

JOURNAL OF JAPANESE SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 30 Number 5 December 2007 ISSN 0285-9262

日本看護研究学会雑誌

[30巻 5号]

質的研究のプロセスをオーバービュー、「要所」でつまづかないために

質的研究実践ノート

研究プロセスを進める clue とポイント

新刊

萱間 真美

看護実践やさらなる研究の深化に資する成果を得るために、質的研究プロセスの各段階において何を考慮すべきか、自身の研究例を紹介しながら具体的に解説。質的研究およびその成果を踏まえた量的研究に多く取り組んできた著者の経験に基づいた「ポイント」や「実践への clue」だけでなく、「質か量か」の二項対立でないコラボレーション(協働)の実際を提示してその方向性を指し示す。

目次



●B5 頁104 2007年
定価2,310円
(本体2,200円+税5%)
[ISBN978-4-260-00464-0]

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。

第1章 質的データを用いた研究のステップ

質的データにできること
質的データを用いた研究に求められること
研究のステップと本書がめざすもの

第2章 研究テーマの絞り込み

学位論文、主任研究者として研究テーマを絞り込む
プロジェクト研究にメンバーとして参加する場合

第3章 質的データの集め方

インタビュー法
参加観察
アンケートの自由記載

第4章 質的データの分析

コーディングとは
研究目的に応じた分析の視点の違い
コーディングの実際
現象の核心を見出す

第5章 質的データを用いた論文のまとめ方

論文執筆をどう捉えるか
研究の背景の示し方
文献検討の示し方
研究方法論の示し方
結果の示し方

第6章 質的研究結果のプレゼンテーション

研究方法論の示し方
研究結果のプレゼンテーション

第7章 質的データ分析のスーパービジョン

質的データ分析におけるスーパービジョンのステップ
質的データ分析におけるスーパービジョンのポイント

第8章 質的データと量的データのコラボレーション

トライアングレーションによる論文の執筆
質的データを量的データで補う場合
尺度開発研究における質的研究結果の活用



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)

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。(第2■公告)

平成19年12月20日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

日本看護研究学会奨学会規程

第1条 (名 称)

本会を日本看護研究学会奨学会（研究奨学会と略す）とする。

第2条 (目 的)

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

第3条 (資 金)

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

第4条 (対 象)

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

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

第5条 (義 務)

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

第6条 (罰 金)

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

第7条 (委員会)

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

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

第8条

委員会より報告を受けた事項は、日本看護研究学会理事長が総会に報告する。

第9条

奨学金を授与する者の募集規程は、委員会において別に定め、会員に公告する。

第10条

本規程は昭和54年9月24日より発効する。

付 則

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

日本看護研究学会奨学会 平成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 (2)

第34回日本看護研究学会学術集会を下記のように開催いたします。(第2回公告)

平成19年12月20日

第34回日本看護研究学会学術集会
会 長 近 田 敬 子

記

第34回日本看護研究学会学術集会

メインテーマ 「看護が紡ぐ将来のヘルスとケア」

会 場：神戸ポートピアホール，神戸国際会議場

期 日：平成20年8月20日（水），21日（木）

会長講演：「共同体の構築と看護 ～まちの保健室を支えて10年～」

近田 敬子（園田学園女子大学人間健康学部人間看護学科教授）

座長：石井 トク（日本赤十字北海道看護大学看護学部教授）

招聘講演：「将来のヘルスとケアに向けて，いかにコンピテンシィを紡ぐか

～大学，病院，地域のパートナーシップから～」

Noel J. Christman（ワシントン大学看護学部教授）

座長：麻原きよみ（聖路加看護大学教授）

特別講演：「コウノトリの野生復帰事業」

増井 光子（兵庫県立コウノトリの郷公園園長・よこはま動物園ズーラシア園長）

座長：宮島 朝子（京都大学大学院医学研究科教授）

シンポジウムⅠ：「紡ぐべき地域・家族において看護に求められる課題」

シンポジスト：大川 匡子（滋賀医科大学医学部医学科睡眠学講座特任教授）

岩尾 貢（龍谷大学社会学部地域福祉学科教授，「サンライフたきの里」施設長）

熊谷 博臣（ALS患者遺族）

座長：西田 直子（京都府立医科大学医学部看護学科教授）

瀧川 薫（滋賀医科大学医学部看護学科教授）

シンポジウムⅡ：「看護がリードするこれからの保健医療のあり方」

シンポジスト：上原 恵美（丹波市保健センター保健師）

惣万佳世子 (NPO法人「ディサービスこのゆびと〜まれ」理事長)
小原真理子 (日本赤十字看護大学看護学部教授)
座長：大野かおり (園田学園女子大学人間健康学部人間看護学科教授)
叶谷 由佳 (山形大学医学部看護学科教授)

トークセッション：「ジェネラリスト・スペシャリストをいかに紡ぐか？」

メンバー：米田 昭子 (平塚共済病院療養指導室長, 慢性疾患看護専門看護師)
西 真由美 (公立学校共済組合近畿中央病院, 感染管理認定看護師)
箕浦 洋子 (兵庫県立子ども病院次長, 兵庫県病院局兼務)
指定発言：ステイブン橋本次郎 (バンクーバー・コースタル保健局,
ファミリーナースプラクティショナー)

ファシリテーター：田村 恵子 (淀川キリスト教病院ホスピス主任看護課長, がん看護専門看護師)

懇 親 会

日 時：平成20年8月20日 (水) 18:00~19:30
会 場：神戸ポートピアホテル 借楽の間
会 費：6,000円

【参加費】

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

*事前登録は平成20年6月30日までの登録

*大学院生は会員または非会員のいずれかでお申し込みください。

<事前参加登録方法>

ホームページよりご登録いただき, 平成19年12月20日発行の第30巻5号に同封の振込用紙にて参加費をお振込みください。

振込先は「第34回日本看護研究学会学術集会 00970-2-85796」です。

【第34回学術集会事務局】

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
TEL: 06-6429-9343 (大野)
FAX: 06-6429-9920

E-mail : jsnr34@sonoda-u.ac.jp

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

運営事務局 (学術集会参加申し込み等)

〒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クエージ

TEL : 06-6377-2188

FAX : 06-6377-2075

E-mail : jsnr34@secretariat.ne.jp

(学会前日)

プレカンファレンスセミナー:「みんなで解決! 研究の質を高めるちょっとしたコツ・テクニク」

テーマ1:「研究助成獲得(意義ある研究)のための申請書(研究計画書)の書き方」

坂下 玲子(兵庫県立大学看護学部教授)

テーマ2:「アクセプトされるための論文の書き方」

川口 孝泰(筑波大学大学院人間総合科学研究科教授)

日 時:平成20年8月19日(火)14:30~17:00(受付は13:30から)

会 場:神戸国際会議場 5階 501, 502

募集人数:各テーマとも200名(先着順)

会 費:学術集会とは別に5,000円

申し込み方法

申し込みは、ホームページにてご登録ください。

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

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

* 申し込み締め切りは平成20年6月30日です。

<振込先>

郵便振替「第34回日本看護研究学会学術集会 00970-2-85796」

振込金額 5,000円

通信欄に下記の内容を必ずご記入ください。

①氏名, 所属, 本学会の会員・非会員の別

②参加登録ID(参加申し込み後, 自動返信メールに記載されています)

第34回日本看護研究学会学術集会一般演題および交流集会募集

第34回日本看護研究学会学術集会の一般演題および交流集会を下記の要領により募集いたします。開催地は兵庫県神戸市で、開催日は平成20年8月20日（水）、21日（木）です。

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

平成19年12月20日

第34回日本看護研究学会学術集会

会長 近田敬子

【一般演題募集要項】

I. 発表資格

- 発表者・共同研究者はすべて本学会会員であることが必要です。なお、会員番号の問い合わせおよび入会確認については、日本看護研究学会事務局（TEL：043-221-2331、FAX：043-221-2332）にお問い合わせ下さい。
- 発表者の方は、共同研究者全員の会員番号および平成20年度の会費納入をご確認下さい。未入会・未納入の方は、演題申し込み時までにあらかじめ、発表年度（平成20年度）の入会手続き・振込みを済ませてください。学会発表時までに、平成20年度会費未入金の方がおられますと発表できません。
- 演題は、発表当日の時点で未発表のものに限ります。他学会への二重投稿は慎んでください。
- 発表者としての申し込みは、1人1題に限ります。

II. 演題申し込み方法

- 演題申し込みと同時に原稿を提出してください。
- 演題申し込み方法は、インターネットのみです。
- 第30回学術集会から学会誌の大きさがB 5版からA 4版になり、抄録は1ページに2演題掲載されます。
- 原稿は電子的に処理されるため、A 4半分にレイアウトする必要はありません。所定の文字数制限を厳守の上、作成してください。
- 図表は1枚のみ入れることができます。
- 原稿文字数は、演題、発表者・共同研究者の氏名、所属、本文あわせて、1,200字以内でお願いいたします。
図表を入れる場合は、840字以内でお願いします。*
- 演題は48字以内でお願いします。
- 本文には、【目的】、【研究方法】、【結果】、【考察】を必ず記入してください。研究方法には、倫理的配慮を含めてください。

*文字数の数え方

- ・演題：『学術集会抄録原稿の電子的投稿に関する研究』（20字）
- ・発表者・共同研究者の氏名・所属
同じ所属の共同研究者は1行にまとめて印刷されますので、所属は1回だけ数えてください。

(例：園田花子と神戸かなえは、同じ京都大学医学部附属病院)

『兵庫太郎 園田学園女子大学』(12字)

『園田花子 神戸かなえ 京都大学病院』(15字：京都大学医学部附属病院の省略)

12字+15字=27字

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

●合計文字数：20(演題字数)+27(発表者・共同研究者字数)+714(本文字数)=761

(図表なしは1,200字以内、図表ありは840字以内)

Ⅲ. 発表形式

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

1) 口演

1 演題につき発表7分、質疑応答3分でパワーポイント(Windowsのみ)の使用に限ります。発表当日に発表者はUSBメモリーまたはCDをご持参ください。詳細につきましては、第31巻3号および学術集会ホームページでご確認ください。

2) 示説(ポスターセッション)

ポスターの掲示面は、幅90cm×高さ210cm(左上に20cm×20cmの演題番号が入ります)を予定しております。詳細につきましては、第31巻3号および学術集会ホームページでご確認ください。

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

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

Ⅳ. 申し込み後の日程

お申し込みいただいた演題は査読を行い、その結果を平成20年4月上旬にお知らせいたします。発表日程につきましては、演題が採択された後の6月上旬にお知らせいたします。

Ⅴ. インターネットによる申し込み

募集期間 平成20年2月1日(金)から3月5日(水)正午まで

●学術集会ホームページ(<http://www.secretariat.ne.jp/jsnr34/>)の演題登録画面から、希望する発表形式、演題分類カテゴリー、発表者、連絡先、共同研究者、所属、演題、本文、図表(1つまで)等を入力してください。詳しい入力方法は学術集会ホームページに掲載いたします。

●演題受理、査読結果、発表形式・日時等の連絡は、すべて発表者のE-mail宛てに行います。E-mailアドレスが変更になった場合は、学術集会運営事務局へE-mail(jsnr34@secretariat.ne.jp)または、FAX

(06-6377-2075) でご連絡ください。

- 査読の結果、追加・修正が必要な場合についての詳しい方法は、学術集会ホームページに掲載します。

VI. 問い合わせ先

一般演題に関するお問い合わせは、下記「第34回日本看護研究学会学術集会」運営事務局へお願いします。

〒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クージ

第34回日本看護研究学会学術集会 運営事務局

TEL：06-6377-2188

FAX：06-6377-2075

E-mail：jsnr34@secretariat.ne.jp

よくある問い合わせについては、ホームページにまとめてありますので、ご活用ください。

【交流集会募集要項】

I. 応募資格

- 本学会会員であること

II. 演題申し込み方法

- 申し込み方法は、インターネットによる申し込みとなります。
- 学術集会ホームページ (<http://www.secretariat.ne.jp/jsnr34/>) からの申し込みとなります。
- 交流集会の発表数には限りがあるため、採否の結果は後日、E-mailで通知いたします。

III. 実施形式

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

IV. 申し込み先

- インターネット (<http://www.secretariat.ne.jp/jsnr34/>) でお願います。

募集期間 平成20年2月1日(金) から3月5日(水) 正午まで

- 申し込み受理、採否結果、日時等の連絡は、すべて発表者の電子メール宛に行います。電子メールアドレスが変更になった場合は、学術集会運営事務局へE-mail (jsnr34@secretariat.ne.jp) またはFAX (06-6377-2075) でご連絡ください。

V. 問い合わせ先

交流集会に関する問い合わせは、下記「第34回日本看護研究学会学術集会」運営事務局へお願いします。

第34回日本看護研究学会学術集会 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クエージ

第34回日本看護研究学会学術集会 運営事務局

TEL：06-6377-2188

FAX：06-6377-2075

E-mail：jsnr34@secretariat.ne.jp

よくある問い合わせについては、ホームページにまとめてありますので、ご活用ください。

【学会入会申し込み・学会費振込先、事務局】

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

〒260-0856

千葉市中央区亥鼻1-2-10

日本看護研究学会事務局

TEL 043-221-2331 FAX 043-221-2332

ホームページ：<http://www.jsnr.jp>

E-mail : info@jsnr.jp

入会手続きについて

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

学会誌30巻5号（12月20日発行）巻末の申込用紙または、日本看護研究学会ホームページ（<http://www.jsnr.jp>）をご利用し、入会なさるご本人の署名・捺印、必要事項をご記入くださり、推薦者評議員の署名・捺印をご確認の上、学会事務局へ郵送してください。

理事会の承認後、学会事務局より、入会の承認通知とあわせて入会金（3,000円）および年会費（7,000円）の振込み用紙をお送りします。振込みが確認でき次第、手続きの上、会員番号を通知いたします。

尚、理事会の承認手続きに多少時間を要しますので、早めに手続きを済ませてください。

（仮登録）

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ください。

入会を申し込まれる場合は、評議員の推薦、署名、捺印が必要です。上記の仮登録に使用された様式（必要事項を入力済みの入会申込書）を印刷して、申込者ご本人の捺印のうえ、評議員の署名・捺印をいただき、送付して下さい。ご本人の捺印のない場合があります。ご注意下さい。

目 次

—原 著—

透析に至った2型糖尿病患者における糖尿病合併症のとらえ方 13

金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻 松 井 希代子

金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻 稲 垣 美智子

パンフレット方式とCAI方式による胃切除患者への食事指導の効果に関する比較研究 23

元静岡県立大学大学院看護学研究科 永 井 寿 弥

元静岡県立大学大学院看護学研究科 竹 内 登美子

元静岡県立大学大学院看護学研究科 矢 野 正 子

★堅看護師の看護実践能力の発達過程におけるプラトー現象とその要因 31

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程 辻 ち え

広島国際大学看護学部 小笠原 知 枝

兵庫医療大学看護学部 竹 田 千佐子

京都橘大学看護学部 片 山 由加里

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程 井 村 香 積

JA茨城県立厚生連なめがた地域総合病院 永 山 弘 子

学内から臨地実習へのプロセスにおける看護学生の学習の変化：状況論における「移動」概念の視点から 39

筑波大学大学院人間総合科学研究科心理学専攻 香 川 秀 太

筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学専攻 櫻 井 利 江

—研究報告—

兄の入院に伴う母親の生活行動における変化と困り具合に関する研究 53

元国立看護大学校 研究課程部 萱 場 桃 子

国立看護大学校 小 澤 三枝子

当事者グループに対する保健師の認識と関わりの実態 61

石川県立看護大学看護学部 谷 本 千 恵

安定期に移行する胃癌術後患者の積極的対処行動と生活習慣、身体的状況および主観的健康統制感との関連 71

新潟医療福祉大学 愚 地 裕美子

山形大学医学部看護学科 黒 瀬 みどり

—総 説—

クローン病者のQOL研究の現況－1996年～2005年－ 77

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程 吹 田 麻 耶

大阪大学大学院医学系研究科看護実践開発科学講座 鈴 木 純 恵

CONTENTS

Original Papers

- Recognition of Complications in Type 2 Diabetes Mellitus Patients Undergoig Hemodialysis 13
Divison of Health Sciences, Kanazawa University Graduate School Medical Sciece : Kiyoko Matsui
Divison of Health Sciences, Kanazawa University Graduate School Medical Sciece : Michiko Inagaki
- Comparison of Pamphlet Presentation Versus Computer-assisted Instruction (CAI) of Dietary
Guidance for Gastrectomy Patients 23
Formerly of Graduate Shool of Nursing, University of Shizuoka : Hisami Nagai
Formerly of Graduate Shool of Nursing, University of Shizuoka : Tomiko Takeuchi
Formerly of Graduate Shool of Nursing, University of Shizuoka : Masako Yano
- The Plateau Phenomena and Factors Related to the Development of Nurses' Practical Abilities 31
Doctoral Candidate, Course of Health Sciences, Graduate School of Medicine, Osaka University : Chie Tsuji
Department of Nursing, Hiroshima International University : Chie Ogasawara
Department of Nursing, Hyogo University of Health Science : Chisako Takeda
Department of Nursing, Kyoto Tachibana University : Yukari Katayama
Doctoral Candidate, Course of Health Sciences, Graduate School of Medicine, Osaka University : Kazumi Imura
Namegata District General Hospital : Hiroko Nagayama
- Nurse Students' Change of Leming in Process form Classroom to Nursing Clinical Course:
The Analysis Based on Concept of "Transition" in Situated Learning Theory..... 39
University of Tsukuba, Comprehensive Human Sciences : Kagawa Shuta
University of Tsukuba, Comprehensive Human Sciences : Sakurai Toshie
- ## Research Reports
- The Impact of Children's Hospitalization on the Daily Routine of Mothers..... 53
Formerly Graduate Shool of Nursing, National College of Nursing, Japan : Momoko Kayaba
National College of Nursing, Japan : Mieko Ozawa
- Public Health Nurses' Awareness, Attitudes and Practices to Patient Support Groups 61
Nursing Department, Ishikawa Prefectural Nursing University : Chie Tanimoto
- Correlation between Positive Coping, Life Style, Physical State, and Health Locus of Control,
in Cancer Patients before Shifting to the Stable Stage After Gastrectomy 71
Niigata University of Health and Welfare : Yumiko Onchi
School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine : Midori Furuse
- ## General Remarks
- An Overview of the Research on Quality of Life in Patients with Crohn's Disease
— 1996 ~ 2005 — 77
Doctoral Course in Allied Health Sciences, Osaka University : Maya Fukita
Faculty of Health Sciences, Osaka University : Sumie Suzuki

透析に至った2型糖尿病患者における糖尿病合併症のとらえ方

Recognition of Complications in Type 2 Diabetes Mellitus Patients Undergoing Hemodialysis

松 井 希代子

Kiyoko Matsui

稲 垣 美智子

Michiko Inagaki

キーワード：2型糖尿病，患者教育，糖尿病合併症，透析，患者心理

Key Words：type 2 diabetes mellitus, patient education, diabetic complication, hemodialysis, patient psychology

I. はじめに

日本において糖尿病は、ほとんどの糖尿病患者が遺伝と生活習慣に起因する2型糖尿病である。糖尿病の合併症への進行は特定の遺伝因子が存在する¹⁾との報告があるが、大規模前向き疫学研究により、厳格な血糖コントロールを長期間維持すれば合併症の発症・進展を阻止できることが立証され^{2) 3)}、糖尿病療養指導では、糖尿病合併症の教育を必ず行うことが推奨されている⁴⁾。

糖尿病合併症の教育は患者が主体的な自己管理の取り組みに至るための動機づけとして、療養行動を維持してゆくために実施される⁵⁾。特に「糖尿病の療養行動を実行すると糖尿病合併症にはならない。もし、糖尿病の療養行動を継続しないとどうなるか」という結果予期を狙っており、このように動機づけられた患者は療養を続けなければ合併症になるという不安を感じることで療養していくことになる。正木⁶⁾は、糖尿病性腎症患者を対象とした腎症の受けとめ方と自己管理の関係では、糖尿病合併症は初期には自覚症状がほとんどなく、日常生活に支障がないため患者は深刻に受けとめられないが、外来で医師が患者に脅威を与える発言をすると患者は腎症を受けとめられるようになる。しかし、腎症を受けとめた時は自己管理の必要性の認識は高まるが実際に自己管理ができるようになるとは限らないと報告している。糖尿病合併症の教育の難しさとして、教育を受けても糖尿病患者は糖尿病合併症を自分のこととして受けとめる人と気にしない人がいる^{7) 8)}。また糖尿病合併症を受けとめたことで自己管理できるようになるとは限らないということがあげられる。糖尿病合併症にならないようにという教育では、糖尿病合併症を発症した患者は目標を持ちにくい。糖尿病合併症を発症した患者は、進行するとさらに糖尿病のコントロールがつきにくい身体状態となり、身体のみを考えると厳重な管理を勧める必要があるが、患者の多くはできない理由があって進行しており、その人なりの生活改善ができると医療者はさらなる厳

重な管理を推進しにくい現状を感じる。

結果予期を動機づけとする教育、糖尿病の合併症が発症した患者に対する教育および糖尿病の合併症が進行していく患者に対する糖尿病の教育の必要性がある。これらは、動機づけの時期や教育の内容だけが重要ではなく、受けた教育をその時にどのように受けとめたかが大切なことではないかということである。また、糖尿病の人それぞれにとっては糖尿病をもって生きることは一度きりのことであり、糖尿病合併症とどう付き合っていけばいいのかわからないためではないかと考え、実際に合併症になった人たちがどのように合併症を考え今に至ったのかということを通じてもらうことで、糖尿病患者にとってこれから療養行動をとるときの行動を選択するために必要なことが明らかになると考えた。そこで、糖尿病の合併症の進行としては最終地点にいると考えられる透析に至った人を対象に、糖尿病合併症をどのようにとらえているのかを明らかにする必要を感じた。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究の目的は、透析に至った2型糖尿病患者が長期間にわたる糖尿病との生活の中で合併症をどのように意味づけとらえているのかを明らかにすることである。合併症をどのようにとらえているのかその意味を抽出し概念を導き出すために、質的因子探索研究を計画した。

2. 研究フィールドと研究参加者

K市の総合病院血液浄化センター3施設において2型糖尿病を原因とする透析患者で、研究の参加に同意を得られた者とした。

研究参加者は12名で、年齢は46～70才、性別は男性7名・女性5名であった。研究参加者の背景を表1に示した。

表1 参加者(12名)の背景

年齢	46～70才
性別	男性7名・女性5名
糖尿病受療歴	7～35年
透析歴	2ヶ月～17年
腎臓以外の合併症(重複あり)	網膜症10名・神経症10名

3. データ収集方法

データ収集は、半構成質問面接法を用い、2002年1月から2003年9月に実施した。

1) 半構成質問面接法

研究の同意を得られた段階で参加者の希望する面接日時を研究者と約束し、面接当日に再度、参加の確認をした。面接場所は、プライバシーの保護と静かな環境に配慮し、研究者と1対1で行える場所を選定した。面接時間は、1回につき40分から70分間であった。面接場面は参加者に承諾を得て、全てテープレコーダーで録音した。

2) 面接内容

面接の導入として半構成質問をし、自由に語ってもらった。半構成質問の内容は、①合併症と聴いて思いつくことについて、②合併症について感じることに、③日頃、合併症のことを思い出す場面について、④合併症になる可能性について、⑤糖尿病を療養してゆく上での目標につい

て、とした。語られた内容で目的に照らし合わせ焦点化する必要が発生した部分については、その点を詳細に聴取した。

4. データ分析方法

分析手順は以下のとおりである。

テープに録音した面接内容を逐語録に書き起こし、1事例ごとに参加者が語った内容の大意と研究者が受けた印象をまとめた。次に逐語録を何度も読み返し、文脈における言葉のもつ意味を通して参加者が糖尿病合併症をどのようにとらえているのかを読み取りつつ解釈し、コード化した。データ収集を継続しつつ分析を重ね、類似と差異の視点で比較しコードをまとめ、カテゴリー化をはかり、全体における位置づけを検討し■式化した。新しいカテゴリーの出現が見られず、抽出されたカテゴリーの全要素が説明されたことで理論的飽和に至ったことを確認した。

5. 真実性の確保

信用可能性の確保⁹⁾のため、糖尿病患者の看護に5年以上の経験のある看護師5名に結果を説明し、現実との適合性、理解しやすさについて確認した。また、本研究の全過程を通して糖尿病看護の知識と実践に富、質的研究方法論のスーパーバイザーより定期的に指導を受け研究の厳密さを確保した。

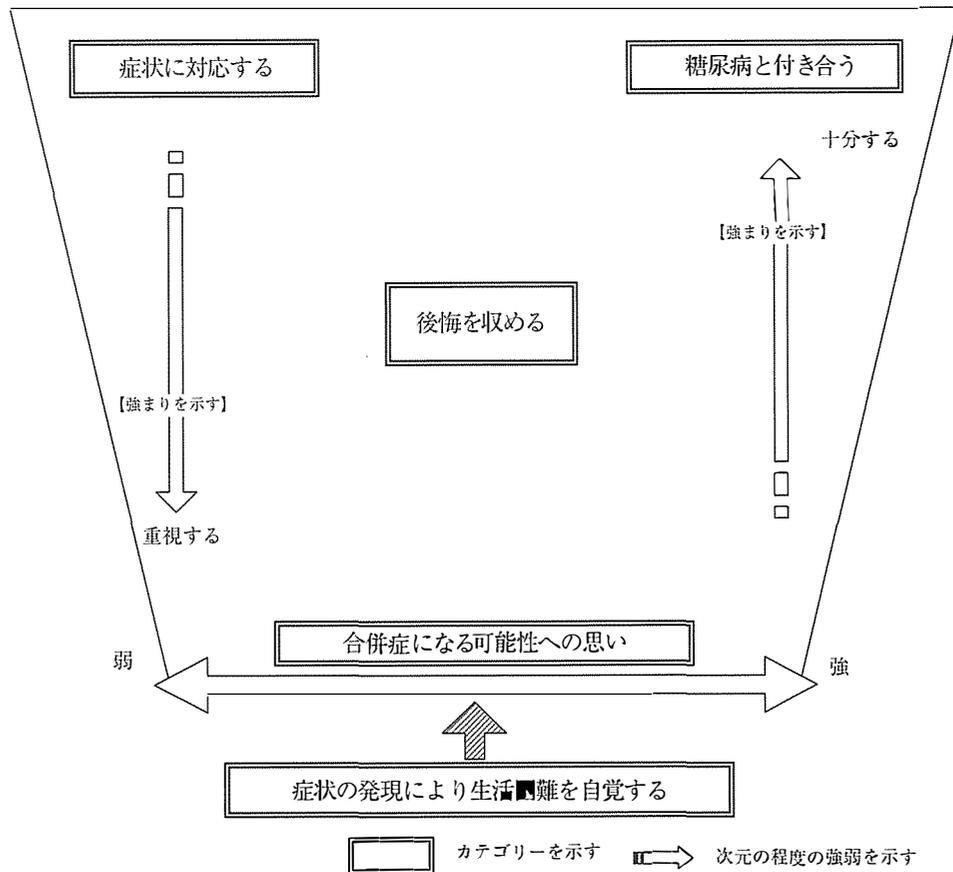


図1 「透析に至った2型糖尿病患者における糖尿病合併症のとりえ方」の概念仮説モデル

6. 倫理的配慮

3施設の病院長ならびに看護部長に研究計画書を提示し、研究フィールドとする許可を得た。その上で血液浄化センター医長および看護師長に研究の趣旨を説明し、参加者の選定および研究参加者の背景となる情報の収集の具体的な方法について協力を得て調整した。

主治医または看護師から参加者の紹介を受け、面接依頼は研究者が行った。参加者には研究の主旨と具体的方法、参加および中断の自由、今後の診療には一斉影響しないこと、得られた情報は研究以外の目的には使用しないこと、収集したデータの処理には細心の注意を払うこと、論文等で公表するときは個人を特定しないことを依頼書に従って説明し、同意書の署名にて研究参加の承諾を得た。参加者への身体的配慮として、面接日時は参加者の希望に従い、面接の実施は体調の安定を確認した上でを行い、面接中も体調の変化に留意した。また、糖尿病合併症について話すことにより心理的負担となった場合はその回避あるいは軽減のために最善を尽くすこととした。実際、体調の変化により面接日の再調整が必要となることはあったが、面接中および面接後に体調の変化や心理的負担をきたした参加者はいなかった。

Ⅲ. 結 果

1. 透析に至った2型糖尿病患者における糖尿病合併症のとらえ方の概要

以下、カテゴリーを【 】, をサブカテゴリー [], 次元を ' ' で表す。

透析に至った2型糖尿病患者は、【症状の発現により生活困難を自覚する】ということを引きかけとして、今まで意識していなかったが、そういえばこのような【合併症になる可能性への思い】をもっていたと自分自身の思いに気づく構造であり、これをきっかけにこれまで【症状に対応する】と【糖尿病と付き合い】とをこのようにしていたと思い出し【後悔を収める】というように合併症をとらえていた。【後悔を収める】は、5つのサブカテゴリーがあり、それらは【合併症になる可能性への思い】と【症状に対応する】、【糖尿病と付き合い】のそれぞれの次元に影響されていた。

透析に至った2型糖尿病患者における糖尿病合併症とらえ方は、今まで意識していなかったが【症状の発現により生活困難を自覚する】ことをきっかけとして立ち現れてくる構造であり、糖尿病発症当初からの合併症進行にともなうプロセスとしてはとらえていなかった。

2. 透析に至った2型糖尿病患者における糖尿病合併症のとらえ方の各カテゴリーの説明と実例

カテゴリーを構成するサブカテゴリーとその説明は表2

に示す。

1) カテゴリー【症状の発現により生活困難を自覚する】
病気の状態が身体に現れて日々の営みをしていく上でその実行が難しい状態であることに自分自身が気づくことである。サブカテゴリー [元に戻るが変だと実感する], [症状に生活の仕方を合わせる], [もうこれ以上進んだら生活できないと苦しみ悩む] で構成される。

透析に至った2型糖尿病患者にとって、生活をしていく上でその実行が難しい状態であることに自分自身が気づいた時にはじめてこれが合併症かといままではっきりしなかった糖尿病合併症を考えるきっかけとなっていた。

実例 [元に戻るが変だと実感する]: 「ちょっと要するに、(眼底出血に) なったぐらいで、それでまあ、レーザーあてて、怖い目にはあったけど、まあ、これで気をつけていれば、酒もほどほどにして、なんて、親父も、元気になったかと思っている訳。たいしたことはないなんて。」

実例 [症状に生活の仕方を合わせる]: 「最初は眼、まだインスリン打つ前、ずいぶん弱ってきたのは弱ってきていた、それで仕事を辞める手前ぐらいになったら、左が全然、見えないということはないけど、うすーく、晩に薄暗くなるとほとんどわからない。少しわかっても、今度はじゃまになって、片目を閉じて車運転していた。ふふふ。今では、そんなことできない、ひっくり返ったから。」

実例 [もうこれ以上進んだら生活できないと苦しみ悩む]: 「眼だってほら、見えなくなったから、大学で手術してもらった。まあ、それから大学は、今までこれぞ一と眼科にもうこれで絶対に通わないといけないなと思っているから。もう今度やられたらもう失明するなと思ったから。」

2) カテゴリー【合併症になる可能性への思い】

糖尿病合併症が出現する、または糖尿病合併症になってから更に進行する見込みについての考えのことである。サブカテゴリー [肉親の糖尿病の経験と自分は別で合併症にならない] と [肉親の糖尿病の経験から合併症になる宿命] から構成される。【合併症になる可能性への思い】は、これまでの糖尿病合併症になった人の生活の様子や症状などを目の当たりにした経験に対して、自分に当てはめて考え自分も同じように糖尿病合併症になるという意味づけと、人と自分とは別であり関係ないという意味づけをする違いがあった。その意味づけの違いによって '強い' '弱い' という次元があった。'強い' とは、糖尿病合併症になる可能性を合併症になると思っているということであり、'弱い' とは糖尿病合併症になる可能性を合併症にならないと思っているということである。

【症状の発現により生活困難を自覚する】ということがきっかけとなり、【合併症になる可能性への思い】は '強

表2 カテゴリーを構成するサブカテゴリーとその説明

カテゴリー	サブカテゴリー	サブカテゴリーの説明
症状の発現により生活困難を自覚する	元に戻るが変だと実感する	以前の状態に戻るがいつもと違う状態になったことに気づいて心配すること
	症状に生活の仕方を合わせる	日々の営みに支障が生じ、先行きにおこる事態に対する心配から気持ちが落ち着かないながらも、暮らし方を支障の状態に見合ったものにする事で間に合わせる事
	もうこれ以上進んだら生活できないと苦しみ悩む	症状が今よりもっと悪化したら日々の営みをしてゆくことが難しくなるということ想定し、どうしたらよいかわからなくて困ること
合併症になる可能性への思い	肉親の糖尿病の経験と自分とは別で合併症にならないと思う	肉親が糖尿病や糖尿病の合併症をもちながら生活する様子やその経過を自分と照らし合わせて、自分も肉親と同様で合併症にならないという思い、あるいは自分と肉親とは異なるから自分は合併症にならないという思うこと
	肉親の糖尿病の経験から合併症になる宿命と思う	肉親が糖尿病や糖尿病合併症を持ちながら生活する様子やその経過を自分と照らし合わせて、自分が合併症になることは変えることも避けることもできない運命であり当然のことであると思うこと
後悔を収める	遅ればせながらできるだけ頑張ったと納得する	病状が悪化したことについては仕方がないと悔やむが、本当ならもっと早くから気づけばよかったけれど合併症になってからだが自分のできることは頑張って行ってきたと認めること
	思いあたる原因に納得する	自分の行為を振り返り、合併症を引き起こすもともになったと思うことを明らかにすることで、具体的にこれをもっとすればよかったのに自分がしなかったと理解でき、合併症になったことを仕方がないことと認めること
	自分自身にあきれてもうどうしようもないとする	合併症が進行したのも当然であり、自分の生活の仕方に愛想を尽かしているが、その時はそうせざるを得なかったので仕方がないと自分に言い聞かせること
	もう少し何とかなったかもしれないが仕方がないとする	もう少し自分自身と医療者によって合併症の進行は何とかい止められたかもしれないという思いがあり、残念でならないという思いの勢いを静めようすること
	気にしないようにすることと決めた	この状態がこの先どうなるかという先行きが不安で無視できない状態に直面した時、自分で心にかけないようにしようと心に決めて普通の生活を送り、合併症になったことも心にかけないようにして自分自身の混乱を避けること
症状に対応する	合併症の症状も進行プロセスもわからない	合併症になった時に出現する状態の知識はあるが、合併症が糖尿病の初期からどのような経過をたどって進行するかわからないことである。そのため合併症の症状を年齢による身体機能の低下によるものととらえ、明らかな症状が出現しないかぎり合併症の症状と認めないこと
	治療の主体は医療におく	糖尿病の治療は病院に罹って医師に診察と薬をもらってさえいれば大丈夫とすること
	症状が出現してからでも大丈夫と思う	身体に不都合な兆候が出てから糖尿病療養の仕方について考えてもその状態に対処すればよいだけのことと心配しないこと
糖尿病と付き合い	糖尿病の重大性を意識する	糖尿病は全身に影響する疾患であり、合併症が部分的な出現にとどまらないことを自分の身体に起こることとして考えられ、糖尿病の恐さを実感することになり、合併症による生活への影響を意識すること
	幸運にも救われたという実感を持つ	もう駄目かもしれないと思った状況から何とか成ったという実感を、もうけものとして偶然にも自分にとって都合のいい状態になったと感じ、大切にしたいと思うこと
	合併症が進行した先の生活と家族の負担を思い描ける	合併症が進行した将来を考えることができ、生活に支障が生じるということと家族に重荷をかけることになるということが、近く体験することになることとして具体的に想像できること

い‘弱い’の次元上で位置を移行した。【症状の発現により生活困難を自覚する】のサブカテゴリー【もうこれ以上進んだら生活できないと苦しみ悩む】ということがみられた時には【合併症になる可能性への思い】は次元上の位置を‘強い’に移行した。しかし、実際に合併症が進行し症状が出現していても【もうこれ以上進んだら生活できないと苦しみ悩む】ということに至らないこともあった。【症状に生活の仕方を合わせる】ということにより【合併症になる可能性への思い】は次元上の位置を‘強い’に移行しても再び‘弱い’に戻るとということがみられた。

事例 [肉親の糖尿病の経験と自分は別で合併症にならない]:「わたしは糖尿の系統なんです。父方のほうが、それで、姉も、私と一緒に(糖尿病)になった。糖尿から合併症おこして、そして透析していたのだけど、(強調して)そんなの見ていたのだけども、根性が楽なせいか、さほど気にしなかったわ。頭でわかっているけれども、頑固に身体が、これはいけないうような気にならなかったのか、さほど全然、そんな気にしなかった。」

事例 [肉親の糖尿病の経験から合併症になる宿命]:「自己管理していても、なる人はなるだろうと思う。うん、自

分の考えは、やっぱり病気の性質っていうか、その病気のたちみたいなので、ならない人は（自己管理を）守ってなくてもならない。」

3) カテゴリー【症状に対応する】

合併症の進行を糖尿病とのつながりだと考えず、自分の体に出現した状態を病気として考え、その時にその状態に応じてふさわしい行動をすることである。‘重視する’という次元があり、‘重視する’程度が強いほうが【合併症になる可能性への思い】は‘弱い’とする傾向があった。サブカテゴリー【合併症の症状も進行プロセスもわからない】【治療の主体は医療におく】【症状が出現してからでも大丈夫と思う】で構成される。

事例【合併症の症状も進行プロセスもわからない】：「なーんも、自分の身体的にね異常が無いもの。バンバンだったし、あんな、合併症なんて、あの、来るもんかと、そして眼がこうなったときに初めて怖いもんや眼がやられたー、てことに初めて合併症っていうことに、あー、やっぱりあるんだなって自覚したのはそのときはじめて。そんな時にまだ、腎臓の方は潜血がああ、出とるって、ワンプラスっておっしゃってはおいでたけども、腎臓の機能の自覚症状はないし、ただ目がこんなになっただけで、なーん、腎臓は軽い気持ちで。」

事例【治療の主体は医療におく】：「悪いとか、急に合併症くるよとか、いろいろともう言われていたけれども、自分にしたらもう全然気にならないから、薬さえ飲んでいけば治ると思っているから。薬はちゃんと飲んでいたけれども、他は、ほんとに糖尿病のときあまり気にならななかった。」

事例【症状が出現してからでも大丈夫と思う】：「実を言うと、私の父親も目の手術したんだよね。うん。糖尿で、それを見ていたから。父親がした頃に目の手術が急にこう進んだっていうか、とりあえずは眼底出血を起してもめったに失明することはないなってなんとなく分ったんだよね。」

4) カテゴリー【糖尿病と付き合う】

糖尿病を全身性の病気として、合併症が出現するという身体状態を理解でき、自ら糖尿病に合わせて行動しようとするのである。サブカテゴリー【糖尿病の重大性を意識する】【幸運にも救われたという実感を持つ】【合併症が進行した先の生活と家族の負担を思い描ける】で構成される。‘十分する’という次元があり、‘十分する’程度が強いほうが【合併症になる可能性への思い】は‘強い’とする傾向があった。

事例【糖尿病の重大性を意識する】：「血管病だということは、全身にありとあらゆるところに可能性としてはあるわけだから、合併症というのは、それを防ぐためにはどう

するかといたら、絶対コントロールしかないわけよね。」

事例【幸運にも救われたという実感を持つ】：「これ（眼底出血）またなったらどうする。何回でも出来ますよって言われた。あ、そうかと。ま、ならないようにしようと思ったのが一つと。そこで、自分としては助けてもらったと、今さっき話していた対処療法で、助けてもらったという意識があった。」

事例【合併症が進行した先の生活と家族の負担を思い描ける】：「透析にするとこう弱ったなー、仮に、最近、あー、免許更新できなかつたらどうしようかな、こんなの病院通うのも、送り迎えしてもらっても大変だなーと思う、そういうことも考えるようになったわ。」

5) カテゴリー【後悔を収める】

合併症になったことや合併症が進行したことを後になって悔やみそのことを仕方ないこととしてしかるべきところにしまうことである。サブカテゴリー【思いあたる原因に納得する】【遅ればせながらできるだけ頑張ったと納得する】と納得するものと【自分自身にあきれてもうどうしようもないとする】【もう少し何とかなったかもしれないが仕方ないとする】【気にしないようにすることと決めた】と自分自身を落ち着けようとするものから構成されていた。

【後悔を収める】は、糖尿病合併症の症状への意味づけから【合併症になる可能性への思い】を考えたときに、【症状に対応する】と【糖尿病と付き合う】とを振り返って考え、それらの次元によって異なっていた。【後悔を収める】のうち【遅ればせながらできるだけ頑張ったと納得する】は、【合併症になる可能性への思い】は‘強い’、【症状に対応する】は‘重視しない’、【糖尿病と付き合う】を‘十分にした’という次元であった。

事例【遅ればせながらできるだけ頑張ったと納得する】：「私にとっての（糖尿病の）理解のしはじめだから、それからは、それならしなくてはいけない食事療法、ってま、遅いけどね、それからしてもね、でも、初めてまともに食事療法しました。でも、結局、（透析はいるまでにかかった年数は）〇年だからね、透析に入ったのが、〇年かかって、腎臓に来たわけ。」

事例【思いあたる原因に納得する】：「食事を加減していても、どうしてもよけいに食べるから、やっぱり、病気がなおさら進んでひどくなったと思う。身体をもっと大事にすればよかった。やっぱり、ね、適当な量食べて、ちゃんとして、すればよかったんだけど、なんか、むちゃくちゃ働いた、私はそう自分で今になって思っている。」

事例【自分自身にあきれてもうどうしようもないとする】：「目、事態がこんな（眼底出血）になっているから、糖尿病が進んでいるから、ついでに内科行けっていわれて、初めて糖尿病に罹った、内科の先生に。しかしそんな

もの相手にしてないよね、仕事山ほど抱えているから。だから、その教育入院と言っても、あーやりますやりますと言っておいて、土壇場でパット、キャンセルしちゃう。もう、躓んだりけったり。そしてそんな事をしているうちに、一年ぐらいたら両目とも、眼底出血をおこして、めくらになったね。」

事例 [もう少し何とかなっただかもしれないが仕方ないとする]:「結局、自分のコントロールが悪かったのかなと(医者に)雇いながら思ったけれども、それにしても、まあ、雇いながらだんだん悪くなっているのだなと。そのプロセスが、チェックがどうだったのかなと思ったりしますけどね。」

事例 [気にしないようにすることと決めた]:「透析すれば、それは何年か生きられるか知らないけれども、まあ、(透析を)している間はなんとかなるだろうと、そんな深い考えもしない。だいたいまあ、人間が楽にできているから、はっはっはっは。さほどに、そんなもの、くよくよしたところがどうなるものでもないから、それより、忘れて、忘れていけないけれども、あの、心にあんまり持たないようにして、普通にしていればいいのではないかと、こう、自分で決めたから。」

IV. 考 察

1. 結果予期を動機づけとする糖尿病合併症の教育について

透析に至った2型糖尿病患者は、糖尿病合併症を【症状の発現により生活困難を自覚する】ことをきっかけとして、その時まで意識していなかった【合併症になる可能性への思い】を自覚し、立ち現れてくる構造でとらえていることが見出された。この構造は、糖尿病の合併症が進行していても【症状の発現により生活困難を自覚する】という、患者が症状に意味づけることをきっかけとして立ち現れるものであり、【症状の発現により生活困難を自覚する】ことの度ごとに立ち現れる構造であるため、糖尿病発症当初からの合併症進行にともなうプロセスをもたなかった。つまり、透析に至った2型糖尿病患者は糖尿病合併症を糖尿病発症当初からの合併症進行にともなうプロセスとしてはとらえていなかったと考えられる。これは、人間は、最も強いニードが満たされた時その次のニードが現れ満足を求める¹⁰⁾といわれており、自覚症状を困難に感じるものが少ない糖尿病患者は、従来、身体的・生理的な合併症を指導されていて頭ではわかっている【症状の発現により生活困難を自覚する】という生活を脅かすことにつながるまでは意識していないと考えられた。このことは、一般の人の病気の受けとめ方が医師とは異なり、身体的状態だけでなく、身体・社会的状態を含めて全体的な状態にとらえて

いる¹¹⁾ということを経験した2型糖尿病患者の合併症のとりえ方において、より具体的な生活の状態にとらえていると説明したことになる。結果予期の教育として、糖尿病合併症にならないためにと驚異的な糖尿病合併症の症状を意識させて指導している。しかし、糖尿病患者は糖尿病が発症し進行したらどうなるかという三大合併症の最終結果は知っていても、その進行のプロセスがわからないため日ごろは意識せず忘れており、日常生活に支障が現れたときに最終結果を思い描いて深刻に受けとめるが、また生活に支障がなくなると忘れることを繰り返していると考えられた。

また、自分が糖尿病になって意識する病気や疾患の状態が悪い方向に進んで、日々の営みに関する他のことまで不都合な変化が及ぶことを知るので、糖尿病の当初から、【症状の発現により生活困難を自覚する】ということがどのような事かを知っておくことで糖尿病患者が糖尿病合併症について意識していない自分自身の思いに気がつくことができると考える。

結果予期の教育として糖尿病合併症に対する脅威をもちながら生活するということでは、自分が糖尿病合併症になるかもしれないと思う必要がある。本研究では、【合併症になる可能性への思い】は、‘強い’と‘弱い’の次元をもっていた。これは、【症状の発現により生活困難を自覚する】ことをきっかけとして【合併症になる可能性への思い】の次元を左右するが、実際に合併症が進行していて医療者の目からみるといかにも不自由そうであり、合併症の不安を感じていると推測する状態の場合でも、症状に生活の仕方を合わせるとなり、もうこれ以上進んだら生活できないと苦しみ悩むに至らない人がいた。症状に生活の仕方を合わせるということにより【合併症になる可能性への思い】が‘強い’に移行しても合併症の症状が落ち着くと再び‘弱い’に移行するということであった。糖尿病患者の精神心理として疾患に対する否認・無視がある¹²⁾と言われているが、これはそれぞれの合併症の症状を糖尿病とのつながりで考えず、糖尿病と合併症の症状とを別のこととして【症状に対応する】というところに誘因があったと考える。また、2型糖尿病患者では、腎臓は15年、神経は25年で合併症が発症し、腎臓はその機能の80%が障害を受けるまで問題とならない¹³⁾というように緩徐に進行し、網膜症は発症しても治療によりある程度視力が保たれることから、合併症をもっているという状態に慣れてしまうことも考えられた。そのときの個々の患者の糖尿病合併症になる可能性への思いを確認して関わる必要があると考える。

2. 糖尿病合併症を発症した患者に対する糖尿病合併症の教育について

研究参加者である透析に至った2型糖尿病患者は【後悔

を収める】ということをしてしたが、同じ【後悔を収める】ということをしておらず、現在の透析に対しても意欲的に取り組んでいける【後悔を収める】があると考えられた。

【後悔を収める】のうち、合併症進行の責任の所在が自分自身であるということを受けとめるものがあつた。これは、問題解決の主体が自分自身の中にあると考える傾向の人が積極的自主的に保健行動を決意しやすい¹⁴⁾と言われていることから透析という決意に至ってもそのことに納得しているので、透析を自分自身のことと考えて行っていると考える。一方、合併症になった責任の所在を自分にもあると認めていないもの、責任を医療にあるのではないかとしているもの、合併症になることを宿命と考える傾向ものがあつた。これは、前述とは異なり、健康管理の主体を外在的なところにあると認めやすい傾向にあると考えられ、自主的に保健行動を決意しにくく、医療従事者や家族や効果的な治療法への依存が強いものとなる¹⁵⁾といわれている。

腎不全患者の場合は、諦めと受容で終らず透析を受けて生きていく現実がある。苦痛の緩和だけでなく志気を取り戻すことが必要である¹⁶⁾といわれるように、透析は糖尿病性腎症から引き続くことであるが新たな病態をもつことになるので、前向きに療養するエネルギーを残しておく必要がある。合併症にならないとして、症状への対応を重視し、糖尿病と付き合いこなかった【後悔を収める】は、精神的に消耗した状態であり、新たなことにエネルギーが湧かない状態である。透析に至る時には責任の所在が自分自身であるということを受けとめている納得するという【後悔を収める】ができるように援助できることが透析をしながら生きていく上では望ましいと考えられる。

さらには、糖尿病になった当初から糖尿病と付き合いということをしなかったため合併症を発症した後悔はあるが、ここまでやってきたと遅ればせながらできるだけ頑張ったと納得するという【後悔を収める】は、より精神的安定が得られていると考える。それは、透析には至ったものの、糖尿病に対してBundura, Aのいう、可能予期¹⁷⁾として最も信頼できる自分自身の個人経験に基づく、遂行行動の達成を感じることができていたと思われる。これらのことから、合併症を発症したとしても遅ればせながらできるだけ頑張ったと思える【後悔を収める】ができることが透析に至った2型糖尿病患者にとって望ましいと考える。

本研究において、遂行行動の達成を感じる後悔の収め方をするには【合併症になる可能性への思い】が‘強い’とする合併症になると思う傾向の上で、【糖尿病と付き合い】ことが必要であり、糖尿病の重大性を意識する、自分は幸運にも救われたという実感を持つ、さらに合併症が進行した先の生活と家族の負担を思い描けるということが必要で

あつた。これらは、糖尿病が深刻な病気であるということを受けとめ、自己管理行動の効果で合併症減少を感じる人がセルフケアを積極的に行う¹⁸⁾という報告や自分の事だけでなく家族の負担を考慮することが【糖尿病と付き合い】ことをするという、自己管理行動をしている糖尿病患者はFamilyの恩恵を受けていると感じている¹⁹⁾という報告からも裏付けられていると考える。ヘルスビリーフモデルの糖尿病への応用でも、疾患の重大性と合併症のなりやすさの認識とからなる疾患の脅威が強いと自己管理行動を推進し、血糖コントロールがよい²⁰⁾といわれている。本研究では合併症になるという脅威の必要とそれに加えて【糖尿病と付き合い】ことが必要であり、新たに幸運にも救われたという実感を持ち合併症が進行した先の生活と家族の負担を思い描くという支援策を見出したと考える。

以上より、糖尿病合併症が発症し、進行した場合にも遂行行動の達成を感じる【後悔を収める】ができることが望ましいと考えられた。そのために【合併症になる可能性への思い】は合併症になると思った方がよいこと、【糖尿病と付き合い】ことをするために糖尿病の重大性を意識し、全身への影響を知り、幸運にも救われた実感を持つことで自分は運が良かったと残された機能の状態を大切に思え、合併症が進行した先の生活と家族の負担を思い描くことができるように教育することが必要であるという仮説が立てられた。

3. 糖尿病合併症が進行する患者に対する教育について

遂行行動の達成を感じる【後悔を収める】になるためには、合併症になる可能性または進行する可能性を強めるように教育する必要がある。しかし、医療者は、これまで患者が合併症のない時期には合併症になるからならないようにと教育してきたため、合併症が出現した患者は、患者自身が、合併症が進むと感じて不安であるはずと思い、あえて合併症になる可能性を強めて自己管理するようにと教育することは不要であり、精神的負担になるだけと考えると思われる。これは、医療者の思いの中にも糖尿病は遺伝病として、合併症になることはどこか宿命と考えているところがあるためである。また実際に、糖尿病患者の腎臓の予測因子として、微量アルブミン尿がみられた患者では他の疾患の10倍にあたる5～10%が、毎年、糖尿病性腎症へ進展し年々腎機能の低下率は高くなり顕性蛋白尿出現以降は急速に進行する²¹⁾という報告や、腎症発症前又は初期では血糖改善が尿中アルブミンの減少に効果があつたが、腎症進展と共に血糖との相関がなくなった²²⁾という報告がある。また、厳格な血糖コントロールを行うことで糖尿病顕性蛋白尿を53%抑制できた²³⁾との報告がある。医療者は、患者は糖尿病性腎症の発症後、本人の努力の有無というより遅かれ早かれ時間経過で病状は進行し、今こ

ここでかなり厳格な血糖コントロールをしても、半数近い人が実際に腎機能は低下し進展は阻止できないと考える傾向にあると思われる。また、そうするといずれ透析になるのに厳格に血糖コントロールをつけようという目的では、患者の頑張りは精神的負担になるだけで、透析に至るまでの患者の利点が見出せないことになる。これらのことから、医療者が糖尿病合併症をもつ患者への【合併症になる可能性への思い】が強まるように教育していない現状が考えられる。

糖尿病患者の糖尿病の受け入れおよび透析の受け入れ段階は、Kubler = Rossによる死の受容過程²⁴⁾、すなわち否認・怒り・取り引き・抑うつ・受容と類似する段階があるとみなされ、糖尿病患者の理解や評価に役立てられてきた。また、わが国ではがん患者よりむしろ透析患者に適応する²⁵⁾とされている。がん患者は、死の受容過程を経て、諦めと受容の段階に入り、最後は運命に従い死に就く。一方で、がん=死というイメージはあるが、がんは早期発見によって完全に治癒するとか、奇跡的に治癒するかもしれないという希望があり、時間が迫ってくる中でできるだけやってみようと思える²⁶⁾といわれる。しかし、透析患者はこの状態を一生続けなければならないという諦めと頑張っても無駄であるという思いがあり、医療者自体も透析を行いこれからも生きていかなければならないにもかかわらず、心のどこかで同情的な気持ちかわき透析に至ることを死と同様に悲しい人生の終わりのように受けとめているところがある。そしてその透析に至った原因への思いも糖尿病患者はがん患者とは異なると感じているところがある。医療者は、がん患者が病気になることやそれが悪化することを患者の責任にはしないが、糖尿病患者には大半の糖尿病合併症の発症する原因として自己管理不良と見え、糖尿病患者自身も自己の責任を感じていると思うがあまりに合併症が進行した状態になってしまうとその状態から頑張ることを推進しにくくしていると考えられた。しかし、本研究では患者は自分が実施してきたこと、経験してきたことに意味をもたせ、後悔を収め、現実を受けとめようとしていることが明らかになった。このことは今後の糖尿病合併症の教育のあり方に医療者の意義改革の必要性を示したといえた。

【合併症になる可能性への思い】を強めるだけでは不安を助長し、自分の身体症状を感じないように否認する²⁷⁾と言うことがおこるため、糖尿病の重大性の意識、幸運にも救われたという実感および合併症が進行した先の生活と家族の負担を思い描けることを具体的に指導し、【糖尿病と付き合い】ことに結びつけることが必要であると考えられる。

4. 2型糖尿病患者に対する糖尿病合併症の教育の方向性について

従来の糖尿病教育の合併症指導は、糖尿病合併症にならないようにと最終的な合併症を想定して指導しがちである。本研究結果では、2型糖尿病患者は、糖尿病合併症にはなると思っていたほうが望ましいが、症状の発現により生活困難を自覚することをきっかけとしないと日頃は糖尿病合併症を意識していないということであった。これらより、今後の糖尿病合併症の教育は、結果予期としての教育に加えて生活レベルでの具体的な症状と糖尿病合併症の進行のプロセスを指導することが必要であり、本研究結果は、その内容を検討する上での視点となると考える。

5. 本研究の今後の展望

本研究において、透析に至った2型糖尿病患者における糖尿病合併症のとりえ方の概念仮説モデルとして示すことができた。このモデルを検証することが今後の展望として考えられる。

V. 結 論

質的帰納的因子探索研究によって、透析に至った2型糖尿病患者における糖尿病合併症のとりえ方の意味を抽出し、概念を導き出した。その結果、下記の結論を得た。

1. 透析に至った2型糖尿病患者における糖尿病合併症のとりえ方は、【症状の発現により生活困難を自覚する】ことをきっかけとして立ち現れてくる構造で表すことができ、糖尿病発症当初からの合併症進行にともなう一貫したプロセスはもたなかった。
2. 透析に至った2型糖尿病患者は【後悔を収める】ということをしてしたが、同じ【後悔を収める】ということをしておらず、現在の透析に対しても意欲的に取り組んでいける遂行行動の達成を感じる【後悔を収める】があるという仮説が立てられた。
3. 今後の糖尿病合併症の教育として、結果予期の教育に加えて、糖尿病合併症により具体的に生活する中に起こることを提示すること、糖尿病合併症の進行のプロセスを指導することが必要であるといえた。

謝 辞

本研究を行うにあたり、快くインタビューに応じてくださいました参加者の皆様と調査の場を提供してくださいました病院関係者の皆様に厚く御礼申し上げます。

なお、本論文は、金沢大学大学院医学系研究科修士論文の一部に加筆・修正を加えたものであり、その論旨は第9回日本糖尿病教育・看護学会学術集会にて発表したことを記します。

要 旨

本研究は、透析に至った2型糖尿病患者がとらえる糖尿病合併症の意味を抽出し、概念を導き出すことを目的とした質的因子探索研究である。研究参加者は12名であり、半構成面接調査を行った。その結果、透析に至った2型糖尿病患者は、【症状の発現により生活困難を自覚する】ということを引きかけとして、今まで意識していなかったがそういえばこのような【合併症になる可能性への思い】をもっていたと自分自身の思いに気づき、これをきっかけに【症状に対応する】と【糖尿病と付き合う】とをこのようにしていたと思い出し、【後悔を収める】というように合併症をとらえていた。糖尿病合併症の教育として、【症状の発現により生活困難を自覚する】というより具体的に生活する中に起こることを糖尿病患者に提示することは、糖尿病患者が糖尿病合併症について意識していない自分自身の思いに気づくことになり、今後の教育内容の視点となると考えられた。

Abstract

This study of type 2 diabetes patients undergoing hemodialysis investigated qualitative factors related to the recognition of complications by patients and the clinical significance of complications they might experience. Data collected by interview from 12 subjects showed that patients with type 2 diabetes mellitus undergoing hemodialysis tend to become aware of their potential for developing complications only after they have experienced inconveniences in their daily lives due to the onset of such complications. However, the structure of what patients remember is not linked to the progression of complications following onset. Furthermore, patients tended to be self-critical for having developed diabetic complications, and were dealing with these feelings. ("Koukai Wo Osameru" in Japanese.) This study suggests that patients would not worry as much about diabetic complication if there were no chance of being aware of symptomatic onset of diabetic complication or facing inconvenience in daily life. It is thought that this issue should become an aspect of education regarding diabetic complications, i.e. coping with the process and progression of concrete symptoms and diabetic complications in daily life.

文 献

- 1) Wada, T., Yokoyama, H. et al.: Monocyte chemoattractant protein-1: dose it play a role in diabetic nephropathy?, *Nephrol Dial Transplant* 18, 457-459, 2003.
- 2) DCCT Research Group: The effect of intensive treatment diabetes on the development and progression long-term complication in insulin-dependent diabetes mellitus, *The New England Journal of Medicine*, 329(14), 977-986, 1993.
- 3) UK Prospective Diabetes Study Group: Intensive blood glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications with type 2 diabetes (UKPD 33), *THE LANCET* 352: 977-986, 1998.
- 4) 日本糖尿病学会編：糖尿病療養指導の手びき，南江堂，7，1999.
- 5) 正木治江：これからの糖尿病患者ケア 患者に沿う看護とは，*看護技術*，46(13)，19-22，2000.
- 6) 正木治江，若狭 桜，他：糖尿病性腎症患者の腎症の受け止め方と自己管理について，*日本看護学会集録成人看護Ⅱ*，22，217-220，1991.
- 7) Polonsky, H., Anderson, BJ, et al.: Assessment of diabetes-related distress. *Diabetes Care* 18, 754-760, 1995.
- 8) 柳沢節子：青年期の糖尿病患者における合併症のとりえ方について，*信州大学医学部医療短期大学部紀要*，24：39-47，1998.
- 9) I., Holloway, S., Wheeler 著，野口美和子監訳：ナースのための質的研究入門，172-175，医学書院，東京，2000.
- 10) Maslow, A. H 著，上田吉一訳：完全なる人間，誠心書房，1964.
- 11) 宗像恒次：行動科学からみた健康と病気. *メヂカルフレンド*，1996.
- 12) 春木繁一：糖尿病患者の精神心理 腎症ならびに透析患者の精神心理. *腎と透析*，51 臨時増刊号：62-66，2001.
- 13) American Diabetes Association, 池田義雄監訳: 糖尿病コンプリートガイド. 医師薬出版, 2000.
- 14) 宗像恒次・相磯富士雄：透析患者の自己管理に関する心理社会的側面. *日本臨床*，38 (6)：2444-2453，1996.
- 15) 前掲書14)
- 16) 荒木志朗：糖尿病患者の喪失体験と自立への援助. *透析ケア*，夏季増刊，152-158，1998.
- 17) Bundura, A., 原野広太郎監訳: 社会的学習理論 人間理解と教育の基礎, 金子書房, 1979.
- 18) Russell E Glasgow, Lisa A. Strycker, et al: Personal-Model beliefs and Social-Environmental Barriers Related to Diabetes Self-Management, *Diabetes Care*, 20(4), 556-561, 1997.
- 19) 中川朋子・矢田真美子・谷口洋：糖尿病患者のHealth Locus of Control非糖尿病患者との比較及び自己管理行動との関連. *糖尿病*，44(3)：2001.
- 20) 石井 均：糖尿病患者の心理・行動医学的アプローチ. *Diabetes Journal*，26(2)：7-12，1998.
- 21) Parving, H.: Early detection of patients at risk of developing diabetic nephropathy. A longitudinal study of urinary albumin excretion. *Acta Endocrinologica*，100(4)：550-555，1982.
- 22) 山田研一，西村元伸，内野厳治他：糖尿病性腎症の発症進展因子及び進展防止に関する研究. *医療*，51(9)：410-416，1997.
- 23) 前掲書2)
- 24) Kubler = Ross, E. 川口正吉訳：死ぬ瞬間. 読売新聞社, 1975.

透析に至った2型糖尿病患者における糖尿病合併症のとらえ方

- 25) 春木繁一：透析患者と生きる スタッフのためのリエゾン・
コンサルテーションの臨床. 日本メディカルセンター, 1994.
- 26) 広瀬寛子：糖尿病患者の生と死の捉え方 がん患者の場合と
の比較を通して. 透析ケア, 5(11)：12-16, 1999.
- 27) Handron DS, Leggett-Frazier NK: Utilizing content analysis of
counseling sessions to identify psychosocial stressors among patients
with type II diabetes, Diabetes Educator, 20(6), 515-20, 1994.

〔平成19年2月15日受 付〕
〔平成19年8月9日採用決定〕

パンフレット方式とCAI方式による胃切除患者への 食事指導の効果に関する比較研究

Comparison of Pamphlet Presentation Versus Computer-assisted Instruction (CAI) of Dietary Guidance
for Gastrectomy Patients

永井 寿 弥 竹 内 登美子 矢 野 正 子
Hisami Nagai Tomiko Takeuchi Masako Yano

キーワード：computer-assisted instruction (CAI), 患者, 食事指導, 胃切除術

Key Words：computer-assisted instruction (CAI), patient, dietary guidance, gastrectomy

I. 序 論

胃は生命維持に不可欠ではないが、良好な消化機能など、人間のQuality of Lifeを保つためには極めて重要な臓器である。胃切除術を受けた患者は、術後の残胃容量の減少や消化吸収機能の低下などにより食事方法の変化を余儀なくされるため、食事指導が重要視される。飯山ら¹⁾は、胃切除術を受けた患者に対する食事指導は、患者の満足感、胃切除後の合併症の軽減、退院後の食生活の指標ひいては良好な栄養状態の維持に重要であると述べている。

一方、総務省の「世帯によるパソコンの保有率」の調査²⁾では、1997年では4,443世帯中28.8%であったのに対し、2004年では、3,695世帯中77.5%と飛躍的な保有率になっている。また「個人におけるインターネット普及状況」の調査²⁾では、1997年のインターネット普及率は1,155万人9.2%であったのに対し、2004年では7,984万人62.3%がインターネットを利用している。このうち、6,416万人の80.7%がパソコンからの利用者であると報告されている。このように、コンピュータが一般家庭へ普及していると同様に、医療業務へのコンピュータ導入も進んできている。医療では、ITの利点を活かしながら、無駄を削減して効率的なシステムを構築することが必要になる³⁾といわれている。また、患者が自らの疾患をインターネットで情報を得る場面も多く見られている。そこでこのようなIT時代に相応した看護を目指すために、コンピュータを利用した退院指導ができないかと考えた。

コンピュータを用いた教育の先行研究としてはコンピュータ補助教育 (Computer-assisted instruction; 以下CAI) による学習効果に関する研究が多い。例えば、看護学生におけるHIV予防の教育をCAIの介入と従来における講義介入の教育プログラムの効果を比較した研究⁴⁾では、CAI、講義形式、無介入と3グループに分けて、HIVの予防行動

の理解度を評価した。その結果、CAIグループは、講義形式グループに比べ、知識が高く、予防行動の意志も有意に高かったと報告されている。また、CAIにおける先天性心臓病についての学習評価を行った研究⁵⁾がある。この研究ではCAIと講義との2つのグループの間には試験得点において統計的な有意差は認められなかった。しかし、CAIプログラムを従来の講義に補足したグループとCAIグループ、講義グループとで比較すると、CAIプログラムを講義に補足したグループの方が授業の理解度は高くなり、有意差が認められたという結果を得ていた。このような研究は、特にアメリカの大学で看護教育の一貫として行われている研究が多く、看護学生を対象としたものが多かった⁶⁻¹⁰⁾。

患者教育に焦点を当てたCAI研究としては、中■で心臓疾患患者のリハビリテーションの患者教育を、CAIグループと治療者による指導グループ (以下: tutorialグループ) の2つに分けて比較した研究¹¹⁾がある。この研究では、CAIグループとtutorialグループでのリハビリテーション教育プログラムを2ヶ月間実施し、患者の自己効力感と運動の原理の知識レベルを測定した。その結果、CAIグループもtutorialグループも自己効力感と運動知識レベルが指導を受ける前より高くなった。さらに、2ヶ月間追跡した結果では、CAIグループのほうがtutorialグループより運動の知識レベルが高いという結果を得ていた。日本では、喘息疾患の外来患者に対する喘息予防CAIプログラムを作成し実施した研究¹²⁾がある。この研究の結果としては、CAIを行うことによって、CAI導入以前の1年前と比べて喘息をコントロールする行動が変化したが、CAI導入だけで患者の症状変化を評価するのは難しいと述べられている。CAIの評価としては、多くの患者にとって実行可能であるということ、自己学習用のCAIでは、患者が自

己管理をするための動機付けができるという結果が得られていた。

このように患者を対象としたCAIの研究^{11), 12)}は少数であったが、学習効果に期待がもてる結果が示唆されていた。しかし、術後の退院指導としてのCAI研究は行われていないという状況であり、IT化が進む今日において、その効果を明らかにしておくことは意義あることだと思われる。

本研究の目的は、臨床における胃切除術後患者の食事指導において、その教育効果を高めるために開発した自己学習用CAI教材「胃切除術患者の食事指導」を患者教育に取り入れ、知識・理解の領域において、どのような学習効果があるのかを従来のパンフレット方式と比較分析することである。

II. 研究方法

1. 研究期間と対象

2002年の8月下旬～11月下旬にA県立総合病院（以下、A病院）の消化器外科病棟及び混合病棟に入院した患者のうち、胃癌の告知を受け胃切除術を受けた食事療法の必要な患者（但し、認知症罹患患者、要介護患者は除く）で、研究同意の得られた15人を対象とした。この際、対象者同士での食事指導内容の情報交換を避けるために、8月下旬～9月下旬の前半に入院した患者9人をパンフレット群、10月下旬～11月下旬の後半に入院した患者6人をCAI群としてそれぞれに指導を行った。

2. パンフレットと開発したCAIの概要

1) パンフレット

- ・ A病院の外科病棟で使用されている既存の「入院中の食事指導用パンフレット」を、研究者と病棟看護師全員とで検討し、個別指導時に利用しやすく、かつ看護師個々による指導の差が最小となるように一部改訂した。
- ・ A病院の栄養士による「退院後の食事指導用パンフレット」は、既存のものを使用した。

2) 開発したCAI(図1：全体像、図2：フローチャート)

- ・ 病棟の医師、看護師、栄養士の協力のもとにパンフレットと同じ内容のCAI教材を開発した。CAI教材は入院中と退院後の食事指導の2部構成とし、各々術式別に胃全摘術、噴門切除術、幽門切除術、部分切除術の4分岐とした。この構成にそって、対象者は自分の術式を選択して学習を進めていくことができる。

Part 1（入院中）：「胃の手術後の飲水・食事開始と食後の不快症状について」（約15分）

Part 2（退院後）：「手術後の経過に応じた適正食品と献立について」（約15分）

- ・ コンピュータの特性を活かして、音声やビデオ画像による「食事の摂り方」の説明、食材のイラストを含めた。対象者は学習を進めながらCAI画面からの問いに対して、番号入力やエンターキーを押すという能動的作業が求められる。ビデオ教材とCAI教材による学習方略の主たる相違は、このようなインタラクティブ性がCAIにはあるという点である。

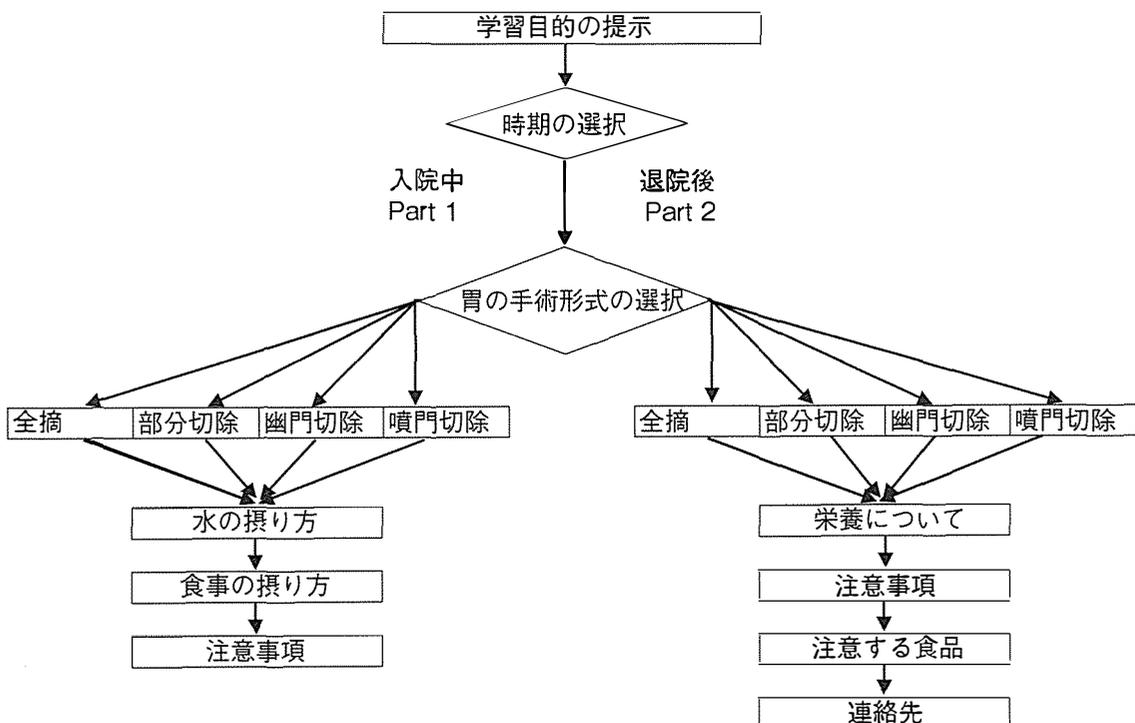
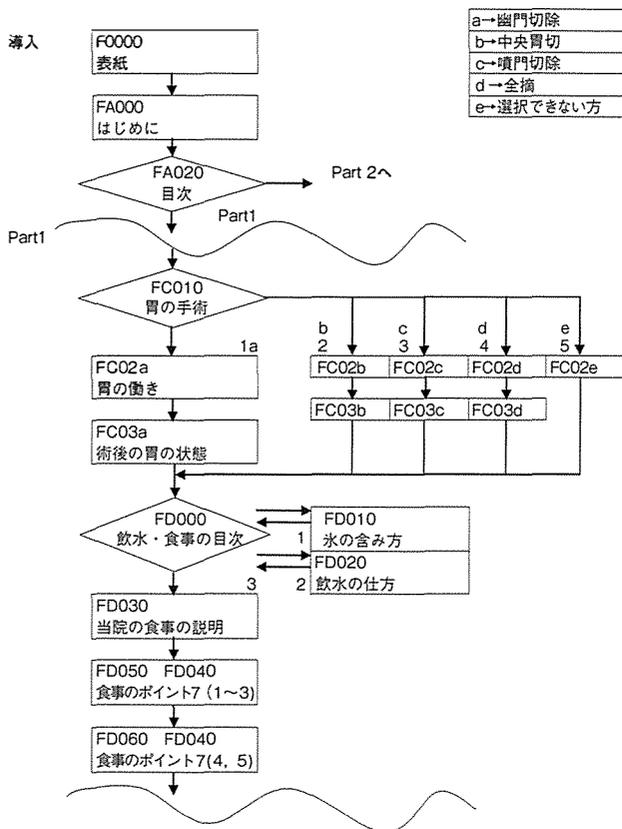


図1. コースの全体概要



■ 2. CAIプログラム フローチャート (一部抜粋)

3. 研究プロトコル

【パンフレット群】

①同意書を示しながら研究内容の説明を行い、研究参加の同意を得た後、対象者の属性、コンピュータの経験度、食事療法の受容度を知るために対象者に直接会って、入院時質問紙調査を行った。質問内容は患者属性に関する5問、コンピュータの使用経験に関する7問、疾患と食事療法に関する6問である。

②術後、患者の食事が開始される前に受け持ち看護師が対象者の術式などの個別事項を記入し、「入院中の食事指導用パンフレット」を対象者に配布した。食事開始の前日には、そのパンフレットを用いて受け持ち看護師が食事指導を行った。

③退院が決定した2～3日前に、栄養士が「退院後の食事指導用パンフレット」を用いた指導を、指定された日に集団指導の形で行った。

④栄養士による集団指導が終了した退院予定の2～3日前に、「入院中の食事指導」の知識と理解度を知るために対象者に直接会って、退院直前質問紙調査を行った。質問内容は対象者の術式、パンフレットの利用頻度と理解度に関する3問、術式別の生活行動と食事療法の知識に関する17問である。

⑤退院1～2ヶ月後に、患者の自宅を訪問し、「退院後

の食事指導」の知識と理解度を知るために退院後質問紙調査を行った。質問内容はパンフレットの利用頻度と理解度に関する2問、退院後の食事療法に関する知識度19問、指導の評価に関する5問、パンフレットに関する4問である。

【CAI群】

①パンフレット群と同様に入院時質問紙調査を行った。
②対象者の食事開始前日にCAI教材による食事指導を行った。コンピュータ操作は対象者自身で行うが、コンピュータ操作が出来ない場合は対象者の指示に従って、研究者がコンピュータ操作を行った。その後、病室にノート型コンピュータを設置し、いつでも対象者がCAI教材を実施できる環境を設定した。

③～⑤パンフレット群と同様にCAI群に適応する方法で調査を行った。

4. 学習効果の分析方法

質問紙調査結果の統計処理には、統計ソフトSPSS 11.0Jfor Windowsを用い、ノンパラメトリック検定のMann-Whitney U検定を用いた。

5. 倫理的配慮

静岡県立大学大学院の倫理委員会の許可を得、研究対象者である患者に文書と■頭にて研究協力に対する説明を行い、同意を得た。

研究対象者である患者のプライバシーを考慮し、得られたデータは個人特定ができないように符号化して処理を行った。対象は社会人であり、かつ疾病を持っている人々であるので、テスト形式を避け、チェック方式で回答できるよう配慮した。また、退院直前質問紙調査と退院後質問紙調査によって食事療法の理解度を把握した後、理解不十分であった内容については両群共にフォローアップの指導を行い、研究データ外の扱いとした。

III. 研究結果

1. 入院時質問紙調査の結果

1) 対象者の概要

対象者は、パンフレット群9人(男性7人、女性2人)、CAI群6人(男性5人、女性1人)であった。平均年齢は、パンフレット群62.4±8.5歳、CAI群60.0±4.7歳であり有意差はみられなかった。有職者は、パンフレット群66.7%(9人中6人)、CAI群66.7%(6人中4人)であった。また、家族構成は両群ともに全員既婚者であり、単身者はいなかった。

2) 疾患に対する考え方

答えに対する質問は、「できる・まあまあできる・どちらともいえない・あまりできない・できない」などの5段階評定を用いた。

「自分の病気を知っていて、医師から説明を受けている」という患者は、両群とも100%であった。「医師からの説明を理解できた」と回答した患者は、パンフレット群では66.7%（9人中6人）、「まあまあ理解できた」33.3%（9人中3人）であった。CAI群では、「理解できた」という患者は83.3%（6人中5人）、「まあまあ理解できた」16.7%（6人中1人）であった。すなわち、パンフレット群もCAI群も「どちらともいえない、あまりできなかった、できなかった」と回答した者は0%であった。

「自分の病気を詳しく知りたいと思っているか」の質問に対しては、パンフレット群で、「詳しく知りたい」と回答した患者は44.4%（9人中4人）、「ほどほどに知りたい」と回答した患者は44.4%（9人中4人）であった。また、「知りたくない」と回答した患者は11.1%（9人中1人）であった。CAI群では、「詳しく知りたい」と回答した患者は、66.7%（6人中4人）であり、「ほどほどに知りたい」と回答した患者は33.3%（6人中2人）であった。

2. 退院直前質問紙調査の結果

1) 入院中のパンフレット、CAI教材の利用頻度と理解度

①パンフレット群

パンフレットを「毎日読んだ」という者は22.2%（9人中2人）であり、「必要な時に読んだ」という者は77.8%（9人中7人）であった。

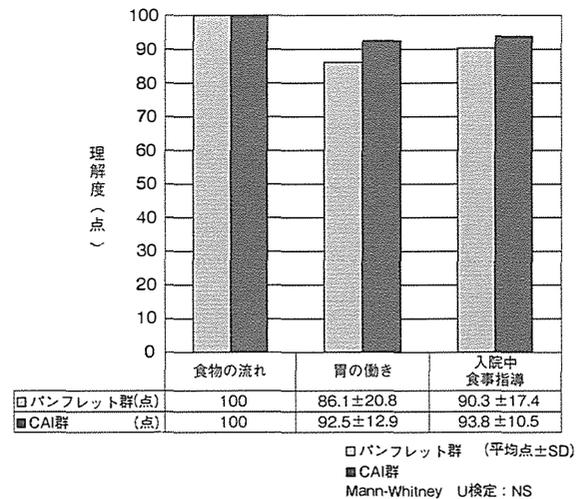
「パンフレット内容がわかりやすかった」と回答した者は、88.9%（9人中8人）であった。パンフレット内容でわかりやすかったところは、「全部わかりやすかった」と回答した者が22.2%（9人中2人）であった。「注意事項の説明がわかりやすかった」と回答した者は22.2%（9人中2人）であった。また、「食事の食べ方、食事の量、食後の休み方がわかりやすかった」と回答した者が11.1%（9人中1人）いた。

「パンフレット内容はわかりにくかった」と回答した患者は33.3%（9人中3人）であった。「茶さじからレンゲの量への変換がわからない」、「料理の名前が分からなかった」と回答した者それぞれ11.1%（9人中1人）いた。

②CAI群

CAIを「毎日行った」という者は16.7%（6人中1人）であり、「必要なときに行った」者は、50.0%（6人中3人）であった。「あまり行わなかった」という者は33.3%（6人中2人）であった。

「CAI教材の内容はわかりやすかった」と回答した者は83.3%（6人中5人）であった。プログラムのわかりやすかった内容では、「カラー画像、音声で説明される点がわかりやすかった」と回答する者が66.7%（6人中4人）であり、「同じ言葉を何度も聞くから、覚えた」、「食事の仕方、食べてよい食物、避けたい食物がわかりやすかった」、



■3. 入院中の食事指導に関する理解度の比較

「ビデオをみたから、どうやって食べるのかわかった」と回答した者もいた。

「CAI教材の内容がわかりにくかった」と回答した者はいなかったが、コンピュータの使い勝手が悪いと回答した者が33.3%（6人中2人）であった。

2) 入院中の食事療法に関する理解度

食物がどのように消化管を通っているかという「食物の流れの理解度チェック」を点数化すると、両群とも全員100点であった。胃の働きについて確認するための「胃の働きの理解度チェック」を点数化すると、パンフレット群は平均86.1±20.8点で、CAI群は平均92.5±12.9点であった。この「胃の働きの理解度チェック」において、パンフレット群とCAI群との平均点に有意差は認められなかった。また入院中のパンフレットやCAIの食事療法を理解しているかを確認するための「入院中の食事のポイントについての理解度チェック」を点数化すると、パンフレット群は平均90.3±17.4点、CAI群は平均93.8±10.5点であった。またMann-WhitneyのU検定で、この両群における平均点に有意差は認められなかった（図3）。

3. 退院後質問紙調査の結果

1) 退院後のパンフレット、CAI教材の利用頻度と理解度

①パンフレット群

「退院後に食事指導用パンフレットをどのくらい読んだか」という質問では、「必要なときに読んだ」と回答した者は44.4%（9人中4人）であり、「あまり読まなかった」と回答した者は22.2%（9人中2人）、「全く読まなかった」と回答した者は33.3%（9人中3人）であった。

また、「栄養士から説明を受けた退院後の食事指導用のパンフレットをどのくらい読んだか」という質問では、「毎日読んだ」と回答した者は11.1%（9人中1人）であり、「必要なときに読んだ」と回答した者は77.8%（9人中7

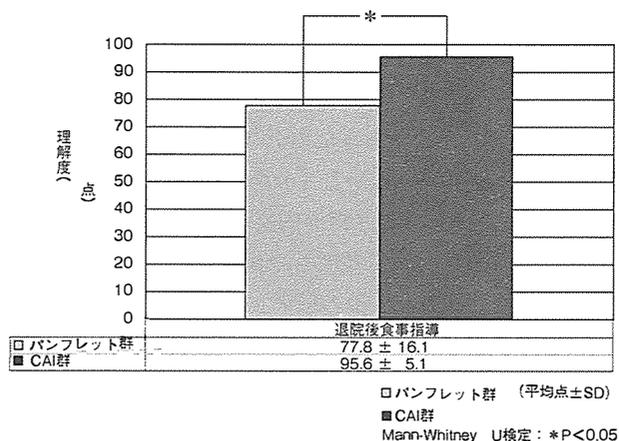


図4. 退院後の食事指導に関する理解度の比較

人)であった。また、「全く読んでいない」と回答した者は11.1% (9人中1人)であった。

②CAI群

「退院後にCAIによる食事指導をどのくらい活用したか」という質問では、全員 (6人中6人)が「必要なときに行った」と回答した。

また、「栄養士から説明を受けた退院後の食事指導用パンフレットをどのくらい読んだか」という質問では、「必要なときに読んだ」と回答した者は33.3% (6人中2人)であり、「あまり読まなかった」という者は50% (6人中3人)であった。また、「全く読まなかった」と回答した者は16.7% (6人中1人)であった。

2) 退院後の食事療法に関する理解度

「退院後の食事についてのポイントの知識度チェック」についての回答を点数化すると、パンフレット群は平均77.8±16.1点、CAI群は95.6±5.1点でありCAI群の方が17.8点高い得点であった。Mann-WhitneyのU検定では「食事のポイントの理解度チェック」において両群の平均点には、有意な差が認められた (P<0.05) (■4)。

3) パンフレットとCAI教材による食事指導の評価

①パンフレット指導

「入院中の看護師によるパンフレット指導はわかりやすかったか」という質問で、「とてもわかりやすかった」と回答した者は44.4% (9人中4人)であり、「わかりやすかった」という者は44.4% (9人中4人)であった。「どちらともいえない」と回答した者は11.1% (9人中1人)であった。

「入院中から退院後に関するパンフレットの内容を理解できたか」という質問では、「とても理解できた」と回答した者は33.3% (9人中3人)であり、「理解できた」と回答した者は66.7% (9人中6人)であった。

また、「パンフレットの内容が役に立ったか」という質問で、「とても役に立った」と回答した者は44.4% (9人中4人)であり、「役に立った」と回答した者は44.4% (9人

中4人)であった。「どちらともいえない」と回答した者は11.1% (9人中1人)であった。

②CAI指導

入院中から退院後を通して、「コンピュータの使い方」については、「とても簡単だった」と回答した者は16.7% (6人中1人)であり、「簡単だった」と回答した者は50.0% (6人中3人)であった。また、「難しかった」と回答した者は33.3% (6人中2人)であった。

「CAIによる自己学習の所要時間」については、「短かった」と回答した者は、50% (6人中3人)であった。「どちらともいえない」と回答した者は50% (6人中3人)であった。

「CAI教材の内容が理解できたか」という質問で、「とても理解できた」と回答した者は83.3% (6人中5人)であり、「理解できた」と回答した者は16.7% (6人中1人)であった。

また、「CAI教材の内容が役に立ったか」という質問では、「とても役に立った」と回答した者は50% (6人中3人)であり、「役に立った」と回答した者は50% (6人中3人)であった。

IV. 考 察

1. 対象者の属性について

パンフレット群、CAI群の対象者は無作為抽出ではなかったが、年齢、コンピュータの経験年数において有意差は認められず、両群とも患者は自分の病気を知っていて、医師からの説明も理解できていると考えられた。

2. 入院中の学習頻度と食事療法に関する知識の比較

「入院中にパンフレットを読んだ頻度」と「入院中にCAI教材を行った頻度」を比べると、パンフレット群は「必要なときに読んだ」と、「毎日読んだ」を合わせると100%であったのに対し、CAI群では「必要なときに行った」と「毎日行った」を合わせると66.7%であり、「あまり行わなかった」という対象者が33.3%と多い。このことは、パンフレットはいつでも手軽に読むことができるが、コンピュータになじみのない者にとっては、そのような手軽さは無く、「コンピュータの使い方が難しかった」という回答の33.3%を反映していると考えられた。

「食べ物の流れの理解度チェック」、「胃の働きの理解度チェック」、および「食事のポイントについての理解度チェック」については、パンフレット群とCAI群との理解度の平均得点に有意差は認められなかった。この理由として、①パンフレット群、CAI群とも入院中の担当看護師によるアドバイスで食事療法の理解度が高まったこと、②両群とも栄養士の集団指導を受けた後で、退院直前質問紙調査を行ったことから、点数による差が現れなかったので

はないかと考えられた。

一方、「パンフレット内容はわかりにくかった」という回答が33.3%あったのに対し、「CAI教材の内容がわかりにくかった」という回答は0%であり、「カラー画像、音声で説明されるところがわかりやすかった」、「同じ言葉を何度も聞くから、覚えた」と述べられていた。このことより、コンピュータの使い方が難しいと回答した者でも内容の理解はできており、知識の獲得に差はなかったことが明らかとなった。先行研究と同様に、文字情報としては正確に表現しにくい場面でも、映像としてイメージが出来るため、視聴覚教材としての効果が得られた^{4), 7), 13), 14)}と考えられる。

3. 退院後における学習頻度と食事療法に関する知識の比較

「退院後の食事についての理解度チェック」では、パンフレット群では平均77.8±16.1点、CAI群では95.6±5.1点であり、パンフレット群とCAI群との平均得点に有意差が認められた。この理由としては、以下に述べるような退院後のパンフレットとCAI教材の活用度の違いと、学習の記憶方法の違いが挙げられる。

まず、各群の活用度は、「必要なときにパンフレットを読んだ」者は44.4%であったのに対して、「必要なときにCAIを活用した」者は100%であった。このように入院中よりも退院後にCAI教材の活用が高まった背景には、退院後の体力回復や胃切除術後の食事を作るなどの家族の手助けなどが考えられる。

次に、各群の記憶方法の違いであるが、パンフレット群では、パンフレットを目で読んでその内容を記憶していくのに対し、CAI群では、CAI教材を自分で操作し、学習内容を意識し一つ一つ確認しながら記憶していく自己学習方式である。

本研究に用いたパンフレットとCAI教材の内容は同じであるが、CAIに組み込んだアニメーションやVTRの映像によって内容のイメージ化が鮮明にでき、学習効果を高めることができたと考えられる。先行研究においても音声や写真、VTRなどを組み込んだマルチメディアCAIは、学習者が将来遭遇するであろう状況を臨場感豊かに作り出すことができる¹⁵⁾と述べられている。パンフレットのように入れて記憶する方法と、CAIのように学習内容を映像や文字で確認してから次へ進むという学習の記憶方法が違うために、退院後の食事指導の理解度が、パンフレット群よりCAI群の方で高くなったのではないかと考えられる。このことは、CAI教材による学習は学習者の知識度の低い学習内容ほど学習効果が高いという報告^{16), 17)}と同様である。また、入院中における食事指導の理解度の考察で述べたように、マルチメディアを用いたCAI教材の利点を反

映しているものと考えられる。

4. パンフレット指導とCAI指導の評価

知識・理解の領域での学習効果については、対象が疾病を持っている社会人であるためテスト形式を避け、「理解できたか」、「役に立ったか」、「分かりやすかったか」という表現を用いた。および、「指導内容のチェック」、「パンフレット、CAI教材の使用頻度」の面で分析し、質問は答えやすい表現を使用した。その結果「パンフレット、CAIのそれぞれの教材について理解できたか」、および「役に立ったか」という質問では、「理解できなかった」、「役に立たなかった」との回答は両群とも0%であり、パンフレット、CAI教材ともに有効であったことが明らかとなった。

このように入院中の両群の理解度得点に有意差は認められなかったが、退院後については理解度得点はCAI群の方が有意に高く、客観的にはCAI方式による方が学習効果が高いといえる。このことは、前述したように入院中ではパンフレット群、CAI群ともに担当看護師、栄養士が関わっていたが、退院後はCAI方式で知識を獲得・構築しなければならないという自己学習に委ねられた結果だと推測される。

5. 本研究の限界と今後の課題

食事療法の効果を評価するためには、患者が指導内容を理解しているかということと、理解した指導内容を実践しているかという視点が必要となる。今回の研究では主に食事指導の理解度の比較研究を行ったため、患者が食事指導内容を実践しているかの評価まで行えておらず、今後の課題である。

また、患者指導用のCAI教材は、インターネット上で年々増加しているが、学習効果を比較検討した看護研究は少数であった^{11), 12)}。このため、今後も研究を継続しサンプル数を増やして、患者指導教材としてのCAIの有効性をより明確にしていく必要がある。

V. 結 論

A病院消化器病棟で従来から使用されているパンフレット内容と同じCAI教材を開発し、胃切除術後の患者に対して入院中と退院後の食事指導について、パンフレット方式とCAI方式を比較分析した結果、次のことが明らかとなった。

① CAIは、学習内容を映像や文字で確認して次へ進むという自発的な自己学習ができるので、自らが文字を読んで記憶するパンフレットよりも患者への指導教材として有効であった。

② CAIは、コンピュータを利用して行うために、操作上の手軽さという面においてパンフレットよりも劣った。

③ 看護師と栄養士が関わった入院中の食事指導内容の

理解度および有用性は、パンフレット方式・CAI方式ともに高く、有効であった。しかし、専門家の関わりがなくなった退院後の食事内容の理解度は、CAI方式の方がパンフレット方式よりも有意に高く、客観的にはCAI教材による学習効果の方が高いことが示唆された。

最後に、本研究にご協力下さいました患者及び看護師の皆様へ厚く御礼を申し上げます。

本研究は静岡県立大学大学院看護学研究科の修士論文の一部に加筆・修正したものである。

要 旨

本研究は、臨床での胃切除術後の患者の食事指導において、その教育効果を高めるために開発した自己学習CAI教材を患者教育に取り入れ、知識・理解の領域にどのような学習効果があるか、パンフレット方式と比較分析することを目的とした。

対象は、A病院で胃切除術を受けた患者をパンフレット群9人、CAI群6人に分け、それぞれの群にパンフレット、CAI教材を用いて食事指導を行った。退院直前に「入院中の食事指導の理解度」と、退院1～2ヶ月後に「退院後の食事指導の理解度」について質問紙調査を行った。

その結果、入院中の食事指導の理解度は両群とも高かったが、退院後の食事指導の理解度はCAI群の方が有意に高かった。これらのことより、専門家が関わった入院中の食事指導内容の理解と有用性について両群とも高く有効であったが、専門家の関わりが無くなった退院後の理解度は、内容を確認しながら行うCAI群の方が有意に高く、CAI学習の有効性が示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to conduct a comparative analysis of the traditional pamphlet-based guidance for gastrectomy patients with the Computer-Assisted Instruction (CAI) method, which was developed in order to improve dietary guidance for gastrectomy patients.

The subjects were 15 patients who had undergone gastrectomies at Hospital A in JAPAN. Nine patients who were in the hospital from August to September of 2002 were assigned to the pamphlet group, and the remaining 6 patients who were in the hospital from October to November of 2002 were assigned to the CAI group. Questionnaires were given to each group both during hospitalization and 1 to 2 months after discharge.

The scores for dietary knowledge were similar in the two groups during the hospitalization period, but were significantly higher in the CAI group than in the pamphlet-based group after discharge. During the period of hospitalization, patients in both groups were under the care of nurses and nutritionists. After discharge, subjects in the CAI group were able to practice self-learning on their own accord much better than were subjects in the pamphlet-based group.

文 献

- 1) 飯山 仁, 中根恭司, 他: 胃切除後の病態, 消化器外科 NURSING, 4(12), 1392-1396, 1999.
- 2) 総務省情報通信政策局「通信利用動向調査」, 1997～2004年調査, <http://www.johotsusintokei.soumu.go.jp/statistics/houdou05.html>
- 3) 川合政恵, 春日順子: 業務の改善と質向上のツールとして電子カルテシステム, 看護, 53(8), 34-38, 2001.
- 4) Alexandra, E. E.: Computer-Assisted Instruction: An Effective Instructional Method for HIV Prevention Education, Journal of Adolescent Health, 26, 244-251, 2000.
- 5) Deborah, P. R.: The Effectiveness of Computer-Assisted Instruction in Teaching Nursing Students about Congenital Heart Disease, Computer in Nursing, 18(6), 282-287, 2000.
- 6) Dorothy, D., Avedis, D.: Effectiveness of Computer-aided Learning in Community Health Nursing, Computers in Nursing, 11(3), 101-112, 1993.
- 7) Dorothy, A. G., Nancy, G. K.: Effectiveness of Computer Assisted Instruction and Small-group Review in Teaching Clinical Calculation, Computer in Nursing, 11(2), 72-77, 1993.
- 8) Suzan, G.: Knowledge, Retention, and Attitude Effects of Computer-Assisted Instruction, Journal of Nursing Education, 27(1), 30-34, 1988.
- 9) Susan, M. S.: The Effectiveness of Computer-managed Instruction Versus Traditional Classroom Lecture on Achievement Outcomes, Computer in Nursing, 9(4), 159-163, 1991.
- 10) Rene, D., Louise P.: Comparison of Lecture Presentation versus Computer Managed Instruction, Computer in Nursing, 2(6), 236-240, 1984.
- 11) Ng Yuen, Y J., Tam S. F.: Evaluating the Effectiveness of an Interactive Multimedia Computer-based Patient Education Program in Cardiac Rehabilitation, The Occupational Therapy Journal of Research, 21(4), 260-275, 2001.
- 12) Katsuhiko T., Mika T., et al.: Computer-assisted instruction for patients with bronchial asthma, Patient Education and Counseling, 38, 241-248, 1999.
- 13) Bolwell, C.: Evaluating computer assisted instruction, Nursing & Health Care, 9(9), 511-515, 1988.

- 14) Deborah, P. R.: Creating an Interactive Multimedia Computer-Assisted Instruction Program, *Computer in Nursing*, 17(4), 171-179, 1999.
- 15) 竹内登美子：実践力を高める看護CAI教材の開発，宇津木利征編集事務所，埼玉，2002.
- 16) 林 直子：がん患者の疼痛管理（Pain Management）に必要な看護知識の獲得を目的としたコンピュータによる学習教材（Computer Assisted Instruction）の開発と評価，東京大学大学院医学系研究科博士論文，1998.
- 17) 竹内登美子，石井秀宗，他：術後看護用CAIの学習履歴分析によるコースウェアの評価，*日本看護研究学会雑誌*，27(5)，15-24，2004.

〔平成18年10月12日受 付〕
〔平成19年8月27日採用決定〕

中堅看護師の看護実践能力の発達過程におけるプラトー現象とその要因

The Plateau Phenomena and Factors Related to the Development of Nurses' Practical Abilities

辻 ちえ ¹⁾	小笠原 知枝 ²⁾	竹田 千佐子 ³⁾
Chie Tsuji	Chie Ogasawara	Chisako Takeda
片山 由加里 ⁴⁾	井村 香積 ¹⁾	永山 弘子 ⁵⁾
Yukari Katayama	Kazumi Imura	Hiroko Nagayama

キーワード：中堅看護師，プラトー現象，看護実践能力，臨床経験

Key Words : mid-career nurse, plateau phenomenon, nurses' practical ability, year of clinical experience

I. はじめに

2002年時点、約116万人の看護職によって■内の看護が支えられる中、いわゆる中堅看護師と呼ばれる25歳から40歳程度までの看護師の割合はその約半数を占め、人数にして約60万人に相当する¹⁾。その中堅看護師の臨床実践能力が病院の看護の質を左右し²⁾、看護師の育成や職場の環境作りに大きく影響している³⁾と言われている。その理由には、新人や初心者などにとって、中堅や達人看護師の看護実践を見習うだけでなく⁴⁾、その存在が臨床モデルとなる⁵⁾ことが挙げられる。またこの時期は、看護師個々の職業キャリア発達からみても、臨床実践能力が充実し、それぞれの専門性が確立される時期に相当する^{6) 7)}。

しかしながら、医療現場における中堅看護師の成長発達に関わる課題も指摘されている。これまでの調査報告によると、臨床経験6～10年の専門職の自律性の低下や、36～40歳の人間関係・職場での活性化を促す能力、状況判断をし変化に対応する能力、などの臨床実践能力の低下^{8) 9)}が示されている。

比較的長期間にわたる技能練習においては、学習曲線の代表的な型としてS字型曲線が認められる。このS字型曲線とは、技能習得の開始時期には一定の成長率が認められるものの、ある期間を経過すると進歩が全く停滞する時期を持ち、さらに、その時期を過ぎると再度成長率が高まることを示すものである¹⁰⁾。生涯にわたり向上する看護実践能力においてもその技能は直線的に伸びていくのではなく、S字型曲線のように停滞をおこす時期を途中に含んでいると考えられ、中堅看護師の時期がその停滞期に該当

ると考える。

看護師の看護実践能力を発達過程の観点から捉えた研究には、Bennerの看護理論が知られている。この理論は初心者から達人に至る実践レベルの特性を示す¹¹⁾。この理論を活用し、先行研究では、各実践レベルを把握し、看護師の成長を促進するための、臨床実践発達モデル、昇進プログラム、クリニカルラダーなどの開発が始まっている^{12) 16)}。

しかし、これらの研究は未だ少なく、中堅看護師に焦点をあてた研究もごくわずかである¹⁷⁾。昨今の看護業務の複雑多様化や業務密度の高度化に伴って業務量が激増する現状においては、就業看護師の半数を占め、かつ病院の看護の質を担うといわれる中堅看護師が、自らの成長を実感しながら生き活きと看護実践することが望まれる。それには、中堅看護師の看護実践能力の発達過程を把握し、発達を阻害する要因を明らかにすることが重要である。

停滞という現象は、練習による進歩を示す学習曲線にみられる特徴であり、進歩の停滞する時期を意味し、プラトー現象と呼ぶ¹⁸⁾。本研究では、中堅看護師の看護実践能力の発達時期がS字型曲線におけるプラトー現象を起しているという仮説を立てた。そこでまず、その仮説を明らかにし、次いで、プラトー現象に影響する要因を明らかにすることを目的とする。

II. 概念枠組み

図1は、看護師の経験に伴う看護実践能力の変化と中堅看護師の時期に看護実践能力に影響を与える要因を表したものである。看護実践能力は、Bennerの看護理論に基づ

1) 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻修士後期課程 Doctoral Candidate, Course of Health Sciences, Graduate School of Medicine, Osaka University

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

3) 兵庫医療大学看護学部 Department of Nursing, Hyogo University of Health Science

4) 京都橘大学看護学部 Department of Nursing, Kyoto Tachibana University

5) JA茨城県立厚生連なめがた地域総合病院 Namegata District General Hospital

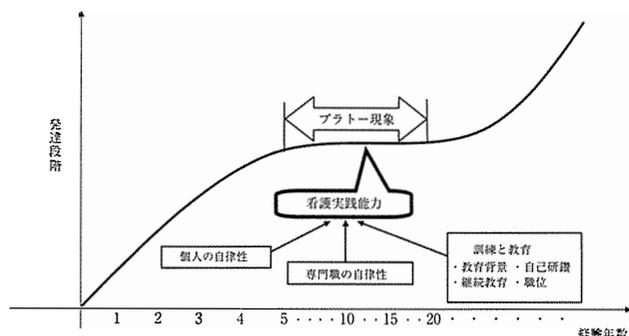


図1 看護実践能力発達モデル

き、「看護師の経験を通して得られる専門知識と技術の発達過程で得られる能力」と捉える¹⁹⁾。■の中央に位置するS字型曲線が看護実践能力を表し、看護実践能力は、経験年数に伴って直線的に伸びるのでなく、停滞、すなわちプラトー現象を起こす時期があることを示している。

筆者は、プラトー現象が中堅看護師に起こりやすい現象であると仮説立てており、看護師の発達課題の獲得や専門領域の発見と確立という観点から、中堅看護師を臨床経験5～20年未満の時期にある看護師と定義した。これは、■内の中堅看護師職に関する嶋田、平井、水野らの見解に基づくものである。また、Bennerの発達レベルのProficientの段階は中堅と訳されることがあるが、熟達を意味するものとしてとらえ、本研究でとらえる中堅看護師とは同一ではない²⁰⁻²³⁾。

矢印は、プラトー現象に影響する3つの要因、専門職の自律性、個人の自律性、訓練と教育を表している。

志自岐は、看護実践には、看護師が専門職として責任をとり、患者を擁護し、権利を尊重し、医師との葛藤にも向き合い、患者にも積極的な態度でアプローチするという専門職の自律性が不可欠であると述べている²⁴⁾。また、香春も、職業人としての価値観、判断に基づいて選択決定し、その行為に対し、責任を持って行動できるという専門職の自律性が専門職としての不可欠な要件であるとしている²⁵⁾。これらは中堅看護師に求められる重要な性質であると考えられることから、中堅看護師のプラトー現象に関与する要因として専門職の自律性を設定した。

個人の自律性は、木内²⁶⁾の文献を基に、本研究では、「自らの判断、価値観に基づいて選択決定し、行動できること」と定義する。これは、専門職の自律性を獲得するための前提となり、職業上の経験とは別に幼少期からの経験によって個人が有していると考える。さらに、専門職の自律性は訓練や教育によって獲得されるという報告²⁷⁾から、本研究では、専門職の自律性は、個人の自律性に対して、訓練や教育が施されることによって獲得していくものと捉える。なお、訓練には、職場で看護を実践しながら獲得して

いく看護師としての臨床経験、継続教育としての院内・院外研修、職位、を挙げ、教育には、看護基礎教育としての教育背景、専門職として自己の知識を高めるための自己学習を挙げた。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究デザインと研究対象者

研究デザインは自記式質問紙を用いた仮説検証型研究である。A大学病院の看護師634名を研究対象者として質問紙を配布し、386名から回収した(回収率60.9%)。さらに、調査概念である「個人の自律性」に性差が生じることを確認し、男性全9名の除外を含む316名(有効回答率84.0%)を分析対象とした。

2. 調査項目と測定方法

概念枠組みに従い、「看護実践能力」、「専門職の自律性」、「個人の自律性」、「訓練と教育」を調査項目とした。

1) 「看護実践能力」の測定

「看護実践能力」は、本研究で筆者らが独自に作成したリッカート式の調査項目を用いた(付録参照)。質問項目は、Benner²⁸⁾の、臨床経験5年以上の直接患者ケアに従事しており、臨床家としての技能が高度であるという条件で選択された達人看護師の実践そのものから帰納的に導き出した7領域31項目(援助役割、指導/手ほどきの機能、診断機能と患者モニタリング機能、急変時の効果的な対応、治療処置の実施と観察、ケア実践の質とその保証、組織化と役割遂行能力)から構成する。

内容的妥当性と表面的妥当性の確保のため、臨床経験のある研究者5名によって、31項目の質問内容の意味が理解できるかどうかと回答が可能かどうかを段階的に検討した。回答選択枝は、「非常によくしている：5点」から「全くしていない：1点」の5段階評定法とし、全体で31～155点の範囲を示す順序尺度とした。達人レベルに到達するほど看護実践能力の得点が高値になる。なお、本調査において、Cronbachの α 係数が0.94を示し、内部一貫性としての信頼性が確認された。

2) 「専門職の自律性」の測定

香春²⁹⁾が日本版としたものを、志自岐が一部修正したリッカート式の日本版Pankratz Nursing Questionnaire(日本版PNQ)を開発者と訳者の許可を得て使用した。看護職の知覚や態度がどの程度、自律的であるかを測定する尺度であり、46の質問項目がある。各項目は3つの下位概念(看護師の自律と患者擁護、患者の権利、伝統的役割の拒絶)を持つが、これらの統計学的な妥当性が明らかでないことから³⁰⁾、全体得点のみを使用した。回答選択枝は、「非常にそう思う：5点」から「全くそう思わない：1点」の5段階評定法で、46～230の範囲を示し、得点が高い方が

専門職の自律性が高いと判断する。なお、本調査において、Cronbachの α 係数が0.79を示し、内部一貫性としての信頼性が確認された。

3) 「個人の自律性」の測定

木内³¹⁾が開発したリッカート式の独立・相互依存的自己理解尺度を開発者の許可を得て使用した。この尺度の測定概念である相互独立的自己観は、自らの判断や価値観に基づいて選択決定し行動できるという個人の自律性を表し、尺度は、独立的自己理解と相互依存的自己理解のうちどちらが活性化されやすいかを測定する16項目から構成される。回答選択肢は、独立的自己理解の項目に「ぴったりとあてはまる：1点」から相互依存的自己理解の項目に「ぴったりとあてはまる：4点」の4段階評定法で、16～64の範囲を示す。分析では、得点が高くなるほど「個人の自律性」が強くなるように点数を反転させた。

4) 「訓練と教育」の測定

訓練は、職場で看護を実践しながら獲得していく、看護師としての臨床経験年数、継続教育としての、看護研究経験（これまでに看護研究をしたことがありますか）の有無、1週間・1ヶ月以上の研修経験（これまで病院外で実施されている1週間以上の研修を、受けたことがありますか・これまで病院外で実施されている1ヶ月以上の研修を、受けたことがありますか）の有無、職位（スタッフ・副看護師長・看護師長）、を質問した。教育は、看護基礎教育としての教育背景（3年生専門学校卒・3年生短期大学卒・4年生大学卒）、専門職として自己の知識を高めるための看護系専門雑誌の活用（看護系専門雑誌を月に何冊読んでいますか）を質問した。

数値化には、看護研究経験（有り・無し）、1週間の研修経験（有り・無し）、1ヶ月以上の研修経験（有り・無し）、職位（有り・無し）を「有り：1、無し：0」とした。また、看護系専門雑誌の活用に関しては、「月に1冊以上読む：1、読まない：0」、教育背景に関しては、「3年生短大卒と大学卒：1、3専門学校卒：0」のダミー変数を用いた。

3. データ収集手順

質問紙の配布は、A大学病院の各病棟師長に看護師に配布する調査紙の入った封筒と回収用封筒を研究者が直接手渡し、併せて、文書にて対象者が自らの意志で調査紙を取り出して回答し調査紙を封入してもらう旨を説明した。

質問紙の回収は、回答した調査紙の入った回収用封筒を研究者が各病棟師長から直接受け取った。調査は、2002年7月23日～8月20日の期間に実施した。

4. 分析方法

1) 中堅看護師における看護実践能力のプラトー現象の検証

まず、臨床経験が5年未満、5～20年未満、20年以上

の3つのグループに分け、 χ^2 検定を用いて看護師の属性を比較した。

次いで、看護実践能力がプラトー現象を起しているか否かを判断するために、3グループ別にSpearmanの順位相関係数を算出し、看護実践能力と各経験年数との関連性を求めた。

最後に、同様の経験年数グループの変化を、Kruskal Wallis検定を用い、有意差が認められた場合、全ての群間の中央値の差をMann-Whitney U検定を用いて行った。

2) 中堅看護師における看護実践能力のプラトー現象の要因分析

まず、独立・相互依存的自己理解尺度および日本版PNQの3つの経験年数グループの平均値の差の検定を、一元配置分散分析を用い、有意差が認められた場合、多重比較検定の1つであるTukey法（等分散性が認められない場合は、TamhaneT2法）を用いて行った。

次いで、看護実践能力を従属変数とした単線型回帰分析により、5%の危険率で有意となった項目を独立変数とし、再度、看護実践能力を従属変数とした多重線型回帰分析を行った。解析には統計分析プログラムSPSS11.5J for Windowsを用いた。

5. 倫理的配慮

研究者が看護部へ依頼し、看護部長の了承を得た後に、看護師長会において、各科の看護師長の了承を得た。研究の目的や方法、研究への協力は強制ではなく中断したい場合はそれが出来る事、得られたデータは統計的に処理し研究のみに使用することを文書で伝えるとともに、個人のプライバシーに配慮するために、質問紙は無記名とした。この際、いつでも連絡が取れるように研究者の所在を明らかにした。

IV. 結 果

1. 対象者の基本属性

対象者の臨床経験年数は、5年未満が138名（43.7%）、5～20年未満が125名（39.5%）、20年以上が53名（16.8%）であった。役職がある者は全体の2割であり、経験年数別では、5年未満はなし、5～20年未満は2割弱、20年以上が5割以上であった。

看護研究経験は全体の8割弱であり、5～20年未満は9割近くが経験していた。病院外での研修経験は、1週間以上が全体で2割弱であり、5～20年未満は2割弱、1ヶ月以上では、全体で1割であり、5～20年未満は1割であった。

教育背景では全体の6割弱が3年制短大卒・4年制大卒であり、5～20年未満では3年制短大卒・4年制大卒が6割強であった。看護系専門雑誌の活用では全体の約半

表1 対象者の基本属性

項目	カテゴリー	全体	5年未満	5～20年未満	20年以上	χ^2
		n = 316 (100)	n = 138 (43.7)	n = 125 (39.5)	n = 53 (16.8)	
職位	スタッフ	260 (82.3)	138 (100)	101 (80.8)	21 (39.6)	89.42**
	看護師長・副看護師長	52 (16.5)	0 (0)	23 (18.4)	29 (54.7)	
	うち看護師長の人数	16	0	1	15	
看護研究経験	あり	249 (78.8)	92 (66.7)	108 (86.4)	49 (92.5)	25.07**
	なし	65 (20.6)	46 (33.3)	16 (12.8)	3 (5.7)	
病院外での1週間以上の研修経験	あり	61 (19.3)	3 (2.2)	23 (18.4)	35 (66.0)	100.37**
	なし	255 (80.7)	135 (97.8)	102 (81.6)	18 (34.0)	
病院外での1ヶ月以上の研修経験	あり	36 (11.4)	1 (0.7)	14 (11.2)	21 (39.6)	57.41**
	なし	280 (88.6)	137 (99.3)	111 (88.8)	32 (60.4)	
教育背景	3年制専門学校卒	94 (29.7)	27 (19.6)	34 (27.2)	33 (62.3)	68.43**
	3年制短大卒・4年制大学卒	185 (58.5)	105 (76.1)	78 (62.4)	2 (3.8)	
	うち4年制大卒の人数	33	32	1	0	
看護系専門雑誌の活用	月に1冊以上読む	173 (54.7)	65 (47.1)	67 (53.6)	41 (77.4)	14.77**
	読まない	137 (43.4)	71 (51.4)	55 (44.0)	11 (20.8)	

n (%)

χ^2 検定

* p < .05 ** p < .01

数が月に1冊読んでおり、5～20年未満も同様であった。これら全ての基本属性において、3グループの間に有意差 (p < .01) が認められた (表1)。

2. 経験年数による看護実践能力の変化

看護実践能力得点の中央値及び25%タイル値と75%タイル値は、5年未満が107.00点、96.00点、118.25点であり、5～20年未満が117.00点、108.00点、124.50点であり、20年以上が124.00点、114.50点、137.50点であった。経験年数による看護実践能力の比較では、3グループの中央値に有意差が認められ ($\chi^2 = 53.13$, p < .001), 経験年数が多いグループほど有意に高いことを示した (5年未満と

5～20年未満; U = 5220.50, p < .003, 5年未満と20年以上; U = 1561.00, p < .003, 5～20年未満と20年以上; U = 2352.50, p < .003) (表2)。

経験年数と看護実践能力との関連性は、全体では、r = .424 (p < .01) を示した。3グループでみると、5年未満 (r = .351, p < .01) と20年以上 (r = .210) において正の相関が示された。5～20年未満では、r = -.109と弱い負の相関を示した (表3)。

3. 経験年数による個人の自律性と専門職の自律性

独立・相互依存的自己理解得点は、5年未満 (35.12 ± 5.29) が、5～20年未満 (37.53 ± 4.83), 20年以上 (39.55 ± 4.99) の2グループに比べ有意に低い値を示した (F = 14.53, p < .001, 表4)。

日本版PNQ得点は、5年未満 (159.32 ± 11.02) が20年以上 (165.23 ± 15.09) よりも有意に低い値を示した (F = 4.47, p < .05)。5～20年未満 (160.40 ± 12.43) は他の2グループとの有意差を認めなかった (表4)。

4. 中堅看護師の看護実践能力への影響要因

単線型回帰分析において5%水準で有意差であった変数は、看護研究経験、職位、教育背景、専門職の自律性の4項目であった。これらを多重線型回帰分析に用いた結果、有意差であった変数は専門職の自律性のみであった ($\beta = 0.233$, p < .05)。ただし、この1要因からなるモデルは看護実践能力の1割弱 (R² = 0.140) の説明しかできないことが示めされた (表5)。

表2 看護実践能力の経験年数による比較

経験年数別	n	看護実践能力
5年未満	138	107: [96.00, 118.25]
5～20年未満 (中堅看護師)	125	117: [108.00, 124.50]
20年以上	53	124: [114.50, 137.50]

Median: [25%, 75%]

3群の比較には、Kruskal Wallis 検定 ($\chi^2 = 53.13$, p < .001), 2群の比較には、Mann-Whitney U 検定

* p < .017 ** p < .003

表3 経験年数と看護実践能力との関連性

経験年数別	n	看護実践能力
全体	316	.424**
5年未満	138	.351**
5～20年未満 (中堅看護師)	125	-.109
20年以上	53	.210

Spearman の順位相関係数

* p < .05 ** p < .01

表4 個人の自律性と専門職の自律性の経験年数による比較

尺度	経験年数別	n	Mean (SD)	F値
独立・相互依存的自己理解尺度 (個人の自律性)	5年未満	130	35.12 (5.29)	* * 14.53**
	5～20年未満	116	37.53 (4.83)	
	20年以上	42	39.55 (4.99)	
Pankratz Nursing Questionnaire ^{a)} (専門職の自律性)	5年未満	138	159.32 (11.02)	* * 4.47*
	5～20年未満	125	160.40 (12.43)	
	20年以上	53	165.23 (15.09)	

一元配置分散分析, Tukeyの多重比較 (等分散性が認められなかった場合, TamhaneT2^{a)})

* p < .05 ** p < .01

表5 中堅看護師の看護実践能力への影響要因

従属変数	独立変数	単線型回帰			多重線型回帰 (強制投入法)					
		回帰係数(B)	95% CI for B	p	偏回帰係数(B)	標準化偏回帰係数β	p	95% CI for B	F値 (P値)	決定係数(R2) 調整済み(R2)
看護実践能力 (n=125)	看護研究経験	-7.565	-14.690 to -0.440	0.038	-5.461	-0.133	0.163	-13.166 to 2.244	4.272	0.140
	職位	6.574	0.384 to 12.764	0.038	4.455	0.130	0.190	-2.247 to 11.158		
	教育背景	6.360	0.804 to 11.917	0.025	4.203	0.139	0.141	-1.411 to 9.816		
	Pankratz Nursing Questionnaire (専門職の自律性)	0.318	0.130 to 0.507	0.001	0.250	0.233	0.017	0.045 to 0.455 (0.003)		

誤差の正規性が確認された

列挙した変数は単線型回帰分析によって5%水準で有意な関係が認められたもので、その後、多重線型回帰分析(強制投入法)を用いた看護研究経験、職位、教育背景、はダミー変数に変換して計算に用いた

V. 考 察

1. 中堅看護師の看護実践能力の発達の特徴

看護実践能力を経験グループに分けた場合、経験年数の多いグループほど高くなっていった。一方、臨床経験5年未満と20年以上のグループでは、経験年数を重ねるごとに看護実践能力も高められる傾向を示したが、臨床経験5～20年未満である中堅看護師のグループでは、相関がほとんど認められなかった。この時期の看護実践能力の発達の特徴として、1つには、個々の看護師による違いが大きく、この時期に順調に能力を伸ばす者とそうでない者がいることを示していると考えられる。2つには、中堅看護師と定義した5～20年の経験年数には15年間の幅があるため、個々の看護師によって能力が伸びる時期が異なることが考えられる。3つには、中堅看護師の世代は、ジェネラリストとしての能力が飽和状態にあるという報告から³²⁾、看護実践能力が一定の限界に達したために、次の段階へとあがるための伸び悩みが生じていると考えられる。これらのことから、個々の看護師の看護実践能力の発達は多様であるが、中堅看護師のこの時期にプラトー現象を起こす傾向にあることは示唆されたと考える。

2. 中堅看護師の看護実践能力に関与する要因

中堅看護師の看護実践能力に関与する要因には専門職の自律性が抽出された。他方、それ以外の個人の自律性や訓練および教育の諸項目は抽出されなかった。中堅看護師の看護実践能力の発達の促進には、看護職としての価値観や判断に基づいて選択決定し、責任を持って行動できるという専門職の自律性が有用といえる。Blanchfieldらは、看護師が自律性を発揮するには権威を与えることが有用であ

り、個人が意思決定や必要な役割機能の責任をとるための権威が自律性を促すことを指摘している³³⁾。看護師に役割を付けることで権威を与えることもできるがその看護師は限られている。中堅看護師になり、高められる個人の自律性と異なり、専門職の自律性は、5年未満とは変化を認めず、20年以上になりようやく高められている。Collinsらの専門職の自律性と経験年数とは関連性がない³⁴⁾という報告を加味すると、その獲得は容易ではないと考える。つまり、中堅看護師の看護実践能力への影響要因にあげられたのが、獲得の難しい専門職の自律性であることから、これも長期にわたり看護実践能力の変化が認められない要因の1つとなると推察される。

今回の調査では、個人の自律性は影響要因として抽出されなかった。しかし、個人の自律性は専門職の自律性を獲得する前提となることから、専門職の自律性が影響しない時期には、抽出される可能性も考えられる。個人の自律性が看護実践能力には影響しないのか、それとも、ある一定の看護実践能力を持つ中堅看護師には影響しないのかは、今回の調査では明らかではない。さらに、訓練や教育の諸項目も抽出されなかったことから、個人の自律性を含め訓練や教育と専門職の自律性の関連をさらに詳細に検討する必要がある。

3. 中堅看護師の看護実践能力を促進するための課題

Bennerは、Proficient (熟達) のレベルを、「状況を部分的というよりも、経験に基づいて全体状況を捉え、通常は約3～5年間、類似した患者集団を対象に働いている」としている³⁵⁾。2000年より、Vanderbilt大学医療センターでは、Bennerの看護理論に基づき、Vanderbilt専門職看護実践プ

プログラムを作成し実施している。このプログラムには、4段階の看護実践レベルが掲げられている。その看護師の割合は、Competent（一人前）レベルが1364名（82.7%）、Proficientレベルが120名（7.3%）であるが、センターが期待するそれぞれの割合は60%と20%であり³⁶⁾、センターが期待する割合と比べ、Competentが多くProficientが少ない現状を明らかにしている。Bennerは、全ての看護師がProficientやその次の段階のExpert（達人）になれるわけではないと述べており³⁷⁾、ProficientやExpertへと発達段階を上げることの難しさを示している。これらのことから、臨床経験5～20年の間には、CompetentからProficientへ移行する段階が含まれると考えられる。そのために、長期間にわたり、看護実践能力に変化が認められない、すなわちプラトー現象が生じやすくなるものと推察する。

英国では、1983年の看護師登録制の導入と同時に看護実践能力の評価に取り組んでいる^{38) 39)}。また、日本においては1990年代後半からBennerの臨床能力修得段階モデルを用いた評価基準が作成されている^{40) 41)}。本研究において、中堅看護師の看護実践能力があるレベルにまで到達し、そこから次の段階へと上がるまでにプラトー現象が生じやすいと示唆されたことから、継続教育においては、個々の看護師の発達段階を適切に評価し、教育プログラムを実施する必要があると考える。

VI. 本研究の限界と今後の課題

1点目の限界は本研究のデザインによるものである。本研究は横断調査であるため、年月の経過に伴う社会背景上の要因を考慮することなく、看護師の経験年数別に検討している。看護師の発達過程をみるためには、縦断的調査が必要であると考えられる。

2点目は、尺度の妥当性についてである。看護実践能力の測定では、構成概念を活かす間隔尺度が望まれる。また、専門職の自律性を測定する日本版PNQにおいても構成概念妥当性の検証が必要である。本研究が示した中堅看護師の看護実践能力と専門職の自律性の関連性を、さらに探求するには、両概念の持つ下位概念の関連性を明らかにすることが課題である。

3点目は、中堅看護師における看護実践能力の影響要因が専門職の自律性のみであり、1割の説明率に留まったことである。専門職の自律性に複雑に絡む個人の自律性や教育および訓練の関連性を検討すると共に、本研究において5～20年未満とした年数の幅をさらに詳しく検討することが課題である。

VII. 結論

本研究では、看護実践能力を有する看護職者の育成体制

の充実を図るために、まず、中堅看護師の看護実践能力がプラトー現象を起こす傾向にあることを明らかにした。次いで、中堅看護師の看護実践能力を高めるには看護師の専門職の自律性を獲得させることが有用であることが示された。

付録：Bennerが示す看護実践能力

援助役割

- ・雰囲気を作り患者の癒しへの意欲を高める
- ・痛みやひどい衰弱に直面した際、安楽をもたらす、そのらしさを保つ
- ・何をせずともただ患者のそばにいる
- ・患者が自分自身の回復過程に参加しコントロールすることを最大にする
- ・痛みの種類を見きわめ、適切な対処方法を選択し、痛みの管理やコントロールを行う
- ・触れることによって安楽をもたらす、コミュニケーションを図る
- ・患者の家族を情緒的にサポートし情報を提供する
- ・情緒的な変化や発達の段階を通して、患者に新しい選択を与えたり、これまでの考え方や行動を修正し適切な方向へと導く

指導／手ほどきの機能

- ・時機を踏まえた患者教育を行うために、患者の準備状態を把握する
- ・病気や回復に関することをライフスタイルの一環として統合するように患者を援助する
- ・病気について患者が解釈していることを引き出し、理解する
- ・患者の状態について考えられることを提供し治療処置の理由を説明する
- ・患者が避けている病気の苦悩、痛み、死などに近づき、理解できるように導く

診断機能と患者モニタリング機能

- ・患者の状態から重要な変化を検出し、記録する
- ・明瞭に診断が確定される前に、衰弱や悪化を予測する
- ・これから起こるであろう問題を予測する
- ・個別的な要求や経験を理解することで、患者のケアニーズを予測する
- ・健康状態を取り戻し治療法に対応するために患者の秘めた力を査定する

急変時の効果的な対応

- ・生命の危機に対する迅速で適切な実践を行う
- ・緊急事態において必要とすること、資源を迅速に用いるというように、不測の事態の管理が行える
- ・医師の助けが得られるまで、患者の危機を明らかにし対応する

治療処置の実施と観察

- ・リスクと合併症を最小限にして、点滴治療を開始し持続させる
- ・薬の効果を理解して正確かつ安全に与薬する
- ・廃用性症候群を最小にするための努力をする
- ・治療を促し、安楽と適切なドレナージをもたらす創傷管理法を工夫する

ケア実践の質とその保証

- ・安全な医療、看護ケアを確実に保障するためにバックアップをする
- ・医師の指示から何を省き、何を加えると安全になるかを査定する
- ・医師から適切でタイムリーな応答を得る

組織化と役割遂行能力

- ・多様な患者のニーズを調整し、優先順位をつけ、それに応える
- ・適切な治療を提供するための治療チームや看護チームの編成・維持を行う
- ・スタッフ不足の解消や定着率を上げることを考えて働きかける

謝 辞

はじめに、本研究に御協力下さいました全ての皆様に深く感謝いたします。調査を快く引き受けてくださり、多大

な御協力をいただきましたA大学医学部附属病院の皆様に厚くお礼申し上げます。なお、本稿は第29回日本看護研究学会学術集会において結果の一部を発表しております。

要 旨

本研究の目的は、1) 中堅看護師の看護実践能力はプラトー現象を起こすか否か、2) 中堅看護師の看護実践能力の発達に影響する要因を明らかにすることである。質問紙は、Bennerの7領域から構成された看護実践能力、個人の自律性、専門職の自律性、訓練や教育から構成された。看護師386名を対象として分析した。主な結果は、(1) 臨床経験5～20年未満の看護実践能力は、相関係数 $r = -.109$ を示した。(2) 臨床経験5～20年未満の看護実践能力に関与する要因には、専門職の自律性が選択された(重回帰分析、説明率 $R^2 = 0.140$, $\beta = 0.233$)。これらのことから、中堅看護師の看護実践能力がプラトー現象を起している傾向を認めた。中堅看護師の看護実践能力をこの状態から解放するには、専門職の自律性を獲得することが示唆された。

Abstract

The objective of the present study was to determine whether the plateau phenomenon occurs with regard to the practical abilities of mid-career nurses, and to clarify factors related to the development of the practical abilities of mid-career nurses.

The questionnaire included practical ability based on Benner's seven domains of nursing in addition to items on individual autonomy, nursing autonomy, training, and education. Analysis was performed for 316 of 386 nurses.

The main results were as follows: 1) the correlation coefficient for the practical abilities of nurses with 5 to 20 years of clinical experience was $r = -.109$, and 2) nursing autonomy was identified as a factor related to the practical abilities of nurses with 5 to 20 years of clinical experience (multiple regression analysis: $R^2 = 0.140$, $\beta = 0.233$).

These findings indicate that the plateau phenomenon tends to occur with regard to the practical abilities of mid-career nurses, and that nursing autonomy is necessary in order to enable mid-career nurses to improve their practical abilities beyond this phenomenon.

文 献

- 1) 日本看護協会編：平成17年版 看護白書，242，日本看護協会出版会，東京，2005。
- 2) 相場一二三：中堅看護婦の潜在能力を引き出す研修-研修のプロセスを重視した病棟間留学の導入，看護管理，11(12)，980-984，2001。
- 3) 土佐千栄子，出川昌子，他：経験3年以上の看護婦・看護師の臨床実践能力の特徴 第1報-3病院574名の看護婦・看護師を対象に-，日本看護管理学会誌，5(2)，55-63，2002。
- 4) Rees, P. G., Hays, B. J.: Fostering Expertise in Occupational Health Nursing, AAOHN JOURNAL, 44(2), 67-72, 1996.
- 5) 鶴田早苗：主任・中堅が発揮すべきリーダーシップと問題解決，患者満足，3(1)，123-128，1999。
- 6) 牛田貴子：「キャリア中堅看護師の臨床実践測定尺度ver. 3」を教育プログラムとして活用するための手引き，看護管理，17(6)，496-499，2007。
- 7) 水野暢子，三上れつ：臨床看護婦のキャリア発達過程に関する研究，日看護会誌，4(1)，13-22，2000。
- 8) 菊池昭江，原田唯司：看護の専門職自律性の測定に関する一研究，静岡大学教育学部研究報告(人文・社会科学篇)，47，241-254，1997。
- 9) 上野貴子，内藤理英，他：経験3目以上の看護婦・看護師の臨床実践能力の特徴 第2報-年齢階級別にみた臨床実践能力の比較-，日本看護管理学会誌，5(2)，64-70，2002。
- 10) 下中弘：心理学事典，85，平凡社，東京，1981。
- 11) Benner, P. (井部俊子，井村真澄，他訳)：ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー，10-27，医学書院，東京，1992。
- 12) Haag-Heitman, B., Kramer, A.: Creating a Clinical Practice Development Model, American Journal of Nursing, 98(8), 39-43, 1998.
- 13) Steaban, R., Fudge, M. et al.: The Vanderbilt Professional Nursing Practice Program, Part 3, Journal of Nursing Administration, 33(11), 568-577, 2003.
- 14) 服部美穂，井阪綾乃，他：看護実践能力の自己および管理者評価，第33回 日本看護学会論文集-看護管理-，88-90，2002。
- 15) 原田房枝，山本要子，他：経験年数別の看護実践能力の評価，第32回 日本看護学会論文集-看護管理-，324-326，2001。
- 16) 中村悦子，伊平 智：経年別看護婦の臨床実践能力評価と職務満足度の比較検討-当病院における看護婦の実践能力自己評価から-，第31回日本看護学会論文集-看護教育-，143-145，2000。
- 17) 前掲9)。
- 18) 前掲10)。
- 19) 前掲11) 123。
- 20) 嶋田聡子：中堅看護婦の概念の明確化-過去10年間の看護文献から-，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録，24，56-63，1999。
- 21) 平井さよ子：看護師のキャリア開発と求められる支援-組織と個人の相互作用の中で-，看護展望，28(8)，17-21，2003。
- 22) 前掲7)。
- 23) 前掲11) 19-22。
- 24) 志自岐康子：看護職の専門職的自律性：その意義と研究，看護，5月特別臨時増刊号，78-88，1996。

- 25) 香春知永：看護基礎教育過程における専門職的自律性に関する研究－看護学校・短期大学・大学における専門職的自律性の相違－，看護研究，23(1)，78-88，1990.
- 26) 木内亜紀：独立・相互依存的自己理解－文化的影響，およびパーソナリティ特性との関連－，The Japanese Journal of Psychology, 67(4)，308-313，1996.
- 27) 島田陽子：「プロフェッショナル」を目指すにあたって，インターナショナル ナーシング レビュー，18(1)，14-17，1995.
- 28) Benner, P. (井部俊子，井村真澄，他訳)：ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー，34-115，医学書院，東京，1992.
- 29) 前掲25).
- 30) 前掲24).
- 31) 前掲26).
- 32) 前掲7).
- 33) Blanchfield, K. C., Biordi, D.L.,: Power in Practice: A Study of Nursing Authority and Autonomy, Nursing Administration Quarterly, 20(3), 42-49, 1996.
- 34) Collins, S. S., Henderson, M.C.: Autonomy: Part of the Nursing Role?, Nursing Forum, 26(2), 23-29, 1991.
- 35) 前掲28)19-22.
- 36) 前掲13).
- 37) 前掲28)25.
- 38) Girot, E. A.: Assessment of competence in clinical practice-a review of the literature, Nurse Education Today, 13, 83-93, 1993.
- 39) Manley, K., Garbett, R.: Paying Peter and Paul : reconciling concepts of expertise with competency for a clinical career structure, Journal of Clinical Nursing, 9, 347-359, 2000.
- 40) 野地金子：クリニカル・ラダーから考える臨床実践能力評価，看護，49(13)，72-89，1997.
- 41) 吉井良子：聖路加国際病院における臨床実践能力評価の変遷，看護，49(13)，113-117，1997.

[平成19年2月13日受付]
[平成19年9月10日採用決定]

学内から臨地実習へのプロセスにおける看護学生の学習の変化： 状況論における「移動」概念の視点から

Nurse Students' Change of Learning in Process from Classroom to Nursing Clinical Course:
The Analysis Based on Concept of "Transition" in Situated Learning Theory

香川 秀太¹⁾
Shuta Kagawa

櫻井 利江²⁾
Toshie Sakurai

キーワード：看護学生、学内、臨地実習、状況論、移動

Key Words：nurse students, classroom, nursing clinical course, situated learning theory, transition

I. はじめに

看護学教育現場で日常的に報告されることに、「学内授業で教えられ学んできたはずであるにもかかわらず、学生は学んできたことを臨地実習でうまく活用できない」という現象がある。例えば、学内授業で教えられたはずの病態生理の知識が、病棟での本物の患者を対象とした看護を考える段になるとうまく活用できない、というものである。これは、学内での講義・演習（以下、学内学習）では「できていたつものこと」が、臨地実習の体験の中で、「不十分であったこと」、あるいは「ごまかしてしまっていたこと」に気付く過程だといえる。さらに、臨地実習の過程は、その気付きでとどまることなく、程度の差こそあれ「できるようになる」過程でもある。

従来、学内授業での学習過程¹⁾や、臨地実習での学習過程²⁾に関しては多く検討されてきたが、いずれも「できたか、できなかったか」という是非の議論であり、こうした看護学生の、学内学習から臨地実習に参加する中での学習過程については、経験主義的研究方法論を用いた形で十分な検討がなされてこなかった。そのため「なぜこのような現象が生じるのか」という機序を説明できる理論開発に至っていないのが現状である。しかし、こうした看護学生の、学内学習から臨地実習に参加する中での学習“過程”の側面に着目した研究を行なうことで、なぜ学生達は学内で教えたはずのことが出来ないのか、なぜ学内で出来なかったことが実習で出来るようになるのか、を理解することに繋がり、今後の看護教育への有益な知見に繋がると思われるため、ここに報告する。

II. 理論背景

冒頭で挙げたような事柄は、心理学（あるいは文化人類学）では、「移動（transition）」^{3), 4)}の問題として扱われてきた。心理学では、「バプロフの犬」で知られる、古典的条件付けの理論に代表されるように、主体に与えられる刺激（S）と、それに対する主体の反応（R）とが結びつくこと（S-R連合）が学習であるとする行動主義、人間の頭の中の知識構造の変化として学習を説明しようとする認知主義が、実際の社会場面から隔離された実験室での研究に終始してきたのに対し、近年、家庭生活⁵⁾や旋盤工場⁶⁾などの仕事場といった、特定の「社会的状況（場面）」の中で生起する認知活動に関心を向けるようになった。こうした、特定の社会的状況の中での人間の認知を扱う理論は「状況論」と呼ばれている。「移動」とは、この状況論から提出されたもので、「異なる場面間を行き来することで現れる、人間の何らかの変化過程」を扱おうとする概念である。例えば、家庭生活から病院へ入院（移動）する男性患者は、看護師や医者などの他者、医療器具などの道具、病棟のタイムスケジュールによる拘束など、子どもや妻との相互関係が中心の家庭生活とは異なる、「病棟」という環境に置かれる。その中で、家庭での生活習慣の不適切性に気付き、改めて見直すというような変化を生じさせるかもしれない。例えば、食生活のこだわりを変化させる、などの現象に見られることである。しかし、家庭に戻る中で、そこからまた、生活習慣そのものを元に戻してしまう可能性も存在する。このような場の変化と学習の変化との関係（場の変化に伴い、どのような学びの変化が起こるか）を扱う概念が「移動」である。

この概念のポイントは、次の4点で示すことができる。

1) 筑波大学大学院人間総合科学研究科心理学専攻 Graduate School of Comprehensive Human Sciences, Post Doctoral Research Fellow in Psychology, University of Tsukuba

2) 筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学専攻 Graduate School of Comprehensive Human Sciences, Institute of Nursing Science, University of Tsukuba

1) 学習者が、各場面で他者だけでなく道具やルールを含んだ周囲の諸要素とどう関係性を結び、その関係性にはどんな違いがあり、どのような経験をしているのか、各場面の社会関係の違いや特殊性に焦点を当てる。2) 以前の場面で得た学びが、新たな場面に活用されたかどうかだけでなく、活用出来なかったならば、その状態からどういう変化がなせ生じるのかも明らかにする。3) 知識の側面だけでなく、動機やアイデンティティや社会的地位の変化なども合わせた、「全人格的」⁷⁾な変化過程として学習を検討する。先の患者の例で極端に簡略化して言えば、家庭での、親、あるいは夫アイデンティティから、病院での、患者アイデンティティへの変化も食生活の反省に関わるものとして分析の視野に入れ、検討することを意味する。4) カリキュラムやマニュアル上に組み込まれているような、教授者や管理者が公的に期待し、教授する知識を学習者は身につける、といった「フォーマルな学習」と、陰で、時に指導者の期待や目を盗んで、学習者自身が独自に編み出す「インフォーマルな学習」⁸⁾との両側面に着目し、それらの学習が場面間の移動に伴いどう変化するのかを検討する。典型的な教授論は、しばしば「教授者の期待通りの成果が現われているか」というフォーマルな学びを重視する教授者の視点に偏る傾向がある。しかし、現実の学習者は、教授者に教えられていることを学んでいるだけでなく、いかにうまく教授者の目を盗むか、などの、教授者には教えられも、期待されもしないが、学習者に独自のインフォーマルな学びを生起させることがしばしばある。こうした側面に着目することで、より現実即した学習者の多面的な学びの様相が明らかになると思われる。すなわち、移動の概念では、一旦、教授論的関心から離れ、学習者の視点に立ち、「学習者自身はどう場を意味づけ、教授者の目を盗んでいるのか」という側面にも着目するのである。そのため、当該分野の研究者による教育研究では、インフォーマルな学習を抽出しにくく、また期待による修飾がかかる可能性を必ずしも否定できない。状況論を扱う、心理学者や文化人類学者といった外部から参加する研究者が、それぞれの「社会的状況」における学習を研究する優位性はここにある。産業界でも自社についての内部調査は難しく、外部機関が調査することによって初めて真実が明らかにされるように、状況論が、産業界や医療界において、学習者がどのように学びを展開しているのかについての知見を多く輩出してきた理由である。本研究では、状況論を専門とする心理学者（第一著者）が、調査を行うことで、こうしたインフォーマルな学びの側面をあわせて検討する。このインフォーマルな学習の例としては、先の入院患者で言えば、表面上は食生活を見直したような言動をしながら、実は、陰では早く退院するために医師や看護師の目をうまく

ごまかす技術を身につけつつ、自宅に帰ればもっと自由に食生活を行なおうと考えているかもしれない、といったことが挙げられる。

こうした状況論あるいは移動の概念は、学校教育や、商業・産業領域における職業教育の問題を中心に援用されており、看護学教育の領域には、世界的にもまだ殆ど適用されてはいない。そのため、看護学教育の現状把握のための分析に適用することはもちろんのこと、状況論的視座から看護学教育への実践的応用をいかに図るか、ということ自体が、研究課題の一つとなっている。それゆえ、アクションリサーチを含む、より具体的な教育実践の研究例が少なく、その例を多く示すことはできない。しかし、従来の他領域での研究成果をみれば、看護教育においても、次の応用が可能と予測できる。まず、知識習得の問題に集中する教育デザインではなく、どんな道具や他者、社会的ルールに、どう触れさせる環境を整えることで、どんな看護師としてのアイデンティティを育成すべきか、周囲の諸要素との相互行為と学生の全人格的な変化を重視した、教育デザインを実施する際の理論的支えになるとと思われる。その際、教授者のフォーマルな視点に基づくだけでなく、学習者自身のインフォーマルな視点や希望も積極的に取り込んだ、教育デザインへの示唆も提供するであろう。例えば、Tuomi-Gröhn⁹⁾は、教員や看護師が一方向的に学生の知識習得を支援する伝統的な教授方法を採用することが多かった、従来のフィンランドの看護学教育プログラムを批判的に検討し、次のような教育プログラムを考案・実施した。このプログラムでは、実習に参加する学生・教員と、病棟の看護師といった他者とが、それぞれのアイデンティティや社会的立場の特殊性を尊重した上で、共同のチームとなって患者の看護に取り組む。そこで、互いに人間関係を構築しながら、解決策のみならず、新たな理論概念までも共同で構築・発展させていく。そして、その結果、学生は従来よりも看護実践家としてのより強いアイデンティティを芽生えさせ、理論と実践を有機的に統合できる看護実践力を身につける、という実習の場を新たにデザインしている。

このような実習への見方は、あるところで既に看護教育者が素朴に踏まえている観点ではあるかもしれない。しかしながら、看護教育において体系化された理論としては構築されておらず、そのため自覚的に運用されていない。実際の研究で、このような側面に殆ど焦点が当てられてこなかったのは、前述した移動概念に基づく4つの視点が整理されて提供されてこなかったことも一因であると考えられる。

最後に、従来の看護学教育研究と比較しつつ、この点について述べ、本研究の意義を確認する。従来、このような移動の問題を扱う研究に近似しているものとして、学内授業の成果が臨地実習にどの程度現れているかを調査する研

究¹⁰⁾、¹¹⁾がある。これらの研究成果は授業評価やカリキュラム開発などに直接的に影響し、価値あるものとして看護教育学の発展に寄与してきた。しかしながら、状況論における移動概念の見地からは、次の点が十分に検討されていないといえるだろう。第一に、こうした研究は、あくまで「学内授業が臨地実習にどの程度役立てられたか」に焦点を当てるものであり、「なぜ学内では学習が不十分なのに、臨地実習に参加すると学習が進むのか」について経験主義的方法論を用いて調査したものはほとんどみられない。学内での、学生と学習環境の関わりについては分析対象にすえるものの、臨地実習に至るまで、それらの学習環境とどのように関係性を結んでいったのかを追跡し、明らかにしたものはない。第三に、それらは主に知識の側面を検討するに留まり、学習動機やアイデンティティの変化といった全人格的な側面については経験的に十分検討してはこなかった。第四に、それらは、教師が期待する知識が身についているかについて検討するフォーマルな学習の側面について着目したもので、その陰で学習者が編み出しているインフォーマルな学習の側面には着目しておらず、その側面の調査はほとんどみられない。移動の概念に依拠して、学習の両側面を調査することで、学内学習と臨地実習の間で学生達自身が実感として感じている両者への関わり方の違いや、学生の変化の様相を幅広く理解することに繋がり、今後の授業設計を検討する際の一助となるように思われる。

以上から、本研究では、先の4つの観点を伴う「移動」の概念を背景として、学内学習から臨地実習に参加するまでの看護学生の学習過程を明らかにする。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究のテーマである、異なる場との相互作用を経験することによる看護学生の学習過程を解明するためには、同じく動態的な社会的相互作用の分析に有効で、現象への統合的な説明理論の構築に優れたグラウンデッドセオリー法 (Glaser & Strauss, 1967) が、方法論として適切と考え、採用した。具体的には、従来のグラウンデッドセオリー法を実際の分析に活用しやすい形式に改訂した、修正版グラウンデッドセオリー法 (Modified Grounded Theory Approach: 以下M-GTAと略す)¹²⁾を用いた分析を行った。

2. 対象者及びデータ収集方法

対象は、2002年12月から2003年7月の、2年次から3年次にかけて、学内学習を経て成人周手術期 (急性期) 臨地実習に参加した看護学専攻の看護学生9名である。対象とした周手術期臨地実習では、学生が8名または9名からなるグループに分かれ、1グループ9日間程度、基本的に1人の学生につき1人の患者を担当して看護する形式が採用

されていた。データ収集は、実習が終了した直後 (1週間以内) に、下記の倫理的配慮に関する説明を実施し、許可を得たうえで、半構造化面接を行ない、また、研究者自身の学内学習と臨地実習の参加観察もあわせて実施している。面接では、観察での結果も踏まえ、「学内学習と臨地実習とではどちらの方がやる気があったか。なぜそちらの方がやる気があったと思うか」「教育施設でいい加減にやっていたが、実習ではいい加減に出来なかったことは何かあるか。またその逆はあるか」など、学内学習から臨地実習へ参加することに伴う、学生の変化や各場面への関わり方の違いを引き出す項目を設定した。面接は、質的研究者に十分なスーパーバイズを受けトレーニングされた、看護教育に関与しない心理学者である第一著者が、内容の許可を得た上で実施した。面接者が、評価者でも指導者でも教員でもないことや、観察期間中に毎日顔を合せていたこともあり、面接では、自然体で回答してもらうことができた。面接の実際は、1人につき1回、1時間から1時間半をかけて、個別に部屋をとり実施している。また会話の内容は、対象者の承諾を受けた上で、全てカセットレコーダーで録音し、その後、文字化した。

なお、周手術期の実習を選択した理由は、調査許可を得ることのできた教育施設の実習が、学内授業終了後、最初に周手術期実習から始まるカリキュラムであったため、複数の実習を経験することで学内との差異の感覚が薄れた他の実習よりも、学内学習と臨地実習のギャップをより新鮮に感じる実習なのではないかという当初の判断による。

3. 倫理的配慮

本研究は、筑波大学大学院人間総合科学研究科の倫理に関する所定の手続きをとり、研究科長ならびに当該学系長、及び当該施設の病院に設置されている「医の倫理委員会」の承認を得て実施した。また、対象である学生の所属先の承諾は、当該教育施設の指針に従い、責任者の許可を得た上で行った。対象者へは、本研究が、学内学習から臨地実習へのプロセスの中で経験する看護学生の体験や意識の違い、困難、そして変化といった学びの推移について調査するものであるという研究目的を説明した上で、研究参加への辞退によっていかなる不利益も生じないこと、調査内容は成績等には関係しないこと、当該施設の看護教員へは個人データとして報告されないこと、公表は匿名性を確保した形でなされること、同意した後であっても辞退が可能なこと、発話はカセットレコーダーに録音し、録音されたカセットは鍵のかかったところに管理すること、文字化したデータは個人の特定制が行えない形で保管すること、などのデータ管理に関する倫理的配慮や研究主旨などの説明を十分に行い、書面で同意を得た。

4. 分析方法

分析の手順について説明する。まず、データを幾つかの概念に圧縮していくオープンコーディングと、概念同士を関係付けてカテゴリーにまとめる選択的コーディングの二段階を辿った。オープンコーディングでは、観察経験及びデータを参考にしつつ、1人分の面接の文字化データを検討し、少数の概念に圧縮していった。概念の圧縮は分析ワークシートを利用して行った。分析ワークシートは、「概念名」、概念の「定義」、概念を作る基となった「データ（具体例）」、分析途中で考え付いたことを自由に書き込む「理論的メモ」の4項目からなり、1概念につき1ワークシートを作成した。その後、他のデータを検討していき、新たな具体例が出現する度に概念名と定義をチェックし、そのままでは包括度が低い場合は修正・改定を加えていった。既存の概念に該当しない別事例が出てくれば、新たにワークシートを作成し、別概念として構成した。また、既存の概念と対極する事例が出てきた場合は対極事例としてピックアップした。このように、対極事例のチェックを含め、データを一つずつ解釈しながら、具体例の書き込み、概念名・定義の修正を繰り返した。そして、それ以上修正・改定の必要性がなくなった時点で概念の完成とした。

全てのデータからの概念構成を終了させた後、選択的コーディングに移り、概念間の関係付けを実施し、カテゴリーを構成した。分析にあたっては、質的研究の専門家によるスーパーバイズを受けた。分析が完成した後、結果の妥当性を確認するため、心理学専攻の大学教員、医師、データ収集先の教育施設に所属する看護教員及び看護学生、データの収集先とは異なる教育施設に所属する教員及び看護学生により、結果の妥当性を検討してもらい、全体的な同意と幾つかの指摘を得て、修正を施し、最終的な完成とした。

また、研究にあたり、研究計画の立案、データ収集、分析、全体的な論文の記述を心理学を専攻とする第一著者が、看護学への貢献がより明確になるように論文中の細かい表記の変更を、看護学研究者である第二著者が担当した。

以下、概念名を< >で、概念の内容及び定義を示す箇所を『 』で、カテゴリー名を【 】で、カテゴリーの定義を“ ”で表して結果の記述を行なう。記述はM-GTAの書式に則り、まず概念の説明を、次にカテゴリー及び概念間の関連性を記す。

IV. 結 果

分析の結果、まず、看護学生が学内学習から臨地実習へ移動するに伴い、学内学習では『根拠立ての重要性が実感し辛く、根拠立ての徹底が希薄になる傾向がある』が、臨地実習では『根拠立ての重要性をより実感して、根拠立て

をより徹底するようになる』というように、 α < 根拠立てに関して学生が感じる重要性 > に変化が生じていることが示された（「根拠立て」の定義は後述する）。この「根拠立て」の変化は冒頭で述べたように、教育施設では教えられていたにもかかわらず、学内では十分学習できていなかったが、臨地実習に参加するとともに、自分が不十分であったことに気づき、次第に出来るようになっていく、移動の過程を示すものといえ、また看護実践上重要かつ基礎的なものと考えられることから、本研究ではこの変化がなぜ生じるのかに焦点を当てることとした。

次に、学内学習から臨地実習への移動に伴い、根拠立ての取り組みになぜ変化が生じるのか、その変化をもたらす学内学習と臨地実習の違いとは何か、を示すカテゴリーとして、カテゴリーA【課題の現出・解決プロセス】、カテゴリーB【最低限必須行為と自由な行為】、カテゴリーC【組織が前提とする成功・失敗行為】の三つが見出された。

以下で、まず本研究にて明らかにしたい内容として中心に位置する概念『根拠立てに関して学生が感じる重要性』の説明を行い、次に、その学内学習と臨地実習の根拠立ての重要性の実感の変化がなぜ生じるのかを説明する、A～Cの3つのカテゴリーについての記述を行なう。なお、結果図は図1に示した。

1. 帰結概念 α < 根拠立てに関して学生が感じる重要性 >

この概念は「学内学習と臨地実習で、学生が根拠立てに対して感じる重要性の実感の相違」を示すものである。学内学習では『根拠立ての重要性が実感し辛く、根拠立ての徹底が希薄になる傾向がある』が、臨地実習では『根拠立ての重要性をより実感して、根拠立てをより徹底して実施するようになる傾向がある』。この「根拠立て」は、データの中から現れた“in-vivo”（木下、2003）な用語で、看護過程を展開する際、「教科書で一般的に～と言われているから～と判断する」や、「漠然と～と思うからそのケアを行う」といった漠然とした理由に基づく曖昧な判断ではなく、「患者の状態が異常というなら、なぜ異常といえるのか」、「患者の状態が～であるから、このケアを行う」など、「解剖学や生理学などの専門知識を駆使しながら、患者の個別具体的なデータに基づきつつ、看護を展開していくこと」を指すものである。

「〔学校では〕なんでなるのかっていうのがわかってなくて、症状だけ覚えてたりしたことがあるから…その病気が、症状が起こるメカニズムっていうか、なんか細かく見てなかった部分が多かったの。…〔実習では〕症状だけ覚えても、だから例えば熱が出たら頭冷やすとか、なんでそれをするのかとか、なんで頭なのかとか、そういう理由ですね、別にだから一般的にやってるからとかそういうんじゃないくて、なんで自分が今それをやってるかっていう理

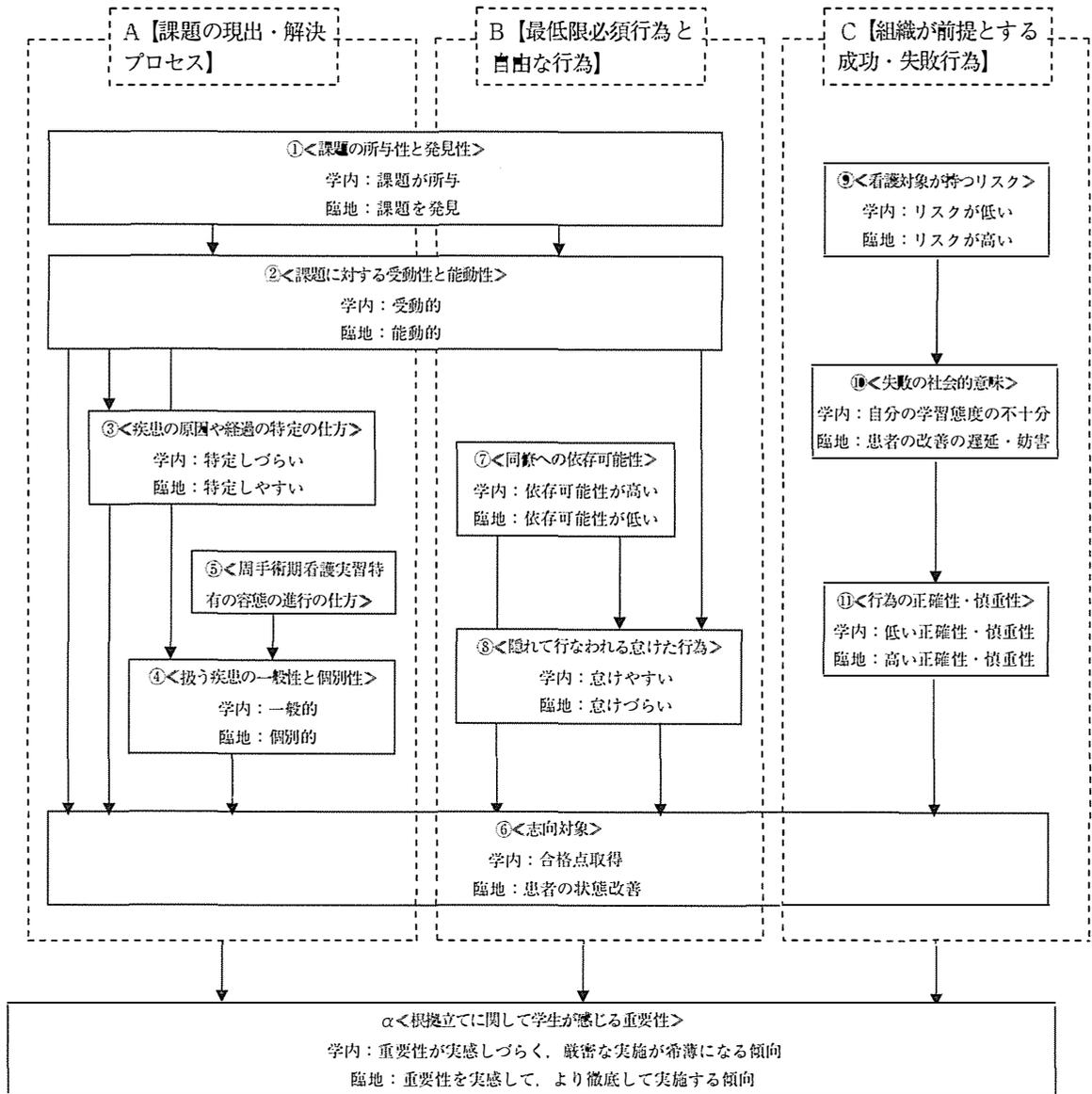


図1 根拠立ての重要性の実感に違いを生み出す学内学習と臨地実習の違い

由を知るには何で起こるかっていうのがわかってないと」(ケース1)

「学校でやってきてなんかそこまで根拠とか考えないじゃないですけど、考えなかったんですよ、私は。でもやっぱり実習だと…どうして必要なかっていうことと、それをしてどうなるかっていうことをそれをすごく考えさせられるって言うか、考えるようになりました」(ケース2)

※〔〕内は、調査者による補足。()内は、調査者の発話。…は略。以下これに従う。

2. カテゴリーA【課題の現出・解決プロセス】

このα『根拠立てに関して学生が感じる重要性の実感』の変化をもたらす要素の一つとして、カテゴリーA【課題の現出・解決プロセス】が抽出された。これは、「学内学習と臨地実習とで、学生が取り組む課題がどういう形で現れ、どういう形で解決されていくのかのプロセスの違い」

を示すカテゴリーである。このカテゴリーは、①<課題の所与性と発見性>、②<課題に対する受動性と能動性>、③<疾患の原因や経過の特定の仕方>、④<扱う疾患の一般性と個別性>、⑤<周手術期特有の容態の進行・変化の仕方>、⑥<志向対象>の6概念からなるものである。最初に概念の説明及び具体例を示し、次に概念間の関係性を示して、学内学習と臨地実習で根拠立ての取り組み方に違いがなぜ現れるのかの説明を行なう。

1) 概念①<課題の所与性と発見性>

所与という言葉は、givenを指す言葉として、本研究の理論的背景として採用している状況論で一般的に使われているものである。学内学習では、学生が触れる『患者の情報や学生が取り組むべき課題は、教科書や事例などの紙面上に既に記述されていたり、教員によって提示される所与のもの』である。一方、臨地実習に移動すると、学生が触

れる『情報や課題は、学生自らが患者に接したり、カルテなどの記録物を見る中で、収集され、構成されていく発見的なもの』となる。

「学校では…与えられるっていうか、やりなさいじゃないけどそういう状況にあるから…（学校で授業に臨むときの気持ちと、実習に臨むときの気持ちに何か違いはありますか？）学校は、受身って言うか、ダメって言われるけど、学校くれば、授業があるんで教えてもらえるじゃないですか。だからもう来ればいい、とりあえず来ればいいみたいな感じで。でも実習は、ただ単に行くだけじゃなくて…とりあえずカルテを見てわかんなかったら調べていかなくちゃいけないし」（ケース3）

2) 概念②<課題に対する受動性と能動性>

学内学習では、講義場^Ⅱで特に見られるように、『情報や課題が与えられるのを待つ、受動的な行為が基本となる』が、臨地実習では、『情報を収集したり、課題を発見したりするための能動的・自発的な行為が基本となる』。なお、概念①は課題の現われ方を指し、②は、学生がそれに対してとる行為や姿勢を示す概念である。

「学校は授業を聞いていけばいいから、特に急ぐこともなく、ただ座っていればいけど、実習は自分からいかないと何もできないし、ただぼうとつつ立ってても何も起きないから自分からやろうという気持ちはありますね」（ケース4）

3) 概念③<疾患の原因や経過の特定の仕方>

学内学習で用いられる紙上事例（ペーパーバイシエント paper patient と呼称される）では、自ら情報を能動的に収集していくのではなく、紙上にあらかじめ記載された、限定的な情報の範囲内から看護過程を展開していかなくてはならないため、『疾患の原因や今後の経過等を絞り込むことが難しく、しばしば一般的な原因や経過の候補を複数出して終了することが多い』と学生に報告される。他方、臨地実習に赴くと、不足した情報は自ら収集していくことができるため、患者個人の状態により沿った形で、『原因や今後の経過等を、特定していくプロセスを進めることができる』。

「学校の事例のやつだとある程度のことしか書いてないんですよ。例えば患者さんの名前と病状と、検査値はこうでした、そうなると次に起こりうる可能性っていうのは、結構膨大には出てくるんですけど、何が重要かっていうランク付けはできないんですよ。結構一番目なのがいっぱい出てきたりとかするんで、結構絞込みができないっていうのもあるんですけど。病院だとやっぱり患者さんのライフスタイルもあるんで、それを考えた上でのその人の性格とかもあるんで。それもプラスアルファで付け加えて、行動とかも計画したときとかにもなんでこれを計画したのっていう根拠が結構、うん、スパンスパン出てくるんで」（ケース5）

4) 概念④<扱う疾患の一般性と個別性>

学内学習では、「消化器」や「循環器」といったように、『領域によって分断されたそれぞれの疾患についての一般的な定義や経過、あるいは対処法を統合せずともバラバラに学習していけばすむことが多い』。一方、臨地実習に移ると、「循環器」と「呼吸器」の両方の疾患を持つ患者など、一人の人間が複数の疾患を有し、その複合関係により、非特異的症状が現われる場合も多いので、混在する複数の疾患を関連付けて扱う行為が基本となる。つまり、臨地実習では、『患者によって個別に異なる複数の疾患を総合的に扱わなければならない』違いがあると学生に報告される。

「学校とかではなんか勉強ってこの教科はこれってこう分かれてて、成人期の勉強でも、循環器は循環器で、消化器は消化器で、とかって。でも[臨地では]患者さんで、循環器の病気だけじゃなくて、他の病気とか持ってる患者さんもいるじゃないですか。全く別々じゃなくて、一緒に考えなきゃいけない」（ケース6）

「学校だとなんかテキストとか使って決まったことを覚えるっていう、ほんとになんか一般的な経過しか学習できなくて」（ケース7）

5) 概念⑤<周手術期特有の容態の進行・変化の仕方>

例えば、対象者の言葉を借りれば、「母性期の患者は教科書通りの一般的な経過を辿ることが多く、複雑な症状を看護する必要が少ない」のとは対照的に、本研究で対象とした周手術期看護実習では、『他の実習に比べ、複数の複雑な疾患を持ち、容態が不規則かつ急激に変化する患者を対象とすることが多い』と区別された。この概念は、他の概念が、学内学習と臨地実習の違いを示すものであるのに対し、周手術期の実習の特性を示すものである（つまり、他が学内学習と臨地実習の両方を示した概念であるのに対し、臨地実習のみについて言及したものである）。

「精神も母性も別に一般的な傾向を辿る。(ああ。)手術のあとの方がやっぱりわかんないと思うんです(何がわからないんですか?) こう変化とか、変化っていうんですか(変化、予測し辛い?) 予測。…なんか色々こう色々出てきちゃって、こういうものもあつたりするみたいな問題がいっぱい出てきて」（ケース8）

「母性は…それなりに難しかったけど…マニュアルっていうか…褥婦さんが迎える経過がどうだっていうのは教科書に載ってるんですよ。でそれと比べて、患者さんのをやればいから、分かりやすいっちゃわかりやすいんですけどアセスメントが。…[周手術は]ほんと違うんですよ、人によって全く…だから、今までこう教科書3から5日で回復とか書いてあったら、それぐらいで回復するものと思ってるんですけど、一週間回復しなかったり、2週間回復しなかったりするから、比べたってしょうがないんです

よ」(ケース9)

6) 概念⑥<志向対象>

学内学習では、学生は教員からの成功の評価、テストでの合格、単位取得などの『合格点の取得』を主な学習の動機・目的としてしまう。一方、臨地実習も、教員評価や単位が与えられる単位であるが、学生たちの主な動機・目的は、『患者の状態の改善』になるという。

「[学内の授業では] 私的にはやっぱりテストのためだったと思うんですね… [臨地実習では] その人を看護するにあたって、この患者さんのために何が必要かって勉強するようになったし…」(ケース10)

「… [学内の授業では] とりあえずこれを乗り切らなきゃって思って(ああ実習) 実習につなげるとか考えなくて…とりあえずここで単位とらなきゃ私は何もできないっていう。あんまり実習はやっぱり、全然そういう感じは思ってなかったですね… [臨地実習は] やっぱりほんとに患者さんと対面しているわけですよ…こう患者さんを受け持たせていただいでいて、少しでも役に立たなきゃ見たいな。そういう思いがあって」(ケース11)

3. カテゴリー A の説明 (概念間の関連性)

以上を踏まえ、カテゴリー A 【課題の現出・解決プロセス】における、概念間の関連性を示す。記述に当たって、各概念間の関連性を、学内学習では、～という流れから、根拠立ての取り組みが甘くなり、一方、臨地実習では、～という流れから、根拠立ての取り組みがより徹底されるようになる、という形式で示す。また、帰結概念となって抽出された a <根拠立てに関して学生が感じる重要性> に至る概念間の関連性の流れを二つに分けて記述する。

1) 概念①, ②から a へ

学内学習 学内学習では、学生は、①『教員により用意された課題や情報』(<課題の所与性と発見性>) に対して、②『受動的に取り組んでいく』(<課題に対する受動性と能動性>) ことが多い傾向にあることから、これからどんな情報をなぜ収集していく必要があるのか、これからどんな課題になぜ取り組む必要があるのか、といったような根拠を考える必然性が低く、a 『根拠立てをしっかりと実施していく重要性が実感し辛く、根拠立ての徹底が希薄になる傾向が現れる』(<根拠立てに関して学生が感じる重要性>) ものといえる。

臨地実習 他方、臨地では①『情報や課題は、学生自らが、患者に接したり、カルテなどの記録物を見る中で、収集され、構成されていく発見的なもの』(<課題の所与性と発見性>) なので、②『患者や記録物等から情報を収集しつつ、取り組むべき課題を発見・構成していく』(<課題に対する受動性と能動性>) パターンが基本となる。このことから、臨地実習では、どんな情報がなぜ必要で、今

どういう理由から問題があるといえ、どんな課題に取り組むべきかといった、根拠を考える必然性が高くなり、a 『根拠立ての重要性をより実感して、根拠立てをより徹底するようになる』(<根拠立てに関して学生が感じる重要性>) といえる。

2) 概念①, ②, ③, ④, ⑤, ⑥から a へ

学内学習 第二に、学内学習は、①『教員により課題や情報が与えられる』(<課題の所与性と発見性>) ことから、②『能動的に自ら課題や情報を発見していく形式ではなく、与えられた課題や情報の範囲内で判断』(<課題に対する受動性と能動性>) しなければならないため、③『疾患の原因や今後の経過を絞り込むことが難しく、しばしば一般的な原因や経過の候補を複数出せば』(<疾患の原因や経過の特定の仕方>), あるいは、教員から与えられる④『領域ごとに分断された一般的な知識をバラバラに学習』(<扱う疾患の一般性と個別性>) していけば、学内学習での学生の主な動機である⑥『テスト・授業での合格点』(<志向対象>) を満たすことができる。このような状況から、学内学習では、どういう風に複数の疾患が関連しあい、どんな情報からなぜこの経過を辿るといえるのか、あるいはこれが原因であるとなぜ言えるのかなど、複数の疾患の根拠に基づく関連付けや、原因や経過の根拠に基づく特定を実施する必然性が低くなり、a 『根拠立てをしっかりと実施していく重要性が実感し辛く、根拠立ての徹底が希薄になる傾向が現れる』(<根拠立てに関して学生が感じる重要性>) ものといえる。

臨地実習 他方、臨地実習は、①『学生自らが能動的・自発的に』(<課題の所与性と発見性>), ②『患者や記録物等から情報を収集していく』(<課題に対する受動性と能動性>) ことが可能なため、③『疾患の原因や今後の経過等を、出来る限り一つに特定していくことができる』(<疾患の原因や経過の特定の仕方>)。また、周手術期の患者は特に⑤『容態が複雑で進行が不規則』(<周手術期特有の容態の進行>) なことから、一般的な処置法や看護知識をトップダウン的に当てはめていくことはできず、④『患者の個別に異なる複数の疾患を総合的に関連付けて判断しなければ』(『扱う疾患の一般性と個別性』), ⑥『患者の状態改善』(<志向対象>) という目的を果たすことができない。こうした状況から、臨地実習では、どんな原因から現在の疾患が現れているのか、どういう風に複数の疾患が関連しているのか、根拠を考える必然性が高くなり、a 『根拠立ての重要性をより実感して、根拠立てをより徹底するようになる』(<根拠立てに関して学生が感じる重要性>) と考えられる。

4. カテゴリー B 【最低限必須行為と自由な行為】

帰結概念 a の『根拠立てに関して学生が感じる重要性の

実感』の変化をもたらす要素の一つとして、カテゴリ B【最低限必須行為と自由な行為】も構成された。これは、“その場に逸脱せず参加していることを示す上で最低限必須となる行為と、それを表示しつつ、隠れて行なわれる自由な行為”としてまとめられたカテゴリである。このカテゴリは、①<課題の所与性と発見性>、②<課題に対する受動性と能動性>、⑥<志向対象>、⑦<同僚への依存可能性>、⑧<隠れて行なわれる怠けた行為>、の5概念からなるものである。前半3つの概念は先述のカテゴリに含まれるため、新たに登場した後半2つの概念について説明を行ない、その後に概念間の関係性を示す。

1) 概念⑦<同僚への依存可能性>

学内では、他の学生と課題や情報を共有し、集■で行う場合が殆どなので、『同僚に協力や援助を仰ぎやすい』。しかし、臨地では、各学生が異なる患者を受け持ち、それぞれがそれぞれの行動計画を実施することから、情報や課題を共有しづらく、他の学生とは別々に行う機会が多いので、『同僚に協力や援助を仰ぎにくい』。

「学校だったら、グループワークだから…限界までは調べていかなくて、ちょっと調べて、わかんなかったら誰か知ってるだろみたいなところがあったけど、実習だと自分ひとりでやらないといけなから、うん、わからなかったらその場で全部調べていかなきゃいけないから、それはちょっといい加減にできなかつたですね」(ケース12)

「[学校では]友達と交代で寝てるとか、ごめん頼んだとか。頼んで、寝て、ちょっとして起きたから、ごめん起きたとか言って、後で書きしてって言って」(ケース13)

2) 概念⑧<隠れて行われる怠けた行為>

これは、『特に学内で行われる。教員には推奨されないが、それゆえ隠れて行われる(ただし、大きな問題にはなりにくい)ごまかしや怠けた行為』を示すものである。学内では、学生は、授業中、別のことを考えていたり、ぼうっとしたりするなど、『隠れて怠けることが多い』が、臨地では、そうした『隠れた怠けた行為は少なくなる』傾向がある。

「学校の授業では、とりあえず眠くても何でも時間はたつていってくれるし、だけどやっぱり実習ではそんなことも言ってもらえなくて」(ケース14)

「実習は、真面目にやないと困るし、勉強もしてこなかったら次の日がいけないとか、もっと勉強しなきゃとか思うし…[学内の授業は]ただその時間のその日のその時間にもだんだん眠くるとか思っても、まいっか…とか思ってしまう自分みたいな」(ケース15)

5. カテゴリの説明

以上を踏まえ、カテゴリ B【最低限必須行為と自由な行為】における概念間の関連性を示す。ここで、学内での「最低限必須行為」とは、特に講義場面で見られるよう

な、教員によって①『課題や情報が与えられる』(<課題の所与性と発見性>)のを②『受動的に待つ』(<課題に対する受動性と能動性>)行為を指す。学生は学内(特に講義場面)では、その行為を教員等の周囲に最低限表示しなければ逸脱することが多い。例えば、講義場面で席に静かにつかず、動き回っているはその学生は逸脱者としてラベル付けされるだろう。他方、学内での「自由な行為」とは、受動的に課題に取り組む最低限必須行為を表示しつつ行われる、⑦『同僚への依存』(<同僚への依存可能性>)や⑧『隠れた怠けた行為』(<隠れて行われる怠けた行為>)である。これらは、教員に推奨されたわけではなく学生自身が自由に行っている行為である。逆に臨地実習での「最低限必須行為」とは、①『学生自らが能動的・自発的に』(<課題の所与性と発見性>)②『患者や記録物から情報を収集しながら、取り組むべき課題を発見・構成していく』(<課題に対する受動性と能動性>)行為であり、これを実施していなければ逸脱することが多い。例えば観察中、控え室で座り続ける学生がカルテや患者のところに行きなさいと教員に叱られるという出来事がしばしば見られたが、同じ「席に座り続ける行為」でも、学内の講義場面では最低限表示すべき行為となるが、臨地では望ましくない行為として意味付与されるのである。なお、臨地実習での自由な怠けた行為は、以下で示す一事例しか見られなかった。以下、カテゴリ A の説明と同様、帰結概念 a に至る流れを二つに分けて記述する。

1) 概念①、②、⑥、⑦、⑧から a へ

学内学習 学内では、教員によって①『課題や情報が与えられる』(<課題の所与性と発見性>)のを②『受動的に待つ』(<課題に対する受動性と能動性>)ことが最低限必須行為となることが多いため、根拠を考える機会が与えられていても、ぼうっとして根拠を深く考えないなど⑧『隠れた怠けた行為』(<隠れて行われる怠けた行為>)が行いやすく、また、⑦『同僚へ依存』(<同僚への依存可能性>)しやすいことから、後で同僚に教えてもらうことを期待して根拠を考えないなどの⑧『隠れた怠けた行為』が現れやすい。そして、そのように怠けていても、後のテスト等の⑥『合格点取得』(<志向対象>)という学生の目的は到達可能なため、a『根拠立ての重要性が実感しにくく、厳密な実施が希薄になる』(<根拠立てに関して学生が感じる重要性>)ものと考えられる。

臨地実習 一方、臨地実習では、学内とは逆に、①『学生自らが能動的・自発的に』(<課題の所与性と発見性>)②『患者や記録物から情報を収集しながら、取り組むべき課題を発見・構成していく』(<課題に対する受動性と能動性>)行為が、逸脱しないために最低限表示しなければならない行為であることが多いことから、根拠を深く考え

ずにぼうっとするなどの⑧『怠け行為』（＜隠れて行われる怠けた行為＞）が行いづらく、また、『同僚へ依存しにくい』（＜同僚への依存可能性＞）ことから、同僚に教えてもらうことを期待した⑧『怠け行為』が現れにくい。そして、このように怠けず取り組まなければ、『患者の状態改善』（⑥＜志向対象＞）を果たすことができないため、臨地実習ではα『根拠立ての重要性をより実感して、根拠立てをより徹底するようになる』（＜根拠立てに関して学生が感じる重要性＞）と考えられる。

2) 概念⑥、⑦からαへ

学内学習 学内では、教員によって①『課題や情報が与えられる』（＜課題の所与性と発見性＞）のを②『受動的に待つ』（＜課題に対する受動性と能動性＞）という最低限必須行為を表示する一方で、課題や情報を同僚と共有し、集団で行為することが多いため、協力して他人の異なる意見を聞くなどしながら学習できる利点もあるが、根拠を考えるべきときであっても、「自分は考えなくても他の人が考えてくれるからいい」などと考えて、根拠立ての個人に掛かる責任や負担を、⑧『他人に依存する（分散させる）』（＜同僚への依存可能性＞）ことができ、それでも、⑥『合格点取得』（＜志向対象＞）という学内での学生の目的は到達可能である。それゆえα『根拠立ての重要性が実感しにくく、厳密な実施が希薄になる』（＜根拠立てに関して学生が感じる重要性＞）ものと考えられる。

臨地実習 対して、臨地実習では、学生一人一人異なる患者を担当し、別々の課題に取り組んでいくので、⑧『同僚に依存しにくく』（＜同僚への依存可能性＞）、個人にかかる、根拠立てを行う負担や責任が大きくなることから、α『根拠立ての重要性をより実感して、根拠立てをより徹底するようになる』（＜根拠立てに関して学生が感じる重要性＞）と考えられる。

3) 概念⑧＜隠れて行われる怠けた行為＞の対極事例

なお、概念⑧には、臨地実習中にも怠け行為が起こっていることを示す対極事例が一つ見られた。この発言は実習中に隠れてインフォーマルに指導者を利用する行為を示しており、実習でも最低限必須行為を表示しながら、自由な行為が学習されている様子を示すものである。これは、臨地実習でも、その場をやり過ごす技術を学生が学習していることを示す重要なものと判断したため記載する。

「実習は時間がないから、勉強してる時間はないです。ただやっているうちに勉強になっているとは思んですけど、自分ももっと深くここんところ調べたいけど時間がないみたいな感じで。まあアセスメントでそこまでは触れないでおこうみたいな。ばれなきゃいいや、みたいな…（アセスメントでごまかすってどういうことですか）んと、例えば深い部分があるんですよ。でそのちょい手前くら

いの知識くらいしかないけど、そこまで深めていったら時間がいくらあっても足りない状況なんで、その周りだけでアセスメントを固めていって、先生に例えば突っ込まれるじゃないですか。ここはどうなのみたいに、その深い部分を。ていやそれはちょっと調べたんですけどわかんなくて、っていうと先生がちょっと言ってくれたりしてあみたいな」（ケース16）

6. カテゴリーC【組織が前提とする成功・失敗行為】

帰結概念αの＜根拠立てに関して学生が感じる重要性の実感＞の変化をもたらす要素の一つとして、カテゴリーC【組織が前提とする成功・失敗行為】も構成された。これは、“教育施設と病院組織が前提としている成功と失敗の相違”としてまとめられたカテゴリーである。このカテゴリーは、⑥＜志向対象＞、⑨＜看護対象が持つリスク＞、⑩＜失敗の社会的意味＞、⑪＜行為の正確性・慎重性＞の4概念からなるものである。⑥以外の、今回新たに登場した3つの概念について説明を行ない、その後に概念間の関係性を示す。

1) 概念⑨＜看護対象が持つリスク＞

学内では、看護対象が紙上事例や患者役をする健康な学生であるため、生命の危機に直接関わることはなく『看護対象のリスクは低い』。逆に、臨地実習では、本物の疾患を持つ、『リスクの高い本物の患者』が対象となる。

「学校だと、患者が生徒で元気だし、結構どんなに無理な動きしたとしても大丈夫なんですけど、実習だと手術の後の患者さんだったらどこに気をつけなきゃいけないとか、おなか切ったらおなか痛いからとか、そういうところが違いますね。」（ケース17）

「学校の…ときはやっぱり健康な人でやってるから、なんかちょっとした無理もきくけど、病院ではほんとの病気だし」（ケース18）

2) 概念⑩＜失敗の社会的意味＞

これは、学内と臨地実習の間の、『失敗に対して学生が付与する意味』の違いを示す概念である。学生は、学内では失敗しても『自分の学習態度の不十分さを意味するに止まり、失敗してもどうにかなるもの』と意味づけるが、臨地実習では『主に患者の状態改善に対する遅延・妨害を与える許されざるもの』として意味付ける。

「〔学内の授業は〕もし駄目でも追試があったり、駄目かなと思っても受かっちゃったりとか、あこんなもんなんだっていうのがあって…でも実習だったらその甘えは結構許されないじゃないですか（一回の失敗が一大事につながるかもしれないってことですか）そうつながるかもしれない」（ケース19）

2) 概念⑪＜行為の正確性・慎重性＞

学内では、学生たちは『あまり正確・慎重に行為しない』

傾向があるが、臨地実習では、学生たちは『正確・慎重な行為を心がけるようになる』傾向がある。

「学校だったらある程度、気が緩んでも、っていうのがあって、でも実習だったら気は抜けないし、それ一つでね、患者さんの容態が変わってしまうかもしれないし」（ケース20）

7. カテゴリーCの説明（概念間の関連性）

以上を踏まえ、カテゴリーC【組織が前提とする成功・失敗行為】における、概念間の関連性を示す。

1) ⑥, ⑨, ⑩, ⑪からaへ

学内学習 学内では、⑨『リスクの低い架空の患者』を対象とするため、⑩『失敗しても自分の学習態度の不十分さを意味するに止まる』と学生に解釈され、⑪『あまり正確・慎重に行わなくていい』、学内の⑥『合格点の取得』には到達できる。学内は、学生が主役の場であり、失敗が頻繁に起こることを前提とした組織である。学内では、失敗は特に誰か他人に大きな被害を与えるわけではなく、日常的行為として許容される状況にあるのである。これらのことから、たとえ十分根拠立てを行わずに失敗しても大丈夫だと学生は考え、a『根拠立ての重要性が実感しにくく、厳密な実施が希薄になる』ものと考えられる。

臨地実習 他方、臨地実習が行われる病院では、⑨『リスクが高い本物の患者』を対象とするため、失敗は⑩『主に患者の状態改善に対する遅延・妨害を表示する』ものとして意味付けられ、⑪『正確・慎重な行為を心がけなければ』、⑥『患者の状態改善』に近づくことはできない。実習が行われる病院は、患者の状態の改善を目的として形成された組織であり、患者が主役である。病院では、失敗行為は、その組織全体の目的を阻害する行為という地位にあり、病棟のメンバーが成功行為を産出し続けることが組織にとっての前提となっている。臨地実習は、こうした成功を前提に、医療が行われている生の世界に学生が組み込まれる機会なのである。これらのことから、学生は、実習では間違っただけの看護をしないよう成功を志向して、a『根拠立ての重要性をより実感し、根拠立てをより徹底するようになる』と考えられる。

V. 考 察

本研究から、学内学習と臨地実習の間の、A【課題の現出・解決プロセス】、B【最低限必須行為と自由な行為】、C【組織が前提とする成功・失敗行為】の違いにより、学生達が、根拠立ての取り組みを変化させていることが示された。帰結概念となったa<根拠立て>については、参加観察からも、繰り返し確認された点であるが、根拠立てそのものは、学内授業でも教員が繰り返し強調して教授していることであった。しかしながら、学内では根拠立ての取

り組みが甘くなるのは、結果で示されてきたように、例えば情報を能動的に収集しなくてもなんとかなる、あるいは他の学生に学習責任を分散させていても、学内での学生の学習動機であるテストの合格点はどうにか取得できるなど、看護の学習に対して「浅い関与」でもどうにか参加は果たせるためと考えられる。逆に、臨地実習で根拠立ての取り組みを重視するようになるのは、自ら積極的に情報を収集し、問題を積極的に解決していかなければ、そこでの学生の学習動機である患者の状態改善は果たせないというように、看護に「より深く関与」しなければならない状況に追い込まれ、また学生達自身も看護に対する意識をより積極的なものへと変化させるためといえる。

従来、心理学では、例えば、単に教えられた原理よりも、自分で解決した問題の規則の方が学習の効果が大きいことを意味する「生成効果」¹³⁾の概念など、「いかに深く」知識に関わっているのか、その程度により学習の効果が上下することが示されてきた。学生が、課題や同僚などの他者といった周囲の諸要素と構築する関係性は学内授業と臨地実習の間では大きく異なっていた。本研究の知見は、こうした「場」における、自身と他者の関係性の違いが、知識に対する関与の深さに相違を生じさせ、根拠立てに関する学習の相違へとつながっていることを示すものといえる。この学習の相違を導くのは「場」における関係性の違いであることから、臨地実習での特異的な関係性を明らかにした本研究の知見は、たとえ学内であっても臨地実習と同様の学習効果を挙げる教育方法を明示することを可能にしていく。具体的な提案は次の「教育への示唆」にて述べる。

また、この根拠立てに対する取り組みの変化には、単に「知識の側面の変化」や、「学内では出来なかったことが臨地実習で出来るようになった」という「量的な変化」だけではなく、アイデンティティの変化や、学びに対する意味づけの変化といった「質的な変化」、あるいは、まさに移動概念のポイントである「全人格」的な変化が伴っているものと考えられる。例えば、学習動機への変化を表す志向対象では、合格点や単位取得を目指す学内の学習動機から、同じ学校の単位が与えられることに関わりなくとも、患者の状態改善を目指すようになる臨地実習での学習動機の変化は、「自分のための学び」から「他人のための学び」へと、学習に対する意味づけを質的に変化させている。これは、学生達が学内授業から臨地実習へ移動するとともに、自己の位置づけを、「看護を教してもらっている学生」から、「看護を提供する看護提供者」へとといった形で、アイデンティティの変化もまた示しているとも解釈できる。これらの変化は別々に進行するというのではなく、アイデンティティの変化が根拠立てという知識の側面の変化に影響を与えているというように、両者は相互に関連し

あいながら、変化しているのである。学内学習から臨地実習への移動は、こうした看護学生の全人格的な変化を引き起こす。つまり、これは、知識の習得よりも先に、「誰のための学びか」、「どういう者としての学びなのか」といった自己意識が、学習にとって非常に本質的な意味を帯びてくるといえる。うまく知識を習得出来ない学生の背後には、学生達が自分をどう位置づけ、何のために学習しているのかという側面に着目し、こうした自己意識が知識の習得に関係している可能性を探索することが看護教育において重要であるといえるのではないだろうか。

状況論の「移動」概念では、教授されたものを身につけなければならないと教授者や管理者から公的に期待されている学習を「フォーマルな学習」と呼ぶが、それに対し、陰で、時に指導者の期待や目を盗んで、学習者自身が独自に縊み出す「インフォーマルな学習」の側面に着目する視点を提供している。カテゴリー B【最低限必須行為と自由な行為】で示されたように、学内での学生達は、授業に参加していることを示す基本行為を行ないつつ、陰で、他の学生達（同僚）に学習責任を分散させたり、隠れて怠けるなどの自由な行為を実施するが、臨地では逆にそうした陰に隠れた怠け行為をあまり行なわない傾向があり、その違いが根拠立ての取り組みに違いをもたらしている。ここで示された同僚への依存や怠け行為は、後者の「インフォーマルな学習」の側面を示すものといえる。看護学生は、「何をやるべきか」ということと同時に、「何ができなくてもよいか、何を怠けるか」についての学習も行っていると言える。学生達は、「教えられることを身につける」だけではなく、同時に教員には出来るだけ気付かれない形で、「教えられていないこと、期待されていないこと」もある種、創造的、能動的に学習しているのである。後者の、インフォーマルな側面は、教員に気付かれている場合でも学生個人の単なる怠け行為として認識されており、今までは、さして調査に値する現象としては取り上げられてこなかった。本研究で示されたのは、公にその能力の獲得が期待されている「根拠立て」に、裏で学生達が独自に縊み出していている学びが、表の学習を支えていることである。本研究によって、学習のプロセス自体が平面的かつ一方からなっているのではなく、多重な立体構造をなしていることが明らかにされたといえよう。しかし、本来、陰に隠れた学習スタイルである、同僚への依存、あるいは怠け行為が過度になり、教育的観点から弊害になった場合には出来る限りそれらを低減させる工夫が必要となってくる。

教育方法をデザインする際には、何が学習を支えているのかを明示して考慮する必要がある。従来、価値あるものとして認識されてはならず、裏に隠れていた「インフォーマルな学習」のスタイルそのものの存在と役割を浮き彫り

にした本研究は、殊に実習を抱える看護教育に貢献できるものと思われる。

VI. 教育への示唆

本研究では、学内よりも臨地で根拠立ての学習がより促進されることが示された。この結果から明らかになった、学内学習と臨地実習で異なるものを示す概念およびカテゴリーから、そのギャップを埋めるための教育的方法論が示唆された。導き出されたのは、根拠立ての学習に正の効果をもたらす臨地の学習条件であり、それを学内学習環境に取り入れる方向性が重要となる。

第一に、カテゴリー A で示された「課題の所与性と発見性」や「課題に対する受動性と能動性」などのギャップを埋めるために、紙上事例における情報提供には、次の手続きが示唆されたと考える。通常、学内の紙上事例の展開では、臨地で必要とされる、情報を収集しながら課題を発見し解決していくというプロセスを辿ることは難しいが、例えば鈴木・大屋¹⁴⁾の取り組みにもあるように、学内でも、臨地で経験するような、最初に患者の最低限の情報を提示し、そこでは不足している情報を学生自らが考え、情報を収集し、教員が求められた情報を「患者事例に添った情報として」追加し、また不足分を学生自身が考えていくという、情報を小出しにしていくやり方をとることで、この問題を一定程度克服することができるのではないかと考えられる。また、しばしば少数の、しかも疾患に応じた特異的な症状しか表現されない患者が設定されるのではなく、逆に、複数の複雑な症状を持った患者の事例を展開させ、より深く根拠を考えさせていく手続きも考えられる。さらに、紙上事例の場合、通常、用紙一枚から二枚程度の情報量で、かつ必要とされる情報のみが提供されることが多く、そのため実際の患者に見られるような、多量の情報からアセスメントを実施したり、問題を発見することが難しい。このことから、「必要な」情報を提示するのではなく、実際のカルテなどを使った、過去の患者の問題を含む大量の情報を提示し、その中で「今」重要な情報をピックアップさせながら看護を展開させる方法も考えられるのではないだろうか。

第二に、カテゴリー B で示された「同僚への依存可能性」や「隠れて行われる怠けた行為」などのギャップを埋めるための手続きとして、次の点が示唆された。従来の相互意見交換が可能であるという共同学習の利点を否定するものではないが、本研究では学内のグループワーク等の集団学習では、同僚に学習責任を分散・依存させていることも明らかとなっている。この結果を発展させれば、事例学習をグループ単位ではなくあえて個人単位で責任を持たせて実施させていく方法も効果的な手法として考えられよ

う。例えば、根拠立ての学習に焦点化して調査したものではないが、根拠立てを含む看護過程の学習における個人学習の効果を検討し、一定の効果が表れたことを報告した真部・小西¹⁵⁾の知見は、この提案を支持するものといえる。

第三に、カテゴリーCで示された「志向対象」<看護対象が持つリスク>や<行為の正確性・慎重性>などのギャップを埋める手続きとして、次の点が示唆された。学内でも、自分の行為の結果生じてしまう患者の変化がリアルに体験できるような動的な事例の提示などが考えられる。例えば、コンピュータ上においては、古家・近藤¹⁶⁾の取り組みなどにも紹介されており実用段階に入っているようであるが、このとき重要なのは、本研究で明らかにされた「志向対象」の概念に依拠すると、単位取得のための学習ではなく、いかに患者志向的な姿勢で臨ませるかの工夫であろう。また、学生の学習状態に応じて、例えばある程度看護過程の展開に習熟してきた段階では、失敗を許容した事例ではなく、成功することが前提となるような、失敗を許さない環境を設定する取り組みなどの工夫も考えられる。つまり、学内であっても緊張感をもって事例にあたる授業展開が必要である、ということである。緊張感を持たせられるか否かは、動的な事例の設定に左右される。極端な飛躍を恐れずに提案するならば、多彩な反応を提示できる事例こそが緊張感を惹起させるリアリズムである。つまり、単一の、あるいは決まり切ったパターンでしか反応が返ってこない事例では、コンピュータ上においても、いかなるシミュレーションにおいても、自己の行為の結果に引き起こされた反応への怖れ、といった緊張感を持続することは困難であり、そういった観点からも、AI（人工知能）機能を持ったロボットなどの看護教育への導入^{註1)}も今後の可能性としては無視することはできないであろう。

註1) 状況論においては他者と道具との相互行為を通して学習が達成されるという考えるため、実際に工学分野のみならずコンピュータなどを使用した教育環境のデザインが試みられ実践されている。そのため、AI機能を持ったロボットの導入などは、状況論的アプローチで実施した本研究の前提とは矛盾しない。

VII. 本研究の限界と今後の課題

まず、本研究は、特定の看護学教育施設と病院での調査をもとにした知見であり、今後、複数の学校及び病院、病棟での調査を実施し、違いはあるか、ある場合はなぜ違いが生じるのか検証していく必要がある。

また、本研究は、基本的には学内と臨地を比較しながら学習者自身に語ってもらい、かつそれらの対比という形で分析する形式がとられているが、それに付随する限界がある。例えば、学生の語りから、学内と臨地とで根拠立ての学習に差異があることが示されているが、それは、学内学

習と比較し、臨地実習でより根拠立ての取り組みが豊かになったことを示すものであって、必ずしも臨地実習によって、十分な根拠立ての学習が行われたことまで示すものではない。実習後半であっても、指導者の目から見て、根拠の立て方が不十分なこともあると考えられるから、学内と臨地実習の比較、あるいは学習者からの報告という形式では見えない、教員などの第三者による、学内学習と臨地実習での根拠立ての取り組みに対する、客観的な評価の実施を行なうなど、より多角的に検討していく必要もある。

VIII. おわりに

本研究は、状況論を専門とした心理学者による調査・分析である。本論文では、修正版グラウンデッドセオリーアプローチの本来の目的である、「より実践に還元しやすく」という理念を達成するために、看護学研究者が表記の点で参画している。それは、難解な理論とその趨勢を背景に現出した学習理論としての結果を、看護学教育という学習現場に還元するための一種の翻訳作業であり、このような形での展開も可能であるという点で、極めて独創的な取り組みであったと考える。

今までの結果として帰結概念となった α 「根拠立て」は、ある意味で看護学教育者に内省を導くものであるかもしれない。理論的背景となった状況論は、学習者の視点というものを重視し、そこに徹底的に依拠した形での学習のありようを追求したものである。学習者の発話から導き出された α 「根拠立て」という帰結概念は、象徴的であり、その理論に立脚したからこそその成果を看護教育者に明示している。つまり教授者が所与している「課題」の文脈から脱却できない学習者の姿を視覚化したとも考えられるからである。そして課題の達成に学生のインフォーマルな学習が寄与していたことを明確にしたことは、当該分野の教育研究者の調査では、なかなか導き出しにくい姿であろうことを考えると、異なる学問的アイデンティティを持った当該領域の研究者同士が、お互いに学問的境界を横断して真摯に付き合わせていくことの意義は大きい。

本研究で背景となった理論である状況論自体が、そもそも、従来の学習理論の「課題志向」から、認知主義を経て、学習者がどのように学習を展開させているかを、「あるべき論」ではなく、本質的な議論のために発展してきた心理学上の学習理論であることを考えれば、看護学教育における、「課題志向」が次世代に通用するのか、という問題をも、本研究結果は提起していると考えられる。

謝 辞

研究に際しまして、調査にご協力いただきました、病院スタッフの皆様、看護学生の皆様、教育施設の先生方に深

く感謝申し上げます。また、論文作成にあたり、ご指導ご 申し上げます。
助言くださいました筑波大学の茂呂雄二教授に心より感謝

要 旨

看護学教育における学生の学習には、学内で教授したことができない、あるいは実習によって学びが深まる等の現象がある。学生の学習過程を把握し、これらの現象が起こる機序を明確にすることは教育デザインを考える上で重要である。本研究は、学習理論の中でも、社会的状況によって異なる学習スタイルの存在を提起している状況論の「移動」概念に依拠して、修正版グラウンデッドセオリーアプローチにより看護学生の変化・学習過程を明らかにした。その結果、【課題の現出・解決プロセス】、【最低限必須行為と自由な行為】、【組織が前提とする成功・失敗行為】という3つのカテゴリーが抽出され、学習の中心的な帰結概念には「根拠立てに関して学生が感じる重要性」が挙げられた。これらのカテゴリーを形成する概念間の関連性により、学内から臨地実習へ移る際、何が学習を支えているのかを明示し、その学習過程に関する理論生成を行った。

Abstract

The purpose of the present study was to examine the change of learning experienced by nurse students between learning in classroom and adult nursing clinical course (perioperative) according to situated learning theory. Students' learning process in classroom and nursing clinical course was observed, and 9 students completed semi-structured interviews after perioperative nursing clinical course. Then the data was analyzed by Modified Grounded Theory Approach. The result revealed that students experienced the change that they could not really feel importance of practice based on theoretical ground in classroom but came to be able to feel one as they participated in nursing clinical course. And 3 categories was constructed as differences between the classroom and the nursing clinical course relate to this change: "the way of appearance of tasks and process solving ones", "the lowest needed action and free actions", "the success or failure premised by organization". These findings may provide systematic realization of the learning process of student nurses who are in transition from classrooms to nursing clinical course, and some clues to improve education circumstance.

文 献

- 1) 松村ちづか, 佐々木明子, 服部真理子, 関 美雪, 田沼素子, 鈴木恭子, 富地文子, 早田 望: 家族看護学における看護学生の学びの様相, 埼玉県立大学紀要, 4, 155-161, 2003.
- 2) 柴 邦代: 小児看護学実習における学生と受け持ち患児との関係形成プロセス, 看護研究, 38(5), 51-64, 2005.
- 3) Beach, K.: Consequential transitions: A developmental view of knowledge propagation through social organizations, In: Tuomi-Grohn T. & Engeström Y. (Eds.): Between school and work: New perspectives on transfer and boundary-crossing, 39-62, Earli, New York, 2003.
- 4) 高木光太郎: 移動と学習, 茂呂雄二(編): 状況論的アプローチ 3 実践のエスノグラフィ, 96-128, 金子書房, 東京, 2001.
- 5) Varenne, H. & McDermott, R.: The Farrels and Kinneys at home: Literacies in action, In: Varenne H. & McDermott R. (Eds.): Successful Failure: The school America builds, 25-44, Westview Press. Boulder, 1998.
- 6) 上野直樹: シリーズ人間の発達 9 仕事の中での学習, 東京大学出版会, 東京, 1999.
- 7) ジーン・レイヴ, エティエンヌ・ウエンガー/佐伯胖(訳): 状況に埋め込まれた学習-正統的周辺参加, 産業書, 東京, 1993.
- 8) Wenger, E.: Toward a theory of cultural transparency: elements of a social discourse of visible and the invisible: University of California, Doctoral dissertation, 1990.
- 9) Tuomi-Grohn, T. Developmental transfer as a goal of internship in practical nursing, In: Tuomi-Grohn T. & Engeström Y. (Eds.): Between school and work: New perspectives on transfer and boundary-crossing, 39-62, Earli, New York, 2003.
- 10) 平元 泉, 野村誠子: 小児看護学実習の課題としての集団遊びに見られた学内演習の学習効果-実習後の学生の自由記載の分析, 日本小児看護学会誌, 10(1), 23-30, 2001.
- 11) 若佐柳子, 樋口キエ子, 他: 実習前の導入教育の効果-在宅看護実習終了後の調査より, 順天堂医療短期大学紀要, 14, 2003.
- 12) 木下康仁: グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践-質的研究への誘い, 弘文堂, 東京, 2003.
- 13) 高橋雅延: 記憶における符号化方略の研究, 北大路書房, 京都, 1997.
- 14) 鈴木里美, 大屋演子, 他: 周手術期における看護過程演習の実践-臨地実習につなげる看護診断の活動を目指して, 看護展望, 26(11), 43-55, 2001.
- 15) 真部昌子, 小西美智子: 臨床実習にそなえての学内演習の方法を考える-人学習で効果をあげる, 看護教育, 33(6), 458-462, 1992.
- 16) 古家明子, 近藤ふさえ: 成人看護学教育におけるシミュレーション型CAI教材の学習効果, 看護研究, 33(1), 61-70, 2000.

平成19年4月14日受 付
平成19年9月13日採用決定

名著の完訳。教職大学院関係者・成人教育関係者必携。

新刊 省察的実践とは何か

●A5版上製 454頁 定価4,200円(本体4,000円+税)

■著者 ドナルド・ショーン

■監訳者 柳沢昌一(福井大学教授) 三輪建二(お茶の水女子大学教授・同附属中学校長)

こんにち、リフレクティヴ・ターンの名において専門的知識の獲得より実践の省察によって力量を形成する「省察的実践者(反省的実践家)」としての「専門職像の転換」が議論されている。実際にも法律・経営などいくつかの分野の専門職大学院が誕生し、教職大学院についても、教員の力量形成を、自らの教育実践の協働での省察に基礎をおく実践的
力量形成であるととらえ、そのことを中軸にすえたカリキュラムの方向性も示されている。

専門職像の転換や専門職大学院のカリキュラム・学習を考えるとときに、ドナルド・ショーンは決してはずすことができない。分かりやすい翻訳で概観ができる必読の名著。解説も充実。

主な目次	序章 第一部 専門的知識と行為の中の省察	7章 都市計画：行為の中の省察を制約するもの
	1章 専門的知識に対する自信の危機	8章 マネジメントの「わざ」：組織学習システム内での行為の中の省察
	2章 技術的合意性から行為の中の省察へ	9章 行為の中の省察の類型と制約：職種を超えて共通するものに注目して
	第二部 プロフェッショナルによる行為の中の省察	第三部 結論
	3章 状況との省察的な対話としての建築デザイン	10章 専門的職業の意味と社会における位置づけ
	4章 精神療法=固有の宇宙をもつ患者	解説 柳沢昌一
	5章 行為の中の省察の構造	
	6章 科学に基礎を置く専門的職業の省察的実践	

好評発売中

●成人教育の基礎理論を理解し、実践にいかすための格好の書。

おとなの学びを拓く

自己決定と意識変容をめざして――

P.クラントン著

入江直子/豊田千代子/三輪建二 監訳

A5判上製 342頁 本体3,000円

●学習者のニーズと特性にかなった支援の必要性和具体例を示す。

おとなの学びを支援する

講座の準備・実施・評価のために――

K.マイセルほか著

三輪建二 訳

A5判上製 206頁 本体2,300円

●アンドラゴジーに関する古典的名著、待望の完訳。

成人教育の現代的実践

ペタゴジーからアンドラゴジーへ――

M.ノールズ著

堀薫夫/三輪建二 監訳

A5判上製 600頁 本体5,000円

●社会教育職員をはじめとする専門職の研修用に最適の書。

おとなの学びを創る

専門職の省察的実践をめざして――

P.クラントン著

入江直子/三輪建二 監訳

A5判上製 356頁 本体3,000円

●アメリカで評価の高い生涯学習・成人学習論の名著を完訳。

成人期の学習――理論と実践

シャラン B・メリアム/

ローズマリー S・カファレラ著

立田慶裕/三輪建二 監訳

A5判上製 592頁 本体5,000円

●近刊 広範な学習の実態から、学びを評価する視点を提示。

学習者としての女性(仮)

E・ヘイズ/D・D・フラネリ編著

入江直子/三輪建二 監訳

鳳書房

〒157-0072 東京都世田谷区相師谷1-25-5

TEL/FAX.03-3483-3723

児の入院に伴う母親の生活行動における変化と困り具合に関する研究

The Impact of Children's Hospitalization on the Daily Routine of Mothers

萱場 桃子¹⁾

Momoko Kayaba

小澤 三枝子²⁾

Mieko Ozawa

キーワード：アンケート，母，生活行動，小児看護，家族看護

Key Words：questionnaire, mother, daily routine, child nursing, family nursing

I. はじめに

子どもの入院は、入院児だけでなく家族全体にも大きな影響を与える。特に母親は、入院児の世話に加え、家事や同胞の世話をしなければならない場合も多く、精神的・身体的に多大な負担を抱えることになる。乳幼児を持つ母親の多くは、子どもの不安を軽減するために、入院における母親の付き添いが必要であると考え、付き添いを希望している^{1,2)}。子どもの入院における付き添い・面会の実態を調査した先行研究³⁾では、希望により付き添いを許可している病棟は21.9%、条件を満たした場合に付き添いを許可している病棟は59.4%であり、付き添い率は小児病棟が21.1%、混合病棟が39.7%であったが、付き添い率の分布は0%から100%まで幅広く、病棟によってはほぼ全員が付き添いをしていることが明らかになっている。しかし、宮里が総説⁴⁾の中で「付き添いは基準看護のたてまえ上、診療報酬の保険給付の対象とはならないので、付き添っている母親や家族が食事、睡眠、入浴ができるような施設・設備は病院側に用意されていない (p.56)」と述べているように、入院児及び家族のニーズに応じた付き添い環境、面会環境が整っている施設は少ない。そのため、入院児の母親は、入浴・洗濯・食事・睡眠に不自由している^{1,5,6)}。厚生労働省の「健やか親子21」⁷⁾にも、小児の入院環境・患児の家族のための体制整備が小児医療の課題として明記されているように、近年、子どもと家族の入院環境が見直されつつあり、多くの病院は家族専用の浴室の設置や付き添い者用の食事の配膳などについて問題意識を持ち今後実践する態勢を示している⁸⁾。また、子どもの入院中の家族の生活を支援する社会資源の一つとして、ファミリーハウスを併設している病院もある。このように、家族支援のための環境整備が進むなかで、家族のニーズと病院の認識の「ずれ」も指摘されている。帆足によって行なわれた研究⁹⁾では、病院長が最も必要だと考えているのは、「付き添い

家族の休憩室整備」(病院長66.7%、保護者19.3%)であったのに対し、保護者が最も必要としているのは「有料での食事提供」(保護者58.6%、病院長29.2%)であったことが明らかになった。看護者を対象にした研究^{10, 11)}においても、病院の規則と家族のニーズの「ずれ」にはさまれ葛藤を感じていることが明らかになっている。

入院児の家族の生活行動の変化やその困り具合について、関連を数量的に明らかにした先行研究は見当たらない。これらを明らかにすることにより、入院児の家族の負担軽減につながる支援システムを構築するうえで有用な示唆が得られると考える。

II. 研究目的

児の入院に伴う母親の生活行動(清潔保持・洗濯・食事・睡眠)における変化及び困り具合とそれに影響を及ぼす因子を数量的に明らかにする。

III. 用語の操作的定義

「付き添い者」「面会者」：夜間、毎日児の病室で過ごしている母親を「付き添い者」、それ以外を「面会者」と呼ぶ。

「生活行動」：生活していくうえで必要な行動のこと。本研究では、清潔保持・洗濯・食事・睡眠を生活行動の指標とする。

「入院環境」：入院児と家族を取り巻く環境をいう。本研究では、施設・設備、規則・裁量、家族へのサポート体制を入院環境の指標とする。

IV. 研究方法

1. 調査項目

国内外の文献^{12~22)}を参考に調査項目を検討し、調査票を作成した。入院児の家族が回答する際の負担を軽減するために、病院や病棟からまとめて収集することが可能な情

1) 元立看護大学 研究課程部 Formerly Graduate School of Nursing, National College of Nursing, Japan

2) 立看護大学 National College of Nursing, Japan

報は病院用調査票及び病棟用調査票の調査項目に含めた。

病院用調査票と病棟用調査票の内容は、病院と病棟の概要、面会に関する規則、付き添いに関する規則、家族が利用可能な施設・設備、家族へのサポートについてである。

家族用調査票の内容は、入院児と家族の基本属性、面会・付き添い状況、入浴・食事・睡眠・洗濯の状況、病室での付き添いにおける睡眠の状況、宿泊施設利用における睡眠の状況についてである。

子どもの入院を経験したことのある母親13名と看護師3名を対象にプレテストを実施し、意図が伝わりにくかった7項目については、記入されていたコメントを参考に必要な修正を行なった。

2. 調査対象とデータ収集方法

小児専門病院2施設と小児に特化していない病院3施設の計5施設で、看護管理者と小学2年生以下の入院児の家族（主に面会・付き添いを行なっている者1名）を対象に自記入式の質問紙調査を実施した。病院用調査票と病棟用調査票は対象施設の看護管理者に記入を依頼した。家族用調査票は、看護師長に配布を依頼し、郵送にて回収した。配布の対象は、調査日又は調査期間を設定し、当日入院している児全員の家族とした。調査票に記入できない状況になると看護師長が判断した場合や家族に説明・依頼する時間がとれなかった場合には、調査依頼は行なわなかった。データ収集期間は、平成18年7月～10月である。

3. データ分析方法

群間比較の解析には、Mann-WhitneyのU検定とKruskal Wallis検定を、クロス集計表の解析には χ^2 検定とFisherの正確確率検定を、相関係数の解析にはSpearmanの順位相関検定を行なった。

各生活行動における困り具合は5段階（1：全く困っていない、2：あまり困っていない、3：まあまあ、4：少し困っている、5：非常に困っている）で尋ねた。困り具合（0：困っていない、1：困っている）を目的変数とした多重ロジスティック回帰分析では、「1：全く困っていない、2：あまり困っていない、3：まあまあ」を『困っていない』、「4：少し困っている、5：非常に困っている」を『困っている』とカテゴリー化した。ロジスティック回帰分析の適合度の検定としてHosmerとLemeshowの検定を行なった。統計解析ソフトはSPSS for Windows 11.0Jを用いた。検定は全て両側検定とし統計学的有意水準は5%とした。

4. 倫理的配慮

日本看護協会の「看護研究における倫理指針」、文部科学省・厚生労働省の「疫学研究に関する倫理指針」、厚生労働省の「臨床研究に関する倫理指針」を参考に、対象者の人権の擁護及び個人情報保護のための最大限の配慮を行

なうよう努めた。研究の趣旨や倫理的配慮について明記した依頼文を調査票に添付し、研究への参加は自由であることや参加の有無が医療サービスに影響することがないこと、及び匿名性の確保について文面で説明した。また、調査への同意は、調査票の返送をもって同意とみなした。

本研究の遂行にあたり、倫理的に問題がないことについて、国立看護大学校及び倫理審査を要した3施設において倫理委員会の審査を受け、承認を得た後、調査を実施した。

V. 結 果

調査票は、調査対象者425名のうち、配布が可能であった275名に配布された。全体の回収数は128であり、回収率は46.5%であった。入院児の年齢が8歳以上であった4例と欠損が多く回答に一貫性がないと判断した1例の計5例を除外した結果、有効回答数は123であった。

1. 入院児と家族の特性

回答者は母親121名、父親1名、祖母1名であった。そのため、本研究では、母親121名から得られた調査票を対象に分析を行なった。入院児の年齢は平均2.5歳（SD = 2.5）であり、同胞の人数は平均0.79人（SD = 0.78）であった。入院日数は、2週間未満が42.1%、2週間以上が57.9%であった。母親の年齢は平均33.8歳（SD = 5.0）であった。付き添いをしている母親は、小児専門病院1施設では17.5%であったが、他の4施設では85%以上であった。付き添いの理由（複数回答）は、「病院から勧められたため」17.4%（小児専門病院4.3%、小児に特化していない病院62.5%）、「授乳のため」12.7%、「子どもの不安軽減」「子どもが心配なため」等が66.7%であった。自宅からの所要時間は、平均62.1分（SD = 51.6）であった。半数以上の母親は周囲からのサポートを得ており、特に、同胞を持つ母親の8割以上は「同胞の世話」のサポートを得ていた。また、今回の調査では、宿泊施設を利用したことがある母親は12名（うちファミリーハウス利用10名）であった。宿泊施設に関する自由記載では、「ファミリーハウスの存在をもって早く知りたかった」、「ファミリーハウスは地域指定があり泊まれなかったため、入院後2週間は毎日、夫とホテルに泊まっていた」、「使用枠が少なく満足には使えない」といった回答がみられた。

2. 付き添い・面会状況と生活行動の変化及びその困り具合

(1) 清潔保持の変化とその困り具合

付き添いをしている母親（以下、付き添い者）は、「入浴回数減少」44.9%（面会者：13.5%）、「洗髪回数減少」40.6%（面会者：11.5%）、「洗顔回数減少」6.6%（面会者：0%）、「更衣回数減少」23.2%（面会者：3.8%）と回数が減少した人が多く、「清潔における困り具合」は面会者に比べ有意に高かった（Mann-WhitneyのU検定、 $p < 0.001$ ）。

洗顔回数が減少していた母親は全員、入院児の年齢が3歳以下であった。

入浴場所は、「院内で入浴不可」の施設では、付き添い者の50%が「銭湯」を利用しており、「子どもから離れられず、銭湯に行く時間がない」という自由記載もみられた。「病棟外の院内で入浴可能」な付き添い者の自由記載欄には「設備が利用できる時間帯に子どもから離れられず、深夜に銭湯に行った」、「夜しか子どもから離れないため、設備の利用時間が自分の都合と合わない」等の回答がみられた。

(2) 洗濯の変化とその困り具合

洗濯を自分で行っている付き添い者は92.3% (面会者: 78.3%) であり、うち「洗濯回数減少」していたのは付き添い者48.2% (面会者: 25.0%) であった。付き添い者の「洗濯における困り具合」は面会者に比べ有意に高かった (Mann-WhitneyのU検定, $p = 0.017$)。入院児の家族が利用可能な洗濯機と乾燥機は、小児に特化していない病院では病床120~900に1台、小児専門病院では病床2.6~6.5に1台の割合で設置されていた。自由記載では、「乾燥室のスペースが狭く十分に干せない」、「洗濯機の台数が少なく、混んでいる時は何度も足を運ばなければならず困る」、「子どもから離れられないため、院内のコインランドリーまでなかなか行けない」といった設備に関する内容が多くみられた。

(3) 食事の変化とその困り具合

付き添い者は、「食事の質低下」92.6% (面会者: 69.2%)、「食事の量不十分」72.5% (面会者: 32.7%) であり、「食事における困り具合」は面会者に比べ有意に高かった (Mann-WhitneyのU検定, $p = 0.002$)。また、「食事の時間が不規則になった」のは付き添い者52.2%、面会者63.5%であり、付き添い・面会状況を問わず半数以上の回答者の食事時間が不規則になっていた。自由記載では、「添加物いっぱい売店のお弁当にうんざり。味もワンパターンで飽きる。しかし、それしか食べるものがない」、「毎■、売店のお弁当なので、野菜がとれず栄養バランスが偏っていると思う」、「有料でもいいから付き添い食を出して欲しい」、「子どもから離れられず、近くのコンビニにも行けない」、「子どもから離れられる時間帯と売店の営業時間が合わず、買いに行けない」といった回答がみられた。

(4) 睡眠の変化とその困り具合

付き添い者は、「入眠困難悪化」66.7% (面会者: 40.0%)、「中途覚醒悪化」85.5% (面会者: 56.0%)、「睡眠時間増加」56.6% (面会者: 11.4%)、「睡眠時間減少」39.6% (面会者: 65.9%)、「熟睡感悪化」92.8% (面会者: 60.4%) であり、「睡眠における困り具合」は面会者に比べ有意に高かった (Mann-WhitneyのU検定, $p = 0.023$)。

付き添い者のうち、病院が貸し出している簡易ベッドや

ソファを利用している人は29.3%、入院児と同じベッドで睡眠をとっている人が58.7%であったが、これらの寝具の違いによる睡眠状況の変化及び困り具合に差はみられなかった。

3. 生活行動における困り具合に影響を及ぼす因子

(1) 清潔保持における困り具合に影響を及ぼす因子

付き添い者67名を対象に、清潔保持における困り具合 (0: 困っていない, 1: 困っている) を■的変数とした多重ロジスティック回帰分析を実施した結果、「病院内で入浴できない人」を1とすると、「病棟内で入浴ができる人」はオッズ比が0.10 ($p < 0.05$, 95%CI: 0.01-0.97) であった (表1)。なお、この分析では「入浴可能な場所 (院内は不可, 病棟外で可, 病棟内で可)」及び先行研究により生活行動の変化に影響を及ぼすことが示唆されていた「児の年齢」、「同胞の有無」、また困り具合と関連がみられた「入院■数」を説明変数とした。

(2) 洗濯における困り具合に影響を及ぼす因子

付き添い者67名を対象に、洗濯における困り具合 (0: 困っていない, 1: 困っている) を■的変数とした多重ロジスティック回帰分析を行なった結果、「家事サポートがある人」を1とすると、「家事サポートがない人」のオッズ比は3.59 ($p < 0.05$, 95%CI: 1.06-12.21) であった (表2)。なお、この分析では、「施設のダミー変数」及び先行研究により生活行動の変化に影響を及ぼすことが示唆されていた「児の年齢」、「同胞の有無」、また困り具合と関連がみられた「入院■数」「家事サポートの有無」を説明変数とした。

(3) 食事における困り具合に影響を及ぼす因子

付き添い者65名を対象に、食事における困り具合 (0: 困っていない, 1: 困っている) を■的変数とした多重ロジスティック回帰分析を行なった結果、「入院■数が2週間未満」の人を1とすると、「入院■数が2週間以上の人」のオッズ比は11.84 ($p < 0.01$, 95%CI: 2.10-66.76) であっ

表1. 清潔保持における困り具合に影響を及ぼす要■ (多重ロジスティック■帰分析)

	OR	(95%CI)	p値
n = 67			
入浴可能な場所			
院内で入浴不可	1.00		
病棟外で入浴可	0.20	(0.02-2.34)	0.198
病棟内で入浴可	0.10	(0.01-0.97)	0.047
児の年齢	0.99	(0.79-1.24)	0.935
同胞の有無			
同胞なし	1.00		
同胞あり	0.94	(0.31-2.82)	0.911
入院日数			
2週間未満	1.00		
2週間以上	2.70	(0.81-8.98)	0.105

OR, odds ratio; CI, confidence interval.

表2. 洗濯における困り具合に影響を及ぼす要因
(多重ロジスティック回帰分析)

	OR	(95%CI)	p値
n = 67			
施設			
ダミー 1	1.00		
ダミー 2	0.85	(0.15-4.79)	0.852
ダミー 3	0.36	(0.09-1.36)	0.130
児の年齢			
6歳以上	1.00		
5歳以下	2.60	(0.50-13.6)	0.256
同胞の有無			
同胞なし	1.00		
同胞あり	2.38	(0.66-8.60)	0.190
入院日数			
2週間未満	1.00		
2週間以上	2.63	(0.77-8.99)	0.124
家事サポートの有無			
家事サポートあり	1.00		
家事サポートなし	3.59	(1.06-12.21)	0.041

OR, odds ratio; CI, confidence interval.

表3. 食事における困り具合に影響を及ぼす要因
(多重ロジスティック回帰分析)

	OR	(95%CI)	p値
n = 65			
施設			
ダミー 1	1.00		
ダミー 2	2.53	(0.27-23.3)	0.413
ダミー 3	0.68	(0.15-3.09)	0.613
児の年齢	0.86	(0.66-1.12)	0.254
同胞の有無			
同胞なし	1.00		
同胞あり	1.95	(0.56-6.81)	0.297
入院日数			
2週間未満	1.00		
2週間以上	11.84	(2.10-66.76)	0.005

OR, odds ratio; CI, confidence interval.

た(表3)。なお、この分析では、「施設のダミー変数」及び先行研究により生活行動の変化に影響を及ぼすことが示唆されていた「児の年齢」、「同胞の有無」、また困り具合と関連がみられた「入院日数」を説明変数とした。

(4) 睡眠における困り具合に影響を及ぼす因子

付き添い者65名を対象に、「睡眠における困り具合(0:困っていない, 1:困っている)」を目的変数とした多重ロジスティック回帰分析を行なった結果、「児の年齢」、「同胞の有無」、「施設のダミー変数」、「入院日数」、「面会・付き添い代替サポートの有無」は有意な影響を与えなかった(表4)。

睡眠に関する調査が可能であった4施設における付き添い者と宿泊施設利用者の睡眠環境に対する満足度を表5に示す。睡眠環境(室温、静けさ、寝具、就寝時間、起床時間、プライバシー)各々についての満足度は「1:満足」から「5:不満」の5段階で尋ねた。Spearmanの順位相関検定を行なった結果、これら全ての項目と困り具合の間に相関関係がみられた(表5)。

表4. 睡眠における困り具合に影響を及ぼす要因
(多重ロジスティック回帰分析)

	OR	(95%CI)	p値
n = 65			
施設			
ダミー 1	1.00		
ダミー 2	4.43	(0.59-33.1)	0.146
ダミー 3	1.14	(0.31-4.24)	0.843
児の年齢	1.22	(0.96-1.55)	0.107
同胞の有無			
同胞なし	1.00		
同胞あり	1.42	(0.47-4.30)	0.530
入院日数			
2週間未満	1.00		
2週間以上	2.47	(0.70-8.78)	0.162
面会・付添代替の有無			
面会付添代替なし	1.00		
面会付添代替あり	0.43	(0.14-1.29)	0.131

OR, odds ratio; CI, confidence interval.

表5. 睡眠環境に対する満足度と困り具合との関連

	付き添い者 (n = 69)	宿泊施設利用者 (n = 12)
睡眠における困り具合との相関 (r)		
満足度 (mean ± SD)		
室温	2.51 ± 1.14	0.526**
静けさ	2.79 ± 1.12	0.524**
就寝時間	2.59 ± 1.07	0.403**
起床時間	2.42 ± 1.03	0.383**
寝具	3.26 ± 1.26	0.541**
プライバシー	2.91 ± 1.30	0.435**

SD = standard deviation

** spearmanの順位相関検定 p < 0.01

表6. 各困り具合の相関係数

	清潔保持	洗濯	食事	睡眠
清潔保持	-			
洗濯	0.51**	-		
食事	0.49**	0.35**	-	
睡眠	0.37**	0.36**	0.40**	-

** spearmanの順位相関検定 p < 0.01

4. 各困り具合の関係

各困り具合の間には相関関係がみられ(Spearmanの順位相関検定, 表6), 困っている人は生活行動4側面全てにおいて困っている傾向にあった。

5. 困り具合と「体調の変化」「疲労感の変化」との関係

「体調の変化」と「疲労感の変化」は「1:非常に悪くなった」から「7:非常に良くなった」の7段階で尋ねた。「体調の変化」と「睡眠における困り具合」との間には有意な相関がみられた(Spearmanの順位相関検定, r = -0.458)。体調の変化についての自由記載では、「子どもと同じベッドでは狭くて、腰や背中が痛い」、「簡易ベッドは寝心地が悪くてよく眠れず、日中もだるさがとれない」というように睡眠に関連した体調の悪化を訴える内容が多くみられた。

また、「疲労感の変化」と「清潔における困り具合(r =

-0.240)」「洗濯における困り具合 ($r = -0.269$)」「食事における困り具合 ($r = -0.286$)」「睡眠における困り具合 ($r = -0.422$)」との間には有意な相関がみられた (Spearman の順位相関検定)。

VI. 考 察

入院児の母親への援助について、先行研究では、配慮する内容などが具体的に示された支援策や特に支援が必要な家族の特性について述べられていなかった。そこで今回、生活行動における困り具合とそれに影響を及ぼす■子を分析し、介入可能な看護管理的方策及び政策的方策を検討した。

1. 入院児の家族のための入院環境

(1) 付き添いと面会

入院児の母親の生活行動の変化と困り具合には、付き添い・面会状況が大きく影響していることが明らかになった。吉武は付き添いを①労力提供型、②母親も子どもも満足する母子家庭型、③さまざまな訓練を行なうための訓練型の3つのタイプに分類している²³⁾。入院児とその家族には様々な背景があり、一概に付き添い・面会のどちらが望ましいとは断定できないが、労力提供型の付き添いについては問題があると考えられる。現行の医療保険制度では付き添い看護は禁止されているが、児の精神的な安定を図って治療効果を上げるためや児の安全確保のために家族の付き添いを認めている病院は多い。しかし、現実には、乳幼児に家族が付き添うことを病院側から求めているにも関わらず、形式的には家族側から付き添いの許可願いを申請しているという矛盾が生じている⁴⁾。筒井らの調査では53.8%の人が病院からの要請で付き添いをしてしていると回答していた²⁴⁾。また、先行研究では病院や病棟側からの圧力がなければ付き添いをする母親は30%前後である^{2, 3)}とされている。本研究でも、62.5%が「病院から勧められたため」と回答し、小児に特化していない病院の母親の25.0%が複数回答のうちこの項目だけを選択していることから、この実態があることが推察される。

このような状況にある家族が一時的にでも家に帰ることができるようにすることで、付き添いや面会をしている家族の生活行動における困り具合は軽減されるものと考えられる。具体的には、榎本らが「付き添い自由選択制」の有用性²⁵⁾を報告しているように、家族が付き添いをするかどうかを選択、決定できることが望ましい。

しかし、小児看護が成人の2.1倍の時間と人員を要する²⁶⁾現状では、付き添いをするかどうかを自由に選択することや労力提供型の付き添いをなくすことは困難である。「小児の入院に際し、家族の付き添いを必要とする15の病院」を対象に調査を行なった研究もある⁵⁾。小児医療

の特殊性ゆえに、家族に付き添いを求めるという事態が現実になっており、小児の特殊性を考慮した医療保険制度の見直し等の政策的介入が必要である。特に、労力提供型の付き添いは、新看護体系で廃止された「付き添い看護」と同様の実態であるため、看過されるべきではない。

また、母親の付き添いは入院児の同胞へも影響を与えることが明らかになっており²⁷⁾、今回の調査でも「長期間、母親に会うことができず、(同胞が)行動面や情緒面で不安定になってきた」といった自由記載がみられた。入院児への付き添いは、結果的に同胞の母子分離を引き起こすことになる。そのため、母親が家に帰ることができるように体制を整えることは同胞への影響を軽減するうえでも重要である。

(2) 入院児の家族のための設備

労力提供型の付き添いの廃止に向けて医療制度全体を整えていく必要があるが、母子共に満足する母子家庭型の付き添いについては、制限されることがないよう現行の規則に弾力性をもたせることが望ましい。子どもの精神的安定を図るうえで、子どもが家族と一緒に過ごすことは不可欠であり、このことは、1989年に国連総会で採択された「子どもの権利条約」でも“子どもは父母から分離されないことを確保する”²⁸⁾と保障されている。また、日本でも日本看護協会(1999年)の「小児看護業務基準」の中で「小児看護領域で特に留意すべき子どもの権利と必要な看護行為」として“家族からの分離の禁止”が明記された²⁹⁾。

本研究でも、付き添いの理由(複数回答)に「授乳のため」をあげた母親が12.7%、「子どもの不安軽減」「子どもが心配なため」66.7%であり、付き添いを希望する母親も多くいることが窺える。先行研究では、付き添いが必要であると考えている母親が94%と多くいること¹⁾が明らかとなっており、そのような場合に生活行動面での負担を強いられることなく付き添いできるように子どもと家族の入院環境を整える必要がある。今回の調査結果から、付き添いをしている母親の生活行動が変化することはやむを得ないが、設備やサポート体制を整えることで、これらの変化が困り具合につながらないようにすることが可能であること、また、付き添い者のための設備は、児の病室から近い方が家族の負担軽減に有効であることが示唆された。付き添いの母親への質問紙調査⁵⁾では、息抜きのために子ども(2~8歳)のそばを離れてもよいと思う時間について、12.3%の母親が「0分(離れられない)」と回答し、65.2%の母親が「1~30分以内」と回答している。本研究でも、院内に各種設備が設置されていても、付き添い者が児から離れられないためにそれらの設備を利用できず、結果的に困っているという状況がみられた。

施設や設備を整えるには莫大な費用がかかるため、個々

の施設や看護部門の自動努力だけでは整備が困難である場合が多い。何らかの政策的介入、例えば第三者医療機能評価（日本医療機能評価機構による評価など）に入院児家族のための設備やサポート体制を評価する項目を盛り込む等を行い、サポート体制の整備を促すことも有効であると考ええる。

また、今回の調査では、宿泊施設を利用したことがある母親は12名（うちファミリーハウス利用10名）であり、ほとんどが一時的な利用であった。院内の家族用休憩室に宿泊したことがある母親はいなかった。慢性疾患児家族宿泊施設についての調査では、慢性疾患児家族宿泊施設を併設する病院を調査対象としたにも関わらず、両親の32.9%が宿泊施設の存在を知らなかったこと、また、宿泊施設を利用しにくい環境や体制にあることも示唆されていたこと³⁰⁾から、小児専門病院においても同様の問題があるのではないかと考える。自由記載からも、近隣にファミリーハウスがあっても不便を感じている人や睡眠に不自由している人がいることが明らかになった。本研究でファミリーハウスに滞在したほとんどの人が睡眠環境に満足していることから、ファミリーハウスは入院児の家族を支援するうえで重要なものであると考えられる。現在、ファミリーハウスについての研究は多くなされているが、ファミリーハウスの情報を提供したり利用を勧めたりするなど医師や看護師も役割を担うことになると考えられるため、ファミリーハウスと医療者間の連携をとるうえで効果的な方法などについても明らかにしていく必要があると考える。しかし、宿泊施設の利用定員が少なく利用したくてもできない状況も推察されるため、情報提供等を行なうと同時に定員の拡充を図ることが必要であろう。

2. 入院児の家族のための生活行動支援

(1) 清潔保持について

「病棟内で入浴可能」である付き添い者の「清潔保持における困り具合」のオッズ比は0.10と低く、病棟内の浴室利用は入院児の家族の負担軽減につながることを示唆された。また、「院内（病棟外）で入浴可能」である付き添い者の中には、子どもから離れられなかったり、設備を利用したい時に利用できない状況にある人がいることが明らかになった。今回の調査結果からは、利用者が多いために常に家族専用浴室が混んでいるのか、それとも一定の時間帯に利用希望が集中しているのかを特定することはできなかった。今後、家族専用浴室の利用状況を把握し、一人でも多くの人が利用できるように方策を検討する必要がある。院内に利用可能な浴室があっても状況により利用が困難な付き添い者には、見から離れて浴室を利用できる時間を確保できるように看護師が介入することで困り具合の軽減につながるだろう。洗顔の回数減少は児の年齢（3歳以下）と関連がみられ、児の年齢が低い場合には特に、児の

側から離れられず洗顔にすら行けない状態にあると考えられる。面会や付き添いの代替がない家族や、家族が見から離れられる状況にない場合は、看護師側から積極的に清潔保持行動を促していく必要がある。

(2) 洗濯について

小児に特化していない病院では、児の入院に母親が付き添うことが多く、それらの母親は自宅に帰ることができないため、洗濯は家族が行なうか院内で母親が行なうことになる。特に家事のサポートのない場合（本研究では41.3%）は、院内のコインランドリーの台数が少ないと、洗濯が非常に困難になる。入院児の家族が利用できる洗濯機や乾燥機を病棟内に確保することで、困り具合が軽減するものと考えられる。

(3) 食事について

小児に特化していない病院では、「食事の質が落ちた」、「食事の量が不十分」という回答が多くみられ、病室での飲食が可能であっても、子どもから離れることができないために、食事を買いに行ったり食べたりする時間が確保できないのではないかと考えられる。自由記載にも「食事が偏っている」、「栄養のバランスが悪い」、「売店の弁当に飽きた」といった回答が多くみられ、食事の内容が制限されていることが示唆された。清潔保持と同様に、面会や付き添いの代替がない家族や、家族が見から離れられる状況にない場合は、付き添いをしている家族に食事を促すなど看護師側から積極的に関わる必要がある。今回の調査では、付き添い者に病院食を提供している施設はなかったが、近年、有料で付き添い食を提供している施設もみられ⁸⁾、そのようなサポート体制も入院児の家族の困り具合の軽減に寄与するものと考えられる。

(4) 睡眠について

睡眠についても、面会・付き添い状況が大きく影響していることが明らかになった。付き添い者は入眠に時間がかかるようになり、中途覚醒の回数が増えていた。睡眠時間については、面会者は減少しており、付き添い者は時間が増加していた。付き添い者の睡眠時間は長いものの、眠りは浅いことが明らかになっており、睡眠環境を整える必要がある。睡眠における困り具合と入院児や家族の属性との間には関連がみられなかったが、睡眠環境（室温、静けさ、寝具、就寝時間、起床時間、プライバシー）に対する満足度と困り具合の間には有意な相関がみられた。また、本研究では、58.7%の母親が入院児と同じベッドで添い寝しており、先行研究³¹⁾の50.8%とほぼ一致した。添い寝の文化については人類学において検証されており、母親と乳児が添い寝をする200近い文化があり、その中に日本人も含まれている³²⁾。病院における添い寝は現行制度上あってはならないことなのかもしれないが、日本の文化的背景から考

えるとごく自然な就寝形態をとっているともいえる。日本の先行研究でも、3歳児の就寝形態は添い寝が最も多いこと³³⁾が明らかになっており、治療上支障がなければ、付き添い者の添い寝を想定した入院環境の整備も今後の課題であると考えられる。

3. 生活行動の変化及び困り具合が健康状態に及ぼす影響

「体調の変化」と「睡眠における困り具合」との間、また、「疲労感の変化」と「清潔における困り具合」「洗濯における困り具合」「食事における困り具合」「睡眠における困り具合」との間には有意な相関がみられた。入院児の家族を対象にしたものではないが、ライフスタイルと健康状態の関連を調査した先行研究からは、食生活と疲労自覚症状に関連があること³⁴⁻³⁶⁾や睡眠・休養と健康度に関連があること、栄養不足や栄養バランスと健康度に関連があること³⁷⁾、食事の不規則性や睡眠時間の変化が精神的健康度と関連があること³⁸⁾が明らかになっており、生活行動の変化や困り具合が健康状態にも影響を及ぼす可能性がある。また、Donaldがライフスタイルや環境が健康に影響を及ぼすと述べている³⁹⁾ことから、入院児の家族を生活行動の面から支援することは、入院児の家族の健康の向上につながると考えられ意義があると思われる。

4. 研究の限界と今後の課題

今回、回答者のほとんどは母親であった。父親が仕事が終わった後に児の病室で毎晩寝泊りしているケースも2例みられたが、いずれも日中面会を行なっている母親が回答していたため、それらの父親についての生活行動の変化や困り具合はわからなかった。児の入院が父親や祖父母の生活に影響を及ぼすことも明らかになっている^{40, 41)}ため、今後、母親以外の家族の生活の変化や負担についても明らか

にする必要がある。

また、調査対象施設の地域が異なること、小児に特化していない施設は全て600床以上の高度総合医療を推進している病院であることから、結果を普遍化するには限界がある。今回の調査で得られた知見をもとに、今後、全国で調査対象施設の数を増やし、入院児の家族の負担軽減のための支援策の構築に向けて、研究結果の普遍性を確認したい。

Ⅶ. 結 論

1. 付き添い者は面会者に比べ生活行動の変化が大きく、困り具合が有意に高かった。

2. 生活行動における困り具合に影響を及ぼす因子が明らかになった。

①「病棟内の浴室利用の可否」と清潔保持の困り具合との間には有意な関連があった。

②「家事サポートの有無」と洗濯の困り具合との間には有意な関連があった。

③「入院日数(2週間未満, 2週間以上)」と食事の困り具合との間には有意な関連があった。

④睡眠環境(室温, 静けさ, 寝具, 就寝時間, 起床時間, プライバシー)に対する満足度の全項目と困り具合の間には有意な相関がみられた。

謝 辞

子どもの入院という大変な状況の中、調査にご協力賜りましたご家族の皆様、ならびに調査対象病院の皆様へ深く感謝いたします。

本研究は国立看護大学校研究課程部に提出した特別研究論文の一部に、加筆、修正を加えたものです。

要 旨

本研究の目的は、児の入院に伴う面会・付き添い家族の生活行動(清潔保持・洗濯・食事・睡眠)の変化と困り具合、また困り具合に影響を及ぼす因子を明らかにすることである。小学2年生以下の入院児の面会・付き添い家族を対象に5施設で質問紙調査を実施した。入院児の母親からの回答(n=121)を対象に統計的な分析を行った。付き添い者は、面会者に比べて生活行動の変化が大きく、5段階で尋ねた困り具合が有意に高かった。また、付き添い者を対象に、各生活行動における困り具合(0:困っていない, 1:困っている)を目的変数としたロジスティック回帰分析を行なった結果、清潔保持では病棟内で入浴可能な人のオッズ比が低いこと、洗濯では家事サポートがない人のオッズ比が高いこと、食事では入院日数2週間以上の人のオッズ比が高いことが明らかになった。

Abstract

The purpose of this study is to clarify the change in caregivers' living activities (taking baths, washing clothes, eating and sleeping) due to children's hospitalization, the resulting burden, and the factors which influence this. The questionnaire was distributed in five hospitals, and the data, which was answered by mothers of hospitalized children, was analyzed. The changes in the living activities of mothers who stay with their children in hospital every night are bigger than mothers who do not. Also, the burden they feel is significantly higher. A logistic regression analysis specified "being able to use bathroom/shower room inside the unit", "housework support", and "length of stay" as influencing factors.

文 献

- 1) 井上敏子, 後田ひとみ, 他: 乳幼児の入院における母親付き添いの意義と看護婦の役割-母親へのアンケート調査から-, 第24回日本看護学会集録(小児看護), 86-89, 1993.
- 2) 宇野久仁子, 阿部雅章: 小児病棟における付き添い入院についての検討, 小児保健研究, 56(6), 790-793, 1997.
- 3) 前田美穂, 法橋尚宏, 他: 入院患児への家族の付き添いに関する実態調査-東京都内の病床数100床以上の病院を対象として-, 家族看護学研究, 5(2), 94-100, 2000.
- 4) 宮里邦子: 古くて新しい問題-小児病棟における母親の付き添い問題, 熊本大学医学部保健学科紀要, 1, 1-6, 2005.
- 5) 小出扶美子, 宮谷 恵, 他: 付き添い入院の母親の養育態度と小児看護師から見た母親の養育態度の違いについての検討, 聖隷クリストファー大学看護学部紀要, 14, 83-94, 2006.
- 6) 舟島なをみ, 片田範子, 他: 小児が入院する病棟における面会と付き添いの現状分析-全国483病院の実態調査による-, 第23回日本看護学会論文集(小児看護), 134-137, 1992.
- 7) 社会福祉法人 恩賜財団母子愛育会: 子ども家庭総合研究推進事業 資料集1: 21世紀の母子健康の推進について(健やか親子21), 社会福祉法人 恩賜財団母子愛育会, 2001.
- 8) 井上玲子, 児玉千代子: 小児と家族の入院環境の現状-神奈川県内の病院の看護師に対するアンケート調査より-, 小児保健研究, 63(3), 295-300, 2004.
- 9) 帆足英一: 小児患者付き添いの現状を探る-入院環境の実態報告, ナーシングトゥデイ, 17(1), 78-79, 2002.
- 10) 池田京子: 小児病棟で子どもを看護する中堅看護婦の思いとその支援について, 神奈川県立看護教育大学看護教育研究集録, 25, 394-401, 2000.
- 11) 筒井真優美: 今, 子どもの世界で何が起きているのか, 看護学雑誌, 61(6), 528-532, 1997.
- 12) 柴山宏美, 桑森恵美, 他: 入院患児を持つ家族の生活の変化について, 第25回東京医科大学病院看護研究集録, 59-62, 2005.
- 13) 及川郁子: 子どもの入院が家族に及ぼす影響, 小児看護, 16(4), 415-418, 1993.
- 14) 田中義人, 飯倉洋治, 他: 入院中の患児・家族を支援するシステムの現状に関する基礎調査報告, 日本小児科学会雑誌, 106(8), 1041-1059, 2002.
- 15) 高橋明子, 石黒彩子, 他: 慢性疾患児家族宿泊施設(ファミリーハウス)利用の現状とその役割-利用家族の調査から-, 日本看護医療学会雑誌, 6(1), 25-33, 2004.
- 16) 服部恒明, 辻 清子, 他: 大学生の日常生活における清潔行動, 学校保健研究, 44, 239-248, 2002.
- 17) 谷口まり子, 永峯由里子, 他: 入院患者と健康者の清潔に関する意識の相違, 熊本大学教育学部紀要(自然科学), 46, 139-150, 1997.
- 18) 門田新一郎: 大学生の食物摂取頻度に及ぼすライフスタイルの影響について, 学校保健研究, 44, 328-337, 2002.
- 19) 橋本綾子, 柏木 綾: 洗髪ニードの未充足がもたらす不快の解析, 福岡県立看護専門学校研究論文集25巻, 85-94, 2002.
- 20) 筒井真優美, 片田範子, 他: 入院している子どもの年代別による親の心配と疲労の分析, 第24回日本看護学会集録(小児看護), 100-102, 1993.
- 21) 村松公美子, 塚田浩治, 他: 快適環境の設定, 臨床看護, 18(11), 1606-1610, 1992.
- 22) 土井由利子: 疫学研究からみた睡眠の性差, 性差と医療, 2(1), 51-55, 2005.
- 23) 吉武香代子: 小児看護における母親の付き添い, 看護教育, 33(7), 498-503, 1992.
- 24) 筒井真優美, 片田範子, 他: 入院している子どもの家族の心配と疲労-小児病棟と混合病棟の比較-, 日本看護科学会誌, 14(3), 102-103, 1994.
- 25) 榎本美紀, 小川美穂, 他: 小児病棟の付き添いに関する家族の意識調査-付き添い自由選択制の有用性について-, 第36回日本看護学会論文集(小児看護), 89-91, 2005.
- 26) 谷村雅子: 小児看護に時間と人員を要する実態の検証, 医学のあゆみ, 206(9), 719-722, 2003.
- 27) 太田にわ: 入院児への母親の付き添いが同胞に及ぼす影響と看護ケア, 小児看護, 25(4), 466-471, 2002.
- 28) 日本ユニセフ協会: 子どもの権利条約, 2007-3-20, http://www.unicef.or.jp/about_unicef/about_rig_all.html.
- 29) 日本看護協会編: 日本看護協会看護業務基準集, 日本看護協会出版会, 2002.
- 30) 法橋尚宏, 石見さやか, 他: 入院病児への付き添いと慢性疾患児家族宿泊施設の利用に関する調査, 小児看護, 27(2), 235-240, 2004.
- 31) 草場ヒフミ, 鶴田来美, 他: 子どもの入院に付き添うことについての親の考え, 南九州看護研究誌, 2(1), 53-57, 2004.
- 32) Tami E. Breazeale: Attachment parenting: A practical approach for the reduction of attachment disorders and the promotion of emotionally secure children, 2007-3-29, <http://www.visi.com/~jlb/thesis.html>
- 33) 山城 桂, 上田礼子: 養育行動の時代による変化 就寝形態(添い寝)に関する研究, 沖縄の小児保健, 30, 32-35, 2003.
- 34) 池田順子, 浅野弘明, 他: 食生活の現状と健康との関連についての検討, 日本公衆衛生雑誌, 35(7), 367-376, 1987.
- 35) 池田順子, 森 忠三: 女子学生の食生活とライフスタイルに対する介入研究, 小児保健研究, 56(5), 644-654, 1997.
- 36) 松田芳子, 安武 律, 他: 大学生の疲労感の実態と関連要因について, 学校保健研究, 39, 243-259, 1997.
- 37) 大河原悦子, 小泉直子: 男女学生のライフスタイルと健康との関連, 栄養学雑誌, 52(4), 173-189, 1994.
- 38) 上岡洋晴, 佐藤陽治, 他: 大学生の精神的健康度とライフスタイルとの関連, 学校保健研究, 40, 425-438, 1998.
- 39) Donald B.: High level wellness strategies, Health Education, July-August, 2-3, 1977.
- 40) 有賀みずほ: 父親からみた家族機能の現状, 第36回日本看護学会論文集(小児看護), 92-94, 2006.
- 41) 小森鎮枝, 熊木孝子: 子どもの入院が家族に与える影響-両親・同胞を中心に考察する-, 埼玉小児医療センター医学誌, 13(1), 4-7, 1996.

[平成19年4月2日受 付]
[平成19年6月21日採用決定]

当事者グループに対する保健師の認識と関わりの実態

Public Health Nurses' Awareness, Attitudes and Practices to Patient Support Groups

谷本千恵

Chie Tanimoto

キーワード：当事者グループ，セルフヘルプ，保健師，関わり，エンパワーメント

Key Words : support groups, self-help, public health nurse, involvement, empowerment

I. 緒言

同じ疾患やニーズを持つ人々が、自分たちの力で問題の解決を図るために集まったグループはセルフヘルプ・グループと呼ばれ、欧米のみならずわが国でもその数が増加していると言われる¹⁾。これらのグループは精神疾患や薬物依存、慢性疾患を持つ人の他、従来の専門サービスでは満たされないニーズを持つ人やライフスタイルの変化などの危機状況にある人に有効といわれており、アウトカムとしては、抑うつ、不安などの精神症状の改善や人生に対する満足感、自尊感情の増大、問題行動や対人関係の改善、QOLの向上、疾患に対する受容などが観察されている^{2,3)}。セルフヘルプ・グループは個人を変えるだけでなく社会をよりよい方向に変えていこうとする力も持っており、援助機能の本質はエンパワーメントであるといわれる^{4,5)}。欧米（特に北米）では1950～1960年代に多くのセルフヘルプ・グループが誕生した。その背景には、社会の変化に伴う新たな健康問題の出現や従来の専門援助サービスへの批判、市民運動による人々の意識の高まりなどの要因があるといわれる⁴⁾。

このようにセルフヘルプ・グループは既存の専門援助サービスへの批判の中から生まれ、援助機能の特徴は専門職による援助機能との対比で捉えられてきた⁶⁾。またセルフヘルプ・グループへの専門職の関与は、セルフヘルプ・グループ独自の理念や援助機能を脅かすおそれがあることが懸念されてきた⁷⁾。しかし、実際には多くのセルフヘルプ・グループが病院や地域の機関、その他ヘルスケアサービスの事務所と協力を結びつき協働していることが最近明らかになっている^{8,9)}。セルフヘルプ・グループへの専門職の関与をめぐっては長年論争的になっており¹⁾、最近では専門職が関与するグループを区別してサポートグループと呼ぶようになってきた¹⁰⁾。

日本でも当事者グループは古くから存在し、患者会や自助グループなどと呼ばれる。セルフヘルプ・グループとし

て専門職に注目されるようになったのは1980年代に入ってからである¹⁾。これまでに欧米のセルフヘルプ・グループ理論の紹介や個々のグループの活動紹介はあるものの、研究は不足している¹⁾。

看護職は、難病やがん、慢性疾患、アルコール依存症など特定領域の当事者グループとの関わりが多く、これらのグループの意義を報告している¹¹⁻¹⁵⁾。特に保健師は従来から地区組織活動を展開し、当事者グループ活動への支援を盛んに行っている¹⁶⁻¹⁸⁾。

しかし看護職によるこれらの実践活動は事例報告が多く系統的な研究は少ない^{19,20)}。当事者グループの呼称に関してもセルフヘルプ・グループのほか、自助グループ、患者会、家族会、セルフケアグループ²¹⁾、自主グループ²²⁾など多岐に渡っているが、個々の概念や定義は明確ではなく、当事者が主体的に運営するグループのみならず専門職が運営するグループワークまでセルフヘルプ・グループと称するケースも見受けられる¹⁹⁾。上述したように保健師は様々なタイプの当事者グループと関わっているが、グループ支援の理論が確立されておらず²³⁾、当事者主体のグループの育成や支援の方法を明らかにすることが課題となっている²⁴⁾。

一方、中村²⁵⁾は日本の医療現場ではセルフヘルプ・グループの機能が十分に発揮できていないことを指摘し、看護職側の課題としてはセルフヘルプ・グループに対する認知不足により対象者への情報提供ができていないこと、賛助会員としてグループへの参加が少ないこと、看護教育の課題として非専門職との協働について教えていないことなどをあげている。そして医療専門職がセルフヘルプ・グループをサポートし連携していく上での課題は非専門職の活動に対する専門職の認識と専門職支配の問題であると述べている。

看護の教科書においては、セルフヘルプ・グループなど当事者グループに関する記述は、主に慢性疾患やがん、リ

ハビリテーション、精神保健・精神障害など特定の領域に散見されるが²⁶⁻³¹⁾、総論や体系的な記載は少なく³²⁻³⁴⁾、看護職全体にその意義が認識されているとはいいがたい。今後は当事者グループの重要性が看護職全体に認識される必要があると考える。

以上より、今後は当事者グループの概念や定義を明確化するとともに、個々の看護職の当事者グループに対する支援の実践活動を整理する必要があると考える。そして当事者グループがセルフヘルプ・グループとしての援助機能を発揮するための看護職による支援方法を理論化していくことが特に重要であると考え。しかし当事者グループをセルフヘルプ・グループとの関連で述べた看護研究は■内では少ない³⁵⁻³⁷⁾。一方、セルフヘルプ・グループの活動が盛んな欧米においても、看護職のセルフヘルプ・グループに対する支援や認識等を調べた研究は少なく^{38,39)}、その必要性が指摘されている³⁸⁾。

そこで本研究では看護職の当事者グループに対する認識と関わりの実態を明らかにし、当事者グループがセルフヘルプ・グループとしての機能を十分に発揮できるような支援方法を検討するための資料とすることを目的とする。今回は、看護職のうち保健師の当事者グループに対する認識と関わりの実態について調査を行ったので報告する。なお、保健師の当事者グループに対する関わりの実態については、すでに一部を報告済みであるが³⁷⁾、今回は認識と関わりの実態に関する残りのデータを加えた結果について報告し考察した。

II. 用語の定義

セルフヘルプ・グループ：共通の問題やニーズを持った仲間が、自分たちの問題を解決するために自発的に集まったグループで、通常は専門職の関与がない当事者グループを指す^{8,40)}。

当事者グループ：何らかの疾病や問題を抱えている本人や家族などの当事者同士が、気持ちや経験、情報をわかちあうことによって、互いに支え合い、主体的に問題解決を目指すグループで、いわゆるセルフヘルプ・グループ、自助グループ、患者会、家族会などと呼ばれるもので、専門職のサポートを受けずに当事者のみで運営しているグループのほか、保健医療福祉の専門職や公的機関がサポートするグループも含む。

III. 研究方法

1. 調査対象

A県内の12保健福祉センター（県8、政令指定都市4）と41市町村に勤務する保健師348名全員を調査対象者とした。調査に協力が得られたのは151名で（回収率43.4%）、

そのうち欠損の多い2名を除いた149名を有効回答とし分析対象とした（有効回答率42.8%）。

2. 調査方法と調査内容

調査期間は2003年3月から5月で、各保健福祉センターは所長宛に、各市町村は保健衛生担当課長宛に自己記入式調査票を送付した。調査票は、看護職のセルフヘルプ・グループに関する認識・実践に関する調査研究³⁸⁾と医師に関する同様の調査研究⁴¹⁾を参考に作成した。

調査内容は①当事者グループとの関わり経験、②関わりの内容、③関わり経験のある当事者グループの種類、④当事者グループの紹介経験、⑤紹介経験のある当事者グループの種類、⑥紹介の際重視すること、⑦当事者グループに対する専門職の支援についての認識、⑧当事者グループ情報へのニーズ、⑨インターネットでの当事者グループ検索、⑩当事者グループがメンバーに与える影響、⑪当事者グループが保健師に与える影響、⑫個人属性で、①④⑦⑧⑨⑫は択一回答式質問、②③⑤⑥⑩⑪は自由回答式質問である。

なお、調査内容①の「関わり」とは、グループの立ち上げ支援やグループ運営・活動についての相談・助言、会報の発送などの事務的な仕事、ミーティング場所の確保・提供などを指していることを調査票に明記した。

3. 分析方法

択一式回答方式で収集されたデータの集計・検定には、統計解析ソフトSPSSを使用し、平均値の差の検定にはt検定を行った。有意水準は5%とした。自由回答方式で収集されたデータのうち、関わり経験のあるグループと紹介経験のあるグループの種類についてはコーディング後分類した。グループに対する関わりの内容についてはKJ法を用いて分類した。グループを紹介する際重視することとグループがメンバーと保健師に与える影響については、自由記載内容のうち1文を1件とし、さらに意味のまとまりで分けてデータとし、似たような意味のデータのまとまりをカテゴリー化し名前をつけた。その際、妥当性を高めるために保健医療福祉の研究に精通した専門家にも検討を依頼した。

4. 倫理的配慮

調査対象者に対して、結果は学術的な目的以外では使用しないこと、個人が特定されることはないこと、調査の協力は任意であることを文面で説明した。調査票に回答し返送をもって調査の同意と理解した。また、福井県立看護大学倫理委員会に審査を申請し、承認を受けている。

IV. 研究結果

1. 対象の属性

表1に分析対象者の属性を示す。148名が女性だが男性

表1 対象の属性

		N = 149	
		N	%
性	男性	1	0.3
	女性	148	99.7
年代	20歳代	40	26.8
	30歳代	51	34.2
	40歳代	39	26.2
	50歳代	12	8.1
	無回答	7	4.7
	保健師経験年数	5年未満	29
5年以上10年未満		34	23.9
10年以上20年未満		44	31.0
20年以上30年未満		27	19.0
30年以上		8	5.6
無回答		7	4.7
現在の職場	県	19	12.8
	市町村	128	85.9
	その他	2	1.3

も1名いた。年齢は23-59歳（無回答7名）で、平均年齢は35.9±8.8歳であった。年代は「30歳代」が34.2%で最も多く、次いで「20歳代」、「40歳代」、「50歳代」の順であった。保健師経験年数は0-37年（無回答7名）で、平均経験年数は12.6±8.8年であった。「10年以上20年未満」「5年以上10年未満」「5年未満」の順に多かった。現在の職場は85.9%が市町村であった。

2. 当事者グループとの関わり

1) 関わり経験のある当事者グループの種類

現在あるいは過去に仕事で、当事者グループの立ち上げやグループ運営・活動についての相談・助言、会報の発送などの事務的な仕事を手伝う、ミーティング場所の確保・提供などに関わった経験のある人は、87名（58.4%）であった。関わり経験のある当事者グループについては85名から159件の回答が得られた。このうちメンタルヘルスポランティアなど本研究における当事者グループの定義にあてはまらない5件は除外した。残りの154件は、〇〇の会、グループ、つどい、サークル、サロン、教室、グループワーク、教室終了者の会（OB会）、自主グループなどさまざまな名称で呼ばれていたが、個々のグループ名はおおむね「グループ参加者の属性」あるいは「グループの目的」で表されており、これらの枠組みで分類したところ、リハビリ、育児支援、障害児の親、痴呆や寝たきり老人の介護家族、難病患者と家族、精神障害者の家族、健康づくり・運動、精神障害者のグループなどに分けられた（表2）。

2) 当事者グループとの関わりの内容

上記の当事者グループに対する関わりについて、自記記載の内容340件を分類したところ、「グループの立ち上げ」「会の企画・開催」「(運営・活動に関する) 相談・助言」「活動場所の提供」「専門的知識の提供・学習支援」「事務作業の補助」など多岐に渡っていたが、中でも「グループの立ち上げ」が62件で一番多かった（表3）。そのうち46

表2 関わりのある当事者グループ（複数回答）

		N = 85	
		件	
母子保健			
	育児支援		23
	障害児の親		23
	多胎児の親		6
	アレルギー児の親		2
	心臓疾患児の親		1
老人保健・介護予防			
	リハビリ		30
	介護家族		18
	痴呆予防		1
精神保健			
	精神障害者家族		12
	精神障害者本人		7
	断酒会		1
成人保健			
	健康増進・運動		10
	糖尿病・糖尿病予防		5
	乳ガン経験者		2
難病			
	難病患者・家族		13
計			154

表3 当事者グループへの関わりの内容（複数回答）

		N = 85	
		件	
グループの立ち上げ			62
会の企画・開催			32
(運営・活動に関する) 相談助言			31
活動場所の提供			31
専門的知識の提供・学習支援			26
事務作業の補助			20
側面的支援			18
運営・活動支援			18
自主活動に向けての支援			13
行事への支援・協力			11
要請時支援・相談助言			10
グループの紹介			10
地域・社会への橋渡し			8
個々のメンバーへの支援			8
会に参加			7
支援体制確立			5
ファシリテーター			4
事務局			4
グループ活動活性化への支援			3
他のグループとの交流支援			3
その他			16
計			340

件は立ち上げ後もフォローし関わったケースで、メンバーが自主的に運営するグループに発展したケースは20件、メンバーの自主的な活動を目指して支援したケースが9件であった。

「自主活動に向けての支援」の内容は、保健師主体の活動からメンバー主体の活動になるよう「企画を共に行う」「方向づけを行う」などがあつた。メンバーの主体的な運営・活動となった当事者グループは、「自主グループ」と呼ばれていた。自主グループに対しては「側面的支援」が行

われていた。具体的な内容の記載は少なかったが、例えば「(保健師は) 参加するが、運営や行事の実施はメンバーが主体となって行う」「場所の提供のみで関わる」などがあつた。

一方、実際はメンバー主体の活動ではないが教室やグループワークの終了者の会が「自主グループ」と呼ばれるケースもあつた。

3. 当事者グループの紹介

1) 当事者グループの紹介経験

仕事でケースに当事者グループを紹介するかについては「よくある」と答えた人は19名(12.8%), 「たまにある」は74名(49.7%)で、全体の62.5%(93名)が当事者グループをケースで紹介していた。当事者グループを「よく/たまに紹介する」群では、「グループとの関わり経験のある(あつた)」人の割合が有意に高くなつていた($p < 0.001$)。

2) 紹介経験のある当事者グループの種類

89名より177件の回答が得られた(表4)。これらは前述の関わり経験のあるグループとほぼ共通していた。その他には、障害(聴覚・視覚・知的)を持つ人の会や車椅子友の会(脊髄損傷者)、子供を亡くした親の会、子供を虐待する母親の会、ストーマの会、パニック障害の会、とじこもりの会なども件数は少ないが紹介されていた。

表4 紹介した当事者グループ(複数回答)

	N = 89 件
母子保健	
障害児の親	27
育児支援・育児相談	22
多胎児の親	10
子供を亡くした親	2
子供を虐待する母親	1
アレルギー児の母親	1
依存症を持つ母親	1
自分を見つめる母親	1
母子関係を考える	1
老人保健・介護予防	
リハビリ	35
介護家族	13
精神保健	
精神障害者家族	15
精神障害者本人	9
断酒会	4
パニック障害	1
とじこもり	1
成人保健	
糖尿病・糖尿病予防	4
健康増進・運動自主	4
ストーマ	1
乳がん患者	1
同一疾病	1
難病	
難病患者・家族	13
身体障害	
障害(聴覚・視覚・知的)	5
車椅子友の会(脊損)	4
計	177

表5 当事者グループ紹介の際に重視すること(複数回答)

	N = 86 件
雰囲気・メンバーの人柄等	45
活動内容・目的	29
場所・距離	25
本人の意思・ニーズ	16
本人への効果・メリット	11
グループへの適合性	4
グループに対する自分の認知	4
回数・時間	3
料金	2
その他	8
計	147

3) 紹介の際重視すること

86名から147件の回答があり、「雰囲気・メンバーの人柄」「活動内容・目的」「場所・距離」「本人の意思・ニーズ」などが挙げられ、グループの雰囲気やメンバーの人柄を重視する人が特に多かつた(表5)。

4. 当事者グループに対する専門職の支援についての認識

当事者グループに対する保健医療福祉専門職の支援のあり方について尋ねたところ、「グループの立ち上げ時には支援は必要だが、活動が軌道に乗れば当事者の主体性に任せるべきである」と答えた人は70名(47.0%), 「グループによっては、専門職のリーダーシップ、あるいは支援が継続的に必要である」と答えた人は56名(37.6%), 「基本的に専門職の支援は不要である」と答えた人は3名(2.0%), その他は17名(11.4%), 無回答3名(2.0%)だった。その他の自由記載内容としては、「グループの種類や状況によって異なる」との回答が多かつた。今回、これらの認識と年齢、当事者グループとの関わり経験の有無、関わり経験のあるグループの種類との間に特に関連はみられなかつた。

5. 当事者グループの情報へのニーズとインターネットでの当事者グループ検索

県内の当事者グループに関する情報については、「もっと情報がほしい」と答えた人は130名(87.2%), 「特に必要ない」11名(7.4%), その他3名(2.0%), 無回答5名(3.4%)で、ほとんどの人が県内の当事者グループ情報を必要と考えていた。

当事者グループの検索にインターネットを活用することが「よくある」人は5名(3.4%), 「たまにある」32名(21.5%), 「ほとんどない」64名(43.0%), 「まったくない」48名(32.2%)で、「よくある」と「たまにある」を合わせても24.9%にとどまっていた。インターネットでのグループ検索については、保健師の年齢との関連はみられなかつた。

6. 当事者グループがメンバーに与える影響

当事者グループ全般に関して、メンバーに与える影響について、プラス面とマイナス面を尋ねたところ、133名

(89.3%)より259件のデータが得られた(表6)。プラス面については、対象の82.6%にあたる123名から198のデータが得られ、「精神的サポート(相互支援・安心感)」が最も多く、「情報交換・仲間の経験が参考になる」「悩みや問題のわかちあい・共感」「ピアカウンセリング的機能」などが挙げられていた。マイナス面については、53名(35.6%)から61件のデータが得られ、「意見・方向性が偏る」「運営面の問題・リーダー等への負担」「グループが閉鎖的」などが挙げられていた。また実際に関わり経験のあるグループについても同様に尋ねたところ、67名(45.0%)より131件のデータが得られ、プラス面マイナス面とも上記とほぼ同様の内容が挙げられていた(表7)。

7. 当事者グループが保健師に与える影響

当事者グループと関わる自分が自分にとってプラスになるかについて尋ねたところ、「プラスになると思う」と答えた人は139名(93.3%)、「思わない」は2名(1.3%)、「分からない」は3名(2.0%)、無回答5名(3.4%)であった。プラスになると思う人に、具体的にどのような点でプラスになるか自由記載で尋ねたところ、124名から168件の回答が得られ、「当事者への理解や共感が深まる」「知識・技術・質の向上、自身の成長ができる」「ニーズ把握や支援方法につなげられる」「施策や地域づくりにつなげられる」などが挙げられた(表8)。

表6 当事者グループがメンバーに与える影響 (グループ全般)
(複数回答) N=123

プラス面	件
精神的サポート(相互支援・安心感)	55
情報交換・仲間の経験が参考になる	37
悩みや問題のわかちあい・共感	26
ピアカウンセリング的機能	26
積極性・自信	18
仲間意識・連帯感	11
社会参加・行動の広がり	8
自己理解・受容	6
社会への影響	2
その他	9
計	198

マイナス面	件
意見・方向性が偏る	11
運営上の問題・リーダー等への負担	11
グループが閉鎖的	9
他者と比較し不安になる	8
人間関係の問題	8
メンバーの状況が異なるとグループの効果が得られない	5
外部からの支援が必要	3
プライバシーの問題	2
その他	4
計	61

表7 当事者グループがメンバーに与える影響
(関わりのあるグループ)(複数回答) N=62

プラス面	件
ピアカウンセリング的機能	18
情報交換・仲間の経験が参考になる	18
精神的サポート	15
悩みや問題のわかちあい	12
積極性・セルフケアの向上・自己肯定感の回復	9
仲間意識・仲間づくり	7
社会への影響	7
社会参加・行動の広がり	6
自己理解	1
その他	8
計	101

マイナス面	件
運営面の問題・リーダー等への負担	6
人間関係の問題	5
グループが閉鎖的	4
メンバーの状況が異なるとグループの効果が得られない	4
意見・方向性が偏る	3
他者と比較し不安になる	2
グループの自主性が育たない	2
その他	4
計	30

表8 当事者グループが保健師に与える影響 (複数回答) N=124

	件
当事者への理解や共感が深まる	47
知識・技術・質の向上、自身の成長ができる	39
ニーズ把握や支援方法につなげられる	28
施策や地域づくりにつなげられる	26
他のケースにグループ等の紹介ができる	12
他のケース対応への参考となる	8
当事者にとってのメリットがある	8
計	168

V. 考 察

1. 回収率、サンプルと母集団の比較

本研究の回収率は43.4%であり、研究者の行う郵送調査の回収率が通常4~5割程度であるといわれることから⁴²⁾、強制的に行われたのではないことを反映していると考えられる。ただし、実施時期が年度末であり異動と重なったため回収率が伸びなかったと考えられる。しかし分析対象とした149名はA県内に勤務する保健師全員の42.8%にあたり、比較的高い割合であると考えられる。対象者の男女比、年齢、経験年数については県のデータベースがないため比較はできなかったが、所属については県が12.8%、市町村85.9%で、母集団の割合をほぼ反映していた。

2. 当事者グループに対する関わり

保健師の活動においてグループ育成はさかんで²⁴⁾、業務におけるウェイトは高い⁴³⁾。保健師のグループ支援活動の特徴は「①自主性の獲得、②地域への発展」を目指した関

わりであり²³⁾、サポートグループや健康教室という形でグループを形成し、セルフヘルプ・グループへ移行させる支援を行っているといわれる⁴⁴⁾。

今回、保健師は当事者グループに対してさまざまな形で関わっていたが、主に当事者グループを立ち上げた後、会の企画や開催などグループの運営を主体的に担いながら、しだいに当事者の自主活動になるよう関わり方を変化させていた。このことから、保健師の当事者グループとの関わりの実態は、サポートグループがセルフヘルプ・グループに発展することを目指した支援であると考えられた。

3. 当事者グループの概念について

今回、保健師が立ち上げ、主体的に運営する当事者グループについては、教室やグループワーク、〇〇の会など呼称はさまざまであった。上述したように保健師はサポートグループをセルフヘルプ・グループに発展させるような支援を行っており、今後は各グループの発達段階に応じた支援方法を検討していく必要がある。そして当事者グループの支援について述べる際には、対象となる当事者グループの発達段階を明確にする必要がある。

今回「自主グループ」という用語が使われていたが、メンバーの自主活動となった段階の当事者グループを指す場合と、単に教室やグループワークの修了者の当事者グループを指し、当事者の自主活動ではない場合があった。後者は、担当保健師が将来的にはセルフヘルプ・グループを目指して支援しているためと思われた。しかし、実態と呼称の不一致は、当事者グループの発達段階に応じた支援方法を検討する際に混乱を招くと思われる。今後、当事者の主体的なグループ活動に対する支援方法を確立していくためには、保健師間で「自主グループ」や「セルフヘルプ・グループ」などの用語の定義を明確にし、統一していく必要があると思われる。

4. 当事者グループの機能（プラス面）に関する認識

今回、当事者グループとの関わり経験がある保健師はグループをケースによく紹介しており、当事者グループの意義をより実感していると思われた。またグループとの関わり経験の有無にかかわらず、保健師は当事者グループがメンバーに与えるプラスの機能について認識しており、具体的には「精神的サポート（相互支援・安心感）」「情報交換・仲間の経験が参考になる」「悩みや問題のわかちあい・共感」「ピアカウンセリング的機能」などが多かった。一方、「積極性・セルフケアの向上」「仲間意識・連帯感」「社会参加・行動の広がり」「自己理解・受容」「社会への影響」などは、当事者グループの機能として認識していたが、その割合は低かった。

Kurtz⁴⁵⁾は、サポートグループとセルフヘルプ・グループに共通の援助機能として、「サポートを与えること」「情

報の伝達」「帰属感の伝達」「経験的知識の伝達」「コーピング方法を教えること」をあげている。Kurtz⁴⁵⁾のいう「サポートを与えること」は、今回の結果の「精神的サポート」「悩みや問題のわかちあい・共感」に相当すると思われる。また「情報の伝達」「経験的知識の伝達」は「情報交換・仲間の経験が参考になる」に、「帰属感の伝達」は「仲間意識・連帯感」に、「コーピング方法を教えること」は「ピアカウンセリング的機能」に相当するのではないと思われる。つまり、保健師は当事者グループのメンバーに対するメリットを認識しており、これはセルフヘルプ・グループとサポートグループに共通の援助機能であると考えられる。

Kurtz⁴⁵⁾はさらにサポートグループにはないセルフヘルプ・グループ独自の援助機能について、より会員数が多く長い歴史を持ち、複雑なプログラムを持つセルフヘルプ・グループにおいては、「アイデンティティの変容」「洞察の達成」「問題の捉え直し」「エンパワーメント」「生きるためのコミュニティ」のプロセスも認められるだろうとも述べている。また蔭山⁴⁴⁾は、保健師はセルフヘルプ・グループ独自の機能を期待してサポートグループを自主化しセルフヘルプ・グループにしようとしており、サポートグループにはないセルフヘルプ・グループ独自の機能は社会変革機能であると述べている。岡⁴⁶⁾はこのようなセルフヘルプ・グループ独自の機能を、自己変容機能と社会変革機能と呼んだ。

これらを今回の結果と照らし合わせると、Kurtz⁴⁵⁾のいう「アイデンティティの変容」「洞察の達成」「問題の捉え直し」は、「自己理解・受容」に相当すると思われる。また「エンパワーメント」は「積極性」「セルフケアの向上」「自己肯定感の回復」や「社会参加・行動の広がり」に相当するのではないと思われる。さらに蔭山⁴⁴⁾のいう「社会変革機能」は「社会への影響」が相当するのではないと思われる。しかし今回、セルフヘルプ・グループ独自の援助機能についての認識はどちらかといえば低かった。前述のように保健師はサポートグループをセルフヘルプ・グループに発展させるような関わりを行っていると思われるが、それほどセルフヘルプ・グループに発展していないのか、あるいはセルフヘルプ・グループとして自律後は関わる機会が減るのかもしれない。

5. 当事者グループに対する専門職の支援に関する認識

当事者グループに対する保健医療福祉専門職の支援のあり方については、「グループの立ち上げ時には支援が必要だが、活動が軌道に乗れば当事者主体に任せるべきである」と「グループによっては専門職のリーダーシップや支援が継続的に必要である」の2つに意見が分かれた。その他の自由記載内容にケースバイケースとの意見が多かったこと

からも、保健師は当事者グループを支援する際にすべてセルフヘルプ・グループを目指すのではなく、場合によっては保健師がリーダーシップをとるなどして継続的に支援する必要があると考えていることが分かった。疾患の状況によっては当事者による自主運営が困難な場合もあると報告もあり⁴⁷⁾、グループの状況によってはサポートグループが適切な場合もあると思われる。

一方、高石ら³⁵⁾は、ソーシャルワーカーよりも保健師の方がセルフヘルプ・グループを専門職の関わりなしでは運営できないグループと認識する傾向があったと報告している。またマダラ⁴⁸⁾は、ナースは「やさしさに満ちた抱え込みには気をつけるべきである」とし、直接的な看護介入はセルフヘルプ・グループのヘルパーセラピー（援助をする者が一番援助を受けるという相互援助の原則）⁴⁹⁾を妨げるので避けるべきであると述べている。それゆえに、「グループによっては専門職のリーダーシップや継続的な支援が必要である」との認識を持つ保健師は、自らの関わりが当事者の主体性や潜在能力を奪っていないか、サポートグループからセルフヘルプ・グループへの発展プロセスを妨げていないか十分に注意する必要があると考える。

6. 当事者グループの紹介

マダラ⁴⁸⁾は、ナースの役割の1番目に「セルフヘルプ・グループを見つけ出しリファーすること」をあげておりセルフヘルプ・グループの情報収集と紹介は専門職の重要な役割である。しかし、セルフヘルプ・グループは、「自宅のダイニングテーブルを事務所として活動している」⁴⁸⁾といわれるように、インフォーマル（非公式）に運営されているので、専門家との接点がなく気づかれにくい。

今回、保健師がケースで紹介したことがある当事者グループの種類は関わりのあるグループとおおむね共通していた。また紹介する際、「グループの雰囲気やメンバーの人柄等」を最も重視していた。また保健師は当事者グループ情報の必要性を感じていたが、自らインターネットで検索する人は少なかった。つまり、保健師は自分が関わっておりよく知っている当事者グループを紹介する傾向があることがうかがえた。これについては、保健師は当事者グループをケースで紹介する際に、ケースのニーズに適合するようグループの質をアセスメントした上で紹介していると思われた。

しかし、身近に適切な当事者グループがない場合も予想される。また、できるだけケースに幅広い情報を提供できるように、日頃から国内外の当事者グループに関する情報収集を心がけ、機会があれば例会に参加するなどしてグループの雰囲気を把握しておく必要があると考える。

7. 当事者グループの機能（マイナス面）に関する認識

今回、35.6%の人が、当事者グループがメンバーに与え

るマイナスの影響として「運営面での問題・リーダー等への負担」「人間関係の問題」「意見・方向性が偏る」「他者と比較して不安になる」「閉鎖的」などの問題をあげていた。Kurtz^{45,50)}は、セルフヘルプ・グループやサポートグループの潜在的な危険性ならびにサポートグループでよく起きる問題として、「リーダーのバーンアウト」「支配的なメンバー」「誤った情報を与える」「教育されていないピアリーダーによるセラピー」「カルト的信条の押しつけ」「(ガンなど)命に関わる人のグループでは状態の悪い人を見て不安になる可能性があること」などをあげている。従来、セルフヘルプ・グループ（サポートグループ）についてはどちらかといえばプラス面が強調される傾向があったが、今回の調査から保健師はマイナス面についても認識していることが分かった。

Kurtzは、専門職は人々が自分たちに適したグループを見つけるのを助けたり、自分がファシリテートするグループの安全を保証する義務があるとし⁴⁵⁾、これらの問題への対処方法についても言及している⁵⁰⁾。例えば、リーダーのバーンアウトの解決法としては、リーダー機能の他のメンバーへの委譲、リーダーの交代、リーダーの役割の明確化などをあげている。また支配的なメンバーに対しては、そのメンバーが自身の言動が他のメンバーに与える影響を洞察できるようファシリテーターは支援する必要性があると述べている。

今後は、保健師の関わる当事者グループのうち、援助機能が十分に発揮されない事例については、その要因を分析し支援方法を検討していく必要があると考える。

8. 当事者グループとの関わりが保健師に与える影響に関する認識

今回の調査では、当事者グループとの関わり経験の有無にかかわらず、93.3%の人がグループと関わる自分が自分自身にとってプラスになると考えていた。当事者グループとの関わりによる看護職側への意義については、「患者の回復を信じられるようになる」「患者の主体性を尊重した看護ができるようになる」「ケアの幅が広がる」「国の施策に関心を持つようになる」など、従来から体験談としての報告はあるが^{11,12,51,52)}、先行研究は国内外でも見あたらないため、本研究の意義は大きいと考える。

セルフヘルプ・グループのメンバーに対する互恵的な効果（ヘルパーセラピー）⁴⁹⁾は従来から知られているが、実は専門職にとってもこれらのグループと関わることにより、対象の理解やニーズ把握のみならず自身の知識・技術・質の向上や成長につながる事が今回の結果から改めて示唆された。専門職は当事者グループをサポートする際にグループから学ぶことも多いと考えられる。特にセルフヘルプ・グループはメンバーのみならず社会全体をよりよい方

向に変えていこうとする力をもっており、セルフヘルプ・グループと関わる専門職は自身もエンパワーメントされる経験をする人が多い。このことは専門職の燃え尽きを予防する効果もある⁴⁸⁾。それゆえに今後は当事者グループと専門職の関わりによる互恵的な影響についても広く看護職全体に共有されるべきであると考ええる。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究はあくまで一県内の保健師に対する調査の結果であり結果を一般化することはできないため、今後は地域に偏りがないよう全県レベルでの調査が必要と思われる。また看護師に対しても同様の調査を行う必要があると考ええる。

VII. 結 論

保健師の当事者グループとの関わりは、サポートグループからセルフヘルプ・グループへの発展を目指した支援であると思われた。しかし、場合によっては保健師による継続的な支援（サポートグループ）も必要であると考えていることが分かった。当事者グループをケースに紹介する際にはグループの雰囲気やメンバーの人柄を重視し、自分が

関わっておりよく知っている当事者グループを紹介する傾向がうかがわれた。保健師は当事者グループの援助機能を認識していたが、セルフヘルプ・グループに特徴的な援助機能に関する認識はどちらかといえば低かった。9割が当事者グループと関わるのが自身にとってプラスになると考えており、セルフヘルプ・グループと専門職の関わりによる互恵的な影響が示唆された。また今後は各々のグループの発達段階に応じた支援方法を検討していくために、現場でさまざまに使われている当事者グループの呼称を統一していく必要があると考える。

謝 辞

調査にご協力いただきました保健師の皆様にご心より感謝申し上げます。また調査にあたって様々なご配慮をいただきました石川県健康推進課の飯田芳枝様、論文作成にあたりご助言をいただきました上智大学の岡知史教授に深く感謝いたします。

なお、本研究は日本学術振興会科学研究費若手研究（B）の助成を受けて実施し、第23回日本看護科学学会学術集会ならびに第15回日本医学看護学教育学術集会にて一部を発表しました。

要 旨

本研究の目的は保健師の当事者グループに対する認識と関わりの実態を明らかにし、セルフヘルプ・グループとしての機能を発揮するための支援方法の基礎資料を得ることである。A県内の保健師348名全員を調査対象者とし自己記入式調査票を郵送した。149名を有効回答とし分析対象とした（有効回答率42.8%）。保健師はサポートグループを立ち上げセルフヘルプ・グループを目指して支援していた。サポートグループとセルフヘルプ・グループに共通の援助機能を認識していたがセルフヘルプ・グループ独自の援助機能についての認識は低いことが示唆された。当事者グループへの支援は当事者の主体性を重視しつつも場合によっては専門職のリーダーシップやサポートが必要と考えていた。9割が当事者グループへの関与は自身にプラスになると認識していた。当事者グループの発達段階に応じた支援方法を検討していくためにも当事者グループの呼称統一の必要性が示唆された。

Abstract

Objectives: The purpose of this paper is to identify public health nurses' attitudes, awareness and practice regarding patient support groups. Method: Questionnaires were mailed to 348 public health nurses, and a valid response was obtained from 149 nurses(42.8%). Results: The greatest nursing involvement by far was to initiate and set up support groups. Nurses referred clients to their own support groups because of their familiarity with these groups. In addition, they intended their support groups to grow into self-help groups. They did not know the original helping characteristics of self-help groups, but recognized many benefits of self-help groups and support groups. They thought that autonomy was important for such groups, but occasionally professional leadership and support were also necessary. Most nurses believed that they improved their professional practice through work with support groups and self-help groups. Conclusions: The definition of patient support groups should be made clear because Japanese public health nurses use inconsistent terms to refer to such groups. It seems a cause of confusion.

文 献

- 1) 久保絃章：セルフヘルプ・グループとは何か，久保絃章，石川樹寛（編）：セルフヘルプ・グループの理論と展開，2-20，中央法規，東京，1998.
- 2) Powell, T. J.: Self-Help Organization and Professional Practice. 84-101, Silver Spring, Maryland, 1987.
- 3) Kurtz, L. F.: Self-Help and Support group. 9-10, SAGE Publications, California, 1997.
- 4) アラン・ガートナー，フランク・リースマン著，久保絃章監訳：セルフヘルプ・グループの理論と実際. 3-21, 川島書店，東京，1985.
- 5) A・H・カッツ著，久保絃章監訳：セルフヘルプ・グループ. 42-44, 岩崎学術出版社，東京，1997.
- 6) 山崎喜比古，三田優子：セルフ・ヘルプ・グループの展開とその意義，園田恭一，川田智恵子（編）：健康観の転換. 180-182, 東京大学出版会，東京，1995.
- 7) 前掲書5).
- 8) Adamsen, L., Rasmussen, J. M.: Sociological perspectives Self-help groups - reflections on conceptualization and social processes. Journal of advanced Nursing, 35 (6), 909-917, 2001.
- 9) Ballou, S. H., Burlingame, G. M. et al.: Meta-Analysis of Medical Self-help Groups. International Journal of Group Psychotherapy, 50 (1), 53-69, 1999.
- 10) 岡 知史，池田文子：セルフヘルプグループとサポートグループ. ターミナルケア，11(1), 46-49, 2001.
- 11) 川村佐和子：「全国スモンの会」への私のかかわり方，看護，25(10), 65-69, 1973.
- 12) 川島みどり：連帯者としてともに考える，看護，25(10), 74-79, 1973.
- 13) 友田純子，奥村高代，他：乳癌患者に対する訪問ボランティアを受け入れて. 主任&中堅，4(2), 56-59, 1994.
- 14) 山口典子，小谷津孝明：子富広汎全摘患者の術前・術後不安とその解消法－患者会活動を通じて－. 第20回日本看護学会集録（地域看護），244-247, 1989.
- 15) 平野かよ子：セルフヘルプグループによる回復－アルコール依存症を例として－. 川島書店，東京，1995.
- 16) 二田千鶴子，尾込侑子，他：健康づくりの拠点をひらく－住民自身のパワーに学ぶ保健婦たち. ナースステーション，18 (4), 312-319, 1988.
- 17) 田辺京子：かるがも会（難病者の自立を目指す協力会）と保健婦のかかわり. 難病看護研究会報告集，11, 5-9, 1990.
- 18) 金子由美子：難病患者会への取り組み. 公衆衛生，55(4), 257-260, 1991.
- 19) 久島久美子，鳩野洋子，他：住民主体のグループ育成を目指した保健婦活動のあり方に関する研究，保健婦雑誌，55(3), 194-200, 1999.
- 20) 吉田 亨，大森ちよ寿，他：「自主グループ」の形成過程と保健婦の役割 保健所リハビリ教室から成立したグループの場合，保健婦雑誌，54(10), 889-896, 1998.
- 21) 中山栄純，佐藤千史：看護と患者会の関わりについて－セルフ・ヘルプを支えるための支援，臨床看護，24(5), 694-701, 1998.
- 22) 久保絃章：自主グループ／セルフヘルプ・グループとは－その特徴と支援のあり方. 生活教育，41(7), 7-12, 1997.
- 23) 田口敦子，錦戸典子，他：保健師活動におけるグループ支援の特徴と意義. 看護研究，36(7), 3 -11, 2003.
- 24) 守田孝恵：保健婦活動におけるグループ育成の意義に関する意識調査，保健婦雑誌，54(10), 868-872, 1998.
- 25) 中村美優：患者の自助・共助組織と看護婦（士）－セルフヘルプ・グループと専門職の連携，木下安子，北川隆吉（監修）：シリーズ現代社会の看護Ⅲ 社会変動と看護職の社会的役割，72-77, 中央法規，東京，2000.
- 26) 外口玉子，中山洋子，他：系統看護学講座専門25 精神看護学 [1] 精神保健看護の基本概念，281-284, 医学書院，東京，2001.
- 27) 近藤房恵：Ⅺ精神に障害のある人の看護，井上幸子，平山朝子，他（編）：看護学大系12 成人の看護，448-450, 日本看護協会出版会，東京，1996.
- 28) 木下幸代：Ⅳ. 慢性疾患患者の家族・グループヘルスケアシステム，氏家幸子（監修）：成人看護学 C. 慢性疾患患者の看護，40-43, 廣川書店，東京，1997.
- 29) 小島操子，平山朝子，他：系統看護学講座専門5 成人看護学総論，40-43, 医学書院，1997.
- 30) 田村正枝：Ⅵ がん患者のリハビリテーション，氏家幸子（監修）：成人看護学 E. がん患者の看護，226-227, 廣川書店，東京，2001.
- 31) 高橋美智，田村やよひ，他：系統看護学講座別巻3 リハビリテーション看護，44, 医学書院，東京，1998.
- 32) 波多野梗子：系統看護学講座専門1 基礎看護学 [I] 看護学総論，101, 医学書院，東京，1997.
- 33) 高橋照子：Ⅱ 関係技術としてのコミュニケーションとグループダイナミクス，井上幸子，平山朝子，他（編）：看護学大系6 看護の方法 [1]，200, 日本看護協会出版会，東京，1990.
- 34) 南 裕子，岩井郁子，他：系統看護学講座専門3 基礎看護学 [3] 臨床看護学総論，63, 303, 医学書院，東京，1997.
- 35) 高石純子，長田久雄，他：セルフヘルプ・グループに対する保健婦と精神科ソーシャル・ワーカーの関わりと認識の比較. 東京都立医療技術短期大学紀要，第11号，61-67, 1998.
- 36) 徳江与志子，新井 衛，他：セルフヘルプ・グループと専門職の関わりに関する研究－グループのニーズと専門職の理解－. 第7回「健康文化」研究助成論文集，平成11年度，56-64, 2001.
- 37) 谷本千恵，北岡（東口）和代：当事者グループに対する保健師の関わりの実情. 日本看護科学会誌，25(3), 102-108, 2005.
- 38) Stewart, M.J.: Nurses' preparedness for health promotion through linkage with mutual-aid self-help groups. Can. J. Public Health, 80 (2), 111-114, 1989.
- 39) Hildingh, C.H., Fridlund, B. et. al.: Social support in self-help groups - as experienced by persons having coronary heart disease and their next of kin -, International Journal of Nursing Studies, 32(3), 224-232, 1995.
- 40) Katz, A.H., Bender, E. I.: The Strength in Us: Self-help Groups in the Modern World. 2-12, New Viewpoints, New York, 1976.
- 41) Gray, R.: Self-help groups Family physicians' attitudes, awareness, and practices, Canadian Family Physician, 44, 2137-2142, 1998.
- 42) 林 文：non-response, 林知巳夫（編）：社会調査ハンドブック，400-409, 朝倉書店，東京，2002.
- 43) 諸沢洋子：自主グループづくりのこつ. 保健婦雑誌，58(2), 644-651, 2002.
- 44) 藤山正子：グループの自主化のための理論・技術. 看護研究，36(7), 39-48, 2003.
- 45) 前掲書3)17-35.
- 46) 岡 知史：セルフヘルプグループの援助特性について. 上智大学社会福祉研究平成7年度報，3-21, 1994.
- 47) 新井久美子：疾病の状況にみるセルフヘルプグループ活動に

- 関する研究. 慶應義塾短期大学紀要, 10, 73-80, 2000.
- 48) Madara, E. J.: Self-Help Groups: Options for Support, Education, and Advocacy. O'Brien P. G., Keddeny W. Z., et.al. (Eds): An Integration of Theory and Practice, 171-188, McGraw-Hill, New York, 1999.
- 49) 前掲書4)117-125.
- 50) 前掲書3)105-111.
- 51) 内堀由美子: 患者の世界からの学び-「二分脊椎症児の親の会」ボランティア活動を通して-. 月刊ナースデータ, 15(6), 37-41, 1994.
- 52) 岡本澄江, 森本美佐子, 他: ナースステーションを患者たちの拠点に-車椅子の会活動の関わりを通して-. ナースステーション, 18(4), 41-47, 1988.

[平成18年11月20日受 付]
[平成19年7月2日採用決定]

安定期に移行する胃癌術後患者の積極的対処行動と生活習慣、 身体的状況および主観的健康統制感との関連

Correlation between Positive Coping, Life Style, Physical State, and Health Locus of Control,
in Cancer Patients before Shifting to the Stable Stage After Gastrectomy

恩 地 裕美子¹⁾

Yumiko Onchi

古 瀬 みどり²⁾

Midori Furuse

キーワード：胃癌術後，積極的，術後Alb値，主観的健康統制感，対処行動

Key Words : after gastrectomy for cancer, positive coping, postoperative albumin, health locus of control

I. 緒 言

胃癌術後患者は、食生活の変化を余儀なくされ、退院後も81%以上は何らかの術後後遺症がみられ、そのうち23%以上は後遺症に悩み、家庭生活、社会生活にも支障をきたしている¹⁾ことが報告されている。この後遺症は、がん進行度や術式、化学療法などの治療方法の影響だけでなく、年齢など患者個人の状態によっても発症に違いがある²⁾と言われている。青木ら³⁾は、胃切除術後の回復過程として、術後1年未満を術後早期、術後1年から1年半以降を安定期、術後4年から5年以降を晩期と呼んでいる。安定期に移行する段階にある術後6ヶ月から1年は、手術侵襲から生体はほぼ回復はするが、胃切除後の食生活に完全に慣れたとは言えない。しかし、ほとんどの患者はすでに社会復帰し自分の生活と折り合いをつけながらなんとか効果的な対処行動を獲得してゆく時期であることから、この時期の患者の特性を踏まえた支援が重要であると考えられる。

胃癌術後患者の長期療養を支えていくためには、看護者は患者とパートナーシップを形成し、その患者用にあつらえた正確な知識・技術の提供と、その患者が自分の病気を受け入れて生活していこうという自信、自己効力をつける援助をしなければならない。そういった援助を行う上で、宗像⁴⁾は患者の病気対処行動を知る必要性について論じている。身体的、精神的な諸症状に対して積極的対処行動をとる人は、コンプライアンスが良好であり、保健予防行動に対してもそれを促す直接的効果がみられると述べていることから、患者自身が積極的対処行動をとり、効果的にセルフケアしてゆく必要があると考えられる。

胃癌術後患者の対処行動に関してはいくつかの先行研究⁵⁻⁹⁾があり、中でも内海⁹⁾は、胃切除術を受けた患者の退院後の対処行動の意思決定過程に影響を与える要因は

経験、見通しや見極めの感覚、患者のパーソナリティであると述べている。どのタイプの対処行動をとるか自己支配感いわゆる病気や健康に対する信念傾向は関連しており、主観的健康統制感(Health Locus of Control; 以下HLCとする)など疾病についての信念を理解することは、患者が疾患にどのように対処するかを理解するために重要である¹⁰⁻¹²⁾。また、HLCと積極的対処行動との関連について指摘されてはいるが⁴⁾、胃癌術後患者の積極的対処行動とHLCの関連性については検討されていない。

以上のことから、胃癌術後患者の効果的な対処行動を推進する支援を検討するには、積極的対処行動と生活習慣、疾病や治療に関する身体的状況、HLCとの関連性を分析することが必要である。また、安定期に移行する胃癌術後患者の積極的対処行動に関連する要因を明らかにすることは、患者の効果的な対処行動獲得を支援する際の実践的な示唆を得ることができると考えた。

そこで本研究では、安定期に移行する胃癌術後患者の積極的対処行動と生活習慣、身体的状況およびHLCとの関連を明らかにすることを目的とした。

なお、本研究における積極的対処行動とは、ある問題に対して問題解決の手がかりを得る、解決のための行動をとるなど積極的な対処行動をとることとし、宗像⁴⁾による積極的・効果的対処行動尺度を用いて測定したものとす。

II. 対象と方法

1. 対象

A病院で胃癌のため根治的に胃切除術または胃全摘術を受け、術後6ヶ月から1年以内にあり、退院後もA病院に外来通院している患者で、本研究参加に同意した47名を対象とした。A病院は、手術件数が年間約2,500例以上、外

1) 新潟医療福祉大学 Niigata University of Health and Welfare

2) 山形大学医学部看護学科 School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine

科手術件数は年間600例以上あり、なかでも胃癌の手術件数は年間100例程度である。

2. 調査期間

2006年3月～11月。

3. 調査方法

対象者の外来受診日の診察待ち時間または診察終了後、質問紙をその場で記入してもらい回収した。対象者の都合によって調査の時間が取れない場合は、質問紙を自宅へ持ち帰ってもらい、記入後に後日郵送してもらった。なお、治療ならびに現在の経過は診療録より閲覧した。

4. 調査内容

1) 基本属性：年齢、性別、学歴、配偶者の有無、職業の有無、退院後職場復帰までの期間。

2) 食事・飲酒・喫煙の状況：1日の食事回数、飲酒、喫煙の有無。

3) 身体的状況：診療記録よりがん進行度（胃癌治療ガイドラインのstage分類¹³⁻¹⁴⁾、術式、術後補助化学療法（以下、化学療法とする）の有無、調査時点の患者の術後血清アルブミン値（以下、術後Alb値とする）、術前および術後のBMI値に関する情報を抽出した。なお、患者の術後BMI値、Alb値に関しては、先行研究^{6, 29)}でBMI値とAlb値を用いて栄養状態の把握をしていることから、これらを栄養状態の指標とした。術後BMI値は術後6ヶ月からは値の変動が少ないため調査日に得られた検査データを用いた。

4) 積極的対処行動：宗像らの積極的・効果的対処行動尺度⁴⁾を用いた。積極的・効果的対処行動尺度は、質問項目が12項目から成り、「たいていそうする」、「しばしばそうする」と答えた場合をそれぞれ1点とし、「そうしない」と答えた場合を0点とし、加算して合計点を求める。6点以下の場合には効果的な対処行動がうまくできないと判断する。

5) HLC：堀毛の日本語版Health Locus of Control Scales¹⁵⁻¹⁶⁾を用いた。この日本語版Health Locus of Control Scalesは、I: Internal（自分自身）、F: Family（家族）、Pr: Professional（専門職）、C: Chance（偶然）、S: Supernatural（超自然、報い）の5下位概念から構成されている。各々の下位概念ごとに5つの質問項目、合計25項目で構成されており、質問に対する回答には6段階の選択肢がある。これらの各項目には6点から1点の得点を与え、下位概念ごとに合計得点を算出する。下位概念ごとに得点が高いほど、その概念傾向が高いと判断する。

5. 分析方法

積極的対処行動は、宗像⁴⁾の基準をもとに、積極的・効果的対処行動尺度の7点以上を高得点群、6点以下を低得点群とする2群に分類した。積極的対処行動と基本属

性、食事・飲酒・喫煙の状況および身体的状況との関連はFisherの直接確率検定を行い分析した。積極的対処行動と術後Alb値、術後BMI値、職場復帰までの日数およびHLCとの関連にはMann-WhitneyのU検定を行い分析した。

なお、統計的有意水準は5%未満を「有意」とし、10%未満を「有意傾向あり」とした。

6. 倫理的配慮

対象者には研究者が書面と口頭で、調査した内容は統計的に処理するため個人が特定されないこと、研究データは本研究の目的以外には使用しないこと、拒否や途中辞退してもその後の診療等に全く不利益を被ることがないことについて説明し、研究参加に同意した患者には同意書に署名をしてもらった。研究者が対象者の個人情報である診療録を閲覧するにあたり、対象者の承諾を得ると同時に、病院長、看護部長および主治医から許可を得た。

なお、本研究の実施計画は山形大学医学部倫理委員会、A病院倫理委員会において審査を受け、承認を得た。

III. 結 果

1. 対象の背景

1) 基本属性および食事・飲酒・喫煙の状況（表1-1）
対象は、男性35名（74.5%）、女性12名（25.5%）、平均年齢66.3歳（最小37、最大86）であった。配偶者は「あり」が40名（85.1%）、職業は「あり」が27名（57.4%）であった。術後職場復帰までの平均日数は71.82±53.83日で、退院後30日以内で職場復帰した患者が7名（25.0%）、退院後31日以上60日以内では9名（32.0%）であり、61日以降

表1-1 基本属性および食事・飲酒・喫煙の状況

項目	n = 47	
	人数	(%)
性別	男	35 (74.5)
	女	12 (25.5)
年齢	～59歳	15 (32.6)
	60～69歳	10 (19.6)
	70歳～	22 (47.8)
配偶者の有無	あり	40 (85.1)
	なし	7 (14.9)
職業の有無	あり	27 (57.4)
	なし	20 (42.6)
職場復帰までの日数	～30日	7 (25.0)
	31日～60日	9 (32.0)
	61日～	12 (43.0)
最終学歴	小・中学校	15 (31.9)
	高校以上	32 (68.1)
1日の食事回数	2・3回	35 (74.5)
	4・5回	12 (25.5)
飲酒の有無	あり	25 (53.2)
	なし	22 (46.8)
喫煙の有無	あり	5 (10.6)
	なし	42 (89.4)

表1-2 身体的状況

項目		n = 47	
		人数	(%)
術式	胃切除術	36	(76.6)
	胃全摘術	11	(23.4)
がん進行度	I a ~ I b	33	(70.2)
	II 以上	14	(29.8)
化学療法の有無	なし	37	(78.7)
	内服・点滴	10	(21.3)
術前BMI値	18.0 >	3	(6.4)
	18.0 ≤ 24.9	26	(55.3)
	25.0 ≤ 29.9	15	(31.9)
	30.0 ≤ 34.9	3	(6.4)
術後BMI値	18.0 >	11	(23.4)
	18.0 ≤ 24.9	29	(61.7)
	25.0 ≤ 29.9	7	(14.9)
術後Alb値	平均値 ± 標準偏差	4.13 ± 0.37g/dl	

で職場復帰した患者は12名(42.9%)であった。また、最終学歴は高校卒が28名(60.9%)と最も多く、次いで小・中学校卒が14名(30.4%)、専門学校以上卒が4名(8.7%)の順であった。

1日の食事回数は、7割以上の患者が1日3回食に戻っていた。嗜好品に関する項目では、飲酒している「はい」が25名(53.2%)、「いいえ」または「やめた」が22名(46.8%)であった。また、喫煙に関しては、喫煙している「はい」が5名(10.6%)、「いいえ」または「やめた」が42名(89.4%)であった。

2) 身体的状況(表1-2)

術式は、胃全摘術が11名(23.4%)、胃切除術が36名(76.6%)であった。がん進行度は、I a ~ I bが33名(70.2%)、II以上が14名(29.8%)であった。化学療法については「なし」が37名(78.7%)、「内服・点滴治療」が10名(21.3%)であった。

BMIに関しては、日本肥満学会基準³⁶⁾によるBMI指数基準で比較したところ、BMI18未満の低体重の患者は、術前3名(6.4%)であるのに対して術後は11名(23.4%)に増えていた。術後Alb値の平均値(±標準偏差)は4.13(±0.37)g/dlであった。最も低い値の患者は3.1g/dlであり、最も高い値の患者は4.8g/dlであった。

2. 積極的対処行動、HLCの得点(表2)

積極的対処行動の中央値(最小値-最大値)は、8.0(3-

表2 積極的対処行動、HLCの得点

項目	n = 47	
	中央値	(最小値-最大値)
積極的対処行動	8.0	(3-12)
HLCI	24.0	(19-30)
HLCF	25.0	(13-30)
HLCC	16.0	(7-28)
HLCP	24.0	(16-30)
HLCS	13.0	(5-20)

表3-1 積極的対処行動と基本属性および食事・飲酒・喫煙の状況との関連

項目		n = 47			
		高得点群 (n = 34)		低得点群 (n = 13)	
		人数	(%)	人数	(%)
性別	男	24	(70.6)	11	(84.6)
	女	10	(29.4)	2	(15.4)
年齢	~59歳	10	(29.4)	5	(38.5)
	60~69歳	9	(26.5)	1	(7.7)
	70歳~	15	(44.1)	7	(53.8)
配偶者	あり	31	(91.2)	9	(69.2) †
	なし	3	(8.8)	4	(30.8)
職業	あり	20	(58.8)	7	(53.8)
	なし	14	(41.2)	6	(46.2)
学歴	小中学校	11	(32.4)	4	(30.8)
	高校以上	23	(67.6)	9	(69.2)
食事回数	2・3回	24	(70.6)	11	(84.6)
	4・5回	10	(29.4)	2	(15.4)
飲酒	なし	18	(52.9)	4	(30.8)
	あり	16	(47.1)	9	(69.2)
喫煙	なし	30	(88.2)	12	(92.3)
	あり	4	(11.8)	1	(7.7)

Fisherの直接確率検定 † p < 0.1
χ²検定

表3-2 積極的対処行動と身体的状況との関連

項目		n = 47			
		高得点群 (n = 34)		低得点群 (n = 13)	
		人数	(%)	人数	(%)
術式	胃切除術	24	(70.6)	12	(92.3)
	胃全摘術	10	(29.4)	1	(7.7)
がん進行度	I a ~ I b	24	(91.2)	9	(69.2)
	II 以上	10	(8.8)	4	(30.8)
化学療法	なし	27	(79.4)	10	(76.9)
	内服・点滴	7	(20.6)	3	(23.1)

Fisherの直接確率検定 すべてno significant

12) だった。積極的対処行動がとれているとされる7点以上の高得点群が34名(72.37%)であった。6点以下の低得点群は13名(27.63%)であった。HLCでは、I:Internal(自分自身)の中央値(最小値-最大値)は24(19-30)、F:Family(家族)の中央値(最小値-最大値)は25(13-30)、Pr:Professional(専門職)の中央値(最小値-最大値)は24(16-30)、C:Chance(偶然)の中央値(最小値-最大値)は16(7-28)、S:Supernatural(超自然、報い)の中央値(最小値-最大値)は13(5-20)であった。

3. 積極的対処行動と基本属性、食事・飲酒・喫煙の状況および身体的状況との関連(表3-1、表3-2)

積極的対処行動と基本属性、食事・飲酒・喫煙の状況および身体的状況いずれの項目でも有意な関連は認められなかったが、配偶者「あり」が「なし」よりも積極的対処行動の高得点群に多い傾向であった。

4. 積極的対処行動と術後Alb値、術後BMI値、職場復帰までの日数およびHLCとの関連(表4)

積極的対処行動と術後Alb値において有意な関連が認められ、積極的対処行動高得点群の患者のほうが高い術後

表4 積極的対処行動と術後Alb値、術後BMI値、職場復帰までの日数およびHLCとの関連

項目	n = 47		
	高得点群 (n = 34)	低得点群 (n = 13)	
	中央値	中央値	
術後Alb値	4.2	4.0	*
術後BMI値	20.1	21.1	
職場復帰までの日数	60.0	60.0	
HLCI	24.0	24.0	
HLCF	25.0	24.0	*
HLCC	16.0	16.0	
HLCP	24.0	23.0	
HLCS	14.0	10.0	**

Mann-WhitneyのU検定 * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Alb値であった。HLCでは、積極的対処行動とHLCSに有意な関連が認められ、積極的対処行動高得点群の患者のほうが高いHLCS得点であった。また、HLCFとも有意な関連が認められ、積極的対処行動高得点群の患者のほうが高いHLCF得点であった。

IV. 考 察

1. 対象者について

本研究の対象者は平均年齢67.7歳であり、65歳以上の高齢者が大半であった。半数の者が就業しており、退院後職場復帰までの期間は最短で7日から最長で227日であり、術式や患者の体力、職業によって復帰までの期間が個人によって大きな差があると推測される。食事に関する項目では、現在の食事回数はほとんどが1日3回であった。従来の胃癌術後の食事指導は、術後の食事開始時に「6回に分けて食事を摂取する」「よく噛む」「1回の食事は30分かける」退院時には「3から6ヶ月経過したら3回食に戻す」などと指導されている¹⁸⁾。しかし、木山ら¹⁹⁾は、食事指導に関して患者が自由に摂食するよう指導を行った結果、在院日数の短縮や食事摂取量ならびに術後3ヶ月の栄養指標の改善に役立ったことを報告している。本研究の対象者は、入院中に従来通りの食事指導を受けていたが、術後半年以上であったためほとんどの患者が3回食に戻っていたのだと考えられる。一方、身体的状況については、術前術後のBMI値を比較すると、BMI18未満の低体重の患者が術後増えており、術後の体重減少者は多いという先行研究結果^{1, 3, 20)}と一致していた。また、本研究対象者の術後Alb値は平均が $4.13 \pm 0.37 \text{g/dl}$ であった。恩田ら²¹⁾は、胃全摘術後患者の術後24から35ヶ月後のAlb値が 4.0g/dl 以上になることはなかったと報告しているが、本研究対象者は低栄養とされる 3.0g/dl よりも、みな上回っており栄養状態は良好であったと評価できる。

積極的対処行動については、7点以上の患者が7割以上を占めており、本研究の対象者は比較的積極的対処行動のとれているものが多い集団であったと推測される。

2. 積極的対処行動に関連する要因について

積極的対処行動と年齢、術後Alb値、術後BMI値、職場復帰までの日数およびHLCとの関連を検討したところ、積極的対処行動と有意な関連がみられたのは、術後Alb値、HLCF、HLCSであった。積極的対処行動と術後Alb値との有意な関連から、積極的対処行動をとっているほうが術後Alb値が良好であると解釈できる。胃癌術後患者の対処行動と体重回復との関連について数間ら⁷⁻⁸⁾は、術後3年以内の患者の逃避的対処傾向と積極的対処傾向を取り上げ分析している。逃避的対処傾向と体重の回復指標として考案した回復指数には関連があると述べている。つまり、逃避的対処傾向が高く、社会復帰時期が長いものは体重回復に不利な身体疾病要因があっても、食事回数を多くする期間を長くしたことで体重回復を得ていたという結果を示している。また、積極的対処傾向は、食後休息をとる程度とのみと関連があったとしており、対処行動の様式に関してはさらなる検討の必要性を残した。積極的対処行動と術後Alb値などの栄養状態とを分析した先行研究はなく、また本研究での対象者は安定期に移行する胃癌術後患者を限定していることから、積極的対処行動と栄養状態が関連していたことは重要な意味を持つと考えられる。しかし、この積極的対処行動がすべて効果的に働くとはいえず、術後栄養状態の良好な患者がさまざまな諸症状すべてに対して効果的なマネジメントをできているかどうかは疑問である。これは本研究の限界でもあり、今後、質的な分析も進め検討していく必要がある。

大野^{6, 22)}は、胃癌患者の術後回復期のストレス・コーピングと食行動再構築について分析している。その中で、患者が内臓感覚と食べ方との関連性を見つけ出し、自分のからだに合った食行動へと結びつけられるよう援助していくことが必要であること、また患者は食べる上での「ルールを作る」という対処行動をとっていることを見出した。近年のがん医療において、心理研究は免疫研究とリンクしながら、さらなる発展をみせており、心理学の研究によって示された積極的な対処行動が、心理的な適応にとどまらず、患者の予後にも関係している²³⁻²⁵⁾ことがわかっている。本研究においても、積極的対処行動という対処行動と栄養状態が有意に関連しており、効果的な対処行動がとれるよう看護者は援助していかなければならないと考えられる。

統計的有意水準には達しなかったものの、積極的対処行動と関連の認められた変数に配偶者の有無がある。これは、身近でサポートしてくれる配偶者のいる患者のほうが積極的対処行動をとっていると解釈できる。宗像⁴⁾は家族を支援ネットワークという観点からみたととき、そのネットワークが強いほど患者の効果的な対処行動を促すことがで

きると述べており、積極的対処行動と配偶者からのサポートには関連があると考えられる。また、患者の病気や健康に関する信念傾向であるHLCでは、積極的対処行動とHLCF、HLCSが有意な関連を示した。HLCFは家族のおかげで病気が良くなる、健康でいられるという信念であり、HLCSは健康でいられるのは神様のおかげであるという信念である。積極的対処行動とHLCFとの関連については、家族のおかげで病気が良くなる、健康でいられるという信念が強いほど積極的対処行動をとっていたと解釈できる。このことは、積極的対処行動と配偶者の有無との関連結果でも示されたように、積極的対処行動と患者が思う家族というサポートとの間には関連があると考えられる。

積極的対処行動とHLCSとの関連については、健康や病気は神仏など自分を越えた大きな存在と考える信念が強いほど積極的対処行動をとっていたと解釈できる。塚本¹⁰⁾は、HLCとコーピングについて検討しており、その中でHLCSと他者依存の方略と関連があったと述べている。また、本研究の対象者は地方の農村部に居住していたため地域でのネットワークが強く、日本人特有の地域での相互依存的ネットワークが高い傾向にあったと考えられる。また、その助け合う関係により積極的に問題解決を図るといった対処行動をとりやすくなるといったためではないかと推測される。一方、宗像¹¹⁾は、積極的対処行動は自分自身に原動力がある、Internalな傾向が高いと述べている。しかし、本研究の結果では、積極的対処行動とInternalのHLCIにおいて有意な関連は認められなかった。塚本¹⁰⁾は、がん患者のInternalな信念傾向は、積極的方略のみでなく、自己抑制的方略や認知的に距離を置く方略にも関連していたと述べている。自己抑制的方略とは、「病気も人生の試練だと思って耐える」「つらくてもがまんする」ということであり、わが国固有の自己抑制のコーピングと論じており、積極的対処行動が必ずしもInternalな傾向だけではないことが示されたと考えられる。

以上から患者の積極的対処行動獲得を支えていくには、看

護者だけで支援していけるものではなく、医師、栄養士などと栄養サポートチーム（NST：Nutrition Support Teamの略）のようなサポート体制を作り、退院後も医療チームとして患者を支援していく必要があると考える。現在、NSTは入院中の患者を対象としており、栄養状態を評価し、適切な栄養管理がなされるようスタッフに指導、提言し、患者の早期退院や社会復帰を助ける役割を担っている。しかし、在院日数の短縮等に伴い、胃癌術後患者は術後変化した食生活が確立しないまま退院している。特に職業に就いている患者は、職場復帰後も食生活の変化に適応していく必要があることから、そういった患者の退院後の栄養管理を支援していけるようなサポート体制を整えていくことが望まれる。

本研究は、1ヶ所の施設の患者を対象としており対象者も少ないため、今後は対象者数を増やしての更なる検討が課題である。

V. 結 論

安定期に移行する胃癌術後患者の積極的対処行動と生活習慣、身体的状況およびHLCとの関連を分析したところ、積極的対処行動をとっている患者は、配偶者のいる患者、そして術後Alb値の高い患者に多いことが明らかとなった。また、HLCでは、健康回復は人間を超えた力によると考えるHLCS、家族のおかげで健康でいられると考えるHLCFの信念傾向の強い患者が、有意に積極的対処行動をとっていた。よって、安定期に移行する胃癌術後患者の積極的対処行動を促すには、Alb値を基準値より低下させないよう家族とともに栄養管理支援を行っていくことが重要であると示唆された。

謝 辞

本研究の調査にご協力くださいました対象者の方々、また、調査機関のスタッフの皆様にご心より感謝申し上げます。

要 旨

本研究は安定期に移行する胃癌術後患者の積極的対処行動と生活習慣、身体的状況および主観的健康統制感（Health Locus of Control；以下HLCとする）との関連を明らかにすることを目的とした。A病院において胃癌のため根治的に胃切除術または胃全摘術を受け、術後6ヶ月から1年程度が経過した47名を対象に外来通院日に質問紙による面接調査を実施した。調査内容は基本属性、食事・飲酒・喫煙の状況、身体的状況、積極的対処行動、HLCであり、各項目と積極的対処行動との関連を検討した。結果、積極的対処行動との有意な関連がみられたのは、術後Alb値、Health Locus of Control Supernatural、Health Locus of Control Familyであった。よって、安定期に移行する胃癌術後患者の積極的対処行動を促すには、Alb値を低下させないよう家族とともに栄養管理支援を行っていくことが重要であると考えられる。

Abstract

The aim of this study is to evaluate correlation between Positive Coping and life style, physical state, and Health Locus of Control(HLC), in cancer patients before shifting to the stable stage after gastrectomy. Forty-seven patients from 6 months to 12 months after gastrectomy for cancer were interviewed at the outpatient clinic using questionnaires including food, drinking and smoking of life style and physical state as well as HLC. Positive Coping was associated with postoperative albumin, Health Locus of Control Supernatural, Health Locus of Control Family. In conclusion, it is important that medical stuff might control patients' albumin not to decline with their family in order to promote Positive Coping in cancer patients before shifting to the stable after gastrectomy.

文 献

- 1) 斉藤達夫, 金山晴夫 他: 県談患者の声 (アルファ・クラブ) を聞く, 癌治療今日と明日, 16, 20-28, 1996.
- 2) 下松谷匠, 堀内 哲 他: 80歳以上高齢者胃癌症例の臨床成績と手術式の選択 - 60歳代手術症例との比較 -, 日本臨床外科学会雑誌, 60(9), 2305-2310, 1999.
- 3) 青木照明, 羽生信義: 胃切除障害のマネジメント, 106-107, 医薬ジャーナル社, 東京, 2001.
- 4) 宗像恒次: 最新行動科学からみた健康と病氣, 21-22, 131, メヂカルフレンド社, 東京, 1998.
- 5) Forsberg C., Bjorvell H., Cedermark B.: Well-being and its relation to coping ability in patients with colo-rectal and gastric cancer before and after surgery, Scand J Caring Sci, 10(1), 35-44, 1996.
- 6) 大野和美: 上部消化管の再建術を受けたがん患者が術後回復期に体験するストレス・コーピングの分析 - 食べる事に焦点をあてて, 聖路加看護学会誌, 3(1), 62-70, 1999.
- 7) 数間恵子, 石黒義彦: 胃がん術後患者の栄養状態回復と, 摂食行動および心理社会的要因との関連に関する研究 その1, 栄養状態回復と摂食行動の関連について, 千葉大学看護学部紀要, 13, 47-54, 1991.
- 8) 数間恵子, 石黒義彦: 胃がん術後患者の栄養状態回復と, 摂食行動および心理社会的要因との関連に関する研究 その2, 栄養状態回復と摂食行動に影響する心理社会的要因について, 千葉大学看護学部紀要, 13, 55-65, 1991.
- 9) 内海知子: 胃切除を受けた胃がん患者の退院後の対処行動の意思決定過程, 日本がん看護学会誌, 18, 216, 2004.
- 10) 塚本尚子: 癌患者の Health Locus of Control がコーピングに及ぼす影響についての検討, 日本保健医療行動科学学会年報, 17, 114-130, 2002.
- 11) 塚本尚子: 主観的統制感と健康, 日本看護研究学会雑誌, 22(2), 35-44, 1999.
- 12) 塚本尚子: Health Locus of Control と医学的要因が癌患者の心理的適応に及ぼす影響, 健康心理学研究, 12(1), 28-36, 1999.
- 13) 日本胃癌学会: 胃癌治療ガイドライン 医師用第2版, 6-7, 金原出版株式会社, 東京, 2006.
- 14) 日本胃癌学会: 胃がん治療ガイドラインの解説第2版, 11, 金原出版株式会社, 東京, 2006.
- 15) 堀毛裕子: 日本語版 Health Locus of Control 尺度の作成, 健康心理学研究, 4, 1-7, 1991.
- 16) 堀洋道: 心理測定尺度集Ⅲ心の健康をはかる, 84-89, サイエンス社, 東京, 2002.
- 17) 済生会横浜市南部病院看護部編: ベッドサイドの数値表, 13, 学習研究社, 東京, 2002.
- 18) 山口真澄, 鎌倉やよい 他: 幽門側胃切除術後患者における退院後の食事摂取量の自律的調整に関する研究, 日本看護研究学会雑誌, 29(2), 19-25, 2006.
- 19) 木山輝郎, 田尻孝 他: 胃切除術後自由摂食パスの効果, 外科と代謝・栄養, 38(4), 93-100, 2004.
- 20) 青山みどり, 真村亮子 他: 胃がん手術患者の術式別, 術後経過期間別にみた食生活影響要因の検討, 消化器外科 Nursing, 9(3), 90-97, 2004.
- 21) 愚田理恵, 三阪泰代 他: 胃切除後患者の栄養状態に関する検討, 栄養学雑誌, 57(3), 169-175, 1999.
- 22) 大野和美: 胃がん患者の術後回復期における食行動再構築の取り組み - 判断と自己決定の内容に焦点をあてて, 日本赤十字看護大学紀要, 14, 42-49, 2000.
- 23) 筒井末春, 小池真規子他: がん患者の心身医療, 14-15, 新興医学出版社, 東京, 1999.
- 24) 細田真司: 身体疾患に影響する心理的要因, 84-87, 新興医学出版社, 東京, 2002.
- 25) 塚本尚子: 癌医療における心理学, Science of humanity: Bensei 人文学と情報処理, 37, 20-27, 勉誠出版, 2001.

[平成19年4月12日受 付]
[平成19年9月10日採用決定]

クローン病者のQOL研究の現況－1996年～2005年－

An Overview of the Research on Quality of Life in Patients with Crohn's Disease - 1996 ~ 2005 -

吹田 麻耶¹⁾ 鈴木 純恵²⁾

Maya Fukita

Sumie Suzuki

キーワード：クローン病，生活の質，成人，慢性疾患

Key Words：Crohn's disease, quality of life, adults, chronic illness

はじめに

クローン病は再燃と緩解を繰り返す慢性の炎症性腸疾患で、未だ根本的な治療法はない。厚生労働省の特定疾患の一つであり、我が国の患者数の推移を医療受給者交付件数でみると、毎年1500人前後の増加がみられ、2004年度には23,188人が登録されている¹⁾。

クローン病の発病のピークは20歳前後であり、この時期は進学や就職、結婚などの発達課題を達成し、自らのライフスタイルを確立していく時期にあたる。そのため、疾患と共存しながら発達課題を達成し、社会生活が送れるように、病者のQuality of Life (以下QOLとする)を治療や看護の目標に考慮する必要があると考えられてきている。

これを受け、国内外で1990年頃よりクローン病者のQOLを測定する尺度が開発され、それをういた評価がなされている^{2), 3), 4)}。しかし、QOLは包括的な概念であるため、その定義や測定法、さらには測定結果の解釈や利用法は様々である。

このような状況の中で今後、クローン病者への看護の質向上に向けてどのような研究が必要か検討するためには、まずこのテーマに関する現在の研究動向の概観が必要と考える。そこで本研究は、クローン病者のQOLに関する研究の現況を明らかにすることを目的とする。

I. 研究方法

1. 研究対象

研究対象文献は、過去10年間(1996-2005年)に発表されたクローン病者のQOLに関する文献とする。文献の抽出にあたっては、MEDLINE, CINHALL, 医学中央雑誌を用いた。MEDLINE, CINHALLで「Crohn's disease AND Quality of Life」をキーワードとした主題検索を行い、さらに、その中から研究対象を「Humans」、年齢を20～64

歳の成人期の人に絞り込み検索を行った結果、計124件がヒットした。医学中央雑誌でも同様に、対象を成人に絞り、「クローン病 AND 生活の質 or QOL」をキーワードとした主題検索を行ったところ、19件(うちMEDLINEとの重複2件)がヒットした。今回、これらを合わせた計141件を分析対象とした。

2. 分析方法

上記対象となる研究をその①発表年、②研究の種類、③研究デザイン、④データ収集法、⑤対象者、の項目ごとにデータ化し、コード化した。さらに、研究内容に関しては、筆者らのQOLの捉え方に影響された偏った内容の分析にならないように、帰納的に分析した。具体的には、その研究が何を明らかにしようとし、その結果、何が明らかになったのかという視点で文献を分析し、記載内容を要約し、その内容の類似性に基づき分類・抽象化した。結果の信頼性を確保するために、共同研究者間での検討に基づき分析を行った。

II. 研究結果および考察

1. 研究の発表年と国内外の比較

文献検索の結果、国外ではこのテーマに関する文献が年々増加傾向にあり、2003年から特に増加していた(図1)。この理由については以下のように考えられる。国外の研究は、特定の治療法の効果を検討する研究とQOL測定尺度の開発・評価が主であり、前者は薬物の臨床試験や術式の比較検討に関する研究が大半であるが、最近では、運動療法や心理療法、鍼灸治療など多様な治療法の有効性が検証されてきている。後者に関しては、はじめに述べたように1990年頃より欧米を中心に客観的数量的方法を用いたQOLの測定と評価が盛んに行われ始め、ここ数年はアジア諸国を含め尺度の各国版や短縮版の信頼性・妥当性を検討する研究が増えてきている。このような治療法の多様

1) 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程 Doctoral Course in Allied Health Sciences, Osaka University

2) 大阪大学大学院医学系研究科看護実践開発科学講座 Faculty of Health Sciences, Osaka University

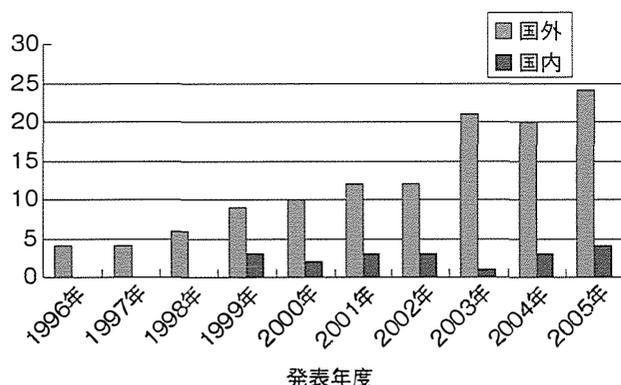


図1 クローン病者のQOLに関する文献数の推移

化と尺度の普及が国外における最近の文献数の増加に反映されていると考える。一方、国内では1996～1998年のヒット件数は0であり、1999年以降、年間1～4件みられた(■1)。わが国においても、QOL尺度を用いた測定と評価が行われているものの、相対的に事例の報告や検討が主であり、1999年以降大きな変化はみられない。このことは、日本におけるクローン病者のQOL研究が発展途上にあるこ

とを示しており、今後は国内の医療事情や社会背景を反映した、より体系的な研究やオリジナルな研究が増えていくことが望ましいと考える。

2. 研究の種類および研究デザイン

141件の研究の中で、量的研究は133件(94.3%)、質的研究は7件(5.0%)、量質併用研究が1件(0.7%)であった。

研究デザインは、ここでは、Polit, D. F & Beck, C. Tの分類⁵⁾を用いた。その結果、Experimental Researchが25件(17.7%)、Quasi-experimental Researchが5件(3.5%)、Preexperimental Researchが5件(3.5%)、Nonexperimental Researchとしては、Survey Researchが51件(36.2%)、Evaluation Researchが29件(20.6%)、Methodological Researchが19件(13.5%)、Case Studyが5件(3.5%)、Meta-Analysisが1件(0.7%)、Grounded Theory Approachが1件(0.7%)であった(表1)。量的研究の大半はSurvey Research、Experimental Research(Quasi-experimentおよびPreexperiment含む)、Evaluation Research、Methodological Researchのいずれかに含まれていた。一方、質的研究の大半はCase Studyであった。量的研究に

表1 研究デザインと研究内容 (n=141; 重複集計)

研究内容	Experimental Research			Nonexperimental Research					合計
	Experimental Research	Quasi-experimental Research	Preexperimental Research	Survey Research	Evaluation Research	Methodological Research	Case Study	その他	
1. QOLの尺度開発と測定に関する研究	1			14	1	19			35 (24.8%)
①尺度開発に関する研究						(19)			(19)
②QOLの測定と評価に関する研究	(1)			(14)	(1)				(16)
2. QOLの影響要因に関する研究				21					21 (14.8%)
3. 特定の治療の効果に関する研究	22	4	5	2	23		5	1	62 (44.0%)
①薬物療法の研究	(18)	(1)	(5)		(2)		(1)	(1)*	(28)
②手術療法の研究				(1)	(15)		(4)		(20)
③栄養療法の研究	(2)	(1)		(1)					(4)
④心理療法の研究	(1)				(2)				(3)
⑤運動療法の研究					(2)				(2)
⑥物理療法の研究					(1)				(1)
⑦複数の治療の研究					(1)				(1)
⑧その他の治療研究	(1)	(2)							(3)
4. 看護師による特定の介入の効果に関する研究	2				5				7 (5.0%)
5. 対象の特性による臨床経過の比較分析に関する研究		1		4					5 (3.5%)
6. 身体心理社会面や生活に関する研究				9				1	10 (7.1%)
①身体面の研究				(2)					(2)
②心理面の研究				(1)					(1)
③社会面の研究				(1)					(1)
④身体心理面の研究				(3)					(3)
⑤心理社会面の研究				(2)					(2)
⑥生活体験の研究								(1)**	(1)
7. 疫学的実態とニーズに関する研究				1					1 (0.1%)
合計	25 (17.7%)	5 (3.5%)	5 (3.5%)	51 (36.2%)	29 (20.6%)	19 (13.5%)	5 (3.5%)	2 (1.4%)	141 (100%)

()内の数字は内訳件数

* Meta-Analysis
** Grounded Theory Approach

より、抽象的で幅広い概念であるQOLを客観的・量的に測定・評価できるようになった。しかし、量的研究は論理演繹的な枠組みからスタートしているため、尺度の構成内容がクローン病者の生活体験をどれだけ反映したものであるかは十分明らかにされていない。今後、多様なアプローチによる質的帰納的研究によってクローン病者の生活体験をより反映したQOLを明らかにしていくことが必要と考える。

3. データ収集法と測定用具

分析対象とした141件の研究には、計181件の(100%、重複集計)のデータ収集法が明示されていた。その具体的内容は、質問紙法が112件(61.9%)、生物生理学的測定(血液データ、握力テストなど)が22件(12.2%)、観察が20件(11.0%)、診療録などの記録物が19件(10.5%)、面接が8件(4.4%)であった。

分析対象となった141件の研究には、計44種類の測定用具が明示されていた。QOLを測定するのに用いられていた既存の尺度は、IBDQ(Inflammatory Bowel Disease Questionnaire)53件、SF-36(MOS Short-Form36 Item Health Survey)18件、EuroQOL 6件、RFIPC(Rating Form of IBD Patient's Concerns) 5件、QLS(Questions on Life Satisfaction) 2件、厚生省武蔵研究班作成の炎症性腸疾患患者のためのアンケート調査表2件、CQOL(Cleveland Global Quality of Life) 2件、IMPACT questionnaire 1件、RAND-36 Item Health Survey 1件、難病患者に共通の主

観的QOL尺度1件、オストメイトQOL調査票1件であった。クローン病の疾患活動性を評価する尺度として用いられていたものは、CDAI(Crohn's Disease Active Index) 20件、HBI(Harvey-Bradshaw index) 7件、IOIBD(Index of the International Organization for the Study of IBD) 2件、GIQLI(Gastrointestinal Quality of Life Index) 1件、IBDAI(Inflammatory Bowel Disease Active Index) 1件であった。心理状態を測定する既存の尺度として用いられていたものは、PGWBI(Psychological General Well-Being Index) 7件、HAD(Hospital Anxiety and Depression Scale) 4件、BDI(Beck's Depression Inventory) 3件、STAI(State-Trait Anxiety Inventory) 2件、SES(Self-Esteem Scale) 1件であった(表2)。この他、疲労感、コーピング方法や自己概念、ソーシャルサポートを測定する尺度も用いられていた。既存の測定用具を用いず、自作の質問紙を用いていたものは18件であり、これらは疾患に関する知識、臨床経過、教育プログラムの効果を評価する内容であった。その他、詳細な記述のない質問紙が4件あった。

このように、クローン病者のQOL研究では多様な尺度が用いられている。中でも最も多用されていたIBDQは疾患特異的尺度であるため、一般人や異なる疾患患者とのQOLの比較は不可能だが、同一疾患内での比較や同一事例の経過追跡には包括的尺度よりQOLの変化への精度や感度が高いとされている。そのため治療の効果をみるのに適しており、それゆえに多用されていると考えられる。し

表2 先行研究において多用されていたクローン病者のQOL測定尺度(n=35;重複集計)

分類	尺度名	開発年	開発者	項目・内容	件数
全般的QOLを測定	IBDQ	1989	Guyattら	IBD特異的QOL尺度 4つの下位尺度(①腹部症状②全身症状③精神状態④社会活動)で計32項目で構成されている 最近2週間について、各項目を1(最悪)~7(最良)の7段階で評価する	18
	SF-36	1993	米国Medical Outcomes Studyの一部として開発	包括的QOL尺度 過去1ヶ月間の健康状態に関する36の質問 8つの下位項目①全体的健康感②身体的機能③体の痛み④精神状態⑤活力⑥社会生活機能⑦日常役割機能(身体)⑧日常役割機能(精神)	18
	EuroQOL	1990	EuroQOL研究グループ	包括的QOL尺度 健康状態に関する5つの質問と視覚評価法を採用し、245通りの健康状態に効用値(死亡を0、完全な健康を1とした間隔尺度)が割り当てられる	6
	RFIPC	1991	Drossmanら	IBD特異的QOL尺度 計25項目の質問からなる	5
身体面を測定	CDAI	1976	Bestら	過去1週間の下記8項目のデータを計算し算出合計値が150未満であれば緩解期と判定される ①軟便または下痢の回数②腹痛③主観的な一般状態④現在もっている合併症の数⑤止痢剤の服用⑥腹部腫瘍⑦ヘマトクリット値⑧体重	20
	HBI	1980	Harveyら	5つの下位尺度(①一般状態②腹痛③排便回数④腹部腫瘍⑤腸管外合併症) 最大スコアは25点で、5点以上であれば活動期クローン病と判定される	7
心理面を測定	PGBWI	1984	Wengerら	6つの下位項目(①不安②うつ③肯定的状態④セルフコントロール⑤全般的健康⑥活力)で計22項目の質問からなる 質問項目は6段階(1が最悪~6が最良)で評価	7
	HADS	1983	Zigmondら	身体疾患を有する患者で、身体症の影響を受けずに抑うつや不安などの症状を評価する14項目の質問からなる	4
	BDI	1961	Beckら	抑うつ傾向をみる尺度 21項目の質問からなる	3

かし、この尺度で測定されるのは症状を中心としたものであり、また長期的なQOLは測定対象としていない。再燃と緩解を繰り返す慢性疾患であるクローン病の特性を考えると、今後この点が検討課題になると思われる。

4. 対象者

研究対象者はクローン病者のみが75件（53.2%）で、クローン病者だけでなく潰瘍性大腸炎や明確な診断がしていない炎症性腸疾患患者を含むものが66件（46.8%）であった。尺度によるクローン病と潰瘍性大腸炎のスコアの比較では、前者の方がQOLが有意に低いという一致した結果が得られていた^{6),7),8)}。この原因としては、全消化管に病変が起こるクローン病の方が病状が重く、手術や栄養療法を行っている者が多く、このことがQOLに影響していると予測される。しかし、両者の心理・社会的側面の差異については十分に明らかにされていない。今後、これらの側面の差異およびその原因を明らかにするとともに、炎症性腸疾患患者のQOLを研究する際、両疾患を分けるべきか検討していく必要がある。また、病気や入院は患者本人の問題のみでなく、家族にも経済的、精神的、身体的な影響を与えることになる。さらに、程度の差はあれ、患者にとって家族は重要なサポート源でもある。しかし、今回クローン病者の家族を対象とした研究はみあたらなかった。今後、患者の健康状態が家族に与える影響や相互作用、サポート状況についても明らかにすることが求められる。

5. 研究内容

研究内容を帰納的に分類した結果、7つのカテゴリとその下位分類として16のサブカテゴリが得られた（表1）。7つのカテゴリとは、【1.QOLの尺度開発とそれを用いたQOLの測定に関する研究（35件、24.8%）】、【2.QOLの影響要因に関する研究（21件、14.8%）】、【3.特定の治療の効果とQOLに与える影響をみる研究（62件、44.0%）】、【4.看護師による特定の介入の効果をみる研究（7件、5.0%）】、【5.対象の特性による臨床経過の比較分析に関する研究（5件、3.5%）】、【6.対象の身体心理社会面や生活に関する研究（10件、7.1%）】、【7.対象の疫学的実態とニーズに関する研究（1件、0.1%）】であった。

このうち、【特定の治療の効果とQOLに与える影響をみる研究】が半数近くと最も多く、文献数も増加傾向にあった。これはクローン病が未だ原因不明で明確な治療法がないこと由来と思われる。この中には、薬物療法、手術療法、栄養療法の他、心理療法、運動療法など様々な治療法が含まれていた。しかし、それらの大半がクローン病そのものに対する治療法ではなくむしろ、クローン病によって起こってくる合併症や多彩な症状に対する対症療法であった。そして、これらの効果については、薬物療法、手術療法、栄養療法、運動療法においては有効性が認めら

れたとする研究が多いが、心理療法においてはQOLや不安、うつスコアの改善効果はなかったという結果が得られている。クローン病者の主観的ストレスやうつなどの心理的問題を報告した研究は多い^{9),10)}。さらに、本症の死因に自殺が有意に多いこと¹¹⁾からも、クローン病者に対する心理療法に効果がみられなかったのはなぜか、を今後明らかにすると共に、看護職者としてどのようなケアを提供していくべきか検討する必要がある。

【QOLの影響要因に関する研究】において検証されていた要因には、年齢・性別などの属性変数の他、疾患活動性や再燃回数、不安やうつ、ソーシャルサポートやコーピングスタイルなど多岐にわたる変数が含まれていた（表3）。これらの変数の中で、QOLに有意に影響するという結果が得られたものは、疾患活動性、肛門部病変の存在、排便回数、疼痛、1日経腸栄養投与量、腸切除術の経験、就業の有無、不安とうつ、ソーシャルサポート等であった。このうち最も影響要因として実証されていたのは、疾患の重症度（活動性）であった。著者がこれまでに行った患者の身体・心理・社会的機能の3側面とQOLとの関連を検証した研究においても、身体的機能が心理・社会的機能に影響し、それがしいてはQOLに影響することが示された¹²⁾。以上より、QOLの向上を■するには、病状をコントロールしていくことが最低限必要といえる。しかし、クローン病は未だに原因不明であり、再燃予防のためにどうすべきか、具体的に患者に示すのは難しい。実際、医療者によって治療方針が異なるのが現実である。Straussは、慢性疾患患者に対しては、単なる治療法だけでなく、疾患や症状がその人の生活にどのように影響するのか、総合的にみる必要があると述べている¹³⁾。不確実な病であっても、それと上手く付き合っていく具体的な対処方法を看護師として如何に示せるか、今後の課題である。一方、影響要因の中でも、年齢や性別、発病期間などの属性変数とQOLとの関連については一致した結果が得られていない。これらの研究では、IBDQが尺度として用いられ、また、どの研究においても対象者数は100名以上であった。このことから、データ収集法や対象者数の違いによる結果の差異は考えにくい。一概にはいえないが、これには東西の文化的背景の違いが反映されているのではないかと考える。例えば、スペインやノルウェー、カナダなどの欧米の研究では、女性の方がQOLが低い^{14) 15) 16)}としているが、日本では逆に男性の方がQOLが低いという結果が示されている¹⁷⁾。今後、このような国や地域、文化によるQOLの相違についても明らかにする必要があると思われる。

この他、件数が多かったのは、【患者の身体心理社会面や生活に関する研究】であった。文献数をみても2000年頃よりこの内容に関する研究が少しずつ増えており、患

表3 先行研究において検討されていたクローン病者のQOLの影響要因
(表中の数字は文献数) n = 21: 重複集計

要因	影響あり	影響なし	
疾患の重症度 (活動性)	12	0	すべて重症なほどQOLスコアが低い
年齢	5	0	年齢が高いほどQOL低い (3件) 若年ほどQOL低い (1件) 30歳未満においてQOL低い (1件)
性別	7	0	女性の方がQOL低い (6件) 男性の方がQOL低い (1件)
罹病期間	3	1	長いほどQOL低い (2件) 短いほどQOL低い (1件) 20年以上の群と10年未満の群で有意差なし
喫煙	2	0	喫煙者ほどQOL低い
病変部位	1	0	肛門部病変のある人ほどQOL低い
再燃回数	1	1	年間再燃回数の多い人ほどQOL低い 再燃回数が4回以上とそれ未満で有意差なし
排便回数	1	0	多いほどQOL低い
1日経腸栄養剤投与量	1	0	多いほどQOL低い
疼痛の有無	1	0	疼痛が出現する頻度が多いほどQOL低い
多剤の服用	1	0	5種類以上の薬服用者とそれ未満の者で比較すると多剤服用者ほどQOL低い
腸切除術の経験の有無	1	0	経験者ほどQOL低い
居住地域	0	1	スペインの異なる地域にある9施設の患者間でQOLに有意差なし
就業の有無	2	0	定職に就いてない人ほどQOL低い
心理的障害 (不安とうつ)	3	0	不安やうつの強い人ほどQOL低い
満足感	1	0	満足度の低い人ほどQOL低い
自覚的コントロール	1	0	コントロール尺度スコア高い人ほどQOL高い
ソーシャルサポート	3	0	親に生計を頼っている人ほどQOL低い 物質的・情緒的・認知的機能からなるソーシャルサポート尺度スコアが低いほどQOL低い
患者自身のコーピングスタイル	2	1	消極的コーピングをとる人ほどQOL低い 活動期にある患者では積極的コーピングはQOLにネガティブに影響、緩解期の患者ではこのような関連みられず
親のコーピングスタイル	1	0	患者自身のコーピングスタイルより親のものの方がQOLに影響
患者会の仲間意識	0	1	仲間意識とQOLとの間に有意な関連なし
疾患に関する知識	0	1	疾患に関する知識とQOLとの間に有意な関連なし

者をその身体心理面や心理社会面などから複合的に捉える研究がみられるようになってきている。これは、「ケア」から「ケア」へという言葉に代表される最近の医療・福祉の領域全体の流れ、すなわち病者の身体面だけをみるのではなく、心理社会面も含めて捉えるべきだという流れを受けているものと考えられる。Nicolaらの研究¹⁸⁾は、患者の主観的な生活体験に関する唯一の研究であった。ここでは、病気をもちながらも本人にとってより安定した状態といったNormalityを獲得するための闘いこそが患者の生活体験であり、発病後、まず自分のNormalityの概念を再構築し、それを獲得・維持しようとするプロセスが明らかにされている。しかし、この研究は、患者の生活全般を取り上げているため、結果の抽象度が高い。そのため、明らかにされたプロセスは慢性疾患患者に共通するものといえる。今後、クローン病者のニーズを充足しうるケアを提供するためにも、当事者の視点から、より具象レベルのプロセスを明らかにする研究が求められる。

【看護師による特定の介入の効果をみる研究】の半数近くが患者教育プログラムの成果をみるものであった。この

偏りが何に起因するかを今後明らかにする必要がある。これらの教育プログラムについての詳細な記述が十分でないため不明な点が多いが、挙げられているプログラム内容を見ると、病因から診断手順、治療法、社会的支援、ストレス管理など多岐にわたっており、広く一般的な内容と思われる。そして、これらはどれも、患者の疾患に関する知識の向上には有効であったが、QOLを改善することはできなかったという結果であった^{19), 20)}。このことから、患者のQOLの向上を■するには教育的介入による知識の付与だけでは不十分であることが示唆される。患者が知りたいと思っている情報は、その人が発病してどれくらい経過した人なのか、また、精神的にどのような状況にあるのか、どういった支援を必要としているのかによっても異なってくる。今後は、患者の個別性に応じたプログラム内容を検討していくことが必要である。また、看護師によるカウンセリング効果を検証する研究において、介入後6ヶ月ではQOLスコアの改善がみられたが、12ヶ月後には介入前に戻っており、介入効果は持続しなかったと結論づけられていた²¹⁾。病と共に生きていかなければならないクローン病者

の現実を考えると、今後は長期に効果を持続できる看護介入を検討していく必要があると思われる。

おわりに

本研究はMEDLINE, CINHALL, 医学中央雑誌のデータベースを用いて得たデータを利用して、データベースの特徴や範囲、機能に由来した限界があると考えられる。

しかしながら、この研究によって、国内外のクローン病者のQOL研究の概要を示すことはできたと考える。

本研究で対象となった文献は、医学研究が大半であり、看護研究はわずかであった。今後、クローン病者への看護の質向上に向け、今回対象文献としてヒットしなかったクローン病者の看護に関する研究の現況も明らかにしたいと考える。

要 旨

クローン病者への看護の質向上に向け、今後必要とされる研究について検討するために、クローン病者のQOLに関する文献研究を行った。このテーマに関する過去10年間の国内外の文献計141件を対象とし、研究方法と内容について分析した。結果、このテーマに関する研究は増加傾向にあり、量的研究が9割以上を占め、データ収集法は既存の尺度を用いた質問紙法が6割を占めていた。さらに、研究内容は以下の7種類に分類された。【1）QOLの尺度開発と測定に関する研究】、【2）QOLの影響要因に関する研究】、【3）特定の治療の効果をみる研究】、【4）看護師による特定の介入の効果をみる研究】、【5）対象の特性による臨床経過の比較分析に関する研究】、【6）対象の身体心理社会面や生活に関する研究】、【7）対象の疫学的実態とニーズに関する研究】であった。本研究を通じて、今後必要とされる研究についての示唆が得られた。

文 献

- 1) 難病情報センター：クローン病特定疾患情報, 2006-06-26. <http://www.nanbyou.or.jp/sikkan/023.htm>.
- 2) Guyatt, G., Mitchell, A. et al.: A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease, *Gastroenterology*, 96, 804-810, 1989.
- 3) Drossman, D., Leserman, J. et al.: The Rating Form of IBD Patient Concern: A new measure of health status, *Psychosomatic Med*, 53, 701-712, 1991.
- 4) 森瀬公友, 山口丈夫, 他：炎症性腸疾患患者におけるQuality of Lifeの評価, *日本大腸肛門病会誌*, 46(2), 147-159, 1993.
- 5) Polit, D., Beck, C.: *Nursing Research: Principles and Methods* (7th Edition), 162-268, Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
- 6) 富田真佐子, 高添正和, 他：炎症性腸疾患患者のQOLと食事に関する問題 潰瘍性大腸炎とクローン病との比較, *静脈経腸栄養*, 20(2), 57-65, 2005.
- 7) 大隅牧子, 前川厚子, 他：炎症性腸疾患患者の主観的QOLに関する研究, *ナーシング*, 24(9), 136-141, 2004.
- 8) Bernklev, T., Jahnsen, J. et al.: Health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease measured with the short form-36: psychometric assessments and a comparison with general population norms, *Inflammatory Bowel Disease*, 11(10), 909-918, 2005.
- 9) Cuntz, U., Welt, J. et al.: Determination of subjective burden from chronic inflammatory bowel disease and its psychosocial consequences. Results from a study of 200 patients, *Psychother Psychosom Med Psychol*, 49(12), 494-500, 1999.
- 10) Mittermaier, C., DeJaco, C. et al.: Impact of depressive mood on relapse in patients with inflammatory bowel disease: a prospective 18-month follow-up study, *Psychosom Med*, 66(1), 79-84, 2004.
- 11) 八尾恒良：クローン病の経過と予後, *臨床消化器内科*, 12(7), 1113-1119, 1987.
- 12) 吹田麻耶, 高木洋治：在宅静脈栄養法施行患者のQuality of Lifeに関連する要因の分析, *日本看護研究学会雑誌*, 27(1), 107-113, 2004.
- 13) Strauss AL: *Chronic illness and the quality of life*. 南裕子 (訳)：慢性疾患を生きる - ケアとクオリティ・ライフの接点, 医学書院, 1987.
- 14) Casellas, F., Vivancos, J. et al.: Relevance of the phenotypic characteristics of Crohn's disease in patient perception of health-related quality of life, *Am J Gastroenterol*, 100(12), 2737-2742, 2005.
- 15) Bernklev, T., Jahnsen, J. et al.: Course of disease, drug treatment and health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease 5 years after initial diagnosis, *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 17(10), 1037-1045, 2005.
- 16) Feagan, B., Bala, M. et al.: Unemployment and disability in patients with moderately to severely active Crohn's disease, *J Clin Gastroenterol*, 39(5), 390-395, 2005.
- 17) 桂島良子, 樋渡信夫, 他：外来クローン病患者におけるQuality of Life (QOL) の評価に関する研究, *日本大腸肛門病会誌*, 52, 696-708, 1999.
- 18) Nicola, J., Gregory, P. et al.: The Fight for "Health-related Normality": A Qualitative Study of the Experiences of Individuals Living with Established Inflammatory Bowel Disease, *Journal of Health Psychology*, 10(3), 443-455, 2005.
- 19) Larsson, K., Sundberg, H.M. et al.: A group-based patient education programme for high-anxiety patients with Crohn disease or ulcerative colitis, *Scan J Gastroenterol*, 38(7), 763-769, 2003.
- 20) Verma, S., Tsai, H.H. et al.: Does better disease-related education improve quality of life? A Survey of IBD patients, *Dig Dis Sci*, 46(4), 865-869, 2001.
- 21) Smith, G.P., Watson, R. et al.: Impact of a nurse-led counseling service on quality of life in patients with inflammatory bowel disease, *J Adv Nursing*, 38(2), 152-160, 2002.

〔平成18年10月12日受 付〕
〔平成19年6月28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
大阪大学名誉教授 松木 光子
前日本赤十字北海道看護大学学長

編集

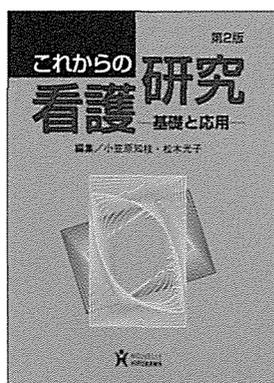
主要目次

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



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。

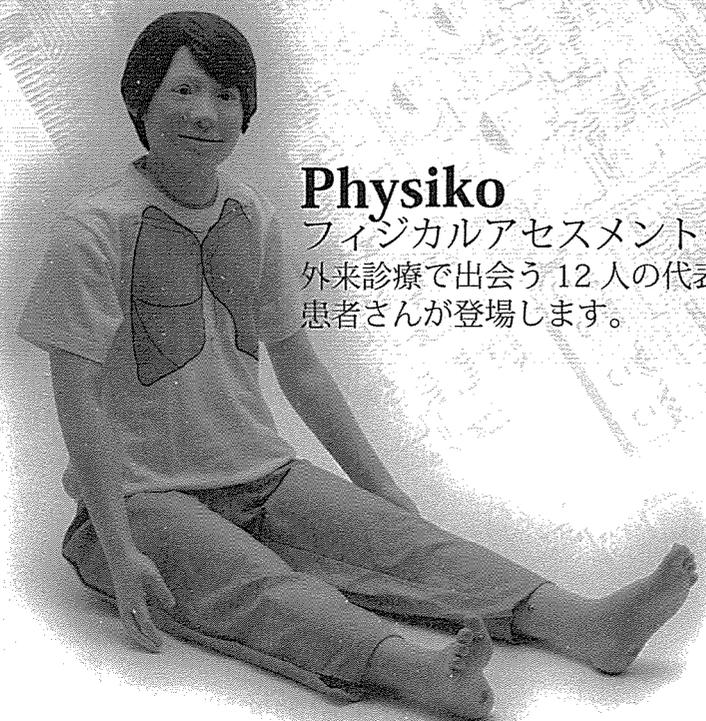
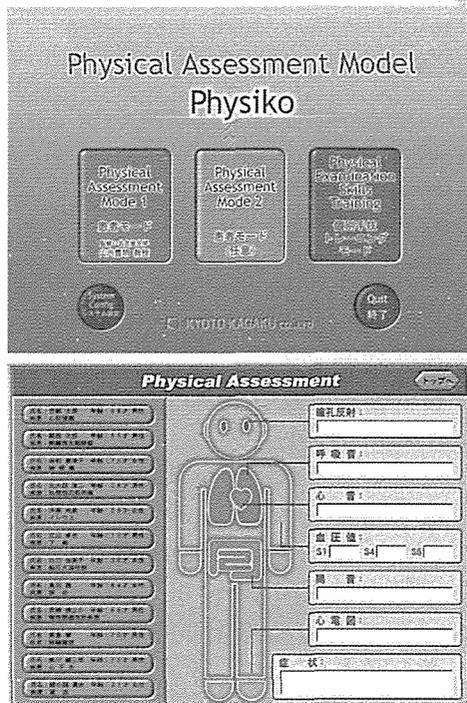
 NOUVELLE
HIROKAWA

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

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

日本看護 研究学会 会報

第 74 号

(平成19年12月20日発行)

日本看護研究学会事務局

目 次

平成19年度第二■理事会会議録	1
平成19年度評議員会議事録	10
平成19年度総会議事録	15
第33回日本看護研究学会学術集会印象記	20
第33回日本看護研究学会学術集体会務報告	24

日本看護研究学会平成19年度第二回理事会会議録

日 時：平成19年7月27日（金）12：00～14：00（14：17終了）

場 所：ホテルメトロポリタン盛岡NEW WING マーキュリー

出席理事：石井トク、影山セツ子、紙屋寛子、川口孝泰、川嶋みどり、川■千恵美、川村佐和子、黒田裕子、小松浩子、小山真理子、田島桂子、前原澄子、松岡緑、松田たみ子、宮腰■紀子、山口桂子、山勢博彰、山田律子各理事

欠席理事：阿曾洋子、泉キヨ子各理事

欠席監事：安藤詳子、大谷真千子各監事

第34回学術集会 近田敬子会長

（五十音順 敬称略）

<配布資料>

資料1 編集委員会投稿論文の経過について

資料2 将来構想検討委員会 ■際化に向けた基盤検討委員会について

資料3 編集委員会 査読委員の追加について

資料4 第34回学術集会について

別紙1 日本学術会議 特別シンポジウム報告

・理事名簿

・平成19年度年間予定表

*理事長挨拶および理事長指名理事の紹介

新理事体勢から3ヶ月経過しているので、その後の活動報告、審議事項の順に進めたい。

理事長指名理事の紹介（理事会文書会議第1号承認 学会雑誌30巻2号会告（2））

・尾岸恵三子評議員（東京女子医科大学看護学部・東京女子医科大学大学院看護学研究科）に総務担当理事としてお願いした。

・上鶴重美会員（看護ラボラトリー）

かねてよりの懸案事項、国際化関連委員会を立ち上げるにあたりお願いした。

会則第4章第14条5）により理事会成立の確認を行い、過半数の出席により理事会の成立を報告。

会則第15条2）により、監事の出席が認められるが、兩名欠席

会則第19条3）により、第33回学術集会会長 石井トク（理事）氏出席

会則第19条3）により、第34回学術集会会長 近田敬子氏 欠席

会則第14条4）により、議長は理事長が当たることの確認。

報告事項

1. 学会員の動向について

田島桂子総務担当副理事長

（平成19年7月21日現在）

（平成19年4月1日付け）

会員総数	5,635名	5,513名
内 訳		
名誉会員	8名	8名
理 事	22名	20名
評 議 員	171名	172名
一般会員	5,434名	5,313名

2. 委員会報告について

1) 編集委員会（資料1：平成19年7月23日現在） 川口孝泰委員長

平成17年度	投稿	78編
	未処理論文	1編について
	著者返却中	1編
平成18年度	投稿	71編
	未処理論文	12編について
	査読中	5編
	著者返却中	5編
	査読待機中	2編
平成19年度	投稿	23編

採用	1編
不採用	4編
未処理論文	18編について
新規投稿論文	4編
査読中	9編
著者返却中	2編
査読待機中	3編

掲載確定論文

30巻1号(4月20日発行済み)	10編
30巻2号(6月20日発行済み)	10編
30巻4号(9月20日発行予定)	10編
30巻5号(12月20日発行予定)	3編

「上記以外の主な報告内容」

- ・追加査読委員4名について資料3で説明された。
- ・HPの情報の提供については、編集委員会が役割を果たしている。さらに、査読システムの構築については、事務量の軽減を図る当初の目的にあった方法で検討し、現在その見積もりの確認中である。
- ・査読委員に依頼する査読マニュアルに、専門性を考慮した適切な査読を行うために必要な新たな視点を設けた。
- ・HPの管理者はこれまで委員長が行ってきたが、今後は、編集委員の山勢理事を中心とした委員会を設置し、電子ジャーナル化に向けての方向性を検討したいと考えている。雑誌の印刷代の軽減も視野に入れた検討を行う予定である。別途HP委員会を立ち上げることについて審議を依頼したい。

2) 奨学会委員会

紙屋克子委員長

前期の活動について以下の報告があった。

- ・奨学会発足時からの経緯を確認し、新たに基金を募る方法などを継続して審議していきたい。
- ・若手研究者に限らず臨床の看護職者が応募しやすいことなども含めて、有効な運営を行うための規程を検討する予定である。
- ・発表後の論文作成については、原著論文の投稿が遅れる傾向にあるので、投稿方法を検討する予定である。
- ・奨学金の額については、3名ないし2名に対して100万くらい計上できないかと考えている。

理事長：研究終了後の会計報告書については、全容が分かりかつ用途が研究計画に見合うものであるかどうかの確認をすれば良いと考える。

3) 学会賞・奨励賞選考委員会

松岡緑委員長

- ・委員会開催内容の報告および平成19年度奨励賞の選考について、一部規程、細則改正を行いたい。その内容は、優れた研究者が幅広い年齢で増えていることを鑑みて、第1条、第2条の若手研究者を削除すること、資格第4条(2)推薦時45歳未満を削除すること、第6条 受賞者数の1名以内を若干名にしたい。
- ・学会賞については、会員の推薦によるとなっているが、これまでその推薦が少ないので、委員会においても推薦を行うことを考えている。
- ・奨励賞の選考については、メールにより、前期委員会の評価基準を検討し、該当する27巻4号から30巻2号までの原著論文合計42編を審議・選考し、11月開催予定の委員会で最終決定を行う予定である。

理事長：資格、奨励賞の年齢削除、1名以内から若干名の変更については、審議事項で検討する。規程は理事会の議を経ることになっているので、本日の審議事項とし、その結果を評議員会・総会に報告したい。

4) 将来構想検討委員会（資料2）

松田たみ子委員長

前期の活動について以下の報告があった。

- ・法人化については、法律の施行を目標に準備することになっている。
- ・倫理についても将来構想委員会からの検討になっているので、今■グループで検討することになる。
- ・国際化に関連した活動を行うことについては、ワーキンググループを立ち上げていくことを後の審議事項でお諮りしたい。

5) その他

(1) 日本学術会議について（別紙1）

田島桂子副理事長

2007年7月4日に開催された、日本学術会議主催の特別シンポジウムでの概要が説明された。主な内容には、各学協会への要望として国際的な学術情報発進力の強化、公益事業および公益法人化の推進、社会貢献の推進、事務体制の強化などがあり、本学会が現在取り組んでいる方向性が、時流に即したものであることが確認された。

(2) 日本看護系学会協議会について

川口孝泰理事

- ・看護系学会協議会では、時流に合わせたシンポジウムの開催、ニュースレターの発行、各学会の連携を諮る、などの活動を行う予定である。
- ・第8■目シンポジウムは12月の日本看護科学学会学術集会の1日目に開催予定。テーマは「情報リテラシー」（案）として、看護情報をキーワードにしたシンポジウムの開催が検討されている。
- ・6月16日の総会では、小山真理子理事から日本看護科学学会の法人化へのプロセスの講演があった。

- ・看護系学会協議会のHPが見にくいので、今年度中にブログ形式でそれぞれの学会がパスワード、IDを持ち、インターネット上での情報公開を行うシステムづくりが承認されたので作業開始予定。
- ・日本学術会議との連携は非常に重要であるが、連携会員の多くが看護系学会協議会に属する複数の学会のメンバーである。また、本協議会では次の2つのテーマがあり、看護小委員会①診療報酬に関わる看護の技術料の委員会と②命の教育班としての委員会で活動を行っている。後者では川口理事が班長で学習指導要領の分析を行い、生きる、死ぬ、セックスなどの教育現場でタブー視されている内容を整理している。

(3) 看護系学会社会保険連合（看保連）について 紙屋克子理事

- ・4月27日総会が開催され、それ以降2回の役員会が開催された。
- ・日本看護協会総会で500万円の予算が計上され、看保連に拠出することが承認され、本組織がそれらしい活動を行うことが可能となった。現在、32学会、9団体協議会の41の加盟団体に構成されている。
- ・役員はそのまま継続となり、組織づくり、会則を再検討する。なお、紙屋理事は副代表をそのまま行うことになった。
- ・会則の改正案で、役員を出している学会は、もう1名委員を出せることになり、日本看護研究学会から、泉キヨ子副理事長に入って頂くことになった。
- ・平成18年度は、看保連からは、診療報酬にかかわる案件を20項提出したが、エビデンス3以上ということで、第一次審査で全部不採択となった。平成19年度は、9項提出した。結果は9月頃判る予定。
- ・日本看護協会からの500万円の拠出金を、研究や調査に予算計上することになったので、本学会も調査したいことがあれば申請することができる。全国の看護部長会等から積極的に調査に協力するという合意が得られている。

(4) 学会誌発行30周年記念事業について 松田たみ子理事

- ・記念事業として、記念誌発行、記念講演などが挙げられているが、詳細については、石井理事からお願いしたい。

石井トク理事

- ・将来構想検討委員会から、本年が学会誌30巻発行にあたり、2つの記念事業を提案した。一つは、記念誌発行、もう一つは、第33回本学術集会で山口理事長による記念講演である。記念誌の発行は第33回学術集会開催に合わせて田中裕二委員長（千葉大学）が編集していたが、内容を充実させるために発行が若干遅れている。なお、記念講演は、明日、7月28日16:30～17:30で、テーマは「学会誌は語る～日本看護研究学会のめざしてきたもの～」(山口桂子理事長)。この事業が終了すれば記念事業実行委員会は解散となる。

(5) その他

理事長から、次の2点の説明があった。

- ・世界看護科学学会設立についてお誘いがあった件については、4月の理事会後の文書会議の結果、予算にかかわること、短期間に回答を要請されたことなどから、今年度は辞退したいと回答した。しかし、次年度も継続審議をした方が良いと言う意見が2名からあったので、今後検討したい。
- ・本学会のロゴマークの使用については、意匠登録の要否についての検討後に、手続きについての必要事項を検討したい。

審議事項

1. 平成19年度 評議員会・総会の準備について

田島桂子副理事長

- ・評議員数 192名 出席 81名 欠席委任状 105名で成立

- ・議事録の作成については、京都大学 若村智子先生

岡山県立大学 横手芳恵先生の両評議員に依頼したい。

総会 出席通知 76名 欠席委任状 754名 回答総数 830名で成立

総会の書記については、園田学園女子大学 山本恭子先生

富山大学

八塚美樹先生の両評議員に依頼したい。

上記の説明事項について、承認された。

2. 将来構想検討委員会について

松田たみ子委員長

本年度は、法人化、倫理、国際化を含む将来構想の検討を、それぞれの委員会で具体的に検討していくことになっている。

- ・法人化については山口桂子理事長

- ・倫理については石井トク理事

- ・国際化を含む将来構想については、上鶴重美理事を中心として、ワーキンググループを組織し進める予定である。委員のメンバーは、上鶴重美理事、田島桂子副理事長（総務担当）、松田たみ子理事、石川陽子氏（首都大学東京健康福祉学部看護学科）の4名としたいとの申し出があり、石川陽子会員が追加委員として推薦され、承認された。

1) 法人化関連

山口桂子理事長

法人化については、平成20年12月末に新しい法律が施行されることになっているので、それを視野に入れて申請の準備を行う必要がある。本日、法人化委員会を開催する予定であるが、これまでの経緯については、評議員会で詳しく説明する予定である。また、会員に向けては、明日、7月28日の30周年記念講演：学会誌発刊「学会誌は語る－日本看護研究学会がめざしてきたもの」の中で法人化の方向性についても説明する。

2) 倫理関連

石井トク委員長

新しいメンバーで、すでに倫理綱領の資料は揃っているのに、草稿の段階では特に審議する内容はないとの報告があった。

3) 国際化を含む将来構想関連 (資料2), 別紙質問紙A3用紙配布 上鶴重美理事

国際化に関する実際的な活動としては、海外の学会との連携、相互の発表の場の提供などが考えられるが、会員全体の参加の可能性やメリットなどでの課題をまず検討することになった。特に臨床系の会員が多い学会でもあるので、その基盤づくりを全国規模で■りながら、ゆくゆくは、日本からの情報を発信できる場、国外からの情報を直接吸収できる場をつくる可能性を模索することになった。

具体的には、①会員の発展に寄与する活動、②学会からの情報発信のための活動、③社会貢献のための活動の三つの枠組みを考えて、会員のニーズを把握しながら、実際の活動を進めていくことを考えている。それに先立ち、本学術集会で開催される評議員会の出席議員に質問紙に回答していただき、その結果を当初の活動の基盤にする予定である。その後は、学術集会時の交流セッションの場、地方会開催時における企画などの機会をつくり、多くの会員のニーズ把握を行い活動内容等の検討を行う。

この計画の説明後、提案質問紙の検討を行い、評議員会で調査を行うことになった。

理事長：前期から継続されている将来構想委員会の活動のうち、法人化関連は法人化の申請が終われば業務は終了となるが、倫理関連の活動と国際化を含む基盤検討関連の活動は、規程の検討を行い、その検討により常設委員会を設置するかどうかを考えることにしている。なお、後者については、上鶴理事からの提案内容を中心とし、即、国際化ではなく、国際活動を念頭におきながら、多くの会員のための国内での活動も行い、対外的な活動へと進められるような基盤づくりを依頼したい。

3. 第35回 (平成21年度) 学術集会会長の選出について

山口桂子理事長

理事長から、4月開催理事会で継続審議となっていたが文書会議を行い、その結果を勧案して川嶋みどり理事 (日本赤十字看護大学) を推薦したいとの提案があり承認された。

さらに、学術集会長の選出が2年前では会場の予約等の関連で不都合という意見があり、第36回学術集会会長に深井喜代子前期理事 (岡山大学医学部保健学科) の推薦も行われ承認された。推薦理由の1つには文書会議の結果に基づき、近年、学術集会が開催されていない中国・四国地区での開催であることが説明された。

4. ホームページの運営および追加査読委員について

川口孝泰編集委員長

1) ホームページについては編集委員会で対応しているが、査読システムとも関連するので、今後も継続して編集委員会が担当する。

運営については、山勢博彰委員を中心とした委員会で進めたいと提案され承認された。

2) 査読委員については、資料3の追加委員を加え、138名とすることが提案され承認された。

5. 学会賞・奨励賞に関する規程の改正について

松岡緑学会賞・奨励賞選考委員長

応募者および推薦者の可能性から、実情に見合う選考を行うことを前提として、奨励賞の年齢制限の削除および受賞者数を増やすことが提案され、次のように規程の改正を行うことが承認され、この改正は平成19年度奨励賞から実施することとなった。

第1条、第2条の条項の中の表現の若手研究者の育成の削除。

第4条 2) (2) 推薦時45歳未満であることを削除。

第6条 2) 奨励賞は毎年度1名以内を5名以内に改正。

なお、副賞については、予算等を勘案して検討する。

6. 各種委員会の年間計画の提出について

田島桂子副理事長

常任理事会で年間の活動計画を検討した結果により、各委員会の委員長に毎年11月末までに、当該年度の実績と次年度の計画書（予算計画を含む）の提出を依頼することが提案され、承認された。その資料に基づき12月に常任理事会を開催し、新年度に向けた検討を行うことが確認された。

7. 新入会申込理事会承認について

該当者の一覧表回覧により承認された。

8. その他（意見交換内容を含む）

山口桂子理事長

1) 奨学会の運営について

奨学会の規程が、基金の金利で運営するようになっているが、低金利のため、現在は奨学金が一般会計からの補填でまかなわれている。対象人数を増やすことや奨学金の金額を上げる論議をされているようであるが、これから会の発展のための活動や、ホームページの維持管理などの経費負担が必要な一般会計の予算を考えると規程の見直しを依頼したい。

2) 年会費の値上げについて

宮腰由紀子会計理事

これまで7000円の年会費で維持できるような管理を行ってきたが、法人化などを含めて国際的な活動や公益事業などが動き始めると費用がかさむ。年会費の値上げの検討を行う時期が来ているのではないかとも思われる。将来計画とともに、費用面の十分な検討も今後の課題となる。

3) 第34回の学術集会について

(代理報告) 山口桂子理事長

準備状況について、以下のとおり理事長より代理で報告があった。

- ・第34回日本看護研究学会学術集会の案内ポスターの配布。
- ・来年8月20～21日に神戸で、近田敬子学術集会長のもとで開催。

- ・メインテーマは、「看護が紡ぐ将来のヘルスとケア」ということで、近未来に看護が医療をリードする為という視点で、看護の招聘講演・特別講演を考えている。

4) 第33回の学術集会について

石井トク学術集会会長

準備状況の説明と会期中の協力依頼が以下の通り報告された。

- ・演題336件で口頭発表とポスターセッションがある。
- ・参加者の事前の申込は約700人であるが、300～400人の当日参加を期待している。
- ・演題申込者の中に、病気で発表ができなくなった人がある。プログラムには掲載されているので、次回の学会誌の会報に発表者と演題を明記し、発表の取り消しを掲載することを提案したい。

平成19年度日本看護研究学会評議員会議事録

日 時：平成19年7月27日（金）18：00～19：30

場 所：ホテルメトロポリタン盛岡NEW WING ギャラクシー

会則第5章第16条4）により、平成19年度評議員会成立の確認があった。

評議員数：192名（平成19年4月1日）

出席評議員：81名〔内1名理事長指名理事（会員）〕、欠席委任状：105名

過半数の出席（委任状含む）により、成立した。

会則第19条3）による第34回学術集会会長の代理、山本恭子評議員の出席・報告

書記の任命：横手芳恵評議員・若村智子評議員

議 長：山口桂子理事長

30巻3号301頁 平成19年度日本看護研究学会総会議事事項を参照し、議事進行

*議事に先立ち、山口桂子理事長より挨拶があった。

報告事項

1. 学会員の動向

■島桂子副理事長

会員総数	5,635名	
名 誉	8名	
理 事	22名	
評 議 員	171名	
一般会員	5,434名	（平成19年7月21日現在）

2. 委員会報告について

1) 編集委員会報告

川口孝泰委員長

①現在の投稿論文の進捗状況

平成18年度：71編投稿 現在査読中が2編で12編が残っている。

平成19年度：現在23編投稿 1編採用、不採用4編

②論文の査読システムについて

評議員から138名の査読委員が決定し、ホームページのリニューアルも完了した。事務の負担にならない電子投稿ができるように検討を進めている。

2) 奨学会委員会報告

紙屋克子委員長

①これまで規程を重視し寄付基金の利息で運営してきたが、近年は低金利により対応不能となっていたため、現在は基金を取り崩さないように一般会計からの補填で運営している。一方、応募

者も少なく、25万円が妥当かどうかの検討、広報活動や推薦方法の見直し、若手研究者と臨床活動への支援の2本立てなど、応募しやすい助成方法を検討している。その結果を次回の評議員会までに提案したい。基金の取り崩しに関しては、本奨学会の趣旨を活かし、一般会計からの補填を避けるために会員からの寄付を考えている。なお、第32回学術集会会長の松岡緑先生より200万円の寄付を受けている。

3) 学会賞・奨励賞選考委員会報告

松岡緑委員長

- ①学会賞：昨年1名選出、今年度は委員会からの推薦も検討中
- ②奨励賞：学会雑誌第30回2号までの42論文を対象に審査中
- ③学会賞および奨励賞に関する規定の改正について

応募を多くすることを狙いとして以下のように理事会で改正した。

第1条、第2条の若手研究者の育成を削除

第4条 2) (2) 推薦時45歳未満であることを削除

第6条 2) 1名を5名以内に改正

4) 将来構想検討委員会

松田たみ子委員長

前期から引き続きの将来構想検討委員会は、その活動範囲を、法人化委員会、倫理委員会、国際化に関連したワーキンググループと区分して活動を進めている。そのうち、国際化に関連したワーキングの検討内容については、上鶴重美理事が報告する。

・国際化関連

上鶴重美理事

これからの学会活動の強化事項に国際化についての検討があるが、その基本方針としては、会員全員を対象として発展するものでなければならないと考えている。その意味で、①会員の発展に寄与する活動、②学会からの情報発信、③社会貢献などに関わる活動内容を検討している。これらに関わる期待度・希望などに関わる予備調査を今回の評議員会出席委員に依頼し、その結果を参考に今後の活動を行う予定である。

3. ホームページの運営について

川口孝泰理事

編集委員会が担当している。電子投稿についてUMINの活用を考えていたが、手続きが煩雑で逆に事務に負担をかけることが判明した。

4. 役員選挙について

山口桂子理事長

加納佳代子氏を選挙管理委員長として、平成18年度評議員選挙を行った。

マークシート方式で行い、厳選なる方法として適切であったので、次回も導入する予定である。

5. 地方会について（審議事項後に報告された。）

1) 北海道地区

影山セツ子理事

- | | |
|------------|----------|
| 2) 東海地区 | 白尾久美子評議員 |
| 3) 近畿・北陸地区 | 道重文子評議員 |
| 4) 中国・四国地区 | 宮腰由紀子理事 |
| 5) 九州・沖縄地区 | 分島るり子会員 |

6. その他

- 1) 日本学術会議について 田島桂子副理事長

日本学術会議等では、各学協会に対し国際的な学術情報発信力の強化、公益法人化の推進、公益事業の推進、社会貢献の推進などをすすめている。その他、学協会の機能強化のための連合化、事務担当者の人材育成などを含めた事務体制の強化が求められている。本学会の活動方向が時流にあったものであることが確認された。なお、ホームページに関係報告書が公開されている。

- 2) 看護系学会社会保険連合（看保連）の活動について 紙屋克子理事

2007年2月19日に内保連・外保連・看保連（3保連）シンポを開催した。社会保険制度のあり方や20年度法改正を前に適正な診療報酬について検討を行っている。今後、診療報酬にのせたい看護技術については根拠となるエビデンスを検証し、調査を進める。

- 3) 学会誌発行30周年記念事業の経過について 田中裕二委員長

記念誌の9月発刊に向けて準備をしている。歴代編集委員長や学術集会会長の回顧録、座談会などの掲載を企画している。

* 報告事項に関する質疑応答

野島良子評議員より「奨学会は新規研究への助成だけではなく若手研究者の顕彰として、基金となる寄付をしてくださった方への感謝の気持ちを大切に寄付者の名前を冠した賞として活用したらどうか。また、会員からの寄付金については、学会費の支払いの時に任意の金額を上乗せして納入することにしたらどうか」との提案があった。山口理事長・紙屋理事から、松岡理事からの寄付金も合わせてこの提案を検討したい旨の説明があった。

審議事項

1. 平成18年度事業及び会計に関する報告

- | | | |
|---------------------|--------|----------|
| 1) 事業報告 | 302頁参照 | 田島桂子副理事長 |
| 報告どおり承認された。 | | |
| 2) 会計報告 | | |
| 一般会計・特別会計（奨学会・選挙事業） | | 宮腰由紀子理事 |
| 303頁～321頁参照 | | |
| 報告どおり承認された。 | | |
| 3) 監査報告 | 322頁参照 | 松田たみ子前監事 |

報告どおり承認された。

2. 将来構想検討委員会からの提案について

山口桂子理事長

以下のワーキンググループで活動することになることが提案され承認された。法人化については、本学術集会の学会誌発刊30周年記念講演で紹介するとのことで省略された。

- ・法人化関係
- ・国際化関連
- ・倫理関係

山口桂子理事長

上鶴重美理事

石井トク理事

3. ホームページの改訂について

川口孝泰理事

電子投稿に関してUMINではない別の方法を検討することについて提案され、承認された。今年は山勢理事が担当する。

4. 平成19年度事業計画（案）について 323頁参照

田島桂子副理事長

案どおりに承認された。

5. 平成19年度予算（案）について 324～329頁参照

宮腰由紀子理事

川村佐和子理事より306頁の当期収支差異の決算が6,323,869円であることに対して、赤字ではないかとの質問があった。

宮腰由紀子理事より詳細について説明が行われ了解を得、案どおりに承認された。

6. 第35回（平成21年度）学術集会会長の選出について

山口桂子理事長

日本赤十字看護大学看護学部の川嶋みどり理事が推薦され、承認された。また、最近では準備に数年かかることから第36回学術集会会長として、岡山大学医学部保健学科の深井喜代子会員が推薦され、承認された。

7. 第34回学術集会準備状況について

山本恭子評議員

平成20年8月20-21日に、神戸国際会議場および神戸ポートピアホテルを会場に、開催する。メインテーマを「看護が紡ぐ将来のヘルスとケア」と題して招聘講演・特別講演を考えている。参加費は第33回と同額、電子登録を考えていると報告があった。

8. 第33回学術集会の準備状況報告

石井トク会長

9. 連絡事項

- ・ 地方会委員会会議室を神戸での学術集会時に使用したい場合は、学術集会事務局に連絡のこと。
- ・ 学会誌の会告に載ったものはホームページに掲載されているが、地方会記事を別に掲載する場合は費用がかかるので、詳細は事務局に問い合わせのこと。
- ・ 学会のロゴマークは、意匠登録の検討後に使用可能となる。

以上 記録, 若村智子・横手芳恵

日本看護研究学会平成19年度総会議事録

日時：平成19年7月28日（土）12：30～13：30

場所：盛岡市民文化ホール（マリオス）大ホール

司会：田島桂子副理事長

会則第7章第20条3）により、総会の成立確認

会員総数：5,635名（議決権を有する会員）

出席通知：76名

欠席委任状：754名

回答数：830名

会員の10分の1以上（委任状を含む）の出席回答により、総会成立を宣言する。

議長については、会則第7章第20条4）により、学術集会長が当たることにより、

議長：第33回学術集会 石井トク会長

書記の任命：八塚美樹評議員（富山大学）、山本恭子評議員（園田学園女子大学）

議事進行 第33回学術集會会長 石井トク

山口桂子理事長挨拶

前期から今期にかけて特に法人化等の懸案事項もあり、理事の皆様の推薦により、引き続き理事長をお受けした。ご協力をいただきたい。

議長：報告事項全て終了後に質疑応答とする。

報告事項

1. 学会員の動向について

田島桂子副理事長

会員総数 5,635名（平成19年7月21日現在）

内訳は、名誉会員8名、理事22名、評議員171名、一般会員5,435名と報告があった。

2. 委員会報告について

1) 編集委員会

川口孝泰委員長

- ・査読システムについて、事務量の軽減を■るため、郵送から電子化への検討を行っている。
- ・17年度78編投稿，1編未処理，
- ・18年度投稿論文 71編投稿，12編査読中，
- ・19年度投稿論文については23編の投稿があり18編査読中，採用1編。

・評議員に査読委員のお願いをし、138名に理事会承認を得て、査読を依頼しているが、順次査読委員の追加をお願いし、150～160名ぐらいの査読委員を確保したい。

2) 奨学会委員会

紙屋克子委員長

奨学会の経緯を含めて、次のような説明があった。昭和54年に村越康一先生が千葉大学を退官される時に若手研究者の啓発と育成を願って189万円ご寄付いただきスタートした。その後、山元先生、木場先生からのご寄付で739万円が基金となっており、当時は基金の金利をもって奨学金とすることが規程となっていた。しかし、近年は低金利となり、この規程での運用が困難となり、現在は一般会計から奨学金が補填されている。基金の取り崩しの議論もしているが、最近応募者が少ない。これまで、奨学会研究の助成を受けて研究した方々が、現在看護界で活躍しているので、その方たちに、本奨学会の活動が若手研究者の登竜門となるべく奨励し、臨床研究の助成についても推進していただくようお願いしたい。

更に、基金を集めるための募金等も今後検討したい。第32回学術集会、松岡緑学術集会会長より200万円の寄付をいただいた。それを含めて現在は約1千万の基金が確保されているので、新たな方向に向けて検討したい。

3) 学会賞・奨励賞選考委員会

松岡緑委員長

規定について次の項■について見直し改正を行った(339頁参照)。

- ・第1条、第2条の条項内の若手研究者を削除する。
- ・第4条 2)の(2) 推薦時に45歳未満であることを削除する。
- ・第6条 2) 奨励賞は毎年度1名以内を5名以内とする。

今年度、奨励賞選考対象は、学会雑誌27巻4号～30巻2号までの掲載、原著論文42編から選考する予定。

平成19年度学会賞推薦の締め切りは、9月末日。ご推薦をお願いしたい。

4) 将来構想検討委員会

松田たみ子委員長

- ・法人化検討・倫理・30周年事業・国際化を含む将来構想関連を、それぞれの委員会・ワーキンググループで問題点の審議・検討をしている。
- ・30周年記念事業に関しては、今年度中の記念誌発行、第33回学術集会開催時に山口桂子理事長の記念講演を予定している。
- ・国際化関連については、これまで懸案となっていたが、今年度は、積極的に進めるためにワーキンググループを設置し推進している。メンバーは、上鶴重美理事を中心として、石川陽子氏(会員)、田島桂子副理事長、松田たみ子理事で具体的に検討していく予定。ニーズ調査を本学術集会時に、出席評議員に依頼した。会員のニーズ調査は、地方会および来年度以降の学術集会等で行う予定である。

3. ホームページの運営について

川口孝泰理事

査読システムをオンライン化してホームページ上でできるように検討している。同時に事務量の軽減を図るために、電子ジャーナル化を検討している。その他、社会貢献のための情報発信については、次年度以降になるが進めている。

4. 役員選出について

山口桂子理事長

- ・平成18年度に実施した。選挙管理委員の加納委員長、川畑委員、宮脇委員により無事終了した。選挙管理委員長の加納佳代子氏に代わり報告。
- ・平成18年10月1日締め切りで評議員選挙を行い、その後評議員の互選による理事選挙を実施した。
- ・方法は業者委託で開発し導入したマークシート方式による。次回以降もこのマークシート方式を改善しながら使用したいと考えている。

5. その他

1) 日本看護系学会協議会について

泉キヨ子副理事長

- ・6月16日に聖路加看護大学で今年度の総会が開催された。看護系学会33学会が所属している。
- ・平成19年度事業計画として、ニューズレターの発行、HPによる情報発信、12月7日にシンポジウムの開催予定がある。
- ・日本学術会議との相互協力、国内外の学術組織との相互協力について話し合いが行われた。また、日本学術会議の動向と、各学会活動の報告、学会が法人化することへの話し合いが行われた。法人化については、小山真理子先生から日本看護科学学会の法人化の経緯について詳細な説明が行われた。

2) 日本学術会議について

田島桂子副理事長

日本学術会議等では、各学協会に対し国際的な学術情報発信力の強化、公益法人化の推進、公益事業の推進、社会貢献の推進などを求めている。その他、学協会の機能強化のための連合化、事務担当者の人材育成などを含めた事務体制の強化が課題となっている。本学会が推進している方向は、時流に乗っていることが再確認できた。

3) 看護系学会社会保険連合（看保連）の活動について

紙屋克子理事

- ・看護技術を診療報酬体系にのせて、正当な経済的評価を受け、国民の医療・看護、福祉に貢献したいということで発足し、組織、会則・規程の整備を行っている。
 - ・この会の経済基盤は、現在加盟の32学会と9協議会の41団体の拠出金によって運営される。今年度は日本看護協会から500万円の拠出金がだされることが総会で決まり、700万円の経済基盤でスタートしていく。
 - ・2月に三保連（外保連、内保連、看保連）のシンポジウムを開催した。
- 他の二保連は、看保連の設立、活動に好意的で今後は、みんなで足並みを揃えて診療報酬の問題

について良い方向になるよう活動することになった。

平成20年度に向けて、医療技術評価提案書を看保連で検討している。

4) 学会誌発行30周年記念誌について 田中裕二委員長

昨年度この委員会が発足し、今年が30巻の学会雑誌発行を迎えるので、記念誌を発行することになり、活動している。この秋には会員向けに記念誌を無償で送付し、会員外の方には有償とする。今回の第33回学術集会迄に発行予定で進めていたが、遅れてこの秋に発行予定。内容として、座談会（第1部 学会誌発行当初の先生に学会誌発行の狙い等、第2部は、将来に向けて、歴代編集委員長の編集作業の変遷、論文の投稿数の経緯、査読システムの経緯、投稿論文の分析などを収録し、その他、第8回からの歴代学術集会会長に当時の思いなどを書いていただいたものを掲載する予定である。

報告事項一括承認された。

審議事項

1. 平成18年度事業及び会計に関する報告

1) 事業報告 302頁参照 田島桂子副理事長

報告どおり承認された。

2) 会計報告

一般会計・特別会計（選挙事業） 301頁～303頁参照 宮腰■紀子理事

報告どおり承認された。

特別会計（奨学会） 315～317頁参照 紙屋克子委員長

報告どおり承認された。

3) 監査報告 322頁参照 (前)松田たみ子監事

報告どおり承認された。

2. 将来構想検討委員会からの提案について 松田たみ子理事

国際化に向けた活動をワーキンググループとして行いたいと提案され承認された。

3. ホームページの改訂について 川■孝泰理事

これまで、編集委員会で管理していたが、平成19年度はホームページの改訂、管理は、山勢博彰理事を中心に進めること、査読システムについては経費が多少かかるが、よりよい編集・査読システムを構築させることを編集委員に一任してほしい旨が提案され承認された。

4. 平成19年度事業計画（案）について 323頁参照 田島桂子副理事長

案どおり承認された。

5. 平成19年度予算（案）について 324～329頁参照 宮腰出紀子理事
案どおり承認された。

6. 第35回（平成21年度）学術集会会長の選出について 山口桂子理事長
川嶋みどり氏が推薦され承認された。

7. 第36回（平成22年度）学術集会会長の選出について 山口桂子理事長
岡山大学 深井喜代子氏が推薦され承認された。

*近年、学術集会の規模拡大により、準備期間が必要であるため、今回から3年先の学術集会会長までが選出された。

以上記録：八塚美樹，山本恭子

*総会終了後、以下の通り、次期学術集会挨拶・表彰および奨学金授与が行われた。

司 会 田島桂子副理事長

第34回（平成20年度）学術集会会長 近田敬子氏

代理 実行委員長 大野かおり氏ご挨拶

- ・平成20年8月20日～21日開催 会場：神戸国際会議場，神戸ポートピアホテル
- ・メインテーマ：「看護が紡ぐ将来のヘルスとケア」として、「近い未来，看護が医療をリードするために」という視点から多様なプログラムを準備している。

表彰および奨学金授与

- ・平成18年度奨励賞表彰：佐藤 好恵氏
- ・平成19年度奨学会奨学金授与：掛田 崇寛氏

第33回日本看護研究学会学術集会を終えて

日本赤十字北海道看護大学 石井 トク

平成19年7月28・29日の両日、盛岡市民文化ホール・いわて県民情報交流センターにて、第33回学術集会を無事終了することができました。日本看護研究学会会員の皆様、さらに関係者の皆様に多大なご協力、ご支援をいただきましたことに心から御礼申し上げます。

日本看護研究学会学術集会はこれで33回目になりますが、岩手県では初めての開催という記念すべき事業となり、岩手の史上を飾ることができました。また、学会誌は昭和50（1978）年の創刊以来、平成19年で30回を迎えることとなります。そこで、学会誌発刊30周年記念行事として、記念講演をあわせて開催させていただくことができましたことに感謝しております。

33年の時の流れと本学会活動の積み重ねは、なにものにも得がたいものと、事務局一同実感いたしました。その思いは、今の時代をみる、将来を考える、そして倫理で斬るというコンセプトから、メインテーマを「生命科学時代における知と技とこころ」とし、教育講演を科学史学者の米本昌平氏に「先端医療技術の進歩と近未来」、国際的にご活躍のSamantha Mei-che Pang氏に招聘講演「看護研究の倫理～国際的動向から～」をお願い致しました。両先生は、会員の皆様にこたえ、さらに多くの示唆を与えて下さいました。

メインテーマを受け企画した二つのシンポジウム、「医療の安全と安心の確保－医療事故防止の探求－」と、「人としての生と死－終末期医療ガイドラインをめぐって－」は、現在、そして将来の看護のありようを提示して下さいました。ワークショップも圧巻でした。また、学会前日のプレカンファレンスセミナーでは各セッションでの看護倫理、質的研究、量的研究も盛況で、諸先生方のおかげで効果的な学びを得ることができました。

会員の皆様の日頃の能力を充分発揮できますように、口頭発表を取り入れ、環境を配慮致しました。また、示説の工夫も好評でした。

本学会の開催に当たっては、多くの企業の皆様にお力をいただき、また、お忙しい中170名ものボランティアが運営に参加して下さいました。

初めての学術集会、しかも完成したばかりのいわて県民交流センターを学術集会に使用するの開設後初めてという状況のなかでつつがない終了を迎えることが出来ましたことは、岩手の皆様の「おもてなしの心」と物的の両面にわたったご支援の賜物と、感謝の念に堪えません。皆様には心から感謝申し上げます。本当にありがとうございました。

第33回日本看護研究学会学術集会印象記

岩手県立大学看護学部 高橋 司寿子

7月28日・29日の両日、みちのくの地、岩手県盛岡市で開催された第33回日本看護研究学会学術集会は、「生命科学時代における知と技とところ」がメインテーマでした。近年の生命科学や医療技術の進歩によって、私たちの健康問題は大きな恩恵を受けていますが、その一方で人間性を忘れた医療優先の現状に反省的にならなければいけません。このテーマには、知識や技術の進歩だけでは人間対象の看護学は発展しない、「ところ」を置き去りにはできない、というメッセージが込められていると感じました。そしてそのメッセージの通り、学術集会では現代医療における「人間」を対象とした看護について、倫理面、安全面、そして「命」や「生きる」という視点から広く深く考える機会となったと思います。

香港理工大学健康社会科学部のSamantha氏の招聘講演は「看護研究の倫理 ～国際的な動向から～」というテーマで、研究倫理の歴史的背景を、国際的な具体事例の紹介を交えて話して頂きました。難しく考えてしまいがちな「倫理」について、患者の最も関心を寄せていることと、患者のケアを向上させることとのバランスが重要であると、看護実践に結びつけたたいへんわかりやすい内容で話していただきました。

翌日の教育講演も大変素晴らしい内容でした。前科学技術文明研究所の米本昌平氏のお話では、生殖医療などの最先端医療とそれにともなう倫理問題をパワーポイントスライドで説明いただきました。看護学だけの視点ではとらえきれない先端医療技術や生命倫理の話題には、米本先生の哲学がちりばめられており、人を対象とした医療における私たちの姿勢を問い直すことができたように思います。

2日目に開催されたワークショップ3「岩手の文化といのち」もとても印象深いものでした。このワークショップでは、民話のふるさと岩手県遠野市の語り部、正部家ミヤさんが遠野弁で昔語りをを行い、それを受けて遠野市立博物館長の石井正巳氏が、その語りから読み取れるいのちの意味を丁寧に解説してくれるという進め方でした。特別設置のステージにちょこんと座ったモンペ姿の正部家さんが「むがーし、むがーし、あつたずもんな（昔、昔あつたそうな）」と語りを始めると、会場の参加者はみな浮世をしばし忘れてそれぞれのイメージの世界に浸っているようでした。

正部家さんの語るオシラサマやザシキワラシ、カップの昔話は「現世」と「あの世」の堺がない世界でした。そこに表現される「いのち」は、時に厳しく、悲しく、そして温かいものです。自然と和して暮らしていた私たちの祖先が語り継いだ物語は、決して人間の命を操作しようとはせず、そして命の存在やその喪失を神のなせるものと受け止めていたのだと感じました。先端科学技術で何でも操作できると信じてしまっている私たち……現代社会で失われているなにかを、このワークショップは思い出させてくれたように思います。

今回の学術集会では、251題のポスターセッションのほか一般演題の口演発表が84題もありました。口演発表の方々は緊張感の中にも示説とはまた異なる充実感があつたようでした。今後の本学会学術集会

でも、示説だけではなく口演による発表の機会もぜひ作ってほしいと思います。

前述した遠野市の語り部、正部家さんのお話は、NHKの連続テレビドラマ「どんと晴れ」のタイトルで有名になった「どんどはれ」の掛け声で終わります。これは「これでお話は終わり」「めでたしめでたし」という意味です。今回の学術集会では、いのち、こころ、生きること……先端医療で忘れかけている大切なものを振り返り、考えることができました。第33回日本看護研究学会学術集会は、岩手らしい素朴で温かい思いを参加者の方々が感じ取ることができた学術集会だったのではないのでしょうか。では……おしまい、どんどはれ。

専門職看護者のスクラムとはこれだ

桐生短期大学看護学科 石田 順子
今 関 節 子

第33回日本看護研究学会学術集会は、平成19年7月28日（土）・29日（日）に石井トク（日本赤十字北海道看護大学長 前岩手県立大学看護学部教授）会長のもと、岩手県盛岡市民文化ホール（マリオス）・いわて県民情報交流センター（アイーナ）において、「生命科学時代における知と技とところ」をメインテーマに、盛大にして細部まで行き届いた魅力的な企画と実践のもと開催された。

講演・シンポジウム・ワークショップ等、すべてに参加したい気持であったが、ポスターセッションで、長時間を費やし、講演やシンポジウムの聴講に時間があまり割けなかった無念さもあるが、会長講演、招聘講演「看護研究の倫理」、ワークショップでは、多くの示唆が得られた。

会長講演の「生命科学時代における看護の機能拡大」によると21世紀は生命科学の時代であり、バイオテクノロジーの世紀であるという。テクノロジーの進歩は、人間生活の基本である。「生きる」「食べる」「暮らす」の三場面のあり方を根本的に変えるインパクトを持ちうる極めて大きな技術革新であり、戦略大綱により「科学技術基本法」に拍車がかかり、生命科学と、先端医療技術は急速に伸展。一方で、倫理的、社会的問題をはじめ、研究至上主義から論文やデータの捏造、改ざんという不正行為が、科学の伸展を阻害し、社会に大きな影響を与えるという。看護職は人々の健康を担う社会的責務を認識し、看護の機能を拡大し、意思決定へのさらなる機能の発揮や、専門職として機関内倫理委員会への参画、学会・職能集団による倫理綱領、ガイドラインによる自主規制でその機能を発揮すべきと講演された。倫理に関して、第一人者である石井会長の講演を聴き、研究における倫理側面の重要性を再認識した。

今回、様々な発表会場やイベント、各種案内の部署を回りながら、心から感心したことは、最も肝心な学会開催4カ月前、会長は北海道の新赴任地に着任し、不在の中でこれだけの大きな集会を開催したことになる。まさに、岩手の看護専門職の皆様と石井会長とのスクラムと、専門職業人としての遂行力に感銘した。それは今回出席して大きな学びの一つでもあった。

第33回日本看護研究学会学術集会会務報告

1. 会 期：平成19年7月27日（金）、28日（土）、29日（日）
2. 会 場：盛岡市民文化ホール（マリオス）、いわて県民情報交流センター（アイーナ）
3. 参加者：総数 1110人（内訳 一般 983名、学生 127名）
プレカンファレンス155名
4. 内 容：一般演題 336題（うち口演84題、ポスターセッション252題）

招聘講演	1 題	市民公開講座	1 題
教育講演	1 題	プレカンファレンス	3 題
シンポジウム	2 題		
ワークショップ	4 題		
ランチョンセミナー	2 題		
交流集会	3 題		
会長講演	1 題		

但し、以下の演題は発表を取り消された。

- 第13群 45 社会的引きこもり回復の心理プロセス
～自信の減衰からその獲得に至るまで～
○酒井 由紀子（香川大学医学部看護学科）
- 第41群 276 看護学生の障害をもつ子どものとらえかたと学年差
○尾原 喜美子（高知大学医学部看護学科）
- 第42群 286 看護系大学生の手術直後患者清拭実施に伴う不安や戸惑い
○徳川 陽子、藤田 倫子（高知大学医学部看護学科）
- 第42群 288 基礎看護学実習1で看護学生が学んだ対象理解の視点
○高橋 永子（高知大学医学部看護学科）
- 第45群 324 キャリア中期にある看護師の「看護実践の承認」-看護行為の認識-
○平瀬 節子（高知大学医学部看護学科）

会計報告

収 入	(円)	支 出	(円)
参加費	9,500,000	会場費	1,765,165
学術集会誌	418,000	設 営 費	5,714,285
本部補助金	500,000	当日運営費	1,577,543
学術集会準備費借入金	3,000,000	講師等旅費・謝金・記念品	2,354,234
学会開催助成金（岩手県立大学）	500,000	会 議 費	35,106
展示・広告	2,519,000	印 刷 費	1,433,751
プレカンファレンスセミナー参加費	795,000	通 信 費	291,480
その他	21,200	事務局費	635,325
		広告掲載料	128,415
		雑 費	317,896
		学術集会準備費返金	3,000,000
合 計	17,253,200	合 計	17,253,200

以上報告いたします

平成19年12月1日

第33回日本看護研究学会学術集会

会長 石 井 ト ク



市民公開講座



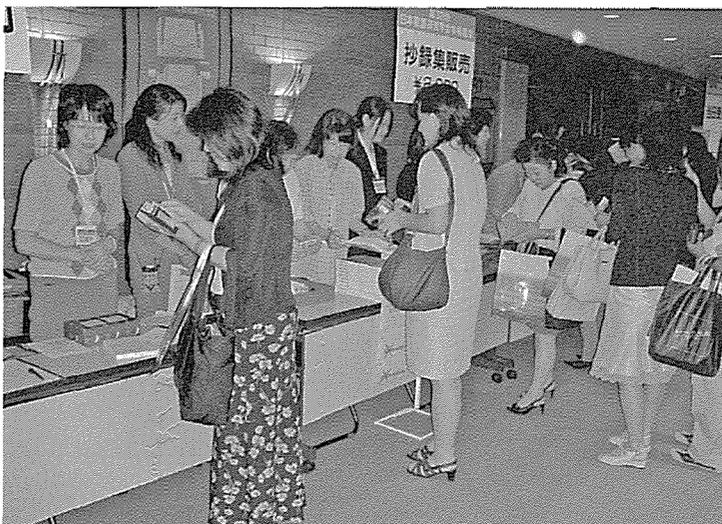
山口理事長挨拶



会長講演



招聘講演



受付風景



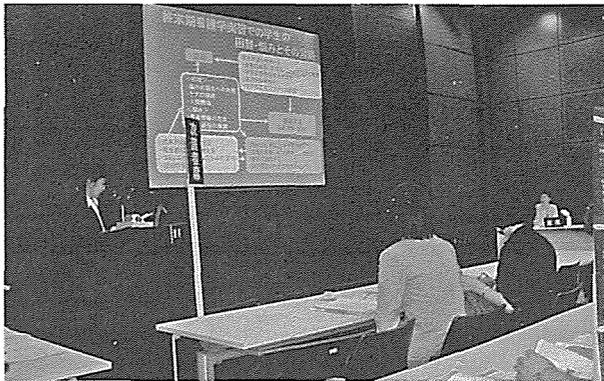
教育講演



シンポジウム1



ワークショップ2



一般演題 口演発表



一般演題 ポスターセッション



交流会1



交流会3

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際」
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悩む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います。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です。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っています。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 ■ 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：11月1日発行の東海地方会ニュースレター（Vol.11）をご参照下さい。

なお、「演題申込書」に関する詳細な内容や最新の情報は、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掲載しております。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 名古屋市長久区瑞穂町字川澄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

日本看護研究学会 第21回 近畿・北陸地方会学術集会のご案内

テーマ：看護研究成果を実践に活かす

日本看護研究学会 第21回近畿・北陸地方会学術集会は福井で開催されます。本学会では初めての開催地になるとのことで、企画委員一同精力的に準備を進めているところです。

本学術集会のテーマは、昨年年第20回近畿・北陸地方会学術集会のテーマ「看護における実践や体験を研究にのせる」を受け、「看護研究成果を実践に活かす」としました。看護研究の成果を如何に実践に活かすかは、これからもっとも求められます。研究と実践のリンケージを考えることは、看護の発展に大きな寄与をすることと考えております。

本シンポジウムでは、各領域で活躍されている実践家・研究者から研究成果をどのように活かしているのか、またどのように研究成果を活かせばよいのかについて解説していただき、今後の実践や研究活動に役立てていただければと思っております。

皆様のご参加を心よりお待ちしております。

第21回学術集会会長 上野 栄一

- * 開催日時 平成20年3月29日(土) 10時20分～16時
- * 会場 AOSSA^{アオッサ} 8階 福井県民ホール 5・6階 福井市地域交流センター
福井県福井市手寄1丁目4番1号 HPアドレス <http://www.aossa.jp>
- * プログラム
 - 10:20～10:30 開会あいさつ
 - 10:30～12:30 一般演題発表(口演・示説)
 - 12:40～13:10 地方会総会
 - 14:00～16:00 シンポジウム テーマ「看護研究成果を実践に活かす」
シンポジスト
上野栄一(福井大学医学部看護学科 教授)
田村恵子(淀川キリスト教病院 がん看護専門看護師)
川島和代(石川県立看護大学 教授)
橘 幸子(福井大学医学部附属病院 看護部長)
座長
瀧川 薫(滋賀医科大学医学部看護学科 教授)
岩田浩子(福井大学医学部看護学科 教授)
- * 懇親会 平成20年3月28日(金) 18:30～20:30
会場：ウェルシティ福井(福井厚生年金会館)
参加費 5,000円(申込締切 平成20年1月31日(木)まで)
- * 学会参加費
 - 会員 事前受付 4,000円(振込締切 平成20年1月31日(木)まで)
当日受付 5,000円
 - 非会員 5,000円
 - 学生(大学院生は除く) 1,000円
- * 参加費振込先
 - 郵便振込 口座番号 00740-3-94438
加入者名 日本看護研究学会第21回近畿・北陸地方会

<お問い合わせ先>

〒910-1193 福井県吉田郡永平寺町松岡下合月23-3 福井大学医学部看護学科内
日本看護研究学会第21回近畿・北陸地方会学術集会事務局
FAX: 0776-61-8165 E-mail: jsnr21kh@med.u-fukui.ac.jp

このコーナーでは、日本学術会議の諸活動の動向を紹介しています。

■ 平成19年度「女子高校生夏の学校～科学・技術者のたまごたちへ～」

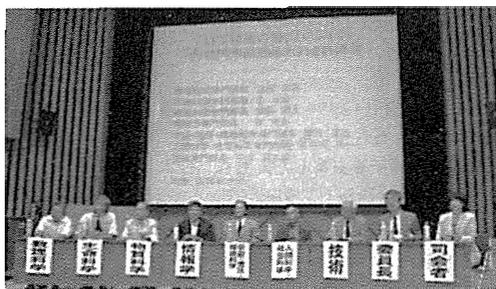
平成19年8月16日(木)～8月18日(土)、科学と社会委員会科学力増進分科会では、科学者・技術者との対話、交流を通して女子高校生が科学技術分野に自分の新しい可能性を見出すことをねらいとして、国立女性教育会館において「女子高校生夏の学校～科学・技術者のたまごたちへ～」を開校しました。

若い世代が科学への夢をはぐくむことができるよう、①先端研究、身近な開発等に携わる科学者、技術者、大学生等による講演・活動内容展示、②女性科学者・技術者のイメージやロールモデルの紹介、③女子高校生の多様な進路選択・人生選択に役立てるための科学者や大学生と意見交換・交流を通じた自発的なネットワークづくりの支援、④科学・技術分野への興味・関心を高めるための実験等の体験学習などを行いました。

学校の模様は、8月30日(木) 23:00～テレビ東京でも放映されました。



■ シンポジウム「21世紀を豊かに生きるための科学技術の智」



平成19年8月27日(月)、科学と社会委員会科学力増進分科会では、文部科学省科学技術振興調整費の助成を受け、国立教育政策研究所と共同で行っているプロジェクト「科学技術の智」の途中経過報告として、シンポジウム「21世紀を豊かに生きるための科学技術の智」を開催しました。今回のシンポジウムでは、7つの専門部会がまとめつつある報告書を紹介すると同時に、科学技術リテラシー定着に向けた運動を広く展開するための方策について話し合いました。

なお、科学技術リテラシーの定着化に向けた企画の第一弾として、「三鷹ネットワーク大学」(三鷹駅前)において、今秋から「サイエンス・リテラシー・カフェ」を国際基督教大学企画サロンとして開催する運びとなりました。「科学技術の智」プロジェクトの委員の中から毎回2名がボランティアとして登場し、サイエンス・リテラシーを巡って市民の方々と討論をします。9月8日(土)は物質科学、10月6日(土)は生命科学、11月10日(土)は数理学、12月1日(土)は地球科学についてです。詳細は<http://www.mitaka-univ.org/>

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お取り計らいください。

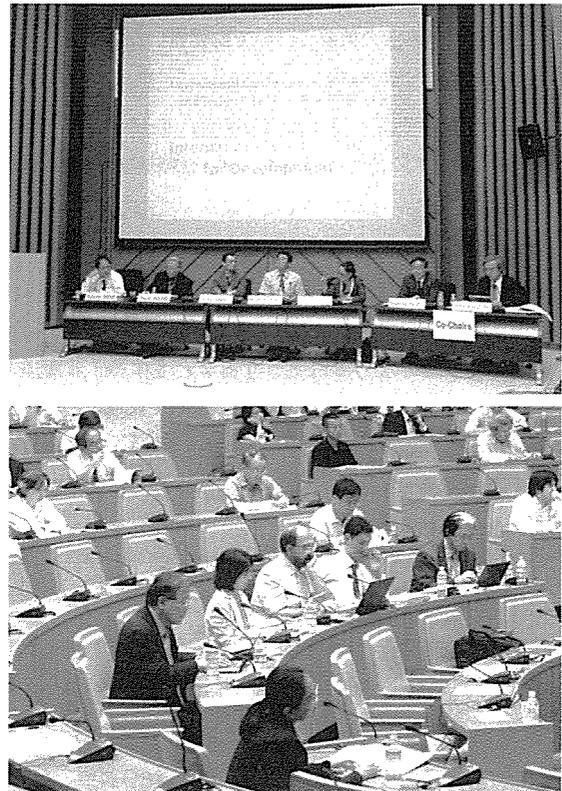
■ 持続可能な社会のための科学と技術に関する国際会議2007 — 国際開発協力 —

日本学術会議が4年前から毎年主催している「持続可能な社会のための科学と技術に関する国際会議」が、今年は「国際開発協力」をテーマに9月7日～8日の2日間にわたって日本学術会議講堂で開催され、のべ約250人（17カ国）が参加しました。

本会議は、ケンブリッジ大学のPartha Dasgupta教授及び国際開発高等教育機構（FASID）顧問の速水佐次郎教授の基調講演に加えて、3つの課題ごとのセッション（開発戦略と人間の安全保障、国際開発のための科学技術、能力構築とガバナンス）において活発な議論が行われ、会議は盛況のうちに終了しました。

なお、会議の概要及び会議声明は下記のHPに掲載されます。

<http://www.sustaina2007.com/>



- 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。

■ 日本学術会議第151回総会について（結果報告）

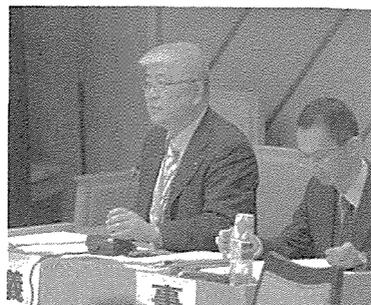
日本学術会議第151回総会が平成19年10月10日(水)及び11日(木)の2日間にわたって開催されました。総会初日には、金澤一郎会長の活動状況報告に続いて、会員の所属部の変更について提案説明及び採決が行われました。

次に、科学と社会委員会年次報告等検討分科会瀬戸暁一委員長から「年次報告－新生日本学術会議2年目の活動報告（平成18年10月～平成19年9月）－」について報告がありました。

この報告書は、平成18年10月から平成19年9月までの日本学術会議の活動状況等を取りまとめたものです。

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/iinkai/nenji/index.html#re>



続いて、「日本学術会議憲章」草案について憲章起草委員会鈴木興太郎委員長から説明がありました。

最後に野依良治氏（第三部会員、理化学研究所理事長）による特別講演「知識基盤社会における我が国大学院の「あるべき姿」－グローバル・エクセレンスを目指す」が行われました。

講演資料は、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/iinkai/sokai/index.html#kouen>



総会2日目には各部における活動状況報告に続き、自由討議として「日本学術会議憲章」、「外国人科学者の日本学術会議における位置付け」等について活発な意見交換が行われました。

次に、9月20日の幹事会で改正された「日本学術会議地区会議運営要綱」について、科学者委員会浅島誠委員長及び中部地区会議後藤俊夫代表幹事から報告がありました。

また、科学と社会委員会科学力増進分科会毛利衛委員長から、「サイエンスアゴラ2007」の開催案内や科学技術リテラシー委員会の報告もあり盛会裏に終了しました。

今回の総会は平成20年4月7日(月)～9日(水)に開催されますので、会員の皆様の御出席をお願いいたします。

【お問い合わせ先】

日本学術会議事務局企画課

Tel : 03-3403-3768 Fax : 03-3403-1260 E-mail : p225@scj.go.jp

※野依良治先生の特別講演の様様については、次号掲載予定です。

■ IAC「持続可能なエネルギー：未来への指針—

"Lighting the Way: Toward a Sustainable Energy Future"」についての の会長コメントの公表（ご報告）

日本学術会議会長コメント

平成19年10月22日

日本学術会議が加入している国際学術団体のひとつであるインターアカデミーカウンスル（IAC：InterAcademy Council）は、「持続可能なエネルギー：未来への指針—"Lighting the Way: Toward a Sustainable Energy Future"」と題する報告書を取りまとめ、本日公表しました。

日本学術会議は、会員がスタディパネルのメンバーとして検討に参画するとともに、昨年12月にはスタディパネルメンバーや我が国の専門家が参加したIACエネルギーワークショップを東京にて主催し、本報告の取りまとめに寄与しています。

IACは15名の専門家によるスタディパネルを設置し、エネルギー問題に関して人類が直面する以下の課題について検討を行いました。

貧しい人々にも電気やクリーンな燃料を提供するためにはどうしたらよいか？

大気汚染や地球温暖化に対処するために必要なエネルギー技術は何か？

化石エネルギー資源の供給を安定化するために何をすべきか？

スタディパネルがとりまとめたこの報告書は、これら課題の解決の手がかりとして以下の提言を示しています。

- ・エネルギー効率向上、炭素排出に対する価格指標の設定、炭素回収・隔離及び再生可能エネルギーの普及、原子力に関する課題の整理を含めた持続可能なエネルギーシステムへの移行の道筋
- ・移行を支援するための政策的、財政的要件
- ・研究・開発・実証の優先順位とその実現のために求められる政治的・知的・財政的投資

日本学術会議は、持続可能な社会の実現に向けた取組みとして、本年3月に対外報告「地球温暖化とエネルギー—持続可能な社会に向けた衡平な負担—」を公表するとともに、現在、「水・食糧と持続可能な社会委員会」、「地球温暖化等、人間活動に起因する地球環境問題に関する検討委員会」において精力的に審議を行っております。

引き続き、国際的な学術団体や国連機関とも緊密に連携し、この問題を含め、世界的な諸課題の解決に向けて積極的に貢献してまいります。

日本学術会議会長 金澤一郎

●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。

日本看護研究学会雑誌投稿規程

1. 投稿者

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

2. 投稿の種類と内容

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

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

学術上および技術上価値ある新しい研究成果を記述した論文。

投稿時にカテゴリーⅠ、Ⅱ、Ⅲ、のいずれかを選択する。

■研究報告

学術上および技術上価値ある新しい研究成果で、前掲「原著論文」ほどまとまった形ではないが、これだけでも早く発表する価値のある論文。

■技術・実践報告

技術的な問題についての実践結果の報告で、その手段あるいは得られた成果が大きな波及効果を期待できる記事。

■総説

特定の問題に関する文献を集めて分析検討した論文。

3. 原稿の送付

投稿原稿は、所定の表紙（学会誌最終頁に綴じ込まれている）に必要事項を記入の上、本文、図表、写真等、を綴じたオリジナル原稿、およびオリジナル原稿のコピー3部（査読用なので、著者が特定できる部分（謝辞などを削除したもの））を添えて下記に送付する。

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

日本看護研究学会 編集委員会 委員長 川口 孝泰 宛

（封筒の表には、「■看護誌原稿」と朱書きし、書留郵便で郵送すること。）

事務局に到着した■を原稿受付■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■とする。

4. 原稿の受付

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

5. 投稿の採否

投稿の採否は、規程の査読を経たうえで本誌編集委員会が決定する。場合により著者に内容の追加あるいは短縮を求めることがある。また著者に承認を求めたうえで投稿の種類を変更することがある。

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

なお原稿は原則として返却しない。

なお原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

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

〔凡例〕 ○：評価の対象とする，空欄：評価するが過度に重視しない。

6. 原稿の校正

校正にあたり，初校は著者が，2校以後は著者校正に基づいて編集委員会が行う。

なお校正の際の加筆は一切認めない。

7. 原稿掲載料・別刷料

原稿が刷り上がりで，10頁以下（800字詰原稿用紙30枚（図表含む））の場合は，掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は，所定の料金を徴収する。超過料金は，刷り上がり超過分1頁につき実費とする。

図表は，A4判用紙にトレースした原図を添える事。印刷業者でトレースが必要になった時はその実費を徴収する。

別刷については，印刷ファイル（pdf）の形で無料で配布する。刷紙媒体に必要な著者は，直接印刷業者に依頼すること。刷紙体は有料で，料金は，30円×刷り上がり頁数×部数（50部を単位とする）。ただし本会より執筆を依頼したものについてはこの限りではない。

8. 著作権

会員の権利保護のために，掲載された原稿の著作権は本会に属するものとする。他者の著作権に帰属する資料を引用するときは，著者がその許可申請手続きを行なう。

9. 原稿執筆要項

別に定める。

この規程は，昭和59年12月1日より発効する。

付 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 4) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 5) 平成16年7月28日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。

原稿執筆要項

1. 原稿の書き方

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

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

①雑誌の場合：

番号) 著者名：表題、雑誌名、巻(号)、始ページ-終ページ、発行年(西暦)

-例-

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

②書籍の場合：

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

-例-

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

③編集者の場合：

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

-例-

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

④電子文献の場合：

番号) 著者：タイトル, 入手日, アドレス

-例-

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

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

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

2. 原稿用紙および原稿の長さ

800字詰め原稿用紙3枚が刷り上がり1ページに相当する。刷り上がりが下記のページ数を超過しないように配慮すること。ただし、表題、図表等の一切を含むものとする。図表を仕上がり寸法（原版の2/3で大まかに見積る）で、A4サイズ用の紙に配置した場合に必要なページ数を下記のページ数から差し引いたページ数に、2400文字を乗じた数が本文及び引用文献に使用できる文字数になる。

- | | |
|-------------|-------|
| (1) 原著論文 | 10ページ |
| (2) 研究報告 | 10ページ |
| (3) 技術・実践報告 | 7ページ |
| (4) 総説 | 7ページ |

3. 原稿の電子媒体での提出

原則として、原稿の内容を電子媒体（フロッピーディスク、MO、CDの、いずれか）で提出する。ラベルには著者、表題、使用機種、使用ソフトウェアを明記すること。

この要項は、昭和59年12月1日より発効する。

付 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成10年7月30日 一部改正実施する。
- 4) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 5) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。

(注)

1. 論文目録

日本看護研究学会雑誌に掲載された原著論文および研究報告等，全ての論文について原稿種類別，巻号別，掲載順にまとめた。

著者名：標題，英文標題，巻（号），掲載頁，発行年（西暦）の順に掲載した。

2. 著者索引

原著論文および研究報告等，全ての論文の著者名をあいうえお順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。なお，筆頭著者の巻（号）はゴシック体にした。

3. 事項索引

論文ごとに，その標題より若干の用語を選定した。配列は邦文をあいうえお順，次に欧文をアルファベット順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。

1. 論文目録

第30巻

【原著】

森下晶代：心筋症患者の日常生活上の困難に対するコーピング，Coping for Difficulty in Daily Life on Patients with Cardiomyopathy, 30(1), 49-57, 2007.

野澤明子，岩田真智子，白尾久美子，佐藤直美，稲勝理恵：■液透析患者自己管理行動尺度の作成と信頼性・妥当性の検討，Development of the Self-Management Behavioral Scale of Hemodialysis Patient to Evaluate its Reliability and Validity, 30(1), 59-66, 2007.

■清恭子，齋藤やよい：コントロール感覚からみた産褥早期の母親の出産体験の分析，Analysis of Childbirth Experience Based on Early Puerperal Locus of Control, 30(1), 67-77, 2007.

渋谷菜穂子，奥村太志，小笠原昭彦：看護師を対象としたRathus Assertiveness Schedule 日本語版の作成，Development of the Japanese Version of the Rathus Assertiveness Schedule for Nurses, 30(1), 79-88, 2007.

石井京子，藤原千恵子，河上智香，西村明子，新家一輝，町浦美智子，大平光子，上田恵子，仁尾かおり：患者のレジリエンスを引き出す看護師の支援とその支援に関する要因分析，Nurses' Support Contributes to Patients' Resilience, 30(2), 21-29, 2007.

廣瀬規代美：喉頭摘出を受けた喉頭・咽頭がん患者の食道発声獲得プロセス，Esophageal Speech Learning Process in Cancer Patients who underwent Laryngectomy, 30(2), 31-42, 2007.

眞鍋えみ子，笹川寿美，松田かおり，北島謙吾，園田悦代，種池礼子，上野範子：看護学生の臨地実習自己効力感尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討，Development of a Self-Efficacy Scale for Nursing Students during Clinical Training and an Assessment of its Reliability and Validity, 30(2), 43-53, 2007.

塚本尚子，野村明美：組織風土が看護師のストレス，バーンアウト，離職意■に与える影響の分析，Analysis of the Effect of Organizational Climate on Stressors Burnout and Turnover Intention Among Nurses, 30(2), 55-64, 2007.

納富史恵，藤丸千尋，岩崎瑞枝：長期入院児を亡くして2年未満の母親の悲嘆プロセス－「分かち合いの会」参加者の体験－，Clarification of the Grief Process in Mothers within the First Two Years of Losing a Child after Long-term Hospitalization Analysis of Eight Cases in a Self-help Group, 30(2), 65-75, 2007.

小笠原映子，椎原康史，小坂橋喜久代，中瀧広美，永松一真，秋好 力，鶴田晴美，安藤満代：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－, 30(4), 17-26, 2007.

森鎌祐子，叶谷由佳，大竹まり子，赤間明子，鈴木育子，小林淳子，田代久男，佐藤千史：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, 30(4), 27-35, 2007.

金子典代, 内海 眞, 市川誠一: 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, 30(4), 37-43, 2007.

沖中由美: 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 -, 30(4), 45-52, 2007.

松井希代子, 稲垣美智子: 透析に至った2型糖尿病患者における糖尿病合併症のとらえ方, Recognition of Complications in Type 2 Diabetes Mellitus Patients Undergoing Hemodialysis, 30(5), 13-22, 2007.

永井寿弥, 竹内登美子, 矢野正子: パンフレット方式とCAI方式による胃切除患者への食事指導の効果に関する比較研究, Comparison of Pamphlet Presentation Versus Computer-assisted Instruction (CAI) of Dietary Guidance for Gastrectomy Patients, 30(5), 23-30, 2007.

辻 ちえ, 小笠原知枝, 竹田千佐子, 片山由加里, 井村香積, 永山弘子: 中堅看護師の看護実践能力の発達過程におけるプラトー現象とその要因, The Plateau Phenomena and Factors Related to the Development of Nurses' Practical Abilities, 30(5), 31-38, 2007.

香川秀太, 櫻井利江: 学内から臨地実習へのプロセスにおける看護学生の学習の変化: 状況論における「移動」概念の視点から, Nurse Students' Change of Learning in Process from Classroom to Nursing Clinical Course: The Analysis Based on Concept of "Transition" in Situated Learning Theory, 30(5), 39-51, 2007.

[研究報告]

中村郷子, 古瀬みどり: 看護系大学学生の卒業研究における課題探求プロセス, The Searching Process for the Subject of Graduation Research in Nursing College Students, 30(1), 89-95, 2007.

平賀愛美, 布施淳子: 就職後3ヶ月時の新卒看護師のリアリティショックの構成因子とその関連要因の検討, Constituent and Related Factors of Reality Shock Extracted by New Graduate Nurses After Three Months' Practice, 30(1), 97-107, 2007.

平賀愛美, 布施淳子: 新卒看護師のリアリティショックとプリセプターからみた新卒看護師のリアリティショックに関する認識の相違, Differences Between Recognition of Reality Shocks by New Graduate Nurses and those Perceived by their Preceptors, 30(1), 109-118, 2007.

倉石真理: 機能訓練(A型)に通所する脳卒中後高齢在宅片麻痺者の自分らしさ獲得のプロセス, Process of Acquisition Quality of Oneself, a Person of Advanced Age At-home Single Paralysis After a Cerebrovascular Accident Who Commute to Function Training (A type), 30(1), 119-127, 2007.

松本浩子, 泉キヨ子: 脊髄損傷患者の急性期における体験, The Experience of Acute for the Patient with Spinal Cord Injuries, 30(2), 77-85, 2007.

藤野成美, 脇崎裕子, 岡村 仁: 精神科における長期入院患者の苦悩, Suffering of Patients Long-Stay Admitted in Psychiatric Hospital, 30(2), 87-95, 2007.

宮武典子: NICUに入院していた児を育てている母親の夫のサポート・ピアサポートと育児不安および対処方略の関連,

Association Between Husband's Support/Peer Support and Childcare Anxiety/Coping Strategies in Mothers with Children Who were Experienced NICU Care, 30(2), 97-108, 2007.

中島美津子：Total Quality Management と組織変革に関する研究－変革構造と組織への影響－, Total Quality Management in Healthcare Organization – Influence and Organizational Change Structure –, 30(2), 109-118, 2007.

立松生陽, 市江和子：食物アレルギー児の母親における育児ストレスと家族対処についての研究, A Study on Parenting and Family Stress in Mothers of Food Allergy Children, 30(2), 119-128, 2007.

古村美津代：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, 30(4), 53-59, 2007.

古川秀敏, 国武和子：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, 30(4), 61-66, 2007.

谷垣静子, 乗越千枝, 仁科祐子：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, 30(4), 67-73, 2007.

深田順子, 鎌倉やよい, 比野友子, 伊東美穂, 羽田野杏子：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, 30(4), 75-83, 2007.

山田紀代美, 西田公昭：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, 30(4), 85-91, 2007.

叶谷由佳：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 –, 30(4), 93-104, 2007.

萱場桃子, 小澤三枝子：児の入院に伴う母親の生活行動における変化と■り具合に関する研究, The Impact of Children's Hospitalization on the Daily Routine of Mothers, 30(5), 53-60, 2007.

谷本千恵：当事者グループに対する保健師の認識と関わりの実態, Public Health Nurses' Awareness, Attitudes and Practices to Patient Support Groups, 30(5), 61-70, 2007.

恩地裕美子, 古瀬みどり：安定期に移行する胃瘍術後患者の積極的対処行動と生活習慣, 身体的状況および主観的健康統制感との関連, Correlation between Positive Coping, Life Style, Physical State, and Health Locas of Control, in Cancer Patients before Shifting to the Stable Stage After Gastrectomy., 30(5), 71-76, 2007.

[技術・実践報告]

美ノ谷新子, 福嶋龍子, 杉宮伸子：退院準備連絡票を活用した在宅療養支援システムの試み, The Development of a New Home-care Support System Utilizing a Liaison Form for Hospital Discharge Preparation, 30(1), 129-135, 2007.

折山早苗：精神看護学実習における「学び」の内容分析と看護過程の有効性, An Analysis of What Students in Psychiatric Nursing Practice and Effectiveness of Nursing Process, 30(1), 137-144, 2007.

原 祥子, 小野光美, 溜本教子：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, 30(4), 105-111, 2007.

[総説]

吹田麻耶, 鈴木純恵：クローン病者のQOL研究の現況 - 1996年～2005年 -, An Overview of the Research on Quality of Life in Patients with Crohn's Disease - 1996 ~ 2005 -, 30(5), 77-82, 2007.

2. 論文著者索引

- あ
赤間明子 30(4) 27
秋好力 30(4) 17
安藤満代 30(4) 17
- い
石井京子 30(2) 21
泉キヨ子 30(2) 77
市江和子 30(2) 119
市川誠一 30(4) 37
伊東美穂 30(4) 75
稲垣美智子 30(5) 13
稲勝理恵 30(1) 59
井村香積 30(5) 31
岩崎瑞枝 30(2) 65
岩田真智子 30(1) 59
- う
上田恵子 30(2) 21
上野範子 30(2) 43
内海真 30(4) 37
- お
大竹まり子 30(4) 27
大平光子 30(2) 21
小笠原昭彦 30(1) 79
小笠原映子 30(4) 17
小笠原知枝 30(5) 31
岡村仁 30(2) 87
沖中由美 30(4) 45
奥村太志 30(1) 79
小澤三枝子 30(5) 53
小野光美 30(4) 105
折山早苗 30(1) 137
恩地裕美子 30(5) 71
- か
香川秀太 30(5) 39
片山由加里 30(5) 31
金子典代 30(4) 37
叶谷由佳 30(4) 27, 30(4) 93
- 鎌倉やよい 30(4) 75
萱場桃子 30(5) 53
河上智香 30(2) 21
- き
北島謙吾 30(2) 43
- く
國清恭子 30(1) 67
国武和子 30(4) 61
倉石真理 30(1) 119
- こ
小坂橋喜久代 30(4) 17
小林淳子 30(4) 27
- さ
齋藤やよい 30(1) 67
櫻井利江 30(5) 39
笹川寿美 30(2) 43
佐藤千史 30(4) 27
佐藤直美 30(1) 59
- し
椎原康史 30(4) 17
渋谷菜穂子 30(1) 79
白尾久美子 30(1) 59
- す
杉富伸子 30(1) 129
鈴木育子 30(4) 27
鈴木純恵 30(5) 77
- そ
園田悦代 30(2) 43
- た
竹内登美子 30(5) 23
竹田千佐子 30(5) 31
田代久男 30(4) 27
立松生陽 30(2) 119
- つ
塚本尚子 30(2) 55
辻ちえ 30(5) 31
鶴田晴美 30(4) 17
- な
永井寿弥 30(5) 23
中島広美 30(4) 17
中島美津子 30(2) 109
永松一真 30(4) 17
中村郷子 30(1) 89
永山弘子 30(5) 31
- に
新家一輝 30(2) 21
仁尾かおり 30(2) 21
西田公昭 30(4) 85
仁科祐子 30(4) 67
西村明子 30(2) 21
- ぬ
酒本教子 30(4) 105
- の
納富史恵 30(2) 65
野澤明子 30(1) 59
野村明美 30(2) 55
乗越千枝 30(4) 67
- は
羽田野杏子 30(4) 75
原祥子 30(4) 105
- ひ
日比野友子 30(4) 75
平賀愛美 30(1) 97, 30(1) 109
廣瀬規代美 30(2) 31

ふ

深田 順子 30(4) 75
吹田 麻耶 30(5) 77
福嶋 龍子 30(1) 129
藤野 成美 30(2) 87
藤丸 千尋 30(2) 65
藤原 千恵子 30(2) 21
布施 淳子 30(1) 97 , 30(1) 109
古川 秀敏 30(4) 61
古瀬 みどり 30(1) 89 , 30(5) 71
古村 美津代 30(4) 53

ま

町浦 美智子 30(2) 21
松井 希代子 30(5) 13
松田 かおり 30(2) 43
松本 浩子 30(2) 77
真鍋 えみ子 30(2) 43

み

美ノ谷 新子 30(1) 129
宮武 典子 30(2) 97

も

森 鍵 祐子 30(4) 27
森下 晶代 30(1) 49

や

矢野 正子 30(5) 23
山田 紀代美 30(4) 85

わ

脇崎 裕子 30(2) 87

3. 事項索引

あ		患者	30(2) 21, 30(5) 23
RAS	30(1) 79	患者教育	30(5) 13
アロマセラピー	30(4) 17	患者自身の情報提供	30(1) 129
アンケート	30(5) 53	患者心理	30(5) 13
胃癌術後	30(5) 71		
		き	
い		機能訓練	30(1) 119
育児ストレス	30(2) 119	キャリア	30(2) 21
育児不安	30(2) 97	急性期	30(2) 77
胃切除術後	30(5) 23	共通用語	30(2) 109
移動	30(5) 39		
		く	
え		苦悩	30(2) 87
HIV 感染予防行動	30(4) 37	クリティカルパス	30(4) 93
HIV 抗体検査	30(4) 37	クローン病	30(5) 77
NICU	30(2) 97		
エンパワーメント	30(5) 61	け	
		ケアスタッフ	30(4) 105
お		ケア提供者	30(4) 45
夫のサポート	30(2) 97	ゲイ・バイセクシュアル男性	30(4) 37
温罨法	30(4) 75	血圧	30(4) 75
		血液透析療法	30(1) 59
か		研究課題	30(1) 89
関わり	30(5) 61	検診	30(4) 67
学内	30(5) 39		
家族看護	30(5) 53	こ	
片麻痺	30(1) 119	喉頭摘出	30(2) 31
がん看護	30(2) 31	高齢者	30(4) 45, 53, 61, 67, 105
柑橘系精油	30(4) 17		
看護学生	30(1) 137, 30(2) 43, 30(5) 39	コーピング	30(1) 49
		子ども	30(2) 119
看護過程	30(1) 137, 30(2) 109	子どもを亡くした母親	30(2) 65
看護教育	30(1) 137, 30(2) 43	コミュニケーション技法	30(4) 85
看護系大学学生	30(1) 89	コントロール感覚	30(1) 67
看護師	30(1) 79, 30(2) 21, 30(2) 55	困難	30(1) 49
		computer-assisted instruction (CAI)	30(5) 23
看護実践能力	30(1) 97, 30(5) 31		
看護職の意識	30(4) 93	さ	
看護職の知識	30(4) 93	産褥早期	30(1) 67
介護スタッフ	30(4) 85		
看護組織	30(2) 109		

し

支援	30(2)	21
自己管理行動	30(1)	59
自己効力感	30(2)	43
死別後2年未満	30(2)	65
施設	30(4)	45
施設入所	30(4)	53
自分らしさ	30(1)	119
在宅	30(1)	119
在宅介護支援センター	30(1)	129
在宅療養アセスメントシート	30(1)	129
在宅療養支援システム	30(1)	129
尺度	30(1)	59. 30(2) 43
修正版グラウンデッドセオリー	30(1)	89
社会参加	30(4)	61
主観的健康統制感	30(5)	71
主張	30(4)	45
術後Alb値	30(5)	71
出産体験	30(1)	67
障害	30(2)	77
状況論	30(5)	39
小児看護	30(5)	53
食事指導	30(5)	23
褥瘡	30(4)	93
食道発声	30(2)	31
食物アレルギー	30(2)	119
心筋症	30(1)	49
新卒看護師	30(1)	97. 30(1) 109
信頼性	30(1)	79
心理的プロセス	30(4)	53

す

スクリーニング	30(4)	27
ストレッサー	30(2)	55

せ

生活行動	30(5)	53
生活の質	30(5)	77
成人	30(5)	77
精神科	30(2)	87
精神看護学実習	30(1)	137
脊髄損傷	30(2)	77
積極的対処行動	30(5)	71
セルフヘルプ	30(5)	61

そ

相互作用	30(4)	105
ソーシャル・サポート	30(4)	61
組織変革	30(2)	109
組織風土	30(2)	55
卒業研究	30(1)	89

た

退院支援	30(4)	27
退院準備連絡票	30(1)	129
体験	30(2)	77
対処行動	30(2)	119
対処方略	30(2)	97
妥当性	30(1)	79

ち

中堅看護師	30(5)	31
長期入院患者	30(2)	87
長期入院児	30(2)	65

て

TQM(総合的質管理)	30(2)	109
-------------	-------	-----

と

当事者グループ	30(5)	61
透析	30(5)	13
糖尿病合併症	30(5)	13
特定機能病院	30(4)	27

な

内容分析	30(1)	49
------	-------	----

に

2型糖尿病	30(5)	13
認識の相違	30(1)	109
認知症	30(4)	85

ね

熱布温	30(4)	75
-----	-------	----

の

脳卒中	30(1)	119
-----	-------	-----

は		よ	
バーンアウト	30(2) 55	抑うつ	30(4) 53, 61
母	30(5) 53	4つのアサーションタイプ	30(1) 79
母親	30(2) 119		
ひ		ら	
ピアサポート	30(2) 97	ライフストーリー	30(4) 105
悲観プロセス	30(2) 65	ライフレビュー	30(4) 53
ヒト免疫不全ウイルス	30(4) 37		
皮膚コンダクタンス	30(4) 17	り	
皮膚表面温	30(4) 75	リアリティショック	30(1) 97, 109
		離職意図	30(2) 55
		離職願望	30(1) 97
ふ		リフレッシュメント	30(4) 17
プラトー現象	30(5) 31	リラクセーション	30(4) 17
プリセプター	30(1) 109	臨床経験	30(5) 31
プロセス	30(2) 31	臨地実習	30(2) 43, 30(5) 39
ほ		れ	
訪問看護	30(4) 93	レジリエンス	30(2) 21
保健所	30(4) 37	連携	30(4) 27
保健行動	30(4) 67		
保健師	30(5) 61		
		わ	
		分かち合いの会	30(2) 65
ま			
慢性疾患	30(5) 77		
め			
面談過程	30(4) 105		

欧文		Difficulty	30(1) 49
a nursing organization	30(2) 109	disability	30(2) 77
acute	30(2) 77	discharge planning	30(4) 27
adults	30(5) 77		
after gastrectomy for cancer	30(5) 71	early puerperal	30(1) 67
aromtherapy	30(4) 17	elderly	30(4) 45, 61, 67, 105
assessment sheet for home-care	30(1) 129	empowerment	30(5) 61
at-home	30(1) 119	esophageal	30(2) 31
		experience	30(2) 77
blood pressure	30(4) 75		
burnout	30(2) 55	facility	30(4) 45
		family nursing	30(5) 53
cancer nursing	30(2) 31	foodallergy	30(2) 119
Cardiomyopathy	30(1) 49	four types of assertion	30(1) 79
care staff	30(4) 105	function training	30(1) 119
career	30(2) 21		
caregiver	30(4) 45	gastrectomy	30(5) 23
child nursing	30(5) 53	gay and bisexual men	30(4) 37
childbirth experience	30(1) 67	graduation research	30(1) 89
childcare anxiety	30(2) 97	grief process	30(2) 65
children	30(2) 119		
chronic illness	30(5) 77	health behavior	30(4) 67
citrus fruit essential oil	30(4) 17	health examinations	30(4) 67
classroom	30(5) 39	health locus of control	30(5) 71
clientsent his own information	30(1) 129	hemodialysis	30(1) 59, 30(5) 13
clinical training	30(2) 43	HIV	30(4) 37
common term	30(2) 109	HIV antibody testing	30(4) 37
communication strategie	30(4) 85	HIV preventive behavior	30(4) 37
computer-assisted instrction (CAI)	30(5) 23	home-care support center	30(1) 129
Content Analysis	30(1) 49	home-care support system	30(1) 129
cooperate with the organization	30(4) 27	hot compresses	30(4) 75
Coping	30(1) 49	hot towel temperature	30(4) 75
coping behaviors	30(2) 119	husband's support	30(2) 97
coping strategies	30(2) 97		
critical path	30(4) 93	institutionalization	30(4) 53
Crohn's disease	30(5) 77	interaction	30(4) 105
		interview process	30(4) 105
daily routine	30(5) 53	involvement	30(5) 61
decubitus	30(4) 93		
demand	30(4) 45	laryngectomy	30(2) 31
dementia	30(4) 85	less than two years after a child's death	30(2) 65
depression	30(4) 53, 61	liaison form for hospital discharge preparation	
diabetic complication	30(5) 13		30(1) 129
dietary guidance	30(5) 23	life review	30(4) 53
difference in recognition	30(1) 109	life story	30(4) 105

Locus of Control	30(1) 67	questionnaire	30(5) 53
long-stay patients	30(2) 87	RAS (Rathus Assartiveness Schedule)	30(1) 79
long-term hospitalization child	30(2) 65	reality shock	30(1) 97, 109
		refreshment	30(4) 17
mid-career nurse	30(5) 31	relaxation	30(4) 17
mother	30(2) 119, 30(5) 53	reliability	30(1) 79
mother of losing a child	30(2) 65	research subject	30(1) 89
		resilience	30(2) 21
new graduate nurses	30(1) 97, 109		
NICU	30(2) 97	scale	30(1) 59, 30(2) 43
nurse	30(2) 21, 55	screening tool	30(4) 27
nurse student	30(5) 39	self-efficacy	30(2) 43
nurses	30(1) 79	self-help	30(5) 61
nurses' knowledge	30(4) 93	self-help group	30(2) 65
nurses' practical ability	30(5) 31	self-management behavior	30(1) 59
nurses' recognition	30(4) 93	single paralysis	30(1) 119
nursing assistant	30(4) 85	situated learning theory	30(5) 39
nursing clinical course	30(5) 39	skin conductance	30(4) 17
nursing college students	30(1) 89	skin temperature	30(4) 75
nursing education	30(1) 137, 30(2) 43	social participation	30(4) 61
nursing process	30(1) 137, 30(2) 109	social support	30(4) 61
nursing students	30(1) 137, 30(2) 43	special functioning hospital	30(4) 27
		spinal cord injuries	30(2) 77
organizational change	30(2) 109	stressors	30(2) 55
organizational climate	30(2) 55	stroke	30(1) 119
		suffering	30(2) 87
pareting stress	30(2) 119	support	30(2) 21
patient	30(2) 21, 30(5) 23	support groups	30(5) 61
patient education	30(5) 13		
patient psychology	30(5) 13	the elderly	30(4) 53
peer support	30(2) 97	the modified grounded theory approach	30(1) 89
plateau phenomenon	30(5) 31	total quality management	30(2) 109
positive coping	30(5) 71	transition	30(5) 39
postoperative albumin	30(5) 71	turnover intention	30(2) 55
practical nursing abilities	30(1) 97	type 2 diabetes mellitus	30(5) 13
preceptors	30(1) 109		
process	30(2) 31	validity	30(1) 79
psychiatric	30(2) 87	visiting nurse	30(4) 93
psychiatric nursing practice	30(1) 137		
psychological process	30(4) 53	wish to leave the job	30(1) 97
public health center	30(4) 37		
public health nurse	30(5) 61	year of clinical experience	30(5) 31
quality of life	30(5) 77		
quality of oneself	30(1) 119		

事務局便り

1 第34回学術集会演題申込条件について

学術集会演題申込には、「発表年度に会員であること」が条件です（平成16年度改正）。発表年度までの年会費納入をご確認の上、お申込下さい。なお、詳細は、ホームページおよび最新の学会雑誌巻末の入会申込用紙の留意事項に記しておりますのでご覧下さい。

2 平成20年度会費納入について

今回お送りした、学会雑誌30巻5号は、平成19年度最終号ですので、平成20年度用の会費振込用紙を同封いたしております。皆様には平成20年度も会費を継続して下さいようお願い申し上げます、平成20年度会費7,000円をお納め下さいますようお願いいたします。

3 平成19年度会費未納の方へのお願い

平成19年度会費の納入がお済みでない場合は、平成19年度と平成20年度の会費を合わせた金額14,000円をお振り込み下さいますようお願いいたします。

会則第9条 会計第22条のとおり、年度末までに「次年度から退会」のお申し出がない限り、会員資格は自動的に継続されます。今年度はすでに30巻1号～4号を送付し、本日5号をお送りしております。年度末も進っておりますので、お早めに平成19年度会費をお振込下さいますようお願いいたします。

なお、平成19年度会費納入の上で「平成20年度からの退会」を希望される方は、平成19年度内（平成20年3月31日まで）に事務局まで文書でお申出下さい。

会費・振込先は、下記の通りです。

年会費 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、お振込の際は、必ず会員番号をご記入下さい。ATMによるお振込の場合、会員番号・氏名・ご連絡先の記述のない場合がありますのでご注意ください。会員番号は、封筒のラベルに明記しております。

ラベル見本

260-0856
千葉県中央区亥鼻1-2-10
千葉 花子
(3)(ち9999)(2007)
平成20年度会費をお支払い下さい。

①：地区番号
②：会員番号
③：会費最終納入年度

4 送付先変更の場合、学会雑誌巻末の「変更届」に新しい送付先を楷書でお書きいただき、フリガナを付記し、FAX (043-221-2332) またはメール(info@jsnr.jp)で事務局までお知らせ下さい。

5 下記の方が住所不明です。ご存知の方は、本人、または事務局までご連絡下さい。

か0557 鈴木基子 く0123 久米弥寿子 や0373 山本弘美 (2007)
あ0435 朝倉美奈 い0855 乾富士男 は0430 浜口典子 や0253 山本 昇 (2006)
た0706 田島美奈 ま0510 松戸典文 や0510 八木美樹 よ0194 渋谷明子 (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

※ 個人情報の管理について

日本看護研究学会では、ご登録の個人情報を慎重に取扱い、本会運営目的のみに使用いたしております。

日本看護研究学会雑誌

第30巻 5号

会員無料配布

平成19年12月20日 印刷

平成19年12月20日 発行

編集委員

委員長 川口 孝泰 (理事) 筑波大学大学院人間総合科学研究科

委員 川西千恵美 (理事) 徳島大学医学部保健学科

山勢 博彰 (理事) 山口大学大学院医学系研究科

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 千葉県中央区亥鼻1-2-10

☎ 043-221-2331

FAX 043-221-2332

新ホームページアドレス

http://www.jsnr.jp

E-mail: info@jsnr.jp

発行責任者 山口 桂子

印刷所 (株) 正文社

〒260-0001 千葉県中央区都町1-10-6

日本看護研究学会 投稿原稿表紙

原稿種別 (番号に○)	1. 原著 (a. カテゴリーⅠ, b. カテゴリーⅡ, c. カテゴリーⅢ) 2. 研究報告 3. 技術・実践報告 4. 総説 5. 資料・その他 ()	
原稿投稿年月日	_____年 _____月 _____日	
和文題目		
英文題目		
キーワード (5語以内, 日本語/英語)		
1. /	2. /	3. /
4. /	5. /	
原稿枚数		
本文: _____枚	■: _____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

◇地域保健活動に欠かせない、生活モデルに基づく
的確なアセスメント実践ガイド!

地域看護 アセスメントガイド

アセスメント・計画・評価のすすめかた

佐伯和子／編

A4判 104頁 定価2,520円(税込)

ISBN978-4-263-23495-2

◇ケアの質の向上を目指した活動に生かすための
実践的テキスト!

認知高齢者の看護

中島紀恵子／責任編集

B5判 184頁 定価3,150円(税込)

ISBN978-4-263-23492-1

◇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 看護研究の進め方・まとめ方

エキスパートをめざして

横山美江／編

B5判 192頁 定価3,360円(税込)

ISBN978-4-263-23458-7

◇多くのケアを提供しなければならない訪問看護師
のための「摂食・嚥下ケア」の必携書!

訪問看護における 摂食・嚥下リハビリテーション

退院から在宅まで

鎌倉やよい、向井美恵／編著

B5判 160頁 定価2,520円(税込)

ISBN978-4-263-23501-0

◇「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

◇対人関係の壁にぶつかったとき、どう解決する
かのヒントを凝縮した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11月作成.IS

