

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 32 Number 1 April 2009 ISSN 0285-9262

日本看護研究学会雑誌

[32巻 1号]

■統計学の入門におすすめの1冊。

ナースのための 統計学

第2版

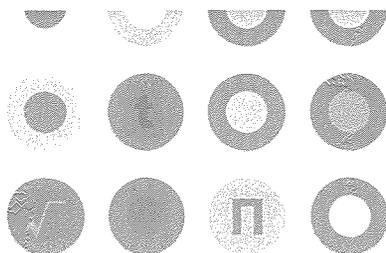
Q 統計学を理解するのは、もう無理…?

A いえ、本書を読めば大丈夫です。

高木廣文 東邦大学医学部看護学科 教授

新刊

発売以来24年を経た現在でも多くの読者が手にするロングセラーをリニューアル。判型を大きくし、2色刷りにしたことで、より見やすく、より使いやすくなりました。x, y, Σ といった記号はできるだけ使わずに日本語で解説しているのも、非常にわかりやすいのは従来どおりです。統計学が苦手な方にぜひ手にとってもらいたい1冊。



ナースのための 統計学

第2版
高木廣文

- 統計学を理解するのは、もう無理…?
- いえ、本書を読めば大丈夫です。

↓その理由

できるだけx, y, Σ といった記号を使わず、「日本語」で式を解説

式は、読解を用いた明をあげては再確認

図表は、看護に關する身近なものを採用

発売以来25年、ロングセラーをリニューアル

より見やすく、より使いやすくなって再登場しました

医学書院

● 主要目次

第1章 データ

— 研究および分析の最も重要な素

第2章 データの集め方

— 統計学に沿ったデータの選び方

第3章 1変数についての解析

— 1つの事柄を分析するための方法

第4章 2変数についての解析

— 関係についての分析法

第5章 分散分析

— いくつかの要因の効果を測定するための方法

第6章 そのほかの分析法

— 分布を仮定しない検定法と多変量解析について

☐ コーヒーブレイク

① 統計解析のためのソフト

② 量的と質的

■ B5 頁224 表56 2009年

定価2,310円 (本体2,200円+税5%)

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。

[ISBN978-4-260-00772-6]



医学書院

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

会 告 (1)

本学会は平成21年4月1日から「一般社団法人日本看護研究学会」となりました。
「一般社団法人日本看護研究学会」の定款は、以下の通りです。

平成21年4月1日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 山 口 桂 子

一般社団法人日本看護研究学会定款

第1章 名称及び事務所

第1条 (名 称)

本法人は、一般社団法人日本看護研究学会（英文名 Japan Society of Nursing Research, 略：JSNR）と称する。

第2条 (事 務 所)

本法人は、事務所を千葉市内に置く。

第2章 目的及び事業

第3条 (目 的)

本法人は、広く看護学の研究に携わる者を組織し、看護に関わる教育・研究活動を行い、看護学の進歩発展に寄与するとともに社会に貢献する。

第4条 (事 業)

本法人は、前条の目的を達成する為に次の事業を行う。

- 1) 学術集会の開催
- 2) 学会誌の発行
- 3) 学術講演会の開催
- 4) 奨学会事業
- 5) 学会賞・奨励賞事業
- 6) 研究倫理に関する啓発事業
- 7) 国際活動推進事業
- 8) 公開講座等の社会貢献事業
- 9) 関係学術団体との連絡、提携
- 10) その他本法人の目的を達成するために必要な事業

第5条 (公 告)

本法人の公告は、学会誌及び電子公告によって行う。

2. 本法人の公告は、電子公告による公告をすることができない事故その他のやむを得ない事由が生じた場合には、官報に掲載してする。

第3章 会 員

第6条 (会員の構成)

本法人の会員は、会員、賛助会員及び名誉会員とする。

- 1) 会員とは、看護学を研究する者で本法人の目的に賛同し、評議員（以下「社員」という。）の推薦並びに理事会の承認を経て、所定の手続きと会費の納入を完了した者をいう。
- 2) 賛助会員とは、本法人の目的に賛同し、本法人に寄与する為に入会を希望し、理事会の承認を得た者をいう。
- 3) 名誉会員とは、本法人に永年に亘る貢献の認められた会員を理事会の推薦により、社員総会の議を

経て、会員総会の承認を得た者をいう。

第7条（入 会）

本法人に入会を希望する者は、所定の手続による入会申込書を本法人事務所に提出するものとする。理事会の承認並びに入会金及び会費の納入を完了した時点で本法人の会員又は賛助会員となる。

第8条（会 費）

会員及び賛助会員は、別に定めるところにより、会費を納入しなければならない。

2. 名誉会員は、会費の納入を必要としない。

第9条（退 会）

会員及び賛助会員は、退会しようとするときは、その旨を理事長に届け出なければならない。

2. 次の各号の一つに該当する会員及び賛助会員は退会したものとみなす。

1) 総社員の同意があったとき

2) 死亡又は解散したとき

3) 除名されたとき

4) 特別の理由なく、2年以上会費を納入しないとき

第10条（除 名）

会員又は賛助会員が本法人の名誉を著しく傷つけた場合等の正当な理由がある場合には、社員総会において総社員の3分の2以上の議決により、除名することができる。

2. 前項の規定により除名する場合には、当該会員又は賛助会員に対し、社員総会の1週間前までに除名する旨の理由を付して通知し、議決の前に弁明の機会を与えなければならない。

3. 前項により除名が議決された場合には、当該会員又は賛助会員に対し通知するものとする。

第4章 社 員

第11条（社 員）

本法人の社員は、別に定めるところにより会員の中から選任された評議員をもって構成する。

2. 社員については、任期中の欠員は補充しない。

3. 社員の任期は4年とし、続けて再任することはできない。

第5章 役 員

第12条（役 員）

本法人は次の役員を置く。

1) 理 事 長 1名

2) 副理事長 2名

3) 常任理事 若干名

4) 理 事 22名以内（理事長、副理事長及び常任理事を含む）

5) 監 事 2名

第13条（役員を選任）

理事長、副理事長、常任理事、理事及び監事は、別に定める規定により社員の中から第24条に定める社員総会において、前項掲記の順序で選任する。

2. 前項の規定にかかわらず、理事のうち2名は、理事長が推薦する会員を社員総会において選任するこ

とができる。

3. 理事及び監事は、相互に兼ねることができない。

第14条 (役員任期)

役員任期は選任後2年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定時社員総会終結の時までとし、再任を妨げない。ただし、引き続き4年を超えて在任することができない。

2. 理事長、副理事長又は監事に事故ある時は、社員総会の議を経て交代することができる。その場合の任期は、残余の期間とする。
3. 理事については、任期中の欠員を補充しない。
4. 理事は、任期満了の場合においても、後任者が就任するまでは、その職務を行わなければならない。
5. 監事は、辞任した場合又は任期満了の場合においても、後任者が就任するまでは、その職務を行わなければならない。

第15条 (理事の職務)

理事長は、本法人を代表し業務を統括する。

2. 副理事長は理事長を補佐し、理事長に事故ある時は、あらかじめ定めてある順序によりその職務を代行する。
3. 理事は、理事会を構成し、業務の執行を決定する。
4. 常任理事は、理事の中から若干名を選任し、本法人の企画・運営を担当する。
5. 理事長、副理事長、常任理事は、毎事業年度に4か月を超える間隔で2回以上、自己の職務の執行状況を理事会に報告しなければならない。

第16条 (監事の職務)

監事は、次の権限を有する。

- 1) 理事の職務の執行を監査し監査報告を作成すること。
- 2) 本法人の業務及び財産の状況を監査すること。
- 3) 理事会に出席し、必要があると認めるときは意見を述べること。
- 4) 理事が不正行為を行い、若しくは当該行為を行うおそれがあると認めるときは、遅滞なくその旨を理事会に報告すること。
- 5) 前号の場合において必要であると認めるときは、理事長に対し理事会の招集を請求すること。この場合、請求の日から5日以内に、その請求があった日から2週間以内の日を理事会の日とする旨の理事会招集の通知が発せられない場合には、直接理事会を招集すること。
- 6) 理事が社員総会に提出しようとする議案や書類その他法務省令で定めるものを調査し、法令若しくは定款に違反し、又は著しく不当な事項があると認めるときは、その調査結果を社員総会に報告すること。
- 7) 理事が本法人の目的の範囲外の行為その他法令若しくは定款に違反する行為をし、又はこれらの行為をするおそれがある場合において、その行為によって著しい損害が生ずるおそれがあるときは、その理事に対し、その行為をやめることを請求すること。

第17条 (責任の免除)

本法人は、一般社団法人及び一般財団法人に関する法律第114条の規定により、理事会の決議をもって、同法第111条の行為に関する理事（理事であった者を含む。）の責任を法令の限度において免除することができる。

2. 本法人は、一般社団法人及び一般財団法人に関する法律第114条の規定により、理事会の決議をもって、同法第111条の行為に関する監事（監事であった者を含む。）の責任を法令の限度において免除することができる。

第6章 会 議

第18条（理事会）

本法人に理事会を置く。

2. 理事会はすべての理事をもって構成する。
3. 理事会はこの定款に定めるもののほか、次の職務を行う。
 - 1) 本法人の業務執行の決定
 - 2) 理事の職務の監督
 - 3) 社員総会の日時、場所及び社員総会の目的事項の決定
4. 理事会は次の事項その他の重要な業務執行の決定を理事に委任することができない。
 - 1) 重要な財産の処分及び譲受け
 - 2) 多額の借財
 - 3) 重要な使用人の選任及び解任
 - 4) 従たる事務所その他の重要な組織の設置、変更及び廃止
 - 5) 職務の執行が法令及び定款に適合することを確保するための体制その他一般社団法人の業務の適正を確保するために必要なものとして法務省令で定める体制の整備
 - 6) 第17条の責任の免除

第19条（理事会の開催）

理事会は、毎年定例の3回以上、及び次の場合に開催する。

- 1) 理事長が必要と認めたとき。
- 2) 理事長以外の理事より会議の目的たる事項を記載した書面により開催の請求があったとき。
- 3) 前号の請求があった日から5日以内に、その請求があった日から2週間以内の日を理事会の日とする旨の理事会招集の通知が発せられない場合には、請求をした理事が招集したとき。
- 4) 監事から開催の請求があったときで、請求のあった日から5日以内に、その請求があった日から2週間以内の日を理事会の日とする旨の理事会招集の通知が発せられない場合には、請求をした監事が招集したとき。

第20条（理事会の招集）

前条第3号及び第4号の場合を除き、理事会は理事長が招集する。

2. 理事会を招集するときは、理事会の日の1週間前までに、各理事及び監事に対しその通知をしなければならない。

第21条（理事会の議長）

理事会の議長は、理事長がこれに当たる。

第22条（理事会の定足数）

理事会は、理事の過半数の出席がなければ、議事を開き議決することはできない。

第23条（理事会の決議）

理事会の議事は、決議に加わることができる理事の過半数が出席し、出席理事の過半数の同意をもって決する。可否同数の場合は議長の決するところによる。

第24条 (社員総会)

社員総会は、社員をもって構成する。

2. 社員総会は、この定款に別に規定するもののほか、理事長の諮問に応じ、役員を選任及び決算の承認等本法人の運営に関する重要な事項について決議する。

第25条 (社員総会の招集)

定時社員総会は、毎事業年終了後3か月以内に開催する。

2. 臨時社員総会は、次に掲げる場合に開催する。
 - 1) 理事会が必要と認めたとき。
 - 2) 社員の10分の1以上から会議の目的たる事項及び招集の理由を記載した書面により開催の請求があったとき。

第26条 (社員総会の議長)

社員総会の議長は、理事長がこれに当たる。

第27条 (社員総会の定足数)

社員総会は、委任状及び書面投票者を含めて社員の過半数以上の出席がなければ、議事を開き議決することはできない。

第28条 (社員総会の決議)

社員総会の議事は、一般社団法人及び一般財団法人に関する法律第49条第2項に規定する事項を除き、社員の過半数が出席し、出席した社員の過半数の同意をもって決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

第7章 会員総会

第29条 (会員総会)

全会員を対象とする会員総会は、毎年1回、理事長が招集して開催する。

2. 会員総会では、学会賞・奨励賞の承認、名誉会員の承認及び学術集会長の選出に関する事項について審議する。
3. 会員総会の議長は、その年度の学術集会会長が当たる。議事は出席会員の過半数をもって決し、賛否同数の場合は議長が決する。
4. 会員総会は会員の10分の1以上の出席がなければ議事を開き議決することはできない。
5. 理事会が必要と認めた場合、社員総会の議決のあった場合及び会員の過半数以上から目的を示して総会の開催の請求のあった場合には、理事長は、臨時会員総会を開催しなくてはならない。

第8章 学術集会会長

第30条 (学術集会会長)

本法人は、毎年1回学術集会を主宰する為に学術集会会長を置く。

第31条 (学術集会会長の選出及び任期)

学術集会会長は、理事会の推薦により会員総会で会員の中から選出する。

2. 学術集会会長の任期は、選任されたときから、その担当する学術集会の終結するときまでとする。
3. 学術集会会長は、理事会及び社員総会に出席することができる。

第9章 地 方 会

第32条 (地方会)

本法人の目的に則して、地方活動を行う為に、地方会を組織することができる。

2. 地方会の名称は、日本看護研究学会を冠した地方会とする。
3. 地方会の役員又は世話人に、当該地区の理事を含めなければならない。
4. 地方会の運営については、夫々において別に定める。

第10章 委 員 会

第33条 (委員会)

本法人の企画運営に当たり、別に定めるところにより委員会を組織する。

第11章 会 計

第34条 (会 計)

本法人の経費は、入会金、会費及び本法人の事業に伴う収入等の資産をもって支弁する。

第35条 (財産の管理)

本法人の資産は、理事長が管理しその管理方法は理事会の議決による。

第36条 (事業計画及び収支予算)

本法人の事業計画書及びこれに伴う収支予算書は、理事長が作成し毎会計年度開始前に理事会の承認を受けなければならない。

第37条 (事業報告及び収支決算)

本法人の事業報告及び計算書類は、毎事業年度終了後3か月以内に理事長が事業報告書、貸借対照表、損益計算書、附属明細書を作成し、監事の監査を受け、理事会を経て、社員総会の承認を受けなければならない。

第38条 (余剰金の処分)

本法人は、余剰金が生じた場合であってもこれを社員に分配しない。

2. 本法人は、余剰金が生じた場合には、繰り越した差損があるときはその填補に充て、なお余剰金があるときは、理事会及び社員総会の議を経て、その全部又は一部を翌事業年度に繰り越し又は積み立てるものとする。

第39条 (事業年度)

本法人の事業年度は、毎年4月1日に始まり、翌年3月31日に終わる。

第12章 定款の変更及び解散

第40条 (定款の変更)

定款の変更は、社員総会において総社員の3分の2以上の議決を得なければ変更することができない。

第41条 (解 散)

本法人は、一般社団法人及び一般財団法人に関する法律第148条の事由による他、社員総会において総社員の3分の2以上の議決により解散することができる。

2. 本法人の解散に伴う残余財産は、社員総会の決議により、本法人と類似の事業を目的とする公益法人、国又は地方公共団体に寄附するものとする。

第13章 補 則

第42条 (最初の事業年度)

本法人の最初の事業年度は、本法人設立の日から平成22年3月31日までとする。

第43条 (最初の社員)

第11条の規定にかかわらず本法人の設立時の社員は次のとおりとする。

氏名：山口 桂子, 泉 キヨ子, 田島 桂子, 石井 トク, 尾岸 恵三子, 上鶴 重美
紙屋 克子, 川口 孝泰, 松岡 縁, 松田 たみ子, 宮腰 由紀子

2. 前項に規定する社員は、本法人設立後最初に開催される定時社員総会の終了のときにその資格を失い、その後は第11条の規定が適用される。

第44条 (社員の特例)

第11条の規定にかかわらず、別に定めるところにより、平成22年6月を始期とする任期2年の社員をおくことができる。

第45条 (最初の役員)

第13条の規定にかかわらず本法人の設立時の役員は次のとおりとする。

(理事長)

氏名：山 口 桂 子

(理 事)

氏名：泉 キヨ子, 田島 桂子, 石井 トク, 尾岸 恵三子, 上鶴 重美, 紙屋 克子, 川口 孝泰
松岡 縁, 松田 たみ子, 宮腰 由紀子, 阿曾 洋子, 影山 セツ子, 川嶋 みどり
川西 千恵美, 川村 佐和子, 小松 浩子, 小山 眞理子, 佐藤 裕子, 前原 澄子
山勢 博彰, 山田 律子

(監 事)

氏名：安藤 詳子, 大谷 眞千子

2. 第14条の規定にかかわらず前項掲記の最初の役員の任期は、就任後最初に終了する事業年度に関する定時社員総会の終結のときまでとする。

第46条 (施行細則)

この定款の施行についての必要な事項は、理事長が理事会及び社員総会の議を経て細則として別に定める。

この定款は 平成21年4月1日から施行する。

会 告 (2)

「一般社団法人日本看護研究学会」平成21年度第1回臨時社員総会において定款施行細則が以下のとおり決定しました。

平成21年4月10日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 山 口 桂 子

一般社団法人日本看護研究学会定款施行細則

第1章 会費

第1条（入会金）

本法人に会員又は賛助会員として入会を希望する者は、入会金3,000円を納入しなければならない。

第2条（会費）

会員及び賛助会員の年会費は次のとおりとする。

- 1) 会員 7,000円
- 2) 賛助会員 30,000円（1口）

第2章 委員会

第3条（委員会）

委員会規程については、社員総会の議を経て、制定、変更又は廃止することができる。

第3章 改正

第4条（改正）

本細則は、理事会及び社員総会の議を経て、変更又は廃止することができる。

付 則

本細則は平成21年4月10日から施行する。

2. 本法人設立時に、任意団体日本看護研究学会の評議員であった者は、本法人の評議員に選任されたものとみなす。本法人設立時に評議員及びこの規定により評議員になった者の任期は平成22年定期社員総会終了時までとする。
3. 本法人設立時に、任意団体日本看護研究学会会員であった者は、本法人に入会したものとみなす。

会 告 (3)

日本看護研究学会 学会賞・奨励賞の規程・細則に基づいた選考の結果、平成20年度奨励賞の受賞者が下記の通り、決定しました。(受賞者の所属・職名は、奨励賞決定時のものである。)

平成21年3月31日

日本看護研究学会
理事長 山口 桂子

記

受賞者氏名：辻 ちえ氏

対 象 論 文：中堅看護師の看護実践能力の発達過程におけるプラトー現象とその要因

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

日本看護研究学会雑誌30巻5号 pp.31-38.2007

共同著者名：小笠原 知枝, 竹田 千佐子, 片山 由加里, 井村 香積, 永山 弘子

受賞者所属：大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程

職 名：大学院生

受賞者氏名：池田 七衣氏

対 象 論 文：頭髮に付着した院内感染起因菌の生残にシャンプー洗髪が与える影響

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

日本看護研究学会雑誌29巻5号 pp.19-25.2006

共同著者名：白井 文恵, 土肥 義胤

受賞者所属：大阪大学医学部附属病院

職 名：看護師

会 告 (4)

第35回一般社団法人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3回公告)
なお、最新の情報は学術集会ホームページ (<http://jsnr35.umin.jp/>) をご覧ください。

平成21年4月20日

第35回一般社団法人日本看護研究学会学術集会

会 長 川 嶋 みどり

記

第35回一般社団法人日本看護研究学会学術集会

メインテーマ 「^{はじ}創めを探り^{ひら}未来を拓く」

会 場：パシフィコ横浜・国立大ホール・会議センター

〒220-0012 横浜市西区みなとみらい1-1-1

TEL：045-221-2166 (交通案内) 045-221-2155 (総合案内)

URL：<http://www.pacifico.co.jp/index.html>

期 日：平成21年8月3日(月)、4日(火)

プレカンファレンスセミナー 8月2日(日)

第1日目 8月3日(月) 9:00~17:50

9:10~10:10 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教授)

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)

10:20~11:50 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 (ペンシルバニア大学)

座長：筒井真優美 (日本赤十字看護大学教授)

12:30~13:30 総 会

13:40~15:40 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 (愛知県立大学看護学部教授)

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保健福祉学部看護学科教授)

- 13：40～17：00 ナーシング・サイエンス・カフェ
- 14：10～14：50 奨学会研究発表
 加藤真由美（新潟大学医学部保健学科）
 掛田 崇寛（川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科）
 座長：阿曾 洋子（大阪大学大学院医学系研究科保健学科専攻教授）
- 14：10～15：40 交流集会1：「リエゾン看護」
 ファシリテーター：
 出口 禎子（北里大学看護学部教授）
 白井 教子（北里大学病院 精神看護専門看護師）
 武用 百子（和歌山県立医科大学保健看護学部講師 兼 精神看護専門看護師）
- 14：10～17：10 特別交流集会1：「英文抄録を書こう～研究成果を世界に発信するために」
 企画：国際活動推進委員会
- 14：10～15：40 市民公開講座Ⅰ：「音と技が織りなすケアー看護音楽療法への招待ー」
 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（健和会 柳原病院）
 佐藤 邦男（NPO 日本アビリティーズ協会）
 ピアノ演奏：
 梶 ひとみ（ピアニスト）、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（青森県立保健大学健康科学部看護学科准教授）
- 15：00～17：00 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」
 パネリスト：
 渡邊 眞理（神奈川県立がんセンター
 医療相談支援室長 兼 副看護局長 兼 がん看護専門看護師）
 大江 理英（大阪けいさつ病院 急性・重症患者看護専門看護師）
 長田 暁子（横浜市立大学附属市民総合医療センター 小児看護専門看護師）
 山田美也子（なごみ助産院院長）
 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（北里大学大学院クリティカルケア看護学講師）
- 15：50～17：20 交流集会2：「虐待・ドメスティックバイオレンス」
 ファシリテーター：
 高橋 眞理（北里大学看護学部教授）
 立岡 弓子（名古屋大学医学部保健学科准教授）
- 15：50～17：50 市民公開講座Ⅱ：「映画とお話」
 映画：アリサ ヒトから人間への記録
 お話：やさしさの本質 山崎定人（映画監督）
 座長：山口 桂子（愛知県立大学看護学部教授）
- 14：10～17：30 一般演題（口演・示説）

第2日目 8月4日(火) 9:30~17:10

- 9:40~11:10 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:牧本 清子(大阪大学大学院医学系研究科教授)
- 9:40~12:40 特別交流集会:「看護実践能力を高める教育の在り方」
企画:国際活動推進委員会
- 9:50~11:20 交流集会3:「研究成果の看護実践活用」
ファシリテーター:
川口 孝泰(筑波大学大学院人間総合科学研究科教授)
柏木 公一(国立看護大学校准教授)
- 12:00~14:00 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統括看護部長)
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)
- 12:20~13:50 交流集会4:「災害と看護」
ファシリテーター:
山勢 善江(日本赤十字九州国際看護大学教授)
上村 朋子(日本赤十字九州国際看護大学准教授)
- 14:00~15:30 交流集会5:「新しい看護ケア(Alternative-Care 代替療法)」
ファシリテーター:
小坂橋喜久代(群馬大学医学部保健学科教授)
江川 幸二(神戸市看護大学准教授)
- 14:10~16:10 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」
パネリスト:
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(聖路加看護大学博士後期課程)
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)
- 9:50~12:00 一般演題(口演)
- 13:00~16:40 一般演題(口演)
- 9:50~16:40 一般演題(示説)
- 16:55~17:00 閉会の辞

【学術集会参加費事前払い込みのご案内】

<参加費>

	事前登録（6月30日迄）	当日登録	備考
会 員	11,000円	12,000円	
非会員	12,000円	14,000円	但し、学術集会雑誌代を含む
学 生	3,000円	3,000円	但し、学術集会雑誌代は含まない

注：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>

学術集会ホームページ (<http://jsnr35.umin.jp/>) 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。

郵便局払い込みの場合は、同封の振込用紙にてお振込みください。

振込先は「第35回日本看護研究学会学術集会 00120- 3 -336553」です。

郵便局備え付けの振込用紙をご利用の場合は、通信欄に下記の内容を必ずご記入ください。

- ①氏名、所属、本学会の会員・非会員の別、会員番号（会員の場合）
- ②登録番号（参加申し込み後、自動返信メールに記載されています）

事前登録期限日（6月30日）までに、お振り込み下さい。正式な受付は、参加費の支払いを確認した時点となります。

【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 学生 3,000円（学生に大学院生は含まない）

【プレカンファレンスセミナー参加募集のご案内】

学術集会前日に、プレカンファレンスセミナーを開催いたします。

学会参加費とは別の参加申し込みが必要です。

詳細は、下記のとおりです。皆さまのご参加をお待ちしております。

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階および5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、学術集会ホームページ（<http://jsnr35.umin.jp/>）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。

郵便局払い込みの場合は、同封の振込用紙にてお振込みください。

振込先は「第35回日本看護研究学会学術集会 00120-3-336553」です。

郵便局備え付けの振込用紙をご利用の場合は、通信欄に、「氏名」「所属」「登録番号」（参加申し込み後、自動返信メールに記載されています）を必ずご記入ください。

【第35回学術集会事務局】

〒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回一般社団法人日本看護研究学会学術集会 事務局

FAX : 042-778-9069

E-mail: jsnr35-office@umin.ac.jp

ホームページ : <http://jsnr35.umin.jp/>

目 次

第34回日本看護研究学会講演記事

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～ 25

園田学園女子大学人間健康学部人間看護学科 近 田 敬 子

招聘講演

Enhancing nursing competence for future healthcare: Academic, hospital, and community partnerships 29

University of Washington School of Nursing

Noel J. Chrisman, PhD, MPH

シンポジウム I 紡ぐべき地域・家族において看護に求められる課題 33

紡ぐべき地域・家族において看護に求められる課題

～総 括～

滋賀医科大学医学部看護学科 瀧 川 薫

京都府立医科大学医学部看護学科 西 田 直 子

睡眠障害を地域で支えるために紡ぐこと

滋賀医科大学医学部医学科睡眠学講座特任教授 大 川 匡 子

紡ぐべき地域・家族において看護に求められる課題

龍谷大学社会学部地域福祉学科教授, 「サンライフたきの里」施設長 岩 尾 貢

呼吸器装着ALS患者がQOLを持って自宅で生活すること

ALS患者遺族 熊 谷 博 臣

一 原 著 一

出産後3年以内の女性の尿失禁と出産との関連性 -尿失禁予防と改善に向けた助産師の役割- 47

群馬県立県民健康科学大学 河 内 美 江

農村にて国際結婚をした中国人女性の妊娠・出産時期における家族関係構築プロセス 59

岩手県立大学看護学部 蛎 崎 奈 津 子

一 研 究 報 告 一

健康増進施設利用者の運動習慣と健康関連指標の関連 69

東京女子医科大学看護学部 江 上 京 里

東京女子医科大学看護学部 見 代 道 子

医療的ニードのある児童生徒への支援に関する研究 79

首都大学東京保健科学研究科大学院 榎 本 聖 子

青森県立保健大学 大 串 靖 子

首都大学東京地域看護学領域 河 原 加 代 子

デイケアに通所する統合失調症患者の居場所感と Quality of Life との関連	91
岡山済生会総合病院	茅 原 路 代
香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科	國 方 弘 子
香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科	岡 本 亜 紀
岡山大学大学院保健学研究科	渡 邊 久 美
岡山大学大学院保健学研究科	折 山 早 苗
看護師リーダー資質養成に関する研究 - アンドラゴジーの原理を適用した院内研修の効果検証 -	99
自治医科大学	小 竹 久 実 子
前足利短期大学	坏 千 代 子
足利赤十字病院	小 坏 悦 子
精神科における看護師の患者に対する心理的距離の関連要因	105
名古屋市立大学看護学部	香 月 富 士 日
看護大学生が看護職を自己の職業と決定するまでのプロセスの構造	113
山梨県立大学	白 鳥 さ つ き
小型ペットボトル飲料使用における安全性の検討	125
富山大学医学薬学研究部	吉 井 美 穂
富山大学医学薬学研究部	八 塚 美 樹
富山大学医学薬学研究部	安 田 智 美
 — 資 料 —	
脈拍数測定 of 正確さと測定時間との関係	131
石川県立看護大学	小 林 宏 光
石川県立看護大学	津 幡 美 江
石川県立看護大学	大 泉 直 子
石川県立看護大学	表 絵 美
石川県立看護大学	林 悠 佳
石川県立看護大学	森 下 道 子
石川県立看護大学	中 田 弘 子
石川県立看護大学	川 島 和 代

CONTENTS

Original Papers

- Relationship between Urinary Incontinence and Childbirth Among Women who Have Given Birth within the Last Three Years
– The Role of Midwives in the Prevention and Improvement of Urinary Incontinence – 47
Gunma Prefectural College of Health Sciences : Yoshie Kawachi

- Process of Construction of Relationships Between Chinese Women Marrying Japanese Men in Farming Villages and their Japanese Families During First Pregnancy 59
Faculty of Nursing, Iwate Prefectural University : Natsuko Kakizaki

Research Reports

- The Relationship between Exercise Habit and Health Indexes of the People Using A Health Promotion Facility 69
The School of Tokyo Women's Medical University : Kyori Egami
The School of Nursing, Tokyo Women's Medical University : Michiko Kenjoh
The School of Nursing, Tokyo Women's Medical University : Haruyo Moriya
The School of Nursing, Tokyo Women's Medical University : Yumiko Yamamoto

- The Research About the Support to the School Children Who Have Medical need 79
Graduate School of Health Sciences, Tokyo Metropolitan University : Seiko Enomoto
Formerly of Aomori University of Health and Welfare : Yasuko Okushi
Division of Nursing science, Tokyo Metropolitan University : Kayoko Kawahara

- The Relationships Among Environmental Provision and Quality of Life of Schizophrenic Patients 91
Okayama Saiseikai General Hospital : Michiyo Kyahara
Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural College of Health Sciences : Hiroko Kunikata
Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural College of Health Sciences : Aki Okamoto
Graduate School of Health Sciences, Okayama University : Kumi Watanabe
Graduate School of Health Sciences, Okayama University : Sanae Oriyama

- Study of Training for Leader Nurse's Quality
– By using Andragogical Principles to Ascertain Effects Inside Hospital Training – 99
Jichi Medical University : Kumiko Kotake
Formerly of Ashikaga Junior College : Chiyoko Akutsu
Ashikaga Red Cross Hospital : Etsuko Koakutsu

The Influence Factors for Psychological Distance of Psychiatric Nurses to Patients in a Clinical Setting	105
Nagoya City University School of Nursing : Fujika Katsuki	
A Structure of the Process by which the Baccalaureate Nursing Students Selection of a Career in Clinical Nursing	113
Yamanashi Prefectural University : Satsuki Shiratori	
Bacteriological Study on the Safety of Small-plastic-bottled Beverages	125
Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for Research, Toyama University : Miho Yoshii	
Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for Research, Toyama University : Miki Yatsuzuka	
Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for Research, Toyama University : Tomomi Yasuda	
Preliminary Session	
Accuracy of Pulse Counting in Relation to Measurement Interval	131
Ishikawa Prefectural Nursing University : Miho Yoshii	
Ishikawa Prefectural Nursing University : Mitsue Tsubata	
Ishikawa Prefectural Nursing University : Naoko Oizumi	
Ishikawa Prefectural Nursing University : Emi Omote	
Ishikawa Prefectural Nursing University : Yuka Hayashi	
Ishikawa Prefectural Nursing University : Michiko Morishita	
Ishikawa Prefectural Nursing University : Hiroko Nakada	
Ishikawa Prefectural Nursing University : Kazuyo Kawashima	

第 34 回

日本看護研究学会学術集会

講演記事(1)

2007年8月20日(水)・8月21日(木)

会長 近田敬子

於 神戸ポートピアホテル
神戸国際会議場

共同体の構築と看護

～まちの保健室を支えて10年～

園田学園女子大学人間健康学部人間看護学科 近田敬子

共同体の構築が問われる社会背景

20世紀の社会において、特に第二次世界大戦後である1945年以降、われわれは劣悪な環境や貧しさから脱するために、利便性・効率性・成長性を重視した豊かな生活の実現に向けて邁進してきたといっても過言ではない。なかでも、経済高度成長期といわれる1960年頃から科学技術のめざましい発展により、多くの恩恵を被った生活に慣れ親しんできた。しかし、豊かな経済生活追求の陰で、安全性が軽視されたのも事実であったし、さらに都市生活化による地縁・血縁・職縁などの希薄化に伴う共同体意識の薄れも目立った。今になって、もう元には戻れない社会構造や社会意識となっている。それでも、物の豊かさを追求するよりも心の豊かさを大事にしたいとする比率が、若干とも上回ったのは1985年頃であった¹⁾。

それらの社会状況を踏まえながら、21世紀を迎えるに際しては、看護界は勿論のこと、どの業界においても成熟社会に向けて真に目指すものは何かと自問自答した。予想されていた高齢者人口の増加・要医療者や要介護者の増加・多死時代の到来・医療財政の赤字化などが、年々肌で感じるレベルになっていった。各分野で身の丈に応じた論議は芽生えていたが、戦後から約半世紀の間、天下泰平な世の中が続き、国民の生活を根こそぎ揺るがすような危機を予想する論議ははばかれる世相であった。同時に、科学万能の信仰は厚く、人間は万物の霊長であるという思想が蔓延っていたと思われる。何事も人間の叡智でもって、問題解決できると信じていた。

折しも1995年1月、兵庫県では震度7の阪神淡路大震災に見舞われ、6,433名の犠牲者を出し、ライフラインは寸断し、家屋の焼失を見るほどの被害で、損壊家屋は512,882棟と言われ、被災地域は広範囲にわたった。震災直後の初動対応期から復興期に至る過程において、安全で安心な社会のしくみの重要性を強く実感するに至った。中でも、独居被災高齢者の生活面の復興は困難を極めていた。無意識の中におろそかにしてきたこの安全・安心のハードならびにソフト面両方の論議は、共同体意識の希薄化を含めて震災により顕著になった。

上述してきたこの事柄は、災害支援の過程で鮮明に実感することになったものの、深く考えてみれば、この状況は

震災の特殊事情というよりは、21世紀の成熟社会におけるわが国の社会全体が抱えるであろう課題でもあり、震災により早々とその現実と直面したに過ぎないということになる。当時は、どの分野においてもチームワークを組みながら、当面の手当的な必要性に迫られ、手探りながら諸課題への対応を先取りして取り組まざるを得なかったのである。

他方で、新世紀を迎えるに際して、新しい社会の要請に応えられる看護の力は何かという問いが、投げかけられていた。様々な文献から抽出してみると、安全で安心できる医療の提供・自己決定を支える看護・訪問看護の推進とチーム医療・看とりの看護への取り組み・看護業務の裁量権の拡大、そして相談機能の充実などが社会からの要請として揚げられていた。どれを取り上げてみても、個人の能力の獲得に留まらず、これらを推進するためには「組織的に機能させる」・「ネットワーク化を図る」・「連携や協働を推進する」・「共同体づくりを意図する」などの実践力が強調されているのではないだろうか。

例えば、相談機能の充実を「まちの保健室」の機能に引き寄せて考えてみよう。それは「まちの保健室」という場で、地域の人々に相談する場を提供して満足するものではなく、患者を含む地域の人々が集い、自らが健康不安を語りながらも、相互に助け合える場に発展させなければならぬということになる。その場に、看護という専門職がかかわっていくという構図であることが求められている。本質的な看護の営みを深める方向と、共同体を構築するという役割の方向性が示唆されている。

「まちの保健室」の芽生え

近年に至っても、古くからの街並みではその時代に即応した「ご近所さん」という共同体意識を醸し出していたと考えられる。また、1993年のある県下の全世帯調査¹⁾によると、価値観の多様化を反映したニューコミュニティの形成が芽生えているという報告もある。しかし「あの阪神淡路大震災により、共同体にあった癒しの力がもはや機能していない状況にある」という声を聞くに至った²⁾。確かに、多くの人々が住み慣れた街を奪われ、短期間のあいだに体育館等での避難所生活からプレバブの仮設住宅生活

へ、そして高層の災害復興公営住宅へと移転を続け、喪失感とともに心身に不安を抱えた生活が強いられた。雨露や寒さ暑さが凌げる等の生命維持への生活保障は必要不可欠であるものの、見知らぬ者同士の新しい仲間との生活は高齢者にとってのダメージは強く、残された課題は今なお大きい。その頃、災害復興公営住宅における高齢化率は45.6%に至り、「孤立」や「孤独死」および「閉じこもり」が新聞紙上を賑わし、多面的な支援が必要とされていた。

保健医療福祉の分野である看護では、震災直後の初動対応期の2ヵ月半の間は、全国から3,000名以上にも及ぶ看護職の派遣に支えられて、被災医療施設や避難所等での救護活動に従事した。各看護者の自立・自律した活動、そして献身的で見事な活躍ぶりには目を見張るものがあり、多くの関係者に強烈なインパクトを与えた。派遣終了後は、兵庫県内の看護職単独で、自らも被災者でありながらも被災者の転居先である仮設住宅等に訪問活動等を展開した。災害弱者といわれる人々への身体的な健康管理もさることながら、その頃、心のケアが強調して叫ばれた。続いて、1998年に健康アドバイザー事業が立ち上がり、被災高齢者の見守りや健康維持活動が展開された。

歳月とともに震災復興の区画整理事業が本格化したのは当然であり、外観的に美しい街並みが完成した。しかし、被災高齢者の生活面や地域のコミュニティという共同体は失われたままであり、数多の課題を残していた。そこで、看護では、2000年に先導的な取り組みとして、高齢者の見守りや健康維持は勿論のこと、人と人の和づくりや仲間づくり、および生きがいがづくりなどの自立支援を意図した取り組みを検討した。特に、仮設住宅から災害復興公営住宅への移行が完了したこの期に、住民が身近で気軽に参加できる自治会館等へ出向いての「まちの保健室」事業を企画し、県に経済的支援を求めた。

同時に、ケア提供者側の共同体を紡ぐ

地域の中で、例えどのように小さな共同体を構築しようとする場合でも、個人レベルで取り組めることは甚だ少ない。そのために、まずはケア提供者側の新しい組織を紡いでいかなければならない。本来、「まちの保健室」事業は日本看護協会の発案によるもので、各都道府県での推進が期待されていた。学校の保健室の役割イメージから理解に入ることができるものの、地域での方法論としての決め手が提案されていたわけではなかった。兵庫県では独特ながら、孤立しがちな被災者に「見守られている」「支えられている」という安心感を醸し出す場が、「まちの保健室」であるだろうと想定して、この事業名を使うこととした。特殊性があるため、当初は兵庫県方式「まちの保健室」と呼称していた。

当初から、県の看護協会は震災復興事業に精力的に関わってきた経緯があるので、この事業も協会という組織で関わる計画を立てた。既に、大枠での共同体が存在していた組織であることは事実であるものの、どちらかといえば看護協会の機能としては研修機関であるとい認識が通常であったと思われる。その中で、現職にある看護職が地域サービスするという、未知な「まちの保健室」の立ち上げにおいては、各関係機関や関係者から必ずしも順調な理解が得られたわけではなかった。総論的にはその必要性を説明できても、未だ見通しのつかない新事業となると、方法論において曖昧模糊とした部分も多く、その輪郭がえがききれなかったのも事実であった。震災から5年を経過しての事業であるため、風化の傾向も向かい風になっていたと思われる。

「まちの保健室」自体を運営するための共同体の構築が必要であったが、特に、現職を有するボランティア看護者による活動を計画していたので、実働の可能性への疑義は多かった。それでも、自らも被災を経験したボランティア看護者であるからこそ、健康生活へのアドバイスとともに、傾聴による心のケアへのかかわり、そして仲間づくりやコミュニティづくりを意識した展開が期待できると信じた。活動の土台を支える財源確保においては、県行政機関の理解や協力は絶対的であり、住民への震災復興活動の一環であるため、行政とのパートナーシップが不可欠であった。

暗中模索ながらの結果、2002年に、実施主体は職能団体である県看護協会とし、健康相談や家庭訪問などの活動計画を立てて、行政の経済的援助（災害復興基金）を受けての出発となった。事業の的確な推進ならびに検証・評価のために、後方支援として兵庫県下の5大学がその任に当たるという構造で、大規模災害復興住宅を有する被災地の8市20ヵ所で開催することになった。共同体を紡ぐため、まず、地域の各関係機関を訪れ、熱意を込めた説明と依頼の行脚に、エネルギーを注いだ。同時に、被災地における住民に向けての社会貢献という大前提はあるものの、ケア提供者側の態勢づくりに奔走し、準備に約6ヵ月間の月日を要した。中でも、被災者へのサービス一辺倒ではなく、諸活動をとおして双方でメリットを醸成しなければ、本来の意図は半減すると考え、研修にも力を注いだ^{3, 4)}。

すなわち、この「まちの保健室」は、将来的に新しい看護提供システムの構築を意図したものである。そして実践を通して相談機能の能力などを身につけて、疾病予防や健康増進の時代にあって、看護のヘルスケア成果を高めることによって、大いに看護職のライフサポータとしての社会的認知を高めるとともに、時代の要請である社会貢献にもつながるとする考え方の活動である。看護が医療を変える

時代に向けての活動の一つでもあり、その実感につながるメリットを期待した。しかしこの論理は、未だビジョン的であり、オピニオン的であるために、ケア提供者側を堅く紡ぐ助けには至っていない現状である。看護が地域に根ざした医療の一環に関わることの意義や看護の将来のあり方を追究する機会になることを念じている。今後、自助・共助・公助という概念理解と「まちの保健室」活動を結びつけることに鍵がありそうである。

「まちの保健室」の発展にみる住民の共同体構築への貢献

以上のように、広大なビジョンを描きながらも震災を契機に始めた「まちの保健室」は、苦難の道のりの準備期を経て、20カ所の創設に努力し、年次ごとに拡充させながら、同時に評価や研修を重ねて充実させ、被災地になくはない事業へと発展していった。準備期から数えて10年を経過するが、現在も発展し続けている。前述したように健康づくり・生きがいがづくり・仲間づくり、および閉じこもり予防・介護予防などは、高齢化率の変化に比例してのわが国の社会全体の課題である。そのために身近で気軽に相談できる場「まちの保健室」は、中学校区単位の数ほど必要であると捉えられている。その後、来談者は高齢者に限らず、少子社会にあっては母子への子育て支援などの事業と合流し、拡大発展している。

初期のある調査³⁾によると、「まちの保健室」の住民から見た機能として、“身近な健康話題に触れる機会”“気軽に相談でき、自分の健康生活を確認する場”“簡単な健康チェックの機会”“体のこと・病院のことに詳しく、医療に繋げてくれる人がいて安心”“ゆっくり何でも語れる場所”“居場所・ふれあいの場所”“仲間づくりの機会”などが挙げられた。現在に至っては、住民の生活状況に合わせて、様々な形態やプログラムの活動が展開されている。ある時は、災害復興住宅地の老人会から協力依頼を受けて、勿論、運営主体は老人会で、プログラムを共同企画して、健康をテーマにしたミニ講話を含む「まちの保健室」を定期的に開催するに至った事例もある。まさに、これが住民の共同体構築における看護の支援と言える。

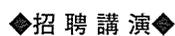
2004年からは、この事業を被災地だけに留まらず、県下の全域において必要性があると判断して拡大していった。兵庫県は日本海側から太平洋側まで位置し、広大な面積を持っている。その地域を10地区に分けられて、それぞ

れにおいて支部が組織されている。各支部ごとに、その地域の関係機関と連携しながら看護職が社会貢献していることになる。ちなみに、2008年3月現在、兵庫県の「まちの保健室」拠点型開設数は219カ所、および災害復興住宅等20カ所とで、計239カ所になった。1年間の来談者は延べ25,000名以上に及んでいる。また、不特定多数の方々を対象とする出前型開設数は、この1年間で233件、12,350名以上の相談等を受けている。同年度のボランティア看護登録者数は、1,414名に至っている。開設数や来談者数だけが、発展の証しではないはずであるが、看護協会という共同体の中で「まちの保健室」事業の推進役としての実践家を紡ぎ、そして地域の人々と連携・協働して「まちの保健室」という社会資源を、一つひとつ丁寧に創設すること事体、相互に共同体を作り上げていっていると言える。

この10年の歩みの中で、継続の力と数とが相関するのかもしれないが、相互に多くの共同体意識が芽生え、確実にリンクしていると考えられた。この意味で、看護協会による「まちの保健室」事業は、一定の成果を得ていると受け止めている。中でも、被災地での新たな健康コミュニティづくりという点でも共同体が定着してきており、無くてはならない活動になっている。高齢化する被災者への支援を恒常的に施策として定着させたい行政の思いが伺える。看護から言えば、行政や大学とのコラボレーションは、「まちの保健室」事業に留まらず、看護界がつくる未来のヘルスケアとしての活動形態となり⁵⁾、共同することによる看護の資質の向上に役立つ機会として受け止められている。連帯・連携意識の構築がなされていると言えよう。

文 献

- 1) 全世帯アンケート調査委員会懇談会：平成5年兵庫県民全世帯アンケート“こころ豊かな兵庫”をめざして、兵庫県広報課報告書，1994.
- 2) 阿保順子他：＜座談会＞共同体の再構築とその方法，Quality Nursing Vol. 9 No. 1，2003.
- 3) 近田敬子：現職看護師の地域ボランティア活動における力量形成の構造，ヒューマンケア研究報告書，2002.
- 4) 近田敬子：兵庫県看護協会が取り組む「まちの保健室」事業における後方支援の状況と大学に期待される役割，兵庫県立看護大学附置研究所推進センター研究報告書，2003.
- 5) 森田チエコ他：新しい潮流，アカデミック看護実践—看護学部がつくる未来のヘルスケア，インターナショナルナーシングレビュー，Vol.30 No. 2，2007.



Enhancing nursing competence for future healthcare: Academic, hospital, and community partnerships

University of Washington School of Nursing

Noel J. Chrisman, PhD, MPH

Many countries throughout the world now face new challenges to their health care systems that will demand bold and inclusive action from health practitioners and researchers from several disciplines. A significant threat is the increase of chronic disease rates. For example, the WHO reports that diabetes and asthma are on the rise everywhere. Even low-income countries are seeing shocking increases in obesity, especially in urban areas and frequently among children. Moreover, by 2030, deaths due to cancer, cardiovascular diseases and traffic accidents will together account for about 30 percent of all deaths. A second threat is the increasing proportion of elders in the population. In Japan, for example, the share of 65-85 year old residents is expected to rise from 6% to 15% by 2025. A third challenge arises from the emerging infectious diseases such as MRSA, bird flu, West Nile virus, SARS and HIV.

Traditional medical and technical solutions are not as effective for these problems as health promotion and disease prevention, which take place in community contexts. These challenges present an opportunity for nursing researchers and practitioners to take the lead in their countries to begin a process of reforming health care systems to more completely include family and community sectors of society. One productive avenue for system change is to vastly expand the range of health related partnerships. Partnerships among traditional players such as hospitals, clinics, and public health exist and have been shown to be productive. New relationships need to be established with community organizations and agencies. Such community relationships offer expanded opportunities for nursing practice, education, and research. For example, nursing researchers have greater access to larger and more diverse samples from the community and nursing educators will find more sites for clinical practice.

Why must we work *with* and *in* the community? The most important reason is that everyday life occurs in communities, and both health promotion and disease prevention are directed toward families in communities as they live their lives. In addition, communities are a source of assets that can be harnessed

by nurse scientists and practitioners, vastly increasing the reach and effectiveness of health promotion and disease prevention interventions. Working with community assets also promotes project sustainability. Why create partnerships? Partnerships denote working together on joint activities. They imply that each partner will bring its knowledge, skills, and resources to the project. The greater number of resources brought by partners enhances what one partner might have accomplished singly.

The Health Care Partnership Model (Figure 1) depicts a comprehensive system that takes advantage of existing health care resources and skills, as well as existing relationships among institutions and community members. The model proposes new modes of interaction among these players. It is based on existing projects in Japan and the United States and aims to preserve and promote the holistic, and person- and family-oriented strengths that characterize the discipline and profession of nursing. The central feature of the model is the *community coalition*. Coalitions, or other forms of relationships among businesses, community organizations, educational institutions, and public offices, for example, have become a popular way to organize for community action in the United States. Partners from diverse sectors of the community are joined together to address and solve common problems. Coalition members and their projects are not always directly involved with health care. At times such projects address problems in transportation or communications that are essential supports for a healthy society. A second element is the *continuum of care*, the existing relationships of official health care institutions such as hospitals, clinics, long term care, and public health.

The dynamic process that energizes this model is the education of health researchers and practitioners. Health science educational institutions prepare the workforce that populates the health care system, expressed in the model as a continuum from tertiary care to primary care and long term care to public health and home care. In addition, colleges and universities can create partnerships that are not only a source of strength for education, but also for health care and research in health related institutions

and in the community. Our students serve the community as care givers, community resources, and active participants in community change projects. Student participation in community activities provides insight into the lives and attitudes of people who are like the patients they see in the hospital. Practitioner knowledge of clinical science increases their credibility in community settings.

Through our leadership roles, universities influence the ways in which health personnel affect population health status. However, the community has been an overlooked resource until very recently. As we explore the model, I will show how a variety of projects in the U.S. and Japan have used community partnerships for health promotion, and how nursing faculty worked with the projects.

Through this model health science researchers can experience improved abilities to conduct research and to improve research quality. For example, there will be an ease of access to research subjects and populations, opportunities for collaborative relationships with community agencies, the potential to train community members as researchers, and enhanced capability to carry out approaches such as Community-Based Participatory Research. All of this can increase sustainability.

Seattle Partners for Healthy Communities was an urban health coalition (1995-2004) that used Community-Based Participatory Research to structure its variety of projects that ranged from support for African immigrant education and assistance with documenting the plight of people removed from welfare assistance to a participatory study of a domestic violence program for refugees and an experiment to reduce poor children's visits to the emergency room. The coalition included researchers from the university, leaders of grass roots non-profit organizations, and professionals in the public health department, which provided significant intellectual and logistical support. Coalition members worked together to develop projects broadly focused on the social determinants of health. Nursing faculty members were involved with the evaluation of the coalition and consulting on the conduct of the study.

A significant contribution was the development of "Community Collaboration Principles." These provided the coalition and its constituent partners with guidelines for carrying out projects in ways that promoted shared power. They included: a) that the community must be involved in project development at the earliest possible time; b) that community partners have a real influence on Seattle Partners directions and activities; c) the community is involved with specific projects through all aspects of the research; d) The values, perspectives, contributions, and

confidentiality of community members are respected; and e) that the research will serve the community through sustaining long-term, beneficial projects and developing community capacity. These guidelines were sometimes difficult for agencies to carry out, but the project demonstrated that community partnerships were an effective way to promote community health.

A second Seattle project was part of a national program for health promotion and disease prevention called Racial and Ethnic Approaches to Community Health (REACH 1999-2007). The REACH coalition included Community Based Organizations (non-profits), community clinics, national voluntary associations such as the American Diabetes Association, a state-wide quality assurance business, the Schools of Nursing and Public Health, one of the university hospitals, and the local health department. Thus the REACH coalition embodied each element of the Health Care Partnership Model.

REACH also used Community-Based Participatory Research, in this case for the secondary prevention of diabetes across a variety of large racial and ethnic groups: African Americans, Latinos, and Asian and Pacific Islander Americans. Three types of small group interventions to assist people to better manage their diabetes were conducted in nine different languages. A key component of this intervention was the use of community health workers—community members who were trained to work with other community members in their own languages. Nursing faculty again carried out research and consulted on design and implementation.

The Seattle REACH project discovered that the use of accepted intervention designs (chronic illness self-management, diabetes education by professionals, and support groups) was successful. All groups were facilitated by community members who shared language and culture with community participants. Therefore the intervention was specifically tailored to the needs and cultural values of the ethnic communities.

Two community-based projects from the U.S. and Japan show how the model fits with nursing education. My community health students and I have been working in South Park, a small diverse neighborhood of Seattle, for thirteen years. Over the years we have created partnerships with about nine different organizations, some of which are extremely complex. This experience has been characterized by a) long-lasting community partnerships, b) rotation of both graduate and undergraduate students through the community site, c) a consistently warm community welcome, and d) a great deal of capacity-building for organizations and groups in the neighborhood.

The Department of Nursing at Shimane University Junior

College of Nursing, Izumo campus has developed "Reformation Toward Community-Based Nursing Education." This is a unique project in which there are two substantial goals: they are building an internet network for education and support among self-help groups in the prefecture. Second, they place their students with the self-help groups. Not only does this project promote health in the community, it also accomplishes three significant goals in student education: 1) increased student understanding of community views, 2) improved student communication and problem-solving skills; and 3) well-prepared practitioners trained for the prefecture.

Dissertation research on a national sample by a faculty member at Ishikawa Prefectural Nursing University on self help groups for mentally ill people has generated findings that will be helpful for projects like the one in Shimane Prefecture. She has identified requirements for success for self help groups such as adequate administrative and professional support, positive attitudes among members, and the importance of the leader's personality.

A project much broader in scope that has now completed its first five-year funding cycle is "People Centered Care," the 21st Century Center of Excellence Program at St. Luke's College of Nursing in Tokyo. The college has partnerships that support 14 projects throughout Chuo-ko where the college is located. This project is built on the individual partnerships without a central coalition. A few of these are a Geriatric Education Center and Luke-Navi: Public and Health Professional Collaboration for Health Promotion. These projects and others are located in their own building in the heart of the ward. Two others are Kango-Net, Community Health Education Web Site and "Let's Learn About Our Body," a health promotion project for five year old children. Each of the St. Luke's projects has its own independent funding, thus promoting sustainability.

A final example of how the Health Care Partnership Model works is "Yuzawa-town Family Health Plan and Action Plan" in Niigata Prefecture. This coalition is composed of at least 52 partners such as the Chamber of Commerce, the Maternal and Child Health Council, and The Aged Club. The Chairman of

the Steering Committee is the representative of the Disabled Persons Organization and the Vice Chairman, from the Diet Improvement Council, is a business woman. This excellent example of the model grew from the engagement of Yuzawa Town public health nurses with the nursing researcher from Saitama Prefectural University. They built a strong coalition that developed the family health plan and now develops new health promotion and disease prevention projects for the town. Nursing students have carried out their graduate research projects with coalition members.

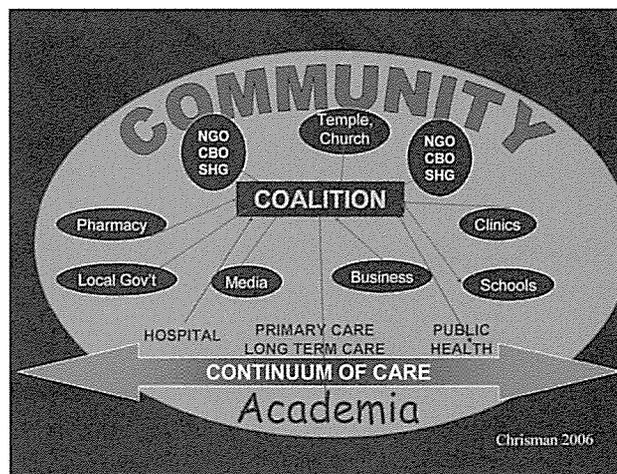
Conclusion

Significant characteristics of the model are nurse researcher and nursing student participation, a focus on health across health conditions and the lifespan, and the development of community partnerships and coalitions to involve communities in their own health. Key requirements for the success of coalitions are:

- Joint problem-solving
- Capacity building
- Meet agency objectives
- Mutually agreed upon decision rules
- Communication and relationships

Factors that sustain such coalitions are Trust, Respect, and the need for Great Organizational Skills.

Figure I, Health Care Partnership Model



◆シンポジウム1◆

紡ぐべき地域・家族において看護に求められる課題

～総括～

滋賀医科大学医学部看護学科 瀧川 薫
 京都府立医科大学医学部看護学科 西田 直子

近年の少子高齢化や医療改革の影響によって、病院における在院日数の減少が顕著となりつつあり、また福祉においても障害者支援法による介護や看護の制限が社会的な問題として注目を浴び、生活の質を高めるための健康管理や様々な健康障害へのケアにも何かと限界が生じつつある状況が垣間見られる。地域や施設において安心して信頼のおける医療を提供し、健康生活を維持・増進するための予防を意図した保健活動を遂行していくためには、保健・医療・福祉が相互にその役割や機能を尊重しながら補完し協力し合うことで、医療の質の改善や充実した地域保健福祉活動を実践していく必要がある。看護師や保健師といった医療従事者と福祉関係者が手を取り合い、健康障害を抱えている患者や家族を支援するため、相互に連携・協働してケアを実践していかななくてはならない。今回の学術集会におけるメインテーマである「看護が紡ぐ将来のヘルスとケア」を前提に、シンポジウムⅠでは「紡ぐべき地域・家族において看護に求められる課題」というテーマに基づき、地域や施設における健康障害を抱えた患者やその家族、また一般の人々の健康をより増進していくために、看護は果たして医療・福祉・行政と相互に連携・協働しながら適切な質と量のケアを提供しているのだろうかという問題について検討した。

最初にご報告いただいた滋賀医科大学医学部睡眠学講座特任教授の大川匡子氏は、現代社会における睡眠障害の急増と関連する深刻な社会問題について多くの指摘をされ、課題となる①睡眠の短縮化と夜型の増加、②高齢者の不眠問題、③24時間社会の到来に伴う必然的な不眠と睡眠不足、④多様な睡眠障害に関連する諸症状、⑤生活習慣病との関連などについて詳細に報告していただいた。ある疫学調査によると、「何らかの不眠がある」と答えた人は21.4%という高い率であり、夜間不眠の直接的影響として昼間の強い眠気・倦怠感・頭重感・不安・焦燥感などの精神的・身体的症状に困っており、酒や睡眠薬の力を借りなければ睡眠が確保できない状況も深刻となってきているという。つまり、眠る時間が不足した状態で働いている人と、眠ろうとして床についてもストレス等の原因で眠れない人が増加している社会となってきている。これらのこと

を踏まえ、様々な身体的・精神的疾患と睡眠とが重大な関連性があることを睡眠専門医だけでなく、地域医療を支える医師をはじめ、看護師・保健師・介護士などの医療保健福祉の関係者全員が普段から十分に認識しておくことが必要であり、「眠れていますか？」という一言を声掛けすることがきわめて重要な状況になってきていることをご指摘いただいた。潜在的な睡眠障害やうつ病、身体疾患を早期に発見し治療過程に導入するためにも、また質の高い生き活きとした日常生活を営んでもらうためにも、正しい睡眠衛生指導を広く普及させることは、地域医療の大きな役割であり、医師との積極的な協力関係に基づく知識や技術の向上を図り、是非とも「睡眠看護学」といったような分野を構築し、看護の面から睡眠に関する教育・研究を充実させることで、今後の地域医療にさらに寄与していただきたいとの期待を述べられた。

次にご報告いただいた、龍谷大学社会学部地域福祉学科教授であり、「サンライフたきの里」施設長である岩尾貢氏には、福祉施設における高齢者を支えるための施設と地域の連携についてお話いただき、看護に求める役割について辛辣な口調の中に過分の思いやりの気持ちを込めながらご報告いただいた。まず、福祉施設に勤務する看護師の中にはしばしば次のような状況が垣間見られるという。つまり、①介護をしない、②処置に忙しい、③介護を下に見るような強権的体質、④資格を取って辞めていく、⑤自分の専門領域でないと利用者とかかわれない、⑥認知症の患者を叱るといった場面に遭遇することが多く、看護が話題とするプロフェッショナルとジェネラリストの意味やエビデンス至上主義に少なからず疑念を抱くとの指摘がなされた。岩尾氏は、「その人らしく」「望む場所で」「なじみの人に囲まれて」看取られていくことを、当該施設での目標とされており、利用者の自己決定のあり方などは看護が志向しているエビデンス主義において最も欠落している視点であり、脱施設化・管理主義からの脱却・安全と健やかさ・真のニーズの抽出がきわめて重要であると話された。いまこそ、キュア(働きかけ)＜ケア(保護)＜サポート(かかわり)という重み付けの順序を意識することで対象化よりも相互主体的な視点に重点を置く必要があり、エ

ビデンスや科学性の追求に加え統計的評価を至上とする医学モデルと、満足度に評価基準を置く生活中心主義的概念モデルの福祉の視点の両方をカバーする、あるいは橋渡しするような役割としての看護のあり方が問われているのではないかとの報告をされた。

最後に、在宅で呼吸器を装着したALSの妻を支えながら最期を看取られ、現在もALS患者遺族会の代表として活躍しておられる熊谷博臣氏は、難病を抱えた患者と家族が地域の中で医療関係者や患者会と連携しながら活動されてきたことについてご報告いただいた。呼吸器を装着した在宅生活に加え、想定される多くの危険・危機を可能な限り少なくするための事前準備・創意工夫、それらに遭遇した時の適切な対応に心掛けながら、常に妻のQOLの向上に留意されながらの15年間を振り返られた。数多くのご夫婦の写真をご紹介いただくことで、あらためて「家族の絆」の深さに感銘を受けつつ、患者さん自身・家族にとって真のニーズとは何かを常時気に掛け、また汲み取れる専門家の感性の重要性についての指摘にも心の底から納得させられる重みがあった。また、ケアは多数の方々との関わり合いを通じた支え合いによって成立するものであり、特に信頼できる専門家の存在自体が患者や家族にとっ

ては「保険」とも言えるほどの安心感を提供してくれるとの、あたたかい言葉を投げ掛けて下さった。さらに、患者の「その人らしさ」に注目し個別性に配慮したケアの重要性についてあらためて言及され、看護への期待と多くの課題をお伝えいただいた。

その後、シンポジストの先生方全員および会場の参加者との間で、健康障害を抱えた患者や家族を支えるために、患者や家族・医療従事者・福祉関係者から看護は一体何を期待されているのかについて、質疑応答を踏まえて再確認し合った。また、看護はこれから何をどのように実践していくべきなのか、求められるべき看護とは何であるかを、きわめて短い時間ながらも話し合う機会を得た。結果的に、看護はもう一度初心に戻り自らの足下を見据えることで、その役割や機能について考察する必要があり、本学術集会における他のシンポジウムやトークンセッションにおいて深めていくべき課題を提起できたという点では、その役割を十分に果たせたシンポジウムであったと思われる。

あらためて、ご報告いただいた先生方ならびにご参加いただいた皆様に対して、心より感謝申し上げる次第である。

◆シンポジウム1◆

睡眠障害を地域で支えるために紡ぐこと

滋賀医科大学医学部医学科睡眠学講座特任教授 大川 匡子

わが国の睡眠と睡眠障害の実態

社会の夜型化に伴い睡眠時間の短縮化の傾向は顕著で、たとえば、NHKが5年ごとに行っている国民生活調査によると、1960年には約70%の人は夜10時に眠っていたのが1995年には20%台に激減、睡眠時間も1時間以上少なくなっている(図1)。また、睡眠時間は働き盛りの30~50歳代や女性が短い傾向にある。健康・体力づくり事業財団の調査では、睡眠で休養が取れていると答えた人は23.1%、何らかの不眠で悩んでいる人は21.4%で、欧米諸国のデータとほぼ一致していた。しかし、わが国では不眠に寝酒で対処する人が多いという特徴がある。睡眠薬代わりの寝酒は不眠を悪化させるだけでなく、アルコール依存のきっかけになる危険性があるので、正しい生活指導をしていく必要がある。また、睡眠薬の使用は20人に1人というデータもあり、医療者側も不眠の訴えに安易に睡眠薬を処方するのではなく、病態を正しく診断した上で、それぞれに応じた治療を行う必要がある。

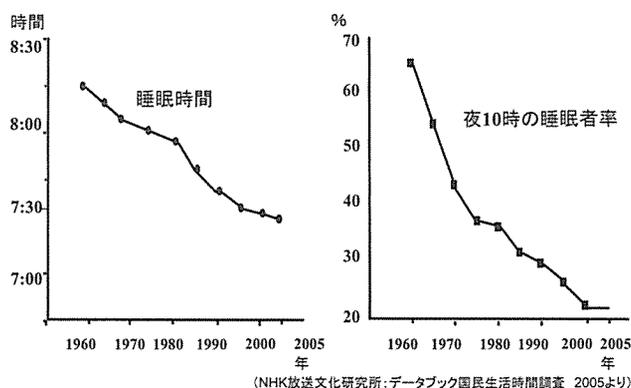


図1 日本人の睡眠時間の短縮化と夜型化の時代変遷

睡眠障害の分類

睡眠障害の国際分類としては、2005年に改訂されたICSD-2が最新である。大きく、1) 不眠症、2) 睡眠関連呼吸障害、3) 呼吸障害に起因しない過眠症、4) 概日リズム睡眠障害、5) 睡眠時随伴症、6) 睡眠関連運動障害、7) 正常範囲内、8) 未解決の孤発症状、その他、の8項目に分類されており、その診断名は約90種類に及ぶ。

不眠は神経症、うつ病、統合失調症など精神疾患において必発症状であるばかりでなく、初期症状や増悪因子としてきわめて重要である。また、睡眠時無呼吸症は特に有病

率が高く、高血圧、糖尿病を併発するなど呼吸、循環器領域でも重要な疾患である。さらに、多くの身体疾患では睡眠障害を併発する機会が多い。このような睡眠障害はそれ自体が問題であるばかりではなく、夜間の睡眠障害により身体・脳の修復、成長、免疫といった睡眠の機能が阻害され、昼間の活動性が十分に達成されていないことにも注目すべきである。

睡眠障害の中で最も多いのが不眠症である。不眠症とは、その人の健康を維持するために必要な睡眠時間が量的、あるいは質的に低下し、そのために社会生活に支障を来したり、自覚的にも悩んでいる状態をいう。睡眠時間が短くても本人が満足し、昼間に正常な活動ができるならば、不眠症とはいわない。

不眠は生活習慣病・うつ病の危険因子

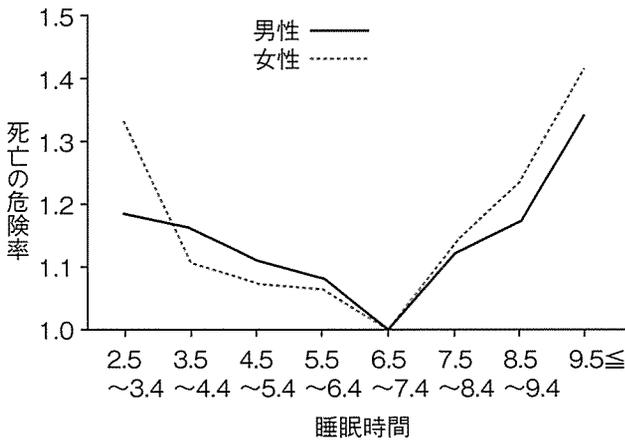
アメリカのKripkeらの睡眠時間と死亡率の関係についての報告(図4-1)によると、6~7時間の睡眠時間をとる者の死亡率が最も低く、それよりも少なくとも多くても死亡率は高くなっており、平均睡眠時間6.5~7時間の日本が長寿命国であることを裏づける一因となっているのかもしれない。睡眠時間と肥満度、睡眠時間と心臓疾患のリスク(図4-2)、睡眠時間と糖尿病の間にも同様のU字型カーブの関係がみられる。

小路らの30~50歳代の勤労者5,747名を対象に、生活習慣病と不眠の関連について行った調査によると、生活習慣病に罹患している群では不眠の頻度が高く、特に高血圧患者は3人に1人は不眠を有していることが明らかになった。また、不眠の4つのタイプである、寝つきが悪い「入眠障害」、夜中に何回も目が覚める「中途覚醒」、朝早く目が覚める「早朝覚醒」、ぐっすり寝た気がしない「熟眠障害」のうち、どのタイプが多いかを調べたところ、高血圧症、高脂血症、糖尿病のいずれの罹患患者群においても最も多いのが熟眠障害で、いずれの疾患でも4人に3人の割合で熟眠障害が認められた(図5)。これらのように、睡眠不足や不眠の亢進とともに、生活習慣病の相対的リスクが高まるとの報告は多数あり、不眠は高血圧や糖尿病などの誘因・増悪因子になることがわかっている。したがって、睡眠不足や不眠の予防が生活習慣病の発症リスクを抑え、国民の健康増進につながり、医療費削減という経済効

果をももたらすと言えるであろう。

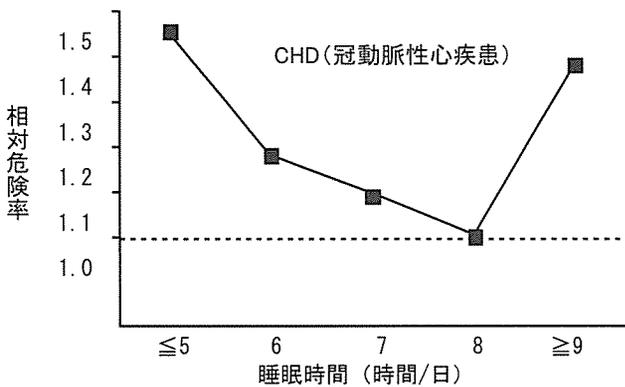
また、うつ病の前駆症状としても広く認知されており、

図2 睡眠時間とU字型関連性を呈する疾患



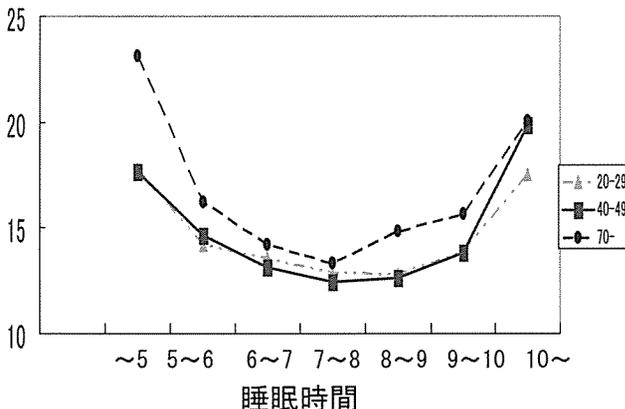
(Kripke DF, et al: Mortality associated with sleep duration and insomnia. Arch Gen Psychiatry 59:131-136.)

図2-1 睡眠時間と6年後の死亡率



(Ayas NT, et al: A prospective study of sleep duration and coronary heart disease in women. Arch Intern Med 163: 205-209, 2003.)

図2-2 睡眠不足と心臓疾患のリスク (米国)



(Kaneita Y, et al: The relationship between depression and sleep disturbances: A Japanese nationwide general population survey. L Clin Psychiatry 67:196-203, 2006)

図2-3 年齢別の睡眠時間とCES-D scaleの関連

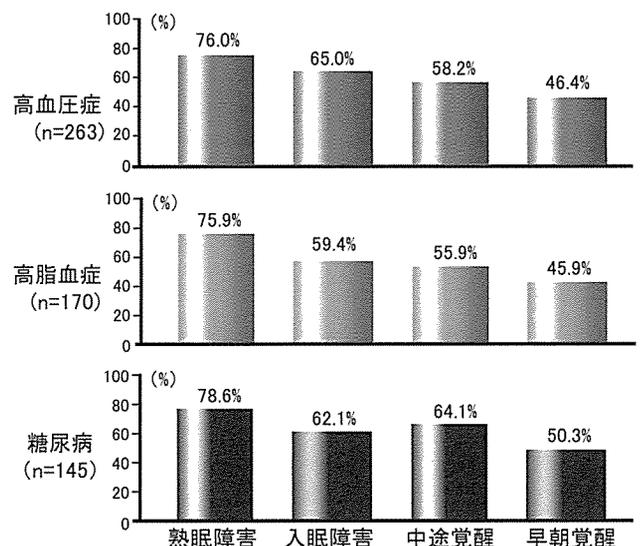
うつ病患者の9割に不眠がみられると言われている。最近、兼板らは3万人を対象とした大規模疫学調査により、自記式抑うつ評価表をもとに、睡眠時間と気分障害について明らかにした。それによると、各年齢層とも6~7時間の平均的睡眠時間の人々が、5時間以下の短い睡眠時間や9時間以上の長い睡眠時間の人に比べ、抑うつ度が低く、精神的に健康であることがわかった(図4-3)。

高齢者と睡眠

加齢により、就床時刻が早くなり、より早朝に覚醒するようになることはよく知られている。これに伴い、中途覚醒や早朝覚醒などの睡眠障害が増加し、ある調査では60歳以上の高齢者では約3人に1人が睡眠障害を訴えているという。夜間の眠りの質が低下することで、日中の覚醒状態は低下し、覚醒障害を引き起こすことになる。

高齢者の睡眠障害は、睡眠の老化現象に加え、加齢に伴う特異的な睡眠障害が原因となることも少なくない。また、アルツハイマー病などの中枢神経変性疾患、脳梗塞などの脳血管性病変、喘息などの呼吸器疾患、糖尿病、高血圧などの内科疾患、うつ病、不安障害、アルコール症などの精神疾患に睡眠障害を伴うことが多い。高齢者では、加齢に伴い、このような精神的・身体的要因が数多くあることを念頭に置くべきである。

代表的な睡眠障害として、睡眠中に無呼吸が原因で中途覚醒、睡眠相の浅化が認められ、日中の眠気、易疲労感、熟睡感の欠如が生じる睡眠関連呼吸障害、夕方から夜間入眠時に下肢を動かしたいという強い欲求が出現するため、著しい入眠困難をきたすむずむず脚症候群、うつ病を代表



(小路眞護, 他: 3. 各臨床科でみられる睡眠障害 2) 糖尿病における睡眠障害, 特集生活習慣病と睡眠障害. Prog Med 24, 987-992., 2004)

図3 生活習慣病にみられる不眠のタイプ

とする精神科的障害による睡眠障害、認知症患者の睡眠障害などがあげられる。

高齢者の精神科的障害による睡眠障害では、うつ病による不眠が多い。加齢に伴い生活上の喪失体験や、環境変化により生きがいをなくし、うつ病を発症する高齢者は少なくない。老年期のうつ病では、若年成人に比べ典型的な抑うつ気分や精神運動抑制より自覚的な不眠が前景に立つことがある。診断のためのポイントは、食欲低下、気分の日内変動、易疲労感などのうつ症状について問診し、確認することである。診断が確定した後は、抗うつ薬などによる治療が必要となる。

認知症の高齢者では健常高齢者に比べて、夜間のせん妄・徘徊が起こりやすく、睡眠覚醒リズムが著しく不規則になりやすい。このような認知症患者に特有な睡眠障害は、睡眠・覚醒リズムの障害であり、同時に体温などの自

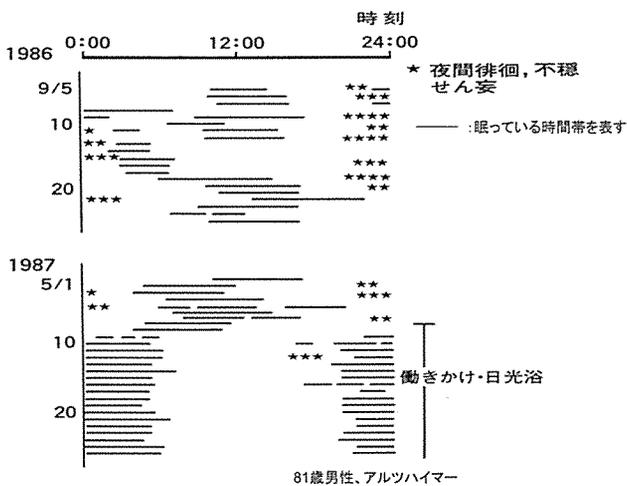


図4 認知症高齢者の睡眠図 働きかけ、日光浴で睡眠の改善

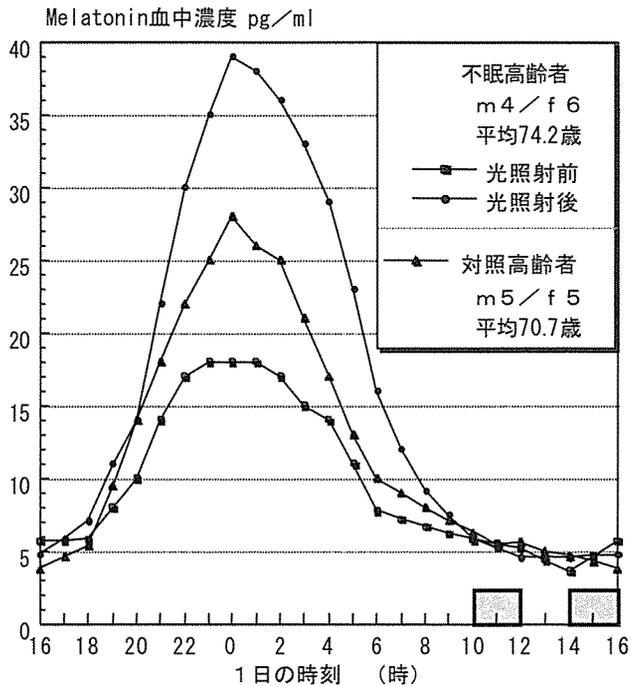


図5 高照度光照射によりメラトニン・睡眠が改善

患者さんは、自分の症状をうまく伝えられない

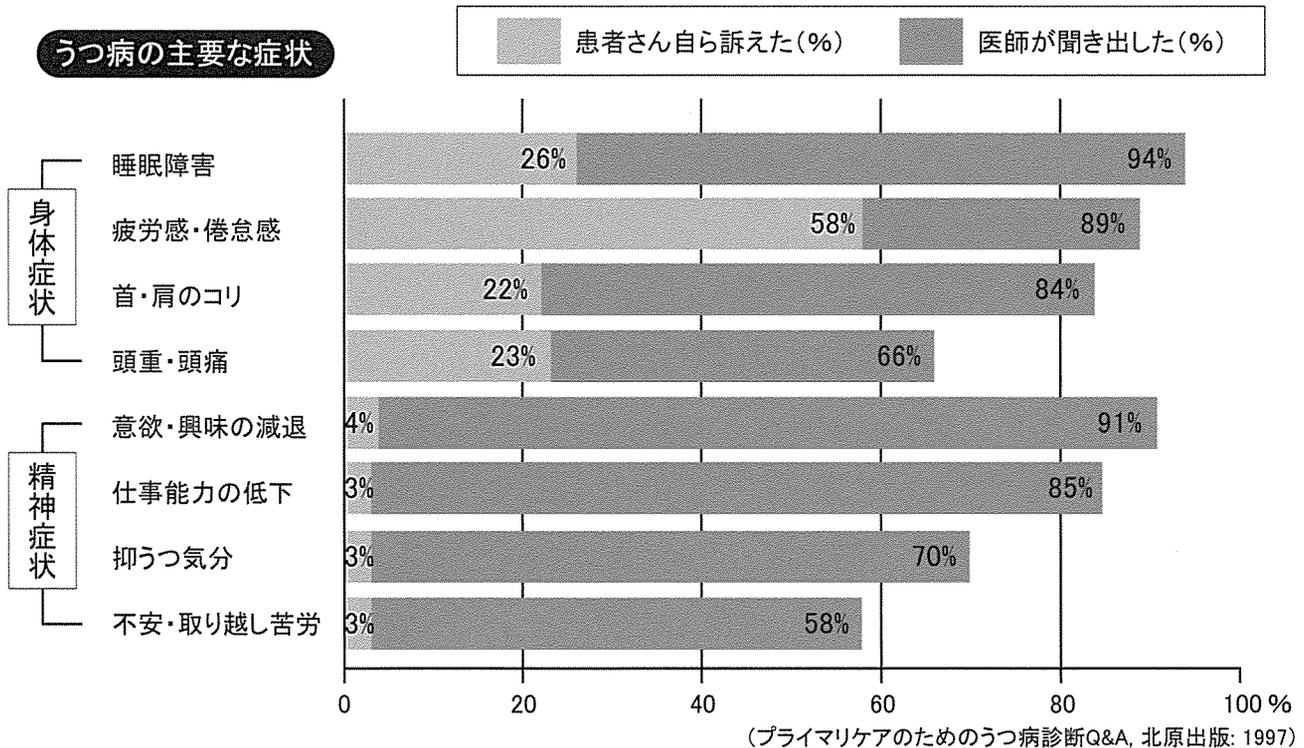
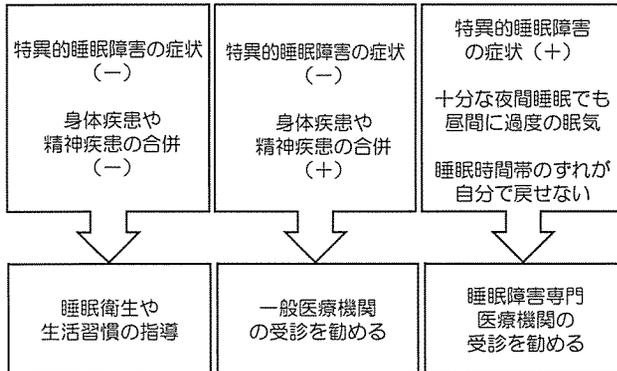


図6 うつ病にみられる症状

表1 受療を促す判断のポイント

<p>～睡眠診療で求められる看護介入～</p> <ul style="list-style-type: none"> 科学的知見に基いた正しい睡眠知識の普及 生活習慣や睡眠衛生の見直しや調整を促す 行動変容へ働きかける 受療を支援する



律神経系リズムやメラトニン分泌などの内分泌系リズムの障害を伴うことが多い。このことから、認知症患者の睡眠障害と異常行動の背景には生体リズム障害があると考えられる。

生体リズムの障害の主な原因として、昼夜を区別する時間的手がかり（同調因子）の減弱と、生体リズムに関与する中枢機構（生体時計）の機能的あるいは器質的障害があげられる。同調因子の中で最も重要なものは光である。高齢者は社会の第一線から退いているため外出する機会が減ることから、高照度光への曝露時間が減少し、規則的な睡眠・覚醒リズムを維持する上で不都合な状況にあるといえる。

このような認知症患者の睡眠障害に対する治療法としては、光療法やメラトニン投与が効果的である。光療法は、

朝に高照度光を浴びると位相が前進し、夕方に浴びると位相が後退することを利用して、朝に高照度光を照射し、睡眠相の前進を図るものである。光療法の効果は比較的早く現れ、1～2週間で判明する（図6、図7）。

より良い睡眠と質の高い生活を送るために

以上、睡眠が健康的な社会生活を送るにあたって、いかに大切であるかをお話してきた。潜在的に睡眠障害に悩んでいる人々は多く、身体的不調や痛みと比べて、自ら訴えることは少ない（図8）。「よく眠れていますか？」という問いかけにより、睡眠障害に悩む人々を掘り起こすことができ、ひいては生活習慣病、うつ病をはじめとする身体疾患、精神疾患の予防や治療の促進に役立つ。図9に睡眠診療で求められる看護の介入方法、受療を促す判断のポイントをまとめたので、参考にさせていただきたい。

2002年、「睡眠学」という新しい学問体系が日本学術会議で提唱された。睡眠に関する正しい知識を習得し、健康で快適な生活を維持していくために「睡眠学」の切り口からさまざまな調査、研究、予防・治療法の開発、国民への啓発を行おうというものである。地域で活動をし、国民の健康を支えている看護師、保健師、介護士、を始めとする医療従事者の皆さんに、たとえば「よく眠れていますか？」という積極的な問いかけをしていただきたい。そしてさらに、国民の皆さんに睡眠に関する正しい知識を習得し、健康で快適な生活を維持してもらえよう、睡眠衛生指導（図10）をしていただきたい。これらの活動が地域に根づくことで、国民への啓発につながっていくと確信している。

◆シンポジウム1◆

紡ぐべき地域・家族において看護に求められる課題

龍谷大学社会学部地域福祉学科教授, 「サンライフたきの里」施設長 岩 尾 貢

1. はじめに (私にとっての看護師とは)

私の実践は看護師と共にあったといっても過言ではありません。嘗て、精神科病棟における患者さんの開放化や生活問題への取り組みは若い看護者と共に行いましたし、鍵をかけて自宅の部屋に閉じこもっている高校生に対しドア越しに根気よく関わり続け、自らの意思で精神科受診につなげたのも保健師との同行訪問でした。認知症問題への取り組みも看護者の力を借りながらの実践でありました。それゆえ私は看護師に対しては特別な思い入れがあります。まずこのことを理解していただきたいと思います。その上であえて辛口な看護師への批判と将来にわたっての期待を述べることをお許し願いたいと思います。

看護という専門性なのか職種なのか医療という枠の中で変わったと思うのは私だけなのでしょうか。科学が進歩することによって果たさなければならない使命が明確になり、より合理的に看護という専門性や職種が確立していくことには異論はありません。しかし、看護が持つ普遍的な人間に対する生命の尊重や生きる価値に対する支持的な姿勢は変わることがないはずで

しかし、現実はどうでしょうか。私は介護福祉士という制度が出来たときにある違和感を持ちました。これは本来看護がもつ重要な専門性ではないかという疑問です。老人保健施設を創設した時、一番厄介だったのは看護師の意識でした。疾病を見ることに慣れていた看護師は生活全体の支援という課題に到達しにくい特徴を持っていましたし、施設によっては看護と介護のサービスステーションを別にして看護の優位性を主張する所もありました。認知症介護指導者の研修施設でも介護者の役職が何もないというところも存在し、看護職の強権的体質に唖然とすることもありました。また、グループホーム利用者が入院した際、身体拘束され「傍につきますから拘束を解いてください」というグループホームの介護スタッフに対し「介護と看護は違います」と取り合ってくれない総合病院の婦長の存在には言葉を失ったことを覚えています。だからでしょうか。介護福祉士が出来たのは。

私の中での疑問はまだあります。業務独占として介護に認めても(少なくとも一緒に行っても)良いと思われるいくつかの医療行為について、なぜ、身体的ケアとして介護が行ってはいけないのでしょうか。せめて家族に許されて

いる行為は介護にも許すことは出来ないのでしょうか。そして、エビデンス主義に見られるように科学性を求めながら、一方、認知症高齢者が「風呂に入らないのですがどうしましょう」と医師に指示を仰ぐ看護師もいます。高齢者や障害者に対し「地域密着」という新たな国の方向性が示されているなか、そうした看護師から「紡ぐべき地域・家族において看護に求められる課題」として福祉の立場での発言として何を求められているのでしょうか。もともと看護は地域と共にあったことは多くの保健師や看護師によって実践されてきたことであります。福祉は業務独占という武器を持たずに実践してきました。こうした中で地域を通して福祉と看護のコラボレーションは果たして可能なのでしょうか。めまぐるしく変わる制度の中で看護に求める国民のニーズとは何なのでしょう。認知症問題を通して考えてみたいと思います。

2. オールドカルチャーからの脱却 (脱施設化を目指して)

認知症が医療の対象となったのは西洋医学の影響を受けた明治以降であり、精神病院が主に認知症高齢者に対する処遇を行ってきました。社会的に認知症問題が大きく取り上げられたのは1972年に発表された小説「恍惚の人(有吉佐和子著)」ですが、一般的には認知症の表面的な症状や現象に目が奪われ、認知症の理解は深まりをみせず、むしろ認知症高齢者が「問題の人」として対象化されていました。当時、認知症高齢者に対する支援策は皆無で、在宅介護が限界に達すると一部の特別養護老人ホームや精神科への入院が多く、家族にとってはやむにやまれない選択を迫られていた時代でした。

一方、一般的には安全と保護の名のもとに老人病院や施設が乱立するなか、認知症問題がさらに顕在化することによって介護のあり方についてもどのように対処すればよいかの検討が行われるようになりました。しかし、問題対処型の議論が中心であり、認知症の人達の行動や現象に対する対症療法的方法論が主流でありました。そのため、外出防止のため施錠による管理が当然のこのように行われ、病院や施設においては薬物による行動抑制や身体拘束など認知症高齢者の人格を無視するような取り組みが一般的でした。治療優先、管理的中心ケアの時代であったと思

います。

こうしたなか、病院や大型施設におけるプログラムに基づく画一的ケアや管理的治療に疑問を持つ現場実践者による新たな取り組みとしてグループホームケアが誕生しました。グループホームは地域において小規模で互いの顔が見える家庭的な雰囲気のなか、なじみの人たちに囲まれ、役割や生きがいある生活の保障を目指すものであり、第一線の実践家によって取り組まれ、その成果として認知症状が緩和されることが示されるようになりました。人は100人いれば100通りの生き方があります。誰もが独自の価値観や生活スタイルを築きながら生きており、できる限り自ら獲得した価値観や生活スタイルを守りながら、自分らしく暮らし続けたいと願っています。これは、普遍的な願いであり、認知症になったからといって変わり得る願いではありません。むしろ、心身状況の変化に伴い、何らかの生活のしづらさを感じることで、より強く『何とかこれまで通り暮らせないか』『私らしく暮らしたい』と願うのかもしれない。しかし、認知症高齢者が施設に入所したり病院に入院した途端、なぜ集団で決められた時間に食事をしなければならないのでしょうか、なぜ眠たいのに起こされ眠たくないのに寝させられ、決められた日にしか入浴できないのでしょうか。自分に置き換えて考えてみれば、ごくごく当たり前に感じる疑問が、どうして多くの施設や病院では見過ごされてきたのでしょうか。これは、認知症の人を適切に理解することができていなかったこと、さらには、認知症の人は“看てもらう人”で看護者や介護者は“見てあげる人”という関係性のなかで認知症の人を対象化し、生活者として見つめることができていなかったからだと考えられます。施設入所等によって長年かけて築いてきた生活環境や生活スタイルからの変容を強いられ、どうしようもなく不安と混乱を深めてしまった認知症高齢者の姿とそのような姿を生み出したこれまでの認知症ケアの歴史を全ての専門家は重く受け止めなければなりません。こうした反省から地域の力を活用したケアのあり方も課題となりました。

環境も含めて全体状況を理解しようとする視点への転換が認知症ケアの課題となり、環境そのものを問い直すケアの時代とも言われ、中核症状と周辺症状への理解、また、周辺症状の多くはかかわる側が発生させているという認識の下、認知症介護のあり方を模索した時代とも言えます。この頃より、かかわりによって認知症の症状軽減が図られることが実践的に立証されるようになりましたが、ケア自体はADLを中心とした身体介護中心の域を出ることはありませんでした。

このような状況のなか、認知症グループホームをはじめとして小規模化することで得られるケアの有効性がひろく

主張されるようになり、環境やかかわりのあり方、生活の継続性の重要性が認知症介護の現場からも報告されるようになります。さらに医療への集中化からの脱却と共に認知症介護の個別化や生活支援の視点、権利擁護、自己決定の保障など介護の質が問われるようになります。認知症の人たちから学ぶという、従来、認知症の人たちの問題とされていた行動には意味があり、生活上の要望であったり混乱や不安の現われであったり、むしろ周囲との関係や環境のあり方が問題であるという認識が広がるようになりました。こうした考え方は従来の食事、入浴、排泄という三大介護を中心とした施設介護にも少なからず影響を与えました。認知症グループホームや宅老所等の小規模化したケアの有効性を取り入れたユニットケアという考え方が大型施設に取り入れられるようになりました。

ユニットケアは構造上の小規模化だけを目指すのではなく、認知症高齢者の“生活支援”に主眼を置き、ケアというより共に暮らす人、場として位置づけたという特徴があります。これは、(図1)において整理されていますが、医学モデルからの脱却を目指した認知症の人達の生活に視点を置いた新たな取り組みです。認知症が脳の病気であることは十分承知していながらも認知症高齢者の行動には意味があり、その意味を尊重することに支援の本質があるという主張によるものです。1人1人の認知症高齢者のその人らしさ、安心、力の発揮、暮らしの継続性の尊重が不可欠であり、個別的な生活スタイルの保障を目指します。今日では、集団処遇や管理中心の施設運営そのものが権利侵害であると言え、これらオールドカルチャーからの脱却なくして認知症高齢者本位の生活支援は到底ありえません。

	医学モデル	生活者中心概念
目的・目標	認知症の治療、在宅、管理(治療、社会復帰、再発予防)	安心できて望む生活(独自のライフスタイルの獲得の保障)
主体者	認知症の患者(患者)	不安を抱え混乱しながら生活している人(生活者、利用者)
捉え方	失見当、記憶障害、判断力の欠如(疾病・症状を重視)	寺参りを大切にしている人、シグナルを重視(生活のしづらさを見る)
関係性1	薬物療法、リハビリ、保護(治療・援助関係)	どんな状態であろうが付き合うことを重視、寺参り(共に歩む支え手)
関係性2	専門職によるチーム、分担(担当者としての関係・役割)	納得できる人と場と雰囲気(選ばれる関係性)
関係性3	職員による専門プログラムコンプライアンス(スタッフドミナンス、職員主導)	相互理解による生活構築シグナルを重視、施設の機能とニーズ(対等の関係性)
運営	治ることの優先、短期、短い時間の優先(能率、効果)	理解しあうには時間が必要(一目ぼれということはない)否定せずかかわり重視(時熟、時の満ちるのを待つ)
意思決定	この薬を飲めば治る、このリハビリで回復する(正解(唯一解)を求めて)	自分で何をしたいかの意志の尊重(自己決定、寛容)

※その他、評価として専門性思考はエビデンスや統計的評価を重視、生活支援は利用者の満足度を重視(柏木)

図1 医学モデルと生活者中心概念 ～事例を通して～

3. 利用者本位の生活支援

「2015年の高齢者介護」の提言を受けて認知症高齢者ケアマネジメントのあり方について

でも検討されました。認知症の人が最期まで尊厳のある生活を送れるよう支援するため、利用者本位のケアを継続的に展開すること、利用者本位の視点に立った認知症ケアを普及するための教育的な効果と、地域のサービス提供者の協働・連携の促進をねらいとして「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式（以後、センター方式）」という認知症の人の側に立ったケアマネジメントモデルが開発されました。センター方式の開発は認知症の介護現場に少なからず影響を与えました。本人の思いに寄り添い、望む生活の実現をいかに図るかなどセンター方式の活用によって介護者への気づきを促すという機能が強く、従来の介護者側の都合ではない認知症ケアを確立するものとなりました。利用者本位の認知症ケアとして、①その人らしいあり方、②その人の安心・快、③暮らしのなかでの心身の力の発揮、④その人にとっての安全・健やかさ、⑤なじみの暮らしの継続（環境・関係・生活）といった5つの基本的視点を明記し、地域の資源を活用した認知症の人たちの生活支援についても重視されています。本人の望みや生きがいは何か、それらを実現するにはどうすればよいか、使える資源や開発する資源は何かなど、本来のケアマネジメント過程に則ったかかわり（図2）やあらゆる資源（本人や家族が持つ資源、地域の資源、専門家が持つ資源等）がコラボレーションされた支援が求められています（図3）。

ここで、利用者本位の生活支援とは何かについて振り返っておきたいと思えます。（図4）ここでは『ケア』と『生活支援（サポート）』の捉え方についての比較がされています。これまでの『ケア』は、認知症高齢者を『患者』として対岸に据え、主に疾病や症状への働きかけが重視されてきました。しかし、『生活支援（サポート）』では認知症高齢者を『生活者』としてとらえ、相互理解を深めながら『ともに暮らす人』として、本人の納得を尊重したかかわりを目指します。つまり、生活を支援するということは、①その人らしく、②望む場所で、③なじみの人に囲まれて、④役割や生きがいある暮らしをともに支えることであります。認知症高齢者本人による自己決定が最も重要な実践課題であることは言うまでもありません。

つまり、『疾病中心』から『ADLへのアプローチを重視した介護』へ、『ADLへのアプローチを重視した介護』から『家政をも視野に入れた支援』へと視点の転換が求められ、その延長線上に自己実現に向けた『生活支援』が存在します。家政とは「家族の生活を1つにまとめること、家庭生活において幅広い文化の伝承をする機能（内出幸美）」とされ、人間の発達・家庭・家族のこと、社会福祉、生活

文化、食物・被服・住居をはじめ、社会学、経済学、心理学等も視野に入れた幅広いかかわりであることが位置付けられています。

自己実現に向けた『生活支援』のためには、認知症の現象や疾病ばかりに気をとられるのではなく、認知症高齢者本人が望む生活と生き方に対し、それらを妨げる状況要因に関心を寄せなければなりません。そのため、アセスメントにおいては人とその環境を総合的に見つめる『人と状況の全体性』の視点が不可欠となります。現在、最も有効性を発揮しているアセスメントツールが先に紹介したセンター方式だと考えられます。

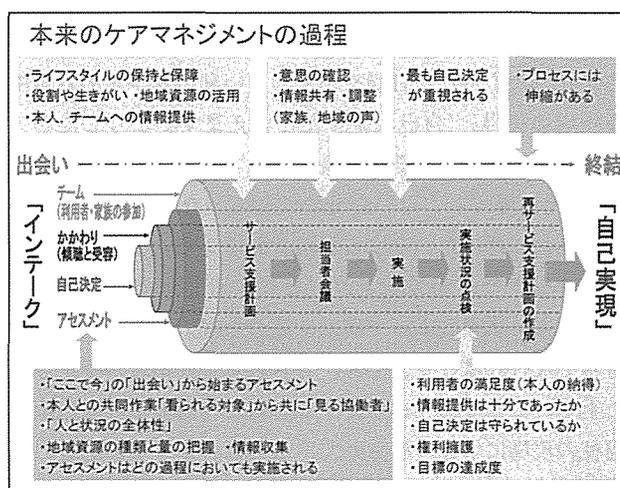


図2

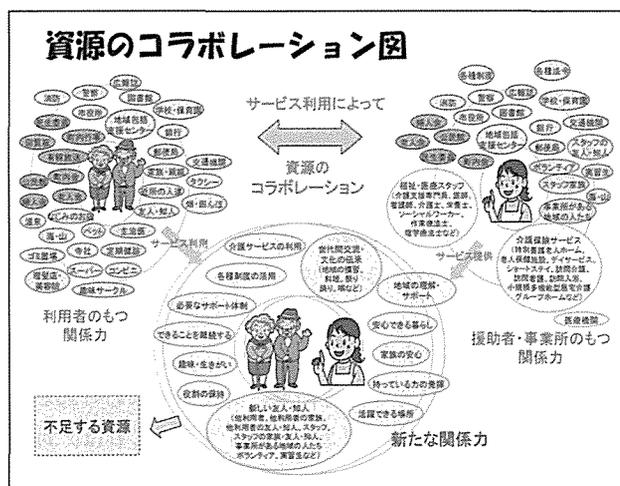


図3

ケア	<	サポート（生活支援）
働きかけ	<	かかわり
対象化	⇄	相互主体的（ともに）
<病院>	<施設>	<地域密着>

図4 ケアと生活支援

4. グループホーム実践の意味するもの

グループホームケアの基本的視点として①個別性重視、②サービス利用者のニーズを中心に考える、③生活者とし

ととらえる（QOLの重視）、④利用者自身が問題解決能力をつけられるように支援する（エンパワメント）、⑤自己決定を中心に据えた自立（意思決定）、⑥利用者の権利擁護（アドボカシー）などがあげられる。その上でどのような生活支援が行えるかを利用者とともに考えることを重視しています。

その特徴は1、個人の歴史や生活スタイルを重視する。（暮らしの継続性）2、主体は利用者でスタッフはともに暮らす人である。（共生）3、あくまでも暮らしの場であり自宅なので、家庭的な雰囲気大切に。（安心できる場）4、出来ることを自分ですることによって、役割や生きがいをもつ。（自立と自信）5、住み慣れた地域での家族や友人との交流が継続できる。（地域社会の一員として）6、決められた日課や予定のない利用者が求める自由な生活の獲得。（自己決定）だといえます。こうしたケアは日常的に行われ、その延長にターミナルケアがあります。「死に場所」ぐらい自分で決める、なじみの場所や人に囲まれて死にたいとする利用者も増えています。日常生活とターミナルが分断されて存在するわけでもありません。本来、状態によって病院や施設を選択するのは利用者自身でなければなりません。もちろん十分情報が提供された上でありますが、この当たり前のことが医療や福祉の現場に十分理解されているとはいえません。そのため人生の完結であるにもかかわらず本人の意思が無視されて処遇されることが多いと言わざるを得ません。それは人の生は継続しているのに現象だけを捉えて機能優先の医療やケアを提供しようとする看る側の思い込みによるものではないでしょうか。利用者の望む生活を支えることがターミナルケアにつながり、自己実現へ向けての最後の姿を支えるものとして医療やケアが存在します。そうしたことから、かかわりが始まった瞬間からターミナルの取組みがあると受けとめることができます。

5. 看護師に求めたい視点

認知症高齢者にかかわる専門家に共通して求められる基本的視点に「かかわりの理念」があります。これは、対象者と対峙するとき「認知症高齢者」という枠組みから見つめようとするのではなく、認知症に対する正しい理解を深めるとともに、1人1人を「かけがえのない大切な“人”」として見つめる姿勢が基本となります。そして、どのような生き方をしてきたのか、どのような思いを抱き、さらには今後どのような生き方を望んでいるかというニーズを中心に据えたかかわりがなければ、信頼関係を構築することも、対象者に対する理解を深め看護や生活支援の方向性を見出していくこともできません。認知症という疾患は、その人が持ち合わせる多様な側面の1つに過ぎず、ま

してや、人生の営みそのものの中にあることを考えると、病気を治すことは重要ですが、どう生きるかを支援することはもっと重要だといえるのではないのでしょうか。

各々の専門性の発揮に基づいた細分化は一定の意味はあるのでしょうか。しかし、ジェネリックな視点・知識・能力が欠落すると細分化は“人”や“人の暮らし”への理解を妨げるとともに、専門性を言い訳にした責任放棄をも引き起こしかねません。

当然、医学モデルや生活者中心概念にしても対立するものではなく、均衡ある調和を目指さなければなりません。その橋渡しである看護職の役割は重く、その役割を果たすためにも、ジェネラリストな存在であることが求められているのではないのでしょうか。疾病だけに注目した看護ではなく、1人1人の認知症高齢者の「あるがまま」を受けとめ、言動の意味を考え、どのような生き方を求め、また、何に不安や混乱をきたしているのかのシグナルをキャッチすることのできるかかわりを重視すべきではないのでしょうか。いまいちど、生活支援の意味を考え、対象者とかかわることができるかが問われています。

今回、私には「紡ぐべき地域・家族において看護に求められる課題」というテーマが課せられています。しかし、紡ぐという概念には、ねじり合わせたり、縫ったりして1つにするという意味があり、対象者を対岸に据え、こちら側に引き寄せるといった印象を感じずにはいられません。主体がどこにあるのかが不明確であり、意識・無意識的に「する側」「される側」といった関係性が生み出されないか危惧されます。

福祉は看護の力を必要としています。実際、石川県で発生しました能登沖地震では大きな地震であったにもかかわらず、高齢者の死者や行方不明者はみられませんでした。これは、保健師による日常的なかかわりが持たれていたことや住民同士のつながりの強さのあらわれであり、そこには、優秀な保健師の存在があったといえます。安心して暮らせる地域とは、どのような地域なのでしょう。皆さんは、地域に暮らす認知症高齢者に対し、「病気のこと、生活のこと、身の回りのこと、心配なこと、やりたいこともサポートします」と言えるのでしょうか。そして、認知症高齢者や家族、地域住民に「サポートしてもらっている」と感じてもらえるかかわりが持っていると云えるのでしょうか。

地域で果たすべき看護とは、①チームの一員として協働しながら、②診断や発見という重要な役割を持ち合わせつつ、③認知症高齢者・家族・地域住民それぞれの主体性を尊重したかかわりのなかで、④地域の文化や風習にも関心を寄せ、⑤対象者の望む生き方を中心に据えた生活支援を行うことなのではないのでしょうか。

◆シンポジウム1◆

呼吸器装着ALS患者がQOLを持って自宅で生活すること

ALS患者遺族 熊谷博臣

ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者はわが国では約7000人と言われています。原因不明、今現在も治療方法は無く、徐々に上肢、下肢またはのど周辺の機能を喪失してゆき、多くの患者は発病後3年～5年位で自発呼吸が困難になると言われる難病です。

妻寿美は、高校時代には高校総体(インターハイ)陸上競技の長崎県代表にもなったスポーツウーマンでしたが、27才の時にALS(筋萎縮性側索硬化症)を発症し、41歳の時に呼吸器を装着してから15年間、家族に囲まれ、家族の協力と、医療・福祉・患者会関係の多くの方々に支えられ、自宅で生活をしておりました。

非常に残念ながら、妻は2006年6月20日、自宅で56年の生涯を終えてしまいました。

発病からの自宅での生活、飛行機・電車・車での外出、外出先での宿泊、その時々いろいろな危機・危険があり、楽しい思い出がありました。呼吸器を装着して5年目の阪神淡路大震災の時には、家が半壊の被害を受けました。その時々、私なりに出来る限りの工夫と努力を払い、妻寿美の希望や意向を聞き一緒に考えて、安全でQOLの有る生活を目指し、呼吸器を着けていても自宅に留まるだけでない生活を目指しました。危険が有るからと言って、外出・外泊を控えることは考えませんでした。



QOLをもって生きる



自宅で朝食



発病2～3年前 ぶどう狩り



連絡用スイッチをセットして自宅に一人で

発病から14年後に呼吸困難になって緊急入院して気管切開・呼吸器装着の為に3ヶ月半の入院の後、自宅での生活を始めようとした時、多くの方々から、無謀だ、危険が多すぎる、家庭が破壊すると言われました。当時の社会福祉資源では、100%の条件が揃うのを待っていたら、在宅は絶対に実現出来ないと思い、退院を決断しました。創意と工夫で、危険・危機を少なくする為の事前準備、そしてそれらに遭遇した時の適切な対応に心がけ、在宅での生活の中で妻寿美のQOL向上が実現できたと思います。

今の私には、妻寿美に、もっとしてあげたらとの後悔が残りますが、寿美は、妻として、主婦・母・おばあちゃん、そして一人の女性として、豊かな人生を過ごしたと信じています。

寿美の週間介護日程表



昼間は座椅子に座って

呼吸器装着ALS患者の妻と共に築いた自宅での生活の様子・工夫、外出時の様子・工夫、等を紹介して、ALS患者など難病患者に関わる皆様の参考に成ればと願います。

以上



阪神淡路大震災



屋根瓦1/3落下、家屋半壊



7泊8日の北海道への家族旅行



新幹線で東京へ（胃ロウに注入しながら）



デンマークでの国際ALS/MND連盟会議で発表



ヘルパーの吸引を認めてと数寄屋橋で署名

寿美の外出時チェックシート

日時： 年 月 日 () ~ 年 月 日 ()

行き先：

〔注〕◎：最重要、○：重要、△：有れば便利。

2004/9/6

チェック	注	品名	チェック	注	品名	チェック	注	品名
【車椅子関係】			【レッツチャット】(電子文字盤)			【その他】		
	◎	クッション		◎	レッツチャット本体		◎	財布
	◎	ヘッドレスト		◎	赤外線センサースイッチ		◎	JR乗車券
	○	タイヤ空気圧確認		◎	バッテリー		◎	免許証(夫)
				◎	DC/AC変換器		◎	身障手帳
【呼吸器関係】				◎	充電電池		◎	寿美の名刺
	◎	人工呼吸器		◎	充電器		◎	家の鍵
	◎	アンビューバック		○	ACアダプター		◎	携帯電話
	◎	注射器(カフ用)					○	デジタルカメラ
	◎	バッテリー					○	カメラ用メディア
	◎	ヒューズ(5A)	【身だしなみ】				○	印鑑
	◎	延長コード(6m, 3m, 3m)		◎	カニユレ用リボン		○	ビデオカメラ
	◎	3口アダプター		◎	指輪		○	ビデオカメラ用充電器
	△	フィルター		◎	ピアス		○	地図
	△	人工鼻		○	プレスレット			
	○	クリップ(洗濯鉢み等)				【修理応急工具】		
	△	予備回路	【防寒】				○	ドライバーセット
【吸引関係】				◎	スカーフ		○	ペンチ
	◎	吸引器(MV-30B)		◎	ひざ掛け		○	カッター
	◎	吸引機用ACアダプター		○	貼るカイロ(大・小)	【車・タクシー利用】		
	◎	吸引セット					◎	シガレットアダプター/ 呼吸器の接続コード
	◎	カテーテル(予備)	【排泄】				○	上記用延長コード
	○	精製水(予備)		◎	尿器		○	車の予備キー
	○	オスバン液(予備)		◎	トイレットペーパー		◎	高速割引券
	○	消毒綿花(予備)		◎	尿取パッド(小・中)		◎	ハイウェイカード
	○	カニユレ(予備)		◎	尿取パッド(大)		◎	タクシー券
【気管切開部消毒関係】				◎	便器(ゴム製)	【飛行機搭乗時】		
	◎	Yカットカーゼ		◎	便器用エアポンプ		◎	航空券
	◎	イソジン		◎	浣腸液		◎	診断書
	◎	コップェル		◎	下剤		◎	同意書
	◎	綿球	【宿泊を伴う時】				◎	空気枕(頭用)
	◎	テープ		◎	電動歯ブラシ		◎	ヘッドバンド
	◎	ガーゼ(気切部分分泌物用)		◎	歯磨き粉			
【胃ロウ】				◎	フェイスタオル	【会議・講演など】		
	◎	胃ロウ用チューブ		◎	化粧水		◎	メガネ
	◎	Yカットガーゼ		◎	乳液		◎	ペーパーホルダー
	◎	注射器(大50cc)		◎	ヒップ用エアークッション		◎	資料
	◎	胃ロウ用バッグ		◎	紐		◎	パワーポイント用CD
	◎	エンシュアリキド		◎	寝間着		◎	原稿
	◎	保温ポット(沸騰水)		◎	着替え衣服一式		◎	レザーパーポイント
	◎	バッグ吊り下げ用支柱		◎	着替え下着			
	◎	S字フック		◎	ヘアブラシ	【家の戸締まり】		
				◎	スプレー		◎	ガスコンロの確認
【応急医療セット】				◎	ヘアームース		◎	給湯器のガスの確認
	◎	応急医療セット		○	日焼け止めローション		◎	クーラーの電源
							◎	照明(各部屋)
							◎	照明(トイレ)
							◎	ベランダの鍵
							◎	玄関の鍵

注1. 行き先, 外出目的, 移動手段, 外出時間, 旅行日数等によって, その都度, チェック項目の追加, 変更等を行う。

出産後3年以内の女性の尿失禁と出産との関連性

－尿失禁予防と改善に向けた助産師の役割－

Relationship between Urinary Incontinence and Childbirth Among Women who Have Given Birth
within the Last Three Years

－ The Role of Midwives in the Prevention and Improvement of Urinary Incontinence －

河内 美江
Yoshie Kawachi

キーワード：尿失禁，助産師，出産，産科医療，予防

Key Words：urinary incontinence, midwife, childbirth, obstetric care, prevention

I. はじめに

現在，尿失禁に関する興味，関心が当事者や専門家を含め，一般の人たちの間にも高まってきている。国や年齢層，職業の有無等対象者の違いがあるが，女性を対象にしているいくつかの先行研究で，尿失禁の経験割合は15%～45%に及び，ほとんどが腹圧性尿失禁であるとの報告がなされている¹⁻⁴⁾。しかし，実際，いまだ尿失禁に対しての知識の普及や支援は少なく，どこで情報を得たり相談すれば良いかわからないのが現状であると思われる。また，誰にも相談できずにその当事者のみが不安や心配を抱えていたり，あきらめている状況があり，当事者の尿失禁による心理的・社会的影響は大きいと考えられる。インフォームド・コンセントやリプロダクティブ・ヘルス・ライツの考え方が日本にも浸透してきた現在，自分の身体についての十分な知識と情報を得，自己決定し，必要な援助を受けられるようにしていくことは，大切であると考えられる。

尿失禁に関連している要因は，加齢にくわえ，妊娠・出産をあげる報告が数多く見られている⁵⁻¹⁰⁾。特に，尿失禁の初発年齢は，出産後の30歳代頃であると言われており，また，中高年の時期に尿失禁の経験者が増えるとの報告がある⁵⁻⁶⁾。妊娠・出産が尿失禁に影響するならば，その時期に予防的な対応をしておくことは，その後の中高年の時期を迎えるにあたって非常に重要であると考えられる。この予防的な対応を促進する上で，助産師の果たす役割は大きいものと考えられる。しかしながら，実際に助産師の尿失禁予防の役割についての調査や研究は，数少ないのが現状である。

筆者が2000年に行った18～69歳の女性（中高年中心）1066人を対象にした尿失禁に関する調査¹¹⁾では，以下の点が明らかになった。①尿失禁についての知識の普及や対

応策の実施は遅れており，尿失禁があることにより，心配・不安を抱えながら過ごしている人々が37.5%と多く存在していた。②予防策や対処方法等の情報を望む意見が数多くみられていた。③女性の尿失禁の多くのタイプは，腹圧性尿失禁であり，その原因は，骨盤底筋群の弛緩によるもので，加齢や出産直後・妊娠中の尿失禁の経験，陣痛促進剤の回数，出産直後から床上げまでの間に休息できなかった経験が関連していた。④今後，骨盤底筋群を弛緩させるような産科医療の実施率の増加により尿失禁経験者はさらに増える可能性が示唆された。⑤出産後の尿失禁は一旦は軽減するものの中高年の時期に再度経験する可能性もあるため，妊娠・出産時期からの予防と改善がその後の快適な生活のためには大切である。

ここでは上記の2000年の調査結果をふまえながら，2000年以降の出産事情をおさえ，尿失禁と出産（産科医療）との関連性に着目し，今後の尿失禁予防と改善のために助産師が関わる役割と課題を明らかにしていきたい。

研究目的：

出産後3年以内の女性の出産状況を捉えることで，尿失禁の現状と出産（産科医療），日常生活上の要因との関連性を検討する。そして，尿失禁予防と改善に向けた助産師の役割と課題を明らかにする。

また，今回の調査対象を出産後3年以内の女性としたのは，2000年に行った調査以降の，出産や尿失禁の実態およびその関連性を知るためである。

II. 研究方法

1. 用語の定義

著者が本研究で使用する「尿失禁」「出産」「産科医療」についての定義は，以下の通りである。「尿失禁」とは，「無

意識あるいは不随意に尿が漏れる状態」つまり、「尿を出すつもりはないのに、尿が漏れてしまうこと」(漏れる量や回数は関係ない)とする。なお、尿が漏れる状態とは、「尿が漏れる」と本人が知覚しているものを指す。また、「出産」は、子どもを産むことを指す言葉として使用する。先行研究では、「分娩」を使用しているものも多くみられるため、先行研究の引用と医学用語については「分娩」を使用する。筆者は、「出産」を分娩経過のみにとどまらず、心理的、身体的、社会的、文化的背景を含めたものと捉えており、「分娩」は、子宮の収縮作用によって、胎児とその付属物が母体内から母体外に押し出される過程と捉えている。更に、「産科医療」については、吸引・鉗子分娩やクリステル胎児圧出法、陣痛促進剤、会陰切開、帝王切開等の産科的な医療介入のこととする。

2. 調査対象

G県A市における乳幼児健康診査(4ヵ月児健診・1歳6ヵ月児健診・3歳児健診)に来所した母親。

3. 調査方法

表1の枠組みのとおり自記式質問紙を用い、調査を実施した。A市の保健センターの保健師の方々に協力を得、2004年に実施された乳幼児健診の際、質問紙と返信用封筒を来所した母親に配布して頂いた。母親には、質問紙と返信用封筒を自宅に持ち帰って頂き、記入後、調査者の元へ郵送して頂いた。調査内容は、尿失禁の実態と出産に関する状況についての内容である。表1の調査枠組みは、2000年の調査の枠組みを更に検討し、★印のものを追加したものである。

4. 倫理的配慮

質問紙調査は、無記名であり、プライバシーの侵害をすることが無いことを明記した。また、調査への協力は自由意志で参加できるよう、調査者の元に郵送で質問紙が届くようにした。

5. 調査期間

2004年5月～9月

6. 回収率

1,000部配布。回収率33.4% (334部回収)。有効回答率97.9% (有効回答327部)。

7. 分析方法

検討は、尿失禁の有無別による比較を行った。尿失禁の有無別は、「出産直後から2ヵ月までに尿失禁経験がある群」と「出産直後から2ヵ月までに尿失禁経験がない群」、及び「出産後2ヵ月から現在までに尿失禁がある群」と「出産後2ヵ月から現在までに尿失禁がない群」とした。ここで、2ヵ月以降の時期も調査した理由は、先行研究で多く調べられている産褥期(分娩終了直後から始まり、妊娠、分娩により生じた全身および性器の解剖学的変化と機

能的变化が非妊時の状態に回復する時期をいい、約6～8週間である。¹²⁾は、多く調査されているが、その産褥期以降の非妊時の状態に戻ると言われている時期の調査が少ないことから、その時期以降の尿失禁の状態も調査することにした。

統計処理は、SPSS10.0Jを用い、日常生活上の条件の有無や出産に関する状況の有無についての要因は χ^2 検定を使用し、年齢やBMI、出産に関する状況の量的な要因については対応のないt検定を使用した。尚、2つの分散が等しくない場合、t検定のうちウェルチ法による方法を選択し、結果を導いた。次に、 χ^2 検定とt検定により有意差のみられた要因や2000年の調査において有意差のみられた要因(年齢、出産直後の尿失禁の経験、妊娠中の尿失禁の経験、陣痛促進剤の回数、出産直後から床上げまでの間に休息できなかった経験)、先行研究において尿失禁との関連性があるといわれている要因(年齢、BMI、既往歴

表1 「尿失禁の実態と出産に関する状況」についての調査枠組み

大項目	中項目	小項目
尿失禁に関する実態	尿失禁の有無	年齢、家族形態、職業 初回妊娠前の尿失禁の有無 妊娠中の尿失禁の有無 出産直後の尿失禁の有無 現在の尿失禁の有無 尿失禁の種類
	相談状況	相談の有無 相談しない理由 相談相手 相談時の相手の反応
	知識・情報	尿失禁予防を知る機会の有無と情報源 骨盤底筋体操の効果 妊娠、出産時の時の体操の情報と内容
予測される関連要因	属性と日常生活上の条件	年齢 腹圧のかかる動作の頻度 身長、体重(BMI) 既往歴の有無(婦人科疾患、泌尿器科疾患、糖尿病) 内服薬の有無 便秘の程度
	出産に関する状況	出産の回数 出産年齢(最初と最後の出産年齢) 初めての出産場所 初めての出産時の立ち会い者 ★出産体位(側臥位、よつんばい) ★怒責の有無 経膈分娩と帝王切開の有無と回数 陣痛促進剤の有無と回数 会陰切開の有無と回数 会陰裂傷の有無と回数 吸引・鉗子分娩の有無と回数 クリステル胎児圧出法の有無と回数 ★出産後の腹帯の有無 出産後の休息(床上げまでの間)の有無と理由
助産師、医師との関係	説明と同意	★医療介入があった場合の説明と納得 ※
	対応	★医師の対応 ※ ★助産師、看護師の対応 ※
	関係性	★医師と助産師、看護師の関係 ※

★2000年の調査の調査枠組みに追加した項目
※今回の論文には掲載していない項目

の有無, 内服薬の有無, 経膈分娩の回数), 今回筆者自身が骨盤底筋群に影響するであろうと予想した使用したい変数(腹圧のかかる動作の頻度, 怒責の有無, 出産後の腹帯の有無)について独立変数とし, 尿失禁の有無を従属変数とし, ロジスティック回帰分析を行った。検討にあたっては, 多重共線性を考慮するため, 単相関係数を参考に独立変数同士の相関が強い変数を削除しながら, 使用変数を決定し, ロジスティック回帰分析を行った ($p < .05$ を有意とした)。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の属性および出産に関する状況

1) 対象者の属性

327人の年齢階層は, 7割以上が26~35歳に集中しており, 平均年齢は, 31.1 ± 4.51 歳であった。家族形態は, 核家族が84.4%であり, 三世代は12.5%, 四世代は, 3.1%であった。職業については, 68.2%が専業主婦, 次いで会社員・公務員が15.6%, パートタイム9.5%, 自営業4.3%であった。

2) 出産に関する状況

出産回数は, 1回の者が45.6% (149人), 2回の者が41.9% (137人), 3回目10.7% (35人), 4回目15.0% (5人), 5回目0.3% (1人)であった。平均 1.69 ± 0.75 回である。帝王切開のみを経験している者は, 16.8% (55人)であり, それ以外は経膈分娩経験者 (83.2%)であった。最初の出産年齢は, 平均 27.70 ± 4.31 歳, 最後の出産年齢は 29.89 ± 4.38 歳であった。

出産体位は, 側臥位が0.9% (3人), よつんばいが0.6% (2人)であった。怒責の経験は, 54.1% (177人)が経験しており, 産婦の約半分が怒責をかけて出産している状況にあった。また, 今回, 尿失禁との関連要因として, 新

たに出産後の腹帯の使用の有無を調査内容に追加したが, 76.1% (249人)の人が出産直後から3日間位の間に腹帯を使用していた。出産直後から床上げまでの間にゆっくりと休めなかった経験がある者は, 42.5% (139人)であった (表2)。理由記入のあった137人の理由として, 最も多かったものは, 「上の子の育児のため」47.4% (65人)であり, 次いで「里帰りしなかったため1人で育児していたため」14.1% (46人), 「子どもが入院したため」3.7% (12人)であった。

初めての出産場所は, 大学病院2.8% (9人), 総合病院44.3% (145人), 個人医院52.6% (172人), 助産院0.3% (1人)であった。

表2 出産に関する状況

	人数	%	範囲	平均	標準偏差
最初の出産年齢	327	100	16~41歳	27.70	4.31
最後の出産年齢	327	100	17~41歳	29.89	4.38
出産回数	327	100	1~5回	1.69	0.75
経膈分娩経験ある	272	83.2	0~5回	1.39	0.92
帝王切開経験ある	69	21.1	0~3回	0.30	0.64
側臥位経験ある	3	0.9	0~1回	0.01	0.09
よつんばい経験ある	2	0.6	0~2回	0.01	0.12
怒責経験ある	177	54.1			
腹帯使用経験ある	249	76.1			
出産後に休息できなかった経験ある	139	42.5			

次に, <産科医療の実態>についてである (図1)。

帝王切開経験は, 21.1% (69人)の人が経験していた。陣痛促進剤の使用経験は, 37.3% (122人)であり, 3人に1人以上が経験している状況にあった。会陰切開経験がある者は, 69.1% (226人)に及んでいる。吸引・鉗子分娩経験は, 16.5% (54人)であった。クリステル胎児圧出法は, 28.4% (93人)であり, 3割近くの者が経験している状況であった。

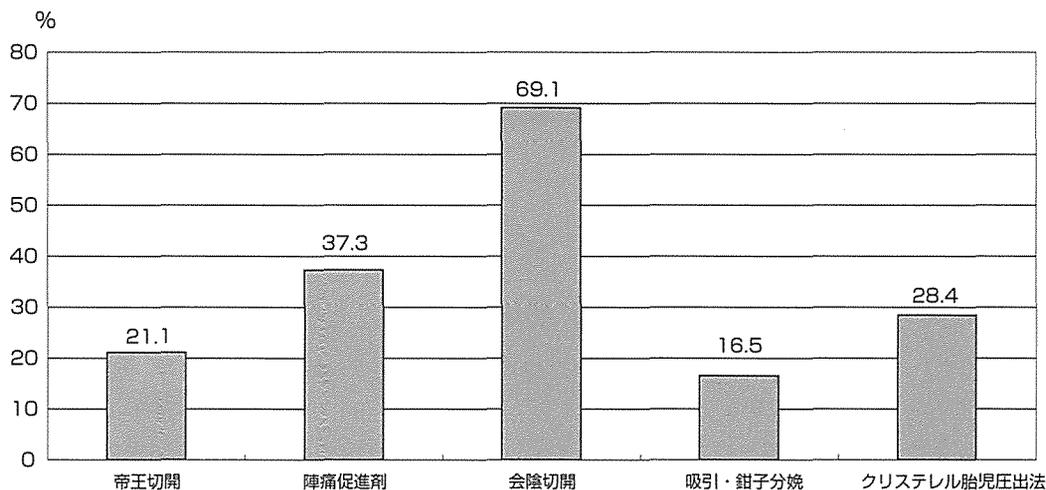


図1 出産状況 (産科医療) 2004年 n = 327

2. 尿失禁に関する実態

1) 尿失禁の有無

初めての妊娠前に尿失禁を経験している者は、9.8% (32人)、妊娠中の尿失禁を経験している者は、61.5% (201人)、出産直後から2ヵ月までに尿失禁を経験している者は、48.9% (160人)、出産後2ヵ月から現在までに尿失禁を経験している者は、35.5% (116人)であった(複数回答)。

尿失禁の種類については、妊娠前、妊娠中、分娩後を通し、全ての時期ともに8割が腹圧性尿失禁であった(腹圧性尿失禁:82.4%、切迫性尿失禁:2.0%、混合性尿失禁:15.7%)。(質問内容は、「腹圧性尿失禁:くしゃみ、咳、笑ったとき、子どもを抱き上げたり重い物を持ち上げたときに漏れる」「切迫性尿失禁:突然トイレに行きたくなり、トイレに行くが間に合わずに漏れる」「混合性尿失禁:腹圧性と切迫性の両方の場合に漏れる」とした。)

2) 相談状況

相談の有無は、尿失禁があると答えた者のうち、相談した者が27.5%、相談しない者が72.5%であった。

今回調査の相談しない理由では、図2のように、「そのうち治ると思う」が54.6%であり、「人に知られたくない」も12.4%であった。

実際に相談した70人の中での相談相手は、女性の友人51.4%、母50.0%、夫37.1%、姉妹20.0%、助産師11.4%という順に多かった。

ているかでは、「知っている」が59.5%であり、また、妊娠・出産時に肛門を締める体操を覚えてもらった状況を見ても、覚えてもらった人は32.2%であった。

3. 尿失禁の関連要因

1) 出産直後から2ヵ月までの尿失禁の有無

属性と日常生活上の条件、および出産に関する状況についてそれぞれ尿失禁の有無との関連性を検討した。ここでは、尿失禁の関連要因としてあげた要因の中で、欠損値のあった1人除いたn=326を分析対象者とした。

表3から分かるように、t検定によって有意差がみられた要因は、経膈分娩回数(t=-2.755, p<.01)、帝王切開回数(t=3.083, p<.01)、会陰切開回数(t=-2.042, p<.05)、会陰裂傷回数(t=-2.054, p<.05)、吸引・鉗子分娩回数(t=-2.613, p<.01)、クリステレル胎児圧出法回数(t=-2.919, p<.01)であった。尚、出産体位について、側臥位については、0.9% (3人)、よつんばいは0.6% (2人)であり、例数が少ないため検討から除外している。

また、表4は、属性、日常生活上の条件、出産に関する状況の有無について、すべての項目について χ^2 検定を行った結果、有意差の見られた要因をあげている。 χ^2 検定によって有意差がみられた要因は、妊娠中の尿失禁の有無($\chi^2=28.306$, p<.01)、経膈分娩の有無($\chi^2=12.590$, p<.01)、怒責の有無($\chi^2=6.671$, p<.01)、帝

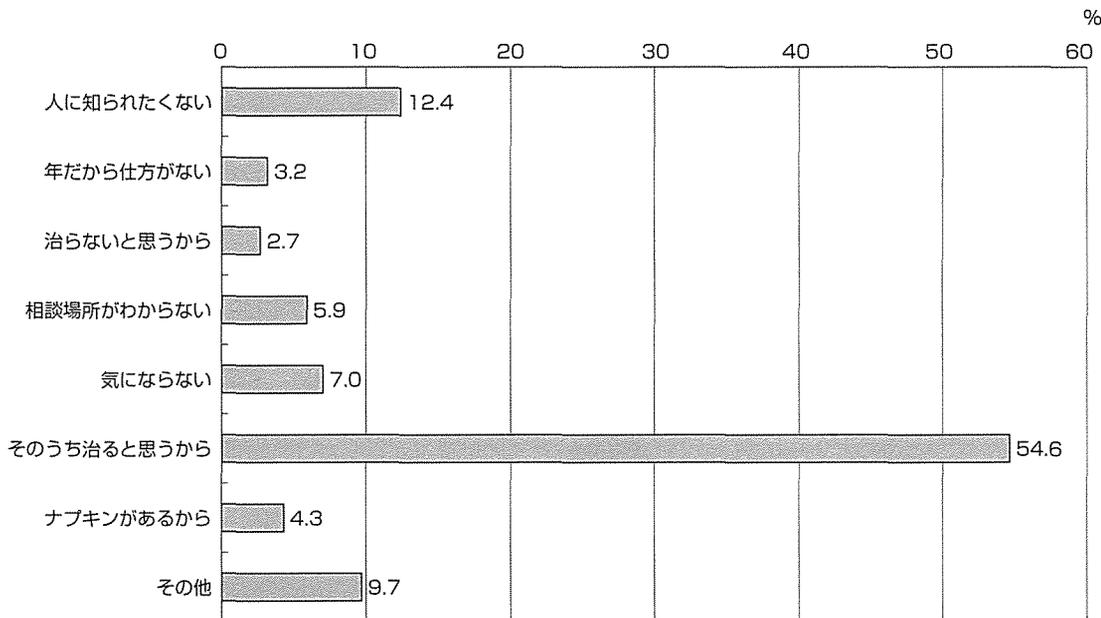


図2 相談しない理由 2004年 n=185

3) 知識・情報

尿失禁予防を知る機会の有無では、45.3%の人が「機会がある」と答えている。尿失禁予防の情報源としては、新聞・雑誌・テレビ・ラジオが63.0%であり、医療関係者29.5%、その他7.5%であった。骨盤底筋体操の効果を知っ

帝王切開の有無($\chi^2=8.684$, p<.01)、会陰切開の有無($\chi^2=7.685$, p<.01)、会陰裂傷の有無($\chi^2=4.932$, p<.05)、吸引・鉗子分娩の有無($\chi^2=6.412$, p<.01)、クリステレル胎児圧出法の有無($\chi^2=7.763$, p<.01)、出産後の腹帯の使用の有無($\chi^2=3.138$, p<.05)であった。

次に、尿失禁の有無（出産直後から2ヵ月まで）を従属変数、属性と日常生活上の条件、出産に関する状況を独立変数としてロジスティック回帰分析を行った。

表5は、ロジスティック回帰分析の結果である。出産直後から2ヵ月までの尿失禁の有無の分析では、独立変数として使用した変数は、表5で示す14変数である。

独立変数14変数のうち、出産直後から2ヵ月までの尿失禁に関連している要因は、妊娠中の尿失禁経験（標準化ロジスティック回帰係数=0.650, オッズ比=3.772）、帝王切開経験（標準化ロジスティック回帰係数=-0.639, オッズ比=0.368）の順で有意差がみられた。また、有意差はみられなかったものの、腹圧のかかる動作の頻度（かなりしている）（標準化ロジスティック回帰係数=0.270, オッズ比=1.350）や最後の出産年齢（標準化ロジスティック回帰係数=0.245, オッズ比=1.057）や吸引・鉗子分娩回数（標準化ロジスティック回帰係数=0.238, オッズ比=1.872）、クリステル胎児圧出法（標準化ロジスティック回帰係数=0.194, オッズ比=1.465）についても尿失禁との関連が強い結果であった。

表3 出産直後から2ヵ月までの尿失禁と出産状況および日常生活との関連 (t検定)

	尿失禁の有無	n数	平均	標準偏差	t値	p
年齢	なし	166	30.88	4.94	-1.009	
	あり	160	31.38	4.00		
BMI	なし	166	21.30	3.24	-0.487	
	あり	160	21.47	2.93		
出産回数	なし	166	1.66	0.80	-0.755	
	あり	160	1.72	0.68		
経膈分娩回数	なし	166	1.25	0.99	-2.755	**
	あり	160	1.53	0.82		
初めての出産年齢	なし	166	27.38	4.58	-1.510	
	あり	160	28.10	4.01		
最後の出産年齢	なし	166	29.52	4.78	-1.456	
	あり	160	30.23	3.89		
帝王切開回数	なし	166	0.41	0.74	3.083	**
	あり	160	0.19	0.51		
陣痛促進剤回数	なし	166	0.42	0.65	-0.742	
	あり	160	0.48	0.64		
会陰切開回数	なし	166	0.84	0.80	-2.042	*
	あり	160	1.01	0.75		
会陰裂傷回数	なし	166	0.36	0.63	-2.054	*
	あり	160	0.51	0.69		
吸引・鉗子分娩回数	なし	166	0.11	0.32	-2.613	**
	あり	160	0.23	0.43		
クリステル回数	なし	166	0.23	0.45	-2.919	**
	あり	160	0.39	0.56		

*p<.05 **p<.01

2) 出産後2ヵ月から現在までの尿失禁の有無

ここでは、現在妊娠中の者26人を除いたn=300を分析対象者とした。

表6から分かるように、t検定によって有意差がみられた要因は、年齢 (t = - 3.913, p < .01), BMI (t = - 2.149,

表4 出産直後から2ヵ月までの尿失禁と出産状況および日常生活との関連 (χ²検定)

	尿失禁なし	尿失禁あり	合計	χ ² 値	p	n数
妊娠中の尿失禁「なし」	87 (52.4)	38 (23.8)	125 (38.3)	28.306	**	326
妊娠中の尿失禁「あり」	79 (47.6)	122 (76.3)	201 (61.7)			
経膈分娩経験「なし」	40 (24.1)	15 (9.4)	55 (16.9)			
経膈分娩経験「あり」	126 (75.9)	145 (90.6)	271 (83.1)	12.59	**	326
怒責「なし」	88 (53.0)	62 (38.8)	150 (46.0)	6.671	**	326
怒責「あり」	78 (47.0)	98 (61.3)	176 (54.0)			
帝王切開「なし」	120 (72.3)	137 (85.6)	257 (78.8)	8.684	**	326
帝王切開「あり」	46 (27.7)	23 (14.4)	69 (21.2)			
会陰切開「なし」	63 (38.0)	38 (23.8)	101 (31.0)	7.685	**	326
会陰切開「あり」	103 (62.0)	122 (76.3)	225 (69.0)			
会陰裂傷「なし」	118 (71.1)	95 (59.4)	213 (65.3)	4.932	*	326
会陰裂傷「あり」	48 (28.9)	65 (40.6)	113 (34.7)			
吸引・鉗子分娩「なし」	147 (88.6)	125 (78.1)	272 (83.4)	6.412	**	326
吸引・鉗子分娩「あり」	19 (11.4)	35 (21.9)	54 (16.6)			
クリステル「なし」	130 (78.3)	103 (64.4)	233 (71.5)	7.763	**	326
クリステル「あり」	36 (21.7)	57 (35.6)	93 (28.5)			
腹帯の使用「なし」	46 (27.7)	31 (19.4)	77 (23.6)	3.138	*	326
腹帯の使用「あり」	120 (72.3)	129 (80.6)	249 (76.4)			

*p<.05 **p<.01

表5 出産直後から2ヵ月までの尿失禁に関連する要因 (ロジスティック回帰分析)

n = 326

要因	ロジスティック回帰係数	Wald	有意確率	p	Exp (B)	標準化係数
最後の出産年齢	0.056	3.291	0.070		1.057	0.245
腹圧のかかる動作の頻度		0.918	0.632			
かなりしている	0.300	0.402	0.526		1.350	0.270
たまにしている	0.065	0.017	0.896		1.067	0.029
BMI	0.034	0.680	0.409		1.035	0.104
怒責の経験ある	0.104	0.141	0.708		1.109	0.052
帝王切開の経験ある	-0.999	5.528	0.019	**	0.368	-0.639
陣痛促進剤の使用回数	-0.084	0.176	0.675		0.920	-0.054
会陰切開の回数	-0.044	0.050	0.822		0.956	-0.034
会陰裂傷の回数	0.036	0.030	0.863		1.037	0.024
吸引・鉗子分娩の回数	0.627	3.051	0.081		1.872	0.238
クリステル胎児圧出法の回数	0.382	2.104	0.147		1.465	0.194
腹帯の使用経験ある	0.100	0.103	0.748		1.105	0.043
出産後(床上げまでの間)に休息できなかった経験ある	0.106	0.168	0.682		1.112	0.053
初めての妊娠前の尿失禁の経験ある	0.355	0.655	0.418		1.426	0.106
妊娠中の尿失禁の経験ある	1.328	25.254	0.000	**	3.772	0.650
定数	-3.634	7.089	0.008		0.026	

**p<.01

p<.05), 経膈分娩回数 (t = - 2.808, p < .01), 最後の出産年齢 (t = - 2.436, p < .05), 帝王切開回数 (t = 2.663, p < .01), クリステル胎児圧出回数 (t = - 2.004, p < .05) であった。

また、表7も同様に、すべての項目についてχ²検定を行った結果、有意差の見られた要因をあげている。χ²検定によって有意差がみられた要因は、初めての妊娠前の尿失禁の有無 (χ² = 8.133, p < .01), 出産直後から2ヵ月までの尿失禁の有無 (χ² = 34.897, p < .01), BMI25以上と25未満 (日本肥満学会の定義: 25以上の肥満とするを採

用) ($\chi^2=5.745, p<.05$), 経膈分娩の有無 ($\chi^2=6.152, p<.01$), 帝王切開の有無 ($\chi^2=7.401, p<.01$), 会陰切開の有無 ($\chi^2=6.775, p<.01$), クリステレル胎児圧出法の有無 ($\chi^2=5.278, p<.05$), 床上げまでの間に休息できなかった経験の有無 ($\chi^2=5.171, p<.05$) であった。

次にロジスティック回帰分析の結果である。独立変数として使用した変数は、表8で示す15変数である。

独立変数15変数のうち、出産後2ヵ月から現在までの尿失禁に関連している要因は、床上げまでの間に休息できなかった経験 (標準化ロジスティック回帰係数=3.859, オッズ比=2.178), 帝王切開経験 (標準化ロジスティック回帰係数=-0.807, オッズ比=0.289), 出産直後の尿失禁経験 (標準化ロジスティック回帰係数=0.779, オッズ比=4.750), 初めての妊娠前の尿失禁経験 (標準化ロジスティック回帰係数=0.367, オッズ比=3.404), BMI (標準化ロジスティック回帰係数=0.320, オッズ比=1.107), 最後の出産年齢 (標準化ロジスティック回帰係数=0.312, オッズ比=1.076) 順で有意差がみられた。

表6 出産後2ヵ月から現在までの尿失禁と出産状況および日常生活との関連 (t検定)

	尿失禁の有無	n数	平均	標準偏差	t値	p
年齢	なし	196	30.49	4.54	- 3.913	**
	あり	104	32.57	4.01		
BMI	なし	196	21.13	2.90	- 2.149	*
	あり	104	21.99	3.51		
出産回数	なし	196	1.67	0.73	- 1.369	
	あり	104	1.80	0.79		
経膈分娩回数	なし	196	1.30	0.93	- 2.808	**
	あり	104	1.62	0.91		
初めての出産年齢	なし	196	27.44	4.39	- 1.826	
	あり	104	28.39	4.15		
最後の出産年齢	なし	196	29.56	4.47	- 2.436	*
	あり	104	30.81	3.76		
帝王切開回数	なし	196	0.37	0.70	2.663	**
	あり	104	0.18	0.52		
陣痛促進剤回数	なし	196	0.42	0.64	- 0.907	
	あり	104	0.49	0.68		
会陰切開回数	なし	196	0.88	0.80	- 1.886	
	あり	104	1.06	0.76		
会陰裂傷回数	なし	196	0.43	0.68	- 0.754	
	あり	104	0.49	0.67		
吸引・鉗子分娩回数	なし	196	0.16	0.38	- 0.930	
	あり	104	0.20	0.40		
クリステレル回数	なし	196	0.27	0.50	- 2.004	*
	あり	104	0.39	0.55		

*p<.05 **p<.01

IV. 考 察

1. 対象者の属性および出産に関する状況

世帯構造は、国民衛生の動向¹³⁾と比較すると2002年の国民生活調査におけるものとほぼ一致している (世帯構造:核家族世帯60.2%, 三世帯世帯10.0%)。出産年齢につ

表7 出産後2ヵ月から現在までの尿失禁と出産状況および日常生活との関連 (χ^2 検定)

	尿失禁なし	尿失禁あり	合計	χ^2 値	p	n数
妊娠前の尿失禁「なし」	184 (93.9)	87 (83.7)	271 (90.3)	8.133	**	300
妊娠前の尿失禁「あり」	12 (6.12)	17 (16.35)	29 (9.67)			
出産直後の尿失禁「なし」	123 (62.8)	28 (26.9)	151 (50.3)	34.897	**	300
出産直後の尿失禁「あり」	73 (37.2)	76 (73.1)	149 (49.7)			
BMI < 25	176 (89.8)	83 (79.8)	259 (86.3)	5.745	*	300
BMI ≥ 25	20 (10.2)	21 (20.2)	41 (13.7)			
経膈分娩経験「なし」	41 (20.9)	10 (9.6)	51 (17.0)	6.152	**	300
経膈分娩経験「あり」	155 (79.1)	94 (90.4)	249 (83.0)			
帝王切開「なし」	145 (74.0)	91 (87.5)	236 (78.8)	7.401	**	300
帝王切開「あり」	51 (26.0)	13 (12.5)	64 (21.3)			
会陰切開「なし」	70 (35.7)	22 (21.2)	92 (30.7)	6.775	**	300
会陰切開「あり」	126 (64.3)	82 (78.8)	208 (69.3)			
クリステレル「なし」	149 (76.0)	66 (63.5)	215 (71.7)	5.278	*	300
クリステレル「あり」	47 (24.0)	38 (36.5)	85 (28.3)			
床上げまでの休息「なし」	75 (38.3)	54 (51.9)	129 (43.0)	5.171	*	300
床上げまでの休息「あり」	121 (61.7)	50 (48.1)	171 (57.0)			

*p<.05 **p<.01

表8 出産後2ヵ月から現在までの尿失禁に関連する要因 (ロジスティック回帰分析) (現在妊娠していない人)

n = 300

要因	ロジスティック回帰係数	Wald	有意確率	p	Exp (B)	標準化係数
最後の出産年齢	0.073	3.991	0.046	*	1.076	0.312
腹圧のかかる動作の頻度		6.175	0.046			
かなりしている	- 0.886	3.222	0.073		0.412	- 0.396
たまにしている	- 0.187	0.130	0.718		0.829	- 0.086
BMI	0.102	4.969	0.026	*	1.107	0.320
怒責の経験ある	0.030	0.009	0.924		1.030	0.015
帝王切開の経験ある	- 1.242	5.759	0.016	*	0.289	- 0.807
陣痛促進剤の使用回数	0.078	0.122	0.727		1.081	0.051
会陰切開の回数	- 0.014	0.004	0.948		0.986	- 0.012
会陰裂傷の回数	- 0.240	1.054	0.305		0.787	- 0.163
吸引・鉗子分娩の回数	- 0.055	0.021	0.885		0.947	- 0.021
クリステレル胎児圧出法の回数	0.146	0.260	0.610		1.157	0.076
腹帯の使用経験ある	0.000	0.000	1.000		1.000	0.000
出産後 (床上げまでの間に) に休息できなかった経験ある	0.779	6.672	0.010	**	2.178	3.859
初めての妊娠前の尿失禁の経験ある	1.225	6.692	0.010	**	3.404	0.367
妊娠中の尿失禁の経験ある	- 0.144	0.212	0.645		0.866	- 0.071
出産直後の尿失禁経験ある	1.558	25.686	0.000	**	4.750	0.779
定数	- 5.450	11.688	0.001		0.004	

*p<.05 **p<.01

いても、国民衛生の動向¹³⁾ (2003)によると、2001年の第1子の平均年齢は、28.2歳であり第2子は、30.4歳、第3子32.4歳である。

初めての出産場所については、この地域は、出産を取り

扱う総合病院が3施設、個人医院が8施設と多く、助産院も1施設ある。このような環境の中、ほとんどの母親たちが出産時、総合病院か個人院で産んでいる集団であった。全国平均でも、2001年の施設内（病院、診療所、助産所）における出産割合は、99.8%である¹⁴⁾。このようなことより、今回の対象者は、全国平均とほぼ同様の出産年齢、家族世帯、施設内出産をしており、尿失禁に関する今後の予測に繋がると考えられる。

出産体位は、側臥位が0.9%（3人）、よつんばいが0.6%（2人）であり、少ない状況であり、殆どの者が仰臥位で出産をしていることが理解できる。また、怒責の経験は、産婦の約半分が分娩台で怒責をかけて出産している状況にあることが分かった。また、今回、尿失禁との関連要因として、新たに出産後の腹帯の使用状況を調査内容に入れたが、76.1%（249人）の人が出産直後から3日間位の間に腹帯を使用しており、腹帯の使用状況は高いことが分かった。出産直後から床上げまでの間にゆっくりと休めなかった経験がある者は、42.5%（139人）であった。4割以上の者が、床上げまでの間、ゆっくりと出来ていない状況にあった。このことから、特に経産婦は、退院後の床上げと言われている産後3週間の間、体を動かさざる得ない状況に置かれていることが明らかになった。石川⁵⁾や中田¹⁵⁾は、統計学的な比較検討はしていないが、出産後の安静不足が尿失禁に影響すると述べている。腹帯の使用についても、出産後に一番骨盤底筋が緩んでいる時に、腹部をさらして締め付けることで骨盤底筋群にある程度の圧力が関わることが予測でき、尿失禁の関連要因として考えられ、出産後の腹帯の巻き方、休息の取り方を考えていく必要性があると思われる。

次に「産科医療の実態」についてである。

WHOの報告¹⁶⁾では、1996年、多くの研究を基に、産科医療の「医学的に有効なケア」「明らかに有害なケア」「慎重に行うべきケア」を明らかにし、当たり前のように思われていた処置以外にも根拠がなかったりすると述べている。その中で、帝王切開が2割以上みられることは不相当としている。今回の調査では、図1のように、この調査対象の帝王切開率は21.1%と高いと考えられる。その他、クリステル胎児圧出法の率も28.4%であり、2割以上と高率であると考えられる。

また、会陰切開については、日本の場合、各施設で産科医療に関しては情報公開の義務がないため、詳しいデータは示されていないが、たとえば、G県F村（1996）では、初産婦が100%の会陰切開率、経産婦は、会陰裂傷が予測される場合は切開をしていた。また、富山県立中央病院（1998）では、初産婦85%、経産婦31.2%の会陰切開率¹⁷⁾、東京警察病院では、リープ法開始前（1991年以前）には、

初産婦82.3%、経産婦34.6%の会陰切開率であった¹⁸⁾。このように施設によっては、初産婦のほとんどが会陰切開をしていた約10年以上前の状況を考えると、今回の会陰切開率は、69.1%であり、切開しない方向に変化していることが予測できる。また、陣痛促進剤の使用は、37.3%であり、吸引・鉗子分娩は、16.5%であった。対象集団や施設の違いがあるため単純には比較できないが2000年の調査では57.3%と31.2%であったことから、科学的根拠を基づいた医療介入の必要性の普及により、本当に必要な医療介入のみがなされる方向に動いている可能性が考えられる。

2. 尿失禁に関する実態

1) 尿失禁の有無

いくつかの先行研究で調査されている結果では、尿失禁の定義や調査時期により割合に違いはみられるものの、妊娠中の経験率は3～7割におよび、出産直後は4割、出産後1ヵ月では1～2割経験していることが分かっている^{8, 19-20)}。今回もこれらの調査結果とほぼ同様な結果がみられている。しかし、出産後2ヵ月以降の調査は先行研究がみられず、今回の調査では、出産後時間が経っていたにも関わらず、3割以上の者が尿失禁経験をしている状況がみられている。先行研究から産後1ヵ月で1～2割に軽減することを考えると、今回の対象集団は、尿失禁が治りにくい状況にあることが予測できる。また、2000年の調査での結果では、妊娠前の尿失禁経験率は、3.7%、妊娠中の尿失禁経験49.3%、出産直後の尿失禁経験28.4%であった。調査集団が違うため、単純に比較できないが、今回の対象集団は、かなり高い尿失禁経験率であると考えられ、現在の出産年齢にあたる者たちのももとの骨盤底の筋力の低下が予測される。

尿失禁の種類については、妊娠中の子宮の増大とともに骨盤底筋の弛緩を主とした腹圧性尿失禁が多くなり、出産後、更に骨盤底筋が弛緩するために、腹圧性尿失禁が多くなると考えられる。1997年の石河⁶⁾の文献でも年齢別の尿失禁の種類を調査しており、腹圧性尿失禁の率は、30代が14.3%、40代24.4%、50代30.4%であった。また、切迫性尿失禁は、11.1%～16.5%、混合性尿失禁は、4.6～8.2%であり、腹圧性尿失禁が一番多く見られていた。そして、70代以上になると切迫性尿失禁が多くなると報告している。これは、老化による影響や疾患による影響が考えられるため、加齢に伴い尿失禁の原因が複雑化し、重症化していくと云うことである。これについては、2000年の調査でも同様の結果が得られている。そのため、中高年に至る以前に尿失禁予防や改善の対策が必要になってくると考えられる。

2) 相談状況

相談の有無では、2000年の調査では、相談した女性が

14.3%であったことをふまえると、出産時期の女性たちは、今回27.5%であり、相談するように変化して来たと考えられる。相談しない理由でも主に中高年の女性の調査結果では、「年だから仕方がない」が38.4%、ついで、「そのうち治ると思うから」16.9%、「人に知られたくない」14.8%であった。今回の出産後2ヵ月以降の尿失禁の経験率の減少と、2000年の調査結果での、18歳～39歳30.8%、40歳～49歳46.4%、50歳～59歳47.7%の結果、また、岸本²¹⁾や石河⁵⁻⁶⁾尾田²⁰⁾中田²²⁾の先行研究では、尿失禁は出産後一旦は改善するものの、中高年になる頃、再度経験する可能性も示唆されている。出産後には、尿失禁の経験が1～2割に減少するため、今回の結果である「そのうち治ると思うから」54.6%という考えは間違いではないが、更年期以降に再び症状が出てくる可能性を出産時期の女性たちに、しっかりと伝えていく必要があると考えられる。

また、実際に相談した相手については、2000年の調査結果と同様であり、中高年の女性たちだけでなく出産時期の女性も、女性の友人51.4%や母50.0%、夫37.1%と女性や身近な家族への相談でとどまっていた。また、「人に知られたくない」も12.4%であった。2000年の調査でも14.8%であることを考えると、それほど変化はなく、羞恥心による弊害がまだ高く、プライバシーに特別な配慮をした対応が必要であると考えられる。また、助産師への相談は11.4%であった。尿失禁の改善と予防には継続的な運動や治療が必要であり、専門的な知識を持った専門家の存在が重要である。この率から考えると、援助者側から積極的に尿失禁に関する相談の機会を投げかけていく必要があると思われる。

3) 知識・情報

尿失禁予防を知る機会の有無では、2000年の調査では、「機会がある」と答えた女性が34.5%であった。4～5年が経過した中で、45.3%と機会が増えてきている状況にあると考えられる。尿失禁予防の情報源も2000年の調査では、それぞれ、新聞・雑誌・テレビ・ラジオが79.5%、医療関係者が15.9%、その他4.7%であり、前回の調査よりも医療関係者が29.5%と増加していた。このことから、今まで対象者へ尿失禁についてアプローチしていなかった医療関係者側が、メディア等の影響もあり、積極的に尿失禁に関する情報を対象者へ提供するようになり、医療関係者側の意識の持ち方も変化してきている事が予測できる。

骨盤底筋体操の効果を知っているかでは、「知っている」が前回調査45.4%であり、また、妊娠・出産時に肛門を締める体操を教えてもらった状況をみると、「教えてもらった」人は前回調査で10.4%であったため、今回の調査では、それぞれ、「知っている」59.5%、「教えてもらった」が32.2%であり、体操の効果や体操そのものを教わる機会

が増えて来ていると思われる。

このように、情報提供者側が意識して情報を流すようになってきていると受け止められる。しかし、その情報提供率は、半分に満たないのも現状であり、さらなる改善の必要性があると考えられる。

3. 尿失禁の関連要因

1) 出産直後から2ヵ月までの尿失禁の有無

今回、t検定および χ^2 検定の他にロジスティック回帰分析を用いた。その理由は、判別分析や数量化Ⅱ類とは違い、2者のうちいずれに属するかというのではなく、確立として予測できることや、どの要因がどの位関与しているかが分かるからである。また、尿失禁経験者が少ない場合でも使用できる分析方法であると考えた為である。

そして、t検定および χ^2 検定、ロジスティック回帰分析の結果、出産直後から2ヵ月までの尿失禁には、会陰切開や吸引・鉗子分娩、クリステル胎児圧出法等の産科医療との関連性がみられた。また、出産時に怒責をしたことや出産後の腹帯の使用、最後の出産年齢も関連性があるとしてみられている。これらの要因は、出産直後の骨盤底筋群に直接的な負担をかけ、弛緩させた結果として腹圧性尿失禁が起こったと予測できる。帝王切開では、反対に尿失禁になりにくい状況である。これは、先行研究からも同じような結果がみられている^{5-6, 19, 23-24)}。帝王切開の場合、手術により骨盤底筋群を弛緩させる機会なく出産することがその要因として考えられる。そして、妊娠中の尿失禁経験は、出産直後の尿失禁に繋がっており、妊娠中に長い時間をかけて骨盤底筋群を弛緩させていった影響が出ていると考えられる。また、日常生活の関連要因をみると腹圧のかかる動作(かなりしている)が関連していた。このように、ほとんどの要因が、出産時に骨盤底筋群に負担のかかる要因が産直後の尿失禁の経験に影響していると考えられる。

2) 出産後2ヵ月から現在までの尿失禁の有無

出産後2ヵ月から現在までに尿失禁を経験している者は、会陰切開やクリステル胎児圧出法の産科医療の他に最後の出産年齢や産直後の尿失禁経験、また、帝王切開経験があげられた。また、初めての妊娠前の尿失禁経験、床上げまでの間に休息できなかった経験や、BMI等がみられ、もともとの骨盤底筋群の弛緩状況とその後の日常生活の条件にも要因が広がってきており、長い期間の骨盤底筋群への負担が関わっていると考えられる。石川⁵⁾や中田¹⁵⁾は、統計学的な比較検討はしていないが、産直後の安静不足が尿失禁に影響すると述べている。また、2000年の調査でも、床上げまでの間に休息できなかった経験は、多変量解析の結果でも関連要因としてあがっていた要因である。そのため、産直後の入院期間を含め、退院後の早い

時期に骨盤底筋群に負担がかからない生活をする大切さとその方法の実施に、早急に目を向けて行くことが必要であると考えられる。

4. 尿失禁予防と改善に向けた助産師の役割と課題

出産直後から2ヵ月までの尿失禁への影響要因を考えると、妊娠中から妊婦を対象に尿失禁経験の聴取をしていき、尿失禁を経験している者への妊娠中からの骨盤底筋体操の訓練の充実や、吸引・鉗子分娩、クリステル胎児圧出法等骨盤底筋群に負担のかかることを可能な限り避けることができるよう、妊娠・出産経過が順調に経過するように支援していくことが重要なことである。また、吸引・鉗子分娩等骨盤底筋群に負担のかかる経験をした褥婦に対しては、その後の尿失禁予防と改善へのアフターケアに十分に力を注ぐ必要性がある。

また、出産後、一旦は骨盤底筋群が回復する時期以降も尿失禁が続く(出産後2ヵ月から現在までの尿失禁)要因には、出産後の生活の仕方や体重等の影響、ももとの骨盤底筋群の筋力の弛緩状態等があげられた。2000年の調査結果でも、出産後一旦回復する尿失禁が年齢とともに再び症状が出てきている事が予測されていたため、この時期に十分に骨盤底を保護し、回復させ、生活の仕方を見直し、体重のコントロールを含めた長期予防をしていく必要性があると考えられる。

以上、出産直後と2ヵ月以降の尿失禁の関連要因の分析の結果、妊娠前や妊娠中に尿失禁経験のある者や出産時に骨盤底筋群に負担のかかる産科医療(吸引・鉗子分娩、クリステル胎児圧出法、会陰切開)の介入があった者、さらに、出産後の生活の仕方(床上げまでの間に休息が取れない、BMIの増加)が影響することが分かった。この関連要因と2000年の調査での関連要因の結果から、なるべく骨盤底筋群に負担のかからないように妊娠前からの骨盤底筋群のトレーニングをすること、更に、妊娠・出産・産褥が順調に過ごせ、できるかぎり自然な出産になるように支援していく必要性がある。また、必要時、産科医療の介入があった場合、日常生活の仕方も含め、尿失禁の予防や改善のために出産後も継続的なフォローをしていく必要性がある。

また、ここでは、帝王切開をすることが出産直後と2ヵ月以降の尿失禁の関連要因として有意差がみられた。これから解釈をすると、尿失禁を起させないために帝王切開をした方が良いということになりかねない。しかし、帝王切開については、WHOの報告¹⁶⁾では、帝王切開が2割以上みられることは不相当としており、また、科学的根拠をふまえた産科医療の介入については、現在多くの文献が出てきている²⁵⁻²⁸⁾。帝王切開に伴う母児の合併症やその後の母子相互作用のメリット、デメリットを考えても、どうし

ても必要な時に十分な情報が妊婦やその家族に提供され、協議の上、帝王切開を選択する以外は、正常に経過する経膈出産を推奨することが大切であると考えられる。

V. 結 論

今回の調査では、ほとんどの対象者が施設内出産をしており、帝王切開率21.1%、クリステル胎児圧出法率28.4%と高い状況であった。しかし、陣痛促進剤率37.3%、吸引・鉗子分娩率16.5%と、多少なりとも科学的根拠に基づいた医療介入をする方向に減少してきたことが示唆された。また、出産直後から2ヵ月までに尿失禁を経験している者は48.9%であり、2ヵ月から現在までの経験者は35.5%と高い尿失禁経験率であった。そして、出産経験者の多くの者が、尿失禁を「そのうち治ると思う」と捉えており、身近な女性同士への相談にとどまっており、羞恥心が弊害になっていることが考えられた。更に尿失禁との関連要因は、骨盤底筋群に負担のかかる産科医療として、吸引・鉗子分娩や、陣痛促進剤、会陰切開等があげられた。また、床上げまでに間に休息できなかった経験やBMI等の日常生活上の要因、妊娠前、妊娠中、出産直後の尿失禁との関連性も明らかになった。以上のことから『尿失禁予防と改善に向けた助産師の役割と課題』を示す。

1. 出産経験者の尿失禁経験率が高く、「そのうち治る」と思っている者が多いことから、援助者側は、将来的に再発する可能性を伝え、軽視しないように、更に妊娠・出産時期に具体的な予防・改善策を伝えていく必要性がある。

2. 産科医療(吸引・鉗子分娩、クリステル胎児圧出法等)が骨盤底筋を弛緩させ、尿失禁の関連因子となることを十分知った上で、妊娠・出産が順調に経過するように支援する。

3. 妊娠前・妊娠中・出産後を通して、尿失禁の経験をした者や産科医療の機会があった者に対して積極的に改善策(出産後の休息、体重コントロール等の日常生活の見直し、骨盤底筋体操等)に取り組む必要性がある。

4. プライバシーは特に気を付け、些細な相談が出来るように、援助者側から積極的に相談の機会を投げかける。

VI. おわりに

今回の調査は、出産後3年以内の女性の尿失禁と出産との関連性を検討することで、助産師として担える尿失禁予防と改善に向けた役割と課題を見いだすことであった。その結果、骨盤底筋群に負担のかかる産科医療がいかに骨盤底を弛緩させ、尿失禁経験率を増やしているかが明らかになった。そこで、助産師は、まず対象者が妊娠、出産を正常に経過できるように支援していくことが役割であることが明確になった。また、研究の限界としては、今回の調査が

自記式質問紙での調査であったため、本来の出産状況と若干のズレが生じている可能性があることである。今後の課題としては、個々の出産後の女性の聞き取り調査をし、今後も同種の研究を積み重ねていき、科学的な根拠のある結果を積み上げていくことである。

謝 辞

稿を終えるにあたり、本研究の調査にご協力くださいましたG県A市のお母様方、同保健センターの保健師および役場の皆様に厚くお礼を申し上げます。

(本稿は、女子栄養大学大学院栄養学研究科保健学専攻博士論文の一部を修正加筆したものである。)

要 旨

本研究の目的は、出産後3年以内の女性の出産状況を捉えることで、尿失禁の現状と出産(産科医療)、日常生活上の要因との関連性を検討することにより、尿失禁予防と改善に向けた助産師の役割と課題を明らかにすることである。調査は、G県A市における乳幼児健康診査に来所した母親を対象にした自記式質問紙調査である。配布数1,000部、回収率33.4%であった。統計処理は、SPSS10.0Jを用い、 χ^2 検定、t検定、ロジスティック回帰分析を行った。結果、出産後2ヵ月以降も35.5%という高い尿失禁経験率にあること、また、尿失禁と妊娠前・妊娠中・出産直後の尿失禁、床上げまでの間に休息できなかった経験、吸引・鉗子分娩、BMI等の要因との関連性が明らかになった。尿失禁予防と改善に向けた助産師の役割と課題としては、妊娠前・妊娠中・出産後を通して、積極的に骨盤底筋に負担をかず、その後骨盤底筋が回復するような改善策を取り組む必要がある。

Abstract

The present study aimed to determine the current childbirth conditions of women who have given birth within the last three years, investigate the relationship between urinary incontinence and factors related to childbirth (obstetric care) and daily life, and identify the roles and challenges midwives face in the prevention and improvement of urinary incontinence. A self-administered questionnaire survey was conducted on mothers who had visited the health center for infant health check-ups in city A, G prefecture. A total of 1,000 questionnaires were administered, with a response rate of 33.4%. Data were analyzed using chi-square tests, t-tests, and logistic regression analysis. The results showed a high rate (33.5%) of women with a history of urinary incontinence in the first two months after childbirth. In addition, the relationships between urinary incontinence and factors related to a history of urinary incontinence before, during, and after pregnancy were identified. Specifically, the experience of not being able to take a rest until three weeks after childbirth, vacuum extraction or forceps delivery, and BMI were related to urinary incontinence. The roles and challenges midwives face in the prevention and improvement of urinary incontinence include consideration of childbirth practices that minimize the burden on the pelvic floor.

文 献

- 加藤久美子, 近藤厚生, 他: 就労女性における尿失禁の実態調査, 日泌尿会誌, 77, 1501-1505, 1986.
- 高井計弘, 宮下 厚, 他: 女性尿失禁の実態調査, 臨床泌尿器科, 41, 393-396, 1987.
- 松本清一, 笠原トキ子, 他: イラスト・女性の運動, 167-168, 文光堂, 東京, 1991.
- Richard, J. Millard (原著): 東原英二 (監訳): 自分で治す尿失禁, 40-41, 診断と治療社, 東京, 1996.
- 石河 修, 柴田幸子, 他: 尿失禁・尿閉, 産後のトラブル予防と治療①, バリネイタルケア, 11, 191-199, 1992.
- 石河 修: 妊娠・産褥期の身体変化とマイナートラブル尿失禁・痔核・静脈瘤の予防-, バリネイタルケア, 16, 1025-1031, 1997.
- 脇田勝次: 産婦人科における尿失禁, 高山赤十字病院紀要, 21, 16-21, 1997.
- 渡邊美佐, 安富優子, 他: 妊婦および産婦の尿失禁に関連する因子に関する研究, 母性衛生, 39, 90-96, 1998.
- 小林益江, 中嶋カツエ, 他: 小・中学校女性教諭の尿失禁の実態, 母性衛生, 39, 370-374, 1998.
- 坂口けさみ, 武井とし子, 他: 妊娠・分娩に伴う排泄(排便・排尿)状況の変化について, 母性衛生, 39(1), 32-37, 1998.
- 河内美江: 尿失禁の実態と関連要因 - 尿失禁予防と改善に向けた助産師の役割 -, 母性衛生, 43, 513-529, 2002.
- 小島俊之, 工藤美子: 産褥期における看護, 森 恵美 (著者代表): 系統看護学講座 専門25 母性看護学各論, 266-268, 医学書院, 東京, 2007.
- 厚生労働省: 国民衛生の動向, 50(9), 厚生統計協会, 2003.
- 日本看護問題研究会 (監修), 日本看護協会出版会 (編集): 平成14年 看護関係統計資料集, 日本看護協会出版会, 2002.
- 中田真木: 尿もれ・尿失禁, 主婦の友社, 66-73, 1997.
- 戸田律子 (訳): WHOの59カ条 お産のケア 実践ガイド, 農文協, 東京, 1997.
- 笹野政也: 特集 自然分娩を考える 自然分娩志向の傾向と産科医の対応, 周産期医学, 28, 1545-1550, 1998.
- 鮫島浩二: 特集 自然分娩を考える リープ法からみた自然分娩, 周産期医学, 28, 1593-1598, 1998.
- 上原茂樹, 谷川原真吾, 他: 妊娠中および産後における尿失

- 禁についての検討, 産科と婦人科, 60, 1511, 1993.
- 20) 尾田睦美, 加藤節子, 他: 妊娠中および産後における頻尿・尿失禁の実態調査, 母性看護, 28, 163-165, 1997.
- 21) 岸本廉夫: 女性のQOL～尿失禁のプライマリーケア, 群馬県母性衛生, 47, 26-39, 1998.
- 22) 中田真木: 分娩時尿失禁, 助産婦雑誌, 51(2), 34-40, 1997.
- 23) Rortveit, G., Daltveit, AK. et al.: Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section, Engl J Med, 348, 900-907, 2003.
- 24) Rortveit, G., Daltveit, AK. et al.: Vaginal delivery parameters and urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study, Am J Obstet Gynecol, 189, 1268-1274, 2003.
- 25) ドリス・ヘア著, 新野由子訳: 岐路に立つ日本のマタニティケア, 助産婦雑誌, 49(4), 41-48, 1995.
- 26) マースデン・ワグナー (著), 藤原美幸 (訳): 手術と見なされる出産, 助産婦雑誌, 49(4), 31-35, 1995.
- 27) 堀内成子, 片岡弥恵子, 他: EBHC実践事例: 分娩期② 羊水混濁の新生児への分娩時吸引は必須?, 助産雑誌, 61, 502-506, 2007.
- 28) マースデン・ワグナー (著), 井上裕美, 河合蘭 (監訳): WHOの勧告にみる望ましい周産期ケアとその根拠, 189-203, MCメディカ出版, 大阪府, 2003.

〔平成19年2月9日受 付〕
〔平成20年9月16日採用決定〕

農村にて国際結婚をした中国人女性の 妊娠・出産時期における家族関係構築プロセス

Process of Construction of Relationships Between Chinese Women Marrying
Japanese Men in Farming Villages and their Japanese Families During First Pregnancy

蛎崎 奈津子
Natsuko Kakizaki

キーワード：家族関係, 中国人女性, 妊娠, 出産, 国際結婚

Key Words : relationship with family, Chinese women, pregnancy, delivery, international marriage

I. 緒言

1980年代に入り、嫁不足対策としての農村における国際結婚が社会問題化した。日本での異文化生活において外国人女性が直面する課題は、生活習慣や慣習の違いに伴う問題にとどまらず、日本独自の家族観に基づく嫁の地位の問題^{1), 2)}、社会婚の様相の強い国際結婚自体に対する女性の人権問題³⁾などであり、これらの顕在化した問題に対し多岐にわたる議論が展開されている。

医療分野においては、フィリピン女性やタイ女性、中国人女性等を対象とした事例報告が主になされており、農村において国際結婚をした外国人女性全般についての健康や生活の現状、課題の把握、ならびに対応策の検討がなされている^{4), 5), 6), 7)}。また、彼女たちは来日・結婚後数ヶ月で妊娠を経験することが多いのが特徴といわれている^{4), 8)}。このような現状のなか、国際結婚をした外国人女性は、妊娠・出産時に抱いた日本人家族との関係にまつわる葛藤が起因し、育児を経過した数年後に精神医学的異常を来す可能性が高い⁹⁾ことや、来日・結婚してからの日本人家族、そして日本社会のなかでの自分自身の位置づけを確立することの難しさと、それがなされないことの長期的な健康面への影響の大きさ⁶⁾などが指摘されている。このように農村にて結婚した外国人女性においては、日本人家族との人間関係における問題が、日常生活はもとより健康状態に非常に大きな影響を与えうることが理解できる。そして、日本の医療と初めて接点をもつ機会となりうる「妊娠・出産」時には、日本人家族との人間関係を目を向けた看護ケアが非常に重要な意味をもつ。しかし、外国人のみならず、日本人妊産婦の家族関係構築に関するケア展開は、その必要性が叫ばれながらも¹⁰⁾、方法論的に十分に確立されているとはいいがたい。実際に外国人女性は、どのようにして日本人家族との人間関係を構築していくのか

を把握することで、家族関係構築を促すケアについての示唆を得ることができると考えた。

一方、農村にて日本人男性と国際結婚をする外国人女性の国籍の歴史的变化については、1992年以降、フィリピン、タイ、韓国に代わり、中国の増加が指摘されている¹⁾。中国人妊産婦についての報告¹¹⁾では、諸外国の女性に比べ日本人と外見が似かよっていることから日常生活において日本人家族から文化の強要を受けやすいことが懸念されている。

そこで本研究では、農村で国際結婚をした外国人女性のなかでも、中国人女性を対象を絞り、彼女たちの妊娠・出産時における日本人家族との関係構築プロセスを、ケア展開の主たる対象となる中国人女性の語りをもとに、明らかにすることを目的とした。

II. 用語の定義

本研究では、農村における国際結婚を、農家における後継者の嫁不足対策として端を発した国際結婚の流れをくむものであり、第一次産業を主とした地域における日本人男性と外国人女性との結婚とした。また、中国人女性を、在留資格に関わらず、中国で生まれ育ち、日本人男性との結婚のために来日、定住している者とした。家族関係構築プロセスは、日本人男性と国際結婚をした中国人女性が、第1子妊娠・出産の時期において、日本人家族との人間関係を築き上げていく過程と定義した。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

日本の農村にて国際結婚をした中国人女性の妊娠・出産時における日本人家族との関係構築プロセスについて、面接により得られたデータから帰納的に分析する質的記述的

研究デザインである。

2. 研究協力者

農村で国際結婚をした中国人女性のうち、妊娠・出産を日本で体験した者について、市町村保健師から紹介を受けた。保健師が本調査の研究目的や方法について説明した後、協力の意思が確認された15名の紹介を得た。しかし日本語の意思疎通の問題や、調査時に義母が同席し中国人女性の自由な「思い」を聴取することが難しかったケースなど7名を除き、対象者数は8名となった。なお、現在の農村における国際結婚の現状から、農家に限らず外国人女性と結婚するケースが少なくないことをふまえ、農家以外に嫁いだ者も対象とした。

3. データ収集方法

面接の実施にあたって、使用する言語およびその具体的な方法について、4名の中国人女性に対し予備調査を実施した。その結果、通訳を介しての中国語による面接よりも、研究者との2者間での設定の方がより自分の体験を話しやすく、曖昧な表現の理解には漢字を用いた筆談が有効であることが確認できた。したがって面接は日本語を主とし、研究者と1対1で行う方法を選択した。

研究の趣旨を理解した中国人女性たちは、初回面接時、来日・結婚当時から日本人家族とのやり取りや自分への対応などについて語りはじめることが多かった。そのため、女性たちの語りたい内容を調査者が受け取る形で、思いを汲み取りながら面接を進め、女性たちの語りのなかからインタビューガイドの内容について質問を行うこととした。インタビューガイドは、来日・結婚の経緯や結婚に対する期待、妊娠判明時の思いと家族の反応、妊娠期から産褥期における体験、日本人家族との関係性についての項目を設定した。

面接内容は、中国人女性に承諾を得て録音または筆記し、それを逐語録として整理した。また本調査では、言語で表現されない面接中の中国人女性たちの表情や口調などを記載したフィールドノートを作成することで、対象者の母語ではない日本語を用いての面接調査による中国人女性の「思い」を読みとく限界の最小化につとめた。そして、このフィールドノートの内容を逐語録内に追記し、データとした。面接時間は、初回は1時間から1時間半、2,3回目以降は60分前後になるようにした。語り手と研究者が、これ以上語ることがないと判断した時点で面接は終了とした。調査期間は2003年3月から12月までであった。

4. データ分析方法

家族関係の構築について語られた内容が、経時的変化の中で、どのような意味内容を持つのかを理解し、より深く解釈するために、中国人女性の体験を時系列にそって整理した。そのうえで、語られた内容は継続的比較法^{12), 13), 14)}

を参考に分析を行い、それを記述した。

具体的な分析過程は、まず各対象者の日本人家族との関係構築についての語りを、語り手の思いを読み解きながら解釈し、断片化した。この際、取り出したデータの大きさは、意味内容が理解できる句や文節とし、関連する背景を必要以上に切り取らないよう留意した。次に、背景が似通っている研究協力者の語りを選択し、最初の研究協力者の語りと比較検討しながら、類似性と差異性を抽出した。そして、面接を重ねるごとにこれを継続して行い、次の研究協力者の面接やデータ分析に活用した。最後に、抽出したデータの類似性と差異性を検討しながら、カテゴリー化する作業をさらに繰り返し、カテゴリー間の論理的関連性をたどりながら、家族関係構築についてのコアカテゴリーを見いだした。抽出されたカテゴリーは、相互の関連性に基づいて命名した。

5. 分析結果の信頼性

データ及び分析結果の信頼性を高めるために、前回の語りの内容及び研究者が語りの内容をどのように理解したのかを中国人女性に確認し、語り手の意図に沿っていない場合は補足説明を受けた。また分析の全過程において、社会学および看護学研究者にスーパーバイズを受けながら、常にデータにたちかえり、繰り返し検討した。

6. 倫理的配慮

本調査では、非常にプライベートな領域である家族関係の実際に関して調査を実施するため、今回得た情報は日本人家族に対して他言しないことについての十分な説明をし、日本人家族との関係に悪影響が及ばないよう細心の留意をはらった。また研究目的および方法について口頭、筆談にて複数回説明し、協力の意思を十分に確認するとともに、この研究協力は強制ではない旨を明確に伝えた。また研究者は保健福祉行政や医療施設とは中立の立場にあり、サービスの不均衡が引き起こされることはないことを追加した。さらに研究協力の取り消しはいつでもできること、得た情報は研究以外には用いない旨も説明した。そして十分な同意を得た上で、面接内容のMD録音または筆記により記録と、そのデータは研究終了後に責任を持って破棄する旨の説明を行い実施した。

III. 結果

1. 研究協力者の背景

研究協力者は32歳から43歳までの8名で、在日期間は2年3ヶ月から10年10ヶ月であった。出身地域は中国東北部が6名、南西部が2名、民族としては1名が少数民族であり、その他は漢民族であった。8名のうち2名は結婚前に日本での留学経験があったが、その他の者は結婚を機に初めて来日した。夫との年齢差は6歳から18歳で、5名は

専業農家であった。義父母など夫以外の日本人と同居していたのは6名であった。

対象者8名のうち7名は夫の高齢を理由に1日も早い妊娠、子どもの誕生を願っていた。結婚から第1子出産までの期間は、11ヶ月から2年3ヶ月であった。

面接回数は2～3回、各人における面接の総時間は平均220分であった。

2. 日本人家族との家族関係構築プロセス

日本人家族との人間関係の構築プロセスは、【直接的なかかわりあいを基盤とする関係構築志向】をコアカテゴリーとして、【関係構築に向けた自己の役割模索】、【産後の慣習と家族への期待内容の違いがもたらす自己の位置づけの実感】、【直接的なかかわりあいの程度と関係の質的相違】の3つのカテゴリーと、それを構成する9つの下位カテゴリーが見出された(表1)。以下、見いだされた3つのカテゴリーについての説明を記述する。

表1. 日本人家族との家族関係構築プロセス

カテゴリー	下位カテゴリー
関係構築に向けた自己の役割模索	日本の暮らしへの戸惑い 日本の医療への絶対的な安心感 妊娠への肯定的な感情 家族とは率直に話し合うもの
産後の慣習と家族への期待内容の違いがもたらす自己の位置づけの実感	産褥期における保温と安静の厳格な保持 家族からの全面的なサポートの受け取り 家族からのサポートがない
直接的なかかわりあいの程度と関係の質的相違	自分の考えのとらえ直しの機会がある 家族との関わりが少なく思いのすり合わせができない

なお、文中の表記については、カテゴリーは【 】, 下位カテゴリーは『 』で示す。またゴシック体表示の「 」は中国人女性の語りを、[[]]は補語を、{ }はそのときの感情を示唆する口調や表情等を、()のアルファベットは研究協力者を表す。

1) 関係構築に向けた自己の役割模索

【関係構築に向けた自己の役割模索】は、義父母との同居スタイルや嫁の地位などに関する『日本の暮らしへの戸惑い』を感じながらも、『日本の医療に対する絶対的な安心感』や妊娠したことによる他の家族員からの好意的な反応といった『妊娠への肯定的な感情』に支えられながら、『家族とは率直に話し合うもの』という価値観のもと、婚家で自分の役割を主体的に模索する行動である。

義父母との同居について、Aさんは、「みんな外国人、幸せかもしれない。だけどだんなさんより大変よ、家族。家族の問題ね。家族と一緒に住むの。難しいね。中国では家族も大事にするけど、自分は自分。お母さんとお父さんは、子ども結婚したら[[子どもとは]]別に住むね。2人

の方がいいよ。家族大変ね。」と戸惑いを抱いていた。この戸惑いは、「一緒に住むの。中国ない。結婚したらね、一緒、あまりない。うまくいかない。90%くらいね、結婚したら外でるね。長男、次男、関係ない。(G)」と、結婚後の両親との関係について、自国での一般的な考えをもとに語られた。また、義父母と夫の関係についても「おばあちゃん、洗濯、だんなさんやるのだから。男がやるものでないって。(B)」、「だんなさんのこと、おじいちゃん、おばあちゃんかわいい。だから何も言わない。できない[[できなくて]]も、何も言わない。(E)」のように、夫の家事参加を当然とする自国との様相の違いに困惑していた。さらにBさんは「私、自分、悪いのとき、ごめんなさいするよ。だけど、悪いのなににごめんなさい、これくやしいね{強い口調。涙を浮かべる}。{しばらく沈黙}妻、母いろんな役割、みんなあるよ。だけど、いいこと、悪いこと、そうだよ。それで決めるよ。だけど、ここ違う。嫁さん悪いって。」と日本特有の嫁という立場について不可解な思いを抱いていた。日本での新しい生活に溶け込む時期にあった妊娠期には、このように振り返ると理不尽な対応をされていたのだが、「自分で考える。どっちいい?どっち悪いって。厳しいとき、私、悪いのことした?って、考えた。(B)」と、自分の行動を見つめなおす行動をとっていた。義母に対する否定的な感情は、この時期、意識されてはなかった。

このような戸惑いを抱きつつも、妊娠したことによる他の家族員からの反応や行動の変化により、「上の子、妊娠[[したとき]]、嬉しかった。1週間、2週間ね、健診。そのとき、だんなさん、[[病院に]]連れていってくれる。その時楽しい。その時いいな{笑顔で両手を左右に揺らしながら}。私、車酔う。辛いけど連れていってくれた、それ嬉しい。」と、Aさんは肯定的な感情を抱いた。特に妊娠前までは外出といっても近くの店舗などへの買い物程度であったため、妊婦健診を受診する機会は、夫と二人きりでの外出の機会が増えたと感じる経験となっていた。そのほか、日本の医療については、自国の医療機関との技術や設備面およびサービス面での比較から、「日本、看護婦、医者、親切ね。ジェスチャーとかで、そう、親切。(H)」、「日本、本当にサービスいい。素晴らしいです。中国、病院は立派、大きい。だけど人[[が]]多い。全部世話することは無理。日本の看護婦、優しい。中国、言葉[[で教えることが]]少ない。(A)」、「私は中国に帰って産もうとは思わなかった。日本で産んでよかった。(F)」のような思いが語られた。加えて、妊娠期における自国慣習について、Aさんは「中国では妊娠中、冷たいもの、だめね。体が冷えるから。温かい漢方のスープとか、やわらかいお粥とかがいい。」と語り、「中国で妊娠中に足はれたら[[む

くんだら]], 病院にもいくけど漢方のお店にも行く。中国から送ってもらった。(C)」と述べた。中国人女性たちは結婚当初から食事の支度を任されていたため、自国で勧められる料理を自由に選択できる環境にあった。また中国にいる家族とも比較的自由に連絡がとれる状況にあった。妊娠の経過自体も順調であった。

日本の暮らしの様相について戸惑いを抱きつつも、これらの肯定的な感情に支えられながら、中国人女性は、他の家族員の自分への対応や他の家族成員同士の関わり方などを自分なりに分析し、「[[自分は]]家のことをやる人だと思った。(D)」と、この家における自己の役割を模索する作業を行っていた。また、中国人女性たちは日本人家族との関係を構築するうえで、「家族だから遠慮とかはあまりしない。言いたいことがあると私も言うし、お母さんも言う。(F)」「わからないこと、何でも教えてくれる。一緒にやる。これ一番大事よ。(E)」のように、自国の家族関係の様相を基盤に、率直な意見交換や共に行動することなど日本人家族と直接的な関わり合いを基盤とした関係構築をめざしていた。

2) 産後の慣習と家族への期待内容の違いがもたらす自己の位置づけの実感

【産後の慣習と家族への期待内容の違いがもたらす自己の位置づけの実感】は、出産後に日本人家族との間で産後の慣習の相違と、それに投影された産後の女性を支える家族の期待内容の違いを実感し、家族のなかの自分の存在について考えをめぐらせたことを示す。中国人女性は、自国の慣習を基盤に、産後は心身が弱っている時期であるため養生する必要性を認識し、『産褥期における保温と安静の厳格な保持』を求めている。そのため、夫や義父母など『家族からの全面的なサポートの受け取り』を期待し、その支援の受け取りにより、自分はこの家族に大切にされていることを実感していた。一方、期待に反し、『家族からのサポートがない』ととらえた者は、家における自分の位置づけの不安定さを強く認識するようになった。

自国における産後の女性の暮らし方について想起し、「動くのはダメ。寝たまま。冷たい風にあたるのも。それから冷蔵庫に入っている冷たいものもダメね。(D)」、「靴下もはくよ、夏でも。夜もそのまま寝る。冬だと帽子、かぶる。1ヶ月、絶対、外にでない。窓開けない。水にも触らない。子ども、産んだ人、何もしないよ。(G)」と、特に産後1～2ヶ月間は、出産後の女性には安静と保温を厳重に守ることが重要と考えていた。それは産後の時期を「産んだ後、血、いっぱい(出てしまい)、弱い時期。(H)」ととらえ、この時期に不摂生をすると、「何か入ってくる。関節、腰、色々な病気のもと。(H)」、「年取ってから、いろいろと体の不調、出てくる。(F)」と考えていた。

「中国のお嫁さん、赤ちゃん産んだら何もしないよ。洗濯、ご飯作り、掃除…、全部、お母さんとか姉妹がやる。1～2ヶ月間は何もしない。子どもの世話だけする。(B)」のように、出産後の女性が、このような保温と安静を厳格に保持するためには、他の家族員からの全面的な支援が不可欠となっていた。出産後に生活のすべてにわたって義母や夫から世話をうけたFさんとGさんは、「うちのお母さん[[義母]]、「ゆっくりしてて」って言ってね。『動かなくていい』って。1ヶ月までは動かなかった。その[[1ヶ月過ぎた]]あとは洗濯とか食事のしたくとかするようにしたよ。(F)」、「だんな、全部やってくれた(ゆっくりとした口調)。ご飯、洗濯。私、綿のオムツ使っていたよ。それ、全部洗ってくれた(G)」と義母や夫の対応に感謝していた。

一方、この産後の時期に家族からのサポートを受けることができなかつた者は「家事も育児も1人でやった。誰も手伝ってくれなかった。だんなもおばあちゃんも。哺乳瓶、洗ってくれる人もいなかった。哺乳瓶、赤ちゃん、次、飲むときどうするの(強い口調)。自分でしたよ。洗ったよ。(C)」、「ここのおばあちゃん、[[中国と]]違うね。全部、自分でやったよ。何も手伝ってくれない。だんなさんは畑とか田んぼに行っていない。おばあちゃんは家にいるよ。だけど何もしないね(首を振りながら、ゆっくりと静かな口調で)。洗濯、最初、オムツね、使ってね。紙おむつ、知らなかった。だから、布ね。洗濯あるね。あれも自分でやったよ。(A)」と、夫や義母に対し、不満を抱いていた。これは家における自分の位置づけの不安定さを実感することにつながっていた。

3) 直接的なかわりあいの程度と関係の質的相違

【直接的なかわりあいの程度と関係の質的相違】は、産後の女性のとらえ方など、日本人家族と自分の考えが異なることを中国人女性は感じるものの、そのズレを家族関係の中でどのようにすり合わせたかを示すものである。率直な意見交換など『自分の考えのとらえ直しの機会がある』者は、日本人家族の思いを理解することで、自己の価値観をとらえ直すことができていたが、反対に日本人家族との交流が少ない者は、『家族とのかかわりの機会が少なく、思いのすり合わせができない』ことにより、日本人家族の考えに思いを馳せることなく、自分の考えを固定化するに至っていた。

Fさんは「私も実はいろいろあった。うん。あった。お父さん、少し口悪くてね。だけど、私も言う。家族だからはっきりとね。」と日々の暮らしの中で、時折、義父と考え方の違いを実感する場面があった。またEさんは、「だんなさん、何もやらない。中国、男の人も何でもするよ。大変なとき、いろいろ自分でするよ。ご飯、掃除、洗濯、何でも。だけど、だんなさん、何も上手じゃない。(中略)

おじいちゃん、上手よ。何でもできる。おばあちゃんも働き者。家のことも外[[農業]]のことも。二人とも年取っている。大変。だんなさん、若いよ。一番自由、そう、自由。仕事も覚えな。おじいちゃんもおばあちゃんも何も言わない。だんなさん。厳しくない。どうして。」と、家業に一生懸命に精を出す義父母が、家事も行えず、また自主的に家業にあたらぬ夫に対し、厳しく接しない現状に不可解な思いを抱いていた。しかし、家の中で日常的に率直に思いを表出する機会があったFさんや、夫や義父母など日本人家族との共同作業を行う時間が多いEさんは、「かっとなるけど、後でね、日本人はそう考えること、わかる。(F)」、「だんなさん、きょうだいのなか、男ひとり。長男。だからかわいい気持ち。(E)」という義父母の気持ちを理解することができ、日本人家族とのかかわりあいの中から、自分の考えをとらえなおすことができていた。

一方、Aさんは、産後の見舞いに訪れた義母とのやりとりを「おばあちゃん使っていた、腰巻くの？あれ、いくつか持ってきて「これ使うのであれば使いますか？」って。「これ食べますか？」ってプリン、持って来て。プリンだよ。だから、温かい気持ちないからいらなと思ったよ。だから「使いません」って。そしたら「じゃ、ひとりでがんばってください」って。おばあちゃん、「ひとりでがんばってください」って。」と語った。またBさんは「子ども、産んだ。優しい言葉ないよ、おばあちゃん。うれしいとか、その気持ちも。」と義母の自分への対応に腹立たしさを感じていた。これらの者には、会話や共同作業など日本人家族と直接的にかかわる機会がなかった。「使い古したものを持ってきた。(中略) プリンはからだを冷やす食べ物だよ。(A)」、「中国[[では]]、こういうとき、家族も親戚もいっぱいの人、来るよ。みんなに喜ばれるよ、[[出産後の女性は]]大事にされるよ。(B)」と、自国の状況を基盤とした自己の価値観をもとに義母の行動をみていた。

また、このような感情の語りとともに、「おばあちゃん、どういう考えか、わからない。あなた、娘、結婚して遠く[[嫁いだら]]、心配よ。中国の親、同じ。優しい言葉、これまで、どうしてない？(B)」、「子どもできた(双胎)って言ったとき、おばあちゃん、「1人おろし[[なさい]]」って言った。どうしてそんな[[こと]]、しゃべるの？あの時、泣いたよ。すごく悲しかった{静かな口調}。(C)」のように、これまでの生活の中で受けた理不尽な対応に対する不満が同時に聞かれた。産後の女性に対する周りの人々の対応が中国と日本では異なっており、その相違が日本人家族との関係性に関する潜在化していた感情的な問題を表出させていた。

2. 中国人女性の日本人家族との家族関係構築プロセスの様相

家族関係構築プロセスの様相を図1に示す。中国人女性が語った日本人家族との家族関係構築プロセスは、日本人家族との対話や共同作業など【直接的なかわりあいを基盤とする関係構築志向】により行われた過程であった。妊娠期には日本人特有の生活スタイルや家族関係のあり方に戸惑いながらも、家庭内での【関係構築に向けた自己の役割模索】を行いながら、家族への溶け込みに努力していた。しかし、産後に入り、保温や安静の遂行の厳重さにおける日中間の慣習の相違と、それを実行するためには他の家族員からの全面的な支援を必要とする役割期待の違いが生じた。これは中国人女性にとっては、家の中における自己の位置づけを実感させるものとなった(【産後の慣習と家族への期待内容の違いがもたらす自己の位置づけの実感】)。このことは、【直接的なかわりあいの程度と関係の質的相違】を顕在化させた。率直な意見交換など家族内での直接的なかわりあいがある場合には、日本人家族の考えや思いとすりあわせがなされ、自己の考えのとらえ直しが行えていた。一方、直接的なかわりあいが無い場合には、自分の役割や家における位置づけを自己の考えのみで固定的に自覚し、日本人家族に対する感情的な問題を表面化させることにつながっていた。

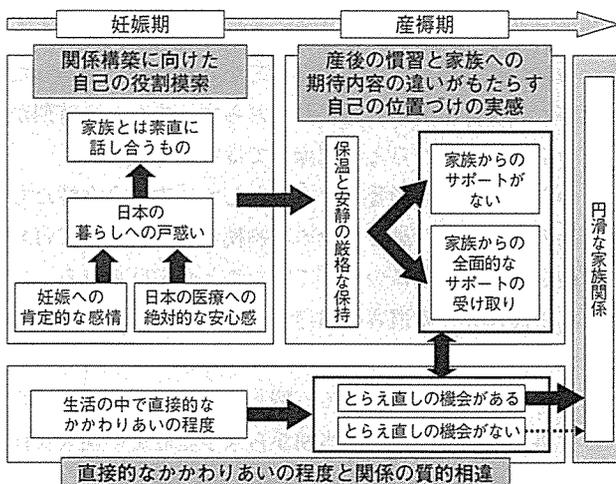


図1. 家族関係構築プロセス

V. 考察

1. 新しい生活への溶け込みと自分の役割を模索する妊娠期

平成18年度の厚生労働省人口動態統計によると、わが国において父母が結婚生活に入ってから第1子出生までの期間は2.10年であり、これは年々延長傾向にある¹⁵⁾。国際結婚したカップルの場合についての公的な統計資料は存在しないが、精神科医で国際結婚したアジア人女性の診療に従事する桑山¹⁰⁾の調査によると、1994年の時点で約半数から70%の者が入国後1年未満に第1子を出産していた。今

回の調査においても中国人女性たちは結婚後、早期の妊娠を望んでおり、実際に来日後数ヶ月で妊娠していた。そのためこのような女性たちは、異文化生活への溶け込みに努力する時期と妊娠期が重なっており、特に日本人家族との生活においては、家における自分の役割を模索する作業を行っていた。

一般に農村における国際結婚の場合、義父母など同居する人が多い。しかし、現代の中国人社会における世帯は都市部においても農村部においても基本家族成員から構成されることが多く¹⁶⁾、結婚後は親から独立するのが一般的である。本調査結果からも家族内の人間関係において、夫に比べて義父母等、夫以外の家族成員との関係構築が課題となることが、同居に対する戸惑いととも把握できた。外国人女性たちの日本の「イエ」への適応が大きな課題となることは、先行研究からも明らかである^{1), 2), 3), 6)}。

しかし、中国人女性の声からは妊娠期には家族関係における問題は表出しなかった。義父母が優しくしたことや夫との外出の機会が増えたことなど肯定的にのみ受け取っていた。一般に妊娠期は一定の産後の時期とともに特別な時期と認識される。社会および家庭生活では日常の役割の軽減や免除が暗黙の合意の下に行われることが多く、これは多様な文化を通じてみられる共通性といえる。そしてこれらの一連の行動様式は通過儀礼と位置づけられ、家族生活や属している一般社会において、子どもをもつ女性へとその地位の移行を確実にさせる¹⁷⁾。本調査の対象となった女性たちは、振り返れば理不尽な対応をされたことがあったのだが、当時は深刻に問題視しておらず、またこの時期が特別な期間であるからとも認識してはいなかった。

このことに大きく影響したものとして、中国人女性たちは家族の不合理な行動を自分の役割模索の一部として自分の行動を見直す作業につなげていたことが挙げられる。また、日中間における慣習の相違が大きくはなく、中国人女性が慣習を遂行するにあたって日本人家族の介入の必要性が低かったことも考えられる。例えば、妊娠中にすすめられる食事については、結婚当初から家事全般を中国人女性が担う状況になっていたため、自分自身で慣習について考え、遂行することができていた。

2. 慣習の相違が大きくなる産褥期

昨今の目覚ましい経済発達と人々の生活の近代化が伝えられている中国では、伝統的に出産は、病気のように女性の体内において陰と陽のアンバランスを引き起こす出来事とみなされ、この影響を受ける30～40日間は一様にベッドの中での静養が奨励される¹⁸⁾。また同時に産後の回復にあたっては、「冷」または「風」が女性の体内に入り込まないよう、暖かさを保持することが重要とされている¹⁹⁾。本研究においても「安静」、「保温」が重要な慣習として挙げ

られた。これらはわが国でも言い伝えられているものではある²⁰⁾が、「厳守の程度」という点において、中国でははるかに厳重に実行されていた。

本調査において中国人女性たちは、冷水に手をつけることをはじめ、洗髪、シャワーを禁ずる慣習を有しており、また食事においても「からだを冷やす」と考えられている食べ物の摂取を控えていた。また安静に関しては、産後の女性は自分の清潔の保持や食事の支度など生活全般にわたる諸事は行わず、子どもの世話だけに集中すればよい状況を望んでいた。これらの慣習の根幹には「産後は出産により『弱い状態』になっているため大切に扱われる必要がある」という考えがあった。また、これら一連の慣習は産後の回復を促すだけではなく、予防的意味合いを含むと考えられている^{18), 19)}。本対象者もこの時期にからだを冷やし、無理をすると、更年期以降、頭痛や腰痛などからだの不調を来たと考えていた。

これらのことから、このような生活を産後の女性が送るためには、日本で実践されている以上に実母や義母といった他の家族員の絶対的な支援が必要となることが理解できる。そして今回の結果から、家族関係において問題が生じた最大の契機は、日本と中国における「慣習の相違自体」ではなく、これらの慣習の差異に伴う「家族員に期待される行動の違い」が深く関与していた。一般に産後の一連の慣習を女性が遂行できるかどうかは、実は家族が出産後の女性をどれだけ支援できるかを暗示しており、それは家族内における女性の存在に対する重要度が反映されているものと考えられている¹⁸⁾。したがって、家族からの支援を享受できないことによって一連の慣習を遂行しえないことは、その家庭のなかでの自分の存在に対する自覚の揺らぎをもたらす。今回の場合も家族から十分なサポートが受けられない状況において、家庭内での「嫁」、「母親」としての地位の安定を実感できず、「自分は大切にされていない」と感情的問題が表出する構造となっていた。家族や周囲の人たちから与えられる種々のサポートにより「子どもを出産した女性」として認知される社会的経験を十分に体験できない状況となっていた。

3. 中国人女性の「思い」のとらえ直しの機会

中国人女性の「思い」と日本人家族の行いが伴っていないと認識された事例においては、慣習の相違に伴い、他の家族員に期待される行動の違いが契機となり、家族関係のあり方において感情的な問題が表出する構造が把握できた。しかしそれが問題とはならず、うまく調整できている家族も存在していた。

一般に家族に子どもが生まれた際には、その家族役割は変化を求められ不安定な状況となるが、役割期待や役割行動について高い柔軟性をもつ家族においてはさほど混乱を

起こさず、これらの不均衡の時期を切り抜ける傾向がある^{21), 22)}。そして特に妊娠・出産期の家族における必要な変化を促進するには、家族内の役割についてのオープンなコミュニケーションと相手に対する柔軟な期待が必要と考えられている²³⁾。今回の調査からも、話し合いの習慣化がなされている家族においては、日中間の慣習の差異とそれに伴う家族への役割期待の相違に対し、柔軟に対応している様子が伺えた。互いの価値観や「思い」を知る機会をもつことで、期待される役割行動と実際の行動のすり合わせが行われ、各家庭の状況に応じた対応策がとられていた。一般に日本人の人間関係における特質として「異質性への認識の欠如」が挙げられる²⁴⁾。「われわれはみな同じ」、「すべて互いにわかっている」という認識を前提としており、「違い」に対する考慮や謙虚さが欠如しやすい。本調査において夫や義父母との関係について問題が生じていたケースでは、まさにこのような関係がみられていた。互いの胸のうちのすり合わせを行うことなく、自分の価値観でのみ相手の行動の意味を探り、感情的な問題を表出させていたのである。国際結婚をした家族では、特に異質性が前提となる人間関係が特徴となるため、やはり互いの思いを分かり合おうとする機会が不可欠である。

4. 看護への示唆

多くの文化において、妊娠・出産は単なる生理的現象と捉えられることはなく、常に社会的に形成される体験とみなされている^{25), 26)}。特に最も身近な存在である家族員との人間関係からは大きな影響を受ける。しかし、外国人女性と日本人家族との問題に関しては、改善に向けた支援の困難さが長らく指摘されている⁷⁾。初期対応が遅れ、問題が表面化した時点ですでに家族員同士での感情的ないざこざが深刻化している場合が少なくない。

しかし、現在、国際結婚をした外国人女性への支援策として検討されているものは、家族関係構築の基本となる日本語習得にむけた体制づくり²⁷⁾や、基本的な行政サービスの整備²⁸⁾、自分自身の位置づけを実感するような自助組織や日本人女性との交流^{1), 29)}などであり、深刻な問題として顕在している日本人家族との人間関係に関する課題については、その方向性がいまだ見いだせない状況となっている。

このような状況のなか、本調査における中国人女性たちの語りから、妊娠期の後、つまり産後の時期に家族内で感情的な問題が生じることがあり、妊娠期における家族関係構築に向けた関わりの意義が示唆された。加えて在留資格に着目した場合、農村地域の日本人男性と国際結婚した者

については、妊婦健診受診率や母子保健統計における指標については日本人と大差はないとされている³⁰⁾。本調査においても妊婦健診の受診率は高く、この機会を利用し、家族内での役割模索や異文化生活の状況把握など日本人家族との関係の構築に向けた支援活動の展開が有用であると考えられた。家族関係構築の初期段階にある家族に対し、看護師が妊婦健診を利用し定期的にかかわることは、予防的側面も併せもつものでもあり、看護職の社会的な役割となりうるであろう。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究の対象者は8名と少数である。今回の研究結果の妥当性を高めるためにより多くの事例を重ねていく必要がある。また今回は中国人女性の「思い」に焦点をあて、彼女たちの主観のなかで日本人家族との関係構築プロセスについて探索した。しかし家族関係の真の姿を把握するには夫や義母などキーパーソンとなりうる他の家族員をも対象とした調査が不可欠であり、今後の重要な課題である。

VII. 結論

農村にて国際結婚した中国人女性の妊娠・出産時における日本人家族との関係構築プロセスを明らかにする目的で、8名の対象者に面接を実施した。その結果、妊娠期は異文化での生活や家族内の自分の役割に関する溶け込みの時期と重なっており、家族内の自分の地位を模索する作業を行う体験をしていた。そのため、日本人家族との人間関係における感情的な問題は潜在していた。そして、その問題は産褥期に表面化することがあり、それには日本と中国の慣習の相違自体ではなく、その相違に伴う家族員に期待される行動の違いに関連していた。また、中国人女性の自己の考えをとらえ直す柔軟性が、日本人家族との関係の質に影響していた。調査協力者の妊婦健診受診率は高かったこともあり、日本人家族との家族関係構築の初期段階にある妊娠期における看護支援の意義が示唆された。

謝辞

研究への参加を快諾し、貴重な体験をお話くださいました中国人女性の皆様に深謝いたします。また、研究を進めるにあたり、ご指導いただきました岩手県立大学名誉教授の細谷昂先生に感謝申し上げます。

なお本研究は、岩手県立大学大学院総合政策研究科博士前期課程の学位論文に、一部加筆修正したものである。

要 旨

国際結婚した中国人女性の妊娠・出産時の家族関係構築プロセスを明らかにすることを目的に、中国人女性8名に面接し、継続的比較分析を行った。その結果、家族関係構築過程は【直接的なかかわりあいを基盤とする関係構築志向】をコアカテゴリーとする3カテゴリーに分類された。妊娠期には【関係構築に向けた自己の役割模索】を行いながら、中国人女性は家族への溶け込みに努力していた。産後に入り、保温や安静の厳重さにおける慣習の相違と家族に対する期待内容の違いが生じ、家族内の自己の位置づけを実感した（【産後の慣習と家族への期待内容の違いがもたらす自己の位置づけの実感】）。また【直接的なかかわりあいの程度と関係の質的相違】がみられ、家族内でかかわりあいがある場合、中国人女性は自己の考えをとらえ直すことができていた。日本人家族との家族関係構築の初期段階にある妊娠期の看護支援の意義が示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to clarify the process of construction of relationships between Chinese women married to Japanese men in farming villages and their Japanese families during first pregnancy and delivery. I interviewed eight such Chinese women, collected the data, and subjected them to continuous comparative analysis.

The results showed that the process of family relationship construction had one core category: "intention to construct a relationship based on direct relations among Japanese families." I found that this process had three categories. During pregnancy, Chinese women attempted to adapt themselves to their families as a means of "grasping one's own role in construction of a family relationship." The second category was "the realization that their own position within their families was brought about by differences in postpartum customs and role expectation". The third category was "degree of direct relationships among family members, and the qualitative difference of family relationships". Among families where there was good coexistence, Chinese women were given more opportunity to think for themselves.

Therefore, I suggest that Chinese women and Japanese families may establish good relationships if they are all involved in nursing care during pregnancy.

文 献

- 1) 石井由香：国際結婚の現状，駒井洋（編）：定住化する外国人，73-102，明石書店，東京，1995。
- 2) 宿谷京子：アジアから来た花嫁，37-137，明石書店，東京，1988。
- 3) 佐藤隆夫：国際結婚と人権，佐藤隆夫（編）：農村と国際結婚，209-215，日本評論社，東京，1989。
- 4) 国見章子，高尾三重子，他：過疎地域における国際結婚女性の妊娠，分娩にかかわって，日本看護学会20回集録 母性看護，164-167，1989。
- 5) 鈴木美枝子，上杉みつえ，他：外国人花嫁の妊娠から育児までの援助，日本看護学会22回集録 母性看護，142-144，1991。
- 6) 桑山紀彦：山形県在住の外国人花嫁と日本人家族，臨床精神医学，22(2)，145-151，1993。
- 7) 大西守，山寺亘，他：国際結婚における心身医学的問題，心身医学，35(3)，229-233，1995。
- 8) 桑山紀彦：国際結婚とストレス，9-55，明石書店，東京，1996。
- 9) 橋爪きょう子，小島秀悟，他：在日外国人女性の精神鑑定例－異文化葛藤要因としての出産・育児－，犯罪学雑誌，69(2)，36-43，2003。
- 10) 堤マサエ：家族と社会－家族社会学の視点，青木康子，加藤尚美，他（編）：助産学体系 第2版 第6巻 母子の心理・社会学，1-71，日本看護協会出版会，東京，1997。
- 11) 中山和美：当院における外国人（特に中国人）産婦の援助について考える，母性衛生，37，356-360，1996。
- 12) 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践，87-255，弘文堂，東京，2006。
- 13) 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，177-276，弘文堂，東京，2006。
- 14) 野智正博：グラウンデッド・セオリー法的分析の認知プロセス，Quality Nursing，10(6)，51-73，2004。
- 15) 厚生労働省：人口動態調査，2007-01-16，http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/data/010/2006/toukeihyou/0006067/t0134531/MB220000_001.html
- 16) 瀬川昌久：中国社会の人類学，93-132，世界思想社，京都，2004。
- 17) Arnold, V.G./織部恒雄，織部裕子（訳）：通過儀礼，1-55，弘文社，東京，1999。
- 18) Eleano, H., & Fung, K.L.K. : "Doing the month": An exploration of postpartum practices in Chinese Women, Health Care for Women International, 18, 301-313, 1997.
- 19) Yeoun, S., & Kim, G. : Postpartum beliefs & Practices among Non-Western Clutures, The American Journal of Maternal/Child Nursing, 28(2), 74-80, 2003.
- 20) 鎌田久子，宮里和子，他：日本人の子産み・子育て－いま・むかし－，234-239，勁草書房，東京，1997。
- 21) 森岡清美，望月嵩：新しい家族社会学，89-122，培風館，東京，2002。
- 22) 上子武次：家族の役割構造，森岡清美（編）：家族社会学，38-52，有斐閣，東京，1971。
- 23) Shirley, M.H.H., & Sheryl, T.B./村田恵子，荒川靖子，他（監訳）：家族看護学，117-138，医学書院，東京，2001。
- 24) 中根千枝：適応の条件，110-122，講談社，東京，2002。
- 25) 松岡悦子：出産の文化人類学，3-40，海鳴社，東京，1997。

- 26) Brigitte, J./宮崎清孝, 滝沢美津子 (訳): 助産の文化人類学, 3-16, 日本看護協会出版会, 東京, 2001.
- 27) 国際日本語普及協会: 日本人と結婚した在日外国人女性に対する支援促進のための調査研究, 113-124, 文部科学省, 1997.
- 28) 松本邦彦: 山形県内在住外国人の概況について, 山形県経済社会研究所 (編): 山形県の社会経済・1995年, 80-106, 山形県, 1995.
- 29) 桑山紀彦: 国際結婚とストレス, 133-202, 明石書店, 東京, 1996.
- 30) 伯野直美, 中村安秀, 他: 在日外国人の母子保健の実態調査, 小児保健研究, 52, 564-567, 1993.

[平成20年2月7日受 付]
[平成20年10月14日採用決定]

健康増進施設利用者の運動習慣と健康関連指標の関連

The Relationship between Exercise Habit and Health Indexes of the People
Using A Health Promotion Facility

江上京里
Kyori Egami

見城道子
Michiko Kenjoh

守屋治代
Haruyo Moriya

山元由美子
Yumiko Yamamoto

キーワード：運動習慣, SF-36, 首尾一貫感覚, 健康習慣指標, 健康増進施設

Key Words : exercise habit, SF-36, Sense of Coherence (SOC), Health Practice Index (HPI), health promotion facility

I. はじめに

2000年にヘルスプロモーションの理念の下、「21世紀における国民健康づくり運動（以下「健康日本21」）」がスタートした。そこでは、近年の課題である生活習慣や生活習慣病について9領域（栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康づくり、たばこ、アルコール、歯の健康、糖尿病、循環器病、癌）を選定し、各領域における健康づくりに関する取り組みの方向性と目標値が示された。生活習慣病の予防には、適切な身体活動・運動が必要とされ、「日ごろから日常生活の中で、健康の維持・増進のために意識的に身体を動かす等の運動をしている人の増加」「運動習慣者の増加」などをその目標に挙げ、中でも運動習慣をもつ者の割合に関しては、2010年の目標値を男性39%以上、女性35%以上としている。しかし、2004年の国民健康・栄養調査結果で、運動習慣のある者の割合は成人の男性で約3割、女性で約2.5割¹⁾であり、その他身体活動・運動以外の多くの項目で策定時よりも悪化していることが報告された。明らかになった身体活動・運動に関する課題に対しては、健康に向けた行動変容の推進と生活習慣の改善が必要である。

運動習慣の獲得については、大野ら²⁾が地域住民を対象に行った研究では「運動の効果を実感すること」が重要であることが示され、岡野ら³⁾は運動教室参加後の中年女性の運動習慣形成には、「一緒に運動する家族がいること」、「時間的余裕があること」が関連していることを明らかにした。その他、高齢者の運動の開始には、男性は「肥満がないこと」、「痛みがないこと」、「外来通院をしていること」、「主観的健康が高いこと」が、そして女性では「肥満があること」、「趣味があること」が関連していたことを吉田ら⁴⁾が報告している。反対に定期的な運動をしない

理由として、久保田⁵⁾が行った研究では、「時間がないこと」、「場所がないこと」が挙げられた。運動習慣の獲得に関係すると思われる関連要因については先行研究で明らかになってきたが、運動が習慣化された人々の特徴や、運動の習慣化が健康にどのように関わっているかについて包括的に述べられたものは見当たらない。

ところで、人々が自らの健康をコントロールし、改善することを増大させようとするプロセスであるヘルスプロモーションの考え方からも分かるように、WHOなどにおいても、セルフコントロール能力に着目して健康度や健康増進がとりあげられた⁶⁾。健康についての見方の転換がなされ、専門職といわれる人々が、一方的に技術や知識を提供するというものから、一般の人々自身が、それぞれの状況や意欲や関心に即して、自らが学び、気づき、成長していくこと、そしてそれを専門職が側面から援助する「専門職主体より生活者主体へ」という視点へと移行してきている⁷⁾。

健康社会学者であるAntonovskyは、「健康はいかにして回復され保持され増進されるのか」という観点から健康生成論を発表し、その理論の中核概念である首尾一貫感覚 Sense of Coherence（以下SOC）をストレス対処能力・健康保持能力概念として深めた。ヘルスプロモーションの提唱以降、賢明な行動選択をとることができる能力とスキルの開発がめざされたが、そうした能力を考える上でSOC概念はきわめて示唆に富んでいる⁸⁾。Antonovskyの健康生成論では、SOCとは「その人に浸みわたった、ダイナミックではあるが持続する確信の感覚によって表現される世界（生活世界）規模の志向性のことである。それは、第1に、自分の内外で生じる環境刺激は、秩序づけられた、予測と説明が可能なものであるという確信、第2にその刺激がも

たらず要求に対応するための資源はいつでも得られるという確信、第3に、そうした要求は挑戦であり、心身を投入しかかわるに値するという確信」から成っており、これらを把握可能性 (comprehensibility)、処理可能感 (manageability)、有意味感 (meaningfulness) と定義⁹⁾している。先行研究では、仕事上のストレスに関してSOCが高い者のほうがストレスフルな状況に柔軟に反応し、精神的な状態をよく保っていたという報告^{10), 11)}や、地域住民のSOCと精神的・社会的健康、生活の質との間に強い関連があったという報告¹²⁾がみられる。

冒頭で述べた「健康日本21」では、「健康寿命の延伸」もその目標として掲げられているが、平均寿命の延伸や死亡率の低下といった量中心の政策から、質を重視した健康政策が求められるようになった¹³⁾。園田¹⁴⁾は、「検査や治療の機器への依存や、延命を中心とした方向が、健康問題の有効な対応となっていないのではないかという疑問や批判が広がりつつあり、それらに伴って、患者や一般の人々の満足ややすらぎや幸せなどを第一に志向する方向への転換が求められている」と述べている。このように健康医療領域における「Quality of Life (QOL)」が問われるようになり、住民や患者の視点からの健康状態の評価がされてきた。多くのQOLを測定する評価尺度が開発されているが、1980年代に行われた大規模なアウトカム研究の先駆けであるMedical Outcomes Study (MOS) を通じて完成された、MOS 36-Item Short-Form Health Survey (以下SF-36) がある。SF-36は健康関連QOL尺度の代表的なものであり、その結果を国民標準値と比べることも可能である。また、健康関連QOL尺度SF-36v2については、わが国ではこれまでに、心疾患患者の運動療法におけるQOL^{15), 16)}の研究のように、SF-36を治療や介入の評価として用いて報告したものや、小児腎不全患者¹⁷⁾やアトピー性皮膚炎患者¹⁸⁾等の特定の疾患をもつ患者のSF-36値と国民標準値と比較したものなど、健康関連QOLに関する研究は多く行われてきた。松下らは、老人クラブにおける中高年¹⁹⁾、一般職域集団として企業従業員²⁰⁾を対象に、生活習慣とSF-36の関連を報告した。

以上のように、ヘルスプロモーションの視点から、SOC概念、QOL概念が健康をとらえるうえで有効であると考えられる。本研究では、特定の対処法を選択せしめ、特定のストレスに有効に対処するのに役立つ資源を選び出さしめる²¹⁾ SOCを、人が健康の維持・増進、疾病からの回復のために主体的に必要な行動を選び実行する能力としてとらえ、SOCが高い者のほうがより運動習慣を獲得し、運動習慣の獲得によってQOLの向上がはかれると考えた。中野ら²²⁾は、地域高齢者の生活習慣と生命予後についてコホート研究を行い、とくに運動が高齢者の生命

予後に影響する重要な習慣であったと報告しており、松下ら²³⁾はQOLと生活習慣因子との関連を示している。そこで運動習慣のみではなく、生活習慣との関連をみる必要があると考えた。

よって本研究では、健康増進施設を利用して運動している人々を対象とし、運動習慣の有無によって、健康関連QOL尺度であるSF-36v2と身体面の指標であるBody Mass Indexes (以下BMI) が異なるのか、そして運動が習慣化されている人々の健康的な生活習慣の指標であるHealth Practice Index²⁴⁾ (以下HPI) と、健康保持能力SOCの特徴について明らかにする。このことは、運動習慣の獲得、主体的に健康維持・増進ができるような援助の方策について検討するうえで重要である。

II. 研究目的

健康増進施設利用者の運動習慣と健康関連指標の関連を明らかにする。

III. 用語の操作的定義

1. 運動習慣

運動習慣は、継続した行動として身につけているレベルが大切である。国民栄養調査では、運動習慣者を「週2回以上、1回30分以上、1年以上運動をしている者」と定義している。本研究では、「運動習慣」とは「週2回以上、1回30分以上、1年以上運動をしている」ことを指す。

2. 健康関連指標

本研究では、SOC、HPI、SF-36、BMIを健康関連指標と定義する。

IV. 研究方法

1. データ収集の方法

A健康増進施設を利用している20歳以上の男女を対象とし、2006年7月～8月に、自記式質問紙を調査施設で研究者が対象者に直接手渡しで配布し、郵送で回収した。回収期間は質問紙配布後20日間設けた。

2. 測定項目

1) 属性

年齢、性別、BMI、家族背景、職業、運動習慣の有無 (一回の時間は30分以上か、週に2回以上行っているか、1年以上続けているか) について選択形式の質問項目にて調査した。

2) 主観的な健康感としての健康関連QOL尺度 SF-36v2 (表1)

信頼性、妥当性、標準化など、国際プロジェクトも組み入れ多くの成果を発信した尺度である。SF-36の日本語版は1998年に福原ら²⁵⁾によって作成された。本研究では2004

表1 健康関連QOL尺度 SF-36v2の8つの下位尺度項目の得点の解釈

下位尺度	低い得点の解釈
身体機能 Physical functioning : PF	健康上の理由で、入浴または着替えなどの活動を自力で行うことがとてもむずかしい
日常役割機能 (身体) Role physical : RP	過去1ヶ月間に仕事やふだんの活動をした時に身体的な理由で問題があった
身体の痛み Bodily pain : BP	過去1ヶ月間に非常に激しい体の痛みのためにいつもの仕事が非常にさまたげられた
社会生活機能 Social functioning : SF	過去1ヶ月間に家族、友人、近所の人、その他仲間との普段のつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で非常にさまたげられた
全体的健康感 General health perceptions : GH	健康状態が良くなく、徐々に悪くなっていく
活力 Vitality : VT	過去1ヶ月間は、いつでも疲れを感じ、疲れ果てていた
日常役割機能 (精神) Role emotional : RE	過去1ヶ月間、仕事やふだんの活動をした時に心理的な理由で問題があった
心の健康 Mental health : MH	過去1ヶ月間、いつも神経質でゆううつな気分であった

年に、信頼性、妥当性を高め、より理解しやすくバージョンアップされたNPO健康医療評価機構によるSF-36v2²⁶⁾を採用した。SF-36v2は、個人の主観的な健康関連QOLを測定する尺度であり、下位構成概念は、身体機能 (Physical functioning : 以下PF)、日常役割機能「身体」(Role physical : 以下RP)、身体の痛み (Bodily pain : 以下BP)、社会生活機能 (Social functioning : 以下SF)、全体的健康感 (General health perceptions : 以下GH)、活力 (Vitality : 以下VT)、日常役割機能「精神」(Role emotional : 以下RE)、心の健康 (Mental health : 以下MH) の8つである。

SF-36v2の下位構成概念の各質問は3-5段階のスケールで、質問項目によって配点に変化し、計算式にあてはめて計算する。それぞれの下位構成概念が0-100のスコア (得点) で示され、さらに国民標準値に基づいたスコアリング得点が算出されている。得点が高いほどQOLが高い。SF-36v2は、健康に関する包括的尺度として普及しているものであり、国民標準値も設定されていることから、それを基準とした評価も可能である。国民標準値に基づいたスコアリング得点は、国民標準値を50点とし、その標準偏差を10点として変換する。この変換によって8つの下位尺度は同じ平均値と同じ標準偏差を持つように得点化される。

3) 健康保持能力としての首尾一貫感覚SOC : Sense of Coherence

SOCは29項目からなり、「まったくそう思う」から「まったくそう思わない」までの7段階のリッカートスケールで、低いほうから1-7点の配点をする。29項目の総得点 (範囲29-203点) を計算し、得点が高いほど、健康保持能

力が高いとみなす。本研究では、SOC29項目スケール日本版の簡易版13項目²⁷⁾を用い、13項目の総得点 (範囲13-91点) を計算した。SOCスケール13項目版のクロンバック α 係数は榎本²⁸⁾が地域住民に対して行った調査で0.83であったことを報告している。

4) 健康的な生活習慣としての健康習慣HPI : Health Practice Index

実際の生活習慣の良し悪しをはかる指標として、Bleslowらが健康を維持するための望ましい7つの生活習慣として挙げたHealth Practice Index (以下HPI) がある。7つの健康習慣とは、①睡眠時間を7-8時間とる②朝食を食べる③間食をしない④喫煙をしない⑤禁酒または節飲酒⑥適度な体重⑦定期的に運動をする、である²⁹⁾。米国、本国においても過去にHPI得点を構成する健康習慣の7因子に関して調査が行われ、本国では東京都における男女の調査データが発表されている³⁰⁾ほか、中野らはHPIと生命予後³¹⁾や、地域住民個々の健康診断項目の測定値³²⁾との整合性を検討し、まだ検討の余地はあるものの、有用であることが示唆された。

HPIは、7つの健康習慣中何因子に該当するのかによって1-7点で配点し、得点は高いほどよい健康習慣を保っているとする。

3. 分析方法

対象者の属性、HPI、SF-36v2、SOC、は数量化し、両側検定で有意水準は5%未満として解析した。文中の記載においては、有意確率 p 値が0.001未満の場合には $p < 0.001$ と不等号を用いて小数点以下3桁まで表示し、0.001以上の場合には p 値を正確に記載した。統計処理には、統計解析ソフトSPSS vol. 14.0を使用した。SF-36v2は、国民標準値に基づいて得点を算出した値を用いて検定を行った。SOCは、13項目では、有意味感、把握可能感覚、処理可能感覚は密接不可分の関係にあり、1次元性の尺度として扱われるのが妥当であるとされる³³⁾ため、総得点としてのみ扱った。HPIは、7つの健康習慣中何因子に該当するのかによって配点した、範囲1-7点となる総合点で分析した。欠損値の取扱については、各尺度の欠損値の取扱の取り決めに準じた。

V. 倫理的配慮

対象者には、調査の趣旨、匿名性、調査への協力は自由意志によるものであること、調査で得られたデータは調査以外に使用しないことを文書で説明した。同意書の返送をもって調査協力の受諾とし、質問票は無記名のまま取り扱った。同意書の同封がなかった質問紙は無効とし破棄した。ただし次年度の継続研究への協力の意志がある場合に限り、質問紙協力依頼欄に氏名・住所を自記してもらい、

同意書及び質問紙の返送をもって調査協力の受諾とした。個人情報、施設可能な場所で厳重に管理した。

SF-36v2の使用にあたっては、健康医療評価研究機構に対し、使用同意書・使用料を支払い、契約を交わし、SOC日本版スケールの使用にあたっては、使用権利所持者山崎喜比古氏の了解を得た。

本研究は、東京女子医科大学倫理委員会の承認を受けた。

VI. 結 果

質問紙は、研究者が対象者に研究協力に関する説明をした上で、対象施設において手渡しで合計1037部配布し、後日対象者からの郵送によって354部回収（回収率34.1%）した。そのうち、同意書の同封がなかったもの、無効回答を除去した有効回答数は332部（有効回答率93.8%）であった。本研究におけるSOC13項目のクロンバック α 係数は0.833、SF-36v2のクロンバック α 係数は、0.833であり信頼性が保たれた。

1. 対象者の属性

対象者は、男性137人（41.3%）、女性195人（58.7%）であった。年齢は、40-50歳代で半数を占め、家族構成は、親子2世代が147人（44.3%）と半数近くを占めた。職業は、会社員が103人（31.0%）と一番多かった。

BMIについては、最小値16.2、最大値30.9、平均値は22.1±2.6であり、日本肥満学会³⁴⁾の肥満の判定基準に基づき分類すると、「やせ」は25人（7.5%）、「標準」は262人（78.9%）、「肥満1度」は44人（13.3%）、「肥満2度」は1人（0.3%）で、「標準」域の者が大半を占めていた。

2. 運動習慣、年齢と各指標との関係

HPIは、1-3点のHPI低群は45人（13.5%）、4-5点のHPI中群は175人（52.7%）、6-7点のHPI高群は112人（33.7%）で、研究対象者はHPIが低い者の割合は少なく、4点以上の対象者で9割弱を占めた。

対象者332人のSF-36v2の8つの下位尺度項目に関して、算出された本研究の対象者の国民標準値に基づいたスコアリング得点と国民標準値（50.0±10.0）を比較すると、「活力」に関して国民標準値よりわずかに2.2点高い以外はほとんど得点差がみられず、本研究の対象者は国民標準値との差はないことが示された。

SOCの総得点は、最小得点30点、最大得点は87点であり、平均は60±11点であった。

運動習慣として定義される「週に2回以上、1回30分以上の運動を1年以上続けている」対象者は332人中172人（51.8%）と、本研究において「運動習慣がある者」は半数にとどまった。

対象者332人の運動習慣者の割合には、性別で群間に有

表2 各指標の性別での比較

	男 (n=137)	女 (n=195)	p value (t 検定)
BMI (%)	23.0 ± 2.4	21.4 ± 2.6	p < .001
健康習慣	4.9 ± 1.2	4.9 ± 1.3	n.s.
首尾一貫感覚	61.2 ± 10.6	59.4 ± 11.8	n.s.
<SF-36v2>			
身体機能	52.6 ± 7.5	51.0 ± 7.6	n.s.
日常役割機能 (身体)	50.1 ± 9.4	49.9 ± 9.6	n.s.
身体の痛み	48.5 ± 9.3	49.2 ± 9.8	n.s.
社会生活機能	50.4 ± 8.7	49.2 ± 9.4	n.s.
全体的健康感	50.9 ± 9.6	52.0 ± 9.3	n.s.
活力	53.1 ± 8.3	51.6 ± 8.9	n.s.
日常役割機能 (精神)	50.8 ± 9.3	50.0 ± 9.7	n.s.
心の健康	52.0 ± 8.0	51.1 ± 8.7	n.s.

意な差がみられた。運動習慣の有無については、男性は137人中89人（65.0%）、女性は195人中83人（42.6%）が運動習慣があり、男性は女性よりも有意に運動が習慣となっていた ($\chi^2 = 16.17$, $df = 2$, $p < 0.001$)。

各指標を性別で比較したものを表2に示す。BMIにのみ群間に有意な差がみられ、男性が23.0±2.4%、女性が21.4±2.6%であり、t検定で男性のほうが有意に高かった ($t = 5.68$, $df = 330$, $p < 0.001$)。

対象者332人の運動習慣の有無による年齢の比較（図1）では、運動習慣のない者は、20-30歳代は52人/160人で32.5%、40-50歳代は90人/160人で56.3%、60-80歳代は18人/160人で11.3%であり、運動習慣のある者は、20-30歳代は32人/172人で18.6%、40-50歳代は86人/172人で50.0%、60-80歳代は54人/172人で31.4%であり、40-50歳代については運動習慣の有無で差はみられないが、20-30歳代は運動習慣がない群での割合が大きく、60-80歳代は運動習慣がある群での割合が大きいところに特徴がみられた。運動習慣のある群と運動習慣のない群におけるこれらの年齢（順序データとして扱う）の差については、

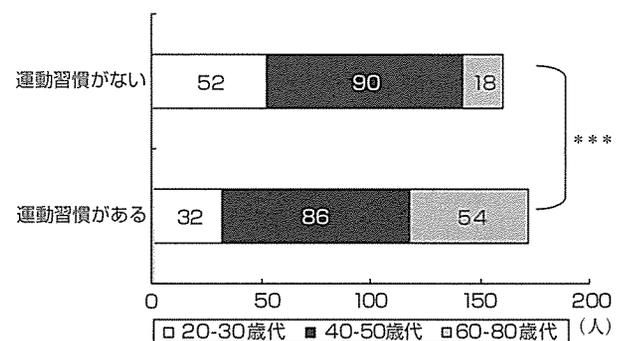
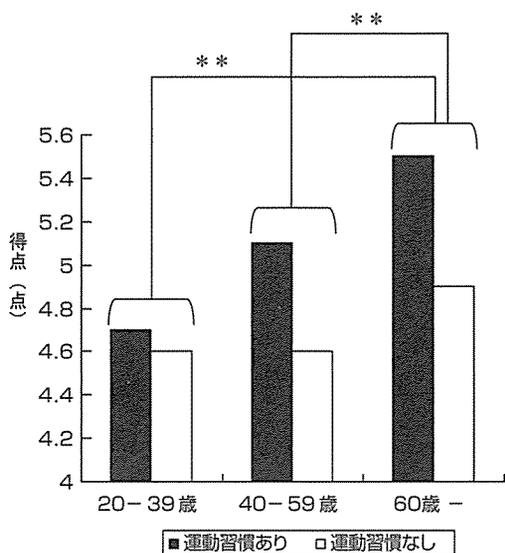
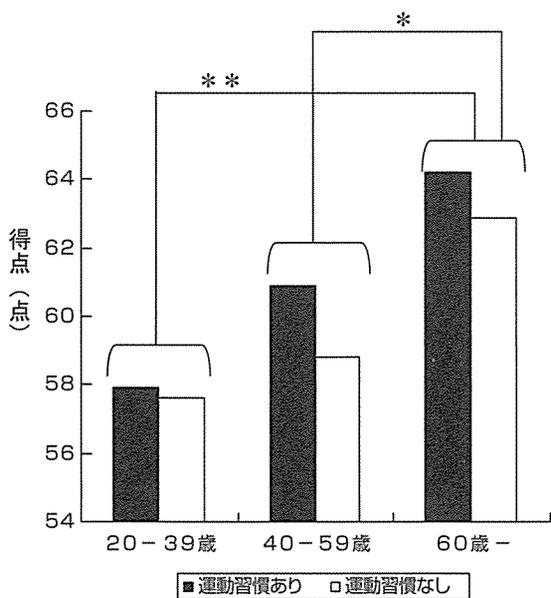


図1 対象者332人の運動習慣の有無による年齢の比較（図中の数字は人数を示している）



分散分析 運動習慣の主効果, $F(1,326)=6.39, p=0.012$
 分散分析 年齢の主効果, $F(2,326)=3.61, p=0.028$
 **: $p < 0.01$ (Tukeyの多重比較)

図2 運動習慣と年齢(20-39歳・40-59歳・60歳以上)による健康習慣HPI(Health Practice Index)の平均値の比較

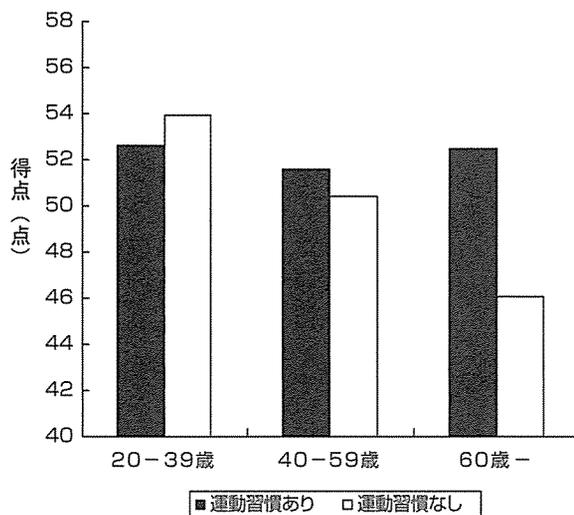


分散分析 年齢の主効果, $F(2,326)=4.33, p=0.014$
 *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$ (Tukeyの多重比較)

図3 運動習慣と年齢(20-39歳・40-59歳・60歳以上)による首尾一貫感覚SOC(Sense of Coherence)の平均値の比較

Mann-WhitneyのU検定で有意な差がみとめられた($U = 10192.0, p < 0.001$)。

各指標を従属変数とし、運動習慣の有無(有り・無し)と性別(男・女)で 2×2 の分散分析を行ったが、性別による主効果は認められなかった。よって運動習慣の有無



分散分析 年齢の主効果, $F(2,326)=3.08, p=0.047$

図4 運動習慣と年齢(20-39歳・40-59歳・60歳以上)によるSF-36v2の全体的健康感GH(General health perceptions)の平均値の比較

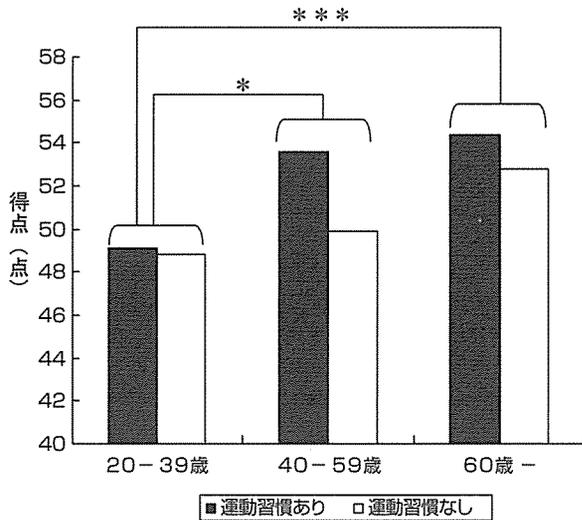
(有り・無し)と年齢(20-39歳・40-59歳・60歳以上で分類)で 2×3 の分散分析を行った。

HPIは、有意な交互作用はみられず、運動習慣の主効果($F(1,326) = 6.39, p = 0.012$)、年齢の主効果($F(2,326) = 3.61, p = 0.028$)がみとめられ、図2に示すように運動習慣があるほうがHPIが高く、また年齢が高いほうがHPIが高かった。年齢についてはTukeyの方法による多重比較を行ったところ、「20-39歳」群より「60歳以上」群が有意に($p = 0.001$)高く、「40-59歳」群より「60歳以上」群が有意に($p = 0.008$)高かった。

SOCは、有意な交互作用、運動習慣の主効果はみられず、年齢の主効果($F(2,326) = 4.33, p = 0.014$)がみとめられ、Tukeyの方法による多重比較を行ったところ、「20-39歳」群より「60歳以上」群が有意に($p = 0.002$)高く、「40-59歳」群より「60歳以上」群が有意に($p = 0.028$)高かった(図3)。

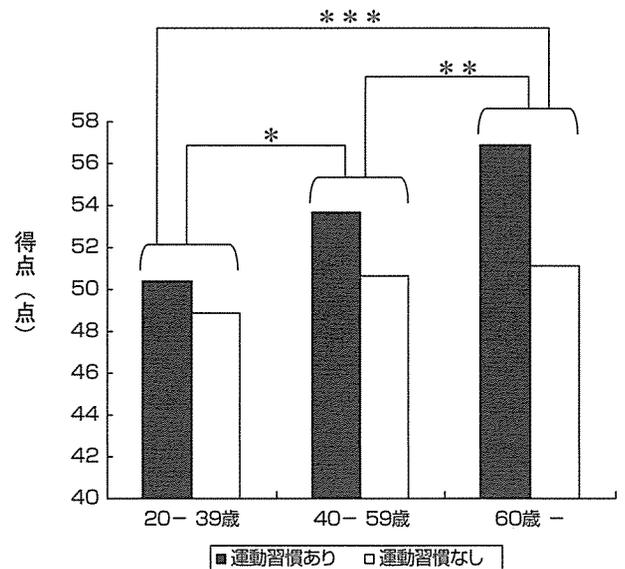
SF-36v2に関しては、SFとREは交互作用、主効果に有意な結果は得られなかった。GHとMHは、有意な交互作用、運動習慣の主効果はみられなかったが、年齢に有意な主効果がみられた(それぞれ $F(2,326) = 3.08, p = 0.047$, $F(2,326) = 5.66, p = 0.004$)。GH(図4)に関してTukeyの方法による多重比較を行ったところ、群間に有意な得点差はみられなかった。MH(図5)に関しては、Tukeyの方法による多重比較で「20-39歳」群より「40-59歳」群が有意に($p = 0.029$)高く、「20-39歳」群より「60歳以上」群($p < 0.001$)が有意に高かった。

RPとVTは、有意な交互作用はみられなかった。しか



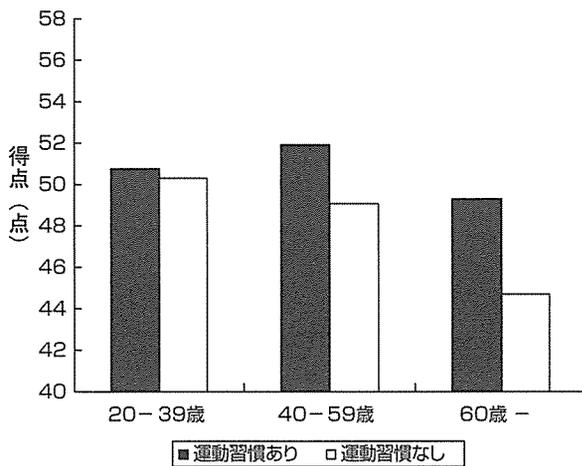
分散分析 年齢の主効果, $F(2,326)=5.66, p=0.004$
 * : $p < 0.05$, *** : $p < 0.001$ (Tukeyの多重比較)

図5 運動習慣と年齢(20-39歳・40-59歳・60歳以上)によるSF-36v2の心の健康MH (Mental health) の平均値の比較



分散分析 運動習慣の主効果, $F(1,326)=10.72, p=0.001$
 分散分析 年齢の主効果, $F(2,326)=4.68, p=0.010$
 * : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$, *** : $p < 0.001$ (Tukeyの多重比較)

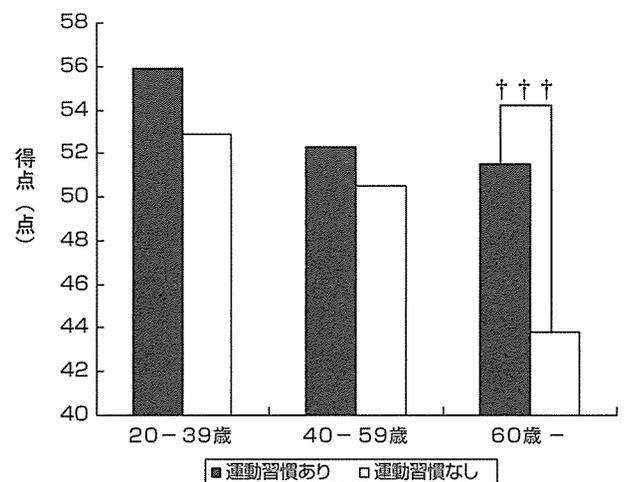
図7 運動習慣と年齢(20-39歳・40-59歳・60歳以上)によるSF-36v2の活力VT (Vitality) の平均値の比較



分散分析 運動習慣の主効果, $F(1,326)=4.84, p=0.028$
 分散分析 年齢の主効果, $F(2,326)=3.09, p=0.047$

図6 運動習慣と年齢(20-39歳・40-59歳・60歳以上)によるSF-36v2の日常役割機能(身体)RP (Role physical) の平均値の比較

しRP(図6)は運動習慣の主効果($F(1,326)=4.84, p=0.028$), 年齢の主効果($F(2,326)=3.09, p=0.047$)において有意な差がみられ, 運動習慣があるほうがRPが高かった。RPの年齢についてTukeyの方法による多重比較を行ったところ群間に有意な得点差はみられなかった。またVT(図7)は, 運動習慣の主効果($F(1,326)=10.72, p=0.001$), 年齢の主効果($F(2,326)=4.68, p=0.010$)がみとめられ, 運動習慣があるほうがVTが高く, 年齢についてTukeyの方法による多重比較を行ったところ, 「20

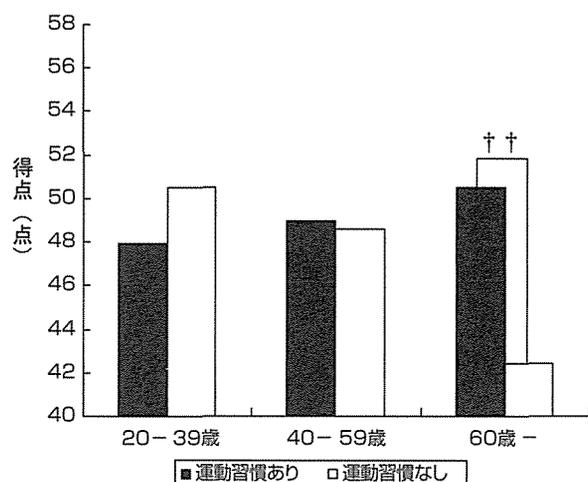


分散分析 運動習慣と年齢の交互作用, $F(2,326)=3.55, p=0.030$
 年齢の単純主効果, 運動習慣あり群, $F(2,326)=3.99, p=0.019$
 年齢の単純主効果, 運動習慣なし群, $F(2,326)=10.66, p<0.001$
 運動の単純主効果, 60歳以上の群, $F(1,326)=15.55, p<0.001$: †††

図8 運動習慣と年齢(20-39歳・40-59歳・60歳以上)によるSF-36v2の身体機能PF (Physical functioning) の平均値の比較

「20-39歳」群より「40-59歳」群が有意に($p=0.044$)高く, 「40-59歳」群より「60歳以上」群が有意に($p=0.008$)高く, 「20-39歳」群より「60歳以上」群が有意に($p<0.001$)高かった。

PFとBPについては, 運動習慣と年齢の交互作用が有意



分散分析 運動習慣と年齢の交互作用, $F(2,326)=5.30, p=0.005$
 年齢の単純主効果, 運動習慣なし群, $F(2,326)=4.85, p=0.008$
 運動の単純主効果, 60歳以上の群, $F(1,326)=9.86, p=0.002: ††$

図9 運動習慣と年齢 (20-39歳・40-59歳・60歳以上) によるSF-36v2の身体の痛みBP (Bodily pain) の平均値の比較

であった (それぞれ $F(2,326)=3.55, p=0.030$, $F(2,326)=5.30, p=0.005$)。よってそれぞれ単純主効果の検定を行った。単純主効果の検定の結果, PF (図8) は, 運動習慣のある群, ない群ともに年齢の単純主効果が有意であり (それぞれ $F(2,326)=3.99, p=0.019$, $F(2,326)=10.66, p<0.001$), 60歳以上の群でのみ運動の単純主効果が有意 ($F(1,326)=15.55, p<0.001$) であった。運動習慣のある群もない群も年齢と共にPFは低下するが, 特に60歳以上でのみ, 運動習慣がある群のPFが高く維持されていることが分かる。BP (図9) は, 運動習慣がある群では年齢の単純主効果がみとめられなかったのに対し, 運動習慣のない群では年齢の単純主効果が有意 ($F(2,326)=4.85, p=0.008$) であり, 60歳以上の群でのみ運動の単純主効果が有意 ($F(1,326)=9.86, p=0.002$) であった。60歳以上で, 運動習慣のある群がBPを高く (痛みが少なく) 維持しているのに対し, 運動習慣がない群はBPが非常に低い (痛みが強い) ことが分かる。

VI. 考察

本研究では, 一健康増進施設を利用している住民の健康関連指標であるSF-36v2, HPI, SOC, BMIを明らかにし, 運動習慣との関連を検討した。

対象者の背景として, 健康増進施設を利用しているということから, 一般地域住民よりも健康に関連した主体的な行動をとっていると思われる。対象者のHPIの低得点群 (1-3点) は13.5%のみであり, 健康習慣が保たれていない者の割合は少なかった。対象者の78.9%はBMIが標準

域にあったが, これは良い健康習慣が保たれているためであると考えられる。

SOCは, 一般成人 (男女) における平均は 57 ± 13 点とされる³⁵⁾ のに対して, 本研究対象者の平均は, 60.2 ± 11.3 点であった。ストレス対処能力, 健康保持能力ともされるSOCが高く保たれていることは, 対象者が日常のストレスや体調不良を感じた際に, 生活習慣を改める, 運動を始める, などの対処行動をとろうとする能力が高いとみなすことができる。さらに「週に2回以上, 1回30分以上の運動を1年以上続けている」ことを満たす運動が習慣となっている者は, 対象者全体の51.8%で, 男性は65.0%, 女性は42.6%であった。これは, 厚生労働省が発表した2004年の運動習慣のある者の割合³⁶⁾ が, 男性30.9%, 女性25.8%という結果より多い。主観的な健康度を測定する健康関連QOL尺度のSF-36v2は, 国民標準値との差がみられず標準的な主観的健康度をもつ集団である一方, 自らの健康を保持していく能力が十分にある集団であった。

以下に, 運動が習慣化されている人の特徴として, 健康保持能力, 主観的な健康感, 健康的な生活習慣, BMIの視点から述べる。

1. 健康保持能力

本研究ではSOCは運動習慣の有無というよりは, 年齢と関連があり, 年齢を経るに従いその値は増加する, つまり健康を保持増進する能力は年齢が高いほどよく保たれていることが示された。SOCは, 環境や他者との相互作用関係などの人生経験を通して, すなわち“後天的に学習を通して形成されるもの”であり, 先天的運命的な性質を色濃く持った「性格」や「気質」ではない³⁷⁾ とされている。つまり, 本研究の対象者は, 年齢を重ねるなかで, SOCが強化されるような環境が比較的整った生活を送ってきたことが予想される。SOCの高低と運動の習慣化には関連はみられなかったのは, 本研究の対象者が, 健康増進施設利用者であることを考えると, 運動習慣 (週2回以上, 1回30分以上, 1年以上の運動) の有無にかかわらず, 自ら目的をもって健康増進施設に通う力をもつ, つまり主体的に何らかの対処をとることができている人々であるため, もととの対象者全体のSOCが高く保持されていたためであると考えられる。本研究では, 当初SOCの高い者は, 健康を保持する能力が発揮され, セルフコントロールの結果として運動習慣がより獲得されているであろうと考えてSOCと運動習慣の関連を探求したが, そのような結果は得られなかった。今後, 健康保持能力と運動習慣の関連を明らかにするためには, SOCの偏りのない集団を対象にすることが課題となる。

2. 主観的な健康感

SF-36v2の結果からは, 「身体機能 (PF)」, 「身体の痛み

(BP)、「日常役割機能・身体 (RP)」「活力 (VT)」は、運動習慣と関連があることが示された。60歳以上で運動習慣がある者は運動習慣がない者に比較して「身体機能」が高く維持されたが、松下ら³⁸⁾は、中高年齢者を対象とした調査において、定期的に運動している群がしない群よりも「身体機能」が高かったと報告しており、本研究の結果と同様であった。一般的に加齢とともに筋力は低下し、女性は特にホルモンの関係で骨粗鬆症³⁹⁾などの危険が高まるが、ParkSangら⁴⁰⁾は高齢の女性に対して運動プログラムを用いて介入したところ、筋肉量低下を予防し歩行能力の改善にも効果があったと報告しており、運動の習慣化によって本研究の対象者が日常生活行動を反映している「身体機能」を高く保てたことと矛盾しない。運動の効用として骨格や筋に刺激を与えることで、骨を鍛えるとともに筋力を維持増進できたことで日常の生活動作の困難度が低下したと考えられる。また、運動習慣のある者は、運動習慣のない者に比較して「活力」が高く維持されていた。松下らが企業従業員⁴¹⁾と中高年齢者⁴²⁾に対して行った調査でも同様に、運動している群のほうが「活力」が高いという結果が得られている。60歳以上で運動習慣のある場合に「身体の痛み」が小さく、「日常役割機能・身体」が高く保たれていたのは、運動の効果として痛みの軽減があげられ、白土⁴³⁾は、加齢や骨粗鬆症などによる慢性腰痛症に対して運動療法を行って痛みが軽減したと述べているが、運動の習慣化は、「活力」のような主観的側面と、「身体の痛み」や「身体機能」のような身体的側面の両者と関係していることが示され、「身体の痛み」が軽減されることと身体的な作業に関する機能を果たせる「日常役割機能」が運動の習慣化によって改善されたことと矛盾しない。我が国では、高齢者の5人に1人が過去1年間に転倒を経験し、そのうちの1割が骨折に至る現状がある⁴⁴⁾。高齢者の骨折は痛みを生じさせ、仕事や役割を果たせないだけでなく、日常生活を自分で送ることができなくなり、QOLが阻害されるため大きな問題であると考えられる。本研究では、運動習慣を獲得している人々は、「身体の痛み」が少なく、「身体機能」と「日常役割機能」が高く維持され「活力」があったことが示され、特に「身体機能」と「身体の痛み」が高齢者において良く保たれていたことは、高齢者のQOLを考える上で運動習慣が非常に重要であることが改めて示された。

3. 健康的な生活習慣

HPIについては、20-30歳代、40-50歳代、60歳以上と年齢が上がる毎に運動が習慣化され、健康習慣HPIの結果からは、運動習慣のある者のほうが、より健康的な生活習慣があることが示された。阿部ら⁴⁵⁾は、一地域の住民の健康度および健康意識と生活習慣の関係についての調査

で、高齢になるほど良い生活習慣を送っていたと報告し、退職後に時間的に余裕がある時期になって健康的な生活を考えることができるようになったためであろうと考察している。また、通院している人はそうでない人に比べて運動習慣がある人が多かったと報告している。同様に日置⁴⁶⁾は、健康な習慣の維持に加齢が関係したことに加え、慢性の病態の保有に伴って健康な習慣を身につけている割合が高くなったと報告した。加齢に伴い疾患への罹患が増加することを考えると、健康な生活習慣の一部としての運動習慣の獲得が加齢に伴い増加することは矛盾しない。ただし、加齢に伴い一般的には有病率が高くなる中でSF-36v2の「身体の痛み」については、高齢者のほうが痛みが小さかったことから、本研究対象者の「身体の痛み」は「病の有無」には対応していない項目と考えられる。この点については本研究では疾患の有無についての調査はしていないため明らかにすることはできない。

4. BMI

運動習慣の獲得のアウトカムとして測定したBMIは運動習慣の有無で差が認められなかったが、運動とBMIの関連について測定した先行研究^{47) 48) 49)}でも同様に運動習慣によるBMIの改善は有意な結果が得られていない。BMIについては、個人差、性差も大きいため、1時点での群間比較では差はみられず、今後は運動習慣獲得前後の同一被験者内での比較として測定、考察していく必要があると考えられた。

VII. 研究の限界

本研究は一地域の健康増進施設における調査であり、対象者数に限界があり、一般化するためには今後の追試が必要である。

VIII. 結 論

1. 運動習慣のある者のほうが、より健康的な生活習慣があった。
2. 健康関連QOL尺度SF-36v2の「日常役割機能 (身体)」、
「活力」は、運動習慣と関連があり、運動習慣があるほうが良好に保たれていた。
3. 健康関連QOL尺度SF-36v2の「身体機能」は、60歳以上で運動習慣がある者は、運動習慣がない者に比較して高かった。
4. 健康関連QOL尺度SF-36v2の「身体の痛み」は、60歳以上で運動習慣がある者は、運動習慣がない者に比較して痛みが少なかった。

IX. 謝 辞

本研究を進めるにあたり、快くご協力いただきました研

究参加者の皆様に深く感謝いたします。また、ご支援くださいました施設職員の皆様にも心より感謝いたします。

なお、本研究は、MONAC・掛川市健康調査プロジェクトによる助成を受けて実施し、研究の結果の一部は、第33

要 旨

健康増進施設利用者の運動習慣と健康関連指標の関連を明らかにするために、A健康増進施設を利用している20歳以上の男女を対象とし、質問紙調査を行った。

対象者332名は、男性が41.3%、運動習慣の有る者は51.8%であった。運動習慣の有無と年齢で分散分析を行った結果、健康習慣得点は、運動習慣があるほうが、また年齢が高いほうが高かった。首尾一貫感覚は、60歳以上が有意に高かった。健康関連QOL尺度の下位尺度項目のうち「身体機能」と「身体の痛み」は、60歳以上の群で、運動習慣のある群が有意に良好に維持していた。よって、特に60歳以上の高齢者において、運動習慣の効果が顕著に表れやすく、身体機能の低下や、痛みの増強を最小限にし、QOLを高めるためにも、高齢者における運動習慣は重要であると考えられる。

Abstract

An investigational purpose is to clarify the relationship between "exercise habit" and "health indexes" of people using a health promotion facility. We performed questionnaire investigation to subjects who were older than 20 years old .

The number of effective answer of questionnaire was 332. About a subject, a man was almost half and the person with exercise habit was 51.8%.

We performed 2×3 analysis of variance with "exercise habit" and "age" . People who had exercise habits and people that age was high made a high score of HPI (Health Practice Index) . SOC (Sense of Coherence) scores of the over-sixties were significantly high. About the over-sixties, as for Physical Functioning and Body Pain (SF-36v2), a group with exercise habit was significantly good. In this way, about the over-sixties, it became clear that exercise habit caused a physical effect. For QOL improvement by physical functional maintenance and relaxation of a pain, exercise habit of a senior citizen in particular is important.

文 献

- 厚生労働省：平成16年度国民健康・栄養調査結果の概要、運動習慣の状況、2007-04-05、<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/05/h0508-1a.html>
- 大野佳子，宇都由美子，他：運動習慣継続の目的からみた成人の健康意識と行動要因の検討，看護情報研究会論文集，第7回，45-48，2006。
- 岡野五郎，薄衣志野，他：中年女性の運動教室参加後の運動習慣形成度とその寄与因子，北海道公衆衛生学雑誌，18(2)，82-87，2005。
- 吉田祐子，熊谷修，他：地域在住高齢者における運動習慣の定着に関連する要因，老年社会科学，28(3)，348-358，2006。
- 久保田晃生：地域健康福祉への具体的アプローチ・運動習慣者をいかに増やすかーITを活用した生活習慣改善支援プログラム (i-exer アイエクサ) の展開ー，体力科学，54(1)，21-24，2005。
- 園田恭一：健康の理論と保健社会学，12，東京大学出版会，東京，1993。
- 前掲6)28-29
- 山崎喜比古：ストレス対処能力・健康保持能力としての首尾一貫感覚SOC，地域保健，30(6)，74-80，1999。
- Aaron Antonovsky/山崎喜比古，吉井清子 (監訳)：Unraveling the Mystery of Health-How People Manage Stress and Stay Well/健康の謎を解くーストレス対処と健康保持のメカニズム，19-23，有信堂高文社，東京，2001。
- 高山智子，浅野祐子，他：ストレスフルな生活出来事が首尾一貫感覚 (Sense of Coherence : SOC) と精神健康に及ぼす影響，日本公衆衛生雑誌，46，965-976，1999。
- 小林裕美，乗越千枝：訪問看護師のストレスに関する研究 訪問看護に伴う負担と精神健康状態 (GHQ) および首尾一貫感覚 (SOC) との関連について，日本赤十字九州国際看護大学 Intramural Research Report，4，128-140，2005。
- 榎本妙子：健康生成論に基づく地域住民の健康実態，立命館産業社会論集，36(4)，53-73，2001。
- 森克美，川久保清，他：日本語版SF-36を用いた地域住民のHRQOLの測定，厚生の指標，49(13)，1-6，2002。
- 前掲6)22
- 大島明美，田端雅美，他：急性心筋梗塞例におけるPTCA後早期の運動リハビリテーションの退院時QOLに及ぼす影響 SF-36を用いての検討，Japanese Journal of Interventional Cardiology，18，490-494，2003。
- 戸田源二，柴田茂守，他：SF-36によるQOL評価からみた心機能低下例に対する運動療法の効果，心臓リハビリテーション，8(1)，40-44，2003。
- 小林晶子，伊藤雄平，他：SF-36による小児腎不全患者のQOL，神戸大学医学部紀要，63，93-99，2003。
- 福録恵子，長野拓三，他：アトピー性皮膚炎患者におけるQOL SF-36を用いて，アレルギー，51，1159-1169，2002。
- 松下年子，松島英介：中高年齢者のQOL(Quality of life) と生活習慣の関連，日本保健科学学会誌，7，156-163，2004。

- 20) 松下年子, 松島英介: 一般職域集団におけるQOL(quality of life)と生活習慣の関連, 日本社会精神医学会雑誌, 12, 285-295, 2004.
- 21) クラウス・ヨナッシュ, 小田博志, 他: 健康とサリュートジェネシス, 現代のエスプリ, 361, 69-78, 1997.
- 22) 中野匡子, 矢部順子, 他: 地域高齢者の健康習慣指数(HPI)と生命予後に関するコホート研究, 日本公衆衛生雑誌, 53, 329-337, 2006.
- 23) 前掲19)
- 24) 森本兼曩: ライフスタイル研究の意義と展望, 森本兼曩(編): ライフスタイルと健康-健康理論と実証研究-, 5-8, 医学書院, 東京, 1991.
- 25) 福原俊一, 鈴鴨よしみ: SF-36v2日本語版マニュアル, 7-10, NPO健康医療評価研究機構, 京都, 2004.
- 26) 前掲25)
- 27) 前掲9)
- 28) 前掲12)
- 29) 前掲24)
- 30) 前掲24)
- 31) 前掲22)
- 32) 中野匡子, 安村誠司, 他: 中高年者の生活習慣と基本健診結果からみた身体的健康度の関連, 保健の科学, 46, 855-861, 2004.
- 33) 山崎喜比古, 高橋幸枝, 他: 健康保持要因Sense of Coherenceの研究(1)SOC日本語版スケールの開発と検討, 日本公衆衛生雑誌, 44, 243, 1997.
- 34) 日本肥満学会肥満症診断基準検討委員会: 新しい肥満の判定と肥満症の診断基準, 肥満研究, 6(1), 18-28, 2000.
- 35) 前掲8)
- 36) 厚生労働省: 平成16年度国民健康・栄養調査結果の概要, 運動習慣の状況, 2007-04-05, <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/05/h0508-1a.html>
- 37) 前掲8)
- 38) 前掲19)
- 39) 鈴木隆雄: 骨粗鬆症治療の最近の話題-骨粗鬆症のリスクファクター-, 骨粗鬆症治療, 2(2), 121-128, 2003.
- 40) ParkSang-Kab, KwonYoo-Chan, 他: 地域在住高齢女性における多要素運動訓練の歩行能力・筋肉量・骨塩量に対する効果, 身体教育医学研究, 6(1), 1-9, 2005.
- 41) 前掲20)
- 42) 松下年子, 松島英介: 一般人口(中高年齢者)におけるQOL(Quality of Life)と生活習慣の関連, Quality of Life Journal, 5(1), 19-28, 2004.
- 43) 白土修: 痛みに対する運動療法-腰痛症における適応と成績-, 痛みと臨床, 7(1), 48-54, 2006.
- 44) 吉田英世, 金憲経: 転倒の頻度とその予防, Clinical Calcium, 16, 1444-1450, 2006.
- 45) 阿部沙枝子, 古川照美: 一地域住民の健康度及び健康意識と生活習慣の関係, 日本看護学会論文集, 地域看護, 36, 150-152, 2006.
- 46) 日置敦巳: 健康観および生活満足度と健康維持習慣との関連, 民族衛生, 66, 248-256, 2000.
- 47) 前掲45)
- 48) 前掲46)
- 49) 鈴木けい子, 新宅賀洋: フィットネスクラブ会員の健康と食行動の特徴-運動習慣のある更年期女性を対象に-, 福島県立医科大学看護学部紀要, 8, 27-38, 2007.

[平成20年2月12日受付]
[平成20年10月14日採用決定]

医療的ニードのある児童生徒への支援に関する研究

The Reserch About the Support to the School Children Who Have Medical Need

榎本 聖子¹⁾ 大串 靖子²⁾ 河原 加代子³⁾
Seiko Enomoto Yasuko Okushi Kayoko Kawahara

キーワード：医療的ニード，医療的ケア，小児慢性特定疾患，養護教諭，医療機関との連携

Key Words : medical need, medical care, the infant chronic specified diseases, the cooperation with the medical agency

I はじめに

医療の進歩と教育のノーマライゼーション理念のもと、病気や障害のために健康管理に特別な配慮や援助を要する児童生徒は増加する傾向にある¹⁾。さらに1992年の医療法改正によって家庭も医療提供の場と位置づけられて以降、長期療養児、慢性疾患患児、病気や障害のためにいわゆる「医療的ケア」を必要とする子どもたちが、在宅ケアを受けながら地域で生活し、通学するようになってきた。成長発達段階にあるこれらの児童生徒に対して、医療的ニードを満たしながら充実した学校生活を送れるよう支援し、自己実現に向けて教育することは、今や学校にとって重要な課題のひとつである。しかし、人的・物的・社会的環境は整備途上にあり、多種多様な疾患や障害に対して適切に対応するのは容易ではない。

わが国に先行して統合教育 (integration) が進展しているアメリカ合衆国では、「全障害児教育法 Education for All Handicapped Children Act of 1975 : EAHIC」により、分離教育が「違法である」と判断されるようになり、1980年代からは医療的ニードの高い児童生徒が増加して、学校における医療的ケアが教育課題となった。現在は「個別障害者教育法 Individuals with Disabilities Education Act IDEA」のもと医療サービス (medical service) は、学校区が提供すべき「関連サービス」であると認識されている²⁾。わが国においては2004年「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の医学的・法律学的整理に関する取りまとめ」(以下「取りまとめ」とする)により、養護学校等における教職員による限定的な医行為 (たんの吸引、経管栄養及び自己導尿の補助：以下「3行為」とする) は、看護師の適正配置等を条件に、やむを得ないものとして違法性が阻却された³⁾。限定的とは言え、学校における医療的ケアについ

て一定の見解が示されたことで、「医療的ケアは学校教育の一部」とする共通認識が得られつつあり、教育と医療を分けて考える捉え方は主流ではなくなってきた。就学基準の変更 (政令第163号)、学校教育法施行令の一部改正 (2007年度) で、就学にあたって保護者の意見が聞き入れられるようになり、医療的ニードの高い児童生徒が通常校に通学する可能性はいっそう高くなっている。

このような状況下、医療的ニードのある児童生徒の在籍状況や支援の現状に関して通常校をも含んだ報告は少なく、地域の実情も明らかではない。本研究は、医療的ニードのある児童生徒への支援の現状を把握すること、養護教諭の医療的ケアについての考えを把握することにより、支援のあり方を検討するための基礎的資料を得ることを目的とした。

学校における医療的ケアの社会的背景

1979年養護学校義務化以来、就学猶予とされた重度の障害をもつ児童生徒が通学するようになった。また、医療の進歩に伴って、かつては入院に限られた様々な治療法が在宅でも可能となり、小児医療の分野でも在宅医療がさらに推進されている。肢体不自由養護学校において、日常的に経管栄養、吸引 (口腔内、鼻腔内、気管内)、酸素吸入、ネブライザーによる吸入、薬液の吸入、人工呼吸器の使用、気管切開部の管理、経鼻エアウェイの装着、自己導尿又は介助導尿を必要とする児童生徒の割合は、平成8年度 (1996年度) 10.6%から平成15年度 (2003年度) 18.7%に増加したと報告されており (肢体不自由養護学校長会調査)、今後さらに増加すると予測されている。

医療的ケアは、学校生活においても欠かせない日常の営みであり、児童生徒にとっては生活の一部である。在宅で、家族が実施できる程度の医療的ケアならば、知識や手技の

1) 首都大学東京保健科学研究科大学院 Graduate School of Health Sciences, Tokyo Metropolitan University

2) 元青森県立保健大学 Formerly of Aomori University of Health and Welfare

3) 首都大学東京地域看護学領域 Division of Nursing science, Tokyo Metropolitan University

習得はそれほど困難ではないものが多い。しかし人体に危害を加える可能性を含む行為であり、非医療職者である教員が実施することに関して、社会的コンセンサスが得られているとは言えない。医療的ケアを必要とする児童生徒に対する特別な健康管理はこれまで、都道府県・市町村レベルで、独自の取組みが行われてきた。横浜市は20年以上にわたって教職員が医療的ケアを担ってきた実績があり、1990年代には、幾つかの自治体から先駆的な実践の試みが報告されるようになった。しかし、「教職員が行うのは危険である」あるいは「違法である」とする判断から、医療的ケアは保護者が実施すべきとして保護者同伴での登校が条件とされることが多かった。1998年「障害児(者)の療育・医療に携わる関東地区医師有志による厚生省への要望書」は、医療的ケアを教職員等が行い得るという現状に即した法解釈・行政見解を求め、2002年には日本小児神経学会が「学校教育における「医療的ケア」の在り方についての見解と提言」を厚生労働大臣、文部科学大臣、日本医師会会長、日本看護協会会長に提出した。

このような各地の先駆的な実践と、要望書提出等の全国的な動きを背景に、文部科学省は「特殊教育における福祉・医療等との連携に関する実践研究」および「養護学校における医療的ケアに関するモデル事業」を実施した。その結果を受けて先の「取りまとめ」³⁾が報告された。しかしながら現状では、3行為以外の医療的ケアや、養護学校等以外(通常校)における医療的ケアについての指針はなく、人的・物的条件が未整備のまま、学校ごとに手探りの対応が続けられている。

このように、教職員による医療的ケア実施に関連して、法解釈、行政判断、人員配置、施設・設備の整備など、厳しい財政状況への対応を含んだ多くの課題が残されており、学校がどのように、どの程度ケアを担うのか、個々の医療的ニードにどのように対応してゆくかの判断は、学校のみならず行政レベルでも差し迫った課題となっている。

II 研究方法

1. 対象

2006年1月、養護教員研修会に出席したS県内の公立小・中・高等学校及び盲・聾・養護学校に勤務する養護教諭1128名を対象とした。なお、2007年度から盲・聾・養護学校は、「特別支援学校」と名称改正された。

2. 調査内容

自記式質問紙による集合調査を実施した。質問紙構成は、(1)属性および個人的背景(2)「小児慢性特定疾患」児童生徒の在籍状況と指導経験(3)学校における療養支援の実施状況と困難さ(4)医療機関・家庭との連携(5)「医療的ケア」を必要とする児童生徒の在籍状況とケア実

施者の現状(6)養護教諭が行う医療的ケアに対する考え(7)自由記述とした。質問の大部分に選択肢を配し、(3)は4段階のリッカートスケールを用いた。各質問項目は、先行研究^{8) 9)}を参考に独自に作成した。

3. 用語の操作的定義および解説

1) 医療的ニードのある児童生徒

病気や障害のため医師の管理下にあり、日常の学校生活において特別な医学的配慮や何らかの医療処置あるいは救急対応が必要とされる児童生徒とする。本調査では、小児慢性特定疾患の児童生徒および何らかの医療的ケアを必要とする児童生徒を「医療的ニードのある児童生徒」とみなした。

2) 医療的ケア

「医療的ケア」という用語の概念は、医療・教育など各分野において様々に述べられており⁴⁾⁻⁷⁾具体的な範囲に定説はない。本調査では①与薬(経口与薬)、②救急対応(予測される病状変化に対して、与薬を含む一定の対処が必要とされるもの)、③自己注射、④自己血糖測定、⑤痰の吸引、⑥経管栄養(経鼻)、⑦経管栄養(胃ろう・腸ろう)、⑧自己導尿、⑨薬液吸入、⑩気管カニューレの管理、⑪酸素療法、⑫人工呼吸器装着、⑬ストーマ(人工肛門等)ケア、⑭腹膜透析、⑮中心静脈栄養法の管理、とした。

3) 医行為(医療行為)

医師法第17条により、「医師の医学的判断と技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼすまたは危害を及ぼす恐れのある行為」とする。

4) 医療機関との連携

医療機関と学校が対象児童生徒に関する情報を共有できる状況にあり、学校生活を支援するために連絡をとり合い協働すること。

5) 小児慢性特定疾患

「小児慢性特定疾患治療研究事業」の対象となる疾患で、現在次の11の疾患群に大きく分類されている。①悪性新生物、②慢性腎疾患、③慢性呼吸器疾患、④慢性心疾患、⑤内分泌疾患、⑥膠原病、⑦糖尿病、⑧先天性代謝異常、⑨血友病等血液・免疫疾患、⑩神経・筋疾患、⑪慢性消化器疾患

4. 分析方法

1) 研究デザイン

量的記述研究デザイン(関係探索型研究)

2) データ分析

SPSS15.0Jを用いた。全体像の把握のために記述統計処理を行ったのち、定量的な変数の関係探索のため相関係数を求め、有意であったもののうち、0.4以上の関係性が認められたものに注目して分析の手がかりにした。各要素の関係を探るため、属性に関する個人要素や医療的ニ

ドのある児童生徒の在籍の有無によって2群またはN群に分類し、平均値についてはt検定と一元配置分散分析を行い、比率については、 χ^2 検定および多重比較 (Tukey法) を行った。有意水準は0.05%とした。自由記述は、文脈単位ごとに意味内容を特徴付ける主題を抽出したのち、類似性に基づいて分類・整理した。

5. 倫理的配慮

質問紙は無記名とし、入場時配布した。依頼文によって研究の主旨を説明し、同時に、プライバシー保護、協力は任意であること、質問紙の提出をもって同意に代えさせていただくこと、データは数値化して統計的に処理し、研究目的以外には使用しないことを記した。協力意思がある場合のみ、退場経路に設置した回収箱への投入を依頼し、研究協力への自由意志を保証した。

III 結果

1. 対象者の属性と背景

1098名へ質問紙を配布し、492名 (44.8%) から有効回答を得た。小児慢性特定疾患の児童生徒の在籍の有無と医療的ケアを必要とする児童生徒の有無について回答があり、かつ、概ね半分以上に回答されているものを有効回答とした。なお、2005年度、S県の国公立学校に勤務する養護教諭の総数は1642名であり、総数に対する回答者の割合は30.0%を占める。

対象者の属性と背景を表1に示した。現任校の種別は小学校278名 (56.5%)、中学校145名 (29.5%)、高等学校55名 (11.2%)、盲・聾学校1名 (0.2%)、養護学校12名 (2.4%) であった。一校当りの在籍児童生徒数の平均は、 486 ± 262 名で、児童生徒数の総計は、約238,000名であった。平均年齢は、 38.8 ± 9.9 歳、年齢構成では、20～29歳108名 (22.0%)、30～39歳127名 (25.8%)、40～49歳157名 (31.9%)、50歳以上80名 (16.3%) であった。養護教諭としての経験年数は、平均 16.9 ± 10.3 年で、「20年以上30年未満」が最も多く、30.5%を占めた。現任校の勤続年数は、平均3.4年。養護教諭の複数配置校に勤務している者は、65名 (13.2%) であった。

養護教諭としての教育背景は、大学卒189名 (38.4%) のうち教員養成系出身120名 (24.4%)、家政・栄養・福祉・心理・体育系出身59名 (12.0%)、医学・看護学系出身2名 (0.4%) であった。看護師養成学校卒業後1年の養成課程出身者は42名 (8.7%)、うち保健師学校出身15名 (3.1%)、養護教諭特別科出身27名 (5.5%) であった。養護教諭養成所・短期大学を含む他の養成課程出身者は247名で50.2%を占めた。

看護師免許等の看護職免許を有する者は、48名 (9.8%) であった。うち看護職経験をもつ養護教諭は29名で、全体

表1 回答者の属性と背景

		人数	%
現任校種別	小学校	278	56.5%
	中学校	145	29.5%
	高等学校	55	11.2%
	盲・聾学校	1	0.2%
	養護学校	12	2.4%
	無回答	1	0.2%
年齢	30歳未満	108	22.0%
	30～39歳	127	25.8%
	40～49歳	157	31.9%
	50歳以上	80	16.3%
	無回答	20	4.1%
経験年数	10年未満	138	28.0%
	10～19年	127	25.8%
	20～29年	150	30.5%
	30年以上	63	12.8%
	無回答	14	2.8%
養成課程	大学	189	38.4%
	看護師学校卒業後1年	43	8.7%
	養護教諭養成所等	247	50.2%
	無回答	13	2.6%
看護師免許	ない	435	88.4%
	ある	48	9.8%
	無回答	9	1.8%
教員免許種別	専修	22	4.5%
	一種	323	65.7%
	二種	112	22.8%
	助教諭	6	1.2%
	無回答	29	5.9%

n=492

の5.9%であった。

教員免許種別では専修22名 (4.5%)、一種323名 (65.7%)、二種112名 (22.8%)、助教諭6名 (1.2%) であった。性別は、すべて女性であった。

2. 小児慢性特定疾患をもつ児童生徒の在籍状況

現在、小児慢性特定疾患をもつ児童生徒が在籍している学校は264校 (53.7%) であった (表2-1)。盲・聾・養護学校では13校中12校に在籍していた。過去に小児慢性特定疾患の児童生徒を指導した経験があるとする回答は320名 (65.0%) であり、407名 (82.7%) が、現在または過去に指導経験をもっていた。

表2-1 小児慢性特定疾患児童生徒の在籍状況

学校数	総在籍児童生徒数		いる	いない	無回答
	学校数	児童生徒数			
小学校	278	138924	136 48.9%	141 50.7%	1
中学校	145	62282	81 55.9%	64 44.1%	0
高校	55	34744	35 63.6%	18 32.7%	2
盲聾養護学校	13	2133	12 92.3%	1 7.7%	0
無回答	1				1
(総計)	492校	238,083名	264校 53.7%	224校 45.5%	4校

現在の在籍状況から、疾患群別に学校当りと児童生徒数当りの在籍率を求め、過去の指導経験とともに表2-

表2-2 疾患群別 学校あたり児童生徒あたりの出現頻度と指導経験

疾患群	現在		過去	
	在籍児童 生徒数 (人数)	学校当り 出現率 (%)	10万人対 (人数)	指導経験 (人数)
悪性新生物	30	6.1	12.6	91
慢性腎疾患	95	19.3	39.9	118
慢性呼吸器疾患	41	8.3	17.2	52
慢性心疾患	67	13.6	28.2	80
内分泌疾患	58	11.8	24.4	45
膠原病	32	6.5	13.4	62
糖尿病	76	15.4	31.9	176
先天性代謝異常	15	3.0	6.3	35
血友病等	21	4.3	8.8	37
神経筋疾患	51	10.4	21.4	16
慢性消化器疾患	11	2.2	4.6	62
(総数)	497		208.8	

2に示した。学校当りの疾患群別の在籍率は、慢性腎疾患19.3%、糖尿病15.4%、慢性心疾患13.6%で、在籍児童生徒10万人当りの出現数は慢性腎疾患39.9名、糖尿病31.9名、慢性心疾患28.2名であった。過去の指導経験では、糖尿病児童生徒の指導経験者が176名(35.8%)で、最も多かった。

3. 医療的ケアを必要とする児童生徒の在籍状況とケア実施者

医療的ケアが必要な児童生徒が在籍すると回答した養護教諭は116名(23.6%)であった。学校種別で見ると、小学校の20.5%、中学校の22.1%、高等学校の27.3%、盲・聾・養護学校の92.3%に在籍していた。医療的ケアを必要とする児童生徒の在籍状況とケアの実施者を表3に示した。ケア別児童生徒数で最も多かったのが、「定時・臨時の内服」233名、次いで「発作時等の救急対応」190名であった。「取りまとめ」で整理された3行為をみると、「たんの吸引」は55名、「経管栄養」42名(経鼻32名、胃ろう10名)、「自己導尿」21名であった。医療的ケアの実施者では、「自己注射」(70名)及び「自己血糖測定」(44名)については、児童生徒本人が実施している例が大多数であったが、自己注射を養護教諭が実施しているとする回答もみられた。「内服」の実施者は担任教諭が多かった。「救急対応」は通常校においては養護教諭が、養護学校等においては看護師が主な実施者となっていた。3行為のうち、「たんの吸引」と「経管栄養」の主たる実施者は、保護者または看護師であった。「自己導尿」では、21名中児童生徒本人が実施しているのは16名、保護者または看護師が実施しているのは5名であった。「人工呼吸器を装着」している児童生徒では3名全員、保護者がケアの実施者だった。小学校、中学校、高等学校を一括して通常校として、校種別に在籍児童生徒数を示した。1名で複数のケアを必要とする児童生徒を含むことから、ケアののべ数で見ると、全体では700のケアを必要とする児童生徒が在籍しており、うち、通常校にはのべ数237、養護学校等にはのべ数463の児童生徒が在

表3 医療的ケアの主たる実施者と校種別児童生徒数

医療的ケア	本人	養護 教諭	看護師	担任 教諭	保護者	他	計	通常校	養護 学校等
内服	32	16	30	143	4	8	233	62	171
救急対応	1	104	80	2	2	1	190	28	162
自己注射	51	1	-	-	5	13	70	68	2
痰の吸引	-	-	51	-	4	-	55	1	54
血糖測定	36	-	-	-	4	4	44	42	2
経管栄養	-	-	40	-	2	-	42	0	42
経管栄養 (経鼻)	-	-	[31]	-	[1]	-	[32]		[32]
経管栄養 (胃ろう)	-	-	[9]	-	[1]	-	[10]		[10]
自己導尿	16	-	3	-	2	-	21	14	7
薬液吸入	4	2	7	-	-	2	15	8	7
気管カニューレ	-	-	7	-	4	-	11	2	9
酸素療法	2	-	3	3	2	-	10	5	5
ストーマケア	5	-	-	-	-	-	5	5	0
人工呼吸器	-	-	-	-	3	-	3	1	2
腹膜透析	-	-	-	-	-	1	1	1	0
中心静脈栄養法	-	-	-	-	-	-	0	0	0
(ケアののべ数)	147	123	221	148	32	29	700	237	463

籍していた。ケア別の割合で見ると、自己注射では70名中68名、血糖測定42名中40名、人工肛門のケア5名中5名が通常校に在籍しており、経管栄養では42名全員、たんの吸引55名中54名、気管カニューレ11名中9名が養護学校に在籍していた。自己導尿を要する児童生徒では、21名中14名が通常校、7名が養護学校に在籍していた。

4. 医療的ニードのある児童生徒への支援の実施

1) 支援の実施状況

「医療的ニードのある児童生徒への支援」について4段階法で質問し、支援の経験がない場合は、支援を想定しての回答を依頼した。

支援を「ある程度実施している」「十分実施している」を合わせた比率の高い順に表4-1に示した。「体育や課外活動・学校行事などに関連して対応する」「日頃から健康観察(病状観察)を心がける」「発作や急変を想定して、校内の救急体制を整える」「家庭の要望を聞きながら、連携・連絡を行う」では90%以上が実施していると回答した。一方「必要に応じて医療的ケアの実施や介助をする」では54.5%(268名)、「学校医と協働して児童生徒の健康管理を行う」では62.6%(308名)であった。医療的ケアを必要とする児童生徒の在籍の有無別に回答者比率をみると、「発作や急変を想定して救急体制を整備する」「病状や成長発達段階に応じた自立援助をする」「医療的ケアに適した場所や環境を提供する」「必要に応じて医療的ケアの実施や介助をする」で、在籍校に勤務する養護教諭に、実施しているとする回答が多かった。

2) 支援を行う上での困難さ

「医療的ニードのある児童生徒への支援」を実施する上での「困難さ」について4段階法で質問し、結果を表4-

2に示した。「病気をもった児童生徒のこころの問題に介入すること」に関して、「非常に難しい」「ある程度難しい」を合わせて、72.0% (354名) が難しいと感じていた。一方「学校管理者の理解や協力を求めること」「担任教諭や一般教諭の理解や協力を求めること」に関しては、「難しくない」「あまり難しくない」を合わせると、それぞれ78.5% (386名)、78.0% (384名) で、学校内での協働体制を作ることにより困難を感じていなかった。ただし、学校関係者の中で「学校医と協働すること」については52.2% (257名) が難しいと感じていた。

3) 疾患や看護に関する専門知識の入手先

疾患や看護に関する専門知識の入手先を複数回答で質問した。専門図書 80.7% (397名)、インターネット 70.5% (347名)、児童生徒本人や家族 65.0% (320名)、他の養護

教諭 65.0% (320名)、研修会 47.0% (231名)、医療機関（主治医等）40.9% (201名)、などさまざまな情報源から専門知識を入手していた。学校医からの入手は31.1% (153名)であった。その他、「学校に配属されている看護師から」2名「新聞・テレビ報道から」2名の記述があった。

専門知識の入手先について年代別に示した(図1)。30歳未満108名のうち、医療機関から専門知識を入手していると回答したのは26名(24.1%)に対し、30歳以上364名では175名(48.1%)であった。20歳台では、それ以上の年代と比較して、医療機関からの情報入手が有意に少なかった(p<.01)。一方インターネットからの入手は、40歳未満では235名のうち199名(84.7%)、40歳以上の237名のうち148名(62.5%)で、40歳未満は、それ以上の年代に比べて多かった(p<.01)。

表4-1 支援を「実施している」とする回答者比率(要医療的ケア児童生徒の有無別)

支援内容	「実施している」 (総人数) n = 492		在籍あり群 (人数) n = 116		在籍なし群 (人数) n = 376	
体育や学校行事・課外活動に対応する	466	94.7%	108	93.1%	358	95.2%
日頃から健康観察(病状観察)を心がける	458	93.1%	106	91.4%	352	93.6%
他の教職員に対して疾患の啓発と協力依頼を行う	454	92.3%	108	93.1%	346	92.0%
家庭の要望を聞きながら、連携・連絡を行う	453	92.1%	105	90.5%	348	92.5%
児童生徒自身のセルフケア(自己管理)を見守る	441	89.6%	104	89.7%	337	89.6%
発作や急変を想定して救急体制を整備する	439	89.2%	108	93.1%	331	88.0%*
悩みや学校生活上の問題に適切に対応する	428	87.0%	102	87.9%	326	86.7%
感染流行時の適切な対応を行う	396	80.5%	94	81.0%	302	80.3%
健康相談・進路相談など本人からの相談にのる	377	76.6%	90	77.6%	287	76.3%
病状や成長発達段階に応じた自立援助をする	377	76.6%	97	83.6%	280	74.5%**
疾患への配慮について他の児童生徒の理解を得る	373	75.8%	87	75.0%	286	76.1%
療養生活に関連したこころのケアを行う	350	71.1%	85	73.3%	265	70.5%
医療機関との連携・連絡を行う	346	70.3%	80	69.0%	266	70.8%
医療的ケアに適した場所や環境を提供する	328	66.7%	86	74.1%	242	64.4%**
医療的ケアに関して児童生徒の信頼を得る	326	66.3%	77	66.4%	249	66.2%
学校医と協力して児童生徒の健康管理を行う	308	62.6%	70	60.3%	238	63.3%
必要に応じて医療的ケアの実施や介助をする	268	54.5%	72	62.1%	196	52.1%*

*p<0.05 **p<0.01

表4-2 支援を実施するうえでの困難さ

支援内容	難しい(人数)		難しくない(人数)		無回答(人数)	
病気をもった児童生徒のこころの問題に介入すること	354	72.0%	111	22.6%	27	5.5%
療養支援に関する研修機会をもつこと	325	66.1%	140	28.5%	27	5.5%
いじめなどに配慮して他の児童生徒との関係を調整すること	314	63.8%	146	29.7%	32	6.5%
療養支援に関する自身の経験やスキルを育むこと	295	60.0%	166	33.7%	31	6.3%
医療的ケアに関して保護者の信頼を得ること	289	58.7%	173	35.2%	30	6.1%
主治医や医療関係者と情報交換を行うこと	263	53.5%	203	41.3%	26	5.3%
学校医と協働すること	257	52.2%	207	42.1%	28	5.7%
療養支援に関する医療情報を得ること	193	39.2%	271	55.1%	28	5.7%
病気をもった児童生徒との信頼関係を築くこと	182	37.0%	284	57.7%	26	5.3%
保護者との情報交換を行うこと	157	31.9%	310	63.0%	25	5.1%
担任教師や一般教師の理解や協力を求めること	82	16.7%	384	78.0%	26	5.3%
学校管理職者の理解や協力を求めること	80	16.3%	386	78.5%	26	5.3%

n=492

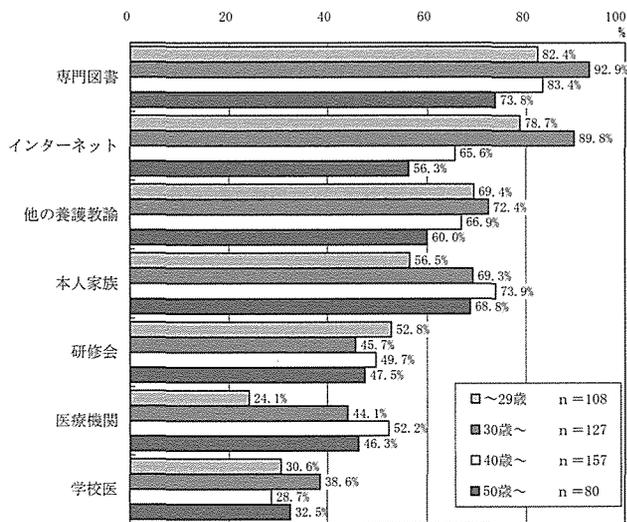


図1 専門知識の入手先 (年代別)

5. 医療機関・家庭との連携

医療的ニードのある児童生徒が在籍している学校の養護教諭295名に、学校と医療機関・家庭との連携について質問した。医療機関との連携が「できていない」と「不十分である」を合わせて178名(61.2%)の養護教諭が「連携が不十分」と考えていた。一方、家庭との連携では、「十分とは言えないができています」「十分できている」を合わせると、226名(78.2%)の養護教諭が、「連携ができています」と考えていた(図2)。

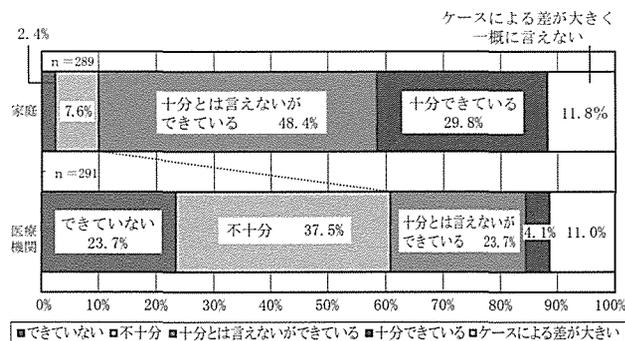


図2 家庭・医療機関との連携

「十分できている」とする回答者以外を対象に、連携できない理由を複数回答で尋ねた(表5)。医療機関との連携では、「保護者の意向」「医療機関の守秘義務のため」「いつ誰にどのようにコンタクトをとるべきかわからない」とする回答がそれぞれ40%以上であった。家庭と十分に連携できない理由としては、「保護者が無関心、要望がない」が42.4%(86名)で、「保護者の意向」「保護者が多忙」など、保護者側の姿勢が主な理由であった。「個人情報保護への配慮」は、24.1%(49名)であった。

6. 医療的ニードのある児童生徒への支援

1) 支援を行う上で必要と考える方策

医療的ニードのある児童生徒を学校で支援するに当たって、必要と考える方策はどれかを複数回答で質問した。必

要とする比率が高い順に並べ、さらに医療的ケアを必要とする児童生徒の在籍の有無別に比率を示した(表6-1)。63.2%(311名)の養護教諭が「医療機関との連携システムの構築」が必要と考えていた。「養護教諭の研修機会の確保」や「支援マニュアル(手引書)の整備」は半数以上が必要と回答した。在籍の有無別では「支援マニュアル(手引書)の整備」「養護教諭が行う医療的ケアに関連した法的環境の整備」「看護職員の配置」「連携システムの構築」「教育内容の見直し」「相談窓口の設置」を必要であると考えられる者が、在籍校で多かった。

なお、小児慢性特定疾患児童生徒の在籍の有無による比較では、「支援マニュアルの整備」で有意差(p<.05)が認められ、他の方策では差がみられなかった。

各方策について、必要と考える者の比率を養成課程別に示した(図3)。「看護師の配置」を必要と考えているのは、養護教諭養成所等では247名中126名(51.0%)、大学では189名中72名(38.1%)、看護師学校卒後1年課程では43名中16名(37.2%)で、養護教諭養成所等の出身者で割合が高かった(p<.05)。

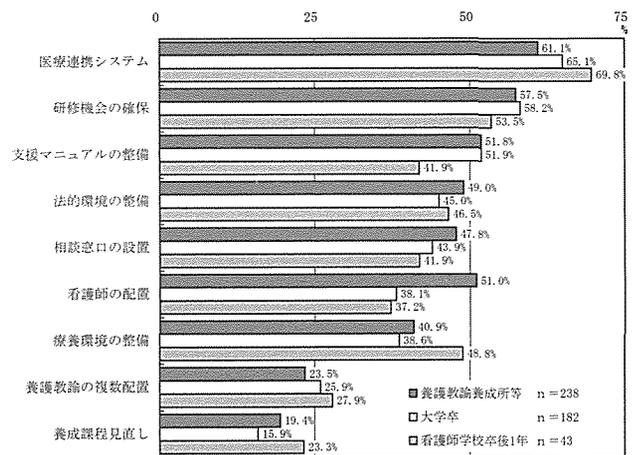


図3 必要と考える方策 (養成課程別)

表5 連携できない理由

	理由	人数	%
医療機関	保護者の意向	137	49.1%
	医療機関の「守秘義務」	128	45.9%
	医療機関の連絡窓口が不明	121	43.4%
	医療機関に気後れがある	94	33.7%
	医療機関からの声かけがない	90	32.3%
	職務が多忙	29	10.4%
家庭	保護者の要望がない	86	42.4%
	保護者の意向	72	35.5%
	保護者の多忙	64	31.5%
	個人情報保護	49	24.1%
	職務が多忙	25	12.3%
	連携の必要性がない	6	3.0%

表6-1 方策を「必要」と考える回答者比率（要医療的ケア児童生徒在籍の有無

方策	総数 (人数) n = 492		在籍あり群 (人数) n = 116		在籍なし群 (人数) n = 376	
	人数	比率	人数	比率	人数	比率
医療機関との連携システムの構築	311	63.2%	84	72.4%	227	60.4% **
養護教諭の研修機会の確保	278	56.5%	70	60.3%	208	55.3%
支援マニュアル（手引き書）の整備	249	50.6%	70	60.3%	179	47.6% **
養護教諭が行う医療的ケアに関連した法的環境の整備	230	46.7%	69	59.5%	161	42.8% **
専門家による相談窓口の設置	222	45.1%	60	51.7%	162	43.1% *
看護職員の配置	221	44.9%	63	54.3%	158	42.0% **
校内の療養環境の整備	201	40.9%	51	44.0%	150	39.9%
養護教諭の複数配置	121	24.6%	33	28.4%	88	23.4%
養護教諭の養成課程における教育内容の見直し	91	18.5%	30	25.9%	61	16.2% **
無回答	30	6.1%	5	4.3%	25	6.6%

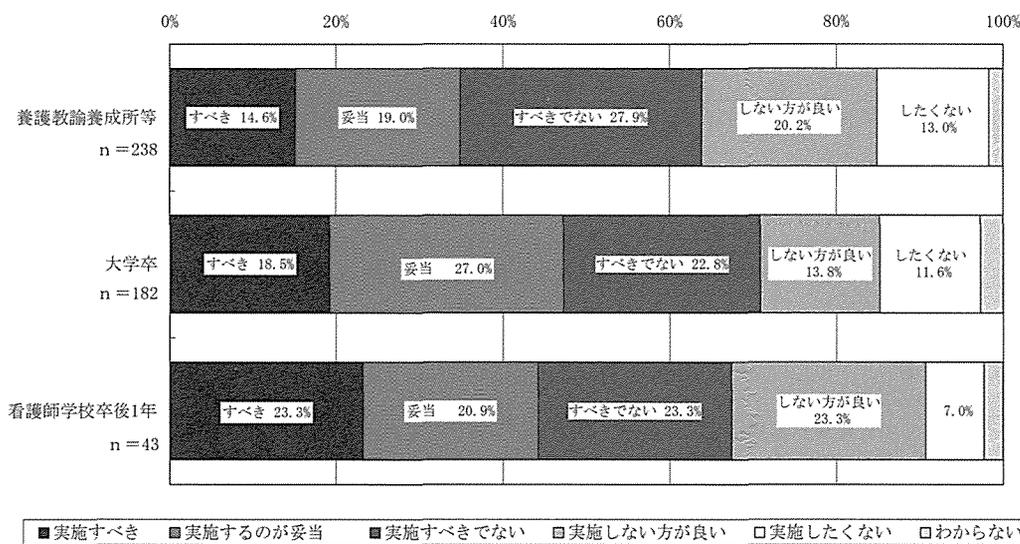
*p<0.05 **p<0.01

表6-2 医療的ケア実施に対する考え

考え	人数	%
養護教諭は医療職者ではないのだから、実施すべきでない	125	25.4%
学校内では他に適任者がいないため、現状では養護教諭が実施するのが妥当である	110	22.4%
養護教諭本来の職務に支障をきたすので、できれば実施しない方がよい	88	17.9%
児童生徒の学校生活に医療的ケアが必要であれば、研修を受けて積極的に実施すべきである	81	16.5%
児童生徒の安全確保に自信がないので、実施したくない	58	11.8%
考えたことがない／わからない	11	2.2%
無回答／複数回答	19	3.9%

n = 492

図4 医療的ケア実施に対する考え（養成課程別）



2) 医療的ケア実施に対する考え

医療的ケアを養護教諭が実施することについて、自分の考えに最も近いものを択一回答で質問した。結果は多様であった（表6-2）。最も多かったのは、「養護教諭は医療職者ではないのだから、実施すべきでない」が25.4%（125名）、次は「学校内では他に適任者がいないため、現状では養護教諭が実施するのが妥当である」で、22.4%（110名）であった。考えを養成課程別に示した（図4）。養護教諭養成所等では「実施すべきでない」（27.9%）大学では「実

施するのが妥当」（27.0%）とする考えが最も多かった。

「無回答」「考えたことがない／わからない」を除外して、養成課程別に453名の有効回答について「実施すべき」「実施するのが妥当」を肯定群、「実施すべきでない」「実施しない方がよい」「実施したくない」を合わせて否定群として表6-3に示した。否定的考えは養護教諭養成所等では234名中151名（64.5%）、大学では177名中91名（51.4%）、看護師学校卒後1年課程では42名中23名（54.8%）で、養護教諭養成所等の出身者で否定的考えが有意に多かった

($p < .01$)。

なお、複数回答した者の結果は無回答として分類した。

3) 自由記述

76名から自由記述が得られた。「医療的ニードのある児童生徒への支援」と関連性の薄い内容の記述と個人を特定し得る内容の記述を除外した後、文脈に沿って特徴的な意味内容を含むセンテンスを一単位として、114の文脈単位に分割した。特徴的な主題を抽出して類似性に基づき分類・整理し、表6-4にまとめた。「家族の要望に応えたい」「児童生徒が教育を受ける機会や場を確保したい」しかし、「本来の職務ではない」「時間・環境・スキルの面で安全な実施に自信がない」「法的に許される行為なのか」という迷いや戸惑い、内服薬の与薬さえも消極的にならざるを得ないジレンマが読み取れた。

表6-3 医療的ケア実施に対する肯定群/否定群(養成課程別)

養成課程	肯定的考え (人数)	否定的考え (人数)
養護教諭養成所等	n = 234 83 35.5%	151 64.5%
大学	n = 177 86 48.6%	91 51.4%
看護師学校卒後1年	n = 42 19 45.2%	23 54.8%
計	n = 453 188 41.5%	265 58.5%

** $p < 0.01$

IV. 考 察

1. 医療的ニードのある児童生徒への支援

本調査では小児慢性特定疾患の児童生徒は半数以上の学校に在籍し、医療的ケアが必要な児童生徒は、4校に1校の割合で在籍していた。対象児童生徒への支援は、十分あるいはある程度実施されているが、医療的ケアに関連した支援ではあまり実施していないとする回答が多かった。医療的ケアを必要とする児童生徒は、通常校にも多数在籍しており、養護教諭は迷いや戸惑いを感じながら、一部のケアを実施していた。医療的ケア全般を網羅し、通常校をも対象とした包括的な指針の検討が待たれる。

また、養護教諭はあらゆる情報源や養護教諭同士の個人ネットワークから専門知識を入手しており、養護教諭の職務遂行上、疾患や看護に関する専門知識が必要であることを裏付ける結果であると考えられる。なお、養護教諭にとって「学校医」は専門知識の入手先としては低い割合であり、また「学校医と協働して児童生徒の健康管理を行う」を「実施していない」と考え、「学校医と協働すること」を「難しい」と考えている養護教諭が少なくないことが示された。学校医が介入することで、日常の疾病管理において専門性が向上し、また、医師間の情報交換により、医療機関との連携が容易になることが期待できる。医療的ニードのある児童生徒を支援する上で、学校医の協力を得る意義は

表6-4 医療的ケア実施に関する自由記述

職務多忙・安全性	・現状の多忙さでは、通常の職務にも支障をきたし、安全面でも不安があるため、引き受けると言える状況ではない。
校内環境	・通常校は、急変した場合に対応できる環境にはなく、人的・物的・時間・予算すべての面で、医療的ケアの実施を想定していない。
違法・責任所在	・やむを得ず実施してしまうこともあるが、問題が生じた場合責任がとれる立場にはないため、不安が大きい。 ・養護教諭の医療的ケアが容認されているとは言えず、法的環境が整備されない限り、違反行為とみなされる可能性がある。 ・看護師免許を持っていたとしても、辞令は教員であり、問題が生じた場合責任が問われる。
医療機関との連携	・医療的ケアの必要な児童生徒が在籍するようになれば、家族の了解をとらなくても直接連絡が取れる医療機関が必要である。
ケアの難易度	・日常的に家族が実施していて、養護教諭でも実施できる程度のものであれば、きちんと研修を受けて実施することは可能である。
児童生徒の学ぶ権利	・養護教諭が実施しなければ、現状では保護者に来てもらうしかなく、それができない場合は、児童生徒は登校できなくなる。 ・児童生徒の学ぶ権利を保障するためには実施すべきと思うが、簡単に「実施する」とは言えない状況である。 ・医療的ケアの必要な児童も、皆と一緒に学び成長する権利があり、それを保障するためにはどうしたらよいかを最優先に考える必要がある。 ・非常に不安ではあるが、医療的ケアを実施することで児童生徒が普通の学校生活を送れるようになるのであれば、可能な限り努力したい。
養護教諭の職務と専門性	・養護教諭は医療職ではなく教育職で、学校保健を担う役割があり、資格として医療行為はできない。 ・看護師と養護教諭は違うので、専門職である看護師を配置して、看護師が行うのが望ましい。 ・養護教諭は看護師ではなく、医療的ケアについて学んでいないため、絶対に実施すべきでない。 ・養護教諭の職務の現場には看護能力が求められる。医療的ケアを実施できるよう教育課程を見直し、「看護実践力」を向上させるべきである。 ・養護教諭に看護師免許は必要ないと言われているが、医療的ケアを実施するかどうかに関わらず、すべての養護教諭が看護師免許をもっていた方がよい。家族の信頼も得られやすい。 ・看護師免許所有者が、そのせいで医療的ケアが必要な学校にばかり配属されることになるのは本意ではない。

大きい。

2. 学校・家庭・医療機関の連携

病気をもった児童生徒の学校生活を支援するために、医療機関との連携の重要性の指摘は数多く、養護教諭は、連携のキーパーソンとしての役割が期待されている。連携は、一方向型・家庭中心型連携が多く家族の熱意に依存している¹⁰⁾と報告されており、連携のシステム化を求めるものが多い^{11) 12)}。かつて、養護教諭が直接医療機関から情報を受けるのは約1%、主治医とのコンタクトを希望する養護教諭は96%にのほり、連携が十分でない¹³⁾と報告された。本調査においても、養護教諭は、家庭との連携はできているが、医療機関との連携は不十分であると考えている傾向が明らかになった。しかし、「十分できている」と「十分とは言えないができています」を合わせると27.8%の養護教諭が医療機関との連携がとれていると認識しており、関係者によるこれまでの様々な取組みが連携を促進させていると評価することもできる。医療的ニーズのある児童生徒を支援するうえで、医療機関との連携が不可欠であることは疑いない。連携を促進する要因あるいは妨げる要因を見極め、スムーズで効果的な方策を具現化してゆく努力が医療機関・学校・家庭の三者に求められる。連携のために不可欠な「情報の共有」は、個人情報保護や医療職者の守秘義務の理由から制限され、多くは家族を介した情報伝達に頼らざるを得ない状況にある。そのため家族の協力が得られないケースでは連携が成立しにくい。情報が進学や就職に影響するのを恐れて取上げて学校には知らせないケース、疾患への偏見のため、特にてんかんでは、42.7%が学校に知らせないとする報告¹⁴⁾がある。個人情報の中でも疾病に関するものは特に核心部分の情報であり、本人および家族が自己の情報を管理する権利があることを学校は認識しておく必要がある。家族の同意・承認のもと医療機関と学校が情報管理の面でも信頼し合い、協働関係を築けるよう、また、児童生徒にとって不利益となるような外部への情報提供がなされぬよう、医療機関や家庭に対し事前に情報管理指針を提示する等の学校側の努力が、連携強化の前提条件として必要である。

3. 医療的ケア実施に対する養護教諭の考え

2002年4～6月に実施された養護教諭を対象とした医療的ケアに関する全国調査¹⁵⁾では、養護教諭が医療的ケアに関わることについて、12.3%が「よくわからない」、9.3%が「考えたことがない」と回答したと報告されている。本調査では、「わからない／考えたことがない」は2.2%とわずかであった。いち早くメディカルサポート事業を立ち上げ、養護学校に看護師を配置するなど、この問題に積極的に関わってきたS県教育委員会の取組みが、個々の養護教諭の意識の高さに関係していると考えられる。一方、同全

国調査では「関わるべきでない」が37.6%、「関わってもよい」が30.9%と意見が分かれている現状が報告されている。本調査でも医療的ケア実施に対する考えは様ではなく、同様の傾向が確認できた。また、今回の調査では、養護教諭の教育背景が医療的ケア実施に対する考えに影響している可能性が示唆された。社会的コンセンサスが得られていないだけに、個々の価値観や教育観をよりどころとした結果であろうと考えられる。

「医療的ケア」という用語は、教育分野では、「特定の児童生徒に対して行う日常的・応急的手当」と理解されている¹⁵⁾。S県では医療的ケアを、「学校管理下において特定の児童生徒に対して行う日常的・応急的手当」と定義し¹⁶⁾、教員の関わりについての指針には、経管栄養（経鼻・胃ろう）、与薬（内服薬注入）、導尿（介助導尿）、吸引（口腔・気管内吸引）、気管カニューレのケア（ガーゼ交換）、吸入が定められている。文部科学省の「特殊教育における医療・福祉との連携に関する実践研究」の中の「日常的・応急的手当」は、具体的には、「吸引・吸入、経管栄養、酸素療法、導尿、気管切開部の管理、経鼻・咽頭エアウェイ等」とされた。今後医療の進歩にともなってさらに様々な医療処置が在宅医療で実施されるようになると予想され、学校においてもさらに多種類の医療的ケアが必要になると思われる。通常校における家族以外の者の医療的ケアの実施が、現段階で容認されているとは判断できず、養護学校においても3行為以外の医療的ケアの実施は現場の判断に委ねられている状況と言える。学校における医療的ケアを誰がどこまで実施するかは、法的な解釈を含む大変大きな問題である。養護教諭も看護師免許がなければ医療行為に関しては一般教諭と同等とみなされる可能性があり、また、看護師免許をもっていたとしても、医師からの処方内容が確認できず、連絡も取れない状況下では、職務として責任をもって実施することはできない。何か問題が生じた場合には厳しく責任が問われる時代でもある。法解釈を含む社会的環境の現状は、医療的ケア実施に対する養護教諭の認識に大きな違いを生じさせている主要な理由であろうと考えられる。

また、医療的ケアを必要とする児童生徒が在籍している学校に勤務している養護教諭は、非在籍校の養護教諭に比べ、児童生徒への支援に関して様々な方策が必要であると考えていた。目の前に医療的ケアを必要とする児童生徒がいて、現実の問題として日々対応している養護教諭にとって、これらの方策の実現は、急務であると考えられる。また、小児慢性特定疾患の児童生徒が在籍する学校の養護教諭は、特に「支援マニュアル」が必要と考えていた。対象児童生徒に対する日々の健康観察や生活管理について、病状を理解したうえで適切な対応をしたいと望んでいる結果

であろうと考える。

4. 養護教諭の教育背景と医療的ケアとの関連性

養護教諭養成における教育課程については、「教育系」「看護系」と分類されることが多いが、教育背景は極めて多様であった。医療的ケア実施に対する考えも多様であり、教育背景によって考えに違いがあることが示唆された。また、看護師学校卒業1年の養成課程出身者であっても、必ずしも医療的ケア実施に対して肯定的ではないことも明らかとなった。看護師免許をもっているがために医療的ケアの必要な学校にばかり配属されるのは本意ではないとする声（本調査自由記述）にも配慮を要する。

近年、疾病構造が変化し、「教科指導」や心の健康問題に関連した「ヘルスカウンセリング」など、養護教諭に対する新たな役割への期待が高まっている（保体審答申1997）。同時に、養成課程におけるカリキュラムが改正され、教職に関する科目が増加し、養護に関する科目は40単位から28単位に減少した¹⁷⁾。養護教諭の教育力の向上が重視された改正と言える。他方では、健康面に特別な配慮を必要とする児童生徒の増加に対して養護教諭の「看護能力」に期待する¹⁸⁾、あるいは養護学校には看護師免許をもった養護教諭を複数配置すべきとする意見¹⁹⁾や、医療的ケアを必要とする児童生徒が入学した場合に看護師免許を持った養護教諭を配置したとする報告²⁰⁾は数多い。杉本²¹⁾は、養護は教育であるという日本独自の歴史的な経緯や限りある財源に配慮して、新たに看護師を導入するのは不合理であるとして、病態を理解し医療的ケアも実施できる新しい養護教諭像が求められていると主張している。また、看護師免許を有する養護教諭の比率は33.7%²²⁾、27.3%²³⁾等と報告されているが、本調査では、1割に満たなかった。養護学校への看護師の配置が進んでいる²⁴⁾が、近年の看護師養成教育の大学化で、養護教諭免許をもった看護師が増えている。看護師免許をもった養護教諭と養護教諭免許をもった看護師のペア配置の場合、医療的ケアに関してどのような役割分担にすべきか、現状ではほとんど論じられていない。「医療的ケア」実施に関して、養護教諭の専門性のどこに位置づけるのか、あるいは範疇外とするのか、養護教諭が主体となった議論も十分とは言えない。

要 旨

健康管理に特別な配慮や援助を要する児童生徒は増加する傾向にある。本研究の目的は、医療的ニードのある児童生徒に対する支援の現状を把握すること、養護教諭が医療的ケアについてどのように考えているかを明らかにすることである。S県の養護教諭を対象に質問紙調査を行い、回答のあった492名のデータを集計分析した。結果：1) 養護教諭養成における教育背景、医療的ケア実施に対する考えは多様であった。2) 医療的ケアを必要とする児童生徒は、通常校にも多数在籍していた。3) 養護教諭は、家庭との連携はできているが、医療機関との連携は不十分と認識していた。4) 医療的ケアを必要とする児童生徒が在籍している学校の養護教諭は、非

い。養護教諭のアイデンティティーにかかわる問題であり、法的環境を整備する上でも、教育課程を見直す上でも、医療的ケアと養護教諭の専門性に関する議論が必要であると考えられる。

V. 結 語

医療的ニードのある児童生徒への支援に関して、学校における支援の現状を把握するため、S県の養護教諭を対象に質問紙調査を行った。有効回答492名のデータを集計分析した結果、以下の点が明らかになった。

1. 小児慢性特定疾患の児童生徒は、264校（53.7%）に在籍し、医療的ケアを必要とする児童生徒は、116校（23.6%）に在籍していた。
2. 医療的ケアを必要とする児童生徒は、通常校にも多数在籍しており、養護教諭は、迷いやジレンマを抱え、「違法かもしれない」と感じながら一部のケアを実施していた。
3. 養護教諭の教育背景は多様であり、医療的ケア実施に対する考えも多様であった。
4. 養護教諭は、家庭との連携はできているが、医療機関との連携は不十分と認識しており、医療的ニードのある児童生徒への支援を行ううえで、「医療機関との連携システムの構築」を最も必要と考えていた。
5. 医療的ケアを必要とする児童生徒が在籍する学校の養護教諭は、非在籍校に比べ、様々な方策が必要であると考えていた。

謝 辞

調査の場を与えてくださいました埼玉県教育局生涯学習部健康教育課（現県立学校部保健体育課）、埼玉県養護教員会、そして貴重な時間を割いて調査にご協力くださいました養護教諭の皆様、質問紙作成およびデータ処理に際しご指導くださいました大学入試センター研究開発部、鈴木規夫助教授に心より感謝申し上げます。

本研究の一部を、2006年第28回全国地域保健師学術研究会で発表いたしました。

在籍校に比べ、様々な方策が必要と考えていた。5) 守秘義務と個人情報保護が医療機関との連携を妨げる一因となっているため、学校における情報管理指針の明示と学校医の介入によって連携が促進される可能性がある。

Abstract

School children who need special consideration and help to the health care is increasing. The purpose of this research is to look at the present situation of support to school children who are in need of medical care ; how it is being offered and the thoughts about medical care from Yogo teachers(School nurses). A self-questionnaire survey about Yogo teachers in S-Pre-fecture was carried out and it analyzed 492 answers. The results were as follows: 1) The educational backgrounds of Yogo teachers and thoughts related to medical care varied. 2) Many school children who were in need of medical care were enrolling at the general school. 3) Yogo teachers recognized that cooperation with the home was necessary and often made but that the cooperation with the medical agency was insufficient. 4) The teachers of Yogo working at the schools where the children who need medical care have enrolled thought that a wide range of strategy was necessary compared with the school which isn't enrolling "students at risk" . 5) Consideration to privacy for personal information often hindered cooperation with the medical agency. Therefore cooperation should be promoted by introducing specific management guideline and the intervention of the school doctor.

文 献

- 1) 北住映二：医療的ケアへの専門医師としての取り組み、脳と発達、36、200-205、2004.
- 2) 津島ひろ江：学校における医療的ケアへの対応に関する研究－法の整備とケアの提供者の養成を中心に－、川崎医療福祉学会誌、10、263-272、2000.
- 3) 在宅及び養護学校における日常的な医療の医学的・法律学的整理に関する研究会：盲・聾・養護学校における痰の吸引等医学的・法律学的整理に関する取りまとめ、平成16年度厚生労働科学研究費補助事業、2004.
- 4) 田中総一郎：学童期の医療的ケアと地域連携、脳と発達、39、116-120、2007.
- 5) 杉本健郎：養護学校での医療的ケア、学校保健研究、44、101-105、2002.
- 6) 大島操、安部恭子、他：養護学校における医療的ケアの実施者に対する保護者の望み、看護科学研究、7、1-6、2006
- 7) 伊藤文代、田中朋子：肢体不自由養護学校における医療的ケアの動向、学校保健研究、46、674-685、2005.
- 8) 石走知子、福田博美、他：慢性疾患を持つ子どもをめぐる家庭および医療機関と学校との連携に関する研究、愛知教育大学養護教育講座研究紀要、6(1)、3-11、2001.
- 9) 堂前有香、中村伸枝：小学校・中学校における慢性疾患患児の健康管理の現状と課題－養護教諭を対象とした質問紙調査から、小児保健研究、63、692-700、2004.
- 10) 吉川一枝、斉藤佐和：慢性疾患患児の学校生活支援と養護教諭のかかわりに関する研究－病院・家庭・学校相互間の連携の視点から、リハビリテーション連携科学、1、163-173、2000.
- 11) 伊藤龍子、及川郁子、他：小児慢性特定疾患患者の療養環境の現状と課題－小学校・中学校・高等学校の養護教諭の面接調査、日本看護学会論文集、35回小児看護、176-178、2004.
- 12) 中村伸枝：小児糖尿病患者の成長を支える看護の連携・継続、Quality Nursing、9(6)、11-15、2003.
- 13) 田中丈夫：小学校養護教諭へのアンケート調査よりみた糖尿病・慢性疾患をもつ児童の養育管理上の問題点－学校・病院・家庭の連携について、小児保健研究、50、384-388、1991.
- 14) 堀田秀樹、前川喜平：てんかん児をもつ親の意識調査、小児科診療、56(9)、81-84、1996.
- 15) 岡部伊織：学校での医療的ケア（日常的・応急の手当）に関する全国調査・第1報から、健康教室、54(1)、6-7、2003.
- 16) 埼玉県教育局指導部特別支援教育課：平成17年度埼玉県立養護学校メディカルサポート事業実施要項、1、2005.
- 17) 18) 前掲2)
- 19) 前掲5)
- 20) 田中総一郎：養護学校における医療的ケア「宮城県方式」の今 宮城県拓桃医療療育センター、はげみ、296、10-14、2004.
- 21) 前掲5)
- 22) 前掲8)
- 23) 津島ひろ江、柳修平：学校現場における医療的支援とその課題、第46回日本学校保健学会講演集、372-373、1999.
- 24) 山田初美、野坂久美子：養護学校における医療的ケアの必要な児童生徒と看護師配置の動向、川崎医療福祉学会誌、17、195-201、2007.

平成20年1月22日受付
平成20年11月6日採用決定

デイケアに通所する統合失調症患者の居場所感と Quality of Life との関連

The Relationships Among Environmental Provision and Quality of Life of Schizophrenic Patients

茅原路代¹⁾ 國方弘子²⁾ 岡本亜紀²⁾
Michiyo Kyahara Hiroko Kunikata Aki Okamoto
渡邊久美³⁾ 折山早苗³⁾
Kumi Watanabe Sanae Oriyama

キーワード：統合失調症患者，居場所感，生活の質

Key Words : schizophrenic patient, environmental provision, quality of life

I. 緒言

平成15年度を初年度とする「新障害者基本計画」に基づく「重点施策実施5ヵ年計画（新障害者プラン）」では、障害者が地域で生活できる地域基盤整備の重要性が示され、退院促進を支援する取組みや、地域生活支援サービス、地域精神科リハビリテーションとの連携が重視されている¹⁾。精神科リハビリテーションは、「生活のしづらさ」や「生活の障害」と表現される精神障害者の生活の問題²⁾に対するアプローチとして、治療と並行して行われる。精神科リハビリテーションを担う一つとして、精神科デイケア（以下、デイケア）が位置付けられている。

デイケアは、精神障害者の身の置き所の一つとしての役割をもち、精神障害者が地域社会での居場所としてデイケアを利用している実態も報告されている^{3)~7)}。精神保健福祉施策のもと、デイケアの充実など生活支援サービスの質と量の確保が進められているが、デイケアに通所する精神障害者の生活の質（以下、Quality of Life: QOL）に関する調査報告は少ない⁸⁾。精神看護実践の目的が対象のQOLの向上とするならば⁹⁾、精神障害者のQOL研究は活発に行われる必要がある。

精神障害者のQOLに関連する文献を概観すると、QOLは自尊心やコーピング能力に影響されることが報告されている^{10)~13)}。また「精神症状を自覚する重荷」はQOLに大きな影響を与え¹⁴⁾、精神症状の安定、すなわち病気の安定感は、QOLの改善に影響することも報告されている¹⁵⁾。

先の質的研究で筆者らは、地域で生活しデイケアや作業所に通所する統合失調症患者のQOLには、病気の安定感、自尊心、居場所感が影響することを見出した¹⁶⁾。つまり、

居場所感とはQOLとの関連で重要な概念であることを明らかにした。彼らの居場所感の重要性は指摘されているにもかかわらず^{3)~7)}、国内外における文献をレビューしても、居場所感とQOLの関連を検討した文献は見あたらない。

本研究の目的は、デイケアに通所し地域で生活する統合失調症患者を対象に居場所感とQOLの2変数の関連を明らかにすることである。それにより、彼らがより良いQOLを獲得するために、居場所感を高めることに特化した看護支援の方向性が明確にでき、これは根拠に基づいた看護実践の手がかりとなるだろう。

II. 用語の定義

1. 居場所感

「居場所」とは、広辞苑によると「いるところ。いどころ」であり、物理的な意味として存在する概念である¹⁷⁾。通常は意識する事はないが、「ここは自分の居場所ではない」という否定的意識を通して実感されるものである¹⁸⁾。したがって、居場所とは、物理的な意味にもまして心理的な意味での居場所が重要である。また中原は、「病体と居場所感」のなかで「居場所とは自分がそこにいてもいい場所、自分らしくいられる場」と定義している¹⁹⁾。そこで本研究は、居場所感を物理的居場所のみでなく心理的居場所の意味ももつこととし、「自分がそこにいてもいい場であり、自分らしくいられる場であり、自分がありのままにそこにいてもいいと認知し得る感覚」と定義した。

2. QOL

QOLは、WHOの規定する「一個人が生活する文化や価値観のなかで、目標や期待、基準、関心に関連した自

1) 岡山済生会総合病院 Okayama Saiseikai General Hospital

2) 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 Prefectural College of Health Sciences

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

分自身の人生の状況に対する認識」と定義し²⁰⁾、身体、心理、社会的関係、環境に対する満足や感じ方などを聞く、WHOにより開発された尺度で測定できるものとした。

Ⅲ. 研究方法

1. 調査対象と調査方法

対象は、A県内にある医療法人立精神病院のデイケア（以下、Aデイケア）に通所し、調査に同意が得られた統合失調症患者86名であった。調査期間は、2007年1月～2月とした。Aデイケア在籍者は、約230名であり、その内訳は、男性が92%、女性が8%で男性の比率が高いといった特徴をもつ集団であった。このうち統合失調症患者は、約200名であり、Aデイケア全体の88%を占めている。1日平均通所者は約70名であり、彼らはAデイケアで日中を過ごしていた。週間デイケアプログラムは設定されているが、通所者や状況に応じて変更されていた。Aデイケアは関連施設として福祉ホームとグループホームを併設しており、Aデイケア通所者の20%はそれらの関連施設で生活をしてきた。また、家族との同居者は通所者全体の64%であった。

調査方法としてまず、所属大学の看護学専攻倫理審査委員会と調査実施施設の倫理審査委員会の承認を得た。その後、Aデイケア担当医と師長ならびにスタッフに調査の了承と協力を得た。調査者はAデイケア通所者に調査方法を説明し、同意が得られた者から調査協力を得た。その際、個人情報の保護、研究中断の自由を説明し、同意書もらった。その後、調査者が自記式質問紙を配布し、希望者には一人ひとり質問内容を読み上げながら記入してもらい、記入後、直ちに回収した。調査時に会話した内容のうち、彼らの日常生活上の思いについて、許可の得られた場合のみメモに記入して残した。

2. 調査内容

調査項目は、個人特性（年齢、性別、婚姻の有無、同居の有無、入院歴の有無、デイケア通所年数）、居場所感、QOLとした。

居場所感は、大原²¹⁾が作成した「居場所感尺度」を参考に、調査者らが新たに作成した「精神障害者の居場所感尺度(3下位尺度からなる2次因子モデル)」で測定した。この尺度は、8項目で構成され、下位尺度として「他者と深い関りを感じる場」、「ありのままの自分でいられる場」、「自己を作る場」をもつ。本尺度の妥当性と信頼性は確認されている²²⁾。本研究におけるCronbachの α 係数は0.89であり、内的整合性による信頼性が確認できた。質問項目に対し「あてはまる：4点」、「ややあてはまる：3点」、「あまりあてはまらない：2点」、「あてはまらない：1点」の4件法で評定を求め、高得点ほど居場所感があると感じて

いることを示す。得点範囲は、8点～32点である。

QOLは、主観的な評価に重点をおいた日本語版WHO-QOL-26を使用した。日本語版WHOQOL-26は、基本調査票(WHOQOL-100)が臨床場面で用いるには質問項目が多すぎると判断のもとに、開発されたものである。本尺度は、「身体的領域」、「心理的領域」、「社会的関係」、「環境」の4領域からなり、各領域は3項～8項目の下位項目よりなる。これに、「全般的な生活の質」を問う2項目が加わり、合計26項目より構成される。これらの26項目の質問について、「過去2週間にどのように感じたか(どのくらい満足したか、またはどのくらいの頻度で経験したか)」を5段階で回答してもらい、評定を求めた。高得点ほど、より良いQOLであることを意味する。得点範囲は、26点～130点である。日本語版WHOQOL-26は基本調査票と0.9前後で相関があり、また高い弁別妥当性と内容妥当性、およびテスト・再テスト信頼性があるものである²⁰⁾。なお、統合失調症患者への使用も可能であることが確認されている²³⁾。本研究の対象におけるCronbachの α 係数は0.92であり、内的整合性による信頼性が確認できた。本研究で使用した測定用具を表1に示した。

3. 倫理的配慮

調査者は、対象に調査の趣旨について説明を行い、調査に参加するのは自由意志であること、いつでも撤回できることを保証した。また、個人情報の保護、データは本研究以外では使用しないことを明記した調査協力依頼文とともに口頭でも説明をし、同意書の記入をもって同意の有無を確認した。

4. 分析方法

全ての尺度の回答分布を確認した。その後、個人特性による精神障害者の居場所感尺度と日本語版WHOQOL-26の値の差は、一元配置分散分析またはt検定を用いて検討した。次いで、居場所感はQOLを規定するとする因果関係モデル(居場所感とQOLの因果関係モデル)を想定し、モデルのデータへの適合度を共分散構造分析を用いて検討した。適合度は、 χ^2/df 比、GFI(Goodness of Fit Index)、AGFI(Adjusted Goodness of Fit Index)、CFI(Comparative Fit Index)、RMSEA(Root Mean Square Error of Approximation)の指標に基づき評価した。 χ^2/df 比は、値が0に近づくほど、GFIとAGFIは0.9以上、CFIは1に近いほど適合

表1 本研究で使用した測定用具

尺度名	項目数	回答法	得点範囲	Cronbach's α 係数
精神障害者の居場所感尺度	8	4件法	8～32	0.89
日本語版WHOQOL-26	26	5件法	26～130	0.92

が良いと判断される。RMSEAは0.08以下であれば、モデルのデータに対する適合がよいと判断される²⁴⁾。なお、パス係数の絶対値が1.96以上であれば有意である（5%有意水準）と判断した。以上の統計処理には、統計パッケージSPSS12.0 J と Amos5.0を用いた。

IV. 結果

協力が得られた対象は、86名であった。そのうち、途中で中止の希望があった者2名と欠損値のある者を除いた83名（96.5%）のデータを、分析に用いた。

1. 対象の個人特性

対象の個人特性を表2に示した。年齢は26歳～71歳に分布し、平均年齢は48.4歳（SD9.97歳）であった。性別について、男性は77名（92.8%）、女性は6名（7.2%）であった。婚姻状況について、既婚は11名（13.3%）、離婚は9名（10.8%）であり、未婚が最も多く63名（75.9%）であった。生活状況について、独居は32名（38.6%）、親族と同居は44名（53.0%）、調査実施病院が併設しているB型福祉ホームは7名（8.4%）であった。入院歴の有無について、入院歴有は79名（95.2%）、無は4名（4.8%）であった。デイケア通所年数は、1年未満から最も長い者で25年であ

表2 個人特性の分布

平均年齢		48.4歳	(±9.97%)
性別	女性	77人	(92.8%)
	男性	6人	(7.2%)
婚姻状況	既婚	11人	(13.3%)
	離婚	9人	(10.8%)
	別居	0人	(0%)
	未婚	63人	(75.9%)
生活状況	独居	32人	(38.6%)
	同居（親族）	44人	(53.0%)
	B型福祉ホーム	7人	(8.4%)
入院歴	有	79人	(95.2%)
	無	4人	(4.8%)
平均デイケア通所歴		8.2年	(±5.5)

n=83

り、平均は8.2年（SD5.5年）であった（表2）。

2. 精神障害者の居場所感尺度ならびに日本語版WHO-QOL-26の回答分布、平均得点と平均値

精神障害者の居場所感尺度の回答分布を、表3に示した。すべての質問項目において、「あてはまる」と回答した度数は25.3%～39.8%に、「ややあてはまる」の回答度数は24.1%～32.5%の間に分布していた。つまり「あてはまる」また「ややあてはまる」についての回答度数は、51.8%～71.1%の間に分布し、全体的に「あてはまる」また「ややあてはまる」と回答していた。なかでも、「項目2：お互いに影響し合える人がいる」は、70%以上が「あてはまる」または「ややあてはまる」と回答した。

日本語版WHOQOL-26の回答分布を、表4に示した。すべての項目において、「非常に良い」と回答した度数は4.8%～30.1%に、「良い」の回答度数は3.6%～32.5%の間に分布していた。「全く悪い」の回答度数は2.4%～49.4%に、「悪い」の回答度数は10.8%～36.1%の間に分布していた。「ふつう」と回答した度数は15.7%～38.6%の間に分布し、「全く悪い」、「非常に良い」とした回答は全体的に少なく、「悪い」、「ふつう」、「良い」に回答していた。「項目8：毎日の生活はどれくらい安全ですか」、「項目16：睡眠は満足のいくものですか」、「項目26：気分がすぐれなかったり、絶望、不安、落ち込みといった嫌な気分をどのくらい頻繁に感じますか」は、50%以上が「良い」または「非常に良い」と回答した。他方、「全く悪い」または「悪い」の回答が50%以上の項目は、「項目18：自分の仕事をする能力に満足していますか」、「項目21：性生活に満足していますか」であった。なお、両尺度は正規分布を示した。

精神障害者の居場所感尺度ならびに日本語版WHO-QOL-26の平均得点及び平均値（合計得点を項目数で割った値）を、表5に示した。精神障害者の居場所感尺度の平均得点は、22.7（SD6.3）、平均値は2.8（SD0.8）であった。下位尺度の平均値について、「他者と深い関わりを感じる場」は、2.8（SD0.9）、「ありのままの自分でいられる場」は2.9

表3 精神障害者の居場所感尺度の回答分布

質問項目	人数 (%)			
	あてはまらない	あまりあてはまらない	ややあてはまる	あてはまる
1. お互いに成長しあえる人がいる。	10 (12.0%)	20 (24.1%)	23 (27.7%)	30 (36.1%)
2. お互いに影響し合える人がいる。	9 (10.8%)	15 (18.1%)	26 (31.3%)	33 (39.8%)
3. 自分は何者かを考える場がある。	10 (12.0%)	23 (27.7%)	24 (28.9%)	26 (31.3%)
4. 一緒になって物事に打ち込める人がいる。	11 (13.3%)	22 (26.5%)	20 (24.1%)	30 (36.1%)
5. 自分がどんな人間かを考える場がある。	10 (12.0%)	18 (21.7%)	27 (32.5%)	28 (33.7%)
6. 同じ目標を持つ人がいる。	16 (19.3%)	24 (28.9%)	22 (26.5%)	21 (25.3%)
7. 自分のすべてを受け入れてもらえる場がある。	10 (12.0%)	18 (21.7%)	24 (28.9%)	31 (37.3%)
8. ありのままの自分が認められる場がある。	12 (14.5%)	19 (22.9%)	23 (27.7%)	29 (34.9%)

n=83

表4 日本語版 WHOQOL-26 の回答分布

質問項目	人数 (%)				
	全く悪い	悪い	ふつう	良い	非常に良い
1. あなたの生活の質をどのように評価しますか	2 (2.4%)	23 (27.7%)	32 (38.6%)	16 (19.3%)	10 (12.0%)
2. 自分の健康状態に満足していますか	12 (14.5%)	21 (25.3%)	20 (24.1%)	17 (20.5%)	13 (15.7%)
3. 体の痛みや不快のせいで、しなければならないことがどのくらい制限されていますか ^R	17 (20.5%)	24 (28.9%)	22 (26.5%)	9 (10.8%)	11 (13.3%)
4. 毎日の生活の中で治療 (医療) がどのくらい必要ですか ^R	9 (10.8%)	19 (22.9%)	26 (31.3%)	12 (14.5%)	17 (20.5%)
5. 毎日の生活をどのくらい楽しく過ごしていますか	2 (2.4%)	20 (24.1%)	27 (32.5%)	19 (22.9%)	15 (18.1%)
6. 自分の生活をどのくらい意味のあるものと感じていますか	6 (7.2%)	21 (25.3%)	29 (34.9%)	18 (21.7%)	9 (10.8%)
7. 物事にどのくらい集中することができますか	4 (4.8%)	21 (25.3%)	29 (34.9%)	19 (22.9%)	10 (12.0%)
8. 毎日の生活はどれくらい安全ですか	5 (6.0%)	14 (16.9%)	22 (26.5%)	26 (31.3%)	16 (19.3%)
9. あなたの生活環境はどのくらい健康的ですか	5 (6.0%)	17 (20.5%)	28 (33.7%)	20 (24.1%)	13 (15.7%)
10. 毎日の生活を送るための活力はありますか	4 (4.8%)	22 (26.5%)	19 (22.9%)	20 (24.1%)	18 (21.7%)
11. 自分の容姿 (外見) を受け入れることができますか	9 (10.8%)	22 (26.5%)	26 (31.3%)	18 (21.7%)	8 (9.6%)
12. 必要なものが買えるだけのお金をもっていますか	7 (8.4%)	27 (32.5%)	23 (27.7%)	12 (14.5%)	14 (16.9%)
13. 毎日の生活に必要な情報をどのくらい得ることができますか	5 (6.0%)	29 (34.9%)	25 (30.1%)	18 (21.7%)	6 (7.2%)
14. 余暇を楽しむ機会はどのくらいありますか	3 (3.6%)	23 (27.7%)	28 (33.7%)	14 (16.9%)	15 (18.1%)
15. 家の周囲を出まわることがよくありますか	4 (4.8%)	30 (36.1%)	22 (26.5%)	17 (20.5%)	10 (12.0%)
16. 睡眠は満足のいくものですか	2 (2.4%)	9 (10.8%)	20 (24.1%)	27 (32.5%)	25 (30.1%)
17. 毎日の活動をやり遂げる能力に満足していますか	8 (9.6%)	30 (36.1%)	21 (25.3%)	12 (14.5%)	12 (14.5%)
18. 自分の仕事をする能力に満足していますか	14 (16.9%)	29 (34.9%)	19 (22.9%)	13 (15.7%)	8 (9.6%)
19. 自分自身に満足していますか	8 (9.6%)	30 (36.1%)	18 (21.7%)	17 (20.5%)	10 (12.0%)
20. 人間関係に満足していますか	8 (9.6%)	25 (30.1%)	28 (33.7%)	7 (8.4%)	15 (18.1%)
21. 性生活に満足していますか	41 (49.4%)	21 (25.3%)	13 (15.7%)	3 (3.6%)	5 (6.0%)
22. 友人たちの支えに満足していますか	7 (8.4%)	24 (28.9%)	20 (24.1%)	16 (19.3%)	16 (19.3%)
23. 家と家のまわりの環境に満足していますか	5 (6.0%)	29 (34.9%)	22 (26.5%)	16 (19.3%)	11 (13.3%)
24. 医療施設や福祉サービスの利用しやすさに満足していますか	6 (7.2%)	22 (26.5%)	19 (22.9%)	18 (21.7%)	18 (21.7%)
25. 周辺の交通の便に満足していますか	10 (12.0%)	17 (20.5%)	25 (30.1%)	15 (18.1%)	16 (19.3%)
26. 気分がすぐれなかったり、絶望、不安、落ち込みといった嫌な気分をどのくらい頻繁に感じますか ^R	15 (18.1%)	30 (36.1%)	20 (24.1%)	14 (16.9%)	4 (4.8%)

n=83 * Rは逆転項目 (逆転処理済み)

表5 精神障害者の居場所感尺度と日本語版 WHOQOL-26 の平均値及び平均得点

	平均値	平均得点
精神障害者の居場所感尺度	2.8±0.8	22.7±6.3
他者と深い関りを感じる場	2.8±0.9	
ありのままの自分でいられる場	2.9±1.0	
自己を作る場	2.8±0.9	
日本語版 WHOQOL-26	3.1±0.7	79.7±17.9

(SD1.0), 「自己を作る場」は2.8 (SD0.9) であった。また、日本語版 WHOQOL-26 の平均得点は、79.7 (SD17.9), 平均値は3.1 (SD0.7) であった。

3. 個人特性による精神障害者の居場所感尺度と日本語版 WHOQOL-26 の差

性別、婚姻の有無、同居の有無、入院歴の有無による精神障害者の居場所感尺度ならびに日本語版 WHOQOL-26 の平均値について一元配置分散分析またはt検定を用いて検討した結果、有意差がなかった。

4. 居場所感と QOL の因果関係モデルの検討

居場所感と QOL の因果関係モデルの適合度を、共分散

構造分析で検討した。結果を図1に示した。モデルのデータへの適合度は、 χ^2/df 比=1.57, 自由度=24, GFI=0.91, AGFI=0.84, CFI=0.97, RMSEA=0.08であり、AGFIはわずかに0.9を下回ったが、その他の適合度指標は、統計学的水準を満たしたためにモデルは受容できると判断された。

この時の居場所感から下位尺度へのパス係数は、「他者と深い関りを感じる場」が0.90, 「ありのままの自分でいられる場」が0.81, 「自己を作る場」が0.73であった。下位尺度から観測変数のパス係数は0.72~0.92であり、いずれも有意であった。

居場所感と QOL のパス係数 (標準化係数) は0.66, 検定統計量は5.45であり、居場所感と QOL の因果関係が支持された。この時の決定係数は0.44であった。

IV. 考 察

1. 居場所感と QOL の因果関係モデルについて

デイケアは、その設立目的や理念に「居場所づくり」と

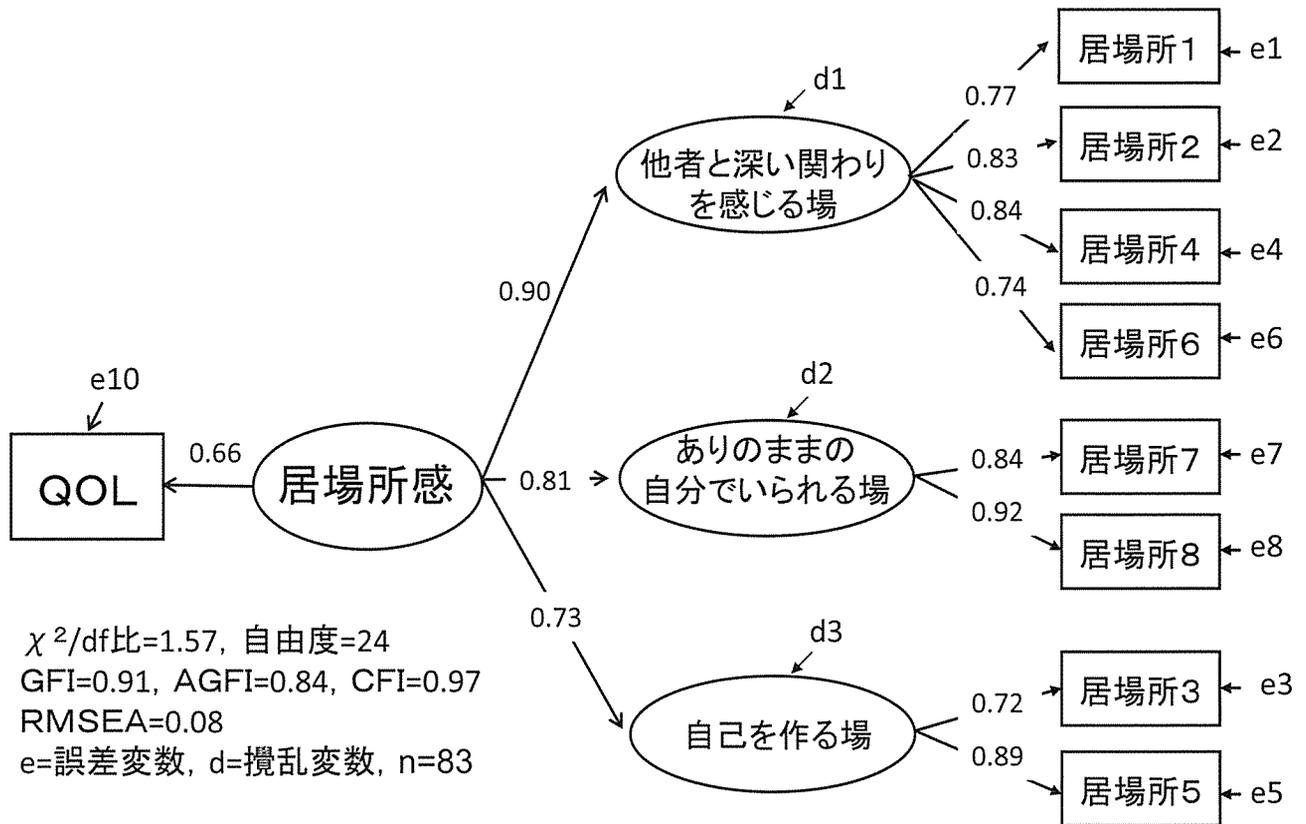


図1 居場所感とQOLの因果関係モデル

していることが多い^{3), 4)}。また、デイケア通所者も同様に、デイケアを居場所や友人作りの場としての意味を見出している^{5) ~7)}。このことから、地域で生活する統合失調症患者は、居場所を求めてデイケアに通所していることが伺える。他方で、彼らの地域での生活を維持促進させるために、保健医療のアウトカムとしてQOLは重要視されている⁸⁾。このように、居場所感もQOLも重要な概念として取り上げながらも、その因果関係を量的に明らかにした先行研究はなく、この点は本研究の意義といえよう。また、筆者らは、統合失調症患者の語りを質的に分析することで、居場所感とQOLとの関連を指摘してきた¹⁶⁾。今回、得られた結果は、質的研究で得られた概念と概念の関係について、量的研究で数量的に確認できたといえる。すなわち、統合失調症患者の主観的な意味を探求した研究を、客観的な結果として提示した。

本研究で用いた居場所感の尺度は、「他者と深い関わりを感じる場」、「ありのままの自分でいられる場」、「自己を作る場」の下位尺度をもつ。中原は、居場所感の意味を、物理的な居場所の有無のみではなく、その個人が居場所をどのように認知し、どのようなイメージを抱いているかという認知のあり方が重要であると述べている¹⁹⁾。つまり、統合失調症患者がその居場所をどのように認知しているかといった、認知のあり方が重要であることを意味する。対象者は、「人に気を使う性格だからデイケアに来るのははい

やなのに、ここに来たら楽しいから、居心地がいいのかなあ。」、「仕事は失ったけど、ここに来たらゆっくりと楽しむことができるようになったことは良かった。」、「毎日、ただ(病院に)通っているのはしんどいけど、デイケアに来たら楽しい。」と自身の気持ちを語った。これらは、デイケアが彼らの心理的な居場所として機能していることを示す。心理的居場所があることは、人に心地よい感情を生むといわれている²⁵⁾。居場所の構成要素には、関係がうまく機能することで感じる居心地の良さや、自己の存在を受け入れてくれる感覚を持てることもあるといわれている²⁶⁾。「他者と深い関わりを感じる場」、「ありのままの自分でいられる場」、「自己を作る場」である場所を認知できることは、自分の存在意味を確認でき、その結果、「居心地が良い」、「楽しい」、「ゆっくりできることを楽しめる」と認知できるものと推察される。「居心地が良い」、「楽しい」、「ゆっくりできることを楽しめる」といった認知は、すなわちWHOの規定する「一個人が生活する文化や価値観のなかで、目標や期待、基準、関心に関連した自分自身の人生の状況に対する認識」の具体的な認識内容であると考えられる。

居場所感があるとは、「自分がそこにいてもいい場であり、自分らしくいられる場であり、自分がありのままにそこにいてもいいと認知し得る感覚」があることであり、居場所感がないということは、そのように感じられる場がないということである。居場所感を持たない統合失調症患者

は、おそらく何らかのネガティブな感情をもっており、ありのままの自分を生きている実感が得られないと考えられる。ありのままの自分を生きるとは、外に対しても内に対してもありのまま自分自身を生きているという意味が含まれる。すなわち、自分自身のありのままを受け入れることができ、世界に自分自身が受け入れられていると感じられることである²¹⁾。したがって、居場所感がないということは、自分自身のありのままを受け入れることができず、世界に自分自身が受け入れられていると感じることができず、その結果、自分自身の人生の状況に満足できる(良い QOL) ことをもたらさないと考えられる。

研究結果、QOLの平均値は3.1 (SD0.7) であり、これは先行研究である在宅生活をしている統合失調症患者の QOL 値3.0 (SD0.6) と、ほぼ同程度の結果であった²³⁾。統合失調症患者の QOL は、ほぼ3.0前後にあるのかもしれない^{27)、28)}。

2. 本研究の対象について

対象の性別は、男性が77名(92.8%)、女性が6名(7.2%)であり、性別による人数に差がみられた。調査実施施設である A デイケア在籍者の内訳も、男性が92%、女性が8%であり、本対象と大差がなかった。しかし、全国調査による統合失調症患者の外来受療率(人口10万人対)は、男性47、女性42であり、男女差はなかった²⁹⁾。したがって、本研究において、標本に偏りがあることは否めない。

3. QOL 向上への支援について

統合失調症患者の QOL の向上への支援に関する研究は始まったばかりであり、今後、QOL 向上に向けた支援をサービス満足度などの観点から評価することや、地域生活支援の方法の開発が必要であると言われる⁸⁾。しかし、現実には、地域での支援態勢が不十分であることから社会的入院を続けている患者は、約72,000人いるといわれている。社会的入院を解消するためのさまざまな計画がたてられ、その施策の一つとして、厚生労働省は平成19年度より精神科病棟を「退院支援施設」に改築し、日常生活の訓練などをする施設に転換しようとしている。しかし、何よりも必要なことは、彼らが安心して退院できる支援体制を整えることである³⁰⁾。精神障害者の地域生活には、衣(医)・食(職)・住・友が必要であり、特に「友」については、友人を得ることのできる「居場所」としての機能をもつ場の提

供が欠かせない³¹⁾。

本研究結果、居場所感と QOL は関連があることが明らかになった。このことより、彼らの QOL を高めるためには、彼らが探索している「居場所感」を獲得していくことへの支援やその提供、すなわち「他者と深い関りを感じる場」、「ありのままの自分でいられる場」、「自己を作る場」を獲得していくことへの支援やその提供の必要性が示唆される。この結果は、デイケアの運営やプログラムのあり方、地域生活支援センターの運営のあり方、心理教育への活用、ソーシャルサポート作りに寄与できると考える。例えば、心理教育のテーマとして、精神障害者の居場所感尺度の下位項目の一つである「他者と深い関りを感じる場」を取り上げ、ディスカッションすることで、同じ目標を持つ人の確認や、新たな目標設定などといった、主体性を擁護していくことは、居場所感の獲得への支援となるであろう。

最後に、本研究の限界と課題であるが、対象は83名と少なくサンプリングに偏りがあることは、本研究の限界である。今後、さらに大規模での調査が必要である。また、統合失調症患者を縦断的に追跡し、居場所感が変化することで QOL がどのように変化するかを明らかにすることは、今後の重要な課題である。また、将来、介入研究へと発展させることも課題である。

V. 結 論

デイケアに通所する統合失調症患者の居場所感と QOL の関連を明らかにするために、因果関係モデルを構築し、その検証を行った。対象は、デイケアに通所する統合失調症患者83名であった。結果、統合失調症患者の居場所感 は QOL に影響し、寄与率は44%であった。このことから、デイケアに通所する統合失調症患者がより良い QOL を獲得するためには、彼らの居場所感を高める支援が有効であることが示唆された。

謝 辞

本研究にご協力いただきました対象者お一人おひとりおよび、調査に快く協力してくださった施設の皆様に深く感謝申し上げます。

要 旨

本研究は、デイケアに通所し地域で生活する統合失調症患者83名を対象に、居場所感と QOL の 2 変数の関連を明らかにすることを目的とした横断研究である。調査項目は、日本語版 WHOQOL-26、精神障害者の居場所感尺度(3下位尺度からなる2次因子モデル)、個人特性で構成した。想定した居場所感と QOL の因果関係モデルを共分散構造分析を用いて検討した結果、適合度指標は統計学的な許容水準を満たし、モデルはデータに適合

した。居場所感が大きいことは、より良いQOLであることが明らかになり、その寄与率は44%であった。このことから、在宅生活をする統合失調症患者がより良いQOLを獲得するためには、彼らの居場所感を高める支援が有効であることが示唆された。

Abstract

The purpose of this cross-sectional study was to evaluate relationships among environmental provision and quality of life. Subjects were 83 schizophrenic patients attending day care at mental hospitals. The assessment was carried out using the Environmental Provision Scale, WHOQOL-26 Scale and included personal characteristics. The results of the application of structural equation modeling showed that the model was almost adequate to our date. This means that more greater environmental has more good quality of life. The contribution rate for quality of life was 44% . These results suggested that, in order to raise the quality of life in schizophrenic outpatients, nurses must provide nursing intervention to raise patient's environmental provision.

文 献

- 1) 日本精神科看護技術協会監修：精神科看護白書，精神看護出版，41-50，2004.
- 2) 吉松和哉他編集：精神看護学Ⅰ第3版，廣川書店，223-233，2002.
- 3) 金地喜世子，角井良子他：精神障害者が住みやすい地域づくりを目指して，地域環境保健福祉研究，2(1)，1-4，1998.
- 4) 原田豊他：鳥取県における精神科デイケアの歴史と現状，鳥取医学雑誌，32(3)，140-147，2004.
- 5) 金崎悠，三木明子他：精神科デイケア通所者が考えるデイケアの意味，日本看護学論文集成人看護Ⅱ，34，132-133，2003.
- 6) 青木典子：病院から地域への移行期における精神分裂病者の居場所作り，高知女子大学紀要 看護学部編 第49巻，55-66，2000.
- 7) 三木智津子，川口優子：地域にすむ精神障害者の生活とその支援，日本精神保健看護学会誌12(1)，105-112，2003.
- 8) 安保寛明：地域に暮らす精神障害者のQOLとその関連要因，岩手県立大学看護学部紀要6，135-143，2004.
- 9) 田中美恵子著：精神看護学，医歯薬出版，2-9，2001.
- 10) 半田美織，日下和代他：デイケアに通所する精神障害者の生活満足度に関する研究，日本看護科学会誌，23(4)，20-30，2004.
- 11) 國方弘子，中嶋和夫：精神障害者のQOL：うつコーピングと抑うつ性の影響，日本看護研究学会雑誌，26(5)，19-29，2003.
- 12) Paul G.Arns, Ph.D., Jean Ann Linney, Ph.D. : Work, Self, and Life Satisfaction for Persons with Severe and Persistent Mental Disorders, Psychosocial Rehabilitation Journal, 17, 2, 63-79, 1993.
- 13) M.Ritser, I.Ben-Avi at el. : Quality of life and coping with schizohrenia symptoms Quality of life and coping, Quality of life Research12, 1-9, 2003.
- 14) Kerstin Skantze, Ule Malm at el. : Comparison of Quality of Life with Standard of Living in Schizophrenic Out-patients, British Journal of Psychiatry, 161, 797 - 801, 1992.
- 15) HIROKO KUNIKATA, YOSHIO MINO, AND KAZUONAKAJIMA : Quality of Life of schizophrenic patient living in the community :The relationships with personal characteristics, objective indicators and self-esteem, Psychiatry and Clinical Neurosciences, 59(2), 163-169, 2005.
- 16) 國方弘子，茅原路代他：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)，37-43，2006.
- 17) 広辞苑 第5版，岩波書店，2005.
- 18) 堤雅雄：「居場所」感覚と青年期の同一性の混乱，島根大学教育学部紀要（人文・社会科学），36，1-7，2002.
- 19) 中原睦美：病体と居場所感－脳卒中・がんを抱える人を中心に－，創元社，2003.
- 20) 田崎美弥子，中根允文著：WHOQOLクオリティ・オブ・ライフ26手引き，金子書房，2001.
- 21) 大原紀江：青年期の居場所感尺度作成の試み，南山大学心理人間学卒業論文，2004.
- 22) 國方弘子，茅原路代：統合失調症患者の居場所感尺度の検討，看護研究集録（平成19年度看護研究助成），財団法人木村看護教育振興財団，投稿中.
- 23) 國方弘子，三野善央，中嶋和夫：在宅生活をしている統合失調患者の日本語版WHOQOL26尺度に影響を与える要因の検討，日本公衆衛生雑誌，53(4)，301-309，2006.
- 24) 山本嘉一郎，小野寺孝義編著：Amosによる共分散構造分析と解析事例〔第2版〕，ナカニシヤ出版，2006.
- 25) 大久保智生他：心理的居場所に関する研究（2）－居場所感尺度作成の試み－，日本教育心理学会第42回総合発表論文集，2000.
- 26) 外山周作：居場所が与える自己への影響について～タッチ・ザ・ネイチャーキャンプにおける居場所の構成～，同志社大学卒業論文，161，2003.
- 27) Ishizaki Yuka, Nakane Yoshibumi : A Survey of Patients with Mental Disorder and Their Caregivers Using the World Health Organization Quality of Instrument, Acta medica Nagasakiensia, 49(4), 143-147, 2004.
- 28) 濱野強，藤澤由和，Eun Woo Nam : 「精神障害者におけるQOL評価の試み」－精神障害者のスポーツ活動の有用性の検討，新潟医療福祉大学誌，5(1)，40-47，2005.
- 29) 精神保健福祉白書：日本精神科病院協会 2006年度版，中央法規，2006.1.
- 30) 朝日新聞社説：地域で向かえる準備が先だ，朝日新聞，3，2007.3.20.
- 31) 大隈紘子：精神障害者の地域支援生活に必要なもの，日本看護研究学会雑誌，30(1)，33-35，2007.

〔平成20年7月9日受付〕
〔平成20年11月14日採用決定〕

看護師リーダー資質養成に関する研究

— アンドラゴジーの原理を適用した院内研修の効果検証 —

Study of Training for Leader Nurse's Quality

— By using Andragogical Principals to Ascertain Effects Inside Hospital Training —

小竹 久実子¹⁾
Kumiko Kotake

坏 千代子²⁾
Chiyoako Akutsu

小坏 悦子³⁾
Etsuko Koakutsu

キーワード：アンドラゴジー，看護師，リーダー，院内研修

Key Words : andragogy, nurse, leader, inside hospital training

はじめに

現代は、社会・人間・科学の全ての領域において、「急激なる変革の時代」にあるために、従来からの専門職とそれを支える専門知識・技術のあり方が問われ、今や専門職に対する不信という危機が広がってきている¹⁻³⁾。医療、看護の現場も例外ではない。この時代の変化に即応し、必要な看護の知識・技術を体得することは専門職者としての責務であると考えられる。そのために、看護実践での経験の蓄積の意義を認識するアンドラゴジーの学習はきわめて有効であり、この学習によって、自己学習継続力及びリーダーとしての資質を養う要素も養うことができると推測される。

アンドラゴジーの学習にあたっては次の3点が原理として主に挙げられる。1. 継続教育の場においてはすべての成員は学習者であるとの理解をすること^{4)~11)}。

即ち学習支援者も学習者であると理解するものである。2. 参加者自らが実践を記録し、語り、実践を共同で振り返る「省察的実践」を行う。3. 参加者同士で仲間、環境づくりを意識して学習の展開を図る。

研修は本来、上記のアンドラゴジーの原理のもとに行われている必要があるが、実際には、研修の参加者は知識を得ることが主で受身的な姿勢であったり、学習支援者も一方的な授業を展開したりするようなベタゴジー的な教育の現状がみられる。その原因としては、参加者はアンドラゴジーの原理に対する知識が薄いことと、学習支援者もアンドラゴジーを意識した教育方法を検討しているかどうかという点が挙げられる。アンドラゴジーの原理を適切に研修に活かすことで、主体性をもって継続的に学習し自己研鑽へと行動し、リーダーの資質を養える可能性があるが、こ

のことに方法の成果を報告したものは少ない。

先行研究では、①院外及び院内の集合教育研修の効果、②継続学習のための学習支援環境に関する報告が散見される。卒後5年目以上の院外研修の教育効果¹²⁾として、全体の3分の1が継続学習しているため、院外研修の教育は有効であるとの報告はあるが院内教育効果に関しては明らかではない。院内教育研修に該当するものとして、集合教育が与える影響¹³⁾に関する研究報告がある。それには自己の役割を認識し、現場でフィードバックしながら課題に取り組んだことが「やる気」の持続につながると報告している。継続に関する情報の入手方法として、兼宗ら¹⁴⁾は「看護部」74.5%、「自分で探す」48.4%の順であったことを報告し、学習支援環境として、長谷川ら¹⁵⁾は研修時間の確保の配慮の必要性を述べていることから、学習支援環境確保が重要であることが考えられる。宮坂¹⁶⁾は、個人の学習ニーズに沿った学習方法の情報の提供と学習しやすい環境の提供、さらに学習意欲維持のために習得知識および技術を提供する場を設ける必要性を述べていることから、院内における定期的な研修を設置し、看護師経験のレベル毎にレベルアップさせていくシステム計画は重要であると考えられる。学習支援環境の提供を組織的に行っていくことで、継続学習していけることが予測される。

しかしながら、継続学習の支援対策として、アンドラゴジーの原理を適用して研修を実施し、その効果を縦断的に評価したものはみられない。このアンドラゴジー教育を定期的に行っていくことで、より質の高い看護を提供し、職場の活性化を図れるものと考えられる。

蒲田が述べる¹⁷⁾リーダーの資質・姿勢として必要な内容は、看護に対する誠意・創意・熱意・計画性・テクニカ

1) 自治医科大学看護学部 Jichi Medical University School of Nursing

2) 前足利短期大学看護科 Formerly of Ashikaga Junior College Department of Nursing

3) 足利赤十字病院 Ashikaga Red Cross Hospital

ルスキル・問題解決能力・コミュニケーション能力や相手への配慮ができ、状況判断をしながら必要時に問題を提起しつつ、改善していく能力である。そして、病棟全体を把握する視野をもち、物事を整理整頓しながら仕事を進めていく能力である。さらに、自分本意に行動するのではなく、自分の置かれている立場を認識し、後輩育成や相手を信頼して仕事を任せ、励ましの言葉をかけるなどの思いやる心も成長させていくことが挙げられる。本研究では、アンドラゴジーの原理を適用した看護師リーダー資質尺度の尺度開発の可能性を探る事と、継続教育における研修後の効果を追跡評価して、今後の看護継続教育のあり方を考える資料とすることを目的とする。

研究方法

1. 尺度作成手順

- 1) 蒲田¹⁷⁾ のリーダーとして望まれる資質・姿勢の内容を参考に24項目を決定する。
- 2) 因子構造の確認：項目が1因子性か複数性か検討する。
- 3) 看護師リーダー資質尺度の信頼性・妥当性：
 - (1) 因子分析（主因子法プロマックス回転）にて、因子負荷量0.4以下を基準として除外することとし内部一貫性を高めた上で、回転後のパターンを検討する。
 - (2) a 係数にて内的整合性を検討する。

2. 1年間の追跡調査（縦断研究）

- 1) 対象：リーダーとしての能力を高めるためにA病院病棟棟長によって推薦されたA病院看護師経験3～5年目27名
- 2) 研修前の調査：リーダーの役割と現在困っていることについて自由記載
- 3) 介入内容：

(1) 基調講義 3時間 / 2回

- ①中堅ナースとしての役割を認識するための導入；現代社会の問題状況、人間観・教育観、生涯学習の理念と必要性
- ②リーダーとしての能力を高めるために；リーダーに求められる資質、リーダーとしての自己を知る
- ③組織の活性化とメンバーの役割；援助者に求められるコミュニケーション技法、組織活性化の原則

(2) フォローアップ研修（基調講演後6ヶ月；グループワーク6名、全体討議）

- ①6ヶ月間の意識行動の結果をふまえて、個々の経験を学習材料とする

4) 研修直後・6ヶ月後・1年後の追跡調査

- (1) リーダーの資質評価尺度（自己作成）24項目3段階評定

（はい3点・どちらでもない2点・いいえ1点）

(2) 研修後6ヶ月調査；

- ①事前課題で「困っていると認識していたこと」の解決方法が見出せたか
- (3) 段階評定（はい・どちらでもない・いいえ）
 - ②解決方法が見出せたとする内容を記述
 - ③この研修を今後どのように活かすかを記述

5) 分析方法

はじめに、記述統計量の算出を行い、次に、一元配置分散分析後、多重比較（Tukey-Kramer検定）を行って検討した。

6) 倫理的配慮

A病院看護部の了承を得て、参加者には協力・同意を求め、賛同の得られた27名についてのみ調査した。なお、アンケート内容は個人の特定ができないように処理され、プライバシーを厳守する旨を説明した。

結 果

1) 研修前の調査と研修後6ヶ月調査の記述統計

研修前の調査では、リーダーの資質に関することが最も高く、役割61.3%、困っていること64.3%の結果であった（表1）。

研修6ヵ月後において、「困っていること」と「認識していたこと」の解決方法が見出せたと回答した人は92.2%（26名）であった。さらに、解決方法が見出せた人の内容は、リーダーの資質に関すること72%が多く、「今後どのように活かすか」においても、リーダーの資質に関すること57.6%と多かった。

2) 看護師リーダー資質評価尺度の信頼性・妥当性の検討

因子分析主因子法プロマックス回転により、24項目は2因子性であることが明らかになった（表2）。累積寄与率76.1%であり、f1はサブリーダーに必要な資質因子、f2はリーダーに必要な資質因子と命名した。なお、f1は $\alpha = .9796$ 、f2は $\alpha = .9260$ で内的整合性が確認された。相互啓発は、因子負荷量がf1 ($r = .472$)、f2 ($r = .459$) と

表1 研修前後のリーダー役割認識率と研修効果変化率

リーダーの役割	% (n=27)			
	研修前		研修後	
	役割認識	困っていること	解決方法が見出せた	今後活かす部分
リーダーの資質に関すること	61.3	64.3	72.0	57.6
組織の活性化に関すること	20.3	23.8	20.0	39.4
上司の補佐に関すること	15.0	0.0	0.0	3.0
部下の育成に関すること	3.4	11.9	8.0	0.0

表2 因子分析結果

	f 1	f 2	共通性
f 1. サブリーダーに必要な資質 $\alpha = .9796$			
必要な時に問題の提起ができたか	.994	-.108	.867
コミュニケーションの活性化に努めているか	.959	-.018	.889
常に疑問をもって仕事をしているか	.954	-.027	.895
後輩の育成に心を砕いているか	.927	.021	.786
専門技術の向上に努めているか (テクニカルスキル)	.925	-.106	.820
長所をのばすことを意識して行動しているか	.917	-.001	.782
仕事を任せることができたか	.907	-.098	.873
計画的に仕事をするのができたか	.904	.015	.771
積極的にメンバー働きかけてるか	.789	-.029	.837
誠意・熱意・創意をもって積極的に業務に取り組んでいるか	.754	.223	.840
サブリーダーとして意識し、行動しているか	.673	.262	.754
問題解決能力を発揮しているか (コンセプチュアルスキル)	.626	.307	.922
ほめ言葉や励ましの言葉をかけているか	.563	.385	.840
相互啓発を心がけているか	.472	.459	.893
f 2. リーダーに必要な資質 $\alpha = .9260$			
改善などの牽引役になっているか	-.034	.985	.768
上司の立場に立って考え行動しているか	-.035	.970	.842
自己学習を継続しているか	-.015	.929	.685
相手の話が良く聴けたか	.020	.813	.722
適切に報告ができたか	-.035	.806	.701
リーダーシップを発揮しているか (ヒューマンスキル)	.131	.776	.685
整理整頓、清掃・清潔を心がけているか	-.226	.773	.590
自分の立場と自分の傾向を認識し行動しているか	.148	.712	.609
病棟全体をみて行動しているか	.269	.688	.505
公認ライセンスにチャレンジしているか	.173	.574	.390
寄与率	68.0	8.1	
累積寄与率	68.0	76.1	

因子抽出法: 主因子法 プロマックス法

ほぼ近似値を示していたため、リーダー・サブリーダーの両者ともに必要な資質という結果となった。

第1因子サブリーダーに必要な資質の14項目は次の通りである。①必要な時に問題提起ができる。②常に疑問をもって仕事をしている。③問題解決能力を発揮できる。④コミュニケーションの活性化を図る。⑤積極的にメンバーに働きかけることができる。⑥後輩育成に心を砕くことができる。⑦仕事を任せられる。⑧ほめ言葉やねぎらいの言葉がかけられる。⑨長所をのばすことを意識して行動している。⑩誠意・熱意・創意をもって、積極的に業務に取り組む。⑪計画的に行動できる。⑫専門技術の向上に努める。⑬相互啓発を心がけている。⑭計画的に仕事している。

第2因子リーダーに必要な資質の10項目は次の通りである。

①上司の立場に立って考え行動している。②病棟全体をみて行動している。③適切に報告できる。④相手の話をよく聴くことができる。⑤整理整頓、清掃、清潔を心がけて

いる。⑦リーダーシップを発揮している。⑧自己の立場と傾向を認識した行動ができる。⑨自己学習を継続できる能力と向上心がある。⑩公認ライセンスにチャレンジしている。

3) 研修直後・6ヶ月・1年後のリーダー資質の評価比較一元配置分散分析後、多重比較 (Tukey-Kramer検定) を行い検討したところ、サブリーダーに必要な資質の項目「誠意・創意・熱意」、「計画的」、「テクニカルスキル」、「サブリーダー意識行動」において、直後と比べて1年後に上昇していた ($p < .05$) (表3)。

リーダーに必要な資質の項目「整理整頓」、「自己学習」においては、直後と比べて6ヶ月後のほうが上昇していた。また、「病棟全体把握」においては、直後と比べて1年後のほうが下降していた。

考 察

1) リーダー資質尺度の尺度開発の可能性

今回、蒲田のリーダー資質・姿勢の内容を参考に24項目

表3 研修直後・6ヵ月後・1年後の得点変化

		mean ± S.D		
		直後	6ヵ月後	1年後
	必要な時に問題の提起ができたか	2.11 ± .6	2.27 ± .7	2.50 ± .6
	コミュニケーションの活性化に努めているか	2.22 ± .6	2.35 ± .6	2.59 ± .5
	常に疑問をもって仕事をしているか	2.19 ± .6	2.46 ± .6	2.59 ± .6
	後輩の育成に心を砕いているか	2.07 ± .6	2.31 ± .6	2.36 ± .7
サブ リー ダー に 必 要 な 資 質	専門技術の向上に努めているか (テクニカルスキル)	1.85 ± .6	2.19 ± .6	2.27 ± .5
	長所をのばすことを意識して行動しているか	2.30 ± .6	2.27 ± .6	2.41 ± .6
	仕事を任せることができたか	2.22 ± .6	2.46 ± .6	2.64 ± .6
	計画的に仕事をするのができたか	2.11 ± .5	2.30 ± .5	2.50 ± .5
	積極的にメンバー働きかけてるか	2.30 ± .5	2.38 ± .6	2.54 ± .5
	誠意・熱意・創意をもって積極的に業務に取り組んでいるか	2.15 ± .6	2.46 ± .5	2.62 ± .5
	サブリーダーとして意識し、行動しているか	2.00 ± .5	2.34 ± .6	2.41 ± .5
	問題解決能力を発揮しているか (コンセプチュアルスキル)	1.89 ± .6	2.11 ± .5	2.18 ± .5
	ほめ言葉や励ましの言葉をかけているか	2.37 ± .6	2.50 ± .6	2.68 ± .5
	相互啓発を心がけているか	1.93 ± .5	2.07 ± .6	2.22 ± .4
	改善などの牽引役になっているか	1.93 ± .5	1.96 ± .5	2.27 ± .5
	上司の立場に立って考え行動しているか	2.00 ± .5	2.19 ± .5	2.23 ± .4
リー ダー に 必 要 な 資 質	自己学習を継続しているか	1.78 ± .4	2.15 ± .5	2.05 ± .6
	相手の話が良く聴けたか	2.44 ± .6	2.53 ± .6	2.64 ± .5
	適切に報告ができたか	2.48 ± .6	2.65 ± .5	2.63 ± .5
	リーダーシップを発揮しているか (ヒューマンスキル)	1.89 ± .4	2.12 ± .4	2.09 ± .5
	整理整頓、清掃・清潔を心がけているか	2.25 ± .4	2.77 ± .4	2.68 ± .5
	自分の立場と自分の傾向を認識し行動しているか	2.22 ± .4	2.19 ± .4	2.23 ± .4
	病棟全体をみて行動しているか	2.52 ± .5	2.15 ± .5	2.23 ± .5
	公認ライセンスにチャレンジしているか	1.11 ± .3	1.08 ± .3	1.09 ± .3

Tukey - Kramer検定 * p < .05

決定し、その内容で信頼性・妥当性の検討を行った結果、尺度化できる可能性が示唆された。今後はデータ数を増やしてリテストを行い、基準関連妥当性の検討を重ねていく必要がある。

2) リーダーとして求められる資質

因子分析の結果で得られたサブリーダー14項目が基盤として求められ、さらにリーダー10項目が加わって発達していくことが重要であると考えられる。

サブリーダーは積極的に自ら行動し、模範的存在となる資質を求められ、リーダーはサブリーダー資質を踏まえて、全体を洞察しコントロールする能力が求められることが明らかになった。そして、リーダー資質を修得していくには、段階的な積み上げが必要であることが示唆された。リーダー資質は、最初からもっているものではなく、体験を通して認識していくものであり、リーダーの役割を与えることから育っていくことができると考えられる。

3) 技能習得レベル毎の院内研修による省察的実践の重要性

研修前の調査の段階から調査参加者が関心の強かったサブリーダーに必要な資質の部分の「誠意・創意・熱意」、「計画的に仕事ができたか」、「テクニカルスキル」が1年後まで得点上昇していたことは、研修を受講した看護師の意識が高かったことと研修の介入によってその意識が継続されたことが示唆された。

「サブリーダーとして意識行動している」が1年後まで上昇し続けたことは、自分だけではなく組織活動への意識が高まっていることが考えられる。研修によって自己の役割認識が得られ、現場でフィードバックしながら課題に取り組んだことが「やる気」に繋がる山崎ら¹³⁾の研究結果とも一致している。

6ヶ月まではリーダーに必要な資質の病棟内の整理整頓への気配りが継続されており、その後、横ばい状態となっていたことから、研修の効果が組織の活性化に影響したと考えられる。

アンドラゴジーの原理を適用した教育方法の院内研修に

よって、同じ技能習得レベルでの看護師間のディスカッションから、共に学ぶ環境を得られた中で、さまざまな問題や現状を共有し、省察的实践を行い、今までの病棟内の自分から組織としての自分の存在を捉えられる機会となり、今後の自己のあり方を認識する場となったことがリーダーとしての意識向上と継続して学習する姿勢を持つことができた。このことは、アンドラゴジーの原理が活かされ、1. 学習者も学習支援者も同じ学習者として捉えて、同じ目線で進められ、2. 積極的に主体的に実践したことを共同でふり返り、3. 仲間、環境づくりを意識して、継続的に学習の展開が図れたため、リーダーの資質を養う結果に繋がったといえる。

また、同じような悩みをもつ参加者とのディスカッションが行えたことによって、自分と周囲の環境との関係や問題を客観視でき、部分的にも全体的にも的確に事象を捉え解決しようとする視野をもつことができる研修となった。これは、Polanyi¹⁸⁾の「暗黙知」の考え方、つまり、全体認識は部分的知識の単純な総和ではなく、部分と全体の関連を暗黙裡に読み解く知の働きがあるとする考えに一致した結果が得られたことが示唆された。

4) 自己学習継続のために定期的なアプローチの必要性

自己学習の継続も6ヵ月後までは上昇を示していたため、学習意欲継続の効果があることが示唆された。看護師経験のレベルごとにレベルアップさせていく研修時間の確保と学習支援環境確保が重要であるという長谷川ら¹⁵⁾の研究報告が本研究によって検証された結果といえる。しかし、1年後まで上昇する結果にまではいたらなかった。このことは、時期的に多忙となる時期でもあり、職員の異動により新環境に適応していくことに重点がおかれる状況が影響していた可能性がある。この点においては、環境条件の変化への対応の必要性を認識し、組織的に継続していけるようなアプローチが必要である。例えば、研修者に対し定期的に自分自身で目標設定をした上で師長と面接を実施するなどの刺激を加えるなどの何らかの手段が必要であると考えられる。

5) 看護の心を育成継続するための対話の必要性

「相手の話がよく聴けたか」「適切に報告」「ほめ言葉や励ましの言葉」の3項目に関しては、直後から得点が高かったため大きな上昇が見られなかったが、このことは今回の対象者である看護師の相手を思いやる心や誠実さを有している集団であったと考えられる。この意識は、感性の部分でもあり、看護者にとって極めて重要な要素であるため、維持していく必要があるが、そのためには風通しのよい職場環境づくり、魅力ある職場づくり、例えば、職場以外にもインフォーマルな対話などを通して、温かな心の触れ合える場、つまり人としての交流の場を多く持つこと

や、同じ問題を共有するメンバー同士での学習が可能となる研修の場、仲間作りなどが重要である。メールによるコミュニケーションが、横溢している現在、目と目を合わせて同じ場を共有しながら対話をする時間は、看護の心を育成継続させていくために、必要不可欠な要素であり、その中で相手を観察する力や相手を思いやる心と行動は習得されていくものであると考えられる。また、「問題解決能力」「コミュニケーション活性化」「相互啓発」「相手への励ましの言葉」などの上昇がみられなかったが、対話やディスカッションを通して、お互いが共有し、刺激し、励まし合える環境の中でこそ、この項目得点がアップしていくことが推測される。

よって、アンドラゴジーの原理を適用した研修を計画的に看護師のレベルごとに合わせて行っていくことが継続学習及びリーダー資質養成、そして看護の質の向上に繋がると考えられる。

結 論

(1) 看護師リーダー資質尺度は2因子性であり、f1「リーダーに必要な資質」、f2「サブリーダーに必要な資質」と命名した。構成概念妥当性、信頼性が得られ、尺度開発できる可能性が示唆された。

(2) サブリーダーに必要な資質の「誠意・創意・熱意」、「計画的に仕事できたか」、「テクニカルスキル」が研修の介入によってその意識が1年後まで継続された。

(3) 「サブリーダーとして意識行動している」が1年後まで意識が高められた。

(4) サブリーダーは、積極的に自ら行動し、模範的存在となる資質を求められることが示唆された。

(5) リーダーは、サブリーダー資質を踏まえて、全体を洞察しコントロールする能力が求められることが示唆された。

(6) この研修によって、同じ問題を共有するメンバー同士で共に学ぶ環境が得られたことで、省察的实践を行い、互いに心が触れ合える場となり、今後の自己のあり方を認識する機会となったことがリーダーとしての意識向上と継続して学習する姿勢につながった。

本研究の限界と今後の課題

対象者数が27名からの結果であったことが本研究の限界である。今後は、対象数を増やし検討していく必要がある。

今回3～5年目を対象に実施したが、新人研修から同尺度で継続して評価していくことで、成長発達の実態が把握可能となる。さらに、技能習得レベル毎によって比較検討していくことで、どの時期にどこを強化してアプローチしていく必要があるかを明らかにする必要がある。

学習継続のためには、組織内での学習支援体制が必要であるが、支援状況（組織・仲間づくりなど）がどの程度まで必要であるのかを明らかにしていくことが今後の課題である。

要 旨

本研究の目的は、Andragogyの原理を適用した院内研修の効果を、直後、6か月後、1年後と追跡評価することである。研究方法は、A病院看護師経験3～5年目27名に、看護師リーダー資質尺度を用いて調査した。因子分析にて因子構造を確認し、研修後の変化を一元配置分散分析後、Tukey-Kramer検定にて検討した。結果、因子分析の累積寄与率76.1%、2因子性であった。f1はサブリーダー（以後、SL）に必要な資質、f2はリーダー（以後、L）に必要な資質因子と命名した。 $\alpha = .9260 \sim .9796$ で内的整合性が確認された。SL項目の「誠意・創意・熱意」、「計画性」、「テクニカルスキル」、「SLとして意識行動」が直後と比較して、1年後まで上昇していた（ $p < .05$ ）。SLに必要な資質は、積極的に行動し模範的存在となること、Lに必要な資質はSL資質を踏まえて、全体を洞察しコントロールする能力であることが明らかになった。L資質を修得していくには、段階的な研修が必要であることが示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to assess the effect of the inside hospital training by applying Andragogy principle for one year. Performed by 27 nurses of 3 ~ 5 years with clinical experience in A hospital. Factorial structures were confirmed by using Leader Nurse's Assessment Scale (LNAS). Factor analysis was performed promax rotation with coefficient α . Tukey-Kramer after analysis of variance (ANOVA) was assessed 3 times: ① after the training, ② after 6 months, ③ after 1 year. The results revealed as the two main factors, the contribution of which 76.1%, internal consistency: ' $\alpha = .9260 \sim .9796$ '. As SL item remain that the 4 items: ① "faith · original idea · diligence", ② "planning", ③ "technical skilling", and ④ "thoroughly mindedness", with significant progress 1 year after the training ($p < .05$). We considered that their consciousness should be enlivened through the steadily approaching. Through this hospital training the increasing consideration an enrichment. Continuation to learn, organic typical approach hold problem to communicate. As conclusion we discover the SL an activity with control as a leader and L as an assess.

文 献

- 1) 永井健夫：講座 現代社会教育の理論Ⅲ，日本社会教育学編：成人の学習と生涯学習の組織化「省察的実践の可能性」，93-106，東洋館出版社，東京，2004。
- 2) Schon, D. A. : Educating the Reflective Practitioner; Toward a New Design for Teaching and Learning in the Professions, San Francisco: Jossey-Bass, 32-36, 1987.
- 3) Schon, D. A. : The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action, New York: Basic Books, 50-54, 1983.
- 4) 三輪健二：講座 現代社会教育の理論Ⅲ，日本社会教育学編：成人の学習と生涯学習の組織化「成人の学習論の展開」，27-43，東洋館出版社，東京，2004。
- 5) E. リンデマン著，堀薫夫訳：成人教育の意味，学文社，東京，1996。
- 6) Knowles M. S and Associates : Andragogy in Action, Jossey-Bass, 9-12, 1984.
- 7) Knowles M. S., Holton Ⅲ, E. F., Swanson R. A. : The Adult Learner, Gulf Publishing, 181-183, 1988.
- 8) 赤尾勝巳：講座 現代社会教育の理論Ⅲ，日本社会教育学編：成人の学習と生涯学習の組織化「アンドラゴジーの展開」，76-92，東洋館出版社，東京，2004。
- 9) M. ノールズ，(堀薫夫，三輪健二) 監訳：成人教育の現代的実践 - ペダゴジーからアンドラゴジーへ - ，38，鳳書房，東京，2002。
- 10) 同上9)，40。
- 11) 同上9)，65。
- 12) 大塚明子，佐藤麻美，佐藤文江，他：自己研修における教育評価 卒後5年目以上を対象とした院外研修，日本看護学会論文集 看護教育，36，72-74，2005。
- 13) 山崎郁子，藤原桂子，岩井敦子，他：中高年看護師の職業能力に集合教育が与える影響，日本看護学会論文集，看護管理，33，15-17，2003。
- 14) 兼宗美幸，長谷川真美，横山恵子他：看護師のキャリア発達の意識と継続教育の情報に関する一考察，日本看護学会論文集 看護教育，35，226-228，2005。
- 15) 長谷川真美，横山恵子，兼宗美幸，他：看護管理者の育てたい看護師像と継続教育の現状とのギャップ 学習支援環境としての施設の課題，日本看護学会論文集，看護管理，35，271-273，2005。
- 16) 宮坂朋子：既卒採用看護師の学習ニーズの実態と継続教育のあり方，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録，28，245-251，2003。
- 17) 鎌田勝：リーダーになったらこの本，37-52，日本実業出版社，東京，2006。
- 18) Polanyi, M. : The Tacit Dimension, New York: Doubleday, 1967 : 佐藤敬三訳 [M ポラニー「暗黙知の次元 - 言語から非言語へ -」，43-45，紀伊国屋書店，東京，1980。

〔平成20年7月14日受 付〕
〔平成20年11月25日採用決定〕

精神科における看護師の患者に対する心理的距離の関連要因

The Influence Factors for Psychological Distance of Psychiatric Nurses to Patients in a Clinical Setting

香 月 富士日
Fujika Katsuki

キーワード：心理的距離，患者－看護師関係，逆転移，感情表出

Key Words : psychological distance, nurse-patient relationship, countertransference, expressed emotion

I. はじめに

現在の精神保健医療に従事する看護師は、患者を援助する技術やチームで協働するための技術を幅広く備えていることが要求される。それは、患者の症状をアセスメントする技術からセルフケア援助技術、心理教育や認知行動療法などの技術、さらに訪問看護、家族支援、ネットワーク形成、セルフヘルプグループ支援など多岐にわたる。しかし、これらの技術を用いて看護を行うには、基本的な援助関係が患者と看護師の間に成立していなければならない。あらゆる技術は、必ずその前提としてすでに適切な患者－看護師関係が築けており、それが継続してはじめて提供できるのである。

筆者は、患者と看護師との関係性について「心理的距離」という概念に注目してきた。なぜなら精神科では、治療者と患者との関係を「距離をとる」や「巻き込まれる」などの（心理的）距離を想定した言葉で日常的に表現しているからである。また看護師は、適切な心理的距離を保って治療、ケアに当たることが重要であることを経験的に理解している。しかし、精神科では、疾患の特徴から患者は自我境界が曖昧であったり、行動化、投影や分裂といった防衛機制を使ったりすることが多いため、看護師は適切な心理的距離を保ってケアすることが重要であることを十分理解していても、実際には困難であることが多いのである。

筆者は看護師の患者に対する心理的距離の構造を解明することで患者－看護師関係をより客観的に捉えることができ、その結果からよりよい治療援助関係を築くための手がかりが得られるのではないかと考え研究を進めてきた^{1, 2)}。まず、心理的距離と感情表出 (Expressed Emotion; EE) との関係を検討する準備として、Nurse Attitude Scale; NASの開発および因子構造や信頼性・妥当性の検討を行った³⁾。次に、香月ら²⁾は、心理的距離とNASの各下位尺度、パー

ンアウトなどの関係を検討した。その結果、心理的距離はバーンアウトとは有意な関係が認められないことが示され、今回の研究ではバーンアウトは除外している。さらに、この論文では、NASの下位尺度である「肯定的言辭」で表現される感情態度が強いほど、心理的距離が近いことが示唆され、この結果から心理的距離には陽性逆転移が大きく影響しているのではないかと予測した。そして、逆転移を客観的に評価するためのFeeling Checklist Japanese versionを開発し⁴⁾、今回の研究に用いた。

II. 文献検討と概念枠組み

心理的距離についての研究は多くはないが様々な分野で行われていた。医学分野では野本⁵⁾が摂食障害患者と父親、母親とのそれぞれの心理的距離についての研究を行っている。その研究では患者と母との心理的距離を「10」としたときの父親との心理的距離を調べ、摂食障害群は他の疾患群よりそれぞれの親との心理的距離の感覚が偏っていたと報告している。心理学分野では山根^{6, 7)}が対人心理的距離のモデル化を行っており、その発展として山口ら⁸⁻¹⁰⁾が教育分野で生徒と教師との心理的距離に関する研究を進めている。同じく心理学分野の研究としては夫婦間の心理的距離の研究が報告されている¹¹⁾。また、精神保健領域では、精神障害者に対する偏見やスティグマを扱ったものとして、社会的距離という概念をもちいた研究がある¹²⁻¹⁵⁾。ここで言う社会的距離とは、個人間あるいは集団間の親近ないしは疎遠の心理的感情の程度を指している。

一方、看護学分野では、鈴木¹⁶⁾が小児がん患者と看護師との心理的距離をグラウンデッドセオリーを用いて研究しており、4タイプの心理的距離（巻き込まれる的な距離感、気持ちの共有的な距離感、壁的な距離感、遠のきの的な距離感）を報告している。看護学分野においては、二者間の関係性

の研究としては、Peplau¹⁷⁾に代表されるように、治療的患者-看護師関係が多く報告されている。特に精神科領域では、転移感情の問題に絞って報告されているものが多い¹⁸⁻²⁰⁾。O'Kelly¹⁸⁾の総説では、逆転移の結果、看護師は患者に「巻き込まれすぎ」または、「距離をとる」という状況になると指摘しており、Evans²⁰⁾をはじめ多くの論文では、良好な患者-看護師関係を築くためには、看護師が自分自身の逆転移に気づくことの重要性が指摘されている。これらの患者-看護師関係と逆転移に関する論文はいずれも質的研究であり、実証研究ではなかった。

上記の文献検討および心理社会的介入治療の専門家を交えたブレイン・ストーミングから、精神科において、看護師が認識する患者に対する心理的距離を以下のように概念化した。すなわち、心理的距離とは、精神疾患患者の看護をしている看護師が患者との関係性をとらえる時のひとつの表現であり、患者への親密感あるいは疎遠感である。そしてそれらは感情表出、逆転移、偏見および看護経験年数等のデモグラフィック変数に影響されるものとした(図1)。

今回は、パイロット・スタディの結果を踏まえて、心理的距離の主要構成要素を逆転移、感情表出、偏見と予測し研究を行った。

III. 研究目的

本研究の最終的な目的は、精神科看護師が患者との関係性をより客観的に捉えられることで、より良い治療援助関係を構築できる一助となることである。今回の研究目的は、看護師の患者に対する心理的距離の主要構成要素と考えられる逆転移、感情表出、偏見に焦点をあて、それらと看護師が認識する心理的距離との関係性を明らかにすることである。

IV. 用語の定義

精神科において、看護師は患者と援助関係を構築する際、精神疾患の特徴から看護師の多彩な情緒的反応が引き起こされる。そして、看護師個々人の情緒的反応パターン

は個人特性に影響を受けている。看護師は日常的に患者との関係性を心理的距離という言葉や概念を使って表現しており、それは援助者間での会話でも用いられることが多い。このように心理的距離は患者との関係性を表すものの一つで、それは看護師自身の感情や環境から影響を受ける主観的なものである。本研究では「心理的距離」を、精神科看護師が患者との関係性をとらえる時の主観的な表現のひとつと定義した。また、本研究では「看護師」は、精神科領域で看護に従事する看護師・准看護師と定義した。

V. 対象と方法

1. 対象

東日本の2つの精神科単科病院の看護職281名で、すべて精神科病棟に勤務している。対象の281名の看護職は、それぞれ2名の患者についての質問紙に回答しており、延べ562名分の質問紙が収集された。質問紙の回収率は87.6%だった。

2. 調査期間

平成17年7月から平成17年9月の間に質問紙を配布し回収した。配布は病棟責任者に依頼した。回収については、回答後、各自厳封の上所定の箱への投入を依頼し、一括して病院代表者から筆者へ郵送してもらった。

3. 調査方法

調査は無記名自記式の質問紙票によるもので、各種属性(性別、資格、臨床経験年数、精神科経験年数、開放・閉鎖病棟の別)の他に後述の4つの尺度を使用した。Nurse Attitude Scale(NAS)とFeeling Checklist Japanese version(FCJ)、心理的距離尺度については、特定の患者を想定して答えてもらう形式である。その3つについては、最近3ヶ月間で最も気になっている患者2名(Aさん、Bさん)を思い浮かべてもらい、Aさんに対してのNAS、FCJ、心理的距離、そしてBさんに対してのNAS、FCJ、心理的距離を回答してもらった。同時に、Aさん、Bさんそれぞれとの関わり期間、自分の病棟の患者であるか、自分の担当患者であるかどうかも聞いた。精神障害者に対する態度尺度については特定の患者ではなく、患者全般についての考えを対象者に尋ねたものである。

①Nurse Attitude Scale(NAS)：看護師の感情表出についての研究は数多く報告されている²¹⁻²⁷⁾。これらの研究は、標準のEE (Expressed Emotion)評価法であるCamberwell Family Interview :CFI²⁸⁾を用いて行われているが、筆者は看護師の感情表出を測定する指標としてKavanaghら²⁹⁾が開発したFamily Attitude ScaleをもとにNASを開発し、信頼性妥当性の検討を行った^{3,30)}。NASは30項目、120点満点の自記式質問紙であり、「批判」、「敵意」、「肯定的言辭」の3つの下位尺度から構成されている³⁾。下位

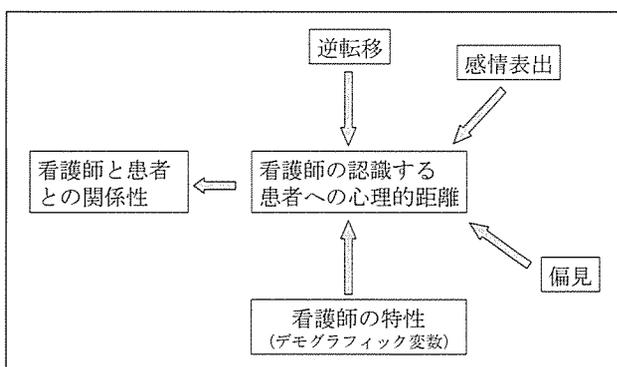


図1 看護師の患者に対する心理的距離の概念枠組み

尺度「批判」に入る質問項目は「患者さんは私を疲れさせる」などで、「敵意」の質問項目は「私のほうが怒鳴ったりする」などである。また、「肯定的言辞」の質問項目は、「患者さんと一緒にいると楽しい」などである。今回の研究の各下位尺度のCronbach's α はそれぞれ「批判」が0.915, 「敵意」が0.873, 「肯定的言辞」は0.833であった。

②Feeling Checklist Japanese version(FCJ): Feeling Checklist(FC)はHolmqvistら³¹⁾によって作成された, スタッフの逆転移を客観的に評価する尺度であり, Holmqvistらによって信頼性と妥当性が検討されてきた³¹⁻³⁶⁾。FCは感情に関する30問の質問からなり, はい, いいえで答える。「Aさんと話しているとき, 私は○○」という形式の質問で, ○○には, 幸せな気分になる, がっかりする, などの言葉が入る。FCJの作成に当たっては, FC英語版をオリジナルの作者であるHolmqvistに許可を得て日本語に翻訳(香月, 後藤)し, さらに翻訳した日本語をもう一度英語に翻訳(染矢)したのち, Holmqvistと細かいニュアンスについて議論した。その後, 日本の精神科看護師を対象に行った調査で高い信頼性, 妥当性を得ている^{4, 30)}。FCJは「拒絶」「遠い距離」「役立ち感」「親密感」「巻き込まれ」の5つの下位尺度から構成されており, 今回の調査でのCronbach's α はそれぞれ0.833, 0.763, 0.768, 0.617, 0.633であった。

③精神障害者に対する態度尺度: この尺度は30項目からなり, アメリカで開発された精神障害者に対する態度についての尺度^{37, 38)}などを参考にして, 岡上ら^{12, 13)}が開発したものである。項目は「精神障害は糖尿病, 高血圧, 心臓病などと同様, 病気の一つである」「精神病院に入院中の患者に投票権を与えるべきではない」などで, 合計点が高いほど精神障害者の受け入れに消極的な態度であることを示している。精神障害者に対する態度尺度の信頼性と妥当性に関しては大島¹⁴⁾が検討している。

④心理的距離尺度: 筆者のオリジナルの指標で看護師と患者との心理的距離を1から10までの目盛りのある直線上に投影することで測定した。質問内容は「あなたと, あなたと一番親しい人との心理的距離を1とした場合, あなたと患者さんとの心理的距離はどのくらいですか。直線上に印をつけてください。」である。香月ら^{1, 2)}により心理的距離尺度の開発および妥当性の検討が行われている。

4. 分析方法

統計解析はSPSS 14.0Jfor Windowsを用いて行った。変数間の比較はMann-Whitney検定を用いて分析した。心理的距離と他の変数との相関関係はSpearman順位相関係数を用いた。また, 重回帰分析を用いて心理的距離と他の変

数との関係を分析した。

5. 倫理的配慮

本研究は, 筆者の所属する新潟大学医学部倫理委員会の審査を経て行われ, 質問紙配布に際しては対象病院管理者の許可を得て行った。対象者への研究目的の説明は, 質問紙配布時に紙面をもって行われ, その中で研究への参加は自由意志であることを明記した。研究参加への同意は, 返信をもって得たものとした。質問紙調査への参加は完全に任意であり, 無記名であるため個人は特定されない配慮を行った。

VI. 結果

1. 対象者の特徴

対象となった281名は, 男性100名(36.6%)女性175名(62.3%), 6名については不明であった。臨床経験年数の平均(\pm SD)は 18.1 ± 10.4 年, 精神科経験年数は 11.9 ± 9.7 年であった。また, 193名(68.7%)は看護師で74名(26.3%)は准看護師であり, 14名については不明であった。対象の中で, 136名(48.4%)は開放病棟に勤務しており, 145名(51.6%)は閉鎖病棟に勤務していた。

2. 心理的距離尺度得点について

延べ562名分の心理的距離尺度の平均得点(\pm SD)は 6.8 ± 2.1 であり, 得点分布は図2のようになっている。分布は正規性の検定($\chi^2=158.3, \chi^2(0.95)=14.0$)により正規分布はしていないことが確認された。

心理的距離は, 性別, 資格, 病棟の患者かどうか, 担当患者かどうかによつての差はなかったが, 閉鎖病棟か開放病棟かによつては有意な差が見られた(Mann-Whitney test, $p=0.003$, 表1)。また, 心理的距離は対象者の看護経験年数, 精神科経験年数とは有意な負の相関があったが, 患者との関わり期間との間に有意な相関はなかった(表2)。

3. 心理的距離と他の尺度との関係

心理的距離と今回用いた尺度との関係を表2に示した。心理的距離は精神障害者に対する態度尺度とは有意な正の

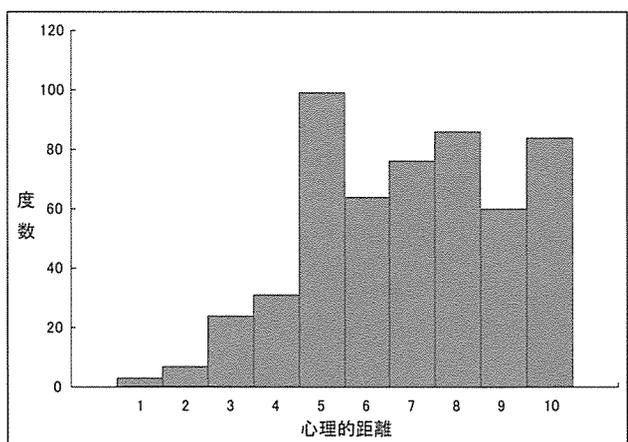


図2 心理的距離の度数分布

相関があった ($r=.12, p<0.001$)。NASの下位尺度である「敵意」「批判」とも有意な正の相関があり (それぞれ $r=0.158, r=0.301, p<0.0001$)、反対に「肯定的言辞」とは負の相関があった ($r=-0.429, p<0.0001$)。FCJについては、下位尺度の

「拒絶」「遠い距離」「巻き込まれ」とは有意な正の相関があり (それぞれ $r=0.16, r=0.167, p<0.0001, r=0.135, p<0.001$)。反対に「役立ち感」「親密感」とは有意な負の相関があった (それぞれ $r=-0.345, r=-0.361, p<0.0001$)。

4. 心理的距離の重回帰分析

心理的距離と統計的に有意な関係があった項目 (看護経験年数、精神科経験年数、閉鎖病棟・開放病棟の別、精神障害者に対する態度尺度、NASの各下位尺度、FCJの各下位尺度) について重回帰分析を行った (表3)。その結果、「NAS- 肯定的言辞」との β 標準偏回帰係数は -0.334 、「FCJ- 親密感」とは -0.213 、閉鎖・開放病棟の別とは -0.170 であり、心理的距離との間に強い有意な回帰があることが示された ($p<0.0001$)。精神科経験年数との β 標準偏回帰係数は -0.124 、「FCJ- 遠い距離」では 0.123 であり、心理的距離との間に有意な回帰が認められた ($p<0.05$)。また、重回帰分析の寄与率は 25.2% であった。

表1 心理的距離の各属性間の比較 (Mann-Whitney 検定)

	心理的距離			
	n	平均ランク	p値	有意性
男性	196	261.6	0.982	ns
女性	326	261.3		
看護師	374	255.9	0.530	ns
准看護師	132	246.7		
閉鎖病棟	279	271.8	0.003	s
開放病棟	229	233.3		
病棟の患者	463	263.7	0.744	ns
病棟外の患者	65	270.2		
担当患者	357	265.7	0.549	ns
担当以外	168	257.2		

表2 心理的距離と各尺度得点の相関 (Spearman 順位相関係数)

	心理的距離 (相関係数)	
看護経験年数	-0.106**	
精神科経験年数	-0.101**	
関わり期間	-0.042	
精神障害者に対する態度尺度	0.120***	
NAS	敵意	0.158****
	批判	0.301****
	肯定的言辞	-0.429****
FCJ	拒絶	0.160****
	遠い距離	0.167****
	役立ち感	-0.345****
	親密感	-0.361****
	巻き込まれ	0.135***

NAS: Nurse Attitude Scale, FCJ: Feeling Checklist Japanese version

** $p<.01$ *** $p<.001$ **** $p<.0001$

表3 心理的距離に関する重回帰分析 (調整後 $R^2=0.252$)

	心理的距離 (β 標準偏回帰係数)	
看護経験年数	-0.078	
精神科経験年数	-0.124*	
閉鎖・開放	-0.170****	
精神障害者に対する態度尺度	0.087	
NAS	敵意	-0.017
	批判	0.051
	肯定的言辞	-0.334****
FCJ	拒絶	-0.136
	遠い距離	0.123*
	役立ち感	0.020
	親密感	-0.213****
	巻き込まれ	0.009

NAS: Nurse Attitude Scale, FCJ: Feeling Checklist Japanese version

* $p<.05$ **** $p<.0001$

VII. 考 察

1. 心理的距離尺度の妥当性について

心理的距離は、あいまいな概念であるが、精神科臨床では日常的に使われており、看護師の患者に対する心理的距離の構造を明確にすることは意義のあることといえる。筆者らは心理的距離を測定するのに投影法的手法を用いて研究を行った。

結果は、心理的距離の得点分布は正規分布していなかった。他の尺度との相関関係では (表2)、「精神障害者に対する態度尺度」「NAS- 敵意」「FCJ- 拒絶」「FCJ- 遠い距離」「FCJ- 巻き込まれ」とは統計的には有意であったが相関係数は低くほとんど相関があるとはいえなかった。しかし心理的距離尺度得点は、「NAS- 批判」とは有意な正の相関がみられ、反対に「NAS- 肯定的言辞」「FCJ- 役立ち感」「FCJ- 親密感」とは有意な負の相関がみられた。NASでは、「批判」「敵意」は看護師の患者に対する否定的な感情態度を示し、「肯定的言辞」は患者に対する肯定的な感情態度を示している。香月らによる先行研究²⁾でも、心理的距離は「NAS- 批判」とは正の相関がみられ、「NAS- 肯定的言辞」とは負の相関がみられており、今回と同様の結果となっている。FCJに関しては「役立ち感」「親密感」は患者に対する陽性逆転移を示していると考えられる。

山口ら¹⁰⁾は、心理的距離を「ある人とある人との間に存在する二者間の親密度・親和性・親近感の度合いや程度を表す概念」と定義している。他の心理的距離に関する研究でも親密度が高い方が心理的距離が近いと定義している。今回の結果は、これらの定義や先行研究からの予測に沿っており、このことは、筆者らの開発した心理的距離尺度の構成概念妥当性を示唆している。

2. 心理的距離の構造

本研究では、心理的距離の構造を解明するために、予測される構成要素と心理的距離との関係性をみているが、その中で、心理的距離尺度、NAS、FCJは特定の看護師と患者との関係性を評価するものであり、その他のものは看護師の特性を評価しているものである。今回の心理的距離の重回帰分析の結果は、寄与率25.2%であり、このことは今回ここに挙げた独立変数はある程度心理的距離モデルを説明していることを示唆している。

重回帰分析で心理的距離と有意な正の回帰があったものは、「FCJ-遠い距離」であり、負の回帰があったものは、「NAS-肯定的言辞」「FCJ-親密感」、精神科経験年数であった。また、開放病棟か閉鎖病棟であるかも心理的距離に影響していた。しかし、看護経験年数、精神障害者に対する態度尺度、「NAS-敵意」「NAS-批判」、また「FCJ-拒絶」「FCJ-役立ち感」「FCJ-巻き込まれ」については、心理的距離との間に統計的に有意な相関関係は認められたが、重回帰分析では有意な回帰は認められなかった。

これらことをまとめて図3に示した。図は面積の大きいものほど心理的距離への影響が強いことを示している。図3より、心理的距離は、逆転移感情の中でも「FCJ-遠い距離」として表現されるような感情が強いほど遠いことがわかる。反対に感情表出の中の「NAS-肯定的言辞」や逆転移感情の中の「FCJ-親密感」として表現されるような感情が強い看護師ほど心理的距離が近いことがわかる。また、閉鎖病棟であるほど心理的距離は遠く、開放病棟であるほど心理的距離は近くなる傾向があることがわかった。さらに精神科経験年数が長くなるほど、心理的距離が近くなっている。

「FCJ-遠い距離」の質問項目は³⁰⁾、「自分が不適切に感じる」「気まずくて困ってしまう」「挫折感を感じる」「不安になる」などである。このことから、看護師が患者に対して心理的距離が遠いと感じる時は、患者を嫌悪していると

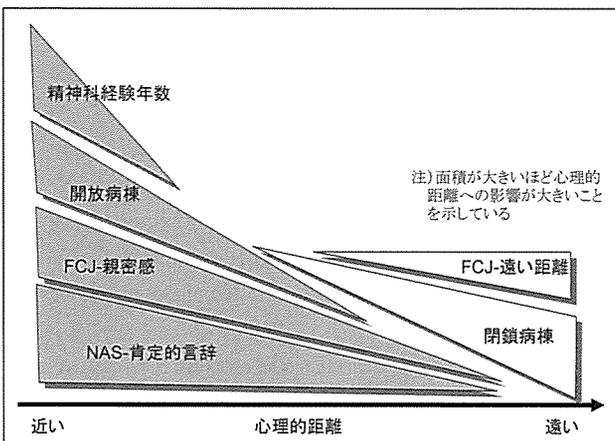


図3 重回帰分析の結果に基づく心理的距離構造の模式化

いうのではなく、むしろ何か患者のために役に立ちたいと思ってはいるが、うまく援助出来ていないという感覚が影響を与えているようである。多くの看護師は患者のために何かしてあげたいという気持ちを持っていると思われるが、それがうまく満たされないときに患者との距離を感じることがある可能性が示唆された。

心理的距離の構成要素の中でも「FCJ-親密感」「NAS-肯定的言辞」は β 標準偏回帰係数の値も大きく、心理的距離の構造に大きな影響を与えていることが示唆された。「FCJ-親密感」の質問項目は、「受容的な気持ちになる」「同情的な気持ちになる」「母のような気持ちになる」であり、「NAS-肯定的言辞」の質問項目は、「大変親密に感じる」「私と上手くやっついていこうと試みている」などである。このことから看護師が患者に対して心理的距離が近いと感じる時は、患者を大変親しく感じているときであると考えられる。

今回の研究では、24時間施設している病棟を閉鎖病棟、部分的にでも開放している病棟は開放病棟と定義して解析しているが、閉鎖病棟の患者であるか開放病棟であるかが心理的距離に影響を与えているところを見ると、心理的距離は看護師側の心理的特性だけでなく、患者の病状によっても影響を受けていることがわかる。Holmqvist^{33,34)}は、スタッフの患者への逆転移感情はDSM-VIによる診断名では明確な違いが見られなかったが、病状を査定する半構造化インタビューを用いて患者を3群 (borderline personality organization, psychotic personality organization, neurotic personality organization) に分けた場合、スタッフの逆転移感情の一部に群間で有意な差が見られたと報告している。また、Melchiorら³⁹⁾の精神科看護師のバーンアウトの特徴についてのメタアナリシスでは、精神科看護師のバーンアウトの特徴として、患者からの暴力があることや自殺念慮のある患者の対応があること、患者との関係を築き、それを保つこと自体にエネルギーを使い続けることなどが挙げられている。閉鎖病棟にいる患者は、比較的病状が重く不安定であることが考えられる。そのような特徴のある患者との援助関係を築くとき、看護師は防衛として心理的にも物理的にも近づきすぎないように一定の距離を保つように患者との関係性をコントロールしている可能性が考えられ、それが今回の結果に現れたのではないかと推測される。

精神科経験年数も心理的距離に影響を与えており、精神科看護経験を重ねることで心理的距離は近くなっている。結果では、看護経験年数と心理的距離には有意な関係がない。このことから、看護師は特に精神疾患患者と関わるときの違和感や不安が、経験を積むことで軽減されるのではないかと考えられる。また、経験を重ね、精神

疾患患者に対して適切な援助ができるようになることで患者のために役立っているという感情を持ちやすく、患者の良い面を見る力がつくことで肯定的感情を持ちやすくなるためではないかと考えられる。

まとめと臨床応用の可能性

以上の結果の臨床への応用としては以下のようなことが挙げられる。看護師が患者との心理的距離が遠いと感じているときは、患者のために援助したい気持ちはあるが、技術不足や知識不足、経験不足等で患者と思うように関わっていない可能性がある。この状態はチームやスーパーバイザーからのサポートが必要であることを示している。反対に、患者との心理的距離が近いと感じているときは患者に対して親密感を持っているときであるが、前述にあるように、「FCJ-親密感」の質問項目は看護師の感情としては極めて個人的なものである。暖かい気持ちで患者と接することは看護師には大切な資質であるが、行過ぎると患者の依存を助長し自立の可能性を削ぐことになりかねない。看護師は心理的距離が近いと感じているとき程、自分の関わり方や愛他的な感情を吟味する必要があるだろう。また、看護師が感じる心理的距離には患者の病状が大きく影響していることから、常に患者の精神症状の正確なアセスメントは重要であると考えられる。

研究の限界と今後の課題

今回、心理的距離を測定した尺度は、患者との心理的距離を投影法的手法を用いて簡易的に10段階で測定しているものである。心理的距離という大きく複雑な概念を測定するものとしては十分でないことが考えられ、そこにこの研究の限界がある。また、患者の病状、看護師の性格特性等も正確に評価しておらず、今後の課題として残る。しかしながら、今回得られた統計的データの結果は、実際の臨床上の実感に沿っていることから、心理的距離概念の一部をとらえているのではないかと考えられる。対象は日本の2精神科病院からであるため、地域性により偏りがあることが考えられ、今後はさらに広い地域でのサンプリングを行っていくことが必要である。

謝 辞

本調査にご協力してくださった医療機関のみなさまに心よりお礼申し上げます。

研究の遂行にあたって全般にわたりご指導いただきました新潟大学医学部保健学科の後藤雅博教授、新潟大学大学院歯学総合研究科の染矢俊幸教授に深く感謝いたします。

なお、この研究は文部科学省科学研究費の助成を受けたものです。(No.16791428)

要 旨

看護師の患者に対する心理的距離の構造を明らかにすることは、よりよい治療援助関係を築くための手がかりになると考えられる。今回は、心理的距離の主要構成要素を逆転移、感情表出、偏見と予測し、看護師281名を対象に1) Nurse Attitude Scale (NAS), 2) Feeling Checklist Japanese version (FCJ), 3) 精神障害者に対する態度尺度, 4) 心理的距離尺度の4尺度を用いて質問紙調査を行った。心理的距離に関する重回帰分析の結果、有意な正の回帰があったものは、FCJ-遠い距離で、負の回帰があったものは、NAS-肯定的言辭、FCJ-親密感、精神科経験年数であった。また、開放病棟か閉鎖病棟であるかも大きく影響しており、閉鎖病棟であることは心理的距離が遠くなる要因になっており、開放病棟であることは心理的距離が近くなる要因になっていることが示唆された。

Abstract

Psychological Distance is an unclear concept in the nurse-patient relationship. In this research, we sought to clarify what the Psychological Distance is in the nurse-patient relationship.

We applied four questionnaires in 281 psychiatric nurses: 1) Nurse Attitude Scale (NAS), 2) Feeling Checklist Japanese version (FCJ), 3) Attitude scale toward patient with mental illness, and 4) Psychological Distance Scale. The NAS measures nurses' Expressed Emotion (EE). The FCJ is a self-report questionnaire for the assessment of nurses' countertransference toward patients. The Attitude scale toward patient with mental illness measures the social distance between people and patients with mental illness. In the Psychological Distance Scale, the scale we devised originally for this investigation, we ask questions in ten phases on a scale from 1 to 10 in various situations assuming that the most friendly psychological distance is 1.

Multiple regression analysis showed significant associations between Psychological Distance and the core model variables. A positive association between psychological distance and FCJ-Distance was observed. Conversely, a negative association between Psychological Distance and NAS-Positive Remarks, FCJ-Closeness, and years of psychiatric nursing experiences was seen. Moreover, data showed that nurses working on open wards tended to affect close Psychological Distance with patients.

文 献

- 1) Katsuki, F., Goto, M. et. al. : Expressed Emotion and Psychological Distance of Psychiatric Nurses. XVIII World Congress of World Association for Social Psychiatry, Kobe, Japan, p245, 2004.
- 2) 香月富士日, 後藤雅博, 他 : 患者 - 看護師間の心理的距離を構成する要素. 日本社会精神医学会雑誌, 15, 3-11, 2006.
- 3) Katsuki, F., Goto, M. et. al. : A study of emotional attitude of psychiatric nurses -Reliability and validity of the Nurse Attitude Scale-. Int. J. Ment. Health Nurs., 14, 265-270, 2005.
- 4) Katsuki, F., Goto, M. et. al. : Countertransference to psychiatric patients in clinical setting; Development of the Feeling Checklist Japanese version, Psychiatry Clin. Neurosci., 60, 727-735, 2006.
- 5) 野本文幸 : 「心理的距離テスト」の試み - 摂食障害45例, 他の非精神病性疾患45例, 正常対照群286名の比較 -, 精神医学誌, 39(4), 403-413, 1997.
- 6) 山根一郎 : 心理的距離と面識度水準の効果にもとづく対人経験の分析, 心理学研究, 57(6), 329-334, 1987.
- 7) 山根一郎 : 対人心理的距離のモデル化, 椋山女学院大学研究論集, 26, 1-13, 1995.
- 8) 山口正二, 原野広太郎 : 心理的距離の測定および変容に関する基礎的研究 - 生徒の性格特性と教師との心理的距離の関連性 -, 行動療法研究, 18(2), 87-96, 1992.
- 9) 山口正二, 平田修太郎, 他 : 生徒と教師の心理的距離に関する実証的研究 - 授業形態および生徒の呼称の視点より -, カウンセリング研究, 36, 221-230, 2003.
- 10) 山口正二 : 生徒と教師の心理的距離に関する実証的研究 - 最適な心理的距離・自己概念・学校適応からの検討 -, カウンセリング研究, 37(1), 8-14, 2004.
- 11) 草田寿子, 山田裕紀子 : 家族関係単純図式投影法の基礎的研究 VI - 夫婦間の心理的距離に関する認知のズレと家族 -, 人間科学研究 (文教大学人間学部), 20, 123-127, 1998.
- 12) 岡上和雄 (代表) : 精神障害者福祉基盤研究会, 精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査, 三菱財団社会福祉助成金報告書, 1984.
- 13) 岡上和雄, 石原邦雄 : 「精神障害 (者)」に対する態度と施策への方向づけ, 社会保障研究, 21, 373-385, 1986.
- 14) 大島巖 : 精神障害者に対する一般住民の態度と社会的距離尺度 - 東京都民に対する意識調査から -, 精神保健研究, 38, 25-37, 1992.
- 15) 牧田潔 : 統合失調症に対する社会的距離尺度 (SDSJ) の作成と信頼性の検討, 日本社会精神医学会雑誌, 14, 231-241, 2006.
- 16) 鈴木千衣 : 小児がん患者 - 看護婦関係における看護婦の心理的な距離感の構成因子と意味, 看護研究, 31, 179-187, 1998.
- 17) O' Toole, A W., Welt, S R. / 池田明子, 他, 訳 : ペプロウ看護論 - 看護実践における対人関係理論 (第1版), 医学書院, 東京, 1996.
- 18) O' Kelly, G. : Countertransference in the nurse-patient relationship -A review of the literature, J. Adv. Nurs., 28, 391-397, 1998.
- 19) Rayner, G C., Allen, S L. et. al. : Countertransference and self-injury; a cognitive behavioural cycle, J. Adv. Nurs., 50(1), 12-19, 2005.
- 20) Evans, A M. : Transference in the nurse-patient relationship, J. Psychiatr. Ment. Health Nurs., 14, 189-195, 2007.
- 21) Ball, R A., Moore, E. et. al. : Expressed Emotion in community care staff: A comparison of patient outcome in a nine month follow-up of two hostels, Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol., 27, 35-39, 1992.
- 22) Moore, E., Ball, R A. et. al. : Expressed Emotion in staff working with the long-term adult mentally ill, Br. J. Psychiatry, 161, 805-808, 1992.
- 23) Moore, E., Kuipers, L. : Behavioural correlates of expressed emotion in staff-patient interactions. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol., 27, 298-303, 1992.
- 24) Moore, E., Kuipers, L. et. al. : Staff-patient relationship in the care of the long-term mentally ill. A content analysis of expressed emotion interviews, Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol., 27, 28-34, 1992.
- 25) Finnema, E J., Louwerens, J W. et. al. : Expressed Emotion on long-stay wards, J. Adv. Nurs., 24, 473-478, 1996.
- 26) Willetts, L E., Leff, J. : Expressed emotion and schizophrenia; the efficacy of a staff training programme, J. Adv. Nurs., 26, 1125-1133, 1997.
- 27) Van Humbeeck, G., Van Audenhove, Ch. et. al. : Expressed emotion in staff-patient relationships; the professionals' and residents' perspectives, Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol., 36, 486-492, 2001.
- 28) Leff, J., Vaughn, C. / 三野善央, 牛島定信訳 : 分裂病と家族の感情表出, 金剛出版, 東京, 42-93, 1991.
- 29) Kavanagh, D J., O' Halliran, P. et. al. : The Family Attitude Scale: reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families, Psychiatry Res., 70, 185-195, 1997.
- 30) 香月富士日, 後藤雅博, 他 : 精神科臨床スタッフの感情表出に影響を与える要因 - Nurse Attitude Scaleの信頼性・妥当性と下位尺度の意味するものについての検討, 精神医学誌, 49(2), 119-127, 2007.
- 31) Holmqvist, R., Armelius, B- Å. : Emotional reactions to psychiatric patients: Analysis of a feeling checklist, Acta Psychiatr. Scand., 90, 204-209, 1994.
- 32) Holmqvist, R. : Countertransference in milieu therapy-how much do the therapist's feelings change over time?, Psychiatric Care, 5, 130-137, 1998.
- 33) Holmqvist, R. : The influence of patient diagnosis and self-image on clinicians' feelings, J. Nerv. Ment. Dis., 186, 455-461, 1998.
- 34) Holmqvist, R. : Staff Feelings and Patient Diagnosis, Can. J. Psychiatry, 45, 349-356, 2000.
- 35) Armelius, K., Holmqvist, R. : Staff members' feelings toward psychiatric patients related to their own and the patient's self-image and gender, Scand. J. Psychol., 44, 69-77, 2003.
- 36) Holmqvist, R., Armelius, K. : Association between psychiatric patients' self-image, staff feelings towards them, and treatment outcome, Psychiatry Res., 128, 89-102, 2004.
- 37) Chohen, J., Strueng, E L. : Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals, J. Abnorm. Soc. Psychol., 64, 349-360, 1962.
- 38) Gilbert, D C., Levinson, D J. : Custodialism and humanism in staff ideology. The patient and the mental hospital, Glencoe III, Free Press, 20-35, 1957.
- 39) Melchior, M E W., Bours, G J J W. et. al. : Burnout in psychiatric nursing; a meta-analysis of related variables, J. Psychiatr. Ment. Health Nurs., 4, 193-201, 1997.

[平成20年4月15日受 付]
[平成20年11月25日採用決定]

看護大学生が看護職を自己の職業と決定するまでのプロセスの構造

A Structure of the Process by which the Baccalaureate Nursing Students Selection of a Career in Clinical Nursing

白鳥 さつき
Satsuki Shiratori

キーワード：看護大学生，専門職社会化，看護職の選択

Key Words : baccalaureate nursing student, professional socialization, selection of a career in clinical nursing

I. はじめに

2007年，看護系大学は飛躍的に増加し，158校となった¹⁾。高等教育機関である大学は，社会の変化に応じて期待される質の高い看護師を養成するという役割を果たさなければならない。しかし，近年，池上²⁾が指摘するように必ずしも看護師を目的としない入学生の増加も予測される。多様な価値観を持つ現代の学生が，将来の職業への興味を結晶化し，看護師像を肯定的に内在化できるよう支援することは，教育効果にも大きく影響するものと考えられる。これは教育機関が専門職への社会化のAgent³⁾として担うべき重要な役割でもあるといえる。米国では1970年代より看護学生，看護師の専門職社会化について，重大な論点として研究され，論議されてきた。専門職社会化は公的な看護教育を受けて始めて開始されるプロセスであり，学部教育の主要な目的となっている^{4~5)}。専門職社会化のプロセスを具体的に提示したのはHinshaw⁶⁾，Cohen⁷⁾らである。しかし，看護の持つ複雑性から統一した概念は示されてこなかった。看護学生が専門職者としての意識や規範を内在化させるのは臨床実習が最も期待できる教育形態であることをDobbs K⁸⁾，Goldenberg, D⁹⁾らが実証している。日本では看護学生，看護職者の職業的アイデンティティに関する研究が進められてきた^{10~13)}。

また近年，大卒看護師の離職率の高いことが問題として取り上げられている。2004年，日本看護協会調査では，新卒看護師の離職率が全体の9.3%であったことが報告されている¹⁴⁾。一人前の看護職者として組織に適応し，高等教育による能力を発揮できるようになる前に離職してしまうことは，社会にとって大きな損失であろう。看護師として社会参加することへの責任感や自覚を持ち，看護の魅力に傾倒するに至るまでにはどのような支援と環境が必要とされているのだろうか。これらを明らかにすることは，組織

に参入してきた新人看護師の個々の潜在能力を引き出し，自信を持たせ，様々なリアリティショックを和らげる方略を得ることができると考える。新卒看護師の教育はもはや各施設の努力に頼るには限界に達しているといわれている¹⁴⁾。これからの看護教育は長期的な視野に立ち，教育機関における「職業への社会化」から組織における「職業による社会化」まで一貫した教育システムの構築を視野に入れた検討が急務であると考えられる。

II. 研究目的

本研究は看護大学生が臨床看護職を自分の職業として選択し，決定するまでの専門職への社会化のプロセスモデルを構築する。

III. 研究方法

1. データ収集期間

平成15年10月～平成16年3月の6ヶ月間に各3回（今回は初回分を分析した）

2. 調査対象者

調査対象者とその背景は表1を参照。平成15年看護系大学に在籍した4年次で，卒業後，看護職者（看護師12名，助産師1名）として働くことを予定している13名で，県立・国立大学の3大学から公募した。社会人経験のある学生は除外した。

3. インタビュー内容

1) インタビュー方法：半構造化面接法にてインタビューを実施し，許可を得て会話の内容をMDに録音した。

2) 内容：看護学生から臨床看護職者への移行期において，看護専門職としての社会化における個人的要素，また環境との相互作用における影響などを明らかにする目的でインタビューを行った。看護職を将来の職業と決定するま

では幼少時の家庭環境や医療と関わりの有無など、個人的体験による影響が大きいと考え、幼少時からのエピソードもインタビュー内容に加えた。

4. 分析方法

1) 分析方法

(1) インタビュー結果はKrippendorff¹⁵⁾の解説している内容分析の手法を用いた。

本研究の特徴は個のプロセスにおける特徴を明らかにし、各事例に共通する要素を明らかにすることである。プロセスにおける現象を概観し、現象における主要要素と出来事を明らかにすることを目的とした。Beleson¹⁵⁾が手法とする内容分析は、分析対象を言語的コミュニケーションとし、データの解釈、推論の余地を与えず定量的なとらえ方に限定し、行間を読むという複雑な要素を持たない。本研究では、半構造化面接法にてインタビューを実施しており、インタビューすることそのものが研究者のこれまでの経験と知識を持って介入することであり、そこにシンボリックな相互作用が生ずると考え、Krippendorffが解説している内容分析の方法に合致していると考えた。

2) 分析手順：Minidiskを起こしてインタビュー内容を逐語録とした。

(1) 逐語録の処理：会話の内容をテーマごとに分析単位として要約した。

(2) 参加者全員の社会化に共通したプロセスを描く：それぞれの経験を類似性・異質性を見ながら分類し、各カテゴリー間の関連を見た。さらに時間的経過にそって関連するカテゴリーを検討した。

(3) 信頼性・妥当性の確保：分析は臨床経験10年、教員経験3年の大学院生(看護学)の協力を得た。また質的研究に精通した教授に分析過程でスーパーバイズを受け

た。さらに協力を得られた調査対象者4名にメンバーズチェックを受けた。逐語録をコード化したデータと構造図を呈示し、自分の語った経験が表現されているかどうか、解釈の一致率を見た。結果、全員の同意を得た。

5. 倫理的配慮

研究協力の申し出のあった学生に対して、研究内容および研究参加による利益・不利益を説明した。さらに研究参加への拒否・中断の自由、参加の有無によって不利益を被らないこと、プライバシーの保護、匿名性、データは他の研究に利用しないことなどを、書面をもって説明し同意書を得た。また研究者が所属する機関の倫理委員会の承認を得た。

6. 用語の定義

専門職社会化：本研究では看護における職業文化のなかで培われてきた専門的知識・技術、専門職としての規範、行動様式を自己に内在化させていく過程、専門職業人に自己を同一化させていく過程と定義する。

IV. 結果

1. 対象者の概要

対象は13名で女性10名、男性3名で、平均年齢は21.46 (SD=0.77) 歳であった。事例3は看護短期大学を卒業後に大学に編入学をしたため、既に看護師国家資格を得ていた(働いた経験はなし)。事例6は大学受験で1年予備校に通っていたため、年齢が一つ上である。所属大学は事例1, 3, 8がA大学、事例2, 6, 7, 11, 13がB大学、事例4, 5, 9, 10, 12がC大学であった。資格は国家試験に受ければ全員が看護師と保健師の資格を得ることができ、事例11は加えて助産師の資格を得ることができる。また、事例3は他大学との単位互換制度を利用して第2種養護教諭の資

表1 調査対象者の背景一覧表

事例	性別	家族構成	年齢	出身大学	近親の医療従事者	学生時代の希望職種 (あるいは診療科)
1	女	両親、妹2人、私	21	A大学	妹が短大を出て看護師 従姉妹2人が看護師	将来は(技術を学んで)保健師
2	男	両親、姉、双子の兄、私	22	B大学	なし	高齢者と関わりたい
3	女	両親、私	23	A大学	なし	とりあえず臨床看護師
4	男	両親、私	23	C大学	なし	精神科
5	女	両親、私	21	C大学	なし	老人に関わる領域
6	男	両親、祖母、妹、私	21	B大学	なし	小児科
7	女	両親、姉、弟、私	21	B大学	姉が准看護師 叔母が看護師	青年海外協力隊 (看護師として)
8	女	両親、祖母、弟2人、私	21	A大学	なし	(将来は)訪問看護師
9	女	両親、弟、妹、私	21	C大学	なし	手術室
10	女	祖母、両親、弟、妹、私	21	C大学	母親が看護師	外科病棟か手術室
11	女	両親、祖父母、弟、私	21	B大学	なし	助産師
12	女	両親、姉、弟、私	21	C大学	姉が看護師	精神科
13	女	両親、兄、姉、私	22	B大学	遠い親戚に看護師が一人	身体障害者施設

格を得ていた。

希望する職種は事例1が、臨床看護師の経験を積んでから保健師を希望していたが、他の対象者は全員が看護師、助産師（事例11）を希望していた。

2. 分析結果

結果は、総コード数1121で、サブカテゴリ15、カテゴリ10が抽出された。カテゴリは1【生育環境による看護師のイメージ化／非イメージ化】、2【看護の積極的選択／消極的選択】、3【教員・臨床指導者・スタッフとの関係】、4【看護職への適性に自信を喪失させた体験】、5【看護へと傾倒した体験】、6【自己の振り返り】、7【専門職性の発展】、8【看護専門職と自己価値の統合】、9【迷い・惑い】、10【臨床看護職の選択】であった。表記は【】カテゴリ、<>サブカテゴリ、“”対象者の語りを示した。

1) カテゴリ1【生育環境による看護師のイメージ化／非イメージ化】

看護職のイメージは対象者の生育環境と幼少時の医療体験によって影響を受けており、看護職に対するイメージは様々である。親・姉妹が看護職者である場合、比較的現実に近い姿を見ていることになるが、大変な仕事だと思われても当事者が看護に対して誇りを持っていれば肯定的なイメージを内在化させていた（事例1, 10）。近親に看護職者がいない例ではメディアが扱う看護師像に憧れ、理想化していた（事例11）。

事例10：“うちのお母さん3人目が産まれて1回看護師辞めたんですね。あたし長女なんですけど。でも、10年くらいしてから、またやりたい、って言い出して、そんなに好きなのかなって”

幼いころ医療に関わった体験、例えば入院時に看護師に優しくされた体験などは、肯定的なイメージ化に影響していた（事例5, 12）。入院体験がない場合は、周囲の一般的なステレオタイプな看護師像（きつい、汚い、危険、夜勤がある、女性の仕事など）に影響を受けていた（事例5, 6, 11）。また、中学生のときに友人の死を体験した対象者は、その後の進路に影響を受け、看護師を目指そうという思いが芽生え（事例2）、従妹の出産を身近に体験した対象者は、生命の誕生に関わる助産師に憧れを持つようになった（事例11）。

2) カテゴリ2【看護の積極的選択／消極的選択】

このカテゴリは大学入学時に看護学部を選択した時の状況や対象者の気持ちを表している。幼い頃、本を読んで看護職者に憧れたり、看護職者として社会貢献を夢見たりした、という場合は、周囲に反対されても自分の意志で看護に進むことを決定していた（事例1, 2, 7, 8, 9, 10, 12, 13）。これを積極的選択とした。医師や薬剤師、臨床

心理士などを目指していたが高校の成績で断念したり、受験に失敗していたり、親の勧めで何となく、という場合は消極的選択（事例4, 6, 11）とした。

3) カテゴリ3【教員・臨床指導者・スタッフとの関係】

対象者は新しい環境に入り、看護の世界にはじめて接する。難解な哲学や倫理学など看護と結び付けて考えることのできない授業や、高校時代と変わらないびっしり詰め込まれた余裕のないカリキュラムへの不満（事例8, 11）、生まれてはじめての圧倒的多数の女性社会で、混乱し、動揺していた男性対象者の戸惑いなどが語られた（事例2, 6）。一方で臨床指導者を通して看護の魅力に触れ、新鮮な驚きを覚えた対象者（事例4）もいた。

<看護の方向性を示せない教員・臨床指導者>は学生に対して教育的な対応ができず、結果として看護の魅力を示せなかった教員や臨床指導者の存在である。実習では臨床指導者から、その日の気分で理由もなく怒られたり（事例12）、学生に冷たい看護師が教師の前で態度を変えたり（事例13）、いつも看護師の冷たい対応に病棟では常に緊張していた（事例11）などが語られた。特に傷ついた体験は、失敗をグループメンバーの前で指摘した教員の配慮のなさであった（事例1, 12）。

事例12：“ケースカンファレンスのときに問題を挙げて、関連因子を書くところがあるじゃないですか、（略）それを見て“馬鹿じゃないの、これは教員にアセスメントしろってことなの”っていう風に言われて、すごく傷ついた”

<理想の役割モデル>では、対象者はそれぞれが、実習で臨床指導者や病棟看護師の看護実践場面を観察し、様々な評価をしていた。患者から評判が良い、常に冷静な看護師への憧れ（事例10）、患者に対して思いやりの深い看護師への共感（事例13）、テキストに書かれていないような処置を工夫した看護師への尊敬（事例12）などの体験が語られた。

実習で受け持ち患者のケアに必ず一緒に入り、実践場面で技術の見本を見せたり、一緒に考えてくれた教員や指導者には好意を抱き、安心して実習に臨んでいた（事例2, 5, 9）。

<現実の看護実践を批判的に観察>では、対象者が臨床における看護師の患者ケアを観察し、批判的に分析している状況を示した。特に、患者に冷たい対応をする看護師に対しては否定的な感情をもっていた（事例11, 13）。

4) カテゴリ4【看護職への適性に自信を喪失させた体験】

<実習への否定的感情をもたらした体験>では実習体験によってプライドを傷つけられたり、無能感に陥った状況を示した。糖尿病の受け持ち患者に食事制限の必要性を指導したが食事制限を守ってもらえなかった（事例8, 10）、

プライドの高い受け持ち患者から排泄ケアを拒否された(事例8)、患者にバイタルサイン測定をしようとベッドサイドに行ったら、血圧計ごと手で撥ね退けられた(事例5)などが語られた。このように受け持ち患者の問題を解決できなかった体験は看護職への適性に自信を喪失させ(事例2, 5, 6, 7, 10)、二度と患者のところに行きたくない、もう大学を辞めたくなくなったと追い詰められた気持ちを語った。

事例10：“糖尿の人で、透析もしていて、何度も説明を受けているから理解はしているんですけど、でもやっぱり食べちゃって。で、結局、全体像もつかめなくて辛かった、看護婦さんにも‘結局何したの?’とか言われて。‘何もしてないじゃん、’って言われましたね。で、こんなことが続くんだったらもう嫌だなって。”

また、実習記録も否定的な感情をもたらした体験として語られた。教員によって書式やまとめ方、パソコン使用など求めることが異なって苦勞した(事例1)、指導されても上手くかけなかった(事例1, 5, 10)、患者さんとはうまくいったのに記録だけが追いつかず、嫌な思い出が残った(事例8)、助産実習で、記録だけで厚いファイル2冊になった(事例8)、ほとんど徹夜した(事例3, 7, 12)などが語られた。

<深刻なコミュニケーション能力の問題>は、患者や教員との関係性がうまく構築できずに悩む対象者の姿を示した(事例1, 4, 5, 8, 11)。もともと対人関係が苦手と感じていた対象者(事例1)は、実習で患者と話ができず、苦しんでいた。またその苦手意識が次の実習で思い出され、再び患者と関係性を築けない結果となり、悪循環となっていた。

<男子学生への現場のステレオタイプな反応>は男性対象者にとっての葛藤である。臨床実習で女性患者に受け持ちを拒否されたショックが語られた。臨床の場におけるスタッフや患者の反応で改めて‘看護は女性の世界’ということを実感させられていた。

5) カテゴリー5【看護へと傾倒した体験】

学生たちにとって臨床実習での喜び、やりがいは患者との関わりから得られる肯定的なフィードバックである。自分が実践したケアの効果が現れる、患者の感謝の声が聞かれる、などは看護師としての現実体験を意味し、看護へと傾倒する要因となっていた。これは<役割シミュレーション>にあたり、対象者は看護職者としての役割が果たせたことを、患者を通して実感していた(事例2, 7, 6, 7, 8, 9, 11)。

事例7：“成人の外科の実習の時に、入院から退院までちゃんと見れたんですよ。で、最後すごく感謝の言葉をいただいて、本当にすごく心から言ってくれてるって感じ

で、すごくそれは嬉しかった。”

また、肯定的なフィードバックを受けることで、受け持ち患者に対して‘私の患者’‘私が何とかしてあげたい’などの感情を抱くようになっていった。つまり患者への感情移入であり、<My Patient¹⁶⁾>という意識の芽生え>がみられた(事例8, 13)。

事例8：“実習で患者は一人しか受け持たないので、すごく自分だけの患者という気持ちになりましたね。看護師さんが自分の受け持ち患者に失礼な態度を取るのを見て、とっても嫌な気持ちになって、それがどうしても許せなかったんですよ。”

事例7は、患者に対して湧き上がる、誰かのために役立ちたいという感情を新鮮に受け止めていた。患者から頼りにされる、感謝されるという体験は学生にとって初めてであり、自分の有能さを実感するとともに相手に個人的な感情を抱きやすい状況となった。この感情はサブカテゴリー<動機づけ(患者からの直接的・間接的学び)>とも関連している。

<動機づけ(患者からの直接的・間接的学び)>では自分の介入によって何らかの成果を得ることができ、有能感を得た状況を示した。実習では学んだ解剖学を活かしただけでなく、心と身体が密接に関連していることに気づいた(事例13)、受け持ち患者に対してリハビリの重要性を気づかせることができた(事例12)、実習が終わっても自分の立案したケアプランが臨床に引き継がれ、寝たきりの患者の自立歩行を可能にした(事例9)などの体験から、さらに勉強しようというモチベーションが高まっていた。

<私を支えた実習グループメンバー>では対象者12名が、実習がつらくてもグループメンバーの支えのお陰でやり通せたと語った。一方で、表面的には仲良く装っても、心の中では何を考えているのかわからず葛藤があったと語った対象者もいた(事例11)。

<インフォーマルな場での学び>は、大学のサークル活動やアルバイト、ボランティア活動から看護に通じる学びを得た状況を示した。アルバイトで接客業を経験した対象者は、怒られたり苦情を言われたりして、客への対応法を学んでいた(事例1, 11)。ボランティア活動では障害者にかかわり、相手と適切な距離を置く重要性や、相手の気持ちになって考える必要性に気づいていた(事例7)。大学のサークル活動では、授業では学べないことを真剣に話し合い、考えることができていた(事例13)。

6) カテゴリー6【自己の振り返り】

【自己の振り返り】では、自分の技術力や足りない知識を振り返り、自分のコミュニケーションの傾向や欠点を苦しみながらも振り返って反省していた(事例4, 6, 12, 13)。自分の失敗から小児科看護に関わるためには、まず

母親への理解と誠意ある対応が必要だと気付いた対象者(事例6)や、家族を失って悲嘆にくれる患者に対応できなかった体験から患者の気持ちに沿うというケアの必要性、その領域の学びの必要性などに気付いた対象者(事例7)、そして個に合ったターミナルケアの必要性に気付いた対象者(事例4)などがいた。看護に大切な要素に気づくとともに、看護専門職の独自性を知り、医師の補助的存在ではないと改めて実感していた対象者もいた(事例8)。

7) カテゴリー7【専門職性の発展】

看護職者を選択したことを誇り、看護専門職は社会貢献できるすばらしい職業であることを学び取っていた(事例7, 8, 9, 11, 12)。看護を誇れるようになるまでには、【自己の振り返り】による看護の学びや気づきがあり、基盤となっていた。

事例8：“大学入る前は、お医者さんの下で働いてみたいイメージが、看護師さんて面倒見てくれる人くらいにしか思ってなかったけど、こんなに専門的に看護師独自の仕事があるんだと思って。”

8) カテゴリー8【看護専門職と自己価値の統合】

このカテゴリーでは将来の自分の職業を看護職者と決定し、その判断を間違っていない、自分がやりたかったこと

と一致している、と確認している(事例2, 7, 10, 11)。自己実現のために具体的な看護領域を実習体験と照らし合わせながら吟味している状況である。

事例11：“今の自分。大学に入ってすごく変わったって自覚してて。それはやっぱり色んな人たちとの出会いがあって、実習っていう体験もあって、他に変わり様があったのかもしれないけど、私は嫌いな部分があるけど、でも好きな自分は好きなので、ほんとに自分を変えてくれたものに感謝している感じ。”

対象者が1時間に及ぶインタビューの中で、幼い頃から自分がどんな職業に憧れ、どのような経緯で今に至ったかを振り返り、語られた内容である。

9) カテゴリー9【迷い・惑い】

看護職に就こうとしている今、自分が望んだ方向と一致しているか振り返り、やはり納得できていない自分を客観視している状況を示した。看護の「消極的選択」をした対象者は、看護職に就くことと自己価値が一致していない感覚が常にあり、諦めたはずの医師の道や、福祉の道などに心が揺らいでいた(事例1, 2, 5, 6)。

事例1：“働き出したら、あ、良かったなって思えるかも知れないし、やっぱ駄目だったかも知れないって、(略)

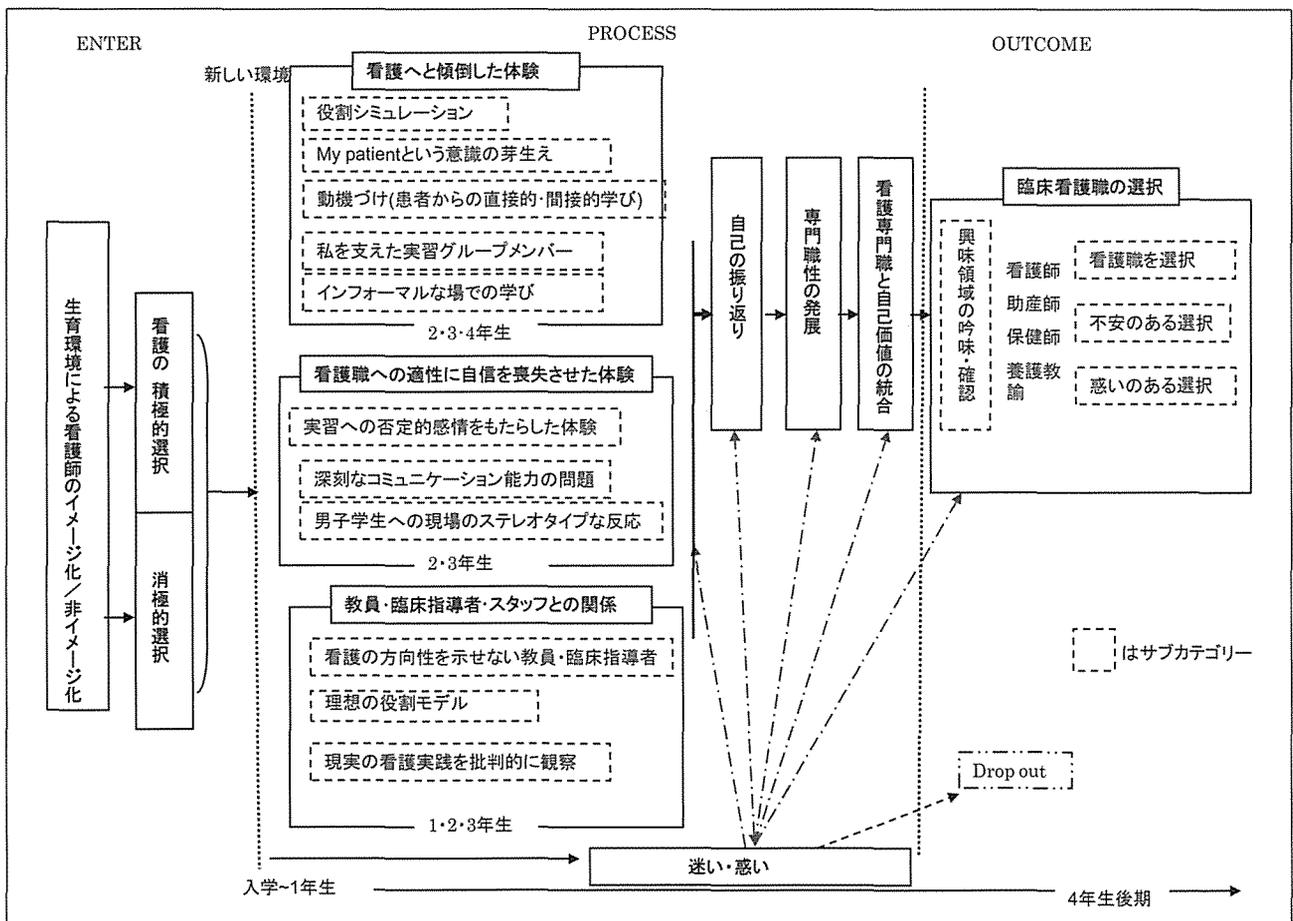


図1 看護大学生が看護職に就くことを決定するまでのプロセスの構造

でも、自分の中では（看護師で）良かったのかなってすごい疑問。不安もありっていう感じ。”

また、男子学生は少数派ゆえに看護職者としての将来に不安を感じていた。

10) カテゴリー 10【臨床看護職の選択】

<興味領域の吟味・確認>は4年生後期で、これまで考えてきた職種、領域を再確認している状況を示した。保健師は最初からまったく念頭になく、最初から看護師と決めていた対象者の方が多数であった（事例1, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13）。<看護職を選択>は積極的に看護師、助産師を選択した状況を示した。

助産師を目指していた対象者（事例11）は、看護師への魅力を感じながらも助産師でやってみると語った。<不安のある選択>は、看護師になることを決めたが能力や体力に自信がない、知識も技術力も不十分でやっていけるのかなどの不安を抱えている状況を示した（事例2, 5）。<惑いのある選択>は、看護職者としての自分の将来と理想の自分とが完全に一致しない状況を示した。看護職を選択することに十分納得ができていない、他の職業への可能性も捨てきれいなかった（事例1, 6）。

11) プロセスの構造化

構造図を図1に示した。得られたカテゴリーを、体験の記述から得たデータについて時間的流れを基に構成した。構造は大きく3つの部分で構成し、第1は専門職社会化のプロセスに入るまでのEnterの部分、第2はProcessそのもの、第3はOutcomeの部分である。時間的・空間的制約を受けないデータに関しては要素間の関連を推論し、位置づけた。

【迷い・惑い】はProcessとせず、絶えずその問題を抱えた者の存在を意味し、各カテゴリーに影響を与え、【自己の振り返り】とは相互に影響し合っている状況を示した。

V. 考 察

1. 【生育環境による看護師のイメージ化／非イメージ化】

専門職社会化過程に参入するまでの期間、つまり大学専攻科を決定するまでの期間において、職業への興味や関心に影響を与える主な要因は、個人の特性と個人を取り巻く社会環境である¹⁷⁾とされるが、本調査でも同様の結果が示唆された。個人の特性とは家庭環境、性差、医療と関わった個々の体験、性格的特性などであり、社会環境はマスメディア、人間関係、学校集団などである。このような環境条件の下で、職業に対する認知と自己認知の相互作用の結果、希望する職業が生まれてきた¹⁸⁾ことが伺えた。

【生育環境による看護師のイメージ化／非イメージ化】では近親者に医療従事者が存在する家庭では、家族・近親の姿を通して看護師のイメージを形成していた。看護に関

わる様々な事象との遭遇は、看護職を目指そうとするきっかけに繋がっていた。友人の死や、いとこの出産に遭遇した例からは、人の痛みや死、生命の誕生という事象との遭遇は看護職と結びついて‘生と死に関わる意味ある仕事’としてイメージ化されたことが伺える。

近親に医療従事者が存在しない環境では、メディアで扱う人物像や書籍に描かれる偉人などに影響を受けていた。例えばナイチンゲールに代表される「献身」や「社会貢献」の姿であるが、一方で看護職のマイナス面ばかりが強調された、いわゆる3K「汚い、きつい、危険」な仕事という側面もあった。また、看護職はこれまで女性に生来備わっていると「母性」によって女性らしい職業として期待され、価値付けられてきた歴史的背景があり¹⁹⁾、女性専用の職域という受け止めかたも、依然として残っていた。このようなイメージを内在化させながら、自分自身や家族の入院、身近な人の死の体験を通して、直接看護師と接する機会を持ち、イメージは修正・強化されてきたと考えられる。

2. 【看護の積極的選択／消極的選択】と【迷い・惑い】

青年期における職業選択は、性的同一性や自我同一性の確立と共に重要な発達課題の一つである²⁰⁾。職業の意味を知り、興味が安定するのは16歳頃とされているが²¹⁾、この頃には自己概念も明確化し、職業への認知の範囲も広がり、希望する職業も現実的なものとなる。Super²²⁾は、職業選択とは青年期において自分の適性や興味といった一般的な自己概念を明確にし、その自己概念を職業の世界へ「職業的自己概念」として翻訳する過程であると述べている。つまり、自分に適した職業を選択するまでには、自己の能力に対する様々な試行、好みや興味の追求、などがあり、その過程で現実からのフィードバックや社会的諸要因との妥協・調整があり、職業興味や能力が形成されていくものと考えられる。このプロセスを経ずに進路を決定した場合は、絶えず【迷い・惑い】を抱くことになる。

対象者たちが小学生から中学生までに憧れた職業として「医師」、「看護師」、「臨床心理士」などが挙げられていた。しかし、年齢が進むにつれて自分の能力と照らし合わせた結果、不得意科目があつて諦めたり、受験に失敗して断念したり、他の職業に興味に移ったりと憧れの対象は変化していった。これはSuperの理論である自己概念が職業世界へと表出されていったプロセスと考えられる。大学の専攻科を決定する段階で、興味や関心を看護師へと焦点化していった対象者は積極的に看護を選択していた。しかし本来の自分の希望を諦め、断念した対象者は迷いながらも「看護の世界でも自分の望むことはできるかもしれない」と消極的な選択となっていた。松下²³⁾は新卒看護師の早期退職の規定要因として「看護の消極的選択」を指摘してお

り、今後の社会化のプロセスに影響を与える要因と考えられる。【看護の消極的選択】をした者は、常に看護に就くことへの【迷い・惑い】を抱えており、松下らの報告を支持した。これらの学生を対象とした丁寧な教育的対応が今後の課題となろう。

3. 新しい環境での【看護へと傾倒した体験】、【看護職への適性に自信を喪失させた体験】

看護学を専攻し、看護系大学に入学した対象者は、その時点から専門職への社会化（職業への社会化）が始まることになる。

13人の対象者の語りからは、大学入学後の新しい環境との遭遇により、多くのことに直面した新鮮な驚きや、困難、葛藤、不安などの様子が表出された。看護についての学びは、これまでの乏しい体験や知識からは想像できない世界であったことが伺えた。看護師として一人前に働けるような教育が入学直後から始まると期待していた対象者は哲学や倫理学、看護理論などの「看護実践に直接関係ない授業」に対してモチベーションが下がったと語った。McCain²⁴⁾は看護大学生の最初の年は大学生活を楽しむが、2年生になるとその教育プログラムに非常に批判的になり、3、4年の彼らの不満は臨床実習における看護師としての役割に焦点が当てられた、と報告している。本調査では、対象者達は1年目のカリキュラムへの批判は多く語られたが、2年目には実習内容に対する語りに変化していた。波多野ら²⁵⁾は看護学生の職業的同一性の特徴について、1年生は高く、3年生で低下すると報告しているが、河村ら²⁶⁾は、3年生は臨地実習によって看護を自分の生き方として選択していると報告している。つまり、学生の職業への関心の高さを維持するためには、その後の体験の質が問われているということになる。Saarmann, et al²⁷⁾は、社会化には看護専門職への価値を一貫して抱き続けられるような支援が重要であると指摘している。看護の現実を知ることは理想との乖離を知ることであるが、そのことが決定的な失望や幻滅につながらないような支援が必要であろう。また、価値の変換が生ずるような出来事や体験には、きちんと向き合って熟考し、その体験に意味を見出せるような支援も重要である。そのことが、新たな職業価値の受け入れを可能にするのである。

【看護へと傾倒した体験】からは、専門職社会化を最も期待できるのは臨床実習であることが確認できた。しかし、否定的な感情をもたらすような体験は学生の自己評価を低下させ、適性への不安にも繋がるため深刻である。Conway²⁸⁾は、学生は臨床実習における教員や看護師からの学びによって専門職の価値や役割を理解し、内在化させると報告している。Ouellet²⁹⁾は看護大学生最終学年の実習にプリセプター制を導入し、臨床看護師とのマンツーマ

ンの関わりが専門職意識や自律性意識を高めたと報告している。これは、学生の専門職社会化には有能なAgent³⁾としての教員や臨床看護師の存在が不可欠であることを裏付けている。

また、〈役割シミュレーション〉の果たす役割も大きい。対象者達は常に看護師を観察し、あこがれる部分は自分に取り入れようと意識しながらケアを実践していたようである。そして、患者からの直接的なフィードバックによっても手ごたえを感じていた。看護師としての「役割」実践が成功したという体験は、自己評価を高め、看護職としての適性に自信を持たせることに繋がっていた。よって〈役割シミュレーション〉に成功することは、学生の専門職社会化を促進すると考える。

患者に対する思い入れが深く「私の患者」、「私が何とかしなければ」という抑えられない感情を体験した対象者もいた。看護師というより人間として他者にこれほどの関心を持てる自分を誇らしく感じたというほど、患者と看護師という立場を越えて特別な関係となっていた。Kotecki¹⁶⁾は臨床実習における看護大学生のコミュニケーション技能の発達を1～4年生を対象に調査し、初回の受け持ち患者には「My patient」として自分の実習時間のほとんどをベッドサイドで費やしていたと報告している。そして、コミュニケーションレパトリーを増やし、技能を上達させるに至るまでには、このプロセスを経る必要があったと報告している。患者に深い関心を示し、感情移入をしてしまうことは、自分の学生としての立場、援助者としての立場を忘れてしまう危険性がある。しかし、近年の学生の希薄な人間関係を考えると、人間として他者への関心を持てることの素晴らしさを実感できるまたとないチャンスでもある。このような体験は看護職者として成長するために大切にすべきと考える。

自らが行った看護実践によって受け持ち患者がより良い状態に向かったという手ごたえは、最も深い喜びや有能感を対象者にもたらしていた。受け持ち患者に満足のいくケアが実践できなかったと悩んでいた対象者は、実習最終日に患者から心からの感謝の言葉や別れを惜しむ涙によって、寄り添うだけでも意味があったのだと実感し、学びを深めていた。患者からの肯定的なフィードバックは、このようにケアリングの意味の理解に繋がり、次の学習動機へと発展を促す。

基礎的な看護援助技術についても実践力を高めることが重要な課題である。看護基礎教育が目指すクリティカルシンキングや問題解決能力の発達も、多くの経験を持って始めて培われるものである。どんなに素晴らしい授業でも、現実体験の機会がなければ、理論と実践を統合することはできない。森山ら³⁰⁾は、看護学生が無資格であるという

理由から実習における体験が制限されることは、学生の潜在能力を引き出せない結果に終わると指摘している。現実にはリスクのあるケアや処置を学生に実践させることは倫理的問題など課題があるが、専門職業人を育てるために必要な内容として検討するべきであろう。

【看護職への適性に自信を喪失させた体験】は、看護に対して否定的感情をもたらした体験である。患者に拒否されたり自分の技術の未熟さを実感させられた実習体験は、対象者に無力感を感じさせていた。受け持ち患者の問題を解決できなかったことや、患者に血圧測定を拒否された出来事は、患者のベッドサイドに行くことすらできなくなるほどショックを受けていた。また、男子学生に対する患者の受け持ち拒否や臨床スタッフのステレオタイプな反応も彼らを傷つけていた。Stott³¹⁾は、男子学生が他者をケアしたい欲求があって看護を目指しているという事実があるにもかかわらず、ケアリングは伝統的にジェンダーという認知があり、適応を難しくしていると報告している。男子学生は女性世界で少数派としての肩身の狭さを強いられている上に、周囲のジェンダー認知に悩まされていることになる。男子学生に与えるこれらの微妙な心理的影響に対して、最近、漸く注目されはじめた。青年期の同一性に関わる重要な時期に、性役割に関する葛藤や自己価値を揺るがすような体験は想像以上に彼らを苦しめているのではないだろうか。

実習への否定的感情をもたらした要因として、実習記録も大きな割合を占めた。これは、領域によって書式や枠組とする理論（看護モデル）が異なったことや、記録量が多すぎて実習中に徹夜するしかなかったなどによるものであった。記録は学生が自分の行った看護実践を振り返り、考察するためには欠かせない学びの手段である。しかし、臨床実習が本来目的とする成果を考えたとき、学生の意欲を妨げ、実習そのものを嫌になるような実習記録のあり方は疑問である。実習に赴くまでに、記録の書式に慣れるよう指導することや、他領域と異なる理論を枠組みとしても学生が混乱しないよう検討することが必要である。

4. 【教員・臨床指導者・スタッフとの関係】

社会化のAgent³⁾は教員や指導者、臨床実践の場の看護師である。しかし現実には学生にとって教育的で学びのある教員や指導者ばかりではなく、根拠のない言いがかりや冷たい反応に傷つけられた体験も語られた。

学生にとって熟練した看護技術や的確な患者対応などは憧れであり、将来の自分の姿に有能な指導者や看護師を重ねることができた。模倣ができたり、実践できることが自己能力の高い評価に繋がったようである。Yuet³²⁾は学生の学びの記述を分析し、実践の場において臨床看護師が看護学生の専門職性を発達させるキーパーソンであったと報

告しており、本調査の結果を支持している。しかし、現実には学生の学びは教育的経験というよりはむしろ訓練が多かったことも報告している。本研究でも、教員の臨床実践能力や臨床指導者の教育能力が問われるべき場面も見られ、看護教育の憂慮すべき現状が伺えた。川島³³⁾は近年の看護教育について、教師自身のキャリアアップから地位や身分、序列への関心が必要以上に高まっているため学生不在、教育不在が生じていると指摘している。学生の職業意識の変化や価値観の多様化に対応するために、教師自身が魅力あるモデルとして存在感を示せることが求められる。

5. 【自己の振り返り】から【看護専門職と自己価値の統合】、【臨床看護職の選択】まで

実習内容が深まるにつれて対象者は個々に自分の足りない知識や苦手なコミュニケーション能力を振り返って気づくようになっていた。Kotecki¹⁶⁾は看護大学生が患者とのコミュニケーションを深めていく段階で、看護師としての会話を意識するあまり、コントロールを失ってお互いの信頼を失う段階（Stage 3）があることを指摘した。コミュニケーションがうまく取れないと悩んでいた対象者は、それぞれが自分と向き合って、自分の欠点や傾向に気づいたが、その作業はつらかったと語っていた。池田ら³⁴⁾は最近の看護学生が人間関係を構築するという点で未熟で、多くの困難を抱えており、看護援助の核をなす人間関係形成論の検討が急務であると指摘している。

対象者が自分を振り返ってみた反省点は次の実習に活かされ、患者の本当の気持ちや望んでいることを理解しようとする態度に変化していた。受け持ち患者に必要なケアへの気づき、看護専門職の独自性の理解など、多くの気づきを通して専門職者としての態度を育み【看護専門職と自己価値の統合】へと発展し、【臨床看護職の選択】に繋がることと考えられた。この作業は「リフレクション」と考えることができる。【自己の振り返り】は本田³⁵⁾の指摘する、自らの実践行為を問い直し、考え方や行為を吟味することであり、そのことが状況に新たな意味を付与し、学びとなる。【看護専門職と自己価値の統合】には、この行為を経なければ到達することができないのである。

6. プロセスの構造化について

作成した構造図（図1）について、若林³⁶⁾の職業社会化過程の構造を参考に意味づけをした。大きく3つの部分で構成し、第1は【生育環境による看護師のイメージ化／非イメージ化】から【看護の積極的選択／消極的選択】までのEnterにあたる部分である。この部分は、個々の生育環境や性格特性に関連しており、専門職社会化のProcessに入るまでの影響要因となる。看護学生の多くが入学時（前）から高い職業意識を持っていることは先行研究から

も明らかである。看護職は「天職」として奉仕の象徴とされた時代もあった。現代でも人を助ける崇高な職業としてのイメージが定着しているが、高度な専門知識、技術に裏付けられた専門職としての評価も確実に得てきた。「積極的選択」で看護を選んだ対象者は、入学時に既にこのような職業的価値を発達させていたことが伺える。しかし、学生の中には看護に魅力を感じていなくても「資格が取ればよい」と考える者も存在するはずである。看護に意味を見出すような事象との遭遇が看護の積極的な選択の要因となっていたことは明らかであるが、一方で誰でもがそのような事象に意味を見出せる訳ではない。個人の性格や家庭環境などの影響も無視できない要因である。【生育環境による看護師のイメージ化／非イメージ化】は、Processの開始に位置づけられ、今後の社会化過程にも大きく影響を与える要因となっている。

第2はProcessそのものである。若林らは学校（職業社会化機関）での諸経験は、自己概念と職業意識の結晶化に対してポジティブにもネガティブにも影響を与えうると述べている³⁶⁾。対象者から、看護に対して幻滅や失望を感じる体験が多く語られたが、自らの看護実践に手ごたえを感じたり、理想とする役割モデルが存在することによって職業的価値が内在化されていた。並列で示しているのは、この事象が複合して起こっているためである。

このProcessで、看護学生として重要な特徴は【自己の振り返り】から【専門職性の発展】がみられたことである。対象者は、それぞれに苦しみながらも【自己の振り返り】を行い、起こった出来事や自らの実践行為を問い直し、状況に新たな意味づけをすることで【専門職性の発展】を遂げていた。そのことが自己概念を変化させ、【看護専門職と自己価値の統合】が達成されたと考える。看護実践は複雑さや不確かさ、葛藤や不安定な状況に直面することである。それらを克服し、看護実践に意味を見出すためには【自己の振り返り】による体験の振り返りが重要であることが裏付けられた。

理想と現実のギャップは誰もが突き当たる壁である。しかし、その壁を超えられる体験、看護実践への手ごたえを感じるような体験を支援することが【看護専門職と自己価値の統合】を促進させ、専門職社会化を達成することにつながるのである。

第3は専門職社会化のProcessを経て職業を決定した、Outcomeにあたる部分である。看護職を選択するに当たっては、迷いのない<看護職を選択>、自己資源に不安を持つ<不安のある選択>、他の職業への興味を諦めきれない<惑いのある選択>があった。

一貫して【迷い・惑い】を抱えていた対象者の存在は、職業価値を見出せない者の専門職社会化が困難であること

を示唆している。多様な職業観を持つ学生を一様に看護専門職に導くことの困難さがここにある。特に看護の「消極的選択」をした対象者は絶えず【迷い・惑い】を抱えており、看護に魅力を感じる体験をしても【迷い・惑い】を完全に拭うことはできなかった。このことは、青年期の発達課題である職業的同一性達成にも影響を与えることが推測され、深刻である。【迷い・惑い】は【自己の振り返り】とは相互に影響し合っており、【迷い・惑い】が解決できない場合はDrop outの可能性を秘めていた。

この3つの部分を通して考えられることは、看護における専門職社会化のプロセスは、既に幼少時から始まり、後に影響を与えていることである。看護の「消極的選択」をした学生は、どんな素晴らしい体験をしても職業的価値を内在化できなければ、社会化は達成できない。逆に、看護に高い職業価値を見出している学生は、多少の困難に負けずに看護職へと傾倒できるのである。このことは、学生が自己の能力や価値観を振り返り、適性を吟味できる機会を与えることが重要であることを示唆している。その上で、看護の職業的価値を見出せない学生には、新たな方向づけを検討することも大切な教育的対応となろう。将来、組織に参入した時には「職業による社会化」によって新たな価値観や行動様式が求められる。厳しい現実に晒され、リアリティショックを受けても看護への職業意識を回復し、維持を可能にするのは、教育機関による専門職社会化の達成如何であると考えられる。

VI. 結 論

1. 看護大学生が職業を決定し、大学を選択するまでのプロセスには幼少時からの体験や家庭環境の影響、身近な人の死や生命の誕生などの事象との遭遇による【生育環境による看護師のイメージ化／非イメージ化】があり、個人の性格特性に加えてこれらの体験が【看護の積極的選択／消極的選択】となっていた。
2. 大学入学後の【看護専門職と自己価値の統合】に至るまでには授業や実習を通して【教員・臨床指導者・スタッフとの関係】、【看護職への適性に自信を喪失させた体験】、【看護へと傾倒した体験】があり、これらを【自己の振り返り】によるリフレクションとしての作業があり、【専門職性の発展】へと成長するプロセスがあった。
3. 【看護へと傾倒した体験】はとりわけ【専門職性の発展】に寄与していると考えられ、特に<動機づけ（患者からの直接的・間接的学び）>や<役割シミュレーション>は職業的有能さをもたらす重要な体験となっていた。
4. 【看護の消極的選択】をした対象者は、大学入学後も

【迷い・惑い】を抱えていた。このことは、職業を方向づける Agent³⁾として大学が担う役割に示唆を与えるものである。

少数派の〈男子学生への現場のステレオタイプな反応〉は将来を不安にさせる要因となっており、男子学生への配慮の必要性が再確認できた。

VII. 本研究の限界

本研究は看護大学生13人（国公立）を対象とした調査であり、他の教育機関に学ぶ学生の体験を専門職社会化のプロセスに反映できないことが限界である。

謝 辞

調査に協力して下さった13名の看護学生の皆さんに深く感謝いたします。

要 旨

看護大学生13人(女性10人, 男性3人)を対象とし、自分の職業を看護職と決定するまでのプロセスを明らかにするためにインタビューを実施した。研究デザインは質的記述的研究で半構造化面接法を用い、内容分析の手法をとった。対象者は12人が看護師, 1人が助産師を希望していた。インタビュー内容は許可を得てMDに録音し、結果から逐語録を作成した。総コード数は1121であった。分析の結果、抽出されたカテゴリーは【生育環境による看護師のイメージ化/非イメージ化】、【看護の積極的選択/消極的選択】、【看護へと傾倒した体験】、【看護職への適性に自信を喪失させた体験】、【教員・臨床指導者・スタッフとの関係】、【自己の振り返り】、【看護専門職と自己価値の統合】、【専門職性の発展】、【迷い・惑い】、【臨床看護職の選択】の10カテゴリーであった。この結果から看護大学生の専門職社会化のプロセスを構造化し、その特徴について考察した。

Abstract

In the present study, 13 nursing university students (10 women, 3 men) were interviewed in order to elucidate the process by which they decided to pursue a career in nursing. Semi-structured interviews were conducted using a qualitative, descriptive approach, and the results were analyzed using content analysis. Twelve of the subjects desired to become nurses, while one desired to become a midwife. Interview contents were recorded on Mini Disk with the permission of subjects, and interview contents were later transcribed verbatim. A total of 1121 codes were identified, and the following 10 categories were established following analysis: "imagery / no imagery of nurses in the social environment", "active and passive selection of nursing", "experiences that led to devotion to nursing", "experiences that led to loss of confidence in one's aptitude for nursing", "relationships with teachers, instructors, and clinical nurses", "self-reflection", "integration of nursing profession and personal values", "progress in specialization", "doubt and confusion", and "selection of a career in clinical nursing". Based on these results, a model for the process of professional socialization in nursing students was established, and its characteristics were investigated. we discover the SL an activity with control as a leader and L as an assess.

文 献

- 1) 日本看護系大学協議会名簿, 日本看護系大学協議会, 2007.
- 2) 池上直己: 学卒看護師の課題, 病院, 61, 217, 2002.
- 3) 菊池章夫: 社会化の問題 (第一章), 1-10, 社会化の心理学ハンドブック・人間形成と社会と文化, 川島書店, 東京, 1990.
- 4) McCain, N.L.: A test of Cohen's Developmental Model for Professional Socialization with Baccalaureate Nursing Student. *Journal of Nursing Education* 24(5), 180-86, 1985.
- 5) Spickerman, S.: Enhancing the Socialization Process, *Nurse Educator*, 13(6), 10-14, 1988.
- 6) Hinshaw, A, S.: Socialization and Resocialization of Nurses for Professional Nursing Practice, *National League for Nursing*, 1-15, 1976.
- 7) Cohen, H.A.: *The Nurse's Quest for Professional Identity*. 1-30 (part 1), Menlo Park, California, 1981.
- 8) Dobbs KK: The senior preceptor-ship as a method for anticipatory socialization of baccalaureate nursing student. *Journal of Nursing Education* 27(4), 167-71, 1988.
- 9) Goldenberg, D.C, Iwasiw, C: Professional socialization of nursing students as an outcome of a senior clinical preceptorship experience. *Nurse Education Today* 13, 3-15, 1993.
- 10) 安藤祥子, 内海滉: 看護学生の職業的同一性形成, 名古屋大学医療技術短期大学部紀要5, 133-143, 1993.
- 11) グレック美鈴: 看護師の職業的アイデンティティに関する中範囲理論の構築, *看護研究* 35(3), 196-203, 2002.
- 12) 松下由美子, 木村周: 看護学生の進路選択と職業的同一性形成との関連, *進路指導研究*, 18(1), 12-18, 1993.
- 13) 守本とも子, 桜井秀雄, 山形力男他: 看護婦の職業選択の理由と Identity の関連について, *大阪教育大学紀要*, 45, 327-340, 1997.
- 14) 日本看護協会 中央ナースセンター (2005): 2004年「新卒看護職員の早期離職等実態調査」結果 (速報), 平成16年度第3回プレス懇談会, 資料3.
- 15) Krippendorff, K. (1980) / 訳三上俊治, 椎野信雄他: *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology* by Klaus Krippendorff

- dorff, 168-269, 勁草書房, 東京, 2001.
- 16) Kotecki, C.N. : Baccalaureate Nursing Students' Communication Process in the Clinical Setting. *Journal of Nursing Education*, 41 (2), 61-67, 2002.
 - 17) 松本純平 : 職業的社会的化, 社会的化の心理学ハンドブック, 人間形成と社会と文化, 川島書店, 135-148, 1990.
 - 18) 橋本昭治 : 職業的社会的化 (第9章), 社会的化の理論・人間形成の心理学, 169-184, 有斐閣双書, 東京, 1990.
 - 19) 高橋征二, 田中マキ子 : 看護学生の職業的アイデンティティ形成に関する研究) 社会分析, 26, 37-53, 1998.
 - 20) Erikson, E.H. / 小此木啓吾訳 (1998) : Psychological Issues, IDENTITY AND THE LIFE CYCLE / 自我同一性アイデンティティとライフサイクル, 誠心書房, 東京, 1975.
 - 21) Havighust, R.J. (1975) / 荘司雅子監訳 : DEVELOPMENTAL TASKS AND EDUCATION / 人間の発達課題と教育 (青年期), 120-180, 玉川大学出版部, 東京都, 1997.
 - 22) Super D.E. 日本職業指導学会誌, *The Psychology of Careers*; 誠心書房, 144-150, 1960.
 - 23) 松下由美子, 柴田久美子 : 新卒看護師の早期離職にかかわる要因の検討, 山梨県立看護大学紀要, 6(1), 65-72, 2004.
 - 24) McCain, N.L. : A test of Cohen's Developmental Model for Professional Socialization with Baccalaureate Nursing Student. *Journal of Nursing Education* 24 (5), 180-86, 1985.
 - 25) 波多野梗子, 森田チエコ, 小野寺社紀 : 看護学生および看護婦の職業的アイデンティティの変化, 日本看護研究学会雑誌, 16(4) : 21-28, 1993.
 - 26) 河村彰美, 中川雅子, 藤田淳子他 : 看護学生における看護婦のアイデンティティ形成と志望理由, 京都府立医科大学医療技術短期大学部紀要, 10, 91-99, 2000.
 - 27) Saarmann, L. Freitas, L. Riegel, B. : The relationship of education to critical thinking ability and values among nurses. *Socialization into professional nursing. Journal of Professional Nursing*, 8 (1), 26-34, 1992.
 - 28) Conway, M.E. : Socialization and roles in nursing. *Annual Review of Nursing Research*, 1, 183-208, 1983.
 - 29) Ouellet, L, L. : Relationship of a preceptorship experience to the views about nursing as a profession of baccalaureate nursing students. *Nurse Education Today*, 13(1), 16-23, 1993.
 - 30) 森山美知子, 田村やよひ : 厚生労働省の考えるこれからの看護教育 現状の分析から, *インターナショナルナーシングレビュー*, 25(2) : 57-61, 2002.
 - 31) Stott, A. : Issues in socialization process of the male student nurse. Implication for retention undergraduate nursing course. *Nurse Education Today*, 24 : 91-97, 2004.
 - 32) Yuet, F.K. Lee, W.W. : A phenomenological study of early nursing experience in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 31 : 1509-1517, 2000.
 - 33) 川島みどり : 創造性を高める教育・2人の科学者からの学びを通して, *看護教育*, 42(6) : 434-439, 2001.
 - 34) 池田紀子, 奥野茂代, 岩崎朗子他 : 看護基礎教育における「人間関係・コミュニケーション」教育の現状と課題, *看護教育研究*, 43, 803-806, 2002.
 - 35) 本田多美枝 : 「反省的看護実践」の枠組みとモデル図の提案) Schonの理論を手がかりとして, *看護教育*, 47 : 570-577, 2006.
 - 36) 若林満, 後藤宗理, 鹿内啓子 : 職業レディネスと職業選択の構造 - 保育系, 看護系, 人文系女子短大生における自己概念と職業意識との関連 -, *名古屋大学教育学部紀要* 30, 63-98, 1983.

〔平成20年4月21日受 付〕
〔平成20年12月1日採用決定〕

小型ペットボトル飲料使用における安全性の検討

Bacteriological Study on the Safety of Small-plastic-bottled Beverages

吉井美穂
Miho Yoshii

八塚美樹
Miki Yatsuzuka

安田智美
Tomomi Yasuda

キーワード：ペットボトル飲料，細菌汚染

Key Words : small-plastic-bottled beverages, bacterial contamination

I. はじめに

小型ペットボトル飲料は自動販売機やコンビニエンスストアなどでも簡単に手に入り，その「リキャップできる」「携帯に便利」という特性も加わって，若者の間のみならず，多くの年代層で受け入れられている¹⁾。また，利用方法として大型ペットボトル飲料水はコップなどの容器に移し変えて飲まれる反面，小型ペットボトル飲料水は口をつけて飲用するいわゆる口飲み（以下，口飲み）が主流となっている。しかし口腔内には多数の細菌が存在しており，口飲みは口腔内の細菌をペットボトル内に混入させ，内容を汚染していると考えられる。また，その利便性と使用目的上，常温もしくは高温保存となることも多く，近年は口をつけて飲むことによる細菌汚染や常温保存による細菌の繁殖など衛生学的な問題も問われることが多くなった²⁾。これは入院患者においても例外ではなく，病院内でも小型ペットボトル飲料水を手にしている患者が多くみられるため，その実態の把握と衛生学的な検証が必要であると考えられた。今回，病院内における小型ペットボトル飲料水の利用実態とそれに基づいた細菌学的な調査を行ない，小型ペットボトル飲料水の安全性について評価し，病院内での飲用に関してまたその保存方法についての指針を得るために本研究を行なった。

II. 研究方法

1. 質問票による実態調査

文書と口頭で研究の目的と趣旨を説明し同意の得られた富山県内の病院(99床)に入院中の患者41名を対象として，2003年8月に調査を行った。調査内容は対象者属性(年齢，性別)，小型ペットボトル飲料水の飲用状況，小型ペットボトル飲料水の種類，保存方法(冷所保存，常温保存)とし，無記名・自記式の質問用紙を用いて行った。また障害

のため，自記式が難しいと判断した場合，聞き取り調査とした。調査結果は項目ごとにその割合で示した。

2. 微生物学的検査

検査に用いた小型ペットボトル飲料水は，アンケート調査の結果に基づいて入院患者の利用頻度が高かった茶清涼飲料水，ミネラルウォーター，無果汁清涼飲料水の3種類とし，それぞれ「お〜いお茶，株式会社伊藤園（以下「茶」と記す）」，「エビアン，ダノンウォーターズオブジャパン株式会社（以下「ミネラルウォーター」と記す）」，「DA-KARA，日本コカ・コーラ株式会社（以下「スポーツ飲料」と記す）」を用いた。各々の飲料水のpH測定はガラス電極法に従い，日立堀場D51型pHメーターを用いて行った。

実験は，検査の趣旨と目的を説明の上，同意の得られた本学学生20名を被験者とし，検査前1時間は飲食禁止として行った。各小型ペットボトル飲料水を30分かけて全体の半量口飲み摂取してもらい，その際に口をつけた回数をチェックした。各飲料水は常温(25℃)，冷所(4℃)の2群に無作為にわけ，ペットボトルのまま立てた状態で保存し，飲水直後，2，5，10，24，48，72時間後に各々1mlずつサンプリングして，厚生労働省の水質基準³⁾(すなわち，一般細菌は1mlの検水で形成される集落数が100以下であり，大腸菌群は検出されないこと)に基づき，一般細菌検査を行なった。また，飲水直後のサンプルは大腸菌群の検査も加えて行い，使用培地として一般細菌は普通寒天培地(日水製薬，東京)，大腸菌群はドリガルスキー改良培地(日水製薬，東京)を使用した。また開栓直後の各飲料水をコントロールとして用いた。

3. 統計学的処理

経時的な一般細菌数の変化に対する統計学的有為差検定はt検定を，口をつけた回数と菌数との相関関係はpearsonの相関分析を用いた。

Ⅲ. 結 果

1. 質問票による実態調査の結果

アンケートの回収率は100% (41 / 41名) で、有効回答率は97.5% (40 / 41名) であった。アンケート調査の結果、入院患者のうち小型ペットボトル飲料水を飲用しているのは25.6% (16 / 41名) で、年代別内訳は、多い順に50歳代4名、30歳代3名、10,40,60,80歳代が各々2名、そして20歳代が1名あった (図1)。また最もよく飲まれている飲料水は図2に示すように、茶の9名であり、続いてスポーツ飲料が5名、コーヒー飲料とミネラルウォーターが3名であり、その他の飲料も多岐にわたって飲用されて

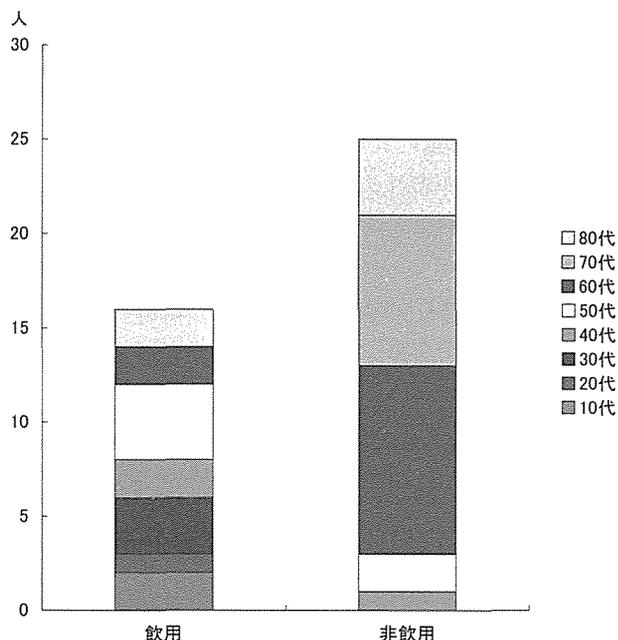


図1 入院患者における小型ペットボトル飲料水の利用の有無と年代別内訳

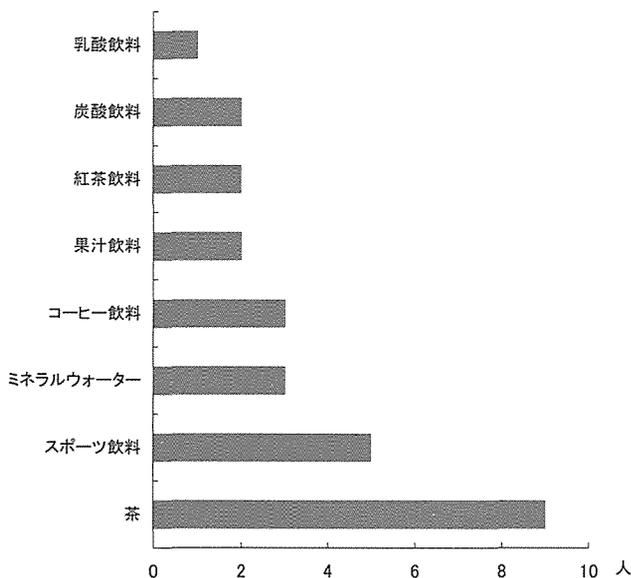


図2 各種小型ペットボトル飲料水の利用頻度

いた (複数回答可)。

所持しているペットボトル飲料の保存方法について見てみると、この病院ではベッドサイドに冷蔵庫が常置してあるため冷蔵庫に保存する (以下、冷所保存) という患者が16名中9名いたが、自由に動くことができない患者を含めた7名は常温保存であり、さらに冷蔵庫を使用している患者の67% (9名中6名) が内科系病棟に入院中であった (図3)。

2. 各飲料水のpH測定

飲料水のpHは茶、ミネラルウォーター、スポーツ飲料の順に5.8、7.2、3.4であった。

3. 微生物学的検査の結果

各飲料保存群別10本あたりの経時的な細菌数の平均値の推移を図4~6に示した。

茶では飲水直後にはほとんど菌が検出されなかった。しかし、常温保存群では2時間後に80CFU/mlまで増加し、5時間後33CFU/mlといった減少した後、10時間後の110CFU/mlから菌の増殖が著しくなり、24時間後以降コロニーカウントが不可能となった。一方、冷所保存群では飲水直後2 CFU/ml、2時間後50CFU/mlとなりその後24時間値までは菌数の増加は認められず、さらに48時間後からは48時間後 7 CFU/ml、72時間後 6 CFU/mlと減少していった。

ミネラルウォーターでは飲水直後より一般細菌、大腸菌群ともに菌が検出された。保存群別にみみると、常温保存群では飲水直後に78CFU/ml検出された後、2時間後47CFU/ml、5時間後56CFU/ml、10時間後93CFU/mlと10時間までは飲水直後のレベルで推移していた。しかし、24時間後以降は、24時間後255CFU/ml、48時間後334CFU/ml、72時間後には424CFU/mlと飲水直後と比較して顕著なコロニー数の増加が認められた。一方、冷所保存群では飲水直後は60CFU/mlと常温保存との差は認められなかつ

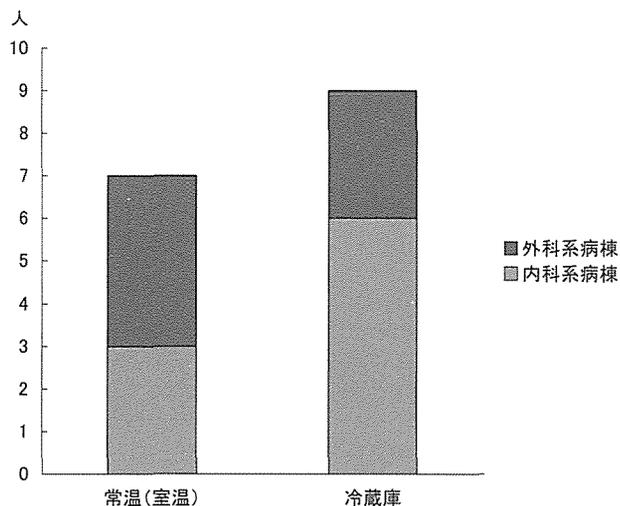


図3 小型ペットボトル飲料水の保存方法

たが、2時間後122CFU/ml、5時間後216CFU/ml、10時間後に213CFU/mlまで増殖した後、24時間後からは24時間後27CFU/ml、48時間後35CFU/ml、72時間後17CFU/mlと菌数が減少していた。

スポーツ飲料では常温保存、冷所保存ともに飲水直後より菌はほとんど検出されず、大腸菌群に関しては被験者20例中1例で1 CFU/mlが認められた。

また今回実験に使用したどの飲料においてもコントロー

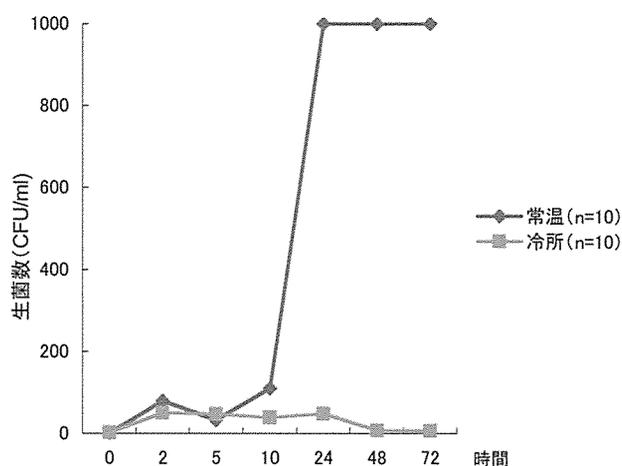


図4 茶における一般細菌数の経時的変化

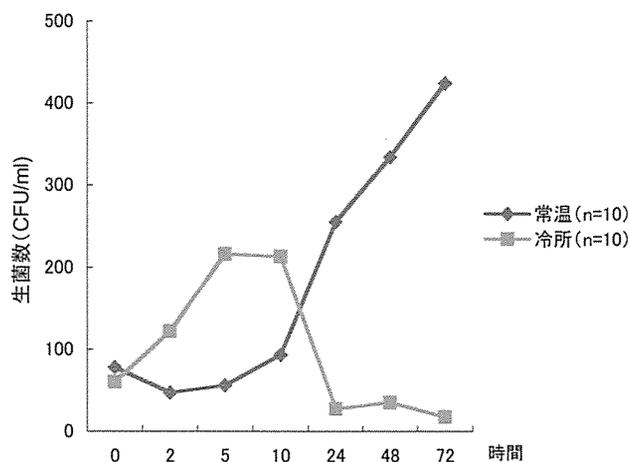


図5 ミネラルウォーターにおける一般細菌数の経時変化

ル群での細菌増殖は認められなかった。

以上の結果をもとにt検定を行った結果、スポーツ飲料を除く茶およびミネラルウォーターの2種類とも保存方法に関わらず2時間後より有為差が認められた。しかし、茶の冷所保存においては、48時間後および72時間後では有為差は認められなかった(表1)。また、pearsonの相関分析を用いて口をつけた回数と菌数の間の相関を検定したが、相関関係は認められなかった。

IV. 考 察

小型ペットボトル飲料はそのサイズからも持ち運びに便利であり、ふたもできることから、少し飲んでふたをするといった飲み方を繰り返していることが多い。また小型ペットボトル飲料を飲んでいる約80%以上が開栓後も保存しており、また常温で36時間保存している例もある⁴⁾と言われているが、その実態については明らかになっていない。

今回アンケートや実験を通して、入院患者においてもその多くがペットボトル飲料をベッドサイドで携帯していることが明らかとなった。また飲料の種類としては茶、スポーツ飲料、ミネラルウォーターを中心に、コーヒー飲料

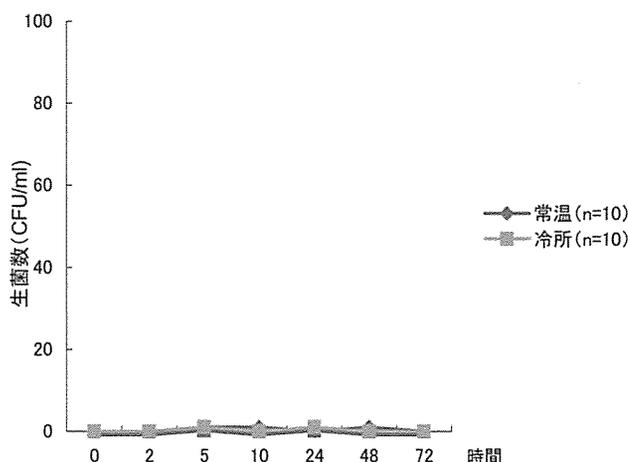


図6 スポーツ飲料における一般細菌数の経時的変化

表1 室温および冷所保存における各飲料水の一般細菌数 (CFU/ml) の変化

室温保存	保存時間 (hour)						
	0	2	5	10	24	48	72
茶	0	80 ± 27**	33 ± 26**	110 ± 87**	+++	+++	+++
ミネラルウォーター	78 ± 11	47 ± 8**	56 ± 11**	93 ± 23*	255 ± 59*	334 ± 102**	424 ± 216**
スポーツ飲料	0	0	0 ± 1	0 ± 1	0	0 ± 1	0
冷所保存	保存時間 (hour)						
	0	2	5	10	24	48	72
茶	2 ± 3	50 ± 30**	47 ± 28**	39 ± 21**	47 ± 17**	7 ± 19	6 ± 19
ミネラルウォーター	60 ± 21	122 ± 48*	216 ± 97**	213 ± 155*	27 ± 47*	35 ± 50*	17 ± 50*
スポーツ飲料	0	0	0 ± 1	0	0 ± 1	0	0

値は mean ± SD (n=10) *0 hourとの間に p<0.05で有為差あり **0 hourとの間に p<0.01で有為差あり

や、果汁飲料などさまざまなものを飲用しており、入院患者はベッドが生活の場であるため、蓋がなくこぼれる可能性がある缶やコップなどより、リキャップできるペットボトル飲料が多く利用されているのではないかと考えられた。

今回調査した病院では各病室に冷蔵庫が常備され自由に使うことができる状況にあったため、冷蔵庫を利用している患者は多かった。このように入院している病院に冷蔵庫が常備されていれば冷蔵庫の利用が可能であるが、病院によっては冷蔵庫の利用に料金が必要であったり、病室から遠いところであったりしてなかなか利用できず、常温保存になってしまう現状もあるのではないかと考えられる。特に自由に移動できないような患者では枕もとに放置という状況になっているということも考えられ、今回調査を行なった病院において病棟を比較すると内科系病棟67%、外科系病棟33%と外科系の病棟のほうが冷蔵庫の利用率がやや低いという傾向も明らかになった。そのような患者にはペットボトル飲料をあらかじめ口飲みしないように促したり、看護者が注意をして時間が経ち飲用には不適切と思われるペットボトルの破棄などを行っていく必要があるのではないかと考えられる。

今回調査した病棟の患者の多くは茶を飲用していた。しかし、茶は常温保存すると、急速に細菌数を増やし、水質基準における一般細菌100個/ml以下というものを速いものでは2時間後に越してしまうという結果が得られている。このような点からも茶を飲用する際にはその点を考慮し、患者に十分に説明し、2時間以内に飲み切るかコップの利用を勧めていく必要があるのではないかと考えられる。

今回の実験において冷所保存した茶は24時間でその前後と比較すると細菌の量が著しく減少しているが、室温保存では著しい増加がみられた。これについては坂口らが「殺菌効果を有するものもあったが半日以上過ぎないと顕著には現れなかった。」⁴⁾と述べており、これは最近話題になっているカテキンによる殺菌効果ではないかと考えられた。しかし、保存方法の違いによって抗菌活性が異なっており、冷所保存の場合、静菌しているところにカテキンが働いたのではないかと考えられた。

今回、実験で利用した茶、ミネラルウォーター、スポーツ飲料の3種類中スポーツ飲料では一般細菌数が0~2個とほとんど検出はされず、時間が経過するとほぼ0になっている。その理由については電解質飲料のpHが低いため、微生物が生育できない環境となっていることが強く示唆された。そのため衛生的には飲用に問題はないが、だからといっていつまでも新鮮ではなく、スポーツ飲料であっても開栓後はなるべく早く飲みきるのが理想であると思われる。またミネラルウォーターは茶について細菌の増殖が著

しく、これはミネラルウォーターには水道水に含まれる塩素剤が含まれていないためと考えられた。結果から判断すると、ミネラルウォーターも茶同様に2時間以内に飲み切ることが望ましいと思われる。さらに、これら全ての飲料水において数例ではあるが大腸菌群が検出されており、水質基準に照らし合わせてみると飲料水として適合しているとはいえなかった。

またこの実験では口をつけた回数をチェックしたが、口をつけた回数と、菌の間には相関が認められなかった。これは検査前1時間の禁飲食という条件はあったものの、齧菌の存在や口腔内感染症といった要因により、被験者の口腔の状態が一定ではなく、対象によって口腔内細菌量が様々であったからと思われる。しかし、これらの結果は試験管内の実験とは違い、生体における個の特徴でもあることより、実際の状況をより反映しているものと考えられた。坂口らは「飲みかけの飲料液は細菌学的に汚染されていることを明らかにした。このような飲料液を持ち歩いたり廻し飲みすることは、齧菌など口腔細菌の感染やほかの感染症の原因になる可能性があり、衛生的に問題があることが示唆された。」⁵⁾と述べている。また後藤らも「飲料水により相違はあるものの、ペットボトル飲料を数回におよぶ直接的な口付け長時間飲用することは衛生的に問題であり、一度に飲みきるべきである。」⁶⁾とも述べている。

以上のことより病棟内においてはペットボトルを常温保存するならばすぐに飲みきるようにし、飲みきることができなかった場合は冷所保存するなどの安全性に対する配慮が必要ではないかと考えられる。これに関して伊藤は「どの製品においても表示されている保存方法を守れば、危険性は低いと思われるが、消費者が製品に表示されている保存方法を守っていない場合が多かったことから、消費者は、保存可能な容器であっても安全性を過信せず、適切な衛生知識をもつことが必要と思われる。」⁷⁾と述べている。

しかしながら看護者として、すべての状況を把握することは実際には難しく、病棟内におけるペットボトル飲料の高い保有率や長い保持期間という現状を考えると、看護者として最初から細菌をペットボトル内に混入させないようにするために口をつけずに飲むように促すなど対策をとっていく必要がある。

V. 結 論

本研究の結果、小型ペットボトル飲料は、その種類によって差はあるものの、常温保存、冷所保存ともに、多くの場合、細菌の繁殖が著しく衛生的に安全であるとは言いがたいということが明らかになった。特に室温保存した茶とミネラルウォーターに関しては、一定時間経過後より

急速に増殖するため、2時間以内に飲みきることが望ましいと考えられた。そのため、できる限り開栓後には早いうちに飲みきること、また飲みきるまでに時間を要する場

合、冷所保存する、またコップに移し変えるなどといった安全に対する配慮が病院内でも必要ではないかと考えられた。

要 旨

近年、入院患者におけるペットボトル飲料の利用は増加しており、直接口を付けて飲むいわゆる口飲みが多く行われている。そのため、細菌が混入する確率は高く、免疫力が低下している患者にとっては問題であると考えられる。今回、入院患者のペットボトル保有状況と保存方法の実態を把握し、それに基づいた細菌学的調査を行うことを目的に研究を行なった。結果、飲用頻度が多いものから茶、スポーツ飲料、ミネラルウォーターの順であり、保存方法としては常温保存と冷所保存ともにほぼ同数であった。また、実際に被験者によって口飲みされた飲料水を用いて検証したところ、スポーツ飲料水からは室温、冷所ともにほとんど菌の増殖は認められなかった。茶飲料水では室温保存において時間の経過とともに細菌の増殖が認められ、24時間以降、細菌増殖が著しく測定不能となった。一方、冷所保存では24時間まで平均46CFU/mlと一定菌数を維持していたもののそれ以降抑制されていった。また、ミネラルウォーターにおいても室温保存において経時的な細菌増殖が認められ、冷所保存でも10時間までは細菌増殖が認められたが、それ以降菌数の減少を認めた。

今回の結果より、スポーツ飲料水からは、保存方法の違いに関係なく細菌増殖が抑制されていることが明らかとなった。しかし、茶およびミネラルウォーターの一度口をつけたペットボトル飲料水からは菌が検出され、保存方法によっては飲料水基準を満たさず、衛生学的に問題であることが示唆された。

Abstract

Small-plastic-bottled beverages (SPBB) are becoming increasingly popular among the inpatients and most of them directly drinking from a bottle (DFB), bacterial contamination is inevitable and seems to be important especially for the immunocompromised hosts. Answers on the questionnaire from 40 inpatient was shown that 26.7% of the inpatients take SPBB, especially green tea, sports drinks and mineral water are drunk as the most popular, and SPBB are stored at room temperature or in the refrigerator almost at the equal rates. Based on these data, DFB-mediated bacterial contamination of these three SPBB was examined by the storage manners. The bacterial contamination in sports drinks was almost negligible they are stored either. The number of living cells in green tea and mineral water gradually increased with the lapse of time at room temperature. However, if they stored in the refrigerator, these numbers in green tea retarded at the level of 46 colony forming units/ml until 24hours, bacterial growth in the mineral water was observed until 10hours and then decreased under detectable levels. These data suggest that inpatients should pay hygienic consideration to DFB-mediated bacterial contamination in SPBB and should be recommended to store them at least in the refrigerator.

文 献

- 1) 日経リサーチ企業調査編：飲料業界ガイドブック1998年版, 10-12, 日経リサーチ, 東京, 1998.
- 2) 中根淳子：幼児のペットボトル清涼飲料水摂取の実態調査, 保育と保健, 9(2), 44-47, 2003.
- 3) 厚生労働省令百一号：水質基準に関する省令, 2003-08-01, <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/kenkou/suido/kijun/dl/sy-ourei.pdf>
- 4) 山本茂貴：【育児における水分補給】 ペットボトル入り清涼飲料水の微生物学的安全性, チャイルドヘルス 8, 505-507, 2005.

- 5) 坂口武洋, 坂口早苗：口飲みペットボトル中の細菌汚染について, 日本衛生学雑誌, 56, 314, 2001.
- 6) 後藤政幸, 新巻輝代, 他：小型ペットボトル飲料を唾液および手指で汚染させた時の細菌数の変化, 和洋女子大学紀要, 42, 29-37, 2001.
- 7) 伊藤僚子：開栓済み500ml入りペットボトル清涼飲料水の微生物学的安全性, 公衆衛生雑誌, 49, 397, 2000.

〔平成20年5月12日受 付〕
〔平成20年12月1日採用決定〕

脈拍数測定 of 正確さと測定時間との関係

Accuracy of Pulse Counting in Relation to Measurement Interval

小林 宏光
Hiromitsu Kobayashi

津幡 美江
Mitsue Tsubata

大泉 直子
Naoko Oizumi

表 絵美
Emi Omote

林 悠佳
Yuka Hayashi

森下 道子
Michiko Morishita

中田 弘子
Hiroko Nakada

川島 和代
Kazuyo Kawashima

キーワード：脈拍数, 触診, 正確さ, 計測時間, 心電図

Key Words : pulse rate, palpation, accuracy, counting interval, electrocardiography

I. はじめに

脈拍数は代表的なバイタルサインの1つであり, 生命維持に必要な循環機能の重要な指標である。脈拍数は全身に表在する様々な末梢動脈で測定することができる。代表的な部位は総頸動脈, 上腕動脈, 橈骨動脈, 大腿動脈等である。この中でも橈骨動脈は比較的皮膚表面に近い部位にあり触診しやすく, 一般的に最も多用されている。

触診法によって脈拍数を数えることは最も基本的な看護技術の一つである。しかし, 血圧などの他のバイタルサインの測定と比較すると, 脈拍数の測定技術に関する研究は少ない。鈴木ら¹⁾は1983-1993年に発行された国内の看護系専門雑誌からバイタルサイン測定に関する文献を抽出し検討しているが, 血圧測定に関する研究が17件, 体温測定に関する研究が16件あったのに対し, 脈拍数測定に関する研究は3件しかなかったと報告している。その3件についても, 脈拍数に影響する変動因子の研究であり, 測定技術に関する研究とはいえない。脈拍数測定に関する研究が少ないのは我が国に特有の事情ではなく, 国際的にみてもこの分野に関してはごく限られた知見しかない²⁾。

脈拍数の測定技術については, 看護系よりもむしろ他の分野で研究例がみられる。体力テストなどで運動負荷に対する脈拍数の応答を触診で計測する場合があり, このような観点からスポーツ科学などの分野で脈拍測定の技術および正確さに関する研究がいくつか報告されている³⁻⁷⁾。

1分あたりの脈拍数を測定する場合, 必ずしも1分間測定する必要はなく, 30秒, 15秒間の測定であっても得られた脈拍数を2倍, 4倍することによって1分あたりの脈拍数に変換することができる。この場合毎分脈拍数は2または4の倍数になるので, 60秒測定の結果と比較して必然的に精度が低下する。

田中ら⁸⁾は看護技術の教科書の記述内容を比較・検討した結果, 測定時間について記述が統一されておらず, 脈拍数測定時間による脈拍数への影響を確認する必要性があることを指摘している。著者らが1997年から2006年に国内で発行された基礎看護学・基礎看護技術に関する教科書を調査したところ, 脈拍数の測定時間は60秒測定が推奨されている場合が多いものの, 少数ながら15秒などの短縮測定を認めている例もあり, 田中らの指摘のとおり実際に内容が統一されていないことがわかった(表1)。

表1 看護学テキストにおける脈拍測定時間の記述

1分間測定を原則とする	17
脈が規則的であれば30秒測定でもよい	6
脈が規則的であれば15もしくは20秒測定でもよい	4
測定時間に関する記述なし	3
計	40
1997年から2006年に国内で発行された看護学テキスト(翻訳も含む)	

脈拍の測定精度は測定時間に強く依存することから, 脈を何秒間測るかという点は脈拍数の測定において基本的な要件であるといえる。その一方で教科書等における脈拍数測定時間の記述は統一されておらず, また具体的な根拠も示されていない。本研究では, 異なる測定時間での脈拍数を60秒間の心電図から得た心拍数と比較し, 脈拍数測定における正確さと測定時間との関係を定量的に検討する。また, 脈拍数測定の正確さには, 測定時間だけではなく, 測定者の経験・技術も影響することが考えられる。本研究では, 看護学生と臨床経験を持つ看護師の2群を比較することで, 測定者の臨床経験と脈拍数測定の正確さとの関係についても検討する。これらの検討を通じて, 適切な測定時間を選択するための根拠を示すことを本研究の目的とする。

II. 方 法

被験者(脈を測る側)は、看護学部4年生25名(24名女性, 1名男性)および3年以上の臨床経験を持つ看護師22名(すべて女性)であった。前者を学生群, 後者を看護師群とする。被測定者(脈を測られる側)は健康な学部学生1名(女性)とした。被測定者は循環器系疾患などの既往

歴はなく、心電図にも異常はみられなかった。

被験者は10, 15, 30, 60秒の4種類の測定時間で左手橈骨動脈の触診によって脈拍数を測定した。測定時間内の脈拍数は毎分心拍数(bpm)に変換されたが、この計算は機械的に行われた。時間測定にはステップ運針型のアナログ腕時計を用いた。被験者が測定結果に自信がない場合には再測定を許した。

触診で得られた脈拍数を重複する1分間の心電図から得られた基準心拍数と比較し誤差を求めた。基準心拍数は1分間の胸部双極誘導による心電図から得られたR-R間隔の平均値を求め、これの逆数に60を乗じて算出した(図1)。心拍数はAD変換ボードを通じてコンピュータに取り込まれた心電図のR波ピークを検出することで算出された。これらの処理は自動的に行われたが、検出ミスがないか、すべての例について目視でも確認した。

心電図のR波と橈骨動脈における脈波の発生は同時ではなく、200~300msec程度の遅れが生じる。そのため本研究では橈骨動脈に伝わるまでの時間を事前に測定し、心拍の発生時間を補正した(図2)。脈波の測定には日本光電製の光学式脈波ピックアップを用いた。触診による脈拍数と心電図による心拍数を比較した研究はこれまでにいくつか存在するが、この脈波伝導時間について考慮した研究はないと思われる。

結果の統計的検討は、符号付き誤差についてはt検定を用いたが、誤差絶対値は正規分布から大きくはずれるのでノンパラメトリック多重検定を実施した。被験者群間の比較はWilcoxonの順位和検定を用いた。危険率5%以下を統計的有意とみなした。

実験は石川県立看護大学の倫理委員会の審査・承認を得

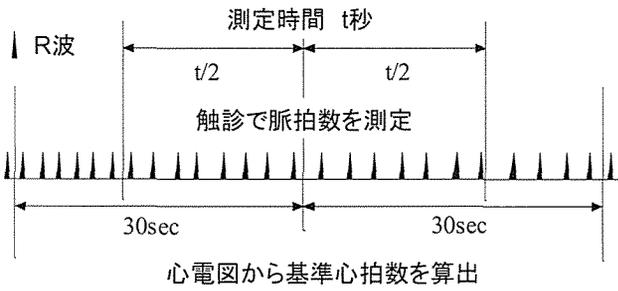


図1 誤差の算出方法

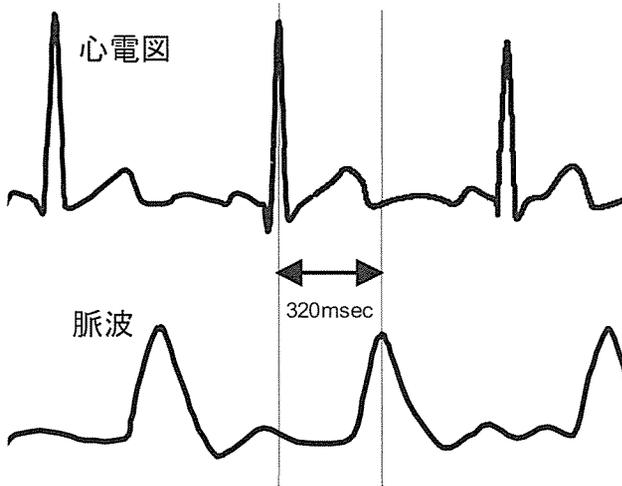


図2 脈波伝導時間の算出

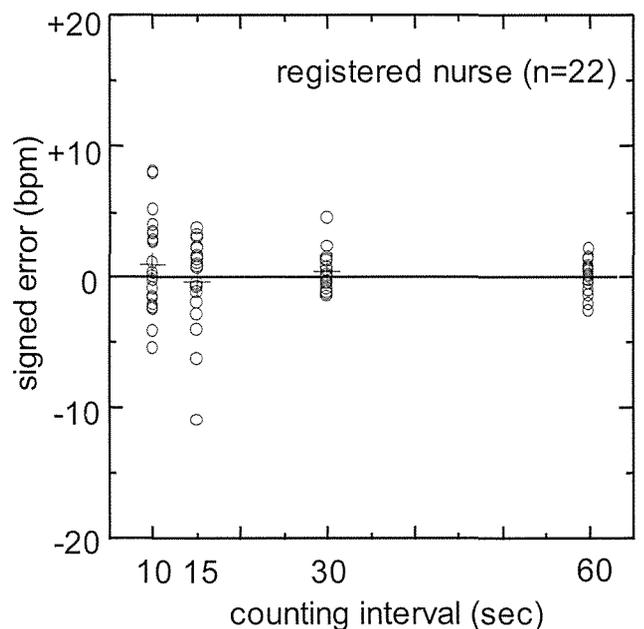
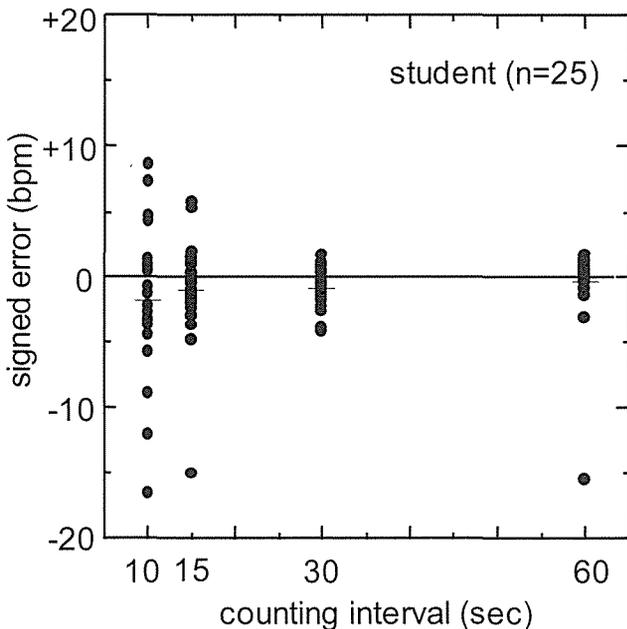


図3 各測定時間における符号付き誤差の分布(横棒は平均値)

た上で実施された。

Ⅲ. 結 果

符号付き誤差の分布を図3に示す。学生群での符号付き誤差の平均値は10, 15, 30, 60秒でそれぞれ-1.87, -0.93, -0.81, -0.29bpmとなり、すべての測定時間で誤差はマイナス方向に多く発生する傾向がみられた。30秒測定では危険率5%以下でこの偏りは有意となった。このことは、学生は脈を数える際に実際よりも少なめに数える傾向があるということを意味している。看護師群では符号付き誤差の平均値は10, 15, 30, 60秒でそれぞれ+0.96, -0.37, +0.40,

+0.11bpmとなり、学生群のような一貫した偏りはみられなかった。

図4に各測定時間における誤差絶対値の平均を示す。どちらの群でも測定時間が短くなるにつれて誤差は増大した。ただし学生群では30秒測定での平均誤差は60秒測定と比較して若干大きかった。ノンパラメトリック多重検定であるSteelの検定を行ったところ、どちらの群でも60秒測定の結果と比較した場合、10秒および15秒測定での誤差が有意に大きかった ($p<0.05$)。ただし、両群とも60秒と30秒の間には有意な差はみられなかった。すべての測定時間で看護師群は学生群よりも平均誤差が小さかった。ただ

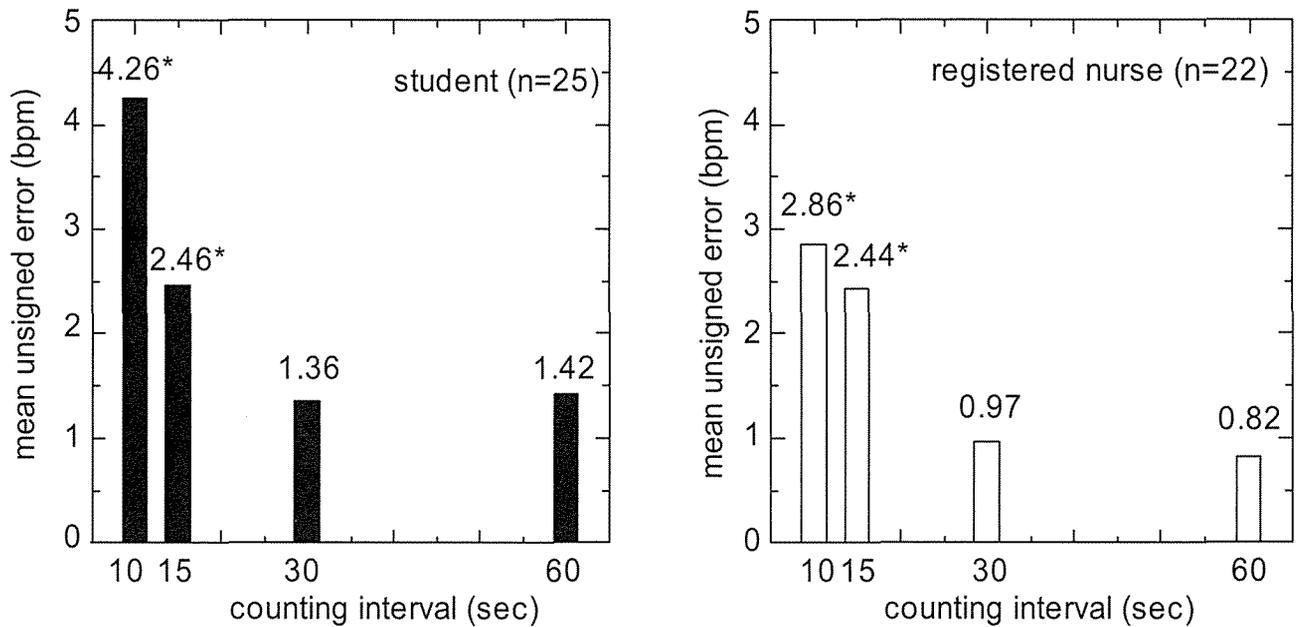


図4 各測定時間における誤差絶対値の平均 *は60秒測定との比較で $p<0.05$ で有意

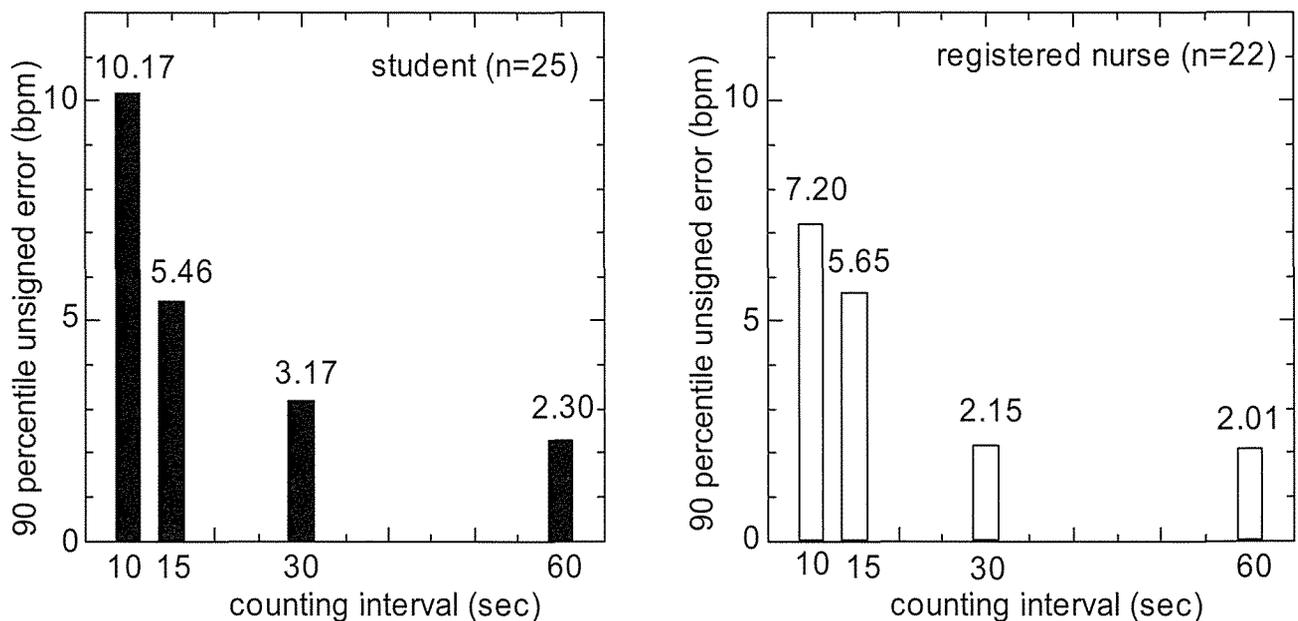


図5 各測定時間における誤差絶対値の90パーセンタイル値

し、Wilcoxonの順位和検定の結果では両群間の差は有意とはならなかった。

図5に誤差絶対値の90パーセンタイル値を示す。例えば学生群の10秒測定での誤差の90パーセンタイル値は10.17bpmであるが、これは10.17bpm以上の誤差が発生する確率が10%以下であることを意味する。15秒測定は例外であるが、それ以外では平均値同様に看護師群の方が学生群よりも値が小さかった。

IV. 考 察

1. 脈拍数測定の正確さに関する過去の知見

脈拍数測定時の誤差と測定時間の関係について扱った研究は、国内での報告例はみあたらないものの、海外ではわずかながら存在する。代表的な研究はJones⁹⁾の研究である。彼女は58人の看護師について15, 30, 60秒測定での触診による脈拍数を、同時に計測された心電図から求めた心拍数と比較している。Jones⁹⁾の実験では各測定時間での測定は独立しておらず、60秒間の測定において被験者に15, 30および60秒の時点での脈拍数を記憶させ、60秒間の測定終了後に3つの値を報告させている。このような方法では、測定の後半では短期記憶の負荷がかかるため、計測が難しくなることが予想される。実際、この実験の結果では測定時間が長くなるほど誤差が増大している。これは現実的な状況とはいえ、測定時間の影響を考察するには適切な実験とは思われない。

この点を改善したのがHollarbach¹⁰⁾の研究である。Hollarbach¹⁰⁾の実験でも15, 30, 60秒間の測定結果を比較しているが、Jones⁹⁾の実験と異なり各測定時間での計測は独立している。看護師(n=17)と看護学生(n=14)の15秒測定での誤差の平均はそれぞれ3.412bpmと2.571bpmであった。30秒測定ではそれぞれ1.294bpmと4.857bpmであった。測定条件や誤差の計算方法など異なる部分があるので単純に比較はできないが、これらの値は本研究の結果よりもかなり誤差が大きい。

本研究がHollarbach¹⁰⁾の研究と本質的に異なっている点は誤差の定義である。Hollarbach¹⁰⁾の研究では、測定時間内の触診で得られた脈拍数を同じ時間内の心電図から求めた心拍数と比較している。この2つは本来一致するはずであり、ここに差があるとすれば、それは測定者のミスによる結果である。一方で本研究での測定誤差は、ある測定時間での脈拍数と、理想的に60秒間測定した場合との差分として定義されている。つまり、本研究での誤差は、ある測定時間で得られる脈拍数の推定値が理想的に1分間測った場合とどれだけ異なるか、という意味であるのに対し、Jones⁹⁾やHollarbach¹⁰⁾らの研究では、ある時間内に測定者がどれだけ間違えるかだけを問題にしている。

10秒や15秒などの測定時間から毎分脈拍数を推定する場合には、測定者の数え間違いだけではなく測定時間の長さそのものに由来する精度の限界がある。したがって、脈拍数測定と測定時間との関係を検討する際には、本研究での誤差の定義がより適切であると考えられる。

2. 誤差のバイアス

測定誤差について検討する際には、誤差の大きさだけではなく、誤差にバイアス(偏り)があるかどうかも重要な点である。バイアスがない場合、つまり誤差がプラス側とマイナス側に均等に分布している場合には、測定を重ねて平均することで誤差を相殺することができる。しかし、バイアスがある場合にはこのような方法で精度を改善することができない。

本研究の看護師群では、符号付き誤差の平均値には一貫した偏りはみられず、看護師群においては誤差のバイアスは存在しなかったと考えられる。これに対し、学生群ではどの測定時間でも実際よりも少なめに数える傾向がみられた。Hargest¹¹⁾は脈を数える場合、実際よりも多めに数える傾向があると述べており、Hwu¹²⁾の実験結果でも同様の傾向が示されている。しかし、スポーツ科学などの分野では、脈を数えるときは少なめに数える傾向があることが多くの研究で報告されている³⁻⁷⁾。本研究での学生群の結果はこれらの知見に沿ったものであると考えられる。

3. 脈拍数測定と測定時間との関係

安静時心拍数の個人内での自然変動は標準偏差で平均値の3~5%程度と考えられる¹³⁾。平均心拍数を70bpm程度と仮定すると、その標準偏差は2~4bpmとなる。つまり特に原因がなくても心拍数は2~4bpm程度は変化するものであり、臨床での脈拍数測定において3~4bpm程度の誤差は実際的には問題とはならないと考えられる。

本研究の結果では10秒測定での符号なし誤差の平均は3~4bpm、15秒測定での誤差は平均で2~3bpm程度であった。また誤差の90パーセンタイル値は、10秒測定で7~10bpm、15秒測定で5~6bpm程度であった。30秒測定での誤差平均値は1bpm程度、90パーセンタイル値では2~3bpmであり、自然変動に対して十分な精度であると考えられる。

脈拍数測定において、基本的には測定時間が長いほど測定結果は正確になるはずである。しかし本研究の結果では、60秒測定での誤差の大きさは30秒測定とほとんど変わらなかった。これは測定者の集中力の影響が現れた結果であると考えられる。短い時間であれば集中して脈を数えることができるが、時間が長くなると集中力が切れて数え間違いが多くなることが予想される。実際、Hollarbach¹⁰⁾の実験でも運動負荷を加えた頻脈時では60秒測定よりも30秒測定の方が時間あたりの数え間違いが少なくなってい

る。つまり人間の心理的特性を考慮すれば、単純に測定時間は長い程よいとはいいい切れない。本研究の結果からは、脈拍の30秒測定は60秒測定と比べてほとんど精度が変わらず、また安静時心拍数の自然変動の範囲内の精度を持つことから、効率的な方法であるといえる。ただし、これはあくまで脈の触診が容易な健康な若年者を対象とした場合の結果である。心房細動がある場合には、同じ精度を得るために通常よりも長い測定時間が必要であるといわれており¹⁴⁾、このような場合には60秒かそれ以上の測定時間が必要である。脈拍数を測定する場合には、対象の健康や疾病の状況、発達段階などを考慮し、適切な測定時間を判断しなければならない。

4. 臨床経験による測定精度の差

看護師群と学生群を比較すると、誤差絶対値の平均はすべての測定時間で看護師群の方が小さかったが、被験者群間の差は統計的有意とはならなかった。Hollarbachら¹¹⁾の結果でも、看護師群の方が学生群よりも全般的に平均誤差が小さかったが、その差は統計的有意とはなっていない。これはデータの性質上ばらつきが大きくなるので、平均値の差が統計的有意となることが困難であるためであると思われる。門田ら⁷⁾は橈骨動脈の触診による幼児の脈拍数測定において測定経験の方が未経験者よりも精度が高い傾向があったと報告している。また、成人と比べて乳幼児では橈骨での脈の触診が困難であるといわれている。本研究およびHollarbachら¹⁰⁾の結果は、健康な成人の脈を触診した場合の結果であるが、測定対象が循環器系疾患等を持ち脈の触診が困難な場合には、臨床経験の差がより明確に現れる可能性が考えられる。また、学生群において脈を少なめに数える傾向がみられたのに対し、看護師群ではこの傾向がみられなかったことは、間接的に看護師群の測定精度の高さを示しているとも考えられる。

5. 臨床での応用への展望

本研究の結果では、30秒測定での誤差は60秒測定とほとんど変わらず、十分な精度があることが示された。脈拍数の測定時間については多くの教科書で60秒測定が推奨されているが、本研究の結果から、30秒測定を積極的に認めて

も良いのではないかと考えられる。脈拍数の測定時間は単に長ければよいというものではなく、短い時間であっても測定に集中することが肝要である。

臨床での脈拍数測定では、必ずしもすべての状況で厳密な正確さが求められるわけではない。10秒や15秒測定などの短縮法では30秒や60秒測定と比較して誤差が大きくなるが、誤差の大きさをふまえた上で測定結果を適切に解釈するのであれば、これらの方法も一定の有用性を持つと思われる。

本研究の結果では、統計的有意差は得られなかったものの、看護師群と比較して臨床経験のない学生群では全般的に誤差が大きい傾向が見られた。このことから、測定者の臨床経験が浅い場合には、10秒もしくは6秒間測定のような極端な短縮法は避けるべきであると考えられる。

6. 本研究の限界と今後の課題

本研究では計47名の被験者が脈を測定しているが、脈を測られる側である被測定者は健康な若年女子1名に固定している。脈拍数測定の正確さには、脈を測る側だけでなく、脈を測られる側の特性も当然影響する。したがって、本実験とは逆に測定者を少数に固定し、被測定者の数を多くする実験デザインも考えられる。実際、Hwuら¹²⁾の実験では206名の学生の脈拍を一人の測定者が触診している。しかし、本研究は測定者側の特性に注目したものであり、結果の解釈を単純にするためにも、あえて被測定者を1名とした。したがって、本研究の結果を解釈するには健康な若年者を対象にしたものであることに留意する必要がある。

臨床における脈拍測定では、単に脈拍数を数えるだけではなく、脈の強さ、規則性、緊張度、左右差などにも注意を払わなければならない。本研究は脈拍数の正確さのみを対象としており、脈の性状の判断については扱っていない。脈の性状判断の技術・精度については東洋医学などの分野で研究例¹⁵⁾があるものの、看護学的視点からの研究は、脈拍数と同様に極めて限られている。今後、これらの要素も含めた総合的な脈拍測定技術の研究が必要であると思われる。

要 旨

橈骨動脈の触診によって得られた脈拍数の正確さについて検討した。脈拍数の測定時間は10, 15, 30 および 60 秒間であった。被験者は看護学専攻の学部学生25名と臨床経験3年以上の看護師22名, 計47名であった。各測定時間における脈拍数は重複する60秒間に測定された心電図より得た心拍数と比較され, その差を測定誤差とした。学生群では, どの測定時間でも実際よりも少なめに脈を数える傾向がみられた。看護師群ではこのような誤差の偏りはみられなかった。各測定時間での測定誤差の平均は, 学生群で4.26 (10秒), 2.46 (15秒), 1.36 (30秒), 1.42 (60秒) であった。看護師群では2.86 (10秒), 2.44 (15秒), 0.97 (30秒), 0.82 (60秒) であった。全体的に看護師群の方が学生群よりも誤差が小さい傾向がみられたが, 両群の差は統計的有意とはならなかった。どちらの群でも30秒測定と60秒測定の間には有意差はなく, この結果から30秒測定の有効性が示唆された。

Abstract

Accuracy of pulse counting by radial palpation was examined in 25 nursing students and 22 registered nurses. Measurement intervals for pulse palpation were 10, 15, 30 and 60sec. Pulse rates in each interval were compared with heart rate by electrocardiograms which were simultaneously recorded for overlapped 60sec. Pulse rates counted by the students were less than actual heart rate, although this bias was not observed in registered nurses. Mean absolute error of 10, 15, 30 and 60sec measurements were 4.26, 2.46, 1.36 and 1.42bpm for the students, 2.86, 2.44, 0.97 and 0.82bpm for the nurses respectively. In both groups, no significant differences were observed between 30sec and 60sec measurements, suggesting efficiency of 30sec measurement. The pulse rates counted by registered nurses were more accurate than the rates by students, although the difference was not statistically significant.

文 献

- 1) 鈴木淳子, 工藤綾子, 他: 看護技術を支える知識に関する一考察-バイタルサイン測定の文献を通じて-. 順天堂医療短期大学紀要, 5, 1-16. 1994.
- 2) Evans, D., Hodgkinson, B., Berry, J.: Vital signs in hospital patients: a systematic review, *Int. J. Nurs. Stud.*, 38, 643-650. 2001.
- 3) Erdmann L. D., Dolgener F. A., Hensley L. D.: A Comparison of Postexercise Heart Rates by Telemetry and Self-Pulse Palpation in Middle School-Age Boys, *Meas. Phys. Edu. Sci.*, 2, 199-204. 1998.
- 4) Devan, A. E., Lacy, B. K., Cortez-Cooper, M. Y., Tanaka, H.: Post-exercise palpation of pulse rates: its applicability to habitual exercisers, *Scand. J. Med. Sci. Sports*, 15: 177-181. 2005.
- 5) McCall, K. L., Raehl, C. et al.: Evaluation of pharmacy students' blood pressure and heart rate measurement skills after completion of a patient assessment course, *Am. J. Pharm. Educ.*, 15; 71 (1), 1-5. 2007.
- 6) 橋本 勲, 三浦望慶, 他: 運動処方を行うための触診法による脈拍測定についての検討, 日本体育学会大会号, 34, 645, 1983.
- 7) 門田理世, 三村寛一, 他: 触診法による脈拍数測定の有用性について, *体力科学*, 39, 582, 1990.
- 8) 田中裕二, 野月千春, 島田多佳子: 脈拍測定 of 技術について, *ナーシング・トゥデイ*, 14(4), 74-77. 1999.
- 9) Jones, M. L.: Accuracy of pulse rates counted for fifteen, thirty, and sixty Seconds, *Mil. Med.*, 135, 1127-1136. 1973.
- 10) Hollerbach, A. D., Sneed, N. V.: Accuracy of radial pulse assessment by length of counting interval, *Heart & Lung*, 19, 258-264. 1990.
- 11) Hargest, T. S.: Start your count with zero, *Am. J. Nurs.*, 74, 887, 1974.
- 12) Hwu, Y., Coates, V. E., Lin, F.: A study of the effectiveness of different measuring times and counting methods of human radial pulse rates, *J. Clin. Nurs.*, 9(1), 146-152. 1990.
- 13) Kobayashi, H.: Inter and intra individual variations in heart rate variability of Japanese males, *J. Physiol. Anthropol.*, 26, 173-177. 2007.
- 14) Atwood, J. E., Myers, J., et al.: Optimal sampling interval to estimate heart rate at rest and during exercise in atrial fibrillation, *Am. J. Cardiol.*, 63(1), 45-48. 1989.
- 15) King, E., Cobbin D., et al.: The reliable measurement of radial pulse characteristics, *Acupunct. Med.*, 20(4), 150-159. 2002.

〔平成20年1月25日受 付〕
〔平成20年11月6日採用決定〕

新・看護師教育カリキュラムに対応

PHYSIKO

M55 フィジカルアセスメント トレーニングモデル

Physiko

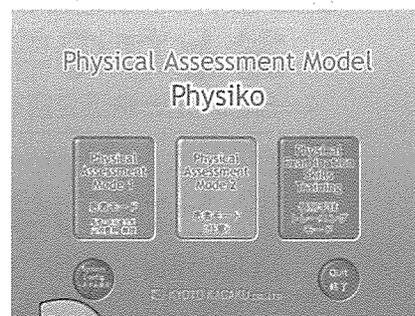
実習項目

- 問診・コミュニケーション
- 脈診
- 目の視診
- 心音の聴診
- 血圧測定
- 肺音の聴診
- 心電図シミュレーション
- 腸音の聴診

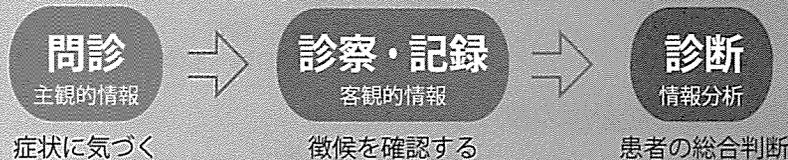
Physiko はコミュニケーション、フィジカルアセスメント技術を向上させ、看護の臨床実践能力を高める学習に適した全身モデルです。

Physico を用いた看護師教育現場での活用

- 3種プログラムモードの設定で、レベルに応じた段階的な学習が可能
- 12人の疾患患者のシミュレーションで、看護師の臨床実践能力を向上
- 任意の疾患患者が設定でき、効果的な教育プログラムに活用が可能
- 豊富な症例設定で、基本的でおえるべきアセスメントを繰り返し学習
- 人体と同様に可動し、問診のできる全身モデル



フィジカルアセスメントの手順



主な訴えは何か
どんな症状か

その患者の
状況に応じた
看護計画立案
・実践

アセスメントの結果を的確に医師に伝えることができるか否かは、患者さんの負担を大きく軽減することにつながります。

決め手となる
アセスメントの
ポイントをつかむ



株式会社 **京都科学**

URL ● <http://www.kyotokagaku.com>
e-mail ● rw-kyoto@kyotokagaku.co.jp

本社・工場 〒612-8388 京都市伏見区北寝小屋町15番地
TEL.075-605-2510(直通) FAX.075-605-2519

東京支店 〒112-0002 東京都文京区小石川5丁目20-4
TEL.03-3817-8071(直通) FAX.03-3817-8075

新刊 成人女性の学習

——ジェンダーの視点からの問い直し

●A5版上製 約366頁 定価3,150円(本体3,000円+税)

■著者 エリザベス・ヘイズ、ダニエル・D・フラネリー

■監訳者 入江直子(神奈川大学) 三輪建二(お茶の水女子大学)

本書の問題意識は、女性が主体となって生きるというフェミニズムの思想を一人ひとりの女性にとって力となるものにするためには、女性自身が学習の主体となりうる学びのあり方が探究されなければならないというものである。本書は、成人学習や成人教育をめぐる研究や実践が進む中で、成人女性の学習と教育についての情報と理解が欠けているのではないかという問題意識を持ち、女性の学習実態から、成人学習・成人教育の実践や研究を問い直し、より豊かな概念や理論の構築をめざそうとしている。分かりやすい翻訳で概観できる、女性問題学習・生涯学習および看護教育に関わる人びと必読の書。解説も充実。

主な目次

日本語版への序(フラネリー)

まえがき

1章 女性の学習——万華鏡

2章 社会的状況

3章 アイデンティティと自尊心

4章 〈声〉

5章 関係

6章 意識変容

7章 フェミニズム教育学

8章 実践におけるパースペクティブ

9章 女性の学習に関する知の創造

あとがき——女性の学習をくり返し探究する

——解説 入江直子

好評発売中

●名著の完訳。教職大学院関係者・成人教育関係者必携。

省察的実践とは何か

プロフェッショナルの行為と思考——

D.ショーン著

柳沢昌一/三輪建二 監訳

A5判上製 454頁 本体4,200円

●成人教育の基礎理論を理解し、実践にいかすための格好の書。

おとなの学びを拓く

自己決定と意識変容をめざして——

P.クラントン著

入江直子/豊田千代子/三輪建二 監訳

A5判上製 342頁 本体3,000円

●学習者のニーズと特性にかなった支援の必要性和具体例を示す。

おとなの学びを支援する

講座の準備・実施・評価のために——

K.マイセルほか著

三輪建二 訳

A5判上製 206頁 本体2,300円

●アンドラゴジーに関する古典的名著、待望の完訳。

成人教育の現代的実践

ペタゴジーからアンドラゴジーへ——

M.ノールズ著

堀薫夫/三輪建二 監訳

A5判上製 600頁 本体5,000円

●社会教育職員をはじめとする専門職の研修用に最適の書。

おとなの学びを創る

専門職の省察的実践をめざして——

P.クラントン著

入江直子/三輪建二 監訳

A5判上製 356頁 本体3,000円

●アメリカで評価の高い生涯学習・成人学習論の名著を完訳。

成人期の学習——理論と実践

シャラン B・メリアム/

ローズマリー S・カファレラ著

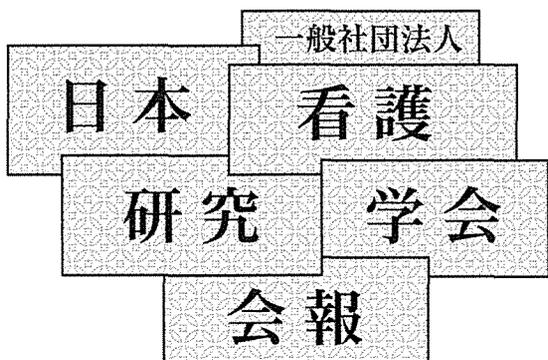
立田慶裕/三輪建二 監訳

A5判上製 592頁 本体5,000円

鳳書房

〒157-0072 東京都世田谷区祖師谷1-25-5

TEL/FAX.03-3483-3723



第 77 号

(平成21年 4月20日発行)

一般社団法人日本看護研究学会事務局

目 次

平成20年度第二回理事会.....	1
平成20年度評議員会議事録.....	9
平成20年度総会議事録.....	18
平成20年度2回臨時理事会議事録.....	25

日本看護研究学会平成20年度第二回理事会議事録

日 時：平成20年 8月19日（火）13：00～16：30

場 所：神戸ポートピアホテル本館 B1F 菊水

出 席：理事—阿曾 洋子，石井 トク，泉キヨ子，尾岸恵三子，上鶴 重美，紙屋 克子，
影山セツ子，川口孝泰，川嶋みどり，川西千恵美，小山真理子，田島 桂子，
前原 澄子，松岡 緑，松田たみ子，宮腰由紀子，山口 桂子，山勢 博彰，
山田 律子

監事—安藤 詳子，大谷真千子

第34回学術集会会長 近田 敬子

欠 席：川村佐和子，黒田 裕子，小松 浩子（委任状提出）

途中退席：川口 孝泰理事（委任状提出）

（五十音順・敬称略）

議 長：山口 桂子 理事長

理事長あいさつ，および出席者の確認

挨拶に先立ち，名誉会員内海先生のご逝去のお知らせとお悔やみの言葉があった。また，法人化について具体的に骨子が見えてきたことの報告と協力に対する感謝のあいさつの後，会則第4章第14条5）により，出席者19名，委任状数3名分により，本理事会が成立する旨の報告がされた。

報告事項

田島 桂子副理事長

1. 学会員数の動向について

平成20年8月15日現在

会員総数 5,752名（内訳 名誉会員7名, 理事22名, 評議員170名, 一般5,553名）

2. 委員会報告

1) 編集委員会報告

川口 孝泰委員長

①2007年度：投稿論文79編 うち採択30編 不採択21編 辞退4編 現在査読中24編

2008年度：投稿論文数が現在まで32編

-今年度の掲載数-

掲載済み：31巻1号 10編 31巻2号 9編

掲載予定：31巻4号 10編 31号5号 4編 準備中

②国立情報学研究所（CiNii）より学会誌の電子化による公開依頼があり，データ乗り入れについて継続検討中である。

③二重投稿とおもわれる論文が1件あった。二重投稿の禁止は，研究倫理上当然のこととして投稿規定に盛り込んでいなかったが，今後は投稿原稿表紙に二重投稿していない旨の明記と署名を求める等の検討をしている。

④英文抄録の専門家による推敲の証明は，個人の責任で行われるべきものであるが，十分といえず今後検討する。

2) 奨学会委員会報告

紙屋克子委員長

(1) 平成20年度第1回臨時理事会において奨学会規程の一部改正が認められた。主な改正点は以下のとおりである。

①第3条：「利息をもって充てる」の文言を削除する。

②第4条：対象者の応募資格について，「研究歴」を「会員歴」3年以上に変更。

③第4条3)「本人の単独研究」を「単独研究，もしくは共同研究の責任者」と変更。

④第4条5)：1年間の研究費の上限額を50万円（採択人数にかかわらず）として明記。

(2) 奨学金授与者で論文化の義務を守れないケースが生じたが，今回に限り誓約書の提出によって期限の1年間延長を認めた。義務を怠った場合の全額返済等の罰則措置については今後検討する。奨学金の使用内訳の提出等とともに，これらを募集要項への付記事項として明記するなどについて，検討中である。

(3) 終了後の報告について，論文種類については「『奨学会報告』として掲載するか，『原著論文』にするかは，本人が決定する。その場合，『奨学会報告』と『原著論文』を2つの論文として発表できないこと，『原著論文』は編集委員会の査読を必要とすること，『原著論文』の査読終了時期が報告の義務期限に間に合う必要があること，など考慮する必要があるなど」検討されている。

3) 学会賞・奨励賞選考委員会報告

松岡 緑 委員長

①平成20年度に奨励賞選考評価基準を策定した。

評価基準1点目は「オリジナリティ」、2点目「研究方法・研究方法としての完成度」、3点目は「看護実践への示唆・貢献度」、4点目に本年度付け加えたことは「今後の研究に対する期待度」とした。

②学会賞および奨励賞に関する規程細則について検討した。

4) 将来構想検討委員会報告

松田たみ子委員長

法人化検討委員会、国際活動推進委員会、研究倫理委員会、学会誌発行30周年記念事業委員会をWGで進めてきた。学会誌発行30周年記念事業の記念誌の発行は、10月を目途に進めている。国際活動推進委員会、研究倫理委員会については、7月の臨時理事会で規程が作成されて活動を進めている。

5) 法人化検討委員会

山口 桂子理事長

7月12日の臨時理事会、臨時評議員会を経て、定款と施行細則を作成中である。

6) 国際活動推進委員会

上鶴 重美委員長

学会の国際活動の視点で、HPなどにより情報発信、情報提供をしていく方向で進めているが、会員の方々のニーズを知る目的でアンケート調査をする予定である。昨年度の調査から英語論文・抄録の書き方のニーズがあり、地方会に働きかけ勉強会をしている。10月には九州・沖縄地方会で、来年の3月には中国・四国地方会で行う予定である。

7) 研究倫理委員会

石井 トク委員長

倫理委員会の規程が承認され、それに基づき活動している。現在は、細則等について検討を計画的に進めている。

8) その他

田島 桂子副理事長

各委員会の年間計画を11月末日までに提出をして頂きたい。それを受けて、12月の理事会で、次年度計画を作成する予定である。

3. その他

1) 日本学術会議について

川口 孝泰理事

(1) 現在、日本学術会議との連携の体制を持っているのは日本看護系学会協議会であるが、同協議会から、現在2つのテーマについて、日本学術会議と相互連携しながら活動している。一つは、「医師と看護師の役割の分担」の調査であり、8月、近日中に報告書が出る予定である。他の一つは、人々の看護に対する認識を高めるには、年少時からの命に対する教育が必要と考えられ、「子どもに対する命の見直し教育」をテーマにした検討が現在進行中である。

(2) 田島 桂子副理事長より、7月29日(月)に「学会の法人化にかかわるシンポジウム」があり理事長、副理事長が参加した。主な内容は、以下のとおりであった。

- ・学術会議の協力学会会の殆どが、現在は公益法人であるが、それらが新法律の下でいかに法人化するべきかについて説明があり、ひとまず一般社団法人になることと公益法人化することとは別に考えること、公益法人に認められる学会数は現公益法人の20%に留まるであろうと説明された。
- ・非営利の一般社団法人として組織を整え、発生した税金についてはそれに基づく税金を支払うべきとの説明がされた。

2) 日本看護系学会協議会について

田島 桂子副理事長

6月13日に総会が行われた。主な内容は以下のとおりである。

- ・本協議会は34学会で運営されている。役員会は年5回開催されている。主な活動には、シンポジウムの開催があり、全文をHPで報告している。
- ・会員同士の交流を図るブログを開設した。
- ・収支決算については、収入は1学会8万円で計272万円、前年度の繰越し404万円、合計676万円位であり、かなり繰越金がある。
- ・活動の中に厚生労働省の「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」への協力などもあり、これまでは学識経験者として参加していたが、各学会が参加してはどうかとの提案があった。
- ・同協議会の英語名称が「Japan Association of Nursing Academies」に変更された。
- ・本年度は、新規役員の改選があり、選挙管理委員会の役員には、日本看護診断学会、日本クリティカル看護学会、日本精神保健学会看護学会があたる。
- ・学会誌の電子化による公開依頼があった。
- ・「看護の役割拡大にむけてのイノベーション」についての第2回目のシンポジウムが12月の日本看護科学学会の時に行われる。

3) 看護系学会社会保険連合（看保連）について

紙屋 克子理事

4月30日に看保連の総会が開催された。おもな内容は以下のとおりである。

- ・今年度は、介護報酬の改定に向けて力を注いでいく。
- ・看護技術検討委員会の委員長が野末氏から岡谷氏へ交代した。看保連に今年度から、国立病院看護研究学会、日本脳神経看護研究学会、日本ルーラルナーシング看護学会が加わった。
- ・平成20年度の研究助成については、600万円（1件につき100万円）を研究助成に当てる。
- ・看保連のメールアドレスを変更した。
- * 以上の報告の後、研究助成（100万円）については、紙屋理事が今年度「医学的に回復困難と診断された遷延性意識障害及び重度障害者における生活行動の再獲得・QOL向上を目的としたエビデンスの集積とその実践者の育成」に取り組むことで助成を受けたので、この研究に参加したい施設をHPで募ることの了解を得たいとの申し出があり、承認された。
- * 尚、看保連へは、紙屋理事が看保連副代表であることから泉キヨ子理事が本学会からの委員として参加している。

4) 第34回学術集会について（8月20日・21日）

近田 敬子学術集会長

準備状況は順調であること、事前登録が1000人余となっていることの報告があった。

審議事項

1. 平成20年7月の臨時理事会議事録（案）について

理事22名中3名を除いて承認の返事を得ている。したがって、理事会議事録は承認された。

2. 平成20年度 評議員会・総会の準備について

・評議員会：評議員数は理事を含めて191名、出席者102名（86名の委任状を含む）。

書記は、木村氏と坪倉氏に依頼し承諾を得ている。

・総会：出席934名（委任状859名）、書記は中西氏、山本氏の承諾を得ている。

3. 法人化について

1) 定款の検討（下線は訂正箇所）

定款に関する種々論議の結果、以下のように承認された。

(1) 以下、前回理事会で検討した部分の訂正・確認

第13条 p 4 ・ ・ 理事長、副理事長、常任理事

第15条4) p 5 ・ ・ 常任理事は ・ ・ ・ 企画・運営を担当する。

第40条 p 10 ・ ・ 事業報告書、貸借対照表、損益計算書及び附属明細書

*なお、第18条、第19条に理事会の日という文言が数ヶ所あり、要検討とされていたが、それは法律用語であり、定款としては一般的な使い方であるとの弁護士からの回答があったことから、原案通りとする。

(2) 社員（評議員）の任期について

・最大任期については法人化委員会で検討、以下の案を提案する。

第11条3（社員の任期）社員の任期は4年とし、続けて再任することはできない。

・前回理事会、同評議員会では、半数改選することについては承認された。

これについての具体策として、

①初回選挙時（平成21年10月）、現在の評議員のうち継続希望を辞退する評議員以外は2年間の期限で継続する。継続希望辞退者は、平成21年10月開始の評議員選挙の被選挙人となることができる。

②本来の定数の評議員の半数のみを選挙で選ぶ。次回選挙時には、残留していた①の評議員は全員辞職し、残りの半数を選挙で選ぶ。

*すなわち、現評議員の任期は、平成21年度までであり、それを踏まえ平成22年の6月の第1回社員総会までとしたが、それをさらに24年6月までとする。よって、平成22年と平成23年度のみは、評議員数が最大で1.5倍となる可能性がある。評議員会の交通費等は、1.5倍になるが、法

人化のために積み立てておいたものをあてることになる。

* 選挙は2年に1回行い、半数改選となる。平成24年以降、本来の評議員数と制度になる。

(3) 会員総会の役割について

「第29条（会員総会）会員総会では、学会費・奨励賞の承認、名誉会員の承認及び 学術集会長の選出に関する事項について審議する。」とした。

「評議員の選挙」の承認については、会員の意志で選ばれた結果であり、これをあらためて承認する必要はないことから、これを削除した。

(4) 基金に関連する第36条に関しては、非営利団体であることの証明に関する第40条、第41条および第44条との関連で検討する必要がある。これについては、法律施行の間近にならなければ税制上のことが明確にならないため弁護士、公認会計士と相談の上で決定することとし、保留とする。

(5) 旧団体の会則変更と会員の移行について

旧団体と新団体の名称は同じで存続できるかという前回の評議員会での質問については、登記されたもの同士でなければ問題は無いとの弁護士からの回答があった。現学会が任意団体である場合は、2つの存在は可能である。

会員の移行については、定款の細則の中で「本法人設立時に、任意団体日本看護研究学会会員であった者は、本法人に入会したものとみなす。」という附則をつけることにより行う。これについては、全会員に次年度会費納入にあたり「法人設立により、現会員は自動的に法人の会員になりまう。これを確認のうえで、次年度会費をお支払い下さい。」のような明確な意思表示を確認しながら移行する考えである。

(6) 理事会の書面代理制度

理事についても、委任状の手続きを定款に記すべきではないかとの前回の評議員会における指摘については、法律上、法人の理事について書面での代理制度をとることができないことが確認された。したがって、出席者の過半数で決議することになる。

(7) 英文名のJ.S.N.RはJSNRで良いとの意見があり変更する。

(8) 施行細則について、定款の中に別に定めると言うものを細則にあげる。現在は、会費、選挙について書いている。その他に別の形で委員会規程を作る予定である。

2) 会費について

会費について、現行：入会金3000円、年会費7000円のとおり据え置くことが提案され、承認された。

3) 評議員の定数について

評議員の定数について、現行は、「選挙人は会員歴3年以上、被選挙人は会員歴5年以上」、「選挙人の5%を評議員の地区定数」としているが、約5,700人の会員のうち3年以上の選挙人は8割であり、評議員は190人となっている。会員の増加が今後も見込まれるが、効果的な会議を行う人数としては、200名では難しく、欠席者も多くなることが予測される。よって、役割意識を十分に持って活動してもらうために、「定数を選挙人の3%とする」ことが提案され、承認された。

*評議員数が減少することに伴い、学会入会の推薦に支障が出るのではという懸念の意見や、入会時の評議員による推薦不要の意見も出されたが、今後、評議員名のHPにおける掲示や、評議員の役割の明確化、評議員への周知徹底などによって対処することとし、現行どおり継続することとなった。

4. 査読委員の追加について

編集委員会より、投稿数の増加に対して、平成20年8月より査読委員に理事も加えることの提案があり承認された。

5. 学会賞・奨励賞規程・細則の改正について

①資料を以下の通りに訂正

第3条の訂正・・・推薦年度に訂正

奨励賞・・・発表され独自性があり

②学会賞・奨励賞のいずれも、会員歴3年以上とした。

③第5条 学会賞及び奨励賞は、理事長が委嘱した選考委員によって推薦されるに改めた。

④細則について 学会賞は論文の内容に独自性があり、論文としての完成度が高く看護学または看護実践において有益で顕著な貢献が認められることと変更した。

申請手続きは、学会賞及び奨励賞は理事長により委嘱された選考委員による推薦とし、選考委員は次の書類を添えて、翌年の2月末日までに理事長に申請しても良いとなった。それは、4月に委員が替わったときでもあり、このように考えた。

奨励賞は、推薦書は要旨だけでよい、2通を書かずコピーでよい。

*学会賞および奨励賞のいずれも対象は論文である。学会賞は、対象者は一人であり、奨励賞の対象は全員である。また、資格は、学会賞及び奨励賞共に3年以上日本看護研究学会の会員歴があること。学会賞は特に優れた原著論文を対象とする。

臨時提案として、明日は準備された賞状に添え副賞を添える。

副賞については、今後の検討とする。

6. 第37回の学術集会長に黒田裕子理事（北里大学）が推薦され、承認された。

7. 第35回の学術集会長の川嶋みどり理事の挨拶

テーマ「はじ創めを探り、ひら未来を拓く」で行う。

日 時：2009年8月3日・4日

場 所：パシフィコ横浜国立大ホール

「第35回の学術集会であるが、法人化後の第1回であることも考え、また、創設時の先人達の想いと

気概と信念とを探りながら、この学会の未来がどうなっていくだろうかということを経術的に討議したい。2名の招聘講演を行う計画である。ルイス・エバンス博士にアカデミックナーシングプラクティスについて、シオバン・ネルソン博士には歴史的な研究と看護実践についての講演を依頼している」とのご挨拶があった。

8. 次回の理事会について

この後の評議員会と総会で最終的な最終定款の決定を評議員会に委ねて欲しいことを提案し了解を頂く予定である。12月に第二回臨時理事会、2009年2月に第三回臨時理事会と第二回臨時評議員会を開催する予定である。

平成20年度日本看護研究学会評議員会議事録

日 時：平成20年8月19日（火）17：30～20：30

場 所：神戸ポートピアホテル本館B1F 布引の間と北野の間

会則第5章第16条4）により、平成20年度評議員会成立の確認

評議員数は平成20年4月1日現在191名であり、うち出席評議員は101名、欠席委任状は87名であった。

過半数の出席（委任状を含む）により、本評議員会は成立した。

書記の任命：木村紀美評議員・坪倉繁美評議員

議長：山口桂子理事長

議事は平成20年度日本看護研究学会総会議事事項（31巻3号353頁を参照）に沿って進行

* 議事に先立ち、山口桂子理事長より挨拶があった。

報告事項

1. 学会員の動向

田島 桂子副理事長

会員総数 5,752名（平成20年8月15日現在）

内訳 名誉会員：7名 理事：22名 評議員：170名 一般会員：5,553名

委員会報告について

1) 編集委員会報告

川西千恵美理事

①現在の投稿論文の進捗状況

平成19年度：79投稿 採用30 不採用21

平成20年度：32投稿

雑誌発行の論文：31巻4号は10編、5号は4編を準備

②国立情報学研究所CiNiiとのデータ乗り入れについて検討中である。

③二重投稿規制について

倫理上、二重投稿はないと思われ投稿規程に規定していなかったが、新たにカバーレターに二重投稿について記載するよう検討中である。

2) 奨学会委員会報告

紙屋 克子委員長

奨学会規程の一部改正を行った。

①金利が低い昨今、寄付の利息を助成金に充てることができない状態であり、原資を取り崩すについての意見はあったものの、「利息をもって充てる」文言を削除した。（第3条）

②臨床看護職にも応募してもらいたく、対象については、従来の研究歴から会員歴に変更した。（第4条）

③従来は、年間50万円を2名に充てており、一人あたりの金額が少なかったが、すぐれた研究課題に対しては、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に改めた。(第4条の5)

④奨学金を受けたものには論文の公表の義務が発生するが、従来は原著論文発表にこだわってきたものを、若手研究者の育成や臨床ナースの研究力を育てるために、今後は「奨学会報告」にすることとした。

また、今年度学術発表できない事例があったが、今年度に限り1年間延ばしたが、今後は応募規程の中に明確に公表の義務についての注意事項を入れる。

3) 学会賞・奨励賞選考委員会報告

松岡 緑委員長

①平成19年度の奨励賞は5名を選考した。

②平成20年度に奨励賞選考評価基準を策定した。

評価基準1点目は「オリジナリティ」、2点目は「研究方法・研究方法としての完成度」、3点目は「看護実践への示唆・貢献度」、4点目に「今後の研究に対する期待度」とした。対象とする原著論文は、28巻4号～31巻2号までとして、11月末までに推薦を行っていく。

③本看護研究学会学会賞および奨励賞に関する規程細則の変更を本日の理事会で報告したので、今後はこれにそって運用する。

4) 将来構想検討委員会報告

松田たみ子委員長

法人化検討委員会、国際活動推進委員会、研究倫理委員会、学会誌発行30周年記念事業委員会をワーキングで進めてきた。

学会誌発行30巻発行記念事業の記念誌の発行を19年度中を目途にしていたが、発行が遅れていることを詫び、できるだけ早く発行したい。

2. ホームページの運営について

山口桂子理事長と川口孝康委員長で検討中である。

3. 地方会について（活動等報告）審議終了後に報告

北海道地区 影山セツ子理事

東海地区 白尾久美子評議員

近畿・北陸地区 阿曾 洋子理事

中国・四国 宮腰由紀子理事

九州・沖縄地区 分島るり子井上範江評議員代理（事務局担当）

4. その他

1) 日本学術会議について

山口 桂子理事長

本学会が最も連携をとっているのが日本看護系学会協議会であり、南裕子連携会員を中心にテー

マを持って活動中である。この2年間の主なる調査活動の一つは、医師と看護師の役割分担の調査であり、近いうちに報告書が出る。もう一つは、子どもに対して命の教育がどのようにして行われているかの調査が進んでいる。詳しくは日本学術会議または日本看護系学会協議会のホームページに掲載中である。

2) 日本看護系学会協議会の活動について

田島 桂子副理事長

6月13日総会が開催された。現在34学会で運営されている。主なる活動は、シンポジウムの開催、ニューズレターの発行である。

新規の事業等の報告

- ・広報活動：シンポジウムの内容を全文報告書の形でホームページ上で公開
- ・会員同志の交流をはかるためのブログを開設
- ・シンポジウム：「看護の役割拡大にむけてのイノベーション」のテーマで開催中
- ・協議会英語名称の変更：「Japan Association of Nursing Academies」に変更
- ・新規役員改選の選挙管理委員会：日本看護診断学会、日本クリティカル看護学会、日本精神保健学会看護学会があたる。
- ・「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」（社団法人内科学会モデル事業中央事務局が管理）には、これまで協議会は学識経験者として参加していたが、各学会が参加してはどうかの提案があった。

3) 看護系学会社会保険連合（看保連）の活動について

泉 キヨ子委員長

4月30日に総会が開催された。看保連の活動は診療報酬改定に役立っており、今年度は介護報酬の改定にむけて力を注いでいく。

- ・本学会が所属する看護技術検討委員会の委員長は野末氏から岡谷氏へ交代した。
- ・看保連は34の看護系学会といくつかの看護部長会で成り立っているが、今年度から国立病院看護研究学会、日本脳神経看護研究学会、日本ルーラルナーシング看護学会が加わった。
- ・看保連のメールアドレスを変更した。
- ・平成19年度は、看護技術検討委員会から医療技術評価の提案書に10の技術項目を提出した。
- ・平成20年度は、エビデンスのある技術を含めて研究助成に関する細則を一部修正し、今年度は600万円（1件につき100万円）を研究助成に充てる。

診療報酬の点数化は、臨床看護実践看護技術に対する評価であり、診療報酬に結びつくようなエビデンスの集積に対し研究助成をする。

今年度は「医学的に回復困難と診断された遷延性意識障害及び重度障害者における生活行動の再獲得・QOL向上を目的としたエビデンスの集積とその実践者の育成」に取り組む。この研究に参加したい施設を募る。（紙屋克子理事より追加）

審議事項

1. 平成19年度事業及び会計に関する報告

- | | | |
|-------------|------------|---------------|
| 1) 事業報告 | 354頁参照 | 田島 桂子副理事長 |
| 報告どおり承認された。 | | |
| 2) 会計報告 | 355～377頁参照 | 宮腰由紀子理事 |
| 一般会計・特別会計 | | |
| 報告どおり承認された。 | | |
| 3) 監査報告 | 378頁参照 | 安藤 詳子・大谷真千子監事 |
| 報告どおり承認された。 | | |

2. 法人化について

1) 定款の検討

平成20年7月12日の臨時評議員会で検討したのち下記のとおり修正した。

第3条（目的） 本法人は、広く看護学の研究に携わる者を組織し、

第4条6）（事業） 研究倫理に関する啓発事業

第11条3）（社員） 社員の任期は4年とし、続けて再任することはできない。

第13条2）（役員の選任） 理事長が推薦する会員を社員総会において選任することができる。

第15条（理事の職務）

第15条4）（理事の職務） 本法人の企画・運営を担当する。

第16条（監事の職務） 監事は次の権限を有する。

第19条（理事会の開催） 理事会は、毎年定例の3回以上、及び次の場合に開催する。

第19条3）（理事会の開催） 前回の理事会で、請求があった日から2週間以内の日を「理事会の日」とする・・・を「理事会開催の日」にしてはどうかの指摘があったが、法律用語上は「理事会の日」が一般的とされることから、もとにもどした。

第23条（理事会の決議）

第28条（社員総会の決議） 社員総会の議事は、一般社団法人及び一般財団法人に関する法律第49条第2項に規定する事項を除き、

第29条2）（会員総会） 会員総会では、学会賞・奨励賞の承認、名誉会員の承認及び学術集会長の選出に関する事項について審議する。

第35条・36条・41条に関しては、一般社団法人及び一般財団法人に関する法律の施行（平成20年12月1日）の間近にならなければ税制運用の指針が出ないため、最終的な確定は施行を待ってからとする。

第40条（事業報告及び収支決算） 理事長が事業報告書、貸借対照表、損益計算書及び附属明細書を作成し、

第46条（最初の社員） 現在の評議員を記名する。

第47条（社員の特例）

第11条の規定にかかわらず、別に定めるところにより平成22年6月を始期とする任期2年の社員をおくことができる。

この社員の特例は、半数改選を実施することを意図とし、最初の2年を現職がかかわるようにしたものである。最初の改選は継続性をもたせながらスムーズに行い、しっかりとしたものとする方策として検討した。

平成21年4月に法人化、平成21年10月が初回の選挙、平成22年6月に第1回社員総会を開催する予定である。

現評議員で辞職の希望のないことの意味確認ができた評議員全員は平成24年6月まで延長して残留する。平成22年6月から4年間任期である本来の評議員定数の半数を選ぶ。したがって評議員数は平成22年6月から平成24年6月の間は1.5倍となる。継続残留した現職は平成24年6月をもって辞職し、平成24年6月には本来の評議員の半数を選ぶこととする。

2) 検討事項についての回答

山口 桂子理事長

①旧団体の会則変更、会員の移行

日本看護研究学会という旧団体の名称がつかえるかの質問に対しては、現団体は任意団体であり、法人名は登記された時点で同名は使えないが、現行の任意団体としてしばらく残すことについては、法に抵触しないことが確認できた。

施行細則で本会員であった全員の移行措置は完了することを定める。なお、会員に対しては法人に移る段階で、「一般社団法人日本看護研究学会」の会員になるかどうかの意味確認は行う。

②理事会の書面代理制度

理事会の委任状を認めることを定款に書き込むように指摘を受けたが、法人における理事の役割は重く、理事会の書面代理制度はとってはならないことから委任状制度は盛り込むことができない。したがって出席者の過半数で決議する。

③役員半数改選については時間をかけて検討し、施行細則に定める。

*報告事項に対する質疑応答

○浅野みどり評議員より、選挙が3年に1回から2年に1回となるため予算的には可能かの質問に対し、山口桂子理事長からは、ウェブ上で選挙する方法を検討している。このシステム立ち上げには初年度約300万円かかるが、以後は100万円程度となり、郵送の手法も一部継続したとしても、試算上は可能であると回答があった。

○杉浦太一評議員より、第19条の理事会の開催が毎年定例が3回以上となっている。定例であるにもかかわらず「以上」と多くするのはなぜかの質問に対し、山口桂子理事長からは、法律上は2回であるが3回は開催するとして、多くなった場合にその都度定款を変えるよりは以上としておいた方

がよいと考えた。定例と臨時を分けて考えるなど、これについては検討をするという回答があった。

3) 提案事項

山口桂子理事長

①年会費についての提案

法人になれば事務作業も多くなり、現行年間費7,000円ではきびしいと公認会計士よりアドバイスをもらっている。しかし積立金もあるのでこれを運用するとし、年会費は現行の7,000円で据え置き、2年後3年後必要があれば改定する。

②選挙方法（選挙規定）についての提案

選挙人は会員歴3年以上、被選挙人は会員歴5年以上としており、選挙人の5%を評議員の地区定数としている。現在では、約5,700人の会員のうち3年以上の選挙人は8割あり、評議員は190人となっている。近いうちに評議員は200人に達すると考えられ、200人以上の会議は難しく、欠席者も多いことから、しっかりと働いてもらえる人3%を選ぶことを提案する。4,000人の選挙人に対する3%となると120人となる。

*提案事項に対する質疑応答

○泊祐子評議員より、かつて同様の議論をした時に、会員の少ない地区では評議員が2・3人となるので減らさないでほしいという意見があった。現在なら少ないところでも3%となると6人ぐらいになるだろうから賛成である。

山口理事長からは、評議員の役割は、会員の推薦が大きな仕事であるが、今後は社員総会が主たる決議機関となることから、しっかりと仕事ができるような方を選ぶためにも、評議員の存在や役割をホームページ上で明記し周知していくことなども視野にいれ、評議員数3%とした。

*審議事項についての承認

- 会費の据え置きは承認された。
- 選挙方法については承認された。
- 半数改選を実施するために現評議員が平成24年6月まで残留する社員の特例については承認された。
- 定款全体については、検討事項（理事会の定例開催、35・36条の会計、初回の役員の半数改選）を除き、承認された。
- 最終決定を2月の臨時評議員会に一任する旨を総会に提案することについては、承認された。

3. 新規常設委員会設置について

- 1) 研究倫理委員会の設置 396頁参照 石井 トク倫理委員会委員長

「日本看護研究学会研究倫理委員会規程」を定めた。

報告どおり承認された。

- 2) 国際活動推進委員会の設置 397頁参照

「日本看護研究学会国際活動推進委員会規程」を定めた。

報告どおり承認された。

4. ホームページについて

提案なく議題からは削除

5. 平成20年度事業計画案について 379頁参照 田島 桂子副理事長
一般会計・特別会計
報告どおり承認された。

6. 平成20年度予算案について 380～384頁参照 宮腰由紀子理事
報告どおり承認された。

7. 第37回（平成23年度）学術集会会長選出について 山口 桂子理事長
東海地区から黒田裕子理事を推薦
報告どおり承認された。

8. 第34回・35回学術集会準備状況について

- 1) 第35回学術集会 川嶋みどり理事

メインテーマは「^{はじめ}創めを探り^{ひら}未来を拓く」と題して平成21年8月3日（月）・4日（火）にパシフィコ横浜国立大ホールで開催する。2名の招聘講演を行う計画であるが、ルイス・エバンス博士にアカデミックナースングプラクティスについて、シオバン・ネルソン博士には歴史研究と看護実践について講演願う。

- 2) 第34回学術集会 近田 敬子会長

参加者は事前登録1,000人と当日300人程度を見込んで準備している。

9. その他

○中井高夫評議員より、現在、ホームページは会員に限っての公開であるが、フリーアクセスにした方がよい。アメリカでは国民の医療に関するものはフリーアクセスで無償であり、看護図書館協会もその方向で流れている。

山口桂子理事長からは、編集委員会からは、700万円かけて立ち上げたものをフリーアクセスすることはどうかの意見もあるなかで、アブストラクトのみ公開し、全文は利用料をとりたいなどの意見が出ている。目下検討中であるという回答であった。

○野島良子評議員より、研究成果が他の研究者の目にとまることが重要である。最近の研究はずいぶんレベルは上がったが、仲間の研究が引用・活用されていない。なかなかお金を払ってまで引用・活用することはなされないだろう。フリーにアクセスできるような方向へお金が使われるよう検討願いたい。

山口桂子理事長からは、本学会投稿の論文に本学会の論文がどの引用されているかを個人的に調査したところ、引用されているものが意外に少ないのでがっかりした経験を持つ。学会員であることの特典も感じてもらえるように、意見については検討していくという回答であった。

○野島良子評議員より、原著論文等の査読していて感じることだが、十分に文献検討や学会誌が読みこなされていないと感じる。研究者が十分に力が出せる、またインターナショナルに通じるような本学会の研究論文のスタイルを検討してはどうかの提案があった。

以上 記録 坪倉繁美・木村紀美

日本看護研究学会平成20年度総会議事録

日 時：平成20年8月20日（水）16：50～18：20

場 所：神戸国際会議場メインホール

司 会：尾岸恵三子理事

会則 第20条（総会）3）により、総会の設立を確認する。

会員数：5,752名 出席：975名（当日出席121名 委任状：854名）

会員の10分の1以上（委任状を含む）の出席により、総会の成立を宣言する。

議長については、会則第20条4）により、学術集会長が当たることとされている。

議 長：第34回学術集會会長 近田敬子氏

書記の任命：中西純子評議員，山本富士江評議員

理事長挨拶

山口桂子理事長より、本総会は来年度よりの法人化に向けて審議する重要な総会であるため、協力をお願いしたいとの挨拶があった。続いて、平成20年8月7日に本学会の名誉会員である内海 滉先生がご逝去されたとの報告があり、全員で黙祷を行った。

報告事項

1. 学会員の動向（田島桂子副理事長）

会員総数 5,752名（平成20年8月15日現在）

内訳 名誉会員：7名 理事：22名 評議員：170名 一般会員：5,553名

2. 委員会報告

1) 編集委員会報告（代理報告 川西千恵美理事）

- ・2007年度の投稿論文数79編 うち採択30編 不採用21編 辞退4編 現在査読中24編
- ・2008年度の投稿数は現在まで32編
- ・投稿数の増加により、平成20年8月より査読に理事も加わることとした。
- ・国立情報学研究所（CiNii）より学会誌の電子化による公開依頼があり検討中である。
- ・二重投稿と思われる論文が1件あった。二重投稿の禁止は、研究倫理上当然のこととして投稿規定に盛り込んでいなかったが、今後は、カバーレターに二重投稿していない旨の明記と署名を求めることとする。

2) 奨学会委員会報告（紙屋克子理事）

奨学会規程の一部改正を以下のとおり行った。 393頁参照

- ・ これまでは本会に贈与された資金の金利をもって奨学金に当てるとしていましたが、低金利時代の背景を受けてこれを改正し、原資金で運用することとした（第3条）。
- ・ 対象の応募資格を若手研究者や臨床看護師がより応募しやすいように、研究歴ではなく、会員歴3年以上に改正した（第4条）。
- ・ 奨学金の上限額は50万円（採択人数にかかわらず総額）とすることを第4条5）に明記した。
- ・ 義務として2年以内に学会発表、3年以内に学会誌に掲載することが第5条に明示されているが、研究の進捗状況によりこれを遵守できないケースが生じた。今後は、募集要領にきちんと義務を果たすよう注意事項を明記するとともに、第6条の罰金規程を厳密に適用していく。
- ・ 応募時には研究計画のみの提出だったが、今後は予算の内訳を添付するよう募集要項に追加する。

3) 学会賞・奨励賞選考委員会報告（松岡 緑理事）

- ・ 平成20年度奨励賞選考については、原著論文28巻4号から31巻2号までを選考の対象とし、①オリジナリティ ②研究方法等、研究としての完成度 ③看護実践への示唆 ④今後の研究に対する期待度、の4点を評価基準とした。
- ・ 学会賞・奨励賞選考規程および内規について平成19年度に一部改正を行ったが、さらに一部改正の必要があり平成21年度からの改正に向けて理事会に諮った。

4) 将来構想検討委員会報告（松田たみ子理事）

これまで法人化について、国際活動推進、研究倫理、学会誌30巻記念誌発行についてそれぞれワーキンググループで検討してきたが、このうち、平成20年度より、国際活動推進、研究倫理については新規の委員会として設置することとなった。学会誌30巻記念誌については平成19年度発行の予定が遅れており、できるだけ早期の発行に向けて努力している。

- ・ 研究倫理委員会（代理報告 松田たみ子理事） 396頁参照

活動事項として、研究倫理に関する重要な情報の発信、研究倫理に関する交流会・研究会などの支援、編集委員会等と連携し、倫理的問題について協議等を行っていく。

- ・ 国際活動推進委員会（上鶴重美理事） 397頁参照

活動事項として、現在、国際的な活動に資する情報に関するアンケート調査、英文抄録の書き方セミナーの地方会開催を行っている。

3. ホームページの運営について（代理報告 川西千恵美理事）

特に報告事項なし

4. その他

- 1) 日本学術会議について（代理報告 山口桂子理事長）

組織改変後、日本学術会議の看護系からの会員は南 裕子氏が選出されている。南氏と日本看護系学会協議会が連携する形で、日本看護系学会協議会の役員が主となり日本学術会議の連携会員として様々な活動を行っている。現在、「医師と看護師の役割分担」「子供に対する命の見直し教育」の2つのテーマについて調査活動が行われている。

2) 日本看護系学会協議会の活動について (田島桂子理事長)

6月13日に行われた総会の内容について以下のとおり報告された。

- ・平成19年度の活動として、シンポジウム開催、ニュース・レターの発行、広報活動としてシンポジウムの全文をHPで公開、会員交流の場としてブログの開設が行われた。
- ・平成20年度はシンポジウム開催、ニュース・レターの発行等に加えて、役員選挙が予定されている。その他、学術会議間の相互協力、他機関との連携促進、科研費の拡大増進に関する活動等を予定している。
- ・平成19年度開催のシンポジウム「ICTを活用した看護イノベーション」に、本学会から代表として柏木公一氏がシンポジストとして参加されたことが山口桂子理事長より追加報告された。

3) 看護系学会等社会保険連合(看保連)の活動について (泉キヨ子副理事長)

4月30日に行われた総会の内容について以下のとおり報告された。

- ・日本看護研究学会が所属している看護技術検討委員会の委員長が野末聖香氏から岡谷恵子氏に交替した。
- ・看保連は34の看護系学会と9つの看護部長会議と団体から構成されているが、今年度、新たに国立病院看護研究学会、日本脳神経看護研究学会、日本ルーラル・ナーシング看護学会の3つの団体が加入した。
- ・看護技術検討委員会の活動としては、平成19年度には医療技術評価の提案として、10の看護技術項目を提出した。
- ・研究助成に関する細則が一部変更になり、平成20年度は600万円を研究助成に当てることが承認された。
- ・看保連のメールアドレスが変更になった。
- ・看保連の副代表である紙屋克子理事より、平成20年度600万円の研究助成金のうち、「医学的に回復困難と診断された遷延性意識障害および重度障害者における生活行動の再獲得、QOL向上を目的とした看護プログラムの実践者の育成ならびにエビデンスの集積」を目途とした研究に100万円の助成金を受けることになったので、共同研究者として参加施設を募集したい旨の追加報告があった。

審議事項

1. 平成19年度事業及び会計に関する報告

- 1) 事業報告 354頁参照 田島 桂子副理事長

報告どおり承認された。

- 2) 会計報告 355～377頁 宮腰由紀子理事

報告どおり承認された。

- 3) 監査報告 378頁 大谷真千子監事, 安藤 証子監事

報告どおり承認された。

2. 法人化について (山口桂子理事長)

●これまでの取り組みの経緯について報告

理事長制度をとる直前くらいの時期から法人化についての検討を理事会で行ってきた。その際、本学会がなれる法人としては、当時は公益法人でありその認定を受けるためには様々な厳しい条件があり、その時点では本学会は条件を満たすのに不十分であるとして一度保留された。法人化移行を目指すべきかどうかは将来構想検討委員会のなかで検討を続けてきたが、平成18年度に新しい法律(公益法人制度改革関連3法)ができ、法人格の取得と公益性の判断は分離され、法人が登記により簡便に設立できることとなったことから具体的に法人化移行に向けて準備を進めることとなった。

●法人化することのメリット・デメリット

- ①学会が社会的な人格をもつことができる(例えば、預金通帳の名義を団体名にすることができる)
- ②法律に基づいた定款に従って運営することが必要である
- ③純益に対する税金を支払う義務を負う

●法人化することの必要性

会員数が約5800名からなる団体で運用する資産も大きいですが、個人名で理事長が交代するたびに通帳を作り直すことが必要な現状は団体としてふさわしくない。

●公益法人制度の改革について

民間の非営利部門の活動をさらに活発化させるために、平成18年5月26日に公益法人制度改革3法が成立し、法人格の取得と公益性の判断は分離して行われることとなった。現行はNPO法人や中間法人等の制度があるが、平成21年1月以降は新法の下に一般社団法人および一般財団法人に一本化される。公益性の判断はこれまでは主務官庁の自由裁量であったが、新しい法律の下では民間有識者からなる合議制の機関の意見に基づき、内閣総理大臣または都道府県知事が認定することとなる。

本学会としては、社会的信用を高めるためにも将来的には公益法人を目指すのが、まずは一般社団法人へ移行し、公益法人については法人化後に検討していくこととする。

以上の報告にもとづき、以下の5点が提案された。

【提案事項】

(1) 日本看護研究学会は「一般社団法人日本看護研究学会」に移行する。

- ・できる限り現行の方法をそのまま実施できるように定款を作成することを基本方針とする。
- ・定款には非営利の団体であることを明記し、法人化後は1年間の純益に対して税金を払うようになる。
- ・設立の時期は、平成21年4月とする。
- ・設立時の評議員は現評議員が継続する。
- ・現日本看護研究学会の資金のすべてを拠出金として発足する。
- ・資金を拠出した団体は3年以上は存続しなければならないという法律があるため、日本看護研究学会は任意の団体として存続する。
- ・現日本看護研究学会の会員は、一般社団法人日本看護研究学会に入会したものとみなすことを定款の施行細則に規定する。移行に当たっては個人の意思を確認する。

※定款（案）について説明および語句等の訂正

- ・第3条（目的）の修正：現会則「看護学の研究者を組織し」→定款（案）「広く看護学の研究に携わる者を組織し」
- ・第11条（社員）法人の構成員は社員という名称であるため、評議員をもって社員とする。任期は現行3年から4年に変更する。
- ・第13条（役員の選任）役員（理事、副理事長、常任理事、理事及び監事）は社員総会で選任される。
- ・第14条（役員の任期）法律で2年と決められている。
- ・第23条（理事会の決議）法人においては法律上、代理が認められないので書面による代理制度は実施できない。理事の責任は重い。
- ・第24条（社員総会）社員をもって構成し、役員の選任や決算の承認等、法人の運営に関して重要事項を決議する。
- ・第29条（会員総会）全会員をもって構成し、学会賞・奨励賞の承認、名誉会員の承認及び学術集会長の選出に関する決議を行う。会員の最も大きな役割は、選挙による社員（評議員）の選出にある。

提案どおり承認された。

(2) 評議員の選挙は2年に1回、半数ずつの改選とする。

- ・半数改選を実施するため、初回選挙時のみ特例（現行の評議員で辞職希望のない人は全員残留し、本来の評議員定数の半数のみを新たに選挙で選出する。2年後の次回選挙では残留した評議員が辞職し、残り半数を選ぶ。従って、最初の平成22年度～23年度のみ評議員の数が定数より多くなる。）を設ける。

提案どおり承認された。

(3) 入会金3000円、年会費7000円は現行のままとする。

提案どおり承認された。

(4) 評議員定数を被選挙人の5%から3%に減らす。

提案どおり承認された。

(5) 最終定款の作成は法律施行（平成20年12月まで）後の第2回臨時評議委員会（平成21年2月開催予定）に一任する。

提案どおり承認された。

3. 新規常設委員会設置について

1) 研究倫理委員会の設置 396頁参照

2) 国際活動推進委員会の設置 397頁参照

※平成19年度将来構想検討委員会報告の中で報告・承認済みとして割愛された。

4. ホームページについて（代理報告 川西千恵美理事）

審議事項なし

5. 平成20年度事業計画案について 379頁参照 田島 桂子副理事長
報告どおり承認された。

6. 平成20年度予算案について 380～384頁参照 宮腰由紀子理事
報告どおり承認された。

7. 第37回（平成23年度）学術集会会長選出について
黒田裕子理事（北里大学）が推薦され承認された。

8. その他

総会終了後、以下のとおり、次期学術集会会長挨拶、表彰ならびに奨学金授与が行われた。

司 会 田島桂子副理事長

・第35回（平成21年度）学術集会会長川嶋みどり氏（日本赤十字看護大学）挨拶

日 時：平成21年8月3日（月）－4日（火） 会場：パシフィコ横浜

テーマ：創めを探り、未来を拓く

・平成19年度奨励賞表彰

安東由佳子氏 欠席

石井 京子氏、大釜 徳政氏、山口 真澄氏、真鍋えみ子氏

- ・平成18年度奨学会研究発表表彰 鮫島輝美氏
- ・平成20年度奨学金授与 福良 薫氏

平成20年度第2回臨時理事会議事録

日 時：平成20年12月21日（日）13：14～15：25終了
 場 所：東京八重洲倶楽部 第2会議室
 出 席：尾岸恵三子，影山セツ子，紙屋 克子，川口 孝泰，川嶋みどり，川西千恵美，
 田島 桂子，松岡 縁，松田たみ子，宮腰由紀子，山勢 博彰，山田 律子各理事
 監 事：安藤詳子，大谷眞千子
 欠席委任状：阿曾 洋子，石井 トク，泉 キヨ子，上鶴 重美，黒田 裕子，
 小松 浩子，小山真理子，前原 澄子，山口 桂子
 委任状未着：川村佐和子理事

議 事 進 行：田島桂子副理事長

挨 拶 田島 桂子副理事長

本日の理事会の趣旨についての挨拶があり，また，山口桂子理事長が，訃報による欠席との報告があった。

報告事項

1. 会員数の動向について

資料1により報告 田島副理事長

2. 平成20年度半期会計決算報告（一般・特別会計）・監査報告について

資料2により報告 宮腰会計理事

上半期については，順調に運営できている。後半については，事務所移転等によりかなりの支出が見込まれるとの報告がある。

会計監査 大谷監事

半期の監査は，平成20年10月18日に公認会計士の岡田先生により行われた。

平成20年10月25日に監事による監査を行い，順調に運営されており問題がないと報告される。

3. 各委員会報告について

1) 奨学会委員会 紙屋委員長

資料3により報告

平成21年度奨学会研究応募 1名あり，申請書類送付していることの報告

2) 編集委員会

川口委員長

資料4により報告

2名の査読結果について採否が分かれる場合が多く査読プロセスが大変である。委員長判断が遅れていることのお詫びがあった。数機関から、ジャーナルのデータベースを公開するよう依頼がある。また、今後会員外への公開について検討することをご了解頂きたい旨の申し出がある。

田島副理事長からは、企画に参加するにはかなりの出費も必要としますので、年間支払額と引用文献数に伴う入金額について確認するよう意見が出される。

本会では、現在紙媒体→PDFで行われている。登録料金の金額、引用されない場合など、まず収支予想の調査に入ることが確認された。その結果に基づきプラス思考で判断することとなった。

その他の報告事項：

- ①継続審議の査読オンラインについては、現在は不可能であり委員会で再度検討する。
- ②MP管理について、法人になった場合、広報委員会を設立する案もある。
- ③要約英文の正確さがない。書面を準備し、論文採用の場合、ネイティブチェックが済んでいる証明書を提出するよう義務づける方向で、次回証明書案を準備する。
- ④世界的傾向として、巻号の表記については通し番号とする傾向にあるので本会号も将来検討したい。

3) 学会賞・奨励賞選考委員会

松岡委員長

資料5により報告

継続審議になっていた、規程・細則については、次回提案予定である。

平成20年度奨励賞については、審議事項でお願いしたい。

4) 将来構想検討委員会

松田委員長

資料6により報告

5) 法人化検討委員会

田島副理事長

審議事項において報告の上検討する。

6) 国際活動推進委員会

田島副理事長

資料7により学術集会開催時と地方会おける交流集会の継続、抄録等で使用する用語の英語表記に関する検討などを行うことが報告される。

7) 研究倫理委員会

川口委員長

委員会において、今後倫理綱領HPを利用できるように社会貢献に向けて、会員からの倫理上の問い合わせや様々な問題、セキュリティについて検討している。さらに、相談コーナーの設置も視野に入れ検討を進めたい。

8) その他

(1) 医療技術評価ワーキング委員会

紙屋理事

本学会での診療報酬が難しい旨の報告がある。

宮腰理事：日本看護研究学会、日本看護科学学会で総括的で良いので後押したい。

紙屋先生が提出した、意識障害の方に介助するために看護技術の力が大きい、その技術を診療報酬に結びつけたい。

紙屋理事：100万円の研究費について、意識障害者への看護技術の申請に関して、全国の医療機関に募った結果、5つの病院の立候補があり実施した結果、患者の変化がみられるなどの成果があった。

今後、研究費が不足する部分は、セミナーや報告会などを開き、研究費を捻出するよう努力する。

4. 日本学術会議について

川口理事

5. 看護系学会協議会について

川口理事

4・5合わせて報告された。

日本学術会議第21期の連携会議が12月23日からスタート予定である。なお、日本学術会議の看護師・医師に関する具体的内容はインターネットを見て頂きたい。

看護系学会協議会は、12月21日現在で34学会になったことの報告がある。また、日本看護科学学会からは、世界看護学会のリンクを本会のHPに載せたい意向があることについて、12月7日常任理事会後に要請があった。

*なお、世界看護学会のリンクの件について本理事会では、リンクが難しい状況であることを伝える事で了解される。日本看護研究学会の立場を明確にしたい。

審議事項

1. 各委員会報告および21年度関連事項の審議について

各委員会報告事項の中に含まれているためここでは省略する。

2. 学会賞・奨励賞選考委員会

平成20年度奨励賞候補論文については、事前に候補論文を読んでいただくことをお願いしていた。選考委員会からの2名の推薦については、審議の結果、承認される。

3. 法人化について

田島副理事長から提案の説明がされた。法人化への定款については、12月に税制が決まったことを受けて、弁護士・会計士両者の最終調整、新しい税制との不具合が無いか調整中と山口桂子理事長から報告を受けている。それを受けて、2月に開催予定の臨時評議員会で承認を得る方向で進めている。

1) 臨時理事会 2009年2月14日(土) 11:00～

臨時評議員会 2009年2月14日(土) 14:00～

会場: 東京医科歯科大学 医科新棟B棟5階(評議員斎藤やよい先生ご紹介)

*理事・評議員への案内には、地図・大学の案内を同封することで承認をされる。

2) 法人設立総会および記念講演

審議事項3 資料1により、田島副理事長から提案される。

日時: 2009年4月25日(土)

会場: 東京ガーデンパレス 2階 高千穂の間

*提案通りに承認される。

なお、会員への周知方法は、記念品としてロゴマーク入りのクリアファイルを送る。その際に、Japanに修正することが前回理事会で決定されていたと、山田理事から確認あり。

4. 平成21年度実施予定 評議員選挙について

審議事項4 資料1により、田島副理事長から提案される。

*評議員(社員)に関わる評議員選挙の考え方については、提案通り承認される。

理事の選挙に関しては、保留となる。

宮腰理事: 移行時の学会運営体勢を将来を見据えて計画的に行う検討が必要ではないか。できるだけ、現在の理事に残ってもらう方向で、初年度各地区に1名理事確保案で考える。現在、最高地区理事は3名、法人になった場合の地区理事は各1名となる。

現在、委員会(国際活動推進委員会・研究倫理委員会、将来広報委員会)も増えているので、理事定数の見直しを検討して欲しいと対案される。

その他: 現理事が地区別に話し合い、誰が1名残るかを決めて報告することも考えられるという意見が出された。

本日出された意見を考慮し、選挙実施、2年後を考慮し地区の検討も含めて再提案とする。

5. 学術集会開催にかかわる申し合わせ事項について

審議事項5 資料1により、田島副理事長から、提案・報告される。

貸付金について、宮腰会計理事から、次次年度への貸し付けについて提案があったが、学術集会の希望に応じてということになる。なお、予備費にその金額を残す案が提案される。第35回学術集会演題募集は、オンラインで登録とする。会員確認は、本会の会員データをエクセルデータ又は、電子媒体をコピーできない仕様にして学術集会に貸し出して行われること等が承認される。本部学会事務所は、発表者が該当年の会費が納められているかどうかの確認を行う。

なお、法人になればすべての費用の収支については明確にしなければならないので、内規を作成し領収書、源泉税について付記し、記念品は、謝金に含むことなどをいれる。

6. 平成21年度事業案・予算案平成21年度事業案について

- 1) 平成21年度事業案は、審議事項6資料1にそって田島副理事長から提案説明がなされ、承認される。
- 2) 平成21年度予算案は、審議事項6資料2にそって宮腰理事から提案説明される。

平成21年4月法人化となることを見据えて再度調整することになる。平成21年度評議員（社員）、理事（役員）選挙実施年度の奨学会奨学金は、基金を取り崩す方向で一般会計からの特別会計繰り入れは行わないことについて承認される。

7. 日本看護系学会協議会 役員候補者の推薦（12月21日郵便消印有効）

本会からは、川口孝泰理事を推薦することが、承認される。

8. 第38回（平成24年）学術集会会長について

次回、理事会までに候補者選出予定となる。

9. 第35回学術集会について

第35回学術集会会長 川嶋みどり理事から報告される。

案内、ポスターを会員外にも送付予定、神奈川県教育委員会を通じて、小、中、高校生（看護予備軍）に向けたナーシングサイエンスカフェを企画することについて本部で行う予定がなければ、第35回で企画予定である。

この件については、各学会への開催依頼があることから、本学会と学術集会との合同で行うことが承認された。なお、その経費の一部として、本学会から10万円が支払われることとなった。

演題査読について、今回から査読の方法が一部変更の旨、山勢理事から以下の通り報告される。

①教育的 ②通常 参加者（発表者）が選択できる方法の設定について

この件については、先に開催の常任理事会において、承認されたことが田島副理事長から報告される（学会誌発行日程により、事前に承認が必要であったため）。

演題募集については、オンラインで登録とする。また、事前参加登録は、クレジットカード、又は、コンビニでの振込も可能となる。なお、会員確認は、本会の会員データをエクセルデータ又は、電子媒体で学術集会に渡すことで承認される。

紙屋奨学会委員長から、第35回学術集会に対して次の提案がされ承認される。

平成18年度奨学金授与者加藤氏と平成19年度奨学金授与掛田氏の奨学会研究発表が行われることについて、プログラムに載せていただきたい。なお、発表予定時間は、二人で40分とすることが確認される。

田島副理事長から、第35回学術集会事前参加費の納入について、クレジットカード等での振込とこれまで通り、郵便振替による振込を可能とする提案があり了承される。

10. その他

1) 入会申し込み者の理事会承認について

一覧を回覧し了解を得る。

2) 平成21年度の理事会日程について

3月28日(土) 常任理事会(必要に応じて)

4月25日(土) 設立総会前に理事会開催予定

3) 事務所移転について

平成20年11月28日 富士ビル6階に移転の報告

事務所地図案内, 事務所近辺, 事務所内写真の回覧

以上

一般社団法人日本看護研究学会
第19回 北海道地方会学術集会のご案内

テーマ：「理論」と出会い、臨床で活用すること

医療ニーズが多様化する中で、国民の看護に対する期待が増し、その質が大きく問われています。そのような中、専門職としての責任範囲と役割を主張していくためには、理論に裏づけられた実践力を蓄積していかなければなりません。

臨床現場では、混沌とした諸現象や複雑な世界を共通理解するために科学的理論を活用することで、より看護の方向性が明らかになることを体験することがあります。一方で、理論の活用は、難しく敬遠される傾向にあることも事実です。

しかし、「理論」を臨床の様々な問題に引き寄せ活用することで、臨床看護を豊かにし、看護師が自信を持って専門性を発揮出来るのではないかと考え、今回の学術集会を企画いたしました。一つの「理論」との出会いが、日々の看護について立ち止まり振り返る機会となることを期待しています。多くの皆様のご参加をお待ちしております。

第19回学術集会長 川畑いづみ（北海道大学病院）

開催日時：平成21年6月13日（土） 12：30～17：00

会場：北海道大学医学部臨床大講堂

札幌市北区北14条西5丁目（北海道大学病院救急玄関横）

会費：会員2,000円 非会員3,000円 学生1,000円

プログラム

総会 12：30

基調講演 13：20～15：00

テーマ：「病気の不確かさ理論」を臨床で活用する

講師：野川 道子先生

北海道医療大学 看護福祉学部 教授

研究発表 15：15～16：45

閉会 16：45

お問い合わせ先

日本看護研究学会 北海道地方会学術集会事務局 道谷英子

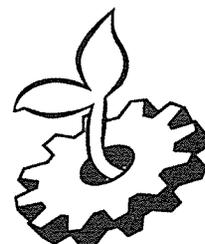
TEL 011-706-5747 FAX 011-706-7618

第30回バイオメカニズム学術講演会 (SOBIM2009 in Sapporo)

— 開催のご案内 —

主催：バイオメカニズム学会
会期：2009年11月14日(土)15日(日)
会場：北海道工業大学
〒006-8585 札幌市手稲区前田7条15丁目4-1

SOBIM2009
in Sapporo
Society of
Biomechanisms



本年度の第30回バイオメカニズム学術講演会は、北海道工業大学のキャンパスで開催されます。バイオメカニズム学会は、1973年の発足以来、理工学、医学、人文科学などのさまざまな分野の研究者に交流の場を提供し、バイオメカニクスや機能代行、ロボットなどの研究をリードしてきました。本学術講演会では「工学・医学・生物学・心理学を融合し進化するバイオメカニズム」をテーマとして、生体機能の計測・解析・制御、医療福祉応用、産業応用などバイオメカニズムの基礎研究から応用研究、さらには新分野との融合の試みなどさまざまなトピックスの講演を広く募集いたします。皆様の積極的なご参加をお待ちしております。

実行委員長：野坂 利也 (北海道工業大学)
プログラム委員長：生駒 一憲 (北海道大学)

講演発表募集

- 講演申込締切 2009年7月24日(金)(予定)
- 予稿原稿投稿締切 2009年10月9日(金)(予定)

●募集演題・分類番号

- | | |
|----------------------|------------------------|
| A01 身体運動の解析・シミュレーション | A13 生体の制御・情報処理 |
| A02 動物の形態・運動 | A14 感覚・バーチャルリアリティ |
| A03 植物の形態・運動 | A15 リハビリテーション機器・日常生活用具 |
| A04 形態・運動の適応・進化 | A16 看護・介護・介助 |
| A05 人類学・古生物学・動物学 | A17 疾患メカニズム・臨床応用 |
| A06 体育・スポーツ・労働 | A18 生体材料・生体組織 |
| A07 バイオミメティクス | A19 人工臓器・呼吸・循環 |
| A08 ロボティクス | A20 発声・発話・聴覚・視覚 |
| A09 義肢装具 | A21 身体接触製品・被服・什器 |
| A10 生体機能の計測 | A22 デジタルヒューマン・CAD マネキン |
| A11 身体運動の計測 | A23 その他のバイオメカニズム |
| A12 歩行分析 | |

●会場までの交通機関

最寄駅：JR 手稲駅 (新千歳空港から約50分：札幌駅から小樽方面に快速で10分)
バス 手稲駅北口から JR バス・約8分
タクシー 約5分
徒歩 約25分

●第30回バイオメカニズム学術講演会事務局

北海道工業大学医療工学部医療福祉工学科
〒006-8585 札幌市手稲区前田7条15丁目4-1
実行委員長 野坂 利也 (電話&Fax 011-688-2398 nosaka@hit.ac.jp)

○第11回世界内視鏡外科学会

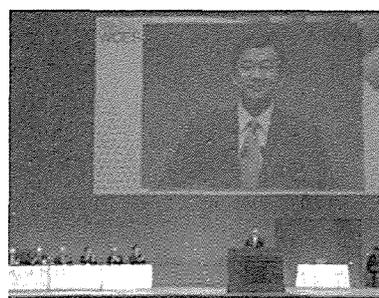
会期：9月2日(火)～5日(金) [4日間]

場所：パシフィコ横浜 (横浜市)

共同主催団体：日本内視鏡外科学会 (理事長：北島政樹 国際医療福祉大学副学長、
慶應義塾大学医学部名誉教授)

国際会議組織委員長：北野正剛 大分大学医学部第一外科教授

9月2日の開会式は、皇太子殿下の御臨席、お言葉を賜り、盛大に執り行われました。また、本会議においては、「内視鏡外科の革新と開腹手術との調和」(Innovation for Surgical Endoscopy and Harmonization with Open Surgery)を主要題目として、世界74カ国・1地域から約3,400名の参加者を得て、計302のセッションが開催されました。会期を通して活発な議論が展開され、世界において、より患者に優しい内視鏡外科手術の向上と発展が大きく期待されている現状からも、貴重な機会となりました。



開会式の模様、皇太子殿下のお言葉

また、市民公開講座として、9月6日(土)に黒川良望氏(東北大学教授)、小泉潔氏(日本医科大学教授)らによる「内視鏡手術って、なに?～外科革命進行中! 専門医が解説します～」が開催され、内視鏡外科の歴史や比較的頻度の高い身近な疾患(気胸、前立腺肥大症、胃がん、乳がん)に対する内視鏡外科手術について講演があり、内視鏡外科の社会的意義とその役割について、十分に御理解いただいたものと思われま

す。いずれの会議も、当初の想定よりも多くの演題、参加者が集まり、盛況のうちに終了しました。会議の詳細につきましては、日本学術会議ホームページ (<http://www.scj.go.jp/ja/int/kaisai/index.html>) をご覧ください。

【問合せ先】内閣府日本学術会議国際会議担当 (Tel: 03-3403-5731・i254@scj.go.jp)

■近畿地区会議学術講演会「食の安全と科学」の開催

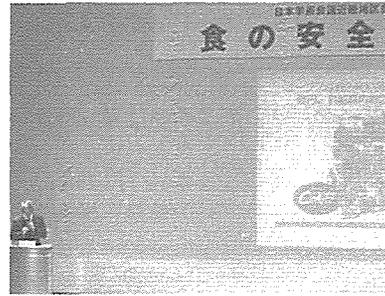
11月22日(土)、日本学術会議近畿地区会議学術講演会「食の安全と科学」が京都大学吉田キャンパス百年時計台記念館百年記念ホールで開催されました。

本講演会は、需給のアンバランスと危険な食品の流通のため、「食の安全」が今日では最も逼迫した政治・社会問題として新たな検討と対策が求められているという状況に鑑み、生産・流通・消費の現状を考察

し、その改善を求めて企画されました。

「食の安全安心と農業の方向」(講師：祖田修・日本学術会議連携会員)、「組換え作物と食の安全」(講師：佐藤文彦・日本学術会議連携会員)、「輸入食品と食の安全」(講師：唐木英明・日本学術会議副会長)、「農薬と食の安全」(講師：上野民夫・日本学術会議連携会員)、「食の安全安心に関わる生協・流通企業の使命」(講師：森口文雄・生活協同組合コープこうべ・総合品質保証室統括部長)といったテーマにより、それぞれ考察と提言が述べられたほか、客席からの質問に基づいた総合討論が行われるなど、盛況裏に終了しました。

※本講演会については、『学術の動向』2月号にて特集を組む予定です。



講演の様相



パネルディスカッション

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。

■ 日本学術会議共同主催国際会議の開催について

日本学術会議では、国内外の学術の振興を図ることを目的として、毎年、我が国において数多く開催される学術に関する国際会議の中から「学問的意義が高い」など特に重要と認められる優先性の高い会議について、共同で主催することとしています。

平成20年10月には、以下3つの共同主催国際会議が開催されました。

○第10回国際樹状細胞シンポジウム

会期：10月1日(水)～5日(日) [5日間]

場所：神戸国際会議場（神戸市）

神戸国際会館（神戸市）

共同主催団体：日本樹状細胞研究会

(理事長：古江増隆九州大学大学院医学研究院教授)

国際会議会長：古江増隆九州大学大学院医学研究院教授

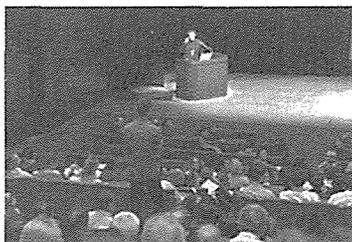
会議では、「ヒトの病気と樹状細胞—基礎的研究から臨床応用—」をメインテーマに、世界33カ国と1地域から727名の参加者を得て、計446題の演題が発表されました。727名という予想以上の出席者があったために、会場には熱気が漂い、一流の国外研究者(コアスピーカー)による招待講演では、国内研究者のみならず参加者全員に、最新の研究成果に関する詳細な情報が提供されました。更に、口演やポスター発表では非常に熱心な質問・討論が行われ、予定の時間を過ぎてしまうセッションが数多く見受けられました。

また5日(日)には、神戸国際会館にて市民公開講座が開催されました。公開講座では、小安重夫慶應義塾大学教授による樹状細胞の概略についての講演、及び田原秀晃東京大学教授による臨床応用に関する成果、すなわち樹状細胞を用いた癌の新たな予防法や治療法の可能性についての講演が行われ、樹状細胞の役割、癌治療応用への見通し、研究支援体制などについての質問が相次ぎました。

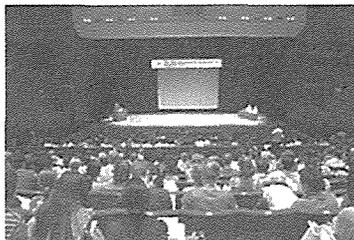
開会式：古江組織
委員会会長の挨拶



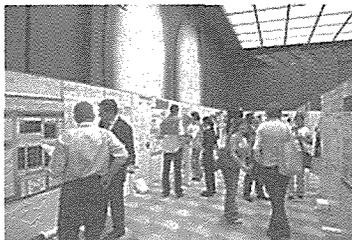
オープニング・
セッションの様子



講演会の模様



ポスターセッション
の模様



○第5回世界水産学会議

会期：10月20日(月)～25日(土) [6日間]

場所：パシフィコ横浜(横浜市)

共同主催団体：社団法人日本水産学会

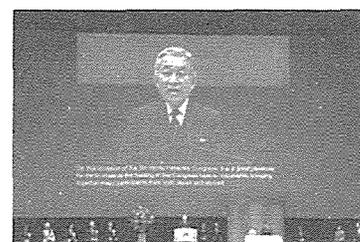
(会長：會田勝美東京農業大学教授)

国際会議実行委員長：渡部終五東京大学大学院農学生命科学研究科教授

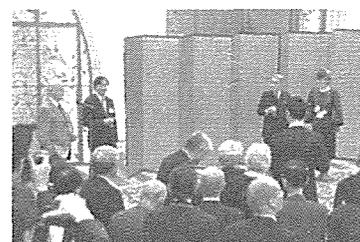
会議では、「世界の福祉と環境保全のための水産業」をメインテーマに世界57カ国から1590名の参加者を得て、計1199題の演題が発表されました。内容としては、我が国におけるマグロの完全養殖の成功例や、絶滅危惧種を維持するための新たな方法、代理親魚養殖の開発や遺伝子解析を用いた有用魚種の育種方法の研究等、多くの分野における先端的な研究成果が発表され、今後の水産業の地球レベルでの持続的発展に大きく寄与したものと思われま

す。10月22日の記念式典は、天皇皇后両陛下の御臨席、お言葉を賜ったほか、野田聖子内閣府特命担当大臣(科学技術政策、食品安全)から祝辞をいただくなど、盛大に執り行われました。また、両陛下には、その後のレセプションにも御臨席いただき、世界各国から集まった研究者との間で国際的な親睦が図られました。

25日には、アンネ＝カタリヌ・ルンドバイ ハルダーセン(ノルウェー王国国立食品栄養研究所食品安全部)、山下倫明(水産総合研究センター中央水産研究所)両氏らによる市民公開講座が開催されました。「青い目の魚たち(水産物貿易の現状と安全安心、日本の水産の未来)」と題して、水産物貿易の現状、安全安心の確保、日本の水産資源の現状と将来の課題について講演があり、一般市民が国際会議に触れることのできる貴重な機会となりました。



記念式典の様相、天皇陛下のお言葉



レセプションの様相



セッションの様相

○第13回環太平洋精神科医会議

会期：10月30日(木)～11月2日(日) [4日間]

場所：都市センターホテル(千代田区)

共同主催団体：日本社会精神医学会

(理事長：広瀬徹也財団法人神経研究所附属晴和病院理事長・院長)

多文化間精神医学会(理事長：野田文隆大正大学教授)

社団法人日本精神神経学会

(理事長：小島卓也医療法人社団輔仁会大宮厚生病院副院長)

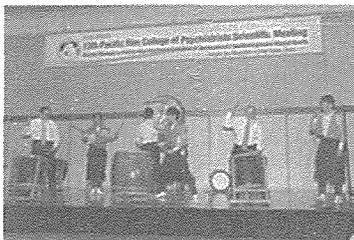
国際会議会長：野田文隆大正大学教授

今回の会議では、急速に変わり行くアジア・オセアニアの精神医学を多文化・多職種という視点から捉えることを目的とし、「変貌する環太平洋精神医学：多文化・多職種協働の精神医学」をメインテーマに、

日本学術会議 ニュース



市民公開講座での対談



レセプションの様相



閉会式の様相



セッションの様相

精神科看護のタイダルモデル、多職種協働、国際共同研究、職場のメンタルヘルスなどをはじめとする、幅広いシンポジウム・セッションが行われました。

また、将来の精神医学・医療を担う、多くの若手研究者の育成を目指すため、海外若手精神科医を招へいた研修会を開催するなど、途上国を中心とした多数の若手研究者の参加を促しました。最終的に、世界38カ国・2地域から709名の参加者を得て、計400題の演題が発表され、医師のみならずコメディカルの方々も含めた活発な議論が展開されました。

11月2日(日)には、市民公開講座が開催され、うつ・パニックについての講座及び高木美保さん(女優)と香山リカ先生(精神科医)との対談が行われました。会場は満席となり、一般市民のうつに対する関心の高さが窺われました。

いずれの会議も、当初の想定よりも多くの演題、参加者が集まり、盛況のうちに終了しました。会議の詳細につきましては、日本学術会議ホームページ (<http://www.scj.go.jp/ja/int/kaisai/index.html>) をご覧ください。

【問合せ先】内閣府日本学術会議 国際会議担当 (Tel: 03-3403-5731・i254@scj.go.jp)

■ 中部地区会議学術講演会

12月5日(金)、日本学術会議中部地区学術講演会が岐阜大学全学共通教育講義棟105番講義室で開催されました。

本講演会では、木曾真先生(岐阜大学応用生物科学部教授、京都大学物質-細胞統合システム拠点サテライト主任研究者[P1])による「糖鎖小宇宙への旅—ものづくりから生命科学へ、その多彩な構造と生体機能を探る—」及び津田雅夫先生(岐阜大学地域科学部教授)による「<教養>の夢—教養主義の行方—」の2つの講演が行われ、それぞれ活発な質疑応答がなされるなどして、盛況裏に終了しました。

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お取り計らいください。



■ 日本学術会議地域振興・東北地区フォーラムを開催

(平成20年12月19日 アークホテル仙台)

12月19日(金)日本学術会議東北地区学術講演会がアークホテル仙台で開催されました。

本講演会は、環境学の課題や今後のまちづくり、自然との関わり、社会や科学技術のあり方、解決へのアプローチを広く見渡すことを目的として開催されました。基調講演「環境の総理解は風景の目で—生物多様性基本法から歴史まちづくり法まで」(講師：進士五十八日本学術会議会員)及び「温暖化抑制策と日本の責任」(講師：安井至日本学術会議連携会員)の後、パネルディスカッション「地球環境と社会・科学・技術」が行われ、盛況裏に終了しました。



■ 九州・沖縄地区会議地域フォーラムを開催

(平成20年12月19日 アクロス福岡)



12月19日(金)、アクロス福岡7階大会議室にて、九州・沖縄地区会議地域フォーラム「『源氏物語』の舞台裏」が開催されました。

本フォーラムは、華やかな『源氏物語』を成り立たせ、支えた裏面に照明を当てるとともに、平安の都・京都を舞台とするこの物語における、西国「九州」の役割について考えるべく企画されました。「結婚のかたち」(講師：工藤重矩・福岡教育大学教授)、「源氏物語に在る死体」(講師：田中貴子・甲南大学教授)、「『源氏物語』と九州」(講師：田坂憲二・福岡女子大学教授)、「平家と『源氏物語』」(講師：高橋昌明・神戸大学名誉教授・日本学術会議連携会員)といったテーマによる講演のほか、客席からの質問に基づいたディスカッションが行われ、盛況裏に終了しました。

ご意見等がありましたら、下記問い合わせ先まで、お寄せください。

〔日本学術会議事務局企画課〕〒106-8555 東京都港区六本木7-22-34 (Tel: 03-3403-1906、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。

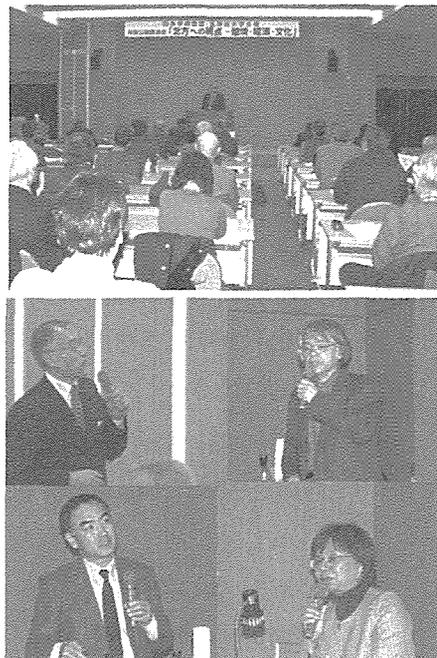
■ 北海道地区会議市民公開講演会「北方への視点—環境、経済、文化」

(平成21年1月29日開催 北海道大学学術交流会館)

1月29日(木)、北海道地区会議市民公開講演会「北方への視点—環境、経済、文化」が北海道大学学術交流会館で開催されました。

本講演会は、ロシアを中心とする北方圏の状況を、環境、経済、文化などの視点から、多角的かつ複合的に浮かび上がらせることにより、地域社会の関心に応じて学術振興を図ることを目的としています。

講演は、特別講演「ロシア・中国・タイ…輸入食品の安全性」唐木英明(日本学術会議副会長)、「オホーツク海を中心とする海陸物質循環システム」若土正暁(日本学術会議連携会員)、「岐路に立つロシア経済」田畑伸一郎(北海道大学スラブ研究センター教授)及び「現代ロシアの女性と文学」望月恒子(日本学術会議連携会員)といったテーマで行われ、学生、大学関係者をはじめ、一般市民の参加者も多く、会場が満席となる盛況ぶりでした。



■ 九州・沖縄地区会議学術講演会「裁判員制度講演会」

(平成21年1月31日開催 佐賀大学)

1月31日、日本学術会議九州・沖縄地区会議学術講演会「裁判員制度講演会」が佐賀大学経済学部4号館2階第5講義室で開催されました。

本講演会では、本年5月から開始となる市民がプロの裁判官と刑事事件を審理する裁判員制度について、制度の理念と問題点を考えるべく企画されました。「裁判員制度の意義と課題—われわれに裁く/裁かれる「覚悟」はあるのか?」吉岡剛彦(佐賀大学文化教育学部准教授)、「裁判員制度の課題と可能性」吉弘光男(久留米大学法科大学院教授)、「裁判員制度に対する期待」曾場尾雅宏(佐賀県弁護士会弁護士・佐賀大学客員准教授)といったテーマによる講演のほか、参加者からの質問に基づいた総合討論が行われるなど、盛況裏に終了しました。



ご意見等がありましたら、下記問い合わせ先まで、お寄せください。

(日本学術会議事務局企画課)〒106-8555 東京都港区六本木7-22-34 (Tel: 03-3403-1906、p227@scj.go.jp)

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

一般社団法人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 千葉市中央区富士見2-22-6 富士ビル6階

一般社団法人日本看護研究学会 編集委員会 委員長 川口 孝泰 宛

（封筒の表には、「日看研誌原稿」と朱書きし、書留郵便で郵送すること。）

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

4. 原稿の受付

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

5. 投稿の採否

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

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

なお原稿は原則として返却しない。

なお原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

	原著論文	研究報告	技術・実践報告	総 説	資料・その他
独 創 性	○	○	○		
萌 芽 性		○	○		
発 展 性		○	○	○	
技 術 的 有 用 性			○	○	
学 術 的 価 値 性 ・ 有 用 性	○	○		○	
信 頼 性	○			○	
完 成 度	○				

〔凡例〕 ○：評価の対象とする，空欄：評価するが過度に重視しない。

6. 原稿の校正

校正にあたり，初校は著者が，2校以後は著者校正に基づいて編集委員会が行う。

なお校正の際の加筆は一切認めない。

7. 原稿掲載料・別刷料

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

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

別刷については，印刷ファイル（pdf）の形で無料で配布する。刷紙媒体に必要な著者は，直接印刷業者に依頼すること。刷紙体は有料で，料金は，30円×刷り上がり頁数×部数（50部を単位とする）。ただし本会より執筆を依頼したものについてはこの限りではない。

8. 著作権

会員の権利保護のために，掲載された原稿の著作権は本会に属するものとする。他者の著作権に帰属する資料を引用するときは，著者がその許可申請手続きを行なう。

9. 原稿執筆要項

別に定める。

この規程は，昭和59年12月1日より発効する。

付 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 4) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 5) 平成16年7月28日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。

原稿執筆要項

1. 原稿の書き方

原稿は簡潔でわかりやすいように重点を強調して記述すること。書籍・雑誌などの図、表を引用するときには必ず出典を明記すること。

- 1) 所定の表紙（学会誌最終頁に綴じ込まれているものをA4判に拡大コピーして使用）に、原稿の種類、和・英（JAMAの書式）の論文題名、およびキーワード（5語以内）、著者氏名、所属団体・部署とその英訳、原稿枚数、和文抄録文字数、英文抄録使用語数、別刷部数を明記する。
- 2) 原則としてワードプロセッサなどによる機械仕上げとし、英文抄録、和文抄録はそれぞれ別の用紙に印刷する。本文の書式はA4判の用紙に文字数800字（40字詰め20行）、左右余白30mm、上下余白50mmとする。本文には必ず中央下にページ数（本文のみ）を記すこと。本文（題名とはじめにの間などに）には著者名、所属を記入しない。
- 3) 英文抄録は200語以内をA4判の用紙に、原則としてTimes New Romanの12フォントを用いて、ダブルスペースで印字する（原著論文、研究報告のみ）。
- 4) 和文抄録は400字以内とする。
- 5) 図表は一つずつA4用紙に配置し、それぞれに通し番号を付して図1、表1などとする。
- 6) 図表は、白紙または青色の方眼紙に、黒インクで仕上り寸法の約1.5倍の大きさに描く。提出された原図はそのままオフセット印刷する。
- 7) 図表は、原稿本文とは別にまとめて巻末に添える事。図表を原稿に挿入する箇所は、原稿の右側余白に図表番号を朱書きする。
- 8) 文献は、本文の引用箇所の肩に1)、2)のように番号で示し、本文原稿の最後一括して引用番号順に整理して記載し、書式は本文と同じとする。文献著者が3名以上の場合は筆頭者2名のみをあげ、○○他とする。文献の記載方法は以下の通りである。

①雑誌の場合：

番号) 著者名：表題、雑誌名、巻(号)、始ページ-終ページ、発行年(西暦)

-例-

- 1) 日本太郎, 看護花子, 他: 社会的支援が必要なハイリスク状態にある高齢入院患者の特徴, 日本看護研究学会雑誌, 2(1), 32-38, 1998
- 2) Nihon, T., Kango, H. et al.: Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service, J. Nursing, 2(1), 32-38, 1998

②書籍の場合：

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

-例-

- 3) 研究太郎：看護基礎科学入門, 23-52, 研究学会出版, 大阪, 1995

③編集者の場合：

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

-例-

- 4) 研究花子：不眠の看護, 日本太郎, 看護花子(編)：臨床看護学Ⅱ, 123-146, 研究学会出版, 東京, 1998
- 5) Kimura, H.: An approach to the study of pressure sore, In: Suzuki, H., et al. (Eds): Clinical Nursing Intervention, 236-265, Nihon Academic Press, New York, 1996

④電子文献の場合：

番号) 著者：タイトル, 入手日, アドレス

-例-

- 6) ABC看護学会：ABC看護学会投稿マニュアル, 2003-01-23,
<http://www.abc.org/journal/manual.html>

なお、雑誌略名は邦文誌では医学中央雑誌、欧文誌では、INDEX MEDICUSおよびINTERNATIONAL NURSING INDEXに従うものとする。

9) 用字・用語は、現代かなづかいとする。アラビア数字を使い、SI単位系（m, kg, S, Aなど）を用いる。

2. 原稿用紙および原稿の長さ

800字詰め原稿用紙3枚が刷り上がり1ページに相当する。刷り上がり下記の記事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。図表を仕上げ寸法（原版の2/3で大まかに見積る）で、A4サイズの用紙に配置した場合に必要なページ数を下記の記事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。
- 7) 平成21年4月10日 一部改正実施する。

事務局便り

- 1・会告(1)の通り、本学会は平成21年4月1日から「一般社団法人日本看護研究学会」となりました。振込加入者名が以下の通り変更となりました(口座番号変更無し)。
- 2・平成21年度会費納入のご案内について
平成20年度会費をお納めの方で、平成21年3月31日までに平成21年度から「退会」のお申し出のない会員の皆様に学会誌32巻1号を送付いたしております。
平成21年度会費未納の方は、お早めに同封の振り込み用紙または、下記の納入方法でお振込下さいますようお願いいたします。

記	
会費	7,000円
郵便振込 口座番号	00100-6-37136
加入者名	一般社団法人日本看護研究学会

会員の中に同姓・同名の方がおります、お振込の際、会員番号は、必ずご記入下さい。

ATMによるお振込の場合、氏名、ご連絡先の記述がない場合があります。必ずご確認の上、お振込下さいますようお願いいたします。

会員番号は、学会誌をお送りした封筒宛名ラベルに明記してありますので、ご確認下さい。

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：地区番号 ②：会員番号 ③：会費最終納入年度
---	--------------------------------

- 2 送付先等変更の場合・学会誌巻末の「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)又はメール(info@jsnr.jp)で事務局までお知らせ下さい。
- 3 下記の方が、住所不明です。ご存知の方は、ご本人または、事務局までご連絡をお願いいたします。
か0102 金沢トシ子(2007)

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

一般社団法人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。

日本看護研究学会雑誌

第32巻 1号

会員無料配布

平成21年4月20日 印刷

平成21年4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 一般社団法人日本看護研究学会

〒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

発行者 山口 桂子

印刷所 (株)正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

入会を申し込まれる際は、以下の事項にご留意下さい。(ホームページ上において入会申込書を作成し、仮登録することができます。この手続きにより入会登録を迅速に処理することができますのでできるだけそちらをご利用下さい。)

1. 大学、短期大学、専修学校在学中の学生は入会できません。なお、前述の身分に該当する方で、学術集会への演題申込みのためにあらかじめ発表年度からの入会を希望される場合は、発表年度にはこれに該当しないことを入会申込書欄外に明記して下さい。
 2. 入会を申し込まれる場合は、評議員の推薦、署名、捺印、入会申込み本人氏名、捺印が必要です。下記入会申込書の各欄に必要な事項を楷書でご記入下さい。ご本人の捺印のない場合があります。ご注意ください。
 3. 入会申込書の送付先：〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10
一般社団法人日本看護研究学会
 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
一般社団法人日本看護研究学会にご登録いただいている個人情報については、慎重に取り扱い、本会運営の目的のみに使用しております。

----- (切り取り線より切ってお出してください) -----

入 会 申 込 書

一般社団法人日本看護研究学会理事長 殿

申込年月日 年 月 日

貴会の趣旨に賛同し会員として西暦_____年度より入会を申し込みます。(入会年度は、必ずご記入下さい。)

フリガナ				専門区分	看護学・医学・その他 ()		
氏名	(印)			生 年	西 暦	年	月 性別 男・女
所 属	TEL FAX			地 区 割			
送付先住所	自宅・所属 (いずれかに○)	〒					
E - m a i l				地区名			
自 宅	TEL FAX			都 道 府 県 名			
評 議 員 推 薦 者 氏 名	(印)			1 北 海 道 北海道			
推 薦 者 所 属	会員番号			2 東 北 青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島			
事 務 局 記 入 欄	理事会承認年月日			3 関 東 千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟			
	受付番号			4 東 京 東京, 埼玉, 山梨, 長野			
	受付日			5 東 海 神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重			
	通知番号	送付日		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 鳥根, 鳥取, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 香川, 愛媛, 高知			
				8 九 州 福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄			

変 更 届

一般社団法人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：一般社団法人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。

一般社団法人日本看護研究学会 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

ナーシング・プロフェッション・シリーズ **がん看護の実践-3**

**放射線治療を受ける
がんサバイバーへの看護ケア**

◆嶺岸秀子・千崎美登子・近藤まゆみ 編著
◆B5判 182頁 定価3,780円(本体3,600円 税5%)

- 「がんを見る」看護から「がんサバイバーを見る」看護へ。臨床現場の第一線で活躍する著者陣による“生きる”実践書。
- 身体面への影響と看護ケアについて“治療部位別”にわかりやすく解説。特殊な外部照射・小線源治療についても、海外の最新情報をもとに複数の事例を提示し、具体的なイメージで捉えられる。
- がん看護で欠かせない「精神面のケア」に重きを置き、長期にわたり患者さん・ご家族の意思を尊重しながら、治療完遂までを支える看護実践について詳解！



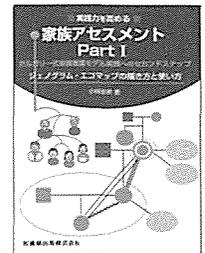
ISBN978-4-263-23782-3

実践力を高める 家族アセスメント
Part I ジェノグラム・エコマップの描き方と使い方

カルガリー式家族看護モデル実践へのセカンドステップ

◆小林奈美 著
◆B5判 222頁 定価3,360円(本体3,200円 税5%)

- 目の前の患者・家族を包み込む大きな家族システムのゆらぎに気づくための枠組み「家族アセスメント」の技術を習得し、看護の実践力を高める書！
- 豊富で生き生きとした課題事例を通して、ジェノグラム・エコマップの描き方と使用法の基礎から応用までを学びながら、日常の看護における家族アセスメントの筋道が自然に習得できる内容構成！

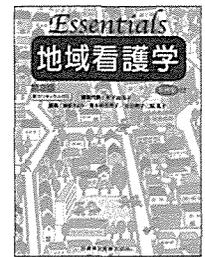


ISBN978-4-263-23522-5

Essentials 地域看護学 第2版
エッセンシャル

◆木下由美子 編集代表
◆麻原きよみ・荒木田美香子・佐伯和子・原 礼子 編著
◆B5判 400頁 定価3,780円(本体3,600円 税5%)

- 平成21年度からの新カリキュラムに合わせ、全体の構成と内容を見直した。
- 行政(公衆衛生看護分野)・産業・学校分野を充実させ、地域看護の「倫理」「地域看護管理」「危機管理(健康危機管理・災害時の対応)」などについては詳細に解説。在宅分野はポイントをしばって解説。
- 最近の地域看護学の動向をふまえて「活動の実際」には、多国籍化する住民・地域の国際化、障害児(者)保健活動、DV被害者や薬物依存者・生活保護対象者への支援などを新たに加筆。好評の事例集では、災害時の保健活動の例(中越沖地震)、DVの事例、発達障害のある子どもの事例、という今日的なテーマを加えた。

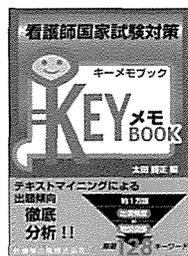


ISBN978-4-263-23520-1

看護師国家試験対策
KEYメモBOOK

◆太田勝正 編
◆B6判 280頁 定価2,520円(本体2,400円 税5%)

- 看護試験の過去問題から、1万語を抽出。その膨大な用語を「出現頻度」と「関連頻度」から厳選し、最終的に128のキーワードを抽出！
- 丸暗記だけでは難しい看護国試突破対策として“厳選128ワード”を軸に、看護用語の関連性を詳解。知識の整理、試験直前の最終チェックに役立つ参考書！

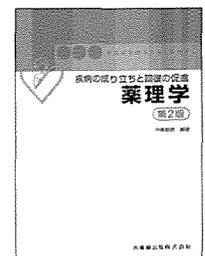


ISBN978-4-263-23782-3

疾病の成り立ちと回復の促進
薬理学 第2版

◆中嶋敏勝 編著
◆B5判 304頁 定価 2,940円(本体2,800円 税5%)

- 薬理学の理解がより深まるよう、疾患別に使用される薬物を、薬理作用・作用機序までを含め解説。重点事項は、他の疾患からレファレンスできるよう参照注を配置し、視覚的に理解しやすいよう構成。
- メタボリックシンドローム、炎症(総論)、新興・再興感染症、骨粗鬆症、アトピー性皮膚炎(掻痒性皮膚疾患)などの項を新設。処方頻度の高い薬物を挙げて商品名から調べられるよう「よく使われる薬の商品名・一般名対照表」を巻末に収録。



ISBN978-4-263-23524-9

