JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 32 Number 4 September 2009 ISSN 0285-9262

日本看護研究学会雑誌

[32巻4号]

Japan Society of Nursing Research

NANDA-Iのオフィシャルブックの最新版！大幅に改訂！

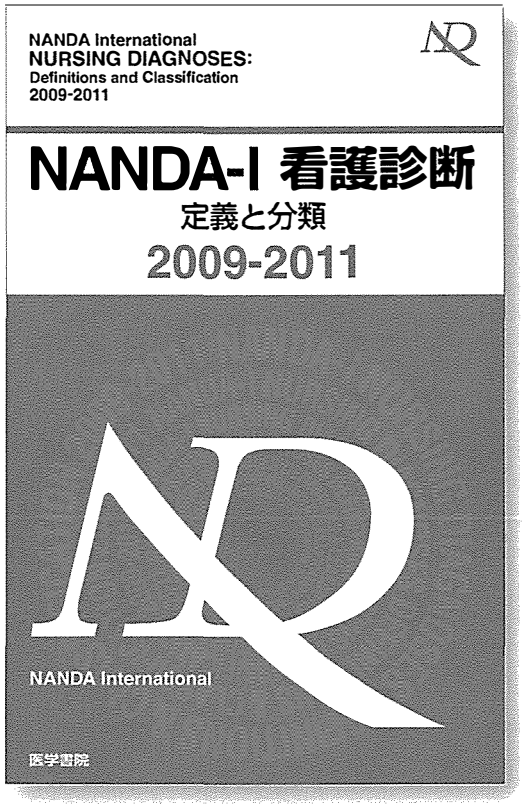
NANDA-I 看護診断

定義と分類 2009-2011

編集　T. ヘザー・ハードマン
監訳　日本看護診断学会
訳　中木高夫

新刊

2008年のNANDAインターナショナル総会で承認された看護診断を収めたハンドブック。新しい看護診断が21追加され、9つの看護診断が改訂された。原書の変更に合わせて日本版も少し大き目のA5判変型に変更した。臨床でのレファレンスに、また看護診断の学習に役立つナース必携の書。



目次

第1部　看護診断入門：正確性，さまざまな実践の場への適用，『NANDA-I看護診断 2009-2011』への看護診断の提案
アセスメント，臨床判断，看護診断：正確な看護診断の決定方法
付録：機能的健康パターンアセスメント枠組み
教育分野における看護診断
電子健康記録システムにおける看護診断の価値
看護診断と看護研究
看護管理における看護診断
採択されるNANDA-I看護診断の開発のプロセス
第2部　NANDA-I看護診断 2009-2011
第3部　分類法II 2009-2011
《分類法II》の開発経緯
《分類法II》の構造
多軸システム
各軸の定義
看護診断の記述の構造
看護実践のNNN分類法
《分類法II》の今後の発展
第4部　NANDA-I分類法II 2009-2011で削除された看護診断
第5部　NANDAインターナショナル 2009-2011
詳細審査過程
迅速審査過程
新しい診断の提案過程
診断改訂の過程
診断開発委員会の決定に対する不服申請過程
NANDA-I看護診断の提案：根拠レベルの判断基準

●A5変型　頁536　2009年
定価2,940円(本体2,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-00864-8]
消費税率変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。

医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23
[販売部]TEL：03-3817-5657　FAX：03-3815-7804
E-mail：sd@igaku-shoin.co.jp　http://www.igaku-shoin.co.jp　振替：00170-9-96693
携帯サイトはこちら

会　　告（1）

日本看護研究学会平成21年度総会において，同学会の一般社団法人化に伴い，「日本看護研究学会」の平成21年度での解散が決定されましたので，報告いたします。

平成21年８月３日

日本看護研究学会
理事長　山　口　桂　子

会　　告（2）

一般社団法人日本看護研究学会平成21年度会員総会において，次の事項が提案の通り承認されましたので，お知らせ致します。

1．平成20年度事業および会計に関する報告について承認された。

2．一般社団法人日本看護研究学会定款第３章第６条３）により，以下の５名が名誉会員として承認された。

十一号　　川　嶋　みどり氏
十二号　　草　刈　淳　子氏
十三号　　■　島　桂　子氏
十四号　　野　島　良　子氏
十五号　　前　原　澄　子氏

3．第38回（平成24年度）学術集会会長として，
琉球大学医学部保健学科　宇　座　美代子氏　が承認された。

平成21年８月３日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長　山　口　桂　子

会　　告（3）

一般社団法人日本看護研究学会平成21年度第二回理事会，および第二回臨時社員総会において，次の事項が決定，承認されましたので，お知らせ致します。

1．名誉会員推薦内規について，以下のとおり決定した。

平成21年度第二回理事会で上記について審議し，下記に示す従来の推薦内規（平成10年７月29日理事会決定）としての３項目(1)～(3)のうち，(1)の三期以上を８年以上に修正する。

名誉会員の推薦内規：以下の条件を満たす者

(1) 本会の役員（世話人経験者及び現職者含む）として８年以上就任した者

(2) 本学会の発展に貢献した者

(3) 原則として，70歳以上の者

2．一般社団法人日本看護研究学会評議員選出規定について，別紙１のとおり決定した。

3．一般社団法人日本看護研究学会理事・監事選出規定について，別紙２のとおり決定した。

4．一般社団法人日本看護研究学会第１回評議員選挙（2009年）について，以下のとおり決定した。

1）一般社団法人日本看護研究学会定款第４章第11条及び，評議員選出規定第１条，第２条により，平成21年９月20日公示により実施する。

2）選挙管理委員について

評議員選出規定第８条により，第二回臨時社員総会において，以下の３名が選挙管理委員として互選された。

青　木　きよ子氏，　石　川　ふみよ氏，　齋　藤　やよい氏

5．平成21年度事業計画および予算について提案どおり承認された。

平成21年８月３日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長　山　口　桂　子

会　　告（4）

一般社団法人日本看護研究学会定款第４章第11条及び，評議員選出規定により，一般社団法人日本看護研究学会第１回評議員選挙（2009年）を行いますのでお知らせします。

評議員任期　平成22年定時社員総会の日より平成26年社員総会の前日まで

平成21年９月20日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長　山　口　桂　子

会　　告（5）

一般社団法人日本看護研究学会第１回評議員選挙（2009年）のために，本学会定款　第４章第11条及び，評議員選出規定第８条に従って，下記の３名の選挙管理委員を委嘱し，選挙管理委員会を組織しました。

記

一般社団法人日本看護研究学会第１回評議員選挙（2009年）選挙管理委員会
委員　青　木　きよ子氏
委員　石　川　ふみよ氏
委員　齋　藤　やよい氏

任期は第１回選挙に関する業務の完了までとする。

平成21年９月20日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長　山　口　桂　子

会　　告（6）

一般社団法人日本看護研究学会第１回評議員選挙（2009年），選挙管理委員長について，会告（５），評議員選出規定第８条２．により，委員長を下記のとおり委嘱しました。

記

一般社団法人日本看護研究学会第１回選挙管理委員会
委員長　齋　藤　やよい氏

任期は第１回選挙に関する業務の完了までとする。

平成21年９月20日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長　山　口　桂　子

会　　告（7）

一般社団法人日本看護研究学会評議員選出規程第２条３．第３条により以下の通りとします。

１）選出する評議員の定数

１．北海道　３名　　２．東北　３名　　３．関東　４名　　４．東京　７名　　５．東海　９名
６．近畿・北陸 11名　　７．中国・四国　７名　　８．九州・沖縄　６名

合計50名

２）投票締切日　　平成21年11月30日

３）投票の方法

投票はWeb上または郵送によって行われますが，方法については選挙人に対して別途送付する投票要領をご覧ください。

平成21年９月20日

一般社団法人
日本看護研究学会
第１回選挙管理委員会
委員長　齋　藤　やよい

会　　告（8）

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程に基づいて，平成22年度奨学会研究の募集を行います。応募される方は，規程および次頁募集要項に従って申請して下さい。

平成21年９月20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奨学会規程

第１条　（名　称）

本会を日本看護研究学会奨学会（研究奨学会と略す）とする。

第２条　（目　的）

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

第３条　（資　金）

本会の資金として，前条の目的で本会に贈与された資金を奨学金に当てる。

会計年度は，４月１日より翌年３月31日迄とする。

第４条　（対　象）

日本看護研究学会会員として３年以上の会員歴がある者で，申請または推薦により，その研究目的，研究内容を審査の上，適当と認めた者若干名とする。

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

３）単独研究，もしくは共同研究の責任者であること。

４）推薦の手続きや様式は別に定める。

５）奨学金は年間50万円を上限とし，適当と認められた研究課題の費用に充当するものとして贈る。

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

第５条　（義　務）

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

第６条　（罰　金）

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

第７条　（委員会）

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

２）委員会に委員長を置き，本会を総括する。

３）委員会は次の事項を掌務する。

① 基金の財産管理及び日本看護研究学会理事長への会計報告

② 奨学金授与者の選考，決定及び理事長への報告

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

④ 奨学金授与者の選考及び授与者の義務履行については，別に定める。

第８条

委員会より報告を受けた事項は，日本看護研究学会理事長が総会に報告する。

第９条

奨学金を授与する者の募集規程は，委員会において別に定め，会員に公告する。

第10条

本規程は昭和54年９月24日より発効する。

付　則

１）昭和59年７月22日　一部改正（会計年度の期日変更）実施する。

２）平成６年７月29日　一部改正（会則全面改正に伴い）実施する。

３）平成８年７月27日　一部改正実施する。

４）平成11年７月30日　一部改正実施する。

５）平成20年７月12日　一部改正実施する。

一般社団法人日本看護研究学会奨学会　平成22年度奨学研究募集要項

1．応募方法

1）当奨学会所定の申請用紙に必要事項を記入の上，鮮明なコピー６部と共に一括して委員長宛（後記）に書留郵便で送付のこと。

2）申請用紙は返信用切手80円を添えて委員長宛に請求すれば郵送する。

3）機関に所属する応募者は所属する機関の長の承認を得て，申請者の当該欄に記入して提出すること。

2．応募資格

1）日本看護研究学会会員として３年以上の会員歴がある者。研究活動を継続している者。

2）日本看護研究学会学術集会において少なくとも１回以上の発表をしている者。

3）単独研究もしくは共同研究者の責任者であること。

3．応募期間

平成21年11月１日から平成22年１月20日の間に必着のこと。

4．選考方法

日本看護研究学会奨学会委員長（以下奨学会委員会と略す）は，応募締切後，規程に基づいて速やかに審査を行い当該者を選考し，その結果を理事長に報告，会員に公告する。

5．奨学会委員会

奨学会委員会は次の委員により構成される。

委員長　紙　屋　克　子　理事　（静岡県立大学）
委　員　阿　曽　洋　子　理事　（大阪大学大学院医学系研究科）
　　小　松　浩　子　理事　（聖路加看護大学）
　　武　田　宜　子　会員　（国際医療福祉大学大学院）
　　林　　裕　子　会員　（北海道大学医学部保健学科）

6．奨学金の交付

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

7．応募書類は返却しない。

8．奨学会委員会の事務は，下記で取り扱う。

〒260-0015　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
奨学会委員会　委員長　紙　屋　克　子

（註１）　審査の結果選考され奨学金の交付を受けた者は，この研究に関する全ての発表に際して，本奨学会研究によるものであることを明らかにする必要がある。

（註２）　奨学研究の成果は，次年度公刊される業績報告に基づいて奨学会委員会が検討，確認し理事長に報告するが，必要と認めた場合には指導，助言を行い，又は罰則（日本看護研究学会奨学会規程第６条）を適用することがある。

（別紙１）

一般社団法人日本看護研究学会評議員選出規程

第１条 （趣　旨）

本規程は，定款第11条による評議員選出に関して規定する。

第２条 （選任方法）

評議員は，会員の中から選挙により選任する。

２．前項の規定にかかわらず，理事長は必要に応じ，第３条の評議員定数と別に若干名を評議員として理事会に推薦することができる。

３．評議員は，前任者の任期満了に伴い半数ごとに選挙するものとし，選挙によって選任する評議員の数は，第３条の評議員定数の半数とする。

第３条 （地区・定数）

全国を付表に示す地区に分け，会員歴３年以上の会員の約３％（四捨五入とする）を地区の評議員定数とする。

第４条 （任　期）

評議員の任期は，選任後最初に開催される定時社員総会の日から，任期に対応する年に開催される定時社員総会の前日までとする。ただし，役員として選任されている評議員の任期は，任期に対応する年に開催される定時社員総会終結のときまでとする。

第５条 （被選任資格）

評議員に選任されるには，会員歴５年以上の者で選挙が行われる年の５月末日までに会費を完納していなければならない。

第６条 （選挙人資格）

評議員選挙にて投票するには，会員歴３年以上の者で選挙が行われる年の５月末日までに会費を完納していなければならない。

第７条 （選挙公示）

評議員の任期満了の１年前の理事長が評議員就任の期間を明示して，選挙が行われる年の９月末日までに評議員選挙を公示する。

第８条 （選挙管理委員会）

評議員の互選により選挙管理委員３名を選出し，理事長が委嘱し選挙管理委員会を組織する。

２．選挙管理委員の互選により選挙管理委員長を選出し，理事長が委嘱する。

第９条 （選挙手続の公示）

選挙管理委員会は，次の事項を選挙が行われる年の９月末日までに会員に公示する。

１）投票締切日（11月１日から30日まで）

２）地区別選挙人登録者名簿及び被選任者登録名簿

３）投票方法

第10条 （開　票）

開票は選挙管理委員全員が立ち会いの上行う。

第11条 （当選者の公告）

選挙管理委員会は，地区毎，得票数上位の者により定数枠内の者を当選者とし，これに次点者を明示して加え，理事長に提出する。

２．理事長は，前項の当選者を会員に公告する。

附　則

本規程は平成21年８月２日から施行する．決定翌日の８月３日で如何でしょう。

２．第５条の規定にかかわらず，平成21年の選挙については，評議員に選任されるには，会員歴５年以上の者で選挙が行われる年の７月21日までに会費を完納していなければならないものとする。

３．第６条の規定にかかわらず，平成21年の選挙については，評議員選挙にて投票するには，会員歴３年以上の者で選挙が行われる年の７月21日までに会費を完納していなければならないものとする。

4．平成22年の定時社員総会前■に任期が満了する評議員のうち，任期を２年間延長することに同意した者は，定款第44条の平成22年６月を始期とする任期２年の評議員として選任されたものとみなす。

＜付表＞　地区割

番号	地区名	都道府県名
1	北　海　道	北海道
2	東　　北	青森，岩手，宮城，秋田，山形，福島
3	関　　東	千葉，茨城，栃木，群馬，新潟
4	東　　京	東京，埼玉，山梨，長野
5	東　　海	神奈川，岐阜，静岡，愛知，三重
6	近畿・北陸	滋賀，京都，大阪，兵庫，奈良，和歌山，福井，富山，石川
7	中国・四国	島根，鳥取，岡山，広島，山口，徳島，香川，愛媛，高知
8	九州・沖縄	福岡，佐賀，長崎，熊本，大分，宮崎，鹿児島，沖縄

（別紙２）

一般社団法人日本看護研究学会理事・監事選出規程

第１条　（趣　旨）

本規程は，定款第13条１項による理事・監事の選出に関して規定する。

第２条　（理事の選出方法）

理事候補者は，新評議員の中から選挙により選出する。

２．選挙により選出された理事候補者は，選出直後の定時社員総会で理事として選任された後，２期４年間理事を務めることとし，１期目が終了するときに開催される定時社員総会で信任決議を行い，これを法律上の選任決議とする。

３．理事候補者は，前任者の任期満了に伴い半数ごとに選挙するものとし，選挙によって選出する理事の人数は10名とする。

４．第１項の規定にかかわらず，理事長は会員の中から２名を理事候補者として推薦することができる。

第３条　（理事の選挙）

理事候補者は，地区評議員数に応じて配分し，各地区の新評議員の中から理事定数の連記による選挙より選出する。

第４条　（選挙人資格）

理事選挙にて投票するには，新評議員として当選した者でなければならない。

第５条　（投　票）

投票締切日は，理事長が決定し，投票は郵送により行う。

２．投票締切日消印は有効とする。

第６条　（開　票）

開票は，選挙管理委員（評議員選出規定による選挙管理委員が兼ねる）全員の立会いの上行う。

第７条　（当選者の決定・報告）

選挙管理委員会は，得票数上位の者により定数枠内の者を当選者とし，理事長に理事候補者として提出する。

第８条　（理事長等の選出）

理事候補者となった者は，理事候補者として諮られる予定の社員総会までに会議を開き，理事長候補者，副理事長候補者及び常任理事候補者を選出して，理事会に提出する。

第９条　（監事の推薦）

監事候補者は，理事会が新評議員の中から推薦する。

２．監事候補者は，推薦を受けた直後の定時社員総会で監事として選任された後，２期４年間監事を務めることとし，１期目が終了するときに開催される定時社員総会で信任決議を行い，これを法律上の選任決議とする。

３．監事候補者は，前任者の任期満了に伴い半数ごとに理事会が推薦するものとし，推薦する監事候補者の人数は１名とする。

第10条　（役員の選任）

理事会は，理事候補者，理事長による理事推薦者及び理事会による監事推薦者を，役員を選出する社員総会に役員候補者として諮る。

附　則

本規程は平成22年の定時社員総会で選任される理事・監事選出時から施行する。

２．平成22年の定時社員総会の終結時に任期が満了する役員のうち，平成24年の定時社員総会終結時まで役員を務めることに同意した者は，平成22年の定時社員総会にて信任決議を行い，これを法律上の選任決議とする。

会　　告（9）

第36回一般社団法人日本看護研究学会学術集会を下記のとおり，岡山市において開催いたします旨，お知らせいたします。

記

期　日：平成22年（2010年）８月21日（土），22日（日）
　　プレカンファレンスセミナー　８月20日（金）
場　所：岡山コンベンションセンター，岡山市デジタルミュージアム（一部）
　　〒700-0024　岡山市北区駅元町14番１号

学術集会事務局
　　〒700-8558　岡山市北区鹿田町２－５－１
　　岡山大学大学院保健学研究科（深井研究室気付）
　　第36回日本看護研究学会学術集会　事務局
　　ＴＥＬ：086-235-6855
　　ＦＡＸ：086-235-6855
　　E-Mail：scully@cc.okayama-u.ac.jp

一般社団法人日本看護研究学会入会申込み等
　　〒260-0015　千葉市中央区富士見２－22－６ 富士ビル６階
　　日本看護研究学会事務局
　　ＴＥＬ：043-221-2331
　　ＦＡＸ：043-221-2332

平成21年９月20日

第36回一般社団法人日本看護研究学会学術集会
会長　深　井　喜代子
（岡山大学大学院保健学研究科　教授）

目　　次

－原　著－

喉頭摘出者のコミュニケーション手段の再獲得過程における問題と支援 …… 17
富山大学附属病院　長瀬睦美
日本赤十字北海道看護大学　澤田愛子

糖尿病患者の自己管理を促進および阻害する要因 …… 29
熊本大学医学部保健学科看護学専攻　村上美華
熊本大学医学部保健学科看護学専攻　梅木彰子
熊本大学医学部保健学科看護学専攻　花田妙子

大学病院関連医療施設に就業する看護師の大学院修士課程入学への関心 …… 39
埼玉医科大学保健医療学部看護学科　松下年子
埼玉医科大学保健医療学部看護学科　岡部恵子
埼玉医科大学保健医療学部看護学科　天野雅美
埼玉医科大学保健医療学部看護学科　内野聖子
埼玉医科大学保健医療学部看護学科　吉岡幸子
埼玉医科大学保健医療学部看護学科　安藤晴美
埼玉医科大学保健医療学部看護学科　大野明美

ICU入室中の心臓大血管系の手術を受けた患者に対する日中の低照度補光効果 …… 51
明治国際医療大学　田口豊恵
第二岡本総合病院　岡　啓太
第二岡本総合病院　岡本文代
京都工芸繊維大学　小山恵美

－研究報告－

男性看護師の職務ジェンダー意識と職務満足の関係 …… 59
愛知きわみ看護短期大学・中部大学大学院国際人間学研究科心理学専攻博士後期課程　出口睦雄

在宅移行期における療養者の医療ニーズ別にみた家族介護者の介護準備態勢 …… 67
香川大学医学部看護学科　片山陽子
岡山県立大学保健福祉学部看護学科　太湯好子
関西福祉大学看護学部看護学科　小野ツルコ

看護者の患者指導技術の構成要素と構造化の試み …… 77
弘前大学大学院保健学研究科　石岡　薫
弘前大学大学院保健学研究科　一戸とも子
弘前大学大学院保健学研究科　阿部テル子
弘前大学大学院保健学研究科　齋藤久美子
弘前大学大学院保健学研究科　小倉能理子
弘前大学大学院保健学研究科　西沢義子
弘前大学大学院保健学研究科　工藤せい子
弘前大学大学院保健学研究科　會津桂子
弘前大学大学院保健学研究科　安杖優子
弘前大学医学部附属病院　小林朱実

経皮的冠動脈ステント留置術後に抗血栓薬を処方されている患者の服薬行動に関連する要■ 89
東京医科大学看護専門学校　大　堀　　昇
■際医療福祉大学大学院　湯　沢　八　江

統合失調症患者のきょうだいとしての体験 101
飯田女子短期大学看護学科　岩　嵜　みすず
山梨大学大学院医学工学総合研究部　水　野　恵理子

－資　料－
地域中核病院看護部の退院支援教育が病棟看護職の知識・行動へ及ぼす効果 111
山形県立保健医療大学保健医療学部看護学科　大　崎　瑞　恵
山形大学医学部看護学科地域看護学講座　大　竹　まり子
山形大学医学部看護学科地域看護学講座　赤　間　明　子
山形大学医学部看護学科地域看護学講座　鈴　木　育　子
山形大学医学部看護学科地域看護学講座　小　林　淳　子
東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科健康情報分析学　佐　藤　千　史
山形大学医学部看護学科地域看護学講座　叶　谷　由　佳

CONTENTS

Original Papers

Issues and Support of Patients After Total Laryngectomy
— Focusing on the Re-Acquisition Process of Communication Methods — 17

Toyama university hospital：Mutsumi Nagase
Japanese Red Cross Hokkaido College of Nursing：Aiko Sawada

The Factors Promoting and Hindering the Self-care of Patients with Diabetes 29

Kumamoto University, School of Health Sciences, Course of Nursing：Mika Murakami
Kumamoto University, School of Health Sciences, Course of Nursing：Shoko Umeki
Kumamoto University, School of Health Sciences, Course of Nursing：Taeko Hanada

Suffering on the Caregiving Experience of Family Caregivers of Patients with Schizophrenia 39

School of nursing, Faculty of health and medical care, Saitama Medical University：Toshiko Matsushita
School of nursing, Faculty of health and medical care, Saitama Medical University：Keiko Okabe
School of nursing, Faculty of health and medical care, Saitama Medical University：Masami Amano
School of nursing, Faculty of health and medical care, Saitama Medical University：Seiko Uchino
School of nursing, Faculty of health and medical care, Saitama Medical University：Narumi Fujino
School of nursing, Faculty of health and medical care, Saitama Medical University：Harumi Ando
School of nursing, Faculty of health and medical care, Saitama Medical University：Akemi Ohno

Effect of Moderately Bright Light Exposure on ICU
Patients Following Surgery of the Cardiovascular System 51

Meiji University of Integrative Medicine：Toyoe Taguchi
Daini Okamoto General Hospital：Keita Oka
Daini Okamoto General Hospital：Fumiyo Okamoto
Kyoto Institute of Technology：Emi Koyama

Research Reports

Job Gender Consciousness and Job Satisfaction among Male Nurses 59

Aichi Kiwami College of Nursing・Chubu University Graduate School,
Graduate School of Global Humanics Department of Psychology Doctoral Course：Mutsuo Deguchi

Attending the medical treatment needs of patients during the at-home transitional period:
directions for preparing family caregivers 67

School of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa University：Yoko Katayama
Faculty of Health and Welfare, Okayama Prefectural University：Yoshiko Futoyu
College of Nursing, Kansai University of Social Welfare：Tsurunko Ono

A Study on Systematized the Main Factors on Patient Teaching Skills of Nurse in Patient Teaching 77
Hirosaki University Graduate School of Health Sciences：Kaoru Ishioka
Hirosaki University Graduate School of Health Sciences：Tomoko Ichinohe
Hirosaki University Graduate School of Health Sciences：Teruko Abe
Hirosaki University Graduate School of Health Sciences：Kumiko Saito
Hirosaki University Graduate School of Health Sciences：Noriko Ogura
Hirosaki University Graduate School of Health Sciences：Yoshiko Nishizawa
Hirosaki University Graduate School of Health Sciences：Seiko Kudo
Hirosaki University Graduate School of Health Sciences：Keiko Aizu
Hirosaki University Graduate School of Health Sciences：Yuko Anzue
Hirosaki University School Hospital of Medicine：Akemi Kobayashi

The Relation Factors to Behaviors of Taking the Anti-thrombus Medicine After Performing the Percutaneous Coronary Stenting 89
Tokyo Medical University School of Nursing：Noboru Ohori
International University of Health and Welfare Graduate School：Yae Yuzawa

Being a Sibling of Schizophrenic Patient: Through the Narrative of Sibling 101
School of Nursing, Iida Women's Junior College：Misuzu Iwasaki
Interdisciplinary Graduate School of Medicine and Engineering, University of Yamanashi：Eriko Mizuno

Preliminary session

Effect of Education of Support Discharge Given by Nursing Departments on Unit Nurses' Knowledge and Practice in Community Hospitals 111
Department of Nursing, Yamagata Prefectural University of Health Sciences：Mizue Osaki
Course of Community Health Nursing, School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine：Mariko Ohtake
Course of Community Health Nursing, School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine：Akiko Akama
Course of Community Health Nursing, School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine：Ikuko Suzuki
Course of Community Health Nursing, School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine：Atsuko Kobayashi
Analytical Health Science, Graduate School of Health Sciences, Tokyo Medical and Dental University：Chifumi Sato
Course of Community Health Nursing, School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine：Yuka Kanoya

－原　著－

喉頭摘出者のコミュニケーション手段の再獲得過程における問題と支援

Issues and Support of Patients After Total Laryngectomy
－ Focusing on the Re-Acquisition Process of Communication Methods －

長瀬睦美[1)]　　澤田愛子[2)]
Mutsumi Nagase　　Aiko Sawada

キーワード：無喉頭音声，失声，コミュニケーション，ソーシャルサポート
Key Words ：alanprgeal speech, lost voice, communication, social support

Ⅰ．はじめに

喉頭摘出者とは喉頭ガンや下咽頭ガン等の治療のために喉頭摘出術を受けて失声した人々のことをいう。失声は，喉頭発声による音声の喪失体験であり，喉頭摘出者はこれまで用いてきたコミュニケーション方法の変更を余儀ないものとされる。喉頭摘出者は，この喪失体験による悲嘆を乗り越えて新たなコミュニケーション手段を獲得していく。

彼らが用いることのできるコミュニケーション手段には，ジェスチャーや筆談，さらに新たなコミュニケーション手段である食道発声法や人工喉頭器等による無喉頭音声（alaryngeal speech）が挙げられる。喉頭摘出者達は，言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーションの様々な組み合わせを模索しながら，新たな自分のコミュニケーション手段への適応過程を進むのである。

しかし，これら無喉頭音声の獲得には身体的，精神的な負担や個々の患者を取り巻くサポートの状況などが複雑に関与しており，それぞれに十分な上達が得られないうちに中断してしまうこともある。特に食道発声については，前■ら（1999）[1)]が行った喉頭摘出者の発声の実態についての調査研究の結果では，喉頭全摘出術を受けた患者33名の中で食道発声を試みようとした患者は19名であり，その中でも自■に会話が出来るようになった者は４名のみだったと示されている。また，いずれの無喉頭音声も用いることなく，ジェスチャーや筆談のみでコミュニケーションをはかるものも少なくないようである。

この困難な状況に置かれた彼らをサポートする存在の一つに患者会がある。喉頭摘出者の患者会は主に発声会といわれ，無喉頭音声の獲得の支援を行っており，その過程における患者や患者家族の精神的な支えとなっている。しかし，わが■では喉頭摘出者の患者会は患者や家族の篤志に頼っているところが多く，発声指導も喉頭摘出者が行っているのが現状であり，新たなサポートシステムを必要としている状況にある。

喉頭摘出者を対象とした先行研究では，主にQOLに関する研究，コミュニケーション手段に関する研究，患者心理に関する研究や喉頭摘出者を取り巻くサポートを対象とした研究などが行われている。コミュニケーション手段の再獲得に関しては，寺崎ら（1997）[2)]が，老年期の喉頭摘出者を対象として代用音声獲得を困難にしている要因を研究し，高齢者は術後の身体的回復に時間がかかり新たな健康上の問題も発生しやすく，活動性が低下することにより発声教室への継続参加が困難になっているのではないかと示唆した。さらに，喉頭摘出者の心理についての研究では，様々な視点から失声による心理的側面への影響を述べている。例えば，酒井（1994）[3)]は喉頭摘出者の中に抑うつ状態を引き起こすものがいることを述べた上で，その抑うつに関与する因子として「家に閉じこもりがちである」「精神的に不安定である」等の５つの因子の存在を示唆している。一方で，喉頭摘出者を取り巻くサポートに関しては，発声会に関するテーマが主に研究されており，食道発声の獲得における必要性のみならず，喉頭摘出者への情緒的支援という点でも発声会が重要な役割を果たしていることを明らかにした。よって先行研究からは，喉頭摘出により失声した患者の代替コミュニケーション手段が，個々人の置かれた状況に応じて様々に選択され，その獲得過程における問題には，技術自体の困難さだけでなく，獲得を困難にしている種々の身体的，心理社会的要因が存在しているということが推測される。しかし，コミュニケーション手段の再獲得過程における問題に関する研究の数は総体的

1）富山大学附属病院　Toyama university hospital
2）■本赤十字北海道看護大学　Japanese Red Cross Hokkaido College of Nursing

に少なく，その実態や背景要因には明らかにされていない点が残されていると考えられる。そこで本研究の目的を次のように定める。まず，喉頭ガンや下咽頭ガンの宣告を受けて喉頭摘出術をうけた患者が，筆談やジェスチャー，人工喉頭器や食道発声等の代替コミュニケーション手段を獲得していく過程で体験した出来事や思いを明らかにする。また，医療関係者も交えた，患者の家族や発声会（患者会）を中心としたソーシャルサポートシステムが患者に与えている支援の内容とその影響についても明らかにし，その上で，ソーシャルサポートシステムの中で医療者の関わり，殊に看護的支援を，そこにどう組み込ませていくのか，そのあり方も検討する。

Ⅱ．用語の操作的定義

喉頭摘出者：喉頭ガン・下咽頭ガン等の治療のために喉頭全摘出術を受けた者のことをいう。こうした人々は失声したために，その後のコミュニケーション手段として，筆談やジェスチャーに始まり，人工喉頭器，食道発声等の無喉頭音声等を用いているものとする。失声：喉頭ガン・下咽頭ガン等の治療のために喉頭全摘出術を受けて，声帯と共にその機能も失うために，病前の声を失うこととする。
代替コミュニケーションの手段：失声後の喉頭摘出者が，他の喉頭摘出者，もしくは非喉頭摘出者との間で対人コミュニケーションを行う際，それまでのコミュニケーションの手段に代わって用いる手段のこととする
ソーシャルサポート：在宅療養生活をおくる喉頭摘出者に提供される社会的なサポートのこととする。

Ⅲ．研究方法

1．研究デザイン

本研究はナラティブリサーチ（narrative research）に基づく質的帰納的研究である。

2．研究対象

喉頭ガン・下咽頭ガン等の治療のために喉頭全摘出術を受けて失声した在宅療養中の６名を対象とした（概要は後述）。６名はＹ大学付属病院で月１回開かれている喉頭摘出者の発声会の参加者で，主治医が身体的，精神的に病状が安定し，インタビューに耐えうると判断した者とした。さらに，喉頭全摘出術を受け退院してから１年以上経過した者とした。

3．調査とデータ分析の方法

1）データの収集の方法とプロセス：研究者が自ら作成した質問項目に基づき半構成的インタビューを実施してデータを収集した。インタビューに用いた主な質問項目は①「ガンの告知を受け喉頭全摘出術を受けなくてはいけないといわれた時の思い」②「手術後間もない時期のコミュニケーション手段と，その時期に抱いていた思い」③「手術後，現在に至るまでのコミュニケーション手段の変遷と，これまでに抱いてきた思い」であった。研究参加者には質問項目以外にも自由に語ってもらった。インタビューの実施にいたるまでには，まず，患者の主治医に研究計画書を示し，研究参加者の紹介を依頼した。その後，紹介された患者に手紙であらかじめ研究の趣旨を伝え，研究への協力を依頼した。

2）インタビューの概要：インタビューは研究参加者の希望する場所で実施し，１人１回を原則とした。インタビュー時間は，最低68分，最高148分で６名の平均は88分だった。インタビューの内容は研究参加者の同意を得てテープに録音した。参加者は２名が食道発声を，４名が人工喉頭器を用いて答えた。ジェスチャーや口唇の動きによる非言語的な表出や聞き取れない発語があった場合には，研究者の解釈と口唇の動きから読み取った言葉を研究参加者に伝え，確認しながら行った。最初のインタビューが終了した段階で，トランスクリプトを作成し，研究指導者の指導の下に，質問項目やインタビューの仕方についての妥当性をチェックした。

3）データの分析方法と手順：インタビューによって得られたデータは主として，リーブリッヒら（Lieblich. A.et al,1998）による《Narrative research》[4] に記されている分析手法の一つである「カテゴリカル内容分析」（categorical contents analysis）に基づいて分析した。分析の手順は以下のとおりである。

① テープに録音したインタビュー内容のトランスクリプト（逐語記録）を作成した。

② 各トランスクリプトに記された各々のナラティブを，パターンが見えてくるまで熟読した。その際，共感的でオープンマインドな姿勢で熟読した。

③ 各々のトランスクリプトに対して感じた，最初の，そして全体的な印象を書きとめた。④次に，喉頭摘出者が本論文のテーマであるコミュニケーションや支援体制に関して語っている部分に注意をしながら熟読した。

⑤ 上記の作業を基に，各ナラティブからキーセンテンスを抜き出して書き取った。

⑥ 抜きだしたキーセンテンスから意味内容をそれぞれに検討し，同じ意味内容を持つと考えられるキーセンテンスのまとまりから，まずサブカテゴリーを抽出した。

⑦ 類似の意味内容を持つと考えられるサブカテゴリーの集積に着目してカテゴリーを抽出した。

⑧ さらに，類似した内容を表すと考えられるカテゴリーの集積に着目してメインカテゴリーを抽出した。

⑨ ①～⑧の手順と分析をとおして，喉頭摘出者が共通して持っているコミュニケーションに関する問題の特質と支援について明らかにし，ふさわしい支援のあり方を導きだした。

⑩ 全ての手順において，研究指導者のスーパービジョンを受けた。

4．倫理的配慮

本研究の実施に際しては，対象者に研究の目的，方法等の概要を文書と口頭で説明し，参加の自由や参加しない権利，途中で辞退する権利等について周知させた上で，同意の得られた対象者に対してのみインタビューを実施した。その際，対象者に分かりやすい言葉を用い疑問点を質問しやすいように配慮した。論文執筆および発表に際しては匿名性とプライバシーの厳守を約束した。録音テープについては研究終了後には破棄することを約束した。本研究はY大学倫理委員会の承認を得て行った。

Ⅳ．結　果

1．研究参加者の概要（表1）

研究参加者はY県内に在住し，現在は県内のY大学医学部付属病院の外来に通院中の喉頭摘出者6名である。6名は全員男性であった。面接時の年齢は60歳から79歳で，平均69.2歳であった。参加者の現在の主なコミュニケーション手段は2名が食道発声で，4名が人工喉頭器であった。

2．分析の結果

インタビューによって得られた各ナラティブを前述した手段で分析した結果，まず，キーセンテンスとして439個のキーセンテンスを選び出した。それらのキーセンテンスからその内容を分析した結果，本論文のテーマである喉頭摘出者のコミュニケーションや支援体制に関して3つのメインカテゴリーと9つのカテゴリー，さらに31のサブカテゴリーも抽出した（表2）。以下，その概要を説明する。（尚，本論文では，メインカテゴリーを【　】カテゴリーを〔　〕，サブカテゴリーを＜　＞で表す）

【発病から喉頭全摘出術を受けるまでの体験と思い】

このメインカテゴリーの下には，〔告知時のショック〕〔治療をめぐる悩みと期待〕という2つのカテゴリーが抽出され，さらに2つのカテゴリーには計4つのサブカテゴリーが抽出された。

（1）〔告知時のショック〕

喉頭摘出者は，発病から喉頭全摘出術を受けるまでに，ガンの告知によってショックと失望を体験し，さらに喉頭摘出術によって声を失うということにもショックと困惑を覚える。以下，サブカテゴリーを示しながら具体的に述べる。

1）＜ガンの告知によるショックと失望＞について

ガンと告知された人は一様にショックを受ける。研究参加者は告知された時のことを思い出し「ショックだった」「俺も終わりかなと思った」と端的に語った。また，ガンの告知以前に自覚症状や検査結果から自分がガンであることを直感しており，「ガンじゃないかと思っていた」「ガンといわれた時はピンときた」と述べた。ガンの告知は，生きる希望に影を落とし，ガンであるという真実を患者に突きつけ，ショックと失望をもたらす。

2）＜失声に対する困惑と不安＞について

喉頭全摘出術を薦められた患者にとっての一番の気がかりは声を失うことである。失声は，これまで彼らが家庭や社会のなかで担ってきた役割に変化を与えるものと認識され，彼らに葛藤や不安を与えていた。また，「声が出なくなるなんてことは信用出来なかった」という言葉からは，喉頭全摘出術後のイメージが十分浸透しておらず困惑していたことが分かる。

（2）〔治療をめぐる悩みと期待〕

研究参加者たちは喉頭全摘出術を受けるに際して，様々な悩みと共に期待を持っていることが分かった。治療法については迷いや葛藤を体験するが，その中から喉頭全摘出術を受ける覚悟を引き出していた。以下，サブカテゴリーを示しながら具体的にみていく。

1）＜治療方法の選択における迷い＞について

喉頭ガンや下咽頭ガンの治療には，手術療法以外にも放

表1．研究対象者の概要

	年齢	家族構成	職業	疾患	術式	術後年数	コミュニケーション手段の進展プロセス
A	65	妻・長男家族5人	無職	喉頭がん	喉頭全摘術・右頚部郭清術	1年	筆談・ジェスチャー→人工喉頭器
B	79	妻	無職	喉頭がん	喉頭全摘術	2年10ヶ月	筆談・ジェスチャー→人工喉頭器
C	60	妻	パート	喉頭がん	喉頭全摘術	4年	筆談・ジェスチャー→食道発声
D	72	妻	無職	下咽頭癌	咽喉食道摘出術・遊離空腸再建術・両側頚部郭清術	5年	筆談・ジェスチャー→人工喉頭器
E	74	妻	無職	喉頭がん	喉頭全摘術・右頚部郭清術	3年2ヶ月	筆談・ジェスチャー→人工喉頭器
F	65	妻	パート	喉頭がん	喉頭全摘術・左頚部郭清術	11年6ヶ月	筆談・ジェスチャー→T-Eシャント→食道発声

表2．研究対象者のナラティブから抽出したメインカテゴリー，カテゴリー及びサブカテゴリー

メインカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
【発病から喉頭全摘出術を受けるまでの体験と思い】	〔告知時のショック〕	＜ガンの告知によるショックと失望＞
		＜失声に対する困惑と不安＞
	〔治療をめぐる悩みと期待〕	＜治療方法の選択における迷い＞
		＜喉頭全摘出術を受ける覚悟と治癒への期待＞
【喉頭全摘出術後のコミュニケーション再獲得過程での体験と思い】	〔筆談とジェスチャーによるコミュニケーション段階での不安と願望〕	＜手術後の失声による困惑＞
		＜今後のコミュニケーション手段への不安＞
		＜コミュニケーション機能の低下に起因するイライラ感ともどかしさ＞
		＜友人や知人への気兼ねと接触の忌避＞
		＜声を失ったことへの自責の念＞
		＜人工喉頭器での発声への期待＞
	〔人工喉頭器によるコミュニケーション手段の獲得段階における思い〕	＜人工喉頭器でのコミュニケーションに対する不安＞
		＜人工喉頭器の使用による不便さ＞
		＜人工喉頭器での会話のぎこちなさと会話量の減少＞
		＜手術前と異なる自分の声に対する戸惑い＞
		＜人工喉頭器でコミュニケーションがはかれるという安心感＞
	〔食道発声を獲得する際の影響要因〕	＜食道発声獲得の困難性＞
		＜食道発声を獲得したいという思い＞
		＜食道発声を獲得する際の個人の努力＞
	〔現在のコミュニケーション手段への適応状況と今後の展望〕	＜現在のコミュニケーション手段への満足感＞
		＜現在のコミュニケーション手段への不満足感＞
		＜コミュニケーション能力の上達への期待＞
		＜障害者であるという認識＞
【社会的サポートへの患者の期待】	〔発声会から受けたサポートと期待〕	＜発声会との出会い＞
		＜個々人のレベルの違いの認識＞
		＜指導・助言への感謝＞
		＜同病者との仲間意識で生まれる安心感＞
		＜食道発声練習をする機会のニーズ＞
	〔配偶者のサポートへの感謝〕	＜配偶者の気遣いに対する感謝の気持ち＞
		＜配偶者への自責の念＞
	医療者のサポートと今後への要望	＜医療者との関わりの中で得られる安心感＞
		＜発声法の再獲得段階における医療者の介入へのニーズ＞

射線治療や化学療法がある。治療法の選択には，治療による副作用への不安，家族の思いが影響していた。E氏は「俺はもういいと思ってたのに，父ちゃんあと15回かけてくれっていわれて」と放射線治療の追加を家族の思いに押されて決意したことを語った。それぞれの迷いの背後には各人が持ち得る価値観の影響あった。それは時に，声を残す治療を優先するか，声を失っても完全に病巣を取ることを優先するかという葛藤を引き起こしていた。

2）＜喉頭全摘出術を受ける覚悟と治癒への期待＞について

＜治療方法の選択における迷い＞から，喉頭全摘出術を受けるという決断をする患者には，「やむを得ない」という思いが大きい。彼らは，「どうでも取らにゃあ治らんということは分かってました」と，治療への期待をにじませながら，治るためには失声を免れることは出来ないと覚悟をしていた。

【喉頭全摘出術後のコミュニケーション再獲得過程での体験と思い】

このメインカテゴリーの下には，〔筆談とジェスチャーによるコミュニケーション段階での不安と願望〕〔人工喉頭器によるコミュニケーション手段の獲得段階における思

い〕〔食道発声を獲得する際の影響要因〕〔現在のコミュニケーション手段への適応状況と今後の展望〕という４つのカテゴリーが抽出され，さらに，４つのカテゴリーには，計18個のサブカテゴリーが抽出された。以下，各々について説明したい。

（１）〔筆談とジェスチャーによるコミュニケーション段階での不安と願望〕

喉頭摘出者は，まず声を失ったことに困惑し，ジェスチャーや筆談によるコミュニケーション機能では十分なコミュニケーションが出来ないためイライラ感やもどかしさを感じていた。そのため，友人や知人との関わりを避けたり，声を失ったことへの自責の念を感じたりと，気持ちが自己の内面へと向かう傾向にあった。しかし一方で，人工喉頭器での発声に希望をつなぐなどの傾向もみられた。以下，サブカテゴリーを示しながら具体的に述べる。

１）＜手術後の失声による困惑＞について

手術後に喉頭摘出者が体験する大きな苦痛の一つは声を失ったことの実感である。彼らは，手術後に，実際に声を出そうとして出なかった段階で初めて本当に声が出ないことを実感したと語った。Ｃ氏は「少しくらいはね，少しくらいは何か言えているかと思った。うんともすんとも出ない。咳も出んもん」と当時の状況を述懐している。

２）＜今後のコミュニケーション手段への不安＞について

彼らは，筆談やジェスチャーによるコミュニケーションが始まっても，そのような手段だけでは十分に自分の意思を伝達できないと実感していた。その一方で，将来的には従来のように自分の意思を相手に伝えたいという思いを抱いていた。「会社があったからねえ，言葉を使わないと困ると思って」と，職場への復帰の意思があったＣ氏には，この不安は一層切実なものであった。

３）＜コミュニケーション機能の低下に起因するイライラ感ともどかしさ＞について

筆談やジェスチャーでは，うまく思いが伝わらなかったり，書いた字を読んでもらう手間があるためにイライラ感やもどかしさが生じる。このイライラ感やもどかしさは，Ｂ氏の「書いて話をするということでは，自分の意思の十分の一も二十分の一も伝わらないということを実感したわけです。要点を言うだけで終わってしまいます」という言葉に表れているように，コミュニケーション量の低下につながる場合もある。

４）＜友人や知人への気兼ねと接触の忌避＞について

また，コミュニケーションがうまくいかないという事実は，患者達を＜友人や知人への気兼ねと接触の忌避＞へと導いてしまう。Ｂ氏は「こんな無様な格好してて嫌だなあ。こんな無様な姿は見せたくないなあ」と語った。

５）＜声を失ったことへの自責の念＞について

以上のようなコミュニケーションの不都合は，時に患者に自責の念を抱かせてしまう。彼らは，声を失ったのは，長い間タバコを吸ったり酒を飲んだりしてきた自分自身の所為だという気持ちを抱いていた。Ｂ氏は「誰が悪いわけでもない。要するに自分の不摂生でこうなったということで，自分を責めるしかありませんでした」と語った。

６）＜人工喉頭器での発声への期待＞について

しかし一方では，人工喉頭器に希望も見出していた。「よくなれば，これ（人工喉頭器）が使えるということが頭にあったから」と，人工喉頭器を用いることで術後再び発声が出来るようになると期待していた。

（２）〔人工喉頭器によるコミュニケーション手段の獲得段階における思い〕

人工喉頭器の使い始めの頃は，明快な音声が出ず，抑揚のない音声に使用をためらう思いも生じるが，徐々に上達し意思が伝わるようになると喜びと同時に安心感も生じる。以下，サブカテゴリーを示しながら具体的にみてみる。

１）＜人工喉頭器でのコミュニケーションに対する不安＞について

人工喉頭器を手にしたばかりの喉頭摘出者は，人工喉頭器の振動を疎外する術後の頚部の硬さや人工喉頭器の使用方法についての知識不足という問題に直面する。これらの困難に直面し，患者は人工喉頭器で果たしてコミュニケーションがはかれるようになるのだろうかという不安を持つ。Ｄ氏は，「ジージージージー言ってるんだもの。これじゃあ，うまく伝わらんなって思って」と語っていた。

２）＜人工喉頭器の使用による不便さ＞について

人工喉頭器は，機械であるが故に使用に際しては幾つかの不便な点がある。まず，機械の購入やメンテナンスによる経済的な負担である。必ず持ち歩かなくてはいけないことや，人工喉頭器を持つ片手が他の用事に使えなくなることも不便である。また，咄嗟に話をしようとする時も，機械を手にとって準備をする時間が必要となるためコミュニケーションの即時性が失われる。Ｆ氏は「パッと話が出来ないっていうことは切ない」と語った。

３）＜人工喉頭器での会話のぎこちなさと会話量の減少＞について

人工喉頭器の使い方が未熟な間は，相手に言っていることが分かってもらえず，イライラしたり，早く上手になりたいという焦りが生じる。「やっぱり伝わらんと，なんだか，話がしたくなくなるようになるじゃん。」というＤ氏の思いからは，相手に分かってもらえていないという思いが会話量を減少させることが分かる。

４）＜手術前と異なる自分の声に対する戸惑い＞について

人工喉頭器から発せられる音は，音域が限られているの

で皆一様に抑揚のない声になる。D氏は「みんな機械がお話ししてくれているような声だ」と新たな声への違和感や戸惑いを語った。

5）＜人工喉頭器でコミュニケーションがはかれるという安心感＞について

しかし，不便で違和感を感じさせる人工喉頭器ではあるが，一方で，筆談やジェスチャーに頼らずにコミュニケーションができる「これで十分自分の意思が伝わる」という安心感も生む。また，研究参加者のナラティブからは，人工喉頭器での発声が上達し自分の意思を相手に伝えられるようになると，さらに練習して上達したいという意欲が生じることが読み取れた。

（3）〔食道発声を獲得する際の影響要因〕

喉頭摘出者は様々な困難があっても食道発声を獲得したいと強く思っている。以下，食道発声を獲得する際に影響する要因について，サブカテゴリーを示しながらみていく。

1）＜食道発声獲得の困難性＞について

食道発声の獲得のためには様々な困難を乗り越えなくてはいけない。参加者達は，食道発声が獲得出来るかどうかの可能性は，年齢と体力，そして術式と関係していると認識していた。実際に食道発声する段階でも，思うように上達せず，イライラしたり話すことに億劫になったり，食道発声の獲得をあきらめる気持ちが出てくるようである。C氏は「やっぱりね，自分の声を出すってのは大変なことだ」と語った。

2）＜食道発声を獲得したいという思い＞について

研究参加者は出来る出来ないに関係なく，一様に食道発声を獲得したいという思いを持っていた。食道発声の音声は人工喉頭器の音声とは異なり肉声に近く，人工喉頭器使用時のように片手が使えないということもない。C氏は「筆談が嫌だから，機械は壊れるし，これ（食道発声）楽じゃん。」と食道発声を獲得しようとした動機を語った。

3）＜食道発声を獲得する際の個人の努力＞について

食道発声の練習は発声会でも行っているが，発声会以外では一人で練習する人が多い。A氏は犬の散歩をしながら，B氏は風呂に入りながら，また，C氏は車の運転をしながら町の広告を読んだりして練習したという。

（4）〔現在のコミュニケーション手段への適応状況と今後の展望〕

研究参加者には現在のコミュニケーション手段に満足している点もあれば，不満足な点もあり，さらなる能力向上への意欲もみられた。以下，サブカテゴリーを示しながら，もう少し具体的にみてみよう。

1）＜現在のコミュニケーション手段への満足感＞について

インタビュー時点で，各参加者は，人工喉頭器でコミュニケーションをはかる者も食道発声する者も，日々上達していることを実感し喜びを感じていた。D氏は「今じゃもう，皆さんと話をしたい。話しをするのが嫌だなんて思わないよ。楽しいよ」と語った。

2）＜現在のコミュニケーション手段への不満足感＞について

参加者達は，現状のコミュニケーションには一定の満足感は持っているものの，一方では不満足感も持っていた。人工喉頭器を使う者は，ぎこちなさが残っていることや使用上の不便さを感じ，食道発声への憧れを抱く。食道発声で会話できても，「『えっ』て言われるのが嫌だ」と何度も聞き返されることや大きな声がでないことに不満足感を抱いている。

3）＜コミュニケーション能力の上達への期待＞について

喉頭摘出者達には，現状のコミュニケーション能力を向上させていきたいという思いがある。しかし一方で，「これ（人工喉頭器）が使えんなんていったら，まず，つまらんね。生きていてもつまらんよ。萎えちまうと思うよ」と，やっと獲得した代替コミュニケーション手段を再び失うことになるのではないかという不安感もある。

4）＜障害者であるという認識＞について

失声し，コミュニケーション手段の問題で苦悶していると，障害者になったことを思い知らされるようになる。C氏は「紳士でいるつもりでいれば，紳士でいられる。口を聞かなきゃね。言葉を言えば，おかしいんだから。だけど，言葉を使わんと。思い切らなきゃ，（食道発声で）言葉が勢いよく出て行かん。恥をはじき出さなきゃ」と自らの障害について語り，障害を自ら認識した上で周囲に自分の障害をさらけ出す勇気が必要だと語った。

【社会的サポートへの患者の期待】

このメインカテゴリーの下には，〔発声会から得たサポートと期待〕〔配偶者のサポートへの感謝〕〔医療者のサポートと今後への要望〕という3つのカテゴリーが抽出され，さらに，3つのカテゴリーには計9つのサブカテゴリーが抽出された。以下，各々について説明する。

（1）〔発声会から受けたサポートと期待〕

発声会は喉頭摘出者が代替コミュニケーション手段を獲得していく過程において指導，助言を与える場であるだけではなく，患者相互の仲間意識と，そこから生まれる安心感を与えるものであった。しかし，研究参加者は現在の発声会のあり方に満足しておらず，要望も持っていた，以下，サブカテゴリーを示しながら具体的にみていく。

1）＜発声会との出会い＞について

研究参加者達は，ガンの告知を受けるまでは喉頭摘出者の存在自体に認識がなく，手術前，初めて医療者からの説明で発声会の存在を知った。発声会との出会いから彼らは代替コミュニケーション手段としての人工喉頭器や食道発

声の存在を知り，勇気や安心感を得ることができた。D氏は「皆さんが，こういう機械を使っているから，いずれは自分も使えるようになるって」と発声会に始めて参加したときの思いを語った。

2）＜個々人のレベルの違いの認識＞について

喉頭摘出者たちは発声会に参加して互いに会話することで，人工喉頭器や食道発声の個々人のレベルの違いを認識し，自分も上達したいという思いを抱いた。一方で，聞き取りにくい場合には，「返事だけして分かったふりをする」といった気遣いもしている。

3）＜指導・助言への感謝＞について

発声会では，会長や同病者から人工喉頭器の使い方や食道発声の仕方についての指導や助言を受けることが出来る。研究参加者からは，指導や助言そのものに対する感謝の気持ちが語られた。また，指導や助言だけでなく励ましへの感謝の気持ちもあった。

4）＜同病者との仲間意識で生まれる安心感＞について

喉頭摘出者は発声会への参加等，同病者との関わりを持つことで安心感を得ている。研究参加者から得られたナラティブの中では，「俺たち」「この病気にかかった人」「みんな」等，喉頭全摘出術を受けた人をひとまとめにして扱う言葉が多く聞かれた。この仲間意識の生じた背景には，「みんな同じような声だ。みんな機械がお話しているような声だ」というように，同病というだけでなく人工喉頭器で話す場合に同じような声になるということや，皆が永久気管孔を保護するエプロンをつけているという共通した特徴がみられる。

5）＜食道発声練習をする機会のニーズ＞について

研究参加者が食道発声を練習する機会としては，発声会以外には，ほとんどが個人練習に限られていた。また，本研究の参加者の参加している発声会は月一回に限られており，専門的な指導員が不足している状況にあった。研究参加者からは「発声会に指導者がいればいい」という希望が聞かれた。

（2）〔配偶者のサポートへの感謝〕

喉頭摘出者は代替コミュニケーション手段の獲得段階において，配偶者の気遣いや看病に感謝しながら，同時に，ガンになったことや声を失ったことで家族に迷惑をかけていると感じ自責の念を抱いている。以下，サブカテゴリーを示しながら具体的に述べる。

1）＜配偶者の気遣いに対する感謝の気持ち＞について

研究参加者達は，十分にコミュニケーションがはかれない自分に対して，「相手が下手に出てくれている」「こういう病気を分かってくれている」という言葉で，配偶者が気遣いをしてくれていることを感じており，その気遣いに感謝している。

2）＜配偶者への自責の念＞について

しかし，彼らは配偶者に感謝の気持ち抱く一方で迷惑をかけたという自責の念も抱く。E氏は「いろいろあったね。言葉で言えんことが。女房と娘にすまんことをしたなって思って。タバコも吸って，酒も飲んで，罰あたりしたって自分でもそう思った」と語った。

（3）〔医療者のサポートと今後への要望〕

喉頭摘出者が医療者に求めることは，医療者との関わりの中で得られる安心感であり，代替コミュニケーション手段の獲得段階における専門的なサポートであると言える。以下，サブカテゴリーを示しながら具体的にみてみる。

1）＜医療者との関わりの中で得られる安心感＞について

研究対象者のナラティブからは，彼らが医療者との関わりの中で安心感を得ていることが明らかとなった。「看護婦さんと話をすることは，くたびれないし，自分が楽になります」という語りからは，医療者との会話よって安心感を得ている事実がみえる。

2）＜発声法の再獲得段階における医療者の介入へのニーズ＞について

研究参加者達からは医療者のサポートを求める声も聞かれた。例えば，F氏が次のように語った。「この手術をやられてもさ，先生達がやりっぱなしじゃないかと思ったね。悪い部分を取ればいいんじゃなくてさ，声をどうやったら出せるかってところを考えたほうがいいんじゃないかと思ってたんだよね」。このナラティブには，代替コミュニケーション手段の獲得段階における医療者の積極的介入を求める喉頭摘出者の思いが含まれている。また，食道発声に限らず，代替コミュニケーション手段の獲得段階全般にわたって医療者からの専門的な指導や助言が必要とされている事実が改めて浮き彫りとなった。

Ⅳ．考　察

以上，インタビューの分析から得られた結果を，抽出した3つのメインカテゴリーに沿って考察していく。

1．【発病から喉頭全摘出術を受けるまでの体験と思い】

ガンの告知から喉頭全摘出術を受けるまでに研究参加者達は，〔告知時のショック〕を受け，そして〔治療をめぐる悩みと期待〕を抱き，さまざまな不安や葛藤を体験する中で喉頭全摘出術を受ける覚悟を決めていた。

（1）2つの告知によるショック

研究参加者達は，〔告知時のショック〕を受けていた。それも，ガンの告知と喉頭全摘出術によって失声を余儀なくされるという2つの大きな告知にショックを受けていた。ガンであることも失声を余儀なくされることも，通常は，ともに日常生活からは掛け離れた非現実的な出来事であり，どちらの告知に対しても，「ショックだった」と，

ショックという言葉をそのまま用いて表現していたことが，他に表現する言葉も無いほどの衝撃だったことを表している。また，＜ガンの告知によるショックと失望＞には，ガンが「死」のメタファーとして人々に知られていることが一因しているだろう。彼らには，ガンの告知は死の宣告に等しいものに感じられたのではないだろうか。「もう終わりかな」という言葉からも，告知を受けた彼らに死が間近に迫り来るものとして実感されていたことが考えられる。　＜ガンの告知によるショックと失望＞の最中にあった参加者達に，ガンの治療のためには失声を伴う喉頭全摘出術が必要であるという宣告は，さらに＜失声に対する困惑と不安＞も抱かせた。彼らは，この宣告に愕然とすると同時に，これまで当たり前に出来ていたことが出来なくなるとは，一体どのような感じだろうとイメージを巡らせたと思われる。人間にとって喉頭発声は生まれた時から備わった機能であり，「声が出なくなるなんて信用出来なかった」という参加者の言葉にあるように，失声についての理解には困難が伴う。この理解の不十分さが＜失声に対する困惑と不安＞を生じさせる。グラバッセイヴィッヒ（Glavasseivich,M. 1995）[5]は，「外観の変化や機能障害を伴う手術を受ける患者が，その変化をうまく処理できるかどうかは手術前のインフォメーション・ニーズの満たされ方に依存する」と示唆している。＜失声に対する困惑と不安＞に対処するためにも，そして術後の変化への順応のためにも術前の失声に対する説明は十分に行われるべきである。

（2）手術を決断させたもの

ガンの告知を受けた参加者達には，手術療法以外にも放射線治療や化学療法などの治療の存在も提示される。放射線治療や化学療法が著効を示せば声を失うことは避けられる。彼らは，声を失うことは避けたいという思いと声を失ってでも生きていたいという思いの間で葛藤するが，結局は＜喉頭摘出術を受ける覚悟と治癒への期待＞へと至っていた。つまり，声を失ってでも生きていたいと思ったのである。

では，彼らの思いを＜喉頭摘出術を受ける覚悟と治癒への期待＞に至らせたものは何なのだろうか。まず，同病者から得た手術後のイメージが考えられる。飯田ら（1994）[6]は，手術前の喉頭摘出者との面会で，不安が軽減したとするケースもあれば不安を感じショックを受けたケースもあることを報告しているが，本研究の参加者達は，手術後の代替コミュニケーション手段の存在に安心し，喉頭発声でなくても会話は可能であるという実感を得ており，同病者との交流がプラスに働いたと考えられる。次に，家族の思いである。声を失うことを免れたいと喉頭全摘出術以外の治療法に希望を託そうとした患者も，家族が自分の生命を思ってした勧めには抗えなかったと語ってくれた。家族の強い思いは失声を受け入れることもやむを得ないという思いを後押しするものになると思われる。3点目は，彼ら自身の生存への熱い思いである。先に述べた2つのきっかけがあったとしても，失声の受容は患者自身の心の問題である。手術を決断した参加者達の「声を失っても生命が助かるならば」という思いは生存への執着を表していると考えられる。

このようなきっかけを得て患者は，＜失声に対する困惑と不安＞や＜治療方法の選択における迷い＞といった暗中模索の中から一歩抜け出し，＜喉頭摘出術を受ける覚悟と治癒への期待＞を抱くようになっていくと考えられる。

2．【喉頭全摘出術後のコミュニケーション再獲得過程での体験と思い】

喉頭全摘出術後の研究参加者達は，失声後，さまざまな代替コミュニケーションの手段を得て現在に至っている。各段階における主な問題等を，時期を辿りながら考察してみる。

（1）手術後まもない時期の問題

手術後まもない時期は，筆談とジェスチャーでコミュニケーションをはかるしか手段がなく＜手術後の失声による困惑＞を抱く。手術後も「少しは声が出るだろう」という微かな希望を持っていた参加者達は，実際に声を出そうとしても出ないことを実感し戸惑いを感じるのだろう。この時期は，創部の動揺を最小限に抑えるための頚部安静を強いられ体動にも制約が加わるために，ジェスチャーや筆談さえも自由には行えない。その中で，「少しは声が出るだろう」という微かな希望も絶たれたことを実感した患者の思いは計り知れない。彼らは音声言語が障害されているのであって，内言語，つまり思考するための言葉には問題がない。だから，様々に浮かんでくる思いを表現できないことは精神的にも大きな苦痛を伴うものと考えられる。

さらに彼らは，筆談やジェスチャーでは十分に自分の意思を伝達出来ないことを実感し，＜今後のコミュニケーション手段への不安＞を感じる。また，これらの手段では音声のような即時性が失われるため＜コミュニケーション機能の低下に起因するイライラ感ともどかしさ＞をも感じさせる。このような精神的に不安定な状況では，＜友人や知人への気兼ねと接触の忌避＞が生じる。山田ら（1995）[7]や赤松ら（1999）[8]は，喉頭摘出者の引きこもりの危険性について示唆しているが，本研究の結果からは，手術後間もない頃から，すでに喉頭摘出者には引きこもりにつながる状況が生じていることが推測された。

このように失声によって様々な困難に直面した研究参加者は，＜声を失ったことへの自責の念＞を感じずにはいられなかったようだ。彼らは，自らのこれまでの生活習慣を

悔やみ，生活習慣を改善出来なかった自分を責めていた。もっと早く生活習慣を改善していれば，という思いが彼らの自責の念の背後にはあるだろう。また，配偶者や家族に迷惑をかけ，苦痛を感じさせていると感じ，自責の念をさらに深めていると考えられる。

喉頭摘出者も，一般的な患者の心理と同様に手術後の時間経過と共に気持ちも落ち着いてくる[9]と言われているが，この段階では参加者たちの気持はまだ不安定である。しかし一方では，＜人工喉頭器での発声への期待＞というポジティブな感情も生じてくる。

（2）人工喉頭器を使用する頃の問題

退院前後から患者達は，人工喉頭器を練習するようになる。初めの頃には＜人工喉頭器でのコミュニケーションに対する不安＞を感じていた彼らも，インタビュー時点では日常会話に支障は無く，＜人工喉頭器でコミュニケーションがはかれるという安心感＞を抱いていた。しかし，安心が得られるまでには，＜人工喉頭器の使用による不便さ＞や＜人工喉頭器での会話のぎこちなさと会話量の減少＞，そして＜手術前と異なる自分の声に対する戸惑い＞といった思いや体験も経ることになる。人工喉頭器を練習する間には，これらの不安や困難があるため，ついには習熟することをあきらめることにもなりかねない。また，機械音であるため習熟したとしても，＜手術前と異なる自分の声に対する戸惑い＞はいつまでも残るようである。喉頭摘出者の発声状況の調査では筆談のみでコミュニケーションを図る者が約10％報告されているが[10]，彼らの中には，練習の段階で挫折した者だけでなく＜手術前と異なる自分の声に対する戸惑い＞になじめなかった者も含まれていると思われる。

（3）食道発声獲得段階での問題

喉頭摘出者の中には，人工喉頭器に満足せず食道発声を試みる者も存在が，食道発声は全ての喉頭摘出者に出来る業ではない。

参加者達の現状やナラティブから＜食道発声獲得の困難性＞があることは明らかである。その要因としては，まず年齢と体力が挙げられるだろう。参加者達の中で食道発声による日常会話が可能な２名は共に50歳台の時の発症であった。寺崎ら（1997）[2]も，食道発声の獲得には年齢と体力が関与していると報告している。術式の関与も大きい。海老原（2002）[11]の報告よると，喉頭全摘出例が約50％の習得率であるのに比して，食道再建例の場合は約20％と習得率は低い。さらに，食道発声は口腔発声（whispering speech），咽頭発声（pharyngeal speech）や頬部発声（buccal speech）と混同されることがあり，正しい指導の下に練習して習得することが望ましい。

参加者の＜食道発声を獲得したいという思い＞は，より肉声に近い声で話したいという思いからの他，食道発声の利便性を考えたり，職場への復帰を目的とすること等からきていた。鈴木（1992）[12]も，食道発声を可能にする関連要因として，職業，家庭内役割，地域での役割，家族の期待，生きがい等を挙げているが，この思いの背景には，各人の置かれた身体的，社会的，精神的な状況が複雑に絡み合っていると思われる。

＜食道発声獲得の困難性＞は承知していながらも，＜食道発声を獲得したいという思い＞から，それを目指して努力をする人がいることはみてきたとおりである。しかし，どんなに条件が整っていたとしても，＜食道発声を獲得する際の個人の努力＞なくして，食道発声の獲得は困難であろう。食道発声が可能であるＣ氏とＦ氏からは，毎日の発声練習や，週３回東京で開かれていた発声教室への参加等，獲得までの努力が語られた。彼らの＜食道発声を獲得する際の個人の努力＞が生かされるようなサポートを検討していくことが重要である。

（4）インタビュー時点での適応状況と問題

研究参加者達は＜現在のコミュニケーション手段への満足感＞をある程度抱きながらも，同時に＜現在のコミュニケーション手段への不満足感＞も抱いていた。しかし，この不満足感があるからこそ，新たなコミュニケーション手段を獲得したいという意欲に転換され，また，＜コミュニケーション能力の上達への期待＞を持ち，さらに練習を重ねるのではないかと考えられる。このように研究参加者達は現在のコミュニケーション手段にも，満足感だけでなく不満足感も抱いているが，このような状況はこれまでのプロセスでもみられた特徴である。つまり，彼らは満足感と不満足感を併せ持ちながら，コミュニケーションの再獲得過程を進展させ，さらに，今後への期待を持って日々努力を重ねていると考えられる。＜障害者であるという認識＞については，「結果」の中でＣ氏の言葉をかりて示したように，彼らの障害は人工喉頭器や食道発声で話すことで周囲に知られることとなり，結局，障害者であることを認識せざるを得ない心境になっていくようである。現在でもコミュニケーションに不満足感を抱く彼らであるが，さらに努力を重ねていくことによって失声という障害の受容にいたるものと期待したい。

３．【社会的サポートへの患者の期待】

以上，喉頭摘出者の術前，術後，そして代替コミュニケーション手段獲得のプロセスにおける様々な問題についてみてきた。これまでの段階で判明したことは，喉頭摘出者達は，様々な形での支援を必要としているということである。

まず発声会については，結果から，研究参加者が＜発声会との出会い＞以降，参加を継続する中で，人工喉頭器や

食道発声における＜個々人のレベルの違いの認識＞，＜指導・助言への感謝＞や＜同病者との仲間意識で生まれる安心感＞を感じるだけでなく，今後の発声会の活動に対して，＜食道発声練習をする機会のニーズ＞を主張していた。

＜発声会との出会い＞は，研究参加者達に代替コミュニケーション手段の存在そのものを認識させるだけでなく，喉頭全摘出術後にも他者とのコミュニケーションがはかれるという希望を抱かせる契機になったものと思われる。発声会に入ったばかりの研究参加者達は，＜手術後の失声による困惑＞をはじめ，手術前には想像もつかなかった状況に置かれ，さまざまな困難に直面していたと考えられる。そんな状況の中で，発声会から喉頭摘出者でしか分からないような身体症状や代替コミュニケーション手段の練習のコツ等に関して指導や助言を受けた彼らは，＜指導・助言への感謝＞や＜同病者との仲間意識で生まれる安心感＞を強く感じたのであろう。

＜食道発声練習をする機会のニーズ＞には，Y大学付属病院の発声会の現状が反映されていた。現在全国各地に存在する発声会であるが，週3回の教室を開催している東京の銀鈴会や大阪の阪喉会等のように，系統的な教育プログラムや研修の機会を設けているところもあれば，Y大学の発声会のように月に1回のペースで行っているところもあり，地域による格差は大きいといえる。地方にいて中央圏の大きな発声会に参加するにしても，通うための時間や経済的な負担，そして体力的負担もあるために継続はなかなかに困難であると思われる。したがって，地方にいても十分な指導が受けられるように，今後関係者は，発声会の運営方法を検討し，指導者の育成にも力を注いでいかなくてはならない。

次に，家族を取り巻く現状と今後のサポート体制のあり方についてみていきたい。＜配偶者の気遣いに対する感謝の気持ち＞は身近な人からの精神的なサポートの有用性を表す。喉頭摘出者は失声により＜友人や知人への気兼ねと接触の忌避＞を抱くと先に述べたが，このように周囲から孤立しかねない状況で，周囲との関係を調整しながら彼らを支えてくれる存在は重要だったと思われる。さらに，人工喉頭器や食道発声の練習においても，日々一緒に暮らして会話する機会も多い家族からのサポートが有用だったことは明らかであろう。しかし，このような感謝の思いの一方で，研究参加者達は＜配偶者への自責の念＞を強く抱いていた。この思いには，自らの不摂生でガンを招き自分の闘病生活に妻を付き合わせなくてはいけなくなったことへの後悔の念が強く感じられる。また，夫婦の一方が失声によりコミュニケーション手段を失うことは経済的にも大きな問題である。発症時に患者が家庭の収入の多くを担っている場合には，入院療養費や失業による経済的負担は患者や家族の生活を脅かし，精神的なストレスを課すこととなるだろう。寺崎ら（1997）[2]は，喉頭全摘出術を経験した約6割が自主退職もしくは解雇されていると報告している。この実態から喉頭摘出者の社会的な理解を求めていくことの必要性が示唆される。

以上から，今後は喉頭摘出者自身の精神的サポートを検討するだけでなく，その喉頭摘出者を支える配偶者を始めとする家族へのサポート体制も充実させ，患者，家族がともに支えあっていける状況を作り出していくことが必要だと思われる。

最後に，喉頭摘出者に関わる医療者に対しては，研究参加者達は，まず＜医療者との関わりの中で得られる安心感＞を感じていた。彼らは，代替コミュニケーション手段で話すことは出来ても，依然としてコミュニケーションに対する不満足感を持ち，失声前とは異なる自分の声の違和感や他者との会話量の減少を自覚している。＜障害者であるという認識＞を持つ彼らは，彼らの障害を周囲に知らせること，つまり発声することに一歩躊躇する。一方で，彼らにとって医療者は彼らの障害を全て承知した上で関わってくれる存在であるため安心感を抱くのだろう。そのような安心感を与えられる医療者に対して，彼らは＜発声法の再獲得段階における医療者の介入へのニーズ＞を抱いている。このニーズの背景には，「食道発声を獲得したい」という喉頭摘出者達の思いだけでなく，先にも述べたような参加者達の所属するY大学の発声会自体の抱える問題点もあった。この介入について可能であれば，言語聴覚士の活用が考えられる。現状では，食道発声の練習を重ねて上達した喉頭摘出者が発声指導に当たっている。しかし，最近では言語聴覚士よる言語リハビリテーションを行う病院も一部には出てきており成果を挙げている[13) 14)]。しかし，言語聴覚士の数も少なく脳障害による失語症を中心に職域を広げてきているという点からも喉頭摘出者への介入は遅れている。今後は言語聴覚士の数を増やし，専門的な関わりを手術前から行える機会を設けていくことが重要だと思われる。そこで，言語聴覚士による指導が一般化するまでは，関連病棟の，殊に看護師が無喉頭音声に関する専門的知識を充実させ，積極的に患者に関わっていくことが必要である。医師の積極的な関わりも必要だが，特に看護師等，患者に日々関わる機会を持つ専門家は，患者の不安や疑問に積極的に答えられるだけの知識と技術を身につける必要があると考える。また，デ・リュー（De Leeuw）（2000）[15]が，患者にとって有益だと思われるサポートが患者の心理的落ち込みを防ぐことに有益であると示唆していることから，ルーティーンのサポートを提供するのではなく，個々の患者や家族のニーズをアセスメントし，その時々のニーズに

あったサポートを提供していくことが重要だと思われる。この意味で看護師にはいっそう役割が期待されているのである。

最後に，医療者と発声会との連携について述べたい。小規模の発声会が患者や家族の篤志に依存している現実については先に述べた。しかし，患者が失声後のイメージをもつためにも術前の発声会への参加や喉頭摘出者による術前訪問はもっと推奨されるべきである。そのために，発声会と医療者とが情報を交換し合い連携していくことが重要である。

以上，喉頭摘出術を受けた患者へのサポートについてみてきた。発声会や家族が支援の重要な部分を占めているとは言っても，そこに医療関係者，殊に看護師がもっと関わり，三者の連携によって，失声によって代替コミュニケーション手段の使用を余儀なくされている人々の支援体制を社会的に確立していく必要性が今，早急に求められている。看護師は，この連携の核になって連携が円滑にいくように努力することが重要である。

V．結　論

1．喉頭摘出者がコミュニケーション手段を再獲得していく過程における体験や心理状態は，大きく【発病から喉頭全摘出術を受けるまでの体験と思い】【喉頭全摘出術後のコミュニケーション再獲得過程での体験と思い】，そして【社会的サポートへの患者の期待】という３つのメインカテゴリーに分析して考えることが出来た。

2．喉頭摘出者の【発病から喉頭全摘出術を受けるまでの体験と思い】には，[告知時のショック]と[治療をめぐる悩みと期待]という２つのカテゴリーが含まれていた。ガンの告知の上に失声の宣告もされた患者は〈ガンの告知によるショックと失望〉や〈失声に対する困惑と不安〉を抱いていた。そして，失声をなんとか免れたいという思いと，たとえ失声したとしても生きていたいという思いの間で葛藤し，〈治療方法の選択における迷い〉に苦しんでいた。しかし，家族のサポートや生きたいという強い思いから，〈喉頭摘出術を受ける覚悟と治癒への期待〉を持つに至っていた。

3．本研究の参加者が用いた喉頭全摘出後の代替コミュニケーション手段は，筆談とジェスチャーに始まって，人工喉頭器の使用に至り，可能な場合には，食道発声も試みられていた。人工喉頭器の使用等によってコミュニケーションはよりスムーズになった。しかし，どの段階においても彼らは，相手に自分の意思が十分に伝わっているのだろうかと，多少不安を抱いていた。その中でイライラ感やもどかしさを感じ，人との接触を忌避したり会話量も減少したりしていた。参加者たちは現在，人工喉頭器や食道発声で日常会話が十分行えていることに満足はしているが，失声前とは異なる声に対するぎこちなさや不便さをも感じている。その不満足感は，さらに上達したいという思いや努力を続けるという行動につながっている。

4．喉頭摘出者は，コミュニケーション手段を再獲得していく過程での，さまざまな体験や思いの中で，発声会，配偶者と家族，そして医療者等，彼らを取り巻く人々からサポートを受けていた。しかし，サポートの現状には不十分な点もあり，喉頭摘出者のニーズを生かして，今後のサポートを検討する必要性のあることが明らかになった。そのために，発声会の役割を充実させるとともに，発声会，家族，そして医療関係者の連携を強化し，社会的なサポートシステムを確立していくことが重要であり，看護師等の医療関係者の一層の介入が望まれる。

謝　辞

本研究を行うにあたり，貴重な体験や気持ちをお話くださいました患者，家族，並びに発声会の方々に心よりお礼を申し上げます。

要　旨

本研究の目的は，喉頭全摘出術を受けて失声した患者が代替コミュニケーション手段を獲得する過程を，彼らの体験や思いに焦点をあてて明らかにし，彼らへの看護的支援の示唆をえることを目的とした。データの収集は半構成的インタビューで行った。研究対象は喉頭ガン・下咽頭ガン等の治療のために喉頭全摘出術を受けて失声した在宅療養中の６名であった。データは質的研究手法により分析した。結果，３つのメインカテゴリーと９つのカテゴリー，31のサブカテゴリーを抽出した。喉頭摘出者は，失声によって様々な体験や思いを余儀なくされているが，彼らを取り巻くサポートは十分であるとはいえないのが現状である。今後は，発声会の役割を充実させ，家族，そして医療関係者との連携を強化し，社会的なサポートシステムを確立していくことが重要であり，看護師等の医療関係者の一層の介入が望まれる。

Abstract

This study aims to investigate how patients who have undergone total laryngectomy cope with loss of voice, to evaluate the re-acquisition of communication by focusing on their feelings, and to provide some supportive suggestions. The data were collected through semi-structured interview of 6 subjects who had undergone total laryngectomy for cancer of the larynx or other such cases. Categorical content analysis described by Lieblich A. et al was used for date analysis. From the results 3 main categories, 9 categories, and 31 subcategories were identified. Since such patients have bitter experiences and are distressed, the available support system appears inadequate. From the result of this study, we suggest that the role of self-help groups should be expanded and strengthened to reinforce the corporation between patients' families and medical and health care groups and to create a social support system for such patients.

文　献

参考・引用文献

1）前田順子，井上久美子，他：喉頭摘出術を受けた患者の発声の実態－治療と食道発声の関連から－，日本看護学会論文集第30回成人看護Ⅱ，21－23,1999.

2）寺崎明美，辻慶子，他：老年期喉頭摘出者の代用音声獲得を困難にしている要因，日本看護研究学会誌，20(5)，11-20, 1997.

3）酒井丈夫：喉摘者の心身医学的検討，日本耳鼻咽喉科学会会報，97(8)，1412－1422,1994.

4）Amia Lieblich, Rivka Turval Mashiach, Tamar Zilber：Narrative research, 1-61,112－140, SAGE publications, 1998.

5）Glavasseivich,M：Information needs of patient who undergo surgery for head and neck cancer，Canadian Oncology Nursing 5(1)，9-11, 1995.

6）飯田たけ，春田富美，他：喉頭全摘術を受ける患者に対するソーシャル・サポートの影響，日本がん看護学会誌，5, 79-81, 1994.

7）山田淳子，山田フミコ，他：喉頭摘出術後の患者の実態調査－呼吸，会話，食事，生活行動，希望，手術の満足度の面からQOLを検討する－，日本がん看護学会誌，1(1)，29-36, 1996.

8）赤松伴子，矢野真理，他：喉頭全摘出術を受けた患者の生活におけるストレス－通院時のインタビューを通して－，日本看護学会論文集第30回成人看護Ⅱ，42-44, 1999.

9）大平広恵，坂谷内敏江，他：喉頭摘出術を受けた患者の心理過程に関する研究（Ⅳ）－失声から再度の発声にいたる患者の気持ちの経時的変化－，日本看護研究学会雑誌，18(3)，78, 1995.

10）斉藤幹，毛利光宏，他：喉頭全摘出後のコミュニケーションについて，日本耳鼻咽喉科学会誌，106, 599, 2003.

11）海老原充，平尾隆，他：喉頭下咽頭癌治療後の食道発声について，日本耳鼻咽喉科学会誌，105, 76, 2002.

12）鈴木貞子：患者の発声獲得と生活の関連について　喉頭全摘出患者のアンケート結果から，日本看護学会論文集第23回老人看護，189-191, 1992.

13）小林範子：食道音声の訓練，音声言語医学39,456－461,1998

14）野村恭也編：CLIENT21－21世紀耳鼻咽喉科領域の臨床11．言語聴覚リハビリテーション，44-53，株式会社中山書店，東京，2001.

15）De Leeuw,J.R.J：Negative and positive influences of social support on depression in patients with head and neck cancer－a prospective study，Psycho-Oncology9, 20-28,2000.

－原　著－

糖尿病患者の自己管理を促進および阻害する要因

The Factors Promoting and Hindering the Self-care of Patients with Diabetes

村上美華　Mika Murakami
梅木彰子　Shoko Umeki
花田妙子　Taeko Hanada

キーワード：糖尿病，自己管理，促進，阻害，要因
Key Words：diabetes, self-care, promoting, hindering, factor

Ⅰ．はじめに

糖尿病患者は，自己管理を続けていくために知識を習得することと，自分で生活を調整することが生涯にわたり必要となる。食事療法を継続することや，毎日決められた時間にインスリン注射をすることなどを生活に取り入れていくことは，患者にとって心理的負担を伴う。そのため看護師は，個々の生活を把握し，患者の生活背景に応じた方法を提案している[1]。しかしながら，自己管理を実行していくために具体的な知識を得て必要な技術を習得しても，実際の生活に活かすことができず血糖コントロールが不良になったり，合併症の出現に悩む患者が多いという問題がある[2]。そこで，何が自己管理の実行を困難にしているのか，療養法を行っている患者の視点から捉えられるようになった[3]。

特に，病気や治療に対する患者の感情負担は自己管理行動や血糖コントロールに強く影響しており[4][5]，自己管理を継続するつらさ[6]や，生活の中で感じる困難さ[7]という自己管理を妨げる要因が示されている。また，症状を感じることや家族友人の存在が糖尿病患者の受診行動に影響を与えることや[8]，自己効力感が自己管理行動を高めることが報告されている[9][10]。つまり，患者が自己管理を継続していく過程では，糖尿病や必要な療養法に対して抱く感情，患者を取り巻く環境などの要因により，自己管理行動は促進あるいは阻害される。そして，実際に糖尿病患者が自己管理を実践していく中で，複数の要因は同時に働き，患者やその生活に及ぼす影響の大きさにより，自己管理はうまくいったり困難を生じたりする。そのため，影響要因を多面的に捉える必要があるが，糖尿病患者の自己管理に影響を及ぼす要因について，促進ならびに阻害要因を同時に抽出した研究はまだない。両要因を明確にし，自己管理を促進する要因を強化したり，阻害する要因を緩和するといった支援を実践することは，糖尿病患者が主体的に生活を再構築し，QOLを維持・向上することに資すると考える。

そこで，本研究では外来通院中の２型糖尿病患者を対象に，発症時から現在までの自己管理の実際についてインタビューを行い，自己管理を促進する要因と阻害する要因について，患者の立場から明らかにすることを目的とした。

Ⅱ．研究方法

１．研究参加者

A病院に外来通院中の２型糖尿病患者であり，罹病期間の長短，インスリン療法の有無，合併症の有無，血糖コントロールの状態等について，全てを含み偏らないように医師の協力を得て選定した。

２．データ収集

データ収集は，半構成的面接調査により2007年６月～９月に実施した。患者が思いをできるだけ語れるように患者中心のインタビューガイドを作成した。その内容は，「診断を受けたときの気持ち，生活に生じた変化」「生活の中で困難と感じることとその対処」に加えて，「合併症が出現した時の気持ち，その後の自己管理の状況」など参加者個々の療養過程に沿いながら面接をすすめた。面接は病院内のプライバシーが確保できる個室で，参加者１人につき１～２回行った。参加者の負担にならないよう配慮しながら30分を目安に面接を行い，面接内容は参加者の同意を得て録音し，逐語録を作成した。面接と併せて診療記録から年齢，罹病歴，入院経験，治療内容，合併症の有無とその診断名，HbA_{1c}値を情報収集した。

３．分析方法

分析は以下の手順で行った。①事例ごとに逐語録を精読し，糖尿病患者の自己管理を促進する，および阻害する事実が語られている内容を選び出した。②患者が語った内容が意味していることを読み取り見出しをつけた。その際，ありのままに解釈するよう努めた。③全体の中から類似す

熊本大学医学部保健学科看護学専攻　Kumamoto University, School of Health Sciences, Course of Nursing

表1　研究参加者の背景

研究参加者	性別	年齢	罹病期間(年)	HbA_{1c}(%)	薬物による治療内容	合併症の有無
A	女性	60代	30	6.7	インスリン	網膜症・心血管障害
B	男性	40代	3	7.0	インスリン	網膜症・腎障害
C	男性	60代	2	7.6	インスリン	なし
D	男性	60代	1.5	6.6	なし	なし
E	女性	60代	6	7.1	経口薬物療法	なし
F	男性	50代	3	8.2	経口薬物療法・インスリン	なし
G	女性	50代	8	7.0	経口薬物療法	腎障害
H	女性	50代	12	7.3	インスリン	なし
I	男性	60代	2	6.1	インスリン	なし
J	男性	60代	10	8.8	経口薬物療法・インスリン	単純網膜症・心疾患
K	男性	50代	26	6.8	インスリン	左網膜中心静脈閉塞
L	男性	60代	8	7.2	経口薬物療法	なし
M	男性	60代	1	6.3	なし	なし
N	男性	50代	1	6.6	経口薬物療法	なし
O	女性	60代	5	6.1	経口薬物療法・インスリン	単純網膜症
P	女性	60代	1	7.5	なし	なし

る見出しを合わせて命名し，これをサブカテゴリーとした。④さらにサブカテゴリーの意味が共通しているものを合わせて，抽象度を上げてカテゴリーとして表示した。①から④の手順で，自己管理を促進する並びに阻害する要因を抽出し，関係性を■式化した。これらの分析は本研究を行った3名で行い，真実性の確保のために，質的研究に精通した他の研究者1名と糖尿病看護に熟達した現場の看護師1名に分析結果について助言を受け，繰り返し検討を行った。

4．倫理的配慮

外来担当医師から研究の概要について説明を受け，了承が得られた参加者に対して，研究者が面接依頼を行った。参加者には研究の趣旨と方法，参加および中断の自由，今後の診療には影響しないこと，プライバシーの保護について説明文書に沿い説明し，同意書への署名により研究参加の承諾を得た。また，外来診療時の待ち時間を利用するなど，参加者の都合に合わせて面接時間を調整し，面接は参加者の体調がよい状態で実施した。面接の中で，栄養指導に対するニードや不安の表出など，支援が必要と判断した内容については，面接終了後参加者の承諾を得て主治医や外来担当看護師へ伝え，ケアを受けられるように配慮した。なお，A病院の医療倫理委員会（117号）および熊本大学大学院医学薬学研究部等倫理委員会（倫理第215号）の承認を受けている。

Ⅲ．結　果

研究参加者は糖尿病患者16名（男性10名，女性6名）であり，年齢は40～60歳代，罹病期間は1～30年（平均7.5±8.7年）であった。薬物治療を行っている者は13名（経口薬物療法4名，インスリン療法6名，経口薬物およびインスリン療法3名）であった。網膜症や腎障害などの合併症を併発している者は7名で，透析療法を導入している者は1名であった。面接日当日のHbA_{1c}値は，6.5％未満3名，6.5～7.0％未満4名，7.0～8.0％未満7名，8.0％以上2名であった（表1）。また，実際の面接時間は平均28分（15分～45分）であった。

分析の結果，自己管理を促進する要因4カテゴリー，阻害する要因3カテゴリーが抽出された。カテゴリーを【　】，サブカテゴリーを『　』，見出しを＜　＞に表し，糖尿病患者が語った内容を代表的なデータとして「　」で示し説明する。

1．糖尿病の自己管理を促進する要因

外来通院中の2型糖尿病患者の自己管理を促進する要因は，12のサブカテゴリーから4つのカテゴリーに統合された【糖尿病と向き合う】【自己管理の実行を意識化する】【取り組んだ効果を実感する】【支援環境を形成する】であった（表2）。

1）【糖尿病と向き合う】

このカテゴリーは，『起こり得る問題を見据え目標を持つ』，『治療や自己管理の必要性を自覚する』など4つのサブカテゴリーから構成されていた。

患者は，「HbA_{1c}が6.5以下だと合併症の発生が少ないっていうじゃないですか。それを目標に食事に気をつけてきました。（ケースD）」と＜合併症出現への不安を抱く＞ことや，＜一生付き合う病気と受け止める＞心境を語った。患者は糖尿病と診断され合併症が生じるかもしれないという心配や，一生加療が必要という現実を見据え自己管理に踏み切っており，『起こり得る問題を見据え目標を持つ』

表2　糖尿病患者の自己管理を促進する要因

カテゴリー	サブカテゴリー	見出し	代表的なデータ
糖尿病と向き合う	起こり得る問題を見据え目標を持つ	合併症出現への不安を抱く	HbA_{1C}が6.5以下だと合併症の発生が少ないっていうじゃないですか。だからそれを目標に食事に気をつけてきました。（ケースD）
		一生付き合う病気と受け止める	これは治るものじゃない，一生付き合っていかないといけない。だから，病気が併発，他の病気を起こさないように，糖だけで抑えないと。（ケースF）
	治療や自己管理の必要性を自覚する	教育入院を通し自己管理の必要性を意識する	合併症や食事療法，薬剤も全部教育ですからね。エー，そんなに大変なのかと，ちょっと自覚して。（ケースN）
		体調維持と引き換えに自己管理を受け入れる	（インスリンは）しないほうがいいけど，自分の体を保つには嫌でもしないといけない。体調を保つにはする以外に方法はないと思いあきらめもある。（ケースO）
		自己管理の覚悟を決める	自分でこれだけはしないと。まわりがやれやれと言っても自分でしないことには。そういう気持ちが大切。（ケースF）
	生活状況に合わせて行動パターンを獲得する	自分のライフスタイルの強みを活かす	私は（男性だけれど）前からいろいろ食事を作っていました。だから出来ると思いますよ。（ケースD）
		自分で判断する	友達と会食を楽しむけど，カロリーの少ないものを食べるようにしています。他の食事でカロリーを減らしたり自分で判断します。（ケースA）
	自分なりの対処法をもつ	制限の多い食生活で開放される瞬間をもつ	病院の結果が心配だから10日前位からピシーと体調管理をします。その代わりご褒美で月に1・2回くらいは飲む。自分の中でコントロールをする。（ケースN）
		無理をしない	（運動するとき）無理をしないようにですね。疲れた，って思うときは休むんです。そうしていくと楽しみで。（ケースA）
自己管理の実行を意識化する	自己認識の問いかけをする	語ることで今の自分を見つめる	自分の反省みたいで。こうして話していると自分のことが良く分かります。（ケースG）
		何が最善かを自分自身に問いかける	ビールを飲むより，同じ単位なら食べた方がいい。前は好きだったけど。それは納得できて・・・よいことは続ける。（ケースE）
		糖尿病であることを周囲に伝える	ある程度相手にも知ってもらわないと。だから（病気を）説明します。合併症になりやすいし大変だぞ，そのためには食事節制，適度な運動って。（ケースN）
	自己管理の必要性を感じる機会がある	何度も意識付けとなる機会がある	アクションプランや栄養指導とか，看護師さんと話せるから安心なところもあります。自分で書いても守らない。その度に振り返ることが出来る。（ケースG）
		周囲の促しで行動を起こす	会社の人が病院に行かれたほうがいいんじゃないんですかって，言われてしぶしぶ来たんですよ。（ケースN）
取り組んだ効果を実感する	自己管理の励みとなる目標がある	検査値が基準値になることへの励み	グラフも右肩上がりで，HbA_{1C}も6位。血糖値も100位で，先生に頑張っていますね，と言われて。（ケースG）
		検査値で効果を実感し目標を見出す	検査を徹底してやって欲しい。2ヶ月前の成果が出てるもんですから張り合いはありますよ。次回はもうちょっと下げてやろうと。（ケースM）
	教育入院で学んだことの効果を実感する	教育入院で学んだことの効果を実感する	教育入院を徹底してこれだけ努力すればこれだけ効果がある，ということが実証できれば行きたい。これはしないと駄目と言われるとやれそう。（ケースM）
支援環境を形成する	看護師の心理的支援を受ける	看護師の気遣いを感じる	気にしてもらっているんだと思うと嬉しい。何か今日はちょっと頑張ろうてその看護師さんを思い出して，少し歩かないといけないなって。（ケースG）
		心の拠り所として看護師を感じる	（看護師は）いつもいらして話しかけてくれる心の拠り所です。（ケースC）
	同病者の存在がある	同病者の存在で病気への関心が持続する	職場に（糖尿病の人が）あと2人いるんです。病院に行ったほうがいいよ，薬飲んだ方がいいよ，運動も「歩こう」と声をかけます。（ケースF）
		同病者から体験を聞き共有する	後援会じゃないけど，患者さんの生の声というんですか。聞きやすいです。悪い人が話すわけですから，ああなるほどと，自分も注意しようと。（ケースB）
	医療者からの適切な支援がある	医療者から具体的な助言を得る	勧められて血圧計と体脂肪計を買いました。毎日決まった時間に測り目安にされたらいいですよ，って。それは実行しています。自己管理するようになったって言うことかな。習慣づいたみたいね。（ケースN）
		医療者に相談できる	1ヶ月に1回先生の所に来て，必要なときは相談します。（ケースN）
	家族の支援がある	家族の支援がある	糖尿病と言われてショックを受けました。その後は，主人がわりと明るい方向に向けてくれた。（ケースE）

とサブカテゴリー化した。

また，＜教育入院を通し自己管理の必要性を意識する＞契機や，＜体調維持と引き換えに自己管理を受け入れる＞こと，＜自己管理の覚悟を決める＞ことが語られた。患者は，自己管理の必要性について直視しており『治療や自己管理の必要性を自覚する』とサブカテゴリーにまとめた。ケースNは，糖尿病と診断されて1年の50代の男性であり，面接時のHbA_{1c}は6.6％であった。同僚の勧めで受診し，＜教育入院を通し自己管理の必要性を意識する＞ことが契機となり，禁煙を実行し，生活に合わせた食事療法を取り入れることが可能になっていた。さらに，「(男性だけれど)前からいろいろ食事を作っていました。だから出来ると思います。(ケースD)」と＜自分のライフスタイルの強みを活かす＞，＜自分で判断する＞という『生活状況に合わせて行動パターンを獲得する』ことや，＜制限の多い食生活で開放される瞬間をもつ＞，＜無理をしない＞という『自分なりの対処法をもつ』ことにより【糖尿病と向き合う】ことが出来るようになり，自己管理行動を促進していた。

2)【自己管理の実行を意識化する】

このカテゴリーは，『自己認識の問いかけをする』『自己管理の必要性を感じる機会がある』の2つのサブカテゴリーから構成されていた。

患者は「こうして話していると，自分のことが良く分かります。(ケースG)」と＜語ることで今の自分を見つめる＞ことや，「ビールを飲むより，同じ単位なら食べたほうがいい。(ケースE)」と＜何が最善かを自分自身に問いかける＞こと，＜糖尿病であることを周囲に伝える＞ことを語った。医療者や友人など他者に糖尿病であることや自己管理の実際を伝えること，またうまく血糖値を管理するためにいかに行動すべきかを自分自身へ問いかけることが，自分のおかれている状況を客観視することにつながっており，これら3つを『自己認識の問いかけをする』とサブカテゴリーにまとめた。また，「アクションプランや栄養指導とか，・・・そのたびに振り返ることが出来る。(ケースG)」と＜何度も意識付けとなる機会がある＞こと，＜周囲の促しで行動を起こす＞といったように，外来で看護師と面談することや，栄養指導など周囲からの声かけは，患者の意識を病気や自己管理の必要性へ向ける機会となっており，『自己管理の必要性を感じる機会がある』とサブカテゴリー化した。

3)【取り組んだ効果を実感する】

このカテゴリーは，『自己管理の励みとなる目標がある』と『教育入院で学んだことの効果を実感する』の2つのサブカテゴリーから構成されていた。

「グラフも右肩上がりで，HbA_{1c}も6位。血糖値も100位で，先生に頑張っていますね，と言われて。(ケースG)」のように＜検査値が基準値になることへの励み＞や，「検査を徹底してやって欲しい。2ヶ月前の成果が出てるもんですから張り合いはありますよ。次回はもうちょっと下げてやろうと。(ケースM)」といった＜検査値で効果を実感し目標を見出す＞ことが語られた。HbA_{1c}や血糖値といった客観的指標を自己管理の具体的な目標に据えており，『自己管理の励みとなる目標がある』とサブカテゴリー化した。また，「教育入院を徹底して，これだけ努力をすればこれだけ効果がある，ということが実証できれば行きたい。(ケースM)」と『教育入院で学んだことの効果を実感する』ことは自己管理に主体的に取り組むことへつながっていた。

4)【支援環境を形成する】

このカテゴリーは，『看護師の心理的支援を受ける』，『同病者の存在がある』など4つのサブカテゴリーから構成されていた。

患者は，「気にしてもらっているんだと思うと嬉しい。何か今日はちょっと頑張ろうと。(ケースG)」と見守られている＜看護師の気遣いを感じる＞こと，＜心の拠り所として看護師を感じる＞ことを語った。患者は，看護師の温かい声かけで自己管理の意欲がわいたり，看護師の関わりにより安心感を得ており『看護師の心理的支援を受ける』とサブカテゴリーにまとめた。また，＜同病者の存在で病気への関心が持続する＞ことや，「患者さんの生の声というんですか。聞きやすいです。自分も注意しようと。(ケースB)」と＜同病者から体験を聞き共有する＞ことは，糖尿病とともに生きる現実を背負う仲間意識から，励まし合うなどよい刺激を受けていた。それが自己管理を促進しており，『同病者の存在がある』とサブカテゴリー化した。さらに，「勧められて血圧計と体脂肪計を買いました。毎日決まった時間に測り目安にされたらいいですよって。もう習慣づいたみたいね。(ケースN)」という＜医療者から具体的な助言を得る＞，＜医療者に相談できる＞という『医療者からの適切な支援がある』状況や，『家族の支援がある』ことが自己管理を促進していた。

2．糖尿病の自己管理を阻害する要因

自己管理を阻害する要[redacted]は，9のサブカテゴリーから3つのカテゴリーに統合された【糖尿病と向き合えない】【糖尿病である自分自身や生活が重荷になる】【支援環境が広がらない】であった（表3）。

1)【糖尿病と向き合えない】

このカテゴリーは『糖尿病という実感が得られない』，『自己管理の意志を持続することが難しい』など3つのサブカテゴリーから構成されていた。

患者は「きついとか，熱が出るとか，そういうものがないから変わらない。(ケースB)」といった＜体に何も症状

表3　糖尿病患者の自己管理を阻害する要因

カテゴリー	サブカテゴリー	見出し	代表的なデータ
糖尿病と向き合えない	糖尿病という実感が得られない	体に何も症状がない	体に何も症状がないじゃないですか。きついとか，熱が出るとか，そういうものがないから変わらない，普段の生活と。何も災いがないから直そうとしない。それでどんどん悪くなって，気がついたらすごい血糖値になっていた。（ケースB）
		悪くならないという思いがある	自覚症状でてからしか何もしませんよ。あなた糖尿病ですよ，と言われて，最終的にこんな風になりますよと言われても誰も信じませんからね。（ケースK）
		糖尿病と言われてもなんとも思わない	（糖尿病と言われても）なんとも思わなかったし，やっぱり食べるのも普通どおりでしたね。（ケースJ）
		病気や検査値についての知識がない	糖の検査をしたら580あったんですよ。私は糖尿病のことは分からないし，糖尿病になった家族もいない。糖尿と聞いたらいろいろな人がいろいろ言うでしょう，大変だとか。だから私は違うと思ったんですよ。（ケースP）
	自己管理の意志を持続することが難しい	病気に対する危機感が薄れる	年々自分の病気に対する危機感が薄れてきたと言うか。初めはやっぱり長生きしなくちゃいけない，て思って，今なら治る，じゃないですけど。（危機感が）もう全然，レベル100だったのが1もあるかな，と言う感じですね。（ケースG）
		自分に対して甘い	安堵感があるんですね。検査値は高いんですけど，合併症の検査で今日も異常なかったんですよ。この異常ないというのが，少し自分に対して甘いみたいなところがあって。（ケースL）
		面倒くさい	運動不足ですね。これはもう無理ね，糖尿病の人は。最初は家で歩くのとか，それも大変だから乗るだけの機械とか買うんですよ。楽をしようと思って。前はゴルフとかしていたけれど。今はそこからそこまでも歩きたくない。（ケースN）
	指導内容を自分の都合のいいように捉える	予備軍と言われても行動につながらない	しぶしぶ病院に来たんですよ，そしたら入院までさせられて。最初は予備軍だったんです。したら，予備軍か，って。食事療法とか運動療法とかいろいろ聞いて，はい分かりました，って言ってもする訳ないよね。（ケースN）
		医療者の言葉で自己管理が甘くなる	診断されて即お酒を断ちました。食事にも注意していたら半年くらいで血糖も元通りになって。元通りになったらずっと止めとけばよかったんですけど，先生の言葉で焼酎を飲んだら，また上がって。（ケースC）
糖尿病である自分自身や生活が重荷になる	自己管理に対する精神的負担が大きい	食事の満足を得られない	（食事療法は）1ヶ月位はしたけど，もう何も動くことは出来ないですね。糖尿病と言うのは食事の満足は難しいと思うけど，何かそういうところが出来たら，みんな治療がうまくいくんじゃないかと考えているんです。（ケースC）
		自分の体を持て余す	自分自身が管理する，ということが負担に。自分の体を持て余す，と言ったらいけませんけど。（ケースG）
		自分で自己管理ができなくなる不安がある	どこまで自分で出来るか，カロリー計算して，これは人からしてもらうことは出来ないことですもんね。管理を，食事管理をですよ。いつまで自分が出来るかな，というのが不安ですね。（ケースO）
	療養法を生活の中に取り込めない	食事制限に限界を感じる	食べ物の制限が出来ない。職場で調理の人がみんなに同じ食事を作るので，自分だけ（違う食事）というのは出来ない。だから脂っこいものを減らしたり食べないとか，自分で制限しないといけない。それ位しか出来ない。（ケースF）
		家族としての役割が自己管理を後回しにさせる	（教育入院を）していないんです。それが丁度・・・すると良かったんですけど。家庭の事情で孫の親代わりしないといけなかったから，家を空けられなかったんです。あれをしとけば大分良かったかも知れないですけど。（ケースE）
	身体の不調が重なる	身体の不調が重なる	ちょうど他の病気にもなってしまって。めまいばかりして起きれなくなったんです。ちょうど糖尿病とそういうのがいっぺんに来て。（ケースG）
支援環境が広がっていない	自分が必要と思う医療者の支援を適時に得られない	発症時の説明が足りない	その時点でこういう合併症を併発する，という説明があれば注意はしているはずですよ。そんな，ただ（検査値が）高いだけで再検査と言われても，自分の体はどうもない。その時点での説明がある程度あったほうがいいと思う。（ケースD）
		困ったときに相談できない	なかなか検査値が（基準値以下に）下がらなくて，ずっと変わらない。自分で食事をいろいろ工夫しているけど。途中でこんな風に（数値が）減らないものがあるでしょう，その時どうしたらいいかな，と言う感じがありますね。（ケースD）
	周囲からの孤立を感じる	家族の理解が得られない	食事療法も頑張っているな，って自分でも思うんです。でも姑に糖尿病だから少し調理を考えないといけない，と話したら「病気はあなただけでしょう」と言われて。あーそうだ，私だけなんだ，と思って。（ケースG）
		つらい気持ちを一人で抱え込む	（不安など）話したいけど話す相手がいないということです，はっきり言えば。家族にも心配かけたくない。だから相談しようと思っても，自分のほうが控えるわけです。自分の中に一杯溜めておくと，考え込んでしまったり。（ケースO）
	病気について話すことに抵抗を感じる	病気について話すことに抵抗を感じる	インスリンを3回に分けてしたほうがいいと思うけれど，仕事の合間にはなかなか。職場には薬のことは言っているけどインスリンを打っていることは言ってない。糖尿病とは知っているけど，インスリンまでは言っていない。（ケースI）

がない＞こと，＜悪くならないという思いがある＞こと，＜糖尿病と言われてもなんとも思わない＞こと，＜病気や検査値についての知識がない＞ために糖尿病と実感できない。糖尿病である現実を告げられても，体に変化を感じない，生活に支障が無いなど，自己管理に踏み切れない状況にあり『糖尿病という実感が得られない』とサブカテゴリー化した。

また，「(危機感が) もう全然。レベル100あったのが1もあるかな，という感じ。(ケースG)」のように＜病気に対する危機感が薄れる＞ことや，＜自分に対して甘い＞こと，運動療法などの自己管理が＜面倒くさい＞気持ちが生じていた。食事療法や運動療法などに取り組みながら生活を再構築する中で，自己管理をしなければという気持ちが薄れたり，合併症の兆しがないことに安堵し，患者が糖尿病と向き合う気持ちを維持していくことの難しさが表現され，『自己管理の意志を持続することが難しい』とサブカテゴリーにまとめた。さらに，「最初は予備軍だったんです。そうしたら，予備軍かって。はい分かりましたって言ってもするわけない。(ケースN)」という＜予備軍と言われても行動につながらない＞，＜医療者の言葉で自己管理が甘くなる＞ことが語られ，自己管理に対する認識が薄れ，『指導内容を自分の都合のいいように捉える』とサブカテゴリー化した。

2)【糖尿病である自分自身や生活が重荷になる】

このカテゴリーは『自己管理に対する精神的負担が大きい』，『療養法を生活の中に取り込めない』など3つのサブカテゴリーから構成されていた。

患者は，「(食事療法は) 1ヶ月位はしたけれど。食事の満足は難しいと思うけど，そういう所が出来たらみんな治療がうまくいくんじゃないか。(ケースC)」という＜食事の満足を得られない＞ことを語った。また，「自分自身が管理する，ということが負担に。(ケースG)」のように＜自分の体を持て余す＞こと，＜自分で自己管理ができなくなる不安がある＞と精神的負担が大きく，これらを『自己管理に対する精神的負担が大きい』とサブカテゴリーにまとめた。

また，「(教育入院を) していない。・・・家庭の事情で家を空けられなかった。あれをしとけば大分良かったかもしれない。(ケースE)」のように＜家族としての役割が自己管理を後回しにさせる＞ことが語られ，就労環境や家庭の状況によってうまくいかない現実を『療養法を生活の中に取り込めない』とサブカテゴリー化した。ケースFは，漁労作業者であり，3ヶ月に1回受診するのが精一杯の状況であった。HbA_{1c}は8.2%と血糖コントロール不可で，「自分でこれだけはしないと」と思う一方で，集■生活の中では「脂ものを減らしたり，食べないとか，・・・。」と，＜食事制限に限界を感じる＞ことにより自己管理がうまくいかない現実があった。さらに，他の疾患を併発することや，体が思うようにならないといった『身体の不調が重なる』ことで，糖尿病である自分自身や生活を重荷と感じることが自己管理を阻害していた。

3)【支援環境が広がらない】

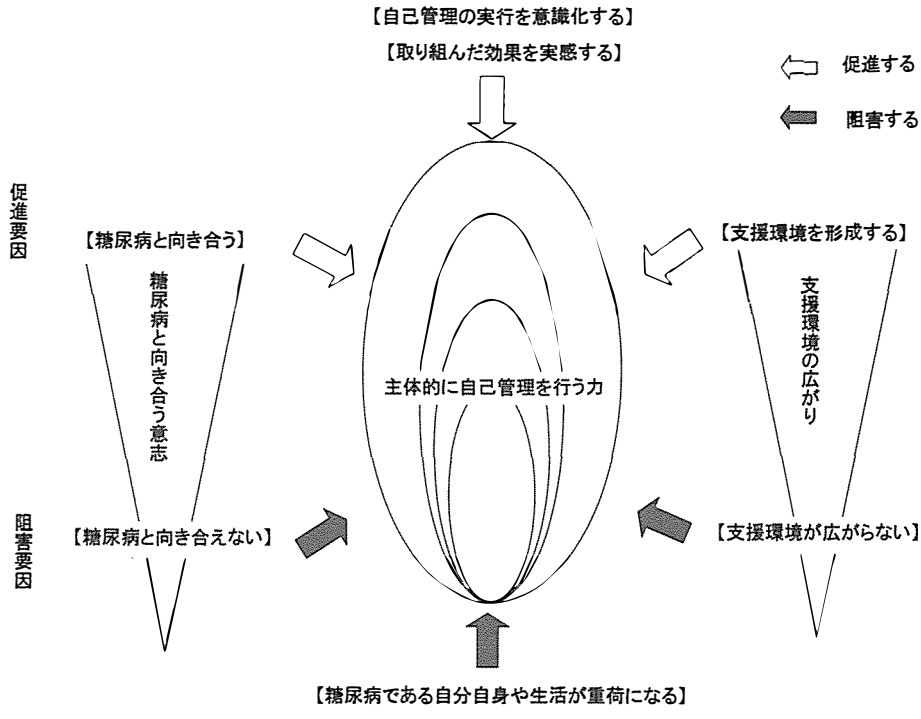
このカテゴリーは『自分が必要と思う医療者の支援を適時に得られない』，『周囲からの孤立を感じる』など3つのサブカテゴリーから構成されていた。

患者は，「その時点で，こういう合併症を併発する，という説明があれば注意はしていたはず。そんな，ただ (検査値が) 高いだけで再検査と言われても。(ケースD)」のように＜発症時の説明が足りない＞ことや＜困ったときに相談できない＞ことを語った。発症時の患者は症状が軽いので，医療者からの支援を十分に受けたとは思っておらず，患者は自己管理を始めなければならないという意識につながらない場合がある。特に発症時や工夫していても検査値が基準値以下に下がらない時に，生活に沿った自己管理の方法を見出せないなどの課題が存在し，これらを『自分が必要と思う医療者の支援を適時に得られない』とサブカテゴリーにまとめた。

また，「病気はあなただけでしょうと言われて。(ケースG)」のように＜家族の理解が得られない＞経験をしたり，「話したいけど話す相手がいない。家族にも心配かけたくない。だから相談しようと思っても，自分の方が控えるわけです。(ケースO)」と＜つらい気持ちを一人で抱え込む＞状況にあった。食事療法で家族の理解が得られないことや，話せる人がいない，分かってもらえないなど，患者は周囲からの孤立を感じやすく，精神的な苦痛が自己管理行動を阻害していると考え，これらを『周囲からの孤立を感じる』とサブカテゴリーにまとめた。さらに，「職場には薬のことは言っているけどインスリンを打っていることは言っていません。糖尿病とは知っているけど，インスリンまでは言っていない。(ケースI)」のように，糖尿病であることは周囲に伝えられても，『病気について話すことに抵抗を感じる』ことが自己管理を阻害していた。

3．糖尿病の自己管理を促進および阻害する要因の関係

糖尿病患者の自己管理を促進および阻害する要因の関係を図に示した。糖尿病患者が自己管理に必要な知識を学習したり，日々の生活の中でその学びを活用して，実施するためには，【糖尿病と向き合う】気持ちを持っていることが重要であった。なぜならば，それとは反対に【糖尿病と向き合えない】気持ちが，糖尿病患者の自己管理について学ぼうとする意欲や，生活の中に取り込んで実行しようとする意志を阻害していたからである。また，患者の自己管理行動は，外来通院時HbA_{1c}値が基準値になっているなど



■ 自己管理を促進および阻害する要因の関係

【取り組んだ効果を実感する】ことや，自分のことを他の人に話すなど【自己管理の実行を意識化する】機会があるなどの促進要因により高められていた。

糖尿病患者の自己管理における問題は，【糖尿病である自分自身や生活が重荷になる】阻害要因により自己管理をする力が弱まることであった。また，血糖コントロールが不良だったり心理的負担を抱いている患者は，【支援環境が広がらない】問題を抱えており，糖尿病患者が自己管理について学習を繰り返し，日々実行し続けていくには，【支援環境を形成する】ことが必須であった。

V．考　察

1．糖尿病と向き合う意志が自己管理へ及ぼす影響

糖尿病はその他の慢性疾患や治療不能な疾患以上に自己尊重を脅かしやすく[11]，患者は糖尿病になった現実に直面し将来の状況への不安など動揺が生じる。人間ドックや検診により糖尿病と診断された患者は，糖尿病を発症した驚きや，合併症の不安と同時に，食事制限など日常生活で節制をすることや，インスリン治療をしなければならないことなど，覚悟やあきらめの心境が入り混じる。そのように複雑な感情を体験する糖尿病の初期段階において，患者が糖尿病を発症したことをどのように認識するかがその後の自己管理への取り組みを左右しており，患者が覚悟を決める【糖尿病と向き合う】ことは，自己管理に対する学習や実行を促進する基盤となる。

『起こりうる問題を見据え目標を持つ』や『治療や自己管理の必要性を自覚する』というサブカテゴリーは，患者自身が糖尿病を自分の身に起こった現実として受け止め，療養法を取り入れた生活の必要性に向き合うものであった。また，患者が自分なりの基準をもち自己管理を行うことで，患者の気持ちが肯定的に変化する[12]。『生活状況に合わせて行動パターンを獲得する』や『自分なりの対処法を持つ』ことには，主体的に自己管理を行う実態が表現され，患者が糖尿病であることを受け入れている状況を示していた。ベナーは慢性病患者において生活は滞るというより新たにつくり直される[13]と述べており，糖尿病と向き合う感情は自己管理の実行を導いていた。

しかし，糖尿病である現実を告げられても，患者は＜体に何も症状がない＞ことなどから『糖尿病という実感が得られない』と自己管理に踏み切れない状況がある。症状は困難な対処課題に直面させる役割を持つ[14]とされるが，「何も災いがないから直そうとしない。(ケースB)」ことは，症状のない時期に合併症を予防する意欲を持って療養法を学習する行動が難しいことを象徴している。また，習慣化した自己管理も継続していく中で前進と後退を繰り返す[15]ように，糖尿病と向き合い必要とされる自己管理行動を始めても，＜病気に対する危機感が薄れる＞など『自己管理の意志を持続することが難しい』現実がある。その中では，継続できないのは自分に原因があると考え，自己管理がうまくいかない思いから自尊感情が低下する。糖尿病という現実に直面できない，向き合い続けることが難しい【糖尿病と向き合えない】気持ちは，自己管理について

学ぼうとする意欲や，工夫しながら生活に取り組む行動を阻害する。

このような糖尿病患者の感情に対して，光木らは感情の意味や行動に潜む感情を理解することの大切さを述べている[16]。また，正木は病の経過をその人の生活のあり方から捉える[17]としている。看護師は，患者が糖尿病を発症したことや生活の変化をどのように体験しているかを共有し，患者の感情を受け止めていく必要がある。そして，患者が築いてきた生活行動を変え，変化する状況の中で継続するのは容易ではないことを理解し，生活の変化に応じて助言し患者を支えていくことが重要である。

2．自己管理を継続する困難さと達成感

自己管理を継続していく過程においては，【糖尿病である自分自身や生活が重荷になる】否定的側面と，【自己管理の実行を意識化する】や【取り組んだ効果を実感する】肯定的側面が見出された。

【糖尿病である自分自身や生活が重荷になる】は，『自己管理に対する精神的負担が大きい』，『療養法を生活の中に取り込めない』などの自己管理を実行していく中で体験する糖尿病患者のつらさや困難さを含んでいた。患者は，主体的に自己管理に取り組んでいても自己管理を実施することが負担となり＜自分の体を持て余す＞状態が続いていること，将来に対する不安があることなどについて語った。また，自己管理を行う過程で生活が制限されるという感覚，自己管理を継続することに負担を感じるなどの困難さは，職業の有無や食事の制約感，サポートの状況などに影響を受けながら生じる。このような困難さを抱え続け，それが増大する場合には療養行動の逸脱を招くことがある。

その一方で，自己管理の実際など病気と共に生きる自らの歩みを語ることは，日々の生活の中で抑圧していた思いを解放し，自身のおかれている状況を客観的に見つめることにつながっていた。すなわち，否定的な思いが生じながらも，＜語ることで今の自分を見つめる＞ことが可能となり，『自己認識の問いかけをする』機会となる。このような【自己管理の実行を意識化する】ことは，糖尿病患者が自己管理を継続する上で重要な鍵となる。患者が病気を自分のこととして受け止め，意思決定できるためには，知識・技術の提供と情緒的なサポートが必要である[18]。看護師は，病気と共に生きる患者の思いや困難な状況を分かち合うことで，自己管理を高めるようなサポートを実践していく必要がある。

また，【自己管理の実行を意識化する】とともに【取り組んだ効果を実感する】ことは自己管理を促進する。例えば，患者はHbA_{1c}値を目標に据えることで，自己管理に必要な知識やインスリン注射法などの技術を学習し，その実施に励むことができる。つまり『自己管理の励みとなる目標がある』ことは，血糖値が改善することで達成感を感じる[19]ことにより，それ以後の自己管理を積極的に実施する原動力となる。自己効力感を高めていくためにも患者自身で達成可能な目標を掲げることが望ましい[20]が，過度に検査データの結果を重視することは自己管理に対する負担感につながる危険性がある。看護師は，目標に近づこうとする患者の姿に目を向け，患者がどのような思いで目標を掲げいかに自己管理を行ってきたかを捉え，その努力を認め励ましていくことが大切である。さらに，『教育入院で学んだことの効果を実感する』ことは，自己効力感を高め[21]，患者のセルフケア行動を促進していた[22]ように，教育入院は自己管理に対する動機づけや，毎日継続する行動を強化する機会として重要である。

3．自己管理の負担感や孤立感と支援環境の関係

糖尿病をはじめとする慢性疾患患者にとり周囲の人々から得られる情緒的支援は，患者が心理的負担のある状況に対して適切な行動をとれるように動機付けたり，気分を切り替えることで否定的な影響から患者を保護するなど，患者のQOLに貢献する[23]といわれる。したがって支援環境は，糖尿病患者が自己管理を継続していく過程において資源となり得るが，孤立感を抱き生活している患者が多い現状がある。

【支援環境が広がらない】には，患者が抱く生活の中での孤立感，つまり周囲との境界性[24]が表現されていた。患者は，発症時や自己管理がうまくいかない時など医師や看護師に相談したいと思いながらも，ためらう感情から行動をおこすことができず『自分が必要と思う医療者の支援を適時に得られない』と感じていた。また，家族のきずなの強さが糖尿病患者の負担感を低下させる[25]といわれるが，＜家族の理解が得られない＞など『周囲からの孤立を感じる』ことは，【糖尿病である自分自身や生活が重荷になる】気持ちを増強させ，自己管理を阻害する。

それに対して，糖尿病患者において２つの関係性の構築が自己管理を促進していることが見出された。１つは，『看護師の心理的支援を受ける』『医療者からの適切な支援がある』という看護師や医師との信頼関係の形成であった。医療者との良好な関係は患者の療養において大きなサポート源[26]とされ，医療者の気遣いを帯びた関わりが自己管理を継続する中で生じる患者の負担感や孤立感を緩和していた。もう１つは，『家族の支援がある』『同病者の存在がある』と家族や同病者とのつながりを感じることであり，周囲との関係を維持しているという感覚は自己管理を実行する力となる。このように【支援環境を形成する】ことは，糖尿病患者が自己管理を継続していく上で欠かせないものである。

しかしながら，平均在院日数の短縮化によって患者相談

や生活指導が外来へ移り[27]，外来看護師が担う役割が高まる中で，処置や検査などに追われ，個々の患者のニーズに十分に対応できない状況がある。数分間で病気を持つ人と交わす言葉にも違いが出る[28]ように，限られた時間の中で患者からは言い出しにくいことを引き出すように意図的に関わることや，検査データが基準値内であっても負担感や孤立感などを見落とさないことが外来看護では求められている。入院中と違い短い関わりの時間で糖尿病の自己管理に有効となるように，病気や自己管理に対する患者の思いを把握することが，その人にとって必要な支援を見出すことにつながる。

4．本研究の限界と課題

対象者は60歳代の参加者が多く仕事に関する内容が少なかった。したがって，今後は，30～50歳代の仕事による自己管理が容易でない糖尿病患者を対象として，研究を積み重ねていく必要がある。また，今回の面接時間内で十分な人間関係を患者と築いていくことは難しいため，今後は明らかとなった要因を含めて，事例研究により実証していくことが必要であると考える。

Ⅴ．結　論

外来通院中の２型糖尿病患者を対象とした半構成的面接記録の質的分析から，自己管理を促進する要因と阻害する要因を抽出した結果，以下の結論を得た。

1．患者の自己管理を促進する要因は，【糖尿病と向き合う】【自己管理の実行を意識化する】【取り組んだ効果を実感する】【支援環境を形成する】であった。

2．患者の自己管理を阻害する要因は，【糖尿病と向き合えない】【糖尿病である自分自身や生活が重荷になる】【支援環境が広がらない】であった。

3．糖尿病患者が主体的に自己管理を継続するために，看護者は糖尿病と向き合えるように支援し，自己管理の効果について実感を高めたり，阻害要因である負担感や孤立感を緩和することが重要である。

謝　辞

調査にご協力をいただきました患者の皆様とA病院の糖尿病外来の医師，看護師の皆様に感謝申し上げます。

なお，本論文の一部は第34回日本看護研究学会学術集会および日本看護研究学会第13回九州・沖縄地方会学術集会において報告した。

要　旨

本研究は，外来通院中の２型糖尿病患者を対象として自己管理を促進する要因，および阻害する要因を明らかにすることを目的とした。研究方法は，質的記述的研究である。研究参加者は糖尿病患者16名で，半構成的面接調査を行った。

その結果，糖尿病患者の自己管理を促進する要因は，【糖尿病と向き合う】【自己管理の実行を意識化する】【取り組んだ効果を実感する】，医療者や同病者などと【支援環境を形成する】であった。反対に，患者の自己管理を阻害する要因は，【糖尿病と向き合えない】【糖尿病である自分自身や生活が重荷になる】【支援環境が広がらない】であった。

糖尿病患者が主体的に自己管理を継続できるために，看護者は糖尿病と向き合えるように支援すること，実施した効果を実感できるように働きかけること，負担感や孤立感を緩和することが重要である。

Abstract

The purpose of this study is to identify the factors which promote or hinder self-care in outpatients with type 2 diabetes. This research was conducted according to a qualitative description model, and was based on evidence obtained from 16 diabetic patients. We interviewed these patients using a semi-structured interview model.

The findings were as follows：The factors that promote self-care in diabetic patients are, an ability "to accept the diabetes", a willingness "to be conscious about the self-care involved in diabetes", "to feel the effects of self-care", "to form a supportive environment" with the doctors, nurses and other diabetic patients and so on. In contrast, the factors that hinder self-care in diabetic patients are, "inability to accept the diabetes", "the diabetic patient feels it is a burden to be a diabetic" and "lack of supportive environment".

These results suggest that nurses should help diabetic patients to accept diabetes and support them so that they can feel the effects of self-care, and relieve their burden or solitude feelings.

文　献

1）藤田君支，松岡みどり，他：臨床看護師が実践している糖尿病患者への教育活動に関する実態調査，日本看護研究学会雑誌，26(1)，67-80, 2003.
2）中山純子，野村善美，他：糖尿病外来に通院する要指導患者からみた今後の外来指導の実際～外来での糖尿病患者の調査と分析，外来看護新時代，9(1)，128-134, 2003.
3）黒江ゆり子：病いの慢性性Chronicityと生活者という視点～コンプライアンスとアドヒアランスについて，看護研究，35(4)，3-17, 2002.
4）Polonsky, W. H., Anderson. B. J, et al. ：Assessment of diabetes-related distress，Diabetes Care，18(6)，754-760, 1995.
5）石井均，吉家美幸，他：PAID(糖尿病問題領域質問表）を用いた糖尿病患者の感情負担度の測定，糖尿病，42(Suppl 1)，S262, 1999.
6）松田悦子，河口てる子，他：2型糖尿病患者の「つらさ」，日本赤十字看護大学紀要，16, 37-44, 2002.
7）友竹知恵，小平京子，他：外来に通院する糖尿病患者の生活上の困難さ，自治医科大学看護学部紀要，2, 17-25, 2004.
8）兵藤好美，任和子，他：セルフケア行動を支える要因について～糖尿病患者の実態調査より～，京都大学医療技術短期大学紀要，14, 9-15, 1994.
9）松田悦子，安酸史子，他：2型糖尿病患者の食事自己管理に対する自己効力と結果予期，日本糖尿病教育・看護学会誌，5 (2)，99-111, 2001.
10）木下幸代：糖尿病を持つ壮年期の人々の自己管理の状況および関連要因，聖隷クリストファー看護大学紀要，10, 1-9, 2002.
11）Jerry Edelwich & Archie Brodsky／黒江ゆり子，市橋恵子，他（訳）：糖尿病のケアリング，50-77，医学書院，東京，2002.
12）Patricia Benner，Judith Wrubel／難波卓志（訳）：現象学的人間論と看護，115-157，医学書院，東京，2002.
13）安田加代子，松岡緑，他：糖尿病の自己管理における対人関係の困難性～■難な気持ちから肯定的な気持ちへと変化した対処行動，日本看護科学学会誌，25(2)，28-36, 2005.
14）前掲書12)，213-242.
15）河口てる子：糖尿病患者の生活を支える看護，河口てる子（編）：糖尿病患者のQOLと看護，7-16，医学書院，東京，2001.
16）光木幸子，土居洋子：2型糖尿病成人期男性の感情，日本糖尿病教育・看護学会誌，8(2)，108-117, 2004 .
17）正木治恵：教育・実践のパラダイムシフト－糖尿病の教育において，Quality Nursing，7(6)，6-8, 2001.
18）藤田佐和：慢性期とは，鈴木志津枝，藤田佐和（編）：慢性期看護論，4-7，ヌーベルヒロカワ，2005.
19）藤田君支，松岡緑：食事管理の自己効力感を維持している糖尿病患者の自己管理体験，日本糖尿病教育・看護学会誌，6(2)，33-40, 2002.
20）岡本里香：自己効力を高める■つの情報源，安酸史子，鈴木純恵，他（編）：ナーシンググラフィカ25　成人看護学－セルフマネジメント，47-49，メディカ出版，大阪，2005.
21）住吉和子，安酸史子，他：糖尿病患者の食事の実行度と自己効力　治療満足度の縦断的研究，日本糖尿病教育・看護学会誌，4(1)，23-31, 2000.
22）■村友希，池田清子，他：教育入院の初期段階における糖尿病患者のセルフケア行動とその促進要因，神戸看護大学紀要，5, 19-28, 2001.
23）鈴木志津枝：慢性疾患患者のQOL，前掲書18)，98-104.
24）アイリーン・モロフ・ラブキン，パマラD．ラーセン／黒江ゆり子（監訳）：クロニックイルネス～人と病の新たなかかわり　第5章社会的孤立，93-114，医学書院，東京，2007.
25）生田美智子，佐藤栄子，他：糖尿病患者の負担感に影響を及ぼす対処スタイル，家族機能および家族システムについての検討，日本糖尿病教育・看護学会誌，8(1)，35-46, 2004.
26）村角直子，稲垣美智子，他：看護師がとらえた糖尿病患者の教育入院の効果～糖尿病教育入院を経た患者の力～，金大医保つるま保健学会誌，30(1)，87-94, 2001.
27）吉田澄江，佐々木由美子，他：外来看護をめぐる課題と今後の可能性，看護管理，17(8)，642-649, 2007.
28）黒江ゆり子：糖尿病患者における人間関係とQOL，前掲書18)，49-69.

［平成20年8月14日受　付
平成21年3月31日採用決定］

ー原　著ー

大学病院関連医療施設に就業する看護師の大学院修士課程入学への関心

The Interest for Entering Graduate School (Masters Course in the Science of Nursing) among Working Nurses in a University Hospital and Related Hospitals

松下年子 Toshiko Matsushita　岡部恵子 Keiko Okabe　天野雅美 Masami Amano　内野聖子 Seiko Uchino
吉岡幸子 Sachiko Yoshioka　安藤晴美 Harumi Ando　大野明美 Akemi Ohno

キーワード：看護学教育，大学院，修士課程，入学ニーズ，就業看護師
Key Words：nursing education, graduate school, masters course, admission needs, working nurses

Ⅰ．はじめに

わが国の看護学教育の歴史を振りかえると，そのはじまりは1885年にさかのぼり，文部省認可の専門学校が誕生したのが1935年である。1951年には看護婦と准看護婦養成の複線が引かれ，1956年には准看護婦から看護婦資格を取得する進学課程が設置された。その後，各種学校／専修学校から1県1校の看護短期大学設置運動が起こり，1950年代に看護の高等教育化（大学化）がスタートした[1]。しかし看護系大学や看護学科が誕生して数10年間，その数はほとんど増えることなく，1992年に「看護師等の人材確保の促進に関する法律」[2]が制定され，基本指針（文部省，厚生省，労働省告示）[3]において，「質の高い看護婦養成のために，今後需要の増える看護系大学の教員や研究者養成のために，看護系大学・大学院の整備，充実の必要がある」と謳われて以降，一気に増加した。1991年の11大学が2002年には100大学を超え，2007年時点では157校に至った。また，2002年3月には「看護婦」から「看護師」への名称変更があった。2003年，文部科学省は「看護学教育の在り方に関する検討会」[4]を通じて，学士課程という枠組みで行う人材育成とその教育課程の特質を5点にまとめたが，その1つを「看護の生涯学習のための出発点となる基礎能力を培う課程」とした。つまり，看護基礎教育の充実化を謳うとともに，その意義として，「生涯教育」の発想を明示したわけである。そして1998年，学校教育法が改正されて「大学卒業者と同等以上の学力があると認めた者」に大学院入学資格が認められようになってからは，学部を卒業していない看護師にも大学院に直接進学する道が開かれた。開講スタイルも社会人コースや夜間開講などと多様化し，就業中の看護師がより就学しやすい体制が整えられるようになった。大学数の増加には及ばないものの，2006年現在，修士課程86，博士課程36[5]とその数も増え，臨床看護師が修士課程に入学し，学位を取得して臨床に戻ったり，教職に転職するケースが散見されるようになった。

一方，学歴とは別に，専門看護師（以降，CNS）や認定看護師制度といった看護の専門性を保障するシステムが1990年代中頃からスタートした。専門看護師の場合，その資格取得は修士課程の学位取得に連動するが，認定看護師は学歴とは別に，看護の専門性を明示できるシステムである。大学や大学院の修了より短い期間で，臨床に則した専門性の高い知識や技術を身につけることができる。両者とも，臨床看護師の実践能力向上に直接的な影響を及ぼすエキスパートとして，期待されて登場した点では共通している。それまでフォーマルな形でその専門性を担保するシステムがなかった看護界にとって，画期的な試みであったといえよう。ちなみに，2008年現在のCNS数は238名[6]，日本看護協会認定看護師が4,458名[7]，日本精神科看護技術協会認定精神科看護師が151名[8]である。

以上，看護学教育と，専門分化と専門度の区分といった看護の専門性の整備の変遷を振り返ると，看護学の歴史がスタートして1世紀以上を経てようやく，看護師の生涯教育の発想が周知され，その体制の構築に着手されたといえよう。看護の臨床と教育，また研究活動のユニフィケーションが謳われているが，ユニフィケーションを促進するのは人であり，看護師である。臨床看護師が教育や研究の場に身を置き，教育や研究領域の看護師が臨床に身を置くことが両者の一体化を促すと考える。そして，そのような交流を価値付け，保証するのが，生涯教育の理念なのかもしれない。看護師の生涯教育へのコミットメントとい

埼玉医科大学保健医療学部看護学科　School of nursing, Faculty of health and medical care, Saitama Medical University

う観点から，就業看護師の大学院進学ニーズを調査した国内研究をレビューすると，ニーズの実態に加えて，就学と就業の両立を可能とする条件や，大学院選択で重視する要件を報告したもの[9]，入学の意志決定時に問題となる事項や，CNSコース，認定看護管理者コース，助産師養成コースなど設置コースの要望等について報告したもの[10]，進学意志に関連する因子（属性等）を明らかにしたもの[11]，また，CNSコースに特化したニーズ調査[12]等がある。看護が生涯教育やユニフィケーションの推進を目指すとしたならば，第１に，これらの報告でも指摘されているような就業看護師の生涯教育へのコミットメントを阻む要因に対して，体制レベルで対応することが重要であろう。第２に，看護師の生涯教育への自己投入を促進させるようなインセンティブを明らかにして，それらを強化する体制を構築していくことが求められよう。

以上より本研究では，A大学病院関連医療施設に従事する看護職（以降，看護師）を対象に，大学院修士課程入学への関心やニーズ，またそのニーズの実現に関連する阻害因子と促進因子を把握することを目的に，質問紙調査を実施した。阻害因子については特に，進学を考える際に看護師が抱えやすい不安に着眼し，これを明らかにすることを目的とし，促進因子については，希望する課程コースや看護学領域など大学院側の裁量が及ぶ条件も含めたところで，どのようなインセンティブがあるかを明らかにすることを目的とした。看護学教育に携わっている者の進学ニーズが高いのは然りだが，臨床現場を担っている看護師に，日々の看護を言語化，体系化し，より形あるものにしようというニーズ，また，個々の具体的な看護行為をより極めるための研究ニーズがどのくらいあるかは不明である。そして，仮に入学ニーズが高かったとしても，入学や研究ニーズがあることと，時間的・経済的負荷を抱えながらそれを実践できることは別の問題である。これらのことから、入学ニーズとともに，入学にむけての不安やマイナス条件，さらに，入学ニーズに寄与するインセンティブ等のデータは，今後，看護師の生涯教育を推進する上で貴重な基礎資料になると考える。

Ⅱ．研究方法

１．対象

対象はA大学病院関連医療施設である大学病院（A），総合病院（B），高度医療センター（C），精神科病院と介護老人保健施設（D），重症心身障害児施設（E）（以降，それぞれの対象施設をA施設，B施設，C施設，D施設，E施設とする）の５施設に就業する全看護師である。就業看護師数等を含む５施設の概要を表１に示した。

２．調査方法

調査方法は上記対象者への自記式質問紙調査であり，質問紙の設問は，①個人属性と，保健師・助産師・看護師・准看護師資格の有無（以降，国家資格の有無），職位，臨床経験年数（以降，経験年数），②看護学修士課程への入学意志の有無（以降，入学意志）と，大学院を意義あると評価するか否か（大学院意義），③大学院で学ぶとした場合の，希望する看護学領域（以降，看護学領域），④大学院就学にあたって就業との両立を希望するか，学業専念を希望するか（以降，就業との両立希望），⑤大学院就学の際にCNS資格取得を希望するか否か（以降，CNSの希望），⑥大学院で学ぶとした場合の，入学に伴う不安の有無（以降，不安の有無），●大学院での就学や研究を通じて解決したい「現場の課題」の有無（以降，課題の有無），等とした。各設問と回答肢の作成であるが，複数の研究者で原案を検討し，その後，複数の臨床看護師からそれらに対する意見をもらい，修正補足した。質問紙の配布に関しては，５施設を統括する看護部総責任者（看護部長）と，各施設の責任者（総師長）に調査主旨と方法，倫理的事項を記載した調査依頼書をそえ，直接口頭にて研究協力を依頼した。スタッフへの質問紙配布から記入・回収期間は２週間とし，各病棟単位に回収袋を設置した。

３．倫理的配慮

調査依頼書には，質問紙への記入は無記名であること，他の倫理的事項として，調査への協力は強制ではなく本人の自由意志で決めてほしいこと，協力しないことで不利になることは一切ないこと，またデータについては統計的に処理されること，研究目的以外には使用されないこと，厳

表１．対象施設の概要

施設名	［特徴］	全病床数（床）*	一般病床数（床）*	精神科病床数（床）*	就労看護師概数（人）
A施設	［大学病院］	1,385	1,242	137	820
B施設	［総合病院］	913	913	0	900
C施設	［高度医療センター］	600	600	0	560
D施設	［精神科病院，介護老人保健施設］	694	48	646	210
E施設	［重症心身障害児施設］	0	345	345	100
計		3,592	3,148	1,128	2,590

＊病床数は2007年現在

重に管理されること，等を記載した。看護部総責任者と各施設の責任者への説明の際には，上記旨を■頭でも直接伝えた。各病棟スタッフへの質問紙配布時には，各部署の代表者より，質問紙は無記名であり，質問紙の記入は本人の自由意志によること等の倫理的事項をスタッフに伝えてもらった。質問紙の返却方法は，記入済みの質問紙をいったん個別の封筒に入れ，封印し，その上で各病棟の回収袋に入れるよう依頼した。

4．分析方法

属性と「入学意志」，「大学院意義」の記述統計を求めた上で，「入学意志」（「すぐにでも入学したい」と「いずれ入学したい」を合わせて入学意志「あり」群とし，「入学しない」と「考えていない」を合わせて入学意志「なし」群とした）を従属変数に，また，「入学意志」と「施設」，「■家資格の有無」を除いたすべての変数を独立変数としてロジスティック回帰分析を実施した。そこで明らかにされた入学意志と関連の有意な変数を，複数の組み合わせで従属変数として再投入し，同回帰分析を繰り返した。

次に，入学意志「あり」群のみを対象に，「看護学領域」，「就業との両立希望」，「CNSの希望」，「不安の有無」，「課題の有無」について記述統計を求め，「就業との両立希望」については年代別：①20歳代，②30歳代，③40歳代，④50歳代以上．学歴別：①看護専門学校（以降，専門学校），②看護系短期大学（以降，短大），③大学・大学院，職位別；①看護部長・総師長・師長・主任・副主任群（以降，看護部長・主任群），②スタッフ群の比較・検定を，「CNSの希望」については学歴別，職位別，経験年数別；①1年未満群，②1年以上3年未満群，③3年以上5年未満群，④5年以上10年未満群，⑤10年以上群の比較・検定をした（χ^2検定）。さらに，「不安の有無」（「入学に関する何かしらの不安」の有無と，そのサブ設問として①「経済面」の不安，②「学業と仕事の両立」に関する不安，③授業につ

表2．対象看護師の施設別属性

人数（%）

項目	カテゴリー	計 n=2,232	A施設 n=755	B施設 n=739	C施設 n=493	D施設 n=166	E施設 n=79	χ^2検定
性別	男性	161(7.2)	62(8.2)	10(1.4)	55(11.2)	29(17.5)	5(6.3)	
	女性	2,071(92.8)	693(91.8)	729(98.6)	438(88.8)	137(82.5)	74(93.7)	p<.001
年代	20歳代	1,352(60.6)	466(61.7)	464(62.8)	331(67.1)	56(33.7)	35(44.3)	
	30歳代	533(23.9)	159(21.1)	183(24.8)	121(24.5)	44(26.5)	26(32.9)	
	40歳代	194(8.7)	66(8.7)	48(6.5)	35(7.1)	37(22.3)	8(10.1)	
	50歳代以上	153(6.9)	64(8.5)	44(6.0)	6(1.2)	29(17.5)	10(12.7)	p<.001
家族構成<複数■答>	単身者	1,182(53.0)	399(52.8)	394(53.3)	312(63.3)	49(29.5)	28(35.4)	単身者：p<.001
	配偶者と同居	593(26.6)	242(32.1)	155(21.0)	83(16.8)	82(49.4)	31(39.2)	配偶者と同居：p<.001
	子どもと同居*	376(16.8)	162(21.5)	86(11.6)	52(10.5)	48(28.9)	28(35.4)	子どもと同居：p<.001
学歴	看護専門学校	1,577(70.7)	486(64.4)	564(76.3)	300(60.9)	150(90.4)	77(97.5)	
	看護系短期大学	541(24.2)	239(31.7)	131(17.7)	168(34.1)	2(1.2)	1(1.3)	
	大学・大学院	89(4.0)	19(2.5)	41(5.5)	22(4.5)	7(4.2)	0(0.0)	
	未回答	25(1.1)	11(1.5)	3(0.4)	3(0.6)	7(4.2)	1(1.3)	p<.001（未回答群を除く）
資格<複数回答>	保健師	86(3.9)	28(3.7)	25(3.4)	31(6.3)	1(0.6)	1(1.3)	保健師：p<.01
	助産師	64(2.9)	20(2.6)	41(5.5)	2(0.4)	1(0.6)	0(0.0)	助産師：p<.001
	看護師	2059(92.2)	702(93.0)	713(96.5)	471(95.5)	111(66.9)	62(78.5)	看護師：p<.001
	准看護師	309(13.8)	103(13.6)	65(8.8)	46(9.3)	68(41.0)	27(34.2)	准看護師：p<.001
職位	看護部長・総師長・師長	77(3.4)	23(3.0)	20(2.7)	22(4.5)	8(4.8)	4(5.1)	
	主任・副主任	71(3.2)	27(3.6)	17(2.3)	12(2.4)	8(4.8)	7(8.9)	
	スタッフ	2084(93.4)	705(93.4)	702(95.0)	459(93.1)	150(90.4)	68(86.1)	p<.05
臨床経験年数	1年未満	207(9.3)	51(6.8)	78(10.6)	63(12.8)	11(6.6)	4(5.1)	
	1年から3年未満	504(22.6)	191(25.3)	171(23.1)	101(20.5)	28(16.9)	13(16.5)	
	3年から5年未満	415(18.6)	150(19.9)	134(18.1)	113(22.9)	12(7.2)	6(7.6)	
	5年から10年未満	487(21.8)	146(19.3)	171(23.1)	122(24.7)	24(14.5)	24(30.4)	
	10年以上	619(27.7)	217(28.7)	185(25.0)	94(19.1)	91(54.8)	32(40.5)	p<.001

*乳幼児ないし就学中の子ども

いていけるかという「学力」に関する不安，④「入学試験」に関する不安の有無）については年代別，単身か否か別，子どもの有無別，学歴別，職位別，経験年数別の比較・検定を，「課題の有無」については年代別，学歴別，職位別，経験年数別の比較・検定をした（χ^2検定）。以上，有意水準はすべてp<.05とした。

Ⅲ．結　果

質問紙の配布数は計2590件（A施設820件，B施設900件，C施設560件，D施設210件，E施設100件），そのうち回収された件数は2320件（回収率：89.6%），有効回答件数は2,232件（有効回収率：86.2%）であった（性別，年齢，経験年数のいずれかの設問に回答がないものは削除した）。施設ごとの対象看護師の属性等を表2に示した。

1．大学院への入学意志

対象者全体で「すぐにでも入学したい」と回答した者は73名，3.3%であり，「いずれ入学したい」と回答した者は257名，11.7%であった。年代別，学歴別，経験年数別の入学意志と，対象者全体の大学院意義を表3－1，2に示した。次に，入学意志に寄与する因子を明らかにするために実施したロジスティック回帰分析の結果からは，最も適合度の高いモデルとして表4が得られた。入学意志の24.6%が，母性看護学領域の希望，「入学試験」に関する不安，課題の有無，CNSの希望，大学院意義によって説明された。母性看護学領域を希望していないこと，「入学試験」に関する不安を持っていること，解決したい課題があること，CNSコースを希望していること，大学院に意義があると評価していることが入学意志に寄与した。

2．看護学領域，就業との両立希望，CNSの希望

入学意志の「あり群」のみを対象に，希望する看護学領域（1－2肢選択可）を集計したところ，最も希望が多かったは「がん看護学」であり，続いて「慢性期看護学」，「精神看護学」，「家族看護学」と続いた（表5）。就業との両立希望については，「働きながら学びたい」が45.2%，「できれば働きながら学びたい」が33.6%，「学業に専念したい」が19.7%であった（表6）。年代別，学歴別，職位別の就業との両立希望では，年代別のみで有意差が認められ，20歳代の学業専念希望者の割合（25.7%）が最も高く，続いて30歳代（17.1%）であった（表7）。最後に，CNSの希望であるが，入学意志「あり群」の66.7%が「希望する」と，22.4%が「可能であれば希望する」と回答し，合わせて89.1%がCNSを希望していた（表8）。なお，学歴

表3－1．年代別・学歴別・臨床経験年数別の大学院入学意志

人数（%）

項目	カテゴリー	計	すぐにでも入学したい	いずれ入学したい	入学しない	考えていない	χ^2検定
年代	20歳代	1,340	39（2.9）	135（10.1）	661（49.3）	505（37.7）	
	30歳代	527	21（4.0）	91（17.3）	215（40.8）	200（38.0）	
	40歳代	191	8（4.2）	23（12.0）	91（47.6）	69（36.1）	
	50歳代以上	144	5（3.5）	8（5.6）	109（75.7）	22（15.3）	
	計	2,202	73（3.3）	257（11.7）	1,076（48.9）	796（36.1）	p<.001
学歴	看護専門学校	1,559	46（3.0）	169（10.8）	786（50.4）	558（35.8）	
	看護系短期大学	537	13（2.4）	72（13.4）	245（45.6）	207（38.5）	
	大学・大学院	83	13（15.7）	13（15.7）	34（41.0）	23（27.7）	
	計	2,179	72（3.3）	254（11.7）	1,065（48.9）	788（36.2）	p<.001
臨床経験年数	1年未満	203	6（3.0）	18（8.9）	95（46.8）	84（41.4）	
	1年以上3年未満	501	10（2.0）	59（11.8）	265（52.9）	167（33.3）	
	3年以上5年未満	411	12（2.9）	46（11.2）	192（46.7）	161（39.2）	
	5年以上10年未満	484	23（4.8）	56（11.6）	225（46.5）	180（37.2）	
	10年以上	603	22（3.6）	78（12.9）	299（49.6）	204（33.8）	
	計	2,202	73（3.3）	257（11.7）	1,076（48.9）	796（36.1）	n.s.

n.s.=no significant

表3－2．大学院意義（大学院を意義あると評価するか否か）

人数（%）

	計	意義がある	意義がない	わからない	考えたことがない	関心がない	未回答
大学院を意義あると評価するか否か	2,232	762	36	677	570	172	15
	(100.0)	(34.1)	(1.6)	(30.3)	(25.5)	(7.7)	(0.7)

表4．大学院入学意志を説明する因子

N=2,232

	B	標準誤差	Exp（B）	p
母性看護学の希望	0.739	0.278	2.095	0.008
入学試験に関する不安	-0.349	0.151	0.705	0.021
解決したい課題の有無	0.906	0.194	2.475	0.000
CNSコースの希望有無	0.773	0.226	2.167	0.001
大学院意義	1.642	0.154	5.016	0.000
定数項	-3.817			

ロジスティック回帰分析：$R^2=0.246$，$p<.001$

表5．希望する看護学領域　＜入学意志のある者を対象＞

人数（%）

看護学領域		計 n=330	A施設 n=103	B施設 n=102	C施設 n=97	D施設 n=21	E施設 n=7	χ^2検定
がん看護学	希望あり	146(44.2)	43(41.7)	46(45.1)	47(48.5)	7(33.3)	3(42.9)	
	なし	184(55.8)	60(58.3)	56(54.9)	50(51.5)	14(66.7)	4(57.1)	n.s.
慢性期看護学	希望あり	51(15.5)	20(19.4)	14(13.7)	11(11.3)	5(23.8)	1(14.3)	
	なし	279(84.5)	83(80.6)	88(86.3)	86(88.7)	16(76.2)	6(85.7)	n.s.
精神看護学	希望あり	48(14.5)	17(16.5)	9(8.8)	10(10.3)	11(52.4)	1(14.3)	
	なし	282(85.5)	86(83.5)	93(91.2)	87(89.7)	10(47.6)	6(85.7)	p<.001
家族看護学	希望あり	42(12.7)	14(13.6)	15(14.7)	9(9.3)	2(9.5)	2(28.6)	
	なし	288(87.3)	89(86.4)	87(85.3)	88(90.7)	19(90.5)	5(71.4)	n.s.
小児看護学	希望あり	42(12.7)	14(13.6)	16(15.7)	10(10.3)	0(0.0)	2(28.6)	
	なし	288(87.3)	89(86.4)	86(84.3)	87(89.7)	21(100.0)	5(71.4)	n.s.
地域看護学	希望あり	38(11.5)	10(9.7)	13(12.7)	13(13.4)	2(9.5)	0(0.0)	
	なし	292(88.5)	93(90.3)	89(87.3)	84(86.6)	19(90.5)	7(100.0)	n.s.
感染看護学	希望あり	36(10.9)	8(7.8)	17(16.7)	7(7.2)	3(14.3)	1(14.3)	
	なし	294(89.1)	95(92.2)	85(83.3)	90(92.8)	18(85.7)	6(85.7)	n.s.
クリティカル看護学	希望あり	33(10.0)	5(4.9)	13(12.7)	15(15.5)	0(0.0)	0(0.0)	
	なし	297(90.0)	98(95.1)	89(87.3)	82(84.5)	21(100.0)	7(100.0)	p<.05
在宅看護学	希望あり	30(9.1)	11(10.7)	7(6.9)	9(9.3)	2(9.5)	1(14.3)	
	なし	300(90.9)	92(89.3)	95(93.1)	88(90.7)	19(90.5)	6(85.7)	n.s.
老年看護学	希望あり	28(8.5)	13(12.6)	4(3.9)	4(4.1)	7(33.3)	0(0.0)	
	なし	302(91.5)	90(87.4)	98(96.1)	93(95.9)	14(66.7)	7(100.0)	p<.001
その他	希望あり	25(7.6)	3(2.9)	8(7.8)	13(13.4)	1(4.8)	0(0.0)	
	なし	305(92.4)	100(97.1)	94(92.2)	84(86.6)	20(95.2)	7(100.0)	n.s.
母性看護学	希望あり	24(7.3)	10(9.7)	10(9.8)	3(3.1)	0(0.0)	1(14.3)	
	なし	306(92.7)	93(90.3)	92(90.2)	94(96.9)	21(100.0)	6(85.7)	n.s.

n.s.=no significant

表6．就業との両立希望　＜入学意志のある者を対象＞

人数（%）

就業との両立希望	計	働きながら学びたい	できれば働きながら学びたい	学業に専念したい	未■答
	330	149	111	65	5
	(100.0)	(45.2)	(33.6)	(19.7)	(1.5)

表７．年代別の就業との両立希望　＜入学意志のある者を対象＞

人数（%）

	計	（できれば）働きながら学びたい	学業に専念したい
20歳代	171	127（74.3）	44（25.7）
30歳代	111	92（82.9）	19（17.1）
40歳代	31	30（96.8）	1（3.2）
50歳代以上	12	11（91.7）	1（8.3）
計	325	260（80.0）	65（20.0）

χ^2=10.559，p<.05

表８．CNSコースの希望　＜入学意志のある者を対象＞

人数（%）

	計	希望する	可能であれば希望する	希望しない	考えたことがない	未回答
CNSコースの希望	330	220	74	28	7	1
	（100.0）	（66.7）	（22.4）	（8.5）	（2.1）	（0.3）

表９－１．入学に関する何かしらの不安有無と，経済面・学業と仕事の両立・学力・入学試験の不安有無　＜入学意志のある者を対象＞

N=330　人数（%）

		あり	なし	未回答
入学に関する何かしらの不安		305（92.4）	23（ 7.0）	2（0.6）
不安の内訳	経済面	187（56.7）	143（43.3）	0（0.0）
	学業と仕事の両立	163（49.4）	167（50.6）	0（0.0）
	学力	150（45.5）	180（54.5）	0（0.0）
	入学試験	146（44.2）	184（55.8）	0（0.0）

表９－２．年代別の経済面の不安有無　＜入学意志のある者を対象＞

人数（%）

		計	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代以上
		330	174	112	31	13
経済面の不安	あり	187（56.7）	96（55.2）	73（65.2）	17（54.8）	1（ 7.7）
	なし	143（43.3）	78（44.8）	39（34.8）	14（45.2）	12（92.3）

χ^2=16.203，p<.01

別，職位別，経験年数別のCNS希望者の割合は，いずれも有意差は認められなかった。

３．不安の有無と課題の有無

不安の有無についても入学意志「あり群」のみを対象に集計および検定したところ，「何かしらの不安がある」と回答した者は92.4%であり，それらの内訳をみると（複数回答可），「経済面」の不安の割合が最も高く56.7%，続いて「学業と仕事の両立」に関する不安が49.4%であった（表９－１）。これらの結果を年代別，単身か否か別，子どもの有無別，学歴別，職位別，経験年数別で比較すると，年代別では「経済面」の不安において群間に有意差が認められ，20歳代，30歳代，40歳代群の「経済面」の不安をもつ者がそれぞれ55.2%，65.2%，54.8%であった（表９－２）。次に，子どもの有無別では「仕事と学業の両立」の不安において有意差が認められ，「子どもあり群」の「学業と仕事の両立」に関する不安（63.3%）が，「子どもなし群」（46.3%）よりも有意に高かった（表９－３）。さらに，学歴別では「学力」の不安において有意差が認められ，学力の不安をもつ者の割合が専門学校（50.2%），短大（43.5%），大学・大学院（11.5%）の順に高かった（表９－４）。単身か否か別，職位別，経験年数別の不安の割合には，有意差は認められなかった。

次に，入学意志「あり群」を対象とした「課題の有無」の結果であるが，「あり群」の26.6%が，大学院就学や研究を通じて解決したい「現場の課題」を抱えていた。年代別，学歴別，職位別，経験年数別のそれを比較・検定した

表９－３．「同居中の子ども」有無別の，学業と仕事の両立の不安有無　＜入学意志のある者を対象＞

人数（%）

		計	子どもあり	子どもなし
		330	60	270
学業と仕事の両立に関する不安	あり	163 （49.4）	38 （63.3）	125 （46.3）
	なし	167 （50.6）	22 （36.7）	145 （53.7）

χ^2=5.701，p<.05

表９－４．学歴別の学力の不安有無　＜入学意志のある者を対象＞

人数（%）

		計	看護専門学校	看護系短期大学	大学・大学院
		326	215	85	26
学力の不安	あり	148 （45.4）	108 （50.2）	37 （43.5）	3 （11.5）
	なし	178 （54.6）	107 （49.8）	48 （56.5）	23 （88.5）

χ^2=14.172，p<.001

表10－１．年代別の解決したい現場の課題有無　＜入学意志のある者を対象＞

人数（%）

	計	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代以上
	297	163	96	27	11
課題あり	79	29	26	15	9
	(26.6)	(17.8)	(27.1)	(55.6)	(81.8)
課題なし	218	134	70	12	2
	(73.4)	(82.2)	(72.9)	(44.4)	(18.2)

χ^2=35.262，p<.001

表10－２．学歴別の解決したい現場の課題有無　＜入学意志のある者を対象＞

人数（%）

	計	看護専門学校	看護系短期大学	大学・大学院
	294	191	80	23
課題あり	78	47	19	12
	(26.5)	(24.6)	(23.8)	(52.2)
課題なし	216	144	61	11
	(73.5)	(75.4)	(76.3)	(47.8)

χ^2=8.439，p<.05

表10－３．職位別の解決したい現場の課題有無　＜入学意志のある者を対象＞

人数（%）

	計	看護部長・主任群	スタッフ群
	297	25	272
課題あり	79	13	66
	(26.6)	(52.0)	(24.3)
課題なし	218	12	206
	(73.4)	(48.0)	(75.7)

χ^2=9.0208，p<.01

表10－４．経験年数別の解決したい現場の課題有無　＜入学意志のある者を対象＞

人数（%）

	計	１年未満	1年以上3年未満	3年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上
	297	22	63	53	73	86
課題あり	79	2	8	10	21	38
	(26.6)	(9.1)	(12.7)	(18.9)	(28.8)	(44.2)
課題なし	218	20	55	43	52	48
	(73.4)	(90.9)	(87.3)	(81.1)	(71.2)	(55.8)

χ^2=25.1116, p<.0001

ところ，すべてにおいてそれぞれの群間で有意差が認められた。年代別では「課題あり」の割合が50歳代以上群（81.8%）で最も高く，年代が若くなるにつれてその割合は減少した（表10－１）。学歴別では，「課題あり」の割合は大学・大学院群（52.2%）が最も高く（表10－２），職位別では看護部長・主任群（52.0%）がスタッフ群（24.3%）の約２倍を占めた（表10－３）。経験年数別では10年以上群（44.2%）が最も高く，後は５年以上10年未満群，３年以上５年未満群，１年以上３年未満群，１年未満群と続き，経験年数が長いほど「課題あり」の割合は高かった（表10－４）。

Ⅳ．考　察

１．就業看護師の大学院への入学意志

入学意志については，「すぐにでも入学したい」と「いずれ入学したい」という回答者が合わせて15.0%であった。一方，対象者の３割強が大学院の意義を認め，３割が「わからない」，３割強が「考えたことがない」ないし「関心がない」であったことから，大学院そのものに関する認識や知識を持つ者が少なかった可能性がうかがえる。一般的には，学士を経て大学院に進学するのが基本的なコースゆえ，大学を卒業した時点で大学院の存在を意識することが多いと考える。７割が専門学校卒であった本対象者の中には，突然大学院について聞われて当惑した者や，即答しづらかった者がいたかもしれない。賀沢ら[10]は，病院で働く看護師対象の大学院ニーズ調査にて，大学院入学資格審査に関する認知度を調べているが，制度の資格条件を知っている者は１割に満たず，５割近くが制度は知っていても資格条件を知らず，制度そのものを知らない者が４割以上を占めたと報告している。本対象者においても同様の傾向にあると考えられ，入学資格審査制度や資格条件を知らなければ，自身の大学院進学の可能性を意識することもないであろう。なお，前述した看護師対象の大学院進学ニーズ調査の緒結果を概観すると，対象看護師の17%から50%が進学意志を持っていたと報告されている。ちなみに，大学院ではなく大学や継続教育の希望を調べた大庭ら[13]の報告によると，現場で勤務する看護師の７割が大学進学を希望していたという。以上の先行所見と比較すると，本対象看護師の進学ニーズは決して高くはないこと，したがって大学院進学ニーズには地域差があること，また，就業看護師の生涯教育を促すには，入学資格審査制度をはじめとした進学や継続教育に関する情報提供が必要である可能性が示唆された。

次に，大学院への「入学意志」に寄与する因子を明らかにするための，「入学意志」を従属変数とした回帰分析の結果では，「入学意志」の変動の1/4が，母性看護学領域を希望していないこと，「入学試験」に関する不安をもっていること，研究活動で解決したい課題をもっていること，CNSコースを希望していること，大学院に意義があると評価していることによって説明された。ただしこの中で，「入学試験」に関する不安は，不安があるから入学を希望するのではなく，入学の意志をもっているから試験に対して不安が生じやすい，と捉えるのが妥当と考える。入学を真剣に，現実的に考えている者ほど入学試験に対する不安は高いということである。また，大学院に意義があると評価していることが入学意志に寄与したのは，そのような価値観自体が入学意志の基盤であることによると推察され，研究活動を通じて解決したい課題を抱えていることが寄与したのは，そのような課題の自覚や解決への動機づけが学習意欲に連動するからと考えられる。両者がインセンティブになり得ることは十分了解できることであり，むしろそうした価値観や課題の影響を取り除いたところでも，母性看護学領域やCNSコースの希望有無が入学意志に影響する，という点に着眼すべきであろう。

なお，母性看護学領域の非希望については，母性看護学領域の希望者割合そのものが少なく（7.3%），母性看護学領域を希望する者はCNSコースよりもむしろ助産師養成コースに流れやすい可能性を示しているのかもしれない。また，CNSコースの希望がインセンティブとなっていたことについては，廣瀬ら[12]が実施したCNSに特化したニーズ調査で，CNSコースの進学理由の１つが「看護専門領域の能力向上」であったことと併せると，就業看護師

の多くが，学位や学問的知識の修得というよりはむしろ，現場での解決能力や臨床に還元できる専門性向上を目指して進学を動機づけられている可能性がうかがえる。母性看護学領域の希望に関する結果からうかがえた可能性も，そうした観点では一致している。

2．希望する看護学領域，就業との両立希望，CNS資格取得の希望

入学意志がある者が希望した看護学領域は，多い順から「がん看護学」，「慢性期看護学」，「精神看護学」であったが，４割強が「がん看護」を望んでいたことを除けば，領域間の希望者割合に大きな相違は認められなかった。塩野ら[11]の大学院進学ニーズ調査の結果でも，希望する領域は「がん看護」が最も多かったことが報告されており，また，現在登録されているCNSや認定看護師数も，がん看護やがん看護に関連した領域の者が圧倒的に多いことから[6,7]，がん看護への傾倒はある程度共通した現象といえよう。

次に，入学意志がある者を対象とした就業との両立希望については，５割弱の者が明確に就業との両立を望んでおり，「できれば働きながら学びたい」を合わせると両立希望者は８割を占め，学業専念の希望者は２割に過ぎなかった。それでも年代別にみると20歳代，30歳代の者は，他の年代と比べて学業専念を希望する者の割合が高かった。40歳代以上の者は20-30歳代の者以上に，家族を養う立場にあることが多いであろうし，職場でもその年代なりのポストが与えられているであろう。現役の場から身を引くことは容易ではないと考える。また今回の設問では，「就業との両立希望」の回答肢を「できれば働きながら学びたい」と，「働きながら学びたい」の２肢を用意したために，ある意味でこれが「働きながら学ぶことは可能である」というメッセージとなり，それが回答に影響した可能性を否定できない。

いずれにせよ，本結果は就業看護師の大学院進学への構えを象徴しているといえよう。つまり，入学意志があるとはいえ８割の看護師は，基本的に仕事の継続を学業と同じように優先することを望んでいる。看護学が実践科学であることも関係していようが，大学からストレートに大学院に進学するケースの多い他の学問分野とは明らかに異なる点である。おそらくは，親の経済的援助を受けての進学者は少ないであろうし，臨床で経験を積んでから進学する者はその分年齢層も高く，経済的援助を受けるどころか家族を養いながら進学を計画しなければならない。もちろん，看護学分野においても，学部卒業後そのまま大学院に進学する者がいないわけではない。しかしその数は，臨床を経て大学に戻ってくる者の割合と比べたら微々たる数字である。結局，他の学問分野における大学院進学とは枠組みが全く異なるわけであり，それを踏まえて開講スタイル等を考える必要があろう。賀沢ら[10]も，「進学後も仕事を継続したい」と回答した者が５割近くであったことと，継続の手段として「勤務形態や部署の変更」が多かったこと，先行所見をレビューして「夜間・土日祝日開講コース」や「修業年限の延長」が必須条件であったことを述べている。大学院が大学病院に併設されているようなところであれば，現場の協力を仰いでたとえば，病棟勤務の看護師ならば夜勤専門のシフトにしてもらい，講義や指導を受ける時間を確保させてもらうことが可能かもしれない。就学中の２年間は非常勤体制で，修業後常勤の元のポジションに戻してもらうこと，つまり職位と給与の維持を保障してもらうこと等も期待できるかもしれない。さらに，大学院側の抜本的対策として，完全な「単位制」とし，本人の希望する年数で単位取得できる形にしたり，学位取得を目的とせずに満期修了を目指すカリキュラムを用意すること等も提案できる。その場合大学院生は，入学金と授業料の代わりに，入学金と履修科目ごとの受講料と年間会費のようなものを支払うことになる。以上，すべて大学院生のニーズを確認した上での検討事項となろうが，院生の背景を加味すると最も現実的で，院生と教員の両者にとって無理のないスタイルと考えられる。ただし，「単位制」については，学校教育法や文部科学省の大学院認定規定等との整合性の問題が，根本的な課題として残るかもしれない。

最後に，CNS希望者に関して，入学意志がある者のみを対象とした結果，「希望する」と「可能であれば希望する」を合わせて９割がCNSを希望していた。賀沢ら[10]の大学院ニーズ調査や，我山部ら[14]のCNSニーズ調査の結果でも同様であり，CNSコースの人気はがん看護領域の人気とともに，揺ぎないものとなっていることが確認できる。

3．入学に伴う不安等と現場で抱える課題

入学意志がある者の中で「何かしらの不安がある」と回答した者は９割を超え，その主要要[redacted]は経済的問題であった。これは，小松ら[15]の就業看護師と助産師，保健師，看護教員等を対象とした進学ニーズ等の調査にて，大学への要望として最も多かったのが経済的問題への対応であったことと一貫している。ちなみに小松ら[15]は，続く大学への要望は，仕事との両立，家庭との両立，年齢や学力の問題であったと報告している。なお平井らの調査[16]でも，進学に向けて支援して欲しい内容として，給与の保障，奨学金などがあがっており，経済的不安を削減するような支援が重要であることがうかがえる。また本調査では，経済面の不安は年代により有意に異なり，50歳代以上群よりも20歳代，30歳代，40歳代，特に30歳代の経済的不安が高かった。これは，一般的には若年者に特化した経済的支援を意[redacted]しやすいが，実際は，50歳代以上を除くすべての年

代を対象とした支援体制の構築が望ましいことを示唆している。看護師が希望している経済的支援の方法として，賀沢ら[16]は，奨学金・助成金制度，授業料減額を紹介しているが，他にも，一旦退職した2年後の，修業時の再就職や職位と給与の維持を保障するといった制度などは，現実的で実現可能性の高い支援の1つである。

次に，子どもの有無別の「仕事と学業の両立」の不安に差があったことからは，子どもがいる看護師を対象に「仕事と学業の両立」をめぐる不安が減少するような支援の構築が求められていることがうかがえた。育児のことを視野に入れた大学院進学（継続教育）支援を述べた先行研究は認められなかったが，まずは方策として，どのような支援があれば不安が軽減するのか，育児と仕事と学業3者の両立が可能なのかを当事者から聴取し，その上で検討する必要があると考える。さらに，学歴別の「学力」の不安に差があり，専門学校卒者の半数が「学力」の不安をもっていたことからは，彼らを対象とした学力の不安が減じるような支援も必要といえよう。例えば，関連病院就業者の希望者に対してであれば，入学前の時点で大学側から出前講義等を提供することもできなくはない。

次に，大学院進学を通じて解決したい現場の課題であるが，入学意志がある者の4分の1が課題をもち，ロジスティック回帰分析の結果とは別に，ここでも課題の存在が大学院進学の動機づけになっている可能性が示唆された。年代別では50歳代以上群の8割が課題を抱え，40歳代の5割以上，30歳代の3割弱，20歳代の2割弱が課題を抱えていたこと，職位別では看護部長・主任群の5割以上が課題を抱え，それがスタッフの2倍を占めていたこと，さらに経験年数別でも年数の長い群が短い群よりも課題を抱えていたことからは，臨床経験を積んで職位が昇進するほど課題を抱えやすいことがうかがえた。ある意味で，臨床の経験が長くなるほど，また職位が上がるほど問題解決が求められる状況や場面に遭遇しやすく，そうした機会に多く直面すればその分，課題を意識してその達成に動機づけられる可能性を示しているといえよう。

一方学歴別では，大学・大学院卒者の5割以上が課題を抱え，続いて専門学校卒者と短大卒者の4分の1弱が課題を持っていたことから，大学・大学院卒者がその他の学歴をもつ者よりも課題を抱えやすいことが示唆された。その理由として1つは，大学では問題解決的思考を促すような教育が，大学以外の教育機関よりも優先されていること，つまり大学教育の特性が反映している可能性が考えられる。樋口ら[17]は，大卒看護師に求める能力として「目の前にある現象の構造を考え，説明する思考力」，「看護職としての考えを論理的に，筋道をたてて他者に説明できる力や判断力」，「必要に応じて社会システムの中で調整的な役割を果たしていく能力」等をあげている。また，酒井ら[18]は，181施設の師長を対象に，看護系大卒者の特徴等の認識を調査しており，師長らが看護系大卒者のよい点の1つに「論理的思考が優れている」点をあげていたこと，また，看護系大卒者の中堅看護師を「積極的に活用したい」理由に，「思考技術が優れており，看護計画立案に力を発揮できること」や「実践の場での問題解決能力に優れていること」等をあげていたことを報告している。同じ現象に直面しても，また同じ情報を得てもそれをどのように認識し，解決するかは個人によって大きく異なる。そこに「問題あり」と認識する能力は，もともとの個人差もあろうが教育やトレーニングを経て培われるものでもあり，その教育やトレーニングのあり方によってターゲットとした能力に差が生じると考えるからである。

なお，課題を認識すればそれを伝える能力が必要であり，特にチームで働く看護師の場合は，新たな課題の意義を他のスタッフや部下，上司に説明して理解してもらう力と，そのプロセスの中でチームとして同じベクトルを描けるよう協働体制を作っていく能力が求められる。現象から新たに把握した課題に対してこのような構造的なかかわりを展開し，かつ問題解決を提案できるような看護師の能力が，現場では切実に求められている。もし，修士課程で学ぶことでそうした能力がさらに培われるならば，また，修士課程の研究活動により現場の課題が解決できるのならば，個人の学びが患者や他のスタッフに還元されていくことになる。またその問題解決の過程は同じ職場の看護師にも承認され，修士課程で学ぶ意義や価値が周知されることになる。一方教員側も，課題をもつ看護師が研究を通じてそれを解決し，そのことが職場への還元と修士課程の将来性につながるのであれば，それを踏まえて教育体制を作っていく必要がある。臨床現場の課題が解決できるような講義や，指導のあり方を工夫していくことが求められよう。

Ⅴ．まとめ

A大学病院関連医療施設の就業看護師を対象に，大学院修士課程入学のニーズ調査を実施した。その結果，対象者の15%が入学意志を持っていることが明らかにされた。また，入学意志に寄与する因子として母性看護学領域を希望していないこと，研究活動で解決したい課題をもっていること，CNSコースを希望していること，大学院に意義があると評価していることがあげられた。次に，希望する領域とコースについては，「がん看護学」とCNSコースが圧倒的に多いことが示された。また，入学意志がある者の8割が学業と就業の両立を望んでおり，これらに対して大学院側のカリキュラム，開講スタイル等の工夫が求められることが示唆された。さらに，入学意志がある者の9割以上

が，入学に伴う何かしらの不安をもち，半数以上が「経済面」の不安を，半数近くが「学業と仕事の両立」，4割強が「学力」と「入学試験」に関する不安を抱えていることが明らかになった。そして，入学意志がある者の4分の1が大学院入学に関連した現場の課題をもっていた。もし，就業中の院生が修士課程での研究活動を通じてその課題を解決できるならば，個人の学びが患者や他のスタッフに還元されていくことになる。教員側も，それらを踏まえて教育体制を構築していくことが求められる。

謝　辞

本調査にご協力いただきました大学病院，関連医療施設の看護部の皆様に深く感謝申し上げます。

要　旨

就業看護師の大学院修士課程の入学ニーズ調査を実施した。その結果，対象2232名中15.0%，330名が入学意志を持ち，3.3%の73名が「すぐにでも入学したい」と回答した。入学意志がある者の希望する修士課程は，領域ではがん看護学44.2%，コースではCNSコース89.1%が圧倒的に多く，78.8%が学業と就業の両立を望んでいた。また92.4%の者が入学に伴う何かしらの不安を持ち，その内容は経済面56.7%，学業と仕事の両立49.4%，学力45.5%，入学試験についてが44.2%であった。26.6%の者が大学院入学を通じて解決したい現場の課題をもっており，入学意志に寄与する因子としては，解決したい現場の課題があること，CNSコースを希望していること，大学院に意義があると評価していること，母性看護学領域を希望していないことがあげられた。以上の背景を踏まえて教育体制を構築する必要性が示唆された。

Abstract

A survey was conducted with working nurses on their interest in being admitted to graduate schools. Out of 2,232 nurses surveyed, 15.0% or 330 nurses responded that they had intention of joining graduate school some time during their career, while 3.3% or 73 nurses said they wanted to be admitted immediately if possible. 44.2% wished to study cancer nursing and an overwhelming 89.1% of them cited CNS course. 78.8% said they wanted to continue to work while they study. 92.4 % of them, however, expressed various concerns; 56.7% over economic burden; 49.4% over their work/study balance; 45.5% over their academic ability; 44.2% over admission examination. 26.6% of nurses faced issues at workplace, which they wished to solve by studying at graduate schools. Factors making them want to join graduate schools were: 1- issues at workplace which they hoped to solve, 2-want to study CNS, 3-recognize the importance of graduate school and 4-do not wish to specialize in maternal nursing. It has become apparent that education system needs to be built with due consideration to such background.

文　献

1）藤村龍子：教育機関の特質に見る専門職性とカリキュラム構造．看護教育，36, 639-644, 1995.
2）文部省，厚生省，労働省告示：「看護師等の人材確保の促進に関する法律」．1992年6月．
3）文部省，厚生省，労働省告示：「看護師等の人材確保の促進に関する法律」基本指針．1992年12月．
4）文部科学省：「看護学教育の在り方に関する検討会」到達目標を示すにあたっての看護学の学士課程の特質．2003.
5）日本看護系大学協議会：平成19年度事業活動報告書．2007.
6）日本看護協会HP：専門看護師，http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/senmon/index.html
7）日本看護協会HP：認定看護師，http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/nintei/index.html
8）日本精神科看護技術協会HP：認定看護師制度．http://www.jpna.or.jp/info/j_nintei.html
9）河野啓子，松木秀明，式守晴子，松岡昌子：看護職の大学院進学ニーズに関する調査．東海大学健康科学部紀要，9, 57-63, 2004.
10）賀沢弥貴，山田聡子，他：愛知県立看護大学の教育改革に関する調査（4）病院で働く看護師の本学大学院への進学ニーズ．愛知県立看護大学紀要，11, 95-107, 2005.
11）塩野悦子，山田紀代美，真覚健，中塚晴夫，菊地登喜子：宮城県における看護職の大学院進学ニーズ調査報告　病院看護職への調査．宮城大学看護学部紀要，8(1), 89-95, 2005.
12）廣瀬幸美，松下由美子，石田貞代，流石ゆり子，遠藤みどり，松下裕子：山梨県内看護職者の大学院（専門看護師教育課程）への進学に関するニーズ実態調査（その1）看護職者への調査．山梨県立大学看護学部紀要，10, 83-92, 2008.
13）大庭純子，福島真由美，三輪恵理，向井由美子，立野恵子，伊藤恵，佐々木孝子，宮原百合子：現場で勤務する看護職の大学進学・継続教育に対する意識調査．日本看護学会論文集，看護教育，34, 145-147, 2003.
14）我山部キヨ子，他：三重大学大学院医学系研究科看護学専攻（修士課程）設置への期待と要望．三重看護学誌，3, 195-203, 2000.
15）小松万喜子，平井さよ子，他：愛知県立看護大学の教育改革に関する調査（1）本学大学院への進学及び修了者雇用に関するニーズの概括．愛知県立看護大学紀要，11, 69-78, 2005.
16）平井さよ子，海老真由美，他：看護職の大学院への進学ニー

ズに関する調査．愛知県立看護大学紀要，8, 33-40, 2002.
17) 樋口康子，吉田みつ子:【看護新時代】看護大学卒看護職の増加と病院．病院，58(4), 314-317, 1999.
18) 酒井郁子，湯浅美千代，佐藤まゆみ，他:【大卒看護師をどう活用し育成するか】看護系大学を卒業した看護職者の活用・育成に対する看護管理者の意識に関する調査から　看護系大卒者の特徴と育成・活用に関する看護師長の認識．看護管理，13(7), 517-522, 2003.

［平成20年９月22日受　付
平成21年４月２日採用決定］

－原　著－

ICU入室中の心臓大血管系の手術を受けた患者に対する日中の低照度補光効果

Effect of Moderately Bright Light Exposure on ICU Patients Following Surgery of the Cardiovascular System

田口豊恵[1)] Toyoe Taguchi　岡啓太[2)] Keita Oka　岡本文代[2)] Fumiyo Okamoto　小山恵美[3)] Emi Koyama

キーワード：ICU，サーカディアンリズム，心臓の手術後，低照度補光，メラトニン分泌リズム
Key Words：Intensive care unit, circadian rhythm, post operative cardiac surgery, moderately bright light exposure, melatonin secretion rhythm

Ⅰ．緒　言

集中治療部（Intensive Care Unit，以下，ICUとする）に勤務している看護師には患者の状態を綿密に観察し，異常を早期発見するという役割の他に患者を取り巻く環境を調整するという役割がある。しかし，重症患者が多いICUのような部門では治療が先行するために病室の明暗変動を健康時と同等の状態に調整することは困難である。また，病院ではJIS規格をもとに治療や看護に影響がない照度条件を建築時に考慮されているが，ICUについては明確な照度規準が定められていないのが現状である。看護の先人であるフロレンス・ナイチンゲールは１世紀以上も前に「病人に対して陽光を取りいれるという環境調整手法」の重要性を唱えている[1)]が，その経験知を具体的な看護へと展開できている病院はまだ数少ない。1980年代に入り，光は人間のサーカディアンリズムを外部環境に同調させる最も重要な因子であることが発見され，睡眠障害の治療として注目されるようになってきた[2)]。

近年の研究成果をみると，我■では睡眠覚醒リズム障害および高齢者のせん妄や徘徊などの異常行動に対する光介入の効果が明らかにされている[3)~5)]。一方，■外では，Cohenら[6)]は，乳癌や前立腺癌の再発によって入院している対象に対して5,000lxの光を病院または家庭で朝30分～３時間に渡って照射した結果，気分の高揚やＡＤＬに拡大がみられたと報告している。また，Schmitzら[7)]は，アルコール依存患者10人に対し，アルコール離脱時にセデーションの代用として3,000lxの光照射を行ったところ，睡眠構造の変化および激しい離脱症状やせん妄を予防することができたと報告している。

筆者らは，上記の先行研究にもとづき，ICUにおける光の臨床応用を目的に食道癌術後の患者に対し，5,000lxの光照射を行ったところ，術後せん妄の発症率の低下および早期離床効果が得られた[8)]。また，前述した先行研究において，ICUの光環境改善を目指した体系的な臨床応用研究はなされていないことや高照度光による照射が主流であることも明らかになった。

そこで，今回は，高照度光と比較して対象者への負担が少ないと考えられる低照度条件の補光による心臓大血管系の術後患者に対する有用性について述べる。

Ⅱ．用語の定義

１．用語の定義

１）サーカディアンリズム（概■リズム）

24時間前後の周期を持ち，何らかの環境周期に同調する自律性の生物リズム。普遍性，遺伝性，温度補償性などの特徴をもつ[9)]。

２）■中の補光

補光とは，屋内にいる対象に対して意図的に人工的な光を照射し，本来であれば受光できるはずである昼光の不足を補うことである。ここでは，ICUにおける昼夜の明暗サイクルが明瞭になるように制御することをいう。

３）分光分布

光源から放射される光を波長ごとに分割し，各波長の光がどの程度含まれているかを表した分布のことをいう。可視光線の波長は380nm ～780nmまでなので，通常その間の分布だけを表現する[10)]。

１）明治国際医療大学　Meiji University of Integrative Medicine
２）第二岡本総合病院　Daini Okamoto General Hospital
３）京都工芸繊維大学　Kyoto Institute of Technology

4）低照度条件

光の分光分布などの特性に注目した患者に負担の少ない1,000lx程度の照度条件のことをいう。

Ⅲ．研究仮説と研究目的

1．研究仮説

日中の補光により，心臓大血管系の手術を受けた患者の直腸温周期は24時間に近い周期を示し，夜間のメラトニン分泌量が増加するのではないか。

2．研究目的

低照度条件による日中の補光が，心臓大血管系術後患者の直腸温およびメラトニン分泌のサーカディアンリズムの調整に有用であるかを検証することである。

Ⅳ．研究方法

1．研究デザイン

準実験研究

2．対象および研究期間

対象は，術後管理上，短くても３日間はICUに入室する心臓大血管系の手術を受ける成人期・老年期の男女とし，精神疾患及び眼科的疾患を有さないことを条件に選定した。研究施設は，京都府内B市にある総合病院の集中治療部に依頼した。研究期間は，平成19年２月～平成19年７月までの約６ヶ月間である。

1）実験用具

LED（Light=“光る”Emitting=“出す”Diode=“ダイオード”のそれぞれ３つの頭文字を略したもので，電気を流すと発光する半導体の一種で発光ダイオードとも呼ばれる）を光源とする写真１に示す光照射装置は，本研究のために独自に試作したものである（製作協力：星和電機株式会社）。光源となるLEDは光拡散特性に優れるもので，２つに分けた照射ボックスの内部に配置されている。光照射装置の発光面には乳白アクリル板を拡散材として配置して，発光面の輝度ムラができないようにしている。また，LEDの分光分布特性は，従来の蛍光灯光源のものよりもサーカディアンリズムに対する影響が大きいとされる青色波長成分（440～490 nm）を多く含んでいるが，本装置で使用したLEDは青色波長成分を単に増大させるだけでなく，緑や赤の波長成分とのバランスにも配慮し，光照射を受ける患者の疲労感を軽減することをねらいとしている。

写真１．ICUフロアーでベッド足元から補光を実施している様子

2）手順

① 対象者への研究概要についての説明は，主治医より手術の説明を受けた後とし，手術４～５日前に文書で同意を得た。

② 術後ICU入室数時間以内から直腸温の計測を開始した。直腸温はフィリップ製の中央モニターと接続し，５分毎にデータをサンプリングした。

③ 補光は，午前10時～12時，午後１時～３時の計４時間に渡って実施し，ベッドの足元あるいは側面から光を照射した。光源と患者の眼前距離は先行研究に準じて約100cmとし[11]，補光期間は術後１日目～３日目とした。また，患者の仰臥位での顔面前照度が900～1,100 lxになるよう光照射装置の位置を調整した。

④ 手術当日より，22時，０時，２時，６時，18時に動脈ラインから採血を行い，血中メラトニン濃度を定量化した。採血期間は，術当日～術後３日間とした。

3．解析方法

本研究においては，手術中から計測している信頼性の高い深部体温指標のひとつである直腸温[12]および昼間の受光量を反映するメラトニン分泌量の変化からサーカディアンリズムの調整効果を評価した。

直腸温の解析は，カレイダグラフVer. 4.0を使用し，三角関数あてはめによる最小自乗法を用いてサーカディアンリズム特性を算出し，補光前後で比較した。最小自乗法とは，測定で得られた直腸温を数値の組を適当なモデルから想定される一次関数や対数曲線など特定の関数を用いて近似するときに，想定する関数が測定値に対してより近似となるように残差の二乗和を最小とするような係数を決定する方法，あるいはそのような方法によって近似を行うことである[13]。下記に本解析で用いた数式およびサーカディアンリズム特性の評価指標を示す。

$y(t) = M1 * \cos(M3 * x(t) + M4) + M2$

（$y(t)$：時刻$x(t)$における深部体温あてはめ曲線の値，$x(t)$：時刻（分），M1=振幅，M2=平均体温，$M3 = 2\pi$/周期，M4=位相のパラメータを示す）

サーカディアンリズム特性の評価指標

相関係数R値：１に近いほどモデルへのあてはめ度合いが高くリズム性も明瞭である。

振幅：振幅が大きいほどリズム性が明瞭である。健常成

人の深部体温フィールド計測では，通常１～２度の値を示す。

平均自乗誤差：０に近いほどモデルへのあてはめ度が高くリズム性も明瞭である。

周期：24時間に近いほどサーカディアンリズム性が明瞭である。

直腸温データをあてはめる区間の長さはサーカディアンリズム特性を評価するためにはできるだけ長い方が望ましく，定常状態では１週間くらいの期間が必要であると言われている[12]。しかしながら，臨床において１週間の連続計測は，患者の状態から困難な場合が多い。特に，術後のように対象の状態が時間経過とともに変動することが考えられる場合では，三角関数あてはめ区間を48時間とし，サーカディアンリズム特性の経時変化を評価することが妥当であると判断し，あてはめの期間を24時間ずつずらして（手術当日０時より０～48時間，24～72時間，48～96時間の区間で）解析を行った。補光前後の比較については，手術当日０時より０～48時間を補光前とし，24～72時間以降を補光後として解析をおこなった。あてはめ区間を48時間に設定したもうひとつの理由として，手術の終了時刻が深夜に及ぶ症例では補光開始前の解析区間が非常に短くなり，12時間以内の直腸温解析は意味をなさないと判断したためである。メラトニン分泌量については，術後１日目を補光前，２日目以降を補光後として，Friedman順位による繰り返しの分散分析を用いて経時的な変化を比較した。

４．倫理的配慮

本研究は，研究協力病院の倫理委員会の承認を経て実施した。対象者はもちろん，家族およびキーパーソンにも研究概要を説明し，文書にて同意を得た。また，補光中の心身の状態について綿密な観察を行い，安全かつ患者への負荷を極力軽減できるよう配慮した。さらに，個人情報保護法に則り，記録物やデータ管理の徹底に努めた。

Ⅴ．結　果

対象者の背景を表１に示す。補光後の直腸温変動は，三角関数あてはめによる最小自乗法を用いて解析し，直腸温のサーカディアンリズム特性を求めた（周期，振幅，あてはめ相関係数Ｒ値，平均自乗誤差）が，直腸温変動は全体的に低振幅傾向を示し，当てはめモデルへの適合も良くなかった。今回の研究では，補光後２日目により24時間に近い周期を示した直腸温周期とメラトニン分泌リズムについて述べる。

図１は三角関数あてはめ区間を48時間とし，術後あてはめ期間を24時間ずつずらして解析した結果をグラフ化したものである。また，表２はその経時的変化を示したものである。術後24時間から72時間にかけての平均直腸温周期とその標準偏差は26.9±4.3時間であり，術後から48時間の解析区間と比較すると標準偏差が小さくなっていた。

図２および表３は12名の患者の補光前後のメラトニン分泌量の変化を経時的に示している。ほとんどの患者において手術直後の夜間にはメラトニン分泌リズムのピークがみとめられなかったが，12名中９名の患者は術後２日目から３日目になるに従ってメラトニン分泌量の振幅が増大した。また，術後のメラトニン分泌量変化をFriedman検定したところ有意差がみとめられた（$P<0.0001$）。

表１．対象の背景

対象	年齢	性別	術式	合併症	気管チューブ抜管
1	83	男	大動脈弁置換術	狭心症	術後１日目
2	82	女	大動脈弁置換術	高血圧 糖尿病	術後12日目
3	69	女	弓部全置換+心臓バイパス術	なし	術後６日目
4	59	男	心臓バイパス術+下肢バイパス術	動脈硬化	術後１日目
5	57	男	上行大動脈置換術	不明	術後７日目に気管切開
6	63	女	心臓バイパス術	糖尿病	術後１日目
7	83	男	心臓バイパス術	高血圧 閉塞性動脈硬化症	術後５日目
8	81	男	心臓バイパス術	狭心症	術後１日目
9	67	男	心臓バイパス術	陳旧性心筋梗塞	術後３日目
10	61	女	胸部下行大動脈置換術	リウマチ	術後１日目
11	63	男	大動脈弁置換術＋心臓バイパス術	高血圧	術後１日目
12	72	女	心臓バイパス術	糖尿病	術後１日目

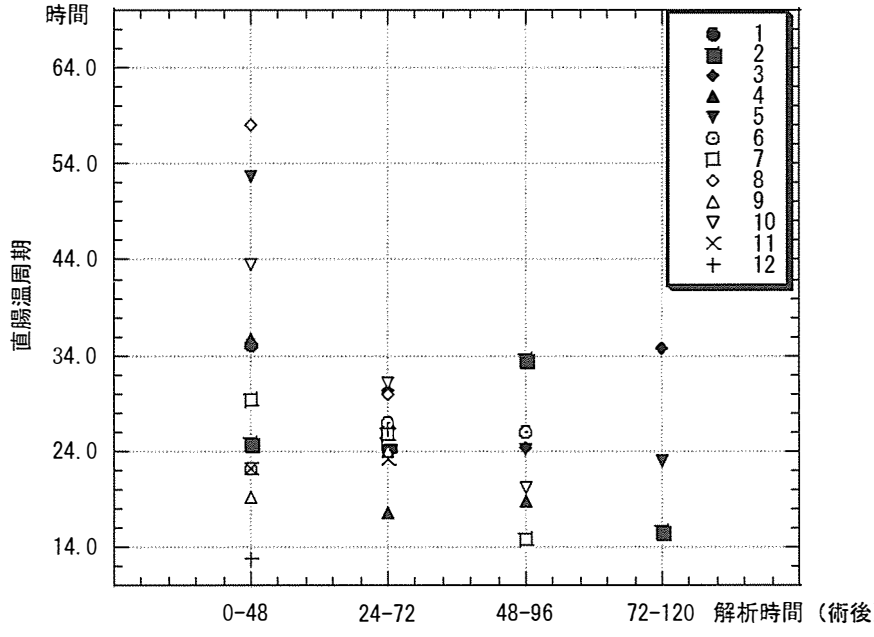


図１．補光後の直腸温周期変動(48時間毎の解析結果)
（凡例１－12は対象者を示す）

表２．直腸温周期

対象者＼時間	0－48時間	24－72時間	48－96時間
1	19.0	33.5	*
2	24.6	33.6	21.8
3	35.8	18.7	*
4	30.4	24.0	*
5	18.2	29.0	*
6	27.3	29.5	23.7
7	52.6	24.4	24.1
8	19.1	23.9	*
9	13.2	25.2	*
10	43.5	31.1	20.2
11	22.1	23.4	*
12	12.8	26.4	*
平均	26.5	26.9	*
標準偏差	11.7	4.3	*

＊は直腸温計測していないため解析なし

Ⅵ．考　察

直腸温変動を解析した結果，その周期は補光開始１日目より２日目において，より24時間に近い周期を示し，メラトニン分泌量は経時的に有意に増加した。このことは，低照度条件の補光であっても，ICUに入室している患者のサーカディアンリズムを調整できる可能性を示すものである。しかしながら，本研究は準実験研究であり対照群との比較ができていないことやモデルの適応度が十分とはいえないため，サーカディアンリズムの調整効果を正確に評価できていない。また，今回の補光期間はICU入室中の３日間だけであるため，ICU退室後４日目以降の継続効果については未検証である。

メラトニン分泌量（健常人では昼間20pg/ml以下，夜間の最高値は昼間の10～20倍にもなる）をみると，多くの症

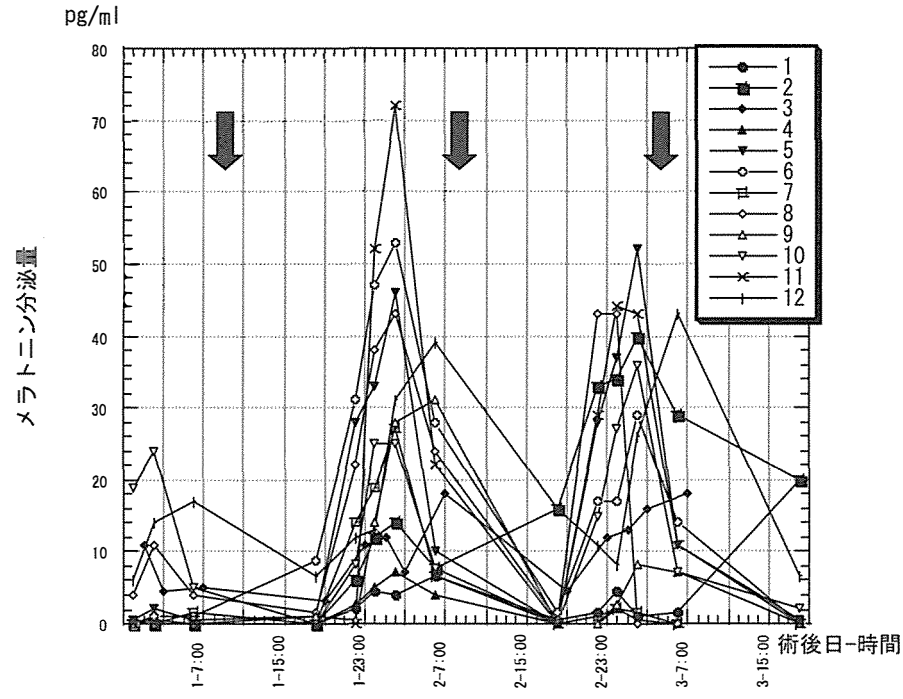


図2．補光後メラトニン分泌量の変化（黒の矢印は補光実施を示す）
（折れ線1－12は対象者の分泌量変化を示す）

表3．補光後メラトニン分泌量の変化

	時間＼対象者	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
術後1日目	00:00	0	0	11	0	0.6	0	0	3.9	0	19	0	6.1
	02:00	0	0	4.4	0.6	2.2	1.1	0	11	0	24	0	14
	06:00	0	0	5	0	0.6	1.1	1.7	3.9	0	5	0	17
	18:00	0	0	3.3	0	1.1	8.9	0	1.7	1.1	0	0	6.7
	22:00	2.2	6.1	11	2.8	28	31	14	22	0.6	8.3	0	12
術後2日目	00:00	4.4	12	12	5	33	47	19	38	14	25	52	13
	02:00	3.9	14	7.2	7.2	46	53	27	43	28	25	72	31
	06:00	6.7	7.8	18	3.9	10	28	6.7	24	31	7.8	22	39
	18:00	0.6	16	4.4	0	0	1.7	0	0.6	0	0	0	16
	22:00	1.7	33	12	0	28	17	1.1	43	0	15	29	11
術後3日目	00:00	4.4	34	13	2.2	37	17	2.2	43	2.8	27	44	8.3
	02:00	1.1	40	16	0.6	52	29	1.7	0	8.3	36	43	26
	06:00	1.7	29	18	0	11	14	0	0	7.2	7.2	11	43
	18:00	20	20	2.8	0	0.6	0	0	0	0	2.2	0	6.7

pg/ml

例において術後当日の夜間帯では分泌量が少ない傾向が示された。Olofssonは，ICUに入室している患者で人工呼吸やセデーション（鎮痛，鎮静）を受けている患者のメラトニンリズムの欠如を報告している[14]。また，Karkelaは全身麻酔や手術侵襲は，夜間のメラトニン分泌量を遅延させると報告している[15]。今回の結果においても，全症例が全身麻酔後にセデーションしながらの人工呼吸管理が行われており，先行研究と同様の結果を示した。しかし，補光後は次第にメラトニン分泌量の増加がみられ，日中の補光により夜間のメラトニン分泌リズムが正常化していったと考えられる。

健常人を対象に高照度光を用いた先行研究は数多く見受けられるが，臨床応用になると急激に減少する。今回は明暗変動が少なく，自然光が入りにくいICUの環境下において患者にできるだけ負担の少ない方法である低照度条件

による補光を実施したが，照度条件や照射時間・期間については検討の余地が残されている。

低照度条件による光照射を用いた先行研究をみると，Kohsaka[16]は健康な女性8名を対象に1,000lxという低照度条件で，自宅の机上面から6日間に渡り，毎朝1時間の照射を行った結果，心理面や睡眠の質に変化がみられたと報告している。これは補光の継続効果を示すものであり，本研究においてもICU入室期間のみならず，周手術期を通した介入が必要であると考える。今後はさらに研究デザインを検討し，ICUスタッフと共に患者の視点に立った光環境改善に取り組み，サーカディンリズムの調整を介した自然治癒力の促進につなげていきたい。

Ⅶ. 結　論

心臓大血管系の手術を受けた患者に対するICU入室中の低照度補光により，直腸温周期およびメラトニン分泌のサーカディアンリズムが調整される可能性が示された。

Ⅷ. 謝　辞

本研究に当たり，ご協力頂きました患者様並びに病院スタッフの皆様に深謝致します。また，光照射装置の製作に当たり，多大なご尽力を頂いた星和電機株式会社の皆様に心よりお礼を申し上げます。本研究の一部は，平成19年度，新医療施設開発振興財團より研究助成金を受けて実施しました。

要　旨

〔目的〕

侵襲の大きい手術を受けた患者を対象に低照度補光を実施し，術後のサーカディアンリズムの調整効果を検証することである。

〔対象及び方法〕

心臓血管系の手術患者を対象とした準実験研究である．患者の負担を減らすため，波長成分を考慮したLED光源の光照射装置を低照度条件で用いた．補光は，術後1日目より，昼間4時間，計12時間にわたって実施した。補光と術後サーカディアンリズムの関連性については，深部体温とメラトニン血中濃度で評価した。

〔結果〕

患者の深部体温は，補光開始1日目よりも2日目でより24時間周期に近づき，あてはめ度もよくなる傾向が示された。また，Friedman法を用いて，時間経過に伴うメラトニン分泌量を比較したところ，$P<0.0001$にて有意差がみとめられた。

〔まとめ〕

低照度補光は，侵襲の大きい手術を受けた患者のサーカディアンリズムを調整できる可能性が示唆された。

Abstract

Moderately bright light exposure was performed in patients following major surgery, and reinforcement in the postoperative circadian rhythm were investigated.

[Subjects and Methods]

A sub-experimental study was performed in patients who underwent surgery of the cardiovascular system. To reduce stress on patients, moderately bright light from an LED light source was used in consideration of wavelength components using a light equipment. Light exposure was performed for 4 hours in the daytime, starting from day 1, for a total of 12 hours. The association between the moderately bright light exposure and postoperative circadian rhythm was evaluated based on the deep body temperature and blood melatonin level.

[Results]

The deep body temperature on day 2 of supplemental irradiation were closer to a 24-hour cycle than those on day 1, and the goodness of fit also tended to improve. When the melatonin secretion level with time was compared using the Friedman method, a significant difference ($p<0.0001$) was detected.

[Summary]

Moderately bright light exposure may reduced stress and reinforcement the circadian rhythm of patients after major surgery, suggesting its application in clinical practice.

文　献

1）湯槇ます，薄井坦子，他訳：看護覚え書，131-135，現代社，1975.
2）大石正，井深信男，他：光と人間のハンドブック，朝倉書店，286-290, 1997.
3）小山恵美，中野紀夫，他：ブライトケア・システム　－光による高齢者の睡眠覚醒改善手法―，松下電工技報，65, 34-40, 1999.
4）Okumoto Y., Koyama E., et al.: Sleep improvement by bright light in a demented aged individual, Psychiatri Clin Neurosci, 52, 94-196, 1998.
5）Koyama E.,Matsubara H.,et al.: Bright light treatment for sleep-wake disturbance in aged individuals with dementia, Psychiatri Clin Neurosci, 53(2),227-229,1999.
6）Cohen S. R, W, MDCM and Mou.: Phototherapy in the Treatment of Depression in the Terminally Ill. Journal of Pain and Symptom Management:9,534-536,1994.
7）Schmitz M., Frey R., et al.: Sleep quality during alcohol withdrawal with bright light therapy. Prong Neuro-Psychopharmacol an Biolsychiat, 21, 965-977, 1997.
8）Taguchi T, Kido Y., et al. :The influence of bright light therapy on postoperative patients: A pilot study, Intensive Crit Care Nurs, 123 (5), 289-97, 2007.
9）千葉喜彦，高橋清久：時間生物ハンドブック，10-20，朝倉書店，東京，1991.
10）照明学会編：照明ハンドブック，54-69，オーム社，東京，2006.
11）古田壽一：高照度光療法，精神科治療学，267-271, 1998.
12）白川修一郎：生体リズムの長期モニタリング，日本ME学会雑誌 7 , 1993.
13）本間研一，本間さと，広重力：生体リズムの研究，27-31，北海道大学■書刊行会，北海道，1989.
14）Olofssn K.,Alling C.,et al.:Abolished circadian rhythm of melatonin secretion in sedated and artificially ventilated intensive care patients, Acta Anaesthesiol Scand, 48, 679-684, 2004.
15）Karkela J., Vakkuri O.,et al.: The influence of an aesthesia and surgery on the circadian rhythm of melatonin, Acta Anaesthesiol Scand, 46, 30-36, 2002.
16）Kohsaka M., Fukuda N..et al.: Effects of moderately bright light on subjective evaluations in healthy elderly women, Pychiatr Cli Neuroci, 53, 239-241, 1999.

〔平成19年11月20日受　付〕
〔平成21年4月16日採用決定〕

－研究報告－

男性看護師の職務ジェンダー意識と職務満足の関係

Job Gender Consciousness and Job Satisfaction among Male Nurses

出口睦雄
Mutsuo Deguchi

キーワード：男性看護師，職務ジェンダー意識，職務満足，メンター
Key Words：male nurses, job gender consciousness, job satisfaction, mentor

Ⅰ．序　論

看護師が専門職であるなら，あるいは専門職を目指すのなら，ジェンダーによって職務の適性を区別するべきではない。男性看護師が増えてこそ，初めて看護師が本当の意味で専門職であると医療関係者からも，また社会の人々からもみなされるようになる[1]。看護師は専門職の要件のうち公共性，倫理性，公認の資格，職能団体などは充足しているが，専門性や自立性において疑問があると指摘されている[2]。看護師が専門職として社会的に認められるためには，女性中心の仕事から脱皮して男性にも働く場を提供し，共に看護の仕事をしなければならない[3]。また，看護師に対する専門職としての評価が低い理由として，医療社会は医師である男性中心であり，看護師である女性の発言は何の効力もなかったという指摘もある[4]。

このように男性看護師の増加が切望されているにもかかわらず，平成16年の調査によると男性看護師の占める割合は，看護師全体の4.0％であり[5]，この男性看護師の占める割合は10年前と比べわずか1.4％の増加にすぎない[6]。

男性看護師の増加が少ない理由の一つとしてジェンダーの問題があると筆者は自身の体験から考えている。男性であるという理由で限定されてしまう勤務領域や，患者やその家族が抱く男性看護師に対する違和感，看護師集団からのジェンダーによる排他性を感じることが少なからずあった。

ここで，男性看護師に関する先行研究を概観する。男性看護師に関する先行研究は大きくわけて３つの側面から行われている。まず「男性看護師の職場環境，教育背景，看護師選択動機に関する研究」で明らかにされていることは，男性看護師は准看護師から看護師になるケースが多く[7]，多くが精神科と手術室に勤務しており，男性看護師を多数雇用しているのは私立病院である[8]。男性は他の職業への従事や大学進学を志望したが，それを変更・断念した後に看護師を選択している者が多く，看護師を選択する動機は「安定した技術職」「他人を助成する機会」であった[9]。２つ目の側面として「男性看護師の役割やイメージに関する研究」で明らかにされていることは，男性看護師の期待される役割は，他者から力仕事や器機操作であると認識されていた[10)~12)]。看護師を女性とイメージする者が多く[13]，男性看護師は女性看護師より患者が羞恥心を伴うケアで拒否された者が多かった[14]。３つ目の側面として「男性看護師特有の職業経験とジェンダーに関する研究」で明らかにされていることは，男性看護師特有の職業経験として「男性看護師が同僚，医師，他職種などの病院職員と良い関係を築き，またそれを維持できるように努め，女性多数環境における孤立を避けるという経験」「男性看護師が女性看護師や医師などから期待や関心を寄せられたり，失ったりすることにより，自己の存在意義がどこにあるのか自分自身に問いかけながら，それを確認したり，探し求めたりするという経験」「男性看護師が他の女性看護師にはないような付加価値を兼ね備えたいと思い，その獲得を試みたり，失敗したりするという経験」の３つを挙げている[15]。また，男性看護師は，性別による職業選択へのプレッシャー，差別的環境への怒り，求められる父性への困惑などが様々に入り乱れていた[16]。

一方，看護師の職務満足は個人の成長を促すばかりでなく，組織の活性化，看護の質の向上をもたらし[17]，看護師にとって職務満足は重要な機能を果たすことがすでに明らかにされている。しかし，職務満足に関する多くの研究では男性看護師を研究対象者から除いている。男性看護師を対象としている研究は少なく職務満足が女性看護師と同じ

愛知きわみ看護短期大学　Aichi Kiwami College of Nursing
中部大学大学院国際人間学研究科心理学専攻博士後期課程
Chubu University Graduate School, Graduate School of Global Humanics Department of Psychology Doctoral Course

傾向であることを指摘している論文が1編あるのみで，男性看護師を対象とした職務満足の研究が不足している[18) 19)]。

そこで本研究は男性看護師の職務満足をジェンダーの視点から検討し，男性看護師の職務ジェンダー意識と職務ジェンダー意識に関わる要因および職務満足の関係を明らかにすることを研究目的とした。

Ⅱ．研究方法

1．用語の定義

1）「職務ジェンダー意識」とは看護活動を通したジェンダー意識体験，つまり男性看護師の場合に職務ジェンダー意識が強いということは，看護を通じて男性を強く意識している状態を意味する。

2）「看護師の職務満足」とは職務に対する看護師の要求の充足状態である[20)]。

3）「メンター」とはキャリア形成を促進するために個人的に援助してくれた人である。

2．予備調査

1）対象者：精神病院に勤務する看護師・准看護師122人に調査票を配布し，100％の回収を得た。その内訳は男性41人，女性81人であり，男性が少なかったため総合病院に勤務する男性看護師33人を追加し15人（回収率45.5%）から回収を得た。

2）調査内容：2005年8月に質問紙調査を実施した。問1は消極的看護師選択動機（19項目），問2は性別による看護拒否の体験（男性看護師のみ回答9項目），問3は職務ジェンダー意識（27項目），問4は職務満足度尺度（48項目），問5はメンターの有無とメンターは誰か（10項目の選択肢），問6は看護師女性イメージ（18項目），問7は対象者の属性（6項目）で構成し，先行研究を参考に設問項目を選定した[21)－27)]。

3）分析方法：全ての項目について単純集計を行うとともに，問4，問5，問7を除く各設問についてGP分析し，さらに主因子法にて因子分析を行い単一次元性を確認した。

4）結果：分散が小さい項目，GP分析で有意差のない項目，因子分析で因子負荷量の低い項目を一部削除した。問5のメンターに関しては，メンターという用語がわかりにくいと考えられた。それを考慮し回答しやすい選択肢とするため4分の1以上の者がメンターとして選んでいる項目を選択肢とした。

これらの分析により問1は2項目，問3は6項目，問5は5項目，問6は3項目を削除した。問2と問4については削除項目なしとした。また，問7は専門教育歴を追加して7項目とし，本調査の質問紙を構成した。

3．本調査

1）対象者：男性看護師が最も多く勤務する診療科である精神科の男性看護師を対象とした[28)]。日本精神科看護技術協会愛知県支部の協力を得て，愛知県下10の精神病院に勤務する男性看護師268人を対象とした。

2）調査内容：質問紙調査を2005年10月，11月に行った。調査内容は以下の通りである。

(1) 消極的看護師選択動機：「身近な人の勧め」「なんとなく」など17項目を選定し「Yes」「No」の2件法で回答を求めた。

(2) 性別による看護拒否の体験：男性という理由で患者から拒否をされた，または拒否されそうになった経験はありますかと質問し，項目として「病衣交換（寝衣交換）」「下着交換」「全身清拭」「陰部洗浄」「入浴介助」「座薬の援助」「排泄の援助」「導尿や膀胱留置カテーテルの援助」「浣腸の援助」の9項目を選定し「Yes」「No」の2件法で回答を求めた。

(3) 職務ジェンダー意識：「女性ばかりの集団に違和感を感じたことがある」「男性が少ないことで，学校生活又は仕事についての相談にのってもらえる人がいなく困ったことがある」など21項目を選定し「Yes」「No」の2件法で回答を求めた。

(4) 看護師の職務満足：尾崎他[29)]がStamps他[30)]の職務満足度尺度を翻訳，検証，修正した日本語改訂版を使用した。「給料（報酬と福利厚生）」9項目，「職業的地位（知的職業，技術の有用性，職業上の地位に関する一般的感情）」8項目，「医師・看護師関係（医師と看護師の職業的関わり）」3項目，「看護管理（仕事の手順，人事の方針，方針を決定するに当たってのスタッフの増員）」10項目，「専門職としての自律（日常の看護活動で認められているか要求されている仕事に対する自律，主導権，拘束されない自由）」5項目，「看護業務（規則に沿って行わなければならない仕事，および患者ケアや管理的仕事に課せられる仕事）」6項目，「看護師間相互の影響（職場での公式的あるいは非公式的な集団のふれ合いから生まれる好ましい環境）」7項目で構成されている。回答は「全くそうだ」「おおむねそうだ」「ややそうだ」「どちらともいえない」「ややそうではない」「おおむねそうではない」「全くそうではない」の7件法で求めた。信頼性と妥当性は検証されている。

(5) メンター：あなたが看護師をしている上で成功や満足に役立った恩師，または，影響をもたらした指導者を選んで下さいと質問し，「上司（男・女）」「職場の先輩（男・女）」「職場の友人（男・女）」「家族（男・女）」「そのような人はいない」を選定し複数回答可と

した。

(6) 看護師女性イメージ：SD法により「美しい－みにくい」「繊細な－繊細でない」「優しい－怖い」など12項目について「非常に」「やや」「どちらともいえない」「やや」「非常に」の5件法で回答を求めた。

(7) 個人の属性：年齢，看護師継続意思，専門教育歴，資格，看護師経験年数，病棟の男性看護師数・女性看護師数の6項目について回答を求めた。

4．分析方法

分析は単純集計と重回帰分析を行った。なお，結果の表記は平均±標準偏差とし有意確率5％未満を有意とした。統計ソフトはSPSS 12.0 J for Windowsを用いた。

5．倫理的配慮

本研究を実施するにあたって，予備調査，本調査ともに以下の倫理的配慮を行った。

(1) 愛知きわみ看護短期大学研究倫理委員会の承認を得た。

(2) 研究協力病院より研究実施に関する同意を得た。

(3) 研究対象者には研究の目的及び研究の主旨を文書で説明した。その際，匿名性維持，研究協力は自由意志であることを明記した。

(4) 研究に同意した者のみ調査票を回収した。

Ⅲ．結　果

男性看護師268人に調査票を配布し，223人（83.2%）の回収を得た。准看護師，白紙回答，職務ジェンダー意識の項目と職務満足の項目に欠損値のある者を除き127人を分析対象とした。

対象者の内訳は年齢平均37.7±9.5歳（範囲21～72歳），看護師経験年数平均13.3±9.2年（範囲0～52年），配属病棟の看護師数男平均7.1±4.6人（範囲1～17人），女平均11.1±5.3人（範囲0～26人）であった。メンターのいる者が108人（85.7%）であり，職場の先輩をメンターとしたものが77人（61.1%）と最も多かった。メンターの性別については，男性をメンターとした者が76人（65.5%）で女性をメンターとした者より多かった（表1）。

1．男性看護師の職務ジェンダー意識

「Yes」の回答を1点とし，看護を通してジェンダーを意識した場合に得点が高くなるように設定した。得点範囲0～21点，平均10.9±4.6点（範囲0～20点），Cronbach の α 係数は0.82であった（表2）。

2．男性看護師の職務満足

男性看護師の職務満足では肯定的表現項目に対して「全くそうだ」6点から，「全くそうでない」0点に配点し，否定的表現項目に対しては逆の配点をした。したがって，仕事に満足していれば得点が高くなる。得点範囲は0～288点，平均153.1±26.6点（範囲87～241点），Cronbach の

表1　男性看護師の属性

項　目	区　分		人数	%
年齢	20歳～29歳		29	24.2
	30歳～39歳		37	30.8
	40歳～49歳		44	36.7
	50歳～59歳		9	7.5
	60歳～		1	0.8
	無答		7	
	平均値±標準偏差		37.7±9.5	
看護師継続意思	有		113	91.9
	無		10	8.1
	無答		4	
専門教育歴（最終専門教育歴）	看護専門学校 卒業		123	96.9
	看護短期大学・看護大学 卒業		4	3.1
看護師経験年数	0年～9年		45	36.9
	10年～19年		45	36.9
	20年～29年		26	21.3
	30年～		6	4.9
	無答		5	
	平均値±標準偏差		13.3±9.2	
病棟看護師数	男	0人～4人	43	36.4
		5人～9人	44	37.3
		10人～14人	22	18.6
		15人～	9	7.6
	無答		9	
	平均値±標準偏差		7.1±4.6	
	女	0人～4人	20	16.9
		5人～9人	19	16.1
		10人～14人	49	41.5
		15人～19人	25	21.2
		20人～	5	4.2
	無答		9	
	平均値±標準偏差		11.1±5.3	
メンター	有		108	85.7
		職場の先輩	77	61.1
		上司	59	46.8
		職場の友人	42	33.3
		家族	32	25.4
		メンターが男性	76	65.5
		メンターが女性	46	39.7
	無		18	14.3
	無答		1	

対象総数n=127

表2　男性看護師の職務ジェンダー意識

項目	Yes 人数（%）
男だからと思って遠慮したことがある	97（76.4）
更衣室は代用の更衣室であったことがある（物品倉庫など）	91（71.7）
男性であることから，学級委員長や司会などの役割をあたえられたことがある	91（71.7）
男性として特別あつかいされたことがある	89（70.1）
男性は，「男でしょ」と言われる	87（68.5）
女性ばかりの集■に違和感を感じたことがある	86（67.7）
男性であることから，臨地実習のときに戸惑ったことがある	86（67.7）
男性は，「男だからいいよね」と言われる	86（67.7）
女だったらこれぐらいやれと思ったことがある	82（64.6）
男性はグループワークや会議の時，積極的に発言することを期待されることがある	78（61.4）
医療機器の操作がわからなくなると男性ということで呼ばれることがある	74（58.3）
男性は言葉遣いに気を使うことが多い	61（48.0）
男性であることから，休憩時間おしゃべりにはいれなかったことがある	59（46.5）
実技演習のとき演習グループに男性がいないため困ったことがある	51（40.2）
女には負けたくないと思ったことがある	48（37.8）
女のくせにと思ったことがある	45（35.4）
男性が少ないことで，学校生活又は仕事についての相談にのってもらえる人がいなく困ったことがある	41（32.3）
男性ということがプレッシャーに感じることが多い	41（32.3）
看護は本来女性の仕事だと思うことがある	34（26.8）
男性であることから，職場生活や学校生活を送るための情報を得ることが困難だったことがある	31（24.4）
実技演習のとき演習グループに男性がいないため人形での練習ばかりだったことがある	31（24.4）

対象総数n=127

表3　男性看護師の職務ジェンダー意識に関わる要因分析

項目		β値（偏相関係数）		t値	p値
年齢	（21～72歳）	0.35	（0.19）	1.90	0.060
看護師継続意思	（有＝1　無＝0）	0.09	（0.09）	0.90	0.370
専門教育歴　看護短期大学・看護大学卒業	（有＝1　無＝0）	0.02	（0.02）	0.20	0.842
看護師経験年数	（0～52年）	-0.18	（-0.10）	-0.98	0.328
病棟看護師数　男性看護師	（1～17人）	-0.10	（-0.09）	-0.93	0.357
女性看護師	（0～26人）	-0.13	（-0.12）	-1.15	0.255
消極的看護師選択動機	（1～17点）	-0.11	（-0.12）	-1.18	0.240
性別による看護拒否の体験	（0～9点）	0.34	（0.32）	3.33	0.001
看護師女性イメージ	（30～73点）	-0.14	（-0.15）	-1.46	0.147
メンター	（有＝1　無＝0）	-0.26	（-0.27）	-2.76	0.007

対象総数n=127　　重相関係数R（R^2）=0.49（0.24）　F値=3.00　p <0.002
（重回帰分析：強制投入）

α係数は0.88であった。

3．男性看護師の職務ジェンダー意識に関わる要因

職務ジェンダー意識を従属変数とし，年齢，看護師継続意思，専門教育歴，看護師経験年数，病棟の男性看護師数・女性看護師数，消極的看護師選択動機，性別による看護拒否の体験，看護師女性イメージ，メンターを独立変数とした重■帰分析を行った。その結果，性別による看護拒否の体験が多く（p＝0.001），メンターがいない者（p＝0.007）の職務ジェンダー意識が有意に強かった（表3）。なお，年齢，看護師継続意思，専門教育歴，看護師経験年数など

表4　男性看護師の性別による看護拒否の体験

項目	Yes 人数（%）
下着交換の援助で拒否をされた。または，拒否をされそうになったことがある。	92（74.2）
全身清拭の援助で拒否をされた。または，拒否をされそうになったことがある。	89（72.4）
入浴介助の援助で拒否をされた。または，拒否をされそうになったことがある。	87（70.7）
陰部洗浄の援助で拒否をされた。または，拒否をされそうになったことがある。	86（69.9）
浣腸の援助で拒否をされた。または，拒否をされそうになったことがある。	80（64.5）
導尿や膀胱留置カテーテルの援助で拒否をされた。または，拒否をされそうになったことがある。	76（61.8）
病衣交換（寝衣交換）の援助で拒否をされた。または，拒否をされそうになったことがある。	75（60.5）
坐薬の援助で拒否をされた。または，拒否をされそうになったことがある。	74（59.7）
排泄の援助で拒否をされた（オムツ交換も含む）。または，拒否をされそうになったことがある。	74（59.2）

対象総数n=127

表5　男性看護師の職務ジェンダー意識と職務満足の関係

従属変数 独立変数	β値 （p値）							
	※職務満足合計	※専門職としての自律	※医師と看護師間の関係	※職業的地位	※看護管理	給料	看護師間相互の影響	看護業務
職務ジェンダー意識 （0～20点）	-0.17 (0.10)	-0.28** (0.004)	-0.001 (0.99)	-0.12 (0.23)	-0.13 (0.21)	-0.05 (0.65)	-0.06 (0.57)	-0.18 (0.11)

対象総数n=127（重回帰分析：強制投入）　**p<0.01

注1）年齢，看護師継続意思，専門教育歴，看護師経験年数，病棟の男性看護師数・女性看護師数，消極的看護師選択動機，性別による看護拒否の体験，看護師女性イメージ，メンターを補正要因として投入した。

注2）※印は，F値の有意水準<0.05である。

の属性は職務ジェンダー意識との間に有意な関係はみられなかった。

男性という理由で患者からケアを拒否された体験においては，全項目を過半数の者が体験をしており（表4），1人平均5.9項目の体験に「Yes」と回答していた。9項目全てに「Yes」と回答したものが53人（43.1%）であった。

4．男性看護師の職務ジェンダー意識と職務満足の関係

職務ジェンダー意識と職務満足の関係をみるため，職務満足とその因子を従属変数とし職務ジェンダー意識を独立変数とした重回帰分析を行った。その際，独立変数に年齢，看護師継続意思，専門教育歴，看護師経験年数，病棟の男性看護師数・女性看護師数，消極的看護師選択動機，性別による看護拒否の体験，看護師女性イメージ，メンターの有無を補正要因として投入した。

その結果，職務ジェンダー意識が高いほど職務満足因子の「専門職としての自律」が低かった（表5）。

Ⅳ．考　察

1．職務ジェンダー意識とその関連要因

性別による看護拒否の体験が多く，メンターがいない者に職務ジェンダー意識が強いこと，逆に性別による看護拒否の体験が少なく，メンターがいる者に職務ジェンダー意識が弱いことが明らかになった。

男性看護師は，患者の羞恥心を喚起するケアで男性という理由から拒否された体験が多いことは先行研究からも明らかである[31]。患者の羞恥心を伴う看護ケアの場面で拒否された時には，男性看護師は性別による差別を意識せざるを得ない。性別によって差別されていることを意識すれば，「自分にはできる。性別だけで見ないで欲しい。」と思い，職務ジェンダー意識が強くなることが十分理解できる。男性看護師に調査を行っている先行研究でも，看護師になってから職場で困ったことで患者との関係があげられている。その中の主なものは，女性患者の拒否的な態度に困った経験である。男性看護師の「仕方ないことだとは思うが，同じ職業でありながら，男性では一部できないことがあるのかと考えさせられた。」という回答からも性別を意識していることが伺える[32]。

一方，職場においても男性看護師は，女性の多い環境で勤務している。職場において「男だからと思って遠慮したことがある」「女性ばかりの集団に違和感を感じたことがある」「更衣室は代用の更衣室であったことがある」といった性別を意識せざるを得ない事柄を体験していた。このよ

うな性別による差別感を持ったときメンターがいれば適切なアドバイスや示唆を受けることができる。しかし，メンターのいない者は，性別による差別感を意識したまま働かざるを得ない。こういったことにより，メンターがいない者は職務ジェンダー意識を強く抱いていたと考えられる。

男性看護師がジェンダー意識を抱きつつ働くためには看護拒否に遭遇することは仕方がないとしても，性差を意識しすぎないように，女性患者に対しては羞恥心を伴うケアを女性看護師が行うというような看護管理上の配慮が必要である。また，医療従事者は男性看護師に対して，看護師は女性の仕事であると強調しないように努めていかなければならない。さらに，病棟にはメンターとなるべき経験豊かな男性看護師を配置すべきである。

男であれ女であれ職場に多くの看護師がいれば，拒否される可能性のある看護ケアを他の者が行うことができるため，性別による看護拒否の体験を事前に回避できる。また，多くの仲間がいることでメンターを持つことができる可能性も高いと推察される。この性別による看護拒否の体験とメンターの存在はまさに職務ジェンダー意識と有意な相関が認められた要因である。

2．職務ジェンダー意識と職務満足の関係

職務ジェンダー意識が強いほど，職務満足因子の「専門職としての自律」が低かった。

職務満足因子の「専門職としての自律」は，日常の看護活動で認められているか要求されている仕事に対する自律，主導権，拘束されない自由である。

片方の性が多い職場では，少数となる他方の性は，職場で目立つことが指摘されている[33]。本研究における病棟看護師数は男性が女性に比べて少なかった。また看護師は女性のイメージが強い[34]ことが先行研究からも明らかであり，看護師という職種で男性である場合それだけで目立つことになる。職務ジェンダー意識が強いということは看護を通じて男性を強く意識している看護師であるということであり，すなわち男性であるがゆえに目立っているという意識が強いといえる。目立つことは，集団の中で過緊張を起こしストレスとなる[35]とされていることと合わせて考察するならば職務ジェンダー意識が強い男性看護師は過緊張の状態で働いているということになる。自分が目立っていると認識し過緊張の状態で勤務する者に自由を感じて働くことは到底不可能であり，それが職務満足因子の「専門職としての自律」を低くする結果に繋がったと考えられる。

今後，男性看護師を増加させることにより，男性看護師の職務ジェンダー意識が払拭され，職務満足が高まると期待される。それにより専門職としての看護師の位置づけがより一層強固なものとなるであろう。

Ⅴ．おわりに

男性看護師の職務満足を職務ジェンダー意識の視点から検討した。メンター（キャリア形成を促進するために個人的に援助してくれた人）がいない男性看護師は職務ジェンダー意識が強く，職務ジェンダー意識が強いと職務満足が低いことを本研究において示すことができた。つまり，男性看護師の職務満足を上げ男性看護師を増やすためにはメンターとなるべき看護師の育成が重要である。

本研究の限界と課題

本研究においては研究対象を精神病院に勤務する男性看護師とした。精神科以外に勤務する男性看護師に対しても同様の調査を行うことで，より男性看護師の職務ジェンダー意識と職務満足の関連が明らかになると考えられる。また，女性看護師についても職務ジェンダー意識と職務満足の間にどのような関連がみられるのかを今後の課題として，男性看護師との比較検討をしてみたい。

謝　辞

調査に協力して下さいました看護師の皆様に感謝致します。また終始ご指導いただきました中部大学大学院国際人間科学研究科心理学専攻，小川浩教授に深謝いたします。なお，本研究は愛知みずほ大学大学院人間科学研究科修士論文の一部に加筆修正したものです。

要　旨

【目的】男性看護師の職務ジェンダー意識と職務ジェンダー意識に関わる要因および職務満足の関係を明らかにする。

【方法】愛知県下10の精神病院に勤務する看護師を調査対象とし質問紙調査を実施した。男性看護師127人を分析対象とした。

【結果】看護拒否の体験が多く，メンターがいない者に職務ジェンダー意識が強いことが示された。また職務ジェンダー意識が強いほど，職務満足因子の「専門職としての自律」が低かった。

【結論】今後，男性看護師を増加させることにより，男性看護師の職務ジェンダー意識が払拭され，職務満足感

が高まると期待される。それにより専門職としての看護師の位置づけがより一層強固なものとなるであろう。

Abstract

The purpose of this study is to describe gender consciousness among males as nurses and its related factors and the relationship between gender consciousness. and job satisfaction among those male nurses.

A self-administered questionnaire was conducted with nurses working in 10 psychiatric hospitals in Aichi Prefecture. Responses from male nurses (n=127) were analyzed.

The results of the analysis show that male nurses, have stronger job gender consciousness when they have experienced frequent rejections by patients and when they don't have mentors in their workplace. Male nurses with stronger gender consciousness show a lower "autonomy", one of the job satisfaction factors.

An increase in the number of male nurses in society may lead to job gender-free states among the nurses, and elevate their job satisfaction. As a result it may contribute to strengthening the nursing profession.

文　献

1）波多野梗子，小野寺杜紀：わが国における看護士の研究の課題と方向，看護研究，24(1)，85-95,1991.
2）松木光子：看護管理，松木光子（編）：看護学概論－看護とは・看護学とは－（第3版），187-208，ヌーヴェルヒロカワ，東京，2003.
3）波多野梗子，小野寺杜紀：日本における看護士の現状と課題，波多野梗子，看護教育機関への男子学生の受け入れと男子高校生の看護志向に関する研究，平成4年度～平成6年度，科学研究費補助金一般研究（C）研究成果報告書，3-15,1995.
4）亀山美智子：看護の歴史－これからの看護を求めて－，教育と医学，31(2)，4-11,1982.
5）看護問題研究会監修：平成18年看護関係統計資料集，日本看護協会出版会，8-13,2006.
6）看護問題研究会監修：平成16年看護関係統計資料集，日本看護協会出版会，8-13,2004.
7）前掲　3）
8）瀧川薫，草刈淳子，他：大学病院に勤務する看護士の実態調査－職務の現状と看護職選択の経緯－，病院管理，31(1)，41-50,1994.
9）松田安弘，山下暢子，他：男性看護師の看護職選択の経緯と理由－看護職養成教育の課題検討に向けて－，第8回日中看護学術交流会集録，53-55,2002.
10）堀江琢磨：看護士の役割についての一考察，神奈川県立看護教育大学校　看護研究集録　昭和55年度，215-222,1981.
11）藤野邦夫：これからの看護士の役割，看護学雑誌，42(2)，135-140,1978.
12）明野信次：男性看護師に対する業務評価・役割期待に関しての文献的考察，北海道医療大学看護福祉学部紀要，11,95-100,2004.
13）内海知子：看護職者がもつ看護職イメージ－性役割の視点から－，香川県立医療短期大学紀要，1(1)，45-50,1999.
14）百田武司，鈴木正子：男子看護者のかかえる問題，看護学雑誌，62(3)，280-283,1998.
15）松田安弘，定廣和香子，他：男性看護師の職業経験の解明，看護教育学研究，13(1)，9-22,2004.
16）矢原隆行：看護職における男女共同参画の課題と可能性に関する研究，平成13年度総括研究報告書，厚生科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業，1-25,2002.
17）深澤佳代子，草刈淳子：看護婦の職務満足に関する検討－信州大学病院の実態から－，看護管理，2(6)，378-383,1992.
18）矢立雅章，白井瑞子，他：看護士の職務満足に関する研究，香川医科大学看護学雑誌，6(1)，75-82,2002.
19）中川典子，林千冬：日本における看護職者に関する職務満足度研究の成果と課題－過去15年間のStamps-尾崎翻訳修正版尺度を用いた研究の文献レビュー－，日本看護管理学会誌，8(1)，43-57,2004.
20）尾崎フサ子，忠政敏子：看護婦の職務満足質問紙の研究－Stampsらの質問紙の日本での応用－，大阪府立看護短期大学紀要，10(1)，17-24,1988.
21）前掲　20）
22）前掲　17）
23）前掲　8）
24）前掲　14）
25）前掲　13）
26）小野公一：メンターとは何か，看護展望，25(5)，64-67,2000.
27）前掲　16）
28）厚生労働省大臣官房統計情報部（編）：平成15年医療施設調査（動態調査），病院報告上巻（全国編），170-172，財団法人厚生統計協会，東京，2005.
29）前掲　20）
30）Stamps, P. L., Piedmont, E. B. et al.: Measurement of Work Satisfaction among Health Professional, Medical Care, 16(4), 337-352,1978.
31）前掲　14）
32）看護展望編集部：アンケートにみる看護士の意識，看護展望，17(4)，34-44,1992.
33）前掲　18）
34）前掲　13）
35）前掲　18）

［平成20年5月26日受　付
平成21年1月30日採用決定］

－研究報告－

在宅移行期における療養者の医療ニーズ別にみた家族介護者の介護準備態勢

Attending the medical treatment needs of patients during the at-home transitional period: directions for preparing family caregivers

片山陽子[1)]　太湯好子[2)]　小野ツルコ[3)]
Yoko Katayama　Yoshiko Futoyu　Tsurunko Ono

キーワード：医療ニーズ，介護準備態勢，家族介護者，在宅移行期
Key Words：Medical needs, preparedness for care-giving, family caregivers, home transitional period

Ⅰ．緒　言

近年，医療依存度の高い在宅療養者の数は増加している。医療依存度の高い療養者の在宅介護は，吸引などの医療的ケアが昼夜を問わずに必要であるため介護者の日常生活における拘束度は高く，医療的ケアの必要性は，社会資源の利用の困難性をも高めているといわれており，介護者は多大な負担とストレスを抱えている[1,2)]。そのため，医療依存度の高い療養者の自宅退院を控えた介護者は，在宅介護を担うことへの見通しが立ちにくく，不安を抱えた状況であると考えられている[3～5)]。

医療依存度の高い療養者の介護を担う介護者が，心理的に安定し前向きな気持ちで在宅介護に臨むためには，入院早期から退院後に担う介護を想定し，個々の介護者の状況に応じて在宅介護への準備が整えられるように支援をすることが必要である[6)]。このとき，家族の介護準備態勢は，療養者が退院後も必要としている医療的ケアの内容や実施頻度などの医療ニーズに伴う介護の種類や量によって異なると推察されるが，その点については検証されていない。

これまでの先行研究[1,2,4～8)]では，医療ニーズや医療依存度の高い療養者とは，医療的ケアを有する者と同義で扱われており，医療的ケアの有無に加えて，その内容や実施頻度のちがいに着目した研究はわずかである。鈴木[9)]らは，医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ重度障害児を対象に，介護の難易度を評価する判定基準を作成した。また，米国の医療的ケアを受ける小児を対象としたOffice of Technology Asessment[10)]（以下，OTA）の分類がある。このOTAは，小児を医療装置（医療機器）への依存度（期間）と，医療装置の難易度（種類と内容）を指標として分類したものであり，その評価項目は呼吸器と消化器および食事機能に限定されている。そのため，現在拡大している在宅で実施される医療処置の内容を網羅できてはいない。篠木（1998）[11)]は，医療的ケアが必要な小児を対象とする在宅ケアについての研究を概観した上で，近年医療的ケアの内容が多岐にわたっていることと，医療的ケアに要する時間は個々の療養者（児）ごとに大きな幅があることを明らかにし，介護者を支援するためには，児に必要な医療的ケアの内容や実施状況を検討した上で，実施状況に応じた支援が必要であることを指摘した。また，佐藤ら[12)]は医療的ケアの類型化を試み，介護福祉士が実施する場合の困惑度を明らかにした。しかし，未だ医療的ケアを，その内容や実施状況で分類し，その差異に着目する必要性があるとの問題意識を持った研究の蓄積は乏しい。加えて，これらの研究の多くは小児を対象としたものであり，近年増加している在宅で療養する医療ニーズの高い成人・老人の療養者とその介護者を対象とした十分な知見は得られていない。本研究において医療ニーズとは，療養者が生きていく上で必要な医学的知識や技術の必要性であり，療養者の疾病や障害に起因して生じるものであると定義した。また医療ニーズは，療養者の病状や療養者に必要な医療的ケアの内容や実施頻度によって異なるとともに，介護の状況に影響を与えるものであると考えた。介護者の介護準備態勢が療養者の医療ニーズによって異なるのであれば，その差異を判断した上で介護者の状況に応じた適切な支援が必要である。

Ⅱ．研究目的

本研究は，急性期医療機関から自宅への退院を目前に控えた在宅移行期にある医療ニーズの高い成人・老人期にあ

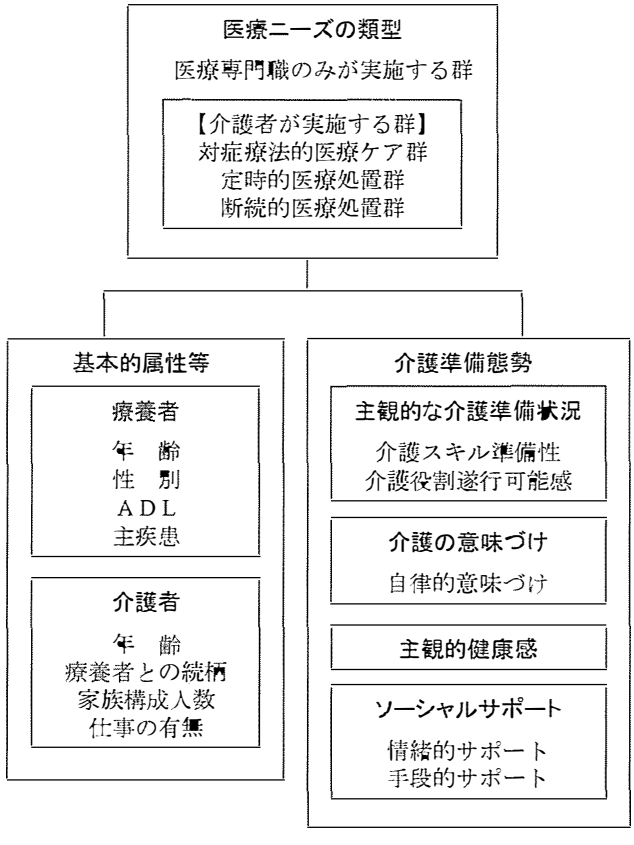
1）香川大学医学部看護学科　School of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa University
2）岡山県立大学保健福祉学部看護学科　Faculty of Health and Welfare, Okayama Prefectural University
3）関西福祉大学看護学部看護学科　College of Nursing, Kansai University of Social Welfare

る療養者の主たる介護者を対象として，まず療養者に退院後も継続して必要な医療的ケアや症状への対処の内容などの介護（ケア）項目とその実施状況によって医療ニーズを類型化し，次に医療ニーズの類型によって療養者および介護者の基本的属性と介護者の介護準備態勢がどのように異なるのかを明らかにすることを目的とした。分析の枠組みは，■1のとおりである。研究結果は，今後増加する医療ニーズの高い成人・老人期の療養者の退院に際して，在宅介護を担う介護者の介護準備態勢が整えられた上で介護に臨めるための支援の方略を検討する資料とするものである。

Ⅲ．研究方法

1．調査対象と期間

A県内のB医療機関（530床）において2005年2月1日から同年11月30日の期間の退院予定患者3,382名（ただし検査入院を除く）を対象として実施した退院時スクリーニング[13]の結果，医療的ケアや症状の管理を実施している，また退院後も常時の介護を必要としているなど自宅退院に対するハイリスク者として抽出された退院予定患者476名のうち，以下の条件をすべて満たす療養者の介護（予定）者226名を調査対象として選定した。すなわち，1）主治医により6ヶ月以上の介護が必要と判断された者，2）調査時点において年齢が満40歳以上であった者，3）自宅への退院が決定している者，4）病状が終末期ではない者，である。療養者の年齢を40歳以上としたのは，一部疾病による差異はあるものの長期的に介護が必要となる脳血管疾患や難病等の療養者の場合は介護保険が利用可能となるためである。介護者の介護準備態勢は，退院後に利用可能な社会資源によって影響を受けることが予測されるため，制度の違いによる社会資源利用の影響を加味し，療養者の年齢を40歳とした。調査期間は2005年2月から同年11月までの約9ヶ月間であった。



■1　分析の枠組み

B医療機関は，A県下における地域医療の拠点医療機関であり，その地域の急性期医療を担っており，入院患者はB医療機関を退院する時点で医療ニーズが高い療養者が多い。そこで入院早期からの退院支援を実施するため，退院支援室の相談員（福祉職）と病棟看護師が連携して退院支援計画を立案するなどの取り組みを実施している。また，医療機関からの訪問診療を実施するとともに訪問看護ステーションを併設し，在宅ケアを担当するシステムを有している。医療ニーズの高い療養者の退院時には，入院中から在宅ケア担当者が，退院支援室とともに退院支援を実施することも多い状況である。

2．調査方法

調査に同意の得られた介護者208名に対して無記名・自記式質問紙の配票調査を実施した。結果，186名から回答を得た（回収率89.4%）。このうち本研究では，少数であった男性介護者34名と記入漏れ等のデータの信頼性の疑われる7名を除く，女性介護者145名を分析対象とした。

3．倫理的配慮

質問紙の配布の際，本研究の意義と内容およびプライバシーの保護を約束する旨を口頭と文面にて十分に説明した。また，調査協力に同意した後であっても，調査の中止は自由であることやデータは個人が特定されないように処理することを説明した。なお本調査研究は，岡山県立大学倫理委員会の承認を得たうえで実施した。

4．調査内容

1）介護者および療養者の基本的属性

介護者については，年齢，療養者との続柄，家族構成人数，仕事の有無を尋ねた。療養者については，年齢，性別，主疾患，日常生活動作能力（Activities of Daily Living ；以下，ADL），退院後も継続して必要な医療的ケアや症状への対処の内容を尋ねた。

療養者のADLは，改訂版Barthel Index（BI）15項目[14]を用いて測定した。回答の得点化はGranger[15]の算出方法に従って行い，得点範囲は0～100点である。得点が高いほどADLが高いことを意味している。Cronbachのα信頼性係数は0.92であり，分析には一次元尺度とみなし単純加

表1　医療ニーズの類型

医療的ケアの習得の困難性	医療的ケアの実施頻度と不定期さ	
	少なく，規則的	多く，不規則的
高い	医療専門職のみが実施[a]	断続的医療処置群[c]
低い	定時的医療処置群[b]	対症療法的医療ケア群[d]

a）人工呼吸器の回路交換，化学療法及び麻薬等の薬剤準備や点滴交換など実施頻度は低いが，高度な医療専門知識を要し医療専門職のみが実施するもの。
b）インスリン注射や尿管カテーテル管理，褥瘡処置等のように医療処置を有するが，その管理は時間ごとに定時で実施する場合が多く，その実施頻度が1日数回までと限定されており，実施に関する知識や技術の習得はc)に比べて困難性が低いもの（以下，定時群）。
c）人工呼吸器や中心静脈栄養の管理や吸引，経管栄養など1日に何度も実施が必要であり，かつ1日中断続的な管理と実施を要し，高度な実施技術を要するため技術の習得の困難性が高い医療処置を有するもの（以下，断続群）。
d）病状が不安定である等の理由により医学的な知識を要する観察や，発熱や疼痛など身体症状への対処を必要とし，その実施頻度は身体症状の出現時は不定期かつ頻回に必要であるもの（以下，対症療法群）。

算した得点を使用した。

2）医療ニーズの類型化

本研究において医療ニーズの分類は，先行研究[12, 16~18]と，研究者3名及び医療機関の退院調整看護師2名及び在宅看護に従事している訪問看護ステーションの管理者6名の検討結果から，退院後に介護者が実施する必要がある医療的ケアと症状への対処の内容などの介護（ケア）内容を抽出し，類型化した。このとき，医療専門職のみが実施する内容も含めて，療養者に必要な項目は網羅して抽出した。類型化に際しては，複数の医療機関及び訪問看護ステーションに所属する者とし，各施設固有の特徴に偏らない類型化が可能となるようにした。類型化した結果は，表1に示すとおりであった。医療ニーズの類型化は，介護者の実施に影響を及ぼす医療的ケアの習得の困難性の高低と，医療的ケアの実施頻度及び不定期さの2つの指標を設定し，4つに類型化した。この2つの指標を設定したのは，以下の理由によるものである。それは本研究が在宅移行期の介護者を対象としたものであり，この時期は介護者にとって退院後の介護に必要な医療的ケアの知識や技術を習得する時期[19, 20]であり，介護技術を習得していく困難さに直面するためである。また，医療的ケアの実施頻度とその不定期さは，介護量や介護者の時間的・精神的拘束に関連する[21]ためである。4つの類型は以下のとおりである。

まず，医療的ケアの習得の困難性が高く，実施頻度が少ない人工呼吸器の回路交換や，化学療法及び麻薬等の薬剤準備や点滴交換などは，『医療専門職のみが実施するもの』ととらえ，一つの群に区分した。

『定時的医療処置群』（以下，『定時群』）は，尿管カテーテル管理やインスリン自己注射など比較的習得の困難性は低く，実施も定時的で1日数回までに限定されるものとした。

『断続的医療処置群』（以下，『断続群』）は，吸引や中心静脈栄養及び人工呼吸器の管理など習得も困難で，実施も不定期かつ頻回に必要なものとした。

『対症療法的医療ケア群』（以下，『対症療法群』）は，医学的な知識を要する観察や身体症状の対処等であり，習得の困難性は高くないが，病状によって実施頻度は異なり，医療依存度が高い場合は目が離せない状況にあることが多いため実施頻度は不定期かつ多いものとした。

3）介護準備態勢

本研究では先行研究[22~25]をもとに介護準備態勢を，医療依存度の高い療養者の在宅介護に臨むために必要な主観的要素と定義し，主観的な介護準備状況（以下，介護準備状況），介護の意味づけ，主観的健康感，ソーシャルサポートの入手可能性の4要素で構成した。

①　主観的な介護準備状況

主観的な介護準備状況は，介護役割の遂行のために獲得した知識・技術と介護役割遂行可能性に対する介護者自身の自己評価であり9項目の評定尺度[6]を用いて測定した。これは介護役割を遂行するために新たに獲得した介護や医療処置等の知識または技術に対する自己評価である「介護スキル準備性」と，介護のプロセスで起こる課題に対処しながら，主体的に介護役割を遂行できるといった介護者の確信である「介護役割遂行可能感」の2因子下位尺度で構成されている。各項目に対する回答は「そう思わない」から「そう思う」の4件法で求め，得点化の際には順に0～3点を与えた。得点範囲は「介護スキル準備性」が0～15点，「介護役割遂行可能感」が0～12点である。得点が高いほど主観的な介護準備状況が十分であることを意味している。本尺度は，確認的因子分析において斜交モデルの構造が確認されており，「介護スキル準備性」と「介護役割遂行可能感」の2因子下位尺度のCronbachのα信頼性係数は「介護スキル準備性」が0.79，「介護役割遂行可能感」が0.78であり，分析には因子ごとに単純加算した得点を使用した。

②　介護の意味づけ

鈴木[25]らが作成した「介護の意味づけ」尺度を使用した。本尺度はすでに介護を実施している介護者を対象としたものであるが，項目内容が退院前の介護予定者の認識を尋ねる内容として適切であると判断したため使用した。この尺度は，介護について自分の義務や使命と認識する「受容型」，人生の勉強や成長になると認識する「自己成長型」，親戚の目が気になる，自分以外にみる人がいないからと認識する「環境拘束型」，施設への抵抗感や他人に任せるのが不安と認識する「囲込み型」，恩返しや愛しているからと認識する「互恵型」の5つの下位尺度18項目で構成され

ている。本研究においては，内発的であり前向きに介護を意味づけている「受容型」「自己成長型」「囲込み型」「互恵型」の４因子14項目の下位尺度を，介護を主体的に意味づける『自律的意味づけ』と判断し，分析に用いた。分析に用いるにあたり確認的因子分析を実施するとともにCronbachのα信頼性係数を算出し，因子構造と内的整合性を確認した。確認的因子分析において『自律的意味づけ』を第二次因子とした４因子二次因子モデルを確認し，共分散と回帰係数の有意性はWald検定による棄却比で検定，適合度の指標はχ^2/df比，Comparative fit index（CFI），Root mean square error of approximation（RMSEA）を算出した。χ^2/df＝3.22, CFI=0.92, RMSEA=0.09, Cronbachのα信頼性係数は0.86であり，分析には単純加算した得点を使用した。

③　主観的健康感

主観的健康感は，介護者自身の健康状態についての自己評価であり，「非常に健康」「まあ健康」「どちらともいえない」「少し健康でない」「健康ではない」の５段階で回答を求めた。得点化の際には順に０～４点を与え，得点が高いほど主観的健康感が高いことを意味している。

④　ソーシャルサポートの入手可能性

ソーシャルサポートの入手可能性は，野口[26]のサポートネットワークスケールの短縮版を使用した。野口のスケールは「情緒的サポート」，「手段的サポート」，「ネガティブサポート」の３因子，各４項目について「同居の家族」「別居の親族」「友人・知人・近隣の人」の３提供主体からのサポートの入手が可能であるか否かを尋ねるものである。すなわち，本尺度は実際にサポートをしてもらったかどうかではなく，してもらえると期待できるかどうかの「入手可能性の認知（perceived availability）」を測定するものである。本研究では，心配事や悩みを聞いてくれるなどの「情緒的サポート」２項目，自分が病気のときの世話や用事を頼めるなどの「手段的サポート」の２項目計４項目に絞った短縮版を用いて，それぞれに対して３提供主体からの入手可能性について尋ねた。得点化に際して，サポートがいる場合に１点を与えた。得点範囲は，「情緒的サポート」「手段的サポート」ともに，０～６点である。得点が高いほどサポートの入手可能性の認知が高いことを意味している。「情緒的サポート」と「手段的サポート」の２因子下位尺度のKuder-Richardsonの20公式（KR-20）信頼性係数は「情緒的サポート」が0.73，「手段的サポート」が0.70であり，分析には因子ごとに単純加算した得点を使用した。

５．分析方法

分析は，医療ニーズの４類型のうち，医療専門職のみが実施する医療ニーズ群を除き，介護者が実施者である３群に対象者を分類した上で，その３群を分析対象とした。３群への対象の分類は以下の手順で実施した。

まず，先述したとおり研究者と在宅看護の専門家によって各医療ニーズ群に類型化し，その医療的ケアの内容を確認した。次に，対象を実施している医療的ケアの内容によって該当する医療ニーズ群に分類した。その際，医療的ケアの内容が複数の群にまたがる場合は以下の様にした。『断続群』と『定時群』にまたがる場合には『断続群』に選定し，『定時群』と『対症療法群』にまたがる場合には，『定時群』に選定した。

医療ニーズ別に介護者と療養者の基本的属性等および介護者の介護準備態勢の各項目について記述統計値を算出した上で，それらの関連を明らかにするため，χ^2検定，一元配置分散分析及び多重比較分析を実施した。これらの項目のうち療養者のADLと介護準備態勢であるソーシャルサポートの入手可能性の手段的サポートについては，得点分布が正規分布していなかったためノンパラメトリック法の一つであるKruskal-Wallis検定を実施した。分析の枠組みは図１に示した。分析には，SPSS for Windows 13.0 Jならびに Amos5.0を用いた。統計的な有意水準は，両側検定で５％以下とした。

Ⅳ．結　　果

１．医療ニーズと介護者の属性等の関連

医療ニーズと介護者の属性等との関連は表２に示すとおりであった。医療ニーズ別の介護者の平均年齢，療養者との続柄，家族構成人数，仕事の有無の各項目は，いずれも統計的な有意差は認められなかった。介護者の平均年齢は『定時群』が最も高く68.2歳（SD 12.2）であった。療養者との続柄は３群ともに「配偶者」が最も多く，『対症療法群』31名（56.4％），『定時群』26名（72.2％），『断続群』35名（64.8％）であった。家族構成人数は３群ともに「４人以上」が最も多く，『対症療法群』27名（49.1％），『定時群』17名（47.2％），『断続群』27名（50.0％）であった。仕事の有無は３群ともに「仕事はしていない」ものが多く，『対症療法群』37名（67.3％），『定時群』21名（58.3％），『断続群』32名（59.3％）であった。

２．医療ニーズと療養者の属性等の関連

医療ニーズと療養者の属性等との関連は，表３に示すとおりであった。医療ニーズ別の療養者の平均年齢，性別の各項目は，いずれも統計的な有意差は認められなかった。療養者の平均年齢は，『対症療法群』が最も高く79.2歳（SD 9.4）であった。性別は，３群ともに「男性」が多く『対症療法群』40名（72.7％），『定時群』27名（75.0％），『断続群』40名（74.1％）であった。ADLは，『対症療法群』が55.4点（SD 32.3）であり，『定時群』23.8点（SD 32.2）と『断続群』14.4点（SD 23.0）と比較し有意に高

表2　医療ニーズと介護者の属性等との関連

n=145

属性区分＼医療ニーズ	対症療法的医療ケア群 n=55	定時的医療処置群 n=36	断続的医療処置群 n=54
年齢			
平均年齢（SD）	65.6（SD 12.6）	68.2（SD 12.2）	65.5（SD 12.1）
療養者との続柄			
配偶者	31（56.4）	26（72.2）	35（64.8）
娘	13（23.6）	1（ 2.8）	7（13.0）
嫁，その他	11（20.0）	9（25.0）	12（22.2）
家族構成人数			
2人	16（29.1）	11（30.6）	15（27.8）
3人	12（21.8）	8（22.2）	12（22.2）
4人以上	27（49.1）	17（47.2）	27（50.0）
仕事			
仕事はしていない	37（67.3）	21（58.3）	32（59.3）
仕事をしている	18（32.7）	15（41.7）	22（40.7）

注1）度数に関する数値は人数を示す。SD = Standard deviation
注2）年齢は，一元配置分散分析及びScheffe多重比較を実施。
注3）療養者との続柄，家族構成人数，仕事の有無はχ^2検定（Fisher直接確率法）を実施。各群の比較は，各群の総数に対する比率を算出し3群間で比較した。
注4）全項目について3群間での有意差は認められなかった。

表3　医療ニーズと療養者の属性等との関連

n=145

属性区分＼医療ニーズ	対症療法的医療ケア群 n=55	定時的医療処置群 n=36	断続的医療処置群 n=54
年齢			
平均年齢（SD）	79.2（SD 9.4）	76.2（SD 9.1）	75.0（SD 10.1）
性別			
男性	40（72.7）	27（75.0）	40（74.1）
女性	15（27.3）	9（25.0）	14（25.9）
ADL †	55.4（SD 32.3）	23.8（SD 32.2）	14.4（SD 23.0）
		**	
			**
主疾患			
悪性新生物	24（43.6）	3（ 8.3）	9（16.7）
脳血管疾患	4（ 7.3）	10（27.8）	10（18.5）
難病	6（10.9）	2（ 5.6）	12（22.2）
消化器疾患	8（14.5）	5（13.9）	5（ 9.3）
呼吸器疾患	3（ 5.5）	5（13.9）	9（16.7）
腎泌尿器疾患	4（ 7.3）	10（27.8）	3（ 5.5）
その他	6（10.9）	1（ 2.7）	6（11.1）

注1）度数に関する数値は人数を示す。SD = Standard deviation
注2）年齢は，一元配置分散分析及びScheffe多重比較を実施。
注3）性別はχ^2検定を実施。各群の総数に対する比率を算出し3群間で比較した。主疾患は検定未実施。
注4）ADLについて，kruskal-Wallis検定を実施 †。
注5）年齢，性別は，3群間の有意差はなし。

かった（$p<0.01$）。主疾患は，『対症療法群』は「悪性新生物」が最も多く24名（43.6%），次いで「消化器疾患」8名（14.5%），『定時群』は「脳血管疾患」と「腎泌尿器疾患」がともに10名（27.8%）と最も多かった。『断続群』は「難

表4　医療ニーズ別の医療的ケア内容

n=145　人数（%）

医療ニーズ	対症療法的医療ケア群 n=55		定時的医療処置群 n=36		断続的医療処置群 n=54	
医療的ケアの内容	検温	55（100.0）	尿管カテーテル	11（30.6）	吸引	22（40.7）
	内服介助	35（ 63.6）	点滴（1■1回）	9（25.0）	経管栄養（胃瘻含む）	18（33.3）
	罨法	32（ 58.7）	酸素吸入	8（22.2）	中心静脈栄養	10（18.5）
	外用薬投与	29（ 52.7）	インスリン注射	8（22.2）	人工呼吸器	9（16.7）
			褥瘡処置	6（16.7）	持続点滴	9（16.7）
			自己導尿	4（11.1）	PTCDチューブ	4（ 7.4）
			人工肛門	3（ 8.3）	持続皮下注射	3（ 5.6）
			腎盂カテーテル	2（ 5.6）		

（複数回答）

注）全項目について，各群の総数に対する比率を算出した。

表5　医療ニーズと介護準備態勢

n=145

項目＼医療ニーズ	対症療法的医療ケア群 n=55	定時的医療処置群 n=36	断続的医療処置群 n=54	3群の比較
主観的な介護準備状況				
介護スキル準備性	9.6（SD 2.0）	8.4（SD 1.9）	7.0（SD 1.9）	断続群＜定時群 定時群＜対症療法群 断続群＜対症療法群
介護役割遂行可能感	7.7（SD 1.7）	6.8（SD 2.3）	7.3（SD 2.7）	n.s
介護の意味づけ				
自律的意味づけ	33.1（SD 4.3）	31.3（SD 4.2）	35.1（SD 5.5）	定時群＜断続群
主観的健康感	2.7（SD 0.9）	2.7（SD 0.7）	2.9（SD 1.0）	n.s
ソーシャルサポート				
情緒的サポート	3.5（SD 2.0）	3.4（SD 2.1）	4.1（SD 1.7）	n.s
手段的サポート †	2.0（SD 1.9）	0.9（SD 1.4）	1.5（SD 1.3）	定時群＜対症療法群

**p<0.01，*p<0.05，n.s = not significant

注1）各項目について，一元配置分散分析及びScheffe多重比較を実施。
注2）ソーシャルサポートの手段的サポートについて，kruskal-Wallis 検定を実施†。

病」が最も多く12名（22.2%），次いで「脳血管疾患」10名（18.5%）であった。

療養者に必要な医療的ケアの内容については，複数回答を求めた。結果は表4に示すとおりであった。

3．医療ニーズと介護準備態勢の関連

医療ニーズと介護準備態勢の各項■との関連は表5に示すとおりであった。『断続群』は，主観的な介護準備状況の「介護スキル準備性」が7.0点（SD 1.9）であり，『定時群』8.4点（SD 1.9）と『対症療法群』9.6点（SD 2.0）と比較し有意に低いが，主体的な介護の意味づけを示す「自律的意味づけ」が35.1点（SD 5.5）であり，『定時群』31.3点（SD 4.2）と比較し有意に高かった。

『定時群』は，「介護スキル準備性」が8.4点（SD 1.9）であり，『断続群』7.0点（SD 1.9）と比較して有意に高く，『対症療法群』9.6点（SD 2.0）よりも有意に低かった。「自律的意味づけ」は31.3点（SD 4.2）であり，『断続群』35.1点（SD 5.5）と比較し有意に低かった。また，ソーシャルサポートの入手可能性は「手段的サポート」が0.9点（SD 1.4）であり，『対症療法群』2.0点（SD 1.9）と比較し有意に低かった。

『対症療法群』は，「介護スキル準備性」が9.6点（SD 2.0）であり，『断続群』7.0点（SD 1.9）と，『定時群』8.4点（SD

1.9）と比較し有意に高かった。「手段的サポート」は2.0点（SD 1.9）であり，『定時群』0.9点（SD 1.4）と比較し有意に高かった。

V．考　察

本研究は，在宅移行期における療養者の医療ニーズを類型化し，医療ニーズ別に，療養者および介護者の基本的属性と，介護者の介護準備態勢を明らかにすることを目的とした。本研究の結果，在宅移行期の療養者の医療ニーズと介護者及び療養者の属性等については，療養者のADLのみ関連が認められた.そして，介護者の介護準備態勢は，医療ニーズによって異なることが示唆された。

1．医療ニーズの類型および療養者・介護者の特性

本研究では医療ニーズを，医療的ケアの習得の困難性と，医療的ケアの実施頻度及び不定期さという視点で分類し分析した。医療ニーズ別に療養者と介護者の基本的属性をみると，統計的に有意差が認められたのは，療養者のADLのみであった。療養者のADLは，『対症療法群』が『定時群』と『断続群』と比較して有意に高かった。これは，『対症療法群』の療養者が『定時群』と『断続群』の療養者と比較して，有意に日常生活自立度が高い状態であることを意味していた。『定時群』と『断続群』の療養者は，日常生活において全面的に介助を要する状態であり，ことに『断続群』は，より介助量を多く必要とする状態であった。この結果は，井形ら[27]が指摘する医療ニーズと介護ニーズが共に高い療養者は要介護度が重度であったことを支持する結果であった。このように『断続群』の介護者は習得の困難性が高く，拘束感も強い医療的ケアを実施しながら，加えて排泄や食事などの日常生活上の介護も実施しなければならない状況におかれていると推察された。

ADL以外の項目は，統計的な有意差は認められなかった。先行研究[28]においては，主疾患別に療養者や介護者の状況を判断し，支援の方略を検討している。しかしながら本研究においては，難病や脳血管疾患等，同じ疾患であっても異なる医療ニーズの群に分類された。すなわち本研究における医療ニーズは，医療ニーズに伴う介護であり，主疾患名ではなく個々の病状によって異なる可能性が示された。井形ら[27]の研究において同じ疾患であっても症状等によって状態は異なっていたため疾患名ではなく，状態で分類することが必要であると指摘されており，本研究はそれを支持するものである。今後は，主疾患名ではなく医療ニーズに伴う介護という側面から，個々の療養者の状態や介護状況の検証を継続する必要がある。

2．医療ニーズ別の介護準備態勢

一元配置分散分析及び多重比較分析の結果，『対症療法群』は，主観的な介護準備状況の「介護スキル準備性」が，『断続群』と『定時群』に比較して有意に高かった。すなわち『対症療法群』は，『断続群』と『定時群』よりも「介護スキル準備性」が十分に備わっていると認識していたことが示唆された。『対症療法群』は，病状に伴う発熱や疼痛などの身体症状に対処することを求められるが，他の2群と異なり医療機器を用いた処置技術の習得は求められていない。表4に示したとおり『対症療法群』の医療的ケア内容である身体症状の観察や内服介助等は，家族の健康を維持・増進するために，日常生活において家族の機能として体験し，経験を重ねてきたケアである。このため，他の2群の医療処置に比べて介護者にとって身近な技術であった可能性がある。佐藤ら[12]も，内服介助等の行為は日常的な行為であり簡易的なものとし，実施の困惑度は低いことを指摘している。佐藤らの研究は介護福祉士を対象としたものであり本研究と直接比較はできないが，対象は医学的専門知識や技術を持たないという点において共通であり，本研究結果を解釈するために有用である。

また，ソーシャルサポートである「手段的サポート」の入手可能性が，『定時群』と比較し有意に高く，3群間では最も入手可能であると認識していると示唆された。医療処置を有することが社会資源の入手を困難にしている[2]ことが指摘されており，『対症療法群』は，新たに習得すべき医療処置が無いことから，介護の代替が容易であると認識しているのではないかと推察された。また，インフォーマルサポートの入手可能性については，介護負担感に関連することが報告[29]されている。『対症療法群』が，在宅への移行後も介護負担感を増大させないためには，退院後も継続して「手段的サポート」が入手可能となるように，周囲との良好な人間関係を維持できるように支援していく必要がある。加えて，療養者の身体状況の変化も予測されることから，身体症状の出現を早期に発見し対処が可能となるように，教育的支援を継続的に実施することによって「介護スキル準備性」を低下させないことが重要である。

『定時群』は，主観的な介護準備状況の「介護スキル準備性」が『断続群』と比較して有意に高く，『対症療法群』よりも有意に低かった。すなわち『対症療法群』に比べ「介護スキル準備性」が備わっていると認識できていないものの，『断続群』と比較すれば備わっていると評価していた。医療機器を用いた医療処置の実施を有することは『断続群』と同様であるが，医療的ケアの習得の困難性が低いため「介護スキル準備性」が備わっていると認識することが可能であったと推察された。また，「自律的意味づけ」と，ソーシャルサポートの「手段的サポート」は，ともに3群間で最も低く，介護に対して主体的に意味づけていないことを示していた。『定時群』の医療的ケアは，習得の困難性が比較的低く，実施頻度も定時で回数が少ないため，他

の２群ほど介護に対する主体性を必要としなかった可能性も考えられた。また，その医療ニーズの性質により，親類など周囲の人たちから「この状況であれば介護者が中心で介護できるであろう」と，期待されているとも推察でき，介護者自らが自律的に意味づけるよりも，むしろ周囲からの役割期待によって介護を意味づけていると考えた。したがって主体的に介護するという意識が低いことから生じる，介護することに対する困難さへの支援が必要である。同様に「手段的サポート」が３群間で最も低く，介護に臨むにあたり介護の代替や援助も容易には入手できないと認識していると示唆された。周囲からの支援がなくても介護は可能と，介護者自身も周囲も判断していると推察される。そのため『定時群』の介護者への心理的支援に加えて，インフォーマルサポートと共に，必要時フォーマルサポートの導入も可能となるよう関係調整する必要がある。一方で，介護の意味づけやソーシャルサポートは，介護者の性差や続柄によって異なるとの指摘[30, 31]がある。本研究は，性差はコントロールしているが，今後は続柄の影響も含めて検証することが必要である。

『断続群』は，主観的な介護準備状況の「介護スキル準備性」が，『定時群』と『対症療法群』と比較し有意に低かった。すなわち，３群間において最も「介護スキル準備性」が不十分であると認識していた。医療的ケアの習得の困難性が高いことは「介護スキル準備性」の自己評価を低くする。人工呼吸器の管理や吸引，中心静脈栄養の実施など，高度な医療的知識と技術を必要とする医療的ケアは，その実施の適切性が療養者の生命に直接影響を与える。その為『断続群』は他の２群に比較し，退院に際して「介護スキル準備性」を必要とする群であり，医療専門職も入院中から介護者に対して医療的ケアを含めた教育的支援の必要性を認識し支援している。このように教育的支援を実施しているにも関わらず「介護スキル準備性」が低いことは，支援の開始時期や支援の方略を検討する必要性が指摘できる。今福ら[32]は，介護者が自ら実施している医療処置の技術に対して自信を持つことが，介護者の燃え尽きの低減に関連することを報告し，介護者が自信を持てるように支援する重要性を指摘している。そしてBetty L.Chang[33]は，看護師の介入によって介護者の介護への自信は向上することが出来ることを検証した。入院早期から看護師は介護者の「介護スキル準備性」を把握するとともに，入院中の介入によって生じた介護者の変化を把握し，介護者の状況に応じた支援を実施することが重要であることが指摘できる。一方，本研究の調査対象としたＢ医療機関は入院早期からの支援を実施していることを勘案すると，本研究結果から『断続群』の介護者が心理的に安定し前向きな気持ちで介護を継続できるためには，医療ニーズが高いものほど，介護スキルへの支援は重要であるが支援の効果を得ることは難しいことを認識し，継続的かつ適切に支援をし続けることの必要性も指摘することが出来る。そこで「介護スキル準備性」高められるように退院後も継続的に支援することは重要であり，病棟看護師は得られた情報を早期に在宅ケア提供者に提供し，入院中から退院後も継続して支援がなされるようにすることが必要である。

『断続群』は「自律的意味づけ」が３群間で最も高かったことから，最も介護に対して主体的に意味づけていたことが示唆された。医療的ケアの実施頻度は，頻回かつ不定期であるため介護時間は長く，介護者の拘束感が強く予測されていると思われる。このように介護者の多大な負担が予測されるにも関わらず，その介護を担おうとするためには，入院中から自らの介護役割に主体的な意味を見出し，自分が中心となり介護に臨もうとする強い意味づけがなされていることが推察される。これら介護者が自宅退院後も自律的な意味づけを持ち続けられるよう，心理的支援をすることが重要である。加えて，自宅に退院した後は，医療専門職が常にそばに居ない状況であるため介護者の不安は増大し，より困難感を抱くことも想像に難くない。『断続群』に対しては，医療的ケアの実施に不安や困難性を抱いていることを理解した上で，適切に支援が得られるように介護者の心理的支援を実施する必要がある。

本研究の知見は，療養者の医療ニーズによって介護者の介護準備態勢が異なることを指摘し，看護師は入院早期から介護者の介護準備態勢を適切に把握し，介護者の状況に応じた支援と，退院後も継続した支援が提供できるように，在宅ケア提供者と協働することの必要性を示唆した点である。

Ⅵ．結論および今後の課題

本研究の結果から，在宅移行期における療養者の医療ニーズによって介護準備態勢が異なることが明らかになり，個々の医療ニーズに着目した上で，介護者の介護準備態勢を判断することの必要性が示唆された。

『対症療法群』は「介護スキル準備性」は高く，「手段的サポート」も入手可能であると認識していた。

『定時群』は「自律的意味づけ」は低く，「手段的サポート」も入手困難であると認識していた。

『断続群』は「介護スキル準備性」は低いが，最も「自律的意味づけ」が高かった。

本研究の課題として，まず調査対象は一医療機関から得られたものであるため，結果の一般化には限界がある。本研究の結果の一般化の可能性を高めるとともに，医療ニーズの類型化についても妥当性を高めるためには，対象を拡大し他地域における検証を重ねることが必要である。加え

て，介護者の準備態勢には居住している地域のサポート体制を含めて検証する必要がある。地域のサポートなど介護準備態勢に関与する要因も含めて今後検証をすすめることが課題であると考えている。

謝　辞

本研究を行うにあたり，快く調査にご協力いただきました対象者の皆様，病院関係者及び訪問看護ステーションの皆様に深謝いたします。

要　旨

本研究の目的は，在宅移行期の療養者の医療ニーズを医療的ケアの内容をもとに分類し，医療ニーズ別に介護者の介護準備態勢の特徴を明らかにすることであった。分析対象は，医療ニーズの高い療養者の介護者145名であった。分析は医療ニーズを医療的ケアの習得の困難性と，実施頻度から介護者が実施する３群（対症療法的医療ケア群，定時的医療処置群，断続的医療処置群）に分類し，一元配置分散分析と多重比較を実施した。その結果，医療ニーズにより，主観的な介護準備状況は「介護スキル準備性」が異なること，介護の意味づけは「自律的意味づけ」が定時的医療処置群と比較して断続的医療処置群が強いこと，ソーシャルサポートは「手段的サポート」が，定時的医療処置群と比較して対症療法的医療ケア群に多いことが明らかとなった．以上のことから，療養者の医療ニーズの差異を認識したうえで，介護者の介護準備態勢を判断し支援することの必要性が示唆された。

Abstract

The present study examines family caregivers' preparedness for care-giving according to types of care-recipients' medical needs. A questionnaire survey was administered to 208 people taking care of a family member requiring medical care, who was allowed to be discharged to home, 145 completed questionnaires were returned. Subjects were classified into three groups according to the difficulty and frequency of care-recipients' medical care needs: symptomatic medical care, fixed-time medical care, and continuous medical care. Our analyses of variance (ANOVA) with Sheffe post-hoc test revealed significant differences in caregivers' care-giving skill and attitudes toward care-giving among the three groups. These findings suggest necessity for taking types of care-recipients' medical needs into consideration in intervening to prepare caregivers.

文　献

1）佐藤美穂子，小松紗子，他：千代田区「医療依存度の高い要介護高齢者の生活実態調査」平成16年度日本訪問看護振興財団研究報告書，1-4, 2004.
2）内正子，村田恵子：医療的ケアを必要とする在宅療養児の家族の困難と援助期待，日本小児看護学会，12(1)，50-56, 2003.
3）本道和子，須藤直子，他：退院調整における看護判断の過程に関する研究，東京保健科学学会誌，4(1)，12-21, 2001.
4）沼田久美子，長井浜江，他：がん終末期患者の在宅療養移行における病診連携のアンケート調査，Jpn Canser Chemother，32(1)，44-46, 2005.
5）樋口キエ子，田城孝雄：医療的ケアをになう家族介護者支援に関する研究，日本在宅ケア学会誌，8(1/2)，50-57, 2004.
6）片山陽子，矢嶋裕樹，他：在宅移行期の女性介護者における主観的な介護準備状況と心理的ウェルビーイングとの関係，老年社会科学，28(3)，359-367, 2006.
7）山路聡子，飯田苗恵：医療依存度の高い状態で退院する療養者における病院から訪問看護ステーションへの連携に関する実態調査，群馬県立医療短期大学紀要，10, 91-99, 2003.
8）牛込美和子，江澤和江，他：神経系難病における在宅継続意志に関連する要因の研究，日本公衆衛生誌，47(3)，204-214, 2000.
9）鈴木康之：医療的ケアによる障害区分について，日本重症心身障害学会，26(3)，34-42, 2001.
10）Teague B, Fleming J：Hegh Tech home care for childlen with chronic health conditions, Pediatric Nursing，8, 226-232, 1993.
11）篠木絵理：医療的ケアを必要とする小児の在宅ケア，北海道医療大学看護福祉学部紀要，5, 83-87, 1998.
12）佐藤ゆかり，神宝誠子：介護福祉士が利用者に求められる医療的行為の類型化と要求頻度・実施割合・困惑度の在宅・施設間比較，介護福祉学，9(1)，93-100, 2002.
13）片山陽子，矢嶋裕樹，他：地域中核病院の自宅退院困難者の退院先とその関連要因，岡山県立大学保健福祉学部紀要，12, 11-20, 2005.
14）大川嗣雄：障害評価に対する最近の考え方：ADL評価と総合評価を中心に，総合リハビリテーション，16(4)，291-300, 1988.
15）Granger CV, Dewis LS, Peters NC et al：Stroke rehabilitation：Analysis of repeated Barthel Index measures. Arch Phys Med Pehabil，60(1)，14-17, 1979.
16）Archbold PG, Stewart BJ, Greenlick MR, et al：The clinical assessment of mutuality and preparedness in family caregiver to frail older poaple. In SG Funk, EM Tornquist, MT Champagne, & P A Wiese, Key aspects of elder care，328-339, Springer New york, 1992.
17）樋口キエコ：医療処置を習得する上での困難，日本在宅医学雑誌，7(2)，21-26, 2003.
18）Archbold PG., Stewart BJ.，Greenlick MR., et al：Mutuality and Preparedness as predictors of Caregiver Role Strain. Research in

Nursing & Health, 13, 375-384, 1990.
19) 川村佐和子：組織力を高める在宅ケア高度実践術，156-162，日本看護協会出版会，東京，2002.
20) 飯倉修子，北田豊治：介護者の介護への思いに関する研究，心の看護学，2(3)，269-275, 1998.
21) 小長谷百絵：筋萎縮側策硬化症患者を介護する家族の介護負担感に関する研究，日本在宅ケア学会誌，5(1)，34-41, 2001.
22) Boeiji HR, DuijinseteeMS：Comunication of caregiving among partner who give totals care to spouse with multitipe scaleroris, Health Soc Care Community, 11(3)，242-252, 2003.
23) 緒方泰子：在宅要介護高齢者を介護する家族の主観的負担，日本公衛生誌，47(4)，307-319, 2000.
24) 高橋和子，小林淳子：高齢者夫婦世帯における介護者のインフォーマルサポートの実態と精神的健康の関連，老年看護学，18(1)，5-13, 2003.
25) 鈴木規子，谷口幸一，他：在宅高齢者の介護をになう女性介護者の介護の意味づけの構成概念と規定要因の検討，老年社会学，26(1)，68-77, 2004.
26) 野口裕二：高齢者のソーシャルサポート；その概念と測定，社会老年学，34, 37-48, 1991.
27) 井形昭弘，他：平成17年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金「介護保険サービスにおける看護提供体制のあり方に関する調査研究事業」報告書「医療ニーズを併せ持つ在宅の中重度者へのサービスの充実に向けて」，財団法人日本訪問看護振興財団，153-161, 2006.
28) 筒井孝子，東野定律：急性期病棟の看護業務実態と患者の病態（第3報）－在院日数30日以内の患者群の年齢階層別，疾患別，入・退院時の状態比較－病院管理，40(2)，131-142, 2003.
29) 赤松昭，小澤温，他：ソーシャルサポートが介護負担度に及ぼす影響，厚生の指標，49(11)，17-22, 2002.
30) Waikre, A.J., Acock.A.C. and Bowman, S.R., et al.:Amount of care given and careging satisfaction:A latent growth curve analysis, Journal of Gerontlogy: Psychological Science, 51B(3), 130-142, 1996.
31) 田中共子，兵藤好美，他：在宅介護者のソーシャルサポートネットワークの機能－家族・友人・近所・専門職に関する検討－，社会心理学研究，18(1)，39-50, 2002.
32) 今福恵子，大塚みち子，他：訪問看護師の情緒的・情報的サポートが介護者の精神的健康に与える影響，静岡県立大学短期大学部特別研究報告書（13・14年度），1-4, 2003.
33) Betty L.Chang：Cognitive-Behavioral Intervention for Homebound Careiver of Persons with Demnis, Nursing Research, 48(3)，173-182, 1999.

［平成20年7月10日受　付］
［平成21年2月20日採用決定］

－研究報告－

看護者の患者指導技術の構成要素と構造化の試み

A Study on Systematized the Main Factors on Patient Teaching Skills of Nurse in Patient Teaching

石岡　薫[1)] Kaoru Ishioka
一戸とも子[1)] Tomoko Ichinohe
阿部テル子[1)] Teruko Abe
齋藤久美子[1)] Kumiko Saito
小倉能理子[1)] Noriko Ogura
西沢義子[1)] Yoshiko Nishizawa
工藤せい子[1)] Seiko Kudo
會津桂子[1)] Keiko Aizu
安杖優子[1)] Yuko Anzue
小林朱実[2)] Akemi Kobayashi

キーワード：看護者，患者指導，患者教育，指導技術
Key Words ：nurse, patient teaching, patient education, teaching skills

Ⅰ．はじめに

看護の対象者が，主体的に健康の保持増進や疾病予防をし，健康が障害された場合は健康を回復できるように援助していくうえで，患者教育は看護業務の中に大きな割合を占める。患者教育は，慢性疾患の増加や患者の医療への積極的な関与という状況の中で，患者の自己管理を支援する重要なもの[1)]となっている。

看護においては，患者教育とほぼ同意義に患者指導という用語が用いられているが，「教育」とは人間の能力と人格を形成する活動[2)]であり「指導」とは具体的・直接的，かつ技術的な面を打ち出すこと[3)]である。よって，本研究では患者の保健行動の変容を支援する具体的なスキルという意味合いから，「患者指導」を用いることとする。なお，引用文献で「患者教育」としているものはそのままの表記とする。

患者指導の目的は，健康管理や健康回復のために，患者のこれまでの生活習慣の変更や新しい生活行動の獲得等を支援することであり，その成果は，患者が指導を受けた内容を理解し行動化できるようになってはじめて得られたと言える。しかし，これまでの生活の中でごく自然に行われてきた生活行動の変更や，健康管理のための新たな知識・技術の獲得，価値観の変更，食事などの基本的欲求の制限などは，心身のストレスや努力を伴うことから容易ではない。このような対象者の行動変容を支援する上で，看護者の患者指導の技術向上が求められる。

患者指導に関する研究として，糖尿病等の慢性疾患におけるものについては多くの研究が見られる。中でも，河口ら[4)~10)]は，熟練看護師の患者教育の実践例から患者教育について継続的に研究し，その方法論を明らかにしている。

看護者の指導技術を向上させるためには，こうした患者指導に関する方法論について学ぶとともに，自己の指導技術を総合的・客観的に評価し，その傾向を知ることが効果的であると考える。よって，患者指導の自己評価の手段として，指導技術の評価ツールの開発は，看護者の指導技術向上のためには重要な課題である。

指導技術の評価に関連する研究は，糖尿病教育における看護師の教育スタイル自己評価ツール[11)]が報告されている。しかし，特定の疾患に限定しない患者指導技術の自己評価について検討しているものはない。今回われわれは，様々な対象に対して患者指導を行う看護者の指導技術向上を目指すためには，患者指導全般に使用することができる指導技術の自己評価ツールが必要であると考え，その作成を試みることとした。看護者は，ものごとがうまくいくように対処する用意をして看護を実践している。つまり，具体的な看護は様々に心がけていることの集約に基づいてなされていると考える。そこで，指導技術項目は，日々患者指導を実践している看護者が「患者指導において心がけていること」から導き出されると考えた。

本研究では，患者指導技術の自己評価ツール作成のための基礎資料を得ることを目的として，「患者指導において心がけていること」から指導技術の要素を抽出し，患者指導技術の構造化を試みた。

1）弘前大学大学院保健学研究科　Hirosaki University Graduate School of Health Sciences
2）弘前大学医学部附属病院　Hirosaki University School Hospital of Medicine

Ⅱ．用語の定義

本研究における「患者指導」とは，日常の看護業務のなかで，時間の長短に関わらず患者に対して看護職者が行うすべての指導的な関わり，とした。

Ⅲ．研究方法

１．対象者

Ａ県内の300床以上の総合病院で研究協力の得られた10施設の看護者で，ＩＣＵ・ＣＣＵ・手術部等の患者指導を行うことが少ない診療科を除いた986名のうち，「患者指導において心がけていること」に記述があった477名である。

２．調査期間

2005年12月から2006年１月である。

３．調査方法

無記名自記式による質問紙調査である。質問紙は，研究協力の得られた各施設の看護部を通して各部署へ配布してもらうよう依頼した。回収方法は，個別に返信用封筒にて郵送してもらった。

４．調査内容

本研究の元となる調査は，①患者指導に対する考えとその実践，②「心がけていること」と③「困難に感じていること」についての３つの観点からなる。①は患者指導の実態を把握するため，②は患者指導技術の要素を抽出するため，③は患者指導における困難から課題を見出すために設定した。調査内容は，対象者の属性（年齢，性別，現在の職種，現在の勤務場所，看護職者としての経験年数等），患者指導に関する考え11項目に対する重要性の認識と実践度，患者指導において困難に感じていること・心がけていること，および院内・外の研修会への参加状況である。患者指導に関する考え11項目は，アルファロ[12]の看護過程における患者教育の看護計画を参考にした。患者指導において「困難に感じていること」「心がけていること」（以下「心がけ」）については自由記述してもらった。患者指導技術の構成要素は，看護者が患者指導においてどのような視点をもち，どのように具体的に実践しているかを把握することによって抽出できると考え，本研究では，調査内容の一部である「心がけ」の自由記述を分析対象とした。

５．研究枠組み

１）実際に患者指導に携わっている多くの看護者の「心がけ」の自由記述から，帰納的に患者指導技術を抽出しカテゴリー化する。

２）１）のカテゴリーが患者指導技術として十分な内容であるかを検討する為に，ナンシーら[13]および中村ら[14]の患者指導の概念から患者指導の枠組み（以下，「患者指導の枠組み」）を作成する。そして，この枠組みと１）のカテゴリーを照合し，患者指導技術の要素を抽出する。

３）２）の照合から得られた患者指導技術の要素間の関連性を検討し，指導技術の全体像を明らかにするために，患者指導技術の構造化を試みる。

６．分析方法

１）「心がけ」の内容分析による患者指導技術の抽出

「心がけ」の自由記述の内容を指導技術に関する意味内容ごとに分類し，順次コード化，サブカテゴリー化，カテゴリー化し，それぞれの数を集計した。分類は，教育・研究経験年数に幅のある５名の教員で行った。５名のなかに内容分析による研究を行っている者がいたこと，５人が納得できるまで分析を繰り返し行うことで，信頼性・妥当性を高める努力をした。５名の教育・研究経験年数は，25年以上が３名，10年以上が１名，３年が１名である。

２）患者指導の枠組みの作成

「患者指導の枠組み」を作成するにあたって，ナンシーら[13]の「看護実践における健康教育の専門職モデル」（以下「ナンシーのモデル」）および中村ら[14]の「看護師の患者指導の機能に関する研究の指導技術項目」（以下「中村の概念」）を用いた。

これらの概念を参考にした理由は次の通りである。ナンシーら[13]は，患者教育における看護師の役割を効果的に果たすためには，教育の概念を構成する過程や，看護師の教育的役割に影響を与える概念についての知識が不可欠であると考えている。そこで，これらの概念を検証する筋道を与えるものとして「看護実践における健康教育の専門職モデル」を提示している。また，本研究で参考にした翻訳[13]はアメリカと日本の社会的背景の違いを考慮した内容となっている。以上から，看護師の教育的役割を基礎づける概念枠組みとして妥当であると考えた。また中村ら[14]は，看護師の患者指導の機能を明確にするために，特定の疾患をもつ患者を対象としたものではなく，日常臨床でよく見られる場面から，看護教員４名の協議によって指導技術項目を抽出し，指導技術の実践度を調査・分析している。従って，看護者の患者指導に関する自由記述から帰納的に患者指導技術の項目抽出を試みるという本研究と中村ら[14]の研究は共通性があり，患者指導の概念として活用できると考えた。

３）患者指導の枠組みと「心がけ」のカテゴリー・サブカテゴリーの照合

「心がけ」の記述内容から得られたサブカテゴリー・カテゴリーと，ナンシーら[13]，中村ら[14]の患者指導の概念から作成した「患者指導の枠組み」との照合を行い，患者指導技術の要素を抽出した。

４）患者指導技術の構造化

３）で抽出された指導技術の要素について，相互の関連性を検討することで，患者指導の構造を導いた。

7．倫理的配慮

各施設の看護部の責任者へ文書にて調査を依頼し，承諾の有無・調査協力できる看護者の人数について回答を得た。依頼文書には，調査目的，対象者，調査期間，調査方法，回収方法，また，個人や施設は特定されることはなく，データは外部に流出しないようにすること，調査結果は学会発表及び論文投稿によって公表する予定であることを明記し，質問紙を添付した。承諾の得られた施設の看護者を対象とした。個々の看護者の質問紙には，研究目的及び得られたデータは研究目的以外に使用することはなく，無記名で行い個人や施設が特定されないことを明記した。記入後の調査用紙は対象者自身に封入・投函してもらい，返送をもって研究への承諾とした。また研究者の連絡先を明記し，調査に関する質問や意見がある場合には問い合わせができるよう配慮した。研究終了後は，データを裁断して破棄し，個人情報を厳密に管理するよう努めた。

Ⅳ．結　果

質問紙への回答者は623名（回収率63.2%）であった。このうち，「心がけ」の自由記述の記載があった477名（76.6%）を対象者とした。

1．対象者の属性

対象者の性別は，男性５名（1.1%），女性470名（98.5%），無記入２名（0.4%），職種は，看護師437名（91.6%），准看護師11名（2.3%），助産師28名（5.9%），であった。経験年数は１～10年132名（27.7%），11～20年129名（27.0%），21～30年171名（35.8%），31～40年40名（8.4%）であった（表１）。

表１　対象者の属性

平均年齢	40.15歳±10.10		
性別			
	男性	5名	(1.1%)
	女性	470名	(98.5%)
	無回答	2名	(0.4%)
現在の職種	保健師	0名	(0%)
	助産師	28名	(5.9%)
	看護師	437名	(91.6%)
	准看護師	11名	(2.3%)
	無回答	1名	(0.2%)
現在の勤務場所	外来	29名	(6.0%)
	病棟	441名	(92.5%)
	無回答	7名	(1.5%)
経験年数	1－10年	132名	(27.7%)
	11－20年	129名	(27.0%)
	21－30年	171名	(35.8%)
	31－40年	40名	(8.4%)
	無回答	5名	(1.1%)

2．「心がけ」の記述の内容分析（表２）

「心がけ」の記述内容から，1,073のコードが得られ，内容の類似したコードをまとめたところ，52のサブカテゴリーが得られた。さらにサブカテゴリーから12のカテゴリーが抽出された。カテゴリーは【　】，サブカテゴリーは〈　〉で表記する。

12のカテゴリーは，【アセスメント】，【話し方】，【わかりやすい言葉】，【指導後の確認・評価】，【傾聴的態度・雰囲気】，【わかりやすい方法】，【家族・キーパーソンへの指導】，【指導環境】，【指導計画の立案】，【患者の参加を促すこと】，【スタッフの連携】，【自己学習】，となった。

コード数が100以上のカテゴリーは６つで，最も多いのは【アセスメント】で211（19.7%），次いで，【話し方】で197（18.4%），【わかりやすい言葉】で163（15.2%），【指導後の確認・評価】で148（13.8%），【傾聴的態度・雰囲気】で109（10.2%），【わかりやすい方法】で100（9.3%）となった。

以上の６カテゴリーに含まれるサブカテゴリーとコード数（表２）をみると，【アセスメント】は７サブカテゴリーで，コード数の多い順に〈理解力〉，〈情報収集〉，〈個別性〉，〈反応をみる〉，〈患者の学習ニーズの把握〉，〈患者に合った指導方法〉，〈指導を受ける準備（体調）〉となった。【話し方】は12サブカテゴリーで，コード数は〈ゆっくり話す〉，〈わかりやすく〉，〈わかりやすく話す〉が多く，次いで〈言葉遣い〉，〈一度に話さない〉などとなった。【わかりやすい言葉】は〈理解しやすい言葉〉が最も多く，次いで〈専門用語を使わない・最小限に〉，〈理解できる言葉〉となった。【指導後の確認・評価】は，〈理解度・実施状況〉が多く，〈フィードバックする〉は少なかった。【傾聴的態度・雰囲気】は14サブカテゴリーで，〈傾聴〉が最も多く，次いで〈相手を尊重する〉，〈相手の立場に立つ〉など，【わかりやすい方法】は〈教材の工夫〉，〈繰り返す〉の順であった。

コード数が50以下のカテゴリーは，【家族・キーパーソンへの指導】，【指導環境】【指導計画の立案】，【患者の参加を促すこと】，【スタッフの連携】，【自己学習】であった。

3．患者指導の枠組み（表３）

ナンシーのモデルは，「社会福祉の理念」，「クライエントの状態」，「実践の環境」，「看護実践の方略」，の４つの要素からなる。「社会福祉の理念」とは，看護職にとって欠かせない特性と看護職の本質を規定する特性であり，患者の擁護や責務といったものが含まれる。また，健康教育は看護過程つまり，アセスメント，計画作成，実施，評価という過程に沿って行われる根拠ある活動として，ここで

表2　カテゴリーとサブカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー	コード数	コード数合計	%
アセスメント	理解力	91		
	情報収集	34		
	個別性	27		
	反応をみる	26		
	患者の学習ニーズの把握	17		
	患者に合った指導方法	9		
	指導を受ける準備（体調）	7	211	19.7
話し方	ゆっくり話す	33		
	わかりやすく	32		
	わかりやすく話す	31		
	言葉遣い	23		
	一度に話さない	16		
	押しつけにならない	16		
	ポイントを押さえて	12		
	必要性・根拠の説明	11		
	ゆっくり時間をとる	8		
	はっきり話す	6		
	具体的に	5		
	ていねいに	4	197	18.4
わかりやすい言葉	理解しやすい言葉	137		
	専門用語を使わない・最小限に	14		
	理解できる言葉	12	163	15.2
指導後の確認・評価	理解度・実施状況	135		
	フィードバックする	13	148	13.8
傾聴的態度・雰囲気	傾聴	23		
	相手を尊重する	12		
	相手の立場に立つ	12		
	目線をあわせる	11		
	話しかけやすい雰囲気	10		
	笑顔	8		
	明るい雰囲気	8		
	患者と良好な関係を築く	8		
	態度	5		
	否定しない	4		
	「指導」に対するNsの思い	3		
	一緒に学ぶ姿勢	2		
	一人一人に声がけ	2		
	コミュニケーションのツールを使用	1	109	10.2
わかりやすい方法	教材の工夫	63		
	繰り返す	37	100	9.3
家族・キーパーソンへの指導	家族・キーパーソンへの指導	40	40	3.7
指導環境	時間・場所の設定	26		
	プライバシーの保護	8	34	3.2
指導計画の立案	指導内容・方法	12		
	優先順位	5		
	指導計画を立てる	4		
	負担にならないように	4		
	目標の設定	2	27	2.5
患者の参加を促すこと	患者と一緒に考える	16		
	患者主体に	9	25	2.3
スタッフの連携	スタッフの連携	11	11	1.0
自己学習	自己学習をする	8	8	0.7
			1,073	100

表3　患者指導の枠組み

	社会福祉の理念	クライエントの状態	実践の環境	看護実践の方略
ナンシーのモデル	職業の特性	発達と特性・認知	施設	健康維持の方略
	倫理綱領	精神運動の発達課題	物理的側面	管理やリーダーシップの方略
	看護の役割	サポートシステム	サービスの組織化	教育技能
	業務基準	健康状態	施設の理念，方針，手順	コミュニケーション
	患者の擁護	健康維持活動	保健医療の提供システム	アセスメント技能と用具の使用
	責務	健康維持のニード	地域の志向と考え方	評価の技能
	看護過程	危険因子	他の保健医療提供者の役割	集団づくりの技能
		利用できる保健医療機関	保健医療への行政の関与	記録文書作成の方法
		心理的状態	実践の場の地理的条件	
		文化・信仰・価値観		
中村の概念	②患者との人間関係	①患者の病気に対する理解の確認	⑥指導環境への配慮	⑦家族への指導
	⑤患者への共感と励まし	③患者の療養法の確認	⑩地域との連携および社会資源の活用	⑧指導の方法
		④患者の療養上のやり方の受け止め		⑨医療チームの連携

位置づけられている。「クライエントの状態」には，患者のニードを把握するアセスメントの視点が示されている。その内容は，健康状態といった生理的機能のみならず，精神運動の発達や心理的状態，信仰・価値観といった心理社会的状態なども含まれる。

「看護実践の方略」は，看護実践で使われる知識や技術，技法に関する知識の総体であり，コミュニケーションに関する知識や技能，用具の使用などである。「実践の環境」は，看護実践に影響を及ぼす環境特性であり，指導を行う場所が整備されているかといった施設の物理的な側面に関わることや，指導を十分に行うためのスタッフの配置や教材の充実，指導時間の確保などの施設の理念や方針に関わることなどが含まれる。

中村の概念は，①患者の病気に対する理解の確認，②患者との人間関係，③患者の療養法の確認，④患者の療養上のやり方の受け止め，⑤患者への共感と励まし，⑥指導環境への配慮，⑦家族への指導，⑧指導の方法，⑨医療チームの連携，⑩地域との連携および社会資源の活用，の10領域で構成されている。

以上の，ナンシーらの４要素と中村らの10領域を照合し，内容の類似性から対応させた。その結果，ナンシーらの「社会福祉の理念」と中村らの②患者との人間関係，⑤患者への共感と励まし，「クライエントの状態」と，①患者の病気に対する理解の確認，③患者の療養法の確認，④患者の療養上のやり方の受け止め，「実践の環境」と⑥指導環境への配慮，⑩地域との連携および社会資源の活用，「看護実践の方略」と⑦家族への指導，⑧指導の方法，⑨医療チームの連携，と対応していることが確認された（表３）。なお，ナンシーの４要素には中村の10領域にはない内容として，「クライエントの状態」における健康状態や「社会福祉の理念」における責務などが含まれ，患者指導を広い視点で捉えていることが確認された。従って本研究では，ナンシーの４要素を患者指導の枠組みとした。

４．患者指導の枠組みと「心がけ」のカテゴリー・サブカテゴリーの照合

「心がけ」を患者指導の枠組みと照合したところ，「心がけ」から得られた12カテゴリー全てがこの枠組みに対応していた。【アセスメント】は「クライエントの状態」と，【指導計画の立案】，【わかりやすい言葉】，【話し方】，【わかりやすい方法】，【家族・キーパーソンへの指導】，【スタッフの連携】，【指導後の確認・評価】は「看護実践の方略」と，【指導環境】は「実践の環境」と，【傾聴的態度・雰囲気】，【自己学習】，【患者の参加を促すこと】は「社会福祉の理念」と対応していた。しかし，中村の10領域に含まれる⑩地域との連携および社会資源の活用，に対応する内容が「心がけ」には含まれていなかった。また「心がけ」の自由記述には，患者指導の枠組みに対応しない内容は含まれていなかった（図１）。

５．患者指導技術の構成要素の抽出と構造化の試み

以上の照合の結果，患者指導の枠組みのうち，「看護実践の方略」には複数の「心がけ」のカテゴリーが含まれること，また，ナンシーらの４要素，中村らの10領域，「心がけ」から抽出された12カテゴリーには，指導のプロセスにかかわる技術と指導全体にかかわる技術があると考えら

	「心がけ」のカテゴリー	「心がけ」のサブカテゴリー	中村ら10領域	ナンシーら4要素
情報収集・アセスメント	アセスメント	患者の学習ニーズの把握 情報収集 理解力	①患者の病気に対する理解の確認	クライエントの状態
		情報収集	③患者の療養法の確認	
			④患者の療養上のやり方の受け止め	
		指導を受ける準備（体調） 個別性 患者に合った指導方法 反応をみる		
計画立案	指導計画の立案	負担にならないように 目標の設定 指導計画を立てる 指導内容・方法 優先順位	⑧指導の方法	看護実践の方略
実践	わかりやすい言葉	理解しやすい言葉 理解できる言葉 専門用語を使わない・最小限に		
	話し方	一度に話さない わかりやすく話す わかりやすく 具体的に ゆっくり話す ゆっくり時間をとる ポイントを押さえて はっきり話す 必要性・根拠の説明 言葉遣い 押しつけにならない ていねいに		
	わかりやすい方法	教材の工夫 繰り返す		
	家族・キーパーソンへの指導	家族・キーパーソンへの指導	⑦家族への指導	
	スタッフの連携	スタッフの連携	⑨医療チームの連携	
評価	指導後の確認・評価	理解度・実施状況	⑥指導の方法	
		フィードバックする		
環境	指導環境	時間・場所の設定 プライバシーの保護	⑥指導環境への配慮	実践の環境
	※該当無し		⑩地域との連携および社会資源の活用	
看護者の態度	傾聴的態度・雰囲気	相手を尊重する 患者と良好な関係を築く コミュニケーションのツールを使用	②患者との人間関係	社会福祉の理念
		傾聴 笑顔 態度 一緒に学ぶ姿勢	⑤患者への共感と励まし	
		相手の立場に立つ 目線をあわせる 話しかけやすい雰囲気 明るい雰囲気 否定しない 「指導」に対するNsの思い 一人一人に声がけ		
	自己学習	自己学習をする		
	患者の参加を促すこと	患者と一緒に考える 患者主体に		

図1 「心がけ」の実態と患者指導の枠組みとの照合

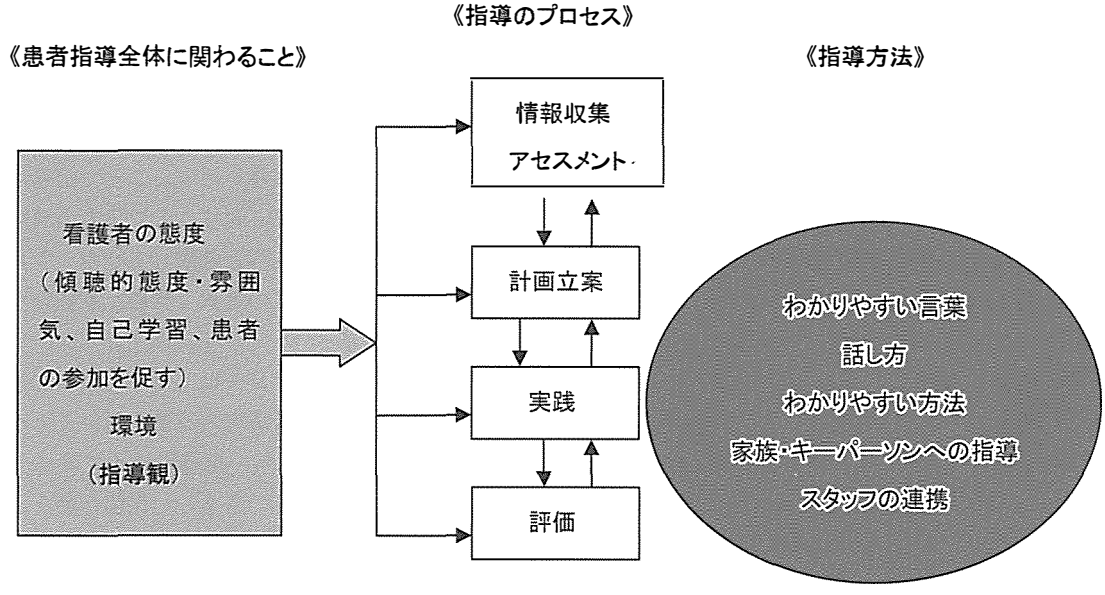


図２　患者指導の構造

れた。そこで，この観点から整理統合し，新たに患者指導技術を構成する要素の抽出を試みた。

その結果，ナンシーらの「クライエントの状態」＋中村らの①③④と【アセスメント】に対応する内容は《情報収集・アセスメント》という要素へ，ナンシーらの「看護実践の方略」＋中村らの⑧と【指導計画の立案】は《計画立案》，ナンシーらの「看護実践の方略」＋中村らの⑧と【わかりやすい言葉】，【話し方】，【わかりやすい方法】，ナンシーらの「看護実践の方略」＋中村らの⑦と【家族・キーパーソンへの指導】，ナンシーらの「看護実践の方略」＋中村らの⑨と【スタッフの連携】は《実践》，ナンシーらの「看護実践の方略」＋中村らの⑧と【指導後の確認・評価】は《評価》という４つの要素として分類された。これらの４つの要素に加えて，ナンシーらの「実践の環境」＋中村らの⑥⑩と【指導環境】は《環境》，ナンシーらの「社会福祉の理念」＋中村らの②⑤と【傾聴的態度・雰囲気】，【自己学習】，【患者の参加を促すこと】は《看護者の態度》として分類された（図１）。

次にこれらの６要素をもとに患者指導の構造として，指導のプロセスに《情報収集・アセスメント》，《計画立案》，《実践》，《評価》の４要素と指導プロセス全体に関わる要素として，《環境》，《看護者の態度》を位置づけた（図２）。

Ⅴ．考　察

本研究では，看護者が自らの患者指導を客観的に評価するための指標となる，患者指導技術の自己評価ツール開発のための基礎資料を得ることを目的とした。今回の「心がけ」の自由記述から得られた各カテゴリー・サブカテゴリーと患者指導の概念との関連および導き出された患者指導技術の構造の二点から考察をする。

１．12カテゴリー・52サブカテゴリーと患者指導の概念との関連

患者指導において心がけていることの自由記述を帰納的に分析した。その結果，1,073のコードと52のサブカテゴリー，12のカテゴリーが得られた。12カテゴリーのなかでコード数が最も多いのは【アセスメント】であり，７サブカテゴリーがあった。

患者指導においてアセスメントは指導を効果的に行うための基本であり，慎重に行われなければならない。アセスメントの視点として武山[15]は，患者の個人的学習目標，学習意欲，学習を遅延させるような身体的条件や知能等を，また，ナンシーら[13]は，アセスメントが必要な４カテゴリーとして，学習者の健康状態，健康に対する価値観，発達上の特徴，学習者の過去の学習経験をあげている。サブカテゴリーで最も多かった〈理解力〉は，患者の精神状態，学習を遅延させるような身体的条件や知能[13]，発達上の特徴[15]に対応していると考えられる。この他サブカテゴリーとして抽出された〈情報収集〉，〈個別性〉，〈反応をみる〉，〈学習ニーズの把握〉，〈患者にあった指導方法〉も武山[15]の個人的学習目標や学習意欲，ナンシーら[13]の学習者の過去の学習経験に対応したものとなっている。【アセスメント】で「指導を受ける準備（体調）」は最も少なかったが，患者の体調は集中力や意欲に影響すると考えられ，学習を効果的なものにするためには，配慮すべき重要な項目といえる。

以上より，看護者は患者指導においてアセスメントの重要性を認識し，サブカテゴリーからその視点を適切に捉えていることが推測された。

【アセスメント】に続いてコード数が多かったものは【話し方】,【わかりやすい言葉】である。【話し方】のサブカテゴリーで多かったのは,〈ゆっくり話す〉,〈わかりやすく〉であり,少なかったものは〈具体的に〉などであった。【わかりやすい言葉】では〈理解しやすい言葉〉,〈専門用語を使わない・最小限に〉,と続いた。患者指導における指導者の言葉遣いは,指導の効果を左右するものとして捉えられており,指導者は言葉のもつ効果に敏感になり一人一人の患者にあった言葉を用いることが必要であるとされている[15]。その具体的内容としては,複雑な医学的・科学的概念を素人にもわかる言葉で表現すること,臨床用語や略語は使わないこと,例をとりあげることが示されている。また,話すスピードも指導内容の理解を促す為には配慮すべき大切なことであるといえる。本研究のサブカテゴリーはこれらの内容とほぼ対応していた。

【指導後の確認・評価】では,サブカテゴリーの多い順に〈理解度・実施状況〉,〈フィードバックする〉,が含まれていた。患者指導における評価は,患者の学習の進み具合を持続的かつ系統的にアセスメントすることであり,患者指導の有効性を判断する重要なものである。そして,評価は患者の好ましい行動の強化や好ましくない行動の修正を早期に可能とし,どの指導法が有効であるかを判断することで,指導を個別化する。よってフィードバックは,患者の理解度・実施状況の確認をする方法として実施されていると推察できる。

看護者の態度に関するカテゴリーとしては,【傾聴的態度・雰囲気】が抽出された。サブカテゴリーは多い順に,〈傾聴〉,〈相手を尊重する〉,〈相手の立場に立つ〉,〈目線をあわせる〉,〈話しかけやすい雰囲気〉などであった。患者指導において,看護者の人間的な関わりは,患者を安楽にし,看護者への信頼を育て,学習準備状態を高めるために重要であるといえる[15]。このような看護者の人間的な関わり方は,指導の技術ではないものの患者の潜在意識に働きかける「指導策」である。河口[9]は,看護者の受容的,非受容的(指示的)雰囲気は,患者の行動変容に強い影響を与えるとして,この看護者の雰囲気を「Professional Learning Climate」(PLC) と命名している。患者指導は患者と看護者のコミュニケーションを主体に展開されることから,看護者の態度・雰囲気は指導のプロセス全体に関わると考える。これらは対人関係の技法に通じるが,患者指導の成果にかかわることであり,指導技術評価の視点として必要であると考える。

【わかりやすい方法】はコード数が100(9.3%)で,【話し方】197(18.4%)や【わかりやすい言葉】163(15.2%)と同じく指導方法に関するものであるが,これらに比較するとコード数が少なく,看護者が心がけることとしての認識は低いことが推察される。患者の認知能力や発達段階等を考慮し個別性に応じてわかりやすい方法を十分検討することは重要である[13][15]。サブカテゴリーとしては多い順に,〈教材の工夫〉,〈繰り返す〉が含まれており,ナンシーら[13]による,患者に適した媒体を用いることで指導効果を高めることが可能であり,繰り返すことで患者の理解をより促すことができるという内容と合致していた。さらに,講義や実演といった指導形式の選択も含めた評価をすることが必要である。

後述する6つのカテゴリーは,コード数が50未満でありこれらの内容に対する看護者の認識が低いことが窺えた。

【家族・キーパーソンへの指導】は,患者に十分な理解力がない場合や患者自身で望ましい保健行動をとることができない場合は必要不可欠である。また,患者にとって家族や友人は精神的支えとなり,これらの人々からどの程度援助を受けられるかによって,患者の対処行動にも影響がでる[15]。家族等の支援者の存在や協力体制をアセスメントし,状況に応じて家族等も含めた指導を行うことが重要であるといえる。

【指導環境】のサブカテゴリーには〈時間・場所の設定〉,〈プライバシーの保護〉が含まれていた。ナンシーら[13]は,物理的な環境として騒音や臭い,照明,広さ,椅子や机の配置といった具体的な内容をあげ,さらに十分な指導の実施のためには人員配置といった管理者の配慮も必要であることを述べている。また実際に,指導の必要性を感じながらも十分に時間をとることができないといった問題がある[16]。人員配置や指導時間の確保等については,個人の指導技術というより管理的側面から検討することが必要である。

中村ら[14]による「地域との連携および社会資源の活用」は実践の環境として位置づけられたが,本研究の結果ではこの内容に対応する記述は得られなかったことから,看護者の認識がかなり低いことが推察される。入院期間の短縮化に伴い,退院後も医療的ケアが必要であったり,ＡＤＬが低い場合などは地域との連携,社会資源の活用がますます必要になる。看護者はこのような様々な状況に対応できるような知識をもち,連携を図っていくことが必要であると考える。

【指導計画の立案】については,コード数27であり全体の2.5%にしか及ばなかった。サブカテゴリーは〈指導内容・方法〉,〈目標の設定〉等であった。武山[15]は,指導計画とは,患者が学ばなければならないこと,そして看護者がどのように指導を行うかということを文書として提示したものであるとしている。そしてその内容には,患者の学習目標,指導内容,指導用具と方法,結果の評価方法が含まれることを述べている。指導計画を立てることによって指導は系統だったものとなり,患者の学習を評価する基

準ともなる[15]。系統だった指導は患者の理解を助け，さらには指導する側の看護者にとっても指導を方向付けるものとなり，患者，看護者双方にとって有効な影響をもたらす。

また武山[15]は目標設定に患者を参加させる必要性をあげている。目標に患者の期待が加味されることによって，指導を受ける姿勢に好影響を与え，学習に対する責任を患者と看護者が分かち合うことができるとしている。これは本研究で得られた【患者の参加を促すこと】に含まれる内容である。サブカテゴリーには，〈患者と一緒に考える〉，〈患者主体に〉が抽出され，これらは目標設定のみならず指導全体に関わることとして重要であると考えられた。しかしながら【患者の参加を促すこと】も全体の2.5％と少なく，看護者の認識を高めていく必要がある。

【スタッフの連携】については，わずか1.0％であった。中村ら[14]は他医療職者の情報を指導に活かすことや医療チームで話し合い，目標を設定する重要性をあげており，医療チームメンバー間で情報を交換・共有することによってアセスメントの幅が広がるとしている。このようにスタッフ間で連携をとることは，まず，看護者側にとっては，自分のアセスメントをさらに客観的に評価し，広い視点で患者をみつめることによって指導計画や実践，評価がより矛盾のないものとなることが推察され，その結果患者に対してもより吟味された指導を提供することができるという利点があると考える。そして，情報を共有することによってスタッフ間で一貫した方向性をもって指導を行うことができる。

カテゴリーのなかで，最もコード数が少なかったものは【自己学習】（0.7％）であった。看護者は患者指導が自分の重要な責務の１つであることを認識し[13]，自分の指導技術を磨くことに努めることが必要である。自己学習はその１つであり，看護者が指導技術を磨く為の具体的なこととして，専門書を読んだり，研究会へ参加して知識を広げることはもとより，経験豊富な同僚の指導を見学することや自分の指導について他者から評価を受けることが必要である[15]。従って，患者指導技術の向上のためには，自己学習に任されるのではなく，病棟・施設全体での取り組みも重要であり，今後は組織としての取り組みを明らかにしていく必要もあると考える。

今回コード数が少なかった【家族・キーパーソンへの指導】，【指導環境】，【指導計画の立案】，【患者の参加を促すこと】，【スタッフの連携】，【自己学習】は，看護者の認識の低い内容であるということは推察できるが，本研究の患者指導の定義が，「時間の長短に関わらず患者に対して行うすべての日常的な関わり」であることが少なからず影響したと思われる。

しかし，今回抽出された12カテゴリーとサブカテゴリーは患者指導の枠組みに対応しており，患者指導技術を構成していると考えられる。

２．患者指導技術の構造化

患者指導の枠組みとした，「クライエントの状態」，「看護実践の方略」，「実践の環境」，「社会福祉の理念」の４要素と12カテゴリーの照合では，「看護実践の方略」に，12カテゴリーのうち７カテゴリーが含まれていたため，この患者指導技術の枠組みを，より具体化する必要があると考えた。そこで，12のカテゴリーをベースに「ナンシーのモデル」及び「中村の概念」による指導の枠組みと整理統合した結果，「看護実践の方略」に含まれた７カテゴリーは，《計画立案》，《実践》，《評価》に分類され，患者指導技術の構成要素として《情報収集・アセスメント》，《計画立案》，《実践》，《評価》，《環境》，《看護者の態度》の６要素を抽出した。次に，これらの６要素が患指指導においてどのように位置づけられ，相互に関連しているかを検討し構造化を試みた。

ナンシーら[13]は教育過程について，アセスメント，計画，実施，評価の過程は，患者の学習ニーズのアセスメントにもとづき指導計画を立案し，実践したことを評価することによって指導の方向付けをし直すことであるとしている。これについては武山ら[15]も同様の考えである。６要素のうち，《情報収集・アセスメント》，《計画立案》，《実践》，《評価》の４つの要素はたえず循環性をもち，各段階相互においても関連し合っている。

《環境》については，場の設定や人員配置といったことは，実現可能な環境として整えられていることが求められる。また《看護者の態度》は，指導の準備段階であるアセスメントから評価にいたる全てのプロセスにおいて，患者を尊重した態度で関わること，そして自分自身の指導についても謙虚な姿勢で自己評価することが必要であるといえる。従って，《環境》，《看護者の態度》は患者指導全体へ関わることとして位置づけられると考える。

患者指導全体へ関わることとして，「指導観」も重要である。「指導観」とは，指導で意■することやその指導についての教師の考え方を表明するものであり[17]，指導者の対象者観，価値観を含む指導に対する根本的な考え方である。河■[18]は糖尿病患者の指導において，看護者が血糖コントロールを気にしすぎると患者に対してコントロールが悪いと強く指示し，生活を監視しがちになるとして看護者のもつ糖尿病の自己管理観が患者への対応に影響することを指摘している。今回の調査ではこの「指導観」に相当する内容は抽出されなかったが，看護者自身の価値観は患者の学習ニードの解釈に影響を与えるため[15]，「指導観」は指導のプロセス全体にかかわる要素として《環境》，《看護者の態度》と同様に重要であると考える。

この指導技術の構造概念に基づき，具体的な指導技術項目を導き出すことによって，指導技術評価ツール作成につながると考えている。

Ⅵ. 結　論

本研究は，患者指導における指導技術の自己評価ツール作成の基礎資料を得るために，看護者が患者指導において心がけていること（「心がけ」）の自由記述の分析から指導技術のカテゴリーとサブカテゴリーを抽出し，さらに患者指導技術の構造化を試み，以下の結論が得られた。

1．「心がけ」の自由記述から12カテゴリー・52サブカテゴリーが得られた。カテゴリーは，【アセスメント】【話し方】【わかりやすい言葉】【指導後の確認・評価】【傾聴的態度・雰囲気】【わかりやすい方法】【家族・キーパーソンへの指導】【指導環境】【指導計画の立案】【患者の参加を促すこと】【スタッフの連携】【自己学習】であった。コード数が最も多かったのは【アセスメント】であり，【家族・キーパーソンへの指導】【指導環境】【指導計画の立案】【患者の参加を促すこと】【スタッフの連携】【自己学習】は少なかった。

2．12カテゴリー・52サブカテゴリーは先行研究における患者指導技術とほぼ対応しており，患者指導において重要視される項目であった。

3．12カテゴリー・52サブカテゴリーと先行研究の患者指導技術から患者指導技術の要素として，《情報収集・アセスメント》，《計画立案》，《実践》，《評価》，《環境》，《看護者の態度》が抽出された。

4．患者指導技術の構造として，《情報収集・アセスメント》，《計画立案》，《実践》，《評価》は指導過程に相当し，《環境》，《看護者の態度》は指導全体に関わるものとして位置づけられた。

要　旨

患者指導における指導技術評価ツール作成の基礎資料を得ることを目的として，看護者が患者指導において心がけていることの自由記述の分析から，指導技術の抽出と患者指導技術の構造化を試みた。対象者は，A県内の300床以上の総合病院10施設の看護者986名であり，そのうち477人の自由記述を分析対象とした。結果として，患者指導技術に関する1,073のコードが得られ，類似の内容を分類し52のサブカテゴリーと12のカテゴリーが抽出された。これらは先行研究の患者指導技術と対応していた。先行研究と12のカテゴリーから患者指導の構成要素として《情報収集・アセスメント》《計画立案》《実践》《評価》《環境》《看護者の態度》を抽出し，これらを指導過程に関するものと指導全体に関わるものに位置づけ患者指導技術の構造を導いた。

本研究の結果は，患者指導における指導技術評価ツール作成の基礎資料として活用できるものであると考える。

Abstract

The purpose of this study is to obtain a basic material for making the tool evaluating the patient teaching skills. We tried to pick up some important items and systematize the patient teaching skills by analyzing the free descriptions by nurses on their own mental attitude in patient teaching. The subjects were 986 nurses in 10 general hospitals with 300 beds or more in A prefecture, and free descriptions of 477 nurses were analyzed. As a result, 1073 codes concerning the patient teaching skills were obtained , and 52 subcategory and 12 category were obtained by getting the similar contents together. These were compatible with those of the previous reports on patient teaching skills. We picked up《Information gathering and assessment》,《Planning》,《Practice》,《Evaluation》,《Environment》and《Nursing person's attitude》as main factors on patient teaching skills from the 12 category and the previous reports. We figured out the method for patient teaching by applying these factors to teaching itself and teaching process. It was concluded that the result can be useful as a basic material to make the tool evaluating the teaching skills.

文　献

1）小平京子：糖尿病患者教育に関する看護の現状と今後の課題，東京女医大看会誌，2(1)，1-9, 2007.
2）東 洋，奥田真丈，他：学校教育辞典，91，教育出版株式会社，1988.
3）細谷俊夫，奥田真丈，他：新教育学大事典，第3巻，474，第一法規出版株式会社，1990.
4）河口てる子：患者教育のための「看護実践モデル」開発の試み　看護師によるとっかかり／手がかり言動とその直感的解釈，生活者の視点，教育の理論と技法，そしてProfessional Learning Climate，看護研究，36(3)，3-11, 2003.
5）小林貴子，小長谷百絵，他：「看護実践モデル」における「とっかかり／手がかり言動とその直感的解釈」，看護研究，36(3)，13-23, 2003.
6）下村裕子，河口てる子，他：看護者が捉える「生活者」の視点　対象者理解と行動変容の「かぎ」，看護研究，36(3)，25-37, 2003.
7）岡　美智代，伊波早苗，他：行動変容を促す技法とその理論・概念的背景，看護研究，36(3)，39-49, 2003.
8）安酸史子，大池美也子，他：患者教育に必要な看護職者のProfessional Learning Climate，看護研究，36(3)，51-62, 2003.
9）河口てる子：糖尿病教育のための「看護の教育的関わりモデルVer.4.2」－熟練看護師のアドバンスドケアを可視化する－，プラクティス，23(5)，511-518, 2006.
10）下村裕子，林優子，他：看護が生活の視点でかかわるということ－糖尿病患者の理解と行動変容の「かぎ」－，プラクティス，23(5)，525-531, 2006.
11）Keiko Tasaki，Michiko Inagaki，et al.：Development of a self-evaluation tool for the teaching style of nurse in diabetes patient education–For educational intervention with the goal of cultivating abilities of nurse who are involved in professional diabetes nursing care–，Journal of Tsuruma Health Science Society Kanazawa University，Vol.30(1)，41-53, 2006.
12）Rosalinda Alfaro-LeFevre(著)，江本愛子（監訳）：基本から学ぶ看護過程と看護診断，第5版，132，医学書院，東京，2004.
13）Nancy I．Whitman，Barbara A．Graham，他（著），（監訳）安酸史子：Teaching in Nursing Practice ナースのための患者教育と健康教育，2-257，医学書院，東京，2004.
14）中村悦子，金子史代，他：看護師の患者指導の機能に関する研究，新潟青陵大学紀要，第5巻，359-372, 2005.
15）Barbara Mcvan(著)，武山満智子（訳）：患者教育のポイント　アセスメントから評価まで，1-111，医学書院，東京，2004.
16）小西出恭代，砂山幾恵，他：患者教育に関する看護婦の現任教育方法についての研究－看護婦の意識調査－，第29回看護学会論文集　看護教育，171-173, 1998.
17）佐藤みつ子，宇佐美千恵子，他：看護教育における授業設計指導案作成の実際，23-39，医学書院，東京，1993.
18）河口てる子：糖尿病の予防教育・患者指導のエビデンス，日本健康教育学会誌，12, 90-91, 2004.

［平成19年10月15日受　付］
［平成21年3月2日採用決定］

－研究報告－

経皮的冠動脈ステント留置術後に抗血栓薬を処方されている患者の服薬行動に関連する要因

The Relation Factors to Behaviors of Taking the Anti-thrombus Medicine After Performing the Percutaneous Coronary Stenting

大堀　昇[1)]　Noboru Ohori
湯沢八江[2)]　Yae Yuzawa

キーワード：経皮的冠動脈ステント留置術，薬剤溶出性ステント，服薬アセスメントツール，服薬行動，服薬支援
Key Words：percutaneous coronary stenting, drug-eluting stent：DES, medication assessment tool：MAT, behaviors of taking medicines, medication support

Ⅰ．はじめに

虚血性心疾患の治療法のひとつとして，経皮的冠動脈ステント留置術がある。それは動脈硬化巣の血管までも破壊する治療手段であることから，術後に血管内の修復反応である内膜の増殖化が起こり，再狭窄の危険性があるといわれている[1)]。

薬剤溶出性ステント（Drug-eluting Stent：以下，DES）は，細胞増殖を阻害する薬剤をステントから緩徐に放出して血管内膜の増殖化を抑制し，再狭窄を防止する目的で開発された。

ところがDES留置は再狭窄の防止に有効である一方，従来の金属ステント（Bare Metal Stent：以下，BMS）留置時には重要視されなかった遅発性ステント血栓症（Late Stent Thrombosis：以下，LST）の問題が起きている[2)]。LSTは留置から６ヶ月以降にも0.5％を発症しており，１年以降にも起こっている[1)]。そのためDES留置患者は半年～１年以上にわたり抗血栓薬を指示通り服用しなければならない。

服薬順守に関する過去の文献では，その影響要因として「ライフスタイルへの影響」「治療効果の有無」「副作用の有無」「疾患についての不安の有無」「治療への信頼感の有無」「薬剤のわかりやすい情報提供」などがあげられている[3)~6)]。抗血栓薬の特徴として，服用の際，他剤との併用および特定食材の摂取に特に留意しなければならないこと，自覚症状に直接的に働くのではなく，疾病の予防や再発防止を目的として使用されることが多いこと，出血傾向になりやすいことなどがある。また経皮的冠動脈ステント留置術を受ける患者の場合，その適応は生命に直接的に影響する虚血性心疾患であり再発のリスクをも抱えている。DES留置患者においては，抗血栓薬を途中で中止した場合，LSTの発生リスクは150倍になるともいわれている[1)]ことから，疾患の再発に対する不安を抱きやすいのではないかと考えられる。これらの抗血栓薬の服用に伴う特徴は前述の服薬順守への影響要因であり，服薬順守に何らかの影響を及ぼしているのではないかと推察される。

服薬順守の評価として順守率に重点をおいた報告が多数見られる。しかし順守率だけで服薬がうまくいっているかどうかを判断してよいのだろうか。看護師は服薬行動が適切にとれるよう調整役割を担っており，服薬行動にも注目しなければならないと考える。

DES留置患者の場合，病棟主治医からはBMS留置患者に対する病状や治療の説明に加え，DES留置の利点と欠点に関して説明がなされている。また病棟薬剤師や病棟看護師からもDES留置の場合に抗血栓薬を長期に服用する必要性や服薬中断時のLSTのリスクの高さ，服薬方法などについて情報提供をしている。外来主治医からは病状や薬の効果などについて説明されている。そのような医療者の病状や服薬に関する説明は患者の服薬行動に何らかの影響を及ぼしているのではないだろうか。また患者自身の病状の受け止めも服薬行動に影響を及ぼしているかもしれない。

これらのことから本研究では，経皮的冠動脈ステント留置術後に抗血栓薬を処方されている患者に関して，適切な服薬行動がとれているのかを確認し，留置したステントのタイプによって服薬行動に違いがあるのか，また医療者からの病状や服薬に関する説明，患者の病状の受け止めが，

1）東京医科大学看護専門学校　Tokyo Medical University School of Nursing
2）国際医療福祉大学大学院　International University of Health and Welfare Graduate School

どのような服薬行動と関連しているのかを明らかにしたいと考えた。

これまで経皮的冠動脈ステント留置術後に抗血栓薬を処方されている患者の服薬行動に関する研究は見当たらない。よって本研究の結果は，経皮的冠動脈ステント留置術後の患者が退院後の服薬行動を適切にとることが出来るための，また看護師が効果的な服薬支援を考えるための資料になると考えている。

なお，本研究における服薬とは，処方された内服薬による治療をいい，服薬行動とは，服薬に関する受け止めと対応をいう。具体的には服薬の動機・服薬の受容・服薬の理解・経済的負担感や服薬に伴う患者の行動や対応である。

Ⅱ．研究目的

1．A大学病院において経皮的冠動脈ステント留置術を受け，抗血栓薬を処方されている患者の服薬行動が適切にとれているかどうかを確認し，従来の金属ステント（Bare Metal Stent：BMS）留置患者と薬剤溶出性ステント（Drug-eluting Stent：DES）留置患者の服薬行動に違いがあるかを明らかにする。

2．経皮的冠動脈ステント留置術後，抗血栓薬を処方されている患者において，外来主治医や病棟主治医の病状に関する説明，病棟薬剤師や病棟看護師の服薬に関する説明，患者の病状の受け止めが，どのような服薬行動と関連しているのかについて明らかにする。

Ⅲ．研究方法

1．調査対象

A大学病院にて経皮的冠動脈ステント留置術を実施した患者176名のうち，調査協力期間中に同病院循環器内科外来を受診予定とし，抗血栓薬を処方されている134名とした。

2．調査内容，および方法

1）質問紙調査

質問紙の構成を，服薬行動に関する質問群，医療者の関わりや治療への満足に関する質問群，対象の属性等の自身に関する質問群の3部構成とし作成した。

服薬行動に関する質問群には，妥当性，信頼性が検証されている服薬アセスメントツール（Medication Assessment Tool：以下，MAT）[7]を作成者の許諾のもとに使用した。このツールは服薬の動機，服薬の受容，服薬の理解，薬の費用の4つの因子から構成されており，それぞれの因子が下位の質問項目を有している。質問は全11項目であり，4件法で測定される。

服薬の動機に関する質問項目には，「薬の効果を感じる」「薬は悪化予防に役立っている」「説明は薬を理解するのに役立っている」「服薬は全体としてうまくいっている」の4項目を含み，服薬の受容についても「薬に頼るのはよくない」「薬は今よりも少なくてもいい」「副作用が気になる」「薬を飲む作業は面倒」の4項目を含んでいる。

また服薬の理解についての質問項目には，「薬の飲み方はわかりやすい」「薬がなぜ必要か自分でわかっている」の2項目，薬の費用においては「薬代が負担」の1項目が含まれている。

本研究では作成者の許諾を得た上で，11項目を変数として取り扱った。それに加え過去の文献を参考にして，「薬の自己調節の有無」「薬についての疑問を誰に聞くか」「飲み忘れた経験の有無」などの6項目を追加し計17項目とした。

医療者の関わりや治療への満足に関する質問群では，「医療者の説明のわかりやすさ」「入院時あるいは外来での治療への満足」についての質問を盛り込み，6項目とした。対象自身に関する質問群は，「対象の年齢区分」「性別」等と病状の受け止めに関する質問「病気が心配」の5項目とし，質問項目は総計28項目とした。

質問紙を作成後，居宅にて服薬治療を行っている5名の患者に対してプレテストを行ない，MAT以外の項目において，対象が答えにくい質問文や回答の選択肢が多岐にわたるもの等についての再検討をし，本調査用の質問紙を決定した。

調査方法は，外来診察終了後に対象となる患者に対して，外来主治医より協力の依頼をしてもらった。そして口頭での同意を得られた対象には，外来看護師から改めて説明をし，書面で同意を得，質問紙に記入回答してもらった。回収は即時回収とした。

2）診療記録等からの調査

134名の対象者に関して，入院形態，入院期間，今回の経皮的冠動脈ステント留置術の対象疾患，ステントの数と種類，入院時の血液ラボデータ，高血圧症の既往，糖尿病の既往など，対象の背景および入院時の状態について，診療記録および経皮的冠動脈ステント留置術実施記録から調査した。

経皮的冠動脈ステント留置術実施記録からの調査は医師に依頼し，対象の診療記録からの調査は研究者1名で実施した。

3．分析方法

質問紙の回答状況から20%（6項目）以上の欠損値があるものを無効回答とみなし，記述統計量，推計統計量を求めた。データの処理には統計解析ソフトSPSS11.0 J for Windowsを用いた。

DES使用の有無と服薬行動との関連，また医療者の説明や病状の受け止めと服薬行動との関連をみるために，服

薬行動に関する回答，医療者の説明や病状の受け止めについての回答を4件法の順序尺度で求め，解析の際には2値の名義尺度に変換した。そして服薬行動に関する項目を従属変数とし，Cramer Vおよびχ^2検定を行なった。その際，クロス表の度数が5以下の場合には，Fisherの直接確率検定を行い，有意確率（p）を算出した。なお，有意水準は両側確率0.5%未満とした。

Ⅳ．倫理的配慮

対象となる病院や個人の匿名化，研究協力の取りやめの自由などを，口頭および文書にて説明し同意書に署名を得た。また診療録からの調査は，当該病院受診の際に全患者に対して，個人情報の守秘と厳重な管理を条件に利用許諾の同意を得ている。

なお，本研究はA大学病院医学研究倫理審査を経て，同学長および病院長の承認を得て実施した。

Ⅴ．結　果

1．質問紙の回収状況

134名対象者のうち同意の得られた対象者は60名（44.8%），有効回答数60（100%）だった。

2．対象者の属性および背景（表1，2）

対象者の性別は，男性51名（85.0%），女性9名（15.0%）であり，年齢区分では65歳以上が40名でそのうち65歳から74歳までが22名（36.7%）と最も多かった。

入院形態は緊急入院が29名（48.3%），予約入院が31名（51.7%）で，今回経皮的冠動脈ステント留置術の対象となった疾患は，狭心症が31名（51.7%），心筋梗塞が29名（48.3%）とほぼ同数であり，今回のDES使用者は28名（46.7%），BMS使用者は32名（53.3%）であった。入院期間は，平均11.1日，標準偏差±7.7，最小値3日，最大値38日だった。

対象の既往症を調べたところ，高血圧症に関しては38名（63.3%），糖尿病は25名（41.7%），高脂血症では36名（60.0%），高尿酸血症は2名（3.3%），脳血管障害4名（6.7%）がもっていた。虚血性心疾患の家族歴については，9名（15.0%）があり，過半数の44名（73.3%）にはなかった。

3．服薬行動に関する回答結果（表3）

服薬の動機に関する質問群では，ほとんどの対象が服薬はうまくいっており病気の悪化予防にも役立っている，また薬の説明は役立っていると肯定的な回答をしていた。薬の効果について感じている者は過半数の者であった。

服薬の受容についての質問群において，薬の副作用が気にならないと回答した者は47名（78.3%）であった。副作用の経験がある13名（21.7%）が経験した内容は，湿疹，蕁麻疹などの皮膚症状が5名と多く，次いで息苦しさや咳の呼吸症状，胃炎や肝障害などの消化器症状がそれぞれ2名ずつ，その他が2名であった。

薬を飲む作業が面倒ではないと回答した者は38名（63.3%）であり，この2項目については過半数の者が肯定的な回答結果だった。

しかし，薬にたよるのはよくないと思っている者が40名（66.7%），薬は今より少なくてもいいと思っている者が35名（58.3%）と，服薬の受容に関するこの2項目については否定的な回答が過半数を占めた結果であった。

服薬の理解に関する薬の飲み方のわかりやすさと薬の必要性の理解については，どちらも53名（88.3%）とほとんどの者が肯定的な回答をしていた。

薬の費用においては，36名（60.0%）が負担であると過

表1　対象者の属性および背景

n＝60

		n	（%）
性別	男	51	（85.0）
	女	9	（15.0）
年齢区分	64歳以下	20	（33.3）
	65歳～74歳	22	（36.7）
	75歳～84歳	17	（28.3）
	85歳以上	1	（ 1.7）
今回経皮的冠動脈ステント留置術にてDES使用の有無（DES[a] or BMS[b]）	有（DES）	28	（46.7）
	無（BMS）	32	（53.3）
過去の経皮的冠動脈ステント留置術実施回数	0回	48	（80.0）
	1回	12	（20.0）
今回経皮的冠動脈ステント留置術実施時のステントの個数	1個	47	（78.3）
	2個	8	（13.3）
	3個	5	（ 8.3）
嗜好			
喫煙	有	19	（31.7）
	無	18	（30.0）
	やめた	23	（38.3）
飲酒	有	13	（21.7）
	無	44	（73.3）
	やめた	3	（ 5.0）

a：DES（Drug-eluting Stent 薬剤溶出性ステント）
b：BMS（Bare Metal Stent 従来の金属ステント）

表2　対象者の保険点数上の疾患数と血液データ

n＝60

	n	平均値	標準偏差	最小値	最大値
保険点数上の疾患数	60	16.4	8.9	5	40
入院初期のT-cho[a]（mg/dℓ）	58	183.8	35.5	118	283
入院初期のT-G[b]（mg/dℓ）	53	135.6	74.9	36	411

a：T-cho（Total Cholesterol 総コレステロール値）
b：T-G（Triglyceride 中性脂肪値）

表3　服薬行動に関する回答分布

n＝60

質問項目	区分	n	(%)
服薬は全体としてうまくいっている	うまくいっている	56	(93.3)
	うまくいってない	2	(3.3)
	無回答	2	(3.3)
今の薬の副作用が気になる	気になる	13	(21.7)
	気にならない	47	(78.3)
副作用の経験がある	はい	13	(21.7)
	いいえ	46	(76.7)
	無回答	1	(1.7)
薬がなぜ必要か自分でわかる	わかる	53	(88.3)
	わからない	7	(11.7)
薬の効果を感じる	感じる	40	(66.7)
	感じない	19	(31.7)
	無回答	1	(1.7)
薬は病気を悪化予防するのに役立っている	役立っている	59	(98.3)
	役立っていない	1	(1.7)
薬の説明は理解するのに役立っている	役立っている	52	(86.7)
	役立っていない	6	(10.0)
	無回答	2	(3.4)
薬の飲み方はわかりやすい	わかりやすい	53	(88.8)
	わかりやすくない	6	(10.0)
	無回答	1	(1.7)
薬にたよるのはよくないと思う	思う	40	(66.7)
	思わない	20	(33.3)
薬代は負担である	負担である	36	(60.0)
	負担ではない	24	(40.0)
薬は今より少なくてもいいと思う	そう思う	35	(58.3)
	思わない	25	(41.7)
薬を飲む作業はめんどうである	めんどうだ	22	(36.7)
	面倒ではない	38	(63.3)
服薬を自分の考えで調節することがある	有	5	(8.3)
	無	55	(91.7)
服薬をうっかり忘れてしまうことがある	有	29	(48.3)
	無	31	(51.7)
処方されている薬以外に，漢方薬など薬を買って飲むことがある	有	12	(20.0)
	無	48	(80.0)
身近に服薬を応援してくれる人がいる	はい	28	(46.7)
	いいえ	31	(51.7)
	無回答	1	(1.7)
薬に疑問があるとき，医療者に聞いている	はい	39	(65.0)
	いいえ	11	(18.3)
	特に疑問はない	10	(16.7)
具体的な医療者 (複数回答有)	医師	32	
	看護師	6	
	病院内の薬剤師	6	
	院外薬局の薬剤師	11	
	家族や友人で医療者	5	
	その他		
	インターネット	2	

表４　医療者の説明や治療への満足に関する回答分布

n＝60

質　問　項　目	区　分	n	（％）
心臓病について，外来の主治医からの病気の説明は，わかりやすい	わかりやすい	56	(93.3)
	わかりやすくない	3	(5.0)
	無回答	1	(1.7)
外来で受けている心臓病の治療には，全体として満足している	満足している	56	(93.3)
	満足していない	1	(1.7)
	無回答	3	(5.0)
心臓病について，入院中，主治医からうけた病気の説明は，わかりやすかった	わかりやすかった	56	(93.3)
	わかりやすくなかった	3	(5.0)
	無回答	1	(1.7)
入院中に受けた心臓病の治療には満足している	満足している	58	(96.7)
	満足していない	2	(3.3)
病棟の薬剤師からうけた薬の説明は，わかりやすかった	わかりやすかった	52	(86.7)
	わかりやすくなかった	7	(11.7)
	無回答	1	(1.7)
病棟の看護師からうけた薬の飲み方の説明は，わかりやすかった	わかりやすかった	54	(90.0)
	わかりやすくなかった	4	(6.7)
	無回答	2	(3.3)

表５　患者の疾患に対する心配や身体の不自由さに関する回答分布

n＝60

質　問　項　目	区　分	n	（％）
からだに不自由なところがある	有	26	(43.3)
	無	34	(56.7)
かかっている心臓病についての思い	心配である	52	(86.7)
	心配でない	8	(13.3)

半数の者が否定的な回答していた。

その他，MATの質問項目に追加した「服薬の自己調節」と「処方薬以外の服用」の質問では，ほとんどの者が自己調節，及び処方薬以外の服用をしておらず，医師の指示に従っているという回答であった。

服薬に関する日頃の思いを自由記載してもらったところ，「種類が多い」，「出来るだけ薬を減らしたいし，薬代も負担です」等，薬剤の種類や数，費用に関すること，「肝機能の異常が出てきているのではとか，他の所にも異常が出てくるのではとか心配です」「薬の服用にてこれ以上血管が細くならないことを祈るばかりです」等，副作用や病状悪化の心配，「数種類服用のため薬局で朝夕の種類，その分を袋で分けてほしい」，「『朝のみ』と『朝夕』の区別がやりにくい」等の服薬方法の難解さ，「飲み忘れの不安がある」「外出する際等に服薬を忘れないよう持参することに気をつけているが，時々持参することを忘れることがある」等，飲み忘れに対する思いなどの回答を得た。

４．医療者の説明や治療への満足，患者の病状の受け止めに関する回答結果（表４，５）

医療者の説明についての回答結果は以下のとおりであった。外来主治医からの病気の説明，及び入院中の主治医による病気の説明について，「わかりやすい」と回答した者はどちらも56名（93.3％）であった。また病棟薬剤師からの説明には52名（86.7％）が，病棟看護師からの説明には54名（90.0％）が「わかりやすかった」と回答しており，医師，薬剤師，看護師それぞれの説明のわかりやすさに関してよい評価を得ていた。

入院中に受けた治療や外来での治療についても，「満足している」と回答した者がそれぞれ58名（96.7％），56名（93.3％）と，外来，入院ともにかなりよい評価を受けていた。

現在治療中の心臓病に対する対象者自身の受け止めは，52名（86.7％）という高い割合で「心配である」と回答していた。

５．DES使用の有無と服薬行動との関連

今回の経皮的冠動脈ステント留置術にてDESを使用した者は28名（46.7％），BMSを使用した者は32名（53.3％）であった（表１）。

表6　今回DES[a]使用の有無と服薬行動の関連項目

質問項目	区分	DESあり n	DESあり (%)	DESなし n	DESなし (%)	CramerのV	有意確率[b]
服薬は全体としてうまくいっている	うまくいっている	26	(44.8)	30	(51.7)		
	うまくいっていない	1	(1.7)	1	(1.7)	0.01	n.s.
今の薬の副作用が気になる	気になる	6	(10.0)	7	(11.7)		
	気にならない	22	(36.7)	25	(41.7)	0.01	n.s.
薬がなぜ必要か自分ではわかる	わかる	26	(43.3)	27	(45.0)		
	わからない	2	(3.3)	5	(8.3)	0.13	n.s.
薬の効果を感じる	感じる	20	(33.9)	20	(33.9)		
	感じない	8	(13.6)	11	(3.0)	0.07	n.s.
薬の説明は理解するのに役立っている	役立っている	24	(41.4)	28	(48.3)		
	役立っていない	3	(5.2)	3	(5.2)	0.02	n.s.
薬の飲み方はわかりやすい	わかりやすい	25	(42.4)	28	(47.5)		
	わかりやすくない	3	(5.1)	3	(5.1)	0.02	n.s.
薬にたよるのはよくないと思う	思う	18	(30.0)	22	(36.7)		
	思わない	10	(16.7)	10	(16.7)	0.05	n.s.
薬代は負担である	負担である	17	(28.3)	19	(31.7)		
	負担ではない	11	(18.3)	13	(21.7)	0.01	n.s.
薬は今より少なくてもいいと思う	そう思う	15	(25.0)	20	(33.3)		
	思わない	13	(21.7)	12	(20.0)	0.09	n.s.
薬を飲む作業はめんどうである	めんどうだ	9	(15.0)	13	(21.7)		
	面倒ではない	19	(31.7)	19	(31.7)	0.09	n.s.
薬は病気を悪化予防するのに役立っている	役立っている	27	(45.0)	32	(53.3)		
	役立っていない	1	(1.7)	0	(0.0)	0.14	n.s.
服薬を自分の考えで調節することがある	ある	2	(3.3)	3	(5.0)		
	ない	26	(43.3)	29	(48.3)	0.04	n.s.
服薬をうっかり忘れてしまうことがある	ある	16	(26.7)	13	(21.7)		
	ない	12	(20.0)	19	(31.7)	0.17	n.s.
処方されている薬以外に，漢方薬など薬を買って飲むことがある	ある	5	(8.3)	7	(11.7)		
	ない	23	(38.3)	25	(41.7)	0.50	n.s.
薬に疑問があるとき，医療者に聞いている	はい	16	(26.7)	23	(38.3)		
	いいえ	4	(6.7)	7	(11.7)	0.30	n.s.

a：DES（Drug-eluting Stent 薬剤溶出性ステント）　b = χ^2検定（度数≦5はFisherの直接確率検定）
n.s.:non significance

DES使用の有無による服薬行動の違いをみるために，それらの関連を分析した結果，DES使用の有無とすべての服薬行動には関連はみられなかった（表6）。

6．医療者の説明，患者の病状の受け止めと服薬行動との関連

医療者の説明，患者の病状の受け止めと服薬行動との関連を分析した結果，次のような結果を得た。

「薬がなぜ必要かわかっている」と「病棟の薬剤師からうけた薬の説明」は，弱い関連がみられ（Cramer V= 0.39, p= 0.003），「看護師からうけた薬の説明」とは，中等度の関連がみられた（Cramer V= 0.53, p= 0.004）。医師からの説明とは有意な関連はみられなかった（表7）。

また「薬の説明は役立っている」と「入院中の主治医からの病気の説明」，「看護師からうけた薬の説明」の項目で，中等度の関連がみられた（Cramer V= 0.56, p= 0.009, Cramer V= 0.40, p= 0.003）。他の医療者の説明との関連はみられなかった（表8）。

「薬の飲み方はわかりやすい」においては，「入院中の主治医からの説明」と「病棟薬剤師からの説明」との間に，それぞれ中等度の関連を示しており（Cramer V= 0.43, p= 0.026, Cramer V= 0.57, p= 0.001）（表9），「薬を飲む作業はめんどう」においては，「病棟の薬剤師からの説明」と「看護師からの説明」で弱い関連がみられた（Cramer V= 0.26, p= 0.047, Cramer V= 0.36, p= 0.014）（表10）。

なお，病状の受け止めと服薬行動に関するいずれの質問項目とも，有意な関連はみられなかった（表11）。

表7 「薬がなぜ必要か自分ではわかっている」との関連項目

質問項目	区分	わかる n	わかる (%)	わからない n	わからない (%)	CramerのV	有意確率[a]
心臓病について，外来の主治医からの病気の説明は，わかりやすい	わかりやすい	51	(86.4)	5	(8.5)		
	わかりやすくない	2	(3.4)	1	(1.7)	0.18	n.s.
心臓病について，入院中，主治医からうけた病気の説明は，わかりやすかった	わかりやすかった	51	(86.4)	5	(8.5)		
	わかりやすくなかった	2	(3.4)	1	(1.7)	0.18	n.s.
病棟の薬剤師からうけた薬の説明は，わかりやすかった	わかりやすかった	48	(81.4)	4	(6.8)		
	わかりやすくなかった	4	(6.8)	3	(5.1)	0.39	0.003
看護師からうけた薬の飲み方の説明は，わかりやすかった	わかりやすかった	50	(86.2)	4	(6.9)		
	わかりやすくなかった	1	(1.7)	3	(5.2)	0.53	0.004

a：χ^2検定（度数≦5はFisherの直接確率検定）
n.s.:non significance

表8 「説明は薬を理解するのに役立っている」との関連項目

質問項目	区分	役立っている n	役立っている (%)	役立っていない n	役立っていない (%)	CramerのV	有意確率[a]
心臓病について，外来の主治医からの病気の説明は，わかりやすい	わかりやすい	49	(86.0)	5	(8.8)		
	わかりやすくない	2	(3.5)	1	(1.8)	0.18	n.s.
心臓病について，入院中，主治医からうけた病気の説明は，わかりやすかった	わかりやすかった	51	(89.5)	4	(7.0)		
	わかりやすくなかった	0	(0.0)	2	(3.5)	0.56	0.009
病棟の薬剤師からうけた薬の説明は，わかりやすかった	わかりやすかった	47	(82.5)	4	(7.0)		
	わかりやすくなかった	4	(7.0)	2	(3.5)	0.26	n.s.
看護師からうけた薬の飲み方の説明は，わかりやすかった	わかりやすかった	49	(87.5)	3	(5.4)		
	わかりやすくなかった	2	(3.6)	2	(3.6)	0.40	0.036

a：χ^2検定（度数≦5はFisherの直接確率検定）
n.s.:non significance

表9 「薬の飲み方はわかりやすい」との関連項目

質問項目	区分	わかりやすい n	わかりやすい (%)	わかりやすくない n	わかりやすくない (%)	CramerのV	有意確率[a]
心臓病について，外来の主治医からの病気の説明は，わかりやすい	わかりやすい	50	(86.2)	5	(8.6)		
	わかりやすくない	2	(3.4)	1	(1.7)	0.18	n.s.
心臓病について，入院中，主治医からうけた病気の説明は，わかりやすかった	わかりやすかった	51	(87.9)	4	(6.9)		
	わかりやすくなかった	1	(1.7)	2	(3.4)	0.43	0.026
病棟の薬剤師からうけた薬の説明は，わかりやすかった	わかりやすかった	49	(84.5)	2	(3.4)		
	わかりやすくなかった	3	(5.2)	4	(6.9)	0.57	0.001
看護師からうけた薬の飲み方の説明は，わかりやすかった	わかりやすかった	52	(91.2)	1	(1.8)		
	わかりやすくなかった	0	(0.0)	4	(7.0)	0.04	n.s.

a：χ^2検定（度数≦5はFisherの直接確率検定）
n.s.:non significance

表10 「薬を飲む作業は面倒」との関連項目

質問項目	区分	面倒だ n	面倒だ (%)	面倒ではない n	面倒ではない (%)	CramerのV	有意確率[a]
心臓病について，外来の主治医からの病気の説明は，わかりやすい	わかりやすい	20	(33.9)	36	(61.0)		
	わかりやすくない	1	(1.7)	2	(3.4)	0.01	n.s.
心臓病について，入院中，主治医からうけた病気の説明は，わかりやすかった	わかりやすかった	20	(33.9)	36	(61.0)		
	わかりやすくなかった	1	(1.7)	2	(3.4)	0.01	n.s.
病棟の薬剤師からうけた薬の説明は，わかりやすかった	わかりやすかった	17	(28.8)	35	(59.3)		
	わかりやすくなかった	5	(8.5)	2	(3.4)	0.26	0.047
看護師からうけた薬の飲み方の説明は，わかりやすかった	わかりやすかった	17	(29.3)	37	(63.8)		
	わかりやすくなかった	4	(6.9)	0	(0.0)	0.36	0.014

a：χ^2検定（度数≦5はFisherの直接確率検定）
n.s.:non significance

表11 「病気の受け止め」との関連項目

質問項目	区分	心配である n	(%)	心配でない n	(%)	CramerのV	有意確率[b]
服薬は全体としてうまくいっている	うまくいっている	49	(84.5)	7	(12.1)		
	うまくいっていない	1	(1.7)	1	(1.7)	0.20	n.s.
今の薬の副作用が気になる	気になる	12	(20.0)	1	(1.7)		
	気にならない	40	(66.7)	7	(11.7)	0.09	n.s.
薬がなぜ必要か自分ではわかる	わかる	47	(78.3)	6	(10.0)		
	わからない	5	(8.3)	2	(3.3)	0.16	n.s.
薬の効果を感じる	感じる	35	(59.3)	5	(8.5)		
	感じない	7	(28.8)	2	(3.4)	0.03	n.s.
薬の説明は理解するのに役立っている	役立っている	47	(81.0)	5	(8.6)		
	役立っていない	4	(6.9)	2	(3.4)	0.22	n.s.
薬の飲み方はわかりやすい	わかりやすい	46	(78.0)	7	(11.9)		
	わかりやすくない	5	(8.5)	1	(1.7)	0.03	n.s.
薬にたよるのはよくないと思う	思う	36	(60.0)	4	(6.7)		
	思わない	16	(26.7)	4	(6.7)	0.14	n.s.
薬代は負担である	負担である	33	(55.0)	3	(5.0)		
	負担ではない	19	(31.7)	5	(8.3)	0.18	n.s.
薬は今より少なくてもいいと思う	そう思う	30	(50.0)	5	(8.3)		
	思わない	22	(36.7)	3	(5.0)	0.03	n.s.
薬を飲む作業はめんどうである	めんどうだ	21	(35.0)	1	(1.7)		
	面倒ではない	31	(51.7)	7	(11.7)	0.20	n.s.
薬は病気を悪化予防するのに役立っている	役立っている	52	(86.7)	7	(11.7)		
	役立っていない	0	(0.0)	1	(1.7)	0.33	n.s.
服薬を自分の考えで調節することがある	ある	4	(6.7)	1	(1.7)		
	ない	48	(80.0)	7	(11.7)	0.59	n.s.
服薬をうっかり忘れてしまうことがある	ある	25	(41.7)	4	(6.7)		
	ない	27	(45.0)	4	(6.7)	0.13	n.s.
処方されている薬以外に，漢方薬など薬を買って飲むことがある	ある	10	(16.7)	2	(3.3)		
	ない	42	(70.0)	6	(10.0)	0.49	n.s.
薬に疑問があるとき，医療者に聞いている	はい	35	(58.3)	4	(6.7)		
	いいえ	17	(28.3)	4	(6.7)	0.19	n.s.

a：χ^2検定（度数≦5はFisherの直接確率検定）
n.s.:non significance

Ⅵ. 考　察

A大学病院において経皮的冠動脈ステント留置術を受け，抗血栓薬を処方されている通院患者は，その薬剤や疾患の特徴により服薬順守に何らかの影響があるのではないかという疑問から研究が始まった。服薬順守についてはアウトカムである順守率に注目するのではなく，看護師が関わるべく患者の服薬行動に着目した。そして服薬行動が適切にとられているのかを確認し，留置したステントのタイプによって服薬行動に違いがあるのか，また医療者の関わりや患者の病状の受け止めがどのような服薬行動と関連しているのかを明らかにする目的で調査研究を進めてきた。

調査用紙はMATをもとに質問項目を構成した。MATは患者の服薬行動について自己評価する方式であり，客観的な状態とは必ずしも一致しない可能性がある。しかしそうであったとしても患者自身の自己評価した状況は尊重される必要があると考え活用した。近年，海外の服薬に関する研究では，健康信念モデルを理論背景としたコンコーダンス（Concordance）という言葉が用いられている[8]。医療者の視点ですべてを構成するのではなく，患者自身の治療参加を積極的に評価しようとするものである。MATはその理念に近づく用具であり，本研究において服薬行動を評価する際にも有用であると考え活用した。

1．対象者の服薬行動

服薬行動に関する回答結果（表3）をみてみると，服薬全体がうまくいっていると感じているものが93.3%であった。またそれ以外でも，薬の必要性の理解，病気の悪化予

防に対する効果，薬の必要性の理解，薬の説明の理解，飲み方の理解，薬の自己調整，処方薬以外の服用の７項目において80％以上の対象が肯定的な回答を示している。また副作用への心配，薬の効果の実感，服薬作業の面倒さ，薬の疑問解決法の４項目では60％以上の対象が肯定的な回答をしており，服薬行動に関する15項目のうち12項目について60％以上の者が肯定的な回答をしていた。これらのことからＡ大学病院において経皮的冠動脈ステント留置術を受け，抗血栓薬を処方されている患者の服薬行動は全体的に適切にとられていると推察できる。

これは対象が通院している患者であり，また自己申告による調査であるため，このようなよい結果となったと思われる。通院していること自体，治療への順守がよい患者であり，服薬行動も適切にとられている可能性が高い。また通院している患者は，本研究においてもほとんどの患者が病気について心配であると回答しているように（表５），自身の疾患や治療に対する関心も高いことが予想される。多くの医療情報を手軽に入手できる現在において，そのような通院患者は自ら情報を得，自ら疾患管理をしていこうとしていることを表しているのかもしれない。自己申告によりそれらの意思が反映されたと思われる。

２．留置したステントのタイプと服薬行動との関連

DES留置患者はLSTのリスクを抱えており，６ヶ月から１年以上にわたり抗血栓薬を服薬しなければならない。抗血栓薬の服薬を中断した場合にLSTの発生リスクは150倍になるともいわれていることから，服薬開始時には主治医をはじめとする医療者から熱心な説明がなされる。それらのことは患者の服薬行動に何らかの影響を及ぼしているのではないかと考え，DES使用の有無別に服薬行動との関連をみた。結果は研究者の予想に反し，すべての服薬行動においてDES留置患者に有意な関連はみられなかった（表６）。すなわちDES留置患者に特化した服薬行動はみられないと考えられる。

今回の調査では内服薬の数については調べていないが，対象は高血圧症や糖尿病など慢性疾患の既往症をもっていたり，保険点数上の疾患数が多かったりしていることから（表２），抗血栓薬の処方以外にも多くの処方がなされていることが推察できる。よってDES留置患者が長期にわたり抗血栓薬を服薬していたとしても，患者はそれを普段定期的に服薬する薬のひとつとして認識しているだけで，抗血栓薬だけを特別な薬として認識することはなく，留置したステントのタイプによる服薬行動の違いには有意な差がみられなかったと思われる。

３．入院中の主治医，外来主治医，病棟薬剤師の関わりと服薬行動との関連

入院中の主治医の関わりと有意に関連していた服薬行動は，薬の理解と薬の飲み方のわかりやすさであった。入院中，主治医からは病気や治療などについての説明がなされ，服薬開始時にはその必要性や効果，副作用について説明される。虚血性心疾患は生命に直接的に関わるものであるため，それに罹患した患者は病気や治療について真剣に理解しようとする。それに対応して，主治医からの病状や治療に関する説明がわかりやすいほど理解は深まり，服薬の動機や理解度が高まるものと考える。説明による薬の理解は服薬の動機についての項目であり，入院中の主治医との関わりとは強い関連を示している（表８）。

一方，外来主治医の関わりは，いずれの服薬行動とも関連はみられなかった。外来診療の特徴として，受診の機会は週に１度から３ヶ月に１度であり，入院中に主治医と対面する機会よりはるかに少ないこと，一回当たりの診療時間は10分前後であることがあげられる。増田らの調査[6]では，服薬不履行率は外来患者が37.2％，入院患者が30.9％であり，入院患者で服薬不履行率が低いのは，外来時と比べ接する機会が多くなる医療者によって，患者の病識や薬識が向上するためではないかと述べている。このことから退院後の外来通院において，患者と接する機会が少ない外来主治医の関わりは，服薬行動に有意には関連を示さなかったのかもしれない。

病棟薬剤師の関わりと有意な関連があった項目は，薬の必要性の理解，薬の飲み方のわかりやすさ，薬を飲む作業の面倒さであった。このうち薬の必要性の理解，薬の飲み方のわかりやすさは服薬の理解に関する項目であり，特に薬の飲み方のわかりやすさとは中等度の関連性を示していることから（表９），病棟薬剤師の関わりは主に患者の服薬の理解と関連しているといえる。恩田らの報告[9]において，薬剤管理指導が服薬の理解と服薬コンプライアンスに効果があることを述べている。病棟薬剤師は薬剤管理指導の一環として，文書を用いて薬剤情報を提供している。文書による情報提供は，患者がいつでも何度でも読み返すことが出来ることから，服薬の理解を高め，受容を促すことにつながっているのではないかと考える。

４．病棟看護師の関わりと服薬行動との関連

病棟看護師の関わりと有意な関連のあった項目は，薬の必要性の理解，薬の理解，薬を飲む作業の面倒さの３項目であった。各々は，服薬の理解，服薬の動機，服薬の受容の■子に関する項目であり，病棟看護師は服薬行動に広く影響を及ぼしている可能性が窺える。病棟看護師は，入院患者の服薬に関する多くの場面で関わっており，その都度何らかの説明をしていることから，服薬行動と広く関連を示したものと推測する。また薬の必要性の理解とは中等度の関連を示していることから（表７），病棟看護師は病棟薬剤師とともに服薬の理解に強く影響を及ぼしているので

はないかと考えられる。

看護師は服薬支援におけるチーム医療の中で，問題解決の調整役割があると医療・介護者や患者・家族から認識されていることからも[10]，服薬行動に直接的にあるいは間接的に関わっていくことを期待されている。中野[4]の報告では，服薬に関する看護介入をした群では有意に服薬コンプライアンスが改善したとあり，看護師の関わりの重要性を述べている。本研究においても病棟看護師の関わりが広く服薬行動と関連していることが示され，患者が適切な服薬行動をとるためには，病棟看護師の関わりが必要不可欠なものであることを意味しているといえる。

5．医療者の説明と有意に関連を示さなかった項目

医療者の説明と有意に関連を示さなかった項目もあった。副作用への気がかり，薬効の知覚，薬に頼ることへの抵抗感，薬代の負担感，服薬量の多さの感覚，服薬を忘れた経験，処方薬以外の服用である。医療者からの説明と有意な関連がなくても，肯定的な回答が得られた副作用への気がかり，薬効の知覚については，患者自身の適切な判断や対応がなされていると考えられるため問題はないと思われる。しかし否定的な回答結果だった薬に頼ることへの抵抗感，薬代の負担感，服薬量の多さの感覚，服薬を忘れた経験に関しては，医療者からの説明を強化していく必要性を示唆していると考えられる。

特に薬に頼ることへの抵抗感，服薬量の多さの感覚は服薬の受容についての項目である。服薬の受容は服薬の自己調節に影響を及ぼすことから[7]，この領域に対して医療者の説明を強化していく必要性が窺われる。湯沢の報告[10]でも患者の服薬受容に関してアセスメントができていないと述べられている。

また薬代についても本研究では6割以上の患者が負担であるという回答であった。湯沢は薬代について，医療者の関心の低さを指摘しており[10]，本研究の結果もその指摘を支持していた可能性がある。本研究では明らかな関連はみられなかったが，服薬の受容や薬の費用が服薬の調節に影響を与えていることも確認されている[11]ことから，治療効果に影響を及ぼすこれらのことがらに対する支援を強化していかなければならない。

前述のとおり病棟看護師の関わりが広く服薬行動と関連していることが示されていることからも，服薬の受容，薬の費用，服薬忘れに関して，身近に関わることが出来る看護師が意識的に関わることの意義は大きいと考える。それにより退院後の服薬事故を未然に防ぐばかりでなく，効率的な医療の提供にもつながっていくものと考える。

6．研究の限界と今後の課題

本研究では調査方法と対象者数に限界があった。すなわち，外来主治医からの回答依頼であることから，肯定的な回答を得た可能性も否定できない。また自己申告による調査であったことも限界のひとつである。自己申告であることから正確な服薬行動を反映していない可能性がある。しかし大勢の患者を対象として客観的に服薬行動を評価することは実際的に困難であり，正確なデータとして確認することが難しいのも事実である。

調査期間の関係から対象者数が少なく，回収数は解析に必要な最低数をかろうじて得られただけであり，研究の精度をあげるためにはもっと多くの対象者数が必要であった。今後は研究結果を偏りなく一般化していくために，調査方法やより多くの対象に調査を行うことなどを検討していく必要がある。

Ⅶ．結　　語

本研究では，A大学病院において経皮的冠動脈ステント留置術を受け，抗血栓薬を処方されている通院患者に対して，服薬行動が適切にとられているのか確認し，留置したステントのタイプによって服薬行動に違いがあるのか，また医療者の説明や患者の病状の受け止めがどのような服薬行動と関連しているのかについて調査し，次の結果を得た。

1．服薬行動は全体的に適切であった。
2．留置したステントのタイプによる服薬行動の違いはみられなかった。
3．入院中の主治医の関わりは，薬の理解と薬の飲み方のわかりやすさに関連していた。
4．病棟薬剤師の関わりは，薬の必要性の理解と薬の飲み方のわかりやすさ，薬を飲む作業の面倒さと関連していた。
5．病棟看護師の関わりは，薬の必要性の理解と薬の理解，及び薬を飲む作業の面倒さと関連していた。
6．外来主治医の関わりと服薬行動との関連はみられなかった。
7．患者の病状の受け止めと服薬行動との関連はみられなかった。
8．薬に頼ることへの抵抗感，薬代の負担感，服薬量の多さの感覚，服薬忘れ防止に対する看護師の関わりを強化していくことが，適切な服薬行動を促すための今後の課題である。

Ⅷ．謝　　辞

本研究の調査にご協力下さいました患者様，外来主治医，看護職の皆様，調査にあたりご助言とご指導をいただきました東京医科大学病院の山科章先生に心より感謝いたします。

要　旨

本研究では，経皮的冠動脈ステント留置術後に抗血栓薬を処方されている患者に関して，適切な服薬行動がとれているのかを確認し，留置したステントのタイプによって服薬行動に違いがあるのか，また医療者からの説明，あるいは患者の病状の受け止めが，どのような服薬行動と関連しているのかを明らかにした。

その結果，服薬行動は全体的に適切であり，留置したステントのタイプによる服薬行動の違いはみられなかった。

薬の必要性の理解には，薬剤師と看護師の説明が関係しており，薬の理解には，主治医と看護師の説明，薬の飲み方の理解には主治医と薬剤師の説明，内服作業の面倒さには薬剤師と看護師の説明が関連していた。また患者の病状の受け止めと服薬行動との関連はみられなかった。

服薬の受容，経済的負担感，服薬忘れに対する看護師の説明の強化が，適切な服薬行動を促すための今後の課題である。

Abstract

[Aims] 1. To confirm whether adequate behaviors of taking the anti-thrombus medicine after performing the percutaneous coronary stenting. 2. To explain the differences of the behaviors of taking medicines between the stent types. 3. To explain the relation between the behaviors of taking medicines and the guidance from the medical staffs or the patient's acceptance of the condition.

[Results] Their behaviors of taking medicines were overall adequate. The difference of the behaviors of taking medicines between the stent types was not clarified.

The understanding of the necessity of the medicines and troublesomeness of the work in taking medicines related to pharmacist's and nurse's guidance. The understanding of the medicines were related to the guidance from the cardiologist in charge and the nurse, and the understanding of the way of taking the medicines were related to the cardiologist's and the pharmacist's guidance. The relation between the patient's acceptance of the condition and the taking medicines behaviors were not clarified.

文　献

1）後藤信哉：DESによる血栓症のリスクと管理上の問題点　血栓学の立場から，呼吸と循環，55(5)，525-529, 2007.

2）McFadden EP, Stabile E, Regar E, et al： Late thrombosis in drug-eluting coronary stent after discontinuation of antiplatelet therapy, Lancet 364, 1519-1521, 2004.

3）Assumputa AR：Medication compliance and older people: a review of the literature, International Journal of Nursing Studies, 36, 153-162, 1999.

4）中野重行，豊澤英子：高齢者の薬物治療における問題点－服薬コンプライアンスをめぐって，日本醫事新報，3932, 26-32, 1999.

5）Deborah AW： Evaluation of medication Interventions for the elderly, Home Healthcare Nurse, 16(9), 612-617, 1998.

6）増田奈央子，黒山政一，矢後和夫：本邦における服薬コンプライアンスに関する文献調査　1997年から2000年まで，医薬ジャーナル, 39(5), 1558-1566, 2003.

7）湯沢八江：通院患者の服薬アセスメント指標の作成と有用性に関する研究，お茶の水医学雑誌, 50(3), 115-125, 2002

8）Jody C： Medication concordance is best helped improving consultation skills, British Medical Journal, 318, 670-671, 1999.

9）恩田光子，小林暁峯，黒田和夫，他：薬剤管理指導が患者アウトカムに与える効果に関する研究，医療マネジメント学会雑誌, 5(2), 349-353, 2004.

10）湯沢八江：看護職に期待される服薬支援とは何か，看護学雑誌, 67(5), 467-472, 2003.

11）湯沢八江：外来患者における処方薬の服薬行動と非処方製剤使用との関連，Journal of Japan Academy of Home Health care, 6(3), 59-66, 2003.

［平成19年9月1日受　付］
［平成21年3月26日採用決定］

－研究報告－

統合失調症患者のきょうだいとしての体験
－語りの分析から－

Being a Sibling of Schizophrenic Patient: Through the Narrative of Sibling

岩﨑　みすず[1)]　　水野　恵理子[2)]
Misuzu Iwasaki　　Eriko Mizuno

キーワード：統合失調症，きょうだい，体験，精神看護
Key Words：schizophrenia, sibling, experience, psychiatric nursing

Ⅰ　はじめに

2004年，厚生労働省が提示した精神保健医療福祉の改革ビジョン[1)]では，国民各層の精神疾患に関する意識の変革ならびに精神保健医療福祉対策の再編と基盤強化に取り組み，10年後のビジョン達成を目指して「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的方策を推進している。こうした国の施策とは別に，薬物療法や心理社会的アプローチの進展により，精神科リハビリテーションは近年重要視されてきた。しかし，わが国では多くの精神障害者が家族と同居しており，精神障害者の地域生活の維持に家族の存在は欠かせない。そのため，退院の際，必ずといってよいほど，家族の受け入れ状態が問題になる[2)]。

精神障害の中でも，統合失調症は思春期・青年期に発症して慢性の経過を辿ることが多い疾患である。このことは両親の高齢化，すなわち経済条件や身体状態の悪化と障害者の受け入れ意識の低下につながるものである[3)]。このような，障害者の生活を支える基盤の弱体化を意味する家族の状況を考慮すると，統合失調症患者の地域生活維持のための資源が充足される必要があるが，居住施設の確保や就労支援体制，支援にかかわる人材などはまだ十分とは言えない。

統合失調症の長期化と両親の高齢化は，親によるケア提供の限界を意味するものであり，このような状況の中できょうだい世代への期待が高まっている[3)]。しかし，家族への支援を視野に入れた国外の研究では親の負担を扱ったものが多く，きょうだいの負担に関するものは少ない[4)]。わが国においても，家族の生活上の困難さや介護負担感についての報告の多くが両親を対象にしている[5～7)]。また，家族の心理的側面に焦点をあてた研究では，統合失調症患者をもつ家族の心的態度[8)]，家族の抱く希望とその変化に影響する要因[9, 10)]についての記述的研究と，親の体験[11, 12)]と長期入院患者の家族の経験[13)]を記述した報告がみられるものの，きょうだいの体験の記述やその支援についての報告はみられない。

親に次ぐケア提供者としてきょうだいへの期待は高まっているが，きょうだい自身は家族内に統合失調症患者を抱えたことをどのように捉えているのだろうか。このきょうだいの体験を明らかにすることにより，きょうだいへの効果的かつより満足度の高い援助の提供に貢献できるものと考える。

そこで本研究は，同胞が統合失調症を発症したことで，きょうだいが抱いた思いと対応に注目して語りを分析して体験を明らかにすることと，きょうだいへの支援の方向性についての示唆を得ることを目的とした。

Ⅱ　用語の定義

きょうだい：統合失調症患者と血縁関係のある健常な成人の兄弟姉妹。
家　　族：統合失調症患者と現在同居または別居している親，きょうだい。または，きょうだいの配偶者，子どもなど近親者で，情緒的つながりを持ち，家族であるという認識を持つ者。
体　　験：同胞が統合失調症を発症したことに関連して，きょうだいに起こった出来事の認知と，その出来事に対してきょうだいが抱いた感情（思い），その出来事に対するきょうだいの態度や行為（対応）。

Ⅲ　研究方法

1．対象者

統合失調症患者の現在の状態をよく把握し，ケア提供の役割を担っているきょうだいであり，研究の趣旨と方法を

1）飯田女子短期大学看護学科　School of Nursing, Iida Women's Junior College
2）山梨大学大学院医学工学総合研究部　Interdisciplinary Graduate School of Medicine and Engineering, University of Yamanashi

説明して，研究協力の同意が得られた者を対象とした。対象者の選定については，N県内の精神科をもつ病院の病院長の同意を得た後，看護部責任者をとおして依頼し，紹介を受けて行った。また，同県内の一地域家族会へも，その責任者をとおして依頼し，紹介を受けて行った。

なお，統合失調症患者という表現はその家族からすると不適切な呼称であるが，ここでは統合失調症と診断された人という意味で，患者と称することとする。

2．データ収集期間

2006年5月～8月

3．データ収集方法

データ収集方法は，対象者の属性に関するフェースシートおよびインタビューガイドによる半構成的面接を用いた。面接場所と時間は対象者の意向を尊重して設定し，一人1回60分を目安に実施した。いずれの場合もプライバシーが保たれるように配慮し，承諾を得てインタビュー内容を録音した。主なインタビュー項目は，統合失調症患者の「発症の頃の様子とそのときどのように対応したか」，「現在の症状や日常生活の様子とそれらへの対応」，「統合失調症患者を家族内に抱えたことが生活にどのように影響したか」，「将来の見通しについての考え」などであり，対象者自身に自由に語ってもらうことを前提とした。

4．データ分析方法

録音したインタビュー内容はすべて逐語録に起こし，発症の頃からの患者の症状とそれに関連する言動，その時々におけるきょうだいの思いおよび対応に注目しながら，きょうだいの言葉の意味を損なわない程度に簡潔な表現にまとめ，語られた内容ごとにコード化を行った。コード化したデータについて，類似点と相違点とを類別することを繰り返し，その特性を明らかにしてサブカテゴリを抽出し，さらに抽象度をあげてカテゴリにまとめていった。

なお，分析は精神科臨床経験と質的研究の経験を持つ複数の研究者によって行い，真実性の確保に努めた。

5．倫理的配慮

対象者には，文書と口頭による研究内容の説明とともに，研究への参加は自由意思であり，参加の拒否や途中辞退によってなんら不利益を被ることはないことを伝え，同意書に署名を得た。さらに，個人情報の保護とデータの管理を厳重に行い，データは研究終了後速やかに処理した。なお，本研究は，研究者が所属していた大学の医学部倫理委員会の承認を得て実施したものである。

Ⅳ 結　果

1．対象者の概要

対象者（表1）は，男性2名，女性6名の計8名，平均年齢55.6歳であった。統合失調症患者との続柄は姉4名，兄2名，妹2名，そのうち6名が既婚，1名が未婚，1名が離婚していた。

一方，統合失調症患者（表1）は男性7名，女性1名，平均年齢53.1歳，推定罹病年数は10～50年（平均31.4年）であった。面接の時点できょうだいを含む家族と同居していたのは4名，実母と二人暮らしが1名，援護寮入居2名，グループホーム入居1名，全員が入院経験があり，1名が入院中であった。

面接回数は一人1回，平均面接時間47.4±8.6分であった。

2．きょうだいの体験

対象者の逐語録ごとに統合失調症患者のきょうだいとしての対応と思いに関連する箇所を選定した結果，最終的に10のカテゴリに分類された（表2）。各カテゴリについて，対象者の語りの抜粋を交えながら説明する。なお，本文中ではカテゴリを【　】，サブカテゴリを≪　≫，対象者の語りを下線付きの斜体，語りの内容を補足するための加筆を（　）で示し，統合失調症患者を本人と表記する。

1）【家族内での本人への対応】

きょうだいを含めた家族が，発症した本人にどのように

表1　対象者の概要

事例	きょうだい				本人		
	年齢	性別	婚姻状況	職業	年齢	性別	推定罹病年数
A	70代	女性	離婚	無職	60代	男性	50年
B	50代	女性	既婚	パート	60代	男性	41年
C	60代	女性	既婚	農業	60代	男性	45年
D	50代	男性	既婚	会社員/農業	50代	女性	30年
E	50代	女性	既婚	パート	50代	男性	30年
F	20代	女性	未婚	公務員	20代	男性	10年
G	50代	女性	既婚	会社員	50代	男性	22年
H	50代	男性	既婚	自営業	50代	男性	23年

表2　統合されたカテゴリ

カテゴリ	サブカテゴリ
【家族内での本人への対応】	発症の状況
	発症に気づきにくい家族
	発症時の家族と周囲の対応
	発症当時の思い
	発症に気づいたときの対応を悔やむ
	本人の日常生活
	日常生活の中での対応
	家族が戸惑うこと
【医療と支援へのつながり】	入院の経験
	病院とのつながり
	治療の状況
	地域の中の資源の活用
	家族会とのつながり
	第三者の支え
	自ら支援を求めない
【精神医療への思い】	医療者との関係を肯定的に捉える
	医療への期待
	医療への不満足
	精神科に対する不信
【将来の見通し】	今後の生活安定のために自分がすべきこと
	今後の生活安定のために考慮すべきこと
	先行きについての心配
	回復への望み
【家族の様相】	家族メンバーの状況
	心身の状態
	仕事の様子
	周囲との交流
	経済的問題
	本人に関連して生じる思い
	病気を特別視しない
	家族内での気遣い
【きょうだいであるという認識】	きょうだいとしての対処
	きょうだいとしての家族内での配慮
	きょうだいという意識
	発病の恐れへの対処
【発病にまつわる事柄】	本人の生育過程での家族の様子
	病気の兆しと考えられる発症前の変化
	発症のきっかけとの関連を推測する
【患者の存在を受け入れることへの葛藤】	発症に関する周囲への気配り
	患者の存在を知られたくない気持ち
	患者の存在を知らせることで示されるいたわり
【精神障害を理解することの難しさ】	病気を認めることに抗う
	病気の知識を得て咀嚼する
	本人の心情を理解しようとすること
	患者が社会に理解されることの難しさ
【患者の存在によって得られたもの】	患者の存在によって認識したこと
	生きていく姿勢

対応したのかについての語りである。

きょうだいは，本人の仕事への姿勢や意欲，言動の変化を≪発症の状況≫として振り返っていたが，何が起こったのかよくわからなかったと≪発症当時の思い≫を語った。≪発症時の家族と周囲の対応≫には，すぐに入院させた家族と暫く様子をみた家族があり，病気をもっと早く受け入れていれば悪化しなかったのではないかという≪発症に気づいたときの対応を悔やむ≫思いも聞かれた。しかし，言動の変化があっても症状だとわからず，≪発症に気づきにくい家族≫もあった。

「(入院したことを聞いても) なんだかよくわからないっていう感じで，病気自体もよくわからなかったし・・・。病気のお話は母が全部聞いてたので，母が聞いたのをわたしが聞いたって感じです。」(F)

「もっと早く，冷静に病気を受け入れて，早く病院へかかればそれほど悪くならなかったかも知れないと思うんですよね。家族自体も，“今ちょっと悪いけれど時間が経てば良くなる (から)，お父さん (父親) あんまり言わないようにして”って言って。」(H)

「・・・もう少し気長に，わたしもその時は仕事でも辞めてね。後で思ったことなんだけど，わたしがそれじゃ家にいてね，(家に) いれば親は仕事をしててもよかったかなと思うけれど。」(B)

発症後は症状が不安定で，≪本人の日常生活≫は仕事が長続きせずに家にいたり，デイケア通所をしていたが，現在は比較的落ち着いた状態だときょうだいは考えていた。症状によって≪家族が戸惑うこと≫はあるが，サポートの必要な部分には家族が協力して≪日常生活の中での対応≫をしていた。

「タバコ (が多いこと) とね，頭も洗わないので気になって仕様がない。(胃) 潰瘍で手術しているから，タバコはいけないと言われているが，なかなか言うことを聞かないね。あとは，お風呂に入らないことが気になる。」(A)

「もうこっちもわかっているんでね。それ以上言わないんですよ。弟が言ったことに対してね，これ以上こっちで抑えるようなことを言うと反発してくるってわかるでしょう？もうこっちが引いちゃってね。」(H)

2)【医療と支援へのつながり】

発症が明らかになった後，治療が開始され，専門職者の支援や社会資源の利用について語られた事柄である。

本人の罹病年数は平均31.4年と長く，どの事例も≪入院の経験≫と≪病院とのつながり≫があったが，経過の中では服薬拒否や中断もみられる≪治療の状況≫であった。

「・・・結局もう乱暴するってことで，家族とか親戚の人に来てもらってね。それで押さえつけると余計興奮してね。あの暴れるんですよ。それで，もう，病院から来てい

ただいてね，5，6人，それで注射してもらって入院したんですけどね。」(H)

しかし，現在は治療が継続されており，主治医やスタッフからの助言に加え，訪問看護，授産施設や援護寮など≪地域の中の資源の利用≫もしていた。≪家族会とのつながり≫では特に，家に閉じこもらず，本音を話すことができると述べた。また，専門職者以外の≪第三者の支え≫を得たり，治療継続以外には≪自ら支援を求めない≫きょうだいもあった。

「看護婦さんが"訪問に行っていいようなら行きます"って言うので，それじゃあ，お願いしますと。看護婦さんが来てくれたとき，部屋から外へ出ちゃってね，帰って来なかったの（笑い）。最初はどうしたものか，あんまり嫌がるもの来てもらっても・・・とあれした（思った）けどね。だんだん慣れてきたけれどね。」(C)

「援護寮に入った目的が3つあって，生活リズムとあと自分の時間を過ごせるということ，兄が1人で過ごせるということ，友達の整理をするということ。」(F)

3）【精神医療への思い】

病院や医療者に対して感じていることや期待することである。

病院や地域資源の支えに対し，きょうだいは満足や信頼を寄せており，概ね≪医療者との関係を肯定的に捉えて≫いた。一方で，役割を果たして欲しいという≪医療への期待≫や対応への≪不満足≫，精神医療が遅れているという≪精神科に対する不信≫も持っていた。

「今は個人病院なので一対一のコミュニケーションをとっていただいたり，丁寧に診ていただけるので，そういう面ではよかったと思います。人間関係はね，先生との，できているので話をしてくれるみたいですけど。」(H)

4）【将来の見通し】

将来に向けて，本人を含めた家族がどうすべきかについて，考えていることが語られた。

≪今後の生活安定のために自分がすべきこと≫として，自分自身の生活の充実と家族の高齢化への対処を考えていた。さらに，本人の能力向上と利用可能な社会資源の検討など，≪今後の生活安定のために考慮すべきこと≫を念頭に，将来を考えていた。

「きょうだいっていうか，一緒にいるより，もし自分でやりたいっていう考えになればね，グループホームで暮らせたらその方がいいのではないかと思っているんだけどね。やっぱり，他人っていうか，共同施設で暮らすことが本人のためにもなると思ってね。」(H)

家族の身体状態の変化や経済力の低下，そして予後の不明確さは≪先行きについての心配≫を大きくさせていたが，≪回復への望み≫も捨てきれないでいた。

「将来は，わたし（姉）や母親がいるうちはいいけれど，どうやっていくかなって思うね。将来どうするかなと思って。」(A)

「母としては，子に対する思いが強い。疾患に対しても受け止めてはいるのだけど希望は捨てたくないってことですかね。」(F)

5）【家族の様相】

家族自身の日常生活の様子や心身の状態が語られた。

≪家族メンバーの状況≫としては，きょうだいは親や子と同居して本人の面倒をみており，別居の場合も頻繁に連絡をとっていた。そして，サポートする家族の世代交代が既に進み，治療中の身体疾患や疲労感を抱える≪心身の状態≫であり，日常生活への影響が見られた。就業中のきょうだいからは今の仕事に満足し，感謝しているという≪仕事の様子≫が語られ，仕事のないきょうだいは医療費や交通費の家計への影響を≪経済的問題≫として述べた。

「あのう，家族会のほうも大変ですし，家のことも手がまらないし，（土地が）広いですし。果樹もあります，農地もあります，正直なところほんとにヘトヘトですね。」(G)

「そう，仕事があればいいね。わたしはまだできるから。少しでもお金は，何かと必要になるから，あるといい。」(A)

家族に≪本人に関連して生じる思い≫は不満や不安など否定的であり，家族関係を平穏に保つために家族は互いに≪家族内での気遣い≫をしていた。そして，近隣を信頼して良好な付き合いをするなど≪周囲との交流≫が図られており，精神障害者との接触経験がある家族は≪病気を特別視≫せず，本人への理解を示した。

「結婚する前はそんなことは問題じゃないって言ってくれたけれど，やっぱり毎日一緒に住んでいれば，病気だと思っても面白くないことは多いと思うんですよね。」(B)

「・・・（病気の人がいると）どれだけ近所や親戚に肩身の狭い思いをしていかなければならないかって，（姉に）言われたけど。・・・おじいさん（舅）は養子なので，うまくやっていかなければならないから，（かわいそうだと）思っていても，わたしの肩をもてなかった。考えてみるとそうだと思う。」(E)

6）【きょうだいであるという認識】

きょうだいとして，家族内や周囲へ対応しなければならなかった事柄である。

本人の発症による結婚や就職の変更，仕事や将来への不安を経験し，≪きょうだいとしての対処≫をしていた。そして，本人の言動に関して他の家族に気を遣い，≪きょうだいとしての家族内での配慮≫をしていた。

「そんな病気の人がいると困るっていうようなことを

(姑から)よく言われたの。ことある毎に言われた。(中略)事実だからしょうがないので，申し訳ありませんて言って，頭を下げていた。」(E)

「独り言ブツブツ言ったりしたときは気遣いますね。お風呂だって先に入ってしまうのでね。お父さん(夫)より早く。お風呂も出たり入ったりすると困りますね。」(C)

親とともに本人の面倒を看るが，将来的には自分が本人の面倒を看ることになるだろうと考えていたり，結婚して家を出ていても，いずれは自分が本人と生家の行く末をみなければならないと考えており，これは他の家族と話し合った結果ではなく，半ば暗黙の了解のように≪きょうだいという意識≫から自覚していた。

「将来的に考えると，私が家を出て行っていいって言われているんですけど，兄を看るのはわたしで(中略)。父母はほんとはわたしに出て行って欲しくないと思っていると思うんです。息子のことはまず自分たちで看て，行く行くはあなたが看て欲しいというのはあると思うんですけど。」(F)

きょうだい自身の≪発病の恐れへの対処≫については，発病の可能性があると考えているが，発病したらその時，と述べた事例があった。

「(自分が病気になる)それを感じたのはつい最近で，そんな気持ちはなかったんです，今まで。そういう人たちのホームページがあって，(中略)そのときに“自分も発病するんじゃないか”っていう書き込みがあって，“あっ？わたしも？”みたいな感じだったんで。発病したときはそのときかなって感じですね。」(F)

7)【発症にまつわる事柄】

発症前を振り返り，発症の原因やきっかけについて考えたことが語られた。

≪本人の生育過程での家族の様子≫を振り返って，普通あるいは変な兄弟姉妹と語った。職場での対人関係の変化や他人の視線への過敏さを≪病気の兆しと考えられる発症前の変化≫と捉え，生育過程での父母の夫婦関係や本人の性格から≪発症のきっかけとの関連を推測≫していた。

「・・・スキーに行ったとき，兄だけ“リフトを回してくれたお兄さんの視線が嫌だった”とか(言ったが)，何もなかったと思うんです。兄の受け取り方が敏感だったのかもしれないんですけど。」(F)

「・・・わたしは嫌なことがあると，次の仕事を探したりして逃げたから，逃げることができる人はいいけど。(兄は)うんと気が小さいんですよね。だから病気になったと思うんですけどね。」(B)

8)【患者の存在を受け入れることへの葛藤】

家族内に統合失調症患者が存在することを受け入れようとする思いと，受け入れ難い思いの両方が語られた。

最初は本人の発症を隠しておきたい思いから信仰を頼ったり，就業せず家にいることを世間体が悪いと感じるなど≪発症に関する周囲への気配り≫がみられた。そのため，≪患者の存在を知られたくない気持ち≫があり，本人のことを自分から話題にはしないようにしていた。しかし，長期経過の中で周囲は本人の存在に気づいており，≪存在を知らせることで示されるいたわり≫もきょうだいは経験していたが，「周囲に病気を知らせてしまえば楽だが，しかし，知られたくない」という2つの思いの間で今も揺れていた。

「愚痴はね，まあ姉くらいしかね(言えない)。他の人にこういう状況はわかってもらえないよね。普はこういう病気は隠しておきたい，今だってそういうことに変わりはないけれど。」(B)

「近所の友達とかには兄のことを言えなくて，言えるっていうと学校の友達とか，ほんとに信頼できる友達で。信頼できるけど近所っていう友達は，多分(病気のことが)伝わっていくっていう気持ちが自分の中にあって。オープンにすれば楽なんですけど，できないですね。」(F)

9)【精神障害を理解することの難しさ】

統合失調症(患者)をどう理解しようとしているかと，精神障害者に対する社会の見方について語られたことである。

家族には，病気かもしれないと思いながら病気に気づきたくない≪病気を認めることに抗う≫気持ちがあった。症状の顕在化で本人が医療とつながり，きょうだいも≪病気の知識を得て咀嚼≫し，病気を認めざるを得ないと考えながら，病気を認めたくない気持ちを抱え続けていた。そして，病気の理解とともに，孤独や辛さなどを抱えているのではないかと≪本人の心情を理解しよう≫としていた。

「そこ(家族の勉強会)へ参加し始めてから，精神分裂病ってその頃言ってたけど，そういう病気じゃないかってわかってきてね。家族としてはそういうのあんまり認めたくなかったですよね。」(H)

「障害年金をもらうようになったとき，母は経済的に少しよくなると言ったが，わたしは“弟はこれでおしまい”と思って涙がでた。・・・今はもう時間が経過したから，わたしももう飲み込まざるを得ないなと・・・」(G)

きょうだいは，地域社会は精神障害者に対して閉鎖的であり，精神という言葉への抵抗感やイメージだけで恐れられてしまうことに疑問を感じ，≪社会に理解されることの難しさ≫を述べた。

「実家の方で，もう帰ってきてもらっては困るって。いろいろあったので，それが焼きついているので。もう帰ってきてもらっては困る，ここの人たちが平穏無事に暮らせないからって。」(E)

10）【患者の存在によって得られたもの】

≪患者の存在によって認識したこと≫は人の気持ちの理解，周囲への感謝の気持ちであり，≪生きていく姿勢≫として，人との関わりが不可欠であることと自分に正直であることの重要性を語った。

「障害者になってくれてよかったと思っている。見栄もプライドもないの。人間正直に生きることが大事なことだと思ってね。」(E)

Ⅴ 考　察

きょうだいは，発症当時から【家族内での本人への対応】をしてきており，次第に【医療と支援へのつながり】や【精神医療への思い】をもち，【将来の見通し】を考えるに至っていた。これらのカテゴリは，病気と本人への対応の体験と考えられる。また，きょうだいは本人以外の【家族の様相】にも対応せねばならず，【きょうだいであるという認識】をもって対処していた。これらは，きょうだいとしての他の家族メンバーへの配慮と考えられた。一方，発症当時から本人と関わる中で，治療や支援を受けることに納得しながらも，【発症にまつわる事柄】から発症の原因を推測したり，【患者の存在を受け入れることに対する葛藤】と【精神障害を理解することの難しさ】をずっと抱いていた。これらのカテゴリは，病気を受容することに対する思いの体験と考えられる。そして，家族に配慮しながら本人と関わり，病気を受け入れることは難しいと感じながらも【患者の存在によって得られたもの】があると語った。このカテゴリは，きょうだいが自分の人生を前向きに捉えることができていることを表していると考えられた。

1．病気と本人に対応すること

本人が発症した頃，本研究のきょうだいの年齢は10代後半から20代であり，本人の精神科受診や入院への対応は主に両親が行っていたと推測された。親は精神科を受診させることに抵抗があり，病気や治療のこともよくわからないため，本人のためにどうしたらよいのか困ることが多く，入院させた後もこれでよかったのか思い悩むことがよくある[14]。その時は「入院したと聞いてもなんだかよくわからなかった」が，後になって考えれば「もっと早く病院に受診すればよかった」「自分が仕事を辞めて本人の面倒をみればよかった」と，当時の自分の対応を悔やむような，きょうだいの発言がきかれた。本人の精神科受診と入院の決断を両親が行っており，親よりも知識や経験が少ないきょうだいが，発症の頃の本人の状況を理解することは難しかったと考えられ，きょうだいは発症の頃の対応に直接負い目を感じてはいないが，両親が本人の治療と入院を決断する苦悩をみていたことが，当時の対応を悔やむような発言につながったと考えられた。また，古谷ら[15]は，本人を入院させた家族は，対応から解放された安堵感と精神科に入院させたという負い目の間で葛藤し，本人に対する過去の自分の態度が悪かったのではないかと，自分を責めるようになると述べている。しかし，本研究の結果からは，本人に対する過去の自分の態度が悪かったのではないかという自責感より，もっと良い対処方法があったのではないかという後悔の思いがより強く感じられた。田上[16]は，家族の心的態度の中で，過去に関するものとして「早めに適切な処置ができなかったことへの後悔」「親の養育方法の誤りへの後悔」の２点が含まれると述べているが，本研究のきょうだいは，「早めに適切な処置ができなかったことへの後悔」と，「本人の対応に苦慮していた両親への対応への後悔」がみられた。

南山[17]によれば，親世代は義務意識からケアにコミットするが，きょうだい世代の「きょうだいだから・・・しなければならない」という義務意識の希薄さは，本人とのより自発的な関わりへ結びつく可能性を有している。特に，母親は自責感から積極的に子どもの面倒を看たり，調整役割をとろうとし，本人との距離が密着しすぎたり，要求を過剰に受け入れてしまうような関係につながりやすい。きょうだいの発言から，自責感よりも，もっと良い対処方法があったのではないかという思いが強く感じられたことは，きょうだいが現実を客観的に見つめ，本人との対応を前向きに考えようとする姿勢を持ち合わせていると考えられ，きょうだいが本人との距離を保ちながら対応していくことができる存在と考えられた。

家族内に統合失調症患者を抱えることで，家族は社会の中で孤立した状態になりやすい[18]。きょうだいは，家族会に参加して思いを語り合うことでお互いを認め合い，治療継続や地域資源の利用による社会とのつながりを持っていた。治療によって本人の状態が落ち着き，支えあう仲間が存在することは家族の孤立を少なくし，負担の軽減につながる。また，長期に及ぶ疾患の場合，家族の生活が患者中心にならないことが大切であり，どの家族メンバーも自己に対する気配りをすることが，他者に配慮できるために不可欠であると言われている[19]。きょうだいは漠然とした不安を抱えながらも，自分と家族の将来を考え，自分自身の生活の充実と家族の高齢化への対処に目を向けていた。これには，治療の継続や家族会を通しての社会とのつながりが関係しており，本人の能力に合わせて将来を意識しながら，利用可能なよりよい社会資源の検討をするなど，本人のみならずきょうだい自身のニーズも充足できるように対処している状況と考えられた。

2．他の家族メンバーに配慮すること

内野ら[20]は，統合失調症群と非統合失調症群に対して統合失調症の危険性について調査しているが，統合失調症

群では約73%，非統合失調症群では約82%が「危険な病」と認知しているという結果であった。一般的に，統合失調症をはじめとして精神障害に対する社会的偏見は根強く，本研究のきょうだいも地域社会が精神障害に対して閉鎖的であると感じていた。

また，特に本人と同居しているきょうだいの場合，本人の言動が他の家族に影響しないように非常に気を遣っていたり，本人の存在を責められてもただ頭を下げていた。社会のもつ精神障害に対する偏見は，きょうだい自身ももっていることが多いと推測され，そのことが他の家族から責められることを無理からぬことと受け止めていたことに関係していたと考えられた。きょうだいは，他の家族が不快な思いをしないように配慮することを，精神障害者のきょうだいとしての適切な振る舞いとして受け入れていたのではないだろうか。

3．病気の受容に対する思い

家族の疾病に対する態度の本質的な特徴は〈アンビバレンス〉であり，家族は，「あきらめているが期待もしている」「病気と分かっていても認めたくない」というアンビバレントな感情を抱いていると田上[21]は述べている。本研究でも，本人の存在を知った近所の人々や知人がいたわりを示してくれることがわかっていても，知られたくない気持ちもあり，「・・・(病気のことを）オープンにすれば楽なんですけど，できないですね。」「・・・昔はこういう病気は隠しておきたい，今だってそういうことに変わりはないけれど。」ときょうだいが語っており，アンビバレントな感情が認められた。田上[22]はさらに，疾病受容の過程には長い時間を要し，疾病の経過につれて生じる感情が行きつ戻りつしながら進み，アンビバレンスが連続的に生じうるとも述べた。本研究では，本人の罹病年数は平均31.4年（10〜50年）であり，統合失調症の診断を受けてからの経過が長い。そのため家族と本人は医療とつながっていて，きょうだいは疾患の知識をある程度もって，症状の変動にも臨機応変に対応できており，将来に向けて本人と家族がどうすればよいかも考えていた。このような態度は病気を受容できているようにみえるが，一方で病気を認めたくない気持ちも持ち続けており，認めることへの複雑な感情を語っていた。このことは，時間の経過に沿って病気の受容が進行するわけではなく，きょうだいの中に病気に対するアンビバレントな感情が行きつ戻りつしながら存在することを示していると考えられた。

4．きょうだい自身の人生を考える

鈴木[23]は，統合失調症患者の家族がもつ希望は，治そうとする思いが先立つ局面，あきらめる局面，現状を認める局面の3局面の時間的経過に伴って変化していくと述べている。本研究でも，きょうだいは早くから本人の言動の変化に対応し，やがて病気であることを認め，治療につなげていった。そして，自分たちなりの対応や将来への備えをし，病気の受容に対する苦悩は感じながらも，現状を認めつつある。さらに，本人の存在は苦悩をもたらしたが，家族と共に本人を支え，同じ状況の仲間と手を携えてきたことで，周囲への理解や感謝の気持ちを持つことができた。価値観の転換は，病気の受容によって自然に生じるのではなく，家族が患者を抱えた苦悩の中で，自分自身の生きる意味を考えた結果もたらされるものである[24]。本研究のきょうだいも自分の存在や生き方に新たな価値観を見出したといえるのではないか。

5．きょうだいへの支援の方向性

きょうだいは病気や治療がよく理解できなかった発症当時から，他の家族メンバーとともに本人に対応してきていた。本人の状態を理解するには，治療によって状態が落ち着くことと仲間の存在が必要であった。家族会には，同じ立場に立つ者が，医療者や行政に気兼ねすることなく本音で語ることができるというメリットがあり，本研究でも家に閉じこもらず，本音を話すことができると語られた。しかし，長期間同じようなメンバーで語り合うことによる形骸化や，新しい医学的な情報がもたらされにくい一面もある。昨今，家族心理教育が家族支援として多く行われており，罹病後の速やかな心理教育的介入は，精神健康度の改善と，生活困難度の憎悪を防止できるという報告がある[25]。本研究の中で，きょうだいが「早めに適切な処置ができなかったことへの後悔」と「本人の対応に苦慮していた両親への対応への後悔」がみられたこと，本人との対応を前向きに考えようとする姿勢を持ち合わせながら，本人との距離を適切に保って対応できる存在であると考えられたことは，きょうだいには，初期から適切な医学的情報と仲間による支えあい，そして，心理教育的な支援の必要性があることを示唆していると考えられる。家族心理教育プログラムの中で，看護者は本人の日常生活支援のための具体的な技術や看護者としての経験を提供する役割を担うことができる。

本人の発症後長い年月を経た家族は落ち着いているようであり，病気や本人を受け入れることに葛藤しているようにはみえない。そのため，看護者は語られるきょうだいの思いを過去のものと考え，「何年も経っているのに，病気を理解できない」「両親と一緒に面倒を看てきたのだから，これからも当然面倒を看るだろう」といった思いを抱く。本研究の本人の罹病年数は平均31.4年と非常に長かったが，きょうだいにはアンビバレントな感情が認められた。病気を認めることへの複雑な感情が今も続いており，きょうだいにとっては過去でありながら「今」の思いでもあることを看護者は理解しておかなければならない。

以上のような専門職としての情報提供や支援は，医療者との関係を肯定的に捉えて，今後の関わりへの期待も述べられていることから，きょうだいにとって重要であると考えられた。一方で，非専門職の助言が役立ったという経験や，治療継続以外に医療者に多くを求めないという姿勢があったことは，専門職としてきょうだいのニーズを的確に把握していく必要性を示唆していると考えられた。

Ⅵ　おわりに

本研究では，統合失調症患者のきょうだいの語りから，きょうだいの体験をその思いと対応の側面から記述することを試みた。きょうだいは，親世代，特に母親と異なり，本人と程よい距離を保ちながら冷静に対応していくことができる存在であること，病気に対するアンビバレントな感情を持ち続けていることが明らかになった。看護者はこれらのことを理解しておくとともに，きょうだいが医療や社会資源とのつながりを保てるように関わることが必要である。

本研究の対象者は，限定された地域の８名であり，統合失調症患者のきょうだいの体験のごく一部分を表現できたに過ぎない。対象者の人数や性別，年齢，居住地域などを考慮した同種の調査を積み重ね，多様な体験を明らかにしていくことが課題と考える。

謝　辞

本研究の趣旨を理解し，貴重な体験を語ってくださったきょうだいの皆様，ならびに，研究にご協力くださいました病院と家族会の皆様に心から感謝申し上げます。

なお，本研究は，2006年度山梨大学大学院に提出した修士論文の一部に加筆修正したものであり，第17回日本精神保健看護学会学術集会にて発表した。また，平成17－19年度科学研究費補助金若手研究（B）「在宅統合失調症者の家族の健康への力を支える看護援助モデルの構築（研究代表者：水野恵理子）」を受けて行った研究の一部である。

要　旨

統合失調症患者の地域生活において家族の支援は重要であり，今後，高齢化する親に代わってきょうだいの存在が注目される。本研究では，統合失調症患者のきょうだいの体験を明らかにすることと，支援の方向性への示唆を得ることを目的として，きょうだいへの半構成的面接を思いと対応に注目して分析した。

長い経過を経ても，病気と患者の受け入れに対する葛藤を抱えてアンビバレントな心的態度が認められ，患者のきょうだいであることを不名誉に感じることが，他者に配慮する姿勢につながっていると考えられた。しかし，患者を抱えた負担感を持ちながらも，患者のニーズとともに，自身のニーズの充足に対処しており，体験をとおして自分の存在や生き方に新たな価値観を見出していた。きょうだいが抱えるアンビバレンスの理解と，きょうだいのニーズを的確に把握して，医療や社会資源とのつながりが保てるように支援していく必要性が示唆された。

Abstract

The purpose of this study is to describe and clarify the experience of siblings of schizophrenic patients through their narratives. 8 siblings participated in this study, 6 females and 2 males. We used a semi-structured interview which focused on the symptoms and everyday life of schizophrenic patients, how siblings feel about their ill siblings, and how they cope with their behavior. Through a qualitative analysis, data was classified into 10 categories.

In spite of long-term care, it is difficult for siblings to understand the experience of the schizophrenic patients. They have an ambivalent attitude, and the stigma of being a sibling of a schizophrenic patient is related to their careful attitude for family. Siblings empathically attend to not only the needs of the ill siblings, but also their own needs. Finally, through the experience of being a sibling of a schizophrenic patient, they have found the value in recognizing their own selves and their way of life. It is important that nurses possess an apprehension of a sibling's ambivalent attitude and the needs to medical support.

文　献

1）厚生労働省精神保健福祉対策本部：精神医療福祉の改革ビジョン，2007-9-10，http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.dpf.
2）伊藤順一郎：家族支援とリハビリテーション，リハビリテーション研究，108，18-21，2001.
3）南山浩二：精神障害者－家族の相互関係とストレス，65-67，ミネルヴァ書房，京都，2006.
4）Nechmad,A.，Fenning,S.，et al.：Siblings of schizophrenic patients--a review, Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences. 37(1)，3-11，2000.
5）酒井佳永，金吉晴，他：精神分裂病患者の家族の負担に関する研究　患者の病識と家族の精神疾患への認識との関連，精神医学，44(10)，1087-1094，2002.
6）栄セツコ，岡田進一：精神障害者家族の生活上の困難さに関する研究，大阪市立大学生活科学部紀要，46，157-167，1998.
7）南山浩二：精神障害者をケアする家族の負担－2時点間パネル調査の結果から，家計経済研究，31，61-69，1996.
8）田上美千佳：精神分裂病患者をもつ家族の心的態度に関する研究，お茶の水医学雑誌，46(4)，181-193，1998.
9）鈴木啓子：精神分裂病患者の家族の希望を保持・増進する要因に関する研究，千葉看護学会誌，7(2)，24-31，2001.
10）鈴木啓子：精神分裂病患者の家族の抱く希望の内容とその変化の過程，千葉看護学会誌，6(2)，9-16，2000.
11）佐藤朝子：精神障害者を子にもつ母親の体験－女性の生活史の観点から－，日本赤十字看護大学紀要，20，1-10，2006.
12）菊池美智子，山田浩雅，他：精神科初回入院患者の親の体験と看護援助，愛知県立看護大学紀要，10，33-40，2004.
13）濱田由紀，田中美恵子，他：長期入院精神障害者の家族の経験－退院および地域生活維持のために求められる家族への看護援助の検討－，日本精神保健看護学会誌，16(1)，49-59，2007.
14）前掲12）
15）古谷智子，神郡博：精神障害者の家族の心理的経過に関する研究－発病から入院後まで－，富山医科薬科大学看護学会誌，(2)，29-39，1999.
16）田上美千佳：精神分裂病患者をもつ家族の心的態度　第1報－CFIの検討を通して－，精神保健看護学会誌，6(1)，1-11，1997.
17）前掲3)，114.
18）前掲8）
19）Anderson,C.M.，Reiss,D.J.，et al.：Schizophrenia and the Family, The Guilford Press，1986．鈴木浩二，鈴木和子監訳：分裂病と家族（上），184-188，金剛出版，東京，1988.
20）内野俊郎，前田正治，他：「精神分裂病」とスティグマ－本邦における心理教育の臨床的課題－，臨床精神医学，32(6)，677-688，2003.
21）前掲16）
22）前掲16）
23）前掲10）
24）前掲10）
25）牧尾一彦，西尾雅明，他：医療機関における精神分裂病家族教室の効果　生活者としての家族機能に焦点を当てて，精神医学，43(8)，841-847，2001.

［平成19年3月31日受　付］
［平成21年4月13日採用決定］

－資　料－

地域中核病院看護部の退院支援教育が病棟看護職の知識・行動へ及ぼす効果

Effect of Education of Support Discharge Given by Nursing Departments on Unit Nurses' Knowledge and Practice in Community Hospitals

大崎瑞恵[1)] Mizue Osaki　大竹まり子[2)] Mariko Ohtake　赤間明子[2)] Akiko Akama　鈴木育子[2)] Ikuko Suzuki
小林淳子[2)] Atsuko Kobayashi　佐藤千史[3)] Chifumi Sato　叶谷由佳[2)] Yuka Kanoya

キーワード：退院支援，教育，病棟看護職，知識，実践
Key Words：support discharge, education, unit nurses, knowledge, practice

Ⅰ．はじめに

今日，入院患者の高齢化や医療依存度が高い患者の増加，家族機能の低下が進む一方で，在院日数の短縮や介護保険など，医療をとりまくシステムや制度は施設中心から在宅中心へと移っている。このような社会全体の動きの中で，退院支援が必要な患者の割合は急速に増加しており，患者・家族と共に考え自己決定を促し，新たな生活パターンを獲得させるといった，継続的かつ全体的な支援を早期から行う必要がある[1)]。そのため，退院支援専門部署を設置したり，退院支援を専門的に実践しているスタッフを配置する施設も増えてきている。しかし，退院支援専門部署の設置や退院支援専従のスタッフの配置は病院経営や人事管理面など個々の病院の事情によって異なる。また，退院支援専門部署へ依頼するのは患者の病状や生活背景など多くの情報を持つ病棟看護職であることが多く，患者や家族だけでなく医師やコメディカルなど多職種と接触することができる看護職は，退院支援において重要な役割を担うことができる。

このように退院支援における看護職の活躍が期待される中で，看護職の行う在宅支援や退院支援に関する先行研究を見ると，峰村は大学病院に勤務する看護師を対象とした日々の看護実践の調査で，生活の自立支援は意識と行動共に高い一方で，在宅支援は意識と比較して行動が低いことを明らかにしている[2)]。一施設の病棟看護職の退院支援に関する意識についての先行研究では，病棟看護職は退院支援の必要性を意識しているものの自信がない，実際に行う機会がないなどの実態が明らかとなっている[3) 4)]。松永らの退院支援の担い手を誰に求めるか病棟看護師にたずねた調査によると，退院支援部署の充実や退院支援専門看護師の配置など，退院支援の専従スタッフへ求めるニーズが高かった[5)]。以上の先行文献の結果から，病棟看護職は退院支援の必要性を意識しているが，自信がない，十分に行動していないと感じていることが窺える。

病棟看護職が退院支援を行う場合，保健・医療・福祉制度について深く理解していることが求められ，さらに情報収集能力，情報処理能力，コミュニケーション能力，交渉力，指導力などのコーディネーションパワーを身につけていることが必要とされる[1)]。特に高齢者の退院支援には判断能力，家族や介護者の意思，経済状況，社会資源など多くの問題があり，将来を見越した長期的な決定を可能にするための支援が必要である[6)]。病棟看護職がこのような退院支援行動をとるためには，退院支援に必要な知識が向上しなければならない。当間らは，看護職の社会資源の認知度および活用は体験や経験といった個人的要因と勤務先の環境要因の影響を受けることを示唆しており[7)]，鈴木らは病棟看護職の退院支援には院内の勉強会の必要性を述べている[8)]。日々看護業務に追われている病棟看護職が，複雑化する退院支援に関する知識を得るためには，看護職個人の体験や経験に頼るのではなく，在院日数短縮を進める病院の看護職雇用組織である看護部が看護職に対し教育を行うことが重要と思われるが，看護部の院内教育と看護職の退院支援に関する知識・行動について検討した先行研究は

1）山形県立保健医療大学保健医療学部看護学科　Department of Nursing, Yamagata Prefectural University of Health Sciences
2）山形大学医学部看護学科地域看護学講座　Course of Community Health Nursing, School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine
3）東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科健康情報分析学
Analytical Health Science, Graduate School of Health Sciences, Tokyo Medical and Dental University

無い。

そこで本研究では，地域の中核をなす病院の看護部における退院支援教育の現状を明らかにし，院内教育の有無と病棟看護職の退院支援の知識・行動との関連を検討することを目的とした。これらの関連を検討することによって病棟看護職の退院支援の知識を高め，退院支援の実践を促進するために必要な病院内の対応について示唆を得ることができる。また，病棟看護職により充実した退院支援が実践されることによって，入院患者が安心して早期に退院することができると考える。

なお，本研究で「退院支援」とは手島の退院計画の定義を参考に，「個々の患者・家族の状況に応じて適切な退院先を確保し，その後の療養生活を安定させるために，患者・家族への教育指導や諸サービスの適切な活用を支援すること」とした[9]。また，本研究において「病棟看護職」とは「病棟に勤務する看護師および准看護師」とし，「知識」とは「退院支援に必要な制度を判断するための理解」，「行動」とは「退院支援における問題解決を目的とした情報収集，他者との調整，制度の活用を行うこと」とした。

Ⅱ．研究方法

1．対象

一次調査では，地域医療の中核を担っていると考えられる，病床数が200～499床の複数科を持つ一般病院を全国から無作為に抽出し，各病院の看護部長を対象とした。また，二次調査では二次調査への同意の得られた病院から一次調査の結果をふまえて抽出した病院の病棟看護職を対象とした。

2．調査期間

2006年６月から11月までである。

3．調査方法

郵送による自記式質問紙調査を行った。

1）一次調査

都道府県を無作為に10箇所抽出し，「病院要覧2003－2004年版[10]」を参考に，抽出された都道府県に所在する病床数200～499床の一般病院215病院の看護部長に依頼文と調査用紙を送付した。依頼文では調査の趣旨を説明し，二次調査についての協力の意思も確認した。二次調査への協力が可能と回答が得られた病院のみ病院名を調査用紙に記入し，返送するよう依頼した。

2）二次調査

二次調査への同意の得られた41病院中，看護部で看護職を対象に実施している退院支援に関連する教育プログラムのある病院は10施設であり，プログラム数は１～６個であった。そこで，教育プログラムが２個以上であった５病院と，教育プログラムの無い病院から抽出した５病院の病棟看護職を二次調査の対象とした。また，退院支援が必要な患者が最も多いのは，慢性疾患や身体機能の低下，家族機能の変化や社会資源の利用など近年の様々な問題から高齢者であると考えた。そこで，調査協力の同意を得られた看護部長に対し電話で調査内容を説明し，各病院において高齢者の多い上位２病棟の看護職に調査用紙を配布すること，回収は各病院において対象者からの調査用紙を厳封した状態で一括回収し返送してもらうことを依頼した。病棟看護職には自由意思での回答を求め，無記名とした。記入後は各自で添付の封筒に封入することを依頼した。

4．調査項目

調査用紙は病院の概要を問う看護部長用，病棟看護職の退院支援に関する知識と行動を問う看護職用の２種類作成した。

1）看護部長用調査用紙

病院の設置主体，病床数，看護職員数，看護配置，平均在院日数，理念，併設施設，退院支援専門部署の有無，看護部で行う院内教育プログラム

2）看護職用調査用紙

・看護職の属性：年齢，性別，職位，勤務形態，学歴，取得資格，臨床経験年数，現在の病棟での経験年数，本人あるいは家族の入院や介護の経験の有無，看護学生時の在宅看護の授業経験の有無，在宅看護の経験の有無，在宅看護への興味，研修参加状況

・看護職の退院支援行動：退院支援に必要な情報を入院時に聴取しているかを問う入院時の患者情報収集項目，院内他部署や他施設との連絡経験の有無，患者や家族に紹介した社会資源

・看護職の退院支援に関わる知識：退院支援に関わる具体的な知識を問う先行研究は無く，退院支援は在宅療養を目指す看護であると考え，在宅看護領域の看護師国家試験出題基準を参考に作成し，対象外の病院の病棟看護職19人にプレテストを実施，退院支援専門部署看護師長の助言を得て地域看護学研究者間の議論で修正した10項目の設問について「正」「誤」の２項選択法で回答を求めた。

5．分析方法

二次調査の結果から退院支援に関連する教育プログラムが多かった「教育あり群」の病院と退院支援に関連する教育プログラムの無かった「教育なし群」の病院の２群に分け，病院の看護職の属性，研修参加状況，入院時の情報収集，退院支援のための連携，社会資源の紹介，在宅支援に関する知識について，それぞれ２群間の差をχ^2検定，フィッシャーの直接確率法，t検定で分析した。結果は有意水準0.05未満を有意とした。分析にはSPSS11.5J for Windowsを用いた。

6.倫理的配慮

対象者には，調査用紙すべてに調査研究の趣旨および，自由意思により回答すること．記入後の調査用紙は厳重に管理すること，回答内容・データは統計的に処理し個人名や施設名が特定されないような形で公表することを記載した文書を添付し，協力と同意を求めた。本研究は，山形大学医学部倫理委員会の承認を受け，実施された。

Ⅲ．結　果

一次調査における調査対象病院は215病院であり，各病院の看護部長に質問紙を郵送し，120病院から回答が得られた（回収率55.8%)。その中で，調査時点での一般病床数が200床未満であった24病院と無回答が著しく多かった1病院は対象から除外し，95病院を分析対象とした。また，二次調査への協力が可能との返事が得られたのは41病院であった。

二次調査では，一次調査で二次調査への協力が可能と返事のあった病院の中で，院内の退院支援に関わる教育プログラムが２個以上であった５病院を「教育あり群」，教育プログラムの無い５病院を「教育なし群」と設定し，教育あり群では212人の看護職，教育なし群では205人の看護職から回答が得られた。

1．一次調査

1）対象病院の概要（表１）

設置主体は公的病院が48病院（50.5%）と最も多く，その他法人が15病院（15.8%），医療法人が14病院（14.7%）とそれに次いだ。病床数は200～299床が50病院（52.6%)．300～399床が33病院（34.8%)，400～499床が12病院（12.6%）であり，平均296.4±72.3床であった。平均在院日数は20日以内と回答したものが81病院（85.3%）あり，その平均は20.8±29.1日であった。看護配置基準は10：１と回答したものが75病院（78.9%）で最も多く，看護職の人数は平均229.3±75.9人であった。

退院支援専門部署の有無をたずねたところ，有りと回答したのは53病院（55.8%），無しと回答したのは42病院（44.2%）であった。

2）退院支援・在宅看護に関連する院内教育の有無と教育プログラム（表２）

看護職に対して退院支援・在宅看護に関する院内教育を実施しているかをたずねたところ，実施していると回答したのは30病院（31.6%），実施していないと回答したのは65病院（68.4%）であった。実施していると回答した病院にその教育プログラムの内容を複数回答でたずねたところ，社会資源関連が15病院（50.0%）で最も多く，次いで介護保険関連と専門部署の紹介・連携のあり方が13病院（43.3%）であった。

表１．対象病院の概要

N＝95

	件	%
設置主体		
公的病院	48	50.5
医療法人	14	14.7
その他法人	15	15.8
個人	1	1.1
その他	16	16.8
病床数		
200－299床	50	52.6
300－399床	33	34.8
400－499床	12	12.6
平均在院日数		
20日以内	81	85.3
20～30日以内	10	10.5
30日以上	2	2.1
看護配置		
７対１	12	12.6
10対１	75	78.9
13対１	6	6.3
15対１	1	1.1
理念に含まれる用語※		
地域	79	83.2
連携	55	57.9
生活	24	25.3
在宅	17	17.9
ケアマネジメント	12	12.6
退院	11	11.6
退院支援専門部署		
有り	53	55.8
無し	42	44.2
	件	平均値±SD
病床数（床）	95	296.4±72.3
在院日数（日）	93	20.8±29.1
看護職員数（人）	94	229.3±75.9

※：複数回答

表２．退院支援・在宅看護に関連する院内教育の有無と教育プログラム

N＝95

	件	%
有り	30	31.6
教育プログラム内訳（複数回答）		
社会資源関連	15	50
介護保険関連	13	43.3
専門部署の紹介・連携のあり方	13	43.3
退院支援	12	40
在宅看護・訪問看護	10	33.3
他施設との連携	9	30
その他	1	3.3
無し	65	68.4

2．二次調査

1）二次調査対象病院の概要（表3）

二次調査の協力が得られ，対象となった病院の概要を示した。教育あり群では理念の中に「地域」「連携」「在宅」などの言葉が含まれると回答した病院が多くみられた。また，教育あり群の病院には訪問看護ステーションや地域包括支援センターなどの併設施設があったが，教育なし群にはなかった。退院支援専門部署は教育あり群では2病院であったのに対し，教育なし群では4病院であった。

2）対象となった看護職の概要（表4）

教育あり群の看護職と教育なし群の看護職の間で性別，職位，勤務形態，最終学歴，資格，本人あるいは家族の入院経験，介護経験，看護学生時の在宅看護に関する授業経験の有無，在宅看護の経験，在宅看護への興味について比較したところ，教育あり群に在宅看護の経験のある看護職が多いという結果であった（$p<0.05$）。年齢，臨床経験年数，病棟経験年数において2群間に差はなかった。

3）看護職の研修参加状況（表5）

看護職に在宅看護や退院支援に関する研修で受講したことがあるものを複数回答でたずねたところ，介護保険関連（$p<0.05$）と介護支援専門員資格試験対策（$p<0.01$）の研修において教育あり群の参加者数が有意に多かった。

4）院内教育の有無から見た入院時情報収集項目（表6）

早期退院のためには入院時から退院を目指した支援が必要である。そのための行動として看護職が行う入院時の患者の情報収集で必ず聴取する項目を複数回答でたずねたところ，介護力（$p<0.01$），経済的問題の有無（$p<0.05$），介護保険認定の有無（$p<0.01$），利用している制度・社会資源（$p<0.01$）の項目において，教育あり群が教育なし群より有意に多く聴取していた。

5）院内教育の有無から見た院内外との連携（表7）

退院支援行動として看護職に院内連携について「よく行っている」「時々行う」「めったに行わない」「行わない」の4段階でたずねたところ，両群ともに「時々行う」が最も多く，教育あり群では103人（49.0%），教育なし群では98人（47.8%）であった。しかし，「よく行っている」と回答した看護職は教育あり群では84人（40.0%）であったのに対し，教育なし群では44人（21.5%）であった。一方，「行わない」と回答した看護職は教育あり群では3人（1.5%）であったのに対し，教育なし群では25人（12.2%）であった。また，院内連携を「めったに行わない」「行わない」と回答した中でその理由をたずねたところ，「連絡・調整は医師や師長が行う」との回答が教育あり群では4.3%であったのに対し，教育なし群では41.3%と多かった。「よく行っている」と「時々行う」を連携を行う群，「めったに行わない」と「行わない」を連携を行わない群に分けて比較したところ，院内連携においては教育あり群が有意に連携を行っていた（$p<0.01$）。

表3．二次調査対象病院の概要

	教育あり群（N=5）件	教育なし群（N=5）件
設置主体		
公的病院	1	3
医療法人	1	0
その他法人	0	2
その他	3	0
病床数		
200－299床	2	3
300－399床	2	2
400－499床	1	0
平均在院日数		
20日以内	4	5
20～30日以内	1	0
看護配置		
7対1	1	0
10対1	3	5
13対1	1	0
理念に含まれる用語		
地域	5	1
連携	5	1
生活	2	0
ケアマネジメント	3	0
在宅	4	0
退院	3	0
併設施設		
訪問看護ステーション	3	0
地域包括支援センター	1	0
退院支援専門部署		
あり	2	4
なし	3	1
	平均値±SD	平均値±SD
平均病床数（床）	312.0±112.2	293.0±49.2
平均在院日数（日）	7.9±5.8	16.1±2.4
平均看護職員数（人）	262.8±121.8	247±73.1

6）院内教育の有無から見た看護職が紹介した社会資源（表8）

退院支援行動として看護職に退院支援のために患者や家族に紹介したことのある制度や社会資源について複数回答でたずねたところ，両群で最も多く紹介されていたのは介護保険であった。介護保険では教育あり群が（$p<0.01$），補装具交付・修理では教育なし群が（$p<0.05$）より多く紹介していた。

7）院内教育の有無から見た設問の正解率（表9）

看護職に退院支援に関する制度や社会資源に関する10の設問に回答を求めたところ，2群間で差が見られたのは更

表4．対象となった看護職の概要

		教育あり群（N=212）		教育なし群（N=205）		
		人	%	人	%	
性別[1]※	女性	205	97.6	204	99.5	NS
	男性	5	2.4	1	0.5	
職位[1]	師長	8	3.8	9	4.4	
	副師長・主任	15	7.1	19	9.3	NS
	看護スタッフ	188	89.1	175	85.8	
勤務形態[1]	常勤	201	96.2	198	97.5	NS
	非常勤	8	3.8	5	2.5	
最終学歴[1]	専門学校	180	84.9	171	83.4	
	短大	25	11.8	26	12.7	NS
	大学	3	1.4	8	3.9	
資格（複数回答）[1]	看護師	203	96.7	198	97.1	NS
	保健師	6	2.8	12	5.9	NS
	助産師※	0	0	4	2	NS
	准看護師	35	16.6	33	16.1	NS
	介護支援専門員	5	2.4	5	2.4	NS
本人又は家族の入院経験[1]	有り	190	90	179	87.3	NS
	無し	21	10	26	12.7	
介護経験[1]	有り	66	31.6	65	31.7	NS
	無し	143	68.4	140	68.3	
学生時の在宅看護の授業経験[1]	有り	155	73.1	132	64.4	NS
	無し	57	26.9	73	35.6	
在宅看護経験[1]	有り	64	30.5	41	20.3	*
	無し	146	69.5	161	79.7	
在宅看護への興味[1]	現在興味がある	53	25.4	52	25.6	
	将来勉強したい	121	57.9	104	51.2	NS
	興味がない	35	16.7	47	23.2	
		平均値±SD		平均値±SD		
年齢（歳）[2]		31.2±8.0		31.8±9.6		NS
経験年数（月）[2]		106.3±94.8		119.9±108.0		NS
病棟経験年数（月）[2]		41.0±2.5		38.2±46.9		NS

[1]：χ^2検定　※：フィッシャーの直接確率法　＊：$p<0.05$　NS：not significant
[2]：t 検定

表5．看護職の研修参加状況

研修内容	参加の有無	教育あり群（N=212）		教育なし群（N=205）		
		人	%	人	%	
在宅看護・訪問看護	有り	71	33.5	57	27.8	NS
	無し	141	66.5	148	72.2	
社会資源関連	有り	33	15.6	24	11.7	NS
	無し	179	84.4	181	88.3	
介護保険関連	有り	48	22.6	27	13.2	*
	無し	164	77.4	178	86.8	
退院支援	有り	21	9.9	12	5.9	NS
	無し	191	90.1	193	94.1	
介護支援専門員資格試験対策	有り	21	9.9	6	2.9	**
	無し	191	90.1	199	97.1	

χ^2検定　＊：$p<0.05$　＊＊：$p<0.01$　NS：not significant

表6．院内教育の有無から見た入院時情報収集項目

情報収集項目	情報収集の有無	教育あり群（N=212）		教育なし群（N=205）		
		人	%	人	%	
介護力	有り	110	51.9	80	39	＊＊
	無し	102	48.1	125	61	
入院前の住居	有り	159	75	151	73.7	NS
	無し	53	25	54	26.3	
経済的問題の有無	有り	73	34.6	49	23.9	＊
	無し	138	65.4	156	76.1	
介護保険認定の有無	有り	144	67.9	109	53.2	＊＊
	無し	68	32.1	96	46.8	
利用している制度・社会資源	有り	140	66	98	47.8	＊＊
	無し	72	34	107	52.2	
希望退院先	有り	63	29.9	46	22.4	NS
	無し	148	70.1	159	77.6	

χ^2検定　＊：$p<0.05$　＊＊：$p<0.01$　NS：not significant

表7．院内教育の有無から見た院内外との連携

	教育あり群（N=212）		教育なし群（N=205）		
	人	%	人	%	
院内連携					
よく行っている・時々行う	187	89	142	69.3	＊＊
めったに行わない・行わない	23	11	63	30.7	
院内連携を行わない理由	n=23		n=63		
該当する患者がいなかった	7	30.4	26	41.3	
連絡・調整は医師や師長	1	4.3	26	41.3	
利用しにくい	1	4.3	6	9.5	
施設連携					
よく行っている・時々行う	130	63.1	113	56	NS
めったに行わない・行わない	76	36.9	89	44	

χ^2検定　＊：$p<0.01$　NS：not significant

表8．院内教育の有無から見た看護職が紹介した社会資源

社会資源の種類	紹介した経験の有無	教育あり群（N=212）		教育なし群（N=205）		
		人	%	人	%	
高額療養費	有り	79	37.3	78	38	NS
	無し	133	62.7	127	62	
更生医療給付制度	有り	14	6.6	23	11.2	NS
	無し	198	93.4	182	88.8	
身体障害者手帳	有り	111	52.4	104	50.7	NS
	無し	101	47.6	101	49.3	
補装具交付・修理	有り	33	15.6	50	24.4	＊
	無し	179	84.4	155	75.6	
介護保険	有り	152	71.7	109	53.2	＊＊
	無し	60	28.3	96	46.8	
支援費制度	有り	11	5.2	13	6.3	NS
	無し	201	94.8	192	93.7	
患者会	有り	18	8.5	20	9.8	NS
	無し	194	91.5	185	90.2	

χ^2検定　＊：$p<0.05$　＊＊：$p<0.01$　NS：not significant

表9．院内教育の有無から見た設問の正解率

質問項目	正解:○ 不正解:×	教育あり群（N=212） 人	%	教育なし群（N=205） 人	%	
介護保険の保険料を支払うのは，41歳以上の住民である	○	137	66.8	129	63.9	NS
	×	68	33.2	73	36.1	
43歳のパーキンソン病の人は，介護保険の給付を受けられない	○	156	77.6	158	79.8	NS
	×	45	22.4	40	20.2	
介護保険ではケアプラン作成を依頼した場合の自己負担はない	○	91	45	72	35.8	NS
	×	111	55	129	64.2	
介護保険による住宅改造費の助成の限度額は，要支援や要介護の区分によって異なる	○	26	12.9	19	9.4	NS
	×	176	87.1	184	90.6	
高齢者の社会資源活用のために支援費制度がある	○	52	26	56	28.1	NS
	×	148	74	143	71.9	
障害者自立支援法は平成18年に施行された	○	92	46.7	81	41.1	NS
	×	105	53.3	116	58.9	
障害の種類（身体障害・知的障害・精神障害）によって給付や支援のサービスを利用するための制度は異なる	○	29	14.5	18	8.9	NS
	×	171	85.5	184	91.1	
身障者手帳には1級から6級までである	○	85	42.3	102	51.5	NS
	×	116	57.7	96	48.5	
心臓手術では身体障害者の更生医療給付があり，自己負担は免除される	○	136	68.3	115	57.2	*
	×	63	31.7	86	42.8	
生活保護は生活の支援であり，診療や介護では扶助は受けられない	○	157	77	170	84.2	NS
	×	47	23	32	15.8	

χ^2検定　＊：$p<0.05$　NS：not significant

生医療に関する設問のみであり（$p<0.05$），更生医療について，教育あり群の正解者割合が高かった。

Ⅳ．考　察

1．看護部の退院支援教育の現状

今回対象とした病院は，特定機能病院や地域医療支援病院を除き，病床数200～499床の一般病床をもつ病院とした。これらの病院は最も多く存在し，地域に密着し，その地域の患者を受けいれ，地域医療の中核をなす病院と考えられる。病院の理念の中に「地域」という言葉が含まれる病院が83.2%であったことから，これらの病院が地域に根づいた医療を強く意識していることが窺える。永田らの2001年の調査では，平均在院日数が20日以内の病院が38.0%であったのに対し[11]，本研究では85.3%であり，在院日数の短縮がなされていた。また，退院支援専門部署の有無について，永田らの調査では「ある」と回答した病院が29.4％であったのに対し[11]，本研究では55.8%であった。このことより，在院日数の短縮のために退院支援専門部署の設置が進められている現状が明らかとなった。高齢化と疾病の慢性化が進む一方で，必要な時期に必要とする患者のために有効なベッドを確保しなければならず[12]，地域で中核をなす病院では特に退院支援を行う必要がある。その退院支援において，病棟看護職がその担い手として期待されるが，本研究において退院支援に関わる院内教育を行っていた病院は31.6%しかなく，十分に院内で教育が行われているとは言い難い。

院内教育とは，看護職者が組織の一員として責務を遂行する能力の獲得・維持・向上を図ることへの支援，学習ニードを充足することへの支援を目指す教育活動である[13]。舟島は，医療機関は24時間クライエントとともに存在する看護職の学習機会を保証する必要がある[14]と，院内教育の必要性を述べている。また，峰村は施設内看護師の在宅支援看護の実態は，所属病棟の体制や方針と現任教育のあり方にも関連している[15]と述べている。病院経営者および看護管理者が院内教育によって看護職の学習を補完することは責務であり，退院支援に関する教育を行って看護職の退院支援に関する知識や実際の援助を向上させることができれば，患者や家族にとって有益であると考える。

また，退院支援に関する院内教育は，看護部だけではなく退院支援専門部署の活躍も期待される。専門部署が中心となり啓発活動を行うことは，看護職の講演参加や退院支援への関心の高まりを促進させる可能性があり[5]，専門部署のネットワークを利用し，地域の保健・医療・福祉関連施設と人事交流を行ったり，他施設のスタッフを講師として招いた院内の勉強会や講演会を開催することで相互理解を深めるなど，教育プログラムの充実につながると考える。

2．院内教育の有無と病棟看護職の退院支援の知識・行動

教育あり群と教育なし群で看護職の概要にほとんど差は見られなかったが，研修参加状況において教育あり群が介護保険関連および介護支援専門員資格試験対策の研修により多く参加していた。本研究では高齢者の多い病棟の看護職を対象としており，多くの高齢患者が介護認定を持つ現在，介護保険サービスをいかに利用するかが退院支援において重要なポイント[12]となるため，両群ともに介護保険が最も必要な知識である。今回は院内外に関わらず参加したことのある研修をたずねたが，教育あり群でより多く研修に参加していたことは，院内の教育プログラムに参加していたり，院内教育を実施している病院では院外研修にも参加しやすい環境にあることが考えられ，看護職が退院支援に関する知識の獲得につながると考えられる。社会資源の紹介においても，教育あり群がより多く介護保険について患者や家族に紹介していることから，研修に参加して得た知識を実際に退院支援で活用していると考えられる。また，在宅療養の可能性を判断するためには，患者・家族理解の高い能力が求められる[16]。病棟看護職による退院支援は受け持ち看護師といった概ね同じ看護職が一貫して関わることが多い[17]。しかし，交替制勤務であることから，個人の経験や退院支援に対する興味，職位などに頼らない退院支援をふまえた入院時からのアセスメントが必要である。入院時の情報収集項目の介護力，経済的問題の有無，介護保険認定の有無，利用している制度・社会資源において教育あり群がより多く情報収集していたことから，教育なし群よりも退院支援に必要なアセスメントを早期から行っていると考えられる。以上のことから，院内教育は看護職の退院支援行動に影響を与える可能性があると推察される。

また，教育あり群は教育なし群よりも有意に院内連携を行っていた。さらに，院内連携を行わない理由について教育なし群では連絡・調整は医師や師長が行うと回答した割合が多かったことから，病棟看護職が院内連携に日常的に携わっておらず，院内連携をどのように行えばよいか理解していないことが考えられる。診療報酬改訂による在院日数の短縮促進により退院支援専門部署を設置したり，退院支援専任のスタッフを配置する病院が増加している中で，院内の看護職がそれらと連携し，患者の個別性にあわせた退院支援を行うためには，退院支援専門部署が在宅療養や転院施設入所へのコーディネート，院内他部署や院外の病院・施設との連携，院内外におけるネットワーク作り，医療依存が高く医療を提供する必要があるケースの対応などの役割を担い[18]，病棟看護職だけでは対応困難な患者の退院支援を行うことを知る必要がある。教育あり群では専門部署の紹介や連携のあり方について院内教育を行っており，院内教育において専門部署の紹介を行うことは，専門部署と病棟看護職の協働を促進し，退院支援の充実につながると考えられる。

看護職の知識を問う各設問では2群間で正解者割合は更生医療に関する1設問以外の設問でほとんど差が見られなかった。教育あり群と教育なし群で看護職の属性や，本人あるいは家族の入院経験，介護経験，看護学生時の在宅看護の授業経験でも差はなかったが，この設問は看護職の経験してきた病棟や勤務する病院や病棟の特徴などの影響を受ける可能性があり，今後さらに検討が必要と考える。

3．本研究の限界と今後の課題

本研究では教育プログラムの詳しい内容や延べ時間数を聴取しておらず，二次調査へ協力が得られた病院の教育プログラムの数で教育あり群となし群を設定しているため，結果の一般化には限界がある。また，知識を問う設問については各項目の正解者の割合をみることしかできないため，知識を比較検討するためには尺度の開発が必要である。また，看護職が受けたどのような研修がどのような知識につながり，それがどのように退院支援行動につながるのか，今後検討する必要がある。

Ⅴ．結　論

1．退院支援に関する院内教育あり群の看護職は教育なし群よりも，介護保険関連および介護支援専門員資格試験対策の研修に多く参加していた。

2．教育あり群の看護職は教育なし群よりも，介護力，経済的問題の有無，介護保険認定の有無，利用している制度・社会資源を入院時に情報収集していた。

3．教育あり群の看護職は教育なし群よりも，退院支援のために院内連携を行い，介護保険を患者や家族に紹介していた。

4．教育あり群の看護職は教育なし群よりも，更正医療についての知識を問う設問に多く正解していた。

以上の結果から，地域中核病院の退院支援に関する院内教育は，病棟看護職の退院支援に関連する学習や入院時の情報収集，院内連携の実施に関連すると示唆された。

謝　辞

本研究を行うにあたり，調査にご協力くださいました病院の看護部長の皆様，病棟看護職の皆様に，心より感謝申し上げます。

要　旨

本研究は，地域中核病院の看護部における看護職対象の退院支援教育の有無と病棟看護職の退院支援の知識・行動との関連を検討することを目的とした。一次調査では215病院の看護部長に退院支援教育を問う質問紙調査を行った。二次調査では一次調査の結果から退院支援教育プログラムの多い病院と無い病院を抽出し，病棟看護職を対象に退院支援に関する知識と行動を問う質問紙調査を行った。教育プログラムの多い病院の看護職を教育あり群，無い病院の看護職を教育なし群とし検討した結果，教育あり群は教育なし群よりも介護保険関連と介護支援専門員資格試験対策の研修に多く参加し，介護力，経済的問題の有無，介護保険認定の有無，利用している制度・社会資源を入院時に情報収集していた。また，教育あり群は教育なし群よりも退院支援の院内連携を行い，介護保険を患者や家族に紹介し，更正医療についての知識を問う設問に多く正解していた。

Abstract

The purpose of this study was to examine the effect of education of support discharge given by nursing departments on nurses' knowledge and practice about support discharge in community hospitals. A questionnaire was sent to nurse directors of 215 community hospitals whether their nursing departments educated the unit nurses for support discharge. Based on the results of the survey, we selected hospitals that had and did not have education programs and conducted a second questionnaire survey in the unit nurses of those hospitals about their knowledge and practice about support discharge. The nurses in the hospitals with education programs (an educated group) studied more about the long-term care insurance and the test for a care manager than those in the hospitals with no program (an uneducated group). The educated group asked patients in admission more about their families' care power, economical problem, whether judged their care needs by the long term care insurance or not, than the uneducated group. The educated group cooperated more with other departments in the hospital to support patients' discharge, introduced more long-term care insurance to inpatients and their families, and answered questions about rebirth medical care more correctly than the uneducated group.

文　献

1．山田雅子：いまこそ専任看護師による退院支援を，看護展望，29(9)，17-21, 2004.
2．峰村淳子：施設内看護師の在宅支援の看護についての研究（第1報）－大学病院看護師の認識と行動の実態－，東京医科大学看護専門学校紀要，12(1)，1-30, 2002.
3．大森淳子，浪下和子，他：在宅療養へ向けての退院支援に関する病棟看護師の意識と実際，日本看護学会論文集34■地域看護，100-102, 2003.
4．斉藤静代，阿部美和子，他：施設内看護師の退院指導・社会資源についての認識と今後の課題，日本看護学会論文集34■地域看護，103-105, 2003.
5．松永篤志，永田智子，他：特定機能病院における病棟看護師の退院支援についての認識および実施状況－退院支援専門部署の有無による比較に焦点を当てて－，病院管理，41(3)，21-30, 2004.
6．工藤由貴子，林廓子，他：在宅療養における高齢者の自己決定の現状と課題－事例調査結果の概要－，老年期における自己決定のあり方に関する調査研究，63-110，国際長寿センター，1998.
7．当目雅代，上野範子，他：病院に勤務する看護職における社会資源に関連する認知度，日本看護研究学会雑誌，22(5)，9-21, 1999.
8．鈴木美砂，新井容子：退院調整に関する病棟看護師の意識と課題，日本看護学会論文集34■地域看護，38-39, 2004.
9．手島陸久：退院計画とは何か，手島陸久（編）：退院計画－病院と地域を結ぶ新しいシステム－，1-51，中央法規，東京，1997.
10．病院要覧2003-2004年版，医学書院，東京，2003.
11．永田智子，大島浩子，他：退院支援の現状に関する全国調査－病院における退院支援の実施体制に焦点をあてて－，病院管理，41(4)，73-82, 2004.
12．長野宏一郎，柳澤愛子，他：介護保険と高齢者の退院支援，GERONTOLOGY，15(4)，35-38, 2003.
13．杉森みど里，舟島なをみ：看護教育学第4版，327-364，医学書院，東京，2004.
14．舟島なをみ：魅力ある院内教育の実現－「日本型看護職者キャリアディベロップメント支援システム」を活用して－，看護展望，31(5)，18-21, 2006.
15．峰村淳子：施設内看護師の在宅支援の看護についての研究（第3報）－認識・行動の実態と影響要■分析を通した看護教育への一提言－，東京医科大学看護専門学校紀要，14(1)，1-12, 2004.
16．丸岡直子，佐藤弘美，他：退院患者に提供された看護サービスの実態からみた退院調整における病院看護師の役割，石川看護雑誌，1, 31-38, 2004.
17．池田敏子，中西代志子，他：高齢者への効果的な退院指導－看護婦および患者調査から－，岡山大学医療技術短大紀要，7, 159-163, 1996.
18．柳沢愛子，若林浩司：特定機能病院からの退院支援，保健の科学，44(2)，113-118, 2002.

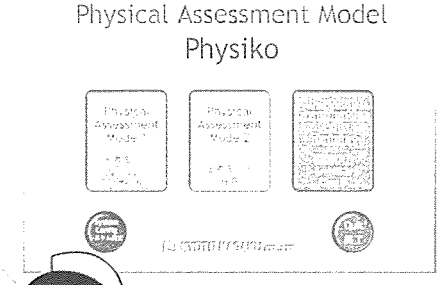
［平成19年4月24日受　付
平成21年2月27日採用決定］

新・看護師教育カリキュラムに対応

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

問診 主観的情報 → 症状に気づく

診察・記録 客観的情報 → 徴候を確認する

診断 情報分析 → 患者の総合判断

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。

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

一般社団法人
日本看護研究学会
会報
第 79 号
（平成21年９月20日発行）
一般社団法人日本看護研究学会事務局

目　次

第36回日本看護研究学会学術集会開催にあたって…… 1

第36回日本看護研究学会学術集会開催にあたって

～看護における研究の未来を問う～

第36回日本看護研究学会学術集会
会長　**深　井　喜代子**
（岡山大学大学院保健学研究科　教授）

第36回日本看護研究学会学術集会を，平成22年８月21日（土），22日（日）に岡山コンベンションセンター（岡山市）で開催させていただくことになりました。

中国・四国地区での本学会の学術集会開催は平成８年の第22回（野島良子会長、広島市）以来となります。中国・四国地方会の全面的なご支援をいただきながら，役員一同，鋭意準備を進めているところでございます。

第36回学術集会では，「看護における研究の未来を問う」というテーマを掲げます。今，まさに目まぐるしい進歩と進化を遂げつつある看護学研究のこれからについて，学究の徒として，皆様とともに考えてみたいと思います。私どもが専門とする痛み研究を例に取りますと，看護者が手掛けた論文が学術誌に散見され始めたのは1960年代でした。それから半世紀を経た今，看護における研究は，その数・質ともに躍進を遂げました。その理由には，医療の高度先進化や1990年代から始まった看護学教育の大学化・大学院化が挙げられるでしょう。しかしながら，確かに看護における研究は必要不可欠なものですが，看護の対象が「生活者としての人間」であり，看護学研究の目的が看護実践に資するエビデンスを見出すことであるならば，看護における研究は決してたやすいことではないように思われます。扱う対象が複雑なために，純粋科学のように，原理追究のために事象を細分化することが適当でなく，既成の理論

や分析方法が使いにくいことが多いからです。さらに言えば，看護学研究を遂行するための，これこそという画期的な方法論は，実はまだ見出されていません。現在，看護学研究は既成の科学の方法をどんどん取り入れるかたちで量産化時代に入りつつありますが，同時に，看護学が既成の学問と対等に渡り合うために，看護の独自性をどのように護り示すのか，あるいは独自性は放棄するのかを問われている時代でもあると思われます。その解決と決断にはより多くの時間と研鑽が必要ですが，第36回の学術集会を，このことを真剣に考える機会とすることを提案致したいと存じます。

岡山市には日本三大名園の１つである後楽園，烏城（うじょう）の名でも知られる岡山城，隣の倉敷市には蔵屋敷が並ぶ美観地区と大原美術館，総社市には古墳時代の吉備の国を忍ぶ国分寺・五重塔，少し南に足を運ぶと瀬戸内海の絶景を望む鷲羽山（わしゅうざん）など，数々の名所･名跡がございます。そして，夏は，岡山が誇る果物，マスカット・ピオーネ・白桃の盛期でもあります。学術集会で疲れた頭脳を，名所散策と味覚で癒していただければ幸いです。

学術集会の華は何といっても「一般演題」です。どうか，皆様の日頃の研究成果を第36回の学術集会でご発表ください。そして，看護と看護学に関心をお持ちのすべての方々に，第36回学術集会にご参集くださるようご案内致します。そこでは必ずや，看護実践に資する多くの知見が見出され，実のあるディスカッションが展開されるはずです。ひとりでも多くの方に会場に足を運んでいただくことで，この学術集会が掲げる「看護における研究の未来を問う」という命題への答えに近づくことができると確信しております。

有意義な２日間をお過ごしいただけるよう，役員一同，精一杯の準備を致す所存でございます。皆様のご参加を心よりお待ち申しあげております。

一般社団法人日本看護研究学会
第14回　九州・沖縄地方会学術集会のご案内

テーマ：看護の原点－セルフヒーリング－

第14回日本看護研究学会九州・沖縄地方会学術集会を宮崎で開催することになり，現在準備を進めております。ストレス社会の現代，患者・家族のみならず医療者も“癒し”を求めています。

癒しの根幹はself-healingであると考え，今回は“サイモントン療法”を招聘講演とし，更に実践セミナーや体験コーナーを設けました。是非“癒し”の体験を通して，これからの看護のself-healingについて一緒に考えていきたいと思います。多数のご参加を日向の地でお待ちしております。

一般社団法人日本看護研究学会　第14回九州・沖縄地方会　学術集会会長　土屋八千代

会　　期：平成21年11月7日（土）9：30～16：10
会　　場：宮崎大学医学部　清武キャンパス（医学部講義棟303講義室・総合研究棟）
　　宮崎郡清武町大字木原5200　宮崎大学医学部看護学科
プログラム：

8：45	受付
9：25	開会
9：30	学術集会会長挨拶
9：35	基調講演（学術集会会長：土屋八千代）
10：40	招聘講演「サイモントン療法について」 （講師：サイモントン療法認定トレーナー　川畑伸子氏）
12：10	総会
12：50	懇親会
14：00	研究発表（口演・示説） 日本看護研究学会・国際活動推進委員会セミナー「英文抄録の書き方」 実践セミナー（癒しの技術：リフレクソロジー　リンパドレナージュ） 癒しの体験コーナー「DVDでサイモントン療法を体感しよう」
16：10	閉会

演題申込み・抄録原稿：受付終了
学術集会参加費・懇親会参加費：

会　　員	4,000円	非 会 員	4,500円
大学院生	1,000円	学　　生	無料（資料代別）
懇親会	2,000円		

●問い合わせ・応募先：

〒889-1692　宮崎郡清武町大字木原5200　宮崎大学医学部成人・老年看護学講座
第14回日本看護研究学会　九州・沖縄地方会学術集会事務局
E-mail　14kenkyu@fc.miyazaki-u.ac.jp
TEL/FAX　0985－85－9824・9825・9826・9827（学術集会事務局）
TEL/FAX　0985－85－9820　（土屋　研究室）

第19回　一般社団法人日本看護研究学会北海道地方会学術集会の報告

学術集会長　川畑いづみ

第19回日本看護研究学会　北海道地方会学術集会は，「理論と出合い，臨床で活用するということ」をテーマに，６月13日，北海道大学医学部臨床大講堂において開催されました。

当日は，道内各地の会員はもちろん，非会員，および学生合わせて226名のご参加をいただき，『「病気の不確かさ理論」を臨床で活用する』をテーマに北海道医療大学看護福祉学部長　野川道子先生のご講演，一般演題４題の研究発表がおこなわれました。

野川道子先生のご講演は，ご自身の看護体験からMishelの病気の不確かさ理論との出合いが話され，臨床の場で活用する「理論」が，より身近に感じられ，いつの間にかお話しに引き込まれていく魅力的な講演でした。前列で聞いてくださった砂川市立高等看護学校の学生の皆様も，真剣な表情で聞いている姿勢が印象的でした。

Mishelの病気の不確かさ理論を，大変わかりやすく，オリジナル理論，再概念化理論，さらに不確かさの尺度についてご説明いただきました。「不確かさを減らす，取り除くだけではなく，不確かさを人生の自然なリズムと捉えること」「患者さんと向き合い，寄り添い見守ることの大切さ」など，臨床場面を思い浮かべ，体験と一致させて聞き入ることができました。また，日本人にフィットした不確かさの尺度を作成するための研究の一端をお話し頂き，すぐにでも，臨床で活用させていただきたいと感じた方も多くいらっしゃったのではないでしょうか。

一般演題では，不確かさの理論を用いた看護研究が発表され，基調講演と一致し，臨床の場で理論を活用する実践を知ることができました。また，身体拘束に関すること，院内教育に関することが発表され，幅広く実践内容を共有することができました。

臨床の場では，理論の活用は難しく敬遠される傾向もありますが，「理論」を臨床の様々な問題に活用することで，看護実践を豊かにし，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改めて考えることができました。

今回，野川道子先生のお話をお聞きし，「Mishelの病気の不確かさ理論」と出合うことができました。ご講演をお聞きするうちに，日々の看護について立ち止まり振り返る機会をいただいたように思います。

また，講演会や研究発表において，多くの参加者の皆様とディスカッションさせていただく機会をいただきましたことに感謝いたします。

2009年度一般社団法人日本看護研究学会北海道地方会特別講演会のご案内

地方会会長　佐藤　昇子

テーマ：看護研究への取り組み－研究の進め方と抄録作成－

講演１「臨床における看護研究の進め方」：
講　師：天使大学看護栄養学部　准教授 鈴木美和　氏

講演２「英文抄録の書き方」：
講　師：一般社団法人日本看護研究学会国際活動推進委員会委員長 上鶴重美　氏

日　　時：2009年11月21日（土）10：00～12：30（9：30から受付）
場　　所：天使大学（地下鉄東豊線「北13条東」駅下車，１番出口より東へ徒歩３分）
申し込み：E-mail：N.R.hoku-chihoukai@tenshi.ac.jp　又は　FAX：011－741－1077
一般社団法人日本看護研究学会北海道地方会事務局：天使大学　柴田　和恵宛

一般社団法人日本看護研究学会中国・四国地方会
第23回　学術集会のご案内

テーマ：臨床から“智”をつむぐ研究へのウェーブ

看護において，質的研究方法を用いた研究が増え，看護独自の視点から患者や家族の体験やその看護を明らかにすることに貢献しています。そのような中で，質的研究方法が適切に用いられていない場合も見受けられます。また質的研究方法には，様々な方法があり，また新たな方法も開発されています。そこで，身近になった質的研究方法について，改めて学ぶ必要性を感じています。

第23会学術集会のテーマは，「臨床から“智”をつむぐ研究へのウェーブ」です。臨床にある“智”を良く見える目でとらえ，糸を紡ぐように丁寧にたぐり寄せ，創り出していく研究は，臨床における看護の素晴らしさや人間の奥深さに気づかせてくれます。そのような質的研究方法による看護の新たな発見を共にという思いを込めて，学会のテーマを決定しました。

ぜひ，第23回の学術集会で，新しい学びをともに体験しましょう。瀬戸大橋からの優雅な多島美とおいしい「讃岐うどん」と共にお持ちしています。おいでまあーせ！！香川へ

第23回学術集会実行委員長　内藤　直子

◆日　時：平成22年3月7日（日）
◆会　場：香川大学医学部　香川県三木町池戸1750－1
◆プログラム
　○一般演題（口演・示説）
　○ワークショップ
　○特別講演：質的研究は看護実践を変えられるか：M－GTAの考え方と実際の分析方法
　　講　　師：木下康仁（立教大学社会学部教授）
　○特別セミナー
　　質的研究のPCソフト・ATLAS.tiによる分析（講師：深堀浩樹・東京医科歯科大学）
　　英文抄録の書き方など・上鶴　講師
　○中国・四国地方会学術委員会企画による特別セミナー　など
◆演題募集：9月10日～10月13日（郵送）
◆抄録受付：11月10日～12月1日（E-mail）
　応募資格　発表者・共同研究者ともに日本看護研究学会の会員であること
◆参加申し込み：参加費　会員4,000円　　非会員5,000円
　　FAXおよび郵便振込で事前参加登録ができます。

●問い合わせ：日本看護研究学会中国・四国地方会　第23回学術集会事務局
〒761-0793　香川県木田郡三木町池戸1750－1
香川大学医学部看護学科　Tel&Fax：087－891－2243（内藤研究室）

（第23回学術集会事務局専用）
e-mail：kuudon@med.kagawa-u.ac.jp
ホームページ：http//www.med.kagawa-u.ac.jp/~ku23udon/

一般社団法人日本看護研究学会
第23回　近畿・北陸地方会学術集会のご案内

テーマ：看護研究，看護実践と，“確率”“偶然”と

本学術集会では，看護研究と看護実践という看護専門職者のふたつの活動において「確実性」，「可能性」，「偶然性」などが課題になるときがあるということをテーマに取り上げます。そのねらいは，これらを契機にして看護研究と看護実践の間の回路をいっそう増やし，接続していくことです。また，近年，近畿・北陸地方会学術集会で「看護における実践や体験を研究にのせる」「看護研究成果を実践に活かす」「看護研究を継続するためのマインドとスキル」と，看護研究と看護実践の連続性や継続性をめぐって議論し続けてきたことを受けています。

研究で探究した「平均」や「分布」を手がかりに人びとのありようを理解するということと，そんな「平均」や「分布」などあずかり知らずに生きているひとりひとりを看護するということ。私たちはこの両方を行ったり来たりするわけですが，そこにどういう意味を見い出せるのでしょうか。みなさまと集い，具体的なエピソードなどを共有しながら一緒に考えてみたいと思います。

みなさまのご参加をお待ち申しあげます。

第23回近畿・北陸地方会学術集会実行委員長　平河　勝美

◆日　時：平成22年3月14日（日）9：30～16：00
◆会　場：キャンパスプラザ京都（ＪＲ京都駅前）ホームページ　http://www.consortium.or.jp/
◆プログラム
　◇一般演題発表（示説）
　◇地方会総会
　◇シンポジウム　テーマ「看護研究，看護実践と，“確率”“偶然”と」
　　①数量データを分析する手法で看護研究を続けている立場から
　　　石井豊恵氏（大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻）
　　②臨床現場において看護の確実性に責任を担っている立場から
　　　松永早苗氏（野洲病院）
　　③人びとが療養する中に生じる確率や偶然にかかわって看護している立場から
　　　西田浩美氏（滋賀県立成人病センター）
◆演題募集：10月初旬～11月30日（月）
　・発表者・共同研究者とも日本看護研究学会員であることが応募資格になります
　・演題の申込要領を近畿・北陸地方会の会員に郵送します
◆参加費　　会員：事前申込者　4,000円
　　会員：当日参加者　5,000円
　　非会員　5,000円　　学生　1,000円
　・参加費振込先　口座番号：00980－8－321575
　　加入者名：日本看護研究学会第23回近畿・北陸地方会学術集会

●問い合わせ：第23回近畿・北陸地方会学術集会事務局
〒522-8533　彦根市八坂町2500
滋賀県立大学人間看護学部平河研究室
TEL　0749－28－8648
E-mail　jsnr23kh@nurse.usp.ac.jp

一般社団法人日本看護研究学会
第14回　東海地方会学術集会のお知らせ

テーマ：今考える，職場における心の健康

臨床・教育現場など看護専門職の働く場は，医療の変革や教育制度の改革等により，急激な変化がみられ，近年多忙を極める状況にあります。多くの看護専門職は，日々の業務量の多さ，新たな課題への取り組み，複雑な人間関係に悩みながら，日々を過ごしているのが現状です。患者や家族，学生に対する心のケアについては，様々な研究や取組みがなされていますが，看護専門職の心の健康に対する取り組みは，自主性に任されている傾向があり，十分な対応策がとられていません。

そこで，看護専門職として働く皆さんと伴に，働くことと心の健康の関連，職場との付き合い方，具体的な対処方法等について実践や研究をされている先生方にご講演を頂き，今一度考えてみたいと思い企画いたしました。

第14回日本看護研究学会東海地方会学術集会プランナー　白尾久美子

◆日　時：平成22年3月20日（土）10時～16時
◆場　所：〒422－8526　静岡市駿河区谷田52－1　静岡県立大学　看護学部
◆プログラム
○基調講演：「職場の人材育成と心の健康」
　陣田泰子　氏（聖マリアンナ医科大学病院ナースサポートセンター長統括看護部長）
○ワークショップⅠ：「悩める人間関係の打開に向けて－社会心理学からの提案－」
　西田公昭　氏（静岡県立大学看護学部准教授）
○ワークショップⅡ：「職場に生かすコミュニティ感覚」
　山口桂子　氏（愛知県立大学看護学部教授）
○特別講演：「遷延性意識障害患者に対する看護の最前線
－意識障害看護の成果と経済評価を中心に－」
　紙屋克子　氏（静岡県立大学看護学部看護学研究科教授）

○一般演題（示説のみ）
◆参加費　会員　3,000円　非会員　4,000円
　郵便振込　口座番号　00860－5－5741
　加入者名　日本看護研究学会東海地方会事務局
　※会員の方は通信欄に必ず会員番号をご記入下さい。

◆演題及び参加申し込み：
10月以降に発行予定の東海地方会ニュースレターをご参照下さい。「演題申込書」に関する詳細な内容は，日本看護研究学会ホームページの東海地方会のページにも掲載いたします。

●問い合わせ：第14回日本看護研究学会東海地方会　事務局
〒422-8526　静岡県静岡市駿河区谷田52－1　静岡県立大学看護学部　白尾久美子
TEL&FAX 054-264-5475
E-mail　shirao@u-shizuoka-ken.ac.jp

1．演題及び参加申し込み

※学会員の方は，11月に発行の東海地方会ニュースレターをご参照下さい。

1）一般演題の募集について

◎申し込み期限：平成22年1月20日（金）必着

◎申し込み方法：以下の書類を揃え，「一般演題抄録在中」と朱書きし，下記の東海地方会学術集会事務局宛へ送付して下さい。審査の上，折り返し採否等について通知致します。

・演題申込書　1枚
・抄録原稿　　3部（クリアファイル等で保護し，折らないで下さい）
・官製はがき　1枚（宛名に発表代表者の住所・氏名を明記し，裏は白紙のままにして下さい）

◎演題発表者と共同研究者について

・発表者および共同研究者は全て日本看護研究学会員に限ります。
・非会員の方は，一般社団法人日本看護研究学会 学会事務所（千葉市）にて入会手続きを完了してからご応募下さい。
・共同研究者の方が学会当日に参加できない場合でも，参加費につきましては，発表者および共同研究者全員，事前にお支払い下さい。

※発表形式はすべて示説による発表となります。

2）学術集会参加申し込みについて

◎事前参加申し込み期限：平成22年2月24日（水）

◎申し込み方法

・事前申し込み方法：郵便局の振り込み用紙にて参加費をお振り込み下さい。
・会員の方は，通信欄に必ず会員番号をご記入下さい。
・事前申し込みの方には順次抄録集を郵送致します。
・当日の参加も可能です。会場にて参加費をお支払い下さい。抄録集は当日お渡し致します。
・当日は混雑が予想されます。極力事前申し込み，期日遵守をお願い致します。

◎参加費と振込先

参 加 費；会員3,000円，　非会員　4,000円

振込み先：

郵便振込：口座番号　00860−5−57417
加入者名　日本看護研究学会東海地方会事務局

2．第14回日本看護研究学会東海地方会学術集会事務局

※一般演題の郵送先・学会に関するお問い合わせは下記学会事務局へお願いいたします。

【第14回日本看護研究学会東海地方会学術集会事務局】
〒422-8526　静岡県静岡市駿河区谷田52−1
静岡県立大学　看護学部
成人看護学　白尾久美子
TEL&FAX：054−264−5475
e-mail：shirao@u-shizuoka-ken.ac.jp（白尾）

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（謝辞も含む）を削除したもの)、および電子媒体（フラッシュメモリ，ＣＤのいずれか，ラベルには著者，表題，使用ＯＳ，使用ソフトウェアを明記する）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」と朱書し，書留郵便で郵送すること。）

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

4．原稿の受付

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

5．投稿の採否

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

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

なお原稿は原則として返却しない。

なお原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

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

〔凡例〕○：評価の対象とする，空欄：評価するが過度に重視しない。

6．原稿の校正

校正にあたり，初校は著者が，２校以後は著者校正に基づいて編集委員会が行う。

なお校正の際の加筆は一切認めない。

7．原稿掲載料・別刷料

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

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

別刷については，印刷ファイル（pdf）の形で無料で配布する。刷紙媒体で必要な著者は，直接印刷業者に依頼すること。刷紙体は有料で，料金は，30円×刷り上がり頁数×部数（50部を単位とする）。ただし本会より執筆を依頼したものについてはこの限りではない。

8．著作権

会員の権利保護のために，掲載された原稿の版権は本会に属するものとする。他者の版権に帰属する資料を引用するときは，著者がその許可申請手続きを行なう。

9．原稿執筆要項

別に定める。

この規程は，昭和59年12月１日より発効する。

付　則

１）平成５年７月30日　一部改正実施する。
２）平成９年７月24日　一部改正実施する。
３）平成12年４月22日　一部改正実施する。
４）平成15年７月23日　一部改正実施する。
５）平成16年７月28日　一部改正実施する。
６）平成17年７月21日　一部改正実施する。
７）平成21年８月２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■，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（URL:http://j ama. ama-assn. org/)）論文題名，およびキーワード（５語以内シソーラスで確認する），著者氏名，所属団体・部署とその英訳，原稿枚数，和文抄録文字数，英文抄録使用語数，別刷部数を明記する。

2）原則としてワードプロセッサなどによる機械仕上げとし，英文抄録，和文抄録はそれぞれ別の用紙に印刷する。本文の書式はＡ４判の用紙に文字数800字（40字詰め20行），左右余白30㎜，上下余白50㎜とする。本文には必ず中央下にページ数（本文のみ）を記すこと。本文（題名とはじめにの間などに）には著者名，所属を記入しない。

3）英文抄録は200語以内をＡ４判の用紙に，原則としてTimes New Romanの12フォントを用いて，ダブルスペースで印字する（原著論文，研究報告のみ)。英文についてはネイティブチェックの確認書を同封すること。

4）和文抄録は400字以内とする。

5）図表は一つずつＡ４用紙に配置し，それぞれに通し番号を付して図１，表１などとする。

6）図表は，白紙または青色の方眼紙に，黒インクで仕上り寸法の約1．5倍の大きさに描く提出された原図はそのままオフセット印刷する。

7）図表は，原稿本文とは別にまとめて巻末に添える事。図表を原稿に挿入する箇所は，原稿の右側余白に図表番号を朱書きする。

8）文献は，本文の引用箇所の肩に１），２）のように番号で示し，本文原稿の最後に一括して引用番号順に整理して記載し，書式は本文と同じとする。文献著者が３名以上の場合は筆頭者２名のみをあげ，○○他とする。文献の記載方法は以下の通りである。

①雑誌の場合：

番号）著者名：表題，雑誌名，巻（号)．始ページ－終ページ，発行年（西暦）

※ただし、「巻」の通しページの場合は「(号)」の表示は必要ない（以下、例２))。

－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, 5, 132-138, 2000

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，URL

－例－

6）ABC看護学会：ABC看護学会投稿マニュアル，2003-01-23.
http://www.abc.org/journl/manual.html

なお，雑誌略名は邦文誌では医学中央雑誌，欧文誌では，INDEX MEDICUSおよびINTERNATIONAL NURSING INDEXに従うものとする。

9）用字・用語は，現代かなづかいとする。アラビア数字を使い，SI単位系（m，kg，S，Aなど）を用いる。

2．原稿用紙および原稿の長さ

800字詰め原稿用紙3枚が刷り上がり1ページに相当する。刷り上がりが下記のページ数を超過しないように配慮すること。ただし，表題，図表等の一切を含むものとする。図表を仕上がり寸法（原版の2/3で大まかに見積る）で，A4サイズの用紙に配置した場合に必要となるページ数を下記のページ数から差し引いたページ数に，2400文字を乗じた数が本文及び引用文献に使用できる文字数になる。

(1) 原著論文　　10ページ
(2) 研究報告　　10ページ
(3) 技術・実践報告　　7ページ
(4) 総　　説　　7ページ

3．原稿の電子媒体での提出

原則として，原稿の内容を電子媒体（フラッシュメモリ，CDの，いずれか）で提出する。ラベルには著者，表題，使用OS，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8月2日　一部改正実施する。

事 務 局 便 り

1．平成21年度会費のご案内について

4月20日，6月20日，今回9月20日付けにてご案内いたしておりますが，平成21年度会費をまだお納めいただいていない方は，お早めに同封の振込用紙または，下記の■座あてにお振込下さい。学会誌は平成21年度会費が未納でも，平成21年3月31日までに平成21年度からの「退会」申し出のない会員の方には，平成21年度発行雑誌32巻1号～4号まで本日お送りしました。

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

会員には同姓・同名の方がおりますので，お振込の際，必ず会員番号をご記入下さい。

ＡＴＭによるお振込の場合，お名前，ご連絡先の記述がない場合があります。必ずご記入の上，お振込下さいますようお願いいたします。

会員番号は，雑誌送付封筒のラベルに明記してあります。

ラベル見本

260-0015
千葉市中央区富士見２丁目22－６　富士ビル６Ｆ
千葉　花子
(3)(ち 9999)(2008)
平成21年度会費をお支払い下さい。

①　②　③

①：地区番号
②：会員番号
③：会費最終納入年度

3．送付先のご変更

送付先ご変更の場合は，本誌巻末の「変更届」に新しい送付先等を楷書でお書きいただき，難しい読みの場合は，フリガナを付記の上，FAX（043－221－2332）またはメール（info@jsnr.jp）でお知らせ下さい。

4．送付先不明者のご確認

学会誌32巻2・3号を送付後に下記の方が送付先不明で戻ってきました。ご存知の方は，ご本人，または事務局までご連絡下さいますようお願いいたします。

か0539　籠　　玲子　か0551　東　　暁美（2009）　あ0517　阿部　珠支　い0866　一宮　絵美　い0939　伊藤　光美
い0956　伊東　文子　う0055　上野　範子　う0126　内田　真澄　お0565　小山　恵子　お0707　岡田　貴子
き0153　木下　和枝　た0725　高木　真理　た0854　竹田美智枝　た0927　高橋　由美　と0218　富永　淳子
に0245　新妻　繭子　ひ0111　久部　洋子　ま0105　前野さとみ　ま0485　松尾　香里　み0404　宮本　陽子
み0407　峯田　早苗　み0436　水野　　恵　も0026　森下　節子　わ0169　渡辺　麻生（2008）　あ0502　明石三由起
い0813　秋野　恵理　い0842　井高ひさみ　い0883　今村　由紀　え0101　江本　顕子　か0624　冠野　真弓
さ0381　斉藤早香枝　し0390　白石佳奈恵　ふ0399　福迫　美香（2007）

事務所の開所曜日・時間と連絡先

開所曜日　月・火・木・金	電　話　043－221－2331
開所時間　10：00～15：00	ＦＡＸ　043－221－2332

日 本 看 護 研 究 学 会 雑 誌

第32巻　4号

会員無料配布

平成21年9月20日　印刷
平成21年9月20日　発行

編集委員

委員長　川口　孝泰（理　事）筑波大学大学院人間総合科学研究科
委　員　川西千恵美（理　事）徳島大学医学部保健学科
　　山勢　博彰（理　事）山口大学大学院医学系研究科
　　平元　　泉（評議員）秋田大学大学院医学系研究科
　　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

発行責任者　山　口　桂　子

印刷所　（株）正　文　社
〒260-0001　千葉市中央区都町１－10－６

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　　■：　　枚　　表：　　枚　　写真：　　点

著者

会員番号	氏　名（日本語／ローマ字）	所　属（日本語／英語）

連絡先住所・氏名

住所：〒

氏名：

Tel：　　Fax：　　E-mail：

別刷希望部数 （※投稿規定7．参照）	和文抄録文字数	英文抄録使用語数
部	字	語

＊受付年月日：　　年　　月　　日

医歯薬出版の最新刊

より質の高い高齢者ケアを実現するために

ナーシング・プロフェッション・シリーズ

地域高齢者のための看護システムマネジメント

[著] 吉本 照子（千葉大学大学院看護学研究科 教授）・酒井 郁子（千葉大学大学院看護学研究科 教授）
杉田 由加里（千葉大学大学院看護学研究科）

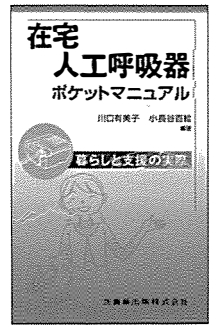
■B5判　208頁　定価4,620円（本体4,400円 税5%）ISBN978-4-263-23783-0

●地域高齢者看護システムを構成する「高齢者生活支援技術」「人材開発」「モノ開発」「サービス開発」などの考え方と方法を理解し，システム要素の開発およびシステム化の基礎となる考え方と知識を習得できるよう編集.
●ケアシステム構築のための活動（計画・実施・評価）の事例も盛り込んだ実践書.

呼吸器と共にある生活をケアする　QOL向上を目指して

在宅 人工呼吸器ポケットマニュアル

暮らしと支援の実際



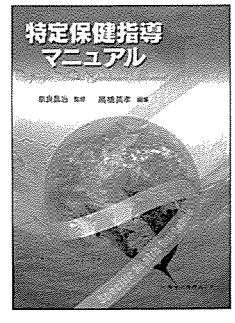
[編著] 小長谷 百絵（東京女子医科大学看護学部）　[著] 川口 有美子（NPO法人さくら会　ケアサポートモモ）

■新書判　212頁　定価2,730円（本体2,600円 税5%）ISBN978-4-263-23529-4

●人工呼吸器生活者の目線から書かれた呼吸ケアマニュアル！
呼吸器がある当たり前の「暮らし」を再認識してほしいと願う，著者陣の思いが詰まった1冊.
●生活の中での人工呼吸器ケアのポイント，安全・安心で的確な技術・手技について，わかりやすく解説.
●本人や介護者の声を収載したコラムも必読！そこに込められた本音から「ケアの本質」が見える.

日本人間ドック学会推薦！

特定保健指導マニュアル



[監修] 奈良 昌治（日本人間ドック学会理事長）
[編集] 髙橋 英孝（日本人間ドック学会特定健診・特定保健指導対策委員会委員長，東海大学医学部基盤診療学系健康管理学教授）

■A4判　122頁　定価3,570円（本体3,400円 税5%）ISBN978-4-263-70571-1

図表の多用で，ひとめで分かる！ 理解できる！ 決定版ガイドブック!!

■「何から始める？」「どう管理する？」などの疑問を払拭し，円滑に特定健診・特定保健指導が行えるようになる実践ガイドブック.
■医師はもちろん，特定保健指導に従事する保健師・管理栄養士などが連携し，的確で効果的な保健指導が提供できるよう，具体的な実践内容を明示.
■ＰＣソフトを利用した，受診者情報や保健指導スケジュール管理法なども収載.
■重要メモが自由に記入できる豊富なスペースを活用すれば，オリジナルの「特定保健指導ハンドブック」になる！

医歯薬出版株式会社／〒113-8612 東京都文京区本駒込1-7-10 TEL.03-5395-7610 FAX.03-5395-7611 http://www.ishiyaku.co.jp/

2009年8月作成 TP

Japan Society of Nursing Research