枠組

みに基づき、看護学教員の教育ニーズに関係する変数を明らかにした。このような本研究の探求のレベルは関係探索であり、関係探索研究は、研究結果に基づき変数を相互に結びつける概念的な連鎖を検討し、次の探求のレベルである関連検証研究において検証すべき仮説を提示することに意義を持つ。そこで、本項においては、研究目的の達成に向け、看護学教員の教育ニーズとの関係が認められた17変数の概念的連鎖について、変数相互の関係を探索した結果を踏まえ、また、先行研究に照らして考察し、教育ニーズに関係する重要な変数を検討した。また、それを通し、予測理論開発につながる関連検証研究のための仮説を導き出した。

第1に着目したのは、[9. 教員養成講習会受講の有無]、[10. 卒業した看護基礎教育課程]、[14. 最終学歴]、[15. 大学・大学院在籍の有無]である。すなわち、本研究の結果は、教員養成講習会を受講していない者が受講している者よりも教育に携わる看護専門職者としての望ましい状態に近く、教育ニーズが低いことを明らかにした。教員養成講習会とは、「看護師等養成所の運営に関する指導要領」³⁶⁾が、看護専門学校の圧倒的多数が該当する看護師養成所の教員資格として受講を求める教育機会である。その目的は、「看護職員の養成に携わる者に対して必要な知識、技術を習得させ、もって看護教育の内容の充実を図ること」³⁷⁾と規定されている。本研究の結果は、このような教員養成講習会が、教育に携わる看護専門職者である看護学教員の現状に十分な成果をもたらしていないことを表す。また、[9. 教員養成講習会受講の有無]に関する結果が、他の変数との関係を背景に生じている可能性を示唆する。

そこで、変数間の関係を探索した結果に目を転じたところ、[9. 教員養成講習会受講の有無]は、[10. 卒業した看護基礎教育課程]に有意に関係しており、教員養成講習会を受講していない者の所属教育機関は大学、次いで短期大学、専門学校という傾向があった。また、[10. 卒業した看護基礎教育課程]に関する本研究の結果は、卒業した看護基礎教育課程が大学である者が、短期大学や専門学校である者よりも教育ニーズが低いことを明らかにした。これらは、[9. 教員養成講習会受講の有無]に関する結果が、[10. 卒業した看護基礎教育課程]の影響を背景に生じており、看護学教員の教育ニーズには、学士の学位取得大学につながる大学において看護基礎教育課程を終えていることが重要であることを示唆する。

さらに、[15. 大学・大学院在籍の有無]に関する結果は、大学院に在籍している者が大学に在籍している者、大学・大学院に在籍していない者よりも教育ニーズが低いことを明らかにした。大学を卒業していない者にも大学院入学の道は開かれているが、一般に、「大学院に在籍している者」

の大多数は大学を卒業している。これは、[15. 大学・大学院在籍の有無]に関する結果もまた、学士の学位取得につながる教育課程の修了が、看護学教員の教育ニーズに影響することを示唆する。

なお、「大学・大学院に在籍していない者」には、大学院を修了している者が含まれている可能性があるが、対象者のうち最終学歴が大学院（博士課程）修了の者は17名、大学院（修士課程）修了の者は107名であり、高校卒業の者は261名であった。これを大学・大学院に在籍していない者の数372名に照らすと、最終学歴が高校卒業の者が大学・大学院に在籍していない者の大半を占めていることが推察できた。

加えて、[14. 最終学歴]に関する結果は、博士や修士の学位取得につながる大学院の修了者が大学・短期大学・高校卒業者よりも、学士の学位取得につながる大学の卒業者が短期大学・高校卒業者よりも、教育ニーズが低いことを明らかにした。このことは、上述した「学士の学位取得につながる教育課程の修了」に加え、修士、博士の学位取得につながる教育課程の修了が、看護学教員の教育ニーズに影響することを示唆する。

したがって、[9. 教員養成講習会受講の有無]、[10. 卒業した看護基礎教育課程]、[14. 最終学歴]、[15. 大学・大学院在籍の有無]の4変数に関する結果に基づき、看護学教員の教育的準備状態と教育ニーズの関係に関する次の仮説が導き出される。それは、「看護学教員は、学士以上のより高度な学位取得につながる教育課程を修了しているほど、その教育ニーズが低い」である。

第2に着目したのは、[2. 職位]、[3. 教育経験年数]、[18. 年齢]、[20. 子どもの有無]である。すなわち、本研究の結果は、大学・短期大学の教授・助教授の職位にある者が講師・助手の職位にある者よりも、看護専門学校の教務主任・教育主事等の職位にある者が専任教員よりも、すなわち、職位の高い者はそれが低い者よりも教育ニーズが低いことを明らかにした。職位とは、公式組織の構成単位であり³⁸⁾、一般に、職位は、職業経験と業績を積むことを通して高くなっていく。また、それぞれの職位には、公式に期待される一定の職務があり³⁹⁾、職業経験を積み、徐々に職位が高くなることは、その個々人の職業経験の質が豊かになることを表す。そのため、職位に関する結果は、個々人の看護学教員としての職業経験の質が教育ニーズに関係する可能性を示唆する。

また、本研究の結果は、教育経験年数が長く、年齢が高いほど、教育ニーズは低く、子どものいる者が子どものいない者よりも教育ニーズが低いことを明らかにした。さらに、変数間の関係に関する結果は、この3変数が相互に関係し、教育経験年数の長い者ほど年齢が高いこと、年齢の

高い者ほど子どもがいる傾向にあることを示した。

教育経験年数の長さは、個々人が看護学教員として職業を継続し、経験を重ねる長さに比例し、当然、年齢はこれに伴い高くなる。また、年齢を重ねることは、結婚して子どもを持つという成人期の発達課題達成につながっていく⁴⁰⁾。そのため、上述した[18. 年齢]、[20. 子どもの有無]、[3. 教育経験年数]の3変数に関する結果は、このような状況を反映しており、個々人の看護学教員としての職業経験の長さを背景に生じた可能性が高い。すなわち、看護学教員の教育ニーズには、上述した看護学教員としての職業経験の質に加え、その長さが影響している可能性が高い。

したがって、[2. 職位]、[3. 教育経験年数]、[18. 年齢]、[20. 子どもの有無]の4変数に関する結果に基づき、看護学教員の職業経験と教育ニーズの関係に関する次の仮説が導き出される。それは、「看護学教員は、看護学教員としての職業経験が質量ともに豊かであるほど、その教育ニーズが低い」である。

第3に着目したのは、[8. 看護学教員の仕事に対するやりがいの知覚]、[13. 看護師の仕事に対する重要性の知覚]の2変数である。すなわち、本研究の結果は、看護学教員の仕事へのやりがい、看護師の仕事の重要性を強く知覚している者ほど、教育ニーズが低いことを明らかにした。また、これら2変数の間には、看護師の仕事に対する重要性を強く知覚している者ほど、看護学教員の仕事に対するやりがいを強く知覚しているという関係があった。看護師の仕事に対する重要性を強く知覚している看護学教員が、将来看護師となる学生への教育という自らの仕事にやりがいを強く知覚していることは容易に推察でき、これらは、その看護学教員が、臨床の看護師や看護学教員をも含む看護職を価値づけていることの反映である可能性を示唆する。

したがって、[8. 看護学教員の仕事に対するやりがいの知覚]、[13. 看護師の仕事に対する重要性の知覚]の2変数に関する結果に基づき、看護学教員の看護職への価値づけの程度と教育ニーズの関係に関する次の仮説が導き出される。それは、「看護学教員は、看護職への価値づけの程度が高い者ほど、その教育ニーズが低い」である。

第4に着目したのは、[17. 研究指導者の有無]である。これに関する結果は、研究指導者のいる者がいない者よりも教育ニーズが低いことを明らかにした。また、変数間の関係を探索するための重回帰分析の結果は、目的変数[17. 研究指導者の有無]に対し、標準偏回帰係数 β が0.2以上となる説明変数が存在しないことを明らかにした。このことは、教育ニーズとの間に有意な関係が認められた看護学教員の特性に関わる他の16変数から独立して[17. 研究指導者の有無]に関わる状況が生じていることを示唆する。

研究は、教育とともに看護学教員にとって重要な職業活動の1つであり、一職業人として研究指導を受けられる者が存在するという状況は、その看護学教員が、メンターを持ち、良好なメンターシップを形成できている可能性を示唆する。メンターとは、「ある程度のまとまった期間、職業的役割モデルとしての役割を果たし、他者、すなわち指導対象者に助言を与えたり指導したり、激励する人」⁴¹⁾を指す。メンターシップとは、このようなメンターとの関係性を意味し、「時間の流れに伴って広がっていく発展的、エンパワリング的、養成教育的関係であり、相互強調、学習、そして成長が、尊重し合う仲間への肯定という雰囲気の中で発展する」⁴²⁾とされる。看護学教員にとってのメンターは、研究活動とその成果に特に大きな影響を与える⁴³⁾ため、「研究指導者がいる」という看護学教員の状況は、まさにそのような状況である可能性が高い。さらに、メンターと指導を受ける者の両者は、「熱意を分かち合い、お互いの発展に貢献し合う」⁴⁴⁾関係にあり、両者の関係性は、教育・研究活動に影響することも明らかになっている。

したがって、[17. 研究指導者の有無]に関する結果に基づき、看護学教員のメンターシップと教育ニーズの関係に関する次の仮説が導き出される。それは、「看護学教員は、良好なメンターシップを持っているほど、その教育ニーズが低い」である。

第5に着目したのは、[16. 学会所属の有無]である。これに関する結果は、学会に所属している者が所属していない者よりも教育ニーズが低いことを明らかにした。また、変数間の関係を探索するための重回帰分析の結果は、目的変数[16. 学会所属の有無]に対し、標準偏回帰係数 β が0.2以上となる説明変数が存在しないことを明らかにした。このことは、教育ニーズとの間に有意な関係が認められた看護学教員の特性に関わる他の16変数から独立して[16. 学会所属の有無]に関わる状況が生じていることを示唆する。

学会は、「学者・研究者が新しい情報や研究成果を披露し合うとともに、学会誌の刊行などを通じて当該分野の維持発展のために組織している団体」⁴⁵⁾である。看護学教員は、自己の専門分野の学会に所属することにより、学術集会や学会誌を通して新しい情報や研究成果を他者に公開する機会を得る。また、他の学会員の発表を通し、自らが新たな情報や研究成果に触れる機会を得る。学会への所属は任意であり、それには会費等の経済的負担も伴う。そのため、「学会に所属している」という状況は、その看護学教員が、専門分野に関し、産出した研究成果を発表したり、最新の情報を入手したりということを自らの意志により主体的に行っており、学習における自律性が高いことを示唆する。

したがって、[16. 学会所属の有無]に関する結果に基づ

き、看護学教員の学習における自律性と教育ニーズとの関係に関する次の仮説が導き出される。それは、「看護学教員は、自律的に学習している者ほど、その教育ニーズが低い」である。

第6に着目したのは、[12. 看護実践能力]である。これに関する結果は、看護実践能力の高い者ほど教育ニーズが低いことを明らかにした。FENATは、教育に携わる看護専門職者としての望ましい状態を表す6側面に対応する6下位尺度から成る。各下位尺度名に「看護」の文字は含まれていないが、当然のことながら、下位尺度Ⅰは看護学の教授、下位尺度Ⅱは看護学の研究、下位尺度Ⅲは看護学教育機関としての組織目標の達成、下位尺度Ⅳは看護専門職者としての学習継続や専門性向上、下位尺度Ⅴは看護専門職者としての職業活動の展開、下位尺度Ⅵは看護専門職者である部下・後輩の成長支援に関連する。そのため、これらいずれの活動においても、看護実践能力が基盤となることは疑いの余地がなく、本研究の結果はこれを裏づけた。しかし、本研究においては、[12. 看護実践能力]を「高い」から「低い」までの5つの選択肢により定性的に測定した。そのため、「看護学教員は、看護実践能力の高い者ほど、その教育ニーズが低い」ことは示唆されるものの、これを経験的に検証された命題と見なすことはできず、今後、これを仮説とし、定量的に厳密に測定する必要がある。

すなわち、[12. 看護実践能力]に関する結果に基づき、看護学教員の看護実践能力と教育ニーズとの関係に関する次の仮説が導き出される。それは、「看護学教員は、看護実践能力の高い者ほど、その教育ニーズが低い」である。

最後に着目したのは、[1. 所属教育機関の種類]、[4. 主担当領域]、[6. 年間実習担当週数]、[7. 主担当領域と実習担当領域の一致]の4変数である。すなわち、本研究の結果は、大学・短期大学に所属している者が専門学校に所属している者よりも教育ニーズが低いことを明らかにした。また、主担当領域が母性看護学である者、年間実習担当週数の少ない者、主担当領域と実習担当領域の一致度が高い者の教育ニーズが低かった。さらに、変数間の関係を探索した結果は、本研究の対象者のうち母性看護学の担当者が大学、次いで短期大学に所属している傾向があり、大学、次いで短期大学に所属している者ほど年間実習担当週数が少なく、主担当領域と実習担当領域が一致している傾向にあったことを明らかにした。これらは、[4. 主担当領域]、[6. 年間実習担当週数]、[7. 主担当領域と実習担当領域の一致]に関する結果が、[1. 所属教育機関の種類]を反映して生じた可能性を示唆する。

教員が所属する教育機関としての大学・短期大学・専門学校は、各々、大学設置基準⁴⁶⁾・短期大学設置基準⁴⁷⁾・専修学校設置基準⁴⁸⁾に基づき、その組織運営が行われてい

る。これらの設置基準は、その教育機関が大学、短期大学、専修学校であるための最低限の基準を規定しており、人的・物的な教育・研究環境は大学が最も充実し、次いで短期大学、専修学校となっている。しかも、大学・短期大学設置基準と専修学校設置基準との間の規定内容の差は歴然としている。このことは、[1. 所属教育機関の種類]による教育ニーズの差異が、教員の教育・研究環境の差異を反映して生じている可能性を示唆する。

したがって、[1. 所属教育機関の種類]、[4. 主担当領域]、[6. 年間実習担当週数]、[7. 主担当領域と実習担当領域の一致]の4変数に関する結果に基づき、看護学教員の教育・研究環境と教育ニーズとの関係に関する次の仮説が導き出される。それは、「看護学教員は、教育・研究環境が整っているほど、その教育ニーズが低い」である。

以上、本研究の結果に基づき、看護学教員の教育ニーズに関する7仮説が導き出された。これらの仮説を厳密な定量的測定を通して経験的に検証することは、看護学教員の教育ニーズに関する予測理論開発に向けた今後の課題である。

VIII. 結 論

1. 看護学教員は、その現状を教育に携わる看護専門職者としての望ましい状態に近づけることを課題としており、

今後、この支援につながる看護学教員の教育ニーズに関する理論を開発する必要がある。

2. 看護学教員は、研究成果を産出し社会に還元する行動の改善、とりわけ、実践に役立つ研究に一貫して取り組み、その成果の発表を継続的に行えるようになることを課題としており、ファカルティ・ディベロップメント等においては、この課題克服につながるプログラムを実施する必要がある。また、今後、看護学教員の研究成果を産出し社会に還元する行動に影響する要因を解明する必要がある。

3. 本研究の結果に基づき、看護学教員の教育ニーズに関する予測理論の開発に向け、次の7仮説が導き出された。①看護学教員は、学士以上のより高度な学位取得につながる教育課程を修了しているほど、その教育ニーズが低い。②看護学教員は、看護学教員としての職業経験が質量ともに豊かであるほど、その教育ニーズが低い。③看護学教員は、看護職への価値づけの程度が高い者ほど、その教育ニーズが低い。④看護学教員は、良好なメンターシップを持っているほど、その教育ニーズが低い。⑤看護学教員は、自律的に学習している者ほど、その教育ニーズが低い。⑥看護学教員は、看護実践能力の高い者ほど、その教育ニーズが低い。⑦看護学教員は、教育・研究環境が整っ

要 旨

研究目的は、看護学教員の教育ニーズに関し、現状とそれに関係する特性を解明し、予測理論発展に向けた今後の課題を検討することである。文献検討に基づき概念枠組みを構築し、測定用具には、山下らの「教育ニーズアセスメントツール（看護学教員用）」及び本研究において作成した看護学教員特性調査紙を用いた。研究協力に同意を得た全国の大学・短期大学・専門学校全138校に所属する看護学教員1577名を対象に郵送法による調査を行った結果、834名（52.9%）より回答を得、有効回答546部を統計学的に分析した。分析結果は、看護学教員が、その現状を教育に携わる看護専門職者としての望ましい状態に近づけることを必要としていることを示した。また、看護学教員の教育ニーズに関係する17変数が明らかになり、考察を通し、看護学教員の教育ニーズに関する予測理論発展に向け、今後経験的に検証する必要がある7仮説が導き出された。

Abstract

The purpose of this study was to examine the educational needs of nursing faculty in Japan, and to explore the related factors of it. A conceptual framework was constructed based on literature review. The Educational Needs Assessment Tool for Nursing Faculty (FENAT) and Faculty Attribute Questionnaire (FAQ) were used as instruments. The instrument packets were distributed to 1577 nursing faculty randomly sampled from baccalaureate programs, associate degree programs, and diploma programs in nursing in Japan. The answer were returned by mail. Eight hundred and thirty one (52.9%) nursing faculty responded, and 546 valid data were analyzed statistically. The results of the study showed that nursing faculty need to improve their professional activities. Furthermore, it was identified that 17 attributes of nursing faculty related with their educational needs. After discussion about the internal relation among the 17 attributes, seven hypothesis of educational needs of nursing faculty, which should be tested empirically in future study, were developed.

ているほど、その教育ニーズが低い。今後、これらの仮説を経験的に検証する必要がある。

文 献

- 1) 杉森みど里・舟島なをみ：看護教育学第4版，医学書院，350-352, 2005.
- 2) 舟島なをみ：看護教育学研究の累積による看護継続教育の実現，看護教育学研究，14(2)，1-2, 2005.
- 3) 村上みち子・舟島なをみ：看護学教員のロールモデル行動に関する研究－ファカルティ・ディベロップメントの指標の探求－，看護研究，35(6)，35-46, 2002.
- 4) 山下暢子・村上みち子他：看護学教員のための職業活動自己評価尺度の開発－信頼性・妥当性の検証－，第24回日本看護科学学会学術集会講演集，291, 2004.
- 5) Diers, D.(小島通代・岡部聡子他訳)：看護研究－ケアの場で行うための方法論，日本看護協会出版会，241-270, 1988.
- 6) Barnum, B.J.S.: Nursing theory; Analysis, application, evaluation (Fourth Ed.), J.B.Lippincott Company, 5-6, 1994.
- 7) 安彦忠彦・新井郁男他編：新版現代学校教育大事典2，ぎょうせい，「教員」の項，302-303, 2002.
- 8) 舟島なをみ：看護教育学研究の累積による看護継続教育の実現，看護教育学研究，14(2)，1-2, 2005.
- 9) 本郷久美子・舟島なをみ他：看護学実習における教員のロールモデル行動に関する研究，看護教育学研究，8(1)，15-28, 1999.
- 10) 廣田登志子・横山京子他：専門学校を卒業した教員の学位取得に関する研究－学位取得ニーズの有無と個人特性との関係，看護教育学研究，9(1)，40-46, 2000.
- 11) 小川妙子・舟島なをみ他：看護学実習における教授活動に関する研究－教員特性と教授活動の関係に焦点を当てて－，看護教育学研究，5(1)，22-40, 1996.
- 12) 廣田登志子・横山京子他：専門学校を卒業した教員の学位取得に関する研究－学位取得ニーズの有無と個人特性との関係，看護教育学研究，9(1)，40-46, 2000.
- 13) 前掲書9)，15-28, 1999.
- 14) 前掲書9)，15-28, 1999.
- 15) 前掲書11)，22-40, 1996.
- 16) 前掲書9)，15-28, 1999.
- 17) 前掲書11)，22-40, 1996.
- 18) 前掲書11)，22-40, 1996.
- 19) 前掲書11)，22-40, 1996.
- 20) 前掲書9)，15-28, 1999.
- 21) 前掲書9)，15-28, 1999.
- 22) 前掲書11)，22-40, 1996.
- 23) 前掲書9)，15-28, 1999.
- 24) 前掲書9)，15-28, 1999.
- 25) 前掲書9)，15-28, 1999.
- 26) 前掲書9)，15-28, 1999.
- 27) 前掲書9)，15-28, 1999.
- 28) 前掲書9)，15-28, 1999.
- 29) 山下暢子・村上みち子他：看護学教員のための職業活動自己評価尺度の開発－信頼性・妥当性の検証－，第24回日本看護科学学会学術集会講演集，291, 2004.
- 30) 前掲書5)，241-270, 1988.
- 31) 前掲書6)，5-6, 1994.
- 32) 社団法人日本私立大学連盟研修企画委員会（担当理事小倉芳彦・委員長蟹江秀明）編：大学の教育・授業をどうする－FDのすすめ，東海大学出版会，1999.
- 33) 文部科学省編：文部科学白書（平成15年度），独立行政法人国立印刷局，14, 2004.
- 34) 古城幸子・木下香織：3年間のFD(Faculty Development)活動の効果，日本看護学教育学会誌，15，日本看護学教育学会第15回学術集会講演集，190, 2005.
- 35) 末原紀代美：大阪府立大学看護学部におけるFaculty Developmentの取り組み，日本看護学教育学会誌，15，日本看護学教育学会第15回学術集会講演集，67, 2005.
- 36) 看護行政研究会監修：看護六法平成17年版，新日本法規出版株式会社，「看護師等養成所の運営に関する指導要領について」の項，219-249, 2005.
- 37) 前掲書36)，「看護教員養成講習会実施要領について」の項，386-390, 2005.
- 38) 森岡清美・塩原勉他編：新社会学辞典，有斐閣，「職位」の項，751, 2000.
- 39) 前掲書38)，「職務」の項，760, 2000.
- 40) 舟島なをみ：看護のための人間発達学第3版，医学書院，39-55, 2005.
- 41) Stevens, K.R.・Cassidy, V.R.編（杉森みど里監訳）：エビデンスに基づく看護学教育，医学書院，20, 2003.
- 42) 前掲書41)，20, 2003.
- 43) 前掲書41)，20, 2003.
- 44) 前掲書41)，20, 2003.
- 45) 廣松渉・小安宣邦他編：岩波哲学・思想事典，岩波書店，「学会」の項，264, 2004.
- 46) 市川須美子・浦野東洋一他編：教育小六法平成17年版，学陽書房，「大学設置基準」の項，237-244, 2005.
- 47) 前掲書46)，「短期大学設置基準」の項，254-263, 2005.
- 48) 前掲書46)，「専修学校設置基準」の項，185-188, 2005.

〔平成18年1月19日受 付〕
〔平成18年8月28日採用決定〕

スタッフナースの健康関連QOLに 職業性ストレス要因、緩衝要因、個人要因が及ぼす影響

Influences of Job Stressors, Buffer Factors, and Individual Characteristics on the HRQOL in Staff Nurses

上 田 恵美子¹⁾

Emiko Ueda

古 川 文 子²⁾

Fumiko Furukawa

小 林 敏 生³⁾

Toshio Kobayashi

キーワード：健康関連QOL、職業性ストレス、コーピング、自己意識

Key Words：HRQOL, job stress, coping, self-consciousness

I. 緒 言

近年、看護業務は複雑多様化し、対人専門職として社会的要求も高まる中、スタッフナースには交代制勤務のもとで、より質の高い看護の提供が求められている。しかし、スタッフナースは、夜間勤務や超過勤務に伴い疲労感やストレス、肩こり・腰痛などを自覚するものが多く¹⁾、余暇活動や休養時間の不足²⁾、管理職と比較して職務満足度が低いこと³⁾、裁量が低いと夜間中途覚醒が多いこと⁴⁾、報酬が低いと喫煙率が高くなること⁵⁾などが報告されており、スタッフナースの心身の健康への影響が懸念される。

看護職の健康に関する研究は、1975年頃、米国で対人サービス従事者の精神的疲弊の問題を機に発展し、近年では、米国Nurses' Health Studyにより看護職の健康障害の発症が示唆されている⁶⁾⁷⁾。医学文献データベースから看護職、HRQOL、ストレス、Burn-out Syndrome (Burn-out：以下略す)、コーピングをキーワードに検索した結果、我国では1980年代以降にBurn-outおよび職業性ストレスに関する研究が始まり⁸⁾、Burn-outには年齢や経験年数⁹⁾、職務意識¹⁰⁾、神経症的性格特性¹¹⁾、ソーシャルサポート⁹⁾¹¹⁾などが関連していることが明らかにされている。また、職業性ストレスには交代制勤務による睡眠障害と抑うつ¹²⁾や喫煙⁵⁾などのライフスタイル、役職¹³⁾¹⁴⁾や部署特性¹⁵⁾¹⁶⁾、人間関係と職務満足度¹⁷⁾¹⁸⁾との関連などが明らかになっているが、コーピング¹⁹⁾や個人特性³⁾¹³⁾との関連を示した報告は少なく、個人の意識特性の影響は明らかになっていない。更に、健康関連QOL (Health-related Quality of Life：以下HRQOLと略す)に関する研究では、一般人口の30歳代と睡眠時間の少なさが活力低下に²⁰⁾、超過勤務や運動習慣が心の健康と活力に関連する

こと²¹⁾が明らかにされ、看護職対象の諸外国の調査では、ソーシャルネットワークと心の健康および活力の関連²²⁾が報告されている。しかし、我が国においては看護職対象のHRQOLに関する調査が数少なく²³⁾、HRQOLと諸要因の関連は明らかでない。看護職の健康評価や健康の質を高める対策が確立されていない中、看護職の中でもスタッフナースのHRQOLは、患者に提供する看護の質に直接影響を及ぼすことから、HRQOLに及ぼす影響要因を明らかにすることは重要な課題といえる。

II. 研究目的

1. スタッフナースのHRQOLおよび職業性ストレス要因、緩衝要因、個人要因の実態を把握し、要因間の関係を探索する。
2. スタッフナースの職業性ストレス要因、緩衝要因、個人要因および仕事以外の要因がHRQOLへ及ぼす影響を検討する。

III. 用語の定義

スタッフナース：交代制勤務に従事する管理職以外の保健師・助産師・看護師・准看護師

健康関連QOL：個人の健康に由来する生活の質。

職業性ストレス要因：仕事の心理的または社会的な特徴や環境によって起きる身体的・精神的反応に影響する因子²⁴⁾²⁵⁾。

コーピング：個人のもつ資源に、重い負担をかけると評価された特定の内的、外的要求を処理するための認知的・行動的努力²⁶⁾。

自己意識：自分自身にどの程度注意を向けやすいかの個人差で、私的自己意識は、自分の内面・気分など、外からは見

1) 前香川大学医学部看護学科 School of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa University

2) 東海大学健康科学部 Tokai University School of Health Science

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

えない自己の側面に注意を向ける程度を示し、公的自意識は、自分の外見や他者に対する行動など、外から見える自己の側面に注意を向ける程度を示す²⁷⁾。

職業適性感：職業に関する興味や関心、職業的な能力、自己の性格の特徴などから判断される、自己の職業に対する向き不向きの感覚。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

各要因間の関連を確認し、主たる要因間の関係を探る横断的關係探索研究である。

2. 研究の分析枠組み

本研究においては、職業性ストレス要因とストレス反応間の修飾要因として、個人要因・仕事外要因・緩衝要因の存在を示した米国産業安全保健研究所（National Institute for Occupational Safety and Health：NIOSH）のNIOSH職業性ストレスモデル²⁴⁾を基盤に、個人要因には個人属性の年齢、在職年数、婚姻、喫煙、運動習慣および個人特性の職業適性感と菅原²⁷⁾の自意識、仕事外要因には仕事以外の悩みを設定し分析枠組みとした。各要因間の関係探索とHRQOLに及ぼす影響要因の検討のため、HRQOLにはSF-36²⁸⁾ 29) 下位尺度の中から先行研究²³⁾において有意差を示した体の痛み、全体的健康感、活力、心の健康を指標とし、ストレス要因には小林ら³⁰⁾の看護職職業性ストレス要因、緩衝要因には同僚・上司の支援と影山ら³¹⁾のコーピングを用いた（図1）。

3. 調査方法

1) 調査対象

対象者は、近畿圏某県の総合病院（300床以上）計6施設の一般病棟に勤務するスタッフナースとした。検出力を維持するため、一例として相関の検定に必要な標本数の推

定表を用い、有意水準 $\alpha = 0.05$ 、検出力 $1 - \beta = 0.80$ 、先行研究を参考に効果の大きさ $r = 0.15$ に設定した場合、標本数が $n = 349$ 必要となり、回答の不備や脱落率を考慮して対象者数を500名とした。

2) 調査時期と方法

平成16年6～7月に近畿圏某県の6施設にて調査を実施した。本研究に対する承諾の得られた各施設看護部に対して、情報バイアスを防ぐため、各施設の調査結果は混成させ比較を行わない旨を説明し、施設内での調査許可を得て、各部署へ調査票の配布を依頼した。更に、調査票配布時の選択バイアスを防ぐため、調査対象は調査票配布日の勤務者に限定した。調査票は無記名式で、記入後は個人が封筒に厳封し、回収方法が回答内容に影響しないよう配慮した。その後、部署毎に回収し看護部へ提出するよう依頼した。回収されたデータは全て数値化し統計処理を行った。

3) 測定尺度

(1) 健康関連QOL測定尺度

日本語版SF-36は、福原ら²⁸⁾ 29) が翻訳し、多くの研究で信頼性・妥当性が検証されている。この尺度は、36項目2因子で身体的健康度を示す身体機能（PF：以下略す）、日常生活機能（RP：以下略す）、体の痛み（BP：以下略す）、全体的健康感（GH：以下略す）、精神的健康感を示す心の健康（MH：以下略す）、日常役割機能（RE：以下略す）、社会生活機能（SF：以下略す）、活力（VT：以下略す）の8尺度から構成されている。0～100得点と国民標準値に基づいたスコアリング（norm-based scoring：以下NBSと略す）を算出し、得点が高いほど良い状態を表す。得点の算出には、福原ら²⁸⁾の開発したSF-36データ解析プログラム（Ver.1.2）を用いた。

(2) 看護職職業性ストレス尺度

原谷ら²⁵⁾が作成したNIOSH職業性ストレス調査票の日

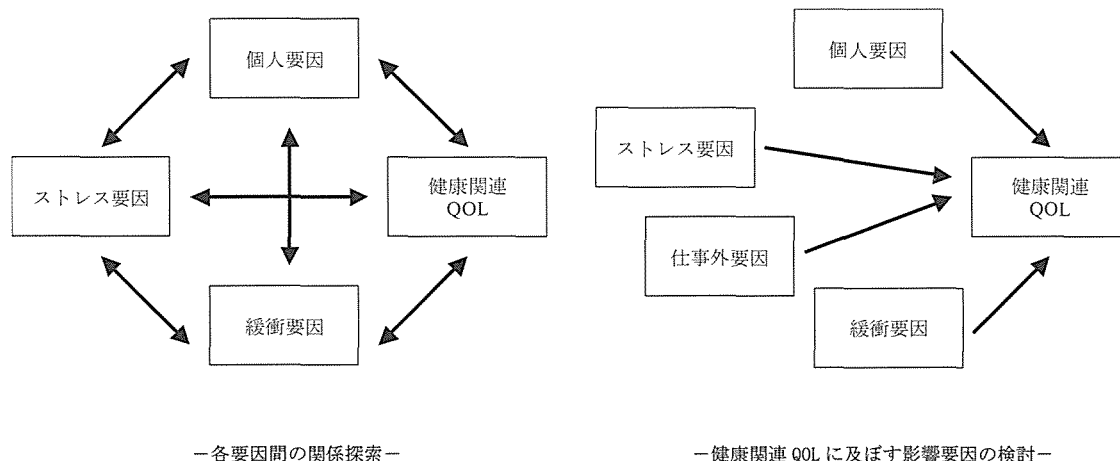


図1 本研究における分析枠組み

本語版と三木ら^{32) 33)}が開発した調査票を基に、小林ら³⁰⁾が開発した看護職職業性ストレス尺度を用いた。この尺度は、35項目11因子で量的負荷、医師との関係困難、人命に関わる仕事、達成感、対人関係の困難、患者・家族との関係困難、同僚・上司の支援、裁量度、患者の死との直面、質的負荷、患者・家族に対する支援困難で構成され、 α 係数0.72-0.87、累積寄与率70.4%である。この尺度は、NIOSH職業性ストレスモデルを基盤に一般的職業性ストレス要因に看護職特有のストレス要因を加味し、看護職を対象に妥当性も検証されている^{33) 30)}。過去半年の仕事の状況を問い、全くそうでないから非常にそうであるの4件法で回答し、下位尺度の平均得点を算出する。緩衝要因の同僚・上司の支援と反転項目の達成感、裁量度以外は得点が高いほど悪い状況を表す。

(3) コーピング尺度

影山ら³¹⁾がLazarus²⁶⁾の理論を基盤に開発した尺度で、18項目6因子で積極的問題解決、問題解決のための相談、発想転換、気分転換、情動対処、感情抑圧で構成され、 α 係数0.64-0.77、累積寄与率61.6%である。普段用いるコーピングを問い、よくあるからほとんどないまでの4件法で回答し、下位尺度毎の平均得点で表し、得点が高いほどコーピング戦略を用いる頻度が多いことを表す。

(4) 自意識尺度

菅原²⁷⁾がFenigstein³⁴⁾の自意識尺度を参考に開発し、信頼性・妥当性が検証されている。この尺度は、公的自意識11項目、私的自意識10項目で構成され、自分にあてはまる程度を問い、全くあてはまらないから非常にあてはまるまでの7件法で回答し、各尺度の合計得点を算出する。得点が高いほどそれぞれの特性が高いことを表す。自意識得点は、cut-off pointが不確定のため、本研究では四分位数を求め、25パーセンタイルと75パーセンタイルで区切り、得点の高い群、中間群、低い群に分類した。

(5) 職業適性感

職業適性感は、単一項目で自分が看護の仕事に向いていると思うか質問し、思う、どちらともいえない、思わないの3件法で回答を求めた。

4. 分析方法

施設間特性が結果に及ぼす影響を考慮し、分析に先立ち一元配置分散分析にて施設間差がないことを確認した後、分析枠組みに沿って解析を行った。実態把握のために記述統計を行い、各要因間の関係を探索するため、個人要因を2群または3群に分けて、t検定(Unpaired Student's t-test)と一元配置分散分析を行った。HRQOLへ及ぼす影響要因の説明量を確認するため、HRQOLを従属変数とし、職業性ストレス要因、緩衝要因、個人要因、仕事以外の要因を独立変数としたstep wise法の一括投入による重

回帰分析を行った。以上の統計解析には統計パッケージSPSS for Windows Ver12.0Jを用い、有意水準は p 値<0.05とした。

5. 研究における倫理的配慮

本研究に対する承諾に関しては、各施設看護部に対して文章と対面で研究の主旨を説明し調査許可を得た。本研究に参加するスタッフナースの権利保護のため、対象者に調査前に紙面上で同意を得た。紙面上には研究目的、匿名性の保証、参加の自由意志、参加拒否の権利などの説明を記述した。尚、回収されたデータは個人が特定されないように全て数値化し、研究目的以外で使用されないよう説明し施錠できる場所に保管した。更に、研究終了後、速やかにデータは破棄する予定である。

V. 結 果

1. 対象者の概要

近畿圏某県の交代制勤務スタッフナース500名に調査票を配布し、476名から回答を得た(回収率95.2%、有効回答率86.8%)。今回は対象数の少ない男性12名を除く422名を分析対象とした。対象者の平均年齢は 29.4 ± 7.4 歳(平均 $\pm$ 標準偏差、範囲20~57歳)、平均在職年数 6.9 ± 5.7 年で、20~29歳が257名(60.9%)と最も多く、未婚者293(69.4%)、既婚者114名(27.0%)であった。現喫煙者67名(15.8%)、非喫煙者355名(84.1%)で、運動習慣のある者は8.7%、運動習慣のない者91.2%であった。看護職向きと認識する者123名(29.1%)、どちらでもないと認識する者252(59.7%)、不向きと認識する者47名(11.1%)であった(表1)。

表1 対象者の概要

		n = 422	
項目	カテゴリー	人数	(%)
属性	年齢構成	20~29歳	257 (60.9%)
		30~39歳	114 (27.0%)
		40歳以上	51 (12.0%)
	在職年数 (現施設における 勤務年数)	1~3年	148 (35.0%)
		4~9年	164 (38.8%)
		10年以上	110 (26.0%)
生活習慣	喫煙	未婚	293 (69.4%)
		既婚	114 (27.0%)
		離別・死別	15 (3.5%)
		吸ったことがない	292 (69.1%)
個人特性	運動習慣 (週2~3回以上 1年間継続)	今はやめた	63 (14.9%)
		1日20本以下	63 (14.9%)
		1日21本以上	4 (0.9%)
		あり	37 (8.7%)
	職業適性感 (看護職としての 向き不向き)	なし	385 (91.2%)
		向き	123 (29.1%)
		どちらでもない	252 (59.7%)
		不向き	47 (11.1%)

2. 職業性ストレス要因、緩衝要因および健康関連QOLの実態

看護職職業性ストレス下位尺度のなかで、人命に関わる仕事3.6±0.5点が最も高い得点を示した。続いて、達成感や同僚・上司の支援も高値を示した。コーピング下位尺度では、積極的問題解決2.9±0.6点が最も高く、気分転換や問題解決のための相談も高かった（表2-①）。今回調査した4尺度のNBSはBP42.1、GH46.1、VT38.7、MH39.8であり、国民標準値の50点と比較し全てにおいて下回った（表2-②）。

表2-① 看護職職業性ストレス下位尺度とコーピング下位尺度の平均得点と標準偏差

		n = 422	
尺度名		平均得点	標準偏差
職業性 ストレス 下位 尺度	量的負荷	2.6±0.7	
	達成感	2.7±0.6	
	医師との関係困難	1.9±0.7	
	患者の死との直面	2.6±0.8	
	同僚・上司の支援 §	2.8±0.5	
	人命に関わる仕事	3.6±0.5	
	対人関係の困難	2.1±0.7	
	裁量度	2.4±0.6	
	患者・家族との関係困難	1.8±0.6	
	患者・家族への支援困難	1.8±0.6	
コー ピ ン グ 下 位 尺 度	質的負荷	2.4±0.6	
	気分転換	2.7±0.8	
	積極的問題解決	2.9±0.6	
	情動対処	1.5±0.5	
	問題解決のための相談	2.7±0.7	
	発想転換	2.6±0.7	
	感情抑圧	2.1±0.6	

§：緩衝要因

3. 職業性ストレス要因、緩衝要因、HRQOLおよび個人要因の関係

(1) 個人属性とHRQOLの関係

対象者の年代別にSF-36得点を比較し、年代を独立変数、SF-36得点を従属変数とした

一元配置分散分析を行った結果、20歳代のVTと40歳代以上のVTに統計的な有意差（ $p = 0.036$ ）がみられた（表3-①）。次に、婚姻の有無を独立変数としSF-36得点を従属変数としたt検定を行った結果、MHで有意差（ $p = 0.001$ ）を示した（表3-②）。

(2) 生活習慣とHRQOLの関係

喫煙者と非喫煙者の二群にわけて、それぞれのSF-36得点を示し、喫煙の有無を独立変数とし、SF-36得点を従属変数としたt検定を行った結果、有意差を示した変数はVT（ $p = 0.013$ ）で、喫煙者が非喫煙者と比較して有意に低かった（表4-①）。運動習慣の有無を独立変数としSF-36得点を従属変数としたt検定を行った結果、有意差はなかった（表4-②）。

(3) 個人特性とHRQOLの関係

職業適性感を独立変数、SF-36得点を従属変数とした一元配置分散分析を行った結果、BP以外全てにおいて高い有意差（ $p = 0.000$ ）を示した。看護職向きの者のGHは、どちらともいえない者（ $p = 0.018$ ）と不向きの者（ $p = 0.000$ ）と比較して有意に高く、VT、MHは、3群間に有意差を示し、看護職向きの者が最も高く、どちらともいえない者、不向きの者の順に低下し有意差（ $p = 0.000$ ）を示した（表5）。

自意識を独立変数、SF-36得点を従属変数とした一元

表2-② SF-36下位尺度平均得点と標準偏差

		n = 422	
		0-100得点	NBS ¶
		平均得点±標準偏差	平均得点±標準偏差
体の痛み	BP	56.5±21.2	42.1±9.3
全体的健康感	GH	56.9±17.0	46.1±9.2
活力	VT	39.2±17.9	38.7±8.8
心の健康	MH	52.5±16.8	39.8±8.9

¶ NBS：norm-based scoring

表3-① SF-36下位尺度得点（NBS）の年代別比較

		20歳代 n = 257			30歳代 n = 114			40歳代以上 n = 51			p value
		平均得点	±	標準偏差	平均得点	±	標準偏差	平均得点	±	標準偏差	
体の痛み	BP	42.4	±	9.2	41.6	±	9.3	41.8	±	10.0	0.711
全体的健康感	GH	46.1	±	9.3	46.8	±	8.9	44.9	±	8.7	0.487
活力	VT	38.3	±	9.0	38.5	±	8.7	41.6	±	7.7	0.044
心の健康	MH	39.2	±	8.7	40.4	±	9.0	41.2	±	9.6	0.239

One-factor analysis of variance: Tukey HSD

表 3 - ② SF - 36 下位尺度得点 (NBS) の婚姻別比較

		未婚者 n = 293			既婚者 n = 114			p value
		平均得点	±	標準偏差	平均得点	±	標準偏差	
体の痛み	BP	42.6	±	9.4	40.8	±	9.2	0.073
全体的健康感	GH	46.2	±	9.6	46.0	±	8.4	0.858
活力	VT	38.2	±	9.1	40.0	±	8.1	0.062
心の健康	MH	38.9	±	8.9	42.1	±	8.1	0.001
Unpaired student's t-test								

表 4 - ① SF - 36 下位尺度得点 (NBS) の喫煙別比較

		非喫煙者 n = 355			現喫煙者 n = 67			p value
		平均得点	±	標準偏差	平均得点	±	標準偏差	
体の痛み	BP	42.4	±	9.3	40.5	±	9.1	0.128
全体的健康感	GH	46.4	±	8.9	44.9	±	10.5	0.287
活力	VT	39.2	±	8.7	36.3	±	9.2	0.013
心の健康	MH	40.2	±	8.7	37.4	±	9.6	0.120
Unpaired student's t-test								

表 4 - ② SF - 36 下位尺度得点 (NBS) の運動習慣別比較

		運動習慣のある者 n = 37			運動習慣のない者 n = 385			p value
		平均得点	±	標準偏差	平均得点	±	標準偏差	
体の痛み	BP	43.7	±	10.2	42.0	±	9.2	0.274
全体的健康感	GH	47.5	±	7.4	46.0	±	9.3	0.350
活力	VT	39.0	±	8.0	38.7	±	8.9	0.863
心の健康	MH	40.7	±	7.4	39.7	±	9.0	0.527
Unpaired student's t-test								

表 5 SF - 36 下位尺度得点 (NBS) の職業適性感別比較

		看護職向きと思う者 n = 123			どちらともいえない者 n = 252			看護職不向きと思う者 n = 47			p value
		平均得点	±	標準偏差	平均得点	±	標準偏差	平均得点	±	標準偏差	
体の痛み	BP	41.5	±	9.3	42.9	±	9.3	39.7	±	9.2	0.070
全体的健康感	GH	48.4	±	9.4	45.7	±	8.6	42.5	±	10.2	0.000
p = 0.018											
活力	VT	41.1	±	8.7	38.3	±	8.3	34.7	±	10.1	0.000
p = 0.000											
p = 0.009											
p = 0.024											
心の健康	MH	42.1	±	8.7	39.4	±	8.4	35.6	±	10.3	0.000
p = 0.000											
p = 0.015											
p = 0.016											
p = 0.000											

One-factor analysis of variance: Tukey HSD

配置分散分析を行った結果、VT (p = 0.011)、MH (p = 0.000) に有意差を示し、VT、MH は、公的自意識の高い者が低い者と比較して有意に低く、MH は、公的自意識が高い者と中間の者にも有意差 (p = 0.003) を示した (表 6 - ①)。私的自意識は MH (p = 0.016) に有意差を示し、私的自意識が高い者は中間の者と比較して、MH が高い値を示した (表 6 - ②)。

4. HRQOL に及ぼす影響要因の検討

HRQOL に及ぼす影響要因の検討のため、SF - 36 得点を従属変数とし、職業性ストレス要因、緩衝要因、個人要因、仕事以外の要因を独立変数として一括投入した重回帰分析 (stepwise 法) を行った。その結果 BP を従属変数とした場合、気分転換に正の相関、質的負荷、仕事以外の悩み、患者の死との直面に負の相関を示し、重回帰式の決定係数

表6-① SF-36下位尺度得点(NBS)の公的自意識別比較

		公的自意識が高い者 n = 118			中間の者 n = 199			公的自意識が低い者 n = 105			
		平均得点	±	標準偏差	平均得点	±	標準偏差	平均得点	±	標準偏差	p value
体の痛み	BP	42.0	±	9.0	41.8	±	8.7	42.8	±	10.8	0.674
全体的健康感	GH	44.9	±	10.2	46.4	±	8.3	47.1	±	9.4	0.203
活力	VT	37.2	±	9.2	38.6	±	8.3	40.6	±	8.9	0.016
		p = 0.011									
心の健康	MH	38.0	±	9.2	39.2	±	8.5	42.8	±	8.7	0.000
		p = 0.003									
p = 0.000											

One-factor analysis of variance: Tukey HSD

表6-② SF-36下位尺度得点(NBS)の私的自意識別比較

		私的自意識が高い者 n = 118			中間の者 n = 182			私的自意識が低い者 n = 122			
		平均得点	±	標準偏差	平均得点	±	標準偏差	平均得点	±	標準偏差	p value
体の痛み	BP	42.1	±	9.2	41.1	±	9.3	43.6	±	9.4	0.088
全体的健康感	GH	45.7	±	9.7	46.2	±	8.8	46.5	±	9.3	0.793
活力	VT	39.4	±	8.8	37.7	±	8.5	39.6	±	9.1	0.113
心の健康	MH	40.2	±	8.5	38.4	±	9.0	41.3	±	8.9	0.018
											p = 0.016

One-factor analysis of variance: Tukey HSD

表7 SF-36下位尺度得点と職業性ストレス要因、緩衝要因、個人要因および仕事以外の要因の関連

従属変数	独立変数	標準偏回帰係数	決定係数 (R ² 乗)
BP	1) 質的負荷	-0.164 **	0.099 ***
	2) 仕事以外の悩み	-0.133 **	
	3) 気分転換	0.149 **	
	4) 患者の死との直面	-0.115 *	
GH	1) 質的負荷	-0.156 **	0.171 ***
	2) 達成感	0.154 **	
	3) 気分転換	0.150 **	
	4) 仕事以外の悩み	-0.098 *	
	5) 対人関係の困難	-0.115 *	
	6) 患者・家族との関係困難	-0.109 *	
VT	1) 達成感	0.162 ***	0.308 ***
	2) 気分転換	0.224 ***	
	3) 量的負荷	-0.240 ***	
	4) 在職年数	0.181 ***	
	5) 患者・家族との関係困難	-0.220 ***	
	6) 対人関係の困難	-0.179 ***	
	7) 医師との関係困難	0.129 **	
	8) 裁量度	0.093 *	
MH	1) 質的負荷	-0.261 ***	0.369 ***
	2) 達成感	0.157 ***	
	3) 仕事以外の悩み	-0.155 ***	
	4) 対人関係の困難	-0.166 ***	
	5) 公的自意識	-0.104 *	
	6) 気分転換	0.111 **	
	7) 患者の死との直面	0.115 **	
	8) 同僚上司の支援	0.114 *	
	9) 患者・家族との関係困難	-0.109 *	
	10) 在職年数	0.104 *	

Multiple regression analysis *p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001

は $R^2 = 0.099$ ($p < 0.001$)であった。次に、GHを従属変数とした場合、達成感、気分転換に正の相関、質的負荷、仕事以外の悩み、対人関係の困難、患者・家族との関係困難に負の相関を示し、重回帰式の決定係数は $R^2 = 0.171$ ($p < 0.001$)であった。VTを従属変数とした場合、達成感、気分転換、在職年数、医師との関係困難、裁量度に正の相関、量的負荷、患者・家族との関係困難、対人関係の困難に負の相関を示し、重回帰式の決定係数は $R^2 = 0.308$ ($p < 0.001$)であった。次に、MHを従属変数とした場合、達成感、気分転換、患者の死との直面、同僚上司の支援、在職年数に正の相関、質的負荷、仕事以外の悩み、対人関係の困難、公的自意識、患者・家族との関係困難に負の相関を示し、重回帰式の決定係数は $R^2 = 0.369$ ($p < 0.001$)であった(表7)。

VI. 考 察

1. スタッフナースのHRQOLと諸要因の実態

今回調査したスタッフナースは、問題解決志向の対処行動や支援体制を有するものの、多様な職業性ストレス要因を抱えており、今回調査したHRQOLの中でも特にVTとMHのNBSは30点代と国民標準値や先行研究²³⁾と比較して顕著に低かった。スタッフナースを対象としたHRQOL調査がなく、厳密には比較対象が異なり一概には言えないが、精神的健康度を示すVTとMHの低下は明確であり、

直接看護ケアに携わるスタッフナースの注目すべき実状が明らかとなった。HRQOLの年代別比較によると、20歳代のVTが40歳代と比較して低い値を示し、先行研究³⁰⁾においても20～30歳代という比較的若年の活力低下が指摘されている。また、20歳代スタッフナースの満足度の低さや抑うつ傾向を示した報告³²⁾や年齢の若さと経験年数の浅さがBurn-outに関連することを示した報告⁹⁾もある。今回の対象は、20歳代が6割、1～3年目が3割を占めており、新人スタッフナースの特性であるリアリティショックやBurn-outがもたらす身体的不調や精神的疲弊などがHRQOLに影響した可能性が考えられる。また、20歳代のスタッフナースは裁量や報酬も低く、努力と報酬の不均衡³⁵⁾を自覚し易い状況にあり、裁量と報酬が睡眠や喫煙にも関与⁴⁾ ⁵⁾することからHRQOLに影響した可能性も推測される。婚姻については、未婚者のMHが既婚者と比較して有意に低い値を示し、先行研究で単身者の精神的健康度が低いという報告³⁶⁾もあるように、婚姻がMHを高める可能性も推測されるが、年齢と在職年数および婚姻には高い相関があり、婚姻のみの影響でMHが高められるとは言い切れない。

次に、スタッフナースのHRQOLと生活習慣の関連としては、現喫煙者のVTは非喫煙者と比較して有意に低く、VT低下の一要因である可能性が推測された。喫煙率は15.8%で全国調査の女性喫煙率13.2%（2004年日本たばこ産業株式会社）よりも高いことから、今後は、メンタルヘルスを含めた更なる禁煙対策が重要となってくる。また、スタッフナースの運動習慣がない者は91.2%を占め、HRQOLと運動習慣の関連は示さなかった。看護職者は健康にける時間的余裕のない現状¹⁾にあるが、運動習慣がHRQOLに影響する要因ではない可能性が推測された。

続いて、スタッフナースのHRQOLと職業適性感の関連については、看護職向きと認識する者はGH、VT、MHが高く、不向きと認識する者は低かった。特に不向きと認識する者のGH、VT、MHは、今回分析した比較集団のなかで最もHRQOLが低値を示しており、注目すべき集団と考えられる。次に、自己意識の関連については、公的自意識の高い者のVT、MHが最も低く、公的自意識という他者を通して自己を認識する傾向が強すぎるとVT、MHを低下させることが推測された。これらのことから、自己に対する意識の傾向が、職業性ストレス要因を認知し反応に至る過程において、何らかの影響を及ぼす可能性が推測された。以上、スタッフナースのHRQOLの低下は、20歳代、現喫煙者、看護職不向きと認識している者、公的自意識の高い者に関与することが示されたことから、個人属性や生活習慣という固定された要因のみならず、個人の意識特性という流動的で時々刻々と変化する要因もふまえ、

スタッフナースのHRQOLを検討する必要性が示唆された。

2. スタッフナースのHRQOLに影響を及ぼす要因

スタッフナースのHRQOLへ及ぼす影響要因を検討するために、重回帰分析を行った結果、VTを従属変数とした場合、達成感、気分転換、在職年数、医師との関係困難、裁量度に正の相関、量的負荷、患者・家族との関係困難、対人関係の困難に負の相関を示し、この8変数で30.8%の説明がなされた。以上のことから、決定係数と偏回帰係数が低く説明力に限界はあるが、VTに及ぼす影響要因としては、達成感、気分転換がVTを高め、量的負荷、患者・家族との関係困難がVTを低めることが推測され、生命を預かる職責を果たす上でのストレス要因よりも仕事量の多さや人間関係の悪化が疲労の蓄積を招きVT低下に影響する可能性が推測された。

次に、MHを従属変数とした場合、達成感、気分転換、同僚・上司の支援、患者の死との直面に正の相関、質的負荷、仕事以外の悩み、対人関係の困難、公的自意識、患者・家族との関係困難に負の相関を示し、この10変数で36.9%の説明がなされた。以上のことから、達成感がMHを高め、仕事の難しさや人間関係の悪化がMHを低めることが推測され、MHに及ぼす要因として、緩衝要因である同僚・上司の支援と気分転換という情動中心型コーピングが示された。心理社会的ネットワークがHRQOLを高めることを示した報告³⁷⁾ ³⁸⁾もあることから、職場における支援関係がHRQOLに影響することが再確認された。そして、気分転換はストレス要因そのものの問題解決には至らないが、そこから生じる情動を制御することには有用とされており、直接的問題解決が困難なストレス要因を抱えるスタッフナースにとっては、有効な対処行動のひとつと考えられた。以上、スタッフナースのVT、MHに及ぼす影響を検討した結果、主として職場における仕事負荷のコントロールと達成感の充足支援や気分転換がHRQOLの改善に寄与する可能性が示唆された。本研究を通して、スタッフナースのHRQOLの実態とコーピングおよび意識特性の関連が示されたことは新たな知見であり、ストレス要因の除去が困難な職場環境において、コーピングや意識特性は個人が調整可能となるため有用であり、今後スタッフナースのHRQOL向上を検討する上で重要な要素と考える。

本研究の限界として、今回の対象は、多施設から選択されているものの近畿圏に地域が限定されており、調査結果の一般化には限界があることから、今後地域を拡大した研究が求められる。更に、HRQOLに及ぼす影響の分析結果は、決定係数および偏回帰係数が低く説明力に限界が示されたことから、今後はスタッフナースの職場における

Quality of Working Life (QWL) の構成要素を含め、他の要因の関連も検討していく必要がある。

VII. 結 論

スタッフナースの健康関連QOL (HRQOL) および職業性ストレス要因、緩衝要因、個人要因の実態把握、諸要因間の関係探索とHRQOLに及ぼす影響の検討を目的に本研究を行った結果、スタッフナースのHRQOLは、体の痛み (BP)、全体的健康感 (GH)、活力 (VT)、心の健康 (MH) の全てにおいて国民標準値と比較して低い値を示し、特に活力 (VT) と心の健康 (MH) の低下が顕著であることが明らかとなった。HRQOL低下には、20歳代、喫煙、職業不適性感、公的自意識が関与すること。スタッフナースの活力 (VT) は達成感、気分転換、量的負荷か

らの影響、心の健康 (MH) は質的負荷、達成感から有意な影響を受けることが示された。以上、スタッフナースのHRQOL向上において、仕事負荷のコントロールと達成感の充足支援や気分転換が重要であることが示唆された。

VIII. 謝 辞

本研究のご指導を賜りました諸先生方に深く感謝申し上げますとともに、本研究にご協力頂きました、某県看護協会会長様、各施設の看護部長様をはじめスタッフナースの皆様にも厚くお礼申し上げます。尚、本研究は、香川大学大学院医学系研究科修士論文に加筆修正を加えたものであり、第25回看護科学学会 (2005年、青森) において一部報告した。

要 旨

スタッフナースの心身の健康は、患者に対する看護の質を保証する上で重要な課題であるが、その実態と影響要因については明らかでない。本研究では、健康関連QOL (HRQOL)、職業性ストレス要因、緩衝要因、個人要因の実態把握、各要因間の関係探索、HRQOLに及ぼす影響要因の検討を目的とした。対象者は近畿圏のスタッフナース500名で、HRQOLにSF-36下位尺度4項目、職業性ストレス要因に小林らの看護職職業性ストレス尺度、緩衝要因に影山らのコーピング尺度、自意識に菅原の自意識尺度を用い自記式質問紙調査を行った。その結果、SF-36の活力 (VT) と心の健康 (MH) は、20歳代、現喫煙者、看護職不向きと思う者、公的自意識の高い者が有意に低かった。またVTは達成感、気分転換、量的負荷からの影響、MHは質的負荷、達成感から有意な影響を受けていた。今回、主として達成感の充足支援と仕事負荷のコントロールがHRQOLの改善に重要であることが示唆された。

Abstract

Maintenance of the mental and physical health of staff nurses in the nursing field is important for ensuring the quality of nursing care, but those influencing it are still unclear. The present study was designed to comprehend the actual status of the health-related quality of life (HRQOL) and the job stressors, buffer factors and individual characteristics that could potentially influence it, to explore the relationships among the factors and investigate the factors influencing the HRQOL. This study included 500 staff nurses from the Kinki region in Japan to whom a self-administered questionnaire was posted. The questionnaire included four sub-scales of SF-36, nurse stress scale, stress coping scale, and self-consciousness scale. On the results, Vitality (VT) and Mental Health (MH) of SF-36, were significantly lower in nurses who were in their 20's, in smokers, subjects who considered themselves unsuitable for nursing profession, and persons with high public self-consciousness. VT was mostly influenced by sensation of achievement, diversion of mind, and quantitative workload, and MH was influenced by qualitative workload, and sensation of achievement. The results suggest that the sensation of achievement and management in workload should be considered in order to increase the HRQOL.

文 献

- 1) 日本医療労働組合連合会：医療労働者の労働・健康実態調査、日本医療労働連合会、1998。
- 2) 久繁哲徳、大原啓志：病院看護婦の疲労と健康状態について、労働科学、61(11)、517-528、1985。
- 3) 石松直子、大塚邦子、他：看護婦のメンタルヘルスに関する研究－ストレス・職務満足度・自我状態相互の関連－、日本看護研究学会雑誌、24(4)、2001。
- 4) 河野由理、栗田広：病院勤務看護婦における職業性ストレス

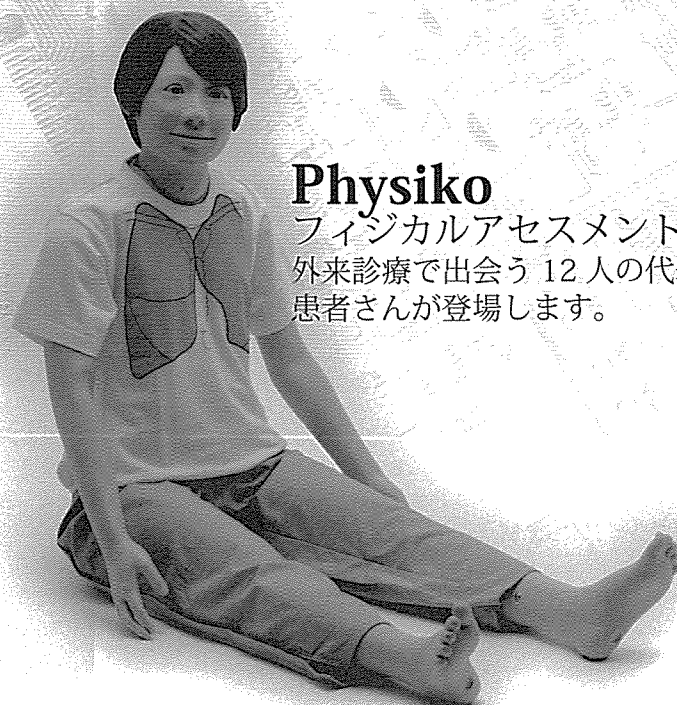
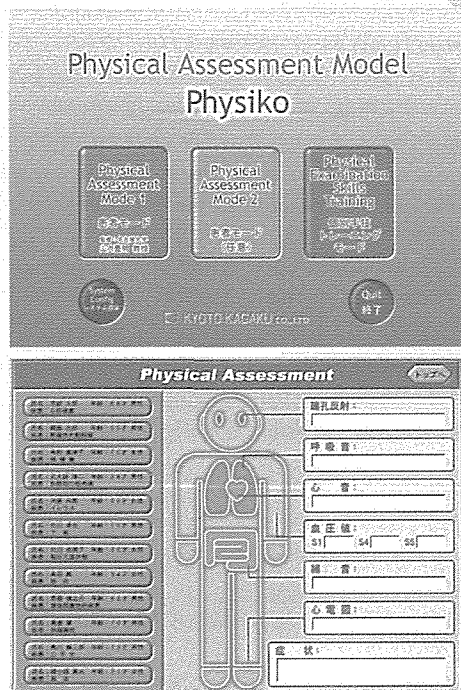
および生活習慣と睡眠問題の関連、第32回看護管理、171-173、2001。

- 5) 河野由理、三木明子、他：病院勤務看護婦における職業性ストレスと喫煙習慣に関する研究、日本公衆衛生学雑誌、49(2)、126-131、2002。
- 6) Ichiro, K., Graham, A. et al. : Prospective Study of Shift Work and Risk of Coronary Heart Disease in Women, Circulation, 92(11), 3178-3181, 1995。
- 7) Eva, S., Francine, L. et al. : Rotating Night Shifts and Risk of

- Breast Cancer in Women Participating in the Nurses' Health Study, Journal of the National Cancer Institute, 93(20), 1563-1568, 2001.
- 8) 山本あい子, 南裕子, 他: 看護婦の燃えつき現象に対する生活および仕事ストレスとソーシャルサポートの影響, 看護研究, 20(2), 51-62, 1987.
 - 9) 黒瀬佳代子, 宮路亜希子, 他: 緩和ケア病棟に勤務する看護婦(士)が陥る“燃え尽き”の構造, 日本看護学会誌, 8(1), 18-26, 1999.
 - 10) 土江淳子, 中村弥生: 看護婦の職務意識とストレス, パーナアウトとの関係, 日本看護研究学会雑誌, 16(4), 9-20, 1993.
 - 11) 山崎登志子: パーナアウト傾向と性格特性, ソーシャルサポートとの関係-病院規模による比較-, 日本看護研究学会誌, 23(2), 29-41, 2000.
 - 12) 堀口淳, 田中昭, 助川鶴平, 他: 交代性勤務者の睡眠覚醒障害と抑うつに関する検討, 精神医学, 34(10), 1113-1118, 1992.
 - 13) 藤原千恵子, 本田育美, 他: 新人看護婦の職務ストレスに関する研究, 日本看護研究学会雑誌, 24(1), 77-88, 2001.
 - 14) 石井京子, 星和美, 他: 中堅看護婦の職務ストレス認知がうつ傾向に及ぼす要因分析に関する研究-新人看護師と比較して-, 日本看護研究学会雑誌, 26(4), 21-30, 2003.
 - 15) 山崎登志子, 齋二美子, 他: 精神科病棟における看護婦の職場環境ストレスとストレス反応との関連について, 日本看護研究学会雑誌, 25(4), 73-84, 2002.
 - 16) 與古田孝夫, 赤嶺依子, 他: 緩和ケア病棟に勤務する看護者の看護不安に関連する要因についての検討, 医学と生物学, 143(5), 151-156, 2001.
 - 17) 筒井香史, 岩永秀子: 臨床看護婦(士)の職務満足と職場内における対人関係との関連, 東海大学健康科学部紀要, 7, 35-43, 2001.
 - 18) Setsuko Tsukahara, Aiko Tanaka: Nurses' social skill related to job satisfaction 富山医科薬科大学看護学会誌, 3, 129-139, 2000.
 - 19) 足立はるゑ, 井上真人, 井奈波良一・他: 某公立病院看護婦の精神健康度およびストレス対処行動についての検討-Stress&Stress-Coping Questionnaireを用いて-産業衛生学雑誌, 41, 79-87, 1999.
 - 20) 森克美, 川久保清, 他: 日本語版SF-36を用いた地域住民のHRQOLの測定, 厚生生の指標, 49(13), 1-6, 2002.
 - 21) Tomoaki Kimura, Yoichi Ogushi, Masahiro Takahashi, et.al: Association of health-related quality of life with health examination including organic functions and lifestyles in Japanese employees, Quality of Life Research, 13, 519-529, 2004.
 - 22) H.Achat, I.Kawachi, S.Levine, et.al: Social networks, stress and health-related quality of life, Quality of Life Research, 7, 735-750, 1998.
 - 23) 八島栄子, 高木茂男, 他: 看護職員の健康関連-QOLに関する調査, 第32回看護総合, 168-170, 2001.
 - 24) Hurrell, J.J.: Exposure to job stress-a new psychometric instrument. Scand J Work Environ Health, 14, 27-28, 1988.
 - 25) 原谷隆史, 川上憲人, 他: 日本語版NIOSH職業性ストレス調査票の信頼性および妥当性, 産業医学, 35(35), 331, 1993.
 - 26) Richard, S.L, Susan Folkman: ストレスの心理学, 実務教育出版, 2002.
 - 27) 菅原健介: 自意識尺度 (self-consciousness scale) 日本語版作成の試み, 心理学研究, 55(3), 184-188, 1984.
 - 28) 福原俊一, 鈴鴨よしみ: SF=36v 2TM 日本語版マニュアル, 健康医療評価研究機構, 2004.
 - 29) Shunichi, F., Seiji, B.et al.: Translation, Adaptation, and Validation of the SF-36 Health Survey for Use in Japan, J Clin Epidemiol, 51(11), 1037-1044, 1998.
 - 30) 小林敏生, 上田恵美子, 他: 簡易質問票を用いた看護職の職業性ストレスおよびストレス対処の評価と抑うつ症状との関連, 産業衛生学雑誌, 48, 287, 2003.
 - 31) 影山隆之, 小林敏生, 他: 勤労者のためのコーピング特性簡易尺度 (BSCP) の開発: 信頼性・妥当性についての基礎的検討, 産業衛生学雑誌, 46, 103-114, 2004.
 - 32) 三木明子, 原谷隆史: 看護師の年代別職業性ストレスの特徴, 第33回看護総合, 68-70, 2002.
 - 33) 三木明子, 原谷隆史, 他: 看護婦のストレスと業務上の事故および病欠欠勤の検討, 第29回看護総合, 156-158, 1998.
 - 34) Allan, F., Michael, F.et al.: Public and Private Self-Consciousness: Assessment and Theory Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43(4), 522-527, 1975.
 - 35) Robert A.Karasek, Jr: Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain; Implications for Job Redesign, Administer Sci Quart, 24, 285-308, 1979.
 - 36) 松下年子, 松島英介: 一般職域集団におけるQOL (quality of life) と生活習慣の関連, 日本社会精神医学会雑誌, 12(3), 285-295, 2004.
 - 37) Stephen, A.S., Hans, B.et al.: Psychosocial Work Characteristics and Social Support as predictors of SF-36 Health Functioning, Psychosomatic Medicine, 60, 247-255, 1998.
 - 38) Yvonne, L.M.Graham, A.et al.: Health behaviors, social networks, and healthy aging: Cross-sectional evidence from the Nurses' Health Study, Quality of Life Research, 8, 711-722, 1999.

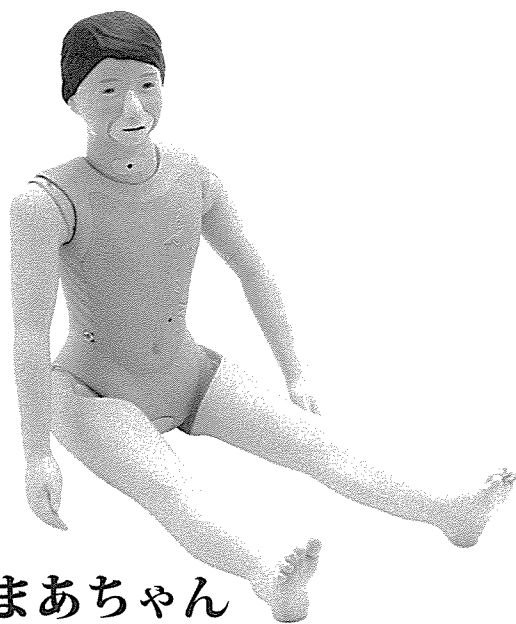
[平成17年10月13日受 付]
[平成18年7月24日採用決定]

看護実践能力育成のために—教育カリキュラムがめざす「臨地実習」をサポート



Physiko

フィジカルアセスメントモデル—
外来診療で出会う 12 人の代表的な
患者さんが登場します。



まあちゃん

小児看護実習モデル（医療的ケアモデル）
「痰」の吸引や経管栄養注入などの「医療的ケア」
をトレーニングすることができます。



これからの看護教育に不可欠な
教育用シミュレータ&
トレーニングモデル

詳細なパンフレットがございます。お問合せください。



株式
会社 **京都科学**

E-mail: rw-kyoto@kyotokagaku.co.jp <http://www.kyotokagaku.co.jp>
Tel: 京都 075-605-2510 fax: 075-605-2519 Tel: 東京 03-3817-8071 fax: 03-3817-8075

メンタルヘルス上の問題をもつ看護学生と関わる教員の葛藤

－看護専門学校教員の面接調査から－

Teacher Conflict Related to Students with Mental Health Problems

－ Interviews with the Nursing School Teachers －

林 世津子¹⁾

Setsuko Hayashi

柴 田 真 紀²⁾

Maki Shibata

キーワード：メンタルヘルス上の問題、学生との関わり、看護教員、葛藤、看護専門学校

Key Words : mental health problem, relationship with student, nursing teacher, conflict, nursing school

I. はじめに

近年、看護教員がメンタルヘルス上の問題を持つ看護学生への対応に苦慮することが報告されている¹⁾。ここでは看護師でもある看護教員は、学生のためには休養をさせたい、無理しないで欲しいと思う一方で、学習課題を達成させなければいけないとも思い、学生の精神状態を考慮しながら関わる上での葛藤が語られている。この葛藤は教育実践の質を低下させるのみならず、看護教員自身のメンタルヘルスをも脅かす可能性がある。

看護教員のメンタルヘルスに関する研究として、稲岡らによる看護教員のバーンアウトに関する調査²⁾の他、新人看護教員を対象に職場適応上の困難を扱った面接調査³⁾があったが、メンタルヘルス上の問題をもつ看護学生と関わる教員に限定されてはいなかった。柴田ら⁴⁾は、看護教員を対象に教育現場における学生相談制度へのニーズを明らかにしたが、メンタルヘルス上の問題をもつ看護学生の関わりに苦慮する教員の存在を示唆するにとどまった。

そこで本研究は、メンタルヘルス上の問題をもつ看護学生と関わる看護専門学校教員の葛藤の様相を把握し、葛藤解決のための示唆を得ることを目的とした。

本研究の意義は、看護専門学校教員の心理的負担を軽減し、教員自身のメンタルヘルスの維持に役立つことと考える。教員のメンタルヘルスの維持は、看護学生へのより望ましい教育実践に重要不可欠なものであり、実習場面における患者ケアの質の保障にもつながると考える。

用語の操作的定義

「メンタルヘルス上の問題」

精神的健康上の問題であり、情動・思考・認知・知覚の異常を一時的または持続的に示す状態。但し、明らかな

精神障害と診断され治療中であることが看護教員に把握されている場合は除く。

「学生との関わり」

臨地実習・学内演習、生活指導等における学生との個別の関わり。

II. 研究方法

1. データ収集の場所と期間

データは、都内の学生総定員320名の看護専門学校（3年課程）で、2004年11月から12月にかけて収集した。なお、筆者はこの協力専門学校において非常勤講師として勤務していた。

協力専門学校の専任教員は23名、うち教務主任1名で構成され、担任制（1学年主担任1名と他3名）をとっていた。専任教員以外に、学生の生活全般の相談を受ける相談係が常勤し、心理カウンセラーによる相談室（1回／週）が開かれていた。

2. 研究対象者の選定

看護専門学校の責任者に研究協力を依頼し承諾を得た上で、専任教員全員に文書と口頭で研究概要を説明し、参加を募った。選定の基準は、仕事に慣れ体験をある程度客観的に語れると思われる看護教育経験3年目以上の専任教員（管理職者を除く）とした。但し、専任教員は実習指導のため学外にすることが多く、時間的に協力可能な者に限定された。

このようにして本研究の参加に同意が得られた専任教員は6名（以下教員とする）であり、語られた看護学生が精神障害として治療を受けていたことが明らかな場合は研究対象外のため除き、最終的なデータは5名の教員から得ら

1) 東京慈恵会医科大学医学部看護学科 The Jikei University, School of Nursing

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

れた。

3. データの収集方法

半構成的面接法を用いた。事前に教員の属性、および関わりが難しいと感じたメンタルヘルス上の問題をもつ看護学生（以下学生とする）との関わりの概要を問う質問紙への記入を依頼した。質問として「学生のメンタルヘルス上の問題について」「その学生への関わり」「関わる上で支えとなったもの」「看護教員・看護師としてこのような学生への関わりに対する率直な考え」を準備し、質問紙に記入された体験の詳細を、自由に語ってもらった。面接は研究者1名で、教員1人につき1回、約1時間～1時間20分、プライバシーが守られる個室で行った。面接内容は、教員の了解を得てICレコーダーで録音した。面接の間、教員が抵抗や困難を感じていないか、教員の表情や口調にも関心を寄せ、教員が無理をしていると筆者が感じた場合は、面接の継続が可能か確認した。なお、2名の教員にプレテストを行い、面接内容と面接技術を再検討した。

4. 分析方法

1) 録音した音声データを逐語録におこし、それを熟読した後、語られた内容の意味を崩さないように、文章を簡潔に要約した(*1)。

2) 1) をもとに、教員毎に語られた内容を関連図(*2)に整理し葛藤を読み取った。

3) 1) 2) の過程で、共通に語られた内容:「学生の言動・行動」「学生との関わり」「他教員との関わり」「他者からのサポート」「自己の振り返り」「気づき」「抱え所となる考え」が見いだされ、これに沿って面接内容を整理した。

4) 筆者が読み取った面接内容(*1・2)と実際に語られた内容にずれが生じていないか、各教員に確認した。また、分析過程において客観性と妥当性を保つため、面接に同席していない共同研究者と検討を重ね、かつ質的研究を専門とする大学教員のスーパーヴァイズを随時受けた。

5. 倫理的配慮

調査に先立って、北里大学看護学部研究倫理委員会の承認を受けた。

研究対象者である教員には、本研究への協力によって何ら不利益が及ばないこと、研究参加は自由意思であること、得られたデータは研究以外の目的では使用しないこと、匿名性の確保に万全の配慮をすることを、文書と口頭で説明し同意を得た。

また、教員には、語りたくない内容は無理に語らなくても良いこと、研究参加中に中断したいと思った場合は、いつでも中断できることを十分に説明した。さらに面接後、教員が望めばいつでも筆者に連絡が取れることを保障し、筆者の連絡先を明確にした。

Ⅲ. 結 果

1. 教員の属性

教員5名(女性4名、男性1名)の平均年齢は45.8歳(37歳～56歳、 ± 7.33 歳)、看護基礎教育は専門学校3年課程4名、短大1名であった。平均臨床看護師経験11.8年(8～19年、 ± 4.27 年)、平均看護教員経験11.6年(5年～25年、 ± 7.37 年)であった。なお、対象となった教員をアルファベットのA～Eで識別した。

2. 分析結果

1) 各教員の面接内容

それぞれの教員が語った内容の要旨を以下に述べる。

教員A(看護教員経験3年目の体験)

実習中に話せなくなった学生と面接し、泣きながら学生の厳しい境遇を聞かれ同情した。自立を支えたい、実習をクリアさせなければと思い、学生にほとんどついて援助をさせた。また、自分のいないところで他教員には「先生が実習の担当だったら良かったのに」と言ったり、患者とスムーズに話したりするため、複雑な心境になった。実習の終盤になって、学生は自分がどう思われるかすごく気になり話せないことに気づいた。その後、学生は学校に来なくなってしまった。どう対応すれば良かったのか分からない。

教員B(看護教員経験8年目の体験)

実習評価を告げる場面で学生が急に泣き出し、ほぼ無言で30分泣き続け驚いた。その後、学生はにらみつけるように「人に評価されることは嫌いだ」など一言二言だけ話した。その後、廊下ですれ違ふと学生から目をそらされ気まぐれに辛かった。教員の評価に納得していない学生にもっと早く気づけなかったのか、学生の受け取り方もあり教員の伝え方もありずれたと思うし、ずれないように気を使う。教員も看護学生も納得できる評価基準が必要である。

教員C(看護教員経験12年目の体験)

無断欠席した学生が「先生に嫌われている」と受け止め退学を希望しているのを知り、ショックを受けた。翌日面接で、学生の退学希望の理由や思いを聞き、自分は学生を大事に思っていることなどを夢中で伝え、傷つけたかもしれないと謝った。悩んでいる学生を、自分の心ない言葉で傷つけていたことに気づき落ち込んだ。しかし学生は退学せず、学習態度が良くなった。気づかせてくれた学生に感謝している。今は注意だけでなくいたわりの言葉をかけるようになった。

教員D(看護教員経験18～19年目の体験)

“学内学習では問題ないが身体症状がでるため実習が困難”などの学生の情報を得ていた。一つ一つ積み重ねて自信がつけば学生はできると考え、マンツーマンでケースス

タディを指導し、学生は何とか卒業になった。その間、教育観の違う教員と学生に関する情報交換や話し合いが難しかった。国家試験に合格したものの学生のその後が分からない。しかし、看護師になるかどうかは学生本人が決めること、また、できないならできるように学生を指導したらいい、それで駄目でも結果として学生にも教員にも成長があると思う。

教員E（看護教員経験2年目の体験）

突然学生が自分の担当実習を休んだ。友人関係が壊れてしまい引きこもったためと知り、学生が実習をやっているのか不安になった。実習再開時の面接で学生がヒステリックに泣き出した。それ以後、学生にどう関わっているのか分からず、腫れ物に触るようだった。どうして友達のことぐらいで悩むのかなどの感情を抑え、学生につきっき

りになった。本実習は不合格。補習中の学生は明るく躁的で、また不安になった。この間、先輩教員に「厳しすぎるのでは」と責められ辛かったが、できないことはきちんと伝えないと学生に申し訳ない気持ちの方が強かった。自分は厳しいと思う。学生はできないのが当然と思う一方でしっかりして欲しいが、潰れてしまう学生が多く、これ以上何もできない感じがする。

2) 共通して語られた内容

面接において共通して語られた内容は「学生の言動・行動」、「学生との関わり」「他教員との関わり」「他者からのサポート」「自己の振り返り」「気づき」「拠り所となる考え」であった。前者4項目を表1にまとめた。

「学生の言動・行動」は、学生の学習が困難になるほどのメンタルヘルス上の問題を示すものであった。これは教

表1. 学生の言動・行動と教員の関わり

教員	A	B	C	D	E
場面	実習指導（2週間）	実習評価を告げる	担任としての関わり	ケーススタディの指導	実習指導（3週間+α）
学生の言動・行動（教員の受け止め）	他者の前では上手く話せなかった。泣きながら自分が厳しい環境で育ち怖い目にあったことなどを話した。一方で教員のいないところで他教員に「先生が実習の担当だったらよかったのに」と言い、比較的スムーズに患者と話していた。実習が合格となり「先生のおかげ」と言ったが学校に来なくなった。	突然無言で、30分ぐらい泣き続け、その後「教員に評価されるのは嫌だ」と訴えた。にらみつけるようだった。廊下ですれ違ふと目をそらした。	無断欠席をした。「この道を選んで良かったのか」と進路に悩み退学を希望した。「先生に嫌われている」「先生に気に入られないと卒業できないらしい」と受け止めていた。面接後、学業継続を明るく告げた。	臨地実習では身体症状（発汗、消化器症状）を呈し学習困難だった。提出物の提出期限が守れなかった。そのため補習を繰り返し留年。学内において身体症状はなかったが、気持ちを話さなかった。	友人関係が壊れて引きこもり実習を休んだ。心療内科受診を勧められていた。実習再開時、友人関係の振り返りを促すとヒステリックに泣き出した。文章が支離滅裂であった。補習では明るく軽い躁状態だった。
学生との関わり	・自立を支えたい、実習をクリアさせるためにはどうしたらいいか ・ほとんどついて援助させ、話ができるようにした ・教員のいないところではスムーズに話し、複雑な心境 ・実習の終盤に、学生は自分がどう思われるのか気になり、話せないことが分かった	・驚いたが泣きやむのを待った ・「評価されるのは嫌いだ」と言った時のにらみつけるような表情が残っている、限界だと思った ・廊下ですれ違ふと目を反らされ気まずかった ・声をかけようか考えたがチャンスがなかった	・ショックだった ・学校や教員に不信感があるのかもしれない ・学生を大事に思っていることなど夢中で話し、傷つけたならごめんなさいと謝った ・傷つける言葉を吐いていたことで、落ち込んだ	・自信がつけばと思ひ、マンツーマンで指導 ・どう考えているか聞こうとしたが、学生は気持ちを話さなかった	・学生がやっていけるのか不安、実習に来なくてもいいのと思った ・ヒステリックに泣き、それ以来どう関わっているのか分からず、腫れ物に触るようだった ・どうして友達のことぐらいで悩むのか、できないのに何故休むのかなど、感情を抑えようとしていた ・患者のことも心配で、つきっきりになった
他教員との関わり				・自分の教育観を理解してくれない、同僚との情報交換や意見交換が難しかった	・「厳しすぎるのでは」と責められ、辛かった ・できていないことはきちんと伝えないと学生に申し訳ないという気持ちの方が強かった
他者からのサポート	・上司に相談した、自分を肯定してくれ、学生の見方を広げてくれた ・職場以外の人に話し、気持ちを分かってもらえたと思う	・時々学生に元気をもらうから、やっていける	・同僚に話して聞いてもらった ・学生の受け止め方だとフォローして、気持ちを支えてくれた		・学生からの手紙で、ずれた指導はしていないと思えた ・仲良しの同僚に話すと、別の見方を言い共感してくれた ・姉に話を聞いてもらい、助けられた

員の受け止めであり、関わりが難しいと感じさせる要素と考えられた。「学生との関わり」には、教員の「学生の言動・行動」に対する感情的な揺さぶられや葛藤が含まれていた。教員はその葛藤を回避しようとはせず、むしろ学生との相互作用を続けたことを示した。「他教員との関わり」として2名の教員が、学生との関わりに伴い他教員に非難されたり理解されなかったことを語った。他教員に非難されることで葛藤が引き起こされ、他教員との情報・意見交換、他教員からのサポートを求めにくくしていた。語られた学生との関わりにおいて、教員D以外は「他者からのサポート」を得ていた。教員A・C・Eは、上司・同僚・職場以外の友人・家族などにサポートを求め、話を聞いてもらっていた。教員A・Eは、上司・同僚から具体的な指導方法の助言を受けていた。さらに教員B・Eは、学生からの肯定的なフィードバックが支えになっていた。

「自己の振り返り」「気づき」「拠り所となる考え」の3項目は、相互に関連し分け難いものであった。そこで、「葛藤を引きずる教員」と「関わりの意味を見出した教員」に分け、表2にまとめた。

「葛藤を引きずる教員」のA・Eは、自分自身を振り返り自己の課題に気づいたが、現在も学生との関わりを後悔し、葛藤を引きずっていた。さらに、教員の関わりの限界を語った。しかし、看護師を育てる意志を語り、学生との

関わりの拠り所にしていた。「関わりの意味を見出した教員」のB・C・Dは、学生との関わりにおける葛藤を引きずらず、関わりに肯定的な意味づけをし、教員としての自己の課題を受け止めていた。さらに教育活動の拠り所となっている考えを語った。

IV. 考 察

結果から、教員の葛藤と成長について以下の視点で考察し、葛藤解決の方向性について所見を述べる。

1. 葛藤の様相

1) 学生の傾向

「学生の言動・行動」は対人関係能力の未熟さを示し、学習継続が困難になるほどだった。これは、教員にとって学生を理解しにくい、関係が取りにくいと感じさせる要素と考えられる。この未熟さは、「事象を多面的に捉えることが困難であり、しかもまだ自己の価値観ができ上がっていないため、感情は揺れ動き、両価性の状態を呈しやすい」⁵⁾と言われる青年期の心理傾向の現れでもある。つまり、アイデンティティが確立せず自己理解が不十分な学生であり、自分の考えや感情を自覚し、正確に他者のメッセージを受け取り、他者に伝達する能力の成熟途上にあると考えられる。

しかし、それだけではない。教員Aの語った学生の行動

表2. 教員の「自己の振り返り」「気づき」「拠り所となる考え」

教員	葛藤を引きずる		関わりの意味を見出す		
	A	E	B	C	D
自己の振り返り ～ 気づき ～ 拠り所となる考え	・学生につきっきりになったことが良かったの分からない ・学生が学校を辞めるきっかけになったのか ・どうすれば良かったのか ・このような学生に関わるのは現実的にきつい・難しい ・看護師にはなれない学生だったのかもしれない	・実習を休む前に学生が悩んでいることに気づけず、どうしたら良かったか ・臨床で出会った精神疾患患者と学生が重なっていたかもしれない ・自分の指導は厳しいと思う ・潰れやすい学生が多いけれども優しいだけではないのか ・看護師になる意志の低い人も教育する意味があるのだろうか ・これ以上自分では何もできないと思う	・学生に気づかされた ・学生も教員も納得できる評価基準を作る必要がある ・世代間の違いを感じ、取り組みが難しい 仕事観 ・仕事だからいいことばかりではない	・教員としての原点に返った ・気づかせてくれた学生に感謝している	・特別な配慮がかえって学生を傷つけなかったか ・他教員との関わりから、自分が本当に正しいか分からない ・教員が迷わないためには哲学をもつ必要性がある
					信条 ・良心に従った関わり方をしないと後悔する
	教育姿勢 ・看護師になりたい意志がはっきりしていたことが支えだった	教育姿勢 ・看護する人を育てたい	学生観 ・泣くことはアクション ・問題だとあがってくる学生には本当に問題なのか興味を持つ 教育姿勢 ・先入観でみない	教育姿勢 ・看護師の資質を身につけて欲しいと常日頃学生に伝えている	教育観 ・学生に合わせた形で理解できるように指導するのが教育である ・看護師になるかどうかは学生本人が決めることだ ・できる限り指導して駄目でも、学生にも教員にも成長がある

は、実習を乗り越えるために教員の指導を自分自身に集め、しかも自分ができないのではなく教員の指導が悪いと思わせるような操作的行動、教員Bの語った学生も、尋常ではない泣き方で教員の同情を引きつけ、教員の評価を変えようとする操作的行動と解釈できる。教員Cの語った学生の行動は、無断欠席で教員の関心を引きつける依存行動とも受け取れ、一時的にスチューデント・アパシーのような無気力・無関心状態にあったのかもしれない。教員Dの語った学生は感情を言語化できず、実習中の対人不安を身体症状に表し、明らかに病的である。教員Eの語った学生は、友人との関係が上手くできず引きこもるというストレス回避行動、実習再開後はパニック状態を呈していたと解釈でき、教員Eは補習中の行動を躁的と捉えていた。つまり、語られた学生に共通していたことは、単に対人関係能力の未熟さだけでなく、教員には容易に矯正できない、病的な人格の歪みをもつことが推測された。

さらに、教員A・D・Eは学業継続に困難になりながらも実習継続し、看護師になる意志を示した学生について語り、教員B・Cは適切に評価して欲しい学生の思いを捉えていた。つまり、学生の看護師になる意志と教員への期待も推測された。

2) 学生への責任と葛藤

以上のような病理性をもつ学生と個別に関わる場合、教員は程度に差はあれ共通して学生の理解に苦しみ、どう関わるのが良いのか分からないと困難を感じていた。教員Aは、実習中に話せなくなった学生につきっきりで指導したが、実習終了後学生が退学したため〈(つきっきりになったことが)良かったのかの分からない〉と語った。教員Eは、〈学生がやっていけるのか不安〉だったが実習が継続となり〈どう関わっていいのか分からず腫れ物に触るようだった〉、同時に〈できないことはきちんと伝えないと学生に申し訳ない〉と思っていたと語った。つまり教員は、学生の対人関係能力を看護師に必要なレベルに高める必要性を感じる一方で、学生にとってはその関わりがストレスになることも感じ、関わりが難しいと受け止めていた。これは、学生のメンタルヘルスの維持と学生を看護師に育てることの間での葛藤であり、学生に対する教員としての責任をめぐる倫理的葛藤と考えられる。

加えて、学生に関わる教員は、看護師を育てる意識が高いことが推測された。教員Cは、〈看護師の資質を身に付けて欲しいと常日頃学生に伝えている〉、教員Eは〈看護師になる人を育てたい〉と語り、看護師を育てる意志をはっきり示した。このような意識により教員は、学生の看護師になる意志や教員への期待を受けて学生に対する責任感を強め、学生との関わりを回避することはなく、むしろ熱心に学生と関わる傾向があると推測された。

3) 感情的巻き込まれと葛藤

以上のような傾向をもつ教員と病理性をもつ学生の相互作用が一定期間継続する場合、教員は感情的に巻き込まれ、抱いた様々な葛藤を増強させると考えられた。臨地実習などで学生に関われば、一定期間学生と物理的に距離をとることはできず、自ずと相互作用は繰り返される。しかし一時的な関わり、もしくは学生と心理的に距離をとるならば、教員の葛藤も一時的なものとなるだろう。

とりわけ、教員Aは泣いて訴えた学生の境遇に同情し、〈自立を支えたい、実習をクリアさせるためにはどうしたらいいか〉と必死になり、感情的に巻き込まれた。これは救出者感情⁶⁾と言われ、看護師が患者の援助に当たる時に陥りやすい感情の一つで、患者を本当に理解しているのは自分だけだ、自分だけが患者を救えると信じることであり、臨床判断を狂わせ、患者が負うべき責任まで肩代わりしてしまう弊害がある。教員Aはこの救出者感情によって学生が負うべき責任と教員の負うべき責任の境界を見失っていた可能性がある。

しかし、巻き込まれて初めて理解できることも多い。教員が学生の声に耳を傾ければ、学生が本心を打ち明け、教育に必要な様々な情報が得られるだけでなく、学生のありのままの姿に近づき、学生-教員関係に親密さや信頼感が生じる。教員は、学生の学習を支援するために学生の学習ニーズや能力を理解すること、一方学生は、看護実践能力を身につけるために教員を看護の師として信頼し尊敬できることが重要であり、学生と教員との相互作用は欠かせず、当然、感情的巻き込まれが生じうる。もし感情的に巻き込まれないように、学生と心理的に距離をとってしまえば学生との信頼関係も理解も深まらない。

心療内科・精神科勤務経験がある教員Eは、学生が支離滅裂でパニック状態にあることを理解していたが、学生との関わりが長引き葛藤が増強していた。教員Eの体験で注目すべきは、学生に対して不安や〈どうして友達のことくらいで悩むのか、できないのに何故休むのか〉という嫌悪感などの陰性感情を抱き感情的に巻き込まれ、かつ、様々な陰性感情を抑えようとし葛藤を抱いていた点である。田尾ら⁷⁾は、一般的にヒューマンサービス従事者は、彼らのクライアントに対して暖かく人間的で献身的に接しなければならない一方で、仕事を成功させるには冷静で客観的な態度を堅持しなければならないと述べる。看護師でもある教員は学生に対してこの態度を示すことが期待されるが、学生に対する陰性感情と相反するものであるため葛藤を生じやすい。看護師は陰性感情の表出を否定的に捉え、表出を抑える傾向があるとの報告⁸⁾もあり、教員は生じた陰性感情の対処として、感情を否定したり表出を抑制したりしやすいものと考えられる。しかし、決して学生への陰性感

情を否定し表出を抑えなければならないものではない。抱いた感情を受け入れ、それをもとに学生の精神状態を理解し、学生との関わりを効果的にするものとして活用することが望まれる。

さらに、教員Eは〈臨床で出会った精神疾患患者と学生が重なったかもしれない〉と振り返り、学生に対する陰性感情は転移感情とも解釈できる。転移⁹⁾とは、過去の重要他者との人間関係や内面の葛藤を現在の関係に持ち込むことであり、事実を歪曲もしくは誇張させ不正確なアセスメントに基づく介入になる危険性をもつ。早い段階で転移感情に気づけば、教員Eの葛藤は幾らか和らげられ、現在にまで長く引きずることはなかったかもしれない。

一方、精神科臨床経験の長い教員Bは、学生の行動に一喜一憂せず、学生との関わりに迷いは少なかった。教員Dは、様々な学生の情報を事前に得ていたことで冷静に分析し感情的に反応しなかった。このことより、教員は学生のもつ病理性に気づくだけでなく、学生の精神状態を理解できるような知識・技術をもつ必要性が示唆される。とりわけ、一定期間継続してメンタルヘルス上の問題をもつ学生と個別に関わる場合、教員は様々な葛藤を抱き、感情的に巻き込まれやすく、かつ陰性感情を抱けば、教員として期待される態度との間に葛藤を生じやすい。このような教員が起こしやすい反応を理解した上で、自分に起きている感情的な反応を受け入れ、事実を客観的に捉え、学生との適度な心理的距離を保つことが重要である。

4) 患者への責任と葛藤

臨地実習において、看護教員は二重の責任をもつ。教員Eは〈患者のことも心配で〉と学生が患者に何かしでかしはしないかと危険性を感じていたが、学生が実習を継続したため、事故が起きないように学生につきっきりになったと語った。つまり、教員としては学生の学習する権利を守り成長にかけたい、一方で看護師として患者の安全・安楽を保障しなければならないという二重の責務があり、葛藤を抱いていた。これは臨地実習に必ず伴う倫理的葛藤である。メンタルヘルス上の問題をもつ学生の実習指導の場合、患者の安全・安楽を守る必要性が高まり、学生のメンタルヘルスを維持し学習する権利を守る難しさも高まるため、この葛藤は一層浮き彫りになることが考えられる。

しかし、教員Aは、患者から学生に話しかけてくれたと語り、すべて一人で学生を指導しなければならないという思い込み（救出者感情）を和らげ、葛藤を和らげた可能性があった。時には患者の存在によって、学生も教員も助けられるのかもしれない。

5) 他教員からの非難とサポート

教員は、メンタルヘルス上の問題をもつ学生との関わりを他教員に「非難された」「理解されていない」と感じた

場合、葛藤が生じていた。

教員Dは、本当にいいのかわからないと註釈した上で〈自分の教育観を理解してくれない、同僚との情報交換や意見交換が難しかった〉と葛藤を語り、〈良心に従った関わり方をしないと後悔する〉という信条により葛藤を強め、一層同僚との意見交換を阻ませたと考えられた。教員Eは同僚には相談できでも「厳しいのでは」と責める先輩教員に相談しなかった。そこには自分の厳しさを認めたくない思いと認めなければならないという間での葛藤が読み取れた。さらに、〈自分の指導は厳しいと思う〉が〈できないことはきちんと伝えないと学生に申し訳ない〉と、教員としての責任感によって学生との関わりにおける葛藤を増強させていた。つまり、他教員の非難があると、葛藤を和らげるために役立つ他教員からのサポートを求めにくく葛藤を増強させる可能性がある。

一方、教員A・C・Eは、他者に話を聞いてもらい支えられ、葛藤に対処していた。サポートになったと受け止めていた相手は、身近にいる上司、同僚、家族、友人など様々であり、特別な立場の人ではなかった。多くの葛藤を抱いた教員A・Eは、上司や同僚に相談すると、聞いてもらうだけでなく具体的な助言も得ており、他教員からのサポートは葛藤を和らげるために有効と考えられた。さらに、教員Aが〈相談した上司がまず自分のことを肯定してくれ、その上での助言が指導に役立った〉と語ったことから、支え手になる者が共感的な態度を示さないと、葛藤を抱く教員は助言や些細なことすら「非難された」「理解されていない」と受け止めかねないことを示唆した。葛藤を抱く教員にとって他者の意見は、他者の示す態度次第で助言にも非難にも変化してしまうものであり、教員のサポートのためには、共感的に理解することが重要である。

また、多くの葛藤を体験した教員A・Eは他者に思いを聞いてもらう過程で、抱いた様々な感情を表出し、自分自身を落ち着かせようとした。この感情表出がなければ葛藤を一人で抱え込み、さらに感情的に巻き込まれ、対処に混乱をきたし教員のメンタルヘルスを脅かす危険性がある。メンタルヘルス上の問題をもつ学生と関わる教員は抱く様々な葛藤を他者に打ち明け、ありのままに受け止めてもらう必要がある。

2. 教員の振り返りと成長

1) 自己の振り返りと課題

学生との関わり、他教員との関わりにおける葛藤を抱きながら、教員は自分自身を振り返り、自己の課題に気づいていた。

しかし、教員が学生との関わりに意味を見出せず、自己の課題を十分に受け止めることができていない場合、学生との関わりを後悔し葛藤を引きずっていた。葛藤を引きず

る教員A・Eは、教員の関わりには限界があるという考えで納得させ、〈自分をコントロールできない学生は実習場に出せない〉〈看護師になる意志の低い人も教育する意味があるのだろうか〉という考えに至っていた。教員が学生との関わりの葛藤を引きずる場合、短絡的になれば葛藤の原因を学生だけの問題とし、学生の学ぶ権利を侵害しかねない。教員が短絡的に学生を排除しないために、様々な視点から学生との関わりを検討する必要がある。

一方教員B・Cは、学生との関わりを、学生に気づかせてもらった体験として意味づけ、自己の課題を受け止めていた。同様に教員Dも〈できる限り指導して駄目でも、学生にも教員にも成長がある〉と受け止め後悔はなかった。これらは、教員B・C・Dが体験を十分に振り返り自己洞察したことを示唆した。鎌田は「看護師が患者に対して陰性感情を抱いたとしても、関わりを振り返り自己洞察のプロセスを辿ることができれば、看護師または患者・看護師双方にとって成長となるような体験だったと肯定的な意味づけができる」¹⁰⁾と報告する。自己洞察は、葛藤の想起によって苦痛を呼び起こす可能性や多くの時間が必要だというリスクもあるが、教員としての大きな成長につながる。教員A・Eのように感情的に巻き込まれ様々な葛藤が生じる場合、早期に葛藤から解放されるためには、教員は学生との関わりにおける自己の感情や思考・行動を十分洞察することが不可欠である。

2) 教員としての成長と支え

葛藤を引きずるか否かにかかわらず、教員はメンタルヘルス上の問題をもつ学生との関わりを振り返り洞察し、葛藤を乗り越える過程で、教員として成長し教育観が育まれていた。

教員Aは人にどう思われるか気にする学生の存在を知り、教員Eは自分の厳しさを知ることになった。学生との関わりに限界を感じることは、教員の役割や責任を明確にし、かつ学生-教員関係の理解を深める機会でもあり、より学生との関わりを洞察できれば、より肯定的な受け止めができると考えられる。教員B・Cも、学生に対する教員の伝え方を見直す必要を感じ、教員自身の課題として受け止め、その課題に着手していた。看護教員経験の長い教員Dは、語られた以外にも様々な体験をもち、〈看護師の向き不向きは学生本人が決めることだ〉と教員の学生に対する責任についての考え、(対応困難な)学生との関わりが教員の成長につながるという教育観に確信をもったと考えられる。教員は学生と関わりながら共に成長していく存在であり、学生の学習体験はそこに意図して関わる教員にとっても有意義な教育経験になる。学生から学ぶという謙虚さ、困難や葛藤が教員としての自己成長のチャンスだと受け止める前向きさが必要である。

このように教員は学生との関わりから教育観を育むことができる、それらを拠り所にすることで学生との関わりを後悔することがなくなり、かつ、新しい葛藤を対処する支えにし、対処に必要なスキルも身につけることができると考えられた。

教員Bの〈問題とあがってくる学生にむしろ興味を持つ〉という学生観も、長い精神科臨床経験や学生との関わりを経て形成されたと考えられた。関わりが難しい学生と捉えれば、ますます難しさが増すことは周知の通りである。また教員Dは〈教員が迷わないためには哲学をもつ必要性がある〉と語り、教員Dの哲学、つまり教育観は、葛藤を乗り越えるための拠り所になっていた。また、教員Bは〈仕事だからいいことばかりではない〉と受け止め、教員Dは〈最終的に悪い方向には行っていないことが多い〉と自分に言い聞かせ、これらの妥協的な考えは葛藤を避ける一つのスキルとなっていた。さらに、教員Aは学生の看護師になりたい意志、教員C・Eは自身の看護師を育てたいという意志に支えられ、学生との関わり・他教員との関わりの迷いを和らげることができていた。この学生-教員関係に成立する教員の教育姿勢もまた、拠り所として葛藤の対処に役立つことが示唆された。

しかし、教員Dは教育観の異なる他教員との関わりにおいて〈良心に従った関わり方をしないと後悔する〉と思う一方で妥協することも語ったことから、教員が一つの考えに固執し柔軟性を失えば、葛藤が増強する可能性もある。

3. 葛藤解決の方向性と困難さ

以上より、葛藤の様相は《学生との関わり》《他教員との関わり》の2側面によって構成され、互いに重なり影響し合い、葛藤を増幅させることが考えられた(図1)。中でも《学生との関わり》における葛藤は、[学生の傾向][学生への責任][教員の感情的巻き込まれ][患者への責任]、つまり、学生のもつ病理性だけでなく、臨地実習などで一定期間続けられる教員と学生との相互作用によって、葛藤が増強することを示す。しかし、教員は学生との関わりを振り返り、体験の意味や自己の課題を見出せば、教員としての成長が可能となり、葛藤を対処する支えともなる。この様相は、メンタルヘルス上の問題をもつ学生との関わりにおける葛藤を和らげる方法として、次のことを示唆した。

第一に、メンタルヘルス上の問題に気づくだけでなく、関連する専門知識・技術を用い客観的に学生を捉えて関わることである。その際教員は、救出者感情や陰性感情を抱き感情的に巻き込まれやすいことを理解した上で、自分に起きている感情的な反応を受け入れ事実を客観的に捉え、学生と適度な心理的距離を保つことが必要である。この実現のためには、メンタルヘルスの専門家の助言・支援を得ることが重要不可欠である。

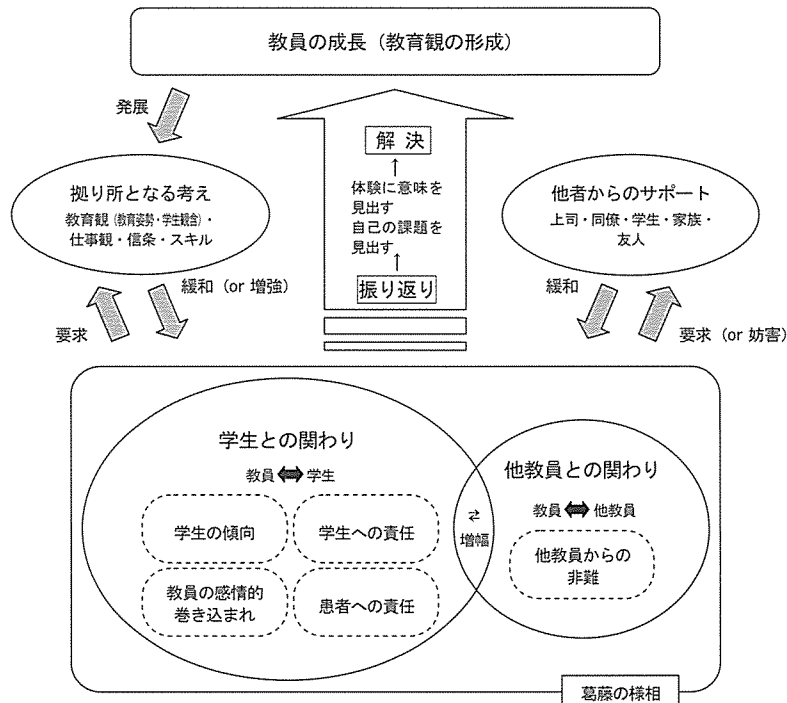


図1 葛藤の様相と教員の成長

しかし看護専門学校では、専任教員が大学・短期大学と比較して少なく、精神看護の臨床経験や専門教育を受けた教員、精神科医・カウンセラーが必ずしもいるとは言えない¹¹⁾。幸い協力専門学校には専任教員が23名、その中に長い精神科臨床経験をもつ者もいたが、実習指導のため不在が多かった。カウンセラーの不在の時間も多く、学生の問題を一人で抱え込みやすい状況が推測される。

次に、学生との関わりにおける葛藤を教員間で共感的に理解することである。しかし、葛藤の様相を十分に把握できなければ、学生だけに焦点を当ててしまったり、感情的に巻き込まれたり、学生との関わりに対する非難が起きることが推測され、教員の葛藤は和らげられるよりも葛藤が増強する可能性すらある。葛藤には、教員に期待される態度と相反する考えや感情が含まれやすく、教育観・信条に固執すれば、他教員からのサポートを受けることを阻むこともある。秋田は「教師には、互いに正直に指摘できること、助言を互いに受け入れられる信頼感と謙虚さ、他者の課題を自分の問題として引き寄せて考えられる態度が必要である」¹²⁾とも述べ、教員間の共有の難しさを示唆する。

さらに、大学や短期大学と異なり看護専門学校の教員室は一つであることが多い。協力専門学校でも一つであり、このことは教員間での情報交換がしやすい一方で、教員間の対立や衝突を招き、葛藤が生じやすい環境であることが推測される。

三つ目として、葛藤を対処する支えにもなる教育観を培うことである。そのためには、葛藤体験を様々な視点から

熟慮すること、教員の自己洞察が必要である。小泉¹³⁾は教育上の悩みを教員間で共有することで、教育上の課題の明確化、学生の見え方の変化、教員の成長を実感したと述べており、他教員の葛藤体験や教育観を知り、それを熟慮し自分のものとして取り入れることによって可能である。

しかし、大学や短期大学と比較して看護専門学校では専任教員数の少なさから、専任教員が日々の教育活動以外に教員自身の専門性を探究する時間を確保することが難しく、教育観を培う機会が制限されているかもしれない。

入江¹⁴⁾は、大学において精神的問題を抱える学生に対応するために「教員の心身の安全を守り教育の責任を果たしうるシステム」の導入を開始し、教員の負担感が軽減しているようだと言及する。しかし、本研究で扱った教員の葛藤には看護専門学校の職場環境の関与が予測され、各看護師養成機関の現状を十分に考慮することが重要である。その上で葛藤解決に向けた教員のサポートシステムの整備に取り組まなければならない。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、分析過程において客観性を維持するために、随時大学教員のスーパーヴァイズを受けたが、筆者自身が教員として、メンタルヘルス上の問題をもつ学生に関わったという背景があるため、どうしても感情的に巻き込まれやすくなっていたことを否めない。また、筆者自身の経験をもとに、語られた内容以上に状況を推測してしまう危険性があった。さらに、一看護専門学校の教員5名が対

象であり、教員の体験を全体的には把握していない。今後は分析の信頼性をあげるため対象数を増やし、検討する必要がある。また、本研究を通して教員の葛藤には職場環境が関与することが推測された。看護教育の質を維持し高めるために、看護専門学校教員のおかれている職場環境と葛藤の関連を明らかにすること、葛藤を解決できるような教員のサポートシステムについて検討する必要がある。

謝 辞

本研究への協力を快く受けて下さいました教員の皆様と協力専門学校の皆様に厚く御礼申し上げます。また、ご指導頂きました北里大学看護学部の池田明子名誉教授に深く感謝申し上げます。

(付記：本論文は、平成16年度北里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31回日本看護研究学会学術集会において発表した。)

要 旨

本研究は、看護専門学校教員5名を対象に、メンタルヘルス上の問題をもつ看護学生と関わる教員の葛藤を把握し、その解決のための示唆を得る目的で、半構成的面接調査を行った。その結果、語られた学生像からは対人関係能力の未熟さと、病的な人格の歪みが推測された。そのため教員は学生のメンタルヘルスの維持と学生を看護師に育てることの間で葛藤を抱いていた。とりわけ臨地実習では、学生に対して救出者感情や陰性感情を抱き感情的に巻き込まれ、患者の安全・安楽を守る必要性が高まることで葛藤が増強していた。さらに学生との関わりを他教員に非難され葛藤し、他教員のサポートを求めにくく、葛藤を増強させていた。

葛藤解決の方向性として、メンタルヘルスの知識・技術を用いて学生を理解し関わること、葛藤の教員間での共感的に理解すること、葛藤を振り返り教育観を培うことが示唆され、教員のサポートシステムの整備が期待される。

Abstract

This study examined teacher conflict related to nursing students with mental health problems and suggested solutions. The study method used was semi-structured interviews and the subjects were 5 teachers at a nursing school (3-year program). Consequently, they described the students' developing human-relations capability and the likelihood of the students having diseased personalities. With this in mind, they encountered conflicts between maintaining a student's mental health and educating the student to be a nurse. In particular, during clinical training, their conflicts increased when they had negative and rescue feelings for the students and were involved affectively and when the necessity to protect the patients' safety and comfort increased. Moreover, they also encountered conflicts when other teachers blamed their relationships with the students; the difficulty in then requesting support from other teachers caused such conflicts to worsen. The result suggests that it is necessary for teachers to relate to students using knowledge and techniques relating to mental health, to empathetically understand conflicts among teachers, and to cultivate an educational perspective by reflecting on such conflicts. We anticipate constructing a support system for teachers' mental health.

文 献

- 1) [座談会] 精神障害をもつ学生への対応－事例からの検討，看護教育，44(3)：180-191, 2003.
- 2) 稲岡文昭，浜田悦子他：看護教員のBURNOUTとBURNOUTに関与する心理社会的・教育的要因，日本看護学会誌，3(1)：38-49, 1994.
- 3) 渡邊正大：新人看護教員の悩みとその対処，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録，27：148-155, 2002.
- 4) 柴田芳枝，芦澤トモ子他：看護系大学・短期大学・専修学校における学生相談制度の実態と看護教員の認識，看護展望，27(12)：1396-1401, 2002.
- 5) 服部祥子：生涯人間発達学入門，看護教育，39(8)：593-645, 1998.
- 6) Linda M. Gorman, Marcia L. Raines, et al. 池田明子監訳：心理社会的援助の看護マニュアル，34-46, 医学書院，東京，1999.
- 7) 田尾雅夫，久保真人：バーンアウトの理論と実際，11-13, 誠信書房，東京，1996.
- 8) 斎藤敬子：患者－看護婦関係における看護婦の感情について－アンケート調査から－，臨床看護，25(12)：1845-1859, 1999.
- 9) 前掲書6)
- 10) 鎌田みゆき：精神科病棟において看護師が患者に抱く陰性感情と看護チームのサポートについての分析，福島県立医科大学看護学部紀要，33-42, 2004.
- 11) 前掲書4)
- 12) 秋田喜代美：教員としての成長を支援するために必要な視点とシステム，看護教育，39(4)：278-283, 1998.
- 13) 小泉京子：学校単位で教育上の悩みを共有するグループワークを実施して，看護教育，39(4)：262-266, 1998.
- 14) 入江拓：教員の安全感を保障し，経験が蓄積されるシステムが必要だ，精神看護，8(5)：46-52, 2005.

〔平成17年10月26日受付〕
〔平成18年7月24日採用決定〕

在宅で重症心身障害児を養育する母親の養育負担感と それに影響を与える要因

The Sense of Burden of Mother with Severely Disabled Children at Home and the Related Factors

久野 典子¹⁾

Noriko Kuno

山口 桂子²⁾

Keiko Yamaguchi

森田 チエ子²⁾

Chieko Morita

キーワード：養育負担感、重症心身障害児、母親

Key Words：sense of burden, severely disabled children, mother

I. はじめに

医療の進歩とともに、重症心身障害児（以下重症児と略す）の長期生存や、障害児の増加、重症化の傾向が示唆されている。1980年代よりノーマライゼーションの思想が広く浸透していくにつれ、重症児であっても在宅・地域生活を目指すようになってきた。現在、全国に重症児（者）は約36,550人いると推定され、その約7割の約25,200人が在宅で生活している¹⁾。障害児をもつ母親の特徴として、かなり高い抑うつ状態にあり、夫からのサポートは母親の抑うつを軽減させており^{2, 3)}、夫のサポートの重要性が指摘されている。また、Luescherら⁴⁾は、障害児を世話する介護者は、障害の程度には関わらず明らかに介護負担を訴えていたと報告した。守本ら⁵⁾は、介護負担要因として、「障害児と共に生活することについてネガティブな感情を持っている」ことが重要な精神的負担要因であると述べた。特に重症児の場合では、食事や入浴、移動などの世話による介護者の肉体的疲労はさらに大きくなり、重症児の健康や発達に対する不安、就学や就職問題、将来についての不安⁶⁾もあり、肉体的負担と同様、主たる介護者である母親の精神的負担も強いと考えられる。また、障害児から離れて自由な時間を持つことは難しい⁷⁾ため、社会からの孤立感もあり、重症児をもつ母親の負担は強いと考える。

障害児をもつ母親の負担感に関する研究は、母親の負担の多さ^{4, 8)}が指摘されているが、介護に関するものは、成人した障害児（者）の介護者に関する研究^{5, 6)}があるものの、全体として少ない。介護負担は「親族を介護した結果、介護者が情緒的健康、社会生活および経済状態に関して被った被害の程度」⁹⁾と定義されているが、乳幼児から学齢期の障害児の場合、親として児を養い育てる側面もあり、必ずしも「介護」という側面だけでは親の負担は言

い切れない。そのため本研究では介護の面だけでなく、養育する面で感じる母親の負担に焦点をあてた。重症児を養育する上で実際にどのようなことが大変なのか、養育負担感の特徴や影響を与える要因を明らかにすることは、看護師が母親の置かれている状態を全体的に理解する上で役に立つと考える。

II. 研究目的と概念枠組み

1. 研究目的

- 1) 在宅で重症児を養育する母親が認知する養育負担感の特徴と構造を明らかにする。
- 2) 母親の重症児のとらえ方（「児の評価」）や夫の協力に対する母親の評価（「夫の協力」）、母親の周囲のサポートと母親の養育負担感との関係を分析し、養育負担感に影響を与える要因を明らかにする。

2. 研究の概念枠組み

本研究では、筋萎縮性側索硬化症患者を介護する家族の介護負担感の研究を行った小長谷¹⁰⁾の家族介護ストレス分析モデルを参考に行った（図1）。認知的評価を母親の養育負担感とし、母親の心理的適応や重症児に対する母親の感情は、養育負担感に影響を与えると仮定し「児に対す

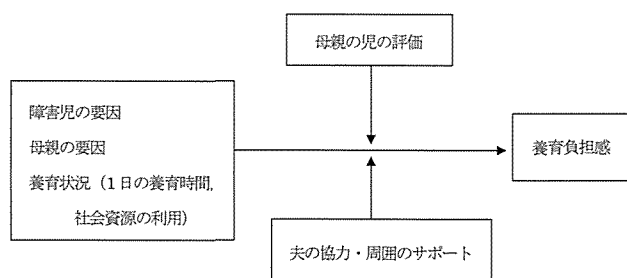


図1 本研究の枠組み

1) 元愛知県立看護大学大学院 Former Graduate School of Nursing, Aichi Prefectural College of Nursing & Health

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

る母親の捉え方」を加えた。また先行研究において、母親の抑うつ³⁾や介護負担感⁶⁾に影響を与えていた夫や周囲からのサポートに着目し、夫の協力と周囲のサポートの関係も組み入れた。また、小長谷¹⁰⁾の研究では客観的負担は患者の特徴や介護状況であったが、本研究では母親が感じる養育負担感であるため、母親と重症児の属性、養育状況(1日の養育時間、社会資源の利用状況など)をあげた。つまり、母親が抱く養育負担感は、「児の評価」や「夫の協力」、周囲からのサポートにより影響を受けると仮定し、母親の属性や重症児の状態、養育状況等の影響を加え、図1で示した枠組みをこの研究の概念枠組みとした。

3. 用語の定義

- 1) 養育負担感：本研究ではK.Chou¹¹⁾の定義を参考に「重症児を育てる過程で、母親が主観的に認知する肉体的・精神的・社会的・経済的重荷」と定義した。
- 2) 児の評価：「重症児に対する母親の捉え方」とした。
- 3) 夫の協力：「夫が重症児の養育に協力・参加することに対する母親の評価」とした。

Ⅲ. 研究方法

1. 調査対象

対象は、2003年6月～9月に、協力の得られた東海地区の障害児(者)専門病院・施設(2施設)を利用している重症児の母親304名とした。重症児の選定基準は、①年齢が0～15歳の児、②大島分類¹²⁾1～4に類するもの、または明らかな身体的障害と精神遅滞を認める児、③在宅で生活をしている児、の3条件を満たす者とし、母親は主たる養育者とした。

2. 調査項目

1) 養育負担感の測定

(1) 養育負担感の質問内容

障害児をもつ母親のストレス尺度^{13, 14)}や介護負担感尺度^{9, 15)}、育児負担感尺度¹⁶⁾を参考に、重症児をもつ母親の育てる上での負担に関する質問で、プレテストを実施し、24項目を設定した。その主な内容は「ケアの提供としての困難感」、「不安」、「家族への影響」、「経済的負担」、「肉体的負担」、「社会活動制限」、「親の役割」の7側面から構成した。各質問に対する回答選択肢は「思わない：1点」から「いつも思う：5点」の5段階評定法(1～5点)で、負担があると感じる程得点が高くなるように設定した。

(2) 「全体的養育負担感」

養育負担感尺度としての基準関連妥当性を見るために、介護負担感尺度日本語版⁹⁾と同様、「全体として養育がどの程度大変であるか」を問う1項目(「全体的養育負担感」)を設置した。「全く負担でない：1点」「多少負担である：2点」「世間並みの負担である：3点」「かなり負担であ

る：4点」「非常に大きな負担である：5点」の5段階から回答者に選択してもらった。

2) 「児の評価」の測定

重症児の存在をどの程度肯定的、又是否定的に捉えているのかを測定するために、養育態度調査¹⁷⁾などを参考に「児の評価」5項目を作成した。「生活が充実しているのは児のおかげだ」「児と一緒に何かをするのは楽しい」など重症児の存在の捉え方を聞く内容となっている。各質問項目に対する回答選択肢は「全く思わない：1点」から「とても思う：4点」の4段階評定法(1～4点)で、重症児の存在を肯定的に捉えているほど得点が高くなるよう設定した。

3) 「夫の協力」の測定

夫の養育行動に対して母親がどの程度満足しているのかを測定するために、植村・新美¹³⁾が作成した学齢期心身障害児をもつ父母の「ストレス尺度」を参考に「夫の協力」5項目を作成した。「夫が児の世話などを自分に押し付けるので不満だ」「夫が児にあまり接してくれず不満だ」など、重症児の養育に関する夫の協力に対する母親の不満の程度を問い、回答は「全く思わない：1点」から「とても思う：4点」の4段階評価(1～4点)で、不満があるほど高得点になるように設定した。

4) 「周囲のサポート」の測定

母親の周囲からのサポート状況を測定するために、Houseの社会的支援尺度を若干変更した松岡ら³⁾の質問項目を使用した。本研究では、夫、夫の親族、妻の親族、重症児の同胞、同じような障害児をもつ母親、病院などの医療従事者(医師や看護師)、の6群をサポート源とし、各サポート源に対し養育の支援状況を4項目質問した。回答は「全くない：0点」から「とてもある：3点」までの4段階評価(0～3点)で、各サポート源の得点を合計し、それぞれのサポート得点を算出した。得点の範囲はいずれも0～12点で、得点が高い程サポートの量が多いことを意味する。

5) 個人属性と養育負担感尺度の妥当性評価項目

個人属性として、重症児の背景(性別、年齢、障害の程度、身体障害者手帳・療育手帳の有無と級、医療的ケアの有無と種類)、母親の背景(年齢、就業状況)、家族形態、養育状況(1日の養育時間、代替養育者の有無、過去1年間の訪問看護・短期入所の利用の有無)を、養育負担感尺度の妥当性を評価する指標として疲労を測定するために日本産業衛生学会の「自覚的症候調べ」(30項目)¹⁸⁾を加えた。

3. 調査手続きと倫理的配慮

A病院では、研究協力者である外来の担当医師が児を選定し、受診時に医師から筆者を保護者に紹介後、筆者が

研究依頼と説明を行い、質問紙を配布した。B施設では、併設の養護学校に措置通学している児の母親を対象とし、2003年6月親の会で筆者が保護者に研究依頼を行い、7月8日～10日に質問紙を配布した。通学前の児は、措置通園児の母親を対象とし、8月に質問紙を配布した。

本研究では、児と家族の権利とプライバシーが保護されるよう十分な注意を払った。各施設の看護部と外来医師に研究の了承後、保護者に、研究の主旨、回答の自由、処理上のプライバシー保護と、参加は個人の自由意志によること、現在受けている治療や看護に影響が無いこと、不参加による不利益が生じないことを直接口頭と文書で説明し、了解を得られた者に質問紙を配布した。質問紙への回答は、無記名で返信用封筒に封印し郵送する自記式質問紙法で行い、調査用紙への回答をもって研究協力の受諾とした。

4. 分析方法

データの分析は、「SPSS 11.0J for Windows」を用いた。尺度構成は、因子分析、主成分分析により行い、養育負担感尺度を構成後、各因子得点と全体としての負担感（「全体的負担感」）、疲労についてPearsonの積率相関係数を求めた。養育負担感各因子得点の正規性を確認後、各変数について、2群間の比較ではt検定、3群間では一元配置分散分析後、Bonferroniの検定を行った。その後、養育負担感を従属変数として、重回帰分析（ステップワイズ法）を試みた。重回帰分析では、重症児の年齢（0～12歳、0～15歳）による母親の養育負担感に与える影響要因の違いも検討したが、大きな差は得られなかったため、全年齢（0～15歳）を分析対象とした。

5. 尺度構成

1) 養育負担感尺度

(1) 尺度構成

養育負担感尺度は本研究で独自に作成したため、尺度として活用できるよう項目の選定と内的整合性の保証を得るために以下の手順を踏んだ。

- ① 天井効果・床効果を排除するために、各項目の平均値 $\pm$ SDが1～5点の範囲以内にある項目を採用し、範囲外の項目は削除した。
- ② ①の手順後、残された項目について因子分析（主因子法：バリマックス回転）を行い、因子負荷量（0.30以下）が低いものは削除して、因子を確定した。
- ③ さらに尺度としての精度を高めるために、抽出された各因子に振り分けられた項目について主成分分析を行った。その際、1. 固有値1.00以上の主成分が1個のみの尺度であること、2. 各構成項目の第一主成分負荷量が全て0.50以上であること、3. 各下位尺度のCronbachの α 係数が0.65以上であること、この3つの条件を満たす

ことを確認し、下位尺度を構成した。

上記の手続きの結果、①では6項目が削除され、②では因子負荷量が0.30以下の3項目が削除された。③では3下位尺度とも全て条件を満たしており、養育負担感尺度は3下位尺度15項目の構成となった。次に質問項目の内容を検討し、下位尺度の解釈・命名を行った。第1下位尺度は「日常生活上の大変さ（5項目）」と命名し、第2を「養育上の不安（7項目）」、第3を「社会的役割制限（3項目）」とした。各下位尺度のCronbachの α 係数は0.79～0.88であった（表1）。

(2) 妥当性の確認

養育負担感尺度の妥当性を2つの方法より確認した。まず、先行研究¹⁰⁾を参考に疲労（「自覚症状調べ」¹⁸⁾）との関係を確認したが、養育負担感尺度15項目の合計得点（養育負担感と以後表記する）と疲労得点は有意な相関が見られた（相関係数 $r = 0.49$, $p < 0.001$ ）。次に、養育負担感および各下位尺度項目の合計得点と「全体的養育負担感」にも有意な相関が見られた（ $p < 0.001$ ）（表2）。以上2つの結果により基準関連妥当性の併存的妥当性と構成概念妥当性が確認された。内容的妥当性は、文献検討や研究者間において内容検討を繰り返したことにより確認した。

2) 「児の評価」

この尺度は概念的に1つの尺度であるため、主成分分析を行った。固有値1.00以上の主成分が1個のみの尺度であり（固有値=3.13）、1つの成分で構成されていた。主成分負荷量は0.66～0.87で、寄与率は62.7%であった。Cronbachの α 係数は0.85であった。

3) 「夫の協力」

2)と同様に、主成分分析を行い、固有値1.00以上の主成分が1個のみの尺度（固有値=3.61）であり、主成分負荷量は0.77～0.90、寄与率は72.2%であった。Cronbachの α 係数は0.90であった。

IV. 結 果

東海地区の障害児（者）専門病院・施設を利用している重症児をもつ母親304名に質問紙を配布し、201名より回答を得た（回収率66.1%）。そのうち有効回答177名（有効回答率88.1%）を分析対象とした。

1. 対象者の属性

分析対象者（ $N = 177$ ）の平均年齢は36.2（SD = 5.3）歳、全体の83.1%が専業主婦であった。1日あたりの養育の平均時間は15.4（SD = 6.5）時間で、分析対象者の半数以上が代替養育者が有った。在宅支援サービスの利用については、過去1年間の訪問看護や訪問ヘルパーの利用は24名（13.6%）、短期入所の利用は38名（21.5%）であった。

重症児の平均年齢は6.9（SD = 4.5）歳で、身体障害者手

帳1級所持者は122名(68.9%), 具体的には、寝たきりの児は132名(74.6%), また全体の約7割が会話や意思表現ができず、医療的ケア(吸引や経管栄養など)が必要な児は87名(49.2%)であった。

2. 重症児の母親がもつ養育負担感の特徴

母親の養育負担感の平均は75点満点中の42.6(SD=11.5)点で、1項目あたりの平均は2.9(SD=1.4)点であった。下位尺度別での1項目あたりの平均は、「養育上の不

安」の平均が一番高く、次に「日常生活上の大変さ」、「社会的役割制限」であった(表1)。各下位尺度合計得点間の関係は、3下位尺度間それぞれにおいて有意な相関($p<0.001$)が見られたが、中でも「日常生活上の大変さ」と「社会的役割の制限」では相関係数0.62と強い相関が見られた(表2)。

全体的な負担を問う「全体的養育負担感」の回答状況は、「全く負担でない」6名(3.4%), 「多少の負担である」45

表1 養育負担感尺度の因子分析：回転後の因子負荷量(主因子法：バリマックス回転)

N=177

下位尺度名	項目内容	平均値	SD	尺度別平均(SD)	各因子の因子負荷量		
					第1因子	第2因子	第3因子
日常生活上 の大変さ	1 児の日常生活の世話(排泄、入浴、食事など)は大変だ。	3.3	1.2	13.8 (5.0) [2.8 (1.3)] 注)	.688	-.022	.297
	2 児の医療的ケア(吸引や経管栄養、薬の投与など)や特別なケア(装具をつけるなど)をすることは大変だ。	2.4	1.4		.726	.136	.265
	3 病院に行ったり、学校に連れて行くことは、大変だ。	2.9	1.3		.652	.170	.278
	13 児の健康状態が不安定で、不安だ。	2.4	1.3		.446	.297	.156
	15 児の世話で一日が終わると、くたくたに疲れてしまう。	2.7	1.3		.626	.187	.527
養育上の不安	6 児の親として、自分がもっといろいろできるのではないかと思う。	3.5	1.2	21.5 (6.2) [3.1 (1.4)] 注)	.256	.640	-.003
	7 児にあった治療や訓練・教育がもっと他にあるのではないかと思う。	3.1	1.3		.295	.544	.016
	8 児のしつけや育児について、どのようにしたら良いのかと思う。	2.6	1.2		.171	.661	.157
	9 児に対して、自分のせいでこのようになったのではないかと思う。	2.8	1.5		-.124	.494	.101
	10 幼稚園や学校の入学、卒業後のことなどで進路の見通しがつかず不安だ。	3.3	1.3		.317	.582	.114
	12 自分が病気などで児の世話ができないとき、誰が児を見てくれるのだろうと不安だ。	3.7	1.3		.430	.465	.229
	14 児の発達・成長の遅れが気になり、心配だ。	2.5	1.5		-.040	.589	.135
社会的役割制限	23 児の世話で、かなり自分の自由が制限されている。	2.7	1.2	7.5 (3.3) [2.5 (1.2)] 注)	.304	.112	.801
	24 児の世話で、家事やその他のことに手が回らなくて困る。	2.4	1.2		.260	.158	.782
	25 趣味・学習・その他の社会活動などのために使える時間が持たなくて困る。	2.4	1.3		.315	.157	.743
固有値					2.76	2.50	2.42
寄与率(累積寄与率)					18.4	16.7 (35.1)	16.1 (51.2)
Cronbach α 係数(各下位尺度別)					0.834	0.791	0.881

注) []: 各尺度別の1項目あたりの平均(SD)を示す

表2 養育負担感尺度と全体負担感の関係

N=175

因子	日常生活上の大変さ	養育上の不安	社会的役割制限	全体的養育負担感
日常生活上の大変さ(5項目)				0.57***
養育上の不安(7項目)	0.43***			0.32***
社会的役割の制限(3項目)	0.62***	0.34***		0.60***
養育負担感	0.83***	0.82***	0.73***	0.58***

Pearson の積率相関係数

*** $p<0.001$

名 (25.4%), 「世間並みの負担である」 56名 (31.6%), 「かなりの負担である」 53名 (29.9%), 「非常に大きな負担である」 16名 (9.0%) で、4 割弱が、重症児を育てることに対し強く負担に思っていた。この「全体的養育負担感」と各下位尺度合計得点間では、「社会的役割制限」「日常生活上の変さ」で特に強い有意な相関が見られた (表 2)。

3. 母親の養育負担感と「児の評価」「夫の協力」「周囲のサポート」関係

「児の評価」の平均は16.1 (SD = 3.1) 点で、全 5 項目とも「非常にそう思う」と児の存在を肯定的に捉えている 20 点満点の者は 23 人 (13.0%) いた。「児の評価」を平均値 ± SD により「肯定群 (19 - 20 点)」「中間群 (14 - 18 点)」「否定群 (0 - 13 点)」の 3 群に分け、群別の養育負担感を比較した (表 3)。その結果「社会的役割制限」において、「肯定群」と「中間群」($p < 0.01$)、「中間群」と「否定群」($p < 0.05$)、「肯定群」と「否定群」($p < 0.01$) で有意な差が得られ、否定群での「社会的役割制限」の値が他よりも高くなっていた。

「夫の協力」の平均は9.6 (SD = 3.7) 点で、夫の協力に対し全く不満に思っていない者 (5 点) は 30 名 (16.9%) いた。「夫の協力」を平均値 ± SD により「協力群 (0 - 6 点)」「中間群 (7 - 13 点)」「不満群 (14 - 20 点)」の 3 群にわけ、群別の養育負担感を比較した (表 3)。その結果、「社会的役割制限」で「協力群」と「不満群」($p < 0.01$)、「中間群」と「不満群」($p < 0.05$) で有意差が得られた。

各サポート源 (6 種類) 別の平均は「夫」からのサポートが一番高く、次に「妻の親族」となった (表 4)。各サポート源と全サポート (6 種類のサポート得点の総計) を平均値により「高群」、「低群」の 2 群にわけ、養育負担感

を比較した (表 5)。「夫の親族」($p < 0.01$) と「同じような障害児をもつ母親」($p < 0.05$) のサポート得点が低い群は高い群と比べて、養育負担感の「社会的役割制限」の得点が高かった。全サポートの低い群は高い群に比べて「日常生活上の変さ」($p < 0.05$) と「社会的役割制限」($p < 0.01$) の得点が高かった。「夫」、「医療者」からのサポートは養育負担感に有意な差をもたらさなかった。

4. 母親の養育負担感と個人属性の関係

養育負担感と個人属性の各変数との関連について、平均の比較を行った (表 6)。養育負担感全体では、児の身体能力 ($p < 0.01$)、理解力 ($p < 0.05$)、表現力 ($p < 0.05$)、医療的ケア ($p < 0.01$) で障害の重度な群がそれぞれ有意に負担を感じていた。専業主婦群は就業群と比較し養育負担感が強かった ($p < 0.05$)。次に、養育負担感の「日常生活上の変さ」は、児の身体能力 ($p < 0.001$)、医療的ケア ($p < 0.01$) で障害が重度の群が有意に負担感が強かった。「養育上の不安」では、児の年齢が年少であること ($p < 0.05$)、児の理解力 ($p < 0.05$)、表現力 ($p < 0.05$) で有意な差があった。「社会的役割制限」では、児の身体能力 ($p < 0.001$)、表現力 ($p < 0.05$)、医療的ケア ($p < 0.05$) で、いずれも障害が重度の群が有意に負担感が強く、核家族は拡大家族より負担を感じていた ($p < 0.01$)。

在宅支援サービスの利用では、過去 1 年間に訪問看護等を利用したことがある群は利用していない群と比較し、「日常生活上の変さ」($p < 0.01$) で負担感が強かった。短期入所を利用したことがある群は利用したことがない群より、「養育負担感」($p < 0.05$)、「日常生活上の変さ」($p < 0.001$)、「社会的役割制限」($p < 0.01$) において有意に負担感が強かった (表 6)。サービスの利用と障害の状態

表 3 養育負担感と「児の評価」「夫の協力」の平均の比較

カテゴリー	人数	割合 (%)	日常生活上の 大変さ	養育上の不安	社会的役割制限	養育負担感
児に対する評価						
肯定 平均 (SD)	50	28.3	12.6 (5.0)	21.2 (6.4)	5.2 (2.9)	** 39.6 (11.5)
中間	89	50.2	13.9 (4.7)	21.8 (6.1)	7.7 (3.0)	
否定	38	21.5	15.0 (5.3)	21.4 (6.9)	9.2 (3.6)	
夫の協力						
協力	45	26.8	13.5 (5.4)	21.4 (7.1)	6.7 (3.2)	** 41.6 (12.6)
中間	95	56.5	13.4 (4.8)	21.6 (6.0)	7.5 (3.2)	
不満	28	16.7	15.6 (4.5)	22.3 (5.0)	9.1 (3.3)	

Bonferoni の検定

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

表 4 サポート源別によるサポート得点平均

サポート源	夫	夫の親族	妻の親族	重症児の同胞	同じような障害児をもつ母親	医療者 (医師や看護師など)	全サポート (各サポート得点の合計)
平均点 (SD)	9.1 (3.3)	4.5 (3.8)	7.4 (4.0)	4.3 (4.1)	7.3 (3.4)	6.9 (3.3)	39.5 (12.3)

表5 養育負担感と周囲のサポート（種類別、高・低群）による平均の比較

サポート源	カテゴリー	人数	割合 (%)	日常生活の 大変さ	養育上の不安	社会的役割制限	養育負担感
夫	高群	99	58.6	13.6 (5.0)	21.6 (6.6)	7.1 (3.1)	42.3 (11.6)
	低群	70	41.4	14.2 (4.9)	21.7 (5.6)	8.1 (3.5)	43.7 (11.4)
夫の親族	高群	85	50.3	13.5 (5.1)	21.4 (6.3)	6.9 (3.0)	41.5 (11.8)
	低群	84	49.7	14.2 (4.8)	21.8 (6.2)	8.2 (3.5)	44.2 (11.2)
妻の親族	高群	90	53.3	13.4 (4.9)	21.8 (6.0)	7.5 (3.3)	42.5 (10.7)
	低群	79	46.7	14.3 (5.1)	21.4 (6.5)	7.7 (3.3)	43.3 (12.5)
兄の同胞	高群	77	45.6	13.2 (4.6)	21.4 (6.1)	7.0 (3.2)	41.6 (11.1)
	低群	92	54.4	14.4 (5.2)	21.8 (6.4)	8.0 (3.3)	44.0 (11.8)
同じような障害児 をもつ母親	高群	91	53.8	13.7 (4.9)	21.6 (6.0)	7.1 (3.1)	42.4 (11.3)
	低群	78	46.2	14.1 (5.2)	21.6 (6.5)	8.1 (3.5)	43.4 (11.9)
医療者	高群	94	55.6	13.4 (5.2)	21.2 (5.8)	7.3 (3.3)	42.0 (11.4)
	低群	75	44.4	14.4 (4.7)	22.1 (6.7)	7.8 (3.3)	43.9 (11.7)
全サポート (各サポート得点 の合計)	高群	86	50.9	13.0 (4.5)	21.5 (6.2)	6.7 (2.9)	41.2 (10.7)
	低群	83	49.1	14.8 (5.3)	21.7 (6.3)	8.4 (3.5)	44.6 (12.1)

t 検定

*p < 0.05 **p < 0.01

表6 養育負担感と基本属性の平均の比較

カテゴリー	人数	割合 (%)	日常生活上の 大変さ	養育上の不安	社会的役割制限	養育負担感
児の年齢						
0-5歳 平均 (SD)	81	46.3	13.0 (4.6)	23.0 (6.2)	7.3 (3.1)	43.2 (11.3)
6-10歳	44	25.1	14.2 (5.1)	20.6 (5.7)	8.1 (3.2)	42.9 (11.7)
11-15歳	50	28.6	14.5 (5.2)	19.8 (6.2)	7.1 (3.5)	41.5 (12.1)
児の身体能力						
起座以上	44	25.0	11.7 (4.0)	21.2 (6.6)	5.7 (2.5)	38.4 (10.9)
寝たきり	132	75.0	14.5 (5.1)	21.6 (6.1)	8.1 (3.3)	44.0 (11.5)
児の理解力						
反応する	155	88.1	13.4 (4.6)	21.2 (6.2)	7.3 (3.2)	41.7 (10.8)
反応しない	21	11.9	16.4 (6.8)	24.1 (6.1)	8.6 (3.9)	49.1 (14.9)
児の表現力						
意思表示ができる	48	28.1	13.1 (4.6)	19.9 (6.0)	6.6 (2.9)	39.0 (10.2)
意思表示が無い、 わからない	123	72.9	14.0 (5.2)	22.2 (6.2)	7.8 (3.4)	44.1 (11.9)
児の医療的ケア						
なし	90	51.1	12.6 (4.7)	21.2 (6.3)	6.9 (3.3)	40.4 (10.8)
あり	86	48.9	15.0 (5.0)	21.9 (6.2)	8.1 (3.2)	44.9 (12.0)
母親の就業状況						
就業	27	15.6	12.7 (4.7)	19.4 (5.6)	6.9 (2.8)	38.2 (10.2)
専業主婦	146	84.4	13.9 (5.0)	21.8 (6.3)	7.6 (3.4)	43.3 (11.6)
家族形態						
核家族	124	70.5	14.1 (5.2)	21.4 (6.3)	7.9 (3.4)	43.1 (11.7)
拡大家族	52	29.5	13.1 (4.4)	21.9 (5.9)	6.5 (2.8)	41.4 (11.3)
訪問看護・ヘルパー利用						
あり	24	13.7	17.0 (6.0)	22.1 (6.1)	8.5 (3.8)	47.0 (13.7)
なし	151	86.3	13.3 (4.6)	21.5 (6.2)	7.3 (3.2)	42.1 (11.1)
短期入所の利用						
あり	38	21.6	16.4 (4.5)	21.3 (6.1)	8.7 (3.3)	46.4 (10.8)
なし	138	78.4	13.0 (4.9)	21.6 (6.2)	7.1 (3.2)	41.6 (11.6)

2群の比較には t 検定、3群間の比較では Bonferoni の検定を用いた。

*p < 0.05 **p < 0.01 ***p < 0.001

との関係を表7に示す。訪問看護等を利用したことがある群は、寝たきりの割合が高く ($p<0.05$)、理解力の低いものが多い ($p<0.05$)。同様に、短期入所を利用した群は、利用していない群と比較し、寝たきりの割合が有意に高かった ($p<0.01$)。つまり、訪問看護や短期入所等の在宅支援サービスを利用しているものは、特に障害の重度な児が多いことが示された。

5. 母親の養育負担感に影響する要因の重回帰分析

重症児をもつ母親の養育負担感に影響を及ぼす因子を明らかにするために、各下位尺度得点、及び養育負担感合計得点を従属変数にステップワイズ法による重回帰分析を行った。本研究の概念枠組みや分析結果を参考に10変数を独立変数とした(表8)。「児の評価」は「否定群：0」「中間群・肯定群：1」,「夫の協力」は「協力群・中間群：0」「不満群：1」, サポート全体量は「低群：0」「高群：1」とした。

結果は次の通りである。養育負担感では、重相関係数(R)は0.32、決定係数(R^2)は0.10で、投入した変数のうち、「児の理解力」(標準偏回帰係数 $\beta=0.25$, $p<0.01$)、「サポート全体量」($\beta=-0.18$, $p<0.05$)が有意な変数として確認された。各下位尺度については、「日常生活上の変さ」では、 $R=0.43$, $R^2=0.19$, 「児の理解力」($\beta=0.25$, $p<0.01$)、「サポート全体量」($\beta=-0.19$)、「医療的ケア」($\beta=0.18$)が必要であり、「夫の協力」($\beta=0.16$) (いずれも $p<0.05$)、が有意な変数として確認された。「養育上の不安」は、 $R=0.22$, $R^2=0.05$, 「児の年齢」($\beta=-0.22$, $p<0.01$)が低いこと、のみ有意な変数として確認された。「社会的役割制限」は、 $R=0.46$, $R^2=0.21$ で、「児の身体能力」($\beta=0.28$, $p<0.001$)、「児の評価」($\beta=-0.24$, $p<0.01$)、「サポート全体量」($\beta=-0.22$, $p<0.01$)が有意な変数として確認された。

表7 社会資源の利用と重症児の障害の程度

児の移動能力		何らかの方法で歩くことができる				自力で座ることができ				寝たきりだが、何らかの方法で移動することができる				寝たきりで体を動かすことができない			
		訪問看護あり		訪問看護なし		短期入所あり		短期入所なし		訪問看護あり		訪問看護なし		短期入所あり		短期入所なし	
児の移動能力	あり (n=24)	1 (4.2)		18 (11.9)		1 (2.7)		18 (13.0)		6 (25.0)		51 (33.8)		10 (26.3)		23 (60.5)	
	なし (n=151)	2 (8.3)		23 (15.2)		4 (10.5)		22 (15.8)		3 (11.5)		23 (15.2)		48 (34.5)		51 (36.7)	
児の理解力	あり (n=24)	5 (20.9)		8 (33.3)		2 (8.3)		9 (37.5)		2 (8.3)		23 (15.2)		9 (37.5)		12 (8.0)	
	なし (n=151)	42 (27.8)		74 (49.0)		23 (15.2)		12 (8.0)									

Wilcoxon の符号付順位検定 * $p<0.05$ ** $p<0.01$

表8 養育負担感への影響要因の分析 (重回帰分析・ステップワイズ法)

	日常生活上の変さ		養育上の不安		社会的役割制限		養育負担感	
	標準偏回帰係数	単純相関係数	標準偏回帰係数	単純相関係数	標準偏回帰係数	単純相関係数	標準偏回帰係数	単純相関係数
児の評価	-.049	-.152*	.037	-.037	-.236**	-.313***	-.046	-.168*
夫の協力	.158*	.166*	.010	.032	.135	.219**	.131	.135
全サポート	-.192*	-.180*	-.059	-.011	-.218**	-.253**	-.178*	-.145
児の身体能力状態	.106	.236**	-.022	.030	.278***	.320***	.112	.212**
児の理解力の状態	.246**	.391**	.150	.168*	.083	.168*	.250**	.196*
児の表現力の状態	-.034	.197**	.074	.154*	.034	.127	.093	.209**
医療的ケアの有無	.180*	.247**	.052	.053	.070	.195**	.123	.198**
児の年齢	.140	-.135	-.224**	-.230*	-.070	-.043	-.071	-.082
母親の就業状況	.103	.091	.079	.140	.057	.075	.128	.157*
核家族・拡大家族	-.006	-.087	.045	.035	-.134	-.197**	-.022	-.068
重相関係数 (R)	.431		.224		.461		.318	
決定係数 (R^2 二乗)	.186		.050		.212		.101	

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$: 有意に得られた標準偏回帰係数

V. 考 察

以上、在宅で重症児を養育する母親の養育負担感の特徴と養育負担感に影響を与える要因について分析した。しかし、上述したように、対象者の人口そのものが少ない上に、倫理的配慮に示す手続きにより、協力者を得ることが容易ではなく、十分な回答数が得られなかったことから、分析上にも限界があった。その点をふまえながらではあるが、主な結果について、以下を考察する。

1. 母親の養育負担感の構造と特徴

養育負担感の構成は、「日常生活上の大変さ」、「養育上の不安」、「社会的役割制限」の3下位尺度より成立していた。「日常生活上の大変さ」は、1日の養育時間の平均が15時間であり、日常生活の世話（質問1）に対する平均得点は3.3と高く、食事や排泄、入浴など日常的なケアに母親が負担に感じていることが示唆された。山脇・村嶋⁸⁾も全身的なケアに対する介護困難感は強く、児の重症度と医療的処置に対する介護困難感は相関していたと述べているように、重症児をもつ母親の養育負担感の特徴と言える。「養育上の不安」はしつけや育て方、教育や訓練など養育や療育に関わる不安や将来的なことなどに対する不安を表しており、3下位尺度の中で平均が一番高かった。障害者の今後のケアと介護者自身の健康に関わる不安を介護者が抱いており⁶⁾、障害者と介護者の高齢化の問題となっているが、本研究でも多くの母親は将来に対し見通しが立っていないことが推測され、障害の重症度や年齢に関わらず障害児をもつ母親にとって「養育上の不安」は普遍的なものと考えられる。3番目の「社会的役割制限」は、重症児がいることにより母親の社会的な生活が圧迫されていることを示す。半数近い母親が代替養育者無しと述べており、母親が自由な時間をもつことができない現状が浮き彫りとなった。

2. 養育負担感と「児の評価」との関係

「児の評価」の平均は、20点満点中16.1（SD = 3.1）点で、多くの母親が児に対しポジティブに捉えていた。牛尾¹⁹⁾は、障害児を養育する母親が苦悩から立ち直り、新しい価値実現へと自らを変化させていく過程を「人間的成長過程」として説明し、その過程の中で、児の存在をポジティブなものへと変容させていくと述べている。疾患名を告知された後、転機を迎えるまでに要した期間は最長で1年半程度だったと報告²⁰⁾があり、今回、多くの母親がポジティブにとらえていた理由に、重症児の年齢に幅があり、障害がわかってからの時間が長く、適応の段階に至っているものが多いのではないかと推測する。

しかし、重症児を否定的に捉えている母親は、特に「社会的役割制限」で養育負担感を強く感じていた。重症児の日々のケアは時間がかかり、一日の大半を共にすごすた

め、母親は社会からの孤立を感じた時に重症児を否定的に捉えてしまうのかもしれない。同じ状況にあっても、「この子と一緒に時間が過ごせて楽しい」と捉えることができれば、特に社会生活での制限は感じにくく、母親が重症児をどのように捉えているのかは重要である。児の発達側面を母親が気づくことは、母親自身の療育の達成感と有能感を高めることにつながり、子どもに対する愛着が強化され²¹⁾、肯定的に児を捉えることにつながる。しかし重度の障害児は成長達成を得難く、児と母親の愛着形成が難しい。また、奇声をあげるなどの問題行動は、母親の障害児あるいは育児そのものに否定的な感情を高める²²⁾ため、特にそのような問題行動のある重症児の母親に対し、医療者は積極的に働きかける必要がある。長期的に母子の関係を観察して重症児の変化や成長を母親に示し、母親の役割を楽しむことができるように働きかけることは、障害児に対する専門的知識を持つ看護師にとって養育負担を軽減させる上で重要な役割となるだろう。

3. 養育負担感と「夫の協力」・「周囲のサポート」との関係

サポート源別に見ても、夫からのサポートが一番高く、夫の協力に対し、多くの母親が満足していた。障害児をもつ母親は、健常児をもつ母親より夫からの手助けを受けていると北川ら²³⁾が報告しているように、障害児をもつ父親の多くが積極的に協力をしており、夫は大きな役割を果たしていると考えられる。本研究では、夫の協力に対し不満がある母親は、「社会的役割制限」を強く感じていた。岡本ら²⁴⁾は乳幼児（健常児）の母親の疲労感と夫の育児参加に関する研究で、父親の育児参加が得られない場合、母親は父親や母親自身の生活の現状を肯定的に受けとめることが困難となり、母親の主観的健康観、疲労感に負の影響が生じていくと述べている。障害児の母親の場合も同様に、夫からの協力は母親の精神的安定³⁾をもたらす。夫が養育に協力的であり、母親がそれを高く評価していることは、実際の肉体的な負担を軽減することはもちろん、精神的な負担に良い影響を与え、今回の結果でも養育負担感を軽減する結果になったのであろう。夫の協力に対する評価は、実際夫が行う援助の量ではなく、夫の重症児へのかかわり方への母親の捉え方であるため、母親が夫の協力に対し高く満足できるよう、夫婦間の関係を観察し、必要時母親や夫に対してアドバイスすることは看護師の役割となる。

同じような障害児をもつ母親からのサポートは「養育上の不安」に関係するのではないかと考えていたが、本研究の結果では関連が見いだされず、「社会的役割制限」を軽減させていた。障害児を持つ母親は、代わりに重症児の世話をしたり、金銭を貸すなど実際のサポートにはならないが、母親を認め、評価し合い、相談するなど情緒的安定

をもたらす。足立²¹⁾は同じ立場にある母親からのサポートは互いの負担にならないような内容が多いが、互いを尊重し合う関係において、障害をもつ子の母親としての「社会化」と「自我の安定化」を促すと述べている。今回もその内容を支持する結果となった。

医療者のサポートは母親からあまり評価されず、養育負担感に対しても影響を及ぼさなかった。現状では、看護師や医師などは入院時や定期的な診察の時以外に接する機会がなく、特に看護師は出生直後から継続して児や母親に関わる機会が少ない。富安ら²⁵⁾も、ダウン症児を持つ母親の相談相手に看護師と答えたものはほとんどいなかったと報告しており、母親の看護師への期待は小さく、実際にサポートをあまり得られていないと感じているのだろう。しかし、Hodgkinson²⁶⁾は未来への希望を持ちつづけ、家族へ必要な情報を提供することは看護師の重要な役割であると述べている。障害児をもつ母親は、治療やリハビリ、児の状態、社会資源などに対し様々な情報を求めている。また、先に述べたように医療者のサポートは児への肯定的な認識をもたらすため、看護師は母親の養育負担感に大きな影響を与える可能性があると考えられる。出生時から入院、外来での継続した関わりができるよう、看護師間や医療者間での情報共有や、母親の集まりでの積極的な看護師の働きかけを行い、外来の診察時だけでなく、継続的な働きかけが今後さらに期待される。

4. 養育負担感に影響を与える要因について

重回帰分析(表8)の結果、児の障害の重症度は養育負担感に大きく影響を与えていた。児の障害が重度であることは、日常生活の全てにおいて介助を必要とするため母親の負担は大きくなり、吸引や経管栄養などの医療的ケアはさらに母親の負担を増強する。その中で、周囲のサポートは母親の負担を軽減させる働きをもつ。母親が受けている周囲の人々からのサポート、特に夫の協力は母親の負担を軽減させるため、母親をとりまく状況を観察し、必要時看護師が周囲に働きかけることは重要である。また、「社会的役割制限」を強く感じている場合は、重症児に対して母親が否定的に捉えやすく、母親が認知する負担感に強く影響を与えることから、母親の児の捉え方は養育負担感を考える時に大きな要因となる。守本ら⁵⁾も「社会的役割の充実性」は、手助けをしてくれる人がいないことや障害者との生活に対してネガティブな感情を持っていることが影響すると述べている。障害の程度のように変化が難しいものではなく、重症児に対する母親のとらえ方がこの因子に大きく影響を与えていることは、医療従事者にとって重要なことである。看護師は、母親の周囲から受けるサポート状況や児に対する接し方を観察し、児の捉え方を変化させることを通して負担感を軽減できるよう援助していく必要

がある。「養育上の不安」は多くの母親が強く感じている負担であるため、障害児の療育(治療や訓練)や育児に関する情報の提供や、緊急時の対処などに生活全般にわたる不安に対し配慮し、対処できるような環境を整備することは、児が幼少の時期は特に重要である。

本研究では、代替介護者の存在や、在宅支援サービスの利用による負担感の軽減はみられなかった。社会資源の利用は、利用者の方が負担感が高く、一見負担感を増強しているように見える。しかし、社会資源の利用は児の障害と強く関係があり、山脇・村嶋⁸⁾も述べているように、重症度が高く、介護困難感が高い者が入所型と訪問型サービスを利用し何とか日常を乗り切っている現状であると考えられる。そのため、本研究では養育負担感に直接的には影響していないと判断し、重回帰分析では変数として選択しなかった。また、児の障害の程度は働きかけにより大きく変化するものではないため、看護師は、母親同士のつながりが持てるような関わりや、家族や親族の理解や協力を得られるようにするだけでなく、在宅支援サービスのさらなる利用促進に向け、積極的な働きかけが望まれる。そして、積極的に社会に働きかけ、地域社会の中で、母親を障害児の親の役割を果たす存在としてだけでなく、生活のゆとりを少しでも持て、一人の人間として自己実現を考えられるように働きかけていく必要がある。

結 語

在宅で重症心身障害児を養育する母親の養育負担感の特徴と影響を与える要因を明らかにする目的で調査を行い、以下の結論を得た。

重症児の母親は明らかに養育負担を感じており、養育負担感は「日常生活上の変えさ」、「養育上の不安」、「社会的役割制限」の3下位尺度で構成されていた。その特徴として、下位尺度の「日常生活上の変えさ」と「社会的役割制限」には強い相関が見られ、また、「養育上の不安」の平均点は高く、多くの母親が児の療育や訓練、将来に強い不安を持っていることが示唆された。母親の養育負担感、児に対する母親の評価や夫の協力、周囲からのサポートにより大きく影響を受け、それらは負担感を軽減する役割を持つ。しかし、児の障害の程度が与える影響はさらに強く、障害が重度であること、医療的ケアを必要とすることなどにより母親の負担感は大きくなる。それゆえ、重度の心身障害児をもつ母親の養育負担感は強く、周囲からのサポートや在宅支援サービスのさらなる充実が求められる。

今回の研究は、限られた地区でのデータの収集であり、対象となる人口も少ないため、対象数や年齢の幅に限りがあった。今後再調査を行い、内容の精度を高める努力を試みたい。また重回帰分析において、今回抽出した影響

要因では明らかにならなかった部分を、他の要因からさらに検討し、明確にする必要がある。
最後に、本研究にあたりご協力いただきました関係施設

の皆様により感謝致します。尚、本研究の一部は、第30回日本看護研究学会で発表した。

要 旨

本研究の目的は、在宅で重症心身障害児を養育する母親の養育負担感の特徴とそれに影響を与える要因を明らかにすることである。重症児をもつ母親304名に質問紙を配布し、有効回答177名を対象とした。結果、母親は明らかに負担を感じており、養育負担感は「日常生活上の大変さ」「養育上の不安」「社会的役割制限」の3下位尺度で構成されていた。「養育上の不安」は、3下位尺度の中で最も平均値が高く、多くの母親が児の療育や将来に不安に感じていた。母親が児を肯定的に捉え、夫の協力に満足し、周囲のサポート量も多い場合、母親の養育負担感は軽減に向い、特に「日常生活上の大変さ」と「社会的役割制限」の値を軽減させていた。しかしながら、児の障害や医療的ケアのある場合に大きく影響し、重度の心身障害児をもつ母親の養育負担感はより強いことが示唆された。

Abstract

The purpose of this study is to clarify the feature of the burden of mother with the severely disabled children at home, and the factors that influence it. The self-registering question paper was investigated for 177 people. The result were that mothers obviously felt the heavy burden, and the sense of burden was composed of three factors; "Hardness on daily life", "Care anxiety", and "Social role limitation". "Care anxiety" was factor what a lot of mothers hold extremely, and its average was highest in three factors, "Hardness on daily life" and "Social role limitation" were strongly influenced. Catching the child positively by his mother, satisfaction with her husband's cooperation, and the amount of her social support from surroundings could be reduced mother's the sense of burden, and made "Hardness on daily life" and "Social role limitation" reduced especially.

However, the influence could give to mother that the level of child's ability was stronger, so that suggested that the sense of burden of mother with a heavier physically and mentally disabled child would be strong.

文 献

- 岡田喜篤：重症心身障害児の歴史，小児看護，24(9)，1082-1089，2001.
- Leonard B.J, Brust J.D, et al.: Parental distress: Caring for medically fragile children at home, Journal of Pediatric Nursing, 8 (1), 22-30, 1993.
- 松岡治子，竹内一夫，他：障害児をもつ母親のソーシャルサポートと抑うつとの関連について，日本女性心身医学会誌，7 (1)，46-54，2002.
- Luescher J.L, Dede D.E, et al.: Parental burden, coping, and family functioning in primary caregivers of children with Joubert syndrome, Journal of Child Neurology, 14(10), 642-648, 1999.
- 守本とも子，柳井 勉：在宅重度重複障害者の介護者における主観的健康感・生活満足度に関連する介護負担要因の分析，日本健康教育学会誌，7 (1-2)，3-9，2000.
- 山口里美，高田谷久美子，他：在宅重症心身障害児（者）の介護者の精神的健康度と介護負担感を含む関連因子の検討，山梨大学看護学会誌，4 (1)，41-48，2005.
- 濱田裕子，篠木絵里，他：障害児の在宅ケアの現状－訪問看護を受ける7事例の面接から－，日本小児看護研究学会誌，6 (2)，27-31，1997.
- 山脇明美，村嶋幸代：重症心身障害児（者）における在宅支援サービスの利用に関する研究，日本公衆衛生誌，45(6)，499-511，1998.
- 荒井由美子，細川 徹：在宅高齢者・障害者を介護する者の負担感—日本語版評価尺度の作成—，第3回「健康文化」研究助成論文集，平成7年度，1-6，1997.
- 小長谷百絵：筋萎縮性側索硬化症患者を介護する家族の介護負担感に関する研究—介護負担感の特徴と関連要因—，日本在宅ケア学会誌，5 (1)，34-41，2001.
- Chou K-R: Caregiver burden: A concept analysis, Journal of Pediatric Nursing, 15(6), 398-407, 2000.
- 平元 東：重症心身障害児の療育と理念，岡田喜篤，末光茂，他（編）：重症心身障害療育マニュアル，11-20，医歯薬出版株式会社，東京，2001.
- 植村勝彦，新美明夫：学齢期心身障害児をもつ父母のストレス—「母親用」「父親用」ストレス尺度の構成—，社会福祉学部研究報告8（愛知県心身障害者コロニー・発達障害研究所），19-51，1983.
- 中塚善次郎：障害児をもつ母親のストレスの構造（Ⅱ），和歌山大学教育学部紀要教育科学，34，5-10，1985.
- 中谷陽明，東條光雅：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.
- 中嶋和夫，齋藤友介，他：母親の育児負担感に関する尺度化，厚生省の指標，46(3)，11-18，1999.
- 石井 葉，辻 滋子，他：精神発達障害児をもつ親の養育態度調査，安田生命社会事業団研究助成論文集，19，1-27，1983.
- 日本産業衛生学会・産業疲労研究会編集委員会（編）：新

- 装 産業疲労ハンドブック, 164-175, 労働調査会出版, 東京, 1997.
- 19) 牛尾禮子: 重症心身障害児をもつ母親の人間の成長過程についての研究, 小児保健研究, 57(1), 63-70, 1998.
- 20) 大日向輝美, 木原キヨ子: 幼児期のダウン症児をもつ母親の体験, 小児保健研究, 55(6), 713-720, 1996.
- 21) 足立智昭: 障害をもつ乳幼児の母親の心理的適応とその援助に関する研究, 56-83, 198-202, 風間書房, 東京, 1999.
- 22) 種子田綾, 桐野匡史, 他: 障害児の問題行動と母親のストレス認知の関係, 東京保健科学学会雑誌, 7 (2), 79-87, 2004.
- 23) 北川かはる, 笠置綱清: 要介護障害児をもつ母親のQOLに関する検討, 鳥取医療短期大学紀要, 32, 47-50, 2000.
- 24) 岡本絹子, 中村裕美子, 他: 乳幼児をもつ母親の疲労感と父親の育児参加に関する研究, 小児保健研究, 61(5), 692-700, 2002.
- 25) 富安俊子, 松尾壽子, 他: ダウン症児を育てている母親の不安と相談相手－育児体験調査からの検討－, 母性衛生, 39(4), 346-350, 1998.
- 26) Hodgkinson R., Lester H. : Stresses and coping strategies of mothers living with a child with cystic fibrosis: implications for nursing professionals, Journal of Advanced Nursing 39(4), 377-383, 2002.

〔平成17年10月6日受付〕
〔平成18年9月4日採用決定〕

がん患者の漸進的筋弛緩法の習得状況と自己練習継続による効果

— 身体的反応と主観的評価より —

The Acquisition Level of Progressive Muscle Relaxation and Effects of its Continuous Self Training in Cancer Patients

— Physical Response and Subjective Appraisal —

近 藤 由 香¹⁾

Yuka Kondo

小板橋 喜久代²⁾

Kikuyo Koitabashi

キーワード：がん患者，リラクセーション，漸進的筋弛緩法，習得

Key Words：cancer patient, relaxation, progressive muscle relaxation, master

I. はじめに

がん患者は多くの身体的，精神的，社会的，霊的苦痛を生じ，症状の進行に伴い緩和ケアの必要性が増大する^{1, 2)}。したがって，これらの苦痛を緩和していくことは患者のQOL向上のためには重要なことであると考ええる。

リラクセーション法の一つである漸進的筋弛緩法（以下PMR）は，Jacobsonによって開発された技法で高度なストレスを軽減させたり，ストレスの発生を予防する技法である³⁾が，がん患者の苦痛である疼痛⁴⁻⁷⁾や化学療法による吐き気⁸⁻¹¹⁾，また不眠^{12, 13)}などにも効果があることが報告されている。また，がん患者の精神面への効果としては，化学療法実施患者の不安の低下^{8-11, 14)}や安寧をもたらすこと（Well-being）¹¹⁾，またうつやQOLの改善¹⁵⁾および闘病意欲の向上¹⁶⁾などがあげられている。

PMRは毎日繰り返し練習することによって，リラックス状態を意図的にコントロールすることができるようになる自己コントロール法であるため，毎日訓練することが重要である^{17, 18)}。がん患者は疾患や治療などに伴う多くの苦痛を抱えながら長期に渡って生活していかなければならない。したがって，患者がPMRを習得し，継続して実施していくことは，患者の心身のコントロールのために必要であると考ええる。しかし，がん患者のPMRの習得状況に関する研究は，化学療法をうける患者のPMR習得のプロセスについての研究^{11, 14)}は報告されているが，他は行われていない。また，がん患者のPMRの自己練習継続による効果を身体的反応と主観的評価より明らかにした縦断的研究は行われていない。

本研究の目的は，がん患者にPMRを実施することによってPMRの習得状況を明らかにすること，また，がん患者のPMRの自己練習継続の効果を身体的反応と主観的

評価より明らかにすることである。

II. 研究方法

1. 対象者

対象者は，(1)がんの告知を受けている入院患者，(2)精神状態が安定している，(3)PMRに興味を持っている，(4)リラクセーションを以前に習ったことがない，(5)2週間，PMRの自己練習を継続できる体力と意思がある，または可能性がある，(6)身体症状が落ち着いている，これらの条件を満たした者であった。病棟師長より紹介され研究への同意が得られた者を研究の対象とした。(1)～(6)の条件を満たした者は11名であった。

2. 研究期間

2005年2月～12月

3. 方法

1) PMR指導の手順

研究参加への同意が得られた後，RMRによって得られる効果や注意点について説明を行った。PMRの指導手順は表1に示した通りである。16筋群によるPMRの一連の指導手順は，骨格筋に力を入れて緊張させる時，息を大きく吸う深呼吸（腹式呼吸）を行い，そして力を緩めて弛緩感覚を体験する時，ゆっくり息を吐いていく。PMRの順序は，表1に示した16筋群であり，筋肉の緊張（5～7秒間）と弛緩（10～15秒間）を系統的に行っていく。16筋群の収縮と弛緩を一度に実施していくのは患者にとって負担になると考え，1日目は6部位，2日目は13部位，3日目からは荒川¹⁹⁾が作成した漸進的筋弛緩法のリラクセーションのCD（約28分間）を用いて16部位全ての筋群の指導を行った（表1）。

PMRを実施した場所は，個室または4人部屋であり，

1) 高崎健康福祉大学短期大学部 Takasaki University of Health and Welfare

2) 群馬大学医学部保健学科 Gumma University

表1 PMRの指導手順

PMR実施経過日数	PMRの指導手順内容	習得状況の確認方法	PMRの効果の測定日	測定項目
1日目	＊デモンストレーション実施後、一緒に実施 ・呼吸法（腹式呼吸） ・PMR ①前腕 ②上腕 ③肩 ④顔の上側（前額部）⑤顔の中央（眉間と目の周り）⑥顔の下側（下顎・舌・口唇）	1)	1日目	血圧値 脈拍数 身体感覚度（10項目）
2日目	＊デモンストレーション実施後、一緒に実施 ・呼吸法（腹式呼吸） ・PMR ①前腕 ②上腕 ③下腿・大腿部の前面 ④下腿・大腿部の後面 ⑤臀部（肛門部）⑥肩 ⑦首（後頸部）⑧首（右頸部）⑨首（左頸部）⑩首（前頸部）⑪顔の上側（前額部）⑫顔の中央（眉間と目の周り）⑬顔の下側（下顎・舌・口唇）	1)		
3日目	＊リラクセーションのCDを用いて一緒に実施 ・PMR：16筋群による緊張－弛緩法 ①前腕 ②上腕 ③下腿・大腿部の前面 ④下腿・大腿部の後面 ⑤臀部（肛門部）⑥腰部 ⑦腹部 ⑧胸部 ⑨肩 ⑩首（後頸部）⑪首（右頸部）⑫首（左頸部）⑬首（前頸部）⑭顔の上側（前額部）⑮顔の中央（眉間と目の周り）⑯顔の下側（下顎・舌・口唇）	1)		
4日目	＊リラクセーションのCDによる自己練習	1)		
5日目	＊リラクセーションのCDによる自己練習	1)		
6日目	＊リラクセーションのCDによる自己練習	1)		
7日目以降	＊リラクセーションのCDによる自己練習	2)	7日目	血圧値 脈拍数 身体感覚度（10項目） インタビュー
14日目		2)	14日目	血圧値 脈拍数 身体感覚度（10項目） インタビュー

注 1) PMR開始後6日間毎日訪室し、リラクセーション実施の状況や疑問点を確認する。
 （外泊で不在の場合、外泊期間を省いて、リラクセーションの開始～6日間訪室する）
 2) 2週目は、2～3回訪室し、リラクセーション実施の状況や疑問点を確認する。

＊PMR: 漸進的筋弛緩法

大部屋の場合はカーテンを閉めて実施した。患者にはベッドで仰臥位かセミファラー位またはベッドサイドで座位になってもらい、ポータブルCDプレイヤー（イヤホン付）を使用してPMRを実施してもらった。また、PMRの練習は空腹時か食後2時間以上経過してから実施すること、一日2回練習するよう指導した（1回28分間）。PMRの実施状況や困っている点などについての確認のために、PMR練習開始後6日間は毎日患者を訪問し、2週目からは2～3回訪問した。

2) PMRの練習期間：2週間。

3) PMRの効果の測定日：PMR開始日、7日目、14日目。

4) 測定用具

(1)バイタルサイン

PMRの実施前後に収縮期血圧値、脈拍数を測定した。使用した血圧計はテルモの自動血圧計であった。

(2)身体感覚度チェック表

小板橋¹⁸⁾が改変・作成した身体感覚度チェック表の質問紙を使用した。この質問項目は、全部で10項目であり、質問の内容は、①「呼吸の感じ方」（落ち着かない感じ～落ち着いた感じ）、②「指先の感じ方」（冷たい感じ～温かい感じ）、③「足先の感じ方」（冷たい感じ～温かい感じ）、④「腕全体の感じ方」（力が入っている感じ～力が抜けた感じ）、⑤「脚全体の感じ方」（力が入っている感じ～力が抜けた感じ）、⑥「顔・首・肩の感じ方」（力が入っている感じ～力が抜けた感じ）、⑦「頭の中の感じ方」（モヤモヤした感じ～スッキリした感じ）、⑧「気分の感じ方」（落ち着かない感じ～落ち着いた感じ）、⑨「身体全体のリラックス感」（緊張した感じ～リラックスした感じ）、⑩「身体全体の活力感」（沈んだ感じ～生き生きした感じ）であった。得点は0～10点の11段階であり、得点は高いほどリラックス度が高いことを示していた。

い感じ）、③「足先の感じ方」（冷たい感じ～温かい感じ）、④「腕全体の感じ方」（力が入っている感じ～力が抜けた感じ）、⑤「脚全体の感じ方」（力が入っている感じ～力が抜けた感じ）、⑥「顔・首・肩の感じ方」（力が入っている感じ～力が抜けた感じ）、⑦「頭の中の感じ方」（モヤモヤした感じ～スッキリした感じ）、⑧「気分の感じ方」（落ち着かない感じ～落ち着いた感じ）、⑨「身体全体のリラックス感」（緊張した感じ～リラックスした感じ）、⑩「身体全体の活力感」（沈んだ感じ～生き生きした感じ）であった。得点は0～10点の11段階であり、得点は高いほどリラックス度が高いことを示していた。

(3)インタビュー（PMR体験についての意見）

PMR体験についての意見として「PMR技法について感じていること」や「PMRを体験して以前と何か変わった点」および「PMRを体験しての気持ち」などについて20～30分間、自由に語ってもらい、許可が得られた5名に対してテープ録音を実施した。許可が得られなかった2名のインタビューの内容については、インタビュー終了後、すぐに逐語録として記載した。

(4)基本的情報

患者の年齢、疾患名、転移部位、罹患年数、主な症状、治療、使用している薬剤などについてカルテより情報収集を行った。

(5)PMRの習得状況の測定方法

対象者が16筋群のPMRをCDに合わせて一人で実施できるようになった時点をPMRを習得できた、とした。

3. 分析方法

PMR実施前後とPMR開始経過後の収縮期血圧、脈拍数、身体感覚度の得点については、値の推移をもとに分析した。また、インタビューの内容については、PMR技法やPMRの体験についての意見より、対象者がPMRによって影響を受けたと思われる部分を抽出し、PMR開始後経過毎に記述した。

4. 倫理的配慮

研究対象者には研究の趣旨や研究方法（測定回数、練習期間など）について文書と口頭にて説明した。研究の参加は自由意志であり途中で辞退することも自由であること、研究によって得られたデータや情報は公表をする予定であるが本研究の目的以外で使用しないこと、また、研究に協力することによって起こりうる危険性や身体的負担の事態とそれが生じた場合の対処法についても説明した。同意が得られた後、研究参加同意書に署名をしてもらった。なお、本研究は調査対象の病院の倫理委員会の審査を受け承認を得た。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の背景

11名のうち同意が得られた対象者は7名であり、女性6

名、男性1名であった（表2）。

年齢は平均年齢64.3歳であった。事例の主な症状は、A氏とC氏はがん性疼痛である腰痛が出現していたが、薬剤でコントロール中であった。また、F氏は胸水貯留があり発熱、食欲不振、倦怠感の症状を訴えていた。G氏は頸部食道がんに対して2週目にEMR（内視鏡的粘膜切除術）を施行した。

2. PMRの自己練習の状況

A、B、C、D氏は2週間毎日、1日2～3回はPMRの自己練習を積極的に実施できていた。一方、E、F氏は自己練習ができなかったため、研究者が2週間の間、訪問した時にPMRと一緒にいった。G氏は2週目前半まで自己練習は行っていたが、2週目の後半にEMR（内視鏡的粘膜切除術）を施行したため自己練習が中断してしまった。

腰痛のあるA氏とC氏の指導の際、腰部のPMRは無理に行わなくてよいことを指導した。しかし、A氏とC氏は腰痛が落ち着いていたため、腰部のPMRを自らの意思で実施し、PMRによって疼痛が悪化することはみられなかった。F、G氏に対してもPMRは無理に行わないように指導した。F、G氏は、毎日の自己練習はできなかったが、測定日には状態が落ち着いていたため、PMRを本人の意思で実施できていた。また、対象者全員に対して、いつでも研究協力をやめることが可能であることは適宜説明した。

3. PMRの習得状況とインタビューによるPMR技法についての意見

表3-1と表3-2に「PMR開始経過毎のPMRの習得状況（観察）とPMR技法についての患者の意見」について示した。

「PMRの習得状況（観察）」については、対象者のうち

表2 対象者の背景

事例	年齢	性別	疾患名	罹患年数	治療	主な使用薬剤	主な症状
A	70歳代前半	女	卵巣がん	1年3ヶ月	放射線療法	鎮痛薬（モルヒネ） 抗がん剤	腰痛
B	70歳代前半	女	乳がん	4ヶ月	放射線療法	抗がん剤	なし
C	70歳代後半	女	直腸がん	4年	放射線療法	鎮痛薬（モルヒネ） 抗がん剤	腰痛
D	50歳代前半	女	直腸がん	1ヶ月	術前 温熱化学 放射線療法	抗がん剤	なし
E	60歳代前半	女	直腸がん	3ヶ月	術前 温熱化学 放射線療法	抗がん剤	なし
F	60歳代前半	女	子宮体がん	10ヶ月	放射線療法	抗がん剤	発熱、食欲不振、倦怠感 胸水の貯留あり
G	50歳代前半	男	慢性腎不全 糖尿病 中咽頭がん 再発 頸部食道がん	1年4ヶ月	放射線療法 透析	抗がん剤	なし

表3-1 PMR開始経過毎のPMRの習得状況（観察）とPMR技法についての患者の意見

事例		PMR開始時	PMR開始してから1週間後	PMR開始してから2週間後
A	PMRの習得状況 （観察）	顔の眉間の上げ方、下腿・大腿部の後面の緊張・弛緩が難しい様子であったが4日目より16筋群の緊張・弛緩できている。	PMRは一人で上手にできている。	PMRは一人で上手にできている。PMRは昼食前、夕食前、寝る前の1日3回実施できている。
		腹式呼吸時、呼気時に苦しい様子がみられる。	腹式呼吸は、2秒の吸気と4秒の呼気の割合で、できている。	腹式呼吸は上手にできている。
	PMR技法についての 患者の意見	長く座っていると疲れ、腰が痛い様子である。	PMR練習時、ベッド臥床を実施してから疲れな様子である。	
		★深呼吸をしたら苦しくなった。吸って吐く時間が長いと苦しい。2秒、4秒だと苦しくない。	★寝てする方が楽だけど、寝ていると膝とふくらはぎの力を抜くのが難しいんだよ。 ★夕食後にすると気がせいてしまって、空腹時にするのがいい気がする。	●練習をして大分上手になった。呼吸も最初は苦しかったけど上手く出来るようになった。 ●退院が決まったけど再発しないように注意したい。このリラクセーションで少しでも免疫が上げられればいけどね。
B	PMRの習得状況 （観察）	3日目より16筋群の緊張・弛緩できている。腹式呼吸は最初から上手にできている。	PMRは一人で上手にできている。	PMRは一人で上手にできている。1日3回実施できている。
	PMR技法についての 患者の意見	●腹式呼吸は声楽を習っていたので得意なんです。	●こういう方法があるってということが分かってびっくりしました。具合が悪いときとか天気が悪い時には外に出られませんよね。それが家の中でやれるっていうことがすばらしいと思いました。	●外泊に行っても夜9時30分～10時の間にやりました。もう次は何を行うのかが分かります。
			●回を重ねる毎に頭でも次が分かるせいか、緊張感がなくなり、次はどうなるかっていう緊張感がなくなります。回を重ねる毎に気が楽になります。	●緊張の仕方、リラクスの仕方、それが応用できるっていうのかしら、力を抜くとか、反射的に応用することができるようになるのが助かります。
			★夕食後行ったら気分が悪くなった。寝る前の方がいいみたい。時間帯とか考えながらやらせてもらいます。	
C	PMRの習得状況 （観察）	顔の眉間の上げ方が難しい様子であったが、3日目より16筋群の緊張・弛緩できている。	PMRは一人で上手にできている。	PMRは一人で上手にできている。1日3回実施できている。
	PMR技法についての 患者の意見	●腹式呼吸は前から民謡をやっていたので、できるし、難しくない。 ★腰が痛いから時々、からだを横に動かしたりしている。	●難しいところはない。できている。 ●これを借りておけば家に帰っても一人で出来ると思う。いつも好きな時にできるからいいと思う。	●もう音楽を聴いただけで次に何をやるかが分かる。 ●このCDで家族もできると思う。本当にこれを教えてもらってよかったと思う。
D	PMRの習得状況 （観察）	顔の眉間の上げ方、下腿・大腿部の後面の緊張・弛緩が難しい様子であったが、3日目より16筋群の緊張・弛緩できている。腹式呼吸は最初から上手にできている。	PMRは一人で上手にできている。	PMRは一人で上手にできている。1日3回実施できている。
	PMR技法についての 患者の意見	●声楽をやっていたから腹式呼吸は慣れている。	●何かこういうふうものを聞きながら気持ちを落ち着けたりだとかそういう方法があるっていうのはやっぱり違うっていう感じがしましたね。 ●誰かと一緒にやらなければいけないものでもないし、自分が好きな時にできますよね。	●自分がこうなんっていうのかしたら、精神的にまいったり落ち込んだりしたときに、一つのストレスを和らげる方法という手段を知っていると知らないとは随分違うんじゃないかなとそう思いますよね。 ●免疫も自分の気持ちも影響するので、そういう気持ちを持つことが大切だという、そういう意味も含めて続けたいなって思います。

* PMR技法についての意見：●肯定的意見、★否定的意見（困難な点）

* PMR：漸進的筋弛緩法

表3-2 PMR開始経過毎のPMRの習得状況（観察）とPMR技法についての患者の意見

事例		PMR開始時	PMR開始してから1週間後	PMR開始してから2週間後
E	PMRの習得状況（観察）	上腕、顔の眉間の上げ方、下腿・大腿部の後面の緊張・弛緩が難しい様子。研究者が行っているのを見ながらPMRを実施できている。	研究者が行っているのを見ながらPMRを実施している（一人ではできていない）。	研究者が行っているのを見ながらPMRを実施している（一人ではできていない）。
		腹式呼吸はできていない。胸式呼吸になっている。	腹式呼吸はできていない。	腹式呼吸はできていない。
	PMR技法についての患者の意見		★まじめにやっていないから、もうちょっとちゃんとやればもう少し、リラックス効果があるかなと思うんだけど。ここ何ヶ月、どのくらいか続けないとあまり効果が得られないんですね。	★腹式呼吸の練習を、どっちかっていえば私は胸でしている感じがある。腹式呼吸をやるなんていったって、なかなかできなし、それはいいかなって、なんて思っ
				★自分であまりやるところまではいかない。全部組ましてやろうとは。
				★免疫力を高めるには自分で何か行動する方がよっぽど免疫力が高まるんじゃないかと思うけど。今の状況じゃ、こういうところにきちゃうとね。
F	PMRの習得状況（観察）	上腕、下腿・大腿部の後面の緊張・弛緩が難しい様子。PMRは研究者が行っているのを見ながら実施できている。	研究者が行っているのを見ながらPMRを実施している（一人ではできていない）。	研究者が行っているのを見ながらPMRを実施している（一人ではできていない）。
		腹式呼吸はできていない。鼻から吸って口から吐くことができない。	腹式呼吸はできていない。	腹式呼吸はできていない。
	PMR技法についての患者の意見	●呼吸に注意するようになって、深く呼吸をすることができるようになった。	★呼吸は、ちょっと難しい。	●リラクセーションは外泊中一回したと思う。もうちょっと、調子がよくなればできると思います。
			★鼻から吸って吐き出す力が弱くって、私は弱いんじゃないかなあって、細く長くフーッていうのが苦しくて途中でちょっと苦しかったっていう感じの時があるんですね。一回でやればいいんですけど一回だと鼻から吸った分が上手く出てないみたいだけど。	★先生も看護師さんもよくしてくれるけど、一つがよくなるとまた次が悪くなってしまうと、精神的にイライラしてしまってた。
				★なかなか調子がよくなって、38度代の熱が出たりするので、出ると解熱剤を使うし、体がつらくてできない。
G	PMRの習得状況（観察）	顔の下側、下腿・大腿部の後面の緊張・弛緩が難しい様子。3日目より16筋群の緊張・弛緩できている。	PMRは一人で上手にできている。	EMR（食道粘膜切除術）のため、PMRの練習は中断してしまう。
		腹式呼吸は鼻から息を吸うことが難しい様子。吸気・呼気時に腹部が動いていない。	腹式呼吸はできていない。	腹式呼吸はできていない。
	PMR技法についての患者の意見	★鼻から呼吸をするっていうのはあまりしないよね。鼻から息を吸ってもお腹膨らまないよね。	★腹式呼吸は、前よりできるようになったけど、難しいね。	●これは、習慣化しないと駄目だよ。自分は習慣にしようと思っている。友達にも教えてあげようと思っている。
		★鼻から息を吸うっていう習慣がないんだよね。どういふもんだか努力しなきゃ。		★家に帰ってからでも続けようと思っている。だけど身体の調子がこう悪いとできない。

* PMR技法についての意見：●肯定的意見、★否定的意見（困難な点）

* PMR：漸進的筋弛緩法

4名（B, C, D, G氏）は3日目より、また1名（A氏）は4日目より16筋群の緊張と弛緩を繰り返していくPMRを一人で実施できるようになった。しかし、2週間の練習期間中、2名（E, F氏）は一人ではPMRを実施できず、研究者が行っているのを見ながらPMRを実施していた。PMRは深呼吸を行いながら各筋肉の収縮と弛緩を行っていく技法である^{17, 18)}ため、腹式呼吸を習得することも重要なことである。しかし、今回の研究では腹式呼吸の習得が容易であった者と困難であった者がみられた。B, C, D氏は声楽や民謡を習っていた経験より腹式呼吸はPMR開始日より簡単にできていた。A氏は、PMR練習開始当初は腹式呼吸の習得が困難であったが、練習開始してから1週間後にはできるようになった。しかし、E, F, G氏は腹式呼吸の習得が困難であった。その理由は、F氏とG氏は腹式呼吸を自ら一生懸命行おうとする姿勢はみられたが、それぞれ胸水貯留や治療などにより腹式呼吸を行うことが困難であったためである。一方、E氏の場合は、術前治療中で、がんと診断されたことや手術に対しての不安の気持ちが強かったため、PMRや腹式呼吸の練習に集中することができず、習得が困難であった。

「PMR技法についての患者の意見」については、PMRの習得が容易であった者（A, B, C, D氏）からは肯定的な意見が多く聞かれたが、PMRの習得が困難であった者（E, F, G氏）からは否定的な意見が多くあげられた。具体的な内容としては、最初からPMRの習得が容易であった3名（B, C, D氏）からは、共通して腹式呼吸が容易であるという意見があげられた。また、その他として、C, D氏からはPMRはいつでも好きな時にできるという意見が、D氏からは「・・・精神的にまいったり落ち込んだりしたときに、一つのストレスを和らげる方法という手段を知っていると知らないのでは随分ちがうんじゃないか・・・」と精神面のコントロールのためにPMRという手段を学んでおくことは必要でないかという意見があげられ、さらに、A, D氏からは免疫効果への期待の意見もあげられた。B氏からは、PMRを開始してから2週間後には「緊張の仕方、リラクスの仕方、・・・力を抜くとか、反射的に応用することができるっていうのが助かります」とPMR練習の経過と共に緊張と弛緩の方法が身体に身についてきたという意見もあげられた。

一方、PMRの習得が困難であった3名（E, F, G氏）からは否定的な意見が多くあげられ、E, F, G氏からは共通して腹式呼吸の困難さの意見があげられた。その他として、E氏からは「まじめにやっていないから、もうちょっとちゃんとやればもう少し、リラククス効果があるかなと思うんだけども。ここ何ヶ月、どのくらいか続けないとあまり効果が得られないんですかね」や「免疫力を高める

には自分で何かが行動する方がよっぽど免疫力が高まるんじゃないかと思うけど。今の状況じゃ、こういうところにきちゃうとね」など、リラククス効果がなかなか出ていないことやPMRを継続していかなければならない負担感、また、がんになってしまった今から免疫力を高めても仕方ないという意見があげられた。F, G氏からは、体調がよければPMRを行っていきたいが今は体調が悪いためPMRを実施していくことができないという意見があげられた。

4. PMRによって生じた身体的反応と主観的評価－自己練習を継続できた群と継続できなかった群との比較より

PMR開始経過後におけるPMR実施前後の収縮期血圧値、脈拍数、身体感覚度得点の変化については表4、5、6

表4 PMR開始経過後におけるPMR実施前後の収縮期血圧値の変化
(収縮期血圧値：mmHg)

	事例	測定時期	PMR開始経過後		
			開始日	1週間目	2週間目
PMRの自己練習を継続できた群	A	PMR実施前	151	142	173
		PMR実施後	151	114	159
	B	PMR実施前	145	138	134
		PMR実施後	140	118	126
	C	PMR実施前	102	127	118
		PMR実施後	104	129	125
	D	PMR実施前	97	88	94
		PMR実施後	92	80	83
PMRの自己練習を継続できなかった群	E	PMR実施前	124	118	102
		PMR実施後	118	104	110
	F	PMR実施前	110	100	110
		PMR実施後	111	103	111
	G	PMR実施前	139	172	168
		PMR実施後	150	167	160

* PMR：漸進的筋弛緩法

表5 PMR開始経過後におけるPMR実施前後の脈拍数の変化
(脈拍数：回/分)

	事例	測定時期	PMR開始経過後		
			開始日	1週間目	2週間目
PMRの自己練習を継続できた群	A	PMR実施前	67	85	59
		PMR実施後	64	70	55
	B	PMR実施前	70	70	66
		PMR実施後	64	65	60
	C	PMR実施前	74	70	70
		PMR実施後	68	65	66
	D	PMR実施前	68	56	60
		PMR実施後	53	52	53
PMRの自己練習を継続できなかった群	E	PMR実施前	80	66	73
		PMR実施後	72	60	68
	F	PMR実施前	79	85	78
		PMR実施後	70	84	78
	G	PMR実施前	51	55	57
		PMR実施後	52	58	55

* PMR：漸進的筋弛緩法

表6 PMR開始経過後におけるPMR実施前後の身体感覚度得点の変化

	事例	測定時期	PMR開始経過後		
			開始日	1週間目	2週間目
PMRの 自己練習を 継続できた群	A	PMR実施前	56	64	51
		PMR実施後	72	68	63
	B	PMR実施前	69	81	74
		PMR実施後	87	94	98
	C	PMR実施前	63	88	100
		PMR実施後	91	100	100
	D	PMR実施前	91	81	82
		PMR実施後	97	88	89
PMRの 自己練習を 継続できな かった群	E	PMR実施前	69	65	64
		PMR実施後	84	83	79
	F	PMR実施前	55	52	63
		PMR実施後	63	83	78
	G	PMR実施前	48	43	40
		PMR実施後	70	77	75

* PMR：漸進的筋弛緩法

に示した通りであった。

1) 収縮期血圧値、脈拍数の変化

PMR実施後に収縮期血圧の減少がみられたのは、延べ21件中12件であった。自己練習を継続できた群（A, B, C, D氏）と継続できなかった群（E, F, G氏）とを比較するとPMR開始から2週間後に収縮期血圧値の減少がみられたのはB氏, D氏, E氏であったが、両群において収縮期血圧値の変化に明らかな違いはみられなかった。

また、PMR実施後に脈拍数の減少がみられたのは、延べ21件中18件であった。自己練習を継続できた群は4例とも、PMR開始から2週間後の3回の測定ポイントにおいて全てPMR実施後に脈拍数の減少がみられたが、継続できなかった群ではE氏のみ、脈拍数の減少がみられた。PMR開始から2週間後には、自己練習を継続できた群は継続できなかった群に比べて脈拍数が減少している傾向がみられた。

2) 身体感覚度得点の変化

A, B, C, D, E, F, G氏の身体感覚度の得点はPMR実施後は全て上昇していた。自己練習を継続できた群のB, C, D氏はPMR実施後の身体感覚度の得点が87～100点の間であり、自己練習が継続できなかった群に比べて得点が高い傾向であった。PMR開始から2週間後に、身体感覚度得点の上昇がみられたのは自己練習が継続できたB, C氏と継続できなかったF氏であったが、自己練習が継続できた群の方が継続できなかった群に比べて身体感覚度得点が高い傾向がみられた。

3) インタビューによるPMR体験についての意見

PMR体験についての意見の中で対象者に影響を及ぼしていると思われる部分をPMR開始1週間後と開始2週間後毎に示した（表7）。

(1)PMR開始1週間後

先の表6に示したように全ての事例は、PMRの開始日から2週間後の測定時には、PMR実施前に比べて実施後は身体感覚度得点が増加していた。このことより、対象者は全員、PMR実施直後はリラックス度が高くなっていた。

しかし、PMR開始1週間後、PMRの自己練習を一人で毎日継続できていた群（A, B, C, D氏）と、できなかった群（E, F, G氏）とを比較すると、毎日自己練習を継続できていた群から肯定的な意見が多くあげられた。具体的には、PMRを開始してから1週間後の身体面の変化としては、A氏の「・・・体はあったかい気もするし、体がうんと楽になるよ」やC氏の「これをやると気持ちがリラックスするので・・・」、D氏の「手足が温かくなる」などよりリラックス効果が、また、B, C, D氏からは睡眠効果や検査・治療時の緊張緩和の意見があげられた。

(2)PMR開始2週間後

PMRを開始してから経過2週間後を、PMRの自己練習を一人で毎日継続できていた群（A, B, C, D氏）と、できなかった群（E, F, G氏）とで比較すると、PMRの自己練習を一人で毎日継続できていた群のB, C氏から気持ちに肯定的な意見があげられた。その主な内容としては、B氏の「・・・最近は明るくなった気がします・・・これもリラクセーションのおかげだと思います」やC氏の「最近とても気分がいい。とても気分が楽しいのよ」「とても嬉しい気分になるんですよ・・・」より気持ちが上向きになったという意見があげられた。また、B氏は「放射をかけるときすごく堅くなっていたんです。だけどそれがこれをやってから、力の抜き方、それから心構えっていうのかしら、ビーンときても、何よ、これっていうそういう気持ちがあれば挑戦的っていうのかしら、・・・どんどこって、こっちは負けないぞ、ってそんな感じになるんです」や、C氏は「痛みがとれて調子がよかったのもあると思いますけど、今までは病気のことなどいろいろなことにくよくよしていたけど、これははじめてから前向きになったというか、くよくよしなくなった」ことを話していたことより、病気に対して肯定的になったという意見も聞かれた。

また、自己練習を継続できたA, C氏の両者から疼痛緩和の意見もあげられていた。

しかし、A氏の「病気のことも痛みのことも運動をしているときは忘れられる。やっている時は嫌なことが忘れられるんだよ」、C氏の「これをやっているときは心が無になって嫌なことを忘れられる。一瞬でも嫌なことを忘れられるのはとてもいいことだと思う」、G氏の「これをやっている間は、これだけに集中できるから他のことを忘れられるしね。何も考えなくていられるのはいいと思う」など、

表7 PMR開始経過後のPMR体験についての意見

	事例	PMR開始してから1週間後	PMR開始してから2週間後
PMRの自己練習を継続できた群	A	深呼吸はとても気持ちが落ち着く。深呼吸が一番いいみたい。	これをする心が落ち着くね。心が和むし、呼吸が落ち着くよ。
		痛みはリラクセーションで直接よくなったりしないけど、心がとっても心地よくて体が気持ちいいんだよ。体はあったかい気もするし、体がうんと楽になるよ。	病気のことも痛みのことも運動（PMR）をしているときは忘れられる。やっている時は嫌なことが忘れられるんだよ。
			コルセットをつけたら痛みはよくなったけど運動をすると筋肉も緊張しなくなって痛みにもいいみたい。
	B	いつも夜中に起きるが寝る前に練習したら朝まで眠れた。眠剤を使っていない。	入院時は暗かったのですが、最近は明るくなった気がします。外泊の時は軽井沢まで行っておいしいものを食べてきました。前はそんなことでできなかったのですが、これもリラクセーションのおかげだと思います。
		眠れないってことにレッテルを貼られて、神経質だからって言われて。でもこれ（CDテープ）を借りればそういうことも改善する気がします。	すっきりしますね。ですから最後が終わるとこのまま眠りたくなります。
		血液検査とかレントゲンの時や放射線のときに力が入ってますよって言われたんですが、それがこの練習で力の抜け方が覚えられたと思います。	放射をかけるときすごく堅くなっていたんです。だけどそれがこれをやってから、力の抜き方、それから心構えっていうのかしら、ビーンときても、何よ、これっていうそういう気持ちがあれば挑戦的っていうのかしら、どういったらいいのかしら、どんとこいって、こっちは負けないぞ、ってそんな感じになるんです。だからすごくこうリラックスっていう、応用できたっていう感じです。
			最初はすごく初対面の人にカチカチになっていたんです。でもそういう必要はないんだって、こうお習いしてから思ったんです。みんな人なんだから緊張する必要はないんだなって。
	C	薬が効いたか、放射線が効いたか、このCDのせいかわく分らない痛みがなくなった。	最近、とても気分がいい。とても気分が楽しいのよ。
		これをやっている時は、心が無になって嫌なことを忘れられる。一瞬でも嫌なことを忘れられるのはとてもいいことだと思う。	これをするとても気持ちがいい。
		これをやると気持ちがリラックスするので神経が落ち着いて痛みにもいい気がする。	痛みがとれて調子がよかったのもあると思いますけど、今までは病気のことなどいろいろなことにくよくよしていたけど、これを始めてから前向きになったというか、くよくよしなくなった。
		採血の時に力が抜けるようになった。	とても嬉しい気分になるんですよ。前と顔が全然違うでしょ。
		夜もよく眠れている。	歩くと痛い時もあるが、すごく良くなってとても楽しい気分だ。
	D	手足が温かくなるわよね。	毎日、やっているけど最後の方がいつも寝てしまう。やった後は気持ちいいし、こういうのがあった方が気持ち的にいいと思う。でも、今のところ、そんなに変わった感じはないですね。
		放射線の時に力を抜くことができ前より緊張しなかった。	最近足があったかい気がするんですよ。 夜は熟睡できたんですよ。
PMRの自己練習を継続できなかった群	E	★PMR終了後も表情の変化はみられない。	★PMR終了後も表情の変化はみられない。
	F	気分は、あまり変わらないです。いいっていうほどよくなったという、まだ実感はない。	なんとなく、気持ちが少しすっきりしたかっていう感じはしますけど。リラクセーションをすると脈がいつもは100くらいあるけど落ち着くみたい。
	G	なんか顔の上が楽になったって言う感じ。	食道の手術をしたから、調子が悪くてできなかったんだよ。だけど、今日やってみて、やっぱりすごくいいね。毎日やるべきだよ。からだがすごく気持ちいい。
		始めてもまだわかんないよ。はっきりいって。太ももとか体全体が楽になったってほとんど運動じゃないもんね。	これを行っている間は、これだけに集中できるから他のことを忘れられるしね。何も考えなくていられるのはいいいと思う。

* PMR：漸進的筋弛緩法

★：研究者による観察

PMR実施中は、がんという病気など嫌なことは忘れられるという意見は、自己練習の継続の有無に関わらず聞かれた。

一方、D氏は、毎日積極的にPMRの自己練習を実施していたが、PMRを開始してから2週間後までに変化の意見は聞かれなかった。PMRの自己練習を継続できていなかった群のF、G氏は、自己練習を継続できていたA、B、C、D氏に比べると身体面の変化はほとんど話していなかったが、PMRを開始してから2週間後には、PMR終了後の爽快感や心地よさについては話していた。しかし、E氏からは特に意見はあげられなかった。

IV. 考 察

本研究では、まずPMR実施とPMRの自己練習継続によって得られた効果について考察した後、がん患者のPMR習得と自己練習を継続できる要因について考察していきたい。

1. PMR実施による効果とPMRの自己練習継続によって得られる効果

1) PMR実施による効果

今回の結果では、PMR実施後、延べ21件中12件に収縮期血圧値の低下が生じ、脈拍数の減少はほとんどの事例に認められた。PMR介入後の脈拍数の減少は先行の基礎研究^{20, 21)}においても認められており、本研究と同様の結果であった。これは、PMRは身体の酸素消費量、代謝率、筋緊張、心臓の期外収縮、収縮期血圧、拡張期血圧の低下などを生じ³⁾、副交感神経を優位な状態にするためであると考ええる。一方、PMR実施後に事例のC氏、F氏は3回の測定ポイント全てにおいて収縮期血圧値の低下がみられなかったが、これはPMR実施後はリラクセス反応によって末梢血流量が増加することによって血圧値が上昇する^{20, 21)}ことも報告されており、本研究でも同様のことが影響したのでないかと考える。また、今回の結果では、PMR実施後に身体感覚度の得点の上昇は全事例に認められた。リラクセスとは、心身に生じた緊張を和らげ緩んだ状態にすることであり副交感神経優位の状態である¹⁷⁾。今回の結果で、身体感覚度の上昇によりリラクセス反応が高まったのは、心血管系の自律神経機能の鎮静化により、脈拍の減少、収縮期血圧の低下、呼吸数の減少、指先などの皮膚表面温の上昇（末梢血流量の増加を伴う）などが生じたこと¹⁸⁾が原因と考えられる。これらのことより、対象者はPMR実施後、身体感覚度得点が高くなったり、爽快感や心地よさなどの身体面の効果が得られたと考える。

2) PMRの自己練習継続によって得られる効果

今回の研究では2週間の自己練習を毎日継続できたのは7名中4名であった（A、B、C、D氏）が、自己練習が

継続できなかった群（E、F、G氏）と比べると、PMR開始経過後の収縮期血圧値の変化は大きな違いはみられなかった。しかし、脈拍数は、自己練習を継続できた群の方が減少の傾向がみられ、身体感覚度得点も自己練習を継続できた群の方が高い傾向がみられた。PMR開始経過後の収縮期血圧値、脈拍数、身体感覚度得点の変化についての先行研究はみられていないが、今回の研究では自己練習を継続できた群とできなかった群との間で脈拍数と身体感覚度得点の変化に違いが認められた。これは、自己練習を継続できた群の方が腹式呼吸を上手にできていたため、副交感神経の働きが優位となり、リラクセス反応を引き出していた²²⁾のでないかと考える。

一方、収縮期血圧値の変化がみられなかったのは、自己練習継続の期間が2週間とそれほど長期でなかったことが一因であると考ええる。今後はPMRをさらに長期に継続していくことによって、収縮期血圧値、脈拍数、身体感覚度得点の変化を検証していくことが課題である。

また、2週間自己練習を継続できた群とできなかった群との間では主観的な意見に差がみられた。その主な内容としては、自己練習を継続できたB、C、D氏は睡眠効果や検査・治療時の緊張緩和が生じ、またB氏とC氏からは、気持ちが上向きになったり、病気に対して肯定的になったという意見も聞かれた。このようにPMRの継続によって睡眠効果や検査・治療時の緊張緩和および気持ちが肯定的になれたのは、リラクセーション反応の定期的練習は交感神経の過剰な活動による影響を少なくする²³⁾ことが一因として考えられる。先行研究^{11, 12, 13)}においても睡眠効果や検査・治療時の緊張緩和の効果、また、化学療法副作用である嘔気・嘔吐のある患者が病気への気持ちが積極的になった¹⁶⁾という結果がみられていることより、本研究の結果は先行研究と同様の結果であった。しかし、16筋群のPMRの自己練習を2週間継続することによって、気持ちや病気に対しての考えが肯定的になれたという結果が生じたのは、他の研究ではみられておらず、これは新たな知見である。

また、A、C氏からは疼痛緩和の効果もみとめられた。筋の緊張は痛みの知覚を増すため、PMRを使用することによって不安や緊張を減らすと、人は痛みをコントロールできるという感じをもつことができる³⁾といわれている。このことより、A氏とC氏からは「・・・運動すると筋肉も緊張しなくなって痛みにもいいみたい」や「・・・神経が落ち着いて痛みにもいい気がする」という痛みの緩和効果の言動が聞かれたのだと考える。また、PMRががんの痛みに対して緩和効果があることについては先行研究⁴⁻⁷⁾においても報告されていることより、今後、がんの痛みに対するPMRの効果については追試していく必要がある。

一方、自己練習が継続できなかった群のE氏のみはPMR実施後、脈拍数の減少や身体感覚度の得点が上昇していたにも関わらず、爽快感や心地よさについては話していなかった。これはリラクセーション体験によってもたらされる主観的な感情は非常に個人差がある²³⁾ことやE氏自身が手術のことや病気に神経が向いていて練習に集中できず、継続した自己練習ができなかったことが影響していたと考えられる。以上より、睡眠効果や検査・治療時の緊張緩和および気持ちや病気に対する考え方が肯定的になるなどの効果を得るためには、毎日継続した自己練習が必要であることが示唆された。

しかし、今回の研究では、自己練習を継続できた群でも、気持ちが肯定的になるなどの意見は全員からあげられず個人差が認められた。今後は、自己練習の継続の期間を長く設定し、PMRによってもたらされるがん患者の心理面の変化について縦断的に検証していく必要がある。

2. がん患者のPMR習得と自己練習を継続できる要因について

今回の研究では、PMRを一度に実施するより徐々に実施していった方が患者にとって混乱が少ないと考え、PMR練習のコースを3日間で終了できるよう段階的に指導していった。その結果、7名中4名(B, C, D, F氏)は3日間でPMRを習得することができ、1名(A氏)も4日目には習得できていた。半数以上はコース終了後、すぐにPMRをマスターできていたことより今回の指導のペースは適切であったと考える。

また、今回の対象者のうちPMRを習得し毎日継続して自己練習ができていたのは、A, B, C, D氏の4名であった。これらの4名に共通していたことは、身体的症状が落ち着いていたことや腹式呼吸の習得が容易であったこと、またリラックス効果だけでなく睡眠効果や検査・治療時の緊張緩和および気持ちの変化を自覚していたことがあげられる。また、A氏とD氏はPMRに対して免疫力が高まることを期待していたが、このような目標を持っていたことも自己練習の継続力に影響していたと考えられる。

一方、PMRの習得ができなかったり、継続した自己練習ができなかったE, F, G氏に共通していたことは腹式呼吸の習得が困難であったことである。腹式呼吸を習得するためには、意識を集中させること、呼気は吸気の2倍の時間をかけて行うことなどが重要である²²⁾といわれているが、E氏は練習に集中できず、またF, G氏も症状や治療のため吸気と呼気を十分に行えることができなかった。腹式呼吸、つまり横隔膜を介した深い呼吸は、副交感神経の働きを優位にしリラックス反応を引き出す²²⁾ことより、腹式呼吸が困難であったE, F, G氏は、腹式呼吸が容易にできていたA, B, C, D氏に比べてリラックス感を感

じにくくなり、その結果、PMRを継続して実施する動機づけが弱くなったことが考えられる。

このようにE, F, G氏が自己練習を継続できなかった理由としては、E氏はがんと診断され、術前で不安が強く練習に集中できない状況であったこと、またF氏とG氏では症状による苦痛などがあったためと考えられる。リラクセーションの練習を放棄してしまう人の特徴として①目標がはっきりしていない、②症状が変化し苦痛が増加している、③自分で練習してもリラックス感が得られないので効果が確信できない、④練習時間がとれない、などが影響しているといわれている^{3, 18)}。E, F, G氏の場合は、これらの特徴であてはまる内容があったため自己練習が継続できなかったのではないかと考える。

がん患者は、がんの診断や治療開始の時期から身体的、精神的苦痛を体験し、病状の進行に伴い苦しみの程度は増していく¹⁾。今回の対象のF氏とG氏もがんの症状や治療による苦痛がPMRの習得や自己練習に影響していたと考えられた。リラクセーションプログラムは、参加者の苦痛を伴う体験が長引かないうちに開始した方がよい¹⁶⁾といわれていることより、PMRの練習は、がんや治療による苦痛が生じる前から導入した方がよいと考える。また、今回の研究では対象者に16筋群によるPMR法の指導を実施したが、骨格筋を緊張させることは生体にわずかながら負荷をかけることにもなる¹⁸⁾ため、身体的苦痛のある患者に対しては負荷の少ない簡略化された筋弛緩法や弛緩のみの受動的方法などを状態に合わせて指導していくことも必要であると考えられる。そして、そのことによって患者は自分が苦痛のある時でもPMRを実施していくことが可能になると思われる。

今回の結果では、2週間の自己練習を行った患者より肯定的な身体的反応や意見が多くみられた。このことより看護師が、患者のPMR指導に2週間、意図的に関わりフォローしていくことによって、患者に身体面や気持ちや病気に対する考え方が肯定的になる可能性が生じることが示唆された。

リラクセーションの習得状況は、リラクセーションの家族の考え方・サポートなども影響する¹¹⁾といわれている。また、個人の性格も影響することにもいわれているがほとんど明らかにされていない³⁾ため、今後は個人特性や家族のサポートとPMRの継続力との関連について検証していくことも必要である。

3. がん患者にとってのPMR継続の意義

A氏は「病気のことも痛みのこと運動をしているときは嫌なことを忘れられる。やっている時は嫌なことを忘れられるんだよ」、C氏は「これをやっている時は心が無になって嫌なことを忘れられる。一瞬でも嫌なことを忘れら

れるのはとてもいいことだと思う」, G氏は「これを行っている間は、これだけに集中できるから他のことは忘れられるしね。何も考えなくていられるのはいいと思う」など、患者はPMRを行うことによって、がんという病気のことを一瞬でも忘れられることを話していた。患者が抱えている苦痛を一瞬でも忘れられる時間をもつことができたことは、患者の長い闘病生活の中に少しでも癒しを与えることができたと考える。また、ベンソン²³⁾はリラクセーション反応を定期的に行うことによって、闘争反応がもたらしめている状況に効果的に対処できるようになることも述べているが、今回の研究でも継続して自己練習を行っていた対象者からは睡眠効果や検査・治療時の緊張緩和や気持ちが肯定的になるなどの効果がみとめられた。患者にこのような効果をもたらすことは、長期の闘病生活の中での患者の苦痛やストレスの緩和につながり、患者の心身のコントロールに役立っていくと考える。したがって、看護師はがん患者一人一人に合った方法でPMRの指導を行い、その人がPMRを継続していくことができるように援助していくことが重要であると考ええる。

V. 研究の限界と今後の課題

本研究は対象数が少なく、事例検討であるため結果を一般化することはできない。しかし、本研究の結果から、がん患者へのPMRの指導はリラクセス反応を引き起こし身体面や気持ちに肯定的な効果を生じることが示唆された。今後は、PMRの身体的効果として免疫学的評価をすること、さらにPMR自己練習の継続力の要因としてその人の健康保持能力との関連を評価していくことも課題である。また、症状緩和の効果について検証することも課題であ

る。

VI. 結 論

本研究の目的は、がん患者にPMRを実施することによってPMRの習得状況を明らかにすること、また、がん患者のPMRの自己練習継続の効果を身体的反応と主観的評価より明らかにすることであった。その結果は以下の通りであった。

1. PMRは4名が3日目に、1名が4日目に習得できていた。PMRを習得し、2週間の自己練習を継続できたのは7名中4名であった。
2. PMR実施後は、収縮期血圧値の低下は延べ21回中12回、脈拍数の低下は延べ21回中18回みられた。また身体感覚度得点は、PMR実施後、全て上昇がみられた。
3. 自己練習を継続できた者は継続できなかった者に比べて、2週間後に、脈拍数の減少、身体感覚度得点値の上昇の傾向がみられた。しかし、収縮期血圧値の変化はみられなかった。
4. 自己練習を継続できた者は、睡眠効果や検査・治療時の緊張緩和、また病気に対して気持ちが肯定的になる、などの効果がみられた。
5. PMR習得と自己練習が継続できる要因としては、身体的症状が落ち着いていること、腹式呼吸の習得が容易であること、リラクセーション反応を自覚できることなどがあげられた。

謝 辞

本研究を実施するにあたり、ご協力いただきました患者の皆様へ心より感謝いたします。

要 旨

本研究の目的は、がん患者に漸進的筋弛緩法(以下PMR)を実施することによってPMRの習得状況を明らかにすること、また、がん患者のPMRの自己練習継続の効果を身体的反応と主観的評価より明らかにすることであった。その結果、1. PMRを習得し、2週間の自己練習を継続できたのは7名中4名であった。2. PMR実施後は、収縮期血圧値と脈拍数の低下は半数以上にみられ、身体感覚度得点は全てに上昇がみられた。3. 自己練習を継続できた者は、2週間後には脈拍数の減少、身体感覚度得点値の上昇の傾向がみられた。しかし収縮期血圧値の変化はみられなかった。4. 自己練習を継続できた者は、睡眠効果や検査・治療時の緊張緩和、また病気に対して気持ちが肯定的になるなどの効果がみられた。5. 看護師は、がん患者一人一人に合った方法で指導を行い、その人がPMRを継続していくことができるように援助していく必要性が示唆された。

Abstract

The purpose of this study was clarify the acquisition level of progressive muscle relaxation(PMR) and effects of its continuous self training were assessed by physical and subjective appraisal after PMR training. The results were as follows: 1) Of seven subjects, 4 succeeded in the acquisition of PMR and continued its training for 2 weeks by themselves. 2) Systolic pressure and the pulse rate after PMR was decreased more than half of total. These results indicated that the somesthetic score was significantly improved by PMR training in all the subjects. 3) After 2 weeks, the patients who continued the self training had that the pulse rate was lowered, and the somesthetic score was increased. But Systolic pressure was not changed after 2 weeks. 4) In the patients who continued the self training, significant effects to reduce medical test / treatment associated stress as well as sleep-stimulation effects were observed. Moreover, those patients' attitude became more active against the disease through PMR training. 5) It was suggested that nursing staffs should guide cancer patients by procedures suitable for each patient and support them to continue it.

文 献

- 1) 厚生労働省・日本医師会監修：がん緩和ケアに関するマニュアル がん末期医療に関するケアのマニュアル改訂第2版、4-6、財団法人日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団、大阪、2005.
- 2) 東原正明、近藤まゆみ：緩和ケア、27-28、医学書院、東京、2002.
- 3) 伊藤幸子：漸進的筋弛緩法、Mariah S・Ruth L(編) 野島良子、富川孝子監訳：心とからだの調和を生むケア、1-11、へるす出版、東京、2002.
- 4) 吉田亜紀子：がんの痛みに対する漸進的筋弛緩法とイメージ法の効果、高知女子大学看護学雑誌、27(1)、51-58、2002.
- 5) Sloman R, Brown P, et al : The use of relaxation for the promotion of comfort and pain relief in persons patients with advanced cancer, Contemporary Nurse, 3(1), 6-12, 1994.
- 6) Sloman R : Relaxation and the relief of cancer pain, Nursing Clinics of North America, 30(40), 697-709, 1995.
- 7) Graffan S. Johnson A : A Comparison of two relaxation for the relief of pain and distress, Journal of Pain and Symptom Management, 2(4), 229-231, 1987.
- 8) Arakawa S : Use of relaxation to reduce side effects of chemotherapy related nausea and vomiting, Cancer Nursing, 18(1), 60-66, 1995.
- 9) Arakawa S : Relaxation to reduce nausea vomiting and anxiety induced by chemotherapy in Japanese patients, Cancer Nursing, 20(5), 342-349, 1996.
- 10) 荒川唱子：癌化学療法による嘔気、嘔吐、不安に及ぼす漸進的筋弛緩法の効果、第16回日本看護科学学会講演集、82-83、1996.
- 11) 荒川唱子：がん化学療法患者のWell-beingに及ぼすリラクゼーション技法の長期的影響、平成11年～平成12年度科学研究費補助金(基盤研究(C))研究結果報告書、2001.
- 12) 小坂橋喜久代、大野夏代、他：リラクゼーションによる睡眠への援助－入院中の癌患者を対象として、埼玉県立短大紀要、20、81-89、1995.
- 13) 小坂橋喜久代：不眠症状を呈する入院中の癌患者へのリラクゼーション法指導の試み、第15回日本看護科学学会講演集、246-247、1995.
- 14) 荒川唱子：臨床におけるリラクゼーション技法の適用－効果および習得プロセス、日本看護技術学会誌、4(1)、23-24、2005.
- 15) Sloman R : Relaxation and imagery for anxiety and depression control in community patients with advanced cancer, Cancer Nursing, 25(6), 432-435, 2002.
- 16) 坂下智珠子、遠藤恵美子：化学療法による嘔気・嘔吐のあるがん患者への看護独自の介入－患者・看護職者関係を軸としたリラクゼーションプログラムを用いて－、日本がん看護学会誌、14(1)、3-13、2000.
- 17) 荒川唱子：漸進的筋弛緩法、がん看護、6(6)、473-476、2001.
- 18) 小坂橋喜久代：漸進的筋弛緩法 (Progressive Muscle Relaxation)、荒川唱子、小坂橋喜久代(編)：看護にいかすリラクゼーション技法 ホリスティックアプローチ、30-50、医学書院、東京、2001.
- 19) 荒川唱子：Relaxation 漸進的筋弛緩法 CD、福島県立医科大学看護学部製作.
- 20) 小坂橋喜久代、柳奈津子、他：健康女性における漸進的筋弛緩法の生理的・感覚認知的反応の比較、群馬大学医学部保健学科紀要、18、67-74、1997.
- 21) 小坂橋喜久代、大野夏代：リラクゼーション法の指導によるバイタルサインの変化、日本看護研究学会雑誌、20(4)、98、1997.
- 22) 柳奈津子、小坂橋喜久代：呼吸法 (Breathing)、荒川唱子、小坂橋喜久代(編)：看護にいかすリラクゼーション技法 ホリスティックアプローチ、30-50、医学書院、東京、2001.
- 23) ハーバート ベンソン、中尾睦宏他訳：リラクゼーション反応、164-180、星和書店、東京、2001.

〔平成18年3月31日受付〕
〔平成18年9月19日採用決定〕

看護学生の関係づくり行動の変化 －作成した関係づくり行動尺度を使用して－

Changes in Relationship-establishing Behavior in Nursing Students
－ Evaluation Using Our Relationship-establishing Behavior scale －

尾 原 喜美子
Kimiko Ohara

キーワード：看護学生、関係づくり行動、変化、演習、臨地実習

Key Words : nursing student, relationship-establishing behavior, change, seminar at college, basic nursing practice

はじめに

少子高齢化や高学歴化、女性の就労率の増加や社会情勢のめまぐるしい変化、メディアの進歩などにより、生活環境の変化は子どもの生活や行動を大きく変えた。平成14年の厚生労働省が行った中学生・高校生を対象とした子どもの意識と行動の調査¹⁾によると、現代の子どもは、自宅の自分の部屋が最も居心地のよい場所で、病人やお年寄りの世話体験や困っている人を助けた経験が少ないという報告であった。電車やバスに乗っていて困っている人にであった時や遊園地で迷子を見かけたときの対応では、積極的に働きかける対応は少なく、他者への関心や愛着は希薄で人間関係や人付き合いはお互いに深入りしない表面的なものになっている。やさしさや思いやりの育ちにくい生活環境であると同時に、子ども自身から人に積極的に働きかけて関係をつくっていかこうとする行動をとることも少ない。やさしさや思いやりを表現することや人との関係をつくる場が減少してきている。

看護は、患者と看護者の対人関係が基盤で、看護ケアの質には、患者と看護者の関係が大きく影響する。看護者には患者が語る内容や行動・感情を理解し、患者の言葉や感情を表現して患者に伝達し、相互の理解を深めるための傾聴や共感といったコミュニケーション技術が重要である。常に患者の言動に注意・関心をもち、患者のそばでその場の状況や感情を看護者自身の状況や感情として経験し、さらに援助が必要かどうか的確に判断し最善の方向へ導くことができればならない。看護者には、病気や障害の程度、年齢や性別を問わず全ての人々と良好な関係を維持し、信頼関係を深め患者の最も身近な存在となることが求められる。

大学における看護実践能力のうち、援助的対人関係能力の育成は重要な課題である。菊池²⁾は、思いやり行動を

支えているしくみとして「共感性」をあげ、他の社会的な行動の先行条件となり、相手に対して何らかの援助を含んだ行動が向社会的行動であると説明している。向社会的行動とは、他人との気持ちのつながりを強めたり、それを望ましいものにしようとする行動のことで、4つの特徴を持った行動である。第1は、相手のためになる援助行動であるということ、第2は相手への援助行動は最初から無償のものであること、第3に援助行動は、援助行動を行う側に損失が生じることである、そして第4に、この行動は自発的行動であり、自分の持っているものを相手に分けたり、困っている相手に援助の手をさしのべるなど相手を思いやる行動であると説明している。

看護領域における先行研究では、看護師の社会的スキルの構成や看護学生の社会的スキルを高めるためことを目的に調査を行った基礎的研究、一戸ら³⁾による看護の思いやり行動モデルがあった。一戸らは看護師が援助の際に体験する心理的な出来事の統合が看護の思いやりであり、専門的知識・技術を駆使し相手の状況から相手の立場に立ち共感して必要な援助を見極めていくことであると説明していた。しかし、看護学生の思いやり行動や患者と家族と出会い関係をつくる行動はどのような要因によって構成されているのか明確にした文献はなかった。また、授業の進度に合わせ縦断的に人との関係づくり行動を分析した報告もなかった。看護学生がどのような関係づくり行動をとっているのか、又、関係づくり行動はどのような要素により構成されているのかを明らかにするため、堀毛の「人当たりの良さ尺度」⁴⁾や菊池の社会的スキル尺度である「Kiss-18」⁵⁾、和田による「社会的スキルの項目」⁶⁾、菊池らによる社会的スキルの10カテゴリー（100項目）⁷⁾などを参考に看護学生の関係づくり行動尺度を作成した。この作成した尺度を用いて本研究では看護学生2年生を対象に前期全授

業開始前、前期全授業終了後、基礎看護学実習Ⅱ終了後と経過を追って調査を実施した。

看護学生2年生は、大学入学後1年間の看護者としての基礎的科目が終了し、これから看護専門者として専門科目を学び始める時期である。看護専門職となるためのやさしさや思いやりをもった豊かな人間性と人の尊厳を護る倫理性、身体のしくみや構造、健康や環境などに関する知識を基礎として、具体的な看護実践方法を学ぶ学年である。1年生では講義中心で受動的な学習態度であったものが、演習やグループワークなどの学習方法が多くなり、積極的・主体的な学習態度でないと目標が達成できなくなる。まさに人との関係を培うための関係づくりの行動を主体的に行うことで看護専門者としての人間関係技術を育成していく時期である。看護の対象者とどのように関係をつくっていくのか、関係の開始から関係の発展へのプロセスを学び、創造的能力や問題解決能力を開発する時期である。この学年の学生を対象に調査を実施することで授業や基礎実習での教育方法を振り返り、3年生から始まる本格的な各論実習への示唆を得たいと考えた。

I. 研究目的

本研究の目的は、看護学生の関係づくり行動が看護学授業進行や実習体験でどのように変化するのか、そしてその影響要因を探ることである。

用語の定義

関係づくりとは、出会った人々と関わりを持つことで関係をつくろうとする感情

関係づくり行動とは、相手との関係をつくるための積極的な行動で、良好な関係を持つことができるようになるための行動である。

II 対象と方法

1. 対象

平成15年度にK大学看護学科に在籍した2年生62名を対象とした。

2. 対象学年の授業進度の内容及び科目構成

K大学看護学科のカリキュラムは、看護の基本概念である「人間」「健康」「環境」「看護」を主軸として「対象論領域」「環境論領域」「看護活動論領域」「総合看護領域」の4本の柱を基に構成され、科目区分として基軸、教養、専門基礎、専門で構成されている。1年生は、「対象論」「環境論」を中心に基軸となる科目や教養科目を履修し、「看護活動論」の中の基礎看護学実習Ⅰで健康な人々と関わる体験実習を行う。2年生は、「環境論」「看護活動論」を中心に、人間の理解とケアのための医療・看護の専門性や役割について学習する。科目は基礎的な科目の履修後、専門

基礎科目、専門科目へと進め、成人・老人・小児といった各論領域の履修となる。2年生の臨地実習は基礎看護学実習Ⅱのみであり、各論領域の臨地実習は3年生からとなっている。

研究対象である2年生が既習した科目で関係づくり行動に関連ある科目と履修方法を下記に示した。

(1)既習科目

基礎看護学Ⅰ（看護学の対象、人と環境、健康及び看護実践、教育・研究の構造と機能など）、人と健康、哲学、生命倫理、ライフサイクルと健康、家族看護学、社会学、基礎看護学実習Ⅰ

(2)学年別科目履修方法の特徴

1年生：教室内での講義法が主で、授業は集中法で集団を対象とした知識注入型の受動的な学習方法が多い。

2年生：実習室での看護技術演習やグループワーク学習が多くなる。学習は参加型で学生間の討議や情報交換、ロールプレイ、学生個人が発表する機会が増え、教員による指導も学生個々の学習過程に積極的に関与することとなる。2年生の9月に2週間の基礎看護学実習Ⅱを病院で行う。

(3)基礎看護学実習Ⅰ・Ⅱの概要

1) 基礎看護学実習Ⅰの概要

実習目的：人々への関わりの体験を通して、人間の本質としてのケアリングについて学習する。人々の健康権やQOL、生活での看護援助について理解する。

概要：人々が生活する地域や施設で看護援助者として人々と出会い、全人格的に関わり、体験を通して命の尊さやホリスティックケアについて学習する。さらに出会った人々との関わりから社会・環境について学び、専門職のあり方について理解する。関わった人々が、その人らしく生きられる健康な社会の創造をめざし、健康な生活援助やQOL・健康権や看護倫理についてクリティックに考える。

2) 基礎看護学実習Ⅱ

実習目的：健康障害のため病院で治療を受ける人々と家族に出会い、病む人々への看護援助方法について臨床看護実践を通して考えヒューマンケアリングについて理解する。

概要：学生は既習の知識を活用し、病む人及び家族と全人的に関わり、ヒューマンケアリングについて看護の実践を通して理解する。病む人及び家族と出会い、病む体験とその意味について患者と対話して学ぶ。病む人の生活環境を重視し、生活援助を中心とする看護援助技術を実施する。また、施設におけるセルフケアシステムを理解し、治療に取り組む人々への社会資源を理解する。施設における具体的な看護サービスを知りヘルスケアチームの

機能について考える。

3. 研究方法

(1)調査期間・内容

1) 調査機関は2003年4月～2003年10月

調査は以下の3時点で縦断的に実施した。基礎看護学実習前後での結果を得るため2年生の前半に集中した調査とした。

時点1：前期全授業開始前（4月）

時点2：前期全授業終了後（7月）

時点3：基礎看護学実習Ⅱ終了後（10月）

2) 調査内容

看護学生の関係づくり行動評価尺度を作成するため、社会的スキルに関する文献を参考に項目を作成した。菊池⁸⁾によると、社会的スキルの100項目を①基本となるスキル、②感情処理のスキル、③攻撃に変わるスキル、④ストレス処理のスキル、⑤計画のスキル、⑥援助のスキル、⑦異性につきあうスキル、⑧年下・年上につきあうスキル、⑨集団行動のスキル、⑩異文化接触のスキルの10項目のスキルに分類し説明している。これらの項目を活用して看護学生の関係づくり行動の推測は可能であるが、これらの尺度開発時の対象は小中学生や高校生、大学生であり看護学生でないこと、看護の中核概念はケアリングであり、看護援助者としての関係づくり行動はケアリングの第一歩であることから、看護学生独自の関係づくり行動の評価項目を作成した。項目は、肯定的表現と否定的表現はほぼ同数とし、分析では、否定的表現の得点は反転し関係づくり行動がとれるほど高得点になるようにした。評価は（1：まったくできない、2：ほとんどできない、3：めったにしないが、ときどきやれる、4：かなりできる、5：いつもできる）の5段階とした。

(2)データ収集方法

作成した関係づくり行動尺度を使用して、時点1は2年生の前期授業前オリエンテーション終了後、時点2は前期全授業終了後の放課後、時点3は実習終了後の放課後に調査を実施した。調査時は、学生が集合する時間に研究者が教室に出向き、直接質問紙を配布し、留め置きとして教室内に準備した専用の回収箱で回収した。そして質問紙配布の翌日に教室から回収した。

調査用紙は時点1、時点2、時点3とも62名に配布し、有効回答数及び回収率は時点1は62名（100%）、時点2は55名（88.7%）時点3は56名（90.3%）であった。

(3)分析方法

データの分析にはSPSS12.0J for Windowsを使用した。分析は、(1)因子分析（バリマックス法）(2)平均値の差の検定（分散分析・多重比較）、有意水準は $p < 0.05$ とした。

4. 倫理的配慮

調査者に研究の目的、調査内容、調査方法について口答と文書で説明を行った。任意であること、経時的な変化の確認のため学生の学籍番号記載をお願いしたこと、本研究と成績とは一切関係ないこと、調査終了後は破棄することなどを説明し調査への協力と承諾を依頼した。

Ⅲ. 結 果

1. 看護学生の関係づくり行動尺度の作成結果

評価項目の内的整合性のため各評価項目の平均値、標準偏差を抽出した。各評価項目への対象者の回答は最大値5点から最小値1点の範囲にあり、評価項目の平均値は最も高い項目が4.03点、最も低い項目は2.9点、全項目の平均値は3.51点、標準偏差は0.329であった。各項目と総得点との相関係数は-0.1から0.819であった。相関があると判定できた0.224から0.819迄の値をとることにし、7項目を削除し評価項目は43項目とした。

評価項目の内容妥当性の検討は、臨床心理学、コミュニケーション技術教育に関わっている教員によって評価項目が内容的に妥当であるかどうかについて検討を行った。これらの結果から43項目を抽出した。

抽出した関係づくり行動評価項目を構成的（構成概念）妥当性並びに因子の内的整合性のため因子分析を行った。因子分析は、主因子法・バリマックス回転を行い、固有値1以上の基準を設けた。因子負荷量が0.4以上、あるいは共通性が0.2未満の項目を削除して分析した結果、表2に示すように14項目からなる3因子が抽出された。

累積寄与率は43.524で、バリマックス回転後の第1～第3因子の寄与率は25.541%、11.847%、6.137%であった。調査全体としてサンプリングの適正さを示すKMO（Kaiser-Meyer-Olkin）は0.714であった。その因子負荷は表2のようになった。

第1因子は“ユーモアのある話し方ができる”“求められればジェスチャーや即興の芝居のようなゲームをする”“相手によい感じを持ったならそれを素直に表現できる”“気持ちの落ち込んだ友人に電話したり手紙を出したりする”などその場の雰囲気や状況に合わせた主体的な行動で7項目が抽出され「機知性」と命名した。

第2因子は“一緒にいる人や状況に合わせて自分の行動を調整する”“他人の意見にうまく調子を合わせる”“無理をしなくても相手に調子を合わせることができる”など他者の意見に調子を合わせた行動がとれることで4因子が抽出され「同調性」と命名した。

第3因子は“余計なことを言わない”“人とある程度の距離を保ってつきあえる”“自分の考えを押しつけない”で他者を思いやる社会的な行動がとれることで3因子が抽

看護学生の関係づくり行動の変化

表1 各項目の平均値 標準偏差 相関係数

	項 目	平均値	S D	相関係数
1	他人の意見にうまく調子を合わせる	3.61	0.583	0.614
2	自分の考えを人に押しつけない	3.5	0.844	0.182
3	相手に不快な感じを持っても、それを表に出さない	3.33	0.926	-0.1
4	世渡りを上手にやる	3.29	0.948	0.224
5	与えられた役割をうまく果たせる	3.63	0.707	0.277
6	授業を休んだ友人のために、プリントなどを貰っておいてあげる	3.82	0.897	0.19
7	無理をしなくても、相手に調子を合わせることができる	3.39	0.797	0.199
8	余計なことをいわない	3.16	0.727	0.27
9	だれにでも同じ態度で接しられる	3.29	1.062	0.367
10	自分の悪いところを隠してつきあえる	3.16	0.814	0.348
11	一緒にいる人や状況にあわせて、自分の行動を調整する	3.87	0.735	0.47
12	あまり親しくない友人にもノートを貸してあげる	3.85	0.804	0.409
13	相手に合わせて、自分をコントロールできる	3.73	0.772	0.624
14	必要なとき以外、自分の考えをあまり表に出さない	3.29	0.837	0.08
15	人とある程度の距離を保ってつき合える	3.74	0.808	0.315
16	相手とすぐ打ち解けることができる	3.34	0.991	0.391
17	いろんな場面でどう振る舞っていいかわからないとき、他の人の行動を見てヒントにする	3.77	0.798	0.277
18	※友人からレポート作成や宿題を手伝って欲しいと言われても、ことわれる	3.19	0.972	-0.358
19	人と話をうまく合わせることができる	3.65	0.704	0.506
20	人の嫌がることを言わない	3.53	0.882	0.3
21	どんな人とも、いつも変わらない態度で話ができる	3.19	0.956	0.43
22	初対面の人とも気軽に話ができる	3.32	1.098	0.412
23	人前でできまりが悪くても、おもいきって自分のことが言える	2.9	0.953	0.31
24	気持ちの落ち込んだ友人に電話したり、手紙を出したりする	4.02	0.859	0.3
25	さりげなく相手をほめることができる	3.65	0.726	0.224
26	表情や態度などで話し相手に嫌な印象を与えないようにする	3.63	0.683	0.405
27	身振りや手振りをまじえ、表情豊かに話しができる	3.63	0.891	0.328
28	だれとでもすぐ仲良くなれる	3.34	1.007	0.288
29	状況や相手が異なれば、自分も違うように振る舞える	3.77	0.711	0.515
30	落とし物をした人にはこちらから声をかけて教えてあげる	4.03	0.789	0.285
31	相手により感じを持ったならそれを素直に表現できる	4	0.81	0.379
32	相手の立場をよく考えて行動する	3.66	0.68	0.429
33	ユーモアのある話し方ができる	3.4	0.949	0.524
34	だれとでも、気軽にあいさつする	3.77	0.895	0.5
35	求められれば、ジェスチャーや即興の芝居のようなゲームをする	2.92	1.091	0.285
36	雨降りのとき、あまり親しくない友人でも傘に入れてあげる	3.87	0.859	0.402
37	相手の話をまじめな態度でよく聞くことができる	3.97	0.701	0.509
38	相手の性格を素早くのみこむことができる	3.52	0.825	0.303
39	機転をきかせ、愛想よく振る舞える	3.6	0.858	0.286
40	他人に対して壁を作らない	3.02	1.016	0.365
41	本当は嫌いな相手でも表面的にはうまく付き合える	3.56	0.88	0.226
42	※自分の役に立ちそうな人を選んで付き合う	3.13	0.932	-0.145
43	相手に気づかせない程度に気配りができる	3.42	0.759	0.399
44	人の心の動きを読み取ることができる	3.32	0.763	0.339
45	嫌がらせをうけても、さりとジョークで流せる	3	0.941	0.292
46	やわらかく、愛想のある話し方ができる	3.5	0.647	0.337
47	※他人の気持ちをあまり考えず、自分の思いどおりにする	3.44	0.781	0.076
48	相手の立場に立ってものが考えられる	3.53	0.671	0.443
49	必要なら相手を立てることができる	3.84	0.632	0.6
50	さりげなく相手と意見の異なることを示すことができる	3.44	0.802	0.819
	平均値	3.5106		0.329

※逆転項目

表2 関係づくり行動因子 因子負荷量（主因子法 バリマックス回転）

関係づくり全体 $\alpha = 0.784$		因子1	因子2	因子3	共通性
因子1	機知性 $\alpha = 0.853$				
33	ユーモアのある話し方ができる	0.870	-0.032	-0.022	0.758
35	求められれば、ジェスチャーや即興の芝居のようなゲームをする	0.736	0.096	0.025	0.561
31	相手によい感じを持ったならそれを素直に表現できる	0.707	-0.046	0.090	0.510
24	気持ちの落ち込んだ友人に電話したり、手紙を出したりする	0.682	-0.108	0.212	0.522
46	やわらかく、愛想のある話し方ができる	0.644	0.179	-0.015	0.447
45	嫌がらせをうけても、さりとジョークで流せる	0.573	0.191	0.036	0.366
30	落とし物をした人にはこちらから声をかけて教えてあげる	0.540	0.076	0.171	0.327
因子2	同調性 $\alpha = 0.663$				
11	一緒にいる人や状況にあわせて、自分の行動を調整する	0.185	0.628	0.204	0.470
1	他人の意見にうまく調子を合わせる	0.077	0.598	0.031	0.365
7	無理をしなくても、相手に調子を合わせることができる	0.075	0.538	0.219	0.343
3	相手に不快な感じを持っても、それを表に出さない	-0.070	0.526	-0.032	0.283
因子3	向社会性 $\alpha = 0.616$				
8	余計なことをいわない	0.027	0.301	0.663	0.531
15	人とある程度の距離を保ってつき合える	0.057	-0.027	0.605	0.370
2	自分の考えを人に押しつけない	0.106	0.096	0.479	0.25
因子負荷量の二乗和		24.030	10.841	8.663	
因子の寄与率（%）		25.541	11.847	6.137	
累積寄与率（%）		25.541	37.388	43.524	

表3 抽出した各項目と進捗別平均値、標準偏差

	項 目	授業前	S D	実習前	S D	実習後	S D
33	ユーモアのある話し方ができる	3.40	0.95	3.55	0.91	3.56	0.91
35	求められれば、ジェスチャーや即興の芝居のようなゲームをする	2.92	1.09	3.15	1.26	3.04	1.05
31	相手によい感じを持ったならそれを素直に表現できる	4.00	0.81	4.05	0.77	4.02	0.68
24	気持ちの落ち込んだ友人に電話したり、手紙を出したりする	4.02	0.86	4.02	0.89	3.82	0.69
46	やわらかく、愛想のある話し方ができる	3.50	0.65	3.55	0.75	3.58	0.76
45	嫌がらせをうけても、さりとジョークで流せる	3.00	0.94	3.22	1.04	3.24	0.84
30	落とし物をした人にはこちらから声をかけて教えてあげる	4.03	0.79	4.05	0.77	4.07	0.74
11	一緒にいる人や状況にあわせて、自分の行動を調整する	3.87	0.74	3.90	0.60	3.79	0.75
1	他人の意見にうまく調子を合わせる	3.61	0.58	3.68	0.57	3.81	0.55
7	無理をしなくても、相手に調子を合わせることができる	3.39	0.80	3.42	0.83	3.54	0.68
3	相手に不快な感じを持っても、それを表に出さない	3.33	0.93	3.32	0.83	3.32	0.91
8	余計なことをいわない	3.16	0.93	3.15	0.93	3.32	0.81
15	人とある程度の距離を保ってつき合える	3.74	0.81	3.80	0.84	3.75	0.58
2	自分の考えを人に押しつけない	3.50	0.84	3.50	0.79	3.42	0.71

* $p < 0.5$ ** < 0.01

出され「向社会性」と命名した。

因子別の信頼性クロンバッハの α 係数は第1因子0.853、第2因子0.663、第3因子0.616、全項目0.784であった。

2. 抽出された各項目の平均値の変化

各項目が授業前（時点1）、授業後（時点2）、実習後（時点3）でどのように変化したのか明らかにするため反復測定による一元配置分散分析をおこなった。抽出された各項目の平均値は表3に示すとおりである。項目全体の平均値は授業進度間では有意差がなかった。“項目7 無理をしなくても、相手に調子を合わせることができる” “項目1 他人の意見にうまく調子を合わせる” “項目8 余計なことを言わない” の3項目は3時点での有意差があった。項目7は、授業前（時点1）平均値3.39は授業後（時点2）3.42、実習後（時点3）3.54へと上昇していた。項目1も、授業前（時点1）平均値3.61は授業後（時点2）3.68、実習後（時点3）3.81へと上昇していた。項目8は、授業前

表4 関係づくり行動平均値と授業進行

	因子	授業前平均値 (SD)	授業後平均値 (SD)	実習後平均値 (SD)	F 値
1	機 知 性	3.441 (0.704)	3.624 (0.632)	3.53 (0.644)	0.818
2	同 調 性	3.596 (0.486)	3.589 (0.475)	3.640 (0.395)	0.383
3	向 社 会 性	3.608 (0.437)	3.649 (0.460)	3.357 (0.439)	0.478

***p<0.001 **p<0.01 *p<0.05

表5 得点別関係づくり行動平均値と授業進行

	因子	平均値の分類	学生数 (人)	授業前平均値 (SD)	授業後平均値 (SD)	実習後平均値 (SD)
1	機 知 性	高 (平均値4.0以上)	20	4.26 (0.26)	4.17 (0.41)	3.78 (0.44)
		中 (平均値3.0～3.9)	30	3.43 (0.24)	3.59 (0.47)	3.56 (0.62)
		低 (平均値2.9以下)	10	2.52 (0.25)	2.80 (0.63)	3.52 (0.57)
2	同 調 性	高 (平均値4.0以上)	14	4.10 (0.12)	3.91 (0.31)	3.80 (0.47)
		中 (平均値3.3～3.9)	26	3.67 (0.11)	3.64 (0.37)	3.53 (0.55)
		低 (平均値3.2以下)	9	2.61 (0.63)	2.91 (0.46)	3.37 (0.40)
4	向 社 会 性	高 (平均値4.0以上)	18	4.11 (0.19)	3.88 (0.53)	3.66 (0.58)
		中 (平均値3.5～3.9)	12	3.66 (0.00)	3.52 (0.43)	3.36 (0.37)
		低 (平均値3.33以下)	15	2.77 (0.24)	3.11 (0.44)	3.54 (0.49)

***p<0.001 **p<0.01 *p<0.05

(時点1) 平均値3.16は授業後(時点2) 3.15, 実習後(時点3) 3.32と大きな変化はなかった。

3. 因子間の得点差と授業進行に伴う関係づくり行動の変化

3 因子の平均値が授業前前(時点1), 授業後(時点2), 実習後(時点3) でどのように変化したのか明らかにするため反復測定による一元配置分散分析と多重比較を行った。

多重比較は, 等分散性の検定の結果等分散が成り立つため, TukeyHSD検定と Bonferroni の検定を行った。授業前(時点1) の平均値は, 第1 因子「機知性」3.44, 第2 因子「同調性」3.59, 第3 因子「向社会的性」3.60であった。授業後(時点2) の平均値は第1 因子「機知性」3.62, 第2 因子「同調性」3.58, 第3 因子「向社会的性」3.64であった。実習後(時点3) の平均値は第1 因子「機知性」3.53, 第2 因子「同調性」3.64, 第3 因子「向社会的性」3.35であった。

3 時点間での差の検定では有意差は認められなかったが, 各因子が授業進度のどの時点で変化したかをみる多重比較では第1 因子と第3 因子で有意差があった。第1 因子「機知性」は, 授業前(時点1) 3.44から授業後(時点2) 3.62に上昇したが, 授業後(時点2) 3.62から実習後(時点3) 3.53に僅かではあるが下降した。第3 因子「向社会的性」は, 授業前(時点1) 3.60から授業後(時点2) 3.64と上昇し, 実習後(時点3) 3.35に下降した。

4. 学生の得点別と授業進度との関係

3 つの因子の授業前(時点1) の平均値を①高得点群, ②中得点群, ③低得点群の3 群に分割した。分割は, 因子毎の授業前平均値を得点順に約25%当りに4 分割し①高得点群は上位25%の人数 ②低得点群は低位25%の人数 ③中得点群は中位50%の人数に分割した。この3 群の学生群の関係づくり行動の各因子(第1 因子～第3 因子) が, 授業進行に伴ってどのように変化した明らかにするため一元

配置分散分析と多重比較を行った。

第1因子「機知性」は、①高得点群は平均値が授業前（時点1）は4.26であったが実習後（時点2）では3.78に下降した。②中得点群は、授業前（時点1）3.43から授業後（時点2）では3.59上昇した。③低得点群は、授業前（時点1）2.52から授業後（時点2）2.80と上昇し、実習後（時点3）3.52と高得点に上昇した。

第2因子「同調性」は、①高得点群は、授業前（時点1）は4.10と高得点であったが授業後（時点2）は3.91、実習後（時点3）は3.80と下降した。②中得点群は有意差がなかった。③低得点群は、授業前（時点1）2.61から実習後（時点3）は3.37へと急上昇した。

第3因子「向社会性」は、①高得点群は、授業前（時点1）が4.11であったが、実習後（時点3）は3.66へと下降した。②中得点群は、授業前（時点1）3.66から実習後（時点3）3.36に下降した。③低得点群は、授業前（時点1）2.77から授業後（時点2）3.11へと上昇、実習後（時点3）も3.54と高得点へと上昇した。

IV. 考 察

1. 関係づくり行動因子

看護学生の関係づくり行動は「機知性」「同調性」「向社会性」の3因子により構成されていた。今回抽出された3因子は、看護専門者として、そしてひとりの人間として対人関係を深めていく上で重要な要素であると思われる。「機知性」は“ユーモアのある話し方ができる”“求められればジェスチャーや即興の芝居のようなゲームをする”“相手によい感じを持ったならそれを素直に表現できる”“気持ちの落ち込んだ友人に電話したり手紙を出したりする”などその場の雰囲気や状況に合わせた主体的な行動である。人と出会い、そして関係を深めていく上で、その場の状況や雰囲気を素早く察知し、状況に適応していくための行動である。臨機応変にその場や関係を保つために必要な行動といえる。第2因子は「同調性」で、これは“一緒にいる人や状況に合わせて自分の行動を調整する”“他人の意見にうまく調子を合わせる”“無理をしなくても相手に調子を合わせることができる”など他者の意見に調子を合わせた行動がとれることである。看護専門者には、患者の意見に耳を傾け、患者の置かれている状況から起こっている問題を解決する能力が求められる。「同調」は、患者に応じて患者の状況に合わせながら関係を深めていく行動として重要であると考えられる。第3因子は「向社会性」で“余計なことを言わない”“人とある程度の距離を保ってつきあえる”“自分の考えを押しつけない”であり、他者に自分を押しつけないよう自己抑制し、余計なことを言わず人の嫌がることをせず、相手の立場を考えて行動することで

ある。人間として他者との関係や相互作用の中で他者を思いやる重要なスキルである。看護専門者は問題を抱え苦しむ人々に関わることが多く、場の雰囲気を察知し自分の言動をコントロールして行動する専門性の高い行動が求められている。

2. 関係づくり行動の全体項目と学習進度

授業前に平均値の高かった項目は“落とし物をした人にはこちらから声をかけて教えてあげる”、“相手によい感じを持ったならそれを素直に表現できる”であった。これは授業や日常生活で友人・知人に対し積極的に自分から関わりを求めていこうとする行動である。現代の若者の特徴として、積極的に人に働きかけることが少なく一人であることが多いことや、意欲を持って物事を成し遂げようとするものが少ないなど、どちらかといえばネガティブなことが多いといわれている。しかし、今回の調査対象の看護学生は、関係づくりの中で、相手に持った感情を素直に表現し相手に伝える、という積極的な行動がとれていたといえる。前述の項目が、授業や実習を通して高値のままであったことから、看護学生は、他者をしりたいという興味や好奇心、他者に近づき自分を知ってほしいと要求が行動として現れたとも考えられる。看護者としてのコミュニケーション・スキルは、学習や体験を重ねることやで上達し、看護や他者への関心の高まりが動機づけとなってより発達していく。看護を志す学生であるからこそ、人との関係において積極的に働きかけようとする行動の一端となったとも考えられる。

逆に、授業前に平均値の低かった項目は“求められればジェスチャーや即興の芝居のようなゲームをする”であった。関わっている人との関係やその場の雰囲気を察し、自分から進んで場を盛り上げ、関係を良好に保つ行動は、非常に高度の技術である。看護専門者としてこれから学び積み重ねていく技術であり、今後グループ学習や演習、実習を数多く経験することで徐々に獲得できる行動であると予測できる。

3. 関係づくり行動因子と授業進度

抽出された「機知性」「同調性」「向社会性」の3因子は、授業前、授業後、実習後の比較では有意差は認められなかった。しかし、各因子が授業進度のどの時点で変化したかをみる多重比較では、第1因子と第3因子で有意差があった。第1因子「機知性」は、授業前（時点1）から授業後（時点2）に上昇したが、授業後（時点2）から実習後（時点3）に僅かではあるが下降した。授業前には、グループ活動や学内演習などで積極的に参加する行動がとれないと認識していた学生が、授業後にはその行動がとれる、という認識に変化したことを意味する。しかし実習後には、僅かではあるが平均値が下降したことから、臨地実

習経験は、目標達成のため主体的に行動をとるには困難な事柄が多かったという結果を現わしている。基礎看護学実習の時期は「機知性」を充分に獲得する時期としては早く、初回の臨地実習でもあり学生側の経験もこれからといった時期であるといえる。看護学生1年生は、一般科目と共に看護専門科目の履修が開始され、看護の主要な概念である人間、健康、環境、看護を基軸とした総論・概論的な科目学習が主である。看護実践の根拠となる理論や看護基礎的知識修得を目的とするため講義形式での一斉授業が多い。2年生になると、1年生の既習の知識を基盤として看護実践方法を学ぶため、学内演習や臨地における実習が多くグループ活動が多くなる。2年生当初の演習開始時には、グループの様子を伺いメンバーを意識した行動をとっていた学生が、演習に参加することや授業の進行に伴って自然とメンバー間に友好関係が生れ、互いに助け合う心が芽生え関係づくり行動がとれるようになっていったと考えられる。しかし、学生は、基礎看護学実習Ⅱで病気で苦しむ患者と直接関わることや、看護実践の現場体験を通して、相手の思いをとらえ人格を尊重しながら状況判断、機知に富んだ行動の重要性に気づいたと思うが、その場の状況を察知しどのような行動が最も適切か、判断することの困難さを痛感したのではないかと考える。

第3因子「向社会性」は、授業前（時点1）、授業後（時点2）から実習後（時点3）に下降した。この因子は“余計なことを言わない”“人とある程度の距離を保ってつきあえる”“自分の考えを押しつけない”の3項目で構成され、他者を思いやり良好な集団・個人の関係を持続させるために重要な社会的なスキルである。これは看護者である以前に一人の人間として他者との関係や相互作用の中で培ってくる技術であるが、今回の調査で抽出された項目を分析すると、相手に対しての思いやりと同時に、根底には自分自身を抑制・コントロールすることで関係を調整するという高度な関係技術が内在していると考えられる。看護学教育では、卒業後直ちに医療現場で自律して働くことを念頭におくため、臨地実習での学習へのウェイトが高い。しかし、看護学生は青年期後期の年齢でもあり、人を愛し人を気づかい他人の世話する、というよりむしろ自分が愛され気づかってもらいたい大切にしてもらいたいという精神的な未熟性を持ち合わせている。他者に配慮する礼儀や気づかひに気づかず、社会の一員であるという感覚や他者と共に生きる力が十分培われているとはいえない年齢である。しかし、一旦臨床に出たら、苦痛の緩和や癒しを求める多くの人々と遭遇し、自分のことより患者中心に物事を考えなければならなくなる。患者に寄り添い誠実に向き合うことができれば看護は行えない。1、2年生の学内での授業・演習で看護専門者としての心構えは学んだが、実際の臨地

実習で現実がそんなに生やさしいものではないことを認識し、いかに自分自身をコントロールし患者や臨床看護師、教員や友人と向き合っていくのか考える機会になったのではないかと考える。

4. 得点別にみた関係づくり行動と授業進度

授業前3因子の平均値を得点別学生群に3分割し変化を分析した。得点別学生群の3因子の変化結果で各因子に共通していた事は、低得点グループの平均値が上昇したこと、高得点グループの平均値が下降したことである。このことは授業前得点の低かった学生が、授業前得点の高かった学生より関係づくり行動がとれたと認識が変化したことになる。授業前に関係づくり行動がとれると認識していた学生は、授業後や実習後には、関係づくり行動を学生自身が思っていたほどとれなかったと認識が変化したことになる。

2年生当初は、患者との関係づくりを行う方法についての知識が少なく、関係づくり行動がとれないと思っていた学生が、授業や演習の授業進行や実習経験により関係づくり行動がとれるように認識が変化したのである。関係づくり行動3因子ともに同様の傾向があることから、学内演習や臨地実習は、授業前に関係づくり行動がとれないと認識していた学生には、非常に有効な学習方法であったといえる。

一方で、授業前に関係づくり行動がとれると認識していた学生は、授業進行や実習経験で関係づくり行動の実際に直面し、学生自身の対人関係技術で相手を思いやりながら関係をつくることの困難さを実感したと考えられる。平均値が低くなったのはそのために、臨地実習は学生が考えた以上に大変で、患者の抱える問題の大きさに直接触れ、思っていた以上に未熟な自分が再認識できたのではないかと考える。病む人を対象とした臨床での体験は、学生にとり多くの学びがある反面、知識があり自信のあった学生にとっては、むしろ自信喪失してしまう場になる危険性を含んでいる。服部⁹⁾は、看護学教育では看護学生の未熟性と自我同一性（アイデンティティ）のゆらめきを理解し学生に向き合っていくことが重要だと述べている。高等教育の中でも看護学生は、最も輪郭のはっきりした未来に対する専門教育を受け看護学生としての職業アイデンティティを獲得する道を歩いているが、現代の学生は、年齢相応に社会から期待される成熟度に達していないことの多い未熟な若者であり、自己の内面をみつめ、的確に看護の道を歩むことは容易でないと指摘している。そして看護のなんたるかをほとんど知らずに看護師になることを決めた看護学生は、わずかな困難や試練に遭遇するだけでもふらついたり逃げ出したくなることは多いと説明している。現代の看護学生は、関係づくり行動やコミュニケーション・スキルは学習により身に付いたとしても、自分自身が人から愛され大切にしてほしい、安全でいたいという内面の欲求を強

くもち、この欲求が満たされないことで自尊心が傷つき得点が下降したとも考えられる。

現在進行中の学内演習や臨地実習を見なおし、現代学生の精神的な発達段階に合わせた適切で柔軟な対応を念頭におき、自信をもって患者と関われるようになるための学内演習や臨地実習のあり方、効果的な教育内容や方法について検討していくことが今後の課題である。尾原¹⁰⁾の看護学生の思いやり行動が学習進度でどのように変化するか、について比較検討した結果でも同様の結果が得られ、高得点群は実習後低値になり、低得点群は高値になっていた。臨地実習は関係づくり行動や思いやり行動への強い影響要因と考えられ、臨地実習の考え方や進め方への示唆が得られた。

V. 本研究の限界と課題

関係づくり行動の変化には学生の個人的な内容や環境要因、長期休暇などが影響を与えと考えられるが、今回の調査では個人的な影響因子については制御していない。また、本研究は一大学での授業科目や学内演習、基礎看護学実習などを履修した学生の授業進度に伴った関係づくり行動の変化にしかすぎない。また調査数が少なく、看護学生全体への一般化は困難である。今後継続して検討を重ねる必要がある。関係づくり行動はケアリングの基礎であり学習効果をあげるためにも授業や学内演習、実習はもとより授業-学習方法についてさらに検討していかなければならない。

VI. 結 論

授業進行に伴う関係づくり行動調査から

1. 看護学生の関係づくり行動は14項目で構成されており3因子が抽出された。第1因子は「機知性」で7項目、

第2因子は「同調性」で4項目、第3因子は「向社会性」で3項目であった。

2. 関係づくり行動因子別平均値と授業進度との関係では有意差がなかったが、各因子が授業進度のどの時点で変化したかをみる多重比較では第1因子「機知性」と第3因子（向社会性）で有意差があった。
3. 抽出された各項目の平均値の変化では“無理をしなくても相手に調子を合わせることができる”“他人の意見にうまく調子を合わせる”“余計なことを言わない”の3項目で有意差があり、どの項目も実習後は平均値が変化した。
4. 授業前の関係づくり行動得点を分割（高得点、中得点、低得点）し、学生の得点別、因子別、授業進度との関係を見ると、低得点群の平均値が3因子全てで実習後に高値へと変化した。一步、高得点群は3因子とも実習後は低値となった。中得点群は変化が少なかった。

以上のことから、授業進行に伴う科目履修や学習方法、学内演習や臨地実習は、関係づくり行動に影響を与える要因であることが明らかになった。特に、授業前に低い得点であった学生ほど高いと得点に変化したことは2年生の看護学教育科目全般は、関係づくりができないと認識していた学生には関係づくりを促進する教育内容、教育方法であったといえる。しかし、授業前に人との関係づくりができると認識していた学生の得点が下降したことから、この学生に対する教育内容や方法について検討していくことが今後の課題である。

謝 辞

本研究を行うにあたりご指導賜りました元神戸女子大学大学院文学研究科福井康之教授（教育臨床心理学）に深謝いたします。

要 旨

看護学生の人との関係づくり行動はどのような因子により構成されているのか、又、関係づくり行動は大学の授業進度によりどのように変化するのかを明らかにすることを目的に調査・分析を行った。対象は大学看護学科2年生である。その結果、関係づくり行動は「機知性」「同調性」「向社会性」の3因子で構成されていた。3因子と授業前と授業後、実習後の授業進度にあわせた3時点の間に有意差はなかったが、多重比較分析によると「機知性」「向社会性」の間では有意差があった。得点を高中低の3群に分離し授業進度との関係を見ると、低得点群の平均値が3因子とも急激に上昇し、高得点群の平均値は3因子共に下降した。授業前に関係づくり行動得点の低かった学生にとり学内演習や臨地実習は関係づくり行動獲得の有効な教育方法といえるが、授業前得点の高かった学生への教育方法については今後の課題である。

Abstract

We performed a survey and analysis to clarify factors constituting the behavior of nursing students for the establishment of personal relationships, and evaluate changes in relationship-establishing behavior with the progression of classes at college. The subjects were second-year students at the department of nursing of our college. Relationship-establishing behavior consisted of 3 factors ("wit", "sympathy", and "prosociality"). There was no association between the 3 factors and the progression of classes (before classes, after classes, and after nursing practice). However, multiple comparison analysis showed significant differences between "wit" as well as "prosociality" and the progression of classes. The students were classified according to the score for the 3 factors into the low, middle, and high score groups, and changes in the score with the progression of classes were evaluated. In the low score group, the mean score for each factor rapidly increased with the progression of classes. However, the mean score for each factor in the high score group decreased. In particular, in students with a low relationship-establishing behavior score before classes, seminars at college and clinical practice are effective educational methods for the acquisition of behavior. However, educational methods in students with a high score before classes should be further evaluated in the future.

文 献

- 1) 厚生労働省：厚生労働白書（平成15年版），ぎょうせい，p88-129, 2003.
- 2) 菊池章夫著：また思いやりを科学する，川島書店，p13, 1998.
- 3) 一戸妙子，川合育子，他：看護の思いやり行動モデルの作成，看護教育，36(5)，401-404, 1995.
- 4) 菊池章夫，堀毛一也：社会的スキルの心理学 100のリストとその理論，川島書店，p171, 2002.
- 5) 前掲4) p179.
- 6) 前掲4) p186.
- 7) 前掲4) p16.
- 8) 前掲4) p16.
- 9) 服部祥子著：人を育む人間関係論 援助専門職として，個人として，医学書院，p96-97, 2003.
- 10) 尾原喜美子：学習進度に伴う看護学生の思いやり行動の変化，日本看護学教育学会誌，15(1)，2005.
- 11) 鑑幹八郎著：アイデンティティの心理学，講談社現代新書，1990.
- 12) Julia B.Gerge編 南裕子他訳：看護理論集 より高度な看護実践のために，日本看護協会出版会，p51-68, 2000.
- 13) 平野馨著：対人関係の基礎知識－カウンセリングとグループダイナミクスの活用，日本看護協会出版会，1997.
- 14) 菊池章夫著：思いやりを科学する，川島書店，p67, 1988.
- 15) Howard Simpson 著 高崎絹子他訳：ペプロウの発達モデル，医学書院，1999.
- 16) 澤田瑞也著：共感の心理学－そのメカニズムと発達－，世界思想社，1996.
- 17) 深田博己著：コミュニケーション心理学，北大路書房，2002.
- 18) 北尾倫彦他：発達・学習・教育，福村出版，1995.
- 19) 福井康之：感情の心理学 自分と人との関係性を知る手がかり，川島書店，1991.
- 20) 福井井博之：まなざしの心理学 視線と人間関係，創元社，1997.

〔平成18年1月23日受 付〕
〔平成18年8月10日採用決定〕

大阪府T市内某救命救急センターに搬入された Domestic Violenceの被害者に関する記述的研究

Descriptive Study on the Victims Caused by Domestic Violence Who were
Sent to Emergency Critical Care Center at T City in Osaka Prefecture

西 浦 ちひろ¹⁾
Chihiro Nishiura

山 田 一 朗²⁾
Kazuaki Yamada

中 谷 茂 子³⁾
Shigeko Nakatani

キーワード：ドメスティック・バイオレンス、記述的研究、救急看護、パターン分類

Key Words : domestic violence, descriptive study, emergency nursing, pattern classification

序 論

近年、Domestic Violence ; DVに対する社会的関心が高まっている。

1999年に、当時の総理府（現内閣府）は全国的規模でDVの実態調査を行った¹⁾。その結果、「命の危険を感じるくらいの暴行をうけた」経験が「ある」と回答したのは女性4.6%、男性0.5%であり、また「医師の治療が必要となる程度の暴行をうけた」経験が「ある」と回答したのは、女性4.0%、男性0.5%であったという。今回の調査対象となった救命救急センター（以下センター）の所在地である大阪府T市で2001年に行われた調査²⁾でも、同様の結果が報告されている。

国際的にみると、DV問題は1970年代に欧米で表面化し、当時創立した世界女性会議による女性差別改善の取り組みともあいまって、その対策が検討されてきた。既にアメリカでは、1994年に米国連邦法である「女性への暴力防止法」が制定されている^{3), 4)}。

こうした動向を受けて、わが国でも2001年にDVに関する初めての法律である「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律」が施行された。この条文中には「医師その他の医療関係者は、その業務を行うに当たり、配偶者からの暴力によって負傷し又は疾病にかかったと認められる者を発見したときは、その旨を配偶者暴力相談支援センター又は警察官に通報できる」と明記されている。すなわち、これまで単なる「夫婦げんか」として見過ごされることの多かったDVが「犯罪行為」として認知されたことになる。

しかしながら、DVによる重篤な被害を受けて救急医療機関に搬入された場合には、被害者自身が事実を表明する

ことが困難であり、また加害者が情報を隠蔽することもある。正確な搬入実数が把握されていないのが現状である。

そこで今回、センターにおけるDV被害者の搬入状況について、搬入までの経緯とその転機について知りうる限りの情報を整理し、そこからDVに対する救急医療の対応に関して問題提起を行なうことを目的として本研究を行なった。

なお、今回対象となったセンターは一次救急の診療所を併設する三次救命救急センターであり、三次救命救急対象者だけで、搬送受け入れ数は年間約1,200人に及んでいる。

研究方法

1. 対象

1998年1月から2001年12月にかけてセンターが受け入れた患者のカルテを検索し、主科が「外科」あるいは診断名に「外傷」と記載されたもの、および受傷原因が「薬物中毒」を含む自損行為と記載されたものを抽出した。その中から、受傷機転が内縁の夫（妻）を含む夫（妻）あるいは恋人から暴力を受けたと認定した事例を選別した。

2. 調査方法

当該事例のカルテから、「搬入までの経過」「搬入時の重症度」「患者背景」「DV被害者と判明した経緯」と「医療者が受けた印象と、その後の対応」を調べ、パターン分類を行った。なお、各項目については以下の要点を踏まえ、情報を収集し、帰納的、記述的に分析を行った。

1) 搬入までの経過：DVが行われ、発見から救急要請に至る時間経過および救急外来到着後の経過を含め、可能な限りDVの背景となる情報も収集した。

1) 大阪府三島救命救急センター Osaka Mishima Emergency Critical Care Center

2) 臨床研究支援センター Clinical Research Consulting Center

3) 異病院 Tatsumi Clinic & Hospital

2) 搬入時の重症度：判断基準としてAPACHE-II Scoreを用いた。

3) 患者背景：家族関係や職業等の情報に加え、今回の事象に関連すると判断しうる既往歴等を調べた。

4) DV被害者と判明した経緯：被害者本人やその家族あるいは加害者からの告白の有無、さらに告白があった場合には、誰に対する告白であったのかを調べた。

5) 医療者が受けた印象と、その後の対応：医療者が、DV被害者やその家族あるいは加害者に対して抱いた印象と、その後に施した対応を調べた。

3. 研究の倫理的配慮

センターの有する倫理規定に準拠し、施設責任者に研究計画書を提出し、本研究の目的に即して診療録等の資料を閲覧することについて承認を得た。なお、収集した情報は研究者以外の目にふれることがないよう、厳重な管理を行った。

また研究対象者には、研究内容ならびに個人情報保護に関する研究者の方針を十分に説明し、同意を得た。なお、対象者が既に死亡している場合は、家族の同意を得ることとした。

4. 用語の定義

Domestic Violence ; DV

現在あるいは過去において配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあるものを含む）や恋人から受けた不法な暴力であって生命または身体に危害を及ぼすものをいう^{3), 5) - 7)}

暴力

a) 身体的暴力：「殴る」「蹴る」「刃物等で傷つける」など身体に直接加えられる暴力をいう

b) 心理的暴力：「罵る」「非難する」「脅す」などの言葉による暴力や「拒否」「無視」などにより日常生活に支障を来すような人格の歪みや心的外傷が生じるものをいう

c) 性的暴力：望んでいないのに性的行為を強要するなどの性に関する暴力をいう

d) 社会・経済的暴力：「社会的に孤立させる」あるいは「金銭を取り上げる」または「金銭を与えない」などの暴力をいう

結 果

1. DV被害者の搬入状況

DV被害者と判明したのは女性8人、男性1人の合計9人であり、年齢は26歳から48歳に分布していた（表1）。調査期間における、センターへの年間患者搬入総件数は5,095人で、DV被害者の数はその約0.2%に相当した。

現在の加害者との関係は、婚姻関係にあるものが5人、内縁関係が2人、恋人関係あるいは元婚姻関係であったも

のがそれぞれ1人であった。

直接の受傷原因については、相手からの身体的暴力によるものが5件、暴力から逃れるために自殺や何らかの行為を図った事例が4件であった。

搬入あるいは来院して受診した時間帯は午後から夜間にかけてが6件で、午前0時以降の深夜から早朝にかけては3件であった。

DV被害者が自殺を企図した、あるいは何らかの危害を受けた直後に救急要請がなされていた事例は8件で、来院して受診した事例は1件であった。通報者は、「被害者自身」が2件、「加害者」が3件、「目撃した家族や通行人」からによるものが3件であった。

加害者と考えられる人が搬入時に付き添っていた事例は5件であったが、そのうち2件は暴力行為を否定した。なお、搬入時の加害者と考えられる人の情報として、カルテに記載されていたのは5件、被害者の入院後の様子を記録していた事例は3件のみであった。

また、今回搬入の原因となった主症状以外の外傷を認めた事例は2件で、監禁と脅迫行為のあった事例はそれぞれ1件であった。

APACHE-II Scoreは0点から20点に分布し、9事例中6件が緊急手術の対象となった。

隣接する一次診療所から紹介を受けた事例は1件、過去数回にわたりセンターに搬送されていた事例が1件、その他は全て初診であった。

以前からDVがあったことが確認された事例は8件あり、搬入時に付き添ってきた家族からの説明で判明した事例が1件、入院後に医療者に告白した事例が6件、入院後に被害者の兄弟が加害者に問いあわせて判明した事例が1件であった。

なお、被害者の就労状況は、主婦やパート勤務者が7人、社員は2人であった。DVの加害者と離別できなかった理由としては、「経済的理由」が1件、「怖くて別れられなかった」と説明した事例が1件、「監視されていた」と説明した事例は1件、「不明」であったものは6件であった。

2. 事例紹介

事例1

30歳代の女性で、夫からDVを受けた事例である。

[搬入までの経緯と重症度]

夫の暴力に耐えかね、どのように対処してよいかかわからなくなり、夫の外出中に抗精神薬、睡眠剤を多量に服用した。服用した時間帯は不明である。室内で倒れているところを帰宅した夫が発見し、直ちに救急要請を行った。搬入時点（16時台）における意識レベルはJapan Coma Scale ; JCS = 200, Glasgow Coma Scale ; GCS = 3, APACHE-II Score = 15であり、急性薬物中

表1 今回把握したDV被害者に関する情報一覧

事例	性別	年代	転帰	疾患名 (処置)	受傷原因	DVと判明した経緯と そのパターン (P)	APACHE-II Score	医療者の 対応	他機関への 連絡
1	女性	30代	軽快退院	急性薬物中毒	日常的に夫に暴力を振るわれておりたえかねて薬を飲んだ。	入院翌日に医師と看護師に本人が告白した (P4)	15	なし	なし
2	男性	30代	軽快退院	大腿部刺傷 出血性ショック (緊急手術)	度々妻から暴力を受けていた。夫婦喧嘩で妻が投げた包丁が下腿に刺さった。	付き添ってきた妻(加害者)が搬入時に医師に話した (P3)	6	なし	なし
3	女性	30代	軽快退院	腹部刺傷 下大静脈損傷 (緊急手術)	日常的に内縁の夫に暴力を振るわれており、逃げるために死を選択し自ら腹部を刺した。	搬入時に本人が医師に説明した (P1)	4	なし	なし
4	女性	30代	転院	硬膜下血腫 頭部外傷 (緊急手術)	日常的に夫に暴力を振るわれていた。飲酒中の夫に約10回殴られ受傷した。	付き添ってきた夫(加害者)が搬入時に医師に話した (P3)	9	患者の実兄の希望で夫と被害者の兄弟は別々に面会した	なし
5	女性	20代	軽快退院	腎損傷 肋骨骨折	夫と口論となり、蹴られ受傷した。	搬入時に本人が医師に告白した (P1)	0	なし	なし
6	女性	30代	転院	腰椎破裂骨折 脊髄不全損傷 (緊急手術)	恋人に衣服を窓から捨てられ、拾おうとして屋根から転落し、さらに引きずり回された。	搬入時に本人が医師に告白した (P1)	3	なし	なし
7	女性	40代	軽快退院	急性薬物中毒	日常的に夫に暴力を振るわれ悩んでおり、死にたいと考え、薬を飲んだ。	入院翌日に、医師がよくよく話を聞いたところ、本人が告白した (P4)	8	なし	なし
8	女性	40代	死亡	腹部刺創 腹部大動脈損傷 (緊急手術)	離婚した夫と口論となり家から引きずり出され刺された。	付き添って来た息子が搬入時に医師に話した (P2)	20	なし	傷害事件として警察へ連絡した
9	女性	40代	軽快退院	頭部外傷 膝蓋骨開放骨折 (緊急手術)	内縁の夫からの度重なる暴力と監禁から逃れるためとっさにマンションから飛び降りた。	入院翌日に医師・看護師に本人が告白した (P4)	4	精神科医と相談のうえ患者と夫の接触を避けた	なし

毒と診断され入院となった。

[患者背景]

うつ病の既往歴があり、5年前にも急性薬物中毒でセンターに入院していた。なお、20歳以上年上の夫と2人暮らしで、パート勤めをしていた。

[DV被害者と判明した経緯]

入院した翌日の医師の診察中に、日常的に夫に暴力を振られていたことを、本人が医師および看護師に告白した。夫とは過去に離婚を考えたこともあるが、経済的理由から断念したという。夫にまた殴られるので、今回薬物を服用したことは夫には言わないでほしいと懇願した。夫が暴力の事実を認めたかどうかは不明である。

[医療者が受けた印象と、その後の対応]

患者を説得し了解を得たうえで夫に連絡し、本人を交えて今後の対応を相談した。患者は夫の感情を逆撫でしないよう、きわめて慎重な言葉遣いに終始した。ただ表面的には、夫を唯一の相談相手と認識しているように見受けられた。

相談の結果、DVとして他施設への連絡は行わず、入院の翌日に退院し帰宅した。なお、精神科の医療機関を紹介し、受診を勧めた。

事例2

30歳代の男性で、妻からDVを受けた事例である。

[搬入までの経緯と重症度]

妻は怒りだすと自制が効かなくなり、夫だけでなく子

どもに当たり散らすこともあったという。この日も午前3時ころから夫婦間で言い争いとなり、逆上した妻が投げた包丁が下腿に刺さり受傷した。自ら救急要請を行ったが、電話中に一時意識を失ったという。搬入時の意識レベルはJCS = 0であった。動脈が損傷しており、上肢で測定した血圧は60mmHg, APACHE-II Score = 6であり、緊急手術となった。

[患者背景]

職業は会社員で妻と息子の3人暮らしである。なおこの事件当時、妻は妊娠中であった。

[DV被害者と判明した経緯]

搬入時に、妻が医師へ告白した。また、患者本人からも事実関係を確認できた。

[医療者が受けた印象と、その後の対応]

患者の妻は涙ながらに夫に詫び、食事介助など身の回りの世話を自ら行っていた。ただし夫は、妻がいないときに「子どもが妻の暴力を受けないかと心配」と医療者に漏らしていた。患者の意思を尊重し、DVとしての他施設への連絡は行わず、約2週間で軽快退院となった。

事例3

30歳代の女性で、内縁の夫からDVを受けた事例である。

[搬入までの経緯と重症度]

内縁の夫と口論しては暴力を振るわれることがあったという。一昨日に続いて、この日も出勤前に暴力を受けたため、強い恐怖心を抱いた。暴力から逃れるためには死ぬしかないと考え、自ら包丁で腹部を刺し受傷した。内縁の夫がすぐに救急要請し、7時ころに搬入となった。

搬入時の意識レベルはJCS = 0, APACHE-II Score = 4であり、刺傷とは別に腹部に打撲痕と皮下出血があり、緊急手術となった。

[患者背景]

患者は会社員で、前夫と離婚後、子どもを引き取り、現在は内縁の夫と3人暮らしであった。

[DV被害者と判明した経緯]

「口論の末に本人が発作的に腹部を刺した」と内縁の夫が告白した。暴力に関する発言はなく、内縁の夫が暴力を振るったことを認めたかどうかは不明であった。本人は、日常的に暴力があったことを医師に告白し、内縁の夫が病院にいただけでも怖いので、夫を帰らせて欲しいと訴えた。

[医療者が受けた印象と、その後の対応]

DVとしての他施設への連絡、対応はしなかった。当初患者は実母や姉、医療者を避けるように口を閉ざしていたが、しだいに会話の頻度や時間が増えていった。本人から看護師に、なるべく相手を怒らせないように生活

し、思い悩んでいたことが告白された。もう別れたいと漏らし、今後の夫との関係や生活について悩んでいるようであった。退院には実母が付き添い、本人の希望で実家に帰ることとなった。

事例4

30歳代の女性で、夫からDVを受けた事例である。

[搬入までの経緯と重症度]

大酒家の夫から暴力を振るわれがちで、この日も23時ころに、飲酒中の夫から頭部、顔面部を左右合せて約10回殴られたという。翌日になって、激しい頭痛と下肢の麻痺が出現し、正午ころに自ら救急要請し搬入となった。搬入時の意識レベルはJCS = 300で、頭部の出血を認め緊急手術となった。なお、両上腕に数か所の皮下出血、および頸部に線状の出血痕が存在した。また、APACHE-II Score = 9であった。

[患者背景]

夫と子ども2人の4人暮らしで、パート勤めをしていた。

[DV被害者と判明した経緯]

搬入時に、夫が飲酒したうえで殴ったことを医師に告白した。首を絞めようとしたかは不明であった。その後、本人の意識が回復し、夫に殴られたことを確認した。

[医療者が受けた印象と、その後の対応]

患者の実兄が、患者自身および夫と個別に面会した。そのさい実兄が夫に問い詰めたところ、今回のようなことが以前からたびたびあったことが判明した。面会に来た子ども達は、夫が立ち会っていたためか、よそよそしく遠慮がちな態度で、患者と積極的に言葉を交わしてはいなかった。

患者の意識が回復し、会話ができるようになっても、子どもや夫の態度に変化はなく、特に夫は、ほぼ毎日面会には来ていたものの、優しい口調や笑顔で話すことはなかった。

本人からは夫の面会を拒否する発言はなかったが、相談相手がおらず、今後の生活を思い悩んでいるようであった。その後、両親と兄弟および夫に付き添われ、リハビリテーションを目的として転院となった。

事例5

20歳代の女性で、夫からDVを受けた事例である。

[搬入までの経緯と重症度]

搬入の数日前に、夫と口論となった末に胸腹部を蹴られた。その後、蹴られた部位に強い疼痛を感じ、他院を受診した。しかし疼痛が増強してきたため、同日22時ころ一次診療所を受診し、肋骨骨折と腎損傷が認められたため、センターを受診した。搬入時、APACHE-II Score = 0であった。

〔患者背景〕

夫と子どもの3人暮らしで、専業主婦であった。

〔DV被害者と判明した経緯〕

搬入時に、本人が夫に暴力を振るわれたことを医師に告白した。今回が初めての暴力かどうかは不明であった。

〔医療者が受けた印象と、その後の対応〕

DVとしての他施設への連絡、対応はしなかった。入院中は、今回の受傷の原因には触れようとはせず、子どもが心配であり、早く退院したいと訴えた。約1週間入院し、軽快退院となった。なお、夫の様子は不明であった。

事例6

30歳代の女性で、恋人からDVを受けた事例である。

〔搬入までの経緯と重症度〕

恋人が暴力的で、この日の13時ころ、恋人宅で性交渉に及び、その後、恋人に窓から衣服を捨てられた。近隣の住人に姿を見られることを恐れ、屋根づたいに拾いに行こうとして転落した。さらにその後、恋人に道路で引きずり回されたという。近所の住人が発見して救急要請し、脊髄不全損傷の診断を受けてセンターで緊急手術となった。搬入時、APACHE-II Score = 3であった。

〔患者背景〕

恋人とは同居せず、パート勤めをしながら両親と3人で暮らしていた。

両親によると、恋人と交際が始まった3年程前から情緒不安定に陥ったという。両親は2人の結婚に反対していたが、相手から身体に危害を加えるなどと脅迫され、強く意見を言えなかったことを涙ながらに告白した。

〔DV被害者と判明した経緯〕

暴力行為があったことを、搬入時に本人が医師に告白した。ただし、受傷原因は階段からの転落と説明していた。

〔医療者が受けた印象と、その後の対応〕

DVとしての他施設への連絡、対応はしなかった。患者は手術前に両親に対して「心配しないで」と話していたが、両親からの積極的な言葉かけは乏しく、事態が十分に把握できていないような印象を受けた。また、患者は恋人とは言葉を交わさなかった。

手術後には恋人のことを心配し、しきりに「電話をしたい」と訴えた。しかし恋人が実際に面会に来ると、しばしば口論となり、それでも「帰らないで」と引き止めるなど恋人に対して両価的な感情を抱いているようであった。

入院から約1週間が経過したころ、「独りで考える時間がほしい」との理由で、恋人の面会を断るよう申し出

があった。しかし、個人どうしの問題であり、逃げていても解決しないと判断し、医療者側は敢えて面会禁止の措置をとらず、本人の情緒が不安定なときに限り面会を中止することにした。その後、リハビリテーションを目的として、転院となった。

事例7

40歳代の女性で、夫からDVを受けた事例である。

〔搬入までの経緯と重症度〕

うつ病の既往歴があり、本件の3日前にも自殺企図の末に急性薬物中毒で搬入されていた。そのときは翌日に回復し、自殺企図に至る経緯を医療者が確認することはなく、そのまま退院となった。今回は14時ころに薬物を服用し、家族に発見されて直ちに搬入された。搬入時の意識レベルはJCS = 100, APACHE-II Score = 8であった。

〔患者背景〕

夫と子ども2人の4人暮らしで、専業主婦であった。

〔DV被害者と判明した経緯〕

入院後、よくよく話を聞いているうちに、「夫から暴力を受けている」との告白があった。夫が暴力を振っていたことを認めたかどうかは不明であった。

〔医療者が受けた印象と、その後の対応〕

医師は診察中に、必要以上に自宅に帰ることを要求する患者の様子を見て、当初は人格障害の疑いをもったという。患者は夫からの暴力を告白した日の夜間に院内で再び自殺を企図した。これは未遂に終わったものの、医師は夫との距離を置くべきであると判断し、DVとしての他施設への連絡、対応はしなかったが、精神科の医療機関に転院となった。その後、約3週間後に再度自殺を企図して搬入され、再び精神科の医療機関への入院を勧めたが、本人と夫の強い希望で、そのまま退院となった。

事例8

40歳代の女性で、離婚した元夫からDVを受けた事例である。

〔搬入までの経緯と重症度〕

夫とは半年前に離婚した。元夫は飲酒するとたびたび暴力を振るい、この日も早朝から口論の末に家から無理やり引きずり出され、午前6時ころ、ナイフで腹部を刺されて受傷した。その後、倒れていたところを息子が発見して、救急搬入となった。搬入時の意識レベルはJCS = 3, APACHE-II Score = 20であった。

一時は心肺停止状態となったがろうじて蘇生し、直ちに緊急手術を受けたものの、手術後に死亡した。

〔患者背景〕

パート勤めをしながら、2人の子どもの3人で暮らしていた。元夫は以前、運送業に就いていたが、現在は定

職に就いていないという。

[DV被害者と判明した経緯]

搬入に付き添ってきた息子から、医師に対して状況説明があった。

[医療者が受けた印象と、その後の対応]

本人が死亡したため、傷害事件として警察に通報した。元夫は患者に付き添っておらず、また息子の様子もカルテ上には記載がないため、状況を把握することができなかった。その後、元夫を傷害致死の疑いで逮捕したという連絡が警察から入った。

事例9

40歳代の女性で、内縁の夫からDVを受けた事例である。

[搬入までの経緯と重症度]

内縁の夫との結婚を望んでいたが、入籍には至らず、そのまま交際を続けているうちに、「内縁の夫とその妹に監視されるようになった」という。精神的なストレスから口論になりがちで、そのたびに相手から暴力を受けていたという。この日の19時ころ、口論の末、内縁の夫が目を離したすきにベランダから飛び降りた。左下肢に開放骨折を生じ、救急搬送されて緊急手術を受けた。搬入時、APACHE-II Score = 8であった。

[患者背景]

前夫とは数年前に離婚しており、受傷時には内縁の夫と2人暮らしであった。就業はしていない。内縁の夫とは見合いで知り合い、結婚を前提として大阪に移り住んでいた。内縁の夫によると、以前から口論のたびに自殺をほのめかすことがあったという。

[DV被害者と判明した経緯]

入院した翌日の診察時に本人が医師、看護師へ告白した。「監禁と暴力から逃れるために飛び降りた」と説明した。

[医療者が受けた印象と、その後の対応]

搬入時には、飛び降りる前後の状況や内縁の夫のことを思い出せないなど、逆行健忘の症状が出現していた。手術後には徐々に話せるようになり、「このような事態を引き起こしたことで、夫を怒らせてしまったのではないかと」怯え、怖いと看護師に訴えた。「もう会いたくない」と話したり、逆に「会いたい」と漏らすなど、内縁の夫に対して両価的な感情を抱いていた。

精神科医の診察の結果、精神障害の恐れはないが、内縁の夫の影響による心因反応と判断されたので、本人の了解の下に面会を禁止した。なお内縁の夫は、患者自身からストーカー行為をされて困っていると話し、監禁の事実は確認できなかった。

その後、実妹に付き添われて退院となり、実家に帰宅した。なお、精神科の医療機関を紹介し、継続的に受診

するよう勧めた。

3. DV被害者であると判明した経緯

DV被害者であると判明した経緯は、以上の情報源から以下の4パターンに分類できた。

パターン1) 搬入時に被害者本人から告白・説明があったもの(事例3, 5, 6)

パターン2) 搬入時に加害者を除いた被害者の家族から告白・説明があったもの(事例8)

パターン3) 搬入時に加害者から告白・説明があったもの(事例2, 4)

パターン4) 搬入時にDVであることが判明しなかったが、入院後に医療者の関わりにより被害者が告白したもの(事例1, 7, 9)

なお、パターン2およびパターン3に分類された事例は、いずれも緊急手術が必要な状況であった。さらに、パターン4に分類された被害者は、受傷の直接原因が自損行為であったことが共通していた。

4. 医療者の対応

医療者がとった対応別に分類したところ、最も多かったのは「何もしなかった」の6件であった。ただし、当時の状況から、DVであるとの認識が乏しかったために「何もできなかった」か、あるいはDVだと気が付いていても「どのように対応していいかわからなかった」と判断できるもので、医療者の困惑する姿が垣間見える結果であった。

一般にDVの場合には「被害者と加害者を切り離すこと」が最優先課題とされているが、それが実践されたのは本研究の対象者中1件(事例9)にとどまった。

また、本人から面会拒否の申し出があったにも関わらず、医療者の判断で、「面会禁止の措置を講じなかった」事例が1件(事例6)あった。このほか、「被害者の家族と加害者が別々に面会できるように対応した」例が1件(事例4)あったが、これは被害者側の家族からの申し出によるものであった。

「他機関へ連絡した」のは、パターン2の事例中の1件(事例8)のみであった。ただし、これはDVとしての連絡ではなく、傷害事件として警察に通報したものであった。

考 察

1. 搬入までの経過とその状況

まず、搬入までの経過とその状況をみると、日常的にDVを受けていた事例が9例中8例を占めていたことが注目される。また6件の事例において、緊急手術を要するほどの重症であった。DVを反復していた事例もあり、DV被害の深刻さがうかがえた。DVの被害は身体的な暴力だけではなく、精神的あるいは社会的暴力に及ぶとされる^{8), 9)}

が、今回把握できた事例の被害も多岐にわたっていた。なお、先行研究^{1), 2), 10), 11)}の結果と合わせて考えると、相当数のDV事例が潜在している可能性がある。

DVには特有のサイクルがあるという報告がある^{6), 12)}。そのサイクルとは、暴力は振るわないものの、相手の緊張が高まり、些細なことに敏感になる「緊張形成期」と、暴力が爆発する「暴力爆発期」、そしてその後一変して優しい態度となる「ハネムーン期」で形成されており、それらを繰り返しながら、やがてサイクルの速度が増し、暴力の頻度やその程度も高まっていくという。今回の事例も、暴力がエスカレートした結果として、受傷に結びついたもので、前述の説を傍証するものと言える。

事例の中で、隣接する一次診療所を受診していたのは1件のみであった。しかし前述した通り、DVにはサイクルがあることや、外科、産婦人科施設への調査⁵⁾で、DV被害者のうち約半数以上が自ら受診しているという報告があることから、生命の危機に瀕した状態の者を対象とする三次救急施設であるセンターに搬入される以前に、他の医療機関を受診していた可能性は高いものと推測された。

受傷原因としては、自殺企図あるいは暴力から逃れるために何らかの行為を行った事例が4件に及んでいた。しかもその直接の動機が「暴力から逃れるための最終手段」となっており、被害者の追いつめられた心情が推察された。

外傷を受けた被害者のうち2件が、複数の傷を受けていた。受傷の程度に拘わらず、他者か外部からの力が働いて「転ばされた」場合にできる傷の特徴として「両側性の外傷」がある¹³⁾。今回の事例中にも、両上肢の圧痕など、両側性外傷を呈する被害者が存在した。受傷の状況についての説明が曖昧であったり、不自然な損傷が認められた場合には、DVを疑うことの意義を再確認できた。

以上から、1人でも多くの被害者を見逃さずに把握するためには、すべての患者に対してDVをスクリーニングできるシステムの構築が急務であると考えられた。また、DVの反復事例が存在することは、医療者間での情報の共有化が進展していないことを示唆する。すなわち、医療機関内だけでなく、施設間あるいは警察も含めた地域ぐるみの情報共有化システムの構築が必要である。

2. DV被害者と判明した経緯と医療者の対応

DV被害者と判明した経緯は、4つのパターンに分類された。そのうちパターン1およびパターン2、パターン3の事例（計6件）においては、本人もしくはその家族（内縁者を含む）が搬入時点で説明していることである。また、パターン4の事例でも入院翌日には告白が得られていた。一般にDVは発見しにくいとされるが、患者に対する医療者側の働きかけ次第で、DV発見の糸口がつかめることが示唆された。

特にセンターでは、救急患者の同伴者は、処置が終了するまで別室で待機を求められる。その機会を利用して、被害者あるいはその家族や加害者から別個に事情を聴取できたことも特筆されよう。これは、「被害者と加害者は別の場所で事情を聞くことが基本」という山田¹⁴⁾の指摘に準拠した方法で、その重要性を再確認できた。また、被害者の家族から貴重な証言を得ることができた事例もあり、被害者と加害者、その家族を含む人間関係を客観的に捉え、それぞれの話を傾聴することが大切である。

当初、被害者の人格障害を疑った例（事例7）があったが、医療者は、患者が暴力を受けたショックからその状況を思い出すことができない状態にある¹⁵⁾ことや自分の置かれている状況がわからず混乱していることを理解して関わる必要がある。また、たとえ患者の訴えが「客観的事実」とは考えにくい場合であっても、患者においてはそれが「事実である」として理解し、「嘘を言わざるを得ない状況にある患者の苦痛や苦悩」に目をむけることが大切である¹⁶⁾。さらに診察や事情を聞いている間、その暴力だけでなく、過去の暴力の数々や今後に起こる暴力への恐れと直面していることを知らなければならない。反対に、被害者を避けたり、非難する行為は、医療者による二次的な暴力へと発展し得る恐れがある¹⁷⁾。つまり、診療時や入院生活で患者と日々身近に関わることでできる看護者は、DV被害者は特別な人ではなく、ごくありふれた一般人であることを認識し、患者の心の声に耳を傾けなければならないのである。

特に、自殺企図症例では、患者背景に何らかの精神的な要因があると考え、精神科医に相談するケースが多いが、精神科の診察の中でも、夫婦間の暴力を主訴として来院するケースはほとんどないと報告されている¹⁸⁾ことからわかるように、搬入されてきた患者とまず関わることでできる医療者が、精神的な要因を生み出した根本的な原因に目を向ける必要がある。

しかし、例えDVであることが何らかの形で告白されても、医療者が「DV」であることを認識できなかった場合もあり、十分な対応が取られていない現状が明らかとなった。

たとえば事例6において、DV被害者から加害者を引き離すどころか、「本人同士の問題」であり、加害者と話し合わなければ「現実からの逃避となる」と判断し、無理にでも加害者と話し合うように勧めていた事実や、相談相手のいない被害者に対し、専門機関を紹介するなどの援助もなされていなかったことから傍証されよう。また、家に残してきた子どもを心配する被害者がいたが、子どもへの配慮がなされている例はなかった。その背景には、「日常的に接していないことから、対応方法が分からない」ある

いは「外傷や薬物中毒に対する治療は行うが、個人的な事情にまで口をはさめない」「何か対処しても、その後の人生に対して責任を持ってない」という医療者の複雑な思いが垣間見えた。

さらに、本人の意思を尊重する以上、例えば入院を拒否する場合などに、医療者は躊躇せざるを得なかった状況があったと考えられた。

日本看護協会による調査¹⁹⁾では、対応方法を定めている病院は10%を下回っていたという。また、DV予防のためのネットワークに関する調査⁵⁾結果は、DVへの関心や認識は、病院において最も低かったことを示している。センターの現状は、わが国全体の縮図を示しているともいえる。

このような現状を打破するためには、職員への教育をまずは優先させなければならないであろう。また、発見後の対応としては、被害者の了解を得て「傷の状態を写真等の証拠に残すこと」や、入院中は加害者と被害者が物理的にも精神的にも距離をおくことができるような配慮が必要となる。加害者に対しては、「面会の禁止」や「センター内への立ち入り禁止」といった病院として毅然とした姿勢を取ることが望まれる。同時に、医療機関としての役割を果たすべく、その後は本人の意思を確認し、警察への通報を含めた専門機関への連絡体制を確立することが重要であろう。つまり、病院の責任者や、入院や面会の手続きを行う事務職員を含め、すべての職員が、速やかに対応を取ることができるような教育を行い、システム作りや対応マニ

アル作成の検討が必要である。

DVは重篤な健康障害につながる「犯罪」である。したがって「本人同士の問題」「夫婦間の問題」「個々のプライバシーの問題」を盾にして医療的な介入を躊躇することは許されない。全職員がこのような共通認識を持ち、積極的な対応に臨めるような体制づくりが急務である。

医療従事者には、これらのことを念頭におき、被害者の発見に努めると同時に、十分な知識を持って関わるのが求められよう。

結 語

1. 1998年1月から2001年12月までにセンターに搬入されたDV被害者は9人であり、そのうち女性は8人を占めた。
2. DVの被害者であると判明した経緯は、「搬入時に被害者から陳述があったもの」「搬入時に加害者を除いた被害者の家族から陳述があったもの」「搬入時に加害者から陳述があったもの」「搬入時にDVであることが判明しなかったが、入院後に医療者の関わりにより被害者が告白したもの」の4つのパターンに分類できた。
3. 被害者への適切な対応は取られておらず、その背景に「医療者のDVに対する認識不足」と「対応システムの欠如」という要因がある実態が明らかとなった。

本研究を進めるにあたり、ご指導、ご協力いただきました皆様に対して厚くお礼を申し上げます。

要 旨

昨今、我が国においても Domestic Violence ; DVに対する社会的関心が高まっている。しかしながら、方法論的問題点から、DVの実態を把握することはきわめて困難である。

そこで本研究では、大阪府T市内の某救命救急センターにおけるDV被害者の状況について明らかにすることを目的とした。

調査の結果、DV被害者と考えられた患者数は、1998年から2001年の間に、女性8人、男性1人であった。主に看護記録による情報から、DVと判断されるまでの経緯は「入院時に被害者自身が告白した」「入院時に被害者の家族が告白した」「入院時に加害者が告白した」「治療経過の中で被害者が告白した」の4パターンに分類できた。さらに、医療者のDVに対する知識が不十分であったために、彼らが被害者の家族や関係機関との連携的役割を十分に果たしていないという現状が明らかとなった。

DV患者の早期発見と治療に向けた、効果的システムの構築が望まれよう。

Abstract

Recently, domestic violence ; DV has been paid public attention in Japan, but it is very difficult to detect DV victims because of several methodological problems. Purpose of this study is to make circumstantial analysis of DV victims who were sent to the critical care medical center at T city in Osaka prefecture.

From 1998 to 2001, 9 victims, only 1 case was male, supposed to be injured by DV were sent to the center. By descriptive data collected mainly from nursing records, the identification processes as DV were classified into 4 patterns such as 'admission

of the victims', 'admission of the victim's family', 'admission of the person who caused DV' and 'admission of the victims according to the care process'. In addition, medical staffs did not play initiative role for coordination with their families and/or social facilities because they did not have sufficient knowledge of DV. It is suggested that effective system for early detection and care for DV victims are highly required.

文 献

- 1) 内閣総理大臣官房男女共同参画室：男女間における暴力に関する調査，内閣府，東京，2000.
- 2) 高槻市：高槻市市民意識調査，高槻市，大阪，2003.
- 3) 日本DV防止・情報センター：知っていますか？ドメスティック・バイオレンス一問一答，1-13，68-72，解放出版社，大阪，2000.
- 4) 波田あい子：ドメスティック・バイオレンスとは，公衆衛生，63(8)，532-536,1999.
- 5) 夫・恋人からの暴力を考える研究会：夫・恋人からの暴力を防ぐためのネットワークに関する調査報告書，1-7，60，夫・恋人からの暴力を考える研究会，大阪，1999.
- 6) 「夫（恋人）からの暴力」調査研究会：ドメスティック・バイオレンス，12-24，有斐閣選書，東京，2002.
- 7) 米山奈奈子：ドメスティック・バイオレンスとは何か，精神看護，27(8)，67-69,2000.
- 8) 加藤治子：DVの早期発見と予防－産婦人科の立場から－，ペリネイタルケア，21(2)，12-13，2002.
- 9) 夫・恋人からの暴力を考える研究会：DV解決支援マニュアル＝情報編＝，1-3，日本DV防止・情報センター，大阪，2001.
- 10) フェミニストカウンセリング堺・DV研究プロジェクトチーム：「夫・恋人（パートナー）等からの暴力について」調査報告書，フェミニストカウンセリング堺，大阪，1998.
- 11) 東京都生活文化局：「女性に対する暴力」調査報告書，東京都，東京，1998.
- 12) 米山奈奈子：バタード・ウーマンの心理，精神看護，27(9)，65-67，2000.
- 13) 林寛之：対応に苦慮した妻への虐待症例，救急医学，26：599-602，2002.
- 14) 山田真由美：アメリカ、マサチューセッツ総合病院におけるDV対応プログラムと医療スタッフトレーニング，助産婦雑誌，54(7)，45-49,2000.
- 15) 菅田貴子：救急外来を受診するDV被害者の現状をふまえたケアニーズアセスメントの作成，平成14年度～平成15年度科学研究費補助金研究成果報告書，17，文部科学省・日本学術振興会，東京，2003.
- 16) 米山奈奈子：暴力をめぐる問題にクリティカルシンキングを活かすために，看護教育，43(11)，939-944，2002.
- 17) 友田尋子：DV被害者に看護師ができること，看護学雑誌，68(5)，484-488，2004.
- 18) 中村伸一：夫の妻への暴力，精神科治療学，13(12)，1435-1439，1998.
- 19) 日本看護協会調査・情報管理部調査研究課：日本看護協会調査研究報告「病院における夜間保安体制ならびに外来等夜間看護体制、関係職種の夜間対応体制に関する実態調査」，25-26，日本看護協会出版社，東京，2002.
- 20) バド・ウィメンズ・オフィス：ドメスティック・バイオレンス データブック2003，バド・ウィメンズ・オフィス，東京，2003.
- 21) 夏刈康男，宮本和彦：児童虐待・DV－その事例と対応，八千代出版，東京，2003.
- 22) Abbott, J. et al. : Domestic violence against woman, Incidence and prevalence in an emergency department population, JAMA, 273(22), 1763-1767, 1995.

〔平成17年7月19日受 付〕
〔平成18年7月24日採用決定〕

消化管内視鏡検査における専門性として看護師に求められる能力

— 内視鏡部門に勤務する看護師を対象とした半構成的面接調査 —

Technical Skill and Specialization of Nursing About Gastrointestinal Endoscopic Examination :
A Survey of Semi-structured Interview to Nurses Who Worked at the Department of Endoscopy

新 居 富士美¹⁾
Fujimi Arai

安 部 恭 子²⁾
Kyoko Abe

大 島 操²⁾
Misao Oshima

キーワード：消化管内視鏡検査, 半構成的面接, 専門性, 能力

Key Words : gastrointestinal endoscopic examination, semi-structured interview, specialization, technical skill

I 結 言

医療技術の進歩や医療機器の発展は外来や各種検査室における日帰り手術を可能にした。なかでも内視鏡検査の発展は著しく、年間の総検査件数は1980年の400万件から2000年には3倍の1200万件に急増している¹⁾。検査件数急増の背景には、食生活の欧米化に伴う大腸肛門疾患の増加のほかに内視鏡の用途自体が検査に限らず治療や手術にまで拡大してきた状況もある。また、消化器内視鏡従事者の意識調査によると患者への看護・介助に対して「十分」と回答した者より「不十分」と回答した者の方が多いという状況も報告されている²⁾。具体的には新しく内視鏡室に配属されたスタッフの中に看護師の職務の範囲を超えていると不安に思う者あるいは内視鏡室に配属された者が個人的に学習を行う以外に専門性を身につける手段がないということである¹⁾。このような状況のなか、田中らは内視鏡室に勤務する看護師にはより高い専門性が要求されていると指摘した³⁾。しかしながら、実際に内視鏡室勤務における専門性として何が看護師に求められているのか、つまり、どのような能力が必要なのかという観点からの報告はみあたらない。

今後でも治療や手術を含めた内視鏡検査はますます高度・複雑化し、検査総数は増加すると予測される。進歩する内視鏡検査や治療に対応できる看護師の育成は急務であり、看護教育体制の構築が必要となろう。内視鏡検査に関する専門性として求められる看護師の能力を明らかにすることは、看護教育体制の構築時に目標を考える上で重要な資料となる。

本稿は内視鏡検査のなかでも一般に広く普及している消化管内視鏡検査に焦点をあて、内視鏡室勤務における専門性として看護師に求められている能力を明らかにすること

を目的とする。

II 方 法

1. 調査および分析方法

調査および分析期間は2005年4月～2006年3月までの約1年間であった。

本調査では半構成面接調査法を用いて得られたデータを質的に分析した。データ収集では、内視鏡室に常勤している看護師に幅広く自由に自分の意見や考えを語ってもらい、それらのなかから同じ意味をもつもの同士を統合することを主眼とした。

1) 調査方法

(1) 調査対象者

人口4.5万人のE市内に位置する2医療施設の内視鏡室に常勤している看護師各2名、合計4名を調査対象とした。4名中1名は日本消化器内視鏡技師会より認定を受けた消化器内視鏡技師であった(表1)。

(2) データ収集方法

半構成面接で語られた内容はすべて対象者に許可を得てテープに録音後、逐語録を作成した。本報告に関する質問の抜粋は次の2点である。

① 内視鏡室勤務における看護師として、難しいと感じる点はあるところか。また、内視鏡室勤務における専門性の必要性の有無とその理由。

② 内視鏡室勤務における看護師として、どのような教育や指導を受けているか。

2) 分析方法および分析結果の妥当性と信頼性の確保

逐語録から内視鏡室勤務における看護師として求められている能力に関し、専門性および特殊性が語られた状況を読み取った。状況のなかで同質の意味をカテゴリー化し中

1) 九州看護福祉大学 Kyushu University of Nursing and Social Welfare

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

表1 対象者の属性と所属医療施設の概要

対象者	性別	看護師経験年数 (内視鏡勤務年数)	設置主体、病床数、診療科数 内視鏡検査総数(件/年間) 事業の特徴等
A*	女性	18.0年 (5.0年)	医師会立、150床、12診療科 約3000件 (うち、胃・十二指腸ファイバーは2500件) 紹介外来型病院
B	女性	10.0年 (1.0年)	訪問介護・在宅介護支援センター併設 健診センター有り
C	女性	22.0年 (5.4年)	公立、351床、15診療科 約2500件 (うち、胃・十二指腸ファイバーは2000件) 日本医療評価機構一般病院種別B認定
D	女性	11.0年 (5.1年)	健診センター有り

注1) *は消化器内視鏡技師認定資格を持つ

心となるテーマとして命名した。データの分析やカテゴリ化において、看護師免許と消化器内視鏡技師認定資格を有して実際に内視鏡部門に勤務経験をもつ1名にスーパーバイズを受けて分析内容の信頼性と妥当性の確保に努めた。得られた結果は、調査対象者に再確認することで真実性、正確性、信頼性を確保した。また、どのような教育や指導をうけているかという質問では、実態を記述しとめた。

2. 倫理的配慮

調査対象者への依頼は口頭と文書で個別に実施し、研究活動への理解と協力を求めた。得られたデータは研究目的以外で使用しないこと、データ処理ならびに論文作成時の匿名性の厳守等、個人情報保護に努めた。研究参加は自由意思であり、途中で辞退できること、辞退によって不利益を被ることは一切ないことを説明した。上記の過程をふまえて、最終的に本研究への参加は研究同意書に対象者の署名をもって承諾を得た。

Ⅲ 結 果

看護師の語りのなかから、内視鏡検査に関する専門性および特殊性について述べている箇所の主要場面を導き出した結果、看護師自身が看護師に求められている能力を感じている場面は、患者とのコミュニケーションや医療者との連携および検査の進行に関するものであった。これらの場面で具体的に詳細な状況の想起から対象者に共通して語られていた3つの能力を抽出してテーマとした。すなわち、「検査・処置・作業の流れを予測して判断や行動に移す能力」、「短時間で情報収集・アセスメントして年齢や検査経験にあわせて説明する能力」、「内視鏡に関する処置技術と看護技術を並行して提供する能力」であった。これらに関する4つの具体的な状況の報告例を以下に挙げながらテーマ別に示す(表2)。

表2 消化管内視鏡検査における専門性として看護師に求められる能力

テーマ	状 況
検査・処置・作業の流れを予測して判断・行動に移す	1. 特殊機器に対する熟練した技術が常に求められる状況 2. 瞬時に判断しながら医師との連携を求められる状況
短時間で情報収集・アセスメントし、年齢や検査経験に合わせて説明する	3. 短時間で限られた情報から患者把握を求められる状況
処置技術と看護技術を並行して提供する	4. 内視鏡の手技的操作と看護技術の提供が同時に求められる状況

1. 消化管内視鏡検査における専門性として看護師に求められる能力

1) テーマ1：検査・処置・作業の流れを予測して判断や行動に移す能力

【状況1】特殊機器に対する熟練した技術が常に求められる状況

看護師は病棟では使わないような内視鏡特有のカメラ、洗浄機器、処置器具の取り扱いについて感染防止の技術を用いながら安全に検査を遂行しなければならない。そのため、機器の使用に習熟し常に新しい知識を持ちあわせていることが求められると語っていた。たとえば、「胃カメラは、ただ胃を診るだけじゃない。食道から胃・十二指腸まで診ていく。そこで、ポリープがあったらポリープを取り、生検っていうのがある。出血をしていたらその場で止血処置もしないといけない。そういう事も業務の中に入る。手術で胃を開くがその前にどこの胃を切除するか印をつける(マーキング)というのもある。胃カメラと言っても用途がいろいろある。様々な機器を使いこなして対応しないといけない」等の状況である。

【状況2】 瞬時に判断しながら医師との連携を求められる状況

ひとつの検査の中でも治療に移行する場合を予測しながら確実に安全に機器を使用し技術を提供する体制を常に準備しておくことが求められると述べていた。たとえば、「医師達と対等にカメラ等の器具を扱わなくてはいけないし技術的な事も出来ないといけない。ある程度、医師達が何をしているのかというのを把握して次の動作を考え進んでやっていくのにも必要。病棟ではあまり感じなかったが、内視鏡室では必要。自分で判断する能力が必然と迫られている」等の状況である。

検査・処置・作業の流れを予測して判断や行動に移す能力を求められる一方、看護師の免許のみで治療場面を主とした消化管内視鏡検査にどこまでかわれるのかという不安な一面が早期がんの内視鏡切除時の場合を例に述べられていた。

「どういう風に切除していくか手順がある。全く知らない状態で年配のスタッフから（やり方を）教えてもらう。本当にその手技でいいのか、自信が無いままにやっている。そんな時、専門の所で勉強していれば自信をもってやれると思う。粘膜表面の癌を切除するのは手術のひとつ。医師がカメラを操作するが切るのは看護師。結局、手術を看護師がしている様な感じ。医師が高周波や電気メスのフットスイッチを踏む間、看護師がスネアをしめて、切るための介助をして、実際切るのは看護師の手加減でコントロールされている。それで、本当にいいのかって思う。どこまで看護師がしていいのかわからないけど、専門的な手技を求められる。看護師の免許だけでなく、内視鏡技師のように専門的に勉強した人がおこなうのが正しいのでは。」

医師からの要望を感じている看護師は看護の知識を基盤にした上で内視鏡関連の知識や技術獲得の重要性について次のように語っていた。「医師達の需要もあるような気がする。医師達も技術を望んでいる。本当は専門的な知識を勉強して資格を持っている内視鏡技師がやったほうがいいのではないかな。一般的な看護を学んだ上での内視鏡だと思う。何年か病棟でいろんな経験を積み重ねてプラス内視鏡看護という感じ。専門的知識を身につけることが重要。」

以上から、「内視鏡室勤務における看護師は検査・処置・作業の流れを予測して判断や行動に移す能力」が求められるとともに、看護師の知識に加えて内視鏡検査に特有の専門的知識と技術を身につけることが必要と認識していた。具体的には、内視鏡技師の資格を取得することで検査時の看護により専門性を発揮できることを強調していた。

2) テーマ2：短時間で情報収集・アセスメントして年齢や検査経験にあわせ説明する能力

【状況3】 短時間で限られた情報から患者把握を求められる状況

限られた時間内での患者ニーズを把握する難しさが挙げられていた。たとえば、情報収集とアセスメント、説明に対する取り組みの現状を次のように語っていた。「問診表にある『何か気がかりなことがありますか』の欄に何か書いてあれば気をつけてみるけど、何も書いていなければ次々に進めてしまうところがあって十分なケアができているとは言えない。患者が本当にわかっているのか、理解したかどうか不安。『わからないところがあったら聞いて下さい。』と言っても時間の関係で説明後に検査がすぐ始まるから患者は考える時間がない。流れ作業状態になっている。苦痛に対する思いや不安を十分受け止められていない。」これらの状況のなかで、看護師は非言語的コミュニケーションのひとつである観察技術に注視していることが次のように語られていた。

「検査が始まる前までの短時間で患者背景だとか既往歴の情報を得ないといけないのが難しい。患者が同じ人ではないから一期一会状態。その日検査に来てその日帰られるので検査の時だけのお付き合いになる。何回も検診されている方と初めてされる方によって説明の方法が違う。年齢が幅広いし、小児科～20歳、あるいは100歳といった方達にあわせて内視鏡検査を説明しないとイケない。時間がないことに関しては、もう限られた時間なので目配り気配りをして常に患者の心身の状態を把握するよう努めている。」

3) テーマ3：内視鏡に関する処置技術と看護技術を並行して提供する能力

【状況4】 緊急内視鏡検査等における処置技術と看護技術の提供が同時に求められる状況

診療の補助業務と安全安楽の提供を同時に行う場面を次のように述べていた。「吐血の患者。ショック状態で夜中だったら一人で対応しないとイケない。優先順位やどうしても一人で出来なかったら、他の看護師に頼む。医師が中心的な処置はするけど、私たちは患者も看ないとイケないし、手技的に機械のほうも操作しないとイケない難しさもある。同時に進めなければならないし本当に特殊。」

検査中は常に観察をおこない安全安楽への具体的な援助を提供していた。たとえば次のような場面である。「検査介助や処置中に今はファイバーがどこにあるか等の言葉をかけたり、医師の指示した薬の量が少ないなと思った時は看護師サイドから前回の検査がきつかったから、もう少し増やしてあげたほうがいいのではないですか等を医師に頼んでいる。」「特に一番苦しいところ、咽頭付近をファイバーが通過する時に力が入っているとうまく飲み込めな

表3 内視鏡室勤務において教育・指導を受けた内容と方法の実態

教育・指導に関する看護師の語り	教育・指導の内容	教育・指導の方法
・検査が初めての方もいるし、短時間で受け答えもきちんとしていかなければいけない。注射も漏れないように。特にそういう教育を受けた。	内視鏡検査の説明	
・医師達から解剖学的なことは教えてもらう。検査方法、大腸カメラや胃カメラの方法、機械の取り扱い、消毒、洗浄の方法、用手圧迫など検査中の援助の方法を具体的に全部一通り教わる。	内視鏡検査に関連する解剖学的な面 検査方法 内視鏡機器の扱い方 消毒、洗浄 検査中の援助方法	・医師からの説明や指導
・年に1回は業者の説明会があるが、新しい手技がある時も業者の説明会がある。業者のデモンストレーション後、今度は自分達が実際に使ってみる。 ・業者が持ってくるパンフレットや資料を熟読する。 ・自分達で練習し、チェックで出来てないところは徹底的にデモンストレーションして習得する。 ・スタッフの皆で必ず月1回テーマを決めて勉強会を行う。	内視鏡に関連する新しい手技等	・専門業者の説明とデモンストレーション ・プリセプター制 ・チェックリスト活用 ・看護師相互でデモンストレーションの実施や技術学習、テーマ学習
・内視鏡のセミナーに参加して勉強する。学会誌・看護系の学術雑誌、医師達や内視鏡技師が持っている内視鏡の本・資料で学んでいる。		・雑誌購読等による個人学習

い。肩の力を抜いて下さいって声をかけながら肩をポンポンと軽くたたく。ファイバーが入ったのを確認したら、一番苦しいところは過ぎましたよ。むせるときつくなるので、つば（唾液）は飲み込まないでだらだら出して下さい。鼻でゆっくり息をしたら楽になりますってことを介助しながら伝えたりします。」

「検査前に患者の希望があればできるだけ聞くようにしている。希望に添えるようにしたい。鎮静剤の量やその時の患者の様子や状態などをカルテに記録して、次回に活かせるようにしている。患者の顔を覚える、2回目以降の人は前回の問診表を必ずチェックする」等である。看護師には内視鏡に関する処置技術と安全安楽への看護技術を並行して提供する能力が同時に求められると語っていた。

2. 内視鏡室勤務において教育・指導を受けた内容と方法

看護師間または医師および業者から提供される新しい情報や機器使用方法の実践的な技術について教育・指導を受けていた。方法の一例として、内視鏡室に新しく配置された看護師にはチェックリストやプリセプター制による教育・指導法が用いられていた（表3）。しかし、テーマ学習以外におけるその他の学習方法は、その時々で個人的学

習としてのセミナー参加や学術誌および専門図書の購読であった。

IV 考 察

内視鏡検査および内視鏡的治療は内視鏡機器の改良、技術の進歩により消化器診療において非常に重要な位置を占めている。在院日数の短縮化に伴い、日常の診療として外来で高度かつ複雑な治療がおこなわれるようになった。これらの変化のなか、消化管内視鏡検査における専門性として何が看護師に求められているのか、つまり、どのような能力が必要なのかという観点で分析をすすめた。

第一に、特殊機器に対する熟練した技術が常に求められる、瞬時に判断しながら医師との連携を求められるという2つの状況において、「検査・処置・作業の流れを予測して判断や行動に移す能力」が導き出された。内視鏡検査時の一般的な看護目標は、検査において患者は苦痛がない（あるいは最小限）点にある。看護師は検査前に検査の手順を確認し、検査中や検査後は異常の早期発見に努める。内視鏡機器の改良、技術の進歩がみられても内視鏡検査自体が身体に対して侵襲を与える検査であることには変

わりはない。看護師は内視鏡検査や治療の過程において患者オリエンテーションから検査終了後の退室時まで患者と一番身近に接する立場にある。これは三輪らの主張と同様に⁴⁾、検査や薬剤、治療が及ぼす影響をより早く察知できることを意味する。また、看護師の免許の他に解剖学や生理学的知識を含めた内視鏡関連の特有の知識を深めることで、さらに質の高い看護の提供が可能となる。本研究対象者が「どこまで看護師がしているかわからない、専門的な手技を求められる、看護師の免許だけでなく内視鏡技師のように専門的に勉強した人がおこなうのが正しいのでは。」と不安を述べていたのは、現在勤務している検査治療環境において対象者に質の高い医療を提供するには専門性が必要であることを感じているからだと考える。状況1では「胃カメラは胃を診るだけではない。(中略)胃カメラといっても用途がいろいろある。」と述べている。加えて、状況2では「病棟ではあまり感じなかったが、(中略)自分で判断する能力が必然と迫られている」と語っている。いつでも医師の治療検査方針の変更に対応できるように常に準備し、検査中に先を読み行動していく力が看護師に必要であることを意味している。また、病棟では看護師の多くはチームでケアを提供している。例えば日勤から夜勤へと看護が継続される。つまり、連続性がある。一方、検査室では病棟に比べて限られた時間や人数制限のなかでケアを提供する。本調査において「一期一会」と語られている言葉に反映されるように、どちらかといえば非連続性といえる。つまり、消化管内視鏡検査における看護として、「その場で」もしくは「瞬間的に」判断する能力の必要性を病棟勤務よりも強く感じていると考えられる。先行研究では、内視鏡の看護について術者の介助あるいは検査中の偶発症の予防に責務があると報告している⁵⁾。これらの知見を検討すると、本調査の「検査・処置・作業の流れを予測して判断や行動に移す能力」は介助のみにとどまらず、責務を果たすために身につける看護師の具体的な能力を方向づけたことを意味する。

第二に、「短時間で情報収集・アセスメントして年齢や検査経験にあわせ説明する能力」があらわされた。状況3では、患者の発達段階や検査経験の有無、理解力などの患者特性を考慮しつつ検査開始までの短い時間に効率的な検査説明方法の工夫や問題把握の能力が求められると認識していた。看護師は、説明する能力の必要性を感じながらも時間制約のなかで説明の困難さを訴えジレンマを感じている状況が示唆された。本調査では具体的な説明については明らかにできなかった。ただし、目配り気配りをしているという点においては、限られた時間のなかで観察技術を用いて検査や処置を受ける対象の心身の状態をアセスメントしていることがうかがえる。三木らは、定型的な患者心理

評価は内視鏡検査受容度の指標にはならないことを明らかにし、検査前の短時間のかかわりのなかで受診者の表情や態度、言語を観察し見極める能力、評価する看護能力が問われると報告している⁵⁾。消化管内視鏡検査における看護の専門性として「短時間で情報収集・アセスメントして年齢や検査経験にあわせ説明する能力」は必要不可欠であると考えられる。

第三に「内視鏡に関する処置技術と看護技術を並行して提供する能力」があらわされた。状況4では吐血のケースだが、おそらく感染防止や止血手技、ショック時の看護が同時に提供される場合と考えられ、緊急内視鏡時には特にその傾向が強いことがうかがえる。ただ、内視鏡に関する処置技術と看護技術を並行して提供することは緊急内視鏡に限ったことではない。状況4で語られた消化管内視鏡検査の例において、看護師は鎮静剤投与あるいは増量の助言を医師へ行う、ファイバーの先端がどこにあるかなど検査の進行状況を患者に伝えている。これは、処置技術を行いながら常に患者を観察して不安・苦痛の軽減に対するケアを提供していることをあらわしている。さらに、ケア提供後の評価を記載し次のケア計画につなげると述べていた。先行研究では検査時の苦痛の軽減と消化管内視鏡再検査の受容度は関連があるという⁵⁾。苦痛の軽減は何も鎮静剤の投与だけではない。本調査では、ファイバーをうまく嚥下できるように肩の力を抜くための具体的な言葉をかけつつ、肩をたたくというタッチの技術も用いていた。続けて、咽頭部付近のファイバー通過を確認後に次なる援助として唾液の嚥下をしないよう伝えていた。検査状況の確認や処置と並行して観察をはじめとする看護師のもつさまざまな看護技術、ここでは、検査の進行状況を口頭で即座に伝えて対象の不安や苦痛の除去をおこなう「言葉かけ」、苦痛を緩和させる方法である言葉以外の手段として、体にふれる「タッチング」を駆使している。

消化管内視鏡検査では処置や治療に移行する場合も多いことから検査の一連において、看護師には「今、ここで」の判断と対応が常に求められる。対象に安全にかつ可能な限り安楽な対応を迅速に行うには、対応が生じる前段階のサインを看護師が如何に認識できるかにかかっている。つまり、絶えず対象の観察をはじめとする情報を収集し心身の状態をアセスメントしながら、検査・処置の進行状況を自ら予測し行動するという看護師の積極的な関与が必要である。

最後に、消化管内視鏡検査における看護の教育体制の現状は、業者によるデモンストレーションやプリセプター制、チェックリスト活用が挙げられていた。しかしながら、体系づけられているとはいえない。先行研究では、スタッフの教育や他部門との連携など実践につながる内容が少な

いと指摘されている⁴⁾。消化管内視鏡検査は日常の診療として外来で高度・複雑な治療が行われるようになった点をふまえ、現任教育のみならず看護基礎教育でも最新の動向を取り入れ、かつ、体系づけた看護教育体制の構築が必要であろう。

本調査は看護師側からみた「消化管内視鏡検査における専門性として看護師に求められる能力」の記述であり、患者や家族あるいは医師から多面的に情報を得たものではない。また、一地方の中規模病院という範囲内で得られた結果であることに注意する必要がある。今後は多方面から情報を収集して、本調査から得られた「消化管内視鏡検査における専門性として看護師に求められる能力」における整合性、異なる規模の病院間、看護師の属性における検討も課題である。

V 結 論

内視鏡室に勤務する看護師4名を対象に「消化管内視鏡室勤務における専門性として看護師に求められている能力」について半構成的面接調査を行い質的に分析した。その結果、次の3つの能力が明らかとなった。

1. 「検査・処置・作業の流れを予測して判断や行動に移す能力」
2. 「短時間で情報収集・アセスメントして年齢や検査経験にあわせ説明する能力」
3. 「内視鏡に関する処置技術と看護技術を並行して提供する能力」

謝 辞

調査にご協力いただきました看護師の皆様、荒牧夕紀氏、野仲美沙子氏をはじめ、データ分析においてご指導下さいました消化器内視鏡技師の戎野智枝子氏に心より感謝申し上げます。

要 旨

本研究の目的は、内視鏡室勤務における専門性として看護師に求められている能力を明らかにすることである。一地方都市の中規模病院2医療施設で内視鏡室に常勤している看護師4名を対象とした。内視鏡室勤務における看護師として難しいと感じる点、内視鏡室勤務における専門性の必要性の有無と理由等に関する質問項目を半構成面接調査にてデータを収集し、質的に分析した。その結果、「看護師に求められている能力」を看護師自身が感じている状況は、患者とのコミュニケーションや医療者との連携および検査の進行に関するものであり、1. 検査・処置・作業の流れを予測して判断や行動に移す能力、2. 短時間で情報収集・アセスメントして年齢や検査経験にあわせて説明する能力、3. 内視鏡に関する処置技術と看護技術を並行して提供する能力、以上3つの能力が明らかになった。

文 献

- 1) 大橋達子：看護のビットフォール 内視鏡看護の現場から、富山医科薬科大学看護学会誌, 5(1), 13-18, 2003.
- 2) 湯沢優子, 石川ツエコ：内視鏡室における看護師の役割を検討する 看護業務区分表による業務量調査を实践して, 共済医報, 52 Supplement, 198, 2003.
- 3) 田中三千雄, 堀内晴美, 他：消化器内視鏡看護 基礎から学びたいあなたへ, 3-4, 163-165, 日総研出版, 名古屋, 2003.
- 4) 三輪のり子, 大橋達子, 他：欧米における「内視鏡看護研究」

の現状 文献的考察を中心に、富山医科薬科大学看護学会誌, 6(1), 101-110, 2005.

- 5) 三木佳子, 藤井光代, 他：上部消化管内視鏡検査における患者心理評価と検査受容度に関する検討, 日本看護学会誌, 12(1), 43-49, 2003.

〔平成18年4月3日受 付〕
〔平成18年8月7日採用決定〕

在宅療養者への医療・衛生材料供給に向けての課題

— 在宅医療に携わる医師・看護師の職種と所属機関別の分析から —

Issues in Supplying Medical and Hygienic Materials to Patient Being Cared at Home
— Occupations and Agencies Analyses of Doctors and Nurses Working in Home Care —

前 田 修 子¹⁾
Shuko Maeda

水 島 ゆかり¹⁾
Yukari Mizushima

滝 内 隆 子²⁾
Takako Takiuti

キーワード：在宅ケア，医療・衛生材料，看護師，医師

Key Words：home care, medical and hygienic materials, nurses, doctors

I. 緒 言

医療処置を必要とする在宅療養者は，入院期間の短縮化や在宅用医療機器の進歩等に伴い，今後ますます増加すると考えられる。在宅における医療処置は，正確な医療技術の提供のみならず，医療・衛生材料の確保等，医療処置が実施できるように環境を整備することも医師や看護師の重要な役割である。しかし，在宅において医療・衛生材料は，在宅診療点数に定められる在宅療養指導管理料を算定している医療機関が必要かつ十分な量を供給する仕組みだが，不足している実態が報告されている^{1)~3)}。

以上のような実態を踏まえ，我々はI県内の在宅医療に携わる医師・看護師を対象に，在宅における医療・衛生材料とその供給に関する捉え方について調査を行った。そして，その結果から，在宅における医療処置に対して必要な医療・衛生材料や医療機関より供給すべき医療・衛生材料の種類の具体的提示の必要性⁴⁾，属性による医療・衛生材料の確保に関する認識の相違⁵⁾を明らかにしてきた。

本稿では，調査項目のうち自由回答式質問で尋ねた「在宅における医療・衛生材料の供給について日頃感じている問題点・改善点・意見等」に関する回答を，在宅療養者への十分な医療・衛生材料供給に向けての課題を考察することを目的に分析したので報告する。これまでに，医師と看護師が医療・衛生材料供給に関して感じている問題点や改善点等を調査した報告はみられない。本研究の結果は，今後，在宅における医療処置に必要な医療・衛生材料の確保に向けた対策を講じるための重要な示唆を与えてくれると考える。

II. 方 法

1. 対象

対象は，2004年6月時点，「I県介護支援総合情報ネットワークI県指定事業者情報」に掲載されている居宅療養管理指導を行っている医療機関の医師代表者362名と，I県看護協会が発行している「訪問看護ガイドマップ」に掲載されている訪問看護提供機関（訪問看護ステーション45箇所，医療機関訪問看護部（以下，訪問看護部）48箇所）の看護師代表者93名とした。

2. 調査時期と方法 2004年8月に自己記入法による郵送質問紙調査を行った。

3. 調査項目

1) 対象の所属する機関の属性

医師の所属する医療機関の属性（医療機関の種類，病床の有無と病床数），看護師の所属する訪問看護提供機関の属性（訪問看護の種類，訪問看護利用者数，訪問看護ステーションの医療機関併設の有無，訪問看護部の所属する医療機関の病床の有無）とした。

2) 在宅における医療・衛生材料の供給について日頃感じている問題点・改善点・意見等

4. 分析方法

分析は，Berelson, B.の内容分析^{6), 7)}を参考に用いた。

1) 記録単位（記述内容の出現を最小限にするための最小形の内容）は，原則「在宅における医療・衛生材料の供給について日頃感じている問題点・改善点・意見等」に記述されていた主語と述語からなる1文章とした。2) 文脈単位（記録単位を性格づける際に吟味される最大形をとった内容）は，各対象の自由回答式質問に対する記述全体とした。3) 対象個々の記録単位は，内容に共通性のあるものを集め命名し（サブカテゴリ化），さらにサブカテゴリの

1) 石川県立看護大学看護学部 Nursing Department, Ishikawa Prefectural Nursing University

2) 岐阜大学医学部看護学科 Nursing Course, School of Medicine, Gifu University

内容に共通性のあるものを集め命名（カテゴリ化）した。

4) 訪問看護事情に精通した研究者に再分析を依頼し、スコットの式⁸⁾を用いて、カテゴリ一致率を算出し、結果の信頼性の確認を行った。

さらに、形成されたサブカテゴリ・カテゴリの特徴を把握するため、それぞれについて医師・看護師の職種と所属する機関別（病院医師、診療所医師、訪問看護部看護師、訪問看護ステーション看護師）にその特徴を分析した。

5. 倫理的配慮

研究の趣旨、回答は任意であること、データは個人が特定できないように統計的に処理することを説明した文書を同封し、同意が得られた場合のみ無記名にて返信を依頼した。また、調査実施にあたり石川県立看護大学倫理審査委員会の承認を得た。

Ⅲ. 結 果

医師99名（27.3%）、看護師61名（65.6%）より回答が得られ、「在宅における医療・衛生材料の供給について日頃感じている問題点・改善点・意見等」に記載がみられたのは、医師24名で45記録単位、看護師35名で86記録単位、計59名131記録単位であった。そのうち、記述内容の意味が理解できないもの、「在宅における医療・衛生材料の供給について日頃感じている問題点・改善点・意見等」とは関係しないものを除外した医師18名31記録単位、看護師34名76記録単位、計52名107記録単位を分析データとした。

1. 対象の所属する機関の属性

医師の所属する医療機関の属性は、病院6箇所（33.3%）、診療所12箇所（66.7%）、病床を有しているのは6箇所（33.3%）、平均病床数は 119.3 ± 95.6 床であった。

看護師の所属する訪問看護提供機関の属性は、訪問看護の種類は訪問看護ステーション22箇所（64.7%）、訪問看護部12箇所（35.3%）であった。平均利用者数は 38.9 ± 30.0 名であった。訪問看護ステーションのうち、医療機関に併設されている機関は7箇所（31.8%）で大部分は医療機関が併設されていなかった。訪問看護部のうち、所属する医療機関が病床を有する機関は11箇所（91.7%）で、大部分は所属する医療機関が病床を有していた。

2. 在宅における医療・衛生材料の供給について日頃感じている問題点・改善点・意見等

分析データとした107記録単位は、病院医師（以下、医師H）11記録単位（10.3%）、診療所医師（以下、医師C）21記録単位（19.6%）、訪問看護部看護師（以下、看護師H）17記録単位（15.9%）、訪問看護ステーション看護師（以下、看護師S）58記録単位（54.2%）によるものであった。分析した結果、107記録単位は、17のサブカテゴリが形成され、さらに5つのカテゴリが形成された。なお、以下サブ

カテゴリは『 』、カテゴリは【 】, 記述内容は「 」で示した。（表1, 2参照）

1) 【医療・衛生材料の供給に関わる背景】

3つのサブカテゴリから形成され、最も記録単位数が多かったのは『医療機関の経済的負担』19記録単位で、医師Cによるものが半数近くを占めていた。記述内容は、「材料を使えば使うほど、赤字になる。」等、医療・衛生材料を十分に供給することは、医療機関に経済的負担をもたらすことを示す内容であった。次に『医療機関の医療・衛生材料の管理困難』5記録単位で、医師Cが8割を占めていた。「同じような症例がなければ取り寄せた材料は使用期限が過ぎて無駄になったことが多かった。」等、小規模な医療機関での医療・衛生材料の管理は困難であることを示す内容であった。『在宅療養者の医療機関への遠慮』は「利用者の方も病院に遠慮して言い出せない方もいる。」1記録単位のみであった。これらは、いずれも医療機関からの十分な医療・衛生材料供給を困難にしている背景を示す内容であり、【医療・衛生材料の供給に関わる背景】と命名した。総記録単位数は25記録単位、全記録単位の23.4%を占め、大部分は医師、特に医師Cによるものであった。

2) 【医療・衛生材料の供給の状況】

3つのサブカテゴリから形成され、最も多かったのは『医療機関による供給内容の相違』12記録単位で、9割以上は看護師Sによるものであった。「病院からは衛生材料を受けやすい。開業医からは衛生材料は受けにくい雰囲気がある。」等、医療・衛生材料の供給内容が医療機関により異なる状況を示す内容であった。次に、『十分に供給されていない状況』5記録単位で、看護師Hによるものが3記録単位、看護師Sによるものが2記録単位で、すべて看護師によるものであった。「ガーゼや綿球等の衛生材料は全く供給されていない。」等、医療・衛生材料が十分に医療機関から供給されていない状況を示すものであった。『十分に供給されている状況』は4記録単位で、「訪問看護の指導料の中で準備できており、現状では特に問題ない。」等、医療・衛生材料が十分に供給されている状況を示すものであった。これらは、いずれも医療・衛生材料の医療機関からの供給の状況について示すものであり、【医療・衛生材料の供給の状況】と命名した。総記録単位数は21記録単位、全記録単位の19.6%を占め、特に看護師Sによる記録単位が6割程度占めていた。

3) 【医療・衛生材料が十分に供給されないことによる支障】

3つのサブカテゴリから形成され、最も多かったのは、『在宅療養者・家族の負担』16記録単位で、看護師Sが6割程度占めていた。「皮膚の創処置時のガーゼ、消毒材料は、患者さんに薬局で購入してもらうことが多い。」等、

表1 在宅における医療・衛生材料の供給について日頃感じている問題点・改善点・意見等の構成と記録単位数

【カテゴリ】と【サブカテゴリ】	記録単位数									
	全体	%	医師 ^{※1}				看護師 ^{※2}			
			H	%	C	%	H	%	S	%
【医療・衛生材料の供給に関わる背景】	25	23.4	5	20.0	13	52.0	3	12.0	4	16.0
『医療機関の経済的負担』	19	76.0	4	21.1	9	47.4	3	15.8	3	15.8
『医療機関の医療・衛生材料の管理困難』	5	20.0	1	20.0	4	80.0	0	0.0	0	0.0
『在宅療養者の医療機関への遠慮』	1	4.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0
【医療・衛生材料の供給の状況】	21	19.6	0	0.0	1	4.8	6	28.6	14	66.7
『医療機関による供給内容の相違』	12	57.1	0	0.0	0	0.0	1	8.3	11	91.7
『十分に供給されていない状況』	5	23.8	0	0.0	0	0.0	3	60.0	2	40.0
『十分に供給されている状況』	4	19.1	0	0.0	1	25.0	2	50.0	1	25.0
【医療・衛生材料が十分に供給されないことによる支障】	30	28.0	3	10.0	0	0.0	5	16.7	22	73.3
『在宅療養者・家族の負担』	16	53.3	2	12.5	0	0.0	4	25.0	10	62.5
『医療・衛生材料の使用制限』	7	23.3	1	14.3	0	0.0	0	0.0	6	85.7
『訪問看護提供機関の負担』	7	23.3	0	0.0	0	0.0	1	14.3	6	85.7
【医療・衛生材料の供給に関する要望】	22	20.6	2	9.1	6	27.3	1	4.5	13	59.1
『診療報酬改定への要望』	6	27.3	2	33.3	3	50.0	0	0.0	1	16.7
『医療機関への要望』	5	22.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	100.0
『購入・管理方法に関する要望』	4	18.2	0	0.0	2	50.0	0	0.0	2	50.0
『訪問看護ステーションからの供給体制に関する要望』	3	13.6	0	0.0	1	33.3	0	0.0	2	66.7
『退院時の指導に関する要望』	2	9.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	100.0
『供給体制統一化の要望』	2	9.1	0	0.0	0	0.0	1	50.0	1	50.0
【医療・衛生材料の供給に関する疑問・戸惑い】	9	8.4	1	11.1	0	0.0	3	33.3	5	55.6
『供給内容に関する疑問・戸惑い』	7	77.8	0	0.0	0	0.0	2	28.6	5	71.4
『在宅療養者・家族による購入に関する疑問・戸惑い』	2	22.2	1	50.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0
合 計	107	100.0	11	10.3	20	18.7	18	16.8	58	54.2

※1 医師H：病院所属，医師C：診療所所属 ※2 看護師H：医療機関訪問看護部所属，看護師S：訪問看護ステーション所属
注：医師・看護師それぞれの%は、カテゴリまたはサブカテゴリに占める割合を示す。

医療・衛生材料確保にあたり在宅療養者・家族が購入等を担っている状況について示すものであった。次に、『医療・衛生材料の使用制限』7記録単位で、9割程度看護師Sによるものであった。「取り寄せてまでは処方してくれないところがあり不自由に思うことがある。」等、医療処置に使用できる医療・衛生材料に制限が生じている状況を示す内容であった。『訪問看護提供機関の負担』7記録単位は、看護師Sが9割程度占めていた。「ガーゼや綿球等の衛生材料は訪問看護ステーションで滅菌している。」等、医療・衛生材料確保にあたり訪問看護提供機関が担っている役割について示すものであった。これらは、医療・衛生材料を確保するにあたり在宅療養者・家族や訪問看護提供機関が担っている役割や、医療・衛生材料が不足していることによる医療処置への影響といった状況を示すものであり、【医療・衛生材料が十分に供給されないことによる支障】と命名した。総記録単位数は30記録単位、全記録単位の28.0%と最も高い割合であった。属性別では、看護師Sによる記録単位が7割程度と大部分を占めていた。

4) 【医療・衛生材料の供給に関する要望】

6つのサブカテゴリから形成され、最も多かったのは、

『診療報酬改定への要望』6記録単位で、医師によるものが8割程度占めていた。「せめて材料費だけでも使用した分だけ請求できればと思う。」等、医療・衛生材料の十分な供給に向けての制度改定等への要望に関する内容であった。『医療機関への要望』5記録単位は、すべて看護師Sによる記録単位で、「医療処置に必要なものは医療機関で供給するべきであると思う。」等、医療機関へ医療・衛生材料供給を要望する内容であった。『購入・管理方法に関する要望』4記録単位は、医師Cと看護師Sから2記録単位ずつであった。「当座使用する分のみを供給してくれる機関があると有り難い。」等、無駄がなく効率的な医療・衛生材料の管理・保管方法への要望を示していた。『訪問看護ステーションからの供給体制に関する要望』3記録単位は、「訪問看護ステーションで医療材料が算定できるシステムにしないといけない。」等、訪問看護ステーションにおいても医療・衛生材料供給に纏わった保険点数が算定できる仕組みを要望する内容であった。『退院時の指導に関する要望』2記録単位は、看護師Sによるものであり、「訪問看護師の方で準備し、提供すると思われる場合が多いので、病院退院時の指導内容は療養者がどのような

表2 在宅における医療・衛生材料の供給について日頃感じている問題点・改善点・意見等の記述内容の例

【カテゴリ】と『サブカテゴリ』	記述内容の例
【医療・衛生材料の供給に関わる背景】	
『医療機関の経済的負担』	「材料を使えば使うほど、赤字になる。(医師C)」 「以前に、すべて指導料に包括されていて十分な量を供給するとオーバーする状態がみられた。(医師C)」等
『医療機関の医療・衛生材料の管理困難』	「同じような症例がなければ取り寄せた材料は使用期限が過ぎて無駄になったことが多かった。(医師C)」等
『在宅療養者の医療機関への遠慮』	「利用者の方も病院に遠慮して言い出せない方もいる。(看護師S)」
【医療・衛生材料の供給の状況】	
『医療機関による供給内容の相違』	「病院からは衛生材料を受けやすい。開業医からは衛生材料は受けにくい雰囲気がある。(看護師S)」 「小さな開業医の場合、医療処置をする機会が少ない場合に衛生材料をだしてもらうのが困難である。(看護師S)」等
『十分に供給されていない状況』	「ガーゼや綿球等の衛生材料は全く供給されていない。(看護師S)」 「ガーゼ・手袋・消毒など、病院が処方してくれない。(看護師H)」等
『十分に供給されている状況』	「訪問看護の指導料の中で準備できており、現状では特に問題ない。(看護師H)」 「寝たきり患者処置指導管理料を算定している場合、ガーゼ・テープ等十分に供給されている。(看護師H)」等
【医療・衛生材料が十分に供給されないことによる支障】	
『在宅療養者・家族の負担』	「皮膚の創処置時のガーゼ、消毒材料は、患者さんに薬局で購入してもらうことが多い。(看護師H)」等
『医療・衛生材料の使用制限』	「取り寄せてまでは処方してくれないところがあり不自由に思うことがある。(看護師S)」 「利用者の状態にあわせた材料を使いたいと思っても、医療機関にあるものを利用する。ない場合もある。(看護師S)」等
『訪問看護提供機関の負担』	「ガーゼや綿球等の衛生材料は訪問看護ステーションで滅菌している。(看護師S)」 「医療機関以外の訪問看護ステーションの方が在宅での指導・管理にかかわることが多い。(看護師S)」等
【医療・衛生材料の供給に関する要望】	
『診療報酬改定への要望』	「せめて材料費だけでも使用した分だけ請求できればと思う。(医師C)」 「衛生材料や注射器等も使用量に差があり、本来は保険で算定すべきものと思う。(医師C)」等
『医療機関への要望』	「医療処置で必要なものは医療機関で供給するべきであると思う。(看護師S)」等
『購入・管理方法に関する要望』	「当座使用する分のみを供給してくれる機関があると有り難い。(医師C)」等
『訪問看護ステーションからの供給体制に関する要望』	「訪問看護ステーションで医療材料が算定できるシステムにしないといけない。(看護師S)」等
『退院時の指導に関する要望』	「訪問看護師の方で準備し、提供すると思われる場合が多いので、病院退院時の指導内容は療養者がどのような方法で準備しなければならないのか等も含めて指導してほしい。(看護師S)」
『供給体制統一化の要望』	「各施設で供給する物品の量や種類が異なるので難しいかもしれないが統一できたらと思う。(看護師H)」等
【医療・衛生材料の供給に関する疑問・戸惑い】	
『供給内容に関する疑問・戸惑い』	「医療・衛生材料の供給については、どこまで制限があるのかは、まだ勉強不足である。(看護師S)」 「必要な衛生材料を十分に用意してくれる開業医もいるが、毎月療養者に請求される金額が高いと聞きますが、どうしてでしょうか。(看護師S)」等
『在宅療養者・家族による購入に関する疑問・戸惑い』	「吸引カテーテルの私費購入はいけないことでしょうか(医師H)。」等

※記述内容の()内は、記載した者の職種と所属機関を示す。医師C：病院所属医師、医師S：診療所所属医師、看護師H：訪問看護部所属看護師、看護師S：訪問看護ステーション所属看護師

方法で準備しなければならないのか等も含めて指導してほしい。」等であった。『供給体制統一化の要望』2記録単位は、看護師Hと看護師Sそれぞれ1記録単位で、「各施設で供給する物品の量や種類が異なるので難しいかもしれな

いが統一できたらと思う。」等、医療・衛生材料供給内容の統一化を要望するものであった。これらは、いずれも医療・衛生材料確保に向けての要望であり、【医療・衛生材料の供給に関する要望】と命名した。総記録単位数は22

記録単位、全記録単位の20.6%を占めていた。属性別では、看護師Sによる記録単位が13記録単位（59.1%）と半数以上を占めていた。

5) 【医療・衛生材料の供給に関する疑問・戸惑い】

2つのサブカテゴリから形成され、『供給内容に関する疑問・戸惑い』7記録単位は、看護師による記録単位であり、「医療・衛生材料の供給については、どこまで制限があるのかは、まだ勉強不足である。」等、医療・衛生材料供給に関する制度や仕組みに関する疑問を示す内容であった。『在宅療養者・家族による購入に関する疑問・戸惑い』2記録単位は、医師と看護師による記録単位であり「吸引カテーテルの私費購入はいけないうことでしょうか。」等、療養者が自費で購入することに関連した疑問・戸惑いを示す内容であった。これらは、いずれも医療・衛生材料供給に関連した疑問・戸惑いが示されており、【医療・衛生材料の供給に関する疑問・戸惑い】と命名した。総記録単位数は9記録単位、全記録単位の8.4%であり、最も低い割合であった。属性別では、看護師Sによる記録単位が5記録単位（55.6%）と半数以上を占めていた。

3. カテゴリの信頼性

カテゴリ分類の一致率は83.4%であり、信頼性が確保されていることを示す数値であった。

IV. 考 察

【医療・衛生材料の供給に関わる背景】は、医療機関からの十分な医療・衛生材料供給を困難にしている背景を示す『医療機関の経済的負担』『医療機関の医療・衛生材料の管理困難』が主な内容であった。現在、在宅における医療・衛生材料は、在宅療養指導管理料のもと、必要かつ十分な医療・衛生材料を供給することになっている。しかし、十分な医療・衛生材料を供給することは規定の診療報酬を上回ることが指摘されている⁹⁾。今回の調査結果は、そのことを裏付ける内容であった。しかし、同じ医療処置を実施していても、療養者によって必要な医療・衛生材料の種類や量が異なることがあり得る。また、医療処置に必要な医療・衛生材料が在宅療養指導管理料とは別に算定できないことや、在宅療養指導管理料が1種類しか算定できないという規制があり、医療・衛生材料の費用を十分にまかなうことはできないと考えられる。今後は、医療機関が十分な医療・衛生材料を供給できる体制を整えるための方策として、診療報酬の改定を具体的に検討していく必要があると考えられる。『医療機関の医療・衛生材料の管理困難』は、小規模な医療機関では医療・衛生材料の保管が困難であることを示す内容であり、医師Cによるものが大部分であった。診療所は、一般に医療処置を必要とする患者は少なく、多種多様な医療・衛生材料を購入・保管するこ

とは困難な状況であると考えられる。本調査においても、小規模な医療機関に所属する医師は、医療処置を必要とする在宅療養者に対して、十分な医療・衛生材料が「確保されていない」と認識している者が多かった⁵⁾。今回の結果からも、医療・衛生材料の供給には、医療機関の規模が影響していると考えられ、医療機関の購入・保管への支援対策を検討していく必要があると考えられる。

在宅における医療処置に必要な医療・衛生材料の供給に関しては、これまで、十分に供給されていない実態が報告されている^{1~5)}。しかし、本調査では【医療・衛生材料の供給の状況】において、不足している実態のみならず、『医療機関による供給内容の相違』や『十分に供給されている状況』について記述されていた点は注目すべき結果である。特に『医療機関による供給内容の相違』は、看護師Sによるものが大部分であった。訪問看護ステーション看護師は様々な医療機関からの指示を受けている¹⁰⁾ことから、医療機関による供給内容の相違について問題視しているためと考えられる。このことより、今後は、十分に供給できる医療機関とそうでない機関の違いは何か、その背景を明らかにしていく必要があると考えられる。

【医療・衛生材料が十分に供給されないことによる支障】は、使用できる医療・衛生材料の制限による感染管理へ影響や、在宅療養者自身の経済的負担の状況を示し、先行研究の結果¹⁾と同様の傾向であった。これらは、在宅療養者自身の身体状況や経済状況へ影響を与え、在宅療養の継続に影響する。厚生労働省は、在宅における医療・衛生材料の確保について平成14年「新たな看護のあり方に関する検討会」において議題として取り上げ¹¹⁾、翌年、全国の医療機関や訪問看護ステーション等関係機関に対し、在宅療養指導管理料のもと必要かつ十分な医療・衛生材料を在宅療養者に供給するように通達を出す等対策を講じたが、明らかな解決の兆しはいまだない。今後は、医療・衛生材料が十分に供給されていないことによる在宅療養者自身の負担やケアへの支障をより具体的に示し、その必要性を主張していく必要があると考えられる。

【医療・衛生材料の供給に関する要望】は、他のカテゴリ・サブカテゴリと密接に関連する内容であった。例えば、『診療報酬改定への要望』は『医療機関の経済的負担』、『医療機関への要望』は『十分に供給されていない状況』、『購入・管理方法に関する要望』は『医療機関の医療・衛生材料の管理困難』、『訪問看護ステーションからの供給体制に関する要望』は『訪問看護提供機関の負担』、『供給体制統一化の要望』は『医療機関による供給内容の相違』の改善策と考えられた。これらは、いずれも医療・衛生材料供給に向けて取り組む課題について具体的に示唆を与えるものである。ただし、これらは医療職者のみで解決できる

問題ではなく、今後は、在宅における医療処置を取り巻く施策として、様々な方面からこれら要望の実行可能性を検討していく必要がある。

一方、【医療・衛生材料の供給に関する疑問・戸惑い】では、供給に関する制度や仕組みを十分に理解できていないと思われる内容が含まれていた。このことより、現在の医療・衛生材料供給に関する制度や仕組みを周知していく必要性も示唆された。

以上、在宅療養者への十分な医療・衛生材料供給に向けて取り組むべき課題としては、主に、十分に供給できるための医療機関への支援対策と関係機関・職種に対する医

療・衛生材料供給に関する制度や仕組みの周知が考えられた。

ただし、今回の結果は、回答者が52名と少ないことや、自由回答式質問の記述内容であることより、一般化するまでには至らない。今後は、広く関係職種や在宅療養者等へのインタビュー調査等を実施することで、課題をより具体化・明確化し、解決策を検討していきたい。

尚、本調査にご協力いただきました対象の方々に深く感謝いたします。

本論文は、第17回日本在宅医療研究会学術集会での発表内容に加筆・修正を加えたものである。

要 旨

本稿では、在宅療養者への十分な医療・衛生材料供給に向けての課題を考察することを目的に、医師と看護師の医療・衛生材料とその供給に関する捉え方について行った質問紙調査項目のうち「在宅における医療・衛生材料の供給について日頃感じている問題点・改善点・意見等」を、Berelson, B.の内容分析を参考に分類し、さらにサブカテゴリ・カテゴリ毎に医師・看護師の職種と所属機関別にその特徴を分析した。結果、17のサブカテゴリが形成され、さらに【医療・衛生材料の供給に関わる背景】【医療・衛生材料の供給の状況】【医療・衛生材料が十分に供給されないことによる支障】【医療・衛生材料の供給に関する要望】【医療・衛生材料の供給に関する疑問・戸惑い】の5つのカテゴリが形成された。以上より、今後の課題として、十分に供給できるための医療機関への支援対策と関係機関・職種に対する医療・衛生材料供給に関する制度や仕組みの周知が考えられた。

文 献

- 1) 前田修子・滝内隆子他：在宅における医療・衛生材料等の入手・保管・廃棄方法の実態－感染管理を必要とするケアに焦点をあてて－，訪問看護と介護，9(2)，128-134，2004.
- 2) 木村恵子・内田恵美子他：在宅療養における衛生材料等の調達システムの検討，第19回日本看護科学学会学術集会講演集，460-461，1999.
- 3) 社団法人全国看護事業協会：訪問看護に係わる看護消耗品，看護用具等に関する現状調査－調査報告書，社団法人全国訪問看護事業協会，11-20，2000.
- 4) 前田修子・滝内隆子他：在宅ケアにおいて必要な医療・衛生材料とその供給に関する医師・看護師の捉え方－口腔・鼻腔内吸引に焦点をあてて－，日本在宅ケア学会誌，9(2)，93-99，2005.
- 5) 前田修子・滝内隆子他：在宅における医療処置に対する医療・衛生材料の確保に関する認識－在宅医療に携わる医師・看護師を対象として－，訪問看護と介護，11(6)，498-504，2006.
- 6) Berelson, B.：稲葉三千男他訳，内容分析，東京，みすず書房，1957.
- 7) 舟島なをみ：質的研究への挑戦，42-53，医学書院，東京，1999.
- 8) Scott, W.A.：Reliability of Content Analysis：The Case of Nominal Scale Coding, Public Opinion Quarterly, 19, 321-325, 1955.
- 9) 前田修子：在宅における医療・衛生材料の供給を取り巻く現状とその課題，Quality Nursing, 10(9)，13-17，2004.
- 10) 財団法人訪問看護振興財団：平成16年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 医療機関の訪問看護等在宅医療の実態調査報告書，44，財団法人訪問看護振興財団，東京，2005.
- 11) 看護問題研究会監修：厚生労働省新たな看護のあり方に関する検討会報告書，127，日本看護協会出版会，東京，2004.

〔平成18年6月6日受付〕
〔平成18年8月10日採用決定〕

日本看護研究学会 会報

第 70 号

(平成18年12月20日発行)

日本看護研究学会事務局

目 次

第33回日本看護研究学会学術集会開催の前に……………	1
第32回日本看護研究学会学術集会を終えて……………	3
第32回日本看護研究学会学術集会に参加して……………	4
第32回日本看護研究学会学術集会印象記……………	5
第32回日本看護研究学会学術集会会務報告……………	6

第33回日本看護研究学会学術集会開催の前に

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)

第33回日本看護研究学会学術集会を平成19年（2007年）7月28日（土）、29日（日）に岩手県盛岡市において開催させて頂くことになりました。

平成19年の第33回学術集会は、平成10年の青森県弘前市以来9年ぶりの東北での開催、岩手県においては初めての開催となります。また学会誌の発刊も第30巻となり、発刊30周年を迎えることになります。このような本学会の歴史的な時期に、会長を引き受けることになり、改めて身が引き締まる思いです。

事務局長はじめ企画委員、関係者一同、ここ岩手イーハトーブの地で会員皆様の期待に沿うように準備を進めております。

メインテーマは、「生命科学時代における知と技とところ」といたしました。今世紀は生命科学の時代とも称されているように、生命科学と医療技術は急速に進展しております。科学の進展は人々の健康、生活の質に恩恵を与えますが、リスクもあります。さらに新たな倫理的課題も生じてきています。これらの諸問題は医療の範囲を超え、倫理的・法的・社会的問題（ELSI：Ethical Legal Social Issues）の視点から議論が必要であり、社会の合意形成が重要とされています。

生命と直接的に係わり、かつ日常的に患者・家族と向かい合う看護の中に、社会が期待している看護の知と技そして看護のこころ（倫理）が存在していると考えます。今日的課題に看護の責務を確認したいと考えます。

メインテーマのもとに、教育講演、招聘講演、シンポジウム2件、岩手ながらのワークショップ4件、

交流集会を企画いたしました。

会員の皆様の日頃の研究成果、看護実践報告の討議のために今回は口頭報告、ポスター報告の両方を計画しております。前日の7月27日には「看護研究の原点にもどる～人を対象とした研究の魅力と難しさ～」をテーマに、量的研究、質的研究、研究倫理それぞれのプレカンファレンスセミナーを用意致しました。

さらに、学会誌発刊30周年を記念し、記念講演と学会記念誌の発刊も準備中です。

学会会場は、利便性を考え、盛岡駅の周辺にある会場といたしました。岩手富士と称される岩手山が一望できます。さわやかな風、豊かな自然、夜は満天の星を眺めながら、未来の看護を大いに語り合いましょう。多数の方のご参加をお待ちしております。

第32回日本看護研究学会学術集会を終えて

大分大学医学部看護学科 教授 松 岡 緑

平成18年8月23日・24日の両日、別府市ビーコンプラザにおいて開催した第32回日本看護研究学会学術集会は、無事終了することができました。日本看護研究学会会員の皆様から、多大なご協力・ご支援をいただきましたことに、心からお礼申し上げます。2年前、この学術集会をお受けし、九州大学から大分大学医学部看護学科に移籍致しました。大分大学着任と同時に準備に着手し、大分大学医学部看護学科教員及び企画委員の綿密な計画とご尽力によって盛会に終了することができました。

学術集会のメインテーマを「社会資源としての看護－激動の時代、看護に求められているもの－」とした今回は、看護は社会から何を求められ、どのような貢献ができるのかを議論する企画としました。会長講演をメインテーマと同じタイトルとし、「社会の変化と社会的意義に対応し、社会的要請を先取りすること。その活動を国民に発信して、看護の中だけでなく社会的広がりの中で看護を位置づけていく。同時に国民から親しまれる変革の提案者になることが、社会資源としての看護に期待されている。」旨の講演を致しました。

今回の学術集会では、パトリシア・ベナー博士の招聘講演「ベナー看護論－看護師らしくみて考えるための学び－臨床的推論とケアリング実践」を企画致しました。ベナー先生のご講演には多くの参加者が感動いたしました。学術集会前日の市民公開講座には多数の市民の方の参加があり、またプレカンファレンスセミナーも盛況でした。特別講演やシンポジウムにも多数の参加者があり、「交流会」では今回初めて「学会誌への投稿から掲載まで」と題して、日本看護研究学会編集委員長の川口孝泰先生に講演していただきましたが、参加者の関心が高かったようです。その他2題の実演交流会を開催しましたが、大勢の参加者がありました。ランチョンセミナーは企業との共催で3題実施し、いずれも関心が高く満員の盛況でした。

学術集会の主役は研究発表ですが、411題を総てポスターセッションの形式で行い、各会場に数名のコーディネーターを配置しました。各会場とも満員の盛況で熱心かつ活発な意見交換がなされました。今回の参加者は1,660名（会員1,074名、非会員437名、学生149名）でした。北海道から沖縄まで全国から参加され、活発な意見交換をしていただきました。充実感と熱気にあふれた学術集会になったことを改めて感謝申し上げます。

本学術集会の開催にあたっては、多くの方がボランティアで参加していただきました。特に大分大学医学部看護学科の教員、企画委員、実行委員のみなさまが、手弁当で業者に任せず学術集会の準備、運営を行っていただきました。その結果、会計収支が黒字となりましたので、黒字の一部を集会にかかわった障害者の三団体に寄付致しました。物心両面にわたって、陰に陽になりご支援いただいた皆様に心から感謝申し上げます。ありがとうございました。

第32回日本看護研究学会学術集会に参加して

石川県立看護大学 藤 本 悦 子

メインテーマに「社会資源としての看護－激動の時代、看護に求められるもの－」を掲げた本学会はきわめて意義深いものだったと思います。医療費の削減が厳しく求められる中であって、本年度の診療報酬改定では、12年間も据え置かれたままであった2対1の看護職員配置が1.4対1（実質配置7対1）に改まったこと、また看護系大学の増設され続けていることなどを見るにつけ、社会が看護に大きな期待を寄せていると感じられずにはおられません。しかし使命感を持ちながらも、ではいったい、この期待に私たち看護職はどのように応えていくべきなのだろうかという戸惑いも感じています。この命題に対して、松岡緑会長が講演で示唆された8つの社会支援は、具体的で示唆に富むものでした。このほか会長講演の内容で印象的なことは「国民とともにある社会資源として、看護職者が担っている役割をアピールしなければならない」というご指摘です。まさにそのとおりと共感いたしました。看護職者はいい看護をしながら今まで多くを語ってきませんでした。いや、複雑な看護の歴史上、自らの貢献に気づいてなかったのかも知れません。しかし沈黙がちではありましたが、看護の諸姉が担ってきた役割は大きいと考えます。「沈黙から発言へ」という変革のためには、その基盤としてどのようなことが必要かということを考えさせられました。看護の機能を社会に周知していく1つの方法として、諸姉の豊富な成果の蓄積を科学的に裏づけ、看護の専門性を分かり易くアピールすることも有効であろうかと思います。

今回の学会には一般演題として411もの研究が発表され、その中に多くの優れた研究が見受けられました。特に私は自分の研究の関連分野であるせいか、実験系の研究が飛躍的に増えたことに気づきました。看護技術やプログラムの検証あるいは開発を目的に、その効果を筋活動や血流動態、自律神経活動、油分、水分、音の周波数、圧力、血中蛋白などを測定し、客観的に評価するものです。拝見した研究の中には看護と密着して相当レベルの高いものもありました。10年ほど前の本学会を思い浮かべると、隔世の念があります。当時こういった生理学的、生物学的、人間工学的手法を駆使した研究はずいぶん少なかったように思います。今回の学会では看護研究が学際的に発展してしてきたんだなあと、つくづく感じ入りましたが、このような発展は本学会が看護職以外の研究者の入会を、早くから受け入れてきた成果であるように思います。看護は人間の全体理解の上に成り立つものですから、社会科学や自然科学、あらゆる科学を取り入れた学際的な研究は、看護の発展に大いに寄与すると思います。

本学会の果たす役割は大変大きいと思います。本学会のますますの発展を望んでやみません。

第32回日本看護研究学会学術集会印象記

佐賀大学医学部看護学科 斉 藤 ひさ子

別府市（ビーコンプラザ）にて開催された第32回日本看護研究学会学術集会に参加した。今回の一般演題はすべてポスターセッション発表形式をとっており、ポスター演題56群・411題はテーマも多岐にわたり、洗練されたプレゼンテーションとともに、見ごたえ聞き応えのある内容で充実していた。また、招聘講演、特別講演、ジョイント講演、シンポジウム、交流会・実演交流会、ランチョンセミナー、どの企画をとっても、準備にあたった委員からのメッセージが散りばめられ、熱意が伝わってくる学術集会であった。

特にカリフォルニア大学サンフランシスコ校のパトリシア・ベナー博士の招聘は、看護理論家としての著名度を反映して、1600名を超える参加者の関心と期待をいやが上でも高めたと思う。多くの看護者が一度は「ベナー看護論」に触れたことがあり、その理論を臨床実践の中で用いた経験をもつ。私もその学習者の一人であり、まだ現役で活躍中である博士から直接に講演を通して、「ベナー看護論」を聞きたいと素直に願望した。

招聘講演「看護師らしくみて考えるための学び」は期待以上のものであった。博士は学生のナラティブを通して、「熟練した看護実践教員」による実習指導の事例を詳細に紹介した。「実践的」学問である看護学においては、「知識」「熟練したノウハウ」「倫理的態度」「看護の実践的芸術性」が継ぎ目なく統合され、さらなる実践の可能性に導入されていくことが大事で、このような経験的学習が可能となる条件をいかに学生に提供できるかが、看護教員に求められると指摘した。また事例を通し、学生が臨床場面を深く理解するという意味においては、状況の技術的側面の判断だけでなく、患者・家族への十分な関心・考慮によるところが重要であることを、わかりやすく解説された。提示された事例や実証のプロセスは現実の場面や経験を的確に捉えており、わが国の看護学教育が直面している状況とも共通であった。通訳を介することがもどかしく感じられるほど、博士の語りは「ベナー看護論」の文章を超えてストンと心の中に納まった。看護教員に求められるチャレンジ課題や具体化する力が例示の中から再認識でき、新たな感銘を受けた。コーチングやナラティブなどの活用といった方法論を始めとして、現在、多くの看護教員・看護職者が努力している看護実践能力育成に向けての認識や方向性が適切であることが確認できたというのが一番の収穫である。わが国の看護学の状況と比較しながら聞いた講演からは、「間違いないから進みなさい」と、強く背中を押されたように感じられたというのが率直な感想であり、予想以上の成果であった。

余談であるが、ベナー博士はご夫妻で来日されており、夫のリチャード氏が博士の講演の間、二階フロアにおいて手元の資料を入念に確認している姿を多くの参加者が目にしており、印象的であった。ご夫婦としても学者としてもお互いを支えてあっている、素敵なおパートナーシップに暖かい気持ちになった。懇親会ではネームカードを交換させていただいた。疲れた顔もされずに、気さくに多くの参加者のサインや写真撮影の要望に応じておられた。素朴で温かい人柄と笑顔に魅了され、理論を越えて大ファンになってしまった。

最後に、「社会資源としての看護」をメインテーマにもつ学術集会に参加して、日常化した自分の看護実践を振り返り、社会から看護は何を求められ、どのような貢献ができるかを自分の体験に還元し、整理し、再度考える良い機会になった。

第32回日本看護研究学会学術集会会務報告

1. 会 期：平成18年 8月23日(水), 24日(木), 25日(金)
 2. 場 所：別府 ビーコンプラザ
 3. 参加者：総数 1660名 (内訳 会員 1074名, 非会員 437名, 学生 149名)
プレカンファレンス 256名
 4. 内 容：一般演題 411題 市民公開講座 1題
 招聘講演 1題 プレカンファレンス 3題
 特別講演 2題
 ジョイント講演 1題
 シンポジウム 2題
 ランチョンセミナー 3題
 会長講演
- 但し、以下の演題は発表を取り消された。
- 第20群 169 聴覚障害学生への学内支援に看護職が果たす役割に関する検討
 ○高山 直子 (阿南工業高等専門学校)
- 第29群 233 嚥下障害・右片麻痺患者モデルを用いた食事援助に対する演習方法の学びの効果
 ○長島 緑, 穴田 博美 (つくば国際短期大学)
- 第29群 234 片麻痺・嚥下障害の患者モデルに対する看護演習の効果
 - 演習記録での内容修正・変化の分析 -
 ○穴田 博美, 長島 緑 (つくば国際短期大学)
- 第53群 396 精神科新人看護師が患者との関わりで認知するストレスに関する研究
 ○栗山真理子, 尾藤 嘉明, 和泉 孝典 (和歌山県立こころの医療センター)

5. 会計報告

収 入 (円)		支 出 (円)	
参 加 費	14,367,000	会場・設営費	5,301,229
学術集会誌	914,000	当日運営費	2,483,577
本部補助金	500,000	講師等旅費・謝金・記念品	4,033,139
学術集会準備費借入金 (本部)	3,000,000	会 議 費	230,614
学術集会準備費借入金 (大分大学看護学科)	1,839,200	印 刷 費	1,939,952
展示・広告・賛助	5,687,500	通 信 費	383,484
プレカンファレンス	1,310,000	事 務 局 費	885,700
懇 親 会 費	570,000	雑 費	1,191,217
利 子	109	懇 親 会 費	777,697
そ の 他	78,000	ボランティア・アルバイト等必要経費	2,500,000
		学術集会準備金返金 (本部)	3,000,000
		学術集会準備費返金 (大分大学看護学科)	1,839,200
		寄 付 金	日本看護研究学会学会本部 2,000,000
			日本看護研究学会九州地方会 200,000
			ALS協会 大分県支部 500,000
			大分県精神障害者福祉会連合会 500,000
			社団法人認知症の人と家族の会 500,000
合 計	28,265,809	合 計	28,265,809

以上報告します。

平成18年12月 1 日

第32回日本看護研究学会学術集会

会 長 松 岡 緑



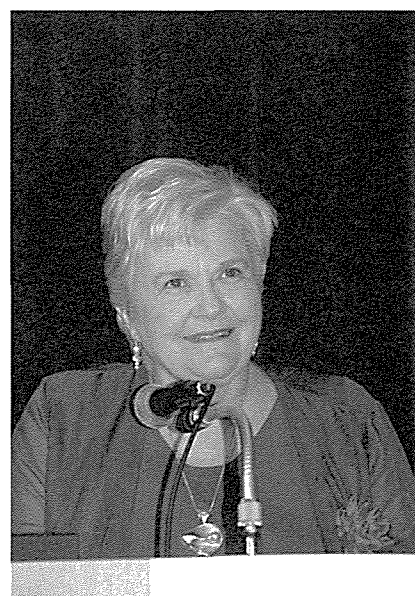
受付風景



会長講演



山口理事長挨拶



招聘講演



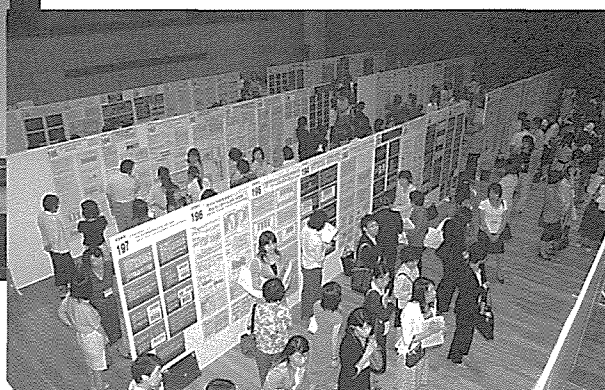
パトリシア・ベナー先生の講演



ランチョンセミナー



実演交流会①



ポスターセッションの風景



総 会



学会賞授与 大串靖子氏

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ご案内（第2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研究を知りたい。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。

みなさまと共に実り多いひと時を過ごしたいと思います。多数のご参加を心よりお待ちしております。

2006年11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GRESセンター4F

〒430-7799 静岡県浜松市板屋町111-1 JR浜松駅隣接

URL <http://www.actcity.jp/>

プログラム : 総会・一般演題発表・基調講演・ランチョンセミナー・シンポジウム・ワークショップなど

★基調講演 がん看護介入の“現在・過去・未来”

小島 操子 氏 聖隷クリストファー大学大学院看護学研究科教授

プロフィール／こじま みさこ

ミネソタ大学大学院修了（看護学修士）、医学博士。千葉大学、聖路加看護大学、大阪府立看護大学の教授・学長を経て、2005年より現職。日本がん看護学会理事長。専門はがん看護学および看護倫理学。大学院ではがん看護スペシャリスト（CNS）教育に取り組んでいる。著書に『看護における危機理論・危機介入』（金芳堂）などがある。

座長 青木 和恵 氏 静岡県がんセンター 副看護部長

★ランチョンセミナー CDC最新ガイドラインと感染対策～静脈・輸液注射実施上の課題～

矢野 邦夫 氏 県西部浜松医療センター感染症科科长

プロフィール／やの くにお

名古屋大学医学部卒業、医学博士。名古屋第二赤十字病院および名古屋大学にて臨床を経て、米国フレッドハッチンソン癌研究所留学、ワシントン州立大学エイズトレーニングセンター臨床研修終了。1997年より現職。日本臨床血液学会評議員、日本内科学会指導医・認定

医。『CDC最新ガイドラインエッセン集』（メディカ出版）、「院内感染対策ガイド」（日本医学館）など著書多数。

座長 藤井 徹也 氏 名古屋大学医学部保健学科助教授

★ワークショップ 疼痛緩和のための疾患別ピアノミニコンサート

店村眞知子 氏 聖隷クリストファー大学社会福祉学部助教授

プロフィール／たなむら まちこ

神戸女学院大学音楽学部卒業後イタリア留学。兄である店村眞積（現・NHK交響楽団首席ビオラ奏者）とイタリアを中心にヨーロッパで活動。現在は、「音楽と身体表現」、「音楽療法の精神生理学的研究—治療を目的としたピアノコンサート」を研究中。

★シンポジウム 専門分野における看護介入研究のアジェンダを探る

座長 渡邊 順子 氏 聖隷クリストファー大学看護学部教授

精神看護学分野 遠藤 淑美 氏 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻助教授

プロフィール／えんどう よしみ

千葉大学大学院看護学研究科博士後期課程修了。看護学（博士）。保健師，短大助手，心理相談員および東京大学医学部附属病院精神神経科看護師を経て，2003年より現職に至る。「統合失調症を有する人の自我発達を支援する看護援助の構造」を研究テーマとし，統合失調症の方々の自我発達を支援する看護援助について探求している。

家族看護学分野 浅野みどり 氏 名古屋大学大学院医学系研究科保健学専攻教授

プロフィール／あさの みどり

北里大学大学院看護学研究科博士後期課程修了。看護学（博士）。国立小児病院（現・成育医療センター）および藤田保健衛生大学病院小児病棟看護師を経て，現職に至る。北里大学大学院森秀子教授のもとで「家族看護学」を学び，現在は名古屋大学医学部保健学科発達看護学講座で看護基礎教育に従事している。

地域看護学分野 上野 まり 氏 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科講師

プロフィール／うえの まり

千葉大学大学院看護学研究科博士前期課程修了。看護学（修士）。東京都内総合病院内科病棟にて看護師に従事。日本看護協会訪問看護開発室，横浜市訪問指導員，訪問看護ステーション管理者，千葉大学看護学部訪問看護分野講師を経て，2004年より現職に至る。慢性疾患で入退院を繰り返す患者さんに出会い訪問看護の必要性を痛感している。

◆ 一般演題の募集と参加申し込みについて

★ 一般演題の申し込み方法

以下の3点をまとめて、下記の地方会事務局に「一般演題抄録在中」と朱書きの上送付してください。

- 1) 演題申込書 1枚 希望する発表形態<口演>か<示説>を明記してください。
- 2) 抄録原稿 3部 厚紙やクリアフォルダー等で保護し、折らないで下さい。
 - ・原稿は、A4版1枚に同封の見本に従い、ワープロ・パソコン等を用いて作成して下さい。
 - ・提出された原稿はそのまま印刷原稿になります。鮮明なものをお送り下さい。
- 3) 官製はがき 1枚(宛名に発表代表者の住所・氏名を記入し、裏は白紙のまま)
 - ・採否および発表形態(口演・示説)を通知します。ご希望の発表形態に添えない場合があります。

一般演題の申込期限 : 平成19年1月15日(月) 必着です!

★ 演題発表者と共同研究者について

- ・発表者および共同研究者は全て日本看護研究学会員に限ります。
- ・非会員の方は、日本看護研究学会事務局(千葉)で入会手続きを完了してからご応募下さい。
- ・なお、本地方会学術集会は参加費で運営されております。

当日、出席できない共同研究者の方も、全員、参加費を事前にお支払い下さい。

★ 学術集会の参加申込方法

- ・学術集会参加は事前申込をできるだけお願いいたします。
- ・事前申込をされる方は、同封の振込用紙もしくは郵便局の振込み用紙にて参加費をお振込み下さい。
- ・振り込み通信欄に「会員番号」「非会員」「学生」のいずれかをご記入下さい。
- ・期限までに参加費を振り込まれた方には、抄録集を事前に送付いたします。
- ・当日参加は可能です。抄録集は当日渡しになります。

学術集会の参加申込期限 : 平成19年3月1日(木)

★ 参加費 : 会員3,000円 非会員4,000円 学生1,000円(院生を除きます)

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

同封の郵便振込用紙は、東海地方会学術集会専用です。

日本看護研究学会の入会申込みではありません。ご注意下さい!

* 上記の内容は、すでに東海地区会員には東海地方会ニュースレター（vol.10）と共に送付されております。

東海地区会員以外の方もしくは、非学会員の方で資料等をご希望される場合は、東海地方会事務局までご連絡ください。

<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（よねくら まや） maya-y@seirei.ac.jp

第11回日本看護研究学会東海地方会学術集会プランナー：聖隷クリストファー大学看護学部 渡邊 順子

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ればと思います。皆様のご参加を心よりお待ちしております。

第20回学術集会実行委員長 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7号館

〒661-8520 兵庫県尼崎市南塚口町7丁目29-1

3. プログラム

9：30～9：40 開会挨拶

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

講師 後閑 容子（岐阜大学医学部看護学科，地域看護学）

若村 智子（京都大学医学部保健学科，基礎看護学）

荒尾 晴恵（兵庫県立大学看護学部看護学科，がん看護学）

成田 康子（兵庫県立加古川病院看護部，看護管理学）

山本 恭子（園田学園女子大学人間健康学部人間看護学科，感染看護学）

座長 近田 敬子（園田学園女子大学人間健康学部人間看護学科）

西田 直子（京都府立医科大学医学部看護学科）

16：30～18：00 懇親会

◆参加申込（事前登録）締切り 平成19年1月19日（金）まで

1) 会 員 事前振込 4,000円 当 日 5,000円

2) 非会員 5,000円 3) 学部学生 1,000円 4) 懇親会参加費 2,000円

郵便振込 口座番号 00900-8-298333

加入者名 日本看護研究学会第20回近畿北陸地方会学術集会

【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

第20回日本看護研究学会 近畿・北陸地方会学術集会事務局

FAX 06-6429-9920 E-mail jsnr20kh@sonoda-u.ac.jp

日本健康科学学会公開シンポジウムのご案内

健康維持・増進のための公開シンポジウム 『健康食品の安全性評価の方法論の現状と今後の展開』

シンポジウム組織委員長・実行委員長

信川 益明 (日本健康科学学会会長)

日 時：平成19年1月27日（土）13：10～17：00（受付開始 12：40～）
会 場：東京医科大学病院 臨床講堂 6階（椅子席320名）
〒160-0023 東京都新宿区西新宿6-7-1 TEL 03-3342-6111
主 催：日本健康科学学会（組織委員長・実行委員長：信川益明会長）
協 賛：健康と食品懇話会，商品保健指導士会，東京都病院協会，日本医療福祉設備協会，有限責任中間法人日本医療情報学会，（社）日本栄養士会，有限責任中間法人日本救急医学会，有限責任中間法人日本健康・栄養システム学会，（財）日本健康・栄養食品協会，日本健康食品規格協会，日本公衆衛生学会，（社）日本作業療法士協会，（社）日本歯科医師会，日本診療情報管理士協会，日本診療録管理学会，（社）日本病院会，日本プライマリ・ケア学会，日本理学療法士協会，（社）病院管理研究協会（五十音順，予定を含む）
後 援：構成労働省（予定）

プログラム

12：40 受付開始
13：10 開会挨拶 日本健康科学学会会長・シンポジウム組織委員長・実行委員長 信川 益明
13：20～14：10 教育講演 司会 日本健康科学学会副会長 名和 肇
健康食品の安全性の評価の方法論
－食品安全対策におけるリスクアナリシスの実際－
(財)日本健康・栄養食品協会理事長 林 裕造
14：20～17：00 シンポジウム『健康食品の安全性評価の方法論の現状と今後の展開』
司会 日本健康科学学会会長 信川 益明
日本健康科学学会会長 信川 益明
1. 健康食品の現状と課題および評価方法
2. 健康食品の安全性の基準に関する提言
健康と食品懇話会企画推進ワーキンググループリーダー 藤井 幹夫
3. 健康食品の安全性評価の具体例－コエンザイムQ10の場合－
(財)日本健康・栄養食品協会コエンザイムQ10食品専門部会長 福富 直樹
4. 諸外国における栄養表示と健康強調表示
(財)日本健康・栄養食品協会特定保健用食品部技術部会長 土田 博
5. 諸外国における食品のGMP (Good Manufacturing Practice)
日本健康食品規格協会理事長 大濱 宏文
6. 都における食品の安全確保に向けたリスクコミュニケーションの充実
－基本方針，狙い，現状並びに将来－
東京都福祉保健局健康安全室副参事 吉田 堅二
コメンテーター (財)日本健康・栄養食品協会理事長 林 裕造
日本健康科学学会第23回学術大会長 若松 秀俊
17：00 閉会挨拶

申込先・問合先：日本健康科学学会シンポジウム事務局
〒164-0001 中野区中野2-2-3 株式会社へるす出版事業部内
TEL：03-3384-8037 FAX：03-3380-8627
E-Mail：health-sci@herusu-shuppan.co.jp
学会ホームページ：<http://www.jsbs.gr.jp>

日本看護系学会協議会第7回シンポジウム

在宅療養を支援する 看護の方略

日 時：2007年2月9日(金)

18時開場 18時30分～20時30分

場 所：東京国際フォーラム(最寄り駅：JR有楽町駅)
東京国際フォーラムホールB5

参加費：無料(定員：椅子席で200名収容可能)

■趣 旨

本シンポジウムでは、誰でも安心して自分らしく在宅で療養生活を送ることができるための方略について、看護系学会が蓄積してきた研究成果、ならびに課題を共有し、社会に役立つ看護の役割について議論します。このことは、在宅療養を推進する国の方針とも合致しており、今後の看護系学会の社会貢献のあり方を検討していくための具体的な活動指針となります。

■シンポジスト

座長：金川克子(石川県立看護大学)、太田喜久子(慶應義塾大学看護医療学部)

野川とも江氏(埼玉県立大学保健医療福祉学部)

鈴木真知子氏(日本赤十字広島看護大学)

小倉朗子氏(東京都神経科学総合研究所)

山本則子氏(千葉大学看護学部)

＜お問い合わせ＞

〒104-0044 東京都中央区明石町10-1 聖路加看護大学内 日本看護系学会協議会事務局
Fax : 03-5565-1626、E-mail: jsns@slcn.ac.jp

■平成21年度(2009年度)開催国際会議における内閣府日本学術会議 共同主催の募集(お知らせ)

内閣府日本学術会議では、学術の振興を図り、我が国と各国の学術研究団体・研究者が最新の情報を交換し、世界の学術の進歩に寄与することが重要であるとの認識により、日本国内で開催が予定される国際会議に限り、学術研究団体と共同して国際会議を開催しています。

この度、平成21(2009)年度に開催を予定する国際会議を対象に、共同主催の募集を行いますので、申請を希望する主催国内学術研究団体は、以下担当部署までお問い合わせください。

申請の締め切りは、平成18年11月30日(木)です。

【問い合わせ先】

日本学術会議 参事官(国際業務担当)付国際会議担当

(Tel: 03-3403-5731, Mail: i254@scj.go.jp)

※ 日本学術会議が行う共同主催国際会議の詳細はホームページを御参照ください。

(<http://www.scj.go.jp/ja/info/kyodo/>)

■公開講演会「博物館が危ない！ 美術館が危ない！ —指定管理者制度・公共サービス改革法の落とし穴—」の開催(ご案内)

日 時: 11月4日(土) 13:00~17:00

会 場: 東京大学理学部小柴ホール

主 催: 日本学術会議

参加費: 無料

「簡素で効率的な政府・地方自治体」を目指す市場化テスト(官民競争入札)や指定管理者制度が広く導入される中で、博物館・美術館が、いま大きな危機に立たされています。博物館・美術館は、単純に効率的なサービスという観点からだけで運営されてよいのでしょうか。国公立の博物館・美術館にとって、それを利用する市民にとって「国民の立場に立ったより良質かつ低廉なサービスの実現」とは何なのでしょう。

学術・芸術資料は、人類文化の創造と学術研究の発展に等しく役割を果たす基盤的な文化資源であり、次世代に継承されるべき重要な遺産です。

日本学術会議は、その保存・管理体制が、経済効率優先の対象とされつつある現状に強い危機感を抱いています。公共サービス機関としての博物館・美術館の本質的な役割に焦点を当て、その望ましい在り方を共に探るため、本公開講演会を開催するものです。

プログラム(敬称略):

開会・メッセージ 日本学術会議会長(予定)

平山 郁夫(画家)

提 題 青柳 正規(日本学術会議会員、学術・芸術資料保全体制検討委員会委員長、国立西洋美術館館長)

講 演 前沢 和之(日本学術会議特任連携会員、横浜市歴史博物館課長)

「博物館と指定管理者制度、現場から見てきたこと」(仮題)

樺山 紘一（日本学術会議会員、印刷博物館館長）

「ミュージアムと人文科学資料」（仮題）

馬渡 駿介（日本学術会議連携会員、北海道大学大学院理学研究科教授）

「博物館における自然科学資料の本質」（仮題）

井上 洋一（日本学術会議連携会員、東京国立博物館事業部教育普及課課長）

「博物館におけるサービスの本質と将来ビジョン」（仮題）

白藤 博行（日本学術会議連携会員、専修大学法学部教授）

「博物館・美術館と学術・文化行政の公共性」（仮題）

討論・提言にむけて

司会 前田富士男（日本学術会議会員、慶應義塾大学文学部教授）

司会 木下 尚子（日本学術会議会員、熊本大学文学部教授）

前沢 和之

樺山 紘一

馬渡 駿介

井上 洋一

白藤 博行

総括・閉会挨拶

木下 尚子



◆詳細は、日本学術会議の以下のホームページを御覧ください。

(<http://www.scj.go.jp/ja/event/pdf/24-s-k.pdf>)

◆参加申込方法：はがき、FAXまたはE-mailにて必要事項（氏名（ふりがな）・年齢・職業・連絡先電話番号・E-mailアドレス）をご記入の上、以下の問い合わせ先担当宛にお申し込みください。

【お問合せ・申し込み先】

日本学術会議事務局企画課公開講演会担当

〒106-8555 東京都港区六本木7-22-34

TEL：03-3403-1906 FAX：03-3403-6224

E-mail：info@scj.go.jp

*定員（150名）となり次第、締め切りとさせていただきます。

なお、定員に達しない場合は、当日も受付を行いますので、直接事務局へお問い合わせください。

開催日までに定員に達した場合、受付に漏れた方にのみ、ご連絡を差し上げます。

●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。

■ 声明「科学者の行動規範について」採択（お知らせ）

10月3日に開催された第149回総会において、声明「科学者の行動規範について」が採択されました。

声明の全文は日本学術会議ホームページの以下のURLに掲載されております。

URL <http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-s3.pdf>

また、同声明の表出に際して、会長談話「科学者倫理の確立に向けて」が公表されました。会長談話の全文は以下のとおりです。また、日本学術会議ホームページの以下のURLにも掲載されております。

URL <http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-d3.pdf>

科学者倫理の確立に向けて

声明 「科学者の行動規範について」表出に際しての会長談話

我々科学者は、科学と科学研究は、社会のために、そして社会とともにあることを強く認識しなければならない。国内外で起こった科学者の不正行為は、科学そのものの発展を妨げるだけでなく、科学や科学者コミュニティの社会からの信頼を大きく損なうことになりかねず、その防止は私たち科学者が自らの問題として取り組まなければならない重要な課題である。

日本学術会議は、我が国の科学者コミュニティを代表する立場から、こうした科学者の不正行為の防止に向け、第18期、第19期の「学術と社会常置委員会」において、対外報告「科学における不正行為とその防止について」及び「科学におけるミスコンダクトの現状と対策—科学者コミュニティの自律に向けて—」を取りまとめるなど、継続的に取り組んできた。

昨年10月に発足した第20期日本学術会議においては、その一環として、全ての学術分野に共通する「科学者の行動規範」の作成を目指し、委員会を設置し、4月の総会での議論を踏まえて原案を公表し、大学・研究機関や学協会等を対象としたアンケート調査などで多くの意見を取り込むプロセスを経て、本年10月の総会で「科学者の行動規範について」（声明）を採択した。なお、専門職としてさらに加えるべき倫理など検討するべき課題は残っている。

大学・研究機関や学協会におかれては、この声明を参照して、不正行為の防止を自らの課題ととらえ、それぞれの機関・分野に応じた行動規範と倫理プログラムを策定・実施し、社会の信頼を得て、主体的かつ自律的な科学研究を進めていただきたい。

日本学術会議としては、科学者コミュニティにおける議論を喚起し、また、社会との対話を積極的に行い、科学と社会との健全な関係を築くよう引き続き努力する方針である。

平成18年10月3日

日本学術会議会長

金澤 一郎

■ 「イノベーション推進検討委員会」の設置及び委員決定等（お知らせ）

第27回幹事会（10月20日持ち回り）において、以下の課題別委員会の設置及び委員が決定しました。また、10月30日に第1回会議が開催され、委員長等役員が選出されました。今後、関係各位の皆様のご意見等をお聞きすることがあるかと思しますので、ご協力をお願いします。

1 委員会名：イノベーション推進検討委員会

2 設置期間：平成18年10月20日から平成19年6月30日まで

3 委員会の概要：

課題別委員会「イノベーション推進検討委員会」の第1回委員会が10月30日（月）に開催されました。委員会では、高市早苗 イノベーション担当大臣から、「20年後の社会を目指し、経済の発展と環境保全を両立させ、活力ある社会を作るため、また、日本だけでなく諸外国が共に繁栄していくためにどのようなイノベーションが必要かについて、日本学術会議の皆様方の英知を集めて検討していただきたい」と御挨拶がありました。

安倍内閣は、最優先施策の一つとして総理のイニシアティブにより、政府において「イノベーション25」を取りまとめ、実行することとしております。そのため、「イノベーション25戦略会議」（座長：黒川清内閣特別顧問（前日本学術会議会長））を設置し、同戦略会議では来年6月頃までに戦略的な政策のロードマップを策定する予定です。

本課題別委員会では、「イノベーション25」の議論に資するため、長期的な視点に立ち、高齢化社会の中でイノベーションをどのように興すのかなどについて、哲学、金融、法学などの人文社会科学、医薬などの生命科学、情報技術などの理工学の学術を総合した観点から検討し、今年12月をめどに、本委員会として中間的な報告をまとめることを目指しています。そのため、今後、会員、連携会員、日本学術会議協力学術研究団体の皆様から、御意見を募集したいと思います。

4 委員構成：

委員長	金澤一郎	（国立精神・神経センター総長、会長）
副委員長	北澤宏一	（（独）科学技術振興機構理事、第三部会員）
幹事	広渡清吾	（東京大学社会科学研究所教授、第一部部長）
幹事	酒井啓子	（東京外国語大学大学院地域文化研究科教授、第一部会員）
	浅島 誠	（東京大学大学院総合文化研究科教授、副会長）
	鈴村興太郎	（一橋大学経済研究所教授、副会長）
	土居範久	（中央大学理工学部教授、副会長）
	野家啓一	（東北大学副学長、第一部会員）
	唐木英明	（東京大学名誉教授、第二部部長）
	北村惣一郎	（国立循環器病センター総長、第二部会員）
	柴崎正勝	（東京大学大学院薬学系研究科教授、第二部会員）
	御子柴克彦	（東京大学医科学研究所教授、第二部会員）
	柳田充弘	（京都大学大学院生命科学研究科特任教授、第二部会員）
	馬越佑吉	（大阪大学副学長、第二部会員）
	澤本光男	（京都大学大学院工学研究科教授、第三部会員）
	中島尚正	（（独）産業技術総合研究所理事、第三部会員）
	長田義仁	（北海道大学理事・副学長、特任連携会員）
	後藤 晃	（東京大学先端科学技術研究センター教授、連携会員）
	五神 真	（東京大学大学院工学系研究科教授、連携会員）
	横山輝雄	（南山大学人文学部教授、連携会員）

●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、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サイズ用の紙に配置した場合に必要なページ数を下記のページ数から差し引いたページ数に、2400文字を乗じた数が本文及び引用文献に使用できる文字数になる。

- | | |
|-------------|-------|
| (1) 原著論文 | 10ページ |
| (2) 研究報告 | 10ページ |
| (3) 技術・実践報告 | 7ページ |
| (4) 総説 | 7ページ |

3. 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。

(注)

1. 論文目録

日本看護研究学会雑誌29巻に掲載された原著論文および研究報告等、全ての論文について原稿種類別、巻号別、掲載順にまとめた。

著者名：標題、英文標題、巻（号）、掲載頁、発行年（西暦）、の順に掲載した。

2. 著者索引

原著論文および研究報告等、全ての論文の著者名をあいうえお順に並べ、該当する掲載論文の巻（号）、掲載開始頁の順に示した。なお、筆頭著者の巻（号）はゴシック体にした。

3. 事項索引

論文ごとに、その標題より若干の用語を選定した。配列は邦文をあいうえお順、次に欧文をアルファベット順に並べ、該当する掲載論文の巻（号）、掲載開始頁の順に示した。

1. 論文目録

第 29 卷

[原著]

國方弘子, 茅原路代, 大森和子, 神宝貴子, 岡田ゆみ: デイケアや作業所に通所する統合失調症患者の生活への思いとその影響要因, *Schizophrenic Patients' Experiences in Psychiatric Day Care or Small-Scale Workshops -A Qualitative Study-*, 29(1), 37-44, 2006.

安東由佳子, 片岡 健, 小林敏生: 神経難病患者のケアに携わる看護師のバーンアウトに影響を及ぼす職場環境ストレスターの探索, *Finding Out the Work-Related Environmental Stressor Influencing Burnout Among Nurses Caring for Patients with Neurological Intractable Illness*, 29(1), 45-55, 2006.

廣瀬春次: 在宅の認知症患者を介護する家族の予期悲嘆, *Anticipatory Grief of Family Caregivers of Dementia Patients Living at Home*, 29(1), 57-65, 2006.

國方弘子, 中嶋和夫: 統合失調症患者の社会生活技能と自尊感情の因果関係, *The Causal Relationships between Social Skills and Self-Esteem in Schizophrenic Patients Living in the Community*, 29(1), 67-71, 2006.

山口真澄, 鎌倉やよい, 深田順子, 米田雅彦, 山村義孝, 金田久江: 幽門側胃切除術後患者における退院後の食事摂取量の自律的調整に関する研究, *Self-control of Food Intake Volume in Postoperative Distal Gastrectomy Patients after Discharge*, 29(2), 19-26, 2006.

佐藤幸子: 子どもの表情による情動表現の発達的变化に関する検討, *Developmental Changes in Emotional Expression in Children*, 29(2), 27-32, 2006.

森本(川原) 淳子, 坂本洋子: 看護場面における認知的煩雑性がステレオタイプの判断に及ぼす影響, *Influence of Cognitive Business in Nursing Scenes on Stereotyped Judgments*, 29(2), 33-41, 2006.

大釜徳政: 器質性構音・音声機能低下を抱える舌がん患者における会話変容プロセスと社会環境との関連性, *Association between the Speech Modification Process and Social Environment in Patients with Tongue Cancer with Impaired Organic Articulation/Vocalization Function*, 29(2), 43-54, 2006.

新田純子: 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-*, 29(4), 15-22, 2006.

沖中由美: 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*, 29(4), 23-31, 2006.

川上千普美, 松岡 緑, 樗木晶子, 長家智子, 赤司千波, 篠原純子, 原 頼子: 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-*, 29(4), 33-40, 2006.

池田七衣, 白井文恵, 土肥義胤: 頭髮に付着した院内感染起因菌の生残にシャンプー洗髪が与える影響, Washing Hairs with Shampoo Remained Alive Bacteria on Them, That May be Prevented from Their Growth by Subsequent Drying, 29(5), 19-25, 2006.

亀岡智美, 舟島なをみ, 山下暢子: 看護学教員の教育ニーズの現状とそれに関係する特性の解明, Educational Needs of Nursing Faculty-Current Status and Related Factors-, 29(5), 27-38, 2006.

[研究報告]

石橋照子, 岡村 仁: 精神疾患患者のイレウスの早期発見につながる観察方法, Observation Methods that are Useful for Early Detection of Ileus in Patients with Mental Disorder, 29(1), 73-78, 2006.

田渕康子, 宮崎文子: 子宮内膜症患者の看護の現状と課題-看護職者の問題の認識と看護に影響を及ぼす要因の分析から-, Present State and the Problems Concerning of Nursing of Patients with Endometriosis -Analysis of Factor that Influences the Nurse's Recognition and Nursing for Patients-, 29(1), 79-88, 2006.

藤崎 郁, 西山佳奈: 交通事故遺族の受ける二次被害の現状とセルフヘルプ・グループの果たす役割, Secondary Victimization and the Role of Self-Help Groups -A Survey of Bereaved Families of Traffic Accident Victims-, 29(1), 89-96, 2006.

小野美喜: 回復期リハビリテーション病棟看護師の自宅への退院援助プロセス, Discharge Planning Process for Patient and Family to Back Home in the Recovery Rehabilitation Ward, 29(1), 97-105, 2006.

白田久美子, 吉村弥須子, 前田勇子: 手術療法を受けた食道がん患者の退院後の精神健康状態に影響する要因, Factors Effecting Mental Health State of Esophagectomized Patients Following Discharge, 29(2), 55-61, 2006.

富澤登志子, 平岡恭一, 北宮千秋: 糖尿病の食事療法の実施に影響する心理的要因の検討, A Study of Psychological Factors Influencing Diet for Diabetes, 29(2), 63-72, 2006.

岡田ゆみ: 長期断酒体験で築かれた断酒への意識, Consciousness of Abstinence to Alcoholics with Long-term Abstinence Experience, 29(2), 73-79, 2006.

佐野明美, 平井さよ子, 山口桂子: 中堅看護師の仕事意欲に関する調査-役割ストレス認知及びその他関連要因との分析-, Research on Lead Nurses' Work Motivation -Analysis of Role Stress Perception and Other Related Factors-, 29(2), 81-93, 2006.

山勢博彰: 重症・救急患者家族のニーズとコーピングに関する構造モデルの開発-ニーズとコーピングの推移の特徴から-, Drawing up of Structural Equation Modeling for Family Needs and Coping Strategies in Critical Care Settings, 29(2), 95-102, 2006.

松本啓子, 高井研一, 中嶋和夫: 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, 29(4), 41-47, 2006.

折山早苗, 宮腰由紀子, 小林敏生, 藤井宝恵: 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-, 29(4), 49-56, 2006.

西沢義子, 富澤登志子, 五十嵐世津子: 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, 29(4), 57-62, 2006.

糸嶺一郎, 鈴木英子, 叶谷由佳, 佐藤千史: 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 Factors Related to Reality Shock Experienced by New Graduate Nurses at University Hospitals, 29(4), 63-70, 2006.

江口 瞳, 寺澤孝文: 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, 29(4), 71-80, 2006.

上杉裕子, 藤田君支, 奥宮暁子: 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, 29(4), 81-87, 2006.

上田恵美子, 古川文子, 小林敏生: スタッフナースの健康関連QOLに職業性ストレス要因, 緩衝要因, 個人要因が及ぼす影響, Influences of Job Stressors, Buffer Factors, and Individual Characteristics on the HRQOL in Staff Nurses, 29(5), 39-47, 2006.

林 世津子, 柴田真紀: メンタルヘルス上の問題をもつ看護学生と関わる教員の葛藤 - 看護専門学校教員の面接調査から -, Teacher Conflict Related to Students with Mental Health Problems -Interviews with the Nursing School Teachers-, 29(5), 49-57, 2006.

久野典子, 山口桂子, 森田チエ子: 在宅で重症心身障害児を養育する母親の養育負担感とそれに影響を与える要因, The Sense of Burden of Mother with Severely Disabled Children at Home and the Related Factors, 29(5), 59-69, 2006.

近藤由香, 小板橋喜久代: がん患者の漸進的筋弛緩法の習得状況と自己練習継続による効果 - 身体的反応と主観的評価より -, The Acquisition Level of Progressive Muscle Relaxation and Effects of its Continuous Self Training in Cancer Patients -Physical Response and Subjective Appraisal-, 29(5), 71-82, 2006.

[技術・実践報告]

工藤うみ, 工藤せい子, 富澤登志子: 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, 29(4), 89-95, 2006.

尾原喜美子: 看護学生の関係づくり行動の変化 - 作成した関係づくり行動尺度を使用して -, Changes in Relationship -Establishing Behavior in Nursing Students-Evaluation Using Our Relationship-establishing Behavior Scale-, 29(5), 83-92, 2006.

[資 料]

山本多香子: 高齢者の日常生活に及ぼす集中的なモーニングケアの効果, Effects of Intensive Morning Care on Elderly People's Daily Living, 29(1), 107-117, 2006.

前田修子, 滝内隆子, 小松妙子: 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, Awareness in the Knowledge and Techniques Related to Infection Control by Visiting Nurses, 29(2), 103-111, 2006.

片平伸子: 医中誌Webを用いた日本の看護文献の定量的調査 - 医学文献およびMedline との比較から -, Quantitative

Investigation of Nursing Articles in Japan Using Ichushi Web, 29(2), 113-118, 2006.

西浦ちひろ，山田一朗，中谷茂子：大阪府T市内某救命救急センターに搬入されたDomestic Violenceの被害者に関する記述的研究，Descriptive Study on the Victims Caused by Domestic Violence Who were Sent to Emergency Critical Care Center at T City in Osaka Prefecture, 29(5), 93-102, 2006.

新居富士美，安部恭子，大島 操：消化管内視鏡検査における専門性として看護師に求められる能力－内視鏡部門に勤務する看護師を対象とした半構成的面接調査－，Technical Skill and Specialization of Nursing About Gastrointestinal Endoscopic Examination -A Survey of Semi-structured Interview to Nurses Who Worked at the Department of Endoscopy-, 29(5), 103-108, 2006.

前田修子，水島ゆかり，滝内隆子：在宅療養者への医療・衛生材料供給に向けての課題－在宅医療に携わる医師・看護師の職種と所属機関別の分析から－，Issues in Supplying Medical and Hygienic Materials to Patient Being Cared at Home -Occupations and Agencies Analyses of Doctors and Nurses Working in Home Care-, 29(5), 109-114, 2006.

2. 論文著者索引

あ

赤 司 千 波 29(4) 33
安 部 恭 子 29(5) 103
新 居 富士美 29(5) 103
安 東 由佳子 29(1) 45

い

五十嵐 世津子 29(4) 57
池 田 七 衣 29(5) 19
石 橋 照 子 29(1) 73
糸 嶺 一 郎 29(4) 63

う

上 杉 裕 子 29(4) 81
上 田 恵美子 29(5) 39

え

江 口 瞳 29(4) 71

お

大 釜 徳 政 29(2) 43
大 島 操 29(5) 103
大 森 和 子 29(1) 37
岡 田 ゆ み 29(1) 37, 29(2) 73
岡 村 仁 29(1) 73
沖 中 由 美 29(4) 23
奥 宮 暁 子 29(4) 81
小 野 美 喜 29(1) 97
尾 原 喜美子 29(5) 83
折 山 早 苗 29(4) 49

か

片 岡 健 29(1) 45
片 平 伸 子 29(2) 113
金 田 久 江 29(2) 19
叶 谷 由 佳 29(4) 63
鎌 倉 やよい 29(2) 19
亀 岡 智 美 29(5) 27
茅 原 路 代 29(1) 37
川 上 千普美 29(4) 33

き

北 宮 千 秋 29(2) 63

く

工 藤 う み 29(4) 89
工 藤 せい子 29(4) 89
國 方 弘 子 29(1) 37, 29(1) 67
久 野 典 子 29(5) 59

こ

小板橋 喜久代 29(5) 71
小 林 敏 生 29(1) 45, 29(4) 49
29(5) 39
小 松 妙 子 29(2) 103
近 藤 由 香 29(5) 71

さ

坂 本 洋 子 29(2) 33
佐 藤 千 史 29(4) 63
佐 藤 幸 子 29(2) 27
佐 野 明 美 29(2) 81

し

篠 原 純 子 29(4) 33
柴 田 真 紀 29(5) 49
白 井 文 恵 29(5) 19
白 田 久美子 29(2) 55
神 宝 貴 子 29(1) 37

す

鈴 木 英 子 29(4) 63

た

高 井 研 一 29(4) 41
滝 内 隆 子 29(2) 103, 29(5) 109
田 渕 康 子 29(1) 79

ち

樗 木 晶 子 29(4) 33

て

寺 澤 孝 文 29(4) 71

と

土 肥 義 胤 29(5) 19
富 澤 登志子 29(2) 63, 29(4) 57
29(4) 89

な

長 家 智 子 29(4) 33
中 嶋 和 夫 29(1) 67, 29(4) 41
中 谷 茂 子 29(5) 93

に

西 浦 ちひろ 29(5) 93
西 沢 義 子 29(4) 57
西 山 佳 奈 29(1) 89
新 田 純 子 29(4) 15

は

林 世津子 29(5) 49
原 頼 子 29(4) 33

ひ

平 井 さよ子 29(2) 81
平 岡 恭 一 29(2) 63
廣 瀬 春 次 29(1) 57

ふ

深 田 順 子 29(2) 19
藤 井 宝 恵 29(4) 49
藤 崎 郁 29(1) 89
藤 田 君 支 29(4) 81
舟 島 なをみ 29(5) 27
古 川 文 子 29(5) 39

ま

前 田 修 子 29(2) 103, 29(5) 109
前 田 勇 子 29(2) 55
松 岡 緑 29(4) 33
松 本 啓 子 29(4) 41

み

水 島 ゆかり 29(5) 109
宮 腰 由紀子 29(4) 49

宮崎文子 29(1) 79

も

森田チエ子 29(5) 59

森本(川原)淳子 29(2) 33

や

山口桂子 29(2) 81, 29(5) 59

山口真澄 29(2) 19

山下暢子 29(5) 27

山勢博彰 29(2) 95

山田一朗 29(5) 93

山村義孝 29(2) 19

山本多香子 29(1) 107

よ

吉村弥須子 29(2) 55

米田雅彦 29(2) 19

3. 事 項 索 引

あ			感染管理	29(2)	103
アサーティブネス	29(4)	63	冠動脈インターベンション	29(4)	33
洗い・簡易マッサージ	29(4)	89			
アルコール依存症	29(2)	73	き		
			器質性構音・音声機能低下	29(2)	43
い			記述的研究	29(5)	93
医師	29(5)	109	QOL	29(2)	55, 29(4) 81
遺族	29(1)	89	救急看護	29(5)	93
医中誌Web	29(2)	113	教育ニーズ	29(2)	103
医療・衛生材料	29(5)	109	教育ニード	29(5)	27
イレウス	29(1)	73	共分散構造分析	29(1)	45
因子構造	29(4)	71	虚血性心疾患	29(4)	33
			く		
え			工夫行動	29(2)	63
演習	29(5)	83	グラウンデッドセオリーアプローチ	29(1)	97
			クリティカルケア看護	29(2)	95
お			け		
老い	29(4)	23	経験年数別	29(2)	81
温浴	29(4)	89	健康関連QOL	29(5)	39
			原著論文	29(2)	113
か			こ		
介護サポート	29(1)	57	効果	29(1)	107
会話変容プロセス	29(2)	43	構造方程式	29(2)	95
覚醒水準	29(4)	49	交通事故	29(1)	89
学生との関わり	29(5)	49	高齢者	29(1)	107, 29(4) 23
学年変化	29(4)	71	コーピング	29(2)	95, 29(5) 39
家族介護者	29(1)	57, 29(4) 41	子ども	29(2)	27
家族関係	29(4)	33	さ		
家族ニード	29(2)	95	細菌の付着と遊離	29(5)	19
葛藤	29(5)	49	在宅ケア	29(5)	109
活動量	29(2)	19	三交代制勤務	29(4)	49
仮眠	29(4)	49	し		
がん患者	29(5)	71	GHQ	29(2)	55
関係づくり行動	29(5)	83	cns-face	29(2)	95
看護学教員	29(5)	27	自意識	29(5)	39
看護学生	29(5)	83	子宮内膜症	29(1)	79
看護教育	29(4)	71	自己管理行動	29(4)	33
看護教員	29(5)	49	自己効力感	29(2)	63
看護研究	29(2)	113	仕事意欲	29(2)	81
看護師	29(1)	45, 73	深夜勤務	29(4)	49
	29(2)	103, 29(4) 49	社会環境	29(2)	43
	29(5)	109	社会生活技能	29(1)	67
看護職	29(1)	79			
看護専門学校	29(5)	49			
看護場面	29(2)	33			
看護文献	29(2)	113			
観察方法	29(1)	73			

社会復帰背景の差異	29(2)	43	た		
尺度	29(4)	15, 81	退院援助	29(1)	97
重症心身障害児	29(5)	59	退院後の栄養評価	29(2)	19
集中的な	29(1)	107	ダイエット行動	29(4)	57
習得	29(5)	71	大学生	29(4)	57
手術後	29(2)	55	対人認知	29(2)	33
消化管内視鏡検査	29(5)	103	態度	29(2)	63, 29(4) 15
情動表現	29(2)	27	妥当性	29(4)	81
職業イメージ	29(4)	71	探索研究	29(1)	89
職業性ストレス	29(5)	39	断酒意識	29(2)	73
食事摂取量	29(2)	19			
食事療法	29(2)	63	ち		
食道がん	29(2)	55	地域生活	29(1)	37, 67
職場環境	29(4)	63	中堅看護師	29(2)	81
職場ストレッサー	29(1)	45	長期断酒	29(2)	73
女性性	29(4)	57			
自尊感情	29(1)	67	と		
自律的調整	29(2)	19	統合失調症	29(1)	67
神経難病	29(1)	45	統合失調症患者	29(1)	37
人工股関節置換術	29(4)	81	糖尿病	29(2)	63
新卒看護師	29(4)	63	頭髪	29(5)	19
身体障害	29(4)	23	ドメスティック・バイオレンス	29(5)	93
信頼性	29(4)	81			
心理的側面	29(4)	33	に		
			ニーズ	29(4)	41
す			日常生活	29(1)	107
ステレオタイプ	29(2)	33	認識	29(1)	79
			認知症	29(1)	57
せ			認知証	29(4)	41
生活の質	29(1)	37	認知的煩雑性	29(2)	33
精神健康状態	29(2)	55			
精神疾患患者	29(1)	73	の		
精神障害者	29(2)	33	能力	29(5)	103
精神的健康	29(4)	41			
性役割パーソナリティ	29(1)	79	は		
舌がん	29(2)	43	バーンアウト	29(1)	45
セルフヘルプ・グループ	29(1)	89	パターン分類	29(5)	93
漸進的筋弛緩法	29(5)	71	発達的变化	29(2)	27
洗髪	29(5)	19	母親	29(5)	59
専門性	29(5)	103	半構成的面接	29(5)	103
そ			ひ		
臓器移植	29(4)	15	被害者学	29(1)	89
臓器提供	29(4)	15	表示規則	29(2)	27
早期発見	29(1)	73			
相互作用	29(1)	97	ふ		
喪失	29(1)	57	ファカルティ・ディベロップメント	29(5)	27
足浴	29(4)	89	プロセス	29(1)	97

へ			ゆ		
変化	29(5)	83	幽門側胃切除術	29(2)	19
ほ			よ		
訪問看護	29(2)	103	養育負担感	29(5)	59
保温効果	29(4)	89	予期悲嘆	29(1)	57
ボディ・イメージ	29(4)	57	ら		
め			ラベリング	29(4)	23
メンタルヘルス上の問題	29(5)	49	り		
も			リアリティ・ショック	29(4)	63
モーニングケア	29(1)	107	リラクゼーション	29(4)	89, 29(5) 71
や			リハビリテーション	29(1)	97
役割ストレス認知	29(2)	81	臨地実習	29(5)	83

欧文

according to years of experience	29(2)	81	distal gastrectomy	29(2)	19
activity	29(2)	19	doctors	29(5)	109
aging	29(4)	23	domestic violence	29(5)	93
Alcoholism	29(2)	73	donation	29(4)	15
anticipatory grief	29(1)	57	early detection	29(1)	73
arousal level	29(4)	49	educational need	29(5)	27
assertiveness	29(4)	63	educational needs	29(2)	103
attitude	29(4)	15	effects	29(1)	107
attitude for a diet	29(2)	63	effects of shampoo	29(5)	19
			elderly people	29(1)	107, 29(4) 23
basic nursing practice	29(5)	83	emergency nursing	29(5)	93
behavioral devices for a diet	29(2)	63	emotional expression	29(2)	27
bereaved family	29(1)	89	endometriosis	29(1)	79
binding and release of bacteria	29(5)	19	esophageal cancer	29(2)	55
body image	29(4)	57	exploratory design	29(1)	89
burnout	29(1)	45			
			faculty development	29(5)	27
cancer patient	29(5)	71	family caregiver	29(1)	57, 29(4) 41
care support	29(1)	57	family needs	29(2)	95
change	29(5)	83	family relationship	29(4)	33
changes as students advance year-to-year	29(4)	71	femininity	29(4)	57
children	29(2)	27	food intake volume	29(2)	19
cns-face	29(2)	95	footbathing	29(4)	89
cognitive business	29(2)	33			
community	29(1)	67	gastrointestinal endoscopic examination	29(5)	103
conflict	29(5)	49	General Health Questionnaire	29(2)	55
Consciousness of temperance	29(2)	73	grounded theory approach	29(1)	97
coping	29(2)	95, 29(5) 39			
coronary intervention	29(4)	33	home care	29(5)	109
covariance structure analysis	29(1)	45	home nursing	29(2)	103
critical care nursing	29(2)	95	hot bath	29(4)	89
			HRQOL	29(5)	39
daily living	29(1)	107	human hair	29(5)	19
dementia	29(1)	57			
dementia	29(4)	41	Ichushi Web	29(2)	113
descriptive study	29(5)	93	ileus	29(1)	73
developmental changes	29(2)	27	impaired organic articulation/vocalization function		
diabetes	29(2)	63		29(2)	43
diet	29(2)	63	infection control	29(2)	103
diet behaviors	29(4)	57	influencing factors	29(4)	71
disability	29(4)	23	intensive	29(1)	107
discharge planning	29(1)	97	interaction	29(1)	97
display role	29(2)	27	ischemic heart disease	29(4)	33

job stress	29(5)	39	progressive muscle relaxation	29(5)	71
			psychiatric patient	29(2)	33
labeling	29(4)	23	psychological aspect	29(4)	33
Lead nurse	29(2)	81			
living in a community	29(1)	37	QOL	29(4)	81
Long-term temperance	29(2)	73	quality of life	29(1)	37
loss	29(1)	57	Quality Of Life	29(2)	55
master	29(5)	71	reality shock	29(4)	63
measure	29(4)	81	recognition	29(1)	79
medical and hygienic materials	29(5)	109	rehabilitation	29(1)	97
mental health	29(2)	55, 29(4) 41	relationship with student	29(5)	49
mental health problem	29(5)	49	relationship-establishing behavior	29(5)	83
morning care	29(1)	107	relaxation	29(4)	89, 29(5) 71
mother	29(5)	59	reliability	29(4)	81
			role stress perception	29(2)	81
nap	29(4)	49			
needs	29(4)	41	scale	29(4)	15
neurological intractable illness	29(1)	45	schizophrenic patients	29(1)	67
new graduate nurse	29(4)	63	self-consciousness	29(5)	39
night shift	29(4)	49	self-control	29(2)	19
nurse	29(1)	73, 29(4) 49	self-efficacy	29(2)	63
nurses	29(1)	45, 29(1) 79	self-esteem	29(1)	67
nurses	29(2)	103, 29(5) 109	self-help group	29(1)	89
nursing	29(2)	33	self-management behavior	29(4)	33
Nursing Articles	29(2)	113	seminar at college	29(5)	83
nursing education	29(4)	71	semi-structured interview	29(5)	103
nursing faculty	29(5)	27	sense of burden	29(5)	59
Nursing Research	29(2)	113	severely disabled children	29(5)	59
nursing school	29(5)	49	sex-role personality	29(1)	79
nursing student	29(5)	83	shizophrenic patient	29(1)	37
nursing teacher	29(5)	49	social environment	29(2)	43
nutritional evaluation after discharge	29(2)	19	social skills	29(1)	67
			specialization	29(5)	103
observation method	29(1)	73	speech modification process	29(2)	43
occupational image	29(4)	71	stereotype	29(2)	33
Original Articles	29(2)	113	structural equation	29(2)	95
patient with mental disorder	29(1)	73	technical skill	29(5)	103
pattern classification	29(5)	93	the differences in social reintegration background		
person perception	29(2)	33		29(2)	43
post operative	29(2)	55	three shift system	29(4)	49
process	29(1)	97	tongue cancer	29(2)	43

total hip arthroplasty	29(4)	81	warmth retention	29(4)	89
traffic accident	29(1)	89	washing and simple massage	29(4)	89
transplant	29(4)	15	work motivation	29(2)	81
			working environments	29(4)	63
university students	29(4)	57	work-related enironmental stressor	29(1)	45
validity	29(4)	81			
victimology	29(1)	89			

事務局便り

1 第33回学術集会演題申込条件について

平成16年度より学術集会演題申込条件が「発表年度会員であること。」と改正されましたので、入会年度をご確認の上、お申込みください。なお、詳細をホームページ及び最新の学会誌巻末の入会申込用紙の留意事項に記しておりますので、ご覧ください。

2 平成19年度・平成18年度会費納入について

本誌は平成18年度の最終号ですので、次年度用の年度会費振込用紙を同封致しております。皆様には平成19年度も会費を継続していただきますようお願い申し上げ、平成19年度会費 7,000円をお納めくださいますようお願い致します。

もし、平成18年度会費の納入がお済みでない場合には、平成18年度会費と平成19年度会費を合わせた金額をお振込くださいますようお願い致します。

会則第9章会計第22条のとおり、年度末までに「次年度からの退会」のお申し出がない限り、会員資格は自動的に継続されますので、今年度は既に29巻1号～4号を送付し、本日5号をお送りしております。年度末も迫っておりますので、できるだけ早く平成18年度会費をお振込くださいますようお願い致します。

なお、平成18年度会費納入の上で、「平成19年度からの退会」を希望される方は、平成18年度内（平成19年3月31日まで）に事務局まで文書でお申し出ください。

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、会員番号を必ずご記入ください。会員番号は、封筒のラベルに明記しております。同姓・同名の方がおられ、確認に必要ですので、ご協力をお願い致します。

3 送付先変更等の場合、変更届に新しい送付先等を楷書でお書きいただき、難しい読みの場合はフリガナを付記し、FAX（043-221-2332）またはメール（info@jsnr.jp）で、事務局までお知らせください。なお、変更届は、本誌の入会申込書の次の頁にございますので、ご利用ください。

4 下記の方が住所不明です。ご存知の方は、本人、または事務局までご連絡ください。

い0774 岩寄 弘幸（2004） お0708 大田 直実（2005） か0558 上村由香里（2005）
こ0385 小谷 愛子（2005） す0216 鈴木 雅子（2005） て0064 寺岡理恵子（2005）
ふ0323 藤井智恵子（2006） ほ0138 堀 弥生（2006） り0004 李 錦 純（2005）

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

日本看護研究学会では、ご登録の個人情報を慎重に取扱い、本会運営目的にのみ使用致しております。

日本看護研究学会雑誌

第29巻 5号

会員無料配布

平成18年12月20日 印刷

平成18年12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

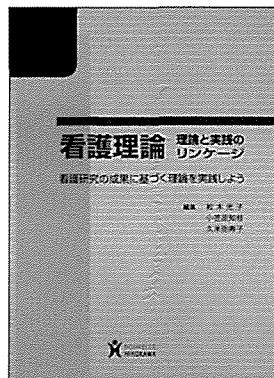
松木 光子

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授

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に、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) ペプロウの看護理論
 - 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

