

JOURNAL OF JAPANESE SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 31 Number 4 September 2008

ISSN 0285-9262

日本看護研究学会雑誌

[31巻 4号]

現実に適合する看護理論を開発するために

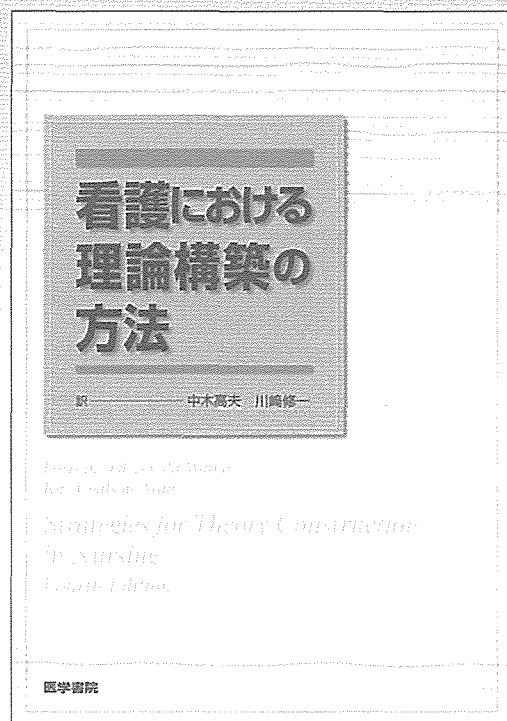
看護における 理論構築の 方法

*Strategies for Theory Construction
in Nursing*
Fourth Edition

新刊

著 L.O.Walker、K.C.Avant
訳 中木高夫 日本赤十字看護大学教授
川崎修一 日本赤十字看護大学講師

●A5 頁336 2008年
定価3,990円(本体3,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-00688-0]
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。



理論構築に至るまでの過程を段階ごとにわかりやすく述べ、そこで必要となる思考法・発想法や研究方法について解説。また、章末の練習問題で内容理解を確認できる構成になっている。基本事項を丁寧に説明しており、初学者はもとより、「現実への適合性が高い理論をいかに開発するか?」という課題に取り組む研究者にも欠かせない1冊。

目次

PART I 看護理論開発の概要

- CHAPTER1 背景からみた理論開発
- CHAPTER2 理論開発の要素・アプローチ・方法

PART II 概念開発

- CHAPTER3 概念統合
- CHAPTER4 概念導出
- CHAPTER5 概念分析

PART III 立言開発

- CHAPTER6 立言統合
- CHAPTER7 立言導出
- CHAPTER8 立言分析

PART IV 理論開発

- CHAPTER9 理論統合
- CHAPTER10 理論導出
- CHAPTER11 理論分析

PART V 看護理論についての概観

- CHAPTER12 概念、立言、そして理論の検証
- CHAPTER13 看護理論開発と看護知識開発の最先端



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [販売部] TEL: 03-3817-5657 FAX: 03-3815-7804
E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替: 00170-9-96693

会 告 (1)

平成20年度日本看護研究学会総会において、次の事項が提案の通り承認されましたので、お知らせ致します。

1. 平成19年度事業および会計に関する報告

2. 法人化について

1) 平成21年4月に「一般社団法人 日本看護研究学会」として法人化する。定款および関連規定は、平成21年2月(予定)開催の平成20年度第2回臨時評議員会において最終決定する。

2) 「一般社団法人 日本看護研究学会」の定款および施行細則等を作成する上で次のことを合意した。

①評議員をもってあてる社員の任期は4年とする。

(「法人設立時の評議員は現評議員をもってあてる」ことを含む。)

②会員の年会費については、現状のまま据え置く。

③評議員選挙は2年ごとに行い、半数改選とする。

(現行の方針を維持し、半数改選を具体化するための方策として、「現評議員は平成24年6月まで任期を延長することができる」ことを含む。)

④評議員の定数を「選挙人の約3%」とする。

3. 新規常設委員会の設置について

1) 研究倫理委員会の設置

2) 国際活動推進委員会の設置

4. 平成20年度事業計画および予算

平成20年8月20日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

会 告 (2)

平成20年度日本看護研究学会総会において、第37回(平成23年度)学術集会長は、北里大学看護学部 教授 黒田 裕子氏に決定しました。

平成20年8月20日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

会 告 (3)

第35回日本看護研究学会学術集会を下記のとおり、横浜市において開催いたしますのでお知らせいたします。

記

期 日：平成21年8月3日（月）、4日（火）

プレカンファレンスセミナー 8月2日（日）

場 所：パシフィコ横浜・国立大ホール・会議センター

〒220-0012 神奈川県横浜市西区みなとみらい1-1-11

学術集会 事務局

企画運営本部

〒228-0829 神奈川県相模原市北里2-1-1

北里大学大学院クリティカルケア看護学

第35回日本看護研究学会学術集会 事務局

T E L：042-778-8255

F A X：042-778-9069

E-Mail：kurodayuko@nrs.kitasato-u.ac.jp

ホームページ：http://www.xxxx.ac.jp/jsnr35/

学術集会参加申し込み等：

運営事務局

〒228-0829 神奈川県相模原市北里2-1-1

北里大学大学院クリティカルケア看護学

第35回日本看護研究学会学術集会 事務局

T E L：042-778-8255

F A X：042-778-9069

E-Mail：kurodayuko@nrs.kitasato-u.ac.jp

日本看護研究学会入会申込み等

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

日本看護研究学会事務局

T E L：043-221-2331

F A X：043-221-2332

平成20年9月20日

第35回日本看護研究学会学術集会

会 長 川 嶋 みどり

(日本赤十字看護大学 学部長)

会 告 (4)

日本看護研究学会奨学会規程に基づいて、平成21年度奨学会研究の募集を行います。応募される方は、規程および次頁募集要項に従って申請して下さい。

平成20年 9 月20日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

日本看護研究学会奨学会規程

第1条 (名 称)

本会を日本看護研究学会奨学会（研究奨学会と略す）とする。

第2条 (目 的)

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

第3条 (資 金)

本会の資金として、前条の目的で本会に贈与された資金を奨学金に当てる。

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年以上の会員歴がある者で、申請または推薦により、その研究目的、研究内容を審査の上、適当と認めた者若干名とする。

- 2) 日本看護研究学会学術集会において、少なくとも1回以上発表をしている者であること。
- 3) 単独研究、もしくは共同研究の責任者であること。
- 4) 推薦の手続きや様式は別に定める。
- 5) 奨学金は年間50万円を上限とし、適当と認められた研究課題の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奨学会研究として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。
- 5) 平成20年7月12日 一部改正実施する。

日本看護研究学会奨学会 平成21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年以上の会員歴がある者。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少なくとも1回以上の発表をしている者。
- 3) 単独研究もしくは共同研究者の責任者であること。

3. 応募期間

平成20年11月1日から平成21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	（筑波大学名誉教授）
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

選考された者には年間50万円を上限とし、適当と認められた研究課題の費用に充当するものとして贈る。

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 (5)

日本看護研究学会 学会賞および奨励賞に関する規程・細則および募集要項に基づいて、平成20年度学会賞の対象者を推薦して下さい。(第2回公告)

平成20年9月20日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

日本看護研究学会 学会賞および奨励賞に関する規程

(趣旨)

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

(種類)

第2条 表彰に次の2つの賞を設ける。

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

(審査対象)

第3条 審査対象は次のとおりとする。

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

(資格)

第4条 各賞は次の各号に該当する者に授与する。

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

(推薦)

第5条 各賞に対する推薦は、次のとおりとする。

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

(受賞者数)

第6条 各賞の授賞者数は、次のとおりとする。

- 1) 学会賞は毎年度1名以内。
- 2) 奨励賞は毎年度5名以内。

(選考)

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

(決定)

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

(表彰等)

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

(規程の改正)

第10条 本規程の改定は、理事会の議を経て行う。

附則

(施行期日)

この規程は、平成13年4月1日から施行する。

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

日本看護研究学会 学会賞および奨励賞に関する規程細則

(趣旨)

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

(選考基準)

第2条 各賞の選考は、次のとおりとする。

1) 学会賞

次のいずれかの条件を満たす者。

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

2) 奨励賞

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

(推薦方法)

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

(申請手続)

第4条 各賞候補者の申請は、次のとおりとする。

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

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

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

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

(選考委員会)

第5条 各賞の選考委員会は、次のとおりとする。

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

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

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

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

(その他)

第9条 副賞の内容については、当該年度の理事会において決定する。

第10条 提出書類（論文別刷を含む）は、返却しない。

(細則の改正)

第11条 本細則の改定は、理事会の議を経て行う。

附則

(施行期日)

この細則は、平成13年4月1日から施行する。

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

平成20年度学会賞募集要項

日本看護研究学会学会賞・奨励賞選考委員会

1. 応募方法・応募資格

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

2. 応募締切日

平成20年9月30日必着

3. 選考方法

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

4. 学会賞・奨励賞選考委員会

委員長 松 岡 緑 理事（学校法人福岡女学院看護大学教授・学部長）

委 員 影 山 セツ子 理事（天使大学教授）

〃 川 村 佐和子 理事（聖隷クリストファー大学大学院教授）

〃 黒 田 裕 子 理事（北里大学看護学部教授）

〃 小 山 真理子 理事（神奈川県立保健福祉大学教授）

(50音順)

5. 学会賞の交付

規程第9条、細則第9条により行う。

6. 応募書類は細則第10条により返却しない。

7. 学会賞申請書送付先

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

日本看護研究学会

学会賞・奨励賞選考委員会

委員長 松 岡 緑

目 次

一 原 著

心理教育を受けた統合失調症患者の「服薬の受け止め」.....	15
神戸常盤大学保健科学部看護学科 松 田 光 信	
子どもと医療者の関係性からみた心理的混乱行動とその緩和に関する研究	27
京都市立看護短期大学 今 西 誠 子	
慢性統合失調症患者の首尾一貫感覚（Sense of Coherence）の特徴とその関連要因.....	41
広島国際大学看護学部看護学科 中 村 百合子	
広島国際大学看護学部看護学科 山 崎 登志子	
広島国際大学看護学部看護学科 糠 信 憲 明	
広島国際大学看護学部看護学科 大 沼 いづみ	

一 研究報告

要介護高齢者の睡眠・覚醒パターンの実態	
－アクティビティケアへの参加頻度との関連に着目して－	49
山口大学大学院医学系研究科 堤 雅 恵	
広島大学大学院保健学研究科 小 林 敏 生	
広島大学大学院保健学研究科 宮 腰 由紀子	
山口県立大学看護栄養学部 田 中 マキ子	
山口県立大学看護栄養学部 広 瀬 春 次	
前山口県立大学看護学部 澄 川 桂 子	
宇部フロンティア大学短期大学部 涌 井 忠 昭	
健康成人女性を対象とした腹式呼吸による自律神経反応と尿中ホルモンの変化	59
宮崎県立看護大学 田 中 美智子	
宮崎県立看護大学 長 坂 猛	
宮崎県立看護大学 矢 野 智 子	
広島大学 小 林 敏 生	
金沢工業大学 榊 原 吉 一	
看護系大学に勤務する助手の個人属性、教員特性および職務満足感からみたバーンアウトに関する研究.....	67
岐阜県立看護大学 片 岡 三 佳	
岐阜県立看護大学 小 澤 和 弘	
聖隷クリストファー大学 市 江 和 子	
北里大学大学院 岩 満 優 美	
認知症高齢者を介護する嫁の介護意識の変容.....	75
松本短期大学 渡 辺 千枝子	

クリティカルケア領域の看護師のメンタルヘルスに関する研究	
－感情労働・Sense of Coherence・ストレス反応の関連－	87
	広島大学大学院保健学研究科 岩谷美貴子
	岡山大学大学院保健学研究科 渡邊久美
	香川県立保健医療大学 國方弘子
抗がん剤漏出による皮膚傷害に関する実証的研究	95
	岩手県立大学看護学部 及川正広
	岩手県立大学看護学部 武田利明
－技術・実践報告－	
手術室看護師の業務に対する意識の一考察	101
	国際医療福祉大学 江口裕美子
	国際医療福祉大学大学院 湯沢八江

CONTENTS

Original Papers

- Schizophrenic Patients' "Acceptance of Medication" Following Psychoeducation 15
Faculty of Nursing, Department of Health Sciences, Kobe Tokiwa University : Mitsunobu Matsuda
- Investigation into the Development of Emotional Agitation in Children Based on the
Child-Health Professional Relationship 27
Kyoto Municipal Nursing Junior College : Tomoko Imanishi
- Distinctive Characteristics of SOC in Patients with Schizophrenia and Related Factors 41
Faculty of Nursing, Department of Nursing, Hiroshima International University : Yuriko Nakamura
Faculty of Nursing, Department of Nursing, Hiroshima International University : Toshiko Yamazaki
Faculty of Nursing, Department of Nursing, Hiroshima International University : Noriaki Nukanobu
Faculty of Nursing, Department of Nursing, Hiroshima International University : Izumi Onuma

Research Reports

- Sleep-wake Patterns of the Frail Elderly
Focusing on the Relationship to Frequency of Participation in Activity Care 49
Graduate School of Medicine, Yamaguchi University : Masae Tsutsumi
Graduate School of Health Sciences, Hiroshima University : Toshio Kobayashi
Graduate School of Health Sciences, Hiroshima University : Yukiko Miyakoshi
Faculty of Nursing and Human Nutrition, Yamaguchi Prefectural University : Makiko Tanaka
Faculty of Nursing and Human Nutrition, Yamaguchi Prefectural University : Haruji Hirose
School of Nursing, Yamaguchi Prefectural University : Keiko Sumikawa
Ube Frontier College : Tadaaki Wakui
- Autonomic Nervous and Hormonal Responses on the Voluntary Abdominal Breathing
Using the Diaphragm in Healthy Women 59
Miyazaki Prefectural Nursing University : Michiko Tanaka
Miyazaki Prefectural Nursing University : Mou Nagasaka
Miyazaki Prefectural Nursing University : Tomoko Yano
Hiroshima University : Toshio Kobayashi
Kanazawa Institute of Technology : Yoshikazu Sakakibara

The Relationship between Burnout, Individual Parameters, Teaching Aptitude and Job Satisfaction among Research Associates in Colleges of Nursing	67
Gifu College of Nursing : Mika Kataoka	
Gifu College of Nursing : Kazuhiro Ozawa	
Seirei Christopher University : Kazuko Ichie	
Graduate School of Medical Science Kitasato University : Yumi Iwamitsu	
Changes of Consciousness of Home Care Observed among Women Who Take Care of Elderly Parents-in-law with Dementia	75
Matsumoto Junior College : Chieko Watanabe	
A Study on Nurse's Mental Health in Critical Care – The Relationship Among Emotional Labor, Sense of Coherence and Strain –	87
Graduate School of Health Sciences, Hiroshima University : Mikiko Iwatani	
Graduate School of Health Sciences, Okayama University : Kumi Watanabe	
Kagawa Prefectural College of Health Sciences : Hiroko Kunikata	
Corroborative Study of Skin Lesions Induced by Anticancer Drug Extravasation	95
Faculty of Nursing, Iwate Prefectural University : Masahiro Oikawa	
Faculty of Nursing, Iwate Prefectural University : Toshiaki Takeda	
Technical Report	
Study on Awareness of Operating Room Nurses Towards their Duties	101
International University of Health and Welfare : Yumiko Eguchi	
Graduate School of International University of Health and Welfare : Yae Yuzawa	

心理教育を受けた統合失調症患者の「服薬の受け止め」

Schizophrenic Patients' "Acceptance of Medication" Following Psychoeducation

松 田 光 信

Mitsunobu Matsuda

キーワード：心理教育，統合失調症，服薬の受け止め，記述的研究

Key Words：psychoeducation, schizophrenia, acceptance of medication, descriptive study

I. はじめに

現在の精神科リハビリテーションは、患者の慢性長期化を防ぐ入院システムの構築を目指して、慢性長期入院患者のみならず急性期精神病状態の患者へも拡大されている。ところが、精神疾患の中でも統合失調症をもつ患者は、自らが精神疾患を患っているという自覚が低いこと、すなわち病識の希薄さがある他、服薬アドヒアランスが不良となり症状を再燃させることがある。したがって、患者が地域の中で質の高い生活を送るためには、服薬を継続することが必要であり、それには服薬の必要性を認識することが重要課題だといえよう。

そこで、精神保健・医療・福祉分野で注目される一つのアプローチが心理教育であり、これは既に、2002年世界精神医学会（World Psychiatric Association：WPA）のプログラム¹⁾や、1999年の米国エキスパートコンセンサスガイドライン²⁾の中で、統合失調症の心理社会的治療の一つとして位置づけられている。心理教育とは、単に情報や対処法を伝達するに留まらず、患者やその家族の主観的側面を重視するもの³⁾であり、患者の対処能力の獲得を目指して自律性を最大限に生かすことにより⁴⁾、患者が自分らしく生き生きとした生活を送る力量を身に付けるというエンパワーメントの効果⁵⁾も期待されている。本稿は、患者自身の主観的側面、自立性、生活力に焦点を当てて論じる。

精神疾患患者本人に対する心理教育プログラムに関する評価研究では、切迫した病気の徴候を正しく区別出来るようになる⁶⁾、副作用に対する恐怖感の軽減と薬物療法における確信の向上⁷⁾、内服薬使用量の減少⁸⁾、服薬と病気についての知識の獲得^{9)~11)}、精神症状の改善^{12), 13)}、精神症状の改善と共にスティグマを低下させる¹⁴⁾、そして再発予防効果^{15), 16)}、が明らかにされている。しかし、これらの評価研究では、単に知識の程度や症状あるいは行動の変化を捉えるに過ぎず、個々の統合失調症患者の内面を理解する

ことができない。

一方、質的研究によるものには、心理教育に参加した統合失調症患者は病であると認めることに葛藤を抱えたり、服薬を拠り所的なものと意味づけているとした論文¹⁷⁾や、心理教育と関連深い服薬教育に焦点を当てた論文¹⁸⁾、さらには、心理教育が統合失調症患者の対処方法、活動性、社会的相互作用に有効であるとした論文¹⁹⁾が存在した。このように、心理教育を受ける統合失調症患者の内面に注目した研究はわずかながら存在するものの、思考内容や思考過程の障害を特徴とする統合失調症患者が、心理教育を受けることによって、服薬をどのように受け止めるようになるのかという主観的側面については十分明らかにされていない。

本研究は、臨床看護師が関与することの多い心理教育に着目し、統合失調症患者の服薬の受け止めに患者の見地から理解しようとするものであり、研究成果は、未だ十分明らかにされていない統合失調症患者の服薬に対する受け止めに理解するための貴重な資料、かつ、臨床的有用性の高い心理教育プログラムを開発するための重要な資料になり得ると考える。

II. 研究目的

本研究の目的は、多職種のチームによる心理教育を受けた入院中の統合失調症患者が、服薬についてどのように受け止めているのかという主観的経験を記述することである。

III. 用語の定義

服薬の受け止め：日常生活における服薬に対する患者の認識。

心理教育：統合失調症患者の当事者グループに対して、疾患および薬物の作用と副作用に関する正しい知識を提供し、グループ内でそれぞれの患者が経験を共有できるよう

に教育的配慮を加えたアプローチ。

IV. 研究方法

1. 対象者および選定基準

北陸地方と近畿地方にある民間単科精神病院の精神科急性期治療病棟に入院し、心理教育を受ける統合失調症患者とした。なお、選定基準は、①統合失調症（ICD-10：F2）と診断されている、②言語的コミュニケーションが成立する、③年齢、性別、発病後の期間および入院回数は特定しない、④本研究の趣旨を理解し同意する、という4点の全てを満たす者とした。

2. 心理教育プログラムの条件

心理教育プログラムの最低条件は、①グループで実施している、②疾患の種類を解説している、③薬物の作用と副作用を解説している、④看護師、ケースワーカー、臨床心理士、薬剤師などによるチームアプローチを採用している、⑤1クールを4セッションで構成している、という5点の全てを満たすこととした。

3. 心理教育プログラムの運営方法

各施設は、それぞれオリジナルの資料を活用していた。資料の内容は、①病気と症状、②薬物療法、③再発予防のための生活上の注意、④人との付き合い方、の4項目で構成され、病気の説明にはストレス-脆弱性仮説が用いられていた。また、運営手段としては、全ての施設が講義形式による資料の解説、ホワイトボードを活用した記述や図解による説明、そして、患者同士による経験の語り合いが用いられていた。

4. データ収集期間

2005年3月から8月の6ヵ月間であった。

5. データ収集方法

1) 施設および対象者に対する研究への協力依頼の手順

施設に対する協力依頼は、研究協力依頼書と研究計画書の概要に基づいて施設長に行い、研究者が作成した同意書に署名を得た。対象者に対する協力依頼は、予め主治医または看護師が研究者の紹介と研究への協力を呼びかけ、その際に研究者が作成した研究協力依頼書・同意書と切手を貼付した返信用封筒を渡した（第一段階の依頼）。患者から同意書が返信された段階で看護師の協力を得て、患者に正式な研究への協力依頼を行う日時の調整をした。正式な研究への協力依頼は研究者自身が病棟に伺い、研究協力依頼書に基づいて研究目的、方法、倫理的配慮を説明し研究への協力を依頼した（第二段階の依頼）。

2) 心理教育の実際の見学

研究者は、心理教育を受ける患者が、どのような雰囲気の中で、どのような意見を述べているかを把握する目的で、データ収集開始前に各々の施設で実施されている心理

教育に2クール参加し、プログラムの内容と運営の実態を把握した。但し、本研究対象者のセッションには一切参加しないものとした。

3) 面接の方法

面接時期は、心理教育プログラムの開始前、心理教育プログラムの中間、全ての心理教育プログラム終了時とし、それぞれ1回（合計3回）の面接を計画した。但し、外出、外泊、検査等により面接時間の調整が困難な場合は、心理教育プログラム開始前と終了時の2回とした。

面接では、服薬に対する患者の考え方を語ってもらうために、プライバシーが確保出来る個室を使用して個別に行った。面接時は、患者の了解を得てカセットテープレコーダーに会話内容を収録した。また、患者の表情、姿勢、動作など一般的な行動に特徴的な変化がみられたときは、それをフィールドノートに記録した。さらに、患者の基本的情報を把握するために、看護記録・診療記録などから付加的データを収集した。

6. データ分析方法

患者の語りを分析の対象とし、Grounded Theory Approachを参考にして継続的比較分析を行い、カテゴリーを抽出した。そして、抽出したカテゴリーに基づいてモデルを作成した。なお、フィールドノートおよび看護記録・診療記録などのデータは、患者の語りを分析する際の補助的資料として使用し、分析対象とはしなかった。

7. 分析結果の妥当性検討

データ分析過程では、質的研究を専門とする精神看護学教員によるスーパーバイズを定期的に受け、カテゴリーおよびモデルの妥当性を高めた。

8. 倫理的配慮

本研究を開始するにあたっては、聖路加看護大学研究倫理審査委員会の審査を受けた。

倫理的配慮としては、自由参加の原則の下に、事前に次の内容を記載した研究協力依頼書と同意書を作成し、書面に基づいて十分な説明を行って同意を得た。研究協力依頼書の内容は、①研究に同意したあとに同意を撤回しても不利益を受けることがないこと、②研究を通して知り得たプライバシーにかかわることは一切他言しないこと、③本研究に対する質問についてはその都度回答すること、④本研究で使用したカセットテープは研究終了時に破棄すること、というものである。また、本研究に同意した患者からは、同意書に署名を得た。なお、同意書は2部用意して一部を患者に渡し、一部を研究者が保管した。

V. 結 果

1. 対象の特性と面接回数

対象者の特性は、分析対象患者数8名（女性5名、男性

3名), 年齢33~53歳(平均42.3歳), 入院回数1~4回(平均2回)であり, そのうち告知を受けている者2名, 入院形態は任意入院4名, 医療保護入院4名であった。また, 全ての患者は入院前に内服治療を受けた経験があり, 半数の患者は自己判断による服薬の中断経験があった。なお, 面接回数は2回受けた者が6名, 3回受けた者が2名であったが, 面接回数が多ければ語られる内容が詳細になるということとはなかった。

2. 心理教育を受けた入院中の統合失調症患者による「服薬の受け止め」

心理教育を受けた入院中の統合失調症患者による服薬の受け止めは、『対立カテゴリー』で構成され, それに関連するものとして『病気の受け止めカテゴリー』, 『将来の見通しカテゴリー』が見出された(図1参照)。本論文では, 最初にストーリーラインを提示した後に, カテゴリーとそれを構成するサブカテゴリーについて詳述する。なお, カテゴリーには<>, サブカテゴリーには<>, 具体例は下線付きのゴシック体で記載し, 末尾の【 】に事例のID番号を付した。

1) ストーリーライン

心理教育を受ける前の統合失調症患者は, 多かれ少なかれ<医療者への不信>を根底に抱えていた。この<医療者への不信>によって, 患者は医療者からの助言を受け容れることができず, <薬に頼りたくない>気持ちを強めていた。そして, <生活に服薬を組み込まない>と思考し, 他者を避けた<孤独な生活>を送っていた。このような認識をもつ患者であったが, 心理教育を受けることによって次第に<医療者への信頼>を寄せ, <薬に頼る>ことや<生活に服薬を組み込む>ことの必要性を認識し, <孤独感からの開放>を実感していた。ところが, 服薬の受け止めに関する患者の認識は, 一方向に単純に変化するものではなく, 心理教育を受けた後にも対立しており複雑であった。このように患者は, 対立する認識の中で, 服薬の受け止めと並行して自らが病気であることを受け止め始め, <退院後は上手に暮らす>という将来の生活を思考していた。

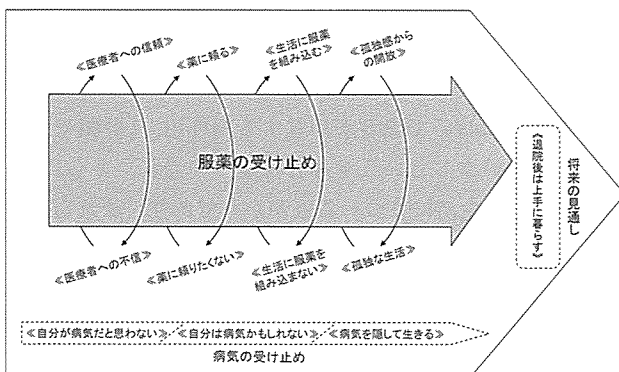


図1 統合失調症患者の「服薬の受け止め」

2) 服薬の受け止めの『対立カテゴリー』

このカテゴリーには, <医療者への信頼>対<医療者への不信>, <薬に頼る>対<薬に頼りたくない>, <生活に服薬を組み込む>対<生活に服薬を組み込まない>, <孤独感からの開放>対<孤独な生活>が見出された。

(1) <医療者への信頼>対<医療者への不信>

<医療者への信頼>は, 患者が基本的に医療者を信じることを意味し, これは, 医療者が患者の<希望を受け容れてくれる>という認識に支えられていた。

もう前から飲みたくないと言うてるけど, 先生が聞いてくれない。最初から病気じゃないと分かっているから。「(近所の人に)何してるか分からん」と言いふらされてたから, 心身ともに疲れてたから, それで, 2, 3日病院で寝たらもう良くなって, 点滴打っていたもんで良くなって, 退院した訳なんです。(中略)退院して2週間に一遍通院した時も, 薬を飲みたくないと言ったら「もうちょっと薬を飲んどきなさい」って言われたもんで飲んで, また飲みたくない言うんですけど, 先生が「飲んどきなさい」と言うて…。先生が変わったもんで, その先生に言うたら, その先生が「ほなら, 徐々に減らして行きましようねえ」って言うて, もう薬を飲まなくなって, 通院しなくなっただけですよ。嬉しかったんですよ。【ID7】

一方, <医療者への不信>は, 患者の望みや考えを聞き入れようとしない医療者のことは信じないという患者の認識を意味し, このように認識する患者は, 医療者が<情報提供してくれない>, または, <スタッフによる情報の相違>があると捉えていた。

<情報提供してくれない>と捉えていた患者は, これまで抗精神病薬がどのような症状を改善するのかという情報を得る機会が与えられなかったと言い, 時には自らの力で書籍やインターネットを使用して調べたと言う。

私はすごく統合失調って, 専門家に統合失調って病気のことについてすごく聞かせてもらって, 詳しく説明してもらいたかったんですね。で, インターネットで調べたりしてたんですね。でも, Aクリニックでは「そんなもん医者には任せとけば良いんです」って言われて, 何も説明してくださらなかったんですね。だけど(今回), こういう勉強会があるって聞いて, “ああ, 勉強したい”と思って, 自分にとって前向きな姿勢, うーん, 前向きな姿勢になれたなって思いました。【ID5】

また, <スタッフによる情報の相違>も<医療者への不信>を助長させていた。他の医療機関で治療を受けた経験をもつ患者によれば, 病院によって出される薬の種類が異なること, 処方される薬の量が著しく異なること, そして, 医療者によって説明する内容が異なることが, 医療者を信じられなくなる要因であった。

Bに入院した時は薬がもう山ほど出て、で、生理も止まっちゃって。そこでは“脳の中の分泌物が少なく出て出る病気”だって医者に言われたんですけど、そこで、Cクリニックで。私それから大学病院に運ばれたんですね、精神科に。で、そこで紹介されたCクリニックって地元にあるんですけど、神経内科と内科のその方は、大学病院の出身の方なんですけど、その方に聞いたら逆で、“脳の中の分泌物が多く出すすぎる病気”だって言われて。ドーパミンという物質が多く出すすぎる病気だって言われて…。医者が言ってる事が全然違うんで信用できないし、薬の量もCではこんな山ほど飲んでたのに、そこでは少しになったんですよ、薬が。【ID5】

(2) <薬に頼る>対<薬に頼りたくない>

<薬に頼る>は、患者が自分にとって薬は命の次に大切なものだとして位置づけていることを意味し、それは、薬が<効いている実感をもつ>、<苦しまないために飲む>、<必要な薬は飲む>、という患者の認識に支えられていた。

<効いている実感をもつ>ことができる患者は、服薬の効果を感じていた。被害妄想をもつ患者は、「なんか、大きな波が打ち寄せてきたのが小さな波になったという感じですね。」と、周囲の人々が沈静してゆく感覚を表現し、「すごく楽になった」と語った。このように、患者が、「効いている」と実感するのは、精神的な安定感、精神症状の改善、精神症状に支配されないものごとへの集中力を自覚できたときであった。

入院してからの方がお薬がよく効いて落ち着くようになった気がしますねえ。ほんとに、ここに来る前にお薬を飲んでましたけど、前はお薬を飲まなきゃ寝れないとかあるから、そういうことが一杯あったんですけど、最近は飲んでも寝なくても安心して…。そういう緊張みたいなものが取れてきたという感じがしますね。【ID1】

(妄想の)回数も減ったし、程度も減ったし、振り回されることも減った。うーん、妄想の間は“ほーっ”と妄想を聞いているから、小説を読むみたいに。それで振り回されなくなった。すごく楽になりました。【ID4】

また、患者の中には、<苦しまないために飲む>という認識も存在した。このように受け止める患者は、過去に自己判断による服薬の中断経験を有していた。このような経験を通して、患者は、服薬の中断により症状が悪化することや、精神症状が出現することにより、苦しむのは自分自身であると認識していた。そして、「心の平和を落ちつかせるのに薬は不可欠なもの」と認識していた。

“前みたいになりたくない”っていうそういう感じでしょうかねえ。飲んだほうが得や。苦しいですね。今回の入院でも、ここで特定の人2～3人が笑ったら自分が笑われて

るみたいな感じがして、ちょっとそこは辛いんですけど。

【ID3】

(薬は)命の次に大切なものかな。だから、薬を止めた時に、その後、ものすごく苦しい事が起こってきて、それを抑えるには薬しかないと思っている。薬って大切なものだなと思いますけど。【ID3】

患者はこのような経験を通して、<必要な薬は飲む>と捉え、上手に薬を利用するための発想へと辿り着いていた。

あの…必要な薬は飲もうと思ってますけど。極力あのう…副作用のある薬についてはちょっとどうかなと思ってますけど。手足が振るえたり、よだれが出たり、呂律がまわらない、それでも薬飲む量は減ると思うんですね。退院したら、まだ入院中ですから薬多めに出てますが、退院したら近くのクリニック行って最低限の薬の量に減りますので、それはそれで良いかなと思ってます。【ID6】

一方、<薬に頼りたくない>は、多量の服薬や長期間の服薬を避けたい気持ちを意味し、この気持ちは、<自分が病気だと思えない>、<副作用の心配が尽きない>、<薬がもたらす自己への違和感>、<副作用の辛さ>、<服薬に伴う窮屈な生活>、<服薬に対する周囲からの蔑視>、によって引き起こされていた。

患者が<薬に頼りたくない>と捉える最大の理由は、「最初から病気じゃないと分かっている」という確信や、「別にどこもしんどくない」という自覚困難な精神症状により<自分が病気だと思えない>ことであった。したがって、患者によっては、「飲んだほうがいいというから“退院までは”と思って飲んでます。」と語り、“退院まで”という条件付で服薬していた。

自分でどこらへんが病気なのか全然分からないんですよ、私。自分は街歩いてる人達と同じじゃないかと思ってらるんですね。今でもねえ。うーん、だから、自分ではどこが病気なのか分かんないんですよ、全然。うーん、お医者さんじゃないと判断つかないんですよ。そういうのはねえ。やっぱりねえ。周りの人達みんな飲んでるから私も飲まなきゃと思って。【ID5】

このような患者は、<副作用の心配が尽きない>という気持ちを抱いていた。その心配は、「生気がなくなる」という現時点において患者が知覚する副作用、「肝臓やられるんじゃないか」という身体合併症への恐れ、さらには、退院後の職業生活にまつわる気がかりであり、これらは将来に及ぶものであった。

一生飲まなきゃいけないんだったら飲みますけども、副作用とかが気になるんですよ。退院したって就職する時とかに、今は働いてないですけど、働いた時に一定量飲んでると眠たくなる。【ID1】

また、＜薬に頼りたくない＞と思う患者の中には、＜薬がもたらす自己への違和感＞を経験する者もいた。

先生が飲んどきなさいと言うもので、しょうがないから飲んでるってことですよ。今は薬飲んでるからあまり怒ることもないし、以前はよく怒る方だった。(今は怒らない自分に違和感が)少しはある。薬飲んでるから…、(穏やかにさせられている)そんな感じですね。【ID7】

さらに、多くの患者は＜副作用の辛さ＞を語った。その辛さは、病気を治療するために飲んでる薬によって、これまで経験することの無かった焦燥感、喋りにくさ、歩きにくさなどという神経系の副作用であった。

体に力が入らないし、全身というか手足ですね。手足に力が入らないし、喋ろうと思ってもうまいこと言葉が出てこない、相手にも伝わらない、そういう点が辛いですね。歩こうとしてもまっすぐ歩けないし、今現在のはね、ふらふらするし、力が入らないほうですね。手に関しては十分良くなったんですけどね。良くなったんですけども、細かい作業が出来ない。例えば、釣りするにしても仕掛けを作るのに、細かい針と細い糸で仕掛けを作るんですけども、そういうことが出来なくなるんですよ。現在はそうでもないですけどね。社会に出てからこのままだと困るなあというのはありますね。【ID6】

患者は、服薬を継続しなければならない生活に窮屈感を抱いていた。それは、常に気をつけていなければ服薬し忘れることや、当たり前に行っていた車の運転に注意が必要になること、すなわち＜服薬に伴う窮屈な生活＞を余儀なくされることであった。

食後飲まなきゃいけないお薬を食前に飲んでました。それは大きな問題じゃないと私は勝手に解釈してるんですけど、看護婦さんが言うには「そりゃダメだ」と「薬は水でのみなさい」と。私はお茶やコーヒーで飲んでたんですけど、薬は水で溶けるように出来てるんで、うーん、水で飲まなきゃいけないし。ちゃんと食後に飲まなきゃいけないしって、薬の飲み方もきちっとやんなきゃいけないのになって感じで。【ID5】

特に、患者が人前で服薬する姿を恥じる周囲の人々や、服薬を継続する患者に「薬なんか飲まない方がいい」と言う周囲の人々によって、患者は＜服薬に対する周囲からの蔑視＞を強く感じとっていた。

「そんなことしちゃう駄目だよ」っていう友達もいるしね。初めて逢った男の子と晩御飯食べて、私は「食後のお薬なのよ」って飲むと、「駄目じゃん。隠れてトイレで飲むんだよ。」とか言われたこともあって、そこまで別に胃薬だって言えばいいじゃんって思ったんだけど、そこまで恥だと思ってる人もいたし。【ID4】

(3) ＜生活に服薬を組み込む＞対＜生活に服薬を組み込まない＞

心理教育を受けた統合失調症患者は、医療者に対する信頼や不信、あるいは、薬に頼るか頼らないかという葛藤のみならず、＜生活に服薬を組み込む＞か＜生活に服薬を組み込まない＞か、という葛藤をも経験していた。

＜生活に服薬を組み込む＞は、現在では特別な努力をしていないと患者自身が認識するほどに服薬が習慣化していることを意味する。しかし、服薬することが習慣化しているという患者であっても、＜きちんと飲む＞、＜目立つ場所に薬を置く＞、＜薬を小分けする＞、＜人目を気にしない＞、＜いつでも薬を携帯する＞のように、患者が意識化していないだけで服薬を継続する努力をしていた。

服薬することが自分にとって大切だと認識している患者は、薬を＜きちんと飲む＞ようにしていた。このような患者の特徴は、性格的に几帳面であることに加えて、罹病期間が長いことや過去に「やんなきゃいけない」という時期を経験していたことであった。

今の自分に一番合った薬を的確に飲んでいきたいなあと思っております。(特別な工夫しなくても)まあ、飯食った後に飲むっていうのはもう習慣づいてるんで。【ID9】

そして、患者は＜きちんと飲む＞ために、＜目立つ場所に薬を置く＞ことで薬の飲み忘れを防ごうとしていた。その場所とは、患者にとって最も目に留まる場所であり、常に携帯するカバンや頻繁に出入りする場所であった。

必ず僕カバンを一つ持って出掛けるんですけど。その同じ所に、一番目立つ、1日何回も開ける所があって、そこん所に昼の薬入れて行こうかなと思いますけど。【ID3】

(薬を置く場所) 台所の所ですね。冷蔵庫に近い所で、水飲んだりする所。そうですね、台所の目に付く所ですね。防ごうと思ってます。【ID7】

また、患者は服薬することを生活に位置づけるために、内服薬を一回量毎にまとめたり、服薬カレンダーを使用し、常に＜薬を小分けする＞ようにしていた。

前、袋に入れっぱなしだった時には何回飲んだか忘れたんで、今だったらヒートシールに朝・昼・晩・寝る前って書いてあるから、それを一つホッチキスで止めて入れとくんですね。そしたら、“あれ、朝飲んだっけ？あつ、飲んでる。飲んでる。あつ、昼飲んでないわ。”とか、そういうのが自分で確認出来るように工夫してるんで。ホッチキスは良い考えでしょう。【ID4】

朝・昼・晩と、何かポリ容器の朝・昼・晩と月曜から日曜まで付いたやつをこうきてね、そこに薬を入れてあるんです。毎日、それを僕が曜日さえ間違えなかったら飲むんです。【ID6】

このように、患者が服薬を生活に組み込む努力をしてい

るにもかかわらず、それを妨害する要因が存在した。それは、服薬する患者を否定的に見る周囲の人々の目であった。したがって、患者が服薬を継続するには、＜人目を気にしない＞ための更なる努力が必要であった。

以前は嫌でしたけど、今は何とも思わなくなってますけど。薬飲んでるお蔭だと思いますけど。(薬を飲むことには) ひっかからなくなったですね。【ID7】

そして、患者は、継続しなければならない薬を常に持ち歩く他、いつ何時に調子が悪くなくても対応できるようにと頓服薬を身に付けていた。このように、患者は＜いつでも薬を携帯する＞ことにより、自分で症状を管理する努力をしていた。

1日分だけ決まった場所に置いとくとかね、ポーチに入れて持ち歩くとかしてるんで。忘れないように出来たら良いなあと思って。【ID4】

僕、頓服薬は持ってたんですけど。バイトしてる時も頓服薬ポケットにしるばせて、もし万が一辛くなったら、頓服薬トイレとかで飲んでバイトやろうかなと思って。【ID9】

一方、＜生活に服薬を組み込まない＞は、努力をしてまでも薬の飲み忘れを防ごうとしないことや、言われた通りに服薬しようとしなないことを意味し、このような患者は、＜薬の量を勝手に調節する＞、あるいは、＜勝手に薬をやめる＞、という自己判断による行為をとっていた。

＜薬の量を勝手に調節する＞患者の行為は、決して悪意によるものではなく、患者自身が納得できる服用量を模索する行為であった。

そんな悪意があって抜いた訳じゃないですけど、この薬多過ぎるとうつになっちゃうとかだと、例えば、デパケンR錠が1日3錠出ると、“ああ、デパケンR錠3錠も飲むとうつになっちゃうかな”とか、“ちょっと2錠ぐらいにしよう”とかなんか…。(そういう工夫を)してた時期もあったんですけど。【ID9】

また、患者の中には＜勝手に薬をやめる＞場合もあった。このような行為は、患者の自己判断によることもあれば、他者から得た情報の影響によることもあった。

退院したらもう薬止めちゃいましたね。だけど大学病院に運ばれて、Dクリニック紹介されてからは1回も欠かさず飲んでます。もう7年ぐらい通いましたけど。(退院したら薬を)止めちゃった。“薬漬けて良くない”ってみんな言う人いるじゃないですか。ほんと、E病院のときは山ほど薬でたんです。もう、ほんと嫌になっちゃって。【ID5】

(4) ＜孤独感からの開放＞対＜孤独な生活＞

＜孤独感からの開放＞は、患者自身が自分と同様の病気をもつ人の多さを知ることにより、自分ひとりではないと

思えるようになることを意味する。このような患者は、1クルールの心理教育が終了した時点で、＜支え合う仲間が出来る＞、＜自分の中の偏見が軽減する＞、＜社交性を取り戻す＞、という自己の変化に気づき始めていた。そして、患者は「明るく生きて行こう」と現実を肯定的に認識するようになった。それは、心理教育に参加したことにより、＜支え合う仲間が出来る＞と患者が実感できたからである。

それで、グループで話してるじゃないですか。皆と会話のやりとかもあるし。それで、勉強のことプラス、グループで仲間が出来たみたいな感じで、それで仲良くなったんですよ。グループの人達と。勉強プラス以外のものも得られたなという感じ。【ID1】

また、患者は支え合う仲間との情報交換を通して、精神疾患に対して偏見を抱いていた自己、または、今なお少なからず抱えている自己に気づき、世間一般においては、精神疾患が偏見の対象になりやすい病気であると認識していた。けれども、心理教育に参加する他者との情報交換を通して、次第に＜自分の中の偏見が軽減する＞ことに気づいていった。

その頃は僕自身が偏見持ってたんで、あの…良く知らなかったんで。あの…精神病になるとどうなるかとか、なんか閉じ込められてるのかなあと思ってたし、良く知らない世界だったんで。なんか病院の窓に鉄格子付いてて閉じ込められてるのかなあというか。薬がそんな良いのがあるのも知らなかったし、良く知らなかったんで。僕自身は、その、まあまだ若かったし、偏見も、僕自身が偏見あったから世間も偏見あるのかなあって思ってたのかなあと思いますけど。いやあ、やっぱ、精神病の人怖いなあっていうか、なんか暴れたりするのかなあっていうか、そういうような偏見を自分自身も当時は持っていた。【ID9】

さらに、患者は＜社交性を取り戻す＞自己にも気づいていた。

グループで勉強できることはすごく楽しいですし、それとなんか明るくなれてるなあと思えるようになったし、本質的に明るくなれてる。そういう意味で一緒に勉強していくということは、すごく良いことやなあ感じますね。そういうものをしてくれて良かったなって思います。(中略) 1対1の方がゆっくり話が出来るかもしれないですけど、みんなと交えて話した方が楽しいんで、グループで話す方が楽しいですね。楽しさだけじゃなくて、いろんな人の意見を聞いたりして、いろんな人が経験してることを聞いたりとかして、そういうの参考になるし、勉強になるっていうのもありますね。【ID1】

一方、＜孤独な生活＞は、自己の殻にこもって生活することを意味し、このような生活を送る患者は、＜人の目が

気になる>、<人となじめない>、<一人で悩みを抱え込む>、と認識していた。

「孤独な生活」を経験する患者は、精神疾患を患う自己が周囲の人からどのような見方をされているかを気にする、すなわち、<人の目が気になる>というのである。

ニヤケテルと変に思われるかなと気になって。なんか、ちょっと頬の筋肉緩んできたなっとか。ああ、ニヤニヤしてるから変に思われないかなって。【ID9】

そのうえ、患者は他者を気にし過ぎることにより、ますます<人となじめない>状況に陥っていた。

周りとのコミュニケーションが上手いこと行かなくて、それでしんどくなった。会社の仲間ですね。大学時代までは普通に苦労なくやってたんですけど、社会人になってからなんか大人の世界に溶けこめなくて、それで周りとのコミュニケーションが全然取れなくなりました。【ID3】

結果的に患者は、他者との接触を避けた生活を送り、<一人で悩みを抱え込む>状況に陥っていた。そして、このような状況のときは、「誰にも相談できない」、「なかなか口に出して言えない」と苦悩していた。

僕の場合も結構一人で抱え込むタイプなんで、ちょっと気いつけなあかんと思いました。【ID3】

3) 病気の受け止めカテゴリー

統合失調症患者の病気の受け止めカテゴリーとしては、<自分が病気だと思わない>、<自分は病気かもしれない>、<病気を隠して生きる>の3つが見出された。

<自分が病気だと思わない>患者は、病気でもないのに無理やり入院させられていると捉え、<症状が当てはまらない>、<症状を感じない>、<飲んででも何も変わらない>と認識していた。患者は、心理教育を通して情報提供された病気に関する説明内容が、自覚症状と一致しないと感じた場合に、<症状が当てはまらない>と認識していた。

私はほんとに統合失調症なのかなと思いましたね。私は当てはまらないんじゃないかと思いましたね。声が聞こえるとかっていう事はないですよ、私。【ID5】

何よりも精神疾患の場合、患者自身がはっきりとした<症状を感じない>がために、<自分が病気だと思わない>ようであった。

例えば、風邪みたいに風邪で熱が出るみたいに出る症状じゃないでしょう、統合失調症なんていうのは。あのう…統合失調症って言ったって、当てはめてみればみんな統合失調症に似た所があるでしょう。精神っていうのは喜怒哀楽で、みんなに精神病って言えるでしょう。だから分かりませんわ、私も…。【ID8】

そのうえ、患者の中には、薬を<飲んででも何も変わらない>と認識している者もいた。このことから、<自分が病

気だと思わない>患者には、病気でもない者が薬を飲んだところで効かないという理屈が成り立っていた。

自分で分かりません。良くなってるか悪くなってるかも。もともと統合失調症じゃないんだから、統合失調症じゃない人に統合失調症の薬を与えても、それは改善されないですよ。【ID8】

しかし、心理教育への参加を通して、次第に患者は<自分は病気かもしれない>と感ぜられるようになった。患者がこのように感じるきっかけは、<行動を抑制できない>ことと、<薬が効いている感覚>であった。

<行動を抑制できない>と自覚した患者は、次のように語った。

私は、今好きな人と清い交際をして結婚してから夫婦生活って思ってますから、今は（薬で）抑えてもらってて丁度良いぐらい。（自力では性欲を）抑える事が出来ない。相手にその気も無いのにこっちから行くんで。ものすごく恥ずかしいけど…。【ID4】

また、<薬が効いている感覚>を得た患者は、医師が病気だと判断すればそうかもしれないと考えを改める中で、元を取り戻してきた自己に気づき始めていた。

妄想との識別は、ただ本当にある日“あれ？おかしい。元気に治ってる！”気付いてみたら、“おおっ、そういえば自分の考えてることは一杯あるけど、なんか訳の分からないことは思っていないあ”って。【ID4】

このように、患者が<自分は病気かもしれない>と認識することは、病気の受容という観点から好ましい結果といえるが、逆に、患者が自己の病気を他者に気付かれないようにしようとする気持ちを助長させる場合もあった。これが、<病気を隠して生きる>という認識である。患者がこのように認識するのは、精神疾患という病気そのものが、社会から受け容れられにくい病気であることを患者自身が一番知っているからである。

<病気を隠して生きる>ことを望む患者の気持ちの裏には、精神疾患が<周囲から敬遠される病気>、あるいは、患者自身が抱く<精神科の嫌なイメージ>が存在していた。患者は、精神疾患が社会的に受け容れられにくい病気である、すなわち、<周囲から敬遠される病気>であると認識していた。

精神病って告げられた事がショック。だって、いとことか、きょうだいとかもいるんですよ。みんな縁談に差し障るっていうんですよ。正常な子の縁談に、私が一人こういう病気になると親類縁者みんなが嫌がるって言われた。もう、ほんとにもう、死んだ方が良いのかなって、そんなふうに思った。だって、精神病、E病院だって、Eにいたとかいうだけで、“あの人Eにいたんだって”とかそんな事言われるでしょう。【ID5】

最初はね、発病した時はもう気違い扱いされましたね。子どもからも。で、寄りつかなかったし。あの…仕事も止めてしまったときは、ほんまに“なんちゅう父親やねん”と言う感じにこちらが見てね、ああ、思ってるやろなあと感じるんですよ。【ID6】

また、精神疾患患者を周囲の人が敬遠するか否かとは別に、患者自身が＜精神科の嫌なイメージ＞を持っていた。このように、発病する前の患者自身が持っていた精神科、精神疾患、そして精神疾患患者に対する否定的なイメージが、＜病気を隠して生きる＞という患者の気持ちを強めていた。

その頃、僕も親も精神病院に対するイメージが悪かったもんで、なんか親がちょっとあのお（僕は）20歳代の時に発病したんですけど、親が本で探してきてくれまして、G県にこういう良い病院があるから入院してみないかというので、G県のある病院に入院しました。まあ、もう治らないつうか、精神病院もちょうど僕、今30歳後半なんですけど、宇都宮病院事件とかありまして、結構、精神病院って怖いところのかなというイメージがありまして。で、ちょっと地元で入院することも抵抗ありまして、それで県外の病院に入院しました。【ID9】

4) 将来の見通しカテゴリー

このカテゴリーとして見出された＜退院後は上手に暮らす＞は、病気とうまく付き合いながらストレスをかけずに無理のない生活を送ることを意味するものであった。その内容は、次に示す7つのサブカテゴリーで構成されていた。

退院を見通す患者は、現実可能性とは別に、生活費を自分で賄えるようになりたいという＜経済的に自立する＞ことへの願望を持っていた。

早く一人前って言うか社会的に一人前になりたいし、うん、だからどんどん退院してるんですよ。統合失調症の人が。私もいつか退院できて、通院して軽いアルバイトでもしてと思うんですけど。【ID5】

また、患者は入院経験を通して、＜十分な睡眠を取る＞ことの必要性を理解していた。

一つは睡眠が良く取れてる事違いますかね。それで、どんな嫌な事があってももったと言うか…寝ると。だから、睡眠が取れたら少々嫌な事があってもなんとか持ちこたえたっていうか。そうですね。ちょっと1時間早く寝るとか。【ID3】

さらに、患者は、病気をより良い状態に維持するために、＜治療を継続する＞ことが重要であるとの認識に到達した。このような患者の認識は、服薬中断時に経験した苦しさに基づいていた。

主治医さんと良くうまく円滑に相談しながらやって行こ

うかなあと思うんですけど。あんまり勝手にするのは良くないから、うん…。まあ、もう1回止めた時にひどい目にあってるんで、もう薬なんか劇的な治療法でも現れない限り、薬止める気はもう全然ないんですけど。先生が「もう止めても良いよ」って言っても止めるの怖いぐらいで。で、薬勝手に飲むの止めようって気は全然ないんですけど、うん。【ID9】

そのうえ、患者は人付き合いに関わる課題も抱えていた。その一つが、＜相談相手をつくる＞ことであった。

（学んだことは）やっぱり一人で抱え込まないっていうことかな？結構、人に話しない方なんで、元々。（心理教育に）出て良かったとは思いますが。やっぱり一人で抱え込まないっていうことを学んだ事だと思いますけど。そこに尽きますね。【ID3】

そして、患者は＜居心地の良い場所で暮らす＞ことが大切であると理解し、それは、一人で悩みを抱え込まないための＜相談相手をつくる＞うえでも有益であると理解していた。

僕の場合も結構一人で抱え込むタイプなんで、ちょっと気いつけなあかんなと思いました。デイケアというところに行ってたんですけど、その仲間にだとか悩み事を相談しようかなと思います。【ID3】

一方で、患者は＜人との距離を適度にとる＞ことも大切だと認識していた。その理由は、心理的距離が近づき過ぎると精神的な負担を感じたり、病的世界と現実世界とが区別しづらくなる場合があるというものであった。したがって、＜人との距離を適度にとる＞方が、自分にとっても相手にとっても良いと考えていた。このような考えは、他者との交流を避けようとする否定的な認識によるものではなく、あくまでも病気をより良い状態に保つための一手段であった。

いろんな方がおられたんですけど、まあ、あんまり距離が近すぎるとダメな方もいたし…。あのお、まあ何か割りとか今までべたべたした付き合いしてたんですけど。割りとかずっと長い時間喋ったりとか、まあ、それはそれで楽しかったんですけど。（中略）僕が病気になったのも、人が気になり過ぎてたところに原因があって、症状が悪化する時もそういう時が多いんで、もうちょっと僕は僕、人は人、いや別に個人主義っていう訳じゃないんですけど、区別すると案外被害妄想とかも治まるんじゃないかなあって気がして。何か割りとか、自分と人をこうははっきり区別して付き合い合っていくと、あの…突き放すわけじゃないけど、あの…割りとか病気にも返って良いんじゃないかなあと思まして。【ID9】

心理教育を受けた患者は、＜退院後は上手に暮らす＞手段として、＜制度を利用する＞ことについても考えてい

た。この考えは、患者は無理して調子を崩さないための制度だという理解に基づいて生じていた。

折角こういう福祉制度と病院さんがいろいろしてくださるんですから、そういうのを上手く活用しながら出来るだけ、あの、まあ出来るだけ症状が出ないようになんかしてこうかなあと。もっと活用させていただいて良いんじゃないかなあと思いまして…。【ID9】

VI. 考 察

1. 統合失調症患者の「服薬の受け止め」

心理教育プログラムを受けた統合失調症患者の服薬の受け止めは、対立カテゴリーで構成されており、それは医療者を信じるか信じないか、薬に頼ろうとする気持ちと頼りたくない気持ち、そして生活の中に服薬を組み込むか組み込まないか、という内容であった。このことから、患者の服薬の受け止めには、患者と医療者の関係性、薬に対する患者の信頼、患者自身の薬に対する価値観が関与し、それらが服薬アドヒアランスに影響すると考えられた。この結果は、服薬アドヒアランスが、副作用の強さや程度による影響を受けること^{20)~22)}や、患者・家族・医療者の行動や治療・環境構成を含む複雑な現象^{23), 24)}だとする、既存の研究成果を支持するものである。

患者にとって、精神科で処方された薬を服用することは、決して容易いことではない。これは、4回の心理教育プログラムを終了した後の患者でさえ、＜医療者への信頼＞対＜医療者への不信＞、＜薬に頼る＞対＜薬に頼りたくない＞、＜生活に服薬を組み込む＞対＜生活に服薬を組み込まない＞という対立した認識を持ち続けることから容易に推察できる。このような、服薬の受け止めの対立カテゴリーに着目すると、心理教育は患者の心理状態をアンビバレントにさせるが、この状態は患者にとって好ましくないと否定的に捉えるよりも、むしろ好ましい結果だと肯定的に捉える必要があろう。なぜならば、アンビバレントと捉えられる患者の心の揺れは、思考過程の障害を主な特徴とする統合失調症患者が、服薬による自己への利益を主体的に模索するからこそ生じるのだと考えられるからである。

その中でも、心理教育を受けた患者の＜孤独感からの開放＞対＜孤独な生活＞という認識は、患者が受ける服薬を主とした治療の効果と、それを補完するための集団による心理教育によって現れるのではないかと考える。つまり、集団という手段を活用した心理教育だからこそ、そこに参加する患者は同様の疾患をもつ他の患者と出会い、会話し、体験を共有し合うことが可能になる。そして、患者は互いの体験を通して、自己との共通性や相違性に気づき、患者同士の親密性が増し、孤独感から開放されてゆくので

あろう。ここに、集団で実施される心理教育の最大の価値が存在すると考える。

これと類似することが、患者の薬に対する不信を軽減してゆく過程においても言えよう。なぜならば、その過程において患者は、心理教育によって確かな知識を獲得するだけでなく、抱えている疑問を医療者や参加する仲間とともに分かち合い、解決する体験の積み重ねを経ると考えられるからである。患者はこのような経験を通して、自己の病気がある程度自己管理可能であることを知り、入院前の生活を見直して退院後の生活を設計し始めるのではないかと考える。

以上、心理教育プログラムを受けた統合失調症患者の服薬の受け止めは、アンビバレントな状態でありながらも徐々に改善してゆくことが明白となった。また、患者は病気とストレスとの関係を理解し、＜退院後は上手に暮らす＞のように将来の自己の生活を着実に見据えるようになった。このように、心理教育は、複雑な要因が絡み合う患者のアドヒアランスを高める方法として有益であるとした報告^{25)~31)}と同様に、本研究結果からは、それが統合失調症患者の服薬の受け止めを促進するための一つの支援になり得ると考えられた。

2. 「服薬の受け止め」に関連するカテゴリー

本研究で見出された＜自分が病気だと思わない＞、＜自分は病気かもしれない＞、＜病気を隠して生きる＞、という病気の受け止めカテゴリーは、患者の服薬の受け止めと切り離せない重要な要素だと考えられた。それは、患者自身が服薬することを受け容れることと病気である自己を受け容れることとはほぼ等しいからである。

精神疾患という病気には、本研究結果の＜病気を隠して生きる＞を構成する＜周囲から敬遠される病気＞や＜精神科の嫌なイメージ＞が示すように、社会的な偏見、すなわち社会的スティグマが付きまとう。これを最も解っている人は、精神疾患をもちながら今を生きる患者に他ならない。したがって、患者が自らの病気を精神疾患であると服薬しなければならぬ状態であると認めることは、言わば、これから先の人生が社会的な偏見の対象と化す覚悟が必要な程に、患者にとっては重大な事態だと考えられる。

この解釈に基づくと、患者の病気の受け止めと服薬の受け止めを困難にさせている主な要因は、とりわけ統合失調症患者に見られる病識の欠如のような精神疾患特有の症状に求めるべきではなく、むしろ、統合失調症を代表とする精神疾患に対する強いスティグマが存在する社会にこそ、求めなければならないと考える。

3. 看護師による心理教育プログラム開発への示唆

本研究は、心理教育を受ける統合失調症患者の服薬の受け止めに関心をもち、焦点を当てて遂行したが、患者が服薬について語

る際に、「最初から病気じゃないと分かってる」、「自分でどこら辺が病気なのか全然分からない」のように病気を受け容れていない認識や、「お薬がよく効いて落ち着くようになった気がします」、「(妄想に) 振り回されなくなった」のような、服薬によって症状が改善したと認識していることも明白となった。このことから、服薬に関する認識と病気に関する認識とは、分離不能であると考ええる。したがって、服薬の受け止めを理解するには、病気の受け止めとの関連において検討する必要があると考える。

心理教育は、統合失調症患者の服薬の受け止めを促進するものであると考えられた。特に、精神科急性期治療病棟における心理教育プログラムは、早期に退院する患者を対象とするため、患者の服薬の受け止めだけでなく病気の受け止めにも着目し、短期間で再発予防を目指す支援でなければならないと考える。

そこで、より患者のニーズに応えるプログラムを開発するためには、患者の主観的経験に焦点を当てた本研究結果を踏まえて、患者と医療者との良好な関係を構築すること、服薬に対する患者の価値を高めること、病気の受け止めを促進すること、退院後の生活設計への関心を喚起すること、等を意図する必要があると考える。特に、服薬と病気の受け止めを促進するためには、心の病気とストレスとの関係についての解説と、それに薬やストレスの少ない環境調整、そしてリハビリテーションがどのように関係するのかを簡潔に図示して説明する必要があるのではないかと考える。また、患者の服薬や病気の受け止めを支援するには、患者自らが現在および過去の自己に意識を向けられるような話し合いのテーマを設定することや、患者が求める

情報を提供すると共に、その理解を助けるためのQ&A形式による簡潔な説明も有効であろうと考える。(心理教育プログラムの開発過程は、本学会誌, 31(1), 91-99, 2008を参照)

VII. 結 論

精神科急性期治療病棟において、多職種による心理教育を受けた統合失調症患者8名(女性5名, 男性3名)の主観的経験による「服薬の受け止め」は、『対立カテゴリー』で説明され、それに関連するものに『病気の受け止めカテゴリー』と『将来の見通しカテゴリー』が見出された。今後の課題は、本研究結果に基づいて、臨床的有用性の高い心理教育プログラムを開発し評価することである。研究の限界は、条件設定をする際に、①施設は、精神科急性期治療病棟において、多職種による心理教育を実施していること、②対象者は、統合失調症患者であること、と限定したため、対象者数が十分とはいえないことである。よって、提示したモデルは、カテゴリーを統合した一つの仮説に過ぎないため、さらに洗練させる必要がある。

謝 辞

本研究にご協力くださいました患者様、並びに、ご指導を賜りました聖路加看護大学の田代順子先生、萱間真美先生、伊藤和弘先生に感謝いたします。本研究の一部は、科研費若手研究(B)を受けて実施しました。本論文は、聖路加看護大学に提出した博士論文の一部(予備研究)に加筆修正したものです。

要 旨

目的：本研究の目的は、多職種のチームによる心理教育を受けた入院中の統合失調症患者が、服薬についてどのように受け止めているのかという主観的経験を記述することである。

研究方法：対象者は、北陸地方と近畿地方にある民間単科精神病院の精神科急性期治療病棟に入院し、心理教育を受ける統合失調症患者8名(女性5名, 男性3名)であった。データ収集方法は、半構成的インタビューとし、分析方法には、Grounded Theory Approachを参考にした継続的比較分析を用いた。

結果：統合失調症患者の主観的経験による「服薬の受け止め」は、『対立カテゴリー』で説明され、それに関連するものに『病気の受け止めカテゴリー』と『将来見通しカテゴリー』が見出された。今後の課題は、本研究結果に基づいて、臨床的有用性の高い心理教育プログラムを開発することである。

Abstract

Purpose: The purpose of this study is to describe schizophrenic patients' acceptance of medication after receiving psychoeducation from various professionals.

Method: The research subjects were 8 schizophrenic patients (5 females, 3 males) admitted to the acute units of the Departments of Psychiatry at private psychiatric hospitals in the Hokuriku and Kinki regions. Semi-structured interviews were used during the data collection, and the 'constant comparison' of the Grounded Theory Approach was used for data analysis.

Results: Schizophrenic patients' "acceptance of medication" was explained through "opposing categories," and assessed in relation to "categories of illness acceptance" and "categories of future outlook."

Conclusion: It is necessary to develop a results-based psychoeducation program in order to enhance clinical outcomes.

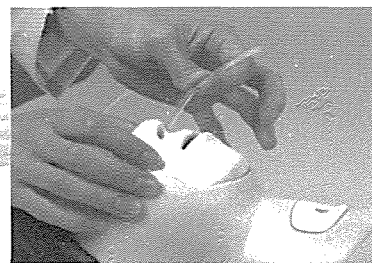
文 献

- 1) World Psychiatric Association/(社) 日本精神神経学会 監訳: こころの扉を開くー統合失調症の正しい知識と偏見克服プログラムー, 医学書院, 東京, 2002.
- 2) McEvoy, J. P., Scheifler P. L., et al./大野 裕訳: エキスパートコンセンサスガイドラインシリーズ 精神分裂病の治療1999, ライフ・サイエンス, 東京, 1999.
- 3) 白石弘巳: 心理教育をエンパワーするー当事者の回復の視点からー, 治療の聲, 2(1), 61-69, 1999.
- 4) 前田正治: なぜ精神分裂病患者に対して心理教育を行う必要があるのか?, 臨床精神医学, 26(4), 433-440, 1997.
- 5) 大島 巖, 長 直子: シンポジウム 精神分裂病の心理社会的治療の進歩 精神分裂病を持つ人々に対するケースマネジメントと心理教育ーエンパワーメントとノーマライゼーションの視点からー, 精神医学, 43(10), 1129-1133, 2001.
- 6) Holmes, H., Ziemba, J., et al.: Nursing model of psychoeducation for the seriously mentally ill patient, Issue in Ment Health Nurs., 15(1), 85-104, 1994.
- 7) Hornung, P. W., Klingberg, S., et al.: Collaboration with drug treatment by schizophrenic patients with and without psychoeducational training: results of a 1- year follow- up, Acta Psychiatr Scand, 97, 213-219, 1998.
- 8) Herz, M. I., Lambert, J. S., et al.: A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study, Arch Gen Psychiatry, 57(3), 277-283, 2000.
- 9) 連理貴司: 精神分裂病者に対する心理教育ミーティングの効果 疾病・薬物知識度調査の結果から, 精神医学, 37(10), 1031-1039, 1995.
- 10) 鈴木啓子, 中川幸子: 精神分裂病患者への心理教育的援助の効果に関する研究, 千葉大学看護学部紀要, 18, 47-56, 1996.
- 11) Haya, AS., Sandra, R., et al.: Patient education about schizophrenia: Initial expectations and later satisfaction, Issues in Mental Health Nursing, 22, 325-333, 2001.
- 12) Dyck, D. G., Short, R. A., et al.: Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multiple-family groups, Psychiatr Serv., 51(4), 513-519, 2000.
- 13) Aguglia, E., Pascolo-Fabrizi, E., et al.: Psychoeducational intervention and prevention of relapse among schizophrenic disorders in the Italian community psychiatric network, Clin Pract Epidemiol Ment Health, 3(7), 2007.
- 14) Shin, SK. & Lukens, E. P.: Effects of psychoeducation for Korean Americans with chronic mental illness, Psychiatr Serv., 53(9), 1125-1131, 2002.
- 15) Bauml, J., Pitschel-Walz, G., et al.: Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich Psychosis Information Project Study, J Clin Psychiatry, 68(6), 854-861, 2007.
- 16) Lincoln, TM., Wilhelm, K., et al.: Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis, Schizophr Res., 96(1-3), 232-245, 2007.
- 17) 水野恵理子, 羽山由美子: 服薬心理教育に参加した精神分裂病患者の病いと服薬への構えに関する考察, 聖路加看護学会誌, 6(1), 51-57, 2002.
- 18) 佐川佳南枝: 分裂病患者の薬に対する主体性獲得に関する研究ークラウンデッド・セオリーを用いた分析ー, 作業療法, 20(4), 344-351, 2001.
- 19) Sibitz, I., Amering, M., et al.: Patients' perspectives on what works in psychoeducational groups for schizophrenia: a qualitative study, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol., 42(11), 909-915, 2007.
- 20) Hoge, S. K., Appelbaum, P. S., et al.: A prospective, multicenter study of patients' refusal of antipsychotic medication, Arch Gen Psychiatry, 47, 949-956, 1990.
- 21) Motlova, L.: Psychoeducation as an indispensable complement to pharmacotherapy in schizophrenia, Pharmacopsychiatry, 33(1), 47-48, 2000.
- 22) 上田 均, 酒井明夫: スイッチングとコンプライアンスの向上, 臨床精神薬理, 5(4), 371-379, 2002.
- 23) Gaebel, W.: Towards the improvement of compliance: the significance of psycho-education and new antipsychotic drugs, Int Clin Psychopharmacol, 12(1), 37-42, 1997.
- 24) Kampman, O., Laippala, P., et al.: Indicators of medication compliance in first-episode psychosis, Psychiatry Res, 110(1), 39-48, 2002.
- 25) Churchill, D. N.: Compliance: how to measure it., Mod Med Can, 40, 1068-1070, 1985.
- 26) Hornung, P. W., Kieserg, A., et al.: Psychoeducational training for schizophrenic patients: background, procedure and empirical findings, Patient Educ Couns., 29(3), 257-268, 1996.
- 27) Gaebel, W.: Towards the improvement of compliance: the significance of psycho-education and new antipsychotic drugs, Int Clin Psychopharmacol, 12(1), 37-42, 1997.
- 28) Lysaker, P. H., Bell, M. D., et al.: Insight and interpersonal function in schizophrenia, J Nerv Ment Dis, 186(7), 432-436, 1998.
- 29) 山内慶太: 薬物療法とその他の治療法の併用の意義ー服薬コンプライアンスの向上と再発予防ー, 臨床精神薬理, 2(10), 1061-1067, 1999.
- 30) 上島国利: 精神分裂病治療における drug compliance, 神経精神薬理, 5(6), 403-410, 1983.
- 31) 田所千代子, 上島国利: 再燃・再発防止のための drug compliance, 臨床精神薬理, 4(5), 563-570, 2001.

〔平成19年8月7日受 付〕
〔平成20年5月1日採用決定〕

小児臨床看護分野での実践能力を高めるシミュレータ

“まあちゃん”



M56 小児看護実習モデル まあちゃん

小児への基本的看護技術の習得から、病児への日常的サポート技術までトレーニングできる万能型

- 口腔内・鼻腔内・気管切開部の吸引カテーテル挿入と吸引の手技が行えます。
- 胃瘻栄養・鼻注栄養など経管栄養の手技がシミュレーションできます。
- 座位と仰臥姿勢で男女の導尿手技の練習が行えます。
- 各実習を通じて感染予防について包括的に学ぶことができます。



M89 口腔ケアモデル セイケツくん

効果的な口腔ケアは高齢患者を肺炎から守ります。

- 生体に近いざらざらした舌下をもつ口腔ケアモデルです。
- 模擬残渣を使いリアルな口腔内清潔手技の練習ができます。
- リアリティーを追求した義歯（入れ歯）で実際の患者さんのように着脱・手入れの練習ができます。
- 支持台の角度を変えることが可能で、患者さんの姿勢に対応した手技が練習できます。



M85 吸引シミュレータ Qちゃん

すばやい判断が大切な命を救う！一時的吸引法の習得に！

- 模擬痰を使って一時的吸引法のトレーニングができます。
- モデルの側面窓より気道内の様子を確認しながらシミュレーションできます。
- 挿入されたカテーテルの位置や動きが見え、グループでの実習に最適です。
- 口鼻腔内吸引と気管切開部からの気管内吸引の手技が行えます。

2008-9版総合カタログ・単品パンフレットがございます。Webサイトからも検索・ダウンロードしていただけます。



株式会社 **京都科学**

<http://www.kyotokagaku.com>

e-mail: rw-kyoto@kyotokagaku.co.jp

本社工場：京都市伏見区北寝小屋町 35-1 〒612-8388

TEL:075-605-2510 FAX:075-605-2519

東京支店：東京都文京区小石川 5 丁目 20-4 〒112-0002

TEL:03-3817-8071 FAX:03-3817-8075

子どもと医療者の関係性からみた心理的混乱行動とその緩和に関する研究

Investigation into the Development of Emotional Agitation in Children Based on the
Child-Health Professional Relationship

今 西 誠 子
Tomoko Imanishi

キーワード：子ども，心理的混乱，関係性，現象学

Key Words：children, emotional agitation, relationship, phenomenological

I. はじめに

何らかの健康障害を生じ入院を要した子どもは、検査や処置など非日常的な経験をする。Thompson, R. H.らは入院により引き起こされる子どもの心理的混乱要因は「慣れない病院環境」「分離」「年齢」「性格」であり、さらに未知の体験に対する子どもの心理的混乱は予め心の準備を行うことで緩和できるとしている¹⁾。これらの研究結果を基に物理的環境改善や母子入院の導入、プリパレーションの工夫がされている。

しかし、これらが実施されているにもかかわらず、入院や検査・処置場面において心理的混乱を示す子どもの存在を、心理的混乱を緩和するための先行研究²⁻⁸⁾が示している。まして緊急入院は、子どもにも家族にも予期せぬ出来事で、心の準備が不十分なまま入院となる。さらに、緊急入院を必要とした子どもは病状の重さから医療行為が優先し、その医療行為を子どもが理解する以前に、子どもと医療者の関係も十分でない状況で実施されることが多い。このことから、入院に伴う未知の体験に対する子どもの心理的混乱を緩和することの困難性が予想される。

そこで、これまでの心理的混乱を緩和できた「よいケア場面」の検討から、心理的混乱へのケアモデルの実践、評価の研究が進められている⁹⁾。そこでは「子どもの力を引き出す」技術と有効性、そのための援助者の姿勢の重要性が示されている。さらに、検査や処置場面での医療者の行動が子どもの反応に関与していることも示唆されている¹⁰⁾。しかし、子どもがなぜ心理的混乱行動を示すのか、またその体験が子どもにどのような影響をもたらすのかというメカニズムの言及はない。

本論文では、緊急入院児を対象に、検査や処置場面での医療者の子どもへの関わりが子どもにどのような影響を与えるのか、また子どもと医療者の意識の志向性がどのような相互作用を引き起こし、それがどのように子どもの心理

的混乱を増幅させているかについて、その関係の成立と循環性について明らかにする。そして子どもの心理的混乱行動を成立させるメカニズムを「医療者の関わり」から解明し、子どもの心理的混乱行動を緩和する援助指針を得ることを目的とする。

II. 用語規定

緊急入院児：健康障害を生じ、受診後直ちに入院した子ども。

心理的混乱行動：入院の様々なストレスから起こりうるネガティブな反応や行動。

プリパレーション：病気や入院により子どもに引き起こされる心理的混乱に対する準備や配慮。

III. 研究方法

1. 研究期間

2005年1月から3月。

2. 研究対象者

初回入院の緊急入院児とその家族6組とその6組の子どもと家族に関わった医療者19名(表1)。入院と同時に採血・点滴等の痛みを伴う医療処置を経験し、心理的混乱を生じた緊急入院児を対象とした。なぜなら子どもは過去の経験から医療処置を評価するため処置に対する恐怖が強いと否定的反応を示す¹¹⁾ためである。

3. 調査方法

緊急入院児と医療者の相互行為場面については参与観察法を用い、緊急入院児とその家族の緊急入院に関わる体験及び、緊急入院児とその家族に関わった医療者の体験については半構造化面接法を用いてデータ収集を行った。研究対象者の承諾が得られた場合はテープに内容を録音し、得られない場合はその場でメモを取った。各児の観察場面は、入院中のすべての処置場面ではなく、研究者が観察可

表1 研究対象者

事例	緊急入院児				参加観察 場面回数	面接した 看護師
	性別（年齢）	疾患名	入院期間	付添者		
A	男児（5）	肺炎	14日間	母	4	H・I
B	男児（5）	急性化膿性リンパ節炎	12日間	母	3	J
C	男児（6）	急性虫垂炎・腹膜炎	15日間	母	5	K
D	男児（9）	慢性腎炎（初発）	78日間	母	4	L
E	男児（10）	急性糸球体腎炎	24日間	母	4	M
F	女児（4）	若年性リウマチ（初発）	28日間	母	5	N

能な日程で継続的に観察者として参与観察を行った。但し、1事例（事例F）のみ入院時初回の処置場面では観察者として参与観察を行い、以後の観察可能な処置場面からは子どもとその家族の意思確認を得て援助的介入観察を行った。

4. 分析方法

1）録音テープまたはメモ記録から場面の再構成と逐語録を作成し、①子どもの意識の志向性はどこに向けられているか②医療者の意識の志向性はどこに向けられているか③両者が互いにどのような存在として現われているかに着目し、現象学的解釈を行った。データ収集・分析の各過程で、各分析結果と面接の逐語録および参与観察の記述データと照合し、現象学的解釈法の専門家によるスーパーバイズを受け信頼性・妥当性を高めた。

2）現象学的解釈を用いる理由

現象学は、事象そのものがその人にとってどう現われているかを主題とする。

フッサール現象学の研究対象は、さまざまな還元の方法によって開かれた意識ないし主観性の存在構造で、新田はそれを「志向性が意識の本質を形成している」と説明している¹²⁾。つまり意識は志向性において成立し、意識の志向性は①方位性（～に向けられていること）②思念作用（あるものがあるものとして現出すること）③明証性（志向されたものの直観的充実を求める）、という3つの基本的特性を持つ¹³⁾。この意識の志向性の基本的特性に従い、検査・処置場面での子どもと医療者の意識は何に向けられているのか（①方位性）、その意識の対象となったものは子どもと医療者双方にとって、それぞれどのようなものとして現われているのか（②思念作用）、その現われ方を確認する動き（③明証性）を解明することから、子どもと医療者に検査・処置（志向されたもの）を介した相互の現われ方（思念され方）がどのような相互関係を形成するのか（なぜそのように現われるか）を分析する。

現象学的解釈とは「事物の自体的存在ではなくむしろその現出の仕方を特に主題とする現象学にとって、その基礎的公式は＜或るものが存在する＞ではなくて、＜或るものが在るものとして現われる＞すなわち、或るものが在る一

定の意味において現出するということである¹⁴⁾」の基本に従い、その事象の表層に現われるものの背景を探り、そこに沈殿している一定の意味を探り出すことである。現象学にとって決定的な問いは、「われわれに対してそのつど与えられるものはいかなる仕方では現われてくるか、いかなる仕方では理解されるのか」という問いなのであって、それは外界の実在についての認識論上の議論に先んじている問いである¹⁵⁾。

さらに「子どもと医療者の関係性」において、医療者は子どもに常に援助者として現出する必要がある。そのために、医療者の意識の志向性と子どもの特定の反応の仕方の奥に沈殿する意味に焦点をあて、それを解明することで、そこに生じている「援助」関係の固有性を明らかにしたい。つまりそこに、医療者の意識の志向性（焦点の当て方）に応じて子どもに医療者がどのように現出するのか、という関係の相互作用発生の現象学的根拠が存在する。よって、子どもと医療者の援助関係の解明には現象学的解釈が有効と考える。

5. 倫理的配慮

京都ノートルダム女子大学大学院及び研究実施施設の倫理委員会承認後、各研究対象者に対して研究趣旨、研究参与の自由、途中辞退の自由とそれに伴う不利益のないこと、匿名性の確保とプライバシーの保護、論文の公表等を口頭及び文書で説明し同意を得た。子どもは文書承諾が難しいため、研究者が子どものもとへ来室する目的について子ども自身が話せ、来室の了解があることとした。同時に研究協力施設の病棟部長から研究対象者に対し、同内容を説明、保証していただいた。参与観察の場面では観察の拒否、退室指示ができること、また面接で話したくないことは話さなくて良いことを保証した。

IV. 結 果

1. 子どもの心理的混乱行動に関与する医療者の意識の志向性

1）子どもと医療者の意識の志向性にズレがみられた事例
子どもが心理的混乱行動を示した事例では、子どもと医療者の意識の志向性にズレが見いだされた。

表2 子どもと医療者の意識の志向性にズレが生じた場面

質問に答えてもらえないA君 A：患児，Ns：看護師		頑張りを認めてもらえないB君 B：患児，Ns：看護師，Dr：医師		待ってもらえないC君 C：患児，Ns：看護師，Dr：医師	
点滴漏れの場面 (観察3場面目)	AとNsの意識の志向性	採血場面 (観察2場面目)	BとNsの意識の志向性	採血場面 (観察4場面目)	CとDr，Nsの意識の志向性
(輸液ポンプが閉塞を頻回に表示。点滴漏れの確認作業を処置室で行う。) A：機械がおかしいってどういう意味？ Ns：お手てが，どうなってるか見たいねん。お手て出せる？。 A：嫌！ Ns：まっすぐ出して。 A：(腕を隠す) Ns：(腕を固定し) 包帯，取ってるだけ。 A：何で抑えるん？ Ns：持ってるだけ。 A：これ(針) ついてる。何これ注射？ Ns：でも針はチェックしないしな。 A：誰にチェックするの？ Ns：しない，しない。 A：この注射，嫌。 注射のあれ(薬液) 何？ Ns：液だけで。 A：痛っ!! 何これ。痛っ。 Ns：何もしない。薬入れるだけ。 Aちゃん，強〜い。 A：痛あい(泣く)。 —以下略—	<u>看護師の意識の志向性</u> 「どうなってるか見たいねん。お手て出せる？」「まっすぐ出して」「持ってるだけ。」から<u>点滴漏れの確認に向けられている。</u> <u>Aの意識の志向性</u> 「機械がおかしいってどういう意味？」(腕を隠す)「何で抑えるん？」「何これ注射？」から<u>処置の理由と処置される自分(処置への自己防衛)に向けられている。</u> ここにAと看護師の意識の志向性のズレが生じている。 ●看護師の意識の志向性が，点滴確認行為のAへの説明でなく，Aのコントロールにむけられ，このズレがAの疑問や不安を解消されない苦しみをもたらし，泣く，腕を隠す等の行動を引き起こしている。	(NsがBを処置室へ誘導してくる) B：(処置台の前で) 座ってる。 Ns：座ってしよか。 B：(頷く) Ns：お椅子座って，こっちへ手，出しとこか。 B：(指示に従う) Ns：そうそう。賢いな。 B：これ(駆血帯)が嫌やねん。 Ns：これが嫌なん？ B：痛いし。ぎゅうってなるし。 Ns：それしなかったら，血が出ないねん。 Dr：チェックしよか。ちょっとギューするよ。 B：嫌や。 Ns：それ(駆血帯)が嫌なん。 B：嫌や。それが嫌(言い続ける)。 Dr：これ大事やねん。 B：嫌。嫌(言い続ける)。 Dr：嫌やけど，頑張ろ。 B：嫌。嫌や。 Ns：頑張れ。 Dr：(駆血帯を巻く) 強いナア。 B：(泣き出す)。 Dr：する時言うしな。 B：(泣きながらじっとしている) —中略— Dr：もう，痛いとか終り。大丈夫やった？ B：痛い(低い声で，小さく言う)。 採血終了後，Bは表情硬く，帰室後もずっと無言。	<u>Bの意識の志向性</u> 「これ(駆血帯)が嫌やねん。」「痛いし。ぎゅうってなるし。」「嫌や。それが嫌。」と，採血は動かずに受けられることから，採血時の駆血帯の締め付けが嫌な自分に向けられている。 <u>医師，看護師(以下医療者)の意識の志向性</u> 「それしなかったら，血が出ないねん。」「これ大事やねん。」「嫌やけど，頑張ろ。」と採血に向けられている。Bには採血は駆血帯で縛られる嫌なこととして，医療者には駆血帯は採血の一部として現出している。 ここに，Bと医療者の意識の志向性のズレが生じている。 ●Bの「駆血帯で縛られるのが嫌」に，医療者は，駆血帯は巻くものと説得。ここにBと医療者の意識の志向性のズレが生じ，これがBに駆血帯で縛られる嫌さを分かってもらえない苦しみを生じ，Bは「泣く」という行動を引き起こしている。両者の意識の志向性のズレが気持ちを分かってもらえない苦しみをBに生じさせている。	①「どっちの手がいい」と採血肢をCに聞かすが，Cの決心を待ちきれずに Ns：こっち，しよ。ごろんと。 C：ふん(頷く)。 Dr：(Cの腕を持ち採血体制に入る)。 C：待って。 Dr：ちょっと見せて(腕を持ち採血部位を探す)。 C：待って。 Ns：じっとしててや。 C：(体をくねらせ始める) Ns：きれいきれい(消毒)するよ。 C：(暴れ始める) 待って(何回か言い，暴れて抵抗)。 Ns：アカンアカン。(抑制) C：待って(泣く)。 Ns：ほな，「5」一緒に数えよか。「ごー」って。 Ns：いい？もういい？ Dr：いいか，行くで。 C：待って。待って(泣く)。 Ns：Cちゃんすぐ終わるやん。(抑制の準備をしている) —中略— Dr：ガンバろか。 ② Ns：あかんな，Cちゃん(おくるみ法で固定)。 C：待って，待って，注射待って。 Ns：こっち見とき。見たら怖い。 C：待って。 NsがCを抑制して採血は終了した。	<u>看護師の意識の志向性</u> 「こっちしよ。ごろんと。」「じっとしててや。」「ガンバろ。」や無言での採血準備等から，<u>医師の意識の志向性は採血実施に向けられている。</u> <u>Cの意識の志向性</u> どの声かけにも「待って」の返答から，<u>採血への心の準備をしたい自分に向けられている。</u> ここにCと医療者の意識の志向性のズレが生じている。 ●Cは採血を「待って」の言葉から，心の準備が必要な事として，医師，看護師にはとにかく行うものとして現出している。ここにCと医師，看護師の意識の志向性のズレが生じ，Cの「待って」の真意を理解しないまま，採血が行われている。ここで心の準備を「待って」もらえなかった苦しみやCに生じ，それが「待って」を増強，「暴れる」という行動に転化し，それが一層医療者の抑制意識と行為を増強している。これは看護師が「待って」を「待っても状況は変わらない」と受け止めた結果，Cは尊重されない苦しみを生じ，患者役割が遂行困難となった。意識の志向性のズレが心理的混乱行動を引き起こしている。

事例Aは入院初回からの全観察場面において「嫌」と泣き叫び、体全体で暴れていた。その反応に対し、看護師は「お熱続いてるし、しんどいのかなんし、1回頑張ろう」と声をかけていたが、注射の説明や子どもが取るべき行動の具体的提示はなかった。観察3場面目も「機械がおかしいってどういう意味？」と、今、起きている事柄への質問に対し「お手てが、どうなってるか見たいねん。」と看護師は欲求行為を答えている（表2）。

事例Bは、入院初回の採血時は駆血帯使用後「ぎゅう、嫌。痛い」と叫び、腕をくねらせ処置を拒否した。観察2場面目では暴れることは無かったが、駆血帯の締め付けが「嫌」と泣き、採血終了後も医師の「痛いところ終り」に対し「痛い」と反論している（表2）。

また、事例Cの観察4場面目では「(採血を) 待って」という願いに対し、医師は「ちょっと見せて。(腕を持ち採血箇所を探す)」と「待って」を無視して採血を準備し、看護師は「じっとしててや。」と静止を求めている（表2）。Cはこの場面までに緊急手術、術後の包帯交換を経験している。しかし、全観察場面で「何するの?」「待って」「どうするの?」という発言が聞かれ、これに対し、看護師は「～するから～してほしい」と説明した場面とそうでない場面があり、説明の無かった場面では処置の拒否が見られた。Cに関わった看護師の面接から「『ここが今こうなってるしこうせなあかん』とか言ったら、『わかった』って何でもさせてくれる。『うん』っていうのを待たへんかったら、すごい怒らはる。」との言葉も聞かれた。

このように、医療者の意識の志向性が処置行為に向けられているのに対し、子どもはそれに抵抗し、泣き、暴れていた。そして、そのことがますます医療者の意識の志向性を「泣き、暴れる」行為に向かわせ、それがさらに医療者に子どもの抑制を強めさせるという循環を生じている。つまり、子どもの想いに対する医療者の意識の志向性のズレが、子どもの想いを無視した状況を生み、それが心理的混乱行動を引き起こしていた。

2) 子どもと医療者の意識の志向性にズレがみられなかった事例

処置場面等で心理的混乱がみられなかった事例では、医療者と子どもの意識の志向性が一致しており、その背景には病気や治療に対し、成人に近い理解があり、その理解が子どもの自己コントロールを生みだし処置への協力につながっていた。

事例D、E（表3）においては、検査や処置が必要な治療行為として理解され、医療者と子どもの意識の志向性が一致していた。さらにこの理解が望ましい患者役割につながっていた。具体的には事例Dの観察4場面目では医師の「こっちはあかんかったら、こっち（右）さしてな。」に

対し、Dは「どうしても無理やったらいいけど。」と譲歩している。入院初回からの全観察場面で、「嫌やなあ」「仕方ない、目えつぶっとこ」等の表現があり、看護師は「そやなあ」「目え、つぶっとこ」等Dの意識に沿った返答をしていた。

事例Eでは、観察2場面目で看護師の「ここに、座ってくれる?」に対し、素直に座り、手を出している。他の観察場面でも「(採血) 行ける?」「準備していい」等、Eの想いを尊重する看護師の声かけから、Eは「嫌やなあ…。よし行こう」と嫌な気持ちをコントロールしていた。このように、子どもの自己コントロールにより、子どもと医療者の意識の志向性の一致が互いの役割理解と目的意識の一致につながり、心理的混乱行動は引き起こされなかった。

3) 子どもへの医療者の関わりの変化により意識の志向性のズレが消失した事例

医療者の関わりが子どもの意識の志向性に一致した関わりをしたとき、子どもは心理的混乱行動を示さなかった。

事例Fでは、入院初回と観察3場面目までは泣き叫び「嫌」という拒否を（表4）示していたが、観察5場面目では検査や処置に対するFの意識の志向性に合わせた声かけから、自ら左手を出し、パジャマをまくる協力的行動（表6）に変化している。

Fと医療者の意識の志向性が一致せず、泣き叫ぶ場面（表4）では「なんで、コロンしなあかんの? お母さんと一緒にやりたい。」の希望に対し、看護師は「お母さん、だってお留守番したはる。」と状況説明後、Fの希望を無視した形でおくるみ法で固定し、採血を優先した。その固定に対し、Fは「嫌や、嫌（足をばたつかせ叫び続ける）」という心理的混乱行動を引き起こした。

しかし、Fの意識の志向性に母と医療者の意識の志向性をあわせることができた観察4場面目（表5）では、Fの①「なあ、すぐ終わる?」に「じっとしてたらすぐ終わる。」「じっとしてられへんかったら?」に「なかなか終わらへん」と「すぐ終わるかどうかな」について答えている。さらにFの②「(低めの声で) すぐ終わる?」に医師も「すぐ、終わるよ。ジーッしてたらな。ジーッしてへんかったら、時間かかるで。」とFの意識の志向性に沿って答えている。この返答がFを落ち着かせ、さらに「泣かずに、歩いて来れたな。」や「Fちゃん、かっこいいと見せてよ。」との声かけが、Fの意識を自己コントロールに向けている。また「すぐ終わる?」「終わるよ」というFと医師のやり取りのあと、看護師が「すぐ終わるように頑張ろう」と声をかけ、Fの返答（決心）を待っている。このFへの声かけと返答を待つ行動が自己コントロール力を刺激し、Fの「頑張る」という言葉を引きだし、自己コントロールを支えている。

表3 子どもと医療者の意識の志向性にズレが生じなかった場面

治療・処置に耐えるD君 D：患児，Dr：医師，交代後の医師，Ns：看護師		処置に協力するE君 Ns：看護師，E：患児，Dr：医師	
点滴場面（観察4場面目）	Dと医師，看護師の意識の志向性	採血場面より抜粋（観察2場面目）	Eと医師，看護師の意識の志向性
D：今日から，3日間点滴。嫌やな。 （点滴）しな，治らへん。 Dr：どっちの手がいい？ D：こっち（左手を出す）。ここ（手首内側）嫌。 Dr：どこやったらいいの？ D：この辺。 Dr：そしたらちょっと。 D：今日は2回刺されるつもりでいるけど。 Ns：強いなあ。 Dr：行くで。1・2・3。 D：痛い（じっとしているが点滴失敗）。 D：2回になってもいいし，こっち（左手）にして。 Dr：もう1回な。ここでいい？ D：どうしても無理やったら（点滴入らず，医師交代）。 Ns：強いな，よう我慢してる。すごい。 D：ふー。 Dr：じゃ，手さげて，グーパーグーパーして。 D：（医師の指示に従う） Dr：むつかしそうやな。こっち（右）も見せて。 D：えー。こっちは嫌。あかん。 Dr：ほな，こっち（左）あかんかったらこっち（右）さしてな。 D：えー，どうしても無理やったらいいけど。 Dr：ほな，ここにしまか。 D：うん。 Dr：行くよ。1・2・3，入った。ちょっと待って。 （ルート固定し終了する。）	<u>Dの意識の志向性</u> 「今日から，3日間点滴。嫌やな。（点滴）しな，治らへん。」から， <u>点滴実施に向けられている</u> 。点滴は嫌だが必要な治療行為として現出している。それが（左手を出す）「2回になってもいいし，こっち（左手）にして。」「どうしても無理やったら。」と処置中の行動を自己コントロールさせている。 <u>医師の意識の志向性</u> 「どっちの手がいい？」「どこやったらいいの？」より，Dの意志の尊重を通し， <u>点滴実施に向いている</u> 。 <u>看護師の意識の志向性</u> 「強いなあ」「よう我慢してる。すごい。」とDの協力的行動の賞賛を通し <u>点滴遂行に向けられている</u> 。上手く出来ている事やその強さの賞賛の支援が，Dの自己コントロール力を支えている。 3者の意識の志向性は点滴に向けられ一致している。 ●看護師の意識の志向性はDの処置中の態度に，医師の意識の志向性はDの要望に沿う点滴実施に向けられている。この両者の関わりが，Dの点滴実施への協力的行動の支えになっている。また，Dへの点滴は技術を要し，Dの協力の必要性を示されたことで，右手でも，という譲歩につながっている。ここで，Dは自己尊重される体験と，医師を尊重する体験をしている。	①Ns：行こうか，採血。 E：あーあ，なんか嫌やな。 Ns：嫌やナァ。 E：よし，行こ。 ②Ns：ここに，座ってくれる？ E：（座って，手を出す） Ns：台，上るよ。 Dr：親指，中にしてグーしてくれる？ E：（緊張している様子） Ns：（採血）するとき言うし大丈夫やで。 E：（表情硬い） Ns：あっち向いとき。 Dr：（採血部位を消毒する） E：（顔を横向け，採血から目をそらす） Ns：楽にしときや。 Dr：行くで。ちょっとチクッとするで。 Ns：ちょっと頑張ってるね。 E：（目を閉じ，横を向き，手で顔を隠す） Ns：楽にしてな。もう終わる。 E：うん（顔は背けたまま）。 —以下略—	Eと医師，看護師の意識の志向性は採血に向けられている。 <u>看護師の意識の志向性</u> Eの気持ちを受け止め，採血を促している。 →採血は実施すべきもの，Eの採血は支援する事としての現出から， <u>採血に向けられている</u> 。 <u>医師の意識の志向性</u> 「親指，中にしてグーしてくれる？」 「するとき言うし大丈夫やで。」等の言葉から <u>採血に向けられている</u> 。 →採血は実施すべきもの，Eは患者役割を取るものとして現出している。 <u>Eの意識の志向性</u> ①の「なんか嫌やな。」「よし，行こ」や，②の医療者の指示通りの行動から， <u>採血に向けられている</u> 。 →採血は受けるべきもの，医師，看護師は協力する相手として現出している。 ●3者の意識の志向性が採血に向けられ，意識の志向性にズレはない。3者の意識の志向性の一致により，それぞれの役割がとれ，採血が遂行できている。

またこの関わりから，意図的にFの意思尊重を意識して関わった観察5場面目（表6）では，Fと医療者が各々の役割遂行に意識の志向性に向けることができ，Fを支援する状況を生じさせ，スムーズに採血が行えた。

Bは観察3場面目で「どっちの手で（採血）しよう？」と採血腕の決定，「ぎゅう（駆血帯）は赤ちゃん用のですか？」と聞かれ，駆血帯への意識の志向性が一致し，処置中の拒否はなかった。これらから，子どもと医療者の意識の志向性のズレが，心理的混乱行動を引き起こし，医療者が子どもの意思を尊重し，両者の意識の志向性のズレを小さくすることで心理的混乱行動を防ぎ，望ましい患者役割を促せることがわかった。特に，医療者の子ども

への関わりにおいて，①子どもの想いが尊重されなとき②自己コントロールへの支援がされなとき，泣く・暴れる等の心理的混乱行動がみられた。

2. 緊急入院をした子どもの心理的混乱行動の構造

1) 心理的混乱行動を引き起こす子どもの苦しみ

心理的混乱行動の構造を明らかにするため，子どもと医療者の意識の志向性のズレから心理的混乱行動が認められた4事例に，どのような苦しみが生じているかを示す（表7）。

子どもが心理的混乱行動を示す場面では，子どもと医療者の意識の志向性のズレが，医療者に子どもの想いを尊重する関わりを妨げていた。子どもは検査や処置に伴う身体

表4 泣き叫ぶFちゃん (Ns: 看護師, F: 患児, Dr: 医師)

採血場面より抜粋 (観察3場面目)	Fと看護師の意識の志向性
<採血の知らせにFは「注射痛い?」と問うが、返答なく車椅子で処置室へ連れて行かれる。> F: 痛くない? 注射? Ns: 3・2・1で一回だけ。 F: じゃあ、痛くない? Ns: チックンや。先生、痛くないように頑張るって。 — 略 — (以下処置室) Ns: ベッド乗ってやる? F: なんで、コロンしなあかんの? お母さんと一緒にやりたい。 Ns: お母さん、だってお留守番したはる。 F: お母さんと一緒にやりたい。 Ns: (おくるみ法で固定する) F: 嫌や、嫌 (繰り返す)。 Ns: すぐ終わるよ。 F: 嫌や、嫌 (足をばたつかせ叫び続ける)。 Ns: 痛くないようにしてるん。 F: すぐ終わる? Ns: すぐ終わるし、じっとして。 F: (大泣きだが、抵抗は納まる) Ns: Fちゃん、動いたらあかんで。動いたらあかんよ。 Dr: じっとしてや (針刺入)。 F: (泣いているが、動かない。採血終了後も「嫌や」と泣いている。) — 以下略 —	<u>Fの意識の志向性</u> 採血前は「痛くない? 注射?」「じゃあ、痛くない?」から痛みに、処置室では「なんで、コロンしなあかんの? お母さんと一緒にやりたい。」「お母さんと一緒にやりたい」から<u>母親と採血を受けるというコーピングに向けられている。</u> <u>看護師の意識の志向性</u> 「チックンや。先生、痛くないように頑張るって。」 「ベッド乗ってやる?」(おくるみ法で固定する)「じっとして」から<u>採血実施に向けられている。</u> ●Fに採血は母とするものとして、看護師には実施すべき事として現出している。ここにFと看護師の意識の志向性のズレが生じている。このズレが、看護師に「お母さん、だってお留守番したはる。」の状況説明とFの採血のコーピングを無視した形での、母不在での採血をさせている。結果Fの想いと現状にズレを生じ、Fを泣き叫ばせている。

的苦痛に対しては、その体験から苦痛を緩和する行動を見出し対処していた。しかし、Bは駆血帯への想いを理解されなかったこと、Cは採血に対する心の準備を待ってもらえなかったことへの心的な苦痛については、心理的混乱行動が見られた。

このように心理的混乱行動は、検査や処置による苦痛に加え、子どもの自律性を尊重されない苦しみが出されたもので、子どもの自己コントロール力が支援されていないことによるとわかった。

2) 子どもの想いを尊重し、心理的混乱行動を防ぐ他者

子どもたちは、望ましい患者役割を取るためのコーピングを考え、努力し、そのコーピングは他者の支援により効果的に成立することが分かった。

心理的混乱行動を起こしやすい状況でも、子どもの自己コントロール力を支える医療者の関わり(質問に答える、子どもの決心を待つ等)で、子どもたちは望ましい患者役割を取ることが分かった。医療者の意識の志向性が処置だけでなく、必要に応じて子どもの意思の尊重に向けられると、医療者は子どもの想いを汲み取れ、子どもへの声かけや対応が子どもの意思を尊重した関わりとなり、その関わりが子どもの心理的混乱行動を防いでいた(表8)。

V. 考 察

1. 心理的混乱行動の要因

検査や処置場面は子どもと医療者の相互行為場面であり、その相互行為がストレスを増強あるいは緩和していた。医療者のどのような関わりが子どものどのような行動につながるかを「子どもと医療者の関係性」を焦点に考察する。

事例Fで「お母さんと一緒に採血したい」Fの想いを無視して、採血を優先した看護師の関わりに対し、Fは心理的混乱行動を呈している。逆に看護師が「お母さんの膝、乗ってや」とFの想いに沿った関わりをした時「すぐ終わる?」というFの「早く終わりたい」気持ちを出させている。さらに「ジーッしてたら、すぐ終わる。動いたら時間かかるで」という医師の説明がFの自己コントロール力を刺激し、Fの意識の志向性を採血に向かわせている。この医師の関わりがFに「じっとしていること=早く採血を終えること」をイメージさせている。加えて看護師が「すぐ終わるように頑張ろう」と声かけし、Fの返答(決心)を待っている。この声かけと待つ行為がFに採血への決心(心の準備)を促し、自らの「頑張る」という発言につながっている。

この2場面の前者では、Fと看護師の意識の志向性にズレが生じており、Fは心理的混乱行動を呈している。一方後者はFの想いに焦点を当てた医療者の関わりで、Fは心

表5 患者役割を努力するFちゃん (F: 患児, 研: 研究者 (筆者), Ns: 看護師, 母: Fの母親, Dr: 医師)

採血場面より抜粋 (観察4場面目)	Fと母, 医師, 看護師の意識の志向性
① (前日に採血の説明, 母と一緒に採血を約束する。採血を知らせに来る) F: 何? 何?。 研: チックンや。手つないで, 歩いて行くんやったな。 F: 嫌っ! 嫌! オシッコ行きたい。 研: オシッコ行きたいの? ほな, オシッコ行って, (採血) しょか? F: うん。なあ, すぐ終わる? 研: じっとしてたらすぐ終わる。 F: じっとしてられへんかったら? 研: なかなか終わらへん (排尿後, 自から処置室へ行く。) F: お母さんと一緒。お母さんの膝の上 (処置室で泣きで叫ぶ)。お母さんの。 母: わかってる。一緒や。 研: お母さんの膝に乗って。 F: お母さんの膝の上がいい。お母さんの膝の上。嫌 (叫ぶ)。 母: 分かってる。膝の上や。 F: 嫌。お母さんの膝がいい。 Ns: お母さんの膝, 乗って。 母: (膝の上にいることを確認させる)。 F: すぐ, 終わる? Dr: すぐ終わるよ。 F: 嫌, 嫌やあ。(叫ぶが, 動かない。) こっち (右手) の手は嫌。 Dr: ほな, こっち (左手) の手にしよ。 F: 痛くない? Dr: ちょーっとだけ。一瞬や。 F: 嫌やあ。 研: 泣かずに, 歩いて来れたな。 Dr: Fちゃん, かつこいいとこ見せてよ。 ② Ns: お利口さんやん。 F: (低めの声で) すぐ終わる? Dr: すぐ終わるよ。ジーッしてたら。ジーッしてへんかったら, 時間かかるで。 F: うん (頷く)。(「すぐ, 終わる?」「終わるよ」「ほんま?」「ほんま」を繰り返す) Ns: すぐ終わるように頑張ろう (待っている)。 F: (小さい声で) 頑張る。 Ns: 看護婦さんの親指握って。 F: すぐ終わって (指示に従う)。 Dr: うまい。賢い。 Ns: グーしてて, そう, 出来た出来た。上手にできるな。 (採血はスムーズに終了)	<u>Fの意識の志向性</u> 「なあ, すぐ終わる?」「じっとしてられへんかったら?」「お母さんと一緒。お母さんの膝の上。」から<u>採血へのコーピングに向けられている。</u> <u>母の意識の志向性</u> 「分かってる。膝の上や。」からFの支援に向けられている。 医師の意識の志向性は「すぐ終わるよ。」「こっち (左手) の手にしよ。」「かつこいいとこ見せてよ。」「すぐ, 終わるよ。ジーッしてたら。」 ジーッしてへんかったら, 時間かかるで。」からFの<u>自己コントロール力に向けられている。</u> <u>看護師の意識の志向性</u> 「お母さんの膝, 乗って。」「お利口さんやん。」「すぐ終わるよ。うに頑張ろう。」からFの<u>コーピングに向けられている。</u> Fには採血は嫌だが受けるものとして, 母には支援するものとして現出している。 医師には採血は実施すべきこととして現出している。ここでは採血することに4者の意識の志向性が一致している。Fが心理的混乱を引き起こしそうな採血過程で, 周囲の大人がFの意識の志向性にそって返答, 行動の支持や指示をしている。特に母と一緒に採血というコーピングに3者の意識の志向性が向けられたことで, Fの採血への姿勢を落ち着かせ, 医師, 看護師にとり採血の現出の仕方がFと協力して実施する事に変化している。この医師, 看護師の採血の現出の仕方が, 「かつこいいとこ見せて」「すぐ, 終わるよ。ジーッしてたら。ジーッしてへんかったら, 時間かかるで。」等Fのコーピング支援をさせている。 ●Fのコーピングへの想いを3者が受け止め, Fの意向を尊重し, 支えることでFの採血への姿勢が落ち着いている。Fの意識の志向性に3者の意識の志向性を沿わせ, Fの協力の支持に一致させている。これが, 採血にFの意識の志向性に向け, 自己コントロール力を維持し, 心理的混乱を緩和させ, 心理的混乱行動を防いだ。

理的混乱行動を引き起こさず, さらに「泣かへんかった」と処置中, 自己コントロールした達成感を表出している。

また事例Aは, 知りたいことに答えてもらえなかったとき「嫌」「隠す」等の心理的混乱行動を呈している。事例Cも, 採血を「待つて」ほしい想いに対し, 医療者が採血遂行を優先した結果, 心理的混乱行動を呈している。さらに事例Bは, 採血時の「駆血帯の締め付けが嫌」な想いを受け止められず, 医療者に「それしんかったら, 血が出ないねん」と, 採血を遂行され, 心理的混乱行動を引き起こしている。以上のように, 医療者と子どもの相互行為にお

いて, 医療者と子どもの意識の志向性にズレを生じているとき, 心理的混乱行動が引き起こされている。この意識の志向性のズレは, 医療者の意識の志向性が子どもの苦しみやコーピングに焦点化されていないときに生じている。つまり, 医療行為を優先し, 子どものコーピングを無意識に無視した関わりが子どもの処置や検査のストレスを増強させ, 心理的混乱行動を引き起こしている。このことから子どもの想いや苦しみ, コーピングを中心とした相互行為場面が展開されるか否かで子どもの示す反応や行動が決定するといえる。

表6 採血に主体的参加したFちゃん（母：Fの母親，F：患児，研：研究者（筆者），Ns：看護師，Dr：医師）

主体的参加した採血場面より抜粋（観察5場面目）	Fと母，医師，看護師の意識の志向性
①母：今日，注射やな。 F：うん。泣かへん。お母さんの膝乗ってる。 研：泣かへんとこ見ててもいい？ F：いいよ。（看護師が向かえに来る） ②Ns：Fちゃん，じゃ，行きましょか。 F：はい。お母さんと一緒に行く。痛くない？ Ns：うーん，ちょっとだけチクンやで。 F：えー。嫌や。嫌。 Ns：痛くない，おまじないしてもらお。 F：嫌。嫌。お母さん，手，つないで行きたい。 母：手，つないで行こ。 研：手，つないで行くんや。頑張ろうな。 F：うん。（母と手をつなぎ，歩いている。） 研：泣かへんって言うてたな。 F：がんばる。 ③F：お母さんの膝の上で。 母：わかった，乗せたげる。どっちにするの？ F：こっち（左）がいい。なあ，すぐ終わる？ Ns：すぐ終わる。 F：（自分から，左手を出し，パジャマをまくる。） F：すぐ終わる？ Dr：すぐ終わるやん。 F：ほんまにすぐ終わる？ 母：すぐ終わるやろ，いつも。動いたら，終わらへんで。 F：うん。 Dr：（駆血帯を巻き，採血準備をする。） 母：ジーとやで。 - 以下略 - この後看護師に「動いたらあかんしな。」と左手首と上腕に手を添えられるが，静かに，動かず採血が行っていた。採血終了後「お利口さん。」「完璧。」と賞賛され「こっち（来た方と逆）から行く。泣かへんかった。」と看護師に得意気に話す。	<u>Fの意識の志向性</u> 「泣かへん。お母さんの膝乗ってる。」「がんばる。」「こっち（左）がいい。」「（左手を出し，パジャマを捲る。）から採血を受ける自分を通し，採血実施に向けられている。」 <u>母の意識の志向性</u> 「今日，注射やな。」「手つないで行こ。」「わかった，乗せたげる。」「動いたら，終わらへんで。」からFの自己コントロール力に向けられている。 <u>医師の意識の志向性</u> 「すぐ終わるやん。」から採血する事に向けられている。 <u>看護師の意識の志向性</u> 「行きましょか」「動いたらあかんしな。（左腕の手首と上腕に手を添える）」から採血へのFの自己コントロール力に向けられている。 Fにとり採血は嫌だが行うべきこととして現出し，母と看護師にとってはFの採血はFが主体的に受けられるよう支援することとして現出し，医師にとっては実施すべきこととして現出している。 ● 4者の意識の志向性は，採血に向けられ一致している。Fは，注射を泣かずに受けたい（がんばる）想いがあり，そのコーピングとして“母の膝に座って採血を受ける”方法を提示している。F以外の3者の意識の志向性がFの（がんばる）意識の志向性に合わせられたことが，Fのコーピングを受け止め，「泣かずに採血を受けたい」想いを支え，スムーズな採血につながっている。Fの意識の志向性に援助者の意識の志向性を一致させることで採血がスムーズに行われた。

逆に心理的混乱行動を引き起こさなかった事例では，子どもの処置に対するコーピングと自己コントロール力への支持的関わりがされている。事例Dでは「どっちの手がいい？」がコーピングに向けられた関わりに，「強いな。よう我慢してる。すごい。」の褒め言葉が自己コントロール力への関わりに該当する。事例Eでは「あっち向いとき」「楽にしときや」がコーピングに向けられた関わり，「ここに座ってくれる？」「親指，中にしてグーしてくれる？」「ちょっと頑張ってね」が自己コントロール力への関わりに該当する。このように，処置に対する子どものコーピングと自己コントロール力に医療者の意識の志向性が向けられたとき望ましい患者役割がとれている。ただこの2事例は9，10歳と学童期後期で，言葉による説明が有効な年齢である。この点について，鯨岡⁶⁾はその関係発達論で「ヒトの赤ちゃんは，〈育てられる者〉の養育的世話や愛情なしには育ってゆかない。そのことから，誕生した一人の赤ちゃんから出発してその完成された姿に向かうという枠組み，つまり『子どもから大人へ』という定式は，能力発達の様相を捉えることができて，子どもが育つのは『育て

る－育てられる』という関係においてであるという単純な事実を掘り取っていない」と指摘している。つまり，ある年齢になれば検査や処置の意味がわかるのではなく，その生育過程での周囲の大人の関わりにより，わかるようになる，そうなる為にはそれなりの関わりが必要，というのである。つまり，医師とは，看護師とは，患者役割とは，の理解はこれまでの子どもの生活体験（周囲の大人との関わり）を通して理解され，身につくものと言える。

また，子どもを「育てられる者」，子どもに関わる周囲の大人を「育てる者」と位置づけ，「〈育てられる者〉である子どもは，自分の思いや意図を〈育てる者〉が受け止め，受け入れ，認めてくれることによって，自分の輪郭を確かめ，自分に自信や尊厳を持つ一個の主体となることができる」としている。さらに，「主体となるためには他者を必要とする」とし，〈育てる者〉の対応によって一個の主体として道を歩み始めた子どもは，さらに自分を前に押し出すようになる。しかし，押し出しが強すぎた場合は周囲との衝突が生じ，主体として受けとめてもらえなくなることがあり，子ども自らが主体的育ちにブレーキをかけること

表7 意識の志向性のズレが引き起した心理的混乱行動と子どもの苦しみ

事例	場 面	引き起こされた心理的混乱行動	子どもの想いと現実	子どもに生じている苦しみ
A	<点滴漏れの確認作業を行う場面（観察3場面目）より抜粋> A：機械がおかしいってどういう意味？ ⇔Ns：お手てがどうなってるか見たいねん。お手て出せる？。 A：何で抑えるん？⇔Ns：持ってるだけ。 A：これ（針）ついてる。何これ注射？ ⇔Ns：でも、針はチクンしないしな。 A：注射のあれ（薬液）何？⇔Ns：液だけで。	「嫌」「腕を隠す」という心理的混乱行動を引き起こしている	「自分はどうなるのか」「何が起きているのか」を知りたい想いに対し、看護師の行ないたい行動を返され、何が起きるか知らされない現実	医療者に、コントロールされることを期待され、知りたい想いが尊重されない苦しみを生じている
B	<採血場面（観察2場面目）より抜粋：採血前に母に「今日は、泣かんといて」と言われている> B：座ってる。⇔Ns：座ってしようか。 Ns：こっちへ手、出しとこか。⇔B：指示に従う。 ⇔Ns：そうそう。賢いな。 B：痛いし。ぎゅうってなるし。 ⇔Ns：それしなかったら、血が出ないんねん。 ⇔Dr：チクンしよか。ちょっとギューするよ。 ⇔B：嫌や。それが嫌。⇔Dr：これ大事やねん。 B：嫌。嫌。⇔Dr：嫌やけど、頑張ろ。 B：嫌。嫌や。⇔Ns：頑張れ。 Dr：（駆血帯をまく）強いナァ。 ⇔B：（泣き出す）。⇔Dr：する時言うしな。 ⇔B：（泣きながら、じっとしている）⇔Dr：もう、痛いとか終り。 ⇔B：痛い。	Bの頑張りをもてもらえないことが「嫌」「啼泣」という心理的混乱行動を引き起こしている	採血時の駆血帯の縛りの辛さをわかってほしいという想いに対し、駆血帯が必要と言われ、駆血帯の縛りを耐えたことに何も言われない現実と、母に「今日は、泣かんといて」言われたにもかかわらず、辛さをサポートされず、母の期待に添えず泣いてしまった現実	耐えていることを認められない苦しみ（ <u>自己の行動を尊重してもらえない苦しみ</u> ）を生じている。同時に、母の期待に添えない苦しみ（ <u>自己コントロールを維持できない苦しみ</u> ）を生じている
C	<採血場面（観察4場面目）より抜粋> Ns：どっちの手がいい⇔C：…。⇔Ns：こっち、しよ。ごろんと。 Dr：Cの腕を持ち採血体制に入る。⇔C：待って。 ⇔Dr：ちょっと見せて。⇔C：待って。 ⇔Ns：じっとしててや。⇔C：（体をくねらせ始める） C：待って（泣く）。⇔Ns：Cちゃんすぐ終わるやん。	「待って」を増強させ、「暴れ出す」という心理的混乱行動に転化させている	Cの採血を「待って」という想いに対し、待ってもらえずに採血が実施された現実	看護師に採血への心の準備ができるまで、 <u>待ってほしい想いを尊重されない苦しみ</u> を生じさせている
F	<採血場面（観察3場面目）より抜粋> F：なんで、コロンしなあかんの？お母さんと一緒にやりたい。 ⇔Ns：お母さん、だってお留守番したはる。 F：お母さんと一緒にやりたい。 ⇔Ns：（おくるみ法で固定する）⇔F：嫌や、嫌。 ⇔Ns：すぐ終わるよ。 ⇔F：嫌や、嫌（足をばたつかせ、叫び続ける）。	「嫌や、嫌（足をばたつかせ、叫び続ける）」という行動を引き起こしている	母と採血を受けたいという想いに対し、母の同行がないことを理由におくるみ法で固定され、採血された現実	Fのコーピングを尊重されない苦しみ（ <u>Fの想いが尊重されない苦しみ</u> ）が生じている

になる。逆に、〈育てる者〉の社会化の導きに乗ることができ、それを肯定的に受け止めてもらえたことを自分の誇りにできるとき、その社会化された姿は自分がより主体となった姿でもある¹⁷⁾、と述べている。心理的混乱行動を示さなかった2事例は、この社会化が今までの生育過程で行われており、患者役割を主体的にとることができたといえる。

すなわち心理的混乱行動が引き起こされるか否かは検査・処置場面での医療者の意識の志向性の向き（方位性）とそれに応じた医療者にとっての子どもの現われ方（思念性）に左右される。さらにそのことから心理的混乱行動の発生と緩和は子どもの想いや苦しみを聴くことで医療行為が展開されるか否か、またそれに応じて子どもに医療者がどのような存在として現われるかによるといえる。ここ

に、子どもと医療者の「関係性の成立とその循環性」が問われる。

2. 子どもと医療者の意識の志向性から成立する関係性

子どもの権利条約が批准されて以降、子ども主体の医療が言われている。しかし検査や処置場面では子どもの想いや願いが見過ごされ、医療者の抑制が必要な程の心理的混乱行動を引き起こしている現状がある。この状況下では医療者優位の関係が見いだされる。が、医療者は「～するから、～してね。」「～してたらすぐ終わるよ。」「（採血）どっちの手でする？」等子どもを尊重する関わりも行っている。これらはできる限り子どもの想いに沿いたい、望ましい患者役割を取って欲しいとの想いの現われである。ただ子どもの「待って」「嫌」等の一見、否定的表現が「処置に対する恐怖」「説明してもムダ・ダメ」のような理解と

表8 心理的混乱行動を回避されている体験

事例	場 面	他者	他者によるサポートの内容	子どもの体験	子どもの反応・行動
A	採血 (観察4場面目)	看護師	看護師が「出来るかな」「協力してほしい」「出来るな」等自己コントロール力を刺激する声かけ	自律性（自己コントロール）を尊重される体験	処置室に自ら行く行動を示している
B	採血 (観察3場面目)	看護師	「どっちの手で（採血）しよう？」「ギュー（駆血帯）は赤ちゃん用のですか？出来る？」などコーピングを支持する声かけ	想いを尊重される体験	処置台に自ら腕を出し黙って採血を受けている
C	採血 (観察5場面目)	看護師	看護師が「準備して、ゆっくり来る？」「どっちの手がいい」と意思を尊重する声かけ	意思を尊重される体験	声かけ後、自ら処置室へ行き、採血肢を検討する行動を示している
D	点滴 (観察4場面目)	医 師 看護師	「どっちの手がいい？」「どこやったらいいの？」等、Dの意思を尊重する医師の声かけと「強いなあ」「よう我慢してる。」等の頑張りを尊重する看護師の声かけ	決定を尊重される体験と医師の頑張りを尊重する体験	数回の点滴針刺入に拒否的言動はなく、協力的態度を維持している
E	採血 (観察2場面目)	看護師	採血前の「嫌やな」の看護師の反復による嫌な想いの受容と、尊重した関わり。採血中の表情から「どういう行動が苦痛を少なくする」という気持ちに合わせた声かけ	想いを尊重される体験（自己コントロール力の維持）	採血の終了まで協力している
F	採血 (観察4場面目)	医 師 看護師	医師の「かっこいいとこ見せて」「すぐ、終わるよ。ジューッしてたらな。ジューッしてへんかったら時間かかるで。」や看護師の「早く終わるように頑張ろう。」の自己コントロールする内容の支持的声かけと、母親と一緒に採血というコーピングの支持的関わり	意思を尊重され、自己コントロール力を支えられる体験	採血に対して自分の行動を確認し、採血を受けられている

反応を医療者に生み、子どもの想いを見過ごさせ心理的混乱行動を引き起こしている。

医療者のこの無意識的な理解と反応は、子どもが発達過程にあり「説明しても理解できない」とする考え違いや、「泣き叫ぶ子どもには抑制や固定」という理解から生じている。この理解は、医療者の意識の志向性を「泣き、暴れる、抑制する」ことに向ける傾向にある。このような反応が、子どもの「泣き、暴れる」という心理的混乱行動を「検査や処置が出来ない」困ったこととして現出させ、「何とか、検査または処置をしなくては」という思いを先走らせる。そしてそれが、子どもが暴れなければいいという思いに傾き、「子どもがじっとしてくれれば」と願い、「子どもをじっとさせよう」という考えに働き、子どもを抑制、固定してしまう。一方、このときの子どもの意識の志向性は、医療者の「検査・処置の遂行」「子どもをじっとさせよう」という意図に向けられ、子どもに医療者を「無理やり処置をする人」として現出させる。ここに「検査・処置を遂行する医療者」と「抑制・固定される子ども」という「強制・抑圧の関係」が成立する。

このような関係の成立は、子どもと医療者の意識の志向性に依拠して引き起こされる相手の反応により、双方の意識の志向性を強めるという循環性を生じる。

このような関係を断ち切るため、患者役割を努力するFちゃんの場合から意識の志向性に即して考える。Fは「お母さんと一緒に」「嫌」「すぐ終わる？」と半泣きになる。この時、看護師はFの「お母さんと一緒に」という想いと「嫌」という苦しみに意識の志向性に向け「お母さんの膝、乗ってや」と話すことで、Fに理解者、援助者として現出している。さらにFの「すぐ終わる？」に、医師は「すぐ、終わるよ。ジューッしてたらな。ジューッしてへんかったら時間かかるで。」と、Fの想いに意識の志向性に向け、答えている。これがFに、医師を「採血を早く終わるようにする人＝援助者」として現出させている。このように子どもに対する医療者の現出の仕方が変化したことで、Fの意識の志向性を採血中「じっとする」ことに向け、協力することができた。医療者の意識の志向性が、子どもの想いや苦しみに向けられると「協力・援助」の関係が成立する。

子どもと医療者が「強制・抑圧の関係」にあるとき、子どもは尊重されない苦しみを抱き、心理的混乱行動を引き起こす。さらに、子どもなりに考える患者役割と現実の自分とにズレが生じ、自己コントロールできない苦しみが生じると考えられる。

逆に、心理的混乱行動を回避した場面でFは意思を尊重されることで、望ましい患者役割が取れ、達成感を得ている。このような体験は、エリクソン¹⁸⁾のいう第2、第3段階の発達課題である「自律性の獲得」「自主性の獲得」に該当する。

子どもの意識の志向性に沿った関わりは、子どもと医療者の間に「協力・援助の関係」を成立させ、「検査や処置に伴う苦痛の緩和」以外に、子どもの人間的成長発達を支える援助となる。

3. 子どもの処置経験を左右する医療者の意識の志向性

子どもと医療者の相互行為である処置場面での子どもの経験と、医療者の意識の志向性との関係について考える。

経験とは、ある目標に向けられた道程であり、その道程において獲得されたものすべてである¹⁹⁾。つまり処置の達成に向けられた過程であり、その過程で子どもが体験した事を通して意味づけられたものすべてである。西村ら²⁰⁾は「はじめての処置経験が医療者によってうまくケアされた場合はそれらが次からの経験にプラスに働く」「子どもは処置をそれなりに経験学習し、恐怖や不安にうまく対処できる」と述べている。このことは、子どもと医療者の相互行為の中で、よい処置体験をするか否かが、子どもの処置経験の意味付けを左右することといえる。具体的には心理的混乱行動を示した事例は、入院初回の処置場面で子どもたちの想いを無視した形で処置が遂行され、以後の観察場面で「嫌」「待って」や「暴れる」「泣く」などの拒否的行動がみられ、処置は「苦痛で嫌」な体験として意味付けがされている。また逆に、心理的混乱行動を示さなかった事例は、入院初回の処置場面で想いを尊重される関わりを体験しており、以後の処置場面では協力的行動だけではなく、医療者への信頼や気遣いを示す様子もみられ、必要かつ有用なものとして意味づけられ、人間的成長に関わる経験となっている。このように初回経験の違いは、子どもたちの処置に対する意味づけに影響している。

しかし、Fのように初回の処置場面で医療者とのズレが生じ、心理的混乱を示した事例でも、その後の医療者の関わりにより子どもと医療者のズレを消失できると心理的混乱を示さないという結果が得られ、プラスに意味づけられる経験へと変化しうる。

また心理的混乱行動を示した事例では、その体験から身体的苦痛の緩和行動を子どもなりに学習し、対処しているが、コーピングを無視されたという心的な事柄についての緩和行動は見出せず、処置場面における医療者との関係そのものに対するマイナス経験を強いられている。この経験の積み重ねは医療者自らが子どもの医療者への協力を難しくさせているとも考えられる。従って、医療者の意識の志向性を子どもの意識の志向性に沿わせた関わりが子どもの処置体験をプラスに意味付けることを理解した関わりが重要といえる。

4. 子どもの自律性を支援する医療者の意識の志向性

医療者のどのような関わりが子どもの心理的混乱行動を防ぎ、子どもが主体的に検査や処置に臨むことができるか、人間存在の視点から考える。

村田²¹⁾は人間存在を時間存在、関係存在、自律存在の3つからなるとしている。この人間存在成立のひとつである「自律存在」は「生き方を自己決定できる存在」で、人

間が自分の意思で自己決定し、行動することに価値をおく生き方である。エリクソンによると、第2段階の幼児期前期は「自律性の獲得と恥・疑惑の克服」、第3段階の幼児期後期は「自主性（主導性）の獲得と罪悪感の克服」が発達課題である。この第2、第3段階の発達課題は人間存在の「自律存在」と深く関わっている。エリクソンの示す第2段階は、周囲の大人の支援（励ましや支持、補助）で、幼児が自分の意思で身体や行動をコントロールできるようになり、自立していく。この自分の身体や行動の自己コントロールが「自立」であり、このときの周囲の支援の受け入れの決定が「自律」になる。村田²²⁾は「自律存在である人間の存在と意味は生き方を自己決定することに核心がある…略…日常の自律概念は「自立」と「生産性」に支えられている。…略…自立し、生産的であることに生の価値をおく患者の意識の志向性が自己の依存や不能、役に立たないことに向けられるとき、…略…無意味で無価値なものとして現象する」としている。小児期はこの自律性の獲得過程にあり、「自立」も「生産性」も他者のサポートにより獲得されていく。しかし、他者のサポートがなく「自律」が決定できず「自立」できない状況、例えば検査や処置場面で医療者の支えがなく心理的混乱行動を引き起こしてしまうと、自律性の獲得が難しく、逆に挫折感や不達成感につながる。エリクソンの第3段階の特徴は「ひとつの目的のために『自分』から動き、『自発的』に動く」とする行動である。これを自主性と呼んでいる。人は、何をするにしてもこの自主性の感覚を必要としている²³⁾であり、この自主性は自己決定であり自律存在に沿う。これらのことから、自律存在である「自己決定し、行動」できるよう支えることはエリクソンのいう第2、第3段階の発達課題である自律性、自主性の獲得を促す。子どもの心理的混乱行動は、この自律性、自主性の獲得の妨げから生じるともいえる。

5. 心理的混乱行動の緩和に対するケアへの提言

今回の調査で、子どもたちが検査・処置をうまく乗り越えたいと考えていることが確認でき「医療者の関わり」が子どもの行動を左右していることが明確になった。

つまり、子どもの体験している出来事への子どもと医療者の意識の志向性のズレが子どもの心理的混乱行動を引き起こし、このズレは子どもの自律性が尊重されない関わりから生じていた。さらにそのズレが「心理的混乱行動を起こしている現実」と「望ましい患者役割への想い」とにズレを生み、子どもの自律性を脅かす苦しみを生じさせていた。それゆえ子どもと医療者の関係性において、子どもの意思が医療者に尊重されることで、子どもは心理的混乱を緩和され望ましい患者役割がとれるという示唆が得られた。

従って子どもの意識の志向性に医療者の意識の志向性を沿わせること、すなわち子どものコーピング方法に沿う関わりをすることが、医療者の意識の志向性に子どもの意識の志向性を沿わせることになる。子どもが心理的混乱行動を引き起こしそうな状況から望ましい患者役割に変化させることができるといえよう。

これは、事例Fの「お母さんの膝の上で採血する」コーピングに医療者が意識の志向性に向け、コーピングを支持した関わりの結果、円滑に処置遂行できたことからわかる。この事例には、子どもが検査や処置の意味を子どもなりに理解し、臨む様子があり、そこには子どもの自律性が存在している。子どもの想いを尊重した関わりは、医療者の意識の志向性を子どもの想い、苦しみへ向けることで成立する。それは子どもが望ましい患者役割を取ることを支え、子どもの自律性と自主性の発達を支える援助になる。

検査・処置は苦痛を伴う体験である。この苦痛な体験を子どもたちが「嫌だけど、～で頑張ろう」と考える方向に、子どもの意識の志向性が向くように関わるのが看護援助である。すなわち①子どもの意思の尊重（想いや願いを聴きくこと）により子どもの気持ちを落ち着かせ、心理的混乱を避け、②子どもの自主性、自律性が育つよう子どものコーピングを支えることが、ケアの専門職である看護師が検査や処置時に関わる意味である。

子どもの心理的混乱行動を防ぎ、子どもが主体的に検査や処置に臨むための援助には医療者の意識の志向性が大きく影響している。医療者が意識の志向性を検査・処置に向けるか、子どもの想いに向けるかにより医療者の子どもへの関わりが異なり、その「医療者の関わり」の違いにより子どもの行動が変化する。さらにこの「医療者の関わり」

は、検査や処置という苦痛な体験を人間的成長の機会に変化させることもありうる。ここに「医療者の関わり」が心理的混乱行動を防ぎ、子どもの自律性・自主性を育てる支援になる可能性を示唆したい。

IV. ま と め

心理的混乱行動は医療者と子どもの意識の志向性のズレにより引き起こされ、このズレが子どもの望ましい患者役割と現実の行動にズレを生じさせていた。さらに子どもに関わるときの医療者の意識の志向性が、子どもの心理的混乱行動を左右することが明らかとなった。

心理的混乱行動が引き起こされる状況下には、医療者の子どもに対する考え違いが「強制・抑圧の関係」を生じさせていた。逆に、医療者の意識の志向性が子どもの想いや苦しみに向けられた時「協力・援助の関係」が成立し、子どもは自律性を発揮し、望ましい患者役割がとれていた。この関係には循環性・固有性が存在する。「医療者の関わり」により「協力・援助の関係」が成立したとき、処置や検査場面は子どもにとり自律性発揮の場、人間的成長の機会となる。このことから、看護師が子どもに関わる全ての場面において、意識の志向性を子どもの想いや苦しみに向けることで、子どもの心理的混乱行動を防ぎ、人間的成長を促すことが示唆された。しかし、本研究は介入事例数が少なく一般化には限界があり、さらに事例検討を重ねる必要がある。

なお本研究は、京都ノートルダム女子大学大学院人間文化研究科生活福祉文化専攻修士論文を加筆修正したもので、日本看護研究学会第33回学術集会でその一部を発表した。

要 旨

本研究の目的は、処置時の心理的混乱行動成立のメカニズムをそのときの子どもと医療者の関係性から解明し、緩和の指針を得ることである。本研究に同意を得た4～10歳の子どもとその家族、その子どもに関わった医療者に、参与観察及び半構造化面接を行い、現象学的解釈法により分析した。結果①子どもと医療者の意識の志向性のズレがあること②そのズレが子どもに尊重されない苦しみを生じさせ、心理的混乱行動として表されていたこと③医療者の意識の志向性が子どもの想いや苦しみに向けられるか否かで、心理的混乱行動の増減を左右することが分かった。関係の相互作用、循環性、固有性の特性から、医療者の意識の志向性が処置優先に向けられる場合、「強制・抑圧の関係」に、医療者の意識の志向性が子どもの想いや苦しみに向けられると「協力・援助の関係」を成立でき、それが心理的混乱行動の緩和につながることを示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to clarify the development of emotional agitation during the treatment of children based on the child-health professional relationship, to obtain guidelines for reducing such agitation. Participant observation and semi-structured interview were conducted in children aged 4 to 10, their family, and the relevant medical professionals, and the development of emotional agitation was analyzed by phenomenological interpretation. The results demonstrated that: 1) there was a gap in the orientation of purpose between children and health professionals; 2) the gap made the children

feel they were not being respected, which was expressed as emotional agitation; and 3) the frequency of such agitation varied depending on whether health professionals' orientation of purpose was focused on the children's feelings and pains. The characteristics of the mutual interaction in the child-health professional relationship suggested that a "compulsive, suppressive relationship" develops when health professionals' orientation of purpose gives priority to treatment, while a "cooperative, supportive relationship" develops, with a possible reduction of children's emotional agitation, when they focused on children's feelings and pains.

文 献

- 1) リチャード・H・トムソン, ジーン・スタンフォード/野村みどり, 小林 登, 監訳: 病院におけるチャイルドライフ, 27, 中央法規出版, 東京, 2003.
- 2) 浦添綾子: 遊び環境よりみた小児専門病院病棟の建築計画に関する基礎的研究, 日本建築学会計画系論文集, 第535号, 99-105, 2000.
- 3) 横田信也, 北原 佑: 母子入院の初期目標と満足度, 小児保健研究, 59(2), 322, 2000.
- 4) 杉山暢子, 今永たか子, 他: 入院が小児に及ぼす影響, クリニカルスタディ, 2(4), 105-112, 1981.
- 5) 武田淳子, 松本暁子, 他: 痛みを伴う処置に対する幼児の対処行動, 千葉大学看護学部紀要, (19), 53-60, 1997.
- 6) 流郷千幸: 子どもの処置におけるストレス緩和に関する文献検討, 日本小児看護学会誌, 13(1), 77-82, 2004.
- 7) 中村美保, 兼松百合子, 他: 医療処置を受ける小児の痛みの程度と行動に表れる反応, 千葉大学看護学部紀要, 15, 45-52, 1993.
- 8) 二宮啓子, 蝦名美智子, 他: 検査・処置を受ける子どもへの説明と納得の過程における医師・看護者・親の役割, 日本小児看護学会誌, 8(2), 22-30, 1999.
- 9) 松森直美, 二宮啓子, 他: 「検査・処置を受ける子どもへの説明と納得」に関するケアモデルの実践と評価(その2) 子どもの力を引き出す関わりと具体的な看護の技術について, 日本看護科学会誌, 24(4), 22-35, 2004.
- 10) Ellerton, Mary-Lou, Ritchie Judith A, and Suzanne Caty, : Factors Influencing Young Children's Coping Behaviors Stressful Healthcare Encounters, Maternal-Child Nursing journal, 22(3), 74-82, 1994.
- 11) Broome, M. E. : The relationship between children's fears and behavior during apainful event, Child Health Care, 14(3), 142-145, 1986.
- 12) 新田義弘: 現象学とは何か, 52, 講談社, 東京, 1992.
- 13) 新田義弘: 「フッサールの現象学」『フッサールを学ぶ人のために』, 54-55, 世界思想社, 東京, 2000.
- 14) ヴァルデンフェルス/鷺田清一, 他(訳): 開かれた弁証法の可能性「現象学とマルクス主義・II」, P. 42, 白水社, 東京, 1982.
- 15) ヴァルデンフェルス/新田義弘, 他(訳): 行動の空間, P.16, 白水社, 東京, 1987.
- 16) 鯨岡 俊: <育てられる者>から<育てる者>へ 関係発達の視点から, P.104, 日本放送出版協会, 東京, 2002.
- 17) 前掲書16): P.94-95.
- 18) E. H. エリクソン, J. M. エリクソン/村瀬孝雄, 近藤邦夫(訳): ライフサイクル, その完結, 73, みすず書房, 東京, 2004.
- 19) 小川 侃: 現象学の現在, 71, 世界思想社, 京都, 1989.
- 20) 西村真実子: 痛みを伴う処置をうける子どもの反応と関連要因の関係, 金沢大学医学部保健学科紀要, 23(2), 127-131, 1999.
- 21) 村田久行: 終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア: アセスメントとケアのための概念的枠組みの構築, 緩和医療学, 5(2), 61-69, 2003.
- 22) 村田久行: 終末期患者のスピリチュアルペイン構造解明への現象学的アプローチ, 京都ノートルダム女子大学研究紀要, 128, 2005.
- 23) 鍾幹八郎: エリクソン, E. H, 発達の理論をきづく, 202, ミネルヴァ書房, 京都, 1992.

〔平成19年10月15日受 付〕
〔平成20年 5月21日採用決定〕

慢性統合失調症患者の首尾一貫感覚 (Sense of Coherence) の特徴とその関連要因

Distinctive Characteristics of SOC in Patients with Schizophrenia and Related Factors

中 村 百合子 山 崎 登志子 糠 信 憲 明 大 沼 いづみ
Yuriko Nakamura Toshiko Yamazaki Noriaki Nukanobu Izumi Onuma

キーワード：SOC, 統合失調症患者, 慢性期
Key Words : SOC, schizophrenic patients, chronic

I. はじめに

精神障害者はストレスに対する脆弱性が発病や再発に影響を与えているとされる¹⁾。ストレス対処能力には個人差があるといわれているが、援助の仕方によっては、その対処能力は高められると考える。ストレス対処能力を測る概念の1つとして、首尾一貫感覚 (Sense of Coherence, 以下SOCと略す) が提唱されている²⁾³⁾。これは、社会学者であるAaron Antonovskyによって提唱された概念で、強制収容所から生還した女性がその後更年期にも適応していることに着目した健康生成志向モデル (salutogenic orientation) に由来している。この考えは、疾患の要因を特定することには焦点をあてるのではなく、なぜ人々は健康でいられるのかという健康の起源に焦点を当てている。つまり、疾患を特定し治療するよりも健康を維持・増進させる要因に着目している³⁾。SOCとは、ストレス下でも健康を保つ能力、すなわちストレス対処能力概念を発展させた健康保持能力で、健康状態を悪化させるストレスの影響を緩衝し、その結果として健康状態を良好にする働きをすると考えられている³⁾⁴⁾。

SOCを測定尺度とした健康成人に関する研究によると、60歳以上の高齢者では健康に関する自己評価が高く、経済状態がよい人ほど一般成人より高いSOCを示すと報告されている⁵⁾。さらに、成人男女の生活環境とSOCとの関連は、経済的にゆとりがあり、家族関係が良好で、職場生活に満足している場合にSOCが高いとが示されている³⁾⁶⁾。すなわち、個人を取り巻く環境が良好な場合にSOCが高くなると考えられる。SOCは個人の心理・社会的側面の満足度との間に正の相関を示し⁴⁾⁷⁾⁸⁾、well-beingや生活満足感との間でも正の相関があると報告されている⁹⁾¹⁰⁾。また、SOCとストレス、不安、抑うつとの間には負の相関があり⁴⁾⁷⁾、SOCが低い人はSOCが高い人に比べ精神的愁訴が3.5倍もの高率で出現することが明らかに

されている¹¹⁾。このようなことから健康成人のSOCは生活環境、生活満足度、抑うつ、ストレスとも大きな関係があるといえる。

一方、心疾患や強皮症などの疾患をもつ患者を対象としたSOCの研究では、SOCと「抑うつ」「無力感」との間に有意な負の相関が認められている⁷⁾¹²⁾。また、SOCとQOLとの間には有意な正の相関が認められている⁷⁾。また、配偶者やこどもがあり、就業に生きがいを感じ、情緒的サポートネットワークがある場合には、疾患があってもSOCは高く、差別や偏見に曝された経験を持っている場合にはSOCが低い¹³⁾¹⁴⁾と報告されている。

一方、精神障害者を対象としたSOC研究では、地域で生活している精神障害者と精神科急性期患者のSOCは健康成人より低いこと¹⁾¹⁰⁾が報告されている。また、SOCと年齢、発症年齢、薬剤投与量、疾患、入院形態との間にも有意な相関があるとされる¹⁾。このことから、精神障害者のSOCには疾患や精神状態や健康水準が関連していると考えられる。さらに、地域に住む統合失調症患者のSOCやQOLには、健康満足度や社会背景¹⁰⁾、精神状態、喫煙との関連が報告されている¹⁵⁾。

本研究では、入院中の患者とデイケア通所中の統合失調症患者に焦点をあて、慢性統合失調症患者のSOCの特徴を検討し、入院生活とデイケア通所という生活環境の違い、年齢、婚姻の有無、生活満足度、喫煙と、SOCとの関連を明らかにする。これらの結果は、統合失調症患者のSOCを高める支援を考察する上で基礎的資料になり得ると考える。

II. 用語の操作的定義

1. 首尾一貫感覚 (SOC : Sense of Coherence) とは、健康状態を悪化させるストレスの影響を緩衝し、その結果として健康状態を維持、増進させる要因に着目した

概念である。ストレス対処能力概念を発展させた健康保持能力であり、ストレス下でも健康を保つ能力と定義する。

2. 本研究における慢性期とは、発症して5年以上経過しており、医療機関によるフォローを受けながら陽性症状に左右されずに日常生活を過ごすことができる時期をいう。

Ⅲ. 目 的

1. 慢性統合失調症患者のSOCの特徴を明らかにする。
2. 慢性統合失調症患者のSOCと、年齢、婚姻の有無、健康水準、生活満足度、喫煙との関連について明らかにする。

Ⅳ. 研究方法

1. 対象者

4つの単科精神病院に調査協力を得た上で、慢性期にある統合失調症と診断された入院患者とデイケア通所中の統合失調症患者を対象とした。入院患者に関しては、5年以上の継続入院で心理的社会的職業的機能の全体的評価 (Global Assessment of Functioning: 以下GAFとする) が51点以上の患者を選定した。入院患者にGAFでの評価を行った理由は、重症度の高い患者を除外すること、アンケート内容を理解でき症状悪化の可能性がない患者の選定を考慮したためであった。

その中から調査の同意が得られた入院中の患者 (以下、入院群とする) 90名、及び施設付属のデイケアに通所している利用者で調査の同意が得られた (以下、デイケア群とする) 72名、合計162名を対象とした。

2. 調査方法

基本属性、SOCスケール、健康水準、生活満足度は自記式質問紙調査票を使用した。調査の同意が得られた対象者は別室でアンケート調査を実施し、質問等にすぐに答えられるようにした。回答後はその場で筆者が受け取った。

3. 調査期間

2006年5月から2006年8月に実施した。

4. 調査における倫理的配慮

広島国際大学看護学部倫理検討会の承諾を得て調査を実施した。調査依頼施設の医師と看護部には事前に調査の目的・方法、病院名や個人名の匿名性を伝え、施設及び対象者のプライバシー保護について説明し承諾を得た。対象者には、アンケート表紙に調査の趣旨・方法・倫理的配慮についての文章を添付し、口頭で説明した。倫理的配慮についての具体的な内容は、病院名や個人名は無記名であり、それらの名称は一切公表しないこと、元データは鍵のかかった場所に保管すること、入力データはCD-ROMなど

の外部の媒体に保存し、データの流出防止に努めること、研究終了後には破棄することである。また、研究への参加は個人の自由意思によるもので強制ではないこと、同意した場合でも途中で調査を中断することができること、協力の有無によって治療や看護に影響はないことを伝えた。

5. 調査項目

1) 基本属性

年齢、性別、入院期間、デイケア通所期間、婚姻の有無、家族形態、家族の面会回数、相談相手の有無、喫煙の有無について質問した。

2) GAF (Global Assessment of Functioning: 心理的社会的職業的機能の全体的評価尺度)

1962年にLuborskyにより開発された心理的社会的職業的機能の全体的評価でアメリカ精神医学会の診断基準マニュアル (DSM) に取り入れられた尺度である。健康レベルを0~100の数字で評価する。得点が低い程、重大な症状 (自殺の考え、強迫的な行為がひどい等)、社会的、職業的または学校の機能において何か重大な障害 (友達がいない、仕事が続かない等) があることを示す。51点以上は、感情が平板的で、会話がまわりくどい等の中等度の症状である。

3) SOC (Sense of Coherence: 首尾一貫感覚)

Aaron Antonovskyが健康生成論の中核概念として提唱し、山崎らによって翻訳された日本語版SOCスケール13項目を用いた。回答形式は7段階法でスケールの信頼性、妥当性は既に検証されている³⁾⁷⁾。把握可能感、処理可能感、有意味感の3つの下位尺度で構成されている。それぞれの3つの下位概念尺度を点数化し、すべての項目の合計点を算出したものをSOC総得点とし91点が満点である (range 13~91)。得点が高いほどストレス対処能力が高いとされる。

把握可能感 (comprehensibility) とは、人が内的および外的環境からの刺激に直面したときに、どの程度その刺激を認知的に理解把握できるか²⁾³⁾、処理可能感 (manageability) とは、人に降り注ぐ刺激にみあう十分な資源を自分がどの程度自由に使えると感じているか²⁾³⁾、有意味感 (meaningfulness) とは、人が人生をどの程度意味あると感じているかである²⁾³⁾。

4) 健康水準: Euro QOL (EQ-5D)

本研究における健康水準とは、健康状態を示す内容で、患者の主観によって評価された状態をいう。

Euro QOL (EQ-5D) は、健康水準の変化を基数的に評価するための包括的な尺度である。最も簡便でかつ信頼性、妥当性が確認されている。日本版Euro QOL (EQ-5D) は、回答者自身の健康状態を評価する内容で、移動の程度、身の回りの管理、普段の活動 (例: 仕事、勉強、家事、家

族・余暇活動）、痛み/不快感、不安/ふさぎ込みの5項目、3段階評価からなる^{15) 17)}。5項目の設問回答は「高価値換算票」に照らし合わせて健康水準を判定し、-0.111から1.00までの範囲で得点が高いほど良好な健康水準を示す。今回は身体機能の面、不快感や不安という精神面の項目で健康水準が評価されること、また、質問内容が簡潔でわかりやすいため対象者への負担がすくないことの2点を優先しこの尺度を用いた。

5) 生活満足度

得点が高ければ満足度が高くなるように、今の生活に対して、1「非常に満足」、2「ほぼ満足」、3「あまり満足ではない」、4「満足ではない」の4段階評価で設問した。分析の段階で得点を逆転させた。

6. 分析方法

SOC総得点の入院群とデイケア群の平均値の差の検定にはt検定、全対象者の健康水準は正規分布を示さなかったことから、ノンパラメトリックのMann-WhitneyのU検定を行った。

SOCと健康水準の関連については、Spearmanの順位相関を行った。SOCに関連する要因については、SOC総得点及びSOCの下位概念（把握可能感、処理可能感、意味感）を従属変数として、それぞれの従属変数ごとに、年齢、性別、婚姻の有無、家族形態、喫煙の有無、生活満足度、健康水準、相談相手の有無、環境の相違（患者群とデイケア群）を独立変数とした重回帰分析を行った。なお、男性と女性、患者群とデイケア群をそれぞれ1と2に、婚姻の有無、喫煙の有無、相談相手の有無は無しを1、有りを2と数量化した。データの集計・分析は統計解析ソフトSPSS13.0J for Windowsを用いた。

V. 結 果

1. 対象者の背景

入院群90名のうち、男性65名（72%）、女性25名（28%）、平均年齢は56.9±13.5（30～86）歳、入院期間は、16±13.5（5～50）年であった。デイケア群72名のうち、男性59名（82%）、女性13名（18%）、平均年齢は49.7±11.3（23～69）歳であった。通所期間は5.9±6.4（0.2～31）年であった（表1）。

既婚者は入院群27名（30%）、デイケア群17名（24%）で合計44名（27%）、未婚者は、入院群63名（70%）、デイケア群55名（76%）で合計118名（73%）であった。

家族構成は、入院群で単身40名（44%）、デイケア群41名（57%）で合計81名（81%）、家族と同居は入院群27名（30%）、デイケア群21名（38%）で合計48名（30%）、その他が全体で33名（33%）であり、約半数は単身生活であった。

喫煙者は入院群、デイケア群とも39人ずつの全体で78名（48%）、非喫煙者は入院群51名（57%）、デイケア群33名（46%）であり、合計全体の84名（52%）で約半数の人は喫煙者である。

困ったときに相談相手がいる人は、入院群54名（60%）、デイケア群56名（78%）で合計110名（68%）で、相談相手なしは、入院群36名（40%）、デイケア群16名（22%）で合計52名（32%）で、約7割の人達に相談相手はいた（表2）。

生活満足度に関する調査結果は、入院群で、「ほぼ満足」37名（41%）、「非常に満足」15名（17%）、「あまり満足ではない」23名（26%）、「満足ではない」15名（17%）であった。デイケア群は、「ほぼ満足」が33名（46%）、「非常に満足」が10名（14%）、「あまり満足ではない」20名（28%）、「満足ではない」9名（13%）で、全体の95名（58%）が生活に満足感を持っていたが、67名（42%）は生活に満足感を感じない傾向であった（表3）。

入院群とデイケア群の年齢について、有意差が認められた。また、喫煙、相談の有無、婚姻、生活満足度については、有意差は認められなかった。

2. 入院群とデイケア群のSOCと健康水準について

全対象者のSOC総得点（7～91）の平均値は56.6±17.1であった。入院群の平均値は58.0±17.1で、デイケア群の平均値は54.7±17.0であり、入院群とデイケア群の間に有

表1 対象者の基本属性

項目	入院群 n = 90	デイケア群 n = 72	全 体 n = 162
男性	65名 (72)	59名 (82)	124名 (77)
女性	25名 (28)	13名 (18)	38名 (23)
平均年齢 a	56.9 ± 13.5	50.0 ± 11.3	53.8 ± 12.5
範囲	30～86歳	23～69歳	23～86歳
平均年数 a	入院期間：16 ± 13.5 5～50年	通所期間：5.9 ± 6.4 1ヶ月～31年	—

注：（ ）内は％ a：mean ± SD **p<.01 t検定

表2 対象者の生活背景

		入院群 n = 90	デイケア群 n = 72	全 体 n = 162
婚 姻	有 り	27 (30)	17 (24)	44 (27)
	無 し	63 (70)	55 (76)	118 (73)
家 族 形 態	単 身	40 (44)	41 (57)	81 (50)
	同 居	27 (30)	21 (38)	48 (30)
	その他	23 (26)	10 (14)	33 (20)
喫 煙	有 り	39 (43)	39 (54)	78 (48)
	無 し	51 (57)	33 (46)	84 (52)
相談相手	有 り	54 (60)	56 (78)	110 (68)
	無 し	36 (40)	16 (22)	52 (32)

注：（ ）内は％

表3 入院群、デイケア群の生活満足度の内容

	入院群 n = 90	デイケア群 n = 72	全 体 n = 162
非常に満足	15 (17)	10 (14)	25 (15)
ほぼ満足	37 (41)	33 (46)	70 (43)
あまり満足でない	23 (26)	20 (28)	43 (27)
満足でない	15 (17)	9 (13)	24 (15)

注：（ ）内は%

表4 全体別SOC総得点と下位尺度項目の平均値
における入院群とデイケア群の比較

	入院群 (n = 90) mean ± SD	デイケア群 (n = 72) mean ± SD	全 体 (n = 162) mean ± SD
SOC総得点	58.0 ± 17.1	54.7 ± 17.0	56.6 ± 17.1
把握可能感	22.3 ± 7.5	21.1 ± 7.9	21.6 ± 7.7
処理可能感	17.4 ± 6.7	16.1 ± 6.2	16.9 ± 6.5
有意味感	18.3 ± 5.5	17.5 ± 5.6	18.0 ± 5.5
健康水準	0.697 ± 0.185	0.742 ± 0.168	0.717 ± 0.014

n.s t検定

意差は認められなかった（表4）。

全対象者の把握可能感の平均値は21.6 ± 7.7、入院群の平均値は22.3 ± 7.5、デイケア群の平均値は21.1 ± 7.9であった。

全対象者の処理可能感の平均値は16.9 ± 6.5、入院群の平均値は17.4 ± 6.7、デイケア群の平均値は16.1 ± 6.2であった。

全対象者の有意味感の平均値は18.0 ± 5.5、入院群の平均値は18.3 ± 5.5、デイケア群の平均値は17.5 ± 5.6であった。

これらの3つの下位尺度全てにおいて、入院群とデイケア群の間に有意差は認められなかった。

全対象者のEQ-5D値（-0.11～1.0）の平均値は0.72 ± 0.18、入院群は0.70 ± 0.18、デイケア群は0.74 ± 0.17であり、有意差は認められなかった。

3. SOCに関連する要因

1) SOCと各基本属性との関連

全対象者のSOC総得点とSOCの関連要因との間で有意な相関関係が認められたのは、健康水準（ $r = .458, p < .01$ ）、生活満足度（ $r = -.252, p < .01$ ）であった（表5）。把握可能感に有意な相関関係があったのは、健康水準（ $r = .471, p < .01$ ）であった。処理可能感に有意な相関関係が認められたのは、健康水準（ $r = .475, p < .01$ ）、生活満足度（ $r = -.243, p < .01$ ）、年齢（ $r = .159, p < .05$ ）であった。有意味感に有意な相関関係が認められたのは、生活満足度（ $r = -.338, p < .01$ ）、健康水準（ $r = .235, p < .01$ ）であった。

2) SOCに影響する要因の分析

SOC総得点では、健康水準（ $\beta = .451$ ）、年齢（ $\beta = .198$ ）、生活満足度（ $\beta = .198$ ）が影響を持つ変数で

重相関係数は0.538であり、分散の28%が説明された（ $p < .01$ ）（表6）。把握可能感では、健康水準（ $\beta = .500$ ）、年齢（ $\beta = .187$ ）が影響を持つ変数で重相関係数は0.508であり、分散の25%が説明された（ $p < .01$ ）（表7）。処理可能感では、健康水準（ $\beta = .471$ ）、年齢（ $\beta = .205$ ）、生活満足度（ $\beta = .181$ ）が影響を持つ変数で重相関係数は0.549であり、分散の29%が説明された（ $p < .01$ ）（表8）。有意味感では、生活満足度（ $\beta = .305$ ）、健康水準（ $\beta = .153$ ）が影響を持つ変数で、重相関係数は0.367であり、分散の12%が説明された（ $p < .05$ ）（表9）。

表5 全対象者におけるSOC総得点、
下位尺度項目と関連項目の相関

	年 齢	健康水準	生活満足度
SOC総得点	.139	.458**	-.252**
把握可能感	.125	.471**	-.140
処理可能感	.159*	.475**	-.243**
有意味感	.107	.235**	-.338**

* $p < .05$, ** $p < .01$ spearman相関係数

表6 全対象者におけるSOC総得点に関連する要因

従属変数	独立変数	標準化係数 β	p 値
SOC総得点	健康水準	.451	.000
	年齢	.198	.004
	生活満足度	.198	.004
	R		.538
	調整済み R2乗		.276
	環境の相違	-.112	
	男女	.073	
	婚姻	.022	
	家族	-.066	
	喫煙	-.096	
	相談	-.016	

重回帰分析 ステップワイズ法

表7 全対象者における把握可能感に関連する要因

従属変数	独立変数	標準化係数 β	p 値
把握可能感	健康水準	.500	.000
	年齢	.187	.005
	R		.508
	調整済み R2乗		.249
	環境の相違	-.099	
	男女	.100	
	婚姻	.012	
	家族	-.056	
	喫煙	-.094	
	相談	-.050	
	生活満足度	.068	

重回帰分析 ステップワイズ法

表8 全対象者における処理可能感に関連する要因

従属変数	独立変数	標準化係数 β	p 値
処理可能感	健康水準	.471	.000
	年齢	.205	.003
	生活満足度	.181	.008
R			.549
調整済み R2乗			.288
	環境の相違	-.113	
	男女	.025	
	婚姻	.022	
	家族	-.032	
	喫煙	-.094	
	相談	-.066	

重回帰分析 ステップワイズ法

表9 全対象者における有意味感に関連する要因

従属変数	独立変数	標準化係数 β	p 値
有意味感	生活満足度	.305	.000
	健康水準	.153	.044
R			.367
調整済み R2乗			.123
	環境の相違	-.101	
	年齢	.113	
	男女	.067	
	婚姻	.052	
	家族	-.082	
	喫煙	-.050	
	相談	.096	

重回帰分析 ステップワイズ法

VI. 考 察

1. 統合失調症患者のSOCの特徴

1) 統合失調症患者のSOC総得点について

本研究の統合失調症患者のSOC総得点は 56.6 ± 17.1 であった。入院中の統合失調症患者は、一般住民と比較してSOC総得点は低値であったとされている¹⁾。強皮症患者のSOC総得点は 67.7 ± 13.4 ¹²⁾、急性心疾患治療後のSOC総得点は 61.8 ± 12.6 、健常群で 64.8 ± 12.6 であるとされ⁷⁾、これらの対象者と比較して今回の統合失調症患者のSOC総得点は低値である。この理由として、ストレスに対して脆弱であり¹⁾、ストレス対処能力が低いという統合失調症患者の特徴が影響していると考えられる。統合失調症患者は、基本的な生活能力、対人関係能力、認知能力、情報処理能力など多側面において病の影響を受けやすい。その人の全体像を捉え援助を行うためには、SOCをいかに高めるかが重要であると考えられる。

今回の対象者の年齢は、入院群がデイケア群と比べ有意に高かった。年齢が高いほどSOC総得点が高いという報告がある一方⁹⁾、SOCと年齢との間に有意な関連はない¹⁾

との報告もある。SOCと年齢の関連についてはいまだ一貫した所見が得られておらず、今後年齢差については考慮していく必要がある。

2) 統合失調症患者のSOCと生活環境との関連について

入院中の統合失調症患者より地域で生活している人のQOLは有意に高く¹⁵⁾、またSOCとQOLとの間の関連性が報告されていることから¹²⁾、入院群よりデイケア群のSOCが高くなると考えた。しかし、入院群とデイケア群の間でSOC総得点、把握可能感、処理可能感、有意味感に有意差は認められなかった。このことから、入院生活と地域での生活という環境の相違に関係なく、統合失調症患者が環境に適応していると考えられる。

ある出来事を認知し、それを乗り越える資源を持っていると確信し、出来事に意味を見出し、環境に適応する能力は、生活環境に影響されていない可能性がこの結果から考えられる。

2. 統合失調症患者のSOCに関連する要因

1) SOCの関連要因について

統合失調症患者のSOC総得点に関連している要因は、健康水準、年齢、生活満足度の3つであった。中でも、健康水準はSOC総得点と把握可能感、処理可能感、有意味感のすべての下位尺度と関連していた。よって、健康水準がSOCに特に影響を与える要因であると考えられる。

把握可能感に影響していた要因は、健康水準と年齢であった。健康水準は日常生活行動がとれる範囲や心身の健康がどの程度かについての本人の認知である。年齢が高くなる程、日常生活行動や心身の健康の認識が高くなり、内的外的刺激を正確に把握する能力が高くなることを意味している。デイケア通所中の統合失調症患者のSOCと健康満足度との間の正の相関の報告がある¹⁰⁾。本研究の結果から、健康への認識が高く満足している程、環境からの刺激を認知できる傾向があると判断できる。年齢については、患者個人が様々な経験の意味を認知できた時、把握可能感が高まると考える。

処理可能感には、健康水準の他、年齢と生活満足度が有意に関連していた。薬害HIV感染者における家族や子供¹³⁾、一般大学生における恋人や家族内外のサポートネットワーク¹⁸⁾、60歳以上の活動高齢者における日常的な対人関係¹⁹⁾とSOCとの間に正の相関がある。本研究の対象者は、入院中であっても、医師や看護師等の医療従事者、患者同士等をソーシャルサポートネットワーク資源としてうまく活用し、その環境での生活を満足できるよう対処しており生活満足へとつなげていると考える。今回調査した健康水準には日常生活動作や不安や痛みなどへの認知が含まれている。これらの健康水準の拡大が生活満足度につながり、様々な出来事を処理できるという自信につながっ

たとえる。年齢とSOCとの関連については、幼少期から20歳代の青年期の人生経験がSOC形成につながるという報告や¹⁸⁾¹⁹⁾、青年期のSOCの発達には年齢や性別が関連していたとの報告がある¹³⁾。また、小川らは、女性では年齢が高いほどSOCが低くなるとしている⁸⁾。このようにSOCと年齢との関連を指摘している研究もある一方で、地域に住む統合失調症患者においてSOCと年齢との間には関連は認められなかったとの報告もあり¹⁰⁾、SOCと年齢との関連については一貫した所見が得られていない。本研究においては、年齢が高い程SOC総得点、把握可能感、処理可能感が高くなっていった。入院群とデイケア群の相違が影響要因としてみいだせなかったことを考えると、生活環境が違っていてもこれまでの生き方や様々な体験はSOCを高める意味で重要であり、これまでの経験を支え自信を持たせる援助が必要と考える。

有意味感には生活満足度と健康水準が影響要因として認められた。入院、地域と生活環境の違いがあっても、その個人がその生活の場所で満足感を見出し、その環境に意味を見出していると考えられる。また、健康水準がある程度高いことが生活満足度につながり、人生を意味あるものと認識していると考ええる。Antonovskyは、SOCの構成要素として、有意味感を最重要視する見解を示している²⁾。有意味感が低い者は、たとえ把握可能感や処理可能感が高くても、直面した問題を解決できる可能性が低くなると考えられる²⁾。有意味感が高いと、直面する問題に強い関心をよせ、解決するための資源をみつけたそうとする。強皮症患者ではSOCが低いほど抑うつ感や無力感が強かったとされるが¹²⁾、中でも有意味感を抑うつに対して強い影響力を有するとされる²⁰⁾。つまり精神疾患に限らず、抑うつ感などの精神症状は有意味感と有意に関連しており、有意味感を高めるようなかわかりが精神症状の悪化や抑うつ予防になると考える。このことから、精神症状の悪化や抑うつ状態の予防のためにも、生活満足度や健康水準を高める援助を積極的に行い、有意味感を高めていく必要性が示唆された。年齢はSOC総得点、把握可能感、処理可能感において影響要因として認められたが、有意味感における有意な影響要因ではなかった。日常生活上の出来事に意味があると感じる感覚には病気の発症年齢や精神状態が影響する。何か事が起きた場合、その意味を認知する程度は病気の経緯によって様々であり、人生経験を反映している年齢より個人差の影響が大きいが考えられる。つまり、これまでの研究でSOCと年齢との関連に一貫した所見が得られていないため、この点について今後個人要因との関連を視野に入れつつ研究を重ねていく必要がある。

生活満足度はSOC総得点、処理可能感、有意味感における影響要因であったが、把握可能感では有意な影響要因

として認められなかった。このことは処理可能感や有意味感が生活の満足をひきだしており、把握可能感、生活の満足につながらないことを意味する。ラザルスは、人間はストレスを認知した後にどのように対処するかを考えるというストレス対処におけるプロセスを明らかにしている²¹⁾。SOC理論はストレス理論を背景にはしていないが²²⁾、問題を把握しているという自覚だけでは生活に満足できず、把握後、そこに意味を見いだしたり、問題を処理できるという自信が生じるというプロセスを経て初めて生活満足感が生じている可能性がある。

2) SOCに関連しなかった要因について

地域で生活している精神障害者のQOLに関連する要因として、生活環境の違い、家族形態、婚姻の有無、相談相手の有無、喫煙などが挙げられている^{15) 23)}。QOLとSOCとの間の関連性が指摘されていることから¹⁰⁾、統合失調症患者のSOCに生活環境の違い、家族形態、婚姻の有無、相談相手の有無、喫煙^{23)~26)}などの要因が関連すると考えたが、これらはSOCへの影響要因として認められなかった。生活環境の違いが関連しなかった理由として、今回の対象となった統合失調症患者は、入院中でも地域で生活している人達と同レベルで、長期間疾病を抱えながら生活の場に適応していると考えられる。しかし、統合失調症患者のSOC得点は入院場面においても社会での生活場面においても低かったことから、適応能力をさらに高められるかわかりが重要である。

家族形態、婚姻の有無、相談相手の有無とSOCが関連しなかった理由として、入院患者では家族との接触の希薄さが、また、地域で生活している統合失調症患者では他者との交流が少ないことが影響している可能性がある。精神障害者のソーシャルサポートネットワークの規模の狭さが指摘されている^{27) 28)}。本研究の対象者は、看護師や患者仲間等のサポートは活用できているものの、家族や地域住民等の幅広いサポートネットワークはうまく活用できずにいる可能性がある。このことから、ソーシャルサポートの種類を増やし活用できる支援をしていくことが重要と考えられる。

一般健康人において、喫煙者はSOCが低いとストレス得点が高いことが報告されている^{29) 30)}。ことから、統合失調症患者におけるSOCと喫煙との関連性を考えたが、今回喫煙とSOCとの関連は見いだせなかった。一般にストレスが高い人ほど喫煙行動が出現しやすいとされる³⁰⁾。精神障害者は喫煙率が高いといわれており^{31) 32)}、統合失調症患者にとって喫煙は薬物の副作用の軽減、余暇活動としての意味があるとされる¹⁵⁾。従って、精神障害者の喫煙は必ずしもストレスと関連しない可能性があり、このことが喫煙がSOCの影響要因にならなかった理由と考えられる。

VII. 研究の限界と今後の課題

統合失調症患者のSOCと、年齢、結婚の有無、健康水準、生活満足度、喫煙との関連について調査を行った。その結果、SOCには健康水準、生活満足度、年齢が有意に関連していたが、環境や家族形態、喫煙の影響は見いだせなかった。その理由として、ソーシャルサポートネットワークの規模の狭さや家族との接触の希薄さ、喫煙の意味の相違が考えられたが、今回の調査ではその根拠にまで踏み込んではいない。今後、ソーシャルサポートの利用方法や支援の仕方、統合失調症患者の余暇活動等の視点で調査を行い、さらに考察を深めていく必要がある。

今回の対象者は入院群とデイケア群との間に年齢の相違がみられ、このことが結果に反映した可能性がある。今後SOCと環境要因の関連については年齢の影響を考慮した調査を行う必要がある。

VIII. 結 語

1. 慢性統合失調症患者のSOCは、精神障害を持たない人に比べ低値であった。また、入院中の統合失調症患者とデイケア通所者との間でSOCに有意差は認められなかった。この結果には入院群とデイケア群との間の年齢差が関連している可能性がある。
2. 病院と地域という生活環境の違いは有意なSOCの影響要因ではなかったことから、統合失調症患者のストレス対処能力は生活環境の違いに影響されない可能性が考

えられた。

3. 健康水準はSOC総得点、把握可能感、処理可能感、有意味感の全ての影響要因であった。SOCを高めるには、日常生活動作の自立や拡大、心身面への健康度等を高める援助が必要と考えられる。
4. 年齢はSOC総得点、把握可能感、処理可能感の影響要因であったが、有意味感には影響していなかった。有意味感には人生経験より病気の発症年齢や精神状態などの個別性が影響している可能性がある。
5. 生活満足度はSOC総得点、処理可能感、有意味感の影響要因であったが、把握可能感には影響していなかった。日常生活における問題を処理できるという自信や、生活に意味を見いだすことができて初めて満足感が得られるものとする。
6. 生活環境の他、家族形態や喫煙はSOCの有意な影響要因ではなかった。この理由としてソーシャルサポートネットワークの狭さや家族との接触の希薄さ、喫煙はストレス対処行動と関連しない可能性が考えられる。

謝 辞

本研究にご理解をいただき、調査にご協力してくださいました各施設の病院長様、看護部長様ならびに病棟スタッフの方々、患者様達やデイケア通所者の皆様に心から感謝申し上げます。

要 旨

本研究の目的は、統合失調症患者のSOCの特徴を理解し、生活環境の違い、年齢、婚姻の有無、生活満足度、喫煙などが、SOCにどのように関連するかを明らかにすることである。対象者は、慢性期にある入院患者90名とデイケア通所中の統合失調症患者72名、合計162名である。調査方法は、基本属性、日本版SOCスケール13項目、健康水準、生活満足度の自記式質問紙調査を使用し分析を行った。その結果、統合失調症患者のSOC総得点は低値で、入院群の方がデイケア群よりSOC総得点は高かったが、有意差は認められなかった。このことから、生活環境の違いはSOCの影響要因ではなかったことが考えられる。重回帰分析の結果、統合失調症患者のSOCに関連していた要因は、健康水準、生活満足度、年齢であった。以上のことからSOCを高めるには、日常生活動作の自立や拡大、心身面への健康度等の健康水準を高める援助が必要である。

Abstract

The purpose of this study is to understand distinctive characteristics of SOC in patients with schizophrenia and clarify how factors such as living environment, ages, marriage, life satisfaction and smoking etc are associated with SOC. Examinees are 90 inpatient at chronic stage and 72 patients with schizophrenia who are being assisted at a day-care center. Self consciousness scale survey was conducted as the methodology of this research for basic attributes, 13 Japan's SOC scale items, health standard and life satisfaction, which were analyzed later. As a result of analysis, aggregated SOC score of schizophrenia patients was low and aggregated SOC score of hospitalized patients were higher than that of day-cared patients, but it cannot see a significant difference. Therefore, it can be assumed that a difference of living environment cannot be a factor to affect SOC. Meanwhile, multiple regression analysis shown that factors affecting SOC of schizophrenia patients were health standard, life satisfaction and age. Given the analysis, improving SOC needs an assistance to enhance the self-reliance and extension of daily life operation and health standard to mind and body.

文 献

- 1) 松下年子, 松島秀介, 他: 精神科急性期病棟入院患者のSOC (Sense of Coherence) 調査, 精神医学, 1(47), 47-55, 2005.
- 2) アーロン・アントノフスキー, 山崎喜比古, 吉井清子 (訳): 健康の謎を解くーストレス対処と健康保持のメカニズムー, 1-27, 有信堂, 東京, 2004.
- 3) 山崎喜比古: 健康への新しい見方を理論化した健康生成論と健康保持能力概念SOC, Quality Nursing, 5(10), 825-832, 1999.
- 4) 高山智子, 浅野祐子, 他: ストレスフルな生活出来事が首尾一貫感覚 (Sense of Coherence: SOC) と精神健康に及ぼす影響, 日本公衆衛生雑誌, 46, 965-976, 1999.
- 5) 本江朝美, 山田 牧, 他: 我が国における60歳以上の活動的高齢者のSense of Coherenceの実態と関連要因の探索, 日本看護研究学会雑誌, 26(1), 123-136, 2003.
- 6) 小田博志: サリュートジェネシスと心身医学, 心身医学, 39(7), 507-513, 1999.
- 7) 牧山布美: 急性心疾患治療後の患者のクオリティ・オブ・ライフとコヒアランス感覚, 川崎医療福祉学会誌, 14(1), 93-98, 2004.
- 8) 小川幸恵, 中村裕之, 他: 生活習慣病危険因子に関わるHealth locus of control (HLC), Sense of coherence (SOC) を中心とした心理社会的因子についての構造的分析, 日本公衆衛生雑誌, 55, 597-606, 2001.
- 9) 榎本妙子: 健康生成論に基づく地域住民の健康実態, 立命館産業社会論集, 36(4), 53-72, 2001.
- 10) Bengtsson-Tops, Anita, Hansson, Lars: The validity of Antonovsky's Sense of Coherence measure in a sample of schizophrenic patients living in the community, Journal of Advanced Nursing, 33(4), 432-438, 2001.
- 11) Lundberg O: Childhood conditions, Sense of Coherence, social class and adult ill health, Exploring their theoretical and empirical relations, Social Science & Medicine, 44, 21-83, 1997.
- 12) 松浦江美, 大田英明, 他: 強皮症患者のセフルケアの影響を及ぼす要因について, 看護研究, 36(2), 63-74, 2003.
- 13) 伊藤美樹子: ストレス対処能力と生きがい, HIV感染者被害者の生存・生活・人生, 121-128, 有信堂, 2000.
- 14) 山崎喜比古, 関由紀子, 他: 薬害HIV感染者における健康保持能力SOCとその関連要因, 日本保健医療社会学会, 25, 1999.
- 15) 松下年子, 松島英介, 他: 慢性期精神科病棟入院患者のQOL (Quality of Life) に関する研究, 精神医学, 46(6): 621-627, 2004.
- 16) 山崎喜比古, 高橋幸枝, 他: 健康保持要因Sense of coherence の研究 (2) SOC日本版スケールの開発と検討, 日本公衆衛生雑誌, 44(10), 244, 1997.
- 17) 池上直己, 福原俊一, 他: 臨床のためのQOL評価ハンドブック, 医学書院, 13-18, 2001.
- 18) 木村智香子, 山崎喜比古, 他: 大学生のSense of Coherence (首尾一貫感覚, SOC) とその関連要因の検討, 日本健康教育学会誌, 9, 37-47, 2001.
- 19) 本江朝美, 川口 毅, 他: 女子看護学生のSense of Coherenceとその関連要因の検討, 昭和医学会雑誌, 65(4), 365-373, 2005.
- 20) 坂野順子, 矢嶋裕樹: 大学生における首尾一貫感覚 (SOC) スケールの構造化, 日本公衆衛生雑誌, 52(1), 34-44, 2006.
- 21) リチャード・S・ラザルス スーザン・フォルクマン著, 本明寛, 春木 豊, 織田正美監訳: ストレスの心理学, 25-181, 実務教育出版, 1996.
- 22) アーロン・アントノフスキー著, 山崎喜比古, 吉井清子 (監訳): 健康の謎を解くーストレス対処と健康保持のメカニズムー, 149-171, 有信堂, 東京, 2004.
- 23) 半田美織, 日下和代, 他: デイケアに通所する精神障害者の生活満足感に関する研究, 日本看護科学会誌, 23(4), 20-30, 2004.
- 24) 片山聡子, 叶谷由佳, 他: 精神障害者小規模作業所通所者のQuality of Lifeに関する研究ー生活満足度に焦点をあててー, 日本看護研究学会雑誌, 26(1), 147-161, 2003.
- 25) 國方弘子, 中嶋和夫: 精神障害者のQOL うつコーピングと抑うつ性の影響, 日本看護研究学会雑誌, 26(5), 19-29, 2003.
- 26) 安保寛明: 地域に暮らす精神障害者のQOLとその関連要因, 岩手県立大学看護学部紀要, 6, 135-143, 2004.
- 27) 岩瀬信夫, 渡辺鏡子: 慢性分裂病患者のソーシャルサポートネットワークに関する研究, 精神科看護, 53, 50-59, 1995.
- 28) 藤井達也: 「精神障害者」のソーシャル・サポート・ネットワーク, 早稲田大学院文学研究科紀要, 別冊13, 59-70, 1986.
- 29) 中村裕之, 萩野景規, 他: 喫煙習慣に関連する心理社会的因子の評価と職場の禁煙プログラムの開発, 産業医学ジャーナル, 27(2), 67-71, 2004.
- 30) 中村裕之, 小川幸恵, 他: 喫煙行動に関連するストレスとSense of Coherence (SOC) 生活習慣と心理的要因を用いた正準判別解析, Journal of Physical Fitness, Nutrition and Immunology, 13(1), 23-30, 2003.
- 31) 塩島清仁, 鶴田和子, 他: 精神疾患患者の喫煙に関する実態調査, 病院・地域精神医学, 44, 86-87, 2000.
- 32) 中島公博, 古根 高, 他: ある精神病院における喫煙の実態調査ならびに喫煙対策, 臨床精神医学, 33(6), 805-809, 2004.

[平成19年11月15日受 付]
[平成20年 5 月21日採用決定]

要介護高齢者の睡眠・覚醒パターンの実態

－アクティビティケアへの参加頻度との関連に着目して－

Sleep-wake Patterns of the Frail Elderly

Focusing on the Relationship to Frequency of Participation in Activity Care

堤 雅 恵¹⁾ 小 林 敏 生²⁾ 宮 腰 由紀子²⁾ 田 中 マキ子³⁾
Masae Tsutsumi Toshio Kobayashi Yukiko Miyakoshi Makiko Tanaka
広 瀬 春 次³⁾ 澄 川 桂 子⁴⁾ 涌 井 忠 昭⁵⁾
Haruji Hirose Keiko Sumikawa Tadaaki Wakui

キーワード：要介護高齢者，睡眠・覚醒パターン，睡眠日誌，介護療養型医療施設，アクティビティケア
Key Words：frail elderly, sleep-wake pattern, sleep log, long-term care hospital, activity care

I. 緒 言

全国3,030人を対象とした睡眠衛生に関する疫学調査によると、日本の一般成人の21.4%がなんらかの不眠を訴えており、不眠の年代別有病率は20～30代18.1%、40～50代18.9%、60歳以上29.5%と、加齢による上昇が確認されている¹⁾。日本においては65歳以上の高齢者人口が20%を超えており、睡眠障害への対応は高齢者の生活の質を考える上で重要な課題となっている。

高齢者を対象とした睡眠研究方法には、大きく2つのアプローチがある。1つは、脳波・体温・血圧等の測定値の分析にもとづく生理学的研究法であり²⁾、高齢者では若年者と比較し、浅い睡眠である睡眠段階1・2の増加および深い睡眠である睡眠段階3・4の減少があるとともに、体温振幅やメラトニン分泌リズムの振幅の減少が起こることが確認され、その結果として入眠困難や夜間の中途覚醒が起こるとされている³⁻⁶⁾。もう1つのアプローチは、質問紙や睡眠日誌などを用いて、睡眠を行動面からとらえる臨床的睡眠研究法であり⁷⁾、日常生活活動（Activities of Daily Living, 以下ADL）の低下や認知機能の低下が睡眠・覚醒パターンの変調の要因であることが報告される一方で^{8,9)}、健康な睡眠を維持できている高齢者は意欲的な生活を送っており、生活行動や意識が睡眠に大きく影響を及ぼすことが報告されている¹⁰⁾。

不眠とは、もともと睡眠の質や量の不足に関する訴えを中心とした症候であることから¹¹⁾、臨床的睡眠研究法における先行報告の多くは、不眠の自覚症状を訴えることので

きる健常高齢者を対象としたもの¹²⁻¹⁴⁾や在宅療養者を対象としたもの^{15,16)}となっており、施設に入所している要介護高齢者に関する研究は少ない。施設に入所している要介護高齢者を対象にした睡眠・覚醒パターンの実態調査については、WebbとSwinburneがナースিংホーム在住者の行動観察を行った研究¹⁷⁾や、アクチグラフを用いたMartinら¹⁸⁾、Grecoら¹⁹⁾などの報告があるが、各々の調査期間は1週間以内と短い。また、本邦においては、小林ら²⁰⁾がグループホームに入所している認知症高齢者を対象にした実態調査を行っているが、対象数が6例と少なく、多数の事例を対象とした長期の実態調査を実施した報告は国内外ともに見当たらない。

ところで、高齢者ケアの現場では、近年、音楽鑑賞、ゲーム、園芸などを手法としたアクティビティケアが頻繁に実施され、要介護高齢者の睡眠障害に対する効果も希少ではあるが報告されている^{21,22)}。アクティビティケア activity careは、「利用者の生活を活性化させるために行う、援助者からの意図的なアプローチのひとつである。援助の方法として、利用者の生活歴や趣味、特技などの情報を面接の際や日常の介護業務から得て、本人の意向を踏まえながら、やってみたいとするアクティビティをできるように条件整備する」とされている²³⁾。アクティビティという概念は“活動性”や“活動”と認識されているが、この概念およびアクティビティケアの必要性が高齢者ケアの分野において明確な形で示されたのは、米国においてMDS (Minimum Data Set：高齢者のアセスメントに必要な情報群) および

1) 山口大学大学院医学系研究科 Graduate School of Medicine, Yamaguchi University

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

3) 山口県立大学看護栄養学部 Faculty of Nursing and Human Nutrition, Yamaguchi Prefectural University

4) 前山口県立大学看護学部 School of Nursing, Yamaguchi Prefectural University

5) 宇部フロンティア大学短期大学部 Ube Frontier College

RAPs (Resident Assessment Protocols: 情報群からケア上の問題を導くシステム)²⁴⁾ が開発され、その中で「アクティビティ」が問題領域(ケア上の課題)の一つとされたことにある。MDSおよび RAPsは、1980～1990年代にかけて米国の要介護高齢者に対する一定水準のケアを確保することを目的に開発され、1990年代前半に日本に導入された。現在は高齢者を対象としたアセスメントツールの一つとして広く用いられており、また、アクティビティケアは、要介護高齢者の昼間の生活の活性化を目的として、しばしばケアプランに組み込まれている。

高齢者の睡眠・覚醒パターンを改善する介入については、短時間運動、短時間午睡、高照度光療法などを実施した研究が多く報告されているが^{25, 26)}、これらは主として健常高齢者を対象としたものとなっている。要介護高齢者にとって、これらの介入方法は身体可動性の低下や認知機能の低下のために実施困難であったり、視覚の低下した高齢者では十分な効果が得られない場合があると推察される。アクティビティケアは、これらの介入方法と比較して、身体可動性や認知機能、視覚機能の低下した要介護高齢者においても容易に実施でき、また、身体活動や対人交流の機会となって、睡眠・覚醒パターンの改善につながる可能性が高いと考えられる。

以上のような背景から、本研究では、要介護高齢者に対する有効な睡眠ケアを考える上での根拠となる知見を得ることを目的に、対象者76名の睡眠日誌を2ヶ月間記録することによって、睡眠・覚醒パターンの実態を把握した。また、要介護高齢者の睡眠・覚醒パターンに関連する要因について、特にアクティビティケアへの参加頻度に着目して検討した。

II. 方 法

1. 対 象

Y県にある介護療養型医療施設1施設(9病棟)の入所者のうち、以下の3条件を満たした76名(男性17名、女性59名)を対象とした。

- ①病状が安定し、また退院や外泊等による調査の中断がなく、長期間の継続調査が可能である
- ②意識レベルが維持され、睡眠中あるいは覚醒中であることの判別が容易である
- ③疼痛、掻痒感、restless legs症候群、睡眠時無呼吸など、睡眠を著しく阻害する症状を認めない

2. 調査期間

2003年9月18日朝8時から同年11月15日朝8時までの59日間を調査期間とした。

3. 調査内容

1) 睡眠・覚醒パターンに影響を及ぼす要因の調査

先行研究^{1, 3, 9, 14, 21, 22)} から睡眠・覚醒パターンに影響を及ぼす可能性が高いと考えられる要因として、「年齢」、「性別」、「ADL」、「認知機能」、「睡眠薬の服用の有無」、「アクティビティケアへの参加」を調査項目にあげた。

調査項目のうち、「年齢」、「性別」、「ADL」、「認知機能」については、調査開始直前の1週間以内の状況を調査票に記入した。ADLはBarthel Index、認知機能は改訂長谷川式簡易知能評価スケール(Revised Version of Hasegawa's Dementia Scale, 以下HDS-R)を測定指標として用い、調査開始直前の1週間以内における各対象者の状況を測定して記入した。以上の項目の記入にあたっては、研究者が看護職員の協力を得てカルテの記載をもとに行った。本研究で着目した「アクティビティケアへの参加の有無」については、各調査日における対象者の状況として、「睡眠薬の服用の有無」とともに毎日記録した。なお、Barthel IndexはADLの指標であり、100点を満点として60点以上では介助が少なくなり、40点以下ではかなりの介助を要し、20点以下では全介助となるとされている²⁷⁾。また、HDS-Rは認知機能の程度を調べる指標であり、30点を満点として20点以下の者は認知症の疑いがあるとみなされる²⁸⁾。

2) 睡眠・覚醒パターンの測定

多くの対象者に対し継続的かつ非侵襲的に睡眠・覚醒パターンの調査を行うために、本研究では睡眠日誌sleep logを用いた。なお、睡眠の主観的評価については、対象が要介護高齢者であり、データの信頼性が低いと考えられたため、本研究では実施しなかった。

睡眠日誌は、被験者自身や看護者等の観察者による長期記録によって睡眠・覚醒パターンを知る方法であり^{29, 30)}、不眠の診断や多くの睡眠研究に用いられている^{31, 32)}。睡眠を判定する肉眼的な観察点として、一般的には「外界からの刺激閾値の上昇」「多くの骨格筋の弛緩」「特異な睡眠姿勢の保持」「覚醒可能」などがある³³⁾。この観察点にしたがって、本研究では「閉眼している」「近づいても開眼しない」「骨格筋の弛緩した睡眠姿勢をとっている」状態を睡眠とし、「開眼している」「話をしている」「動いている」状態を覚醒とした。

睡眠日誌は通常、30分刻みで記録することが多く²⁹⁾、また、睡眠・覚醒パターンの把握のためには、少なくとも2週間記録することが必要であるとされている³⁰⁾。本研究では、対象施設との話し合いにより、調査可能な最長期間として59日を設定した。睡眠・覚醒パターンの測定の実際については、対象施設の看護・介護職員が行った60分間に2回以上の観察により、「おおむねその時間帯は眠っていた」と判定されればその60分間を睡眠、「おおむねその時間は

覚醒していた」と判定された場合にはその60分間を覚醒と記録し、対象者一人あたり1時間に1データ、1日に24データ、調査期間59日では一人あたり1,416データを収集した。

調査方法の統一と結果の信頼性の確保については、調査開始時に、各病棟の看護職員の代表者2名ずつが出席したミーティングを2回開催し、研究目的および全ての測定項目についての内容と測定方法を研究者が詳細に説明した。次に、各病棟において研究者と看護・介護職員が実際に数名の対象者の測定を行い、調査が全病棟において同じ方法で行われるように配慮した。また、調査期間中に研究者が病棟を巡回することで、観察・記録が的確に実施されていることを確認し、方法の統一を図った。なお、睡眠日誌の妥当性については先行報告もあるが³⁴⁾、本研究で用いた記録方法についても、要介護高齢者4名を対象とした睡眠日誌とアクチグラムデータとの21日間の同時測定により、妥当性が確認されている³⁵⁾。

4. 睡眠指標の設定と解析方法

得られたデータから、以下の4つの指標を抽出し、これを睡眠指標とした。

- ①総睡眠時間：1日の睡眠時間の合計
- ②夜間最長睡眠持続時間：夜間入眠後の最長睡眠持続時間
- ③夜間中途覚醒時間：夜間睡眠において、最初の入眠から最終覚醒までの間の中途覚醒時間の合計
- ④昼間睡眠時間：昼間に眠っていた時間の合計

なお、本研究においては、「昼間」とは8時～18時、「夜間」とは18時～翌朝8時とした。このように区別した理由は、21時の消灯時刻前に就寝する対象者も多くみられ、対象者全員が覚醒している可能性が高いことから、食事時間を区切りにすることが対象者の生活状況からみて実態に即していると判断したためである。

各睡眠指標は、観察日ごとに合計した後に59日間の平均値を算出し、これを各対象者の睡眠指標の代表値とした。これらの睡眠指標と、睡眠・覚醒パターンに影響を及ぼすと考えられる要因（年齢、性別、Barthel Index得点、HDS-R得点、睡眠薬の服用の有無、アクティビティケアへの参加頻度）との関連を検討した。

睡眠薬の服用については、調査期間において睡眠薬を服用しなかった者と1回以上服用した者（平均服用回数17.5回）とに分けて比較検討した。アクティビティケアへの参加頻度については、43回から51回の間に参加回数分布の谷が認められたため、ほぼ毎日参加した者（参加回数51回以上）と、時々参加したまたは参加しなかった者の2群に分けて比較検討した。

年齢、Barthel Index得点、HDS-R得点と睡眠指標との関連については相関分析（Spearmanの相関係数）、性別、睡眠薬の服用の有無、アクティビティケアへの参加頻度と睡眠指標との関連については、2群間比較を行った（Mann-WhitneyのU検定）。また、睡眠指標を従属変数とし、関連が予測される要因を独立変数とした重回帰分析（Stepwise法）を行い、睡眠指標に対する各要因の影響の大きさについて検討した。統計解析には、Statistical Package for Social Science (SPSS) 13.0J for Windowsを使用した。全ての検定におけるp値は両側とし、有意水準は5%とした。

5. 倫理的配慮

本研究の実施にあたっては、山口県立大学生命倫理委員会の承認を受けた後に、対象者もしくは家族に研究目的および方法等について書面と口頭にて説明を行い、同意書への記入をもって了承を得た。

Ⅲ. 結 果

1. 調査票および睡眠指標の結果

対象者の年齢、Barthel Index得点、HDS-R得点、睡眠指標を表1に示した。対象者の平均年齢は82.2歳、Barthel Index平均得点は42.7点、HDS-R平均得点は12.0点であった。本研究の対象群のうち、Barthel Index得点が60点以上であり、少ない介助で日常生活を送ることができる者は30名（39.5%）、HDS-R得点の平均が21点以上で認知の程度に問題がないとみなされる者は18名（23.7%）であった。総睡眠時間の平均は8.3時間で、Webbら¹⁷⁾の報告とおおむね一致していた。夜間最長睡眠時間の平均は7.5時間、夜間中途覚醒時間は0.44時間、昼間睡眠時間は0.30時間で

表1 対象者の年齢、Barthel Index得点、HDS-R得点、睡眠指標（n=76）

項 目	男性 (n=17)	女性 (n=59)	全体 (n=76)
	mean ± SD	mean ± SD	mean ± SD
年 齢 (歳)	median (range)	median (range)	median (range)
	75.9 ± 8.8 76 (62-91)	84.0 ± 7.0 84 (65-103)	82.2 ± 8.1 83 (62-103)
Barthel Index	32.1 ± 20.0 35 (10-75)	45.8 ± 30.2 50 (5-100)	42.7 ± 28.7 45 (5-100)
HDS-R (n=73)	8.2 ± 7.7 6 (0-23)	13.0 ± 9.7 13 (0-30)	12.0 ± 9.5 10 (0-30)
総睡眠時間	8.6 ± 1.1 8.4 (7.1-11.0)	8.2 ± 1.3 8.2 (4.8-11.6)	8.3 ± 1.2 8.3 (4.8-11.6)
夜間最長睡眠 持続時間	7.9 ± 0.80 7.7 (6.7-9.2)	7.4 ± 1.3 7.6 (3.9-9.3)	7.5 ± 1.2 7.7 (3.9-9.3)
夜間中途覚醒 時間	0.37 ± 0.20 0.3 (0.1-0.8)	0.46 ± 0.32 0.3 (0.1-1.5)	0.44 ± 0.30 0.3 (0.1-1.5)
昼間睡眠時間	0.23 ± 0.37 0.1 (0-1.4)	0.32 ± 0.40 0.2 (0-2.2)	0.30 ± 0.40 0.1 (0-2.2)

**p<0.01

あった。

2. 調査票の結果と睡眠指標との関連

1) 性差

女性の平均年齢は84.0歳で男性の年齢75.9歳よりも有意に高かったが、Barthel Index得点およびHDS-R得点、各睡眠指標には性差を認めなかった。

2) 年齢、Barthel Index得点、HDS-R得点と睡眠指標との関連

年齢、Barthel Index得点、HDS-R得点と睡眠指標との相関分析を行った結果を表2に示した。年齢、Barthel Index得点、HDS-R得点の全てと昼間睡眠時間とに有意の相関が認められ、①年齢が高いほど昼間睡眠時間が長い、②Barthel Index得点が高いほど昼間睡眠時間が短い、HDS-R得点が高いほど昼間睡眠時間が短い、という結果を得た。また、③Barthel Index得点が高いほど夜間中途覚醒時間が短い傾向 ($p = 0.054$)、④HDS-R得点が高いほど夜間中途覚醒時間が短い傾向が認められた ($p = 0.057$)。

3. 睡眠薬の服用の有無と睡眠指標との関連

睡眠薬の服用の有無とそれぞれの睡眠指標間には有意な関連を認めなかった(表3)。なお、服用した者の内訳は

表2 年齢、Barthel Index得点、HDS-R得点と睡眠指標との相関 (n = 76)

睡眠指標	年 齢	Barthel Index	HDS-R (n = 73)
	Spearman の相関係数 有意確率(両側)	Spearman の相関係数 有意確率(両側)	Spearman の相関係数 有意確率(両側)
総睡眠時間	0.094	-0.070	-0.039
	0.418	0.548	0.745
夜間最長睡眠 持続時間	0.037	-0.015	-0.036
	0.751	0.898	0.760
夜間中途覚醒 時間	0.168	-0.222	-0.224
	0.147	0.054	0.057
昼間睡眠時間	0.255 *	-0.348 **	-0.388 **
	0.026	0.002	0.001

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

表3 睡眠薬服用の有無と睡眠指標 (n = 76)

睡眠指標	服用しなかった者 (n = 32)	服用した者 (n = 44)
	mean $\pm$ SD median (range)	mean $\pm$ SD median (range)
総睡眠時間	8.3 $\pm$ 1.2	8.2 $\pm$ 1.2
	8.1 (6.2-11.6)	8.3 (4.8-11.0)
夜間最長睡眠持続時間	7.4 $\pm$ 1.01	7.5 $\pm$ 1.3
	7.4 (5.3-9.2)	7.8 (3.9-9.3)
夜間中途覚醒時間	0.46 $\pm$ 0.28	0.43 $\pm$ 0.32
	0.37 (0.1-1.2)	0.31 (0.1-1.5)
昼間睡眠時間	0.31 $\pm$ 0.49	0.29 $\pm$ 0.31
	0.085 (0-2.2)	0.21 (0-1.4)

男性8名(47.1%)、女性18名(61.0%)であり、睡眠薬の服用の有無に性差は認められなかった。

4. アクティビティケアへの参加頻度と睡眠指標との関連

アクティビティケアは、病棟単位で原則として集団を対象に実施され、調査期間内に延べ224回行われた。内容は喫茶が112回で最も多く、散歩31回、ゲーム25回、体操22回と続いていた。病棟ごとにみると平均実施回数は27.1 $\pm$ 15.8回であり、原則として14時~16時30分の間に行われ、実施時間の平均は39.3 $\pm$ 19.0分であった。平均参加回数については、対象者全体では22.0 $\pm$ 18.0回、[ほぼ毎日参加した者]では55.5 $\pm$ 3.0回、[時々参加したまたは参加しなかった者]では15.6 $\pm$ 11.4回であった。両群の睡眠指標を比較した結果、総睡眠時間および夜間最長睡眠持続時間について有意の関連が認められ、[ほぼ毎日参加した者]では「時々参加したまたは参加しなかった者」よりも①総睡眠時間が長い、②夜間最長睡眠持続時間が長い、という結果を得た。なお、「ほぼ毎日参加した者」のHDS-R得点は6.3 $\pm$ 8.9、「時々参加したまたは参加しなかった者」のHDS-R得点は13.1 $\pm$ 9.3で、「ほぼ毎日参加した者」の得点が有意に低かった ($p < 0.05$)。年齢およびBarthel Index得点には差が認められなかった。アクティビティケアへの参加頻度と睡眠指標との関連を表4に示す。

5. 睡眠指標に強く影響している要因

年齢、Barthel Index、HDS-R、アクティビティケアへの参加頻度の4項目のデータを独立変数とし、睡眠指標を従属変数とした重回帰分析(Stepwise法)を行ったところ、年齢、Barthel Index得点、アクティビティケアへの参加頻度のそれぞれが睡眠指標に関連していた(表5)。すなわち、①総睡眠時間が長くなる要因としてアクティビティケアへの参加頻度が高いこと、②夜間最長睡眠持続時間が長くなる要因としてアクティビティケアへの参加頻度が高いこと、③夜間中途覚醒時間が長くなる要因として年齢が高いこと、④昼間睡眠時間が短くなる要因としてBarthel

表4 アクティビティケアへの参加頻度と睡眠指標 (n = 76)

睡眠指標	ほぼ毎日参加した者 (n = 12)	時々参加したまたは参加しなかった者 (n = 64)
	mean $\pm$ SD median (range)	mean $\pm$ SD median (range)
総睡眠時間	9.0 $\pm$ 0.70	8.1 $\pm$ 1.2
	9.1 (7.5-9.8)	8.1 (4.8-11.6)
夜間最長睡眠持続時間	8.4 $\pm$ 0.89	7.3 $\pm$ 1.2
	8.6 (6.1-9.3)	7.6 (3.9-9.2)
夜間中途覚醒時間	0.39 $\pm$ 0.24	0.45 $\pm$ 0.31
	0.3 (0.2-0.9)	0.3 (0.1-1.5)
昼間睡眠時間	0.25 $\pm$ 0.26	0.31 $\pm$ 0.42
	0.1 (0-0.7)	0.2 (0-2.2)

** $p < 0.01$

表5 睡眠指標を従属変数とした重回帰分析 (n=76)

睡眠指標	年 齢	Barthel Index		HDS-R (n=73)	アクティビ ティケアへ の参加頻度	決定係数 RSquare	F 値
	標準化係数 有意確率	標準化係数 有意確率	標準化係数 有意確率	標準化係数 有意確率	標準化係数 有意確率		
総睡眠時間					0.278 * 0.017	0.077	5.949
夜間最長睡眠持続時間					0.328 ** 0.005	0.108	8.573
夜間中途覚醒時間	0.235 * 0.045	-0.195 0.092	-0.196 0.093			0.055	4.156
昼間睡眠時間		-0.452 ** 0.000				0.205	18.264

**p<0.01, *p<0.05

表6 アクティビティケアへの参加・不参加と睡眠

対象者の属性					睡眠指標				
No.	年齢・性別	基礎疾患	要介護度	Barthel Index HDS-R	アクティビティ ケアへの参加・ 不参加日数	総睡眠時間 mean ± SD	夜間最長睡眠 持続時間 mean ± SD	夜間中途 覚醒時間 mean ± SD	昼間睡眠 時間 mean ± SD
1	86歳女性	多発性脳梗塞	3	Barthel Index = 5 HDS-R = 17	参加日 (n = 39) 不参加日 (n = 20)	8.4 ± 1.7 7.4 ± 1.7]*	7.6 ± 2.1 6.0 ± 2.3]*	0.46 ± 0.76 1.0 ± 1.0]*	0.10 ± 0.64 0 ± 0
2	83歳女性	脳出血後遺症	4	Barthel Index = 15 HDS-R = 24	参加日 (n = 7) 不参加日 (n = 52)	13.7 ± 2.4 11.3 ± 2.4]*	9.7 ± 2.8 8.4 ± 2.3]*	0.43 ± 0.79 0.42 ± 0.78]*	3.3 ± 1.9 2.1 ± 1.4]*
3	92歳女性	認知症	2	Barthel Index = 40 HDS-R = 19	参加日 (n = 6) 不参加日 (n = 53)	8.7 ± 1.0 7.9 ± 1.2]*	8.7 ± 1.0 7.2 ± 1.8]*	0 ± 0 0.28 ± 0.50]*	0 ± 0 0.19 ± 0.40]*
4	80歳女性	心機能低下	要支援	Barthel Index = 60 HDS-R = 17	参加日 (n = 7) 不参加日 (n = 52)	7.0 ± 1.7 7.4 ± 1.6]*	6.9 ± 1.6 6.2 ± 2.2]*	0 ± 0 0.81 ± 0.97]*	0.14 ± 0.38 0.13 ± 0.34]*
5	85歳女性	糖尿病	4	Barthel Index = 90 HDS-R = 17	参加日 (n = 11) 不参加日 (n = 48)	8.7 ± 0.90 7.9 ± 1.0]*	8.3 ± 1.7 7.4 ± 1.4]*	0.18 ± 0.40 0.31 ± 0.47]*	0 ± 0 0.02 ± 0.14]*
6	83歳女性	認知症	4	Barthel Index = 75 HDS-R = 1	参加日 (n = 29) 不参加日 (n = 30)	8.9 ± 1.4 8.3 ± 1.4]*	8.8 ± 1.6 7.4 ± 2.3]*	0.10 ± 0.31 0.43 ± 0.73]*	0.31 ± 0.60 0.33 ± 0.71]*
7	90歳女性	認知症	2	Barthel Index = 80 HDS-R = 10	参加日 (n = 26) 不参加日 (n = 33)	9.1 ± 1.6 8.6 ± 1.3]*	8.9 ± 1.8 8.0 ± 1.7]*	0.12 ± 0.43 0.18 ± 0.39]*	0.27 ± 0.60 0.21 ± 0.60]*
8	77歳女性	脳梗塞後遺症	2	Barthel Index = 95 HDS-R = 18	参加日 (n = 36) 不参加日 (n = 23)	8.1 ± 1.3 8.1 ± 1.1]*	7.9 ± 1.5 7.5 ± 1.8]*	0.17 ± 0.61 0.35 ± 0.57]*	0.03 ± 0.17 0.09 ± 0.29]*
9	81歳女性	認知症	3	Barthel Index = 15 HDS-R = 10	参加日 (n = 9) 不参加日 (n = 50)	6.3 ± 2.8 5.6 ± 3.1]*	5.4 ± 3.2 5.1 ± 3.2]*	1.2 ± 1.4 0.42 ± 0.81]*	0.44 ± 0.73 0.66 ± 0.87]*
10	95歳女性	認知症	4	Barthel Index = 10 HDS-R = 0	参加日 (n = 16) 不参加日 (n = 43)	7.6 ± 2.0 8.3 ± 1.7]*	6.3 ± 2.6 7.7 ± 2.5]*	0.69 ± 0.70 0.49 ± 1.1]*	0.38 ± 0.62 0.56 ± 0.93]*
11	62歳男性	脳梗塞後遺症	4	Barthel Index = 10 HDS-R測定不能	参加日 (n = 35) 不参加日 (n = 24)	6.9 ± 1.9 8.0 ± 1.5]*	5.9 ± 2.0 7.3 ± 2.0]*	0.77 ± 0.69 0.63 ± 0.82]*	0.06 ± 0.24 0 ± 0]*

*p<0.05

Index得点が高いことが関連項目としてあげられた。また、⑤夜間中途覚醒時間が短くなる要因としてBarthel Index得点が高い傾向 (p=0.092)、⑥夜間中途覚醒時間が短くなる要因としてHDS-R得点が高い傾向が認められた (p=0.093)。

6. アクティビティケアへの参加日および不参加日の睡眠に関する個人ごとの検討

重回帰分析の結果から、アクティビティケアへの参加頻度が総睡眠時間および夜間の最長睡眠時間に最も多く影響

を及ぼしている要因であることが示された。そこで、対象者一人ひとりについてアクティビティケアに参加した日 (参加日) と参加しなかった日 (不参加日) とで睡眠指標を比較したところ、対象者76名中11名について睡眠指標のうちの1～3項目に有意差が認められた (表6)。

表6で示した事例のうち、No. 1～8の8名は、アクティビティケアに参加した日の総睡眠時間が長かった、夜間中途覚醒時間が短かったなど、アクティビティケアへの参加が睡眠に望ましい効果をもたらしたことを示す結果を得

た。しかしNo. 9～11の3名については、No. 1～8の8名とは逆に、アクティビティケアに参加した日の夜間中途覚醒時間が長かったなどの結果が示された。

IV. 考 察

我が国における高齢者を対象とした臨床的睡眠研究法の多くは、地域で生活を営んでいる高齢者を対象とした調査であるが¹²⁻¹⁴⁾、本研究では、介護療養型医療施設1施設における調査であり、対象群が同じ日課によって療養生活を送っていることから、ほぼ同一の環境下で得られた結果とみなすことができると思われる。また、本研究の対象群はBarthel Index、HDS-R得点においてさまざまなレベルを有しており、ADLおよび認知機能と睡眠指標との関連を検討するには妥当であったと考えられる。

1. 睡眠・覚醒パターンに関連する要因

年齢、Barthel Index得点、HDS-R得点と睡眠指標との相関分析を行った結果、3つの要因すべてが睡眠指標と関連していた。重回帰分析においては、先行研究と同様に、年齢が高いほど夜間中途覚醒時間が長かった。これには、加齢によるメラトニン分泌量の減少などの生理学的要因が強く関与していると思われる⁴⁾。また、Barthel Index得点と昼間睡眠時間の有意な関連は、ADLの低下が昼間睡眠時間の延長につながっていることを示している。Okamoto-Mizunoら⁸⁾はADLの低下した要介護入所高齢者が一日のほとんどをベッドで過ごし、ADLの高い者と比較して昼間の眠気が強かったことを報告した。ADLが低下している場合、昼間でも臥床していることが多くなり、活動量の減少や外界からの刺激の減少が昼間の睡眠につながると推察される。また、背面解放座位が意識レベルの向上に有効であるとの報告があり³⁶⁾、ADL維持向上のための看護介入は睡眠・覚醒パターンの調整に有効であると考えられる。一方、HDS-R得点の低下は夜間中途覚醒時間の増大につながる傾向が認められた。認知症高齢者における睡眠・覚醒パターンの変調はよく知られているところであり、身体的な自立度が高い場合でも睡眠効率の低下、睡眠段階1の増加および睡眠段階2とレム睡眠の減少が認められたという報告もあることから⁹⁾、睡眠・覚醒パターンの変調を防ぐためには認知機能を維持・向上するための介入は重要であると考えられる。アクティビティケアに関しては、脳活性化訓練として実施され認知機能の維持につながったとの報告があるものの^{37,38)}、本研究において得られた結果は、“HDS-R得点の低下が夜間中途覚醒時間の増大につながる”可能性のみであり、認知機能の維持のための具体的な方法を導き出すには至らなかった。

2. アクティビティケアへの参加頻度と睡眠指標

アクティビティケアに「ほぼ毎日参加した者」の

HDS-R得点は 6.3 ± 8.9 、「時々参加したまたは参加しなかった者」のHDS-R得点は 13.1 ± 9.3 で、「ほぼ毎日参加した者」の得点が有意に低かった。この理由としては、認知機能の低下した対象者が、各自の好みに関わらず職員の誘導によってアクティビティケアに参加した可能性が考えられる。一方、「ほぼ毎日参加した者」と「時々参加したまたは参加しなかった者」のBarthel Index得点には差を認めなかった。この結果は、ADLの低い対象者が、看護・介護職員の介助によってアクティビティケアに参加したためと考えられる。

アクティビティケアへの参加頻度と睡眠指標との関連については、「時々参加したまたは参加しなかった者」と比較して「ほぼ毎日参加した者」の総睡眠時間および夜間最長睡眠持続時間が有意に長かった。また、参加日と不参加日とで睡眠指標を比較した結果、対象者の10.5%にあたる8名について、参加日の夜間中途覚醒時間が有意に短いなど、望ましい結果が示された。睡眠行動の本来の目的が昼間の活動のためのエネルギーの蓄積であるといわれていることから³⁹⁾、アクティビティケアへの参加が昼間の生活における活動量の増加につながり、その結果として睡眠・覚醒パターンに望ましい効果をもたらしたと考えられる。近年、短時間運動や計画的な短時間の午睡、高照度光の照射などが良好な睡眠を得るために有効であることが検証され、睡眠のための介入方法として実施されている。また、高照度光が睡眠・覚醒パターンの同調因子になることはよく知られているが、加えて運動の実施がメラトニン分泌を介して睡眠周期の調整につながることが報告されていることから⁴⁰⁾、アクティビティケアにおける活動量の増加が睡眠・覚醒パターンに影響した可能性が考えられる。さらに、睡眠障害はストレスを感じている者や抑うつ度の高い者に高頻度に見られ^{41,42)}、抑うつに関連する要因として友人との会話機会の減少が報告されていることから⁴³⁾、アクティビティケアへの参加が、ストレスの軽減や他者との接触による精神的な充足感につながり、睡眠指標に好ましい影響を与えた可能性も考えられる。本調査の後にわれわれが実施した、対象者の趣味や好きな活動などを考慮したアクティビティケアでは、介入期において対象者が日程やプログラムを確認したり、対象者同士または面会者とアクティビティケアについて話していたりする状況が観察された⁴⁴⁾。このような状況から、歌やゲームなどのアクティビティケアは療養生活上の楽しみとなり、睡眠・覚醒パターンを調整する同調因子となることが期待できると考える。その際、プログラムに対象者の好みを反映させるなど、対象者が楽しさ、快さを感じることでできる介入を行うことが重要であると考えられる。

要介護高齢者にとって、短時間運動や計画的な短時間の

午睡、高照度光の照射などの介入方法は、身体可動性の低下や認知機能の低下のために実施困難であったり、視覚の低下した高齢者では十分な効果が得られない可能性がある。このような観点からも、要介護高齢者においては、アクティビティケアによる介入は、睡眠・覚醒パターンの調整に適した方法の一つになり得ると考える。

ところで、本研究結果において、対象者76名のうち3名については、アクティビティケアに参加した日のほうが参加しなかった日と比較して夜間中途覚醒時間が長かったなどの結果が示された。この3名については、例えばアクティビティケアへの参加が夜間の興奮につながったなどの可能性が考えられた。そのため、調査期間における睡眠日誌のデータと看護記録の記載内容とを照合するとともに、看護職員からの聴き取りを行ったが、夜間の興奮などの状況は認められなかった。この3名の場合、アクティビティケアへの参加によって短時間に深い眠りが得られた結果、夜間中途覚醒時間が多くなった可能性もあるが、本研究では睡眠の深さを検討していないため、明確なことは言いえない。

3. 介入の方向性と研究課題

本研究においては、睡眠に影響を及ぼす可能性の高い要因と考えられる「年齢」「性別」「睡眠薬の服用の有無」「ADL」「認知機能」「アクティビティケアへの参加状況」と睡眠指標との関連を検討することによって、本研究において着目した「アクティビティケアへの参加状況」が、他の要因と比較してどの程度要介護高齢者の睡眠に影響を及ぼしているかを検討した。本研究結果から、「アクティビティケアへの参加」が最も多くの睡眠指標に関与し、続いて「ADL」「年齢」「認知機能」が要介護高齢者の睡眠指標に影響を及ぼしていることが明らかになった。特に注目すべきことは、アクティビティケアへの参加が睡眠に望ましい効果をもたらした結果を示した8名は全て75歳以上の後期高齢者で最高齢は92歳であり、Barthel Index得点は5～95点の範囲で60点以下の者が4名、HDS-R得点は1～24点の範囲で20点以下の者が7名おり、ADLや認知機能が低下した者が多かったことである。このことは、睡眠・覚醒パターンが障害されやすい高齢、ADL低

下、認知機能低下の要因を有していたとしても、アクティビティケアへの参加によって睡眠・覚醒パターンが改善され、生活リズムが調整される可能性があることを示唆している。アクティビティケアの効果は、近年、看護・介護の領域において期待され⁴⁵⁾、生活意欲の向上や他者との交流の促進など、認知症患者におけるアプローチを中心として検証も進められている^{46,47)}。睡眠・覚醒パターンの改善や生活リズムの調整効果についての報告も希少ではあるがみられ^{21,22,44)}、今後、積極的に導入し、さらなる検証を進めていく意義があると考えられる。しかしながら、表6中のNo. 9～11の睡眠指標に見られるように、アクティビティケアへの参加によって全ての対象者の睡眠・覚醒パターンが改善されるとはいえない。重回帰分析の結果からも、アクティビティケアへの参加頻度をはじめとする各要因と全ての睡眠指標との関連の度合いを示す決定係数は0.055～0.205と高くはなかった。これらの結果から、要介護高齢者には、今回調査した要因のほかに睡眠・覚醒パターンを障害する要因が存在する可能性は高く、取り組むべき研究課題であるといえる。また、要介護高齢者の睡眠の深さの検討や、睡眠を質的に捉えた研究も今後の課題である。

V. 結 論

本研究では、要介護高齢者の睡眠・覚醒パターンの実態を把握するとともに、アクティビティケアへの参加頻度と睡眠・覚醒パターンとの関連の検討を行った。その結果、年齢、ADL、認知機能の程度とともにアクティビティケアへの参加の有無と睡眠・覚醒パターンとが関連していることが明らかとなり、アクティビティケアへの参加が睡眠・覚醒パターンの改善につながる可能性が示唆された。

謝 辞

本研究の実施にあたり、ご協力いただきました対象者およびご家族の皆様、ご支援をいただきました介護療養型医療施設の職員の皆様方に厚く御礼申し上げます。また、本研究は、平成16～18年度科学研究費補助金基盤（C）課題番号16592218による研究助成を受けて実施いたしました。ここに記し、感謝申し上げます。

要 旨

要介護高齢者に対する有効な睡眠ケアを考える上での根拠となる知見を得るために、要介護高齢者の睡眠・覚醒パターンの実態を把握し、睡眠・覚醒パターンに影響を及ぼしている要因について、特にアクティビティケアへの参加頻度に着目して検討した。Y県にある介護療養型医療施設の入所高齢者76名（男性17名、女性59名）を対象とし、看護・介護職員の観察による59日間の睡眠日誌から得た睡眠データから算出した睡眠指標と睡眠に関与すると考えられる要因との関連について検討した。その結果、睡眠指標と年齢、Barthel Index得点、HDS-R得点、アクティビティケアへの参加頻度との間に関連がみられた。これら4項目を独立変数とした重回帰分析を

行ったところ、アクティビティケアへの参加頻度が最も多くの睡眠指標に関与していた。以上より、アクティビティケアへの参加が睡眠・覚醒パターンに望ましい効果を与えることが示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to analyze and elucidate the factors related to sleep-wake patterns of the frail elderly. The subjects were 76 elderly patients (17 male, 59 female) in a long-term care hospital in a prefecture. Fifty-nine day's sleep-wake patterns of the subjects were examined through a sleep log recorded by nurses and care workers. The relationship between sleep parameters and sleep-related factors, which included age, gender, Barthel Index, HDS-R, sleep-inducing drugs, and frequency of participation in activity care programs, was analyzed. Factors of age, Barthel Index, HDS-R, and frequency of participation in activity care programs were significantly related to the sleep parameters. Results of multiple linear regression analysis revealed that most sleep parameters were influenced by the factor of frequency of participation in activity care programs. These results suggest that patients' participation in activity care programs may improve sleep-wake patterns in the frail elderly.

文 献

- Kim K., Uchiyama M., et al. : An epidemiological study of insomnia among the Japanese general population, *Sleep*, 23(1), 41-47, 2000.
- 新美良純, 堀 忠雄, 他 : 生理学的睡眠研究法, 日本睡眠学会 (編), *睡眠学ハンドブック*, 442-532, 朝倉書店, 東京, 1994.
- Miles L. E., Dement W. C. : Objective sleep parameters in elderly men and women, *Sleep*, 3, 131-150, 1980.
- Touitou Y., Fevre M. et al. : Age- and mental health-related circadian rhythms of plasma levels of melatonin, prolactin, luteinizing hormone and follicle-stimulating hormone in man, *J Endocrinol.*, 91(3), 467-475, 1981.
- 林 泰 : 高齢者の終夜睡眠ポリグラフィ (第一報) - 高齢者の睡眠の特徴について -, *臨床神経学*, 19(10), 653-660, 1979.
- 大友 英一 : 老年者の睡眠脳波, *Geriatric Medicine*, 28(3), 385-389, 1990.
- 宮下彰夫, 小栗 貢, 他 : 臨床的睡眠研究法, 日本睡眠学会 (編), *睡眠学ハンドブック*, 533-556, 朝倉書店, 東京, 1994.
- Okamoto-Mizuno K., Yokoya T. et al. : Effects of activity of daily living and gender on circadian rhythms of the elderly in a nursing home, *J Physiol Anthropol Appl Human Sci.*, 19(1), 53-57, 2000.
- 飯田英晴, 山内俊雄 : 日常生活能力との関連でみた高度痴呆患者の睡眠構造, *臨床脳波*, 41(9), 556-559, 1999.
- Shirota A., Tamaki M. et al. : Volitional lifestyle and nocturnal sleep in the healthy elderly, *Sleep Res Online.*, 4(3), 91-96, 2001.
- 坂本哲郎 : 睡眠評価のための問診法, 大田龍朗他 (編), *臨床睡眠医学*, 1-12, 朝倉書店, 東京, 1999.
- Uezu E., Taira K. et al. : Survey of sleep-health and lifestyle of the elderly in Okinawa, *Psychiatry Clin Neurosci.*, 54(3), 311-313, 2000.
- Liu X., Uchiyama M. et al. : Sleep loss and daytime sleepiness in the general adult population of Japan, *Psychiatry Res.*, 93(1), 1-11, 2000.
- 水島 豊, 吉田 聡, 他 : 現代高齢者の睡眠状況 - 前期高齢者と後期高齢者との比較 -, *ジェロントロジーニューホライズン*, 14(4), 402-406, 2002.
- 宮島朝子 : 在宅療養者の長期間就床の要因と療養生活に対する影響, *日本在宅ケア学会誌*, 5(1), 20-26, 2001.
- 橋本加奈子, 宮島朝子, 他 : 在宅療養者の睡眠時間の類型化, *兵庫県立看護大学紀要*, 9, 41-48, 2002.
- Webb W. B., Swinburne W. W. : An observational study of sleep of the aged, *Percept Mot Skills.*, 32, 895-899, 1971.
- Martin J. L., Webber A. P. et al. : Daytime sleeping, sleep disturbance, and circadian rhythms in the nursing home, *Am J Geriatr Psychiatry*, 14(2), 121-129, 2006.
- Greco K. E., Deaton C. et al. : Psychoactive medications and actigraphically scored sleep quality in frail nursing home patients, *J Am Med Dir Assoc.*, 5(4), 223-227, 2004.
- 小林春男, 大川美佐子, 他 : グループホームにおける痴呆性高齢者の睡眠・覚醒リズムの特性, *日本看護福祉学会誌*, 10(1), 54-55, 2004.
- 川島 佳, 本橋 豊, 他 : 川べりの屋外散策が入院患者と老人保健施設入所者の睡眠リズムと抑うつ状態に与える影響について, *秋田県公衆衛生学雑誌*, 2(1), 51-55, 2005.
- 小笠原育子, 高松はるみ, 他 : 睡眠パターン改善の取り組み - 不眠を表現しない寝たきり患者に対して -, *十和田市立中央病院研究誌*, 14(1), 72-75, 1999.
- 社会福祉士受験対策研究会編 : *社会福祉士用語事典*. 9, 棋苑図書, 東京, 2000.
- 厚生省老人保健福祉局監 : *高齢者ケアプラン策定指針*. 厚生科学研究所, 東京, 1994.
- Tanaka H., Taira K. et al. : Effects of short nap and exercise on elderly people having difficulty in sleeping, *Psychiatry Clin Neurosci.*, 55(3), 173-174, 2001.
- 萩野悦子, 山田律子, 他 : 痴呆高齢者の睡眠・覚醒リズムと光の効果に関する研究の動向, *北海道医療大学看護福祉学部紀要*, 9, 143-152, 2002.
- Mahoney F. I., Barthel D. W. : Functional evaluation : The Barthel index, *Md State Med J.*, 14, 61-65, 1965.
- 加藤伸司, 下垣 光, 他 : 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) の作成, *老年精神医学雑誌*, 2(11), 1339-1347, 1991.
- 宮下彰夫 : 睡眠研究の方法 - 睡眠日誌, 日本睡眠学会 (編), *睡眠学ハンドブック*, 542-545, 朝倉書店, 東京, 1994.
- 野田明子 : 睡眠日誌法, 太田龍朗他 (編), *臨床睡眠医学*, 1-12, 朝倉書店, 東京, 1999.
- O'Leary P. A., Haley W. E. et al. : Behavioral assessment in Alzheimer's disease : use of a 24-hr log, *Psychol Aging.*, 8(2), 139-143, 1993.
- 内村直尚, 中沢洋一, 他 : 久留米市内高齢者の睡眠障害の実態調査 - 面接調査および睡眠日誌の結果より -, *臨床精神医学*, 24(11), 1483-1493, 1995.
- 山口成良 : 睡眠とは何か, *Clinical Neuroscience*, 5(1), 12-15, 1987.
- Usui A., Ishizuka Y. et al. : Validity of sleep log compared with

- actigraphic sleep-wake state II, *Psychiatry Clin Neurosci.*, 53(2), 183-184, 1999.
- 35) 堤 雅恵, 小林敏生, 他: 高齢者睡眠研究における睡眠日誌の有効性-アクチグラムデータとの比較-. *日本公衆衛生雑誌*, 51(10), 693, 2004.
- 36) 大久保暢子, 雨宮聡子, 他: 背面開放端座位ケアの導入により意識レベルが改善した事例-遷延性意識障害患者1事例の入院中から在宅での経過を追って-, *聖路加看護学会誌*, 5(1), 58-63, 2001.
- 37) 児玉直樹, 長澤 亨, 他: 脳活性化訓練利用者と非利用者の認知機能低下に関する研究, *老年精神医学雑誌*, 16(5), 587-593, 2005.
- 38) 川瀬康裕, 児玉直樹: 高齢者アクティビティ開発センター(監), 「脳活性化訓練プログラム評価スケール」による評価について-脳活性化訓練(アクティビティ)プログラム評価をつくる-, *脳活性化のための早期認知症のアクティビティプログラム*, 黎明書房, 76-82, 愛知, 2007.
- 39) 鳥居鎮夫: 生物行動としての睡眠-睡眠とエネルギー節約, *日本睡眠学会(編), 睡眠学ハンドブック*, 15, 朝倉書店, 東京, 1994.
- 40) Barger L. K., Wright K. P. Jr. et al.: Daily exercise facilitates phase delays of circadian melatonin rhythm in very dim light. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol.*, 286(6), R1077-1084, 2004.
- 41) Kim K., Uchiyama M. et al.: Lifestyles and sleep disorders among the Japanese adult population, *Psychiatry Clin Neurosci.*, 53(2), 269-270, 1999.
- 42) Sukegawa T., Itoga M. et al.: Sleep disturbances and depression in the elderly in Japan, *Psychiatry Clin Neurosci.*, 57(3), 265-270, 2003.
- 43) 黒田研二, 隅田好美: 高齢者における日常生活自立度低下の予防に関する研究(第2報)-抑うつに関連する要因-, *厚生生の指標*, 49(8), 14-19, 2002.
- 44) 堤 雅恵, 涌井忠昭, 他: 要介護高齢者の興味・関心を考慮したアクティビティケアの効果-音楽・運動・趣味プログラム参加による睡眠・覚醒パターンへの影響-, *老年看護学*, 12(1), 101-108, 2007.
- 45) 鈴木みずえ, 磯和勅子: 大きな可能性を秘める高齢者のアクティビティケア, *Community Care*, 6(3), 68-71, 2004.
- 46) 六角僚子: アクティビティという視点をもつケアの有効性-痴呆性高齢者ケアの実践から-, *老年看護学*, 6(1), 114-122, 2001.
- 47) 三浦亜矢, 樋居洋子, 他: 痴呆性高齢者の施設生活の適応に関するプログラムの工夫-アクティビティケアを中心に-, *東京都老年学会誌*, 8, 163-165, 2001.

〔平成19年5月7日受 付〕
〔平成20年4月30日採用決定〕

健康成人女性を対象とした腹式呼吸による 自律神経反応と尿中ホルモンの変化

Autonomic Nervous and Hormonal Responses on the Voluntary Abdominal Breathing
Using the Diaphragm in Healthy Women

田 中 美智子¹⁾ 長 坂 猛¹⁾ 矢 野 智 子¹⁾
Michiko Tanaka Mou Nagasaka Tomoko Yano
小 林 敏 生²⁾ 榊 原 吉 一³⁾
Toshio Kobayashi Yoshikazu Sakakibara

キーワード：腹式呼吸，心拍変動，自律神経反応，カテコールアミン，コルチゾール

Key Words：abdominal breathing, heart rate variability, autonomic nervous response, catecholamine, cortisol

I. はじめに

呼吸法は術後及び分娩時の患者に対して，疼痛緩和やリラクセスさせるために用いられており，これらに関する報告が多く見られる^{1)~3)}。なかでも，腹式呼吸法は，坐禅やヨーガの呼吸法に通じるものがあり，心身を整える作用をもつということで広く用いられている^{4), 5)}。近年，有田らは意識的な腹式呼吸を20分間行くと，脳波の α 波の変化や尿中セロトニン分泌に影響を与えるが，それは縫線核セロトニン神経を活性化し，大脳皮質の活動レベルに修飾を与え，爽快な覚醒感を出現させると結論づけている^{6), 7)}。一方，腹式呼吸はこのような心身を整える作用に加え，直接的に呼吸筋を訓練するという目的で，呼吸リハビリテーションの中でもよく用いられている。例えば，慢性閉塞性肺疾患（COPD）患者の訓練内容に腹式呼吸が含まれており，呼吸困難の予防に役立つという報告^{8), 9)}や逆に，COPD患者の場合，肺胞気が多く残存しており，横隔膜が平坦化しているため，腹式呼吸はかえって状態を悪化させるとの報告も見られる¹⁰⁾。この呼吸リハビリテーションにおいても腹式呼吸などの呼吸法は数分から数十分に及ぶ。このことより，腹式呼吸には心身をリラックスさせる方法以外にも，生体に対して他の影響を与えていることが考えられる。

ところで，20分間の持続した腹式呼吸はそれらの呼吸法に熟練していない場合，生体にとってストレスラーとして作用するかもしれない。生体に外部よりストレスラーが加わると，ストレスに対して生体を維持するために，カテコールアミンやコルチゾールなどのホルモンが分泌される。腹式呼吸に関しては，腹式呼吸後の自律神経反応や循

環反応に関して検討したものは報告されているが，腹式呼吸中の反応について検討したものは少なく，さらに，その時の生体に影響を与えるホルモンの変化についての報告は認められていない。横隔膜を使用する腹式呼吸を行うことで，呼吸法中の吸気時には腹部の圧迫及び胸郭の拡大に伴う静脈還流量の増加から血圧上昇などの循環反応が認められることもありうる。また，腹式呼吸自体が生体にとってストレスラーとなれば，尿中カテコールアミンやコルチゾール濃度の上昇が起ころうと考えられる。

そこで，今回，健康成人女性を対象とし，腹式呼吸を行っている間に，循環反応や自律神経系がどのような反応をするのか，そのときのカテコールアミンやコルチゾールの分泌がどのような変化をもたらすのか，また，覚醒感が出現するのに関与しているセロトニンの分泌は促進するのかという点を検討する目的で本実験を行った。

II. 方 法

1) 対象

対象は年齢20～42歳の健康な成人女性11名（平均年齢±標準誤差：24±2）で，実験参加期間中，通常の日常生活を送っており，薬の服用などをしていない者とした。また，身長，体重及びBMI（平均値±標準誤差）はそれぞれ159.9±2.0cm，49.4±2.0kg及び19.3±0.7であった。参加に際して，実験の主旨と目的を説明し，参加の同意が得られた者が実験に参加した。対象には，実験開始2時間以上前から食事などの摂取及び運動を制限し，実験はすべて月経期間を避けた日程で実施した。

1) 宮崎県立看護大学 Miyazaki Prefectural Nursing University

2) 広島大学 Hiroshima University

3) 金沢工業大学 Kanazawa Institute of Technology

2) 実験方法

本実験は平成17年9月～平成19年3月に空調の整った部屋（以下実験室）で実施し、時間帯は午後1時～5時の間に行った。実験室の温度及び湿度は約24～26℃、約55～68%であった。対象者の服装は、胸部や腹部を締め付けない動きやすい服装とした。

2) - 1 測定項目

測定項目は心電図、筋電図、呼吸曲線、血圧及び尿中ホルモンなどであった。心電図は第Ⅱ誘導で、呼吸曲線は胸部に呼吸ピックアップを装着し、筋電図は腹式呼吸において、腹筋を使用しているかを双極導出で調べるために腹部に電極をつけ、それぞれ連続的に測定した。これらの測定には、心電図は心電図用アンプ（BIOPAC：ECG100A）を、呼吸曲線は呼吸アンプ（BIOPAC：RES100A）を、筋電図は筋電図アンプ（BOIPAC：EKG100A）を使用した。血圧は、被験者の右第3指にセンサーを装着し、非観血的自動血圧計（Ohmeda：Finapres）にて測定した。尿中ホルモンとしてコルチゾール、ノルアドレナリン及びアドレナリン濃度を測定し、それ以外に尿中セロトニン濃度を測定した。

2) - 2 実験手順

実験手順（図1）として、対象は実験室訪室後、トイレにて排尿をすませ、安静坐位にて実験の説明を受け、30分間の安静を保った。その後、歩行にてトイレまで行き、排尿を行い、この尿を実験前のサンプルとした。ベッド上仰臥位となり、筋電図や心電図の電極、呼吸ピックアップ、血圧のプロブを装着し、実験を開始した。膝を屈曲させるなど腹部の筋肉を緊張させないように姿勢をするようにと対象者には伝え、安静仰臥位にて5分間の通常呼吸後、横隔膜を動かすように意識した腹式呼吸（腹式呼吸実験）を20分間もしくは通常行っている呼吸（コントロール実験）を20分間行った。実験終了後に再びトイレまで歩行し排尿を行い、この尿を実験後のサンプルとした。腹式呼吸

もしくはコントロール実験は無作為に、それぞれ別の日に行った。

2) - 3 腹式呼吸の方法

腹式呼吸は、テープに録音された合図で行い、このリズムは吸気時間：呼気時間を約1：2とし、深くゆっくりとした呼吸で、1分間に6回とした。このとき、腹部筋電図から筋放電状態を確認し、腹式呼吸が行えていたことの指標とした。この腹式呼吸の方法は、片岡らの研究¹¹⁾で用いられている方法である。

2) - 4 尿サンプルの分析方法

採取した尿サンプル量約10mlは分析するまでは-80℃で凍結し、すべての検体を同時期に測定した。尿中コルチゾール（RIA固相法）及びセロトニン（高速液体クロマトグラフィー法）はSRL（株）に検査を依頼し、尿中カテコールアミンのアドレナリン及びノルアドレナリン濃度の測定法は、前処理として活性アルミナに吸着させ、その後、過塩素酸メタ亜硫酸Naで溶出した液体を高速液体クロマトグラフィー（東ソー TSK-GEL ODS-80TS）で電気検出器（東ソー EC-8020）を用いて600mVで分析した。このときの溶離液は50mMリン酸バッファー（pH 2.5）であった。尿中ホルモン濃度を補正するために、各値はクレアチニン濃度で補正した。クレアチニンはCayman Chemical Creatinine Assayを用いて、EIA法でマイクロプレートリーダーを使用して490nmで分析した。

3) 統計処理

値は平均値±標準誤差で示した。心拍数と収縮期血圧により心筋酸素消費量の指標とされている二重積（PRP Pressure Rate Product）を算出した。RR間隔については、ローレンツプロット法を用いて解析し、Toichiら¹²⁾が示したL（対称軸方向の広がり）とT（対称軸を横切る方向の広がり）を計算した。L/Tは交感神経系の指標、log（L×T）は副交感神経系の指標ということで、これらから自律神経機能について検討した。Freidman検定を行った後、多重比較（Bonferroni法）を行った。尿中セロトニン、カテコールアミン及び、コルチゾールに関しては、呼吸法と前後の時間経過による二元配置分散分析を行った後、対応あるt検定を行った。それぞれ、有意水準5%未満を有意差ありとした。

4) 倫理的配慮

対象者には実験の主旨と目的、自由意志で随時拒絶または撤回できること、プライバシー保護には十分注意することなどを書面にて説明し、参加の同意を同意書にて得た。宮崎県立看護大学の研究倫理委員会の承認（平成17年第7号）を得た。

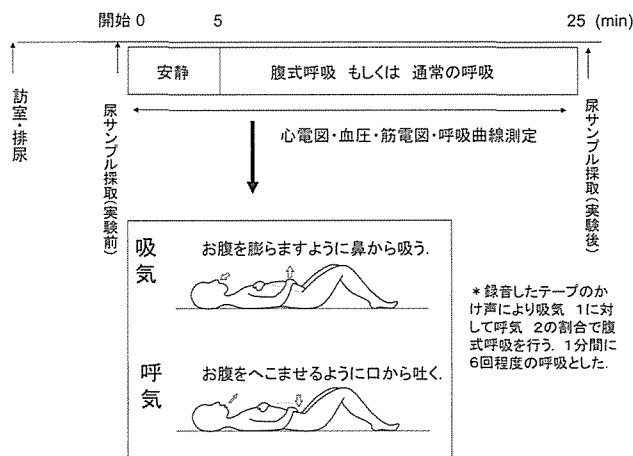


図1 実験手順と腹式呼吸の方法

Ⅲ. 結 果

コントロール実験の呼吸数は12~20/minであり、腹式呼吸実験の呼吸数は6/minであった。

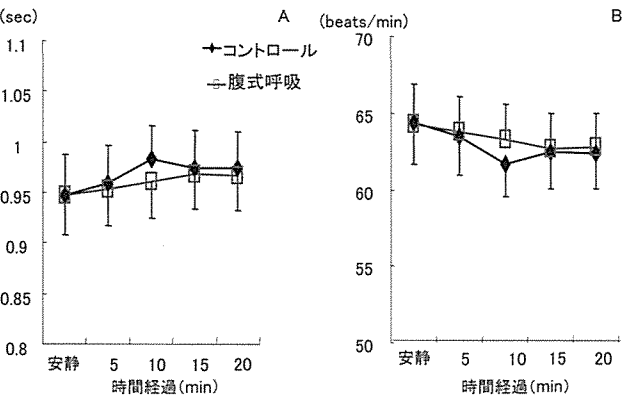
RR間隔は安静状態に比べると、コントロール実験及び腹式呼吸実験ともに、時間が経過するにつれて増加したが、有意な変化ではなかった(図2)。心拍数は時間経過によって、両実験条件ともに低下が認められた(図2)。

収縮期血圧及び拡張期血圧はコントロール実験と腹式呼吸実験での違いは認められなかった。両実験条件ともに、血圧は時間経過に伴って上昇が認められたが、有意な変化

ではなかった(図3)。

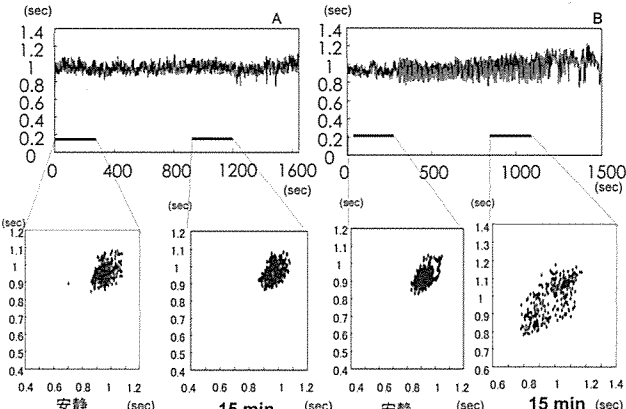
心筋酸素消費量の指標となるPRPも、コントロール実験と腹式呼吸実験間の違いは認められず、時間経過で上昇が認められたが、有意な変化ではなかった(図3)。

図4にコントロール実験と腹式呼吸実験におけるRR間隔の時系列データとローレンツプロットの代表例を示した。コントロール実験では実験中、RR間隔の振幅及びローレンツプロットの広がり程度に変化が見られなかったが、腹式呼吸実験では腹式呼吸を行うことで、RR間隔の振幅の増加とローレンツプロットの広がり方がより大きくなっ



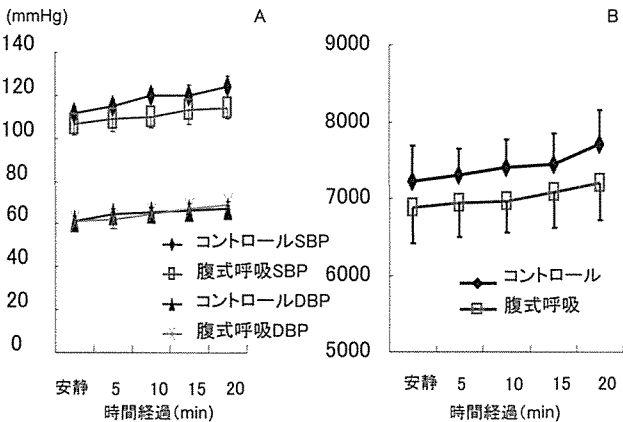
A: RR間隔, B: 心拍数, 平均値±標準誤差, (n=11)

図2 RR間隔及び心拍数



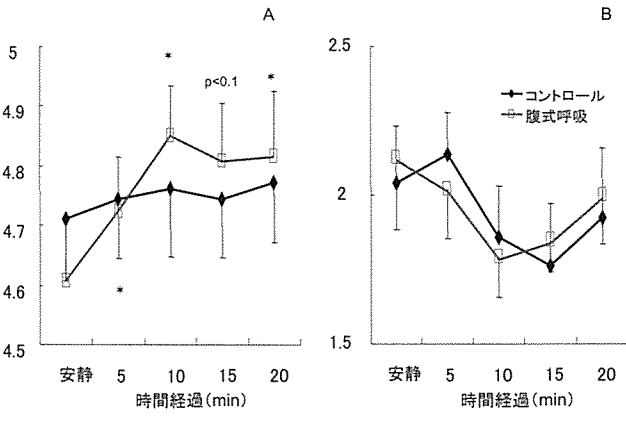
A: コントロール実験, B: 腹式呼吸実験

図4 RR間隔とローレンツプロットの代表例



A: 血圧, B: PRP, PRP: Pressure rate product, 平均値±標準誤差, (n=11)

図3 血圧及びPRP



A: $\text{Log}(L \times T)$, B: L/T , 平均値±標準誤差 (n=11), *: $p < 0.05$ vs rest

図5 ローレンツプロット法による $\text{Log}(L \times T)$ 及び L/T の経時的変化

表1 ローレンツプロット法による分布

	安静	5分	10分	15分	20分	P Value
横軸方向の広がり: L (sec)						
コントロール実験	0.336 ± 0.035	0.356 ± 0.033	0.347 ± 0.042	0.318 ± 0.036	0.354 ± 0.047	0.841
腹式呼吸実験	0.303 ± 0.036	$0.382 \pm 0.030^*$	0.354 ± 0.034	0.388 ± 0.045	$0.431 \pm 0.035^{**}$	$p < 0.01$
縦軸方向の広がり: T (sec)						
コントロール実験	0.179 ± 0.025	0.178 ± 0.022	0.201 ± 0.026	0.210 ± 0.032	0.203 ± 0.026	0.292
腹式呼吸実験	0.163 ± 0.032	0.207 ± 0.028	$0.218 \pm 0.036^{**}$	0.217 ± 0.025	$0.242 \pm 0.037^{**}$	$p < 0.01$

平均値±標準誤差 (n=11). *, **: $p < 0.05$, $p < 0.01$ vs 安静

た(表1)。図5にローレンツプロットから算出したL/TとLog(L×T)について示した。腹式呼吸のLog(L×T)は安静状態に比べると、腹式呼吸を行うことで、有意な増加を示したが、コントロール実験では変化が認められなかった。腹式呼吸実験のL/Tは腹式呼吸10分目で、安静状態に比べ減少したが、その後、増加し、終了時は安静状態と同程度であった。コントロール実験のL/Tは一過性に増加したが、その後は減少し、終了時は安静状態と同程度であった。

尿中セロトニン濃度及びホルモン濃度の結果について図6及び7に示した。採取した尿量(mL)はコントロール実験前で29.9±8.3、実験後で42.7±12.6であり、腹式呼吸時の実験前は32.2±7.9で、実験後は43.8±9.1で、コントロール実験と腹式呼吸実験では同程度であった。尿中セロトニン濃度はコントロール実験と腹式呼吸実験でともに変化なく一定状態を示した。尿中コルチゾール濃度はコント

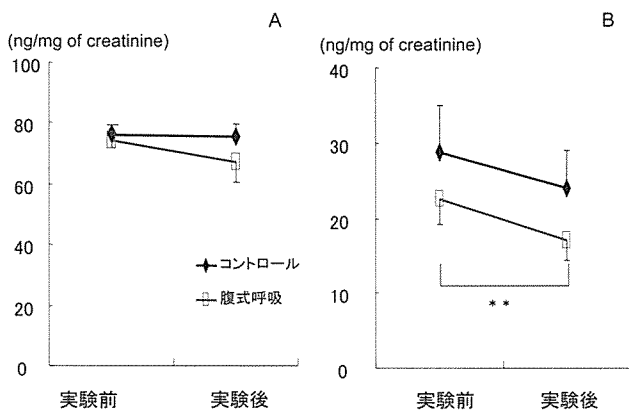
ロール実験及び腹式呼吸実験ともに、実験後に減少した。特に、腹式呼吸実験後のコルチゾール濃度は実験前に比べると有意に減少していたが、二元配置分散分析による呼吸法での違いには有意差が認められなかった。尿中ノルアドレナリン濃度は二元配置分散分析で、呼吸法と時間に関して差が認められ、コントロール実験、腹式呼吸実験ともに、実験前に比べ、実験後に有意に減少し、実験後の値は腹式呼吸実験の方がより低い傾向にあった。尿中アドレナリン濃度は、時間による変化が認められ、実験前に比べ、実験後に両者とも減少した。特に、腹式呼吸実験の際には有意な減少であったが、二元配置分散分析の結果、呼吸法での違いは認められなかった。

IV. 考 察

腹式呼吸は筋弛緩法などにも用いられ、疼痛緩和やリラクセスを生ずると報告されている^{1)~3)}。以前の報告で、腹式呼吸を行うことで副交感神経系の有意な亢進を認めると同時に、通常の呼吸を行った安静状態と比較しても循環反応には負担がないことを報告した¹³⁾。今回の結果に示すように、通常呼吸の安静状態と腹式呼吸では心拍数や血圧への反応、加えて心筋酸素消費量の指標となるPRPに関しても同様の経過を示した。柳らの研究による¹⁴⁾と、横隔膜を介しての呼吸法を行うと、心拍数は呼吸法実施後に減少し、何も行わなかった対照群と比較して、有意な変化を示したが、血圧などでは変化が認められなかったと報告した。今回の心拍数の結果では、腹式呼吸法も通常呼吸も呼吸を行っている間は同様に減少した。これは、柳らの報告では、呼吸法後の経過であったことが違いの一因であると考えられるが、他にも実験中の体位による違いが関係していると考えられる。

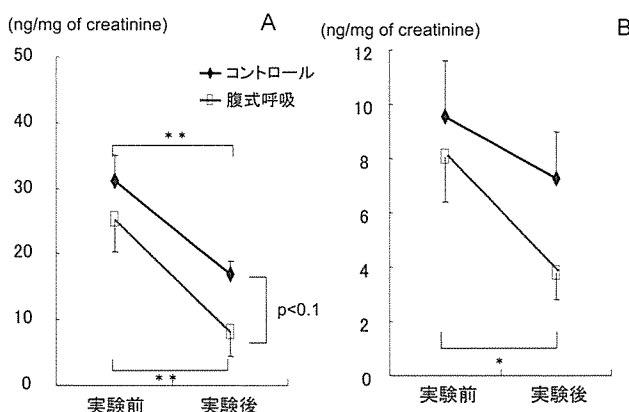
ところで、1分間に6回程度のゆっくりした呼吸が圧受容器反射を促進し、血圧を低下させるという報告があり、この血圧低下は高血圧患者と健常人ともに認められた¹⁵⁾。この研究では、2分間という短い時間の腹式呼吸であったために、このような結果であり、今研究で血圧低下が認められなかったことは、20分間の腹式呼吸を行うことで、ゆっくりとした吸気時に胸腔の拡大が生じることと仰臥位により静脈還流量が増加し、血圧の上昇につながった可能性もある。また、有田らが報告した腹式呼吸による覚醒状態をもたらしたことが関係するかもしれない⁶⁾。

しかしながら、RR間隔の時系列データを見ると、腹式呼吸を行ったことで、RR間隔の振幅は増大し、ローレンツプロットはばらつきが大きくなった。これらの結果をもとに、解析を行うと、自律神経系の働きを調べることができると言われている。Log(L×T)は副交感神経系の指標であると言われ、L/Tは交感神経系の指標であると言わ



A: 尿中セロトニン濃度, B: 尿中コルチゾール濃度, 平均値±標準誤差 (n=11), 反復測定二元配置分散分析でセロトニン濃度は呼吸法と時間経過ともに有意差なし, コルチゾール濃度は時間経過で有意差あり。*: p<0.01.

図6 尿中セロトニン及びコルチゾール濃度



A: 尿中ノルアドレナリン濃度, B: 尿中アドレナリン濃度, 平均値±標準誤差 (n=11), 反復測定二元配置分散分析でノルアドレナリン濃度は呼吸法、時間経過で有意差あり。アドレナリン濃度は時間経過のみで有意差あり。*, **: p<0.05, p<0.01

図7 尿中ノルアドレナリン及びアドレナリン濃度

れている¹¹⁾。腹式呼吸時のLog (L×T) は、コントロール実験に比べると、腹式呼吸開始後に増加を示し、副交感神経系が促進した結果となった。L/Tに関しては、腹式呼吸、通常呼吸ともに低下するものの有意な変化ではなく、安静状態ではさほど変化しないと考えられた。これまでの、腹式呼吸時に自律神経系の働きを調べた報告では、腹式呼吸により副交感神経系が亢進するという報告が認められ^{4), 5), 15)}、今回の結果と同様であった。片岡ら¹⁶⁾は、腹式呼吸時の吸気時間-呼気時間を4秒-6秒とした場合と5秒-5秒とした場合での自律神経系の反応について検討したが、どちらにおいても副交感神経系が亢進するが、腹式呼吸を吸気4秒-呼気6秒にした方が、より副交感神経系の反応が優位であったと報告した。また、片岡らの別の報告では、足部マッサージと腹式呼吸を併用した場合に、足部マッサージのみの場合より、リラクゼーション効果が大きいことを示した¹⁷⁾。

今回、上記の循環反応や自律神経反応に加えて、尿中ホルモンの変化について検討を行った。有田らは意識的な腹式呼吸を20分間行くと、尿中セロトニン分泌が増えると報告し、尿中セロトニンの増加は縫線核セロトニン神経を活性化した結果、大脳皮質の活動レベルに修飾を与え、爽快な覚醒感を出現させると結論づけおり、覚醒状態を示す指標となる⁶⁾。今回の研究結果では、コントロール実験、腹式呼吸実験ともに尿中セロトニン量の変化が認められなかった。これは、有田らの腹式呼吸の方法^{6), 7)}が、自己の腹筋呼吸をバイオフィードバックさせて制御し、呼気時間10~15秒、吸気時間8~10秒に意識的に調整させており、呼吸数も我々の設定に比べると、さらにゆっくりしたもので、正確な時間による調整ではなく、個々人の呼吸制御に合わせた方法であった。それとは違って、今実験での腹式呼吸法は1分間に6回程度、つまり、10秒間に1回の呼吸で、吸気と呼気のリズムが1:2で、テープによるかけ声に合わせての呼吸であった。つまり、呼吸は橋や延髄からの調節以外にも大脳皮質からの影響を受けて調節が行われている。このため、テープに集中しながらの呼吸法と自然に自分のペースで行える呼吸法での違いも考えられる。また、セロトニンの反応について有田^{6), 18)}は、リズム性運動が習慣となっている場合は、速く反応し、セロトニン分泌が見られると報告している。今回の対象は、日頃から腹式呼吸を行っている者ではなく、このようなリズム性運動に慣れていなかったことも関与しているかもしれない。有田らの研究でも尿中セロトニン量が直後に変化せず、30分後に上昇している者もいた⁶⁾ため、その後の反応を観察することも必要であると考えられる。

その他のホルモンとして、ストレスホルモンと言われているコルチゾールやカテコールアミンのノルアドレナリン

及びアドレナリンについて検討した。何らかの外的な刺激が強い場合、生体はストレス状態に陥るが、その際に、これらのホルモンは視床下部-下垂体前葉-副腎皮質系と視床下部-交感神経系が反応することで分泌され、生体をストレスサーに対抗しようと整える。つまり、副腎皮質ホルモンであるコルチゾールや副腎髄質からのカテコールアミンが分泌を亢進することになり、体内で増加したこれらのホルモンは尿中にも排泄されることになる。また、カテコールアミンは外的刺激を受けると数分間で変化が生じ、比較的急性期のストレスを捉えるために用いられており、さらに、身体的侵襲が少ない尿中サンプルの解析はよく行われている。コルチゾールに関しては、刺激に対して反応時間がかかると言われているが、唾液での測定では、刺激から数分~数十分後の反応を捉えるとしてストレスの指標に用いられている。今回の結果では、安静状態を保持するコントロール実験でも、また、腹式呼吸の実験でも、実験前の状態に比べると、実験後に各ホルモンレベルは低下した。尿中ノルアドレナリン濃度の変化に関しては、両条件ともに有意な低下を示したが、コントロール実験に比べると腹式呼吸の実験後の方がより低い傾向が見られた。コルチゾール及びアドレナリンでは、腹式呼吸実験でのみ有意な低下であった。アドレナリンとノルアドレナリンの変化はノルアドレナリンが神経終末より分泌され、アドレナリンは主に副腎髄質からの分泌である。これらの分泌様式の違いは副腎による生体反応の違いとなってみられる。これらのことと先に述べた自律神経反応とをあわせて考えると、腹式呼吸をすることで、副交感神経反応が促進され、尿中ノルアドレナリンやアドレナリン濃度も有意に減少し、さらに、尿中コルチゾールも減少していた。腹式呼吸を20分間行うことでも通常の呼吸同様、リラックスした状態を保つことができたと言える。

V. 今後の課題

今回、例数が少数であり、かつ、健康成人女性のみのものであることから、結果におけるバイアスは避けられないと考える。そのため、今後は男性や広い範囲の年齢層からの反応についても検討する必要があるであろう。また、それぞれの対象は学校や職場に通い、日常生活を送っている者を対象とした実験的研究であったため、対象者の日常生活を厳密に規定することは不可能であった。実験開始前の各測定項目の値に有意な違いはなかったものの若干の違いが認められたことも今研究の限界であると考えられる。

腹式呼吸法は、心身を整えるリラクゼーションの働きに限らず、COPDなどの患者に対して行われる呼吸リハビリテーションの項目の一つでもある^{8), 9)}。COPD患者に対して、腹式呼吸の有効性を疑問視する報告もある¹⁰⁾。し

かし、初期のCOPD患者に対して口すぼめ呼吸を併用した腹式呼吸を行うことで、呼吸困難などの症状緩和とともに呼吸機能の保持にもつながるとも言われている^{8), 9)}。今回の結果では、呼吸に関する情報は検討しておらず、今後の課題である。リハビリテーションなどの視点から考えると、今回のような短期的な生体への影響を踏まえた上で、長期的な効果についても検討する必要があると考えている。

VI. 終わりに

今回、健康成人女性を対象とし、腹式呼吸を行うことで、自律神経反応に加え、ストレス時に分泌されるといわれているホルモンの分泌変化についても検討を行った。腹式呼吸時の循環反応は通常の呼吸と同様の経過を辿り、生体には負担のない呼吸法であった。さらに腹式呼吸時は副交感神経優位となり、尿中ホルモンのノルアドレナリン濃度、アドレナリン濃度及びコルチゾール濃度の有意な低下が認められた。腹式呼吸法は通常の呼吸と同様、生体にとってストレスとはなっておらず、リラックスした状態を保持できていたと考えられた。

要 旨

健康成人女性11名を対象とし、腹式呼吸を行っている間に、循環反応や自律神経系がどのような反応をするのかに加え、ストレス時に見られるホルモンの分泌が抑制されるか、また、覚醒感に関与しているセロトニンの分泌は促進するののかという点を検討する目的で行った。腹式呼吸時の循環反応は通常の呼吸と同様の経過を辿った。実際の心拍数は経過とともに減少し、血圧の上昇を示したが、有意な変化ではなかった。RR間隔の時系列データを周波数解析すると、腹式呼吸時は副交感神経優位となった。尿中セロトニン濃度は腹式呼吸及び通常の呼吸で変化が認められなかったが、腹式呼吸では尿中のノルアドレナリン濃度、アドレナリン濃度及びコルチゾール濃度の有意な低下が認められた。腹式呼吸はコントロール実験として行った通常の呼吸と同様、生体に対してストレスとはなっておらず、リラックスした状態を維持できる呼吸法であると考えられた。

Abstract

The purpose of this study is to elucidate the effects of voluntary abdominal breathing using the diaphragm on the autonomic nervous response, cardiovascular responses and urine hormones in healthy women. Cardiovascular responses during the abdominal breathing were the similar responses during the spontaneous breathing. Heart rate during the abdominal breathing was gradually decreased and blood pressure was shown a few increases, but not significantly. Using the Rolenz plot methods of the Heart rate variability, we analyzed the autonomic nervous responses during the abdominal breathing. The abdominal breathing at 6 breaths / min significantly increases Log (L × T) indicated the activities in parasympathetic nervous response compared with that of resting state before the abdominal breathing. Noradrenaline, adrenaline and cortisol concentration in Urine after the abdominal breathing were significantly lower than that of resting state before the abdominal breathing. It is suggested that the voluntary abdominal breathing using the diaphragm similar to the spontaneous breathing induced the relaxation to the reaction of a living body. This effects about the abdominal breathing appear potentially beneficial in manage of the stress.

文 献

- 1) 成田 伸, 西田広美他. マタニティーが妊娠中のリラックス効果. 母性衛生. 39, 387-390, 1998.
- 2) 和田朱美, 平石玲子他. 大腸内視鏡検査の痛みを軽減する呼吸法の有効性. 第29回看護総合. 208-210, 1998.
- 3) 近藤由香, 小坂橋喜久代. リラクゼーション研究の文献レビュー 適用分野と主な効果を中心に. 日本看護技術学会誌. 5(1), 69-76, 2006.
- 4) 坂本佳寿美. ヨーガの呼吸法とそのからだの影響. 体育の科学. 49, 388-393, 1999.
- 5) 有田秀穂, 高橋玄朴. 呼吸法をマスターしよう. セロトニン呼吸法, 地湧社 (東京), pp111~182, 2006.
- 6) 有田秀穂. 呼吸と心; 呼吸-心理-哲学-東洋思想; キーワードはセロトニン, 佐藤二郎監修, メディカル・サイエンス・インターナショナル (東京), リサ増刊, pp2-7, 2004.
- 7) Fumoto M., Arita H., et al. Appearance of high-frequency alpha band with disappearance of low-frequency alpha band in EEG is produced during voluntary abdominal breathing in an eyes-closed condition. Neuroscience Research., 50, 307-317, 2004.
- 8) 須藤英一, 大賀栄次郎他. 慢性閉塞性肺疾患 (COPD) 患者における呼吸リハビリテーションの肺機能及び運動耐容能への影響. 日老医誌, 34, 929-934, 1997.
- 9) 佐藤一洋, 本間光信他. COPDにおける外来呼吸リハビリテーションの長期効果. 日本呼吸管理理学学会誌. 10(2), 242-253, 2000.
- 10) 神津 玲, 朝井政治他. 慢性閉塞性肺疾患患者に対する横隔膜呼吸法の臨床的問題点. 13(2), 307-310, 2003.
- 11) 片岡秋子, 門間正子他. 腹式呼吸と自然呼吸の相違による自律神経系への影響. ヒューマン・ケア研究. 6, 8-13, 2005.
- 12) Toichi M., Sugiura T., et al. A new method of assessing cardiac

- autonomic function and its comparison with spectral analysis and coefficient of variation of R-R interval. J. Autom. Nerv. Sys. 62, 79-84, 1997.
- 13) 田中美智子, 長坂 猛, 意識的な腹式呼吸による呼吸・循環反応, 日本看護技術学会第5回学術集会講演抄録集. 76, 2006.
- 14) 柳奈津子, 小池弘人他. 健康女性に対する呼吸法によるリラックス反応の評価. Kitakanto Med. J. 53, 29-36, 2003.
- 15) Joseph NC., Porta C., et al, Slow breathing improves arterial baroreflex sensitivity and decreases blood pressure in essential hypertension. Hypertension, 46(4), 714-718, 2005.
- 16) 片岡秋子, 渋谷菜穂子. 腹式呼吸における呼息-吸息時間の変化が及ぼす自律神経系への影響. 日本看護医療学会雑誌. 4(1), 14-18, 2002.
- 17) 片岡秋子, 北川裕子. 足部マッサージと腹式呼吸併用の生理的効果. 日本看護医療学会雑誌. 2(1), 17-24, 2000.
- 18) 有田秀穂, 中谷康司他. リズム性運動と脳幹セロトニン神経. 自律神経. 41(3), 338-344, 2004.

〔平成19年9月27日受 付〕
〔平成20年5月26日採用決定〕

看護系大学に勤務する助手の個人属性、教員特性および職務満足感からみたバーンアウトに関する研究

The Relationship between Burnout, Individual Parameters, Teaching Aptitude and Job Satisfaction among Research Associates in Colleges of Nursing

片岡 三佳¹⁾ 小澤 和弘¹⁾ 市江 和子²⁾ 岩満 優美³⁾
Mika Kataoka Kazuhiro Ozawa Kazuko Ichie Yumi Iwamitsu

キーワード：助手、バーンアウト、個人属性、教員特性、職務満足感

Key Words : research associates, burnout, individual parameters, teaching aptitude, job satisfaction

I. はじめに

看護教育においては、1993（平成5）年頃から看護系大学の急激な増加がみられている。看護教育の重要な位置を占める臨地実習（以下、実習とする）で、教員は学習環境を調整し、長時間学生と関わっている。特に大学教育では、実習における学生への関わりを中心は助手によって担われる場合が多く、助手の役割の重要性が推察される。

看護系大学に勤務する助手を対象にした研究では、助手が行っている職務内容や時間、活動方法などの実態調査が行われている¹⁾。さらに出羽澤²⁾³⁾は、助手の職務上の悩みを具体的にし、悩みには教育活動に関するものが最も多く、中でも実習に関する内容であることを明らかにしている。助手は臨床経験や教育経験も浅いと思われ、その負担は計りしれない。より良い教育指導活動を行うには、精神的健康が重要であるにも関わらず、それらに関する研究は少ない⁴⁾。そこでわれわれは助手の精神的健康に関心をもち、精神的健康に関連の深いバーンアウトに着目した。

バーンアウトに関する研究は、1980年代頃から様々な検討がなされ、看護職者、医療職者、教員を対象に多数、行われている⁵⁻¹⁴⁾。その中で、宗像らは中学校教員と看護師とのバーンアウトの比較を報告し¹⁵⁾、中学校教員のバーンアウトは看護師よりも有意に高い割合で出現し、教員の精神的健康の問題を示唆している。看護教員のバーンアウトに関する研究¹⁶⁾では、助手や講師の職位にある者は他の職位に比べバーンアウトに陥いる割合が高かったという報告がみられている。このことから、看護教員の経験年数や職位などの個人の属性や教員の特性、職務に対する満足感がバーンアウトに影響を与えていることが推察された。このように、看護職や教員の精神的健康問題がとりあげられているにもかかわらず、教員でもあり看護職でもあり、ま

た年代も若く経験の浅い看護系大学に勤務する助手を対象にしたバーンアウトに関する取り組みはほとんどみられない。

そこで、看護系大学に勤務する助手のバーンアウトに影響を与える要因を明らかにするために、助手の個人の属性や教員特性および職務満足感に注目し、バーンアウトに与える影響を検討した。

なお、現行では大学に勤務する職位には助教職、准教授が設けられているが、本研究では変更前の調査であり、調査時期に相応し助手、助教授という名称を使用する。

II. 用語の定義

バーンアウトを「長期間にわたり人に援助する過程で、心的エネルギーが絶えず過度に要求された結果、極度の心身の疲労と感情の枯渇を主とする症候群で、卑下、仕事嫌悪、（関心や）思いやりの喪失」とした。

III. 研究方法

1. 調査対象

全国の看護系大学（96校）に勤務する助手（以後、助手とする）1,165名。

2. 調査方法

自由意思によって回答できるように無記名回答を採用した助手個人への郵送による質問紙調査を実施した。郵送先については2002（平成14）年度全国大学職員録および各大学のホームページなどで確認し、本調査の主旨とプライバシーに関する説明などを明記した研究趣意書、質問紙、切手が貼付された返信用封筒を同封したものを助手個人へ郵送し、調査への協力を依頼した。回答に際しては、2003年3月現在の状況の記入を依頼した。

1) 岐阜県立看護大学 Gifu College of Nursing

2) 聖隷クリストファー大学 Seirei Christopher University

3) 北里大学大学院 Graduate School of Medical Science Kitasato University

3. 調査時期

2003年3月6日～5月31日。

4. 調査内容（質問紙）

1) 個人属性

- (1) 性別：「男性」「女性」の2群に分類した。
- (2) 年齢：「20歳代」「30歳代」「40歳代以上」の3群に分類した。
- (3) 学歴：最終学歴が「修士・博士」と短大や大学卒業を含む「修士・博士以外（その他）」の2群に分類した。
- (4) 臨床の経験年数：「3年未満」「3年以上5年未満」「5年以上」の3群に分類した。

2) 教員特性

- (1) 助手としての経験年数：「2年未満」「2年以上4年未満」「4年以上」の3群に分類した。
- (2) 所属している大学の設置主体：「国立」「公立」「私立」の3群に分類した。
- (3) 転勤の有無：「転勤の経験がある」「転勤の経験はない」の2群に分類した。
- (4) 現職場の勤務年数：「2年未満」「2年以上3年未満」「3年以上」の3群に分類した。
- (5) 入職の自主性：入職時の自主性から「自主的に入職した」「自主的に入職していない」の2群に分類した。
- (6) 教授補佐数：補佐している教授の数を「単数」「複数」の2群に分類した。
- (7) 領域との一致度：臨床経験と現在の担当が「一致している」と「一致していない」の2群に分類した。
- (8) 教育研修の有無：教育研修の受講の有無を「あり」「なし」の2群に分類した。
- (9) 研修希望の有無：今後の研修受講の希望の有無を「あり」「なし」の2群に分類した。

3) ストレスの程度

個人が現在感じているストレスの程度を、「ほとんどない」「少しある」「大変ある」の3段階に分類した。

4) 職務満足感

助手の職務には教育活動、研究活動、学校運営に関する活動や学会活動、地域貢献を含む社会的活動などがある¹⁷⁾¹⁸⁾ことから、質問項目を以下のように設定した。

(1) 教授・助教授の補佐業務に関する教育活動、(2) 研究活動、(3) 社会的活動、(4) (1)～(3)を含む助手職務全般に対する各満足感を5段階法（「非常に満足している＝5点」から、「全く満足していない＝1点」）で回答を得た。

5) バーンアウト

Maslach & Jackson¹⁹⁾を基に田尾・久保²⁰⁾が作成したMaslach Burnout Inventory改訂版尺度（以下、MBIとす

る）を参考に評価を行った。この尺度は「情緒的消耗感（Emotional Exhaustion）」、「脱人格化（Depersonalization）」、「個人的達成感（Personal Accomplishment）」の3因子構造を示し、高い信頼性と妥当性が検証されている。回答は17項目の質問項目からなり、最近6ヶ月間でどの程度の頻度で起こったかを5段階法（「よくある＝5点」から、「ない＝1点」）で得た。「情緒的消耗感」、「脱人格化」項目の総得点が高いほど、また「個人的達成感」項目の総得点が高いほど、高いバーンアウト状態にあることを示している（表1）。

5. 分析方法

MBI改訂版尺度の各因子のCronbachの α 係数から各因子の信頼性を確認し、これらの結果に基づきMBIの3下位尺度の得点と平均得点を求めた。そして、個人属性、教員特性によってMBI得点が異なるか否かを検討するために、個人属性・教員特性ごとに記入漏れがあるデータをその都度分析から除外し、それぞれ個人属性、教員特性ごとにMBIの3下位尺度の平均得点を算出し、t検定および一要因の分散分析を行った。

ついで、ストレスの程度および職務満足感によってMBI得点が異なるか否かを検討するために、ストレスの程度および職務満足感ごとに記入漏れがあるデータをその都度分析から除外し、それぞれのMBIの3下位尺度の平均得点を算出し、ストレスの程度（ほとんどない・少しある・大変ある）および、教育活動、研究活動、社会的活動の各職務および助手の職務全般に対する満足感における一要因の分散分析をそれぞれ行った。その際、5段階法で回答を得た職務満足感を、「非常に満足している」「やや満足している」は「満足している」とし、「どちらでもない」は「どちらでもない」とし、「あまり満足しない」「全く満足していない」を「満足していない」として3段階に整理した。

なお、分散分析において有意差があった場合は、下位検定としてTukeyのHSD法による多重比較の検定を行った。

分析には統計解析パッケージSPSS Ver.14.0を使用した。

6. 倫理的配慮

調査票は返信用封筒と研究の主旨を記載した依頼文を添え、自由意思によって回答できるように助手個人への郵送法を使用した。依頼文には、研究代表者の氏名、連絡および調査への参加は自由であり、データは全体として集計分析するため、個人が特定されないことなどのプライバシー保護への配慮、を明記した。調査票の回収をもち、研究協力の受諾とした。

IV. 結 果

回収数549名（回収率47.1%）のうち、MBIが記入され

表1 MBI (Maslach Burnout Inventory) 改訂版尺度

	Cronbach の α 係数
情緒的消耗感 Emotional Exhaustion	0.79
1. 「こんな仕事、もうやめた」と思うことがある	
7. 一日の仕事が終わると「やっと終わった」と感じる	
8. 出勤前、職場にでることが嫌になって、家にいたいと思うことがある	
12. 仕事のために心にゆとりがなくなったと感じることがある	
16. 体も気持ちも疲れ果てたと思うことがある	
脱人格化 Depersonalization	0.81
3. こまごまと気配りをするのが面倒に感じることがある	
5. 同僚や学生の顔を見るのも嫌になることがある	
6. 自分の仕事がつまらなく思えて仕方のないことがある	
10. 同僚や学生と、何も話したくなくなることもある	
11. 仕事の結果はどうでもよいと思うことがある	
14. 今の仕事に、私にとってあまり意味がないと思うことがある	
個人的達成感 Personal Accomplishment	0.81
2. 我を忘れるほど仕事に熱中することがある	
4. この仕事は私の性分にあっていると思うことがある	
9. 仕事を終えて、今日は気持ちのよい日だったと思うことがある	
13. 今の仕事に、心から喜びを感じるがある	
15. 仕事が楽しくて、知らないうちに時間が過ぎることがある	
17. 我ながら、仕事をうまくやり終えたと思うことがある	

注) 番号は質問順を示す。

ている528名(有効回答率96.2%)を分析対象とした。その結果、MBI下位尺度のCronbachの α 係数は「情緒的消耗感」が0.79、「脱人格化」が0.81、「個人的達成感」が0.81で高い内的整合性が得られた(表1)。

1. 対象者の概要

性別は男性21名(4.0%)、女性507名(96.0%)、年齢は25歳から52歳(平均 $\pm$ SD=33.6 $\pm$ 4.6歳)であった。臨床経験年数は3年未満が8.9%、3年以上5年未満が28.7%、5年以上が62.4%で、助手としての経験年数は2年未満が22.0%、2年以上4年未満が42.1%、4年以上が35.9%であった。

2. 個人属性とMBI

個人属性に対してMBIの3下位尺度得点ごとにt検定、一要因の分散分析を行った結果、“性別”、“年齢”、“臨床

の経験年数”において有意な結果は認められなかった。一方、“学歴”は、修士・博士の学歴がある人はそうでない人に比べて「個人的達成感」が高かった($p=.045$)(表2)。

3. 教員特性とMBI

教員特性に対してMBIの3下位尺度得点ごとにt検定、一要因の分散分析を行った結果、“助手としての経験年数”、“所属している大学の設置主体”、“転勤の有無”、“現職場の勤務年数”、“教授補佐数”、“領域との一致度”、“今後の研修希望の有無”において有意な結果は認められなかった。

一方、“入職の自主性”、“教育研修の有無”で有意な差を認めることができた。“入職の自主性”では、自主的に入職をした人がしなかった人よりも、「情緒的消耗感」および「脱人格化」が有意に低く($p=.002$, $p=.007$)、「個人的達成感」が有意に高かった($p=.000$)。“教育研修の有無”では、教育研修を受けたことがある人がない人よりも「個人的達成感」が有意に高かった($p=.045$)(表3)。

4. 職務満足感とMBI

ストレスの程度、助手の各職務および職務全般に対する満足感に対し、MBIの3下位尺度得点ごとに一要因の分散分析を行った結果、すべてにおいて主効果が認められた($p<.01$)。以下、TukeyのHSD法による下位検定の結果である(表4)。

1) ストレスの程度とMBI

ストレスが「大変ある」人は「少しある」・「ほとんどない」人と比較して、また「少しある」人は「ほとんどない」と比較して「情緒的消耗感」が高かった($p=.000$)。さらに、ストレスが「大変ある」人は「少しある」・「ほとんどない」人と比較して、また「少しある」人は「ほとんどない」と比較して「脱人格化」が高かった($p=.000$, $p=.012$)。一方、ストレスが「大変ある」人は「少しある」・「ほとんどない」人と比較して「個人的達成感」が低かった($p=.000$)。

2) 職務満足感とMBI

“教育活動”および“職務全般”は同様の傾向を示し、「満足している」人は「どちらでもない」・「満足していない」人と比較し、また「どちらでもない」人は「満足していない」人と比較して「情緒的消耗感」および「脱人格化」が低かった($p=.000$)。一方、これらの職務に「満足している」人は「満足していない」・「どちらでもない」人に比べ「個人的達成感」が高かった($p=.000$)。

“研究活動”に「満足している」人は「どちらでもない」・「満足していない」人より「情緒的消耗感」が低かった($p=.000$)。また、「満足している」人は、「どちらでもない」・「満足していない」人と比較して($p=.024$, $p=.000$)、さらに「どちらでもない」人は「満足していない」人と比

表2 個人属性に対するMBIの3下位尺度の平均得点の比較

	N (%)	df	情緒的消耗感		脱人格化		個人的達成感	
			<i>t</i> 値・ <i>F</i> 値 ^{a)}		<i>t</i> 値・ <i>F</i> 値 ^{a)}		<i>t</i> 値・ <i>F</i> 値 ^{a)}	
			<i>M</i> (<i>SD</i>)	下位検定 ^{b)}	<i>M</i> (<i>SD</i>)	下位検定 ^{b)}	<i>M</i> (<i>SD</i>)	下位検定 ^{b)}
性別	528 (100.0)	526		-0.40		-0.53		-0.66
女性	507 (96.0)		15.1 (4.6)		13.7 (4.8)		14.0 (4.1)	
男性	21 (4.0)		15.5 (4.8)		14.2 (4.7)		14.6 (4.8)	
年代	521 (100.0)	2,518		0.63		1.23		0.07
20歳代	114 (21.9)		15.2 (4.6)		14.3 (4.9)		14.0 (4.2)	
30歳代	349 (67.0)		15.0 (4.7)		13.6 (4.9)		14.1 (4.2)	
40歳代以上	58 (11.1)		15.8 (3.9)		13.3 (3.5)		13.9 (4.0)	
最終学歴	525 (100.0)	523		0.26		0.38		2.01*
修士・博士	279 (53.1)		15.2 (4.6)		13.8 (4.9)		14.4 (4.3)	]
その他	246 (46.9)		15.1 (4.6)		13.6 (4.6)		13.6 (4.0)	
臨床経験年数	526 (100.0)	2,523		1.99		1.51		0.67
3年未満	47 (8.9)		16.4 (4.4)		14.8 (5.1)		14.7 (4.1)	
3年以上5年未満	151 (28.7)		15.1 (4.7)		13.6 (4.9)		14.0 (4.0)	
5年以上	328 (62.4)		15.0 (4.5)		13.6 (4.7)		14.0 (4.3)	

a) 2群比較では*t*値, 3群比較では*F*値を示す。b) 2群比較では*t*検定, 3群比較ではTukeyのHSD法の結果を示す。**p* < .05, ***p* < .01, ****p* < .001

表3 教員特性に対するMBIの3下位尺度の平均得点の比較

	N (%)	df	情緒的消耗感		脱人格化		個人的達成感	
			<i>t</i> 値・ <i>F</i> 値 ^{a)}		<i>t</i> 値・ <i>F</i> 値 ^{a)}		<i>t</i> 値・ <i>F</i> 値 ^{a)}	
			<i>M</i> (<i>SD</i>)	下位検定 ^{b)}	<i>M</i> (<i>SD</i>)	下位検定 ^{b)}	<i>M</i> (<i>SD</i>)	下位検定 ^{b)}
助手経験年数	527 (100.0)	2,524		2.29		1.36		1.71
2年未満	116 (22.0)		14.4 (4.7)		13.3 (4.8)		13.4 (4.4)	
2年以上4年未満	222 (42.1)		15.5 (4.5)		14.1 (4.9)		14.3 (4.1)	
4年以上	189 (35.9)		15.2 (4.6)		13.5 (4.6)		14.1 (4.1)	
所属大学設置主体	525 (100.0)	2,522		0.91		1.08		2.03
国立	173 (33.0)		14.9 (4.6)		13.3 (4.7)		14.5 (4.2)	
公立	206 (39.2)		15.1 (4.6)		14.0 (4.7)		13.7 (4.1)	
私立	146 (27.8)		15.5 (4.6)		13.7 (4.9)		13.9 (4.2)	
転勤の有無	527 (100.0)	525		1.30		0.84		0.13
あり	63 (12.0)		15.8 (4.6)		14.2 (5.0)		14.1 (4.1)	
なし	464 (88.0)		15.0 (4.6)		13.6 (4.7)		14.0 (4.2)	
現職場勤務年数	524 (100.0)	2,521		1.09		0.16		2.42
2年未満	142 (27.1)		14.7 (4.7)		13.6 (4.9)		13.4 (4.3)	
2年以上3年未満	148 (28.2)		15.5 (4.7)		13.9 (5.1)		14.3 (4.3)	
3年以上	234 (44.7)		15.2 (4.5)		13.7 (4.5)		14.2 (4.0)	
自主的入職	527 (100.0)	525		-3.05**		-2.70**		3.96***
はい	159 (30.2)		14.2 (4.7)	]**	12.9 (4.7)	]**	15.1 (4.3)	]*****
いいえ	368 (69.8)		15.5 (4.5)		14.1 (4.8)		13.6 (4.0)	
補佐教授数	526 (100.0)	524		0.50		-0.11		-1.03
単数	157 (29.8)		15.3 (4.8)		13.7 (4.6)		13.7 (4.0)	
複数	369 (70.2)		15.1 (4.5)		13.7 (4.8)		14.1 (4.3)	
補佐教授と領域一致	504 (100.0)	502		-1.16		-1.74		0.61
一致している	352 (69.8)		15.0 (4.6)		13.5 (4.7)		14.1 (4.2)	
一致していない	152 (30.2)		15.5 (4.4)		14.3 (4.6)		13.9 (4.3)	
教育研修	524 (100.0)	522		0.86		-0.82		2.01*
受けた	153 (29.2)		15.4 (4.6)		13.5 (4.5)		14.6 (4.6)	]**
受けていない	371 (70.8)		15.0 (4.6)		13.8 (4.9)		13.8 (4.0)	
今後の研修希望	518 (100.0)	516		0.09		-0.23		0.13
希望する	346 (66.8)		15.1 (4.5)		13.7 (4.7)		14.1 (4.1)	
希望しない	172 (33.2)		15.1 (4.8)		13.8 (4.9)		14.0 (4.3)	

a) 2群比較では*t*値, 3群比較では*F*値を示す。b) 2群比較では*t*検定, 3群比較ではTukeyのHSD法の結果を示す。**p* < .05, ***p* < .01, ****p* < .001

表4 ストレス・職務満足感に対するMBIの3下位尺度の平均得点の比較

	N (%)	df	情緒的消耗感		脱人格化		個人的達成感	
			F値		F値		F値	
			M (SD)	下位検定 ^{a)}	M (SD)	下位検定 ^{a)}	M (SD)	下位検定 ^{a)}
ストレス	526 (100.0)	2,523		150.72***		99.79***		20.75***
ほとんどない	56 (10.6)		10.6 (3.3)	***	9.9 (3.2)	*	16.1 (4.3)	***
少しある	210 (39.9)		13.0 (3.6)	***	11.7 (3.6)	***	14.8 (4.2)	***
大変ある	260 (49.4)		17.9 (3.8)	***	16.2 (4.6)	***	13.0 (3.8)	***
教育活動	526 (100.0)	2,523		43.09***		51.11***		20.34***
満足している	137 (26.0)		12.6 (3.9)	***	11.0 (3.8)	***	15.9 (4.0)	***
どちらでもない	175 (33.3)		15.0 (4.5)	***	13.3 (4.3)	***	13.7 (4.0)	***
満足していない	214 (40.7)		16.9 (4.3)	***	15.8 (4.8)	***	13.1 (4.0)	***
研究活動	437 (100.0)	2,434		23.04***		17.08***		17.38***
満足している	138 (31.6)		13.1 (4.4)	***	12.0 (4.4)	*	15.7 (4.4)	***
どちらでもない	105 (24.0)		15.3 (4.3)	***	13.5 (4.6)	*	13.2 (3.8)	***
満足していない	194 (44.4)		16.3 (4.3)	***	15.0 (4.7)	***	13.2 (4.0)	***
社会的活動	502 (100.0)	2,499		7.37**		6.58**		8.26***
満足している	112 (22.3)		14.0 (5.0)	***	12.7 (4.9)	***	15.4 (4.5)	***
どちらでもない	239 (47.6)		15.2 (4.4)	***	13.5 (4.5)	*	13.5 (3.9)	***
満足していない	151 (30.1)		16.1 (4.2)	***	14.8 (5.0)	***	14.0 (4.1)	***
助手職務全般	527 (100.0)	2,524		64.49***		63.95***		25.68***
満足している	128 (24.3)		12.2 (3.9)	***	10.6 (4.0)	***	16.2 (4.3)	***
どちらでもない	135 (25.6)		14.2 (4.4)	***	12.8 (4.1)	***	13.4 (3.5)	***
満足していない	264 (50.1)		17.0 (4.1)	***	15.6 (4.5)	***	13.3 (4.0)	***

^{a)} TukeyのHSD法* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

較して「脱人格化」が低かった ($p = .030$)。一方、この職務に「満足している」人は「満足していない」・「どちらでもない」人と比較して「個人的達成感」が高かった ($p = .000$)。

“社会的活動全般”に「満足していない」人は「満足している」人に比較して「情緒的消耗感」が高く ($p = .000$)、また、「満足していない」人は「満足している」・「どちらでもない」人と比較して「脱人格化」が高かった ($p = .001$, $p = .031$)。一方、この職務に「満足している」人は「満足していない」・「どちらでもない」人と比較して「個人的達成感」が高かった ($p = .026$, $p = .000$)。

V. 考 察

1. 看護系大学に勤務する助手のバーンアウトと個人属性および教員特性との関連

バーンアウトに関する研究では、看護師を対象にした調査によると年齢や婚姻状況などの個人的要因や勤務形態などの職業要因によってバーンアウトへの影響があることが報告されている²¹⁾²²⁾。

本研究における対象集団は、その6割が看護系大学の助手としての経験年数が4年未満という、経験が豊かであるとは言い難い集団であった。そこでは、“性別”、“年齢”、“臨床の経験年数”などの個人属性や、“助手としての経験年数”、“所属している大学の設置主体”、“転勤の有無”、

“現職場の勤務年数”、“教授補佐数”、“領域との一致度”、“今後の研修希望の有無”といった教員特性によってMBIが影響を受けることはなかった。その一方で、“学歴”の個人属性、および“入職の自主性”や“教育研修の有無”といった教員特性とMBIとの間に関連性を認めることができた。

バーンアウトと“性別”、“年齢”、“臨床の経験年数”などの個人属性との関係は他の研究においても結果の相違が認められている²³⁾。また、病院の規模によるバーンアウトの影響では、設置主体の相違による影響は受けないとされ²⁴⁾、本研究においても助手のバーンアウトは“所属している大学の設置主体”の影響を受けておらず、その結果を支持するものとなった。

バーンアウトに影響を与えると思われた要因をみると、“学歴”については、「個人的達成感」が修士・博士の学歴がある人がそうでない人よりも高く、先行研究²⁵⁾と同様の結果を得た。修士・博士の学歴のある者は、バーンアウトの予防に重要となる達成感を得やすい状況にあると考えられた。本対象者の場合、修士・博士課程自体の目的の多くは研究者・教育者の養成であり、修士・博士課程を修了していることにより、教育者への自覚があること、看護系大学の職位要件として必要とされる学歴を満たしていることが助手の精神的健康の保持に影響を与えられる。

“入職の自主性”に関しては、自主的に入職をした人が

しなかった人よりも「情緒的消耗感」および「脱人格化」が有意に低く、逆に「個人的達成感」が高く、バーンアウトの傾向が低い状況であった。看護職者を志向した動機とバーンアウトとの関連を検討した研究²⁶⁾においても、職業に選んだ動機がバーンアウトに影響を与える要因の一つであった。その中でバーンアウトに影響を与えると推測されていた“hardiness (屈強な精神力)”の可能性と、自主的に就職した教員との共通の特質があると推察する。入職時の自主性、つまりは「動機＝モチベーション」との関連性が示唆される。

また、入職前の“教育研修の有無”に関しては、教育に関する研修を受けた経験がある人がない人よりも「個人的達成感」を得やすい状況にあった。教育に関する研修を事前に受けている助手は、教育そのものへの関心が強く、準備性とも関連し、実際の現実場面において対処能力が備わってやすいこと、困難時の選択肢を多く持ち合わせていたために、個人的な達成感を得やすい状況があるように考えられる。それはただ単に助手としての業務と臨床経験の一致といった受身的な準備性ではなく、能動的な準備性が影響しているといえる。

以上のことから、個人属性および教員特性とバーンアウトとの関連は、バーンアウトに陥りにくい助手の特性として、看護系大学に勤務するという職業選択時の積極性、準備性などの個人的な背景、行動との関連が伺える。それは単に“教授補佐数”や“領域との一致度”といった職務の量や質、事前の体験がバーンアウトに影響を与えるというより、助手個人の主体的な意識や動機づけ、それに伴う行動特性がバーンアウトに影響を与えていたと考える。

2. 看護系大学に勤務する助手のバーンアウトと職務満足感との関連

看護系大学に勤務する助手の“ストレスの程度”および“職務満足感”とMBIとの間に関連性を認めることができた。

“ストレスの程度”については、ストレスが高くなるほど「情緒的消耗感」および「脱人格化」が高く、「個人的達成感」が低くなる傾向にあり、助手自身が認知している“ストレスの程度”がバーンアウトへの陥りやすさと比例しているといえる。特に「個人的達成感」は、ストレスが「ほとんどない」人と「少しある」人との間には有意な差はなく、「個人達成感」の獲得においては、「ストレスがない」ことよりも「ストレスがある」こと自体が重要な要因であると考えられる。

つぎに、“職務満足感”については、“教授・助教授の補佐業務に関する教育活動”に対する満足感と“職務全般”に対する満足感が同様の傾向を示した。助手の職務における悩みでは、教育指導活動に関するものが最も多く、中

も実習に関する悩みが多いことが指摘されている²⁷⁾²⁸⁾。“教育活動”と“職務全般”の満足感とMBIとの有意差の傾向が似ていることは、看護系大学に勤務する助手活動における教育活動の占める影響の大きさが示唆された。

また、“研究活動”に対する満足感とMBIとの関係では、“研究活動”の満足感との関連が明らかになった。“教授・助教授の補佐業務に関する教育活動”に対する満足感との関係と比較すると「情緒的消耗感」での影響が異なっていた。これらのことは、助手にとって経験の浅い“研究活動”に対して「満足でないこと」より、研究活動自体に満足感を得ることが、バーンアウトへの影響要因と推測された。

一方、“社会的活動全般”に対する満足感とMBIとの関係では、“社会的活動全般”に対する満足感は、他の職務満足感よりも「情緒的消耗感」および「脱人格化」での影響を受けていなかった。このことは、助手にとって“社会的活動”の機会が少なく、助手の職務として占める意識の割合の低さが関係すると思われる。

以上より、バーンアウトと関連している要因は、自分の仕事を助手個人の職務として認知しているか否か、主観的な職務満足感の程度、およびストレスの程度であった。中でも、裁量権の有無、主体的に行動できる職務内容に対する満足感の程度が関連していると考える。

3. 看護系大学に勤務する助手のバーンアウトの予防に向けて

今回の限られた回収結果からでは、看護系大学に勤務する助手のバーンアウトを論じることの限界はあるが、助手のバーンアウトの予防に向けて重要なこととして主に以下の3点をとらえた。

第1に、看護系大学に勤務する前の個人の準備性がある。学歴”といった個人属性、“入職の自主性”、“教育研修の有無”といった教員特性とMBIとの間に有意な関係が認められることから、バーンアウトの予防には“学歴”、“入職の自主性”や“教育研修の有無”に共通する大学教員としての個人の準備状況による影響が大きいことが推測される。臨床経験のみならず大学院での学修は研究的思考を養うだけでなく、教育者としての姿勢を見につける機会になっている。入職前に教育に関する研修を受けるなど、助手自身による個人の準備性が、助手の精神的健康の維持にとって重要と考える。

第2に、大学による教育研修制度の充実である。入職前からの助手自身による大学教員としての準備性は求められるが、急速な看護教育における大学化に伴い、十分な準備ができないままに職位につく状況が起り、入職前の準備性を助手個人が整えることには限界がある。そのため、個人の努力はもとより、教員の資質が問われている今、助手個人の状況に応じて、入職時において教員としての準備性

を整える機会を大学が提供するシステムとして教育研修制度を導入して充実を図ることなどが提案できる。とりわけ、助手の悩みに最も関連する教育指導活動の中でも、実習に関する教育研修制度の充実が必須であることが示唆された。

第3に、バーンアウトの予防に重要な「個人的達成感」の獲得である。「個人的達成感」は“教育活動”、“研究活動”、“社会的活動”の各職務および助手の“職務全般”に対する満足感と関連があった。つまり、各職務に対して「個人的達成感」の獲得は“職務”に対する不満満足よりも、“職務”に対する満足感による影響が強く、“職務”に対して満足感を得ることの重要性が示唆された。企業従業員の精神健康度を調査した研究²⁹⁾では、女性従業員の精神的健康度を高めるためには職務満足感の影響力が強いという報告もあり、職務不満感への対処ではなく、助手が満足感を得ることができるような配慮が必要である。

以上のことから、看護系大学に勤務する助手のバーンアウトの予防に向けて、入職前もしくは入職時の大学教員としての準備性を整え、助手個人の職務に対する満足感を得られることができるように、助手個人への働きかけが重要となる。

VI. ま と め

看護系大学に勤務する助手のバーンアウトに影響する要因について、検討した結果、以下のことが明らかになった。

1. 看護系大学に勤務する助手のバーンアウトに影響を与える個人属性の要因は、学歴であった。
2. 看護系大学に勤務する助手のバーンアウトに影響を与える教員特性の要因は、入職時の自主性、これまでの教

育研修の機会であった。

3. 看護系大学に勤務する助手のバーンアウトに影響を与える職務状況の要因には、教育活動、社会的活動、研究活動および助手の職務全般に対する主観的な満足感が有意に関連し、これらの満足感の程度が低いほどバーンアウトになり易い傾向があった。

VII. おわりに

今回の調査から、看護系大学に勤務する助手のバーンアウトを予防するには、助手個人の職務に対する準備性と職務に対する満足感を得られることが重要であり、それらを視野においたサポートが必要であることが示唆された。

バーンアウト研究の限界についての指摘があり³⁰⁾、本調査においても過半数を占める未回収の中にバーンアウトの現象を理解する手がかりがあると推測する。

2007（平成19）年4月1日から文部科学省による学校教育法の一部改正が施行され、大学に勤務する助手の中で、主として教育研究を行う者のために“助教”職が設けられた。これは、教育における教育者の重要性が問われることの表れであり、助手や助教職には、看護教育の中において、幅広い役割が求められるようになった。今後、継続して調査を行い、“助教”職が設定されたことによる影響などを知ること、看護系大学に勤務する助手および助教職のバーンアウトの現象が理解できると思われ、課題とした。

謝 辞

お忙しいなか、本調査にご協力をいただきました助手のみなさまに心より感謝申し上げます。

要 旨

本研究の目的は、看護系大学に勤務する助手のバーンアウトに影響する要因を、個人属性、教員特性および職務満足感との関係から検討することである。1165名を対象に、対象者の背景、MBI (Maslach Burnout Inventory) 改訂版尺度について質問紙調査を行った。回収549名（回収率47.1%）のうち528名の回答を分析した結果、1) 性別、年齢、臨床の経験年数、助手としての経験年数、所属、領域との一致度による関係性は認められなかった。2) 個人属性では学歴、教員特性では入職時の自主性、教育研修の受講に有意差がみられた。3) 教育活動、社会的活動、研究活動および助手の職務全般に対する主観的な満足感が有意に関連し、満足感が高いほどバーンアウトに陥りにくい傾向がみられた。助手個人の職務に対する準備性と職務に対する満足感を得られることが重要となり、それらを視野においたサポートの必要性が示唆された。

Abstract

The purpose of our study was to investigate the factors contributing to the burnout of research associates by taking account of individual parameters and job satisfaction. Using the Japanese version of the Maslach Burnout Inventory (the Japanese MBI) and a questionnaire about individual parameters, teaching aptitude and job satisfaction, we conducted a survey of 1,165 research associates in colleges of nursing in Japan. 549 (47.1%) of the 1,165 approached replied, with 528 of returned questionnaires proving valid for our study.

The findings revealed that 1) Burnout was not related to sex, age, number of years of clinical experience, number of years as a research associate or work position. 2) Burnout was however associated with academic background, job motivation and attending lectures in the field of teacher training. 3) Since burnout was associated with job satisfaction, we suggest that it is all-important for the individual research associate to avert burnout and realize greater job satisfaction by preparing sufficiently for her overall duties in the areas of nursing practice, supporting lectures, and social activities.

文 献

- 1) 日本看護系大学協議会 広報・出版委員会編：看護学教育 学生・教員・体制. 日本看護協会出版会, 43-51, 東京, 2003.
- 2) 出羽澤由美子：助手の教育活動をどう支援するか 「実習指導論」の授業を公開して, 看護教育, 43(4), 278-281, 2002.
- 3) 出羽澤由美子：看護教員（看護学助手）の職務における悩みと成長につながる体験, 日本看護科学学会学術講演集, 21, 366, 2001.
- 4) 平良陽子, 大町弥生, 他：看護系大学教員を対象にした研究の動向, 藍野学院紀要, 18, 83-88, 2004.
- 5) 和田由紀子, 佐々木祐子：バーンアウトと対人関係の様相－緩和ケア病棟に勤務する看護師の全体・年代別分析－, 日本看護科学学会誌, 26(2), 76-86, 2006.
- 6) 北岡（東口）和代：精神科勤務の看護者のバーンアウトと医療事故の因果関係についての検討, 日本看護科学学会誌, 25(3), 31-40, 2005.
- 7) 鈴木英子, 叶谷由佳, 他：日本版MBI (Maslach Burnout Inventory) の実用性の検討－回収率, 有効回答率, 回収数における無効回答率に焦点をあてて－, 日本看護研究学会雑誌, 27(4), 85-90, 2004.
- 8) 東口和代, 森河裕子, 他：看護者の燃えつき現象に対する職業要因および個人属性の影響, 北陸公衆衛生学会誌, 25(1), 36-40, 1998.
- 9) 田尾雅夫, 久保真人：バーンアウトの理論と実際 心理学的アプローチ. 誠信書房, 東京, 1996.
- 10) 佐藤秀紀, 中嶋和夫：精神薄弱者厚生施設職員におけるバーンアウトの発現とその関連要因. 北海道医療大学看護福祉学部紀要, 2, 59-64, 1995.
- 11) 木島伸彦：教員のストレスとバーンアウトに対するソーシャル・サポートの効果について, ストレス科学, 10(3), 253-259, 1995.
- 12) 土居健郎監修：燃えつき症候群－医師・看護婦・教師のメンタルヘルス－, 金剛出版, 東京, 1999.
- 13) 中村弥生, 土江淳子：職務意識と背景別にみた看護婦の燃えつき症候群に関する調査, 看護展望, 18(1), 98-105, 1993.
- 14) 近澤範子：看護婦のBurnoutに関する要因分析－ストレス認知, コーピングおよびBurnoutの関係－, 看護研究, 21(2), 37-50, 1988.
- 15) 宗像恒次, 椎谷淳二：中学校教師の燃えつき状態の心理社会的背景, 土居健郎監修：燃えつき症候群－医師・看護婦・教師のメンタルヘルス－, 96-131, 金剛出版, 東京, 1999.
- 16) 稲岡文昭, 浜田悦子, 他：看護教員のBURNOUTとBURNOUTに關与する心理社会的・教育的要因, 日本看護学会誌, 3(1), 38-49, 1994.
- 17) 前掲書1)
- 18) 前掲書2)
- 19) Maslach, C. & Jackson, S. E. : The measurement of experienced burnout, Journal of Occupational Behavior, 2, 99-113, 1981.
- 20) 前掲書9)
- 21) 前掲書9)
- 22) 前掲書13)
- 23) 安東由佳子, 片岡健, 他：神経難病患者のケアに携わる看護師のバーンアウトに影響を及ぼす職場環境ストレスの探索, 日本看護研究学会雑誌, 29(1), 45-55, 2006.
- 24) 山崎登志子：バーンアウト傾向と性格特性, ソーシャルサポートとの関係－病院規模による比較－, 日本看護研究学会雑誌, 23(2), 29-41, 2000.
- 25) 前掲書9)
- 26) 東口和代：燃えつきと動機との関連－看護を職業に選んだ動機を独立変数として－, 精神科看護, 26(5), 44-49, 1999.
- 27) 前掲書2)
- 28) 前掲書3)
- 29) 三浦康司, 鈴木規子, 他：企業従業員の職務満足感・不満足感が精神健康に及ぼす影響, 東海大学健康科学部紀要, 7, 59-66, 2002.
- 30) 田中マキ子：看護教育の病理－バーンアウト再生産のしくみ. 多賀出版, 東京, 2005.

〔平成19年11月2日受 付〕
〔平成20年5月17日採用決定〕

認知症高齢者を介護する嫁の介護意識の変容

Changes of Consciousness of Home Care
Observed among Women Who Take Care of Elderly Parents-in-law with Dementia

渡 辺 千枝子
Chieko Watanabe

キーワード：意識の変容，在宅看護，介護する嫁，認知症，在宅での介護

Key Words：change of consciousness, home nursing care, take care of elderly parents-in-law, dementia, home care

I. 緒 言

2005年の年少人口割合は13.8%，老年人口割合は20.2%で少子高齢化は今後も進行し、2035年頃には33.4%以上¹⁾、つまり3人に1人が老年人口となることが予測される。また、65歳以上の者のいる世帯の状況における三世帯世帯をみると、昭和61年には44.8%であったものが平成18年には20.5%^{*}と半減し、人口構造とともに家族の生活形態が変化している。（*厚生労働省大臣官房統計情報部：平成18年国民生活基礎調査の概況）

このような人口の高齢化に伴い、脳血管障害の増加や脳の萎縮によって認知症高齢者も増加し、平成14年の介護保険による要介護（要支援）認定者314万人のうち149万人が「何らかの介護・支援を必要とする痴呆がある高齢者」で、さらに平成27年までにはこの認知症高齢者は250万人にと今後も認知症高齢者人口の増加が予測されている²⁾。こうした老年者の増加は、介護を継続する家族介護者の生活に様々な影響を与えたと考えられる。

高齢者の介護負担感に関する研究において、Zaritは認知症高齢者の身体症状や精神症状は負担感に影響を及ぼさないとした³⁾。わが国において、中谷らは、認知症高齢者の家族介護者の負担を測定すると、妄想・幻覚の状態因子、不安・うつ状態因子、攻撃的行動因子のそれぞれの症状が多くみられる方が負担感が高いことを指摘し⁴⁾、中島らは、介護の困難さは、認知症高齢者と「コミュニケーションがとれない」という事実が、家族全体に影響を及ぼし葛藤を強め、Burnoutとの関係がみられている⁵⁾と述べ、認知症高齢者の介護の困難さの特徴の一つを指摘している。また、介護負担感と主観的健康感の関連については、中谷・緒方・李らによって、介護者の健康感が良好でなければ、負担感が高くなる⁶⁻⁸⁾と一致した見解が示されている。また、佐藤・緒方らによって夜間や早朝の介護で自覚的疲労度が高い⁹⁾、負担感が強い¹⁰⁾ということが確

認されており、介護者の健康感や疲労感が、負担感に強く影響することを示している。一方、在宅介護の継続要因に関する研究で、右田は介護負担感とwell-beingは表裏一体と考えられていた¹¹⁾と述べている。しかし、山本・井上は家族介護を継続していくためには介護負担感と介護肯定感が同時に存在する^{12,13)}という見解を出し、斉藤らは、介護継続意向と介護の肯定的側面には関連性があり、介護負担感とは関連がなかった¹⁴⁾と述べている。また、右田は、介護の肯定的側面を構成する一部の因子は介護負担感と関係していることが示唆された¹⁵⁾とし、桜井は、満足感や自己成長感等の肯定的評価は限界感の軽減に有効であると報告しており¹⁶⁾、家族の介護をするということは負担感のみでなく多くの要素を含んでいることがわかる。

以上のことから、本研究の目的は認知症高齢者を在宅介護する嫁の介護への意識変容のプロセスを明らかにし、看護実践に生かす方向性を見出すこととする。このことにより、専門職が認知症高齢者を在宅で介護を継続する嫁介護者への臨床場面における具体的支援が可能になり、介護への継続意思を維持する援助へつなげることができると考えられる。

II. 研究背景

公的な社会的支援である介護保険制度は、平成12年から高齢者個人に対する介護サービスとして開始されている。それによって、家族が抱え込んでいた介護を保険料を支払って社会的支援を利用しながら受けるということが制度化され、介護保険制度開始以前に比べサービスを受けることに対する権利意識が生じ、受動的ではなく能動的に社会資源の活用を考えることができるようになった。これは、家族のみが介護を担うことが当たり前とされていた慣習から、「高齢者の自立支援」を柱にすえて社会全体で介護を担うという理念が明示されたため、介護に対する閉塞的な

意識から開放的な意識に移行してきたといえる。

近年の女性の就業をみると、非農林業女性雇用者総数に占める有配偶者の割合は平成16年の調査で56.9%¹⁷⁾、さらに昭和60年の男女雇用機会均等法で女性の社会進出がしやすくなった環境の変化によって「およそ女たるものは舅姑に孝養をつくし」という意識から、家の外の社会に目を向け、就業も含めて社会生活の設計を計るというように、介護者の意識にも変化が生じてきたと考えられる。

女性の就業の増加という社会進出により、嫁は主介護者であるべきという意識も変化してきている。上野は儒教には親に対する「孝」と国家への奉仕としての「忠」があり、「孝」は「忠」に優先されるものであったとする儒教本来の教えが、明治政府によって意図的に「忠」と「孝」の順序が入れ替わり、「親に仕えるように君に仕える」という「家の倫理」を「国の倫理」に従属するように「家」制度を人為的につくりあげたと述べている¹⁸⁾。そこでは、男性の家長（長男）を中心として成り立っており、妻は、夫の家の姓に改姓するのが当然であり、それによって妻自身の実家から分離されて夫の家の一員となる。そこでも親に孝を尽くすことが当然であり、舅・姑に孝を尽くし、夫に従うことになる。そのため、親の介護を行うのは子であり、しかもその配偶者である嫁が介護を行うのが当然であるという考えが浸透していったと考えられる。

以上のような社会環境の変化から、被介護者となることを想定した場合の意識も変化してきている。平成15年の高齢者介護に関する世論調査¹⁹⁾によれば、親の介護を子がするのは当たり前であるとする者48.6%、どちらともいえないという者が14.0%となっており、これらを合わせると6割以上が家族介護を肯定的にとらえていると考えられる。しかし、施設で介護を受けることを望んでいる者のうち77.1%は家族に迷惑をかけたくない、25.9%が家族は仕事をしているなど介護に時間が十分とれないという理由で、家族に迷惑をかけないための選択である。これは、自分が介護を受けたい場所と家族に介護を受けさせたい場所の割合に差が生じている一つの要因になっていると考えられる。つまり、家族に負担をかけなければ在宅での生活を望んでいると予測できる。

このような環境の中では、家族の介護が必要となることがある程度予測されてはいるものの、いつからはじまり、どのような過程で、いつまで続くのかわからないものであり、それまでの自分の人生設計を変化せざるをえないものであるというのが介護者の本音であると考えられる。

山本は、依然として介護が日本人女性にとって逃れることの出来ない社会規範の中で行われていることを考える必要性を述べ、介護継続の動機づけの中の要因の中に社会規範があることを示している²⁰⁾。また、鈴木らの、東京都、

神奈川県、大阪府、福岡県における介護の意味づけについて調査研究された続柄と社会規範との関連性は、有意差は認められず、性別において女性介護者として社会規範を受けていると²¹⁾という結果が出ている。一方、木立は嫁介護者が介護を引き受ける際には自己に内在された役割規範により、(介護の継続を)促進させられる「嫁が介護すべき役割規範」がある²²⁾とし、社会的規範は介護継続意思に積極的に関与すると解釈していると考えられる。しかし、前述した鈴木らの研究において、家族介護において嫁は夫の親ということで、何の血縁関係も婚姻関係もないため、感情面の難しさを示唆しており、それ以外の続柄に比べて介護受容が低く、介護の役割を何の疑問もなく引き受けているわけではない²³⁾という結論からも家族介護には社会規範だけではなく家族内の関係性の要因があり、介護者と被介護者相互に複雑な思いを内在しながら介護が継続されていることが予測される。

このような社会環境の変化の中で家族が介護を行う環境や意識の変化があり、それを明らかにすることにより、老年者の人生の最期に望む存在場所にいることへの援助につながると考えられる。

本研究で使用する嫁という表現は、細心の注意を払って使用すべき言葉の一つであり、その言葉に代わって「子の配偶者女性」「息子の妻」といった表現になってきている。しかし、春日が「親も子も自立した元気な間は『愛情中心』家族、家族が福祉制度の不備を補う必要に迫られる『弱った』時には旧来の『家』制度的家族。暮らしの中では、両者は自覚されることなしに相並んで収まっているのだ。…その時その人の都合次第で、『私は妻であって嫁ではない』などという声などかき消され、『嫁として当然』と迫られるのが今の家族なのだから²⁴⁾。」と述べているような嫁を意識させるような現実がある。

さらに、今回のインタビューからも、本人の言葉から介護する「自分」を嫁という言葉で何のためらいもなく表現されていた。そしてそれが本研究の概念にもつながってきており、本研究がon dateを重視するという特性から、あえて嫁という表現を使用する。

Ⅲ. 研究方法

1. 対象者

本研究の対象者は、A県B市およびその近郊に在住する短期入所サービス利用者の家族および介護者の会に参加している2年以上在宅で介護している認知症高齢者を介護する嫁7名である。

介護期間を2年以上とした理由は、在宅で介護高齢者の主介護者を対象にした調査において、荒井らの介護期間と負担感に関連は見られない²⁵⁾というもの、杉原らの介護

期間が6ヶ月未満で抑うつ傾向を示し、6ヶ月～1年群でやや改善する傾向がある²⁶⁾ というもの、土井の介護期間が1年未満に対し、1年以上2年未満の精神的健康状態が有意に悪い²⁷⁾ という先行研究があり、介護開始後2年未満では精神的健康に何らかの問題がある可能性が高いと考えられたからである。

在宅介護を継続しながら短期入所サービス利用者の家族及び介護者の会に参加している者は介護の継続意思を持っていることから、これらの者を対象とした。なお、被介護者の認知症の判断については、介護支援専門員のアセスメントおよび家族からの医療機関受診状況等の申告に基づいている。

嫁介護者と被介護者である認知症高齢者の概要は、表1に示した。

表1 嫁介護者と認知症高齢者の概要

嫁	年齢	介護期間(年)	被介護者年齢	要介護度	認知症の症状	副介護者	備考
A	57	2.5	88	5	記銘力低下 見当識障害 せん妄 失禁 攻撃的	有	同居 車椅子移動
B	64	4	87	4	記銘力低下 見当識障害 せん妄 失禁	有	同居 脳梗塞 車椅子移動
C	49	5	80	2	記銘力低下 見当識障害 失禁(時々) 収集癖	有	同居 C型肝炎 歩行可能
D	49	8	88	3	記銘力低下 見当識障害 せん妄 失禁 攻撃的	有	同居 車椅子移動
E	53	10	86	3	記銘力低下 見当識障害 せん妄 失禁	有	同居 歩行器移動
F	65	10	88	5	記銘力低下 見当識障害 せん妄 不潔行為 徘徊 失禁	無	離れて生活 脳梗塞 寝たきり
G	64	10	94	4	記銘力低下 見当式障害 せん妄 不潔行為 失禁	有	同居 心筋梗塞 車椅子移動

2. 調査方法

1) 調査期間および場所

- (1) 期間 平成16年5月～9月
- (2) 場所 面接は、7名中6名は介護保険施設またはコミュニティセンターの個室で行い、1名は、本人の希望により本人宅で行った。

2) 面接方法

- (1) 面接 半構造化面接。面接日は、事前に予約を取り、1回、1時間から2時間程度対象者に支障のない日を設定した。
- (2) 半構造化面接ガイド

- a. 介護をすると決まった時の気持ち
- b. 困ったこと、投げ出したいと思ったこと
- c. この期間に介護をしていてうれしかったこと、悪くないこともあると感じたこと
- d. 今、自分が大切に考えていること
- e. 基本属性

データは、面接内容を対象者から承諾を得た上で録音し、研究者自身が逐語録に起こした。また、本研究では、計画立案から概念の生成において指導者によるスーパーヴィジョンを受けた。

3. 分析方法

データ分析は、「修整版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach : M-GTA)」(木下：1999²⁸⁾)を用いた。

4. 倫理的配慮

研究の目的、内容およびプライバシー保護の方法を書面にて説明した上で嫁介護者および被介護者を含む家族の代表者から同意を確認できたものを対象とした。また、データ収集中の被介護者および家族の安全を保証するため、介護者不在(あるいは同室にいない状態)となっても、副介護者や介護サービスを受ける等によって、被介護者の安全が確保できることを確認した。また、自宅への訪問を行う場合、家族の生活のリズムを乱さないことを配慮し、被介護者およびその家族と信頼関係を形成できるようにした。そして、収集したデータは研究以外に使用しないこと、研究協力依頼をいつでも断ることができることを説明した。

IV. 研究結果

本研究において、次のようなストーリーラインが考えられた([]はカテゴリー、< >は概念を示す)。

嫁は、幼少時からの介護を担うのは嫁であるという<嫁のわきまへの必然化>、子は親に恩を感じ恩返しをしていくことを繰り返していくのだという<恩の輪廻>という嫁の「こうあるべき」という〔有り様を綯う〕ように生活していく。これは、嫁と舅・姑の力関係が逆転したと嫁が自覚できる〔関係性の転回〕によって強い影響を受ける。また、〔関係性の転回〕は、他の介護の継続意識に与えながら介護の継続意思に影響を与える重要な位置を占める。

嫁が舅・姑の介護を行うべきではないのかという世間体を保つために、社会資源を利用、自分のライフワークの継続を<釈明>しながら実行に移すことを余儀なくされる。一方、身内に介護の苦勞が認められたという<縁者の後押し>、専門職からの知見を得ることができるという<安心方向への案内>によって、介護を継続することに対する不安定な気持ちに〔安定への弾み〕が生じ、介護の継続意識の追い風となる。そして〔関係性の転回〕によって、介護

を優先させて自分のニーズを後回しにする生活から、再び＜優先ニーズの再構築＞を行い、自分のニーズを優先させる生活に＜切り替える＞ことによって今までの考え方を〔回転〕させて介護の継続にエネルギーを活用するようになる。さらに、介護保険の活用により＜権利の発動＞を行って介護負担を軽減させ、自分の過去の介護経験や他者の介護経験と比較することで、まだ、自分は介護を継続できると確信する＜残存許容の確認作業＞を行い、信頼できる第三者に嫁の思いを話すことにより一時的に拘束感を軽減するために自分を＜暫定解放＞し、また、この範囲ならば介護の継続が可能であろうという＜余地の隠見＞を行い、介護継続が可能であるという〔限界の拡大化〕をしている。そして舅・姑との生活の歴史から彼らを愛しいと感じ、お互いに必要な存在であるといった＜愛着への時空＞を認識したり、介護によって他の家族も絆が強まったという＜絆の感得＞という家族間の〔相互接近の自覚化〕という意識も形成している。その反面、舅・姑との利害関係による＜わきまえの中の取り引き＞を行なったりするが、認知症によって妄想を抱えて生活している舅・姑との付き合い方の術を獲得していく＜変通＞によって介護の継続に対する〔限界の拡大化〕の意識を形成していることがわかった。

データ分析の結果16の概念と6つのカテゴリーを生み出した。

表2 カテゴリーと概念

カテゴリー	概 念
有り様を綯う	嫁のわきまえの必然化
	恩の輪廻
関係性の転回	関係性の転回
安定への弾み	釈明
	縁者の後押し
	安心方向への案内
回天	優先ニーズの再構築
	切り換える
相互接近の自覚化	愛着への時空
	絆の感得
限界の拡大化	権利の発動
	残存許容の確認作業
	暫定解放
	余地の隠見
	わきまえの中の取り引き
	変通

以下にカテゴリーと概念をヴァリエーションを提示しながら説明する。

1. 〔有り様を綯う〕

〔有り様を綯う〕は、介護を担うことや子どもが親に恩返しをすることは、嫁の有り様であるという幼少時代からの意識を綯い、舅・姑の介護を行なうことは必然的なもの

であると位置づけることである。これは、＜嫁のわきまえの必然化＞と＜恩の輪廻＞の2つの概念から構成される。

＜嫁のわきまえの必然化＞は、内在する「嫁は介護を担う者」という自覚の表出と介護者となる必然性を生活の中に位置づけることとした。自分が介護と担うことへの漠然とした意識が必然という強い意識に変化することによって、介護していくことを納得させている。

ヴァリエーションには以下のようなものがあった。

- ・介護自体に対しては、いやだとかっていうんじゃないくて、これは絶対やらなくちゃならないことだと思っておりました。
- ・嫁だからっていうところの、いろいろあって…。

＜恩の輪廻＞は、育ててくれた親に恩を感じ、子がその面倒をみるのは当たり前と考えることと定義した。夫が育てられた恩を夫とともに返す、自分の親がしていたように自分も夫の親を大切にしていきたい、それによって自分自身に介護を継続することを納得させている。

ヴァリエーションには以下のようなものがあった。

- ・私は、ばばは、お父さん（夫）を育ててくれた人だから、面倒をみてあげなきゃって思っています。
- ・主人のお父さんとお母さんだから、だからやっぱり、自分の親と同じように（自分の親が舅・姑を介護したのと同じように）、ああいうふうにしていきたいなっていうのは、まず、結婚したころから…。

2. 〔関係性の転回〕（表3参照）

〔関係性の転回〕は、1概念1カテゴリーである。これは、今までの家族の中の上下関係の劣位から「保護しなければならない」という関係へのシフトチェンジと定義し、コアカテゴリーとした。

〔関係性の転回〕によって、嫁自身が舅・姑より強い決定権を得たと感じられることで、自分の人生の中に介護を含めても自分らしさをあまり損なうことなく生きていけると納得させて介護を継続できる。ここでは、舅・姑の病気によって「自分が勝った」という表現を取り、明確な〔関係性の転回〕をみることができる。そして、姑が元教師であった事例は、舅・姑がいつも命令口調であったことにも嫌悪感を示す場面もあった。また、嫁介護者の顔色を舅・姑が伺うという現象によって関係性の変化を自覚し、舅・姑が嫁介護者を必要としているということが言動を通して嫁に伝達でき、さらにそのサインを嫁介護者が受けとめていることが認められる。

3. 〔安定への弾み〕

〔安定への弾み〕は、嫁が、介護を継続していくために自分にはこういう援護があると、具体的に位置づけることによって精神的な安定感を得て介護に臨む力を得ることである。

表3 分析ワークシート

概念名	関係性の転回
定義	今までの家族の中の上下関係の劣位から「保護しなければならない」という関係へのシフトチェンジ
ヴァリエーション (具体例)	・(母が) 病気になりましてからはね、あ、私の方が丈夫なんだって思って。なんか、私、自分の心の中で勝ったっていう気持ちかしら、そう感じまして、自分がうんと元気になったんです。 ・病む前が教員だったから、命令口調なんです。だから、私は教員のところのお嫁さんは嫌だなんてね思ったんですよ。私の方が上の立場になっていますよね、そうってから。 ・すごく年寄りには敏感です。もう、自分では何もできないじゃあないですか。で、みんな頼んでやってもらうじゃあないですか。だから、私の顔をすごく伺うんですよ。 ・敏感なんですね。だから、私達も顔に出さないように注意しているんですけどね。何かっていう時、様子を伺っているなっていうことがあるんです。ね、だから、こわいな、これは顔に出さないようにしなきゃって思うんです。 対極例 ・私のこと、前はお母さんって呼ばなくてA子って呼んでいたんですよ。だから呼ぶ時に、さんがついてないから怒鳴られている呼び方。うん、それがまことに私は、そういう呼び方のせいで、自分がうんとさげすまれたようなふうな扱いを、されるんじゃないか、されてるんじゃないかって。 ・そういう時にどこまでやっていいのかっていうのが。全部やってもらって気持ちがあるってわかればいいんだけど、おばあちゃんは、自分がやっているっていう気持ちがあるもんだから、だから、おばあちゃんのやり方でどこまでやっていいのかっていうのがあって、入りたくても入れないっていうのがあって、それが大変さを感じたけれどね。うーん。
理論的メモ	・(嫁だから) どこまで手を出せばいいのか、入りたくても入れないっていうのがあって。完全には主導権を握れず大変さを感じる。(関係性の転回が不十分) ・関係性の転回ができたことにより、自分の人生の中に介護を含めても自分らしさをあまり損なうことなく、生きていけると納得させて介護を続けることができる。

これは、＜釈明＞と＜縁者の後押し＞＜安心方向への案内＞の3つの概念から構成される。

＜釈明＞は、嫁が社会規範にとらわれ、社会的資源の活用、自分の時間の使い方や自分の行動にも口実や理由付けをして自分の行為を自分自身と世間に了解させようとするものと定義した。嫁は、自分の些細な行動にも口実や理由付けをして、世間の通念の「わきまえ」の範囲で社会資源を利用したり、自分のライフワークを行なう。つまり、舅・姑の介護の継続のために努力していることを認められ、世間が自分の味方になってくれると自己確認しながら介護を継続することを自分に納得させていくと考えられる。

ヴァリエーションには以下のようなものがあつた。

・塾を続けてきてよかったなって思います。途中でやめたい、やめたいって何度も言っていたんですけど、親戚の人も友達もやめちゃいけないってそれだけは言われたんです。

・主人のお客様が、R施設さんの方へたまたまお風呂（デイケア）へ、週に一回来ていてすごくいいよっていう話を聞いて、はいじゃ、うちにばっかいるとどうしても…。

＜縁者の後押し＞は、自分には、介護の大変さを身近でわかってくれる存在があるという確信を介護を継続する力にすることと定義した。介護を継続する根幹は「介護の大変さを認めてくれる。」「わかってくれる」人の存在があり、身近な人に認められるということで自分が良い評価を受けていると直接実感できることである。それによって、介護を継続することを納得させることができる。

ヴァリエーションには以下のようなものがあつた。対極例では、舅・姑の寂しさとともに、自分達の介護の大変さを知ってほしいのに、認めることもなく非難されていることに怒りを感じている。

・兄嫁さんもたびたびきてくれていて、「これじゃあ、A子さんちょっと大変だから、私、おばあちゃん連れていくわ。」ってひとつきり連れて行ってくれたことがあったんですけどね。

・多分、家族の中の一人でもいいから、その、自分自身をみてくれる、なんていうかなあ、認めてくれる。うん、(そういう) 人が一人いれば、一人いてくれるだけでこのままつないでいけるんじゃないかなーって、思うんですよ。

対極例

・一番私がおばあちゃんにしてあげてほしいなって思うことは、兄弟でもお嫁さんなりが来て、話をしてあげてほしいなって思うんですよ。近くにいるんですよ。…いろいろあったんじゃないかなと思うんですけど、もう、ちょっとね。そのなんていうかなあ、風当たりがすべて私達に来てしまうんですよ。色んなことで。

＜安心方向への案内＞は、介護によって生じた迷い・苛立ちやモヤモヤした感じのはけ口を見出し、嫁が安心し安定した気持ちを得る方向に導く専門職者の存在と定義した。嫁は、自分の気持ちを整理するために、他者に話を聞いてもらいたいと思っていたが相手は誰でもいいわけではなく、専門職によって客観的に状況を判断し、嫁自身が納得できる助言をもらえるために、彼らの存在に支えられていると確信することによって介護の継続を納得させることができています。

ヴァリエーションには以下のようなものがあつた。対極例からは、専門職に嫁介護者としてではなく、一個人として通常の立場でみてほしいという嫁の願いが認められる。

- ・やっぱり、第三者っていうか、あの、うちとは関係のない介護の専門の人と話していた方が何か、しっかり、私のいい分とおばあちゃんのところをみて貰えるという感じだった。
- ・具体的に返してくれるのは、ケアマネージャーさんとかヘルパーさんとかだったんで、それで私は助かったかなと思うんですけどね。
- ・ときどき、ストレスたまってる？って電話もらうんだよ。そうすると1時間位話して、あーすっきりしたって感じで。でもそれを考えると非常勤のケアマネでよかったと思う。常勤だったら、忙しくてこんなゆっくり話は、きいてもらえなかったと思う。

対極例

- ・おばあちゃんに対してはストレス感じなくて。サービス担当者に腹がたったりねするんだよ。通知文なんかがね、あの私の名前でするんだよ。介護者の私の名前でするとカチーンってきちゃうんだよ。どうして息子で世帯主のお父さんの名前じゃないのかとか、あるいは、連名だっていいじゃないかとか、いきなりなんであんなのって感じだよ。長男の嫁の負担を軽くするためにあなた達仕事してんじゃないの？って感じだよ。
- ・毎日専用の同じ歯ブラシを持たせろっていうけど、(デイサービスに) 歯ブラシ洗って持って行ったからって愛情があるわけじゃない、おばあちゃん、毎日デイサービス使っていたからね、週1回や2回の人じゃほとんどでしょ、毎日でもって、自分で入れたり出したりあれしちゃうでしょ、だから、一律ですることにも腹がたったんだよ。そのことはちょっと言わせてもらった。(使い捨てのコップ、歯ブラシを用意したことをデイサービスの職員に注意されて)

4. 〔回天〕

〔回天〕は、舅・姑との関係性を転回させ、強い決定権を得たと感じられることで生活の中で舅・姑の介護を最優先していた嫁が、自分のニーズを優先することへと選択の基準を〔回天〕させ、自分の生活を優先することへ切り替えていくことである。これは、＜優先ニーズの再構築＞と＜切り替える＞の2つの概念から構成される。

＜優先ニーズの再構築＞は、介護を続けていくために、介護による束縛感、限界感の中で自分らしさを失わないため、舅・姑の介護優先から自分のニーズ優先へと選択しなおすことと定義した。自分の生活の中で介護を最優先することによって、介護の継続ができなくなるであろうと予測し、〔関係性の転回〕によって自分のニーズを優先することを前提として、介護を継続することを納得させていく。

ヴァリエーションには以下のようなものがあり、対極例では、介護開始当初嫁自身の身体的ニーズを優先順位の低

いものとしたため、自分が入院するという結果となり共倒れになってしまうまで追い込んでいる状況が述べられている。

- ・なんかこのままじゃねえ、何か自分でもまずいっていう感じがして。この歳で40歳近くになって、働けるところないですよ。フランチャイズの学習塾を始めたんです。ふふふ。でも、それをやり始めてから、少し気持ちが楽になったみたいです。やっぱり、そっち(塾)をやっていることの張り合いで、逆に介護ができるってことがわかってきた、そんな気がしますね。
- ・年寄りなんていずれ向こうに行くことはわかっているんだから、だから、お年寄りに合わせていたら自分自身が変になっちゃうと思うんですよ。
- ・まず、自分が健康じゃなきゃって思うようになりました。

対極例

- ・3年前に下血で、中から切れて入院したんですよ。内視鏡の手術をしたんですよ。

＜切り替える＞は、介護優先という考えや姿勢を変えることと定義した。嫁は、自分の人生に介護を包含するため、介護に対する姿勢を変えることの必要性を感じ、それを具体化して介護の継続を納得させていく。

ヴァリエーションには以下のようなものがあり、対極例では、介護を最優先している嫁の生活のいつまで続くのかといった拘束感や切羽詰った状況が語られている。

- ・転んじゃう心配ですね。でももう、そんなこと言ったら何もできないから、最低限自分の生活はしていきたいと思っているんですよ。…杖をついていても転ぶ時はころぶんですもの。私はそういう風に割り切ろうと思っているんです。でも、割り切れないところもたくさんあるんですけどもね。
- ・愚痴をたまにはこぼしていますけど。それより、総合建設業の経理事務ってお金の心配が一番大変なんですよ。…で、いつもそれが頭にあるから、だから、おばあちゃんの面倒みながらっていつても、そんなに、怒ったり、わめいたりするってことは、ある程度余裕がないとできないってことなんですよ。私に言わせれば。

対極例

- ・やっぱり、私のお友達も言っているんですけど「朝ね、また、起きてきたと思う。」っていう。私もやっぱり同じ気持ち。それで、ほんとに、いつまで続くのかなあって感じはするんですよ。ねえ。
- ・私の、楽しみがなくなっちゃうって思うようになるんですよ。いつまで続くのかしらって。

5. 〔限界感の拡大〕

〔限界感の拡大〕は、嫁が、介護保険という公的介護サー

ビスを利用する手段を獲得したという介護の外的環境の変化や、自分や他者の介護体験の比較、拘束感の緊張の軽減、認知症の舅・姑との付き合い方を学習したこと、介護を任される事に対する取り引きにも似た打算的な考えをもつという自分の内的変化によって、介護の継続の限界感をおしとどめ、自分の許容限界を拡大していくこととした。

これは、＜権利の発動＞＜残存許容の確認作業＞＜暫定解放＞＜余地の隠見＞＜わきまえの中の取り引き＞＜変通＞の6つの概念から構成される。

＜権利の発動＞は、社会的に認められた権利を利用することによって、遠慮することなく自分の生活を立て直す手段とすることと定義した。嫁は、社会資源を活用することで精神的余裕が生じ、それによって被介護者の舅・姑との関係性の悪化に歯止めがかかり介護の継続を納得させていく。社会的資源を利用することに対して舅・姑の拒否はみられず、社会資源の活用によって、嫁自身にとってメリットがあることが明快に語られている。しかし、対極例でみられるように、舅・姑にはメリットがないと嫁介護者が認識されるサービスもあり、それを認めると社会資源の活用は中止される。

ヴァリエーションには以下のようなものがあった。

- ・趣味や習い事など、自分の好きなことをする時間が持たなくて困る。ということはないです。デイサービスの時にします。だから、困るということはないです。
- ・デイケア、ショートステイを利用しているので、ちょっと余裕が出てきましたね。おばあちゃんがショートにいたから、昨日退所してきてまだ気持ちが元気だと思うんだよ。

対極例

- ・ディサービスはだめだったんです。皆さんと歌でも歌って手芸でもやって帰ってきてくれればねえ。でも、本人の性格がかたくて、(本人に)受け入れてもらえないもんだから…。

＜残存許容の確認作業＞は、自分や他者の介護体験を通して今の自分より大変な介護状況があることを確信し、まだ、介護継続できる余力はあると考えることと定義した。他者の介護体験や自分の過去の体験と現在を比較することによって、「まだ、自分には介護を続けることができる」と確認することによって介護を継続することを納得させている。

ヴァリエーションには以下のようなものがあった。

- ・うちの中は歩きましたけど、外は歩きませんでしたので、その点は楽でした。盗った盗られたというのなかったもので、よその人がいうような大変なことはなかったと思っていますね。
- ・変なことを言い出したので、これは大変だと思ったんで

すけど、身体的なものではなかったものですから。そういう面ではちょっと楽になったかな（おじいちゃんの時より）と思ったんですけれど。

＜暫定解放＞は、介護の問題から解放されるわけではなく、介護の拘束感から少しの間だけ解放されることと定義した。自分を真摯に受け止めてくれると信頼してくれる人に、介護の現実を話し鬱積していたものを吐露することによってストレスを発散し、介護を継続する気持ちを復活させ、余力を生成していくことによって、介護の継続を納得させていく。

ヴァリエーションには以下のようなものがあった。

- ・去年の今ごろは、叫びたいようなことがあったね。それで、去年のゼミの子達にうんと助けられたね。それで、学生にも話してね、ほんと、安心感だよ、だから、年齢と関係ないね。備わっている子は若くても備わっているよ。

＜余地の隠見＞は、介護今日の状況は変化すると予測されるが、今の状況より悪化しなければ在宅介護をやっていく余地があると考えたと定義した。

ヴァリエーションには以下のようなものがあった。

- ・私はそんなふうにならないって思っていたんですよ。でもねえ、実際に進んでくると違います。これがもっと進めば全然変わってくるような気がします。だから、その時にならないと、わからないと思います。
- ・私が元気ならば。ですね。

＜わきまえの中の取り引き＞は、嫁が介護を担うにあたり、経済的なことをはじめとする生活の中に有益性をこうむることを考慮することと定義した。介護の大変さを任されるならば、報酬として経済的な見返りを期待するという暗黙の自分自身の中での取り引きを行なうことによって、舅・姑の介護を引き受けることを納得させている。

ヴァリエーションには以下のようなものがあった。対極例では、経済的にゆとりのある生活が可能な嫁の言動として語られている。

- ・遠いし長男自身もお嫁さん自体が見る気はないですから、(おじいちゃんのお葬式が終わった後に、やっぱりそれは(誰がおばあちゃんを見るのか)ははっきりしてほしいということで、兄弟で話し合ってもらったけれど、結局一番末っ子が一緒に住んでいるから、それで財産とかいろんなものがからんでくるので、今後も看るということになってしまったんですけど。
- ・できれば施設でねえ。ただ、あと金銭面で全てお任せってことができなくて。

対極例

- ・もう5月の介護報酬がもう足りないんだよね。でも、退所してきて心配だから、17万なんて、負担額が。…で、

あとは持ち出しなんだよね。延長してもらったりとか。で、小一ヶ月同じ位の期間をショートで見てもらったでしょ、そうするとね、5万欠けるんだよね、やっぱ、こういう現実をつきつけられるとね。(平成17年10月介護保険制度の見直しによる修正前)

＜変通＞は、認知症の世界に生活する舅・姑の生活感覚に合わせて、嫁が自由自在に自分の感覚も変化させる術と定義した。嫁は、認知症となった舅・姑とのつき合い方がやっとわかったという状況である。説明しても説得してもうまくいかず、対峙すればぶつかってけんかになり自分自身も傷つくため、舅・姑と同次元の世界に自分の感覚を合わせることによって、あるいは、受け流すことによって自分が安定して介護に臨み、「これならばできる」と介護の継続を納得させている。

ヴァリエーションには以下のようなものがあった。

- ・もう、自然に任せるみたいな気持ちになり始めたかなっていう感じですね。やっとです。大変でしたね。夜はねえ、どうしようかと思ったですね。だから、そういう時はしょうがないから、夜でもなんでもお茶でも飲みませんかって言ってね。お茶飲んだりお菓子食べたりね、夜中に。そうすると、ちょっと落ち着いて。そういう風にして通り抜けてきましたね。

6. [相互接近の自覚化]

[相互接近の自覚化]は、結婚後の時間の経過や介護をはじめとした様々な体験から、舅・姑への愛着や家族との絆の強化を自覚できるようになることである。これは、＜愛着への時空＞と＜絆の感得＞の2つの概念で構成される。

＜愛着への時空＞は、舅・姑にとって嫁が必要な家族であることを時間と体験を経て自覚し、舅・姑を護ろうという気持ちも持つようになることと定義した。時間の経過や体験などを積み重ねていくことによって、舅・姑に愛着の思いも自覚するようになり、それによって舅・姑を護るために介護を行なうことを納得していく。

ヴァリエーションには以下のようなものがあった。

- ・「私は知り合いがいないのよ。」っていついたこともありません、兄弟との交流もあまりないのでね、「あなただけが頼りよ。」って、前に具合が悪くなり始めた頃(認知症が現れてきた当初)。それをきっかけに、そんな気(かわいそうだななんて感じ)がしてきました。
- ・昔のことは思い出したくないですね。今の方がいいです。娘より、私のほうを頼っている。
- ・昔は、結構悪い面ばかり考えて、全然いい面って入ってこなかったんです。ちょっとうるさいけど、まあ、家族の一員としてね、あの一、おばあちゃんがいれば、ちょっと玄関の戸を開けて出かけても、鍵は閉めて行くんですけど、何故か居てくれるっていう安心感ってあ

るなって、ちょっと思ったり、そうですね、何かやって頂戴って言えば、喜んでやってくれて。

＜絆の感得＞は、介護によって今まで自覚しなかった家族のつながりを感じることで定義した。在宅で高齢者を介護することの中には、家族の生き様を子ども達にみせることによっても、絆が強くなったと感ずることができることにより介護を継続することを自分に納得させている。

また、ヴァリエーションには以下のようなものがあった。

- ・(夫が) 優しくなったことですかね。ふふふ。
- ・親はこうやって、元気でやっていたっていずれこうなるし、お前達もこうなるして、そういう意味で、人はこうやって衰えていくからって。

以上のように分析結果から生成された概念やカテゴリ間で、嫁自身の意識、嫁と舅・姑との相互の関係や意識、嫁と社会との相互関係がそれぞれ影響し合い、プロセス性をもって変化していくことがわかった。

V 嫁の介護意識の変容と看護の方向性

1. 嫁が介護を担うという意識の認識

嫁が介護を担うという意識、介護者としての嫁の存在を完全に否定できないという意識は、嫁の思考の中に常に存在していると考えられる。それは、自分の親と同じように、夫を育ててもらった恩を舅・姑に感じ、「こんなふうの人(親)は老いていく⇒育てられることに対する恩の意識が受け継がれていく」という現実とともに継承されていく。

本研究において、嫁と舅・姑関係性が良好とはいえない時期を経ても、愛着を感じることもできるという意識の変容プロセスが存在するが、その関係性が芳しくない時期であっても、「これ(介護)は親をみるというしきたりで絶対やらなくてはいけないと思った」、「夫を育ててくれた人だから…」、といった意識を持っている。これについて上野は、儒教の「孝」と「忠」が明治政府によって「親に尽くすように、国に尽くす」ということに置き換えられている²⁹⁾と述べているが、嫁の意識の根底には常に「恩としきたり」が縄を縛うように存在する。そして、これらが嫁の介護の継続意識の中で葛藤を感じる原因でもあり、さらには介護を継続するための要因にもなっていくと考えられる。本研究の対象者は49歳～64歳で、昭和15年～昭和30年頃に生まれている。そのため、舅・姑の介護を担うことや、恩を返すということは、この生活圏において一般的に語られていることであり、嫁自身も幼少時から生活体験の中に取り入れられていたことで漠然と意識の中に存在していたものであろうと考えられる。嫁のわきまえとしていた介護が現実には嫁である自分の身に降りかかってきたことを自覚し、介護することが自分にとって必然的なものであるという位

置付けをすることによって、舅・姑を介護することを自分に納得させていくと考えられる。嫁であるから当然であるという意識の強い者は比較的抵抗が少なく介護を開始し継続に結び付けていくようである。しかし、嫁が介護することに疑問を持つ者は、〔限界感の拡大化〕カテゴリーの中に存在するくわきまえの中の取り引き>によって自分の生活の中で生じる利害を考えながら介護を自分に納得させていく場合もある。そして、今後ますます「嫁が介護を担う」事に関して、嫁の意識が多様化することが予測される。

2. 嫁の介護意識の変容と看護の方向性

在宅で介護継続を促進するためのエネルギー源として、嫁の周囲の反応や関わり方が嫁の介護意識の変容に影響を与えていることが本研究の結果明らかになった。

井上³⁰⁾は介護を継続していくための要因として、報酬をあげているが、本研究においても家族や親類からの嫁の介護に対する支持や支援によって介護の大変さを認められたと感じることができることで介護の継続を自分に納得させ、それが嫁の介護継続を推進するエネルギーとなっていくことがわかった。しかし、その反面、嫁自身や舅・姑に対する否定的な言動に対しては嫁自身が冷たくされたような悲しみや怒りの反応を示し、そのエネルギーを減じていくと考えられた。このことから介護を継続する源となるものは、介護の大変さを認めてくれる、わかってくれる人の存在であるといえる。そのため、嫁の介護する姿を他者にも示して嫁が介護を担うことを自分を含む世間に納得させることによって、嫁自身の介護意識も変容していくと考えられる。さらに、自分を客観的にみて冷静に方向性を示してくれる信頼できる専門職から公に認められた権利を利用することを奨められることで介護者としての嫁の権利を社会的に認められたことを確信し、精神的安定を確保することによって介護の継続を自分自身にも納得させている。しかし、認知障害から派生する様々な行動を呈する舅・姑を介護するため、嫁がそれに対応する手段を工夫しているにもかかわらず、居宅サービスを提供する施設の専門職から、自分の行動を理解してもらえないと感じたとき、それは、嫁介護者の怒りとなり、在宅継続意思のエネルギーを減じる。そして、この<権利の発動>では、対極例で示したようにサービス内容が舅・姑に合わない判断して利用を中止した例もあり、舅・姑と嫁の両者にメリットがあると自覚されたほうが、エネルギーが生成されていく。

つまり、このように介護することに戸惑いや限界感、拘束感を感じる中で、嫁が信頼できると判断する専門職の根拠に基づいた客観的援助が介護方法の指導などの教育的役割や具体的介護支援による介護者への負担の軽減になり、専門職との信頼感の構築は、嫁の介護意識の変容につながり、介護の継続意思に大きく影響する要因であると考えら

れる。先行研究では岡林らの公的・私的支援両者ともに精神的健康が悪化している人たちほどその支援を多く求める³¹⁾、増井らのサービスが使いやすいと感じた介護者ほど介護負担が減ったと感じた³²⁾というものがあり、専門職による支援は、介護者の身体的、時間的拘束感に対する援助とともに、重要な精神的な支援となっていることを裏付けている。本研究においても<安心方向への案内>で示すように「専門職とのやり取り」は素人とのやりとりは別の位置づけとして使い分けられているようである。しかし、専門職側に時間的余裕がないように受け止められ、専門職の支援に期待しながら、専門職が自分のために十分に機能できない現状に気がついていることが伺える。対極例で示したように、専門職の存在に意味を見出しているが、その反面、嫁宛名で介護保険の文書が届くことに対して「通常、行政側からの通知は世帯主宛てなのに、何故介護に関しては私宛てなのか。」といった疑問を感じるなど社会規範と自分の人権を守ろうという意識の中で揺れ動く感情に配慮できる専門職の理解と社会的感覚を磨く必要がある。このように、居宅サービス提供者と家族の関係性、家族の思いもアセスメントし、それを高齢者の在宅での生活につなげる具体的プランに発展させることが重要であり、サービス利用者や家族に対する援助が画一になると、介護者はそれらに敏感に反応して信頼関係を脆弱化すると考えられる。

在宅介護の継続に繋がる嫁の生活への介護の包含は、介護開始時から多くの社会規範等の介護に対する混沌とした思いや不安を抱えて生活していたものが、嫁の生活に介護を取り込むことによって嫁の主体的な生活の構築への意識が増大していくと考えられる。

〔回天〕カテゴリーを構成する概念の一つの<切り替える>は、自分自身の生活を守ろうとする積極性を含んでいる。介護開始直後には、嫁ぎ先の舅・姑に従うという意識が舅・姑のニーズを優先させてきていたが、〔関係性の転回〕によって自分のニーズを優先させるシフトに切り替えられたと考えられる。ここでの対極例では、終わりの見えない介護のために、自分の生活を優先することができないならば、自分らしい生活ができなくなってしまうのではないかという切実な不安が、生活に介護を包含することを否定するものとして働いている事が伺える。介護を継続させるためにも、自分のニーズを優先することは必要であると感じていると考えられる。介護者の主観的健康感には介護の負担感に影響を与えるという結果^{27, 28, 29)}は嫁自身の心身の健康ニーズが満たされないにもかかわらず、自分のニーズ優先に切り替えることが困難であるということに起因すると考えられる。介護保険制度における訪問看護サービスの理念の中心は高齢者本人であるが、家族の健康ニーズを満たすという意味から、看護師や保健師による健康相談が公

に利用できれば、介護者本人の介護予防のためにも有効な手段となるのではないかと考えられる。

本研究でコアカテゴリーとして位置付けた「関係性の転回」は、介護意識の変容に大きな影響を与える。これは、舅・姑と嫁の関係性に変化が生じたことを自覚できたことから始まる。データにおいても介護開始後に、「私は勝ったと思いましたね。」と明確にその転回を明確に自覚し、それ以後は気分的にとっても楽になったと述べている例、姑が自分の顔をうかがっていると気付いたと述べている例があり、反対に自分を姑が呼び捨てにしたことが、「さげすまされた」と感じて怒りを甦らせた例は「関係性の転回」の重要性を根拠付けている。そして、それによって社会からの支持を受けることや自分の持つ権利を利用することに対して抵抗感が減少していく。

この意識に関しては、嫁と舅・姑各々に対する周囲の人的・物的・社会的環境が過去に遡って影響する。様々な状況の変化と情報の整理によって、嫁と舅・姑に寄り添い、信頼関係の保持に努めることが望まれる。これは、「相互接近の自覚化」として生活を共にし介護を継続していくことで舅・姑に対して、愛着を感じたと自覚できるようになる＜愛着への時空＞や、介護によって他の家族との絆が強まったと感じる＜絆の感得＞により、介護することは自分にとって苦痛なことだけではない、自分の人生においてよいことも見出せると自覚できるようになることに発展し、継続介護促進のエネルギーにつながるべく介護意識の変容にかかわってくると考えられる。

さらに、「限界感の拡大」の＜暫定解放＞では、専門職ではない知り合いに自分のことを話すことによって現在のいきづまった状態から抜け出したいという気持ちを持っており、話を聞いてもらえることが介護の拘束感を軽減していると考えられるが、自分が抱えている自分の今の状況が変化するわけではなく、一時的な解放感であることが考えられる。対極例で示すように、介護開始当初には、誰にでも話せば気分が軽くなると考えていたが、そうではないと嫁自身が結論づけていることからそれが伺える。拘束感の一時的なガス抜きの役割であるが、介護とともに生活していくためには、このような一時的な解放感の積み重ねが限界感や負担感を緩和する手段となると考えられる。そのため、気分転換になる程度の気軽な会話を交えることも一つの必要な援助として考えることができる。また、＜残存許容の確認作業＞＜余地の隠見＞は、過去の介護体験や他者の介護体験をきくことによって学習されたもの

が、許容量の増加の獲得として生かされたものである。これは、過去の介護経験の学習が嫁の介護意識の変容につながると考えられる。しかし、対極例では、過去のつらい介護体験や舅・姑との関係性を想起することによって、「関係性の転回」に対する抵抗力ともなる。その時、過去の体験との違いを、嫁介護者とともに分かり合え、根拠立てて説明し、現在はどういうように対処すべきかを具体的に相談できる専門職の存在があれば、この抵抗力の解消につながることができ、過去の辛い介護体験を分析することによって自分のニーズを優先させる意識に変換できると考えられる。それが、嫁介護者の身近にいる専門職の役割であろう。

＜変通＞は、舅・姑が認知症であることあるいは妄想の世界に住んでいることを納得することによって、嫁は舅・姑にいじらしさを感じて愛着を強めることとなったその対応には、舅・姑が小さな子どものように思えることによって＜愛着への時空＞との相互の関係性も認められる。収集癖に対して以前の姑の生活歴から、「きっと姑はみんなが集まるお祭りのときに使おうと思って大切にしまっているんだろうなあ。」と認知症の周辺症状を肯定的にとらえようとする例がある。また、認知症あるいは、舅・姑の性格によって生じる攻撃性や違和感に対しては、さりとやり過ごすことで自分が傷つくことを避け、自己防衛の方法を見出している例が見られる。その中で1例だけ、がまんして自分の中に閉じ込めてしまうことで、姑との関係性を上手く維持できたと考えている事例もあった。

これらの対応は、認知症高齢者の対応に対して、相手の世界を否定しないことが介護者と舅・姑の相互作用の中で望ましいことである³³⁾というJ. A. Allenderらの理論を経験知として獲得できた結果であると考えられる。

認知症の症状に関する知識や対処方法への相談・指導は看護職によって行なわれていると予想されるが、本データからは嫁自分の経験知から実感できたという言動が多く認められ、詳細な情報収集とアセスメントを教育的なケアに結びつけることが重要であると考えられる。

謝 辞

本研究を行なうにあたり、研究者に「思い」を語り、研究にご協力いただいた介護者の皆様に深謝いたします。また、研究をご指導くださいました自治医科大学看護学部水戸美津子教授に心より御礼申し上げます。

なお、本研究は山梨県立看護大学看護学研究科、修士論文に加筆・修正を加えたものである。

要 旨

少子高齢化、認知症老年者の増加、介護保険の開始、女性の就業の増加や生活形態の変化等、介護をめぐる社会環境が変化し、それによって介護に対する意識も変化している。本研究の目的は、認知症高齢者を介護する嫁の介護の意識変容のプロセスを明らかにし、看護実践に生かす方向性を見出すこととする。対象者は、2年以上在宅で介護している認知症高齢者を介護する嫁7名で、グラウンデッド・セオリーで分析した。このプロセスは、16の概念と6つのカテゴリーで構成される。介護者としての嫁の存在を完全に否定できない意識は、嫁自身の中にも存在していると考えられる。在宅で介護継続を促進するためには、近親者・専門職等を含めた嫁の周囲の反応や関わり方が、嫁の介護意識の変容に影響を与えていることが明らかになった。社会規範と自分の人権を守ろうという意識の中で揺れ動く嫁の感情に配慮できる専門職の理解と社会的感覚を磨く必要がある。

Abstract

The purpose of this research is to investigate how consciousness of home care has changed--especially among women who take care of their elderly parents-in-law with dementia--hoping this result is to be utilized in the way of home nursing care. The samples were collected from seven women who had been taking care of their elderly parents-in-law with dementia for more than two years. The "Grounded theory" approach was used to analyze the phenomenon observed in this research. It was found that the process of the alteration of consciousness was composed of 6 categories with 16 concepts under them. Changes in the society such as declining birth rate, aging, starting of care insurance, and increase of women's working rate have had effects on the consciousness of women who are involved in home care. Observation of this research suggests some new perspectives on the ways of home nursing care.

文 献

- 1) 厚生統計協会：厚生指標、臨時増刊国民衛生の動向, 54(9), 2007.
- 2) 厚生統計協会：厚生指標、臨時増刊国民の福祉の動向, 54(12), 2007.
- 3) 筒井孝子, 新田 収：在宅高齢者に対する介護者の主観的負担と介護継続意思に関する要因の検討, 総合リハビリテーション, 21(2), 129-134, 1993.
- 4) 中谷陽明, 東條光雅：家族介護者の受ける負担, 社会老年学, 29, 27-36, 1989.
- 5) 中島紀恵子, 永田久美子他：痴呆老人家族主担者の介護状況における比較研究, 看護研究, 29(3), 3-15, 1996.
- 6) 前掲書5).
- 7) 緒方泰子, 橋本廸生他：在宅要介護高齢者を介護する家族の主観的介護負担, 日本公衛誌, 47(4), 307-319, 2000.
- 8) 李 文娟：在宅介護の継続希望と関連する要因, 老年社会科学, 25(4), p477, 2004.
- 9) 佐藤鈴子他：在宅高齢者の夜間介護を行う中高年女性家族介護者の睡眠, 日本看護科学会誌, 20(3), 40-49, 2000.
- 10) 前掲書7).
- 11) 右田周平他：痴呆性高齢者の家族介護の肯定的側面に関する因子構造とその関連要因, 老年看護学, 6(1), 129-137, 2001.
- 12) 山本則子：痴呆老人の家族介護に関する研究 娘および「嫁」介護者の人生における介護経験の意味, 2 価値と困難のパラドックス, 看護研究, 28(4), 67-87, 1995.
- 13) 井上 郁：認知障害のある高齢者とその家族介護者の現状, 看護研究, 29(3), 17-30, 1996.
- 14) 齊藤恵美子他：家族介護者の介護に対する肯定的側面と継続意向に関する検討, 日本公衛誌, 40(3), 180-188, 2001.
- 15) 前掲書11).
- 16) 桜井成美：介護肯定感がもつ負担軽減効果, 心理学研究, 70(3), 203-210, 1999.
- 17) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局編：平成16年度版女性労働白書, 財団法人 21世紀職業財団, 2005.
- 18) 上野千鶴子：近代家族の成立と終焉, p69-83, p245-248, 岩波書店, 1994.
- 19) 内閣府：高齢者介護に関する世論調査 平成15年.
- 20) 前掲書12).
- 21) 鈴木規子, 谷口幸一他：在宅高齢者の介護をになう女性介護者の「介護の意味づけ」の構成概念と規定要因の検討, 老年社会科学, 26(1), 68-77, 2004.
- 22) 木立るり子：「嫁」介護者の語りからみた社会規範意識と介護継続の条件, 日本看護研究学会誌, 78-81, 2004.
- 23) 前掲書21).
- 24) 春日キスヨ：介護人間模様, p46, 朝日新聞社, 2000.
- 25) 荒井由美子：家族介護者の介護負担, IRYO Vol 56(10), 601-605, 2002.
- 26) 杉原陽子, 杉澤秀博他：在宅介護老人のストレスに対する介護期間の影響, 日本公衛誌, 45(4), 320-334, 1998.
- 27) 土井由利子, 尾方克己：痴呆症状を有する在宅高齢者を介護する主介護者の精神的健康に関する研究, 日本公衛誌, 47(1), 32-45, 2000.
- 28) 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチ, 弘文堂, 1999.
- 29) 前掲書18).
- 30) 前掲書13).
- 31) 岡林秀樹, 杉澤秀博他：在宅障害高齢者の主介護者における対処方略の構造と燃えつきへの効果, 心理学研究, 69(6), 486-493, 1999.
- 32) 増井香織他：介護保険導入直後の介護負担の変化, 保健婦雑誌, 59(11), 1064-1065, 2003.
- 33) Judith Ann Allender, et al : Reading in Gerontological Nursing Lippincott 281-291, 1992.

〔平成20年2月12日受 付〕
〔平成20年5月26日採用決定〕

クリティカルケア領域の看護師のメンタルヘルスに関する研究

－感情労働・Sense of Coherence・ストレス反応の関連－

A Study on Nurse's Mental Health in Critical Care

－ The Relationship Among Emotional Labor, Sense of Coherence and Strain －

岩谷 美貴子¹⁾ 渡邊 久美²⁾ 國方 弘子³⁾
Mikiko Iwatani Kumi Watanabe Hiroko Kunikata

キーワード：感情労働, sense of coherence, メンタルヘルス, ストレス反応

Key Words : emotional labor, sense of coherence, mental health, strain

I. 緒 言

クリティカルケア領域の看護師は、刻々と変化する状況下で、重症患者の細やかで適切なモニタリングと迅速な対応を行っている。同時に、先端侵襲的治療を受ける患者とその家族が抱く強い不安や動揺に対する援助や、時間的な猶予がない中での意思決定の支援など、情緒面においても細やかな対応を行っている。このように緊張下で常に冷静な判断と同時に情緒的ケアを行うという看護行為の裏には、対象のケアのために、適切と判断される感情を言動で表現しながら、看護師自身の感情をコントロールするという努力的行為が潜んでいると考える。これらの職務に伴って要求される行為は“感情労働”と呼ばれる概念として、近年、看護界でも注目されている。感情労働 (emotional labor) は、Hochschildが提唱した概念¹⁾で、他者の感情状態を変化させたり維持したりすることを目的として、適切であるとみなす感情を声や表情や身体動作によって表現し、自分自身の感情を調整する仕事とされる。看護師は感情労働者といわれ、適切な感情管理が行われないと感情労働がストレスとなり、バーンアウトをはじめ、深刻な心理的・身体的影響が懸念されている²⁾³⁾。

クリティカルケア領域の看護師のストレスやバーンアウトの問題は以前から指摘され、近年では、脳死患者やDNAR (Do not attempt resuscitation) 患者の家族に関わる看護師の不安⁴⁾やクリティカルケア領域の看護師のターミナルケアに対する負担感⁵⁾などの対象のケアに関わる看護師の感情に着目した報告が増えている。また、トラウマティックな出来事を体験した患者にケアを行う側が、ケアを積極的に行い、共感することで生じる二次的外傷後ストレスの問題⁶⁾も指摘され、クリティカルケア領域の看護師の感情労働によるストレスの現状が明らかとなってい

る。看護師のストレスは、看護師個人の問題にとどまらず、看護の質の低下、組織の機能低下までも引き起こすため⁷⁾⁸⁾⁹⁾、クリティカルケア領域の看護師の感情労働の実態やストレス反応との関連を明らかにし、メンタルヘルスの維持、増進にむけた取り組みは重要な課題である。

看護師のメンタルヘルス対策には、ストレスリダクションやストレスコントロールの必要性が指摘されており¹⁰⁾、介入方法には、認知的技法とリラクセーションを組み合わせた認知行動的技法が広く用いられ、もっとも効果が期待できるとされる¹¹⁾。組織としてストレスの軽減を目指した取り組みは必要であるが、職務上取り除くことができない環境要因や、同じストレスのなかでストレス認知に個人差があることから、看護師一人一人がストレス耐性、対処能力を向上させ、現状への適応力をつけることがより重要な取り組みであると考えられる。そして、その適応がより積極的で、看護師各々の成長の糧になりうるものであれば理想的である。

そこで、我々は、Sense of Coherence (首尾一貫感覚；以下SOC)¹²⁾と呼ばれる、ストレス下でも健康を保つ能力に着目した。これは、Antonovskyが提唱した概念で、ストレス対処能力概念を発展させ、健康を維持、増進させる要因に着目した健康生成論の中核概念である。そして、ストレス認知から対処行動までに影響を及ぼし、避けることのできないストレスの多い世界への積極的な適応を記述できるものであり、メンタルヘルス対策にSOCを用いることは有用と考えた。

本研究は、クリティカルケア領域の看護師が行う感情労働をストレスとして捉え、感情労働とストレス反応の関連、SOCとストレス反応の関連を明らかにすることを目的とした。

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

2) 岡山大学大学院保健学研究科 Graduate School of Health Sciences, Okayama University

3) 香川県立保健医療大学 Kagawa Prefectural College of Health Sciences

II. 研究方法

1. 用語の操作上の定義

感情労働：Hochschildの概念に基づいて、片山ら¹³⁾が定義したものを一部修正し、「患者およびその家族にとって適切であるとみなす看護師の感情を、患者およびその家族に表現するために、看護師自身の感情をコントロールする努力的行為」とする。「看護師の感情労働尺度 Emotional Labor Inventory for Nurses（以下ELIN）¹⁴⁾を用いて測定し、以下の5因子で構成されている。適切な感情の表現方法を探しながら患者への理解を示す「探索的理解」、患者に表す感情が実際の感情と異なり、感情を装う行為を示す「表層適応」、看護師が自分の感情を抑えたり、感情を隠したりする行為を表す「表出抑制」、ケアの動作によって患者に伝わる感情を表現する「ケアの表現」、実際に感じている感情と表している感情の違いを自覚したり、適切と判断する感情を創り出す行為を示す「深層適応」で構成されている。本研究では、これをストレス要因として扱う。

2. 本研究の概念枠組み

図1に本研究の概念図を示す。これはLazarusとFolkmanのモデルとストレスの一般的モデル¹⁵⁾を参考に修正して作成したものである。

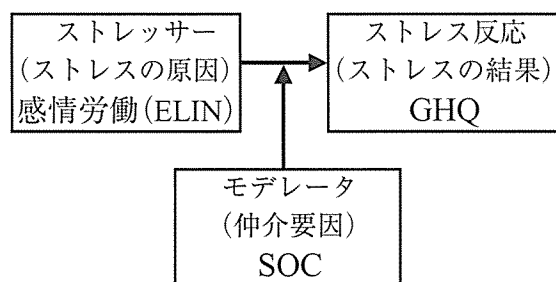


図1 本研究の概念図

3. 対象

対象は、A大学病院のICU、CCU、HCUの師長を除く看護師96名である。2006年9月に質問紙調査を行った。部署毎に調査票と返信用封筒を配布し、2週間留め置き後、部署毎に回収した。回答のあった77名中、欠損値のない70名を分析対象とした。(回収率80.2%, 有効回答率90.9%)

4. 調査票の構成

1) 看護師の感情労働尺度

片山ら¹⁶⁾によって開発されたELINを用いた。「相手の立場に立って考える」などの10項目で構成される「探索的理解」、「何も感じないようにふるまう」などの5項目で構成される「表層適応」、「自分の気持ちを容易に出さないように気を引き締める」など5項目が含まれる「表出抑制」、「自分の口調や表情やふるまいを意識する」など3項目を含む「ケアの表現」、「心に感じていることとの違いを自覚しながら感情を表す」などの3項目で構成される「深層適

応」の計26項目、5因子で構成されている。各項目について、どの程度の感情労働を行っているかの頻度を、「行わない・まれに行う・時々行う・しばしば行う・いつも行う」の5件法で問い、各回答を1～5点で得点化した。本調査のCronbach α 係数は0.88であった。

2) 日本語版SOC29項目

Antonovskyが提案したSense of Coherenceスケールをもとに、山崎¹⁷⁾が開発した日本語版SOC29項目（以下SOCスケール）を用いた。世界20カ国以上で訳され、内的一貫性、信頼性、妥当性が確立されている。把握可能感(Comprehensibility)、処理可能感(Manageability)、有意味感(Meaningfulness)の3つの下位概念から構成されているが、総合的に用いるのがよいとされており、各項目7段階で回答を求め、7点から1点を当てはめ、その合計点で評価した。合計得点が高いほど多様なストレス要因に遭遇しつつも、健康を維持できることを示す。本調査のCronbach α 係数は0.91であった。

3) 一般健康調査

一般的なストレス反応の指標である日本版the General Health Questionnaire28項目（以下GHQ¹⁸⁾）を用いた。「身体的症状」「不安と不眠」「社会的活動障害」「うつ傾向」の4要素で構成されている。各項目について、「全くなかった・あまりなかった・あった・たびたびあった」などの4件法で問い、0/0/1/1で得点化し合計点により評価した。カットオフポイントは5/6とし、5点以下が健常者で6点以上が何らかの問題があるものとされ、高得点ほど精神的健康度が低いことを示す。各要素別の得点区分は、「身体的症状」と「不安と不眠」は、2/7～3/7点で軽度の症状、4/7点以上で中等度以上の症状と評価される。「社会的活動障害」と「うつ傾向」は、1/7～2/7点で軽度の症状、3/7点以上で中等度以上の症状と評価される。本調査のCronbach α 係数は0.88であった。

4) 基本的属性

年齢、性別、看護師経験年数、クリティカルケア領域の経験年数、SOCに影響のある最終学歴、婚姻状況¹⁹⁾について調査した。

5. 倫理的配慮

対象の各部署の師長に文書で説明し、同意を得た。個々の調査票に、主研究者の連絡先を明記し、研究目的、研究への協力の自由、データはプライバシーを守り、研究目的以外に使用しないこと、データは統計的に処理し、得られたデータは研究者の責任で厳重に保管することを文書で示した。また、研究協力に同意した場合に調査票を返送するよう文書で依頼した。なお、本研究は岡山大学病院看護部倫理委員会の承認を得て行った。

6. 分析方法

ELIN, SOCスケール, GHQ, 対象者の基本的属性について記述統計を行い, 正規性の検定をした。次に, 各尺度と基本的属性との関連をみた。さらにELINとGHQの関連とSOCスケールとGHQの関連を調べ, 感情労働とストレス反応, SOCとストレス反応の関連性を検討した。また, SOCスケール得点の中央値で2分し, SOC 高群・低群別で, ELINとGHQの関連性を検討した。相関関係の分析にはSpearmanの相関係数を求め, 2群間の比較の分析にはMann-WhitneyのU検定, 3群以上の比較の分析にはKruskal-Wallis検定を用いた。2群間の平均値の差の検定にはt検定を行った。P<0.05を有意差ありとした。以上のすべてのデータ分析には, 統計解析ソフトSPSS ver10.0J for Windowsを使用した。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の特性

対象者70名の属性を表1に示す。対象者の内訳は男性が3名, 女性が67名で, 女性が95.7%を占めた。平均年齢は, 29.3±5.6歳であった。平均看護師経験年数は7.5±5.2年であった。クリティカルケア領域の平均経験年数は3.9±3.1年で1～4年目が74.5%を占めた。

表1 対象者の基本的属性

属 性	カテゴリー	n (%)
性別	男	3 (4.3)
	女	67 (95.7)
経験年数 (欠損1)	1年目	8 (11.6)
	2～4年目	15 (21.6)
	5～9年目	19 (37.4)
	10年目以上	20 (29.0)
クリティカルケア 領域の経験年数 (欠損1)	1年目	15 (21.7)
	2～4年目	37 (52.8)
	5～9年目	11 (14.3)
	10年目以上	6 (8.5)
婚姻状況	既婚者	7 (10.0)
	未婚者	63 (90.0)
最終学歴 (欠損1)	専門学校卒	14 (20.0)
	短期大学卒	25 (35.7)
	大学卒	29 (41.4)
	大学院卒	1 (1.4)

2. 各尺度と基本的属性の関連

各尺度の平均値と基本的属性との関連を表2に示す。

1) ELINについて

ELIN総得点の平均値は90.5±11.3であった。下位概念では, 「探索的理解」が39.6±5.1, 「表層適応」が13.3±3.3, 「表出抑制」が16.8±2.7, 「ケアの表現」が11.4±2.4, 「深層適応」が9.3±2.3であった。クリティカルケア領域の経験年数, 部署との関連はなかったが, 「ケアの表現」は年

齢, 経験年数と有意な正の相関があった。

2) SOCスケールについて

SOCスケール総得点の平均値は116.4±21.0であった。経験年数, クリティカルケア領域の経験年数, 部署とは関連はなかった。婚姻状況, 最終学歴とも有意な関連はなかった。

3) GHQについて

GHQ総得点の平均値は11.4±6.1であった。健常者は15名(21.4%)のみで, 何らかの問題がある者が55名(78.6%)であった。要素別結果は表3に示す。平均値は「身体的症状」が3.6±2.1, 「不安と不眠」は4.0±1.9, 「社会的活動障害」は2.3±2.0, 「うつ傾向」は1.5±1.7であった。GHQ総得点, 各要素ともに年齢, 性別, 経験年数, クリティカルケア領域の経験年数, 部署とは有意な関連はなかった。GHQ総得点の平均値が高い集団は, 経験年数1, 2年目と7～9年目, クリティカルケア領域の経験年数1年目と3, 4年目であった。

3. ELINとGHQの関連

ELIN総得点とGHQ総得点間には有意な相関関係は認められなかった。ELIN下位概念とGHQ要素についても有意な相関関係は認められなかった。次に, SOCスケー

表2 各尺度と基本的属性との関連

	平均	SD	年齢	経験年数	専門経験年数	婚姻状況	学歴	部署
			a)	a)	a)	b)	c)	c)
総ELIN	90.5	11.3	.21 n.s.	.22 n.s.	.10 n.s.			n.s.
探索的理解	39.6	5.1	.14 n.s.	.11 n.s.	.02 n.s.			n.s.
表層適応	13.3	3.3	.16 n.s.	.16 n.s.	.04 n.s.			n.s.
表出抑制	16.8	2.7	.15 n.s.	.15 n.s.	.10 n.s.			n.s.
ケアの表現	11.4	2.4	.31*	.31**	.03 n.s.			n.s.
深層適応	9.3	2.3	-.00 n.s.	.00 n.s.	-.03 n.s.			n.s.
SOC	116.4	21.0	-.01 n.s.	-.04 n.s.	.14 n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
総GHQ	11.4	6.1	-.04 n.s.	-.05 n.s.	-.23 n.s.			n.s.
身体的症状	3.6	2.1	-.03 n.s.	.04 n.s.	-.12 n.s.			n.s.
不安と不眠	4.0	1.9	-.09 n.s.	-.10 n.s.	-.17 n.s.			n.s.
社会的活動障害	2.3	2.0	-.04 n.s.	-.05 n.s.	-.22 n.s.			n.s.
うつ傾向	1.5	1.7	-.02 n.s.	-.04 n.s.	-.23 n.s.			n.s.

a) Spearmanの順位相関係数

b) Mann-Whitney U検定

c) Kruskal Wallis 検定

*p<0.05 **p<0.01 n.s.: not significant

表3 GHQの要素スケール別得点内訳

	健常者 n (%)	軽度の症状	中等度以上の 症状
身体的症状	14 (20.0)	18 (25.7)	38 (54.3)
不安と不眠	8 (11.4)	21 (30.0)	41 (58.6)
社会的活動障害	18 (25.7)	23 (32.9)	29 (41.4)
うつ傾向	30 (42.9)	22 (31.4)	18 (25.7)

表4 SOC得点別のELINとGHQの関連

		総GHQ	身体的 症状	不安と 不眠	社会的 活動障 害	うつ 傾向
総ELIN	SOC高群	.02	.04	.23	-.20	-.06
	SOC低群	.35*	.31	.21	.03	.38*
探索的理解	SOC高群	.10	.07	.25	-.09	.02
	SOC低群	.35*	.33	.33	.02	.38*
表層適応	SOC高群	.22	.06	.31	.13	.07
	SOC低群	0	-.07	-.16	.05	.13
表出抑制	SOC高群	-.01	.02	.06	-.21	-.10
	SOC低群	.14	.25	.09	-.06	.12
ケアの表現	SOC高群	-.12	-.001	.04	-.22	-.19
	SOC低群	.40*	.35*	.34	.04	.34*
深層適応	SOC高群	-.06	-.08	.12	-.19	-.09
	SOC低群	.12	.06	-.06	.07	.18

Spearmanの順位相関係数 * $p<0.05$

表5 SOCとGHQの関連

	総GHQ	身体的 症状	不安と 不眠	社会的活 動障害	うつ傾向
SOC	-.63***	-.44***	-.49***	-.50***	-.59***

Spearmanの順位相関係数 *** $p<0.001$

ルの高群・低群でELINとGHQの関連をみた。その結果を表4に示した。SOC高群では、ELIN総得点とGHQ総得点間、ELIN下位概念とGHQ要素間に有意な関連はなかった。SOC低群は、ELIN総得点とGHQ総得点、「うつ傾向」において有意な正の相関が認められた ($r=0.35$ $p<0.05$, $r=0.38$ $p<0.05$)。ELINの下位概念である「探索的理解」、「ケアの表現」とGHQ総得点間 ($r=0.35$ $p<0.05$, $r=0.40$ $p<0.05$)、「探索的理解」と「うつ傾向」間にも有意な正の相関が認められた ($r=0.38$ $p<0.05$)。SOCスケールの高群・低群でELINの平均値の差の検定 (t 検定)を行ったが有意差は認められなかった。

4. SOCスケールとGHQの関連

SOCスケールとGHQの関連を表5に示した。SOC総得点とGHQ総得点間、有意な負の相関関係が認められた ($r=-0.63$ $p<0.001$)。SOC総得点とGHQの要素すべてにおいても有意な負の相関関係にあった。

IV. 考 察

1. SOCとストレス認知、ストレス反応の関連

クリティカルケア領域の看護師を対象に感情労働とストレス反応の関連性を検討した。その結果、ELINとGHQとの間に有意な相関関係は認められず、クリティカルケア領域の看護師において、感情労働とストレス反応の関連性はなく、概念モデルは棄却された。しかし、SOCの高・低群別に関連性を検討すると、SOC低群のみにELINとGHQに有意な正の相関を認め、SOC低群のみに感情労働

とストレス反応の関連性が明らかとなった。この結果は、クリティカルケア領域の看護師にとって患者および家族に対する感情労働がストレス反応に及ぼす影響は小さいが、SOCによって感情労働のストレス認知に差が出て、SOC低群においてはストレス反応に影響を及ぼすことを示している。高山ら²⁰⁾は、SOCが低い群はストレスフルな生活出来事の影響を受けやすく、さらにSOCが弱められることを明らかにしている。またMcSherryら²¹⁾は、SOCが低い集団は、ストレス負荷試験で高群に比べ認知的対処の仕方に問題があり、ストレス反応が強く、かつ回復が遅い実験結果を示している。これらのSOCがストレス認知やストレス反応に影響を与える実証研究やSOCがストレス認知から対処行動までに影響を及ぼす理論特性は、本研究結果を支持するもので、SOCがストレス認知の個人差を予測する因子になるといえる。

本研究結果からは、GHQに対するSOCの緩衝効果は明らかにできないが、SOCスケールとGHQの有意な負の相関関係、GHQと年齢、経験年数、クリティカルケア領域の経験年数間には有意な相関関係ではなかった結果から、SOCはストレス反応に対し強い影響を与えているものと考ええる。SOCと身体的および精神的健康との関連が検討された先行研究では、SOCは精神的な健康と全身的な健全さと有意な正の相関関係を示した²²⁾。また、関塚ら²³⁾は、卒業前の看護学生を対象に心理社会的ストレスの実態をSOCスケールと不安尺度、生理学的指標を用いて調査した結果、SOC低群に不安尺度が有意に高く、SOCが精神的健康状態を表す指標として用いられる可能性について言及している。これらのSOCと精神的健康状態の密接な関係は、本研究結果でも同様に示され、SOCが精神的健康への主要な影響要因であることを支持するものであった。

以上のことから、SOCはストレス認知とストレス反応に影響を及ぼしており、精神的健康度の改善にSOCが寄与することが考えられる。坂野ら²⁴⁾がSOCの下位概念の「有意味感」を重視し、SOCスケールを精神保健的介入が必要な者をスクリーニングするための測定尺度として適用する可能性を示していることとあわせて、メンタルヘルス対策に、SOCスケールを導入し個人、組織としてSOCを把握する、あるいはSOCを高めていくことの有効性が推測される。

2. クリティカルケア領域の看護師の感情労働

本研究対象のELIN総得点の平均値は 90.5 ± 11.3 点で、外来、病棟、手術室、ICUのすべてが含まれる対象で測定された先行研究²⁵⁾とほぼ同得点であった。各要素別にみると、「表層適応」得点のみがやや低い結果であり、感情労働とストレス反応の関連性は認めなかった。Zapfらは感情労働とストレス反応の関連に関して実証研究を行い、

当初はその関連には一貫した結果が得られなかった²⁶⁾。しかし、後に感情労働概念が心身健康に対しネガティブな影響のみならず、ネガティブ、ポジティブの両方の効果を持つ特徴を明らかにしている²⁷⁾。小宮²⁸⁾も、ケアの場面における看護師の否定的感情の体験は、ケアの質を低下させる要因の一方で質の高いケアへの原動力にもなることを指摘している。このように感情労働自体が双極性を持ち合わせている特徴が、ストレス反応と関連しなかった本研究結果に影響した可能性が考えられる。

本研究結果では、SOC低群のみに、ELIN総得点とGHQ、ELINの下位概念である「探索的理解」と「ケアの表現」がGHQの要素である「うつ傾向」と正の相関関係にあり、感情労働とストレス反応との間に関連性を認めた。先行研究²⁹⁾³⁰⁾では、感情労働の中でもストレスサーに近い働きをするものは、“感情の不協和”と“感情の敏感さ”とされている。“感情の不協和”とは、ある状況において本当に感じている感情とは異なる感情を表現することを示し、“感情の敏感さ”は、相手の感情に敏感に反応しようとすることを意味している。そして、この“感情の不協和”がストレス反応、特に「うつ傾向」と「不安と不眠」に影響を及ぼすこと、“感情の敏感さ”がバーンアウトの情緒的消耗感に影響を及ぼすことが明らかにされている。

感情労働の中でストレスサーとなる“感情の不協和”と“感情の敏感さ”を本研究で用いたELINに適用すると、対象に表す感情が実際の感情とは異なり感情を装う³¹⁾「表層適応」が“感情の不協和”に相当し、適切な感情の表現方法を探しながら対象への理解を示す³²⁾「探索的理解」が“感情の敏感さ”に相当するものと考えられる。よって、「探索的理解」とストレス反応の関連は矛盾しない。しかしながら、本研究では「表層適応」とストレス反応の間には関連を認めなかった。また、言葉による伝達に限界がある患者に接する時に大切にされる³³⁾「ケアの表現」とストレス反応との間に関連を認めた。クリティカルケア領域の看護の対象は、言語的コミュニケーションが図れないことが多く、非日常の環境下で感情を表出できない場合が多い。そのため、看護師は知覚を敏感にし、相手の反応から言語的に表出されない微妙に変化する対象の問題と体験を読み取りながら、即座にケアを提供する特徴がある³⁴⁾。このクリティカルケア看護の特徴は、本研究における感情労働の「探索的理解」や「ケアの表現」と合致している。すなわち、生命の危機的状況でかつ心理社会的危機状態にある対象にコミットし、知覚を敏感にして対象の体験を理解しようとするケア自体は、多大な情緒的資源が要求される半面、質の高い看護の源泉となり、感情労働の双極性の影響を示すものといえる。このような感情労働は、看護師の感情の問題に関する先行研究の多い精神科領域やターミナ

ルケア領域における、対象に対する否定的感情に適応するための感情労働とは異質であり、「表層適応」得点が低かった研究結果とあわせ、クリティカルケア領域では“感情の不協和”が生じにくく、「表層適応」はストレス反応と関連しなかったものと考えられた。

以上のことより、クリティカルケア領域の看護師において、「探索的理解」や「ケアの表現」といった感情労働は、質の高いケアの源泉となる一方でストレスサーとして働く可能性があり、SOCの得点によって感情労働のストレス認知や感情労働に適応できるかどうか左右され、ストレス反応に影響を及ぼすことが明らかとなった。

クリティカルケア領域の看護師の感情労働とストレス反応やバーンアウトの問題に、SOCが関連して感情労働自体が看護の質をも変動させ得る存在であることが示されたことは新たな知見であり、特にSOCの低い看護師に対する対策の必要性が浮き彫りとなった。

3. 対象の特性からみるメンタルヘルス対策に向けた示唆

本研究対象のSOCスケール得点の平均値は116.4±21.0点で、国内外の先行研究^{35)~38)}と比較して低かった。また、GHQ得点も看護職は一般に高値を示すといわれるが、本研究対象の平均値は11.4±6.1で、何らかの問題がある者が78.6%と、先行研究³⁹⁾⁴⁰⁾より高い傾向にあった。特にGHQの高値を示した集団は、経験年数1, 2年目と7~9年目、クリティカルケア領域の経験年数1年目と3, 4年目であった。これは、先行研究⁴¹⁾⁴²⁾⁴³⁾で示す精神的健康度が低い20歳代または25歳未満の若いグループ、あるいは職務満足度が低い30~34歳の経験年数10年前後の集団特性と類似していた。よって、SOCスケール得点が低く、かつGHQが高値を示した集団は注目すべき集団といえる。

SOCは本質的に小児早期に形成され、30歳ごろからは安定し、その後変わることはない安定した人格変数⁴⁴⁾とされている。しかし、高山ら⁴⁵⁾はSOCが低い群は、ストレスフルな生活出来事でさらにSOCが弱められる一方、強い群は影響を受けないことを縦断的調査で明らかにし、SOCは変化する可能性も論じている。このようにSOCの変化、強化についての実証研究はまだ少ないが、理論上はSOCの形成、強化には良質の人生経験と緊張処理の成功体験などとされ、20代の間にSOCを高めていくための実践を行いながら、実証研究を積み重ねていく必要がある。

V. 本研究の限界と課題

本研究対象は特定機能病院一施設のクリティカルケア領域の看護師を対象としており、本研究結果をクリティカルケア領域全体のこととして一般化するには限界がある。また、クリティカルケア領域の看護師の感情労働を測定したが、測定尺度ELINは他の対人サービス業を対象とした感

情労働尺度とは構成要素、特徴が異なっており看護師の特徴を考慮しているが、ELINを用いた実証研究はまだ存在せず、構成概念妥当性などの検討が必要であろう。そして、クリティカルケア領域の看護師は、患者の状態の改善や異常の早期対応、対象の意思決定の支援のために患者および家族のみならず、医師をはじめ他職種に対しても感情労働を行っていることが考えられ、それらを含めた感情労働を検討することが必要であろう。また、精神科領域、クリティカルケア領域、ターミナル期や慢性疾患患者を看る看護師など、看護の領域の相違による感情労働の比較やストレス反応との関連性を検討することが課題である。

要 旨

本研究は、クリティカルケア領域の看護師が行う感情労働とストレス反応の関連、Sense of Coherence (SOC) とストレス反応の関連を明らかにすることを目的とし、組織的なメンタルヘルス対策に向けた基礎的資料となるものである。A大学病院のクリティカルケア領域の看護師70名を対象に、看護師の感情労働測定尺度 (ELIN)、日本語版SOCスケール、日本版一般健康調査 (GHQ) を含む質問紙調査を行った。その結果、ELINとGHQ間には有意な関連はなかった。しかしながら、SOC低群のみにELINの下位概念である探索的理解とケアの表現が、GHQの要素のうつ傾向と有意な正の相関関係にあった。また、SOCスケールとGHQは有意な負の相関関係にあった。これらより、SOCはストレス認知、ストレス反応に関連し、精神的健康度の改善にSOCが寄与する可能性が示された。

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the relationship between; 1) emotional labor performed by critical care nurses and their stress reactions, 2) Sense of Coherence (SOC), the ability to keep their mentality healthy under the stressful environment, and their stress reactions. This study becomes the fundamental database for establishing the measures of mental health in the organization. The seventy critical care nurses in "A" university hospital were involved in this study. The questionnaire included following standard scales; Emotional Labor Inventory for Nurses (ELIN), the Japanese edition of SOC scale (SOC scale), and the Japanese edition of the General Health Questionnaire 28 (GHQ). As a result, there was no significant correlation between ELIN and GHQ. However, in lower SOC group, there was significant positive correlation between "Exploring and understanding", "Expression of caring" in ELIN and "depression" in GHQ. In addition, SOC scale and GHQ were in significant negative correlation. The results showed that the SOC was related to stress recognition and strain, and which suggests the SOC may contribute to the improvement of mental health in the workplace.

文 献

- 1) Hochschild, A. R. : The managed heart : Commercialization of human feeling, 1983, 石川 准, 室伏亜希訳 : 管理される心ー感情が商品になるときー, 世界思想社, 京都, 2000.
- 2) Smith, P. : The emotional labor of nursing, 1992, 武井麻子, 前田泰樹監訳 : 感情労働としての看護, ゆみる出版, 東京, 2000.
- 3) 荻野佳代子, 瀧ヶ崎隆司, 他 : 対人援助職における感情労働がバーンアウトおよびストレスに与える影響, 心理学研究, 75(4), 371-377, 2004.
- 4) 森みさ子, 中村 忍, 他 : 脳死患者の家族と接するときに生じる看護婦の不安とその要因, 第27回日本看護学会集録 (看護総合), 109-111, 1996.
- 5) 高野里美 : 集中治療室 (ICU) での終末期における看護行為ー一般病棟との相違ー, 臨床死生学, 8(1), 26-35, 2003.
- 6) 北畠由喜, 刀谷峰子, 他 : 救命救急センターにおける看護師のストレスーSecondary Traumatic Stressに着目してー, 日本救急看護学会雑誌, 5(1), 219, 2003.
- 7) Shdar, K. : Factors influencing job satisfaction and anticipated Turnover for nurses in an academic medical center, JONA, 31(4), 210-216, 2001.
- 8) 三木明子, 原谷隆史, 他 : 看護婦のストレスと業務上の事故および病欠欠勤の検討, 第29回日本看護学会集録 (看護総合), 156-158, 1998.
- 9) Tarnowski-Goodell, T. : Outcomes of nurses job satisfaction, JONA, 24(11), 36-41, 1994.
- 10) 田中幸子, 山崎喜比古 : 看護職のストレスマネジメント, インターナショナルナースングレビュー, 26(2), 32-37, 2003.
- 11) Murphy, L. R. : Stress management in work setting, Am J Health Promot, 11, 112-135, 1996.
- 12) Antonovsky, A. : Unraveling the Mystery of Health : How People Manage Stress and Stay Well, 1987, 山崎喜比古, 吉井清子監訳 : 健康の謎を解くーストレス対処と健康保持のメカニズムー,

- 19-39, 有信堂, 東京, 2001.
- 13) 片山由加里, 小笠原知枝, 他: 看護師の感情労働測定尺度の開発, 日本看護科学会誌, 25(2), 20-27, 2005.
- 14) 前掲13).
- 15) 田尾雅夫, 久保真人: パーンアウトの理論と実際－心理学的アプローチ－, 16-17, 誠信書房, 東京, 2000.
- 16) 前掲13).
- 17) 山崎喜比古: 健康への新しい見方を理論化した健康生成論と健康保持能力概念SOC, *Quality Nursing*, 5(10), 81-88, 1999.
- 18) 中川泰彬, 大坊郁夫: 日本版GHQ精神健康調査票手引, 日本文化科学社, 1986.
- 19) 前掲17).
- 20) 高山智子, 浅野祐子, 他: ストレスフルな生活出来事が首尾一貫感覚 (Sense of Coherence: SOC) と精神健康に及ぼす影響, 日本公衆衛生雑誌, 46(11), 965-976, 1999.
- 21) McSherry, C. W., Holm, J. E.: Sense of Coherence: Its effect on Psychological and physiological processes prior to, during, and after a stressful situation, *Journal of Clinical Psychology*, 50(4), 476-487, 1994.
- 22) Schuffel, W., Brucks, U. et al.: Handbuch der Salutogenese: Konzept und Praxis, 1998, 橋爪誠監訳: 健康生成論の理論と実際, 心身医療, メンタルヘルス・ケアにおけるパラダイム転換, 161-169, 三輪書店, 東京, 2004.
- 23) 関塚真美, 坂井明美, 他: 卒業前看護学生の心理社会的ストレスの実態－心理社会的尺度と生理学的指標からの評価－, 北陸公衆衛生雑誌, 30(1), 2003.
- 24) 坂野純子, 矢嶋裕樹: 大学生における首尾一貫感覚 (SOC) スケールの構造化, 日本公衆衛生雑誌, 52(1), 34-45, 2005.
- 25) 前掲13).
- 26) Zapf, D., Seifert, C. et al.: Emotion work and job stressors and their effects on burnout, *Psychology and Health*, 16, 527-545, 2001.
- 27) Zapf, D.: Emotion work and psychological well-being: A review of the literature and some conceptual considerations, *Human Resource Management Review*, 12, 237-268, 2002.
- 28) 小宮敬子: 看護師がケア場面で体験した否定的感情の様相に関する研究, お茶の水医学雑誌, 53(4), 77-96, 2005.
- 29) 前掲27).
- 30) 前掲3).
- 31) 前掲13).
- 32) 前掲13).
- 33) 前掲13).
- 34) 中藤美千代: クリティカルケアに携わる熟練看護者の技能の記述, *看護研究*, 38(2), 35-48, 2005.
- 35) 前掲20).
- 36) 小川幸恵, 中村裕之, 他: 生活習慣病危険因子に関わる Health locus of control (HLC), Sense of coherence (SOC) を中心とした心理社会的因子についての構造的分析, 日本衛生学雑誌, 55, 597-606, 2001.
- 37) 山崎喜比古, 木村知香子, 他: ストレス対処能力SOCに関する実証研究の到達と課題, 日本健康教育学会誌, 第9巻特別号, 244-245, 2001.
- 38) 前掲22).
- 39) 松本日出男, 森 満, 他: 同一医療機関の医師・看護職における精神的健康度と職ストレス要因の検討, 北海道公衆衛生学雑誌, 15, 59-69, 2001.
- 40) 影山隆之, 錦戸典子, 他: 公立病院における女性看護職の職業性ストレスと精神健康度との関連, 大分看護科学研究, 4(1), 1-10, 2003.
- 41) 前掲40).
- 42) 上田恵美子, 古川文子, 他: スタッフナースの健康関連QOLに職業性ストレス要因, 緩衝要因, 個人要因が及ぼす影響, 日本看護研究学会雑誌, 29(5), 39-47, 2006.
- 43) 石松直子, 大塚邦子, 他: 看護婦のメンタルヘルスに関する研究－ストレス・職務満足・自我状態相互の関連－, 日本看護研究学会雑誌, 24(4), 2001.
- 44) 前掲12).
- 45) 前掲20).

〔平成19年8月20日受 付〕
〔平成20年6月12日採用決定〕

抗がん剤漏出による皮膚傷害に関する実証的研究

Corroborative Study of Skin Lesions Induced by Anticancer Drug Extravasation

及 川 正 広 武 田 利 明
Masahiro Oikawa Toshiaki Takeda

キーワード：抗がん剤、漏出、皮膚傷害

Key Words：anticancer drug, extravasation, skin lesions

I. はじめに

抗がん剤は、血管外漏出により皮膚傷害をきたしやすい薬剤の中でも、特に重篤な傷害を生じるとされている^{1), 2)}。そのため、皮膚傷害を生じた患者は、がんという強い不安や副作用の他に、新たに傷害による苦痛に耐えながら治療を行わなくてはならない状況に陥る。さらには、このことが原因で医療不信や治療に対する不安感の増大など、がん治療において致命的な事態を招く危険性をはらんでいる。

抗がん剤漏出による皮膚傷害は、少量の漏れでも水泡性皮膚壊死を生じ難治性潰瘍を惹起しやすい「起壊死性抗がん剤」、局所の炎症を起こすが、潰瘍形成までには至らない「炎症性抗がん剤」、多少漏れても炎症や壊死を生じにくい「非壊死性抗がん剤」の3種に分類されている¹⁾⁻⁵⁾。また、血管外漏出による皮膚傷害を引き起こす要因については、薬液のpHや浸透圧、薬剤の持つ性質などに依存するとされている^{6), 7)}。しかし実際には、これらについて、病態学的に検証した研究報告は少なく、科学的根拠の裏付けがない状態で、経験の中で継承的にケアを実施しているのが現状である。そこで本研究では、適切な看護技術を構築するための基礎的知見を得ることを目的に、抗がん剤漏出による皮膚傷害をラットに作製し、肉眼的、血液生化学的、組織学的に検索した。

II. 研究方法

1) 使用薬剤

本研究では、抗がん剤漏出による皮膚傷害の報告件数、使用頻度、薬理作用などを考慮し、起壊死性抗がん剤に分類されるマイトマイシンC（マイトマイシン：協和発酵）と硫酸ビンブラスチン（エクザール®：日本化薬）、炎症性抗がん剤に分類されるシスプラチン（ランダ®：日本化薬）、非壊死性抗がん剤に分類されるアスパラキナーゼ（ロイナーゼ®：協和発酵）の4種類を選択し実験を行った。

本実験における各薬剤の希釈濃度は、添付文書に記載されている希釈濃度に調整し、マイトマイシン0.4mg/ml、エクザール®1.0mg/ml、ランダ®0.5mg/ml、ロイナーゼ®500k.u/mlに、それぞれ生理食塩液を溶液として調整した。

2) 使用動物

生後10週齢のWistar系雄性ラット（日本チャールス・リバー株式会社）を購入し、2週間馴化飼育した後、健康なラットを使用した。実験中は飼料、水ともに常時摂取可能とし、飼育室の室温は20±2℃、湿度55±5%に設定し、実験動物に不必要なストレスを加えないよう、室内環境を一定に保ち飼育した。

群構成は、マイトマイシン投与群、エクザール®投与群、ランダ®投与群、ロイナーゼ®投与群とし、ラット2匹を1組として、2回繰り返して実験を行い、各群4匹ずつ計16匹を実験に供した。

3) 薬液漏出方法

投与部位は、抗がん剤漏出による皮膚傷害の状態を観察しやすいこと、ラットが投与部に触れにくい場所などから背部を選択し、注入量は、これまでのラットを用いた組織傷害の実験で使用されている量^{8), 9)}で、結果の解析・評価に適切であること、さらにはラットの背部の大きさを考慮し漏出量を0.5mlとした。

ネプタール注射液（大日本製薬株式会社）を0.1ml/100gの割合で腹腔内に投与し、麻酔下でラットの背部を電気バリカン（DC-6型、清水電気工業株式会社）で丁寧に剪毛した。その後、剪毛した背部を摘み上げ、26Gテルモ注射針（26G×1/2SB）を45度の角度で2/3挿入した。1匹につき、2ヶ所に薬液を0.5mlずつ投与し、皮膚が膨隆したのを確認して皮下組織に薬液を漏出した状態とした。

4) 検索方法

(1) 肉眼的観察

投与後、5時間継続的に観察し、その後、2日目、3日

目、6日目と経日的に漏出部の観察を行った。また、観察時には、ジェチルエーテルによる麻酔下でデジタルカメラ（CAMEDIASP-500UZ、OLIMPUS）を使用し、漏出部位の写真撮影を行った。

肉眼的観察では、腫脹、発赤、潰瘍の3項目の有無を判定した。腫脹に関しては、「投与部周囲にまで広がり、発赤を伴う腫脹」を重篤（+++）、「投与部周囲にまで広がっているが発赤を伴わない腫脹」を中等度（++）、「投与部に限局しているが発赤を伴う腫脹」を軽度（+）、「投与部に限局し、発赤を伴わない腫脹」を軽微（±）、「腫脹が見られない場合」を異常なし（-）と判定した。発赤、潰瘍の評価は、薬液投与時に膨隆した皮膚の長軸と短軸を測定し、それを乗じた値を病変面積とした。病変面積の平均値が約2.00cm²であったことから、「発赤、潰瘍部それぞれの病変面積が2.00cm²以上」の変化を重篤（+++）、「発赤、潰瘍部それぞれの病変面積が1.00cm²以上2.00cm²未満」の変化を中等度（++）、「発赤、潰瘍部それぞれの病変面積が0.25cm²以上1.00cm²未満」の変化を軽度（+）、「発赤、潰瘍部それぞれの病変面積が0.04cm²以上0.25cm²未満」の変化を軽微（±）、「発赤、潰瘍が見られない場合」は異常なし（-）と判定した。

(2) 血液生化学的検査

血液生化学的検査は、初めにネンブタール[®]注射液（大日本製薬株式会社）を0.1ml/100g 腹腔内に投与し、その後、深麻酔下で開腹し、腹部大動脈より採血した。血液は遠心器（KUBOTA2700、久保田製作所）を用いて、3,000rpmで20分間遠心分離を行い血清を採取し、乳酸脱水素酵素（以下LDHと略す）、クレアチンホスホキナーゼ（以下CPKと略す）、シアル酸、C反応性蛋白（以下CRPと略す）を、盛岡臨床検査研究センター（盛岡市）に依頼し測定した。さらに、LDH、CPK、シアル酸値に関しては、表計算ソフトMicrosoft Excel 2003を用いて各群間の統計的な有意差の検定を行った。

(3) 組織学的検索

採血後、漏出部を中心に皮膚組織及び筋組織を摘出し、20%中性緩衝ホルマリン液（和光純薬）で保存した。その後、観察に必要な部位を1病変につき連続で3切片を短冊状に切り出し、組織科学研究所（青梅市）に依頼してヘマトキシリン・エオジン染色（H&E）の病理組織標本を作製し、光学顕微鏡を用いて組織学的検査を行なった。組織学的検査では、表皮壊死、真皮組織浮腫、真皮組織炎症性細胞浸潤、皮下組織浮腫、皮下組織炎症性細胞浸潤、皮下組織壊死、筋組織浮腫、筋組織炎症性細胞浸潤、筋組織壊死の計9項目について観察を行い、「病変が1/2以上ある」場合を重篤（+++）、「病変が1/3以上ある」場合を中等度（++）、「病変が限局している」場合を軽度（+）、「病

変がわずかに見られる」場合を軽微（±）、「病変が見られない」場合を変化なし（-）とし評価を行った。

なお、本研究は、実験動物に関する指針¹³⁾に準拠して行った。

Ⅲ. 結 果

1) 肉眼的観察（表1、図1、2）

薬液を投与した直後は、全例で長軸と短軸を掛け合わせた面積が約2.00cm²の膨隆が認められたが、5時間後にはすべて消失した。マイトマイシンは、その後3日目より腫脹が確認され、投与後6日目では全てで腫脹が観察された。しかし、そのほとんどが、投与部に限局し発赤を伴わない腫脹であった（図1 a）。さらに病変部摘出時に内部を確認したところ、灰白色の病変と浮腫、皮筋組織への癒着が観察された（図2 a）。エクザール[®]では、投与後2日目に8病変中6病変で発赤が確認され、その後発赤は拡大し潰瘍に移行した。そのうち3病変で体表面積が1.00cm²以上の

表1 漏出後6日目の肉眼的所見

		マイトマイシン		エクザール		ランダ		ロイナーゼ	
腫	脹	-	0/8	-	8/8	-	8/8	-	8/8
		±	7/8	±	0/8	±	0/8	±	0/8
		+	1/8	+	0/8	+	0/8	+	0/8
		++	0/8	++	0/8	++	0/8	++	0/8
		+++	0/8	+++	0/8	+++	0/8	+++	0/8
発	赤	-	7/8	-	8/8	-	8/8	-	8/8
		+	0/8	+	0/8	+	0/8	+	0/8
		+	1/8	+	0/8	+	0/8	+	0/8
		++	0/8	++	0/8	++	0/8	++	0/8
		+++	0/8	+++	0/8	+++	0/8	+++	0/8
潰	瘍	-	8/8	-	2/8	-	8/8	-	8/8
		±	0/8	±	1/8	±	0/8	±	0/8
		+	0/8	+	2/8	+	0/8	+	0/8
		++	0/8	++	1/8	++	0/8	++	0/8
		+++	0/8	+++	2/8	+++	0/8	+++	0/8
腫	脹	腫脹がない（変化なし）						（-）	
		抗がん剤投与部に限局し、発赤を伴わない（軽微）						（±）	
		抗がん剤投与部に限局し、発赤を伴う（軽度）						（+）	
		抗がん剤投与部周囲まで広がり、発赤を伴わない（中等度）						（++）	
		抗がん剤投与部周囲まで広がり、発赤を伴う（重篤）						（+++）	
発赤、潰瘍	発赤・潰瘍がない（変化なし）（-）								
	発赤・潰瘍部それぞれの病変面積が0.04cm ² 以上0.25cm ² 未満（軽微）						（±）		
	発赤・潰瘍部それぞれの病変面積が0.25cm ² 以上1cm ² 未満（軽度）						（++）		
	発赤・潰瘍部それぞれの病変面積が1cm ² 以上2.00cm ² 未満（中等度）						（++）		
	発赤・潰瘍部それぞれの病変面積が2.00cm ² 以上（重篤）						（+++）		

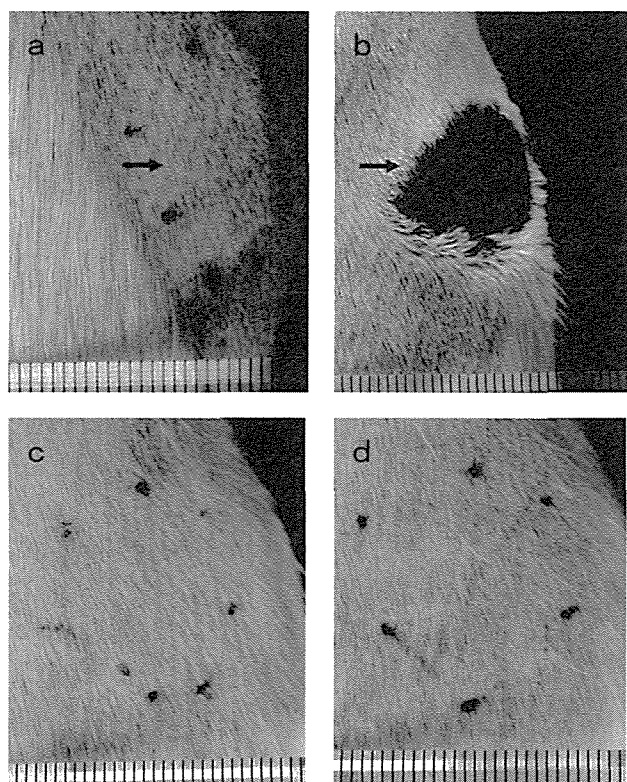


図1 漏出後6日目の肉眼的所見（表層から）

- a：マイトマイシンC（マイトマイシン），漏出部に軽度の腫脹（→）が認められる。
 b：硫酸ビンブラスチン（エクザール[®]），漏出部に潰瘍（→）が認められる。
 c：シスプラチン（ランタ[®]），漏出部に異常所見は認められない。
 d：アスパラキナーゼ（ロイナーゼ[®]），漏出部に異常所見は認められない。

潰瘍を形成した（図1 b）。しかし，病変部摘出時に内部を観察すると，マイトマイシンのような癒着などの病変は認められなかった（図2 b）。一方，ランタ[®]と，ロイナーゼ[®]では皮膚傷害は観察されなかった（図1, 2 c, d）。

2) 血液生化学的検査

血液生化学的検査では，LDHとCPKの平均値が，マイトマイシンが最も高値を示した。炎症反応を表すシアル酸の平均値では，エクザール[®]が最も高値を示し，CRP値においても，唯一エクザールで1匹反応が見られた。すべての群間において，有意差は認められなかった。

なお，ロイナーゼ[®]投与群は，1匹で溶血反応が認められたため，その値を除き平均値を求めた。

3) 組織学的検索（表2，図3）

ラット背部の正常皮膚を観察すると，表層には，角質層と細胞層に分かれている表皮組織と，膠原線維で構成され，血管や神経，毛包が認められる真皮組織が認められた。深部には，真皮組織と同じく主に膠原線維で構成され，少量の脂肪組織が存在する皮下組織と，筋線維束が緻密に密集している皮筋組織が確認された。マイトマイシンを投与

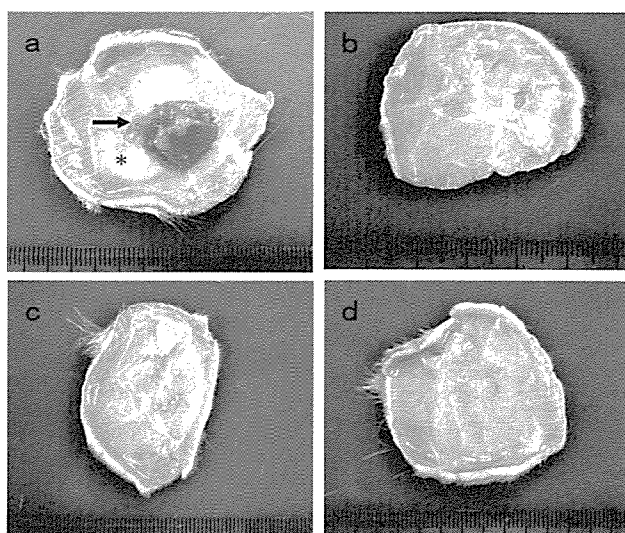


図2 漏出後6日目の肉眼的所見（組織内部から）

- a：マイトマイシンC（マイトマイシン），浮腫と癒着（→），灰白色の病変（*）が確認できる。
 b：硫酸ビンブラスチン（エクザール[®]），異常所見は認められない。
 c：シスプラチン（ランタ[®]），異常所見は認められない。
 d：アスパラキナーゼ（ロイナーゼ[®]），異常所見は認められない。

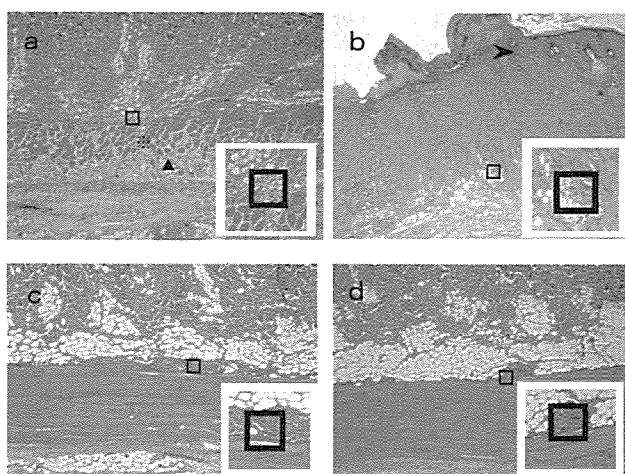


図3 漏出後6日目の組織学的所見（H&E，×54）

- a：マイトマイシンC（マイトマイシン），皮下組織に炎症性細胞の浸潤（□），皮筋組織に浮腫（※）と変性・壊死（▲）が認められる。
 b：硫酸ビンブラスチン（エクザール[®]），表皮は痂皮化（➤）が進み，皮下組織には炎症性細胞の浸潤（□）が認められる。
 c：シスプラチン（ランタ[®]），皮下組織に僅かに炎症性細胞の浸潤（□）が認められる。
 d：アスパラキナーゼ（ロイナーゼ[®]），皮下組織に僅かに炎症性細胞の浸潤（□）が認められる。

した周囲の組織は，皮下組織で炎症性細胞の浸潤が認められ，皮筋組織では，変性・壊死と浮腫が観察された。特に浮腫は，筋組織の1/2以上で観察される病変もあり，変性・壊死に陥った筋組織には，再生した筋細胞，炎症性細

表2 漏出後6日目の組織学的所見

	マイトマイシン	エクザール	ランダ	ロイナーゼ
	- 6/8	- 2/8	- 8/8	- 8/8
	± 2/8	± 0/8	± 0/8	± 0/8
表皮壊死	+ 0/8	+ 0/8	+ 0/8	+ 0/8
	++ 0/8	++ 3/8	++ 0/8	++ 0/8
	+++ 0/8	+++ 3/8	+++ 0/8	+++ 0/8
真皮組織浮腫	- 8/8	- 8/8	- 8/8	- 8/8
	± 0/8	± 0/8	± 0/8	± 0/8
	+ 0/8	+ 0/8	+ 0/8	+ 0/8
	++ 0/8	++ 0/8	++ 0/8	++ 0/8
	+++ 0/8	+++ 0/8	+++ 0/8	+++ 0/8
真皮組織炎症性細胞浸潤	- 8/8	- 2/8	- 7/8	- 5/8
	± 0/8	± 0/8	± 1/8	± 3/8
	+ 0/8	+ 1/8	+ 0/8	+ 0/8
	++ 0/8	++ 5/8	++ 0/8	++ 0/8
	+++ 0/8	+++ 0/8	+++ 0/8	+++ 0/8
皮下組織浮腫	- 6/8	- 4/8	- 8/8	- 8/8
	± 2/8	± 3/8	± 0/8	± 0/8
	+ 0/8	+ 1/8	+ 0/8	+ 0/8
	++ 0/8	++ 0/8	++ 0/8	++ 0/8
	+++ 0/8	+++ 0/8	+++ 0/8	+++ 0/8
皮下組織炎症性細胞浸潤	- 0/8	- 0/8	- 2/8	- 6/8
	± 2/8	± 1/8	± 6/8	± 2/8
	+ 2/8	+ 3/8	+ 0/8	+ 0/8
	++ 3/8	++ 4/8	++ 0/8	++ 0/8
	+++ 1/8	+++ 0/8	+++ 0/8	+++ 0/8
皮下組織壊死	- 4/8	- 5/8	- 8/8	- 8/8
	± 4/8	± 2/8	± 0/8	± 0/8
	+ 0/8	+ 1/8	+ 0/8	+ 0/8
	++ 0/8	++ 0/8	++ 0/8	++ 0/8
	+++ 0/8	+++ 0/8	+++ 0/8	+++ 0/8
皮筋組織浮腫	- 0/8	- 4/8	- 7/8	- 8/8
	± 2/8	± 2/8	± 1/8	± 0/8
	+ 1/8	+ 2/8	+ 0/8	+ 0/8
	++ 4/8	++ 0/8	++ 0/8	++ 0/8
	+++ 1/8	+++ 0/8	+++ 0/8	+++ 0/8
皮筋組織炎症性細胞浸潤	- 0/8	- 0/8	- 5/8	- 7/8
	± 5/8	± 4/8	± 3/8	± 1/8
	+ 3/8	+ 3/8	+ 0/8	+ 0/8
	++ 0/8	++ 1/8	++ 0/8	++ 0/8
	+++ 0/8	+++ 0/8	+++ 0/8	+++ 0/8
皮筋組織壊死	- 0/8	- 2/8	- 7/8	- 8/8
	± 7/8	± 2/8	± 1/8	± 0/8
	+ 1/8	+ 3/8	+ 0/8	+ 0/8
	++ 0/8	++ 1/8	++ 0/8	++ 0/8
	+++ 0/8	+++ 0/8	+++ 0/8	+++ 0/8

病変がみられない（変化なし）（-）
 病変がわずかに見られる（軽微）（±）
 病変が限局している（軽度）（++）
 病変が1/3以上ある（中等度）（++）
 病変が1/2以上ある（重篤）（+++）

胞などの存在がほとんど確認できず、組織の再生を示す所見が極僅かしか観察できなかった（図3 a）。エクザール®は、広範囲に傷害像が観察され、特に表皮から皮下組織にかけて強く観察された。しかし、表皮では痂皮化が進み、真皮組織から皮下組織にかけては、凝固壊死に陥っている

ものの、一方で炎症性細胞が多数存在し治癒過程を辿っている所見が確認できた。また、皮筋組織では、不完全でまだ未分化な筋細胞が観察され、組織再生が行われている所見が観察できた（図3 b）。ランダ®およびロイナーゼ®では、僅かに皮下組織に炎症性細胞の浸潤が確認されるのみであった（図3 c, d）。

IV. 考 察

各抗がん剤の直接作用による皮膚傷害については、「起壊死性抗がん剤」に分類される、マイトマイシンとエクザール®でそれぞれ重篤な皮膚傷害が観察され、「炎症性抗がん剤」に分類されるランダ®,「非壊死性抗がん剤」に分類されるロイナーゼ®では軽度な皮膚傷害のみ認められた。このことから、今回使用した薬剤は、抗がん剤漏出性皮膚傷害の分類と一致した所見が得られた。しかし、同じ「起壊死性抗がん剤」に分類される薬剤であっても、マイトマイシンでは皮筋組織層の浮腫や壊死、さらには皮筋組織より深部でも重篤な組織傷害が生じたのに対し、エクザール®は、表皮組織層から、真皮組織層、さらに皮筋組織層にかけての凝固壊死など広範囲に傷害像が観察されるなど、傷害像に大きな相違があることが明らかとなった。

1) マイトマイシンの直接的皮膚傷害に関する検討

肉眼的観察では、腫脹が確認され、重篤な発赤や潰瘍の所見は観察されなかった。血液生化学的検査では、LDHとCPKにおいて他の抗がん剤よりも高い値を示した。LDHやCPKは筋組織の炎症や傷害により高値を示す¹⁴⁾。組織学的検索では、マイトマイシンは特に皮筋組織層で壊死や浮腫など重篤な傷害が生じていたことから、皮筋の傷害が、LDHとCPK値に反映したと考えられる。また、マイトマイシンによる傷害は、漏出部より深部に拡大しているという特徴があった。組織採取時に病変部を観察したところ、癒着と灰白色の病変が確認された。その部位を組織学的に観察すると、皮筋組織層からさらに深部の組織においても、重篤な変性・壊死が認められた。溶液のpHや浸透圧の影響による傷害の場合、投与した部位を中心に傷害像が確認される。しかし、漏出部位とは違う皮筋組織から深部の組織に重篤な傷害をおよぼしたことから、pHや浸透圧の影響だけによる傷害とは考えにくい。作用機序から考えると、マイトマイシンは、細胞のDNAと結合し、二重鎖DNAへの架橋形成を介してDNAの複製を阻害し、抗がん活性を示すとされている¹⁵⁾。真皮組織層から皮下組織層にかけ傷害が少ないのは、それらを取り巻く細胞外マトリックスではDNA合成が行われておらず、そのために、組織間隙に侵入した薬剤の影響で皮膚傷害が生じたものの、マイトマイシンの抗がん活性の影響は少ないことが考えられる。一方、皮筋組織には核が認められるため、抗

がん活性の影響を受けやすく、漏出により傷害された組織の再生が抗がん活性の影響で阻害され、そのために、再生像や周囲に炎症性細胞の浸潤などが確認できなかったと考えられる。さらには、皮筋組織層より深部の組織にも傷害がおよび、浮腫や癒着が上層部の皮膚組織を押し上げ、腫脹として観察されたと考えられる。また、病変部の組織再生が弱い原因として、局所リサイクル (local recycling) 現象¹⁶⁾ が考えられる。局所リサイクル現象とは、マイトマイシンのように核酸 (主にDNA) に結合する薬剤に起こる現象で、漏出直後から周囲組織に傷害をもたらすだけではなく、細胞の死滅にともない遊離し、隣接した細胞に移行し細胞傷害を繰り返し、長期間にわたり傷害を持続させる⁴⁾。実際に、マイトマイシンの直接的作用による皮膚傷害に関する文献の多くは、数ヵ月後に難治性潰瘍を形成し、壊死組織除去 (デブリードメン) や皮膚移植などの治療を行ったという内容のものであり^{17) - 19)}、このことから、マイトマイシンは、漏出により皮膚傷害が長期間潜在化する危険性がある薬剤であると考えられる。我々看護師は、皮膚傷害の観察を肉眼的に行い、表層部の変化が顕著に現れる発赤や潰瘍を重篤と判断する傾向にある。本研究より、たとえ肉眼的に軽度の腫脹のみ観察される場合であっても、組織内部で重篤な皮膚傷害を引き起こしていることが明らかとなり、継続して漏出部の状態を観察して行くことの重要性が示唆された。

2) エクザール®の直接的皮膚傷害に関する検討

肉眼的観察において、唯一エクザール®で潰瘍が認められた。Dorrらが行ったマウスを使った実験でも²¹⁾潰瘍を形成したという報告があり、エクザール®が血管外に漏出した場合に、潰瘍を形成する危険性が非常に高い薬剤であることが確認された。血液生化学的検査では、エクザール®は、炎症反応を示すシアル酸値が他の投与群と比較して高値であり、CRPに対して唯一反応が認められた。組織学的検索においては、表皮から皮下組織層にかけ広範囲の凝固壊死や炎症性細胞の浸潤、さらには、皮筋組織層の壊死が認められた。このことから、エクザール®の直接的作用により皮膚組織に強い炎症反応が起こり、その結果、シアル酸やCRPの値に反映されたことが考えられる。しかし、一方で、びらんは痂皮化が進み、皮筋組織では不完全で未熟な細胞が確認でき、真皮組織層から皮下組織層にかけての炎症性細胞の浸潤も含めて、治癒過程を辿っていることを裏付ける組織所見が認められた。以上から、エクザール®は漏出により、潰瘍形成や凝固壊死など重篤な皮膚傷害を引き起こす危険性があるが、同時に組織再生や治癒の可能性も期待できる薬剤であると考えられる。我々看

護師は、このことを十分認識し、局所の安静や感染防止に努め、治癒過程が辿れるよう環境を整えることの重要性が示唆された。

また、組織傷害像から、pHや浸透圧の影響が強いのではと考えたが、エクザール®のpHは5.0~5.1、生理食塩液に対する浸透圧比は約1であり、pHや浸透圧の影響のみでこのような重篤な潰瘍を形成したとは考えにくい。エクザール®の作用機序に関しては、染色体の移動に重要な働きを担う、紡錘体を形成する微小管 (チューブリン) に結合し、細胞周期を分裂周期で停止させるとされている¹⁵⁾。しかし、マイトマイシンの傷害像とは異なり、核を持たない細胞外マトリックスにも傷害がおよび、一方では、皮筋組織で治癒過程も認められている。このことから、抗がん剤漏出による皮膚傷害を考える場合、作用機序 (核への作用の有無など) や、pH、浸透圧の影響だけで傷害を予測し判断することは難しく、薬剤個々の組織傷害機序を質的に検証していくことの重要性が示唆された。

3) ランダ®, ロイナーゼ®の直接的皮膚傷害に関する検討

抗がん剤による皮膚傷害の分類と同じく、ランダ®, ロイナーゼ®の直接作用による皮膚傷害はマイトマイシン、エクザール®に比べて、軽度であるという結果が得られた。ランダ®は、pHが実測値で4.4~4.5と、酸性であるため、その影響で皮膚傷害を引き起こす危険性も考えられる。しかし、本実験は、それを裏付ける傷害像は確認されなかった。ジアゼパム注射液 (セルシン®) など、pHや浸透圧により皮膚傷害を引き起こすと考えられている薬剤の場合、投与した数時間後に皮膚傷害が起こり、その後、侵食性に傷害像が拡大するのではなく、その範囲で炎症反応がとどまる^{8) - 9)}。本実験は投与後6日目の組織を観察したため、それより早期に軽度の皮膚傷害が起こり、6日目にはその傷害が吸収された可能性も否定できず、今後検証する予定である。

以上から、不幸にして、治療中に抗がん剤が漏出した場合、我々看護師が、抗がん剤を一括に捉えケアを行い、肉眼的観察だけで評価しようとすることは非常に危険であることが明らかになった。このような場合には、薬剤個々の特性を十分考慮し、組織内部や、今後辿ると考えられる過程を予測し、科学的根拠に基づき慎重に観察を行い、ケアを実践していくことが大切であると考えられる。その為には病態学的な検証が必須で、さらには、その知見をもとに、他職種と共に、治療やケア、患者説明など協力し行えるよう調整していくことが、看護師の重要な役割になると考える。

要 旨

本研究では、抗がん剤漏出による皮膚傷害の質的变化について検索するため、実験動物（ラット）を用いた基礎的研究を実施した。使用した抗がん剤は、起壊死性抗がん剤であるマイトマイシンとエクザール[®]、炎症性抗がん剤に属するランダ[®]、非壊死性抗がん剤に属するロイナーゼ[®]を選択し、肉眼的、血液生化学的、組織学的に検索した。その結果、マイトマイシンの皮膚傷害は、皮膚深層に傷害像が強く認められ肉眼的に観察されにくい。さらには、傷害が持続し組織の再生も弱い。エクザール[®]の皮膚傷害は、表皮から筋肉組織にかけ広範囲に傷害が生じ、急速に潰瘍を形成し顕在化するが時間の経過とともに再生像も確認できる。ランダ[®]とロイナーゼ[®]は、エクザール[®]やマイトマイシンに比べ皮膚傷害が弱いという知見が得られた。

以上から、抗がん剤の血管外漏出時には、看護師は組織内部の皮膚傷害について把握し、患者のケアを行う必要性が示唆された。

Abstract

We carried out an experimental study using rats to investigate the characteristics of skin lesions induced by extravasation of anticancer drugs. We used four types of anticancer drug: asparaginase, which is a non-vesicant drug; cisplatin, which is an irritant drug; and mitomycin and vinblastine; both of which are vesicant drugs. The skin lesions induced by extravasation of these drugs were studied macroscopically, microscopically, and hematochemically. The results revealed clear differences in skin lesions between mitomycin and vinblastine. Although both are vesicant drugs, the lesions produced by mitomycin were noted in the deep skin tissue, whereas the lesions produced by vinblastine were located in superficial areas of the skin. These findings indicated that two types of skin lesions were induced by vesicant drugs: macroscopically visible lesions and non-visible ones. The visible skin lesions were easily recognized by physical examination, whereas the non-visible ones were not. The skin lesions induced by asparaginase and cisplatin were milder in degree than those induced by mitomycin and vinblastine.

These findings suggest that macroscopic observation cannot always reveal the whole skin lesions induced by extravasation of antitumor drugs. Therefore, detailed skin examination is necessary if extravasation of these drugs occurs.

文 献

- 1) 石原和之, 山崎直也: 抗癌剤の血管外漏出とその対策, *Skin cancer*, 7(1), 117-128, 1992.
- 2) 柳川 茂, 大隈正義, 他: 制癌剤漏出性皮膚傷害の治療と予防法, *臨床皮膚科*, 46, 169-174, 1992.
- 3) 渡辺 亨, 安藤正志, 他: がん診療レジデントマニュアル, 322-326, 医学書院, 東京, 2005.
- 4) 北村彰英, 福本 進, 他: 抗癌剤の血管外漏出による皮膚潰瘍の治療と対策, *南大阪医学*, 42(1), 1-11, 1994.
- 5) Laughlin, R. A., Landeen, J. M., et al.: The management of inadvertent subcutaneous adriamycin infiltration, *Am. J. Surg*, 137, 408-412, 1979.
- 6) 吉田清一: 抗がん剤漏出時の処置, がん化学療法の副作用対策〔改訂版〕, 160-174, 先端医学社, 東京, 1992.
- 7) 柳川 茂: 抗がん剤漏出性皮膚障害とその対策, がん化学療法の有害反応対策ハンドブック〔改訂版〕, 276-284, 先端医学社, 東京, 1998.
- 8) 三浦奈都子, 武田利明, 他: 薬剤漏出に対する罨法の効果についての実証的研究, *日本看護科学会誌*, 23(3), 48-56, 2003.
- 9) 石田陽子, 武田利明, 他: ビンカアルカロイド系抗がん剤漏出時の罨法の作用に関する実験的研究, *日本看護技術学会誌*, 4(2), 38-41, 2005.
- 10) 武田利明, 三浦奈都子, 他: 薬剤の血管外漏出時のケア－問題点と今後の課題－, *看護技術*, 49(3), 68-71, 2003.
- 11) 細川 互, 秦 維朗, 他: 漏出抗癌剤の体外誘導法－剥皮術を用いて－, *日形会誌*, 7, 538-544, 1987.
- 12) 細川 互, 秦 維朗, 他: 漏出抗癌剤の体外誘導法 (第2報), *日形会誌*, 8, 33-37, 1988.
- 13) 日本実験動物学会編: 動物実験に関する指針, *Experimental animals*, 36(3), 1987.
- 14) 河合 忠: ナースのための臨床検査の知識, 19-20, 医学書院, 東京, 1991.
- 15) 水島 裕: 今日の治療薬2007, 26, 165-173, 南江堂, 東京, 2007.
- 16) Ignoffo, R. J., Friedman, M. A.: Therapy of local toxicities caused by extravasation of cancer chemotherapeutic drugs, *Cancer Treatment Reviews*, 7, 17-27, 1980.
- 17) 吉井典子, 山元祥子, 他: マイトマイシンCの血管外漏出による皮膚潰瘍, *皮膚臨床*, 40(1), 111-114, 1998.
- 18) 坂東行洋, 梁井 皎, 他: マイトマイシンCの血管外漏出により生じた上肢難治性潰瘍に対する修復術, ー前腕皮弁による修復術ー, *手術*, 42(12), 1724-1728, 1988.
- 19) 上 敏明, 中島龍夫, 他: マイトマイシンCの血管外漏出による上肢難治性潰瘍の治療経験, *形成外科*, 29(1), 51-55, 1986.
- 20) Rudolph, R., Suzuk, M., et al.: Experimental skin necrosis produced by adriamycin, *Cancer Treatment Reports*, 63(4), 529-537, 1979.
- 21) Dorr, R. T., Alberts, D. S.: Vinca alkaloid skin toxicity: Antidote and drug disposition studies in the mouse, *J. Natl Cancer Inst*, 74, 113-120, 1985.
- 22) Rudolph, R., Larson, D. L.: Etiology and treatment of chemotherapeutic agent extravasation injuries, A review. *J. Clin. Oncol*, 5, 1116-1126, 1987.
- 23) Rudolph, R., Stein, R. S. et al.: Skin ulcers due to adriamycin, *Cancer*, 38, 1087-1094, 1976.
- 24) Aizawa, H., Tagami, H.: Delayed tissue necrosis due to mitomycin C, *Acta Derm. Venereol.*, 67, 364-366, 1987.

〔平成20年1月31日受 付〕
〔平成20年6月12日採用決定〕

手術室看護師の業務に対する意識の一考察

Study on Awareness of Operating Room Nurses Towards their Duties

江 口 裕美子¹⁾

Yumiko Eguchi

湯 沢 八 江²⁾

Yae Yuzawa

キーワード：手術室看護師，手術室看護師の業務，やりがい

Key Words：operating room nurse, operating room nursing duties, job satisfaction

I. はじめに

手術室看護師が期待される具体的な役割は、小島が「手術室看護の特殊性・専門性」として挙げた、「心身の危機状態のアセスメント、心理的支援、急変への対応、安全の確保、手術の直接的介助、チームプレーの推進」¹⁾が代表的なものであるといえる。手術室で行われている看護は看護として確立し、特色ある看護であるとされている。また、小島が「手術室看護の特殊性・専門性」を挙げたことを機会に、手術室看護師が行う看護とは何かを多くの者が思案し探求してきている。例えば、深澤は「手術中の患者の安全の確保、急変時の判断と対応、チームプレー」²⁾とし、若林は「麻酔に関する介助」³⁾を挙げている。手術室で行われる看護は具体的な業務内容で表される場合や目標達成のレベルで表現される場合があり、様々に語られている。このことから手術看護の概念は未だ曖昧であるのではないかと考える。その要因の1つとして、手術室看護師の行っている業務の中に、「器械を医師に渡す」などの患者と直接の接点がない業務の存在にあると考えられる。これらの業務の存在が手術看護を看護であると主張することを困難にしているのではないかと予想する。すでに手術看護の認定看護師は存在し、手術に関する看護の実践力を高める教育活動は開始されており、手術室看護師が行っている看護の価値は評価されているといえる。だが、調査に先立って手術室看護師に対するインタビューから「器械の出しばかりしていると悩む」などとも聞かれていることも現実にある。手術看護を主張する前に、手術室看護師が行っている業務を看護師としてのどのように意識しているかを確認する必要があると感じた。

これまで、手術室看護師が行う看護の専門性は何なのかを求める研究は多いが、実際に1つ1つの業務をどのように受け止めているかを調査した研究はない。そこで、今回、手術室に勤務する看護師が実際に行われている看護業務に

ついて、どの程度重要であるかと思っており、また、どの程度やりがいがあるかと思っているかを調査しそこにどのような関係があるかを検討することを目的とする調査を行うことにした。

用語の定義

本研究では使用する用語を次のように定義する。

「手術室看護師の業務」とは手術室に勤務する看護師が手術を受ける患者・家族に対して行われる業務で、患者が手術を受ける経過を軸に言う術前訪問を行うことから手術を受けた患者に術後訪問を行うことまでの全ての業務を指す。手術中に際しては「器械出し看護業務」「外回り看護業務」を含む。また、手術を担当するための必要な準備や手術後の器械の処理も含む。

「器械出し看護業務」とは、手術室看護師の業務の中で手指消毒を行い滅菌手袋と滅菌ガウンを装着し、医師に器械・器具を渡すといった手術の介助や、手術野の滅菌状態を保持するなどの業務を指す。

「外回り看護業務」とは、手術室看護業務における、手術中に手指消毒・滅菌手袋の装着は行わず、手術中の患者の観察・心理的支援・患者の身体的反応に対する薬品の準備などの業務を指す。

「やりがい」とは、どのような理由であれ、調査対象者が「やりがい」と感じていれば、それが「やりがい」であることとした。

II. 方 法

1. 対象と調査の方法

手術室に携わる看護師は病棟に勤務する看護師が兼務している施設があり、施設の規模や特色から扱う手術の内容や業務内容が異なる。よって、職務環境背景の条件を整えるために、本研究の対象者は都内12箇所の特定機能病院に勤める手術室専任看護師（以降、「手術室看護師」と称す。）

1) 国際医療福祉大学 International University of Health and Welfare

2) 国際医療福祉大学大学院 Graduate School of International University of Health and Welfare

285人とした。調査用紙の配布は、対象者の所属する施設の看護部長及び手術室師長に調査の協力を依頼し、同意の得られた施設に郵送した。調査用紙の回収は返信封筒を添付し、調査に同意する者のみが研究者宛に郵送できるようにした。留め置き期間は2週間とした。調査用紙には研究の趣旨と共に、倫理的配慮として個人のプライバシーを守ることと研究結果は研究以外には使用しないことを明記した。

調査期間は2005年7月～8月である。

2. 調査内容

調査用紙の作成に先立ち、手術室看護師5名にインタビューを行った。対象者は師長及び手術室勤務経験1年目から6年目の看護師であった。インタビューは半構成的面接で行い、「手術室で行われている看護にやりがいを感じたこと」「やりがいに影響していること」を聴取した。得られた回答は「最新の医療・看護に興味がある」「手本になる先輩が手術室にいる」などである。これらはやりがいに影響している要因であるため、職務背景を問う項目として調査項目に採択し、「とてもあてはまる」、「少し当てはまる」、「どちらともいえない」、「あまり当てはまらない」、「全く当てはまらない」の5段階評価で回答してもらうこととした。看護基礎教育での手術看護に関する教育を受けたか否かもやりがいに影響すると推測し調査用紙に構成した。その内容は「器械出し看護業務を行った」「外回り看護業務を行った」「手術看護の講義があった」「手術看護は見学のみであった」とし、各々「はい」または「いいえ」のどちらかを回答してもらうようにした。

さらに、設問として構成する手術室看護師の業務に関しては、日本手術看護学会編の手術看護基準⁴⁾を参考にして選択した。設問の例を以下に述べる。危機状態の観察に関する業務では、「患者が手術室内にいる間、心電図・血圧・体温などのバイタルサインを観察する」、「術中、患者の出血・尿量などの排泄を観察する」、安全の確保と危機管理に関する業務では、「手術前に手術に必要な器械・器材・物品を準備する」「取り違え防止のため、患者の名前を確認する」などを設問とした。また、手術プロセスの支援に関する業務では、「手術前の外科的手洗いを決められた方法で行う」「術式に関連した解剖生理・必要な器械・器材などについて覚える」、手術チームのリーダーシップに関する業務では、「必要な場合、麻酔科・医師（あるいは複数の科の医師）臨床工学技士などとの連絡・調整を行う」、患者・その家族への心理的支援に関する業務では、「意識のある患者の不安軽減のため、室温調整を行う」「術前訪問で患者・家族の情報を得る」などを設問とした。以上のように、手術室看護師が日頃行っている業務を細かに設問として挙げたところ、設問数は59項目となった。それ

ぞれの設問に対し、重要さに関しては「とても重要である」、「少し重要である」、「どちらともいえない」、「あまり重要ではない」、「全く重要ではない」の5段階で評価できるようにした。やりがいにに関しては「とてもやりがいがある」、「少しやりがいがある」、「どちらともいえない」、「あまりやりがいがない」、「全くやりがいがない」の5段階で評価できるようにした。

以上のように作成した調査用紙の妥当性を測るために看護職者11名を対象にプレテストを行った。手術室看護師の業務の重要さに関しては「最も重要である」と答える者が約9割と多いため、実際の調査では「とても重要である」、「少し重要である」、「あまり重要でない」、「全く重要でない」の4段階とした。やりがいにに関する回答については、各項目同士のピアソンの相関係数を求め、相関係数0.8以上の項目は一方を削除した。最終的に設問数は34項目とした。

3. 分析方法

各々の手術室看護師の業務をどのくらい重要に思っているか、やりがいを感じているか、及び、属性の背景との関係性について、CramerのVを求めて検討した。また、やりがいの構造を見るために、各々の手術室看護師の業務のやりがいについて主成分分析を試みた。（バリマックス回転）統計ソフトはSPSS 11.5J for Windowsを使用した。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の属性（表1）

都内特定機能病院12施設の内、7施設から協力を得られた。回収数は183人（回収率64.2%）であった。有効回答者は設問の80%以上を回答している者とし、その該当者は173人（有効回答率94.5%）であった。

性別は男性が12人（6.9%）、女性が160人（92.5%）であった（無回答1名）。年齢層は20歳～25歳が最も多く61人（35.3%）であり、次いで30歳～39歳であり、48人（27.8%）であった。平均年齢は27.9歳であり標準偏差7.29、範囲20歳～56歳であった。職種は看護師が167人（96.5%）であり、准看護師が1人（0.6%）、保健師は3人（1.7%）存在した。職位はスタッフが156人（90.2%）であり、主任・副師長8人（4.2%）、師長3人（1.7%）であった。看護師経験年数は1年以上～3年以下が最も多く55人（43.4%）、次いで10年以上～19年以下が37人（21.4%）であった。平均看護師経験年数は8.1年（標準偏差6.7、範囲1年～30年）であった。手術室看護師経験年数は1年以上～3年以下が75人（43.6%）と最も多く、次いで4年以上～6年以下が46人（26.6%）であった。平均手術室看護師経験年数は4.4年（標準偏差5.5、範囲1～20）であった。最終専門学歴は専門学校3年課程が85人（49.1%）と最も多く、次いで

表1 対象者属性

		n = 173 人 (%)
性別	男性	12 (6.9)
	女性	160 (92.5)
	無回答	1 (0.6)
年齢	平均 27.9年 (標準偏差7.3, 範囲20～56)	
	20～25	61 (35.3)
	26～29歳	45 (26.0)
	30～39歳	48 (27.7)
	40～49歳	14 (8.1)
	50歳以上	4 (2.3)
	無回答	1 (0.6)
職種	看護師	167 (96.5)
	准看護師	1 (0.6)
	保健師	3 (1.7)
	無回答	2 (1.2)
職位	スタッフ	156 (90.2)
	主任・副師長	8 (4.6)
	師長	3 (1.7)
	無回答	6 (3.5)
看護師経験年数	平均 8.1年 (標準偏差6.7, 範囲1～30)	
	1年以上～3以下	55 (31.8)
	4年以上～6年以下	35 (20.2)
	7年以上～9年以下	30 (17.3)
	10年以上～19年以下	37 (21.4)
	20年以上	16 (9.2)
手術室経験年数	平均 5.5年 (標準偏差4.4, 範囲1～20)	
	1年以上～3以下	75 (43.4)
	4年以上～6年以下	46 (26.6)
	7年以上～9年以下	22 (12.7)
	10年以上～19年以下	28 (16.2)
	20年以上	1 (0.6)
最終学歴	無回答	1 (0.6)
	高等衛生看護科	1 (0.6)
	准看護学校	1 (0.6)
	専門学校 2年課程	18 (10.4)
	看護短大 2年課程	1 (0.6)
	専門学校 3年課程	85 (49.1)
	看護短大 3年課程	44 (25.4)
	看護系大学	22 (12.7)
	無回答	1 (0.6)

看護短大3年課程であり、44人（25.4％）であった。看護系大学は22人（12.7％）であった。

2. 対象者の基礎教育背景（表2）

看護基礎教育課程で器械出しを行った者は14人（8.1％）、外回りを行った者は27人（15.6％）であった。手術看護の講義を受けた者は99人（57.2％）、手術看護に関して見学をした者は123人（71.1％）であった。

3. 対象者の職務背景（表3）

「最新の医療・看護に関して興味がある」者は「とても当てはまる」が60人（34.7％）,「少し当てはまる」が85人（49.1％）であったが,「最新の医療・看護に関して学んでいる」者は「とても当てはまる」が6人（3.5％）,「少し

表2 対象者の手術看護に関連した基礎教育背景（複数回答）
n = 173

	はい n (%)	いいえ n (%)	無回答 n (%)
看護基礎教育課程（短大・大学を含む）で器械出しを行った	14 (8.1)	158 (91.3)	1 (0.6)
看護基礎教育課程（短大・大学を含む）で外廻りを行った	27 (15.6)	145 (83.8)	1 (0.6)
看護基礎教育課程（短大・大学を含む）で手術看護の講義があった	99 (57.2)	73 (42.2)	1 (0.6)
看護基礎教育課程（短大・大学を含む）では手術看護に関しては見学のみであった	123 (71.1)	49 (28.3)	1 (0.6)

表3 対象者の手術看護に関連した職務背景

	とても当てはまる n (%)	少し当てはまる n (%)	どちらともいえない n (%)	あまり当てはまらない n (%)	全く当てはまらない n (%)	無回答 n (%)
最新の医療・看護に関して興味がある	60 (34.7)	85 (49.1)	20 (11.6)	7 (4.0)	1 (0.6)	0 (0)
最新の医療・看護に関して学んでいる	6 (3.5)	71 (41.0)	59 (34.1)	36 (20.8)	1 (0.6)	0 (0)
手本になる先輩が手術室にいる	43 (24.9)	62 (35.8)	31 (17.9)	29 (16.8)	7 (4.0)	1 (0.6)
手術室の看護師同士の人間関係が良い	22 (12.7)	77 (44.5)	44 (25.4)	25 (14.5)	5 (2.9)	0 (0)
手術室は希望した配置である	51 (29.5)	46 (26.6)	15 (8.7)	21 (12.1)	40 (23.1)	0 (0)
医師に一方的で威圧的な態度をとられたときに落ち込む	69 (39.9)	57 (32.9)	23 (13.3)	17 (9.8)	5 (2.9)	2 (1.2)
医師に一方的で威圧的な態度をとられたときに「ひいては患者のため」と思える	19 (11.0)	37 (21.4)	63 (36.4)	35 (20.2)	19 (11.0)	0 (0)
看護の基本は患者に直接、接することであると思う	51 (29.5)	56 (32.4)	40 (23.1)	20 (11.6)	5 (2.9)	1 (0.6)
手術室で行う看護業務は重要な業務である	97 (56.1)	58 (33.5)	15 (8.7)	3 (1.7)	0 (0)	0 (0)
手術室勤務を辞めたいと思っている	19 (11.0)	45 (26.0)	49 (28.3)	38 (22.0)	22 (12.7)	0 (0)

当てはまる」が62人 (35.8%) であった。

「手本になる先輩が手術室にいる」は「とても当てはまる」が43人 (24.9%), 「少し当てはまる」が62人 (35.8%) であった。「手術室の看護師同士の人間関係が良い」は「少し当てはまる」が最も多く77人 (44.5%) であった。「手術室は希望の配置である」は「とても当てはまる」が51人 (29.5%), 「少し当てはまる」が46人 (26.6%) であり, 「全く当てはまらない」が40人 (23.1%) 存在した。

「医師に一方的で威圧的な態度をとられたときに落ち込む」は「とても当てはまる」が69人 (39.9%), 「少し当てはまる」が57人 (32.9%) であった。「医師に一方的で威圧的な態度をとられたときに『ひいては患者のため』と思える」は「とても当てはまる」が19人 (11.0%), 「少し当てはまる」が37人 (21.4%) であり, 「どちらともいえない」が最も多く, 63人 (36.4%) であった。

「看護の基本は患者に直接, 接することであると思う」は「少し当てはまる」が56人 (32.4%) と最も多く, 次いで「とても当てはまる」が51人 (29.5%) であり, 「どちらともいえない」が40人 (23.1%) 存在した。「手術室で行う看護業務は重要な業務である」は「とても当てはまる」が最も多く, 97人 (56.1%) であった。「手術室勤務を辞めたいと思っている」は「どちらともいえない」が最も多く, 49人 (28.3%) であり, 次いで「少し当てはまる」が45人 (26.0%) であり, 「全く当てはまらない」は22人 (12.7%) であった。

4. 手術室看護師の業務の重要さについて (表4)

全ての項目において, 「最も重要である」と回答している人数が最も多かった。重要さの評価の「とても重要である」から「全く重要でない」を4から1とした場合, 最も高い平均点は4.0であり, その項目は「患者の体位を固定する場合, 皮膚の損傷がないように注意を払う」「器械・ガーゼなどが体内に残存しないように観察する」の2項目で, 「とても重要である」と回答している者が約95%以上存在した。次に高い平均得点は3.9であり, 「術中, 器械・器材を安全に医師に渡す」「術式に関する解剖生理・必要な器械・器材などについて覚える」「意識のある患者に言葉がけ・タッチングなどで不安軽減の援助を行う」「意識のある患者に安楽な体位を提供する」など14項目にも及んだ。最も低い平均点は3.3であり, その項目は「ME機器の点検・保管」「摘出した組織類 (迅速標本や永久標本など) を手順に沿って処理する」の2項目であった。次に低い平均点は3.5であり, その項目は「手術器械の点検・保管」「術中, 器械・器材を迅速に医師に渡す」「術後訪問を行う」の3項目であった。

標準偏差の最も大きい項目は「ME機器の点検・保管」「摘出した組織類 (迅速標本や永久標本など) を手順に沿

て処理する」の2項目であった。標準偏差の最も小さい項目は「患者移送時に点滴・ドレーンなどが抜けないように注意を払う」「患者の体位固定をする場合, 皮膚の損傷がないように注意を払う」「手術前後に器械・ガーゼカウントを行う」「器械・ガーゼなどが体内に残存しないように観察する」「術中, 意識のある患者に安楽な体位を提供する」の5項目であった。

「術中, 器械を安全に医師に手渡す」と「術中, 器械を医師に迅速に手渡す」の平均点は3.9, 3.6であった。

5. 手術室看護師の業務のやりがいについて (表4)

手術室看護師の業務の重要さと比較すると, 全ての項目で標準偏差が大きく, やりがいを感じる程度にばらつきがみられた。やりがいの評価の「とてもやりがいがある」から「全くやりがいがない」を5から1とした場合, 最も高い平均点は4.8であった。その項目は「意識のある患者に言葉がけ・タッチングなどで不安軽減の援助を行う」であり, 130人 (75.1%) の者が「とてもやりがいがある」と回答していた。次に高い平均点は4.6であり, その項目は「患者の体位固定をする場合, 皮膚の損傷がないように注意を払う」「術中, 器械・器材を安全に医師に手渡す」「術式に関する解剖生理・必要な器械・器材などについて覚える」「術中, 意識のある患者に安楽な体位を提供する」の4項目であった。3番目に高い平均得点は4.5点であり, 「術中, 器械・器材を迅速に医師に手渡す」であった。最も低い平均点は2.6であり, その項目は「ME機器の点検・保管」であった。次に低い平均点は2.8であり, その項目は「手術器械の点検・保管」であった。3番目に低い平均点は3.8であり, その項目は「手術前に必要な器械・器材・物品を準備する」「摘出した組織類 (迅速標本や永久標本など) を手順に沿って処理する」の2項目であった。

6. 手術室看護師の業務の重要さとやりがいとの関係性について (表4)

各項目の重要さとやりがいの関係性を見るために, CramerのVを算出した。全ての項目に有意に関係性が見られた。最も関係性があった項目は「病棟看護師から患者・家族の精神的状態を申し受ける ($V=0.67, P=0.000$)」であり, 次いで関係性が高い項目は「術後訪問を行う ($V=0.64, P=0.000$)」「術前訪問で患者・家族が不安に思っている内容を把握する ($V=0.62, P=0.000$)」「患者の体位固定をする場合, 皮膚の損傷がないように注意を払う ($V=0.60, P=0.000$)」であった。最も関係性が低い項目は「ME機器の点検・保管 ($V=0.24, P=0.004$)」であり, 次いで低い項目は「無菌状態であるべきところが無菌状態を保っているかを観察する ($V=0.25, P=0.000$)」, であった。「手術器械の保管・点検 ($V=0.32, P=0.000$)」「摘出した組織類 (迅速標本や永久標本など) を手順に沿って

表4 各々の手術室看護師の業務について、どのくらい重要であり、やりがいがあると思っているか

n = 173

	重要さ			やりがい			重要さとやりがいの程度の関連性 (CramerV)	
	とても重要である	回答者の平均	標準偏差	とてもやりがいがある	回答者の平均	標準偏差	近似的有意確率	
	n (%)			n (%)				
患者が手術室内にいる間、心電図・血圧・体温などのバイタルサインを観察する	160 (92.5)	3.9	0.3	79 (45.7)	4.2	0.8	0.46	0.000
患者が手術室内にいる間、皮膚の状態を観察する	150 (86.7)	3.9	0.4	90 (52.0)	4.2	0.8	0.41	0.000
無菌であるべきところが無菌状態を保っているかを観察する	158 (91.3)	3.9	0.4	71 (41.0)	4.1	1.0	0.25	0.000
医療スタッフの清潔操作が確実であるかを観察する	150 (86.7)	3.8	0.4	68 (39.3)	4.0	1.1	0.40	0.000
意識下で手術を受ける患者の表情を観察する	159 (91.9)	3.9	0.3	110 (63.6)	4.3	0.7	0.52	0.000
手術の進行が順調であるかを観察する	113 (65.3)	3.6	0.5	58 (33.5)	4.0	0.9	0.52	0.000
手術前に手術に必要な器械・器材・物品を準備する	140 (80.9)	3.8	0.4	55 (31.8)	3.8	1.0	0.29	0.000
病棟看護師から患者の身体的な状態を申し受ける	153 (88.4)	3.9	0.3	83 (48.0)	4.0	0.8	0.35	0.000
患者移送時に点滴・ドレーンなどが抜けないように注意を払う	162 (93.6)	3.9	0.2	89 (51.4)	4.3	0.8	0.38	0.000
体温の感受性が乏しい手術患者に対し、室温の調整を行う	147 (85.0)	3.8	0.4	88 (50.9)	4.2	0.8	0.37	0.000
患者の体位固定をする場合、皮膚の損傷がないように注意を払う	166 (96.0)	4.0	0.2	118 (68.2)	4.6	0.7	0.60	0.000
手術前後に器械・ガーゼカウントを行う	162 (93.6)	3.9	0.2	80 (46.2)	3.9	0.9	0.33	0.001
術中、患者の変化に備えた対応について常に考えている	152 (87.9)	3.9	0.4	91 (52.6)	4.4	0.8	0.50	0.000
患者の急変時に必要な薬品・輸液・輸血を準備する	158 (91.3)	3.9	0.4	90 (52.0)	4.3	0.9	0.46	0.000
術後、病棟看護師に術後看護に必要な患者の手術内での身体的な状態を申し送る	147 (85.0)	3.8	0.4	94 (54.3)	4.1	0.9	0.51	0.000
手術器械の点検・保管	98 (56.6)	3.5	0.7	21 (12.1)	2.8	1.1	0.32	0.000
ME 機器の点検・保管	87 (50.3)	3.3	0.8	15 (8.7)	2.6	1.0	0.24	0.004
マニュアルに沿って感染予防を実施する	145 (83.8)	3.8	0.4	72 (41.6)	4.1	1.0	0.41	0.000
術中、器械・器材を安全に医師に手渡す	155 (89.6)	3.9	0.4	103 (59.5)	4.6	0.9	0.32	0.000
術中、器械・器材を迅速に医師に手渡す	139 (80.3)	3.5	0.4	101 (58.4)	4.5	0.9	0.28	0.001
摘出した組織類（迅速標本や永久標本など）を手順に沿って処理する	128 (74.0)	3.3	0.8	35 (20.2)	3.8	1.2	0.43	0.000
器械・ガーゼなどが体内に残存しないように観察する	168 (97.1)	4.0	0.2	102 (59.0)	4.3	0.9	0.47	0.000
術式に関する解剖生理・必要な器械・器材などについて覚える	159 (91.9)	3.9	0.3	95 (54.9)	4.6	0.8	0.43	0.000
術式の手順を覚える	152 (87.9)	3.9	0.3	91 (52.6)	4.3	0.8	0.43	0.000
必要な場合、麻酔科医・術者（あるいは複数の科の医師）・臨床工学技士などとの連絡・調整をおこなう	126 (72.8)	3.7	0.5	58 (33.5)	4.3	1.0	0.44	0.000
必要な場合、自分の得た患者の情報を他の医療スタッフに伝える	137 (79.2)	3.8	0.4	80 (46.2)	4.1	0.8	0.38	0.000
意識のある患者に言葉がけ・タッチングなどで不安軽減の援助を行う	161 (93.1)	3.9	0.3	130 (75.1)	4.8	0.6	0.45	0.000
術中、意識のある患者に安楽な体位を提供する	164 (94.8)	3.9	0.2	129 (74.6)	4.6	0.6	0.54	0.000
術前訪問で患者・家族が不安に思っている内容を把握する	141 (81.5)	3.8	0.4	112 (64.7)	4.3	0.8	0.62	0.000
術前訪問で患者・家族が不安に思っている事に対し、個々に合った対応をする	145 (83.8)	3.8	0.4	104 (60.1)	4.3	0.8	0.47	0.000
病棟看護師から患者・家族の精神的な状態を申し受ける	132 (76.3)	3.7	0.5	91 (52.6)	4.3	0.8	0.67	0.000
術後、病棟看護師に手術内での精神的な状態を申し送る	130 (75.1)	3.7	0.6	88 (50.9)	4.2	0.8	0.46	0.000
手術後、手術中の患者へのケアが十分であったかカンファレンスを行う	107 (61.8)	3.6	0.6	67 (38.7)	4.2	1.0	0.55	0.000
術後訪問を行う	96 (55.5)	3.5	0.6	68 (39.3)	4.3	1.0	0.64	0.000

処理する ($V = 0.43$, $P = 0.000$)」も関係性が低かった。

7. 手術室看護師の業務のやりがいと属性・職務背景との関係性

手術室看護師の業務のやりがいと属性の背景との関係性を見るために、CramerのVを算出した。「看護基礎教育課程で器械出しを行った」などの看護基礎教育課程とやりがいの関係性はほとんど無かった。「手術室看護師経験年

数」「最新の医療・看護に関して学んでいる」「手術室の人間関係が良い」「手術室は希望の配置である」「医師に一方的で威圧的な態度をとられたときに落ち込む」「医師に一方的で威圧的な態度をとられたときに『ひいては患者のため』と思える」の6項目との関係性もほとんどなかった。

手術室看護師の業務のやりがいと属性の背景との有意な関係性が最も高い項目は「手術室で行う看護業務は重要な

表5 やりがいと属性・職務背景との関係性 (CramarV)

	手術室 経験年数	最新の医 療・看護 ^a	手本になる 先輩の存在 ^b	希望し た配置 ^c	医師と の関係 ^d	看護の 考え方 ^e	手術看護 業務の 考え方 ^f	手術室 勤務継続の 意思 ^g
患者が手術室内にいる間、心電図・血圧・体温などのバイタルサインを観察する	0.15 n.s	0.26 0.000	0.17 n.s	0.18 n.s	0.17 n.s	0.15 n.s	0.32 0.000	0.13 n.s
患者が手術室内にいる間、皮膚の状態を観察する	0.17 n.s	0.30 0.000	0.20 0.047	0.15 n.s	0.15 n.s	0.15 n.s	0.27 0.000	0.14 n.s
無菌であるべきところが無菌状態を保っているかを観察する	0.14 n.s	0.20 0.028	0.15 n.s	0.12 n.s	0.19 n.s	0.11 n.s	0.30 0.000	0.19 n.s
医療スタッフの清潔操作が確実であるかを観察する	0.17 n.s	0.20 0.042	0.15 n.s	0.15 n.s	0.24 0.001	0.11 n.s	0.27 0.000	0.17 n.s
意識下で手術を受ける患者の表情を観察する	0.13 n.s	0.21 0.042	0.11 n.s	0.15 n.s	0.16 n.s	0.22 0.012	0.21 0.008	0.13 n.s
手術の進行が順調であるかを観察する	0.17 n.s	0.29 0.000	0.22 0.01	0.18 n.s	0.19 n.s	0.16 n.s	0.44 0.000	0.15 n.s
手術前に手術に必要な器械・器材・物品を準備する	0.17 n.s	0.12 n.s	0.16 n.s	0.12 n.s	0.17 n.s	0.18 n.s	0.23 0.005	0.29 0.000
病棟看護師から患者の身体的な状態を申し受ける	0.19 n.s	0.32 0.000	0.17 n.s	0.18 n.s	0.19 n.s	0.18 n.s	0.23 0.001	0.20 n.s
患者移送時に点滴・ドレーンなどが抜けないように注意を払う	0.16 n.s	0.18 n.s	0.20 n.s	0.21 0.022	0.17 n.s	0.18 n.s	0.14 n.s	0.15 n.s
体温の感受性が乏しい手術患者に対し、室温の調整を行う	0.10 n.s	0.17 n.s	0.16 n.s	0.16 n.s	0.17 n.s	0.16 n.s	0.20 0.047	0.16 n.s
患者の体位固定をする場合、皮膚の損傷がないように注意を払う	0.14 n.s	0.20 n.s	0.16 n.s	0.23 0.007	0.17 n.s	0.18 n.s	0.23 0.001	0.13 n.s
手術前後に器械・ガーゼカウントを行う	0.12 n.s	0.17 n.s	0.10 n.s	0.18 n.s	0.18 n.s	0.14 n.s	0.22 0.017	0.17 n.s
術中、患者の変化に備えた対応について常に考えている	0.16 n.s	0.37 0.000	0.08 n.s	0.16 n.s	0.20 n.s	0.17 n.s	0.21 0.009	0.13 n.s
患者の急変時に必要な薬品・輸液・輸血を準備する	0.13 n.s	0.25 0.000	0.18 n.s	0.12 n.s	0.20 0.032	0.13 n.s	0.18 n.s	0.16 n.s
術後、病棟看護師に術後看護に必要な患者の手術内での身体的な状態を申し送る	0.17 n.s	0.34 0.000	0.21 0.026	0.16 n.s	0.29 0.000	0.18 n.s	0.28 0.000	0.13 n.s
手術器械の点検・保管	0.14 n.s	0.15 n.s	0.15 n.s	0.13 n.s	0.17 n.s	0.16 n.s	0.19 n.s	0.22 0.009
ME機器の点検・保管	0.13 n.s	0.14 n.s	0.16 n.s	0.13 n.s	0.17 n.s	0.17 n.s	0.17 n.s	0.21 0.012
マニュアルに沿って感染予防を実施する	0.20 0.032	0.24 0.001	0.26 0.000	0.16 n.s	0.17 n.s	0.13 n.s	0.28 0.000	0.12 n.s
術中、器械・器材を安全に医師に手渡す	0.13 n.s	0.18 n.s	0.09 n.s	0.14 n.s	0.16 n.s	0.14 n.s	0.27 0.000	0.19 n.s
術中、器械・器材を迅速に医師に手渡す	0.14 n.s	0.15 n.s	0.12 n.s	0.13 n.s	0.14 n.s	0.14 n.s	0.25 0.001	0.19 n.s
摘出した組織類（迅速標本や永久標本など）を手順に沿って処理する	0.19 n.s	0.17 n.s	0.16 n.s	0.12 n.s	0.17 n.s	0.16 n.s	0.22 0.017	0.20 0.046
器械・ガーゼなどが体内に残存しないように観察する	0.12 n.s	0.16 n.s	0.14 n.s	0.17 n.s	0.17 n.s	0.13 n.s	0.20 n.s	0.19 n.s
術式に関した解剖生理・必要な器械・器材などについて覚える	0.15 n.s	0.31 0.000	0.17 n.s	0.16 n.s	0.19 n.s	0.13 n.s	0.22 0.002	0.22 0.013
術式の手順を覚える	0.17 n.s	0.27 0.000	0.10 n.s	0.18 n.s	0.13 n.s	0.15 n.s	0.25 n.s	0.25 0.001
必要な場合、麻酔科医・術者（あるいは複数の科の医師）・臨床工学技師などとの連絡・調整をおこなう	0.17 n.s	0.21 0.020	0.17 n.s	0.18 n.s	0.17 n.s	0.18 n.s	0.31 0.000	0.14 n.s
必要な場合、自分の得た患者の情報を他の医療スタッフに伝える	0.13 n.s	0.29 0.000	0.10 n.s	0.19 n.s	0.17 n.s	0.16 n.s	0.20 0.019	0.15 n.s
意識のある患者に言葉がけ・タッチングなどで不安軽減の援助を行う	0.14 n.s	0.28 0.000	0.20 n.s	0.17 n.s	0.14 n.s	0.18 n.s	0.24 0.000	0.15 n.s
術中、意識のある患者に安楽な体位を提供する	0.14 n.s	0.30 0.000	0.20 n.s	0.19 n.s	0.12 n.s	0.22 0.011	0.25 0.000	0.15 n.s
術前訪問で患者・家族が不安に思っている内容を把握する	0.21 0.029	0.38 0.000	0.25 0.002	0.22 0.014	0.18 n.s	0.20 n.s	0.37 0.000	0.14 n.s
術前訪問で患者・家族が不安に思っている事に対し、個々に合ったを対応する	0.19 n.s	0.29 0.000	0.20 n.s	0.21 0.024	0.18 n.s	0.22 0.013	0.25 0.000	0.13 n.s
病棟看護師から患者・家族の精神的な状態を申し受ける	0.22 0.017	0.44 0.000	0.26 0.000	0.17 n.s	0.18 n.s	0.22 0.011	0.51 0.000	0.16 n.s
術後、病棟看護師に手術内での精神的な状態を申し送る	0.23 0.009	0.41 0.000	0.28 0.000	0.19 n.s	0.16 n.s	0.24 0.003	0.42 0.000	0.11 n.s
手術後、手術中の患者へのケアが十分であったかカンファレンスを行う	0.19 n.s	0.31 0.000	0.24 0.001	0.18 n.s	0.19 n.s	0.20 0.032	0.46 0.000	0.13 n.s
術後訪問を行う	0.15 n.s	0.26 0.000	0.28 0.000	0.15 n.s	0.13 n.s	0.18 n.s	0.40 0.000	0.15 n.s

n.s = not significant

a 調査用紙では「最新の医療・看護に関して興味がある」と設問した

b 調査用紙では「手本になる先輩が手術室にいる」と設問した

c 調査用紙では「手術室は希望した配置である」と設問した

d 調査用紙では「医師に一方的で威圧的な態度をとられたときに『ひいては患者のため』と思える」と設問した

e 調査用紙では「看護の基本は患者に直接、接することであると思う」と設問した

f 調査用紙では「手術室で行う看護業務は重要な業務である」と設問した

g 調査用紙では「手術室勤務を辞めたいと思っている」と設問した。

業務である」であった。次いで有意な関係性が高い項目は「最新の医療・看護に関して興味がある」であった。(表5)
8. 手術室看護師の業務のやりがいについての主成分分析(表6)

手術室看護師の業務のやりがいの程度を問うた項目のうち、「意識のある患者に言葉がけ・タッチングなどで不安

軽減の援助を行う」,「術中、意識のある患者に安楽な体位を提供する」の2項目については、データ分布の尖度が2.8, 2.9と偏りが見られた。よって、この2項目を除いた32項目を主成分分析した。その結果、固有値が1以上の成分が5つ抽出された。第1因子には患者・家族への心理的な観察やそれに対する援助が含まれていた。従って、「患

表6 手術室看護師の業務のやりがいについての主成分分析

	1	2	3	4	5	共通性	
I	術前訪問で患者・家族が不安に思っている事に対し、個々に合ったを対応する	0.82	0.12	0.18	0.17	0.05	0.74
	術前訪問で患者・家族が不安に思っている内容を把握する	0.82	0.16	0.22	0.14	0.00	0.76
	病棟看護師から患者・家族の精神的な状態を申し受ける	0.74	0.43	0.08	0.10	0.09	0.75
	手術後、手術中の患者へのケアが十分であったかカンファレンスを行う	0.73	0.15	0.12	0.16	0.21	0.64
	術後訪問を行う	0.70	0.11	0.10	0.07	0.18	0.55
	術後、病棟看護師に手術内での精神的な状態を申し送る	0.69	0.45	0.19	0.13	0.11	0.74
II	病棟看護師から患者の身体的な状態を申し受ける	0.36	0.70	0.24	0.18	0.20	0.74
	術中、患者の変化に備えた対応について常に考えている	0.33	0.54	0.27	0.19	0.10	0.52
	患者の急変時に必要な薬品・輸液・輸血を準備する	0.23	0.53	0.29	0.21	0.21	0.51
	術後、病棟看護師に術後看護に必要な患者の手術内での身体的な状態を申し送る	0.49	0.53	0.25	0.19	0.12	0.63
	手術の進行が順調であるかを観察する	0.15	0.52	0.35	0.28	0.23	0.55
	患者移送時に点滴・ドレーンなどが抜けないように注意を払う	0.27	0.49	0.47	0.21	0.24	0.64
	必要な場合、自分の得た患者の情報を他の医療スタッフに伝える	0.46	0.48	0.21	0.25	0.23	0.61
	術式に関した解剖生理・必要な器械・器材などについて覚える	0.29	0.45	0.14	0.60	0.07	0.67
術式の手順を覚える	0.24	0.45	0.19	0.55	0.07	0.60	
III	患者が手術室内にいる間、皮膚の状態を観察する	0.48	0.22	0.62	0.16	-0.02	0.70
	無菌であるべきところが無菌状態を保っているかを観察する	0.19	0.21	0.61	0.35	0.26	0.65
	患者の体位固定をする場合、皮膚の損傷がないように注意を払う	0.57	0.19	0.57	0.26	0.03	0.76
	手術前後に器械・ガーゼカウントを行う	0.01	0.18	0.55	0.43	0.26	0.59
	医療スタッフの清潔操作が確実であるかを観察する	0.15	0.27	0.55	0.29	0.32	0.58
	意識下で手術を受ける患者の表情を観察する	0.56	0.24	0.54	0.19	-0.06	0.70
	患者が手術室内にいる間、心電図・血圧・体温などのバイタルサインを観察する	0.33	0.42	0.52	0.10	0.12	0.58
	体温の感受性が乏しい手術患者に対し、室温の調整を行う	0.40	0.38	0.50	0.09	0.22	0.61
IV	術中、器械・器材を迅速に医師に手渡す	0.17	0.10	0.19	0.85	0.15	0.82
	術中、器械・器材を安全に医師に手渡す	0.19	0.12	0.24	0.79	0.23	0.78
	器械・ガーゼなどが体内に残存しないように観察する	0.11	0.29	0.30	0.45	0.30	0.48
	手術前に手術に必要な器械・器材・物品を準備する	0.04	0.27	0.35	0.44	0.43	0.57
	マニュアルに沿って感染予防を実施する	0.29	0.21	0.40	0.35	0.30	0.49
V	手術器械の点検・保管	0.12	0.07	0.06	0.11	0.86	0.74
	ME機器の点検・保管	0.11	0.15	0.17	0.16	0.81	0.77
	摘出した組織類（迅速標本や永久標本など）を手順に沿ってに処理する	0.07	0.33	0.15	0.23	0.46	0.40
	必要な場合、麻酔科医・術者（あるいは複数の科の医師）・臨床工学技士などとの連絡・調整をおこなう	0.24	0.38	0.12	0.34	0.38	0.47
固有値		5.81	4.06	3.91	3.72	2.88	
寄与率（％）		18.16	12.70	12.21	11.61	8.99	
累積寄与率（％）		18.16	30.86	43.07	54.68	63.67	

命名 I 患者・その家族への心理的支援
II 安全の確保と危機管理
III 危機状態の観察
IV 手術プロセス支援
V 器械・標本管理

者・家族への心理的支援」と命名した。第2因子には患者の安全を守る行動が含まれていたため、「安全の確保と危機管理」と命名した。第3因子には手術中の危機状態にさらされた患者の観察に関する項目が含まれており、「危機状態の観察」と命名した。第4因子、第5因子に関しては、それぞれ器械出し看護業務、器械や標本を管理する業務が含まれていたため、「手術プロセス支援」「器械・標本管理」と命名した。

IV. 考 察

1. 手術室看護師の業務の重要さとやりがいについて

今回の都内特定機能病院の手術室に勤務する看護師の調査では、殆どの手術室看護師の業務において、手術室看護師は自分自身の業務を重要であると考えていることが分かった。また、各々の手術室看護師の業務における重要さとやりがいは関係があった。

重要さとやりがいの程度が共に高い業務には、意識下にある患者への対応があった。手術室に入室する多くの患者は、自分の体にメスを入れるということや自分の疾患に対するこれからの経過に対する不安などを持ち合わせている。患者はこれらの不安に加え、様々な手術関連機器が並び、清潔を保つことが優先された機能的で無味乾燥な手術室の環境に身を置かれることで、不安が増強することが周知されている。手術室看護師は様々な不安を持っている患者を十分に理解し、言葉がけやタッチングを行い不安の軽減の援助を行うことがとても重要であると考えていることが推測できる。また、意識下の患者への援助では、手術室看護師が患者の感謝の言葉や表情の変化が捉えやすく、手術室看護師がやりがいを感じることにつながりやすいと推測する。さらに、重要さとやりがいの程度の高い業務には体位固定の際に皮膚損傷に注意する業務もあった。手術を受ける患者の多くは、手術時間内において定期的な体位交換は不可能で、長時間同一体位を強いられる。よって、手術室看護師は患者の体格や皮膚の状況に合わせた皮膚保護材の選択に苦悩する。万が一皮膚損傷が生じた場合は、患者の入院期間の延長などにつながる。そのため、皮膚の損傷の予防に関する業務の重要さの意識の程度が高い結果となっていると考えられる。また、ほとんどの施設において皮膚損傷予防に関しては、多くの手術室スタッフの中で看護師が一任されていると予想する。よって、手術室看護師にとって、皮膚損傷予防の業務は自己の判断力が試され発揮できる業務であると言える。さらに、何時間も同じ体位に置かれた患者の皮膚に損傷がなかった時の達成感などがやりがいとなっていることが示唆される。

主成分分析より抽出された5つの成分は、「患者・その家族への心理的支援、安全の確保と危機管理、危機状態の

観察、手術プロセス支援、器械・標本管理」であった。小島が挙げた「手術室看護の特殊性・専門性」の「心身の危機状態のアセスメント、心理的支援、急変への対応、安全の確保、手術の直接的介助、チームプレー」¹⁾と類似した内容が多かった。小島の挙げた「心身の危機状態のアセスメント」は、本分析では「危機的状態の観察」と類似する。心理的な部分は本分析では「心理的支援」の因子に含まれ、アセスメントと観察の違いはあるものの手術中の危機状態に対して着眼している点は類似している。小島の挙げた「安全の確保」は、本分析の「安全の確保と危機管理」と類似している。さらに、小島の「手術の直接的介助」は、本分析の「手術プロセス支援」と器械出し業務に関する内容であり、類似している。主成分分析結果が小島の挙げた手術室看護の特殊性・専門性と類似したことは、手術室看護師が小島の提唱した特殊性・専門性を支持し、行動してきたことが考えられる。その行動がある程度の評価を得て、やりがいと化していることが予想される。やりがいは社会における自身の役割の確保につながると考えられる。よって、手術室看護師は第3回日本手術看護学会(1989年)のシンポジウム「手術室看護師に望むこと」を機に、専門性を模索していた⁵⁾が、今回の調査から自身の役割に自信と責任をもって行っていると主張できる段階に到達しているとみえた。

器械出し看護業務に関しては、一部の施設では医師が行っている現状があり⁶⁾、米国ではテクニシャンにその役割を委任したとの経過がある⁷⁾。しかし、麻酔の侵襲を最低限にするための手術時間の短縮にやりがいを感じている意見が聞かれた。また、重要さの程度の問いでは、迅速に行うことより安全に行う方が重要であると感じており、やりがいの程度の問いでは双方にやりがいを感じていた。これより、対象者が器械出し看護業務をただ早く行えば良いとしているのではなく、安全性を重視しながら行い、意識している様子を伺うことができる。手術室看護師は、器械出し看護業務を上述の意識をもって行うことで、他職種には譲ることのできない業務としているとしている。手術野という医師と同じ場に立ち合うということは、患者を看護師の目で観察することであり、手術の質を評価する立場にある。このように、重大な任務を課せられている手術室看護師は「やりがいがある」と言う事で満足するのではなく、独自の役割は患者擁護のための医療の監視人であるという立場を意識していくべきである。

2. 手術室看護師のやりがいに影響することについて

個人が最新の医療・看護を学習していることや、個人の職場の看護師・医師との関係はやりがいに影響していなかった。これは、手術室看護師が他職種に振り回されず、自律した存在であることを察することが出来る。また、や

りがいは看護基礎教育で受けた内容とは関係性がなく、手術室看護師の業務を重要と考え、最新の医療・看護に興味があることと関係があった。看護基礎教育では、手術室に入室して手術室看護師やスタッフから臨床講義を聴くなどといった時間が減少していることが知られている。今回の結果を踏まえても手術室で行われている業務にやりがいを感じて働くためには、医療・看護に興味を持つことが出来、手術室看護師の役割がいかに重要であることを加味した、卒後教育が重要となることが示唆される。

3. 研究の限界

これらの結果は都内の特定機能病院を対象としたために一般化はできない。今後、対象属性を変えて再調査する必要がある。また、手術室看護師のやりがいに関しては、業務に関することだけではないと考えられるため、その構造と調査用紙の再検討を行う必要がある。さらに、手術室看護師の業務に対する重要さとやりがいの程度に関して、看護経験年数や職位などの属性間の比較に至らなかった。属性の違いから、手術室看護師の教育に関する示唆などが得られる可能性があるため、分析を行う必要がある。

V. 結 論

手術室看護師に以下の調査を行った。

1. 手術室看護師の業務について、どの程度重要であると思っているか。
2. 手術室看護師の業務について、どの程度やりがいを感じているか。
3. 手術室看護師の職務背景として、学習意欲の程度やモデルの存在・職場の人間関係に関する思い、また、看護基礎教育の場で受けた手術看護に関する内容。

以上について調査したところ、以下の結果が得られた。

1. 多くの手術室看護師は手術室看護師の業務を重要であると考えていた。そしてそれはやりがいと関係があった。
2. 特に重要であると感じていた項目は「患者の体位を固定する場合、皮膚の損傷がないように注意を払う」「器械・ガーゼなどが体内に残存しないように観察する」であった。
3. 特にやりがいがあると感じていた項目は「意識のある患者に言葉がけ・タッチングなどで不安軽減の援助を行う」であった。
4. 手術室看護師の業務のやりがいの程度について、主成分分析を行ったところ、5つの成分が抽出された。因子順にそれぞれ「患者・家族への心理的支援」「安全の確保と危機管理」「危機状態の観察」「手術プロセス支援」「器械・標本管理」と命名した。
5. 手術室看護師の業務のやりがいと属性の背景との関係性が高い項目は、「手術室で行う看護業務は重要な業務である」と「最新の医療・看護に関して興味がある」であった。

謝 辞

本研究の調査用紙作成のために、快くインタビューを受けてくださいました手術室看護師の皆様に深く感謝いたします。また、調査にご協力いただいた東京都内7施設の特定機能病院の看護部長・手術室師長及び手術室スタッフに心より御礼申し上げます。そして、本論文をまとめるにあたり、ご支援くださった国際医療福祉大学の富田真佐子非常勤講師に深く感謝いたします。

要 旨

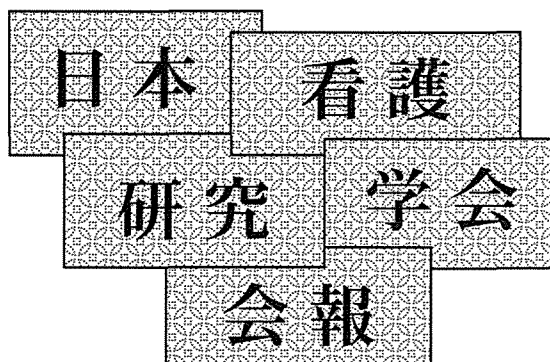
手術看護は、語る者によって様々で曖昧であると考えられる。その要因の1つとして手術室看護師の業務内容にあるのではないかと予想する。今回、手術室看護師を対象に調査用紙にてその業務に関する意識を調査した。その結果、手術室看護師は多くの手術室看護師の業務を重要な業務と意識し、それはやりがいに関係していた。特に、危機管理や患者に対する不安軽減のための業務に関しては、重要さややりがいの思いが強く、既存の手術看護の概念と類似していた。器械出し看護業務に対しても自分達の重要な業務としていた。やりがいに影響する内容としては、基礎教育や職場の人間関係ではなく、医療・看護に興味があることと手術室看護師の業務が重要な業務であると思っていることであった。この結果から、手術室看護師はその業務を自信と責任をもって行っていると主張できる段階に到達していることと、やりがいを得られるような卒後教育の必要性の示唆を得た。

文 献

- 1) 小島操子：手術室看護の専門性について考える，第14回日本手術部医学会総会教育セミナーテキスト，9-15，1992。
- 2) 深澤佳代子：手術室看護の専門性，日本手術医学会誌，19(3)，312-314，1998。
- 3) 若林真理子：手術室看護の探求－看護師の実践分析を通して－，日本手術医学会誌，23(4)，382-384，2002。
- 4) 日本手術看護学会編：手術看護基準，第1版，メディカ出版，東京，1998。
- 5) OPE nursing編集部，専門看護婦制度をめぐる－専門看護婦制度をめぐる動き－：OPE nursing，8(6)，20-22，1993。
- 6) 堀口 剛・小山研二：手術室における器械出しの業務の現

- 状と問題点－医師と看護師の比較－, 日本外科系連合学会誌, 27(1), 97, 2002.
- 7) マーガレット・サンデロウスキー著, 和泉成子・中岡彩翻訳: 戦略と願望－テクノロジーと看護のアイデンティティ－, 第1版, 206-212, 日本看護協会出版会, 東京, 2004.
- 8) 山田豊子・豊田久美子: 手術室看護婦の職務実態と満足と葛藤の認識, 京都市立看護短期大学紀要, 第26号, 45-49, 2001.
- 9) 山田豊子・豊田久美子: 手術室看護婦の職務満足度と職務実態の関連について－専門職としての自律性に着目して－, 京都市立看護短期大学紀要, 第27号, 1-9, 2002.
- 10) 割石富美子: 手術看護の現状分析－1999年会員実態調査より－, 看護管理, 11(4), 262-265, 2001.
- 11) 深澤佳代子: 手術室看護の専門性についての一検討－手術看護と救急看護の比較－, 日本手術医学会誌, 26(3), 262-264, 2005.
- 12) 川崎多恵子: 手術室看護婦の専門性とは, OPE nursing, 8(6), 28-34, 1993.
- 13) 黒野延栄: 手術看護を考える－真のエキスパートとは(手術室エキスパートの立場から)－, OPE nursing, 19(1), P64-67, 2004.
- 14) 櫻井未香・杉岡美和子他: 手術室看護の専門性の探求－手術室看護師の能力について－, 日本手術医学会誌, 25(1), 62-64, 2004.
- 15) 宮原多枝子: 手術室看護婦と専門家の位置づけとスペシャリスト養成, 臨床看護, 20(13), 1895-1898, 1994.
- 16) 佐藤紀子・若狭紅子他: 手術室看護の専門性とその獲得過程に関する研究, 東京女子医科大学看護学部紀要, vol. 3, 19-26, 2000.
- 17) 佐藤紀子・菊地京子他: 特集・手術室から見える看護の専門性と認定制度へのつながり・座談会・手術室の看護管理と手術看護の専門性, 看護管理, 11(4), 266-273, 2001.
- 18) 佐藤紀子・久保田由美子他: 新春特別座談会・これからの手術看護に求められること－認定看護分野の特定を受けて－, OPE nursing, 19(1), 2-7, 2004.
- 19) 土蔵愛子: 手術室における看護の専門性, 看護管理, 11(4), 274-277, 2001.
- 20) 牛尾晶子: 手術看護の専門性を追求して, 看護管理, 14(4), 289-292, 2004.

〔平成19年8月6日受付〕
〔平成20年6月26日採用決定〕



第 75 号

(平成20年 9 月20日発行)

日本看護研究学会事務局

目 次

第35回日本看護研究学会学術集会開催に向けて……………	1
平成20年度第一回理事会……………	3

第35回日本看護研究学会学術集会開催に向けて

～^{はじめ}創めを探り^{ひらく}未来を拓く～

第35回日本看護研究学会学術集会

会長 川 嶋 みどり

(日本赤十字看護大学)

第35回日本看護研究学会学術集会を平成21年 8 月 3 日 (月), 4 日 (火) に神奈川県横浜市 パシフィ
ユ横浜で開催させていただくこととなりました。

関東地区での学術集会は平成18年の第30回 (さいたま市) 以来となります。会員のみなさまのご期待
に添えるよう、企画・運営委員一同、鋭意準備を進めているところでございます。

さて、超高齢社会の現実化とともに、慢性疾患や新たな感染症などが多くの人々の関心事となってい
る一方で、医師不足が社会問題化し、政策上の差し迫った検討課題として論議が進んでおります。まさに、
看護の専門性の方向を看護師自身が選択決定すべき時であるといえましょう。しかし、どのような状況
になろうとも、人間が人間としての尊厳を維持し、その人らしく生きてゆくことを可能にするための支
援を行う看護専門職者本来の責務は変わることはないと信じています。

その意味からも、高度化する医学・医療技術の進歩の成果の影響を、医療の受け手の人々とともに体
験する立場から、今後の看護のありようについての思索を深め、日々の看護実践に活かせる方法を開発
し、その根拠を探る研究の重要性は申すまでもないと思えます。

ご承知のように、日本看護研究学会は1975年創設以来、広く看護学の研究者を組織し、毎年開催され
る学術集会では研究成果の発表と会員相互の交流を深めて参りました。このように、わが国の看護教育、

看護研究の基礎を築く努力を重ねて来られた先輩諸兄姉に心から敬意を表したいと存じます。また看護学研究者のみならず、厳しい医療環境のもとで日々ベッドサイドケアに従事する看護師らとの共同研究を重視する考え方は、文字通り教育と臨床、研究と実践との結合という意味からも、本学会が大切に育てて来た伝統でもあり、臨床現場からの演題数も年ごとに増えていますことをみなさまとともに喜びたいと存じます。

そこで、2009年の学術集会は、35回という節目とともに、新たに法人化の第一歩を踏み出す年でもありますので、創設時以来の先人たちの足どりに思いを馳せ、新しい学問としての看護学の未来について展望したいと考え、「創^{はじめ}めを探り未来^{ひらく}を拓く」というメインテーマといたしました。

プログラムは、テーマに相応しい企画に添って、トロント大学のシオバン・ネルソン博士、ペンシルベニア大学のルイス・エバンス博士の招聘講演の他、会員みなさまの関心のある教育講演、シンポジウムをはじめ、市民への公開講座等を準備中でございます。さらに、みなさまの日頃の研究成果や実践報告のための、交流集会ならびに口演での発表を中心に企画をすすめております。どうぞみなさま、奮ってご応募下さいますようお願い申し上げます。そして、多数のご参加を、心からお待ち申し上げます。

最後に、第35回の会場であるパシフィコ横浜は、みなとみらい線開通後、とりわけアクセスが良く、周辺には中華街や山下公園をはじめ、イベント満載の街並みであふれております。さらに2009年は横浜開港150周年でもあります。この機会にご旅行を兼ねて横浜の街をご堪能くださいますように。

日本看護研究学会平成20年度第一回理事会議事録

日 時：平成20年5月10日（土）13：00～18：15終了

場 所：東京八重洲倶楽部第2会議室

出 席：理事－阿曾 洋子，石井 トク，尾岸恵三子，上鶴 重美，川口 孝泰，川嶋みどり，
川西千恵美，小山真理子，田島 桂子，前原 澄子，松田たみ子，宮腰由紀子，
山口 桂子，山田 律子

監事－安藤 詳子，大谷眞千子

第34回学術集会会長 近田 敬子

欠 席：泉キヨ子，影山セツ子，黒田 裕子，小松浩子，松岡 緑，山勢 博彰（委任状提出）
紙屋 克子（委任状5月10日現在未）
川村佐和子（風邪のため欠席連絡）

（五十音順・敬称略）

議 長：山口 桂子理事長

－ 配付資料－

資料1 平成19年度事業報告

資料2 平成19年度会計報告 貸借対照表総括表ほか一式

資料3 平成19年度監査報告

資料4 奨学会委員会報告・提案事項

資料5 編集委員会 投稿論文の経過

資料6－1 学会賞および奨励賞委員会報告

資料6－2 学会賞および奨励賞に関する規程細則改正（案）

資料7－1 一般社団法人日本看護研究学会定款（案）；平成20年5月9日付

資料7－2 平成19年度総会以降の法人化に向けての活動（法人化委員会）

資料7－3 平成19年度正味財産増減計算書総括表をもとにした税額

資料8 将来構想検討委員会・国際化に向けた基盤検討ワーキング・グループ平成19年度活動報告

資料9 倫理委員会規程（案）

資料10 看保連総会報告

資料11 国際活動推進委員会規程（案）

（資料12 なし）

資料13 平成20年度事業（案）

資料14 平成20年度一般会計収支予算書等一式（案）

資料15	学術集会開催に関わる申し合わせ事項（案）
資料16	近畿・北陸地方会HPと本会HPのリンクに関する申し出
資料17	ドメイン契約に関する料金割引
その他	会則・規程，平成20年度予定表（案），歴代学術集会長一覧，地方会報告等

理事長あいさつ，および出席者の確認

理事長あいさつの後，会則第14条5）により，出席者数14名，委任状数6名分により，本理事会が成立することが報告された。

報告事項

1. 会員数の動向について（資料1）

田島総務担当副理事長

平成20年4月1日現在の会員数について，総会員数5,630名（内訳 名誉会員8名，理事22名，評議員171名（淘江七海子氏H20より退会），一般5,429名）の報告があった。

2. 委員会報告について

1) 奨学会委員会（資料4）

阿曾委員

資料に基づき，1年間の活動について報告があった。

2) 編集委員会（資料5）

川口委員長

資料に基づき，平成19年度の投稿論文の経過と活動報告があった。さらに，投稿数の増加に伴い，編集委員の分担業務，担当する専門領域の範疇が広範になっていることから，本日，編集委員の増員について提案したいことが報告された。

3) 学会賞・奨励賞選考委員会（資料6-1）

小山委員

資料に基づき，1年間の活動について報告があった。

4) 将来構想検討委員会

松田委員長

①法人化委員会，③倫理委員会の各委員会報告は審議時にあわせて行うことで了承された。

②国際化に向けた基盤検討ワーキンググループからは，資料8に基づき，上鶴理事より，1年間の活動と地方会学術集会時に開催した2回のセミナーの内容およびそれに対するアンケート結果についての報告があった。

④本学会誌発行30周年記念事業については，現在，「学会誌発行30周年記念誌」の編集が最終段階に入っていることが報告された。

5) 医療技術評価ワーキング委員会（資料10）

宮腰理事

資料に基づき，4月30日の総会について報告があった。

3. 日本看護系学会協議会について

川口理事

6月13日に平成20年度の総会が開催されること、英語名称が、JANA (Japan Association of Nursing Academies) に変更になったことが報告された。

4. 日本学術会議について

川口理事

日本学術会議健康生活科学委員会看護分科会主催、日本看護系学会協議会共催のシンポジウム「看護の役割拡大に向けてのイノベーション」が6月13日日本学術会議講堂で開催されることが報告された。

5. 第34回学術集会について

近田敬子第34回学術集会会長

8月20日(水)、21日(木)ポートピアホテルで開催する。その準備が順調に進められていることが報告された。一般演題の登録数は約400題の予定。

理事長より、プレカンファレンスも含め学術集会後の内容の出版については、理事会の確認を得てほしいことの依頼があった。

6. 地方会について

別途資料

8月19日の評議員会で報告を受けることで承認された。

7. 第35回学術集会について

川嶋みどり第35回学術集会会長

開催日程：平成21年8月3日(月)4日(火)、開催会場：パシフィコ横浜の予定で準備が進められていることが報告された。

審議事項

1. 平成19年度事業報告(資料1)

田島総務担当副理事長

資料1に基づき上記報告がなされ、異議なく承認された

2. 平成19年度会計決算報告(一般・特別会計 奨学会、記念事業)(資料2)

宮腰会計理事

資料2に基づき上記報告がなされ、異議なく承認された。

3. 平成19年度会計監査報告(一般・特別会計 奨学会、記念事業)(資料3)

安藤・大谷監事

大嶋会計事務所監査報告、および監事による会計監査について報告がなされ、異議なく承認された。

4. 法人化について(資料7)

山口理事長

資料に基づいて、昨年度総会以降のこれまでの検討の経過報告と今後の法人化の進め方の予定、定

款の案が提案された。種々討議の結果、以下の点が承認された。

- 1) 法人化の時期は、新法律の施行が今年12月に決定されたことから、平成21年4月を目処に、「一般社団法人 日本看護研究学会」を設立する。手順としては、現学会の平成20年度会計の監査終了後、速やかにこの財産を基金として新法人に拠出する。

(資料7-2参照)

- 2) 今後の法人化を進めるタイムスケジュールとしては、7月12日に臨時理事会(午前)、臨時評議員会(午後)を開催して、①法人化と今後のすすめ方について、②定款(案)などについて提案し、審議する場を設けることが決定された。

尚、今回に限り、評議員会出席者の交通費を学会が負担する。

- 3) 本日、定款(案)について出された修正を求める意見を反映させる方向で弁護士との話し合いを持ち、修正案を上記の臨時理事会、臨時評議員会で提案する。
- 4) 資料7-3 平成19年度正味財産増減計算書総括表をもとにした税額により、法人化後の本学会における収益と税額の見通しについて説明があった。また、法人化後は事務作業の増加に伴う人件費などの出費の増額が見込まれるため、会費の1,000～2,000円の値上げが必要なのではないかとの見通しが示された。
- 5) 役員は、法人化後の1年間は原則として現役員がそのまま継続して任にあたり、第1回目の役員選挙は平成21年10月頃に行う。

定款(案)の内容の修正等に関する主な審議内容は以下の通りである。

- ①全体として、以下について確認修正する。

- ・賛助会員には議決権がないことを、定款のいずれかにおいて明記すべき。
- ・社員総会が決定する事項と会員総会が決定する事項を明確にわかるように記述すべき。
- ・全体的に、誤記や文言表記(・、などの使い方)などについて統一、修正する。

- ②p1: 本会の目的については、以下の修正の後、全体の文言修正する。

- ・「広く看護学の研究者を組織し」→「広く看護学の研究をする者を組織し」
- ・「教育・研究活動をとおして」→「教育・研究活動を行い」

- ③p1: 事業については、従来の内容に、常設とする委員会関係事業である「国際活動推進事業」、「看護倫理に関する啓発事業」の2点と、「公開講座等の社会貢献事業」が新たに追加されて提案されたが、「看護倫理に関する啓発事業」の表現については、倫理委員会規程の再検討後、それに見合う事業名として修正する。

- ④p2: 会員の構成について、以下の点について確認する。

- ・「本法人は」を主語とした場合、「社員をもって構成する」とすべきではないか。「会員は」を主語として、文言の修正をするべき。
- ・3) について、「社員総会の議を経て、」と下線部分を追加する。

⑤ p 2 : 退会の 2。について 1), 4) を再検討する。

- ・「1) 総社員の同意があったとき」は不要ではないかとの意見について、法律的な確認をする。
- ・4) については、公認会計士の試算（資料 7 - 3 参照）から「2 年以上」としたが、再度会計上から検討する。

⑥ p 3 : 社員 3。任期が 2 年とされていることに関して、評議員選挙を 2 年ごとに行うことは負担ではないかとの意見があった。これをうけて、インターネット上の投票など、経費について試算し、次回までに提案することになった。

⑦その他

- ・定款以外の規程・内規等の検討は、法人設立時までに併行して行う。
- ・奨学会関連の会計について、今後どのように取り扱うかについて検討する。
- ・地方会の組織や運営について、現行どおりでよいか今後検討する。
- ・臨時理事会、臨時評議員会について、下記の日程案で調整する。

日時：平成20年7月12日（土）

理事会 10：00～12：00（予定）

評議員会13：00～16：00（予定）

（本日欠席の理事・評議員に文書で出欠席の確認を行うことになった。）

5. 各委員会提出の平成20年度予定および審議事項について

1) 奨学会委員会（資料 4）

阿曾委員

①平成20年度奨学金授与について

提案通り、福良薫氏（札幌医科大学保健医療学部）への授与で承認された。これについては学会誌31巻2号で会告する予定である。

②平成18年度奨学金授与加藤真由美氏の平成20年度発表予定の延期について

加藤氏より、今年度の発表を延期してほしいことの要望があったことについて、委員会ではやむを得ないとの結論に至ったことで、上記が提案された。審議の結果、理事会もこれを承認するが、文書による延期願いを提出してもらうことと、その中に発表年度を明記し、必ず発表してもらうことを申し渡すこととした。

③奨学会規程改正案について

委員会より、資料のとおり、第3条（資金）、第4条（対象）1）・3）・5）、第5条についての改正案が提案されたが、審議の結果、委員会において再調整の後、次回以降の理事会に再提案されることになった。

2) 学会賞・奨励賞選考委員会（資料 6）

小山委員

①学会賞の選考について

委員会より、平成19年度学会賞候補者の選出について、本日の理事会へ提案したいとの希望が

出されたが、・学会賞の推薦締め切り日が、昨年9月30日となっていること、・学会賞受賞者には、規程第9条により、今年度の学術集会で記念講演を行うことが義務づけられていること、以上2点から、平成19年度分の選出はできないとの結論で了承された。

②日本看護研究学会 学会賞および奨励賞に関する規程細則の変更について

委員会より、規程細則の（その他）第9条「副賞の内容については、当該年度の理事会において決定する。」を「奨励賞については、筆頭論文者には、賞状と副賞を共同研究者には、賞状のみを授与する。」に変更する案が出されたが、審議の結果、再度委員会で審議し、再提案することになった。

なお、平成19年度奨励賞はすでに5名の決定がなされ、学会誌31巻1号会告が出されているが、今年度総会では、この5名の賞状と記念品を準備する。

*理事長より、新法人への改組を契機として、名誉会員と学会賞の意味づけや学会賞と奨励賞の違い、さらには奨学会研究との違いについて、改めて各委員会で規程・細則の検討をしてほしいことの要望があり、今後検討していくこととなった。

3) 将来構想検討委員会

①国際活動推進委員会規程（案）について（資料11）

上鶴理事

上記について資料のとおり提案があったが、第4条 活動 2) 研究を実施するについて、委員会活動としては負担が高いのではないかなどの意見が出され、次回以降再提案することになった。

②倫理委員会規程（案）について（資料9）

石井委員長

上記について資料のとおり提案があり、第2条（目的）、第4条（活動事項）の（4）について再検討し、次回以降再提案することになった。また、第4条（活動事項）の（2）にあげられている「倫理綱領」についても今後検討することとなった。

6. 常設委員会の増設について

田島総務担当副理事長

「国際活動推進委員会」「倫理委員会」を常設委員会として設立することについて提案があり、異議なく承認された。

7. 平成20年度事業（案）（資料13）

田島総務担当副理事長

資料の案について、9.「看護系学会関連事業」を「看護系学会等連携事業」と修正し、承認された。

8. 平成20年度予算（案）について（資料14）

宮腰理事

本日審議の今年度事業等に関わる決定事項を受けて、本日資料による原案の修正案を作成し、平成20年度第一回理事会議事録（案）とともに配布、文書による会議とすることで承認された。

9. 入会資格について（入会申込書類の検討）

田島副理事長

次回以降，継続審議とすることで承認された。

10. 第37回（平成23年度）学術集会会長選出について

山口理事長

次回以降，継続審議（8月19日理事会までに候補者推薦）とすることで承認された。

11. その他

1) 編集委員の追加について

川口委員長

上記報告に基づき，委員会の査読の機能をさらにあげていくために，2名程度の編集委員会委員の追加について提案があり，異議なく承認された。次回理事会までに委員の候補者を委員会で選出し，理事会に提案することで了解を得た。

2) 入会申込み理事会承認について

田島総務担当副理事長

平成19年7月21日～平成20年4月25日の入会申し込み者について，異議なく承認された。

3) 学術集会に関わる申し合わせ事項について（資料15）

田島総務担当副理事長

資料のとおり，提案される予定であったが，時間の都合上，次回審議予定に変更された。

4) HP関連について

①近畿・北陸地方会からのリンク申し出について（資料16）

阿曽理事

上記について，地区が広い地域にわたっていることを鑑み，会員サービスの充実のために地方会が独自にHPを立ち上げ，本学会とはリンクする形で運用することが提案された。本会HP担当の川口編集委員長，山勢同委員はすでに内容を検討済みであり，実施可能であることが報告された。理事会に随時経過報告をしてもらうことで，承認された。

②ドメイン更新について（資料17）

正文社との契約について契約期間と更新料の見積もりが示され，4年の期間で更新することが承認された。

5) 常任理事会の会議録について

小山理事から，常任理事会の議事録を公開すべきとの提案があり，総務担当理事がこれに対処することで承認された。

6) 第34回学術集会開催前日の予定について

今年度総会前後に開催される，理事会・評議員会・各委員会の開催予定時間等について，事務局より報告があり，以下のとおり確認された。

・第34回学術集会 8月20日（水）21日（木）

①平成20年度総会

開催時間 8月20日（水）16：50～18：20

②前日の理事会・評議員会・各種委員会等の時間

8月19日（火）・各委員会

- | | |
|---------------|-----------------|
| ・奨学会委員会 | 10：00～12：00 |
| ・編集委員会 | 10：00～12：00 |
| ・学会賞・奨励賞選考委員会 | 10：00～12：00 |
| ・将来構想検討委員会 | 9：00～10：00 |
| ・法人化検討委員会 | 10：00～12：00（予定） |
| ・倫理委員会 | 12：00～12：50（予定） |
| ・医療技術評価ワーキング | （時間調整中） |

<u>理事会</u>	13：00～16：00（予定）
------------	-----------------

<u>評議員会</u>	17：00～20：00（予定）
-------------	-----------------

日本看護研究学会

第13回 九州・沖縄地方会学術集会のご案内

第13回日本看護研究学会九州・沖縄地方会 学術集会会長 井上 範江

第13回日本看護研究学会九州・沖縄地方会学術集会を佐賀県で開催することになり、現在準備を進めております。

シンポジウムでは、それぞれの分野でCNSとして活躍されている4名の方々に、CNSの活動と課題を紹介していただき、地域の保健医療ニーズに応えることができる看護ケアの向上を目指して、これからの看護活動について参加者の皆様と一緒に考えていきたいと思っております。多数のご参加を心からお待ち申し上げます。

メインテーマ：「地域に選ばれる看護のために」

会 期：平成20年11月8日（土） 9：30～16：30
会 場：佐賀大学 鍋島キャンパス（看護学科棟・医学科校舎講義棟・医学部会館）
佐賀県佐賀市鍋島5丁目1-1 佐賀大学医学部看護学科

プログラム：

8：45 受 付
9：25 開 会
9：30 学術集会長挨拶
9：45 シンポジウム ー専門看護師（CNS）の活動と課題ー
シンポジスト（50音順）
宇佐美 しおり 氏（精神看護CNS 熊本大学医学部保健学科）
片 岡 優 実 氏（慢性疾患看護CNS 兵庫医科大学病院地域医療・総合相談センター）
濱 本 千 春 氏（がん看護CNS 広島YMCA訪問看護ステーションピース）
馬 場 敦 子 氏（慢性疾患看護CNS 三菱神戸病院健康管理グループ）
11：45 総 会
12：10 懇親会
13：00 シンポジストとの交流会
日本看護研究学会・国際活動推進委員会セミナー「英語抄録を書こう」
14：00 研究発表（口演・ポスター）
16：30 閉 会

演題申し込み・抄録原稿：受付終了

参加登録申込み締め切り日：平成20年10月17日（金）必着

参加費・振込先：

会 員 3,500円
非 会 員 4,000円
学 生 1,000円
懇親会費 2,000円

郵便振替

口座記号番号：01740-7-84282

加入者名：日本看護研究学会 第13回九州・沖縄地方会学術集会

●問い合わせ・応募先

〒849-0815 佐賀県佐賀市鍋島5-1-1 佐賀大学医学部看護学科 看護基礎科学講座
第13回日本看護研究学会 九州・沖縄地方会学術集会事務局
E-mail：kangoenjo@med.saga-u.ac.jp
F A X：0952-34-2523（看護基礎科学講座）
T E L：0952-34-2539（分島るり子）

日本看護研究学会

第22回 中国・四国地方会学術集会のご案内

テーマ：臨床看護研究にいかす研究デザイン

看護研究には、様々な看護現象を科学的に記述したり、より質の高い看護実践を見出したり、看護学の体系化に寄与することなどの目的があります。研究のための研究ではなく、研究の成果が臨床に還元されながら、これらの目的を果たすことが大事です。そのためには、研究によって得られた知見が、科学的であり、根拠のあるものになっている必要があります。科学的根拠（エビデンス）のある研究をするためには、しっかりした研究デザインが欠かせません。研究デザインの善し悪しが、研究の質を決めるといっても過言ではありません。

この度の第22回中国・四国地方会学術集会は、「研究デザイン」をキーワードにしたテーマ、特別講演、シンポジウムを企画しました。改めてデザインと言うと、近寄りがたいイメージを抱くかも知れませんが、決して難しいものではありません。臨床看護研究にいかす研究デザインについて、一緒に学びましょう。

第22回学術集会実行委員長 山 勢 博 彰

◆日 時：平成21年3月8日（日）9：00～16：30

◆会 場：山口大学医学部 山口県宇部市南小串1-1-1

◆プログラム

○一般演題（口演・示説）

○特別講演：看護研究で活用できる臨床研究デザイン

操 華子（国際医療福祉大学小田原保健医療学部）

○シンポジウム：臨床看護研究における研究デザイン

ー研究目的をかなえる研究デザインを求めて

操 華子（国際医療福祉大学小田原保健医療学部）

中山 健夫（京都大学大学院）

掛田 崇寛（川崎医療福祉大学）

○中国・四国地方会学術委員会企画による特別セミナー など

○日本看護研究学会・国際活動推進委員会

セミナー「英文抄録の書き方」

◆演題募集：9月中旬～12月3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 学術集会専用ホームページから演題登録ができます

◆参加申し込み：参加費 会員 4,000円 非会員 5,000円

学術集会専用ホームページまたは郵便振込で事前参加登録ができます

問い合わせ先：日本看護研究学会中国・四国地方会 第22回学術集会事務局

〒755-8505 山口県宇部市南小串1-1-1 山口大学大学院医学系研究科 山勢研究室

学術集会専用ホームページ：<http://y-nurs-r.umin.ne.jp/jsnr22/>

TEL & FAX：0836-22-2808

E-MAIL：jsnr22@yamaguchi-u.ac.jp

日本看護研究学会

第22回 近畿・北陸地方会学術集会のご案内

テーマ：看護研究を継続するためのマインドとスキル

本学術集会のテーマは、一昨年の第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」、昨年の第21回近畿・北陸地方会学術集会のテーマ「看護研究成果を実践に活かす」を受け、「看護研究を継続するためのマインドとスキル」としました。

看護研究の多くは、その時の課題の探求がされ、そして、次の課題が明らかにされながら継続されていないことが多いのではないのでしょうか。研究課題を継続発展させることが、看護のエビデンスを作るうえで重要と考えています。

本集会では、研究成果を明らかにするためのスキルとして、統計の基本についての特別講演と、継続して研究をされている方々から、研究課題を発展させるためのマインドを報告していただくシンポジウムを企画しました。研究を継続することに役立てていただければと思っています。

皆様のご参加を心よりお待ちしております。

第22回近畿・北陸地方会学術集会実行委員長 道重 文子

■日 時：平成21年3月15日（日）8：30～16：00

■会 場：京都橘大学

〒607-8175 京都市山科区大宅山田町34

（JR東海道本線「山科駅」から京阪バスで約15分、または地下鉄東西線「柳辻（なぎつじ）駅」より徒歩約15分）

■プログラム

○特別講演

論文を作成するために必要な統計の基本 浅野 弘明（京都府立医科大学医学部看護学科）

○セミナー「英文抄録の書き方」

石川 陽子（日本看護研究学会国際活動推進委員会）

○シンポジウム：研究を継続するための課題

看護基礎研究から

伊部 亜希（大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻）

臨床での褥瘡ケアの研究から

藤本由美子（近大姫路大学看護学部看護学科）

難病患者に対する訪問指導から

堀 忍（京都府山城南保健所 保健室）

■演題募集：平成20年9月中旬～11月28日（金）

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：申し込み要項を近畿・北陸地方会会員全員に送付します。

■参加費：会 員；事前振込み 4,000円（2009年1月30日） 当日 5,000円

非会員；5,000円

郵便振込み 口座番号；00930-5-107477

加入者名；日本看護研究学会第22回近畿・北陸地方会学術集会

問い合わせ先：京都橘大学看護学部看護学科

日本看護研究学会第22回近畿・北陸地方会学術集会事務局

〒607-8175 京都市山科区大宅山田町34

TEL/FAX：075-574-4250 E-mail：jsnr22kh@tachibana-u.ac.jp

担当：飯降 聖子

■ 日本学術会議共同主催国際会議の開催について

日本学術会議では、国内外の学術の振興を図ることを目的として、毎年、我が国において数多く開催される学術に関する国際会議の中から「学問的意義が高い」など特に重要と認められる優先性の高い会議について、共同で主催することとしています。

5月には、以下の2つの共同主催国際会議が開催されました。

○第20回色素細胞学会国際連合学術大会・第5回メラノーマ研究学会国際コンgres合同会議

会期 ● 5月7日 (水)～12日 (月) [6日間]

場所 ● ホテルロイトン札幌 (札幌市)

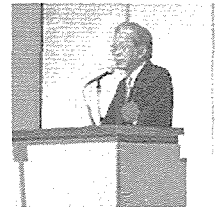
共同主催団体 ● 日本色素細胞学会 (会長：富田靖 名古屋大学医学部皮膚病態学教授)

日本皮膚悪性腫瘍学会 (会長：斎田 俊明 信州大学医学部皮膚科学教授)

国際会議組織委員長 ● 神保 孝一 札幌医科大学医学部名誉教授

会議では、メラニン分子生物学の色素性疾患、メラノーマのトランスレーショナル・リサーチ及び個別化医療への応用を主要題目として、世界28カ国から550名の参加者を得て、計320題の演題が発表されました。会期を通して活発な議論が展開され、特に世界的に発生が増加し、明確な治療法が無い色素異常症 (例えば尋常性白斑)、メラノーマに対する新規診断法や治療法の開発に関する研究の進展状況が明らかになるなど、貴重な機会となりました。

また、市民公開講座として、5月10日 (土)に富田靖名古屋大学教授、鈴木民夫山形大学教授らによる「白斑：尋常性白斑と白皮症」、11日 (日)には、斎田俊明信州大学教授らによる「怖い皮膚癌：悪性黒色腫 (メラノーマ) を知ろう」が開催され、多数の参加を得ました。



開会式で挨拶する浅島日本学術会議副会長 (色素・メラノーマ学会)

○第5回国際研究皮膚科学会議

会期 ● 5月14日 (水)～17日 (土) [4日間]

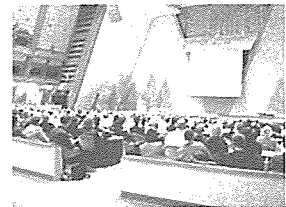
場所 ● 国立京都国際会館 (京都市)

共同主催団体 ● 日本研究皮膚科学会 (理事長：島田 眞路 山梨大学医学部皮膚科教授)

国際会議組織委員長 ● 島田 眞路 山梨大学医学部皮膚科教授

会議では、「皮膚細胞の活用 (Utilization of Skin Cells)」をメインテーマに世界38カ国から約1900名の参加者を得て、計1353題の演題が発表されました。また、皮膚科学最先端の研究についての討論や世界的に高名な研究者による9つの特別講演がなされるとともに、研究の将来的な方向、国際的な研究と協力についての詳細な議論が展開されました。

また16日 (金)には、川田 暁近畿大学医学部皮膚科教授、山本 明美旭川医科大学皮膚科順教授による市民公開講座が開催されました。公開講座では、「肌を科学する」と題して、「しみ・しわ」「乾燥肌」への対処法を科学的立場から解説し、好評を博しました。さらに、17日 (土)には、国際会議には珍しく高校生対象セミナーが開催され、米村でんじろう先生によるサイエンスショーが催されたほか、高校生が直接、国際会議に触れることのできる貴重な機会となりました。



セッション風景 (皮膚科学会議)

いずれの会議も、当初の想定よりも多くの演題、参加者が集まり、盛況のうちに終了しました。詳細は、後日、日本学術会議HPに公表予定です。

【今後の共同主催国際会議予定】

7月13日(日)～18日(金) 2008年国際炭素材料学会議(長野市、須坂市)

8月23日(土)～31日(日) 第21回国際結晶学連合会議(大阪市)

9月2日(火)～5日(金) 第11回世界内視鏡外科学会(横浜市)

10月1日(水)～5日(日) 第10回国際樹状細胞シンポジウム(神戸市)

10月20日(月)～25日(土) 第5回世界水産学会議(横浜市)

10月30日(木)～11月2日(日) 第13回環太平洋精神科医会議(千代田区、港区)

【問合せ先】内閣府日本学術会議 国際会議担当 (Tel: 03-3403-5731・i254@scj.go.jp)

なお、ご意見等がありましたら、下記問い合わせ先まで、お寄せください。

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

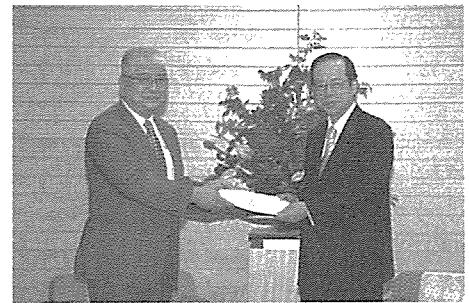
「日本学術会議ニュース」欄の記事のみ転載は自由です。貴団体の学術誌等に転載等をしていただき、より多くの方にお読みいただけるようにお取り計らいください。

■G8北海道洞爺湖サミットに向けた各国学術会議の共同声明

日本学術会議は、平成20年7月7～9日に北海道洞爺湖サミットで開催されるG8サミットに向け、G8サミット各国及び関係5カ国（ブラジル、中国、インド、メキシコ、南アフリカ）のアカデミーと共同で、本年のG8サミットの議題である「気候変動」と「Global Health」について、サミット参加国指導者に対する提言を取りまとめました。取りまとめられた提言は、同年6月10日、我が国において、金澤会長から福田総理に手交するとともに、世界同日に公表されました。

共同声明や本件に関する会長コメントは次のURLからご覧になれます。

<http://www.scj.go.jp/ja/int/g8/index.html>



福田総理、岸田科学技術担当大臣に共同声明について説明する金澤会長

■「国際環境専門者会議」について

日時 平成20年6月23日（月）、24日（火）

場所 ホテル シャトレーゼ・ガトーキングダム・サッポロ（札幌市）

議長 入倉 孝次郎 京都大学名誉教授

人口増加、エネルギー消費の拡大等に伴う地球温暖化等、人為起原の地球環境の問題は、21世紀の今、明らかに顕在化しており、生物圏と人間社会へ大きな影響を与え始めています。その解決には、未曾有の気候変化の監視、それを防ぐための対策と社会構造の変革、そして持続的社会の規範を支える教育等の分野の総合的な対策を推進しなければなりません。本年7月に開催されるG8サミット（北海道洞爺湖）でもこのような全地球的環境問題への抜本的対策が重要課題のひとつになっており、大きな社会的関心を呼んでいます。

日本学術会議では、平成19年7月に「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」を設置し、これまで計7回の委員会において地球環境問題に関する審議を行ってきましたが、この度、東京大学、北海道大学、海洋研究開発機構と合同で、地球温暖化等の地球環境問題を議論する「国際



環境専門者会議」を開催しました。この会議では、国内外の鍵となる専門家を招き、「自然現象の測定とモデリング」、「影響評価」、「被害軽減対策に関する取り組み」を、アカデミーの英知を結集して多角的・総合的に検討しました。

国際環境専門者会議の議長サマリーは次のURLからご覧になれます。

<http://www.scj.go.jp/ja/info/iinkai/chikyu/summary.pdf>

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

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

なお、ご意見等がありましたら、下記問い合わせ先まで、お寄せください。

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

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

■ 中部地区会議学術講演会の開催

平成20年7月4日(金)、日本学術会議中部地区学術講演会が金沢大学自然科学大講義棟レクチャーホールで開催されました。野村眞理先生(日本学術会議連携会員、金沢大学大学院人間社会環境研究科教授)による「ディアスポラの民のアイデンティティーユダヤ人とは何者かー」及び鈴木治彦先生(金沢大学大学院自然科学研究科特任教授)による「絶対零度近傍の物理—量子臨界現象の研究—」の2つの講演が行われた本講演会には約160名の聴衆が参加し、活発な質疑応答がなされるなどして、盛況裏に終了しました。



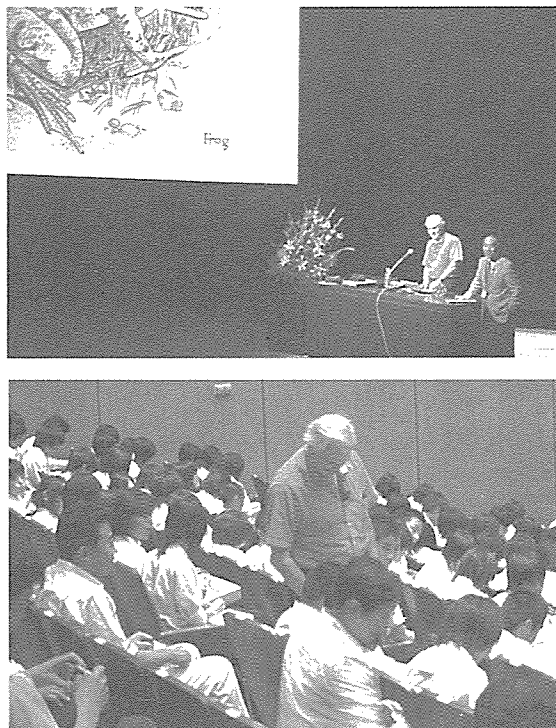
■ 2008年国際炭素材料学会議

市民公開講座「クロトー先生の楽しいサイエンス教室」の開催

平成20年7月13日～18日、長野にて2008年国際炭素材料学会議が開催され、会議期間中の17日(木)には、市民公開講座「クロトー先生の楽しいサイエンス教室」が須坂市メセナホールにて開催されました。

この講座は、科学技術の「面白さ・すばらしさ」を感じることを目的としたもので、ノーベル化学賞を受賞されたクロトー先生を講師に、信州大学工学部の遠藤守信教授を解説に迎え、須坂市内の中学生を中心に約700名が参加しました。

参加者は、実際に模型を組み立て、先生方と直接話することによって、科学を体感していた様子でした。



■ 東京大学医科学研究所における不適正な研究発表問題についての会長談話

今般、東京大学医科学研究所で、患者さんの検体を使用して行った研究の論文発表に 関して、研究所の倫理審査委員会での承認や、患者さんからのインフォームドコンセントについての虚偽の記載があったとの報道がなされました。

この事件については、事実関係を現在も調査中とのことでありますが、仮に報道されているようなことが事実であるとすれば、人を対象とする医学研究の倫理的原則を定めたヘルシンキ宣言や、厚生労働省の「臨床研究に関する倫理指針」に対する違反行為であり、誠に遺憾であります。

日本学術会議は、平成18年に、「科学者の行動規範について」と題する声明を発出しました。これは、科学の自由と科学者の主体的な判断に基づく研究活動は、社会からの信頼と負託を前提として初めて社会的認知を得るものであるとの認識の下に、すべての科学者が遵守すべき倫理的な行動規範を示したものです。

声明「科学者の行動規範について」

<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-s3.pdf>

この中で、関係法令や規則の遵守を求め、データのねつ造、改ざんなどの不正行為を禁ずるとともに、研究にご協力いただく方々の人格・人権を尊重し、その福利に配慮すべきことを明確に定めています。また同時に、こうした科学者個人の行動とともに、倫理綱領の策定や倫理委員会の整備、教育・研修の実施、疑義の申し立て窓口の設置等、機関レベルでの組織的な取り組みを行うことも求めています。

日本学術会議は、日本の科学者コミュニティを代表する機関として、すべての科学者、科学研究に関わる機関において、声明「科学者の行動規範について」を改めてお読みいただき、自身の行動、組織としての取り組みを再検証いただきますことを強く要望いたします。

今回の事を警鐘ととらえ、すべての科学者が倫理的に適切な対応を取るとともに、機関全体での取り組みを徹底し、以て、科学が社会からの信頼と負託に応えて、健全に発展していくことを願ってやみません。

平成20年7月25日

日本学術会議会長

金 澤 一 郎

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

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

なお、ご意見等がありましたら、下記問い合わせ先まで、お寄せください。

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

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

日本看護研究学会雑誌投稿規程

1. 投 稿 者

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

2. 投稿の種類と内容

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

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

学術上および技術上価値ある新しい研究成果を記述した論文。

投稿時にカテゴリーⅠ、Ⅱ、Ⅲ、のいずれかを選択する。

■研究報告

学術上および技術上価値ある新しい研究成果で、前掲「原著論文」ほどまとまった形ではないが、これだけでも早く発表する価値のある論文。

■技術・実践報告

技術的な問題についての実践結果の報告で、その手段あるいは得られた成果が大きな波及効果を期待できる記事。

■総 説

特定の問題に関する文献を集めて分析検討した論文。

3. 原稿の送付

投稿原稿は、所定の表紙（学会誌最終頁に綴じ込まれている）に必要事項を記入の上、本文、図表、写真等、を綴じたオリジナル原稿、およびオリジナル原稿のコピー3部（査読用なので、著者が特定できる部分（謝辞などを削除したもの））を添えて下記に送付する。

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

日本看護研究学会 編集委員会 委員長 川口 孝泰 宛

（封筒の表には、「日看研誌原稿」と朱書きし、書留郵便で郵送すること。）

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

4. 原稿の受付

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

5. 投稿の採否

投稿の採否は、規程の査読を経たうえで本誌編集委員会が決定する。場合により著者に内容の追加あるいは短縮を求めることがある。また著者に承認を求めたうえで投稿の種類を変更することがある。

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

なお原稿は原則として返却しない。

なお原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

	原著論文	研究報告	技術・実践報告	総 説	資料・その他
独 創 性	○	○	○		
萌 芽 性		○	○		
発 展 性		○	○	○	
技 術 的 有 用 性			○	○	
学術的価値性・有用性	○	○		○	
信 頼 性	○			○	
完 成 度	○				

〔凡例〕 ○：評価の対象とする，空欄：評価するが過度に重視しない。

6. 原稿の校正

校正にあたり，初校は著者が，2校以後は著者校正に基づいて編集委員会が行う。

なお校正の際の加筆は一切認めない。

7. 原稿掲載料・別刷料

原稿が刷り上がりで，10頁以下（800字詰原稿用紙30枚（図表含む））の場合は，掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は，所定の料金を徴収する。超過料金は，刷り上がり超過分1頁につき実費とする。

図表は，A4判用紙にトレースした原図を添える事。印刷業者でトレースが必要になった時はその実費を徴収する。

別刷については，印刷ファイル（pdf）の形で無料で配布する。刷紙媒体に必要な著者は，直接印刷業者に依頼すること。刷紙体は有料で，料金は，30円×刷り上がり頁数×部数（50部を単位とする）。ただし本会より執筆を依頼したものについてはこの限りではない。

8. 著作権

会員の権利保護のために，掲載された原稿の著作権は本会に属するものとする。他者の著作権に帰属する資料を引用するときは，著者がその許可申請手続きを行なう。

9. 原稿執筆要項

別に定める。

この規程は，昭和59年12月1日より発効する。

付 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 4) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 5) 平成16年7月28日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。

原 稿 執 筆 要 項

1. 原稿の書き方

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

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

①雑誌の場合：

番号) 著者名：表題、雑誌名、巻（号）、始ページー終ページ、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ー終ページ、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、始ページー終ページ、出版社、出版地、発行年（西暦）

－例－

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

④電子文献の場合：

番号) 著者：タイトル、入手日、アドレス

－例－

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

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

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

2. 原稿用紙および原稿の長さ

800字詰め原稿用紙3枚が刷り上がり1ページに相当する。刷り上がりが下記のページ数を超過しないように配慮すること。ただし、表題、図表等の一切を含むものとする。図表を仕上がり寸法（原版の2/3で大まかに見積る）で、A4サイズの用紙に配置した場合に必要なページ数を下記のページ数から差し引いたページ数に、2400文字を乗じた数が本文及び引用文献に使用できる文字数になる。

- | | |
|-------------|-------|
| (1) 原著論文 | 10ページ |
| (2) 研究報告 | 10ページ |
| (3) 技術・実践報告 | 7ページ |
| (4) 総説 | 7ページ |

3. 原稿の電子媒体での提出

原則として、原稿の内容を電子媒体（フロッピーディスク、MO、CDの、いずれか）で提出する。ラベルには著者、表題、使用機種、使用ソフトウェアを明記すること。

この要項は、昭和59年12月1日より発効する。

付 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成10年7月30日 一部改正実施する。
- 4) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 5) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。

事務局便り

1 平成20年度会費のご案内について

4月20日、6月20日、今回9月20日付けにてご案内いたしておりますが、平成20年度会費をまだお納めいただいていない方は、お早めに同封の振込用紙または、下記の口座あてにお振込下さい。学会誌は平成20年度会費が未納でも、平成20年3月31日までに平成20年度からの「退会」申し出のない会員の方には、平成20年度発行雑誌31巻1号から4号までお送りしております。

記

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

会員には同姓・同名の方がおりますので、お振込の際、必ず会員番号をご記入下さい。

ATMによるお振込の場合、お名前、ご連絡先の記述がない場合があります。

必ずご記入の上、お振込下さいますようお願いいたします。

会員番号は、雑誌送付封筒のラベルに明記してあります。

2 送付先変更の場合、本誌巻末の「変更届」に新しい送付先等を楷書でお書きいただき、難しい読みの場合は、フリガナを付記の上、FAX（043-221-2332）またはメール（info@jsnr.jp）でお知らせ下さい。

3 学会誌31巻2・3号を送付後に下記の方が送付先不明で戻ってきました。ご存知の方は、ご本人、または事務局までご連絡下さいますようお願いいたします。

お0502 押川 陽子 は0393 長谷 佳子 よ0239 横瀬富美子（2008）

い0917 市原 幸枝 さ0575 三条 裕子 た0657 種ヶ嶋素子 は0156 橋本 知子

は0431 秦 朝子 ま0245 榎本 智子 や0597 山本 勇夫 よ0181 林 礼（2007）

く0246 郡司理恵子 す0284 杉谷かずみ（2006）

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	10:00～15:00	FAX	043-221-2332

日本看護研究学会雑誌

第31巻 4号

会員無料配布

平成20年9月20日 印刷

平成20年9月20日 発行

編集委員

委員長 川口 孝泰（理事）筑波大学大学院人間総合科学研究科

委員 川西千恵美（理事）徳島大学医学部保健学科

山勢 博彰（理事）山口大学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 千葉市中央区亥鼻1-2-10

☎ 043-221-2331

FAX 043-221-2332

新ホームページアドレス

<http://www.jsnr.jp>

E-mail: info@jsnr.jp

発行者 山口 桂子

印刷所 （株）正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

入会を申し込まれる際は、以下の事項にご留意下さい。(ホームページ上において入会申込書を作成し、仮登録することができます。この手続きにより入会登録を迅速に処理することができますのでできるだけそちらをご利用下さい。)

1. 大学、短期大学、専修学校在学中の学生は入会できません。なお、前述の身分に該当する方で、学術集会への演題申込みのためにあらかじめ発表年度からの入会を希望される場合は、発表年度にはこれに該当しないことを入会申込書欄外に明記して下さい。

2. 入会を申し込まれる場合は、評議員の推薦、署名、捺印、入会申込み本人氏名、捺印が必要です。下記入会申込書の各欄に必要な事項を楷書でご記入下さい。ご本人の捺印のない場合があります。ご注意下さい。

3. 入会申込書の送付先：〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10
日本看護研究学会

4. 理事会承認後、その旨通知する際に入会金3,000円、年会費7,000円、合計10,000円の郵便振込用紙を送付します。振込用紙到着後14日(2週間)以内にお振込み下さい。
5. 専門区分の記入について：専門区分のいずれかに○印を付けて下さい。尚、その他の場合は、()内に専門の研究分野を記入して下さい。

6. 送付先について：送付先住所の自宅・所属いずれかに○印をご記入下さい。

7. 地区の指定について：勤務先と、自宅住所の地区が異なる場合、希望する地区に○印を付けて地区登録して下さい。尚、地区の指定がない時は、勤務先の地区への登録とさせていただきます。

8. 会員番号は、会費等の納入を確認ののち、お知らせいたします。
- *個人情報の管理について

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

(切り取り線より切ってお出してください)

入 会 申 込 書

日本看護研究学会理事長 殿

申込年月日 年 月 日

貴会の趣旨に賛同し会員として西暦 年度より入会を申し込みます。(入会年度は、必ずご記入下さい。)

フリガナ			専門区分	看護学・医学・その他 ()		
氏 名	Ⓜ		生 年	西暦 年 月	性別 男 ・ 女	
所 属	TEL FAX		地 区 割			
送 付 先 住 所	自宅・所属 (いずれかに○)	〒	地 区 名			
E - m a i l			都 道 府 県 名			
自 宅	TEL	FAX	1	北 海 道	北海道	
評 議 員 推 薦 者 氏 名	Ⓜ		2	東 北	青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島	
推 薦 者 所 属	会員番号		3	関 東	千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟	
事 務 局 記 入 欄	理事会承認年月日		4	東 京	東京, 埼玉, 山梨, 長野	
	受付番号	年度入会会員番号	5	東 海	神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重	
	受 付 日	巻 号 ~	6	近畿・北陸	滋賀, 京都, 大阪, 兵庫, 奈良, 和歌山, 福井, 富山, 石川	
	通知番号	送 付 日	7	中国・四国	島根, 鳥取, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 香川, 愛媛, 高知	
			8	九州・沖縄	福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄	

変 更 届

日本看護研究学会事務局 宛 (FAX 043-221-2332)

下記の通り変更がありましたので、お届けいたします。

_____年 _____月 _____日

会員番号 _____

フリガナ _____

氏 名 _____

変更する項目にご記入ください。

自宅住所の変更

〒 _____

電話及びFAX

TEL _____ FAX _____

勤務先の変更

所 属 名 :

所属住所

〒 _____

電話及びFAX

TEL _____ FAX _____

氏名の変更

送付先について、どちらかに○をご記入の上、ご指定ください。

勤務先 () 自 宅 ()

個人情報の管理について：日本看護研究学会では、ご登録の個人情報を慎重に取扱、本会の運営目的のみに使用いたしております。

日本看護研究学会 投稿原稿表紙

原稿種別 (番号に○)	1. 原著 (a. カテゴリーⅠ, b. カテゴリーⅡ, c. カテゴリーⅢ) 2. 研究報告 3. 技術・実践報告 4. 総説 5. 資料・その他 ()		
原稿投稿年月日	年 月 日		
和文題目			
英文題目			
キーワード (5語以内, 日本語/英語)			
1. /	2. /	3. /	
4. /	5. /		
原稿枚数			
本文:	枚	図:	枚
表:	枚	写真:	点
著者			
会員番号	氏名 (日本語/ローマ字)	所属 (日本語/英語)	
連絡先住所・氏名			
住所: 〒 _____			
氏名: _____			
Tel: _____ Fax: _____ E-mail: _____			
別刷希望部数 (※投稿規定7.参照)	和文抄録文字数	英文抄録使用語数	
部	字	語	

*受付年月日: 年 月 日

『専門性を高める』 研究・実践に役立つ新刊書！

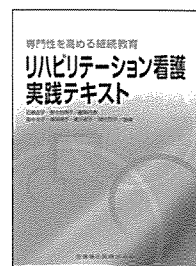
専門性を高める継続教育

リハビリテーション看護 実践テキスト

石鍋圭子・野々村典子 編著

B5判 268頁 定価3,780円（本体3,600円 税5%）ISBN978-4-263-23512-6

- リハチームのなかにおける看護師の役割と位置づけについて悩むリハ看護師は多い。本書は、臨床経験豊富なリハ看護の実践者・リハ看護研究の第一人者・10数年来リハ看護師の継続教育を行っている教育者たちによってまとめられた、多くのリハ看護師たちが抱えている疑問にある方向性を明示。



褥瘡ポケットマニュアル

森口隆彦・真田弘美 編著

新書判 218頁 定価2,520円（本体2,400円 税5%）ISBN978-4-263-23514-0

- 褥瘡の基礎知識から、褥瘡予防のマネジメント、発症時のケアまで最新情報をもとに、コンパクトに解説。図表・カラー写真を多用したビジュアルな紙面、注目されている、在宅における褥瘡管理について、在宅に特化した管理法を収載。

看護に役立つ 口腔ケアテクニック

晴山婦美子・塚本敦美・坂本まゆみ 編著

B5判 128頁 定価2,520円（本体2,400円 税5%）ISBN978-4-263-23515-7

- 看護師が行う口腔ケアについて、患者さんの状況・状態に応じて、何を使用してどのように行うのか、その根拠とテクニックについて、カラー写真でわかりやすく解説。看護業務のなかでどのように口腔ケアを行うのか、効果を高め、かつ効率的な、日常の看護実践にすぐに役立つ方法を紹介。



ナーシング・ポケットマニュアル 母性看護

東野妙子・村本淳子 編著

A6判 208頁 定価2,310円（本体2,200円 税5%）ISBN978-4-263-23970-4

- 本書は、周産期看護に焦点を当て、各項目において、アセスメント、情報収集に必要な技術、ウェルネス診断または問題点、看護計画、実践、評価で構成した。看護実践での活用を前提とし、どのような状況の中でも決してはずしてはならないポイントについて、わかりやすく明瞭に収載。

行動変容のための 面接レッスン

行動カウンセリングの実践 事例DVD付

足達淑子 著

B5判 120頁 定価3,570円（本体3,400円 税5%）ISBN978-4-263-70556-8

- 読者自身の面接方法や習慣をチェックする「セルフチェック」、スキルアップに役立つ「今日からできる実践課題」を収載。日常生活の中で、無理なく面接技術がレベルアップできる！DVDでは、実際の面接例（面接の良い例、悪い例、クライアントの準備性のみきわめと対応）を紹介。



●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

2008年8月作成 TP

