

JOURNAL OF JAPANESE SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 30 Number 4 September 2007

ISSN 0285-9262

日本看護研究学会雑誌

[30巻 4号]

あなたの看護研究を世界に向けて発信しよう

from PROPOSAL to PUBLICATION

An Informal Guide to Writing about Nursing Research
by Elizabeth M. Tornquist

看護論文を 英語で書く

新刊

訳 園城寺康子 聖路加看護大学教授
田代 順子 聖路加看護大学教授
渡邊 容子 群馬県立県民健康科学大学助教授

看護研究の構想段階から、文献レビューや研究計画の進め方、研究計画書や研究論文の書き方、さらに雑誌投稿論文へのまとめ方までが、方法だけでなく考え方と共に書かれた論文作成ガイドブック。例示されている論文は看護系雑誌からのものを英文も併記し、用語の選び方、文章の書き方が具体的に示されているので、より自然な英語で英文が書け、英文抄録などを書く際の格好の手引きとなっている。

● A5 頁296 2007年 定価3,360円
(本体3,200円+税5%)
[ISBN978-4-260-00240-0]

消費税率変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。

■目次

- 第1部 研究計画を書く
 - 第1章 基本的アウトライン
 - 第2章 序論
 - 第3章 文献レビュー
 - 第4章 調査計画のための研究方法
 - 第5章 分析と利用計画
- 第2部 学位論文、博士論文、研究論文の書き方
 - 第6章 一般的なアウトライン
 - 第7章 根拠(序論と文献レビュー)
 - 第8章 研究論文における方法
 - 第9章 研究結果
 - 第10章 考察
- 第3部 研究論文から投稿論文を書く
 - 第11章 構成
 - 第12章 執筆計画を立てる
 - 第13章 標準的な投稿論文
 - 第14章 研究論文を投稿論文にする
 - 第15章 データから投稿論文を書く
- 第4部 研究計画書、研究論文、投稿論文の準備の補足
 - セクション1 フォーマット(書式)
 - セクション2 参考文献
 - セクション3 付録
 - セクション4 抄録
 - セクション5 研究結果の発表
 - セクション6 クエリー(照会状)
 - セクション7 助成金申請計画書の構成
 - セクション8 執筆補助

看護論文を 英語で書く

【訳】

園城寺 康子／田代 順子／渡邊 容子

from PROPOSAL to PUBLICATION
An Informal Guide to Writing about Nursing Research
by Elizabeth M. Tornquist

あなたの看護研究を世界に
に向けて発信しよう

看護研究を始める際の文献レビューや論理的構築のしかたなど、「研究計画書」の書き方から、論文にまとめ、雑誌への投稿論文を英語で書くためのガイドブック。英語の文例と比較しながら読むことで、英語で論文を書くための分かりやすい手引きとなっている。

医学書院



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 【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)

平成19年度日本看護研究学会総会において、次の事項が提案の通り承認されましたので、お知らせ致します。

1. 平成18年度事業および会計に関する報告
2. 将来構想検討委員会から提案：国際化に向けた基盤検討ワーキンググループの開設
3. 平成19年度事業計画および予算

平成19年7月28日

日本看護研究学会
理事長 山 口 桂 子

会 告 (2)

平成19年度日本看護研究学会総会において、第35回（平成21年度）学術集会長は、日本赤十字看護大学教授 川嶋 みどり氏に決定しました。

平成19年7月28日

日本看護研究学会
理事長 山 口 桂 子

会 告 (3)

平成19年度日本看護研究学会総会において、第36回（平成22年度）学術集会長は、岡山大学医学部保健学科教授 深井 喜代子氏に決定しました。

平成19年 7 月28日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

会 告 (4)

会則第4章 役員 第14条7)により、以下の委員を委嘱しました。

将来構想検討委員会 国際化に向けた基盤検討ワーキンググループ委員に

委員氏名：石川 陽子氏

所 属：首都大学東京健康福祉学部

平成19年 7 月28日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

会 告 (5)

学会賞および奨励賞に関する規程・細則の改正について以下の通り改正されました。

(趣旨)

現行

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

改正

この規程は、本学会の学術領域において優れた業績があったと認められる者の表彰に関し必要な事項を定める。

(種類)

現行

第2条 表彰および若手研究者の育成のために次の2つの賞を設ける。

改正

表彰に次の2つの賞を設ける。

(資格)

現行

第4条2) 奨励賞 (2) 推薦時に45歳未満であること。

改正 削除

(受賞者数)

現行

第6条2) 奨励賞は毎年度1名以内。

改正 奨励賞は毎年度5名以内。

平成19年7月28日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

会 告 (6)

第34回日本看護研究学会学術集会を下記のとおり、神戸市において開催いたしますのでお知らせいたします。

記

期 日：平成20年 8 月20日 (水), 21日 (木)

プレカンファレンスセミナー 19日 (火)

場 所：神戸ポートピアホール

〒650-0046 神戸市中央区港島中町 6 - 10 - 1

神戸国際会議場

〒650-0046 神戸市中央区港島中町 6 - 9 - 1

学術集会 事務局

企画運営本部

〒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内

第34回日本看護研究学会学術集会 事務局

T E L : 06 - 6429 - 9343 (大野)

F A X : 06 - 6429 - 9920

E-mail : jsnr@sonoda-u.ac.jp

ホームページ : <http://www.secretariat.ne.jp/jsnr34/>

<平成19年11月 開設予定>

学術集会参加申し込み等：

運営事務局

〒531-0072 大阪市北区豊崎 3 - 19 - 3 PIAS TOWER 11階

株式会社コンベンションリンケージ

T E L : 06 - 6377 - 2188

F A X : 06 - 6377 - 2075

E-mail : jsnr@secretariat.ne.jp

日本看護研究学会入会申込み等

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1 - 2 - 10

日本看護研究学会事務局

T E L 043 - 221 - 2331

F A X 043 - 221 - 2332

平成19年 9 月20日

第 34 回日本看護研究学会学術集会

会 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)

会 告 (7)

日本看護研究学会奨学会規程に基づいて、平成20年度奨学会研究の募集を行います。応募される方は、規程および次頁募集要項に従って申請して下さい。

平成19年9月20日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

日本看護研究学会奨学会規程

第1条 (名 称)

本会を日本看護研究学会奨学会（研究奨学会と略す）とする。

第2条 (目 的)

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

第3条 (資 金)

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

第4条 (対 象)

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

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

3) 原則として、本人の単独研究であること。

4) 推薦の手続きや様式は別に定める。

5) 奨学金は対象研究課題の1年間の研究費用に充当するものとして贈る。

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

第5条 (義 務)

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

第6条 (罰 金)

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

第7条 (委員会)

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

2) 委員会に委員長を置き、本会を総括する。

3) 委員会は次の事項を掌務する。

① 基金の財産管理及び日本看護研究学会理事長への会計報告

② 奨学金授与者の選考、決定及び理事長への報告

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

④ 奨学金授与者の選考及び授与者の義務履行については、別に定める。

第8条

委員会より報告を受けた事項は、日本看護研究学会理事長が総会に報告する。

第9条

奨学金を授与する者の募集規程は、委員会において別に定め、会員に公告する。

第10条

本規程は昭和54年9月24日より発効する。

付 則

1) 昭和59年7月22日 一部改正（会計年度の期日変更）実施する。

2) 平成6年7月29日 一部改正（会則全面改正に伴い）実施する。

3) 平成8年7月27日 一部改正実施する。

4) 平成11年7月30日 一部改正実施する。

日本看護研究学会奨学会 平成20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19年11月1日から平成20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、規程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 紙 屋 克 子 理事（筑波大学人間総合科学研究科ヒューマン・ケア科学専攻）

委 員 阿 曾 洋 子 理事（大阪大学大学院医学系研究科）

小 松 浩 子 理事（聖路加看護大学）

武 田 宜 子 会員（国際医療福祉大学大学院）

林 裕 子 会員（北海道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25万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 紙 屋 克 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 (8)

日本看護研究学会 学会賞および奨励賞に関する規程・細則および募集要項に基づいて、平成19年度学会賞の対象者を推薦して下さい。(第2回公告)

平成19年9月20日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

日本看護研究学会 学会賞および奨励賞に関する規程

(趣旨)

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

(種類)

第2条 表彰に次の2つの賞を設ける。

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

(審査対象)

第3条 審査対象は次のとおりとする。

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

(資格)

第4条 各賞は次の各号に該当する者に授与する。

- 1) 学会賞
(1) 10年以上日本看護研究学会会員であること。
- 2) 奨励賞
(1) 3年以上日本看護研究学会会員であること。
(2) 前条2号(1)の論文の筆頭者であること。

(推薦)

第5条 各賞に対する推薦は、次のとおりとする。

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

(受賞者数)

第6条 各賞の授賞者数は、次のとおりとする。

- 1) 学会賞は毎年度1名以内。
- 2) 奨励賞は毎年度5名以内。

(選考)

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

(決定)

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

(表彰等)

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

(規程の改正)

第10条 本規程の改定は、理事会の議を経て行う。

附則

(施行期日)

この規程は、平成13年4月1日から施行する。

- | | |
|---------------|------------------|
| 1) 平成15年7月23日 | 第3条 2)(2)削除する。 |
| 2) 平成16年7月28日 | 第4条 2)(3)一部削除する。 |
| 3) 平成18年4月16日 | 第3条第4条一部改正する。 |
| 4) 平成19年7月27日 | 第4条第6条一部削除改正する。 |

日本看護研究学会 学会賞および奨励賞に関する規程細則

(趣旨)

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

(選考基準)

第2条 各賞の選考は、次のとおりとする。

1) 学会賞

次のいずれかの条件を満たす者。

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

2) 奨励賞

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

(推薦方法)

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

(申請手続)

第4条 各賞候補者の申請は、次のとおりとする。

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

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

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

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

(選考委員会)

第5条 各賞の選考委員会は、次のとおりとする。

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

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

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

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

(その他)

第9条 副賞の内容については、当該年度の理事会において決定する。

第10条 提出書類(論文別刷を含む)は、返却しない。

(細則の改正)

第11条 本細則の改定は、理事会の議を経て行う。

附則

(施行期日)

この細則は、平成13年4月1日から施行する。

- 1) 平成15年7月23日 第4条1)(2)、2)(2) 第10条別冊を別刷りに改正実施する。
- 2) 平成18年4月16日 第2条一部改正する。

平成19年度学会賞募集要項

日本看護研究学会学会賞・奨励賞選考委員会

1. 応募方法・応募資格

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

2. 応募締切日

平成19年9月30日必着

3. 選考方法

日本看護研究学会学会賞・奨励賞選考委員会（以下学会賞・奨励賞選考委員会と略す）は、規程、細則に基づいて審査を行い、理事長に報告する。その後理事会において決定する。

4. 学会賞・奨励賞選考委員会

委員長 松 岡 緑 理事（学校法人福岡女学院看護大学設置準備室特任教授）

委員 影 山 セツ子 理事（天使大学教授）

〃 川 村 佐和子 理事（青森県立保健大学教授）

〃 黒 田 裕 子 理事（北里大学看護学部教授）

〃 小 山 真理子 理事（神奈川県立保健福祉大学教授）

（50音順）

5. 学会賞の交付

規程第9条、細則第9条により行う。

6. 応募書類は細則第10条により返却しない。

7. 学会賞申請書送付先

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

日本看護研究学会

学会賞・奨励賞選考委員会

委員長 松 岡 緑

目 次

ー原 著ー

柑橘系精油によるアロママッサージのリラクゼーション効果およびリフレッシュメント効果について ー皮膚コンダクタンスおよび気分形容詞チェックリストによる評価ー	17
群馬県総務局総務事務センター	小笠原 映 子
群馬大学	椎 原 康 史
群馬大学	小板橋 喜久代
群馬大学付属病院	中 寛 広 美
篠塚病院	永 松 一 真
中央群馬脳神経外科病院	秋 好 力
深谷日本赤十字病院	鶴 田 晴 美
聖マリア学院大学	安 藤 満 代
特定機能病院における早期退院支援を目的としたスクリーニング票の導入および妥当性の評価	27
東北大学医学部保健学科看護学専攻	森 鍵 祐 子
山形大学医学部看護学科地域看護学講座	叶 谷 由 佳
山形大学医学部看護学科地域看護学講座	大 竹 まり子
山形大学医学部看護学科地域看護学講座	赤 間 明 子
山形大学医学部看護学科地域看護学講座	鈴 木 育 子
山形大学医学部看護学科地域看護学講座	小 林 淳 子
山形大学医学部附属病院	田 代 久 男
東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科健康情報分析学	佐 藤 千 史
東海地域のゲイ・バイセクシュアル男性のHIV抗体検査の受検動機と感染予防行動	37
名古屋市立大学大学院看護学研究科	金 子 典 代
高山厚生病院	内 海 真
名古屋市立大学大学院看護学研究科	市 川 誠 一
ケア提供者に対する施設入居高齢者の隠された主張 ーもっとできる自分を知ってほしいー	45
愛媛県立医療技術大学	沖 中 由 美
ー研究報告ー	
抑うつを伴う施設入居高齢者の構造的ライフレビューによる心理的プロセス	53
久留米大学医学部看護学科	古 村 美津代
地域在住高齢者の抑うつの関連要因 ーN県N町の老人クラブの調査結果ー	61
県立長崎シーボルト大学看護栄養学部看護学科	古 川 秀 敏
県立長崎シーボルト大学看護栄養学部看護学科	国 武 和 子
在宅高齢者の検（健）診行動に関連する要因	67
鳥取大学医学部保健学科	谷 垣 静 子
鳥取大学医学部保健学科	乗 越 千 枝
鳥取大学医学部保健学科	仁 科 祐 子

背部温罨法の温度の相違による効果の検討	75
愛知県立看護大学 深 田 順 子	
愛知県立看護大学 鎌 倉 やよい	
名古屋第二赤十字病院 日比野 友 子	
独立行政法人国立病院機構豊橋医療センター 伊 東 美 穂	
愛知県がんセンター中央病院 羽田野 杏 子	
介護スタッフが認知症高齢者に用いるコミュニケーション技法の特徴とその関連要因.....	85
名古屋市立大学看護学部 山 田 紀代美	
静岡県立大学 西 田 公 昭	
褥瘡に対する訪問看護の標準化に関する研究	
ークリティカルパス使用効果についてー	93
山形大学医学部看護学科地域看護学講座 叶 谷 由 佳	
ー技術・実践報告ー	
介護老人保健施設入所者とケアスタッフのライフストーリー面談における相互作用の変化.....	105
島根大学医学部看護学科 原 祥 子	
神戸市看護大学 小 野 光 美	
神戸市看護大学 沼 本 教 子	

CONTENTS

Original Papers

The Relaxing and Refreshing Effects of Aromatherapeutic Massage Using Citrus Fruit Essential Oil – Evaluation Using Skin Conductance and a Mood Adjective Check List –	17
Gunma Prefectural Personnel Support Center : Eiko Ogasawara Gunma University : Yasufumi Shiihara Gunma University : Kikuyo Koitabashi Gunma University Hospital : Hiromi Nakajima Shinoduka Hospital : Isshin Nagamatsu Central Gunma Neurosurgical Hospital : Chikara Akiyoshi Fukaya Red Cross Hospital : Haremi Tsuruta St. Mary's College : Michiyo Ando	
Introduction of a Screening Tool to Support Early Discharge in Special Functioning Hospitals and Evaluation of the Validity of the Screening Tool	27
Department of Nursing, Tohoku University School of Health Sciences : Yuko Morikagi Course of Community Health Nursing, School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine : Yuka Kanoya Course of Community Health Nursing, School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine : Mariko Ohtake Course of Community Health Nursing, School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine : Akiko Akama Course of Community Health Nursing, School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine : Ikuko Suzuki Course of Community Health Nursing, School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine : Atuko Kobayashi Yamagata University Hospital : Hisao Tashiro Analytical Health Science, Graduate School of Health Sciences, Tokyo Medical and Dental University : Chifumi Sato	
HIV Testing Behavior and HIV Preventive Behavior among Gay and Bisexual Men in Tokai Area	37
Nagoya City University Graduate School, Department of Nursing : Noriyo Kaneko Takayama Kosei Hospital : Makoto Utsumi Nagoya City University Graduate School, Department of Nursing : Seiichi Ichikawa	
The Demands by Elderly People in the Facility against their Caregivers – We'd Like Caregivers to Know There's Something More to Do on Our Own –	45
Ehime Prefectural University of Health Sciences : Yumi Okinaka	

Research Reports

Psychological Process through Structured Life Review Sessions of the Institutionalized Elderly with Depression	53
Kurume University School of Nursing : Mitsuyo Furumura	
Depression and Related Factors Among Community-Dwelling Elderly People Results of Survey Based on Members Belonging to a Seniors Club in N-town, N-prefecture	61
Department of Nursing, Siebold University of Nagasaki : Hidetoshi Furukawa	
Department of Nursing, Siebold University of Nagasaki : Kazuko Kunitake	
Factors Associated with Participation in Periodic Health Examinations of the Community Dwelling Elderly People	67
School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Tottori University : Shizuko Tanigaki	
School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Tottori University : Chie Norikoshi	
School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Tottori University : Yuko Nishina	
Effect of Hot Compresses Applied to Back Regions Using Different Temperatures	75
Aichi Prefectural College of Nursing & Health : Junko Fukada	
Aichi Prefectural College of Nursing & Health : Yayoi Kamakura	
Nagoya Daini Red Cross Hospital : Tomoko Hibino	
National Hospital Organaization Toyohashi Medial Center : Miho Ito	
Aichi Cancer Center : Kyoko Hatano	
Characteristics and Related Factors of Nursing Assistants' Communication Strategies for Persons with Dementia	85
Nagoya City University School of Nursing : Kiyomi Yamada	
University of Shizuoka School of Nursing : Kimiaki Nishida	
A Study on the Standardization of Decubitus Nursing Care in Visiting Nursing — The Effect by Using Critical Path —	93
Course of Community Health Nursing, School of Nursing, Yamagata University : Yuka Kanoya	
Technical Report	
Changes in Interaction between Elderly Health Service Facility Residents and their Caregivers through Life Story Interviews	105
Shimane University Faculty of Medicine School of Nursing : Sachiko Hara	
Kobe City College of Nursing : Mitsumi Ono	
Kobe City College of Nursing : Kyoko Numoto	

柑橘系精油によるアロママッサージのリラクゼーション効果

およびリフレッシュメント効果について

—皮膚コンダクタンスおよび気分形容詞チェックリストによる評価—

The Relaxing and Refreshing Effects of Aromatherapeutic Massage Using Citrus Fruit Essential Oil

— Evaluation Using Skin Conductance and a Mood Adjective Check List —

小笠原 映 子 ¹⁾	椎 原 康 史 ²⁾	小坂橋 喜久代 ²⁾	中 嶋 広 美 ³⁾
Eiko Ogasawara	Yasufumi Shiihara	Kikuyo Koitabashi	Hiromi Nakajima
永 松 一 真 ⁴⁾	秋 好 力 ⁵⁾	鶴 田 晴 美 ⁶⁾	安 藤 満 代 ⁷⁾
Isshin Nagamatsu	Chikara Akiyoshi	Haremi Tsuruta	Michiyo Ando

キーワード：アロマセラピー、リラクゼーション、リフレッシュメント、皮膚コンダクタンス、柑橘系精油
Key Words : aromtherapy, relaxation, refreshment, skin conductance, citrus fruit essential oil

I. はじめに

アロマセラピーは芳香をもつ植物から抽出された精油を用いて、心身のバランスを整える自然療法の一つであり、香りの呈示方法としては、吸入、マッサージ、温浴などがある¹⁾。

このアロマセラピーにはリラクゼーション効果があることが知られており、自律神経活動を中心とした生理学的指標、および不安尺度などの心理学的指標で確認されている²⁾³⁾。吉田ら²⁾は、ラベンダー精油の吸入により血圧が低下し、皮膚血流量が増加したことから、交感神経系を抑える作用があったと述べている。また斉藤ら³⁾も、ラベンダーなどの精油を吸入させたところ、心拍数が減少し、心理学的指標においてもリラクゼーション効果を認めたと報告している。

看護場面において、アロマセラピーは、睡眠の促進⁴⁾、分娩時のリラクゼーション⁵⁾など、不安や緊張の緩和、身体およびメンタル面のケアを目的として導入されつつある。

アロマセラピーに用いられることが多いマッサージは、末梢血管を拡張し、筋トーンスを低下させ、血管・リンパ管・組織液の流動性を高めて、静脈還流を増し、緊張を低下させる効果が知られており、看護場面でもリラクゼーションを目的として行われてきた⁶⁾⁷⁾。マッサージの効果は心理学的指標を用いた研究では確認されているが、生

理学的指標においては再現性のある結果が得られていない⁸⁾。森ら⁹⁾は右上腕部のマッサージにより、心拍数の減少、心拍変動係数(CV)の上昇など、副交感神経機能の亢進を報告しているが、松下ら¹⁰⁾は、脳波、血圧、心電図において変化を認めていない。

次に、アロマセラピーとマッサージの相乗的な効果を期待するアロママッサージについては、看護場面で、宮内ら¹¹⁾が、がん患者に対してラベンダーを用いたアロママッサージを行ったところ倦怠感を低下させたと報告している。また、山崎¹²⁾は整形外科疾患患者に対し、ラベンダーを用いたアロママッサージを行ったところ、動脈血流速、深部温及び体表面温はマッサージ後増加し、疼痛は軽減したと報告している。

一方、殿山ら¹³⁾は健常者を対象としてサイプレスという精油を加えたオイルマッサージを行い、表面・深部温の上昇を報告している。しかし、殿山ら¹⁴⁾はまた、ベルガモットを使用したオイルマッサージで、心拍数、心拍変動係数(CV)、指尖容積脈波、血圧、表面温、深部温、サーモグラフィーを指標として、リラクゼーション効果を確認しているが、精油の有無によるその効果の程度に違いは検出できなかったと報告している。以上のように、アロママッサージの効果に精油の有無や種類がどのように影響しているかについては、統制された実験研究が行われていない。また精油の種類についても、ラベンダーなど鎮静作用

1) 群馬県総務局総務事務センター Gunma Prefectural Personnel Support Center

2) 群馬大学 Gunma University

3) 群馬大学付属病院 Gunma University Hospital

4) 篠塚病院 Shinoduka Hospital

5) 中央群馬脳神経外科病院 Central Gunma Neurosurgical Hospital

6) 深谷日本赤十字病院 Fukaya Red Cross Hospital

7) 聖マリア学院大学 St. Mary's College

があるとされる精油群と、レモンなど覚醒作用が予想される精油群が漠然と区別されてきたのみである。

一般的にアロマセラピーの分野では、鎮静作用のある精油群の効果には『リラクゼーション』が用いられることが多いが、覚醒作用があるとされる柑橘系精油については『リフレッシュ』あるいは『リフレッシュメント』という用語が明確な定義がされないまま用いられており、柑橘系精油を用いたアロママッサージにおける『リフレッシュメント効果』を確認した研究は見あたらない。

しかしながら、柑橘系精油を用いたアロママッサージの効果を、心理学的生理学的に検討した報告は少なくない。

臨床研究では、柑橘系精油で重度痴呆患者のQOLの改善¹⁵⁾、レモン精油などを高齢者に使用した際のHDS-Rでみた認知機能の改善¹⁶⁾が報告されている。

一方、基礎研究では、加藤ら¹⁷⁾が、レモン精油の吸入による末梢血流量の増加と瞳孔の縮小を報告している。深井ら¹⁸⁾も、オレンジ精油の吸入後、一過性に局所発汗量、血圧および心拍数の減少、圧痛閾値の増加を観察している。また山崎ら¹⁹⁾も、グレープフルーツ精油による肩・手のマッサージにより、筋緊張の緩和、体表面温の上昇を確認した。しかし、これらの柑橘系精油についての結果はいずれも、交感神経系の抑制または副交感神経系の促進、すなわち『リラクゼーション効果』として表現されており、『リフレッシュメント効果』の文脈では解釈されていない。また、覚醒水準に関する一般的な研究でも、『リラクゼーション効果』については生理学的あるいは心理学的な指標により検討されているが、『リフレッシュメント効果』については見あたらない。

『リラクゼーション効果』を評価する生理学的指標としては、生体に生じるストレス反応を計測する血圧、心拍数、サーモグラフィーなどが用いられてきたが、皮膚コンダクタンス (skin conductance, 以下SC) は、交感神経支配の汗腺活動に基づく精神性発汗を測定する精神生理学的な指標で、自律神経系の覚醒水準を反映する指標である。しかしながら、リラクゼーション効果を検証する指標として、SCを用いた研究は多くない。

吉田ら²⁾は、鎮静系の精油と位置づけられているラベンダーの吸入により、SCの低下を確認しているが、マッサージおよびアロママッサージによるリラクゼーションの効果について、SCを用いて検証した研究は見あたらない。

リラクゼーション効果を評価する心理学的指標としては、気分プロフィール検査POMS (Profile of Mood States, 以下POMS) や不安尺度STAI (State-Trait Anxiety Inventory) が用いられてきたが、覚醒については明らかにされていない。気分については、日本語版気分形容詞チェックリスト (Japanese UWIST Mood Adjective

Checklist, 以下JUMACL) の質問項目が、緊張・リラクゼーションの程度を示す『緊張覚醒』、および活力・元気を示す『エネルギー覚醒』の2種から構成されている。『緊張覚醒』の低下はリラクゼーション効果、また『エネルギー覚醒』の上昇はリフレッシュメント効果と関連しているように思われるが、そのような観点で結果を整理した研究は見あたらない。

以上のように、アロママッサージにおいては、リラクゼーション効果を中心に検討されており、リフレッシュメント効果の分析は少ない。さらにリフレッシュメント効果が期待される柑橘系の精油を用いた研究も少ない。また分析に用いる自律神経系指標として皮膚コンダクタンス (SC) を用いた研究は少なく、心理学的指標としてJUMACLを用いた研究も見あたらない。

そこで、本研究ではまず最初に、文献検討により、アロマセラピーの分野で明確に定義されないまま用いられている²⁾²⁰⁾²¹⁾ リフレッシュメント効果という概念について考察し、『リラクゼーション効果』、『リフレッシュメント効果』の関係について概念的な整理を試みた。次に、柑橘系精油のオイルマッサージの効果について、『リラクゼーション効果』および『リフレッシュメント効果』の二つの視点から検証するため、アロマオイルマッサージによる覚醒水準の変化をSCを用いて測定し、またJUMACLを用いて施術前後の気分変化を測定して、リラクゼーション効果およびリフレッシュメント効果を分析することとした。

Ⅱ. リラクゼーション効果とリフレッシュメント効果についての概念整理

『リラクゼーション』の概念については、これまでストレス、交感神経の緊張が低い状態として、一貫して位置づけられてきたが、『リフレッシュメント』については、脳波などの中枢神経系の指標あるいは、自律神経系の指標における覚醒水準の上昇により表現される場合もあり、一貫性のない使い方がされている。従って、『リラクゼーション効果』と『リフレッシュメント効果』について、概念的な位置づけ、意味づけを整理する必要があると思われる。

1. リラクゼーション効果と『緊張覚醒』

Matthewsら (1990) が開発した気分形容詞チェックリストの日本語版、JUMACLにおけるサブスケールの一つである『緊張覚醒』は、ストレスや交感神経系の緊張状態との関連で用いられることが多い。

Thayerら²²⁾は、高い『緊張覚醒』は緊張と不安、低い『緊張覚醒』は落ち着きと平穏として経験されると述べ、交感神経系の緊張状態と関連づけている。Pollardら²³⁾は『緊張覚醒』と交感神経系の生理学的指標である血圧との正の相関を報告している。またMatthewsら²⁴⁾は『緊張覚

醒』には心拍数と正の相関があり、作業負荷や痛みで『緊張覚醒』が増加し、リラクゼーション技法のひとつであるJacobsonの漸進的筋弛緩法により『緊張覚醒』が低下したと報告している。

Marekら²⁵⁾は、音の刺激に対して、高い『緊張覚醒』の被験者は、高いSCLを示し、『緊張覚醒』とSCLとの関連を示している。

このように、『緊張覚醒』と交感神経系の生理学的指標との関連が位置づけられている。

2. リフレッシュメント効果と『エネルギー覚醒』

MACLの因子分析に基づいて、最初に『エネルギー覚醒』を定義したThayerら²²⁾は、高い『エネルギー覚醒』は、主観的に『エネルギー・活力があり、元気が良い状態(peppiness)』として経験されると説明している。

一方、吉田らは²⁾、ローズマリー吸入後の内省報告で、『リフレッシュ・すっきりとした気分』が得られると報告している。また原田ら²⁰⁾は、レモングラス吸入時に、脳波などの生理学的指標における覚醒度の上昇を確認し、リフレッシュメント効果があると報告している。平田ら²¹⁾は、このようなレモングラスにリフレッシュメント効果があるという報告を前提として、レモングラス吸入時に、光トポグラフィーにおける覚醒度の上昇を確認し、さらにPOMSの変化を調べ、ラベンダーでは『活力・元気さ』の得点が低下したが、レモングラスでは『活力・元気さ』の得点は低下しなかったと、レモングラスのリフレッシュメント効果を報告している。佐々木ら²⁶⁾は、暗算課題後半でスイートオレンジの吸入を行った場合、POMSの下位項目である『活気』の低下が少なかったと報告している。

このようにアロマセラピーの分野では、アロマ吸入の効果として、リフレッシュメント効果という表現を用いてお

り、内省報告あるいは質問紙では、『すっきりする』、『活力・元気さ』という表現を用いている。一方、生理学的指標では、覚醒水準の上昇として、リフレッシュメント効果が表現されているが、大脳皮質レベルにおける中枢性の覚醒水準の上昇と関連づけた報告も少なくとも²⁰⁾²¹⁾、この点は『緊張覚醒』が自律神経系覚醒 (autonomic arousal) との文脈で語られることが多いことと、対比をなしている。

以上のように、リフレッシュメント効果は、『活力・元気さ』として表現されており、『エネルギー覚醒』も同様に『活力・元気さ』として位置づけられている。従って、高い『エネルギー覚醒』は、リフレッシュメント効果を表現すると考えることができる。

3. リラクゼーション・リフレッシュメントの関係について (図1参照)

Matthews (1990) ら²⁴⁾は、気分が『快感度』、『エネルギー覚醒』および『緊張覚醒』の3因子から構成されていると提唱し、形容詞チェックリストUMACLを作成した。また、『エネルギー覚醒』が高く、『緊張覚醒』が低い状態は『快感度』が高い状態、『エネルギー覚醒』が低く、『緊張覚醒』が高い状態は『快感度』が低い状態と2因子でも気分を説明している。一方、UMACLを日本語版に改訂した際に『快感度』因子が吸収され、『エネルギー覚醒』および『緊張覚醒』の2因子になった。

このようなMatthewsの概念をもとに、我々は『緊張覚醒 (Tense arousal)』、『エネルギー覚醒 (Energetic arousal)』、『リラクゼーション (Relaxation)』および『リフレッシュメント (Refreshment)』の概念を整理し、改変したスキーム (図1) を提案する。

X軸は『緊張覚醒』で、高い『緊張覚醒』 (High tense arousal) は「緊張」と「不安」、低い『緊張覚醒』 (Low

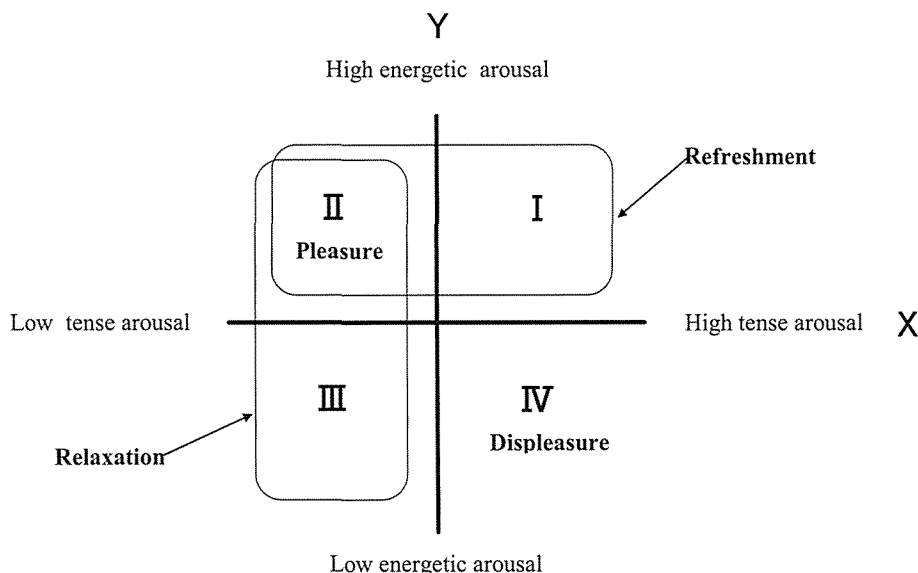


図1 『Relaxation』および『Refreshment』の関係 (Matthews (1990) 文献24) の図1を改変)

tense arousal) は「落ち着き」と「平穏」、すなわち『リラクゼーション』を意味する。

Y軸は『エネルギー覚醒』で、高い『エネルギー覚醒』(High enegertic arousal) は「活力があり、元気が良い状態(peppiness)」, すなわち『リフレッシュメント』を示し、低い『エネルギー覚醒』(Low enegertic arousal) は「疲労(tiredness)」を意味する。従って、図のX・Y軸で分けられた4領域をそれぞれ第Ⅰ～Ⅳ領域とすると、ⅠとⅡは『リフレッシュメント』, ⅡとⅢは『リラクゼーション』と位置づけられる。

第Ⅰ領域は、『エネルギー覚醒』が高く、『リフレッシュメント』と位置づけられるが、『緊張覚醒』が高い。この例として、Quinlan²⁷⁾ は、カフェイン摂取により、『エネルギー覚醒』は上昇し、SC, 血圧, 心拍数および皮膚温の上昇など交感神経系の緊張も増加したと報告している。つまり、カフェイン摂取は、『リフレッシュメント』をもたらすが、同時に不快な高い緊張をもたらす面もあると考えられる。

第Ⅱ領域も『エネルギー覚醒』が高く、『リフレッシュメント』と位置づけられるが、同時に、『緊張覚醒』も低く、『リラクゼーション』とも位置づけられる。

先行研究では、音楽²⁸⁾、回想法²⁹⁾、運動³⁰⁾の実施後に『緊張覚醒』が低下し、『エネルギー覚醒』が増加したという報告がある。これらは、『リフレッシュメント』と『リラクゼーション』とをあわせもつⅠからⅣの領域中、最も好ましい状態と考えられる。

第Ⅲ領域は、『緊張覚醒』が低く、『リラクゼーション』と位置づけられるが、『エネルギー覚醒』も低く、活気のない状態である。平田ら²¹⁾ は、鎮静的作用があるとされるラベンダーの吸入により、POMSの『不安、不快、怒り、うつ』は低下したが、『活気、元気さ』も低下したと報告している。この領域での『リラクゼーション』には、活性の低下という不利な側面が見られるが、入眠前の利用などには適しているかもしれない。

第Ⅳ領域は、『エネルギー覚醒』が低く、元気がない状態であり、同時に『緊張覚醒』が高く、『緊張』と『不安』が亢進した状態である(Displeasure)。この領域は、不安を伴う抑うつ状態を示す気分と関連するもので、Miyazakiら³¹⁾ も、この組み合わせが、抑うつ状態と関連していることを報告している。

以上のように、『リラクゼーション』、『リフレッシュメント』のいずれにもそれぞれ質の異なる状態があると思われる、第Ⅱ領域は、『リラクゼーション』および『リフレッシュメント』の2つの要素を合わせ持つ快適な状態(Pleasure)といえる。

Ⅲ. 柑橘系精油によるアロママッサージの効果の検証

1. 対象および方法

1) 対象

群馬大学医学部疫学研究に関する倫理審査により承認を得た後、大学に在学中の女子学生35名について実験を行った。全員paid volunteerとし、実験についての説明書を渡し、研究の目的、実験中のいつでも中止できること、個人のプライバシーは保護されることを説明し、同意と承諾署名を得た。なお、被験者を、オイルマッサージ時に柑橘系の精油を加えたアロマ群と精油を加えないコントロール群にランダムに振り分けた。アロマ群は15名(21.1±4.4歳)、コントロール群は20名(20.6±3.0歳)であった。両群間に年齢の平均値における有意差は認められなかった($t=0.343$, $p=0.734$)。

2) 用語の操作的定義

(1) リラクゼーション(Relaxation): 生理学的には、自律神経系の覚醒水準が適度に維持され、主観的には、緊張や不安がなく、心身が落ち着いた状態。

(2) リフレッシュメント(Refreshment): 疲労感がなく、活気があり、気分がさわやかな状態。

3) 実験条件

実験は、2004年1月～2月に、温度25℃、湿度50%にコントロールした人工気候室内で行った。室内に香りが残らないよう、被験者毎に5分間、窓を開け、扇風機を用いて換気した。被験者はリクライニングの椅子に座った状態でマッサージを受けた。ハンドマッサージは、日本アロマセラピー学会が主催するアロママッサージの基礎研修を修了した1名が、全ての被験者に実施した。

4) 実験の手続き

実験の所要時間は約40分であった。また、実験中の被験者への語りかけの内容(教示)は統一した。

実験前に、オレンジの香りに嫌悪感がないことを、実験の前に「柑橘系の香りは苦手ではありませんか?」と実験者が全被験者に口頭で確認し、実験に用いるマッサージオイルのパッチテストを肘窩で行った。

実験は図2の順序で実施した。まず最も自律神経系の緊張が高いと予想される片足立位をとらせ(片足立位セッション: 1分間)、次に、自律神経系の緊張が低いと予想される体位として、安静閉眼での座位(安静1セッション: 2分間)をとらせた。次に、心理的なストレスを負荷するため、図版の記憶・再認テスト(図版の呈示セッション: 2分間・再認セッション: 約4～8分間)を実施し、続けてJUMACLを記入させた。その後、被験者の上衣の袖を肘までまくり(マッサージ準備セッション)、再び安静閉眼での座位をとらせた(安静2セッション: 2分間)。さらに、その状態のまま10分間のハンドマッサージを行っ

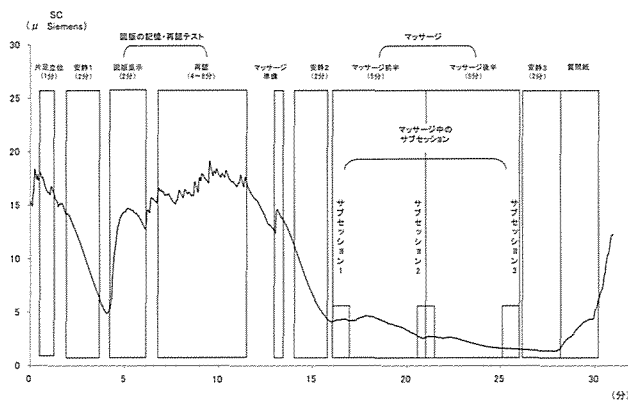


図2 セッション構成とSC経過のサンプル

た。前半5分では、右手のマッサージを（マッサージ前半セッション）、続けて後半5分では、左手のマッサージを施行した（マッサージ後半セッション）。次に、安静閉眼での座位（安静3セッション：2分間）をとらせ、再び、JUMACLを実施した（質問紙セッション）。

永松ら³²⁾は、体位変換による緊張が完全な安静レベルまで低下するのに3～4分間を要すると報告している。本実験の目的はアロママッサージによる覚醒水準の低下のあり方を繊細に分析することにあるので、安静セッション2の長さは、完全に緊張が低下しきらないよう2分間に設定し、安静セッション1, 3もそれに合わせた。

実験後は、控え室で、実験およびアロママッサージの感想について、自由記載のアンケートを実施した。

5) マッサージの方法

ハンドマッサージは背部や下肢に比べて施行が簡便であり、対象者と実施者が対面となり、コミュニケーションがとりやすいという特徴があることから、マッサージ部位として上肢を選んだ。

マッサージの方法は、手掌で軽く圧をかけながら行う軽擦法とし、前腕1分→手掌1分→手指1分→手背1分→前腕1分の順序で各上肢に5分間、両上肢で計10分間のマッサージを施行した。

6) マッサージオイル

アロマ群におけるマッサージオイルは、スイートアーモンドオイル5 mlにスイートオレンジ（サノフロール社 LOT LF3190567）2滴を加えた2%濃度アロマオイルとし、被験者毎に調合した。コントロール群におけるマッサージオイルは、スイートアーモンドオイルのみ5 mlを使用した。

7) 図版の記憶・再認テスト

本実験ではストレス負荷を与えて一旦覚醒水準を高める意図で、図版の記憶・再認テストを行った。図版は安藤が作成した再認記憶実験のネコ画像³³⁾を一部改変して使用した。

8) 測定機器と評価指標

(1) 皮膚コンダクタンス (SC)

SCは精神性発汗をコンダクタンスの変化として生理学的に測定する方法であり、自律神経系の覚醒水準を反映する。電極を装着する部位は、通常手掌が用いられているが、本実験では手掌を含めた上肢のマッサージを行うため、左足底部の足底弓および外側中央部の2箇所とした。なお、事前に行った手掌と足底でのSC同時測定では、同等の変動が得られていることを確認した。

電極装着部位をアルコール綿で軽く清拭し、ディスプレイ電極（Biorode, NEC Medical Systems社）を装着した。電極のnippleをクリップで挟んで、リード線は小型SC記録器（PT-SC1, ヴェガシステムズ）の入力端子に接続した。電極間のコンダクタンスは0～100 μ Siemensから ± 1 Vに変換された。出力は直流記録計（INR-9000, 東亜電波）へ入力し、60mm/minのchart speedで記録紙にペン書き記録しながら、20HzでA/D変換した。SC記録は、波形処理プログラム（INRD）により、4秒おきのデータを出力し、30分間のトレンドグラフを作成した。

SCは、実験手続きの順に、各セッションでのSCの平均値を算出した。さらに、ハンドマッサージ中の変化を詳細に分析するため、マッサージ前半セッションおよびマッサージ後半セッションについて、つぎのようなサブセッションを区分した。前半開始時の1分間を「サブセッション1」、前半終了前30秒と後半開始後30秒の合わせて1分間を「サブセッション2」、後半終了前1分間を「サブセッション3」とし、これら3ヶ所の平均SC値を算出して、分析に用いた。

(2) 短縮版JUMACL

Matthewsら（1990）が開発したUMACL（University of Wales Institute of Science and Technology Mood Adjective Checklist²⁴⁾を白澤ら³⁴⁾が翻訳してさらに20項目に簡便化した短縮版JUMACL（以下単にJUMACLとする）を用いた。JUMACLには『緊張覚醒』および『エネルギー覚醒』の2つのサブスケールがあり、回答は4段階で記入させ、サブスケール別にスコアを算出し、分析に用いた。これらのサブスケールは個人の特性に依存する（trait dependent）のではなく、状態依存性（state dependent）の尺度であるとされている。

9) 統計処理

以上の統計的処理は、SPSS 12.0Jを用いた。統計解析の結果は危険率5%を「統計学的に有意」として表した。

2. 結果

1) ストレス負荷に対するSC値の変化

図3の各セッションでSCの推移を概観すると、実験開始時の「片足立位」で最も高いが、「安静1」で下降し、「図

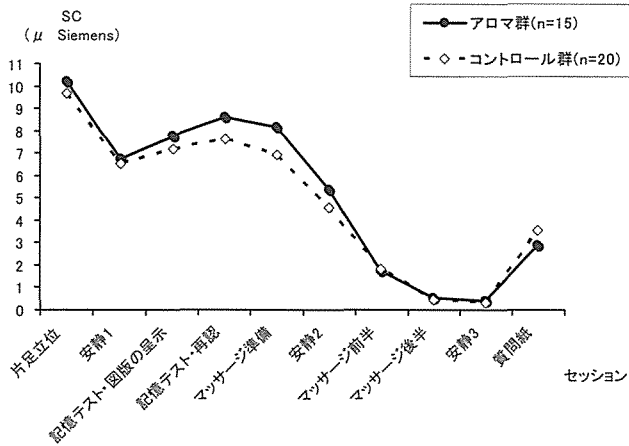


図3 各セッションにおけるアロマ群・コントロール群のSCの変化

版提示・再認」で再上昇した。その後、「安静2」、「マッサージ前半」、「マッサージ後半」と次第に下降し、「安静3」では最も低くなり、平坦となったが、「質問紙」で再び上昇した。「片足立位」による生体負荷、「図版提示・再認」提示による心理的負荷に対して、SCが上昇を示したことから、SCは被験者の覚醒状態をよく反映していることが確認された。

2) アロママッサージの効果

サブセッション1, 2, 3に対するアロマ群とコントロール群の影響を見るために、二元配置分散分析を用いて、交互作用及び主効果を検討した。

(1) SC

サブセッション1, 2, 3のSC平均値の経時的変化について図4に示した。

まず最初に、サブセッション1, 2, 3のSC平均値に対する両群間の交互作用を見たところ、 $F(1, 33) = 0.12$, n.s.と有意差は認められなかった。両群におけるSC平均値の低下の程度に差がないことが示された。

次に、サブセッション1, 2, 3のSC平均値に対するア

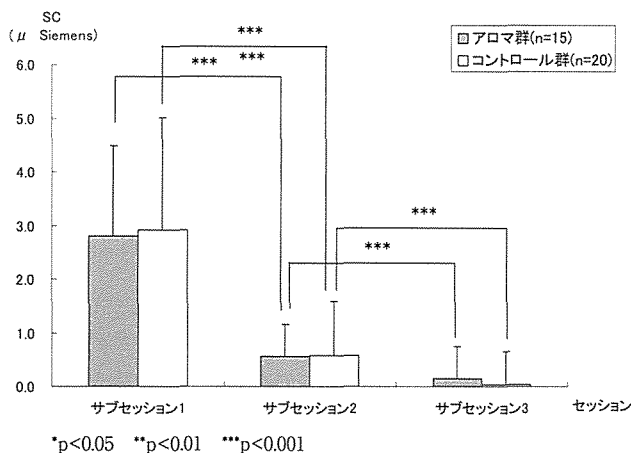


図4 マッサージ中のサブセッションにおけるアロマ群・コントロール群のSCの変化

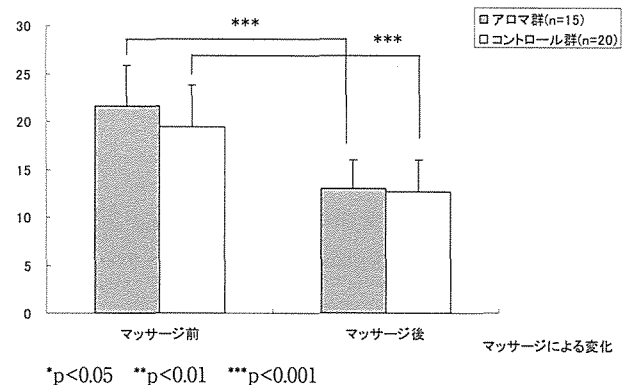
ロマ群とコントロール群の影響を見たところ、 $F(1, 33) = 97.10$, $p < 0.05$ と有意差が認められ、サブセッションによるSC平均値に差があることが示された。そこで、主効果の内容を、対応のあるt検定を用いて検討したところ、アロマ群では、サブセッション1 (2.8 ± 1.7) からサブセッション2 (0.6 ± 0.6) ($t = 7.25$, $P < 0.001$), サブセッション2 からサブセッション3 (0.1 ± 0.6) ($t = 5.52$, $P < 0.001$) にかけて、SC平均値は有意に低下していた。コントロール群においても、サブセッション1 (2.9 ± 2.1) からサブセッション2 (0.6 ± 1.0) ($t = 7.17$, $P < 0.001$), サブセッション2 からサブセッション3 (0.04 ± 0.6) にかけて ($t = 4.18$, $P < 0.001$), 有意に低下していた。

(2) JUMACL『緊張覚醒』(図5)

サブセッション1, 2, 3における『緊張覚醒』得点に対する両群間の交互作用を見たところ、 $F(1, 33) = 2.06$, n.s.と有意差は認められなかった。精油の有無による『緊張覚醒』の低下の程度に違いは認められなかった。

次に、『緊張覚醒』得点に対するアロマ群とコントロール群の影響を見たところ、 $F(1, 33) = 150.81$, $p < 0.05$ と有意差が認められ、主効果が示された。

得点(点)



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

図5 『緊張覚醒』におけるマッサージ施行前後の得点

この主効果の内容を、対応のあるt検定を用いて検討したところ、アロマ群では、マッサージ前 (21.6 ± 4.3) からマッサージ後 (13.0 ± 3.0) にかけて、『緊張覚醒』は有意に低下していた ($t = 7.30$, $P < 0.001$)。コントロール群においても、マッサージ前 (19.5 ± 4.3) からマッサージ後 (12.7 ± 3.3) に有意に低下していた ($t = 10.71$, $P < 0.001$)。

(3) JUMACL『エネルギー覚醒』(図6)

サブセッション1, 2, 3における『エネルギー覚醒』得点に対するアロマ群とコントロール群の交互作用を見たところ、 $F(1, 33) = 6.56$, $p < 0.05$ と有意差が認められ、アロマの有無により、マッサージ前後の変化のパターンに違いがあることが示された。

この交互作用の内容、すなわち変化のパターンの違い

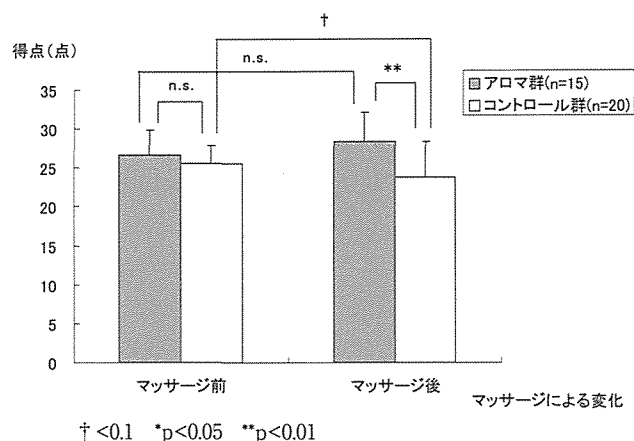


図6 『エネルギー覚醒』におけるマッサージ施行前後の得点

を、t検定を用いてより詳細に検討すると、マッサージ前ではアロマ群 (26.7±3.2) とコントロール群 (25.6±2.2) の『エネルギー覚醒』に有意な差が認められなかったのに対し、マッサージ後ではアロマ群 (28.4±3.8) はコントロール群 (23.9±4.5) に比較して有意に高くなっていた ($t = -3.17, P < 0.01$)。

3. 考 察

アロマ群、コントロール群ともに、SCおよび『緊張覚醒』が、マッサージ後に低下した。また、『エネルギー覚醒』については、マッサージ後にアロマ群で低下が少なく、コントロール群で低下する傾向があるという有意な交互作用が認められた。柑橘系精油のオイルマッサージの効果を『リラクゼーション効果』および『リフレッシュメント効果』の二つの視点から検証する。

1) ストレス負荷の意義およびSCによる『リラクゼーション』の評価

本実験では、マッサージを続けることによりSCが持続的に低下しており、精油の有無にかかわらず、マッサージの『リラクゼーション』の効果が生理学的に確認された。覚醒水準は常に変動しており、実験心理学的な研究においては、実験前の覚醒水準をコントロールする必要がある。香りの効果については、内田クレペリン作業によるストレス負荷を与えた後に、脳波を検討した研究はある³⁵⁾³⁶⁾が、マッサージの効果について、このような配慮をおこなった上で、分析を行った研究は見あたらない。

実験開始時に被験者の覚醒水準が低い状態であると、アロママッサージの効果が把握しにくいいため、本実験では、片足立位という不安定な姿勢をとらせるという身体的ストレスを負荷し、その後、心理学的ストレス負荷として図版の記憶・再認テストを行うことで、再度、覚醒水準を高めることにより、アロママッサージによるリラクゼーション効果をより明確に把握できるようにセッションを構成した。

これらの操作により、これまで評価が困難であったマッサージによる覚醒水準の変化をSCにおける変化として捉えることができたのではないかと考えられる。

2) 柑橘系精油を用いたオイルマッサージの『リラクゼーション』および『リフレッシュメント』効果

自律神経系の緊張を反映する生理学的指標であるSCにおいては、アロマ群とコントロール群のサブセッション1, 2, 3に主効果が認められ、SC平均値に差があることが示された。マッサージ介入により時間が経過するにつれ、SCが次第に低下するもので、マッサージによるリラクゼーションの効果を示すものと考えられた。これは、マッサージによる体性感覚刺激が自律神経系へ影響し、交感神経の緊張を低下させる作用を示す結果と考えられた。

一方、アロマ群とコントロール群の群間におけるリラクゼーションの程度に違いは認められなかった。これは、精油にも交感神経系の緊張を低下させる作用がある²⁾³⁾といわれているが、マッサージの効果による影響が大きく、柑橘系の精油による交感神経系の緊張を低下させる作用をSCでは確認できなかったのかもしれない。しかしながら、山崎ら¹⁹⁾は、柑橘系精油であるグレープフルーツ精油によるマッサージと精油を加えないオイルマッサージとを比較したところ、精油を付加したオイルマッサージで筋緊張の緩和、体表面温の上昇を報告している。これは、本実験の結果とは異なり、柑橘系精油のオイルマッサージには、交感神経系の緊張を低下させる作用があることを示す結果であった。今後、精油の種類や濃度に応じた反応を調べていく必要があると思われる。

次に、心理学的指標であるJUMACLの『緊張覚醒』および『エネルギー覚醒』により、リラクゼーション効果およびリフレッシュメント効果を分析した。先にも述べたように、マッサージやアロマのリラクゼーション効果の分析には、心理学的指標としてはPOMSなどが用いられてきたが、JUMACLを用いて分析した研究はみあたらない。

まず、JUMACLの『緊張覚醒』は交感神経系の緊張の程度を現す指標であるが、両群ともにマッサージ後で『緊張覚醒』が低くなっていた。これもマッサージによる交感神経系の緊張を低下させる作用を主観的にも認識した結果と解釈することができ、リラクゼーションの効果を心理学的指標からも捉えたものと考えられた。一方、群間での差はなく、精油の付加によるリラクゼーションの程度に違いは認められなかった。これも、SCと同様に精油の効果というより、マッサージの効果が大きく影響したと考えられた。

松岡ら⁸⁾はマッサージによりPOMSの下位項目である『緊張・不安』の低下を認め、リラクゼーション効果を報告している。これも、本実験のマッサージによるリラク

セッション効果に一致する結果と考えられた。

次に、JUMACLの『エネルギー覚醒』は、エネルギー・活力があり、元気がよい状態などの程度を現す指標である。本実験では、スイートオレンジの精油を使用しないオイルマッサージでは『エネルギー覚醒』を低下させる傾向があるが、スイートオレンジを使用したオイルマッサージでは、『エネルギー覚醒』の低下が少ないという交互作用が認められた。これは、精油が経鼻的あるいは経皮的に吸収され、大脳皮質レベルを賦活した結果、心理学的指標である『エネルギー覚醒』を低下させないという結果をもたらしたのかもしれない。佐々木ら²⁶⁾は、暗算課題後半でスイートオレンジ精油の吸入を行った場合、POMSの下位項目である『活気』の低下が少なかったと報告している。これは、スイートオレンジの吸入によるリフレッシュメント効果と解釈でき、本実験におけるスイートオレンジのリフレッシュメント効果に一致する結果と考えられた。

なお、アロマセラピーの研究における課題として、香りの好みや濃度が、『リラクゼーション』反応に影響するといわれている²⁾²⁶⁾。高谷ら¹⁾も、嗅覚のメカニズム自体が充分には解明されておらず、また反応には個体差が影響することで、再現性を困難にしていると述べている。

本実験では、香りの好みによる個体差を最小限にするために、日本人に最も好まれる柑橘系の精油³⁷⁾であるスイートオレンジの香りを選択した。その結果、実験後のアンケートでは、被験者のほとんどが「心地よい香りであった」と報告しており、香りの好みについては、個体差の影響が少なかったと思われる。

一方、香りの濃度については、「香りが時々しかなかった」という報告も時にみられ、濃度は低めであったと思われるが、結果的には柑橘系精油の作用と考えられる『エネルギー覚醒』の変化の違いは得られていた。

その理由としては、被験者が自覚できる経鼻的な吸収経路以外に、経皮的な吸収経路の影響が関与しているためではないかと思われた。

以上のように、柑橘系精油のオイルマッサージは、『リラクゼーション』および『リフレッシュメント』の双方の効果があると考えられ、先に述べた図1のスキームの快適

な第Ⅱ領域に位置すると思われる。一方、柑橘系精油を付加しないオイルマッサージは第Ⅲ領域に位置すると考えられる。すなわち、オイルマッサージには、『リラクゼーション』の効果はあるが、柑橘系精油を付加したことで、『リフレッシュメント』の効果が付加されたものと考えられた。

IV. 結 論

1. アロマセラピーの分野で用いられているリフレッシュメント効果 (Refreshment) およびリラクゼーション効果 (Relaxation) について、気分形容詞チェックリスト (JUMACL) のサブスケールである『緊張覚醒 (tense arousal, TA)』、『エネルギー覚醒 (energetic arousal, EA)』を用いて概念的な整理を試みた。

Refreshmentは相対的に高いエネルギー覚醒を、またRelaxationは相対的に低い緊張覚醒を示し、双方の条件を満たす場合が快適な状態と考えられた。

2. 健康な女子学生35名に10分間の柑橘系アロマオイルを用いたハンドマッサージを施行し、『リラクゼーション』および『リフレッシュメント』の効果を、交感神経緊張の生理学的指標である皮膚コンダクタンス (SC) とJUMACLのTAおよびEAを用いて、実験心理学的に検討した。

その結果、精油の有無にかかわらず、マッサージによりSCおよびTAは低下し、『リラクゼーション効果』が確認された。

一方、EAでは、柑橘系精油を付加した場合、付加しない場合に比べて、マッサージによる低下が少なく、柑橘系精油を用いたハンドマッサージの『リフレッシュメント効果』が確認された。

謝 辞

本研究をまとめるにあたり、実験にご協力いただいた学生の被験者の皆様にこころより感謝申し上げます。本研究は群馬大学医学系研究科保健学専攻博士 (前期) 課程学位論文に加筆・修正を加えたものである。

要 旨

柑橘系精油であるスイートオレンジのアロママッサージによるリラクゼーションおよびリフレッシュメント効果を検討するため、35名の女子学生で、10分間の前腕へのオイルマッサージ施行時に、皮膚コンダクタンス (SC)、日本語版気分形容詞チェックリスト (JUMACL) の下位尺度である緊張覚醒 (TA) およびエネルギー覚醒 (EA) を測定し、精油を加えたアロマ群 (15名) と精油を加えないコントロール群 (20名) で比較した。

その結果、両群ともに、SCおよびTAはマッサージにより低下し、リラクゼーション効果が確認された。一方、EAはアロマ群でマッサージ後の低下が少なく、柑橘系精油のリフレッシュメント効果を示すものと思われた。

さらに、明確に定義されないまま用いられているリフレッシュメント効果という概念について考察し、リラクゼーション効果、リフレッシュメント効果とTA、EAの関係について、概念的な整理を試みた。

Abstract

The objective of this study was to determine the relaxing and refreshing effects of aromatherapeutic massage using Sweet Orange, a citrus fruit essential oil. Subjects were 35 female students who each received a 10-minute oil massage on their forearms. The aromatherapy group, comprised of 15 students, was treated with Sweet Orange essential oil, while the control group, comprised of 20 students, was treated without the essential oil. The subjects' skin conductance (SC) and tense arousal (TA) and energetic arousal (EA), subscales of the Japanese UWIST Mood Adjective Check List (JUMACL), were evaluated during the massages and compared between the two groups.

Decreases in SC and TA were observed during the massage in both groups, indicating the relaxing effect of massage. In addition, the decrease in EA after the massage was smaller in the aromatherapy group, indicating the refreshing effect of citrus fruit essential oil.

Furthermore, we discussed the concept of the refreshing effect, which has been used in the field of aromatherapy without a clear definition, and attempted to conceptually organize the relationships among the relaxing and refreshing effects and TA and EA.

文 献

- 高谷真由美, 黒木淳子: 緩和ケアにおけるアロマセラピーの可能性, 順天堂医療短期大学紀要, 8, 117-128, 1997.
- 吉田聡子, 佐伯由香: 香りが自律神経系に及ぼす影響, 日本看護研究学会雑誌, 23(4), 11-17, 2000.
- 斎藤 基, 佐々木かほる, 他: アロマセラピーのリラクゼーション効果-自律神経機能への影響-, 看護総合, 第31回, 15-17, 2000.
- 菊池リミ子, 近藤留美子, 他: 脳血管障害患者の睡眠・覚醒リズム障害に対するアロマセラピーの有用性, 日本看護学会誌, 6(1), 9-15, 1997.
- 斎藤美穂, 中武深雪, 他: 妊娠後期より導入したアロマセラピーの分娩時のリラクゼーション効果, 母性衛生, 42(2), 467-472, 2001.
- Mariah Snyder, Ruth Lindquist, 野島良子, 富川孝子: 心とからだの調和を生むケア-看護に使う28の補助的/代替的療法-, 50-59, へるす出版, 東京, 2002.
- 小坂橋喜久代: 指圧・マッサージ技法のエビデンス, 臨床看護, 28(13), 2070-2077, 2002.
- 松岡治子, 佐々木かほる: マッサージによるリラクゼーション効果に関する実験的研究-バイタルサインと日本語版POMSによる検討-, 看護技術, 46(16), 1783-1788, 2000.
- 森 信夫, 後藤治久, 他: 手技療法による副交感神経機能への影響について(心電図R-R間隔を中心として), 日本手技療法学会雑誌, 6(1), 46-52, 1995.
- 松下正子, 森下利子: 意図的タッチによる生理的変化と心理的評価に関する研究, 三重県立看護大学紀要, 7, 13-19, 2003.
- 宮内貴子, 小原弘之, 他: 終末期がん患者の倦怠感に対するアロマセラピーの有効性の検討-足浴とリフレクソロジーを実施して-, ターミナルケア, 12(6), 526-530, 2002.
- 山崎 潤: 整形外科疾患に対するアロママッサージ(ラベンダー・スーパ)の治療成績, 日本アロマセラピー学会誌, 2(1), 25-31, 2003.
- 殿山 希, 黒田哲也: アロママッサージの末梢循環に及ぼす影響について(第2報), 日本手技療法学会雑誌, 9(1), 51-61, 1998.
- 殿山 希, 黒田哲也: アロママッサージの末梢循環に及ぼす影響-表面温・深部温を指標として-, 日本手技療法学会雑誌, 8(1), 35-40, 1997.
- Ballard, C. G., O'Brien, J. T., et al: Aromatherapy as a safe and effective treatment for the management of agitation in severe dementia: the results of a double-blind, placebo-controlled trial with Melissa. J Clin Psychiatry, 63(7), 553-558, 2002.
- 安藤満代, 小笠原映子: 施設入所者中の高齢者の心理に及ぼすアロマセラピーの効果, 日本アロマセラピー学会誌, 3(1), 52-57, 2004.
- 加藤幸子, 秋元恵実, 他: レモンの精油によるアロマ吸入が自律神経系に及ぼす効果の評価, 全日本鍼灸学会雑誌, 53(3), 379, 2003.
- 深井喜代子, 井上桂子, 他: 芳香がヒトの痛みの感受性に及ぼす影響, 臨床看護, 25(14), 2239-2246, 1999.
- 山崎 潤, 塩田清二, 他: アロママッサージの施術効果について(評価基準を用いた精油効果の検討)第1報 手に対するマッサージ効果, 日本アロマセラピー学会誌, 3(1), 29-37, 2004.
- 原田昌樹, 平田幸一, 他: レモンガラスが脳波・自律神経にもとらす効果-アロマセラピーの生体に対する客観的効果の検証-, 日本薬物脳波学会雑誌, 2(1), 19-21, 2000.
- 平田幸一, 田中秀明, 他: 香りがもたらす脳血流変化-光トポグラフィーによる検討-, 臨床脳波, 44(2), 86-90, 2002.
- Thayer, R. E.: Activation-Deactivation Adjective Check List: Current overview and structural analysis, Psychological Reports, 58, 607-614, 1986.
- Pollard Tessa M., Schwartz Joseph E. et al: Are changes in blood pressure and total cholesterol related to changes in mood? An 18-month study of men and women, Health Psychology, 22(1), 47-53, 2003.
- Matthews, Gerald, Jones, Dylan M.: Refining the measurement of mood: The UWIST Mood Adjective Checklist, British Journal of Psychology, 81(1), 17-42, 1990.
- Marek Binder, Robert J. Barry, et al: Sensitivity of primary phasic heart rate deceleration to stimulus repetition in an habituation procedure: influence of a subjective measure of activation/arousal on the evoked cardiac response, International Journal of Psychophysiology, 55, 61-72, 2005.
- 佐々木祐子, 安田智美, 他: スイートオレンジの吸入が生体

- に及ぼす影響－ストレスアナライザーとPOMSを指標として－, 新潟青陵大学紀要, (3), 133-139, 2003.
- 27) Quinlan, Paul T., Lane Joan, et al: The acute physiological and mood effects of tea and coffee: The role of caffeine level, Pharmacology, Biochemistry and Behavior, 66(1), 19-28, 2000.
- 28) Hirokawa Eri: Effects of music listening and relaxation instructions on arousal changes and the working memory task in older adults, Journal of Music Therapy, 41(2), 107-127, 2004.
- 29) Ando Michiyo: The effects of short- and long-term life review interview on the psychological well-being of young adults. Psychological Reports, 93(2), 595-602, 2003.
- 30) Hall Eric E: The affective beneficence of vigorous exercise revisited, British Journal of Health Psychology, 7(1), 47-66, 2002.
- 31) Miyazaki Akio, Hatayama Toshiteru: Self-reported mood accompanied depressive symptoms in nonpatients: A focus on an ability to identify affective states, Tohoku Psychologica Folia, 56, 33-39, 1997.
- 32) 永松一真, 椎原康史, 他: 各種体位における上肢の交感神経機能: Skin Conductanceによる評価, 自律神経, 43(6), 2007 印刷中.
- 33) 安藤満代: 高齢者の記憶に及ぼす気分の効果と援助者による高齢者の認知, カウンセリング研究, 33(3), 51-59, 2000.
- 34) 白澤早苗, 石田多由美, 他: 記憶探索に及ぼすエネルギー覚醒の効果, 基礎心理学研究, 17(2), 93-99, 1999.
- 35) 今井理子, 木村真人, 他: ストレス負荷に対する香りの精神生理学的効果－脳波と事象関連電位を用いた検討－, 催眠と科学, 12(1), 26-34, 1997.
- 36) 佐久間研司, 勝占智子, 他: ストレス負荷に対してラベンダーの香りが及ぼす影響, 米子医誌, 55, 203-209, 2004.
- 37) 堀田ときえ, 斎藤やよい: 看護領域でアロマセラピーに用いられた香りの嗜好調査, 日本看護研究学会雑誌, 21(3), 248, 1998.

〔平成18年8月4日受 付〕
〔平成18年3月26日採用決定〕

特定機能病院における早期退院支援を目的とした スクリーニング票の導入および妥当性の評価

Introduction of a Screening Tool to Support Early Discharge in Special Functioning
Hospitals and Evaluation of the Validity of the Screening Tool

森 鍵 祐 子 ¹⁾	叶 谷 由 佳 ²⁾	大 竹 まり子 ²⁾	赤 間 明 子 ²⁾
Yuko Morikagi	Yuka Kanoya	Mariko Ohtake	Akiko Akama
鈴 木 育 子 ²⁾	小 林 淳 子 ²⁾	田 代 久 男 ³⁾	佐 藤 千 史 ⁴⁾
Ikuko Suzuki	Atuko Kobayashi	Hisao Tashiro	Chifumi Sato

キーワード：退院支援、スクリーニング、特定機能病院、連携

Key Words : discharge planning, screening tool, special functioning hospital, cooperate with the organization

I. はじめに

わが国の医療を取り巻く環境は、医療技術の進歩と疾病構造の変化、少子高齢化の進展、家族介護力の低下、医療費の高騰、国民の医療に対する意識の変化などにより大きく変化している。1993年の医療法改正に伴う医療機関の機能の明確化に加え、医療の質の向上と効率化を図る医療制度改革の推進¹⁾により、急性期病院においては在院日数の短縮と在宅ケアへの移行が積極的に進められている。このような状況の中で、適切な退院計画を実施し、医療をより多くの患者に提供することが望まれている。特に特定機能病院においては、2003年から診断群別分類を活用した包括支払制度(DPC: Diagnosis Procedure Combination)が導入され、退院計画の重要性が増している。

退院計画が最初に推進され制度化された米国のAmerican Hospital Associationでは「退院計画(discharge planning)とは患者とその家族が退院後の適切なケアプランをつくるのを助けるために利用可能でなくてはならない部門を越えた病院全体としてのプロセスである」と定義し²⁾、入院早期から積極的に退院計画が実施されている。早期から退院支援を行うことにより、在院日数の短縮³⁾、入院長期化の防止⁴⁾、再入院の減少⁵⁾、患者・家族の退院後の不安感軽減⁴⁾が報告されている。早期から退院支援を行うためには、退院後に複雑なケアを必要とする患者や退院困難が予測される患者・家族を漏れなく早期に発見・特定することが重要であり^{6), 7)}、その方法としてスクリー

ニングが活用されている。米国においては多くの報告があるが^{3), 5), 8)}、日本においては高齢患者に対するスクリーニング票の開発^{4), 9), 10)}、急性期病院における退院計画の必要性を判断するためのスクリーニング票の開発¹¹⁾が行われているものの、報告は少ない。また早期退院支援スクリーニング票の妥当性の評価に関する報告および特定機能病院を対象とした報告は、驚見ら的高齢患者に対するスクリーニング票の開発の報告^{9), 10)}のみであり、全入院患者を対象に早期退院支援スクリーニング票の妥当性の評価を行った報告はない。

今後、退院計画を推進していくためには、早期退院支援スクリーニング票を活用することが必要である。特に特定機能病院においては、高齢患者だけでなく、小児や成人の患者においても院外の機関・職種と連携をとる退院支援や社会資源を活用する退院支援が多い。このような支援では、退院の連絡や調整に多くの時間を費やし、また病棟と退院支援専門部署が連携して退院支援を行うことが多い。そのため、患者の入院する病棟で早期に退院支援が必要な患者を把握し、退院支援専門部署と情報を共有しながら連携して退院支援を行う必要がある。

そこで、本研究では、特定機能病院において院外の機関・職種との連携や社会資源を活用する退院支援が必要であると予測される患者や家族を入院早期に把握し、早期から退院支援を行うことを目的に、簡易な早期退院支援スクリーニング票を導入し、その妥当性を検討した。

1) 東北大学医学部保健学科看護学専攻 Department of Nursing, Tohoku University School of Health Sciences

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

3) 山形大学医学部附属病院 Yamagata University Hospital

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

Ⅱ. 用語の定義

1. 退院支援

退院計画 (discharge planning) はプロセスであり²⁾, それに応じて退院支援あるいは退院調整が実施される。本研究における退院支援とは、手島の退院計画の定義²⁾を参考に「個々の患者・家族の状況に応じて適切な退院先を確保し、その後の療養生活を安定させるために、患者・家族への教育指導や諸サービスの適切な活用を支援すること」とした。

2. 早期退院支援スクリーニング

スクリーニングとは、試験、検査、その他の方法で、本人が自覚していない疾病または異常を識別することであるが¹²⁾, 本研究では「院外の機関・職種との連携または社会資源を活用する退院支援 (以下、院外連携とする) が必要であると予測される患者・家族を入院早期に発見・特定すること」を早期退院支援スクリーニングとした。退院支援の定義には、患者・家族への教育指導も含まれるが、早期退院支援スクリーニングは特に院外連携に着目したスクリーニングとした。そのため、患者・家族への教育指導は早期退院支援スクリーニングの定義に含めなかった。

Ⅲ. 研究方法

1. 対象者

2005年7月25日から8月7日の間にA特定機能病院に入院した全患者313名のうち、自然分娩のための入院または2泊3日以内の検査目的の入院に該当する患者を除外した270名を調査対象とした。

2. 対象病院の概要と特徴

A病院は、病床数604床、17診療科の特定機能病院である。2005年度の1日平均外来患者数は977.3名、平均在院日数は22.8日であった。

退院支援専門部署の機能をもつ地域医療連携センター (以下、専門部署とする) は、2002年2月に設置され、看護師長1名とA病院併設大学看護学科教員 (兼務) が退院支援を行う看護相談を担当している。専門部署へ病棟看護師が退院支援を依頼する際には、退院支援依頼票を使用している。2003年6月から退院計画のひとつとして一部病棟において早期退院支援スクリーニングを試行している。

3. 調査方法

対象者の入院から1週間以内に、研究者が対象者の主治医および対象者に調査の説明を行った。調査へ同意が得られた場合のみ早期退院支援スクリーニングのための入院時調査票を使用し、聞き取り調査を行った。対象者が小児や意思の疎通・確認が困難な患者である場合には、聞き取りの対象を患者の家族とした。早期退院支援スクリーニングの結果、院外連携が必要であると判断された場合は、主治

医と相談し、必要に応じて専門部署看護師長が早期から退院支援を行った。その他、入院中に専門部署からの退院支援が必要になった場合は、通常の方法に従って退院支援依頼票を使用し、専門部署での退院支援を行った。対象者の退院時には、退院時調査票を使用し、対象者の入院していた病棟看護師から研究者が聞き取り調査を行った。

調査期間は、2005年7月25日から2005年11月30日までとした。

4. 調査票の項目

1) 入院時調査票

A病院において、驚見試案⁴⁾を一部改正した早期退院支援スクリーニング票を試行していた。このスクリーニング票は、年齢、主疾患、家族構成、入院形態、入院前の住居、退院先の希望、経済的問題、医療処置を継続する可能性、排泄の自立度、移動の自立度、認知症の有無、コミュニケーション障害の有無、介護力の有無、介護保険認定状況の14項目からなり、それぞれ14項目を退院が困難になる可能性ありと可能性なしに分類する。14項目のうち可能性ありに分類された項目に3個以上該当すると退院が困難になる「可能性あり」の判定となる。該当項目が2個以下でも、退院先の希望、医療処置を継続する可能性、介護保険認定状況の項目のいずれか1個に該当する場合、もしくは年齢75歳以上、家族構成独居のどちらの項目にも該当する場合は「可能性あり」と判定する。このスクリーニング票を試行した結果と病棟看護師が判断した退院が困難になる可能性について検討した結果、スクリーニング票の項目は、入院前の住居、介護保険認定状況、排尿・排便の自立、認知症の有無、介護力の有無の5項目に精選することが望ましいことが明らかとなった¹³⁾。

本調査では、上記をふまえ、研究者および地域看護研究者2名で、調査項目の精選および確認を行い、入院前の住居、介護保険認定状況、排尿・排便の自立、認知症の有無、介護力の有無、その他退院支援が必要な状況の6項目からなる簡易な早期退院支援スクリーニング票を作成した。このスクリーニング票では、臨床における活用を高めるためにスクリーニング結果を得点化せず、入院前の住居が自宅以外、介護保険認定ありまたは申請が必要な状況、排尿・排便全介助、認知症あり、介護力なし、その他退院支援が必要な状況ありのうち1項目でも該当すれば、「院外連携の必要あり」の判定とした。ただし介護力なしの状態は、介護する人がいない、介護者はいるが介護力が小さい、介護者が仕事をしている、介護する意思がない、介護の協力者がいない状態を表すとし、小児の場合は介護を養護・育児、精神疾患患者の場合は介護をサポートに読み替えることとした。その他退院支援が必要な状況の項目については、具体的内容を記述する欄を設けた。

入院時調査票の項目は、早期退院支援スクリーニング票6項目、年齢、性別とした。

2) 退院時調査票

A病院専門部署で使用していた退院調整終了時サマリーをもとに、退院日、転帰、主疾患および疾患数、介護保険認定状況、認知症の有無、介護力の有無、入院中に行っていた退院後も必要とされる医療処置の有無、日常生活自立度 (Activities of Daily Living: 以下、ADLとする)、退院支援の実施部門、連携した院外の機関・職種の有無、活用した社会資源の有無の項目からなる退院時調査票を設定した。なお主疾患は、ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision: 疾病および関連保健問題の国際統計分類第10回修正)¹⁴⁾の基本分類表21章に基づき、21の疾患に分類した。またADLの測定には、食事、車椅子からベッドへの移乗、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、着替え、排便コントロール、排尿コントロールの10項目からなるBarthel Index¹⁵⁾を用いた。Barthel Indexの得点は0から100点であり、ADLが高いほど高得点となる。

5. 分析方法

早期退院支援スクリーニングの結果から対象者を「院外連携の必要あり」群と「院外連携の必要なし」群の2群に分け、属性、在院日数、転帰、ADL、退院支援の実施等について、それぞれ2群間の差を χ^2 検定、Fisherの直接確率法、 t 検定にて分析した。また、退院時調査において、「連携した院外の機関・職種あり」「活用した社会資源あり」のいずれかあるいは双方に該当した対象者を「院外連携の実施」群とし、それ以外を「院外連携の未実施」群とした。これらから院外連携の必要の有無と実施の有無との関連性を χ^2 検定にて分析し、スクリーニングの妥当性の評価を行った。

スクリーニングの妥当性の評価には、敏感度と特異度を用いた。本研究における敏感度とは、院外連携を実施した対象者のうち早期退院支援スクリーニングで院外連携の必要ありと判定した対象者の割合とした。特異度は、院外連携を実施しなかった対象者のうち早期退院支援スクリーニングで院外連携の必要なしと判定した対象者の割合とした。敏感度と特異度が100%に近づくほど院外連携を必要とした対象者と必要としなかった対象者を高い割合で振り分けられたことを示すが、両者は一方を高くすれば他方が低くなる関係 (トレードオフの関係) にあり同時に高くすることは困難である¹²⁾。

加えて、スクリーニングの効果の評価を行い、陽性反応適中度を用いた。陽性反応適中度とは、早期退院支援スクリーニングで院外連携の必要ありと判定された者のうち院外連携を実施した者の割合とした。陽性反応適中度には敏

感度、特異度、有病率が影響し、有病率が高いほど陽性反応適中度が高くなる^{12), 16)}。有病率とは、退院した対象者のうち院外連携を実施した者の割合とした (以下、院外連携実施率とする)。

分析にはSPSS11.5J for Windowsを用い、分析結果は有意水準0.05以下を「有意」とした。

6. 倫理的配慮

対象者には、入院時に調査の目的および調査で収集したデータは本調査以外の目的では使用しないこと、データは統計的に処理するため個人が特定されないこと、調査への参加は自由であり、途中で取りやめても今後の治療等への影響は一切ないことについて文書を用いて説明した。調査への同意が得られた場合は、署名した同意書を受領した。また対象施設に対して事前に調査の説明を行い、施設長から署名した同意書を受領した。本調査は、山形大学医学部倫理委員会の承認を受け、実施された。

IV. 結 果

1. 早期退院支援スクリーニングの結果および対象者の入院時特性

調査対象者270名のうち、調査への同意が得られたのは227名であり (回収率84.1%)、入院時調査票は227名を分析対象とした (図1)。スクリーニングの結果、「院外連携の必要あり」は52名 (22.9%)、「院外連携の必要なし」は175名 (77.1%) であった。退院時調査票は、調査期間中に退院した222名を分析対象とした。

スクリーニングにおいて最も多く該当した項目は「入院前の住居が自宅以外」30名 (13.2%) であり、次いで「介

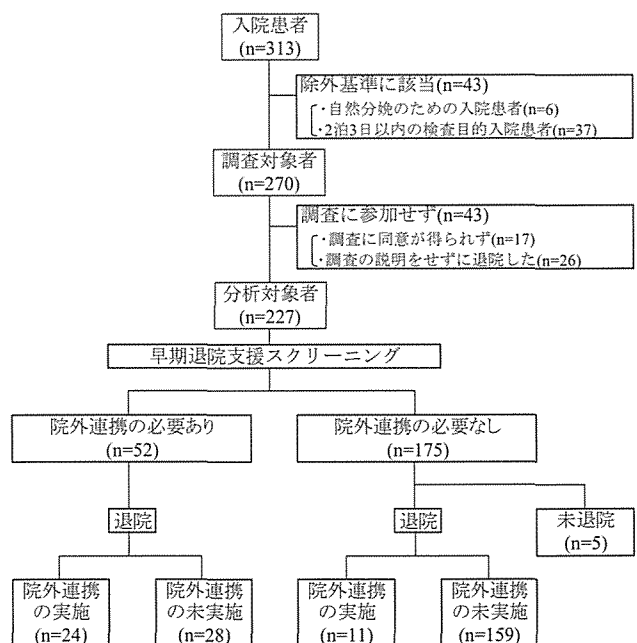


図1 調査対象の流れ

護保険の申請必要または認定あり」18名（7.9％）であった（表1）。

対象者の入院時特性について、「院外連携の必要あり」群と「院外連携の必要なし」群の2群間の差を分析した結果、「院外連携の必要なし」群の平均年齢48.5±25.0歳に比し、「院外連携の必要あり」群は62.5±26.4歳と有意に平均年齢が高かった（ $p<0.01$ ）（表2）。

表1 早期退院支援スクリーニング結果

スクリーニング項目	n	(%)
入院前の住居が自宅以外	30	(13.2)
介護保険の申請必要または認定あり	18	(7.9)
排尿・排便全介助	14	(6.2)
認知症あり	6	(2.6)
介護力なし	6	(2.6)
その他退院支援が必要な状況あり*	9	(4.0)
院外連携の必要あり（上記項目1つでも該当あり）	52	(22.9)

※気管切開（2名）、生活保護（2名）、重度身体障害者、ストーマケア、透析導入、入所施設変更の可能性、単身赴任

表2 対象者の入院時特性

		早期退院支援スクリーニングの結果		合 計	
		院外連携の必要あり	院外連携の必要なし		
		n = 52	n = 175	n = 227	
		n (%)	n (%)	p	n (%)
年齢（歳） Me ± SD	62.5 ± 26.4	48.5 ± 25.0	**	51.7 ± 26.0	
性別					
男性	24 (46.2)	98 (56.0)	ns	122 (53.7)	
女性	28 (53.8)	77 (44.0)		105 (46.3)	

t検定, χ^2 検定 ** $p<0.01$ ns: not significant

2. 対象者の退院時特性

退院時の特性について、「院外連携の必要あり」群52名と「院外連携の必要なし」群170名の2群間の差を分析した結果、「院外連携の必要あり」群の平均在院日数は36.7±32.3日であり、「院外連携の必要なし」群の16.6±15.6日よりも有意に長期化していた（ $p<0.001$ ）（表3）。疾患数は「院外連携の必要あり」群は2.2±1.0であり、「院外連携の必要なし」群の1.6±1.0よりも有意に疾患数が多かった（ $p<0.01$ ）。Barthel Index合計点は、「院外連携の必要あり」群は71.2±41.5点であり、「院外連携の必要なし」群の96.0±18.1点よりも有意に低かった（ $p<0.001$ ）。対象者の転帰は、自宅退院が208名（93.7％）と最も多く、転院10名（4.5％）、施設入所2名（0.9％）、死亡退院2名（0.9％）であった。転帰（ $p<0.001$ ）、介護保険認定状況（ $p<0.001$ ）、認知症の有無（ $p<0.001$ ）、介護力の有無（ $p<0.001$ ）、退院後も必要とされる医療処置の有無（ $p<0.01$ ）、退院支援の実施部門（ $p<0.001$ ）、院外の機関・職種との連携（ $p<0.001$ ）、社会資源の活用（ $p<0.001$ ）の各項目

表3 対象者の退院時特性

		早期退院支援スクリーニングの結果		合 計	
		院外連携の必要あり	院外連携の必要なし	n = 222	
		n = 52	n = 170	n = 222	
		n (%)	n (%)	p	n (%)
在院日数（日） Me ± SD	36.7 ± 32.3	16.6 ± 15.6	***	21.3 ± 22.3	
疾患数	2.2 ± 1.0	1.6 ± 1.0	**	1.7 ± 1.0	
Barthel Index合計点	71.2 ± 41.5	96.0 ± 18.1	***	90.2 ± 27.3	
転帰					
自宅退院	40 (76.9)	168 (98.8)		208 (93.7)	
転院	8 (15.4)	2 (1.2)	***	10 (4.5)	
施設入所	2 (3.8)	0 (0.0)		2 (0.9)	
死亡退院	2 (3.8)	0 (0.0)		2 (0.9)	
介護保険認定状況					
介護保険必要なし	35 (67.3)	169 (99.4)	***	204 (91.9)	
必要または認定あり	15 (28.8)	1 (0.6)		16 (7.2)	
欠損データ	2 (3.8)	0 (0.0)		2 (0.9)	
認知症					
認知症なし	40 (76.9)	169 (99.4)	***	209 (94.1)	
認知症あり	10 (19.2)	1 (0.6)		11 (5.0)	
欠損データ	2 (3.8)	0 (0.0)		2 (0.9)	
介護力					
介護の必要なし	26 (50.0)	142 (83.5)	***	168 (75.7)	
介護力あり	17 (32.7)	27 (15.9)		44 (19.8)	
介護力なし	7 (13.5)	1 (0.6)		8 (3.6)	
欠損データ	2 (3.8)	0 (0.0)		2 (0.9)	
退院後も必要とされる医療処置					
なし	19 (36.5)	112 (65.9)	**	131 (59.0)	
あり	31 (59.6)	58 (34.1)		89 (40.1)	
欠損データ	2 (3.8)	0 (0.0)		2 (0.9)	
退院支援の実施部門					
病棟で実施	28 (53.8)	126 (74.1)	***	154 (69.4)	
退院支援未実施	6 (11.5)	42 (24.7)		48 (21.6)	
専門部署で実施	18 (34.6)	2 (1.2)		20 (9.0)	
院外の機関・職種との連携					
なし	32 (61.5)	159 (93.5)	***	191 (86.0)	
あり	20 (38.5)	11 (6.5)		31 (14.0)	
社会資源の活用					
なし	29 (55.8)	159 (93.5)	***	188 (84.7)	
あり	23 (44.2)	11 (6.5)		34 (15.3)	

t検定, χ^2 検定, Fisherの直接確率法

***: $p<0.001$ **: $p<0.01$

において、2群間に有意差が認められた。主疾患は、新生児69名（31.1％）、消化器系の疾患30名（13.5％）、眼および付属器の疾患24名（10.8％）の順に多かった（表4）。

3. 早期退院支援スクリーニングの妥当性

「院外連携の実施」群は35名（15.8％）、「院外連携の未実施」群は187名（84.2％）であった（表5）。院外連携の必要の有無と院外連携実施の有無には有意な関連があった（ $p<0.001$ ）。スクリーニング票の敏感度は68.6％、特異度は85.0％、陽性反応適中度は46.2％、院外連携実施率

表4 対象者の主疾患 n = 222

	早期退院支援スクリーニングの結果		合 計 n = 222 n (%)
	院外連携の 必要あり n = 52 n (%)	院外連携の 必要なし n = 170 n (%)	
新生物	15 (28.8)	54 (31.8)	69 (31.1)
消化器系の疾患	5 (9.6)	25 (14.7)	30 (13.5)
眼および付属器の疾患	3 (5.8)	21 (12.4)	24 (10.8)
循環器系の疾患	9 (17.3)	13 (7.6)	22 (9.9)
筋骨格系および結合組織の疾患	4 (7.7)	10 (5.9)	14 (6.3)
先天奇形、変形および染色体異常	3 (5.8)	7 (4.1)	10 (4.5)
耳および乳様突起の疾患	0 (0.0)	8 (4.7)	8 (3.6)
呼吸器系の疾患	2 (3.8)	6 (3.5)	8 (3.6)
損傷、中毒およびその他の外因の影響	3 (5.8)	5 (2.9)	8 (3.6)
尿路性器系の疾患	1 (1.9)	5 (2.9)	6 (2.7)
皮膚および皮下組織の疾患	0 (0.0)	4 (2.4)	4 (1.8)
感染症および寄生虫症	0 (0.0)	4 (2.4)	4 (1.8)
神経系の疾患	3 (5.8)	1 (0.6)	4 (1.8)
症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	1 (1.9)	2 (1.2)	3 (1.4)
精神および行動の障害	2 (3.8)	1 (0.6)	3 (1.4)
妊娠、分娩および産褥	0 (0.0)	1 (0.6)	1 (0.5)
血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	1 (1.9)	0 (0.0)	1 (0.5)
内分泌、栄養および代謝疾患	0 (0.0)	1 (0.6)	1 (0.5)
周産期に発生した病態	0 (0.0)	1 (0.6)	1 (0.5)
健康状態に影響を及ぼす要因および保健サービスの利用	0 (0.0)	1 (0.6)	1 (0.5)
傷病および死亡の外因	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

表5 院外連携必要有無と実施有無のクロス集計 n = 222

	早期退院支援スクリーニングの結果		合 計 n (%)
	院外連携の 必要あり n (%)	院外連携の 必要なし n (%)	
院外連携 実 施	24 (10.8)	11 (5.0)	35 (15.8)
院外連携 未実施	28 (12.6)	159 (71.6)	187 (84.0)
合 計	52 (23.4)	170 (76.6)	222 (100.0)

χ^2 検定 ***: $p < 0.001$

は15.8%であった（表6）。

なお、「院外連携の必要なし」と判定されたが「院外連携の実施」となった11名のうち、9名は入院中の病状の変化により院外連携を実施していた。9名の内訳は、6名はかかりつけ医との連携、2名は自宅近くの病院への転院、1名は入院中のADLの低下による介護保険の活用であっ

表6 スクリーニング票の敏感度、特異度、陽性反応適中度、院外連携実施率

	%
敏感度	68.6
特異度	85.0
陽性反応適中度	46.2
院外連携実施率	15.8

表7 早期退院支援スクリーニングの結果と院外連携の実施有無 n = 222

	院外連携の 実施 n = 35 n (%)	院外連携の 未実施 n = 187 n (%)	p	合 計 n = 222 n (%)
入院前の住居				
自宅	22 (62.9)	170 (90.9)		192 (86.5)
自宅以外（病院・施設）	13 (37.1)	17 (9.1)	***	30 (13.5)
介護保険認定状況				
介護保険必要なし	25 (71.4)	179 (95.7)		204 (91.9)
申請必要または認定あり	10 (28.6)	8 (4.3)	***	18 (8.1)
排尿・排便の自立				
自立または部分介助	25 (71.4)	183 (97.9)	***	208 (93.7)
全介助	10 (28.6)	4 (2.1)		14 (6.3)
認知症				
認知症なし	31 (88.6)	185 (98.9)	*	216 (97.3)
認知症あり	4 (11.4)	2 (1.1)		6 (2.7)
介護力				
介護の必要なしまたは介護力あり	32 (91.4)	184 (98.4)	ns	216 (97.3)
介護力なし	3 (8.6)	3 (1.6)		6 (2.7)
その他退院支援が必要な状況				
なし	29 (82.9)	184 (98.4)		213 (95.9)
あり	6 (17.1)	3 (1.6)	**	9 (4.1)

χ^2 検定、Fisherの直接確率法 ***: $p < 0.001$ **: $p < 0.01$
*: $p < 0.05$ ns: not significant

た。11名のうち残り2名は医療機器導入目的の入院であり、医療機器メーカーおよび障害者手帳を活用していた。

早期退院支援スクリーニングの結果について、「院外連携の実施」群と「院外連携の未実施」群の2群間の差を分析した結果、「院外連携の実施」群は「院外連携の未実施」群に比べ、入院前の住居（ $p < 0.001$ ）、介護保険認定状況（ $p < 0.001$ ）、排尿・排便の自立（ $p < 0.001$ ）、認知症の有無（ $p < 0.05$ ）、その他退院支援が必要な状況の有無（ $p < 0.01$ ）のスクリーニング5項目に該当する割合が有意に高かった（表7）。介護力の有無のみ2群間に有意差は認められなかった。

V. 考 察

1. 早期退院支援スクリーニング票の導入について

1) 退院支援が必要な対象者の特徴

早期退院支援スクリーニングにおける「院外連携の必要あり」群は「院外連携の必要なし」群に比べ、高年齢化、在院日数が長期化し、自宅以外への退院が多いことが認められた。この特徴は先行研究^{4), 9) - 11), 17)}と同様に退院支援が必要な患者の特徴を示していた。また、「院外連携の必要あり」群は「院外連携の必要なし」群に比べ、病棟および専門部署での退院支援を実施、院外の機関・職種と連携、社会資源を活用することが認められた。これらから、早期退院支援スクリーニング票により退院支援が必要な患者を予測できることが示唆された。

2) 早期退院支援スクリーニング票の項目

院外連携の必要の有無と実施の有無との間に有意な関連が認められたこと、および「院外連携の実施」群は「院外連携の未実施」群に比べ、スクリーニング5項目に該当する割合が有意に高かったことから、早期退院支援スクリーニング票は院外連携の必要性を予測できることが示唆され、スクリーニング項目の妥当性が評価された。有意差が認められなかった介護力の項目については、今後試行を繰り返し、項目の必要性について検討を重ねる必要がある。また、本研究では先行研究¹³⁾で精選した項目に、現場の意見を参考に「その他退院支援が必要な状況」を加えた。この項目は、現場の看護師の感度が影響しやすいため、この項目の必要性について今後の試行において更なる検討が必要である。

3) 早期退院支援スクリーニングの妥当性

早期退院支援スクリーニングは、入院早期に院外連携が必要であると予測される患者・家族を発見・特定することを目的としているため、院外連携を必要とする患者や家族をできるだけ高い割合で拾い上げることができれば、スクリーニング票の妥当性に一定の評価が与えられる。妥当性の指標となる感度と特異度は、一方を高くすれば他方が低くなるトレードオフの関係にあり¹²⁾、本研究においては、院外連携を必要とする対象者の拾い漏れがないようにすると、院外連携の必要がない対象者を多く拾ってしまう、院外連携の必要がない対象者を拾わないようにすると、院外連携の必要のある対象者の拾い漏れが生じる関係にあった。そのため、感度と特異度を同時に上昇させることは困難であり、院外連携実施率、陽性反応適中度も考慮し、感度および特異度を評価する必要がある。

本研究においてスクリーニング票の感度は68.6%、特異度は85.0%であり、感度が低かった。感度に影響する「院外連携の必要なし」と判定されたが「院外連携を実施した」対象者11名について、専門部署看護師長および共

同研究者と共に、入院早期に院外連携の必要性が判断できる状況であったかどうかを検討した。その結果、9名は入院中の病状変化により院外連携が必要となり、院外連携を実施したため、入院早期に院外連携の必要性を判断できる状況ではなかったことが確認された。入院中の病状変化などにより、入院早期のスクリーニングだけでは対象者の把握が漏れる傾向があることは村松ら¹⁷⁾も指摘しており、これは早期退院支援スクリーニングの限界であると考えられる。しかし、医療機器導入目的入院の2名については、入院早期にスクリーニング実施者が患者の状況を把握していれば、「その他退院支援が必要な状況あり」の項目で把握できたと予測される。これは、スクリーニング実施者が病棟看護師であるか、それ以外であるかによって対象者の把握漏れが生じる可能性を示唆するものである。スクリーニングの実施者を誰にするべきかについては、今後の退院支援プログラムを構築する上で検討すべき事項である。入院中の病状変化などにより、入院早期のスクリーニングだけでは拾いきれない対象者については、病棟看護師が院外連携の必要な状況にあると予測した時点で専門部署看護師と連携して迅速に退院支援を開始する必要があると考える。そのため、プログラムを構築するだけでなく、病棟看護師の教育も今後の課題である。

鷺見らの報告^{9), 10)}の感度85%以上、特異度85%以上、陽性反応適中度55%以上であった結果と本研究の結果を比較すると、感度、特異度、陽性反応適中度ともに低い結果であった。しかし、鷺見らの報告では高齢者のみを対象とし、スクリーニングを得点化しカットオフ値を設けていることに對し、本研究では全入院患者を対象とし、1項目でも該当すれば「院外連携の必要あり」と判定しており、方法の違いが認められる。本研究におけるスクリーニングの判定方法は、得点化しカットオフ値を設定した場合に比べ、院外連携を必要としない対象者を多く把握してしまう可能性が高い。また、対象者が高齢患者のみの場合に比べ、全入院患者の場合は対象者が多様化し、対象者の特徴およびニーズの把握は困難になる。それらを考慮すると、全入院患者を対象に実施した早期退院支援スクリーニングの妥当性には、一定の評価が与えられる。

2. 早期退院支援スクリーニングの今後の課題

早期退院支援スクリーニング票は、入院早期の段階で予測できる項目に限られ、その項目には限界があることが指摘されており^{9), 17)}、本研究においても、その限界が示された。また、スクリーニングの感度を上げようとするすると特異度が下がるというスクリーニングの限界もある。本研究では早期退院支援を必要とする対象者を漏れなく拾い上げることが必須であり、感度および陽性反応適中度を高めることを優先させることが望ましい。今回行った早期退院

支援スクリーニングの妥当性に対して一定の評価が与えられたが、実際の活用にあたっては、鷺見らの先行研究^{9),10)}と同等の妥当性が望まれる。鷺見らは、項目の精選とカットオフポイントの設定により妥当性を高めた。本研究では臨床における活用の可能性を高めるために簡便化を図り、スクリーニング結果を得点化しなかった。そのため、項目の再検討および試行を重ね、妥当性を高めていくことが今後の課題となる。

本研究では、早期退院支援スクリーニングを入院から1週間以内に実施した。しかし、欧米では入院から48時間以内に実施している報告^{3),5),8)}が多く、また日本でも在院日数が短縮化される中で、在院日数が1週間に満たない患者が増えている。そのため、今後は、在院日数が1週間に満たない患者の特徴を考慮し、一部の患者には入院前から入院3日目までにスクリーニングを実施することも必要である。

今後の早期退院支援スクリーニングの活用にあたっては、スクリーニング後に適切な退院支援を提供できるかどうか重要な課題である。永田らは退院支援を必要とする対象者を漏れなく拾うと退院支援を行うスタッフの手が足りなくなり、逆に対象者を精選すると必要な対象者に退院支援が提供できないという問題を指摘しており¹⁸⁾、スクリーニング実施後の継続した支援と、病院の体制にあった退院支援プログラムが求められている^{3),7),9),17)}。2001年の退院支援に関する全国調査によると、約3割の病院が専門部署を設置しており¹⁹⁾、専門部署を設置することが、対外的なコーディネートや病棟看護師の意識啓発を促進する可能性が示唆されている²⁰⁾。また、退院支援専門看護師の導入による効果^{21),22)}や、病棟看護師と専門部署が役割を分かち、専門部署と連携することの必要性^{23),24)}についても示されている。本研究のスクリーニングにおいて、院外連携が必要な医療機器導入目的の患者2名の把握漏れが生じたが、医療機器メーカーとの連携についてはクリティカルパスの活用も含め病棟看護師で対応可能であると考えられる。しかし、在宅療養支援や転院・施設入所、社会資源の活用など対外的な連携が必要とされる退院支援については、専門部署看護師が対応する退院支援プログラムにそった支援が望ましく、病棟看護師と専門部署看護師が行う退院支援の役割分担と連携が必要である。今後は、専門部署看護師からの退院支援が必要な患者のみを発見・特定できるスクリーニングの開発も必要である。

現在、病院における専門部署の設置は増加しているが¹⁹⁾、専門部署の設置が診療報酬等で義務化されているわけではなく、病院により配置人員および職種に差が見られる¹⁹⁾。本研究の対象病院においても専門部署の配置人数は少なく、限られた人数で退院支援が必要な患者・家族に適

切な退院支援を行っていくことが重要であり、効率よく退院支援が必要な患者・家族を把握することが必要である。そのため、早期退院支援スクリーニング票を用いて全入院患者をアセスメントすることにより、早期から余裕を持って計画的に退院支援を行うことにつながり、患者・家族と退院支援の実施者双方にとって有益であると考えられる。また、早期退院支援スクリーニング票によって退院支援が必要な患者・家族がどのくらいいるのか、どのようなニーズがあるのか、現在の支援体制で十分に退院支援を行うことが可能かどうかについて明らかになる。さらに、退院支援により在院日数の適正化³⁾にもつながるため、専門部署の増員や支援体制など病院のシステムへの提言もできると考えられる。今後は、早期退院支援スクリーニングの実施を含む退院支援プログラムの構築が課題となる。

本研究は、院外連携の必要の有無と実施の有無のみで早期退院支援スクリーニング票の妥当性を検討したが、今後は、欧米で退院支援の評価項目としてあげられている在院日数、再入院率、合併症率、退院先、死亡率、患者・介護者の健康状態、満足感、精神的健康度、病院から地域へ退院支援するためのコスト⁸⁾についても評価・検討していくことが課題である。また、対象者の退院後の社会資源活用状況や、退院後に困ったことがないか、病棟看護師と専門部署看護師による支援の違いなどについても検討し、患者・家族が安心して退院後の生活を送ることができるよう退院支援をさらに追求していく必要がある。

VI. 結 論

特定機能病院に早期退院支援スクリーニング票を導入し、スクリーニングの妥当性を検討し、以下の結論を得た。

1. スクリーニング票の敏感度は68.6%、特異度は85.0%であった。スクリーニング票で把握できなかった対象者は、入院中に病状が変化したためであり、院外連携を必要とする対象者の把握漏れは少なかった。
2. 院外連携の必要の有無と院外連携実施の有無の間には有意な関連があった。また、院外連携を実施した群は未実施群に比べ、スクリーニング項目に該当する割合が有意に高かった。このことから、スクリーニング票は院外連携が必要な患者を予測できることが示された。

以上のことから、特定機能病院における早期退院支援スクリーニングの妥当性について一定の評価ができた。今後、項目の再検討と試行を重ねることで、臨床におけるスクリーニング票の導入の可能性が高まると示唆された。

謝 辞

本研究に際し、ご協力くださいました対象者およびご家族、A病院関係者の皆様に、心より感謝申し上げます。

要 旨

本研究では、院外の機関・職種との連携や社会資源を活用する退院支援(院外連携)が必要であると予測される患者や家族を早期に把握するための早期退院支援スクリーニング票を特定機能病院に導入し、スクリーニングの妥当性を検討することを目的とした。スクリーニング票は6項目からなり、1項目でも該当すれば院外連携の必要ありと判定した。入院患者227名を対象とし、入院時と退院時に質問紙調査を行った。

その結果、1)スクリーニング票の敏感度は68.6%、特異度は85.0%であり、院外連携を必要とする対象者の把握漏れは少なかった。2)院外連携の必要の有無と院外連携の実施の有無の間には有意な関連があった。また、院外連携を実施した群は未実施群に比べ、スクリーニング項目に該当する割合が有意に高く、スクリーニング票は院外連携が必要な患者を予測できることが示された。以上から、スクリーニングの妥当性について一定の評価ができた。

Abstract

The purpose of this study was to introduce a screening tool to support early discharge in a special functioning hospital in order to select patients and their families who needed to cooperate with organizations and occupations outside the hospital and use social care services and to evaluate the validity of the tool.

The screening tool was consisted of six items and the cooperation with organizations outside the hospital was judged necessary if even one item among six was positive.

The results were obtained from 227 patients at hospitalization and discharge. The sensitivity and the specificity of the screening tool was 68.6% and 85.0%, respectively. There were few patients who needed to cooperate with the organization outside the hospital with negative screening. There was a significant relation between the necessity and the enforcement of cooperation with organizations outside the hospital.

In addition, patients who were executed cooperation with organizations outside of the hospital showed positive screening at a significantly higher ratio than those who did not. These results demonstrated that the screening tool could predict patients who needed to cooperate with organizations outside the hospital. From the above, the validity of the screening tool was evaluated to a certain extent.

文 献

- 財団法人厚生統計協会：国民衛生の動向，厚生指針 臨時増刊，52(9)，160-164，2005.
- 手島陸久：退院計画とは何か，手島陸久（編）：退院計画 病院と地域を結ぶ新しいシステム，1-51，中央法規，東京，1996.
- Lledó R, Martín E, et al.: Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social and health care services, *European Journal of Epidemiology*, 13, 903-907, 1997.
- 鷺見尚己，村嶋幸代，他：退院困難が予測された高齢入院患者に対する早期退院支援の効果に関する研究 特定機能病院老年科における準実験研究，*病院管理*，38(1)，29-39，2001.
- Evans RL, Hendricks RD: Evaluating Hospital Discharge Planning: A Randomized Clinical Trial, *Medical Care*, 31(4)，358-370，1993.
- 田中千枝子：対象者の発見と特定，手島陸久（編）：退院計画 病院と地域を結ぶ新しいシステム，60-77，中央法規，東京，1996.
- 森山美知子：退院計画とは何か，森山美知子（編）：ナーシング・ケースマネジメント 退院計画とクリティカルパス，20-26，医学書院，東京，1998.
- Shepperd S, Parker J, et al.: Discharge planning from hospital to home, *Cochrane Database System Review*, 2004.
- 鷺見尚己，村嶋幸代：高齢患者に対する退院支援スクリーニング票の開発（第一報），*病院管理*，42(3)，277-288，2005.
- 鷺見尚己，村嶋幸代：高齢患者に対する退院支援スクリーニング票の開発（第二報）大学病院における妥当性の検証，*病院管理*，42(4)，479-491，2005.
- 乗越千枝，島内節，他：一急性期病院におけるディスチャージプランニングの必要性判断のためのスクリーニング票の開発，*日本在宅ケア学会誌*，4(1)，47-53，2000.
- 坂田清美：臨床疫学，柳川洋，中村好一（編）：公衆衛生マニュアル，57-62，南山堂，東京，2005.
- 叶谷由佳，大竹まり子，他：特定機能病院における退院支援のための早期スクリーニング方法に関する研究，*Monthly IHEP*，137，30-33，2005.
- 厚生省大臣官房統計情報部：疾病および死因統計分類提要 ICD-10準拠 第1巻 総論，厚生省大臣官房統計情報部，東京，1995.
- Mahoney FI, Barthel DW: Functional Evaluation; The Barthel Index, *Maryland State Medical Journal*, 14(2)，61-65，1965.
- 佐々木隆一郎：スクリーニング，*日本疫学会（編）：疫学 基礎から学ぶために*，151-162，南江堂，東京，1998.
- 村松恵子，高橋睦子，他：病院における看護計画に地域支援チェックリストを用いた試み，第9回日本在宅ケア学会学術集会誌，86-87，2005.
- 永田智子，村嶋幸代：退院支援の現状と課題，*保健の科学*，44(2)，95-99，2002.
- 永田智子，大島浩子，他：退院支援の現状に関する全国調査病院における退院支援の実施体制に焦点を当てて，*病院管理*，41(4)，301-310，2004.
- 松永篤志，永田智子，他：特定機能病院における病棟看護師の退院支援についての認識および実施状況 退院支援部署の有

- 無による比較に焦点を当てて, 病院管理, 41(3), 185-194, 2004.
- 21) 稗田君子, 澤田道子, 他: 特定機能病院における地域医療連携センター専任看護師長としての役割, 看護展望, 30(10), 1160-1165, 2005.
- 22) 初崎初美: 退院コーディネーター導入の成果と継続看護の実際, 看護展望, 30(5), 586-592, 2005.
- 23) 大竹まり子, 右田周平, 他: 一大学病院における地域医療連携センターの利用に関する調査, 第9回日本在宅ケア学会学術集会誌, 94-95, 2005.
- 24) 大竹まり子, 田代久男, 他: 山形大学附属病院における退院困難事例の特徴と地域医療連携センター退院支援部門の役割に関する検討, 山形医学, 22(1), 57-69, 2004.

〔平成18年10月4日受付〕
〔平成19年3月29日採用決定〕

東海地域のゲイ・バイセクシュアル男性の HIV抗体検査の受検動機と感染予防行動

HIV Testing Behavior and HIV Preventive Behavior among Gay and Bisexual Men in Tokai Area

金子典代¹⁾ 内海 眞²⁾ 市川 誠一¹⁾
Noriyo Kaneko Makoto Utsumi Seiichi Ichikawa

キーワード：ゲイ・バイセクシュアル男性, HIV抗体検査, 保健所, ヒト免疫不全ウイルス, HIV感染予防行動
Key Words : gay and bisexual men, HIV antibody testing, public health center, HIV, HIV preventive behavior

I. はじめに

日本のHIV感染者の新規報告数は増加が続いているが、中でも男性同性間の性的接触による新規感染者報告数の増加が顕著である。2006年4月の報告では、新規未発症HIV感染者報告数の感染経路の72.5%が男性同性間による性的接触によるものである¹⁾。経年的に見ると、近年のゲイ・バイセクシュアル男性における発生動向の特徴として、首都圏以外の地方都市からの報告数の増加の伸びが著しいことが挙げられる。

HIV感染症はAIDS発症までの潜伏期が長く自覚症状に乏しいため、感染者の早期発見のためには、感染の可能性があるものは自発的にHIV抗体検査を受検し、定期的に感染状況を把握することが推奨されている。しかし諸外国と比較しても²⁻⁴⁾ 本国のゲイ・バイセクシュアル男性におけるHIV検査受検率は地域によっては上昇の傾向^{5,6)}が見られるものの、未だに20-30%と低い受検率にとどまっているのが現状である^{7,8)}。ゲイ・バイセクシュアル男性におけるHIV感染者が増加しているにもかかわらず検査受検率が低い実態に対して、大阪地域では2000年から2002年にかけて地域ボランティア団体、医療保健従事者や行政、研究者が協働してゲイ・バイセクシュアル男性向けの臨時HIV抗体検査会を実施してきた^{6,9,10)}。この大阪地域での実践に続き、東海地域でも、地域ボランティア団体であるエンジェルライフ名古屋(ALN)と医療保健従事者が中心となり、主に東海地域のゲイ・バイセクシュアル男性を対象とする臨時HIV抗体検査会を2001年より毎年1回開催してきている。この3年間では毎年400名を超えるゲイ・バイセクシュアル男性に抗体検査の機会を提供してきた¹¹⁾。しかし、東海地域のゲイ・バイセクシュアル男性の検査ニーズに恒常的に応えるためにはこのような1年に1回の臨時HIV抗体検査のみでは不十分であり、対

象者が居住する地域の保健所等での検査体制を整備する必要がある。今後、東海地域での検査体制の整備を効果的に進めるためには、東海地域のゲイ・バイセクシュアル男性における保健所等でのHIV抗体検査体制へのニーズ、検査行動、予防行動の実態を明らかにしていく作業が必須となる。大阪でのゲイ・バイセクシュアル男性を対象としたHIV抗体検査会においては、受検者への質問紙調査が実施され、受検者のHIV抗体検査のきっかけとなる点を明らかにしている¹⁰⁾。しかし、ゲイ・バイセクシュアル男性のHIV抗体検査受検者を対象者とした研究は他にはなく、また現行の保健所等の検査機関における検査体制への評価や、ニーズの実態、検査受検者における予防行動に関する研究報告もない。HIV抗体検査に関しては、検査の受検経験があるゲイ・バイセクシュアル男性が検査場面にて医療保健職から受けた対応について記述した報告^{7,12)}を見るのみである。地域のHIV抗体検査実施機関での受検経験の認識、利便性の評価や予防行動の実態を明らかにすることは、ゲイ・バイセクシュアル男性の間でHIV感染が広がりつつある現状に対して、より対象者のニーズに沿った検査体制の整備や予防介入の考案に役立つことが考えられる。

そこで、2005年の東海地域での臨時HIV抗体検査会(以後2005年HIV検査会)において、ゲイ・バイセクシュアル男性受検者における保健所のHIV抗体検査の認知とニーズ、検査受検の理由、予防行動の実態を明らかにするための質問紙調査を実施した。検査体制の整備と受検行動の促進に向けた介入を効果的に進めるにあたっては、特に検査を生涯で受検した事がないものにおける地域でのHIV抗体検査サービスの認知率や、認知しながらも受検していない場合、何が検査行動の阻害因子となっているかを明確にすることはきわめて重要である。特に感染の可能性

1) 名古屋市立大学大学院看護学研究科 Nagoya City University Graduate School, Department of Nursing

2) 高山厚生病院 Takayama Kosei Hospital

がありながら検査の受検経験がなかったものが、生涯で初めての検査受検行動にいたった要因を明確にすることで、検査未受検者への効果的な受検勧奨を行う際に、何に焦点を当てればよいのかが明確になる事が考えられる¹³⁾。このような研究はわが国では存在しないため、東海地域のみならず全国のゲイ・バイセクシュアル男性に対する効果的な介入方法の考案にも有用である事が考えられる。

II. 研究目的

本研究の目的は、検査会にて生涯初めて検査を受検する者とすでに受検経験を有するものの2群間で現行の保健所等の公的機関でのHIV抗体検査の受検・認知率や利便性の評価、検査受検の目的、予防行動を比較分析し、検査体制の整備、検査未受検者の受検促進や予防行動促進のための基礎資料を得ることである。

III. 研究方法

本質問紙調査を実施するにあたり、調査の目的、調査項目、調査方法、回答者のプライバシー保護、調査による受検者の負担の回避、調査結果のコミュニティーへの還元などについて検査会を主催するNGO、医療者と数回にわたり協議を行った。その結果、質問紙の調査項目は年齢、居住地、性的指向、東海地域の保健所や地方自治体が実施する無料匿名HIV抗体検査の受検経験、受検目的、性行動、感染リスクの認識など計32問とした。本質問紙調査は2005年6月に開催されたHIV検査会の会場内にて実施し、検査会のスタッフが対象者に質問紙を個別に手渡しして回答を依頼した。検査会の参加者である408名に質問紙への回答を依頼し396名から回答を得た結果、回収率は97%であった。本報告では、東海地域に居住し自らの性指向をゲイまたはバイセクシュアルと自認しており、男性と性行為の経験があると回答した272名(68.7%)の回答を分析の対象とした。分析時にクロス集計を行う際にはカイ二乗検定を用い有意水準は5%を採用した。検査受検経験別の比較を行う際には、検査会まで生涯でHIV抗体検査を受けた経験がなかったもの、すでに検査の受検経験を有していたものの2群に分けて分析を行った。

IV. 倫理的配慮

本質問紙は検査会の採血終了後に訓練を受けたスタッフから受検者へ質問紙を手渡しし、口頭により自由意志に基づく参加協力であることを説明した。また質問紙の表紙に、研究目的、プライバシーの厳守、研究データの取り扱い方法、学会・論文等で結果を公表すること、参加や回答は自由である旨を明示し、これらの研究内容や参加条件を読み同意したもののみに対し回答を依頼した。質問紙は無

記名であり、対象者個人の特定につながる情報は含んでいなかった。最終的に質問紙の提出を持って研究への参加同意を行ったこととみなした。プライバシー保護のため、質問紙記入用のスペースを設置し、回答済みの質問紙は会場内に設置した回収箱への投函を依頼した。また、検査会のスタッフが受検者がアンケートに回答したかをチェックする機構はなく、アンケートを回答する場所には本研究のデータ分析に関わる研究者は立ち入らないよう配慮した。

V. 研究結果

1. 受検者の基礎属性

対象者の背景は表1に示す通りであり、平均年齢は30.2歳(SD±7.5)で、20-39歳が88.2%を占めていた。自認する性的指向はゲイと回答したものが252名(92.6%)であり、居住地は名古屋市のものが117名(43.0%)であった。本検査会にて、生涯で初めてHIV抗体検査を受検したと回答したものは72名(26.5%)であり、過去1年間にHIV抗体検査を受検したものは155名(57.6%)であった。性行動に関しては、過去6ヶ月に男性とのアナルセックスの経験があるものは194名(72.4%)であった。

表1 対象者の属性、検査行動、性行動

	人 ¹⁾	%
年齢		
29歳未満	129	47.4
30歳～39歳	111	40.8
40歳以上	32	11.8
性的指向		
ゲイ	252	92.6
バイセクシュアル	20	7.4
居住地		
名古屋市	117	43.0
名古屋市をのぞく愛知県	101	37.1
その他東海地域	57	19.9
生涯でのHIV抗体検査受検経験		
あり	200	73.5
なし	72	26.5
過去1年間のHIV抗体検査受検経験		
あり	155	57.6
なし	114	42.4
過去6ヶ月のアナルセックス経験		
あり	194	72.4
なし	74	27.6
過去6ヶ月の特定相手とのコンドーム使用 ²⁾		
毎回使用(100%)	56	36.4
時々(25-75%)	43	27.9
全く使用しなかった(0%)	55	35.7
過去6ヶ月のその場限り相手とのコンドーム使用 ³⁾		
毎回使用(100%)	93	58.5
時々(25-75%)	51	32.1
全く使用しなかった(0%)	15	9.4

注¹⁾ 欠損値を分析より除外したため総数が異なる

注²⁾ 特定相手と過去6ヶ月にアナルセックスを行った者のみを対象

注³⁾ その場限り相手と過去6ヶ月にアナルセックスを行った者のみを対象

2. 保健所のHIV抗体検査の受検経験と利便性の評価

保健所や行政が実施するHIV抗体検査の受検・認知についてたずねた。検査経験があるもののうち、保健所でのHIV抗体検査の受検率は44.7%、愛知県内の保健所にて実施している夜間検査（保健所夜間検査）の受検率は6.1%、地方自治体が名古屋市にて休日に実施している迅速検査（休日迅速検査）の受検率は9.1%であった。また、保健所夜間検査の認知率は52.6%、休日迅速検査の認知率は58.9%であった。生涯で検査経験が無い者における保健所のHIV抗体検査の認知率は87.5%であったが、保健所夜間検査、休日迅速検査の認知率はそれぞれ41.7%、43.1%であった。保健所のHIV抗体検査の利用しやすさについては、検査経験者においては「利用しにくい」と回答したものが66.5%と過半数を占めた（表2）。保健所の検査が利用しにくい理由は、生涯の検査経験に関わらず「検査時間が限られている」を挙げた者が最も多かった。検査経験別に比較したところ、検査経験が無いものにおいては、「場所が分からない」と回答した割合が27.4%であり、検査経験を有するものの割合（11.6%）より有意に高かった。また、検査経験があるものにおける「検査通知までが長い」と回答した割合は30.2%であり、検査経験がないもの（16.4%）より有意に高かった（表3）。

3. HIV検査会の受検理由（表4）

2005年HIV検査会の検査受検の理由について複数回答にてたずね、検査経験別に比較した。検査経験がないものの方が「情報に触れて心配になったから」「恋人や友達と受けることにしたから」を理由としてあげた割合がそれぞれ

表2 保健所や地方自治体のHIV抗体検査の受検と認知

	生涯でのHIV検査経験			
	あり		なし	
	(n=200)		(n=72)	
	n	%	n	%
保健所のHIV抗体検査				
受検あり	89	44.7		
知っている	102	51.3	63	87.5
知らない	8	4.0	9	12.5
保健所の夜間HIV抗体検査				
受検あり	12	6.1		
知っている	103	52.6	30	41.7
知らない	81	41.3	42	58.3
地方自治体の迅速・HIV抗体検査 (日曜実施)				
受検あり	18	9.1		
知っている	116	58.9	31	43.1
知らない	63	32.0	41	56.9
保健所検査の利用しやすさ				
利用しやすい	29	15.4	3	4.6
利用しにくい	125	66.5	30	46.2
どちらでもない	34	18.1	32	49.2

注) 欠損値を分析より除外したため各項目の総数が異なる

表3 保健所のHIV抗体検査が利用しにくい理由（複数回答）¹⁾

	生涯での HIV 検査経験				p 値
	あり		なし		
	(n = 159)		(n = 62)		
	n ²⁾	%	n	%	
場所が分からない					
あり	23	14.5	19	30.6	0.008
なし	136	85.5	43	69.4	
検査日が分からない					
あり	32	20.1	15	24.2	0.583
なし	127	79.9	47	75.8	
検査時間が限られている					
あり	95	59.7	22	35.5	0.002
なし	64	40.3	40	64.5	
検査通知までが長い					
あり	60	37.7	12	19.4	0.010
なし	99	62.3	50	80.6	
対応に問題がある					
あり	13	8.2	3	4.8	0.566
なし	146	91.8	59	95.2	

注¹⁾ 保健所の検査が利用しにくい、どちらでもないと回答したもののみを対象

注²⁾ 欠損値を分析より除外したため各項目の総数が異なる

表4 HIV検査会の受検理由

生涯でのHIV検査経験					p値
あり (n = 200)		なし (n = 72)			
n	%	n	%		
感染可能性があるから					
あり	82	41.0	22	30.6	0.123
なし	118	59.0	50	69.4	
体調不安による感染不安があるから					
あり	20	10.0	8	11.1	0.822
なし	180	90.0	64	88.9	
情報に触れて心配になったから					
あり	35	17.5	25	34.7	0.004
なし	165	82.5	47	65.3	
性感染症にかかったから					
あり	6	3.0	2	2.8	1.000
なし	194	97.0	70	97.2	
新しい恋人が出来たから					
あり	24	12.0	12	16.7	0.316
なし	176	88.0	60	83.3	
恋人や友達と一緒に受けることにしたから					
あり	24	12.0	26	36.1	<0.001
なし	176	88.0	46	63.9	
身近な人の感染がわかったから					
あり	7	3.5	2	2.8	1.000
なし	193	96.5	70	97.2	
ただ単に知りたいから					
あり	75	37.5	34	47.2	0.162
なし	125	62.5	38	52.8	
定期的に検査を受けているから					
あり	81	40.5	0	0	<0.001
なし	119	59.5	72	100	

注) 欠損値を分析より除外したため各項目の総数が異なる

れ34.7%、36.1%と検査経験ありの17.5%、12.0%よりそれぞれ有意に高かった。

4. 過去6ヶ月の性行動と感染リスク認識（表5）

過去6ヵ月に男性とアナルセックスを行った者の割合は全体の72.4%であった。過去6ヵ月に男性とアナルセックスを行ったものに限定し、過去6ヶ月のコンドーム使用率、HIV感染リスク認識について分析を行った。過去6ヶ月の特定の相手とのアナルセックス時においてコンドームを100%使用した割合は、検査経験を有するものでは36.8%、経験なしのものでは31.8%であった。また、過去6ヶ月のその場限りの相手とのアナルセックス時にコンドームを100%使用した割合は検査経験を有する者では59.7%、経験なしのものでは52.8%であった。最後に行った特定の相手とのアナルセックス時のコンドーム使用率は、検査経験ありは80.6%であり検査経験なしの者の76.2%より有意に高かった。自身の過去の行動を振り返って、HIVに感染するリスクがどのくらいあったと思うかをたずねたところ、「かなり可能性があった」と回答した割合は検査経験ありの者では28.5%、検査経験なしの者では32.7%であった。検査経験の有無に関わらず8割以上が「かなり可能性があった」あるいは「少し可能性があった」と回答していた。

相手別の過去6ヶ月のコンドーム使用状況とHIV感染

表5 過去6ヶ月のアナルセックス経験者の性行動、感染リスク認識

		生涯でのHIV検査経験				p 値
		あり		なし		
		(n = 145)		(n = 49)		
		n	%	n	%	
特定相手との過去 6 ヶ月のコンドーム使用						
毎回使用 (100%)		42	36.8	14	31.8	0.750
時々 (25-75%)		32	28.1	12	27.3	
全く使用しなかった (0 %)		40	35.1	18	40.9	
その場限りの相手との過去 6 ヶ月のコンドーム使用						
毎回使用 (100%)		74	59.7	19	52.8	0.209
時々 (25-75%)		41	33.1	10	27.8	
全く使用しなかった (0 %)		9	7.3	7	19.4	
最後のセックス時の相手別のコンドーム使用						
特定の相手	使用あり	26	45.6	5	20.0	0.046
	使用なし	31	54.4	20	80.0	
その場限りの相手	使用あり	58	80.6	16	76.2	0.759
	使用なし	14	19.4	5	23.8	
HIVに感染するリスクの認識						
全くなかった/ほとんどなかった		14	9.7	9	18.4	0.171
少し可能性があった		89	61.8	24	49.0	
かなり可能性があった		41	28.5	16	32.7	

注）欠損値を分析より除外したため各項目の総数が異なる

に感染するリスクの関連については、その場限りの相手とのコンドーム使用率と感染リスク認識には有意な関連が見られ、コンドームを毎回使っていない者のうち、49.2%が「かなり可能性があった」と回答しており、毎回使用している者の18.3%より有意に高かった。特定相手との過去6ヶ月のコンドーム使用率と感染リスク認識には関連が見られなかった。

VI. 考 察

本研究の目的は、2005年HIV検査会にて生涯初めて検査を受検する者とすでに受検経験を有するものの2群間で現行のHIV抗体検査の受検・認知度や利便性の評価、検査受検の目的、予防行動を比較分析し、検査体制の整備、検査未受検者の受検促進や予防行動促進のための基礎資料を得ることであった。以下に本研究により明らかになった保健所等の公的機関でのHIV抗体検査の受検・認知率とサービス改善の必要性、生涯初の受検者における検査受検の理由、予防行動の実態について述べる。

保健所の検査については、生涯の検査経験の有無にかかわらず約90%の対象者が認知していたが、検査の受検経験を有するもののうち、保健所で受検したものは45%であった。東海地域では、検査の利便性を高めるべく、夜間に保健所にて検査を実施したり、休日に市街中心部で迅速で結果が判明する検査を実施するなどの取り組みを行っているが、これらの検査の受検率はいずれも10%以下であった。総じて、生涯の検査経験の有無に関わらず、保健所や地方自治体が実施するHIV抗体検査の受検率や認知率は低く、認知と受検行動には大きな隔たりがあることが明らかになった。保健所のHIV抗体検査の利便性については、受検経験の有無にかかわらず「利用しにくい」と回答したものが最も多かった。その理由として、受検経験の有無に関わらず「検査時間が限られている」ことを理由に挙げたものの割合が最も高く、検査場所や時間を知らないという回答も見られた。これらの利用しにくい理由は、検査を認知はしていても、行動にはつながっていない阻害要因となっていることが考えられる。受検しやすく利便性の高いHIV検査場所を認知していることは検査受検行動の促進因子となることが海外の先行研究からも示されており^{14,15)}、今後は現在実施されている夜間・休日検査など利便性に配慮した検査体制の拡大を図るとともに、これらの検査の情報を、場所や時間等の詳細な情報を含めて、より幅広くゲイ・バイセクシュアル男性に向けて広報していく必要があるだろう。ただし、夜間に検査を実施している保健所は、全国でも未だに非常に限られており、今後もゲイ地域ボランティア団体、保健医療専門職と研究者、行政と協働し、夜間検査など利便性に配慮した検査サービスの拡大を

はかることがより受検行動を促進するために必要となるだろう。

検査の受検理由については、生涯初めて受検するものは「恋人や友達と一緒に受けるから」という理由を挙げるものが受検経験があるものよりも多かった。このことは、これまで検査を受検する機会がなかったものでも、恋人や友人と一緒に受ける、あるいは友人に誘われるといった対人関係上の出来事が初めての受検のきっかけとなる可能性があることを示唆している。海外の研究結果においてもHIV抗体検査を受検したことがないゲイ・バイセクシュアル男性への検査受検の勧奨の方法として、彼らを取り巻く対人関係ネットワークの力を活用し、ゲイ・バイセクシュアル男性からゲイ・バイセクシュアル男性の友人に受検をはたらきかけるという方法を用いることで、既存の情報を提供するのみの受検勧奨の方法よりも検査の必要性が高いゲイ・バイセクシュアル男性に検査受検へとつなげることができたという報告がある¹⁶⁾。友人と検査を受検することは自身の結果が友人に分かってしまう可能性があるなど、プライバシー保護の面で問題が発生する可能性があるため、特に結果通知の際は個別に対応するなどの配慮が必要となる。しかしながら、ゲイ・バイセクシュアル男性への検査行動促進への働きかけを行う際には、検査行動には当事者をとりまくゲイ・バイセクシュアル男性の友人の行動が影響を与えていること¹⁵⁾を考慮に入れた介入をおこない、より多くの未受検者への検査促進を図ることが重要となるだろう。また、生涯で初めて検査を受検したものは、受検理由として「情報に触れて心配になった」と回答したものの割合が受検経験があるものより高かった。この結果は、何らかの情報に触れることで、自身の認識する感染のリスクを振り返り、感染への不安をもち生涯初の受検行動につながっているものがある可能性が考えられる。本調査では、どの様な情報に触れて検査に向かうようになったのかは尋ねておらず明らかにできないが、今後は検査行動に結びついた情報の内容についても聞き取り調査などで把握し、どのような情報が受検行動の促進に効果的なのかを明らかにする必要がある。

感染予防行動に関しては、本国のゲイ・バイセクシュアル男性を対象者とした他の先行研究¹⁷⁾と同じく、検査経験のあるものの方が、相手の種類に関わらずコンドームの常用割合が高い傾向がみられた。特に最後の特定相手とのセックス時におけるコンドーム使用割合は、検査経験を有するものの方が有意に高かった。この結果は、本研究の対象者においては、検査経験のあるものの方が予防への関心が高く、予防行動を実施しているものの割合が高かった可能性を示すものと考えられる。本研究の対象者は検査受検のために会場に来場、受検したものであり、比較的HIV

感染予防に意識の高い層に偏っている可能性があるが、検査経験がないものの方が予防行動の定着度が低いことは、今後の検査受検勧奨の際には特にHIV抗体検査の受検経験がないものに重点的に働きかける重要性を示すものと考えられる。

今後、ゲイ・バイセクシュアル男性における新規感染を減少させるためには、検査体制の整備のみならず、予防行動を促進させる試みも極めて重要となる。特にゲイ・バイセクシュアル男性のコンドーム使用の促進を考案するにあたっては、彼らのコンドーム使用行動の実態や阻害・促進要因を詳細に把握し、どのような情報提供や支援が予防行動の促進に有効であるのかを査定した上で、彼らに届く活動を展開する事が重要となる。本国では、ゲイ・バイセクシュアル男性のHIV感染予防行動と関連因子を明らかにした研究は未だに非常に限られており、今後さらに多くの研究が行われることが望まれる。また、日本ではゲイ・バイセクシュアル男性は差別を受ける可能性があるマイノリティー集団であることから、ゲイ・バイセクシュアル男性に届く介入を展開するためには、当事者とともに研究、予防推進活動を展開していく事が極めて重要となるであろう。

VII. 本研究の限界

本研究の主な限界点として以下の2点が考えられる。ひとつは対象者の母集団の代表性に関する点である。本調査の対象者は、東海地域にて実施した2005年HIV検査会に東海地域に居住するゲイ・バイセクシュアル男性であり、東海地域の居住するゲイ・バイセクシュアル男性を代表しているとはいえない。東海地域のゲイ・バイセクシュアル男性人口規模を明らかにしたデータはわが国には存在していないため、母集団と比較することは不可能であるが、今回の対象者は比較的ゲイコミュニティに顔を出す機会があり、年齢層が若く、HIV感染症のリスクに対して意識が高い層に偏っている可能性が高いことに留意する必要がある。二点目は、自記式質問紙による限界である。一般的に、差別を受ける可能性があるマイノリティー集団に対して調査を実施する際や、性行動や健康に影響を及ぼす行動について尋ねる場合、対象者はより社会的に望ましい回答が多くなる可能性が指摘されている。したがって、実際のコンドーム使用率は、本研究の結果に示されたコンドーム使用率より低い可能性や、リスク認識も実際は本研究の結果より低い可能性があることを考慮に入れる必要がある。

VIII. 結 論

本研究により、東海地域に居住するHIV抗体検査を受検したゲイ・バイセクシュアル男性において保健所や地方

自治体の検査の受検率や利便性の評価が低いことが明らかとなった。2005年検査会の受検動機としては生涯に初めて検査を受検するものは、「恋人や友達と受けることにした」「情報に触れて心配になった」ことを挙げたものの割合が受検経験を有するものより高かった。過去6ヵ月のアナルセックス時のコンドームの常用率は60%以下にとどまっており、特に特定のパートナーとのコンドーム使用は低率であること、また検査を生涯で受検したことがないもののほうがコンドームの使用率が低い傾向にあることが明らかとなった。今後は検査体制の整備と、検査を受けた事がないゲイ・バイセクシュアル男性への検査受検勧奨、よ

り効果的な予防行動の促進を目指した活動を行っていく必要がある。

謝 辞

本研究にご協力いただきました回答者の皆様、エンジェルライフ名古屋のスタッフの皆様に心から感謝いたします。

なお、本研究は平成17年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「男性同性間のHIV感染対策とその評価に関する研究」（主任研究者：市川誠一）の一環として実施した。

要 旨

本研究の目的は、東海地域にて実施した臨時HIV抗体検査を受検したゲイ・バイセクシュアル男性における保健所のHIV検査の受検、認知度や利便性の評価、検査受検の動機、感染予防行動との関連を生涯の検査経験別に明らかにすることであった。東海地域に居住する272名を分析対象とした。分析の結果、保健所や地方自治体を実施するHIV抗体検査の受検率や利便性の評価が低いことが明らかとなった。保健所の検査を利用しにくい理由として、「受検できる時間が限られている」を挙げたものが最も多かった。検査会の受検動機として、検査経験のないものは経験があるものと比べて「恋人や友達と受けることにした」「情報に触れて心配になった」を挙げるものが多かった。アナルセックス時のコンドームの常用率は60%以下であった。今後はゲイ・バイセクシュアル男性が受検しやすい検査環境を整備と予防行動の促進に向けた活動を行う必要がある。

Abstract

The objective of this study was to assess the relationship between HIV testing experience and HIV preventive behavior among gay and bisexual men who participated in an HIV testing event in the Tokai area. Questions included lifetime HIV testing experience, reasons for taking the test and evaluation of public health center testing services. In this study, data from 272 respondents were used. HIV testing experience at public health centers was low and participants evaluated the service as inconvenient due to inconvenience related to "limited and inflexible opening hours". Regarding the reasons for taking an HIV test, "taking the test with my lover or friends" "becoming anxious after hearing information about HIV" was higher among participants who have never tested in comparison with those who had tested. Less than 60% of sexually active participants use condoms consistently in anal sex in the past 6 months. These findings underscore the need to improve the accessibility and quality of HIV testing services in public health centers, promote testing behavior and to promote HIV preventive behavior among gay and bisexual men.

文 献

- 1) 厚生労働省 エイズ動向委員会：平成17年エイズ発生動向年報, 2006. http://api-net.jfap.or.jp/mhw/survey/05nenpo/nenpo_menu.htm
- 2) Sanchez T, Finlayson T, et al.: Human immunodeficiency virus (HIV) risk, prevention, and testing behaviors--United States, National HIV Behavioral Surveillance System: men who have sex with men, November 2003-April 2005. MMWR Surveill Summ, 55(6), 1-16, 2006.
- 3) Campsmith ML, Goldbaum GM, et al.: HIV testing among men who have sex with men--results of a telephone survey, Prev Med, 26(6), 839-44, 1997.
- 4) Jin FY, Prestage G, et. al.: Predictors of recent HIV testing in homosexual men in Australia, HIV Med, 3(4), 271-6, 2002.
- 5) 木村博和, 市川誠一, 他: 予防啓発の評価に関する研究, 厚生

- 労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 男性同性間のHIV感染予防対策とその推進に関する研究 平成16年度研究報告書, 76-79, 2004.
- 6) 鬼塚哲郎: ゲイコミュニティへの予防介入事業, その現状と課題, 日本エイズ学会誌, 6(3), 141-144, 2004.
- 7) 日高庸晴: ゲイ・バイセクシュアル男性の健康レポート ゲイ・バイセクシュアル男性のHIV感染予防行動と心理・社会的要因に関する研究「研究報告書」概要版, 2005.
- 8) 木村博和, 市川誠一, 他: 東京地域のクラブイベント参加者に対する質問票調査結果の概要. 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 男性同性間のHIV感染予防対策とその評価に関する研究 平成17年度研究報告書, 135-137, 2006.
- 9) 市川誠一: MSM (Men who have sex with men) におけるHIV感染予防介入-プロジェクトMASH大阪について. 日本エイズ学会誌, 5(3), 174-181, 2003.

- 10) 鬼塚哲郎, 市川誠一, 他: MASH大阪2000-2002年度の事業の総括, 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 HIV感染症の動向と予防介入に関する社会疫学的研究 平成14年度研究報告書, 134-149, 2002.
- 11) 内海 眞: 名古屋における男性同性間のHIV感染予防対策とその推進, 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 男性同性間のHIV感染予防対策とその推進に関する研究 平成14-16年度研究報告書, 34-45, 2004.
- 12) 日高庸晴: HIV抗体検査における保健師の役割, 保健師ジャーナル, (62), 954-958, 2006.
- 13) Centers for Disease Control and Prevention: HIV Prevention Strategic Plan Through 2005, 2001. <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/prev-strat-plan.pdf>
- 14) Do TD, Hudes ES, et al.: HIV testing trends and correlates among young Asian and Pacific Islander men who have sex with men in two U. S. cities, AIDS Educ Prev, 18 (1), 44-55, 2006.
- 15) Spielberg F, Kurth A, et al.: Moving from apprehension to action: HIV counseling and testing preferences in three at-risk populations, AIDS Educ Prev, 13(6), 524-40, 2001.
- 16) Emerson C, Brown T, et al.: Use of social networks to identify persons with undiagnosed HIV infection--seven U. S. cities, October 2003-September 2004. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 54(24), 601-5, 2005.
- 17) 市川誠一, 金子典代, 他: 大阪地域の予防介入プログラムの評価とHIV感染予防行動の関連要因に関する研究 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 男性同性間のHIV感染予防対策とその評価に関する研究, 平成17年度研究報告書, 147-170, 2006.

〔平成18年11月29日受 付〕
〔平成19年4月5日採用決定〕

ケア提供者に対する施設入所高齢者の隠された主張

－もっとできる自分を知ってほしい－

The Demands by Elderly People in the Facility against their Caregivers

－ We'd Like Caregivers to Know There's Something More to Do on Our Own －

沖 中 由 美

Yumi Okinaka

キーワード：主張，高齢者，ケア提供者，施設

Key Words：demand, elderly, caregiver, facility

Ⅰ. 緒 言

多様な生活の場のなかでも施設に入所している高齢者は、住み慣れた家で家族と生活する環境とは異なり、加齢や障害をもつことを特徴とする人々が集合した施設に身を置き、初めての場で、見知らぬ他者との関係を作りながら生きている。筆者は、身体障害をもちながら施設で老いを生きる高齢者が、現在どのような自己意識をいっているのかを明らかにしてきた¹⁾。そのなかで、施設で身体障害をもちながら今を生きる高齢者が自らを価値づけ意識するのは、生活する場や、そこで自分を取り囲む人との繋がりが関連深いと考えるに至った。施設という環境のなかで高齢者が自分らしく老いを豊かに生きるために、ひとつはケア提供者に自分の意思を伝え、自己決定していくことが必要であろう。しかし、筆者が面接調査を進めるなかで、イエスやノーをはっきり言わないことを美德とする日本文化に生きてきた高齢者は、施設という場であっても「自分らしく老いを生きたい」と意識し、「こういうことをしたい」と生きる希望をいっていたとしても、ケア提供者と利用者という関係のなかでは、ケア提供者に対する要望を言語化しにくく、伝えられていないのではないかと考えた。

施設入所高齢者の要望に関する国内文献を概観すると、主に高齢者のニーズ調査が行われており、介護老人保健施設に入所している高齢者を対象にケア提供者が設定したニーズに関する項目を評価したもの²⁾、短期入所のケアの質を評価したもの³⁾、リハビリテーションに関する要望を調査したもの⁴⁾、特別養護老人ホーム入所者と施設職員とのニーズに関する認識の違いを調査したもの⁵⁾⁶⁾などがある。これらの研究は、ケア提供者側の視点で高齢者のニーズ調査を行っているか、或いは高齢者のニーズを予め設定したうえで調査を行っているため、施設入所高齢者側の視点で調査しているわけではない。従って、サービスを利用

する側としての施設入所高齢者の要望を十分に引き出すには限界があるだろう。ただ、上野ら⁷⁾は、介護老人保健施設に入所している高齢者のサービス・ニーズに着目した調査を行っている。このなかでは、入所高齢者から期待される職員の特性については言及しているが、入所者の相談相手や話し相手に期待する特性にとどまっている。一方、国内文献に限らず、ナーシングホーム等の施設を利用している高齢者のケア提供者に対するニーズや要望に関する文献を検索するため、“nursing home” “facility” “elderly” “old” “caregiver” “care staff” “need” “demand” をキーワードとして国外文献を概観すると、リハビリテーション部門でのニーズ調査が報告されている程度で、施設入所高齢者の要望に関する文献は見あたらない。現在、ケア提供者に対する施設入所高齢者の要望を明らかにし、それが高齢者の生活にどのように影響しているのかを調査した研究はほとんどない。

高齢者が加齢による諸機能の変化や疾病による身体障害をもちながら、その人なりの人生や生活を送ることができれば、自己実現しながら老いを生き活きと生きていると言えよう。テラー (Taylor) らによると、身体的、心理的、社会的、スピリチュアルといった多次元において、その人が主観的に満足しているか或いは幸福を感じるかといったクオリティ・オブ・ライフ (Quality of Life: 以下 QOL とする) は、クライアントの向上心や希望と、実際の経験とのギャップが小さいときに達成される。また、QOLに関連する権利について、ケアを受ける人は、治療やその結果が QOL にどのように影響するのかを知る権利をもち、ヘルスケア専門家はそれに応えなければならない⁸⁾ としている。本研究により施設入所高齢者の隠された主張を明らかにすることは、言語化できない高齢者のもつ向上心や希望を見出すことができ、それを看護実践につないでいくこ

とによって、実際の経験とのギャップを小さくすることができる。つまり、本研究は、身体障害をもちながら老いを生きる施設入所高齢者のQOLの向上や自己実現を目指すことができる点において意義深い。

そこで、本研究の目的は、施設入所高齢者とケア提供者との関係性に注目し、ケア提供者に対する施設入所高齢者の隠された主張を明らかにすることである。また、ケア提供者に対し自己主張できない施設入所高齢者が、ケア提供者との関係性のなかで、自らの老いを生きることについてどのように意識するのかを考察しながら、施設入所高齢者のQOLの向上や自己実現を目指すためのケア実践への示唆を得る。

II. 用語の定義

本研究で使用する「要望」は、対他者の関係にあるケア提供者の存在のうえに成立し、施設入所高齢者が特定のケア提供者に伝えてもらうことを前提として、強い期待をもちながら改善を求めることと定義する。「主張」は、ケア提供者に対して施設入所高齢者が何かを求め、明らかな改善を期待しているということだけではなく、他者の存在の有無に関わらず自分自身がもつ強い思いや願いと定義する。

III. 研究方法

1. 研究参加者

研究協力に承諾を得た2か所の介護老人保健施設に入所中で、老化や疾病などで身体障害をもち、会話が可能な高齢者を条件とし、看護管理者から紹介を受け、研究参加に同意を得た女性7名と男性4名（平均年齢 84.3 ± 6.1 歳）を対象者とした。研究参加者の概要は表1に示す。

表1 研究参加者の概要

参加者	年齢・性別	入所期間	要介護度	移動方法	面接回数
A	80歳後半 女	約半年	1	杖歩行	2
B	70歳前半 女	約半年	3	車椅子	2
C	80歳後半 女	約2年 (入所2回目)	1	車椅子	2
D	80歳前半 女	約1年	3	車椅子	2
E	90歳前半 女	約1年 (入所2回目)	4	介助にて 車椅子	3
F	80歳前半 男	約1年	3	車椅子	2
G	70歳後半 男	約半年	4	歩行器	3
H	90歳前半 男	約半年	3	車椅子	2
I	90歳前半 女	約2年 (入所2回目)	4	車椅子	2
J	90歳前半 女	約1年	1	歩行器	2
K	80歳前半 男	約3年	1	車椅子	2

2. データ収集および分析方法

データ収集は半構成的面接法により行った。インタビューガイドは、身体障害をもつことや老いることについて、「祖父母や親が年をとることをどのように思ってきましたか」「身体が動きにくくなった今の自分をどのように思いますか」「これから先、自分がどのように生きていこうと考えていますか」という内容を設定し、現在の自分の思いを起点に、過去の思い、そして将来を見据えた自らの老いについての思いを引き出せるようにした。面接は、語り手の語りの内容に沿って思いを汲み取りながら、一人につき2～3回、一回の面接につき約1時間、個室にて面接を行った。面接の終了は、参加者と研究者がこれ以上語ることがないと判断した時点とした。調査期間は、平成17年10月から平成18年4月までであった。面接内容は承諾を得てICレコーダーに録音し、面接終了後、会話と面接中に観察したことや聞き手が感じたり考えたりしたことを逐語化した。それを研究参加者毎にケア提供者に対する要望や隠された主張、自らの老いや身体障害についていただく思いに関する内容を抽出しながらカテゴリー化した。また、参加者の語りの内容を次の面接時に確認することによりデータの信頼性を高め、分析過程においてスーパーバイズを受けることにより妥当性を高めた。

3. 倫理的配慮

本研究は愛媛県立医療技術大学倫理委員会の承認を得た研究計画書に基づき実施した。また研究依頼時、研究趣旨、研究参加の自由意思、途中辞退の自由、プライバシー保護、個人情報守秘の厳守、結果公表の可能性について文書と口頭で説明し同意を得た人を対象者とした。

IV. 結 果

本項では、ケア提供者に対する施設入所高齢者の隠された主張について説明を記述した後、その隠された主張をもつことによって、施設入所高齢者が自らの老いを生きることとをどのように意識しているのかについて説明する。

1. ケア提供者に対する施設入所高齢者の隠された主張

施設入所高齢者は、施設という場で生活することを通して、自らの老いを生きること意識していた。そのなかで、ケア提供者に対して直接的には言えない施設入所高齢者の隠された主張、【もっとできる自分を知ってほしい】が見出された。これは、『自分の健康は自分で守りたい』、『このままではもっと悪くなる』、『自分の力を信じてほしい』で構成された。以下、これら3つの構成概念と下位概念について、高齢者の語りを基に説明を記述する。

なお、文中の《 》は隠された主張の下位概念を、「 」は語りを、[[]]は方言や語彙の説明を、()には補足語を表記した。また、文中に引用した語りは、各構成概念

を代表する典型例として提示した。

1) 自分の健康は自分で守りたい

高齢者は、自分自身の健康に関心が高く、自分で健康管理することを望む一方、自らの病気や治療に関する情報不足を主張していた。これは、《自分の病気について知りたい》《自分の受けている治療について知りたい》《健康に気づかう自分を分かってほしい》で構成された。

《自分の病気について知りたい》とは、自分の慢性疾患の経過や現在の状態について説明されないために、生活上の管理方法が分からないという主張である。糖尿病によるインシュリン療法中で、自分なりに健康管理行動をとっているCさんは、自分の糖尿病の状態を気にかけ、「これだけ食べんのに、その（血糖値が）下がらんいうことは、（以前に）手術しとるけん、そのために下がらんじゃろかと私は想像しとるんですけどね。」と、今の自分の病状を掴んでおらず、ただ血糖値の高さだけを気にかけ、その原因を過去の体験に結びつけて自分なりに納得させようとしていた。

《自分の受けている治療について知りたい》とは、今の治療方法や治療期間等への疑問と情報不足に関する主張である。Cさんは「先生が、ちょっと（インシュリンを）打つぎりじゃけん[[打つだけだから]]、それした方が楽になるんじゃがのう言うけん、ほたら[[そしたら]]ちょっと打って下さい言うたんがもとで[[言ったのが始まりで]]、こんな風に打ちだしたんよ[[打ち始めた]]。」とインシュリン注射を開始した経緯を語り、「ちょっとぐらい打っても、かまんのじゃろか[[大丈夫でしょうか]]。」とインタビューに尋ねる程、インシュリン注射の継続に納得していなかった。それは、「皆が注射しよんのならじゃけど、ほじゃないけんね。[[みんながインシュリンの注射をしているなら気にならないけど、そうじゃないからね]]。」と自分だけ特殊な治療を受けていると感じているためであった。そして内服薬については、「（薬を）くれよんのがね[[もらっている薬がね]]、私らに何にも言わんけんね、何薬何薬いうの。ほじゃけん[[だから]]、もう聞かんでもええわい言うて、聞かんのよ。」と、医師や看護師から内服薬についての説明を待っても何も言われず、自分から聞くこともできず、指示された治療法を従順に守り、治療について不確かなまま不安を募らせていた。尿失禁のため泌尿器科を受診したFさんは、今の自分を「最近はどう順調に。寝しょんべん垂れて、寝るぎり[[寝るだけ]]。子どもの時とつい[[同じ]]な感じですよ。なんぼにも[[どうにも]]、この病気が治らん限りは。」と笑いながら語り、医師から「寝しな[[寝る前]]に、水気のもん飲まんように言われるぎり[[だけ]]」じゃった。確かにそうかも分らんけど。ここでは薬飲まされるけん。お薬も聞きたいけん

が、あんた分かるかな。あれ、気になるんやけどな、薬が。」と尋ねられたため整腸剤だと答えると、「整腸剤…。悪いもんを飲まされよるに違いないと思ひよった。」と、治療について十分な説明がなく納得いかないことが、ケア提供者との信頼関係に悪影響を及ぼしていた。

《健康に気づかう自分を分かってほしい》とは、ケア提供者に、健康に関心をもち、自己管理しながら生活したいと願う自分を理解してほしいという主張である。糖尿病のため食事を気にかけているCさんは、血糖値が下がらないことを心配し、「何かの袋があつたりすると、またこよなもん[[このようなものを]]食べよるんじゃろ。じゃけんいかんし、言うけん[[だから駄目だと言われる]]。それをみんな（ケア提供者のこと）はピーンとくるんよ。食べよると思て。」と、ケア提供者から自分の行動が信頼されていないと感じていた。また、以前、糖尿病の教育入院を受けて改善したFさんは、「おかげさまで治ったような状態なんですけどが。ここでも気にはつけてもるとんですけどね。ちょっと食べよつたら、すぐ取り上げられる。いかんって[[駄目だと言って]]。//自分でも気にはしてる？//そうです。」と、施設で提供された以外の物を食べると注意を受け、自分の食事制限の程度や内容が分からないため、自己管理もできないでいた。

2) このままではもっと悪くなる

施設入所高齢者は、今の生活が続くことにより、今後、今以上に身体機能が低下し、心身が豊かな生活を望めなくなることを危惧し、現状の改善を主張していた。これは、《歩けるように回復するの心配》《痛みを何とかしてほしい》《このままでは何も楽しみがない》で構成された。

《歩けるように回復するの心配》とは、回復への期待が望めなかったり機能低下を危惧したりするために、現在の自分の機能訓練のあり方を見直してほしいという主張である。Bさんは、「（リハビリの）先生がついて[[一緒に]]歩いてくれるんやけど、そこの端から端まで行ったら終わり。それぐらいいしか歩かんけんね[[歩かないからね]]。歩く練習にならんね。歩けるようにならんたら、第一帰れん。」と、今の機能訓練では不十分であると感じ、家に帰れないことが最大の心配事であった。そして、「帰りたいんよ。そらあねえ。自分とこ（家）でいるのが。好きなこと…してきた。何ちゃ[[何も]]できんのやからね、情けない。」と、機能訓練が思い通りに進まないなか、何もできない自分を突きつけられていた。また歩行器を使用しているGさんは、「もう歩けるようにはならんです。これ以上は。」と回復への期待をもっていなかった。それは、「遊びよつたら[[遊んでいたら]]、身体がナマになってしもた。」と発症以来の療養生活で、身体が鈍る感覚をいだいていたためであった。一方、足を丈夫にするために「これ（歩行

器)をやめて、杖にしようかと思て。」と回復に期待もしていた。また、Gさんは、「杖をもってきとったら、リハビリの先生が隠すんですよ、(リハビリが)すんだら[[終わったら]]。転けたらいかんと言う。ここ(ベッドサイド)おいとったら、やれるのに(練習できるのに)。」と身体機能の回復に向けて前向きで高い意欲をもっていた。しかし、リハビリスタッフとケアの方向性が一致していないためにその意欲が阻害され、さらに回復への見通しが立たない不安をも感じていた。

《痛みを何とかしてほしい》とは、痛みがあるために活動が制限されることや痛みの原因が自分で確認できないことから、今後の身体障害の増悪を予測して不安をいだくため、痛みを取り、原因を説明してほしいという主張である。Cさんは、今の自分の身体状況を「ちいとも[[少しでも]]押し車でね、歩けたらええ方だね。もうそれもできん。押しよったら、膝こも痛いしね。どこもかもが痛うなるけん。」と痛みの出現とともに次第に歩けなくなっていく自分を感じていた。そして、「ベッドにもよう上がらんじやの、弱るじやのいうことにもなるでしょうね[[ベッドに上がることができないとか、身体が弱るとかいうことにもなる]]、長生きしたら。それが心配なわ。いつぞやは弱らないかんのじゃが[[いつかは弱っていくでしょうけど]]。帰った方がよかるか、家へ。帰るいうたって、あんた…。」と今後も弱っていく自分を予測しながら老いを生き、足が動く今のうちに本当に住みたい自分の家に帰りたいと願うがそれも叶わない思いをかかえていた。

また、夜も痛くて眠れないときがあると言うHさんは、「ズイズイズイズイ痛いので。どこぞに[[どこか]]当たりよるじやろと思うんじやが。」と痛みの原因が分からず、ただ痛みに耐えていた。そのうえ、痛みのある夜は「もうどうしようもない。ゴソゴソ、あっち転げこっち転げ暴れるのよ。そうすると、オムツなんか外れよ？ずっと[[そうすると]]、しっこが漏れたりしよらい。」と、痛みとそれに伴う不眠だけではなく、尿失禁やオムツからの尿漏れという屈辱的な体験まで受けていた。また、眠れないほどの痛みに対して、「医者が、痛み止めの薬は飲まん方がええように言うてな。なら耐えないかんいうんで。割合くれにくいわい。」と疼痛軽減のための医療的な処置が行われることなく、高齢者は痛みを堪え忍んでいた。この体験を看護管理者に報告したところ、鎮痛剤の投与を医師に相談することになった。

《このままでは何も楽しみがない》とは、施設での今の生活は、生きるうえでの根源的な衣食住は満たされているが、創造的な活動はなく、自分が生きている実感がもてないという主張である。Dさんは「楽しみはあまりありません。不自由なことはないけど楽しみもない。」と語り、H

さんも「楽しいってことはないけど、まあ安気なわいな。何もかもしてもらうきん。」と、施設を楽しみはないが安心していただける安全な場所と認識していた。その一方、Hさんは「畜生とついでな。もろて食うのんざりが[[もらって食べることだけが]]仕事でおるんじやき、つまらんものよ。」と、自分の能力や可能性を発揮し活動するという人間としての高い欲求が満たされていなかった。また、何か自分にできることは「ないなあ。」と、今の自己能力を自分では見出すことができないでいた。

3) 自分の力を信じてほしい

身体障害をもつ高齢者は、将来的な回復に期待すると同時に、ケア提供者の査定より身体能力が高いと考え、ケア提供者に前向きな意欲が阻害されていると主張していた。これは、《まだ自信がある》《できる自分を探りたい》《ケア提供者に意見が言えない》で構成された。

《まだ自信がある》とは、人生体験のなかで困難を乗り越え、強い自分を意識していた高齢者が、身体障害をもった今でも、以前の自分のようにできる自負があるという主張である。和洋裁を仕事としてきたBさんは、左片麻痺となったが、家でまた裁縫をしたいと語り、「自分とこのことはね、人にしてもらうよりは、自分でした方がいいからね。今まで自分で生きてきとるんで、できんことはない。」と、経験を糧に今でもできる自分を認めていた。トラックの運転手をしてきたGさんも、「まだ車に乗れる。自信があります。」と目を見開きしつかりした口調で語った。また、トイレ介助が必要なFさんは、トイレでの排泄が一人でできることを目標にして、「もう自分の力で、とにかくやらんといかんのよ。この世界は。歩くのも。はよ[[早く]]わしもシャーシャーッと歩いたり走ったりできたらええなあと思うんやけどな。それができない。」と他人任せにできない、自分の力を信じることが回復への道だと悟っていた。車椅子で生活をしているHさんは、畑仕事やトンネル工事などの肉体労働をしてきた強い自分に自信をもっていたが、「今でも足さえ悪くなかったら[[悪くなかったら]]、若いもんは誰まりにこたえせんが[[若者の誰にも負けない]]」と思とるんじやけ、いかない。もう足が動かんのがいかん。」と足が動かなくなった今、その自信が次第に失われているようだった。

こうして過去の自負心から強い今の自分を意識しようとする一方、手芸が趣味だったDさんは、「今はしとうてもできんです[[やりたいと思ってもできない]]、もう。手がいうこときかんのぞ[[手の自由が利かないから]]。こないだもちょっとしてみたけど、上手いことできんのぞ。やけん、もういかんと思て。ピアノ弾いても上手いこといけんし。もう何してもいけん。」と、身体を動かし活動することに挫折感を味わい、自分の可能性を見出したりこの先の

人生を前向きに生きようとしたりすることを諦めるようになっていた。

《できる自分を探りたい》とは、高齢者が自分の身体障害の回復を期待し、残存能力を活かしながら生活に楽しみを見出したいと考えているにもかかわらず、ケア提供者が望み通りにさせてくれないという主張である。Eさんは「自分の足でね、最初（歩いていた）。（他の人を見ると）車椅子で動いておられるから、ああやって歩いてみたいわって思います。」と高望みはしないと言いながら、足を地につけて歩くことを望んでいた。Bさんは、「歩けるようになったら退院させてもらって自分のとこ（家）で自分のことをね、せないかんでしょう[[しなくてはならない]]。（今は）トイレにも行けん[[行くことができない]]。行っても、自分で全部できんようじゃなあ、しょうがないでしょう。今の状態から治らな。」と、歩けるようになって家に帰ることが望みであり、「自分が用済したら拭くだけやけんね。幸せですわ。でもそれじゃ、いかん。自分でできなんだらね[[自分でできなかったら駄目]]、トイレぐらいはね。それがいつになったらできるようになるんかなあって。…案じてます。」と、望みを叶えるために自分を奮起させていたが、機能回復への道程が不確かなために先行きの不安を感じていた。また何もできないと語ったDさんは、「草履を編んでみたい。」と面接中に語り、何かしたいという強い願いと力を秘めていた。この願いは、看護管理者を通してリハビリスタッフに伝えられ、草履作りが始まった。こうして、多くの高齢者が目標や希望をもちながら今を生きていた。しかし、作業療法で細工飾りを作っていたEさんは、「先生がね、1時間半以上は（手で×をする）。これだけやらして言うても、やらしてくれなかった。」と、意志に反して活動を途中で中止されるため、ケア提供者によって活動をコントロールされるような感覚をいただいていた。一方、身体機能回復を望み、トイレに一人で行けるようになりたいと願うFさんは、「（ベッドから）降りたらいかんなんか[[ベッドから降りないように]]、（ケア提供者から）言われても、降りるんよ。降りる力ができたけん、降りるんよ。（ケア提供者は）見てくれんよ。いっぺん失敗してから。そんなんいつまでも言われてもいかん。やっぱ、ある程度の冒険はせないかんし。」と、入所時に転倒して半年が経過した今、同じように移動介助を受けている状況に、自分ができると捉えている能力とケア提供者との間にギャップが生じており、身体機能の改善をケア提供者に分かってほしいと訴えていた。また、こうしたギャップから生じる行動によって、Fさんは、「優良社員にはなれなんだ。」と、ケア提供者の指示に従わない利用者と烙印を押されている感覚をもっていた。

《ケア提供者に意見が言えない》とは、ケア提供者と利

用者との関係性から、意見をケア提供者に主張することができないという高齢者の心性である。Cさんは、生花を栽培し市場へ出荷していたことを話しながら、「（細かい仕事）が）できんのじゃ。何にもようせんのじゃけん[[何にもできないのだから]]、いらんことは言われない。」と語る一方、「やっぱり、何ぞかんぞ[[何か]]はしたい。じいっとしとるのは、いかんけんね[[駄目だからね]]。」と活動への意欲をもっていた。Cさんは実行してもできる自信がなく、できなければ却って人に迷惑をかけることになると考えていたため主張できないでいた。Fさんは、研究者にはケアについての思いが語れるが、ケア提供者には意見を述べるにくいということを言いにくそうに研究者に伝え、「そら、ここに入っとったら縛られとんやけん。やれ言うことだけきちんを守っとたらええのよ。（言う通りにしていれば）円満に退社もできるのよ、ここは。」と、施設では自由意思をもつことやそれを主張することが規制されると感じていた。その根底には「…やっぱ、ここで看てもらいよる。」という心性が働いており、「相手を化かしてもいかんしな。」と、自分が従順な利用者でいれば施設を退所し家に帰ることができると信じていた。

2. 【もっとできる自分を知ってほしい】と主張する施設入所高齢者の老いの意識

ケア提供者に対し、それぞれがいだく思いを主張できない施設入所高齢者は、自らの老いを生きることについて様々に意識していた。それを整理したのが図1である。以下、施設入所高齢者が【もっとできる自分を知ってほしい】とケア提供者に対して主張するなかで、老いを生きる自分をどのように意識しているのかについての説明を、構成概念に沿って代表的な語りを基に記述する。

『自分の健康は自分で守りたい』と主張していたCさんは、「今はね、まだこれ（車椅子）で何ぼでも[[どれだけでも]]行くしね。お手洗いも、立って言うたら、自分がよう立つのよ[[自分で立つことができるのよ]]、何ぼでも。（中略）いつぞやは弱らないかんのじゃが[[いつかは弱っていくでしょうけど]]。帰った方がよかるか、家へ。帰るいうたって、あんた…。」と、先行きを考えると今の自分はいいほうだと思っていた。また、足が動く今のうちに家に帰りたい、今の自分にできることをしておきたいと、積極的に今を生きようとするのがCさんの理想とする老いの生き方であった。しかし、「今日（の看護師）はあの人じゃがな[[だな]]」と思たりしてね、言いにくい看護婦さんもあるしね。」と、自分がやりたいと思うことを《ケア提供者に意見が言えない》ために主張することを諦めていたため、自分の理想よりは消極的に老いを生きていた。施設入所高齢者が《自分の病気について知りたい》《自分の受けている治療について知りたい》と主張するのは、自分の健

『自分の健康は自分で守りたい』	『このままではもっと悪くなる』	『自分の力を信じてほしい』
《自分の病気について知りたい》 《自分の受けている治療について知りたい》	前向きに老いを生きようとする意識 《歩けるように回復するの心配》	《まだできる自信がある》 《できる自分を探りたい》
前向きに老いを生きるためのケア提供者に対する主張 《健康に気づかう自分を分かち合いたい》	《痛みを何とかしてほしい》 《このままでは何も楽しみがない》	老いを生きることへの 負の意識 《ケア提供者に意見が言えない》

注：構成概念は『 』，下位概念は《 》で示している。

図1 【もっとできる自分を知ってほしい】と主張する施設入所高齢者の老いの意識

康に関心を向け、前向きに老いを生きようとする意識の表れであった。そして、この主張をケア提供者に主張しているのが《健康に気づかう自分を分かち合いたい》であった。

『このままではもっと悪くなる』と主張していたHさんは、「もう夜でもいとてな[[痛くて]]、寝られんときがあるんやきんな。」と痛みが今の一番の苦痛であると感じ、《痛みを何とかしてほしい》と主張していた。しかし、身体が動かなくなった今の自分を「もういかな。廃人じゃ。」と語り、将来の自分に身体機能の回復への見込みがないと思うと、「畜生とついでな。もろて食うのんざりが[[もらって食べることだけが]]仕事でおるんじゃき、つまらんものよ。」と《このままでは何も楽しみがない》と主張していた。施設入所高齢者が《歩けるように回復するの心配》と主張するのは、先行きを見越した回復への期待を危惧する現状への不安を表していた。これをケア提供者に主張しているのが《痛みを何とかしてほしい》《このままでは何も楽しみがない》であった。さらにHさんは、「…早く死んだ方がええんじゃけどが、自由にならんきん[[自由にならないから]]。」と語り、今を生きること以前向きになれないでいた。このように施設入所高齢者が今を生きることを負に意識するのは、ケア提供者が現状への不安や不満を解決してくれないと感じるためであった。

『自分の力を信じてほしい』と主張していたFさんは、《まだできる自信がある》や、《できる自分を探りたい》と自分をできないことからではなく、できることから前向きに意識しようとしていた。しかし、《ケア提供者に意見が言えない》なかで、「女の子（ケア提供者のこと）にやられても、やり返すということもできんし。こら（施設に）入ったら、そんな（自分が）情けないと思う。」と、ケア提供者に自己主張できないことによって、できない自分を否応なしに突きつけられ、老いを生きる自分を負に意識するようになっていた。施設入所高齢者の《まだ自信がある》《できる自分を探りたい》という主張は、できることから自分を見据え、前向きに老いを生きようとする意識であったが、こうした意識をもつ施設入所高齢者は、《ケア提供者に意見が言えない》ことによって、老いを生きる自分を

負に意識するようになっていた。

V. 考 察

施設入所高齢者はケア提供者に対し、【もっとできる自分を知ってほしい】と主張していたが、直接的にケア提供者に伝えることはなかった。そのうえ、今以上の身体機能の回復を期待している施設入所高齢者は、自分ができると思っている生活行動をケア提供者に規制されていると感じており、老いを生きる自分をケア提供者が支援してくれていると受けとめていなかった。また、施設入所高齢者が自分の意思をケア提供者に主張できないことによって、施設入所高齢者の望むケアとケア提供者の立案するケアの方向性が一致しにくいと考えられる。そこで本項では、まず、ケア提供者に対する隠された主張と老いを生きる施設入所高齢者の意識について考察し、次に、施設入所高齢者の隠された主張から見えるケア提供者側のケアの問題として、ケア提供者の継続的アセスメント不足と、施設入所高齢者とケア提供者がケアの方向性を相互了解することの必要性について提議し、ケア実践への示唆を論じる。

1. ケア提供者に対する隠された主張と老いを生きる施設入所高齢者の意識

施設入所高齢者は、ケア提供者に決して言葉では伝えられない主張をいただき、『自分の健康は自分で守りたい』と自分の健康に関心をもちながら、他方で『このままではもっと悪くなる』と、回復に期待し前向きに老いを生きることを期待するために現状を危惧していた。それは、施設入所高齢者が自らの老いをポジティブに生きようとして意識しているためであるが、一方で、『自分の力を信じてほしい』とケア提供者に直接訴えることのできない主張をいただいていた。これは、《ケア提供者に意見が言えない》という施設入所高齢者の心性から、たとえ自分の意に反していても、自分の主張を訴えるよりもケア提供者の指示に従順に応じていくことが生きるうえで得策であると、自らの老いを消極的に意識するようになったためであった。また、ケア提供者に直接言えないのは、日本人の心性においては、自分の意思を主張したり要望を出したりすることに不慣れ

であり、謙虚さを美德とする価値観の下では当然のことかもしれない。むしろケア提供者側がこうした心性を理解したうえで、高齢者に関わっていくことが重要である。そして、ケア提供者が施設入所高齢者の言語化できない主張を引き出すように支援していくことができれば、高齢者のQOLの向上が見込まれる。しかし、こうした高齢者の主張に気付かないまま施設での生活が続けば、高齢者は老いを生きることを楽しみを見出すことなく、消極的に人生の終焉を迎えることになると考えられる。

2. 施設入所高齢者の隠された主張から見えるケア提供者側のケアの問題

1) ケア提供者が行うべき施設入所高齢者の継続的アセスメント不足

施設入所高齢者の主張から、ケア提供者側のケアの問題として、次の三点が指摘できる。一点目は、《痛みを何とかしてほしい》と主張したHさんが痛みによる不眠とそれに伴うオムツからの尿失禁を訴えたように、「痛みへのアセスメントと苦痛軽減のための適切な処置が行われていないこと」が挙げられる。二点目は、《歩けるように回復するか心配》、《できる自分を探りたい》という主張から、機能回復の目標を高齢者自身が納得していないことや、Fさんのように一度の失敗で単独での移動動作を禁止されていたことなどから、「継続的な身体機能のアセスメントやチームケアのなかでのリハビリ部門との連携不足」が挙げられる。三点目は、《このままでは何も楽しみがない》と主張する一方、過去の人生体験を糧に、今でも自分に《まだ自信がある》と前向きに老いを生きようと奮起する高齢者に対し、「ケア提供者から生活に楽しみをもつための方法や、生活行動範囲を拡大するための具体的な方法が提示されないため、前向きに自分らしく生きることを諦めるようになり、老いを生きる施設入所高齢者の意識をネガティブにさせていること」が挙げられる。

このように、施設入所高齢者とケア提供者との間で、ケアの方向性についての相互理解のなさや、ケア提供者からの説明不足だけではなく、高齢者の健康障害から生じる生活上の規制行動についての継続的アセスメント不足によって、老いを生きる施設入所高齢者の老いを生きる意識を負にさせていることが考えられる。

2) 施設入所高齢者とケア提供者とのケアの方向性の相互理解不足

チームケアにおけるケアの方向性は高齢者本人の意向が中心であることが謳われているなか、施設入所高齢者の語りから、病気や治療、リハビリの経過などを含めた健康状態をケア提供者がどう考えケアしていこうとしているのかが高齢者に伝わらず、ケアの方向性を了解していない状況が明らかになった。障害受容における医療関係者との相互

作用について新舎⁹⁾は、リハビリテーション期間とゴール、将来的なビジョンを指示すること、失われた機能と残された機能は何か、どのくらいの期間で何ができるようになるかなどを説明する必要性と、期間、ゴールを明確にすることなしに社会復帰の意欲など湧いてこないということ述べている。医療職者からのこうした情報提供は、高齢者が老いを生きるうえでも同様に必要性が高いと考えられる。ケアの方向性に施設入所高齢者との相互理解がない状況が持続することは、高齢者がケア提供者の実施するケアの質に不満をもつだけでなく、「不自由なことはないけど楽しみもない」と語ったDさんや、「畜生と同じでもらって食べるだけが今の仕事となっている自分はつまらないもの」と語ったHさんのように、ケア提供者の関わり次第で、人生経験を積み重ね人間として高い欲求である自己実現を叶えてきた高齢者に、自らが前向きに老いを生きること消極的にさせるという負の影響を与えていた。ケア提供者は、高齢者の身体機能などを継続的にアセスメントし、それを説明していくことで、高齢者自身が目指す目標と現実との目標を確認しながら必要に応じて修正を行い、ケアの方向性の検討を常に行っていく必要がある。

一方、ケア提供者に意見を言えない施設入所高齢者の心性を踏まえたうえで関係性を構築しながら施設入所高齢者の思いを汲み取り援助する必要がある。本調査において、研究者である聞き手には、ケア提供者に対する主張を語った。それは、研究者が看護職者でありながら、語り手に直接的ケアを提供しない第三者的な立場にあったことが関与していると考えられる。こうした施設入所高齢者の行動は、ケア提供者に自分の要望を伝えることが施設入所高齢者にとって脅威として意識されていることを意味している。高齢者が自己実現を目指して自我発達するためには、自我が脅威にさらさない援助が基盤となるという小野の研究結果¹⁰⁾を踏まえ、ケア提供者は、施設入所高齢者との関係性のなかで何より脅威を与えない存在として立ち、関係性を構築しなければ、施設入所高齢者の主張はいつまでも隠されたままとなるだろう。

VI. ま と め

施設入所高齢者11名を対象に、自らの老いや身体障害についての語りを分析した結果、ケア提供者に対し、【もっとできる自分を知ってほしい】という隠された主張をもっていることが明らかになった。これは、『自分の健康は自分で守りたい』『このままではもっと悪くなる』『自分の力を信じてほしい』で構成された。また、ケア提供者に対する施設入所高齢者の主張が伝えられないことは、施設入所高齢者の前向きに老いを生きようとする意識を消極的にさせていることが分かった。施設入所高齢者のQOLの向上

や自己実現を目指すためには、ケア提供者が施設入所高齢者の言語化できない主張を引き出すように支援していくことが必要である。そのためには、ケア提供者に意見を言えない高齢者の心性を踏まえたうえで関係性を構築しながら高齢者の思いを汲み取り、同時に、高齢者の身体機能を含め健康状態を継続的にアセスメントしながら、ケアの方向性を相互に確認していくことの必要性が示された。

本研究の限界は、施設入所高齢者の主張が調査対象施設に限局される可能性は否めないことである。今後の課題は、他の保健医療福祉施設で老いを生きる高齢者の事例を重ねていくこと、また、今回明らかになった施設入所高齢者の主張を受け、対峙するケア提供者側に立ち、施設入所

高齢者のこうした主張を、ケア提供者はどのように受けとめているのかを明らかにしていくことである。

謝 辞

研究参加を快諾し、言葉に出すことのできない辛い胸のうちや様々な思いを語って下さった高齢者の方々に感謝致します。また、研究進行にあたりご助言頂きました神戸市看護大学の沼本教子教授、愛媛県立医療技術大学の中野静子教授に感謝致します。

なお本稿の一部は、第32回日本看護研究学会学術集会（別府市）において報告した。

要 旨

本研究は、ケア提供者に対する施設入所高齢者の隠された主張を見出し、施設入所高齢者が隠された主張をもつことにより自らの老いをどのように意識するのかを明らかにした。施設入所高齢者11名に半構成的面接を行い、ケア提供者に対する主張や自らの老いについていただく意識内容を抽出しカテゴリー化した。その結果、『自分の健康は自分で守りたい』『このままではもっと悪くなる』『自分の力を信じてほしい』で構成される【もっとできる自分を知ってほしい】が見出された。隠された主張をもつ施設入所高齢者のなかには、自らの老いを負に意識づけるようになる人もいた。そこでケア提供者は、施設入所高齢者のQOLを向上させ自己実現を目指すため、言語化できない主張を引き出すことが求められる。ケア提供者は、施設入所高齢者との関係性を構築しながら、施設入所高齢者の健康状態を継続的に査定し、ケアの方向性を相互に確認していく必要性が示された。

Abstract

This study clarifies what the elderly people living in a healthcare facility want to let their caregivers know, and declares how they are conscious of being old through their hidden demands. I interviewed eleven people, collected the data of their demands against caregivers and their consciousness of being old, and categorized them. As the result, I found a hidden demand such as 'We'd like a caregiver to know there's something more to do on our own'; to be more concrete, "We want to protect our health by ourselves", "We'll become worse if we stay as we are", and "We'd like a caregiver to believe in our potential". Some of them were having negative view of being old due to their hidden demands. So caregivers need to know their demands in order to enrich their QOL even if these elderly people don't ask them to. Therefore I suggest caregivers need to make a close relationship with them while thinking about their feelings that they can't express clearly, do their health assessment continuously, and try to get a mutual agreement on the nursing care plan as to their future.

文 献

- 1) 沖中由美：身体障害とともに老いを生きる施設入所高齢者の自己意識, 日本看護科学会誌, 26(4), 19-29, 2006.
- 2) 内田陽子：介護老人保健施設入所者のケアニーズとリスクに対する介護に関する研究, 日本看護管理学会誌, 7(1), 36-42, 2003.
- 3) 三重野英子, 小西美智子, 他：施設種別による短期入所のケアの質に関する研究, 老年看護学, 8(1), 50-60, 2003.
- 4) 盛田寛明, 塩中雅博, 他：介護老人保健施設における利用者のリハビリテーション内容に関する要望調査, 神戸大学保健学科紀要, 17, 51-59, 2001.
- 5) 岡田進一, 岡本秀明：特別養護老人ホームにおける心理・社会的ニーズ－施設入所高齢者と施設職員との認識に関する比較研究－, 厚生指標, 49(1), 15-22, 2002.
- 6) 岡本秀明, 岡田進一：施設入所高齢者と施設職員との間の主観的ニーズに関する認識の違い, 日本公衆衛生雑誌, 49(9), 911-921, 2002.
- 7) 上野徳美, 林 智一, 他：老人保健施設入所者のサポート・リソースと心理的援助に関する研究－在宅高齢者との比較を通して, 臨床心理学, 6(1), 71-80, 2006.
- 8) Taylor E. J., Jones P. et al.: Quality of Life, Lubkin I. M. & Larsen P. D. (Eds.): Chronic Illness: Impact and Interventions 4th Edition, 207-226, Jones and Bartlett Publishers, Massachusetts, 1998.
- 9) 新舎規由：障害受容における相互作用 当事者の立場から, 総合リハビリテーション, 31(9), 815-820, 2003.
- 10) 小野幸子：高齢者の看護方法に関する研究－自我発達を促進する看護援助の構造－, 千葉看護学会誌, 3(1), 32-38, 1997.

〔平成18年11月20日受 付〕
〔平成19年5月15日採用決定〕

抑うつを伴う施設入居高齢者の構造的ライフレビューによる心理的プロセス

Psychological Process through Structured Life Review Sessions of the Institutionalized Elderly with Depression

古 村 美津代

Mitsuyo Furumura

キーワード：ライフレビュー、高齢者、抑うつ、施設入所、心理的プロセス

Key Words : life review, the elderly, depression, institutionalization, psychological process

I. 結 言

老年期は、多くの喪失に直面しながら、自分の生涯を統合的に受容していくことが重要である。しかし老年期は、環境の変化、身体的変化、対人関係の変化やこれまで自分自身を支えてきた自己像を喪失することなど非常に多くの喪失を伴い¹⁾ うつ病や神経症に罹りやすくなる²⁾。特に様々な理由により住み慣れた自宅や地域から離れ、施設に入所し療養生活を送る高齢者にとっては、精神科的な症状や状態は現れていなくても、個別の心理的ケアが必要である³⁾⁴⁾。

高齢者に対する心理療法は、過去に長い人生の歴史を有するという点で若年層とは明らかに異なる特性をもっており、この点が高齢者の心理療法において重要な手がかりとなる⁵⁾。回想法は、その長い人生の歴史をとともに見つめなおす高齢者への心理的援助として、看護学、社会福祉学、心理学など幅広い分野で注目されている。

回想法は、米国の精神科医であるButler⁶⁾により提唱されたライフレビュー(Life review)の概念が起源となり、地域居住老人、認知症高齢者を対象に実施され情動機能や対人交流の促進という効果が注目されている⁷⁾。国内では80年代以降、老人病院、介護老人保健施設や介護老人福祉施設において認知症の高齢者を対象にしたグループ回想法を中心に実践が重ねられ、認知機能の改善や心理的機能の改善が報告されている⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾。

ライフレビューに関する研究でHaightの構造的ライフレビューは、Erikson, EHの各発達段階の諸課題に即した質問を時系列的に設定し、全ての発達段階に関する回想を高齢者自身が再構成できるような枠組みとなっており、ButlerのライフレビューとEriksonの自我発達段階を具体的な介入方法として発展させている¹¹⁾。構造的ライフレビューは、話し手を各発達段階へと導き、ついに話し手は最後の発達段階とその目標である統合に至り人生の後半における統合を促進する¹²⁾。Haightは、認知障害のない在宅

で給食サービスを受けている高齢者を対象に構造的ライフレビューを実施し、人生満足度や心理的幸福感スケールに有意な改善が見られたことを報告している¹²⁾。Fryは、抑うつ状態の高齢者に対して、構造化された回想と非構造化された回想、統制群の3群の比較により、構造化された回想が最も有効であることを示唆している¹³⁾。またBeatonは、高齢者の語る回想スタイルを肯定スタイル、否定スタイル、絶望スタイルとし自我の発達との関連を検討した結果、回想のスタイルが肯定的なものはそうでない者より自我発達の程度が高いことを報告している¹⁴⁾。国内においては、高齢者及びターミナル期の入院患者2名に対する個人心理療法にライフレビューを適用した結果、想起、評価、総合という機能が見られたこと¹⁵⁾や抑うつを伴う施設入所者に構造的ライフレビューを実施した結果、老人用うつスケールが改善した報告がある¹⁶⁾。しかし看護介入として国内におけるライフレビューの研究や語られた内容から心理的プロセスを明確にし、その効果を検討した研究は未だ少なく今後の研究が待たれるところである。

以上のことより本研究の目的は、認知障害のない抑うつを伴う施設入居高齢者に対する看護介入としてHaight¹²⁾の構造的ライフレビューを行うことによって、高齢者の心理的プロセスの変化を明らかにし、抑うつを伴う施設入居高齢者への構造的ライフレビューの有効性を検討することとした。これらを明らかにすることは、抑うつを伴う施設の高齢者に対する心理的援助につながるとともに、医療施設、地域のデイケアやデイサービス、訪問看護などを利用する抑うつを伴う高齢者への援助の一助になると考えた。

II. 用語の定義

1. 抑うつを伴う施設入居高齢者とは

介護老人保健施設に入所しており、悲哀感、憂うつ、欲びの喪失、絶望、不安といった悲観的気分や落ち込みを特徴とする感情や症状を伴う高齢者。

2. 構造的ライフレビューとは

Eriksonの発達段階の諸課題に即した質問を時系列的に設定し、すべての発達段階に関する回想を対象者が再構成できるような構造的な枠組になっている。また質問の種類や内容のほかに定期的に週1回、計6回という時間設定も構造化されている。構造的ライフレビューは、援助者が対象者のライフヒストリーを時系列的に聞いていく方法を取りながら、過去の人生の整理やその意味を探索することを促し、人格の統合を目指したものとする。

3. 構造的ライフレビューの心理のプロセス

構造的ライフレビューの実施により高齢者が辿る心理過程。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究デザイン

抑うつを伴う施設入居高齢者に対する構造的ライフレビューによる心理のプロセスの変化を明らかにする質的帰納的研究デザインとした。

2. 研究対象

研究対象者は、1) 65歳以上 2) Mini Mental State Examination (MMSE) が24点以上 3) 抑うつを伴う、施設入所者である。基準に近いと判断される入居者に対して研究対象者の選定手順を以下①、②のようにした。

①認知機能は、Mini-Mental State Examination (MMSE) を使用した。痴呆と非痴呆の鑑別点は23/24点と考えられており、本研究では、24点以上を対象とした。

②抑うつの状態では、矢富¹⁷⁾の老人用うつスケール (Geriatric Depression Scale: GDS) 短縮版を使用した。得点の合計は15点で、高得点となるほど抑うつ度が高いと判断される。本研究では、古門¹⁸⁾らの研究を参考に5点以上を抑うつと判定した。

3. 調査方法

ライフレビューは、週1回実施、1回の面接時間は、45分前後とし6回で構成した。はじめの2回は、児童期や家族、家庭に焦点をおいた。次の2回は、青年期と成人期とした。最後の2回は、まとめとした。質問内容は、Haight¹²⁾のLife Review and Experience Form (LIEF) の構造的ライフレビュー66項目を参考にした。表1には、発達段階の各段階に沿って設定された質問項目の一部を紹介する。面接は、質問項目に添って進め、対象者が語る事柄についてその時の思いや出来事のもつ意味について思いめぐらすことができるように関った。面接内容は、対象者の承諾を得て、テープレコーダーに録音した。面接場所は、施設の3階で見晴らしのよい静かで明るい場所を使用した。

4. 分析方法

得られたデータは、Krippendorffの手法¹⁹⁾を用い内容分

表1 構造的ライフレビューの質問項目 (一部)

発達段階	質問項目
児童期 (22項目)	・あなたが覚えている一番はじめのことは何ですか。出来る限り思い出してください。 ・あなたが幼い頃のことで、何か他に憶えていることは何ですか。
青年期 (14項目)	・10代の頃に自分自身の人生について考えたとき、最もよく覚えていることは。 自分自身に満足していましたか。 ・他に10代の頃でよく憶えていることは。
成人期 (13項目)	・あなたは、自分がしようとおもったことをしてきましたか。 ・信仰はあなたにとってどんな役割をもっていましたか。
まとめ (17項目)	・全体としてあなたの過ごしてきた人生はどんなものでしたか。 ・もし同じ人生をもう一度歩めるとしたら、それをのぞみますか。

Life Review and Experiencing Form (Haight, 1979)

析を行った。まず録音した対象者のライフレビューの内容は、逐語録として作成した。次に逐語録の中から高齢者の心理面について述べている箇所を対象者の言葉を損なわないように意味単位で抽出した。抽出した記述を質的データとしてコード化を行った。次に意味内容の類似性に基づきサブカテゴリーに分類し、抽象度の高いカテゴリーにまとめた。またカテゴリー間の関連を現し全体の構造化をはかった。分析に当たっては、スーパーバイズを受けながらすすめ、分析内容の信頼性、妥当性を確保するように努めた。

5. 倫理的配慮

研究の実施に際して、施設長、看護師長に研究の趣旨を伝え了解を得た。研究者は、部外者であり施設入居者の状況把握が困難なため、選定基準に近いと判断される入居者を看護師長から紹介していただいた。紹介された施設入所者に対して、研究の趣旨および内容を説明した。研究の参加は自由であること、特にこれまでの自分の歩いてきた人生の中での様々な出来事について語ることは、個人の内面を表明することにつながるため、面接の中で話したくないことは話さなくてよいこと、途中で面接を取りやめることができること、研究結果の公表は、プライバシーを配慮し研究目的以外に使用しないことを書面と口頭で伝え、十分な理解が得られてから研究参加の意志を確認し、同意書で研究協力の承諾を得た。また固有名詞は匿名化して逐語録におこし、その時点で録音テープを処分した。

Ⅳ. 研究結果

対象者は、7名(男性2名、女性5名)で対象者の平均年齢は、83.9(標準偏差6.4、以下標準偏差をSDと記す)歳、各対象者の平均入所期間は、面接開始日時点で15.3

(SD = 9.7) ヶ月であった。対象者は、様々な疾患により要介護認定1～3であり、日常生活において一部介助または全介助を要した。対象者全員、向精神薬などの処方はない。対象者のMini-Mental State Examination (MMSE) は、平均26 (SD = 1.7) 点、だった。またライフレビュー前の老人用うつスケール (Geriatric Depression Scale; GDS) 短縮版平均は、9 (SD = 1.82) 点であった (表2)。

表2 対象者概要

N = 7

対象者	年齢	性別	介入開始時の入所期間	MMSE	GDS
A氏	79才	女	1年10ヶ月	26点	12点
B氏	85才	女	5ヶ月	24点	9点
C氏	82才	女	2年5ヶ月	28点	8点
D氏	90才	男	1年9ヶ月	25点	6点
E氏	93才	女	1年4ヶ月	29点	10点
F氏	84才	女	9ヶ月	26点	9点
G氏	74才	男	1ヶ月	26点	9点

上記7名の要介護度は1～3であった。

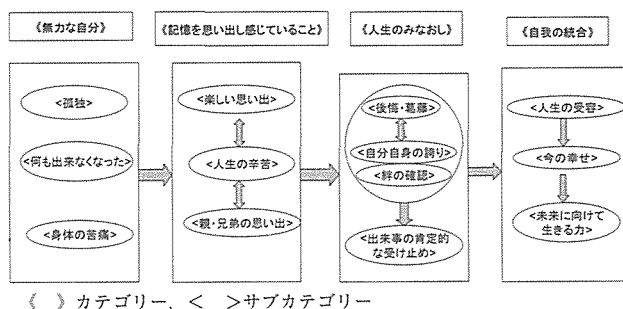
ADLは、全介助1名、一部介助6名であった。

高齢者は、個々への構造的ライフレビューの質問項目により、忘れていた過去の経験を想起した。また想起された出来事に対して、その時の思いや出来事のもつ意味の理解を促すように関ることにより、その時の感情が生き生きと再現され、涙や笑顔が見られた。データより高齢者の心理面が現れている意味内容を分析した結果、《無力な自分》、《記憶を思い出して感じていること》、《人生のみなおし》、《自我の統合》の4つのカテゴリーが抽出された。

面接当初の高齢者は、加齢に伴う身体的低下や施設入所による孤独感、認知機能の低下に伴う自尊感情の低下など《無力な自分》に対する様々な思いを語った。しかし構造的ライフレビューによる構造的な質問項目は、忘れてしまった過去の出来事について思い出さきっかけとなった。高齢者は、子供時代のことや両親、家族、友達、学校などの＜楽しい思い出＞、＜兄弟の思い出＞、＜人生の辛苦＞を想起し、その出来事を生き生きとした表情で語った。またその出来事に伴う様々な感情を表出し笑顔や涙が見られた。高齢者は、構造的ライフレビューにより、いまだに思い出すことが苦痛で困難さを伴う出来事についても想起し、これまで否認、抑圧されていた＜後悔・葛藤＞について語るようになった。その一方でこれまでの生活を振り返り、様々な辛苦を乗り越えた自分自身を再確認し＜自分自身の誇り＞を認識するとともに両親や肉親から自分自身に注がれた愛情を確認することで＜絆の確認＞ができた。＜後悔・葛藤＞や＜自分自身の誇り＞、＜絆の確認＞の思いを繰り返しながら、これまで後悔や葛藤をかかえていた様々な出来事が自分にとって意味がある出来事であったと考えることができ＜出来事の肯定的な受け止め＞につな

がった。高齢者は、これまでの出来事を肯定的に受け止めることにより自分自身の＜人生の受容＞、＜今の幸せ＞、＜未来に向けて生きる力＞につながった。

これらの《無力な自分》、《記憶を思い出して感じていること》、《人生のみなおし》、《自我の統合》は、時間的経過とその心理的プロセスによって構造化された。(図1) なお文中の《 》はカテゴリー、＜ 》はサブカテゴリーを表し、対象者の語りは「 」で表す。



《 》カテゴリー、＜ 》サブカテゴリー

図1 構造的ライフレビューの心理的プロセス

1. 《無力な自分》

＜孤独＞＜何もできなくなった＞＜身体の苦痛＞の3つのサブカテゴリーで構成された。各サブカテゴリーの内容を以下に示す。

＜孤独＞では、「子からほったらかしにされている。ぜんぜん面会に来ない。子供に見捨てられた。頑張ってきて同じこと。ほったらかされて。」「今は誰もいない。自分で、昔のことは忘れようと思いつた。聞いてくれる人がいない。話し相手がいない。」など施設の中の孤独を語った。

＜何も出来なくなった＞では、「頭が動かん。手先がしびれて動かない。手紙を書いても字が分からなくなる。息子の名前の漢字が思いださん。カタカナで書いた。本当に出てこない。何も分からんごとなります。年だろうと思う。」「何も出来なくなった。子供に迷惑をかけるだけの人間になった。死んだほうがよい。」「落ちていきたくない。自分自身がそうになっていくのがつらい。しょうもない人間になってしまった。」「甘えほうだいで大きくなった。何もしきらんでお嫁に行った。そんな風に育ったから、ばちがあたった。足が歩かれんごとなりました。」など、これまで出来ていたことが出来なくなっていく自分自身を語った。

＜身体の苦痛＞では、「足がずんずんする。1日じゅうする。毎晩寝るとき、このまま目がさめないならいいと思う。」「足がしびれている。動く時が痛い。」などの様々な身体的苦痛を語った。

2. 《記憶を思い出して感じていること》

ライフレビューにより様々な場面を想起するとともにそ

の出来事に伴う様々な感情が呼び起こされた。サブカテゴリーとして＜楽しい思い出＞＜人生の辛苦＞＜親・兄弟の思い出＞の3つのサブカテゴリーで構成された。

＜楽しい思い出＞では、「小さい時は、頭は悪かったが、跳び箱は男以上に飛べた。休み時間は、ゴム飛びばかりしていた。小学校高学年になると、胸が大きくなって走れなくなった。(笑い)」、「女学校の時のことを覚えている。1年生からバレーの選手だった。スポーツが得意だった。楽しかった。」、「子供のころは楽しかった。学校にいったら可愛がられた。体操は苦手だった。」、「貧乏していても修学旅行に入った。行けなかった人もいる。難儀していてもやってくれた。見た町がきれいだった。思い出す。楽しかった。」と話し想起した出来事やその時の感情を思い起こし笑顔が多く見られた。

＜人生の辛苦＞では、「色々経験してきた。一番どん底に落ちた時には、生きているというより頭の中がどろどろして渦の中にいるような感じだった。人間という感じではない。地獄の苦しみの中で生きてきた。子供は残しては死なれんと思った。」、「35才の時にリウマチになった。生活苦だった。子供は、小さいので何とかしようと思う気持ち。痛くても痛いと言っておれない。」、「親がいなかったので小さい頃から百姓の仕事をよくした。親がおらんとが辛かった。」と話し、想起された記憶に対してその出来事に伴う感情が思い起こされ、流涙する場面が多く見られた。

＜親・兄弟の思い出＞では、「姉がちりめんで人形の着物を作ってくれた。嬉しかった。」、「姉は、7つ年上で私の面倒をよくみてくれた。遠足の時刺繍入りのリュックサックを縫ってくれた。ありがたかった。」、「兄とよく遊んだ。周りの人から仲が良いといつも言われていた。とても兄が好きだった。」など様々な場面を想起しその時の気持ちを語った。

3. 《人生のみなおし》

＜後悔・葛藤＞、＜自分自身の誇り＞、＜絆の確認＞、＜出来事の肯定的な受け止め＞の4つのサブカテゴリーで構成された。

＜後悔・葛藤＞では、「しようと思ったことが出来なかった。やってこなかった。後悔が先立つ。」、「一番の不幸は、子供に何もしてやれなかったこと。子供には、してやりたいことが一杯あった。取り返しがつかない。」、「実家に子供が出来なかったので、娘を養女にだした。あのとき養女に出さなければよかった。」、「結婚後辛くて実家に帰ったら、義姉からわがままで辛抱が出来ないといわれ嫁ぎ先に帰った。あの時帰らなければよかった。未だに後悔している。悲しい思い出。」、「身体が弱かった。身体が強かったらどんなによかっただろう。頭がよくてもだめ。人間は身体。」など今もなお解決出来ていない後悔や葛藤を

語った。

＜自分自身の誇り＞では、「奉公先で、頑張ったことは自分の誇り。」、「公務員に受かったことは自分自身の誇り。」、「舅が死ぬ時私にしがみついて後は頼んでおくと私に抱きついた。うれしかった。財産もみんな私にたくしてくれた。今は、舅、姑を拝みよる。」、「誇らしいのは、子供。子供の心配をしたことがない。」など、自分自身の誇りを語った。

＜絆の確認＞では、「父は、本当にいい人だった。いい所は、私を可愛がってくれた。田んぼに連れて行き、寒いので薬をつみその中に入れてくれた。悪い点は、思いつかない。」、「小さい時に寂しさを感じたことなかった。寒い日や雨の日には、養父が学校のおくり迎えをしてくれた。お母さんは、優しかった。お母さんが一番好きだった。可愛がってもらった。」、「おふくろは、心の支え。年に一回、お参りに行って、帰りはうどんを食べていたことを思い出す。」、「お母さんは、仏様のように優しかった。」、「一番幸せだったのは、子供のころ。あのころは、もう二度と戻ってこない。その時は、幸せを感じていなかった。今になって感じる。」という言葉が聞かれ自分自身に注がれた愛情を確認し涙ぐむ場面が見られた。

＜出来事の肯定的な受け止め＞では、「19の時の奉公は、辛かったけど私が思うように私を太らせてくれた。それで今がある。その経験は良かったと思う。」、「母が早くに亡くなったので義姉のしつけが厳しかった。人生の中で指導を受けたという感じ。感謝の気持ちはあったけど、きつかった。反発はしなかった。今になれば、それも良かった。」、「高等小学校を卒業後に中学に行きたかった。一生懸命に勉強していたが、父が死んで進学できなかった。進学できなかったのが今がある。ここにいることができる。」、「苦勞したけん、今は極楽。ほんなことばい。」など、自分の思うようにならなかった人生を振り返りながらも、その出来事が自分の人生にとってどういう意味があったか出来事の意味づけの語りが聞かれた。

4. 《自我の統合》

＜人生の受容＞＜今の幸せ＞＜未来にむけての生きる力＞の3つのサブカテゴリーで構成された。

＜人生の受容＞では、「私の人生はあまっとる。思うとおりにしてきた。上を見ればきりが無いが下を見ればきりが無い。私の人生は、悪い時もあったけど良かったとおもっている。人生は決まっとる。それがいいことだろう。全体をとおすとよかうち。」、「人生は良かったり、悪かったり。人生は中間だろう。そんなに悪かったこともなかったごたる。みんなに可愛がられてきた。先生にも可愛がられた。」、「やろうと思ったことはやってきた。悔いはあったごともあったけど忘れた。」、「今かんがえるなら幸

せやった。不幸は見当たらない。」などこれまでも振り返り自分自身の人生を受容する語りが聞かれた。

<今の幸せ>では、「子供たちがみんな素直に育ってくれた。私のいうことを子供たちがよく聴いてくれる。」「今まで心を責めていました。苦しみというたら、筆舌に尽くしがたい。その頃に比べて今は幸せ。今は、貧しいなりに年金ももらえ、養ってもらえている。ありがたいと思っている。」「満足していることは、今こうして字を書くことができる。手が変形しているのに、下手だけど書けることが幸せと思っている。」「ここにいたら幸せ。みんな私に声をかけてくれる。ありがたい。」「結婚は、幸せか不幸かわからん。こどもがおったけん今こうしておられる。良かった。」など現況の中で今ある幸せに気づく語りが聞かれた。

<未来にむけて生きる力>では、「私の気持ちが活性化した。穏やかな気持ちになった。心の霧が晴れました。」「幸せという心が大切ですね。自分を幸せと思わないといけないですね。雑念は入りますが、思い返しながらか幸せという気持ちでいきましょう。」「子供も立派に成長して、良かった。あとはよい。私がいなくなっても夫婦仲良くしてくれたらそれでよい。」「話したあといろいろ思い出す。懐かしい。ちっと元気になった。」「人に話すことはとても幸せです。それで私は若返りました、心が軽くなりました。もうこれで何も思わなくてもよくなった。」「人生くるくるです。ずっとということがない。波乱万丈です。そして長生きしています。」などの言葉が聞かれ面接当初と比較して穏やかな表情になった。

V. 考 察

面接当初の高齢者は、無力な自分に対する様々な思いを語った。しかし構造的ライフレビューによる構造的な質問項目は、忘れてしまった過去の出来事について思い出すきっかけとなった。対象者は、忘れかけていた出来事や出来事に伴う様々な感情を表出した。また構造的ライフレビューにより、いまだに思い出すことが苦痛で困難を伴う出来事についても想起し、これまで否認、抑圧されていた事柄について語るようになった。高齢者は、面接者がその時の感情や出来事のもつ意味について思いめぐらすことができるように関わることで、不安や防衛なしに自分をさらけ出し、これまで心中にあった否認や抑圧されていたような後悔・葛藤も表現した。またその一方でこれまでの生活を振り返り、様々な辛苦を思い出すとともにその辛苦を乗り越えた自分自身を再確認し自分自身の誇りを認識することができた。至底体験を語ることは、過去の苦難や苦境を乗り越えた「強い自分」を再確認し、現在の「生きる力」を引き出すことになる²⁰⁾。対象者は、苦難や苦境を受け止

めてきた自分自身の体験を想起することにより、強い自分を再確認し生きていく力を再構築できたのではないかと考える。また幼少時の肉親や兄弟の思い出の想起から、自分自身に注がれた愛情を再確認し、愛されていた絆を確認することができた。

林¹⁵⁾は、「患者が語る人生回顧は、祖先から子孫に至るライフサイクルの連続性や歴史性の中の自己のライフサイクルを縦軸に、家族との心理的絆の再確認や強化を水平面として、内的に自己が定位されることにより、心理的安寧を得ることができ、どのような場にあっても外的環境の変化を受容し、適応していくことが可能となる」と述べている。本研究においても対象者は、これまでの人生を振り返り、様々な出来事を想起するとともに幼少時の肉親や兄弟の思い出の想起から、その時の自分自身に注がれた愛情を確認することができ、自己の一貫性を確認することができたと考える。

構造的ライフレビューを通し、高齢者は、自分自身に注がれた愛情やこれまで生きてきた自分自身の誇りの肯定的側面と様々な事情により思い通りに生きられなかったこれまでの後悔や葛藤の否定的側面が繰り返されたと考える。その中で過去に経験した様々な出来事に対して、「19の時の奉公は、辛かったけど私が思うように私を太らせてくれた。それで今がある。その経験は良かったと思う。」「母が早くに亡くなったので義姉のしつけが厳しかった。人生の中で指導を受けたという感じ。感謝の気持ちはあったけど、きつかった。反発はしなかった。今になれば、それも良かった。」などの語りが聞かれるようになった。Haight¹²⁾は、「ライフレビューが療法的介入として用いられたならば、ライフレビューはもはや自然発生的ではなく、方向づけされたプロセスであり、その中で聴き手は老年者が自身の記憶をそそのかして再編成するのを助け、この再編成を通して人々は過去を理解し、それまで気づかなかった意味を発見する」と述べている。構造的ライフレビューにより高齢者は、これまでの人生で受け入れがたい葛藤や後悔する出来事を肯定的に受け止めることにより、自分の人生を見なおすことができたと考える。

まとめにおいて対象者は、「私の人生は、あまっとる。思うとおりにしてきた。上を見ればきりがなが下を見ればきりがながない。私の人生は、悪い時もあったけど良かったとおもっている。人生は決まっとる。それがいいことだろう。全体をとおすとよかうち。」「人生は良かったり、悪かったり。人生は中間だろう。そんなに悪かったこともなかったごたる。みんなに可愛がられてきた。先生にも可愛がられた。」「今考えるなら幸せやった。不幸は見当たらない。」などこれまでの人生を振り返り、自分自身が辿ってきた人生が唯一かけがえのない自分自身の人生であった

ことを見出し、人生の受容に繋がったと考える。これまでの人生を受容することにより、子供がみんな素直に育ったことや家族が面会にきてくれること、今の楽しみなど、今ある自分自身の幸せに目をむけるとともに、「私の気持ちが活性化した。穏やかな気持ちになった。心の霧が晴れました。」「幸せという心が大切ですね。自分を幸せと思わないといけないですね。雑念は入りますが、思い返しながらか幸せという気持ちでいきましょう。」など今後の自分自身の生き方についても考え、未来に向けて生きる力につながったと考える。Haight¹²⁾は、「おそらく人々は、自らの人生を乗り越えて生きることが多いほど、エリクソンのいう発達段階のはしごを登る機会をより多くもつのだろう。彼らは自分の受けた傷を癒して現実の生活を変えることもでき、それは彼らがはしごを登るための助けとなる」と述べている。

構造的ライフレビューにより高齢者は、自分自身の人生の意味を見出すとともにこれまで歩いてきた人生が自己の唯一取換えのきかない必然的なものとして受け入れることができたのではないかと考える。林¹⁵⁾は、心理療法の面接過程で自然発生的に生じたライフレビューから想起・評価・総合が相互に重なり合い自我の統合に至るモデルを示している。

今回の研究では、看護介入としての構造的ライフレビューの試みであったが、面接当初は、無力な自分を嘆く発語が多くみられた。しかしライフレビューの経過とともに記憶を想起し、様々な辛苦を味わいながら生きてきた人生、思い通りに生きられなかった人生を振り返り、悲しみ、諦めながらも、それを乗り越えた強い自分を再確認するとともに肉親からの愛情を確認することにより記憶の再修正の過程を辿り自我の統合につながったことは林¹⁵⁾の先行研究と同様の結果になったと考える。

今回、ライフレビューの実施依頼にあたり1名の高齢者は「人様にお話することは何もありません。」「思い出したくありません。」「結婚後のことは御法度、個人的なことになるとそれぞれの苦しみ、悲しみがある。」という言葉があり、実施に至らなかった。このようにライフレビューに対して抵抗がある高齢者の存在も否めない。この

ことは、これまでの人生の中で直面しづらい、自我に受け入れがたい出来事に対する否認や防衛機制によるものであると推察された。想起が生じるか否かは、防衛機制の強さとその解決を求める人格の統合への潜在的能力とのバランスによる¹⁵⁾と考えられる。

ライフレビューは、治療の側面を持っているが、それは心理療法のプロセスとは明確な点で異なっている。そのもっとも大きな違いは、面接者は、対象の取り上げた話題のみについて話し合うことであり、対象者が特定の話題を取り上げない限りそのことにはふれないことが必要である¹²⁾といわれている。ライフレビューでは、面接者が介入すべきでない時と回想を促す良き聴き手となるべき時をよく理解し介入することが重要であると考えられる。

VI. 結 論

面接当初、加齢に伴う身体的低下や施設入所による孤独感、認知機能の低下に伴う自尊感情の低下を訴えていた高齢者が、Haightの構造的ライフレビューにより楽しい思い出や人生の辛苦、親・兄弟の思い出を想起した。また面接者が想起された出来事に対するその時の思いや出来事の意味について思いめぐらすことが出来るように関することで、高齢者は、未だ解決できぬ後悔や葛藤などの否定的側面と自分自身の誇りや絆の確認の肯定的側面が繰り返された。その結果、様々な出来事に新しい意味づけがおり、葛藤や後悔を伴う出来事に対して肯定的な受け止めの語りが聞かれるようになった。ライフレビューのまとめでは、自分の人生を受容する語りや現況の中での自分自身の今の幸せに気づくとともに未来に向けて生きる力の語りが聞かれる様になり、自我の統合に向けた心理的援助につながったと考える。しかしライフレビューに対して抵抗がある高齢者の存在も否めない。このことは、これまでの人生の中で直面しづらい、自我に受け入れがたい出来事に対する否認や防衛機制によるものであると推察される。ライフレビューでは、聴き手は、介入すべきでない時と回想を促す良き聴き手となるべき時をよく理解し介入することが重要であると考えられる。

要 旨

老年期は、多くの喪失に直面しながら、自分の生涯を統合的に受容していくことが重要である。しかし老年期は、非常に多くの喪失を伴うつ病や神経症に罹りやすく個別の心理的ケアが必要である。

本研究は、抑うつを伴う施設入居高齢者の構造的ライフレビューによる心理的プロセスを明らかにしその心理的ケアの有効性を検討することを目的に、認知障害のない抑うつを伴う施設入居高齢者7名に構造的ライフレビューを実施した。

面接当初は、身体的低下や施設入所による孤独感などを訴えていた高齢者が、構造的ライフレビューにより面

接者が出来事に対する思いやその出来事の意味について思いめぐらすことができるように関することで、さまざまな出来事を想起し自らの人生を受容することができた。構造的ライフレビューにより高齢者は、《無力な自分》、《記憶を思い出し感じていること》、《人生のみなおし》、《自我の統合》の心理的プロセスを辿ることが明らかとなり、心理的援助につながった。

Abstract

In their older years, people suffer many losses and it is important for them to accept their life and circumstances in a comprehensive manner. However, as they are prone to develop depression or neurosis caused by so many losses, individual mental care will become necessary.

The purpose of the present study was to lay out the psychological process experienced by the institutionalized elderly people with depression through structured life review sessions and to examine its effectiveness in mental health care. A structured life review session was given to seven elderly individuals with depression without cognitive impairment living in institutions.

At the beginning of the session, they complained about declining physical abilities and loneliness arising from living in a care facility. However, as the interviewer was involved in the structured life review sessions in a way that facilitates the elderly to reflect on their feelings for the past events and their meanings, they recalled various events and could accept their life. The results showed that the elderly followed the path of psychological process: "incompetent self", "emotions evoked by recalling memories", "revision of memories" and "ego integration". Thus, the structured life review sessions were found helpful in providing the elderly people with psychological assistance.

文 献

- 1) 笠原洋勇, 古川はるこ: 高齢者の精神療法, 老年精神医学雑誌, 13(12), 1447-1453, 2002.
- 2) 橋爪敏彦: 老年期うつ病の特徴とその対応, 高齢者ケア, 7(3), 63-67, 2003.
- 3) 小野成夫: 某老人保健施設における精神科的医療の需要についてー入所者の提出する精神科領域の問題から, 老年精神医学雑誌, 4(11), 1277-1283, 1993.
- 4) 三宅貴夫: 老人福祉施設における心理的ケアの実態と問題点ー老人保健施設の場合, 老年精神医学雑誌, 13(12), 1405-1411, 2002.
- 5) 黒川由紀子: 痴呆性疾患の回想法ー初期痴呆性患者の事例ー精神療, 23(6), 588-561, 1997.
- 6) Butler, R. N: The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65-75, 1963.
- 7) Rattenbury, C. & Stones, M. J: A controlled evaluation of reminiscence and current topics discussion groups in a nursing home context, *The Gerontological Society of America*, 29, 768-771, 1989.
- 8) 黒川由紀子: 痴呆老人に対する心理的アプローチ, 日本心理臨床学会誌, 13(2), 169-179, 1995.
- 9) 松田 修, 黒川由紀子, 他: 回想法を中心とした痴呆性高齢者に対する集団心理療法, 日本心理臨床学会誌, 19(6), 566-577, 2002.
- 10) 河田正之, 吉山容正, 他: 痴呆に対するデイケア・回想法の効果, 老年精神医学雑誌, 9(8), 943-948, 1998.
- 11) 野村豊子: Haightによる構造的ライフレビュー, 看護学雑誌, 60/11, 1996.
- 12) Haight, B. K., Coleman, P. & Lord, K: The linchpins of a successful life review: Structure, evaluation, and individuality, in *The Art and Science of Reminiscing* Taylor & Francis, 179-192, 1995.
- 13) Fry, P. S: Structured and unstructured reminiscence training and depression among the elderly. *clinical Gerontologist*, 1(3), 15-37, 1993.
- 14) Beaton: Styles of reminiscence and ego development of older women residing in long term care setting. *International journal of aging and Human Development*, 32, 53-63, 1991.
- 15) 林 智一: 人生の統合期の心理療法におけるライフレビュー, 日本心理臨床学会誌, 17(4), 390-400, 1999.
- 16) 古村美津代, 中島洋子: 抑うつを伴う老人保健施設入所者に対するライフレビューの効果, 日本老年看護学会誌, 9(2), 2005.
- 17) 矢富直美: 日本老人における老人用うつスケール (GDS) 短縮版の因子構造と項目特性の検討, 老年社会科学, 16(1), 29-35, 1994.
- 18) 古門義弘・稲永和豊他: GDS短縮版の妥当性について, 筑水会神情報研年報, 11, 35-40, 1992.
- 19) krippendorff, K. (三上俊治, 椎野信雄, 他訳): メッセージ分析の技法「内容分析」への招待. 勁草書房, 東京, 1989.
- 20) 古城幸子, 石橋由美 (1997): 回想を語ること・聞くことの高齢者ケアにおける意味, 臨床看護研究, 9, 19-25, 1997.

〔平成18年10月2日受 付〕
〔平成19年5月15日採用決定〕

地域在住高齢者の抑うつに関連要因

－N県N町の老人クラブの調査結果－

Depression and Related Factors Among Community-Dwelling Elderly People
Results of Survey Based on Members Belonging to a Seniors Club in N-town, N-prefecture

古 川 秀 敏 国 武 和 子
Hidetoshi Furukawa Kazuko Kunitake

キーワード：高齢者、抑うつ、ソーシャル・サポート、社会参加
Key Words：elderly, depression, social support, social participation

I. はじめに

わが国の、いわゆる少子高齢化の進行は他の先進諸国と比較しても著しく、財政問題とともに高齢者対策は国をあげての急務といえる¹⁾。このような現状において、高齢者が単に寿命を延ばすだけでなく、高齢期を心身ともに健康に過ごすことは、生活の質の観点からも重要な課題と考える。

高齢者における特徴的な精神障害の例として、認知症とともに抑うつがあげられる。抑うつの要因については様々な観点からの調査が行われてきた。村岡²⁾は、うつ状態と診断された群とされなかった群とを比較し、診断された群において、しびれや痛みがある者、脳卒中の既往のある者やADLの各能力に介助を要する者の比率が有意に高いことを報告している。また、井原³⁾は抑うつ状態の関連要因について疫学的調査を実施し、脳卒中で過去1年以内に治療を経験した者、過去1年間に入院を経験した者、聴力視力の低い者、日常生活動作能力が低い者に抑うつ状態の者の割合が多いとしている。同様に長田⁴⁾も高次生活活動能力の低下と抑うつ状態の関連について明らかにしている。加えて、高齢者自身の主観的な健康感との関連も示され⁵⁾、さらに、身体機能と抑うつとの関連は、本邦だけでなく、海外においても報告されている⁶⁾。

抑うつの関連要因については、身体機能だけでなく、主観的幸福感^{7)～9)}、ソーシャル・サポートや人間関係など心理、社会的要因との関連についても報告されており^{5), 10)～11)}、さらには、孤独感や認知機能との関連も指摘されている^{12)～13)}。

高齢社会対策大綱には、高齢者の主体的な地域社会への参画を促進すること、相互扶助などの機能が活性化するように条件整備を図ること、が盛り込まれており¹⁴⁾、国策としても高齢者の社会参加が推進されている。地域社会への参

加が高齢者の心身ともに健康な生活に影響することが推測される。高齢者における社会参加については、知的能動性や精神的な充実¹⁵⁾、抑うつや孤独感¹³⁾との関連が示唆されている。このように、抑うつの度合いは高齢者の身体、心理、社会的側面に複雑に関連していると考えられ、高齢者の生活の質（Quality of Life; QOL）を測るインジケータになりうると思われる。

そこで、本研究は、高齢者の質の高い生活に資するため、抑うつに関連する要因をソーシャル・サポートや社会参加などの項目も加えて追試することを目的とする。

II. 方 法

1. 調査対象者

調査対象者は、N県N市近郊のN町に居住する65歳以上の高齢者である。N町の老人クラブに調査の協力を依頼し、参加者を募った。研究参加の同意が得られた298名のうち、質問票に記入漏れのなかった290名（男性：142名、女性：148名、平均年齢：74.9±5.2歳）を分析の対象とした。

2. 調査期間

2001年8月から9月まで。

3. 調査手続き

抑うつ、孤独感、ソーシャル・サポートに関する質問票を用意した。また、併せて居住状況や社会活動への参加の有無、主観的な健康状態などに関しても情報を収集した。調査には看護師があたり、対象者に面接し、回答を得た。

4. 分析項目および得点化

1) 抑うつ

Geriatric Depression Scale (GDS) 短縮版¹⁶⁾を用いた。15項目の質問があり、「はい」「いいえ」で回答を求め、否定は1、肯定は0とした。点数の範囲は0点から15点で、高数値ほど抑うつも高いことを示すようにした。

2) 孤独感

改訂版UCLA孤独感スケール¹⁷⁾を用いた。質問票には、ポジティブおよびネガティブな内容が各10項目あり、各項目は、「しばしば」から「全くない」までの4段階に分け、各段階を1から4と点数化した。ポジティブな内容の項目は点数を逆にし、点数が高いほど孤独を意識していることを示す。したがって、このスケールの得点範囲は20点から80点となる。

3) 認知機能

Mini-Mental State Examination (MMSE)¹⁸⁾を用いた。記憶、場所や時間などの見当識に関する質問と、書字、文章構成能力、図画の模写などを含む11項目の課題への回答を求めた。各問の正答を1点、誤答を0点としたので、得点範囲は0から30である。点数が高いほど認知機能の障害が低いことを示し、得点が21以上では、認知障害が極めて軽度か全くないことを表す。

4) ソーシャル・サポートに対する満足と認識の度合い

Duke大学ソーシャル・サポート質問票を参考に作成された11項目の質問票を用いた¹³⁾。肯定的な回答に3点、中間に2点、否定的な回答に1点を与えた。得点の範囲は11点から33点であり、点数が高いほど、ソーシャル・サポートがよく認知されていること、満足していることを示すようにした。

5) 主観的健康感

「あなたは健康だと思いますか。」という質問に「はい」「いいえ」での回答を求めた。「はい」を1、「いいえ」を0とした。

6) 属性

上記の項目に加え、性、年齢、居住状況、社会参加についても回答を求めた。居住状況においては「独居」を1、「家族との同居」を0、社会参加については、ボランティア活動、余暇活動のそれぞれについて回答を求め「活動している」を1、「活動していない」を0とした。

5. 分析方法

統計解析においては記述統計、Mann-WhitneyのU検定を用いた。データの分析にはSPSS for Windows 11.0J、検定結果の値が0.05未満を統計的に有意とした。また、GDSの得点を従属変数とするパス図を作成し(図1)、AMOS 4.0Jを用いて解析した。

6. 倫理的配慮

対象者には研究者が口頭で調査の趣旨および内容、データは厳重に管理すること、得られたデータは統計処理を施し個人が特定されることはないこと、等を説明し同意を得た。

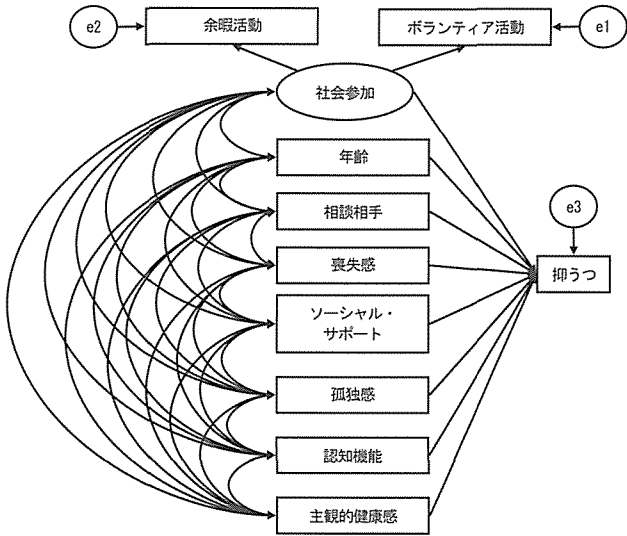


図1 抑うつに関連する要因モデル

III. 結果

1. 調査対象者の面接調査結果

表1に示すように、相談相手がいたのは290名中287名であった。また、喪失感を経験した人は男性で39名、女性で34名の計73名であった。ボランティア活動を行なっている人は102名であり、男性が67名(男性対象者の47.2%)、女性が35名(女性対象者の23.6%)と有意な差が認められた($p < 0.001$)。また、余暇活動は209名が行っており、男性110名(男性対象者の77.5%)、女性99名(女性対象者の66.9%)であり、男性のほうが有意に多かった($p < 0.05$)。独居者は男性で2名、女性で23名と有意差を認めた($p < 0.05$)。

表1 調査対象者の概要

	全体 (n = 290)		男性 (n = 142)		女性 (n = 148)		p ^{a)}
	n	%	n	%	n	%	
相談相手							
いる	287	99.0	140	98.6	147	99.3	ns
いない	3	1.0	2	1.4	1	0.7	
喪失感を経験							
あり	73	25.2	39	27.5	34	23.0	ns
なし	217	74.8	103	72.5	114	77.0	
ボランティア活動							
している	102	35.2	67	47.2	35	23.6	***
していない	188	64.8	75	52.8	113	76.4	
余暇活動							
している	209	72.1	110	77.5	99	66.9	*
していない	81	27.9	32	22.5	49	33.1	
居住状況							
独居	25	8.6	2	1.4	23	15.5	***
同居	265	91.4	140	98.6	125	84.5	
主観的健康感							
健康である	216	74.5	112	78.9	104	70.3	ns
健康ではない	74	25.5	30	21.1	44	29.7	

a): 男女間の χ^2 検定結果

ns: not significant, *: $p < 0.05$, ***: $p < 0.001$

0.001)。主観的に健康と感じている人は男性で112名、女性で104名であり、有意な差はみられなかった。

2. 各スケールの得点

各スケールの平均点を表2に示す。GDSでは、全体で 2.4 ± 2.3 点（最小：0点，最大：10点），男性 2.1 ± 2.1 点，女性 2.8 ± 2.5 点と男女間で有意な差が認められた（ $p < 0.05$ ）。UCLA孤独感スケールでは、全体で 29.0 ± 7.0 点（最小：20点，最大：58点）であり，男性 29.6 ± 7.8 点，女性 28.4 ± 6.2 点と男女間に有意な差は認められなかった。ソーシャル・サポート質問票では全体で 29.5 ± 2.8 点（最小：18点，最大：33点）であり，男性で 30.0 ± 2.6 点，女性で 29.0 ± 3.0 点と有意な差が認められた（ $p < 0.01$ ）。認知機能では，全体で 29.5 ± 2.8 点（最小：16点，最大：30点），男性 28.3 ± 2.1 点，女性 28.1 ± 2.1 点と男女間に有意差は認めなかった。

表2 各スケールの平均点

	全体 (n = 290) (Mean ± SD)	男性 (n = 142) (Mean ± SD)	女性 (n = 148) (Mean ± SD)	p ^{a)}
GDS	2.4 ± 2.3	2.1 ± 2.1	2.8 ± 2.5	*
UCLA孤独感 スケール	29.0 ± 7.0	29.6 ± 7.8	28.4 ± 6.2	ns
ソーシャル・ サポート	29.5 ± 2.8	30.0 ± 2.6	29.0 ± 3.0	**
MMSE	29.5 ± 2.8	28.3 ± 2.1	28.1 ± 2.1	ns

^{a)}: 男女間のMann-WhitneyのU検定結果

ns: not significant, *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$, ***: $p < 0.001$

3. 抑うつの関連要因について

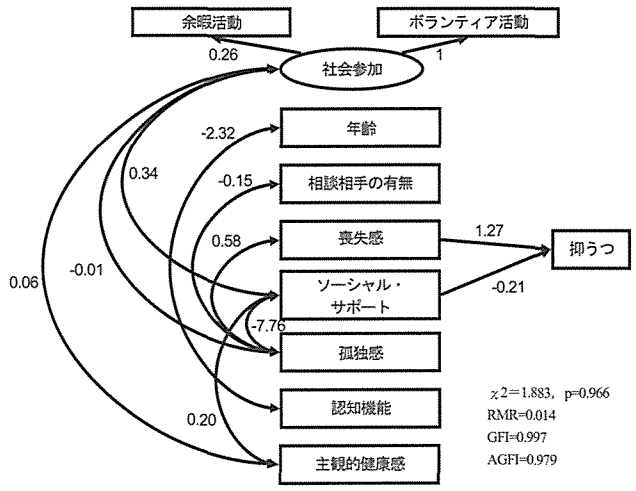
男女間でGDSの平均点に有意な差が認められたため，男女別にモデルの検証を行った。図2に男性モデルの結果を示す。男性では，喪失感（パス係数=1.27），ソーシャル・サポート（パス係数=-0.21）が抑うつに，直接，関連していた。この時，男性モデルの適合度を示す $\chi^2 = 1.883$, $p = 0.966$ ，残差平方平均平方根（以下，RMR）=0.014，適合度指標（以下，GFI）=0.997，修正適合度指標（以下，AGFI）=0.979であった。

図3に女性モデルの結果を示す。女性のモデルでは，社会参加（パス係数=-2.30），ソーシャル・サポート（パス係数=-0.39），主観的健康感（パス係数=-1.13）の関連が示された。このモデルの $\chi^2 = 2.697$, $p = 0.952$ ，RMR=0.019，GFI=0.993，AGFI=0.949であった。

年齢，相談相手の有無，孤独感，認知機能は男女とも抑うつとの関連を認めなかった。

IV. 考 察

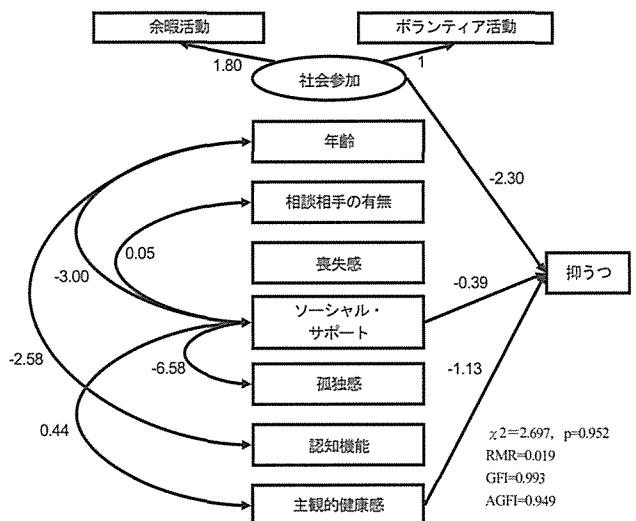
本調査対象者の抑うつの平均点は，男性で 2.1 ± 2.1 点，女性で 2.8 ± 2.5 点であった。GDSにおいて，5～9点がうつ傾向，10点以上でうつ状態と評価される¹⁹⁾。本調査では，



有意でないパスは削除した。

抑うつ，余暇活動，ボランティア活動の誤差項は省略した。

図2 男性における抑うつの要因モデル



有意でないパスは削除した。

抑うつ，余暇活動，ボランティア活動の誤差項は省略した。

図3 女性における抑うつの要因モデル

5点が11名，6点が10名，7点が5名，8点が7名，9点が1名，10点が7名であり，対象者の14.1%が抑うつ傾向またはうつ状態であったと考えられる。葛谷らの虚弱老人の調査では，57.2%が6点以上であった²⁰⁾。また，Wadaらはインドネシア，ベトナム，日本の地域在住高齢者を調査し，インドネシアで33.8%，ベトナムで17.2%，日本で30.3%が抑うつであったと報告している²¹⁾。これらから，本調査集団があまり抑うつを意識していない集団であることを示していると考えられる。

本調査における要因モデルの適合度指標は，男性において， $\chi^2 = 1.883$, $p = 0.966$ ，RMR=0.014，GFI=0.997，AGFI=0.979であった。また，女性においても $\chi^2 = 2.697$, $p = 0.952$ ，RMR=0.019，GFI=0.993，AGFI=0.949であっ

た。p値が男性モデルで0.966、女性モデルで0.952であることから帰無仮説「構成されたモデルは正しい」を採択できる。また、適合度指標GFIは0.9以上が必要とされており²²⁾、男性モデルで0.997、女性モデルで0.993であった。加えて、RMRは0に近いほどモデルとデータが適合していると判断されるが²²⁾、男性モデルで0.014、女性モデルで0.019であった。以上から、両モデルとも、採択する基準を十分満たしているといえる。

図2、3が示すように、男女とも、ソーシャル・サポートが抑うつに直接関連していた（パス係数：男性-0.21、女性-0.39）。これは、ソーシャル・サポートに対する意識や満足が高いほど抑うつの度合いが低いことを示している。本調査結果は、抑うつとソーシャル・サポートの関連を報告した古川らや¹³⁾、ソーシャル・サポートに関する低い認識が抑うつに関連していることを明らかにしたHybelsらの調査結果と同様であり⁶⁾、また都市部の高齢者の調査においてもうつ状態の地域介入にソーシャル・サポートの確保が重要とする小泉らの結果を支持するものと考えられる¹¹⁾。すなわち、地域あるいは都市部といった地域を問わず、地域社会で生活する高齢者の抑うつにはその地域社会からソーシャル・サポートを享受できる環境とそれを支える援助が重要といえる。

男性における、ソーシャル・サポート以外の抑うつの要因は喪失感であった（パス係数=1.27）。これは、喪失感を感じた者ほど抑うつの度合いを強くしていることを示している。一般に、高齢期には、健康、経済、家族や社会との人間関係の3つの喪失を経験するといわれている²³⁾。平成18年度高齢社会白書によると、家族・親族の中において60歳以上の高齢者の役割は、女性で71.4%が家事を担っていると回答している²⁴⁾。このように女性の場合、高齢になったとしても、家事など家庭内になんらかの役割を担うことがありうると考えられる。一方、同白書によると、男性は役割について、41.2%が家計の支え手、38.9%が家族や親族関係の中の長としての役割を担っていると回答しており²⁴⁾、男性の半数以上は何らかの役割を担っていないといえる。このように、男性では定年退職や家長としての役割の喪失など役割の変化が女性と比較して生じやすいと考えられ、女性とは異なり、喪失感が関連因子となったと考える。さらに、喪失の体験と身体疾患との関連もいわれており²⁵⁾、喪失経験があった場合、喪失感への対応がうまくいかなければ、身体疾患の発症も考えられる。喪失感の緩和や解消は、抑うつなど心理面だけでなく、身体的側面への影響も考えられることから、男性においては、喪失に対する地域社会からの細やかな支援策が重要と考える。

女性における抑うつの関連因子は、ソーシャル・サポートのほかに、社会参加（パス係数=-2.30）および主観的

健康感（パス係数=-1.13）であった。社会参加を行なっている人は、抑うつの度合いが低いという本調査結果は、社会参加と知的能動性や精神的な充実¹⁵⁾、抑うつや孤独感¹³⁾との関連を示唆する結果と同様であった。また、男性モデルにおいても、抑うつに直接関連していたソーシャル・サポートを介し、直接的ではないにしろ抑うつへの関与がうかがわれた。本調査結果は、高齢者の抑うつに社会参加は直接的または間接的に関連していることを示しており、高齢者の質の高い生活を可能にするためには、高齢者が社会参加を促す環境づくりや支援体制が必要と思われる。

主観的健康感とは、男性モデルではソーシャル・サポートを介した抑うつへの関連が認められた。すなわち、社会参加と同様に主観的健康感もまた、直接的または間接的に抑うつに関連していることがうかがわれる。主観的健康感と抑うつとの関連は様々な調査によって指摘されており^{2), 7), 13)}、高齢者における身体的側面と心理的側面のつながりは強いものと考えられる。また、星中は高齢者の心身相関の重要性を述べている²⁵⁾。このように、主観的に健康でないと感じている高齢者には、身体面のケアだけでなく、心も含めた心身両面からの援助も必要と考える。

本調査において、GDSの得点に男女間で有意な差が認められた（男性：2.1±2.1点、女性：2.8±2.5点）。抑うつには、女性であることが要因とする^{7), 26)}一方で、抑うつの出現率には性差がないとする調査結果もあり³⁾、一定の見解は得られていない。本調査では、抑うつの要因モデルは男性と女性において同一ではないことが示された。この結果は、1地域に限定した調査のため一般化は困難であるが、抑うつの関連要因は男女間で異なり、さらには、抑うつに対する介入方法が男性と女性では異なる可能性を示している。抑うつの性差およびその援助については調査地域および対象者を増やし調査項目の再考を行い精査する必要があると考える。同時に、抑うつの度合いの強い対象者への有効な介入の方法についても調査が必要であると考える。

少子高齢化の進行は家族の機能を縮小させ、独居高齢者および高齢者夫婦の世帯を増加させる²⁴⁾。本調査結果は、そのような高齢者をとりまく環境、とりわけ、地域社会からの援助や参加が高齢者の抑うつの軽減に関与していることを示唆している。わが国の高齢者対策は、地域社会での密接な交流やそれを可能にする環境の整備の視点からも講じられる必要がある。

V. 結 論

本調査において、抑うつの平均点は、男性で2.1±2.1点、女性で2.8±2.5点であり、本調査集団があまり抑うつを意

識していない集団であることを示していた。また、男女ともに抑うつに関連要因はソーシャル・サポートに対する意識や満足の度合いであること、加えて、男性では喪失感が、女性では主観的健康感、社会参加が直接関連していることが示唆された。

VI. 謝 辞

本調査にご協力いただきました研究参加者の皆様に深く感謝申し上げます。

要 旨

高齢者の抑うつに関連要因を明らかにすることを目的に、N県N町の老人クラブの高齢者290名（男性：142名、女性：148名、平均年齢：74.9±5.2歳）を調査した。Geriatric Depression Scale短縮版（以下、GDS）の得点は、2.4±2.3点（15点満点）であり、有意に女性の方が高い値であった（男性2.1±2.1点、女性2.8±2.5点）。GDS得点を従属変数とし男女別にパス図を検討した結果、男性では喪失感、ソーシャル・サポートの関連が、女性では、社会参加、ソーシャル・サポート、主観的健康感の関連が示された。本調査結果は、抑うつの緩和にはソーシャル・サポートが有効であることを示唆しており、高齢者が質の高い生活を送るためには地域社会からの細やかな援助が重要であると考えられる。

Abstract

The purpose of this study was to examine the correlation between depression, social supports, and subjective health and so on. Subjects were 290 elderly person (men: 142, woman: 148, average age: 74.9±5.2 years old), who belonged to a seniors club. The face-to-face interviews were conducted by using the revised UCLA loneliness scale, Mini-Mental state Examination, Duke social support inventory, and the Geriatric Depression Scale. Age, residence situation, volunteer activities, and the leisure activity and subjective health and so on were also collected. The path analyses were conducted. The score of GDS was 2.4±2.3 (max: 15), and the woman was significantly higher than men (men: 2.1±2.1 vs. women: 2.8±2.5). The relation between the feeling of loss and the social support was admitted in man's model (chi square = 1.883, p = 0.966, RMR = 0.014, GFI = 0.997, and AGFI = 0.979). The relation among social participation, social supports, and subjective health was shown in woman's model (chi square = 2.697, p = 0.952, RMR = 0.019, GFI = 0.993, and AGFI = 0.949). Results showed that the social supports were significantly correlated to depression. It suggested that close helps from community was important for the quality of life on the elderly.

文 献

- 1) 内閣府：高齢社会白書（平成17年版）、13-14、ぎょうせい、東京、2005。
- 2) 村岡義明、井原一成、他：うつ状態を呈する地域在宅高齢者の身体状況について、精神医学、39(3)、285-290、1997。
- 3) 井原一成：地域高齢者の抑うつ状態とその関連要因に関する疫学的研究、日本公衆衛生雑誌、40(2)、85-94、1993。
- 4) 長田久雄、柴田 博、他：後期高齢者の抑うつ状態と関連する身体機能および生活活動能力、日本公衆衛生雑誌、42(10)、897-909、1995。
- 5) 池野多美子、長田久雄：高齢者のダム建設に伴う転居後の適応－抑うつに関する要因について－、老年社会科学、25(4)、440-449、2004。
- 6) Celia F. Hybels, Dan G. Blazer 他：Toward a Threshold for Subthreshold Depression: An Analysis of Correlates of Depression by Severity of Symptoms Using Data From an Elderly Community Sample, The Gerontologist、41(3)、357-365、2001。
- 7) 川本龍一、土井貴明、他：山間地域に在住する高齢者の抑うつ状態と背景因子に関する研究、日本老年医学会雑誌、36(10)、703-710、1999。
- 8) 山下一也、小林祥泰、他：老年期独居生活の抑うつ症状と主観的幸福感について、日本老年医学会雑誌、29(3)、179-184、1992。
- 9) 福田寿生、木田和幸、他：地方都市における65歳以上住民の主観的幸福感と抑うつ状態について、日本公衆衛生雑誌、49(2)、97-105、2002。
- 10) 増地あゆみ、岸 玲子：高齢者の抑うつとその関連要因についての文献的考察、日本公衆衛生雑誌、48(6)、435-448、2001。
- 11) 小泉弥生、栗田主一、他：菟絲在住の高齢者におけるソーシャルサポートと抑うつ症状の関連、41(4)、426-433、2004。
- 12) 青木邦男：在宅高齢者の孤独感とそれに関連する要因：地方都市の調査研究から、社会福祉学、42(1)、125-136、2001。
- 13) 古川秀敏、国武和子、野口房子：高齢者の抑うつ・孤独感の緩和と地域社会との交流、老年社会科学、26(1)、85-91、2004。
- 14) 内閣府：高齢社会白書（平成17年版）。171-184、ぎょうせい、東京、2005。
- 15) 芳賀 博、島貫秀樹：沖縄の高齢者のライフスタイルと健康、崎原盛造、芳賀 博（編）健康長寿の条件 元気な沖縄の高齢者たち、109-116、ワールドプランニング、東京、2002。
- 16) 古門義弘、稲永和豊、他：GDS短縮版の妥当性について－一般成人を対象として－、筑水会神経情報研究所年報、11、35-40、1992。
- 17) 工藤 力、西川正之：孤独感に関する研究（Ⅰ）－孤独感尺度の信頼性・妥当性の検討－。実践社会心理学研究、22(2)：99-108（1983）。
- 18) 大塚俊男、本間 昭：高齢者のための知的機能検査の手引き、35-38、ワールドプランニング、東京、2001。
- 19) 高橋龍太郎：精神機能評価法 うつ病のスクリーニング、小沢利男、江藤文雄、他（編）高齢者の生活機能評価ガイド、

- 43-50, 医歯薬出版, 東京, 1999.
- 20) 葛谷雅文, 益田雄一郎, 他: 在宅要介護高齢者の「うつ」発症頻度ならびにその関連因子, 日本老年医学会雑誌, 43(4), 512-517, 2006.
- 21) Taizo Wada, Masayuki Ishine, 他: Depression, activities of daily living, and quality of life of community-dwelling elderly in three Asian countries: Indonesia, Vietnam, and Japan, Archives of Gerontology and Geriatrics, 41(3), 271-80, 2005.
- 22) 豊田秀樹: 共分散構造分析 [入門編] - 構造方程式モデリング -, 170-188, 朝倉書店, 東京, 2004.
- 23) 芝 敬一, 市川隆一郎: 行動異常を伴う老人への心理・社会的対応, 市川隆一郎, 藤野信行 (編) 老年心理学, 129-137, 診断と治療社, 東京, 1997.
- 24) 内閣府: 高齢社会白書 (平成18年版). 23, ぎょうせい, 東京, 2005.
- 25) 竹中星郎: 高齢者の孤独と豊かさ, 69-70, 日本放送出版協会, 東京, 2003.
- 26) 出村慎一, 松沢甚三郎, 多田信彦他: 地方都市在住の在宅高齢者における抑うつと生活要因の関連, 日本生理人類学会誌, 8(2), 45-49, 2003.

〔平成19年3月22日受付〕
〔平成19年5月15日採用決定〕

在宅高齢者の検（健）診行動に関連する要因

Factors Associated with Participation in Periodic Health Examinations of the Community Dwelling Elderly People

谷 垣 静 子 乗 越 千 枝 仁 科 祐 子
Shizuko Tanigaki Chie Norikoshi Yuko Nishina

キーワード：高齢者、検診、保健行動

Key Words : elderly, health examinations, health behavior

I. 緒 言

超高齢化社会の課題のひとつは、高齢者人口増に伴う医療費の伸びである。生活習慣病は年齢の上昇にしたがって罹患率が増え¹⁾、高齢者医療費と生活習慣病の受療率には正の相関関係があると言われている²⁾。生活習慣病を未然に防ぐ予防策としては、健康的な生活習慣の確立や検（健）診による早期発見・早期治療が重要である。平成18年度の医療制度改革案では、医療費抑制ため、治療重視から予防重視の医療への転換を打ち出した³⁾。具体的には、生活習慣病の予防の強化とともに効果的な検（健）診の実施を義務づけた。検（健）診は、要介護状態や要支援状態となる可能性が高い特定高齢者をスクリーニングする手段としても位置づけられている⁴⁾。検（健）診受診率をあげる対策を考えることは、健康状態の維持・増進を招き、その結果として医療費や介護費用を抑制する可能性があり、今日的な意義がある。

1982年に制定された老人保健法に基づき、老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、基本健康診査（以下、基本健診）及びがん検診が実施されている。基本健診について、多田羅ら⁵⁾は、基本健診の受診率があがると被保険者（高齢者）1人あたり診療費が抑制されると述べている。また、がん検診（胃がん、大腸がん、肺がん、子宮がん）については、死亡率減少効果が示されている^{6~9)}。これら、検（健）診の経済的効果や死亡率減少効果が注目される一方で、検（健）診の低受診率（平成15年度 胃がん検診受診率13.3%、基本健診受診率44.8%）や受診者の固定化傾向などの問題点が指摘されている¹⁰⁾。検（健）診受診行動に関連する要因については数多く報告されている^{11~17)}が、高齢者を対象とした研究は少ない^{18~20)}。また、高齢者の検（健）診受診行動には疾病の知識・理解が関連しているという報告がある²¹⁾が、保健行動を実践する上での心身の効果や負担に関する認知などは検討されていない。高齢者の健康を維持するためにも、また低受診

率や固定化傾向の問題を改善するためにも、受診行動に与える影響要因を解明することは重要である。

これまでに取り組まれた受診行動に関する研究は、健康信念モデル（Health Belief Model、以下、HBM）を適用して行われたものが多い。HBMは、健康行動を説明する代表的な理論としてRosenstock²²⁾によって提唱され、Beckerら²³⁾により修正が加えられた。受診行動以外の健康行動でも、予防接種^{24, 25)}、喫煙^{26, 27)}、性感染症の予防^{28, 29)}、疾病のコンプライアンス^{30, 31)}等があり、健康に関係するほとんどあらゆる行為が対象となっている。また、保健行動に関する研究としては、Health Locus of Control（以下、HCL）を用いて、様々な年代層、慢性疾患患者など、幅広く調査が行われている^{32~35)}。HCLは、健康一般に関する個人の帰属傾向を測定するものとしてWallstonら³⁶⁾によって発表された。

本研究では、これまでの研究を踏まえ、検（健）診状況、及び検（健）診に対する効果や負担に焦点を当てて、高齢者の受診行動に与える影響要因の解明を試みた。

II. 方 法

対象は、中国地方のA市（2005年現在、人口150,585人）在住の65歳以上（人口31,562人）の要介護認定を受けていない人で、かつ入院・入所していない高齢者から住民基本台帳に基づき5/100の割合で性・年齢階級別に抽出された1,334人である。本調査の実施主体は市役所であり、筆者らは調査票の設計と分析を担当した。実施に当たり、A市27地区の民生委員に調査の趣旨を説明し、配布及び回収を依頼した。調査は無記名で、民生委員が研究の趣旨、プライバシー保護について説明を行い、対象者の同意を得たうえ実施した。対象者は、返信用封筒に回答した調査用紙を入れて自ら封をした。回収に当たっては、後日、民生委員が封のされた返信用封筒を回収した。配布数1,334で回収率100%であった。調査は2005年3月に実施した。調査票

では、検（健）診の受診状況、検（健）診に対する認知、高齢者の基本属性（性別、年齢、職業、世帯形態、健康状態）、日常生活状況、について尋ねた。用いる変数の定義は、表1に示している。基本健診では「健診の有効性の認知」、「健診行動に伴う負担・困難さの認知」について質問した。がん検診では「罹患可能性の認知」、「がん検診の有効性の認知」、「がん検診に伴う負担・困難さの認知」について質問した。「負担・困難さの認知」については、「検（健）診を受けるのは面倒だと思いますか」の質問を設定した。その他、基本健診では疾病数、がん検診では家族歴の有無を質問した。疾病数は、高齢者が罹患しやすい疾病で現在罹患しているかその後遺症があるものの数である。

分析は、基本健診とがん検診のそれぞれについて行う。基本健診では、健診の受診頻度によって標本を3分割する。調査票では受診頻度を尋ね、「毎年受けている」、「時々受けている」、「ほとんど又は全く受けていない」から1つ

選択することを求めている。がん検診では、過去3年間に胃、肺、大腸、乳房、子宮のがん検診のうち1つでも受けたことがある人とそれ以外に標本を2分割する。そして、基本健診、がん検診のそれぞれについて、分割された標本群の間で認知や属性の分布の独立性をカイ2乗検定で調べる。次いで、カイ2乗検定で受診行動との独立性が棄却された変数を独立変数、受診行動を従属変数とする多変量解析を行う。基本健診は、健診の受診頻度を被説明事象とする順序ロジスティック回帰分析で行う。順序ロジスティック回帰分析は、通常のロジスティック回帰分析を被説明事象が3つ以上で事象間に順位付けができる場合に拡張したものである。がん検診の分析は、過去3年間に胃、肺、大腸、乳房、子宮のがん検診のうち1つでも受けたことがあるか否かを被説明事象とするロジスティック回帰分析で行う。変数は、有意水準5%のステップワイズ法（変数減数法）で絞り込む。

表1 本稿で用いる変数の定義

従属変数	定義
がん検診受診	以下に示すがんについて、過去3年間に1つでも検診を受けたことがある場合に1、ない場合に0をとるダミー変数。胃がん、肺がん、大腸がん、乳房がん、子宮がん
基本健康診査受診	市町村の基本健康診査を、毎年受けている場合に2、ときどき受けている場合に1、ほとんど受けていないまたは全く受けていない場合に0をとるダミー変数
独立変数の候補	定義
有効性の認知（がん） ¹	「がん検診を受ければ、病気を早期に発見することで助かる可能性が高くなると思いますか。」という質問に対し、「はい」又はそれ以外
有効性の認知（基本健診） ¹	「定期健康診断を受ければ、病気を早期に発見し、適切な治療を受けることができると思いますか。」という質問に対し、「はい」又はそれ以外
負担・困難さの認知（がん）	「がん検診を受けるのは面倒だと思いますか。」という質問に対する回答で、「はい」、「どちらかといえばはい」、「どちらかといえはいいえ」、「いいえ」
負担・困難さの認知（基本健診）	「定期健康診断を受けるのは面倒だと思いますか。」という質問に対する回答で、「はい」、「どちらかといえばはい」、「どちらかといえはいいえ」、「いいえ」
罹患可能性の認知（がん）	「将来自分ががんになる可能性があると思いますか。」という質問に対する回答で、「非常にあると思う」、「少しはあると思う」、「あまりないと思う」、「全くないと思う」
がんの家族歴	調査対象者の両親ががんにかかったことがある
疾病数	以下の疾病について、現在罹患しているかその後遺症がある者の数。脳卒中、心筋梗塞、糖尿病、高血圧、白内障、骨粗鬆症、腰痛、がん
外出頻度 ²	1週間に外出する頻度。「ほとんど毎日」、「週の半分くらい」、「1～2日」又は「ほとんど外出しない」
外出理由	外出理由別外出の有無。仕事、習い事、買い物、運動、知人・友人に会う、公民館活動・趣味、その他
通院	通院なし、定期的に通院、不定期に通院
世帯形態	高齢者単身、高齢者夫婦、その他
職場検診	勤め人で職場に健康診断がある
持ち家	住まいが持ち家
自覚症状判断	「自覚症状や身体の違和感がなければ健康だと思いますか。」という質問に対する回答で、「はい」、「どちらかといえばはい」、「わからない」、「どちらかといえはいいえ」、「いいえ」
年齢	65～69歳、70歳～74歳、75～79歳、80～84歳、85歳以上
性別	男性

¹ 回答は、「はい」、「どちらかといえばはい」、「どちらかといえはいいえ」、「いいえ」の4つを設定した。否定的な回答ほど少なかったため、頻度が5%未満の回答は隣接する回答と同一カテゴリーにした。

² 「ほとんど外出しない」という回答が少なかったため、「1～2日」と同一のカテゴリーに分類した。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の特徴

分析に必要な変数に欠損値がなかった標本は、1,010であった。男性が51.6%で、前期高齢者数が50%強であった。ひとり暮らし世帯は19.9%であり、平成16年度国民生活基礎調査の65歳以上の単独世帯割合（20.9%）とほぼ同じであった。71.3%の者が、過去3年間にがん検診を受けていた。表には示していないが、がんの種類ごとの過去3年間の受診経験者は、胃がん（58.4%）、大腸がん（52.2%）、肺がん（31.9%）、乳がん（14.4%）、子宮がん（14.0%）であった。基本健診の受診頻度は、「毎年受けている」（57.7%）、「ときどき受けている」（21.1%）、「ほとんど受けていない又は全く受けていない」（21.2%）であった。「検診を受けることで病気を早期に発見し、適切な治療を受けることができると思いますか」という質問に対し、がん検診、基本健診ともに約8割の者が「はい」と答えた。「検診を受けるのは面倒だと思いますか」という質問に対し、「はい」又は「どちらかといえばはい」と答えた者は、がん検診で59.6%、基本健診で47.2%であった。がんの家族歴がある者は24.6%であった。将来自分ががんになる可能性が非常にある又は少しはあると思う者は65.0%であった。過去に健康不安を強く感じた者は49.0%であった。

2. 単変量解析の結果

検（健）診の受診行動とその他の変数の関連を表2に示す。基本健診の受診と有意な関連が認められたのは、職場検診あり、持ち家、「健診の有効性の認知」、「健診が面倒」、疾病数、外出頻度、外出（知人・友人に会う）、外出（公民館活動・趣味）、通院であった。がん検診受診と有意な

表2 記述統計とカイ2乗検定の結果

	(%)	基本健診 ¹	がん検診 ¹
がん検診受診	71.3		
基本健診受診			
毎年受けている	57.7		
ときどき受けている	21.1		
ほとんど受けていないまた は全く受けていない	21.2		
性別（男性）	51.6	5.9	2.4
年齢		6.7	3.4
65～69歳	32.1		
70～74歳	29.3		
75～79歳	22.1		
80～84歳	11.6		
85歳以上	5.0		
世帯形態		5.1	10.6 **
高齢者単身	19.2		
高齢者夫婦	44.1		
その他	36.7		
職場検診	5.1	9.8 **	1.0
持ち家	92.2	9.0 **	8.7 **
有効性の認知（がん）	81.4		31.2 **
有効性の認知（基本健診）	81.6	81.5 **	

	(%)	基本健診 ¹	がん検診 ¹
負担・困難さの認知（がん）			
「がん検診を受けるのは面倒か。」			74.6 **
「はい」	18.3		
「どちらかといえばはい」	41.3		
「どちらかといえばいいえ」	13.9		
「いいえ」	26.5		
負担・困難さの認知（基本健診）			
「基本健診を受けるのは面倒か。」		93.5 **	
「はい」	12.8		
「どちらかといえばはい」	34.4		
「どちらかといえばいいえ」	14.5		
「いいえ」	38.4		
罹患可能性の認知（がん）			
「将来自分ががんになる可能性があるか。」			31.7 **
「非常にあると思う」	8.4		
「少しはあると思う」	56.6		
「あまりないと思う」	29.0		
「全くないと思う」	5.9		
がんの家族歴	24.6		10.4 **
疾病数 ³	1.0	21.7 *	
基本健診不安		0.8	
「非常に心配」	16.9		
「少しは心配」	68.0		
「ほとんど心配しない」	15.0		
外出頻度		13.2 *	18.0 **
「ほとんど毎日」	54.4		
「週の半分くらい」	27.2		
「1～2日くらい」	14.0		
「ほとんど外出しない」	4.5		
外出理由			
仕事	25.9	2.0	2.5
習い事	12.3	1.9	1.9
買い物	66.4	3.5	0.5
運動	38.3	6.0	14.7 **
知人・友人に会う	36.6	6.9 *	1.0
公民館活動・趣味	33.2	21.8 **	25.1 **
その他	9.2	0.7	2.4
通院		28.7 **	20.2 **
なし	32.2		
定期	57.7		
不定期	10.1		
自覚症状判断		10.5	10.9 *
「自覚症状や身体の違和感がなければ健康だと思いますか。」			
「はい」	32.6		
「どちらかといえばはい」	39.9		
「わからない」	14.9		
「どちらかといえばいいえ」	5.3		
「いいえ」	7.3		
がん検診結果不安			3.7
「非常に心配」	19.6		
「少しは心配」	63.6		
「ほとんど心配しない」	16.8		
基本検診結果不安		0.8	
「非常に心配」	16.9		
「少しは心配」	68.0		
「ほとんど心配しない」	15.0		

¹カイ2乗統計量²*: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$ ³表中の値は平均値。標準偏差0.96、最小値0、最大値5。

関連を示したのは、世帯形態、持ち家、「がん検診の有効性の認知」、「がん検診が面倒」、「罹患可能性の認知」、がんの家族歴、外出頻度、外出（運動）、外出（公民館・趣味）、通院、自覚症状判断であった。

3. 多変量解析の結果

多変量解析の結果を表3に示す。基本健診の受診頻度に関連がみられたのは「健診の有効性の認知」、疾病数、定期的通院、外出（公民館・趣味）、持ち家であり、オッズ

比は有意に1より大きかった。「健診を受けるのは面倒か」の「はい」、「どちらかといえばはい」及び職場健診ありが有意に1よりも小さかった。

がん検診の受診に関連したのは「がん検診の有効性の認知」、「がん罹患可能性の認知」、がん家族歴、定期的通院、外出（運動）、外出（公民館・趣味）であり、オッズ比は有意に1よりも大きかった。「がん検診を受けるのは面倒」は、有意に1よりも小さかった。

表3 多変量解析の結果 *n* = 1,010

	基本健診 ¹		がん検診 ²	
	OR (95%CI)	P> Z	OR (95%CI)	P> Z
有効性の認知	2.95 (2.14-4.08)	0.000	2.10 (1.47-3.00)	0.000
負担・困難さの認知				
「検（健）診を受けるのは面倒か。」				
「はい」	0.14 (0.09-0.21)	0.000	0.24 (0.16-0.36)	0.000
「どちらかといえばはい」	0.15 (0.10-0.20)	0.000	0.43 (0.30-0.61)	0.000
「どちらかといえばいいえ」	0.44 (0.28-0.68)	0.000		
「いいえ」	1.00		1.00	
罹患可能性の認知				
「将来がんになる可能性があるか。」				
「非常にあると思う」			5.97 (2.46-14.5)	0.000
「少しはあると思う」			2.40 (1.32-4.35)	0.004
「あまりないと思う」			2.06 (1.12-3.82)	0.021
「全くないと思う」			1.00	
がん家族歴			1.50 (1.02-2.20)	0.039
疾病数	1.18 (1.00-1.39)	0.050		
定期的通院	1.38 (1.01-1.88)	0.041	1.82 (1.35-2.47)	0.000
高齢者単身世帯			0.66 (0.46-0.95)	0.025
外出（運動）			1.55 (1.13-2.14)	0.007
外出（公民館活動・趣味）	1.57 (1.17-2.11)	0.003	1.77 (1.25-2.49)	0.001
職場健診あり	0.36 (0.19-0.65)	0.001		
持ち家	1.80 (1.11-2.91)	0.016		

¹基本健康診査の受診頻度を被説明事象とする順序ロジスティック回帰分析。Full modelの独立変数は、「有効性の認知」、「負担・困難さの認知」、生活習慣病数、通院、外出頻度、外出・友人、外出・公民館趣味、職場健診あり、持ち家

²過去3年間にがん検診を受けたことがある（1）か否（0）か被説明事象とするロジスティック回帰分析。Full modelの独立変数は、「有効性の認知」、「負担・困難さの認知」、「罹患可能性の認知」、がん家族歴、通院、世帯形態、外出頻度、外出・運動、外出・公民館趣味、自覚症状判断、持ち家

IV. 考 察

高齢者の健康を維持・増進するには、検（健）診の受診要因を明らかにすることが重要である。そこで、本稿では、高齢者の基本健診とがん検診の受診行動に影響する要因を調べた。わが国において、検診の保健行動を調べた先駆的な研究として坪野ら¹³⁾の研究がある。坪野ら¹³⁾は、HBMの枠組みを用いて受診行動の分析を行っている。しかし、我々は、基本健診では「病気の重大さの認知」と「罹患可能性の認知」について直接尋ねる質問は今回行っていない。がん検診では「病気の重大さの認知」について質問しなかった。代わりに、基本健診では、疾病数が「病気の重大さの認知」に影響すると仮定し、代理変数として用いた。同様に、がん検診では、がんの家族歴を「病気の重大さの認知」の代理変数とした。これらを、Bckerら²³⁾は「行動のきっかけ」に分類しているが、「病気の重大さの認知」や「罹患可能性の認知」を形成する属性としても解釈可能であると考えられる。HBMを用いた研究では、本稿のように、研究者の問題意識やデータの特性によってすべての認知を用いてないものも多くあり、またモデルの解釈に変更が加えられることがある^{14, 37, 38)}。坪野ら¹³⁾も、がんの家族歴を、認知を形成する属性変数とみなしている。「病気の重大さの認知」と「罹患可能性の認知」について尋ねる質問を調査票に含めなかった理由は、それらの認知を適切に反映する質問の作成が困難であると判断したからである。藤内ら³⁹⁾は、「癌になったら、もう助からないと思いますか？」という質問を行い、点数化された回答を「病気の重大さの認知」の尺度としている。ほぼ同じ尺度を用いて、坪野ら¹³⁾は胃がんの受診行動、榊本ら¹⁴⁾は禁煙の関心度を分析している。しかし、榊本らが「病気の重大さの認知」が健康行動を促すという結果を得たのに対し、坪野らは影響しない、藤内ら³⁴⁾は妨げるという結果を得ている。諸外国の先行研究^{16, 24~31, 40~44)}も疾病の被害を尋ねる質問から尺度が構成されているが、「病気の重大さの認知」が健康行動を促さないという結果は少なくない。Janzら⁴⁰⁾によると、1974年から84年に発表されたHBMによる健康行動を対象とした研究のうち「病気の重大さの認知」が健康行動を促すという結果が得られたのは59%である。

これは、「障壁の認知」(91%)、「有効性の認知」(81%)、「罹患可能性の認知」(77%)と比べると一番少ない。Janzら⁴⁰⁾は、その理由を、まだ罹患していない病気や自覚症状が無い病気の恐れを対象者が適切に表明することが難しいため、妥当な尺度の作成が困難であることによると推測している。基本健診では、「罹患可能性の認知」について質問しなかった。これについても、適切な指標の作成が困難であると判断したからである。高齢者の場合、基本健康診査が対象とする病気が非常に幅広いため、「将来、自分が病気になる可能性がありますか。」というような質問をした場合、ほとんどの者が「はい」という回答をすると予想されたからである。

「検（健）診の有効性の認知」のある者は、基本健診、がん検診ともに受診する傾向があった。これは、これまでのHBMの仮説と整合的な結果である。安武¹⁹⁾は、健診の有効性を認知している者は、健康知識の情報媒体が多いと報告している。検（健）診対象者に対し、検（健）診を受けることによって得られる有効性についての広報及び教育の重要性が示唆された。

「検（健）診が面倒」と思っている者は、基本健診、がん検診ともに受診しない傾向があった。これは、坪野ら¹³⁾が壮年期を対象に受診行動の心理的要因を研究した結果と同様であった。検（健）診が面倒であるというのは、年齢層に関係なく受診行動に影響を与えることが示唆された。しかし、今回の研究では、「面倒である」という要因まではわからなかった。

疾病数が多い者ほど基本健診を受診する傾向があった。疾病に罹患しているということは、医療機関を受診する機会が多く、身体に対する関心も高い²⁰⁾。身体に対する関心の高さが受診行動に影響を及ぼしたり、また、医師から健診を勧められる機会が多いことも考えられる。

「がん罹患可能性の認知」が高い者は、がん検診を受診する傾向があった。これは、HBMの仮説を支持する内容である。また、がんの家族歴がある者は、がん検診を受診する傾向があった。このことは、がんの家族歴がある者は、将来がんになるのではないかと不安や早期発見の重要性を理解しており、受診行動に結びつくのではないかと考えられる。さらに、身近な人ががん罹患し、看取り体験をした場合、「病気の重大さの認知」を強く感じる可能性が考えられる。HBMを用いて胃がん検診の受診行動要因を分析した坪野¹³⁾らでも「罹患可能性の認知」やがんの家族歴が受診を促進するという結果を得ている。

三薺ら⁴⁶⁾は、社会的活動や親友・近隣などとの関わりとしてのソーシャルネットワークの多寡が検診の受診行動に影響していることを示した。本稿の調査結果においても、公民館活動や趣味の集まりに出かける者は、基本健診、

がん検診ともに受診する傾向があった。このことは、同世代の人が集まる場を通して、健康管理の方法や病気体験の話聞く機会が増え、検（健）診への動機づけがされるのではないかと考えられる。運動のために外出する者はがん検診を受診する傾向があった。このことは、運動の効果を検診受診することで得ようとしているのか、もともと健康管理に対する関心が高いためか、今回の横断面の調査でははっきりしない。

これまでの検診受診と基本属性との関連についての報告では、岡本ら⁴⁷⁾は、がん検診未受診者に配偶者を有していない者が多いと報告し、三薺ら²⁰⁾は、配偶者や家族類型などの要因は検診受診と有意でなかったと報告している。本研究の結果では、ひとり暮らし高齢者世帯は同居世帯に比べ、有意に検診受診しなかった。これ以上の質問をしていないので確かなことはわからないが、情緒的ソーシャルサポートの多寡が検診受診と関連するという報告から⁴⁶⁾、ひとり暮らしでは、健康を気遣う同居人の存在や検診場への移動手段を手伝ってくれる人の存在がない可能性が考えられる。ひとり暮らしの高齢者には、検診に行くよう促すだけでなく、情緒的サポートや手段的サポートも必要であると考えられる。

定期的に通院している者は、基本健診、がん検診ともに受診する傾向があった。定期的に通院する者は、定期的・継続的に医師から健康指導を受けることで健康に対する知識や疾病に対する関心が高まり、検（健）診行動に結びついている可能性が考えられる。

職場で健康診断を受けている者は、基本健診を受診しない傾向があった。このことは、健康診断を職場で受けている者は、あえて定期健診を受ける必要性がないと判断していることを反映していると思われる。

本研究では、要介護認定を受けていない高齢者を対象に、検（健）診行動に影響を与える要因を分析した。結果、検（健）診の有効性が理解されている、罹患の可能性があり、定期的な通院、外出などが受診行動を促進させる可能性が示唆された。今後は、高齢者に対し、検（健）診の有効性の認識を高める取り組み、受診行動をおこす上での負担感を減らす取り組み、情緒的支援ネットワークの形成などが受診行動を促進する上で期待される。

V. 今後の課題

高齢者の受診行動に与える影響要因の解明を試みた。検（健）診の有効性や負担についてはこれまでの中高年を対象としたものとかわらなかった。しかし、その負担の中身については今後の研究により検討する必要がある。

謝 辞

本調査にご協力を頂きました高齢者のみなさまおよび民生委員の皆様から感謝を申し上げます。また、研究に当たり貴重な助言を頂いた岡山大学大学院社会文化科学研究

科岸田研作先生にお礼を申し上げます。

本研究は、平成16-18年度科学研究費補助金（課題番号16330047）の助成によって行われた。

要 旨

本研究は、在宅高齢者の基本健診、がん検診の受診行動に与える影響要因を明らかにすることである。対象は、中国地方の中規模都市Aに在住する要介護認定を受けていない65歳以上の高齢者1,010人である。調査は自記式で、データは横断面である。質問項目は、検（健）診の受診状況、検（健）診に対する認知、疾病数、家族歴、高齢者の基本属性、日常生活状況とした。分析方法は、受診行動を従属変数、検（健）診に対する認知とその他の属性を独立変数とする回帰分析である。その結果、「検（健）診への有効性の認知」、「がん罹患の可能性の認知」、疾病数が多い、家族歴、外出（公民館・趣味）などが、受診する傾向と関連がみられた。また、「検（健）診が面倒」、職場健診ありは、受診しない傾向と関連がみられた。これらの結果から、受診行動に影響を与える認知への働きかけを行うことで、健康行動が促される可能性が示唆された。

Abstract

Objective

The purpose of this study was to investigate factors related to participation in periodic health examinations (annual health checkups and cancer screenings) by the elderly.

Methods

A total of 1,010 elderly persons, aged 65 and over and not needing the support of elderly care insurance, in city A, Chugoku Prefecture, were the subjects of this study.

We analyzed the relationship between perceived or clinical variables and periodic health examinations by using multiple regression analysis.

Results

From the results of our analyses, perceived benefits, the number of patients with disease, periodic visits to hospitals, hobbies, and the number of patients who were homeowners all related to participation in annual health examinations.

Perceived susceptibility to disease, family history of cancer, periodic visits to hospitals, physical activity, and hobbies were related to attendance at cancer screenings.

Conclusion

These results of intervention suggested that “perceived benefits” influences health behavior in the elderly.

文 献

- 1) 厚生統計協会：厚生指標臨時増刊 国民衛生の動向，141-147，厚生統計協会，東京，2005。
- 2) 厚生労働省：平成17年版厚生労働白書，ぎょうせい，東京，2005。
- 3) 厚生労働省：医療制度改革大綱による改革の基本的な考え方（平成18年1月）。
- 4) 烏帽子田彰，石田光広：介護保険における予防事業の導入と地域保健担当者の使命転機に伴う迷う地域保健 市町村介護予防事業計画の導入への対応による地域保健の展開，地域保健，37，75-90，2006。
- 5) 多田羅浩三，福田英輝：基本健康診査事業が老人診療費に及ぼす影響に関する分析，週刊 保健衛生ニュース，966，20-21，1998。
- 6) Oshima A, et al.: Evaluation of mass screening program for stomach cancer with a case-control study design. Int J Cancer, 38, 829-833, 1986。
- 7) Fukao A, et al.: The evaluation of screening for gastric cancer in Miyagi Prefecture, Japan: A population-based case-control study. Int J Cancer, 60, 45-48, 1995。
- 8) 阿部陽介，光島 徹，永谷京平，他：Case-control studyの手法を用いた胃がん死亡減少に対する胃癌集団検診の効果の疫学的評価－胃集検の効率化の検討，日消誌，92，836-845，1995。
- 9) Tsubono Y, Hisamichi S.: Screening for gastric cancer in Japan. Gastric Cancer, 3, 9-18, 2000。
- 10) 森本兼曩：健康意識と健康志向行動，森本兼曩（編）：ライフスタイルと健康，33-52，医学書院，東京，1998。
- 11) 小笹晃太郎，東あかね，渡辺能行，他：検診受診行動と医療受療行動の関連，日本公衆衛生雑誌，40，1111-1119，1995。
- 12) 家田重晴，高橋浩之，畑 栄一：保健行動の包括的説明モデルの提案，中京大学体育学論叢，32，47-67，1991。
- 13) 坪野吉孝，深尾 彰，久道 茂，他：地域胃がん検診の受診行動の心理的規定要因－Health Belief Modelによる検討－，日本公衆衛生雑誌，40，255-263，1993。
- 14) 榊本妙子，小笹晃太郎，福井和代，他：禁煙の関心度を規定する要因 行動科学的検討，日本公衆衛生雑誌，52，375-386，2005。
- 15) 藤内修二，長嶺敬彦，佐藤隆美，坪山明寛：高血圧症にコンプライアンスに関する研－Health Belief Modelによる分析－，プライマリ・ケア，13，167-176，1990。

- 16) Harrison JA, Mullen PD, Green LW.: A meta-analysis of studies of the health belief model with adults. *Health Education Research*, 7, 107-116, 1992.
- 17) Becker MH, Drachman RH, Kirscht JP.: A new approach to Explaining sick-role behavior in low-income populations. *Am J public Health*, 64, 205-216, 1974.
- 18) 柴田 博, 古野谷亘, 七田恵子, 他: 地域老人健康調査における参加者と非参加者の比較, *老年社会科学*, 8, 177-186, 1986.
- 19) 安 武繁: 高齢者の保健行動に関する研究 第1報 一般健康診査の受診行動と受診希望に関連する要因の多変量解析による検討, *広島大学医学雑誌*, 36, 707-719, 1988.
- 20) 三薺 雄, 岸 玲子, 江口照子, 他: 在宅高齢者の検診受診行動と関連する要因 社会的背景の異なる三地域の比較, *日本公衆衛生雑誌*, 50, 49-61, 2003.
- 21) 安 武繁: 高齢者の保健行動に関する研究 第2報 受診行動に及ぼす社会的要因の影響と受診行動の新しいモデル, *広島大学医学部雑誌*, 37, 1-13, 1989.
- 22) Rosenstock IM.: Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 94-127, 1966.
- 23) Becker MH, Maiman LA.: Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13, 10-24, 1975.
- 24) Butrapom P, Pach A, Pack RP, et al.: The health belief model and factors relating to potential use of a vaccine for shigellosis in Kaeng Koi district, Saraburi province, Thailand. *J Health Popul Nutr*, 22, 170-181, 2004.
- 25) Nexoe J, Kragstrup J, Sogaard J.: Decision on influenza vaccination among the elderly: A questionnaire study based on the Health Belief Model and the Multidimensional Locus of Control Theory. *Scand J Prim Health Care*, 17, 105-110, 1999.
- 26) Kofahi MM, Haddad LG.: Perceptions of lung cancer and smoking among college students in Jordan. *J Transcult Nurs*, 16, 245-254, 2005.
- 27) Von Ah D, Ebert S, Ngamvitroj A., Park N, et al.: Predictors of health behaviors in college students. *J Adv Nurs*, 48, 463-474, 2004.
- 28) Buckingham RW, Moraros J, Bird Y, et al.: Factors associated with condom use among brothel-based female sex workers in Thailand. *AIDS Care*, 17, 640-647, 2005.
- 29) Carmel S.: The Health Belief Model in the research of AIDS-related preventive behavior. *Public Health Rev*, 18, 73-85, 1990-91.
- 30) Wai CT, Wong ML, Ng S, et al.: Utility of the Health Belief Model in predicting compliance of screening in patients with chronic hepatitis B. *Aliment Pharmacol Ther*, 21, 1255-1262, 2005.
- 31) Osborne S.: Influences on compliance with standard precautions among operating room nurses. *Am J Infect Control*, 31, 415-423, 2003.
- 32) 鶴田来美, 野尻雅美, 宮崎有紀子, 他: 地域住民の保健行動と行動特性に関する研究, *日本健康医学会雑誌*, 9, 38-44, 2000.
- 33) 吉田由美, 高木廣文, 稲葉 裕: 健康情報の収集行動と Health Locus of Control との関連, *日本公衆衛生雑誌*, 42, 69-77, 1995.
- 34) 渡辺正樹: Health Locus of Control による保健行動予測の試み, *東京大学教育学部紀要*, 25, 299-307, 1986.
- 35) 藤野文代, 斉藤やよい, 土屋尚義, 他: 老年慢性疾患患者の健康行動に関する研究, *東京女子医科大学看護短期大学紀要*, 10・11, 61-68, 1989.
- 36) Wallston BS, Wallston KA, Kaplan GD.: Development and validation of the Health Locus of Control Scale. *J Consulting and Clinical Psychology*, 44, 580-585, 1976.
- 37) Park S, Chang S, Chung C.: Effects of a cognition-emotion focused program to increase public participation in Papanicolaou smear screening. *Public Health Nurs*, 22(4), 289-298, 2005.
- 38) Roden J.: Validating the revise Health Belief Model for young families: implications for nurses' health promotion practice. *Nurs Health Sci*, 6, 247-259, 2004.
- 39) 藤内修二, 畑 栄一: 地域住民の健康行動を規定する要因, *日本公衆衛生雑誌*, 41, 362-369, 1994.
- 40) Janz NK, Becker MH.: The health belief model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47, 1984.
- 41) Al-Ali N, Haddad LG.: The effect of the health belief model in explaining exercise participation among Jordanian myocardial infarction patients. *J Transcult Nurs*, 15, 114-21, 2004.
- 42) Koch J.: The role of exercise in the African-American woman with type 2 diabetes mellitus: application of the health belief model. *J Am Acad Nurse Pract*, 14, 126-129, 2002.
- 43) Mirotznik J, Feldman L, Stein R.: The health belief model and adherence with a community center-based, supervised coronary heart disease exercise program. *J Community Health*, 20, 233-47, 1995.
- 44) Abood DA, Black DR, Feral D.: Nutrition education worksite intervention for university staff-application of the health belief model. *J Nutr Educ Behav*, 35, 260-267, 2003.
- 45) 加藤育子, 富永祐民, 成橋廣昭: 胃がん検診受診群の特徴, *日本公衆衛生雑誌*, 33, 749-753, 1986.
- 46) 三薺 雄, 岸 玲子, 江口照子, 他: ソーシャルサポート・ネットワークと在宅高齢者の健診受診行動の関連性 社会的背景の異なる三地域の比較, *日本公衆衛生雑誌*, 53, 92-93, 2006.
- 47) 岡本直幸, 森尾眞介, 田中利彦, 他: がん検診とライフスタイル, *癌の臨床*, 37, 287-291, 1991.

〔平成18年12月25日受 付〕
〔平成19年 5 月31日採用決定〕

背部温罨法の温度の相違による効果の検討

Effect of Hot Compresses Applied to Back Regions Using Different Temperatures

深 田 順 子¹⁾ 鎌 倉 やよい¹⁾ 日比野 友 子²⁾
Junko Fukada Yayoi Kamakura Tomoko Hibino
伊 東 美 穂³⁾ 羽田野 杏 子⁴⁾
Miho Ito Kyoko Hatano

キーワード：温罨法，熱布温，皮膚表面温，血圧

Key Words：hot compresses, hot towel temperature, skin temperature, blood pressure

I. 緒 言

温罨法は，身体の一部を布など覆って温熱刺激を与え，血管・筋・神経系に作用させる温熱治療でもあり，安楽を与える看護技法である。この技法は，疼痛緩和¹⁾²⁾，保温³⁾リラクセーション⁴⁾⁵⁾，腸管の蠕動運動促進^{6)~8)}などの目的で実施され，その効果が報告されている。

しかし，局所への温熱刺激であっても身体が恒常性を保つための機構が働くため，その作用は局所にとどまらず，皮膚からの温熱刺激は中枢へ伝達され，自律神経系に影響し，全身に影響する。すなわち，皮膚温より高い温熱刺激を身体の一部に与えると，表在血管は瞬間的に収縮し血流は減少するが，すぐに熱による平滑筋の張力の減少，血管拡張物質の形成，脊髄後根神経反射などにより血管は拡張し，結果的には血流が増加する。また，局所の皮膚の温熱刺激が，前視床下部の体温調節中枢に伝えられると，熱の放散を促進しようとして皮膚血管の交感神経活動が抑制され，全身の皮膚血管が拡張し，皮膚血流が増加する。このことは，三尾ら³⁾の研究の結果である腰背部熱布浴によって腰背部だけでなく手掌や足底の皮膚温の上昇が認められたことから裏づけられる。そして，皮膚血管の拡張によって血液量を増加させるが，その一方では，血圧が低下するなどの循環器系への影響が起これと考えられる。先行研究では，70～75℃の湯を用いた腰背部への湿性温罨法時の脈拍数，血圧値は生理的許容範囲であると報告⁷⁾されているが，貼用2～3分後に一過性の末梢皮膚温の低下や血圧の上昇があること³⁾も報告されている。

これらの循環器系への影響には，温罨法に用いる湯温，貼用部位，貼用時間などが関与するが，期待される効果と共に望ましくない作用も出現する。安全・安楽に温罨法を

実施するには，まず湯温度や貼用時間などに伴う効果や留意事項を明らかにすることが必要である。また，看護の経済性の視点から方法を検討することも必要であると考え

る。本研究では，温罨法の方法論を確立させる基礎的研究として，熱伝導が大きい湿性温罨法を背部に用いる際，その温度の違いによる効果について，皮膚表面温と循環器系に及ぼす影響から検討することを目的とする。

II. 方 法

1. 倫理的手続き

本研究は，愛知県立看護大学研究倫理審査委員会の承認を得た。被験者には，書面によって研究目的，方法，研究途中においても不都合が生じた場合いつでも研究協力を中止できることなどを説明し，同意書への署名により同意を得た。

2. 対 象

被験者は，同意が得られた健康な女子学生（平均年齢21.2±0.9歳）20名で，身長は159.0±3.2cm，体重は50.0±4.6kgであった。2日間続けて参加できる，当日は食後1.5時間以上経過している，月経中ではないことを条件とした。

3. 実験環境

実験は8月に実施し，室温は空気調整器で調整し，25.4±0.93℃であった。また，空気調整器からの風が被験者に直接あたらない角度にし，風速を実験中は一定にした。

4. 測定装置と測定方法

熱布の貼用部位である背部の皮膚表面温，四肢末梢の皮膚表面温，血圧，心拍数を安静10分間，熱布貼用中10分間，熱布除去後30分間測定すると共に，温度感覚及び快適感覚

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

2) 名古屋第二赤十字病院 Nagoya Daini Red Cross Hospital

3) 独立行政法人国立病院機構豊橋医療センター National Hospital Organization Toyohashi Medical Center

4) 愛知県がんセンター中央病院 Aichi Cancer Center

などの主観的情報を測定した。また、温罨法に用いた熱布の含水量、温度を測定した。

(1) 貼用部及び四肢末梢の皮膚表面温：皮膚表面温は、熱電対センサープローブ (SST-1 Physitemp社) を肩甲骨下、肩甲骨下15cm、左右手背、左右足背の6箇所にテープで固定し、6chサーモアダプター (BTH-601 バイオリサーチセンター社) を介し、8ch標準マックラプシステム MacLab/8e, Chart Ver3.6.8 (AD Instruments社) を経て、コンピュータ (Macintosh PowerBook G3: アップルコンピュータ) に入力した。コンピュータへの入力値は、range 500mV, Low passフィルター 50Hz, サンプリング速度 10Hzに設定して経時的に測定した。プローブの測定範囲は0~90℃であり、実験前に水銀温度計を使用して2点キャリブレーションを行った。

(2) 血圧、心拍数：ベッドサイドモニター (BSM-8301 日本光電), サーマルアレイコード (WS841R 日本光電) を使用した。右腕にマンシェットを装着し、心電図を第Ⅲ誘導で導出し、血圧と心拍数を1分毎に自動的に測定した。

(3) 主観的評価：熱布の温度、からだ全体の温かさ、気分、体位について、1を不快、5を快とする5段階の尺度で、安静6分後、熱布貼用1分後・5分後・9分後、熱布除去1分後・15分後・30分後の計7回測定した。質問者は声を出して質問文を読み、被験者には1~5の数字を指で示すよう指示にした。

(4) 熱布温：恒温槽 (Fine Thermo F-002 東京硝子機器株式会社) を用いてタオルを基準の温度に維持した。タオルの含水量は計量器 (TLC-100 タニタ社) を用いて一定にした。また、デジタル温度計 (SK-1250MC) とサーミスタセンサー (MC-T100) (佐藤計量器製作所) を用いて温罨法中の熱布温を測定した。熱布は、市販のバスタオル1枚を4つ折にし (大きさ25cm×55cm) 周りを縫い、タオルの左端から18cmと32cmのところに2cmの隙間を作り、そこに温度計を差し込み、背部の皮膚表面温測定部と同位置で熱布温を1分毎に測定した。

5. 実験条件

第1段階として、湯温55℃を用いた方法 (以後、55℃法) と、湯温を40℃と75℃を用いた方法 (以後、40℃+75℃法) を行った。その結果から第2段階として、40℃+75℃法と湯温を40℃と65℃を用いた方法 (以後、40℃+65℃法) を行った。

1) 55℃法：これまで報告された方法^{1) 5) ~ 7)} である70~75℃の湯に浸した熱布を適度に冷ます方法を採用した。前腕内側に貼用できる温度が55℃であったため、その温度の湯温に浸したバスタオル1枚を貼用する方法とした。

2) 40℃+75℃法：研究者が行ってきた方法で、40℃の湯温に浸したバスタオル1枚を貼用し、その上に75℃湯温

に浸したバスタオル1枚を重ねて貼用する方法とした。

3) 40℃+65℃法：臨床で準備しやすい温度として40℃の湯温に浸したバスタオル1枚の上に65℃の湯温に浸したバスタオル1枚を重ねて貼用する方法とした。

6. 実験手順

被験者の服装は、上半身はバスタオル2枚で作製した実験着を、下半身は短パンを着用した。シールドシートを敷いたベッドに10分間左側臥位で安静臥床し、安静開始より6分後に安静時の値を測定した。罨法開始1分前に実験着の背部を除去した。熱布の上端を第7頸椎に、下端が第4腰椎 (左右の上前腸骨棘を結ぶ線) にあたるように背部に広げ、ビニール、乾燥バスタオル1枚の順に覆った。温罨法施行前中後を通して足先は綿毛布で覆われ、両手は主観的評価をするため綿毛布から外へ出した。熱布を10分間貼用し、その後に熱布を除去し、水分を拭き、綿毛布で保温した。その後30分間左側臥位で安静にした。

第1段階では、被験者10名 (平均年齢21.6±0.6歳) に対して、先に40℃+75℃法を実施し、その翌日に55℃法を行った。第2段階では、被験者10名 (平均年齢21.1±1.2歳) に対して、先に40℃+75℃法を実施し、その翌日に40℃+65℃法を行った。

7. 統計的手法

温罨法中の熱布温の持続性をみるために、熱布温について1分毎に全被験者の平均値と標準偏差、及び熱布の温度に対する主観的評価の中央値を算出し比較した。

熱布温の相違による保温効果をみるために、主観的評価を行った時点の各背部の皮膚表面温、四肢末梢の皮膚表面温の全被験者の平均値と標準偏差、及びからだ全体の温かさと気分に対する主観的評価の中央値を算出し比較した。さらに、皮膚表面温では安静時、熱布貼用10分間、熱布除去後安静30分間の前半15分間 (熱布除去前半15分間)、後半15分間 (熱布除去後半15分間) の各期間において、被験者毎に平均値を算出し、対応のある反復測定による二元配置分散分析を行った。からだ全体の温かさと気分に対する主観的評価では、安静時、熱布貼用9分後、熱布除去15分後、熱布除去30分後において対応のある反復測定による二元配置分散分析を行った。

熱布温の相違による循環器系への影響をみるために、血圧及び心拍数について安静時、熱布貼用10分間、熱布除去前半15分間、熱布除去後半15分間の各期間において、被験者毎に平均値を算出し、対応のある反復測定による二元配置分散分析を行った。

分散分析の事後検定は、安静時をコントロールとしてDunnettの検定を行った。すべての統計処理には、統計解析用ソフトSPSS (Ver14.0 for Windows) を使用し、有意水準は5%とした。

Ⅲ. 結 果

1. 第1段階：55℃法と40℃+75℃法

1) 熱布温の温度の持続性

使用した平均湯温は55℃法では $55.4 \pm 0.2^\circ\text{C}$ 、40℃+75℃法では各々 $40.6 \pm 0.2^\circ\text{C}$ 、 $75.4 \pm 0.8^\circ\text{C}$ であった。また、各実験において同一のタオルを使用し、熱伝導率に影響する熱布の含水量も55℃法では $515.8 \pm 1.8\text{ g}$ で、40℃+75℃法では、順に $505.0 \pm 4.0\text{ g}$ 、 $527.0 \pm 2.4\text{ g}$ であった。

各方法において肩甲骨下と肩甲骨下15cmの熱布温は同様であったため、熱布貼用10分間の肩甲骨下における熱布温の変化を図1に示した。55℃法における肩甲骨下の熱布温は、貼用1分後は $49.7 \pm 1.1^\circ\text{C}$ と最高値を示し、その後5分後 $43.1 \pm 0.8^\circ\text{C}$ 、10分後（除去直前） $40.0 \pm 0.7^\circ\text{C}$ と低下した。熱布の温度に対する主観的評価も同様に、貼用1分後に4.5と最も高くなり、9分後には3.0となった。

40℃+75℃法では、肩甲骨下の熱布温は貼用3分後に $49.3 \pm 2.0^\circ\text{C}$ と最高値を示し、その後5分後 $48.7 \pm 1.7^\circ\text{C}$ 、10分後 $46.0 \pm 1.4^\circ\text{C}$ であり、55℃法と比較すると6℃高かった。熱布の温度に対する主観的評価の中央値は、貼用5分後までは4.0であり、9分後には3.5であった。

55℃法では、最高温度であった貼用1分後から10分後の温度変化は、肩甲骨下で $y(^\circ\text{C}) = -1.0x(\text{分}) + 49.0$ の線型回帰直線の方程式として示すことができた。40℃+75℃法では、貼用3分後から貼用10分後までの温度変化は、肩甲骨下で $y = -0.5x + 51.1$ と示すことができた。

2) 貼用部及び末梢皮膚表面温による保温効果

肩甲骨下の皮膚表面温を図1に熱布貼用中の熱布温と共に示し、安静時から熱布除去までの皮膚表面温および主観的評価の変化を表1に示した。末梢皮膚表面温の代表値として、左側臥位で体重の影響が少ない右足背・手背の値を用いた。

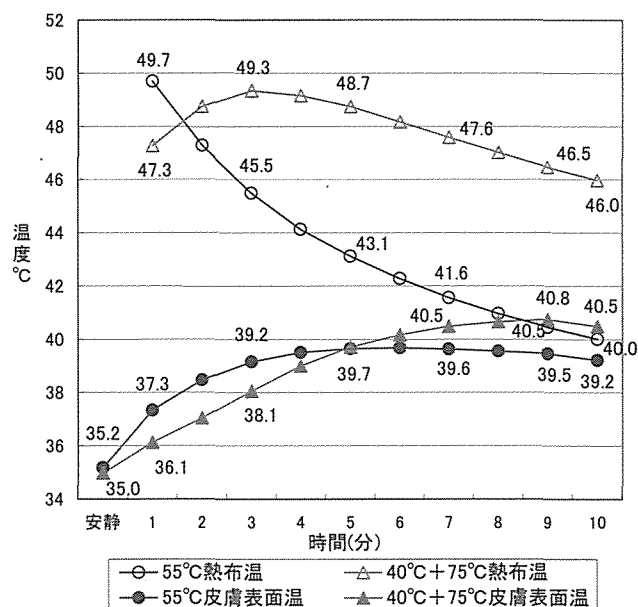


図1 55℃法と40℃+75℃法における肩甲骨下の熱布温と皮膚表面温

注) 熱布温・皮膚表面温は、被験者10名の平均値を示す。

肩甲骨下の皮膚表面温について、熱布貼用3分までは55℃法は40℃+75℃法よりも1℃高温度を維持し、5分後に39.7℃に達した。これを境に、55℃法は下降し、40℃+75℃法は上昇した。貼用10分後には、40℃+75℃法が55℃法よりも約1℃高かった（図1）。熱布除去後55℃法では12分後に、40℃+75℃法では19分後に、安静時の皮膚表面温となった（表1）。

反復測定による二元配置分散分析の結果は、肩甲骨下の皮膚表面温では、交互作用、方法による差はなく、55℃法、40℃+75℃法ともに、安静時と比較して熱布貼用中と熱布除去前半15分間では有意に温度が高くなった（ $p < 0.01$ ）（表2）。右足背の皮膚表面温では、交互作用はなく、方法

表1 55℃法と40℃+75℃法における皮膚表面温と主観的評価

測定部位	電法方法	安静時	熱布貼用中					熱布除去					
		0分	2分	4分	6分	8分	10分	5分	10分	15分	20分	25分	30分
肩甲骨下	55℃	35.2	38.5	39.5	39.7	39.6	39.2	36.6	35.5	35.0	34.9	34.9	35.1
	40℃+75℃	35.0	37.1	39.0	40.2	40.7	40.5	36.8	35.7	35.2	35.0	35.0	35.1
右足背	55℃	34.1	33.7	34.0	34.5	34.8	35.0	35.2	35.3	35.4	35.4	35.5	35.7
	40℃+75℃	32.1	32.1	32.0	32.1	32.3	32.6	32.9	33.2	33.4	33.5	33.5	33.7
右手背	55℃	34.9	34.6	34.7	34.8	34.8	34.8	34.8	34.7	34.7	34.7	34.7	34.7
	40℃+75℃	33.6	33.6	33.8	34.0	34.2	34.4	34.5	34.6	34.6	34.7	34.7	34.7
主観的評価		安静時	1分	5分			9分	1分	15分			30分	
温かさ	55℃	3.0	4.0	5.0			5.0	4.0	3.0			3.5	
	40℃+75℃	3.0	4.0	4.5			5.0	4.0	3.0			3.0	
気分	55℃	3.0	4.0	4.5			4.0	4.0	3.5			3.0	
	40℃+75℃	3.0	3.5	4.0			4.5	4.0	3.0			3.0	

注) 皮膚表面温は被験者10名の平均値（℃）を示す。

肩甲骨下と肩甲骨下15cmの皮膚表面温がほぼ同じであったため肩甲骨下のみ示した。

左側臥位における末梢皮膚温では、体重の影響が少ない右足背・手背の皮膚表面温を示した。

主観的評価は被験者10名の中央値を示す。

表2 55℃法と40℃+75℃法における皮膚表面温への影響（二元配置分散分析の結果）

		安静時	熱布貼用中		熱布除去後 前半15分間		熱布除去後 後半15分間		方法	時間	方法×時間			
		mean ± SD	mean ± SD		mean ± SD		mean ± SD		p 値	p 値	p 値			
肩甲骨下 皮膚表面温	55℃ 法	35.2±0.88	39.2±0.3	**	36.2±0.3	**	34.9±0.5		0.52	0.00	**	0.36		
	40℃ + 75℃ 法	35.0±0.66	39.3±0.5	**	36.4±0.4	**	35.1±0.4							
右足背 皮膚表面温	55℃ 法	34.1±2.4	34.4±2.1		35.2±1.3	*	35.4±1.0	**	0.02	*	0.00	**	0.84	
	40℃ + 75℃ 法	32.1±2.3	32.2±2.3		33.1±2.1		33.5±2.0	**						
右手背 皮膚表面温	55℃ 法	34.9±1.0	34.8±0.8		34.7±0.8		34.7±0.8		0.18		0.06		0.04	*
	40℃ + 75℃ 法	33.6±1.9	33.9±1.5		34.5±1.1		34.7±0.9							
主観的評価		安静時	貼用 9 分後		熱布除去後 15分		熱布除去後 30分							
温かさ	55℃ 法	2.6±0.5	4.6±0.7	**	3.5±0.7	**	3.6±0.7	**	0.70		0.00	**	0.59	
	40℃ + 75℃ 法	2.7±0.7	4.6±1.0	*	3.3±0.8	*	3.3±0.8	**						
気 分	55℃ 法	3.2±0.6	4.3±0.5	**	3.3±1.0		3.2±1.0		0.59		0.00	**	0.78	
	40℃ + 75℃ 法	3.1±0.3	4.4±0.7	**	3.6±1.1		3.4±1.0							

注) 方法、時間、方法×時間のp値は、反復測定による対応のある二元配置分散分析の結果を示す。

事後検定は、安静時をコントロールとしてDunnettの検定を行い、その結果を標準偏差の横に示す。*p<0.05 **p<0.01を示す。
mean±SDの数字の単位は℃である。

による有意差は安静時の温度差が2.0℃あったことに起因するものであった。55℃法では、安静時と比較して、熱布除去前半・後半15分間に有意に温度の上昇を認めた（各々p<0.05, p<0.01）。40℃+75℃法では熱布除去後半15分間に有意に温度が高かった（p<0.01）。熱布除去30分後には両法ともに安静時+1.6℃であった。右手背の皮膚表面温では、交互作用があり、方法、時間経過による有意差はなかった。熱布除去30分後の温度は、安静時と比較すると、55℃法では-0.2℃、40℃+75℃法では+1.1℃であった（表1・2）。

主観的評価について、からだ全体の温かさの中央値は、55℃法では熱布貼用5分後に5.0に達した後は下降し、熱布除去30分後には3.5と安静時より高かった。40℃+75℃法では貼用9分後に5.0に達し後は下降し、熱布除去30分後には3.0と安静時と同じであった（表2）。気分の中央値は、55℃法では貼用5分後に4.5に達し、40℃+75℃法で

は貼用9分後に4.5に達し、その後は共に下降し、熱布除去30分後には安静時と同様の3.0となった（表1）。反復測定による二元配置分散分析の結果は、からだ全体の温かさ、気分ともに、交互作用、方法による差はなかった。からだ全体の温かさでは、両法ともに、安静時と比較して、貼用9分後から熱布除去30分後まで有意に高値を示した。気分では、両法ともに、安静時と比較して、貼用9分後が有意に高値を示した（p<0.01）（表2）。

3) 血圧・心拍数による循環器系への影響

収縮期血圧における反復測定による二元配置分散分析の結果は、交互作用、方法による差はなかった。しかし、両法とも安静時に比べて熱布貼用中、熱布除去前半15分間に有意に低下した（各々p<0.05, p<0.01）。40℃+75℃法では、これに加えて熱布除去後半15分間にも有意に低下した（p<0.01）（表3）。急性期心筋梗塞のリハビリテーションの心臓への過負荷の安全基準の1つとして収縮期血

表3 55℃法と40℃+75℃法における血圧への影響（二元配置分散分析の結果）

		安静時	熱布貼用中	熱布除去後 前半15分間	熱布除去後 後半15分間	方法	時間	方法×時間
		mean ± SD Min-Max	mean ± SD Min-Max	mean ± SD Min-Max	mean ± SD Min-Max	p 値	p 値	p 値
収縮期 血圧	55℃法	102.5±9.6 91-119	98.3±5.8 86-121	97.3±6.1 73-114	98.7±7.1 82-120	0.82	0.01 **	0.56
	40℃+75℃法	103.0±7.7 89-112	99.7±7.0 85-115	97.3±7.3 81-113	97.7±8.0 79-126			
	55℃法	54.1±2.5 49-58	51.3±4.7 41-64	49.9±4.6 34-58	49.9±5.6 36-59	0.92	0.00 **	0.61
	40℃+75℃法	54.2±8.4 34-61	52.0±5.8 37-67	49.6±6.5 35-62	48.9±6.7 35-60			

注) 方法、時間、方法×時間のp値は、反復測定による対応のある二元配置分散分析の結果を示す。

事後検定は、安静時をコントロールとしてDunnettの検定を行い、その結果を標準偏差の横に示す。*p<0.05 **p<0.01を示す。
mean±SD, Min-Maxの数字の単位はmmHgである。

圧の変動が、30mmHg以上の上昇、20mmHg以上の低下がない⁹⁾ ことである。55℃法では3名(30%)が、40℃+75℃法では1名(10%)が、安静時より20mmHg以上の低下があった。熱布貼用1分後の収縮期血圧は、55℃法では6名(60%)が安静時に比べ5mmHgから13mmHgの上昇が、40℃+75℃法では1名(10%)が6mmHgの上昇があった。

拡張期血圧における反復測定による二元配置分散分析の結果は、交互作用、方法による差はなかった。しかし、55℃法では全ての期間に、40℃+75℃法では熱布除去前半・後半15分間に安静時と比較して有意に低下した($p<0.01$) (表3)。

心拍数における反復測定による二元配置分散分析の結果は、交互作用、方法による差はなかった。しかし、40℃+75℃法が、安静と比較して熱布貼用中に心拍数が有意に増加した($p<0.05$)。

2. 第2段階：40℃+65℃法と40℃+75℃法

1) 熱布温の温度の持続性

使用した平均湯温は40℃+65℃では各々 $41.3\pm0.2^{\circ}\text{C}$ 、 $65.1\pm0.3^{\circ}\text{C}$ 、40℃+75℃法では各々 $41.3\pm0.4^{\circ}\text{C}$ 、 $75.3\pm0.2^{\circ}\text{C}$ であった。また、各実験において同一のタオルを使用し、熱布の含水量も40℃+65℃では、順に $503.8\pm3.3\text{g}$ 、 $525.9\pm2.8\text{g}$ で、40℃+75℃法では、順に $503.6\pm3.5\text{g}$ 、 $521.9\pm3.2\text{g}$ であった。

各方法において肩甲骨下と肩甲骨下15cmの熱布温は同様であったため、熱布貼用10分間の肩甲骨下における熱布温の変化を図2に示した。40℃+65℃法、40℃+75℃法ともに肩甲骨下の熱布温は、貼用2分後に各々 $49.0\pm1.8^{\circ}\text{C}$ 、 $51.4\pm1.7^{\circ}\text{C}$ と最高値を示し、その後、徐々に低下し、10分後(除去直前)には各々 $44.3\pm1.4^{\circ}\text{C}$ 、 $45.4\pm1.2^{\circ}\text{C}$ であった。

熱布の温度に対する主観的評価の中央値は40℃+65℃法

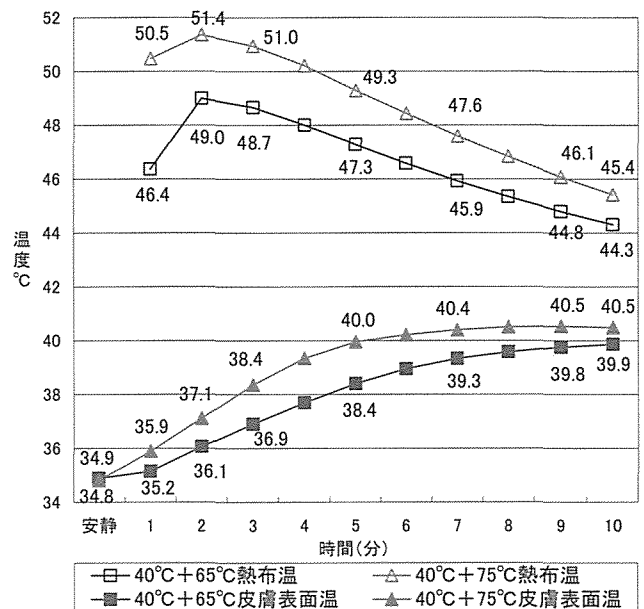


図2 40℃+65℃法と40℃+75℃法における肩甲骨下の熱布温と皮膚表面温

注) 熱布温・皮膚表面温は被験者10名の平均値を示す。

は、熱布貼用中常に4を示し、40℃+75℃法では5分後に5.0と最も高くなり、9分後には4.0となった。

40℃+65℃法では、貼用2分後から貼用10分後の温度変化は、肩甲骨下で $y = -0.62x + 50.4$ の線型回帰直線の方程式として示すことができた。

2) 貼用部及び末梢皮膚表面温による保温効果

肩甲骨下の皮膚表面温を図2に熱布貼用中の熱布温と共に示し、安静時から熱布除去までの皮膚表面温と主観的評価の変化を表4に示した。

肩甲骨下の皮膚表面温については、40℃+65℃法、40℃+75℃法ともになだらかな曲線を描いて上昇し、熱布貼用9分後に各々最高値 $39.8\pm0.4^{\circ}\text{C}$ 、 $40.5\pm0.6^{\circ}\text{C}$ に達し、熱布

表4 40℃+65℃法と40℃+75℃法における皮膚表面温と主観的評価

測定部位	巻法方法	安静時	熱布貼用中					熱布除去					
		0分	2分	4分	6分	8分	10分	5分	10分	15分	20分	25分	30分
肩甲骨下	40℃ + 65℃	34.9	36.1	37.7	38.9	39.6	39.9	37.0	35.5	35.0	35.0	35.1	35.1
	40℃ + 75℃	34.8	37.1	39.4	40.2	40.5	40.5	36.6	35.4	34.8	34.6	34.5	34.6
右 足 背	40℃ + 65℃	32.8	33.0	33.1	33.3	33.4	33.7	34.1	34.3	34.4	34.4	34.5	34.4
	40℃ + 75℃	32.8	33.3	33.5	33.8	34.2	34.5	34.6	34.8	34.9	35.0	35.1	35.0
右 手 背	40℃ + 65℃	33.8	34.3	34.3	34.4	34.4	34.5	34.5	34.6	34.6	34.6	34.6	34.6
	40℃ + 75℃	34.0	34.5	34.5	34.7	34.7	34.7	34.7	34.8	34.8	34.8	34.9	34.9
主観の評価		安静時	1分	5分			9分	1分	15分			30分	
温 か さ	40℃ + 65℃	3.0	4.0	4.5			5.0	4.0	3.0			3.0	
	40℃ + 75℃	2.5	4.0	4.5			5.0	4.0	3.0			3.0	
気 分	40℃ + 65℃	3.0	4.0	4.0			4.0	4.0	4.0			3.5	
	40℃ + 75℃	3.0	4.0	4.0			4.5	4.0	3.0			3.0	

注) 皮膚表面温は被験者10名の平均値(℃)を示す。

肩甲骨下と肩甲骨下15cmの皮膚表面温がほぼ同じであったため肩甲骨下のみ示した。

左側臥位における末梢皮膚温では、体重の影響が少ない右足背・手背の皮膚表面温を示した。

主観的評価は被験者10名の中央値を示す。

除去後はゆるやかに下降し、40℃ + 75℃法では熱布除去15分後には安静時の温度となった（表4）。

反復測定による二元配置分散分析の結果は、肩甲骨下の皮膚表面温では交互作用と時間経過による差が認められた。両法ともに、安静時と比較して熱布貼用中と熱布除去前半15分間では有意に温度が高くなった（表5）。右足背・手背の皮膚表面温では、交互作用、方法による差はなかった。しかし、右足背において、40℃ + 65℃法では安静時に比べて熱布除去前半・後半15分間に有意に温度が高くなり（ $p < 0.01$ ）、熱布除去30分後では安静時の+1.6℃であった。40℃ + 75℃法では安静時に比べて、全ての期間で有意に温度が高くなり、熱布除去30分後では安静時の+2.2℃であった。右手背では、両法ともに安静時に比べて、全ての期間で有意に温度が高かった。熱布除去30分後の温度は、安静時と比較すると、40℃ + 65℃法では+0.8℃、40℃ + 75℃法では+0.9℃であった（表4・5）。

主観的評価について、からだ全体の温かさの中央値は、両法ともに熱布貼用9分後に5.0に達し、その後は下降し熱布除去30分後には3.0であった。気分の中央値は、40℃ + 65℃法では貼用1分後に4.0に達し、熱布除去15分後まで維持され、熱布除去30分後に3.5であった。40℃ + 75℃法では貼用9分後に4.5に達し、その後は共に下降し、熱布除去30分後には3.0であった（表4）。反復測定による二元配置分散分析の結果は、からだ全体の温かさ、気分ともに、交互作用、方法による差はなく、両法ともに、安静時と比較して、貼用9分後が有意に高値を示した（ $p < 0.01$ ）（表2）。

3) 血圧・心拍数による循環器系への影響

収縮期血圧における反復測定による二元配置分散分析の結果は、交互作用、方法による差はなかった。しかし、40℃ + 65℃法、40℃ + 75℃法ともに、安静時に比べて熱布除去前半・後半15分間に有意に低下していた（表6）。ま

表5 40℃ + 65℃法と40℃ + 75℃法における皮膚表面温への影響（二元配置分散分析の結果）

		安静時	熱布貼用中		熱布除去後 前半15分間	熱布除去後 後半15分間	方法	時間	方法×時間
		mean ± SD	mean ± SD		mean ± SD	mean ± SD	p値	p値	p値
肩甲骨下 皮膚表面温	40℃ + 65℃法	34.8 ± 0.4	38.2 ± 0.4	**	36.4 ± 0.3	35.1 ± 0.4	0.55	0.00	**
	40℃ + 75℃法	34.8 ± 0.6	39.3 ± 0.4	**	36.2 ± 0.5	34.6 ± 0.6			
右足背 皮膚表面温	40℃ + 65℃法	32.8 ± 1.6	33.3 ± 1.5		34.2 ± 1.0	34.4 ± 0.9	0.43	0.00	**
	40℃ + 75℃法	32.8 ± 1.7	33.8 ± 1.3	*	34.7 ± 0.7	35.0 ± 0.5			
右手背 皮膚表面温	40℃ + 65℃法	33.8 ± 1.0	34.4 ± 0.8	*	34.5 ± 0.5	34.6 ± 0.5	0.43	0.01	*
	40℃ + 75℃法	34.0 ± 1.4	34.6 ± 0.8	*	34.7 ± 0.6	34.8 ± 0.4			
主観的評価		安静時	貼用9分後		熱布除去後 15分	熱布除去後 30分			
温かさ	40℃ + 65℃法	2.8 ± 0.9	4.7 ± 0.7	**	3.4 ± 0.8	3.3 ± 0.7	0.64	0.00	**
	40℃ + 75℃法	2.5 ± 1.1	4.7 ± 0.7	**	3.4 ± 0.8	3.2 ± 1.0			
気分	40℃ + 65℃法	3.3 ± 0.5	4.0 ± 0.7	**	3.6 ± 0.5	3.4 ± 0.7	0.50	0.00	**
	40℃ + 75℃法	3.2 ± 0.4	4.1 ± 1.2	**	3.3 ± 0.8	2.8 ± 0.9			

注) 方法、時間、方法×時間のp値は、反復測定による対応のある二元配置分散分析の結果を示す。

事後検定は、安静時をコントロールとしてDunnettの検定を行い、その結果を標準偏差の横に示す。* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ を示す。
mean ± SDの数字の単位は℃である。

表6 40℃ + 65℃法と40℃ + 75℃法における血圧への影響（二元配置分散分析の結果）

		安静時	熱布貼用中		熱布除去後 前半15分間	熱布除去後 後半15分間	方法	時間	方法× 時間
		mean ± SD Min-Max	mean ± SD Min-Max		mean ± SD Min-Max	mean ± SD Min-Max	p値	p値	p値
収縮期 血圧	40℃ + 65℃法	96.6 ± 8.3 81-112	93.9 ± 8.3 76-114		92.1 ± 8.0 71-117	92.9 ± 7.4 76-126	0.15	0.01	**
	40℃ + 75℃法	99.6 ± 11.7 87-127	96.4 ± 9.4 80-125		94.5 ± 10.9 74-119	94.1 ± 10.7 77-122			
拡張期 血圧	40℃ + 65℃法	51.4 ± 3.4 44-56	47.4 ± 6.0 34-60	**	44.7 ± 5.3 31-56	44.5 ± 4.9 31-56	0.02	*	0.00
	40℃ + 75℃法	54.7 ± 5.8 47-65	49.2 ± 5.5 36-63	**	46.9 ± 6.2 35-60	46.0 ± 6.6 35-59			

注) 方法、時間、方法×時間のp値は、反復測定による対応のある二元配置分散分析の結果を示す。

事後検定は、安静時をコントロールとしてDunnettの検定を行い、その結果を標準偏差の横に示す。* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ を示す。
mean ± SD, Min-Maxの数字の単位はmmHgである

た、収縮期血圧が20mmHg以上低下した者は40℃ + 75℃法では1名（10%）で、40℃ + 65℃法ではなかった。熱布貼用1分後の収縮期血圧は、両法ともに各1名（10%）が、安静時と比べて6mmHg上昇した。

拡張期血圧における反復測定による二元配置分散分析の結果は、交互作用なく、方法、時間経過共に有意に差が認められた。40℃ + 75℃法が40℃ + 65℃法と比較して有意に血圧が低下した。また、両法ともに、安静時に比べて全ての期間に有意に低下していた（表6）。

心拍数における反復測定による二元配置分散分析の結果は、交互作用、方法、時間による差はなかった。

40℃ + 75℃法について、第1段階と第2段階で行った際の熱布温、背部皮膚表面温、末梢皮膚表面温、血圧、心拍数についてt-検定を行った結果、有意差がなかった。

IV. 考 察

温罨法が必要な患者は、呼吸・循環系の機能の低下した患者、衰弱した患者などであるため、温罨法の生理的影響を理解し、対象者の病態にあった方法を選択することが必要である。しかし、臨床においては適応・禁忌の基準が不明確なまま様々な方法が用いられている。そこで本研究では、安全、安楽である温罨法の方法論を確立させるための基礎的研究として、背部温罨法の温度の違いによる効果を、背部温罨法の皮膚表面温と循環器系へ及ぼす影響から検討することを目的とした。第1段階としてこれまでに報告された55℃法と、研究者が行っている40℃ + 75℃法を比較した。第2段階として経済性の視点から40℃ + 65℃法と、40℃ + 75℃法を比較した。

熱布の温度の持続性について、55℃法では熱布貼用1分後に最高温度に達した以降低下し、貼用10分後には40℃であり、10分の使用が限界であると考えられる。一方、40℃ + 65℃法と40℃ + 75℃法では、貼用10分後には45℃前後であり、線型回帰直線の方程式から40℃となる時間は、罨法開始後各々約17分と22分であった。熱布の温度は、40℃ + 75℃法、40℃ + 65℃法、55℃法の順に持続性があると考えられる。

温罨法の保温効果についてみると、肩甲骨下、右足背及び右手背の皮膚表面温における二元配置分散分析では、55℃法と40℃ + 75℃法、40℃ + 65℃法と40℃ + 75℃法と方法による違いはなかった。しかし、時間経過と主観的評価との変化はほぼ同じであった。熱布が直接貼用される肩甲骨下の皮膚表面温では、55℃法は急激に上昇し貼用5分後に最高値を示し、体全体の温かしの中央値もその際に最高値である5を示し、貼用9分後まで維持された。40℃ + 65℃法、40℃ + 75℃法の肩甲骨下の皮膚表面温はなだらかに上昇するため、貼用5分後のからだ全体の温かしの中央

値は4.5であり、皮膚表面温が貼用9分後に最高値に達した際にからだ全体の温かしの中央値は最高値の5となった。気分の中央値は、いずれの方法において皮膚表面温が最高値となった時に4.5を示した。以上から、いずれの方法においても罨法中は最高の温かさと気分になることが明らかとなった。また、肩甲骨下の皮膚表面温は、いずれの方法においても熱布除去後は、ゆるやかに下降し、15分前後には安静時の温度に戻り、肩甲骨下の保温効果は熱布除去後15分前後であることが明らかとなった。主観的評価では55℃法は、他の方法と比べて熱布除去後30分のからだ全体の温かしの中央値が3.5であり、二元配置分散分析においても有意に安静時より高く、主観的にはからだ全体の温かくする方法であると考えられた。40℃ + 65℃法は、二元配置分散分析では有意な差はなかったが、他の方法と比べて気分の中央値が熱布除去後15分後に4.0、熱布除去後30分に3.5と安静時より高く、気分を高くする方法であると考えられた。

一方、右足背皮膚表面温では、いずれの方法においても、安静時と比較すると熱布除去後半15分間の皮膚表面温が有意に高く、熱布除去30分後では1.6℃以上高くなったことから30分以上の保温効果があることが明らかとなった。さらに、熱布除去30分後の右足背皮膚表面温では、右手背皮膚表面温と比較して安静時との差が高いことから、背部への温罨法では上肢より下肢の血管拡張、血流増加の反応が強く生じると考えられた。

次に、温罨法の循環器系への影響を血圧、心拍数から検討すると、心拍数は方法や時間経過による差がなかった。収縮期血圧は、二元配置分散分析では、55℃法と40℃ + 75℃法、40℃ + 65℃法と40℃ + 75℃法による違いはなかったが、いずれの方法において熱布除去後は安静時と比較して有意に血圧が低下した。急性期心筋梗塞のリハビリテーションの心臓への過負荷の安全基準として示されている収縮期血圧が安静時より20mmHg以上の低下⁹⁾があった人数は、55℃法では3名（30%）と40℃ + 75℃法、40℃ + 65℃法と比べて多く、3名のうち1名は熱布貼用中から低下し、1名は熱布除去直後、もう1名は貼用9分後に低下し過負荷の危険があった。さらに、貼用1分後の収縮期血圧が5mmHg以上上昇した人数も、55℃法が6名（60%）と40℃ + 75℃法40℃ + 65℃法に比べて多かった。55℃法のように温熱刺激を身体の一部に急激に与えた直後では、表在血管は瞬間的に収縮して生理的範囲ではあるが血圧を上昇させる。また、熱布貼用中は、いずれの法においても全身の皮膚血管を拡張させ、熱布除去後に収縮期血圧を低下させる。55℃法は、二元配置分散分析では40℃ + 75℃法との差はなかったが、収縮期血圧においては安静時より20mmHg以上低下させ、循環器系に過負荷となる危険があるこ

とが明らかになった。

拡張期血圧は、55℃法と40℃+75℃法では方法による差がなかったが、40℃+65℃法と40℃+75℃法では40℃+75℃法が有意に低下したことから、40℃+75℃法と同様の保温効果がある40℃+65℃法は、他の方法と比較して循環器系の影響が少ないと考えられた。また、いずれの方法においても安静時と比較して熱布貼用中から低下し、収縮期血圧と共に熱布を除去して30分経過しても低下していたことから、罨法後は30分以上安静にしていることが必要であることが示唆された。それは、血圧が安静時の状態にもどるのを待つためと、末梢血管が拡張することによって増加した末梢の血液量が、急激な体動により一気に心臓に戻る血液量が流れ込むことによる心負荷を軽減するためである。

以上から、経済性の視点も踏まえて、40℃+65℃法は、40℃+75℃法と比較して保温効果はかわらず、循環器系への影響が少なく、臨床での利用に適していると考えられた。

V. 結 論

背部温罨法の基礎的研究として、背部温罨法の温度の違いによる効果を、背部温罨法の皮膚表面温と循環器系へ及

ぼす影響から検討することを目的とした。第1段階として55℃法と40℃+75℃法を、第2段階として経済性の視点から40℃+65℃法と40℃+75℃法を、健康な女性各10名を対象に実施し、以下の結論を得た。

- 1) 熱布の温度は、40℃+75℃法、40℃+65℃法、55℃法の順に持続性があった。
- 2) 肩甲骨下の皮膚表面温は、いずれの方法でも、安静時と比較して熱布貼用中と熱布除去後15分間において有意に高くなる効果があった。
- 3) 右足背の皮膚表面温は、いずれの方法でも、安静時と比較して熱布除去16～30分間において有意に高くなる効果があった。
- 4) 収縮期血圧は、55℃法では熱布貼用中から熱布除去後15分間まで有意に低下し、安静時より20mmHg以上低下した者が3名であり、温熱刺激を急激に加えると過負荷になることが示唆された。
- 5) 拡張期血圧は、いずれの方法においても、熱布貼用中から熱布除去30分間まで有意に低下し、罨法後30分は安静にすることが示唆された。
- 6) 経済性の視点から40℃+65℃法は、40℃+75℃法と比較して保温効果はかわらず、循環器系への影響が少なく、臨床での利用が推奨された。

要 旨

背部温罨法の温度の相違による効果を、皮膚表面温及び循環器に与える影響から検討することが目的である。対象は研究参加に同意が得られた健康な女性20名で、実験条件は、55℃の熱布を貼用する55℃法、40℃に75℃の熱布を重ねて貼用する40℃+75℃法、40℃に65℃の熱布を重ねて貼用する40℃+65℃法とし、10分間左側臥位で背部温罨法を実施した。

熱布の温度の持続性は、40℃+75℃法、40℃+65℃法、55℃法の順であった。全方法で、皮膚表面温は、安静時と比べて肩甲骨下では貼用中から除去15分後まで、右足背では除去16～30分間に有意に上昇した。収縮期血圧は、55℃法では3名が安静時より20mmHg以上低下した。拡張期血圧は、全方法で貼用中から除去30分後まで有意に低下した。

40℃+65℃法は、40℃+75℃法と比較して保温効果はかわらず、循環器系への影響が少なく臨床での利用が推奨された。

Abstract

The purpose of this study was to examine the effect of hot compress application on back regions using the different temperatures, based on the influence on skin temperature and the circulatory system. Twenty healthy females participated in this study. Three methods were used; 55℃ method applying a 55℃ wet towel; 40℃ + 75℃ method applying 75℃ on top of the 40℃ wet towel; and 40℃ + 65℃ method applying 65℃ on top of the 40℃ wet towel. The hot compresses were applied to the back region for 10 minutes in the left supine position.

In all methods, the skin temperature below the blade bone from hot towel application to 15 minutes after removing the towel, and the skin temperature of the right dorsum pedis from 16 to 30 minutes after removing the towel, increased significantly compared with the rest condition.

In the 55℃ method, in 3 subjects the systolic pressure decreased over 20 mmHg from the rest condition.

The 40℃ + 65℃ method had the effects of retaining warmth similar to the 40℃ + 75℃ method, and with little impact on the circulatory system.

文 献

- 1) 縄 秀志：婦人科外科患者における背部温罨法ケアの気分、痛み、自律神経活動の影響、日本看護技術学会誌, 1(1), 36-44, 2002.
- 2) 深井喜代子, 掛田崇寛, 他：癌性疼痛患者の痛みの評価と緩和ケア, 臨床看護, 25(10), 1555-1562, 1999.
- 3) 三尾弘子, 大日向輝美, 北村愛子：腰背部熱布浴が生体に及ぼす影響, 日本看護学会第28回集録 看護総合, 222-225, 1997.
- 4) 江上京里：腰背部蒸しタオル温罨法ケアと交感神経活動及び快さの関連, 聖路加看護学会誌, 6(1), 9-16, 2002.
- 5) 塚越みどり, 菱沼典子：熱布による背部温罨法が自律神経活動, 背部皮膚温に及ぼす影響, 聖路加看護学会誌, 3(1), 11-18, 1999.
- 6) 菱沼典子, 香春知永, 他：熱布による腰背部温罨法の排ガス・排便に対する臨床効果, 聖路加看護学会誌, 4(1), 30-35, 2000.
- 7) 菱沼典子, 平松則子, 他：熱布による腰背部温罨法が腸管に及ぼす影響, 日本看護科学学会誌, 17(1), 32-39, 1997.
- 8) 荒木佳代, 須釜孝子, 他：腹部メント湿布が皮膚温および腸蠕動音に及ぼす影響, 看護技術, (49)7, 609-611, 2003.
- 9) 斎藤宗靖：ナースのための心臓リハビリテーション, 67-86, 南江堂, 1987.

〔平成18年8月17日受 付〕
〔平成19年6月19日採用決定〕

介護スタッフが認知症高齢者に用いるコミュニケーション技法の 特徴とその関連要因

Characteristics and Related Factors of Nursing Assistants' Communication Strategies for Persons with Dementia

山田 紀代美¹⁾ 西田 公昭²⁾
Kiyomi Yamada Kimiaki Nishida

キーワード：介護スタッフ、コミュニケーション技法、認知症
Key Words：nursing assistant, communication strategie, dementia

I. はじめに

コミュニケーションは、人と人がともに暮らす社会において、お互いの意思の伝達、さらには親しい人との会話を通して楽しみをももたらすものである。しかしながら、認知症の高齢者は、記憶障害および認知機能障害に伴って、会話のやりとりがかみ合わない、会話は成立しているように見えても実際には理解していない、また内容そのものに誤りがあるなどのコミュニケーション障害が発生する¹⁾。これらの障害は、高齢者自身の不安や不快感などの原因になる場合²⁾もあるが、それ以上に、認知症高齢者に関わる家族や介護スタッフなどがその対応に苦慮しているのが実情である³⁾⁴⁾。

1970年代以降、欧米では世代間のコミュニケーションにおいて、若い世代が高齢者に向かって子供に話しかけるような話し方をすることが問題となった。Ryanら⁵⁾はそれが起こるメカニズム等を、話者である若い世代が高齢者の身体的、精神的能力を低く評価した結果、高齢者を保護するように過剰に会話を調節するものであるというモデルを提唱し、そのような会話全般をpatronizing communication（保護するようなコミュニケーション）と述べたことから注目されるようになった。その後、patronizing communicationが高齢者に与える影響、あるいはその発生要因等の調査が行われ、地域よりも施設内、さらに認知症や機能低下がある高齢者に対してより出現しやすいことなどが明らかとなっていった⁶⁾⁷⁾。特にアメリカにおいては施設サービスの質評価の影響を受け、認知症高齢者を介護する介護職員を対象にした、patronizing communicationを予防するための訓練方法、さらには認知症高齢者とのコミュニケーションを成立させるための補助的道具の利用方法等、多岐にわたった研究が実施されている^{8)~11)}。

一方本邦では、高齢者あるいは認知症高齢者のコミュ

ニケーションに関して、看護学あるいは介護の領域においては、ゆっくり話す、簡潔な文章にするなどの経験則にのっとりた方法¹²⁾¹³⁾が記載されている。しかしながら、そのエビデンスはほとんど得られていないのが実情である。最近になり、そのような「短い文章にする」「ゆっくり話す」などの方法が、高齢者にとっては、情報が正確に伝わりにくい、低く評価されている感じがするということで高齢者の印象が良くないといった研究結果も報告され始めている¹⁴⁾。また、言語学分野でも、patronizing communicationの問題が取り上げられるものの、世代間コミュニケーションの障壁として指摘されるのみで、研究的な取り組みは余り進んでいない¹⁵⁾。2000年以降、認知症高齢者とのコミュニケーション方略に関して、吉川ら¹⁶⁾、菅井ら¹⁷⁾、小松ら¹⁸⁾により認知症高齢者を介護する介護職員の発話調節とその関連要因等を明らかにするための量的・客観的研究報告が行われ始めたものの、それらは端緒についたばかりである。2015年には、わが国の認知症高齢者数は、およそ250万人になると推測されている。今後の認知症高齢者の増加を鑑み、認知症高齢者に有効なコミュニケーション方法を明らかにすることは今まさに喫緊の課題である。

そこで、今回は、認知症高齢者の介護を職業としている介護スタッフを対象に、実際の高齢者への話しかけ方に対する認識の実態を明らかにすること、さらに介護スタッフのコミュニケーション行動に影響する要因の検討も併せて行うこととした。

II. 研究方法

1. 研究対象者

対象者は、政令指定都市の郊外にある収容定員100人の社会福祉法人設立の介護老人福祉施設および同系列の通所サービスの全職員57人である。しかし、回収できた調査票

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

2) 静岡県立大学 University of Shizuoka School of Nursing

は52人からであり、回収率は91.2%であった。分析にあたり、回収できた調査票の職種に偏りがみられたため、看護師および栄養士を除く、資格の有無にかかわらず介護を行っている47人を本研究の最終分析対象とした。

2. 調査方法

はじめに、当該の介護老人福祉施設の施設長に研究の趣旨を文書と口頭で説明し、了承を得た。その後、研究対象者に対しては、研究の趣旨および回答は強制ではないことを記載した研究依頼文およびアンケート調査を個別に配布した。2週間の留置後、密封できる封筒に入れ、回収を行った。なお、アンケートに回答することをもって研究承諾の同意が得られたことと判断した。

3. 調査内容

(1) 介護スタッフの属性：介護スタッフについては、性、年齢、資格の有無、介護職歴、健康状態、職務内容、認知症に関する研修の有無と有りの場合にはその回数および日数を把握した。さらに、仕事に対する満足度を、非常に満足4点から、全く満足ではない1点までの4段階で評価した。

(2) 介護スタッフのコミュニケーションスキル尺度：介護スタッフのコミュニケーションスキルを把握するために、西田らが開発したコミュニケーションスキル尺度 (Communication Skill尺度：CS尺度という)¹⁹⁾を用いた。本尺度は、認知症高齢者に対するコミュニケーション技法を研究したSmallら²⁰⁾が家族介護者の調査で使用した10項目、家族介護者に対するコミュニケーションスキル教育プログラムを作成したRipichら²¹⁾が挙げている21項目、さらにわが国の高齢者とのコミュニケーション方法の中で記載されている項目¹²⁾¹³⁾などを参考に作成したものであり、3因子、23項目よりなる。本尺度の第1因子は『楽しい時間になるよう話題を選ぶ』『相手が気を悪くしないように敬語や丁寧な言葉を選んで使う』『あれ、それ、これなどの代名詞を使わずに、具体的な名詞を用いる』『いたいことが分かりにくそうな時、手がかりやヒントになる話をする』などを含む全12項目で構成されている「受容的会話の配慮」、第2因子は「発話の配慮」で、『大きな声で話す』『ゆっくり話す』『なるべく短く、簡単な文にして話す』『肝心なことにふれないで話があちこち飛んでもいいことを言わせてあげるように配慮する』などを含む全6項目で構成されている。第3因子は、「根気強さ」で、『同じ言い回しで、伝えたいことを繰り返す』『一回に一つの質問か、ひとつの指示だけにする』などの5項目で構成されている。本尺度は、「いつも意識して用いる」4点、「時々意識して用いる」3点、「たまに意識して用いる」2点、「ほとんど意識しない」1点の4件法でその使用頻度を把握し、因子ごとにその合計点を算出した。得点が高いほどコミュ

ニケーションスキルを意識して会話を行っていることを表している。本研究での3因子のCronbachの α 係数は、第1因子は0.851、第2因子は0.798、第3因子は0.761であった。

(3) 介護スタッフの疲労感：介護スタッフの疲労状況を、8特性74項目からなる蓄積的疲労徴候調査票 (Cumulative Fatigue Symptoms Index: CFSI)²²⁾で把握した。今回は、「抑うつ感」「不安感」「気力の減退」「イライラの状態」「一般的疲労感」「慢性疲労」「身体不調」の7特性61項目とし、心身の疲労とは異なる疲労の社会的側面の測定を意図した「労働意欲の低下」は除くこととした。回答は、「あり」「なし」で把握し、ありに1点を配点し、その合計を求めた。ただし、各特性の項目数が異なることから、特性ごとに特性の項目数で除し、特性ごとの回答比率 (訴え率) で表すこととした。

4. 分析方法

分析にあたり、量的変数の分析には相関係数や対応のないt検定を用いた。介護スタッフのCS尺度の各因子の合計点に関連する要因を探索するため、量的変数は相関係数で、質的変数には平均値の差の比較などでその関連性を確認し、その後関連がみられた変数については、最も当てはまりのよいモデルによって従属変数に影響する変数を探索するために、重回帰分析のステップワイズ法を行った。これらの分析には統計ソフトSPSS 13.0 J for windowsを用いた。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の特性

対象者の性別は表1のように、男性32人 (68.1%)、女性15人 (31.9%) で、平均年齢は、男性 29.8 ± 4.8 歳、女性 29.7 ± 6.0 歳で男女間の有意差はみられなかった。介護職歴は、1年未満2人 (4.3%)、1年以上2年未満17人 (36.2%)、2年以上3年未満12人 (25.5%)、3年以上5年未満7人 (14.9%)、5年以上が9人 (19.1%) であり、平均は 3.3 ± 2.7 年であった。介護職歴の長さにおいて男性と女性での差は見られなかった。資格については、介護福祉士6人 (12.8%)、ホームヘルパー2級22人 (46.8%) でそのうち介護福祉士との重複資格保持者は2人であり、資格のない者は21人 (44.7%) であった。過去の研修参加については、6人 (12.8%) は参加経験があった。参加回数および日数は1回が5人、2回が1人であり、その内3人が研修日数は1日であった。介護スタッフが日々の業務で感じるストレスで最も多いのは、排泄の援助16人 (34.0%)、失敗行動への対応13人 (27.7%)、服薬の援助11人 (23.4%) であった。また、介護スタッフの健康状態は、通院加療中の病気のある者が10人 (21.3%) で、貧血、胃潰瘍など

表1 対象者の特性

項	目	n (%)
性	男性	32人 (68.1%)
	女性	15人 (31.9%)
介護職歴	1年未満	2人 (4.3%)
	1年以上2年未満	17人 (36.2%)
	2年以上3年未満	12人 (25.5%)
	3年以上5年未満	7人 (14.9%)
	5年以上	9人 (19.1%)
資格	介護福祉士	6人 (12.8%)
	ホームヘルパー2級 ¹⁾	22人 (46.8%)
	無資格者	21人 (44.7%)
健康状態	病気あり	10人 (21.3%)
	病気なし	37人 (78.7%)
		Mean (S.D)
年齢(歳)	男性	29.8±4.8
	女性	29.7±6.0
CFSI訴え率 (%)	不安感	28.8±24.5
	抑うつ感	28.1±19.3
	一般的疲労感	29.8±21.4
	イライラの状態	32.2±31.4
	気力の減退	26.0±27.7
	慢性疲労	45.2±31.4
	身体不調	17.9±17.0

注1) 介護福祉士2人を含む

であった。介護者の疲労感の訴え率では、慢性疲労が45.2±31.4%で最も高く、ついでイライラの状態32.2±31.4%、一般的疲労感29.8±21.4%の順であった。

2. 介護スタッフのコミュニケーションの特徴

介護スタッフのコミュニケーションスキルの使用に関する認識は、表2のようであった。使用される認識の高い項目は、平均得点が3.0点以上の『大きな声で話す』『ゆっくり話す』『相手の話に関心を持って相槌をうつ』であり、逆にあまり用いられてない項目として、2.0点以下の『テレビラジオなどの気が散るものを除く』『大げさなリズムで話さない』や2.04点の『「て」「に」「を」「は」を省略しない』であった。因子ごとにみても「根気強さ」がもっとも使用頻度が高く、ついで「発話の配慮」であった。

3. 介護スタッフのコミュニケーションスキル使用認識に関連する要因

介護スタッフのコミュニケーションスキル使用認識に影響する要因を探索するため、CS尺度の各因子の合計点と介護スタッフの性、資格の有無で比較を行った。その結果が表3である。その結果、「発話の配慮」は女性の方に得点が高い傾向がみられたが有意差はなかった。介護福祉士の資格については、「発話の配慮」において資格ありのス

表2 介護スタッフのコミュニケーションスキル

項	目	平均得点	標準偏差
1	相手の前から、ゆっくり接近し、目を見て話す	2.93	1.00
2	相手の話をまとめたり、伝えようとしていることを「○○したい?」「△△のこと?」というふうを確認するように話しかける	2.94	0.92
3	「て」「に」「を」「は」を省略しない	2.04	1.14
4	大げさなリズムで話さない	1.91	1.60
5	相手が気を悪くしないように敬語や丁寧な言葉を選んで使用する	2.74	0.87
6	親しみを込めた話し方をする	3.15	0.81
7	軽蔑的、否定的な表現を使用しない	3.15	0.93
8	相手が言い間違えたら、正しく言い直して繰り返す	2.17	0.94
9	楽しい時間になるような話題を選ぶ	2.98	1.05
10	表情を豊かにし、身振りや手振り、ときには絵などをまじえて話をする	2.74	1.03
11	「あれ」「それ」「これ」といった代名詞を使わず、具体的な名前を用いる	2.79	0.95
12	言いたいことがわかりにくそうとき、手がかりやヒントになるような話をする	2.91	0.97
受容的会話の配慮 (12項目)		32.37	7.29
1	テレビ、ラジオなどの気が散りそうなものを相手の周囲からとり除く	1.68	0.81
2	なるべく短く、簡単な文にして話をする	2.87	0.90
3	ゆっくり話す	3.40	0.83
4	話の途中で割り込まないようにする	2.64	1.03
5	肝心なことに触れないで話があちこちに飛んでも、いいたいことを言わせてあげるように配慮する	2.91	0.94
6	大きな声で話す	3.47	0.83
発話の配慮 (6項目)		16.98	3.81
1	一回にひとつの質問か、ひとつの指示だけにする	2.62	1.01
2	「はい」「いいえ」で答えられる質問に言い換える	2.49	1.02
3	同じ言い回しで、伝えたいことを繰り返す	2.96	0.97
4	(やさしく) 言いかえて繰り返し伝える	3.09	0.94
5	相手の話に関心を持って聞き、相槌をうつ	3.39	0.91
根気強さ (5項目)		14.77	3.43

タッフが、有意 ($p<0.026$) にそのスキルを用いていた。さらに、年齢、仕事の満足度、CFSIとの相関関係を検討した。その結果は、表4のように「受容的会話の配慮」は、介護職歴に有意差 ($p<0.05$) が認められた。「発話の配慮」は、介護職歴 ($p<0.01$)、年齢、仕事の満足度に有意 ($p<0.05$) に正の相関関係がみられた。「根気強さ」は、介護職歴に有意な正の相関関係が、認められた ($p<0.05$)。次に、関連のあった変数を重回帰分析のステップワイズ法

表3 コミュニケーションスキル得点の比較

項 目	カテゴリー	受容的会話の配慮		発話の配慮		根気強さ	
		平均値	検 定	平均値	検 定	平均値	検 定
性	男性 (32)	31.2±7.2	t=1.650	16.3±4.1	t=1.896	14.2±3.6	t=1.552
	女性 (15)	35.0±7.0	p<0.106	18.5±2.7	p<0.065	15.9±2.9	p<0.128
介護福祉士の資格の有無	あり (6)	37.0±4.5	t=1.704	20.2±2.6	t=2.301	16.7±2.3	t=1.475
	なし (41)	31.7±7.4	p<0.095	16.5±3.7	p<0.026	14.5±3.5	p<0.148

表4 コミュニケーションスキル得点と属性・CFSI等との相関関係

	受容的会話の配慮	発話の配慮	根気強さ
年齢	0.191	0.294 **	0.037
介護職歴	0.327 **	0.456 ***	0.357 **
仕事の満足度 ^{a)}	0.105	0.347 **	0.248
<CFSI>			
不安感	-0.052	-0.028	-0.123
抑うつ感	-0.191	-0.118	-0.102
一般的疲労感	0.079	0.19	0.098
イライラの状態	-0.283	-0.225	-0.145
気力の減退	-0.095	-0.102	-0.107
慢性疲労	0.165	-0.003	-0.121
身体不調	-0.194	-0.208	-0.100

註1：***:p<0.01, **:p<0.05,

註2：a)はspearmanの相関係数

で解析した結果が表5である。「受容的会話の配慮」には、介護職歴 ($\beta=0.327$, $p<0.05$) が、「発話の配慮」は、介護職歴 ($\beta=0.395$, $p<0.01$) と仕事の満足度 ($\beta=0.332$, $p<0.05$) で有意な関係が認められた。「根気強さ」は介護職歴 ($\beta=0.357$, $p<0.05$) に関連が認められた。すなわち、介護職歴が長いスタッフほど、「受容的会話の配慮」、「発話の配慮」、「根気強さ」を考慮したコミュニケーションを行うという結果であった。さらに仕事の満足度が高い者ほど「発話の配慮」を行っていた。

IV. 考 察

1. 介護スタッフが用いるコミュニケーションスキルの特徴

介護スタッフが用いるコミュニケーションスキルとしては、『大きな声で話す』『ゆっくり話す』『相手の話に関心を持って聞き、相槌を打つ』『親しみをこめた話し方をする』等が上位にあがった。『大きな声で話す』は難聴がある時には必要な方法であるが、そうでない場合には不適切な方法であり、場合によっては高齢者にとって patronizing communication となり不愉快な印象を与える方法ともいわれている。Ryanら⁵⁾は、これらを行なう背景には高齢者に対するステレオタイプが影響していると述べている。すなわち、高齢者は耳が遠く、能力も低いというステレオタイプから、それに応じた会話の調整として声を大きくする

表5 重回帰分析によるコミュニケーションスキル得点の関連要因

	受容的会話の配慮 (β)	発話の配慮 (β)	根気強さ (β)
年齢	-	0.171	-
介護福祉士資格の有無	-	0.075	-
介護職歴	0.327 **	0.395 ***	0.357 **
仕事の満足度	-	0.332 **	-
R ² 値	R ² =0.107	R ² =0.314	R ² =0.128
F 値	F=5.28 **	F=9.86 ***	F=6.14 **

註1：***:p<0.01, **:p<0.05,

註2：-はモデルへ投入しない変数である。

という結果に至ると説明している。

しかし、今回の介護スタッフの回答のうち、『軽蔑的・否定的な表現を使用しない』や『敬語や丁寧な言葉を選んで使用する』の項目は平均点以上であり、高齢者を能力が低いというステレオタイプで捉えた結果として『大きな声で話す』を用いるという解釈にも疑問が残る。おそらく、介護スタッフの質問や誘導の声かけに対し、認知症高齢者の反応の鈍さあるいは反応の無さを聞こえていないと判断し、声を大きくするという調整をしていると考えられる。一方、家族を対象にした同様の調査¹⁹⁾では、『大きな声で話す』の使用認識の平均点は、23項目中10番目であった。家族介護者は一人の高齢者に関わることから、高齢者個人にあった声の大きさや言葉がけなどは把握しており、意味もなく大きな声を出すことは少ないのであろう。すなわち、施設の介護スタッフと家族介護者のコミュニケーションスタイルの違いには、施設という環境が影響していることが考えられる。本調査対象がケアをする高齢者は、日中のほとんどの時間を広い食堂やフロアでしかも集団で過ごしていることが多い。そのような場所は、テレビの音、人の話し声、あるいは認知症のために大声を出す人の存在など、静かな環境とはとうてい言い難い。そのような環境下で日常的に会話を行なっているうちに、介護スタッフは大きな声を出すことが習慣化していったのかもしれない。しかしながら、介護老人福祉施設と類似の施設である介護老人保健施設入所中の高齢者の聴力を調べた植村ら²³⁾は、入所者591人中、54.2%にあたる320人は特に聞こえに問題

がなかったと報告している。すなわち半数以上の高齢者には大きな声で話す必要がない可能性もあることから、介護スタッフが認知症高齢者に適切なコミュニケーションをとるためには、フィジカルアセスメント能力を基礎にしたコミュニケーション方法を身につけること、さらには認知症高齢者の音環境に配慮した生活空間の整備の必要性が示唆された。

「ゆっくり話す」という結果については、吉川¹⁶⁾の介護スタッフの会話を分析した研究においても、介護スタッフは、一般の同年代の者よりも、高齢者に対してよりゆっくり話しかける傾向がみられたと類似の結果を報告している。これは、介護に関するテキストの中で、高齢者とのコミュニケーションの技術としてあげられていることから、その教育の結果とみることもできる。しかし、Kemper¹⁴⁾の地域で生活する高齢者を対象にした実験研究の結果では、ゆっくりとした話し方は、高齢者に情報が正確に伝わらなかったと報告されている。この結果は認知症高齢者を対象にした結果ではないものの、これまで高齢者に必要な方法として提唱されている技法についても、その効果を検証する時期に来ているのかもしれない。

「親しみを込めた話し方」についても、その方法が愛称やファーストネームで呼ぶなどは、patronizing communicationの一つと言われている一方で、最近の吉川²⁴⁾の実験研究では、「やや抑揚をつけ、ゆっくりと」「微笑み」などの丁寧さと親密さを併せ持った方法は、要介護高齢者には最も好まれたとの報告もある。このことから、「親しみ」という言葉に含まれる具体的な内容、さらにはこれらが認知症高齢者に与える影響等を民族的、文化的側面も含めて検証することも併せて必要なことであろう。

2. 介護スタッフのコミュニケーションスキル使用に関連する要因

介護スタッフのコミュニケーションスキル使用に影響する要因は、受容的会話の配慮、発話の配慮、根気強さには、共通して介護職歴が関係していた。さらに発話の配慮には仕事への満足度も影響していた。

介護職歴が長いスタッフほどこれらの技法を使用するということは、以下のように解釈することができる。これらのコミュニケーション技法の使用について、介護福祉士の資格の有無は関係しなかったことから、教育というよりも日々の経験を通して身につけた技法とすることができる。経験は、それ自体を否定されるものではないが、発話の配慮に含まれる『大きな声で話す』『なるべく短く、簡単な文にして話す』などは高齢者の理解を助ける反面、過度に使用しすぎることが高齢者に不快感を与える可能性もはらんでいる。Williams²⁵⁾も介護スタッフへの教育の必要性を述べる中で、高齢者に接する介護スタッフは、コ

ミュニケーションについて十分に準備されてはいないうえに、patronizing communicationを行なうことが一般的になっている可能性があるという現状の問題を指摘している。この状況はわが国でもほぼ類似していることから、介護スタッフを含めた保健・医療・福祉専門職に対して、認知症高齢者とのコミュニケーション方法に関するエビデンスに基づいた適切な教育内容の検討と、その技法を身につけるための効果的な教育方法の開発が行われることが早急に求められる。

一方、介護職員の発話調節に関する研究を行った菅井¹⁷⁾は、3年未満の職員は、『大きな声で話す』『簡単な言葉を使う』などの相手の理解を促進する技法を用いることに価値をおいているのに対し、3年以上の介護経験をもつ職員は、『利用者の言葉を繰り返す』『利用者の話すことが正しくない場合でも否定しない』など利用者の発話を強化する技法を用いる傾向があったと、本結果と多少異なる報告をしている。これらの介護スタッフの経験年数による結果の違いには、菅井¹⁷⁾の調査対象者には介護老人福祉施設以外にグループホームの職員も含まれていることも影響している可能性も考えられる。グループホームは、9人以内の利用者とその援助を行う介護スタッフとが家庭的な雰囲気の中で生活をともにするというものである。高齢者の人数も少なく、高齢者と接する頻度も施設に比べ多いことから、高齢者個々人に対する聴力も含めた全身のアセスメント及び対応が行えるという利点があるが、この結果に影響を与えていると推察される。今後は、介護スタッフの経験内容あるいは介護環境が介護スタッフのコミュニケーションスキルに与える影響等も含めた検討が必要であろう。

「発話の配慮」には、仕事に対する「満足度」が影響しており、満足度が高い介護スタッフほど、一つ一つの発話をするときに相手に分かりやすく伝え、また、認知症高齢者の発話もきちんと聞き取ろうとする姿勢を持っていた。宇良²⁶⁾は認知症高齢者の介護スタッフの仕事の魅力を調査した研究で、痴呆老人（原文のまま）が特定の欲求や感情をもつ存在であるという信念（例：「重度の痴呆老人（原文のまま）も周囲の人と交流したいという欲求をもっている」）の得点の高いケアスタッフは、より仕事に魅力を感じるという結果を報告している。その説明として、このような信念をもつスタッフは、高齢者の欲求や感情あるいはそれらを推測するための様々な行動により多く目を向けようとし、さらにそれに見合った介護行動を遂行し、高齢者の喜びや満足感を認知することで、介護スタッフの内的報酬が得られると考察している。本研究対象の介護スタッフも、日々の認知症高齢者への介護の中で、高齢者のポジティブな反応などを通してスタッフの内的報酬としての満足感が高められ、それがさらに認知症高齢者との会話にお

いて相手に配慮したコミュニケーションや対応を行うという結果になったのではないかと推察する。ただし、今回の調査は断面調査であることから因果関係の証明まではできない。今回の結果も、介護スタッフが認知症高齢者に配慮したコミュニケーションを行うことで意思伝達が成功し、スタッフの満足感が高められているとも解釈できることから、今後はこれらの関係を明らかにするための縦断調査の計画も必要であろう。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、介護スタッフのコミュニケーションの使用について、主観的に把握したデータを分析したものであり、客観的に観察したデータとは異なる可能性もあることから、介護スタッフの実情を正確に反映しているとは言い難い。しかしながら、現状における介護スタッフのコミュニケーションスキルを把握することができた意義は大きいといえる。

今後は、欧米の研究知見を参考に、民族的あるいは文化的背景やその時々文脈等による差異を考慮しつつ、高齢者自身の評価の視点も加えながら、情報伝達としての意味、情緒的意味などの多面性を含めた検討を行なっていく、日本に適した介護スタッフ用教育プログラムを作成する必要があるであろう。

VI. 結 論

- 1) 認知症高齢者の介護スタッフが使用するコミュニケーションスキルの特徴は、受容的会話の配慮では、『親しみを込めた話し方をする』、発話の配慮では『大きな声で話す』『ゆっくり話す』が、根気強さでは『相手の話に関心を持って相槌をうつ』がよく用いられていた。
- 2) 介護スタッフのコミュニケーションに関連する要因として、介護職歴が長い者は、受容的会話、発話の配慮、根気強さの全ての要素を用いていた。
- 3) 仕事への満足度が高い者ほど、発話の配慮を行っていた。

謝 辞

本研究を承諾し、回答をお寄せ頂きました介護スタッフの皆様は心より感謝申し上げます。

本研究は平成17年度名古屋市立大学特別研究奨励費、平成17年度静岡県立大学学長特別研究費、平成17年度科学研究費補助金（基盤研究C）の助成を受けて実施したものの一部である。

なお、本研究の一部を第32回日本看護研究学会学術集会において報告した。

要 旨

本研究の目的は、介護スタッフが認知症高齢者に対して用いるコミュニケーションスキルの特徴とそれらに関連する要因の検討を行うことである。対象は、介護老人福祉施設および同系列の通所サービスの介護スタッフ47人で、調査内容は、介護スタッフの性、年齢等の属性、コミュニケーションスキルに対する使用認識、疲労感等である。結果は、介護スタッフが使用するコミュニケーションスキルは、受容的会話の配慮では、「親しみを込めた話し方をする」、発話の配慮では「大きな声で話す」「ゆっくり話す」が、根気強さでは「相手の話に関心を持って相槌をうつ」がよく用いられていた。

介護スタッフのコミュニケーションスキルに関連する要因として、介護職歴が長いスタッフは、受容的会話、発話の配慮、根気強さの全ての要素を用いており、また仕事への満足度が高いスタッフほど、発話の配慮を行っていた。

Abstract

The purpose of this study is to examine characteristics and related factors of communication strategies that nursing assistants apply to persons with dementia. Participants were 47 nursing assistants of a nursing home and day service in Aichi prefecture. Research contents included queries about the assistant's sex, age, years of nursing experience, fatigue. The scale of communication strategies were involved 23 items, and composed of three factors; Consideration to receptive conversation, Consideration to speech, Patience.

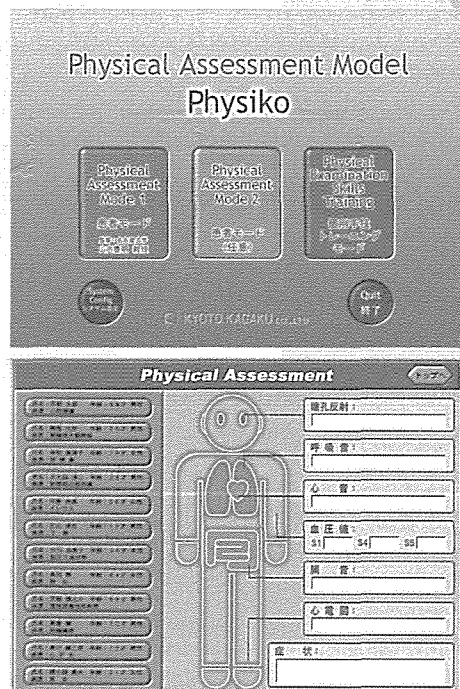
Characteristics of the communicative strategies used by nursing assistants are "speaking with familiarity" for consideration to receptive conversation, and "speak loudly" and "speak slowly" for consideration to speech, as well as "speak expressing your interest in the person's ideas" for patience. Regarding factors related to nursing assistants' communication, the more nursing experience that a nursing assistants had, the more elements of communications they used, including consideration to receptive conversation, consideration to speech, and patience. Therefore, nursing assistants who were more satisfied with work gave more consideration to speech.

文 献

- 1) 綿森淑子：痴呆患者のコミュニケーション，臨床神経心理，12, 1-13, 2001.
- 2) 加藤伸司：認知症になるとなぜ「不可解な行動」をとるのか，初版，112-117, 河出書房新社，東京，2005.
- 3) 中島紀恵子，斎藤久美子，他：呆け老人とその家族の実態 呆け老人をかかえる家族の会 第二次全国調査，保健婦雑誌，38(12), 962-999, 1982.
- 4) 岡本多喜子：「在宅痴呆老人」の介護者の悩み，老年社会学，10(1), 75-90, 1988.
- 5) Ryan E. B, Hummert M. L, et al: Communication predicaments of aging. Journal of Language and Social Psychology, 14, 144-166, 1995.
- 6) Hummert M. L. & Shaner J L.: Patronizing speech to the elderly as a function of stereotyping, Communication Studies, 45, 145-158, 1994.
- 7) La tourette T. R. & Meeks S.: Perceptions of Patronizing speech by Older Women In Nursing Homes and In The Community; Impact of Cognitive ability and Place of Residence, Journal of Language and Social Psychology, 19(4), 463-473, 2000.
- 8) Ripich D., Wykle M., et al: Alzheimer's Disease Caregivers; The FOCUSED Program, Geriatric Nursing, 16(1), 15-19, 1995.
- 9) McCallion P., Toseland R., et al: Educating Nursing Assistants to Communicate More Effectively With Nursing Home Residents With Dementia, The Gerontologist, 39(5), 546-558, 1999.
- 10) Caris-Verhallen WMCM, Kerkstra A. et al: Effect of video interaction analysis training on nurse-patient communication in the care of the elderly, Patient education and Counseling, 39, 91-103, 2000.
- 11) Bourgeois M., Camp C. et al.: A Comparison of training strategies to enhance use of external aids by persons with dementia, Journal of Communication Disorders, 36, 361-378, 2003.
- 12) 松田 修：お年寄りと家族のためのソーシャルスキル，30-53, サイエンス社，東京，2004.
- 13) 中島紀恵子著者代表：系統別看護学講座 専門20: 老年看護学，272-273, 医学書院，東京，2006.
- 14) Kemper S & Harden T.: Experimental Disentangling What's Beneficial About Elder speak From What's Not, Psychology and Aging, 14(4), 656-670, 1999.
- 15) 宇佐美まゆみ：高齢化社会のコミュニケーション環境整備のために，言語，26(13), 60-67, 1997.
- 16) 吉川悠貴，菅井邦明：痴呆症高齢者に対する介護職員の発話調節 発話ターゲットおよび発話者の差異からの検討，コミュニケーション障害学，22(1): 1-11, 2005.
- 17) 菅井邦明，吉川悠貴，他：痴呆介護におけるコミュニケーションに関する研究，平成14年度老人保健事業報告書，認知症介護研究・研修仙台センター，79-101, 2002.
- 18) 小松光代，黒木保博，他：重度認知症高齢者に対する介護スタッフの声かけ音声の特長と声かけプランの可能性を探る，日本認知症ケア学会誌，4(1), 32-39, 2005.
- 19) 西田公昭，山田紀代美：家族介護者のコミュニケーションスキルとその関連要因の検討，老年精神医学雑誌，18(5), 531-539, 2007.
- 20) Small J., Gutman G. et al: Effectiveness of Communication Strategies Used by Caregivers of Persons With Alzheimer's Disease During Activities of Daily Living, Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 46, 353-367, 2003.
- 21) Ripich D., Wykle M. et al: Alzheimer's Disease Caregivers; The FOCUSED Program. Geriatric Nursing, 16(1), 15-19, 1995.
- 22) 越河六郎，藤井 亀，他：労働負担の主観的評価法に関する研究 (1)，- CFSI (蓄積的疲労徴候インデックス) 改訂の概要 -，労働科学，68(10), 489-502, 1992.
- 23) 植村裕美：高齢者の聴力の実態 老人保健施設入所者における調査，Audiology Japan 40, 713-718, 1997.
- 24) 吉川悠貴，加藤伸司，他：模擬会話場面のVTRを用いた介護職員の発話スタイルの評価，日本認知症ケア学会誌，4(1), 51-61, 2005.
- 25) Williams K & Kemper S. Improving Nursing Home Communication An Intervention to Reduce Elder speak, The Gerontologist, 43(2), 242-247, 2003.
- 26) 宇良千秋：老人ケアスタッフの仕事の魅力に対する介護信念と仕事のコントロールの影響，社会老年科学，20(2), 143-151, 1998.

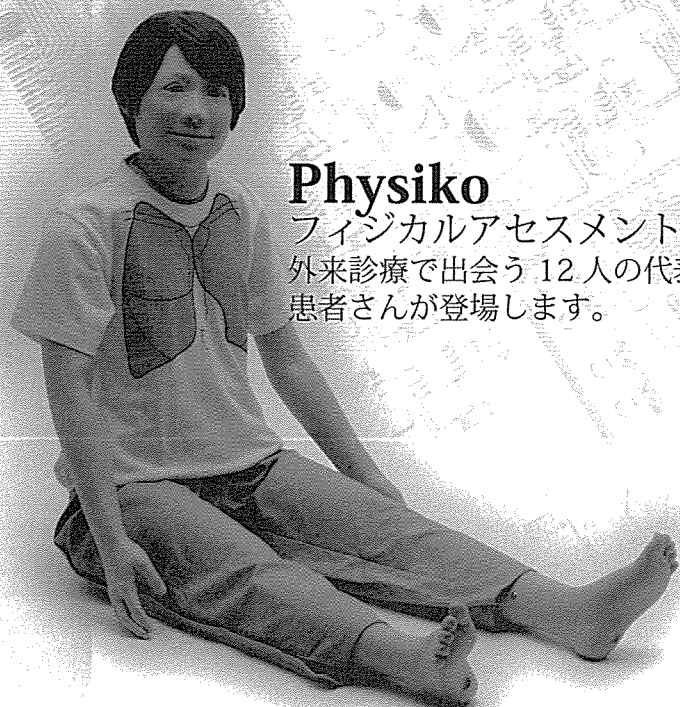
〔平成18年12月19日受 付〕
〔平成19年6月19日採用決定〕

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

褥瘡に対する訪問看護の標準化に関する研究

－クリティカルパス使用効果について－

A Study on the Standardization of Decubitus Nursing Care in Visiting Nursing

－ The Effect by Using Critical Path －

叶 谷 由 佳

Yuka Kanoya

キーワード：褥瘡，訪問看護，クリティカルパス，看護職の知識，看護職の意識

Key Words：decubitus, visiting nurse, critical path, nurses' knowledge, nurses' recognition

I. はじめに

高齢社会の到来とともに，褥瘡は介護上の課題として取り上げられている。施設に入院もしくは入所している者の褥瘡患者数を調査した結果では，有病率が4.2%であったと報告されている¹⁾。病院に入院している患者の褥瘡については，2002年，褥瘡対策をとっていない病院に対して，診療報酬上，入院管理料が減算されるという制度が新設され，褥瘡対策は病院の管理上の責務と位置付けられた。

訪問看護利用者における褥瘡の有病率は7.0%と報告されており¹⁾，在宅で療養している者は施設入所者より褥瘡発生のリスクが高い。施設に入院あるいは入所している者より，褥瘡のリスクの高い在宅療養者の褥瘡を予防，もしくは治癒させるためには，褥瘡の処置のみならず，全身状態や介護力の管理等の幅広い看護の判断力や管理能力が要求される。しかし，訪問看護では，在宅で看護師1人が看護を提供するため，施設内看護とは違って他の看護師に相談したり，助言を受けることは不可能である。また，訪問看護ステーションは小規模経営が多く，施設内で看護技術向上のために，時間をかけた研修等を行いにくい特徴がある。そこで，褥瘡に対する訪問看護の標準化のための方策が必要である。

一方，オペレーションリサーチ分野の計画を科学的に考えるための手法であるクリティカルパス法²⁾が効率的な医療やケアを提供する目的で患者の治療過程に導入されて久しい³⁾⁴⁾。医療においてクリティカルパス法は一般にクリティカルパス（パス）と呼ばれ，患者や家族とパスを共有して使用した場合，患者や家族と医療者との目標の共有化が可能であること，患者満足度の向上，医療チームメンバーが共有することによってケアの標準化，ケアの質向上が可能であること，インフォームドコンセントの促進，新卒者の教育ツール，職務満足度の向上等の利点があること

が報告されている^{5)～8)}。

そこで，本研究では，褥瘡に対する訪問看護の標準化を目的にクリティカルパス（パス）を作成し，その効果について検討したので報告する。

II. 研究方法

1. 用語の定義

- ・パス：特定の疾患や症状にある患者・利用者を対象として，治癒等の目標を設定し，それを達成するために縦軸に治療・ケア項目等，横軸に時間経過を示した手順・スケジュール表をいう。
- ・アウトカム：対象となる利用者の望ましい結果をいう。
- ・バリエーション：パスに設定した手順やスケジュールどおりに行われなかったことをいう。

2. 対 象

A県内のある経営グループの傘下にある訪問看護ステーション（ステーション）6箇所に所属する看護職者と看護を提供された利用者

3. 調査期間

平成16年8月～11月

4. 研究デザイン

ステーションにより，看護提供体制が受け持ち制であったり，何人かのチームで利用者を担当している等の相違があった。そのため，チームで看護を提供している場合は，同じチーム内の人たちは同じ群になるように，また非常勤等で継続して利用者に関われない看護職者や研究協力が困難な看護職者を除外して，1ステーション内で看護職者をほぼ同数となるようにパス使用群（パス群）と通常の看護群（通常群）に分けるように所長に依頼した。さらに，パス群の看護職者にはパスに基づいてケアを提供することを

依頼した。パスは褥瘡予防用と褥瘡治療用の2種類作成し、1週間ごとに行う内容をチェックしながら、看護を提供し、1ヶ月目に評価を行うという内容とした。ケアを提供する利用者の基準は自立度BもしくはCに該当し、褥瘡のある利用者、もしくはない利用者とした。また、看護は3ヶ月間行うよう依頼した。

5. 調査項目

1) 利用者に関する調査項目

パス群、通常群ともに看護職者がケアを提供した利用者についてブレイデンスケール（褥瘡リスクのアセスメント）による採点結果、褥瘡のある利用者については、DESIGN（褥瘡の状況を観察する尺度）による採点結果、褥瘡の表面積を測定することを依頼した。さらにパス群の看護職者については、パスに基づいて看護を行った結果を記録するよう依頼した。

(1) ブレイデンスケール

ブレイデンスケールは、Bradenらによって開発された褥瘡発生の危険度を予測するためのツールである⁹⁾⁻¹¹⁾。真田らが日本語での信頼性、妥当性を検討している¹²⁾¹³⁾。褥瘡発生の危険度を知覚の認知、湿潤、活動性、可動性、栄養摂取状態、摩擦とずれの6項目で評価し、摩擦とずれ以外は1から4点で採点され、摩擦とずれは1から3点で評価される。総得点は6から23点の範囲にわたり、得点が低いほど、リスクが高いと判断される。

(2) DESIGN

DESIGNは、日本褥瘡学会学術教育委員会によって褥瘡の創傷治療過程を評価する方法が検討された結果、2002年に開発され¹⁴⁾、信頼性が検討された¹⁵⁾褥瘡アセスメントツールである。DESIGNでは、褥瘡の創面をDepth（深さ）、Exudate（浸出液）、Size（大きさ）、Inflammation（炎症/感染）、Granulation tissue（肉芽組織）、Necrotic tissue（壊死組織）の6項目とポケットが存在する場合はPとして評価するツールである。0点から28点の範囲にわたり、得点が高いほど、重症度が高く、0は完治を示す¹⁶⁾。

(3) 褥瘡の表面積

褥瘡部位に二重構造の透明サージカルフィルム剤であるマルチフィックス[®]（（株）アルケア）を貼用し、マルチフィックス[®]の上から油性のマジックで潰瘍部の内側をなぞり、外側のフィルム剤をはがし、研究者の元に送付するよう看護を行う看護職者に依頼した。フィルム剤の褥瘡潰瘍部をマジックでなぞった部分の表面積は、Intelligent Planimeter PLACOM KP-21C（（株）小泉測器）を用いて測定された¹⁷⁾¹⁸⁾。

2) ケアを提供した看護職者についての調査項目

介入前後で、パス群、通常群の両群の看護職者に褥瘡看護についての知識（12問）と意識（8問）について独自に

作成した項目を用いて調査を行った。調査項目については、パスに記載した褥瘡を治療、もしくは予防するにあたって必要な看護の知識、意識について設定した。褥瘡に関する知識については、穴埋め式の解答を求める形式をとり、意識については、設問に対して、「非常にある」を4点、「全くない」を0点とした5段階評価とした。

6. 使用したパス

本研究で用いられたパスは、叶谷らによって1998年に訪問看護における褥瘡ケアの質保証のために開発された褥瘡患者に対する訪問看護のパス¹⁹⁾を元に作成したものを用いた。そのパスでは、縦軸に設定する治療やケア項目を検討する際、ブレイデンスケールの項目、褥瘡の治療経過を観察するスケール等が参考にされ、その他に在宅療養の特徴である介護力、社会資源等の項目が設定された。そのパスを実際の利用者に適用した結果、ADL（Activity of Daily Living）を促進する目標を持つ利用者とターミナル期にある利用者では、設定するアウトカムに相違があるため、ADL促進療養者用とターミナル期利用者用の2種類に分けて作成された²⁰⁾。その後、さらにパスを適用するにあたって、褥瘡のある利用者のみではなく、褥瘡のない利用者でも褥瘡発生のリスクの高い利用者には褥瘡治療のためのケアと同様、褥瘡予防のためのケアが必要であることから、褥瘡のある利用者用と褥瘡予防の必要のある利用者用の2種類作成した。さらに、初回訪問時に行う看護とそれ以降の時期に行う看護は違うため、それぞれ1ヶ月目用と2ヶ月目以降用の2種類、準備した。実際に使用したパスの1部を表1に示した。また、なるべくパスを見ながら看護を行い、直接、記入できるように改良した。本研究で、バリエーションがある場合、看護職者には表に示したバリエーションの理由に該当する番号、もしくは直接コメントをパスに記載するように依頼した（表2）。

7. 分析方法

統計ソフトはSPSS 12.0Jを用いて行い、連続変数については、*t*検定、対応のある*t*検定、順位尺度については、Mann-Whitney U検定、Wilcoxonの検定、度数の検定には χ^2 検定、あるいはFisherの直接法を用い、有意水準は $p < 0.05$ とした。

8. 倫理的配慮

研究の実施にあたっては対象施設の所長との話しあい、所長と看護職者との話しあいによって研究協力の承諾を得た。利用者にかかわる記録、調査用紙の保管については、管理を厳重にすることを保証した。利用者には、研究に記録が使用されることがあることについて所長を通じて文書で説明した。また、看護職者には、調査用紙に回答後、厳封して返却を求め、個人の名前が特定されることがないこと、自由意志により行われることを文書で説明した。また、

表1 在宅で褥瘡を有する利用者用クリティカルパス（1ヶ月目）

No.1

施設名： 看護職の目標：褥瘡の処置方法の確立、褥瘡影響因子の査定・援助 利用者名： 年齢： 歳 主疾患： 性別：男・女 自立度：B1・B2・C1・C2 開始日：平成 年 月 日 *文中、BSとはブレデンスケール、I～IVは褥瘡深度、CDは包帯交換のこと
同居家族人数： 人 主介護者関係： 主介護者年齢・性別： 才・男・女 介護協力者人数： 人 担当看護師名：

日数	参照	1～7日（ / ～ / ）	8～14日（ / ～ / ）	15～21日（ / ～ / ）	21～30日（ / ～ / ）	アウトカム（期待される成果）
看護職の目標		☐ 褥瘡治癒に向けてケアの査定を行なう ☐ 褥瘡状況に合わせたケア計画を立案する	☐ 褥瘡治癒のためのケアを実施、評価する ☐ 褥瘡治癒に必要な介護問題を明確にする	☐ 褥瘡治癒のためのケア、評価を行う ☐ 褥瘡治癒に必要な介護上の援助を行う	☐ 褥瘡治癒のためのケア、評価を行う ☐ 褥瘡治癒に必要な介護上の援助を行う	☐ 褥瘡が改善、治癒する ☐ 褥瘡治癒、予防のための介護上の問題を解決できる
疾病経過		☐ 褥瘡治癒に必要な身体状況に対する援助（ ）	☐ 褥瘡治癒に必要な身体状況に対する援助（ ）	☐ 褥瘡治癒に必要な身体状況に対する援助（ ）	☐ 褥瘡治癒に必要な身体状況に対する援助（ ）	☐ 疾病の安定
褥瘡の観察	p39 *4	☐ 表面積測定 ☐ DESIGN（部位：点） （部位：点）、（部位：点）	☐ 表面積測定 ☐ DESIGN（部位：点） （部位：点）、（部位：点）	☐ 表面積測定 ☐ DESIGN（部位：点） （部位：点）、（部位：点）	☐ 表面積測定 ☐ DESIGN（部位：点） （部位：点）、（部位：点）	☐ 表面積の縮小、肉芽、表皮化進行 ☐ 得点が高くなる ☐ 褥瘡の新規発生がない
薬剤治療・処置	*5 p66-89	☐ 服薬確認、援助 ☐ 医師の診療計画の確認（ ） ☐ 必要な頻度のガーゼ交換 （Ⅰ：DC/3日・Ⅱ：DC/日・Ⅲ、Ⅳ：DC/2日）	☐ 服薬確認、援助 ☐ 医師の診療計画の確認（ ） ☐ 必要な頻度のガーゼ交換 （Ⅰ：DC/3日・Ⅱ：DC/日・Ⅲ、Ⅳ：DC/2日）	☐ 服薬確認、援助 ☐ 医師の診療計画の確認（ ） ☐ 必要な頻度のガーゼ交換 （Ⅰ：DC/3日・Ⅱ：DC/日・Ⅲ、Ⅳ：DC/2日）	☐ 服薬確認、援助 ☐ 医師の診療計画の確認（ ） ☐ 必要な頻度のガーゼ交換 （Ⅰ：DC/3日・Ⅱ：DC/日・Ⅲ、Ⅳ：DC/2日）	☐ 処方通りの服薬ができる ☐ 診療計画どおり実施される ☐ 必要な頻度のガーゼ交換が実施される
検査		☐ 採血（もしくは退院前データ把握） △創部の培養（可能であれば）				☐ 肝機能・腎機能が正常範囲内 ☐ 血清TPG/dl、Alb3g/dl↑、Hgb11g/dl↑
栄養 ブレデンスケール栄養 状態参照	*8、p11	☐ BS栄養状態（点） ☐ 摂取方法の確認（経口・経管） ☐ 摂取量の確認（ ） ☐ 摂取内容（常食・軟食・流動・その他） ☐ 水分摂取量の確認（ ） ☐ 体重測定（ kg）	☐ BS栄養状態（点） ☐ 摂取方法の確認と援助 ☐ 摂取量の確認と援助 ☐ 摂取内容の確認と援助 ☐ 水分摂取の確認と援助	☐ BS栄養状態（点） ☐ 摂取方法の確認と援助 ☐ 摂取量の確認と援助 ☐ 摂取内容の確認と援助 ☐ 水分摂取の確認と援助	☐ BS栄養状態（点） ☐ 摂取方法の確認と援助 ☐ 摂取量の確認と援助 ☐ 摂取内容の確認と援助 ☐ 水分摂取の確認と援助	☐ 変化なし、あるいは改善 ☐ 誤嚥なく摂取可能 ☐ 1200Kcal以上、蛋白1.0g/weight以上摂取する ☐ 低栄養症状がない（浮腫、いり度等） ☐ 水分1000ml以上摂取する ☐ 体重の著明な低下がない
体圧分散 ブレデンスケール知覚 の認知参照	*8、p11 p22 p8 p12-25 *7	☐ BS知覚の認知（点） ☐ 褥瘡部の体圧分散 ☐ 骨突出部位の体圧分散 ☐ 体位変換頻度の確認と援助 ☐ 体圧分散器具の選択（ ）	☐ BS知覚の認知（点） ☐ 褥瘡部の体圧分散 ☐ 骨突出部位の体圧分散 ☐ 体位変換の確認と援助 ☐ 体圧分散器具適正使用の確認・変更（ ）	☐ BS知覚の認知（点） ☐ 褥瘡部の体圧分散 ☐ 骨突出部位の体圧分散 ☐ 体位変換の確認と援助 ☐ 体圧分散器具適正使用の確認・変更（ ）	☐ BS知覚の認知（点） ☐ 褥瘡部の体圧分散 ☐ 骨突出部位の体圧分散 ☐ 体位変換の確認と援助 ☐ 体圧分散器具適正使用の確認・変更（ ）	☐ 変化なし、あるいは改善 ☐ 寝具上で褥瘡部体圧30mmHg以下、あるいは発赤なし ☐ 創部が下になっていない ☐ 体圧分散器具の底つき、空気の入りがきかない ☐ 骨突出部に発赤がない
摩擦ずれ ブレデンスケール摩擦と ずれ、活動性、 可動性参照	*8、p11 p32-35	☐ BS活動性（点） ☐ BS可動性（点） ☐ BS摩擦とずれ（点） ☐ 体位変換方法の確認と援助 ☐ ギャジャップ角度の確認と援助 ☐ 移動方法の確認と援助 ☐ 座位姿勢の確認と援助	☐ BS活動性（点） ☐ BS可動性（点） ☐ BS摩擦とずれ（点） ☐ 体位変換方法の確認と援助 ☐ ギャジャップ角度の確認と援助 ☐ 移動方法の確認と援助 ☐ 座位姿勢の確認と援助	☐ BS活動性（点） ☐ BS可動性（点） ☐ BS摩擦とずれ（点） ☐ 体位変換方法の確認と援助 ☐ ギャジャップ角度の確認と援助 ☐ 移動方法の確認と援助 ☐ 座位姿勢の確認と援助	☐ BS活動性（点） ☐ BS可動性（点） ☐ BS摩擦とずれ（点） ☐ 体位変換方法の確認と援助 ☐ ギャジャップ角度の確認と援助 ☐ 移動方法の確認と援助 ☐ 座位姿勢の確認と援助	☐ 変化なし、あるいは改善 ☐ BS可動性（点） ☐ 変化なし、あるいは改善 ☐ 変化なし、あるいは改善 ☐ 体位変換時に仙骨部がずれない ☐ ギャジャップ30度以下が90度保持 ☐ 移動時倒れない ☐ 座位姿勢保持できる
清潔	 p99	☐ 全身清潔ケアの確認、援助計画立案（ ） ☐ 皮膚の観察（他部位発生の危険性）（ ） ☐ 創周囲の清拭と洗浄（訪問時） ☐ 入浴の可能性の確認、援助計画（ ）	☐ 全身清拭の確認と援助（ ） ☐ 皮膚の観察（他部位発生の危険性）（ ） ☐ 創周囲の清拭と洗浄（訪問時） ☐ 入浴実施（週1回以上）	☐ 全身清拭の確認と援助（ ） ☐ 皮膚の観察（他部位発生の危険性）（ ） ☐ 創周囲の清拭と洗浄（訪問時） ☐ 入浴実施（週1回以上）	☐ 全身清拭の確認と援助（ ） ☐ 皮膚の観察（他部位発生の危険性）（ ） ☐ 創周囲の清拭と洗浄（訪問時） ☐ 入浴実施（週1回以上）	☐ 皮膚の乾燥がない ☐ 他に褥瘡発生なし ☐ 創周囲に落垢がない ☐ 週に1回は入浴可能
排泄 ブレデンスケール湿潤 参照	*8、p11 p28-32	☐ BS湿潤（点） ☐ 排泄と褥瘡の関係の確認 ☐ 失禁有無（便・尿）（無・有） ☐ 使用用具（おむつ・カテーテル） ☐ 下痢の有無（無・有）（ ）	☐ BS湿潤（点） ☐ 排泄物からの創保護の確認と援助 ☐ カバードレッシングの適正使用の確認と援助 ☐ オムツの適正使用の確認と援助 △失禁器具の適正使用の確認と援助	☐ BS湿潤（点） ☐ 排泄物からの創保護の確認と援助 ☐ カバードレッシングの適正使用の確認と援助 ☐ オムツの適正使用の確認と援助 △失禁器具の適正使用の確認と援助	☐ BS湿潤（点） ☐ 排泄物からの創保護の確認と援助 ☐ カバードレッシングの適正使用の確認と援助 ☐ オムツの適正使用の確認と援助 △失禁器具の適正使用の確認と援助	☐ 変化なし、あるいは改善 ☐ 創部が排泄物による汚染なし ☐ おむつの枚数での圧迫、ずれなし ☐ 下痢によるスキントラブルなし ☐ 失禁器具が適切に使用可能
理学療法 ・安全の確保		☐ 危険性の査定と援助（床上、椅子上、歩行時）（ ） ☐ 拘縮予防の確認と援助（ ） ☐ ADL拡大のための援助と説明（ ）	☐ 危険性の査定と援助（床上、椅子上、歩行時）（ ） ☐ 拘縮予防の確認と援助（ ） ☐ ADL拡大のための援助と説明（ ）	☐ 危険性の査定と援助（床上、椅子上、歩行時）（ ） ☐ 拘縮予防の確認と援助（ ） ☐ ADL拡大のための援助と説明（ ）	☐ 危険性の査定と援助（床上、椅子上、歩行時）（ ） ☐ 拘縮予防の確認と援助（ ） ☐ ADL拡大のための援助と説明（ ）	☐ 転落しない ☐ 拘縮がない、もしくは悪化がない ☐ ADLが拡大する
家族支援・指導		☐ パンフレットを用いた一般説明 ☐ 介護上の問題点の明確化（介護負担、不安、知識不足等）（ ） ☐ 社会資源導入、専門家の援助査定と調整（ ）	☐ 必要に応じた援助、説明、評価（ ） ☐ 社会資源導入、専門家の援助査定と調整（ ）	☐ 必要に応じた援助、説明、評価（ ） ☐ 社会資源導入、専門家の援助査定と調整（ ）	☐ 必要に応じた援助、説明、評価（ ） ☐ 社会資源導入、専門家の援助査定と調整（ ）	☐ 本人・家族が不安、ストレスを伝達可能 ☐ 可能なセルフケアが行える ☐ 適切な社会資源の活用ができる ☐ 適切な専門家の援助が受けられる

褥瘡に対する訪問看護の標準化に関する研究

表2 バリエーションの理由のコード表

必要なケア内容を実施できなかった理由	記号	アウトカムに到達することができなかった理由
利用者の心身条件のため実施できなかった	①	利用者の心身条件のため到達できなかった
利用者が拒否した、あるいは希望がなかったため実施できなかった	②	利用者が拒否した、あるいは希望がなかったため到達できなかった
家族が拒否した、あるいは希望がなかったため実施できなかった	③	家族が拒否した、あるいは希望がなかったため到達できなかった
スタッフ数が少ないため実施できなかった	④	スタッフ数が少ないため到達できなかった
スタッフの能力不足のため実施できなかった	⑤	スタッフの能力不足のため到達できなかった
連携上の問題があり実施できなかった	⑥	連携上の問題があり到達できなかった
連携上の機関・担当者が機能を果たさなかったため実施できなかった	⑦	連携上の機関・担当者が機能を果たさなかったため到達できなかった
社会資源が不足していたため実施できなかった	⑧	社会資源が不足していたため到達できなかった
社会資源の質に問題があり実施できなかった	⑨	社会資源の質に問題があり到達できなかった
そのほかの理由で実施できなかった	⑩	そのほかの理由で到達できなかった

通常群の看護職者には研究終了後にパスについての方法を説明する機会を設けた。なお、本研究計画は神戸市看護大学の倫理審査委員会の承認を得た。

Ⅲ. 研究結果

1. 看護職者の概要

パス群の看護職者は29人、通常群は32人であった。看護職者の平均年齢は、パス群が41.4±9.5歳で、通常群が42.0±6.8歳で有意差は見られなかった。平均看護職歴はパス群が16.0±10.2年で、通常群が16.5±6.8年で、有意に通常群の看護職歴が長かった。平均訪問看護職歴はパス群が3.3±2.4年、通常群が4.9±3.1年であり、有意差は見られなかった。資格は、看護師を持っている者は、パス群が29人、通常群が31人、准看護師の資格を持っている者は、パス群が1人、通常群が2人、保健師の資格を持っているものは、パス群、通常群ともに2人、介護支援専門員の資格を持っている者は、パス群が7人、通常群が15人であり、いずれもパス群通常群間に有意差は見られなかった（表3）。

2. 看護職者の褥瘡に関する知識・意識

褥瘡についての知識は、介入前、パス群の看護職者は12人中、平均6.2±2.9問、通常群は5.3±3.3問、介入後、パス群の看護職者は平均9.2±3.0問、通常群は8.9±3.1問の正解であり、介入前及び介入後、2群間に有意差はなかった。通常群で介入後に、 $p=0.002$ と有意に正解数が増加

表3 看護職者の概要

	パス群 (n = 29)	通常群 (n = 32)	p 値
	平均 ± SD	平均 ± SD	
年齢 (歳)	41.4 ± 9.5	42.0 ± 6.8	ns
看護職歴 (年)	16.0 ± 10.2	16.5 ± 6.8	0.025
訪問看護職歴 (年)	3.3 ± 2.4	4.9 ± 3.1	ns
資格 (複数回答)	人数	人数	
看護師	29	31	ns
准看護師	1	2	ns
保健師	2	2	ns
介護支援専門員	7	15	ns
看護職者の褥瘡に関する知識の正解数			
介入前	6.2 ± 2.9	5.3 ± 3.3	ns
介入後	9.2 ± 3.0	8.9 ± 3.1	ns
p 値	<0.0001	0.002	
看護職者の項目別褥瘡に関する知識の正解者数	人 (%)	人 (%)	p 値
1. 褥瘡深度について			
介入前	22 (75.9)	22 (68.8)	ns
介入後	19 (76.0)	25 (80.6)	ns
2. 褥瘡の観察指標について			
介入前	17 (58.6)	16 (50.0)	ns
介入後	18 (72.0)	26 (83.9)	ns
3. 臥位時の体圧について			
介入前	8 (27.6)	7 (21.9)	ns
介入後	16 (64.0)	18 (58.1)	ns
4. 座位時の体圧について			
介入前	3 (10.3)	1 (3.1)	ns
介入後	11 (44.0)	14 (45.2)	ns
5. ブレーデンスケール 1			
介入前	13 (44.8)	15 (46.9)	ns
介入後	20 (80.0)	24 (77.4)	ns
6. ブレーデンスケール 2			
介入前	14 (48.3)	17 (53.1)	ns
介入後	21 (84.0)	26 (83.9)	ns
7. ブレーデンスケール 3			
介入前	15 (51.7)	16 (50.0)	ns
介入後	21 (84.0)	25 (80.6)	ns
8. 望ましい座位の姿勢 1			
介入前	19 (65.5)	15 (46.9)	ns
介入後	21 (84.0)	25 (80.6)	ns
9. 望ましい座位の姿勢 2			
介入前	20 (69.0)	17 (53.1)	ns
介入後	22 (88.0)	25 (80.6)	ns
10. 望ましい座位の姿勢 3			
介入前	23 (79.3)	18 (56.3)	ns
介入後	23 (92.0)	26 (83.9)	ns
11. 軟便時の皮膚ケア			
介入前	13 (44.8)	12 (37.5)	ns
介入後	19 (76.0)	21 (67.7)	ns
12. 褥瘡処置について			
介入前	14 (48.3)	14 (43.8)	ns
介入後	18 (72.0)	20 (64.5)	ns

ns: no significance

し、パス群でも介入後で $p<0.0001$ と有意に正解数が増加した。項目別に見た看護職者の知識の正解者数では、介入前後で、パス群通常群間で正解者数に有意差はみられなかった。しかし、介入前では、ブレードンスケールに関する知識の項目で2問、通常群がパス群に比して正解者数の割合が多かったが、介入後では、褥瘡の観察指標に関する知識の項目1問のみがパス群より通常群の正解者数の割合が多く、それ以外はパス群の看護職者の正解者数の割合が高かった(表3)。

褥瘡看護に対する意識については、介入前では「褥瘡のある患者の場合、処置方法は創部の状況にあわせて自分の判断で変えている。」の項目に対し、パス群は通常群より有意に意識が高く、それ以外の項目に有意差は見られなかった。パス群が通常群より意識が高かった項目は1項目「褥瘡の治療のため、介護者へ体位変換の仕方を説明している。」であった。介入後では、パス群と通常群間の意識について有意差は見られなかったが、パス群が通常群より意識が高かった項目は、「褥瘡の治療のため、介護者へ体位変換の仕方を説明している。」「体圧分散寝具の選択はブレードンスケールの結果に基づいて行っている。」の2項目に増えていた。群ごとの介入前後での比較では、パス群では、「褥瘡のある患者の場合、処置方法は創部の状況に

あわせて自分の判断で変えている。」と「体圧分散寝具の選択はブレードンスケールの結果に基づいて行っている。」の2項目で、有意に介入後に意識が高まっていた。通常群では、「体圧分散寝具の選択はブレードンスケールの結果に基づいて行っている。」の1項目で、有意に介入後に意識が高まっていた(表4)。

3. 利用者の状況

3ヶ月で、パスに基づいて看護を提供された利用者はのべ90人、通常の看護を提供された利用者は、のべ102人であった(1人1ヶ月分の記録を1人と計算)。対象になった利用者の年齢はパス群が平均 81.0 ± 12.2 歳、通常群が 81.8 ± 13.5 歳、性別はパス群では男性が39人、女性51人、通常群では男性40人、女性59人、自立度はC2が最も多く、パス群が66人、通常群が62人、C1が次いで多く、パス群が11人、通常群が14人であり、いずれもパス群と通常群間で有意差は見られなかった。利用者の主介護者の関係においてパス群では、子供26人、妻19人、嫁19人が多く、通常群では、妻25人、子供24人、嫁24人が多く、主介護者の年齢は、パス群が平均 59.1 ± 17.9 歳、通常群が 63.6 ± 23.2 歳であり、両群間に有意差は見られなかった。利用者の同居家族数は、パス群が平均 3.1 ± 1.9 人、通常群が平均 3.9 ± 2.0 人で通常群が有意に多かった($n=0.010$)。介護協力者数は、

表4 看護職者の褥瘡ケアに関する意識

質 問 項 目		n	パス群	n	通常群	p 値
			中央値 (最小-最大), 平均 $\pm$ SD		中央値 (最小-最大), 平均 $\pm$ SD	
1 褥瘡のある患者の場合、処置方法は創部の状況にあわせて自分の判断で変えている。	介入前	21	2 (0-4), 1.5 ± 1.2	26	3 (0-4), 2.5 ± 1.0	0.003
	介入後	21	3 (0-4), 2.5 ± 0.9	30	3 (0-4), 2.7 ± 1.0	ns
			0.008		ns	
2 褥瘡の治療について医師に創部にあった治療方針にしてもらうため話し合いを持っている。	介入前	23	3 (0-4), 2.8 ± 1.1	27	3 (0-4), 2.9 ± 1.1	ns
	介入後	22	3 (0-4), 2.6 ± 1.3	29	3 (2-4), 2.9 ± 0.8	ns
			ns		ns	
3 褥瘡の治療のため、介護者へ体位交換の方法を説明している。	介入前	23	4 (2-4), 3.3 ± 0.8	27	3 (2-4), 3.3 ± 0.8	ns
	介入後	22	4 (0-4), 3.4 ± 1.0	28	3.5 (2-4), 3.4 ± 0.6	ns
			ns		ns	
4 褥瘡の治療のため、介護者に栄養状態を改善するための指導を行っている。	介入前	23	3 (1-4), 3.3 ± 0.8	27	3 (2-4), 3.4 ± 0.6	ns
	介入後	22	4 (1-4), 3.3 ± 0.9	27	4 (2-4), 3.4 ± 0.6	ns
			ns		ns	
5 入浴はなるべくできるように、計画立案している。	介入前	24	3 (2-4), 3.3 ± 0.6	27	3 (2-4), 3.4 ± 0.6	ns
	介入後	21	3 (1-4), 3.3 ± 0.8	27	4 (2-4), 3.5 ± 0.6	ns
			ns		ns	
6 褥瘡治療、予防のため、体圧分散寝具を使用している。	介入前	24	4 (1-4), 3.7 ± 0.7	25	4 (2-4), 3.7 ± 0.5	ns
	介入後	22	4 (0-4), 3.6 ± 0.9	28	4 (2-4), 3.8 ± 0.6	ns
			ns		ns	
7 体圧分散寝具の選択はブレードンスケールの結果に基づいて行っている。	介入前	23	1 (0-4), 1.4 ± 1.1	26	2 (0-3), 1.5 ± 1.1	ns
	介入後	22	2 (0-4), 2.2 ± 1.3	27	2 (0-4), 2.0 ± 1.2	ns
			0.020		0.046	
8 選択した体圧分散寝具が有効であるかどうか判断している。	介入前	24	3 (1-4), 2.8 ± 0.8	25	3 (1-4), 2.8 ± 1.0	ns
	介入後	21	3 (0-4), 3.1 ± 1.1	28	3 (1-4), 3.0 ± 0.9	ns
			ns		ns	

※4を「非常にある」、0を「全くない」と置いた5段階評価

パス群が平均1.3±0.8人、通常群が平均1.5±2.0人であり、両群間で有意差は見られなかった。利用者のうち、褥瘡のある利用者は、パス群でのべ42人、通常群で、のべ41人であった。褥瘡の数は、パス群が56個、通常群が48個であり、褥瘡部位は、パス群では、仙骨部26個、臀部5個、踵4個が多く、通常群では、仙骨部23個、背部7個、腸骨4個が多く、いずれも両群間で有意差は見られなかった。

褥瘡のある利用者について、介入前のパス群、通常群間のブレイデンスケール合計得点（12.9±2.9：13.3±3.3点）、DESIGN（7.4±4.4：7.0±5.2点）、褥瘡の表面積（3.9±3.6：5.7±12.0cm²）に有意な差はみられなかった。介入後のパス群、通常群間のブレイデンスケール（12.8±2.7：13.3±3.1点）、DESIGN（7.2±5.1：6.8±5.4点）、褥瘡の表面積（3.2±3.4：2.4±2.4cm²）に有意差はなかった。ブレイデンスケールの項目別得点パス群と通常群間で有意差のみられた項目は、知覚、湿潤、摩擦とずれの3項目であった。知覚では、介入前のパス群と通常群が2.6±1.0点：3.0±1.0点（p=0.005）、介入後のパス群と通常群が2.6±1.0点：3.0±1.0点（p=0.004）といずれもパス群の「知覚」のリス

クが有意に高かった。湿潤では、介入前のパス群と通常群が2.8±1.1点：2.5点：1.1点（p=0.020）、介入後のパス群：通常群が2.9±1.1点：2.5±1.1点（p=0.017）といずれも通常群の湿潤のリスクが有意に高かった。摩擦とずれでは、介入前のパス群と通常群が1.3±0.6点：1.4±0.7点（p=0.030）、介入後のパス群と通常群が1.3±0.5点：1.4±0.6点といずれもパス群の摩擦とずれのリスクが有意に高かった。DESIGNの項目別得点ではパス群と通常群間で有意差は見られなかった（表5）。

4. パスを適用した結果

パス群では、パスに基づいて利用者に看護を提供するように看護職者に依頼し、その通りにできなかった場合、その理由を事前に示した理由から選択する、もしくは直接コメントをパスに記載することを依頼し、記録されたパスをすべて回収した。パスの縦軸に設定した項目別に1週毎にバリエーションを集計した結果を表6に示した。その結果、利用者1人あたりのバリエーション数が多かった項目は、1週目は、栄養1.0±0.8件、摩擦ずれ0.7±1.0件、理学療法0.5±0.7件であり、2週目は、摩擦ずれ0.7±1.0件、理学療法0.5±

表5 対象となった利用者の概要

	パス群, n=90		通常群, n=102		p 値
	n	平均±SD	n	平均±SD	
年齢（歳）	78	81.0±12.2	9	81.8±13.5	ns
主介護者の年齢（歳）	63	59.1±17.9	75	63.6±23.2	ns
同居家族人数（人）	88	3.1± 1.9	100	3.9± 2.0	0.010
介護協力者人数（人）	66	1.3± 0.8	96	1.5± 2.0	ns
		人（%）			人（%）
性別					
男		39 (43.3)		40 (40.4)	ns
女		51 (56.7)		59 (59.6)	
自立度					
B1		2 (2.3)		10 (10.1)	ns
B2		6 (7.1)		13 (13.1)	
C1		11 (12.9)		14 (14.1)	
C2		66 (77.7)		62 (62.7)	
主介護者					
妻		19 (24.1)		25 (26.0)	ns
夫		9 (11.4)		19 (19.8)	
嫁		19 (24.1)		24 (25.0)	
子供		26 (32.9)		24 (25.0)	
その他		6 (7.5)		4 (4.2)	
褥瘡のある利用者数		42 (46.7)		41 (40.2)	ns
褥瘡の数		56		48	ns
褥瘡の部位（複数回答）					
仙骨		26 (46.4)		23 (47.9)	ns
臀部		5 (8.9)		3 (6.3)	ns
背部		3 (5.4)		7 (14.6)	ns
大転子		3 (5.4)		3 (6.3)	ns
腸骨		2 (3.6)		4 (8.3)	ns
踵		4 (7.1)		0 (0.0)	ns
肩		0 (0.0)		3 (6.3)	ns
その他		13 (23.2)		5 (10.3)	ns

		n	中央値 (最小-最大), 平均値 ± SD	n	中央値 (最小-最大), 平均値 ± SD	
ブレードンスール						
知覚	介入前	90	2 (1-4), 2.6 ± 1.0	100	3 (1-4), 3.0 ± 1.0	0.005
	介入後	89	2 (1-4), 2.6 ± 1.0	99	3 (1-4), 3.0 ± 1.0	0.004
p 値			ns		ns	
湿潤	介入前	90	3 (1-4), 2.8 ± 1.1	100	3 (1-4), 2.5 ± 1.1	0.020
	介入後	89	3 (1-4), 2.9 ± 1.1	99	3 (1-4), 2.5 ± 1.1	0.017
p 値			ns		ns	
活動性	介入前	90	1 (1-3), 1.4 ± 0.6	100	1 (1-4), 1.5 ± 0.7	ns
	介入後	89	2 (1-4), 1.3 ± 0.6	99	1 (1-4), 1.5 ± 0.7	ns
p 値			ns		ns	
可動性	介入前	90	2 (1-4), 2.0 ± 0.8	100	2 (1-4), 0.1 ± 0.8	ns
	介入後	89	2 (1-4), 1.9 ± 0.9	99	2 (1-4), 2.1 ± 0.8	ns
p 値			ns		ns	
栄養	介入前	90	3 (1-4), 2.8 ± 0.8	100	3 (1-4), 2.7 ± 0.7	ns
	介入後	89	3 (1-4), 2.8 ± 0.8	99	3 (1-4), 2.7 ± 0.7	ns
p 値			ns		ns	
摩擦とずれ	介入前	90	1 (1-3), 1.3 ± 0.6	100	1 (1-4), 1.4 ± 0.7	0.030
	介入後	89	1 (1-3), 1.3 ± 0.5	99	1 (1-3), 1.4 ± 0.6	0.047
p 値			ns		ns	
合計得点	介入前	90	12 (7-20), 12.9 ± 2.9	100	13 (7-21), 13.3 ± 3.3	ns
	介入後	89	12 (7-19), 12.8 ± 2.7	99	13 (7-21), 13.3 ± 3.1	ns
p 値			ns		ns	
DESIGN						
D 深さ	介入前	35	3 (0-4), 2.4 ± 1.4	40	2 (0-5), 2.2 ± 1.6	ns
	介入後	34	3 (0-4), 2.4 ± 1.5	40	2 (0-5), 2.3 ± 1.6	ns
p 値			ns		ns	
E 浸出液	介入前	35	1 (0-3), 1.2 ± 0.8	40	1 (0-3), 1.0 ± 1.1	ns
	介入後	34	1 (0-3), 1.1 ± 1.0	40	1 (0-3), 1.0 ± 1.0	ns
p 値			ns		ns	
S 大きさ	介入前	35	2 (0-2), 1.3 ± 0.6	40	1 (0-5), 1.4 ± 1.1	ns
	介入後	34	1 (0-2), 1.2 ± 0.7	40	1 (0-5), 1.3 ± 1.2	ns
p 値			ns		ns	
I 炎症	介入前	35	1 (0-2), 0.8 ± 0.8	40	1 (0-2), 0.7 ± 0.7	ns
	介入後	34	1 (0-2), 0.8 ± 0.8	40	1 (0-2), 0.7 ± 0.7	ns
p 値			ns		ns	
G 肉芽組織	介入前	35	0 (0-5), 1.0 ± 1.4	40	1 (0-5), 1.1 ± 1.4	ns
	介入後	34	0.5 (0-5), 1.0 ± 1.4	40	1 (0-5), 1.1 ± 1.3	ns
p 値			ns		ns	
N 壊死組織	介入前	35	0 (0-2), 0.3 ± 0.5	40	0 (0-1), 0.2 ± 0.4	ns
	介入後	34	0 (0-2), 0.3 ± 0.6	40	0 (0-1), 0.1 ± 0.3	ns
p 値			ns		ns	
P ポケット	介入前	35	0 (0-3), 0.4 ± 0.8	40	0 (0-4), 0.5 ± 1.0	ns
	介入後	34	0 (0-3), 0.5 ± 0.9	40	0 (0-3), 0.4 ± 0.7	ns
p 値			ns		ns	
DESIGN 合計得点	介入前	37	7 (1-17), 7.4 ± 4.4	40	8 (0-19), 7.0 ± 5.2	ns
	介入後	36	7.5 (0-19), 7.2 ± 5.1	40	6.5 (0-20), 6.8 ± 5.4	ns
p 値			ns		ns	
褥瘡表面積 (cm ²)	介入前	32	2.9 (0-14), 3.9 ± 3.6	29	3.2 (0-65.4), 5.7 ± 12.0	ns
	介入後	27	2.3 (0-12), 3.2 ± 3.4	18	1.2 (0-6.3), 2.4 ± 2.4	ns
p 値			ns		ns	

ns: no significance

※ 1 : 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主であるが、座位を保つ。車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。

※ 2 : 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主であるが、座位を保つ。介助により車椅子に移乗する。

※ 3 : 1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。自力で寝返りをうつ。

※ 4 : 1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。自力で寝返りもうたない。

表6 バリアンスの数

バスの縦軸 の項目	1 週目			2 週目			3 週目			4 週目			アウトカム		
	件	1人当 たり平 均数	SD	件	1人当 たり平 均数	SD	件	1人当 たり平 均数	SD	件	1人当 たり平 均数	SD	件	1人当 たり平 均数	SD
看護目標	2	0.0	0.2	0	0.0	0.0	5	0.1	0.3	4	0.1	0.3	30	0.4	0.7
身体	0	0.0	0.0	1	0.0	0.1	2	0.0	0.2	1	0.0	0.1	11	0.2	0.4
褥瘡	7	0.2	0.4	9	0.2	0.6	7	0.2	0.4	7	0.2	0.5	39	1.0	1.1
薬剤治療	14	0.3	0.6	14	0.3	0.6	15	0.4	0.7	10	0.3	0.7	16	0.4	0.9
検査	36	0.4	0.5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	117	1.6	0.8
栄養	91	1.0	0.8	17	0.2	0.8	13	0.2	0.7	10	0.1	0.7	136	1.9	1.6
体圧分散	25	0.3	0.8	23	0.3	0.7	14	0.2	0.6	20	0.3	0.9	64	0.9	1.2
摩擦ずれ	63	0.7	1.0	65	0.7	1.0	49	0.6	0.9	52	0.7	1.2	103	1.4	1.7
清潔	21	0.2	0.5	20	0.2	0.5	19	0.2	0.5	19	0.3	0.5	40	0.6	0.7
排泄	10	0.1	0.3	28	0.3	0.7	13	0.2	0.5	19	0.3	0.6	29	0.4	0.9
理学療法	47	0.5	0.7	45	0.5	0.7	34	0.4	0.6	39	0.5	0.7	71	1.0	0.7
家族支援・教育	45	0.5	0.8	39	0.4	0.6	34	0.4	0.6	31	0.4	0.6	70	1.0	1.2

0.7件、家族支援・教育 0.4 ± 0.6 件、3週目は、摩擦ずれ 0.6 ± 0.9 件、薬剤治療 0.4 ± 0.7 件、理学療法 0.4 ± 0.6 件、家族支援・教育 0.4 ± 0.6 件、4週目は、摩擦ずれ 0.7 ± 1.2 件、理学療法 0.5 ± 0.7 件、家族支援・教育 0.4 ± 0.6 件、アウトカムは、栄養 1.9 ± 1.6 件、検査 1.6 ± 0.8 件、摩擦ずれ 1.4 ± 1.7 件であった。バス通りにできなかった理由の利用者1人あたりで最も多かったのは、「利用者の心身条件のため、できなかった」で、 4.8 ± 5.4 件、「そのほかの理由でできなかった」 2.4 ± 5.0 件、「家族が拒否した、希望がなかったためでできなかった」 1.4 ± 3.0 件が次いだ。アウトカムに到達できなかった理由で最も多かったのは、「利用者の心身条件のため、到達しなかった」 4.7 ± 5.7 件で、「家族が拒否した、希望がなかったため到達しなかった」 1.3 ± 2.4 件、「そのほかの理由で達成できなかった」 1.1 ± 1.5 件が次いだ（表7）。

次に、週ごとあるいはアウトカムで利用者1人あたりのバリアンス数が多かった上位3項目について詳細にどのような細項目のバリアンスが多かったか、また、その理由について集計した。その結果を表8に示した。1週目で最もバリアンスが多かった栄養の中で最も多かった細項目は「体重測定」で83件であった。摩擦ずれ、理学療法、家族支援・教育は1週から4週にわたって共通してバリアンスの多い項目としてあがっており、摩擦ずれでは、「座位姿勢の確認と援助」「移動方法の確認と移動」がバリアンスの多い細項目としてあがっていた。理学療法では、「ADL拡大のための援助と説明」「危険性の査定と援助」がバリアンスの多い細項目としてあがっていた。この理由では、利用者の心身条件のためが最も多かった。家族支援・教育では、「社会資源の導入、専門家の援助査定と調整」が最もバリアンスの多い細項目としてあがっていた。また、1週目では、「パンフレットを使用した一般的な説明」がバリアンスの多い細項目にあがっていた。その理由では、「家

表7 事前に表に示したバリアンスの理由ごとの件数

	バス通りで なかった理由			アウトカムに到達 できなかった理由		
	件	1人あ たり平 均数	SD	件	1人あ たり平 均数	SD
利用者の心身条件	390	4.8	5.4	345	4.7	5.7
利用者が拒否した	53	0.6	1.8	46	0.6	1.6
家族が拒否した	118	1.4	3.0	95	1.3	2.4
スタッフ数不足	1	0.0	0.1	4	0.1	0.5
スタッフの能力不足	2	0.0	0.2	3	0.1	0.3
連携上の問題	24	0.3	1.4	12	0.2	0.6
連携上の機関・担 当者が機能を果た さなかった	13	0.2	0.6	36	0.5	0.8
社会資源の不足	11	0.1	0.6	11	0.2	0.5
社会資源の質の問題	17	0.2	1.2	5	0.1	0.4
そのほかの理由	195	2.4	5.0	82	1.1	1.5

族が拒否したため」がいずれも上位にあがっていた。また、「1人ぐらしのため」という理由もあがっていた。3週目の薬剤治療では、「医師の診療計画の確認」「必要な頻度のガーゼ交換」が上位にあがっていた。その理由には、「連携上の問題」が上位にあがっていた。アウトカムでは、栄養においては、設定していた望ましい摂取カロリーや水分量のバリアンスが多かった。検査では、細項目を2項目設定していたが、いずれもバリアンスが多かった。摩擦ずれでは、「座位時姿勢保持できる」「ヘッドアップ30度以下か90度保持」がバリアンスの多い細項目としてあがっていた。理由は、「利用者の心身条件」のためが多くあがっていたが、検査の項目のみ「連携上の機関・担当者が機能を果たさなかった」が上位にあがっていた。

表8 バリエーションが多かった項目の細項目のバリエーションと理由

1 週目		2 週目		3 週目		4 週目		アウトカム	
＜栄養＞	件数	＜摩擦ずれ＞	件数	＜摩擦ずれ＞	件数	＜摩擦ずれ＞	件数	＜栄養＞	件数
細項目		細項目		細項目		細項目		細項目	
体重測定	83	座位姿勢の確認と援助	35	座位姿勢の確認と援助	27	座位姿勢の確認と援助	22	1200Kcal以上、蛋白1g/以	43
摂取量の確認	6	移動方法の確認と援助	22	移動方法の確認と援助	18	移動方法の確認と援助	16	上摂取する	
摂取内容の確認	5	ギャッジアップ角度の確認	6	ギャッジアップ角度の確認	4	ギャッジアップ角度の確認	4	水分1000ml以上摂取する	28
水分摂取量の確認	5	と指導		と指導		と指導		誤嚥なく摂取可能	26
理由		理由		理由		理由		理由	
利用者の心身条件のため	49	利用者の心身条件のため	41	利用者の心身条件のため	30	利用者の心身条件のため	25	利用者の心身条件のため	94
その他	11	その他	4	その他	6	その他	13	その他	14
社会資源が不足していた	9	家族が拒否したため	3	家族が拒否したため	1	家族が拒否したため	2	家族が拒否したため	12
＜摩擦ずれ＞		＜家族支援・教育＞		＜理学療法＞		＜理学療法＞		＜検査＞	
細項目		項目		細項目		細項目		細項目	
座位姿勢の確認と援助	37	ADL拡大のための援助と説	37	ADL拡大のための援助と説	31	ADL拡大のための援助と説	29	血清TP6g/dl, Alb3g/dl ↑,	64
移動方法の確認と援助	24	明		明		明		Hgb11g/dl ↑	
ギャッジアップ角度の確認	8	危険性の査定と援助	10	危険性の査定と援助	9	危険性の査定と援助	9	肝機能・腎機能が正常範囲	62
と指導		拘縮予防の確認と援助	3	拘縮予防の確認と援助	1	拘縮予防の確認と援助	4	内	
理由		理由		理由		理由		理由	
利用者の心身条件のため	47	利用者の心身条件のため	24	利用者の心身条件のため	19	利用者の心身条件のため	16	その他	46
その他の理由	9	その他の理由	6	その他の理由	6	家族が拒否したため	5	連携上の機関・担当者が機	38
家族が拒否したため	3	家族が拒否したため	6	その他	3	その他	4	能をはたさなかったため	
＜理学療法＞		細項目		＜家族支援・教育＞		＜家族支援・教育＞		連携上の問題があるため	12
細項目		社会資源導入、専門家の援	32	細項目		項目		利用者の心身条件のため	12
ADL拡大のための援助と説	35	助査定と調整		社会資源導入、専門家の援	27	社会資源導入、専門家の援	28	＜摩擦ずれ＞	
明		必要に応じた援助、説明、	10	助査定と調整		助査定と調整		細項目	
危険性の査定と援助	10	評価		必要に応じた援助、説明、	9	必要に応じた援助、説明、	9	座位時姿勢保持できる	42
拘縮予防の確認と援助	3	理由		評価		評価		ギャッジアップ30度以下か	19
理由		家族が拒否したため	12	理由		理由		90度保持	
利用者の心身条件のため	24	その他の理由	5	家族が拒否したため	11	家族が拒否したため	11	移動時創ずれない	17
その他の理由	8	一人ぐらしのため	4	その他	8	その他	5	体位交換時に仙骨、骨突出	17
家族が拒否したため	7			一人ぐらしのため	4	一人ぐらしのため	3	部がずれない	
＜家族支援・教育＞				＜薬剤治療＞		社会資源の質に問題がある	3	理由	
細項目				細項目		ため		利用者の心身条件のため	77
社会資源導入、専門家の援	23			医師の診療計画の確認	12			家族が拒否したため	14
助査定と調整				必要な頻度のガーゼ交換	9			その他	10
パンフレットを使用した一	12			服薬確認、援助	6				
般的な説明				理由					
必要に応じた援助、説明、	7			その他の理由	7				
評価				連携上の問題があるため	3				
理由				連携上の機関・担当者が機	1				
その他の理由	15			能をはたさなかったため					
家族が拒否したため	13			利用者の心身条件のため	1				
社会資源の質に問題がある	4			必要なし	1				
ため									

※BSとは、ブレイデンスケールのことである。

※細項目と理由は多い項目3位まで示した。

IV. 考 察

1. パスの看護職者への褥瘡看護の知識、意識への効果

褥瘡に対する訪問看護の標準化を目的にパスを作成し、その効果を検討することを本研究では目的とした。訪問看護の標準化については、看護師の褥瘡看護の知識・意識を向上させるかという視点で検討したが、看護職者の知識・意識、褥瘡の治癒状況に明確な差はみられなかった。本研究では、パスの効果を検討するため、1施設のなかでパス使用群と通常群を同数になるように看護職者を分けたが、無作為に分けることは不可能であった。また、利用者が1名の看護職者にしか看護を受けるのではなく、数人の看護職者から看護を受ける現状もあり、厳密に看護を受ける利用者の結果で1人の看護職者による看護提供の効果をみることにならないという限界があった。対象となった看護職者の属性では、通常群のほうが有意に平均看護職歴が長く、通常群にもともと臨床経験から知識のある看護職が多かった可能性がある。また、本研究では、ブレイデンスケールによる利用者の褥瘡の危険度についての評価と褥瘡の治癒状況の評価であるDESIGNの評価をパス群通常群の両群の看護職者に依頼した。さらにパスに基づいた看護を行うにあたってマニュアルとして指定した参考図書「厚生省老人保健福祉局老人保健課監：褥瘡の予防・治療ガイドライン、照林社、1998」を各施設に1冊ずつ配布し、通常群の看護職者も自由に活用してもよいとした。これらのブレイデンスケールやDESIGNの評価自体が、看護職者へ利用者の褥瘡治癒もしくは予防のための視点を持たせることになり、パスで指示されなくても臨床経験がある看護職者が褥瘡看護に関心を持つことになり、全体として看護職者の知識や意識を向上させたことも考えられる。先に述べたように、今回は1施設でパス群と通常群に分けたため、通常群パス群が同じ施設に混在しており、通常群の看護職者がパス群の看護職者に知らず知らずのうちに影響されていた可能性もある。叶谷らが、施設毎にパス群と通常群とに分けて看護職者の知識や認識を比較した研究においても、両群に有意差はみられなかったが、パス群の看護職者の知識や意識の方の正解数が多く、ばらつきが少ないという結果を明らかにしており、褥瘡看護の標準化への効果の可能性を示唆している²¹⁾。本研究でも、両群における介入前後での褥瘡看護に対する知識の差の検定結果では、両群とも介入後に有意に知識が向上していたが、パス群看護職者の知識のp値が小さく、統計的に確からしいという結果であったため、パスの効果とも考えられる。褥瘡看護の意識については1つ1つの設問ごとに分析したところ、「褥瘡のある患者の場合、処置方法は創部の状況にあわせて自分の判断で変えている。」の設問で、介入前、パス群が通常群より意識が有意に低かったが、介入後では両群の

有意差がなくなり、パス群では、介入後に有意に意識が向上していた。このことからパスを用いて褥瘡看護を行うことで看護職者の知識や意識を向上させる効果がある可能性があり、今後、さらに検討する必要がある。現在、訪問看護では、訪問看護師1人1人の技量が問われるため、就職にあたって臨床経験何年以上ということを条件にしている訪問看護ステーションも多く見られる。しかし、今後、訪問看護の需要が多くなることが予想され、新卒看護職や臨床経験の浅い看護師を採用する機会も増加してくると思われる。その際に、訪問看護ステーションで教育を行ったり、標準化を目指していく必要があり、教育ツールや標準化のための方法としてパスを活用していくことが期待される。

2. バリエーション分析から考えられること

医療において従来用いられている記録方法と異なるパスの大きな特徴は、目標志向であることである²²⁾。目標がすでに決まっており、それに向かって行うべきことも決まっているため、その通りに行われなかったこと（バリエーション）の分析ができるという特徴がある。叶谷はバリエーション分析の視点として、①パスを改善する必要があるか②現状の課題を明確にして、システムや体制を改善する必要があるか、という2つの視点で考察し、改善に結びつけることを提案している²³⁾。本研究においてバリエーションが多かったパスに設定した項目は、栄養、摩擦ずれ、理学療法、家族支援・教育、薬剤治療であった。栄養でバリエーションが多かった理由は、細項目として1週目に体重測定を設定していたが、それが実施できなかったことによるバリエーションが多かったためであった。栄養状態は褥瘡治癒もしくは予防にとって非常に重要な看護の視点である²⁴⁾。そのため、栄養状態を評価することの重要性を認識して看護してもらいたいという意図で、あえて、体重測定を設定したが、本研究で対象となった利用者の自立度はC2が圧倒的に多く、体重測定を容易にできなかった結果と思われる。しかし、利用者の栄養状態が良好かどうかは重要な視点であり、体重測定以外で客観的に評価できる項目に変更する必要がある。また、褥瘡が発生する要因で自立度が低いことも大きな要因となる。そのため、作成したパスは自立度を向上させることを意図して項目やアウトカムを設定した。そのため、パスの中にADLを向上させるための査定や臥位のみではなく、可能な限り座位にするという前提で、座位時の姿勢保持のための援助や危険性の査定等を設定したが、1週目から4週目にわたって摩擦ずれ、理学療法の項目のバリエーションが多いという結果であった。本研究の対象となった利用者の主介護者の平均年齢は高く、老々介護をしている家庭も多いと考えられること、摩擦ずれ、理学療法でのバリエーションの理由で家族の拒否も複数みられる現状から、

自立度を向上させる看護をどこまで推進していくかということが現実の課題としてあげられる。家族支援・教育についてのバリエーションの理由として家族の拒否があったり、独居で教育する家族がいないというケースも見られた。訪問看護では、家族との契約関係で成立する看護であるため、利用者や家族の希望が最も重視され、利用者や家族も自分の意思を明確に表現するという特徴がある。限られた訪問看護の時間内で利用者や家族は行って欲しい看護を要望するため、その要望を満たすだけで時間が経ってしまうという限界がある中で、褥瘡に必要な看護を提供する技術が要求される。その他、3週目で薬剤治療がバリエーションの多い項目としてあがったが、その理由として連携上の問題が多く見られた。この項目では、医師との連携が必要な項目であり、施設内での看護と異なり、医師とコミュニケーション等をとることは物理的にも難しい面がある。しかし、不可能ではない。医師との信頼関係をとることができれば、訪問看護師の主体性に任せるとすることも可能になると思われ、医師との信頼を獲得する努力をしていく必要がある。

アウトカムにおけるバリエーションの多かった項目は、栄養、検査、摩擦ずれであった。栄養のアウトカムでは、なるべく客観的に評価できるように数値で示せる部分は数値で表現した。しかし、その数値が達成されなくバリエーションになった細項目が多かった。検査については、血液検査の数値の客観的な目標数値を設定した。血液検査の実施は医師の指示がなければ不可能であり、訪問看護では、血液検査がほとんど実施されないことが多く、パスの作成過程で実施されなくてもバリエーションとならないような設定へと変更した経緯がある²⁰⁾²¹⁾。しかし、アウトカムでは、客観的に評価する視点を看護職者が持つ必要性から客観的な目標数値を挙げた。その結果、採血がなされていないために評価できなかったということでバリエーションが多くなったと考えられる。血液検査に頼らなくても評価可能な表現にしておくことも必要と思われる。摩擦ずれは実施項目のバリエーションやその理由がアウトカムにも影響した結果と思われ、すべてのケースがパス通りに行くことは不可能としてもやはりADLを向上させる視点で援助していくことは大切であ

ると思われる。

以上より、前述した叶谷の視点でバリエーション分析結果を考察するのであれば、①パスを改善する必要があるかという視点では、1週目の栄養の細項目である体重測定やアウトカムの栄養評価の細項目、検査の細項目の表現方法について検討が必要である。②の現状の課題を明確にして、システムや体制を改善する必要があるかという視点では、ADLを促進させるための家族への支援方法や医師との信頼関係の構築についての技能を向上させる看護職者への教育が必要であると思われる。

V. 結 論

本研究では、褥瘡に対する訪問看護の標準化のためにパスを作成し、その効果について検討した。その結果、パス群通常群間で看護職者が看護を提供した利用者のブレイデンスケール、DESIGN、褥瘡の表面積に明確な差はなく、看護職者の褥瘡看護の知識にも明確な差はなかった。しかし、意識の1項目で介入前にパス群が有意に通常群に比し、意識が低かったのが、介入後有意に向上した。クリティカルパスの使用が看護職者の褥瘡に対する訪問看護の標準化に効果があるか、さらに検討していく必要がある。また、パスのバリエーション分析から、1週目の栄養の細項目である体重測定やアウトカムの栄養評価の細項目、検査の細項目の表現方法について検討が必要であること、利用者のADLを促進させるための家族への支援方法や医師との信頼関係の構築についての技能を向上させる教育が必要であることが考えられた。

謝 辞

本研究を行うにあたって、研究にご理解ご協力いただきました訪問看護ステーションの所長、看護職の皆様、利用者の皆様に心より御礼申し上げます。また、本研究は、平成15年度日本看護研究学会奨学会の助成を受けて行われました。このような機会を与えてくださった日本看護研究学会奨学会に深謝いたします。また、文部科学研究費若手研究(B)平成15年～16年の一部の研究費も用いて行われました。

要 旨

本研究では、褥瘡に対する訪問看護の標準化のためにパスを作成し、その効果について検討した。対象となった看護職者はパス群29人、通常群32人、利用者数はパス群のべ90人、通常群のべ102人であった。パス通常群間で看護職者が看護を提供した利用者のブレイデンスケール、DESIGN、褥瘡の表面積に明確な差はなく、看護職者の褥瘡看護の知識にも差はなかった。しかし、意識の1項目で介入前にパス群が有意に通常群に比し、意識が低かったのが、介入後には有意に向上しており、看護職者の褥瘡に対する訪問看護の標準化に効果がある可能性が考えられた。また、パスのバリエーション分析より、1週目の栄養の細項目である体重測定やアウトカムの栄養評

価の細項目、検査の細項目の表現方法について検討が必要であること、利用者のADLを促進させるための家族への支援方法や医師との信頼関係の構築についての技能を向上させる教育が必要であることが考えられた。

Abstract

In this study, a path was developed to standardize decubitus care in visiting nursing, and its effect was verified.

Subject nurses were 29 in the path group and 32 in the usual care group, and total numbers of subject clients were 90 in the path group and 102 in the usual care group.

There were no clear differences in Braden scale scores, DESIGN scores, decubitus surface areas of clients who had been cared by each nurse, and the knowledge of decubitus nursing care between the path and usual care groups. Although nurses' recognition for decubitus nursing care was significantly lower before intervention in the path group than that in the usual care group in an item, the former increased significantly after intervention. Therefore, the path was suggested to be effective in the standardization of decubitus nursing care in visiting nursing. A variance analysis of the path showed that it was needed to consider body weight measure as a sub item of nutrition in the first week, nutritional evaluation in outcome, methods to express sub items of examination and education to increase nurses' skills to assist families to improve clients' ADL and to construct good relationships with doctors.

文 献

- 1) 石川 治, 岡田克之, 他: 群馬県下の病院, 老人保健施設, 訪問看護ステーションの褥瘡疫学調査, 日本医事新報, 3864, 25-30, 1998.
- 2) 関根智明: ORライブラリー 11 PERT・CPM, 日科技連出版, 東京, 1995.
- 3) 叶谷由佳, 古川寿子: 病棟単位で目指す医療の効率性と質保証ー病棟におけるクリティカルパス法導入ークリティカルパス法の概要と導入の条件, 看護部門, 11(3), 78-83, 1998.
- 4) 叶谷由佳: 病棟単位で目指す医療の効率性と質保証ークリティカルパス法を日本の医療に導入する意義ー連載第1回, 月刊ナースマネジャー, 1(1), 76-79, 1999.
- 5) 山崎 絆, 笹鹿美帆子, 他: 医療の質向上と経済的効果の追求, インターナショナルナーシングレビュー, 19(5), 26-31, 1996.
- 6) 郡司篤晃: 「パス法に関するシンポジウムーその原理と経験の交流」シンポジウム資料, 16-29, 1997.
- 7) Guillian K., Poirier C.: Nursing case management: Critical Pathways to desirable outcomes, Nursing Management, 22(3), 52-55, 1991.
- 8) Sinnen M., Schifalacqua M.: Coordinated care in a community hospital, Nursing Management, 22(3), 38-42, 1991.
- 9) Braden BJ., Bergstrom N.: A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. Rehabil Nurs, 12(1), 8-16, 1987.
- 10) Bergstrom N., Braden BJ.: The Braden Scale for predicting pressure sore risk, Nurs Res, 36(4), 205-210, 1987.
- 11) Braden BJ., Bergstrom N.: Clinical utility of the Braden Scale for predicting pressure sore risk, Decubitus, 2(3), 44-51, 1989.
- 12) 真田弘美, 金川克子, 他: 日本語版Braden Scale (褥瘡発生予測尺度) の信頼性と妥当性の検討, 日本看護科学会誌, 10(3), 78-79, 1990.
- 13) 真田弘美, 金川克子, 他: 日本語版Braden Scaleの信頼性と妥当性の検討, 金沢大学医療技術短期大学部紀要, 15, 101-105, 1991.
- 14) 森口隆彦, 宮地良樹, 他: 「DESIGN」褥瘡の新しい重症度分類と経過評価のツール, 褥瘡会誌, 4, 1-7, 2002.
- 15) 真田弘美, 徳永恵子, 他: 「DESIGN」褥瘡アセスメントツールとしての信頼性の検証, 褥瘡会誌, 4, 8-12, 2002.
- 16) 大浦武彦監: 褥瘡状態評価法DESIGNのつけ方, 使い方, 照林社, 東京, 2003.
- 17) Schubert V.: Measuring the area of chronic ulcers for consistent documentation in clinical practice, Wounds, 9(5), 153-159, 1997.
- 18) Schubert V.: Effects of phototherapy on pressure ulcer healing in elderly patients after a falling trauma, Photodermatology Photoimmunology & Photomedicine, 17, 32-38, 2001.
- 19) 島内 節, 友安直子, 他監: 「在宅ケア」クリティカルパスマニュアル ケアの質保証と効率化, 中央法規, 東京, 53-73, 2000.
- 20) 叶谷由佳, 真田弘美, 他: 褥瘡のある患者に対する訪問看護の質保証をめざした標準枠組みの開発ークリティカルパス法の考え方をういてー, 日本褥瘡学会誌, 2(1), 7-16, 2000.
- 21) 叶谷由佳, 沼田美幸, 他: 褥瘡を有する患者への訪問看護ケアのクリティカルパス法導入による効果ー褥瘡治療と看護職の知識への影響ー, 日本褥瘡学会誌, 4(1), 96-104, 2002.
- 22) 叶谷由佳: 病棟におけるクリティカルパス法の導入に関する研究ー患者の早期回復, 早期退院に対する看護職の意識への影響ー, お茶の水医学雑誌, 50(1), 25-36, 2002.
- 23) 宮地良樹, 真田弘美 監: よくわかって役に立つ褥瘡のすべて, 永井書店, 大阪, 211-232, 2001.
- 24) 厚生省老人保健局老人保健課監: 褥瘡の予防・治療ガイドライン, 照林社, 東京, 24, 1998.

〔平成19年1月19日受 付〕
〔平成19年6月26日採用決定〕

介護老人保健施設入所者とケアスタッフの ライフストーリー面談における相互作用の変化

Changes in Interaction between Elderly Health Service Facility Residents and their
Caregivers through Life Story Interviews

原 祥 子¹⁾ 小 野 光 美²⁾ 沼 本 教 子²⁾
Sachiko Hara Mitsumi Ono Kyoko Numoto

キーワード：ライフストーリー、相互作用、面談過程、高齢者、ケアスタッフ

Key Words : life story, interaction, interview process, elderly, care staff

I. 緒 言

高齢者が自己の人生を振り返り、それを他者に語ることは、残された人生に対して自己の存在の意味づけをしていくことにつながり¹⁾、高齢者の発達課題の達成や自我の統合に影響を及ぼすものとして注目されている²⁻⁸⁾。一方、ライフストーリーの聴き手側に焦点をあててみると、介護老人保健施設において高齢者のライフストーリーの聴き取りをしたケアスタッフには、数回のライフストーリー面談を通して語り手への関心が高まるという変化が現われ、高齢者と関わることの楽しさや喜びを実感するなどの手応えがある⁹⁾ことが示された。語り手と聴き手の双方に対して認められるこのような影響や変化は、「語る－聴く」という二者関係の中での相互作用によってライフストーリーが生成されていることを明確に表している。このライフストーリー生成過程において、ライフストーリー面談の二者間でどのようなやりとりがなされ、その相互作用は面談の進行とともにどのように変化していくのだろうか。

老年看護実践で最も大切な技術のひとつは、高齢者が話す自分史を注意深く聴く関係づくりの技法である¹⁰⁾と言われている。その方の人生に深く寄り添い、その生活を援助するために、回想法やライフレビューといった心理療法がひとつの技法として確立されつつあり、これらの取り組みは実践や研究領域において広範囲に展開されてきている¹¹⁾。また、研究手法としてのライフストーリー・インタビューについては、欲しい情報を収集するための質問の仕方などの一般的なガイドラインを提示し、専門的技法を解説するもの¹²⁾もみられている。しかしながら、日常的なケア実践のなかで、高齢者のライフストーリー生成にケアスタッフがどのように関わるのかについて具体例に基づいた検討はされてきていない。

そこで本稿では、介護老人保健施設に入所している高齢者と受け持ちケアスタッフによるライフストーリー面談事例をとりあげ、実際の現場ではどのような相互作用が生じており、どのように変化していくのかを面談過程に即して明らかにすることを試みる。高齢者のライフストーリー生成にケアスタッフが聴き手としてかかわるときには、問う技法にも増して聴く技法を洗練させていく努力が必要となる。ライフストーリー面談のなかではどのような相互作用がみられ、面談を積み重ねていくと各面談場面での相互作用はどのように変化していくのかを明確に提示することで、聴く技法についての知見が得られるとともに、聴き手としての熟達化のためにも実践的に役立つものと考え。このことは老年看護の初心者に限らず、中堅および熟練ケアスタッフにとっても自らの経験を省察的に分析し、日々のケア実践の問い直しを可能にすると思われる。

II. 用語の定義

本稿におけるライフストーリーとは、高齢者個人が主體的にとらえた自己の人生の歴史、現在および未来のあり方を本人が自らのことばによって意識的にまとめ、聴き手に対して表現した語りと定義する。人生の歴史的真實をあらわそうとするライフヒストリーに対して、ライフストーリーは語り手の経験と意味の表現¹³⁾であり、生きられた人生の経験的真實¹⁴⁾をあらわすものである。さらに、ライフストーリーは過去と現在をよりよく理解し、個人的遺産を未来につなげていく方法である¹²⁾¹⁵⁾ことを勘案し、過去だけでなく現在および未来に関する語りを含むものとする。

また、相互作用とは、高齢者とケアスタッフが1対1で互いに働きかけることであり、主として言語を媒介とするコミュニケーションによって成立するものと定義する。

1) 島根大学医学部看護学科 Shimane University Faculty of Medicine School of Nursing

2) 神戸市看護大学 Kobe City College of Nursing

Ⅲ. 研究方法

1. 事例とデータの選択

ライフストーリー面談には、研究協力への承諾が得られたX介護老人保健施設の入所者とそれぞれの受け持ちケアスタッフ9組が取り組んだ。入所者については、改訂長谷川式簡易知能評価スケールでの得点が21点以上で顕著な認知症がなく、言語的コミュニケーションが可能な者とした。9事例のライフストーリー面談の実施回数は、それぞれ3～5回であった。ここでは、(1)一連の面談過程のなかに他の8事例にもみられるような相互作用のありようが凝縮されている、(2)できるだけ少ない面談回数で相互作用の変化が読み取れる、(3)それらの相互作用が言語データとして逐語録のなかに具体的に表れている、の3要件を満たし、対話的相互作用において興味深い知見が得られる1事例をデータとして用いる。

データは、入所者A氏とケアスタッフBさんによる3回のライフストーリー面談の内容である。A氏は90歳の男性、全盲で脳梗塞後遺症や軽度の認知症があり要介護度1と認定されている。A氏の受け持ちケアスタッフである介護士Bさんは、20歳代の女性で介護士経験は3年、A氏の受け持ちとなって約6ヶ月が経過していた。面談開始以前のA氏は、施設のケアスタッフに対して大声で自分の要求を訴えることが多く、そのようなA氏に対してBさんは、「Aさんは苦手なタイプで、受け持ちであってもあまり深く関わたくない」と筆者らに話していた。しかし、3回の面談が終了した後には、A氏が大声でケアスタッフに訴えることは少なくなり、BさんはA氏に対して「心穏やかに関われるようになった」と認識していた。

2. ライフストーリー面談の実施概要

面談は、A氏とBさんの1対1談話形式で、A氏が昔の暮らしを振り返りながら思い出すままに話すことを中心としながら、現在の生活についてどのように思っているのか、将来はどのように暮らしたいと考えているのかを含めた語りをBさんが聴き取る形式とした。面談場所は、A氏の希望によってA氏の居室（個室）とし、2003年9～10月の間に2～3週に1回のペースで3回実施された。面談時間は、第1回および第2回面談が約60分、第3回面談が約45分であった。筆者らは面談には同席せず、A氏とBさん双方の了承のもとでBさんに面談内容の録音を依頼した。

面談を始める前には、これまで筆者らが実施してきたライフストーリー面談の経験を基に、(1)話の順序は非時系列的で構わないので、振り返りや語りの流れはできるだけA氏がコントロールできるようにすること、(2)何を語り、何を語らないかはA氏の判断に委ね、間が空いても、沈黙があっても焦らないこと、(3)繰り返しの話もじっくり聴

くこと等、面談上の留意点についてBさんに説明した。面談導入後には、筆者らがBさんに面談の進行状況を適時確認した。第3回面談の後、A氏の繰り返しの話題が面談内容の大部分を占めているという筆者の判断と、「話の内容や話される様子からAさんの長い人生の歴史をだいたい聴けたように思う」というBさんの感触が合致したことをもってライフストーリー面談終了とした。

3. データ分析方法

録音された3回の面談内容について、相互作用の当事者としてのA氏とBさん両者のすべての発話をそのまま書き起こした逐語録を作成した。面談過程に即した相互作用の変化を見出すために、第1回から第3回の各面談における両者のやりとりの特徴とA氏の話題の展開に着目して内容分析を行った。

1) 各面談におけるやりとりの特徴の抽出

A氏とBさん双方の発話に注目し、(1)お互いがどのような質問の仕方をし、それに対してどのような反応をしているのか、(2)言葉遣いや口調、について面談ごとに比較検討したうえで、各面談におけるやりとりの特徴を抽出した。

2) 各面談におけるA氏の話題展開の分析

A氏のライフストーリーを構成する昔の暮らしに関する話題に注目し、(1)各面談において、どのような話題がどのような順序で織り込まれていくのか、(2)3回の面談を通して、話題の繰り返しや一つの話題に内容の上での改訂がみられるか、(3)各面談に新しい話題が挿入されているか、を検討した。

4. 倫理的配慮

A氏およびBさんには文書と口頭で研究の趣旨と内容を説明し、研究参加は自由意志によること、途中辞退も可能であることを伝え、十分な理解が得られてから研究参加の意志を確認し、同意書で研究協力の承諾を得た。また、A氏が自己のライフストーリーをBさんに語ることにについて、話したくないことについては無理に話さなくてよいこと、得られたすべての情報は研究以外の目的で使用しないこと、プライバシーの保護を約束した。両者には研究結果を論文として発表することについても同意を得た。

Ⅳ. 結 果

1. 各面談におけるやりとりの特徴

1) 第1回面談

第1回面談では、ケアスタッフBさんが疑問形（太字斜体）を多用し、それに対してA氏は他人事様もしくは無関心な応答をする（下線部）というやりとりが特徴的にみられた。

<対話1>

Bさん：昔の暮らしをね、振り返ってみて、自由に何か話してもらっていいですか？

A氏：昔の生活なんてありませんがね。

Bさん：昔の生活？

A氏：わからん。

(中略)

Bさん：じゃAさん、昔どんな仕事をしてたんですか？

A氏：電気の工事材料の店の小僧ですがな。

Bさん：店の？

A氏：丁稚奉公や。

Bさん：その仕事をずっとやってたんですか？

A氏：そうらしいですわ。

(中略)

Bさん：その会社はどこにあったんですか？ 近畿ですか？ ○○県で？

A氏：もちろん、△△(市町村名)ですわ。

(中略)

Bさん：何年間ぐらい？ いつやってたんですか？

A氏：もう忘れしましたわ。

<対話2>

A氏：わしも養子に行ってきたら良かったと思って。

Bさん：なんで？

A氏：早くに死んだだろうから。(養子にいったA氏以外の兄弟はすでに死亡)

Bさん：そんな…Aさん、戦争とかは行ったの？

A氏：行かず。

Bさん：なんでですか？

A氏：軍需工場で…軍の管理工場。その代わり兄連中が皆行ってますわ。残った者はできない奴ばかりですわ。

(中略)

Bさん：お父さんはそのとき何をされてたんですか？

A氏：さあ、何をやってましたんかな。

(中略)

Bさん：お母さんは？どのような方でしたか？

A氏：どんな人って、女でしたよ。

<対話1>ではBさんの疑問符(?)が多用され、<対話2>ではそれに加えて「なんで?」の連用がみられる。一方、A氏の反応は「そうらしい」「わからん」「さあ」などで、まるで自分のことではないような応答になっている。

2) 第2回面談

第2回面談では、<対話3><対話4>のようにA氏と

Bさんがお互いの言葉を繰り返しながら(太字斜体)やりとりが進んでいくという特徴がみられた。

<対話3>

A氏：3番目の兄貴が会社の合併に尽力したり、それで勲一等もらって。

Bさん：勲一等？ 勲一等って何ですか？

A氏：国に功労があったら、ちょうど○○が総理大臣のときですわ。△△(通産大臣)と一緒に家に持ってきてくれた。

Bさん：家に？ 家にその勲一等を…すごい。

A氏：(兄が)死んでからもらっとるんです。そのときに私が東京の兄貴の家におったんでね。

<対話4>

Bさん：Aさんって子ども何人いましたっけ？

A氏：私の子どもは一人。

Bさん：一人でしたっけ、娘さん、息子さん？

A氏：娘。一人娘に養子もらって。

Bさん：一人娘だったんだ。そしたらもう大切に・・・

A氏：へえ、一人娘で。それで養子もらって。孫は3人で、今現在曾孫6人。

Bさん：曾孫も…じゃ遊んであげないといけないね。

3) 第3回面談

第3回面談におけるやりとりの特徴として、Bさんの相づち(太字斜体)が頻繁にみられ、A氏からBさんへの丁寧口調による問いかけ(下線部)が見出された。

<対話5>

A氏：食事の後なんか(居室に連れて帰ってほしいと)超一番に言うのは止めて、この頃は黙っておって、○○さん(他入所者)が言うたら、その後について言うようにしてるんよ。

Bさん：そうですね。そう言えばそうですね。そう意識されてるってことですね。

A氏：角が立っていかんから、じっとしとるわけですから。(食事前のトイレの順番待ちについて話が続く)

Bさん：そうですね。それもずっと我慢して。

A氏：我慢して大人しい。(他者に)ケンケンと言葉出されると、こっちも頭カッカとなるんでな。

Bさん：そうですね。

(中略)

A氏：Bさんも、ここの学校(併設の看護学校)の卒業ですか？

Bさん：私はね、△△(町名)にある専門学校なんですよ。

A氏：専門学校、そうですか。

(中略)

A氏：◇◇(町名)にはだいぶん長いことおられたんですか？

Bさん：2年間。

A氏：そうですか。その時分にわしの姉婿が、ずっと古くから◇◇におったんですけど、ご存知ですか？ 医者をやったんですけど、××寺のところですよ。

Bさん：××寺ですか。

A氏：××寺の下りたところです。◎◎(苗字)いうて、医者をやったんです。(略)

<対話5>にみられるように、Bさんの「そうですね」といった相づちが頻出し、第2回面談まではみられなかったBさんへの問いかけがA氏の丁寧な言葉遣いでなされている。

2. 各面談における話題の展開

各面談におけるA氏の話題展開を表1に示す。3回の面談を通して、A氏のライフストーリーは昔の暮らしに関する8つの話題(a)～(h)で構成されていた。(a)「きょうだい・父・孫の経歴や仕事の業績」は、毎回の面談のなかで語られた話題であった。

第1回面談では、(a)「きょうだい・父・孫の経歴や仕事の業績」のみが話題として客観的に語られており、このストーリーのなかにA氏自身である「私」の登場はみられなかった。

第2回面談になると、(a)「きょうだい・父・孫の経歴や仕事の業績」の話題は、この面談のなかだけでも3回繰り返されるが、(b)「私の娘」、(c)「工場の経営」、(d)「私と妻の旅行」、(e)「私の病気」、(f)「阪神大震災で退職」の5つの新しい話題が挿入されていた。話題は、(a)→(b)→(a)→(c)→(d)→(e)→(a)→(f)の順に展開され、繰り返しの話題(a)は合間に織り込まれる形となっていた。また、新しい話題(b)～(f)のなかにはA氏自身が登場し、「私」のストーリーとして語られていた。

第3回面談は、第2回面談で語られた(c)「工場の経営」に戦時中の徴用といった新しいエピソードが加わり、「人手不足」にアクセントを置いた改訂(c)「工場の経営：人手不足」の話題から始まっていた。そして、一旦繰り返しの話題(a)が織り込まれた後、新しい話題(g)「私の住んだ町と転居」と(h)「偶然被爆しなかった」に繋がっていた。改訂(c)の工場経営に関する話題のなかでは、従業員を管理することについて「女の人は特に難しい」、「往生しました」と話しており、また、話題(h)のなかでは、被爆せずに助かった今は「長生きまでさしてもらって、こ

んなところで。ありがたいなと思って」という感謝の気持ちが表現されている。第3回面談では、過去の事実が客観的に語られるだけではなく、A氏の感情をのせたストーリーとして語られていた。

V. 考 察

1. ライフストーリー面談におけるやりとりの実際と相互作用の変化

第1回面談は、A氏が自己のライフストーリーをBさんに語るというよりも、Bさんの質問に対するA氏の他人事様の反応が特徴的なやりとりになっている。この背景には、聴き手であるBさんが疑問形を多用したことによって、語り手のA氏に答えを義務付けるような威圧的な感じや負担感を与えていたことが一要因としてあるのではないかと推察される。一方、聴き手側に視点をおいてみると、Bさんにとってもともと「Aさんは苦手なタイプ」として認識されており、このことがBさんに高い緊張感をもたらし、疑問符を多用したり「なぜ？」を連用したりする状況を生み出していたのではないかと考えられる。初回面談における相互作用は、ライフストーリー面談開始以前の両者の関係性、とりわけ語り手に対する聴き手側の印象や認識による影響が少なくないと言える。

第2回面談になると互いの言葉の繰り返しが目立ち、A氏とBさんが共同して言葉を反復し、共に考えあいながらやりとりが進行していることがわかる。ここでは、A氏が回答者でありBさんが質問者であるという第1回面談に見受けられるような固定した役割から双方が解放され、ストーリーを生成する自由を両者が共有しつつあることがうかがえる。やまだ¹⁶⁾は、非構造化インタビューの事例を質問と語りのプロセスに即して詳細に分析した結果、同じ言葉を反復するなど、互いに語り直すことは重要な語りのプロセスであり、そうすることによって聞き手がアクティブに語りの共同生成に関与することができると述べている。互いの言葉を反復しながらの相互作用は、わずかな遅れを断続的に生むことによって冗長になってしまうようでもあるが、折り返しつつ進むことでその場特有のリズムが生まれ、両者のやりとりの流れをつくり話題を進行させるという重要な意味をもっていることが示唆される。

第3回面談では、A氏の一言一言がBさんの相づちによって淡々と受け入れられ、A氏の語りを促進している。相づちは、語られたことに対する理解や共感を表す機能をもち¹⁷⁾、Bさんの相づちは一貫してA氏の経験への支持をおこなっていたと言える。小林¹⁸⁾は、ライフヒストリー・インタビューにおける聞き手の発話のなかでも特に相づちに注目し、相づちは語り手の経験そのものを支持するメッセージであり、繰り返し送り続けることで語り手とのあい

表1 各面談におけるA氏の話題展開

話題と典型的対話	第1回面談	第2回面談	第3回面談
(a) きょうだい・父・孫の経歴や仕事の業績 A氏：きょうだい（A氏は7人きょうだいの末子）の3番目の男が〇〇商業（高校）を出て、それから△△物産入って、船舶部において、後の◇◇株式会社になって、それで北海道の開発なんか功劳があったんやろが、のちに社長、会長をして、それで死んだ。死んだ後にやね、（総理大臣が）葬儀のときに勲一等を持って来て。（中略）わしも養子に行っておけば良かったんや、（養子にいったきょうだいは）皆出世しとるからな。	①	①③⑦	②
(b) 私の娘 A氏：私の子どもは一人。 Bさん：一人でしたっけ、娘さん、息子さん？ A氏：娘。一人娘に養子もらって。 Bさん：一人娘だったんだ。そしたらもう大切に… A氏：へえ、一人娘で。それで養子もらって。		②※	
(c) 工場の経営 A氏：私ら人に使われたことのない人間はいけませんわ。（中略）ほいで、ちょっと頭でも良かったらいいけど、劣等生でね、これも難しい。なかなか、世の中を立っていくのはえらい（大変な）仕事でした。今でこそ細々と生活ができる。それでも、みな若い者に何から何まで（仕事を）分散したからね、ほんと楽になりましたです。		④※	
改訂 (c) 工場の経営：人手不足 A氏：私も人をだいぶ使ってきたんですけど、難しいです。100人か150人ほど工場におりましたから、女の人 は特に 難しい。（中略）事務員とか、難しかったです。戦争の終わり頃になったら、人手がなかったもんですから、徴用（軍の権力により市民を強制的に動員し、一定の業務に従事させること）をかけよったんですわ。「女の人、ちょっと足らんので」と言ったら、やってきました。往生しましたで。〇〇の芸者さんがやってきて。（私に対して）「旦那さん」言われてもう、往生してしまった。（中略）軍の管理工場でしたから。			①
(d) 私と妻の旅行 A氏：（妻とは昔から仲が）良かったですわ。よう一緒に旅行しましたもんですわ。 Bさん：どんな所ですか？ A氏：シンガポールとかね、ハワイとか、よう行きました。		⑤※	
(e) 私の病気 A氏：私は80（歳）までお医者さんにほとんどかかったことなかったん。（中略）急におしっこが出んようになって。これはいかんと思って近くの医者に行ってきたら、あっこれはあれじゃ言うて、前立腺や。		⑥※	
(f) 阪神大震災で退職 Bさん：Aさん、地震は？経験されました？ A氏：それを機会にして辞めたんです。（中略）地震があつて、今までよう働いたからもう若い者に譲って。		⑧※	
(g) 私の住んだ町と転居 A氏：私あの、〇〇（町名）やあの辺にもおったことがあるんですけどね。わりあい転々としてるんですわ。 Bさん：仕事の関係で？ A氏：結婚したときには△△におったんです。それから…（中略）それで風水害のあったときは◇◇におったんです。あっちこっちに土地やら持つとりましてね、あっちに借家を建てたり、こっちに借家を建てたりして、あっちこっち転々としとったんです。××にもずいぶん長いことおりましたしね。 Bさん：××？××のどの辺ですか？ A氏：##いうとこです。##。あのね、あそこですわ、あんたご存知か知らんがね、市電が通ってたん、あんたご存知？			③※
(h) 偶然被爆しなかった A氏：戦争が始まって、後には広島におりました。三原の〇〇重工の製作所の中におりました。それで、ちょうど原子爆弾が落ちる前の日までいましたよ。その（爆弾が）落ちた日はちょっと用事があつて、よう広島へ行かなかったんです。 Bさん：どこにいたんですか、そのときAさん。 A氏：ちょっと手前のとこ、三原におったんです。ちょっと用事ができて、（広島に）行けなかったんです。 Bさん：すごい偶然。 A氏：それで助かってんです。（中略）行かなくて助かってるんですわ。行っとったら、ここで（あなたと）お目にかからへんやろと思いますよ。 Bさん：すごいお話を聞かせてもらってありがとうございます。そんなこともあったんですね。 A氏：（略）それでこうして、こう長生きまでさしてもらって、こんなとこで。ありがたいなと思って。			④※

注1：囲み数字①～⑧は各面談における話題の出現順を示す。

注2：※は第2回面談以降に新しい話題として挿入されていることを示す。

注3：太字斜体はA氏の感情が表現されている部分を示す。

だに親密さを形成していることを明らかにしている。ここでは、Bさんの相づちを媒介としてA氏とのあいだに形成された親密さが基盤となり、A氏にはBさんの存在への関心と気遣いが生まれ、A氏の方から丁寧口調で聞いかけるといふ相互作用の変化がもたらされていると解釈することができる。

2. 話題の展開と相互作用の変化

新しい話題の挿入はライフストーリー内容の広がりを示し、改訂(c)「工場の経営：人手不足」の話題のような内容上の改訂や、第2回面談になって語られた「私」のストーリーおよび第3回面談で表現された感情をのせたストーリーの出現は、ストーリー内容の深まりを示していると考えることができる。

第1回面談では、両者のやりとりがかみ合わず、(a)「きょうだい・父・孫の経歴や仕事の業績」の話題に終始し、第1回面談のなかでのストーリー内容の広がりや深まりはみられなかった。面談を重ねていくと、新しい話題が挿入され、改訂版の話題、「私」のストーリーや感情をのせたストーリーが展開されるようになる。このことは、互いの言葉の反復や相づちを媒介にした相互作用がなされ、共有されたストーリー生成の自由や次第に形成されていく親密さをもとにして、語られる内容の広さと深さが増していくことを示していると考えられる。

また、毎回の面談で話題(a)の繰り返しが見られるのは、軽度の認知症をもつ高齢者特有の話題展開であることも否定できない。しかしながら、第2回および第3回面談において、たびたび話題(a)が織り込まれながら新しい話題が次々と挿入され、「私」のストーリーや感情をのせたストーリーへの展開がみられることから、A氏のライフストーリー生成過程においては意味ある話題の繰り返しとも考えられる。つまり、繰り返し表現される同一話題を聴き手がその度にきちんと受けとめることによってストーリー内容の広さと深さが増していくのであり、このように聴くことは技法として重要な要素なのではないかと考える。

ただし、本研究は、施設入所高齢者と受け持ちケアスタッフによって実践されたライフストーリー面談における両者のやりとりに焦点をあて、面談のなかで生じている相互作用の記述を試みたものであり、面談以外でのかかわりを含めた検討はしていない。本事例の場合、日常のケアにあたっているBさんは、面談以外の時間にも当然A氏とかかわっており、日々のケアにおけるやりとりの積み重ねが面談での相互作用に影響していることも十分に考えられる。したがって、語り手のストーリー展開が広さと深さを増していく要因としては、面談における聴く技法だけでなく、面談以外での両者のやりとりを含めた検討をしていく必要があると思われる。

3. 日常ケアへの示唆と今後の課題

日常ケアのなかで、高齢者が同じ昔話を繰り返し語る場面は頻繁に見受けられる。同一話題であってもその都度ケアスタッフが受けとめて聴くことによって、新しいライフストーリー展開につながる可能性がある。介護保険施設における看護・介護職員と高齢者とのコミュニケーションの実態に関する調査¹⁹⁾のなかで、看護・介護職員は高齢者に対して、日常生活や生命維持にとって必要不可欠な「日常生活遂行への声かけ」を、生活の潤いや精神の安定、精神の活性化にとって必要不可欠な「生活活性化への声かけ」よりも圧倒的に多く用いていると報告されている。「生活活性化」に向けたコミュニケーションの一方法として、日常ケアのなかで繰り返される昔話をその都度受けとめることを通して、高齢者のライフストーリー生成に積極的にケアスタッフがかわっていくことも有効であると思われる。

また、高齢者と受け持ちケアスタッフの出会いの時期からライフストーリーを「語り-聴く」という日々のやりとりを積み重ねていくことによって、両者の相互作用の進展とともに次第に親密さが形成されることが予測され、関係づくりの技法としても活用できるだろう。

本稿で取り上げた事例のケアスタッフBさんは、勤務時間内ではなく、その前後の時間帯に45~60分のまとまった時間をもって3回のライフストーリー面談を実施していた。日々のケア実践のなかではまとまった時間をとることは困難なことが多い。短時間であっても高齢者のライフストーリーを聴くことを実践し、そのかわりを積み重ねることに意味があるのかどうかは、時間や頻度、回数、聴き手との関係性を含めた面談の状況をふまえて検討していくことが必要であろう。

さらに、本稿では、相互作用を「主として言語を媒介とするコミュニケーションによって成立するもの」としたが、高齢者との実際の相互作用場面においては、表情やジェスチャーなどの非言語を媒介とする部分も多いと思われる。したがって、相互作用を記述・分析する研究においては、非言語要素を含めたデータ収集と分析を試みていくことが不可欠であると考えられる。今後は、複数事例の分析結果を重ね合わせるとともに、さらに事例を蓄積して比較検討していくことによって、相互作用やその変化について類型化するなど、普遍化・一般化を追究していくことが課題となる。

VI. 結 論

介護老人保健施設に入所しているA氏と受け持ちケアスタッフBさんによる3回のライフストーリー面談における両者のやりとりの特徴として、第1回面談ではBさんの疑問形の多用とA氏の他人事様の応答、第2回面談では互い

の言葉の繰り返し、第3回面談ではBさんの相づちの頻出とA氏の丁寧口調による問いかけが抽出された。この相互作用の進展とともにA氏の語るライフストーリーの内容は広さと深さを増していくことが示された。ライフストーリー生成過程においては、繰り返し表現される同一話題を聴き手がその都度きちんと受けとめることの重要性が示唆された。

謝 辞

本研究に快くご参加・ご協力いただきました高齢者の

方々、ならびにX介護老人保健施設のケアスタッフの皆様
に心より感謝申し上げます。また、事例の発表をご快諾く
ださったA氏とケアスタッフBさんのご厚意に深く感謝を
し、お礼申し上げます。

本研究は平成15年度～17年度科学研究費補助金基盤研究
(C) (研究課題番号: 15592336) 「研究課題: 介護老人保
健施設利用者に対する口述ライフストーリーアプローチに
ついての実証的研究」(研究代表者: 原 祥子) による成
果の一部である。

要 旨

本研究の目的は、高齢者とケアスタッフによるライフストーリー面談において、どのような相互作用が生じ、変化していくのかを面談過程に即して明らかにすることである。分析事例は介護老人保健施設の入所者A氏と介護士Bさんによる3回のライフストーリー面談で、やりとりの特徴とA氏の話展開に着目して内容分析を行った。

第1回面談ではBさんの疑問形の多用とA氏の他人事様の応答、第2回面談では互いの言葉の繰り返し、第3回面談ではBさんの相づちとA氏の丁寧口調がやりとりの特徴として抽出された。面談の進行とともに新しい話題の挿入と話題の改訂がみられ、第3回面談ではA氏の感情を表現する語りが展開されていた。互いの言葉の反復や相づちを媒介にした相互作用へと進展するとともに、ライフストーリーの内容は広さと深さを増していくことが示された。また、繰り返し語られる同一話題を聴き手がその都度受けとめることの重要性が示唆された。

文 献

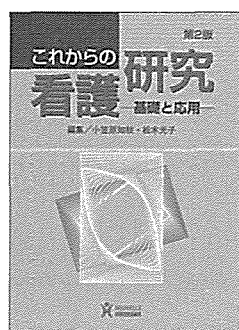
- 1) 原 祥子: 老いを生きる人のライフストーリー—介護老人保健施設利用者における自己の人生の意味づけ—, 老年看護学, 8(2), 35-43, 2004.
- 2) Haight, B. K., Michel, Y. et al.: The extended effects of the life review in nursing home residents, *International Journal of Aging and Human Development*, 50(2), 151-168, 2000.
- 3) 有園博子, 佐藤親次, 他: 高齢者に対するニオイを用いた回想療法の試み, *臨床精神医学*, 27(1), 63-75, 1998.
- 4) Cook, E. A.: Effects of reminiscence on life satisfaction of elderly female nursing home residents, *Health Care for Woman International*, 19, 109-118, 1998.
- 5) Fishman, S.: Relationships among an older adult's life review, ego integrity, and death anxiety, *International Psychogeriatrics*, 4(2), 267-277, 1992.
- 6) Beaton, S. R.: Styles of reminiscence and ego development of older women residing in long-term care settings, *International Journal of Aging and Human Development*, 32(1), 53-63, 1991.
- 7) Cook, E. A.: The effects of reminiscence on psychological measures of ego integrity in elderly nursing home residents, *Archives of Psychiatric Nursing*, 5(5), 292-298, 1991.
- 8) Taft, L. B., Nehrke, M. F.: Reminiscence, life review, and ego integrity in nursing home residents, *International Journal of Aging and Human Development*, 30(3), 189-196, 1990.
- 9) 原 祥子, 小野光美, 他: 介護老人保健施設利用者のライフストーリーをケアスタッフが聴き取ることの意味—ケアスタッフの高齢者およびケアに対する認識の変化に焦点をあてて—, 老年看護学, 11(1), 21-29, 2006.
- 10) 中島紀恵子監修: 老年看護学, 19, 日本看護協会出版会, 東京, 2002.
- 11) 回想法・ライフレビュー研究会編集: 回想法ハンドブック, 2-3, 中央法規, 東京, 2001.
- 12) Atkinson, R.: *The Life Story Interview*, Sage, Thousand Oaks, 1998.
- 13) 桜井 厚: 社会学におけるライフヒストリー研究, *ソーシャルワーク研究*, 18(3), 16-21, 1992.
- 14) Mann, S. J.: Telling a life story: issues for research, *Management Education and Development*, 23(3), 271-280, 1992.
- 15) やまだようこ: 展望 人生を物語ることの意味—なぜライフストーリー研究か?—, *教育心理学年報*, 39, 146-161, 2000.
- 16) やまだようこ: 非構造化インタビューにおける問う技法, *質的心理学研究*, 5, 194-216, 2006.
- 17) 西澤弘行, 宮田Susanne, 他: 「相づち」再考—幼児と痴呆性老人に於ける「相づち行動」についての探索的研究—, *人間科学*, 16(1), 1-16, 1998.
- 18) 小林多寿子: <親密さ>と<深さ>—コミュニケーション論からみたライフヒストリー—, *社会学評論*, 42(4), 419-434, 1992.
- 19) Fukaya, Y., Suzuki, K. et al.: Predictors and correlates of the frequency and the length of verbal communications between nursing staff and elderly residents in geriatric care facilities, *Japan Journal of Nursing Science*, 1, 107-105, 2004.

[平成18年9月29日受 付]
[平成19年3月29日採用決定]

これからの看護研究 —基礎と応用—

第2版

広島国際大学看護学部教授 小笠原知枝
大阪大学名誉教授 松木 光子 編集
大阪大学名誉教授
前日本赤十字北海道看護大学学長



改訂成る!

2007年6月出版

●B5判
●上製
●430 頁
●定価3,990円
(本体3,800円+税)
ISBN 978-4-86174-012-1

看護研究に必要なすべての基礎的知識とその応用として実際の研究例を各章毎に紹介した成書で、これから期待される看護研究の領域についてもわかりやすく述べています。

第2版では、看護研究活動の現状に沿って内容を大幅に見直し、より実際の研究活動に役立つ内容となっています。「第11章 研究における統計的手法：多変量解析」「第21章 海外投稿論文」「第26章 研究助成金の申請」「第27章 看護研究における倫理」を新たな章として加えて、一層内容の充実を図りました。

- 看護研究において必要な知識を基礎編と応用編(第Ⅰ部 実際の研究例、第Ⅱ部 看護研究の展開)にわけて編集。細かい章立てによって、必要事項の検索がしやすくなっています。
- 新たな研究に着手する際にも参考となるよう豊富な例を盛り込みました。

主要目次

基礎編

- 第1章 研究の意味
- 第2章 研究テーマの発見の仕方
- 第3章 研究計画の立て方
- 第4章 実験研究
- 第5章 調査研究
- 第6章 質的研究：事例研究
- 第7章 質的研究：グラウンデッド・セオリー・アプローチ
- 第8章 コンピュータによる文献検索
- 第9章 疫学調査
- 第10章 研究における統計学の基礎知識と検定の方法
- 第11章 研究における統計的手法：多変量解析
- 第12章 パーソナルコンピュータによるデータ分析
- 第13章 論文構成とまとめ方
- 第14章 学会発表の仕方

応用編

【第Ⅰ部 実際の研究例】

- 第15章 調査研究
- 第16章 質的研究：事例研究
- 第17章 実験研究
- 第18章 看護診断の正確性に関する研究
- 第19章 教育評価研究
- 第20章 アクション・リサーチ
- 第21章 海外投稿論文

【第Ⅱ部 看護研究の展開】

- 第22章 看護診断の妥当性に関する研究
- 第23章 縦断的研究
- 第24章 教育評価研究
- 第25章 測定尺度の開発
- 第26章 研究助成金の申請
- 第27章 看護研究における倫理

 NOUVELLE
HIROKAWA

ヌーヴェルヒロカワ

ホームページ <http://www.nouvelle-h.co.jp/>

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

日本看護研究学会 会報

第 73 号

(平成19年 9 月20日発行)

日本看護研究学会事務局

目 次

第34回日本看護研究学会学術集会開催に向けて……………	1
-----------------------------	---

第34回日本看護研究学会学術集会開催に向けて

～看護が紡いでリードする～

第34回日本看護研究学会学術集会

会長 近 田 敬 子

(園田学園女子大学)

第34回日本看護研究学会学術集会を平成20年 8 月20日 (水), 21日 (木) に兵庫県神戸市で開催させていただくことになりました。

近畿・北陸地区での学術集会は平成15年の大阪府大阪市以来で、兵庫県では初めての開催になります。会員みなさまのご期待に沿えるよう、企画・運営委員一同、準備を進めているところでございます。

第34回学術集会のメインテーマは「看護が紡ぐ将来のヘルスとケア」といたしました。近年の少子高齢化により、保健・医療・福祉全般の仕組みは変革を余儀なく迫られています。医療制度改革では、①安心・信頼の医療の確保と予防の重視、②医療費適正化の総合的な推進、③超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現の3つを基本的な考え方として改革を進めています。改革実現には、患者や家族の視点に立った情報提供による適切なサービス選択の支援から、連携の推進による切れ目のないサービスの提供、そして在宅ケアの充実による患者や家族の生活の質 (QOL) の向上という流れの充実と、疾病予防一特に生活習慣病対策の推進が重要で、医療費の伸びも抑制されるという考え方です。

この中でキーワードになるのは“連携”と考えます。病棟から地域連携室、外来といった院内における連携、また施設・在宅間の連携、地域内での連携というように、さまざまな職種やサービス、またさまざまな形での連携が確かなものになって、はじめて安心・信頼の医療・保健が保障されと考えます。

その連携は、「ケアリング」と予防・健康増進に向けた「ヘルス」が有機的に繋がっていることが大切であり、連携の担い手として看護の役割はとても重要であると考えます。今回の学術集会では、これからの医療・保健の安心と信頼の保障に向けて、サービスの紡ぎ手である看護の役割～看護だからこそできることを見出していきたいと思います。

メインテーマに基づいて、招聘講演、特別講演、シンポジウム、ワークショップ等を企画しております。

さらに、会員みなさまの日頃の研究成果や実践報告のために、口演および示説発表を企画しておりますので、奮ってご応募ください。

会場は、みなとまち神戸を代表するポートアイランドといたしました。港、異人館、旧居留地、南京町、有馬温泉、夜景…と、震災から12年を経て力強く再生した神戸のまちをご堪能ください。そして、これからの看護について熱く語り合いましょう。みなさまのご参加をこころよりお待ちしております。

日本看護研究学会
北海道地方会 平成19年度 特別講演会

テーマ：看護に必要な食行動のアセスメント
～メタボリック症候群と低栄養から考える～

日 時：2007年10月7日（日） 10：00～12：30

場 所：天使大学 7406講義室
札幌市東区北13条東3丁目

講演Ⅰ 10：00～11：15

「メタボリック症候群の予防と改善に向けたアセスメントの視点」

講師：天使大学大学院 看護栄養学研究科教授

伊藤 和枝先生

講演Ⅱ 11：20～12：30

「低栄養者に対するNSTの活動内容と看護者の役割」

講師：天使病院 内藤 京子課長

参加費：会 員 1,000円

非会員 1,500円

下記E-mailまたはFAXにて10月3日までに事前申し込みをお願い致します。

お名前、会員・非会員の別をお知らせ下さい。参加費は当日受付にてお支払い下さい。

<申し込み・お問い合わせ先>

北海道地方会事務局 鈴木 美和

E-mail：m-suzuki@tenshi.ac.jp

TEL：011-741-1051（代表）

FAX：011-741-1077

日本看護研究学会

第12回 九州・沖縄地方会学術集会のご案内

テーマ：島嶼^{とうしょ}看護への道^{みち}を拓く

第12回日本看護研究学会九州・沖縄地方会学術集会を沖縄県で開催することになり、現在、準備を進めております。

超高齢社会に突入し、多数の離島を抱える島嶼地域における高齢者の終末期支援が大きな課題となっています。社会資源の乏しい離島における高齢者の終末の現実を踏まえながら、訪問看護・在宅医療の連携ネットワークによる支援や、ホスピスケア・レスパイトを柔軟に取り入れた終末期介護のサポートなど、看護職が島嶼地域において高齢者の終末期をどのように支えられるか、参加者と一緒に考えていきたいと思っております。多数の一般演題へのご応募とご参加を心からお待ち申し上げます。

日本看護研究学会第12回九州・沖縄地方会 学術集会会長 宇座 美代子

会 期：平成19年11月10日（土） 9：00～17：00

会 場：琉球大学医学部上原キャンパス（臨床講義棟・保健学科棟・がじゅまる会館）
沖縄県西原町字上原207 琉球大学医学部上原キャンパス

プログラム

9：00	受 付
9：25	開 会
9：30	学術集会長挨拶
9：45	シンポジウム ～高齢者の終末期をどう支えるか～ 渡 口 義 正 氏（特別養護老人ホームあぐに 所長） 与那覇 シ ゲ 氏（訪問看護ステーションみやこ 看護師） 照 屋 愛 氏（介護サービスセンター 看護師） 天 願 勇 氏（統合医療センタークリニックぎのわん 医師）
11：45	総 会
12：15	昼 食
13：30	研究発表（口演・ポスター）
16：15	懇親会

演題申し込み・抄録原稿締め切り日：平成19年7月17日（火）抄録原稿受付は終了しました。

参加登録申し込み締め切り日：平成19年10月19日（金）必着

参加費・振込先

会員	3,500円	郵便振替
非会員	4,000円	口座番号 01710-3-96879
学生・大学院	1,000円	口座名 12回日本看護研究学会九州地方会学術集会
懇親会費	3,000円	

●問い合わせ・応募先

〒903-0215 沖縄県西原町字上原207 琉球大学医学部保健学科地域看護学分野

日本看護研究学会第12回九州・沖縄地方会学術集会事務局（担当：小笹美子）

TEL 098-895-3331（内線2650） FAX 098-895-1432

日本看護研究学会 東海地方会 第1回セミナー開催のお知らせ

テーマ：「リンパ浮腫の病態と保存的リンパ浮腫療法の実践」 ーリンパ浮腫マッサージとバンテージを覚えよう！ー

乳がん（上肢リンパ浮腫）や子宮がん（下肢リンパ浮腫）における効果的な治療により長期生存症例が多くなってきましたが、一方では、リンパ浮腫を発症する患者が多くいます。しかし、日本におけるリンパ浮腫マッサージ法やバンテージ療法の普及はまだ不十分です。乳がんや子宮がん等の手術治療を行った各施設において、患者のQOL向上のためには、早期のリンパ浮腫に対するケアをすすめ、重症化させない取り組みが必要です。

リンパ浮腫の知識やケア技術を修得し、早期のリンパ浮腫に対する患者自身によるセルフケアを支援しましょう。

皆様の参加をこころよりお待ちしております。

日本看護研究学会東海地方会第1回セミナー企画者 天 野 瑞 枝

★日 時：平成20年1月19日（土）10：30～16：30

★場 所：藤田保健衛生大学 衛生学部 教室

〒470-1192 愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪1-98

★プログラム

○10：30～11：20 講演1 リンパ浮腫の病態と保存的リンパ浮腫療法

佐藤佳代子 先生

○11：20～12：00 講演2 看護師が行うリンパ浮腫ケア

作田 裕美 先生

○13：00～16：30 実技1 医療徒手リンパドレナージ療法

（右上肢リンパ浮腫の場合、左下肢リンパ浮腫の場合）

実技2 バンテージ療法

○実技指導者：佐藤佳代子 先生（学校法人後藤学園附属医療施設 リンパ浮腫治療室 室長）

作田 裕美 先生（滋賀医科大学医学部看護学科基礎看護学講座 准教授）

則竹 雅代 先生（鍼・灸／マッサージ師／セラピスト）

宇野 千春 先生（真泉会 第一病院 むくみ治療室／セラピスト）

牛山 浅美 先生（フジ虎ノ門整形外科病院 看護師／セラピスト）

◆参 加 費：無 料

◆参加申し込み：FAXあるいはEmailにて、氏名、所属、連絡先（FAX Email等）を記入の上お申し込みください。折り返し参加の可否についてご連絡致します。

（参加人数は約60名を予定しており、先着順にて締め切らせて頂きます）

◆問い合わせ先

〒470-1192 愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪1-98

藤田保健衛生大学衛生学部衛生看護学科 老年看護学 天野 瑞枝

TEL & FAX 0562-93-9421 メール：amano@fujita-hu.ac.jp

日本看護研究学会

第21回 中国・四国地方会学術集会のご案内

テーマ：臨床における研究と基礎研究との融合

この度、中国・四国地方会第21回学術集会を下記のように開催することになりましたのでご案内申し上げます。昨今は医療施設や地域、教育・研究施設において、看護研究は盛んに行われています。看護研究の成果が看護の受け手と看護の実践家にとって、実践を支える知識や技術の蓄積になる必要があります。しかし、現在行われている研究を顧みると、看護実践や理論構築に寄与するアウトカムになり得ているだろうかと思慮することは少なからずあります。実践現場との乖離、各研究手法間の乖離を乗り越えて、真のニーズにかなった研究に近づきたいと思ひます。そこで「臨床における研究と基礎研究との融合」をテーマに学術集会を計画しました。特別講演とシンポジウムは新たな「構造構成主義」が看護にどのように取り込めるか、可能性と期待をもって企画しました。岡山県立大学は古代吉備文化の故郷、総社にあります。総社市は岡山、倉敷に隣接した自然豊かなところす。学術集会開催の頃、キャンパスには雲雀や鶯が鳴いているかと思ひます。そんな春の一日を、知的な刺激をしあえる一日にして頂きたくご案内致します。

第21回学術集会実行委員長 村 上 生 美

◆日 時：平成20年3月2日（日）

◆会 場：岡山県立大学 岡山県総社市窪木111（JR吉備線、服部駅下車、徒歩5分）

◆プログラム：

○一般演題（口演・示説）

○特別講演：「構造構成主義」とは何か

西條 剛央（日本学術振興会）

○シンポジウム：看護における「構造構成主義」の可能性

野島 良子（日本看護研究学会）

高木 廣文（東邦大学医学部看護学科）

西條 剛央（日本学術振興会）

○特別セミナー テーマ：「ともに考えよう！看護研究」（ニーズ別に2コース開催）

◆演題募集：9月中旬～10月15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 申し込み要綱を中国・四国地方会会員全員に事前に送付します。

会員以外の方は、事務局までお問い合わせください。

◆参加申し込み：参加費 会員 4,000円 非会員 5,000円

郵便振込 口座番号：01310-1-45237 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：岡山県立大学保健福祉学部看護学科

日本看護研究学会中国・四国地方会第21回学術集会事務局

〒719-1197 岡山県総社市窪木111

Tel & Fax：0866-94-2167または0866-94-2182

E-mail：chushi21@fhw.oka-pu.ac.jp URL：http://www.oka-pu.ac.jp/

日本看護研究学会

第12回 東海地方会学術集会のお知らせ

テーマ：看護研究のあり方，すすめ方

看護研究をもっと身近に!!

看護研究はより良い看護実践を遂行する上で欠かせないものであり、必須条件です。しかし、現実には看護研究には興味があるものの、どのように取り組んだらいいのかわからない、あるいは手法がマスターしきれないなどの理由で悩んでいる方も少なくありません。本学術集会のテーマは、そんな方々のために少しでも力になればという思いから企画致しました。

もう一度看護研究の基本を学ぶことで、研究手法を理解できます。そして研究成果を、看護実践へ繋げましょう!

皆様のご参加を心よりお待ちしております。

第12回日本看護研究学会東海地方会学術集会大会長 藤 井 徹 也

★日 時：2008年3月15日（土） 9：30～17：00

★場 所：ミッドランドスクエア5F：ミッドランドホール

〒450-6205 名古屋市中村区名駅4丁目7番1号（名古屋駅と直結）

★プログラム

○基調講演

看護研究のテーマをどのように絞り込むのか

ー研究テーマの絞り込みで陥りやすい問題を知るー 黒田 裕子（北里大学看護学部）

○ワークショップ

- ・研究の倫理とは 太田 勝正（名古屋大学医学部保健学科）
- ・量的デザインの研究の基本 中山 和弘（聖路加看護大学）
- ・質的デザインの研究の基本 国府 浩子（名古屋大学医学部保健学科）
- ・臨床看護師と教員との連携 山口 桂子（愛知県立看護大学）

○一般演題（口演のみ）

★参加費 会員 3,000円 非会員 3,500円

郵便振込 口座番号 00860-5-57417

加入者名 日本看護研究学会東海地方会事務局

*会員の方は、通信欄に会員番号をご記入下さい。

★演題及び参加申し込み：9月以降に発行予定の東海地方会ニューズレターをご参照下さい。

「演題申込書」に関する詳細な内容は、日本看護研究学会ホームページの東海地方会のページにも掲載致します。また、「演題申込書」等も、ホームページよりダウンロードできるよう準備しております。

お問い合わせ先

第12回日本看護研究学会東海地方会学術集会 事務局

〒467-8601 名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄1 名古屋市立大学看護学部

TEL & FAX 052-853-8046 メール：akiko@med.nagoya-cu.ac.jp

担当：大川 明子

■ 日本学術会議会長コメント

— 長期戦略指針「イノベーション25」のとりまとめにあたって —

本日、イノベーション25戦略会議において、長期戦略指針「イノベーション25」がとりまとめられました。この指針には、日本学術会議が本年1月に公表した報告「科学者コミュニティが描く未来の社会」などの知見が反映されており、日本学術会議としても大きな貢献ができたと考えております。

地球は空間的・物質的に限りがあるがゆえに、現代社会においては環境問題、資源問題などが顕在化しており、持続可能な開発をいかに維持していくのかが人類社会の共通の課題となっています。また、国内を見れば、人口減少や高齢化の進展、硬直した社会制度など、従来と同じような考え方や取組みでは解決が難しい課題が山積しています。

これらを乗り越えて、国民一人ひとりが健全で幸福な生活を送りつつ、将来世代に過大な負担を転嫁しないためには、イノベーションが重要な鍵となります。また、イノベーションを通じて地球規模の課題の解決に取り組んでいくことこそ、これからのわが国の国際社会における最も重要な貢献の一つとなるものです。

イノベーションとは、単に技術革新にとどまらず、新たな考え方によって社会に大きな創造的変革を起こすことです。既存の概念を打ち破ろうとするとき、信頼できる科学的根拠を国民に示していくことが大きな推進力となります。

このため、イノベーションを誘発する社会・経済制度に関する研究を進めることはもとより、イノベーションを進めようとする国民の意志を支えるための科学的な事実や選択肢を示していくことが、科学者コミュニティには求められています。

全ての分野の科学者におかれましては、これらに留意して、創造性に富みかつ信頼できる先端的な知を創出し、これを社会に示していくよう努めていただきたいと思います。日本学術会議としても、「科学技術イノベーション 力強化分科会（委員長：北澤宏一）」などにおいて、引き続きイノベーションとの取り組みをしっかりと進めてまいります。

平成19年5月25日

日本学術会議会長

金澤 一郎

■ 答申「地球規模の自然災害の増大に対する安全・安心社会の構築」の公表（報告）

国土交通大臣からの諮問を受け、課題別委員会において上記答申をとりまとめ、5月30日に、金澤会長より国土交通大臣に手交しました。

また、課題別委員会における審議結果をとりまとめた対外報告も併せて発表しております。

○答申「地球規模の自然災害の増大に対する安全・安心社会の構築」

(平成19年5月30日、地球規模の自然災害に対して安全・安心な社会基盤の構築委員会)

答申全文は、日本学術会議HPの以下のURLで御覧いただけます。

http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/data_20_4.html

○対外報告「地球規模の自然災害の増大に対する安全・安心社会の構築」

(平成19年5月30日、地球規模の自然災害に対して安全・安心な社会基盤の構築委員会)

報告全文は、日本学術会議HPの以下のURLで御覧いただけます。

<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t38-3.pdf>

【問い合わせ先】

日本学術会議事務局参事官(審議第二担当)付

Tel : 03-3403-1056 FAX : 03-3403-1640 E-mail : s254@scj.go.jp

■ 第7回アジア学術会議 (7th Science Council of Asia: SCA)について

中国、インドネシア、日本、韓国、マレーシア、フィリピン、シンガポール、タイ、ベトナムの9か国のSCAメンバー機関代表者及び科学者を交えて、6月14日～16日に沖縄にて第7回アジア学術会議を開催しました。エネルギーと環境をメインテーマとして、様々な議論が行われ、共同声明「エネルギーと環境」及び「今後のSCA」が採択されました。次回は2008年6月に青島(中国)で開催される予定です。

共同声明等については、以下のURLを御覧ください。

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

【問い合わせ先】

日本学術会議事務局参事官(国際業務担当) 付

Tel : 03-3403-1949 Fax : 03-3403-1755 E-mail : i253@scj.

※第7回アジア学術会議については、9月号で特集を組む予定です。

●ホームページの「ニュース・メール」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、E-mail : 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。

■ Dr. John Campbell | AC事務局長の表敬訪問

7月6日、インターアカデミーカウンシル（IAC）Dr. John Campbell 事務局長が日本学術会議会長を表敬及び意見交換のために訪問しました。Campbell事務局長からは、IACのエネルギーに関するスタディパネルの活動やIACの新しいプロジェクトについて報告があり、また、日本学術会議との連携をさらに強めていきたいとの発言がありました。

金澤会長からは賛意が示されるとともに、日本学術会議におけるG8サミットにむけた各国学術会議の共同声明及び6月に沖縄で開催された第7回アジア学術会議について説明しました。

そのほか、今後の相互の交流、情報交換等を含め、活発な議論が行われました。

■ 中国科学院代表団の表敬訪問

7月12日、中国科学院 路甬祥（LU Yongxiang）院長を代表とする中国科学院代表団が日本学術会議会長を表敬及び意見交換のために訪問しました。路院長から、日本と中国の科学者による研究の交流を拡大したいとの発言がありました。

金澤会長からは、日本学術会議におけるイノベーション推進検討委員会の報告書及び政府の「イノベーション25」について説明したほか、来年のG8アカデミー会合への協力を依頼しました。土居副会長からアジア学術会議（事務局：日本学術会議）の第8回会合（中国・青島）に中国科学院を招待するとの発言がありました。

そのほか今後の相互の交流、情報交換等を含め、活発な議論が行われました。

■ 学術と政策に関する意見交換会（第4回）

日時：7月17日（火）17:00～18:00

場所：日本学術会議 2階 大会議室

この意見交換会は、日本学術会議と各府省との建設的な関係の構築を図るため、開催しているものです。第4回目となる今回は、「水・食糧と持続可能な社会委員会」を立ち上げたこと、また、6月に開催された第7回アジア学術会議において、アジア・太平洋地域で特に深刻なエネルギーと環境の問題に貢献すべく取組みを進めることを宣言する共同声明が採択されたことを受け、日本学術会議として、地球規模の問題について取り組むに当たり、各府省と相互の情報共有を進めていくことを目的に、開催しました。

日本学術会議からは、金澤一郎会長、鈴木興太郎副会長、土居範久副会長、唐木英明第二部部长、海部宣男第三部部长が、各府省からは、内閣府の丸山政策統括官をはじめ、総務省、財務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省、環境省、防衛省より局長級の方々が出席し、活発な意見交換が

行われました。

会長からは、環境・水などの問題については戦略的な国際協力が重要との考えに基づいて、研究協力等を推進することが必要との認識が政府内で広がっていることから、日本学術会議としては、科学アカデミーの立場から貢献していきたいという考えを示しました。

各府省からは、来年の G 8 北海道洞爺湖サミットや地球規模の課題への対応に関する取組について紹介があり、日本学術会議とも連携を取りつつ、戦略を立てていきたいという旨の発言がありました。

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、E-mail : 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。

学術会議叢書 7	
先端科学技術 と法 — 進歩・安全・権利	
	
科学技術の進歩と 人間の安全と権利を守る法の調和。 法学、政治学などわが国を代表する 各分野の専門家たちが提言。	
A5判、148頁 定価：1,890円	
編集協力 …… 日本学術会議事務局 編集・発行 …… 財団法人日本学術協力財団 制作・販売 …… 株式会社ビュープロ	【お問い合わせ・お申し込み先】 財団法人 日本学術協力財団 〒106-0031 東京都港区西麻布3-24-20 電話：03 (5410) 0242 FAX：03(5410)1822

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）に必要な事項を記入の上、本文、図表、写真等、を綴じたオリジナル原稿、およびオリジナル原稿のコピー3部（査読用なので、著者が特定できる部分（謝辞などを削除したもの））を添えて下記に送付する。

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

日本看護研究学会 編集委員会 委員長 川口 孝泰 宛

（封筒の表には、「日看研誌原稿」と朱書し、書留郵便で郵送すること。）

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

4. 原稿の受付

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

5. 投稿の採否

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

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

なお原稿は原則として返却しない。

なお原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

	原著論文	研究報告	技術・実践報告	総 説	資料・その他
独 創 性	○	○	○		
萌 芽 性		○	○		
発 展 性		○	○	○	
技 術 的 有 用 性			○	○	
学術的価値性・有用性	○	○		○	
信 頼 性	○			○	
完 成 度	○				

〔凡例〕○：評価の対象とする，空欄：評価するが過度に重視しない。

6. 原稿の校正

校正にあたり，初校は著者が，2校以後は著者校正に基づいて編集委員会が行う。

なお校正の際の加筆は一切認めない。

7. 原稿掲載料・別刷料

原稿が刷り上がりで，10頁以下（800字詰原稿用紙30枚（図表含む））の場合は，掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は，所定の料金を徴収する。超過料金は，刷り上がり超過分1頁につき実費とする。

図表は，A4判用紙にトレースした原図を添える事。印刷業者でトレースが必要になった時はその実費を徴収する。

別刷については，印刷ファイル（pdf）の形で無料で配布する。刷紙媒体に必要な著者は，直接印刷業者に依頼すること。刷紙体は有料で，料金は，30円×刷り上がり頁数×部数（50部を単位とする）。ただし本会より執筆を依頼したものについてはこの限りではない。

8. 著作権

会員の権利保護のために，掲載された原稿の著作権は本会に属するものとする。他者の著作権に帰属する資料を引用するときは，著者がその許可申請手続きを行なう。

9. 原稿執筆要項

別に定める。

この規程は，昭和59年12月1日より発効する。

付 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 4) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 5) 平成16年7月28日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。

原稿執筆要項

1. 原稿の書き方

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

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

①雑誌の場合：

番号) 著者名：表題、雑誌名、巻(号)、始ページ-終ページ、発行年（西暦）

－例－

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

②書籍の場合：

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

－例－

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

③編集者の場合：

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

－例－

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

④電子文献の場合：

番号) 著者：タイトル、入手日、アドレス

－例－

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

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

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

2. 原稿用紙および原稿の長さ

800字詰め原稿用紙3枚が刷り上がり1ページに相当する。刷り上がりが下記のページ数を超過しないように配慮すること。ただし、表題、図表等の一切を含むものとする。図表を仕上がり寸法（原版の2/3で大まかに見積る）で、A4サイズの用紙に配置した場合に必要なページ数を下記のページ数から差し引いたページ数に、2400文字を乗じた数が本文及び引用文献に使用できる文字数になる。

- | | |
|-------------|-------|
| (1) 原著論文 | 10ページ |
| (2) 研究報告 | 10ページ |
| (3) 技術・実践報告 | 7ページ |
| (4) 総説 | 7ページ |

3. 原稿の電子媒体での提出

原則として、原稿の内容を電子媒体（フロッピーディスク、MO、CDの、いずれか）で提出する。ラベルには著者、表題、使用機種、使用ソフトウェアを明記すること。

この要項は、昭和59年12月1日より発効する。

付 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成10年7月30日 一部改正実施する。
- 4) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 5) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。

事務局便り

1 平成19年度会費のご案内について

4月20日、6月20日、今回9月20日付けにてご案内いたしておりますが、平成19年度会費をまだお納めいただいていない方は、お早めに同封の振込用紙または、下記の口座あてにお振込下さい。学会誌は平成19年度会費が未納でも、平成19年3月31日までに平成19年度からの「退会」申し出のない会員の方には、平成19年度発行雑誌30巻1号から本日お送りしました、4号までを送付いたしております。

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

会員には同姓・同名の方がおりますので、お振込の際、必ず会員番号をご記入下さい。

ATMによるお振込の場合、お名前、ご連絡先の記述がない場合があります。

必ずご記入の上、お振込下さいますようお願いいたします。

会員番号は、雑誌送付封筒のラベルに明記してあります。

2 送付先変更の場合、本誌巻末の「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、フリガナを付記の上、FAX(043-221-2332)またはメール(info@jsnr.jp)でお知らせ下さい。

3 学会誌30巻2・3号を送付後に下記の方が送付先不明で戻ってきました。ご存知の方は、ご本人、または事務局までご連絡下さいますようお願いいたします。

し0270 下村 明子(2007)

く0271 久下久美子 た0149 田中 道子 な0537 鳴瀧 優(2006)

い0692 岩野賀代子(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

日本看護研究学会雑誌

第30巻 4号

会員無料配布

平成19年9月20日 印刷

平成19年9月20日 発行

編集委員

委員長 川口 孝泰(理事) 筑波大学大学院人間総合科学研究科

委員 川西千恵美(理事) 徳島大学医学部保健学科

山勢 博彰(理事) 山口大学医学系研究科

平元 泉(評議員) 秋田大学医学部保健学科

森 千鶴(評議員) 筑波大学大学院人間総合科学研究科

佐々木綾子(会員) 福井大学医学部看護学科

多田 敏子(会員) 徳島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

入会を申し込まれる際は、以下の事項にご留意下さい。（ホームページ上において入会申込書を作成し、仮登録することができます。この手続きにより入会登録を迅速に処理することができますのでできるだけそちらをご利用下さい。）

1. 大学、短期大学、専修学校在学中の学生は入会できません。なお、前述の身分に該当する方で、学術集会への演題申込みのためにあらかじめ発表年度からの入会を希望される場合は、発表年度にはこれに該当しないことを入会申込書欄外に明記して下さい。

2. 入会を申し込まれる場合は、評議員の推薦、署名、捺印、入会申込み本人氏名、捺印が必要です。下記入会申込書の各欄に必要な事項を楷書でご記入下さい。ご本人の捺印のない場合があります。ご注意下さい。

3. 入会申込書の送付先：〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10
日本看護研究学会

4. 理事会承認後、その旨通知する際に入会金3,000円、年会費7,000円、合計10,000円の郵便振込用紙を送付します。振込用紙到着後14日（2週間）以内にお振込み下さい。
5. 専門区分の記入について：専門区分のいずれかに○印を付けて下さい。尚、その他の場合は、（ ）内に専門の研究分野を記入して下さい。

6. 送付先について：送付先住所の自宅・所属いずれかに○印をご記入下さい。

7. 地区の指定について：勤務先と、自宅住所の地区が異なる場合、希望する地区に○印を付けて地区登録して下さい。尚、地区の指定がない時は、勤務先の地区への登録とさせていただきます。

8. 会員番号は、会費等の納入を確認ののち、お知らせいたします。
- *個人情報の管理について

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

-----（切り取り線より切ってお出してください）-----

入 会 申 込 書

日本看護研究学会理事長 殿

申込年月日 年 月 日

貴会の趣旨に賛同し会員として西暦 年度より入会を申し込みます。（入会年度は、必ずご記入下さい。）

フリガナ			専門区分	看護学・医学・その他（ ）	
氏 名	印		生 年	西暦 年 月	性別 男 ・ 女
所 属	TEL FAX		地 区 割		
送 付 先 住 所	自宅・所属 (いずれかに○)	〒	地 区 名 都 道 府 県 名		
E - m a i l			1	北 海 道	北海道
自 宅	TEL	FAX	2	東 北	青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島
評 議 員 推 薦 者 氏 名	印 会員番号		3	関 東	千葉、茨城、栃木、群馬、新潟
推 薦 者 所 属			4	東 京	東京、埼玉、山梨、長野
事 務 局 記 入 欄	理事会承認年月日		5	東 海	神奈川、岐阜、静岡、愛知、三重
	受付番号	年度入会会員番号	6	近畿・北陸	滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山、福井、富山、石川
	受 付 日	巻 号～	7	中国・四国	鳥根、鳥取、岡山、広島、山口、徳島、香川、愛媛、高知
	通知番号	送 付 日	8	九 州	福岡、佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島、沖縄

変 更 届

日本看護研究学会事務局 宛（FAX 043-221-2332）

下記の通り変更がありましたので、お届けいたします。

年 月 日

会員番号 _____

フリガナ _____

氏 名 _____

変更する項目にご記入ください。

自宅住所の変更

〒 _____

電話及びFAX

TEL _____ FAX _____

勤務先の変更

所 属 名：

所属住所

〒 _____

電話及びFAX

TEL _____ FAX _____

氏名の変更

送付先について、どちらかに○をご記入の上、ご指定ください。

勤務先（ ） 自 宅（ ）

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、本会の運営目的のみに使用いたしております。

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

医歯薬出版の「新刊 好評書」ご案内

◇継続教育の蓄積を通した看護診断および看護倫理の活用の拡がりを紹介！

専門職としてのナースを育てる

看護継続教育

看護診断の臨床活用

田中彰子，菊一好子，前川恭子／編著

B5判 184頁 定価3,570円(税込)

ISBN978-4-263-23487-7

◇看護の実践知を明らかにする解釈的現象学の理論と実際を詳解！

ベナー 解釈的現象学

健康と病気における身体性・ケアリング・倫理

相良ローゼンマイヤー みはる／訳者代表

B5判 384頁 定価4,620円(税込)

ISBN978-4-263-23477-4

◇実践に即した質の高い研究と論文作成に欠かせない手引き書！

よくわかる

質的研究の進め方・まとめ方

エキスパートをめざして

横山美江／編

B5判 192頁 定価3,360円(税込)

ISBN978-4-263-23458-7

◇「よくわかる質的研究の進め方・まとめ方—エキスパートをめざして」の姉妹書！

よくわかる

質的研究の進め方・まとめ方

看護研究のエキスパートをめざして

グレッグ美鈴，麻原きよみ，横山美江／編

B5判 186頁 定価3,360円(税込)

ISBN978-4-263-23488-4

◇情報の収集から「活用」という点を重視した，実践的内容！

エッセンシャル

看護情報学

太田勝正，前田樹海／編著

B5判 220頁 定価2,730円(税込)

ISBN978-4-263-23483-9

◇対人関係の壁にぶつかったとき，どう解決するかヒントを凝縮した1冊！

ヘルス・ワーカーのための

こころのエネルギーを高める 対人関係情動論

“わかる”から“できる”へ

五十嵐透子／著

B5判 178頁 定価2,940円(税込)

ISBN978-4-263-23493-8

◇コミュニケーションの基本的知識をその根拠も含めて理解し，より実践につなげるために不可欠な書！

自分を見つめる

カウンセリング・マインド

ヘルスケア・ワークの基本と展開

五十嵐透子／著

B5判 152頁 定価2,940円(税込)

ISBN978-4-263-23423-5

◇“こころ”と“からだ”のセルフ・コントロールを望むすべての人々に贈る行動療法の入門書！

リラクゼーション法の 理論と実際

ヘルスケア・ワーカーのための行動療法入門

五十嵐透子／著

B5判 178頁 定価2,730円(税込)

ISBN978-4-263-23331-3

●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

2007年8月作成.15

