JOURNAL OF
JAPANESE SOCIETY OF
NURSING RESEARCH
Volume 31 Number 5 December 2008 ISSN 0285-9262

日本看護研究学会雑誌

[31巻5号]

Japanese Society of Nursing Research

看護理論の分析・評価の方法を学べる実例集

新刊

フォーセット
看護理論の分析と評価

新訂版

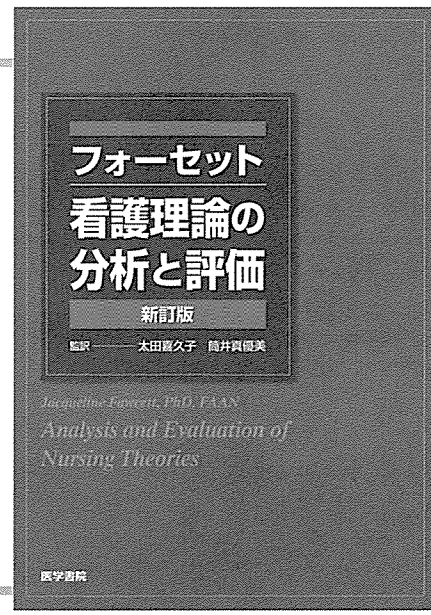
監訳　太田喜久子　慶應義塾大学看護医療学部教授
　　筒井真優美　日本赤十字看護大学教授

J.Fawcett
Analysis and Evaluation of Nursing Theories

フォーセットによる6つの代表的な看護理論の、分析と評価の実例集。全体を通して用いられる一貫した手法は、研究クリティークの方法を学ぶ上で大いに参考になるだろう。また、各理論の内容はもちろん、教育・実践への適用についても言及しており、関心ある理論の総合的な理解にも役立つ。
新訂版では新たに、各章末の文献リストにある論文解説も翻訳。研究者のさらなる探究を支援する内容になっている。

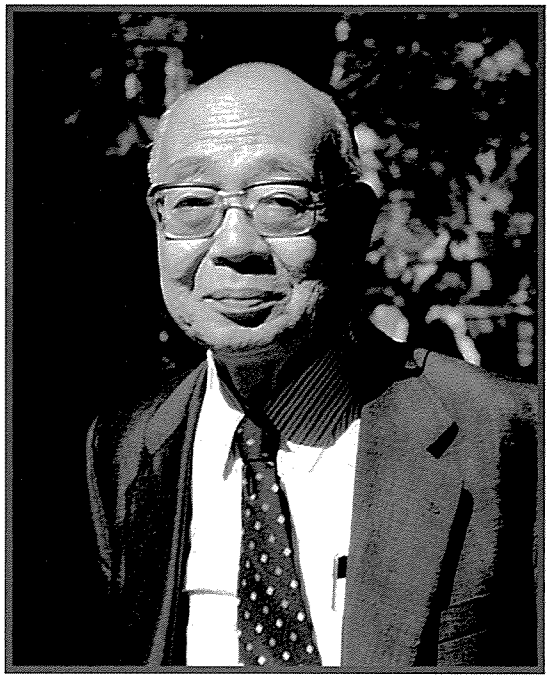
目次

CHAPTER1　現代の看護知識の構造
CHAPTER2　看護理論の分析と評価
CHAPTER3　レイニンガーの文化ケアの多様性と普遍性の理論
CHAPTER4　ニューマンの拡張する意識としての健康理論
CHAPTER5　オーランドの熟慮された看護過程理論
CHAPTER6　パースィの人間生成理論
CHAPTER7　ペプロウの人間関係理論
CHAPTER8　ワトソンのヒューマンケアリング理論
CHAPTER9　看護理論の検証



●A5　頁400　2008年　定価4,200円(本体4,000円+税5%)　[ISBN978-4-260-00634-7]
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。

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



内海滉先生のご逝去を悼んで

日本看護研究学会理事長
（愛知県立看護大学教授）
山　口　桂　子

平成20年８月，名誉会員内海滉先生がご逝去されました。ここに謹んでご冥福をお祈りいたします。

先生は昭和47年７月，当時の千葉大学教育学部特別教科（看護）教員養成課程に基礎看護学教員として着任されましたが，以後，昭和50年の本学会発足時のメンバーのお一人として，長きにわたって本学会の発展に寄与されました。世話人を経て，評議員4期をつとめられましたが，その間に理事３期，編集委員長２期を歴任され，また，平成元年には第15回の学会長をつとめられました。

特に，編集委員長としての６年間は学会誌の掲載論文の質を高めることを目標に活動され，本学会の学問的発展につとめられました。当時，会員にはなじみの薄かった査読制度の定着のために，投稿者と査読者間の意見調整を繰り返すなど，ずいぶんとご苦労されたようでした。

私事ですが，内海先生とは，学生時代を含め約10年間，千葉大学でのご一緒の時期があり，また，学会でも長くお世話になりましたので，本当に多くのことを学ばせていただきました。特に，先生の看護研究にかける思いは熱く，西千葉キャンパスから最寄り駅までお送りする間に，「すぐに役に立つ研究だけがいい研究ではない」と熱弁をふるわれていたことを思い出します。また，臨床の看護師の方々の研究指導にも非常に熱心で，多くの臨床看護研究をまとめていただきました。

約１年ほど前に，先日発刊された本学会雑誌発行30周年記念誌の件でお電話をいただいたのが先生との最後になりました。内海先生からのお電話は決まって早朝６時，これも先生の思い出です。

今はむこうで，これまでどおりドイツ語と研究と音楽を楽しんでいらっしゃることでしょう。これからも日本看護研究学会の発展を見届けていただきたいと思います。本当にお疲れ様でした。

会　　告（1）

平成20年12月１日から，日本看護研究学会事務局が下記の通り移転いたしましたのでお知らせいたします。
尚，電話番号・FAX番号は従来通りです。

記

〒260-0015
千葉県千葉市中央区富士見２丁目22番６号
富士ビル６階
日本看護研究学会事務局
電話番号：043－221－2331
ＦＡＸ：043－221－2332

以上

会　　告（2）

第35回日本看護研究学会学術集会を下記のように開催いたします。（第２回公告）

平成20年12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

記

第35回日本看護研究学会学術集会

メインテーマ　「創(はじ)めを探り未来を拓(ひら)く」

会　場：パシフィコ横浜・国立大ホール・会議センター
期　日：平成21年８月３日（月），４日（火）

会長講演：「優れた看護実践－新しい知の創出とわざの精錬」
川嶋みどり（日本赤十字看護大学学部長）
座長：近田　敬子（園田学園女子大学人間健康学部人間看護学科教授）

招聘講演Ⅰ：「アカデミック・ナーシング・プラクティス」
Lois K. Evans 博士（ペンシルベニア大学）
座長：筒井真優美（日本赤十字看護大学教授）

招聘講演Ⅱ：「歴史研究と看護実践」
Sioban Nelson 博士（トロント大学）
座長：小山真理子（神奈川県立保健福祉大学教授）

シンポジウムⅠ：「アカデミック・ナーシング・プラクティス」
シンポジスト：泉　キヨ子（金沢大学医薬保健研究域保健学系教授）
武田　利明（岩手県立大学看護学部教授）
鎌倉やよい（愛知県立看護大学教授）
菱沼　典子（聖路加看護大学教授）
座長：小原真理子（日本赤十字看護大学教授）
村上　明美（神奈川県立保健福祉大学教授）

シンポジウムⅡ：「未来を拓く看護」

シンポジスト：陣田　泰子（聖マリアンナ医科大学病院看護統括部部長）
山勢　博彰（山口大学大学院医学系研究科教授）
長谷川美津子（東邦大学医学部看護学科教授）

座長：小松　浩子（聖路加看護大学教授）
中木　高夫（日本赤十字看護大学教授）

市民公開講座Ⅰ：「音と技が織りなすケア－音楽療法への招待－」

プランナー：川嶋みどり（日本赤十字看護大学教授）

演者：東郷美香子（柳原病院）
佐藤　邦男（NPO　日本アビリティーズ協会）
梶　ひとみ（ピアニスト）

ピアノ演奏：加藤　雅子（音楽療法士）

デモンストレーション：境　　裕子・鈴木　美和・小林　由子・加藤　史子（健和会臨床看護研究所）

座長：角濱　春美（青森県立保健大学准教授）

市民公開講座Ⅱ：「映画とお話：アリサ……人から人間への記録－お話：やさしさの本質－」

演者：山崎　定人（映画監督）

座長：山口　桂子（愛知県立看護大学教授）

パネルディスカッションⅠ：「ナーシング・プラクティス・交流広場」

パネラー：長田　暁子（横浜市立大学附属市民総合医療センター）
渡邊　眞理（神奈川県立がんセンター）
大江　理英（大阪警察病院）

座長：黒田　裕子（北里大学大学院クリティカルケア看護学教授）
棚橋　泰之（東京臨海病院看護部）

パネルディスカッションⅡ：「患者体験を取り入れた教育実践の工夫と未来」

パネラー：中村　美鈴（自治医科大学看護学部教授）
城丸　瑞恵（昭和大学保健医療学部教授）
高橋奈津子（東海大学健康科学部講師）
佐藤　幹代（東海大学健康科学部講師）
村上　礼子（獨協医科大学看護学部講師）

座長：小島　善和（東海大学健康科学部准教授）
吉田　澄恵（順天堂大学医療看護学部准教授）

懇　親　会

日　　時：平成21年８月３日（月）18時～20時
会　　場：パシフィコ横浜・会議センター３階ラウンジ
会　　費：5,000円

【参加費】

①	事前登録（６月30日まで）（会員）	11,000円
②	事前登録（６月30日まで）（非会員）	12,000円（但し，学術集会雑誌を含む）
③	当日（会員）	12,000円
④	当日（非会員）	14,000円（但し，学術集会雑誌を含む）
⑤	学生（一律）	3,000円（但し，学術集会雑誌は含まない）

＊大学院生は会員または非会員のいずれかでお申し込みください。

＜事前登録方法＞

ホームページよりご登録ください。ご登録時に参加登録番号を忘れないようにお手元にメモしておいてください。

ご登録時に参加費支払い方法を，①クレジットカード決済，②コンビニオンライン決済，③郵便局払い込みの３つから選択できますので，画面で選定し，画面の指示に従って参加費をお支払いください。

【第35回学術集会事務局】

企画運営本部・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
TEL：042-778-8255
FAX：042-778-9069
E-mail：jsnr35-office@umin.ac.jp
ホームページ：http://jsnr35.umin.jp/

（学会前日）

プレカンファレンスセミナー

テーマ１：「研究テーマの絞り込みにおいて陥りやすい問題」
黒田　裕子（北里大学大学院クリティカルケア看護学教授）

テーマ２：「わかりやすい量的研究」
中山　和弘（聖路加看護大学教授）

テーマ３：「わかりやすい質的研究」
谷津　裕子（日本赤十字看護大学准教授）・北　素子（東京医療保健大学看護学部准教授）

日　　時：平成21年８月２日（日）14時30分～17時（受付は13時30分から）
会　　場：パシフィコ横浜・会議センター３階
募集人数：各テーマとも200名（先着順）
会　　費：学術集会とは別に5,000円

申し込み方法

申し込みは，ホームページにてご登録ください。ご登録の際，所定の様式に添って，ご氏名，ご所属（部署まで正確にご記入ください），本学会の会員・非会員の別，希望するテーマをご記入ください。申し込み受付後，E-mailにて，申し込み受付の自動返信をいたします。登録番号のご確認と，必ず受付られたかどうかのご確認をお願いします。受信後，１週間以内に会費5,000円

の事前振り込みを以下の要領でお願いします。この事前振り込みがない場合は，申し込みは取り消しになりますので，ご注意ください。

＊　なお，プレカンファレンスセミナーは上記３つのテーマについて同時間進行となります。従って，お１人様に付き１つのテーマのみの申し込みとなりますのでご注意ください。

＊　申し込み締め切りは，平成21年６月30日です。なお，先着順に登録しますので締め切りを待たないで定員になった場合はその時点で締め切らせていただきます。

＜事前のプレカンファレンス参加費の振り込み方法＞

上記の要領でホームページよりプレカンファレンスの参加をご登録いただいた際に，プレカンファレンス参加費の支払い方法を，①クレジットカード決済，②コンビニオンライン決済，③郵便局払い込みの３つから選択できますので，画面で選定し，画面の指示に従って参加費をお支払いください。

第35回日本看護研究学会学術集会一般演題および交流集会募集

第35回日本看護研究学会学術集会の一般演題および交流集会を下記の要領により募集いたします。開催地は神奈川県横浜市で，開催日は平成21年８月３日（月），４日（火）です。

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

平成20年12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

【一般演題募集要項】

Ⅰ．発表資格

●発表者・共同研究者はすべて本学会会員であることが必要です。なお，会員番号の問い合わせおよび入会確認については，日本看護研究学会事務局（TEL：043-221-2331，FAX：043-221-2332）にお問い合わせください。

●発表者の方は，共同研究者全員の会員番号および平成21年度の会費納入をご確認ください。未入会・未納入の方は，演題申し込み時までにあらかじめ，発表年度（平成21年度）の入会手続き・振り込みを済ませてください。学会発表時までに，平成21年度会費未入金の方がおられますと発表できません。

●演題は，発表当日の時点で未発表のものに限ります。他学会への二重投稿は慎んでください。

●発表者としての申し込みは，１人１題に限ります。

Ⅱ．演題申し込み方法

演題の申し込みは以下の通り，２段階となります。

さらに，演題の申し込み者は，１.通常の査読と２.教育的査読のどちらかを選定してください。

教育的査読とは，学会で発表することは今回初めてである，もしくは，若干の経験しかない，今回申し込みをする抄録は実践的な内容であり研究としては自信がない等，初心者用にお勧めするものです。

＜１段階目＞

●演題申し込みと同時に原稿を提出してください。演題申し込み方法はインターネットのみです。

●原稿文字数は，演題，発表者・共同研究者の氏名，所属，本文あわせて，１段階目は，2,400字以内でお願いいたします。図表を入れる場合は，2,040字以内でお願いいたします。

●図表は１枚のみ入れることができます。

●演題は48字以内でお願いいたします。

●本文には，【目的】，【研究方法】，【結果】，【考察】を必ず記入してください。研究方法には，倫理的配慮を含めてください。

●査読結果がお手元に戻った後の最終投稿原稿を提出する場合は，以下の２段階目の通りとなります。

＜２段階目＞

●抄録はＡ４判１頁に２演題掲載されます。

●原稿は電子的に処理されるため，Ａ４判半分にレイアウトする必要はありません。所定の文字数制限を厳守の上，作成してください。

●図表は１枚のみ入れることができます。

●原稿文字数は，演題，発表者･共同研究者の氏名，所属，本文あわせて，1,200字以内でお願いいたします。図表を入れる場合は，840字以内でお願いいたします。

●演題は48字以内でお願いいたします。

●本文には，【目的】，【研究方法】，【結果】，【考察】を必ず記入してください。研究方法には，倫理的配慮を含めてください。

＊文字数の数え方

・演題：『学術集会抄録原稿の電子的投稿に関する研究』（20字）

・発表者・共同研究者の氏名・所属

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

（例：川嶋みどりと中木高夫は，同じ日本赤十字看護大学）

『黒田裕子　北里大学』（８字）

『川嶋みどり　中木高夫　日本赤十字看護大学』（18字）

８字＋18字=26字

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

・合計文字：20字（演題字数）＋26字（発表者・共同研究者字数）＋714字（本文字数）＝760字

（図表なしは，1,200字以内，図表ありは840字以内）

Ⅲ．発表形式

●発表形式

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

１）口演

１題につき発表８分，質疑応答７分でパワーポイント（Windowsのみ）の使用に限ります。発表当日に発表者はUSBメモリーまたはCDをご持参ください。詳細につきましては，第32巻３号および学術集会ホームページでご確認ください。

２）示説（ポスターセッション）

ポスターの掲示面は，幅90cm×高さ200cm（左上に，20cm×20cmの演題番号が入ります）を予定しております。詳細につきましては，第32巻３号および学術集会ホームページでご確認ください。

●演題の分類

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

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

Ⅳ．申し込み後の日程

お申し込みをいただいた演題は査読を行い，その結果を**平成21年３月中旬頃**にお知らせいたします。発表日程につきましては，演題が採択された後の**平成21年５月下旬頃**にお知らせいたします。

Ⅴ．インターネットによる申し込み

募集期間　平成21年1月13日（火）から2月13日（金）まで

●演題等の登録

学術集会ホームページ（http://jsnr35.umin.jp/）の演題登録画面から，希望する発表形式，演題分類カテゴリー，査読種別，発表者，連絡先，共同研究者，所属，演題，本文，図表（１つまで）等を入力してください。詳しい入力方法は学術集会ホームページに掲載いたします。

●演題受理，査読結果，発表形式・日時等の連絡

すべて発表者のE-mail宛てに行います。E-mailアドレスが変更になった場合は，下記の㈱コンベンションリンケージのE-mail（jsnr35@secretariat.ne.jp）までご連絡ください。

●査読の結果の連絡

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

Ⅵ．問い合わせ先

一般演題に関するお問い合わせは，下記「第35回日本看護研究学会学術集会」一般演題運営事務局へお願いします。

〒102-0075　東京都千代田区三番町２　三番町KSビル
㈱コンベンションリンケージ
第35回日本看護研究学会学術集会　一般演題運営事務局
TEL：03-3263-8688
FAX：03-3263-8693
E-mail:jsnr35@secretariat.ne.jp

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

【交流集会募集要項】

Ⅰ．応募資格

●本学会会員であること

Ⅱ．演題申し込み方法

●申し込み方法は，インターネットによる申し込みになります。

●学術集会ホームページ（http://jsnr35.umin.jp/）からの申し込みとなります。
●交流集会の発表数には限りがあるため，採否の結果は後日，E-mailで通知いたします。

Ⅲ．実施方式

●下記の５テーマの中の１テーマを選定していただき，テーマに関係する演題を応募していただきます。交流集会では，この演題に基づいて発表を行っていただき，その後フロアの方を交えてディスカッションを行います。
●１テーマに付き４演題を発表していただき，１題につき発表は15分です。ディスカッションは４演題発表後，１時間もちたいと思います。発表はパワーポイント（Windowsのみ）の使用に限ります。発表当日に演者はUSBメモリーまたはCDをご持参ください。詳細につきましては，第32巻３号および学術集会ホームページでご確認ください。
●テーマ
１．リエゾン看護
２．虐待・ドメスティックバイオレンス
３．研究成果の看護実践活用
４．災害と看護
５．新しい看護ケア（Alternative-Care 代替療法）

Ⅳ．申し込み先

●学術集会ホームページ（http://jsnr35.umin.jp/）からの申し込みとなります。

募集期間　平成21年１月13日（火）から２月13日（金）まで

●申し込み受理後，採否結果，日時等の連絡は，すべて発表者のE-mail宛てに行います。E-mailアドレスが変更になった場合は，学術集会事務局へE-mail（jsnr35-office@umin.ac.jp）または，FAX（042-778-9069）でご連絡ください。

Ⅴ．問い合わせ先

交流集会に関するお問い合わせは，下記「第35回日本看護研究学会学術集会」事務局へお願いします。

〒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
TEL：042-778-8255
FAX：042-778-9069
E-mail:jsnr35-office@umin.ac.jp

以上

会　　告（3）

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。（第２回公告）

平成20年12月20日

日本看護研究学会
理事長　山　口　桂　子

日本看護研究学会奨学会規程

第１条　（名　称）

本会を日本看護研究学会奨学会（研究奨学会と略す）とする。

第２条　（目　的）

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

第３条　（資　金）

本会の資金として，前条の目的で本会に贈与された資金を奨学金に当てる。

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　曽　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。

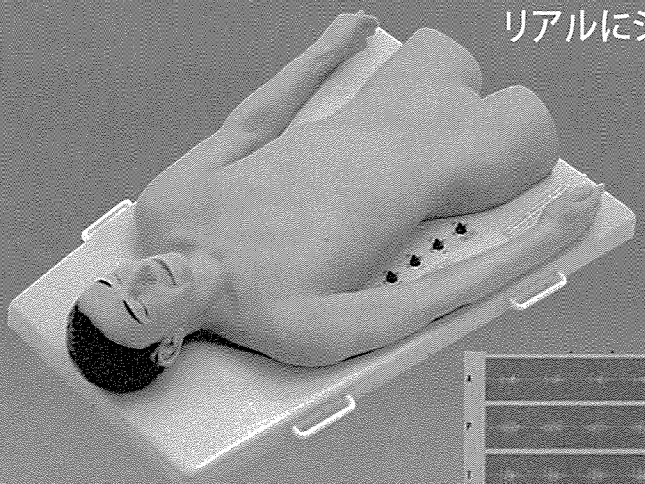
〒260-0856　千葉市中央区亥鼻１－２－10
日本看護研究学会
奨学会委員会　委員長　紙　屋　克　子

（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。

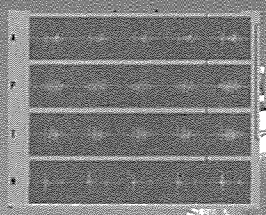
ICHIRO

心音・心疾患・不整脈を実際の患者さんのように
リアルにシミュレーションします。

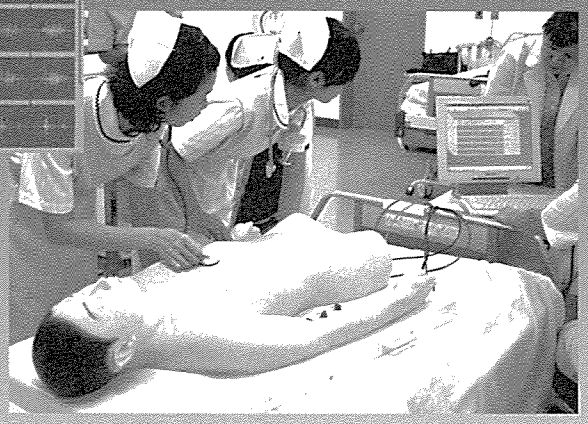


心臓病患者さんへの診察手技が総合的にトレーニングできます。

実際の聴診器で脈をとりながら聴診、心音図を見ながら聴診できます。



心臓病の診察



すべての所見がコンピュータで同期され、実際の患者さんを診ているようなリアルなタイミングでシミュレーション。

①心音の聴診：心音図を見ながら聴診できます。
②心電図：88症例の心電図を表示します。
③呼吸のシミュレーション（心拍数60の症例の時）

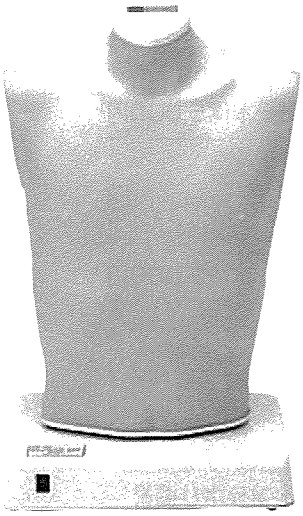
シミュレータを活かした看護実践トレーニング

—— フィジカルアセスメント技術の向上をめざして ——

LUNG

呼吸音の聴診

①実際の患者さんから集録した36症例の肺音。
②レントゲン画像・イラストを交えた症例解説画面。
③前面と背面で肺音を聴診でき、実際の診察手順をシミュレーションできます。



内蔵された15基のスピーカが36症例の呼吸音を再現。

呼吸音聴診シミュレータ“ラング”の症例と聴診部位

モデルには、前胸部7基、背部8基のスピーカを内蔵して肺音を再現し、聴診器を使用した自然に近い肺音の聴診を可能にしています。

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:kw-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

名著の完訳。教職大学院関係者・成人教育関係者必携。

新刊 省察的実践とは何か

●A5版上製　454頁　定価4,200円（本体4,000円＋税）

■著　者　ドナルド・ショーン

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

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

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

主な目次

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

好評発売中

●*成人教育の基礎理論を理解し、実践にいかすための格好の書。*

おとなの学びを拓く
自己決定と意識変容をめざして――
P.クラントン著
入江直子／豊田千代子／三輪建二 監訳
A5判上製　342頁　本体3,000円

●*学習者のニーズと特性にかなった支援の必要性と具体例を示す。*

おとなの学びを支援する
講座の準備・実施・評価のために――
K.マイセルほか著
三輪建二 訳
A5判上製　206頁　本体2,300円

●*アンドラゴジーに関する古典的名著、待望の完訳。*

成人教育の現代的実践
ペタゴジーからアンドラゴジーへ――
M.ノールズ著
堀薫夫／三輪建二 監訳
A5判上製　600頁　本体5,000円

●*社会教育職員をはじめとする専門職の研修用に最適の書。*

おとなの学びを創る
専門職の省察的実践をめざして――
P.クラントン著
入江直子／三輪建二 監訳
A5判上製　356頁　本体3,000円

●*アメリカで評価の高い生涯学習・成人学習論の名著を完訳。*

成人期の学習――理論と実践
シャラン B・メリアム／ローズマリー S・カファレラ著
立田慶裕／三輪建二 監訳
A5判上製　592頁　本体5,000円

●近刊 *広範な学習の実態から、学びを評価する視点を提示。*

学習者としての女性（仮）
E・ヘイズ／D・D・フラネリ編著
入江直子／三輪建二 監訳

鳳書房　〒157-0072　東京都世田谷区祖師谷1-25-5
TEL/FAX.03-3483-3723

目　　次

－原　著－

看護ケアとしての足部マッサージ中および終了後における自律神経活動指標の評価 …… 21

自治医科大学附属さいたま医療センター　井　草　理　江
日本大学医学部社会医学系　青　木　　健
東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科　亀　田　真　美
日本大学医学部社会医学系　岩　崎　賢　一
群馬大学医学部保健学科　松　田　たみ子
群馬パース大学保健科学部看護学科　真　砂　涼　子

－研究報告－

新人看護師の臨床判断プロセスの概念化
－健康歴聴取場面におけるケア決定までの判断－ …… 29

広島大学大学院保健学研究科　藤　内　美　保
広島大学大学院保健学研究科　宮　腰　由紀子
（元）大分県立病院　安　東　和　代

慢性疾患患者が食事を改善し維持に至る認識の変化の過程 …… 39

やわたメディカルセンター　藤　田　三　恵
石川県立看護大学　川　島　和　代
石川県立看護大学　諸　江　由紀子

患者の自殺・自殺企図に直面した精神科看護師のトラウマティック・ストレスとその関連要因 …… 49

岡山大学大学院保健学研究科　折　山　早　苗
岡山大学大学院保健学研究科　渡　邉　久　美

FDの企画運営に携わる看護学教員が直面している活動上の問題
－看護系大学・短期大学教員の面接調査を通して－ …… 57

国立看護大学校　亀　岡　智　美
千葉大学　舟　島　なをみ
愛媛県立医療技術大学　野　本　百合子
群馬県立県民健康科学大学　村　上　みち子
天使大学　鈴　木　美　和

神経症・心身症児の不適応行動の分析 …… 63

山形大学医学部看護学科　佐　藤　幸　子
東北大学医学部保健学科　塩　飽　　仁
横浜労災病院　山　本　三　奈
東北福祉大学保健看護学科　藤　田　　愛

デイケア・作業所に通所中の統合失調症患者が自己の生き方におりあいをつけるプロセス …… 71

岡山県立大学保健福祉学部看護学科　神　宝　貴　子
香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科　國　方　弘　子

精神疾患患者を支える家族員の批判的態度に関する因果分析 …… 79
香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科　岡　本　亜　紀
香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科　國　方　弘　子
岡山済生会総合病院　茅　原　路　代
岡山大学大学院保健学研究科　渡　邉　久　美
岡山大学大学院保健学研究科　折　山　早　苗

－技術・実践報告－

看護学実習が唾液コルチゾール分泌に及ぼす影響 …… 89
大阪府立大学看護学部　高　辻　功　一
大阪府立大学看護学部　杉　本　吉　恵

CONTENTS

Original Papers

Assessment of Autonomic Nervous Activity during and After Foot Massage for Nursing Care 21

Jichi Medical School Saitama Medical Center : Rie Igusa
Department of Social Medicine, Nihon University School of Medicine : Ken Aoki
Graduate School of Health Science, Tokyo Medical and Dental University : Mami Kameda
Department of Social Medicine, Nihon University School of Medicine : Ken-ichi Iwasaki
Department of Nursing, Gunma University School of Health Science : Tamiko Matsuda
School of Nursing, Gumma Paz College Faculty of Health Science : Ryoko Masago

Research Reports

Clinical Judgment Among Relatively Inexperienced Nurses : Toward the Development of Educational Methods to Teach Critical Thinking
— The Ability of Relatively to Apply Clinical Judgment While Taking a Health History — 29

Doctor Student of Graduate School of Health Science, Hiroshima University : Miho Tonai
Graduate School of Health Science, Hiroshima University : Yukiko Miyakoshi
Former Oita Prefectural Hospital : Kazuyo Ando

Process of Change in Recognition of Patients With Chronic Illness Who Lead to Maintain Their Improved Eating Habits 39

Yawata Medical Center : Mitsue Fujita
Yawata Medical Center : Kazuyo Kawashima
Ishikawa Prefectural Nursing University : Yukiko Moroe

Traumatic Stress of Psychiatric Nurses Who Witnessed Their Patients' Actual or Attempted Suicide and Its Related Factors 49

Graduate School of Health Science, Okayama University : Sanae Oriyama
Graduate School of Health Science, Okayama University : Kumi Watanabe

Problems That Nursing Faculty Who Were Members of Faculty Development Committee of BSN or ADN Programs Encounter 57

National College of Nursing Japan : Tomomi Kameoka
Chiba University : Naomi Funashima
Ehime Prefectural University of Health Sciences : Yuriko Nomoto
Gunma Prefectural College Health Sciences : Michiko Murakami
Tenshi College : Miwa Suzuki

Maladaptive Behaviors Experienced by Children with Neuroses or Psychosomatic Disorders 63

School of Nursing, Yamagata University : Yukiko Sato
School of Health Sciences, Tohoku University : Hitoshi Shiwaku
Yokohama Rosai Hospital : Mina Yamamoto
Tohoku Fukushi University, Department of Nursing : Megumi Fujita

The Process in Which Patients with Shizophrenia Coming to a Psychiatric Day Care or a Small-Scale Workshop Rearch "Oriai" with Reality 71
Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Propectual University : Takako Sinpou
Department of Nursing, Faculty of Health Science, Kagawa Prefectural College of Health Sicences : Hiroko Kunikata

Causal Analysis on Negative Attitudes of Family Members Caring for Mentally Ill People 79
Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectual College of Health Sciences : Aki Okamoto
Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectual College of Health Sciences : Hiroko Kunikata
Okayama Saiseikai General Hospital : Michiyo Kayahara
Graduate Shool of Health Sciences, Okayama University : Kumi Watanabe
Graduate Shool of Health Sciences, Okayama University : Sanae Oriyama

Technical Report

The Effect on the Secretion of Salivary Cortisol during Clinical Nursing Praticum 89
School of Nursing, Osaka Prefecture University : Koichi Takatsuji
School of Nursing, Osaka Prefecture University : Yoshie Sugimoto

－原　著－

看護ケアとしての足部マッサージ中および終了後における自律神経活動指標の評価

Assessment of Autonomic Nervous Activity during and After Foot Massage for Nursing Care

井草理江[1)] Rie Igusa
青木健[2)] Ken Aoki
亀田真美[3)] Mami Kameda
岩崎賢一[2)] Ken-ichi Iwasaki
松田たみ子[4)] Tamiko Matsuda
真砂涼子[5)] Ryoko Masago

キーワード：周波数解析，心拍変動，血圧変動，足部マッサージ，軽擦法
Key Words：spectral analysis, R-R interval variability, blood pressure variability, foot massage, effleurage

Ⅰ．はじめに

看護の臨床においては，処方された薬物による副作用や慢性的な痛み，不快症状のためいわゆるストレス状態になり，その中で，十分に自分自身の回復力や治癒力を発揮できないでいる患者に対応しなければならない[1)]。このストレス状態の持続が，さらに患者の心身に悪影響を及ぼすと考えられる。そのため，一時でもストレス状態から解放に導くことが，心身両面への負荷を軽減し，安定させ，治癒力だけでなく意欲を高めていくためにも重要であると考えられる。

治療技術の進歩に伴い，患者自身の治癒力を引き出すような積極的支援の必要性が高まりをみせるなか，マッサージ手技は，あらためて看護技術の１つとして注目され，その期待が高まっている[1)]。マッサージは，鍼灸手技とならんで相補・代替医療の１つに位置づけられており，筋肉，血液，リンパ液，神経への刺激を通して身体の緊張を緩和し，リラクセーションを促すことを目的に用いられる。また循環系，代謝系の活性化，免疫能の亢進などの効果に加えて，身体に直接接触させることによって孤独感が減少し，ストレス緩和，疲労解消，さらに施術者と被験者のコミュニケーション促進効果もあるとされている[2)]。このように，マッサージという操作によって内分泌系や自律神経系が刺激されることにより，さまざまな生理的変化が生じる。

実際，臥床状態による下肢の浮腫や倦怠感に対するケア等を目的として，足部マッサージが取り入れられている[3)]。これまで，足部マッサージが生体に及ぼす効果について，生理学的側面からいくつか報告されている。たとえば，15分程度の足底・足指の圧迫や軽擦により，刺激部位の皮膚温に上昇がみられる[4)]。また，15～20分程度の足部マッサージは，心拍数を低下させ[4)]，この状態はケア後も一定時間にわたり持続する[5～7)]。一方，足部マッサージが自律神経活動に及ぼす効果については，十分に明らかではない。近年，自律神経活動の評価として，心拍変動スペクトル解析が広く用いられており，PubMedにより検索された2005年に発表の心拍変動に関する論文は500件以上にのぼっている[8)]。また，末梢血管での交感神経活動の評価として，収縮期血圧変動のスペクトル解析も用いられてきている[9～11)]。しかしながら，足部へのマッサージ中およびケア終了後における心拍変動スペクトル解析を用いた心臓自律神経活動の評価には，必ずしも結果の一致がみられず[4,12)]，収縮期血圧変動のスペクトル解析も含めたさらなる検討の余地が残されている。

また，臨床においては実際に対象者に加えられた手技（刺激）が身体のどのように作用し，どのように効果を引き起こす可能性があるのかについて説明できることが大切である[1)]。これらのことから，足部マッサージの自律神経活動への効果に関して，さらなるエビデンスの蓄積が必要であると考えられる。

そこで本研究では，看護ケアとしての足部マッサージがケア中および終了後の自律神経活動に与える効果について，心拍変動に加え，血圧変動のスペクトル解析による評価方法を用いて検討を行った。

1）自治医科大学附属さいたま医療センター　Jichi Medical School Saitama Medical Center
2）日本大学医学部社会医学系　Department of Social Medicine, Nihon University School of Medicine
3）東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科　Graduate School of Health Science, Tokyo Medical and Dental University
4）群馬大学医学部保健学科　Department of Nursing, Gunma University School of Health Science
5）群馬パース大学保健科学部看護学科　School of Nursing, Gumma Paz College Faculty of Health Science

Ⅱ．研究方法

1．被験者

被験者は，健康な女子学生18名（年齢21.8±0.6歳，平均値±標準偏差）とした。全ての被験者には事前に本研究の主旨，実験条件および測定内容について口頭および文書で説明し，実験参加の同意を得た。また，被験者には実験前日より激しい運動，ならびにアルコール摂取を禁止し，十分な睡眠（最低６時間）をとるように指示した。同様に実験開始時刻の12時間前からカフェインの摂取，ならびに３時間前から食物の摂取を制限した。なお，実験への性周期の影響を考慮し，実験は全ての被験者において月経期間を避けて実施された。

2．実験条件

実験にあたり，あらかじめ被験者は乱数表を用いて無作為にマッサージ（M）群９名と対照（C）群９名とに振り分けられた。両群の身長，体重は，それぞれM群157.6±3.7cm，48.6±4.7kg，C群157.8±4.9cm，51.3±4.8kg（平均値±標準偏差）であった。すべての実験は室温約26～27℃，相対湿度60～70％に設定された実験室内において，午前９時から午後０時半までの間に実施した。

3．実験手順

被験者はあらかじめ用意された長袖前開きの寝衣およびハーフパンツを着用後，背面部が角度40度に調整された椅子上にて，半坐位姿勢を保持した。なお，被験者の膝から上はその椅子上に，膝下はマッサージを行うために大腿から水平位になるよう別の椅子上に乗せた。腰部にはクッションを置き，頭部には円枕を置いた。さらに掛け物としてバスタオルを片足ずつかけ，頸部から腰部まで同じバスタオルで，眼の周囲はハンドタオルで覆った。被験者にはできるだけ安楽な体位をとってもらうように身体の置き場を調整し，実験中40分間姿勢を持続できるかどうかを確認のうえ，快適感に関するVAS（Visual Analogue Scale）を取得後，実験を開始した。

各実験は10分間の安静（前安静），20分間のマッサージ（C群では安静状態を保持），10分間の安静（後安静）から構成されている（図１）。

マッサージは足底・下腿を左足から片足10分ずつ，母指軽擦法（母指の腹でなでさする）および四指軽擦法（示指，中指，薬指および小指の４指で同時になでさする）により実施した（図１）。マッサージのリズムは，リズミカルにメトロノーム（1/60の速さ）に合わせながら，足底は１秒に１回，末梢から中枢方向に擦って戻り，下腿は２秒に１回往復した。マッサージ圧は，被験者間における差をできる限りなくすため，毎回実験前に体圧測定器（PREDIA：株式会社モルテン，広島）を用いて１回ごとの圧が90～130mmHgの範囲におさまるよう確認した。なお，本実験

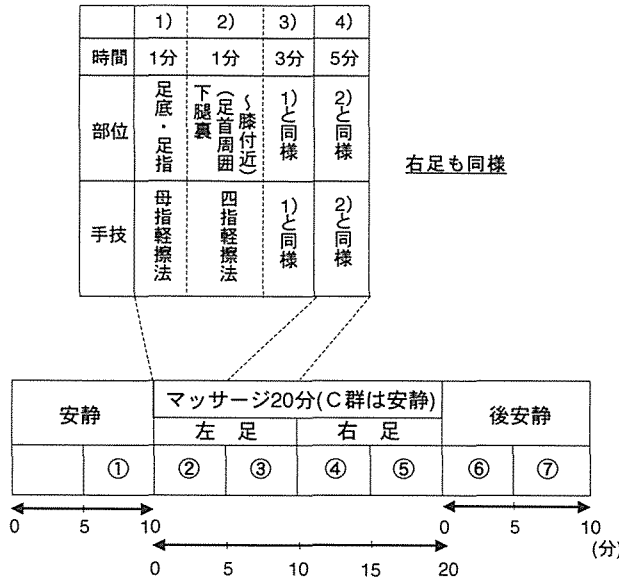


図１　実験プロトコルおよびマッサージの手順

における全てのマッサージは，手技の統一をはかるため同一検者が行った。

後安静期間終了後，再びVASおよび自由記述による内省報告を取得した。なお実験期間を通して，すべての被験者はメトロノームに合わせて呼吸することにより，１分間15回（呼吸周波数0.25Hz）の呼吸数を維持した。

4．測定項目

測定項目は，心電図によるRR間隔，心拍数および血圧（収縮期，拡張期血圧および平均血圧）である。

心電図は胸部双極誘導により，生体アンプ（A-MA-98：アイテック・ニューロサイエンス有限会社，福岡）を介して測定した。

血圧はトノメトリ血圧計（JENTOW7700：日本COLIN株式会社，小牧）を用い，動脈感知センサを左手首の撓骨動脈上に固定し，肘掛を用いてセンサ部分が心臓と同じ高さとなるようにして測定した。このトノメトリ血圧計のセンサにより測定される血圧値は，上腕に巻いたマンシェットにより事前に測定された血圧値を基に，自動補正されている。また，あらかじめ各被験者の血圧を水銀血圧計にて測定し，トノメトリ血圧計による測定値と大きな差がないことを確認して測定を行った。なお，トノメトリ血圧計により連続測定された血圧値の精度は，観血的に測定された動脈血圧値との比較により確認されている[13]。

心電図および血圧データはデータ収集システム（inter-cross-310：株式会社インタークロス，東京）によりそれぞれ250Hzのサンプリング周波数でパーソナルコンピュータ（Inspiron 2650：Dell Inc, Texas, USA）に記録した。なお，測定にあたり適正なサンプリング周波数の範囲は250～500Hzあるいはそれ以上とされている[14]。

マッサージによる主観的評価について，幅10cmのVAS

を用いて実験（マッサージ）前後に評価を求めた。主観的指標として独自に作成した①現在の気分，②心地よさ，③足部の快適さ，④身体全体の快適さの計４項目を用いた。

５．データ分析

測定した心電図および収縮期血圧データはデータ収集システム（intercross-310：株式会社インタークロス，東京）上にてMemCalc（Memcalc/Tarawa: 有限会社諏訪トラスト，札幌）システムを用いたスペクトル解析により分析を行った。

得られた心拍変動および収縮期血圧変動のスペクトルについてはそれぞれ，低周波数帯（LF：0.04-0.15 Hz）と高周波数帯（HF：0.15-0.40 Hz）を定義し，それぞれの周波数帯において積分によりパワー値を算出した。

心拍変動については心臓自律神経機能の評価として，心臓副交感神経活動の指標である高周波数帯成分のパワー値（HF-RR），心臓交感・副交感神経活動の両方に影響される低周波数帯成分のパワー値（LF-RR）[14]を用い，自律神経バランスの指標である低周波数帯成分パワー／高周波数帯成分パワーの比（LF/HF ratio）[14]を求めた。

収縮期血圧変動については，末梢血管α作動性交感神経活動における活動性の指標とされる低周波数帯成分のパワー値（LF-SBP）[15,16]と，主として胸腔内圧の変化に関する呼吸性の機械的変動の指標とされている高周波数帯成分のパワー値（HF-SBP）[16]に分離して求めた。

なお分析にはマッサージ前安静５分，マッサージ０～５，５～10，10～15，15～20分およびマッサージ後安静０～５，５～10分の各データを使用し，それぞれのデータ区間ごとに５分間の平均値を算出した（図１中①～⑦）。

また，特にマッサージ初期における短時間の経時的な変化を確認するため，マッサージ開始（０分）から６分目までのデータについて，２分ごとの平均値を算出した。

６．統計解析

測定データおよびVASデータにおける両群間の有意差検定には，二元配置分散分析（因子：群，データ区間）を用いた。ここで両群間に有意差が認められた場合はBonferroni post-hoc testを行い，有意差のあるデータ区間を確認した。さらに，各群内における経時的な変化を確認するため，繰り返しのある一元配置分散分析（因子：データ区間）を行い，マッサージ前における安静データとの多重比較としてBonferroni post-hoc testを用いた。また，マッサージ初期における短時間の経時的な変化についても，繰り返しのある一元配置分散分析（因子：時間）およびBonferroni post-hoc testによる安静データとの多重比較を行った。いずれの場合も有意水準は５％未満とした。なお，全てのデータは平均値±標準誤差で表した。

Ⅲ．結　果

心拍数はマッサージ開始から５分の内に有意な低下を示し，さらに後安静10分まで有意に低下した状態が続いた（図２A）。一方，拡張期血圧についてはマッサージ前に比べてマッサージ15～20分ならびにマッサージ終了後に有意な上昇を示した（図２D）。C群においては，全データ区間を通して，心拍数および血圧指標に有意な変化は認められなかった。

心拍変動解析により得られたLF-RRおよびHF-RRには，同様の変化が認められ，M群ではマッサージ試行前に比べて後安静５～10分に，それぞれ有意な上昇が認められた（図３A，B）。その結果，全心臓自律神経の活動であるトータルパワー（LF-RRとHF-RRを足したもの：Total power）においても，安静時に比べてマッサージ終了後５～10分での上昇は有意なものであった（図３C）。しかしながら，自律神経バランスの指標であるLF/HF ratioにはマッサージによる有意な変化は認められなかった（図

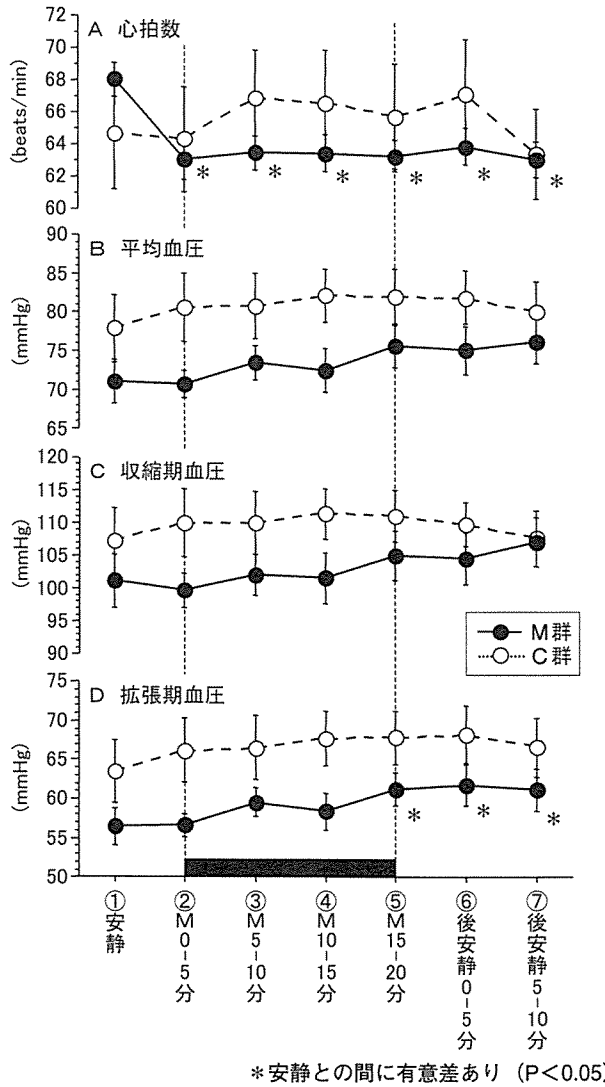


図２　心拍，血圧指標における実験中の変化（mean ± SE）

3 D)。C群においては，心拍変動による全ての指標において，有意な変化は認められなかった。

収縮期血圧変動におけるLF-SBPの変化には，M群とC群の間に有意な違いが認められ，特にM群では，安静時に比べてマッサージ終了後5～10分に有意な上昇が認められた（図4 A)。一方，HF-SBPには両群ともに全データ区間を通して，有意な変化は認められなかった（図4 B)。

マッサージ初期における短時間の経時的な変化について，さらに詳細な分析を実施した。その結果，マッサージによる心拍数の低下は，既に開始2分でみられると同時に，HF-RRの有意な上昇が認められた（図5)。一方，その他の指標には，マッサージ開始初期における有意な変化は認められなかった（表1)。

マッサージ前後に取得した各VASデータの変化については，気分のよさ，心地よさ，足部の快適さ，身体全体の快適さの全てにおいて，20分後にはM群の方がC群に比

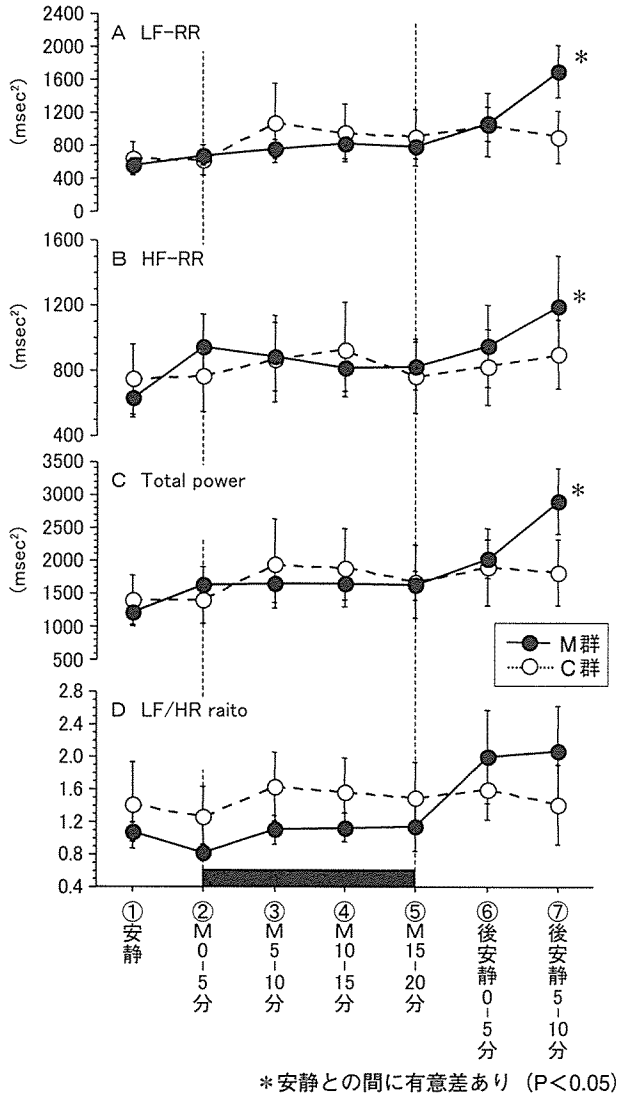


図3　心拍変動解析指標における実験中の変化（mean ± SE）

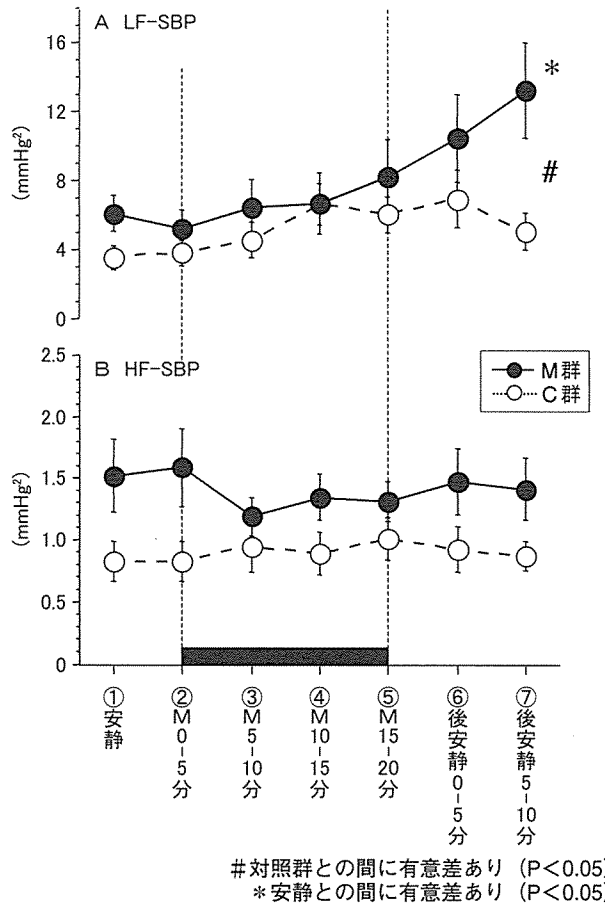


図4　血圧変動解析指標における実験中の変化（mean ± SE）

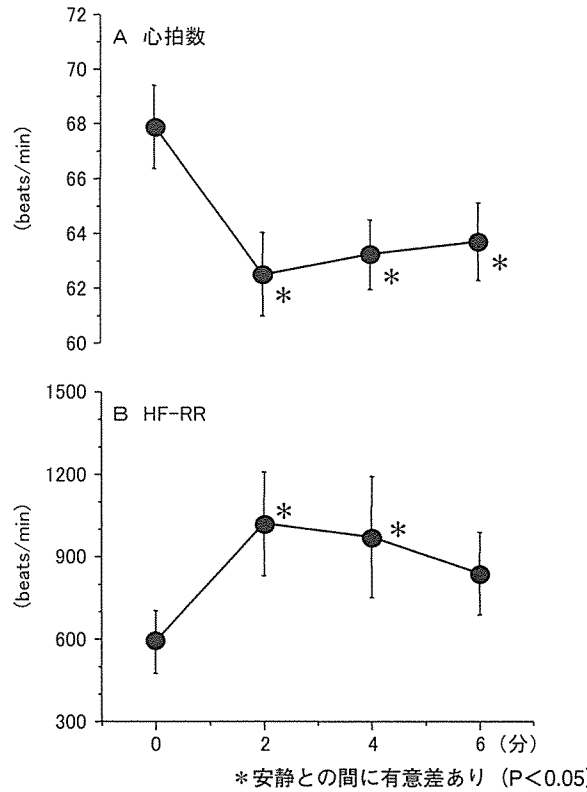


図5　心拍数および心拍変動解析指標におけるマッサージ開始直後の変化（mean ± SE）

表1　心拍変動解析指標，血圧および血圧変動解析指標におけるマッサージ開始直後の変化（mean ± SE）

（分）

	0	2	4	6
Total power（msec^2）	1116±196	1836±336	1649±343	1619±233
LF-RR（msec^2）	526±94	815±219	679±134	782±114
LF/HF ratio	1.02±0.18	0.90±0.16	0.75±0.08	1.05±0.12
平均血圧（mmHg）	70.1±2.9	66.8±2.2	66.5±2.7	67.7±2.7
収縮期血圧（mmHg）	98.2±3.8	95.2±2.9	93.6±3.3	94.9±3.2
拡張期血圧（mmHg）	56.0±2.5	52.6±1.9	53.0±2.5	54.1±2.5
LF-SBP（mmHg^2）	5.42±1.04	5.24±1.12	4.36±0.95	6.38±1.68
HF-SBP（mmHg^2）	1.56±0.34	1.76±0.43	1.61±0.34	1.44±0.20

表2　実験前後に取得した主観評価結果（mean ± SE）

	現在の気分	心地よさ	足部の快適さ	身体全体の快適さ
マッサージ（M）群				
前	5.97±0.59	4.30±0.76	2.91±0.65	2.80±0.61
後	8.51±0.24$^{\#}$	8.48±0.37$^{\#}$	8.53±0.36$^{\#}$	8.18±0.39$^{\#}$
対象（C）群				
前	5.52±0.68	4.32±0.55	3.01±0.33	4.04±0.65
後	5.83±0.58	5.54±0.65	3.51±0.44	5.19±0.69

べて有意に大きくなった（表2）。この結果から，20分間の足部マッサージにより被験者の主観的な評価は改善されることが示唆された。

Ⅳ．考　察

本研究結果より，足部マッサージに対してケア中とケア後では，自律神経活動は異なる変化を示すことが明らかとなった。

本研究において，マッサージ初期における短時間の経時的な変化に着目したところ，心拍数はマッサージ開始から2分以内に低下し，同時に心臓副交感神経活動の指標である高周波数帯成分のパワー値の上昇が認められた。本研究と同様に健常成人を対象とした先行研究でも，足部マッサージ刺激中[4]ならびに終了直後[6]における心拍数には低下がみられる。さらにこの足部マッサージによる心拍数の低下は高齢者においても認められる[7]。一方，マッサージによる心拍数の低下は，背部へのマッサージ・指圧[17,18]，背部や肩部におけるトリガーポイントへのマッサージ[19]や軽擦刺激[20]に加え，手部へのマッサージ[21]でも確認されている。その際，黒木ら[20]はこの背部マッサージ中の高周波数帯成分のパワー値の有意な増加も報告している。これらのことを考え合わせると，マッサージによる全身的なリラクセーション効果として，心臓副交感神経活動の亢進を介して心拍数が低下することが示唆される。そして，本研究結果よりこの応答はマッサージ開始後，比較的早い段階からみられると考えられる。

本研究において，マッサージ開始直後より認められた心拍数の低下効果は，足部マッサージ終了5～10分後においても持続されていた。これは，足部マッサージ終了後10～30分程度まで心拍数の低下がみられるとの報告[5,6,22]に一致する。一方，心拍変動スペクトル解析の指標は，マッサージ終了後には高周波数帯成分のパワー値だけでなく低周波数帯成分のパワー値についても有意な上昇を示し，その結果，トータルパワーも安静時に比べて有意に上昇した。このことは，マッサージ終了後には，全心臓自律神経の活動が亢進したことを示唆している。上肢から手指への圧迫や揉捏によるマッサージにおいては，終了後10分で心拍変動スペクトルにおける高周波数帯成分のパワー値が有意な上昇を示し，さらに10分後低周波数帯成分のパワー値にも有意な上昇が認められる[9]との報告もある。したがって，本研究において足部マッサージ終了後には，マッサージ中から継続しているリラクセーション効果としての心臓副交感神経活動の亢進に加え，心臓交感神経活動も亢進され，その結果，心臓交感・副交感神経活動の両方が賦活したものと推察される。

心拍の変化とは異なり，血圧指標にはマッサージ初期には変化がみられず，拡張期血圧のみマッサージ終了前から終了後において，マッサージ前安静に比べて有意な上昇を示した。いくつかの先行研究においては，マッサージ終了後に血圧は低下し[4,6,19]，この低下もマッサージによるリラクセーション効果ととらえられている。一方，マッサージ後の血圧は変化しない[5,9]，あるいは上昇する[23]との報告もあり，必ずしも見解の一致をみていない。安部[23]らの報告によると，同様の上肢圧迫刺激（12分間）であっても，坐位では施術後に拡張期血圧は有意に上昇する一方，仰臥位では施術後も有意な血圧の変化は認められない。実際，仰臥位に比べ坐位では交感神経の活動性が高いことから，この体位の違いによる自律神経の活動性の違いが，その後のマッサージに対する血圧変化の相違に影響している可能性が考えられる。したがって，本研究においても半坐位姿勢で実施したことにより，マッサージ終了後における拡張期血圧の上昇がより顕著に現れたのかもしれない。

さらに本研究では，収縮期血圧変動における低周波数帯成分のパワー値もマッサージ終了後に有意な上昇を示した。同様の血圧変動解析を実施した阿部ら[9]の報告においても，上肢マッサージ終了後，血圧には変化がないが，収縮期血圧変動における低周波数帯成分のパワー値は有意に上昇している。これらのことから，マッサージ終了後には，末梢血管に分布するα作動性交感神経の活動が亢進し，低周波数帯の血圧変動が増加することが示唆される。

看護においてマッサージは，第一に肉体的にも精神的にも緊張状態を緩和し，リラクセーション効果を得るため用いられるケアである。たとえば，入院患者への側臥

位での10分間の背部マッサージ・指圧により，気分的評価指標（高揚感，緊張感，不安感，束縛感）はすべて有意な低下を示す[17]。本研究においても，足部マッサージにより主観評価による心地よさや快適さが改善され，心拍数も低下し，リラクセーション効果が確認できた。一方，本研究では20分間のマッサージ後，両心臓交感・副交感神経活動や末梢血管α作動性交感神経活動の指標に亢進がみとめられた。刺激の弱いマッサージ（軽擦法）には上述のリラクセーションを引き起こす効果が求められるのとは異なり，少し強い刺激（強擦法）には興奮作用があるとされている[24]。さらに，マッサージには自律神経系を介した循環系，代謝系の活性化や免疫能の亢進なども期待されている[2]。これらのことに照らし考えると，本研究でみられたマッサージ終了後の心臓自律神経や末梢血管の交感神経活動における活動性の亢進も合目的な反応であると思われる。実際，マッサージは静脈血栓，重症の心不全，著しい高血圧の場合には禁止されていることからも[25]，マッサージにはその実施状況（強さや時間）によりリラクセーションとは異なる自律神経活動の変化が予想される。したがって，よりマッサージによる効果を得るためには，対象者の状況や好みに応じて，マッサージ方法や施術時間を調節するのがよいかと思われる。

指圧やマッサージは短時間でできるものが多く，この数分間の患者との触れ合いが温かな心を伝え，確かな信頼関係を築くことにつながる[26]。本研究結果より，マッサージの初期段階においてリラクセーション反応は起こっていることからも，看護ケアの中で，少しの時間を利用して，取り入れてくいことは有用であると考えられる。特に，倦怠感や易疲労状態でマッサージを希望していても長時間の姿勢保持が困難な対象者に対して，短時間のマッサージをケアの一つとして取り入れるのがよいと思われる。

今後，対象者に合わせたマッサージ法を選択するために，これまでの知見を統合し，それぞれのマッサージによる影響要因と効果について，さらに科学的に明確にしていく必要がある。そして，看護者それぞれが手技とその効用について把握し，実践できれば患者の療養，回復によい効果を与えることができるのではないかと考える。

V．まとめ

本研究より20分間の足部マッサージにより，心臓副交感神経活動の亢進を介して心拍数が低下することに加え，マッサージ後の全心臓自律神経活動および末梢血管の交感神経活動における活動性が亢進することが確認された。したがって，足部マッサージはリラックス効果の他に，自律神経活動を促進する看護ケアとしても活用できると思われる。

謝　辞

本研究に快く協力してくださいました，自治医科大学看護学部の学生の皆様に，深く感謝いたします。本研究は，第32回日本看護研究学会学術集会において報告したものに，データを追加し，まとめたものである。

要　旨

本研究では，足部マッサージの効果について自律神経活動指標の評価から検討した。女子学生18名を被験者とし，半坐位姿勢にてマッサージ群（９名）には20分間のマッサージ（足底・足指および足首周囲～下腿部を左右各10分）を実施，対照群（９名）には全測定期間を通じ，安静を保持させた。マッサージ開始から２分目までに心拍数の有意な低下と心拍変動のスペクトル解析による高周波成分（0.15-0.40 Hz）の有意な上昇がみられた。一方，マッサージ終了後には心拍変動および血圧変動解析による両低周波成分（0.04-0.15 Hz），心拍変動の高周波成分に有意な上昇がみられた。これらより，足部マッサージ初期より心臓副交感神経活動が刺激されるだけでなく，終了後は心臓自律神経や血管運動性交感神経の活動性が亢進することが示唆された。したがって，足部マッサージには自律神経活動を促進させる看護ケアとしての活用が考えられる。

Abstract

In the present study, we investigated effects of foot massage on autonomic nervous activity. Eighteen female students participated in this experiment. All subjects maintained semi-supine position throughout the experiment. In massage group, nine subjects underwent 20-min stimulation to soles, toes, ankles, and lower legs. The other nine subjects in control group only maintained rest without massage throughout the experiment. The heart rate decreased significantly and the high-frequency power of R-R interval variability in the range of 0.15-0.40 Hz increased significantly during the first 2 min from the beginning of massage. On the other hand, the low-frequency power of R-R interval variability and blood pressure variability in the range of 0.04-0.15 Hz, and high-frequency power of R-R interval variability increased significantly after the end of the massage. These results indicated that cardiac parasympathetic nervous activity was activated in the initial phase of foot massage. Moreover, cardiac sympathetic and parasympathetic nervous activities, in addition to sympathetic vasomotor

activity, were augmented after the 20-min foot massage. Foot massage during nursing care is expected to increase autonomic nervous activity.

文　献

1）小板橋喜久代：指圧・マッサージ実践講座第２回　看護計画のなかで援助技術として活用していくために，月刊ナーシング，25(4)，72-76，2005.

2）今西二郎，渡邊聡子：ボディーワーク，今西二郎，小島操子(編)：看護職のための代替療法ガイドブック，69-73，医学書院，東京，2001.

3）木村伸子：指圧・マッサージ実践講座第17回　訪問看護の場面に指圧・マッサージを取り入れる［下腿浮腫・冷感・倦怠感の緩和をはかる］，月刊ナーシング，25(9)，68-74，2005.

4）上馬場和夫，許鳳浩，他：手部と足部の押圧刺激による循環・呼吸・自律神経系の変化の違い，東方医学，19(4)・20(1)，13-22，2004.

5）新井千枝子，山口　智，他：手技療法が自律神経機能に及ぼす影響（第３報）－open loop video pupillographyによる検討－，日本手技療法学会雑誌，10(1)，19-25，1999.

6）吉原正美，野村　恵，他：マッサージによるリラックス効果，長野赤十字病院医誌，15，120-124，2001.

7）新田紀枝，阿曽洋子，他：足浴，足部マッサージ，足浴後マッサージによるリラクゼーション反応の比較，日本看護科学会誌，22(3)，55-63，2002.

8）Parati G, Mancia G et al. : Point : Counterpoint : Cardiovascular variability is/is not an index of autonomic control of circulation. J. Appl. Physiol., 101, 676-682, 2006.

9）阿部洋二郎，山口　智，他：手技療法が自律神経活動に及ぼす影響－健常者における心拍・血圧スペクトル解析による検討－，日本手技療法学会雑誌，12(1)，34-38，2001.

10）瀬戸美夏，真鍋庸三，他：心拍・血圧変動スペクトル解析を用いた自己血採血および輸液後の自律神経機能の評価，日本輸血学会誌，48(6)，455-464，2002.

11）Ogawa, Y., Iwasaki, K. et al. : Different effects on circulatory control during volatile induction and maintenance of anesthesia and total intravenous anesthesia: autonomic nervous activity and arterial cardiac baroreflex function evaluated by blood pressure and heart rate variability analysis. J. Clin. Anesth, 18, 87-95, 2006.

12）片岡秋子，北川裕子，他：足部マッサージと腹式呼吸併用の生理的効果，日本看護医療学会誌，2(1)，17-24，2000.

13）Kemmotsu, O., Ueda, M. et al. : Arterial tonometry for noninvasive, continuous blood pressure monitoring during anesthesia. Anesthesiology, 75, 333-340, 1991.

14）Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology : Heart rate variability : standards of measurement, physiological interpretation, and clinical use. Circulation, 93, 1043-1065, 1996.

15）Pagani, M., Montano, N. et al.: Relationship between spectral components of cardiovascular variabilities and direct measures of muscle sympathetic nerve activity in humans. Circulation, 95, 1441-1448, 1997 .

16）Zhang, R., Iwasaki, K. et al. : Mechanism of blood pressure and R-R variability : insights from ganglion blockade in humans. J. Physiol., 543, 337-348, 2002.

17）柳奈津子，小板橋喜久代：入院患者に対する背部マッサージ・指圧の効果－自律神経活動および主観指標による評価－，日本看護研究学会誌，27(3)，145，2004.

18）Ouchi, Y., Kanno, T. et al. : Changes in cerebral blood flow under prone condition with and without massage. Neurosci. Lett., 407, 131-135, 2006 .

19）Delaney, J.P.A., Leong, K.S. et al. : The short-term effects of myofascial trigger point massage therapy on cardiac autonomic tone in healthy subjects. J. Adv. Nurs, 37(4), 364-371, 2002.

20）黒木淳子，山田重行：背部マッサージ（軽擦法）のリラックス効果と実施者・対象者の関係，日本看護研究学会誌，26(3)，129，2003.

21）佐藤都也子：健康な成人女性におけるハンドマッサージの自律神経活動および気分への影響，山梨大学看護学会誌，4(2)，25-32，2006.

22）吉川恵士，上田幹男，他：手技療法の自律神経機能への影響（第２報）－特に施術者の経験年数の違いについて，日本手技療法学会雑誌，2(1)，6-14，1991.

23）安部達彦，徳竹忠司，他：仰臥位・坐位での上肢指圧が循環動態に及ぼす影響について，日本手技療法学会雑誌，9(1)，67-73，1998.

24）小板橋喜久代：指圧・マッサージ技法のエビデンス，臨床看護，28(13)，2070-2077，2002.

25）芹沢勝助：東西医学の接点に立つ，マッサージ・指圧法の実際，265-268，創元社，大阪，1970 .

26）寺澤捷年，津田昌樹：JNNブックス絵でみる指圧・マッサージ，8，医学書院，東京，2002.

［平成19年８月30日受　付］
［平成20年８月１日採用決定］

－研究報告－

新人看護師の臨床判断プロセスの概念化
－健康歴聴取場面におけるケア決定までの判断－

Clinical Judgment among Relatively Inexperienced Nurses : Toward the Development of Educational Methods to Teach Critical Thinking
－ The Ability of Relatively to Apply Clinical Judgment while Taking a Health History －

藤内美保[1)]　宮腰由紀子[2)]　安東和代[3)]
Miho Tonai　Yukiko Miyakoshi　Kazuyo Ando

キーワード：臨床判断，新人看護師，健康歴聴取
Key Words ：clinical judgment, inexperienced nurses, taking a health history

Ⅰ．緒　言

新卒看護師が実践できる能力と，病院が期待している能力にはギャップがあると指摘されて久しい[1)]。このような背景を受け，医療安全の確保および臨床看護実践の質の向上の観点から，新人看護職員の研修体制の整備の重要性が強調されている[2)]。そのため，新人看護師に対する教育は，多くの病院にとって重要な課題の１つである。新人看護師の卒後教育に関する先行研究において，教育対象である新人看護師を理解するための新人看護師自身の体験[3～5)]や不安やストレス[6,7)]などの多数の報告はあるが，臨床現場における新人看護師の実践能力を客観的事実として解明した研究成果[8)]は意外に少ない。卒後の継続教育を効果的に行うには，新人看護師の実践能力の実態を客観的事実として解明し，そこから教育的アプローチを検討すること，なかでも看護ケアの方向性を見出し，行動を決定する根拠となる臨床判断は実践能力のなかでも重要な課題である。新人看護師が看護ケアをどのように導くかという臨床判断について，その実態を客観的事実として質的分析したものはない。

そこで，本研究は，健康歴聴取場面で，新人看護師が行う臨床判断の思考に注目し，新人看護師が，未知の患者と遭遇し，どのように知覚し，そこから情報をどのように収集し，またどのように看護ケアの方向性を定めていくのか，という一連の流れを明らかにすることを目的に，質的・帰納的分析により，臨床判断の思考の概念を導き出すことがねらいである。このことにより，新人看護師が経験を活用しつつ自律的に患者と関わり，判断できる能力育成に貢献できると考える。

Ⅱ．方　法

１）研究方法の選択

本研究は，情報のない状況から看護ケアの方向性を導くという臨床判断という思考構造を，より具体的で実践に応用できるような下位概念として言語化することを目的とする。そのため記述的研究を試み，特に，より直接的で関係性の発見に焦点を当てる因子探索的研究を行ない明確な結論を導く。木下が提唱する修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ[9,10)]は，分析に用いるデータを限定的な範囲において採用するもので，緻密な分析が可能であることから，実践現場に対し高い説明力と応用性をもつ。また研究テーマを具体的に絞り込んでいくため生成される概念は下位概念として具現化し言語的に表現することを目的に開発されていることから，木下の提唱する方法を採用した。

２）対象

看護基礎教育課程を修了し，看護師免許を取得し，A市内の公立病院に就職して２年間以内の新人看護師12名。２年間以内の看護師を対象としたのは，臨床判断という観点から考え，Benner[11)]の論拠および野島[12)]が２年目から３年目は成熟への変化がみられるという報告に基づくものである。

３）データ収集場面

データ収集場面は，看護師が初めて出会う患者に対して行う健康歴聴取場面とした。この場面に設定した理由は，以下の３点に拠る。

第１点は，健康歴聴取は，看護師にとって欠くことができない看護活動である。必要な情報を収集し人間関係をつ

１）広島大学大学院保健学研究科博士課程後期　Doctor Student of Graduate School of Health Science, Hiroshima University
２）広島大学大学院保健学研究科　Graduate School of Health Science, Hiroshima University
３）（元）大分県立病院　Former Oita Prefectural Hospital

くり，最終的には患者の持つ問題を判別し，初期計画を立案しケアの方向性を決定する重要な活動であり，この場面の分析は有用と考えた。

第２点は，臨床判断は，既に蓄積された情報が判断の根拠となったり，患者との関係性に影響を受ける性質があるため，事前の情報量や患者との関係性がほぼ同質である初めて患者と対面する場面を選択することが望ましい。この点，健康歴聴取場面はある程度条件を一定にすることができる。

第３点は，健康歴聴取は頻度の高い看護活動であることから，本研究で得た成果は，実践現場に還元し有用な応用場面となる。

４）データ収集方法

データ収集方法は，フィールドワークにおける言葉や行動の観察から得た参加観察による観察データと，健康歴聴取終了後に行った半構成的面接により対象者から語りとして得たデータを収集した。

(1) 参加観察法によるデータ収集

① 事前に同意を得た新人看護師が，健康歴を聴取する日に研究者が病院に赴き，入院時に文書による説明を患者に行い，同意を得て参加観察する。なお，看護師には患者と面識がないかを確認する。

② 調査場所：病棟のカンファレンスルームなど，看護師が設定した健康歴を聴取する場所

③ 調査時間：約30～60分間程度

④ 参加観察の収集データ：基本的データとして，１）観察年月日，健康歴聴取時間，聴取場所，持参物品，聴取時の患者・看護師・研究者の配置図，および患者の疾患名，性別，年代の情報を得る。

また，２）健康歴聴取時の看護師および患者・家族の会話はテープに録音し，看護師の行動は可能な限り研究者が記録をした。

(2) 半構成的面接調査によるデータ収集

① 健康歴聴取が終了した後，新人看護師に，以下の点について半構成的面接調査を行い，テープに録音した。質問項目は入院を受け入れて健康歴聴取する前の段階，健康歴を聴取している時，健康歴聴取終了時点といった時間系列を基本にし，枠組みにとらえられないような質問項目となるように考慮した。また直感的思考や判断も聞き取れる質問とした。

・健康歴聴取するまでに準備したことや確認しようと考えたこと
・患者を初めて見て，気になったこと，注目したこと
・健康歴聴取している間で気になったことや配慮したこと
・聴取が終了して考えたこと，この患者の看護ケアの方向性
・チームに働きかけたことやこれから働きかけようと思うこと

② 調査場所：病棟内のカンファレンスルームなどの看護師が指定した場所

③ 調査時間：20～40分間程度

５）データ収集範囲

データ収集範囲は，本来であれば，患者と初めて出会った瞬間からデータを取り始めることが望ましいが，病棟のシステム等によって患者と出会うタイミングが異なるため，条件を一定にする必要から，カンファレンス室などに移動して，健康歴聴取を開始する時点から終了するまでをデータ収集の範囲と規定した。

６）データ収集のフィールド

データ収集の対象となる新人看護師への教育環境は重要である。協力を依頼した病院は，新人看護師を毎年一定数採用していることはもとより，新人教育研修プログラムが実施され，看護単位でプリセプターシップを導入し新人看護師への教育研修プログラムが組み込まれている病院を選択した。

７）調査期間

2004年12月～2005年11月とし，新人看護師が病棟のシステムにも慣れ，健康歴聴取を数回以上は経験している時期を考慮して行った。

８）分析テーマ

分析テーマは，「どのような判断・思考・行動をし，それがどう看護ケアの方向性を導いているのか」とした。これは，健康歴聴取を行う目標が，看護の対象者である患者・家族との人間関係形成をしつつ，看護の視点から患者の健康上の問題をとらえ，また看護ケアの方向性を定めることにあるからである。

９）分析手順

分析は，大きく３つに分け分析した。１つは参加観察で得られた基本的データを単純集計した。

２つ目は健康歴聴取時のデータを逐語録にし，現在の症状，既往歴，家族構成など意味としてまとめられる内容を区分したものを文節とし，新人看護師ごとに文節数を算出した。

３つ目は健康歴聴取時の看護師と患者・家族の会話，および半構成的面接のデータを逐語録とし，以下の手順で分析を行った。まず①分析テーマと分析焦点者を照合し，参加観察および半構成的面接調査のデータの関連箇所に着目した。注目した記述部分については，前後の文脈から，その意味を多角的に考えオープン・コーディングを導いた。そこから，１つの具体例をヴァリエーションとし，また他の類似概念具体例も同時に説明できるように説明概念を生成した。②概念を生成する際，分析ワークシートを作成し，

概念名，概念の定義，最初の具体例を記述した。新たな概念を生成し，分析ワークシートは個々の概念ごとに作成していく。具体例が豊富に出てこなければ，その概念は有効ではないと判断する。③概念の生成の収束は，類義および反対の意味の検討により行なうものとし，解釈が恣意的に偏位することを極力避けた。④理論的飽和化の確認をし，最終的な概念の定義および概念名を検討した。⑤生成した概念と概念との関係，時間的経過の位置づけなど検討し，結果図として描いた。⑥複数の概念の関係からなるカテゴリーを生成し，カテゴリー相互の関係から，分析結果をまとめ，その概念を簡潔に文章化し，ストーリーラインとしてまとめた。

Ⅲ．倫理的配慮

ヘルシンキ宣言，厚生労働省の臨床研究に関する倫理指針，および日本看護協会の看護研究の倫理指針に準拠し研究計画書を作成した。研究者が所属する大学の研究倫理安全委員会で承認が得られた後，調査対象者が所属する病院の倫理委員会で承認を得た。研究協力にあたっては，匿名性を保障すること，自由意思であること，撤回はいつでも可能であること，不利益は生じさせないこと，データの保管は厳重に行うこと，研究終了後にデータは裁断し処理すること，調査結果の公表に際しては地域や施設名を特定しないこと，また健康歴聴取時と半構成的面接時の内容を録音し逐語録とすることを文書および口頭で説明し，文書で同意を得た。

Ⅳ．結　果

1）新人看護師の属性および健康歴聴取時の状況

新人看護師が行った健康歴聴取状況の概要は表1に示した通りである。新人看護師は看護系大学の卒業者は7人，専門学校卒業生は5人で，全員女性であった。平均経験年数は10.0ヶ月であり，就職してからの病棟異動はこれまで一度もなかった。健康歴聴取に要した平均時間（入院案内，入院生活の過ごし方の説明などは除く）は37.3分で，最も時間を費やした看護師は70分間，短かった看護師は12分間とばらつきがみられた。聴取した場所は，カンファレンス室でプライバシーを考慮した空間で行われたが，3人は病室や食堂など他者がいる場所で聴取していた。また健康歴聴取時に準備した物は，外来カルテなどを綴じ込んだカルテと健康歴聴取のためのデータベース用紙を持って健康歴聴取に臨んだ新人看護師は2名で，1名はデータベース用紙とメモ用紙を持参し，9名はデータベース用紙のみを持参して健康歴聴取を行っていた。また文節数の平均は31.7であった。

2）臨床判断の思考の概念化を導き出す生成過程

健康歴聴取場面の参加観察および半構成的面接の逐語録から概念を生成した。最初に生成された概念は，〈マニュアルに依存〉であった。1つの概念を導き出すまでの生成過程について，〈マニュアルに依存〉を例に概念生成過程を述べる。

最初に調査した新人看護師2名の逐語録のデータを，分析テーマである「どのような判断・思考・行動をし，それがどう看護ケアの方向性を導いているのか」ということに関連したところに注目した。1名の新人看護師は，現疾患の入院までの経過は全く情報収集をしておらず，半構成的面接調査によりデータベース欄を埋めているから情報収集はしなかったという理由であった。もう1人の新人看護師も「では今からこちらの用紙（データベースシート）に沿って書かせていただきます」と患者に説明しているデータがみられた。追加調査でも「いつもだったら，大体これ（データベースシート）を聞いていって埋めていく程度で

表1　新人看護師の属性と健康歴聴取時の概要

No.	性	経験（ヶ月）	時間（分）	文節（数）	場所	座り方	持参物				入院時診断名
							データベース	カルテ	メモ	入院時の資料等	
1	女	7	70	31	小会議室	対面	○				狭心症
2	女	11	65	33	小会議室	対面	○		○		腸閉塞・脳梗塞
3	女	8	60	35	小会議室	斜め	○			○	突発性難聴
4	女	6	50	35	小会議室	対面	○	○		○	肝癌
5	女	7	40	44	多床病室	対面	○			○	パーキンソン病
6	女	9	30	29	小会議室	対面	○			○	鼻中隔湾曲症
7	女	8	30	41	小会議室	対面	○			○	頸部腫瘍
8	女	14	25	25	食堂	対面	○				咽頭腫瘍
9	女	8	25	26	小会議室	対面	○	○			血尿・水腎症
10	女	20	20	20	小会議室	対面	○			○	2型糖尿病
11	女	8	20	29	多床病室	対面	○				乳癌・脳転移
12	女	14	12	32	小会議室	対面	○			○	頬部膿胞症
平均		10	37.3	31.7							

すね」「はい，これでこれ（データベースシートを持ち上げ）は完成しました」など，データベースシートを埋めるという思考になっているために，患者ケアの方向性を導くために必要な情報が収集されずにいるのではないかと考えた。

また，半構成的面接から，「病名？病名は（カルテが病棟に）上がってきていたと思うのですが，詳しく見ていなかったので」「（病名を確認せずに）そのまま（健康歴聴取に）入ってしまったので，私も悪いんですが，病名もきいているのか，それを確認していきたいと思います。」と，重要な情報を確認せずに健康歴聴取をしており，データベース用紙の項目通りに情報を聞いているが，患者ケアの方向性を見出すための意図的な情報収集をする思考ではないことが確認できた。そこで，概念と思われる仮の定義を「健康歴聴取において，データベースシートの項目に沿って情報収集し，そこに記入するというマニュアル的な思考をしていることを説明するもの」と考えた。

データベースシートの項目にはないもので，聞き出したいと考えた項目はあるかという質問に対して，「判断して聞きたいなと思ったこと？難しいですね。枠の外ですよね，考えて質問したこと？」としばらく考えても回答はなかった。その他「注目して聞こうと思ったことですか。何だろう，何でしょうか」「気にして問いかけたことですか。気にかけたことは，えー，えー」と，健康歴聴取中の情報収集では，データベースシートというマニュアルに依存し，必要な情報は何かという思考は希薄であった。逆に，マニュアル通りではなく，事前に仮説をもちデータベースシート以外の項目を情報収集したという反対の概念を探したが確認されなかった。

以上から，マニュアルに依存していることを示すデータは多いが，対極例は見出されなかったため，〈マニュアルに依存〉という概念を生成し，その定義を「健康歴聴取において，データベースシートの項目に沿って情報収集し，記入するというマニュアル的な思考をしている。また患者が，どのような問題がありそうか，どのような援助を必要としている人なのかといった問題意識の準備状態がないまま健康歴聴取の場面に臨む行動をする。」とした。

以上のような分析を繰り返し，概念を導いたところ，「自分の力量から患者を看る」「現象の一部のみに注目」「自己の知識の確認で納得し収束」「判断を後回しにする」「散発する質問」「防衛的構え」「見当違い」「思い込む」「新たな方略」「手がかりの一片を発見」「ケアの方向性を導けない」「実践できることを探す」という13の概念が生成された。

以下に１つ１つの概念について，データの一例と概念の説明，概念名を示し説明する。

なお，以下の記述において，分析された１つ１つの概念を下位概念とし，さらに下位概念同士の関係性をデータと照らし合わせながら１つのまとまりとしたものをカテゴリーとした。下位概念は〈　〉，上位レベルであるカテゴリーは【　】で示した。また，新人看護師の健康歴聴取の言葉やインタビューでの語りは小文字とし，概念を代表する語りとしてのデータは下線を引いた。この際，プライバシーに関わる部分は省略したり，地域が特定される可能性がある方言は，その意味を変えないように考慮して標準語に置き換えた。

〈自分の力量から患者を看る〉

「私よりも知ってそうな感じだったので」「話してくれそうかな，自分からどんどん話してくれそうかなと思いました」「もう全部初めてのことで（私は）いっぱいだったんです。」など，話しやすい患者であるか，自分がケアしやすい患者であるか，自立しているかどうかなど，まず自分の力量と患者の状態を天秤にかけてみようとする思考が働いている。患者の状態が自分の力量を超える重症な患者である場合，否定的な感情を抱くけれども，逃げられない，やるしかないという前向きな構えも持っている。そこで，新人看護師が患者を迎え入れようとする，また患者と対面した時，患者の状態が自分の力量を超えるかどうか，また対応しやすい患者であるのか，自分の立場から患者を捉えようとする思考を〈自分の力量から患者を看る〉とした。

〈現象の一部のみに注目〉

看護師「これまでにこの病気以外で病気をしたこととか」兄「糖尿病」看護師「インスリンをしているんですか」兄「はい」看護師「そのほかには何か病気をもっていたり治療していたりしているものは」

急遽入院となった咽頭部腫瘍患者で発声や水分摂取もできない患者のことについて，糖尿病でインスリンをしているという情報を入手したが，インスリンをしているかどうかのみの確認で終了し，次の話題に移行している。このように，現象を捉えず中途半端な状況把握で情報収集を終了してしまうパターンは，最も多く認められ，これを〈現象の一部のみに注目〉とした。

〈自己の知識の確認で納得し収束〉

看護師「耳は遠くなったっておっしゃってますね，さっき。」患者「耳はですね，私は今自己判断で薬を飲むからかな，ちょと難聴，テレビのボリュームが大きいっていわれる。（略）歳をとってるからやむをえんと思うんじゃけど。薬でそういうことになってるというのは？」

看護師「あんまりないとは思われるんですけど。お年を召すと高い方の音から聞こえにくくなりますよね。」患者「山なんか歩いて，今鹿が鳴くんですよ。きれいな声で。」看護師「鹿ってどんな声で鳴くんですか？」以降は，鹿の声の雑談で難聴の話題はなくなった

患者が訴える症状について，症状の程度はどうか，症状による苦痛の程度はどうか，日常生活への支障はあるのか，症状は悪化しているのか，などの判断に結びつくような情報収集をせずに終了している。疾患に特有の医学的知識を確認したり，納得することで情報収集を終了する思考を〈自己の知識の確認で納得し収束〉とした。

〈散発する質問〉

患者「おしりの筋肉が痛み出すんですね。」看護師「穴の方？それとも腰ぐらい？」患者「腰」看護師「いつ痛くなるの？」患者「寝とるとね，３時間も眠ったら，目が覚めたら，もう痛くなって，ちょっとこれは歩いたりすると治まる。」看護師「もともと腰痛があったとかじゃなくて。腰じゃなくて，もっと下？」患者「筋肉が痛い。」奥さん「それはここで１回検査しましたよ。異常はない。老化してるって。」

患者の痛みや便秘の訴えについて，掘り下げて情報収集しようとしているが，なんらかの仮説や予測を立て，そこに焦点化し情報収集するのではなく，収束しないまま終了している。新人看護師はいくつか質問を重ねるが，患者の健康問題や看護ケアの方向性を見出す質問ではなく，情報を蓄積して推論することもなく，〈散発する質問〉とした。

〈判断を後回しにする〉

半構成的面接で最も気になったことについて：「(略)，でも心カテやっていることとか，なにか原因があるはずなので，そこのところは詳しく聞けなかったけれど，また話を聞いて，何かあったりしたら申し送ろうと思います。」健康歴聴取の場面：患者「去年ちょっと心臓の方を，あの，，カテーテルを入れて」看護師「カテーテル検査？」患者「はい，しました」看護師「去年の何月ころですか」患者「３月頃です」看護師「はーい。どこの病院でされていますか」患者「かかったところはS病院」看護師「S病院，何日くらい入院されましたか」患者「６日」看護師「６日，はいわかりました。じゃあ，あと30年前に蓄膿の手術もされたんですね」と次の話題となる。

健康歴聴取の間に，患者・家族から気がかりとなる情報を得るが，その場ではさらに掘り下げた情報収集をすることはなく，次の話題に移行する。しかし健康歴聴取が終了した時点では，気がかりな情報として留めており，〈判断を後回しにする〉とした。

〈防衛的構え〉

「(入院の）お迎えにいったときに・・・(もう一人の入院患者の対応で）すごく時間がかかってしまって，その間〇さんにずっと立ったまま待ってもらったりして，しかも〇さんの旦那さんも家族もいたのに，全然声をかけるのが遅くなったりして，すごく待たせたりとか，対応がよくなかったなと思ったりして，それが気がかりでした。」

受持ち患者となる患者から否定的な評価をされたのではないかという防衛的な構えがある。新人看護師が初対面である患者・家族から否定的な評価を受けることを回避したり，自分を防衛しようとする構えを〈防衛的構え〉とした。

〈新たな方略〉

「・・・略・・本人にとってはまだそういうことはガンとは聞いていないので，そういう時は必ずどういう風に聞いているのかどうかっていうのを，なるべく本人から，また家族のほうから口にだしてもらうようにしています」

医師の説明と自分の理解が異なっていると，自分への不信感につながるので，患者が医師からどのように聞いているのか，患者の理解をまず確認することで，回避できるという方法を見つけている。このようにこれまでの経験から，患者の信頼をえるための方略を獲得しうまく患者の情報を引き出そうとする判断や行動を〈新たな方略〉とした。

〈手がかりの一片を発見する〉

「プラス思考に思えたのは，奥さんと話してて，すごい温厚な人だったとか，そういう話を聞いてたら，何かこう，少しずつ嫌な面が取れてきて，，」

新人看護師が意図して聞きだした情報ではないが，健康歴聴取に65分間かけ，患者の家族が多くを語るのを熱心に聞き取った。新人看護師にとっては意思の疎通が図りにくい重症患者と思っていたが，患者像や人間像を見出せたことで，ケアする手がかりを見つけた。これを〈手がかりの一片を発見する〉とした。

〈見当違い〉

患者「ただちょっと，頭がぼーっとするんですよね。」看護師「どういう時にです？」患者「薬のせいもあるのかなと思うんだけどね，朝，食事して，薬飲んだら，なんていうかな，ちょっとだるくなるんですね。薬飲んだ後がね。」看護師「ずうっとそれは続いてますか。」患者「うん，それは，大体午後はいいんだけど，午前中が良くないね。」看護師「そういうときは横になって寝ときます？それとも，」患者「いやいや，やっぱりひどい時

には寝とるんだけど（略）」以降は異なる話題となる。

患者は症状が薬を飲むと悪化すると訴えているが，新人看護師は症状と薬との関連性についての話題はせずに終了した。患者のニーズが真に受け止められていない現象があり，〈見当違い〉とした。

〈思い込む〉

①患者「家内が，寒い寒い言うんだけど，こっちは暑いんですよね。そういう時，鏡見ると，顔が赤くなってるからな。」看護師「でも今日は冷たいもんね。」患者「うん，冷たいんよ。人から当たられて，うわあ，ものすごく冷たいなて言われることがあるんです。それでも上半身は，カッカカッカあるんです。暑いですね。それから，ここに，一昨年か入院するときも，一番気になったのが，暖房してたら，自分がカッカカッカ暑くなって，それを耐えれるかなと思ったんですね。その時はそんなに悪くは無かったです。」看護師「ここもね，暖房が入るから，もしそういうことがあったら言ってください。アイスノンとかあるので。」患者「それが（暖房がはいるのが）一番気になる。」看護師「家でも使ってました。アイスノンとかは。」患者「いえいえ，それは使ってません。」看護師「使ってない。使ってなくても大丈夫でしたか？」

患者は，暖房を入れる時期であるため，４人部屋で暖房を調節できないのだろうか，暖房が入ると体が熱くなり耐えられなくなるので暖房を切ってもらえるのだろうかと訴えている。しかし新人看護師はアイスノンを使用することに執着している。ケアの方向性を考えるとき，自分自身が対処可能な範囲のなかで，患者にとってのケアを考えるために，自分が思い込んだケアの方向性に引き入れる思考を〈思い込む〉とした。

〈ケアの方向性を導けない〉

健康歴聴取後の時点で考える看護ケアの方向性について聞いたところ，「なんだろ。う～ん，なんだろ。やっぱり入院中に，困っていることとか，不安なこととか，環境が変わるから絶対出てくると。」「ええ，いま急に言われてもわからないですけど，お兄さんも，なんか精神的にやさしいし,,, ええ，ああもうわかりません。」

健康歴聴取終了後に，今後の患者ケアの方向性について質問したところ，考えていなかったという反応を示した。このように，患者への看護ケアについての判断やケアの方向性についての問題意識が不足していることを〈ケアの方向性を導けない〉とした。

〈実践できることを探す〉

兄「はい。本人がしゃべれないので，わかるんだろうけど，しゃべれないから，本人の意思はメモでも確認できるから」看護師「ホワイトボードとか紙をこちらで準備して書いて確認していくようにしますので」

家族がメモなど文字で意思疎通をしてほしいということに対して，看護師はホワイトボードなど自分が準備すると述べ，自分が患者のために何か実践しようとする思考が働いている。患者・家族のニーズに対して，自らが実践して何らかの役に立ちたい，自分で何かを患者のために実行しようと対応するもので，〈実践できることを探す〉とした。

ストーリーライン

新人看護師は，入院を受け入れてから健康歴聴取をするまでの健康歴聴取前の段階では，〈マニュアルに依存〉する思考と〈自分の力量から患者を看る〉という思考が働いていた。そして，これら２つの概念が，それ以降の思考に大きく影響していた。まず〈マニュアルに依存〉する思考によって，健康歴聴取している時は，〈現象の一部にのみ注目〉し，その全体像を把握しないまま次の話題に移ったり，疾患や症状について〈自己の知識の確認で納得し収束〉し，患者の持つ問題に迫ろうとしなかったり，情報収集はするものの，情報収集によって何かに焦点化して問題を探ったり，予測を検証していくといった判断はなく，〈散発する質問〉を重ねるが，判断には至らなかった。また気がかりな情報だと認識しても，そのまま保留され〈判断を後回しにする〉という概念もあった。結局，健康歴聴取が終了した時点では，〈ケアの方向性を導けない〉という概念が生成され，【情報収集に終始】というカテゴリーとしてまとめられた。

もうひとつの流れは，〈自分の力量から患者を看る〉という捉え方から始まるものである。自分の未熟さを認識しているが故に，患者のペースに合わせ，患者の言葉を熱心に聞き取り，多くの語りの情報の中から〈手がかりの一片を発見する〉，患者・家族との関係形成に努力し，自分が

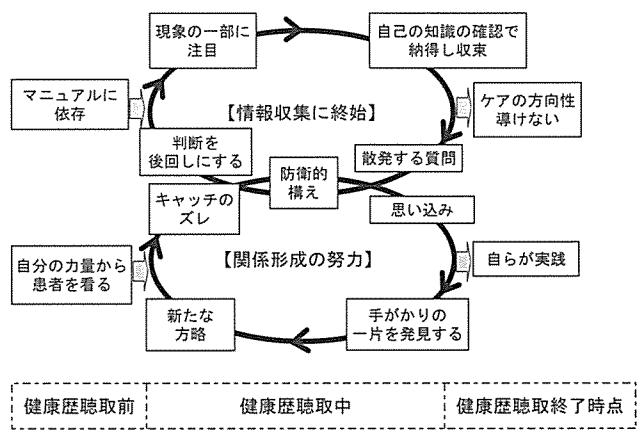


図１　新人看護師の健康歴聴取時における判断思考の結果図

対処可能なことを懸命に探っている。また信頼が得られるよう，これまでの経験から情報の引き出しかたを工夫する〈新たな方略〉もあった。その一方で，患者のニーズを受け止めようとしているが，自分で何か実践しようとする思考が働き，自分ができる対応範囲のなかでニーズを受け止めてしまうことで，時に〈見当違い〉が生じ，〈思い込む〉といった現象も認められ，患者家族との関係形成に力が注がれ，そのために〈自らが実践〉できることを懸命に見つけようとする思考があった。

また〈防衛的構え〉は，【情報収集に終始】するにおいても【関係形成の努力】においても共通する概念として認められた。

V．考　察

1）〈マニュアルに依存〉の思考が及ぼす臨床判断の思考

新人看護師はマニュアルが必要で，状況をつかむことができない[11~13]と言われており，本研究でも健康歴を聴取する準備段階から〈マニュアルに依存〉という思考が認められた。事前に積極的に情報収集し，そこから問題意識を持って健康歴聴取に臨むという思考は，希薄であると考えられる。新人看護師の教育背景から考えると，問題意識をもつことの重要性の理解がされ，思考能力は十分に持ち合わせていると考えられる。しかし臨床現場においては，業務をこなすという発想になりやすく問題意識を希薄にさせるのではないかと考える。また問題意識をもつことの重要性は理解していても，問題意識を行動に移す訓練は十分ではないのかもしれない。マニュアルに依存することは，新人看護師の実践の根拠を保証するものであり，マニュアルを患者・家族に示せば，自分の実践の正当性を確保しやすい。こういったマニュアルの存在は，新人看護師が「考える」ことを阻害している側面も持ち合わせていることが示唆される。

RubenfeldとScheffer[14]は，「思考に対する最も大きな障害の1つは慣例に陥ることである」として，習慣は安心と快適さを提供するが，思考を停止させ，吟味やアイデアや創造性を使用する気をなくさせてしまう[15]とも述べている。健康歴聴取では，クリティカルシンキングの思考を意識して，患者の問題や看護ケアの方向性を見出すために，患者と向き合う物理的・時間的・人間関係的な空間作りであることの重要性が再認識させられた。

健康歴聴取時の場面で患者から情報を着実に得ていくが，新人看護師の場合，得られた情報によって判断には結びかない場合が多く認められた。つまり〈現象の一部にのみ注目〉〈自己の知識の確認で納得し収束〉〈散発する質問〉〈判断を後回しにする〉の概念が導き出され，情報収集のみで終了してしまう場合が多かった。〈現象の一部にのみ注目〉の概念はヴァリエーションとして最も多く見出された。「いつ」「どこで」という情報収集はされるが，なぜそうなったのか，患者自身はどう受け止めているのか，どのように対処しようとしたのか，現在はどのような状況なのか，日常生活にどのような支障があるのかなど，看護の視点から問題や原因を判断したり，予測を立てたりする判断材料となる情報収集はされておらず，判断できないまま次の話題に移行していた。〈自己の知識の確認で納得し収束〉という概念についても，疾患の特有の症状と患者の症状が一致しているかどうか，また患者が症状を訴えても，その疾患の特有の症状であるからと，その症状の出現に納得して，それ以上発展的な展開にはならなかった。〈散発する質問〉も同様に，質問は繰り返され，新人看護師の質問と患者からの回答という相互作用はあるものの，推論が焦点化することなく終了してしまう。これはまさに，クリティカルシンキングの思考の訓練が必要であることを意味する。しかも臨床現場の限られた時間の中で，新しい情報が次々と出てくるが，それらの情報をどう積み重ね，何を判断すべきなのかが瞬時に判断できないため，とりあえず定められているデータベースの枠に沿って情報収集をし，記入し終了することを繰り返していると考える。

問題解決法とクリティカルシンキングが決定的に異なる点は，問題解決は問題が生じないと解決は始まらないが，クリティカルシンキングは問題がなくても思考することができる[16]といわれている。問題が明確になった段階から，問題意識をもって解決しようとするだけではなく，常に変化している状況において，問題はないのだろうか，問題は変化していないだろうかと，常に患者・家族に関心を向けた問題意識が必要である。しかし，現場の多忙な状況のなかでは，立ち止まって問題意識をもつ余裕すらないのかもしれない。だからこそ，クリティカルシンキングを意識することが重要であると考える。

また，新人看護師は，気がかりな情報はあっても，その時，そこから情報を発展させて全体像を浮かび上がらせ，問題を焦点化することはなく，終了することが示唆された。先行研究で，推論が保留されるパターンを明らかにしているものもある[17,18]。本研究においても，気がかりな情報が保留されることが認められたが，保留は「推論したあと保留」となるのではなく，気がかりのまま保留されていた。

以上の概念はマニュアル通りの思考が影響していると考えられる。先行研究でも新人看護師の課題として「患者把握」「コミュニケーション」が挙げられて[19]おり，健康歴聴取の困難さを明らかにするものであり，常に情報と情報を結びつけ推論していくトレーニングの重要性が示唆された。

2）〈自分の力量で患者を看る〉の思考が及ぼす臨床判断の思考

新人看護師の〈自分の力量で患者を看る〉という思考は臨床判断の思考構造に影響していた。加えて，〈新たな方略〉という概念も認められた。これは，新人看護師は知識や技術にも自信がもてず，専門職としての不安的な立場でもあり，また他者が自分に抱く意見に敏感に反応し，他者の目を気にするという特徴[20]をもつ時期でもある。その一方で，一人前の看護師として患者・家族そしてスタッフからの信頼を得たい，得なければならないという期待や義務感が切迫している状態でもある。３年未満の看護者は対人的思考性尺度が他の就業年数に比して高いという報告がある[21]。新人看護師や看護学生は自分が行う実践に自信がもてず，不安になりやすい[22,23]。未熟であるがゆえに，今後責任をもってケアする患者との最初の対面場面では，専門職の看護師として適切な行動を示すことができる存在として認めてもらいたい，否定的な評価につながらないような行動をしたいという判断が働いていることを示すものである。そのため，新人看護師は，まず受け入れる患者に対して，専門職として十分な対応ができるのだろうかといった〈自分の力量で患者を看て〉しまうことは当然のことであるといえる。新人看護師の力量以上の患者に対応する場合，新人看護師の心理をふまえ，病棟スタッフの適切な指導と支援，相談が求められやすい環境作りが重要である。

また一方で，見当違いが生じて患者のニーズを受け止められないことがあることを認識すべきである。他職種との調整が必要な場合があっても，自らが何かを実践しようとする思考が強く働き，自己の対処可能な範囲で患者のニーズを捉え，それが〈思い込む〉思考へと引き込んでしまう可能性を秘めていることも自覚することが必要である。新人看護師のコミュニケーション技術を参加観察した報告[24]も，焦点化されない問いかけ，話題の取り違え，早合点などといった患者の意図した訴えとのズレを生じていることを明らかにしており，同様の結果が導かれた。新人看護師の行動は単独で実践する義務感や支援を要請することに躊躇するという報告[8]もあり，本調査と同様のことが示されていた。つまり，新人看護師は他者からの支援を受ける必要性を感じていても，１人で実践を決行する可能性があることを指摘している。

以上から，新人看護師の健康歴聴取は，情報収集と患者との関係形成を築くという健康歴聴取の目的は達成している。しかし情報収集しているものの，判断につながるための情報がなかったり，さらに詳しくその状況を知る必要がある場合も，うまく情報を引き出せなかったり，判断に至らず情報収集に終始していた。またもう１つは，患者・家族との関係形成のため，また未熟であるがゆえに，自らが患者・家族のために自分でなんらかの実践をしようと，患者のニーズをじっくりと丁寧に聞き取る一方で，自分の対処可能な範囲でニーズを捉えるため，見当違いや思い込みといった現象に至る場合がある。ニーズ即実践，また患者との関係形成，情報収集に終始する現象は認められたが，患者の状態のアセスメントというプロセスが希薄になっていることが明らかになった。

さらに，Corcoran[25]のClinical Judgmentの考え方から考察すれば，健康歴聴取の間，新人看護師の思考は二重構造が続いており，マニュアルから情報を得るという合理的見方と自分の力量から患者をみるといった現象学的・解釈的見方の両者が同時に存在する二重構造となっている。合理的見方では，理論的知識としてルールや理論的理由づけをしようとするもの，現象学的・解釈的見方としては，コンテクストという関係者の情緒あるいは意図，考え，行動などの環境要因に照らし合わせてみていくものである。合理的見方と現象学的・解釈的見方の両者を並行的に思考しようとすると，どちらか一方の見方に重点がおかれ，もう一方の見方は希薄になる可能性があり，判断の構造が全体として不安的になりやすい。しかし合理的な見方をしても，認知過程や理論的知識の不足があれば，看護の方向性を導くことができにくい。また合理的見方，コンテクストの見方の両者に防衛的構えが存在することが，自分の立場から患者を捉えるという思考になっていると考えられる。

Ⅵ. 限界と課題

本調査はある１施設の病院の新人看護師のデータから導かれた，限られた範囲における概念化である。他の施設においても同様の調査を行い，地域性や施設性の特徴が反映されているものでないかを確認する必要がある。

Ⅶ. 謝　辞

本研究にあたりご協力くださいました新人看護師の方々ならびに同席いただきました患者様ご家族の方々に深く感謝申し上げます。また快く研究協力ならびにご支援いただきました病院長をはじめ，看護部長，師長に厚くお礼申し上げます。

本研究は，平成16年度・17年度文部科学省科学研究費萌芽（課題番号16659597）の助成を受けた。

要　旨

本研究は，新人看護師の臨床判断するプロセスを明らかにすることを目的とする。臨床判断プロセスは，初めて出会う患者に対して，患者の情報がない状況から，情報収集し，患者のケア計画の方向性を決定するまでとした。新人看護師12名にインタビューした。健康歴聴取場面で参加観察と半構成的面接を行った。新人看護師は，【マニュアルに依存する】と【自分の力量から患者を看る】という2つの思考があった。【マニュアルに依存する】は〈現象の一部のみに注目〉したり，〈散発する質問〉になり，患者の【情報収集に終始】する傾向があった。【自分の力量から患者を看る】ことで，患者や家族との【関係形成に努力】していた。新人看護師は患者の話を懸命に聴き取り，自分が対処可能な範囲で受け止めようとするために，〈ニーズ把握がずれ〉たり，〈思い込み〉となる場合があった。

Abstract

This study aimed to clarify processes for making clinical judgments by inexperienced nurses (RINs). The process of clinical judgment includes : determining what is relevant for the patient, collecting specific data, and incorporating data to design a plan of care for the new patient. I interviewed 12 RINs. We used non-participant observation of history taking situations and semi-structured interviews. RINs tended to either act "according to the manual" or "evaluated the patient by using their existing skills and current level of knowledge". The nurses who acted "according to the manual" tended to "only take patient data", "perceive only part of the situation "and "ask sporadic questions". Nurses who "evaluated patients by using their existing skills and current level of knowledge" tended to focus on "establishing the initial bond with the patient or the family". They carefully listened to the patients' stories, and were able to "sense" the meaning and determine the "irrelevancies".

文　献

1）井部俊子：看護教育における卒後臨床研修のあり方に関する研究　新卒者の卒後臨床研修と臨床実践能力の実態，平成10年度厚生科学研究（医療技術評価総合研究），8, 1998.
2）井部俊子，太田加世：看護の将来に影響する重要報告書を読む　第1回新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書，看護実践の科学，30(3)，50-57, 2005.
3）Hulsmeyer, B.S. : Nurses in transition : first year challenges. University of Kentucky, 1994.
4）黒岩栄子：集中ケアユニットにおける先輩看護師の指導を受けた新人看護師の意識，神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録，29, 162-169, 2004.
5）中島ます子，副島和美：看護師の自己教育力と職場での対人関係との関連　新人から卒後4年目の変化，日本看護学会論文集第34回看護管理，181-183, 2004.
6）伊藤徳子：新人看護師がリアリティショックを克服していく過程とその要因，神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録，30, 160-167, 2005.
7）森田晃美，竹原典子，山勢博彰，他：多角的かつ縦断的調査による高度救命救急センターの新人看護師のストレスに関する研究，日本救急看護学会雑誌，4(2)，65-72. 2003.
8）森真由美，亀岡智美，定廣和香子，他：新人看護師行動の概念化，看護教育学研究，13(1)，51-63, 2004.
9）木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践　質的研究への誘い，p236-237, 弘文堂，東京都，2004.
10）木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチ　質的実証研究の再生，弘文堂，東京都，2000.
11）Benner, P : From novice to Expert : excellence and power in clinical nursing practice. Menro Park, : Addison-Wesley Publishing Company. California, 1984.（井部俊子，井村真澄，上泉和子，訳：ベナー看護論：達人ナースの卓越性とパワー．医学書院，p16, 1992.）.
12）野島良子，冨川孝子，真壁五月，他：臨床看護婦の診断能力の発達過程に関する基礎的研究．平成8－10年度文部科学省科学研究補助金研究成果報告書，1999.
13）佐藤紀子：看護婦の臨床判断の「構成要素と段階」と院内教育への提言，看護，41(4)，127-143, 1989.
14）Rubenfeld, M.G., Scheffer, B.K.：中木高夫，石黒彩子，水渓雅子（監）：クリティカルシンキング　看護における思考能力の開発，南江堂，p17, 1997.
15）正木みどり：臨地実習とクリティカルシンキング，看護教育，43(11)，961-965, 2002.
16）Alfaro-LeFevre, R.，江本愛子監訳：アルファロ　看護場面のクリティカルシンキング，p45-46, 医学書院，1996.
17）黒田裕子，酒井詠美，本庄恵子，他：看護職者の推論構造に関する研究　蓄積される情報との関連に焦点をあてて，日本看護学教育学会誌，10(2)，96, 2000.
18）坂口千鶴，守田美奈子，奥原秀盛，他：臨地実習における看護学生の思考過程の明確化（第2報）学生の思考過程のパターンとその影響要因，日本赤十字看護大学紀要，12, 20-33, 1998.
19）前掲書1）p13-14.
20）無藤　隆，高橋恵子，田島信元，編：発達心理学入門Ⅱ　青年・成人・老人．東京大学出版会，p24, 1990.
21）石橋磨奈，工藤せい子，冨澤登志子，他：就業年数別にみた看護師の対人態度について，日本看護研究学会誌，28(3)，141, 2005.
22）Thomes, J. : Changing career paths. From expert to novice. Orthop Nurse, 22(5) : 332-334, 2003.
23）Rhodes, M.L., Curran, C., : Use of the human patient simulator to teach clinical judgment skills in a baccalaureate nursing program, Comput Inform Nurse, 23(5), 256-62, 2005.
24）本田芳香，塚越フミエ：新人看護師の看護技術能力の分析，日本看護科学学会学術集会講演集，21, 226, 2001.
25）Corcoran, S.A.：看護におけるClinical Judgmentの基本的概念．看護研究，23(4)：351-360, 1990.

［平成19年11月15日受　付
平成20年7月25日採用決定］

－研究報告－

慢性疾患患者が食事を改善し維持に至る認識の変化の過程

Process of Change in Recognition of Patients With Chronic Illness
Who Lead to Maintain Their Improved Eating Habits

藤田三恵[1)]　川島和代[2)]　諸江由紀子[2)]
Mitsue Fujita　Kazuyo Kawashima　Yukiko Moroe

キーワード：慢性疾患患者，食事改善，維持，認識の変化
Key Words ：patients with chronic illness, change of their eating habits, keep their lifestyle, change their recognition

Ⅰ．はじめに

慢性疾患は年々増加し，現在では悪性新生物，脳血管障害，心疾患など，いわゆる生活習慣が起因している慢性疾患が死因の60％以上を占め[1)]，今日の日本では主要な健康問題となっている。また，慢性疾患は日頃の生活習慣が複雑に関連して発症するため，慢性疾患を抱えながらその病気と共存し生活をしていくためには，これまでの自分の生活習慣を何らかの形で見直し改善しなければ健康状態が悪化していくことが予測できる。しかしながら，生活習慣を自己管理し日常的に実行するのはかなりの困難があると言われており[2)]，生活習慣を改善できるような取り組みが今日の重要な課題であるといえる。

健康日本21では健康づくりのための目標が掲げられ，その最初に栄養と食生活がある。栄養や食生活は多くの生活習慣病との関連が深いとされ[3)]，徐々にその因果関係も明確にされてきている。しかし，生活習慣の中でも食習慣は他の習慣と異なり，多面的で複雑である。また，栄養や食習慣の重要性を認識していても食習慣の改善を日々の生活の中で実現し維持することは困難な現状も報告されている[4)]。これは研究者自身の臨床での体験と類似しており，入院中に食事療法を学んでも通院後の生活の中で継続できず入退院を繰り返す事例は少なくない。一方的な知識の提供だけでは限界があることを示唆している。

一方では，退院後食事の改善を実行している対象の存在があることも，経験則の段階ではあるが事実である。我々看護師のどのようなかかわり方が，自己管理能力の向上に寄与できるのか，大きな課題と考える。

薄井[5)]は，人間は頭脳に支配されている生物であるから，ある人の行動にはそれを支えるその人の頭脳のありかたが先行していると述べている。人間のものの考え方（個人的，社会的）によって健康を左右する生活現象が強く影響を受ける[6)]としている。すなわち，慢性疾患を抱えた人々が自らの生活を見直し継続するには，その人の認識が大きく影響すると考えられる。そこで，慢性疾患患者の食事を改善できた人の認識に着目して，どのようなプロセスを辿ったかを明らかにしたいと考えた。

研究に先立ち，食の認識にかかわる研究に関して検討を行った。慢性疾患患者の食に関連した認識に焦点をあてた文献をみると，矢富ら[7)]の「在宅酸素療法患者の食生活に関する認識と行動に関する質的研究」がある。この研究は食生活に対する困難なことや工夫していること，活動や日常生活について尋ね７つのカテゴリーを抽出し，認識と行動を構造化している。この研究で対象とした在宅酸素療法を行っている慢性疾患患者は，健康障害の治療に伴う行動の制限により食行動に困難性があり，どちらかといえば適切な食事を行えていなかった。さらに斉藤[8)]は，「透析導入期における自己管理の認識の形成過程」の中で，透析導入期における自己管理の認識の形成過程の特徴を明確にしている。しかし，透析導入期の自己管理としては便秘などの排泄管理，水分などを含めた体重管理が主であり，食事の改善に関する自己管理の認識ではなかった。他にも特定の疾患のセルフケアに関する認識[9)]や，既存のスケールを使って測定した研究[10)]などはみられるが，個別な認識の形成については明確ではない。また，慢性疾患患者のライフスタイル変更に適応するプロセス[11)]や慢性疾患の管理上の問題に関する文献の紹介[12)]などみられたが，慢性疾患患者が疾患に応じて食事を改善するという行動に至った認識の変化を，個別な情況からみたものはほとんどみられなかった。

従って本研究の目的は，自らの健康状態に合わせて食事を改善し維持することができた慢性疾患患者が，一体どのような認識の変化が積み重なって食習慣が身についたの

1）やわたメディカルセンター　Yawata Medical Center
2）石川県立看護大学　Ishikawa Prefectural Nursing University

か，食習慣が維持されてきた認識の変化を明らかにする。さらに，健康と食に対する自己評価が，食習慣が形成され長期間維持することにどのように影響を及ぼしたのかを明らかにすることである。このことが明らかになれば，慢性疾患患者が，食事を改善し維持できるようになるために働きかける看護において，重要な示唆が得られるのではないかと考えた。

Ⅱ．研究方法

1．用語の操作的定義

慢性疾患患者：徴候・症状が急激でなく，慢性疾患診断成立後６ヶ月（Corbin[13] らの慢性疾患の定義を採択）以上経過し継続して治療・看護を受けている人のこと。

認識：人間の頭脳活動のこと。人間が生活している外界の環境や身体の内部環境を自分の感覚器官（視覚，聴覚，味覚，嗅覚，触覚）を用いて脳細胞に映し出したもので，認知という知的活動や情動などすべての精神活動を含むものとする。

食事を改善し維持する：本研究では，自己の健康障害に応じて食事の内容を変更し，現在も続けていると自己評価していることとする。

2．調査対象

慢性疾患で通院加療をうけ，自宅でコントロールしながら生活している慢性疾患患者を調査対象とし，対象の認識は面接による患者自身の表現をてがかりとする。調査対象の選択の条件は，(1)K病院の外来で通院加療を受けている慢性疾患患者であること，(2)過去６ヶ月間入退院がなく，検査データにおいて急激な悪化（医師により入院加療の必要な程度の悪化）がみられていないこと，(3)言語的コミュニケーションがとれる人で自己の生活について語ることができる人，の条件をすべて満たしている人とする。

3．倫理的配慮

本研究の実施に関しては，Ｉ大学倫理審査委員会の承認を得てから開始した。対象者には研究の趣旨を書面にて説明し同意を得る。研究と主治医の行う治療とは一切関係はなく，個人的情報は研究以外には一切使用しないこと，拒否する権利があることと拒否しても不利益は一切被らないこと，研究を開始した後も拒否する権利があること，などを説明し同意を得，了解した人のみ開始した。対象者の基本的事項（年齢，性別，職業，健康障害の種類および程度，家族背景，生活過程の特徴など）を知る必要があるが，診療録の閲覧等について本人の了解を得てから収集する。データの秘密保持をはかるため，データ分析時に支障を来さない程度に変更し表記する。個人情報保護に則った施設の基準を遵守し，逐語録，研究素材はすべて必要な限り鍵付きの引き出しに保管する。得られた個人情報は研究終了後，速やかに処分する。また，調査途中，対象者に何らかの侵襲が見られた場合には，その時点で中止することを伝える。

4．調査方法

(1) データ収集

１）事前に施設内でスタッフと調整を行い対象者選定の準備期間を設ける。対象者の選定は，面接による身体的・精神的な侵襲が最小限となるよう主治医，看護者と相談の上選定する。

２）対象者を選定後，研究の自主的な参加を呼びかけ研究の主旨を説明し同意を得られた人に開始する（一次選択）。

３）調査内容は慢性疾患を発症してから現在に至るまでの経過において，食習慣を表す事実や食習慣に至った経緯，その時の刺激，その認識および行動について，インタビューガイドを参考に半構成的面接法により調査する。面接の環境は落ち着いて話ができる場所を準備し，面接時間は一人約30分から１時間程度とするが，体調に合わせて流動的に行う。

４）初回の面接後，了解を得られた人に複数回面接を行うが，そのうち自己の慢性疾患に応じて食事を改善し維持している人に焦点をあてる（二次選択）。２回目以降の面接には前回の面接日から２～３週間の期間をおき，本人の表現ができるだけ事実に基づくよう，メモやノートなど媒体があれば持参してもらい，調査内容を対象者に確認し，更に追加しながら聞く。

５）食事を改善し維持している認識について，語られる表現が類似した内容の繰り返しになったと研究者が判断した時点で面接を終了する。

６）許可が得られた人には可能な限り診療録をもとに，検査データで身体的状況を追跡する。

７）面接内容は許可が得られた人のみ録音し，許可が得られない場合は終了後直ちにフィールドノートに記載する。

6．分析方法

(1) 研究素材の作成

１）面接内容について逐語録を起こしデータを忠実に記述する。

２）逐語録を精読し，慢性疾患発症時から今日までの経過を時系列にデータを整理する。

３）食事を改善し維持するに至った過程で食に関する行動が変化した場面，あるいは食事を改善し維持する上で何らかの影響がみられた場面を認識が変化した局面（以下局面とする）として取り出す。

４）取り出した局面毎に「対象が認識した事実」，その事実をどのように思いどう感じたかを「対象の認識」，認識に基づいてどのように行動したかを「対象の言動」として再構成し，研究素材を作成する。

(2) 分析過程

1）慢性疾患の発症前後で，食事を改善し複数回面接できた対象者の認識の変化に着目して，各局面での認識の変化の特徴を抽き出す。特徴を抽き出すときには，認識の変化はどのような事実が刺激となったのか，そしてどのように行動したか，つながりを押さえつつ内容の意味を抽象化する。

2）1）で抽出した各局面での認識の変化の特徴の中で，食事を改善し維持することができた7事例の認識の変化の特徴を概観し，それらの中の共通したセンテンスを取り出し，「共通した認識の変化」とする（共通性の抽出）。

3）個別な認識の変化に着目し，認識の変化をもたらす原因となる情況や刺激は何か，それが食事を改善し維持することができた各対象者の行動にどのように影響を及ぼしたかを明確にする（個別性の抽出）。

4）さらに食事の改善をしていない事例と比較し，食事を改善し維持することができた対象の認識の変化との違いについて検討を加える。

(3) 分析の真実性の確保

各対象者に対し，2回目以降の面接において，前回の面接の内容が妥当であるかどうかを，本人に確認しながら行った。また分析過程において熟練した複数の研究者のスーパーバイズを受けながら繰り返しおこない，分析は期間をおいて再度実施することによって，内容の真実性の確保に努めた。

Ⅲ．結　果

1．調査対象者の概要

複数回面接を行った人は9名，二次選択により食事を改善し維持していたのは7名（男性2名，女性5名），食事を改善していなかったのは2名（女性2名）で，平均年齢は60.6歳（SD＝13.0）であった。慢性疾患を発症もしくは診断されてから平均13.4年間（SD＝4.1）経過していた。調査対象者の一覧は表1に示すとおりである。面接回数は延べ23回，一人あたり2～3回であった。対象者全員は薬物治療を受けており，追跡できたデータは，対象者の健康障害の種類により尿検査，血液生化学検査，免疫学的検査，生理学的検査，画像診断等の所見であり，医師より臨床的に問題がないことを確認した。また，食事を改善後入院経験がない人は7名中4名であり，血管造影（心臓カテーテル法）による検査を5年ごとに確認している人は2名で，2名とも最終的に検査入院を実施してから5年間経過していた。1名は退院後3年以上経過していた。慢性疾患を指摘されて食事の改善を実行し維持している期間は4年から最長で22年間，平均で12.1年であった。

自らの健康状態に応じて食事を改善し維持するに至った局面は対象によって5局面から8局面まであり7事例で50局面であった。事例1を使用し，引き出された各局面における認識の特徴を表2に示した。

食事を改善し維持することができた7事例の共通した認識の変化について述べ，次に個別性について順に述べる。

2．食事を改善し維持している慢性疾患患者に共通した認識の変化

食事を改善し維持している7事例の慢性疾患患者が慢性疾患の発症から食事を改善するに至った過程における認識の特徴には，6つの共通した変化がみられた。時系列に従いその変化を図1の①から⑥に表した。まず共通した認識の変化のセンテンスを『　』，センテンスのもととなった

表1　調査対象者一覧

No.	疾患名	年齢	性別	発症時期	食事改善期間	家族
【食事を改善し維持していた人】						
1	IgA腎症	50代	女性	平成5年	12年間	2世帯家族
2	心筋梗塞	70代	男性	平成7年	10年間	夫婦のみ
3	C型肝炎， 甲状腺機能低下症	50代	女性	昭和50年頃発症 平成2年確定診断	4年間	夫婦のみ
4	家族性高コレステロール血症	50代	男性	平成3年	14年間	2世帯家族
5	高血圧・肥満	70代	女性	昭和58年	22年間	3世帯家族
6	ネフローゼ症候群 （膜性腎症）	70代	女性	平成9年	8年間	3世帯家族
7	C型肝炎	60代	女性	昭和62年頃	15年間	夫婦のみ
【食事を改善していなかった人】						
8	腎萎縮，甲状腺腫瘍	60代	女性	平成5年	－	夫婦のみ
9	慢性腎炎	30代	女性	平成7年	－	単身
	平均	60.6（SD＝13.0）		13.4年		

註：年数は平成17年10月現在を表す

表2　事例1の各局面における情況と対象の認識の特徴

【事例紹介】 50代後半，女性，IgA腎症　43歳の時，会社の検診で尿蛋白がでた。しかし総合検診の結果は異常なしだったためそのままにしていた。翌年の検査で再度尿蛋白（+）となり，会社の医師に相談した。受診すすめられ病院に受診し腎生検実施。退院後食事療法を継続している

局面	局面の情況	認識の特徴
1	会社の健診で初めて尿蛋白を指摘され受診行動をとった場面。 会社員，核家族（当時17歳，13歳，夫の4人暮らし） 6年前より勤務地が遠方となり通勤に時間を要し，帰宅時間が遅くなっていた。	健康診断を受け経過をみたが，専門家からの**再度異変の重大性の指摘を受けた**時，**自分の身体への問いかけが始まり**，自分の身体の不調が呼び出されて重なり，その後の受診行動をとった。
2	医師より検査，入院を進められ多床室に入院したときの場面。 他者と自分の食事が目に飛び込み，比較をしたときの情況。 （この後から病院での食札を毎食保管した）	入院中に出てきた食事の内容に対して今までの自分の食事との違いに驚き，**自分の食習慣を客観視**し，他者と自分の違いを見てとって，自分の食事内容がわかる媒体を保管し，**食の目安を作ろうとした**。1日の流れの中でも**味付けの変化を見てとって，その後の食事に活かした**。
3	腎生検後主治医から今後の方針について説明され落ち込んだ場面。 （'特効薬はありません，治る病気じゃない' と図で示された）	専門家から今後の方向性を図で示され，**身体の異変のイメージが描けた**。医学的な対処方法がないとわかり心が乱れた。
4	夫が励ましてくれて気持ちを切りかえた場面。 （夫には健康管理，運動などの信念があり，信念に基づいて行動している夫を尊敬していた）	健康管理に関心の高い家族の励ましを受けて，病気をもちつつ存在する人間の一般的なあり方と，自己管理の方向性を示され納得し，その方向でやっていこうと思った。
5	夫が腎臓病の本を書店で買い求め，読むように勧められ本を読んでイメージできた場面	家族が求めて提供してくれた専門書をもとに**規制すべき味付けの数値から実践上の目安が描けた**。**食材と味付けの視点ができて実行した**。
6	退院後食事を切りかえた時の情況 病院での食札，腎臓の本を手がかりに退院直後から食事を変更した 会社の勤務地を遠方から近くに変更して貰った	家族の食事の担い手としての役割を果たすために家族の食事の味付けと自分の食事の味付けを区別してつくっていた。また，代替の食材で補うようになり食習慣の規範が出来た。家族から異論が出たが，食への視点を教えつつ，家族に必要なものは補った。
7	現在の自身が感じる身体についての状況 更年期症状の自覚もなかった 手が冷たかったのが今はない 尿蛋白も出ていない	**食事への関心が深まって**，病気に対する食事への対処から人間の一般的な変化に対応した食事の実行を重ねるようになった。

対象の表現の一部を‘　’として以下に表した。

まず，①『身体の異変を知覚し問いかける』であった。これには，初めて下肢の浮腫が出現し，**‘足がむくんで靴を履いても脱ぎにくかった’**などの自覚症状，**‘会社の健診で初めて尿蛋白プラスになった’**など健康診断の結果，あるいは**‘あんた，お父さんよりひどいかもしれんよ’**など他者からの指摘によって知覚されていた。知覚すると同時に**‘なぜこうなったんか…全然症状がないのに…’**という自分の健康への問いかけが始まっていた。

次に②『身体の異変と食事がつながってわかる』であった。これは身体の異変のイメージが描けることと，イメージできた身体の異変と自分の食事との関連がわかることであった。つまり，**‘あんな細い血管，脂で詰まるな’**の表現に表されているように**‘あんな細い血管’**と自分の血管造影時の写真のイメージを描きながらそれが**‘脂’**で表現された自分の脂っこい食事とのつながりである。また，腎生検で入院した事例では**‘あーそうか。自分の病気は違う病気なんで違う食事をしなきゃいけないんだー’**などの表現で表されているように，腎臓の生検を受けなければならないという自分の病気は，他の人とは違うのだというイメージが描け，他の人とは違う食事が必要であるという身体の異変と食事との関連がわかることであった。身体の異変のイメージには個々によって様々で，中には自分の身体の異変を，透析している親戚の顔や姿を思い浮かべながらイメージする人などもあり，一様ではなかった。身体の異変と食事がつながってわかると次には，

③『自分の食事を客観視する』となった。これは心臓バイパス術後の食事指導の場面で血管内腔のアテローム状に詰まっている絵を見ながら，**‘自分の好きな物は全部ダメやなー’**と，焼き肉やホルモン焼きを仕事上のつき合いで好んで食べていた自分の食事の具体をイメージしながら客観視することであり，別の事例では，糖尿病教室で下肢の壊疽のビデオを見た後，白砂糖はよくないと言われ，**‘うわーこれはいかんな，白砂糖はそんなに毒なんか…’**と，自分の食事の調理に白砂糖を多量に使用している具体を思い描きながら食事を客観視していた。②の『身体の異変と食事がつながってわかる』と③の『自分の食事を客観視する』とがほぼ同時に起こる人や，時間をかけながら変化す

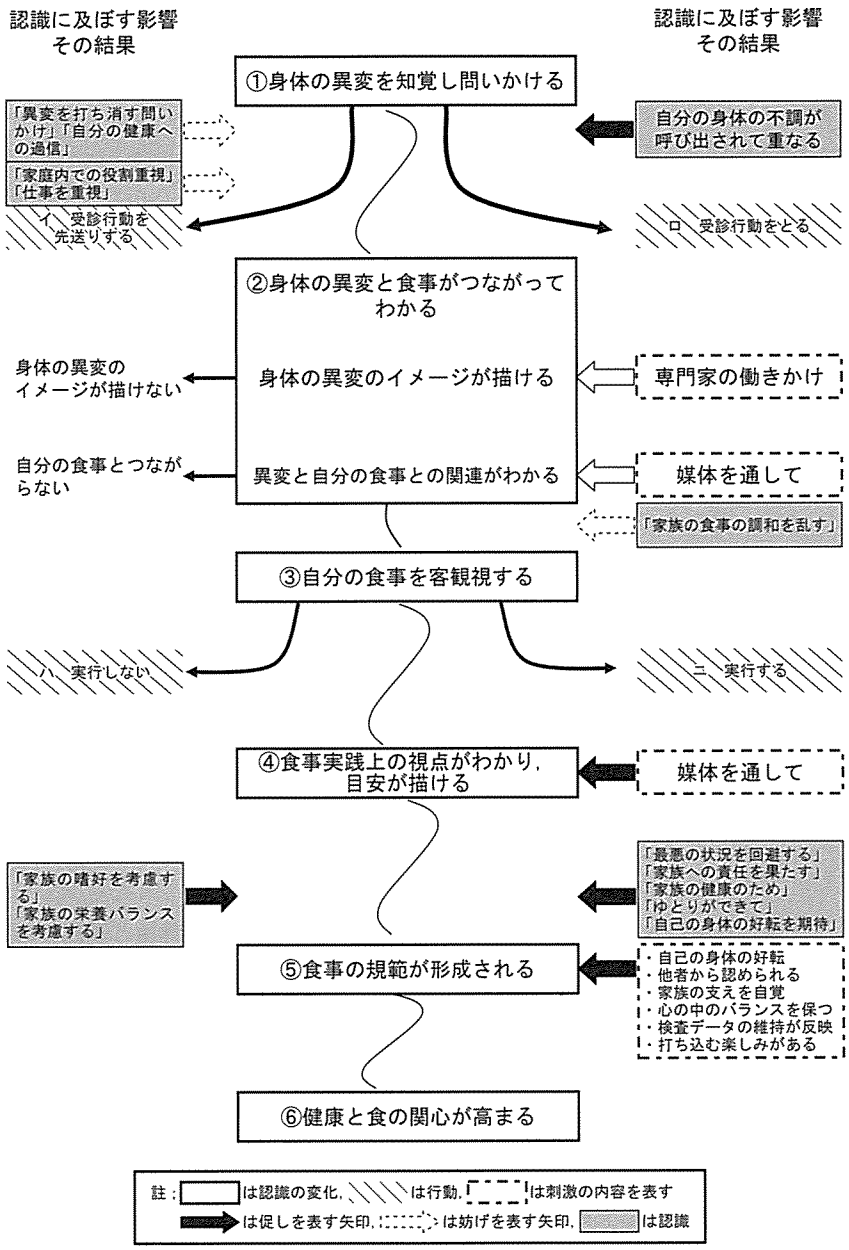


図1　慢性疾患患者が食事を改善し維持するまでに至る認識の変化

る人など様々であった。また，②の『身体の異変と食事がつながってわかる』と③の『自分の食事を客観視する』には専門家からの働きかけが見られ，本，ビデオ，自分の身体の造影写真，絵，図などの媒体を用いた刺激があった。身体の異変と食事との関連がつながってわかり，自分の食事の具体を客観視すると，

④『食事実践上の視点がわかり，目安が描ける』が抽出された。これは個々の健康障害に応じて様々であった。例えば，**‘肉から魚に変えた’**などの「食材の種類」という視点，**‘肉は毎日食べていたのが週に1回にした’**という「回数や量」の視点，**‘無農薬の野菜にした’**などの「安全な食材」の視点，**‘夕食はちょっと味のついた物が出る’**などの「味付けや塩分」の視点，**‘生野菜はKが高いから温野菜で食べる’**という「調理法」の視点，**‘栄養を考えて’**などの「栄養価」などの視点であった。そして，**‘緑黄色野菜は毎日食べる’**とか**‘卵は一切食べない’**などの自分の健康障害に応じた食事の「摂取量」の目安を描きながら食事の改善を実践していた。

⑤『食事の規範が形成される』は，日々の食事の改善を繰り返し実践する中で**‘会社で旅館に行っても自分だけ別メニューを食べる’‘旬の無農薬の野菜しか食べません’‘スーパーに行っても食品の裏側の表示を見て買うようにしてます’**などの表現で表され，徐々に自分自身の食事の規範が形成され習慣化されていくことを示していた。

最後には⑥『健康と食の関心が高まる』であった。これには**‘更年期の女性にはイソフラボンがいいから’**とか

‘身体にいいと聞いたから水に根昆布を入れて毎日飲んでる’などの表現がみられ，自分の病気以外にも健康と食への関心が高まっていった。

そして現在は，**‘これでやれば何とかできるという自信が持てた’‘今はもう健康が一番。健康のもとは食事だと思う’**とか**‘今までやってきたことが無駄ではなかったんだなぁーって，やる気が出てきた’**という表現がみられ，食事の改善の自己評価が健康に対する自信を形成していた。

3．慢性疾患患者の認識の変化に及ぼす個別な情況や影響

食事を改善し維持している慢性疾患患者の認識の変化には，対象者毎の個別性がみられた。それは対象に生じた個別な情況や刺激であり，それによって相対した行動として現れ，食事を改善していなかった患者の認識とも異なっていた。それぞれについて以下に述べる。

(1) 『身体の異変を知覚し問いかける』に影響を及ぼす情況や刺激

身体の異変を知覚し問いかけるときに，**‘まさか病気にならないだろう’‘小さい頃から病気一つしたことない，健康には自信があった’**などの表現で表されるように「異変を打ち消す問いかけ」，「自分の健康への過信」が，健康診断の結果を放置し，受診行動の妨げとなっていた（図１の左上斜線部分）。

また，**‘今，そんなこと言っとられん！これしてからでないと後で悔やむ，終わってから入院します’**と夫の兄の葬儀を優先したり，**‘いやーそんなこと急に言われても３月は１年の中でも一番忙しい時や’‘今，仕事が忙しくてどうしても休めないんです’**という表現のように「家庭内での役割を重視」，「仕事を重視」するような認識は医師からの精密検査の勧めや入院の勧めを先送りにしていた（図１のイ）。逆に専門家からの健康診断の結果の重大性の指摘に**‘今までこんなことなかったのになー’‘そういえば疲れやすいなー’**という「自分の身体の不調が呼び出されて重なる」人は，翌日すぐに受診行動をとった（図１のロ）。

(2) 『身体の異変と食事がつながってわかる』に影響を及ぼす情況や刺激

身体の異変のイメージが描け，自分の食事とつながってわかると，毎日食べていた肉料理と油物は極力，頻度と回数を控えたというように具体的な食事の行動にその後変化した。しかし，ここで自分の食事について**‘自分でどうこうってできるわけじゃないわけでしょ？’**の表現にみられるように身体の異変と食事との関連が充分つながらないとか，**‘塩分はダメって言われたけど，自分だけそうするわけにはいかないんで…（家族に）別に言えるわけではないし何も言わないし…’**の表現のように，「家族の食事の調和を乱す」と認識した人は身体の異変と食事とがつながっても，食事を改善し実行することへのことの妨げとなり，双方とも食事の改善には未だ至っていなかった。

このような『身体の異変と食事がつながってわかる』という認識の変化には，専門家からの媒体を通した説明や働きかけが刺激となったが，説明を聞いていても，**‘きいたかもしれんけどよくわからない’‘ピンと来ないんですよね’**という表現であらわされているように，自分の身体の異変のイメージが充分に描けないと，食事を改善するという行動に至らなかった（図１のハ）。

(3) 『食事実践上の視点がわかり，目安が描ける』に影響を及ぼす情況や刺激

身体の異変のイメージができ食事とのつながりがわかり，自分の食事を客観視し食事の改善を実行していた（図１のニ）。実行するにあたり，明確な意志や目的・目標が描けていた人があった。それは**‘透析するくらいならどんな行（ぎょう）でもできる，透析することいらんかったら食事療法なんてたやすいこと’**という透析をしている身近な肉親の情況を自分と重ねて，「最悪の情況を回避する」ための意志が形成されたり，当時小学校の子供がいた事例では**‘せめて子供らが成人するまで頑張って何とか働いていかなきゃいかんなー’**と「家族への責任を果たす」ための目的や目標が形成されたり，夫や自分の健康を害していた事例では**‘自分の健康と家族の健康のために何か改善できることがあれば…と思って’**と「家族の健康のため」に意志が形成されたり，仕事を退職し**‘食事って大事や，時間もできたし無農薬で行こう！と思ってそれから徹底的にやりました’**と「ゆとりができて」実行にうつしたり「自己の身体の好転を期待」して実行に至っていた。

(4) 『食事の規範が形成される』に影響を及ぼす情況や刺激

食事の改善を実践していく中で徐々に自分自身の食事の規範が形成され習慣化されていくことであったが，この時に**‘練り食品は塩分が多い，でも自分中心だとまずいんで…’‘未だにやっぱし天ぷらとか油物はあんまり食べんね，してもほんの少し，でも孫にはそういうわけにはいかんから’**という表現で表されるように「家族の嗜好を考慮する」，「家族の栄養のバランスを考慮する」など家庭内での食事のバランスを考慮した取り組みが，食事の改善を実践し維持していくときにみられていた。

また，「自己の身体の好転の自覚」や「他者から認められる」，「家族の支えを知覚」「心の中のバランスを保つ」「検査データの維持が反映」「打ち込む楽しみがある」などの個別な刺激を自分自身が自覚することによって影響を受けていた。

Ⅳ．考　察

今回，慢性疾患患者が食事を改善しながら自己の慢性疾患と付き合い，その生活を長期間維持するには，どのように認識が変化したのか，認識の違いによって対比した行動に現れることが明らかになった。そこで慢性疾患患者が自らの健康状態に応じて食事を改善し維持するに至るまで，認識の変化の鍵は何かという視点から考察し，これらから貰い受ける看護の示唆について考える。

1　問いの発生

今回の研究結果から，慢性疾患患者が食事を改善し維持するに至るには，『身体の異変を知覚し問いかける』ことから始まっていた。それは，これまでの自己の健康に対する自覚と異変という「変化」に気づくことである。「変化」に気づくと，‘なぜだろう’という自分への問いかけが始まる。海保は，人間は外からの刺激をそのままに受け入れているわけではなく，問いかけながら反映させるもので，それが認識の発展につながっていく[14]と述べている。問いを持ち続けることが必要であろう。しかし「変化」を認識し‘なぜだろう’という問いかけが始まったとしても，‘まさか病気にならないだろう’‘小さい頃から病気一つしたことない’という「異変を打ち消す問いかけ」や，「自分の健康への過信」が存在すると，異変を追究しようという行動には至らず受診行動をとらなかった。問いかけが生じても「異変を打ち消す問いかけ」であると，その問いは打ち消され認識が変化するには至らないと考える。つまり身体が発する異変のサインを受け止め難くさせるのではないかと考える。これは自分は大丈夫だろうという病気の罹患性の実感が低い[15]という健康信念モデルでいわれていることと類似しているようにみえるが，罹患性の実感を低くさせてしまうのは「自分の健康への過信」という認識が，自分の身体のサインを小さく見積もらせるあり方ではないかと考える。これらから，異変を知覚し問いの発生を妨げないことが慢性疾患患者の食事を改善するという過程には，欠くことができない一つの鍵ではないかと考えられる。

従って，この結果から対象者に身体の異変への問いかけが始まっているのかという意識をもちながら，異変に対してどのように感じたり考えたりしたかその人の認識を確認し，対象者の位置から疑問を投げかけ，共に考えるような働きかけをもつことが看護として重要ではないかと考える。

また，自分の外観の変化を指摘され，自分でも気がついているにもかかわらず，**‘今そんなこと言ってられん！これをしてからでないと後で悔やむ，終わってから入院します’**と身内に起きているより強い関心事の存在があると，「家庭内での役割を重視」するや「仕事を重視」することが異変の問いかけを打ち消してしまい，精密検査の勧めや入院を先送りしていた事例がみられた。逆に専門家の指摘で翌日すぐに会社を休み受診行動をとった人もいた。この違いは何だろうか。前者は，「家庭内での役割を重視」「仕事を重視」という認識が，「異変を打ち消す問いかけ」同様に，身体の異変のサインを受け止めがたくさせると考える。これは成人の壮年期にある人の特徴と一致し，背負っている役割の多様さと，それぞれの役割からの期待の大きさ，その期待に応えようとするものであることを現しており，これまで言われていることと同様であると考える。人は社会的な存在であり，社会の一員として様々な社会的な規制の下で生活しているため，共同の利害を考慮するとか優先することがしばしばある。この事例においても自分の健康の評価を意識的に排除し，健康促進のための行動に弊害となったのではないかと考える。しかし壮年期には，同時に異なった役割を持ち，それを果たすことを期待されると，あれかこれかの選択を迫られ葛藤を生じやすいが，役割に優先順位をつけ，調整しながらバランスをとり生活しているのも事実である。後者は多忙な仕事を休み受診行動をとった。それは「自分の身体の不調が呼び出されて重なる」こともあるが，あれかこれかの選択ではなく，バランスをとるという認識をもつことができれば，一方を排除させ葛藤を生じることは最小限になるのではないかと考える。また，優先順位はその時の情況や健康の変化の度合いによっても影響を受け，必ずしも一定ではない。

したがって，背負っている役割の多様さから生じる葛藤に目を向けながら，対象者自ら生活を調整できるように支援し，自分の身体の不調と重ねながら，対象者に応じて生活の中のバランスをとることができるように働きかけ，身体の異変に対する問いかけを妨げないことが看護として重要ではないかと考える。

2　身体の異変のイメージ化と自己の食事との関連性

身体の異変のイメージが描け，身体の異変と自分の食事とがつながってわかるとその後の食事の行動が変化していた。具体的には**‘あんな細い血管，脂で詰まるな’**と身体の異変のイメージが描けた人は，規制すべき食材との関連が対象なりにつながり行動が変化した。一方，**‘きいたかもしれんけどよくわからない’**とか**‘ピンと来ないんですよね’**と表現をした対象は食事の改善に未だ取り組んではいなかった。このことから身体に起こっている変化をイメージできることは，慢性疾患患者が食事を改善し維持するための二つ目の鍵ではないかと考える。身体の中に生じている変化がよくわからない認識のままでは行動には至らないのではないかと考える。

身体の異変のイメージが描け，身体の異変と自分の規制すべき食事とがつながってわかると，脂っこい物を食べていた自分の食習慣の具体が浮かび身体の異変と重なること

ではないかと考える。

三瓶[16]は「分かった」ということは，現象像，表象像，抽象像がつながって一つのまとまりをもつことが，「分かった」ということであると述べている。現象像というのは，具体的な事実のことで，日々の個別な食事の具体であり，糖尿病の下肢の壊疽のイメージである。表象像というのは，現象の意味，性質，構造であり，「つまりそれは」とその人にとっての意味を考えたことであると考える。このように対象に「分かった」という状態を作り出すことが重要であると考える。慢性疾患患者にとって自分の身体の異変と規制すべき食事とのつながりを自分自身が納得のしやすい形で受け止め，自己管理の指標にしていると推察される。

この『身体の異変のイメージが描ける』には専門家から，心臓の血管造影時の写真や，糖尿病教室での下肢の壊疽の映像であるとか，絵などの媒体を使って説明されており，これらの媒体が対象に『イメージ化』を促す手段となっていた。つまり説明のみならず対象の『イメージ化』が促進し，「分かった」という状態を作り出せるようわかりやすい媒体をデザインして工夫することが看護として重要であると考える。

健康信念モデルでは人が健康によいとされる行動をとるようになるには，健康についてこのままではまずいという「危機感」を感じることと，行動のプラス面がマイナス面より大きいと感じること，この2つの条件が満たされることである[17]と言われている。今回の結果からは，健康に対する「危機感」や「脅威」を契機に自己の健康に対する問いかけが生じ，身体の異変のイメージが描けることで，行動が変化した。自分の今までの食習慣がつながってわかる能動的な認識への発展を支援することが重要であると考える。このことから，慢性疾患患者の食事を改善する認識の変化を促すためには，看護として，身体の異変のイメージが描けることであり，自分の食事の具体が呼び出され身体の異変とつながって，対象自身が身体の変化の意味を「わかった」「なるほど」と思えることである。それには，身体の異変の意味が対象自身にわかるように，媒体を意図的に活用しながら説明しイメージ化をはかるよう働きかけることも重要であると考える。

3　食事の改善を実行するために

今回の事例で**‘塩分はダメって言われたけど，自分だけそうするわけにはいかないんで…（家族に）別に言えるわけではないし何も言わないし…’**の表現のように「家族の食事の調和を乱す」という認識は食事の改善につながっていなかった。身体の異変と食事とがつながっても，家族との共同生活において実践することの困難さとして描かれ，実行の妨げとなっていた。これは，食行動のもつ多面性の一つでもあると考える。今田[18]は「食は親子・夫婦などの社会関係の側面からも反映される」とし，「食は決して個人で完結する行動ではなく，相手のある社会的な行動である」と述べている。つまり家族の中の自分，家族と自分，家族の食事と自分の食事のバランスを考慮し，そのため自分だけ特別という調和の乱し方は困難さが強調されやすいのではないかと考える。食事は1日に何度も繰り返され，毎回異なる食材の選択や調理法などを実施しているという複雑さがあるため，どのような困難さであるか考慮することが必要であると考える。

4　食事の改善を長期間維持するために

食事という日々三度くり返される複雑な生活行動を維持するには，容易なことではないと推察する。今回の調査で食事を改善し維持できた7名は，4年から最長で22年間の間維持し，現在では慢性疾患患者の健康の基本は食事であると言った。長期間の維持を支えるものには「自己の身体の好転の自覚」や「他者からほめられる」「家族の支えを知覚」「心の中のバランスを保つ」「検査データの維持が反映」「打ち込む楽しみがある」など多様であった。

また今回の研究で食事を改善できた対象者は全員家族と同居しており，「家族の嗜好を考慮する」，「家族の栄養のバランスを考慮する」など家庭内での食事のバランスを考慮した取り組みが，食事の改善を実践し維持していくときにみられていた。これは彼ら自身の毎日繰り返される種々の生活行動で，家族の中の一人として食事を自らの健康状態に合わせ絶えず自己評価し，自分なりの規範ができていく上で重要であると考える。コービンとストラウスは慢性情況を抱えながら生きていくときには，「折り合いをつける」という適応プロセスがある[19]と述べている。家族の中でバランスを考えるというのはこの「折り合いをつける」時と同様の認識のあり方ではないかと考える。

従って対象が家族と同居している場合，家族構成や発達段階，食習慣などを理解し，それらを考慮して対象自身の食事の具体と重なるように働きかけなければ食事改善への認識は変化しないと考える。また「家族の食事の調和を乱す」という認識が形成されると，先のプロセスに進まないおそれがあることも考慮すべきである。対象の食習慣と関連させつつ，同時に家族の中で食事の調和がはかれるような働きかけが看護として必要だと考える。

「日常生活活動」は，人が自分自身の多くの局面を生き抜くために行う毎日の生活行為であるという。そのため慢性疾患の管理に影響を与える条件の一つは，「資源」の有無であり，知識と情報，時間，経済力などである[20]とも述べられている。彼ら自身の毎日繰り返される種々の生活行動で，知識と情報，時間は今回の研究でも明らかであった。ストラウスは療養法を実行するための個人や家族の協

力態勢を確立し維持する術を身につけることである[21]と述べているが，今回の食事を改善できた7名全員に共通していたのは家族の存在であり，家族の有形無形の支えであると考える。これはストラウスの述べていることとも矛盾していない。家族の形態が多様化してきている現在，家族のサポートが希薄であり，サポートが得られないような慢性疾患患者にどのようにサポートしていくかが今後の重要な課題ではないかと考える。

コービンとストラウスは，管理上の問題に関連する条件は，ほとんどの場合単一ではなく，複数の条件が相互にかかわっている。また病気も人生も静的なものではないため，看護過程は，変化に適応できる柔軟なもので，かつ不確定な状態に対応できる選択枝をもつものでなければならない[22]と述べている。看護は常に個別な対応が求められ個別性が重要であると考える。どのような個別性があるかは，本研究においてもその一部が見えた。多様な個別性に対応していくには，個別の中に潜む特徴を見抜きそれを大きな方向性に据えつつ，多様な個別に対応することが重要ではないかと考える。したがって今回の研究で，慢性疾患患者が食事を改善し維持するに至った認識の変化という視点から，共通性や個別性の一部が見いだされたことは，慢性疾患患者が食事を改善し維持するという点において看護の方向性と，対象者のもつ個別性を考慮する上で意義があったと考える。

V. 結　論

1．本研究では明確になったのは食事を改善し維持している慢性疾患患者の認識の特徴に共通した変化には，①『身体の異変を知覚し問いかける』，②『身体の異変と食事がつながってわかる』，③『自分の食事を客観視する』，④『食事実践上の視点がわかり，目安が描ける』，⑤『食事の規範が形成される』，⑥『健康と食の関心が高まる』がある。

2．食事を改善し維持している慢性疾患患者の認識の変化に及ぼす情況や影響には，

(1) 『身体の異変を知覚し問いかける』ことへ妨げとなるのは，「異変を打ち消す問いかけ」「自分の健康の過信」，「家庭内での役割を重視」「仕事を重視」であった。促していたのは「自分の身体の不調が呼び出され重なる」であった。

(2) 『身体の異変と食事がつながってわかる』ことへ妨げとなっていたのは，「身体の異変のイメージが十分描けない」，「家族の食事の調和を乱す」ことであった。

(3) 『食事実践上の視点がわかり，目安が描ける』ときに明確な意志の形成を促していたのは，「最悪な情況を回避するため」「家族への責任を果たす」「自己の身体の好転を期待」「家族の健康のため」「ゆとりができて」であった。

(4) 『食事の規範が形成される』ときには，「自己の身体の好転の知覚」「他者から認められる」「家族の支えを知覚」「心の中のバランスを保つ」「検査データの維持が反映」「打ち込む楽しみがある」などの個別な刺激が影響していた。

VI. 看護への示唆

以上より，慢性疾患患者が食事を改善し維持するには，

(1) 対象者に身体の異変への問いかけが始まっているのかという意識をもち，問いかけが打ち消されないような働きかけをもつこと。それには，背負っている役割の多様さから生じる葛藤に目を向けながら，対象者自ら調整できるように支援することが問いかけを妨げない手助けとなる。

(2) 身体の異変のイメージを描き，自分の食事の具体とつながることである。それは対象自身が「分かった」という状態を作り出すことであり，それには身体の異変の意味が対象自身にわかるように働きかけることと，対象自身のイメージ化を容易にする媒体を活用することが有用である。また自らの食事の具体が思い描けるよう個別な食習慣を考慮しながら働きかけることである。

(3) 対象が家族と同居している場合，家族構成や家族の発達段階，食習慣などを周知し，家族の中で食事の調和がはかれるような働きかけが同時に重要である。

が看護として重要であることが示唆された。

VII. 本研究の意義と限界

本研究は慢性疾患を発症後，食事を改善し長年にわたり維持している方の語られた事実をもとに，食事を改善し維持するには対象の認識がどのように変化したのか，その共通している特徴を一般化し，個別な情況が食事を改善し維持できた認識の変化に及ぼした影響を明確にしたものである。実際の行動を手がかりとして対象者の自由な表現から取り出したことは重要である。しかしながら，人間の記憶と語られた内容や表現に限界があることは否めない。また，今回は改善した食事の内容は自己評価を採用し，二次選択した対象者に糖尿病の患者が含まれなかったため慢性疾患患者一般を包含しているとは言いがたく，今後はその点も含めて検討していく必要がある。

VIII. 謝　辞

本研究の調査にあたり研究対象者となり，ご協力頂いた患者の皆様，調査の場を与えて下さった県内の病院の看護部長，看護師長，スタッフの皆様方に深く感謝いたします。

なお，本研究は，石川県立看護大学大学院看護学研究科の修士論文を加筆修正したものであり，本論文の一部は第32回日本看護研究学会学術集会（2006年，大分市）において報告いたしました。

要　旨

本研究の目的は，食事を改善し維持できた慢性疾患患者の認識の変化を明らかにし，健康と食に対する自己評価が食事を維持することに及ぼす影響を明確にすることである。県内の病院に通院加療中の慢性疾患患者を調査対象とし半構成的面接を行い，逐語録をもとに再構成した。調査対象の内，食事を改善できていた７名から，認識が変化した局面の特徴を抽象化し共通性を取り出した結果，①『身体の異変を知覚し問いかける』，②『身体の異変と食事とがつながってわかる』，③『自己の食事を客観視する』，④『食事実践上の視点がわかり，目安が描ける』，⑤『食事の規範が形成される』，⑥『健康と食の関心が高まる』を抽き出せた。またそれぞれ個別な情況が認識の変化を促したり妨げたりという影響を及ぼしていた。食事を改善し維持している慢性疾患患者には身体の異変を知覚し問いかけが始まり，身体の異変をイメージ化し自分の食事の具体とつながることが重要であった。

Abstract

This study clarifies changes in recognition of patients with chronic illness who lead to maintain their improved eating habits, and defines the influence of self-evaluation of health and food on maintaining eating habits. Semi-structured interviews were conducted with patients undergoing medical treatment at hospitals within the prefecture. I restructured the interviews based on interview transcripts and extracted commonalities among seven patients who improved their eating habits and changed their recognition of the connection between eating habits and chronic illness. As a result, I extracted six commonalities : (1) patients perceive and question physical changes ; (2) patients recognize the connection between eating habits and physical changes ; (3) patients are able to view their eating habits objectively ; (4) patients comprehend the point of practical eating habits and control conditions ; (5) patients establish rules concerning diet; and (6) patients' concern for health and diet increases. In addition, individual situations also exerted an influence on patients by promoting or interfering with changes in recognition. It was found to be important that patients perceive and begin questioning physical changes, and that they visualize such physical changes and connect them specifically to eating habits.

文　献

1）小西正光，小野ツル子編：「健康日本21」を指標とした健康調査と保健支援活動，ライフサイエンスセンター，4-5, 2001.
2）梶山祥子，原信子編：慢性疾患をもちながら生きる人々へのサポート，東京：南山堂，76, 2000.
3）前掲書１），4.
4）仲沢富枝：慢性病者のセルフケア能力と困難感からみた外来看護の一考察　外来通院する成人期・老年期にある病者の意識調査から，山梨県立看護大学短期大学部紀要，8(1)，77-87, 2003.
5）薄井坦子：科学的看護論第３版，東京：日本看護協会出版会，132, 1997.
6）前掲書５），134.
7）矢富有見子，井上智子：在宅酸素療法患者の食生活に対する認識と行動に関する質的研究，日本在宅ケア学会誌，7(2)，50-57, 2004.
8）斉藤しのぶ：透析導入期における自己管理の認識の形成過程，千葉看護科学会誌，8(1)，1-7, 2002.
9）金城忍：透析患者のセルフケアにおける認識の構造および看護の実践的指針，千葉看護科学会誌，4(1)，23-30, 1998.
10）伊達久美子，西田頼子，中村美知子，他２名：高齢期循環器疾患患者の食行動の実践と認識，山梨医科大学紀要18巻，61-67, 2001.
11）R. Whittemore, Susan K. Chase, C.L. Mandle el. Lifestyle Change in Type 2 Diabetes A Process Model. Nursing Research, 51(1), 2002.
12）Pierre Woog(el.) 編集，黒江ゆり子他訳：THE CHRONIC ILLNESS TRAJECTORY FRAMEWORK The Corbin and Strauss Nursing Model慢性疾患の病みの軌跡　コービンとストラウスによる看護モデル，4-5, 東京，1995.
13）Ruth Bernstein Hyman, Juliet M. Corbin : Chronic Illness Research and Theory for Nursing Practice, New York, 2000.
14）海保静子：育児の認識学－こどものアタマとココロのはたらきをみつめて－，東京：現代社，202-204, 1999.
15）松本千明：保健医療スタッフのための健康行動理論の基礎生活習慣病を中心に，医歯薬出版株式会社，29, 2002.
16）三瓶眞貴子：看護矛盾論－unification－，看護矛盾論研究会，117, 2005.
17）前掲書15），1-9.
18）今田純雄：現代心理学シリーズ16，食行動の心理学，東京，培風館，42, 1997.
19）前掲書12），16.
20）前掲書12），15-17.
21）ANSELM L. STRAUSS, CORBIN・F.G. el：南　裕子監訳：CHRONIC ILLNESS AND THE QUALITY OF LIFE 慢性疾患を生きる　ケアとクォリティ・ライフの接点，東京，医学書院，59, 1987.
22）前掲書13），21.

［平成19年11月13日受　付
平成20年８月29日採用決定］

－研究報告－

患者の自殺・自殺企図に直面した精神科看護師のトラウマティック・ストレスとその関連要因

Traumatic Stress of Psychiatric Nurses Who Witnessed Their Patients' Actual or Attempted Suicide and Its Related Factors

折山早苗　渡邉久美
Sanae Oriyama　Kumi Watanabe

キーワード：精神科看護師，外傷性ストレス，患者の自殺，患者の自殺企図
Key Words：psychiatric nurses, traumatic stress, patients' actual suicide, patients' attempted suicide

Ⅰ．はじめに

精神科病棟で働く看護師（以後，看護師）の多くは，患者からの暴力や患者の自殺などによって日常的にストレスを受けていると報告されている[1]。自殺の原因の1つとされるうつ病の患者が多く入院している精神科病院内でも自殺や自殺企図は一般科と比べると多く，そこで働く看護師は，強い希死念慮をもつ患者や自殺企図後の患者の看護をとおし，自殺予防を意識しながら患者が死にたいという気持ちに直接的に関わっている。しかし，看護師が自殺予防を心がけていても，患者の自殺を必ずしも予測しえないし，また，完全に防ぐこともできない。患者の自殺・自殺企図に直面することによって看護師は多大な衝撃に暴露され，外傷後ストレス反応（Post Traumatic Stress Response：PTSR）をきたし，多くは時間の経過に伴って自然に解消していくものの，なかには不調が軽減しないばかりか特定の症状が持続し，場合によっては外傷後ストレス障害（Post Traumatic Stress Disorder：PTSD）を引き起こすこともある。これらの外傷性のストレス障害は，ストレス因子自体の強さよりも，ストレス因子に対する個人の主観的意義と関連していると考えられており，脆弱性因子として，先行する外傷体験や精神科的既往，不適切なサポート体制，ストレスフルな生活上の変化などが指摘されている[2]。

先行研究では，看護師がそうした衝撃を経験することで，業務への関与が少なくなり，組織目標への関与も低下し[2]，更には離職の一因になる[3]ことが報告されている。石川ら[1]の精神科病院の看護師37人を対象にした報告では精神科経験16年以上の看護師7人が職場環境におけるストレス度で最も高いものを自殺・自傷経験と答えていた。同様に高田ら[4]は，看護師15人に衝撃的出来事について聞き取り調査をし，最も衝撃的出来事として26%の看護師が患者の自殺・自殺未遂・自殺行為であったと報告している。また，寺岡ら[5]は，患者の自殺に直面した看護師9人をインタビューし，看護師は自殺に直面した体験から「問題解決を試みる対処」「感情をコントロールしようとする対処」の両方をとりいれながら，ストレスを対処していたと報告している。また，明智ら[6]は末期がん患者の自殺に直面した看護師が外傷性ストレス症状を発現し，回復までに3か月を要した事例が報告されている。このように，患者の自殺や自殺企図に直面することで看護師に与える衝撃は計り知れない。今まで看護師の暴力被害に関しては多くの報告があるものの[7～9]，患者の自殺や自殺企図に直面した看護師を対象に心的な影響について調査した研究は少なく，看護師に対しての支援も整っていない。

そこで，本研究では，精神科病院において患者の自殺や自殺企図に直面した看護師の受けるストレスについて把握し，必要とされるサポートシステム構築に向けての基礎資料を得ることを目的とした。

Ⅱ．研究方法

1．ストレス形成の仮説

Richard S.Lazarusらは，心理的ストレスモデルは個人のストレス場面への適応プロセスを構成する諸要因の中で，ストレス状況に対する認知的評価（cognitive appraisal）とストレス対処（stress coping）を主要な構成概念と位置づけている[11,12]。その中で，コーピングを「個人の能力と技能に負荷を与えたり，その能力や技能を越えると評定された外的・内的要請を処理するために絶えず変化する認知的・行動的努力」と定義している。本研究では，Richard S.Lazarusの心理的ストレスモデルに準拠して認知と対処の媒介変数に着目し，患者の自殺・自殺企図に直面した看護師のストレス形成概念図を作成し，以下に述べるような関係性について検討を試みるものである。

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

図1に示すストレス因子を患者の自殺・自殺企図の直面とし，その後，因子は一次的認知的評価に移行し，脅威と評価された場合，二次的認知評価で対処について吟味される。こうして認知的評価の後，患者の自殺・自殺企図の直面が脅威と評価されたときに，その環境との関係においてストレス反応が起こり，コーピングの段階となり選ばれたコーピングは健康上，行動上の問題に発展する過程に大きな影響を及ぼすとされている。本研究では，コーピングに影響する要因（影響要因）として，年齢，性別，臨床経験，性格，患者との関係，責任，サポート資源（家族，友人，頼りにできる上司や同僚）[13]を配置した。また，ストレス反応の指標として，出来事インパクト尺度（The Impact of Event Scale-Revised ; IES-R）[14]を用いた。コーピングがうまくいかなかった場合には，ストレス反応は持続し，長期に渡る場合には身体，精神，行動面に慢性の影響を及ぼすとされる。そこで，個人がふだん頻繁に用いるコーピング戦略の傾向・パターンを測定する尺度としてコーピング特性簡易尺度（The Brief Scales for Coping Profile ; BSCP）[15]を用いた。ストレス反応が適応にいたる過程には，個人あるいは組織としてのサポートの有無や患者の自殺・自殺企図への考え方の変化が影響すると考えた。

2．質問紙の構成

1）対象者の属性

年齢，性別，同居家族，精神科勤務年数，直面した自殺・自殺企図の有無と回数，直面した時期，直面した際の担当の有無，予測の有無，対処行動，サポートの有無と満足度，仕事を辞めたいと感じた経験や自殺防止や患者の気持ちに対する考えを問う項目とした。その際，複数回直面した経験がある者については，最も衝撃的であった事例について回答を求めた。

2）コーピング特性簡易尺度（The Brief Scales for Coping Profile;BSCP）

BSCPは，職域集団に適した簡便で実用的な対処行動の評価尺度である。この尺度は，影山ら[15]によって信頼性・妥当性共に検証されている。「積極的問題解決」「問題解決のための相談」「気分転換」「他者を巻き込んだ情動発散」「回避と抑制」「視点の転換」の6因子で構成されている。普段用いるコーピングを問い，よくあるからほとんどないまでの4件法で回答し，下位尺度毎の平均得点で表し，得点が高いほどコーピング戦略を用いる頻度が多いことを表す。

3）出来事インパクト尺度（The Impact of Event Scale-Revised ; IES-R）

本尺度は，PTSDの「侵入症状」「回避症状」「覚醒亢進症状」の3症状を査定できるように構成されており，災害や犯罪，事件，事故の被害など多くのフィールドで用いられている。妥当性・信頼性については，飛鳥井ら[14]により検証されている。本研究では飛鳥井らの結果に基づき，PTSD事例率のcut off pointを24/25としてハイリスク群とした。

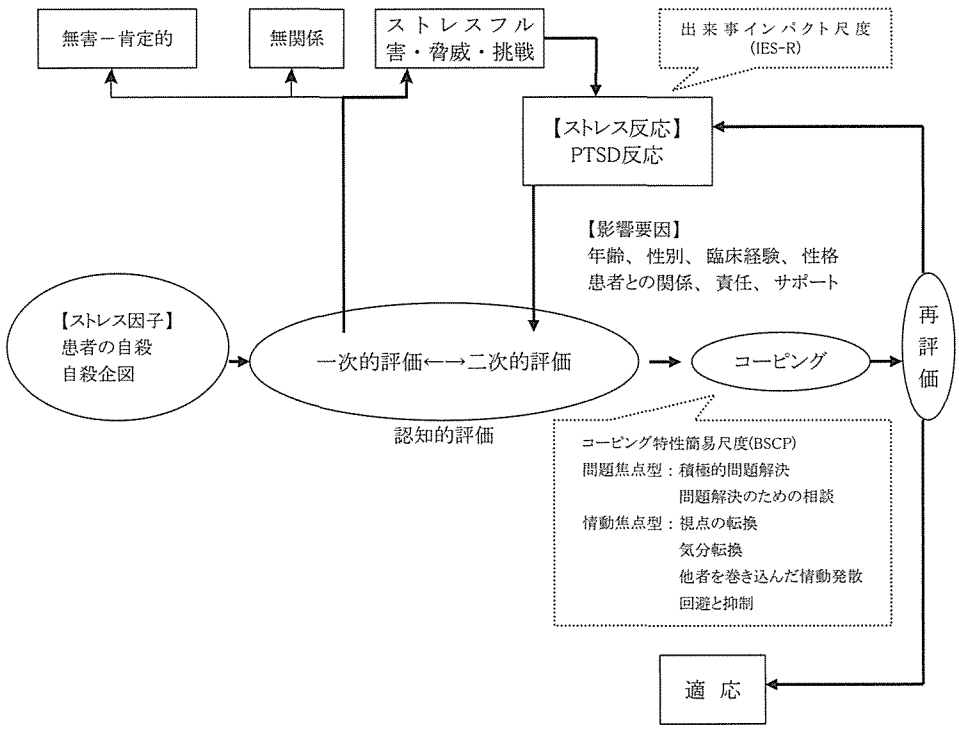


図1　患者の自殺・自殺企図に直面した看護師のストレス形成概念図（仮説）

國重絵美：ストレス・コーピング理論とその活用法，松木光子他（編）：看護理論ー理論と実践のリンケージ，118，ヌーヴェルヒロカワ，東京，2006を一部改変して引用

3．調査対象者

広島県，岡山県の複数の精神科病棟をもつ病院を無作為に抽出し，8病院の看護部長宛に研究の協力を依頼し6病院より了承を得られた。これら了承の得られた6病院に勤務する看護師の中で，同意の得られた看護師（准看護師も含）458人を対象とした。

4．調査時期および調査用紙の回収方法

調査は無記名自記式質問紙調査とし，2007年10月～11月の1ヶ月間に行った。質問紙は，各調査実施病院の倫理審査委員会の承認を得た後，承諾の得られた看護部に一括して依頼し，病棟ごとに看護師長を通じて配布を依頼した。質問紙配布にあたっては，研究の目的，倫理的配慮，問い合わせ先について記載した説明文書を添付し，3週間の留め置き期間を設定し，看護部を通して回収した。

5．分析方法

1）患者の自殺・自殺企図に直面した際に看護師に与える影響の検証

まず，患者の自殺・自殺企図に直面した経験の有無で2つのグループに分け，χ^2検定を用いて看護師の属性を比較した。次いで，患者の自殺・自殺企図に遭遇した経験のある群をIES-Rの結果よりハイリスク群，ローリスク群に分け，χ^2検定およびt検定を行った。検定は全て両側検定とし統計学的有意水準は5％を採用した。

2）患者の自殺・自殺企図に直面した際に看護師がPTSDとなる要因分析

まず，IES-Rのハイリスク群，ローリスク群の2群間で，BSCPの各項目の平均値の差を分析（t検定）し，更に，2群（0：ローリスク，1：ハイリスク）を目的変数として多重ロジスティック回帰分析を行った。ロジスティック回帰分析の適合度の検定としてHosmerとLemeshowの検定を行った。統計解析ソフトはSPSS for Windows 11.0Jを用いた。検定は全て両側検定とし統計学的有意水準は5％を採用し，10％を傾向差として扱った。

6．倫理的配慮

調査票は，無記名で記入後，個人用に用意した回収用封筒に入れ，厳封するよう依頼した。研究の目的や方法，研究への協力は強制ではなく中断したい場合にはそれが出来る事，得られたデータは統計的に処理し研究のみに使用する事，並びに研究結果の公表を明示し，個人のプライバシーに配慮するために，質問紙は無記名とした。この際，研究者の連絡先を明記し，対象者の問い合わせに応じることを保証した。

Ⅲ．結　果

回答は，449人（回収率98.0％）から得られ，そのうち記入ミスのあった40人を除外した409人（91.1％）を分析対象とした。

1．対象の基本属性

対象者の平均年齢41.1歳（SD11.9），男性は女性の半数であった（表1）。精神科勤務経験は平均10.45年（SD8.0）であった。同居に関しては，323人（79.0％）が同居有りであった。152人（33.9％）が自殺（自殺企図も含）に直面した経験があると回答していた。自殺企図に直面した看護師115人（28.1％）を合わせると267人（65.3％）であった。

表1　対象者の基本属性

項　目	カテゴリー	全体 n＝409 (100)	自殺・自殺企図に直面あり n＝267 (65.3)	直面なし n＝142 (36.2)
性別	男性	115(28.1)	90(33.7)	25(17.6)
	女性	294(71.9)	177(66.3)	116(81.7)
年齢	平均（SD）	41.1(11.9)	41.9(11.7)	39.5(12.0)
精神科勤続年数	平均（SD）	10.5(8.0)	12.0(8.4)	7.4(6.3)**
同居の有無	有	323(79.0)	213(79.8)	110(77.5)
	無	83(20.3)	53(19.9)	30(21.1)
	欠損データ	3(0.7)	1(0.4)	2(1.4)
コーピング（BSCP）平均	積極解決	9.5	9.6	9.3
	相談	8.6	8.7	8.5
	気分転換	7.9	7.9	7.9
	他者発散	5.5	5.4	5.7*
	回避抑制	5.8	5.7	6.0
	視点転換	7.9	8.0	7.8

*：$p<0.05$　**：$p<0.01$

自殺に直面した経験は平均して8.9（SD8.5）年前で，1ヶ月前から40年前までに直面した経験を有していた。また，自殺企図に関しては，平均4.7（SD4.7）年前であり，数日前から22年前まで様々であった。自殺に直面した回数は20年間で16回が最多であった。また，自殺企図に関しては，多くて数えられないと回答した者が数人いた。

BSCPの平均得点は，積極的問題解決9.5点，問題解決のための相談8.6点，気分転換7.9点，他者発散5.5点，回避と抑制5.8点，視点の転換7.9点であった。BSCPの点数に区分点は存在しないが，積極的問題解決，問題解決のための相談は高得点であった。これら全ての基本属性において，直面した群と直面していない群の2グループ間に有意差が認められたものは，精神科経験年数とBSCP平均得点の他者発散であった。直面した経験の有無と精神科経験年数では，経験年数が長いと直面する経験が増える傾向にあり（$t=6.222$，$p<0.001$），BSCP平均得点では，直面した群が直面していない群と比べ「他者発散」が低い結果であった（$t=1.992$，$p=0.047$）。

2．自殺・自殺企図に直面した看護師のストレスの状況と影響

1）PTSDのハイリスク状況

直面した看護師267人のISE-R平均得点は，9.6点（再体

験3.1点，回避麻痺3.6点，過覚醒2.9点）であった。ISE-Rを25点以上のハイリスク群（PTSDハイリスク）と24点以下のローリスク群の２群に分け比較した（表２）。ハイリスク群は，25人（9.4％），ローリスク群は242人（90.6％）であった。ハイリスク群の直面した時刻に関しては，偏りはなく，各時間で１～２人が直面していた。年齢，性別，同居者の有無，直面からの経過年数，受け持ちの有無，自殺と自殺企図におけるｎの数において２群間に差を認めなかった。BSCPでは「回避抑制」について，ローリスク群に比べハイリスク群は有意に高かった（ｔ＝2.557，ｐ＝0.011）。

２）PTSDハイリスク状況の影響

患者の自殺・自殺企図に直面したことで仕事を辞めたいと思ったと回答した者が，ローリスク群に比べハイリスク群に多くみられた（ｐ＜0.001）。その時の状況を現在でも思い出すと回答した者が，ローリスク群に比べハイリスク群に多く認められた（ｐ＜0.001）。自由記載欄には，自殺に直面し一旦仕事を辞めた後，再就職をしたとの記載もみられた。

３．実際の支援と自ら行った対処行動，希望する職場支援のあり方

自殺・自殺企図に直面した267人が，実際に職場であった支援の内容と希望する職場の支援のあり方を表３に示した。実際に職場の支援があった者は153人（57.3％）であり，半数以上が相談，声掛けが実際にあったと回答していた。最も支えてくれた人として，スタッフと答えていた。直面したことによる対処行動をとった者は184人（68.9％），何もしなかった者が83人（31.1％）であった。対処行動として最も多かったのが「話を聞いてもらう」120人（65.2％）であった。半数以上が人に話しを聞いてもらうことで対処していたと回答していた。また，少数ではあったが，薬を内服したり，暫く休んだり，受診したりとかなり深刻な者もいた。ハイリスク群の中には，自殺に直面してから６年経た現在でも，直面した場所に行くと思い出し，辛いとの記載があった。

職場でのサポートの必要性に関しては，全体で９割近くが必要と回答していた。特に，ハイリスク群では全員が必要と回答していた。サポートでは，客観的で中立的な立場の人の支援（相談）が必要であると135人（57.0％）が答えていた。その他，ゆっくり休める環境や当事者同士で語り合える場，自殺予防の勉強会を挙げる者が３割強いた。

４．患者の自殺に対する看護師の受けとめ方

直面した看護師267人と直面していない看護師142人に，自殺の防止について，「１:防止できる」「２：まあ防止できる」「３：あまり防止できない」「４：防止できない」の４段階で尋ねた。直面した看護師が直面していない看護師に比べ自殺防止は可能であると回答していた（ｐ＝0.023）。患者の自殺に至る気持ちについて「１:分かる」「２：やや分かる」「あまり分からない」「４：分からない」の４段階

表２　IES-Rハイリスク群・ローリスク群の比較

n＝267

項目	カテゴリー	High risk n＝25 (9.4)	Low risk n＝242 (90.6)	
年齢	平均（SD）	41.8(11.3)	41.9(11.8)	
性別	男性	9(36.0)	81(33.5)	
	女性	16(64.0)	161(66.5)	
同居の有無	有	19(76.0)	194(80.2)	
	無	5(20.0)	48(18.3)	
	欠損データ	1(4.0)		
遭遇別	自殺	13(52.0)	139(57.4)	
	自殺企図	12(48.0)	102(42.1)	
役割	受け持ち			
	受け持ちでない			
コーピング尺度（BSCP）	積極解決	9.6	9.6	
	相談	9.0	8.6	
	気分転換	8.2	7.9	
	他者発散	5.7	5.4	
	回避抑制	6.6	5.7*	
	視点転換	8.2	7.9	
仕事を辞めたくなった	有	17(68.0)	59(24.4)	*
	無	7(28.0)	178(73.6)	
思い出す	有	22(88.0)	112(46.3)	*
	無	2(8 .0)	123(50.8)	
	欠損データ	1(4.0)	7(2.9)	

n（％）
χ^2検定
＊ｐ＜.05
年齢，BSCPはｔ検定

表３　自殺・自殺企図直面後の支援

n＝267

サポートの実際（n＝153：複数回答）	相談	114(74.5)
	声かけ	82(53.6)
	休養の配慮	3(2.0)
	勤務変更	2(1.3)
	その他	7(4.6)
最も支えてくれた人（n＝200：複数回答）	スタッフ	133(66.5)
	上司	49(24.5)
	友人	41(20.5)
	家族	20(10.0)
	その他（主治医）	8(4.0)
対　処	有	184(68.9)
	無	83(31.1)
対処方法（n＝184：複数回答）	人に話しをきいてもらった	120(65.2)
	趣味で気を紛らした	57(31.0)
	嗜好品で気を紛らした	45(24.5)
	薬を飲んだ	5(2.7)
	しばらく休んだ	2(1.1)
	受診した	1(0.5)
職場でのサポート	必要	237(88.8)
	必要ない	30(11.2)
サポートの内容（n＝237：複数回答）	客観的で中立的な立場の人の支援（相談）	135(57.0)
	当事者同士の語り合える場	92(38.8)
	ゆっくり休める環境	84(35.4)
	自殺予防の勉強会	76(32.1)
	その他	5(2.1)

表4　患者の自殺防止や気持ちの理解についての比較

項　目	カテゴリー	自殺・自殺企図に直面あり	直面なし	
		n＝267（65.3）	n＝142（36.2）	
自殺防止	防止できる	57(21.3)	19(13.4)	*
	まあ防止できる	129(48.3)	67(47.2)	
	あまり防止できない	64(24.0)	50(35.2)	
	防止できない	14(5.2)	6(4.2)	
死にたい気持ち	分かる	56(21.0)	25(17.6)	*
	やや分かる	155(58.1)	68(47.9)	
	あまり分からない	40(15.0)	41(28.9)	
	分からない	12(4.5)	8(5.6)	

＊p＜.05

表5　PTSDに影響を及ぼす要因（多重ロジスティック回帰分析）

	OR	(95%CI)	p値
性別	1.13	(0.41－3.11)	0.819
年齢	0.99	(0.95－1.03)	0.686
同居者の有無	1.26	(0.39－4.06)	0.695
遭遇時刻	0.72	(0.28－1.84)	0.488
サポートの有無の認識	2.76	(0.93－8.17)	0.066
自殺・自殺企図の別	0.75	(0.28－2.02)	0.572
予測の有無	0.43	(0.16－1.19)	0.105

OR, odds ratio, CI, confidence interval

で尋ねた。直面した者が直面していない者より有意に分かると回答していた（p＝0.01）（表4）。自由記載欄には，自殺・自殺企図に直面したことで，過去の経験が今の自分の力となり，救える命を救えることにつながる。そして，患者の命を守ることが使命だとの記載もあった。

5．IES-Rハイリスク群を規定する要因

IES-Rのリスク（0：ローリスク群，1：ハイリスク群）を目的変数とした多重ロジスティック回帰分析（強制投入法）を行った結果を表5に示した。「性別」，「年齢」，「同居者の有無」，「遭遇時刻」，「サポートの有無の認識」，「自殺遭遇の有無」，「予測の有無」の中で最終的にPTSD症状発現への影響因子として抽出されたのは「サポートの有無の認識」〔オッズ比2.76，95%，信頼区間（0.93～8.17），p＝0.066〕であった。

Ⅳ．考　察

1．外傷反応にいたる要因

精神科病棟では，患者の暴言や暴力などといった外傷的イベントが発生するリスクが高く，全体の65.3%の看護師が直面していた。大岡ら[9]の行った調査によると看護師のストレスとなった暴力では，身体的暴力が3割，言語的暴力・患者の自殺遭遇がそれぞれ2割となっており，必ずしも直接的な身体的暴力のみがストレスになるわけではないと述べている。このことからも，精神科病棟に勤務する看護師は身体的にも精神的にも常に強いストレスを受ける危険性があるといえる。直面した看護師と直面していない看護師では，精神科勤務年数に差を認めたことから，勤務年数が長くなるにつれ，患者の自殺・自殺企図に直面する機会も増え，多くのストレス状態にあることが推測された。

BSCPの平均得点では，直面した看護師と直面していない看護師では，「他者発散」に差を認めた。これは，他者に自分の不快な感情を聴いてもらったり，ぶつけたりすることによってカタルシスを図ろうとする情動中心型対処である。患者に自殺された医療者は，自殺にまつわるタブーにより心の動揺をありのままに語ることができないとの報告[16]からも，直面した看護師は自分の感情を他者に聴いてもらったり，ぶつけたりすることが少ないといえる。患者の自殺や自殺企図に直面した経験をした看護師に対して，心の動揺をありのままに語ることによってカタルシスがはかるような援助者や場の提供が必要となると考える。また，自殺・自殺企図に直面した看護師のうち，IES-Rが25点以上のPTSDハイリスク群は9.4%であった。この値は，同じIES-Rを用いたKawamuraら[17]による一般成人のPTSDハイリスク事例率の5.9%と比較するときわめて高く，消防隊員の惨事ストレス調査のPTSDハイリスク事例率が12.2～15.6%である[18]ことを考慮すると，消防隊員よりは低いもののPTSDのリスクは比較的高いと考える。自殺・自殺企図に直面した看護師のBSCPの平均得点では，PTSDハイリスク群がローリスク群より「回避抑制」で高い値を示した。この「回避抑制」というコーピング特性は抑うつ度と正の関連を示すといわれている[15) 19) 20)]。また，このコーピングを多く使う人は，“自分の考えや意見や感情を正直に率直に，なおかつ適切な方法で表現すること”が苦手な人とされている[21]。患者の自殺・自殺企図に直面し，そのつらい気持ちを素直に表現できない人が，抑うつ状態になりやすく，PTSDのリスクが高くなることが示唆された。自己のつらい気持ちを率直に表現することを支援してくことが，PTSDのリスク並びに抑うつ状態を回避する方策の1つと考える。

その他，対処行動に関連する要因として，寺岡ら[6]は，「患者との関連性，立場」と「看護師の思い・受けとめ」の要因をあげているが，本研究の結果では患者と看護師の関係を「受け持ち，スタッフ」の役割・責任から分析したものの差を認めなかった。役割・責任においては，受け持ちあるいはスタッフでも同じようにPTSDハイリスク状態となることが示唆された。対処行動に影響する要因として年齢があるが，高齢になるにつれて対処機制が硬直化していて柔軟に対処できないといわれている[22]ものの，本

研究結果では差を認めなかった。年齢とともに看護師経験が増し，過去の外傷体験に対してうまく対処した経験が新たな外傷体験に対して防御因子となった可能性が推察された。また，他の要因として性差があるが，一般に生涯有病率は女性のほうが高く，自然災害や事故は男女ともあまり差はなく，低い傾向にある[13]といわれている，本研究結果からも差を認めなかったことから先行研究を踏襲する結果であった。

2．患者の自殺・自殺企図に直面したことによる影響

精神科病院の場合，看護職員が患者の暴力によってPTSDとなるリスクファクターとして，ソーシャルサポートの少なさ[23]や暴力など対策の満足度のみが関連している[24]といわれている。今回の調査では，表5に示すように，サポートの認識の有無のみがリスクファクターとして関連性が僅かに認められた。このことから，年齢や経験年数，予測の有無にかかわらず，突然の患者の自殺・自殺企図というトラウマティック・ストレスの大きい出来事に対して，その後のサポート体制の有無の認識がPTSDの外傷反応を生じせしめるか否かに影響を与えている可能性があると考える。

PTSDハイリスク群は直面した場面を思い出し，直面したことで約7割が仕事を辞めたいと考えた経験を有していた（表2）。自殺・自殺企図に直面することで，責任と自責の念にとらわれ，離職を考えるという結果を招いていると推察した。調査対象者の中には，過去に患者の自殺に直面し一旦辞めた後に再び復職した者も含まれていた。このことより，自殺に直面したことでトラウマティック・ストレスを受け，職場を離れていった看護師も相当数いると考えられる。また，PTSDハイリスク群の中には自殺に直面して6年経った現在でも，直面した場所にいくと，その時の状況を思い出し辛くなるという看護師もいた。患者の自殺・自殺企図に直面した後に看護師を支援することで，PTSDを回避し，ひいては離職防止をも期待できると考える。

直面した看護師は，直面した経験のない看護師より「自殺は防止できる」と考える看護師が多かった。自由記載欄にも，自殺に直面した看護師は，精神科看護者としての責務を再認識し，自殺防止にむけて役割意識が強くなったと変化が綴られていた。自由記載欄のことは寺岡ら[6]の報告にもみられるように，自殺に直面した看護師は，自分自身の体験を自殺予防の視点に立った看護ケアに役立てたいという思いの表れと考えられる。また，同じように，患者の自殺・自殺企図に直面した看護師は，直面した経験のない看護師より，患者の「死にたいという気持ちが分かる」と答えた看護師が多かった。患者の自殺・自殺企図を受け止めることで，患者を理解し，自殺予防について看護師として何ができるのか考えるようになってきたことが推察された。

3．メンタルヘルスケア対策

現在，精神科病院では自殺防止の観点から病棟自体に自殺を予防するための配慮が施されており，自殺や自殺企図が起こり難い状況にあるものの皆無ではない[25]。そうした状況の中，患者の自殺・自殺企図後の看護師のアフターケアも重要であり，悲しみに対処する援助やサポートシステムの重要性については多くの報告[24,26]があるものの，効果的な研究は十分論議されていない状況にある。本研究では，実際にあったサポートとして相談や声かけが半数以上を占め，最も支えてくれた人としてスタッフを挙げていた。同じ病棟の看護者の場合，状況を共有しやすく，辛い気持ちを分かってもらえるという観点からもスタッフに相談する傾向が高いと推察された。直面した看護師の7割近い看護師が，自ら対処行動をとっていた。更に，対処行動をとった看護師の半数以上が話を聞いてもらったと回答し，全体の9割近くが職場のサポートを望んでいた。希望するサポートの中で，特に多かったのが「客観的で中立的な立場の人の支援（相談）」で半数以上が望んでいた。同じ病棟のスタッフ同士では，状況や感情を共有しやすいという反面，自殺や自殺企図に直面した看護師の感情に巻き込まれ，互いに辛い気持ちからいつまでたっても抜け出せない場合も考えられる。そこで，必要とされる資源として，中立的な立場から患者の自殺・自殺企図に直面した看護師や看護チームを支援できる援助者が必要であろう。例えば，そうした役割を担う援助者として，リエゾン精神看護専門看護師が考えられる。リエゾン精神看護専門看護師は，病院内・組織内の職員であるが，指示命令系統の外にいる存在であり，日頃の看護実践を通して部署の状況を間近でみながら状況を判断しやすい状況にある。そして，部署や組織全体で生じている看護師のメンタルヘルスにかかわる問題を，コンサルテーション，メンタルヘルス教育，調整などの機能を活用しながら，問題への早期介入や予防的活動へとつなげていく役割を担っている[27]。患者の自殺・自殺企図に直面した看護師や病棟の看護チーム全体に対する支援の担い手を，今後検討していくことは重要と考える。

その他の支援としては，たとえば，自分に生じたことを「客観化」して整理し，対応可能な形に変化させることで，自己コントロール感をとりもどす作業をするデブリーフィング（debriefing）が情緒的サポートになり得るとの報告がある[28]。しかしながら最近，デブリーフィングを受けることによって心的外傷の再体験につながる可能性があることが指摘され，かえって予後が悪くなる[29]という報告もみなれるなど，その予防効果には疑義がある。危険性も踏

まえたうえで，慎重に行う必要がある。こうした様々な支援を活用することで，患者の自殺・自殺企図に直面した看護師のメンタルヘルスケアを図っていくことは重要と考える。

これまで，自殺・自殺企図に関しての研究は，患者が主体であり，看護師の受けるトラウマティック・ストレスは見過ごされがちであった。本研究により，患者の自殺・自殺企図に直面した看護師のトラウマティック・ストレスを把握し，影響因子を明確にしたことで，今後必要とされるサポートシステム構築に向けての一歩と考える。

V．本研究の限界と今後の課題

本研究は自殺・自殺企図に直面した看護師を横断的調査によって分析したが，今後は，縦断的調査によって看護師のメンタルヘルスの変化を詳細にみていく必要があると考える。

また，自殺・自殺企図に直面した看護師の対処行動に関連する要因として，患者との関連性について役割・立場から分析したが，直面前の患者に対する思いなど詳細に調査する必要があり，質問紙調査の限界と感じている。また，看護師のサポートの認識に影響を与える因子についても，今後，質的研究を用いて看護師個々の体験を詳細にみていく必要がある。今回の結果を基に，自殺・自殺企図に直面した看護師のメンタルヘルスに貢献できる具体的なプログラム開発が必要であると考える。

VI．結　論

本研究により精神科病院に勤務する看護師は，精神科経験年数とともに患者の自殺や自殺企図に直面する機会が増え，全体の65.3％が直面した経験を有していた。直面した看護師の9.4％がPTSDハイリスク状態であった。BSCP得点では直面した看護師に「他者発散」が低いという傾向にあった。更に，ISE-Rの25点以上のハイリスク群は「回避抑制」が有意に高い傾向にあった。患者の自殺・自殺企図に直面したことにより，その場面を思い出し，仕事を辞めたいと思う看護師もハイリスク群に多く存在した。ISE-Rのハイリスク群を規定する要因としては直面した看護師の「サポートの有無の認識」にやや関係性を認めた。直面した看護師の９割近くが，職場のサポートを望んでいたものの，実際にサポートがあったと認識していたのは，57.30％であった。実際の支援としては，スタッフからの声掛けや相談が最も多く，自らの対処行動として最も多かったのがスタッフに話を聞いてもらうであった。希望するサポートとして，「客観的で中立的な立場の人の支援（相談）」が最も多く，今後，中立的な立場から自殺・自殺企図に直面した看護師および看護チームを支援できる援助者が必要との示唆を得た。

自殺・自殺企図に直面したことで，看護師は自分自身の体験を自殺予防の視点に立った看護ケアに役立てたいという思いを強くしたと同時に，患者の死にたいという気持ちを理解し受け止めることで，自殺予防を一層考えるようになったと推察された。

今後は，看護師のメンタルヘルスに貢献できる具体的なプログラム開発が必要であると考える。

謝　辞

本研究を承諾してくださいました病院長をはじめ看護部長，病棟看護師長，回答してくださいました看護師の皆様に心より感謝申し上げます。

要　旨

本研究は，精神科病院において患者の自殺や自殺企図に直面した看護師の受けるトラウマティック・ストレスを明らかにすることを目的とした。岡山県と広島県の精神科病院に勤務する看護師458人にコーピング特性簡易尺度（BSCP），出来事インパクト尺度（IES-R）について質問紙調査を実施した。結果，患者の自殺・自殺企図に直面した経験のある看護師は267人（65.3％），内25人（9.4％）がIES-Rハイリスク群（PTSD）であった。PTSD要因としてサポートの有無の認識にやや関係性が認められた。実際に最も支えてくれたのはスタッフと回答し，職場に望むサポートでは「客観的で中立的立場の人の支援（相談）」を挙げていた。患者の自殺・自殺企図に直面した看護師の支援として，病棟スタッフをはじめとするサポートが必要で，更に中立的立場から当該看護師や看護チームを支援（相談）可能な援助者が必要であることが示唆された。

Abstract

This study was aimed to clarify traumatic stress of nurses who had witnessed patients' actual or attempted suicide at their psychiatric hospitals. A questionnaire survey based on the Brief Scales for Coping Profile (BSCP) and the Impact of Event Scale, Revised (IES-R) was conducted among 458 nurses working for psychiatric hospitals in Okayama and Hiroshima Pre-

fectures. The survey identified 267 nurses (65.3%) who had witnessed their patients' actual or attempted suicide, of whom 25 (9.4%) were at high risk of PTSD on the IES-R scale. Recognition of the presence of certain support was found to be a factor related to the development of PTSD. Their answers demonstrated that the greatest support had actually come from the hospital staff, and indicated "assistance of (or consultation with) someone in an objective, neutral position" as the type of support they expected from the workplace. These results suggest that nurses who witnessed their patients' actual or attempted suicide require support from the hospital staff as well as someone able to assist (or listen to) them and their nursing teams from a neutral standpoint.

文　献.

1）石川恵美子，島　美樹，他：精神科に勤務する看護師のストレスについての意識調査，福島農医学，48(1)，68-71，2006.
2）厚生労働省研究班編：心的トラウマの理解とケア，じほう，東京，2001.
3）Arnetz JE : Patient violence towords psychiatric staff Association to staff attitudes. of work, organization and quality of life. 3rdEuropean Congress on Violence on Clinical Psychiatry Abstract Book, London, 2003.
4）Ito, H., Eisen, SV. et al : Factors affecting psychiatric nurses' intention to leave their current job, Psychiatr Serv, 52, 232-234, 2001 .
5）高田智佳，中島純子，他：精神科スタッフが体験した衝撃的出来事の実態調査 衝撃的出来事対応マニュアル作成に向けて，日本精神科看護学会誌，49(2)，163-167，2006.
6）寺岡征太郎，柴田真紀：患者の自殺に直面した看護者の対処行動の分析，日本精神保健看護学会誌，13(1)，53-62，2004.
7）Tatsuo, Akechi., Keiko, Sakuma. et al : Post Tranmatic Symptoms Experienced by a Nurse sfter a Patient Suicide, Jpn J Gen Hosp Psychiatry, 16(1), 49-53, 2004.
8）Nielsen, JM., Jacobs, LL. : Bilateral lesions of the anterior cingulated gyri. Bull Los Angel Neuro Soc, 16, 231-234, 1951.
9）大岡由佳，前田正治，他：精神科看護師が職場で被るトラウマ反応，精神医学，49(2)，143-153，2007.
10）旭知恵子，高橋玲子，他：都立神経科病院における看護者に対する患者の身体的攻撃の実態調査，都衛生局学会誌，90，100-101，1993.
11）Lazarus, RS., Folkman, S.本　明寛（訳）：ストレスの心理学－認知的評価と対処の研究－，実務教育出版，東京，1991.
12）Lazarus, RS., 林峻一郎，他（編，訳）：ストレスとコーピング－ラザルス理論への招待，星和書店，東京，1990.
13）広常秀人：PTSD（外傷後ストレス障害）PTSDの理解，坂田三允（編）：精神看護エクスペール７救急・急性期Ⅱ，84-94，中山書店，東京，2006.
14）Asukai, N., Kato, H. et al : Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J) Four studies of different traumatic events, J Nerv Ment Dis, 190, 175-182, 2002.
15）影山隆之，小林敏生，他：勤労者のためのコーピング特性簡易尺度（BSCP）の開発 信頼性・妥当性についての基礎的検討，産業衛生学雑誌，46，103-114，2004.
16）高橋祥友：自殺の危険－臨床的評価と危機介入，金剛出版，東京，2001.
17）Kawamura, N., Kim, Y. et al : Suppression of cellular immunity in subjects with a past history posttraumatic stress disorder, Am J Psychiatry, 158(3), 484-486, 2001.
18）畑中美穂，松井　豊，他：日本の消防隊員における外傷後ストレス，トラウマティック・ストレス，2，67-75，2004.
19）影山隆之，錦戸典子，他：病棟看護職における職業性ストレスの特徴および精神的不調感との関連，こころの健康，16(1)，69-81，2001.
20）影山隆之，森俊夫：病院勤務看護職者の精神衛生，産業医学，33，31-34，1991.
21）平木典子：アサーション・トレーニング，金子書房，東京，1993.
22）Kaplan, HI., Sadock, BJ. and Grebb, JA., 井上令一 他（監訳）：カプラン臨床精神医学テキスト－DSM－Ⅳ診断基準の臨床への展開，365-371，医学書院，東京，1996.
23）Raymond, B., Flannery, Jr. : A program to help staff cope with psychological sequelae of assaults by patients, Hosp Community Psychiatry, 42, 935-938, 1991.
24）伊藤収：臨床精神看護者が遭遇した自殺事故（その２）臨床看護場面における自殺事故防止への示唆，自殺予防と危機介入，27(1)，64-70，2006.
25）Valente, SM., Saunders, JM. : Nurses' grief reactions to a patient's suicide, Perspect Psychiatr Care, 38(1), 5-14, 2002.
26）Valente, SM. : Psychotherapist reactions to the suicide of a patient, Am J Orthopsychiatry, 64(4), 614-621, 1994.
27）福田紀子：看護師のメンタルヘルス支援，野末聖香（編）：リエゾン精神看護，258-282，医歯薬出版，東京，2006.
28）下園壮太：自殺の危機とカウンセリング，金剛出版，東京，2002.
29）Brett, T., Matt, J. and Richard, A. et al : Early Intervention for Trauma:Current Status and Future Drections. Clin Psychol Sci Prac 9, 112-134, 2002.

［平成20年３月13日受　付
平成20年８月15日採用決定］

－研究報告－

FDの企画運営に携わる看護学教員が直面している活動上の問題
－看護系大学・短期大学教員の面接調査を通して－

Problems That Nursing Faculty Who Were Members of Faculty Development Committee of BSN or ADN Programs Encounter

亀岡智美[1)] 舟島なをみ[2)] 野本百合子[3)]
Tomomi Kameoka Naomi Funashima Yuriko Nomoto
村上みち子[4)] 鈴木美和[5)]
Michiko Murakami Miwa Suzuki

キーワード：ファカルティ・ディベロップメント，看護学教員，内容分析
Key Words ：faculty development, nursing faculty, content analysis

Ⅰ．緒　言

ファカルティ・ディベロップメント（FD）は，欧米において発達した概念であり[1)]，本来的には，「教員としてよりよくなることを助ける教育」を意味する。わが国においては，1999年，大学設置基準・短期大学設置基準の改正により，大学・短期大学にFDの努力義務化が行われ，これを契機に積極的な取り組みが始まった[2)]。また，2007年度，大学院設置基準の改正により，大学院におけるFDが義務化され，2008年度には，大学における義務化も行われた。そのため，効果的にFDを実施することは，看護系大学・短期大学にとっても重要な課題となっている。

看護系大学・短期大学におけるFDの現状を解明することは，効果的なFDを推進するために必要不可欠である。しかし，その歴史が浅いことにも関連し，1999年の努力義務化以降，わが国の看護系大学・短期大学がどのようにFDに取り組んでいるのか，その実態は十分に明らかになっていない。

そこで，筆者らは，看護系大学・短期大学におけるFDの実態の包括的解明を最終目的とし，研究内容に焦点を当て，国内外の先行研究の現状を解明[3,4)]するとともに，便宜的に抽出した看護系大学・短期大学においてFDの企画・運営に携わっている看護学教員を対象とする調査に着手した[5)]。本研究は，その一環であり，FDの企画運営に携わる看護学教員が直面している問題の解明を試みた。

Ⅱ．研究目的

看護系大学・短期大学においてFDの企画・運営に携わる看護学教員が直面している活動上の問題を明らかにし，解決に向けての課題を検討する。

Ⅲ．用語の定義

1．FD（faculty development）

大学・短期大学に所属する教員が教員として教育，研究，組織運営，社会サービスに関わる役割をより良く果たすことを目的とした[6)]組織的な取り組みである。

2．看護学教員（nursing faculty）

看護学教員とは，看護系大学，看護系短期大学に所属し，看護学を教授する看護師免許を持つ者とする。

3．問題（problem）

個々人が，何らかの目標を有していながらも，それに到達するための手段や方法がわからない，到達への試みがうまくいかないという事態とする[7,8)]。

Ⅵ．研究方法

1．データ収集方法

研究対象は，看護系大学・短期大学の教育管理責任者，もしくは，看護系大学・短期大学においてFDの企画・運営に携わっている看護学教員であり，研究参加に同意の得られた者とした。便宜的標本抽出に基づき，12名に研究協力を依頼した結果，９名より同意を得，この９名に対し半構造化面接を行った。

1）国立看護大学校　National College of Nursing Japan
2）千葉大学　Chiba University
3）愛媛県立医療技術大学　Ehime Prefectural University of Health Sciences
4）群馬県立県民健康科学大学　Gunma Prefectural College of Health Sciences
5）天使大学　Tenshi College

この半構造化面接においては，①所属施設におけるFD活動の方針，②1999年のFD努力義務化以前に所属施設が実施していたFDの内容・方法，③1999年のFD努力義務化以降に所属施設が実施しているFDの内容・方法，④FDに関する年間計画の立案過程，⑤FD委員会設置状況，⑥FDのための予算措置の状況，⑦FDの成果の評価方法を問うとともに，⑧FDを進めるにあたり直面している問題を問い，回答を求めた。

また，対象者の同意が得られた場合，面接内容をテープに録音した。データ収集期間は，2005年7月から2006年6月までであった。

2．分析方法

対象者の回答内容の概要を整理し，これをベレルソンの内容分析[9]の手法を用いて分析した。具体的には，まず，対象となった看護学教員各々の面接における発言について，全体を文脈単位，「FDを進めるにあたり直面している問題」を表す部分を記録単位とした。その際，前項に示した質問項目①から⑧のうち，「FDを進めるにあたり直面している問題」を直接問う⑧への回答に加え，残る①から⑦への回答も検討し，「FDを進めるにあたり直面している問題」を表す部分を全て記録単位として抽出した。次に，記録単位個々を意味内容の類似性に基づき分類し，その記述を忠実に反映するカテゴリネームをつけた。最後に，各カテゴリに包含された記録単位の出現頻度を数量化し，カテゴリ毎に集計した。

カテゴリの信頼性は，質的研究の経験を持つ看護学研究者2名に協力を依頼し，カテゴリの一致率をScott, W.A.の式[10]に基づき算出し，検討した。

3．倫理的配慮

対象者には，個人や所属施設が特定できる方法により面接内容を公表しないこと，研究以外の目的には使用しないこと，面接における回答内容をデータとして整理した後に直ちに録音テープを消去することを口頭及び文書により説明した。また，面接内容や分析内容の記録の際，個人名や施設名等の固有名詞に関してはコードネームを使用すること，連絡方法，面接の日時・場所は対象者の希望を優先し，その負担を最小限にするよう配慮することを約束した。さらに，研究参加が任意であるとともに，研究参加の拒否や面接の途中辞退も可能であることを説明した。

その後，研究協力の意志を確認できた場合，同意書に署名を得るとともに，研究倫理上の責任を果たすために研究者自身も同意書に署名し，説明内容を実行した。

V．結　果

1．対象の背景（表1）

対象者9名の所属施設は，6名（66.7%）が看護系大学，3名（33.3%）が短期大学であった。FDの企画運営における立場は，7名（77.8%）がFD委員長であり，2名（22.2%）がFD委員であった。職位は，6名（66.7%）が教育管理責任者（学長・学部長・学科長），2名（22.2%）が教授，1名（11.1%）が助教授であった。

表1　対象者の背景（n＝9）

		人数（%）
所属施設	大学	6名（66.7%）
	短期大学	3名（33.3%）
FD企画運営における立場	FD委員長	7名（77.8%）
	FD委員	2名（22.2%）
職位	学長・学部長・学科長	6名（66.7%）
	教授	2名（22.2%）
	助教授	1名（11.1%）

2．FDの企画運営に携わる看護学教員が直面している活動上の問題（表2）

看護系大学・短期大学においてFDの企画運営に携わっている看護学教員9名の面接に要した時間は，一人あたり35分から60分の範囲であり，平均45分であった。また，面接における対象者の発言は，32記録単位，9文脈単位に分割できた。対象者1名あたりの記録単位数は，平均3.6であった。

32記録単位を意味内容の類似性に基づき分類した結果，看護系大学・短期大学においてFDの企画運営に携わっている看護学教員が直面している活動上の問題を表す13カテゴリが形成された。

以下，これらのうち，記録単位数の多いものから順に結果を論述する。なお，カテゴリを【　】により示す。また，［　］内は，カテゴリを形成した記録単位数とそれが記録単位総数に占める割合を表す。

【1．FDに対する対象教員の抵抗感・消極的態度】［5記録単位，15.6%］：このカテゴリは，「教員の中にFDに抵抗感を持っている者も多い」「FDへの参加に積極的でない教員もいる」等の発言から形成された。これらの発言は，FDの企画運営に携わっている看護学教員が，対象教員のFDに対する抵抗感や消極的態度という問題に直面していることを表した。

【2．知識不足によるFD委員としての役割遂行困難】［4記録単位，12.5%］：このカテゴリは，「知識不足のため，委員の中でもアイデアがなかなか出せず企画が進まない」，「知識が乏しく，過去の経験を頼りにいろいろなことを決定している現状を何とかしなければ」等の発言から形成された。これらの発言は，FDの企画運営に携わっている看護学教員が，知識不足によりFD委員としての役割を遂行できないという問題に直面していることを表した。

【3．組織的・計画的・継続的・効率的なFDの推進不

表2　FDの企画運営に携わる看護学教員が直面している活動上の問題

カテゴリ	記録単位（%）
1．FDに対する対象教員の抵抗感・消極的態度	5（15.6%）
2．知識不足によるFD委員としての役割遂行困難	4（12.5%）
3．組織的・計画的・継続的・効率的なFDの推進不十分	4（12.5%）
4．教員の多様な学習ニード充足につながるFDプログラム企画困難	3（9.4%）
5．多数の教員が参加可能なFDプログラム開催日程の設定困難	3（9.4%）
6．新任教員・任期制教員・非常勤講師を対象とするFDプログラム企画不十分	3（9.4%）
7．教育に関する知識・理論の修得につながるFDプログラム企画不十分	2（6.3%）
8．予算欠如・不十分によるFDプログラムの企画運営難航	2（6.3%）
9．教育管理責任者とFD委員会の連携不十分	2（6.3%）
10．FD委員会の役割不明瞭	1（3.1%）
11．FD活動に対する委員会メンバーの消極的態度	1（3.1%）
12．人的資源の不足によるFDプログラムの内容多様化困難	1（3.1%）
13．教員に対する人事評価とFDの連動に対する納得不可	1（3.1%）
合　計	32（100.0%）

十分】［4記録単位，12.5%］：このカテゴリは，「組織的に，継続的にFD活動に取り組む必要がある」，「FDとしての長期的計画が立てられていない」等の発言から形成された。これらの発言は，FDの企画運営に携わっている看護学教員が，組織的・計画的・継続的・効率的なFDの推進が不十分であるという問題に直面していることを表した。

【4．教員の多様な学習ニード充足につながるFDプログラム企画困難】［3記録単位，9.4%］：このカテゴリは，「教員の学習ニードに幅があり，企画内容をどのようにするかが課題」，「教員の専門性が多様な中，共通して関心のあるテーマ設定が難しい」等の発言から形成された。これらの発言は，FDの企画運営に携わっている看護学教員が，対象となる教員の多様な学習ニードの充足につながるプログラムの企画が難しいという問題に直面していることを表した。

【5．多数の教員が参加可能なFDプログラム開催日程の設定困難】［3記録単位，9.4%］：このカテゴリは，「実習等により教員の多くが学外にいる場合も多く，多くの教員が参加できる開催日の調整が難しい」，「教員が多忙であり，他の委員会活動とFD活動の日程調整が困難」等の発言から形成された。これらの発言は，FDの企画運営に携わっている看護学教員が，FDプログラムの開催を教員の多数が参加可能な日程に設定しようとしているにもかかわらず，それが難しいという問題に直面していることを表した。

【6．新任教員・任期制教員・非常勤講師を対象とするFDプログラム企画不十分】［3記録単位，9.4%］：このカテゴリは，「新しい教員へのFDの充実が課題」，「任期制雇用の助手をどう育成するかが課題」等の発言から形成された。これらの発言は，FDの企画運営に携わっている看護学教員が，新任教員・任期制教員・非常勤講師を対象とするFDプログラムの企画が不十分であるという問題に直面していることを表した。

【7．教育に関する知識・理論の修得につながるFDプログラム企画不十分】［2記録単位，6.3%］：このカテゴリは，「カリキュラム改正に向けた教員の準備状態が整っておらず，教育学の基本的知識が必要」，「看護師としての実践能力は高いが，教員としての教育を受けていない場合も多く，理論的に学習し，教育実践に活用していく必要がある」等の発言から形成された。これらの発言は，FDの企画運営に携わっている看護学教員が，対象教員の教育に関する知識・理論の修得につながるFDプログラムの企画が不十分であるという問題に直面していることを表した。

【8．予算欠如・不十分によるFDプログラムの企画運営難航】［2記録単位，6.3%］：このカテゴリは，「十分な予算が確保できない」，「FD活動に使える費用が予算化されていない」等の発言から形成された。これらの発言は，FDの企画運営に携わっている看護学教員が，予算が欠如していたり，不十分であったりするために，FDプログラムの企画運営が進まないという問題に直面していることを表した。

【9．教育管理責任者とFD委員会の連携不十分】［2記録単位，6.3%］：このカテゴリは，「学長権限によって委員会の決定が覆される」，「管理者が全学のFDに入っているが，方針が明確に示されていない」等の発言から形成された。これらの発言は，FDの企画運営に携わっている看

護学教員が，教育管理責任者とFD委員会との連携が不十分であるという問題に直面していることを表した。

【10. FD委員会の役割不明瞭】[1記録単位，3.1%]：このカテゴリは，「FD委員会の活動内容が明確化されておらず，他の委員会との役割分担が不明瞭」という発言から形成された。この発言は，FDの企画運営に携わっている看護学教員が，FD委員会の役割が不明瞭であるという問題に直面していることを表した。

【11. FD活動に対する委員会メンバーの消極的態度】[1記録単位，3.1%]：このカテゴリは，「委員が係として担当しているだけであり，積極的に活動できていない」という発言から形成された。この発言は，FDの企画運営に携わっている看護学教員が，FD活動を推進することに対する委員会メンバーの消極性という問題に直面していることを表した。

【12. 人的資源の不足によるFDプログラムの内容多様化困難】[1記録単位，3.1%]：このカテゴリは，「看護系の教員が多いため，看護中心のFD活動となる。教員数も少ないため，活用できる資源が不足している」という発言から形成された。この発言は，FDの企画運営に携わっている看護学教員が，学内の人的資源が不足しており，FDプログラムの内容を多様化できないという問題に直面していることを表した。

【13. 教員に対する人事評価とFDの連動に対する納得不可】[1記録単位，3.1%]：このカテゴリは，「FDに様々な目的・目標が課せられてしまい，それが教員評価，人事評価になっている」という発言から形成された。これらの発言は，FDの企画運営に携わっている看護学教員が，教員に対する人事評価とFDの連動の発生に納得できないという問題に直面していることを表した。

3．カテゴリの信頼性

2名の看護学研究者によるカテゴリへの分類の一致率をScott, W.A.の式により算出した結果は，100.0%と80.5%であった。Scottの式を用いて算出されたカテゴリの一致率は，70.0%以上の場合信頼性を確保していると判断でき[11]，これらの一致率は，カテゴリが信頼性を確保していることを示した。

Ⅵ. 考　察

本研究の結果は，看護系大学・短期大学においてFDの企画運営に携わる教員が直面している活動上の問題を表す13カテゴリを明らかにした。

このうち，【3．組織的・計画的・継続的・効率的なFDの推進不十分】【4．教員の多様なニード充足につながるFDプログラム企画困難】【5．多数の教員が参加可能なFDプログラム開催日程の設定困難】【6．新任教員・任期制教員・非常勤講師を対象とするFDプログラム企画不十分】【7．教育に関する知識・理論の修得につながるFDプログラムの企画不十分】は，看護系大学・短期大学においてFDの企画運営に携わる教員が，実際に展開しているFDプログラムを所属施設教員の特徴や状況，ニードに照らし不十分であると評価しているにもかかわらず，その問題の克服につながるFDプログラムの企画やその組織的・計画的・継続的・効率的な推進に困難をきたしていることを表す。すなわち，FDの企画運営に携わる看護学教員は，その役割遂行に難渋している。また，【2．知識不足によるFD委員としての役割遂行困難】は，その背景に，看護学教員個々のFDの企画運営に必要な知識の不足が存在することを示す。

看護学教員を対象とするFDは看護継続教育に位置づけることができ[12]，FDの企画運営に携わる者がその役割を適切に果たすためには，看護学教員を対象とする教育プログラムの立案に関する専門的知識が不可欠である。しかし，その知識の体系化は進展しておらず，1983年から2006年までに発表された国内文献の分析結果[13]は，看護学教員を対象とする継続教育プログラムの立案に関する研究が皆無であることを明らかにした。また，海外文献に目を転じてもその状況は大差なく，3件の研究を確認できたのみであった[14]。

さらに，技術経営教育領域におけるFDに関する調査結果[15]は，「ノウハウの保有」がFDの促進要因である一方，「ノウハウの不足」がその阻害要因であることを明らかにした。このことも，FDの企画運営を行うに当たっては，専門的知識が必要であることを支持する。さらに，この調査結果は，「キーマンの存在」がFDを推進するために重要であることを明らかにした。このことは，FDの推進に向けては，専門的知識を適切に活用できる人材が不可欠であることを表す。

そのため，看護系大学・短期大学における効果的なFD推進に向けては，看護学教員を対象とする教育プログラムの立案に関する知識体系の構築，及び，その知識を適切に活用できる人材の育成が重要であり，今後，これに資する研究を推進する必要がある。

加えて，本研究の結果は，FDの企画運営に携わる看護学教員が，【8．予算欠如・不十分によるFDプログラムの企画運営難航】【12. 人的資源の不足によるFDプログラムの内容多様化困難】という問題に直面していることを明らかにした。組織的な活動の多くは財源が必要であり[16]，FDの推進に関しても同様である。また，予算が不十分な場合はそれに応じて活動を制限する必要が生じ，予算が確定していない場合は計画的に活動を進めることができない。さらに，多様なFDプログラムを開催するために

は，多様な人材が必要であるが，その人材が学内に存在しない場合，学外から招く必要が生じる。しかし，これも予算がなければ不可能である。このことは，【8】【12】が表す人的・経済的資源の不足が不可分であるとともに，これらが，FDの企画運営に携わる看護学教員の役割遂行難渋という問題の一因であることを示唆する。

2003年に行われた全国の大学学長を対象とする調査結果[17]は，大半の大学におけるFD制度化の現状が「模索期」に位置づけられることを明らかにした。FD制度化の歴史が浅いことにも関連し，看護系大学に関しても同様の状況が存在することが推察される。また，「模索期」であることがFDのための予算の欠如や不十分さに影響している可能性がある。各看護系大学・短期大学において，適切な予算化を推進することは，FD推進に向けての重要な課題である。

一方，【1．FDに対する対象教員の抵抗感・消極的態度】【9．教育管理責任者とFD委員会の連携不十分】【10．FD委員会の役割不明瞭】【11．FD活動に対する委員会メンバーの消極的態度】【13．教員に対する人事評価とFDの連動に対する納得不可】は，看護系大学・短期大学にFDに関連した様々な混乱が生じており，そのことがFDの企画運営に携わる看護学教員の戸惑いを招き，役割遂行難渋に結びついている可能性を示唆する。例えば，学習者による積極的な参加なくして学習成果をあげることはできず[18]，これは，対象教員の積極的参加なくしてFDを成功させることが難しいことを表す。また，組織の目標を達成するためには，目標を明確化するとともに，構成員全体の協力・連携が必要である[19]。これは，各看護系大学・短期大学におけるFDの目的やそれにより得られた情報の活用方法・範囲の明確化，教育管理責任者とFD委員会の連携が，FDの推進にとって不可欠であることを表す。さらに，個々人がその役割を適切に遂行するためには，役割が明確であることが大前提であり[20]，これは，FD委員会の役割明確化が，適切な役割遂行につながることを表す。

看護系大学・短期大学個々は，FDに関連する問題の発生状況を客観的に把握し，対策を講じる必要がある。また，看護系大学・短期大学が組織運営の状況を多角的に評価するための測定用具は既に開発されているが[21]，FDに関連する活動の現状や問題を把握するための測定用具は未開発である。そのような測定用具開発も今後の課題である。

Ⅶ. 結　論

1．本研究の結果は，看護系大学・短期大学においてFDの企画運営に携わる教員が直面している活動上の問題を表す13カテゴリを明らかにした。また，この13カテゴリは，FDの企画運営に携わる看護学教員がその役割遂行に難渋していること，その背景に知識不足や人的・経済的資源の不足，FDに関連した様々な混乱の発生が存在することを示唆した。

2．看護系大学・短期大学における効果的なFD推進に向け，看護学教員を対象とする教育プログラムの立案に関する知識体系の構築と普及，及び，その知識を適切に活用できる人材の育成が重要であり，今後，これに資する研究を推進する必要がある。

3．看護系大学・短期大学個々は，FDの推進に向け，適切な予算化，及び，FDに関連する活動の現状や問題の把握を進める必要がある。

4．各看護系大学・短期大学がFDに関連する活動の現状や問題を把握するための活用できる測定用具の開発は，FD推進に向けた今後の課題である。

要　旨

研究目的は，看護系大学・短期大学においてFDの企画運営に携わる教員が直面している活動上の問題解明である。データ収集には，面接法を用いた。対象者には，研究目的・方法，匿名性守秘等を説明し，研究協力に同意を得た。対象者9名のデータをベレルソンの内容分析の手法を用いて分析した結果，13カテゴリが形成された。この13カテゴリは，看護系大学・短期大学においてFDの企画運営に携わる教員が，【FDに対する対象教員の抵抗感・消極的態度】【知識不足によるFD委員としての役割遂行困難】【組織的・計画的・継続的・効率的なFDの推進不十分】等の問題に直面していることを示した。また，FDの企画運営に携わる看護学教員がその役割遂行に難渋する背景に，FDに関する専門的知識の不足や学内の人的・経済的資源の不足があり，FDの目的や意義に対する教員の理解の不十分さが活動の消極化や学内組織の混乱を招いている可能性を示唆した。

Abstract

The purpose of the study was to identify the problems that nursing faculty who were members of faculty development (FD) committee of BSN or ADN programs encountered. Data were collected by semi-structured interview. The purpose and procedure of the study, and protection of anonymity and privacy were explained to the participants, and nine nursing facul-

ty from 6 BSN programs and 3 ADN programs agreed to participate the study. The data were analyzed by using Berelson's content analysis technique. As a result, thirteen categories (e.g, "resistant or passive attitude of faculty to participating FD programs", "difficulty in carrying out the role of FD committee member because of lack of knowledge", or "difficulty to manage FD programs systematically and effectively"), were formed. The results suggested that lack of special knowledge related to faculty development and lack of human resources and money in each school are important issues in promoting the activities of FD committee members. Furthermore, inadequate understanding of FD leads to passive attitude or confusion of faculty.

文　献

1）有本　章：ファカルティ・ディベロップメントの歴史と展望，IDE現代高等教育，412, 5-11, 1999.
2）平成18年度文部科学白書，179-180, 2006.（http://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/html/hpab200601/index.htm）.
3）山澄直美・亀岡智美他：看護学教員対象の継続教育に関する研究の動向－国内文献の分析を通したFDのための課題検討－，日本看護研究学会雑誌，30(3)，110, 2007.
4）山澄直美・亀岡智美他：看護学教員対象の継続教育に関する海外の研究内容の分析－FDのための課題検討に向けて－，第27回日本看護科学学会学術集会講演集，322, 2007.
5）亀岡智美・舟島なをみ他：看護系大学・短期大学におけるファカルティ・ディベロップメントの現状－11校の調査を通して－，第26回日本看護科学学会学術集会講演集，411, 2006.
6）杉森みど里・舟島なをみ：看護教育学第４版，医学書院，352, 2007.
7）Eysenck, M.W.編：認知心理学事典，「問題解決」の項，新曜社，440-445, 2001.
8）中島義明・安藤清志他：心理学事典，「問題解決」の項，847-848, 有斐閣，2001.
9）Berelson, B.（稲葉三千男他訳）：内容分析，みすず書房，1957.
10）Scott, W.A. : Reliability of Content Analysis : The Case of Nominal Scale Coding, Public Opinion Quarterly, 19, 321-325, 1955.
11）舟島なをみ：質的研究への挑戦第2版，医学書院，46, 2007.
12）杉森みど里・舟島なをみ：前掲書６），331.
13）前掲書３）.
14）前掲書４）.
15）学校法人産業能率大学経営開発本部：ファカルティ・ディベロップメント（FD）実態調査－調査報告書（平成15年度），19, 2004.
16）King, I.M.（杉森みど里訳）：キング看護理論，医学書院，142-150, 1985.
17）有本　章：FD制度化の現状と展望，メディア教育研究，4(1)，9-18, 2007.
18）King, I.M. : Curriculum and instruction in nursing, concepts and process, Appleton-Century-Crofts, 49, 1986.
19）前掲書16），142-150.
20）前掲書16），109-117.
21）前掲書12），184-194.

［平成20年２月７日受　付
平成20年９月19日採用決定］

－研究報告－

神経症・心身症児の不適応行動の分析

Maladaptive Behaviors Experienced by Children with Neuroses or Psychosomatic Disorders

佐藤幸子[1)] Yukiko Sato　塩飽仁[2)] Hitoshi Shiwaku　山本三奈[3)] Mina Yamamoto　藤田愛[4)] Megumi Fujita

キーワード：神経症，心身症，子ども，不適応行動
Key Words：neuroses, psychosomatic disorders, child, maladaptive behaviors

Ⅰ　はじめに

少子化の進行により子どもの数は減少の一途をたどり，文部科学省の調べ[1)]によると小中学校の生徒はこの10年間に200万人以上減少している。にもかかわらず30日以上欠席している不登校の生徒は，近年若干の減少傾向が見られるものの，10年間に４万５千人以上増加している。不登校が継続している理由で最も多いのは不安など情緒的混乱であり，次いで無気力があげられ，子どものこころの問題が浮き彫りになってきている[2)]。沖ら[3)]は全国の医療機関や学校を対象に，子どもの心身症・神経症等の実態調査を行い，心の健康問題を抱えている子どもは小学校でおよそ12.9%，中学校においてもおよそ14.6%存在していることを明らかにしている。また，小柳[4)]は市中病院における小児心療科の現状から子どもの心の問題に幅広く対応できる専門家の必要性を述べている。以上のようにこころの問題を抱えた子どものケアや予防的対応の確立が急務となってきている。そのためには看護上の問題をアセスメントし，看護診断を明確にしたうえで看護介入を行うことが重要である。

従来，神経症・心身症の看護に限らず看護は実践の特定の分野を明確にすることを目的として看護診断名を分類し，仮説検証過程を通して，より適切なケアを提供することを目指してきた。NANDAの看護診断の定義と分類[5)]やICNP[6)]などが開発されてきている。NANDAの看護診断は近年分類法が大幅に改正され，軸という概念が導入された。軸は人間の状態の次元であり，診断概念，時間，ケア単位，年齢，健康状態，記述語，局所解剖の７つの軸からなっている。この中に，年齢という軸が盛り込まれたことにより，「乳児や幼児の場合には」と限定して考える広がりができてきたと考えられる。しかし，子どもの神経症や心身症の予防や看護ケアという領域を扱うには，基盤となる理論的背景が広範囲にわたり，診断概念が大きく，診断指標も大きな解釈をして判断することが必要な現状である。

さらに，これまで子どもの神経症や心身症に関する先行研究は，事例報告や心理特性に関するものが多く，看護診断や看護介入に関する検討はほとんど見当たらない。この理由として神経症・心身症の子どもの看護には精神療法的な知識を活用したケアが必要であり，個別性を重視しなければならない領域であることから，検討上の困難さも存在していたことが考えられる。

そこで神経症や心身症の子どもの不適応行動の分析を行い，今後，看護診断や援助後の評価をする際に必要な概念を明確にし，介入の有効性などを検証しEBNを推進していくための基礎としたいと考えた。

不適応行動の分析について，ロイは適応看護論を打ち出す際に，多くの事例から適応行動と不適応行動を抽出し，４つの機能に分類した[7~9)]。今回も同じような手法を用いて，子どもの神経症や心身症の領域における，不適応行動の明確化を試みる。

本研究の目的は，神経症や心身症の子どもの不適応行動を分析し，看護診断や援助後の評価に必要な概念を明確にし，NANDAの看護診断分類との適合を考察することである。

Ⅱ　方　法

１　対　象

対象は東北地方の県庁所在都市にある総合病院小児看護外来に通院中の神経症・心身症の子ども14名に対して，平成16年４月から平成17年３月まで看護に当たった看護師８名の看護介入記録（プロセスレコード）283回分である。

看護介入を行った対象患児の年齢は４歳から18歳まで平

１）山形大学医学部看護学科　School of Nursing, Yamagata University
２）東北大学医学部保健学科　School of Health Sciences, Tohoku University
３）横浜労災病院　Yokohama Rosai Hospital
４）東北福祉大学保健看護学科　Tohoku Fukushi University, Department of Nursing

均年齢は11.1±3.7歳であった。受診の理由は不登校４名，腹痛などの身体症状を有するもの５名，拒食１名，抜毛１名，自傷行為１名，その他２名であった。

２　小児看護外来について

小児看護外来は神経症や心身症の子どもと家族の看護支援を目的に，医師からの紹介により継続的に相談を実施している。支援の方法は，子どもに対してはひとりの看護師が約50分程度の遊びを中心とした介入を行い，同時にもうひとりの看護師が保護者と30分程度の面接を行っている。看護外来を実施した看護師は小児看護学の教育研究に当たっているもの４名と修士課程在学中の学生４名であり，学生は小児専門看護師の教育の実習として看護介入を行っている。看護外来終了後，隔週で教員が学生に対してスーパービジョンを行い，看護介入方法の詳細について検討している。

３　データの収集方法

データには子どもの遊びのプロセスレコードとスーパービジョンの際に記録された保護者の面接内容を使用した。プロセスレコードはスーパービジョンの際に使用するもので，子どもとの遊びの場面を想起して記録したものである。

４　分析方法

分析は継続比較分析を行い，概念とカテゴリを生成した。分析テーマを神経症・心身症の子どもの不適応行動とした。まず記録を精読し不適応を示す言動を研究者２名がそれぞれ抜き出し，一致しているか確認し内容を吟味して分析対象とした。次に親子の記録を一組として継続比較を行いながら分析を行い，概念を抽出し，概念間の関連性からカテゴリ化した。その後カテゴリ間の関係性を図式化した。分析はひとりの研究者が中心に行い，分析の信用可能性を高めるために，概念生成後研究者相互で確認を行い，概念間の関連性やカテゴリ間の関係図作成後，再度研究者間で確認した。

５　倫理的配慮

学生である看護師に対しては研究について口頭と書面にて説明し同意書にて同意を得た。また，患児とその保護者に対しては口頭にて研究について研究の目的，学会発表について，プライバシーの保護ならびに自由意思の尊重について，研究協力を拒否しても診療には一切影響のないことを説明し了解を得た。また，外来を行っている病院の診療科長の承諾を得ている。

Ⅲ　結　　果

分析の結果，子どもの不適応を示す状態は11の概念（【　】で示す）および《症状・問題行動》，《発達の未熟性》，《対人関係の障害》，《社会からの孤立》の４つにカテゴリ化された。「　」内は具体的な記述例を示す。

１　《症状・問題行動》

《症状・問題行動》は，【身体症状】，【問題行動】の概念から構成され，これらの問題が主訴で来院することが多く，問題として対処の必要性を感じやすく，親にとっても対処の動機となっていた。

(1)　【身体症状】

【身体症状】の概念は器質的な問題がないが腹痛や自律神経症状が見られるというもので，具体例には「下痢，腹痛，頭痛などがある」「だるい」「食べているうちに気持が悪くなって吐く」などの不定愁訴や「手の指が冷たい」「温度感覚がずれている」「ふらつきがある」などの自律神経症状が含まれていた。

(2)　【問題行動】

【問題行動】の概念は通常の癖より逸脱しており，対応を必要とする行動であり，具体例に「爪かみ」「抜毛」「リストカット」「給食を食べられない」「汗をかくといって１日２・３回お風呂に入る」などが含まれていた。

２　《発達の未熟性》

《発達の未熟性》は【他者への信頼感の不足】，【自己表現の未熟】，【情動調整の未熟】，【過剰な不安】，【自己の不統合感】，【自尊心の未発達】の概念からなり，子どもの発達にしたがって，自己の統合感や自他への信頼感，自尊心や情動調整能力，表現力などの能力が向上するが，何らかの理由でこれらの能力が未熟であると考えられたカテゴリである。

(1)【他者への信頼感の不足】

【他者への信頼感の不足】は，人が怖く，信じたいし中に入って行きたいが裏切られる不安から人に近づいていけない，また自分から離れていくというもので，具体例には「小４くらいから周りの人のことが信じられなくなった」，「私の方が壁を作ってこれ以上入られないようにしていた」，「裏切られるのが怖くて不安」，「見捨てられるのが怖いからスーッと離れていく」，「10年ぶりくらいに誕生日のプレゼントとかもらって，なんかあやしいし，怖いと思った」，「同じ気持ちの人と知り合ってしまうと依存しすぎてしまう」などが含まれていた。

(2)　【自己表現の未熟】

【自己表現の未熟】は本心を人に上手に言えなかったり，言葉で言わず行動で示したり，自己主張ができないというもので，言いたいけど自分の気持ちをいえないものと，とにかく相手に合わせて話をするので，疲れてしまう場合もあった。具体例としては，「お客が来るとすぐ２階にあがってドンドンという音を出していた」，「嫌だと黙って話さなくなる」，「聞こえないような小さな声で母に話す」，「喜怒哀楽を表現しない」，「情緒的な表現をあまりしない」，「携

帯の番号を交換することになって，いやだったけどいやって言えなかった」，「友だちと話していると相手に合わせてしまう」，「相手が求める言葉がわかってしまって，それを話してしまう」，「結局人の意見に適当に答える」などが含まれていた。

(3) 【情動調整の未熟】

【情動調整の未熟】は気分が落ち着かずカッとなりやすく，いらいらするもので，情動を上手にコントロールできず，そのイライラをどこにぶつけていいかわからない。また，人が苛立つことをあえてしたりするものである。具体例としては，「犬を蹴ったりしている」，「弟をいじめる」，「自分を自分でいじめたくなる」，「嫌となったらすべて嫌，気が済むまで治まらない」，「言葉が荒い」，「意志が通らないと感情的になる」，「怒りとかが多くなってきている」，「診察中もいすを回して落ち着かないと思ったら，母親に抱きつき，感情がコントロールできない」などが含まれた。

(4) 【過剰な不安】

【過剰な不安】は不安が強く自信がない，コンプレックスが強いもので，ある種の敏感さを伴っている。具体例としては「今は地震の予防行動が関心の的」，「地震や事故などの出来事に大きく反応する」，「音に敏感で，反応して不安がる」，「人にされたことを自分がされたことのように感じる」，「最悪を想定する」，「心配が強い」などが含まれている。

(5) 【自己の不統合感】

【自己の不統合感】は自分が分離していて本当の自分がわからないというもので，自分の中に良い子と悪い子，現実の自分と非現実の自分のように，分離した自分を持っていて，統合されていない感覚を持っており，不安定さを見せているものである。具体例としては「自分の中に誰かいるようだ」，「みんなが生きている現実の世界は私にとっては非現実的，一人やパソコンや本の世界が現実の世界」，「悪い子の私が良い子の私の行動をバカにしている」，「リスカ（リストカット）は死ぬ手段じゃなくて自分が楽になる方法，本当の自分を出したかったから」，「昔のこと覚えていない。1時間後くらいには何話したっけって思うかもしれない」，「人に話していることが本心からじゃないことに気づいて自分が嫌になる」などが含まれている。

(6) 【自尊心の未発達】

【自尊心の未発達】は自分のことがまだ尊重できないもので，具体例としては「そんなことないよ，うまくないよなど自己否定する」が含まれている。

3 《対人関係の障害》

《対人関係の障害》のカテゴリは，【対人関係の障害】一つの概念からなり，人と接するのが苦手で，人と会うことを避けるものである。具体例としては「同級生と会うのがいや」，「休みになると（人に会うのが嫌で）出かけない」，「通知表は人のいない夕方にもらいに行った」，「友だちと会わないように出かけた」，「人に見られるのがいや」，「友だちと遊ぶのはめったにない」などが含まれる。

4 《社会からの孤立》

《社会からの孤立》のカテゴリは【社会参加の障害】，【生活パターンの乱れ】の概念からなり，社会との交流が少なくなり，生活パターンも変化している状態を示すカテゴリであった。

(1) 【社会参加の障害】

【社会参加の障害】は学校に行ったり，学校行事に出席できないもので，なぜ行けないのか自分ではわからないが，具合が悪くなったり，恐怖・不安感が出てきて行けなくなる。本人は行こうとしているが行けないと言うものである。具体例として，「修学旅行，運動会，野外学習など参加できない」，「具合が悪くて（学校に）行けない」，「行きたい，行かなければと思っているが身体が反応しない」，「行くと疲れて行けなくなる」，「2年生の勉強が終わらないと学校には行けない」，「不良がいるから（学校に）行かない」，「朝起きれなくて（学校に）行けない」などが含まれる。

(2) 【生活パターンの乱れ】

【生活パターンの乱れ】は夜眠れず（眠らず），朝起きられない，そして人との付き合いのない夜中心の生活にパターンが変化していくというもので，眠りたいのに眠れない場合と，ゲームなどで自ら眠らない場合がある。そして眠れないための影響が見られる。具体例として「夜なかなか眠れない」，「夜遅くまでゲームをしている」，「深夜番組を見ている」，「寝るときに儀式があり，それが崩れると眠れない」，「日中眠そうにふらふらしている」，「眠くて考えられない，言葉がつながらない」などが含まれる。

5 カテゴリ間の関連について

4つのカテゴリ間の関連を示したものが図1である。この4つのカテゴリの関係性を考えると，子どもの問題として把握しやすく，受診などの対応を行うきっかけになるものは《症状・問題行動》であるが，その【身体症状】や【問題行動】出現の背景には【他者への信頼感の不足】【自己表現の未熟】【情動調整の未熟】【過剰な不安】【自己の不統合感】【自尊心の未発達】などの《発達の未熟性》があり，その未熟性のために様々な葛藤を処理できず《症状・問題行動》が引き起こされる。また，これらの《発達の未熟性》により困難を解決できないことが特に対人関係においては人に会いたくない，見られたくないという《対人関係の障害》を引き起こす。《対人関係の障害》は社会との交流に大きな意味を持つため，学校に行きたくない，修学旅行にいけないなどの【社会参加の障害】【生活パターンの乱れ】

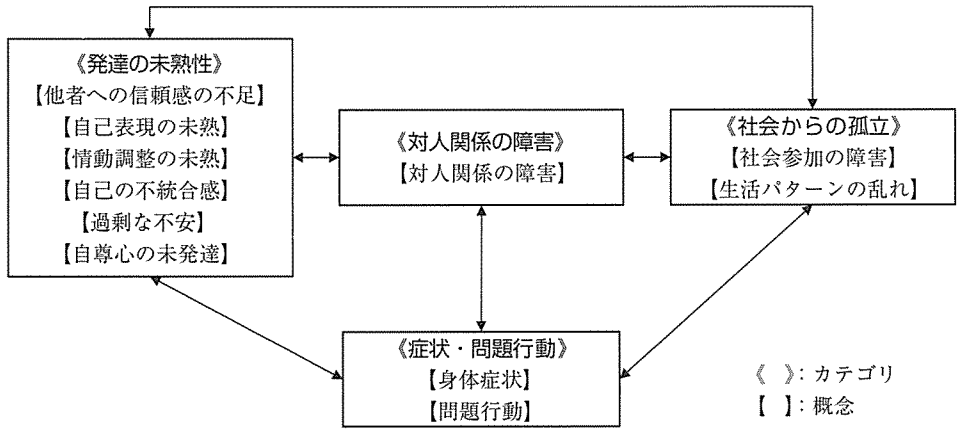


図1　神経症患児の不適応行動の成り立ち

が起こり，《社会からの孤立》につながる。また，社会から孤立することにより発達の未熟性が改善されにくい環境が持続していく。このように4つのカテゴリは相互に影響しあっていた。

Ⅳ 考　察

今回，神経症や心身症の子どもの不適応行動の概念の明確化を行い，今後の看護診断や成果の基礎とすることを目的に，小児看護外来に通院中の神経症児14名に対する看護介入記録を分析した。看護介入を行った対象患児は4歳から18歳までの神経症児で年齢は幅があり，また，呈している症状は多様であったものの，1年間の経過の詳細な記述を分析したことから貴重な結果となったと考える。

以下，各カテゴリに分類された不適応行動を，看護診断分類を参照して考察する。

1 《症状・問題行動》

このカテゴリは【身体症状】，【問題行動】の概念から構成され，【身体症状】の概念は器質的な問題がないが不定愁訴や自律神経症状が見られるというものであった。不定愁訴などの自律神経症状に関しては，NANDAの看護診断[5]では「自律神経反射異常亢進」という診断名はあるものの，脊髄損傷後に生じる交感神経系の反応と定義されており，心身症に見られるような自律神経症状は該当しない。また，診断名「不安」の生理的な診断指標に自律神経症状が多数上げられている。子どもの場合はストレス等の心理的刺激に対して不安や怒りなどの情動を的確に処理することができず無意識にその感情を抑圧してしまい，心身症としての症状が出現しやすいと言われている[10]。したがって子どもの場合は「不安」よりもこれらの身体症状が前面に出て受診にいたる場合も多い。小児科外来を受診した10歳～15歳の患者のうち男子7.0%，女子10.1%は心身症・神経症と診断されその8割は自律神経症状を訴えている[12]。子どもにおいてはこれらの自律神経症状として現れる不適応行動を看護問題として扱う必要があると思われる。

【問題行動】の概念には「爪かみ」「抜毛」「リストカット」「給食を食べられない」「汗をかくといって1日2・3回お風呂に入る」などが含まれていた。これらの中で「抜毛」「リストカット」はNANDAの看護診断[5]では「自己傷害」に分類される。「自己傷害」の定義は「緊迫した状況を緩和するために，生命にかかわらない身体損傷を与える意図を持って，組織損傷を起こす故意の自傷行為」である。子どもの抜毛症などが故意の自傷行為といえるかは疑問なケースもあると考えられるが，関連因子として小児性的虐待や両親にあたる人たちの間での暴力，不安定な自己尊重などが挙げられており，子どもの看護問題として十分使用できるものと考えられる。

その他の強迫的な行動に関しては，NANDAの看護診断[5]では領域・類には見当たらず，心的外傷後シンドロームの診断指標の中に含まれている。しかし，小児における強迫的な行動は心的外傷後のみに起こるわけではなく，心的外傷後シンドロームの概念だけで説明できるものではない。これらは従来不安神経症と呼ばれていたもので，DSM－Ⅳ[11]では不安障害に分類される。子どもの場合はからだとこころが未分化なので，よりいっそう悪循環に陥りやすくまた，どのような状況で不安をいだきやすいのかは発達段階によっても異なってくるといわれている[13]。子どもの心理的発達を支援するうえでも，子どもの不安障害を看護問題として分類整理していく必要があると思われる。

2 ≪発達の未熟性≫

《発達の未熟性》は【他者への信頼感の不足】，【自己表現の未熟】，【情動調整の未熟】，【過剰な不安】，【自己の不統合感】，【自尊心の未発達】の概念からなる。

【他者への信頼感の不足】は，人が怖く，信じたいし中に入って行きたいが裏切られる不安から人に近づいていけ

ないというものである。他者を信頼できることは人間関係成立の基盤になるものであるが，人が怖くて近づけないという状況が神経症・心身症の子どもに多く見られた。Erikson[14]は基本的信頼という概念を乳児期の発達課題としており，その基本的信頼には外的存在に対する信頼と自己に対する信頼があることを示している。他者への信頼感の不足はこの外的存在に対する信頼に相当するものであり，子どもの心身の健全な発達には，この他者への信頼感の確立は重要なものと思われる。NANDAの看護診断[5]では扱われていないが，小児の看護問題として取り扱うべきものと考える。

【自己表現の未熟】は自己を表現することができないというもので，言いたいけど自分の気持を表現できない場合と，相手に合わせて話をするので，自己主張ができない場合が見られた。NANDAの看護診断[5]では言語的コミュニケーション障害が該当するが，子どもの場合には障害というよりも未熟あるいは未発達といったほうが適切であるかもしれない。また，アレキシサイミアが人格特性の構成概念として概念化されている。これは「感情と感情喚起に伴う身体感覚を区別することが困難であり，他者に自らの気持ちについて語ることの困難や，自らの感情を手がかりにしない外面性思考の認知様式である」と定義されている[15]。アレキシサイミアは様々な身体的・精神的疾患の危険因子になりえると考えられている[16]。自分の感情や状況を言語化できることが心理的な安定をもたらすことにもつながるため，アセスメントや支援が必要な領域である。

【情動調整の未熟】は発達途上にある子どもに通常見られるものである。その結果としていらいらしたり，癇癪をおこしたりする。しかしこれが学童期になっても強く見られる場合，攻撃行動や暴力的行為に移行しやすく対人関係にも影響する。成人の場合はパーソナリティとされる部分であり，NANDAの看護診断[5]においても該当する診断名は見当たらない。「対他者暴力行為のリスク状態」という診断名はあるが，必ずしも概念的に一致しない。

【過剰な不安】，【自尊心の未発達】に関してはNANDAの看護診断[5]の「不安」「自己尊重」に関連するもので，子どもの看護問題としても十分使用できると考えられる。

【自己の不統合感】は，自分が分離していて本当の自分がわからないというもので，自分の中に良い子と悪い子，現実の自分と非現実の自分のように，分離した自分を持っていて，統合されていない感覚を持っており，不安定さを見せているものであった。NANDAの看護診断[5]の「自己同一性の混乱」に該当するものと考えられるが，診断指標や関連因子が現在開発中のため，その検討は今後の結果を待たなければならない。

3 《対人関係の障害》

《対人関係の障害》のカテゴリは，【対人関係の障害】一つの概念からなり，人と接するのが苦手で，人と会うことを避けるものであった。これらは≪発達の未熟性≫により，引き起こされていると考えられ，《社会からの孤立》を引き起こすものと考えられた。NANDAの看護診断[5]では「社会的孤立」の診断名はあるが，人と接するのが苦手で，人と合うことを避けるなどの児童期から思春期に集団生活上問題となる概念は見当たらない。

4 《社会からの孤立》

《社会からの孤立》のカテゴリは【社会参加の障害】，【生活パターンの乱れ】の概念からなっていた。

【社会参加の障害】は学校に行ったり，学校行事に出席できないものであった。これは子どもにとっては「学校へ行けない」や「行事に参加できない」という形であらわされる「社会的孤立」の概念に該当すると思われる。また【生活パターンの乱れ】は夜眠れず（眠らず），朝起きられない，夜中心の生活にパターンが変化していくというものあった。「睡眠パターンの混乱」に該当するが，これも睡眠パターンが確立する途上の子ども特有の問題があると思われる。

以上，神経症の子どもの不適応行動を分析し，看護問題という観点からNANDAの看護診断分類との比較を行った。その結果看護診断分類として確立されている概念で，看護診断を行い介入計画を立てることができるものもあったが，子どもの神経症特有の看護上の問題として考えるべき概念が明らかになった。ノーマラング（ICN,1993）は，「もし私たちがそれに名前を付けることができなければ，私たちはそれを管理することも，資金を供給することも，教育することも，研究することも国の政策に反映することもできない」といっているように心のケアが必要とされる子どもの看護の研究が促進され実践に活用されるために，また教育にも取り入れられるために，今後これらの概念の指標や関連因子の整理が必要であると考える。

V 結　語

今回，小児看護外来に通院中の神経症・心身症児14名に対して，平成16年４月から平成17年３月まで看護に当たった看護師８名の看護介入記録から，神経症や心身症の子どもの不適応行動の分析を行ったところ以下の結果が得られた。

１．患児の不適応を示す状態は11の概念および《症状・問題行動》，《発達の未熟性》，《対人関係の障害》，《社会から

の孤立》の４つにカテゴリ化された。

２．《症状・問題行動》は，【身体症状】，【問題行動】の概念から構成され，これらの問題が主訴で来院することが多く，問題として対処の必要性を感じやすく，親にとっても対処の動機となっていた。

３．《発達の未熟性》は【他者への信頼感の不足】，【自己表現の未熟】，【情動調整の未熟】，【過剰な不安】，【自己の不統合感】，【自尊心の未発達】の概念からなり，子どもの発達にしたがって，自己の統合感や自他への信頼感，自尊心や情動調整能力，表現力などの能力が向上するが，何らかの理由でこれらの能力が未熟であると考えられた

４．《対人関係の障害》のカテゴリは，【対人関係の障害】一つの概念からなり，人と接するのが苦手で，人と合うことを避けるものであった。

５．《社会からの孤立》のカテゴリは【社会参加の障害】，【生活パターンの乱れ】の概念からなり，社会との交流が少なくなり，生活パターンも変化している状態を示すカテゴリであった。

以上のカテゴリや概念から心身症および神経症児特有の看護問題として，概念や関連因子の明確化を行う必要性が示唆された。

謝　辞

本研究にご協力いただきました皆様に心より感謝いたします。

要　旨

小児看護外来に通院中の神経症・心身症児14名に対して，平成16年４月から平成17年３月まで看護に当たった看護師８名の看護介入記録から神経症や心身症の子どもの不適応行動を分析した。その結果，11の概念および《症状・問題行動》，《発達の未熟性》，《対人関係の障害》，《社会からの孤立》の４つにカテゴリ化された。《症状・問題行動》は，【身体症状】，【問題行動】の概念から構成され，《発達の未熟性》は【他者への信頼感の不足】，【自己表現の未熟】，【情動調整の未熟】，【過剰な不安】，【自己の不統合感】，【自尊心の未発達】の概念からなり，《対人関係の障害》のカテゴリは，【対人関係の障害】一つの概念であった。《社会からの孤立》のカテゴリは【社会参加の障害】，【生活パターンの乱れ】の概念で構成された。

以上のカテゴリおよび概念から心身症および神経症児の看護上の問題となる不適応行動の概念が示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to identify the maladaptive behaviors experienced by children with neuroses or psychosomatic disorders. The process records of interventions for 14 children with neuroses and psychosomatic disorders were analyzed through continuous comparison using the grounded theory approach. Nursing services were provided by eight nurses.

The following results were obtained. The maladaptive behaviors experienced by children with neuroses or psychosomatic disorder were categorized as follows. The first category, 〈Symptoms and problem behaviors〉, comprised "Somatic symptoms" and "Problem behaviors" as constructive concepts. The second category, 〈Immature development〉, comprised "Immature the sense of trust", "Immature individual expression", "Immature emotional regulation", "Extreme uncertainty and nervousness", "Reduced sense of integration" , and "Low self-esteem". The third category, 〈Difficulty with interpersonal relationships〉, comprised "Difficulty with interpersonal relationships" as a constructive concept. The forth category, 〈Social isolation〉, comprised "Unable to be part of society" and "disturbed life pattern" as constructive concepts.

These concepts identify problems encountered by nurses when providing care for children with neuroses or psychosomatic disorders.

文　献

1）文部科学省：平成17年度学校基本調査．2005.
2）高塚雄介：不登校は減少するのか－その背景要因から考える－．心と社会，115，58-66，2004.
3）沖　潤一，衛藤　隆，山縣然太朗：医療機関および学校を対象として行った心身症，神経症等の実態調査のまとめ．日本小児科学会雑誌，105(12)，45-51，2001.
4）小柳憲司：市中病院小児科における小児心療科の現状と課題．日本小児科学会雑誌，106(12)，1881-1886，2002.
5）NANDAインターナショナル・日本看護診断学会監訳：NANDA看護診断定義と分類2005－2006．医学書院，東京，2005.
6）国際看護師協会編・日本看護協会監訳：ICNP(看護実践国際分類）第１版日本語版．日本看護協会出版，東京，2006.
7）Roy S.C.: Adaptation: A Conceptual Framework for Nursing. Nursing Outlook, 18(3), 42-45, 1970.
8）Roy S.C.: Adaptation: A Basis for Nursing Practice. Nursing Outlook, 19(4), 245-267, 1971.

9) Roy S.C. & Andrews H.A.: The Roy Adaptation Model. 2ed. Appleton & Lange, Connecticut, 1999.
10) 芳賀彰子，吾郷晋浩：子どもの心身症．小児看護，27(9)，1122-1129, 2004.
11) 高橋三郎・大野　裕・染谷俊幸訳：DSM-Ⅳ-TR精神疾患の診断・統計マニュアル．医学書院，東京，2002.
12) 田中英高：不定愁訴と心身症．日本小児科学会雑誌，107(6)，882-892, 2003.
13) 板川樹美子：不安と恐怖．小児看護，27(9)，1130-1135, 2004.
14) Erikson E.H.(仁科弥生訳)：幼児期と社会．みすず書房，東京，1977.
15) Talor G.J.：The Alexithymia Construct: Conceptualization, Validation, and Relationship With basic Dimensions of Personality. New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry,10, 61-74, 1994.
16) Talor G.J.(福西勇夫監訳)：アレキシサイミア－感情制御の障害と精神・身体疾患．星和書店，東京，1998.

[平成20年3月31日受　付
平成20年9月16日採用決定]

－研究報告－

デイケア・作業所に通所中の統合失調症患者が自己の生き方におりあいをつけるプロセス

The Process in Which Patients with Shizophrenia Coming to a Psychiatric Day Care or a Small-Scale Workshop Rearch "Oriai" with Reality

神宝貴子[1)]　Takako Sinpou
國方弘子[2)]　Hiroko Kunikata

キーワード：統合失調症患者，おりあい，自尊心
Key Words ：shizophrenia patient, oriai, self-esteem

Ⅰ．はじめに

現在の日本において，通院中の精神疾患患者は270万人，入院患者は約33万人であり，それら患者のうち約20万人が統合失調症患者であると言われる[1)]。現代社会において，うつ病，自殺，ニート，発達障害等多くの問題があるが，精神疾患の６割を占める統合失調症患者の問題は，今尚大きな課題である[2)]。精神保健福祉制度も2005年から2006年は大きな転換期となり，障害者自立支援法の制定と施行まで一気に進んできたが，当事者中心のノーマライゼーションの理念が置き去りになっているといった見解もある[3)]。また，統合失調症患者の場合，疾患からくる機能障害だけでなく活動制限・参加制約による社会的孤立や自尊心の低下などのいわゆる傷つき体験（主観的体験）をした当事者が少なくない。上田は，国際生活機能分類のモデルは「客観的世界」に属するものであり「主観的世界（主観的体験)」を取り上げていないことを問題としている[4)]。中川もまた，主観的体験の評価が重要であることを指摘している[5)]。したがって，主観的体験を重視した人生の質を高めるためのリハビリテーションや心理社会的介入が重要であると考える。

統合失調症患者を対象にした先行研究に関し，病気の意味[6)]，主観的QOL[7)]，生活の思い[8)]など，患者の主観的側面を重視した当事者の語りを中心とした質的研究が増加しつつある。しかし，それらは一時点における患者の認識であり，過去から現在に亘っての生活主体者として総合的な視点で捉えたものではない。過去から現在に亘って総合的な視点で捉えたものとして，がん患者を対象にしたおりあいをつける能力の研究[9)]，高齢者を対象にした生活のおりあい[10, 11)]のプロセスの研究があるが，精神障害者を対象に認知や対処の過程も含めた総合的な人間の反応で，自分の人生をこれでよいと前向きに気持ちの処理を行う，すなわち自己のおりあいをつける研究は見あたらない。

Ⅱ．研究目的

デイケア・作業所に通所中の統合失調症患者が自己の生き方におりあいをつけるプロセスを明らかにし，病気を抱えながら今を生きている統合失調症患者の全体像を捉え，看護援助への示唆を得ることを目的とした。

Ⅲ．用語の定義

おりあい：認知や対処の過程も含めた総合的な人間の反応の視点から，葛藤を伴う現実に対して仕方がないと諦めて妥協するのではなく，自己の生き方を変更しながらもこれでよい（good enough）と前向きに気持ちの処理を行い，納得していくことを指す。

Ⅳ．研究方法

１．研究デザイン

本研究のデザインは質的帰納的研究とし，木下が提示する修正版Grounded theory approachをガイドラインとして用いた[12)]。

２．研究参加者

研究参加者は，A市内でB病院関連の精神科デイケア（以下，デイケア）またはC小規模作業所（以下，作業所）に通所中で，現在，精神症状が安定し３年以上在宅生活をしている統合失調症患者であり，研究の趣旨を説明し協力を得られた12名であった。平均年齢は50.5歳，罹病期間は５年～53年で平均罹病期間は24.0年，在宅生活の期間は４年～25年で平均7.8年であった。研究参加者の概要は表１に示した。

岡山県立大学保健福祉学部看護学科　Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Propectual University
香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科　Department of Nursing, Faculty of Health Science, Kagawa Prefectural College of Health Sicences

表1　対象の背景（初回データ収集時点）

ケース	年齢	性別	罹病期間	在宅生活の期間	同居	居場所
A※	39歳	男性	15年	入院歴なし	あり（母）	デイケア
B※	61歳	女性	42年	4年	なし	作業所
C※	65歳	女性	42年	4年	なし	作業所
D	46歳	男性	10年	4年	なし	デイケア
E※	43歳	男性	18年	11年	なし	デイケア
F	68歳	男性	49年	6年	なし	デイケア
G	45歳	男性	6年	6年	なし	デイケア
H	38歳	男性	11年	8年	あり（父母）	作業所
I	48歳	男性	27年	25年	あり（母）	作業所
J	30歳	男性	5年	入院歴なし	あり（祖父）	作業所
K	72歳	男性	53年	21年	なし	デイケア
L	51歳	男性	10年	5年	なし	作業所

※再調査を行う

3．データ収集方法と分析

データの信用可能性を高めるために，研究者は，インタビュー前にクラブ活動の参加を通じて通所者と交流を図るように心がけた。クラブ活動の際に，研究目的と倫理上の配慮を記載した文書を用い，研究の概要を通所者全員に説明した。その後，研究への参加に興味を示した通所者に同意を取り，インタビューの日時を決めた。インタビューはプライバシーが保てる場所で，一人1回～2回，1回につき60～90分実施し，研究参加者の承諾を得て録音を行った。同時に，フィールドノートを取った。インタビューの内容は，「今どのように過ごしているか」，「今の生活をどのように思い感じているのか」，「これからについてどのように感じているのか」で，半構成的に自由に話してもらった。データ収集は，1回目として2003年7月～2004年7月，2回目として1年後の2004年9月～2006年12月に行った。

分析は，録音したインタビュー内容を逐語録におこし，研究参加者が“おりあい”をつけている内容（またはその逆の内容）を語った部分を抽出し，それをデータとした。この時，研究参加者の認識や行為を丁寧に検討するため，データの切片化は行わないことを原則とした。データを丹念に読み，概念を拾い出した。さらにデータに戻り，データを継続的に比較分析し，各概念が的確にデータを表しているか吟味し，概念を分類してまとめる作業を行い，カテゴリーを生成した。また，カテゴリー間の関係を検討して結びつきの強いカテゴリーを決定した。その間にも再度データに戻り妥当性を確かめながら，そこに流れるストーリーラインを考えた。

信憑性を高めるために，結果の部分を2人の対象者に提示し，彼らの内面体験をあらわしているか確認してもらった。さらに，1回目のインタビューから1年後に，4人の研究参加者に再面接を行い，結果に矛盾がないことを確認した。また，精神看護学を専門とする2名の研究者が納得するまで討議した。

4．倫理的配慮

研究目的を施設長に説明しデータ収集の許可を得た。研究参加者となった12名には，インタビュー前に再度，研究目的，個人の特定がされないこと，研究への参加により不利益を生じないこと，話したくないことは無理に話さなくてもよいこと，いつでも研究参加を撤回できること，研究終了後は録音テープを消去することを説明し，同意書を得た。また，インタビュー内容は職員に伝えないが，研究参加者が職員に伝えることを希望する内容については，どのように伝えたらよいのかの確認をとった。

Ⅴ．結果と考察

一人のケースから14個の概念が生成できた。その生成された概念をもとに，他の11ケースを比較分析した結果，新たな概念が追加され最終的に22個の概念が生成でき，その概念は5つのカテゴリーに集約できた（表2）。

その後，これらのカテゴリーが，全てのケースに当てはまるかどうかストーリーラインを考えながら検討した。その結果，5つのカテゴリーは，全てのケースに当てはまることが確認できた。

以下の説明では，カテゴリーを≪≫，中核カテゴリーを【】，概念を＜＞，生データを「」で示す。結果のそれぞれについては，語りの主要な言葉と思える生データから説明する。5つのカテゴリーは≪気が楽になる≫，≪今におりあいをつける≫，【自分はこれでいい】，≪過去に向き合う≫，≪未来を見つめる≫であった。

1．≪気が楽になる≫

＜わかってもらえているとの思い＞

Bさんは*「ばか話しても，受け答えしてくださるし…」*と作業所のスタッフにわかってもらえているということを，Hさんは*「国民病って書いてくれていて，なんかすごく嬉しかって…」*と週刊誌を通じて世間からわかってもらえているとの思いを語った。

表2　抽出されたカテゴリーと概念

カテゴリー	概念
気が楽になる	わかってもらえているとの思い 支えてもらえているとの思い 後押しをしてもらえているとの思い 必要とされているとの思い 気持ちのほぐれ
今におりあいをつける	今の受けとめ 気持ちの割り切り 気持ちの立て直し 行動の編みだし
自分はこれでいい	精一杯生きてきた自分への誇り 回復した自分への誇り 持続している自分への誇り 成長した自分への誇り 自分らしさの誇り
過去に向き合う	過去の切り離し 過去の思いの語り 過去の意味づけの語り 客観的立場からの語り
未来を見つめる	生き方の定まり 今のまま 先の切り離し 一歩前へ

＜支えてもらえているとの思い＞

腰痛のあるCさんは*「(帰宅時にスタッフが) 帰る時は乗せてくれるしなあ」*と語り，長くデイケアに通所中のKさんは，*「病院の方にようしてもらって…」*と過去に胃がんの手術時に精神科の看護師が付き添ったことなど支えてもらえることへの感謝を語った。一方でLさんは*「ドクターにはものすごく感謝…看護師は大したことはなかった」*と看護師への厳しい指摘をした。

＜後押しをしてもらえているとの思い＞

Gさんは*「睡眠はしっかり…食事にだけは来るように」*と，糖尿病のあるFさんは*「運動しなさい…規則正しい生活をしなさい」*と，医師に言われたことを守っていることを語り，Bさんは*「Wの仕事に行きませんか…」*と看護師長から誘われたことが後押しになったことを語った。

＜必要とされているとの思い＞

Bさんは近所の精神障害者から夕食作りを頼まれており，*「Mさんがおらんかったら（自分は）料理をせんと思うよ」*とか*「デイケア行ったらすることがないでしょ。ここ（作業所）はいろいろあるがあ，することがないくらい辛いことはない…」*と誰かから必要とされ，仕事をしていることが生き甲斐になっていることを語った。

＜気持ちのほぐれ＞

Lさんは，偶然に昔の幼友達に会い普通に話しが出来たことを契機に*「リラックス出来るところで接してきたから，…だんだん柔軟になってきたんかなあ」*と語り，Aさんは*「自分の抱えていた荷物を段々出して取り除いていけたというかね…話すことによって」「余裕は，この15年間の中で…」*と話すことによって気持ちが楽になり，余裕が出てくるまで時間を要したことを語った。

このように，援助者や社会から＜わかってもらっているとの思い＞や＜支えてもらえているとの思い＞，援助者から仕事の誘いや生活の方向付けに＜後押しをしてもらっているとの思い＞を持ち，それらの思いを重ねる中で＜必要とされているとの思い＞が当事者の中に生じ，援助者の一言や時間的経過の中で次第に＜気持ちのほぐれ＞が出てきたことから，≪気が楽になる≫と命名した。

彼らの中には，笑顔で冗談を言いながら話す人が数人いた。*「平凡なことだけど，人と話すことが楽しい」*と表現するように，強烈な破壊－解体不安を根底にした幻覚・妄想状態を体験した彼らにとって，気を楽にして素直に本音で話すことはとても幸せな一時であることが伺える。彼らは余裕感がなく焦り無理をしてしまうため，援助者はオプティズム（楽天主義）の微量点滴を行うことが必要である[13]と述べているように，気持ちを楽にする援助が何よりも必要であると考える。また，*「看護師は大したことはなかった」*の語りは，看護師の一方的な指示，無責任な言葉を指摘しているもので，彼らの気持ちを楽に導くものではなかった。当事者に理解，支持，後押しをしてもらっていると思われてこそ信頼関係は成り立ち，当事者は≪気が楽になる≫。したがって，当事者に信頼してもらえる関わりを提供する必要性があることは言うまでもない。

2．≪今におりあいをつける≫

＜今の受けとめ＞

Dさんは*「割と快適な生活しようる，やすらぎを覚えるというか…」*と現在の生活空間に満足していることを語り，Hさんは*「ローソン（前の仕事）してたら，ここの今のメンバーにも会わんかったし…」*と作業所仲間を受けとめていることを語った。またIさんは，母に*「あんたは優しくない」*と言われるが，*「迷惑かけた…大事にしないと…」*と母を受けとめていることを語った。

＜気持ちの割り切り＞

Jさんは*「無理はしたらだめだと思うんですけど，一応，障害者なもんで」*と仕事を自分から切り離していることを語り，Hさんは*「恋愛で病気になったから芸能人を見て楽しむ」*と，生活や楽しみの内容を割り切っていることを語った。

＜気持ちの立て直し＞

Aさんは*「一人暮らしの人よりか恵まれている」*と，Jさんは*「薬を飲み始めて前よりまし」「外（一般）の人と比べたらずいぶん楽…」*と前の自分や他の人と比較しながら自分を語った。Hさんは*「不安もあるけど…病気の手加減もわかって…前向きに適当に」*と自分なりに不安を持ちながらも前向きに生きることを語った。また，Lさんは「こ

*の若さで年金生活かなと言われたらグサーッとくるけど，もう，だって仕様がない…」*と他者からの批判的な言葉に傷つきながらも気持ちの立て直しをおこなっていることを語った。

＜行動の編みだし＞

Cさんは*「一生（受診に）行きます。先生の顔を見に行くのもいい」，「考えがまとまらない時は黙っとった方がいい」*と受診の受けとめ方や病状に対する対処方法を語り，Dさんは眠前薬を飲み夜道で電柱にぶつかった経験から*「眠前薬を飲んだら出歩きません」*と薬との付き合い方の思いを語った。また，Aさんは*「あっちの道通ったりこっちの道を通ったり…蝉の声聞いて」*と自転車で通所する中で自然の変化を感じたり，Lさんは，*「人から何を言われようと，半額のもの（お総菜）を買いに行って…」*と世間体を気にせず，お金の使い方の工夫を語った。一方，Fさんは*「近所の人が（自分のことを）精神病院に行っていることを知っとるじゃろうか」*，Iさんは*「町内会の人は僕の病気を知っているみたいなんです。だから…」*と近所の偏見に脅かされ，今におりあいがついていないことを語った。

このように，他者や社会を客観的に理解し＜今の受けとめ＞ができ，また，仕事は無理と＜気持ちの割り切り＞をしたり，不安・寂しさ・意欲の低下・不自由さはありつつも自分はまだ恵まれていると＜気持ちの立て直し＞を図り，病気の対処方法や単調な生活なりに自分から楽しめる＜行動の編み出し＞をしていることから，≪今におりあいをつける≫と命名した。

一般に，統合失調症患者は，感情の安定や病状の安定が得られると，自己と周囲に対して客観的に理解でき，次第に受け入れていく。しかし，その反面，彼らが努力してもどうしようもない現実が見え，精神的苦痛が増してくる。中川は，活動の制限・参加の制限により，失職，低賃金，社会的孤立等が起き，生き甲斐のなさ，自尊心の低下，惨め感や劣等感等主観的な障害が生じる[5]と述べている。本インタビューでも，不安，家族や他者からの否定的発言からの惨め感を語った。しかし，彼らは，自分に言い聞かせるように*「仕事は無理」「電気に当たらない生活」*などと＜気持ちの割り切り＞をしたり，*「○○だけどいい」「○○だけど仕様がない」*とマイナス感情からプラスの感情に＜気持ちの立て直し＞を図り，彼らなりに病状や今の生活に対する対処方法や刺激の少ない生活に対して＜行動の編みだし＞をしていた。このように語った彼らは【自分はこれでいい】とも語っていた。したがって，≪今におりあいをつける≫と【自分はこれでいい】のカテゴリーは関連していると考えられた。

しかし，一方で*「近所の人に知られている」*ことは受け入れらずにいた。病状は彼らの努力次第である程度対処できるが，近所からの目は当事者にとっておりあいのつけ難いものであろう。だからこそ，彼ら自身がどのような気持ちでいるのか客観的に気づいていけるような関わり，例えば認知行動療法的な看護支援が重要と考えられる。

3．【自分はこれでいい】

＜精一杯生きてきた自分への誇り＞

Iさんは*「本当に役に立っているんかなあと思う時があるけど…作業をするのはしんどいですけど，仕事は頑張ってます」*と，Dさんは*「昨日した単語を今日忘れとる」*と言いながらも*「毎日８時半から５時まで勉強している…小学５・６年生に教えたい」*と夢を実現させようと精一杯頑張っていることを誇らしげに語った。

＜回復した自分への誇り＞

Lさんは*「今までそれ（気持ちを前に向けること）がなかったから，すばらしいと思う。自分に自信をもって…」*と，Jさんは*「人がいいように言わないかもしれないけど…自分はよくなったと思う」*と自己規定的価値観の中で回復したと誇らしそうに語った。

＜持続している自分への誇り＞

Hさんは*「自殺未遂したりいろいろしました」*と語った後，*「もう取り敢えず格好悪くても仕事しようという感じで，…ここ（作業所）は４年半ですね」*と語り，Gさんは今まで放浪癖があったが，*「もう慣れてしまって」*と同じアパートに６年も暮らしている自分を誇らしそうに語った。

＜成長した自分への誇り＞

Kさんは*「喧嘩なしに仲良くして暮らしてきて良かった」*と語り，Aさんは*「同じように抱えている荷物（不安・心配）を一緒に考えてあげるというかね，そういうことが出来るように…」*と語り，Hさんは*「親父の大変さがわかってから，親父が夕飯を食べ始めてから，僕も食べ始めますね」*と行動の変化がみられる自分を好ましそうに語った。

＜自分らしさの誇り＞

Aさんは*「要求とか出していくのは自分が多い」*とリーダー的にデイケア内の喫茶の仕事をしていたことを語った。またGさんは*「もともと調理師なんで，作るのが得意」*と語り，Fさんは*「少しは人助けをしたなと…」*と若い頃の仕事のことを語った。これらは，いずれも自分らしい得意なものを持っているといった誇りであった。

一方で，Iさんは仕事が遅く*「役にたっているんだろうか」*と語り，Fさんは*「もっと積極的に」*と自分の性格を卑下するようなことを語った。

このように，他者に比べると不十分かもしれないが自分自身は＜精一杯生きてきた自分への誇り＞と，死を考えるほど最悪な状態からここまではい上がってきた＜回復した自分への誇り＞，なかなか持続しなかった仕事や生活に＜持続している自分への誇り＞，また今までになかった行動

の変化を＜成長した自分への誇り＞とし，自分らしい得意なものを持っている＜自分らしさの誇り＞があることから，【自分はこれでいい】と命名した。

【自分はこれでいい】のカテゴリーは，Rosenbergが述べている自尊心の「これでよい（good enough）」である。すなわち，自分が平均的な人間であっても自己の設定した価値基準に照らして自分を受容することであり，自分に好意を抱き，自分を尊重することである[14]。最近，ナラティブの研究が増加しているが[15]，当事者の立場から一般市民に語ってもらうことは，彼らの自尊心の回復に繋がるかもしれない。また同時に，看護者の自尊心も問われることになろう。なぜなら，看護者の自己肯定感があるところに患者という他者肯定感は存在すると考えるからである。

4．≪過去に向き合う≫

＜過去の切り離し＞

Cさんは，入院時の服装や医師の顔色などのことは覚えているが，*「肝心なことは忘れとる」*と語り，Jさんは*「心がガラス張り…思っていることが見透かされている」*と辛かった時のことを語った後で*「昔のことは忘れました」*とそこで話を打ち切った。

＜過去の思いの語り＞

Dさんは*「生きるか死ぬか迄いって，殺すんなら殺せというふうに開き直って，道路に仰向けになった」*ことを語り，Hさんは*「昔は，"砂の果実"という歌があって…あれにばっかり共鳴して…。（中略）ほんと，生まれてこなきゃ良かったのかなと思ったり…」*と何度も自殺未遂をした頃の気持ちを語り，Aさんは*「いつ死ぬかいつ死ぬかと…ずっと怖がっていた何年間…」*と妄想（エイズ）により恐怖心で怯えていた過去を語った。

＜過去の意味づけの語り＞

Hさんは*「初めて交際してもらった時の翌日からパニック障害が出て，幻聴・幻覚がきたから」*と語り，Jさんは*「自分の中ではああいう薬を飲むからみんなおかしくなるんだと思ってたもんで…でも飲まないとまずいなと思い始めて…」*と，自分の中の捉われから脱却し，再度意味づけをしたことを語った。Gさんは*「何か犯罪者になって一本線が切れた感じになって…何かやけくそ気味」*と語り，Jさんは*「（自分の思いが）みんな筒抜け垂れ流し状態になるわけだから辛かった」*とその時の状況を自分なりにネーミングし，過去の意味づけをしていた。

＜客観的立場からの語り＞

Cさんは*「人間関係でクレームがついたりして（仕事が）続かないから，だからどっかおかしいんでしょうね」*と語り，Jさんは*「まあ信じてもらえるかどうかわからないんですけど…」*と曖昧ながらも客観的な立場で幻覚妄想のことを語った。

このように，こちらからの質問を契機に自ら語り，過去の事実と共に＜過去の思いの語り＞，場合によっては「忘れた」と＜過去の切り離し＞をしながら自ら話せる範囲で語った。また，病状発症時のことや病気に対する考えを今の時点から過去に向かって＜過去の意味づけ＞をしたり，第三者的に＜客観的立場からの語り＞をしたことから，≪過去に向き合う≫と命名した。

半構成的質問に過去の質問はなかったが，今の気持ちのリアルさを示すためか前置きとして過去を語ってくれた。そのため≪過去に向き合う≫語りの量は，ケースにより差があった。≪今におりあいをつける≫，【自分はこれでいい】を多く語った人は，≪過去に向き合う≫ことを多く語った。一方，≪今におりあいをつける≫，【自分はこれでいい】を多く語らなかった人は，≪過去に向き合う≫ことを多く語らなかった。しかし，≪今におりあいをつける≫，【自分はこれでいい】を多く語った人の中にも「忘れた」と＜過去の切り離し＞をしている人がいた。それは過去の出来事に対して能動的に操作し，現在を生き抜く対処方法と考えられた。

心的外傷の治療段階の一つに想起と服喪追悼がある[16]。当事者の語りの中に，文脈，事実，感情，意味の四つが含まれ，全体がつながり新たな希望と活力を感じた時に治療は終了すると言われる。実際，今回の研究協力者は＜過去を切り離し＞をしたり＜過去の思いの語り＞や＜過去の意味づけ＞をしながら≪過去に向き合う≫ことをしており，彼らの十数年の年月の中で，文脈と事実と感情と意味が結びついてきたのであろう。また，それらはべてるの家の人たちのSST[17]と同じく，病気を外在化し，客観的ネーミングを行っていた。したがって，当事者が少しでも早く楽になるように，自分と自然な形で向き合うための語りための時間・場所・人の配置を設けることも必要ではないかと考える。

5．≪未来を見つめる≫

＜生き方の定まり＞

Hさんは*「のんびり自分のペースで…自分の道行きゃいいかと思って」「楽にして適当に」*と語り，Jさんは*「一日三食ご飯が食べれて，毎日お風呂に入れて…当たり前のことができることが幸せなんじゃないかなあ，苦しくなければ別に病気であっても病気でないような…幻聴があっても…」*と自分なりの人生観，疾病観を語った。またLさんは*「自分はこうありたいんだという強い意識を持って…。それを一歩でも近づけるために努力しなければ…」*と前向きに生きていく必要性を語った。これらは自分なりの生き方を規定しているのもであった。

＜今のまま＞

Aさんは*「不安なのは，ここ（病院）もどう変わるか…」*

と病院の建て替え問題に脅かされる不安がありながらも「今出来ることと言えば，K（喫茶）を頑張ることが（自分に）出来ることと思って…」と語り，Bさんは「年をとるまで続く限り」と仕事の継続の意思を語った。Cさんは「整形（腰）が悪くなったら…」「妹が亡くなったら…」と身体的不安や孤独への不安がありながらも「ここ（作業所）へもっと来たいなと思うくらい楽しい」，作業所に「出来るだけ長く勤めたい」と今のままでありたいことを語った。

＜先の切り離し＞

Bさんは「年とったら養老院に入るかも…余り考えてないんです，将来のことについては…考えるとちょっと不安に…」と語り，Aさんは「母親から言われますけど，億劫というか…」とキーパーソンである母の死のことが気になるが，まだ考えられないことを語った。

＜一歩前へ＞

Lさんは「同じ気持ちを持つもの同士は必要かもしれんけど，外にも気持ちを向けなくっちゃ…。それをすることによって，一歩も二歩も前に進む…」と一歩外に出て行きたい気持ちを語った。Hさんは「なんか人様に役に立てたら…今まで人は僕のために…，その恩返しで…」と語った。

このように，彼らなりの人生観や疾病観を獲得し＜生き方の定まり＞が出来，彼らではどうすることもできない周囲からの偏見・差別，孤独・老いの不安，薬の副作用を感じつつも＜先の切り離し＞を行い，やっと充実してきた＜今のまま＞の生活を続けることを目標にしている。また，＜一歩前へ＞と前向きな希望を語ったことから≪未来を見つめる≫と命名した。

彼らが過ごした死ぬ恐怖に脅かされた日々，自殺未遂を重ねた日々は，言葉にならない思い出したくない過去であろう。それを言葉にしてくれた彼らの中には，自分の病気をしっかり受容し，「平凡だけど」「当たり前だけど」と言いながら自分なりに＜生き方の定まり＞が出来たことが伺えた。たまたま訪れたチャンスに成功し【自分はこれでいいかも】と確信したLさんは，同じ仲間だけの世界で生きるのでなく，＜一歩前に＞ともっと外に出てみようという希望を持っていた。しかし，Aさんが「もっと外に出た方がいいけど臆病になる」と語ったように，実際には，今までの失敗体験から一歩前に出ることができない人が多いのではなかろうか。今までの失敗体験があれば，最初の一歩は出にくい。援助者は，押しつけでなく，当事者自身も主体的に一歩出ている感覚を持てる後押しが必要ではないかと考える。タイミング良く小さな後押しをしたり，小さな後押しを続けることで【自分はこれでいい】という気持ちが膨らんでいくのではないだろうか。

6．自己の生き方におりあいをつけるカテゴリーの関係

【自分はこれでいい】は，中核カテゴリーで，これが全てのカテゴリーに織り込まれていた。抽出されたカテゴリーの関係を図1に示した。

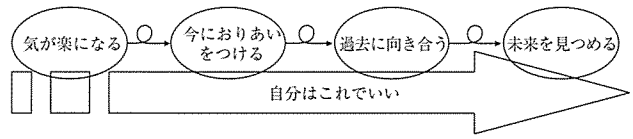


図1　自己の生き方におりあいをつけるカテゴリーの関係

Eさんを例に日常生活や生き方に対しておりあいをつけるカテゴリーの関係を見ることにする。受け持ち精神科医の「あんた，何を考えとんなら…再入院したらどうするん」の言葉を契機に無理している自分に気づき，＜わかってもらえているとの思い＞と＜後押しをしてもらえているとの思い＞が生じた。この他者に尊重された経験が，自分を尊重する【自分はこれでいい】という体験を生み出した。次第に「ずっと働いとったら給料も課長ぐらいになれとったかも…（笑い）」と言えるだけの＜気持ちのほぐれ＞が体験されたが，「（出来事の意味について）40歳過ぎまでわからなかった」と≪気が楽になる≫までに時間が要したことを語った。

また現在，単身生活で「女の人がおればしてもらうけど仕方ない…」と家事を自分でしなければならない＜今の受けとめ＞をし，就労第一の価値基準の世間体と自分との間で，また有名企業・高収入に価値を置いていた過去の自分と今の自分との間で，さらに何度も仕事をしては失敗した現実との葛藤の中で「余生を送るには早すぎるけど，もう仕事は無理かなと思うて…失敗はしたくない」と＜気持ちの割り切り＞をしていた。そして，「一人は寂しいけど仕方がない。（中略）僕だけじゃない，みんな我慢している，頑張っている」，「普通の人は普通の人で大変…」，「（身体が）不自由な人から見たら，ご飯食べれて寝れていろいろ遊べて，それは贅沢いうもので…」と普通の人や身体障害者より恵まれていると＜気持ちの立て直し＞をしていることを語り，「頭が回らなくて何もしたくない時はラジオを聴いて…」と何もしない生活の中に小さな楽しみを発掘したり，状態が良くても何もすることがない時は「アパートの風呂とか部屋でも掃除しようか…」と生活の主体者としての＜行動の編みだし＞をし，≪今におりあいをつける≫ことができるようになり，「人と話すこと自体が楽しい…幸せ」「生きていること自体が幸せ」とありのままの自分に好意を抱き，ありのままの自分を尊重しながら生活を送っている。

Eさんは援助者の一言を契機に，仕事優先の人生から「気が変わった。自分がしたいことをしたらいい」と≪気が楽になる≫ことや「自分のことだから自分でするしかない」と≪今におりあいをつける≫ことをしながら，「寂

*しい」「何もしたくない」*などの弱音を吐きながらも*「自分としては…」*と＜精一杯生きてきた自分への誇り＞を持ち，また最悪な精神状態を脱し*「デイケアまで来れたことは最高」*と＜回復した自分への誇り＞を持ち，*「やりたいことをやったから良かった」*と【自分はこれでいい】と語った。

また，研究者の質問（今の生活をどのように感じているか）に対し，*「うつ状態…人生に疲れた」「もう地球は絶滅」「どん底体験」「ストレスの塊…寝ずに働いたし」「大手に入ってお給料たくさんもらう（人生）のは間違いだった」*などと自ら＜過去の思いの語り＞をし，“どん底体験”とネーミングしながら＜過去の意味づけの語り＞をし，*「(幻覚妄想について) 夢のような話だけど…」*と自分のことながら＜客観的立場からの語り＞をした。このように≪気が楽になる≫と≪今におりあいをつける≫ことが可能になり，現在の延長線に過去を位置づけ≪過去に向き合う≫ことができた。そして*「運が悪かった」*と何かのせいでなく，自分の人生として受け入れ，*「好きなことをして生きたから良かった」*と失敗体験を含めた長い道程を【自分はこれでいい】と納得していた。さらに，世間体を気にしない自分らしい＜生き方の定まり＞を語り，*「先のことを考えるんじゃなくて，今のことを納得できるような…」*と主体的に＜先の切り離し＞をし，十数年かけてやっと獲得した＜今のまま＞の生活を続けることを目標に，絵はがきといった趣味で＜一歩前へ＞の気持ちを持つという，今に近い≪未来を見つめる≫ことを語り，*「いつ死ぬかわからない。だから自分がしたいように過ごせばいい」*と自分らしい生き方を尊重していた。

このように，≪気が楽になる≫ことをスタートとし，≪今におりあいをつける≫ことが可能となり，≪過去に向き合う≫ことや今に近い≪未来を見つめる≫ことに拡がりながら，葛藤を伴う現実に対して仕方がないと妥協するのでなく，自己の生き方を変更しながらも【自分はこれでいい（good enough)】と前向きに気持ちの処理を行い，納得していた。Eさんは，*「今幸せ」*と語っているが，それは*「どん底体験があったから」*と語る。*「40過ぎてからわかるようになった」*と語ったように，おりあいをつけるには，発症後18年という長い年月が必要であった。≪今におりあいをつける≫≪過去に向き合う≫を行きつ戻りつしながら，次第に今におりあいをつけながら，過去に向き合い，*「先のことを考えず納得できる今…」*と今に近い未来を見つめながら，自己の生き方におりあいをつけていると考えられる。

吉川が，【自分はこれでいい】という気持ちは，血みどろともいえる闘いの後にかろうじて確保できるものであると述べているように[18]，彼らは，何度も行きつ戻りつした結果，厳しい現実の中で生活方法や生き方を見つけ，【自分はこれでいい】という気持ちになるのではないかと考えられる。したがって，彼らの何度も行きつ戻りつの揺らぐ気持ちに寄り添うことが，重要な看護援助であると考える。また，≪気が楽になる≫援助の積み重ねは，彼らの過去・現在・未来の生き方におりあいをつける契機になることから，過去から現在を生きてきた生活主体者として彼らを理解する視点を，看護者は忘れてはいけない。看護者が先走らず彼らのペースで地道に根気よく≪気が楽になる≫援助を与え続けることは，彼らが自ら自己の生き方におりあいをつける力を生み出すであろう。

Ⅵ. 結　論

デイケア・作業所に通所中の統合失調症患者が，自己の生き方におりあいをつけるプロセスを明らかにすることを目的に，統合失調症患者12名を研究参加者としてインタビューを行い質的帰納的に分析した。その結果，≪気が楽になる≫≪今におりあいをつける≫≪過去に向き合う≫≪未来を見つめる≫【自分はこれでいい】の５つのカテゴリーが抽出され，【自分はこれでいい】が中核カテゴリーであった。デイケア・作業所に通所中の統合失調症患者は，ある出来事を契機にあるいは期間をかけながら≪気が楽になる≫ことで，葛藤を伴う現実に対して気持ちの処理を行い，≪今におりあいをつける≫ことができていた。さらに時間をかけながら現在の延長線に過去を位置づけ≪過去に向き合う≫ことが可能となっていた。しかし，病状の変化により【自分はこれでいい】という気持ちが揺らぎながら，≪今におりあいをつける≫ことや≪過去に向き合う≫ことを行きつ戻りつをしながら，次第に【自分はこれでいい】と日常生活や生き方に対して納得が出来るようになる。しかし，将来への不安は大きいため，今に近い≪未来を見つめる≫ことをしながら一日一日を納得しながら生きていた。これらの結果は，統合失調症患者の主観的側面を重視した人生の質を高めるための看護支援に寄与できることが示唆された。

Ⅶ. 研究の限界と課題

本研究は，時間をあけて同じ研究参加者に同じインタビューをしたことで妥当性は高まった。しかし，一施設におけるデイケア・作業所に通所中の12人が対象であり，結果の一般化には限界がある。今後は，統合失調症患者が【自分はこれでいい】と思えるためにどのような事柄が関与しているかを明らかにすることが課題である。

謝　辞

本研究にあたり，インタビューにご協力をいただいた皆様に心よりお礼申しあげます。

要　旨

デイケア・作業所に通所中の統合失調症患者が，自己の生き方に対してどうおりあいをつけているのかそのプロセスを明らかにすることを目的に，統合失調症患者12名を研究参加者に，自己の生き方についての思いをインタビューし，質的帰納的に分析した。その結果，≪気が楽になる≫≪今におりあいをつける≫≪過去に向き合う≫≪未来を見つめる≫【自分はこれでいい】の５つのカテゴリーが抽出され，【自分はこれでいい】が中核カテゴリーであった。ある出来事を契機にあるいは時間をかけながら≪気が楽になる≫ことで，≪今におりあいをつける≫ことが出来，さらに≪過去に向き合う≫ことが出来，病状の変化により【自分はこれでいい】という気持ちが揺らぎながらも【自分はこれでいい】と生き方に対して納得していく。しかし，将来への不安は大きく，今に近い≪未来を見つめる≫ことをしながら一日一日を納得しながら生きていた。

Abstract

Semi-structured interviews were conducted with 12 patients with schizophrenia coming to a psychiatric day care or small-scale workshop to explore the process of reaching "Oriai", living of myself world. The interviews yielded qualitative date that were coded and put into five categories: "I have become relaxed", "I am coping with the present situation", "I have faced the past", "I am staring into the future", "I accept myself as good enough", the last one being the core category. Patients managed to feel relaxed, acquire coping ability to situation, face the past, fell as if their situation is all right, and accept their situation. However, they live daily trying to cope with everything happening to them, cope with worrying about their future, and trying to look into the near future.

文　献

1）厚生労働省大臣官房統計情報部編：平成17年度患者調査，財団公人厚生統計協会，2006.
2）国立精神・神経センター：精神保健研究所年報第19号（通巻52号），2006.
3）大塚淳子：障害者自立支援法における利用者負担－障害者福祉の方向性－，病院・地域精神医学，49(1)，39-45，2006.
4）上田敏：ＷＨＯ国際障害分類改定の経過と今後の課題，リハ研究，110，2-10，2002.
5）中川正俊：統合失調症の患者への地域ケア－具体的課題と対応－，精神科治療学，20(6)，587-591，2005.
6）北村育子：病いの中に意味が作り出されていく過程　精神障害・当事者の語りを通して，日本精神保健看護学会誌，13(1)，34-44，2004.
7）半田美織：デイケアに通所する統合失調症患者の生活満足度に関する研究，日本看護科学学会誌，23(4)，20-30，2004.
8）國方弘子，茅原路代，大森和子他，デイケアや作業所に通所する統合失調症患者の生活への思いとその影響要因，日本看護研究学会雑誌，29(1)，37-44，2006.
9）藤田佐和：外来通院しているがん体験者のストレスと折り合いをつける力．高知女子大学看護学会誌　26(2)，1-12，2001.
10）長江弘子，千葉京子，中村美鈴他：生活障害をもちながら地域で暮らす一人暮らし高齢者に関する研究「生活の折り合い」の概念構造．日本地域看護学会誌，3(1)，123-130，2001.
11）千葉京子，中村美鈴，長江弘子：大腿骨頸部骨折術後高齢者が「生活の折り合い」に向かう心理的過程　退院１週間前から退院１ヶ月までの経過．日本看護研究学会雑誌，26(5)：73-86，2003.
12）木下康仁：グランデッド・セオリー・アプローチ，177-272，弘文堂，1999.
13）中井久夫：精神分裂病状態からの寛解過程－描画に併用した精神療法ととおしてみた縦断的観察，中井久夫著作集　１巻精神医学の経験　分裂病，15-180，岩崎学術出版社，東京，1994.
14）Rosenberg：M. Society and the Adolescent Self Image. Prineton Press，1965.
15）マーサー・クライマン著．江口重幸他訳：病いの語り 慢性の病をめぐる臨床人類学，誠信書房，東京都，1996.
16）ジュデイス・Ｌ・ハーマン　中井久夫訳：心的外傷と回復，273-307，みすず書房，東京，1996.
17）向谷地生良：生活の中の統合失調症の精神療法－当事者の暮らしのツールとしてのSST－生活技能訓練－．精神療法，31(1)，55-61，2005.
18）吉川武彦：精神科リハビリテーション，医学出版，東京都，1973.

［平成20年２月28日受　付
平成20年９月19日採用決定］

－研究報告－

精神疾患患者を支える家族員の批判的態度に関する因果分析

Causal Analysis on Negative Attitudes of Family Members Caring for Mentally Ill People

岡本亜紀[1)]　國方弘子[1)]　茅原路代[2)]
Aki Okamoto　Hiroko Kunikata　Michiyo Kayahara
渡邉久美[3)]　折山早苗[3)]
Kumi Watanabe　Sanae Oriyama

キーワード：精神疾患患者，家族員，ストレス反応，生活困難，批判的態度
Key Words：mentally ill people, family member, stress and emotion, distress in daily life, negative attitude

Ⅰ．緒　言

わが国の精神保健福祉は，障害の有無にかかわらず，相互に人格と個性を尊重し支え合う共生社会の実現を目指している[1)]。新障害者基本計画に基づく社会復帰対策の推進，障害者自立支援法への移行などにより，精神疾患を持つ患者（以下，患者）が地域で生活できる施策が進められている。これらの退院促進に伴い通院患者数が増加[2)]している状況のもと，退院先は居宅サービス利用とともに家庭が多く[3)]，患者の生活を支える家族員（以下，家族）の負担が増加することは容易に想像できる。家族は，精神症状を呈する患者への接し方や，患者の対人関係の障害に対する不安[4)]，社会からの偏見[5)]など多様な苦しみを抱えており，これらの生活上の負担（以下，生活困難）に対する家族支援の重要性はますます高まりつつある。

ところで，家族は，患者の精神症状と性格傾向を区別することが困難なことから[6)]，患者の状態に不平不満を持ち，結果として患者へ敵意，怒りなどの感情を批判的態度として表出する[7)]と言われている。これは，患者が持つストレス脆弱性（精神的な傷つきやすさ）[8)]へ侵入的に働き，患者の病状を悪化させる要因[9～11)]となる。ところが，この批判的態度は，介護者としての一般的な情緒的反応，あるいは一種の対処スタイルである[12,13)]と指摘されており，家族本人もストレス反応を呈し苦しんでいる状態と言える。家族の生活困難や負担感に関する先行研究において，患者の生活技能障害などは家族の生活困難や負担感に関連することが指摘されており，患者と家族への社会的サポートや情緒的支援ネットワークの重要性[14,15)]があげられている。他方，患者の病気の重症度や社会的技能とは関連がなく，家族本人のストレス対処行動，ストレス反応といった個人の心理的資源や性質が影響する[16,17)]との報告もあり，これら先行する研究結果は必ずしも一致した見解に至っていない。また，前述した批判的態度に関する研究の多くは患者への影響に焦点が置かれており，家族自身の健康問題として論じた文献はみられない。家族の批判的態度は，多様な生活困難に何とか適応しようと努力する過程として，認知やストレス対処行動が影響するストレス反応であるとすれば，ストレス理論に位置づけた生活困難と批判的態度の因果関係を検証することが可能であり，批判的態度を緩和させるための重要な手がかりとなると考える。すなわち，家族の生活困難とストレス反応としての批判的態度がどのように関連しているのかが明らかとなれば，生活困難への効果的な対処行動を導く根拠となり，ストレス反応の軽減と同時に批判的態度の緩和に繋がり，患者の再発を予防する看護援助の一助になることが期待できよう。

本研究は，精神疾患患者を支える家族を対象に，生活困難を抱える家族のストレス反応としての批判的態度の影響要因について検討し，ストレス反応の軽減と患者の病状悪化を予防するための看護実践の基礎資料を得ることを目的とした。

Ⅱ．研究方法

1．研究の概念枠組み

本研究は，Richard S. Lazarusらの「ストレス，対処と適応に関する理論的枠組み」[18,19)]を参考に概念枠組みを作成した。この理論は，人がストレス刺激からストレス反応へと導かれる過程には，先行条件として出来事や目標に対する価値・信念などの個人要因と社会的環境などの環境要因，媒介過程としてストレス刺激に対する認知的評価

1）香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科
Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectual College of Health Sciences
2）岡山済生会総合病院　Okayama Saiseikai General Hospital
3）岡山大学大学院保健学研究科　Graduate Shool of Health Sciences, Okayama University

（害・脅威・挑戦など）とストレス対処行動（以下，対処行動），直後の心理的影響として情動の変化（ストレス反応）が複雑に混じり合うとされる。

この理論仮説を基に，本研究の因果モデルとして，精神疾患患者を支える家族の態度因果モデル（以下，態度因果モデル）を想定した。これは，家族が患者の障害（疾患）をどのように感じ捉えているかという個人要因と患者との生活という環境要因，患者との生活をストレス刺激であるとする認知的評価と対処行動が相互に影響して，ストレス反応を規定するという因果関係であり，説明変数として個人要因には患者受容，認知的評価には生活困難，対処行動には課題優先対処行動，情緒優先対処行動，回避優先対処行動をそれぞれ配置し，基準変数としてストレス反応には批判的態度を配置した。

2．用語の定義

1）患者受容

身体障害をもつ人が障害を受容する過程において，価値の本質は欠損（障害）を個人の特徴として変換すると定義[20]されている。すなわち，障害受容とは，自分の障害を価値がないものと感じるか，あるいは障害を持つ以上に価値を見出すものであるかと感じるか，という内的要因に基づく概念である。この価値変換論を参考に，本研究では，家族が患者を受容することは，障害に対する自己の価値観に依存する個人の要因[21]と捉え，患者の持つ障害（疾患）をどのように感じ捉えているかを患者受容と定義した。

2）生活困難，生活困難度

家族が患者と生活する中で，家族はその生活に起因する出来事をストレスフルな刺激と捉え，認知的評価の過程において脅威[22]と評価した生活上の負担を生活困難とした。さらに，その生活上の負担の程度を，先行研究に従い生活困難度[23]と定義した。

3）対処行動

対処行動には，情緒中心の対処と問題中心の対処がある[24]が，ストレス状況による精神的・身体的健康への影響を調節しようとする認知・行動面での個人の努力[25]と定義した。本研究では先行研究に従い，積極的に現実の問題に自ら向かい問題を解決しようとする行動を課題優先対処行動，情動的な苦痛を低減させるために陰性的な情動を発散する行動を情動優先対処行動，情動的な苦痛を低減させるために問題を自ら回避する，あるいは第三者に援助を求めるなどの行動を回避優先対処行動と定義した。

4）批判的態度

家族の患者に対する不平不満の表出は，一般的なストレス反応であるとする先行研究に基づき，家族のストレス反応には批判的態度を用いた。本研究では，家族の感情表出の下位概念[27]に従い，批判的コメントと敵意を総括して，嫌悪，認めようとしない，恨んでいる，怒り，敵意，不満や失望などが含まれる反応を批判的態度とした。態度とは，患者とその精神疾患に対して家族が表出する反応[26]（表情・身ぶり・言葉つき・考え方・行動）とした。

3．研究デザイン

研究デザインは，横断的な仮説検証型研究である。先ず，研究の背景にある理論をもとに，重回帰式に因果関係のモデルを想定した。ただし，想定した態度因果モデルは直接観測できない概念である。そこで，それぞれの概念が観測できるように得点化できる調査内容を構成し，調査票を作成した。

4．対象と調査期間

対象は，中国四国圏内にある家族会のうち協力の得られた10団体とし，その各団体に参加している精神障害者家族会会員とした。調査期間は2007年４月から６月の２ヶ月間であった。

5．データ収集方法

1）調査内容

調査内容は，家族の属性（年齢，性別，続柄，健康状態），患者の属性（年齢，性別，病名，発病年齢，生活形態），患者受容（36項目），生活困難度（16項目），ストレス対処行動（48項目），批判的態度（30項目）で構成した。

患者受容は，日本語版障害受容尺度（以下，ADスケール）[28]における障害の部位を「身体」から「精神」に置き換え，例として，「精神的に健康なことが生きていくうえで大切である」などとした。また，家族が精神疾患患者をどの程度受容しているかを測定できるように修正を加え，例として，「本人が病気を抱えているために私はみじめな思いをよくする」などとした。修正を加えるにあたっては十分な検討を重ね，さらに本研究が対象としない家族に回答してもらい，質問の解釈に違いがないことを確認した。回答と得点化は，「０点：そう思わない」，「１点：まれにそう思う」，「２点：時々そう思う」，「３点：そう思う」，「４点：とてもそう思う」とし，高得点ほど患者受容の程度が大きいことを意味する。得点範囲は０点～144点である。ADスケールは，障害者に対する態度尺度（Attitude Toward Disabled Persons Scale： ATDP）との間に有意な相関関係があり，障害受容としての十分な妥当性のあることが確認されている。

生活困難度とは，患者との生活に起因する家族の生活上の負担を意味し，測定尺度として大島らが作成した生活困難度[29]を用いた。生活困難度は，「家族の協力態勢」尺度群の下位尺度であり，「生活者としての家族機能」を生活上の負担として測定できる尺度である。回答と得点化は，「０点：ない」，「１点：少しある」，「２点：大いにある」とし，高得点ほど生活困難度が大きいことを意味する。得

点範囲は，0点～32点である。生活困難度は，精神障害者の社会機能障害と家族の生活困難を把握するSocial Behavior Assessment Scheduleとの並存的妥当性が確認されている。

対処行動は，日本語版Coping Inventory for Stressful Situations（以下，CISS）[30]の下位尺度である課題優先対処行動，情緒優先対処行動，回避優先対処行動の3型を用いた。CISSは，数々あるストレス状況に対する対処行動の測定尺度の中で，被験者の典型的な対処様式について，信頼性と妥当性に優れ，かつ精神症状測定学的にもっとも健全な対処行動調査票であると言われていることから，本研究ではこの尺度を採用した。下位尺度はそれぞれ16項目で構成され，回答と得点化は，「0点：したことがない」，「1点：あまりしない」，「2点：時々する」，「3点：だいたいする」，「4点：いつもする」で回答を求め，高得点ほどそれぞれの対処行動を選択することを意味する。各尺度の得点範囲は，0点～64点である。

批判的態度は，日本語版Family Attitude Scale（以下，FAS）[31]を用いた。FASは，感情表出の概念のうち，嫌悪，認めようとしない，恨んでいる，怒り，敵意，不満や失望などの批判的コメントの内容を質問紙により簡便に測定できる尺度である。FASは，批判的コメントとの相対感度と特異性により妥当性が，また，精神障害のスクリーニングテストであるGeneral Health Questionnaireとの強い関連が確認されている。回答と得点化は，「0点：ない」，「1点：まれにしかない」，「2点：時々ある」，「3点：大部分の日にある」，「4点：毎日ある」とし，高得点ほど患者への批判的態度が大きいことを意味する。得点範囲は，0点～120点である。

以上の測定尺度の本研究におけるCronbach's α信頼性係数は，患者受容が0.91，生活困難度が0.91，CISSが0.89，FASが0.95であった。さらに，CISSの下位尺度である課題優先対処行動が0.89，情緒優先対処行動が0.87，回避優先対処行動が0.84であり，全てにおいて内的整合性による信頼性が確認された（表1）。

表1．使用した測定尺度

尺度名	項目数	回答法	得点範囲	信頼性係数
患者受容	36	5件法	0～144	0.91
生活困難度	16	3件法	0～32	0.91
日本語版CISS	48			0.89
課題優先対処	16	5件法	0～64	0.89
情緒優先対処	16	5件法	0～64	0.87
回避優先対処	16	5件法	0～64	0.84
日本語版FAS	30	5件法	0～120	0.95

CISS（Coping Inventry for Stressful Sutiuations）
FAS（Family Attitude Scale）

2）データ収集手順

初めに，各家族会を代表する精神障害者家族連合会事務局長，または家族会会長に調査実施の了承を得た。その後，各県内で行なわれる定例家族会に研究者が出席し，自記式質問紙調査法を用いた集合調査を行い，その場で調査票の記入を依頼し，回収を行った。研究者が定例家族会に出席できない場合は，家族会会長や各施設の家族会を担当する職員に調査票の配布を依頼する郵送法とした。

6．倫理的配慮

本研究は，岡山大学保健学研究科看護学専攻倫理審査委員会の承認を得て行なった。データ収集にあたり，対象に対して，研究目的と方法，参加は自由意志であること，参加の有無によって不利益を受けないこと，個人は特定されず情報は保護されること，得られた回答は研究目的以外に使用しないこと，調査票への回答をもって参加への同意と判断することなどを書面で説明した。また，本調査により患者と家族の関係性に悪影響が生じることを防止するために，調査票が患者の目に触れる事のないよう，配布時と回答時への配慮を担当者へ依頼した。

7．分析方法

分析は，共分散構造分析の下位モデルであるパス解析を用い，想定した態度因果モデルがどの程度受容できるかについて，適合度の検定や算出によりモデル全体を評価した。適合度検定には，χ^2検定を採用し，確率水準が0.05より大きければ5％水準の有意差でモデルはデータに適合する[32]と判断した。適合度指標には，適合度GFI（goodness of fit index）と修正適合度AGFI（adjusted GFI），RMSEA（root mean square error of approximation）を採用した。GFIは0.9以上であることが良い適合度を表す1つの目安であり，GFIとAGFIの差が小さいほうが良いとされる。RMSEAは，0.08以下であれば適合度が高いとされる。パス係数の有意性は棄却比（以下，C.R.）で判断し，その絶対値が1.96（5％有意水準）以上を示したものを統計学的に有意であるとした。最後に，独立変数全体で説明される従属変数の分散の割合（決定係数：R^2）を求めた。推定法には，分析結果の安定性を調べることができる最尤推定法を用いた。

また，態度因果モデルの適合度を検証するに先立ち，患者受容と生活困難度，生活困難度と批判的態度，生活困難度と批判的態度，生活困難度と課題優先対処行動，情緒優先対処行動，回避優先対処行動のそれぞれについて単回帰分析を行った。

家族の性別，健康状態，続柄，患者の生活形態による患者受容，生活困難度，対処行動，批判的態度の差の分析には，分布の形態に従いt検定，Kruskal Walis検定を用いた。

以上の分析には，統計ソフト「SPSS12.0J for windows」と「Amos 5.0」を用いた。

Ⅲ．結　果

197名の調査協力が得られ（回収率65.7%），このうち，全ての質問項目に欠損値がない150名の回答を分析に用いた。

1．対象の基本属性

家族の性別について，男性が48名（32.0%），女性が102名（68.0%）であった。年齢に関し，60歳未満は31名（20.7%），60歳～70歳未満は67名（44.6%），70歳以上は52名（34.7%）であり，平均年齢は66.0歳（SD8.2）であった。家族に対する患者の続柄について，子供は129名（86.0%），配偶者は5名（3.3%），親は5名（3.3%），兄弟姉妹は6名（4%）であった。家族の健康状態に関し，問題なしは77名（51.3%），問題あるが治療せずは10名（6.7%），治療中は63名（42.0%）であった。

患者の性別について，男性が103名（68.7%），女性が47名（31.3%）であった。年齢に関し，30歳未満は19名（12.7%），30歳～40歳未満は58名（38.6%），40歳～50歳未満は44名（29.4%），50歳～60歳未満は22名（14.6%），60歳以上は7名（4.7%）であり，平均年齢が40.7歳（SD11.1）であった。家族員の回答による患者の病名は，統合失調症が120名（80.0%），うつ病が13名（8.7%），神経症が8名（5.3%）であった。患者の生活形態に関し，単身が9名（6%），家族と同居が113名（75.3%），入院または入所中が27名（18.0%）であった。患者の発病年齢について，15歳未満は8名（5.3%），15歳～20歳未満は57名（38.0%），20歳～25歳未満は51名（34.0%），25歳～30歳未満は19名（12.7%），30歳以上は15名（10%）であり，平均発病年齢は21.8歳（SD8.0）であった（表2）。

表2．対象の基本属性

n=150

項	目	人数	(%)
家族の年齢	60歳未満	31	(20.7)
	60歳～70歳未満	67	(44.6)
	70歳以上	52	(34.7)
家族の性別	男性	48	(32.0)
	女性	102	(68.0)
家族に対する患者の続柄	子供	129	(86.0)
	配偶者	5	(3.3)
	親	5	(3.3)
	兄弟姉妹	6	(4.0)
	その他	5	(3.3)
家族の健康状態	問題なし	77	(51.3)
	問題あるが治療せず	10	(6.7)
	治療中	63	(42.0)
患者の年齢	30歳未満	19	(12.7)
	30歳～40歳未満	58	(38.6)
	40歳～50歳未満	44	(29.4)
	50歳～60歳未満	22	(14.6)
	60歳以上	7	(4.7)
患者の性別	男性	103	(68.7)
	女性	47	(31.3)
患者の病名	統合失調症	120	(80.0)
	うつ病	13	(8.7)
	神経症	8	(5.3)
	その他	9	(6.0)
患者の発症年齢	15歳未満	8	(5.3)
	15歳～20歳未満	57	(38.0)
	20歳～25歳未満	51	(34.0)
	25歳～30歳未満	19	(12.7)
	30歳以上	15	(10.0)
患者の生活形態	単身	9	(6.0)
	家族と同居	113	(75.3)
	入院または入院中	27	(18.0)
	その他	1	(0.7)

2．生活困難度，批判的態度の回答分布

生活困難度では，90%以上の人が「少しある」または「大いにある」と回答した項目は，「1：本人にかかる経済的負担」であった。その他，「9：本人の世話で心身ともに疲れる」「11：家族の将来設計が立てられない不安やあせり」では70%以上，「2：本人の世話で仕事に出られない」，「4：家庭内で口論が増えてくつろげない，だんらんの機会が少なくなった」，「6：近所に肩身が狭い，付き合いが上手くいかない」，「10：他の家族の結婚問題などで気苦労が多い」，「12：服薬を続けさせる苦労」，「15：病状の急変や再発，あるいは自殺などの心配」では50%以上の人が「少しある」または「大いにある」と回答した（表3）。

批判的態度では，50%～70%以上の人が「時々ある」，「大部分の日にある」，「毎日ある」のいずれかに回答した項目は，「2：私を疲れさせる」，「3：私の忠告を聞いてくれない」，「4：実際のところ一緒にやっていくのがむずかしい」，「22：私を一人にしておいてほしい」，「23：私に面倒を見てもらうのは当然と思っているようだ」，「25：親密な感じになりにくい」であった。逆転項目において，「時々ある」，「大部分の日にある」，「毎日ある」のいずれかに90%以上の人が回答した項目は，「9：一緒にやっていきやすい」，「12：一緒にいると楽しい」，「20：私がしたことに感謝してくれている」，「28：たいへん物分りがよい」であった。「15：たいへん親密に感じる」，「16：なんとかうまくやっていける」，「21：以前よりは一緒に生活しやすくなった」，「24：家族（患者）は自分をコントロールすることができる」，「30：私とうまくやっていこうと試みている」は，50%以上の人が「時々ある」，「大部分の日にある」，「毎日ある」のいずれかに回答した（表4）。

3．患者受容，生活困難度，対処行動，批判的態度の得点分布

患者受容の平均得点は86.3点（SD21.8），対処行動の平均得点は，課題優先対処行動が33.8点（SD10.9），情緒優先対処行動が25.2点（SD9.8），回避優先対処行動が22.6点（SD9.2）であり，いずれもほぼ正規分布を示した。生活

表3．生活困難度の回答分布

n=150

	質問項目	人数 (%)		
		ない	少しある	大いにある
1	患者にかかる経済的負担	10 (6.7)	72 (48.0)	68 (45.3)
2	本人の世話で仕事に出られない	70 (46.7)	61 (40.7)	19 (12.7)
3	本人の世話で家事に手がまわらない	101 (67.3)	42 (28.0)	7 (4.7)
4	口論が増えて，だんらんの機会が少ない	62 (41.3)	68 (45.3)	20 (13.3)
5	留守ができない，自由に外出ができない	77 (51.3)	48 (32.0)	25 (16.7)
6	近所に肩身が狭い，付き合いが上手くいかない	60 (40.0)	67 (44.7)	23 (15.3)
7	親類と隔たりができ，付き合いが上手くいかない	78 (52.0)	53 (35.3)	19 (12.7)
8	自分だけの時間が持てなくなった	75 (50.0)	49 (32.7)	26 (17.3)
9	世話で心身ともに疲れる	42 (28.0)	73 (48.7)	35 (23.3)
10	家族の結婚問題などで気苦労が多い	54 (36.0)	55 (36.7)	41 (27.3)
11	家族の将来設計が立てられない不安やあせり	35 (23.3)	68 (45.3)	47 (31.3)
12	服薬を続けさせる苦労	70 (46.7)	49 (32.7)	31 (20.7)
13	家族に迷惑をかけたり，暴力をふるう	91 (60.7)	42 (28.0)	17 (11.3)
14	家族以外に迷惑をかけたり，暴力をふるう	108 (72.0)	33 (22.0)	9 (6.0)
15	病状の急変や再発，自殺などの心配	60 (40.0)	65 (43.3)	25 (16.7)
16	病院（主治医）との家族の考え方のずれ	83 (55.3)	51 (34.0)	16 (10.7)

表4．批判的態度の回答分布

n=150

	質問項目	人数 (%)				
		ない	まれにある	時々ある	大部分の日にある	毎日ある
1	一緒に過ごすのはいいことだ[R]	46 (30.7)	32 (21.3)	44 (29.3)	18 (12.0)	10 (6.7)
2	私を疲れさせる	23 (15.3)	23 (15.3)	76 (50.7)	16 (10.7)	12 (8.0)
3	私の忠告を聞いてくれない	19 (12.7)	28 (18.7)	71 (47.3)	22 (14.7)	10 (6.7)
4	実際のところ一緒にやっていくのがむずかしい	41 (27.3)	30 (20.0)	48 (32.0)	21 (14.0)	10 (6.7)
5	私の方がどなったりする	57 (38.0)	33 (22.0)	49 (32.7)	5 (3.3)	6 (4.0)
6	ここにいて欲しくない	73 (48.7)	25 (16.7)	44 (29.3)	2 (1.3)	6 (4.0)
7	私を狂わせようとしている	107 (71.3)	18 (12.0)	18 (12.0)	3 (2.0)	4 (2.7)
8	私の方がかっとなることがある	39 (26.0)	45 (30.0)	56 (37.3)	6 (4.0)	4 (2.7)
9	一緒にやっていきやすい[R]	12 (8.0)	28 (18.7)	45 (30.0)	39 (26.0)	26 (17.3)
10	世話をしなければならずうんざりする	53 (35.3)	31 (20.7)	48 (32.0)	12 (8.0)	6 (4.0)
11	わざと私の手をわずらわせる	64 (42.7)	30 (20.0)	41 (27.3)	12 (8.0)	3 (2.0)
12	一緒にいると楽しい[R]	13 (8.7)	21 (14.0)	49 (32.7)	37 (24.7)	30 (20.0)
13	本当にお荷物だ	56 (37.3)	41 (27.3)	38 (25.3)	8 (5.3)	7 (4.7)
14	言い争うことがある	32 (21.3)	59 (39.3)	49 (32.7)	6 (4.0)	4 (2.7)
15	たいへん親密に感じる[R]	20 (13.3)	29 (19.3)	52 (34.7)	28 (18.7)	21 (14.0)
16	なんとかうまくやっていける[R]	15 (10.0)	53 (35.3)	46 (30.7)	23 (15.3)	13 (8.7)
17	私の手にはおえない	70 (46.7)	30 (20.0)	34 (22.7)	12 (8.0)	4 (2.7)
18	私の方がかんかんに怒ることがある	52 (34.7)	52 (34.7)	35 (23.3)	6 (4.0)	5 (3.3)
19	いじわるやいやみをを言ってしまう	55 (36.7)	41 (27.3)	47 (31.3)	5 (3.3)	2 (1.3)
20	私がしたことに感謝してくれている[R]	14 (9.3)	26 (17.3)	67 (44.7)	32 (21.3)	11 (7.3)
21	以前よりは一緒に生活しやすくなった[R]	21 (14.0)	48 (32.0)	47 (31.3)	24 (16.0)	10 (6.7)
22	私を一人にしておいてほしい	40 (26.7)	31 (20.7)	67 (44.7)	4 (2.7)	8 (5.3)
23	私に面倒を見てもらうのは当然と思っているようだ	38 (25.3)	9 (6.0)	40 (26.7)	39 (26.0)	24 (16.0)
24	家族（患者）は自分をコントロールすることができる[R]	11 (7.3)	41 (27.3)	52 (34.7)	22 (14.7)	24 (16.0)
25	親密な感じになりにくい	46 (30.7)	24 (16.0)	61 (40.7)	15 (10.0)	4 (2.7)
26	以前よりも一緒に生活しにくくなった	64 (42.7)	37 (24.7)	34 (22.7)	12 (8.0)	3 (2.0)
27	とても不満を感じる	41 (27.3)	47 (31.3)	43 (28.7)	15 (10.0)	4 (2.7)
28	たいへん物分りがよい[R]	7 (4.7)	36 (24.0)	56 (37.3)	35 (23.3)	16 (10.7)
29	私は失望している	59 (39.3)	26 (17.3)	46 (30.7)	11 (7.3)	8 (5.3)
30	私とうまくやっていこうと試みている[R]	16 (10.7)	47 (31.3)	46 (30.7)	27 (18.0)	14 (9.3)

[R]は逆転項目

困難度の平均得点は11.7点（SD7.3），中央値11.0点，批判的態度の平均得点は44.7点（SD20.7），中央値44.0点であり，ほぼ正規分布を示した。

4．家族の性別，家族員の健康状態，家族に対する患者の続柄，患者の生活形態による患者受容，生活困難度，対処行動，批判的態度の差の分析

家族の性別と患者受容，生活困難度，対処行動，批判的態度のt検定による分析では，いずれも等分散性は仮定されず，差はなかった。家族に対する患者の続柄と，患者の生活形態による患者受容，生活困難度，対処行動，批判的態度のKruskal Walis検定による分析ではいずれも差はなかったものの，家族の健康状態による対処行動（情緒優先対処行動）への差があった（自由度2，$\chi^2=9.08$，$p<0.05$）。患者受容，生活困難度，対処行動のその他の下位尺度（回避優先対処行動，課題優先対処行動），批判的態度への差はなかった。

5．患者受容と生活困難度，患者受容と批判的態度，生活困難度と批判的態度，生活困難度と対処行動の単回帰分析

患者受容と生活困難度（$\gamma=-0.69$，$p<0.01$），患者受容と批判的態度（$\gamma=-0.61$，$p<0.01$），生活困難度と批判的態度（$\gamma=0.64$，$p<0.01$）に有意な関係があった。生活困難度と対処行動（情緒優先対処行動）（$\gamma=0.42$，$p<0.01$）に有意な関係があったが，その他の下位尺度（課題優先対処行動，回避優先対処行動）との間には有意な関係はなかった。

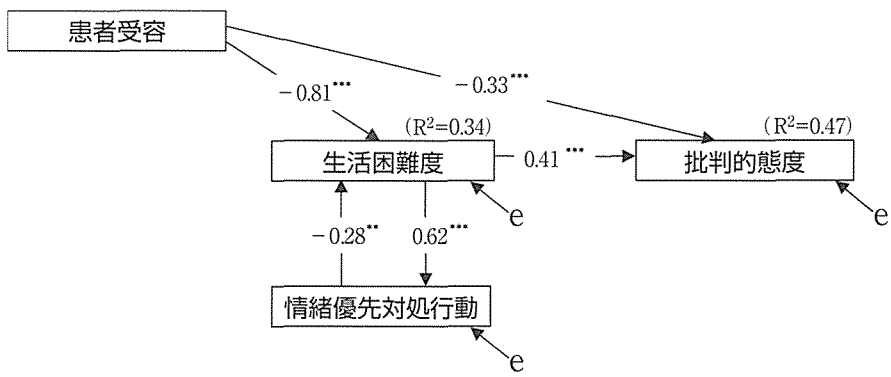
6．精神疾患患者を支える家族の態度因果モデルの適合度

当初，想定した態度因果モデルは，家族の患者受容と対処行動（課題優先対処行動，情緒優先対処行動，回避優先対処行動）は，生活困難度を媒介変数として批判的態度を規定するというものであった。生活困難度と対処行動の単回帰分析の結果，生活困難度と課題優先対処行動ならびに回避優先対処行動との間に関係はなかったことから，態度因果モデルは，患者受容と情緒優先対処行動は，生活困難度を介して批判的態度を規定すると修正した。このモデルをパス解析した結果，$\chi^2=16.19$（自由度2，$P<0.05$），GFI＝0.95，AGFI＝0.76，RMSEA＝0.22であり，観測データに適合しなかった。そこで，患者受容は，生活困難度を媒介することなく，直接的に批判的態度を規定するパスを追加し，因果モデルの修正検定を行なった。その結果，$\chi^2=0.61$（自由度1，確率水準＝0.43），GFI＝0.99，AGFI＝0.98，RMSEA＝0.00であった。全ての適合度指標が統計学的許容水準を満たしたことから，モデルは受容できると判断した。

この時のパス係数に関し，患者受容から生活困難度が－0.81，患者受容から批判的態度が－0.33，生活困難度から情緒優先対処行動が0.62，情緒優先対処行動から生活困難度が－0.28，生活困難度から批判的態度が0.41であり，いずれも有意性があった。この時のC.R.は，患者受容から生活困難度は－9.64，患者受容から批判的態度は－4.05，生活困難度から情緒優先対処行動は5.58，情緒優先対処行動から生活困難度が－2.34，生活困難度から批判的態度が5.04であり，全ての絶対値が1.96（$P<0.05$）以上を示した。さらに，基準変数である生活困難度と批判的態度のR^2は，それぞれ0.34と0.47であり，生活困難度の分散の34％が患者受容と情緒優先対処行動によって説明でき，批判的態度の分散の47％が患者受容，情緒優先対処行動，生活困難度によって説明できることが示された（図1）。

Ⅳ．考　　察

本研究の目的は，精神疾患患者を支える家族の批判的態度の影響要因について検討し，ストレス反応の軽減と患者の病状悪化を予防するための看護実践の基礎資料を得ることであった。想定した家族の態度因果モデルのパス解析の結果，家族の患者受容と情緒優先対処行動は，生活困難度を介して間接的に患者への批判的態度を規定するととも



カイ2乗値=0.611，GFI=0.998，AGFI=0.980，RMSEA=0.000
***P<0.001，**P<0.05，e：潜在変数，n=150

図1．精神疾患患者を支える家族員の態度因果モデル

に，患者受容は直接的に批判的態度へ影響するという因果関係が支持された。このことは，大きな生活困難度を抱える状況にある家族に対して，情緒優先対処行動を変容できるように専門家が支援すること，また患者受容を高める支援をすることで，認知的評価の過程でストレス反応を変化させる新たな可能性を示唆するものである。この統計学的な根拠に基づく家族へのストレス支援の手がかりが得られたことは，意義のある研究といえよう。

先行研究では，家族のストレス反応は，家族個人の情緒優先対処行動に関係があるものの，ストレス理論によりいくつかの変数を配置した因果モデルの適合度指標は統計学的許容水準に満たさなかった[33]と報告されている。しかし本研究で，患者受容が直接的に批判的態度を規定するパスを追加した結果，生活困難度と批判的態度との因果関係には，患者受容と情緒優先対処行動が間接的に影響することが証明された。すなわち，ストレス理論モデルを用いた因果関係が証明され，患者受容が低い家族の認知的評価では，生活困難に対して情緒優先対処行動が非効果的に働き，批判的態度を表出するものといえる。家族の患者受容と情緒優先対処行動が生活困難に関係することはこれまでに明らかにされておらず，批判的態度に関する新たな知見といえるだろう。

一般に，対処行動はストレス刺激に対して発動され，ストレス刺激が対処行動を通じてうまく処理されるか否かが，その後のストレス症状の発現に関与する[34]といわれる。本研究の因果モデルの中で，情緒優先対処行動は生活困難度に対し弱いが負の相関があるとともに，生活困難度は情緒優先対処行動に対し中程度に正の相関があった。この結果は一見矛盾するように見えるが，これこそLazarusが述べる「認知的評価における影響要因の相互交流（transaction）」[35]のことを意味すると解釈する。すなわち，家族の生活困難度と情緒優先対処行動は相互に影響し，ストレス刺激に対する評価，対処，再評価，対処といった循環する過程を取っているということである。この結果は，大きな生活困難度を抱える状況にある家族でも，認知的評価の過程で情緒優先対処行動を変容できるように専門家が家族を支援することで，患者への批判的態度を緩和できる新たな可能性を示唆するものである。

他方，家族が患者を受容しているのであれば，家族は患者に対し害や脅威として評価することはない。これは，Lazarusが述べる出来事への適応[36]を意味しているが，本研究の因果モデルでは，患者受容は，弱いが負の相関を示し直接的に批判的態度を規定していた。つまり，患者受容が生活困難度を媒介することなく，直接的に批判的態度に影響することを示すものである。家族の批判的態度は，患者の障害の程度よりも家族自身の性格に負うところが大きく，病前の患者と家族との家族関係によって決まる[37]と報告されている。これを考慮するならば，家族の患者受容が直接的に批判的態度を規定するパスの意味は，大きな生活困難度を抱えていなくても（あるいは抱えていないと考える努力をした結果），個人の性格や家族間の関係性が患者受容に関連しながら批判的態度を規定することを含んでいる。このことは，態度因果モデルの枠組みには，個人の性格や家族間の関係性も視野に入れて検討する必要性を示唆するものである。

家族の生活困難度や介護負担感を軽減することにおいて，今日行なわれている家族支援プログラム（家族教室）の内容は，疾患や薬に関する知識，社会資源・制度などに関する情報の提供，家族自身の生活や健康管理などの勉強会，家族同士が触れ合い精神的負担を和らげるための交流会など[38]である。家族教室の効果に関する先行研究では，生活困難度は患者の罹病期間が長いと変化しない[39,40]，介護負担感は疾患に関する家族の知識が増大しても変化しない[41]と報告されている。これら先行する報告には，家族教室一つひとつのプログラム内容で比較した影響効果は明確化されていない。本研究で支持された因果モデルの中で，患者受容と情緒優先対処行動が影響する関係を考慮するならば，家族が患者を受容できるような具体的なプログラム設定は有効性があると考えられる。例えば，患者の病気体験によって家族が得たこと，学んだことなどについてテーマを設定した話し合いの場面を持つことや，看護ケアに認知行動療法を取り入れた個別支援は，家族の対処行動を効果的に変容させ，患者への批判的態度を緩和する家族支援としての効果を期待できるかもしれない。個人の価値観に依存する患者受容など個人的資源を変容させることの困難性[42]はすでに指摘されている。この困難性を取り除くためには，患者受容における家族の体験のプロセスについて質的研究方法を用い多角的に分析することが必要であろう。患者受容は，生活困難度を媒介してもしなくても批判的態度を規定する影響要因であることから，患者受容が低い家族に対しては価値変換を支援する重要性は極めて高いと考える。

また，今回，態度因果モデルの変数としては取り扱わなかったが，家族の健康状態は生活困難度との間に関連がなかったものの，情緒優先対処行動と関連があった。このことは，家族の健康状態は情緒優先対処行動に影響し，さらに情緒優先対処行動は生活困難度に影響することが想定できる。今後は家族の健康状態もモデルに投入した分析が必要である。

本研究の限界と課題として，患者受容測定尺度の内容妥当性が十分に検討されないまま調査したこと，また，対象の属性として，女性が68.0%，患者と親子関係が86.0%で

ありサンプルに偏りがあること，さらに，対象が家族会の会員であり，家族会の非会員を含んでいないことは，結果に影響を与えたことを否めない。本研究で得た結果を結論付けるには，横断的研究では限界がある。今後は，対象の幅を拡大して縦断的研究を行い，さらに家族による患者への批判的態度に影響する要因を多角的に捉えるための質的調査が必要である。また，家族の健康状態と情緒優先対処行動に関連があったことから，家族の健康状態と，ストレス反応としての長期にわたる心理的生理的影響を投入した因果モデルを検討する必要がある。併せて，信頼性と妥当性を備えた患者受容測定尺度を開発することも今後の課題である。

V．結　論

本研究は，精神疾患患者を支える家族を対象に，家族のストレス反応の軽減と患者の病状悪化を予防するための看護実践の基礎資料を得ることを目的とし，生活困難を抱える家族のストレス反応としての批判的態度の影響要因について，患者受容，生活困難度，対処行動，批判的態度の因果関係を検討した。その結果，家族の患者受容と情緒優先対処行動は，生活困難度を介して間接的に批判的態度を規定するとともに，患者受容は直接的に批判的態度へ影響する因果モデルが支持された。さらに，基準変数である生活困難度と批判的態度のR^2により，生活困難度の分散の34％が患者受容と情緒優先対処行動によって説明でき，批判的態度の分散の47％が患者受容，情緒優先対処行動，生活困難度によって説明できることが示された。これにより，大きな生活困難度を抱える状況にある家族でも，認知的評価の過程で情緒優先対処行動を変容できるように専門家が支援すること，また患者受容を高める支援をすることで，彼らのストレス反応を軽減できる新たな可能性が示唆された。以上のことから，統計学的な根拠に基づいた家族へのストレス支援の手がかりが示された。

謝　辞

本研究を行なうにあたり，多大なご支援とご協力をいただきました家族連合会会長様，および家族会会長様をはじめ，調査にお答えいただきましたご家族お一人おひとりに，また，本研究にご支援とご協力をいただきました全ての関係者の皆様に，心から深謝申し上げます。

要　旨

本研究は，精神疾患患者を支える家族を対象に，生活困難を抱える家族のストレス反応の軽減と患者の病状悪化を予防するための看護実践の基礎資料を得ることを目的として，患者受容，生活困難度，対処行動，批判的態度の因果関係を検討した。結果，中国四国圏内に住む150名の家族から質問紙調査の回答が得られ，患者受容とストレス対処行動（情緒優先対処行動）は，生活困難度を介して間接的に患者への批判的態度を規定するとともに，患者受容は直接的に批判的態度へ影響する因果モデルが支持された。決定係数は，生活困難度に対し0.34，批判的態度に対し0.47であり，生活困難度の分散の34％が患者受容と情緒優先対処行動によって説明でき，批判的態度の分散の47％が患者受容，情緒優先対処行動，生活困難度によって説明できることが示された。以上のことから，統計学的な根拠に基づいた家族へのストレス支援の手がかりが示唆された。

Abstract

The relationship of family acceptance, stress coping behavior, distress in daily life to familial negative attitude was investigated using causal analysis in 150 family members living in the Chugoku and Shikoku districts returned completed questionnaires. Family acceptance and stress coping behavior were indirectly determines familial negative attitude via distress in daily life while family acceptance was directly determines. The determination coefficients were 0.34 for distress in daily life and 0.47 for familial negative attitude which indicate 34% of the variance in distress in daily life was explained by family acceptance and stress coping behavior, 47% of the variance in familial negative attitude was explained by distress in daily life based on family acceptance and stress coping behavior. These results suggest potential clues to nursing support for family members based on statistical evidence.

文　献

1）厚生労働省精神保健福祉課：新障害者基本計画及び重点施策実施５ヵ年計画（新障害者プラン）について，2007-06-14, http://www.mhlw.go.jp/topics/2003/bukyoku/syougai/j1.html.
2）岡上和雄，他：統計資料，精神障害者社会復帰センター（編）：精神保健福祉白書2006年版，202，中央法規出版，東京，2006.
3）厚生労働省精神保健福祉課：社会保障審議会障害者部会精神障害分会（第１回）資料１精神保健・医療・福祉の現状，2007-06-14, http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/01/s0128-7.html.
4）大森和子，國方弘子：精神障害者の家族における不安・抑

うつとその関連要因，日本看護学会論文集成人看護Ⅱ，34, 270-272, 2004.
5）越智百枝：精神障害者地域家族会に参加する家族への看護職の支援－個々の家族の生活困難に焦点を当てて－，香川医科大学看護学雑誌，5 (1)，141-150, 2001.
6）三野善央，牛島定信訳：分裂病と家族の感情表出，95，金剛出版，東京，1999.
7）Keith D. Renshaw, Dianne L.Chambless, et al：The Relationship of relatives' Attributions to Their Expressed Emotion and to Patients' Improvement in treatment for Anxiety Disorders, Behavior Therapy 37, 159-169, 2006.
8）Spring B.J., Zubin：Attention and Information Processing as Indicators of Vulnerability to Schizophrenic Episode, Journal Psychiatry Reseach, 14, 289-301, 1978.
9）Kuipers, L.：Research in expressd emotion, Social Psychiatry, (22), 216-220, 1987.
10）Fujita, H., Shimodera, S., et al：Family attitude scale :measurement of criticism in the relatives of patient with schizophrenia in Japan, Psychiatry Research, (110), 273-280, 2002.
11）Mino, Y., Shimodera, S.：Medical Cost Analysis of family psychoeducation for schizophrenia, Psychiatry and Clinical Neurosciences, 61(1), 20-24, 2007.
12）Kavanagh, David J.：Recent Developments in Expressed Emotion and Schizophrenia, British Journal of Psychiatry, (160), 601-620, 1992.
13）リチャードS.ラザルス，本明　寛訳：ストレスと情動の心理学，35，実務教育出版，東京，2004.
14）Laura P. Kohn-Wood, Melvin N.Wilson：The Context of Caretaking in Rural Areas：Family Factors Influencing the Level of Functioning of Seriously Mentally Ill Patients Living at Home, American Journal of Community Psychology, 36, 1-13, 2005.
15）國方弘子：精神障害者の家族員のQuality of Life，日本看護科学会誌，25(3)，96-101，2005.
16）Scazufca M., Kuipers E.：Coping Strategies in Relatives of People with Schizophrenia before and after Psychiatric Admission, British Journal of Psychiatry, 174, 154-158, 1999.
17）Moller-Leimkuhler AM.：Burden of Relatives and Predictors of Burden. Baseline Results from the Munich 5-year-follow up Study on Relatives of First Hospitalized Patients with Schizophrenia or depression, Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 255, 223-31, 2005.
18）前掲13)，240.
19）リチャードS.ラザルス，スーザン・フォルクマン，本明　寛，春木　豊，他訳：ストレスの心理学　認知的評価と対処の研究，309，実務教育出版，東京，2004.
20）Dembo,T., Levinton,G.L., Wright, B.A.：Adjustment to misfortune-a problem of social-psychogical rehabilitation, Artificial Limbs, 3, 4-62, 1956.
21）前掲13)，84-85.
22）前掲13)，62-63.
23）大島　巌，伊藤順一郎他：精神分裂病者を支える家族の生活機能とEE(Expressed Emotion）の関連，精神神経学雑誌，96 (7)，493-512, 1994.
24）前掲21)，155-160.
25）古川壽亮，鈴木ありさ，他：CISS(Coping Inventory for Stress Situationa）日本語版の信頼性と妥当性，95(8)，602-621, 1993.
26）前掲６)，98.
27）大島　巌：第40章　家族のExpressed Emotion(EE）尺度，上里一郎監修：心理アセスメントハンドブック第２版，460-471，西村書店，東京，2001.
28）松木完之，三澤義一：肢体不自由者における障害受容と自尊感情および不安との関連について，心身障害学研究，10(1)，85-94，1985.
29）大島　巌：精神障害者をかかえる家族の協力態勢の実態と家族支援のあり方に関する研究，精神神経学雑誌，89(3)，204-241，1987.
30）前掲27).
31）Fujita, H., Shimodera,S., et al：Family attitude scale :measurement of criticism in the relatives of patient with schizophrenia in Japan, Psychiatry Research, (110), 273-280, 2002.
32）山本嘉一郎，小野寺孝義：共分散構造分析と解析事例，16-17, 36-40，ナカニシヤ出版，京都，2006.
33）Barrowclough C., Parle M.：Appraisal Psychological Adjustment and Expressed Emotion in Relatives of Patients Suffering from Schizophrenia, British Journal of Psychiatry, 171, 26-30, 1997.
34）前掲27).
35）前掲13)，238-245.
36）前掲21)，33.
37）前掲６)，98.
38）大川希，大島巌，他：保健所における精神障害者家族教室の効果，日本公衆衛生雑誌，47(7)，580-588，2000.
39）前掲40).
40）牧尾一彦，西尾雅明，他：医療機関における精神分裂病家族教室の効果，精神医学，43(8)，841-847，2001.
41）Stengard, E.：Educational intervention for the relatives of schizophrenia patients in Finland, Nord J Psychiatry 57, 271-277, 2003.
42）前掲13)，86.

［平成20年５月29日受　付］
［平成20年９月29日採用決定］

－技術・実践報告－

看護学実習が唾液コルチゾール分泌に及ぼす影響

The Effect on the Secretion of Salivary Cortisol during Clinical Nursing Praticum

高辻功一　Koichi Takatsuji
杉本吉恵　Yoshie Sugimoto

キーワード：看護学実習，ストレス，唾液コルチゾール，生理的反応
Key Words：clinical nursing practicum, stress, salivary cortisol, physiological response

Ⅰ．はじめに

看護教育における臨地実習は，大学の講義・演習で会得した知識や技術を実践しながら看護を展開する場である。学生は患者との関わりで患者への共感を経験し，人間関係の重要性を認識する。しかし，実習施設は大学とは異なる環境であるので，学生は患者とその家族，実習指導者，教員，医師などとの人間関係に対する不安，看護専門知識と技術の未熟さと身体的な疲労などを抱えながら，実習に臨んでいる[1]。そのために，学生は精神的，身体的なストレスに満ちた生活に陥りやすく，学生が実習で達成感や満足感を得られるような適切な教育的指導の必要性が報告されている[2]。

セリエのストレス学説では，生体がストレサーにさらされた場合，生体は自律神経系，内分泌系，免疫系にストレス反応・応答を生じさせる[3]。このストレス反応・応答を測定する方法として，質問紙による主観的評価法が一般的に用いられている。一方，ストレスの客観的評価法として，脳波，心拍パワースペクトル，血圧，心拍数，皮膚温の変化をストレス反応・応答として捉える研究が報告されている[4～6]。しかし，これらの客観的評価法は長い期間の研究や実験室以外の場所で用いることは困難である。ストレス応答に裏づけされたストレスの生理的指標として副腎皮質から分泌されるコルチゾールと，副腎髄質及び顎下腺から分泌されるクロモグラニンAが報告されている[7,8]。血漿コルチゾールを測定するための採血は侵襲的であり，対象者に不安と苦痛を与える。一方，唾液の採取は非侵襲的で，家庭でも簡単に行える。酵素抗体法を用いれば，唾液コルチゾールの測定は一般的な研究室で可能である。さらに，唾液コルチゾール濃度は血漿コルチゾール濃度との相関は極めて高く，コルチゾールの濃度は日内リズムを示す[9]。コルチゾールは長時間のストレスや身体的ストレスなどに関係し，クロモグラニンAは短時間の精神的ストレスを特異的に検出できる生理的指標として期待されている[10]。

本研究では，看護学生が臨地実習中に感じるストレスを客観的に評価する目的で唾液コルチゾール濃度を時間経過とともに測定した。その結果，唾液コルチゾール濃度は実習の午前中に増加し，午後には日常生活レベルになるという興味ある知見を得たので報告する。

Ⅱ．対象および方法

1．対象

A看護大学に在学する４年生（年齢21～23歳，平均21.8歳）で研究協力が得られた健康で，非喫煙者の女子７名を本研究の対象とした。

2．実習期間

研究期間は平成17年度と18年度の前期（５月～７月）の実習期間である。実習は２クールからなり，１クールの実習期間は３週間～４週間である。学生は第１クールの実習後，１週間の間隔を空けて，次の第２クールの実習に入る。実習内容は，精神看護学実習，母性看護学実習，小児看護学実習，老年看護学実習，在宅看護学実習，地域看護学実習である。

3．唾液の採取及び分析方法

１）唾液の採取：唾液の採取は食事前及び食後１時間以上の経過後に行うこととした。５月からの実習が開始する前週の日常生活での２日間の８時，12時，16時，20時に唾液を採取し，それぞれの唾液コルチゾール濃度を基準値とした。実習時の唾液の採取は，第１クールと第２クールの実習開始日と終了日の合計４日間で，原則として８時，12時，16時，20時とした（図１）。唾液の採取はSarstedt社製サリベットを使用した。口腔内での綿球の位置は舌下とし，綿球が唾液を十分に含んだあとに口腔より取り出した。採取後の検体は冷蔵保存し，採取２日以内にサリベットを1,000xgで２分間の遠心分離を行い，唾液を回収し，冷凍保存（－30℃）した。

２）コルチゾールの測定：冷凍保存した唾液は解凍後，

大阪府立大学看護学部　School of Nursing, Osaka Prefecture University

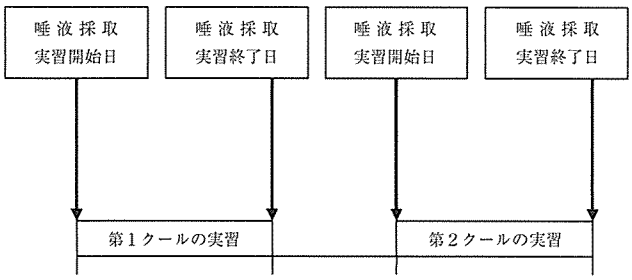


図1　実習期間での唾液の採取のスケジュール

コルチゾールEnzyme Linked Immunosorbent Assayキット（SALIMETRICS社，U.S.A）を用いて，唾液コルチゾールを発色した。発色物質はBio Radの吸光計を用いて，450nmの吸光度を測定した。データの分析にはStatview（日本語版）を用い，コルチゾール濃度の平均値比較の分析にはpaired t検定を行い，p値5％未満を統計学的に有意とした。得られた数値は平均値±標準誤差で示した。

4．倫理的配慮：対象者には研究の趣旨，目的，方法を説明した。唾液の採取は非侵襲的であり，参加・不参加で学習の評価に不利益がないこと，結果については目的外に使用しないことを説明し，対象者に同意を得た。

Ⅲ．結　果

日常生活では，8時のコルチゾール濃度は0.452±0.070 μg/dl，12時のコルチゾール濃度は0.096±0.015 μg/dl，16時のコルチゾール濃度は0.087±0.012 μg/dl，20時のコルチゾール濃度は0.093±0.021 μg/dlであった（図2）。日常生活で，対象者7名中6名で，唾液コルチゾール濃度は朝に高く，昼と夜に低下する日内リズムが観察された。

実習期間の4日間で採取した唾液では，8時のコルチゾール濃度は0.779±0.066 μg/dl，12時のコルチゾール濃度は0.232±0.045 μg/dl，16時のコルチゾール濃度は0.156±0.025 μg/dl，20時のコルチゾール濃度は0.150±0.037 μg/dlであった（図2）。実習期間でのそれぞれの時間帯のコルチゾール濃度は日常生活のそれらよりも高く，8時と12時でのコルチゾール濃度はそれぞれで統計的に有意であった（P＜0.05）。しかし，実習期間の16時と20時では，コルチゾール濃度は日常生活のそれらと比較した場合，統計的には有意でなかった。実習期間では，対象者7名全員でコルチゾール濃度の日内リズムが観察された。

次に，実習開始日と実習終了日に分けて，唾液コルチゾールの変化を日常生活と比較した。実習開始日では，8時と12時のコルチゾール濃度（0.881±0.083 μg/dl，0.230±0.059 μg/dl）は日常生活のそれら（0.452±0.070 μg/dl，0.960±0.015 μg/dl）と比較して，統計的に有意に増加したが（P＜0.05），16時と20時のコルチゾール濃度には統計的に有意差はなかった（図3）。実習終了日では，12時のコルチゾール濃度（0.225±0.057 μg/dl）は日常生活のそれ

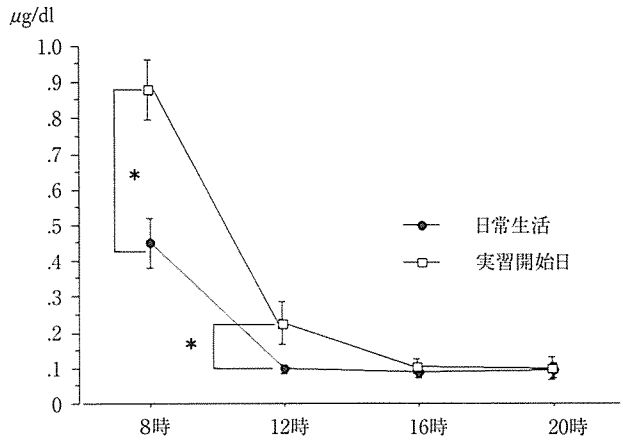


図3　日常生活と実習開始日での唾液コルチゾール濃度の日内変動。実習開始日での8時と12時のコルチゾール濃度は日常生活のそれらと比較して統計的に有意に増加する。（＊p＜0.05）

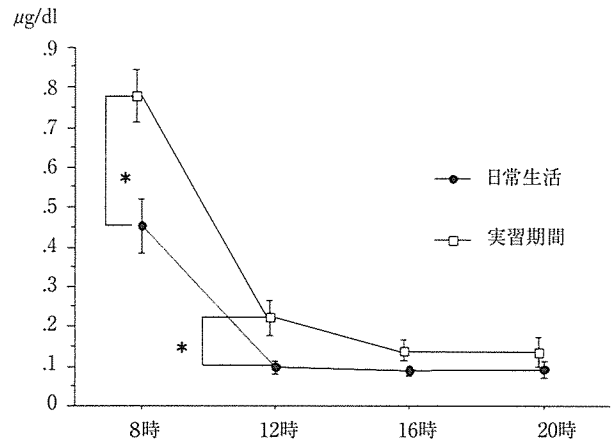


図2　日常生活と実習期間での唾液コルチゾール濃度の日内変動。実習期間での8時と12時のコルチゾール濃度は日常生活のそれらと比較して統計的に有意に増加する。（＊p＜0.05）

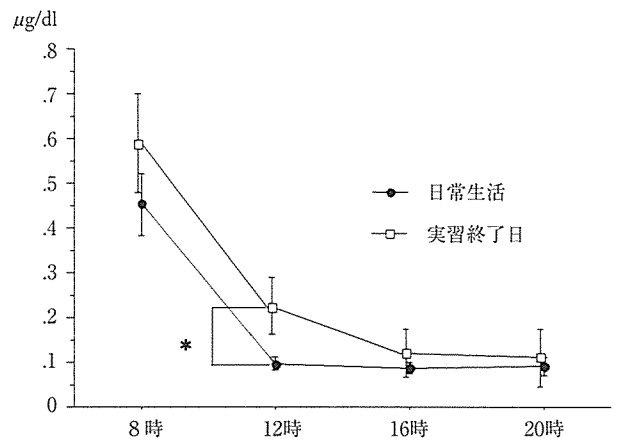


図4　日常生活と実習終了日での唾液コルチゾール濃度の日内変動。実習終了日では12時のコルチゾール濃度が日常生活のそれと比較して統計的に有意に増加する。（＊p＜0.05）

(0.096±0.015 μg/dl) と比較して，統計的に有意に増加した（P<0.05)。しかし，8時，16時と20時のコルチゾール濃度では統計的に有意差はなかった（図4)。実習開始日と実習終了日の唾液コルチゾールの濃度を比較した場合では，それぞれの時間帯のコルチゾール濃度は統計的に有意でなかった。

Ⅳ. 考　察

本研究において，唾液コルチゾール濃度は実習期間の午前中に上昇すること，特に，実習開始日の午前中に唾液コルチゾール濃度は高いことが明らかとなった。中澤と原は，質問紙調査の研究から，看護学生は実習期間の後半には，体力的に疲れ，身体面の不安が高くなるので，教員は学生の体力面にも配慮してかかわる必要性と日頃からの学生自身の健康管理の必要性を述べている[1]。従来の質問紙調査などの主観的評価ではストレスの日内変動を明らかにすることは困難であったが，唾液コルチゾールの測定は看護学実習のストレスを日内変動のレベルで明らかにされた。実習開始日の午前中のコルチゾール濃度の上昇は学生の実習に対する不安，看護技術の不安，患者を含む実習施設での人間関係などに対する不安を示しているのかもしれない。しかし，午後には，コルチゾール濃度の平均値は日常生活のそれと比較して高いが，統計的には有意ではない。従って，学生たちはさまざまな不安を抱えながらも，不安を軽減しているのかも知れない。沖野らは，周手術期実習中の看護援助における学生のストレスの生理的指標として，唾液コルチゾールとクロモグラニンAを測定したが，実習での看護ケアを行う前後比較で有意な経時的変化を見出すことができなかった[11]。本研究の結果は慢性的ストレスを体験した者は，起床時にコルチゾール濃度が上昇するとのSchulzらの報告とよく一致する[12]。本研究とSchulzらの報告を考慮すると，長期的なストレスの精神的負荷及び身体的負荷は午前に出現しやすいので，この現象に対するストレスコーピングが必要であると考えられる。

藤林らは，健康成人9例において，早期起床時（7：00～8：00）のコルチゾール値の範囲は，0.47～1.15 μg/dlで，平均値は0.76（±0.23) μg/dlであり，その後漸次減少し，22時では，0.02～0.13 μg/dlで，平均値は0.07（±0.05) μg/dlであると報告している[13]。本研究の学生の日常生活では，8時の唾液コルチゾール値は0.452（±0.070) μg/dlで，その後，唾液コルチゾール濃度は減少し，20時では0.093（±0.021) μg/dlであった。本研究の結果は，藤林らの研究の測定値と一致し，唾液コルチゾール濃度は朝に高く，昼間，夕方，夜間にかけて減少する日内リズムを示した。実習期間では，午前中の唾液コルチゾール濃度は日常生活のそれと比較して高いにもかかわらず，16時と20時の唾液コルチゾール濃度は日常生活のレベルにまで減少し，日内リズムを示した。ストレスに満ちた生活であったとしても，日内リズムが維持されていることは健康の観点から重要な意味を持つと考えられる。

唾液の採取は対象者に非侵襲であり，簡便な方法である。さらに，市販されている測定キットは高感度で，再現性が高く，特別な施設は必要なく，研究室で簡単に実験できるという利便性がある。唾液コルチゾールの測定は音楽療法や絵画療法の効果[14,15]，香りと足浴の効果[16,17]，テストのストレス[18,19]，看護介入[20,21]の研究での客観的な生理的指標としてその有用性について報告されている。生体に加わった刺激，ストレス等は大脳で感知され，視床下部からの副腎皮質刺激ホルモン放出ホルモンを通じて下垂体に伝達される。そして，下垂体で分泌された副腎皮質刺激ホルモンの上昇を受けて，副腎皮質からコルチゾールに代表される副腎皮質ホルモンが血液中に放出され，コルチゾールは尿中あるいは唾液中に出現する。一方，唾液クロモグラニンAは顎下腺で合成され，交感神経刺激で分泌され，心理的な急性ストレスに反応すると考えられている[8,22]。本研究において，臨地実習のような慢性的なストレス状況では，唾液コルチゾール濃度が上昇することが明らかとなったので，唾液コルチゾールの測定は慢性的なストレス，介入効果等を評価できる簡便な方法と考えられる。

Ⅴ. 結　論

臨地実習では，学生は精神的，身体的なストレスに満ちた生活に陥りやすい。看護学生が臨地実習で感じるストレスの生理的指標として唾液コルチゾールを日内変動の観点から酵素免疫法で測定した。唾液コルチゾール濃度は実習期間の午前中に上昇すること，特に，実習開始日の午前中の唾液コルチゾール濃度が高いことが明らかとなった。また，唾液コルチゾールの測定は慢性的なストレス，介入効果等を評価できる簡便な方法と考えられる。

Ⅵ. 謝　辞

研究に際しまして，研究に協力いただきました看護学生の皆様に深く感謝申し上げます。

要　旨

本研究の目的は，看護学生が臨地実習で感じるストレスを生理的指標で捉えることができるか否かを明らかにすることである。臨地実習を行っている学生の唾液を定期的に採取し，日内変動の観点から唾液コルチゾールの濃度を酵素免疫法で測定した。

唾液コルチゾール濃度は実習期間の午前中に上昇すること，特に，実習開始日の午前中の唾液コルチゾール濃度が高いことが明らかとなった。唾液コルチゾールは学生の精神的・身体的ストレスに反応する生理的指標であることが示された。また，採血を要しない，唾液コルチゾールの測定は慢性的なストレス，介入効果等を評価できる簡便な方法と考えられる。

文　献

1）中澤みな子，原　厚子：基礎看護学実習Ⅱにおける学生の不安内容とその変化，日本看護学会論文集第30回看護教育，59-61，1999.

2）木村洋子，渡辺香織，他：看護学生のバーンアウトに関する因子についての研究－学生が認知するストレスとの関連－，日本看護学会論文集第30回看護教育，62-64，1999.

3）ハンス・セリエ（訳：杉靖三郎ほか）：現代生活とストレス，116-124，法政大学出版局，東京，1963.

4）細野恵子，松本舞子，他：育児ストレスと母親の体温調節－鼓膜温と前額温からみたストレス評価－，臨床体温，23(1)，39-43，2005.

5）中條信義，富岡重正，他：ガム噛みがストレス反応に与える影響，日本歯科麻酔学会雑誌，35(3)，346-353，2007.

6）林　拓世，水野（松本）由子，他：脳波・心電図測定によるストレスに関連した生体変動解析，電子情報通信学会技術研究報告（MEとバイオサイバネティックス），107(248)，17-20，2007.

7）脇田慎一，田中喜秀，他：ストレスマーカーの迅速アッセイ，ぶんせき，6，309-316，2004.

8）Saruta, J., Tsukinoki, K. et al.: Expression and localization of chromogranin A gene and protein in human submandibular gland, Cells Tissues Organs, 180(4), 237-244, 2005.

9）Aardal, E., Holm, AC.: Cortisol in saliva–reference ranges and relation to cortisol in serum, Eur. J. Clin. Chem. Clin. Biochem., 33(12), 927-932, 1995.

10）中根英雄，浅見　修，他：唾液中の精神的ストレスマーカー，Clinical Neuroscience, 21(9)，1031-1033，2003.

11）沖野良枝，山口曜子，他：周手術期実習中の看護援助における学生のストレス認知と生理的反応との関係－唾液中クロモグラニンA(CgA)，コルチゾールによる検討－，人間看護学研究，2，79-87，2005.

12）Schulz, P. Kirschbaum, C., et al.: Increased free cortisol secretion after awakening in chronically stressed individuals due to work overload, Stress medicine, 14, 91-97, 1998.

13）藤林しむ，針村　裕，他：簡易測定法による各種ストレス時のヒト唾液中コルチゾール・レベル，日本公衛誌，30(6)，270-273，1983.

14）中道芳美，鮫島道和，他：絵画療法とその効果の唾液コルチゾールによる評価，聖隷クリストファー大学看護学部紀要，14，169-176，2006.

15）西村亜希子，大平哲也，他：中高齢者における集団音楽療法の身体・心理的ストレス指標に及ぼす影響，精神医学，49(6)，619-627，2007.

16）細井純一，井上かおり，他：香りのストレス緩和効果の血中及び唾液中コルチゾールを指標とした評価，自律神経，39，260-264，2002.

17）大平哲也，岡田睦美，他：足温浴が末梢皮膚温度，末梢血流，および唾液中コルチゾールの変動に及ぼす影響，Biomedical Thermology, 23(4)，181-185，2004.

18）Vivian, Ng., David, K., et al.: Salivary biomarkers associated with academic assessment stress among dental undergraduates, J. Dental Education, 67(10), 1091-1094, 2003.

19）伊藤康宏，伊藤　彩，他：臨床検査技師国家試験が受験学生に及ぼすストレスの影響，生物試料分析，29(4)，375-378，2006.

20）金子有紀子，小板橋喜久代：健康女性への意図的タッチによって引き起こされる生理的・情緒的反応，看護研究，39(6)，469-480，2006.

21）佐々木綾子，中井昭夫，他：青年期の母性を育てる乳幼児とのふれあい育児体験に関する実証的研究－心理・生理・内分泌学的指標による評価－，日本母性看護学会誌，7(1)，1-9，2007.

22）Kanno, T., Asada, N., et al.: Salivary secretion of highly concentrated chromogranin A in response to noradrenaline and acetylcholine in isolated and perfused rat submandibular glands, Exp. Physiology, 84, 1073-1083, 1999.

［平成20年２月21日受　付
平成20年８月15日採用決定］

日本看護研究学会会報
第 76 号
（平成20年12月20日発行）
日本看護研究学会事務局

目　次

第34回日本看護研究学会学術集会を振り返って…… 1
第34回日本看護研究学会学術集会に参加して…… 3
第34回日本看護研究学会学術集会印象記…… 5
第34回日本看護研究学会学術集会会務報告…… 6

第34回日本看護研究学会学術集会を振り返って

園田学園女子大学　近　田　敬　子

約２年間の準備期を経て，平成20年８月20・21日の二日間，神戸国際会議場および神戸ポートピアホールにて，第34回日本看護研究学会の学術集会を開催し，無事終了することができました。これもひとえに，日本看護研究学会員の皆様，そして関係者の方々のご尽力・ご協力の賜でございます。準備の最中で不手際もございましたが，皆様からは励ましのお言葉を頂戴し，あたたかいご支援に，心から感謝申し上げます。

会期の２年余り前，本学術集会を引き受けるか否かの打診を頂いた時は，未だ本学看護学科が創設されたばかりの頃で，看護学科教員にとって人的・物的環境にも慣れない中での受諾の決断でした。それゆえに不安も大きかったですが，近隣の大学の協力を得て，学科全員で力を合わせてつくりあげたこの度の企画・運営でした。未だ，進行年度中の学科であるため，初々しい学部学生のボランティアにねぎらいの声もかけていただき，有難うございました。予想を超える約1,500余名の参加者の皆様を迎えて，盛会に終了することができましたことに，重ねて御礼申し上げます。

この度は，学術集会のメインテーマを企画委員で議論しながら『看護が紡ぐ将来のヘルスとケア』と題して，全体のプログラム構成を考え，紡ぐという言葉を散りばめて，一連の流れをつくりました。テーマの由来を掘り下げてみますと，私が「連携」の必要性を強く感じた頃に遡ることになります。それは，1970年代に看護の総合性・継続性・協同性という総合看護の概念が定着し始めた頃であったことを思い出します。中でも，看護の継続性の論議が活発になされ，その中で連携が叫ばれていました。その後も，現実的な必要性から連携に関する啓蒙活動や学習活動は，多領域で繰り広げられてきたことは言うまでもありません。しかし，その実現への思いに比べて現実の壁は厚く，個人的な信念としての活動に任されていた状況が長く続いたと言えるでしょう。ゆえに，患者や住民にとってはとても良い概念であり，

安心を得ることのできるケアであったものの，組織的な継続は難しく，個人の退職や転勤等でその活動は中断されて終るのが実情でした。

悔しく，残念な思いを繰り返しながら年月を経てきましたが，このこだわりは消滅することなく時を越えてきました。診療報酬に結びつく看護業務も増えつつある時代を迎えていることもさることながら，近年看護界は，これからの社会的役割を担うために，新しい時代を切り拓く知識や技術を能動的に創る実力を着実に身につけてきています。今こそ，各施設の中で紡ぎ，そしてさまざまな組織や地域と連携を図ることを，看護がリードする時代と信じ，今回のテーマといたしました。本音のところでは，時期に少し早いテーマだったかなと，心配しながらの決断でした。皆様にとっては如何だったでしょうか。アンケート結果に見るかぎり，回収数が少ない中からではありますが，概ね良かったという回答で安堵しております。

以上のような背景のもとに，ボランティア学生と共に心を込めて学会を運営してきましたが，直接・間接により多くの皆様のご支援いただきました。心より感謝申し上げます。

第34回日本看護研究学会学術集会に参加して

福井大学医学部看護学科 上 野 栄 一

第34回日本看護研究学会が8月20～21日まで，近田敬子会長（園田学園女子大）のもと，神戸ポートピアホテル・神戸国際会議場（神戸市）にて開催されました。また，プレカンファレンスも前日（19日）に開催されました。久しぶりの神戸での学会であり，大変楽しみにしていた学会でした。本研究学会では，会長講演や招聘講演を初めとして，シンポジウム，口演，示説に参加させていただき，多くの事を学ばさせていただきました。

私は，共同研究者の仲間と一緒に参加させていただきました。演題発表もあり，各会場を行ったり来たりの連続でしたが，これまで以上にいろいろと学ばさせていただき，大変充実した学会となりました。本稿では，学会での私自身が参加したセッションについて私見も交えながら述べさせていただきます。

久しぶりの神戸での学会でした。泊まったホテルの所在地は三ノ宮で，美味しい料理にも舌鼓いたしました。私の友人曰く「大都会だね」。

本学会のテーマは，「看護が紡ぎリードする次代の医療」でした。『紡ぐ』という言葉に大変魅力を感じました。これからの看護を言い表している絶妙な言葉だと思います。

プログラムは，20日の山口桂子理事長による開会の辞から幕開けでした。近田敬子会長の講演では，現代は，組織や地域との連携を看護がリードし，紡ぐ時代であると話されました。『まちの保健室』が，阪神淡路大震災時，心身の援助・生活の再構築・共同体の構築などの役割を果たしたと評価されました。また，共同体を育んでいくという意識が不可欠であるという言葉に感銘を受けました。

招聘講演のN. J. Chrisman氏（Washington University）は，慢性疾患の増大・高齢化の加速・新しい感染症の出現といった現状に対応について，「病院でのケア」から「地域」に焦点を移すことが必要と力説していました。私自身糖尿病教育に携わったこともあり，大変興味を持って聞きました。入院中の患者さんのケアも大切ですが，最も重要なことは退院後の患者さんのサポートだと改めて痛感いたしました。さらに研究の重要性についても触れられ，研究が地域によい結果をもたらすとも述べていました。看護職にとってとても力強いエールをいただいた感があります。懇親会では，Chrisman氏と，お話する機会がありました。日本が大好きでお刺身が大好きとのことでした。終始明るい笑顔を振りまいていました。また，講演を聴きたいと思っています。招聘講演が終わってから，ポスター会場及び口演会場に行きました。私自身の発表がトップでありましたので，駆け足で会場に入り，すぐに発表という時間との戦いでした。

20日，21両日とも，会場はどこも熱気あふれる質疑応答が行われていました。

20日は口頭発表45演題，示説139演題，21日は口頭発表76演題，示説145演題あり，その数に驚愕です。様々な分野があり，どれも力の入った研究でした。最近の研究では，共同研究が増えてきたと思います。

次に奨学会研究発表を聞きに行きました。鮫島輝美氏の地域における母乳育児を支援・啓発する言説

分析―尼崎市の母乳育児相談室の事例を通して―では，母親としての自信を引き出すことの大切さが伝わってくる内容でした。特別講演では，よこはま動物園ズーラシア園長の増井光子氏によるコウノトリとの共生　豊岡におけるコウノトリの再導入事業についての講演がありました。生き物と人間との共生というところに視点をおいた講演で，地球規模のお話と心温まるお話で感動しました。

一般演題発表では，私の発表がいくつかあり，看護管理分野の研究では会場からの質問もあり私自身勉強させていただきました。共同研究では，本学会での初めての発表者もいて，臨床の看護師が一生懸命発表する姿を見て，私が始めて本研究学会で発表した頃を思い出しておりました。他の研究発表も，若い研究者の発表が多かったように思います。私もいくつかの演題に対して質問させていただきましたが，一生懸命，原稿をみながら説明する姿に感動いたしました。思わず，頑張れと心の中で応援しました。どの会場も質疑応答が活発でした。

シンポジウムⅠ，Ⅱでは，他会場での私自身の発表もあり，部分的にしかお聞きすることはできませんでしたが，両シンポジウムとも，病院と地域との連携がこれから求められる重要なキーワードであると感じました。交流集会，特別交流集会でも，すべて聞くことはできませんでしたが，21日の交流集会ではHIV感染に対する看護職の役割について，同日特別交流集会では看護実践能力の向上について学ぶことができました。

学術集会前日には，近畿・北陸地方会企画プログラムプレカンファレンスセミナーにファシリテーターとして参加しました。『研究助成獲得のための申請書の書き方』（坂下玲子先生）と『アクセプトされるための論文の書き方』（川口孝泰先生）が開催され，会場は満員でした。活発な質疑応答もなされ，参加者の方々の熱意を感じました。

懇親会では，地元の高校生（兵庫県立三原高等学校）の余興（郷土芸能）もあり，私の友人もひとしお感激しておりました。また多くの人ともお話をする機会が持て，大変楽しい想い出の残る懇親会でした。

以上，学会の模様を私の私見を交えながら述べさせていただきました。

近田敬子会長をはじめ，実行委員の皆様，学会の運営本当にお疲れ様でした。細部にわたり，配慮がなされ，多くの事を学ばさせていただきました。運営に係わった多くの学生のみなさんに感謝します。会場がわからない時，質問させていただき，丁寧な言葉遣いで案内をしていただきました。感謝いたします。学生の皆さん，是非将来，この日本看護研究学会で発表してください。期待しております。

ところで，今年，３月に福井で第21回日本看護研究学会近畿・北陸地方会を開催することができました。本会並びに近田会長から声援を受けながら，世話人会代表阿曽洋子先生をはじめ多くの方々の御協力を得ましたことに対して，この場を借りて深謝申し上げます。

来年度の第35回日本看護研究学会学術集会は，横浜での開催と次期会長川島みどり先生よりご紹介がありました。来年もまた今から大変楽しみにいたしております。

最後に，本研究学会員の皆様のご健康とこれからのますますのご活躍を祈願いたしまして本稿を終わらせていただきます。

第34回日本看護研究学会学術集会印象記

園田学園女子大学人間健康学部　大　野　かおり

平成20年8月20日・21日の両日，神戸市で開催された第34回日本看護研究学会学術集会に参加しました。メインテーマとして「看護が紡ぐ将来のヘルスとケア」を掲げた今回の学術集会は，近年の少子高齢化等により保健・医療・福祉全般の仕組みの変革を余儀なく迫られているわが国の現状を振り返りながら，医療・保健の安心と信頼の保障に向けて，サービスの紡ぎ手である看護の役割～看護だからこそできることを見出してゆく手がかりになる内容でした。

会長講演「共同体の構築と看護　～まちの保健室を支えて10年～」では，少子高齢化や都市化，消費生活化などによってもたらされた地縁・血縁の希薄化が進む日本社会に，どのような看護が求められるのかを明確にする内容であり，「まちの保健室」という看護提供システムを活用しながら，住民と看護ボランティアとの協働により新しい看護のかたちを構築していく方法を示した内容でした。会長講演に続いて行われたノエル・クリスマン博士の招聘講演「将来のヘルスとケアに向けて，いかにコンピテンシィを紡ぐか　～大学，病院，地域のパートナーシップから～」では，地域で生きていくために地域のさまざまな機関がパートナーシップをとり，住民もその一役となっていくことの大切さを示した内容で，実践モデルとして大学でのプロジェクトを例にパートナーシップのあり方を教示したものでした。さらに特別講演で増井光子先生にお話いただいた「コウノトリとの共生　豊岡におけるコウノトリの再導入事業」では，コウノトリを中心として豊岡市と地域住民が一体となって環境整備に取り組む姿をご紹介いただきました。

これらの講演をとおして一貫して感じたのは，ヘルスプロモーションを推進する実践モデルであり，当事者と支援者が紡ぎだす有機的つながりが，共生する環境をよりよいものにつくりあげているということでした。よりよく生きるために，また死に向かうためには住民と支援者は，支援を受ける側と支援する側という枠を超えて，ともに生きる同じ立場の者として力を合わせることが大切であると実感し，その協働のもとに持続可能な環境づくりができるのだと感じました。

その後のトーキングセッションやシンポジウムⅠ，シンポジウムⅡで，共生のための持続可能な環境づくりへの思いは確信となり，そのために“看護者として何ができるのか”，“看護者としての責務は何か”についてのヒント～よりよいパートナーシップのため，ネットワーク化に向けたマネジメントを行い，リーダーシップをとる～を得られたと思います。

学術集会全体を通して，激動する社会に対応するために果たす看護者の役割について科学的・実践的に考える機会となりました。この刺激を明日からの“わたしの看護”にも活かしていきたいと決心を新たにした２日間でした。

第34回日本看護研究学会学術集会会務報告

1．会　期：平成20年８月19日（火），20日（水），21日（木）
2．会　場：神戸ポートピアホテル，神戸国際会議場
3．参加者：総数　1,522人（内訳　一般1325名，学生197名）
　　プレカンファレンス　202名
4．内　容：一般演題　526題（うち口演121題，ポスターセッション405題）

招聘講演	１題	プレカンファレンス	２題
特別講演	１題		
シンポジウム	２題		
トーキングセッション	１題		
交流集会	３題		
特別交流集会	１題		
ランチョンセミナー	３題		
会長講演			

但し，以下の演題は発表を取り消された。

第35群　135　家族介護者における自記式睡眠調査のActigraphによる妥当性の検証
　○福田　里砂，牧本　清子（大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻）
　　塚崎　恵子（金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻）
第57群　275　発達障害児の学校生活適応にむけた親の主体的な実践とその意味
　○山田　綾，伊藤　美樹子，三上　洋
　（大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻）
第72群　387　看護師が終末期がん患者のリンパ浮腫のケアを実践する中で感じる困難
　○大えき美樹（鳥取大学医学部保健学科）

会計報告

収　入	(円)	支　出	(円)
参　加　費	13,000,000	事 務 局 費	82,534
学術集会誌	611,000	会　議　費	265,623
本部補助金	500,000	業者委託費（事前準備・会場・設営・進行）	17,807,476
学術集会準備費借入金	3,516,500	通信運搬費	66,877
学会開催助成金（中内財団）	1,500,000	印刷・制作費	42,495
展示・広告	4,032,000	当日運営費	459,351
ランチョンセミナー	1,350,000	講師等旅費・謝金・記念品	1,052,392
そ　の　他	429,679	返金（準備金・学会費誤入金等）	3,648,830
		関係機関寄付等	1,513,601
合　計	24,939,179	合　計	24,939,179

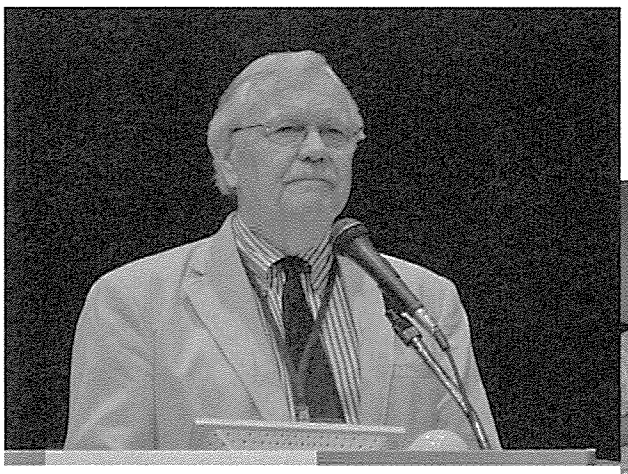
以上報告いたします

平成20年12月１日

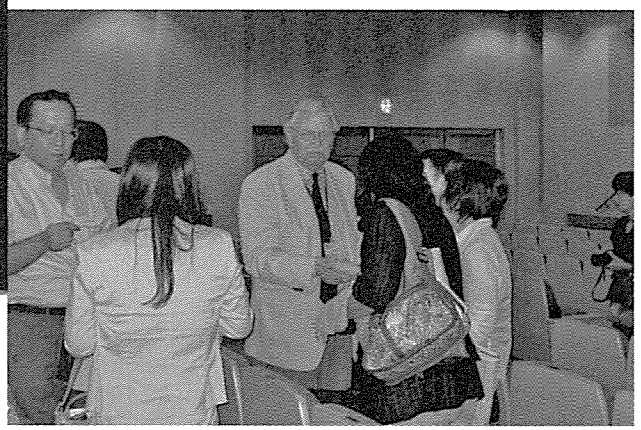
第34回日本看護研究学会学術集会
会長　近　田　敬　子

会長講演

山口理事長挨拶

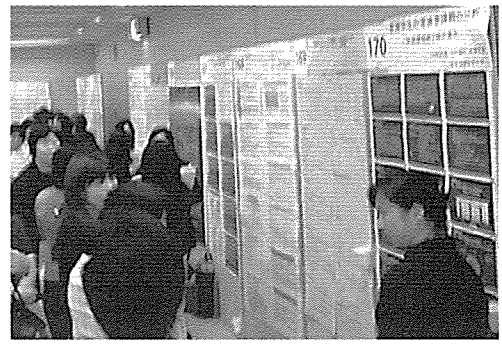


招聘講演

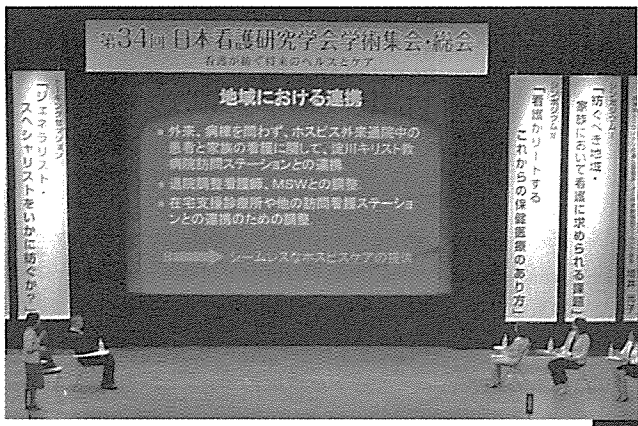


特別講演

会場風景



ポスターセッション



トーキングセッション

シンポジウムⅠ

シンポジウムⅡ

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
　　～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：0836-37-2831
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申し上げています。

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「椥辻（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：受付終了

■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

日本学術会議ニュース

このコーナーでは、日本学術会議の諸活動の動向を紹介しています。

■黒田玲子第三部会員 ICSU（International Council for Science：国際科学会議）副会長就任について

マプート（モザンビーク）で開催されたICSU第29回総会において、平成20年10月23日（木）に実施された役員選挙の結果、黒田玲子第三部会員がICSU副会長（渉外担当）に選出されました。日本学術会議からのICSU役員選出は、1963年の茅誠司会長（ICSU副会長）、1999年の吉川弘之会長（ICSU会長）以来のこととなります。なお、任期は、次回総会(2011年)までの3年となっています。

◆ ICSU(International Council for Science：国際科学会議)について

(1) 1931年設立の非政府、非営利の国際学術機関。パリに事務局。

(2) 学問分野を代表する国際学術団体と各国を代表する科学アカデミーの双方を束ねる科学者コミュニティの国際的な要。

(3) UNESCOと国際的学術の促進と発達のために密接な協力関係にあるほか、多くの国際共同研究計画を展開。

(4) 構成会員

ア　国際学術団体会員（29：国際数学連盟、国際薬理学連合など）

イ　国家科学アカデミー会員（95：日本学術会議、全米科学アカデミー、ロンドン王立協会など）

ウ　準会員（国際学術団体19、国家科学アカデミー7)、及び国家科学アカデミーオブザーバー（12）

(5) 役員

会長、副会長2名（科学計画・評価担当、渉外担当)、事務総長、財務役員、前会長又は次期会長の6名から構成。

会長　Catherine Brechignac（France）

副会長（科学計画・評価担当）Kari Raivio（Finland）

副会長（渉外担当) 黒田玲子（Council Member, SCJ）

事務総長　Maurice Tchuente（Cameroon）

財務役員　Hans-Rudolf Ott（Switzerland）

前会長　Goverdhan Mehta（India）

◆ 日本との関係

ICSU設立以来、日本学術会議（1949年以前は学術研究会議）が国家科学アカデミーとして加入。

分担金額は米に次ぐ第2位。

【問い合わせ先】日本学術会議事務局　参事官（国際業務担当）付

〒106-8555　東京都港区六本木7-22-34　TEL：03-3403-5731　FAX：03-3403-1755　e-mail：i253@scj.go.jp

●ホームページの「日本学術会議ニュース」欄にも掲載しておりますので、ご覧ください。
(http://www.scj.go.jp/ja/info/news/index.html)
なお、ご意見等がありましたら、下記問い合わせ先まで、お寄せください。
〔日本学術会議事務局企画課〕〒106-8555 東京都港区六本木7-22-34（TEL：03-3403-1906、p227@scj.go.jp）

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

日本学術会議ニュース

このコーナーでは、日本学術会議の諸活動の動向を紹介しています。

■ 代理懐胎を中心とする生殖補助医療に関する課題についての会長談話（―海外における日本人の依頼による代理出産の事例に関連して―）

日本学術会議は、代理懐胎を中心とする生殖補助医療をめぐる諸問題について、法務大臣と厚生労働大臣からの審議依頼（平成18年11月）に基づき、法学、医学、生命倫理等の専門家からなる委員会を設けて1年以上かけて検討を進め、本年（平成20年）4月に、同審議依頼に対する両大臣への回答及び「代理懐胎を中心とする生殖補助医療の課題－社会的合意に向けて－（日本学術会議 生殖補助医療の在り方検討委員会）」と題する対外報告をとりまとめました。

対外報告「代理懐胎を中心とする生殖補助医療の課題－社会的合意に向けて－」
（平成20年4月8日　日本学術会議 生殖補助医療の在り方検討委員会）
http://www.scj.go.jp/ja/info/iinkai/seishoku/index.html

今般、海外における日本人の依頼による代理出産に関する報道がなされております。日本学術会議は個別の問題についてのコメントを差し控えますが、ここで発生した事例は、上記対外報告で指摘した代理懐胎に関する諸問題及びそれらに対する提言の内容と直接関連しているものと考えます。言うまでもなく、最優先されるべきは子供たちの福祉であり、その点から懸念されるのは、報道された子供だけでなく、報道されていない事例で生まれてくる子供たちのことです。

日本学術会議としては、生殖補助医療に関する課題について、それが個人の生命倫理観や家族観等にかかわる深淵かつ難しい問題ではあることを十分理解しつつも、改めて本年４月に取りまとめた対外報告における提言を参考としていただき、国民の間で幅広く議論が行われ、早期に社会的な合意がなされ、法制面での整備を含め、国を挙げて問題解決に向けて動き出すことを期待します。

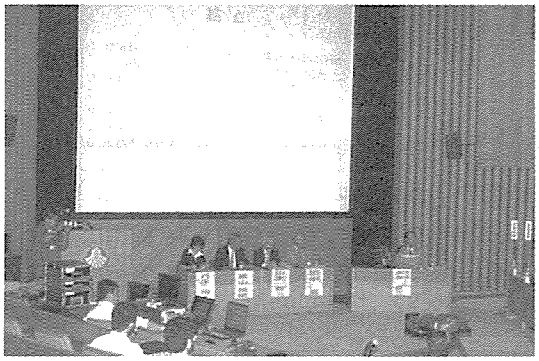
平成20年８月15日
日本学術会議会長
金　澤　一　郎

■ 日本学術会議主催公開講演会「医療のイノベーション―信頼に支えられた医療の実現のために―」の開催

日本学術会議は、日本内科学会、日本外科学会及び日本病院会との共催で、平成20年８月25日（月）、産科や小児科における医師不足、救急医療の問題など医療を安定的・持続的に提供できる基盤、特に病院医療に大きな問題が起きていることに対し、医療のイノベーションを行うため、現実的で合理的な医療の将来像を描き、必要となる負担をどうするか、それに対して、医師を始めとする医療者は、国民が必要とする医療を保障し、持続的に提供できる体制をいかに確保するか、我が国の医療が信頼に支えられて持続していくことができるようにいかに知恵を傾けるべきかなどを医療者、関係団体、住民等の立場から討議しました。

講演会では、冒頭に桐野高明日本学術会議第二部会員が「信頼に支えられた医療の実現のために」と題する導入を行い、引き続いて次の四つの講演が行われました。

公開講演会の模様



①「医療アクセスの国際比較」田中 滋（慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授）

②「医療現場からみた課題」山本修三（(社）日本病院会会長）

③「『社会システムデザイン』手法による医療システム改革の提案」横山禎徳（社会システムデザイン研究所ディレクター・社会システムデザイナー）

④「地域医療を守りたい･･･住民としてできること」丹生裕子(県立柏原病院の小児科を守る会代表）

講演の後、永井良三日本学術会議第二部会員の司会により、パネルディスカッションが行われ、雨の中集った約百名の参加者は熱心に聞き入っていました。

●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。

〒260-0015　千葉県千葉市中央区富士見２丁目22番６号　富士ビル６階

日本看護研究学会　編集委員会　委員長　川口　孝泰　宛

（封筒の表には，「日看研誌原稿」と朱書し，書留郵便で郵送すること。）

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

4．原稿の受付

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

5．投稿の採否

投稿の採否は，規程の査読を経たうえで本誌編集委員会が決定する。場合により著者に内容の追加あるいは短縮を求めることがある。また著者に承認を求めたうえで投稿の種類を変更することがある。

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

なお原稿は原則として返却しない。

なお原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

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

〔凡例〕○：評価の対象とする，空欄：評価するが過度に重視しない。

6．原稿の校正

校正にあたり，初校は著者が，２校以後は著者校正に基づいて編集委員会が行う。

なお校正の際の加筆は一切認めない。

7．原稿掲載料・別刷料

原稿が刷り上がりで，10頁以下（800字詰原稿用紙30枚（図表含む））の場合は，掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は，所定の料金を徴収する。超過料金は，刷り上がり超過分１頁につき実費とする。

図表は，Ａ４判用紙にトレースした原図を添える事。印刷業者でトレースが必要になった時はその実費を徴収する。

別刷については，印刷ファイル（pdf）の形で無料で配布する。刷紙媒体で必要な著者は，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，掲載された原稿の版権は本会に属するものとする。他者の版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30㎜，上下余白50㎜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，本文原稿の最後に一括して引用番号順に整理して記載し，書式は本文と同じとする。文献著者が３名以上の場合は筆頭者２名のみをあげ，○○他とする。文献の記載方法は以下の通りである。

①雑誌の場合：

番号）著者名：表題，雑誌名，巻（号），始ページ－終ページ，発行年（西暦）

－例－

1）日本太郎，看護花子，他：社会的支援が必要なハイリスク状態にある高齢入院患者の特徴，日本看護研究学会雑誌，2(1)，32－38，1998

2）Nihon, T., Kango, H. et al.: Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service, J. Nursing, 2(1), 32－38, 1998

②書籍の場合：

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

－例－

3）研究太郎：看護基礎科学入門，23－52，研究学会出版，大阪，1995

③編集者の場合：

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

－例－

4）研究花子：不眠の看護，日本太郎，看護花子（編）：臨床看護学Ⅱ，123－146，研究学会出版，東京，1998

5）Kimura, H.: An approach to the study of pressure sore, In: Suzuki, H., et al. (Eds): Clinical Nursing Intervention, 236－265, Nihon Academic Press, New York, 1996

④電子文献の場合：

番号）著者：タイトル，入手日，アドレス

－例－

6）ABC看護学会：ABC看護学会投稿マニュアル，2003-01-23,
http://www.abc.org/journl/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となるページ数を下記のページ数から差し引いたページ数に，2400文字を乗じた数が本文及び引用文献に使用できる文字数になる。

(1) 原著論文　　10ページ
(2) 研究報告　　10ページ
(3) 技術・実践報告　　7ページ
(4) 総　　説　　7ページ

3．原稿の電子媒体での提出

原則として，原稿の内容を電子媒体（フロッピーディスク，MO，CDの，いずれか）で提出する。ラベルには著者，表題，使用機種，使用ソフトウェアを明記すること。

この要項は，昭和59年12月1日より発効する。

付　則

1）平成5年7月30日　一部改正実施する。
2）平成9年7月24日　一部改正実施する。
3）平成10年7月30日　一部改正実施する。
4）平成12年4月22日　一部改正実施する。
5）平成15年7月23日　一部改正実施する。
6）平成17年7月21日　一部改正実施する。

(注)

1．論文目録

日本看護研究学会雑誌に掲載された原著論文および研究報告等，全ての論文について原稿種類別，巻号別，掲載順にまとめた。

著者名：標題，英文標題，巻（号），掲載頁，発行年（西暦）．の順に掲載した。

2．著者索引

原著論文および研究報告等，全ての論文の著者名をあいうえお順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。なお，筆頭著者の巻（号）はゴチック体にした。

3．事項索引

論文ごとに，その標題より若干の用語を選定した。配列は邦文をあいうえお順，次に欧文をアルファベット順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。

1．論　文　目　録

第31巻

［原著］

武田江里子，田村一代：妊産褥婦の気分と対児感情との関連および「怒り－敵意」に関する要因，Correlation of Moods and Feeling for a Child in Pregnant and Parturient Woman, and the Influence Factor for "Anger-Hostility"，31(1)，37-45，2008.

加藤真由美，小松佳江，泉キヨ子，西島澄子，安田知美，平松知子，浅川康吉，樋木和子：施設高齢者の転倒予防のための運動プログラム（全身版）の開発とその効果，Outcomes of a Whole-Body Exercise Program for Fall Prevention Among Elderly Personsin a Long-Term Care Facility，31(1)，47-54，2008.

横山純子，宮腰由起子：脳梗塞患者における発症後の自尊感情の経時的変化と関連要因，Factors Associated with Changes in Self-Esteem after Stroke，31(1)，55-65，2008.

谷村千華，森本美智子：「病気関連不安認知尺度」の因子不変性に関する検討，Factorial Invariance for the Cognition Scale of Illness-related Anxiety，31(1)，67-73，2008.

赤瀬智子，小林敏生：妊娠時鉄欠乏性貧血における適切な食事指導に関する基礎的検討－鉄補給のためのレバー過剰摂取の問題点－，Examination of Appropriate Alimentary Guidelines for Anemia during Pregnancy－Problems of Excessive Intake of Iron Derived from Liver－，31(2)，17-24，2008.

佐久間夕美子，叶谷由佳，石光芙美子，細名水生，望月好子，佐藤千史：若年女性の月経前期および月経期症状に影響を及ぼす要因－看護学生と専門学生における生活習慣・保健行動の比較－，The Factors Affecting Premenstrual and Menstrual Symptoms Among Young Women－Comparison of the Lifestyle/Health Behavior in Nursing Students and Non-medical Vocational School Student－，31(2)，25-36，2008.

田中美穂：入院・治療中の超高齢者がもとめる看護～体験の記述と解釈～，The Nursing which should be Necessary the Oldest-old People during the Hospitalization－The Lived Experience Description and Interpretation－，31(2)，37-46，2008.

玉田　章，平野真紀，大塚眞代，奥田　淳：Incentive Spirometryを使用した呼吸訓練による健康成人女子の換気機能への影響，Effect of Incentive Spirometry Respiratory Training on the Ventilatory Function of Healthy Adult Women，31(2)，47-54，2008.

松田光信：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' Following Psychoeducation "Acceptance of Medication"，31(4)，15-25，2008.
今西誠子：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，31(4)，27-39，2008.

中村百合子，山崎登志子，糠信憲明，大沼いづみ：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，31(4)，41-48，2008.

井草理江，青木　健，亀田真美，岩崎賢一，松田たみ子，真砂涼子：看護ケアとしての足部マッサージ中および終了後における自律神経活動指標の評価，Assessment of Autonomic Nervous Activity during and After Foot Massage for Nursing Care,

31(5), 21-27, 2008.

[研究報告]

則包和也, 白石裕子：統合失調症患者の表情認知における視線運動の特徴, A Characteristic of Eye Movement During Facial Affect Recognition in Patients with Schizophrenia, 31(1), 75-82, 2008.

市江和子：重症心身障害児施設に勤務する看護師の重症心身障害児・者の反応を理解し意思疎通が可能となるプロセス, The Process by which Nurses Working at an Institution for Severely Handicapped Children Understandthe Responses of Severely Handicapped Children and Individuals and Achieve Mutual Understanding, 31(1), 83-90, 2008.

松田光信：急性期統合失調症患者に対する看護介入としての心理教育プログラムの開発過程, Development Process of a Psychoeducation Program as a Nursing Interventionfor Acute Schizophrenic Inpatients, 31(1), 91-99, 2008.

大和貴子, 山口桂子：在宅で生活している青年期 Duchenne型筋ジストロフィー患者の外出について－本当は行きたい外出を取り戻すプロセス－, Adolescent Duchenne Muscular Dystrophy Patients Living at Home and their Desire to Go Out － The Process of Regaining a True Desire to Go Out of the House, 31(1), 101-109, 2008.

九津見雅美, 山田　綾, 伊藤美樹子, 三上洋：施設入所認知症高齢者にみられるBPSD(behavioral and psychological symptoms of dementia) ケアのための新たな概念の構築：問題行動パラダイムを越えて, Constructing of the New Concept of BPSD Caring for People with Dementia Living in Facilities; Beyond the Paradigm which BPSD is the Problematic Behavior, 31(1), 111-120, 2008.

須藤小百合, 青木健, 冨岡真理子, 真砂涼子, 松田たみ子：圧力の異なる末梢部温湯清拭が皮膚血流反応に及ぼす影響, Pressure Difference on the Cleansing of Bed Bath in the Limbs Alters the Peripheral Skin Blood Flow Responses, 31(1), 121-128, 2008.

今堀陽子, 作田裕美, 坂口桃子：看護師の専門職的自律性獲得とメンタリング, Acquisition of Professional Autonomy and Mentoring in Nursing, 31(2), 55-63, 2008.

関美奈子：代謝循環器系外来患者のアドヒアランスへの看護量の測定, Investigation of the Quantity of Nursing for Adherence in Outpatient with Cardiometabolic Diseases, 31(2), 65-72, 2008.

中納美智保, 青山ヒフミ：新卒看護師の患者との関わり方の特徴, Characteristics in the Ways in Which Newly Graduated Nurses Engaged Patients, 31(2), 73-81, 2008.

辻　慶子, 間瀬由記, 寺﨑明美：喉頭摘出者におけるライフスタイル再編成の過程－食道発声教室参加まもない参加者を対象に－, Reconstructing the life-Styles of Laryngectomy Patients － Esophageal Speech Training Classes for Beginners －, 31(2), 83-95, 2008.

浅野美礼：無菌病室における層流中の患者に付随する伴流の動態, Aerodynamics of Wakes Around Patients in a Horizontal Laminar Airflow, 31(2), 97-103, 2008.

堤　雅恵, 小林敏生, 宮腰由紀子, 田中マキ子, 広瀬春次, 澄川桂子, 涌井忠昭：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－，31(4)，49-57，2008.

田中美智子，長坂　猛，矢野智子，小林敏生，榊原吉一：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 BreathingUsing the Diaphragm in Healthy Women，31(4)，59-65，2008.

片岡三佳，小澤和弘，市江和子，岩満優美：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，31(4)，67-74，2008.

渡辺千枝子：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，31(4)，75-85，2008.

岩谷美貴子，渡邉久美，國方弘子：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－，A Study on Nurse's Mental Health in Critical Care－The Relationship Among Emotional Labor, Sense of Coherence and Strain－，31(4)，87-93，2008.

及川正広，武田利明：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，31(4)，95-100，2008.

藤内美保，宮腰由紀子，安東和代：新人看護師の臨床判断プロセスの概念化－健康歴聴取場面におけるケア決定までの判断－，Clinical Judgment among Relatively Inexperienced Nurses : Toward the Development of Educational Methods to Teach Critical Thinking－The Ability of Relatively to Apply Clinical Judgment while Taking a Health History－，31(5)，29-38，2008.

藤田三恵，川島和代，諸江由紀子：慢性疾患患者が食事を改善し維持に至る認識の変化の過程，Process of Change in Recognition of Patients With Chronic Illness Who Lead to Maintain Their Improved Eating Habits，31(5)，39-48，2008.

折山早苗，渡邉久美：患者の自殺・自殺企図に直面した精神科看護師のトラウマティック・ストレスとその関連要因，Traumatic Stress of Psychiatric Nurses Who Witnessed Their Patients' Actual or Attempted Suicide and Its Related Factors，31(5)，49-56，2008.

亀岡智美，舟島なをみ，野本百合子，村上みち子，鈴木美和：FDの企画運営に携わる看護学教員が直面している活動上の問題－看護系大学・短期大学教員の面接調査を通して－，Problems That Nursing Faculty Who Were Members of Faculty DevelopmentCommittee of BSN or ADN Programs Encounter，31(5)，57-62，2008.

佐藤幸子，塩飽　仁，山本三奈，藤田　愛：神経症・心身症児の不適応行動の分析，Maladaptive Behaviors Experienced by Children with Neuroses or Psychosomatic Disorders，31(5)，63-69，2008.

神宝貴子，國方弘子：デイケア・作業所に通所中の統合失調症患者が自己の生き方におりあいをつけるプロセス，The Process in Which Patients with Shizophrenia Coming to a Psychiatric Day Care or a Small-Scale Workshop Rearch "Oriai" with Reality，31(5)，71-78，2008.

岡本亜紀，國方弘子，茅原路代，渡邉久美，折山早苗：精神疾患患者を支える家族員の批判的態度に関する因果分析，

Causal Analysis on Negative Attitudes of Family Members Caring for Mentally Ill People, 31(5), 79-87, 2008.

[技術・実践報告]

江口裕美子, 湯沢八江：手術室看護師の業務に対する意識の一考察, Study on Awaveness of Operating Room Nurses Towards their Duties, 31(4), 101-110, 2008.

高辻功一, 杉本吉恵：看護学実習が唾液コルチゾール分泌に及ぼす影響, The Effect on the Secretion of Salivary Cortisol during Clinical Nursing Praticum, 31(5), 89-92, 2008.

2. 論文著者索引

あ
青木　健　31(1) 121，31(5) 21
青山ヒフミ　31(2) 73
赤瀬智子　31(2) 17
浅川康吉　31(1) 47
浅野美礼　31(2) 97
安東和代　31(5) 29

い
井草理江　31(5) 21
石光芙美子　31(2) 25
泉　キヨ子　31(1) 47
市江和子　31(1) 83，31(4) 67
伊藤美樹子　31(1) 111
今西誠子　31(4) 27
今堀陽子　31(2) 55
岩崎賢一　31(5) 21
岩谷美貴子　31(4) 87
岩満優美　31(4) 67

え
江口裕美子　31(4) 101

お
及川正広　31(4) 95
大塚眞代　31(2) 47
大沼いづみ　31(4) 41
大和貴子　31(1) 101
岡本亜紀　31(5) 79
奥田　淳　31(2) 47
小澤和弘　31(4) 67
折山早苗　31(5) 49，31(5) 79

か
片岡三佳　31(4) 67
加藤真由美　31(1) 47
叶谷由佳　31(2) 25
亀岡智美　31(5) 57
亀田真美　31(5) 21
茅原路代　31(5) 79
川島和代　31(5) 39

く
九津見雅美　31(1) 111
國方弘子　31(4) 87，31(5) 71，31(5) 79

こ
小林敏生　31(2) 17，31(4) 49，31(4) 59
小松佳江　31(1) 47

さ
榊原吉一　31(4) 59
坂口桃子　31(2) 55
作田裕美　31(2) 55
佐久間夕美子　31(2) 25
佐藤千史　31(2) 25
佐藤幸子　31(5) 63

し
白石裕子　31(1) 75
塩飽　仁　31(5) 63
神宝貴子　31(5) 71

す
杉本吉恵　31(5) 89
鈴木美和　31(5) 57
須藤小百合　31(1) 121
澄川桂子　31(4) 49

せ
関　美奈子　31(2) 65

た
高辻功一　31(5) 89
武田江里子　31(1) 37
武田利明　31(4) 95
田中マキ子　31(4) 49
田中美智子　31(4) 59
田中美穂　31(2) 37
谷村千華　31(1) 67
玉田　章　31(2) 47
田村一代　31(1) 37

つ
辻　慶子　31(2) 83
堤　雅恵　31(4) 49

て
寺崎明美　31(2) 83

と
藤内美保　31(5) 29
冨岡真理子　31(1) 121

な
長坂　猛　31(4) 59
中納美智保　31(2) 73
中村百合子　31(4) 41

に
難信憲明　31(4) 41
西島澄子　31(1) 47

の
野本百合子　31(5) 57
則包和也　31(1) 75

ひ
樋木和子　31(1) 47
平野真紀　31(2) 47
平松知子　31(1) 47
広瀬春次　31(4) 49

ふ
藤田三恵　31(5) 39
藤田　愛　31(5) 63
舟島なをみ　31(5) 57

ほ
細名水生　31(2) 25

ま

真砂涼子 31(1) 121，31(5) 21

間瀬由記 31(2) 83

松田たみ子 31(1) 121，31(5) 21

松田光信 31(1) 91，31(4) 15

み

三上　洋 31(1) 111

宮腰由起子 31(1) 55

宮腰由紀子 31(4) 49，31(5) 29

む

村上みち子 31(5) 57

も

望月好子 31(2) 25

森本美智子 31(1) 67

諸江由紀子 31(5) 39

や

安田知美 31(1) 47

矢野智子 31(4) 59

山口桂子 31(1) 101

山崎登志子 31(4) 41

山田　綾 31(1) 111

山本三奈 31(5) 63

ゆ

湯沢八江 31(4) 101

よ

横山純子 31(1) 55

わ

涌井忠昭 31(4) 49

渡邉久美 31(4) 87，31(5) 49，79

渡辺千枝子 31(4) 75

3. 事 項 索 引

あ

アクティビティケア 31(4) 49
アドヒアランス 31(2) 65
安寧 31(1) 111

い

怒り－敵意 31(1) 37
維持 31(5) 39
意識の変容 31(4) 75
意思疎通 31(1) 83
インセンティブ・スパイロメトリー 31(2) 47
インフォームドコンセント 31(2) 37

う

運動プログラム（全身版） 31(1) 47

え

SOC 31(4) 41

お

おりあい 31(5) 71

か

介護する嫁 31(4) 75
介護療養型医療施設 31(4) 49
外出 31(1) 101
外傷性ストレス 31(5) 49
外来看護 31(2) 65
家族員 31(5) 79
カテコールアミン 31(4) 59
換気回数 31(2) 97
換気機能 31(2) 47
関係性 31(4) 27
看護 31(1) 55
看護介入 31(1) 91
看護学教員 31(5) 57
看護学実習 31(5) 89
看護技術 31(1) 121
看護専門学校生 31(2) 25
看護量 31(2) 65
患者関係 31(2) 73
患者の自殺 31(5) 49
患者の自殺企図 31(5) 49
感情労働 31(4) 87

き

記述的研究 31(4) 15
気分 31(1) 37
教員特性 31(4) 67

く

空気中浮遊微粒子 31(2) 97

け

ケアスタッフ 31(1) 111
軽擦法 31(5) 21
血圧変動 31(5) 21
月経前期および月経期症状 31(2) 25
健康女子 31(2) 47
健康歴聴取 31(5) 29
現象学 31(4) 27

こ

抗がん剤 31(4) 95
喉頭摘出者 31(2) 83
高齢者 31(1) 47
呼吸訓練 31(2) 47
個人属性 31(4) 67
子ども 31(4) 27, 31(5) 63
コルチゾール 31(4) 59

さ

在宅看護 31(4) 75
在宅での介護 31(4) 75

し

自己決定 31(2) 37
施設 31(1) 47
視線運動 31(1) 75
自尊感情 31(1) 55
自尊心 31(5) 71
重症心身障害児・者 31(1) 83
重症心身障害児施設 31(1) 83
縦断的研究 31(1) 55
周波数解析 31(5) 21
手術 31(2) 47

手術室看護師 31(4) 101
手術室看護師の業務 31(4) 101
食事改善 31(5) 39
食道発声 31(2) 83
職務満足感 31(4) 67
助手 31(4) 67
自律神経反応 31(4) 59
神経症 31(5) 63
新人看護師 31(5) 29
心身症 31(5) 63
新卒看護師 31(2) 73
心拍変動 31(4) 59, 31(5) 21
心理教育 31(1) 91, 31(4) 15
心理的混乱 31(4) 27

す
睡眠・覚醒パターン 31(4) 49
睡眠日誌 31(4) 49
ストレス 31(5) 89
ストレス反応 31(4) 87, 31(5) 79

せ
生活困難 31(5) 79
生活習慣 31(2) 25
清拭圧 31(1) 121
清拭方向 31(1) 121
精神科看護師 31(5) 49
精神疾患患者 31(5) 79
青年期 31(1) 101
生理的反応 31(5) 89
セルフ－ヘルプグループ 31(2) 83
sense of coherence 31(4) 87
専門職的自律性 31(2) 55

そ
総合失調症 31(4) 15
足部マッサージ 31(5) 21

た
体験 31(2) 37
対児感情 31(1) 37
代謝循環器系 31(2) 65
対人関係 31(1) 75
唾液コルチゾール 31(5) 89

ち
超高齢者 31(2) 37

て
鉄欠乏性貧血 31(2) 17
Duchenne型筋ジストロフィー 31(1) 101
転倒予防 31(1) 47

と
統合失調症 31(1) 91
統合失調症患者 31(1) 75, 31(4) 41, 31(5) 71
同時因子分析 31(1) 67

な
内容分析 31(5) 57

に
入院患者 31(1) 67
妊産褥婦 31(1) 37
認識の変化 31(5) 39
認知症 31(4) 75
認知症高齢者 31(1) 111
妊婦 31(2) 17

の
脳梗塞 31(1) 55

は
バーンアウト 31(4) 67

ひ
BPSD 31(1) 111
非医療系の専門学生 31(2) 25
ビタミンA 31(2) 17
批判的態度 31(5) 79
皮膚温 31(1) 121
皮膚循環 31(1) 121
皮膚傷害 31(4) 95
表情認知 31(1) 75

ふ
ファカルティ・ディベロップメント 31(5) 57
不安認知 31(1) 67
腹式呼吸 31(4) 59

服薬の受け止め 31(4) 15
不適応行動 31(5) 63
プログラム開発 31(1) 91
プロセス 31(1) 83

ほ
保健行動 31(2) 25
保健指導 31(2) 17

ま
慢性期 31(4) 41
慢性疾患患者 31(5) 39

む
無菌病室 31(2) 97

め
メンター 31(2) 55
メンタリング 31(2) 55
メンタルヘルス 31(4) 87

や
やりがい 31(4) 101

よ
要介護高齢者 31(4) 49

ら
ライフスタイル再編成 31(2) 83

り
臨床判断 31(5) 29

れ
レバー 31(2) 17

ろ
漏出 31(4) 95

欧文

a whole-body exercise progam 31(1) 47
abdominal breathing 31(4) 59
acceptance of medication 31(4) 15
activity care 31(4) 49
Adherence 31(2) 65
adolescent 31(1) 101
air exchange rate 31(2) 97
airborne particles 31(2) 97
anger-hostility 31(1) 37
anticarcer drug 31(4) 95
autonomic nervous response 31(4) 59

behavioral and psychological symptoms of dementia 31(1) 111
biologcal clean room 31(2) 97
blood pressure variability 31(5) 21
breathing exercises 31(2) 47
burnout 31(4) 67

Cardiometabolic 31(2) 65
care-provider 31(1) 111
catecholamine 31(4) 59
change of consciousness 31(4) 75
change of their eating habits 31(5) 39
change their recognition 31(5) 39
child 31(5) 63
children 31(4) 27
chronic 31(4) 41
clinical judgment 31(5) 29
clinical nursing practicum 31(5) 89
cognition during anxiety 31(1) 67
content analysis 31(5) 57
cortisol 31(4) 59
cutaneous circulation 31(1) 121

dementia 31(4) 75
descriptive study 31(4) 15
direction of massage 31(1) 121
distress in daily life 31(5) 79
Duchenne muscular dystrophy 31(1) 101

effleurage 31(5) 21
elderly persons 31(1) 47
emotional agitation 31(4) 27
emotional labor 31(4) 87
esophageal speech 31(2) 83
experience 31(2) 37
extravasation 31(4) 95
eye movement 31(1) 75

facial affect recognition 31(1) 75
faculty development 31(5) 57
fall prevention 31(1) 47
family member 31(5) 79
foot massage 31(5) 21
frail elderly 31(4) 49

going out 31(1) 101

health behavior 31(2) 25
health education 31(2) 17
healthy woman 31(2) 47
heart rate variability 31(4) 59
home care 31(4) 75
home nursing care 31(4) 75

in a long-term care facility 31(1) 47
incentive spirometry 31(2) 47
individual parameters 31(4) 67
inexperienced nurses 31(5) 29
Informed consent 31(2) 37
inpatients 31(1) 67
institution for severely handicapped children 31(1) 83
interpersonal relations 31(1) 75
iron-deficiency anemia 31(2) 17

job satisfaction 31(4) 67, 31(4) 101

keep their lifestyle 31(5) 39

laryngectomy patients 31(2) 83
lifestyle 31(2) 25
liver 31(2) 17
longitudinal study 31(1) 55
long-term care hospital 31(4) 49

maladaptive behaviors 31(5) 63
mental health 31(4) 87
mentally ill people 31(5) 79

mentor 31(2) 55
mentoring 31(2) 55
mutual understanding 31(1) 83

negative attitude 31(5) 79
neuroses 31(5) 63
new graduate nurse 31(2) 73
non-medical vocational school students. 31(2) 25
nursing 31(1) 55
nursing faculty 31(5) 57
Nursing in Outpatient Department 31(2) 65
nursing intervention 31(1) 91
nursing skill 31(1) 121
nursing students 31(2) 25

oldest-old people 31(2) 37
operating room nurse 31(4) 101
operating room nursing duties 31(4) 101
operation 31(2) 47
oriai 31(5) 71

patient-relationships 31(2) 73
patients with chronic illness 31(5) 39
patients with schizophrenia 31(1) 75
patients' actual suicide 31(5) 49
patients' attempted suicide 31(5) 49
peace 31(1) 111
people with dementia 31(1) 111
phenomenological 31(4) 27
physiological response 31(5) 89
pregnancy 31(2) 17
pregnant and parturient woman 31(1) 37
premenstrual and menstrual symptoms 31(2) 25
pressure of massage 31(1) 121
process 31(1) 83
professional autonomy 31(2) 55
profile of mood states 31(1) 37
program development 31(1) 91
psychiatric nurses 31(5) 49
psychoeducation 31(1) 91, 31(4) 15
psychosomatic disorders 31(5) 63

Quantity of Nursing 31(2) 65
reconstructing the life-styles 31(2) 83
relationship 31(4) 27
research associates 31(4) 67
R-R interval variability 31(5) 21

salivary cortisol 31(5) 89
schizophrenia 31(1) 91, 31(4) 15
self-determination 31(2) 37
self-esteem 31(1) 55, 31(5) 71
self-help groups 31(2) 83
sense of coherence 31(4) 87
severely handicapped children and individuals 31(1) 83
shizophrenia patient 31(5) 71
shizophrenic patients 31(4) 41
simultaneous factor analysis 31(1) 67
skin lesions 31(4) 95
skin temperature 31(1) 121
sleep log 31(4) 49
sleep-wake pattern 31(4) 49
SOC 31(4) 41
spectral analysis 31(5) 21
strain 31(4) 87
stress 31(5) 89
stress and emotion 31(5) 79
stroke 31(1) 55

take care of elderly parents-in-law 31(4) 75
taking a health history 31(5) 29
teaching aptitude 31(4) 67
the feeling for a child 31(1) 37
traumatic stress 31(5) 49

ventilatory function 31(2) 47
vitamin A 31(2) 17

事 務 局 便 り

1　日本看護研究学会事務局移転のお知らせ

平成20年12月１日付けで，以下の住所に移転致しましたので，会告（１）でお知らせしましたとおり，以後，各文書等の送付先にご注意下さい。尚，電話番号・FAX・HPアドレス等の変更はございません。

記

〒　260-0015　千葉県千葉市中央区富士見２丁目22番６号　富士ビル６階　日本看護研究学会事務局

2　第35回学術集会演題申込条件について

学術集会演題申込には，会告（２）の一般演題募集要項の通り「発表年度に会員であること」が条件です（平成16年度改正）。発表年度までの発表年度会費納入をご確認の上，お申込下さい。なお，詳細は，ホームページおよび最新の学会雑誌巻末の入会申込用紙の留意事項に記しておりますのでご覧下さい。

3　平成21年度会費納入について

今回お送りした，学会雑誌31巻５号は，平成20年度最終号ですので，平成21年度用の会費振込用紙を同封いたしております。皆様には平成21年度も会員を継続して下さいますようお願い申し上げ，平成21年度会費7,000円をお納め下さいますようご案内いたします。

4　平成20年度会費未納の方へのお願い

平成20年度会費の納入がお済みでない場合は，平成20年度と平成21年度の会費を合わせた金額14,000円をお振り込み下さいますようお願いいたします。

会則第９条　会計第22条のとおり，年度末までに「次年度から退会」のお申し出がない限り，会員資格は自動的に継続されます。今年度はすでに31巻１号～４号を送付し，本日５号をお送りしております。年度末も迫っておりますので，お早めに平成20年度会費をお振込下さいますようお願いいたします。

なお，平成20年度会費納入の上で「平成21年度からの退会」を希望される方は，平成20年度内（平成21年３月31日まで）に事務局まで文書でお申出下さい。

会費・振込先は，下記の通りです。

会費・振込先は，下記の通りです。

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

会員には同姓・同名の方がおりますので，お振込の際は，必ず会員番号をご記入下さい。ATMによるお振込の場合，会員番号・氏名・ご連絡先の記述のない場合がありますのでご注意下さい。会員番号は，封筒のラベルに明記しております。

ラベル見本

260-0015
千葉市中央区富士見２丁目22－６　富士ビル６Ｆ
千葉　花子
(3)(ち 9999)(2008)
平成21年度会費をお支払い下さい。
①　②　③

①：地区番号
②：会員番号
③：会費最終納入年度

5　送付先変更の場合，学会雑誌巻末の「変更届」に新しい送付先を楷書でお書きいただき，フリガナを付記し，FAX（043－221－2332）またはメール（info@jsnr.jp）で事務局までお知らせ下さい。

6　下記の方が住所不明です。ご存知の方は，本人，または事務局までご連絡下さい。

た0904　田中奈津子　な0481　成田　　円　ま0361　前原美紀子　ゆ0025　百合　純子（2007）　み0126　三木喜美子（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

※　個人情報の管理について
日本看護研究学会では，ご登録の個人情報を慎重に取扱い，本会運営目的のみに使用いたしております。

日 本 看 護 研 究 学 会 雑 誌

第31巻　５号

会員無料配布

平成20年12月20日　印刷
平成20年12月20日　発行

編集委員

委 員 長　川口　孝泰（理　事）筑波大学大学院人間総合科学研究科
委　　員　川西千恵美（理　事）徳島大学医学部保健学科
山勢　博彰（理　事）山口大学大学院医学系研究科
平元　　泉（評議員）秋田大学医学部保健学科
森　　千鶴（評議員）筑波大学大学院人間総合科学研究科
佐々木綾子（会　員）福井大学医学部看護学科
多田　敏子（会　員）徳島大学医学部保健学科

（アイウエオ順）

発行所　日 本 看 護 研 究 学 会
〒260-0015　千葉市中央区富士見２－22－６
富士ビル６階
☎　043-221-2331
FAX　043-221-2332
ホームページアドレス
http://www.jsnr.jp
E-mail: info@jsnr.jp

発行責任者　山　口　桂　子

印刷所　（株）正　文　社
〒260-0001　千葉市中央区都町１－10－６

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：〒260-0015　千葉市中央区富士見２丁目22番６号　富士ビル６階
　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ください ）

入　会　申　込　書

日本看護研究学会理事長　殿　　申込年月日　　年　　月　　日

貴会の趣旨に賛同し会員として西暦＿＿＿＿年度より入会を申し込みます。（入会年度は，必ずご記入下さい。）

フリガナ		専門区分	看護学・医学・その他（　　）
氏名	印	生年	西暦　　年　　月
		性別	男・女
所属			
	TEL	FAX	
送付先住所	自宅・所属（いずれかに○）	〒	
E-mail			
自宅	TEL	FAX	
評議員推薦者氏名	印	会員番号	
推薦者所属			
事務局記入欄	理事会承認年月日		
	受付番号	年度入会会員番号	
	受付日	巻　　号～	
	通知番号	送付日	

地区割

地区名		都道府県名
1	北海道	北海道
2	東北	青森，岩手，宮城，秋田，山形，福島
3	関東	千葉，茨城，栃木，群馬，新潟
4	東京	東京，埼玉，山梨，長野
5	東海	神奈川，岐阜，静岡，愛知，三重
6	近畿・北陸	滋賀，京都，大阪，兵庫，奈良，和歌山，福井，富山，石川
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

医歯薬出版

『専門性を高める』研究・実践に役立つ新刊書

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，在宅においての褥瘡管理について，在宅に特化した管理法を収載．

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

●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．

ケースから学ぶ
高齢者ケアにおける介護倫理

箕岡真子・稲葉一人　編著

B5判　180頁　定価3,360円(本体3,200円 税5%) ISBN978-4-263-23517-1

●高齢者ケアにおける倫理的問題に対して“気づき・配慮”をもつための基礎となる，倫理的・法的基礎知識を，さまざまなケースを通してわかりやすく解説．

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いている疑問にある方向性を明示．

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．

助産ケア臨床ノート
分娩期の母児

太田 操　編著

B5判　128頁　定価2,520円(本体2,400円 税5%) ISBN978-4-263-23516-4

●分娩期に助産師が「何をどうみて判断し，どのようなケアを行っているか」(判断→予測→必要なケアの流れ)がわかり，産婦のケアの基本を1冊で学べる．産婦のケアを学ぶ学生の基本学習，助産師（実践者）の学び直しに役立つ．

基本からわかる
看護統計学入門

大木 秀一　著

B5判　208頁　定価3,360円(本体3,200円 税5%) ISBN978-4-263-23518-8

●統計学的な考え方の基本を概観できるようまとめた入門書として，これから統計学を学ぶ人が知識と考え方を身につけられるとともに，すでに看護研究を実践・指導する人にとっては，統計学をより深く理解し，今までの研究における統計学の位置づけに新たな発見を見いだすことができる．

看護研究こころえ帳
研究の基本からプレゼンテーションまで

李 節子　著

B5判　100頁　定価1,890円(本体1,800円 税5%) ISBN978-4-263-23519-5

実際にこれまで学生，臨床ナースの研究指導・講義をしてきた著者が，研究初心者が迷いやすい点や陥りやすい事柄を，研究・発表の前段階の注意として簡潔にまとめた．すぐ役に立ち「研究・発表が楽しくなる」心得帳．

エッセンシャル 地域看護学
第2版

木下由美子　編集代表

B5判　400頁　定価3,780円(本体3,600円 税5%) ISBN978-4-263-23520-1

平成21年4月からの新カリキュラム改正に合わせ改訂．行政看護・学校保健・産業看護を充実させた．図表によるわかりやすい構成で，保健活動がイメージできる事例集付き．「中越地震での看護活動」を始め，近年社会問題になっている「DV」「発達障害児」など最新の事例を収載．

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 http://www.ishiyaku.co.jp/

2008年11月作成　TP

Japanese Society of Nursing Research