JOURNAL OF
JAPAN SOCIETY OF
NURSING RESEARCH
Volume 32 Number 5 December 2009 ISSN 0285-9262

# 日本看護研究学会雑誌

[32巻5号]

Japan Society of Nursing Research

■『質的研究実践ガイド』の著者が研究の最新の状況を紹介

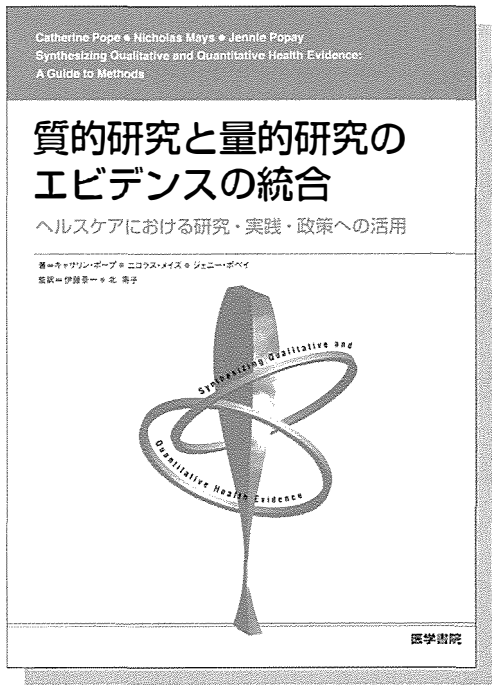
# 質的研究と量的研究のエビデンスの統合

## ヘルスケアにおける研究・実践・政策への活用

著　Catherine Pope、Nicholas Mays、Jennie Popay
監訳　伊藤景一　東京女子医科大学看護学部教授
　　北　素子　東京医療保健大学医療保健学部准教授

新刊

好評を博している『質的研究実践ガイド』（医学書院刊）の著者による最新の書。ヘルスケアに関する質的研究のエビデンスと量的研究のエビデンスをどのようにして統合して研究や実践、政策に生かしていくか、統合のさまざまなアプローチを紹介し、その利点と限界について述べている。医学や看護学をはじめとするヘルスケア領域の研究者、実践家、政策立案者必読の書。




●目次

第1部　エビデンスのレビューのプロセス
1　さまざまなタイプのエビデンスレビュー
2　エビデンスの系統的なレビューの各段階
第2部　エビデンスの統合の方法
3　エビデンス統合の量的なアプローチ
4　エビデンス統合の解釈的アプローチ
5　ミックスメソッドによるエビデンス統合
第3部　エビデンスの統合の成果
6　エビデンスの統合の整理と提示
7　政策決定と意思決定を目的としたエビデンスレビューの活用
8　アプローチとアセスメント：さまざまな方法の選択と質の考慮

■B5　頁240　2009年　定価3,780円（本体3,600円＋税5%）
消費税率変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります.
[ISBN978-4-260-00950-8]

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）

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。（第2回公告）

平成21年12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ために，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■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■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■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■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）申請用紙は学会ホームページからダウンロードして使用する。

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■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　（静岡県立大学大学院看護学研究科）
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　（北海道大学大学院医学部保健学科）

6．奨学金の交付

選考された者には年間50万■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。

# 会　　告（2）

日本看護研究学会雑誌32巻4号掲載を下記の通り訂正いたします。

(1)　以下の通り訂正いたします。

目次

誤　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　■　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
京都工芸繊紺大学　小　山　恵　美

正　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■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

(2)　以下の通り訂正いたします。

目次

誤　統合失調症患者のきょうだいとしての体験 …… 10 1

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

正　統合失調症患者のきょうだいとしての体験 …… 10 1

飯田女子短期大学看護学科　岩　崎　みすず
山梨大学大学院医学工学総合研究部　水　野　恵理子

(3)　以下の通り訂正いたします。

目次

誤　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

正　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：Tsuruko Ono

(4) 以下の通り訂正いたします。

P51 脚注3行目

誤 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）京都工芸繊紺大学 Kyoto Institute of Technology

正 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

(5) 以下の通り訂正いたします。

P67 タイトル氏名欄

| | | | |
|---|---|---|---|
| 誤 | 片 山 陽 子[1)] Yoko Katayama | 太 湯 好 子[2)] Yoshiko Futoyu | 小 野 ツルコ[3)] Tsurunko Ono |
| 正 | 片 山 陽 子[1)] Yoko Katayama | 太 湯 好 子[2)] Yoshiko Futoyu | 小 野 ツルコ[3)] Tsuruko Ono |

# 会　　告（3）

第36回日本看護研究学会学術集会を下記のように開催いたします。（第2回公告）

平成21年12月20日

第36回日本看護研究学会学術集会
会 長 深 井 喜代子

記

## 第36回日本看護研究学会学術集会

メインテーマ　看護における研究の未来を問う

会　場：岡山コンベンションセンター（全館）
　　岡山市デジタルミュージアム（一部）
　　（岡山市駅元町）
期　日：平成22年8月21日（土），22日（日）

会長講演：ヒトの痛みを問い続けて
　　深井喜代子（岡山大学大学院保健学研究科教授）
　　座長：川嶋みどり（日本赤十字看護大学学部長）

招聘講演：「看護を社会に開く鍵（かぎ）」
　　スザンヌ・ゴードン Suzanne Gordon（米国，ジャーナリスト）
　　座長：近藤　麻理（岡山大学大学院保健学研究科准教授）

特別講演Ⅰ：「世界に先駆ける旭川荘の実践－看護・医療・福祉の融合－」
　　江草　安彦（川崎医療福祉大学名誉学長／社会福祉法人旭川荘名誉理事長）
　　義村　禮子（旭川荘療育センター児童院看護課長）
　　座長：津島ひろ江（川崎医療福祉大学教授）

特別講演Ⅱ：「構造（システム）としての生命（いのち）－構造主義科学論から読み解く」
　　池田　清彦（早稲田大学国際教養学部教授）
　　座長：秋元　典子（岡山大学大学院保健学研究科教授）
　　座長：面條　剛央（早稲田大学大学院商学研究科講師）

シンポジウムⅠ：「理論活用で磨くクリニカルジャッジメント力」

シンポジスト：筒井真優美（日本赤十字看護大学教授）

シンポジスト：勝原裕美子（聖隷浜松病院副院長／総看護部長）

シンポジスト：塩川　ゆり（神戸大学医学部附属病院患者支援センター専任看護師長）

シンポジスト：吉田　智美（滋賀県立成人病センター看護部副参事／がん看護専門看護師）

座長：高田　早苗（京都橘大学看護学部教授）

シンポジウムⅡ：「看護実践の未来を問う－キーナーシングとしての外来看護」

シンポジスト：保科　英子（岡山大学病院副院長／看護部長）

シンポジスト：看田　昌宏（日本看護連盟幹事長）

シンポジスト：加藤　恒夫（医療法人社団かとう内科並木通り診療所院長）

シンポジスト：久保田聰美（医療法人近森会近森病院看護部長）

座長：長江　弘子（岡山大学大学院保健学研究科教授）

座長：千田美智子（川崎医科大学附属病院看護部長）

ティーブレイクセミナー

セミナー１：「アップグレードトレーニング：フィジカルイグザミネーションスキル」

ウェルチアレンジャパン株式会社主催

セミナー２：「テクノロジーバックアップ：プレゼンテーションテクニック」

富士通株式会社主催

セミナー３：「テクノロジーサポート：健康と福祉のケアプラクティス」

ハートフルビジネスおかやま主催

日　　時：会期中

会　　場：岡山コンベンションセンター

＊各セミナーとも定員があります（先着順）。

＊詳細は追ってお知らせいたします。

懇　親　会

日　　時：平成22年8月21日（土）18時～20時

会　　場：岡山コンベンションセンター２階レセプションホール

会　　費：5,000円

【参加費】

① 事前登録（6月30日まで）（会員）　10,000円

② 事前登録（6月30日まで）（非会員）　11,000円（学術集会雑誌を含む）

③ 当日（会員）　11,000円

④ 当日（非会員）　13,000円（学術集会雑誌を含む）

⑤ 学生（当日のみ）（一律）　3,000円（但し，学術集会雑誌は含まない）

＊大学院生は会員または非会員のいずれかでお申し込みください。

＜事前登録方法＞

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

参加費支払い方法は「郵便局払い込み」のみとなります。ご登録時に画面の指示に従って参加費をお支払いください。

【第36回学術集会事務局】

企画運営本部

〒700-8558　岡山市北区鹿田町2丁目5－1
岡山大学大学院保健学研究科
第36回日本看護研究学会学術集会 企画運営本部
TEL：086-235-6855
FAX：086-235-6855
E-mail：scully@totucare.com
ホームページ：http://www.med-gakkai.org/jsnr36/

運営事務局

〒701-0114　岡山県倉敷市松島1075-3
株式会社メッド
TEL：086-463-5344
FAX：086-463-5345
E-mail：jsnr36@med-gakkai.org

（学会前日）

プレカンファレンスセミナー

テーマ１：「構造構成主義理論を看護学研究に活用する」
西條　剛央（早稲田大学大学院商学研究科講師）
高木　廣文（東邦大学大学院医学研究科教授）
京極　　真（社会医学技術学院講師）

テーマ２：「医療安全のゲーミングシミュレーション」
長藤　好美（岡山大学大学院保健学研究科准教授）
田中　共子（岡山大学大学院社会文化科学研究科教授）

テーマ３：「グレードアップ看護学研究：いかに研究をデザインするか」
佐伯圭一郎（大分県立看護科学大学教授）
西田真寿美（岡山大学大学院保健学研究科教授）

日　　時：平成22年8月20日（金）14時30分～17時（受付は13時30分から）
会　　場：岡山コンベンションセンター
募集人数：各テーマとも100名（先着順）

会　　費：学術集会とは別に5,000円

申し込み方法

申し込みは，ホームページでの登録にてお願いします。ご登録の際，所定の様式にそって，ご氏名，ご所属（部署まで正確にご記入ください），本学会の会員・非会員の別，希望するテーマをご記入ください。申し込み受付後，E-mailにて，申し込み受付の自動返信をいたします。登録番号のご確認と，受け付けられたかどうかのご確認を必ずお願いします。受信後1週間以内に，会費5,000円の事前振り込みを以下の要領でお願いします。この事前振り込みがない場合は，申し込みは取り消しになりますので，ご注意ください。

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

＊　申し込み締め切りは，平成22年6月30日です。なお，先着順に登録しますので，締め切りを待たないで定員になった場合は，その時点で締め切らせていただきます。

＜事前のプレカンファレンス参加費の振り込み方法＞

上記の要領でホームページよりプレカンファレンスの参加をご登録いただいた際に，画面の指示に従って参加費をお支払いください。参加費の支払い方法は「郵便局払い込み」のみとなります。

# 第36■日本看護研究学会学術集会一般演題および交流集会募集

第36回日本看護研究学会学術集会の一般演題および交流集会を下記の要領により募集いたします。開催地は岡山県岡山市で，開催日は平成22年8月21日（土），22日（日）です。

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

平成21年12月20日

第36回日本看護研究学会学術集会

会　長　深　井　喜代子

## 【一般演題募集要項】

### Ⅰ．発表資格

●発表者・共同研究者はすべて本学会会員であることが必要です。なお，会員番号の問い合わせおよび入会確認については，一般社団法人日本看護研究学会事務局（TEL：043-221-2331，FAX：043-221-2332）にお願いします。

●発表者の方は，発表者を含め共同研究者全員の会員番号および平成22年度の会費納入をご確認ください。未入会の方は，演題申し込みまでにあらかじめ，入会手続きと入会金と発表年度（平成22年度）年会費の振り込みを済ませてください。なお，会員であっても，学会発表時までに平成22年度会費未入金の方がおられますと発表できません。

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

●発表者としての申し込みは，1人1題に限ります。

### Ⅱ．演題申し込み方法

演題の申し込みは第36回日本看護研究学会学術集会ホームページからのオンラインによる応募となります。演題登録の方法，注意事項はすべて演題登録用ページ上に掲載されます。掲載されている注意事項をよく読んでから提出してください（下記の「Ⅴ．インターネットによる申し込み」をご覧ください）。

●演題申し込みと同時に原稿を提出してください。

●演題抄録の受領通知は，演題登録後，登録したメールアドレス宛に自動的に配信されます。抄録内容に，明らかな誤字・脱字等があった場合でも事務局では訂正致しませんので，ご承知おきください。

●原稿文字数は，演題，筆頭著者の氏名，共同研究者の氏名，所属機関名，抄録本文，図表を全てあわせて，全角1,200字以内です。

●図表は1枚のみ入れることができます。

●演題は48字以内でお願いいたします。

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

## Ⅲ．発表形式

●発表形式

口演または示説（ポスターセッション）です。希望する形式を演題申込の所定欄に記入してください。ただし，演題数の都合により希望の形式が変更される場合があります。発表形式は会長にご一任ください。

1）口演

1題につき発表7分，質疑応答5分で，パワーポイント（Windowsのみ）の使用に限ります。発表者は発表当日にUSBメモリーをご持参ください。詳細につきましては，学術集会ホームページでご確認ください。

2）示説（ポスターセッション）

ポスターの掲示面は，幅90cm×高さ180cm（左上に，20cm×20cmの演題番号が入ります）を予定しております。詳細につきましては，学術集会ホームページでご確認ください。

●演題の分類

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

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

## Ⅳ．申し込み後の日程

演題のお申し込みをいただいても，演題受領通知ならびに演題採否通知の「はがき」は送付いたしません。演題登録が完了すると，演題登録時に入力されたE-mailアドレスへ受領通知メールが自動送信されます。その後，査読を行い，その結果を平成22年4月上旬頃にお知らせいたします。発表日程につきましては，演題が採択された後の平成22年5月下旬頃にお知らせいたします。

## Ⅴ．インターネットによる申し込み

**募集期間　平成22年1月20日（水）から3月3日（水）まで**

●演題等の登録

学術集会ホームページ（http://jsnr36.umin.jp/）の演題登録画面から，希望する発表形式，演題分類カテゴリー，発表者，連絡先，共同研究者，所属，演題，本文，図表（1つまで）等を入力してください。詳しい入力方法は学術集会ホームページに掲載いたします。

●演題受領，査読結果，発表形式・日時等の連絡

すべて発表者のE-mail宛てに行います。E-mailアドレスが変更になった場合は，下記の株式会社メッドのE-mail（jsnr36@med-gakkai.org）までご連絡ください。

●査読の結果の連絡

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

Ⅵ．問い合わせ先

一般演題に関するお問い合わせは，下記「第36回日本看護研究学会学術集会」運営事務局へお願いいたします。

〒701-0114　岡山県倉敷市松島1075-3
株式会社メッド
TEL：086-463-5344
FAX：086-463-5345
E-mail：jsnr36@med-gakkai.org

【交流集会募集要項】

Ⅰ．応募資格

●本学会会員であること

Ⅱ．演題申し込み方法

●申し込み方法は，インターネットによる申し込みとなります。

●学術集会ホームページ（http://jsnr36.umin.jp/）からの申し込みとなります。

交流集会の発表数には限りがあるため，採否の結果は後日，E-mailで通知いたします。

Ⅲ．実施方式

●交流集会は6つのテーマを設けます。そのうち4つを公募し，応募多数の場合は会長を含む企画委員会で選考します。交流集会は，代表者を中心に，それぞれのテーマで自由な形式で発表およびフロアの参加者とのディスカッションを行っていただきます。

決定した交流集会の代表者には，担当者より会場・方法等について詳細をお知らせいたします。

Ⅳ．申し込み先

●学術集会ホームページ（http://jsnr36.umin.jp/）からの申し込みとなります。

**募集期間　平成22年1月20日（水）から3月3日（水）まで**

●申し込み受付後，採否結果，日時等の連絡は，すべて発表者のE-mail宛てに行います。E-mailアドレスが変更になった場合は，運営事務局E-mail（jsnr36-office@umin.ac.jp）または，FAX（086-463-5345）でご連絡ください。

## Ⅴ．問い合わせ先

交流集会に関するお問い合わせは，下記「第36回日本看護研究学会学術集会」企画運営本部へお願いします。

〒700-8558　岡山市北区鹿田町2丁目5-1
岡山大学大学院保健学研究科
第36回日本看護研究学会学術集会 企画運営本部
TEL：086-235-6855
FAX：086-235-6855
E-mail：scully@totucare.com

以上

# 目　　次


－原　著－

クローン病者の食生活体験のプロセス …… 19
愛知県立大学看護学部　吹　田　麻　耶
獨協医科大学看護学部　鈴　木　純　恵

虚弱高齢者の外出頻度とその関連要因 …… 29
名古屋市立大学看護学部　中　村　恵　子
名古屋市立大学看護学部　山　田　紀代美

若年男性労働者が就職以降に体重増加・肥満に繋がる要因とその背景
－特徴的な思考・行動パターンによる若年男性肥満労働者の類型化－ …… 39
金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程　田　甫　久美子
金沢大学医薬保健研究域保健学系　稲　垣　美智子

－研究報告－

医学部学生の健康状態に影響を及ぼす生活習慣要因の検討 …… 51
旭川医科大学看護学講座　升　田　由美子
札幌市立大学看護学部　松　浦　和　代

代謝循環器系外来患者の健康認知を評価する簡易質問票の開発 …… 63
■際医療福祉大学大学院博士課程（後期）修了　関　　美奈子

脳神経疾患患者の家族との「患者を介さない関係の築きにくさ」
－急性期病棟の看護師への面接調査に基づく分析－ …… 75
岡山旭東病院看護部　犬　飼　智　子
岡山県立大学保健福祉学部　渡　邉　久　美
埼玉県立大学保健医療福祉学部　野　村　佳　代

特定機能病院の退院支援部署における看護相談の実態及び自宅退院と転院・施設入所の退院支援の比較 …… 83
山形大学医学部附属病院　田　代　久　男
山形大学医学部看護学科　大　竹　まり子
山形大学医学部看護学科　赤　間　明　子
山形大学医学部看護学科　鈴　木　育　子
山形大学医学部看護学科　細　谷　たき子
山形大学医学部看護学科　小　林　淳　子
山形大学医学部看護学科　叶　谷　由　佳

冠動脈インターベンション後患者の自己管理に対する自己効力感と
生活習慣，身体的状況及びソーシャルサポートとの関連 …… 95
順天堂大学医療看護学部　鈴　木　小百合
山形大学医学部看護学科　古　瀬　みどり

－資料・その他－

組織風土としての看護師長のあり方が看護スタッフのバーンアウトに及ぼす影響…… 105
横浜市立大学医学部看護学科　塚　本　尚　子
横浜市立大学医学部看護学科　結　城　奨　子
横浜市立大学医学部看護学科　舩　木　由　香
横浜市立大学医学部看護学科　田　中　奈津子
日本赤十字看護大学　山　口　みのり

全国の３年課程看護学校における地域貢献の実態…… 113
山形厚生看護学校　清　﨑　幸　子
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　細　谷　たき子
山形大学医学部看護学科地域看護学講座　小　林　淳　子
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


Process of their Dietary Life Experiences in Individuals with Crohn's Disease ..... 19
School of Nursing and Health, Aichi Profectural University：Maya Fukita
School of Nursing, Dokkyo Medical University：Sumie Suzuki

Factors which Determine How often Frail Elderly People Go Outdoors ..... 29
School of Nursing, Nagoya City University：Keiko Nakamura
School of Nursing, Nagoya City University：Kiyomi Yamada

A Study on Factors and the Background Contributing to Weight Gain and Obesity in Young Male Employees after Employment
－Classification of Young Obese Male Employees by Characteristic Patterns of Thinking and Behaviors－ ..... 39
Division of Health Science, Graduate School of Medical Sciences, Kanazawa University：Kumiko Tanbo
Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University：Michiko Inagaki


## Research Reports


Relationship between the Health Condition and Lifestyle Factor among Medical College Students ..... 51
Department of Nursing, Asahikawa Medical College：Yumiko Masuda
School of Nursing, Sapporo City University：Kazuyo Matsuura

Development of a Simple Questionnaire on Nursing for Evaluating the Health Cognition of Outpatients with Cardiometabolic Diseases ..... 63
The Completion of Graduate School of Health and Welfare Science, International University of Health and Welfare Graduate School：Minako Seki

"Difficulties in Building Relationships which Don't Pass Patient with Cranial Neurological Diseases" between Nurses and Families of Patients
－Analysis Based on Interview Data to Nurse in Acute Stage－ ..... 75
Division of Nursing, Okayama Kyokuto Hospital：Tomoko Inukai
Faculty of Health and Welfare Sciences, Okayama Prefecural University：Kumi Watanabe
Saitama Prefectural University：Kayo Nomura

The Actual Situations of Nursing Consultations at a Discharge Support Section in a Special Functioning Hospital and a Comparison between the Discharge Support of those Who Returned Home and those Who Transferred to Other Medical Facilities ..... 83
Yamagata University Hospital：Hisao Tashiro
School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine：Mariko Ohtake
School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine：Akiko Akama
School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine：Ikuko Suzuki
School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine：Takiko Hosoya
School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine：Atsuko Kobayashi
School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine：Yuka Kanoya

Correlation between Self-efficacy and Life Style, Physical Status and Social Support in Patients after Percutaneous Coronary Intervention ..... 95
School of Health Care and Nursing, Juntendo University：Sayuri Suzuki
School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine：Midori Furuse

## Preliminary Sessions

The Influence of the Head Nurse From the Viewpoint of the Organizational Climate on Burnout Among Staff Nurses ..... 105
School of Medicine, College of Nursing, Yokohama City University：Naoko Tsukamoto
School of Medicine, College of Nursing, Yokohama City University：Teruko Yuki
School of Medicine, College of Nursing, Yokohama City University：Yuka Funaki
School of Medicine, College of Nursing, Yokohama City University：Natsuko Tanaka
The Japanese Red Cross College of Nursing：Minori Yamaguchi

The Actual Situation of the Contributions to the Community Made by Three-Year Nursing Course Schools in Japan ..... 113
Yamagata Kousei Nursing School：Yukiko Seiishi
School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine：Mariko Ohtake
School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine：Akiko Akama
School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine：Ikuko Suzuki
School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine：Takiko Hosoya
School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine：Atsuko Kobayashi
School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine：Yuka Kanoya

ー原　著ー

# クローン病者の食生活体験のプロセス

Process of their Dietary Life Experiences in Individuals with Crohn's Disease

吹田麻耶[1)]　鈴木純恵[2)]
Maya Fukita　Sumie Suzuki

キーワード：クローン病，食事制限，体験のプロセス，グラウンデッド・セオリー・アプローチ
Key Words：Crohn's disease, dietary life, process of experiences, grounded theory approach

## Ⅰ．はじめに

クローン病は再燃と緩解を繰り返す慢性の炎症性腸疾患である。未だ根本的な治療法はなく，炎症が口腔から肛門までの全消化管に及ぶという特徴から，わが国では，食事栄養療法が第一選択治療とされている[1)]。再燃悪化時には腸管を安静に保つために絶食とし，緩解に至ってからも，通常の食事摂取では再燃を起こしやすいため，成分栄養剤や輸液による栄養療法と低脂肪・低残渣の食事を組み合わせた食事栄養療法[2)]が一般的に奨められている。

クローン病は，10歳代後半から20歳代に好発する[3)]。この時期は，身体的成長の途上であり，食へのニーズが高い時期である。また，進学や就職，結婚など人生の岐路となるライフイベントが多く，食事を通じた社会的付き合いの機会が増える時期でもある。このことから，この年代でクローン病を発病し，食事制限が課せられることは身体的苦痛だけでなく，多くの生活上の困難や障害があると予測される。

富田ら[4)]は，クローン病者が制限のある食生活の中で，「好きなものを食べることができない」という食事制限そのものに関する問題だけでなく，「食事制限のない人が羨ましい」，「食事を通じた付き合いが制限される」といった精神面や社会面の問題も抱えていることを示している。しかし，このような問題に対して病者自身がどのように捉え，対応しているのかについては明らかにしていない。また，質的アプローチを用いて，病者の生活全般にわたる体験は報告されている[5)]ものの，食生活体験に焦点を当てた研究はみあたらない。Nicolaら[6)]は，病者が発病後，これまで自分が正常あるいは普通と考えてきた基準や枠組みでは自分の身に起こっていることを理解することができないために，まずそのような基準や枠組みを意味するNormalityの概念を再考し，次にそれを獲得・維持しようとするプロセスを明らかにしている。このことは，病者の食に対する思いや体験も固定的・受動的なものではなく，病者自身が適応していくために生活の変容を図る動的・能動的なプロセスとして捉える必要があることを示唆している。同様に，Paulaら[7)]も，病者は食物と疾患との関連を「ダイナミックな学習プロセス」と認識し，それは一生続く苦闘であると考えていることを示している。

そこで，本研究は，クローン病者が発病後，食事制限をどのように捉え，それに対応し，自らの食生活の変容を図っているのか，その体験のプロセスを明らかにすることを目的とする。本研究を通して，クローン病者の食生活体験のプロセスが明らかになれば，プロセス上の時期に応じた看護実践への示唆を得ることができ，また，病者の望む食生活スタイルの確立に向けた援助方法を開発していく上での基礎資料となる。

なお，本研究において「食事制限」とは，クローン病者が実際に行っている制限法を指し，病者が腸管への刺激や負担を減らすために食べる量や種類を制限し，また，成分栄養剤や輸液による栄養療法を併用して行うことも含める。それに対し，医療者が病者に指示・指導する一般的な栄養療法と食事療法の総称を指す場合には「食事栄養療法」という用語を用い，本研究では両者を区別する。

## Ⅱ．本研究の理論的前提

クローン病者の食生活体験を探究するにあたり，シンボリック相互作用論を理論的前提とする。シンボリック相互作用論は，シンボルを用いた人間の相互作用に注目し，人間は社会的相互作用を通じてものごとに対する意味を主体的に形成し，その意味に基づき，そのものごとに対して行為することを前提[8)]としている。つまり，人が行動を起こす時には，その人が与えられた状況に対してどのように理解し，意味づけを行っているかということがその人の行動を規定する[9)]とされている。

1）愛知県立大学看護学部　School of Nursing and Health, Aichi Profectural University
2）獨協医科大学看護学部　School of Nursing, Dokkyo Medical University

この前提のもと，本研究では，クローン病者が単に医療者からの食事栄養療法の指示・指導を受けて，食事を制限するという行動をとるのではなく，家族や友人，同僚，医療者など病者を取り巻くすべての他者との相互作用を通じて，食事制限に対してその都度，自分なりの意味づけを行い，その意味に基づき自らの行動をとっているという立場をとる。

## Ⅲ．研究方法

本研究のテーマは，病者の主観的体験に焦点を当てており，また文献検討の結果，クローン病者の食生活体験そのものに関する先行研究はみられないため，質的帰納的研究方法が適していると考えた。また，上述のようにシンボリック相互作用論を理論的前提とし，病者の食生活体験を発病後からのプロセスとして捉えようとするものであるため，Grounded Theory Approach[10] を用いることとした。

### 1．研究参加者の条件

本研究では，面接調査に耐えうるように「緩解期にあり，在宅で生活しているクローン病者」を参加者の条件とした。また，本研究はシンボリック相互作用論の考えに基づき，病者の食事制限に対する意味づけには他者との食事を通じた相互作用が影響するという立場をとることから，冠婚葬祭や職場の付き合いなどで，他者と食事を共にする機会が多く，そのような社会的役割や期待もある成人期（18～65歳）にある病者を参加者の条件とした。

### 2．データの収集方法

本研究への参加に同意された病者に半構造化面接を行い，データを収集した。データ収集期間は，2006年６月から同年11月である。参加者１人に対して45分から110分（平均69分）の面接を１回行い，その後，確認をとる必要があった２名に対しては，２回目の面接を実施した。面接場所は，事前に参加者と相談し，自宅や喫茶店，外来受診されている病院のカンファレンスルームなどで行った。なお，喫茶店など公的な場で面接を行う際には，参加者がプライバシーへの懸念を抱くことがなく，静閑な環境が保たれるように，入り口付近や他者と隣り合う席は避けるなどの配慮を行った。面接内容は，参加者の承諾を得た後にICレコーダーに録音した。半構造化面接では，長期にわたる食事制限に対する気持ち，食生活において抱えている問題とそれに対する対応方法を尋ね，参加者に発病から現在に至るまでを振り返って自由に話してもらった。

### 3．データの分析方法

Grounded Theory Approachの手法に則り継続比較分析を行った。具体的な分析手順は，まず参加者数人への面接調査の逐語録を作成・データ化し，意味内容に応じて文節または段落単位で切片化し，これら各々を要約した。次に，「クローン病者からみた食事制限はどのような体験であるのか」という問いのもと要約内容を解釈し，概念化した。そして，それらを基に他の参加者から得たデータと比較・分類しながら内容を抽象化しサブカテゴリーを生成した。サブカテゴリー間の関連性を検討していくと，時間的経過に沿ったいくつかの段階に統合され，これが病者の食生活体験を表すプロセスとしてのカテゴリーとして確認された。さらに，抽象化を行い，これらのカテゴリーを内包し，プロセス全体を表すコアカテゴリーを生成した。

参加者のサンプリングにあたっては，まずなるべく幅広い状況や条件のもとで生活している病者からデータを収集することを目的に，性別，年齢，病型，罹病期間，家族構成などの属性や食事栄養療法の施行状況の点から異なる対象となるようにサンプリングを行った。その後，得られたデータの分析状況に基づき，生成したカテゴリーやサブカテゴリーに含まれると予測されたパターンや特性の観点からもサンプリングを行った。分析過程において17名の分析終了後，新たなカテゴリー名が見出せず，バリエーションが十分把握できており，カテゴリー間の関係を十分に説明できるプロセス■が完成したため，飽和化に達したと判断した。

### 4．真実性の確保

本研究では，分析の全過程を通じて，質的研究に精通した専門家からのスーパービジョンを受け，研究結果に対する真実性の確保に努めた。また，共同研究者および研究仲間との検討会の場でデータをいかにして集め，分析したかという研究の過程を公開し，解釈および分析の妥当性を確認した。さらに，患者会の交流会に参加したクローン病者５名を対象にフォーカス・グループ・インタビューを１回行い，そこで参加者に分析結果を提示し，それに対する意見を求めた。その結果，サブカテゴリー名のいくつかに表現の不明瞭さが指摘されたが，全体のプロセス結果は彼らの体験を十分に表したものであることが確認された。参加者から指摘されたサブカテゴリーについては，彼らの意見をもとに再度データを見直し，ネーミングを修正した。

### 5．倫理的配慮

１）参加者のリクルート手順：参加者のリクルートは，特定の医療施設や主治医のもとで治療を受けている病者に偏らないように，関西地区を拠点とした数百人規模の会員からなるA患者会を通して行った。研究者がA患者会の会長にまず研究の目的と方法，参加者への倫理的配慮などについて文書を用いて口頭で説明を行い，会員の紹介を依頼した。会長から紹介された会員に研究者が本人の希望に基づき電話もしくは電子メールで連絡をとり，研究概略及び下記の倫理的配慮について説明した上で，参加への意思を示した者に対して面接を実施する日時，場所の調整を行った。

2）同意の手順：参加者には，面接当日に再度研究者から研究の趣旨及び目的，研究への参加は自由意思であり，参加を拒否されても今後の患者会での活動や受ける治療及び看護には一切影響しないこと，個人が特定できないようにデータの処理を行い，学会及び学術雑誌へ公表することなどを文書と口頭で説明し，同意書に署名を得るという手順をとった。本研究は，大阪大学医学倫理委員会の承認を得て実施した。

## Ⅳ．結　果

### 1．研究参加者の概要

参加者は17名であり，概要は男性12名，女性５名の計17名，平均年齢38.1歳（28～53歳）であった。クローン病と診断されてからの罹病期間は平均15.3年（１年半～27年）であり，罹病期間が最も短い（１年半）事例を除いた全員が再燃を経験しており，その回数は半数の病者が十数回以上であった。

クローン病と診断されてからは全員が内容や程度の差はあるものの医療者から食事栄養療法の指示・指導を受けていた。また，調査時点において，15名が食事摂取と栄養療法を併用して行っており，残りの２名は栄養療法のみで食事は摂っていなかった。施行していた栄養療法は，ED（Elemental Diet：成分栄養剤）の経鼻投与が８名，ED経口投与が７名，ED胃ろう投与が１名，HPN（Home Parenteral Nutrition：在宅中心静脈栄養法）が１名であった。

### 2．結　果

分析の結果，３つのカテゴリー，15のサブカテゴリーが抽出され，これらは発病後からの時間経過の中で段階的に変化するプロセスとして位置づけられた。以下，ストーリーラインを示したうえで，まず明らかになったプロセス全体を表すコアカテゴリーの説明を行う。次に，プロセスの各段階について順に詳説する。なお文中では，カテゴリーの抽象度の高い順に《　》コアカテゴリー，【　】カテゴリー，『　』サブカテゴリーとし，「　」はサブカテゴリーの中のパターンを示す。また，データの例示部分は斜線で示す。

クローン病者の食生活体験のプロセスは，病者が発病後，指示・指導された食事栄養療法から試行錯誤による模索を繰り返しながら，自分の身体と生活に合った食事制限法を主体的に見出し，獲得していく《体験学習による食生活の再構築》プロセスであった。このプロセスは，【食事栄養療法への反応】，【再燃を起とした学習サイクル】，【自分に合った食事制限法の獲得】という３つの段階から成る。

第１段階の【食事栄養療法への反応】は，診断直後の『生涯食事制限を必要とする病気に対する衝撃』で始まる。そして，絶食治療による『食への過敏反応』を経た後，『食事栄養療法への対応パターン』として，食事栄養療法の必要性を受け入れられずに「拒否」したり，理解はできても実際に行うのは「困難」であったり，あるいは何を食べてよいのか，自分で判断ができないために指導された食事栄養療法を忠実に「遵守」する。

その後，食事栄養療法実施の有無や程度に関わらず，再発を起こし『再燃による心身の苦痛』を病者は体験することになる。この体験が第２段階である【再燃を起とした学習サイクル】の始まりである。そして，病者は再燃体験をきっかけに『食事制限の必要性を認知』し，また同時に，『再燃による心身の苦痛』体験から『食べることへの恐怖』を感じ，『厳格な食事制限枠の設定と実施』を行うようになる。しかし，そのようにして体調が改善してくると『食への執着』が強くなり，つい食欲の肥大による『食事制限枠からの逸脱』をおこしてしまう。また，食欲はコントロールできても，『食事を介した付き合いの困難さ』から人目を気にして『食事制限枠からの逸脱』をおこしてしまい，それがひいては『再燃の引き金』となる。そして，再燃を起に再び『食事制限の必要性を認知』と『食べることへの恐怖』から『厳格な食事制限枠の設定と実施』を行い，『食への執着』と『食事を介した付き合いの困難さ』から『食事制限枠からの逸脱』をおこし，それが『再燃の引き金』となるサイクルを繰り返し体験していく。

そして，このような学習サイクルを経ることで，病者は『食事栄養療法の効果と限界を痛感』し，自覚症状を頼りに自分にとっての『再燃誘引食』を見極めるための試し体験』を行い始める。これが【自分に合った食事制限法の獲得】段階の始まりであり，この段階で病者は最終的に『食欲への対処法の獲得』及び『予定や体調に合わせた食事調整』ができるようになる（図１）。

#### 1）《体験学習による食生活の再構築》

これは，病者が発病後，医療者から指示・指導される食事栄養療法から，再燃による心身の苦痛体験を起に試行錯誤の模索を繰り返しながら，自分の身体と生活に合った食事制限法を自分の身をもって見出し，体得していくプロセスを表すものである。このコアカテゴリーは，①【食事栄養療法への反応】，②【再燃を起とした学習サイクル】，③【自分に合った食事制限法の獲得】の３つのカテゴリーから構成された。

#### ①【食事栄養療法への反応】段階

【食事栄養療法への反応】とは，クローン病の診断後，治療の一環として医療者から指示・指導される食事栄養療法への病者の身体的精神的反応および対応行動を表すものである。これまで制限のない食生活を送ってきた病者は，医療者からの指示によって初めて食事制限と向き合うこと

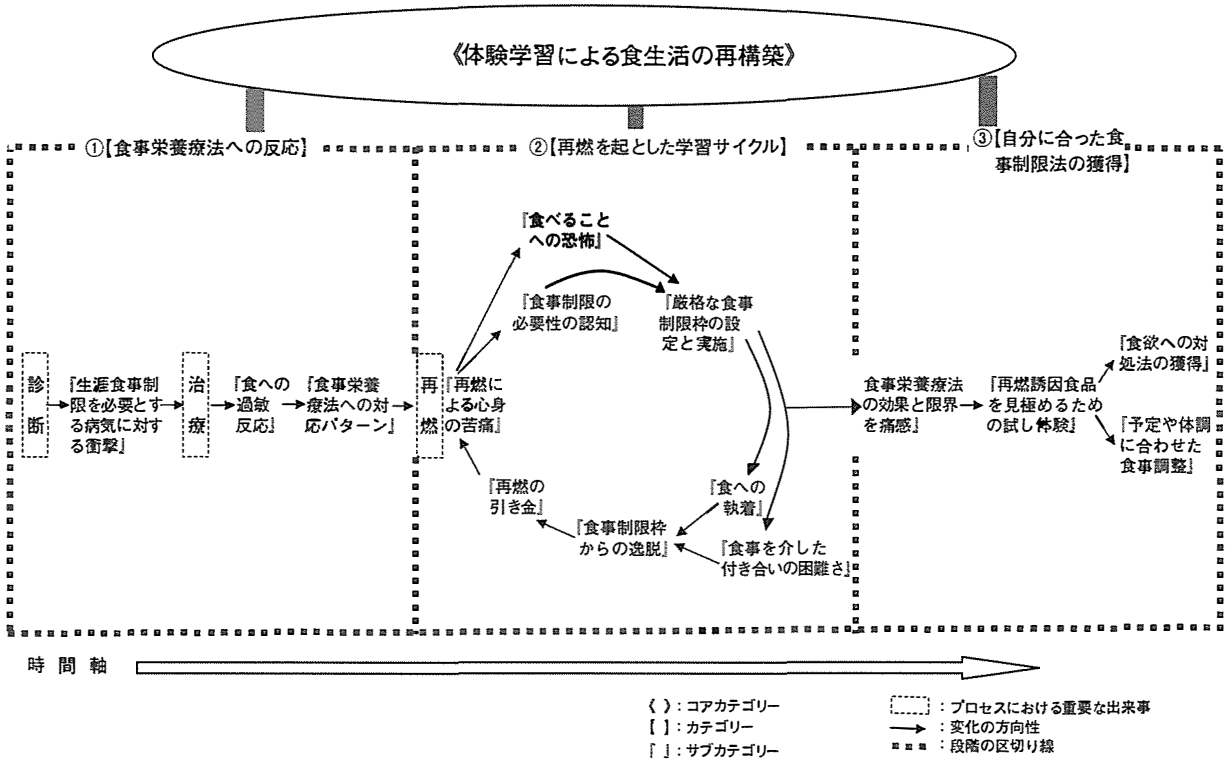



図１　クローン病者の食生活体験のプロセス

になる。指示・指導の内容や程度に差異はあるものの，この段階はすべての病者が体験するものであり，食生活を再構築していくうえで基礎となるものである。そして，この段階は，a.『生涯食事制限を必要とする病気に対する衝撃』，b.『食への過敏反応』，c.『食事栄養療法への対応パターン』の３つのサブカテゴリーから構成された。

a.『生涯食事制限を必要とする病気に対する衝撃』

これは，病者がクローン病という病気とそれに付随する治療に関する医療者からの告知や説明に対して強い精神的ショックを感じ，そのような病気が信じられない，理解できないと感じる状態をさす。未だ根治療法がないために，一時的ではなく，生涯にわたって食事制限を続けていかなければならないことに病者は大きな衝撃を受けていた。

*「それはもうつらかったですよ。食べることが人生の喜びでしたから。それはマジかよーって思いましたね。やっぱりつらかったですよね，すごい……」(事例A)。*

*「想像できなかったですね，食べないということが想像できなかった。今まで食べてるのがずっと当たり前できてるから，食べないということ自体がもうわかんない，理解できないというか。そんなことは今までなかったんで。かなりもう参りましたね」(事例G)。*

b.『食への過敏反応』

これは，診断直後は精神的な衝撃に加え，症状や検査・処置による苦痛が大きく，食べられるような状態ではないが，絶食治療による体調の改善とともに食欲が回復し，食に関して病者が敏感になることである。これは，食に関する雑誌やテレビ番組をみたり，医療者に隠れて食べるという行動によって示された。

*「入院中は食べないでIVHで腸を休ませると言われたけど，陰でごっつ食ってましたけどね，はい。絶食しだして料理番組とか見だして，食に関することはすごく敏感になった」(事例Ｉ)。*

c.『食事栄養療法への対応パターン』

これは，医療者から指示・指導された食事栄養療法に対して発病初期の病者がとる対応行動パターンをさす。これには「拒否」，「困難」，「遵守」という３パターンがみられた（■２）。

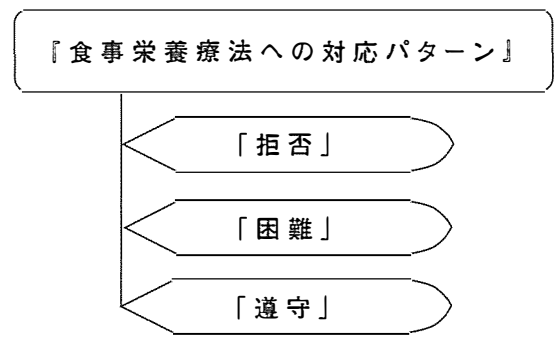



図２　クローン病者の食事栄養療法への対応パターン

「拒否」とは，病者が食事栄養療法を拒絶し，それを行わないという行動パターンのことである。このパターンをとる病者は，食欲を抑えることができない，食事栄養療法の必要性が感じられないという理由で食事栄養療法を拒否していた。特に，食事栄養療法を行わなくても薬物療法などで症状が緩和した病者は，その必要性を感じていなかった。

*「症状的にお腹痛くてどうしようもないってもんでもなかったんで，発熱が主やったんで，それなりに安静とかステロイド使うなりしてたら治まるのは治まるんで，やっぱり食事ペケ（禁止）より別な方法をお願いしますということで，最初は拒否，拒否，拒否に近いですね」（事例C）。*

「困難」とは，病者が食事栄養療法を守ろうと努力するが，実際には上手く食事を調整できないという行動パターンのことである。このパターンをとる病者は，入院中，医療者からの栄養指導や自分で本を調べて知識を身につけ，調味料や調理器具なども揃え，食事栄養療法を行う自信は持っていても，いざ退院すると，自分で判断し食事を調整していくこと，また毎日継続していくことに困難を感じていた。

*「自分で理解しようとはしてたんですけど，なかなかできなかったです。いろいろ本とかも取り寄せて調べて，もうあらゆる調味料とかも買って自然食品の店で，それで，ささみをミンチにする器械とかも購入していろいろ揃えた割にはきっちりできてなくて」（事例E）。*

「遵守」とは，病者が指示・指導された食事栄養療法を忠実に行うという行動パターンのことである。このパターンをとる病者は，何が良くて悪い食べ物なのか自分では判断できないという理由で，また，いま食事を我慢すれば，いずれ病気が完治して，再び食べることができるという期待や希望から，食事栄養療法を忠実に守っていた。

*「情報もなかったし，最初は単純に全く栄養士さんに聞いたことを（守って），これとこれって言われたら，それぱっかり食べてた」（事例G）。*

*「（クローン病と）ずっと闘わなだめですね。食事に勝たなだめですね。元々勝たないやな性格なんで。いつか食べてやるって未だに思っています。肉食ってやるって」（事例P）。*

②【再燃を起とした学習サイクル】段階

【再燃を起とした学習サイクル】とは，再燃以降に病者が症状の悪化と改善に応じて自ら設定した制限枠の縮小と拡大を繰り返していく試行錯誤の体験学習過程を表すものである。この段階は，a.『再燃による心身の苦痛』，b.『食事制限の必要性の認知』，c.『食べることへの恐怖』，d.『厳格な食事制限枠の設定と実施』，e.『食への執着』，f.『食事を介した付き合いの困難さ』，g.『食事制限枠からの逸脱』，h.『再燃の引き金』の８つのサブカテゴリーから構成された。

a.『再燃による心身の苦痛』

これは，病者が再燃によって発熱や腹痛，下血，頻回の下痢などの症状を起こし，それらに伴う身体的苦痛を感じること，また食事栄養療法の遵守の有無に関わらず再燃したことに精神的な落ち込みを感じることである。

*「悪くないもの（食べ物）でもちょっとのことで下痢したり，下痢すると寝込むほどなんですよ。そうするともう体も冷えるし，お腹も冷えるし」（事例J）。*

*「いいと言われている生活をしていたはずなのに，それで（体調を）崩すとショックは大きい」（事例B）。*

*「入院すると気づく。『あー，食事してたからや』ってのがあるんやけど。それまでは元気やからね。入院すると気づいて，そん時は落ち込むんやけど」（事例M）。*

b.『食事制限の必要性の認知』

これは，病者が再燃をきっかけに，またそれに続く絶食治療による体調の改善効果を実感し，病状の悪化を防ぐには食事制限が必要であると感じることである。この時，病者は食事制限に伴う負担は，社会復帰や生きていくための代償として仕方がないものと感じていた。

*「やっぱり自分の身で思い知って，食べたらだめなんだな，じゃ，しゃーないなって感じで。（中略）やっぱり皆痛い目をして学んでいくんですよね」（事例A）。*

*「（食事制限が）つらくないっていったら嘘になるけれど，これはもうしょうがない。これさえやっていれば仕事もできるし，っていうのがあるから」（事例L）。*

c.『食べることへの恐怖』

これは，病者が食事が原因で再発を起こし，『再燃による心身の苦痛』を体験することで起こってくる，食べることを恐れる感情である。この恐怖には，身体的苦痛に対する恐れだけでなく，友人との食事中に下痢を起こしトイレに間に合わないことへの心配や再燃を起こし入院となり，職を失うことへの危惧も含まれる。

*「皆やっぱどっかでブレーキかけてると思うんです。食べててもどっかで控えてる。うーん，怖いなって思ってるから」（事例E）。*

*「外に出ると食べれなくなる。怖くて，トイレが。友達と知らない土地に旅行とかするときには，もう夜しか食べない。朝昼抜きで夜だけ」（事例H）。*

d.『厳格な食事制限枠の設定と実施』

これは，病者が再燃をきっかけに『食事制限の必要性を認知』し，また，『食べることへの恐怖』から再び痛い目にあわないように自ら厳格な食事制限枠を設定し，それを実施することである。

*「自分の場合は『もういいから食べなさいよ』って言わ*

*れても多分食べないと思います。これだけもう腸も切ってますから，『もう悪くなりたくない』っていうのがあるんで」(事例L)。*

e.『食への執着』

これは，病者が厳格な食事制限の実施により体調が改善してくると，食べられないことに精神的苦痛や負担を感じることである。

*「状態が落ち着いてきたら食欲はあるんで，もうかなりあるんで。ラーメンとかホットドッグとか単純なもんばっかり浮かんできますね，ほんま極限状態の時に」(事例G)。*

f.『食事を介した付き合いの困難さ』

これは，病者が厳格な食事制限を実施するなかで，食事制限に対する他者の無理解や干渉からくる発言や態度によって受ける人付き合いに対する負の感情である。この困難さは，病者が病気の事情を話せない人や初対面の人との食事の場で特に自覚するものであった。

*「勤めているときなんか忘年会とか新年会とかやっぱりあるでしょ，そういう時にね，若いからもっと飲めとか食えとか…あれはやっぱりつらい。あと友達関係とかもね，人と会うっていうのは必ずどっかで食べながら飲みながらなんで，そういう意味で初対面だとか，これから友達になろうっていう段階が余計しんどいね。いきなりそんな親しくもない人に『実は俺は難病で，食べられなくて』とかはなかなか言えないし。」(事例A)。*

g.『食事制限枠からの逸脱』

これは，病者が『食への執着』の結果，食欲を抑えることができず，これまで避けてきた好みの食品をつい口にしてしまったり，過食してしまったりして，自ら設定した制限枠を超えてしまうことである。また，食欲はコントロールできても，『食事を介した付き合いの困難さ』から人目を気にして制限枠を超えてしまうことである。

*「わかってても我慢できないというか，痛くなければ美味しいもの食べるし」(事例N)。*

*「(結婚式のコース料理で) 肉が出てきて，ひとつも手をつけなかったら，なかなか引きにきてくれないんですよ。誰かに食べてもらうこともできないし。悪いなって思いながら，食べてしまう」(事例E)。*

h.『再燃の引き金』

これは，病者が『食事制限枠からの逸脱』をした結果，それが原因で身体症状が現れ，ひいては再燃を起こしてしまうことである。

*「入院中にいっぺん家に帰って，黙ってそのままファーストフードの店に行ってたんですよ。そしたら，次の日まず熱がバーンと上がって」(事例Ⅰ)。*

③【自分に合った食事制限法の獲得】段階

【自分に合った食事制限法の獲得】とは，病者が主体的に自分の身体と生活に合った食事制限の方法を見出し，それが自身の食生活スタイルとして定着することである。この段階は，a.『食事栄養療法の効果と限界を痛感』，b.『再燃誘引食品を見極めるための試し体験』，c.『食欲への対処法の獲得』，d.『予定や体調に合わせた食事調整』の４つのサブカテゴリーから構成された。

a.『食事栄養療法の効果と限界を痛感』

これは，病者が食事栄養療法による体調の改善・維持効果を実感する一方で，同じ病気であっても再燃を引き起こす食品には個人差があるため，一般的な食事栄養療法を守るだけでは再燃を完全に防ぐことはできないと身をもって感じることである。

*「本当に個人差があるから，人に聞いて『これは大丈夫』って言われても。私はニンジンもダメなんですよ，消化できないから」(事例H)。*

b.『再燃誘引食品を見極めるための試し体験』

これは，『食事栄養療法の効果と限界を痛感』した病者が，自分にとって再燃の引き金となる食べ物の種類と量を見極めていく必要性を感じ，一般的に避けるべきといわれている食べ物でも自覚症状を指標としてどれだけの量であれば食べても大丈夫か，少しずつ試す行動をさす。このような試し体験を行い始めるまでに，前段階の【再燃を起とした学習サイクル】を何度も繰り返す病者もいれば，一度サイクルを経るだけで行い始める病者もいた。この違いは病者の『食事栄養療法の効果と限界を痛感』する度合いによっていた。つまり，食事栄養療法の効果と限界を感じる度合いが高い病者ほど早期に試し体験を行い始めていた。

*「新しく挑戦して食べた物をノートに書いて，その後体調がどうだったか，よかったのか悪かったのか」(事例B)。*

*「自分で実験して，あかんかったら省いていく」(事例K)。*

c.『食欲への対処法の獲得』

これは，病者が制限または禁止されるがゆえに顕在化・肥大化してくる食欲に対して，自分にとって実行可能な対処法を試行錯誤の模索の末に獲得した状態をさす。獲得した対処法としては，成分栄養剤やジュースを飲んで欲求をかわすという病者が多かったが，一口だけ食べて満足する，テレビや雑誌をみて食べた気になるという対処法をとる病者もいた。しかし逆に，一口食べたり，食べ物の映像を見ると余計に食べたくなるため我慢するという病者もあり，対処法は個々の病者で異なっていた。

*「僕の場合は，ちょっとだけ食べるとものすごく食べたくなってしまうので，食べないなら食べないでずっと頑張る」(事例C)。*

d.『予定や体調に合わせた食事調整』

これは，病者が仕事や付き合いの予定，摂取した食事内

容とその時々の体調を考慮して，自分で適した食事の内容や量を判断し，選択及び加減することである。

*「うどんばっかやと飽きてくるんで違うもんを食べたりはしますけど。例えば，その日ちょっとしつこい，あまり腸に良くないであろうものを食べれば，次はやっぱり考えてやってますね」（事例1）。*

## V．考　察

### 1．《体験学習による食生活の再構築》プロセスのクローン病者にとっての意味

本研究により，クローン病者の食生活体験として，【食事栄養療法への反応】，【再燃を起とした学習サイクル】，【自分に合った食事制限法の獲得】という3つの段階から成る《体験学習による食生活の再構築》プロセスが導き出された。病者は発病後，医療者主導の食事栄養療法から，再燃を起とした試行錯誤の模索を繰り返しながら，自分なりの経験則を次第に確立していた。これは，病者にとって最終的に自分に合った食事制限法の獲得を可能にする一連の学習を意味するものであると考える。

Kolb[11]は，意味のある体験としての学習がどのように変化するかに焦点を当て，4つの段階がサイクルを辿る体験学習モデルを示している。これは，なんらかの出来事との出会いによる反応である「具体的体験」，混乱した思考とともに多様な思考が整理され統合される「反省的思考」，多様な思考が統合され方向性や目的性を持った概念が形成される「抽象的概念の形成と一般化」，そして前段階の概念が強化・支持され，現実に対応する「新しい状況における概念の検証」の4つの段階からなる。本研究における【食事栄養療法への反応】は，発病初期の病者の指示された食事栄養療法への反応であり，「具体的体験」に該当すると考えられる。また，それに続く【再燃を起とした学習サイクル】は，病者が再燃による心身の苦痛を体験することをきっかけに，「反省的思考」を繰り返す段階であると考えられる。さらに，【自分に合った食事制限法の獲得】は，病者が一般的な食事栄養療法から自分に合った食事制限法を見出そうとする方向性をもち，試し体験を行い，その結果，見出した食事制限法を行うことで病と共に生きる現実に対応する段階であり，「抽象的概念の形成と一般化」及び「新しい状況における概念の検証」に該当すると考えられる。

また，本研究で明らかになったプロセスでみられる変化は，Bevis[12]のいう「項目学習」あるいは「指示的学習」から「探求的学習」への変化としても捉えることができる。第1段階の【食事栄養療法への反応】において，病者は望む望まざるにかかわらず，食事栄養療法を行うにあたって必要な知識と技術の指導を医療者から受ける。『食事栄養療法への対応パターン』は，この段階の病者が，食事栄養療法という課題に関して医療者から指示された“すべきこと”と“してはならないこと”に注目していることを示すものであると考える。しかし，再燃による心身の苦痛体験をきっかけに，病者は指導された標準的・画一的な食事栄養療法だけでは病気に対応していくうえで限界があると感じ，自分の身体と生活に合った食事制限法を主体的に模索し，検証していく探求的学習を行うようになる。そして，最終的に項目・指示的学習から得た専門的知識と探求的学習から得た体験的知識を統合し，自分に合った食事制限法の獲得に至ると解釈できる。

以上より，本研究の結果は，クローン病者が食生活を再構築していく能動的な学びの様相を示したものであり，まさにPaulaらのいう「ダイナミックな学習プロセス」[13]の詳細を明らかにしたものであるといえる。

### 2．『食事栄養療法への対応パターン』のクローン病者にとっての意味

本研究により，発病初期の病者の『食事栄養療法への対応パターン』として，「拒否」，「困難」，「遵守」の3パターンが明らかになった。

「拒否」の結果の例示は，自分の身体を通して食事栄養療法の効果が実感されなければ，病者にとって，それを受け入れることは容易ではないことを示している。このパターンをとる病者にとって，食事栄養療法は，自分には不必要で適さない療養法として捉えられていると考える。

一方，この時期の病者の多くは，食事栄養療法を守ろうと努力し，食事管理に縛られる傾向が強かった。このように病者が医学的養生法の実行に打ち込んでいる時は，その他の活動を著しく切り詰めることになり，病者は自己コントロールの喪失を体験するとされる[14]。「困難」パターンをとる病者は，食事栄養療法の必要性を理解していても欲求に負けて，あるいは実際に自分でどのように食事を管理したらよいのかわからず，その制限を守ることができずにいた。その結果，自分自身を責め，苦悩していた。このような状況は，自分で自分をコントロールできない状況であり，病者は自己コントロールの喪失感を体験していると考えられる。そして，「困難」パターンをとる病者にとっては，食事栄養療法が，生活のコントロール権を握るものであると考える。

「遵守」パターンをとる病者は，医療者から指導された食事栄養療法を忠実に守っていた。しかし，ここで注意すべきなのは，食事制限ひいては病気そのものを受け入れた上での遵守ではないということである。この時期の病者は，「難病」，「一生治らない病気」と告げられても，「いつか治る」，「一発逆転が起こる」という期待や希望を強く抱いており，それゆえに「今は我慢」できるのである。

Nicolaら[15]は，病者たちが日常生活の管理方法について語るとき，“fighting the disease（病気と闘う）”，“soldiering on（頑張る）”，“not letting the illness beat them（病気に打ち負かされないようにする）”といった戦闘的な比喩を用いて，生き残りや適応，コントロールのための闘いについて語ったことを示している。本研究では，事例Pのように，「遵守」パターンをとる病者ほど，このような比喩表現を用いる傾向がみられた。このことから，「遵守」パターンをとる病者にとって，食事栄養療法は，クローン病という病気に勝つための戦闘手段として意味づけられていると考える。つまり，病者は，医療者から指導された食事栄養療法を忠実に守ることで，クローン病という敵と闘っているのである。

### 3．【再燃を起とした学習サイクル】のクローン病者にとっての意味

本研究の結果，クローン病者の食生活体験のプロセスは，自分に合った食事制限法の獲得に向かって一直線に進むものではなく，サイクル構造から成る【再燃を起とした学習サイクル】を踏むことが示された。そして，病者はこの学習サイクルを踏むことによって，『食事栄養療法の効果と限界を痛感』し，自分にとっての『再燃誘引食品を見極めるための試し体験』を行い始め，次第に自分なりの経験則を確立していっていた。慢性状況における看護の目標は，病気をもった人がその人の制限の範囲内で以前のような生産的で満足できる生活が送れるようにすることであり，生理的な安定や立ち直りを目指すばかりでなく，「制限を広げる」というリハビリテーション的課題が重要であるとされる[16]。本研究で明らかになった学習サイクル以降のプロセスこそ，病者自らが「制限を広げる」，すなわちQOLの向上を目指した課題に取り組んでいることを示している。このことから，この学習サイクルは，病者にとってQOL向上のための体験学習を促進するエンジン・モーターとしての働きがあると考えられる。しかし，結果で示したように，１サイクルでエンジンがかかる病者もいれば，何度もサイクルを繰り返し，ようやくエンジンがかかる病者もいた。そして，この違いは『食事栄養療法の効果と限界を痛感』する度合いによっていた。このことから，病者がQOL向上のための体験学習を行うには，再燃をどれだけ体験するかではなく，その体験を踏まえ，現状の対処法の効果と限界をどれだけ強く感じるかが重要であるといえる。それが続く新たな対処法の模索，すなわち自分にとっての『再燃誘因食品を見極めるための試し体験』へと繋がっていくと考える。

そして，【自分に合った食事制限法の獲得】段階に至ると，病者は最終的に自分なりの食欲への対処法を獲得し，予定や体調に合わせた食事調整を行うようになっていた。このことから，この段階の病者にとって食事制限は，もはや生活のコントロール権を握るものではなく，自らの力で生活をコントロールしていくうえでのひとつの手段として意味づけられていると考える。このような体調や日常生活との調整を図りながら病者自身が行う食事療養法については，慢性閉塞性肺疾患患者をはじめ他の慢性疾患患者の研究[17－19]においても報告されている。おそらく，クローン病者だけでなく，病を抱え，不確かな現実を生きる慢性疾患患者にとって，食べる／食べないという行為は，自らがこれまでに身につけた知識と技術を駆使することによって，病をコントロールできるかもしれないと確信し，望みを託しうる現実的な対処手段として存在すると考えられる。しかし，病者のこのような食事やその制限に対する意味づけは，発病当初から存在するものなのか，あるいは病の経過とともに見いだされ，変化していくものなのかについてはこれまで十分に明らかにされていなかった。本研究の結果，病者が食事制限を自らの生活，そして病をコントロールする手段として意味づけるのは，試行錯誤の学習サイクルを経たのちであることが示された。

### 4．食生活体験プロセスの看護における有用性

本研究により，クローン病者が食事制限に対してどのように捉え，それに対応し，自らの食生活の変容を図っているのか，その体験のプロセスが明らかになった。これは，国内外，また同じ炎症性腸疾患に統括される潰瘍性大腸炎，さらには他の食事制限を必要とし，病状の悪化と改善を繰り返す慢性疾患にまで範囲を広げても新しい知見であるといえる。そして，明らかになったプロセスから，病者が，その都度，食事制限及びそれが課せられた状況に対して自分なりの意味づけを行い，それに対応していることが示された。

これにより，看護師は，現在の病者の状況だけでなく，変化していくプロセス全体の中で現在の病者の状況を捉えることができる。そして，プロセス上の段階とその時々の病者にとっての食事制限の意味に見合った看護援助を見出すことが可能となる。

発病初期には，まず病気や治療に対する病者の衝撃を受け止め，食事制限に伴う苦痛に耳を傾ける。そして，指導した食事栄養療法が継続されることを期待するだけでなく，どうすれば病者がそれを日常生活の一部として取り込み，病気や治療を自らコントロールしていけるかを病者と共に考えることが重要である。再燃以降は，一般的な食事栄養療法から病者が自分にとっての再燃誘引食品を，緩解状態を維持しながら安全に見出していけるように援助していく。その際，結果で例示したように，病者が日々摂取した食べ物の種類と量，食後の症状などを自己記録していくことが有効ではないかと考える。また，制限のある食生活

の中でも，病者が嗜好を満たし，他者との食事を楽しむことができるように，栄養士らと連携して，献立の工夫や代用品を提示したり，付き合いの場での具体的な対処法を助言したりすることも必要と考える。

Kirk[20]は，看護師が対象を尊重するとは，彼らの能力と強みを支持することであるとしている。病者が試行錯誤の末に獲得した食事制限法を否定するのではなく，むしろその価値を認めて尊重し，病者独自の方法に医学的・栄養学的側面を組み込む形でそれを肯定的に活かしていくかかわりが必要であると考える。

## Ⅵ. 結　語

クローン病者の食生活体験のプロセスを明らかにすることを目的として，緩解期にある成人クローン病者17名に面接調査を実施し，質的分析を行った結果，以下の結論を得た。

1．クローン病者の食生活体験として《体験学習による食生活の再構築》プロセスが明らかになり，それは【食事栄養療法への反応】，【再燃を起とした学習サイクル】，【自分に合った食事制限法の獲得】という3つの段階から構成された。

2．発病初期の病者の『食事栄養療法への対応パターン』として，「拒否」，「困難」，「遵守」の3パターンが明らかになった。

3．病者は【再燃を起とした学習サイクル】を踏むことによって，『食事栄養療法の効果と限界を痛感』し，それがQOLの向上を目指した試行錯誤の体験学習へと続くことが示された。

## 謝　辞

本研究の趣旨をご理解くださり，快く面接調査に応じてくださいました参加者の皆様に心よりお礼を申し上げます。本研究は公益信託山路ふみ子専門看護教育研究助成基金より助成を受けて実施したものであり，深く感謝いたします。なお，本論文は大阪大学大学院博士学位論文の一部に加筆・修正を加えたものであることを記します。

## 要　旨

本研究の目的は，クローン病者の食生活体験のプロセスを明らかにすることである。グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて，半構造化面接を行い，継続比較分析を行った。研究参加者は，緩解期にあり，在宅で生活している成人クローン病者17名である。

その結果，クローン病者の食生活体験として，《体験学習による食生活の再構築》プロセスが明らかになり，これは【食事栄養療法への反応】，【再燃を起とした学習サイクル】，【自分に合った食事制限法の獲得】という3つの段階から構成された。この結果から，看護師は，プロセス上の時期とその時々の病者にとっての食事制限の意味に見合った援助を行う必要があることが示唆された。

## Abstract

The aim of this study was to explore and describe how individuals with Crohn's disease (CD) experience their dietary life. A grounded theory approach was used with semi-structured interviews and the constant comparative method of qualitative analysis. Participants were 17 adults with CD at home in remission.

The study revealed the reconstructive process of their dietary life by experiential learning. The process was composed of three-stage; (1) responding to the diet and nutrition therapy, (2) beginning of the learning cycle by relapse, and (3) acquiring of their own dietary style. These findings indicate that nurses need to support them according to the occasion of the process and their meanings of the dietary life.

## 文　献

1）樋渡信夫：クローン病治療指針改訂案「厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班平成9年度研究報告書」，104-107，1998.

2）松枝　啓，見瀬　満：スライド方式に基づくHEENの臨床的意義，Japanese Journal of Parenteral and Enteral Nutrition，12，1076-1078，1990.

3）難病情報センター：クローン病特定疾患情報，2007-12-26，http://www.nanbyou.or.jp/sikkan/023.htm.

4）富田真佐子，高添正和，他：炎症性腸疾患患者のQuality of Lifeと食事に関する問題－潰瘍性大腸炎とクローン病との比較－，静脈経腸栄養，20(2)，57-65，2005.

5）片岡優実：クローン病患者の生活体験，日本難病看護学会誌，2(1)，32-40，1998.

6）Nicola，J.，Gregory，P. et al.：The Fight for "Health-related Normality": A Qualitative Study of the Experiences of Individuals

Living with Established Inflammatory Bowel Disease, Journal of Health Psychology, 10(3), 443-455, 2005.
7) Paula, C.F., Margaret, A.S.：Is There Any Food I Can Eat? Living With Inflammatory Bowel Disease and/or Irritable Bowel Syndrome, Clinical Nurse Specialist, 20(5), 241-247, 2006.
8) Blumer, H.(後藤将之監訳)：シンボリック相互作用論　パースペクティヴと方法，勁草書房，東京，1991.
9) 山本則子，萱間真美，他：グラウンデッドセオリー法を用いた看護研究のプロセス，33-40，文光堂，東京，2002.
10) Glaser, B.G., Strauss, AL.(後藤　隆，大出春江，他監訳)：データ対話型理論の発見，新曜社，東京，1996
11) Kolb, D.A.：Experiential Learning : Experience As the Source of Learning and Development, Prentice Hall, New Jersey, 1983.
12) Bevis, O., Watson, J.(安酸史子監訳)：ケアリングカリキュラム　看護教育の新しいパラダイム，89-92，医学書院，東京，1999.
13) 前掲7).
14) Ilene, M.L., Pamala, D.L.(黒江ゆり子監訳)：クロニックイルネス　人と病いの新たなかかわり，235-238，医学書院，東京，2007.
15) 前掲6).
16) Corbin, J., Strauss, A.L.(黒江ゆり子，市橋恵子監訳)：慢性疾患の病みの軌跡，医学書院，東京，1995.
17) Leidy, N.K., Haase, J.E.：Functional Performance in People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Qualitative Analysis, Advances in Nursing Science, 18(3), 77-89, 1996.
18) Strauss, AL., Corbin, J. et al.（南　裕子監訳)：慢性疾患を生きる－ケアとクオリティ・ライフの接点，58-82，医学書院，東京，1984.
19) 麻原きよみ，大久保いく子，他：在宅酸素療法患者の食事の意味に関する質的分析，看護研究，33(4), 63-71, 2000.
20) Kirk, K.：Confidence as a Factor in Chronic Illness Care, Journal of Advanced Nursing, 17, 1238-1242, 1992.

[平成20年3月21日受　付
平成21年5月7日採用決定]

# 虚弱高齢者の外出頻度とその関連要因

Factors which Determine How often Frail Elderly People Go Outdoors

中村恵子[1)]　　山田紀代美[1)]
Keiko Nakamura　　Kiyomi Yamada

キーワード：虚弱高齢者，閉じこもり，外出頻度，訪問調査
Key Words：frail elderly, housebound, the frequency of going outdoors, field survey

## Ⅰ．はじめに

2006年に改正された介護保険制度では，閉じこもりは高齢者の寝たきりを引き起こす原因として位置づけられ，閉じこもり予防が介護予防事業の一つとして盛り込まれた。高齢者の閉じこもりは，1984年に竹内[1)]が提唱した概念であり，1998年の藺牟田ら[2)]の実証研究以降，閉じこもりの頻度や関連要因をはじめ，閉じこもり予防の重要性を示す研究結果が蓄積されている[3)4)]。新開[5)]は，外出しないことがその後の寝たきりに移行する割合のみならず，入院・入所，死亡率を高めることを明らかにしている。閉じこもり高齢者には要介護のハイリスク者が圧倒的に多く[6)]，家から出ない状態にある閉じこもりを回避し，効果的な介護予防策を確立していくことが緊急の課題である。

しかしながら，依然として閉じこもり状態にある高齢者や閉じこもり予防の対象者となる特定高齢者の把握は低調であり[7)]，効果的で具体的な閉じこもり予防策の整備は立ち遅れている。その原因の一つには，研究者間における閉じこもりの定義や測定尺度の不統一があげられる。最近では，厚生労働省が特定高齢者のスクリーニングの一項目に，閉じこもりの基準として外出頻度を用いており[6)]，外出頻度が「週一回未満」または「週一回程度以下」の者を閉じこもりと定義する研究が主流になっている。しかし，閉じこもりを外出頻度から評価することが一般化されつつある一方で，閉じこもりの測定尺度の妥当性や判定基準の設定については未だ論議があり[8)]，十分な結論を出すまでには至っていない。藤田[9)]は，地域高齢者の外出頻度とその関連要因を検討した結果，外出頻度が週に一回以下の高齢者だけでなく，外出頻度が２，３日に一回程度の者も健康状態に問題があり，介入が必要な集団であることを指摘している。介護予防の観点から，要介護状態に至る予測妥当性の高い閉じこもりの定義を考えた場合，閉じこもりの判定として外出頻度が少ない状態をどこで評価するかの判断は難しく，さらなる検討が必要である。

そこで本研究では，要介護状態への移行を阻止する閉じこもりの二次予防の立場から，虚弱高齢者に対象者を絞り，外出頻度を詳細に聞きとることとした。これまでの閉じこもり研究では，元気な自立高齢者から虚弱な高齢者まで幅広くターゲットが設定されており，外出頻度の把握は主に次の二つに限られている。一つは外出頻度を「週に一回以上」，「月に一回以上」，「まったく外出しない」の中から尋ねる方法[10)]である。もう一つは，「毎日一回以上」，「２，３日に一回以上」，「一週間に一回程度」，「ほとんど外出しない」の４件法で外出頻度を尋ねる方法[11)]である。どちらも「週一回未満」または「週一回程度以下」の者を閉じこもり群とし，外出頻度の多い群，少ない群に関連する要因を探索している。しかし，非閉じこもりの高齢者であっても健康水準の低下があり，外出頻度と健康水準との間には相関関係が認められていることを考えると，外出行動を段階的に把握する従来の測定方法ではなく，連続的な中で変化を捉える視点が必要であると考える。

以上から，本研究では外出頻度を一週間の外出日数で把握し，将来的には外出日数の増減と要介護化との関連を厳密に検討できるように配慮した。さらに，虚弱高齢者の外出行動の実態把握から，外出支援の検討や現行の外出頻度を用いた判定基準の妥当性を検証することによって，閉じこもり予防を必要とする対象者を適切に把握し，支援できる仕組みづくりの一助となることを目指している。本研究はこうした視座のもとに取り組んでおり，閉じこもり予防の核となる効果的で具体的な外出支援策の提言に向け，要介護状態のハイリスク群である虚弱高齢者を対象に，外出頻度の実態とその関連要因を明らかにすることを研究目的とする。

## Ⅱ．概念枠組み

図１は，竹内[1)]が提唱した閉じこもり症候群の構造に準拠して作成した概念枠組みであり，本研究は「高齢者の

１）名古屋市立大学看護学部　School of Nursing, Nagoya City University

外出頻度は，高齢者の身体的，心理的，社会的要因の３つの要因が関与して生じる」という仮説のもとに行った関係探索型研究である。

閉じこもりとは「生活空間が地域・屋外から自宅内へと狭小化した状態」[6]であり，多くの研究者が外出頻度を用いて閉じこもりを操作的に定義している。筆者もその考え方に基づいているが，要介護状態への移行を阻止し，閉じこもりの二次予防の立場に重点をおく本研究では，高齢者の生活空間が地域・屋外から自宅内へと狭くなっていく，その動的な現象に注目している。なぜなら，「狭小化した」結果としての状態像（閉じこもり）よりも，むしろ「狭小化していく」その過程に注目していくことが閉じこもりの予備群を早期に発見し，要介護状態への移行を阻止する上で重要と考えているからである。本研究では外出頻度が「毎日」から「まったくしない」へ減少していく生活像を「生活空間が狭小化していく」状態と捉え，外出頻度を一週間の外出日数で把握し，外出日数に関連する要因を探ることとした。

外出頻度に影響を及ぼすと予測される要因は，先行研究で明らかになっている閉じこもり（外出頻度が週一回程度以下）の関連要因を参考に抽出した。竹内[1]は，閉じこもり症候群をもたらす要因には身体的，心理的，社会・環境要因の３要因が挙げられ，相互に関連して発生するとしている。先行研究では都市か農村かといった地域特性や気候などの環境要因も閉じこもりの一要因としているが[12]，今回は特性が比較的似ているＡ県郊外の地域を調査対象としたため環境要因は除外した。また，身体，心理，社会的要因の相互の関連性は考えられるが，今回は３要因各々の外出頻度への影響を明らかにすることとした。本研究では，身体的要因に身体機能，日常生活動作，移動能力，転倒経験，認知機能，心理的要因に転倒不安，主観的健康感，うつ傾向，社会的要因に高次生活活動能力，ソーシャルネットワーク，交流，社会活動を配置した。これらの要因は，これまでに指摘されている閉じこもりの背景要因の中から，特に要介護状態になっていない地域高齢者を対象とした調査結果を参考に抽出した。また，本研究では虚弱高齢者の身体的老化からの分析を強化することをねらい，これまで高齢者の主観的評価に頼っていた身体的要因の項目に身体機能（視力，聴力，握力，咀嚼力）の測定を加えることとした。

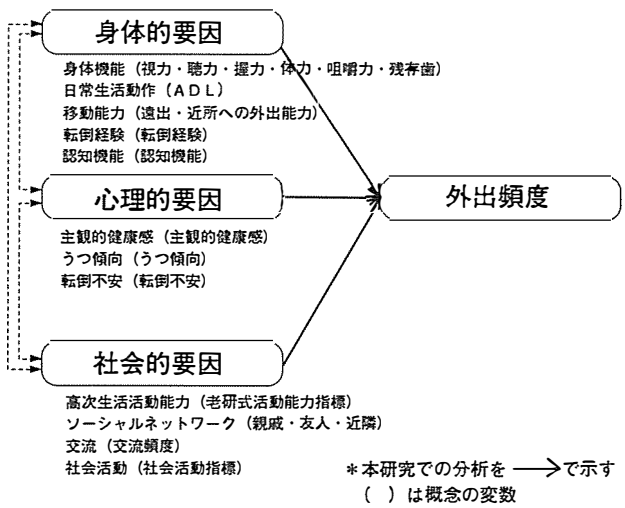



図１　本研究の概念枠組み

## Ⅲ．研究方法

### １．対　象

研究対象者は，Ａ県郊外（Ｂ町・Ｃ市）に在住する65歳以上の虚弱高齢者である。虚弱とは，「日常生活上，実際の活動や社会活動を行うための機能低下をきたした状態」であり，本調査では虚弱高齢者の選定条件を「特定高齢者または要支援と認定された者，および同等レベルの者」とした。なお，同等レベルの者とは，日常生活動作は自立しているが生活機能の低下が心配され，要支援・要介護になる可能性の高い高齢者であり，閉じこもり予防プログラムへの対象者として適切であると専門職が判断した者とした。

### ２．対象者の選出

対象者の選出は，Ｂ町保健センター，Ｂ町福祉センターおよびＣ市ディサービスセンターの医療専門職の協力を得て実施した。対象者の選出にあたっては，最初に研究者がそれぞれの施設または事業会場に出向き，医療専門職から上記条件を満たしている地域高齢者の紹介を受けた。次に，対象候補者に選出された高齢者に対し，医療専門職から電話連絡にて調査概要の説明を行い，研究協力の意向を確認した。その後，研究協力の了解が得られた高齢者には，研究者から口頭と紙面で研究について十分な説明を行い，研究協力の同意書が得られた者に限り，調査協力を依頼した。

### ３．調査期間

2007年４月上旬～８月下旬。

### ４．調査方法

調査は，個人面接調査（他記式）と身体機能の測定を行った。質問紙は概念枠組みに従い，「外出頻度」，「身体的要因」，「心理的要因」，「社会的要因」を調査項目として作成した。その後，虚弱高齢者２名にプレテストを実施し，調査内容や調査時間に問題がないことを確認した上で本調査を実施した。調査場所は研究協力者と相談し，研究協力者の自宅もしくは事業会場で実施した。調査時間は一人一時間程度とし，研究協力者の身体・精神的負担を十分に配慮した上で調査を実施した。

## 5．調査内容

1）基本属性（6項目）

基本属性として年齢，性別，世帯構成，居住年数，介護認定，既往疾患について尋ねた。世帯構成については，現在一緒に住んでいる家族構成について尋ね，「独居」，「高齢者夫婦」，「子供と同居」，「その他」から回答を求めた。居住年数については，現在の地域に住んでいる年数を尋ねた。介護認定については，特定高齢者，要支援1．要支援2の認定を受けているかを尋ね，介護認定を受けている者には通所サービスの利用状況を確認した。既往疾患については，7疾患（心疾患，脳血管障害，慢性呼吸疾患，リウマチ，高血圧，骨粗鬆症，白内障）の既往の有無を尋ねた。

2）外出頻度

本研究では，外出を「買い物，散歩などで家の敷地外へ出る行動」と定義した。外出頻度については，「一週間のうち，外出する日は何日ありますか」と尋ね，一週間の外出日数を求めた。

3）身体機能（4項目）

身体機能として，視力，聴力，握力，咀嚼力を測定した。視力は視力表を用いて，両眼で遠距離（3m）生活視力を測定した。見え方については，5段階（「非常によく見える（5点）」，「よく見える（4点）」，「まあまあ見える（3点）」，「あまり見えない（2点）」，「まったく見えない（1点）」）で主観的評価を求めた。

聴力はオージオメーター（リオン社AA-55）を用いて測定した。1000Hzと4000Hzの周波数に対して，左右の聴力レベル（25dB～70dB）を5dBごとの上昇法で測定した。聴力は，左右のうち良い方の値を採用し，左右どちらも70dBの音が聴取できなかった場合は「70dB以上」と評価した（以下，1000Hzでの聴力を「聴力（低音）」，4000Hzでの聴力を「聴力（高音）」とする）。聞こえ方については，5段階（「非常によく聞こえる（5点）」，「よく聞こえる（4点）」，「まあまあ聞こえる（3点）」，「あまり聞こえない（2点）」，「まったく聞こえない（1点）」）で主観的評価を求めた。

握力は握力計（タニタハンドグリップメーター6103）を用いて測定した。立位にて左右の握力を測定し，値の大きい方を被験者の握力として採用した。高齢者の体力については，Motor fitness scale[13]を用いて測定した。この指標は，「移動性（6項目）」，「筋力（4項目）」，「平衡性（4項目）」の3つの下位尺度から構成されている。内的整合性が高く，Cronbachのα係数は0.92であり，地域在住の高齢者の身体機能を測定できる有用性のある尺度である。質問に対し「できる」，「できない」の2段階で回答を求め，「できる」と回答した場合を1点，「できない」と回答した場合を0点とし，合計得点（得点範囲：0～14点）を算出した。

咀嚼力は，残存歯数を確認した後，LOTTEの「咀嚼力判定ガム」を用いて測定した。咀嚼レベルはガムの変色程度により判別し，5段階（「とても強い（5点）」，「まあまあ強い（4点）」，「ふつう（3点）」，「やや弱い（2点）」，「とても弱い（1点）」）で評価した。

4）身体的特徴（4項目）

身体的特徴として，日常生活動作，移動能力，転倒経験，認知機能について尋ねた。日常生活動作は，食事，入浴，排泄，更衣について，「一人でできる」，「一人でできない」の二者択一法で尋ねた。4項目全て「一人でできる」と回答した者は「ADL自立」とし，一項目でも「一人でできない」に該当した者は，「ADL要介助」とした。移動能力は総合的移動能力[10]を参考に，「公共交通機関（バス，電車）を使って，一人で外出できますか」，「隣近所にほぼ不自由なく外出できますか」という質問に対し，2択（できる1点・できない0点）で回答を求めた。公共交通機関を利用した外出が可能な場合を「遠出」ができる（以下，「遠出」とする），隣近所に不自由なく外出できる場合を「近所への外出能力」がある（以下，「近所への外出能力」とする）と評価した。転倒経験については，過去一年間の転倒経験の有無について尋ね，「転倒経験なし」を0点，「転倒経験あり」を1点とした。認知機能については，Clock Drawing Test[14]を用い，「正解（2点）」，「軽度の間違い（1点）」，「重度の間違い（0点）」の3段階で評価した。

5）心理的特徴（3項目）

心理的特徴として転倒不安，主観的健康感，うつ傾向について尋ねた。現在の転倒不安について尋ね，「不安なし」を0点，「不安あり」を1点とした。主観的健康感は杉澤ら[15]を参考に，「現在の健康状態はいかがですか」と質問し，「まったく健康（5点）」，「かなり健康（4点）」，「ふつう（3点）」，「あまり健康でない（2点）」，「まったく健康でない（1点）」の5段階で回答を求めた。うつ傾向は，高齢者抑うつ尺度5項目短縮版（GDS 5）[16]を用いて評価した。GDSは高齢者のうつのアセスメントに用いられる代表的な尺度であり，GDS 5はGDSの短縮版として信頼性，妥当性が確認されている。5点満点中2点以上を「うつ傾向あり」とした。

6）社会的特徴（4項目）

社会的特徴として高次生活活動能力，ソーシャルネットワーク，交流，社会活動について尋ねた。高次生活活動能力は「老研式活動能力指標」[17]を用いて評価した。この指標は，「手段的ADL（5項目）」，「知的能動性（4項目）」，「社会的役割（4項目）」から構成されている。質問に対し，「できる（1点）」，「できない（2点）」の2段階で回答を求め，老研式活動能力指標の合計得点（得点範囲：0～13点）を算出した。ソーシャルネットワークにつ

いては，Lubben Social Network Scale（LSNS 6）[18] を参考にした。この尺度は，LSNSの簡易版であり，内的整合性を示すα値は0.77を確保している。高齢者の社会的人間関係を把握するため，一ヶ月に一回以上，連絡を取りあう親戚，友人，近隣の人数をそれぞれ尋ねた（以下，一ヶ月に連絡を取りあう親戚，友人，近隣の人数を「親戚ネットワーク」，「友人ネットワーク」，「近隣ネットワーク」とする）。交流頻度については，「一週間のうち，同居家族以外の方と交流する日は何日ありますか」と尋ね，一週間の交流日数を求めた。社会活動は橋本らの「社会活動指標」[19] を用いた。この指標は，社会活動を「仕事（1項目）」，「社会・奉仕活動（6項目）」，「学習活動（4項目）」，「個人活動（10項目）」の4側面で捉えたものである。回答選択肢は岡本ら[20] を参考に，「週に3回以上」，「週に1～2回程度」，「月に1～2回程度」，「半年に2～3回程度」，「年に1～2回程度」，「全くしていない」の6択で尋ねた。さらに，「週に3回以上」～「年に1～2回程度」の回答に1点，「全くしていない」に0点を付け，社会活動指標の合計得点（得点範囲：0～21点）を算出した。なお，通所サービスへの参加は「運動」，農作業・草取りは「娯楽」として算出した。

### 6．分析方法

外出頻度の規定要因を明らかにするため，外出頻度を従属変数とした重回帰分析を行った。重回帰分析に投入する独立変数の選択については，外出頻度との単純相関（量的変数にはPearsonの積率相関係数，質的変数にはSpearmanの順位相関係数）を確認し，これらにおいて有意な相関（$p<0.05$）が認められた独立変数を重回帰モデルに投入した。今回は多重共線性がないことを確認した後，ステップワイズ法（変数投入基準：投入F＞2.00．除去F＞1.99）を用いて各変数の標準偏回帰係数から有意な変数を確認した。統計的有意水準は5％以下とし，分析にはSPSS 15.0J for Windowsを使用した。

### 7．倫理的配慮

調査は名古屋市立大学看護学部の研究倫理委員会の承認を得てから実施した。調査を行う際には，依頼書と同意書を用いて，研究の目的，方法，本研究に伴う利益・不利益，個人情報の厳守について説明し，データは研究以外に使用せず，個人が特定されることがないように保護する旨を約束した。さらに，参加は任意であり，自由な撤回が可能な点を説明し，同意が得られた場合のみ調査協力を依頼した。

## Ⅳ．結　果

### 1．対象者の基本属性（表1）

2007年4月～8月までの調査期間中，66歳から91歳までの男女61人（男性12人，女性49人）の調査協力を得ることができた。対象者の平均年齢は81.3±6.2歳であった。居住年数は平均42.3±24.7年であり，現在の地域に20年以上住んでいる者は49人（80.3％）であった。介護認定は，「特定高齢者」1人（1.6％），「要支援1」の介護認定者6人（9.9％），「要支援2」の介護認定者15人（24.6％）であり，「介護認定なし」は39人（63.9％）であった。「介護認定あり」の22名のうち，通所サービスを利用している者は20名（32.8％）であり，週1回の利用者は7人（11.5％），週2回の利用者は13人（21.3％）であった。既往疾患の詳細は，「心疾患」9人（14.8％），「脳血管障害」10人（16.4％），「慢性呼吸疾患」2人（3.3％），「リウマチ」6人（9.9％），「高血圧」30人（49.2％），「骨粗鬆症」15人（24.6％），「白内障」35人（57.4％）であった。

表1　対象者の属性

n＝61

| 項目 | | 人（％） |
|---|---|---|
| 性別 | 男 | 12（19.7） |
| | 女 | 49（80.3） |
| 年齢 | 65～74歳 | 8（13.1） |
| | 75～84歳 | 31（50.8） |
| | 85～94歳 | 22（36.1） |
| 世帯構成 | 独居 | 13（21.3） |
| | 高齢者夫婦 | 7（11.5） |
| | 子供と同居 | 41（67.2） |
| 居住年数 | 9年以下 | 7（11.5） |
| | 10～19年 | 5（ 8.2） |
| | 20年以上 | 49（80.3） |
| 介護認定 | 介護認定なし | 39（63.9） |
| | 特定高齢者 | 1（ 1.6） |
| | 要支援1 | 6（ 9.9） |
| | 要支援2 | 15（24.6） |
| 通所サービス | 利用なし | 41（67.2） |
| | 週一回利用 | 7（11.5） |
| | 週二回利用 | 13（21.3） |

### 2．対象者の身体機能と身体・心理・社会的特徴（表2，表3，図2）

身体計測の結果と身体・心理・社会的特徴をまとめたものが表2，表3である。図2は過去一年間の社会活動の参加状況を示したものである。過去一年間に最も行った社会活動は「近所つきあい」であり，次いで「買い物」であった。「近所つきあい」，「買い物」，「運動」，「娯楽」については，約5割の者が「週に一回以上」行っていると回答した。一方，「地域行事」，「町内会」，「老人クラブ」への参加は6割以上の者が「まったくしていない」と回答しており，「仕事」，「奉仕」，「特技伝授」，「講演会」への参加は9割以上の者が，「老人学級」，「カルチャーセンター」，「シルバー人材センター」，「海外旅行」への参加は対象者全員が「まったくしていない」と回答した。

表2　対象者の身体機能

n = 61

| 項目 | | 人（%） |
|---|---|---|
| 見え方 | 非常によく見える | 5（ 8.2） |
| | よく見える | 17（27.8） |
| | まあまあ見える | 27（44.3） |
| | あまり見えない | 12（19.7） |
| | まったく見えない | 0（ 0.0） |
| 聞こえ方 | 非常によく聞こえる | 3（ 4.8） |
| | よく聞こえる | 16（26.3） |
| | まあまあ聞こえる | 25（41.0） |
| | あまり聞こえない | 16（26.3） |
| | まったく聞こえない | 1（ 1.6） |
| 咀嚼力 | とても強い | 19（31.2） |
| | まあまあ強い | 28（45.9） |
| | ふつう | 12（19.7） |
| | やや弱い | 1（ 1.6） |
| | とても弱い | 0（ 0.0） |
| | 測定不能 | 1（ 1.6） |

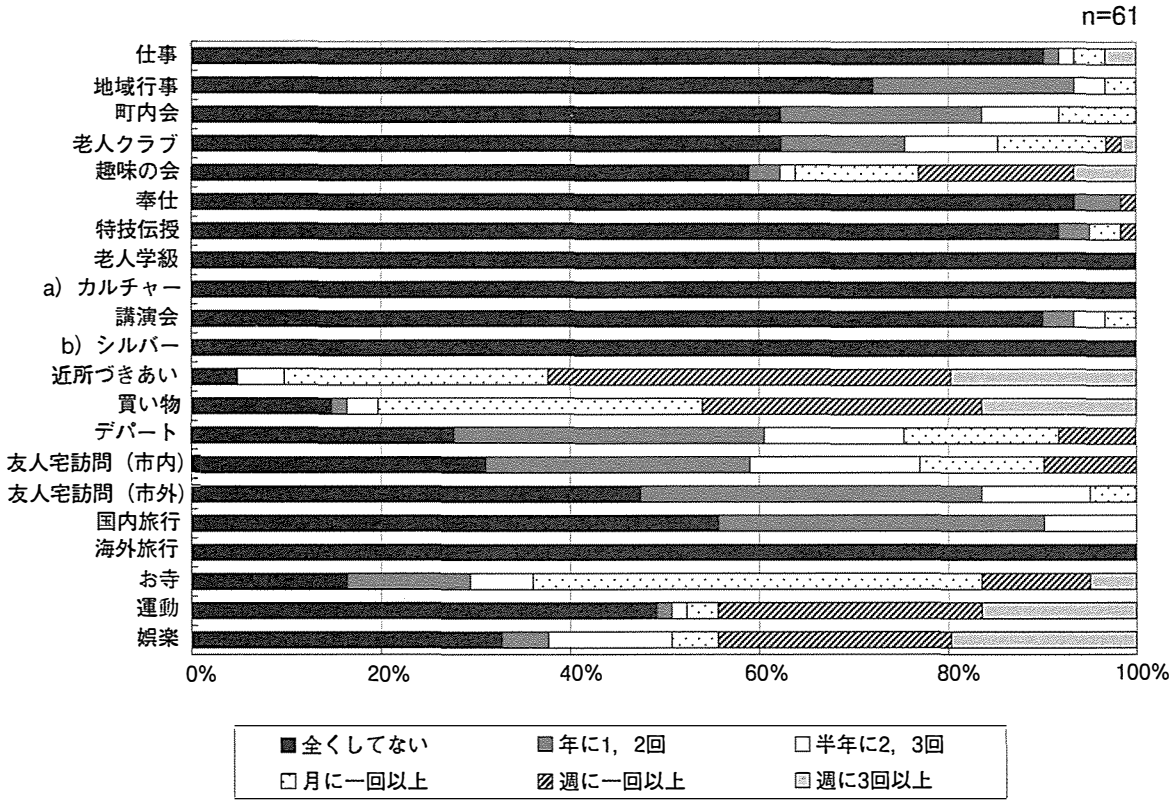
| 項目 | 単位 | 平均値± SD |
|---|---|---|
| 視力 | | 0.5 ± 0.2 |
| 聴力（低音） | dB | 38.8 ± 12.5 |
| 聴力（高音） | dB | 48.7 ± 16.5 |
| 握力 | kg | 16.9 ± 4.4 |
| 体力 | 点（0 ～ 14 点） | 7.4 ± 3.4 |
| 移動性 | 点（0 ～ 6 点） | 2.7 ± 1.6 |
| 筋力 | 点（0 ～ 4 点） | 2.5 ± 1.3 |
| 平衡性 | 点（0 ～ 4 点） | 2.2 ± 1.3 |
| 残存歯 | 本 | 9.5 ± 9.2 |

表3　対象者の身体・心理・社会的特徴

n = 61

| | 項目 | | 人（%） |
|---|---|---|---|
| 身体的特徴 | 日常生活動作 | ADL自立 | 57（93.4） |
| | | ADL要介助 | 4（ 6.6） |
| | 移動能力 | 遠出ができる | 33（54.1） |
| | | 近所への外出ができる | 58（95.1） |
| | 転倒経験 | あり | 9（14.8） |
| | | なし | 52（85.2） |
| | 認知機能 | 良好（2点） | 45（73.8） |
| | | 軽度の間違い（1点） | 14（23.0） |
| | | 重度の間違い（0点） | 1（ 1.6） |
| | | 測定不可能 | 1（ 1.6） |
| 心理的特徴 | 転倒不安 | あり | 11（18.0） |
| | | なし | 50（82.0） |
| | 主観的健康感 | まったく健康 | 0（ 0.0） |
| | | かなり健康 | 32（52.4） |
| | | ふつう | 14（23.0） |
| | | あまり健康でない | 15（24.6） |
| | | まったく健康でない | 0（ 0.0） |
| | うつ傾向 | うつ傾向なし（0～1点） | 45（73.7） |
| | （GDS5得点） | うつ傾向あり（2点以上） | 16（26.3） |

| | 項目 | 単位 | 平均値± SD |
|---|---|---|---|
| 社会的特徴 | 老研式活動能力指標 | 点（0～13点） | 7.9±2.5 |
| | 手段的ＡＤＬ | 点（0～5点） | 3.0±1.6 |
| | 社会的役割 | 点（0～4点） | 2.1±1.1 |
| | 知的能動性 | 点（0～4点） | 2.8±0.9 |
| | 親戚ネットワーク | 人 | 3.3±3.2 |
| | 友人ネットワーク | 人 | 6.0±6.3 |
| | 近隣ネットワーク | 人 | 4.6±3.4 |
| | 交流頻度 | 回/週 | 4.4±2.4 |
| | 社会活動指標 | 点（0～21点） | 8.0±2.4 |
| | 仕事 | 点（0～1点） | 0.1±0.3 |
| | 社会・奉仕活動 | 点（0～6点） | 1.6±1.2 |
| | 学習活動 | 点（0～4点） | 0.1±0.3 |
| | 個人活動 | 点（0～10点） | 6.2±1.5 |




a）カルチャーセンター，b）シルバー人材センター

図2　過去一年間に行った社会活動の参加状況

### 3．対象者の外出頻度

一週間の外出日数は平均5.5±1.9日（男性：6.7±0.8日，女性：5.2±2.0日）であり，外出頻度の分布は「毎日；7日/週」33人（54.1％），「6日/週」3人（4.9％），「5日/週」8人（13.1％），「4日/週」6人（9.9％），「3日/週」5人（8.2％），「2日/週」4人（6.6％），「1日/週」1人（1.6％），「外出しない；0日/週」1人（1.6％）であった。対象者の5割以上が毎日外出をしており，「1日/週」もしくは「外出しない」に該当する者は2名（3.2％）のみであった。

### 4．外出頻度と各変数との相関（表4）

外出頻度と各変数との関連をみるために相関係数を求めた（表4）。その結果，最も強い相関を示したものは「交流頻度」であり，相関係数は.370であった。以下，「近所への外出能力（r＝.369）」，「筋力（r＝.363）」，「近隣ネットワーク（r＝.339）」，「性別（r＝－.310）」，「体力（r＝.287）」，「転倒不安（r＝－.269）」，「転倒経験（r＝－.264）」，「居住年数（r＝.252）」と続いた。すなわち，交流頻度が高く，不自由なく近所に外出できる移動能力があり，連絡を取り合える近隣の数が多く，筋力や体力の水準が高く，居住年数が長いことは，外出頻度と正の相関があることがわかった。反対に，女性であり，過去一年間における転倒経験や転倒不安は，外出頻度と負の相関があることがわかった。

表4　外出頻度と各変数との相関

n＝61

| | 変数 | 相関係数（r） |
|---|---|---|
| 属性 | 年齢（歳） | －.165 |
| | 性別（0；男性，1；女性）[a] | －.310＊ |
| | 同居家族（人） | .026 |
| | 居住年数（年） | .252＊ |
| | 既往疾患（個） | －.089 |
| 身体機能 | 視力（0.1～1.5） | .105 |
| | 見え方（1～5点；見えない～見える） | －.139 |
| | 聴力（低音）（dB） | －.115 |
| | 聴力（高音）（dB） | －.062 |
| | 聞こえ方（1～5点；聞こえない～聞こえる） | .067 |
| | 握力（kg） | .233 |
| | 体力（0～14点） | .287＊ |
| | 移動性（0～6点） | .150 |
| | 筋力（0～4点） | .363＊＊ |
| | 平衡性（0～4点） | .211 |
| | 咀嚼力（1～5点；とても弱い～とても強い） | .118 |
| | 残存歯（本） | .188 |
| 身体・心理・社会的特徴 | 遠出（0: できない，1: できる）[a] | .052 |
| | 近所への外出能力（0: できない，1: できる）[a] | .369＊＊ |
| | 転倒経験（0: なし，1: あり）[a] | －.264＊ |
| | 認知機能（0～2点） | .000 |
| | 転倒不安（0: なし，1: あり）[a] | －.269＊ |
| | 主観的健康感（1～5点：健康でない～健康） | －.092 |
| | うつ傾向（0～5点） | －.074 |
| | 老研式活動能力指標（0～13点） | .136 |
| | 手段的ADL（0～5点） | .232 |
| | 社会的役割（0～4点） | .051 |
| | 知的能動性（0～4点） | －.108 |
| | 親戚ネットワーク（人） | .022 |
| | 友人ネットワーク（人） | .147 |
| | 近隣ネットワーク（人） | .339＊＊ |
| | 交流頻度 | .370＊＊ |
| | 社会活動指標（0～21点） | .106 |
| | 仕事（0～1点） | －.082 |
| | 社会・奉仕活動（0～6点） | .027 |
| | 学習活動（0～4点） | .173 |
| | 個人活動（0～10点） | .116 |

Pearsonの相関係数　＊＊$p < 0.01$　＊$p < 0.05$
[a] Spearmanの相関係数＊＊$p < 0.01$　＊$p < 0.05$

### 5．外出頻度を規定する要因（表5）

外出頻度を従属変数とし，外出頻度と有意な相関関係が認められた基本属性および身体・心理・社会的要因の9項目を独立変数として，重回帰分析を行った（表5）。その結果，重相関係数.696，調整済決定係数.437を示し，9変数により外出頻度の43.7％が説明された。最終的に有意な変数として確認された5変数のうち，影響力が最も強かったのは「性別（$\beta$＝－.372，$p$＝0.001）」であり，次いで「近隣ネットワーク（$\beta$＝.324，$p$＝0.003）」，「近所への外出能力（$\beta$＝.295，$p$＝0.006）」，「転倒経験（$\beta$＝－.219，$p$＝0.032）」，「交流頻度（$\beta$＝.207，$p$＝0.047）」であった。すなわち，男性であり，連絡を取りあう近隣の数が多く，近所への外出が可能であり，転倒経験がなく，一週間の交流日数が多い人ほど，一週間の外出日数が多いことがわかった。

表5　外出頻度に対する重回帰分析（ステップワイズ法）

n＝61

| 変数 | 標準偏回帰係数（$\beta$） | 単純相関（r） |
|---|---|---|
| 性別 | －.372＊＊ | －.310＊ |
| 近隣ネットワーク | .324＊＊ | .369＊＊ |
| 近所への外出能力 | .295＊＊ | .339＊＊ |
| 転倒経験 | －.219＊ | －.264＊ |
| 交流頻度 | .207＊ | .370＊＊ |
| 筋力 | .012 | .363＊＊ |
| 体力 | －.036 | .287＊ |
| 転倒不安 | －.065 | －.269＊ |
| 居住年数 | .059 | .252＊ |
| 重相関係数R | .696＊＊ | |
| $R^2$ | .484 | |
| 調整済み$R^2$ | .437 | |

＊＊$p < 0.01$　＊$p < 0.05$

## V．考　察

### 1．対象者の特性

本研究は，要介護状態のリスクがもっとも高い集団と考えられる虚弱高齢者を対象に調査を行った。その結果，54.1％の者が毎日外出しており，一週間のうち外出日数が

1日以下の者は全体の3.2%であった。また，約半数が週一回以上，「近所つきあい」や「買い物」，散歩や通所サービスなどの「運動」，農作業や草取りなどの「娯楽」を行っており，全体的に外出の多い生活をしていることが示された。新開ら[5),10)]の調査によると，外出頻度が週一回程度以下を閉じこもりと定義した場合，地域高齢者の閉じこもりの出現率は10%程度と報告されている。一方，本研究は新開よりも移動能力の低い者を対象としているが，閉じこもりに該当する高齢者は全体の3.2%であり，今回の調査対象は虚弱高齢者の中でも活動性が高く，外出行動が維持された者が多く集まった集団といえる。このような対象特性の背景を考えると，第一にサンプルの選出方法の影響が挙げられる。本研究は調査地域の全数や無作為抽出ではなく，対象者の条件にあった高齢者を専門職の協力を得て選出した。その結果，条件を満たした研究協力者を確保することが難しく，約4割は介護予防事業を実施する関連機関を介しての選出となった。そのため，32%の者が既に通所サービスの利用者であり，外出や交流に比較的意欲のある高齢者が集まったことが予測される。その反面，何らかの理由により外出していない高齢者は対象者として把握されずに除外された危険性があり，対象者のデータには偏りが生じていることが十分に予測される。第二に，先行研究[21)]と比較すると，うつ傾向がある者は3割以下と少なく，主観的健康感においては75.2%が自己の健康状態を肯定的に捉えていることが示された。このような対象集団の良好な心理特性は，調査に協力できるという対象者の安定した心身状態が関与していると予想され，それが全体的に外出頻度を高める一要因になっていたことも考えられる。その他，調査を行った地域は昔から農業を営んでいる家庭が多く，草取りや農作業のために外出している者が多く認められた。よって，このような調査地域の特性も外出頻度に影響を与えた背景として考慮していくことが必要である。

### 2．外出頻度を規定する要因

外出頻度を従属変数とし，外出頻度と有意な相関関係が認められた基本属性および身体・心理・社会的要因の9項目を独立変数として重回帰分析を行った結果，「性別」，「近隣ネットワーク」，「近所への外出能力」，「転倒経験」，「交流頻度」が外出頻度の規定要因として示された。ここでは，確認された5つの規定要因について検討していく。

第一に，本研究では一週間の外出日数に最も影響を与える要因として「性別」が確認され，男性の方が女性よりも一週間の外出日数が多い傾向があることが認められた。外出と性別については，これまでも性差による外出行動の特性や関連要因の違いは指摘されており[22) 23)]，女性の方が男性よりも外出が多いという報告もあるが，それ以上に男性の外出が多いと報告されている。その背景には外出に対するおっくうさが女性の方が若い年齢から急増することや[24)]，後期高齢者になると女性の方が電車や自動車運転による遠方への外出が困難になることが指摘されている[25)]。今回，個人面接調査にて男性の6割以上が現在も自動車の運転をしており，歩行がやや困難な者でも外出が保障されていることが伺えた。これらから，年齢や移動能力などの身体特性に性差がなかったにもかかわらず男性の外出が多い背景を考えると，移動手段の確保が大きく関与していると推察される。また，車を持つ家庭が多いという地域特性からか，男性は買物などの個人活動に加え，農作業や草とりを目的に頻繁に外出しており，このことも男性の外出頻度を高めている要因と考えられる。以上から，加齢や疾病により身体機能の低下がみられる虚弱高齢者の外出支援を考えると，いつでも気兼ねなく外出できる移動手段の充実を■るとともに，性差の嗜好や地域特性を反映させた外出プログラムを設定していくことが重要と考える。

第二に，一ヶ月に連絡を取り合える「近隣ネットワーク」の人数が多く，一週間の「交流頻度」が多い人ほど，一週間に外出する日数が多い傾向があり，「近所への外出能力」があることは外出日数に影響していることが明らかになった。移動能力と外出頻度との関連は既に多くの先行研究で報告されており[2),3),26),27)]，家から出るためには少なくとも屋外に不自由なく外出できる移動能力が不可欠であるのは当然の結果である。今回，外出頻度が低い者は「体力」，「筋力」の水準も低い結果が得られており，高齢者の外出日数を維持するためには身体の虚弱性を防止していくことが極めて重要であることが示唆された。一方，歩行障害があっても外出している人ほど回復の度合いが大きいという報告もあり[28)]，高齢者の外出頻度と生活機能には双方向性の関係があることが指摘されている[3)]。これらの結果から虚弱高齢者に必要な外出支援の要点をまとめると，移動能力の低下に対する予防的支援はもちろんのこと，外出の場を作ることによって身体機能を使う機会が増えるよう，外出目的の充実や外出しやすい環境づくりなど，多面的な視点からの支援が必要といえる。

また，「交流」が外出の規定要因となった背景には，外出がそのまま交流の機会となることや交流のために外出するなど，外出と交流はそれぞれが目的・手段の関係となって相互に影響し合っていることが考えられる。渡辺[4)]は，閉じこもり発生（外出頻度が週一回程度以下になること）の予測因子を検討したところ，男女とも「友人・近隣・親族との交流頻度が少ない」ことが最も高いオッズ比を示したと報告している。また，移動能力が高くても社会的ネットワークや親しい友人の存在が縮小すると閉じこもりになることが明らかにされており[5)]，外出日数を維持するためには社会や人とのつながりを持ち，交流できる機会を確保

することが重要であるといえる。

今回，社会的ネットワークの中でも「近隣ネットワーク」が外出の規定要因として確認されたことは興味深いところである。調査対象の約半数が遠出できないことを考えると，「近隣ネットワーク」が規定要因に抽出された背景には，身体の虚弱性によって同じ居住地区以外の友人宅への訪問が減少し，相対的に近隣への外出が増加していることが考えられる。一方，高齢期の特徴から，交遊関係の成立には地縁や地理的な近さが影響しているという報告[29]や他者と知り合うきっかけは近所が最も多く，気心が知れた他者の６割以上は自宅から15分未満の所に住んでいるという報告[30]がある。一般的に高齢者はこのような住まいを中心とした社会関係が顕著であるといわれているが，今回の調査対象も近所つきあいが日常的であり，世代的にも従来の伝統的な地縁の拘束性が強い傾向があった。以上から，近隣ネットワークが要因となった背景を考えると，近隣に含まれる二つの性質，すなわち地理的な近さで直接的な接触が可能な特性と日常的に気軽に交流できる親密性を備えた関係性が外出頻度に影響していたのではないかと考える。今回，外出と「近隣ネットワーク」との関係については，豊かな近隣ネットワークの存在が外出行動を支えているのか，移動能力の制限により結果的に近隣との関わりに限られてしまっているのか，その因果は不明である。しかしながら，いずれにせよ生活空間が徒歩圏内に限られつつある虚弱高齢者の外出日数を維持するためには，少なくとも不自由なく歩ける距離に，気軽に連絡を取り合える他者との人間関係が不可欠といえる。

第三に，過去一年間の「転倒経験」が外出頻度の規定要因であることが明らかになった。これまで転倒経験は転倒・骨折のハイリスク要因として検討されることが多かったが，最近では転倒後症候群との関連も検討されるようになっている。原田[31]は，転倒既往は手段的自立の低下と関連しており，転倒既往は公共交通機関の利用など活動範囲の縮小を伴いやすいことを示唆している。一方，江藤[32]は，生活習慣の観点から外出回数が多いことが転倒しない生活を送るための条件になることを指摘している。これらの結果は，高齢者の外出支援は転倒予防とともに展開していくことが効果的であり，複合的な視点から閉じこもり予防をしていくことの重要性を裏付ける結果となっている。

なお，今回の調査では外出頻度と心理的要因との関連性は認められなかったが，先行研究では健康自己評価[22]や抑うつ度[21]などの心理的要因が低い外出頻度と関連することが報告されている。本調査で心理的特徴を把握できなかった原因の一つには，対象の特性で述べたように，対象集団の良好な心理的特性が影響していることも十分に考えられる。そのため，今後も調査対象の特性を考慮し，心理的要因との関連性について検討していくことが必要と考える。

### ３．本研究の限界と今後の課題

本研究は，閉じこもりの二次予防の立場から閉じこもりの定義にある「生活空間が狭小化していく」プロセスに注目しており，外出日数という連続的な尺度を用いて外出頻度の関連要因を探索した点が特徴である。その結果，５つの規定要因が明らかになり，閉じこもり予防の核となる虚弱高齢者の外出支援を検討する上で新たな示唆を得ることができたと考える。ここでは本研究の限界と今後の課題について述べる。

第一に，本研究における対象者は，調査地域の全数または無作為抽出ではないため，サンプルの選出においては様々なバイアスがあったことが考えられる。また，対象者は61名と少なく，性差のバランスも決して良いとは言えないことから，調査結果の一般化には限界がある。従って，今後は対象者の選出方法を検討するとともに，対象者数を増やし，さらに詳しく関連要因の分析を行っていくことが必要である。

第二に，本研究ではこれまでの外出頻度を段階的に尋ねる従来の方法から，外出日数の連続的な変化で捉えることとした。その結果，本研究で明らかになった外出頻度の規定要因は，先行研究で報告されている閉じこもりの背景要因と類似している結果が示された。しかし今回は，横断研究という性格上，外出日数に関連する要因の解明に留まっており，外出日数の増減に注目する意義について論議するまでには至っていない。今後は，どの程度の外出日数の確保が身体機能の維持につながるかを追跡し，外出日数の増減と要介護化との関連を評価することで，閉じこもり予防において外出日数という尺度を用いる意義や現行の外出頻度を用いた判定基準の妥当性について明らかにしていくことが課題である。

## Ⅵ．結　　論

閉じこもり予防の核となる効果的で具体的な外出支援策の確立に向けて，要介護状態のハイリスク群である虚弱高齢者を対象に，外出頻度とその関連要因を明らかにすることを目的に調査を行った結果，以下の結論を得ることができた。

１．虚弱高齢者の一週間の外出日数は平均5.5±1.9日であり，33名（54.1％）が毎日外出していた。

２．外出頻度の規定要因は，「性別」，「近隣ネットワーク」，「近所への外出能力」，「転倒経験」，「交流頻度」であり，男性であり，連絡を取りあう近隣の数が多く，近所への外出が可能であり，転倒経験がなく，一週間の交流日数が多い人ほど，一週間の外出日数が多いことがわかった。

## 謝　辞

本研究にご協力いただきました対象者の皆様，各施設のスタッフの皆様に心より深く感謝申し上げます。本研究は平成19-20年度文部科学省科学研究費補助金 若手研究（B）（課題番号:19791771）の助成を受けて実施したものである。また，本研究は名古屋市立大学大学院看護学研究科修士論文の一部を加筆・修正したものであり，第34回日本看護研究学会学術集会（神戸）で発表した。

## 要　旨

本研究は，閉じこもり予防の核となる効果的な外出支援の確立に向けて，虚弱高齢者の外出頻度と身体・心理・社会的要因との関連を明らかにすることを目的とした。A県郊外に在住している虚弱高齢者61名を対象に，身体機能の計測と個人面接調査（他記式）を実施した。その結果，一週間の外出頻度は平均5.5±1.9日であり，33人が毎日外出していることがわかった。さらに重回帰分析により，「性別」，「近隣ネットワーク」，「近所への外出能力」，「転倒経験」，「交流頻度」が規定要因として認められ，男性であり，連絡を取りあう近隣の数が多く，近所への外出が可能であり，転倒経験がなく，一週間の交流日数が多い人ほど，一週間の外出日数が多いことが示された。以上より，今後の閉じこもり予防に向けた外出支援には，性差の特性を考慮し，外出するための身体的能力と外出目的となる社会的側面の双方からアプローチをしていく重要性が示唆された。

## Abstract

We examined the relationship between the frequency of going outdoors and physical, psychological and social functioning among frail elderly in order to obtain information that may help prevent them from becoming housebound. Subjects were 61 elderly people characterized as frail who lived in urban environments. A survey was conducted by multi-dimensional examination which included interviews and physical performance tests. We found that on average, those in our study population went outdoors 5.5±1.9 days per week. Thirty-three of them went out every day. Multiple regression analysis revealed that gender, neighbor network, walking ability to neighborhood, history of falls, and the frequency of contact with others were significant factors which influenced their frequency of going outdoors. Specifically, males, those with more neighbors, those with walking ability to their neighborhood, those with no history of falls, and those with a higher frequency of contact with others were more likely to go outdoors more often. These factors should be considered in attempts to maintain not only physical functioning but also social functioning to prevent frail elderly from becoming housebound.

## 引用文献

1）竹内孝仁：通所ケア学，15-37，医歯薬出版株式会社，東京，1996.
2）蘭牟田洋美，安村誠司，他：地域高齢者における「閉じもこり」の有病率ならびに身体・心理・社会的特徴と移動能力の変化，日本公衆衛生雑誌，45，883-892，1998.
3）新開省二，藤田幸司，他：地域高齢者における“タイプ別”閉じこもりの出現頻度とその特徴，日本公衆衛生雑誌，52，443-455，2005.
4）渡辺美鈴，渡辺丈眞，他：生活機能の自立した高齢者における閉じこもり発生の予測因子，日本老年医学会雑誌，44，238-246，2007.
5）新開省二，藤田幸司，他：地域高齢者におけるタイプ別閉じこもりの予後　2年間の追跡研究，日本公衆衛生雑誌，52，627-638，2005.
6）安村誠司：地域ですすめる閉じこもり予防・支援　効果的な介護予防の展開にむけて，8-45，中央法規，東京，2006.
7）安村誠司：新しい介護保険制度における閉じこもり予防・支援，老年社会科学，27，453-459，2006.
8）新開省二：高齢者の閉じこもり，日本老年医学会雑誌45(2)，117-125，2008.
9）藤田幸司，藤原佳典，他：地域在宅高齢者の外出頻度別にみた身体・心理・社会的特徴，日本公衆衛生雑誌，51(3)，168-180，2004.
10）新開省二：「閉じこもり」アセスメント表の作成とその活用方法，ヘルスアセスメントマニュアル　生活習慣病・要介護状態予防のために（ヘルスアセスメント検討委員会監修），113-141，厚生科学研究所，東京，2000.
11）安村誠司：「閉じこもり」高齢者のスクリーニング尺度の作成と介入プログラムの開発，平成14年度研究報告書厚生科学研究費補助金，14-20，2003.
12）鳩野洋子，田中久恵，他：地域高齢者の閉じこもりの状況とその背景要因の分析，日本地域看護学会誌，3(1)，26-31，2001.
13）Kinugasa T., Nagasaki H.: Reliability and validity of the Motor Fitness Scale for older adults in the community, Aging Clinical and Experimental Research, 10, 295-302, 1998.
14）Rolfson D.B., Majumdar S.R.: Development and validation of a new instrument for frailty, Clinical and Investigative Medicine, 23, 336, 2000.
15）杉澤秀博，Jersey L.：高齢者の健康度自己評価の変化に関する要因，老年社会科学，16(1)，37-45，1994.
16）鳥羽研二：高齢者総合的機能評価ガイドライン，108-114，厚生科学研究所，東京，2003.
17）古谷野亘，柴田　博，他：地域老人における活動能力の測定－老研式活動能力指標の開発，日本公衆衛生雑誌，34(3)

109-114, 1987.
18) Lubben J., Blozik E. et al.：Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations, Gerontologist, 46, 503-513, 2006.
19) 橋本修二，青木利恵，他：高齢者における社会活動状況の指標の開発，日本公衆衛生雑誌，44, 760-768, 1997.
20) 岡本秀明，岡田進一，他：大都市居住高齢者の社会活動に関連する要因　身体，心理，社会・環境的要因から，日本公衆衛生雑誌，53, 504-515, 2006.
21) 渡辺美鈴，渡辺丈眞，他：ひとりで遠出できないとする高齢者の背景要因 大都市近郊に独居する自立前期高齢者における調査，日本公衆衛生雑誌，51, 854-861, 2004.
22) 渡辺美鈴，渡辺丈眞，他：基本的日常生活動作の自立している地域高齢者の閉じこもり状態像とその関連要因，大阪医科大学雑誌，62(2-3), 124-132, 2003.
23) 原口由紀子，尾崎米厚，他：地域高齢者における「閉じこもり」の頻度と指標間の一致度に関する研究，日本衛生学雑誌，61, 44-52, 2006.
24) 吉本照子，川田智恵子：在宅高齢者の保健行動，日常生活行動，交通環境に対する認識の性・年齢差，日本老年医学会雑誌，35, 619-625, 1998.
25) 山川正信，上島広嗣，他：訪問悉皆調査における在宅高齢者のADL(日常生活動作能力）の実態，日本公衆衛生雑誌，41, 987-996, 1994.
26) 中田晴美，高崎絹子，他：地域在宅高齢者における介護予防活動に関する研究－閉じこもり予備群の状況と関連要因に焦点を当てて－，日本在宅ケア学会誌，6 (1), 61-69, 2002.
27) 古田加代子，伊藤康児，他：在宅高齢者の閉じこもりに関連する心理的要因の検討，老年看護学，10(1), 5-16, 2005.
28) Fujita K., Fujiwara Y. et al.： Frequency of going outdoors as a good predictors for incident disability of physical function as well as disability recovery in community-dwelling older adults in rural Japan, Joural of Epidemiology, 16(1), 261-270, 2006.
29) 西村昌記，石橋智昭，他：高齢期における親しい関係－「交遊」「相談」「信頼」の対象としての他者の選択－，老年社会科学，22, 367-374, 2000.
30) 古谷野亘，矢部拓也，他：地方都市における高齢者の社会関係－気心が知れた他者の特性－，老年社会科学，29(1), 58-64, 2007.
31) 原田和宏，佐藤ゆかり，他：在宅自立高齢者におけるADLと活動能力障害の出現率，および転倒既往と閉じこもりの関与，理学療法学，33, 263-271, 2006.
32) 江藤真紀，久保田新：地域高齢者の生活環境・習慣と転倒特性およびその後の変化，日本看護研究学会雑誌，25(4), 33-51, 2002.

〔平成20年9月8日受　付
平成21年5月7日採用決定〕

－原　著－

# 若年男性労働者が就職以降に体重増加・肥満に繋がる要因とその背景
## －特徴的な思考・行動パターンによる若年男性肥満労働者の類型化－

A Study on Factors and the Background Contributing to Weight Gain and Obesity in Young Male Employees after Employment
－Classification of Young Obese Male Employees by Characteristic Patterns of Thinking and Behaviors－

田　甫　久美子[1)]　　稲　垣　美智子[2)]
Kumiko Tanbo　　Michiko Inagaki

キーワード：若年男性，肥満，体重増加，就職
Key Words ：young male, obesity, weight gain, employment

## Ⅰ．緒　言

欧米諸国では体格指数（Body Mass Index：BMI）30以上に高頻度に見られる耐糖能異常，２型糖尿病，高血圧，高中性脂肪血症，高コレステロール血症，低HDLコレステロール血症であるが，本邦では，30年間にわたる肥満発生率の推移から，BMIが25～28程度であっても発症する危険率が正常体重群の２～４倍増加すると報告されている。また，その値で複数の疾病群を集積するものの，BMI30以上ではわずかな増加に留まることが明らかにされており，諸外国との相違が明らかとなっている[1)]。

本邦のBMI25以上の肥満率増加は男性において顕著であり，30歳代から急増し，近年では30～60歳代男性の30%を超えている[2～5)]。20歳代後半から30歳代前半に男性労働者のBMI上昇率が増加するという報告[6)]，男性労働者の肥満は20～30歳代という比較的若年層で急増するという報告[7)]はあるが，肥満率が急増する若年男性を対象とした研究は少ない。30歳未満までは有意差のない若年労働者の体重が５年後には勤務形態等によって有意差が認められたという報告[8)]，35歳時の定期健康診断で血清総コレステロール値・尿酸値の高値群には若年時からの肥満度が有意に高いという報告[9)]，若年労働者の満腹摂取・早食いはBMI，GPTと関連しているという報告[10)]はあるが，いずれもこの年代での肥満率上昇の理由やその背景についてまでは調査されていない。

そこで，研究者は体重増加率が上昇する若年男性労働者に焦点を当て，体重増加に繋がる８要因をもとに質的にその背景48項目について導き出した[11)]。また，調査内容から，若年男性肥満労働者は，日頃から意識することなく体重増加に繋がる思考と行動を繰り返し，積み重なる体重増加から肥満に至るという過程が推測された。

国内外における先行研究から，性別，年齢，社会経済的地位，人種民族，地理的環境による肥満の傾向を調査した報告[12)]や肥満が経済に及ぼす影響[13～17)]，肥満が冠動脈疾患の危険因子に与える影響[18～26)]，食生活や身体活動など肥満の要因を推測する研究[27～29)]について数多く報告がなされている。これらは，危険因子としての肥満や肥満に繋がる直接行為を示している。また，介入プログラムを用いた効果の報告[30～38)]や肥満症の治療ガイドライン[39)]，行動療法[40)]では具体的な治療方法が示されている。しかし，対策として年齢や性別を考慮した方法論は示されておらず，一度増えてしまった体重を減らしたり，減量後の体重を維持したりすることは極めて難しい現状がある。特に，若年男性労働者の減量については，研究者の経験から既存の理論を用いた一律の方略では効果が得にくく，この年代の男性に対する体重増加対策には特有の体重増加に繋がる思考・行動への着目が重要であり，また体重増加の特徴について類型化が可能ではないかと考えた。本研究は，若年男性労働者の日常生活の中で繰り返される体重増加に繋がる思考・行動を示す８要因とその背景48項目が保健指導に用いる質問紙の設問として有効であることを明らかにすることを目的とする。

今日，若年労働者に対する健康管理は40歳以上の中高年を対象とした健康管理に比べなおざりにされている。雇入れ時の健康診断以降35歳時の定期健康診断まで血液検査や心電図検査，腹囲測定は必須項目となっておらず，35歳未満の労働者に人間ドックの費用を制限する事業所も多い[41),42)]。本研究の意義は，この質問紙を活用し若年男性労働者の就職以降に体重増加に繋がる要因とその背景を用

１）金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程　Division of Health Science, Graduate School of Medical Sciences, Kanazawa University
２）金沢大学医薬保健研究域保健学系　Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University

い若年男性に特有の体重増加に繋がる思考・行動の類型化ができることにより，類型化に応じた指導方法の開発が可能となり若年男性労働者への体重管理の新たな方策が見出されることと考える。

## Ⅱ．研究目的

本研究の目的は，若年男性労働者の就職以降に体重増加に繋がる８要因とその背景48項目をもとに，この年代に特有の体重増加に繋がる思考・行動のパターンを見出す質問紙を作成し，その活用可能性を明らかにすることである。

## Ⅲ．研究の概念枠組み（質問紙の作成）

通常，体重増加は肥満に至らなければ見逃されやすく，また，先行研究では体重増加と肥満とは同義語とされ区別されていない。本研究では若年男性労働者の肥満は，消費エネルギーと摂取エネルギーの不均衡により体重が増加し，さらに積み重なる体重増加から肥満に至るという４つの過程を経る現象として捉えた。先行研究から肥満（本研究における体重増加）に関連する要因は破線内に示す①定期的な運動習慣の有無とその運動強度 ②バランスのとれた食事時間と食事内容 ③食事量の過剰摂取 ④食事時間がもつ価値 ⑤ストレス ⑥健康管理意識の６つである。加えて研究者は，先の研究者の調査[11]から「男性特有の体格認識」は積み重なる体重増加に関連している要因として見出した。また，「食べ物を提供する相手との関係性」は摂取エネルギーに関連する要因として位置づけ，後者２要因を追加し肥満（体重増加）に繋がる要因を計８要因とする概念図（図１）とした。それぞれの要因には背景があり，その詳細を設問項目の一覧として表１に示す。

作成した質問紙は表１の８要因とその背景48項目を本調査の若年男性労働者の体重増加に繋がる設問とし，回答方法として６件法（数値が大きいほど体重増加に繋がる）のリッカート式を付加したものである。

## Ⅳ．研究方法

１．対象：事業所にフルタイムで勤務する25歳以上35歳未満の男性労働者319名とした。対象選定については，調査協力の得られた北陸３県にある事業所14社の担当者に依頼した。対象選定の条件は，資料および先行研究[6), 7), 41~43)]から，男性の体重増加率上昇が20歳代後半から30歳代前半に見られること，25～34歳男性の就業率が88.7%（25～29歳），93.1%（30～34歳）であることを理由とした。質問紙は対象者の人数分を各事業所担当者宛に郵送し，回収は対象者から研究者に直接返送されるよう各人

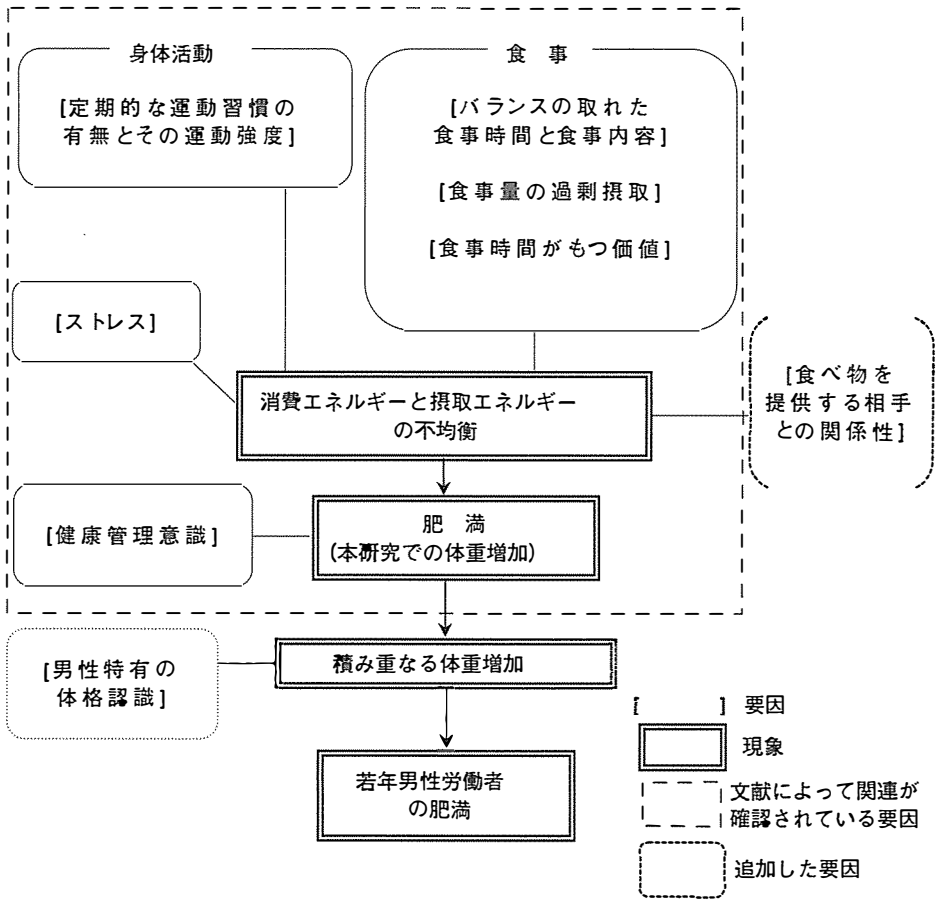



図１．若年男性労働者が肥満に至る過程の概念図

表1．体重増加に繋がる要因と要因の背景を探る設問

| 要因 | 要因の背景を探る設問 |
|---|---|
| 定期的な運動習慣の有無とその運動強度<br>8項目 | ・仕事や家庭・仲間を優先し運動するための時間を融通してこなかった<br>・歩いていけそうな距離でも車や自転車を利用してしまう<br>・少々つらい運動やトレーニングは仲間と一緒でなければできない<br>・何をするにも面倒だと感じる<br>・一緒に運動をする仲間を自分で探すことはしてこなかった<br>・学生時代に競技として実施していたスポーツでさえも就職後すっぱり止めてしまった<br>・時間や費用があれば運動に費やすよりも遊興につぎ込んできた<br>・入社後，意図的な運動習慣をもたなくなっていった |
| バランスのとれた食事時間と食事内容<br>4項目 | ・家族に対して献立をリクエストしたりメニューを決定したりなどほとんどしてこなかった<br>・食事時間や内容は自分の意思よりも，仕事や周囲の状況に合わせてきた<br>・食事は，出されたものや目の前にあるものを残さず全部食べてきた<br>・外食や間食は栄養バランスよりも自分の欲するものを瞬間的・直感的に選択してきた |
| 食事量の過剰摂取<br>6項目 | ・食べ物を調達に行くと旨いものももれなく買っている<br>・食べたいものを買うときにはスーパーよりもコンビニに行く<br>・食事を抜いたり減らしたりすると元気も減ることを経験してきた<br>・食べたいときに食べることこそ，明日の活力に繋がると実践してきた<br>・外食先では大盛りを好んだり，満腹感が得られるまで追加注文を繰り返したりしてきた<br>・たとえ満腹であろうが食事を残すなんて勿体ないことはできないし，決してしてこなかった |
| 食事時間がもつ価値<br>3項目 | ・食事も飲酒も仲間と一緒の時が最高だ！と，実感している<br>・同僚から飲み会や食事会に誘われれば，急な誘いであっても喜んで付き合ってきた<br>・食事の時間は自分にとって，かけがえのないくつろぎや至福の時間となってきた |
| ストレス<br>7項目 | ・仕事上でのストレスを感じるようになってきた<br>・仕事の合間にはタバコと缶コーヒー，もしくは清涼飲料水で頭や気分をスッキリさせて休憩するようにしている<br>・TVゲームやパチンコのようにやっていてどんどん楽しくなる遊興を好んできた<br>・自分の楽しみのためだったら仕事時間を融通してでも時間を捻出してきた<br>・飲み会や遊興等でうっぷんを晴らしているからこそ，次の日から元気に仕事ができてきた<br>・食事が遅い時間になろうとも付き合いを優先させてきた<br>・飲み会に参加して食事すると，いつも満腹以上に食べてきた |
| 健康管理意識<br>8項目 | ・実践中の健康食・健康法に目立った効果は実感していないが，負担が少ないので何となく続けられている<br>・健康食・健康法を始めるきっかけのほとんどが，人から紹介されたり，もらったり，たまたまであって，自分で考えついたことは，まずない<br>・身近な人が健康食や健康法を実践していると聞くと，体によさそうだと感じ自分でも試してみている<br>・自分で思い付いて，これまでに試した健康法は，なかなか長続きしなかった<br>・体によいとか，負担だとかは明日の体調に影響するかどうかで判断してきた<br>・日頃から健康を意識することが，まずない<br>・たまに体に悪いと指摘されても実感がないので，とりたててどうこうしてこなかった<br>・体力と筋力は着実に衰えていると実感するようになってきた |
| 男性特有の体格認識<br>9項目 | ・入社当初には今のように体重が増えるなんて予想もしていなかった<br>・今の体重になってちょっと動いても重たいし，しんどいと感じるようになってきた<br>・健康のためと言われるよりは減量や体力維持のためと言われる方が自分のためと思える<br>・以前に比べると少しは動くよう心がけるようになってきた<br>・痩せたいけれど，それは願望であって真に痩せる必要性は感じてこなかった<br>・体型やお腹の肉付きを恥ずかしく思い，何とかしなければとは感じるようになってきた<br>・今の体型になって異性や周囲から格好良く見られることに妥協するようになってきた<br>・減量を成功させる知識や技術を，あえて習得しようとしてこなかった<br>・家族が自分のために調節した食事については甘んじて受け入れてきた |
| 食事の作り手（食べ物を提供する相手）との関係性<br>3項目 | ・会食や飲み会後に帰宅して自分の分として食事が作ってあると，食べないのは悪いと感じ残さず食べるようにしてきた<br>・同僚が職場でお土産のお菓子を配っていると，無碍に断るのは申し訳ないのでその都度いただいて食べてきた<br>・行きつけの外食先で自分の嗜好に合うものを勧められたり，おまけされたりすると，嬉しくなっていただくようにしていた |

表2．調査時にお ける被験者の基 本属性

| | | |
|---|---|---|
| 所属企業の業種（社） | 通信業 | 4 |
| | 製造業 | 3 |
| | 教育・研究業 | 3 |
| | 畜産・水産業 | 1 |
| | 建設業 | 1 |
| | 商業 | 1 |
| | 保健衛生業 | 1 |

| | 平均値±標準偏差 |
|---|---|
| 年齢（歳） | 31.3±3.1 |
| 社会人経験（年） | 9.97±4.3 |
| 身長（cm） | 172.9±5.8 |
| 体重（kg） | 69.0±11.2 |
| 就職後の体重増減量（kg） | 5.3±7.8 |
| 調査時のB MI(kg/m²) | 22.3±4.0 |

| 体格 人数（%） | |
|---|---|
| やせ | 8（4.1） |
| 標準 | 142（72.4） |
| 肥満 | 46（23.5） |

| | 体重減少 | 不 変 | 3〜9.9kg 体重増加 | 10kg以上 体重増加 | 合 計 |
|---|---|---|---|---|---|
| や せ | 0（0.0） | 6（85.7） | 1（14.3） | 0（0.0） | 7（100.0） |
| 標 準 | 13（9.2） | 50（35.2） | 54（38.0） | 25（17.6） | 142（100.0） |
| 肥 満 | 1（2.2） | 2（4.3） | 14（30.4） | 29（63.0） | 46（99.9） |
| 全 体 | 14（7.2） | 58（29.7） | 69（35.4） | 54（27.7） | 195（100.0） |

注）体重未記入：1人　　＊欠損値はリストごとに除 外
注）増減量 未記入：1人

に返信用封筒を添付した。

2．データ収集：データ収集期間は2008年1月〜6月，回収された質問紙は197名分（回収率62.8%）であった。基礎項目（年齢，社会人経験年数，就職後の体重増減量，調査時の身長・体重）も合わせて調査し，欠損値は分析のリストごとに除外して，197名分すべてを分析対象とした。分析対象者の概要を表2に示す。

3．分析方法：①基礎項目の集計から被験者の実態を把握した。②探索的主成分分析を用い各被験者の主成分得点から作成した散布図上で被験者全体の特徴を把握した。③各被験者の主成分得点から作成した散布図上で集積したクラスターや被験者の分布の特徴について，一元配置分散分析，Bonferroniの多重比較，Dunnettの多重比較，$\chi^2$検定，t検定，信頼性分析を用い統計学的に検討した。④若年男性労働者の体重増加に繋がる思考・行動パターンについて，体重増加に繋がる8要因とその背景48項目の回答が高い項目から解釈し記述による類型化を行った。

4．倫理的配慮：本研究は金沢大学医学倫理委員会の承認を得た。また，質問紙配布時に事業所の担当者のみならず，各対象者へも研究趣意書を添付し，同意が得られた場合のみ質問紙を返送するよう研究協力を依頼した。

## V．結　果

就職以降の体重増減の基準については，被験者の平均身長から体重が約3kg変化するとBMIが1増減することから，3kg以上の変化をもって増減ありとした。

### 1．実態調査

就職以降の体重増減量およびBMIは，社会人経験年数，年齢と正の相関が見られ，社会人経験年数が増すごとに体重の増加，BMIの上昇が認められた（表3）。

被験者の就職以降の体重変化は，体重減少14人（7.1%），不変59人（30.1%），体重増加123人（62.8%）であり，調査時に肥満であった男性労働者の93.5%は就職以降に3kg以上の体重増加を認めていた。また，就職以降に体重増加のあった被験者123人の内訳は，3〜9.9kg増加69人（56.1%），10kg以上増加54人（43.9%）であり，就職以降に体重増加した人の43.9%に10kg以上の体重増加を認めた。

表3．調査時の基 本統計量間の相 関関係

n＝197

| | 年齢 | 身長 | 体重 | 増減量 | B MI | 社会人経験 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 年齢 | − | | | | | |
| 身長 | −0.059 | − | | | | |
| 体重 | 0.145* | 0.269** | − | | | |
| 増減量 | 0.358** | 0.014 | 0.580** | − | | |
| B MI | 0.212** | −0.107 | 0.918** | 0.569** | − | |
| 社会人経験 | 0.839** | −0.026 | 0.160* | 0.372** | 0.213** | − |

Spearman's correlation　　*p＜0.05　　**p＜0.01

### 2．被験者全体の特徴（探索的主成分分析）

多くの質問項目の中から小数個の総合的な体重増加指標となる項目を探り，被験者全体の特徴を把握するため探索的主成分分析を行った。固有値が高く主要な成分と考えられる第3成分（固有値2.84）までを採用した。主要な成分の負荷量を表4に示す。各主成分の負荷量が高い項目から，第1主成分は“仲間と過ごす時間や周■の支援を大切にする”と解釈した。第2主成分は“自己理想像に近づけない自分への理由づけ”，第3主成分は“現在運動をしていない理由づけ”と解釈した。各被験者の主成分得点と体重増減量，BMIとの相関では，いずれも第2主成分と最も強く相関しており，相関係数はそれぞれ0.658，0.619であった（表5）。

各被験者の第1主成分と第2主成分の主成分得点から作成した散布図を図2に示す。肥満者及び体重増加者は第2主成分上に分類され特徴的あるクラスターをつくった。第2主成分上のプラス方向に偏在するほど体重増加者および肥満者が多くなり，マイナス方向に偏在する肥満者は3名のみであった。また，年代も第2主成分上に分類され，プラス方向に30歳代，マイナス方向に20歳代が多くなった。10kg以上の体重増加者と肥満者との重なりが見られたため，被験者の体格別の平均体重増減量をみた。その結果，やせ0.88±2.5kg，標準3.30±6.1kg，肥満12.2±8.9kgであり，肥満者はやせ・標準との間に統計的有意差を認めた

表４．探索的主成分分析で抽出した主要カテゴリーの負荷量

n＝197

| | 第１主成分 | 第２主成分 | 第３主成分 |
|---|---|---|---|
| Q20：同僚から飲み会や食事会に誘われれば，急な誘いであっても付き合ってきた | 0.741 | −0.066 | 0.001 |
| Q27：食事が遅い時間になろうとも付き合いを優先させてきた | 0.717 | −0.022 | 0.028 |
| Q19：食事も飲酒も仲間と一緒の時が最高だ！と実感している | 0.703 | −0.032 | −0.106 |
| Q48：行きつけの外食先で自分の嗜好に合うものを勧められたり，おまけされたりすると，嬉しくなっていただくようにしていた | 0.645 | 0.072 | −0.063 |
| Q28：飲み会に参加して食事すると，いつも満腹以上に食べてきた | 0.605 | 0.046 | −0.017 |
| Q47：同僚が職場でお土産のお菓子を配っていると，無碍に断るのは申し訳ないのでその都度いただいて食べてきた | 0.584 | −0.096 | 0.040 |
| Q26：飲み会や遊興等でうっぷんをはらしているからこそ，次の日から元気に仕事ができていた | 0.574 | −0.053 | 0.058 |
| Q17：外食先では大盛りを好んだり，満腹感が得られるまで追加注文を繰り返したりしてきた | 0.555 | 0.176 | −0.089 |
| Q18：たとえ満腹であろうが食事を残すなんて勿体ないことはできないし，決してしてこなかった | 0.476 | 0.172 | 0.013 |
| Q35：たまに体に悪いと指摘されても実感がないので，とりたててどうこうしてこなかった | 0.418 | −0.013 | 0.371 |
| Q25：自分お楽しみのためだったら仕事時間を融通してでも時間を捻出してきた | 0.398 | −0.266 | −0.015 |
| Q38：今の体重になってちょっと動いても重たいし，しんどいと感じるようになってきた | −0.008 | 0.763 | 0.125 |
| Q42：体型やお腹の肉付きを恥ずかしく思い，何とかしなければとは感じるようになってきた | 0.019 | 0.720 | −0.070 |
| Q37：入社当初は今のように体重が増えるなんて予想もしていなかった | 0.025 | 0.686 | 0.119 |
| Q43：今の体型になって異性や周囲から格好良く見られることに妥協するようになってきた | 0.004 | 0.662 | 0.163 |
| ・就職以降の増減量(kg) | −0.016 | 0.659 | 0.124 |
| ・調査時のBMI | 0.145 | 0.583 | −0.093 |
| Q45：家族が自分の減量のために調節した食事については甘んじて受け入れてきた | −0.073 | 0.534 | −0.098 |
| Q40：以前に比べると少しは動くよう，心がけるようになってきた | −0.160 | 0.490 | −0.363 |
| Q31：身近な人が健康食や健康法を実践していると聞くと，体によさそうだと感じ自分でも試してみている | −0.077 | 0.373 | −0.186 |
| Q８：入社後，意■的な運動習慣をもたなくなっていった | −0.041 | −0.014 | 0.716 |
| Q７：時間や費用があれば運動に費やすよりも遊興につぎ込んできた | −0.007 | −0.088 | 0.705 |
| Q５：一緒に運動をする仲間を自分で探すことはしてこなかった | −0.250 | −0.049 | 0.700 |
| Q６：学生時代に競技として実施していたスポーツでさえも就職後すっぱり止めてしまった | −0.148 | −0.019 | 0.641 |
| Q1：仕事や家庭・仲間を優先し運動する時間を融通してこなかった | −0.079 | 0.118 | 0.636 |
| Q４：何をするにも面倒だと感じる | 0.096 | 0.007 | 0.522 |
| Q34：日頃から健康を意識することは，まずない | 0.124 | −0.135 | 0.507 |
| Q３：少々つらい運動やトレーニングは仲間と一緒でなければできない | 0.085 | 0.190 | 0.459 |
| Q44：減量を成功させる知識や技術を，あえて習得しようとしてこなかった | 0.199 | 0.166 | 0.406 |
| 固有値 | 4.980 | 3.620 | 2.840 |
| 寄与率（%） | 17.160 | 12.480 | 9.800 |
| 累積寄与率（%） | 17.160 | 29.640 | 39.440 |

表５．各被験者の主成分得点と体重増減・BMIとの相関係数

n＝195

| | 第１主成分 | 第２主成分 | 第３主成分 |
|---|---|---|---|
| 体重増減量（kg） | 0.170* | 0.658** | 0.145* |
| BMI（kg/㎡） | 0.301** | 0.619** | −0.067 |

Spearman's correlation

＊ｐ＜0.05
＊＊ｐ＜0.01

(ｐ＜0.01)。つまり，調査時に肥満であった者は就職以降において，「やせ・標準」者よりも有意に体重増加を認めたと言える（表６）。また，就職以降の体重変化から見た調査時の平均BMIは，体重減少22.1±2.0，不変20.2±3.4，３～9.9kg増加23.3±2.6，10kg以上増加26.0±4.1であり，10kg以上の体重増加群はその他の３群との間に統計的有意差を認めた（ｐ＜0.01）。つまり，就職以降に10kg以上体重増加した者は「体重減少・不変・9.9kg以下の体重増加」者よりもBMIが有意に大きいと言える（表６）。

### ３．質問項目の回答に対する体重増加者の感度

質問項目の回答が体重増加者に反映するかを見るために，第１主成分で負荷量が0.3以上であった設問11項目と，第２主成分で負荷量が0.3以上であった設問７項目の回答合計について被験者ごとに集計した。この設問18項目に含

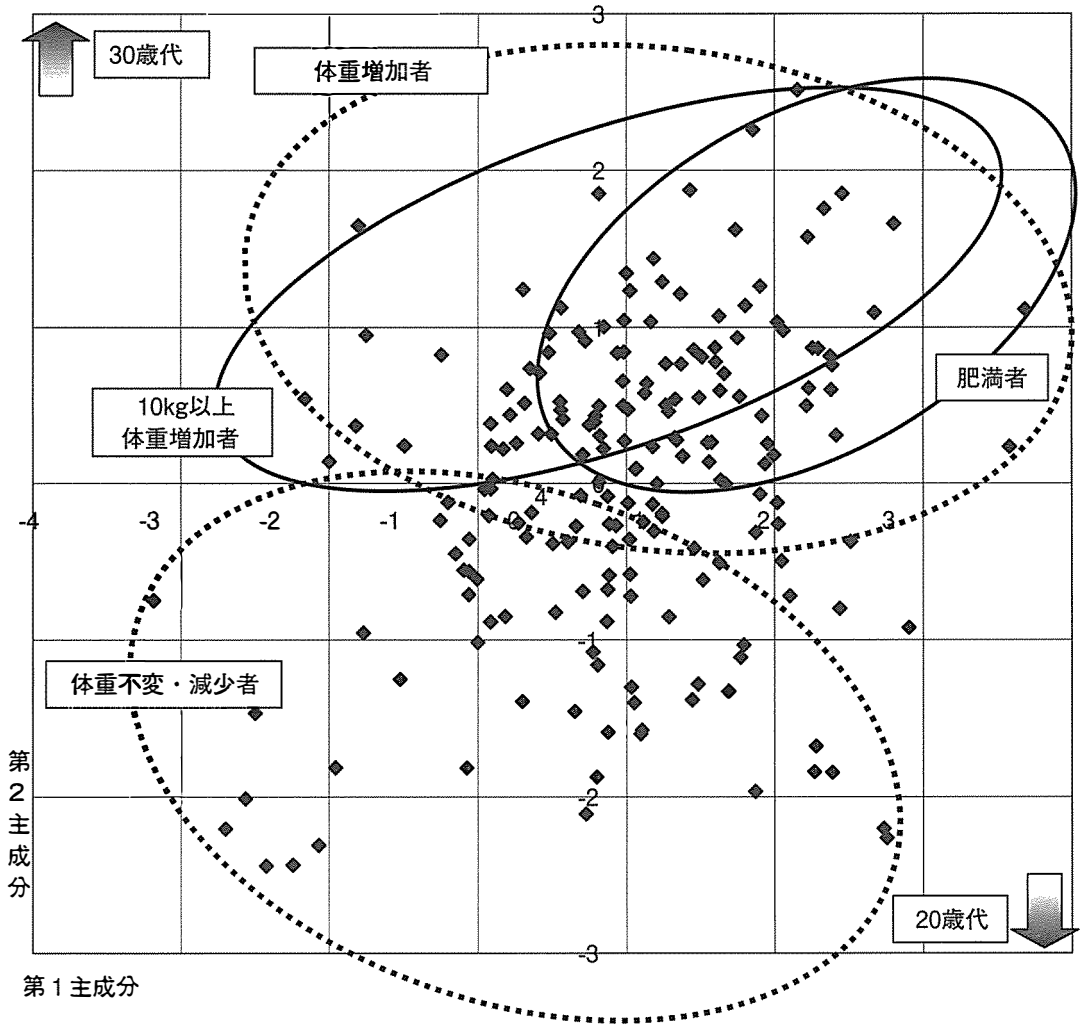



図2．被験者の就職後の体重変化と調査時に肥満であった者の分布（n＝195）
＊横軸（第1主成分）・縦軸（第2主成分）

表6．調査時の体格と就職以降の平均体重増減量

| | 平均体重増減量（kg）<br>平均値±標準偏差 | Dunnett test<br>肥満に対するp値 |
|---|---|---|
| 肥満　(n＝46) | 12.2±8.9 | |
| やせ　(n＝8) | 0.88±2.5 | ＊＊ |
| 標準　(n＝142) | 3.30±6.1 | ＊＊ |
| | 平均体格指数（kg/㎡）<br>平均値±標準偏差 | Dunnett test<br>10kg以上増に<br>対するp値 |
| 10kg以上増(n＝54) | 26.0±4.1 | |
| 体重減少　(n＝14) | 22.1±2.0 | ＊＊ |
| 不変　(n＝59) | 20.2±3.4 | ＊＊ |
| 3～9.9kg増(n＝69) | 23.3±2.6 | ＊＊ |

注）体重未記入：1人　　＊＊ p＜0.01
注）増減量未記入：1人

まれる体重増加に繋がる要因は6つ，要因の背景は計18項目{③食事量の過剰摂取（背景3項目），④食事時間がもつ価値（背景1項目），⑤ストレス（背景4項目），⑥健康管理意識（背景2項目），⑦男性特有の体格認識（背景6項目），⑧食べ物を提供する相手との関係性（背景2項目）}であり，回答合計範囲は18～108点，内的整合性を示すCronbach α係数は0.81であった。これら設問18項目の回答合計点と体重増減量，BMIとの相関をみた結果，体重増減量（相関係数0.36），BMI（相関係数0.47）の両方と正の相関がみられ，回帰直線からの参照線は体重増減量の+10 kg, BMIの25のいずれも回答合計点の67と交差した。また，各被験者の主成分得点から作成した散布図上に設問18項目の回答合計点による特徴をみると，回答合計点は主に第1主成分上に分類され，プラス方向に偏在するほど67点以上者が多くなった（図3）。

設問18項目の回答合計点が67点以上であった者は，就職以降に体重増加した123人中には74人（60.2%），体重減少した14人中に1人（7.1%），体重が不変であった59人中に10人（16.9%）であり，体重減少・不変者に比べて体重増加者の割合は有意に高くなっていた（p＜0.01）。また，設問18項目の回答合計点の平均について各被験者の就職以降の体重変化，調査時の体格別にt検定を用いて比較した結果，体重が10kg以上増加した人はその他の人よりも有意に

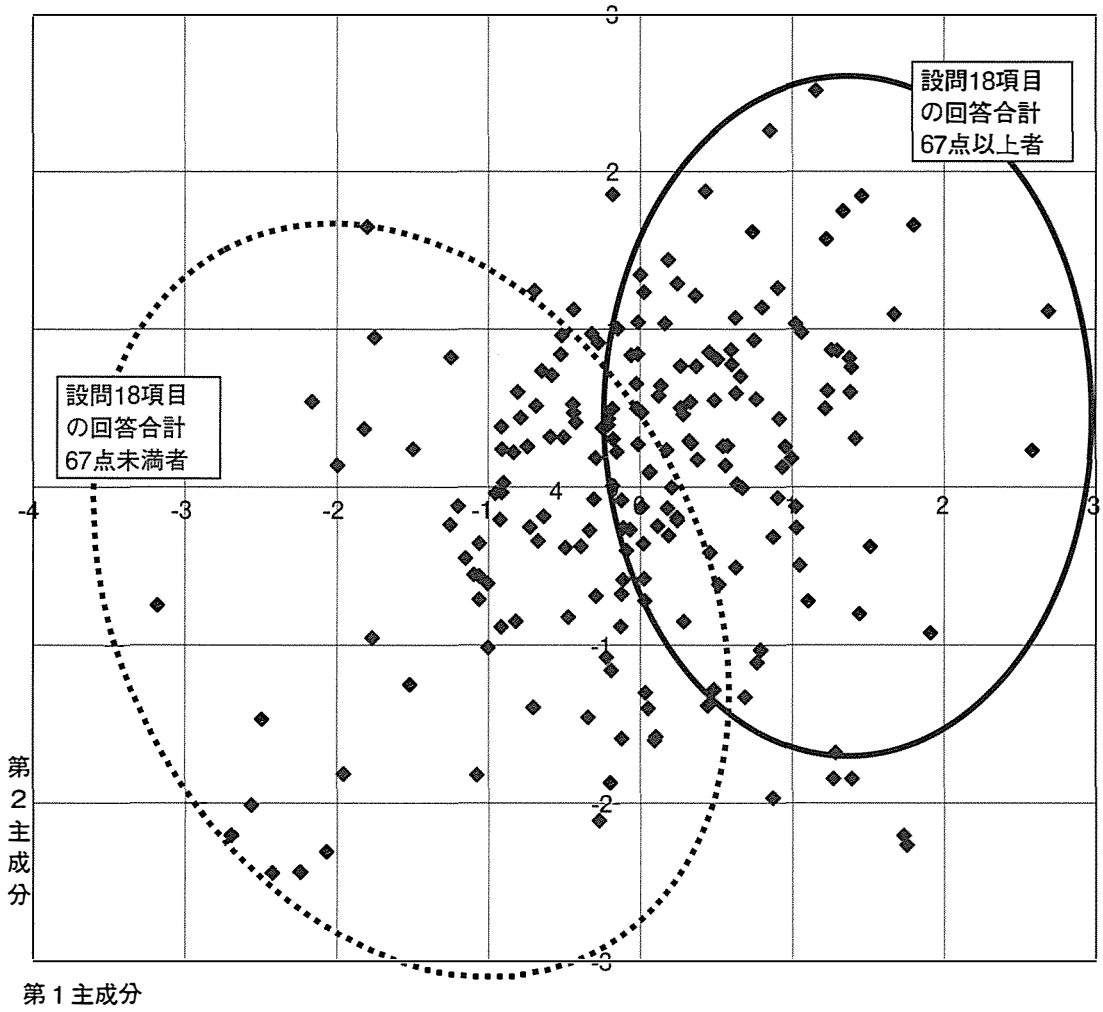



図3．主要2成分の主成分得点が67点以上であった者の分布（n＝195）
＊横軸（第1主成分）・縦軸（第2主成分）

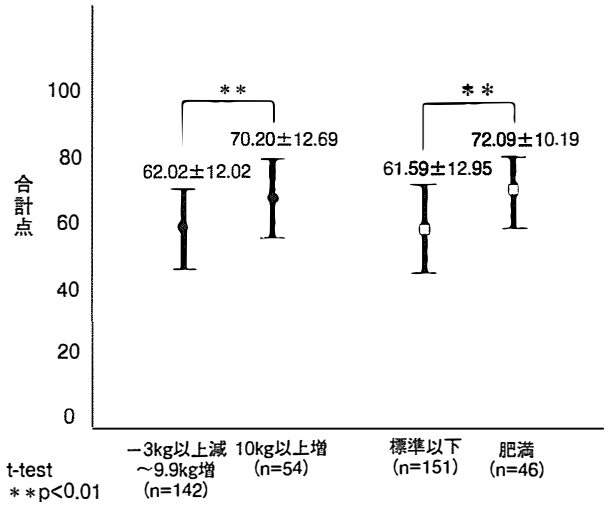



図4．18項目の合計点の平均と標準偏差

得点が高く，肥満者も標準以下の体型者よりも有意に得点が高くなっていた（p＜0.01）（図4）。そして，設問18項目の回答合計点から67点以上群と67点未満群との2群間に分け$\chi^2$検定を用いて就職後の体重変化別に比較した結果，67点以上群に体重10kg以上増加者，BMI25以上の肥満者が有意に多かった（p＜0.01）（表7）。これらの結果から，設問18項目の回答合計67点以上を境界とする判別的中率は，10kg以上の体重増加者において63.8%，BMI25以上の肥満者は67.0%であった。

表7．設問18項目の合計点と体重増減量・体格指数

| | | 67点未満 | 67点以上 | 計 | chi square test |
|---|---|---|---|---|---|
| 増減量 | 3kg以上減〜9.9kg増 | 91 | 51 | 142 | ** |
| | 10kg以上増 | 20 | 34 | 54 | |
| | 計 | 111 | 85 | 196 | |
| 体格 | 標準以下 | 99 | 52 | 151 | ** |
| | 肥満 | 13 | 33 | 46 | |
| | 計 | 112 | 85 | 197 | |

** p＜0.01

## 4．体重増加者および肥満者の思考・行動の類型化

1）各被験者の主成分得点から作成した散布図に集積したクラスターの特徴ならびに，統計学的検定結果より，主要な2成分から採用した18項目の回答合計点が67点以上で

あった若年男性労働者の体重増加に繋がる思考・行動パターンは，「仕事のストレスを仲間との飲み会・食事会・遊興によって緩和し，その場の雰囲気が食欲を増す。また，同僚や行きつけ店の心遣い，勿体ない気持ちが食欲とは別に食事量を増す」そして，「折に触れ，以前より見栄えが悪くなった体型や活発ではない自身を実感する。身近な人が勧める健康法を模倣したり家族からの食事管理を受容したりもするが，現在の自分自身に妥協し折り合いをつける」と解釈できた。この体重増加に繋がる思考・行動パターンは，就職以降に10kg以上体重増加した者と調査時肥満であった者の６割以上を占めた。

２）調査時に肥満であった若年男性労働者46名中，設問18項目の■答合計が67点未満の17名について，就職以降の体重増加に繋がる思考・行動パターンを質問紙の体重増加に繋がる８要因とその背景48項目から探った。

Group 1の特徴は，入社時よりBMIが24以上と体格がよく，就職以降に更に10kg以上の体重増加を認める２人であり，食事時間に全く付加価値がないため食事時間や栄養バランスを考えることをせず，またあえて運動もしないタイプの肥満（食事時間Non付加価値type）であった。Group ２の特徴は，６人中４人は入社時においてすでに肥満であり，１人も入社時BMIが24以上と体格がよい。食事時間・栄養バランスは周囲に合わせ，食べ物を提供する相手の気持ちを大事にし，勧められたものを残さず摂取するタイプの肥満（同僚尊重・関係重視type）であった。Group ３の特徴は，９人中４人は入社時より肥満であるが，５人は入社時標準体重である。食事時間がもつ付加価値や食べ物を提供する相手との関係性を尊重し，食事時間や栄養バランスを考えないタイプの肥満（食事付加価値重要視type）であった。後者３typeの肥満者の思考・行動パターンは，各被験者の第１主成分と第３主成分の主成分得点から作成した散布図において別々の３象限に分類された（図５）。

## Ⅵ．考　察

本研究は体重増加と肥満とを分けて着眼したことに独自性がある。本研究結果から，それを裏づけることが可能と

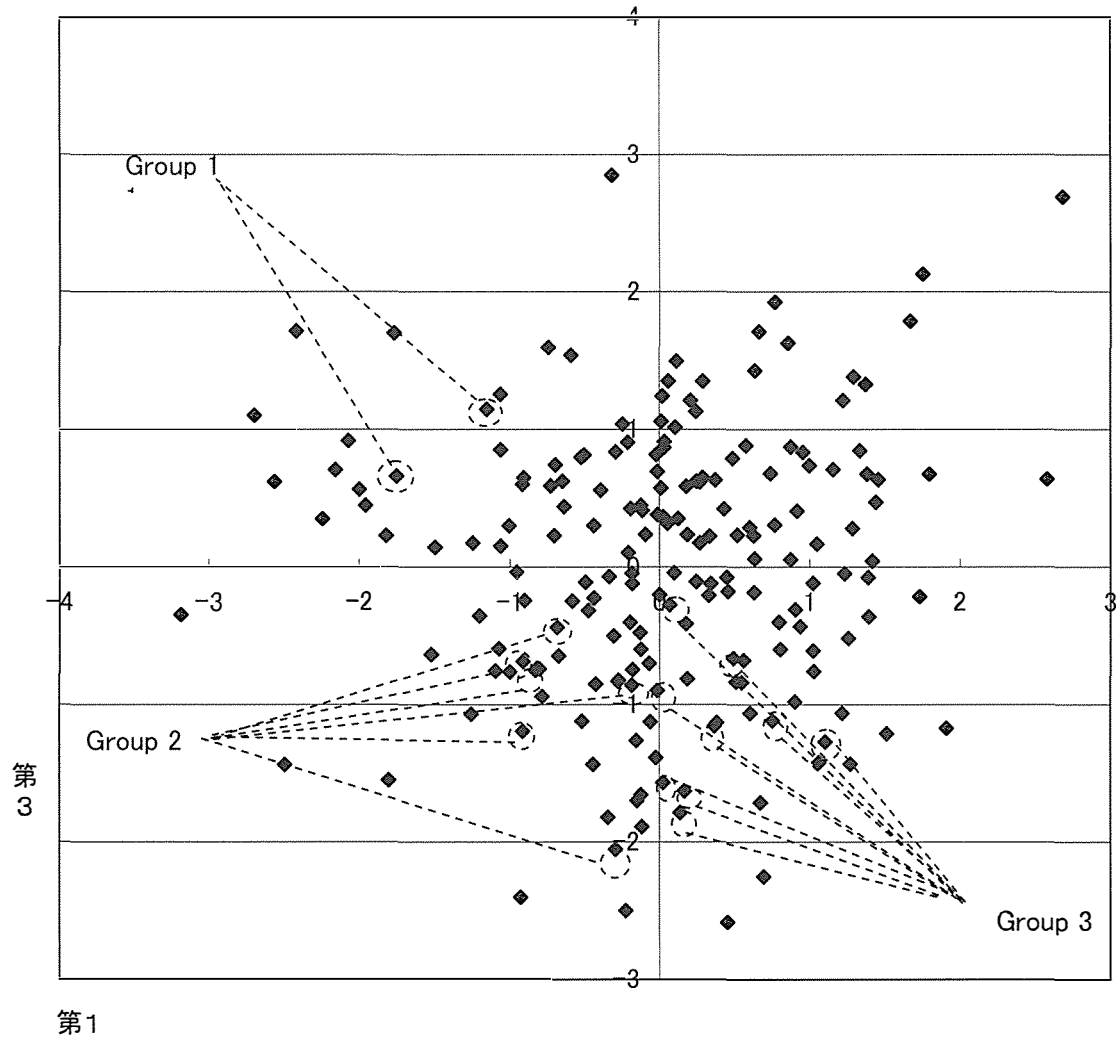



図５．設問18項目の合計点が67点未満であった肥満者の分布（n＝195）

なり，この質問紙の利用方法，活用可能性も考えられた。そこで，若年男性労働者の体重増加に繋がる思考と行動を１．質問紙の特徴：体重増加と肥満の違いについて，２．本質問紙がもつ感度について，３．本質問紙の利用可能性について，の３点から考察した。

### １．質問紙の特徴：体重増加と肥満の違いについて

本研究結果より，第１主成分は“仲間と過ごす時間や周囲の支援を大切にする”と解釈した。第２主成分は“自己理想像に近づけない自分への理由づけ”と解釈できた。前者は，自身のことよりも仕事や仲間を優先，尊重することが常態化し，その場その場を周囲に合わせて対応する若年男性労働者の姿であり，彼らのライフスタイルには意識化された自らの健康志向に働きかける既存の健康信念モデル[48]や自己効力感[49]を用いた指導方法は合致しない。また，後者は積み重なる体重増加の過程における自己像に対する妥協を示している。各被験者の主成分得点と体重増減量，BMIは，この第２主成分とより強く相関していた。青年期や日本人労働者の体重認知とボディイメージ，体格指数は，女性よりも男性の方が基準との一致率が高い[44), 45)]。しかし，肥満であり体格を適正に認知していながら体重を減らそうと思う人の割合は女性より男性が低い[2)]ことも報告されている。

つまり，単なる体重増加要因が肥満を導いているのではなく，積み重なる体重増加の過程で自己像に対して様々な理由づけを行いながら妥協し，自分に折り合いをつける若年男性の思考・行動が結果として肥満に至らせたと考える。

Levinson[46]の発達段階によると，28～33歳は30歳の過渡期であり，新しく重要な選択をするか前の選択を改めて容認するか，その選択は自分の夢や才能や可能性との一致によって満足の行く生活を築く土台となる，とされている。一方で，研究者が先に調査した事業所の肥満労働者率とその対応についての結果では，健康教育を実施している事業所では若年男性労働者の肥満率が有意に低く，健康診断後の保健指導は有意ではなでかった[47]。30歳の過渡期にある男性労働者は新しく重要な選択をするか前の選択を改めて容認するかの岐路にある。今後，積み重なる体重増加をする若年男性労働者への健康管理としては，これまで自らの健康よりも優先させてきた仲間や仕事と今後はどう向き合っていくかということを，健康教育という機会を通じて考える時間をもち，自己理想像に妥協するのではなく近づけるよう働きかけていくことが重要であると考える。

### ２．本質問紙がもつ感度について

主要２成分から採用した設問18項目に対する感度は，67点を境界とすると就職以降に体重減少した者や不変であった者よりも体重増加した若年男性労働者に有意に高かった。また，就職以降に10kg以上体重増加した若年男性労働者や若年男性肥満労働者の６割以上を判別することが可能であった。つまり，質問項目に対する感度は，積み重なる体重増加や肥満に至った若年男性労働者だけでなく，その途上にある若年男性労働者に対しても感度が高いと言える。これは設問18項目の回答合計点は積み重なる体重増加する若年男性労働者のスクリーニング指標として活用できる可能性を示唆している。

よって今後は，この質問紙を使用し設問18項目の回答合計点が67点以上になった若年男性労働者に対し，健康診断で計測される体重を経年的に観察していくことが重要であると考える。また，その中から就職時に比べ３kg以上の体重増加を認める若年男性労働者を健康教育の対象者として関わっていくことにより積み重なる体重増加に歯止めをかけ肥満予防に貢献できると考える。

### ３．本質問紙の利用可能性について

研究者が作成した質問紙は，主要２成分から採用した18項目の回答合計67点以上であった若年男性労働者について，ひとつの体重増加に繋がる思考・行動パターンの説明が可能であった。また，体重増加に繋がる８要因とその背景48項目を用い回答の高い項目から，その他の若年男性肥満労働者の思考・行動パターン３つも解釈することができた。つまり，本研究に用いた質問紙を用いることによって，若年男性労働者の体重増加に繋がる思考・行動の解釈と類型化が可能となった。これまでの肥満の類型化は，体格による肥満度分類[39]，もしくは食べ方による分類[40]であり，肥満の程度や食べ方の直接行為による分類方法である。本研究における類型化は，若年男性労働者の体重増加に繋がる日常生活の思考・行動から分類したものである。本研究から明らかになったことは，体重増加に繋がる要因とその背景は行為としての要因は同じであっても背景となる思考は異なっていることである。そのことを保健指導担当者はもちろん知っている必要があるが，学習者である若年男性労働者自身がこれまで意識することなく繰り返してきた日常の思考・行動の結果として就職以降に10kg以上増加した体重や肥満という実態が導かれていると意識することが重要であると考える。

### ４．看護への適用

本研究結果より研究者が示した質問紙は，就職以降に積み重なる体重増加をする若年男性労働者に対し，個人用の体重管理保健指導ツールとして用いることができる。

### ５．研究の限界

本研究結果は，25～35歳の男性労働者を対象として得られたものである。そのため若年男性として，その前後のどの年齢にまで適用可能か否かまでは確認していない。

## Ⅶ. 結　論

若年男性労働者に特有の体重増加に繋がる思考・行動のパターンを見出す８要因とその背景48項目は，下記の理由により質問紙として有用である。

１．就職以降に10kg以上体重増加した若年男性労働者と若年男性肥満労働者の６割以上に見られる体重増加に繋がる思考・行動パターンは，質問紙の設問18項目の回答合計によって判別が可能となる。

２．質問紙の設問18項目は積み重なる体重増加の途上にある若年男性労働者に対するスクリーニング指標と成り得る。

３．質問紙の８要因とその背景48項目を用いることによって，３タイプの若年男性肥満労働者の体重増加に繋がる思考・行動パターンの解釈が可能となる。

## 謝　辞

本研究に快くご協力いただきました富士通株式会社北陸営業本部，株式会社富士通エフサス北陸支社，株式会社スギヨ他，各事業所の担当者の皆様と調査をご承諾くださった従業員の皆様に厚く御礼申し上げます。また，論文執筆にあたりご助言賜りました金沢大学医薬保健研究域保健学系の泉キヨ子教授，長谷川雅美教授に深く感謝申し上げます。

## 要　旨

目的：若年男性労働者の就職以降に体重増加に繋がる８要因とその背景48項目からなる６件法の「体重増加に繋がる思考・行動のパターンを見出す質問紙」を作成することを目的とする。

方法：事業所常勤の25～35歳の男性197名を対象とした。作成した質問紙は、主成分分析を用いて検討した。

結果：対象者の62.8％に就職以降３kg以上の体重増加を認め、そのうち43.9％に10kg以上の体重増加を認めた。主要２成分から採用した設問18項目の回答合計を用い６割以上の10kg以上体重増加者および肥満者の判別と、そのスクリーニングが可能であり、また48項目から３タイプの肥満者の体重増加に繋がる思考・行動パターンが類型化できた。

結論：若年男性労働者の就職以降の体重管理に用いる保健指導ツールとして「体重増加に繋がる８要因とその背景48項目の質問紙」は有用であることが示された。

## Abstract

Purpose: This research was conducted for the purpose of evaluating the effectiveness of *a questionnaire in clarifying characteristic patterns of thinking and behavior that contribute to weight gain*. The questionnaire consisted of eight major and 48 background factors that contribute to weight gain in young male employees after hire. Participants responded to questionnaire items using a six-point scale.

Methods: Subjects were 197 full-time male employees aged 25 to 35 years. A questionnaire was created and administered, and principal component analysis was used to evaluate the results.

Results: Subjects gaining three or more kilograms after hire represented 62.8%, of which 43.9% gained 10 or more kilograms. Screening based on responses to 18 questions from two major components resulted in a 60% rate of accuracy for the identification of obese participants and participants who had gained. We were also able to classify three characteristic patterns of thinking and behavior that contribute to weight gain in obese individuals from 48 background factors.

Conclusion: This study suggests that *the questionnaire consisting of eight major factors and the* 48 *background factors contributing to weight gain* is useful as a health instruction tool to be used for weight control for young male employees after hire.

## 文　献

1）吉池信男，西信雄，他：Body Mass Indexに基づく肥満の程度と糖尿病，高血圧，高脂血症の危険因子との関連－多施設共同研究による疫学的検討－，6, 4-17, 2000.
2）厚生労働省：平成14年国民栄養調査，2008-1-15. http://mhlw.go.jp/houdou/2003/12/h1224-4.html. 2003.
3）厚生労働省：平成15年国民健康・栄養調査，2008-1-15. http://mhlw.go.jp/houdou/2005/04/h0421-1.html, 2005.
4）厚生労働省：平成16年国民健康・栄養調査，2008-2-18. http://mhlw.go.jp/houdou/2006/05/h0508-1a.html, 2006.
5）厚生労働省：平成17年国民健康・栄養調査，2007-5-17. http://mhlw.go.jp/houdou/2007/05/h0516-3.html, 2007.
6）馬越順子，住野賀代，他：企業労働者の生活環境および生活習慣病の実態と保健指導効果，臨床成人病，31, 1357-1362, 2001.
7）Isshiki Y., Morimoto K., et al: Increasing Obesity among Male Workers in Japan: 1992-1997, Environmental Health and Preventive Medicine, 6, 256-259, 2002.
8）森河裕子，中川秀昭，他：若年労働者の体重，血圧，血清コレステロールと生活習慣の経年変化，北陸公衆衛生雑誌，26

(1), 30-33, 2000.
9) 井上正嵩，前田正信，他：35歳時定期健康診断の血清脂質・尿酸検査にみられた若年時の生活習慣の影響，産業医学ジャーナル，20(6)，28-33, 1997.
10) 高瀬悦子，田畑正司，他：一企業の若年労働者における食物摂取習慣と食品摂取頻度および健康診断結果との関連，北陸公衆衛生雑誌，28(2)，81-88, 2002.
11) 田甫久美子，稲垣美智子，他：肥満となった若年男性労働者の就職以降に体重増加に繋がった要因の背景，Journal of Tsuruma Health Science Society, Kanazawa University, 32(1), 69-76, 2008.
12) Wang Y., Beydoun M.A.: The obesity epidemic in the United States-gender, age, socioeconomic, racial/ethnic, and geographic characteristics: a systematic review and meta-regression analysis, Epidemiol Rev 2007, 29, 6-28, 2007.
13) Tsai S.P., Ahmed F.S., et al: The impact of obesity on illness absence and productivity in an industrial population of petrochemical workers. Ann Epidemiol, 18(1), 8-14, 2008.
14) Finkelstein E.A., Brown D.S.: A cost-benefit simulation model of coverage for bariatric surgery among full-time employees. AM J Manag Care, 11, 443-449, 2005.
15) Wang F., McDonald T., et al: Relationship of body mass index and physical activity to health care among employees. J Occup Environ Med, 46, 428-436, 2004.
16) Thompson D., Edelsberg J., et al: Estimated economic costs of obesity to U.S. business. Am J Health Promot, 13(2), 120-127, 1998.
17) Zemanek J.E. Jr, McIntyre R.P., et al: Salespersons' weight and ratings of characteristics to effectiveness of selling, Psychol Rep, 82 (3Pt1), 947-952, 1998.
18) White K., Jacques P.H., et al: Combined diet and exercise intervention in the workplace: effect on cardiovascular disease risk factors, AAOHN J, 55, 109-114, 2007.
19) Lee J.H., Hwang S.Y., et al: Comparison of risk factors between prehypertension and hypertension in Korean male industrial workers, Public Health Nurs, 23, 314-323, 2006.
20) Tsai S.P., Donnelly R.P., et al: Obesity and mortality in a prospective study of a middle-aged industrial population, J Occup Environ Med, 48(1), 22-27, 2006.
21) Soteriades E.S., Hauser R., et al: Obesity and cardiovascular disease risk factors in firefighters: a prospective cohort study, Obes Res, 13, 1756-1763, 2005.
22) Ikeda N., Nakajima R., et al: Insulin resistance and acute coronary syndrome in the young Japanese population have a strong association, Heart vessels, 22(3), 165-169, 2007.
23) Shiraishi J., Khno Y., et al: Pathogenesis of Acute Myocardial Infarction in Young Male Adults With or Without Obesity, Journal of Cardiology, 49(1), 13-21, 2007.
24) Shiraishi J, Khno Y, et al: Relation of Obesity to Acute Myocardial Infarction in Japanese Patients: Differences in Gender and Age, Circ J, 70, 1525-1530, 2006.
25) Azegami M., Yamazaki A., et al: Characteristics of Metabolic and Lifestyle Risk Factors in Young Japanese Patients With Coronary Heart Disease, Int Heart J, 47, 343-350, 2006.
26) Kaido T., Honda Y., et al: Weight gain and Obesity are Associated with Dyslipidemia, Hyperuricemia, and Liver Dysfunction in Japanese Young Male workers, J. Health Sci., 50, 561-569, 2004.
27) 押野榮司，城戸照彦，他：人間ドック受診者における肥満・血清脂質検査値と生活習慣の関連，北陸公衆衛生雑誌，28 (2), 55-61, 2002.
28) 鈴木恵子，岩田　香，他：中高年者の肥満と生活習慣病発症との関連について，保健の科学，45, 751-754, 2003.
29) 和田高士，福元　耕，他：肥満者の生活状況-22の生活要因による解析，肥満研究，10(3)，36-40, 2004.
30) ZepkaJ, Lemon SC et al: Keeping Step Ahead: formative phase of a workplace intervention trial to prevent obesity, Obesity, 15, 27s-36s, 2007.
31) Work, Weight, and Wellness: the 3W Program: a worksite obesity prevention and intervention trial, Obesity, 15, 16s-26s, 2007.
32) Gates D,. Brehm B., et al: Changing the work environment to promote wellness: a focus group study, AAOHN J, 54, 515-520, 2006.
33) Atlantis E, Chow CM, et al: Worksite intervention effects on physical health: a randomized controlled trial, Health Promot Int, 21, 191-200, 2006
34) 伊地知久美子，小島真二，他：特定保健指導での実施を想定した肥満改善プログラムの評価　学校法人職員を対象とした取り組み，医学と生物学，152(2)，66-72, 2008.
35) 鈴木一永，小畠すず，他：バランス型紙が肥満者の体重改善に及ぼす効果，糖尿病，51(1)，47-52, 2008.
36) 原　丈貴，藤原　寛，他：若年肥満者の血漿アディポサイトカインレベルに対する運動特性から見たトレーニング効果，デサントスポーツ科学，26, 145-152, 2005.
37) 勝川史憲，小熊祐子，他：若年成人肥満者におけるMetabolic Fitnessと減量に伴う改善効果，体力科学，54(1)，67-68, 2005.
38) 勝川史憲：生活習慣病の運動療法　理論から保険診療　若年成人肥満者を対象とした運動+食事指導による生活習慣修正の効用，日本臨床スポーツ医学会誌，11, 454-463, 2003.
39) 日本肥満学会：肥満研究　肥満症治療ガイドライン2006, p 36, 日本肥満学会，2006.
40) 足達 淑子：ライフスタイル療法Ⅱ　肥満の行動療法，p 75, 医歯薬出版株式会社，200.6
41) 中央労働災害防止協会：労働衛生のしおり，p 297, 三秀舎，東京，2005.
42) 厚生労働省：平成14年労働者健康状況調査，2008-2-18. http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/saigai/anzen/kenkou02/index.html
43) 総務省：労働力調査，2008-10-29 http://www.stat.go.jp/date/roudou/longtime/03roudou.htm
44) 猪下 光，尾方美智子，他：青年期の体重認知とボディイメージ・セルフイメージに関する研究，香川医科大学看護学雑誌，5(1)，67-79, 2001.
45) Inoue M, Toyokawa S, et al: Degree of Agreement between Weight Perception and Body Mass Index of Japanese Workers: MY Health Study, J Occup Health, 49, 376-381, 2007.
46) Levinson D, 南博訳：ライフサイクルの心理学（上），110-115, 講談社学術文庫，東京，1992.
47) 田甫久美子：事業所における肥満労働者率とその対応についてのアンケート調査結果，Health Sciences, 24, 414-422, 2008.
48) 松本千明：医療・保健スタッフのための健康行動理論の基礎　生活習慣病を中心に，1-14, 医歯薬出版，東京，2002.
49) 松本千明：医療・保健スタッフのための健康行動理論の基礎　生活習慣病を中心に，15-28, 医歯薬出版，東京，2002.

[平成20年12月26日受　付
平成21年6月11日採用決定]

－研究報告－

# 医学部学生の健康状態に影響を及ぼす生活習慣要因の検討

Relationship between the Health Condition and Lifestyle Factor among Medical College Students

升田由美子[1)]　松浦和代[2)]
Yumiko Masuda　Kazuyo Matsuura

キーワード：医学部学生，生活習慣，健康状態，体格指数，血圧値
Key Words：medical college students, lifestyle, health condition, body mass index, blood pressure

## Ⅰ．緒　言

生活習慣病の増加は現在の日本における重要な健康問題である。「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」において，生活習慣病の予防は主要課題としてあげられている。

「生活習慣病」とは，生活習慣を改善することで病気の発生・進行を防ぐことのできる病気全体を示している[1)]。生活習慣病予防対策としては，二次予防に重点を置いた従来の対策に加え，一次予防対策の推進が重要である[1,2)]。生活習慣病を予防するためには，青年期以降も子どもの頃からのよい生活習慣を保つことが重要である。しかし青年期は，社会的環境からの影響を受け小児期からの生活習慣が変化する時期でもあり[3)]，青年期の生活習慣病及び生活習慣病予備軍の拡大が指摘されている。

大学生の身体所見に関する調査では，生活習慣病の危険因子を有する者の割合が上昇していると指摘されている。「学生の健康白書2000」[4)]によれば，高血圧治療ガイドライン2000年版（JSH2000）[5)]による正常高値血圧以上の血圧値を示した大学生が，男子は33.5%，女子は8.6%存在した。また，医学部学生を対象とした縦断的調査[6)]において，男子のBody mass index（以下BMI），収縮期・拡張期血圧が５年間に有意に上昇したこと及び女子の収縮期血圧が５年間で有意に上昇したことが報告されている。大学入学時の学生を対象とした横断的調査[7)]では，BMI25以上，正常高値血圧・軽症高血圧に該当する学生の割合が増加していた。

体重・肥満度に関しては，肥満と隠れ肥満[8,9)]，女子学生のやせの問題[10)]が指摘されている。また，男女ともに肥満はゲームをする時間と関連性があり[11)]，現在の肥満度は比較的近い時期の身体活動度と関連があった[12)]。

疲労感について青年期疲労自覚症状尺度[13)]を用いた小林らの調査[14)]によれば，８割以上の学生が何らかの疲れを訴え，その中でも１割の学生は非常に疲れた状態にあった。飯田ら[15)]は疲労度，日常生活行動と食行動の影響を調査し，就寝時刻，生活の規則性，アルバイトの３項目が健康状態に関係していることを報告した。

食生活に関する報告によると，大学生の食物摂取頻度は全体に低い[16)]，生活習慣が不規則なものほど減量行動を経験していた[10)]ことが報告されていた。大学生の運動習慣には性差があり，男性のほうが運動活動は活発である[17)]。北米における大学生の健康に関する調査では，運動及び身体活動はテレビ視聴時間及びコンピュータ使用時間と負の相関があった[18)]。また，テレビ視聴，身体活動は過体重，肥満と関連していた[19)]。

田代ら[20)]の報告では，健康の気がかりと自覚的健康度は負の相関関係にあり，また女子看護学生の主要な気がかりは「体重」であった。松嵜は大学生[21)]及び看護学生[22)]を対象とした健康行動について，行動変容ステージモデルを用いて調査を行い，健康行動に無関心な学生の存在を指摘した。

このように大学生の健康状態，生活習慣，また健康状態をどのように自覚しているかに関しては種々の実態報告がなされていた。しかし，健康状態と健康状態に影響すると考えられる生活習慣，また自分の健康状態をどのように自覚し，何かしらの行動を行っているかに関して包括的に検討した報告は見いだせなかった。青年期における生活習慣病予防には，現実の健康状態，生活習慣，健康に関する考えや行動の関連性を知り，効果的な介入方法を導き出すことが必要である。

そこで，大学生の身体所見，疲労感，生活習慣及び健康行動に関する多面的な調査を行うことが必要と考えた。大学生の身体所見，疲労感及び生活習慣の実態と，その現状を大学生自身がどのように認識しているのかを知ることにより，今後の大学生に対する健康教育の方向性を明らかに

１）旭川医科大学看護学講座　Department of Nursing, Asahikawa Medical College
２）札幌市立大学看護学部　School of Nursing, Sapporo City University

し，生活習慣病の一次予防対策立案の一助とする。

## Ⅱ．研究目的

本研究の目的は，①大学生の健康状態を示す身体所見の実態を把握する，②大学生の疲労感，生活習慣及び健康行動の実態を把握する，③身体所見と疲労感・生活習慣・健康行動との関連性を明らかにする，である。

## Ⅲ．研究の枠組み

### １．研究デザイン

本研究は記述的研究デザインに基づくものである。

### ２．本研究の主要概念

本研究の主要概念と調査項目（後述）の対応は図１のとおりである。

### ３．用語の定義

本研究では，以下のように用語を定義した。

健康状態（身体所見）：身長，体重，体脂肪率，脈拍，血圧値および疲労感からなる身体所見より，対象の健康状態を評価したもの。

生活習慣：食事，運動，睡眠，喫煙・飲酒など対象者の健康状態に影響する日常生活の習慣。

健康問題の自覚・健康行動：対象者が自分自身の健康についてどのように認識しているか，また具体的にどのような健康行動をとっているか。

## Ⅳ．研究方法

### １．対象と方法

本研究の対象は，A医科大学医学部第１学年～第４学年の学生であり，平成17年度定期健康診断を受診予定のもの（予定者数646名）であった。

在籍者数646名に対して，調査票の配布数は639であった。回収数は524で，回収率は82.0％であった。これらのうち，性別，年齢，身体所見，青年用疲労自覚症状尺度，簡易食物摂取頻度10項目に欠損値のあったデータは分析から除外した。また，年齢が30歳以上であった学生を分析から除外した。その結果，有効回答数は413，有効回答率は78.8％であった。

### ２．一般的背景

413名の内訳は，男性146名（35.4％），女性267名（64.6％）であった。男女別の平均年齢は，男性21.3（SD＝2.2）歳，女性20.0（SD＝1.6）歳であり，有意差が認められた（$p<0.001$）。

本研究は質問紙調査法によった。調査票は無記名自記式とし，調査内容は，一般的背景，身体所見，疲労感，生活習慣，健康問題の自覚及び健康行動，の合計71項目から構成した。

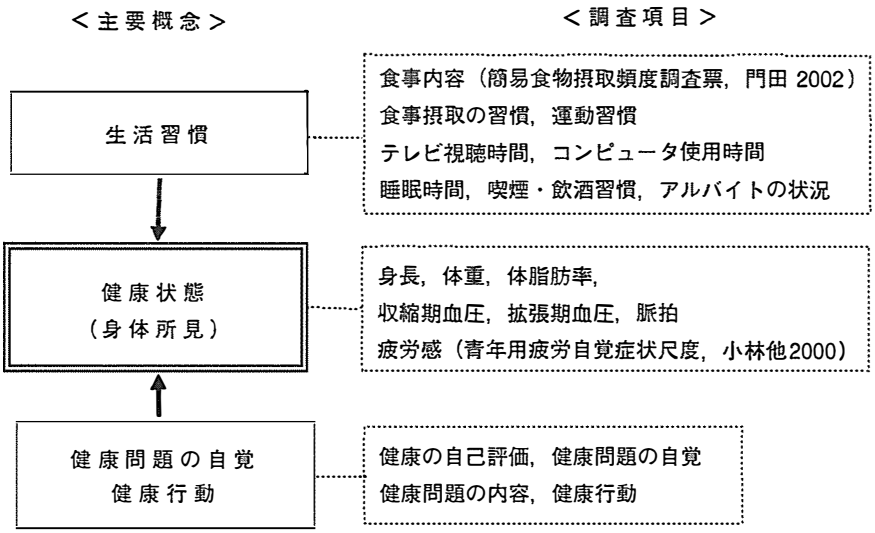
### ３．調査項目

１）一般的背景・身体所見

調査項目は，対象者の一般的背景（性別，年齢，所属学科，学年），健康状態を示す身体所見として身長，体重，体脂肪率，収縮期血圧（以下SBP），拡張期血圧（以下DBP）及び脈拍数とした。身体所見は，定期健康診断（以下健診）時の測定値を用い，記入してもらった。

身長は全自動身長計（ナビス社製，IOH-200，測定精度0.1cm）を用いて測定した。体重及び体脂肪率は体重・体脂肪計（タニタ社製，BWB-200，測定精度0.1kgならびにタニタ社製，TBF-102，測定精度0.1kg，体脂肪率測定はいずれもインピーダンス法）を用いて測定した。

血圧値及び脈拍数は全自動血圧計「健太郎」（日本コーリン社製，BP-203RVⅡA，測定精度１mmHg）を用いて測定した。




■１　本研究の主要概念と調査項目の対応

2）疲労感

自覚的疲労感を評価する尺度として，小林ら[13, 23]の作成した青年用疲労自覚症状尺度（Subjective Fatigue Scale for the Young Adults，以下SFS-Y）を使用した。使用にあたっては著者から許可を得た。SFS-Yは集中思考困難・だるさ・意欲低下・活力低下・ねむけ・身体違和感の6つの下位尺度から構成されている。各下位尺度は4項目から構成されており，計24項目からなる。各項目に対する質問方法は，調査項目の内容があてはまる程度について，「そうである」「ややそうである」「普通」「あまりそうではない」「そうではない」の5段階評定で回答する形式である。「そうである」5点から「そうではない」1点として得点を算出する。SFS-Yは調査項目の理論的妥当性，実証的データによる項目分析，尺度の妥当性及び信頼性等が検討されている[14, 24-26]。

3）生活習慣

(1) 食習慣

食事内容に関する質問項目は，門■[16]の作成した簡易食物摂取頻度調査票を使用した。使用にあたっては著者から許可を得た。簡易食物摂取頻度調査票は，緑黄色野菜，淡色野菜，果物，牛乳，卵，魚・肉，豆類，海藻類，インスタント食品，清涼飲料水の10項目について，普段どのくらい食べているかを「はい」「ときどき」「いいえ」で回答を求める尺度である。「はい」に3点，「ときどき」に2点，「いいえ」に1点を与えて得点を算出する。なお，インスタント食品と清涼飲料水は反転項目となっている。また，各項目の得点を合計して，食物摂取得点を算出した。食物摂取得点は30点満点で，高得点であるほど食事内容が良好と評価する。

食事摂取の頻度に関する質問項目は自作であり，朝食，昼食，夕食及び間食の摂取頻度について質問した。「毎日食べる」「週に4～6回」「週に2～3回」「週に1回」「週に1回未満」及び「食べない」から回答を求めた。

(2) 運動習慣

先行研究[18, 19, 27]を参考に，過去と現在の運動習慣について，運動の頻度，強度及び運動時間を質問した。運動の頻度は「毎日」「週に4～6回」「週に2～3回」「週に1回」「週に1回未満」及び「していない」から回答を求めた。

(3) テレビ視聴時間・コンピュータ使用時間

先行研究[11, 19]を参考に，1日のテレビ（ビデオ・ゲーム含む）視聴時間，学業のためのコンピュータ（以下PC）使用時間及び学業以外のPC使用時間について質問した。「120分以上」「60～120分未満」「30～60分未満」及び「30分未満」から回答を求めた。

(4) 睡眠時間・喫煙・飲酒・アルバイト

通常の睡眠時間数，喫煙の有無について「吸わない」「吸う」から回答を求めた。飲酒の頻度について，「飲まない」「週に1回未満飲む」「週に1回飲む」「週に2～3回飲む」「週に4～6回飲む」及び「毎日飲む」から回答を求めた。アルバイトをしているかについて，「していない」「している」から回答を求めた。アルバイトをしている場合は，主要なアルバイトの内容，頻度，1回の労働時間及びアルバイトをする時間帯を質問した。

4）健康問題の自覚と健康行動

自分の健康状態をどのように自己評価するかに関する質問項目は自作であり，「健康」「どちらかといえば健康」「どちらかといえば不健康」及び「不健康」から回答を求めた。また，現在，自分自身の健康について，関心をもっている健康問題があるかについて質問した。「ある」「ない」から回答を求めた。

「ある」と答えた場合に，その内容はどのようなことかを質問した。健康問題の内容は，「体重」「食事」「運動」「睡眠」「喫煙」「飲酒」「疲れやすい」及び「その他」からの選択とした。「その他」を選択した場合には自由記述で回答を求めた。さらに，選択した健康問題に対して健康行動をとっているかを質問し，回答は行動変容ステージモデル[28-30]に基づいて設定した。健康問題に対する行動について，「すでに行動を開始している（継続期間6か月以上）」「すでに行動を開始している（継続期間6か月未満）」「1か月以内に始めようと考えている」「6か月以内に始めようと考えている」及び「具体的には考えていない」の5項目から回答を求めた。

「すでに行動を開始している（継続期間6か月以上）」は維持期，「すでに行動を開始している（継続期間6か月未満）」は実行期，「1か月以内に始めようと考えている」は準備期，「6か月以内に始めようと考えている」は熟考期，「具体的には考えていない」は前熟考期と評価した。

### 4.調査期間及び手順

調査は，A医科大学保健管理センターが実施した健診時に行った。平成17年度健診は，4月から5月の間に計4回実施され，学生はこのうちいずれかの日時に受診した。

調査の実施は，調査票配布1名，身長・体重測定者2名，調査票回収1名，計4名の調査員で行った。健診の受付時に調査員が対象者に口頭で調査の説明を行い，協力を依頼した。承諾が得られた場合，調査依頼文，調査票及び回収用糊付け封筒を対象者に配布した。調査票は健診の待ち時間に記入してもらい，身体所見は健診での測定値を記入してくれるように調査票の配布時に口頭及び掲示で説明した。

調査票の回収箱は健診会場出口に設置した。後日提出する場合には，保健管理センターに設置した回収箱に提出してくれるように説明した。

### 5．倫理的配慮

本調査は，A医科大学保健管理センター長に研究計画書及び調査票を提出し，当センター助教授の面接を受けた後，調査実施の承諾を得た。また，調査実施に先立って，調査手順の詳細についての確認と指示を受けた。

対象者への倫理的配慮として，調査票に添付した調査依頼文に，①調査票は無記名であり個人は特定されない，②結果は統計的に処理される，③調査終了後に調査票はシュレッダーで破棄される，④調査は教育評価とは無関係である，⑤調査に協力しない場合でも不利益は生じないことの５点を明記し，回答した内容が他者の目にふれないようにするため，調査票は封筒に入れ封をして提出する方法をとった。調査協力に対する同意は調査票の回答及び提出をもって行うこととし，同意できない場合は無記入のまま封筒に入れて提出してくれるように依頼した。

### 6．データ分析方法

解析には統計ソフトSPSS for Windows 10.1Jを用いた。有意水準は５％未満とした。２群間の比較には$\chi^2$検定とMann－Whitney　U検定を用いた。男女の年齢に有意差があったこと，また性差を検討するために分析は男女別に行った。

身長と体重の測定値よりBMIを算出し，肥満度を判定した。肥満度の判定は，WHO及び日本肥満学会の基準[31, 32]に従って，BMI18.5未満をやせ群，18.5以上25未満を正常範囲群，25以上を肥満群の３群に分類した。

血圧値は，日本高血圧学会による高血圧治療ガイドライン2004年版（JSH2004）[33]に従って分類した。この高血圧分類は，SBP130㎜Hg未満かつDBP85㎜Hg未満を正常血圧，SBP130～139 ㎜HgまたはDBP85～89㎜Hgを正常高値血圧，SBP140 ㎜Hg以上またはDBP90㎜Hg以上を高血圧と判定する。本研究では，対象がSBP130㎜Hg未満かつDBP85㎜Hg未満を正常血圧群，SBP130㎜Hg以上またはDBP85㎜Hg以上を高血圧ハイリスク群の２群に分類した。

肥満度は対象をBMIによりやせ群・正常範囲群・肥満群の３群に分類した。BMIの属性を目的変数，性別･年齢･学年・体脂肪率・SBP・DBP・脈拍・疲労自覚症状得点・疲労自覚症状下位尺度６項目の得点･食物摂取頻度10項目･食物摂取得点・食事摂取の習慣・過去の運動頻度・現在の運動頻度・テレビ視聴時間・学業のためのPC使用時間・学業以外のPC使用時間・睡眠時間・喫煙の有無・飲酒の頻度・アルバイトの有無・健康の自己評価・健康問題の自覚を説明変数とする判別分析（ステップワイズ法）を行った。

血圧値は対象をSBP130㎜Hg未満かつDBP85㎜Hg未満を正常血圧群，SBP130㎜Hg以上またはDBP85㎜Hg以上を高血圧ハイリスク群に分類した。血圧値による分類を目的変数，性別・年齢・学年・体脂肪率・脈拍・BMI・疲労自覚症状得点・疲労自覚症状下位尺度６項目の得点・食物摂取頻度10項目・食物摂取得点・食事摂取の習慣・過去の運動頻度・現在の運動頻度・テレビ視聴時間・学業のためのPC使用時間・学業以外のPC使用時間・睡眠時間・喫煙の有無・飲酒の頻度・アルバイトの有無・健康の自己評価・健康問題の自覚を説明変数とした判別分析（ステップワイズ法）を行った。

## Ⅴ．結　果

### 1．身体所見

身体所見の結果は表１のとおりであった。

SBP及びDBPは男女に有意差が認められた（$p<0.001$）。BMIにより分類した肥満度の割合は，男性がやせ群６名（4.1％），正常範囲群110名（75.3％）及び肥満群30名（20.6％）であった。女性はやせ群41名（15.3％），正常範囲群205名（76.8％）及び肥満群21名（7.9％）であった。性別によって，肥満度の割合に有意差が認められた（$p<0.001$）。

血圧値により分類した正常血圧群と高血圧ハイリスク群の割合は，正常血圧群307名（74.3％），高血圧ハイリスク群106名（25.7％）であった。男女別でみると，男性が正常血圧群73名（50.0％），高血圧ハイリスク群73名（50.0％）であった。女性は正常血圧群234名（87.6％），高血圧ハイリスク群33名（12.4％）であった。性別によって，各群の割合に有意差が認められた（$p<0.001$）。

表１　身体所見

| | 男性 n＝146 | 女性 n＝267 | Mann-Whitney U検定 |
|---|---|---|---|
| | Mean ± SD | Mean ± SD | p値 |
| 身長（cm） | 171.1± 6.3 | 158.9± 4.7 | 0.000 |
| 体重（kg） | 67.0±10.1 | 52.8± 7.8 | 0.000 |
| BMI | 22.9± 3.3 | 20.9± 2.9 | 0.000 |
| 体脂肪率（%） | 19.0± 5.2 | 25.5± 5.9 | 0.000 |
| 収縮期血圧（㎜Hg） | 129.7±12.7 | 114.7±11.7 | 0.000 |
| 拡張期血圧（㎜Hg） | 75.5± 8.9 | 68.9± 8.3 | 0.000 |
| 脈拍（回/分） | 78.7±16.7 | 78.6±11.7 | 0.490 |

### 2．疲労感

疲労自覚症状に関するSFS-Yの結果は表２のとおりであった。Cronbachのα係数は0.931であった。下位尺度のα係数は，0.846～0.654であった。疲労自覚症状得点に性別による有意差はなかった。

下位尺度別にみると，女性が男性に比較して有意に高かった項目は「集中思考困難」と「身体違和感」であった。男性が女性よりも有意に高かった項目はなかった。

表2　疲労感

| | 男性 n=143 | | 女性 n=266 | | Mann-Whitney U検定 |
|---|---|---|---|---|---|
| | Median | Mean±SD | Median | Mean±SD | p値 |
| 集中思考困難 | 11.0 | 10.7±3.8 | 12.0 | 11.6±3.8 | 0.015 |
| だるさ | 10.0 | 10.4±4.2 | 11.0 | 10.7±3.8 | 0.269 |
| 意欲低下 | 10.0 | 10.1±3.9 | 10.0 | 9.9±3.8 | 0.745 |
| 活力低下 | 11.0 | 10.1±3.9 | 10.0 | 10.5±3.9 | 0.277 |
| ねむけ | 15.0 | 14.6±3.2 | 15.0 | 14.8±3.1 | 0.208 |
| 身体違和感 | 12.0 | 11.5±3.9 | 13.0 | 12.6±4.2 | 0.009 |
| 疲労自覚症状得点 | 69.0 | 67.2±18.5 | 71.5 | 70.1±17.5 | 0.111 |

表3　食物摂取頻度

| | | 男性 n=146 | 女性 n=267 | Mann-Whitney U検定 |
|---|---|---|---|---|
| | | n(%) | n(%) | p値 |
| 緑黄色野菜 | はい | 31 (21.2) | 63 (23.6) | 0.340 |
| | ときどき | 97 (66.5) | 180 (67.4) | |
| | いいえ | 18 (12.3) | 24 ( 9.0) | |
| 淡色野菜 | はい | 41 (28.1) | 128 (47.9) | 0.000 |
| | ときどき | 92 (63.0) | 128 (47.9) | |
| | いいえ | 13 ( 8.9) | 10 ( 3.8) | |
| | 無回答 | 0 ( 0) | 1 ( 0.4) | |
| 果物 | はい | 21 (14.4) | 35 (13.1) | 0.837 |
| | ときどき | 79 (54.1) | 154 (57.7) | |
| | いいえ | 46 (31.5) | 78 (29.2) | |
| 牛乳 | はい | 49 (33.6) | 101 (37.8) | 0.889 |
| | ときどき | 52 (35.6) | 75 (28.1) | |
| | いいえ | 45 (30.8) | 91 (34.1) | |
| 卵 | はい | 61 (41.8) | 116 (43.4) | 0.853 |
| | ときどき | 67 (45.9) | 116 (43.4) | |
| | いいえ | 18 (12.3) | 35 (13.2) | |
| 魚・肉 | はい | 101 (69.2) | 158 (59.2) | 0.033 |
| | ときどき | 40 (27.4) | 90 (33.7) | |
| | いいえ | 5 ( 3.4) | 19 ( 7.1) | |
| 豆 | はい | 65 (44.5) | 142 (53.2) | 0.060 |
| | ときどき | 55 (37.7) | 93 (34.8) | |
| | いいえ | 25 (17.1) | 31 (11.6) | |
| | 無回答 | 1 ( 0.7) | 1 ( 0.4) | |
| 海草 | はい | 38 (26.0) | 72 (27.0) | 0.517 |
| | ときどき | 69 (47.3) | 134 (50.2) | |
| | いいえ | 39 (26.7) | 61 (22.8) | |
| インスタント | はい | 39 (26.7) | 47 (17.6) | 0.000 |
| | ときどき | 88 (60.3) | 138 (51.7) | |
| | いいえ | 19 (13.0) | 82 (30.7) | |
| 清涼飲料水 | はい | 62 (42.5) | 54 (20.2) | 0.000 |
| | ときどき | 71 (48.6) | 128 (48.0) | |
| | いいえ | 13 ( 8.9) | 85 (31.8) | |
| 食物摂取得点 (Mean±SD) (Median) | | 20.9±3.3 21.0 | 22.0±3.1 22.0 | 0.001 |

## 3．生活習慣

### 1）食事内容

簡易食物摂取頻度調査票を用いた食事内容の結果は表3のとおりであった。男子は女子よりも魚・肉，インスタント食品と清涼飲料水の摂取頻度が高く，淡色野菜の摂取頻度が低かった（$p<0.05$）。10項目の食物摂取得点は，男性が平均値20.9±3.3点，中央値21.0点，女性が平均値22.0±3.1点，中央値22.0点であった。女性は男性に比較して，食事摂取内容が有意に良好であった（$p<0.01$）。

### 2）食事摂取の習慣（表4）

朝食を毎日摂取するものの割合は，男性54.8%，女性62.9%であった。女性は男性よりも朝食の摂取頻度が有意に高かった（$p<0.05$）。また女性は間食の摂取頻度が有意に高かった（$p<0.01$）。男性は女性よりも夕食の摂取頻度が有意に高かった（$p<0.05$）。

表4　食事摂取の習慣

| | | 男性 n=146 | 女性 n=267 | Mann-Whitney U検定 |
|---|---|---|---|---|
| | | n(%) | n(%) | p値 |
| 朝食 | 毎日 | 80 (54.8) | 168 (62.9) | 0.046 |
| | 週に4～6回 | 25 (17.1) | 43 (16.1) | |
| | 週に2～3回 | 15 (10.3) | 33 (12.4) | |
| | 週に1回 | 4 ( 2.7) | 4 ( 1.5) | |
| | 週に1回未満 | 6 ( 4.1) | 6 ( 2.2) | |
| | 食べない | 16 (11.0) | 13 ( 4.9) | |
| 昼食 | 毎日 | 136 (93.1) | 239 (89.5) | 0.231 |
| | 週に4～6回 | 7 ( 4.8) | 22 ( 8.2) | |
| | 週に2～3回 | 2 ( 1.4) | 5 ( 1.9) | |
| | 週に1回 | 0 ( 0) | 0 ( 0) | |
| | 週に1回未満 | 1 ( 0.7) | 1 ( 0.4) | |
| | 食べない | 0 ( 0) | 0 ( 0) | |
| 夕食 | 毎日 | 140 (95.9) | 238 (89.1) | 0.018 |
| | 週に4～6回 | 6 (4.1) | 26 ( 9.8) | |
| | 週に2～3回 | 0 ( 0) | 3 ( 1.1) | |
| | 週に1回 | 0 ( 0) | 0 ( 0) | |
| | 週に1回未満 | 0 ( 0) | 0 ( 0) | |
| | 食べない | 0 ( 0) | 0 ( 0) | |
| 間食 | 毎日 | 12 ( 8.2) | 34 (12.7) | 0.003 |
| | 週に4～6回 | 24 (16.4) | 64 (24.0) | |
| | 週に2～3回 | 60 (41.1) | 109 (40.8) | |
| | 週に1回 | 16 (11.0) | 15 ( 5.6) | |
| | 週に1回未満 | 14 ( 9.6) | 25 ( 9.4) | |
| | 食べない | 20 (13.7) | 20 ( 7.5) | |

### 3）運動習慣（表5）

過去に週に2回以上運動していた割合は男性が79.4%，女性が68.9%であった。現在週に2回以上運動している割合は男性が86.3%，女性が64.8%であった。過去・現在の運動頻度はともに男性が女性よりも有意に高かった（$p<0.001$）。

4）テレビ視聴時間・PC使用時間（表5）

1日に60分以上テレビを視聴するものの割合は，男性が71.9%，女性が62.8%であり，男性のテレビ視聴時間は有意に多かった（$p<0.05$）。

学業のためのPC使用時間には，性別による有意差はなく，学業以外のPC使用時間は1日に60分以上使用する男性が39.0%，女性が20.6%であり，男性がより長かった（$p<0.001$）。

5）睡眠時間・喫煙・飲酒の習慣・アルバイトの状況（表6）

平均睡眠時間は男性が384.2±60.0分，女性が374.0±57.8分であった。喫煙するものの割合は男性が9名（6.2%），女性が11名（4.1%）であった。睡眠時間・喫煙ともに性別による有意差はなかった。

表5　運動・テレビ視聴・パソコン使用の習慣

| | | 男性 n=146 n(%) | 女性 n=267 n(%) | Mann-Whitney U検定 p値 |
|---|---|---|---|---|
| 過去の運動頻度 | 毎日 | 55 (37.7) | 61 (22.8) | 0.000 |
| | 週に4～6回 | 37 (25.3) | 68 (25.5) | |
| | 週に2～3回 | 24 (16.4) | 55 (20.6) | |
| | 週に1回 | 5 ( 3.4) | 7 ( 2.6) | |
| | 週に1回未満 | 8 ( 5.5) | 9 ( 3.4) | |
| | していない | 17 (11.7) | 67 (25.1) | |
| 過去の運動強度 | かなり | 69 (53.9) | 75 (37.7) | 0.009 |
| | やや | 53 (41.4) | 116 (58.3) | |
| | 変動しない | 6 ( 4.7) | 8 ( 4.0) | |
| 過去の運動時間 | 90分以上 | 90 (70.3) | 125 (62.5) | 0.148 |
| | 60～90分未満 | 18 (14.1) | 36 (18.0) | |
| | 30～60分未満 | 15 (11.7) | 26 (13.0) | |
| | 30分未満 | 5 ( 3.9) | 13 ( 6.5) | |
| 現在の運動頻度 | 毎日 | 13 ( 8.9) | 15 ( 5.6) | 0.000 |
| | 週に4～6回 | 61 (41.8) | 37 (13.9) | |
| | 週に2～3回 | 52 (35.6) | 121 (45.3) | |
| | 週に1回 | 3 ( 2.1) | 23 ( 8.6) | |
| | 週に1回未満 | 4 ( 2.7) | 24 ( 9.0) | |
| | していない | 13 ( 8.9) | 47 (17.6) | |
| 現在の運動強度 | かなり | 62 (46.6) | 49 (22.6) | 0.000 |
| | やや | 64 (48.1) | 149 (68.7) | |
| | 変動しない | 7 ( 5.3) | 19 ( 8.7) | |
| 現在の運動時間 | 90分以上 | 98 (73.6) | 110 (50.2) | 0.000 |
| | 60～90分未満 | 21 (15.8) | 56 (25.6) | |
| | 30～60分未満 | 7 ( 5.3) | 29 (13.2) | |
| | 30分未満 | 7 ( 5.3) | 24 (11.0) | |
| テレビ視聴時間 | 120分以上 | 52 (35.6) | 73 (27.3) | 0.038 |
| | 60～120分未満 | 53 (36.3) | 93 (34.8) | |
| | 30～60分未満 | 15 (10.3) | 41 (15.4) | |
| | 30分未満 | 26 (17.8) | 60 (22.5) | |
| PC使用時間（学業） | 120分以上 | 8 ( 5.5) | 16 ( 6.0) | 0.549 |
| | 60～120分未満 | 31 (21.2) | 53 (19.8) | |
| | 30～60分未満 | 37 (25.3) | 59 (22.1) | |
| | 30分未満 | 70 (48.0) | 139 (52.1) | |
| PC使用時間（学業以外） | 120分以上 | 25 (17.1) | 17 ( 6.4) | 0.000 |
| | 60～120分未満 | 32 (21.9) | 38 (14.2) | |
| | 30～60分未満 | 32 (21.9) | 44 (16.5) | |
| | 30分未満 | 57 (39.1) | 168 (62.9) | |

表6　睡眠・喫煙・飲酒の習慣及びアルバイトの状況

| | | 男性 n=146 | 女性 n=267 | p値 |
|---|---|---|---|---|
| 睡眠時間 | (Mean ± SD) | 384.2±60.0分 | 374.0±57.8分 | 0.150 (A) |
| | | n (%) | n (%) | |
| 喫煙 | 吸わない | 137 (93.8) | 256 (95.9) | 0.877 (B) |
| | 吸う | 9 ( 6.2) | 11 ( 4.1) | |
| 飲酒 | 飲まない | 34 (23.3) | 87 (32.6) | 0.000 (A) |
| | 週に1回未満 | 39 (26.7) | 100 (37.5) | |
| | 週に1回 | 26 (17.8) | 44 (16.5) | |
| | 週に2～3回 | 34 (23.3) | 27 (10.1) | |
| | 週に4～6回 | 9 ( 6.2) | 6 ( 2.2) | |
| | 毎日 | 4 ( 2.7) | 1 ( 0.4) | |
| | 無回答 | 0 ( 0) | 2 ( 0.7) | |
| アルバイト | している | 81 (55.5) | 142 (53.2) | 0.396 (B) |
| | していない | 65 (44.5) | 123 (46.1) | |
| | 無回答 | 0 ( 0) | 2 ( 0.7) | |
| アルバイトの頻度 | 1回／週 | 21 (33.3) | 23 (19.0) | 0.002 (A) |
| | 2回／週 | 26 (41.3) | 38 (31.4) | |
| | 3回／週 | 8 (12.7) | 30 (24.8) | |
| | 4回／週 | 6 ( 9.5) | 21 (17.4) | |
| | 5回／週 | 2 ( 3.2) | 7 ( 5.8) | |
| | 6回／週 | 0 ( 0) | 2 ( 1.6) | |
| 1週間のアルバイト回数 | (Mean ± SD) | 2.1±1.1回 | 2.6±1.2回 | 0.001 (A) |
| 1回のアルバイト時間 | (Mean ± SD) | 2.5±1.9時間 | 3.7±2.0時間 | 0.000 (A) |

A：Mann-Whitney U検定
B：$\chi^2$検定

週に2回以上飲酒するものの割合は，男性は32.2%，女性は12.7%であり，男性の飲酒の頻度が有意に高かった（$p<0.001$）。

アルバイトをしているものの割合は，男性が81名（55.5%），女性が142名（53.2%）であった。性別による有意差はなかった。1週間のアルバイト回数は女性が2.6±1.2回，男性は2.1±1.1回と女性が有意に多く（$p<0.01$），アルバイト時間数が女性は平均値3.7±2.0時間，中央値3時間，男性は平均値2.5±1.9時間，中央値2時間であり，女性が有意に長かった（$p<0.001$）。

## 4．健康問題の自覚と健康行動

1）健康の自己評価（表7）

健康の自己評価の結果は，「健康」「どちらかといえば健康」と答えたものが男性118名（81.4%），女性238名（89.2%）であった。女性に「健康」「どちらかといえば健康」と回答した割合が多かった（$p<0.05$）。

2）健康問題の自覚

健康問題の自覚について，「ある」としたものの割合は男性83名（56.8%），女性203名（76.0%）であった。女性は男性よりも健康問題が「ある」とする割合が多かった

表7　健康の自己評価

| | 男性 n＝145 | 女性 n＝267 | $\chi^2$検定 |
|---|---|---|---|
| | n(%) | n(%) | p値 |
| 健康 | 46（31.7） | 103（38.6） | 0.018 |
| どちらかといえば健康 | 72（49.7） | 135（50.6） | |
| どちらかといえば不健康 | 21（14.5） | 26（ 9.7） | |
| 不健康 | 6（ 4.1） | 3（ 1.1） | |

（$\chi^2$検定，p＜0.001）。健康問題が「ある」と答えた286名（男性83名，女性203名）に健康問題の内容を質問した結果，男性の回答の上位は，「体重」「食事」「運動」「疲れやすい」「睡眠」であった。女性の回答の上位は，「体重」「食事」「疲れやすい」「運動」「睡眠」であった。

3）健康行動

上記で回答した健康問題に対する行動についての回答は，男性では「すでに行動を開始している（継続期間6か月以上）」9名（10.8%），「すでに行動を開始している（継続期間6か月未満）」25名（30.1%），「1か月以内に始めようと考えている」15名（18.1%）及び「具体的には考えていない」34名（41.0%）であった。女性では「すでに行動を開始している（継続期間6か月以上）」15名（7.4%），「すでに行動を開始している（継続期間6か月未満）」54名（26.6%），「1か月以内に始めようと考えている」56名（27.6%），「6か月以内に始めようと考えている」5名（2.5%）及び「具体的には考えていない」72名（35.7%）であった。

### 5．肥満群及びやせ群の判別

1）肥満群の判別

正常範囲群と肥満群の判別分析を行った結果，判別に寄与した変数（標準化正準判別係数）は，性別（－1.00），体脂肪率（1.34），SBP（0.24），健康問題の自覚（0.16）の4変数であった。

肥満群に判別されたものは，以上の標準化正準判別係数から，性別が男性である，体脂肪率が高い，SBPが高値である，健康問題を自覚していないという特徴を示した。これらの4変数による判別確率は92.9%であった。

2）やせ群の判別

やせ群と正常範囲群の判別分析を行った結果，判別に寄与した変数（標準化正準判別係数）は，性別（1.22），体脂肪率（－1.28），緑黄色野菜（0.24），牛乳（0.26），卵（－0.20），睡眠時間（0.21），健康の自己評価（0.36）の7変数であった。

やせ群に判別されたものは，以上の標準化正準判別係数から，性別が女性である，体脂肪率が低い，緑黄色野菜の摂取頻度が低い，牛乳の摂取頻度が低い，卵の摂取頻度が高い，睡眠時間が長い，自分を不健康だと感じているという特徴を示した。これらの7変数によるやせの判別確率は85.6%であった。

### 6．高血圧ハイリスク群の判別

正常血圧群と高血圧ハイリスク群の判別分析を行った結果，判別に寄与した変数（標準化正準判別係数）は，性別（－0.98），体脂肪率（0.44），脈拍（0.54），卵（－0.25），清涼飲料水（－0.19）の5変数であった。

高血圧ハイリスク群に判別された学生は，以上の標準化正準判別係数から，性別が男性である，体脂肪率が高い，脈拍が速い，卵の摂取頻度が高い，清涼飲料水の摂取頻度が高いという特徴を示した。これらの5変数による高血圧ハイリスク群の判別確率は77.2%であった。

## Ⅵ．考　察

### 1．大学生の健康状態

国立大学等保健管理施設協議会による2000年の調査「学生の健康白書2000」[4]では，男子大学生の肥満は9.8%であった。また，平成15年度国民健康・栄養調査の概要[34]では，20～29歳の男性の14.8%が肥満と報告されている。これらに対して，本調査における男子の肥満は20.6%と高値であった。江藤ら[35]は，大学生などの若年時においても肥満は生活習慣病発症に関与し，高度脂肪肝に寄与する因子はBMIと性別であり男性の肥満を解消することの重要性を示唆している。また，肥満は高血圧症，糖尿病などの原因となる生活習慣病のハイリスク要因とされている。

本調査において，女子の身体所見は全国値と比較して良好であった。ただし，やせのものが15.3%存在していた。女性のやせは，「学生の健康白書2000」[4]によれば18.3%，平成15年度国民健康・栄養調査の概要[34]によれば20～29歳では23.4%と報告されている。女性のやせは健康障害との関連性が報告されている[10, 36]。また，近年，低出生体重児が増加し，その理由の1つとして，妊婦の栄養不良が指摘されている[37]が，やせた妊婦では低出生体重児の出生率が2～3倍に増加すること[38]，子宮内胎児発育遅延あるいは低出生体重児が成人における肥満，高血圧，高脂血症，2型糖尿病などの発症に関わること[39]が判明している。したがって，妊娠前及び妊娠中の母親の栄養状態が不良であった場合は，子どもが将来，生活習慣病になるリスクが高い。女性のやせを減少させることは，次世代の生活習慣病予防に大きく関与する要因といえる。

血圧値に関しては，「学生の健康白書2000」[4]では高血圧ハイリスク群は全体では20.5%，男子では33.5%，女子では8.6%であり，男子の割合が女子よりも高かった。一方，本調査における高血圧ハイリスク群の割合は全体では25.7%であった。これを男女別でみると，男子の50%，女子の12.4%を占めていた。この割合は上述した報告[4]に比

較して高く，その傾向は男子でより顕著であった。血圧は一般に年齢と共に上昇すると考えられている[40, 41]。さらに「学生の健康白書2000」では21歳以降血圧が上昇する傾向[42]を報告している。本調査においては，男子の平均年齢が21.3歳と女子の20.0歳より有意に高く，平均年齢の差異が男女の高血圧ハイリスク群の割合の差に関与している可能性が考えられる。

### 2．疲労感

小林らの調査[23]による疲労自覚症状得点の平均値は66.1点であった。本調査の疲労症状得点の平均は69.1点であった。男女別の平均得点は，男子では67.2点，女子では70.1点であり，男女ともに先行研究と比較して高値であった。SFS-Yの下位尺度には性差があることはすでに報告[14, 25]されており，本調査においても「集中思考■難」「身体違和感」の2つの下位尺度で女子が男子よりも有意に高かった。また，平均疲労自覚症状得点は女子の平均点が高く，女子が男子よりも疲労感を感じていたといえる。

### 3．生活習慣

Breslowら[43, 44]は，カリフォルニア州アラメダ郡における疫学調査により，健康習慣がその後の死亡率と関連，すなわち，「1日7～8時間の睡眠を守る・定期的に運動する・喫煙はしない・飲酒は適度あるいはしない・朝食は食べる・間食はしない・適正体重を保つ」の7つの健康習慣を実施することが健康度や平均余命の延長に大きく関与していたことを報告した。

本調査では，食事内容を食物摂取得点により評価した。食物摂取得点の平均値は先行研究[16]とほぼ同値を示した。

食事内容を男女別に比較すると，男子はインスタント食品と清涼飲料水の摂取頻度が高く，淡色野菜の摂取頻度が低いことが明らかになった。また，食事摂取の習慣では，男子の朝食を欠食する者の割合が15.1％と高いことが問題であった。これらは，先行研究[16, 45－47]においても指摘されている問題である。インスタント食品と清涼飲料水の摂取頻度の高さは過剰なカロリー摂取の可能性を示唆している。淡色野菜の摂取頻度の低さは，食物繊維とミネラルの摂取量の不足につながる。これらはいずれも肥満の原因として指摘されている食事内容であり，男子の肥満群形成の影響要因と推察される。

女子は男子よりも食物摂取得点が高く，食事内容のバランスが良好であったことが把握された。その反面，食事摂取の習慣では，週に4回以上間食を摂取する女子の割合が36.7％と高い点は問題であった。間食するものの割合が女性に多いこと[47]はすでに指摘されている点である。女子は食事の回数について改善する必要性が示唆された。

平成15年度国民健康・栄養調査[31]によれば，1日30分以上の運動を週2日以上実施し，1年以上継続しているものを「運動習慣がある者」とした場合，その割合は20～29歳の男性では23.0％，女性では15.6％であった。門田[45]によれば，男子大学生の53.4％，女子大学生の32.6％が週に1～2回以上運動していた。岡田ら[47]の調査では，週に3日以上運動していたのは男子大学生では35.3％，女子大学生では18.0％であった。本調査では現在，週に2回以上運動している割合は男子で86.3％，女子で64.8％であり，先行研究と比較して，運動を実施している割合が高かった。運動習慣に関しては，本研究の対象は良好な集■であったといえよう。

本調査では1日に2時間以上テレビを視聴するものは，男子では17.1％，女子では6.4％であった。男女別にみると，男子が女子よりもテレビ視聴時間，学業目的以外のPC使用時間が長かった。Buckworthら[18]は，男性の1週間のテレビ視聴時間は12.0時間であったこと，松■ら[11]は肥満と関連のあったライフスタイル項目として男子大学生では「毎日1時間以上ゲームをする」「毎日1時間以上パソコンをする」などがあったことを報告した。本調査では，男子のテレビ視聴時間が1日1時間以上のものは71.9％，学業以外のPC使用時間が1日1時間以上のものは39％を占めた。Buckworthら[18]，Janssenら[19]は，テレビ，ゲーム，インターネットを含めたPCの使用時間の増加が運動不足と関連していることを報告し，運動の積極的な参加とともに座業時間を減少するような介入の必要性を示唆した[18,19]。肥満・高血圧など健康問題をもつ男子の座業時間を把握し，PC使用時間を減じる必要性を認識させることが生活習慣改善には重要である。

本調査による喫煙者の割合は男子では6.2％，女子では4.1％であり，わが国における20～29歳の喫煙率[34]が男性では55.8％，女性では19.2％であることと比較すると，著しく低値であった。これは，健康教育を通して喫煙が健康に悪影響を及ぼすことが理解されていることの反映といえる。また，大学の敷地内が全面禁煙となっていることも影響している。

本調査では男子は30％以上，女子では13％の学生が飲酒習慣をもっていた。男性で週に2～3回以上飲酒しているものの割合について，門田[45]は14.7％，大石ら[48]は32.9％と報告している。これら2つの報告の数値に格差はあるものの，いずれの報告でも男性は女性と比較して飲酒習慣をもつものが多いことが報告されており，本結果も同様であった。

また，本調査では女子は男子よりも1週間のアルバイト回数・1回のアルバイト時間がともに多かった。前述した本調査の疲労感の結果から，女子が男子よりも疲労感を強く感じていることが判明している。これらの結果より，アルバイト時間やアルバイトの回数は，疲労感の増強要因と

なることが考えられる。

### 4．健康問題の自覚と健康行動

健康の自己評価に関して，女子が男子よりも「健康」「どちらかといえば健康」と評価したものの割合が多かった。この結果は，先行研究[19]と同様であった。

健康問題の自覚では，男子の56.8%，女子の76%は健康問題があると回答した。健康問題の内容は，男女ともに「体重」が最も多く，2位が「食事」であった。最も高い関心事が「体重」であったことは，女子学生を対象とした調査[20]と同様の結果であった。体重は男女ともに健康問題として関心の高い項目であることが明らかになった。健康問題の内容の3位は，男子が「運動」であったのに対して，女子は「疲労感」であった。本調査において女子は男子に比較して，疲労感が高かったことと関連している可能性がある。

男子は女子よりも健康の自己評価を「不健康」とした割合が多いが，健康問題を自覚する割合は女子よりも少なかった。女子と比較して，男子は自分自身の健康に関心が低いと考えられる。

本研究では行動変容のステージモデルにより，学生の健康行動を評価した。その結果，男子では維持期が10.8%，実行期が30.1%，女子では維持期が7.4%，実行期が26.6%であった。健康問題を自覚するもののうち，健康行動をとっているものは男子の40%，女子の34%であった。

松嵜[21]の報告によれば，大学生は男女ともに維持期，実行期のものは15%と少なく，性別による違いでは，男子大学生では前熟考期が多く，女子大学生では熟考期が多い傾向がみられた。この結果と比較すると，本調査の対象は男女ともに維持期・実行期の割合が多く，前熟考期の割合も多かったことが特徴といえる。本調査の対象は医学部に所属する学生であり，授業において健康に関する医学的知識を得ている。それが健康行動をとるものの割合を高くする一因と考えられる。一方，本結果により，健康行動に無関心な学生が4割程度存在することが問題点として提起された。

以上をまとめると，女子大学生は自分が健康であるという評価をしながらも健康問題があると自覚しており，健康行動に関する関心も高い。男子大学生は女子大学生と比較して，自分を不健康と評価する割合が多いが，健康問題があるという自覚はないことが推察された。

### 5．身体所見，疲労感，生活習慣及び健康問題の自覚との関連性

本調査の結果，問題となっているのは男子大学生の肥満群と高血圧ハイリスク群，女子大学生のやせ群であることが判明した。そのため，肥満群，やせ群と高血圧ハイリスク群に関する判別分析を行い，身体所見，疲労感，生活習慣及び健康問題の自覚との関連性を分析した。

肥満群は，性別が男性である，体脂肪率が高い，SBPが高値である，健康問題を自覚していないという特徴を有していた。これらの4変数による判別確率は9割と高かった。肥満は生活習慣病の直接的な原因である。さらに，SBPも判別に寄与する変数として明確になった。肥満であれば，そのこと自体が健康問題である。しかし，健康問題を自覚していないことが肥満の説明変数となっていたことから，肥満者は肥満が健康問題であるという認識が欠如していたといえる。この対象者に健康問題を認識させることが必要な看護介入であろう。

やせ群は，性別が女性である，体脂肪率が少ない，緑黄色野菜の摂取頻度が低い，牛乳の摂取頻度が低い，卵の摂取頻度が高い，睡眠時間が長い，自分を不健康だと感じているという特徴を有していた。判別確率は8割と高かった。判別に寄与した変数に食物摂取頻度の3項目が含まれていることから，やせ群に判別される学生は偏った食事内容が推察される。これはやせ志向が反映した不適正な食事内容の可能性があり，次世代の生活習慣病予防の観点から看護介入が必要である。睡眠時間の長さは，日常生活における休息のとり方，活動バランスのあり方が関与している可能性がある。

高血圧ハイリスク群に判別された学生は，性別が男性である，体脂肪率が高い，脈拍が速い，卵を摂取する頻度が高い，清涼飲料水を摂取する頻度が高いという特徴を有していた。判別確率は7割であった。

判別分析によって，肥満群と高血圧ハイリスク群は男子大学生，殊に体脂肪率の高い男子大学生に共通の問題であることが再確認された。肥満群及び高血圧ハイリスク群に分類された大学生は，今後生活習慣病を発症するリスクが高いといえる。この集団は健康教育の重点的な対象群であり，早期に行動変容を促すための生活指導が必要である。

### 6．大学生を対象とする学校保健看護の臨床的課題

近年の生活習慣病増加に対して，疾病の第一次予防対策の推進が重要視されている。疾病予防に関する健康教育に取り組むことは，看護の重要な役割の一つである。大学生は学校保健看護の対象であり，日常生活に関する健康教育を実施し，望ましい生活習慣を形成できるように援助することが必要である。

本結果で特筆すべきは，男子大学生の肥満群と高血圧ハイリスク群の割合が全国値と比較して著しく高かった点であった。肥満群と高血圧ハイリスク群の学生，特に体脂肪率の高い男子大学生を対象とした積極的な健康教育の必要性が示された。

男子大学生の健康状態と生活習慣に関する報告は女子大学生と比較して著しく少なかった。また，医学部学生を対

象とした報告はほとんど見出せなかった。男子大学生の健康状態と生活習慣について更なる調査の必要性が示唆された。

本研究の調査対象はA医科大学医学部の大学生であった。医学部学生を対象とした十分な先行研究はないため，調査結果はすべての大学生の一般的な傾向なのか，あるいは，A医科大学に固有の傾向なのかは現時点では判断できない。今後，調査対象者を増やし，この調査結果が大学生全般の傾向なのか否かを分析することが臨床的課題である。

## Ⅶ. 結　論

本調査によって，以下のことが明らかとなった。

1．医学部大学生413名の調査結果から，男子大学生の健康問題として，肥満群が20.6%，高血圧ハイリスク群が50.0%を占め，全国値を大きく上回る実態が把握された。女子大学生は全国値とほぼ同水準の結果であり，健康問題としては，やせ群が15.3%を占めることが把握された。

2．生活習慣の分析から，男子大学生は女子大学生と比較して，インスタント食品と清涼飲料水の摂取頻度が高い，淡色野菜の摂取頻度が低い，朝食の欠食率が高いことが明らかとなった。女子大学生は，男子大学生に比較して間食の摂取頻度が高かった。

3．健康問題を自覚していたものは，男子大学生では56.8%，女子大学生では76.0%であった。このうち，既に健康行動をとっていたものは男子大学生の40.9%，女子大学生の34.1%であった。

4．判別分析の結果，肥満群，やせ群及び高血圧ハイリスク群の判別に寄与した変数が明らかになり，健康教育の課題が示された。

## 謝　辞

本研究を行うにあたり，ご協力下さいました対象者の方々に心から感謝いたします。

なお，本稿は旭川医科大学医学系研究科看護学専攻修士論文に加筆修正を行ったものであり，その一部は第33日本看護研究学会学術集会において報告した。

## 要　旨

本研究は医学部大学生の健康状態と，生活習慣・健康行動との関連性を明らかにすることを目的とした。調査対象はA医科大学の1～4学年の大学生413名であった。調査は無記名自記式質問紙調査法によった。調査内容は一般的背景，身体所見（身長，体重，体脂肪率，血圧値），生活習慣等であった。対象者をBMIと血圧値によって分類し，調査項目との関連を分析した。主な分析にはMann-Whitney U検定，$\chi^2$検定及び判別分析を用いた。

男性はやせ群4.1%，肥満群20.6%であり，女性ではやせ群15.3%，肥満群7.9%であった。高血圧ハイリスク群は男性が50.0%，女性が12.4%であった。生活習慣では，男性の食事内容の問題点が明らかとなった。また男性の56%，女性の76%は自分の健康問題を自覚していた。本調査において，男性の肥満と高血圧，女性のやせの問題が存在すること，これらの対象者に対する健康教育の実施と生活指導の必要性が明らかとなった。

## Abstract

This study aimed to investigate the relationship between health condition and lifestyle factors, and consequently to clarify the predicting factors of hypertension and obesity in medical college students.

Design and Methods: For 413 (146 male and 267 female) college students with the age ranging 18 to 29, casual medical checkup was performed, in which resting systolic (SBP) and diastolic (DBP) blood pressure measurements were included. Simultaneously, heart rate, height, weight and body fat ratio (BFR) were also measured. On the other hand, student's lifestyle information was interviewed by unsigned questionnaire. Contributing parameters for hypertension (SBP > 130 mmHg and/or DBP > 85 mmHg) and obesity (BMI >25.0) were discriminated by stepwise analysis.

Results: Obesity group were 20.6% in male and 7.9% in female, respectively. Students with hypertension formed 50.0 % of male and 12.4 % of female students, respectively. Male and female students had a problem about a diet.

Fifty six percents of male and 76% of female thought that there was its healthy problem. It was suggested that health education subject relevant to a college student's lifestyle.

## 参考文献


1）渡邊正樹：健康教育ナビゲーター，18-21, 大修館書店，東京，2002.
2）大野良之：生活習慣病の概要と予防・健康づくり「健康日本21」，大野良之，柳川洋（編）：生活習慣病予防マニュアル，第4版，1-5, 南山堂，東京，2005.
3）本庄恵子：ライフステージにおける生活習慣病　青年期と生活習慣病，臨牀看護，31(13)，2034-2038, 2005.
4）上園慶子：4. 血圧検査，学生の健康白書作成に関する特別委員会（編）：学生の健康白書2000, 国立大学等保健管理施設協議会，41-62, 2003.
5）日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会：高血圧治療ガイドライン2000年版（JSH2000），杏林舎，東京，13-20, 2000.
6）神成陽子，一條明美，他：医学部学生における生活習慣病リスクファクターの推移，第69回日本循環器学会学術集会　コメディカルセッションプログラム抄録集，40, 2005.
7）神成陽子，一條明美，他：医学部医学生の在学5年間における血圧値の変動とBMIとの関連，第27回日本高血圧学会総会プログラム・抄録集，193, 2004.
8）三宅芳枝，横山公通，他：女子短期大学生の隠れ肥満と食生活習慣，神奈川県立栄養短期大学紀要，34, 87-93, 2002.
9）林真理子，飛田美穂，他：女子学生の隠れ肥満と生活習慣に関する研究，東海大学短期大学紀要，34, 31－35, 2000.
10）木村達志：女子大学生の減量行動と生活習慣及び体脂肪率との関係，学校保健研究，42(6)，496-504, 2001.
11）松園美貴，宇都宮弘子，他：大学生におけるライフスタイルと肥満との関連，Campus Health, 40(2)，61-66, 2003.
12）大沢　功，神谷明子，他：青年期肥満の成人病発症に及ぼす影響 肥満大学生の検査成績と生活習慣，体力研究，85, 57-64, 1994.
13）小林秀紹，出村慎一，他：青年用疲労自覚症状尺度の作成，日本公衆衛生雑誌，47, 638-646, 2000.
14）小林秀紹，出村慎一：青年期学生の疲労自覚症状に関連する要因　疲労感と生活習慣について，体育学研究，47(1)，29-40, 2002.
15）飯田忠行，上村芳枝，他：青年期女子学生の日常生活が健康状態及び自覚症状に及ぼす影響，県立広島女子大学生活科学部紀要，8, 53-60, 2002.
16）門田新一郎：大学生の食物摂取頻度に及ぼすライフスタイルの影響について　数量化Ⅱ類による検討，学校保健研究，44(4)，328-337, 2002.
17）大森純子，佐藤順子：大学生の運動行動と運動歴・健康度自己評価との関連性　ライフスタイルにおける健康教育の検討，Campus Health, 37(1)，284-287, 2001.
18）Buckworth, J., Nigg, C.：Physical activity, exercise, sedentary behavior in college students, Journal of American College Health, 53(1)，28 - 34, 2004.
19）Janssen, I., Katzmarzyk, P., et al.：Overweight and obesity in Canadian adolescents and their associations with dietary habits and physical activity patterns, Journal of Adolescent Health, 35, 360-367, 2004.
20）田代順子，村井文江：学生のヘルス・ケアを考える　看護系大学保健でのヘルス・プロモーション，Quality Nursing, 7(2)，116-126, 2001.
21）松嵜英士：大学生の保健行動の変容段階　トランスセオリティカル・モデルの観点から，日本保健医療行動科学会年報，17, 234-247, 2002.
22）松嵜英士：看護学生の予防的保健行動に対する行動科学的要因の効果　トランスセオリティカル・モデルの観点から，東邦大学医療短期大学紀要，16, 1-14, 2003.
23）小林秀紹，出村慎一，他：青年用疲労自覚症状尺度における有効な評定値，学校保健研究，44(2)，131-138, 2002.
24）出村慎一，小林秀紹，他：青年用疲労自覚症状尺度の妥当性の検討，日本公衆衛生雑誌，48(2)，76-84, 2001.
25）小林秀紹，出村慎一，他：青年を対象とした疲労自覚症状尺度の検討　自覚症状しらべとの関係，体育学研究，46(1)，35-46, 2001.
26）小林秀紹，出村慎一，他：男子高校生及び大学生における疲労自覚症状，主観的疲労，生活習慣の関連，日本衛生学雑誌，54, 552-562, 1999.
27）橋本公雄，德永幹雄：運動参加タイプとその特性　健康関連要因に基づく分析，健康科学，24, 47-55, 2002.
28）竹中晃二：トランスセオレティカル・モデル：TTMの概要，心療内科，8, 264-269, 2004.
29）松本千秋：医療・保健スタッフのための健康行動理論の基礎，29-36, 医歯薬出版，東京，2002.
30）Prochaska, J. O., Norcross, J. C., et al.，中村正和監訳：チェンジング・フォー・グッド，40-56, 法研，東京，2005.
31）大野　誠：肥満の生活ガイド，61, 医歯薬出版，東京，2001.
32）坂田清美：循環器健診における各種検査法の手技と判断基準，大野良之，柳川洋（編）：生活習慣病予防マニュアル，第4版，72, 南山堂，東京，2005.
33）日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会：高血圧治療ガイドライン2004，日本高血圧学会，東京，13-20, 2005.
34）厚生労働省健康局生活習慣病対策室栄養調査係：平成15年度国民健康・栄養調査の概要，http://www.mhlw.go.jp/houdou/2005/04/h0421-1.html(2006年1月15日閲覧).
35）江藤敏治，林　寛裕，他：学生定期健康診断におけるエコー健診導入の意義　肥満学生での検討，Campus Health, 41(2)，111-116, 2004.
36）宮崎美千子，橋本貴美子，他：女子学生における低体重の現状，Campus Health, 41(2)，57-62, 2004.
37）中村　敬：低出生体重児出生率増加の背景，母子保健情報，46, 14-23, 2002.
38）蒲原聖可：産む世代のやせがもたらすもの，助産雑誌，57, 733-738, 2003.
39）内山聖：胎児発育遅延と生活習慣病，母子保健情報，49, 117-119, 2004.
40）蔵本　築：老年者高血圧の特徴とその診断および治療，増山善明（編）：高血圧の成因と診療，109-115, 医学書院，東京，1980.
41）清原　裕：久山町研究，医学のあゆみ，214, 299-303, 2005.
42）佐藤祐造：7. まとめと今後の課題，学生の健康白書作成に関する特別委員会（編）：学生の健康白書2000, 国立大学等保健管理施設協議会，80-83, 2003.
43）Breslow, L., Enstrom, J. E.：Persistence of health habits and their relationship to mortality, Preventive Medicine, 9, 469-483, 1980.
44）Belloc, N. B., Breslow, L.：Relationship of physical health status and health practice., Preventive Medicine, 1, 409-421, 1972.
45）門田新一郎：大学生の生活習慣病に関する意識，知識，行動について，日本公衆衛生雑誌，49, 554-563, 2002.
46）梅本智子，平野　均，他：肥満大学生の食行動と体質・体型に関する認識調査，Campus Health, 36, 530-534, 2000.

47) 岡田暁宜，藤田　定，他：大学生の生活習慣からみた■覚症状について，東海学校保健研究，28(1)，29-41，2004.
48) 大石和男，安川通雄：男性大学生の喫煙・飲酒習慣とタイプA行動様式，日本生理人類学会誌，7(4)，155-160，2002.
49) 大森純子，佐藤順子：大学生のライフスタイルと健康度■己評価との関連性　ライフスタイルにおける健康教育の方向性の検討，Campus Health，35，613-617，1999.

［平成20年5月7日受　　付］
［平成21年4月20日採用決定］

－研究報告－

# 代謝循環器系外来患者の健康認知を評価する簡易質問票の開発

Development of a Simple Questionnaire on Nursing for Evaluating the Health Cognition of Outpatients with Cardiometabolic Diseases

関　　美奈子
Minako Seki

キーワード：簡易質問票，看護，外来患者，代謝循環器系
Key Words：simple questionnaire, nursing, outpatient, cardiometabolic

## Ⅰ．はじめに

従来，外来患者の問診表は，医学的見地で作成された質問項目であり，医師の診療の補助を中心とした外来看護は，これを使用してきた。また，循環器系の外来看護において，外来患者を看護独自の視点や方法で継続的に援助していく問題意識や実践は，ほとんどの施設で研究されることも無かったのが現状である。様々な連携業務などを，少数の人員と時間制約の中でこなす外来看護の繁忙さにおいては，簡便かつ迅速に外来患者の健康の認知と健康行動を評価しうる方法が必要である。

すでに，先行研究において，外来患者および住民の健康行動の評価を，運動習慣の形成と継続効果を測定する観点から検討してきた。具体的には，50%生理運動強度の水中歩行による看護支援を行い，日常生活の健康意識の質問表（健康不安，運動の楽しさ，疲労感，加齢不安，動作不安）を作成し調査を行ってきた。その結果，６ヶ月以上の水中歩行と看護支援の継続において，高血圧，高脂血症，糖尿病の外来患者を含む参加者の動作不安や疲労感の改善の評価が妥当と判断できた[1),2)]。このような研究経過から，繁忙な外来看護において，簡便に活用する外来患者の健康管理評価には，日常生活における動作不安や疲労感に関する項目を含めた健康の認知行動の程度を評価できる質問が必要であると考えた。そこで，先行の質的研究[3)]の生活習慣病患者への生活指導を必要とする因子をもとにした質問項目と，水中歩行による看護支援を評価した日常生活における動作不安や疲労感に関する質問項目をあわせて，医師の問診に代わる質問項目を検討した。

## Ⅱ．研究目的

本研究は，代謝循環器系外来看護（以下外来看護と表す）において，代謝循環器系外来患者（以下外来患者と表す）の健康管理を評価しうる一方法として，外来患者へ健康の認知行動の程度を問う簡易な質問票を開発することを目的とした。以下，最終的に７項目の簡易質問票を完成した経過を報告する。

## Ⅲ．研究方法

### １．調査対象の設定

本研究では，「調査対象」とは，調査した代謝循環器系の外来患者を意味し，調査を実施した診療所および病院は，「調査施設」と表現して区別した。調査対象の年齢と性別は，20歳以上の男女の外来患者，一施設男女各60名計120名の予定とした。治療状況は，代謝循環器系外来での治療が，定期受診回数月１回から２回まで，受診期間１ヶ月以上の慢性状態。薬剤療法をしている時は同じ薬剤が，３ヶ月以上継続とした。

### ２．調査項目

１）調査対象の属性

調査対象の属性として，年齢，性別を調査した。

２）調査対象の健康状態

調査対象の治療状況として，受診期間（月単位），診断名，投薬内容，調査対象一人当たりの一日の診療報酬点数を調査した。調査対象の健康状態の測定項目として，調査日以前６ヶ月以内の，身長と体重，血管収縮機能を中心に評価するため，生理機能の指標である収縮期血圧（Systolic Blood Pressure：以下SBP）・拡張期血圧（Diastolic Blood Pressure：以下DBP），心拍数（Heart Rate：以下HR），血液中のリポ蛋白組成であるトリグリセリド値（Triglyceride：以下TG）・総コレステロール値（Total Cholesterol：以下TC），血中グルコース濃度の空腹時血糖値（Fasting Plasma Glucose：以下FPG），解糖系酵素の乳酸脱水素酵素値（Lactic acid Dehydrogenase：以下LDH），血液細胞成分である血小板数（Blood Platelet：以下PLT）・ヘモグロビン値（Hemoglobin：以下Hb）を調査した。

■際医療福祉大学大学院博士課程（後期）修了　The Completion of Graduate School of Health and Welfare Science, International University of Health and Welfare Graduate School

## 3．質問尺度の設定方法

簡易質問票を開発するプロセスにおいて，第1段階として35項目の生活問診票（Life Questionnaire 2：以下Life-Q 2）を作成し調査，第2段階として12項目の生活問診票（Life Questionnaire：以下Life-Q）を作成し調査，第3段階としてLife-Q（2回目）の検証を行った。

1）第1段階の質問尺度の設定

修士論文[4]の生活調整のカテゴリー「疾病の認知」「指導の受容」「生活との適合」の構成概念から，認識（疾病理解，服薬管理，疾病情報），管理（動機，継続），生活（食習慣，運動習慣，個人生活，仕事環境）を理論的枠組みとする項目へ，Breslowら[5]の健康に関連する7つの習慣を参考に飲酒習慣と喫煙習慣の有無を加え，さらに先行研究[6]から疲労感，動作不安，運動習慣に関する項目を加えて，35項目の生活問診票（Life-Q2）を作成した。評価法は，飲酒習慣と喫煙習慣を問う項目以外で，1-全く知らない 2-あまり知らない 3-少し知っている 4-ほとんど知っている，の4点法とし，質問にあわせて回答文言を設定した（表1）。なお，喫煙習慣は10本以上/1日，飲酒習慣は350mL以上/1日/3日以上/週と定義した[7]。

2）第2段階の質問尺度の設定

第1段階の質問票開発プロセスによって抽出した12項目の質問は，Life-Qとして，Q1 機能障害の理解，Q2 薬剤理解，Q3 情報収集の方法，Q4 治療の満足感，Q5 食習慣の意識的調整，Q6 運動習慣の意識的実行，Q7 介護の身体的負担，Q8 将来の生活，Q9 疲労感の調整，Q10 動作不安の調整，Q11 喫煙の有無，Q12 飲酒の有無を編成した。評価法は，飲酒習慣と喫煙習慣を問う項目以外で，1-全く知らない 2-あまり知らない 3-少し知っている 4-かなり知っている，の4点法とし，質問にあわせて回答文言を設定した。

表1．Life-Q2の質問

| 質　問　項　目 |
|---|
| Q1機能障害の理解：「自分の疾患による身体機能の障害について知っていますか」 |
| Q2病状悪化の見通し：「自分の病気が悪化すると将来どのようになるかを知っていますか」 |
| Q3疾病原因の理解：「自分の病気の原因を知っていますか」 |
| Q4薬剤の理解：「のんでいる薬の名前と作用を知っていますか」 |
| Q5薬剤管理の影響：「薬をのまないとどのような影響があるかを知っていますか」 |
| Q6情報収集の方法：「自分の病気の治療や生活面への配慮に関する情報を集めていますか」 |
| Q7教育経験：「今までに治療や薬の管理方法，生活面への配慮などを医師，薬剤師，看護師から詳しく聞いたことがありますか」 |
| Q8治療の満足感：「今の治療に満足していますか」 |
| Q9食習慣調整への認識：「病気のために食生活は変えないといけないと思っていますか」 |
| Q10食習慣の意識的調整：「病気のために意識的に食生活を調整しましたか」 |
| Q11栄養指導の受講：「食生活を調整するために栄養指導を受けましたか」 |
| Q12栄養指導の成果：「栄養指導を受けて食生活を調整できましたか」 |
| Q13食習慣調整のストレス：「食生活を調整することでストレスを感じましたか」 |
| Q14医師からの運動動機付け：「疾病の改善のために医師から運動を勧められているので，動くあるいは運動をしなければならないと考えていますか」 |
| Q15運動習慣の意識的実行：「生活の中で階段を利用するなど，少しでも動くことを意識していますか」 |
| Q16介護の身体的負担の調整：「家族や周囲の人を介護する身体的負担はありますか」 |
| Q17介護の精神的負担の調整：「家族や周囲の人を介護する心理的負担はありますか」 |
| Q18自己の介護希望：「自分が介護してほしいと思いますか」 |
| Q19家族の健康観の影響：「配偶者や家族の健康観があなたの病気を治すのに影響しますか」 |
| Q20個人の将来：「将来の生活のことを考えていますか」 |
| Q21疾病改善意欲：「家族のためにも疾病の治療をしようと考えていますか」 |
| Q22周囲の病人存在の影響：「家族や周囲の人の病気にかかっている状況を見て，自分の病気も治したいと思いますか」 |
| Q23運動の種類と運動習慣の実際：「運動をしている人は，1日何時間くらい週何回，どのような運動をしているか書いてください」 |
| Q24健康不安の調整：「今，ご自分の健康に不安を感じていますか」 |
| Q25運動の楽しさ：「運動を始めて楽しいですか（運動をしていない人は次の質問へ）」 |
| Q27加齢不安の調整：「年をとることに不安を感じますか」 |
| Q28動作不安の調整：「日常生活の動作に，不安がありますか」 |
| Q29夜間の睡眠「夜間よく眠れますか」 |
| Q30喫煙習慣の有無：「たばこを吸っていますか」 |
| Q31飲酒習慣の有無：「お酒を飲む習慣がありますか」 |
| Q32仕事の有無：「仕事をしていますか」　はい，いいえ |
| Q33職場環境の健康への影響：「職場の環境が健康状態に何らかの影響を及ぼしていますか」 |
| Q34仕事の調整状況：「病気のために仕事を調整しなければならないですか」 |
| Q35家族の罹患状況：「家族の方に次の病気の人が，いらっしゃいますか。」 |

表２．Life-Qの構成

| 項目概念 | 質問内容と回答尺度 |
|---|---|
| Q１機能障害の理解 | １．自分の病気によって体の機能が，どのように障害されているか知っていますか<br>1　全く知らない　2　あまり知らない　3　少し知っている　4　かなり知っている |
| Q２薬剤理解 | ２．のんでいる薬の名前と作用を知っていますか<br>1　全く知らない　2　あまり知らない　3　少し知っている　4　かなり知っている |
| Q３情報収集の程度 | ３．自分の病気の治療や生活面への配慮に関する情報を集めていますか<br>1　全く集めていない　2　あまり集めない　3　少し集めている　4　かなり集めている |
| Q４治療の満足感 | ４．今の治療に満足していますか<br>1　全く満足していない　2　あまり満足していない　3　少し満足している　4　かなり満足している |
| Q５食習慣の意識的調整 | ５．病気のために意識的に食生活を調整しましたか<br>1　全く調整していない　2　あまり調整していない　3　少し調整している　4　ほとんど調整している |
| Q６運動習慣の意識的実行 | ６．生活の中で階段を利用するなど，少しでも動くことを意識していますか<br>1　全く意識しない　2　あまり意識しない　3　少し意識している　4　かなり意識している |
| Q７介護の身体的負担 | ７．家族や周囲の人を介護する身体的負担はありますか<br>1　ほとんど負担がある　2　少し負担がある　3　あまり負担はない　4　全く負担がない |
| Q８将来の生活 | ８．将来の生活のことを考えていますか<br>1　全く考えていない　2　あまり考えない　3　少し考えている　4　かなり考えている |
| Q９疲労感の状態 | ９．日常生活の中で疲れたように感じることがありますか<br>1　かなり感じる　2　少し感じる　3　あまり感じない　4　全く感じない |
| Q10動作不安の状態 | 10．日常生活の動作に，不安がありますか<br>1　かなり感じる　2　少し感じる　3　あまり感じない　4　全く感じない |
| Q11喫煙有無 | 11．たばこを吸っていますか<br>０．吸っていない　１．吸っている　（１日　本程度） |
| Q12飲酒有無 | 12．お酒を飲む習慣がありますか<br>０．飲まない　１．飲む（１日に　㎖，週　日，酒の種類：　） |

※回答スケール　1　2　3　4

３）第３段階の質問尺度の設定

Life-Qの質問および評価法は第２段階と同様で，Life-Qの項目名義だけをＱ３情報収集の方法をＱ３情報収集の程度，Ｑ９疲労感の調整をＱ９疲労感の状態，Q10動作不安の調整をQ10動作不安の状態と，質問内容をより適確に表現するように変更した（表２）。

Life-Q質問解釈の妥当性を確認する方法として，Life-Q（２回目）のQ11喫煙習慣の有無，Q12飲酒習慣の有無の２項目を除く，10項目の質問内容に対する解釈を問う質問を作成し，一人２問ずつの割当で質問内容の解釈を問う質問紙を配布，それらへ自由記述で回答を依頼した。一人各２問は，問いの中から無作為に割り当てた。

４．基準関連尺度の設定

Life-Qの基準関連尺度として，イギリスのヨーク大学で開発された日常生活動作におけるQOLを医療対費用効果との関係を見る簡易のツールEuro QOL[8),9)]と，調査時点から１ヶ月以内における健康状態を測定する尺度であるSF 8[10)]を使用した。これら２つの尺度は，いずれも，本研究の質問票と類似する質問を有するため，その相関を期待して用いた。

Euro QOLは，属性及び視覚評価（以下VAS），Health related QOL（以下HR-QOLと表す）の５Dimension（以下５Ｄと表す）から構成され，５Ｄは１Ｄ移動の程度・２Ｄ身の回りの管理・３Ｄふだんの活動・４Ｄ痛み/不快感・５Ｄ不安/ふさぎ込みの５項目を３段階で評価する質問紙で，換算表にて数値が０から1.000の間で評価され，VASは０点から100点の間で評価された。

SF８の構成は，SF 8-1 全体的健康感・SF 8-2 身体機能・

SF 8-3 日常役割機能（身体）・SF 8-4 体の痛み・SF 8-5 活力・SF 8-6 社会生活機能・SF 8-7 心の健康（不安を含む）・SF 8-8 日常役割機能（精神）の計８項目の質問紙で，評価尺度は項目ごとに異なった。

### ５．質問解釈の妥当性の確認方法

Life-Q（２回目）の質問内容への解釈の妥当性を証明するための質問紙として，Q11喫煙習慣の有無，Q12飲酒習慣の有無の２項目を除く，10項目の質問内容に対する解釈を問う質問を作成し，一人２問ずつの割当で質問内容の解釈を問う質問紙を配布，それらへ自由記述で回答を依頼した。一人各２問は，問いの中から無作為に割り当てた。

### ６．調査施設と調査期間

調査施設は，診療形態の違う，地域診療所，地域連携型専門病院，地域連携型総合病院の３箇所を選定した。

１）調査施設の概要

(1) 地域診療所

N市の内科・小児科の栄養士や薬剤師との連携のある無床診療所で，診療件数は，１日平均65件だった。

(2) 地域連携型専門病院

病床数230床の循環器専門病院で，診療科は，循環器科（内科），心臓血管外科，脳神経外科，消化器内科，放射線科だった。

(3) 地域連携型総合病院

病床数744床の地域連携病院で，診療科を32科有し，心臓血管外科と循環器科，脳卒中科の３外来科の一診察室対応で調査を行った。

２）３段階の質問調査の調査施設と期間

(1) 第１段階の調査の施設と期間

第１段階の調査は，地域診療所が，平成17年８月25日から９月17日の間のうち計６日間であった。地域連携型専門病院が，平成17年10月25日から平成17年10月28日のうち計４日間であった。地域連携型総合病院が，平成17年９月27日から11月９日の間のうち計６日間であった。

(2) 第２段階の調査の施設と期間

第２段階の調査は，地域診療所が，平成18年２月６日から２月20日の間のうち計５日間であった。地域連携型専門病院が，平成18年３月６日から３月９日のうち計８日間であった。地域連携型総合病院が，平成18年８月８日から８月10日のうち計３日間であった。

(3) 第３段階の調査の施設と期間

第３段階の調査は，地域連携型総合病院のみとした。調査期間は，平成19年１月15日から１月19日の計５日間であった。

### ４．データ収集方法

質問調査は，外来の再来受付で，各調査対象へ口頭と文書で調査内容を説明し，質問票を配布，質問票への回答を持って同意とした。

### ５．主な用語の操作的定義

本研究の中で使用した主な用語は，以下のとおり操作的に定義づけた。

１）「問診票」

問診の質問紙は，「問診表」と「問診票」の両方の漢字表記が使用されるが，本研究においては，語句「票」の「意志を決定してあらわす」意味から，「問診票」と記述した。

２）「代謝循環器系」

WHOのICD10（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version for 2006：以下ICD10）の疾病分類体系は，解剖学的系統別コードの循環器系の疾患（ICD10コードI00-I99）と，全身症分類コードの内分泌,栄養及び代謝疾患（ICD10コードE00-E90）とは別の分類体系であるが[11]，「循環」という表現は全身状態であり，実際の外来患者の健康状態として，この２つの分類は密接な関係にあり，診療においても包括されることがあるため，個人の健康状態を適切に表現するために，代謝循環器系とした。また，ICD10の「I30-I52 その他の型の心疾患」とは，ICD10の疾病分類上の心膜炎・心内膜炎，非リウマチ性弁膜症，心筋症，刺激伝導系の障害（心房細動等不整脈）のことであった。

## Ⅳ．分析方法

調査において，データ記載が無かった場合は，欠損値とした。調査変数は全て記述統計量を分析，平均値±標準偏差（mean ± SD）で表わした。全数に対する割合はカッコ内へ％で表示した。

第１段階の質問尺度の分析は，全質問項目中，Q１からQ29までのうちQ23「Q23運動の種類と運動習慣の実際」は該当者のみの選択回答となるため，Q23を除く計28項目を分析対象として，質問尺度の評価法が４点法であるため，偏分布が予測され，項目数を集約するために，主成分分析法（エカマックス法）を用い，固有値１以上，因子（成分）負荷量4.0以上により妥当性を分析した。また，Cronbach's alph係数から信頼性（内的整合性）を分析した。基準関連妥当性は，Euro QOLを基準としてSpearman順位相関を分析した。なおEuro QOLは換算表にて換算した。

第２段階の質問尺度の分析は，質問尺度の評価法が４点法であるのを考慮して項目を集約するために，主成分分析法（バリマックス法）を用い，固有値１以上，因子（成分）負荷量4.0以上により妥当性を分析した。また，Cronbach's alph係数から信頼性（内的整合性）を分析した。各項目間の比較と基準関連妥当性は，Spearmanの順位相関を分析した。構造適合性に関しては，多次元尺度構成法を用い，ユークリッド距離（度数グループ間のカイ二乗）を分析し，

Stress値とRSQから質問項目の適合度を判定した。

第3段階の質問尺度の妥当性検証は，主成分分析法（クオーテマックス法）を用いた。また，Cronbach's alph係数から信頼性（内的整合性）を分析した。構造適合性に関しては，多次元尺度構成法を用い，ユークリッド距離を分析し，Stress値とRSQから質問項目の適合度を判定した。質問内容の解釈妥当性は，記述内容の内容分析を行い，質問への回答の意味をカテゴリー化した。また，4点法評価別の検定は，カイ二乗（以下$\chi^2$）検定（Kruskal Wallis検定）を分析し，判別分析により4点法評価別ラムダ相関，クロス集計のSpearmanの順位相関を見た。

統計ソフトは，SPSS version 14.0を使用し，有意水準は，$p<0.05$とした。

なお，開発した質問尺度は，評価法が良い状態を問う2問と悪い状態を問う2問の4点法であることから，中点存在の正規分布ではなく偏分布が予測され，回答状況は調査対象の健康状態によって変動すると考えられるため，因果関係を推論するパス解析において，推論してしまうことが，妥当と言えないことからパス解析は行わなかった。

## Ⅴ．倫理的配慮

施設管理・運営者に本研究の主旨を文書と口頭で説明し，臨床研究倫理審査の許可をとった。調査データの管理は，すべてコードを使用して保存し，各病院の個人情報管理システムを参照した。診療録コードは使用後切除して，当日の責任者へ返却した。調査対象の属性や血液検査結果は，臨床研究倫理審査の許可のもとに，病院に帰属する診療録から入手した。調査対象へは，口頭と文書で研究の主旨を簡単に伝え，調査への不参加による不利益は一切生じないこと，参加は自由であること，調査のデータは学術的に活用し調査内容の処理は番号制で匿名であることを説明した上で，質問票への回答をもって同意とした。

第1段階と第2段階の質問調査への臨床研究倫理審査の承認は，広川内科クリニック，聖隷浜松病院臨床研究倫理審査会承認第240号，金沢循環器病院臨床研究倫理審査会承認第3号の3箇所だった。第3段階の質問調査への臨床研究倫理審査の承認は，聖隷浜松病院臨床研究倫理審査会承認第323号だった。

## Ⅵ．結　果

### 1．第1段階の質問調査結果

1）調査対象

第1段階の質問調査へ協力が得られた調査対象269人中，全問回答の有効分析数は計216人（男性120人，女性96人），年齢は56.8±10.0歳，受診期間は平均61.8ヶ月だった。調査対象の主診断は，ICD10の大分類において，循環器系の疾患が146人，内分泌，栄養および代謝疾患が56名，その他14人だった。

2）Life-Q2の信頼性・妥当性

Kaiserの正規化を伴うエカマックス法，主成分分析の結果，固有値1以上，因子（成分）負荷量0.4以上の9要素27項目を抽出した。累積寄与率は65.609%，全体のCronbach's alpha係数（表中$\alpha$係数）が0.775だった（表3）。$p<0.001$。

Spearman順位相関係数を分析の結果，Euro QOLのHR-QOLとQ26疲労感の調整が0.31（$p<0.001$），Euro QOLのHR-QOLとQ28動作不安の調整が0.37（$p<0.001$）と有意な相関傾向を認めた。

3）Life-Q 2尺度の集約

Life-Q 2分析結果から抽出要素を代表する項目を選択して，簡易の質問票を作成した。第1要素からは，最も成分負荷量が多かったQ10食習慣の意識的調整を選択し，第2要素からは，同義内容の3項目を集約してQ16介護の身体的負担の調整を選択した。第3要素からは，Q 4薬剤の理解とQ 6情報収集の方法を選択し，第4要素からは，成分負荷量の多かったQ15運動習慣の意識的実行を選択した。第5要素からは，成分負荷量は低かったが，Q20個人の将来を選択した。これは，第5要素のQ20個人の将来以外の項目は，家族や周囲の人の影響を聞く内容であり，患者個人の家族環境によって変化しやすい回答と考えられ，まずは患者個人の価値観を聞く質問項目を残した。第6要素からは，成分負荷量の高かったQ 1機能障害の理解を選択した。第7要素は低い信頼性が示されたが，成分負荷量の高いQ26疲労感の調整とEuro QOLのHR-QOLが0.31（$p<0.001$）と相関，Q28動作不安の調整とEuro QOLのHR-QOLが0.37（$p<0.001$）と相関の傾向を見せたため選択した。第8要素と第9要素は，信頼係数が低いため，患者の治療環境に対する意見としてQ 8治療の満足感を残し，他は質問項目として選択しなかった。これら計10項目と喫煙習慣と飲酒習慣の2項目を選択し，計12項目の生活問診票（Life Questionnire：以下Life-Q）を作成した。なお，調査中に回答者から，評価法の，「4-ほとんど知っている」の「ほとんどの解釈に戸惑いを感じる」という意見が寄せられていたため，評価法の文言を考慮する必要があると考えた。そこで，Life-Q 2の4段階評価法の「ほとんど」という文言を一部「かなり」へと改訂した。

### 2．第2段階の質問調査結果

1）調査対象

調査対象251名中，全問回答の有効分析数は，計230人（男性138人，女性92人），年齢は58.1±9.6歳，受診期間は平均55.6ヶ月だった。調査対象の主診断は，ICD10の大分類において，循環器系の疾患が141人，内分泌，栄養および代謝疾患が72人，その他17人だった。抗凝固療法を受けて

表3．Life-Q2の主成分分析結果

| 抽出因子 | 項目名義 | mean ± SD | 成分負荷量 | 共通性 | 信頼係数 | 要素名 | 因子寄与 | 因子寄与率 | 累積寄与率 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 第1要素 | Q10食習慣の意識的調整 | 2.9 ± 0.8 | 0.761 | 0.697 | α係数=0.762 | 食習慣の調整 | 2.376 | 8.487 | 8.487 |
| | Q9食習慣調整への認識 | 3.2 ± 0.9 | 0.752 | 0.735 | | | | | |
| | Q11栄養指導の受講 | 2.4 ± 1.1 | 0.656 | 0.698 | | | | | |
| | Q12栄養指導の成果 | 2.3 ± 1.3 | 0.626 | 0.754 | | | | | |
| 第2要素 | Q17介護の精神的負担の調整 | 3.0 ± 1.1 | 0.901 | 0.843 | α係数=0.798 | 介護負担の調整 | 2.278 | 8.135 | 16.622 |
| | Q16介護の身体的負担の調整 | 3.0 ± 1.1 | 0.887 | 0.812 | | | | | |
| | Q18自己の介護希望 | 3.1 ± 1.0 | 0.627 | 0.457 | | | | | |
| 第3要素 | Q4薬剤の理解 | 3.2 ± 1.0 | 0.876 | 0.807 | α係数=0.719 | 薬剤管理 | 2.185 | 7.803 | 24.425 |
| | Q5薬剤管理の影響 | 3.2 ± 1.1 | 0.873 | 0.835 | | | | | |
| | Q6情報収集の方法 | 2.6 ± 0.9 | 0.416 | 0.489 | | | | | |
| 第4要素 | Q15運動習慣の意識的実行 | 3.0 ± 0.9 | 0.832 | 0.739 | α係数=0.682 | 運動習慣の形成 | 2.089 | 7.460 | 31.885 |
| | Q14医師からの運動動機付け | 2.9 ± 1.2 | 0.799 | 0.739 | | | | | |
| | Q25運動の楽しさ | 1.7 ± 1.6 | 0.649 | 0.625 | | | | | |
| 第5要素 | Q21疾病改善意欲 | 3.4 ± 0.8 | 0.872 | 0.798 | α係数=0.716 | 健康価値観 | 2.072 | 7.399 | 39.284 |
| | Q22周囲の病人存在の影響 | 3.6 ± 0.8 | 0.835 | 0.755 | | | | | |
| | Q20個人の将来 | 3.0 ± 0.8 | 0.577 | 0.599 | | | | | |
| 第6要素 | Q1機能障害の理解 | 3.4 ± 0.8 | 0.786 | 0.648 | α係数=0.695 | 疾病理解 | 2.027 | 7.239 | 46.523 |
| | Q2病状悪化の見通し | 3.4 ± 0.7 | 0.781 | 0.689 | | | | | |
| | Q7教育経験 | 3.3 ± 0.8 | 0.453 | 0.559 | | | | | |
| 第7要素 | Q26疲労感の調整 | 2.0 ± 0.7 | 0.758 | 0.640 | α係数=0.586 | 活動性の低下 | 1.825 | 6.520 | 53.042 |
| | Q28動作不安の調整 | 2.5 ± 0.9 | 0.693 | 0.608 | | | | | |
| | Q27加齢不安の調整 | 2.1 ± 0.8 | 0.539 | 0.592 | | | | | |
| 第8要素 | Q3疾病原因の理解 | 3.1 ± 1.0 | 0.613 | 0.531 | α係数=0.378 | 治療理解 | 1.784 | 6.371 | 59.413 |
| | Q29夜間の睡眠 | 3.4 ± 0.9 | 0.602 | 0.550 | | | | | |
| | Q8治療の満足感 | 3.5 ± 0.7 | 0.591 | 0.554 | | | | | |
| 第9要素 | Q13食習慣調整のストレス | 2.3 ± 1.1 | 0.612 | 0.578 | α係数=0.186 | 不安の調整 | 1.735 | 6.196 | 65.609 |
| | Q24健康不安の調整 | 2.0 ± 0.8 | 0.447 | 0.504 | | | | | |

■転法：Kaiserの正規化を伴うエカマックス法，p＜0.001。

表4．Life-Qの主成分分析結果

| n=230<br>全体のcronbach's α=0.475 | mean ± SD | 習慣調整<br>α=0.512 | 身体疲労<br>α=0.600 | 疾病理解<br>α=0.602 | 共通性 |
|---|---|---|---|---|---|
| Q5食習慣の意識的調整 | 2.9±0.7 | 0.716 | −0.036 | 0.117 | 0.528 |
| Q6運動習慣の意識的実行 | 3.1±0.8 | 0.687 | 0.262 | 0.060 | 0.545 |
| Q8将来の生活 | 3.0±0.8 | 0.683 | −0.347 | 0.026 | 0.587 |
| Q9疲労感の調整 | 2.1±0.7 | 0.087 | 0.818 | −0.016 | 0.677 |
| Q10動作不安の調整 | 2.4±0.8 | −0.114 | 0.798 | −0.014 | 0.649 |
| Q2薬剤理解 | 3.1±0.8 | 0.045 | 0.075 | 0.845 | 0.722 |
| Q1機能障害の理解 | 3.1±0.7 | 0.080 | −0.053 | 0.828 | 0.695 |
| Q3情報収集の方法 | 2.5±0.8 | 0.393 | −0.360 | 0.457 | 0.492 |
| | 因子寄与 | 1.635 | 1.633 | 1.626 | |
| | 因子寄与率 | 20.432 | 20.414 | 20.329 | |
| | 累積寄与率 | 20.432 | 40.846 | 61.175 | |

回転法：Kaiserの正規化を伴うバリマックス法。p＜0.001。

いる人は165人（72.1%），抗血栓療法を受けている人は132人（57.6%）だった。

2）Life-Qの信頼性・妥当性

Life-Qの各項目の記述統計量は，Q9疲労感の調整が平均値2.1，Q10動作不安の調整が平均値2.4と低い値を示した他は，平均値2.5以上を示した。Kaiserの正規化を伴うバリマックス法主成分分析の結果，■有値1以上，因子（成分）負荷量0.4以上の3要素8項目を抽出した。累積寄与率は61.175%，全体のCronbach's alpha係数（以下α）が0.475だった（表4）。p＜0.001。第1要素は習慣調整，第2要素は身体疲労，第3要素は疾病理解と概念化した。喫煙習慣無しは189人，喫煙習慣有りは41人，飲酒習慣無しは137人，飲酒習慣有りは93人（40.4%）だった。

Spearmanの順位相関係数を分析の結果，Q9疲労感の

調整とEuro QOL のVASが0.392（p＜0.001）と相関，同じくQ９疲労感の調整とEuro QOL のHR-QOLが0.390（p＜0.001）と相関，Q９疲労感の調整とSF８-５が0.388（p＜0.001）と相関傾向を示し，Q10動作不安の調整とEuro QOL のHR-QOLが0.469（p＜0.001）と有意な相関を認めた。また，多次元尺度構成法のユークリッド距離を分析の結果，９回の回転後，２次元でS-Stressが0.001未満においてStress値は0.02916，RSQは0.9946と有意な収束を認めた。

３）Life-Q検証への考察

第２段階で作成したLife-Qは，累積寄与率60%以上を認め，基準関連尺度との関係もQ10動作不安の調整との部分関連妥当性を確保できたが，全体のCronbach's α が0.475と，信頼性・安定性が低かった。これは，各質問への回答分布が４点法のため偏分布を認め，不安定になると考えられた。しかし，これら８項目は，多次元尺度構成法により，２次元構造における適合を確認したため，検討の余地があると考えた。そこで，さらにLife-Qの質問内容の解釈妥当性を調査する調査様式を作成し，Life-Qと同時に検証を計画した。

## ３．第３段階の質問調査結果

１）調査対象

調査対象153人中，全問回答の有効分析数は，計146人（男性103人，女性43人），年齢は61.8±11.9歳，受診期間は平均83.0ヶ月であった。調査対象の主診断は，ICD10の大分類から，循環器系の疾患が137人，内分泌，栄養および代謝疾患が６人，その他３人だった。

２）Life-Q（２回目）の検証

Kaiserの正規化を伴うクオーテイマックス法を用いた主成分分析の結果，有効分析数146，固有値1.0以上，因子（成分）負荷量0.4以上の７項目３要素を抽出した。全体のCronbach's alph係数（以下α）が0.635，累積寄与率は70.926%を検証した（表５）。p＜0.001。第１要素は「疾病理解」，第２要素は「身体疲労」，第３要素は「意識的調整」と概念化した。喫煙習慣無しは116人，喫煙習慣有りは29人だった。飲酒習慣無しは81人，飲酒習慣有りは63人（43%）だった。

また，多次元尺度構成法のユークリッド距離を分析の結果，９回の回転後，「疾病理解」と「意識的調整」を一次元，「身体疲労」を一次元とした２次元でS-Stressが0.001未満においてStress値は0.02691，RSQは0.99584と有意な収束を認めた。評価法の文言に対して，回答者からの戸惑いや意見は無かった。

３）質問内容の妥当性

Life-Q（２回目）のＱ１からQ10の質問内容に対する解釈記述のうち，Ｑ４治療の満足感と　Ｑ７介護の身体的負担とＱ８将来の生活を除く７項目の内容を分析した。有効分析数は34人だった。Ｑ１機能障害の理解は，分析数31人，解釈内容で最も多かったのは，「病名認知」が24人，第２に「症状認知」が９人だった。他方，「障害感知がない」など，あいまいな理解も認められた。Ｑ２薬剤理解は，分析数30人，理解内容で最も多かったのは，「薬の効果」が12人，第２に「一部の薬名認知」が10人，ついで「薬作用の理解」が９人だった。Ｑ３情報収集の程度は，分析数30人，解釈内容で最も多かったのは，「特に情報収集しない」が13人，第２に「自己疾患に関連した本やメデイアからの収集」が８人で，「メデイアからの収集」が６人であった。Ｑ５食習慣の意識的調整は，分析数34人，解釈内容で最も多かったのは，「調味料の調整」が15人，第２に「調整なし」が９人だった。Ｑ６運動習慣の意識的実行は，分析数34人，解釈内容で最も多かったのは，「ウオーキング」が11人，第２に「運動制限有り」が６人，「日常動作で補う」が４人だった。Ｑ９疲労感の状態では，分析数27人，解釈内容で最も多かったのは，「仕事で疲労感」と「体力低下による疲労感」の４人，ついで「疾病の悪化で疲労感」が３人だった。Q10動作不安の状態では，分析数31人，解釈内容で最も多かったのは，「日常生活で不安無し」が11人，

表５．Life-Q（２回目）の主成分分析結果

| n=146<br>全体のcronbach's α =0.635 | mean ± SD | 疾病理解<br>α =0.637 | 身体疲労<br>α =0.769 | 意識的調整<br>α =0.619 | 共通性 |
|---|---|---|---|---|---|
| Q１機能障害の理解 | 3.1±0.7 | 0.784 | 0.038 | −0.021 | 0.617 |
| Q３情報収集の程度 | 2.5±0.8 | 0.762 | −0.103 | 0.347 | 0.712 |
| Q２薬剤理解 | 3.1±0.8 | 0.743 | 0.124 | −0.005 | 0.567 |
| Q９疲労感の状態 | 2.2±0.8 | 0.009 | 0.892 | 0.093 | 0.804 |
| Q10動作不安の状態 | 2.5±0.8 | 0.095 | 0.888 | 0.062 | 0.802 |
| Q５食習慣の意識的調整 | 2.9±0.8 | 0.178 | −0.030 | 0.840 | 0.738 |
| Q６運動習慣の意識的実行 | 3.1±0.8 | 0.021 | 0.208 | 0.825 | 0.725 |
| | 因子寄与 | 1.789 | 1.655 | 1.520 | |
| | 因子寄与率 | 25.556 | 23.650 | 21.721 | |
| | 累積寄与率 | 25.556 | 49.205 | 70.926 | |

回転法：Kaiserの正規化を伴うクオーティマックス法。p＜0.001。

表6．Life-Qの各質問への回答内容

| 質問項目 | 主な回答状況 | 人数 |
|---|---|---|
| Q1 機能障害の理解 (n=31) | 病名認知 | 24 |
| | 症状認知 | 9 |
| | 病態の影響理解 | 5 |
| | 病態の現象理解 | 5 |
| Q2 薬剤理解 (n=30) | 薬の効果 | 12 |
| | 一部の薬名認知 | 10 |
| | 薬作用の理解 | 9 |
| Q3 情報収集の程度 (n=30) | 特に情報収集しない | 13 |
| | 自己疾患に関連した本やメデイアからの収集 | 8 |
| | メデイアからの収集 | 6 |
| Q5 食習慣の意識的調整 (n=34) | 調味料調整 | 15 |
| | 調整なし | 9 |
| | 食材調整 | 6 |
| | 腹八分目 | 6 |
| Q6 運動習慣の意識的実行 (n=34) | ウオーキング | 11 |
| | 運動制限あり | 6 |
| | 日常生活動作で補う | 4 |
| Q9 疲労感の状態 (n=27) | 仕事で疲労感 | 4 |
| | 体力低下による疲労感 | 4 |
| | 疾病の悪化で疲労感 | 3 |
| | 疲労感なし | 3 |
| Q10 動作不安の状態 (n=31) | 日常生活で不安なし | 11 |
| | 症状の出現で不安 | 8 |

第2に「症状の出現で不安」が8人だった（表6）。

4）Life-Q（2回目）4点法評価別検定

Life-Q（2回目）の4点法別検定の結果，Q1機能障害を「かなり知っている」と，診断数が有意に多く，Q3情報収集を「あまり集めていない」とBMIが有意に高く，Q9疲労感を「かなり感じる」とLDHが有意に高く，疲労感を「全く感じない」状態でも受診期間が長いことなどが明らかになった（表7）。また，判別分析の結果，Q9疲労感の状態の「1かなり感じる」の回答が，Willksラムダ0.867，固有値0.153，正準相関0.365において，LDHのラムダ相関0.77を示した。また，2種類の診断保有パターン別にクロス集計のSpearman相関係数を分析の結果，Q9疲労感の状態の評価2「少し感じる」の回答が，代謝障害と虚血性心疾患の2種類の診断保有と0.399（$p<0.001$）の有意な相関を認めた。

## 4．喫煙習慣と飲酒習慣の調査結果

質問票開発の調査において，喫煙習慣と飲酒習慣の回答は，その項目を存続させる意義を検討するために，3回の調査の全数を合わせて分析した。その結果，有効回答711人中，喫煙習慣無しは574人（80.7%），喫煙習慣有りは137人（19.3%），有効回答710人中，飲酒習慣無しは417人（58.7%），飲酒習慣有りは293人（41.3%）だった。約700人を対象とした調査中，喫煙習慣有りは約20%，飲酒習慣有りは約41%だった。

表7．Life-Q（2回目）の4点法評価別の調査変数の有意検定

| 質問項目 | 評価法 | N | 変数 | mean ± SD | 平均ランク | カイ二乗 | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Q1機能障害 | 全く知らない | 4 | 診断数 | 5.0± 0.8 | 60.38 | | |
| | あまり知らない | 18 | | 4.1± 2.1 | 44.92 | | |
| | 少し知っている | 84 | | 5.8± 2.3 | 75.53 | | |
| | かなり知っている* | 40 | | 6.2± 2.1* | 83.41 | 11.21 | 0.011 |
| Q2薬剤理解 | 全く知らない | 6 | 年齢 | 54.7±20.9 | 65.50 | | |
| | あまり知らない | 17 | | 62.5±13.4 | 81.41 | | |
| | 少し知っている | 75 | | 59.6±11.2 | 64.16 | | |
| | かなり知っている* | 48 | | 66.0± 9.9* | 86.29 | 8.87 | 0.031 |
| Q3情報収集 | 全く集めていない | 16 | BMI | 22.3± 3.8 | 64.06 | | |
| | あまり集めない* | 43 | | 24.3± 3.8* | 82.64 | 8.01 | 0.046 |
| | 少し集めている | 67 | | 22.8± 3.4 | 65.59 | | |
| | かなり集めている | 12 | | 21.5± 3.0 | 51.50 | | |
| Q5食習慣 | 全く調整していない | 11 | 年齢 | 57.4±20.3 | 69.91 | | |
| | あまり調整していない | 21 | | 59.2±11.1 | 60.10 | | |
| | 少し調整している | 81 | | 60.7±11.1 | 69.25 | | |
| | ほとんど調整している* | 33 | | 67.6± 8.7* | 93.67 | 10.53 | 0.015 |
| Q9疲労感 | かなり感じる* | 21 | LDH | 247.5±85.5* | 71.62 | 9.15 | 0.027 |
| | 少し感じる | 51 | | 194.2±42.0 | 49.46 | | |
| | あまり感じない | 31 | | 195.2±46.1 | 48.11 | | |
| | 全く感じない | 3 | | 201.0±49.0 | 51.00 | | |
| | かなり感じる | 26 | 受診期間 | 61.8±70.8 | 56.06 | | |
| | 少し感じる | 71 | | 93.3±75.4 | 80.07 | | |
| | あまり感じない | 44 | | 74.7±58.4 | 70.17 | | |
| | 全く感じない* | 5 | | 118.4±68.6* | 100.20 | 8.40 | 0.038 |

注：*印は有意に高い評価を示した。

## Ⅶ. 考　察

質問票開発の結果，３要素「疾病理解」「身体疲労」「意識的調整」から構成できた信頼性および妥当性のある簡易質問票（a Simple Questionnaire-Seki：以下SQ-Seki）（表８）が，完成した。SQ-Sekiの項目は，多次元尺度構成法から，「疾病理解」と「意識的調整」が認知行動面，「身体疲労」が精神社会面の二次元構造をもつことが判明した。すなわち，生活機能へ影響を及ぼしている健康状態の認知である「疾病理解」と，生活機能を改善し活性化するための「意識的調整」を評価し，疾患により障害された生活機能の結果から生じる症状の自覚として，「身体疲労」が測定できる質問票である。Ｑ１機能障害の理解，Ｑ２薬剤理解，Ｑ３情報収集の程度の３項目から収束した「疾病理解」の結果から，医師，看護師，薬剤師の相談業務の連携で欠落している理解を教育できると考える。Ｑ５食習慣の意識的調整，Ｑ６運動習慣の意識的実行の２項目から収束した「意識的調整」は，主に生活習慣改善への調整状態が測定できる質問項目であり，「意識的調整」の結果から，栄養士，運動指導士との連携により，外来患者の生活機能の調整能力を高めることができる。しかし，心疾患による運動制限がある場合は，意識的に運動を実行できないため，Ｑ６運動習慣の意識的実行の質問文言には，質問項目へ「ご自分の健康状態の範囲で，体を動かすことについて」という文言を付記する配慮が必要である。Ｑ９疲労感の状態，Q10動作不安の状態の２項目から収束した「身体疲労」は，今までの問診では聴取されることがなかった項目であり，医師，看護師，検査技師，心理カウンセラーの連携により，疲労感および動作不安の原■を探求し援助できると考える。

これまでの先行研究において，様々な健康評価の測定用具[12),13)]が，開発されてきたが，SQ-Sekiのように簡易の項目数で，WHO[14)]が提唱するアドヒアランスの程度である外来患者の健康の認知と行動を一緒に問うことは，十分に検討されてこなかったので，意義ある結果が提案できた。また，問診表は，その語源のとおり「問い診る」，あるいは，英語のAnamnesis「想起」[15)]の状態であったが，SQ-Sekiは，信頼性・妥当性が証明された標準化した評価と言える。それは，第３回の質問調査結果のLife-Q（２回目）４点法別の検定においても，年齢やBMIなどの他の調査項目との有意な関連を示したことから，測定結果から看護を焦点化できる質問票である。すなわち，Ｑ１機能障害を「かなり知っている」のであれば，診断数が有意に多かったことから，機能障害の理解が進むのは，健康状態の重症度，すなわち健康リスクと関連があり，外来患者が複数の診断を保有する以前における患者教育の必要性が示唆された。Ｑ２薬剤の理解では，「かなり知っている」と有意に年齢が高いことから，高齢者の薬剤理解が高いことは，良い結果と言えるが，逆に成人後期の人の理解が不足している。また，Ｑ３情報収集の程度が，「あまり集めていない」とBMIが有意に高いことから，外来患者が情報を疎外して嗜好へ執着する傾向があると考えられ，外来看護師が適切な情報収集を指導する必要がある。そして，Ｑ５食習慣に関しては，「ほとんど調整している」と年齢が有意に高い平均67.6歳を示したことから，逆に年齢が平均57.4歳だと食習慣の調整が悪いと言えることから，成人中期から後期の世代への食習慣の指導が大切であると考える。さらに，Ｑ９疲労感を「かなり感じる」と，LDHが有意に高いので，飲酒習慣や■心系心不全，肝機能との関連を注意する必要がある。Ｑ９疲労感を「全く感じない」でも受診期間が有意に長いのは，慢性化の傾向を示していると考えられ，潜在的な徴候への注意も必要である。

喫煙習慣を持続している人は全調査対象の19.3%，飲酒習慣を持続しているのは全調査対象の41.3%だった。感情抑制のための喫煙が，細動脈の狭窄を起こし，かつ快楽を求める飲酒により，代謝機能の低下や循環機能の低下を招くと考えられ，アデクション形成への予防的看護が必要であり，適宜，精神看護との連携も必要と考える。これらを考慮して，SQ-Sekiは，喫煙と飲酒の習慣に関する質問項目と，地域の在宅介護支援への連携ツールとして介護の身体的負担の有無を，オプションとする必要がある。

SQ-Sekiの限界は，質問内容が簡易であるために，詳細な状態を評価できない。しかし，これは，簡易であるSQ-Sekiの特色でもあり，SQ-Sekiの結果に基づき，各専門の医療職者と連携することにより，専門家による必要な評価の実施が可能で，限界とはなりえない。

## 結　論

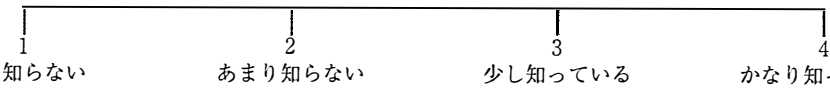
本研究は，代謝循環器系外来看護において，外来患者へ健康の認知行動の程度を問う簡易な質問票の開発を行った。最終的に簡易質問票は，全体のCronbach's alph係数が0.635，主成分分析の結果，累積寄与率は70.926%と，「疾病理解」「身体疲労」「意識的調整」の３要素（計７項目）を抽出し，信頼性および妥当性を確保した。したがって，簡易質問票（a Simple Questionnaire-Seki：以下SQ-Seki）は，患者の回答への負担が少なく，様々な連携業務などを，少数の人員と時間制約の中でこなす外来看護の繁忙さにおいて，有効活用が可能なツールとして完成した。

## 謝　辞

本研究へご協力くださった，広川内科クリニック，聖隷浜松病院，金沢循環器病院の関係者および患者各位へ謝辞申し上げます。

表８．SQ-Seki 簡易質問票

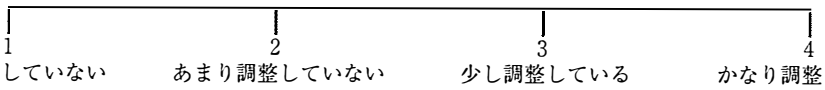
SQ1. 機能障害の理解
「自分の病気によって体の機能が，どのように障害されているか知っていますか」




SQ2. 薬剤理解
「のんでいる薬の名前と作用を知っていますか」

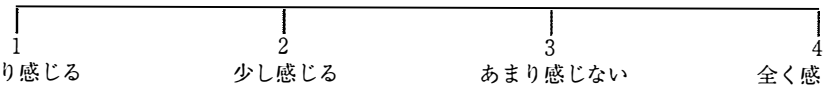
SQ3. 情報収集の程度
「自分の病気の治療や生活面への配慮に関する情報を集めていますか」

SQ4. 食習慣の意識的調整
「病気のために意識的に食生活を調整しましたか」

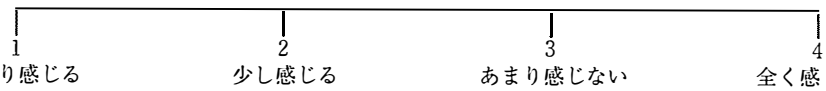



SQ5. 運動習慣の意識的実行
「ご自分の健康状態の範囲で，体を動かすことについて，生活の中で階段を利用するなど，少しでも動くことを意識していますか」

SQ6. 疲労感の状態
「日常生活の中で疲れたように感じることがありますか」




SQ7. 動作不安の状態
「日常生活の動作に，不安がありますか」




SQ8. 喫煙習慣の有無
「たばこを吸っていますか」

0. 吸っていない　　1. 吸っている　　（1日　　本程度）

SQ9. 飲酒習慣の有無
「お酒を飲む習慣がありますか」

0. 飲まない　　1. 飲む（1日に　　mℓ，週　　日，酒の種類：

以下の質問には，該当する方のみお答えください。

SQ10. 介護の身体的負担
「家族や周囲の人を介護する身体的負担はありますか」

ご協力ありがとうございました　　複製禁

なお本稿は，第31回日本看護研究学会学術集会において発表した内容を含み，また，平成19年度国際医療福祉大学大学院博士論文の一部であることを申し添えます。

## 要　旨

本研究は，代謝循環器系外来看護において，外来患者へ健康の認知行動の程度を問う簡易な質問票を開発することを目的とした。調査は3回行い，3病院の臨床研究倫理審査会の承認を得た。簡易質問票は12項目で構成され，Euro QOLとSF8が基準関連妥当性を測定するために用いられた。第3の調査の対象は，146人で，年齢が61.8±11.9歳（mean ± SD）だった。主成分分析（クオーテイマックス法）の結果，7項目3要素を抽出，第1要素は「疾病理解」，第2要素は「身体疲労」，第3要素は「意識的調整」と概念化した。累積寄与率は70.926%，全体のCronbach's alph係数が0.635だった。$p<0.001$。

本研究は，患者の回答の負担が少なく，すばやく評価するための簡易質問票を完成した。それは，少数の人員と時間制約の中で多忙な外来看護で用いるのが可能である。

## Abstract

The purpose of this study was to develop a simple questionnaire as a method for evaluating the health cognition in outpatients with cardiometabolic diseases. Research for this study took the consent of the ethical committees for clinical investigations from three hospitals and it was conducted three times. A simple questionnaire consisted of twelve items, and the Euro QOL and SF8 questionnaires were used to measure the criteria-related validity.

The sample size in the third research was 146. The outpatients were aged 61.8 ± 11.9 years old. Three components were extracted three components from seven items by principle component analysis (quartimax rotation) ; the first component was named "understanding of disease", the second component was named "physical fatigue", and the third component was named "intentional control". The rate of cumulative contribution was 70.926%. The Cronbach's alpha coefficient was 0.635 in overall. $p<0.001$.

This study completed a simple questionnaire to evaluate at quickly and a little burdens to the patient's answer. It is possible to use on nursing in outpatient department which is very busy area in limited work time and very few nurses.

## 文　献

1）関美奈子：中・高年女性の水中運動による健康維持効果，和歌山県立医科大学看護短期大学部紀要，4, 9-15, 2001.
2）関美奈子：成人期と高齢期女性の簡易持久力とQOLの比較－水中歩行運動の効果から－，日本保健科学学会誌，8(1), 32-37, 2005.
3）関美奈子：外来患者への生活行動援助技術に関する研究―生活習慣病を有する患者への効果的生活指導の探索―，大阪府立大学大学院看護学研究科修士論文，2000.
4）前掲書3），31-33, 2000.
5）Breslow Lester, Enstrom James E. ：Persistence of Health Habits and Their Relationship to Mortality, Preventive Medicine, 9, 469-483, 1980.
6）前掲書1），9-15, 2001.
7）小畠正光，小野ツルコ：「健康日本21」を指標とした健康調査と保健支援活動，87-95・128，株式会社ライフ・サイエンス・センター，東京，2001.
8）日本語版Euro QOL開発委員会：日本語版Euro QOLの開発，医療と社会，8(1), 109-123, 1998.
9）土屋有紀，長谷川敏彦，他：日本語版EuroQol検証の課題，医療と社会，8, 67-68, 1998.
10）福原俊一，鈴鴨よしみ：SF-8日本語版マニュアル，NPO健康医療評価研究機構，京都，2004.
11）財団法人厚生統計協会：疾病，傷害及び死因統計分類の解説，国民衛生の動向・厚生の指標 臨時増刊，53, 471-475, 2006.
12）Resnick Barbara, Jenkins Louise S. ：Testing the Reliability and Validity of the Self-Efficacy for Exercise Scale, Nursing Research, 49(3), 154-159, 2000.
13）Fukuhara Shunichi, Seiji Bito, et al. ：Translation, Adaptation, and Validation of the SF-36 Health Survey for Use in Japan, Journal of Clinical Epidemiology, 51, 1037-1044, 1998.
14）WHO 2003：Chapter 1 Defining adherence, adherence to long-term therapies：evidence for action, 3-4, WHO, Geneva, 2003.
15）竹林　滋：KENKYUSHA'S NEW ENGLISH－JAPANESE DICTIONARY, 第6版，88，株式会社研究社，東京，2002.

［平成20年6月16日受　付
平成21年4月23日採用決定］

－研究報告－

# 脳神経疾患患者の家族との「患者を介さない関係の築きにくさ」
## －急性期病棟の看護師への面接調査に基づく分析－

"Difficulties in Building Relationships which Don't Pass Patient with Cranial Neurological Diseases" between Nurses and Families of Patients
－Analysis Based on Interview Data to Nurse in Acute Stage－

犬飼智子[1)] Tomoko Inukai
渡邉久美[2)] Kumi Watanabe
野村佳代[3)] Kayo Nomura

キーワード：家族看護，急性期，脳神経疾患，三者関係，関係構築
Key Words：Family nursing, acute nursing care, cranial nervous disease, tripartite relationship among nurses, families and patients, building relationship

## Ⅰ．緒　言

脳神経疾患は突然に発症することが多く，急性期においては脳浮腫や病巣拡大などの病態悪化がしばしばみられる。この疾患の特徴として，意識障害など何らかの機能障害を呈し，不可逆性で生涯にわたる重篤な後遺症を残すことがあげられる。

このため脳神経疾患患者の家族は危機状態に陥り，多大なストレスを抱え込むことが多く，目の前の事象に向き合い対処が出来るように成るまで時間を要する[1)]とされている。家族は発症による衝撃のみならず，治療上の意思決定，家族内の役割変化，親族からの評価や反応などの課題に取り組まなければならない状況が生じることがある[2)]。このような状況によってストレス源が累積され困難さが加重される場合[3)]，家族が直面する問題に沿った対応が望ましいと考えられる。

看護師は，危機的状況にある家族に対する援助の必要性を認識し，関わりを通して心理状態や病状に対する理解などの把握や関係を築く努力をしている。しかし，急性期では短い入院期間のなかで患者への援助や治療に優先され，家族と関わる時間は限られてしまう。臨床では家族看護のみを中心に行っている看護者が存在することは稀であり，患者の援助を行いながら家族を視野に入れて看護を行っている現状にある[4)]。このようななかで，家族の潜在的ニーズを明らかにした上での援助や，家族背景に沿った支援を検討するためには家族アセスメントが必要であるが，十分に家族との信頼関係が形成されていない段階では，家族の心理的な抵抗からうまく情報が引き出せない場合も少なくない[5)]。看護師が家族との関係性を深めることで，家族から得られる情報の質が変化してくるため，家族との関係構築が重要となる。

クリティカルケア看護領域における家族援助においては，ICUにおける面会時間の工夫や治療・看護を家族と共有するための説明表の開発と導入など，家族援助にむけた具体的な取り組みが報告されている[6)～9)]。また，頭部外傷と脳損傷における家族のニーズに違いが見られない[10)]など，急性期での家族のニーズや心理状態も探求されている。これらを受けて，緊急入院時の家族の満足度調査[11)]などの研究もなされている。患者家族のニーズと看護実践度は必ずしも一致しないという報告[12)]もあり，看護師がどのように関係構築を検討しているのかに焦点をあてた研究は重要である。Morseら[13)]は，集中治療を必要とする外傷患者の家族を対象として，患者，家族，看護師の関係性を観察し，患者の状態により三者間の相互作用が質的に異なることを明らかにしている。McClendonら[14)]は，看護師のモラル意識による苦悩を明らかにしているが，看護師が主体となった家族との関係構築のためのアプローチ方法に着眼した研究は少ない。本邦において最も広く活用されている家族看護モデルはカルガリー家族看護モデルであり，これまで，事例研究などを中心に報告されている。これらの内容としては，家族間の情緒的コミュニケーションや円環的コミュニケーションの内容が多い[15)]。我が国においても，文化に応じた有効な看護モデルを開発する必要がある。そして，緊急性の高い治療下において患者のケアを優先する看護師が，不可逆性の障害をもつ患者を抱え，不

1）岡山旭東病院看護部　Division of Nursing, Okayama Kyokuto Hospital
2）岡山県立大学保健福祉学部　Faculty of Health and Welfare Sciences, Okayama Prefecural University
3）埼玉県立大学保健医療福祉学部　Saitama Prefectural University

安の強い家族を支援していく方法を検討するため，看護師が捉える家族との関係構築についての系統的な研究の蓄積が重要であると考えた。

そこで本研究の目的は，脳神経疾患患者の家族と看護師の関係性に影響する要因を明らかにし，家族との関係構築に向けた援助について検討することとする。

## Ⅱ．研究方法

### 1．対象者

A病院の脳神経疾患の急性期治療に携わるICU23名，脳卒中センター24名の看護師のうち，家族看護に関心があり，かつ事前の文書による研究の主旨の説明において面接の同意が得られた6名とした。

なおA病院は，地域の専門的基幹病院として脳神経疾患に対する急性期医療に対応している。平均在院日数は14.7日（平成17年度）であり，急性期加算を取得している。脳卒中センターでは，脳卒中急性期と診断された患者への早期治療，早期リハビリテーションを行っている。

### 2．データ収集および期間

対象者6名に対して，自らの経験や看護の場面を想定した自由で自発的な発言を促し，定性的なデータを収集することが可能である[16]グループ・インタビューを2006年1月に実施した。司会者は面接の経験があり，A病院および対象者と所属の異なる者を選定し，自由な発言ができるように配慮を行った。また対象者には番号札のある場所に着席を依頼し，面接中はその番号で呼称した。面接内容は，家族との関わりの実際，今までの経験のなかで家族看護を行っていく過程でうまくいった点，困難を感じる点などについて想起してもらった。内容は許可を得て録音した。面接回数は1回，面接開始から120分を経過したところで，質問に対する回答が十分得られたと判断したため終了した。

### 3．分析方法

データは質的帰納的に分析した。面接で得られたデータを逐語録として起こし，家族との関わりについて感じていること，家族に対する対応の困難さに関係する箇所から，文章ごとに分析し，概念化した。概念ごとにワークシートを作成し，カテゴリーの精選を行った。さらにカテゴリーを比較検討することで，カテゴリー間の関係性を明らかにした。なお分析は共同研究者との間で繰り返し討議し進めた。また筆者らの参加している在宅看護研究会において，分析結果を発表し，経験ある保健師，訪問看護師らからの意見を参考にして分析結果を検討した。さらに分析結果について対象施設の看護師に確認することで，その整合性を高めた。

倫理的配慮として，研究に先立って対象病院の倫理委員会の承認を得た。研究対象者には，事前に研究の主旨を説明し協力を依頼した上で，面接を行う際にも研究の主旨と質問の内容を改めて口頭と書面にて説明し，同意を得た。調査への協力は任意であり，質問の内容により回答しなくてよいこと，途中での撤回が可能であること，研究への不参加により何ら不利益を被らないことを紙面と口頭で伝えた。面接データの録音は，対象者の了承を得るとともに，対象者の匿名性の確保やデータの保管に細心の注意を払った。

## Ⅲ．結　果

研究対象者の背景として，所属部署はICU 3名，脳卒中センター3名であり，平均年齢28.8±1.6歳，平均臨床経験年数8.3±2.2年であった。そのうち脳神経看護の経験年数は，5.6±3.8年であり，病棟内では中堅的な役割を果たしていた。教育背景は6名全員が看護専門学校で教育を受けていた。

脳神経疾患患者の家族との関係構築に関する要因を分析した結果，家族－看護師－患者の三者関係の構造が浮き彫りになり，その三者関係には『患者を介さない関係の築きにくさ』が中核にあることが明らかとなった。

以下に，各カテゴリーについて述べる。文中では，コアカテゴリーを『　』，カテゴリーを【　】，で示す。

### 1．脳神経疾患患者の家族との関係性に関する要因

#### 1）【藁にもすがる思いの家族】

これは，家族と関わる看護師が，家族が患者の状態を前にして元に回復しない現実のすべ無さを感じている様子や，看護師に回復の保証を求めてくる態度から感じる家族の危機的状況である。

看護師は，「リハビリで少しでも意識が戻るとかだったら（よいが），ケアとかも（行って意識が戻るとか希望が薄い）。（中略）ずっと見ているのも辛い感じがする。」と，厳しい現実に直面している家族から痛みを感じていた。また，後遺症について医師から告げられた後の家族との関わりを通して，「そういうときに（後遺症の告知後に）リハビリしたら良くなるよねと聞かれても，良くなるとは言えない」と，対応に困惑するなかで，家族が看護師から何とか希望を得ようとする様子を感じ取っていた。

#### 2）【一言の重みの自覚】

これは，何とか希望を得たいと情報を求める家族に対して，看護師として発する言葉の重みがあることを意識することによる自分の一言への心理的束縛である。一言の重みを自覚するために，家族への第一歩目のアプローチを躊躇し，関係の未形成による踏み込めなさがあるなど，家族とのコミュニケーションを自由に図れないでいた。

看護師は，「家族が泣いているときに第一声は困る。ど

う声をかけたらいいのか，聞きづらい，話しかけづらい，行ってどう言ったらいいのか」と，家族への援助の必要性を感じつつ，関わりの最初には躊躇する思いがあった。また，「自分の一言が，あの看護師さんが言ったから大丈夫とか。重みがあるのでどういうふうに受け取られたかなと考える」と，自分の一言が家族の心理状態や認識に与える影響を重く受け止めていた。さらに，「内容が深くなれば聞けないので，これを言ったらどうなるだろうとか，自分のなかで探りながらしゃべってしまう。たぶん一線をおいている。自分のなかで踏み込めるところと踏み込めないところがある」と，家族への援助をしたいという自覚があるために，家族の思いを聞きたいと思っているが，聞くことができずに葛藤を感じていた。

3）【患者を守ろうとする家族の無言の要求】

これは，家族の看護師に対する，声を発しない患者の情報を得たいという要求や，意思表示できない患者の代弁者となって最良のケアを求める思いがあることを，家族の言動や表情から捉えていることである。

看護師は，「家族は看護師をちらちら見るので，なんか求めているんだなと思って話す」と，家族が会話を求めるようなしぐさを認識していた。また，家族は看護ケアに対してどのように患者が反応しているのか，看護師はどのようにケアをしているのか，おのずと注目しており，看護師にとっては「ただ見ているだけなのかもしれないけど，こちらの手技とかチェックされている気がする。そういうふうな目で見られている」と，監視されているように感じていた。

4）【患者のことを伝える】

これは，看護師が家族への精神的な援助として意■的に行っている看護ケアであり，家族に患者の情報提供として，家族が理解できるように患者の状態を専門職として知らせ，患者への接し方を示すことによって，患者の橋渡し役となることである。

看護師は，「家族は心配だから来ているはずなので，一日変わったことがないか聞きたいと思う。ちょっとでもこうでしたよと家族が来たら話す」と，患者の状態についての情報を家族に伝えていた。また，「家族も本人にどう接したらいいのか分からないんじゃないかと思って。（患者に）言っても（機能障害があるため）分からないかもしれないけど息子さんが来ているとか…（家族の前で自分が声をかけて見せる）」と，家族と患者とのコミュニケーションが困難な場合には，看護師から患者に声をかけて，模範的にコミュニケーションの手段を伝達していた。また，意思表示の出来ない患者に変わって，患者の思いを看護師が代弁することにより，家族と患者の橋渡しをしていた。

5）【家族からの評価の得がたさ】

これは，看護師が家族への援助をしているものの，患者の著しい回復が見られないため，家族の反応としても型どおりの挨拶しか得られず，家族の思いに沿った援助への手応えを感じることができないまま，家族との関係が途切れる不全感を表している。わずかに，認められた実感による手応えも見られた。

看護師は，「元気に歩いて帰られる方は，よかったのかなと思えるんですけど」と，回復過程すべてに関わることが難しく，麻痺などの障害を抱えた今後の生活についての見通しがつかないまま，転院などにより関係が途切れると感じていた。また，「簡単なケアがしたいと言われて，■腔ケアを一緒にしたけどそれでよかったのかなと思います。家族の方から実際に，ありがとうという言葉，感謝の言葉はありますけど」と家族の思いに沿った援助をしているものの，援助をしているという実感が得られないでいた。一方で，「始めは家族も突然（の入院）でいいように（患者がケアを）してもらえているだろうかという言葉があったりして，家族との関係がうまくいってないときもあったんですけど，最後はわかってくださって病院の詰所に（お礼を言いに）来てくれた」と，家族からの反応があれば，家族からの認められた実感を得ることができていた。

6）【患者像のつくりにくさ】

これは，看護師は現在の病状から患者を捉えており，発症前の患者像を形成しにくい現状があった。患者とはコミュニケーションが■れないために，家族からの患者の情報が重要であると捉えており，患者像を出来るだけ明確に持ってケアしようとしていた。

看護師は，「その患者さんを見るのに，家族からの情報（を得る），意識が無い患者はその人がどんな人か，本人からは聞けないので」と，患者がどのような人なのか，家族のなかで患者がどのような存在であったか分からないため，発症前の本人像をつくることが難しいと感じていた。そのため，家族からの情報を得る事が重要と感じており，「生活とか聞いたら，その人の意識はないけど見方がちょっと変わってくる」と，看護のケアに活かそうとしていた。

7）【家族－看護師間の病状の受け止めの違い】

これは，患者の病状について，看護師は専門的知識や経験から状態を把握しているが，家族とは患者の状態の捉えかたや理解が異なっていた。

看護師は，「ICUから退室するから状態が安定して良くなったという思い，これからリハビリをしていくという思いがあったんですけど，家族はそのとき言われたのは，状態が良くなっているとは思えない」と，家族の思いを知っ

たときにその違いに愕然としていた。

8）【患者との言語的交流の困難】

これは，患者が，脳神経疾患の発症にともなって意識障害や言語障害を生じ，家族や看護師らとのコミュニケーションが成立しない状態となることである。

看護師は，家族との会話の際には「(意識障害があると)患者さん抜きで（家族と話す)。」と，患者とのコミュニケーションが困難な場合は，家族と直接向き合わなければならない状況がみられた。

### 2．脳神経疾患患者の家族との関係性に関するカテゴリー間の関係

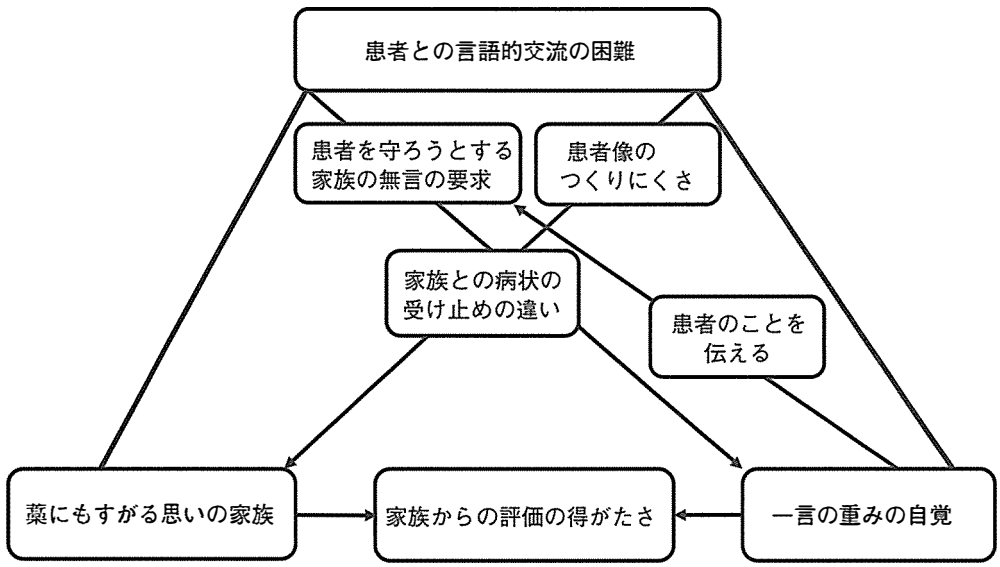
カテゴリー間の関係性を検討していくなかで，看護師との患者，家族の関係性に関するカテゴリー，看護師に関するカテゴリーに分類され関係性が見出された。看護師は，家族とは【藁にもすがる思いの家族】，患者とは【患者との言語的交流の困難】を生じ，看護師自身には【一言の重みの自覚】があり，相互に関連しあっていることが見い出された。次に，各カテゴリーからのそれぞれの関係性を配置すると，上記のカテゴリーを頂点とする三角形が形成された。その結果，■のように表された。これらについて以下に説明する。

まず，脳神経疾患を発症し突然に生命の危機に陥った患者の家族は，危機的状況となり，患者を前にして【藁にもすがる思いの家族】となる。家族は患者の生死や病状や予後などについて知りたいと患者から情報を得ようとするが，【患者との言語的交流の困難】によって情報が得られず，どのように接して良いのか分からず不安を募らせる。そのため看護師に対して，無意識のうちに【患者を守ろうとする家族の無言の要求】という態度となっていた。このような状態の家族への支援として看護師は，可能な限り【患者のことを伝える】ようにしていたが，何とか希望を得ようとする家族への言葉の影響が大きいと考える【一言の重みの自覚】のため，家族への対応に慎重になっていた。また看護師にとっても【患者との言語的交流の困難】は，患者自らが言葉で語ることが難しいために，発症前の患者の様子を把握することが出来ず，【患者像のつくりにくさ】となっていた。この患者像のつくりにくさは家族からの無言の要求の影響も受けて【家族－看護師間の病状受け止めの違い】を引きおこしていた。また，危機的状況を脱しても，家族にとっては次なる問題へと関心が移ることから，看護師の支援に対して評価することは無いため，看護師は【家族からの評価の得がたさ】によって，支援への達成感が得られず，家族との関係構築への困難感を増幅させていた。これらは，『患者を介さない関係の築きにくさ』を示していた。

## Ⅳ．考　察

### 1．三者間の関係にみる『患者を介さない関係の築きにくさ』

脳神経疾患患者の家族は，突然の生命の危機に衝撃を受けており，看護師は援助の対象である家族を【藁にもすがる思いの家族】として捉えていた。重症患者の家族には，最も重要で普遍的な“希望のニード”[17]があり，看護師は家族が希望を見出そうとする雰囲気を察知しているといえる。また看護師は，家族が患者の容態などの情報を得たいと考えながらも，【患者を守ろうとする家族の無言の要求】と捉えていた。これは，“不透明な予後”，“予断の許さない病態”，“見えにくいADL拡大の兆し”[18]といった脳神経疾患特有の病状のために，家族が希望を得るような情報を得ることが難しいためであると考えられる。これら




■　患者を介さない関係の築きにくさ

のなかで，看護師は，【一言の重みの自覚】を感じていた。渡辺が，藁にもすがりたい気持ちで見守っている家族から寄せられる期待を肌で感じるがゆえに，それが心理的ストレスとなると言えよう[19]と述べているように，家族の要求に応じた明確な情報提供が出来ないことによる心理的負担があると予想される。また，患者への援助に活かすために発症前の患者の様子を知りたいと考えているが，患者，家族から十分な情報を得ることができないために【患者像のつくりにくさ】を感じていた。

我々は，このような消極的な関係構築の要因が，【患者との言語的交流の困難】に起因していると分析した。家族－看護師の関係構築には，患者の言語的な仲介や何らかの意思表示，反応が大きく影響を及ぼしていることが推測され，これが家族との関係構築に大きな影響を与えていると思われる。

本研究においては「患者」を「家族」と「看護師」の間に位置づけるトライアングルの構図が示された。これは，これまでの家族看護モデルとは異なる構図であった。一般的な家族看護モデルでは，患者も含めた家族全体の力で健康的な家庭生活を維持促進できるように支援する家族エンパワーメントモデル[20]のように，「看護師」と「患者・家族」の二者の構図で示されていることが多い。急性期脳神経疾患の看護においては，患者の言語的なコミュニケーションを通して「患者」「家族」「看護師」の三者の間に情報が循環するという特徴を示した。さらに，この構図の中で，患者の言語的なコミュニケーションが家族－看護師関係の促進に影響を及ぼすことが示されたと言える。そして，三者間の情報の循環が，意識障害，言語障害などによる【患者との言語的交流の困難】によって阻害されると，家族も看護師も患者本人から情報を得ることが難しいため，患者－家族間，患者－看護師間の言語的コミュニケーションが図りにくく，関係構築が困難になっていると考えられる。このように関係構築を困難にする基底要因として，脳神経疾患の看護臨床における三者間のトライアングルの構図が導かれたことは，本研究の大きな発見であると言えよう。

また，急性期における意識障害は重症患者に共通する症状であり，患者の仲介なく看護師と家族が直接的に向き合う状況は少なくない。しかし，脳神経疾患における意識障害は，急性期を過ぎても後遺症として残ることがあり，【患者との言語的交流の困難】が持続し，家族は【藁にもすがる思いの家族】，看護師は【一言の重みの自覚】のなかで，『患者を介さない関係の築きにくさ』が遷延することが特徴的ではないかと考えられる。

### 2．脳神経疾患患者の家族看護への示唆

本研究においては，脳神経疾患患者の家族－看護師関係の構築が困難な要因として，『患者を介さない関係の築きにくさ』が中核として明らかとなった。これは，患者が発症に伴う言語障害や意識障害などによって，家族，看護師との意思疎通が十分にできない場合の特徴を表していると考えられる。この場合，家族－看護師の二者間には，家族は【患者を守ろうとする家族の無言の要求】を発し，看護師はこの思いを受け止めて【患者のことを伝える】援助を行いながら，同時に【一言の重みの自覚】を強く認識していた。

このように看護師は，葛藤状態にあるが，看護師の一言が家族に影響があるということは，肯定的に捉えれば，【藁にもすがる思いの家族】にとって援助に繋がる一言になりうると考えられる。家族には，嘘のない正確な情報を家族に分かりやすい言葉で提供をうけるというニードがあると言われており[21]，患者の状態，日々の入院生活のなかでの変化など，身近な存在である看護師の持つ情報が家族にとって重要であると言える。加えて，家族は看護師の日常的な関わりのなかで，家族不在時の状況を家族に説明するかどうか，援助が行き届かない状況があるかどうかによって看護師を評価している[22]と言われる。また，意識の無い患者の家族の場合には，患者から情報を得ることが出来ないために医療者から十分なケアを受けていないのではないかという不安を感じている[23]と指摘されている。これらを踏まえ，看護師は家族への情報提供を積極的に行う必要がある。患者の見通しの立ちにくい容態のため明確に情報提供が出来ない状況において，【患者のことを伝える】援助を，自覚を持って実施することが肝要である。そしてこれは，『患者を介さない関係の築きにくさ』のなかで，患者の存在を中心として，患者を介した関係構築に発展させることを可能にする重要な支援と言える。家族はシステムであり，家族員一人の変化が他の家族員にも影響を与え家族全体の変化へとつながることから，最初から家族全体を変化させようと意気込まず，まず誰か一人にでも声をかけ，気遣い心配していることを伝えることが必要である[24]。このような発想の転換によって，看護師が自らの意図する家族看護を展開していくことが可能であると思われる。また，【患者像のつくりにくさ】，【病状受け止めの違い】においても，家族－看護師の関係の発展に伴って，徐々に修正することができるのではないかと思われる。

さらに，看護師が家族と積極的に関われない要因に，【家族からの評価の得がたさ】がある。この原因として，急性期の状況と家族の心理状態が考えられる。患者が急性期状態を脱すると，転棟や転院という区切りを迎え，それまでの家族－看護師関係は途切れるため，看護師は家族援助の評価を得ることは難しい。加えて，入院期間中，家族は危機状態から脱するには至らず，看護師の行った援助に対し

て何らかのフィードバックを返すゆとりを持たないことも多い[25]と言われている。さらに，家族の心理状態は患者の容態に影響を受け，患者と同じような精神的，行動的反応を起こす[26]とされているため，機能障害を有する患者の家族が著しく不安を解消することはない。これらの状況においては，看護師は，家族から評価によって自分を評価するのではなく，現在行っている実践の意味づけを考えることが必要である。

## V．本研究の限界と今後の課題

本研究では，１病院における６名の対象者から抽出した現象であるため一般化はできないが，急性期病棟における脳神経疾患患者の家族との関係構築においては，看護師が，患者の仲介がない状態で家族と直接向き合うことを強いられる『患者を介さない関係の築きにくさ』が一つの特徴である傾向を明らかにした。そして，これは家族－患者－看護師の三者のトライアングルの構図において生じていた。

今後，看護師は【患者のことを伝える援助】を意識化し，意図的に患者を介して家族との関係構築を図ることによって，【患者像のつくりにくさ】を転換させることが可能となると考えられるため，実践のなかでアクションリサーチのような研究の積み重ねを行うことも必要と考えられる。

本研究は，第13回日本家族看護学会（2006年，広島）で発表したものを，加筆修正したものである。

## 謝　辞

稿を終えるにあたり，研究に協力いただいたＡ病院の看護師の皆様に心よりお礼申し上げます。また，本研究のご提案をいただきました岡山旭東病院，川崎泰子前看護部長に深謝いたします。

## 要　旨

本研究は，脳神経疾患患者の家族と看護師の関係性に影響する要因を明らかにし，家族との関係構築に向けた援助を検討することである。当該病棟に勤務する看護師６名に，家族との関わりに関するグループ・インタビューを実施し，質的帰納的分析を行った。

その結果，８のカテゴリーを含むコアカテゴリー『患者を介さない関係の築きにくさ』が明らかになった。看護師は，家族を【藁にもすがる思いの家族】と捉え，【一言の重みの自覚】により言動に慎重になっていた。患者とは意識障害などのため【患者との言語的交流の困難】を生じていた。これは，家族・看護師関係において【患者を守ろうとする家族の無言の要求】【患者像のつくりにくさ】【家族との病状の受け止めの違い】に影響を与えていた。看護師は家族に【患者のことを伝える】援助を行っていたが，【家族からの評価の得がたさ】のため関係構築の困難感を増幅させていた。

以上から，患者－家族－看護師の三者のトライアングルの構図が示された。家族との関係構築に向けて【患者のことを伝える】援助が重要と考えられる。

## Abstract

In this research factors affecting the relationship between nurses and families of patients with cranial nervous disease were studied to find an effective way to support the families. The participants consisted of six nurses. The dates were collected through group interview to examine their relationship with the families. Qualitative and inductive analyses of the results clarified a core category of the affecting factors as "Difficulty in establishing a relationship between nurses and families because of the patients' inability to communicate" including 8 other categories. Perceiving "Families' feelings like those of a drowning man catching at a straw" and "Realizing the importance of a single word", nurses became too nervous about their words and deeds. Patients' cranial nervous disorder caused "Difficulties in verbal communication with patients". This affected "Families' unspoken demands to protect patients", "Difficulties in comprehending patients' exact states" and "Difference in accepting patients' conditions between nurses and families" on the relationship between nurses and families. In spite of nurses' support by "Telling families about patients' states", "Difficulties in receiving feedback from families" made the nurses feel more difficult to establish relationship with families. The analysis of the categories found the triangle structure consisting of patients, families and nurses. Above all, this study has proved that the nurses' support by "Telling families about patients' states" has significant meaning in consideration of the relationship between nurses and families of patients.

## 文　献


1）小笠原孝子：緊急入院時の家族への対応，BRAIN NURSING, '99夏季増刊号，108-111,
2）平原直子，瓜生浩子：生命危機状態の患者を抱える家族に対する家族関係調整の方略，家族看護，3(2)：24-30, 2005.
3）石原邦雄：家族と生活ストレス，98-107, 放送大学教育振興会，東京，2002.
4）鈴木和子，渡辺裕子：家族看護学，81, 日本看護協会出版会，東京，2007.
5）前掲書　4)99.
6）道又元裕，曽根原みどり，他：患者家族のための面会を目指して－面会制限の緩和と家族ケアの評価－，ICUとCCU, 22(11)：819-834, 1998.
7）道又元裕：ICUにおける面会　危機状況にある患者－家族にニーズに応える，看護管理，10(10)：790-796, 2000.
8）谷矢比奈子：急性期の治療・看護を患者・家族といかに共有するか　目で見て分かる看護（ケア）の説明■表を作成して，アルメイダ医報，29(1)：10-13, 2004.
9）Mangram A.J, Mccauley T, Villarreal D：Families' perception of the value of timed daily "family rounds" in a trauma ICU, journal of The American surgeon, 71(10): 886-891, 2005.
10）岩井智子，石川ふみよ，他：急性期における頭部外傷患者の家族のニーズ，日本救急看護学会雑誌，6(2)：23-29, 2005.
11）森川久美子，本田志津香，他：脳外科病棟における緊急入院患者の家族への対応－患者満足度調査を通して－，第33回日本看護学会論文集（成人看護Ⅰ），143-145, 2002.
12）川上千普美，松岡緑：救急患者の家族のニーズとニーズに対する看護実践の比較，九州大学医学部保健学科紀要，7：41-49, 2006.
13）Morse J.M, Pooler C: Patient－Family-Nurse Interaction in the Trauma- Resuscitation Room, AMERICAN JOURNAL of CRITICAL CARE, 11(3): 240-249, 2002.
14）McClendon H, Buckner E.B: Distressing situations in the intensive care unit: a descriptive study of nurses' responses, Dimensions of critical care nursing, 26(5): 199-206, 2007.
15）Legrow K, Rossen B.E: Development of professional practice based on a family systems nursing framework: nurses' and families' experiences, journal of Family Nursing, 11(1): 38-58, 2005.
16）保坂亨，中澤潤，他：面接法，北大路書房，京都，2000.
17）Nancy C. Molter, 常塚広美（訳）：重症患者家族のニード－記述的研究－，看護技術，30(8)：137-143, 1985.
18）兵頭慶子，藤岡智恵，他：看護職の職業意欲に関する研究-脳神経外科病棟における意欲を高める要因と削ぐ要因-，広島県立保健福祉短期大学紀要，5(1)：19-24, 2000.
19）前掲書　4).
20）中野綾美：家族エンパワーメントモデルと事例への活用，家族看護，2(2)：84-95, 2004.
21）前掲書　7).
22）中村令子，三浦まゆみ，他：患者と看護師への家族への関わりにおける家族からの評価，第36回日本看護学会論文集（看護総合），337-339, 2005.
23）前掲書　4).
24）前掲書　2).
25）渡辺裕子：生命の危機状態にある患者家族をケアする看護師のジレンマ，家族看護，3(2)：15, 2005.
26）山勢博彰：クリティカル領域における家族アセスメントツール，家族看護，3(2)：50, 2005.


［平成20年12月26日受　付］
［平成21年5月19日採用決定］

－研究報告－

# 特定機能病院の退院支援部署における看護相談の実態及び自宅退院と転院・施設入所の退院支援の比較

The Actual Situations of Nursing Consultations at a Discharge Support Section in a Special Functioning Hospital and a Comparison between the Discharge Support of those Who Returned Home and those Who Transferred to Other Medical Facilities

田代久男[1)] 大竹まり子[2)] 赤間明子[2)] 鈴木育子[2)]
Hisao Tashiro Mariko Ohtake Akiko Akama Ikuko Suzuki
細谷たき子[2)] 小林淳子[2)] 叶谷由佳[2)]
Takiko Hosoya Atsuko Kobayashi Yuka Kanoya

キーワード：特定機能病院，退院支援部署，看護相談
Key Words ：special functioning hospital, discharge support section, nursing consultation

## Ⅰ．緒　言

2000年の医療法改正や医療制度改革以降，病院の機能分化や在院日数の短縮化，在宅ケアを推進する政策は一層強化され[1)]，患者・家族の早期退院への理解と安心感を確保しながらの在院日数短縮が現在，課題とされている。

済生会山口総合病院では，全国に先駆け1994年９月に「退院調整専門看護師」を病院の保健指導部に配置し，その結果として長期入院患者の減少と在院日数の削減，病床稼働率が向上し，患者・家族のQOLが向上するなどの効果がみられたと報告している[2)]。

近年，病院の機能分化や在宅ケア推進を契機として，医療連携や退院支援を専門的に担う部署（以後，退院支援部署）が相次いで設置され，看護職の配属も積極的になされるようになった。永田らは2001年に実施した調査から，全国の約30%の病院で退院支援部署が設置され，そのうち約60%の病院で看護職員を配置していると報告している[3)]。特定機能病院である国立大学病院における退院支援部署は，1997年に東京大学医学部附属病院に院内措置で始めて設置され，2000年４月に，国立大学病院で始めて予算化された[4)]。2003年度には退院支援部署が全国の42国立大学病院の全てに設置された[5)]。

このように退院支援部署は病院に欠かせない存在となっているが，退院支援部署での看護職による退院支援は始まったばかりであり，体制づくり，プロセスなどの内容の吟味はこれからというのが現状である[6)]。特に，特定機能病院は高度医療を提供するという機能があり，急性期治療終了後も保健医療福祉機関との連携は不可欠であり，2003年の包括評価医療費支払制度（DPC：Diagnosis Procedure Combination）が導入されたこと等により，看護相談機能をもつ退院支援の需要はより高く退院支援部署看護職への期待も大きい。退院支援部署に関する先行研究では，退院支援部署の役割と機能[7)~13)]，看護職の認識度と変化[14)]などに関する報告があるが，いずれも総論的な報告である。追跡調査による支援の効果や介入事例の検証[15)~18)]があるが，数少ない事例であり一般化に至っていない。活動の実態調査としての統計報告も散見する[8), 14), 19), 20)]が，これらは半年や１年程度の短期間の結果を基に分析した研究報告であり，長期間の実態調査報告は少ない。

そこで本研究では，特定機能病院の退院支援部署において看護師が行った５年間の看護相談の実態を明らかにし，看護相談の記録をもとに，自宅退院事例と転院・施設入所事例についての退院支援の特徴を比較検討することで，より効果的に退院支援を行なうための示唆を得ることを目的とした。

## Ⅱ．対象と方法

### １．用語の定義

#### １）看護相談

退院支援部署において，入院患者の転院・施設入所を含む退院支援と外来患者の相談，福祉相談を行い，質の高い療養生活が継続できるように看護職が相談を受けることとする。

#### ２）退院支援

手島[21)]の定義を参考にした森鍵[22)]の定義を用い「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

１）山形大学医学部附属病院　Yamagata University Hospital
２）山形大学医学部看護学科　School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine

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」とする。

### 2．調査対象

A特定機能病院の退院支援部署において，開設された2002年2月4日から2007年3月31日の5年間に，看護師に相談依頼があり，退院や在宅療養に伴う相談や助言，社会資源の調整などを行った全事例の看護相談記録と診療録を調査対象とした。

尚，調査対象を2007年5月31日までに支援終了した事例とし，2002年2月4日から2002年3月31日までの支援は2002年度分として統計処理した。

### 3．対象病院の概要と特徴

A特定機能病院は，病床数604床，17診療科の特定機能病院である。2003年からDPCの導入がなされ，2006年9月に，がん診療連携拠点病院の承認を受けた。2002年度から2006年度の病床稼動率は平均88.2%で，平均在院日数は，2002年度は26.5日，2003年度24.2日，2004年度23.7日，2005年度24.0日，2006年度22.8日と年々短縮されている。

退院支援部署は，2002年2月に院内措置として設置され，前方連携業務と後方連携業務としての看護相談，医療福祉相談業務を担っている。看護相談は，看護師長1名と病院併設大学看護学科教員（兼務）が担当している。2006年9月には医療ソーシャルワーカー（MSW：Medical Social Worker）1名が採用され，協働している。研究者は開設当初から看護師長として関与してきた。「スクリーニング票」は，2003年6月より早期退院支援に向けて看護学科教員と試行しながら活用しているものである[22)~25)]。

2005年度調査による調査対象県の高齢化率は25.5%で全国4位，高齢者のいる世帯は51.7%，三世代同居率は24.9%で共に全国1位であった[26)]。

### 4．調査期間

2006年10月～2007年5月

### 5．調査方法

A特定機能病院の退院支援部署で行われた，自宅退院や転院・施設入所，在宅療養に関する相談や助言，社会資源の調整など支援した事例について，退院支援部署の業務日誌，看護相談記録，診療録，病棟管理日誌から情報を収集し，調査を行った。

### 6．調査内容

1）対象者の属性：年齢，性別，入院・外来区分，居住地，診療科，同居家族，在院日数

2）主疾患：疾患名についてはICD－10（International Statistical Classifi cation of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision：疾病および関連保健問題の国際統計分類第10回修正）（国際疾病分類第10版：2003年改定）[27), 28)]に準拠して，新生物コードを悪性新生物と良性新生物に区分し，循環器系の疾患分類から脳血管疾患を別項目群分類とした。また，眼および附属器の疾患と耳および乳様突起の疾患を同疾患項目群とし，妊娠，分娩および産褥分類と周産期に発生した疾患群を同疾患項目群とし基本分類表21章に基づき，19項目の疾患コード分類に改編した。分類には，財団法人医療情報システム開発センター（MEDIS-DC：The Medical Information System Development Center）による病名・ICD-10検索のためのソフトウェア「病名君」[29)]を用いた。疾患名が複数の場合，退院支援に影響を及ぼす疾患3つまでを分析対象とした。

3）看護相談経過：相談目的，依頼方法，依頼者，支援内容，活用した社会資源，支援結果，支援日数，再相談の有無。支援中断となった入院患者の事例にあっては，退院時の転帰について追加調査した。

4）退院時に行っていた医療処置

5）入院時・退院時の看護度：厚生省看護制度委員会が基準化を図った看護度分類[30)]に基づき，看護観察の程度（A：たえず観察が必要，B：1～2時間ごとの観察が必要，C：特に観察を継続する必要はない）と生活の自由度（Ⅰ：常に寝たままの状態，Ⅱ：自力でベッド上に身体を起こせる状態，Ⅲ：室内歩行が可能な状態，Ⅳ：日常生活にほとんど不自由がない状態）の組み合わせによる12グレードで，入院当日と退院前日の状態について病棟看護管理日誌から調査した。

### 7．分析方法

調査した全事例を一次集計し，入院患者の退院支援と外来患者の相談については別統計処理とし単純集計を行った。また，入院患者の退院支援の結果から，「自宅退院」群と「転院・施設入所」群の2群に分け，属性，主疾患，支援内容，活用した社会資源，退院時に行なっていた医療処置，在院日数，支援日数などを独立変数として，「自宅退院」群と「転院・施設入所」群の2群間を$\chi^2$検定，t検定にて比較検討した。統計解析にはSPSS13.0J for Windowsを使用し，分析結果は，有意水準0.05未満を「有意」とした。

### 8．倫理的配慮

調査で得られたデータはコード化して入力し，他者が個人情報と連結できないようにして解析を行った。また，対象者とコードとの対応表は鍵のかかる保管庫にて厳重に管理した。パソコンについては，パスワード管理しているインターネットと接続していない機種を使用し，情報が外部に漏れないように配慮した。本調査は研究者が所属する大学医学部倫理委員会の承認を受け，実施された。

## Ⅲ．結　果

### 1．退院支援部署における看護相談の概要

退院支援部署に看護相談のあった事例概要については表

1に示した。退院支援部署開設（2002年2月4日）から2007年3月31日までの5年間に支援依頼のあった相談総延事例数は，1,525件であり，その内訳は，入院患者の相談が1,311件（86.0%），外来患者の相談が214件（14.0%）で，女性患者が798名（52.3%）と多く，平均年齢は69.1±18.9歳であった。

また，年度別の相談事例件数は，2002年度は129件であったが，2006年度は513件で4倍となり，年々増加していた。相談依頼の方法は，依頼票によるものが540名（35.4%）で最も多く，電話による依頼が515名（33.8%）と次いだ。

実相談事例数は1,283名で，再度相談があった事例は242名（15.9%）であった。そのうち2回目の相談が179名（11.7%），3回目の相談が51名（3.3%），4回目の相談事例が12名（0.8%）であった。支援の結果，自宅退院が571名（37.4%），転院が499名（32.7%），在宅療養中が201名（13.2%），状態の変化による中断が103名（6.8%）で支援中の死亡が80名（5.2%），施設入所は54名（3.5%）であった。

表1．退院支援部署看護相談概要

N = 1,525

| 項目 | n | (%) |
|---|---|---|
| 入院・外来区分 | | |
| 入院 | 1,311 | ( 86.0) |
| 外来 | 214 | ( 14.0) |
| 総数 | 1,525 | (100.0) |
| 性別 | | |
| 男性 | 727 | ( 47.7) |
| 女性 | 798 | ( 52.3) |
| 平均年齢± SD（歳） | 69.1 ± 18.9 | |
| 相談受付年度 | | |
| 2002年 | 129 | ( 8.5) |
| 2003年 | 248 | ( 16.3) |
| 2004年 | 295 | ( 19.3) |
| 2005年 | 340 | ( 22.3) |
| 2006年 | 513 | ( 33.6) |
| 依頼方法 | | |
| 依頼票 | 540 | ( 35.4) |
| 電話依頼 | 515 | ( 33.8) |
| 直接来室 | 243 | ( 15.9) |
| スクリーニング | 227 | ( 14.9) |
| 相談回数 | | |
| 1回 | 1,283 | ( 84.1) |
| 2回 | 179 | ( 11.7) |
| 3回 | 51 | ( 3.3) |
| 4回 | 12 | ( 0.8) |
| 支援結果（上位5位） | | |
| 自宅退院 | 571 | ( 37.4) |
| 転院 | 499 | ( 32.7) |
| 在宅療養中(外来患者) | 201 | ( 13.2) |
| 中断 | 103 | ( 6.8) |
| 死亡 | 80 | ( 5.2) |

## 2．退院支援の概要

外来患者の相談を除外した入院患者の退院支援の概要については表2に示した。5年間での退院支援総延事例数は1,311件で，相談患者の平均年齢は70.2±18.4歳で，小児患者（15歳以下）の支援依頼も39名（3.0%）あり，性別では女性が692名（52.8%）と多かった。同居家族では，三人以上が734名（56.0%）と最も多く，二人暮らしが326名（24.9%）と次いだ。

主疾患をみると，悪性腫瘍が437名（33.3%），脳血管疾患226名（17.2%），循環器系疾患201名（15.3%）の順に多かった。

入院時の看護観察の程度は，常時観察が必要な看護度Aの事例は416名（31.7%）で，断続的な観察レベルBの事例が805名（61.4%），継続的な観察は要しないCレベルの事例が87名（6.6%）であり，退院時の看護観察の程度では，看護度Aの事例が276名（21.1%），看護度Bの事例は962名（73.4%），看護度Cの事例が64名（4.9%）であった。入院時の生活の自由度では，常に寝たままのⅠレベルは438名（33.4%）で，日常生活にほとんど不自由のないⅣレベルが112名（8.5%），退院時にⅠレベルであった事例は339名（25.9%）で，Ⅳレベルの状態の事例は76名（5.8%）であった。

また，退院時に継続すべき医療処置を必要としていた事例数は1,026名（78.3%）で，処置内容では，リハビリテーションが540名（41.2%）で最も多く，膀胱内留置カテーテルの管理が196名（15.0%），点滴や中心静脈栄養療法が185名（14.1%），人工呼吸器を除く酸素療法が172名（13.1%），経管栄養，吸引，気管切開部の管理の順に多かった。

相談の依頼は看護師からの相談が725名（55.3%）と最も多く，医師からの相談が389名（29.7%）と次に多かった。相談依頼の方法は，依頼票の提出による依頼が485名（37.0%）と最も多く，電話による依頼が423名（32.3%）と次に多かった。相談目的は，自宅退院支援が687名（52.4%）で，転院支援が540名（41.2%），福祉制度利用に関する相談が60名（4.6%）の順に多かった。支援終了後に，再度相談依頼のあった事例は205名（15.6%）で，中には4回相談のあった事例が9名（0.7%）みられた。

支援内容で最も多かったのが家族調整で626名（47.7%），次いで病院との連絡交渉が617名（47.1%），介護支援専門員との調整が268名（20.4%）であった。

退院後に何らかの社会資源を利用した事例が975名（74.4%）で，介護保険制度の活用が584名（44.5%），福祉制度利用者が232名（17.7%），訪問看護サービス活用者が128名（9.8%）の順に多かった。また，地域の保健医療福祉機関との拡大カンファレンスや担当者ケア会議を開催し，支援した事例は130名（9.9%）であった。

支援結果では，自宅退院が571名（43.6%）で，転院が

499名（38.1%），支援中断が103名（7.9%），支援中の死亡が80名（6.1%），施設入所が50名（3.8%），入院中が８名（0.6%）であった。支援中断事例103名の退院先は，自宅退院が48名（46.6%），死亡34名（33.0%），転院19名（18.4%），施設入所１名（1.0%），入院中１名（1.0%）であった。

退院支援した患者の平均在院日数は70.1±113.8日で，平均支援日数が28.0±41.8日であった。

### ３．自宅退院事例と転院・施設入所事例の比較（表３）

表２－(1)．退院支援の概要

N＝1,311

| 項目 | n | (%) |
|---|---|---|
| 性別 | | |
| 男性 | 619 | (47.2) |
| 女性 | 692 | (52.8) |
| 平均年齢±SD（歳） | 70.2 | ± 18.4 |
| 平均在院日数±SD | 70.1 | ±113.8 |
| 平均支援日数±SD | 28.0 | ± 41.8 |
| 同居家族 | | |
| 独居 | 251 | (19.1) |
| 二人暮し | 326 | (24.9) |
| 三人以上 | 734 | (56.0) |
| 相談受付年度 | | |
| 2002年 | 103 | ( 7.9) |
| 2003年 | 194 | (14.8) |
| 2004年 | 252 | (19.2) |
| 2005年 | 296 | (22.6) |
| 2006年 | 466 | (35.5) |
| 主疾患（上位5位：重複有） | | |
| 悪性腫瘍 | 437 | (33.3) |
| 脳血管疾患 | 226 | (17.2) |
| 循環器系疾患 | 201 | (15.3) |
| 精神及び行動障害 | 177 | (13.5) |
| 神経系疾患 | 167 | (12.7) |
| 依頼方法 | | |
| 依頼票 | 485 | (37.0) |
| 電話依頼 | 423 | (32.3) |
| スクリーニング | 227 | (17.3) |
| 直接来室 | 176 | (13.4) |
| 相談回数 | | |
| 1回目 | 1,106 | (84.4) |
| 2回目 | 151 | (11.5) |
| 3回目 | 45 | ( 3.4) |
| 4回目 | 9 | ( 0.7) |
| 依頼者 | | |
| 看護師 | 725 | (55.3) |
| 医師 | 389 | (29.7) |
| 患者・家族 | 88 | ( 6.7) |
| その他（他保健医療福祉機関） | 109 | ( 8.3) |
| 相談目的 | | |
| 自宅退院 | 687 | (52.4) |
| 転院支援 | 540 | (41.2) |
| 福祉制度利用 | 60 | ( 4.6) |
| 経済的問題支援 | 18 | ( 1.4) |
| 患者家族精神的支援 | 2 | ( 0.2) |
| その他（リビングウィル，虐待対応，子育て支援） | 4 | ( 0.3) |
| 支援内容（重複有） | | |
| 家族調整 | 626 | (47.7) |
| 病院連絡交渉 | 617 | (47.1) |
| 介護支援専門員 | 268 | (20.4) |
| 訪問看護調整 | 129 | ( 9.8) |
| 市町村交渉 | 128 | ( 9.8) |

表２－(2)．退院支援の概要

N＝1,311

| 項目 | n | (%) |
|---|---|---|
| 支援結果 | | |
| 自宅退院 | 571 | (43.6) |
| 転院 | 499 | (38.1) |
| 中断 | 103 | ( 7.9) |
| 死亡 | 80 | ( 6.1) |
| 施設入所 | 50 | ( 3.8) |
| 入院中 | 8 | ( 0.6) |
| 支援中断後の転帰 | | |
| 自宅退院 | 48 | (46.6) |
| 死亡 | 34 | (33.0) |
| 転院 | 19 | (18.4) |
| 施設入所 | 1 | ( 1.0) |
| 入院中 | 1 | ( 1.0) |
| 資源の活用 | | |
| 有 | 975 | (74.4) |
| 無 | 336 | (25.6) |
| 活用した資源（上位5位） | | |
| 介護保険制度 | 584 | (44.5) |
| 福祉制度 | 232 | (17.7) |
| 訪問看護制度 | 128 | ( 9.8) |
| 福祉用具 | 82 | ( 6.3) |
| 訪問診療 | 42 | ( 3.2) |
| 退院時に行っていた処置 | | |
| 処置有 | 1,026 | (78.3) |
| 処置無 | 285 | (21.7) |
| 退院時に行っていた処置（上位8位：重複有） | | |
| リハビリテーション | 540 | (41.2) |
| 膀胱内留置カテーテル管理 | 196 | (15.0) |
| 静脈栄養療法 | 185 | (14.1) |
| 酸素療法 | 172 | (13.1) |
| 経管栄養 | 111 | ( 8.5) |
| 吸引 | 94 | ( 7.2) |
| 気管切開部管理 | 87 | ( 6.6) |
| 人工呼吸療法 | 27 | ( 2.1) |
| 入院時の看護観察の程度 | | |
| A：常時観察 | 416 | (31.7) |
| B：断続的観察 | 805 | (61.4) |
| C：継続観察不要 | 87 | ( 6.6) |
| 退院時の看護観察の程度 | | |
| A：常時観察 | 276 | (21.1) |
| B：断続的観察 | 962 | (73.4) |
| C：継続観察不要 | 64 | ( 4.9) |
| 入院時の生活の自由度 | | |
| Ⅰ：寝たまま | 438 | (33.4) |
| Ⅱ：座位可 | 389 | (29.7) |
| Ⅲ：室内歩行 | 369 | (28.1) |
| Ⅳ：フリー | 112 | ( 8.5) |
| 退院時の生活の自由度 | | |
| Ⅰ：寝たまま | 339 | (25.9) |
| Ⅱ：座位可 | 449 | (34.2) |
| Ⅲ：室内歩行 | 438 | (33.4) |
| Ⅳ：フリー | 76 | ( 5.8) |
| カンファレンス開催 | | |
| 有 | 130 | ( 9.9) |
| 無 | 1,181 | (90.1) |

表3－(1). 「自宅退院」群と「転院・施設入所」群の比較

N = 1,120

| 項目 | | 自宅退院群 n = 571 | | 転院・施設入所群 n = 549 | | | 合計 n = 1,120 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | n | (%) | n | (%) | p | n | (%) |
| 年齢 | 平均年齢 ± SD （歳） | 67.3 ± 20.5 | | 74.3 ± 14.8 | | *** | 70.8 ± 18.3 | |
| 性別 | | | | | | | | |
| | 男性 | 265 | (50.4) | 261 | (49.6) | ns | 526 | |
| | 女性 | 306 | (51.5) | 288 | (48.5) | | 594 | |
| | 平均支援日数 ± SD （日） | 26.0 ± 45.6 | | 26.8 ± 30.8 | | ns | 26.4 ± 39.0 | |
| | 平均在院日数 ± SD （日） | 60.8 ± 78.3 | | 65.0 ± 130.7 | | ns | 62.9 ± 107.1 | |
| | 平均相談回数 ± SD （回） | 1.1 ± 0.4 | | 1.1 ± 0.4 | | ns | 1.1 ± 0.4 | |
| 依頼者 | | | | | | | | |
| | 看護師 | 有 | 379 | (66.4) | 235 | (42.8) | *** | 614 | (54.8) |
| | | 無 | 192 | (33.6) | 314 | (57.2) | | 506 | (45.2) |
| | 医師 | 有 | 102 | (17.9) | 240 | (43.7) | *** | 342 | (30.5) |
| | | 無 | 469 | (82.1) | 309 | (56.3) | | 778 | (69.5) |
| | 患者・家族 | 有 | 43 | ( 7.5) | 25 | ( 4.6) | ns | 68 | ( 6.1) |
| | | 無 | 528 | (92.5) | 524 | (95.4) | | 1052 | (93.9) |
| | その他 | 有 | 47 | ( 8.2) | 49 | ( 8.9) | ns | 96 | ( 8.6) |
| | （他保健医療福祉機関） | 無 | 524 | (91.8) | 500 | (91.1) | | 1024 | (91.4) |
| 主疾患（含：合併症） 上位5位と有意差のみられた疾患 | | | | | | | | |
| | 悪性腫瘍 | 有 | 194 | (34.0) | 135 | (24.6) | *** | 329 | (29.4) |
| | | 無 | 377 | (66.0) | 414 | (75.4) | | 791 | (70.6) |
| | 脳血管疾患 | 有 | 47 | ( 8.2) | 158 | (28.8) | *** | 205 | (18.3) |
| | | 無 | 524 | (91.8) | 391 | (71.2) | | 915 | (81.7) |
| | 循環器系疾患 | 有 | 86 | (15.1) | 96 | (17.5) | ns | 182 | (16.3) |
| | | 無 | 485 | (84.9) | 453 | (82.5) | | 938 | (83.7) |
| | 精神及び行動障害 | 有 | 82 | (14.4) | 69 | (12.6) | ns | 151 | (13.5) |
| | | 無 | 489 | (85.6) | 480 | (87.4) | | 969 | (86.5) |
| | 神経系疾患 | 有 | 83 | (14.5) | 64 | (11.7) | ns | 147 | (13.1) |
| | | 無 | 488 | (85.5) | 485 | (88.3) | | 973 | (86.9) |
| | 消化器系疾患 | 有 | 43 | ( 7.5) | 79 | (14.4) | *** | 122 | (10.9) |
| | | 無 | 528 | (92.5) | 470 | (85.6) | | 998 | (89.1) |
| | 損傷・中毒その他の外因の影響 | 有 | 39 | ( 6.8) | 79 | (14.4) | *** | 118 | (10.5) |
| | | 無 | 532 | (93.2) | 470 | (85.6) | | 1,002 | (89.5) |
| | 先天奇形・染色体異常 | 有 | 19 | ( 3.3) | 4 | ( 0.7) | ** | 23 | ( 2.1) |
| | | 無 | 552 | (96.7) | 545 | (99.3) | | 1,097 | (97.9) |
| | 妊娠・分娩・周産期疾患 | 有 | 13 | ( 2.3) | 1 | ( 0.2) | ** | 14 | ( 1.3) |
| | | 無 | 558 | (97.7) | 548 | (99.8) | | 1,106 | (98.7) |
| 支援内容 | | | | | | | | |
| | 病院連絡交渉 | 有 | 85 | (14.9) | 481 | (87.6) | *** | 566 | (50.5) |
| | | 無 | 486 | (85.1) | 68 | (12.4) | | 554 | (49.5) |
| | 家族調整 | 有 | 337 | (59.0) | 175 | (31.9) | *** | 512 | (45.7) |
| | | 無 | 234 | (41.0) | 374 | (68.1) | | 608 | (54.3) |
| | 介護支援専門員 | 有 | 155 | (27.1) | 90 | (16.4) | *** | 245 | (21.9) |
| | | 無 | 416 | (72.9) | 459 | (83.6) | | 875 | (78.1) |
| | 訪問看護調整 | 有 | 94 | (16.5) | 13 | ( 2.4) | *** | 107 | ( 9.6) |
| | | 無 | 477 | (83.5) | 536 | (97.6) | | 1,013 | (90.4) |
| | 市町村交渉 | 有 | 77 | (13.5) | 28 | ( 5.1) | *** | 105 | ( 9.4) |
| | | 無 | 494 | (86.5) | 521 | (94.9) | | 1,015 | (90.6) |
| | 包括（在宅）支援センター | 有 | 53 | ( 9.3) | 18 | ( 3.3) | *** | 71 | ( 6.3) |
| | | 無 | 518 | (90.7) | 531 | (96.7) | | 1,049 | (93.7) |
| | 福祉施設交渉 | 有 | 12 | ( 2.1) | 48 | ( 8.7) | *** | 60 | ( 5.4) |
| | | 無 | 559 | (97.9) | 501 | (91.3) | | 1,060 | (94.6) |
| | 保健所調整 | 有 | 36 | ( 6.3) | 5 | ( 0.9) | *** | 41 | ( 3.7) |
| | | 無 | 535 | (93.7) | 544 | (99.1) | | 1,079 | (96.3) |
| 資源の活用 | | | | | | | | |
| | 活用有 | 有 | 474 | (83.0) | 353 | (64.3) | *** | 827 | (73.8) |
| | 活用無 | 無 | 97 | (17.0) | 196 | (35.7) | | 293 | (26.2) |
| | 介護保険制度 | 有 | 321 | (56.2) | 209 | (38.1) | *** | 530 | (47.3) |
| | | 無 | 250 | (43.8) | 340 | (61.9) | | 590 | (52.7) |
| | 福祉制度 | 有 | 135 | (23.6) | 51 | ( 9.3) | *** | 186 | (16.6) |
| | | 無 | 436 | (76.4) | 498 | (90.7) | | 934 | (83.4) |
| | 訪問看護制度 | 有 | 94 | (16.5) | 16 | ( 2.9) | *** | 110 | ( 9.8) |
| | | 無 | 477 | (83.5) | 533 | (97.1) | | 1,010 | (90.2) |
| | 訪問診療 | 有 | 33 | ( 5.8) | 3 | ( 0.5) | *** | 36 | ( 3.2) |
| | | 無 | 538 | (94.2) | 546 | (99.5) | | 1,084 | (96.8) |
| | 住宅改修 | 有 | 16 | ( 2.8) | 2 | ( 0.4) | ** | 18 | ( 1.6) |
| | | 無 | 555 | (97.2) | 547 | (99.6) | | 1,102 | (98.4) |
| | 福祉用具 | 有 | 70 | (12.3) | 4 | ( 0.7) | *** | 74 | ( 6.6) |
| | | 無 | 501 | (87.7) | 545 | (99.3) | | 1,046 | (93.4) |

t検定，$\chi^2$検定，Fisherの直接確率法　ns：not significant　**：$p < 0.01$　***：$p < 0.001$

表3－(2)．「自宅退院」群と「転院・施設入所」群の比較

n＝1,120

| 項　　目 | | 自宅退院群 n＝571 | | 転院・施設入所群 n＝549 | | | 合計 n＝1,120 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | n | (%) | n | (%) | p | n | (%) |
| 退院時に行なっていた処置 | | | | | | | | |
| 処置有 | | 391 | (68.5) | 475 | (86.5) | *** | 866 | (77.3) |
| 処置無 | | 180 | (31.5) | 74 | (13.5) | | 254 | (22.7) |
| リハビリテーション | 有 | 188 | (32.9) | 321 | (58.5) | *** | 509 | (45.4) |
| | 無 | 383 | (67.1) | 228 | (41.5) | | 611 | (54.6) |
| 膀胱内留置カテーテル管理 | 有 | 29 | ( 5.1) | 68 | (12.4) | *** | 97 | ( 8.7) |
| | 無 | 542 | (94.9) | 481 | (87.6) | | 1,023 | (91.3) |
| 経管栄養 | 有 | 27 | ( 4.7) | 60 | (10.9) | *** | 87 | ( 7.8) |
| | 無 | 544 | (95.3) | 489 | (89.1) | | 1,033 | (92.2) |
| 吸引 | 有 | 33 | ( 5.8) | 42 | ( 7.7) | ns | 75 | ( 6.7) |
| | 無 | 538 | (94.2) | 507 | (92.3) | | 1,045 | (93.3) |
| 酸素療法 | 有 | 29 | ( 5.1) | 44 | ( 8.0) | ns | 73 | ( 6.5) |
| | 無 | 542 | (94.9) | 505 | (92.0) | | 1,047 | (93.5) |
| 気管切開部管理 | 有 | 31 | ( 5.4) | 39 | ( 7.1) | ns | 70 | ( 6.3) |
| | 無 | 540 | (94.6) | 510 | (92.9) | | 1,050 | (93.7) |
| 自己注射療法 | 有 | 31 | ( 5.4) | 30 | ( 5.5) | ns | 61 | ( 5.4) |
| | 無 | 540 | (94.6) | 519 | (94.5) | | 1,059 | (94.6) |
| 静脈栄養療法 | 有 | 23 | ( 4.0) | 48 | ( 8.7) | ** | 71 | ( 6.3) |
| | 無 | 548 | (96.0) | 501 | (91.3) | | 1,049 | (93.7) |
| 疼痛管理 | 有 | 36 | ( 6.3) | 17 | ( 3.1) | ns | 53 | ( 4.7) |
| | 無 | 535 | (93.7) | 532 | (96.9) | | 1,067 | (95.3) |
| 創傷処置 | 有 | 23 | ( 4.0) | 29 | ( 5.3) | ns | 52 | ( 4.6) |
| | 無 | 548 | (96.0) | 520 | (94.7) | | 1,068 | (95.4) |
| ストーマ | 有 | 20 | ( 3.5) | 19 | ( 3.5) | ns | 39 | ( 3.5) |
| | 無 | 551 | (96.5) | 530 | (96.5) | | 1,081 | (96.5) |
| 褥瘡処置 | 有 | 13 | ( 2.3) | 23 | ( 4.2) | ns | 36 | ( 3.2) |
| | 無 | 558 | (97.7) | 526 | (95.8) | | 1,084 | (96.8) |
| 食事療法 | 有 | 13 | ( 2.3) | 21 | ( 3.8) | ns | 34 | ( 3.0) |
| | 無 | 558 | (97.7) | 528 | (96.2) | | 1,086 | (97.0) |
| ネブライザー | 有 | 14 | ( 2.5) | 11 | ( 2.0) | ns | 25 | ( 2.2) |
| | 無 | 557 | (97.5) | 538 | (98.0) | | 1,095 | (97.8) |
| 透析 | 有 | 11 | ( 1.9) | 10 | ( 1.8) | ns | 21 | ( 1.9) |
| | 無 | 560 | (98.1) | 539 | (98.2) | | 1,099 | (98.1) |
| 人工呼吸器管理 | 有 | 5 | ( 0.9) | 14 | ( 2.6) | ns | 19 | ( 1.7) |
| | 無 | 566 | (99.1) | 535 | (97.4) | | 1,101 | (98.3) |
| 摘便・浣腸 | 有 | 1 | ( 0.2) | 3 | ( 0.5) | ns | 4 | ( 0.4) |
| | 無 | 570 | (99.8) | 546 | (99.5) | | 1,116 | (99.6) |
| 入院時の看護観察の程度 | | | | | | | | |
| A：常時観察 | | 142 | (24.9) | 220 | (40.2) | *** | 362 | (32.3) |
| B：断続的観察 | | 379 | (66.5) | 304 | (55.6) | | 683 | (61.3) |
| C：継続観察不要 | | 49 | ( 8.6) | 23 | ( 4.2) | | 72 | ( 6.4) |
| 退院時の看護観察の程度 | | | | | | | | |
| A：常時観察 | | 67 | (11.8) | 99 | (18.1) | ** | 166 | (14.8) |
| B：断続的観察 | | 466 | (81.8) | 426 | (77.9) | | 892 | (79.6) |
| C：継続観察不要 | | 37 | ( 6.5) | 22 | ( 4.0) | | 59 | ( 5.3) |
| 入院時の生活の自由度 | | | | | | | | |
| Ⅰ：寝たまま | | 153 | (26.8) | 225 | (41.1) | *** | 378 | (33.8) |
| Ⅱ：座位可 | | 153 | (26.8) | 189 | (34.6) | | 342 | (30.5) |
| Ⅲ：室内歩行 | | 201 | (35.3) | 110 | (20.1) | | 311 | (27.8) |
| Ⅳ：フリー | | 63 | (11.1) | 23 | ( 4.2) | | 86 | ( 7.7) |
| 退院時の生活の自由度 | | | | | | | | |
| Ⅰ：寝たまま | | 67 | (11.8) | 152 | (27.8) | *** | 219 | (19.6) |
| Ⅱ：座位可 | | 177 | (31.1) | 250 | (45.7) | | 427 | (38.1) |
| Ⅲ：室内歩行 | | 275 | (48.2) | 133 | (24.3) | | 408 | (36.4) |
| Ⅳ：フリー | | 51 | ( 8.9) | 12 | ( 2.2) | | 63 | ( 5.6) |
| スクリーニング票の活用 | | | | | | | | |
| 活用有 | | 140 | (24.5) | 63 | (11.5) | *** | 203 | (18.1) |
| 活用無 | | 431 | (75.5) | 486 | (88.5) | | 917 | (81.9) |
| カンファレンスの開催 | | | | | | | | |
| 開催有 | | 82 | (14.4) | 40 | ( 7.3) | *** | 122 | (10.9) |
| 開催無 | | 489 | (85.6) | 509 | (92.7) | | 998 | (89.1) |

t検定，$\chi^2$検定，Fisherの直接確率法　ns：not significant　**：$p<0.01$　***：$p<0.001$

入院患者（1,311名）への支援結果から，支援中断，死亡，入院中を除外し，自宅退院となった事例571名（51.0%）と転院・施設入所となった事例549名（49.0%）の比較を表３に示した。

「自宅退院」群の平均年齢は67.3歳±20.5歳であり，「転院・施設入所」群の平均年齢は74.3歳±14.8歳で，「転院・施設入所」群が有意に高齢であった（$p<0.001$）。

主疾患による比較では，悪性腫瘍は「自宅退院」群が有意に多く（$p<0.001$），脳血管疾患，消化器疾患，損傷・中毒その他の外因の影響疾患（それぞれ$p<0.001$）は「転院・施設入所」群が有意に多かった。

また，入院時及び退院時ともに「転院・施設入所」群の方が看護観察の程度が高く，生活の自由度が有意に低かった（$p<0.001$）。

退院時に医療処置を行っていた事例は，「転院・施設入所」群の方が「自宅退院」群よりも有意に多く（$p<0.001$），リハビリテーション，膀胱内留置カテーテルの管理，経管栄養（$p<0.001$），静脈栄養療法（$p<0.01$）が必要であった事例が「転院・施設入所」群に有意に多かった。

相談依頼者の比較では，看護師からの相談は「自宅退院」群が有意に多く，医師からの依頼は「転院・施設入所」群が有意に多かった（$p<0.001$）。また，「自宅退院」群の方が有意にスクリーニング票の活用による依頼が多かった。支援内容では，病院との連絡交渉と福祉施設との交渉が「転院・施設入所」群で有意に多く，家族調整，介護支援専門員との調整，訪問看護の調整，市町村との交渉，地域包括支援センター（在宅介護支援センター）や保健所との調整の各項目が「自宅退院」群で有意に多かった（$p<0.001$）。また，「自宅退院」群の方が有意に社会資源の活用ができるように支援していた（$p<0.001$）。活用した社会資源の内訳は，介護保険制度，福祉制度，訪問看護制度，訪問診療の項目で，いずれも「自宅退院」群の方が有意に多く支援していた（$p<0.001$）。そのうち最も多く利用されたのは介護保険サービスであった。また，「自宅退院」群の方が地域関係者とのカンファレンス開催が有意に多かった（$p<0.001$）。

平均支援日数は26.4日であり，「自宅退院」群の平均在院日数は60.8日で，「転院・施設入所」群の平均在院日数が65.0日で，有意差はみられなかった。

## Ⅳ．考　察

### １．特定機能病院の看護相談の特徴

相談のあった事例の年齢層は，０歳から103歳と幅広く，退院支援に時間を要する小児慢性疾患事例への相談依頼もあった。退院支援部署における看護相談事例の主疾患は悪性腫瘍，次に脳血管疾患が多いという結果であった。先行研究の支援状況調査の疾患をみると，中核病院では脳血管疾患の相談事例が多く[31), 32)]，特定機能病院では悪性腫瘍事例が最も多い[9), 14), 17), 33)]という結果であり，本研究結果においても同様であった。特定機能病院には，医療法16条において「高度の医療を提供すること」「高度の医療技術の開発及び評価をすること」「高度の医療に関する研修を行なわせること」などの役割が課せられている[34)]。その性格から，対象とする事例の年齢層は幅広く，先進医療の対象である悪性疾患が多くなったと考えられ，特定機能病院の退院支援では，これらの事例の特性に合わせた対応が求められている。

厚生労働省の病院調査によると，平成17年度の一般病床における平均在院日数は19.8日[35)]となっており，対象病院における調査期間中の平均在院日数は24.2日で，本調査の看護相談事例の実平均在院日数が70.1日と長かった。それに比べて，平均支援日数が28.0日と少なく，相談の依頼が遅れている現状であった。入院の長期化が予想される事例は何らかの退院困難な理由を抱えており，その解決には時間を要することから早期に退院後の生活を視野にいれた支援を開始することが重要である。そのためには，病棟で退院支援が必要な事例を早期退院支援スクリーニング票の活用にて把握し，退院支援部署と連携を図ることが効果的な退院支援につながり，患者のQOLも高まると思われる。

退院支援の支援内容で最も多かったのは家族調整であった。在院日数の短縮化が図られている状況において，退院後の療養生活の継続には家族の協力は不可欠である。永田[6)]は退院支援担当者の役割として「家族内での意思決定を支え，療養生活について可能な選択肢と利点・欠点を呈示して選択を促すことが必要である」と述べている。退院支援部署の看護職は，家族状況に相応した家族間の調整を行い，本人と家族が今後の療養生活について自己決定できるよう支援することが重要な役割であり，そのためのスキルを高める必要がある。

患者が利用した社会資源で最も多かったのは介護保険であった。高齢社会という背景より，利用する社会資源の中で介護保険が最も多いことは，一般的な傾向であると思われる。そのため，病棟看護職が少なくとも介護保険の基礎知識程度は把握する必要があり，退院支援部署が中心となって研修等で啓蒙することが必要である。

年々，相談件数は増加していた。退院支援部署で関与した事例は，病院の退院患者全体の約４～６％程度に留まってはいるが，在院日数の短縮化，病床回転率の向上，病床有効活用のためにも退院支援部署への期待は大きくなっている。退院支援を早期に行なう必要がある事例の特徴や病棟や地域との連携が必要な事例の特徴を把握していくことが必要である。

### 2．自宅退院事例の退院支援の特徴

自宅退院となった事例は51.0%で，転院群に比し，平均年齢が低く，悪性腫瘍事例が多く，生活の自由度が高く，看護観察の程度が低く，退院時の医療処置が少ないという結果であった。

悪性腫瘍が多いのは，前述したように特定機能病院の特徴とも言える。悪性腫瘍事例は化学療法のために入退院を繰り返すことから，外来とも連携し，病棟においては，患者自らが医療に参加し，セルフケアできるよう在宅療養をイメージ化するようなケアを行う必要がある。現在，在宅中心静脈栄養用ポート埋込み中の患者の在宅療養も可能となり，外来化学療法が普及しており，外来で治療を受けながら，自宅で療養する事例や在宅での看取りの事例が増加することが予想される。今後もがん診療拠点病院として，がん患者の支援が増えるであろうと予測されることなどから，外来，病棟，退院支援部署が連携する院内システムを構築することが，効果的な退院支援につながると考える。また，平成18年度の改正により，悪性腫瘍も介護保険給付の対象となったことから，退院支援部署の看護師は介護保険の申請の有無など，活用すべき社会資源について，患者，家族へ適切に情報提供する必要がある。

「自宅退院」群の相談は看護師からの依頼が多かった。これは，生活背景面の情報収集を専門的視点から行っているためと思われる。退院支援は，「医療者の適切な評価と時機を得た患者・家族と共に考える療養支援計画の情報提供により，退院後もQOLの高い在宅療養を継続できる」[36]ことが最大の目的である。患者が質の高い療養生活を送るためにも，病院における適切な退院支援を早期から行なうことが重要であるが，病棟から依頼を受ける時期が遅いことが指摘されている[36]。看護職が退院支援の必要性を判断する時期は，主治医が患者・家族に退院の時期を伝えた時点という割合が最も多く，入院早期から計画的な関わりができないことも指摘されている[37]。叶谷[24]は「入院時の初期アセスメントの際に退院支援ニーズを把握して初期の看護計画に取り組むことが必要で，入院時が最も家族がそろう機会であるため，その際に接する機会の多い病棟看護師が行なうのが最も効果的で効率的である」と述べている。本調査結果より自宅退院事例の介護保険制度利用者が56.2%であり，16.5%が訪問看護制度を活用していた。これらから，入院早期より簡便なスクリーニング票を活用し，キーパーソンや介護力の確認を行い，退院支援部署看護職と病棟看護職が連携し，共に，在宅療養の可否を考え，取り組むというチーム医療としての意識を高め積極的に関与していくことが必要である。

地域関係職種とのサービス担当者会議や拡大カンファレンスの開催が自宅退院事例には有意に多かった。自宅への退院支援の事例には神経難病や先天奇形，小児慢性疾患で人工呼吸器を装着している事例や気管切開部の管理，吸引などの医療処置継続が必要な事例は，地域の様々な関係機関との連携が必要である。在宅療養支援診療所や訪問看護師との連絡調整，介護保険サービスや福祉制度活用による療養支援，福祉機関への入所やショートステイ利用の調整などを介護支援専門員に依頼する場合などもあり，カンファレンス等の開催時期やメンバー，方法などの工夫を検討することが今後の課題である。

### 3．転院・施設入所事例の退院支援の特徴

転院・施設入所となった事例は49.0%で，医師からの依頼が多かった。支援内容も病院や施設間との連絡交渉が主であった。DPC制度導入等により在院日数の短縮化が求められていること，退院専門部署を新設する病院が増え，これまで医師同士の連携で行われていた転院調整が，退院支援部署同士のシステムに移行していることがその要因と考えられる。従来医師が行なってきた転院調整を退院支援部署が担っていることが明らかとなり，専門部署の機能が有効に働いていることが評価でき，退院支援部署を設置することは医師が本来の診療に専念できる可能性を示唆している。転院・施設入所事例は，脳血管疾患や損傷・中毒その他の外因の影響による疾患が多く，自宅退院群に比し年齢が高く，生活の自由度が低く，看護観察の程度が高く，リハビリテーション，膀胱内留置カテーテルの管理，経管栄養，静脈栄養療法等の退院時の医療処置が多いことから，患者の医療依存度が高く，介護量が多いことが，自宅退院を困難にしていると考えられる。現在，療養型施設の受け入れ体制は不十分な現状である[38]。更に，今後の医療保険制度の方向性として，平成24年４月には，介護療養型医療施設が廃止されることになり，全■に38万床ある療養病床は今後削減していく方針が立てられている[39]。■復期リハビリテーション病棟への入院日数も一層短くなってきており[40]，転院・施設入所はさらに困難が予測される。経過を予測してより早めの相談依頼が求められる。また，現在，厚生労働省は，急性期病院と後方連携病院で一貫して用いられ，施設ごとの治療経過に従って診療内容や達成目標を患者に明示する診療計画表である地域連携クリニカルパスを推奨しており，大腿骨頸部骨折の地域連携クリニカルパスが活用されてはいるが，他の疾患についても後方病院との連携で地域連携クリニカルパスを作成し，その活用[41),42)]により，円滑な転院の連携システムを構築していくことがより効果的な退院支援に繋がると考える。

また，自宅退院群には人工呼吸器装着中の事例や気管切開部の管理，吸引などの医療処置継続が必要な事例があったことから医療処置の継続が必要な事例であっても，在宅療養に向けて支援することは可能であると考える。そのた

めには，①患者家族にセルフケアの指導を行い，セルフケア能力を高めること，②必要な社会資源の情報を提供し環境を整えること，③患者本人および家族が意思決定できるように支援することが必要である。退院支援部署が中心となって，病棟・外来看護師，医師が在宅療養を視野にいれて連携することが効果的な退院支援に繋がると考える。平成18年度の診療報酬改定により在宅療養支援診療所が新設され，この診療所と連携する訪問看護ステーションも増加している[43]。今後はさらに訪問看護ステーションと連携し，医療依存度の高い療養者であっても在宅で支援できる体制づくりを平常より構築していく必要がある。近年，地域のケアスタッフが病院に常駐し，入院中から退院調整を行なう在宅ケア・リエゾン（橋渡し）システムという新たな実践報告もみられるようになった[44]。退院支援部署の存在をPRし，患者・家族が入院直後から訪れ易いよう門戸を開き，退院支援の意義を理解できるように広報する活動も重要と考える。

### 4．本研究の限界と今後の課題

本研究では，1特定機能病院の退院支援部署の5年間の全看護相談事例を基に検討し，その特徴を把握できたことには意義があると考えるが，対象施設の特性が結果に反映した可能性が否定できない。また，他施設退院支援部署の長期間にわたる実態報告が少なく，十分な比較検討ができなかった。

家族構成として同居人数の統計にとどまり，ADLもADL測定指標ではなく看護度分類により評価したため，退院支援困難理由で最も多いとされている介護力としての詳細な評価が困難であった。今後，さらに継続して研究を蓄積していく必要がある。

## Ⅴ．結　論

特定機能病院の退院支援部署における5年間の看護相談の実態調査および退院支援した入院患者を「自宅退院」群と「転院・施設入所」群にわけ，それぞれの特徴を比較検討した結果から，次のことが明らかにされた。

1．悪性腫瘍，脳血管疾患事例が多く，入院患者の退院支援が全体の86.0%を占めていた。

2．退院支援した事例の平均在院日数は70.1日で，平均支援日数が28.0日であった。退院支援の内容は家族調整が最も多く，社会資源では介護保険の利用が最も多かった。

3．自宅退院した事例は571名（51.0%）であり，転院・施設入所事例に比し，有意に年齢が若く，悪性腫瘍が多く，生活の自由度が高く，看護観察の程度が低く，医療処置が少なかった。依頼は看護師からが多く，支援内容としては，家族調整や地域の社会資源との調整や地域関係者とのカンファレンス開催が転院・施設入所群より有意に多かった。

4．転院・施設入所となった事例は，549名（49.0%）であり，高齢で脳血管疾患が多く，リハビリテーションなどの継続が必要な事例が多かった。また，依頼は医師からが多く，支援内容は病院や施設との連絡交渉が自宅退院群に比し，有意に多かった。

以上のことから，退院支援部署の看護師の活動として，病棟看護師と入院早期に連携を図ること，地域の社会資源を必要とする場合は，退院支援部署に連携システムを定着させ，転院の可能性のある事例では医師を中心とした地域連携パス等を検討するシステムを普及させること，また，転院・施設入所群に多い退院時の処置を必要とする事例であっても在宅療養を視野にいれた退院支援が効果的であること，が示唆された。

## 要　旨

本研究では，特定機能病院の退院支援部署における2002年2月から2007年3月までの5年間における1,525件の看護相談の実態を明らかにし，自宅退院事例と転院・施設入所事例の特徴を比較することで，効果的に退院支援を行うための示唆を得ることを目的とした。

入院患者への支援が全体の86.0%を占め，支援事例の平均在院日数は70.1日で平均支援日数が28.0日と長く，介護保険制度の利用が最も多かった。また，自宅退院事例は，悪性腫瘍が多く，社会資源の調整や地域関係者とのカンファレンスが転院・施設入所群より有意に多かった。転院・施設入所事例は，脳血管疾患が多く，リハビリテーションなどの継続が必要な事例が多く，他機関との連絡交渉が自宅退院群に比し有意に多かった。以上より，病棟と早期に連携を図り，連携システムを定着させること，在宅療養を視野にいれた退院支援が効果的であることが示唆された。

## Abstract

The purpose of this study was to obtain suggestions for effective discharge support by clarifying the actual situations of nursing consultations in 1525 cases at a special functioning hospital from February 2002 to March 2007, and comparing the characteristics of those patients who returned home and those who transferred to other medical facilities.

Support rate for inpatients was 86.0%. The average length of stay of patients who received support was 70.1 days, with the average number of days needed for support being some 28.0 days. The utilization of the Long-Term Care Insurance System was most common. Most of the patients who returned home suffered from malignant tumors, and they needed significantly more coordination of social resources and conferences with caregivers than those who transferred to another medical facility.

Most of the patients who transferred to another medical facility suffered from cerebral vascular diseases, and many of them needed to continue with rehabilitation, etc., and they required significantly more contact and coordination with other facilities than those who returned home.

This study suggests that early cooperation between hospital wards, the establishment of a cooperation system, and discharge support from the viewpoint of home care are effective.

## 文　献

1）財団法人厚生統計協会：国民衛生の動向，厚生の指標　臨時増刊，54(9)，163-203，2007.
2）倉田和枝：退院改革を考える，臨床看護，24(1)，88-95，1998.
3）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当てて，病院管理，41，301-310，2004.
4）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，病院管理，41(3)，21-29，2004.
5）全国国立大学病院医療連携・退院支援部門連絡協議会，国立大学医療連携・退院支援関連部門連絡協議会会報，1-9，2004.
6）永田智子，村嶋幸代：退院支援の現状と課題，保健の科学，44(2)，95-99，2002.
7）檜本真幸：高齢者の退院支援と地域ネットワーク　ヘルスプロモーションの観点に立った退院支援　愛媛大学病院医療福祉支援センターの役割と機能強化に関する研究，日本老年医学会雑誌，43(2)，161-162，2006.
8）近森栄子，岡本双美子，他：特定機能病院における医療相談と退院支援（第一報）A大学医学部附属病院の現状，大阪市立大学看護学雑誌，2巻，21-28，2006.
9）大竹まり子，田代久男，他：山形大学医学部附属病院における退院困難事例の特徴と地域医療連携センター退院支援部門の役割に関する検討，山形医学，22(1)，57－69，2004.
10）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及び実施状況，退院支援部署の有無による比較に焦点を当てて，病院管理，41(3)，185-194，2004.
11）永田智子，村嶋幸代：高齢者の退院支援，日本老年医学会雑誌，39，579-584，2002.
12）田口樹美，高橋雪子，他：退院支援　病棟での実施と専門部署への依頼の比較　東大病院老年病科における分析，保健の科学，44(2)，161-166，2002.
13）田城孝雄，柳沢愛子，他：在宅医療実施プラン「病院の立場から」，癌と化学療法，28巻，15-19，2001.
14）吉村繁子，山崎昭子：特定機能病院における地域連携退院支援活動の成果　在宅療養生活移行患者の退院支援介入事例の検証，日本看護学会論文集（地域看護）34，112-114，2004.
15）中谷久恵，上岡澄子，他：特定機能病院の地域医療連携センターを利用した患者の追跡調査による在宅ケアの要因分析，島根大学医学部紀要，27，1-5，2005.
16）田尾和代：患者・家族の退院時不安に対する支援の効果，全国自治体病院協議会雑誌，422，82-84，2003.
17）横山　梓，村嶋幸代，他：国立大学病院で専門部署による退院支援を受けた患者の退院，38(1)，53-61，2001.
18）鷲見尚巳，村嶋幸代，他：退院困難が予測された高齢入院患者に対する早期退院支援の効果に関する研究　特定機能病院老年病科における準実験研究，病院管理，38(1)，29-40，2001.
19）柳澤愛子，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.
20）大竹まり子，田代久男，他：特定機能病院地域医療連携センターにおける退院調整・継続看護相談業務の分析，日本在宅ケア学会誌，6(2)，98-99，2003.
21）手島陸久：退院計画とは何か，手島陸久編集代表，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，東京，1996.
22）森鍵祐子，叶谷由佳，他：特定機能病院における早期退院支援を目的としたスクリーニング票の導入および妥当性の評価，日本看護研究学会雑誌，30(4)，27-35，2007
23）叶谷由佳，大竹まり子，他：特定機能病院における退院支援のための早期スクリーニング方法に関する研究，Monthly IHEP2005，137(11)，30-33，2005.
24）叶谷由佳，大竹まり子，他：退院支援のためのシステムづくり，看護学雑誌，70，607-611，2006.
25）大竹まり子，田代久男，他：特定機能病院における病棟看護師の判断を基にした退院支援スクリーニング項目の検討，山形医学，25(1)，11-23，2008.
26）山形県高齢社会総合対策推進本部健康福祉部長寿社会課:「目でみる高齢化マップ」，2007-09-10，http://www.pref.yamagata.jp/ou/kenkofukushi/090002/koreikamap07.pdf
27）厚生省大臣官房統計情報部編：疾病，障害および死因統計分類提要ICD-10(2003年版）準拠第2巻内容例示表，厚生省大臣官房統計情報部，東京，2006.
28）前掲書1，477-482，2007.
29）財団法人医療情報システム開発センター病名検索ソフトウェア：「病名くん」，2007-10-15，http://www.dis.h.u-tokyo.ac.jp/byomei/byomei-kun/index.html
30）広瀬チワ子：ワークサンプリング法による看護業務の分析，看護展望，10(12)，62-67，1985.
31）佐藤敦子，太田恵子：退院支援の早期介入に向けての取り組み，山形市立病院済生館医学雑誌，30(1)，53-58，2005.
32）藤澤まこと，普照早苗，他：退院調整看護師の活動と退院支援における課題，岐阜県立看護大学紀要，6(2)，35-41，

2006.
33）黒田由利子，飯野英親，他：大学病院診療連携室における業務実績の後方視的検討，第36■地域看護，38-39，2005.
34）厚生労働省編：国民労働白書2007年版，4-19，東京，2007.
35）前掲書1，192-198，2007.
36）宇都宮宏子：特定機能病院における地域連携と専任の退院計画調整看護師の役割，看護展望，29(9)，22-30，2004.
37）伴真由美，丸岡直子，他：病棟看護師長からみた退院調整の現状と課題，石川看護雑誌，(2)，33-41，2005.
38）岡田美幸，梶原和歌：看護を中心とする退院調整に取り組んで，看護，56(5)，40-48，2004.
39）前掲書1，204-223，2007.
40）医学通信社：診療点数早見表2006年4月診療報酬改定準拠，314-326，東京，2006.
41）副島秀久：連携クリニカルパスで地域医療はこう変わる，看護展望，30(13)，48-52，2005.
42）田城孝雄：地域連携クリティカルパスとは，看護，58(6)，40-43，2006.
43）山田雅子：医療連携において期待される看護師の役割，病院，66，382-385，2007.
44）長江弘子：日本におけるリエゾンナースの可能性，コミュニティケア，9(3)，22-27，2007.

［平成21年3月5日受　付
平成21年5月19日採用決定］

－研究報告－

# 冠動脈インターベンション後患者の自己管理に対する自己効力感と生活習慣，身体的状況及びソーシャルサポートとの関連

Correlation between Self-efficacy and Life Style, Physical Status and Social Support in Patients after Percutaneous Coronary Intervention

鈴　木　小百合[1)]　　古　瀬　みどり[2)]
Sayuri Suzuki　　Midori Furuse

キーワード：虚血性心疾患，冠動脈インターベンション，自己効力感，ソーシャルサポート
Key Words ：ischemic heart disease, percutaneous cororary intervention, self-efficacy, social support

## Ⅰ．緒　言

わが■の虚血性心疾患は，生活習慣の欧米化やストレスフルな社会生活を背景に有病者数は増加傾向にある[1)]。虚血性心疾患の主な治療である冠動脈インターベンション（Percutaneous Coronary Intervention；以下PCI）は，器具や技術の進歩に伴う成功率の向上，低侵襲性と有用性により実施率が増えてきている[2), 3)]。PCI後約半年以内に起こる治療部位の再狭窄は合併症の１つであるが，近年の薬剤溶出性ステントの出現によりその発症を低下させることが可能となった[4)]。しかし，PCIにより冠動脈の狭窄が解除された場合でも，病気の再発と新規病変の発症を予防するため，患者は生活習慣の改善，薬物療法の遵守を含めた自己管理が求められる[5)]。

PCI後の患者は，身体的侵襲が少ないために疾患を軽くとらえすぎ，生活習慣の変容の動機づけが低いこと[6)]，冠動脈バイパス術を受けた患者よりも生活を管理していこうとする意識が低い傾向にあること[7)]が示されている。そのため，PCIを施行した患者の自己管理への動機づけを高め，日常生活において自己管理を継続させていくための援助が必要である。

Bandura[8)]によって提唱された自己効力感（セルフ・エフィカシー）は，ある結果を生みだすために必要な行動を，どの程度うまく行うことができるかという個人の確信の程度を表すとされている。自己効力感は行動の導入と維持に重要な役割を果たすとされ[9)]，自己効力感が高いほど実際にその行動を遂行できる傾向にある。また，自己効力感を高めることで健康の維持や症状の改善が得られることが明らかになっている[10)]。先行研究では，心臓リハビリテーション患者を対象に，歩行や階段昇降など日常生活での身体活動に着目したセルフ・エフィカシーが用いられ，身体活動セルフ・エフィカシーの向上が，心理的ストレスの改善[11)]や，健康関連QOL[12)]に関連することが示されている。しかし，PCI後の患者を対象に，食事，運動，ストレス対処など日常生活上の自己管理に対する効力感を扱った研究は限られている。

自己効力感を高める要■の１つにソーシャルサポートがある[13)]。虚血性心疾患患者の自己管理に関する研究では，家族のサポートや結びつきが自己管理行動に影響すること[14)]，家族の励ましが運動療法継続に関与すること[15)]が示されている。遠藤ら[16)]は，配偶者のサポートは，食習慣やHDLコレステロールの改善と，職場のサポートは休息の確保と関連したことを明らかにし，提供主体別によるサポートの差異を示した。また，配偶者の態度が心疾患患者の回復にも影響を及ぼすとされ[17), 18)]，Clarkeら[19)]は心筋梗塞後の配偶者による過保護が，患者の不安や抑うつに影響すると報告している。野口[20)]は，提供主体によりソーシャルサポートの果たす役割の質と量が異なる可能性について述べていることから，PCI後の自己管理を実践し，適切なソーシャルサポートのある人は自己効力感が高いと考えられる。

PCI後の患者は，退院後３ヶ月から６ヶ月目に，治療評価の冠動脈造影検査で入院する。退院から検査までの期間は，再発作への不安を抱えながらも患者が新しい生活習慣を実行している期間であり，患者にとって退院後の生活を見直す機会となる。そのため，この時期の患者の自己管理に対する自己効力感と生活習慣，治療や自己管理に関係する身体的状況，ソーシャルサポートとの関連を明らかにすることは，病棟看護師が，検査を機に入院した患者の状態に合わせて自己効力感を高める援助をする際の示唆を得ることができる。

１）順天堂大学医療看護学部　School of Health Care and Nursing, Juntendo University
２）山形大学医学部看護学科　School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine

そこで本研究では，PCI施行後冠動脈造影検査を受ける患者の自己管理に対する自己効力感と生活習慣，身体的状況及びソーシャルサポートとの関連を明らかにすることを目的とした。

## Ⅱ．研究方法

### 1．対　象

虚血性心疾患でPCIを施行後３ヶ月～１年６ヶ月以内にあり，６ヶ月後評価もしくは初回の冠動脈造影検査の目的でA病院に入院した患者68名を対象とした。PCIとは，バルーン拡張術，ステント植込み術，粥腫切除術のことを指す。A病院は，心臓カテーテル検査総数が年間1400件以上，そのうちPCIは300件を超える。

### 2．調査期間

平成19年５月～10月

### 3．調査方法

対象者の条件に該当する患者を主治医より紹介を受けた後，研究者が病室に訪問し対象者に研究への協力を依頼した。本研究参加に同意した対象者に対して，自己記入式質問紙調査を実施した。対象者が希望した場合，もしくは弱視で質問紙への回答が困難な対象者に対しては，研究者が質問紙に記入した。なお，治療内容ならびに検査結果は，診療録を閲覧した。

### 4．調査内容

１）基本属性：性別，年齢，職業，同居者

２）生活習慣

項目は，心筋梗塞二次予防に関するガイドライン[21]（以下ガイドライン）を参考に塩分制限，脂肪制限，運動習慣，飲酒習慣，喫煙，BMIとした。塩分制限，脂肪制限は，実行の程度を「行っている」，「時々行っている」，「行っていない」の３段階評価とした。BMIは，入院時の身長と体重より算出，ガイドライン[21]を基準に25.0以上を肥満とした。

３）身体的状況

本研究における身体的状況は，疾患に関連した項目，自覚症状，血液検査値とした。疾患に関連した項目は，疾患名，合併症，PCI回数，罹患期間，冠動脈造影検査の結果とし，診療録より収集した。合併症は，冠危険因子である高血圧，高脂血症，糖尿病を挙げ，医師による診療録への記載，もしくは内服治療中の場合を合併症ありと判断した。PCI回数は，冠動脈の治療箇所数ではなくPCI施行日数とし，他院での治療回数も含めた。罹患期間は，虚血性心疾患の診断から調査日までの日数とした。左室駆出率は最新のデータとし，疾患別に示した。

自覚症状は，Suzanら[22]によるPCI後の患者に特異的な症状10項目のうち，精神症状である「抑うつ」，「不安」と「PCI穿刺部の疼痛」を除いた，「疲労感」，「胸痛」，「不眠」，「浮腫」，「呼吸困難」，「動悸」，「食欲不振」の７項目を取り上げた。症状は，最近１ヶ月間での自覚の有無を尋ねた。血液検査値は，高脂血症に関する総コレステロール，LDLコレステロール，HDLコレステロール，トリグリセライド，糖尿病に関するHbA1cを挙げ，最新のデータとした。

４）自己効力感

金ら[23]の慢性疾患患者の健康行動に対するセルフ・エフィカシーの強度を測定する尺度を使用した。この尺度は，「疾患に対する対処行動の積極性」14項目，「健康に対する統制感」10項目の２下位因子計24項目から成る。「疾患に対する対処行動の積極性」は，適度な運動，食事管理など健康行動の実践に関する項目，「健康に対する統制感」は疾患に取り組む姿勢や気持ちの維持に関する項目で，虚血性心疾患でPCIを施行した患者の自己管理に対する自己効力感を表すと考えた。回答は，「全く当てはまらない」１点から「とても良く当てはまる」４点までの４段階評価で，２下位因子と尺度全体の合計得点を算出し，得点が高いほど自己効力感が高いことを示す。本研究におけるクロンバックのα係数は，尺度合計が0.90，下位因子の「疾患に対する対処行動の積極性」が0.82，「健康に対する統制感」が0.91で，信頼性ありと判断した。

５）ソーシャルサポート

金ら[24]のソーシャルサポート尺度を使用した。この尺度は，配偶者，子供，友人の主体別に，受領サポート４項目，提供サポート４項目の計24項目から成る。「具合が悪いとき世話をする」，「家事等含む仕事を手伝う」，「個人的悩みの相談にのる」，「頑張らなければならないとき温かく励ます」の項目に対して，受領サポートは「どの程度してもらっているか」，提供サポートは「どの程度してあげているか」を尋ねる。回答は，「ほとんどしない」０点，「ときどきする」１点，「よくする」２点で，主体別，サポートの種類別に合計得点を算出，得点が高いほど高いサポートを受領，または提供していることを示す。配偶者サポート，子供サポートは，配偶者，子供がいる患者のみ回答を求めた。本研究におけるクロンバックのα係数は，配偶者受領サポートが0.85，提供サポートが0.65，子供受領サポートが0.80，提供サポートが0.88，友人受領サポートが0.82，提供サポートが0.80であった。配偶者提供サポートのみα係数が低かったが，その他は0.8以上保たれており，信頼性ありと判断した。

### 5．分析方法

生活習慣の回答形式を，BMI以外「あり」，「なし」の２群に分類した。血液検査値は，高脂血症に関する項目は高脂血症診断基準[25]に準じて，総コレステロール220mg/dl，LDLコレステロール140 mg/dl，HDLコレステロール40mg/dl，トリグリセライド150 mg/dlを基準に，HbA1cは

ガイドライン[26]に準じて6.5%を基準とし，「異常あり」，「異常なし」の2群に分類した。ソーシャルサポート得点は，主体別の受領サポート，提供サポートの中央値を基に高値群，低値群の2群に分類した。

自己効力感尺度の2下位因子と尺度全体の合計得点を算出した。得点は正規分布していないためノンパラメトリック検定を行い，生活習慣，身体的状況，ソーシャルサポート得点との関連を検討した。2群間との検定にはMann-WhitneyのU検定，3群間との検定にはKruskal-Wallis検定を用いた。有意水準は5%未満とした。統計解析用プログラムソフトは，統計パッケージSPSS14.0J for Windowsを使用した。

### 6．倫理的配慮

対象者に対し，研究への参加は本人の自由意思であること，参加拒否や途中中断により診療上何ら不利益を被ることはないこと，研究で得られたデータは研究目的以外には使用しないこと，研究結果の公表に際しては匿名性を遵守することを，文書及び口頭で説明した。研究参加への同意，診療録の閲覧の承諾が得られた対象者より同意書に署名を得た。なお本研究は，山形大学医学部倫理委員会の承認を得た上で実施した。

## Ⅲ．結　果

### 1．基本属性（表1）

対象は，男性52名（76.5%），女性16名（23.5%）で，全体の平均年齢は66.0±11.1歳（最小40，最大88）であった。職業ありが32名（47.1%），同居者の内訳（複数回答）では，配偶者50名（73.5%），子供37名（54.4%）であった。

表1　基本属性

N=68

| 項目 | | n（%） |
|---|---|---|
| 性別 | 男性 | 52（76.5） |
| | 女性 | 16（23.5） |
| 年齢 | 65歳未満 | 30（44.1） |
| | 65歳以上 | 38（55.9） |
| 職業 | あり | 32（47.1） |
| | なし | 36（52.9） |
| 同居者の有無（複数回答） | 配偶者 | 50（73.5） |
| | 子供 | 37（54.4） |

### 2．生活習慣及び疾患に関連した項目（表2）

生活習慣では，塩分制限，脂肪制限を「行っている」もしくは「時々行っている」と答えた患者が約9割であった。週1回以上の運動習慣がある患者は半数程度，飲酒習慣ありが23名（33.8%），喫煙ありが10名（14.7%）であった。また，肥満の指標となるBMI 25.0以上は19名（27.9.%）であった。

疾患に関連した項目では，疾患名は，心筋梗塞31名（45.6%），狭心症37名（54.4%）であった。1名を除きすべての対象者に合併症があり，高血圧53名（77.9%），高脂血症62名（91.2%），糖尿病28名（41.2%）であった。これまでにPCIを受けた回数は1回から4回で，1回が47名（69.1%）と最も多かった。罹患期間は，1年未満が37名（54.4%），1年以上が31名（45.6%）であった。冠動脈造影検査の結果は，冠動脈に75%以上の狭窄があり，後日何らかの治療もしくは検査が必要な場合を狭窄ありとしたところ，再狭窄が7名（10.3%），他枝の狭窄が9名（13.2%），異常なしが52名（76.5%）であった。

表2　生活習慣及び疾患に関連した項目

N=68

| 項目 | | n（%） |
|---|---|---|
| 塩分制限 | 行っている | 37（54.4） |
| | 時々行っている | 24（35.3） |
| | 行っていない | 7（10.3） |
| 脂肪制限 | 行っている | 43（63.2） |
| | 時々行っている | 19（28.0） |
| | 行っていない | 6（8.8） |
| 運動習慣 | 週3回以上 | 20（29.4） |
| | 週1～2回 | 18（26.5） |
| | なし | 30（44.1） |
| 飲酒習慣 | あり | 23（33.8） |
| | なし | 45（66.2） |
| 喫煙 | あり | 10（14.7） |
| | なし | 58（85.3） |
| BMI | 25.0以上 | 19（27.9） |
| | 25.0未満 | 49（72.1） |
| ＜疾患に関連した項目＞ | | |
| 疾患名 | 心筋梗塞 | 31（45.6） |
| | 狭心症 | 37（54.4） |
| 合併症（複数回答） | 高血圧 | 53（77.9） |
| | 高脂血症 | 62（91.2） |
| | 糖尿病 | 28（41.2） |
| PCI回数 | 1回 | 47（69.1） |
| | 2～4回 | 21（30.9） |
| 罹患期間 | 1年未満 | 37（54.4） |
| | 1年以上 | 31（45.6） |
| 冠動脈造影検査結果 | 再狭窄 | 7（10.3） |
| | 他枝の狭窄 | 9（13.2） |
| | 異常なし | 52（76.5） |

### 3．疾患別の背景（表3）

心筋梗塞患者31名，狭心症患者37名中の年齢，左室駆出率，PCIの内訳（緊急PCIと待機的PCIの人数）を示した。心筋梗塞患者は，狭心症患者よりも平均年齢が低く，緊急PCIを施行した患者が多かった。また，左室駆出率は，心筋梗塞患者が狭心症患者よりも低い値であった。

表3　疾患別の背景

N=68

| | 心筋梗塞（n=31） | 狭心症（n=37） |
|---|---|---|
| 年齢（平均値±SD） | 63.3±12.5 | 68.3±9.2 |
| 左室駆出率（平均値±SD） | 59.3±13.5 | 68.2±5.8（n=33） |
| 緊急PCI | 20（64.5） | 7（18.9） |
| 待機的PCI | 11（35.5） | 30（81.1） |

### 4．血液検査値（表4）

平均値±SDは，総コレステロール179.4±34.5，LDLコレステロール98.1±27.5，HDLコレステロール49.5±14.1，トリグリセライド173.8±93.3，HbA1c 6.0±1.0であった。トリグリセライドの平均値のみ，基準値を上回っていた。

表4　血液検査値

| 検査項目 | n | 平均値± SD（Min － Max） |
|---|---|---|
| 総コレステロール（mg/dl） | 62 | 179.4 ± 34.5（128 － 260） |
| LDL コレステロール（mg/dl） | 65 | 98.1 ± 27.5（ 41 － 198） |
| HDL コレステロール（mg/dl） | 47 | 49.5 ± 14.1（ 30 － 84） |
| トリグリセライド（mg/dl） | 67 | 173.8 ± 93.3（ 45 － 479） |
| HbA1c（%） | 55 | 6.0 ± 1.0（4.8 － 9.8） |

### 5．自己効力感，ソーシャルサポート尺度の得点（表5）

自己効力感尺度合計の中央値は74.0，下位尺度である「疾患に対する対処行動の積極性」の中央値は45.0，「健康に対する統制感」の中央値は30.0であった。配偶者受領サポートの中央値は6.5，提供サポートの中央値は6.0，子供受領サポートの中央値は6.0，提供サポートの中央値は5.0であった。友人受領サポート，提供サポートの中央値は共に3.0で，配偶者サポート，子供サポートよりも低い得点であった。

表5　自己効力感，ソーシャルサポート尺度の得点

| 項目 | 中央値（Min － Max） |
|---|---|
| ＜自己効力感＞ | |
| 尺度合計 | 74.0 （58 － 96） |
| 疾患に対する対処行動の積極性 | 45.0 （37 － 56） |
| 健康に対する統制感 | 30.0 （19 － 40） |
| ＜ソーシャルサポート＞ | |
| 配偶者受領サポート | 6.5 （0 － 8） |
| 配偶者提供サポート | 6.0 （2 － 8） |
| 子供受領サポート | 6.0 （0 － 8） |
| 子供提供サポート | 5.0 （0 － 8） |
| 友人受領サポート | 3.0 （0 － 8） |
| 友人提供サポート | 3.0 （0 － 8） |

### 6．自己効力感と生活習慣との関連（表6）

脂肪制限で有意差が見られ，制限の「ある」患者が「ない」患者よりも，対処行動の積極性因子が有意に高かった（$p < .05$）。

### 7．自己効力感と身体的状況との関連（表7）

年齢で有意差が見られ，65歳以上の患者が65歳未満の患者よりも対処行動の積極性因子が有意に高かった（$p < .05$）。疾患に関連した項目では，狭心症患者が心筋梗塞患者よりも，自己効力感尺度合計（$p < .01$），対処行動の積極性因子（$p < .05$），健康に対する統制感因子（$p < .05$）が有意に高かった。合併症の有無，PCI回数，罹患期間，冠動脈造影検査結果は自己効力感と有意な関連は見られなかった。自覚症状では，疲労感，胸痛，浮腫，呼吸[illegible]難の有無で有意差が見られ，症状のない患者が，症状のある患者よりも健康に対する統制感因子が有意に高かった（$p < .05$）。血液検査値で有意差が見られたのはトリグリセライドのみで，「異常なし」の患者が「異常あり」の患者よりも，自己効力感尺度合計，対処行動の積極性因子が有意に高かった（$p < .05$）。

### 8．自己効力感とソーシャルサポートとの関連（表8）

主体別のソーシャルサポート得点の中央値，配偶者サポートは6点，友人サポートは3点を基準に，高値群と低値群の2群に分類した。子供サポート得点の中央値は，受領サポートが6.0，提供サポートが5.0であったが，提供サポートの5点を基準にした。サポート得点別で有意差が見られたのは子供の受領サポートのみで，高値群が低値群に比べて自己効力感尺度合計（$p < .05$），対処行動の積極性因子（$p < .05$）が有意に高かった。提供サポートに関しては，どの項目も有意な関連は見られなかった。

表6　自己効力感と生活習慣との関連

N=68

| 項目 | | n | 自己効力感 尺度合計 中央値（Min － Max） | 疾患に対する 対処行動の積極性 中央値（Min － Max） | 健康に対する 統制感 中央値（Min － Max） |
|---|---|---|---|---|---|
| 塩分制限 | あり | 61 | 74.0（58－96） | 45.0（37－56） | 30.0（19－40） |
| | なし | 7 | 73.0（61－86） | 44.0（38－48） | 30.0（23－40） |
| 脂肪制限 | あり | 62 | 74.5（58－96） | 45.0（37－56） * | 30.0（19－40） |
| | なし | 6 | 69.0（61－86） | 39.0（38－46） | 29.5（23－40） |
| 運動習慣 | あり | 38 | 73.0（58－96） | 44.0（38－56） | 30.0（19－40） |
| | なし | 30 | 76.0（60－89） | 45.0（37－53） | 30.0（21－40） |
| 飲酒習慣 | あり | 23 | 74.0（61－95） | 43.0（38－56） | 30.0（23－40） |
| | なし | 45 | 75.0（58－96） | 45.0（37－56） | 30.0（19－40） |
| 喫煙 | あり | 10 | 70.5（60－86） | 42.0（37－48） | 28.5（23－38） |
| | なし | 58 | 75.5（58－96） | 45.0（38－56） | 30.0（19－40） |
| BMI | 25.0以上 | 19 | 77.0（58－89） | 45.0（37－51） | 30.0（19－40） |
| | 25.0未満 | 49 | 73.0（61－96） | 44.0（38－56） | 30.0（21－40） |

Mann-WhitneyのU検定　　*$p < 0.05$

表7　自己効力感と身体的状況との関連

| 項目 | | n | 自己効力感 尺度合計 中央値（Min-Max） | 疾患に対する 対処行動の積極性 中央値（Min-Max） | 健康に対する 統制感 中央値（Min-Max） |
|---|---|---|---|---|---|
| 年齢 | 65歳未満 | 30 | 73.0 (58 − 93) | 43.5 (37 − 53) * | 30.0 (19 − 40) |
| | 65歳以上 | 38 | 76.0 (61 − 96) | 46.0 (38 − 56) | 30.0 (23 − 40) |
| ＜疾患に関連した項目＞ | | | | | |
| 疾患名 | 心筋梗塞 | 31 | 72.0 (58 − 86) ** | 43.0 (37 − 53) * | 30.0 (19 − 37) * |
| | 狭心症 | 37 | 78.0 (61 − 96) | 46.0 (38 − 56) | 30.0 (23 − 40) |
| 合併症の有無（複数回答） | | | | | |
| 高血圧 | あり | 53 | 74.0 (58 − 96) | 45.0 (37 − 56) | 30.0 (19 − 40) |
| | なし | 15 | 73.0 (66 − 94) | 44.0 (40 − 56) | 31.0 (21 − 40) |
| 高脂血症 | あり | 62 | 74.0 (58 − 95) | 45.0 (37 − 56) | 30.0 (19 − 40) |
| | なし | 6 | 73.0 (68 − 96) | 42.5 (38 − 56) | 33.0 (26 − 40) |
| 糖尿病 | あり | 28 | 74.0 (58 − 96) | 43.0 (37 − 56) | 30.0 (19 − 40) |
| | なし | 40 | 74.0 (65 − 95) | 45.0 (38 − 56) | 30.0 (21 − 40) |
| PCI回数 | 1回 | 47 | 74.0 (61 − 96) | 45.0 (38 − 56) | 30.0 (21 − 40) |
| | 複数回 | 21 | 74.0 (58 − 94) | 44.0 (37 − 54) | 30.0 (19 − 40) |
| 罹患期間 | 1年未満 | 31 | 73.0 (61 − 95) | 45.0 (38 − 56) | 30.0 (21 − 40) |
| | 1年以上 | 37 | 75.0 (58 − 96) | 45.0 (37 − 56) | 30.0 (19 − 40) |
| 冠動脈造影 | 再狭窄 | 7 | 80.0 (61 − 96) | 43.0 (38 − 56) | 30.0 (23 − 40) |
| 検査結果 | 他枝の狭窄 | 9 | 75.0 (68 − 81) | 45.0 (38 − 52) | 30.0 (29 − 34) |
| | 異常なし | 52 | 73.5 (58 − 95) | 45.0 (37 − 55) | 30.0 (19 − 40) |
| ＜自覚症状＞ | | | | | |
| 疲労感 | あり | 38 | 74.5 (58 − 96) | 45.5 (37 − 56) | 29.0 (19 − 40) * |
| | なし | 30 | 74.0 (61 − 95) | 44.0 (38 − 56) | 30.5 (23 − 40) |
| 胸痛 | あり | 28 | 73.5 (58 − 96) | 44.5 (37 − 56) | 29.0 (19 − 40) * |
| | なし | 40 | 75.0 (64 − 95) | 45.0 (38 − 56) | 30.0 (23 − 40) |
| 不眠 | あり | 35 | 72.0 (60 − 94) | 44.0 (37 − 56) | 30.0 (21 − 40) |
| | なし | 33 | 75.0 (58 − 96) | 45.0 (38 − 56) | 30.0 (19 − 40) |
| 浮腫 | あり | 19 | 72.0 (60 − 85) | 44.0 (37 − 52) | 28.0 (23 − 36) * |
| | なし | 49 | 76.0 (58 − 96) | 45.0 (38 − 56) | 30.0 (19 − 40) |
| 動悸 | あり | 19 | 76.0 (61 − 86) | 46.0 (38 − 53) | 30.0 (23 − 38) |
| | なし | 49 | 74.0 (58 − 96) | 45.0 (37 − 56) | 30.0 (19 − 40) |
| 呼吸困難 | あり | 21 | 74.0 (58 − 94) | 45.0 (37 − 54) | 28.0 (19 − 40) * |
| | なし | 47 | 74.0 (61 − 96) | 44.5 (38 − 56) | 30.0 (21 − 40) |
| 食欲不振 | あり | 8 | 73.0 (66 − 85) | 43.5 (39 − 52) | 28.0 (26 − 37) |
| | なし | 60 | 74.0 (58 − 96) | 45.0 (37 − 56) | 30.0 (19 − 40) |
| ＜血液検査値＞ | | | | | |
| 総コレステロール | 異常あり | 11 | 74.0 (65 − 93) | 45.0 (38 − 53) | 28.0 (23 − 40) |
| | 異常なし | 51 | 74.0 (58 − 96) | 45.0 (37 − 56) | 30.0 (19 − 40) |
| LDLコレステロール | 異常あり | 5 | 74.0 (67 − 94) | 46.0 (39 − 54) | 30.0 (23 − 40) |
| | 異常なし | 60 | 74.5 (58 − 96) | 45.0 (37 − 56) | 30.0 (19 − 40) |
| HDLコレステロール | 異常あり | 13 | 73.0 (60 − 95) | 43.0 (37 − 55) | 30.0 (23 − 40) |
| | 異常なし | 34 | 74.5 (61 − 96) | 45.0 (38 − 56) | 30.0 (21 − 40) |
| トリグリセライド | 異常あり | 38 | 73.0 (58 − 96) * | 44.0 (37 − 56) * | 29.5 (19 − 40) |
| | 異常なし | 29 | 76.0 (64 − 95) | 46.0 (38 − 56) | 30.0 (21 − 40) |
| HbA1c | 異常あり | 11 | 74.0 (60 − 93) | 44.0 (37 − 53) | 30.0 (23 − 40) |
| | 異常なし | 44 | 76.0 (58 − 96) | 46.0 (38 − 56) | 30.0 (19 − 40) |

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

表8　自己効力感とソーシャルサポートとの関連

| 主体別<br>サポートの種類 | | n | 自己効力感<br>尺度合計<br>中央値（Min-Max） | 疾患に対する<br>対処行動の積極性<br>中央値（Min-Max） | 健康に対する<br>統制感<br>中央値（Min-Max） |
|---|---|---|---|---|---|
| 配偶者 | | | | | |
| 受領サポート | 高値（6以上） | 33 | 73.0（60 － 94） | 45.0（37 － 54） | 30.0（21 － 40） |
| | 低値（6未満） | 17 | 78.0（64 － 95） | 45.0（38 － 55） | 31.0（25 － 40） |
| 提供サポート | 高値（6以上） | 35 | 74.0（64 － 94） | 45.0（38 － 54） | 30.0（23 － 40） |
| | 低値（6未満） | 15 | 75.0（60 － 95） | 45.0（37 － 55） | 30.0（21 － 40） |
| 子供 | | | | | |
| 受領サポート | 高値（5以上） | 38 | 76.0（61 － 96）* | 46.0（38 － 56）* | 30.0（21 － 40） |
| | 低値（5未満） | 22 | 71.5（60 － 93） | 43.0（37 － 53） | 29.5（23 － 40） |
| 提供サポート | 高値（5以上） | 34 | 77.5（64 － 96） | 45.0（38 － 56） | 31.0（21 － 40） |
| | 低値（5未満） | 26 | 72.0（60 － 95） | 43.5（37 － 55） | 30.0（23 － 40） |
| 友人 | | | | | |
| 受領サポート | 高値（3以上） | 42 | 74.0（58 － 96） | 45.0（38 － 56） | 30.0（19 － 40） |
| | 低値（3未満） | 26 | 73.5（60 － 95） | 44.0（37 － 56） | 30.0（23 － 40） |
| 提供サポート | 高値（3以上） | 40 | 74.5（61 － 93） | 45.0（38 － 53） | 30.0（21 － 40） |
| | 低値（3未満） | 28 | 73.0（58 － 96） | 43.5（37 － 56） | 30.0（19 － 40） |

Mann-Whitney の U 検定　　*$p < 0.05$

## Ⅳ．考　察

### 1．自己効力感と生活習慣との関連

生活習慣では，塩分，脂肪の制限を「行っている」または「時々行っている」と答えた患者が約9割で，脂肪の制限を行っている患者の対処行動の積極性因子が有意に高かった。

退院後の心筋梗塞，冠動脈バイパス術後患者を対象にした生活習慣の調査では，食習慣である糖分や脂質の回避の実施は対象者の約60～70％であったが[27]，本研究における，脂肪の制限を行っている患者の割合は高かった。脂肪の制限を行っている患者は，食事管理などの自己管理に関する行動を日常生活の中に取り入れようとする意識が高いことから，健康行動の実践に関する因子と有意に関連したのではないかと考えられる。

### 2．自己効力感と身体的状況との関連

本研究の対象者は平均年齢66.0±11.1歳であり，男女比は3対1であった。河野[28]は，一般に急性心筋梗塞の連続症例を登録すると，男女比は2から3対1で男性が多いと述べている。本研究でもほぼ同様の比率で男性が多かった。自己効力感との関連では，年齢で有意差が見られた。直成ら[29]は，循環器系疾患患者の自己管理行動，自己効力感の影響要因の調査で，65歳以上の患者が65歳未満の者よりも有意に自己効力感が高いことを示しており，本研究結果と一致する。65歳以上の患者は，退職に伴い仕事による時間的拘束が少ないため，健康上の問題に目が向きやすく，自己管理を実践しやすい環境にあると推測される。65歳未満の患者は，仕事の遂行や家庭内での役割を優先することで，自己管理が実践しにくい状況にあることを踏まえ，個々の社会的役割やライフスタイルに合わせた，自己効力感を高める介入を行う必要性が示唆された。

疾患に関連した項目で自己効力感と有意な関連が見られたのは，疾患名であった。舘山ら[30]は，冠動脈バイパス術とPCI後の患者を対象にした調査で，心筋梗塞患者は狭心症患者よりも，退院前，退院1ヶ月後の不安が有意に高いことを示した。また，心筋梗塞患者の約6割は入院時に発作を経験し，発作への恐怖が不安を引き起こす可能性があると述べている。本研究において，心筋梗塞患者は狭心症患者に比べて左室駆出率が明らかに低いという結果であった。従って，心筋梗塞患者は，発症時の発作の経験から再発作への不安を抱えていること，心機能の低下により日常生活において症状を来しやすいことが，自己効力感を低下させる要因となったのではないかと考えられる。

自覚症状では，疲労感，胸痛，浮腫，呼吸困難が，健康に対する統制感因子と有意な関連が見られた。成[31]は，虚血性心疾患患者を対象に本研究と同じ尺度を用いて調査した結果，胸痛発作のないことが自己効力を高めると述べている。疲労感，胸痛，浮腫，呼吸困難などの症状は，労作時もしくは心機能の低下に伴い生じるものである。症状を自覚することで心臓の再発作への不安や生命の危機を感じることから，前向きな気持ちを維持するという統制感の低下につながったのではないかと推測される。症状のある患者に対しては，症状が出現しないようなるべく心臓に負荷をかけないような生活行動や，症状出現時の対応についての指導の必要性が示唆された。

血液検査値で自己効力感と有意な関連が見られたのは，トリグリセライドのみであった。高脂血症は，食事を含めたライフスタイルが大きく関与しており，総エネルギーや脂質の摂取の適正化，禁酒が求められる[32), 33]。本研究に

おいて，脂肪の制限を行っている患者の対処行動の積極性因子が有意に高かったことから，脂肪の制限を行っている患者は，食事管理などの自己管理に関する行動を日常生活の中に取り入れようとする意識が高く，そのことが血液検査値の正常化に反映されたのではないかと考えられる。しかし，今回の調査のみで自己効力感の高さとトリグリセライド正常化との因果関係を示すことはできない。

Bandura は，①振る舞いを実際に行ない成功体験を持つこと（遂行行動の達成），②他人の行動を観察すること（代理的経験），③自己強化や他者からの説得的な暗示（言語的説得），④生理的な反応の変化を体験すること（生理的・情動的状態）の４つの情報源を通して自己効力感は変化すると述べている[34),35)]。今回の調査では，生活習慣における自己管理の意識に着目し，自己管理行動の実際を明らかにして血液検査値を評価することはできなかったが，退院後の食事や運動管理，服薬管理などの行動と血液検査値を結びつけて評価すること（③言語的説得）や，血液検査値が改善したことを④の生理的反応の変化として客観的に認知できるよう患者に働きかけることは，自己効力感を高める上でも重要であると考える。血液検査値だけでなく，冠動脈造影検査結果や体重なども客観的な指標であるため，患者個々の状態に合わせ，検査結果を疾病管理の重要な指標として認識できるように支援していく必要がある。

### ３．自己効力感とソーシャルサポートとの関連

ソーシャルサポートでは，子供の受領サポートが尺度合計，対処行動の積極性因子と有意な関連が見られた。子供の受領サポートが高い患者は，子供から励ましを受けること（③言語的説得）や，食事管理や受療の際の送迎や付き添いなどのサポートを受けることで，身近な家族から支えられているという感覚を持ち，そのことが自己効力感を高めることにつながったのではないかと考える。また，対象者の中には，高齢で配偶者が他界，もしくは介護を必要としているケースもあったことから，配偶者よりも子供からのサポートが得やすかったのではないかと推測された。

日本人の虚血性心疾患は，社会の高齢化とともに増加傾向にあり，現時点で70歳以上の５～６％が狭心症の既往を有している[36)]。眞嶋ら[37)]は，外来通院中の心不全患者を対象にソーシャルサポートとQOLとの関係を調査し，身体機能に関連したQOLが子供からのサポートに関連することを示唆した。また，河合ら[38)]は，60歳代はサポートの提供者であるが，70歳代を境に逆転して80歳代ではサポートの受領者となっていたと報告している。本研究では，ソーシャルサポートと年齢との関連を詳細に示すことはできなかったが，高齢者の場合，加齢もしくは疾患による身体機能の低下により，受領サポートの需要は大きいと考える。看護師は，個々の患者の家族形態を踏まえた上で，家族からの励ましや評価が自己効力感を高め行動の継続につながることを家族に伝えるとともに，患者が必要なサポートを得られるよう，家族を含めた退院後の関わりを行っていく必要がある。

本研究は，１施設の限られた条件下での調査で対象者が少ないこと，対象者の治療部位や治療内容が異なること，検査値を縦断的に捉えることができなかったことから，結果を一般化するには限界がある。また，不安や抑うつなどの精神症状は退院後の生活への影響が大きいと考えられるが，身体症状を取り上げ精神症状に着目することはできなかった。今後はさらに対象者を増やし，自己管理行動の実際や患者の認識，血液検査値を縦断的に調査するとともに，具体的な自己効力感を高める介入方法についても検討することが課題である。

## Ⅴ．結　論

PCI施行後冠動脈造影検査を目的に入院した虚血性心疾患患者を対象に，自己管理に対する自己効力感と生活習慣，身体的状況及びソーシャルサポートとの関連について分析したところ，以下の結果を得た。

１．65歳以上の患者は，65歳未満の患者よりも対処行動の積極性因子が有意に高かった。

２．脂肪の制限を行っている患者は，行っていない患者よりも対処行動の積極性因子が有意に高かった。

３．狭心症患者は心筋梗塞患者よりも，尺度合計，対処行動の積極性因子，健康に対する統制感因子が有意に高かった。

４．自覚症状は，疲労感，胸痛，浮腫，呼吸困難の症状のない患者が，症状のある患者よりも健康に対する統制感因子が有意に高かった。

５．血液検査値で有意差が見られたのはトリグリセライドのみで，「異常なし」の患者が「異常あり」の患者よりも，尺度合計，対処行動の積極性因子が有意に高かった。

６．子供の受領サポートの高い患者は低い患者よりも，尺度合計，対処行動の積極性因子が有意に高かった。

以上のことから，自己効力感を高めるためには，患者個々の状態に合わせ，検査結果の改善を疾病管理の重要な指標として認識できるように支援すること，症状出現を予防するための生活行動と症状出現時の対応について指導すること，家族からのサポートが得られるように援助することが重要であると示唆された。

## 謝　辞

本研究の調査にご協力下さいました，A病院の対象者の皆様ならびに職員の皆様に厚く御礼申し上げます。

## 要　旨

本研究は，冠動脈インターベンション後冠動脈造影検査を受ける患者を対象に，自己管理に対する自己効力感と，生活習慣，身体的状況及びソーシャルサポートとの関連を明らかにすることを目的とした。調査内容は基本属性，生活習慣，身体的状況として疾患に関連した項目，自覚症状，血液検査値，自己効力感，ソーシャルサポートである。分析の結果，年齢が65歳以上，脂肪の制限を行っている，狭心症，自覚症状がない，トリグリセライドが正常，子供の受領サポートが高い患者の自己効力感が有意に高かった。よって，冠動脈インターベンション術後患者の自己管理に対する自己効力感を高めるためには，個々の状態に合わせ，検査結果の改善を疾病管理の重要な指標として認識できるような支援，症状出現の予防及び症状出現時の対応についての指導，家族のサポートを得るための介入が必要であると考えられる。

## Abstract

The purpose of this study was to evaluate the correlation between self-efficacy of self-management and life style, physical status and social support in patients after percutaneous coronary intervention. Information on demographic data, life style, physical status such as medication, subjective symptoms and blood test data, self-efficacy and social support was obtained by means of a questionnaire and from the clinical records of the patients. From the results of our analysis, self-efficacy was significantly related to an over 65 years of age, restriction of fat, angina, no subjective symptoms, triglyceride, and social supports from children. It suggested that a nurse should guide each patient to control his/her medical data as a barometer of health status, educate the precaution against a symptom and the treatment for a distress, and intervene to get the patients' family support for them in order to promote self-efficacy.


## 文　献


1）厚生統計協会　国民衛生の動向，54(9)，88－92，2007.
2）石綿清雄：冠動脈インターベンション（PCI）の再狭窄と治療戦略，看護技術，49(4)，21－25，2003.
3）Kazuhiko Nishigaki, Tsutomu Yamazaki et al.：Assessment of Coronary Intervention in Japan From the Japanese Coronary Intervention Study Group－Comparison Between 1997 and 2000－，Circulation Journal, 68, 181-185 2004.
4）光藤和明：PCIの現況，日本外科学会雑誌，107(1)，3-8，2006.
5）安達　仁：退院指導（食事療法，薬物治療）と心臓リハビリテーション，ハートナーシング 秋季増刊，252-260，2006.
6）Gaw B.L.：Motivation to change lifestyle following PTCA. Dimensions of Critical Care Nursing, 11(2), 68-74, 1992.
7）黒田裕子，船山美和子：在宅移行期にある虚血性心疾患男性患者の生活意識の実態と関連要因の検索．日本看護研究学会雑誌，23(5)，13-22，2002.
8）Bandura A：Self-efficacy：Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84(2), 191-215, 1977.
9）アルバート・バンデューラ編 本明寛，野口京子（監訳）：激動社会の中の自己効力，東京，金子書房，1997.
10）金　外淑，嶋田洋徳，他：慢性疾患患者の健康行動に対するセルフ・エフィカシーとストレス反応との関連，心身医学，36(6)，500-505，1998.
11）Ewart C.K.: Self-efficacy and recovery from heart attack, Implications for a social cognitive analysis of exercise and emotion, In: Maddux JE. Self-Efficacy Adaptation and Adjustment: Theory Research and Application, 203-226, Plenum Press New York, 1995.
12）岡浩一郎，山田純生，他：心臓リハビリテーション患者における身体活動セルフ・エフィカシー尺度の開発とその評価，日本心臓リハビリテーション学会誌　心臓リハビリテーション，7(1)，172-177，2002.
13）江本リナ：自己効力感の概念分析，日本看護科学会誌，20(2)，39-45，2000.
14）川上千普美，松岡　綠，他：冠動脈インターベンションを受けた虚血性心疾患患者の自己管理行動に影響する要因－家族関係および心理的側面に焦点を当てて－，日本看護研究学会雑誌，29(4)，33-38，2006.
15）小西治美，遠水佐知子，他：家族の協力が心臓リハビリテーション終了後の運動療法継続に及ぼす効果，日本心臓リハビリテーション学会誌　心臓リハビリテーション，6(1)，55-58，2001.
16）遠藤晶子，川久保清，他：心筋梗塞・冠動脈バイパス術患者のソーシャルサポート－自己管理と冠危険因子改善に対する提供主体別サポートの関連－，日本心臓リハビリテーション学会誌 心臓リハビリテーション，7(1)，168-171，2002.
17）Carol Coron, Geraldine McCarthy.: Lifestyle changes following accute myocardial infraction: Patients perspectives, European Journal of Cardiovascular Nursing, 5, 37-44, 2006.
18）野口眞弓：12章 看護行為．坂野雄二，前田基成編，セルフ・エフィカシーの臨床心理学，京都，北大路書房，131-145，2004.
19）Clarke D.E., Walker J.R., et al.：The role of perceived overprotectiveness in recovery 3 months after myocardial infarction. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation, 6, 372-377, 1996.
20）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．循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2004－2005年度合同研究班報告）
21）心筋梗塞二次心筋梗塞に関するガイドライン（2006年度版）http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JC S2006_ishikawa.h.pdf.
22）Susan A. Barnason, Lani M. Zimmerman, et al.：Patterns of

recovery following percutanieous coronary intervention: Apilot study, Applied Nursing Research, 19, 31-37, 2006.
23) 前掲書10).
24) 金　恵京，甲斐一郎，他：農村在宅高齢者におけるソーシャルサポート授受と主観的幸福感，老年社会科学，22(3)，395-403, 2000.
25) 日本動脈硬化学会編．動脈硬化性疾患診療ガイドライン2002年版，東京，日本動脈硬化学会，2002.
26) 前掲書21).
27) 遠藤晶子，川久保清，他：心筋梗塞・冠動脈バイパス術患者の生活習慣について－退院後の自己管理に関連する要因の検討－，日本心臓リハビリテーション学会誌　心臓リハビリテーション6(1)，94-97, 2001.
28) 河野宏明：急性心筋梗塞危険因子の性差，性差と医療，3(9)，39-45, 2006.
29) 直成洋子，泉野　潔，他：循環器系疾患患者の自己管理行動および自己効力感に影響する要因，富山医科薬科大学看護学会誌，4(2)，21-31, 2002.
30) 舘山光子，高橋章子：虚血性心疾患患者の回復期における不安状態とその関連要因，北日本看護学会誌，5(1)，17-25, 2002.
31) 成田志乃，福井幸子：虚血性心疾患患者の自己効力と自己管理行動が生み出した結果との関係，日本心臓リハビリテーション学会誌　心臓リハビリテーション，10(1)，83-86, 2005.
32) 川村正樹：目で見て理解する急性冠症候群　急性冠症候群の二次予防　生活指導，ハートナーシング秋季増刊，124-130, 2005.
33) 石田千絵，河原加代子：高脂血症患者の看護，臨床看護，31(13)，1936-1941, 2005.
34) 坂野雄二：1章 人間行動とセルフ・エフィカシー．坂野雄二，前田基成編，セルフ・エフィカシーの臨床心理学，京都，北大路書房，131-145, 2004.
35) 前掲書9).
36) 赤石　誠，伊藤清治：狭心症・心筋梗塞の罹患率と死亡率，214, 19-25, 2000.
37) 眞嶋朋子：外来通院中の心疾患患者におけるQOLとソーシャル・サポートとの関係．東京女子医科大学誌，73(6)，169-175, 2003.
38) 河合千恵子，下仲順子：老年期におけるソーシャル・サポートの授受　別居家族との関係の検討，老年社会科学，14，63-72, 1992.

［平成20年4月24日受　　付
平成21年5月25日採用決定］

－資料・その他－

# 組織風土としての看護師長のあり方が看護スタッフのバーンアウトに及ぼす影響

## The Influence of the Head Nurse From the Viewpoint of the Organizational Climate on Burnout Among Staff Nurses

塚本尚子[1)]　結城瑛子[3)]　舩木由香[1)]
Naoko Tsukamoto　Teruko Yuki　Yuka Funaki
田中奈津子[3)]　山口みのり[2)]
Natsuko Tanaka　Minori Yamaguchi

キーワード：組織風土，看護師長，バーンアウト
Key Words：organizational climate, head nurse, burnout

## Ⅰ．緒　言

毎年一定数の新卒看護職員が確保されるようになり，看護職員の需給は安定しているように見える。しかし看護師の離職率は依然として高く，2002年度には11.6％であり，その後さらに上昇傾向にある[1)]。良質な医療を提供していくためには，看護師の離職防止は重要課題である。

看護師の離職原因には，結婚，出産，キャリアアップを目指した進学等のケースもある[2) 3)]。しかし，看護職としての職務上の重責や人間関係などによって，バーンアウトし離職するケースも多くある[4)]。バーンアウトとは，MaslachとJackson[5)]によって「極度の身体疲労と感情の枯渇を示す症候群」と定義された概念であり，「情緒的消耗感」，「脱人格化」，「個人的達成感の減退」という３つの因子から構成されている。バーンアウトは，本来，職業構造に由来するストレスであり，個人の認知を中心とする現在のストレス研究の枠を超えたよりマクロな視点での研究が必要である。こうした現状にもかかわらず，JacksonとSchewar[6)]が指摘しているように，これまでのバーンアウト研究は組織の視点がきわめて希薄であった。そこで本研究では，組織に注目した。その中でも特に組織風土について焦点をあてることとした。組織風土は，「その環境で働いている人によって直接的，間接的に認知される職場特性の記述であり，その人のモチベーションや行動に影響を及ぼすもの」と定義されている[7)]。この組織風土という概念を取り入れることによって，認知面の個人差のみを研究課題とする従来のストレス研究とは異なり，個人差と同時に組織特性を反映し組織の誰もが共通して認識する要素[8)]を捉えることが可能となる。こうした点から組織風土という概念は，組織とバーンアウトとの関係を考えていく上で有益であると考えられる。病棟に勤務する看護師の組織風土とは，所属する病棟特性についての認識であり，物理的環境，人的環境のすべてを含むものである。塚本・野村[9)]において，病棟の組織風土が，バーンアウトを媒介として，看護師の離職意■に強い影響を及ぼしていることを，明らかにしてきた。本稿では，病棟の人的環境の大きな要素である看護師長に注目し，スタッフが組織風土として認識する看護師長のあり方と，その認識を規定する要因，さらにその影響を明らかにすることを目的とする。上司や看護師長のあり方と，部下のバーンアウトの関連性に注目した研究はすでに行われている。部下のバーンアウトには，マネージメントスタイルやサポート不足[10)]，仕事内容についての適切でないフィードバック，部下の問題には関与しないという上司の信念などが関連要因として指摘されている[11)]。また，看護師長のあり方は，リーダーシップという概念からも取り上げられてきた。リーダーシップは，「集団の目標達成，および集団の維持・強化のために成員によってとられる影響力行使の過程」と定義される概念であり[12)]，ここ10年間離職防止に焦点を当てた研究が数多く行われてきた[13)]。この中で，看護師長のリーダーシップが，スタッフの仕事の満足度，仕事の継続，患者ケアの質に大きな影響を及ぼすことが明らかにされてきた。しかしながら，これらの研究成果は，看護師の離職やバーンアウト防止に有効な具体策を提案するには至らなかった。これらの研究の焦点は，リーダーによる成員への影響力行使

１）横浜市立大学医学部看護学科　School of Medicine, College of Nursing, Yokohama City University
２）日本赤十字看護大学　The Japanese Red Cross College of Nursing
３）前横浜市立大学医学部看護学科　School of Medicine, College of Nursing, Yokohama City University

の過程にあるのにくらべ，本研究の焦点は，リーダーの影響力が成員によってどう捉えられ，その捉え方が成員にどのような影響を及ぼしているのかにある。すなわち組織風土としての看護師長のあり方は，提供されたサポートやリーダーシップが，スタッフの中でどういうプロセスを経て満足度やバーンアウトなどの結果に到達するのかという，媒介部分に焦点を当てたものであるといえる。組織風土としての看護師長のあり方は，組織風土の定義[7]に従って，「組織の誰もが共通して認識する看護師長のあり方と，個人が認知した看護師長のあり方を足し合わせた性質の認知」として定義づけることができる。共通して認識される看護師長のあり方は，看護師長のリーダーシップを含めた特性によって規定されていると予測されるが，一方同じ看護師長の元で働いていても生じる認識の個人差は，スタッフ個人の特性に起因するものであると推察される。この個人差要因を規定する要素を明らかにすることは，バーンアウト防止を考えていく上で重要である。なぜなら，共通して認識される看護師長のあり方と，個人差要因とが望ましくない方向に重なりあったときに，バーンアウトのリスクが高まると予測できるからである。さらに，O'DriscollとSchubert[14]は，バーンアウト防止には，上司と部下の相互関係が重要であることを指摘している。そこで看護師長が自身で発揮していると認識しているリーダーシップと，スタッフが捉えている組織風土としての看護師長のあり方に，どの程度の差異があるのかを明らかにしていく。これによって看護師長の実像と，組織風土としての看護師長が，どのような関係にあるのか，また，これまでのリーダーシップ研究がなぜ有効な離職やバーンアウト対策へと結びつかなかったのかについて知る手がかりとなることが期待される。

はじめに看護師長のあり方の測定尺度の開発を試みる。我が国では稲岡[15]が，組織風土に着目し，バーンアウトとの関連性を検討している。稲岡[15]が尺度開発にあたり基礎としたNursing Organization Climate Questionnaire[16]は，本研究と同じく看護の組織風土の測定を目指して作成された尺度である。しかし，この尺度は組織風土全体を視野に入れた尺度であり，看護師長のあり方を測定するには十分ではない。そこで本研究では，組織風土としての看護師長のあり方の測定尺度を新たに作成し，それを用いて組織風土としての看護師長のあり方がバーンアウトに及ぼす影響を検討することを目的とする。

## Ⅱ．研究方法

### 1．対象と方法

対象病院は，職場環境や労働条件を均一にするため，病床数300床以上の大学病院を除く総合病院とした。首都圏の病院を無作為に抽出し，15病院の看護部長宛に調査依頼を行い，6施設より了承を得た。対象は，同意の得られた6施設49病棟に所属する看護師1,022名である。質問紙には，看護師長のあり方尺度，病棟の組織風土尺度，マスラック・バーンアウト尺度（Maslach Burnout Inventory日本語版）[17]，仕事ストレッサー尺度[18]，疲労尺度[19]，デモグラフィック項目を含んでいる。デモグラフィック項目は，年齢，性別，職位，看護師経験年数，現在の病棟での勤務年数，転職経験，離職予定などである。看護師長には，これに加えて担当病棟の診療科，ベッド稼働率，患者数，平均在院日数，看護師長，スタッフ，看護助手，クラークの人数等についてたずねた。看護師長のあり方尺度は，〈看護師長版〉と〈スタッフ版〉とがあるため，見分けがつくように質問紙を別色ファイルで準備した。質問紙は，病院ごとに看護部に一括して依頼し，病棟ごとに看護師長を通じて配布してもらった。質問紙配布にあたっては，研究の目的，倫理的配慮，問合わせ先について記載した説明文書，および返送用個別封筒を添付した。1ヶ月の留め置き期間を設定した。なお病棟ごとの分析を行う目的で，病棟番号をあらかじめ質問紙に記入した。調査は離職動向を明確に知るため，2005年2月下旬から3月上旬にかけて実施した。

なお，本稿ではこのうち看護師長のあり方尺度，バーンアウト尺度，デモグラフィックデータの一部，および看護師長より回答を得た病棟特性を分析対象とする。

### 2．測定尺度

本稿で用いた2つの尺度は以下のものである。

1）看護師長のあり方尺度：稲岡[15]の組織風土の測定尺度を参考に，組織風土としての看護師長のあり方を測定するための独立した尺度を作成した。はじめに稲岡[15]の「婦長のスタッフへの温かい配慮」と「婦長のスタッフの能力を育てる積極的姿勢」という2つの下位尺度の8項目について表現を具体的なものへ変更した。例えば「スタッフへの仕事完了の援助」や「スタッフの争いごとへの調整」という項目は，「仕事が忙しくて終わらないとき，援助してくれますか」，「スタッフ間でトラブルが生じたとき，上手に仲裁してくれますか」などにした。次に先行研究でバーンアウトとの関連性が指摘されている「マネージメントスタイル」，「仕事のフィードバック」，「意思決定への参加」について，看護師長の業務を分類した吉田[9]から関連表現を参考に項目を作成し，さらに江藤[20]を参考にイメージしやすい表現にした。「マネージメントスタイル」では，「スタッフに均等の仕事を配分してくれていますか」などの8項目，「仕事のフィードバック」では，「よいところを伸ばすように指導してくれますか」などの7項目，「意思決定への参加」では，「新しい仕事は計画の段階から，ス

タッフと一緒にしていきますか」などの７項目で，合計30の暫定的項目を作成した。看護師長のあり方尺度は，同じ内容について看護師長とスタッフが評価できるように，看護師長版，スタッフ版の２つのバージョンを作成した。〈看護師長版〉では，すべての項目は「あなたは看護師長として」に続く表現になっている。具体的には「あなたは看護師長として，スタッフが働きやすいように業務調整をはかっていますか」である。〈スタッフ版〉では，「あなたの看護師長さんは」に続く表現になっている。例えば「あなたの看護師長さんは，スタッフが働きやすいように業務調整をはかっていますか」である。同じ内容について両方から回答できるように作成しており，同じ表現で問題のない場合には同じに，問題がある場合には一部変更を加えている。評定は５（そう思う）～１（全くそう思わない）の５段階評定尺度である。

２）マスラック・バーンアウト尺度（Maslach Burnout Inventory日本語版）：Maslach & Jackson[5] の尺度に準拠して田尾，久保[16] が開発した17項目から成る尺度。「情緒的消耗感」「脱人格化」「個人的達成感」という３つの下位尺度で構成され，信頼性・妥当性は検証されている[22]。「情緒的消耗感」は，仕事の中で情緒的に力を出しつくし消耗しきってしまった状態を指しており，バーンアウトの中核概念である。「こんな仕事は，もうやめたいと思う」「身体も気持ちも疲れ果てたと思うことがある」などの５項目で構成されている。「脱人格化」はサービスの受け手を人と感じる感情が稀薄になり，無情で非人間的な対応であり，「こまごまと気くばりすることが面倒に感じる」「同僚や患者の顔を見るのも嫌になることがある」など６項目で構成されている。「個人的達成感」は，職務に関わる有能感，達成感であり，バーンアウトではこの感情が低下する。「われを忘れるほど仕事に熱中することがある」「今の仕事に，心から喜びを感じることがある」など６項目で表現されている。分析にあたっては，それぞれの下位尺度に該当する項目の評定値の素点を合計した下位尺得点を用いる。評定は５（いつもそうである）～１（まったくそうでない）の５段階評定尺度である。

### ３．解析方法

SPSS11.0Jを用いて，デモグラフィックデータについては度数分布を算出し，「看護師長のあり方尺度」については各項目の記述統計，および因子分析を実施した。因子分析後は「看護師長のあり方尺度」の下位尺度得点について記述統計，属性を用いた群間の平均値の差の検定，相関分析，さらに「バーンアウト尺度」との下位尺度間の相関分析を実施した。

### ４．倫理的配慮

病棟番号は，病棟ごとに分析を行うことのみを目的とし，個人や個々の病棟の在り方を問題とするものではないこと，回答は無記名であることを説明文中に盛り込み，この点を含めて研究の主旨に賛同を得られる場合のみ返送してもらうこととし倫理的配慮とした。

## Ⅲ．結　果

### １．対象者の属性

スタッフ501通（返送率51.6%），看護師長39通（70.9%）から返送を得られた。対象者の属性は，スタッフは男性９名，女性492名であり，看護師長はすべて女性であった。スタッフの平均年齢は32.07歳（SD8.11），経験年数は9.82年（SD7.31）であり，看護師長の平均年齢は47.64歳（SD5.89），経験年数は25.41年（5.12）であった。退職予定者はスタッフ81名，看護師長５名であった。

### ２．看護師のあり方尺度の標準化

〈スタッフ版〉看護師長のあり方尺度の記載漏れのない466名分を対象に，標準化のための分析を行った。はじめに項目ごとに平均値，標準偏差を算出し，分布に偏りのないことを確認し，すべての項目を分析対象とした。因子構造を確認するため30項目について，固有値を1.0とし主因子法による因子抽出後，バリマックス回転を用いて因子分析を行った。因子負加量が0.3未満の２項目を削除し，再度28項目で同様に分析を行った結果，２因子が抽出され，累積寄与率は66.89%だった。第１因子は看護師長のスタッフへの配慮に関する20項目でまとまっており，『スタッフへの配慮』と命名した。第２因子は看護師長自身の看護への積極的取り組み姿勢に関する８項目でまとまっており，『看護への取り組み姿勢』と命名した。組織風土としての看護師長のあり方は，「組織の誰もが共通して認識する看護師長のあり方と，個人が認知した看護師長のあり方を足し合わせた性質の認知」と定義され，その源泉は看護師長にある。組織風土としての看護師長のあり方は，看護師長のリーダーシップをスタッフが認識し，影響を受ける媒介部分に焦点を当てた概念であり，看護師長のリーダーシップとは対を成す関係にあると考えられる。そこで組織風土としての看護師長のあり方は，リーダーシップ理論[12] で示されてきた「冷静な指示」と「信頼・配慮」と一致する概念で構成されていることが予測され，稲岡[15] においても，類似する２つの因子が抽出されている。本研究においても因子分析の結果，予測された因子構造が確認された。そこで，本尺度は因子的妥当性を有し，一定の構成概念妥当性を備えていると判断した。次に内的整合性を確認するためにCronbachのα係数を算出した。α係数はいずれも0.90以上であり，十分な内的整合性が確認された。そこで，それぞれの因子に該当する項目を下位尺度とし，評定値を合計し下位尺度得点とする。（表１）

表1．〈スタッフ版〉看護師長のあり方尺度の因子分析結果および因子負荷量（N＝466）

| あなたの病棟の看護師長さんは， | 第1因子 スタッフへの配慮 | 第2因子 看護への取り組み姿勢 | 平均値 | 標準偏差 |
|---|---|---|---|---|
| 10. 良いところを伸ばすように指導してくれていますか | 0.77 | | 3.36 | 1.17 |
| 15. 組織のリーダーとして，ついていきたいと感じていますか | 0.76 | | 3.42 | 1.34 |
| 17. スタッフ間でトラブルが生じたとき，上手に仲裁してくれますか | 0.75 | | 3.28 | 1.20 |
| 12. スタッフの考えや意見を聞いてくれますか | 0.74 | | 3.61 | 1.14 |
| 11. スタッフひとりひとりの力量に応じて仕事配分していますか | 0.73 | | 3.25 | 1.09 |
| 30. スタッフを信頼していると感じますか | 0.73 | | 3.67 | 1.11 |
| 26. あなたを肯定的に評価してくれていますか | 0.73 | | 3.71 | 1.08 |
| 29. スタッフに均等に仕事を配分していますか | 0.72 | | 3.36 | 1.10 |
| 8．スタッフひとりひとりの性格や能力を把握していますか | 0.71 | | 3.52 | 1.16 |
| 1．スタッフが働きやすいように率先して業務調整をはかっていますか | 0.68 | | 3.44 | 1.20 |
| 16. 仕事が忙しくて終わらないとき，援助してくれますか | 0.65 | | 2.98 | 1.33 |
| 21. スタッフのえこひいきをしていないと感じますか | 0.65 | | 3.47 | 1.27 |
| 2．仕事の方針をはっきり示し，細かい点はまかせてくれますか | 0.64 | | 3.58 | 1.11 |
| 7．看護ケアの具体的内容を指導してくれますか | 0.64 | | 2.97 | 1.17 |
| 23. 新しい仕事は計画の段階から，スタッフと一緒にしていきますか | 0.63 | | 3.32 | 1.15 |
| 18. 新しい仕事を指示するときは，その必要性を説明してくれますか | 0.61 | | 3.68 | 1.08 |
| 5．作業ではなく仕事を与えてくれますか | 0.59 | | 3.82 | 1.04 |
| 4．問題が生じたときには責任をとってくれますか | 0.59 | | 3.92 | 1.18 |
| 14. 看護師としての技術と知識は，病棟でもっとも秀でていると感じますか | 0.58 | | 3.39 | 1.23 |
| 6．入院患者さん一人一人の病状，治療を把握していますか | 0.53 | | 3.46 | 1.17 |
| 19. 自信をもって師長をしていると感じますか | | 0.82 | 4.05 | 1.15 |
| 24. 勉強熱心ですか | | 0.74 | 4.05 | 1.05 |
| 27. 看護の立場から，医師に意見を述べ調整を図っていますか | | 0.72 | 4.00 | 1.17 |
| 22. 言葉だけでなく行動力がありますか | | 0.70 | 3.74 | 1.23 |
| 13. 自分の考えをはっきりスタッフに伝えてくれますか | | 0.69 | 3.95 | 1.14 |
| 3．新しいことを取り入れることに意欲的ですか | | 0.64 | 3.88 | 1.12 |
| 20. 困ったときには頼りになると感じますか | | 0.64 | 3.79 | 1.27 |
| 28. 率先して仕事をしていますか | | 0.62 | 4.69 | 1.20 |
| 因子寄与率 | 38.94 | 27.95 | | |
| 信頼性係数（α） | 0.97 | 0.94 | | |
| 下位尺度平均値 | 65.83 | 34.56 | | |
| 下位尺度標準偏差 | 18.28 | 8.85 | | |

・表中数値は因子負荷量

## 3．組織風土としての看護師長のあり方を規定する要因の分析

以下の分析では，看護師長より質問紙の返送があった39病棟に勤務するスタッフ376名を分析対象とする。39病棟の特性は，表2に示した通りである。スタッフ376名の属性は，男性7名，女性369名，平均年齢は31.90（SD8.15），看護師経験年数の平均は9.61年（SD7.28），病棟勤務年数の平均は3.41年（SD3.04）であった。

1）組織要因

看護師長のあり方を規定する組織の要因を知るために，『スタッフへの配慮』と『看護への取り組み姿勢』について，病棟ごとの平均値を算出し一元配置の分散分析を行った。『スタッフへの配慮』『看護への取り組み姿勢』はいずれも病棟間で有意差があった（順にF＝16.06，df＝38，p＜.001；F＝11.58，df=38，p＜.001）。病棟の診療科を8

表2．対象病棟の特性

| | | 度数（%） |
|---|---|---|
| 入院科 | 内科 | 6（15.4） |
| | 外科 | 6（15.4） |
| | 混合科 | 23（59.0） |
| | 手術室 | 2（ 5.1） |
| | 産科・小児科 | 2（ 5.1） |
| 病棟種類 | 一般病床 | 28（71.8） |
| | 療養病床 | 1（ 2.6） |
| | | 平均（SD） |
| 患者数（人） | | 47.43（17.58） |
| ベッド稼働率（%） | | 87.25（ 9.54） |
| 在院日数（日） | | 26.04（27.24） |
| スタッフの人数（人） | | 22.61（11.72） |
| スタッフの欠員数（人） | | 0.55（ 1.08） |
| 看護助手の人数（人） | | 3.44（ 2.42） |
| クラーク（人） | | 1.41（ 2.47） |

＊看護師長より回答を得られれた39病棟のデータ特性

つに分類し，同様に分析を行ったが有意差はみられなかった。また患者数，病床稼働率，在院日数，その病棟の主任数，スタッフ数，看護助手数，クラーク数をそれぞれ平均値で分けて２群を作り，看護師長のあり方尺度の２つの下位因子得点の２群間の差の検定を行ったが，いずれも有意差はみられなかった。

２）個人差要因

看護師長のあり方を規定する個人差要因を知るため，スタッフの回答376人分を分析対象として用いた。はじめに看護師のあり方尺度の２つの下位尺度得点と，年齢，看護師経験年数，現在の病棟についての勤務年数，転職回数，準夜勤回数，深夜勤回数についてピアソンの積率相関係数を算出した。この結果，看護師長の『看護への取り組み姿勢』『スタッフへの配慮』とも，意味のある相関関係はなかった。次に，性別，役職（主任，スタッフ），勤務希望の有無（その病棟勤務は希望によるか，命令によるか），勤務形態（常勤，非常勤），結婚の有無，子どもの有無について，それぞれの変数を独立変数，看護師長のあり方尺度の２つの下位尺度得点を従属変数として２群間の差の検定を行った。この結果，いずれの分析においても有意差はみられなかった。

## ４．看護師長のあり方についての看護師長とスタッフの認知の違い

〈看護師長版〉看護師のあり方尺度も〈スタッフ版〉と同じ方法で得点化し，比較を行った。〈看護師長版〉への回答は，看護師長39名の回答を分析対象としている。看護師長とスタッフの平均値について差の検定を行った結果，『スタッフへの配慮』では有意差があり，いずれの下位尺度も看護師長で平均値が高かった（表３）。

## ５．スタッフの看護師長のあり方認知とバーンアウトの関連

スタッフ376名のバーンアウト尺度の平均値および標準偏差は，情緒的消耗感17.77（3.92），脱人格化14.17（3.91），個人的達成感16.69（3.30）であった。

〈スタッフ版〉看護師長のあり方尺度の下位尺度得点と，バーンアウトの３つの下位尺度得点を用いて相関分析を行った。この結果，『看護への取り組み姿勢』は，スタッフの「達成感」と正の相関，「脱人格化」と負の相関があった。また『スタッフへの配慮』は，「達成感」と正の相関，「脱人格化」，「情緒的消耗感」との負の相関があった。次に看護経験年数を４つにわけ，相関係数を算出した（表４）。この結果，10～16年の中堅スタッフ層で，２つの看護師長のあり方尺度と個人的達成感に間に中程度の相関があった。『スタッフへの配慮』と情緒的消耗感の有意な相関関係は，１～４年の新人スタッフ層においてのみ見られた。

表３．看護師長のあり方についての看護師長とスタッフの認知の比較

| 看護師長のあり方尺度 | 看護師長（n＝39） | スタッフ（n＝354） | t 値 | p＜ |
|---|---|---|---|---|
| スタッフへの配慮 | 76.87 | 66.69 | 6.61 | 0.01 |
| 看護への取り組み姿勢 | 36.13 | 34.85 | 1.41 | ns |

表４．看護師長のあり方尺度とバー　ンアウト尺度間の相関および経験年数層別の相関

| バーンアウト尺度 ＼ 看護師長のあり方尺度 | | スタッフへの配慮 | 看護への取り組み姿勢 |
|---|---|---|---|
| 個人的達成感 | 全体 | .21 | .14 |
| | １－４年 | | |
| | ５－９年 | | |
| | 10－16年 | .40 | .36 |
| | 17年以上 | | |
| 情緒的消耗感 | 全体 | －.14 | |
| | １－４年 | －.21 | |
| | ５－９年 | | |
| | 10－16年 | | |
| | 17年以上 | | |
| 脱人格化 | 全体 | －.19 | －.15 |
| | １－４年 | －.29 | －.20 |
| | ５－９年 | | |
| | 10－16年 | | |
| | 17年以上 | －.25 | －.25 |

表中数値は，p＜.01の相関係数を示す

## Ⅳ．考　察

### １．看護師長のあり方尺度の開発

看護師長のあり方尺度について因子分析の結果，『看護への取り組み姿勢』と『スタッフへの配慮』の２因子に集約された。累積寄与率は66.89％であった。組織風土の因子構造を検討したHaplinとCroft[23]は，因子分析の結果，リーダーシップのPM理論の目標達成と集団維持の次元[24]と一致する「冷静な指示」と「信頼・配慮」という２因子を抽出している。本研究においても同様の２因子が抽出された。このことは，組織風土としての看護師長のあり方は，看護師長のリーダーシップがスタッフに認識され，影響するという媒介部分に焦点を当てた概念であり，看護師長のリーダーシップとは対を成す関係にあると考えた概念構造を裏付けている。また，２つの下位尺度得点は，病棟間で有意差があった。信頼係数αは２つの下位尺度とも0.9以上が確保された。以上の結果から，新たに作成した看護師長のあり方尺度は，一定の信頼性と構成概念妥当性を備えた尺度であると判断した。

### ２．看護師長のあり方の規定因について

スタッフが認識している看護師長のあり方は，『看護への取り組み姿勢』『スタッフへの配慮』の２つの下位尺度とも，病棟間での差がみられた。病棟間で生じている差は，病棟の環境要因との関係性はなかったことから，看護師長のもつ特性によるものと考えることができる。今回，看護師長のあり方と個人要因の間には直接的な相関関係はみられなかった。今回の研究では，個人要因の中に，すでにバーンアウトとの関連性が明らかにされている性格[25]や価値観[26]についての変数が含まれておらず，この点から組織風土を規定する個人要因を明らかにする上では十分でない。今後これらの変数を加えて，さらに検討する必要性がある。

### ３．看護師長のあり方とバーンアウト

〈スタッフ版〉看護師長のあり方尺度の２つの下位尺度は，バーンアウトの３つの下位尺度と弱いながら相関関係があった。『看護への取り組み姿勢』は，個人的達成感と正の相関，脱人格化と負の相関関係，『スタッフへの配慮』は，個人的達成感と正の相関，脱人格化，情緒的消耗感と負の相関関係にあった。このことは，看護師長の積極的な看護への取り組み姿勢についての認識の高さと，個人的達成感の高さ，脱人格化の低さの間には，関連があることを示している。また，看護師長がスタッフに配慮しているという認識の高さと，情緒的消耗感の低さとは関連があることを示している。

全体でみると，看護師長のあり方とバーンアウトの相関はごく弱い関係であるが，看護師経験年数別の得点を見ると，異なる傾向があった。特徴的なのは，経験年数10年から16年の中堅スタッフ層である。中堅スタッフ層は，看護師長のあり方の２つの下位尺度と個人的達成感の間に，中程度の正の相関関係があった。看護師長の配慮と取り組み姿勢を高く認識できる病棟で勤務している中堅スタッフ層の看護師は，そうでない病棟よりも，達成感が高いことを示している。このことは，中堅看護師が高い個人的達成感をもち仕事を推進していくことは，病棟全体にとって非常に有益なことであり，中堅スタッフ層の活性化は，病棟全体を生産性のあるよい組織へと導くことにつながる可能性を示唆している。また『スタッフへの配慮』と情緒的消耗感の相関関係は，１－４年の新人スタッフ層のみで生じていることがわかった。これらの結果は，『スタッフへの配慮』が高く認識できる病棟風土では，中堅看護師はより能力を発揮し，新人看護師は情緒的に消耗の少ない状態で仕事が遂行できることを示唆している。O'DriscollとSchubert[14]は，バーンアウトの下位尺度は，上司の異なる変数によって影響を受けると指摘している。今回の研究の結果おいても，バーンアウトの下位尺度は，看護師長のあり方の異なる側面に影響を受けており，先行研究の結果と一致していた。本研究によって明らかになった新たな点は，看護師の経験年数に関する知見である。看護師の勤務年数によってバーンアウト得点に差があることは，すでに多くの研究で報告されており，経験年数が長いほど，バーンアウト得点が低い傾向がある[23) 24)]。しかし，看護師長のあり方が経験年齢層によって，バーンアウトに異なる影響を及ぼしていることを示したものはない。本研究で得られた結果は，バーンアウト予防に向けた介入策を考えていく上で有益である。ただし，本研究で得られた結果は相関関係であり，組織風土がバーンアウトに影響を及ぼしている可能性を示唆する一方で，バーンアウトという状態が組織風土の認知に影響を及ぼしている可能性もある。この点については，今後介入研究により因果関係を慎重に検討していく必要性がある。

### ４．看護師長のあり方の看護師長・スタッフの認識の差異

本研究の結果，看護師長が認識している組織風土としての看護師長のあり方，すなわち看護師長の実像と，スタッフの捉えている組織風土としての看護師長のあり方には，差異があることが明らかになった。看護師長のあり方は２つの下位尺度得点とも，看護師長の平均値が有意に高く，スタッフで低かった。上述してきたように，組織風土としての看護師長のあり方は，そこに働くスタッフのバーンアウトに影響を及ぼす要因である。しかし今回の結果，看護師長の認識がスタッフにくらべ高く，改善の余地があったとしても，改善策が生まれにくい現状があることを示唆している。この現状を打開するためにひとつには，看護師長が組織風土としての看護師長のあり方を，自己の視点では

なく，スタッフの視点から捉える姿勢が必要である。また，いずれの病棟も看護師長の認識はスタッフよりも高かったことを考えると，スタッフの看護師長のあり方の認識を看護師長の認識と同レベルにあげることができたならば，それだけでスタッフのバーンアウトは現状より抑制することができる。そのための有効なひとつの手段として，コミュニケーションがあげられる。Borland[27]は，意思疎通を欠いた職場ではバーンアウトが生じやすいことを指摘している。また，AlbrechtとIrey[28]も，職場のコミュニケーションのバーンアウトへの影響は広範囲に及ぶものではないものの，コミュニケーションの構造は，不安や情緒的消耗感に影響していると指摘している。これらの結果から，看護師長は，スタッフの考えや意見を聞くという一方向的なコミュニケーションではなく，自己の行動の意図や，評価をスタッフにフィードバックするためのコミュニケーションをもつことが必要であると言える。それらを通して，はじめて看護師長の意図と，スタッフの認識とが一致したよりよい組織風土が形成されると考えられる。

## V．結　論

1．開発した看護師長のあり方尺度は，「看護への取り組み姿勢」因子と「スタッフへの配慮」因子の２因子から成り，一定の内的整合性，構成概念妥当性を有する尺度であることが確認された。

2．〈スタッフ版〉看護師長のあり方尺度の２つの下位尺度は，病棟間と経験年数層間で有意差があり，誰もが共通して認識する病棟共通の特性に影響される要因であることが裏づけられた。

3．スタッフの看護師長のあり方の認知は，「情緒的消耗感」「脱人格化」「個人的達成感」というバーンアウトの３つの側面と，弱いが有意な相関関係があることが明らかになった。

4．スタッフの看護師長のあり方の認知とバーンアウトの関連性は，看護師経験年数層によって異なる特徴があった。中堅スタッフ層では，看護師長のあり方は個人的達成感と正の相関関係，新人スタッフ層では，脱人格化，情緒的消耗感と負の相関関係があった。

5．看護師長のあり方の認知は，看護師長とスタッフ間で差があり，看護師長の平均値が高い傾向があった。スタッフの看護師長のあり方の認知を看護師長の認識と一致させるために，看護師長の意図や評価をフィードバックする必要性が示唆された。

## 謝　辞

本研究を実施するにあたり調査にご協力下さいました６病院の看護部長ならびに看護師の皆様に深く感謝申し上げます。なお，本研究は2004年度医療経済研究機構の助成を受け実施した研究の一部である。

## 要　旨

本研究は，組織風土が看護師のバーンアウトに及ぼす影響を明らかにすることを目的として行った一連の研究のひとつである。本稿では組織風土という視点から，看護師長のあり方に焦点を当て，スタッフの看護師長のあり方の認識とバーンアウトとの関連性を検証する。質問紙調査を行い540名の看護師から回答を得た。看護師長のあり方尺度は，(1)スタッフへの配慮，(2)看護への取り組み姿勢の２因子で構成されていた。２つの下位尺度得点には，病棟間で有意差があった。またバーンアウトとの関係では，スタッフの経験年数層によって影響に違いがみられた。中堅看護師層では，看護師長のあり方尺度の２つの下位尺度と個人的達成感との間に中程度の相関があり，看護師長のあり方認識は中堅看護師の能力の発展に関連することがわかった。新人看護師層では，看護師長のあり方の認識はもっとも肯定的であり，脱人格化や情緒的消耗感を抑制していた。

## Abstract

This study is one of a series of studies that examine burnout among nurses and its relevance to the organizational climate. It focuses on the head nurse from the viewpoint of the organizational climate. A total of 540 nurses responded to the questionnaires. Factor analysis was used to extract the following two factors: (1) the head nurse's consideration for staff nurses and (2) her positive and challenging attitude to nursing. There was a significant difference with regard to the two subscales on the scale to measure the head nurse as recognized by the wards. The results regarding the experienced age group revealed a mild relation between the two subscales of the head nurse as recognized by the members of her team and the personal achievement of the "mid-level nurse layer." The importance of the head nurse's role in developing the "nurse layer" was also indicated. With regard to the "young nurse layer," the head nurse as recognized by the members of her team was the most affirmatively evaluated aspect of this study. The head nurse's consideration for staff nurses was observed to affect the suppressed depersonalization and emotional exhaustion of the "novice nurse layer."

## 文　献


1）日本看護協会調査研究課編：2002年病院職員の需給状況調査，日本看護協会調査研究報告，67，2003.
2）稲岡文昭，樋口康子：N系列病院看護婦のBURNOUTに関する研究（その1）－病院の規模別・地域別によるBURNOUTと離職との関係，日本赤十字看護大学紀要，6，1-9，1992.
3）宮本千津子，林幽美子，池西悦子：キャリアマネジメントの視点からみた看護職者の離職に関する文献検討，岐阜県立看護大学紀要，4，26-31，2004.
4）Landstrom, G.L, Biordi, D.L .et al. : The emotional and behavioral process of staff turnover, The journal of nursing administration, 19, 23-28, 1989.
5）Maslach, C., and Jackson, S.E. : Maslach burnout inventory manual, 2nd ed. Consulting Psychology Press, 1986.
6）Jackson, S., Schewar, R.,et al. : Toward an understanding of the burnout phenomenon, Journal of Applied Psychology, 71, 630-640, 1986.
7）Litwin, G.H., & Stringer, R.A. : Motivation and organizational climate, 3rd ed. Harvard University Press, 1974.
8）Joyce, W.F., & Slocum, J. : Climate discrepancy : Refining the concepts of psychological and organizational climate, Human Relations, 35, 951-972, 1982.
9）塚本尚子，野村明美：組織風土が看護師のストレッサー，バーンアウト，離職意図に与える影響の分析，日本看護研究学会雑誌，30(2)，55-64，2007.
10）Eldrige, W., Blostein, S.,et al. : A multidimensional model for assessing factors associated with burnout in human service organization. Public Personnel Management, 12, 314-321, 1983.
11）Pines, A. : Changing organizations : Is a work environment without burnout an impossible goal? Job stress and burnout, Sage Publications, 1982.
12）松原敏浩：リーダーシップ，中島義明他編，心理学辞典，有斐閣，880，2003.
13）VanOyen, F, M. : The relationship between effective nurse managers and nursing retention; Journal of nursing administration, 35, 336-341, 2005.
14）O'Driscoll, M.P., Schubert, T. : Organizational climate and burnout in a New Zealand social service agency. Work & Stress, 2, 199-204, 1988.
15）稲岡文昭：N系列病院看護婦のBOURNOUTに関する研究（その2）－職場の文化・風土と看護ケアのアプローチに焦点をあて－，日本赤十字看護大学紀要，8，1-12，1994.
16）Duxbury, M.L. Henry, G.A., et al.: Measurement of the nursing organizational climate of neonatal intensive care units, Nursing Research, 31, 83-88, 1982.
17）田尾雅夫，久保真人：バーンアウトの理論と実際，誠信書房，1996.
18）田尾雅夫：バーンアウト－ヒューマン・サービス従事者における組織ストレス－，社会心理学研究，4，91-97，1989.
19）越河六郎，藤井亀他：労働負担の主観的評価法に関する研究(1)－CFSI(蓄積的疲労徴候インデックス）改訂の概要，労働科学，68，489-502，1992.
20）吉田道雄：病院における看護婦にたいする看護婦長の行動分析，44，363-374，1995.
21）江藤かをる：看護サービスマネジメント「患者」から「顧客」の時代へ，医学書院，2003.
22）久保真人，田尾雅夫：バーンアウト－概念と症状，■果関係について－，心理学評論，34，412-431，1991.
23）Haplin, A.W., Croft, D.B. : The organizational climate of schools. Chicago, Midwest Administration Center, University of Chicago, 1962.
24）三隅二不二：リーダーシップ行動の科学，有斐閣，1978.
25）Freudenberger, H.J. : Staff burnout. Journal of Social Issues, 30, 159-165, 1974.
26）Price, D., & Murphy, P : Staff burnout in the perspective of grief theory. Death Education, 251-255, 1986.
27）Borland, J.J. : Burnout among workers and administrators. Health and Social Work, 6, 73-78, 1981.
28）Albrecht, t., Irey, K.,et al.: Integration in a communication network as a mediator of stress. Social Work, 27, 229-234, 1982.


［平成21年4月16日受　付
平成21年9月19日採用決定］

－資料・その他－

# 全国の３年課程看護学校における地域貢献の実態

The Actual Situation of the Contributions to the Community Made by Three-Year Nursing Course Schools in Japan

清石幸子[1)] 大竹まり子[2)] 赤間明子[2)] 鈴木育子[2)]
Yukiko Seiishi Mariko Ohtake Akiko Akama Ikuko Suzuki
細谷たき子[2)] 小林淳子[2)] 叶谷由佳[2)]
Takiko Hosoya Atsuko Kobayashi Yuka Kanoya

キーワード：看護教育，３年課程看護学校，地域貢献，学校長
Key Words ：nursing education, three-year course nursing school, community contribution, presidents

## Ⅰ．緒　言

３年課程看護学校（以後看護学校と称す）は2005（平成17）年４月現在で503校あり，平成14年に准看護師養成所の数を上回って以降，最も多い看護師養成機関である[1) 2)]。

学校教育法[3)]による専修学校の教育目的は，「職業若しくは実際生活に必要な能力を育成し，又は教養の向上を図ること」とされる。看護学校はまさしく，実際生活で活躍できる多くの看護師を養成してきた。しかし，看護師を育成する大学[4)]は2007年に157校と年々増加してきており，看護学校は特徴を出していく必要がある[5)]。

近年，超高齢化，慢性疾患の増加，在院日数の短縮化により，地域における保健・医療・福祉の充実が求められており，看護が地域貢献する必要性について学会でもテーマとして採り上げられている[6) 7)]。また，富本ら[8)]は，住民を対象に看護と看護大学に関するニーズについて研究しており，看護について「健康や介護・育児のことについていつでも気軽に相談できる」等の多くの要望があったことを報告している。これらより，地域貢献としての看護が求められており，実際生活で活躍できる職業人を育成している看護学校は特に地域から必要とされる学校となることが重要である。そのために，看護学校は地域のニーズを把握し，学生の授業内容にもそれらのニーズを反映させた教育を行うことによって地域貢献していくことが求められる。

看護大学における地域貢献についての研究では，永野ら[9)]による看護大学に対する住民のニーズを調査したもの，永野，小元ら[10)]による地域の小中学校の養護教諭と大学との連携のニーズを調査したもの，中尾[11)]による地域保健師に対する大学教員の助言や指導の実態を調査したもの，平山[12)]による地域貢献を目指した大学の基盤及び体制づくりのための基礎研究，大学での地域貢献に関する取り組みを紹介したもの[6) 13)-17)]などがみられる。

しかし，看護学校の地域貢献に関する研究は，岩城[18)]による実践報告や小薬[19)]による地域貢献を意識したカリキュラムの紹介があるのみで，体系的な研究はみられない。そこで本研究では，看護師養成所の中で最も多い３年課程看護学校における地域貢献の実態を明らかにすることで，今後の地域貢献の方向性を検討することを目的とした。

## Ⅱ．用語の定義

### １．３年課程看護学校

保健師助産師看護師学校養成所指定規則における看護師養成所のうち，専修学校および各種学校をいう。

### ２．地域貢献

看護学校が設置されている地域の社会集団に対して，看護師育成の実績や住民が参加できる学校行事，看護教員が地域住民や看護職者に行っている専門知識の提供，学生が行っている活動などの物事や事柄すべてをいう。

## Ⅲ．研究方法

### １．調査対象

「看護学校　2005年版（医学書院）」[20)]に掲載されている，全国の３年課程看護学校474校を対象とした。

### ２．調査期間

平成19年７月１日～平成19年８月20日

### ３．データ収集方法

１）調査方法

郵送による自記式質問紙調査を行った。調査用紙は，各

１）山形厚生看護学校　Yamagata Kousei Nursing School
２）山形大学医学部看護学科地域看護学講座　School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine

看護学校の学校長に郵送し，記入後返信用封筒に入れ厳封して返信するように依頼した。

２）調査内容

調査内容は永野ら[9]の研究を元に，独自に作成した。

(1) 学校の特性：設置主体，地域環境（学校所在地の人口規模），開設後年数。

(2) 学校の看護師育成実績：１学年定員数（平成18年度），入学倍率（平成18年度），入学者の出身地割合状況（平成18年度），卒業生の就職や進学状況（看護学校所在県内・外割合）（平成18年度），看護師国家試験の合格率（過去３回分）。

(3) 学校の教育理念，教育目標の中に含まれる地域貢献に関連する文言

文献[21)-23)]をもとに地域を意識した教育理念，目標の文言について地域看護学研究者と検討し，「地域」「住民」「社会」を設定し，そこから択一選択を求めた。

(4) 学校が行っている地域貢献活動：①住民が参加できる地域貢献活動として，学園祭，看護の日の行事，施設開放，その他について行っているか，②教員が行っている地域貢献活動として，住民対象の健康教室，住民対象の看護相談，広報誌発行，看護職対象の相談，看護職対象の指導，その他について行っているか，③学生が行っている地域貢献活動として，学園祭，地域で開催される健康づくり事業への学生の参加，その他学生が行っていることについて尋ねた。

(5) 学校長の地域貢献活動の認識：今後の地域貢献活動の予定の有無，地域貢献活動に対する考えについては自由記述での回答を求めた。

### ４．分析方法

看護師育成実績の２群間の差の検定にはMann-Whitney U検定を用い，二項選択で行われた回答については$\chi^2$検定，またはFisherの直接法を用いた。自由記述回答は，内容の類似性により地域看護学研究者２名で検討して分類し，内容を表すカテゴリ化にして集計した。有意水準５％未満を「有意」とし，10％未満を「傾向あり」とした。統計解析にはSPSS11.5Jfor Windowsを使用した。

### ５．倫理的配慮

対象者には調査依頼時に，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，調査への協力を求め返信をもって同意を得られたこととした。また，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。

## Ⅳ．研究結果

調査対象の看護学校474校に調査用紙を郵送し，回収は191校（回収率40.3％）であった。その内，2005年以降に閉校や募集停止の９校の調査票は除外し182校（有効回収率38.4％）を分析対象とした。

### １．看護学校の概要

調査対象となった学校の設置主体は自治体65校（35.7％），私的機関61校（33.5％）の順に多かった。所在地の人口規模としての地域環境は，人口10万人以上87校（47.8％）が最も多く，最も少なかったのは町村８校（4.4％）であった。開設されてからの年数は平均29.7±22.2年であった。

１学年の学生定員数は平均46.1±19.6人であった。平成18年度の入学倍率は平均2.7±1.3倍であった。入学者の出身地割合では県内が平均81.9±18.7％であった。卒業者就職地割合でも県内は平均77.8±17.8％であった。進学率は平均5.4±6.2％であった。過去３回分の看護師国家試験合格率は第96回平均96.3±5.1％，第94回平均96.2±4.5％，第95回平均94.5±5.8％の順に高かった。

表１　学校の概要

N＝182

| 項　目 | | 学校数 | ％ |
|---|---|---|---|
| 設置主体 | | | |
| | 自治体 | 65 | 35.7 |
| | 私的機関 | 61 | 33.5 |
| | 公的機関 | 34 | 18.7 |
| | 国 | 22 | 12.1 |
| | その他 | 0 | 0.0 |
| 地域環境 | | | |
| | 政令指定都市・特別区（人口50万人以上） | 40 | 22.0 |
| | 中都市（人口10万人以上） | 87 | 47.8 |
| | 小都市（人口10万人未満） | 47 | 25.8 |
| | 町村 | 8 | 4.4 |
| | | | 平均値±SD |
| 開設後年数（年） | | | 29.7±2.2 |
| 学校の看護師育成実績 | | | |
| 定員数（人） | | | 46.1±19.6 |
| 入学倍率（倍） | | | 2.7±1.3 |
| 平成18年度入学者出身地割合（％） | | | |
| | 県内 | | 81.9±18.7 |
| | 県外 | | 17.4±18.0 |
| | その他 | | 0.4±2.8 |
| 平成18年度卒業者就職地割合（％） | | | |
| | 県内 | | 77.8±17.8 |
| | 県外 | | 16.1±16.2 |
| | その他 | | 2.0±4.2 |
| 進学率（％） | | | 5.4±6.2 |
| 看護師国家試験合格者割合（％） | | | |
| | 第96回 | | 96.3±5.1 |
| | 第95回 | | 94.5±5.8 |
| | 第94回 | | 96.2±4.5 |

## 2．学校の教育理念，教育目標の中に含まれる地域貢献に関連する文言

学校の教育理念，教育目標に「地域」「住民」「社会」の文言が入っているかどうかをたずねたところ，「社会」が入っていると回答したのが170校（93.4%）で最も多く，次いで「地域」が90校（49.5%），「住民」が29校（15.9%）であった。

## 3．看護学校の地域貢献への取り組みと学校長の見解

### 1）学校が行っている地域貢献活動

住民が参加できる学校で行っている地域貢献活動で最も多かったのは「学園祭」118校（64.8%）であり，「看護の日の行事」41校（22.5%），「施設開放」39校（21.4%）の順であった。「その他」と回答した学校が46校あり，自由記述内容では「オープンキャンパス」が19件と最も多かった。

教員が行っている地域貢献活動では「看護職対象の指導」61校（33.5%），「住民対象の健康教室」35校（19.2%），「看護職対象の相談」20校（11.0%）の順に多かった。「その他」と回答した学校は50校であり，自由記述内容で最も多かった回答は「研修会等の講師」26件であった。

学生が行っている地域貢献活動では「学園祭」104校（57.1%），「健康事業への参加」50校（27.5%）の順に多かった。「その他」と回答した学校は100校あり自由記述内容で「ボランティア活動」と回答したのが74件で最も多かった。

表2　地域貢献活動の内容と活動実施学校件数

N＝182

| 項　　目 | 校 | % |
|---|---|---|
| ＜住民が参加できること＞ | | |
| 学園祭 | 118 | 64.8 |
| 看護の日の行事 | 41 | 22.5 |
| 施設開放 | 39 | 21.4 |
| その他 | 46 | 25.3 |
| その他の自由記述内容　n＝45 | 件 | |
| オープンキャンパス | 19 | |
| 市民講座 | 14 | |
| 公開講座 | 8 | |
| 催し物（音楽会，コンサートなど） | 5 | |
| 実習施設関連事業 | 5 | |
| 戴帽式への列席 | 4 | |
| ボランティア活動 | 2 | |
| その他（キャッピング，給食学習，タピアの会） | 3 | |
| 項　　目 | 校 | % |
| ＜教員が行っていること＞ | | |
| 看護職対象の指導 | 61 | 33.5 |
| 住民対象の健康教室 | 35 | 19.2 |
| 看護職対象の相談 | 20 | 11.0 |
| 住民対象の看護相談 | 15 | 8.2 |
| 広報誌発行 | 9 | 4.9 |
| その他 | 50 | 27.5 |
| その他の自由記述内容　n＝50 | 件 | |
| 研修会等の講師 | 26 | |
| ボランティア活動 | 18 | |
| 出前講義 | 15 | |
| 地域開催への参加 | 8 | |
| 施設開放 | 6 | |
| その他（音楽会，卒業生の進路相談） | 2 | |
| 項　　目 | 校 | % |
| ＜学生が行っていること＞ | | |
| 学園祭 | 104 | 57.1 |
| 地域で開催される健康づくり事業に参加 | 50 | 27.5 |
| その他 | 100 | 54.9 |
| その他の自由記述内容　n＝99 | 件 | |
| ボランティア活動 | 74 | |
| 各種イベント参加 | 35 | |
| その他（出前講座，学習効果披露その他） | 3 | |

複数回答

表3　今後の地域貢献活動の予定の取り組みと学校長の見解

N＝117

| 項　　目 | 件 | % |
|---|---|---|
| ＜今後，予定している地域貢献活動がある場合の内容＞ | | |
| ボランティア活動に参加 | 41 | 35.0 |
| 健康教育活動への参加 | 38 | 32.5 |
| 地域行事等の企画支援 | 33 | 28.2 |
| 公開・出前講座 | 26 | 22.2 |
| 学校行事・施設開放 | 23 | 19.7 |
| 実習施設との企画参加 | 5 | 4.3 |
| 現在模索中 | 4 | 3.4 |
| 記載なし | 14 | 12.0 |

N＝52

| 項　　目 | 件 | % |
|---|---|---|
| ＜今後，予定している地域貢献活動がない理由＞ | | |
| 現状の活動で十分である | 12 | 23.1 |
| 人材が不足している為 | 12 | 23.1 |
| 時間的余裕がない | 10 | 19.2 |
| 看護教育に専念したい | 6 | 11.5 |
| カリキュラムが過密で出来ない | 6 | 11.5 |
| 現在考えていない | 6 | 11.5 |
| 必要性は理解できる | 5 | 9.6 |
| 理由なし | 1 | 1.9 |
| 記載なし | 8 | 15.4 |

N＝73

| 項　　目 | 件 | % |
|---|---|---|
| ＜地域貢献に関する考え＞ | | |
| 地域と連携していくことが重要 | 51 | 69.9 |
| 学校を開放して存在をアピール | 35 | 47.9 |
| 地域貢献は必要だが踏み込めない | 30 | 41.1 |
| 地域に貢献出来る人材を育成すること | 24 | 32.9 |
| ボランティア活動へ参加すること | 13 | 17.8 |
| 人員，時間が無く実践できない | 7 | 9.6 |
| 学生が地域に興味をもたない | 4 | 5.5 |
| 教員の意識不足 | 3 | 4.1 |
| 地域住民との関わりが少ない | 2 | 2.7 |
| 地域貢献は困難 | 2 | 2.7 |
| 地域貢献より種々の体験をさせたい | 1 | 1.4 |

複数回答

尚，ボランティア活動は，住民が参加できること，教員が行っていること，学生が行っていることのその他の自由記述すべてにあがっていた。

２）今後の地域貢献活動と考え

今後の地域貢献活動の予定の有無をたずねたところ「あり」と回答したのは117校（69.2%），その内，今後，予定している地域貢献活動の自由記述がみられたのは103校であった。それらは，「ボランティア活動に参加」が最も多く41件，次いで「健康教育活動への参加」38件，「地域行事等の企画支援」33件であった。今後の地域貢献活動の予定が「なし」と回答したのは52校（30.8%），その理由を自由記述で回答した44校の内容は，「現状の活動で十分である」と「人材が不足している為」がそれぞれ12件ずつで，次いで「時間的余裕がない」10件であった。その他「看護教育に専念したい」，「カリキュラムが過密で出来ない」，「現在考えていない」がそれぞれ６件であった。

地域貢献に関する考えでは73校の回答があり一番多かったのが，「地域と連携していくことが重要」51件で，ついで「学校を開放して存在をアピール」が35件，「地域貢献は必要だが踏み込めない」が30件であった。

### ４．看護学校の概要と地域貢献への取り組み及び看護師育成実績

１）設置主体による地域貢献との関連

設置主体が■．自治体，その他公立と答えた学校を公的機関とし，公的機関か私的機関かによる地域貢献の現状に関連がないか，分析を行ったところ，教員が行っている地域貢献活動で「看護職対象の相談」を行っているのは私的機関の方が多い傾向であった（$p<0.1$）。その他においては２群間に関連はなかった。

２）開設されてからの年数による地域貢献との関連

学校が開設されてからの年数は，平均29.7年であったため，30年以上と30年未満の２群に分けて地域貢献との関連について分析したところ，有意な関連がみられたのは２項目であった。１つは，理念に入っている地域貢献に関連する文言であり，30年以上の学校（39.0%）より30年未満の学校（57.7%）が有意に多く「地域」の文言が入っていた（$p<0.05$）。もう１つは，教員が行っている地域貢献活動の「住民対象の看護相談」で，30年未満の学校（4.1%）より30年以上の学校（13.4%）が有意に実施していた（$p<0.05$）。また，住民が参加できる学校行事で「施設開放」は，30年未満の方が多く実施している傾向であった（$p<0.1$）。

３）学校の看護師育成実績に関連する学校特性

学校の看護師育成実績「入学倍率」「県内出身者割合」「県外出身者割合」「出身者割合その他」「県内就職者割合」「県外就職者割合」「就職者割合その他」「進学率」「第96回国試合格率」「第95回国試合格率」「第94回国試合格率」も，地域への人材供給という地域貢献と捉え，学校の特性との関連を検討したところ，開設30年以上と30年未満の学校の間に有意差が認められた項目があった。開設30年以上の学校は30年未満の学校に比し，有意に「入学倍率」が高く（$p<0.05$），「進学率」が高く（$p<0.01$），過去３年間の「第96回・95回・94回看護師国家試検合格率」が高い結果であった（$p<0.01$）。

表４　公的機関か私的機関による地域貢献の関連

| 項　　目 | 私的機関校（%） | 公的機関校（%） | 有意差 |
|---|---|---|---|
| 理念に入っている地域貢献に関連する文言 | | | |
| 「地域」が入っている | 32（52.5） | 58（47.9） | n.s. |
| 「住民」が入っている | 9（14.8） | 20（16.5） | n.s. |
| 住民が参加できる学校行事 | | | |
| 学園祭を行っている | 40（65.6） | 78（64.5） | n.s. |
| 看護の日の行事を行っている | 12（19.7） | 29（24.0） | n.s. |
| 施設解放を行っている | 13（21.3） | 26（21.5） | n.s. |
| 教員が行っている地域貢献活動 | | | |
| 住民対象の健康教室を行っている | 15（24.6） | 20（16.5） | n.s. |
| 住民対象の看護相談を行っている | 6（9.8） | 9（7.4） | n.s. |
| 広報誌発行を行っている | 4（6.6） | 5（4.1） | n.s. |
| 看護職対象の相談を行っている | 10（16.4） | 10（8.3） | † |
| 看護職対象の指導を行っている | 21（34.4） | 40（33.1） | n.s. |
| 学生が行っている地域貢献活動 | | | |
| 学園祭を行っている | 35（57.4） | 69（57.0） | n.s. |
| 健康づくり事業に参加を行っている | 21（34.4） | 29（24.0） | n.s. |
| 今後の活動を予定している | 39（67.2） | 78（70.3） | n.s. |

$\chi^2$検定　　†$p<0.1$　　n.s : not significant

表５　開設後年数によって関連が見られた学校の地域貢献

| 項　　目 | 30年未満校（%） | 30年以上校（%） | 有意差 |
|---|---|---|---|
| 理念に入っている地域貢献に関連する文言 | | | |
| 「地域」が入っている | 56（57.7） | 32（39.0） | * |
| 「住民」が入っている | 16（16.5） | 11（13.4） | n.s. |
| 住民が参加できる学校行事 | | | |
| 学園祭を行っている | 64（66.0） | 52（63.4） | n.s. |
| 看護の日の行事を行っている | 18（18.6） | 22（26.8） | n.s. |
| 施設解放を行っている | 25（25.8） | 12（14.6） | † |
| 教員が行っている地域貢献活動 | | | |
| 住民対象の健康教室を行っている | 18（18.6） | 15（18.3） | n.s. |
| 住民対象の看護相談を行っている | 4（ 4.1） | 11（13.4） | * |
| 広報誌発行を行っている | 5（ 5.2） | 4（ 4.9） | n.s. |
| 看護職対象の相談を行っている | 11（11.3） | 9（11.0） | n.s. |
| 看護職対象の指導を行っている | 30（30.9） | 29（35.4） | n.s. |
| 学生が行っている地域貢献活動 | | | |
| 学園祭を行っている | 55（56.7） | 48（58.5） | n.s. |
| 健康づくり事業に参加を行っている | 28（28.9） | 21（25.6） | n.s. |
| 今後の活動を予定している | 60（69.0） | 55（69.6） | n.s. |

$\chi^2$検定　Fisherの直接法　　†p＜0.1　*p＜0.05　　n.s : not significant

表６　開設後年数により相違が見られた学校の看護師育成実績

| | 開設後年数30年未満 | | | 開設後年数30年以上 | | | 有意差 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 項　　目 | N | 中央値 | 最小値－最大値 | N | 中央値 | 最小値－最大値 | |
| 入学倍率（倍） | 93 | 2.4 | 0.8 － 7.0 | 81 | 2.8 | 1.1 － 8.3 | * |
| 県内出身者割合（%） | 94 | 83.6 | 26.0 － 100.0 | 81 | 90.0 | 9.8 － 100.0 | n.s. |
| 県外出身者割合（%） | 94 | 16.4 | 0.0 － 74.0 | 80 | 8.9 | 0.0 － 90.2 | n.s. |
| 県内就職者割合（%） | 92 | 81.1 | 25.0 － 100.0 | 82 | 81.3 | 18.0 － 100.0 | n.s. |
| 県外就職者割合（%） | 92 | 13.2 | 0.0 － 75.0 | 82 | 13.0 | 0.0 － 82.0 | n.s. |
| 進学率（%） | 90 | 2.1 | 0.0 － 26.3 | 82 | 4.9 | 0.0 － 29.7 | ** |
| 第96回看護師国家試験合格率（%） | 88 | 96.0 | 60.0 － 100.0 | 81 | 100.0 | 81.5 － 100.0 | ** |
| 第95回看護師国家試験合格率（%） | 84 | 94.0 | 67.0 － 100.0 | 80 | 97.1 | 82.8 － 100.0 | ** |
| 第94回看護師国家試験合格率（%） | 79 | 96.5 | 81.0 － 100.0 | 80 | 98.3 | 83.0 － 100.0 | ** |

Mann-WhitneyのU検定　　*p＜0.05　**p＜0.01　　n.s:not significant

## V．考　　察

### １．看護学校の概要及び看護師育成実績

本研究の分析対象となった看護学校の182校の設置主体をみると，自治体とその他公立と国で66.5%，私的機関で33.5%を占めた。調査対象とした全国の看護学校474校の設置主体の内訳は，自治体とその他公立と国で６割，私的機関で４割であったことから，調査協力した学校の設置主体に著しい偏りはなかったと考える。

また，本研究結果で１学年の定員数は平均約46人であり，厚生労働省の第六次看護職員需給見通しに関する検討会（第１回）資料[24]によると，平成15年４月現在の看護学校数は500校で，１学年定員数は23,482人であり，学校毎では１学年46.9人とほぼ同様の結果であった。

学校が開設されてからの年数は，平均で約30年であった。看護の歴史をみると，戦後の即戦力として准看護師養成が大半を占めていたが，質の高い医療の需給の高まりに応じて看護学校が増加した。それにより，看護学校は長年看護師の供給に貢献してきたといえる。

本研究結果において，全国の３年課程看護学校は，学生の出身地割合では県外17%に対し県内が82%と多く，就職地割合でも県外16%に対し，県内が77%と共に県内が多かった。過去３年間の看護師国家試験合格率では，全国平均や３年課程の養成所データに比べ[25]共に高い結果であった。これらより，看護学校は地元に多くの人材を輩出したり，教育にも力を入れ，看護師育成に貢献をしてきたと言える。

### ２．学校の教育理念，教育目標の中における地域貢献の位置づけ

学校の教育理念，教育目標について佐藤[26]は，その教育機関が設けられた根拠であり，その基盤として教育理念があると述べている。また，小山[27]は，教育理念には設立理念だけでなく今日の看護に対する社会ニーズ，そして看護職者からのニーズが反映されると述べている。今回の研究結果をみると文言に「社会」が含まれている学校が９割以上を占めており，「地域」も５割と多く，「社会」「地域」を教育上意識した学校が多いと思われる。

### ３．看護学校における地域貢献

学校が行っている地域貢献活動では，住民が参加できることと，学生が行っていることとして「学園祭」と回答した学校が共に６割前後と多かったことから，「学園祭」は地域に定着していると考える。また，教員が行っている地域貢献活動では，「看護職対象の指導」が最も多かったが，教育機関として専門性を活かした地域貢献をしていると考える。

次に，その他の回答では「ボランティア活動」が全てに入っていた。佐藤ら[28]は，平成９年カリキュラム改正で，選択科目の「障害福祉論」の中に体験学習でボランティア活動を組み入れた成果を述べている。また，看護学生が夏休みを利用してボランティア活動に参加した体験[29)-31)]では，学生会や看護学校附属の病院からの要請でボランティア活動をしている報告もみられ，これらより，学生のボランティア活動を推奨している看護学校が多いことが推測される。

今後の地域貢献活動の予定では，約７割の学校が「あり」と回答していた。また，今後活動を予定していないと回答した学校においては，理由に，「現状の活動で十分である」「人材が不足している」「時間的余裕がない」を多く挙げていた。2001年（平成13）現在，専任教員が８名に満たない看護専門学校は39.0％で５名以下は11.6％と全体では約５割が規定に満たない状況[32]であることが報告されている。これらより地域貢献は重要であると認識している看護学校は多いが，実施にあたって人員不足等の課題があることが推察される。

次に地域貢献の考えであるが，「地域と連携していくことが重要」「学校を開放して存在をアピール」や「地域に貢献できる人材を育成すること」という意見があった。川野[6]は地域への貢献なくして看護の発展はないと述べており，北島[33]も地域貢献の必要性を述べている。本研究の結果からも，看護学校は社会との関連を重要と考え，社会に目を向けた教育環境作りの必要性を認識しており，地域へ貢献できる人材を育成することが地域貢献であると述べていることからも地域貢献の必要性が支持された結果と思われる。

しかし，「地域貢献は必要だが踏み込めない」などの意見もみられ，必要性は認識しているが教員の人材不足等の課題もあることが考えられる。

### ４．地域貢献に関連する要因

学校の特性と開設されてからの年数による関連では，30年以上の学校がいずれも高い結果であったことから，歴史のある学校は長年，地域の看護師育成に貢献してきた実績があり，その実績を活かした地域貢献をしていると思われる。一方，比較的開設からの期間が短い学校は，開設当初より，地域貢献の重要性を認識し，地域貢献を意識した理念としたり，施設開放等の住民が親しみやすい学校作りを目指していると考える。

大学における地域貢献について新道[34]は，大学すべてについて地域貢献が求められており，教員の地域貢献の使命には，「教育を通しての地域貢献」「研究を通しての地域貢献」「地域貢献のための地域貢献」という３つの柱があると述べている。この柱を基に看護学校における地域貢献を考えると，教育を通しての地域貢献とは，育成した人材を地域に輩出していくことで，今回地域貢献の学校長の見解の中にも「地域に貢献出来る人材を育成すること」とあげた学校がみられた。研究を通しての地域貢献では，本研究では研究を調査項目としてあげていなかった代わりに，看護学校は地域の医療福祉の向上に寄与する活動をしていくことでの地域貢献が考えられる。本研究結果の中でも地域の人が必要としているテーマに即した「健康教育活動への参加」「地域行事等の企画支援」などがあった。地域貢献のための地域貢献とは，教員が地域の看護の質向上のために地域へ出て活動することがあげられ，本研究結果から，教員が行っている地域貢献の内容に「研修会等の講師」「ボランティア活動」「出前講義」が挙がっていた。

教育の現場では2009年からの適用を目途にカリキュラム改正[35]が進められている。その中で新たに「統合分野」が新設される。それは，看護の対象を幅広く捉えることや，終末期や障害を含めて考える，地域ネットワークの中で看護の役割を果たしていくことが強調されている。したがって，あらゆる現場に適応できる人材育成が求められ，その為には臨床のみならず地域社会を教育の場として活用していくことが有効と考える。また，豊福[36]は，地域での学生活動が住民の健康増進や生きがいに寄与しているという評価も聞かれると述べており，今後，看護学校としての地域貢献を学生と共に実践していくことが重要と考える。

## Ⅵ．結　　論

本研究は，全国の看護学校における地域貢献の実態を明らかにすることで，今後の地域貢献の方向性を検討した。

その結果，以下のことが明らかになった。

1．学校の教育理念，教育目標の文言に「社会」が９割以上，「地域」が５割と多く入っており，「社会」「地域」を教育上意識した学校が多いと思われた。

2．学校が行っている地域貢献活動では，住民が参加できること，学生が行っていることでは「学園祭」が６割を占めていた。教員が行っていることでは「看護職対象の指導」を３割以上が挙げていた。その他の自由記述内容では，住民が参加できること，学生が行っていること，教員が行っていること全てに「ボランティア活動」が入っていた。

3．今後の地域貢献活動の予定があると回答した学校は全体の約７割，予定がないと答えたのは約３割であったが，地域貢献活動を阻む理由として，「現在の活動への満足」「人材不足」があると推察された。

4．学校の地域貢献に関しては，地域と連携していくことが重要という考えを挙げていた。しかし，「地域貢献は必要だが踏み込めない」という考えも挙げられた。

5．開設年数30年以上の看護学校は30年未満の看護学校に比較して，教員が行っている「住民対象の看護相談」を有意に多く行っており，「入学倍率」「進学率」過去３回の「看護師国家試験合格率」が有意に高かった。30年未満の看護学校では，30年以上の看護学校に比し，住民が参加できることで「施設開放」が多い傾向であり，教育理念，教育目標の文言には「地域」が有意に多く入っていた。

以上のことから，全国の看護学校は，地域を意識した取り組みを行ったり，必要と考えている実態が明らかになった。しかし，地域貢献には教員の人材不足等の課題もあり，学校全体で地域貢献への体制をとっていく必要性が示唆された。

## Ⅵ．本研究の限界と課題

本研究は，全国の看護学校を対象として地域貢献の実態に焦点を当てた初めての研究であった。そのため，今回使用した質問紙は独自で考えた質問項目で構成された。本研究結果をふまえ，さらに吟味した質問紙による研究蓄積が今後必要と考える。また，今後は，大学の地域貢献の実態調査や大学との違いについても検討する必要がある。

## 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全国の３年課程看護学校長の皆様に，心より感謝申し上げます。

## 要　旨

本研究は，全国３年課程看護学校474校の学校長を対象に地域貢献の実態を明らかにすることを目的とし，182校の有効回答を得た。住民が参加できる，又は学生が行う地域貢献活動として「学園祭」が６割を占めていた。その他では，「ボランティア活動」が最も多くあげられた。

今後の地域貢献活動の予定がないと答えたのは約３割であり，その理由は「現状の活動で十分である」「人材が不足している」を挙げていた。学校長は，地域と連携していくことが重要という考えを挙げていた者が多かったが，「踏み込めない」という考えも挙げていた。開設後年数30年以上の学校は30年未満の学校に比して，教員が「住民対象の看護相談」を有意に多く行っており，「入学倍率」「進学率」過去３回の「看護師国家試験合格率」が有意に高かった。30年未満の学校では，30年以上の学校に比し，教育理念，教育目標の文言に「地域」が有意に多く入っていた。

## Abstract

The purpose of this study was to presidents at 474 three-year nursing course schools in Japan in order to clarify the actual situation of the contributions made to the community by such schools and 182 schools participated. Sixty percent of the schools held a “school festival” as a community contribution activity in which local residents could participate or students performed. In addition, most schools performed “volunteer activities.”

Thirty percent of the presidents responded that they, “have no plans for future community contribution activities,” stating such reasons as a “lack of talented persons,” and that “current activities are sufficient.” Many answered that cooperation with the community is important, but that they were unable to become involved. At schools established more than 30 years ago, teachers performed “consultations for local residents” significantly more often, and the “nursing license examination pass rate” for the past three examinations, “admissions rate,” and “percentage of graduates continuing on for higher education” were significantly higher than at schools established less than 30 years ago. The term “community” appeared in the academic principles and educational goals of schools established less than 30 years ago significantly more often than at schools established more than 30 years ago.

## 文　献


1）日本看護協会編：平成17年版　看護白書，239-260，日本看護協会出版会，東京，2005.
2）勝又浜子：専門学校教育の行方　よりよい看護教育体制の模索　今こそ期待される看護専門学校の役割，ナースエデュケイション，2(3)，4-10，2001.
3）看護行政研究会　監修：平成18年版　看護六法，新日本法規，東京，2006.
4）日本看護系大学協議会事務局　編集：日本看護系大学協議会名簿（平成19年度），東京，2007.
5）矢野章永：専門学校教育の行方　よりよい看護教育体制の模索　看護学校が生き残るための教育とは何か，ナースエデュケイション，2(3)，17-23，2001.
6）川野雅資：地域への貢献なくして看護の発展はあるのか，日本看護科学会誌，24(1)，60-65，2004.
7）村嶋幸代：地域貢献に焦点を当てた看護実践，日本看護科学会誌．24(1)，72-73，2004.
8）宮本千津子，小野幸子，他：岐阜県民の看護大学に関するニーズについて，岐阜県立看護大学紀要，3(1)，133-136，2003.
9）永野光子，島田千恵子，他：A看護系大学の地域貢献活動に関する研究－地域住民の期待と今後の課題－，順天堂大学医療看護学部医療看護研究，3(1)，58-63，2007.
10）永野光子，小元まき子，他：看護系大学の地域貢献活動に関する研究　小・中学校との連携の可能性を探る，日本看護研究学会雑誌，30(3)，101，2007.
11）中尾八重子：大学教員の地域貢献活動のあり方に関する一考察－人材の育成への支援－，日本看護研究学会雑誌，30(3)，191，2007.
12）平山朝子：地域貢献に直結した大学の基盤及び体制づくりの方法に関する研究，2008-01-11，http://seika.nii.ac.jp/cgi/lgn/MetMetaDetail.exe（科学研究費補助金実績報告）.
13）森　明子：教員だからこそできる地域貢献　患者会と共同制作した不妊に悩む人のための冊子「My Choice 不妊治療わたしらしい選択のために」，看護教育，47(5)，394-398，2006.
14）鈴木真知子：教員だからこそできる地域貢献　長期療養時の在宅ケア支援システムを構築して，看護教育，47(5)，389-393，2006.
15）大湾明美：教員だからこそできる地域貢献　沖縄県の離島における高齢者の地域ケアシステムづくりに関って，看護教育，47(5)，384-388，2006.
16）新道幸恵：教員だからこそできる地域貢献　教員が地域貢献できるシステムづくり　青森県立保健大学の取り組み，看護教育，47(5)，378-383，2006.
17）山本春江：産官学連携研究と地域貢献お互いの田畑で仕事をし，ともに収穫に与える青森市との共同研究・教育・事業を通して官学連携の鍵を探る，日本看護科学会誌，26(1)，66-67，2006.
18）岩城恵美子：「ほっとステーションクローバー」開設と支援　地域を育ちあうピアカウンセラー，看護教育，47(5)，399-403，2006.
19）小薬祐子，袖山悦子，他：地域社会の発展に寄与したい国際メディカル専門学校看護学科カリキュラム，看護教育，45(7)，529-535，2004.
20）看護学校便覧2005：医学書院，東京，2005.
21）吉田時子：大学における看護教育カリキュラムに対する希望，看護教育，18(7)，442，1977.
22）杉森みど里，舟島なをみ：看護教育学　第4版，56-57，医学書院，東京，2006.
23）King, I. M : Philosophy-of nursing education : a national survey, Western Journal of Nursing Research, 6(4), 393, 1984.
24）厚生労働省：「第六次看護職員需給見通しに関する検討会（第1■）」資料，2007-10-27，http://www.mhlw.go.jp/2004/06/s0617-6c2.html
25）東京アカデミー：看護師国家試験の合格状況．2007-10-30，http://www.tokyo-ac.co.jp/nur/n2-kekka.html
26）佐藤みつ子，宇佐美千恵子，他：看護教育における授業設計第2版，2-14，医学書院，東京，2001.
27）小山眞理子：看護教育のカリキュラム，10-37，医学書院，東京，2000.
28）佐藤正雄，青木壽子：障害福祉論におけるボランティア体験での学生の学び，神奈川県立平塚看護専門学校紀要，8，1-6，2001.
29）児玉大輔：夏休みにできるボランティア　私のボランティア活動体験記　筋ジストロフィー症病棟のボランティアに参加して，看護学生，50(5)，30，2002.
30）野田清志：夏休みにできるボランティア　私のボランティア活動体験記　喘息児のサマーキャンプ体験，看護学生，50(5)，31，2002.
31）伊波香織：夏休みからボランティア　私たちのボランティア体験　笑顔の花，クリニカルスタディ，23(9)，70-71，2002.
32）杉森みど里，舟島なをみ：看護教育学　第4版，56-57，医学書院，東京，2006.
33）北島謙吾：看護大学における地域課題研究活動，日本看護科学会誌，24(1)，73-75，2004.
34）新道幸恵：教員が地域貢献できるシステムづくり，看護教育，47(5)，378-383，2006.
35）平井さよ子：カリキュラム改正で，今後の授業をどうつくるか「看護の統合と実践」のなかにおける看護管理教育を考える，看護教育，48(9)，814-816，2007.
36）豊福真由美：地域と共にある看護　大学の地域貢献　看護大学への期待と共同活動の必要性，日本赤十字看護学会誌，6(1)，49-50，2006.


［平成20年12月15日受　付
平成21年8月6日採用決定］

一般社団法人
日本看護研究学会会報
第 80 号
（平成21年12月20日発行）
一般社団法人日本看護研究学会事務局

目　次

一般社団法人日本看護研究学会
平成21年度第２回理事会議事録…… 1
一般社団法人日本看護研究学会平成21年度第３回理事会…… 10
一般社団法人日本看護研究学会
平成21年度第３回臨時社員総会議事録…… 15
日本看護研究学会平成21年度総会ならびに一般社団法人
日本看護研究学会平成21年度会員総会議事録…… 19

# 一般社団法人日本看護研究学会
# 平成21年度第２回理事会議事録

日　　時：平成21年７月12日（日）12：00～17：30

場　　所：東京八重洲倶楽部　第２会議室

出　　席：理事－阿曽洋子，泉キヨ子，尾岸恵三子，影山セツ子，上鶴重美，紙屋克子，
川口孝泰，川嶋みどり，川西千恵美，川村佐和子，小山眞理子，田島桂子，
松岡緑，松田たみ子，富腰由紀子，山口桂子，山勢博彰，山田律子
監事－安藤詳子，大谷眞千子，
第36回学術集会会長　深井喜代子

欠席委任状：理事－石井トク，黒田裕子

出席予定当日欠席－小松浩子，前原澄子　　（五十音・敬称略）

〈配布資料〉

資料１　編集委員会投稿論文の経過について

資料２－１　一般社団法人日本看護研究学会評議員選出規程

資料２－２　一般社団法人日本看護研究学会理事・監事選出規程

資料３　各委員会規程

資料４　次期役員および社員の数

資料５　平成21年度事業計画

資料６　予算案

資料　・第36回一般社団法人日本看護研究学会学術集会プログラム（案）

・第36回一般社■法人日本看護研究学会学術集会予算（案）

議　　長：山口桂子理事長

書　　記：尾岸恵三子総務担当理事

理事長あいさつ，および出席者の確認

挨拶に先立ち2009年４月25日（土）に開催された法人設立総会及び坂東昌子先生の記念講演が無事終了した旨報告される。さらに，社員総会に向けての準備についての協力依頼がされた。また，定款第６章第22条（理事の定足数）により，出席者20名，委任状２名により，本理事会が成立する旨の報告がなされた。

報告事項

１．会員数の動向について　　田島桂子副理事長

平成21年４月１日現在

会員総数5,718名（内訳 名誉会員７名，理事22名，評議員169名，一般5,520名）

平成21年７月10日現在

会員総数5,876名（内訳 名誉会員７名，理事22名，評議員168名，一般5,679名）

２．委員会報告について

１）奨学会委員会　　紙屋克子委員長

課題を総てこなしたという経過である。会議は２回開催した。奨学会への応募者なし。

２）編集委員会　　川口孝泰委員長

資料１により報告。32巻４号10編，2009年７月６日入稿済み，32巻５号10編あり，その他，査読中，著者返却中などの投稿論文がある。査読には，校正の不十分さ等を含めて非常に苦労している。特に英語はスペルのミスが多く，ネイティブが見たと言う証明書を付ける義務付けを今からでも行いたい。

３）学会賞・奨励賞委員会　　松岡緑委員長

本日提案した委員会規程を作製した。学会賞・奨励賞については，従来であれば６月20日号に募集を掲載しているが，規程が検討中であり，必要性はその結果にもよるので，現段階では本件に関する会告は行っていない。

４）研究倫理委員会　　川口孝泰委員（石井トク委員長代理）

今度の学術集会で研究倫理相談コーナーを設置して生の声を聴く計画をたてている。呼びかけのためのポスターを作成した。ニーズを聴き細則を作成する予定である。

5）国際活動推進委員会　上鶴重美委員長

6月に委員会を開催した。英文抄録の書き方のセミナーは，11月21日の北海道地方会で実施する。今年の学術集会には，委員会企画の特別集会を実施する。1日目は英文紹介をするための抄録とキーワードの書き方について，2日目は看護実践能力を高める教育のあり方，臨地実習の指導の方法についてである。研究活動については，キーワードの作成に取り組んでいる。掲載論文のキーワードの英語表記の検討で，過去10年分のキーワード1260を取り出し，実際に国際的に通じるものか，メッシュ（キーワードリスト）などと照合し，スタンダードのキーワードの整理を行っている。

3．HPについて　山口桂子理事長

一般社団法人になることにより生じる変更があるのでその点を修正する。編集委員会は忙しいので，名古屋大学の藤井徹也さんにご協力を頂き，理事長，副理事長から直接話をして正文社と直接やり取りをして修正するルートをつくり進めている。

4．第35回学術集会について　川嶋みどり学術集会長

第35回学術集会が，8月3日，4日に行われる。6月30日で第1次の申し込みが終了し，1,077人の申し込みがあった。多額な会場費なのでさらに1,200～1,300人の参加者を募りたい。ご協力をお願いしたい。35回の節目の学術集会であること，法人化の年度の学術集会であること，看護実践の歴史を踏まえて未来を展望する学術集会にしたい等を強調し，プログラム集にチラシを入れる予定である。7月25日に拡大打ち合わせを行うが，200名の実行委員を必要とする。日赤看護大学，北里大学，東海大学の学生各20名ずつボランティアをお願いする予定であるが連携が難しい。臨床と教育の場の連携の難しさがあるが，この点についての提言があると思っている。是非多くの参加をお願いしたい。

5．その他

1）社会貢献事業について（ナーシング・サイエンス・カフェの開催）　川嶋みどり学術集会長

日本看護系学会協議会の社会貢献として始まった事業である。神奈川県で開催するため神奈川県の教育委員会，横浜市の教育委員会にアプローチして学校の先生方に依頼し，高校生の参加を募っている。

2）関係学術団体の活動について（日本学術会議および日本看護系学会協議会の活動）

泉キヨ子副理事長

(1) 看保連について

① 平成20年度看保連の活動について

新役員の名簿は，資料の通りである。本会からは，紙屋克子先生が副代表として活躍している。本会には，診療報酬の委員会と看護技術の委員会がある。平成20年度の活動としては，介護報酬改定に関する要望書を厚生労働省へ平成20年8月26日に提出した等。また，看保連シンポジュ

ウムの開催，研究助成についての現状報告があった。研究助成では，平成19年度の応募に基づき６件の採択があった。平成20年度の応募は８件であり，そのうち２件採択された。

② 平成21年度の看保連活動計画について

22年度診療報酬改定に向けた要望書の提出。24年度の診療報酬・介護報酬改定に向けた検討の他，重点事項への研究助成，内保連・外保連との連携強化等がある。重点事項への研究助成では，医療技術について19課題があげられている。日本看護研究学会としては，紙屋先生の「遷延性意識障害患者におけるQOLの向上と生活の再構成」の提案書を提出している。

③ 看保連の看護技術検討委員会について

５月と６月の２回の会議が開催され，医療技術提案書について等の検討がされた。

この件ついては，次の追加発言があった。看護の質を上げかつ全国レベルで活用されるもの，中医協の医師を説得できるもの，短期間で成果をあげる研究技術であり，有効性と広域性が確保できるものが必要である。OT，PTの技術が報酬に繁栄されるのに，何故看護師の行う技術が報酬に反映されないのか。声を大にしていくことも重要ではないかとの声もあった。

(2) 日本看護系学会協議会について　　泉キヨ子副理事長

本会議の総会は，平成21年６月21日に開催された。本会では，次世代に向けての情報を得る機会の提供として，事業の一環にナーシング・サイエンス・カフェが設置されている。ナーシング・サイエンス・カフェ開催の予算として，日本看護系学会協議会から20万円が計上されている。担当理事は，本学会の手島恵先生である。

また，モデル事業概要に医療の質と安全を高めるための取り組みの一貫として，診療上の問題と死亡との因果関係を明らかにする事業，文部科学省科学研究費申請拡大活動のための細目の刷新に向けて，時限付分化細目の提言などが説明された。第28回医学会総会への協力・参加への依頼が追加された。

なお，平成21年度の会長は，太田喜久子さん，副会長　片田範子さん，本会からは小松浩子理事が副会長，会計監査に川嶋みどり理事が着任されたこと，事務局が，聖路加看護大学から慶應義塾大学に移ったことなどが説明された。

さらに，企画委員会として参加していた川口孝泰理事から学術会議に関する啓蒙が必要であるとの追加発言があった。

審議事項

１．名誉会員について（規程の確認を含む）　　山口桂子理事長

名誉会員推薦内規は，平成10年の理事会で決められている。

条件は，①本会の役員，理事，監事を３期以上就任したもの　②本会に貢献したもの（学術集会会長経験者等）③70歳以上のもの，以上の全てを満たした者となっている。なお，名誉会員の推薦に当たっては，他に本人の意思確認が必要であること，現在は，年齢が確認できないため明確な人数が把握

できないこと，名誉会員は選挙にでることができないことから理事にはなれないことなどの課題がある。現在10名が名誉会員である（亡くなられた方３名)。①から③の内規は，このままでよいかどうかが検討された。名誉会員は会員総会で決定する必要がある。

(質疑応答)

会員歴20年を追加するか。他の学会で70歳以上は，現職でないという条件もある。今の長寿時代を考えると75歳と言うこともある。これらの関連事項が論議され，次のことが決定された。

・年齢は70歳以上とする（所属のある方は，該当者の意思確認をする)。

・法人の役員，理事，監事，理事の任期は２期連続で行うことになっている（半数改選)。従って任期は２期，８年以上就任した者とする。

・本学会に貢献した人（学術集会会長・理事長等の経験者)

＊これらの条件に該当すると思われる方に本人の意思を８月２日以前に確認する。

２．選挙について　山口桂子理事長

１）規程について

規程は昨年決定した内容を規程としての体裁に整えたものである。

(1) 評議員選出について

規程を読み上げながら説明されたが，次のような各条項の追加説明があった。

・第１条（趣旨）の使用用語の語意について，「選出」の意味は，何らかの承認が必要な場合に用いる。第２条の「選任」の意味は，選挙で選ばれた時点で任を発する。

・第４条（任期）について，評議員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なるが，役員に選出された者の任期は，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なる。つまり，役員と評議員の任期が１日ずれる。決算が古い役員の責任で行われるからである。

・第５条（被選挙人資格）について，会費納入の完納を５月としたのは，各施設で新年度の請求が可能になるように計らったものである。

・第７条（選挙の公示）については，ネット上で行うので１ヶ月遅くして，９月末日としている。

・附則については，平成21年度の選挙実施にかかわる必要事項として検討されたことを文言として表現したものである。２項の７月21日までに会費を完納としたのは，選挙人の定数を明確にするためである。また，４項は，半数改選が円滑に行われるための工夫である。

(2) 理事・監事選出について

・第２条（理事の選出方法）について，新評議員の中から理事候補者を選出する。選出された人は，定時社員総会にて信任決議されることで選任決議となる。

・第８条（理事長等の選出）について，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，理事会に提出する必要があることを意味する。

（質疑応答）

・第２条,「２期４年間理事を務めることとし」, の表現については, 任期は２年とするの考えからすると気になる。実質的な表現として弁護士が書いたものであるが, 選挙規程の中に入れるのはどうか？　法律的に問題はないか再確認する。

・選挙人, 被選挙人となるための会費納入期限を７月21日とするのは, 会員にとって不利益にならないかということが論議された。現時点で会員約6,000人のうちの2/3が納入済みであり, この数は従来の選挙年度の会費納入状況とほぼ同じであることが確認された。

以上の論議後, 次のことが決められた。

・会費納入は, ７月21日までとする。

・その他, 条項の改行ミス等については, 訂正する

・第２条の件は, 法律事務所に再確認する。

２）次期役員および社員の数について

下記のことが説明され, 承認された。

・評議員については, ７月10日締め切りで現在の評議員の２年間の延長に関する意思確認をした。170名中139名から２年間の延長表明があった。この方たちは, ２年間の延長となる。現在の定款に基づく試算では, 約100名が評議員となるが, 半数改選を行うのでそのうちの50名を今回の選挙で選出することとなる。次期役員については, 現在役員の意思確認の結果20名中, 留任者９名, 辞退者10名, 指名理事２名は次期理事長の指名理事として枠を残すことにする。基本的な考えとして, 理事20名のうち新選出理事の10名は４年間継続すると言うことは変わらない。北海道は, 留任理事が欠員であるが, 東北理事の石井トク理事の移動で対応できる。

・東北理事の欠員について, 現時点で評議員の中から山口理事長が指名し, 理事を10名とすることが提案された。しかし, 理事長指名で地区理事を決めるという変則は避けたい。今回は８月２日までに決める必要があり, 東北地区の評議員13名に事務的なメールでやりとりを行い意向確認して決めたい。なお, 評議員が互選で理事を選ぶことは規程では決められていないので, 理事長の判断となる。

〈評議員・役員選挙スケジュール〉

６月20日　32巻２号に選挙の予告

７月12日　理事会

・理事会選挙規程の決定

・選挙管理委員の推薦

７月21日　年会費納入期限・地区変更の締め切り・選挙人の確定

８月２日　社員総会

・選挙規程の承認（決定は理事会）

・選挙管理委員の決定（選任）

8月3日　会員総会

・報告

8月10日　パスワードの郵送　（日程は変更する必要あり？）

IDとパスワードの郵送，郵送投票の申し出受付開始

〈評議員選挙〉

9月20日　32巻4号に規程の会告　選挙公示

・選挙管理委員会の立ち上げと委員長の決定

9月30日　Web上　選挙人名簿の公開，郵送投票の申し出締め切り

11月 1日～30日　投票期間

・集計・評議員選任（選挙結果はそのまま上位より決定）

〈役員選挙〉

1月5日　理事選挙用紙郵送

1月10日～31日　投票期間

2月から　・集計・役員選出（役員間の役割決定会議にて新役員決定）

6月　　社員総会にて役員の決定（選任）

3）選挙方法

Web上の処理及び郵送上の投票について，選挙管理委員が確認後，入力は正文社に一任する方針である。しかし，選挙の性質上入力は事務所で行い，入力後のチェックは選挙管理委員等で慎重に行う必要がある。この点は，選挙管理委員と調整する。

4）その他

・選挙管理委員の推薦について，選挙過程の検討，開票作業などを勘案して選挙管理委員は，東京・関東地区の人に限定して推薦することとなった。

3．委員会規程について

1）奨学会委員会　　議題3資料

紙屋克子委員長

資料に基づき説明される

(質疑応答)

第4条1）会計報告の件について，及び第5条の1）と2）について，資金の財産管理を入れるかについて等公認会計士に確認後，8月に決定とする。

その他，委員会規程，奨学会規程，募集要項などを分けて検討することが論議された。なお募集要項については，現在，希望者からの依頼に対応することになっているが，いつでもフォームが入手できる環境をつくることなどが提案された。これらを含めて，継続検討することで了承された。

2）学会賞・奨励賞委員会　　資料と追加資料

松岡綠委員長

規程の中に委員会に関することが含まれていたので，それを分けて考えるために委員会規程の検討を行ったとして，資料に沿って説明された。なお，学会賞・奨励賞については，これまで2つの賞を一本化することも検討されてきたが，定款作成段階では，その件の委員会での結論が出ていなかったので，これらの検討を含めた継続検討が必要になる。この件を含めて，今後，学会賞・奨励賞規程，学会賞・奨励賞委員会規程を2010年４月までに再検討して，理事会検討資料が作成されることで了承された。

3）編集委員会　　資料

川口孝泰委員長

資料に沿って説明され，次のことで合意された。

第５条（査読）の２）について手当を書くかについては，会計的に確認する必要がある。その他，第５条４）投稿された論文の査読は，査読委員２名及び編集委員会で行う。第１条 本会は，・・（編集委員会と略す）に訂正する。他の委員会もこのように変える。

4）研究倫理委員会

5）国際活動推進委員会

上記２つの委員会については，前回審議しているので略すことにする。

4．平成21年度事業計画案について　　田島桂子副理事長

４月25日に決定していることの再確認．資料の提示があり，案の通り確認する。

5．平成21年度予算案について　　資料５

宮腰由紀子会計理事

資料に沿って説明され，次のことが承認された。

・科目と備考の不一致について，一部修正の意見があり訂正される。
・学術集会の概算の枠をたてるのは，今年度は行わない。しかし，次年度からは必要である。
・奨学会の予算は，規程とのすり合わせで後日にお願いしたい。
・学術集会については，予算案のたて方は後日検討する。

（追加報告）

今までの学術集会の会計については，本会計と別のものとは認めがたいとの千葉東税務署の判断があり，継続検討を行っている。また，国税庁からは，平成21年３月までに納入しなければいけなかった税金として，１万４千５百円（雑誌を売った費用，広告掲載料金で入ったお金）が請求され支払った。

6．第38回（平成24年度）学術集会会長について

琉球大学医学部保健学科の宇座美代子さん（地域看護学）が推薦され承認された。

7．その他

1）一般社団法人における学術集会の運営について

2）一般社団法人における奨学会の運営について

以上については，既に終了していることを確認する。

3）一般社団法人における地方会の運営について

今までの地方会と同じ運営である。本会との関係は，本会からの支出に対する明細書があればよい。地方会自体は，任意の団体である。必要であれば，公認会計士と地方会役員と話す機会をつくる。

4）理事の継続者の意思確認は終了した。監事について，安藤詳子監事が２年間継続することとなったことの報告。

8．第36回学術集会　学術集会会長　深井喜代子

開催に際しての挨拶があり，学術集会の説明，予算案，ポスター，規約資料を基に説明が行われた。

第36回日本看護研究学会学術集会について，以下のことが確認，承認された。

①日　程　2010年８月21日（土）22日（日）

②会　場　岡山コンベンションセンター，一部岡山市デジタルミュージアムで行う。

③テーマ　「看護における研究の未来を問う」

④参加費を含めた予算案について

会場費は公的な会場であるのに高額（コンベンションセンターは１千万円)。参加費は会員で１人１万１千円とする。

その他　下記のことが論議された。

・ナーシング・サイエンス・カフェの開催を考えるのか。

・各委員会でセッションを入れる場合は，今年度の委員会が申し出ないと新委員は６月に決まるので会場の確保に間に合わないこと。

・会計からは，公認会計士から申し合わせ事項および謝金・旅費等に関しては，学術集会に関する申し合わせ事項もあるので参考にして欲しい。

以上で予定事項の終了となる。

# 一般社団法人日本看護研究学会
# 平成21年度第３回理事会

日　　時：平成21年８月２日（日）13：00～15：00

場　　所：パシフィコ横浜　２Ｆ　会議室

出　　席：理事－阿曽洋子，石井トク，泉キヨ子，尾岸恵三子，上鶴重美，紙屋克子，
川口孝泰，川嶋みどり，川西千恵美，黒田裕子，小松浩子，小山眞理子，
田島桂子，前原澄子，松岡緑，松田たみ子，宮腰由紀子，山口桂子，
山田律子
監事－安藤詳子，大谷眞千子
第36回学術集会会長　深井喜代子

欠席委任状：理事－影山セツ子，川村佐和子，山勢博彰　　（五十音・敬称略）

議　　長：山口桂子理事長

書　　記：尾岸恵三子総務担当理事

開始にあたり，本日の進行について，７月の第２回理事会の持ち越し分の検討から進める旨の説明があり，審議に移行する。尚，進行に先立ち，定款第６章第22条（理事の定足数）により，出席者19名，委任状３名により，本理事会が成立する旨の報告がされた。

**報告事項**

１．会員数の動向について　　田島桂子副理事長

平成21年４月１日現在

会員総数　5,718名（内訳　名誉会員７名，理事22名，評議員169名，一般5,520名）

平成21年７月31日現在

会員総数　5,891名（内訳　名誉会員７名，理事22名，評議員169名，一般5,693名）

**議　　題**

１．名誉会員について　　山口桂子理事長　資料１

前理事会での確認に沿って，平成10年の規程（平成10年７月29日決定）を遵守して審議された。今回の選挙を辞退する意思表示をされた方で条件に叶った方（年齢，理事の経歴，学会への貢献度等を勘案し）の５名の方が推薦された。

第11号川嶋みどりさん，第12号草刈淳子さん，第13号田島桂子さん，第14号野島良子さん，第15号前原澄子さんの諸先生が満場一致で推薦された。

尚，明日の総会後に会場にて証書と記念品を授与しご紹介する。

2．選挙について　山口桂子理事長　資料2－2

東北地区の理事欠員の理事長指名理事については，東北地区の評議員の中から東北地区の活動の活性化も視野に入れての人選であるとの説明があり，宮城県東北大学の塩飽仁さんが推薦された。平成22年6月から2年間の理事長指名理事とすることの提案がされ承認された。

1）次期役員および社員の数　山口桂子理事長　資料2－1

⑴　評議員選挙　定数等

資料2－1にそって説明される。選挙人数は，会員歴3年以上で，7月21日までに会費が払われた選挙人数3,515名である。

被選挙人数は，会員歴5年で，7月21日までに会費が納められた2,911名である。

平成22年以降の評議員数は，平成22～24年の残留者（東京地区は17名と訂正）135名を除く，54名となる。総数は，179名となる。残留希望評議員においても，会費未納の方は20名おり，この方々は除いた。

また，7月21日で〆切っているが，実質30日迄に納入した方が含まれている。このために本学術集会が終了したところで人数の再確認をした後に文書会議で諮る。それに基づき選挙管理委員会の活動が行われることを確認する。

⑵　理事の数について

継続審議であった東北地区理事1名の指名理事を加え10名，新規10名となる。定数割り当ては，資料2－1の通りに考えた。定数は，各地区の理事は1人にしない規程から最低2名として考えている。

監事は，1名交代となることから新しい方を1名決める。

2）選挙管理委員の推薦について

活動を考えて事務所に近い東京近辺で評議員歴があるとして，以下の3名が候補者として推薦された。満場一致で承認された。

青木きよ子さん（順天堂大学大学院），石川ふみよさん（東京工科大学片柳研究所），齋藤やよいさん（東京医科歯科大学）

3．委員会規程について

学会賞・奨励賞以外のものについては，前回の理事会で委員会規程として承認を得ている。

この度は残る規程について検討した。

1）奨学会　阿曽洋子副委員長　資料3－1

資料にそって説明される。一般社団法人日本看護学会奨学会委員会，第4条の資金については，細則へ移行し，第5条は（施行細則）とした。加え一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程施行

細則を設けた。そこに，第１条（資金），第２条（応募資格）を入れ，また，第２条２項の推薦の手続き及び様式は別に定めるとして述べた。さらに，第６条（返還）の項を追加設置した。

また，一般社団法人日本看護研究学会奨学会奨学研究募集規程として，１．応募方法，２．応募期間，３．奨学会委員会，４．応募書類，５．奨学会委員会の事務に関する５項目を設けた。尚，第４条の資金関係については，公認会計士に確認し，第５条（施行細則）として別においた経緯がある。以上の説明がなされた。

さらに，これらを踏まえた検討の結果から以下の通りに修正された。

一般社団法人日本看護研究学会奨学会委員会規程の第１条（名称）の略称については，（研究奨学会委員会と略す）を（奨学会委員会と略す）に変更する。第２条（目的）……研究費用の一部を授与し，に訂正する。第４条１）奨学金希望者の募集，選考，決定……とし，２）奨学金を受けた者の義務履行の確認，……と訂正する。
第５条（施行細則）……運営に関する必要な事項は別に定める。と訂正する。

一般社団法人日本看護研究学会奨学会委員会規程施行細則は，一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程に訂正する。第２条（応募資格）応募資格は，一般社団法人日本看護研究学会の会員歴が３年以上であり次の要件を満たす者。と訂正しそれ以下を削除する。第３条（選考方法）の（研究奨学会委員会と略す）の部分を削除する。第５条（義務）……一般社団法人日本看護研究学会雑誌を，日本看護研究学会雑誌に訂正する。……論文を公表する義務を負う者とする。に訂正する。
第６条（返還）……中の贈与を授与に変更する。

一般社団法人日本看護研究学会奨学会奨学研究募集規程を一般社団法人日本看護研究学会奨学会奨学研究募集要項とする。第２条（応募資格）の４項は，募集要項は，本会において定め……と訂正する。また，第２条（応募資格）応募は，一般社団法人日本看護研究学会の会員歴が３年以上であり，次の要件を満たす者。と訂正する。

以上により委員会から提案された内容の検討及び修正は終了。尚，一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程については，各々の項目の主語等において語意の一貫性を図る必要がある。これらについて委員会で速やかに検討し書面理事会に諮る。

本日の社員総会では，一般社団法人日本看護研究学会奨学会委員会規程についてのみ本日の修正案をもって諮る。

なお，募集については，書面理事会にて決定後に急いで募集することにする。９月20日号に間に合わない場合は多少遅れることの了承を得る。

2）学会賞・奨励賞委員会　松岡綠委員長　資料3－2

学会賞・奨励賞委員会規程及び学会賞・奨励賞に関する規程，学会賞・奨励賞に関する規程細則についての委員会案を資料にそって説明される。

一般社団法人日本看護研究学会　学会賞・奨励賞委員会規程について，第2条（目的）本会は，一般社団法人日本看護研究学会定款（以下，定款とする）第4条1号の5による学会賞・奨励賞事業として，「看護学の学術の領域において優れた業績があったと認められる者の表彰のための選考・推薦を行う。第3条（委員会）2項　本会の運営は，一般社団法人日本看護研究学会理事の中より5名の委員を選出して行う。4項　任期は役員任期期間とし，再任を妨げない。ただし，委員に欠員が生じた場合，これを補充しその任期は前任者の残任期間とする。第4条（活動事項）1項　受賞者を選考し理事会にかける。2項　受賞者選考要領を作成する。

また，一般社団法人　日本看護研究学会　学会賞・奨励賞に関する規程（案）について，第1条（趣旨），第2条（表彰の種類），第3条（表彰の対象），第4章（受賞の資格），第5条（受賞の数），第6条（受賞者の決定），第7条（表彰の方法），第8条（表彰の時期）より構成される旨，及び内容についての説明がされる。また，学会賞・奨励賞に関する規程細則（案）の第1条（趣旨），第2条（選考基準），第3条（推薦方法），第4条（申請の手続き），（その他）として第5条，第6条，第7条（細則の改正）の（案）について各々の説明がされ，以下の検討がされた。

一般社団法人日本看護研究学会　学会賞・奨励賞委員会規程について，第2条（目的）に，……看護学研究の発展と推進のために寄与することを目的とする。を加筆して本日の社員総会に提出することで採択される。

一般社団法人　日本看護研究学会　学会賞・奨励賞に関する規程（案）について，第1条（趣旨）の表現は，委員会よりもこの規程が上位であれば一般的にそぐわない。しかし，本学会では，「委員会規程」のみが設置されている部門もあり，両規程の関係性は並列の位置づけとして整えていくことの合意の基で提案通りの確認がされる。

（尚，名誉会員のこともあり，カッコ内は削除）学会賞・奨励賞については，これまで性質面から一体化することも提案されていたことから，1年後には一つにまとめることと，その場合は，第3条，第4条について変わる可能性があることとして確認される。第1条（趣旨）この規程は，看護学の学術領域において……と修正される。第3条（受賞の資格）1）3年以上の本学会会員であること。と修正する。（第6条（受賞者の決定）……理事会で審議し，決定する。に修正する。カッコ内は内容が異なるため削除。決定は会員総会）以上の修正にて承認される。

一般社団法人日本看護研究学会　学会賞・奨励賞に関する規程細則について，第4条（申請手続き）……学会賞・奨励賞は，本委員会から推薦される，と修正する。

尚，第２条（選考基準）選考の基準と推薦の手続きは「関する規程」に含むことが可能と考ええられる。副賞，書類の返却も不要と考えると，これらをふまえて「関する規程」は「規程細則」を併せたもので検討する事も可能ではないか等の提案がありこの点の再検討の必要性が提案される。

３）編集委員会（投稿規程・執筆要項）　川口孝泰委員長 資料　３－３

資料に沿って説明される。原稿執筆要項……加筆，修正部分は下線にて示した。特に，シソーラスで確認すること，ダブルスペースで印字すること，英文のアブストラクトのネイティブチェックの確認書を同封すること，引用文献について，URLについて注意する。

雑誌投稿規程は，原稿の送付の下線部分は特に注意してほしい旨報告された。

以上の案通りに確認される。

４）その他

富腰由紀子会計担当理事から，奨学会の資金の扱いについて公認会計士と相談中であること，また，会計の組み方，学術集会への入り方については，もう少し検討を必要とすること，地方会についても同様，公認会計士からモデルを出して頂くので今■の社員総会には提出できない旨報告があり，了承される。

尚，本会の規程等は，各委員会の内容が出そろい，整ったところで最終的に専門家の目を通し，規程として条文化されることが確認された。

# 一般社団法人日本看護研究学会
# 平成21年度第３回臨時社員総会議事録

日　　時：平成21年８月２日（日）15：00～18：00

場　　所：パシフィコ横浜　３Ｆ　ラウンジ

一般社団法人日本看護研究学会定款27条により，平成21年度第２回臨時社員総会成立の確認があった。

社 員 数：191名

出席社員：　92名　欠席委任状：94名

過半数（委任状を含む）により成立

書記の任命：前■ひとみ評議員（熊本大学)・小林淳子評議員（山形大学）

議　　長：山■桂子理事長

平成21年度第２回臨時社員総会議事事項に基づき進行

議事に先立ち，法人設立後の第１回会員総会を開催するに当たって，最初に平成21年度日本研究学会総会議事事項（32巻３号，433頁）に従って，平成20年度事業および会計に関する報告，日本看護研究学会の解散について審議する旨を含めて，理事長の挨拶があった。

報告事項

１．会員数の動向について

平成21年７月31日現在の会員数5,891名（内訳：名誉会員７名，理事22名，評議員169名，一般5,693名）

２．委員会報告について

１）奨学会委員会

平成21年度は応募がなかったことが報告された。

２）編集委員会

2008年は採用論文23編，編集委員会預かり３件，不採用23件であった。

論文掲載数は投稿数の約半分の状況である。

今年度４月以降26編の投稿があり，昨年より少し多い状況である。

３）学会賞・奨励賞委員会

現在，規定の見直しと推薦方法について検討中である。

４）研究倫理委員会

マニュアルを作成したことと，８月３日の13時40分から「研究倫理に関するよろず相談所」を開催することが報告された。

5）国際活動推進委員会

学術集会で２つの特別交流集会（英文抄録とキーワード，看護実践能力を高める教育のあり方）を開催予定であることが報告された。

英文抄録の書き方について，すべての地方会でセミナーを開催した。

キーワードは世界で共通のものを使用することが必要。そのための調査を行い，交流集会で発表予定である。

3．HPについて

定款等の改正や新しく決まったことの掲載など，順次変更する予定が報告された。

4．第35回学術集会について

学術集会長より進捗状況を含めた挨拶と協力へのお礼が述べられた。

5．法人化に伴う各事業実施の方針について

従来，日本看護研究学会の事業として行っていた学術集会，奨学会および地方会の運営については従前どおりの運営となるが，会計処理過程を明確にすることが求められるので，会計処理に関する統一面から，必要事項の協力を求めることになる。その意味で今後，必要な申し合わせ事項を作成し，順次提示する予定であることが説明された。

1）学術集会の申し合わせ事項について

内容としては，①学術集会長の役割，②日本看護研究学会雑誌の「プログラムおよび内容要旨」の発行・送付にかかわる役割，③会計にかかわる本学会と学術集会側との関係，④演題募集および講演者等の選定にかかわる留意事項，⑤学術集会運営にかかわる留意事項などが具体的に示されている（資料作成済み）。

2）学術集会および地方会の会計処理について

課税に関する事項が含まれるので，公認会計士との検討中のものもあり，明確な方針が定まれば順次提案されることが説明された。

6．その他

1）社会貢献事業について

一般社会の人々に対する看護についての理解を深めるために，学術集会でナーシング・サイエンス・カフェを開催することが報告された（作成された配布パンフレットあり）。

2）関係学術団体の活動について

日本学術会議および日本看護系学会協議会の活動については，日本看護系学会協議会の事業報告，事業計画，平成21－23年の役員名簿について報告された。

3）看護技術評価推進事業について

本学会からは紙屋克子理事が副代表となり，看護技術検討委員会に所属している。

また，本学会としては「遷延性意識障害の生活行動回復のための看護」（紙屋克子代表）を行っている。

審議事項

1．名誉会員について（資料4参照）

名誉会員推薦内規については，次のことが説明された。従来の内規（平成10年7月29日 理事会決定）を法人の定款に基づく評議員の任期を勘案して，本会の役員の任期を従来の3年任期の「三期以上」を8年以上に変更することとする。その他の本学会の発展に貢献した者および原則として70歳以上の者については従来どおりとする。それにより，次期選挙を辞退され内規に見合う方を推薦したい旨が説明された。

そのうえで，平成21年度会員総会の審議予定として，次の5名が理事会から推薦された。

川嶋みどりさん，草刈淳子さん，田島桂子さん，野島良子さん，前原澄子さんの5名。

2．選挙について

1）選出規程

評議員選出規程および理事・監事規定選出規程の資料を読み上げ，次のことなどが説明され，承認された。選挙資格，被選任資格については，今年度だけは7月21日の会費納入者としたこと，理事は学会運営を考慮し，評議員とあわせた任期とし，第8条（選挙管理委員会）も運営上，明記しておいた方がよいということで組み入れられている。

2）新評議員の定数

・会費納入の最終確認によって選挙人の人数に修正がでる可能性があるが，新評議員の定員数が提示された。

・残留同意を得られた評議委員は135名あり，理事の残留は10名であったが，東北地区は理事の移動により理事不在となるため，2年の期限付きで指名理事を設ける。

3）評議員・役員選挙スケジュール

実施過程が次のように説明された。32巻4号（9月20日発行）で選挙規程の会告および選挙の公示を行い，投票期間は11月1日～30日とする。評議員選挙についてはホームページのWebサイトで行う。事前に全会員にパスワードを設定する。Webサイトへ入れない人は従来のように郵送で実施し，理事・監事等の役員選出については従来どおり郵送での実施とすることが提案され，承認された。

4）選挙管理委員

理事会から定款に基づき選挙管理委員の推薦があり，青木きよ子さん（順天堂大学大学院），石川

ふみよさん（東京工科大学片柳研究所），齋藤やよいさん（東京医科歯科大学）が承認された。

3．委員会規程について

奨学会委員会，学会賞・奨励賞委員会，編集委員会，研究倫理委員会，国際活動推進委員会の委員会規定について，表現を統一する方向で検討された。規程の統一を依頼している関係事務所と再度相談して最終案を後日提示することとなった.

4．平成21年度事業計画案について

日本看護研究学会誌32巻３号461頁の事業計画案が提示され，承認された。

5．平成21年度予算案について

日本看護研究学会誌32巻３号462 ～ 466頁に基づき説明された。

支出の中の大きな変更項目や法人化に伴う予算の変更などについて具体的な説明があり，承認された。

6．第38回（平成24年度）学術集会会長について

宇座美代子さん（琉球大学）が推薦され，承認された。

7．その他

1）第36回（平成22年度）日本看護研究学会学術集会長の深井喜代子さん（岡山大学）のご挨拶があり，８月21日22日，岡山コンベンションセンターで開催予定であることが報告された。

2）地方会報告

北海道地方会，東海地方会，近畿・北陸地方会，中国・四国地方会，九州・沖縄地方会から，平成20年度に開催した地方会学術集会，研修会，セミナー等の報告があった。

# 日本看護研究学会平成21年度総会ならびに一般社団法人日本看護研究学会平成21年度会員総会議事録

日　　時：平成21年度８月３日（月）　12：30～13：30

場　　所：パシフィコ横浜・会議センターメインホール

司会　　田島　桂子副理事長

一般社団法人日本看護研究学会定款（以下，定款）第29条４項により総会の成立が確認された。

会員総数：5,884名（平成21年４月時の議決権を有する会員）

出席通知：　71名

欠席委任状：695名

会員の10分の１以上（委任状を含む）の出席回答により総会が成立した。

議長については，定款第29条３項により，学術集会会長が当たる。

議　　長：第35回学術集会　　川嶋みどり会長

書記の任命：浦田秀子評議員（長崎大学），佐藤昇子評議員（天使大学）

議事進行　第35回学術集会会長　川嶋みどり

山圖桂子理事長あいさつ

会員の皆様への案内どおり，予定通り平成21年４月に本学会の法人化ができたが，その後の整備事項や定款に従った選挙などの継続業務があり，理事の皆様の推薦により，引き続き理事長をお受けし必要な業務を進めている。ご協力を頂きたいとの挨拶があった。

さらに，議事に先立ち，法人設立後の第１回会員総会を開催するに当たって，最初に平成21年度日本研究学会総会議事事項（32巻３号，433頁）に従って，平成20年度事業および会計に関する報告，日本看護研究学会の解散について審議し，その後，平成21年度一般社団法人日本看護研究学会会員総会（434頁）へ移行する旨の説明があった。

議　　長：報告事項すべて終了後に質疑応答とする。

## 日本看護研究学会平成21年度総会議事事項

審議事項

1．平成20年度事業及び会計に関する報告

継続して行われる一般社団法人日本看護研究学会平成21年度会員総会議事事項において説明されることになった。

2．日本看護研究学会の解散について

日本看護研究学会は，平成21年４月１日に法人設立を行ったことにより，一般社団法人日本看護研究学会となり，解散されることが再確認され了承された。なお，加えて会員および会計に関する事項はそのまま一般社団法人日本看護研究学会に移行する旨の再確認も行われた。

## 一般社団法人日本看護研究学会平成21年度会員総会議事事項

審議事項

1．平成20年度事業および会計に関する報告

1）事業報告　日本看護研究学会誌32巻３号（以下省略）435頁参照　　田島桂子副理事長

報告通り承認された。

2）会計報告　　宮腰由紀子理事

一般会計・特別会計（選挙事業・記念事業）（436）頁～（446）頁，（451）頁～（458）頁参照

報告通り承認された。

特別会計（奨学会）（447）頁～（450）頁参照

報告通り承認された。

3）監査報告：会計監査報告　459頁参照　　公認会計士　大島良弘（大谷眞千子監事代読）

：監査報告　460頁参照　　安藤詳子監事

報告通り承認された。

2．名誉会員について　　山口桂子理事長

名誉会員の推薦条件については，１）本会の役員として８年以上就任した者，２）本会の発展に貢献した者，３）原則として，70歳以上の者が示され，川嶋みどりさん・草刈淳子さん・田島桂子さん・野島良子さん・前原澄子さんの５名が推薦され，承認された。

3．学会賞・奨励賞の承認について　山口桂子理事長

このことについて，平成20年度の事業報告で既に承認済みであるため，議題3は取り下げる，との説明があった。

4．第38回（平成24年度）学術集会会長選出について　山口桂子理事長

宇座美代子さん（琉球大学）が推薦され，承認された。

報告事項

1．学会員の動向について　田島桂子副理事長

会員総数　5,891名　（平成21年7月31日現在）

内訳は，名誉会員7名，理事22名，評議員169名，一般会員5693名と報告があった。

2．法人化に伴う各事業実施の方針について　山口桂子理事長

従来，学術集会および地方会の学術集会・会計等は，開催地や各地方会に一任していたが，今後は一定の方針を決めて本会との関係性の中で展開されることになる。「一般社団法人日本看護研究学会」の名称の元で実施される事業については，学会本部と連携しながら行っていく。会計処理方法などは決定次第提示していく，との報告があった。

3．平成21年度事業計画案について　田島桂子副理事長

461頁参照

事業案に盛り込まれている2．学会誌の発行，3．奨学会事業，4．学会賞・奨励賞事業，6．研究倫理に関する啓発事業，7．国際活動推進事業は定款に明示している実施事業である。8．「将来構想に関する組織整備事業」については，法人設立後の本学会の方針を検討することを意図している。9．法人設立記念事業の実施は，4月25日に記念講演を行い成功裡に終了した。また，全会員に対しては法人化の記念品として，設立年，学会の新名称とロゴマーク入りのファイルを挨拶状とともに送付した。11．社会貢献事業については，日本看護系学会協議会との連携により今年度は，この学術集会において初めてナーシング・サイエンス・カフェを開催している，との報告があった。

4．評議員・役員選挙について　山口桂子理事長

選挙の方法については社員総会で承認済みである。評議員数と選挙に関しては，人数の試算方法およびスケジュールと選挙方法がスライドで説明された。評議員数は平成21年7月21日締め切りで，会費納入済みの会員を分母にして定款に基づく試算を行い，今回の選挙で54名を選出することになると説明された。なお，現在の評議員に2年間の任期延長をしていただけるかどうかの確認をしたところ，135名が残留してくださることになり，最終的にはこれからの2年間は189名の評議員で進めることに

なる，との報告があった。

具体的な選挙の方法は，経済的，開票作業等の管理上の理由により，なるべくWeb上選挙でお願いしたいが，郵送選挙も併設することとしている。選挙の進め方としては，まず選挙管理委員を決め，その後会員への広報を具体化することになっている。

選挙管理委員には，青木きよ子さん，（順天堂大学 大学院），石川ふみよさん（東京工科大学 片柳研究所），齋藤やよいさん（東京医科歯科大学）に依頼していることが説明された。

5．委員会規程について　　山口桂子理事長

1）各委員会規程：新しい体制，名称変更等々に伴い，従来の委員会規程を統一の方向で，ここ1年半，内容の修正，見直しを進めてきている。しかし，形式面と実質面においてもうしばらく検討が必要である。規程の作成を依頼している弁護士事務所とも相談の上，会員の皆様に示して行きたい，との説明があった。

2）評議員選出規程・役員選出規程については，すでに承認を得ているので32巻4号（9月20日発行）に提示しながら，選挙を進めて行きたい，との説明があった。

6．委員会報告について

1）編集委員会報告　　川口孝泰委員長

① 現在の投稿論文の進捗状況

平成20年度：採用論文23編，編集委員会預かり3件，不採用23件であった。論文掲載数は投稿数の約半分の状況である。

平成21年度：4月以降26編の投稿があり，昨年より少し多い状況である。

② 「一般社団法人日本看護研究学会編集委員会規程」についての説明。

2）奨学会委員会　　阿曽洋子委員（紙屋克子委員長の代理）

平成21年度は応募がなかったことが報告された。

3）学会賞・奨励賞委員会　　松岡緑委員長

現在，規程の見直しと推薦方法について検討中であることが報告された。

4）研究倫理委員会　　石井トク委員長

マニュアルの作成と，8月3日の学術集会13時40分から「研究倫理に関するよろず相談所」を開催することが報告された。

5）国際活動推進委員会　　上鶴重美委員長

学術集会で2つの特別交流集会（英文抄録とキーワード，看護実践能力を高める教育のあり方）を開催予定であること，キーワードでは世界で共通のものを使用することが必要で，そのための調査を実施し，交流集会で発表予定であること。

また，英文抄録の書き方のセミナーは，本年度の北海道での開催により全ての地方会でのセミナー

を終了する事になる，と報告された。

6）将来検討委員会　山口桂子理事長

新役員の決定以後の組織に関して検討を進めている，との報告があった。

7．ホームページの運営について　山口桂子理事長

新しい団体として順次内容を修正し決定事項から変更している。委員会規程はまだ，古いものが掲載されているので，決定次第修正を行う，との報告があった。

8．平成21年度予算について　宮腰由紀子理事

462～466頁参照。支出の中の大きな変更項目や法人化に伴う予算の変更などについて説明があり原案通り承認された。

9．その他　山口桂子理事長（泉キヨ子渉外担当理事の代理）

1）日本学術会議について：連携団体であり，そこからの情報を逐次流していると，説明があった。

2）日本看護系学会協議会の活動について：平成21年6月12日総会を開催し，従来通りの年度事業を予定している。今回，本学会においてナーシング・サイエンス・カフェ事業を開催し，活動を行っている。21年度は役員改選にあたり，会長は太田喜久子さん（再選），副会長は片田範子さんと小松浩子さん（新選出）になり，事務局は慶応大学へ移動となった等の報告があった。

3）看護系学会社会保険連合（看保連）の活動について：看護技術検討委員会等々で，本学会活動を実施している。看保連の総会は平成21年4月21日に開催され，本学会から紙屋克子理事が副代表として出席。平成21年度活動計画としては，平成22年度診療報酬改定に向けた要望書を提出している。また，平成24年度の診療報酬と介護報酬改定に向けた活動を実施している，との報告があった。

議　長：報告事項すべて終了につき，質問・意見の有無を確認し，質問無く総会の終了を宣言。

＊総会終了後，以下の通り，次期学術集会会長挨拶，表彰及び奨学金授与，名誉会員表彰が行われた。

司　会　田鳥桂子副理事長

第36回（平成22年度）学術集会会長挨拶　岡山大学大学院保健学研究科教授　深井喜代子さん

・日時：2010年8月21日（土）・22日（日），会場：岡山コンベンションセンター，テーマ：「看護における研究の未来を問う」を中心に岡山での学術集会の紹介を行う。

表彰および奨学金授与　山口桂子理事長

平成20年度奨励賞表彰：辻ちえさん（大阪大学大学院）を表彰。

名誉会員表彰　　山口桂子理事長

第11号証　川嶋みどりさん，第13号証　田島桂子さんに名誉会員証が授与され，会場より拍手にて表彰を祝した。他の３名は欠席された。

# 一般社団法人 日本看護研究学会
# 第23回　中国・四国地方会学術集会のご案内

## 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おり，身近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回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

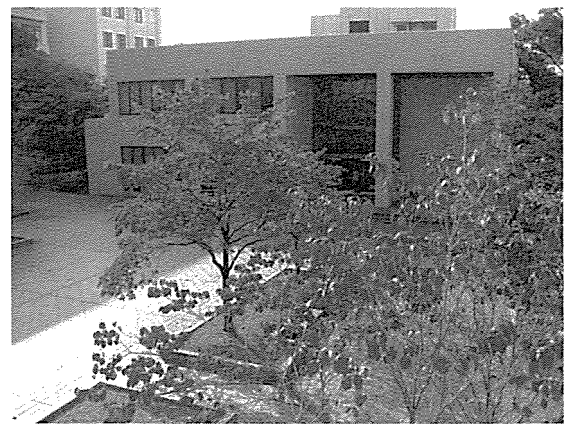
第23回学術集会実行委員長　内藤　直子

◆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）――*演題数は約70題もの申し込みを頂きました！*
　○ワークショップ　――*1題の申し込みがありました。*
　○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1：（検討中）（宮腰由紀子･広島大学大学院保健学研究科）
　○特別セミナー2：Culture, Caring and Action Research文化と思いやりとアクッション
　　リサーチ（Jeremiah Mock, M., Ph.D. Dep. Community Health Systems School of Nursing, Dep. Anthropology, History and Social Medicine School of Medicine）
　○特別セミナー3：英文抄録の書き方（上鶴重美・一般社団法人日本看護研究学会国際活動推進委員）
　○特別セミナー4：質的研究のPCソフト・ATLAS.tiの紹介（深堀浩樹・東京医科歯科大学）
◆演題募集：9月10日～11月13日（期間延長後に終了しました）
◆抄録受付：11月10日～12月1日（E-mail・受付を終了しました）
　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　当日参加も可能
　　郵送（大森美津子宛）および郵便振込で事前参加登録（2月5日まで）ができます。

“うどんツアー”や“懇親会でサヌカイト演奏や乙女文楽演出”を企画しお待ちしています。

---

●問い合わせ先：
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/



# 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）09：30～16：00
◆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（特定医療法人社団御上会野洲病院）
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　受付終了
◆参加費　　会員：事前申込　4,000円（22年1月30日まで）
会員：当日参加　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

---

●お問い合わせ先：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)
○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)
○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)

○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。

---

●お問い合わせ先：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）

# 看護師教育 新カリキュラム対応モデル

## M75B 万能型成人実習モデル　さくら Ⅱ

NEW

# "さくら Ⅱ"

新たに看護師教育新カリキュラムの
技術項目に対応する実習項目を追加
してバージョンアップしました！

- 経管栄養（胃ろうケア）
- 摘便実習
- 点滴内静脈注射
- 直腸内与薬
- 中心静脈栄養ケア

経管栄養(胃ろうケア)

摘便実習

点滴静脈内注射ケア

直腸内与薬

中心静脈栄養ケア

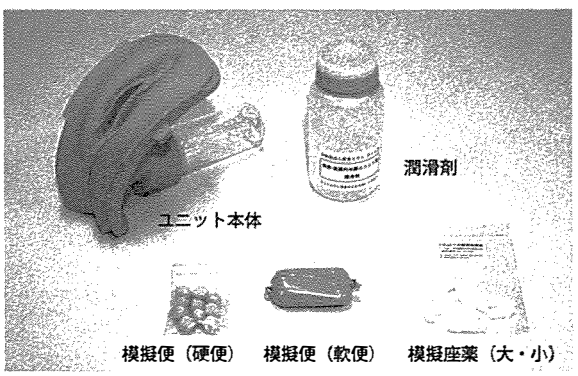
---

万能型成人実習モデル さくら "SAKURA" 用

## 摘便・直腸内与薬ユニット

専用の摘便・直腸内与薬ユニットをご購入いただくと、お手持ちの万能型成人実習モデル さくら "SAKURA" で、新たに看護師教育新カリキュラムの技術項目に対応する「摘便」「直腸内与薬」の実習が可能となりました。

※摘便・直腸内与薬ユニットには、模擬座薬と模擬便（硬便、軟便）、潤滑剤が付属しています。




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

# 日本学術会議の動き

## 幹事会報告

**第73回幹事会について**

日時　平成21年3月19日（木）（持ち回り）

**会議の概要**

**(1) 審議事項**

○補欠の会員の選考手続きについての一部改正及び補欠の会員候補者の決定

○連携会員の辞職

○日本の展望委員会分科会委員の決定

○分野別委員会運営要綱の一部改正及び委員の決定

について承認されました。

○加入団体（UICC：国際対がん連盟）からの脱退について承認されました。

○平成21年度代表派遣実施計画（25回・37人）について承認されました。

○平成21年度代表派遣者の決定（4月～6月実施分4件）について次のとおり承認されました。

① 国際哲学会連合（FISP）運営委員会
日　時　4月6日～7日
開催地　ナポリ（イタリア）
派遣者　佐々木健一（連携会員・日本大学文理学部教授）

② 国際微生物学連合（IUMS）理事会
日　時　4月17日～18日
開催地　アムステルダム（オランダ）
派遣者　富田房男（連携会員・放送大学北海道学習センター所長）

③ 第7回地球環境変化の人間的側面国際会議（IHDP）
日　時　4月26日～30日
開催地　ボン（ドイツ）
派遣者　氷見山幸夫（連携会員・北海道教育大学教授）

④ 国際自動制御連盟（IFAC）理事会・執行委員会
日　時　6月24日～26日
開催地　ロンドン（イギリス）
派遣者　木村英紀（連携会員・理化学研究所BSI-トヨタ連携センター）

○国際人権ネットワーク第9回隔年総会への会員派遣の決定
日　時　5月21日～23日
派遣者　鈴村興太郎（副会長）

○シンポジウム等の主催10件、国内会議の後援3件について承認されました。

5月以降に開催されます公開講演会・シンポジウム等の詳細につきましてはInformation Plaza又は日本学術会議ホームページをご覧ください。

**(2) 諸報告事項**

○各委員会等及びサイエンスカフェの開催について報告がありました。

**第74回幹事会について**

日時　平成21年4月6日（月）17時～18時10分

**会議の概要**

**(1) 審議事項**

○課題別委員会の設置及び設置要綱の決定

○分野別委員会運営要綱の一部改正及び委員の決定

について承認されました。

○シンポジウム等の主催3件、国内会議の後援5件について承認されました。

**(2) 諸報告事項**

○対外報告「代理懐胎を中心とする生殖補助医

療の課題－社会的合意に向けて－」
に係るインパクトレポート
○サイエンスカフェの開催
等についての報告がありました。

(3) その他
○平成21年秋の総会は、
平成21年10月19日（月）～21日（水）
○平成22年春の総会は、
平成22年4月5日（月）～4月7日（水）
に開催することになりました。

**第75回幹事会について**
日時　平成21年4月7日（火）12時30分～
**会議の概要**
(1) 審議事項
○要望「宇宙科学推進に関する要望」について
承認されました。
○ICSU第100回理事会への会員の派遣について承認されました。
日　時　2009年4月26日～27日
開催地　フランス（パリ）
派遣者　黒田玲子会員（ICSU副会長）
(2) その他
「学術団体のあり方に関する調査研究」－中間報告（記録）－
が報告されました。

## 日本学術会議ニュース

### ICSU(国際科学会議)事務局長Chen Deliang氏が金沢会長を表敬訪問

平成21年4月14日（火）、金澤一郎日本学術会議会長は、代表的な国際学術団体であるICSU（国際科学会議）の事務局長Chen Deliang氏の表敬訪問を受けました。

CHEN事務局長及び金澤一郎会長、黒田玲子ICSU副会長、土居範久連携会員、星元紀連携会員との記念写真

日本学術会議からは、ICSU副会長の黒田玲子第三部会員、ICSU-CSPR（科学計画・評価委員会）委員である星元紀連携会員、元国際担当副会長の土居範久連携会員が同席しました。

Chen事務局長は、日本のICSUへの支援に対し、感謝の意を示すとともに、現在、ICSUが積極的に参画している気候変動国際共同研究計画（WCRP）、生物圏国際協同研究計画（IGBP）、地球環境変化の人間社会側面に関する国際研究計画（IHDP）等の研究計画や、若手研究者の育成への取組みなどを紹介しました。

また、金澤会長とChen事務局長の間では、ICSUと日本学術会議の今後の連携の必要性などについて話し合われ、最後に、Chen事務局長より、事務局運営について、限られた資源、財源を最大限に活用し、効率的な運営を行う体制を構築することが必要との認識が示されるとともに、日本学術会議の今後一層の協力への期待が述べられました。

## Information Plaza
## 情報プラザ

### 学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成21年5月以降に予定されているものについて紹介いたします。

**◈分子科学研究所所長招聘研究会「学術のあるべき姿と大学等の組織変革」**

日時　平成21年5月8日（金）
13時00分～18時10分
場所　岡崎コンファレンスセンター
自然科学研究機構
次第　課題1「大学院教育改革と戦略」
・「学生のための大学院教育を」野依良治
・「教育投資と経済成長」小塩隆士
課題2「学術政策・展望と大学・共同研究機関」
・「学術と大学への期待―日本の将来に向けて―」合田隆史
・「我が国の展望：教育・研究の強化」岩澤康裕
・「学術政策の現状・課題・展望」勝野頼彦
・「学術研究と大学共同利用機関」中村宏樹
課題3「大学等の研究強化と戦略」
・「京都大学の組織体制」大嶌　幸一郎
・「中国、フランスに見る2，3の研究強化動向」紺野大介
・「アイデンティティー論争から見えてきた科学の深層構造：Science of Chemistryの前提と課題について」落合洋文

**◈シンポジウム「食育の現状と大学附属農場等の果たすべき役割」**

日時　平成21年5月8日（金）
14時00分～17時00分
場所　日本学術会議6階会議室
次第　講演1「大学附属農場の食育の現状」中司 敬
2「大学附属農場における総合的な食育活動」林 久喜
3「大学附属農場における特色ある食育活動」居城幸夫
4「欧米の大学の食育事情」未定
5「アジアの大学の食育事情」高垣美智子
6「マスコミからみた大学附属農場の食育の現状と期待する役割」松元浩一

**◈シンポジウム「農業振興と地域活性化」**

日時　平成21年5月25日（月）
13時00分～17時00分
場所　鳥取環境大学（鳥取市若葉台1－1－1）
次第　講演1「21世紀の成熟型社会における地域農業とその展望」三野 徹
2「鳥取県における農商工連携と地域活性化」
3「コウノトリを育む農法とその後の展開」
4「耕作放棄地対策と農業振興」（仮題）松村一善
5「中山間地域の活性化とその取り組み」飯国芳明

**◈「原子力総合シンポジウム2009」**

日時　平成21年5月27日（水）～28日（木）
場所　日本学術会議講堂
次第　第1日目　10時00分～17時00分
・基調講演　斉藤鉄夫（環境大臣）
・特別講演　近藤駿介（原子力委員会委員長）
第2日目　10時00分～17時00分
・特別講演　鈴木篤之（原子力安全委員会委員長）他

# 日本学術会議の動き

◆シンポジウム「学協会の新公益法人制度への対応の現状と課題」
日時　平成21年5月30日（土）
　　13時00分～17時30分
場所　日本学術会議講堂
次第　講演1「アンケートにみる国内学協会の対応状況」池田駿介
　　2「海外における学協会に関する調査報告」菱田公一
　　3「海外における学協会に関する法制度」小林良彰
　　4「新公益法人制度への対応上の留意点」未定

◆シンポジウム「若者問題への接近―誰が自立の困難に直面しているのか―」
日時　平成21年6月6日（土）
　　13時30分～16時30分
場所　(独)労働政策研究・研修機構霞が関連絡事務所会議室
　　(千代田区霞が関1－4－2　大同生命霞が関ビル6階)
次第　講演1「自立の困難な若者に関する研究の動向」太郎丸 博
　　2「地域の労働市場と職業教育」小杉礼子
　　3「家族と福祉から排除される若者」岩田正美
　　4「自立の困難な若者の実態と包括的支援政策」宮本みち子
　　パネルディスカッション

◆公開講演会「グローバル化する世界における多文化主義：アジア・太平洋からの視点」
日時　平成21年6月13日（土）
場所　日本学術会議講堂（予定）
次第　未定

◆シンポジウム「若年層の政治参加の現状と課題」
日時　平成21年6月28日（日）
　　14時00分～16時00分
場所　京都大学吉田南キャンパス
　　(京都市左京区吉田本町)
次第　報告1　小野耕二
　　2　小林良彰
　　3　近藤孝弘

◆公開講演会「新潟県中越沖地震と柏崎刈羽原子力発電所の建物・構築物」
日時　平成21年6月中旬
場所　日本学術会議講堂（予定）
次第　講演1「地震動に関する分析結果」未定（東京電力）
　　2「点検結果」未定（東京電力）
　　3「土木構造物の耐震性」未定
　　4「地盤の非線形性と建物との相互作用」中井正一
　　5「隣接建物の影響と地盤不整形成の影響」福和伸夫
　　6「建物・構築物に関する国の審査状況」西川孝夫

◆シンポジウム「知能的太陽光植物工場」
日時　平成21年7月3日（金）
　　13時30分～17時00分
場所　日本学術会議6階　6-C会議室
次第　講演1「なぜ、太陽光植物工場なのか？その課題と展望」古在　豊樹
　　2「高生産性オランダトマト栽培の発展にみる環境・栽培技術」池田英男
　　3「地域拠点型“知能的太陽光植物工場”の進展」仁科弘重
　　4「植物工場の全自動化への展望」村瀬治比古
　　パネルディスカッション

# 日本学術会議の動き

## 幹事会報告

**第76回幹事会について**

日時　平成21年4月16日（木）（持ち回り）

**会議の概要**

（1）審議事項

○日本の展望委員会における分科会委員の決定
○科学者委員会における分科会委員の決定
○国際委員会における小分科会の委員の決定
○分野別委員会運営要綱の一部改正及び委員の決定
○地区会議の構成員の変更
○地区会議の運営協議会委員の変更
について承認されました。
○外部委員候補者の推薦について承認されました。
① 第一東京弁護士会
資格審査会委員1名及び予備委員1名
懲戒委員会委員3名及び予備委員3名
② 京都大学数理解析研究所
運営委員会委員候補者15名及び補欠3名
専門委員会委員候補者18名及び補欠2名
○日本学術会議協力学術研究団体の指定について承認されました。
指定を承認された団体
日本ケミカルバイオロジー学会　日本学校心理学会　総合観光学会　クィア学会
○持続可能な社会のための科学と技術に関する国際会議2009の開催について承認されました。
日程　平成21年9月17日（木）、18日（金）
場所　日本学術会議講堂
○平成21年度の各地区会議の事業計画について承認されました。
○シンポジウム等の開催7件、国内会議の後援1件について承認されました。

**第77回幹事会について**

日時　平成21年5月14日（木）（持ち回り）

**会議の概要**

（1）審議事項

○大学教育の分野別品質保証の在り方検討委員会における分科会委員の決定
○分野別委員会における分科会委員の決定
について承認されました。

## Information Plaza 情報プラザ

**学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ**

今回は、平成21年6月以降に予定されているものについて紹介いたします。

**◆「若者問題への接近―誰が自立の困難に直面しているのか―」**

日時　6月6日（土）　13：00～17：00
場所　（独）労働政策研究・研修機構霞が関連絡事務所会議室
次第　講演1「自立の困難な若者に関する研究の動向」太郎丸 博
2「地域の労働市場と職業教育」小杉礼子
3「家族と福祉から排除される若者」岩田正美
4「自立の困難な若者の実態と包括的支援政策」宮本みち子

**◆「黄砂・ダスト輸送と越境大気汚染」**

日時　6月8日（月）　13：00～17：00
場所　東京大学理学部4号館2階1220号室
次第　講演1「地上気象データ、衛星画像で見た黄砂」黒崎泰典
2「全球モデルで見たアジアの砂漠起源のダストの役割」田中泰宙
3「現地観測から推定したタクラマカン砂漠のダスト総量について」甲斐憲次

4「黄砂が運ぶもの」岩坂泰信
5「風送越境大気汚染とその生物影響」青木正敏
6「深海底に降り積もる黄砂」植松光夫

**◆「グローバル化する世界における多文化主義：日本からの視点」**
日時　6月13日（土）　13：30～17：30
場所　日本学術会議講堂
次第　講演1「"多文化共生"の問題と課題：日本、西欧を視野に」宮島 喬
2「日本在住外国人にかんする法制度」近藤 敦
3「日本における労働市場・労働力移動」井口 泰
4「"多文化共生"社会における教育のあり方」佐久間孝正

**◆「若年層の政治参加の現状と課題」**
日時　6月28日（日）　14：00～16：00
場所　京都大学吉田南キャンパス
次第　報告1　小野耕二
2　小林良彰
3　近藤孝弘　他

**◆「新潟県中越沖地震と柏崎刈羽原子力発電所の建物・構築物」**
日時　6月中旬
場所　日本学術会議講堂（予定）
次第　講演1「地震動に関する分析結果」未定（東京電力）
2「点検結果」未定（東京電力）
3「土木構造物の耐震性」未定
4「地盤の非線形性と建物との相互作用」中井正一
5「隣接建物の影響と地盤不整形成の影響」福和伸夫
6「建物・構築物に関する国の審査状況」西川孝夫

**◆「知能的太陽光植物工場」**
日時　7月3日（金）　13：00～17：00
場所　日本学術会議講堂
次第　講演1「なぜ、太陽光植物工場なのか？その課題と展望」古在豊樹
2「高生産性オランダトマト栽培の発展にみる環境・栽培技術」池田英男
3「地域拠点型"知能的太陽光植物工場"の進展」仁科弘重
4「植物工場の全自動化への展望」村瀬 治比古

**◆日本学術会議中部地区会議主催学術講演会**
日時　7月3日（金）　13：00～16：00
場所　信州大学松本キャンパス
次第　1「日本学術会議第155回総会報告」後藤俊夫
2「科学者との懇談」丹生 潔
3　講演①「科学者の行動規範について」金澤一郎
②「宝石結晶の環境調和フラックス成長」大石修治
③「政策決定と統計的証拠」舟岡史雄

**◆日本学術会議中国・四国地区会議主催学術講演会**
日時　7月11日（土）　14：00～16：20
場所　徳島大学蔵本キャンパス　長井記念ホール
次第　1「不思議な脳の世界」金澤一郎
2「地球は大きな薬箱―病気と闘う薬学―」高石喜久
3「人は血管より老いる」玉置俊晃
4「自己の分子で癌を治療する」安友康二
5「食べられない苦しみ、食べられる喜び」市川哲雄
6「脳外科医の闘い」永廣信治

# 日本学術会議の動き

## 幹事会報告

**第78回幹事会について**

日時　平成21年5月28日（木）14時～16時

**会議の概要**

**（1）審議事項**

○課題別委員会の委員の決定

○分野別委員会の委員の決定

について承認されました。

○提言「経済危機に立ち向かう包摂的社会政策のために」について承認されました。

○日本学術会議細則の一部改正について承認されました。

○分野別委員会運営要綱の一部改正について承認されました。

○日本学術会議協力学術研究団体として新たに次の5団体の指定について承認されました。

- 北陸都市史学会
- 観光まちづくり学会
- 日本脳神経外科救急学会
- 日本未病システム学会
- 日本ストレスマネジメント学会

○平成21年度代表派遣の7月から9月までの実施分16件について承認されました。

○公開シンポジウム及び講演会等の主催11件、国内会議の後援3件、国際会議の講演1件について承認されました。

## Information Plaza 情報プラザ

**学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ**

今回は、平成21年7月以降に予定されているものについて紹介いたします。

**◈「知能的太陽光植物工場」**

日時　7月3日（金）13時00分～17時00分

場所　日本学術会議講堂

次第　講演1「なぜ、太陽光植物工場なのか？その課題と展望」古在豊樹

2「高生産性オランダトマト栽培の発展にみる環境・栽培技術」池田英男

3「地域拠点型"知能的太陽光植物工場"の進展」仁科弘重

4「植物工場の全自動化への展望」村瀬治比古

パネルディスカッション

「食料生産の革新システム:グリーンハウス・オートメーションへのパラダイム・シフト」

**◈日本学術会議中部地区会議主催学術講演会**

日時　7月3日（金）13時00分～16時00分

場所　信州大学松本キャンパス

次第　1「日本学術会議第155回総会報告」後藤俊夫

2「科学者との懇談」丹生 潔

3　講演①「科学者の行動規範について」金澤一郎

②「宝石結晶の環境調和フラックス成長」大石修治

③「政策決定と統計的証拠」舟岡史雄

**◈日本学術会議九州・沖縄地区会議学術講演会**

日時　7月7日（火）14時30分～

場所　長崎大学　中部講堂

次第　講演1　「日本の国際貢献・国際協力の例として長崎大学による国際貢献」嶋田雅暁、山下俊一、大西眞由美

2　「野口アフリカ賞とアフリカの健康開発へのとりくみ」リアム・ウェレ博士

**◈日本学術会議中国・四国地区会議主催学術講演会**

日時　7月11日（土）15時00分～17時30分

場所　徳島大学医学部臨床第二講堂

次第　1「不思議な脳の世界」金澤一郎

2「地球は大きな薬箱―病気と戦う薬学―」高石喜久

3「人は血管より老いる」玉置俊晃

4「自己の分子で癌を治療する」安友康二

5「食べられない苦しみ、食べられる喜び」市川哲雄

6「脳外科医の闘い」永廣信治

**◈「愛媛から世界へ　農林水産学と社会貢献」**

日時　7月18日（土）13時30分～16時30分

場所　愛媛大学城北キャンパス・グリーンホール

次第　第1セッション（農学分野）

「太陽光利用型植物工場の知能化のための Speaking Plant Approach技術」仁科弘重
第2セッション（林学分野）
「航空レーザー測距法による大面積森林資源計測」末田達彦
第3セッション（水産学分野）
「地方大学発の地域貢献の新しい形：愛媛大学南予水産研究センターの取り組み」三浦 猛

◆「Beautiful Science ～科学する楽しみ～」
日時　7月20日（月）13時30分～16時30分
場所　一橋記念講堂（学術総合センター内）
次第　基調講演「私にとっての楽しい科学」
スーザン・グリーンフィールド卿
特別講演「ミクロの世界に魅せられて」
外村 彰
実験講座　市村禎二郎

◆「メディアと選挙」
日時　7月23日（木）10時00分～17時00分
場所　早稲田大学小野梓記念講堂
次第　I テレビと選挙
「『テレビ政治』を超えて―21世紀型メディア選挙の構築」逢坂 巌
「選挙とニュース：バラエティ番組化・ワイドショー化の進むテレビ報道」毛利嘉孝
II インターネットと選挙
「凋落するネット選挙、勃興するネット政治」玄武岩
「2008年米大統領選挙とメディア」遠藤 薫

◆「ものづくりの持続的なイノベーションへむけた基盤科学技術提言」
日時　7月23日（木）13時15分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　講演1「我が国のものづくり科学・技術の強化をめざす材料構造化コンバージング・テクノロジーの意義と役割」豊田政男
2「我が国の材料研究の将来展望とものづくり基盤科学技術」馬越佑吉
3「生産科学分野におけるコンバージング・テクノロジーの検討」吉川勇二 他

◆「新潟県中越沖地震と柏崎刈羽原子力発電所の建物・構築物」
日時　7月28日13時30分～17時30分
場所　日本学術会議講堂
次第　講演1「中越沖地震の概要」増子 宏
2「発電所内の被害状況」土方勝一郎
3「原子炉建屋の地震時挙動」福和伸夫
4「原子炉建屋の耐震設計と健全性検討」井上範夫
5「土木構造物の耐震設計と健全性検討」盲瀬和夫
6「耐震設計の課題と今後の展望」西川孝夫

◆「見るよろこび、聞くよろこび、AVD（Auditory Visual Disease）の克服に向けて―2つの目、2つの耳―」
日時　8月11日（火）14時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　講演1「2つの目の不思議」大鹿哲郎
2「2つの耳の不思議」加我君孝
3「目の新しい治療」坂本泰二
4「耳の新しい治療」小林俊光　他

◆「海と陸と人と」
日時　8月21日（金）13時30分～17時00分
場所　日本学術会議6階会議室C
次第　講演1「豊かな海の秘密」蒼土正暁
2「地球科学界の新顔メタンハイドレートは善玉か悪玉か」松本 良
3「沿岸海域の汚染と地理情報システム」後藤真太郎
4「中国の西部開発フロンティアで起こった四川地震」千木良雅弘
5「メコンデルタの洪水と共生する社会」寄山成子
6「21世紀の土地の利用と海の利用」氷見山幸夫

# 日本学術会議の動き

## 幹事会報告

**第79回幹事会について**

日時　平成21年6月25日（木）14時～16時

**会議の概要**

**(1) 審議事項**

○幹事会附置委員会の設置及び委員の決定
○日本の展望委員会分科会委員の決定
○機能別委員会における要綱の一部改正及び分科会等の委員の決定
○分野別委員会運営要綱の一部改正及び委員の決定について承認されました。
○提言「経済危機に立ち向かう包摂的社会政策のために」について承認されました。
○報告「人と社会を支える機械工学に向けて」について承認されました。
○部が直接統括する分野別委員会の合同分科会について承認されました。
○日本学術会議協力学術研究団体として新たに次の2団体の指定について承認されました。
・日本食育学会
・整形外科リハビリテーション学会
○公開シンポジウム及び講演会等の主催10件、国内会議の後援6件について承認されました。

8月以降に開催されます公開講演会・シンポジウム等の詳細につきましては、Information Plaza又は日本学術会議ホームページをご覧ください。

## 日本学術会議ニュース

日本学術会議地区会議が主催する学術講演会が、次のとおり開催されました。

**1．日本学術会議中部地区会議学術講演会**

日本学術会議中部地区会議学術講演会が平成21年7月3日（金）信州大学松本キャンパス経済学部第一講堂にて開催されました。

当日は、金澤会長が「科学者の行動規範について」というテーマで講演を行ない、続いて「宝石結晶の環境調和フラックス成長」大石修治（信州大学工学部教授）、「政策決定と統計的証拠」舟岡史雄（信州大学経済学部教授）といったテーマで講演が行なわれました

**2．日本学術会議九州・沖縄地区会議学術講演会**

日本学術会議九州・沖縄地区会議学術講演会「地球市民としてのあなたへ～現代アフリカの健康と発展への挑戦～」が平成21年7月7日（火）長崎大学中部講堂にて開催されました。

当日は、長崎市内の高校生を中心に約500名の方々が参加され、第1回野口英世アフリカ賞受賞者でありますミリアム・ウェレ博士（ケニア）による英語での講演（同時通訳）「野口英世アフリカ賞、そして現代アフリカの健康と発展への挑戦」が行われ、その後、高校生とミリアム・ウェレ博士との間で英語での質疑応答が行なわれました。続いて「なぜいまアフリカ、熱帯の病（やまい）なのか？いつの世も…次の歴史は「辺境」で創造される」嶋田雅暁（長崎大学熱帯医学研究所教授・ケニア拠点長）、「アフリカの女性とこどものくらし・アフリカンママのパワーとポテンシャリティ」大西眞由美（長崎大学大学院医歯薬総合研究科保健学科教授）といったテーマで講演が行なわれました。

**3．日本学術会議中国・四国地区会議学術講演会**

日本学術会議中国・四国地区会議学術講演会「「医学と社会の接点」～難病克服に立ち向かう生命科学の創造と魅力～」が平成21年7月11日（土）徳島大学蔵本キャンパス臨床第二講堂にて開催されました。

当日は、徳島市内の高校生を中心に約200名の方々が参加され、金澤会長が「不思議な脳の世界」とのテーマで講演を行ない、続いて「地球は大きな薬箱－病気と戦う薬学－」高石喜久（徳島大学薬学部長）、「人は血管より老いる」玉置俊晃（徳島大学医学部長）、「自己の分子で癌を治療する」安友康二（徳島大学免疫学部教授）、「食べられない苦しみ、食べられる喜び」市川哲雄（徳島大学臨床歯学部教授）、「脳外科医の闘い」永廣信治（徳島大学脳外科教授）といったテーマで講演が行なわれました。

# Information Plaza
## 情報プラザ

**学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ**

今回は、平成21年8月以降に予定されているものについて紹介いたします。

**◆「見るよろこび、聞くよろこび、AVD（Auditory Visual Disease）の克服に向けて―2つの目、2つの耳―」**

日時　8月11日（火）14時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　講演1「2つの耳の不思議」加我君孝
2「2つの目の不思議」大鹿哲郎
3「耳管による聴こえの調節とその障害―とくに耳管開放症の新しい治療について―」小林俊光
4「よくある両目の病気、片目の病気と新しい治療法」坂本泰二

**◆日本学術会議第三部主催市民公開講演会**
**～「環境共生都市と未来エネルギーを考える」～**

日時　8月11日（火）15時00分～17時00分
場所　九州大学箱崎キャンパス国際ホール
次第　講演1「環境共生都市―都市社会とみどり・農から、SATOYAMAイニシアチブまで」進士五十八
2「未来エネルギーとしての核融合」伊藤早苗

**◆日本学術会議第二部主催公開シンポジウム**
**～「今、医療の最前線では？」～**

日時　8月18日（火）13時00分～18時00分
場所　大阪大学中之島センター佐治敬三メモリアルホール
次第　講演1「緒方洪庵と日本の医学」芝哲夫
2「緒方洪庵の天然痘との戦い」加藤四郎
3「がん対策・がん医療の最前線」廣橋説雄
4「脳を守ろう―脳は何故壊れやすいのか」桐野高明
5「肥満を科学する―賢い脂肪細胞」松澤佑次
6「先端医療と画像」富樫かおり
7「最新医療が患者にもたらしたもの」内布敦子
8「歯と生きがい」渡邉誠
9「創薬の最前線：ドラッグデリバリーシステム」橋田充
10「心不全に対する最近の治療 移植から再生まで」澤芳樹

**◆「海と陸と人と」**

日時　8月21日（金）13時30分～17時00分
場所　日本学術会議6階会議室C
次第　講演1「豊かな海の秘密」若土正曉
2「地球科学界の新顔メタンハイドレートは善玉か悪玉か」松本良
3「沿岸海域の汚染と地理情報システム」後藤真太郎
4「中国の西部開発フロンティアで起こった四川地震」千木良雅弘
5「メコンデルタの洪水と共生する社会」春山成子
6「21世紀の土地の利用と海の利用」永見山幸夫

**◆「ダーウィン生誕200年記念シンポジウム**
**ダーウィンを超えて～21世紀の進化学」**

日時　8月22日（土）13時00分～17時00分
場所　東京大学安田講堂
次第　第一部 講演
～21世紀の進化学の最前線とその教育～
「植物になる進化」井上勲
「ダーウィンを超えて植物進化を解く」長谷部光泰
「共生と生物進化」深津武馬
「脊索動物の起源と進化」佐藤矩行
「ゲノムからみた脳・神経系の起源と進化」五條堀孝
「危機から生まれた哺乳類：脳進化」岡田典弘
「迅速な適応性：昆虫の学習と進化ゲーム」鷲田正和
「中高生にどのように進化を教えるか？」中井咲織
第二部 パネルディスカッション
進化教育と生物多様性条約の動き

# 日本学術会議の動き

## 幹事会報告

**第80回幹事会について**

日時　平成21年7月23日（木）14時～16時

**会議の概要**

**(1) 審議事項**

○幹事会附置委員会の設置及び委員の決定

○機能別委員会における分科会等の委員の決定

○分野別委員会運営要綱の一部改正及び委員の決定等

○課題別委員会に係る分科会の設置期間の延長及び委員の決定等

について承認されました。

○日本学術会議とバングラデシュ科学アカデミーの間の友好協定について承認されました。

○日本学術会議協力学術研究団体規定の一部改正について承認されました。

○日本学術会議協力学術研究団体として新たに次の6団体の指定について承認されました。

- 日本応用経済学会
- 日本性科学会
- 日本総合学術学会
- 日本人間ドック学会
- 英語コーパス学会
- 日本国際情報学会

○The Executive Board Meeting of the InterAcademy Panel on international issues(IAP)の開催について承認されました。

日時　平成21年9月15日（火）、16日（水）

場所　日本学術会議6階会議室

○Eighth Meeting of the ICSU Regional Committee for Asia and the Pacific（第8回国際科学会議アジア太平洋地区委員会）の開催について承認されました。

日時　平成21年11月25日（水）、26日（木）

場所　未定

○サウジアラビア・アブドゥラ王立科学技術大学（KAUST）創立記念式典への会員の派遣について承認されました。

期間　平成21年9月23日～24日

派遣者　金澤一郎会長

○第2回IAP Conference for Young Scientists－2009への会員の派遣について承認されました。

期間　平成21年9月9日（水）～14日（月）

場所　大連（中国）

派遣者　片山浩之特任連携会員

○平成21年度日本・カナダ女性研究者交流事業実施要領について承認されました。

○平成21年度代表派遣実施計画の変更について承認されました。

○平成21年度代表派遣の10月から12月までの実施分11件について承認されました。

○日本学術会議中部地区会議の関係大学事務局の変更について承認されました。

中部地区会議の代表幹事交替に伴い8月1日から中部地区会議の関係大学事務局を名古屋大学に変更

○公開シンポジウム及び講演会等の主催18件、国内会議の後援6件及び国際会議の後援3件について承認されました。

9月以降に開催されます公開講演会・シンポジウム等の詳細につきましては、Information Plaza又は日本学術会議ホームページをご覧ください。

**(2) 諸報告事項**

○6月26日から7月16日の間に開催されましたサイエンスカフェについての報告がありました。

## 日本学術会議ニュース

**1．日本学術会議の各部が主催する公開講演会等が次のとおり開催されました。**

**(1) 日本学術会議第一部主催市民公開シンポジウム**

日本学術会議第一部が主催する市民公開シンポジウム「市民のなかの人文・社会科学―市民との対話―」が平成21年7月26日（日）北海道大学文系共同教育研究棟講義室8にて開催されました。

当日は、約50名の方々が参加され、広渡清吾第一部長、佐伯浩北海道大学総長の挨拶の後、井田良会員、内田伸子会員、西村清和連携会員、猪口邦子会員がそれぞれ講演を行いました。

**(2) 日本学術会議第三部主催市民公開講演会**

日本学術会議第三部が主催する市民公開講演会

「環境共生都市と未来エネルギーを考える」が平成21年8月11日（火）九州大学箱崎キャンパス国際ホールにて開催されました。

当日は、約100名の方々が参加され、岩澤康裕第三部長、有川節夫九州大学総長の挨拶の後、進士五十八会員、伊藤早苗会員が講演を行いました。

**(3) 日本学術会議第二部主催公開シンポジウム**

日本学術会議第二部が主催する公開シンポジウム「今、医療の最前線では？」が平成21年8月18日（火）大阪大学中之島センター佐治敬三メモリアルホールにて開催されました。

当日は、約130名の方々が参加され、唐木英明副会長、鷲田清一大阪大学総長の挨拶の後、芝哲夫大阪大学名誉教授（緒方洪庵と日本の医学）、加藤四郎大阪大学名誉教授（緒方洪庵の天然痘との戦い）が講演会のテーマに因み緒方洪庵に係る講演を行い、その後、現在の医療について、廣橋説雄会員、桐野高明会員、松澤佑次会員、富樫かおり会員、内布敦子連携会員、渡邉誠会員、橋田充会員、澤芳樹大阪大学教授がそれぞれ講演を行いました。

## 2．9月以降の予定

**(1) 平成21年度秋の定例総会**

日本学術会議第156回総会は、10月19日（月）～10月21日（水）までの3日間開催する予定です。

**(2) 日本学術会議主催公開講演会及び日本学術会議地区会議主催公開学術講演会の開催予定について**

**◆日本学術会議主催公開講演会**

**「大学教育の分野別質保証を考える」**

日時　平成21年10月
場所　日本学術会議講堂（予定）
次第　講演1「大学教育の分野別質保証について」
北原和夫
2「現代の教養と学士課程教育」
小林傳司
3「大学教育の職業的レリバンス」
本田由紀
4「大学教育に対する産業界からの要望」
籾井勝人
5「大学教育の質保証システムについて」
黒田壽二
パネルディスカッション

**◆日本学術会議主催公開講演会**

**「ダーウィン生誕200年―その歴史的・現代的意義―」**

日時　平成21年12月5日（土）
場所　日本学術会議講堂
次第　第1部　講演　ダーウィンの生涯と業績
①「近年のダーウィン研究からみたダーウィンの生涯」松永俊男
②「ダーウィンの地質学」矢島道子
③「ダーウィンの生物学」
小川眞理子
第2部　講演　ダーウィンの影響
①「ダーウィニズムの思想史上の意義」横山輝雄
②「ダーウィニズムの社会的影響」
富山太佳夫
③「ダーウィンの日本への影響」
溝口 元
第3部　討論　ダーウィンの現代的意義
①「進化学の立場から」佐倉 統
②「人類学の立場から」
長谷川眞理子
③「自然史博物館の立場から」
山田 格
④「ジャーナリズムの立場から」
渡辺政隆

**◆日本学術会議主催公開講演会**

**「世界のグーグル化とメディア文化財の公共的保全・活用」**

日時　平成21年12月
場所　日本学術会議講堂
次第　未定

**◆近畿地区会議主催公開学術講演会**

**「人はなぜ笑うのか？」**

日時　平成21年10月11日(日) 13時00分～17時30分
場所　京都大学百周年時計台記念館
次第　講演1「人間の潜在的『笑い力』の顕在化
～健康と親和的人間関係への貢献」
井上 宏
2「笑いの脳内メカニズム」岩瀬真生
3「笑い学研究から感性の科学へ向けて」
野澤孝司

◆北海道地区会議主催講演会
「北海道から地球の未来を考える」(仮題)
日時　平成21年11月7日(土)13時30分～17時05分
場所　公立はこだて未来大学講堂
次第　問題提起「ITは人類を救うか？」中島秀之
講演1「青い空から未来を語ろう」瀬名秀明
2「SF的視点からの『多様性』」藤崎慎吾

◆九州・沖縄地区会議主催学術講演会
「食の安全と、どう取り組むか」
日時　平成21年11月16日(月)15時00分～17時15分
場所　鹿児島大学稲盛会館キミ&ケサメモリアルホール
次第　講演1「食品の安全性管理と第三者認証制度」(仮題)坂本文男(予定)
2「意図的汚染を防ぐ食の防犯」(仮題)東島弘明(予定)

◆東北地区会議主催学術講演会「世界自然遺産白神山地を考える－自然保護と共生－」
日時　平成21年11月26日(木)13時00分～17時00分
場所　弘前大学創立50周年記念会館
次第　講演(予定)遠藤正彦／牧田肇　他

## Information Plaza 情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成21年9月以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆「ブダペスト宣言から10年 過去・現在・未来
－社会における、社会のための科学を考える－」
日時　平成21年9月9日(水)13時00分～17時10分
場所　日本学術会議講堂
次第　特別講演　吉川弘之／ノバート・クロー／ユアン・ツェー・リー／佐藤禎一
パネルディスカッション
パネリスト　黒田玲子／鈴村興太郎　他

◆「計画行政学の過去・現在・未来」
(熊田禎宣元会員のメモリアルセッション)
日時　平成21年9月11日(日)9時30分～12時00分
場所　香川大学幸町キャンパス
次第　報告　和泉潤／根本敏則／木谷忍／坂野達郎／鐘ヶ江秀彦／松井啓之／氷見山幸夫　他

◆「人材育成のグローバルアプローチ」
日時　平成21年9月11日(金)9時30分～11時30分
場所　朱鷺メッセ 新潟コンベンションセンター
次第　講演1「今後の歯科医学教育の充実について」新木一弘
2「ミシガン大学における大学院口腔健康科学コースについて」Jan CC Hu, Charlotte M Mistretta
3「口腔科学の研究普及と如何に研究のインパクトを高めるか」Anthony J Smith

◆「遺伝子組換え植物研究の現状と課題」
日時　平成21年9月17日(木)13時00分～15時30分
場所　山形大学地域教育文化学部B棟B31教室
次第　講演1「遺伝子組換え植物研究を巡る日本および世界の現状」鎌田博
2「遺伝子組換え植物と生物多様性影響評価」伊藤元己
3「遺伝子組換え食品の安全性評価」手島玲子
4「遺伝子組換え食品の安全性評価」小野道之　他

◆「国際電波科学連合公開シンポジウム
－環境・エネルギーと電波科学－」
日時　平成21年10月3日(土)13時00分～17時20分
場所　富山国際会議場
次第　講演1「国際電波科学連合およびアジア・太平洋電波科学会議の任務と課題」小林一哉
2「電波科学と太陽宇宙発電システム開発」橋本弘蔵
3「安全・安心のためのミリ波パッシブイメージング技術」水野皓司
4「未来の携帯電話」山口良
5「宇宙から地球を見る－マイクロ波リモートセンシング－」古濱洋治
6「電波伝搬特性の世界的な予測

－無線システム信頼性の確保－」
細矢良雄
7「地中を見るレーダー遺跡から地雷まで－」
佐藤源之
8「人工衛星『かぐや』による月探査の成果」熊本篤志
9「電波による地球環境計測」石井 守

**◆「陸域生態系変動と土地利用変化の統合研究をめざして」**

日時　平成21年10月3日(土)
10時～17時
場所　日本学術会議講堂
次第　講演1「日本及びアジアにおけるGLP研究」
Ademola Braimoh
2「土地システムに関わる人間－環境研究」Dennis Ojima
3「生態系ネットワークの崩壊と再生」
山村則男
4「流域環境の質と環境意識の関係解明：概念的・方法論的アプローチ」吉岡崇仁
5「アムール川流域の土地利用変化がオホーツク海・親潮域の海洋基礎生産に与える影響評価」白岩孝行
6「温暖化するシベリアの自然と人」
檜山哲哉
7「インドネシアの泥炭・森林における火災と炭素管理プロジェクト」大崎 満
8「『日本における里山里海サブ・グローバル評価』進捗状況について」
中村浩二
9「地球地図プロジェクトについて」
乙井康成
10「自然と人間の持続可能な共生とGLP」
氷見山幸夫

**◆「今後の肉用牛の改良の方向性－牛肉のおいしさに注目して－」**

日時　平成21年10月9日(金) 9時00分～12時00分
場所　福島県西白河郡西郷村文化センター大研修室
次第　話題提供「福島県における肉用牛改良」
松井　滋
講演1「最近における和牛の格付け状況からみた今後の方向性について」
舩本富弘
2「黒毛和種の産肉能力および生産性における改良の現状と課題」向井文雄
パネルディスカッション

**◆「生物多様性に関する学術と社会の対話フォーラムの一年前プレフォーラム」**

日時　平成21年10月12日(月) 16時00分～18時30分
場所　名古屋国際会議
次第　第一部：パネルディスカッション：
セクター間対話に向けて
第二部：統合生物学学術領域からの発信
－生物多様性研究の最前線

**◆「健康価値を創造するライフスタイル－21世紀の公衆衛生活動のあり方を求めて」**

日時　平成21年10月23日(金) 13時30分～16時00分
場所　奈良県文化会館
次第　講演1「公衆衛生活動における健康価値創造」
森本兼曩
2「幼少期が決めるライフスタイル」
児玉浩子
3「病と健康の質」正木治恵
4「睡眠障害とQuality-of-Life」
大川匡子
5「ストレスと運動の実践的ダイナミクス」
下光輝一
6「健康栄養実践と公衆衛生活動」
徳留信寛
7「保健看護活動からみたライフスタイルの意味するもの」金川克子
8「健康価値創造に向けた立法活動のありかた」梅村聡
9「環境が決めるライフスタイルの重要性」
松澤佑次

# 日本学術会議の動き

## 幹事会報告

**第81回幹事会について**

日時　平成21年8月28日（金）（持ち回り）

**会議の概要**

**(1) 審議事項**

○国際委員会における小分科会の委員の決定
○分野別委員会における分科会等の委員の決定
○課題別委員会の委員の決定
について承認されました。
○外部委員候補者の推薦について承認されました。
○第3回ICSUアジア太平洋地域会合への会員の派遣について承認されました。
○地域ワークショップ「AASAクリーン・ウォーター・プログラムとIAPウォーター・プログラムとの間の協力体制強化」への会員の派遣について承認されました。
○シンポジウム等の開催4件及び国内会議の後援2件について承認されました。

## 日本学術会議ニュース

**「サイエンスアゴラ2009**
**～地球の未来 日本からの提案Ⅱ～」の開催について**

日本学術会議では、科学と社会委員会科学力増進分科会（毛利衛委員長）が中心となって、科学を楽しみながら科学と社会を繋げるための広場（アゴラ）として、「サイエンスアゴラ」を（独）科学技術振興機構と共催で、平成18年度より、毎年開催しており、本年度は、下記の予定で、開催することとしております。

1．テーマ　「サイエンスアゴラ2009
～地球の未来 日本からの提案Ⅱ～」
2．主　催　日本学術会議、独立行政法人科学技術振興機構
3．共　催　国際研究交流大学村
4．日　時　平成21年10月31日（土）～11月3日（火・祝日）
5．会　場　国際研究交流大学村（日本科学未来館、東京国際交流館、産業技術総合研究所臨海副都心センター）

日本学術会議の科学力増進分科会、分野別委員会等が企画するシンポジウム等として、下記の8つのテーマを日本学術会議企画として、実施することとしておりますので、ご関心のある方のご出席をお待ちしております。

**日本学術会議企画**

**1「正しく知って、正しく備えよう、インフルエンザに」シンポジウム**

日時　11月1日（日）13：30～15：00
主催　日本学術会議 科学と社会委員会科学力増進分科会、国立感染症研究所
内容　感染症は誰にでも感染の可能性があり、原■となる病原体は常に変化している。感染症対応の根本は相手を正しく知り、正しくおそれることにある。今春から世界中で広がったインフルエンザは確かに今までになかったという点で新型のウイルスによるものあるが、インフルエンザウイルスに違いはない。この病気と原■ウイルスについて集積された最新知見を提示し、その備えについて考える。

**2「科学を文化にするために」シンポジウム**

日時　11月1日（日）15：30～17：00
主催　日本学術会議 科学と社会委員会科学力増進分科会
内容　日本で科学が文化の一つとして定着しきれていないのはなぜだろうか。この問題を論じるには、西洋流の「科学」が移入された明治期までさかのぼって検証する必要がある。また、科学と文化を融合するヒントは、児童文学やアニメの影響力にあるかもしれない。この二点に関して、二つの話題提供を切り口に、科学を日本の文化として根付かせるためにはどうすればよいかを論じ合う。

### 3「mini セルフェスタ2009」展示

日時　10月31日（土）・11月1日（日）10：30～17：00（予定）

主催　日本学術会議 科学と社会委員会科学力増進分科会

協力　お茶の水女子大学Science & EducationCenter

内容　生物をつくる細胞は、命の源となる大切な働きを担っています。
細胞の観察や実験を通して、その不思議に触れ、細胞研究の楽しさを体験します。
展示内容／巨大細胞「セル蔵君」、これが私のDNA、ウニの発生 ほか

### 4「医療と心理学はどのように連携できるか」シンポジウム

日時　11月1日（日）10：30～12：00

主催　日本学術会議 健康・医療と心理学分科会

内容　現代社会において心の健康は国民的課題であり、医療現場では心理学の専門的知識が求められる機会が多くなってきた。海外においても、医療機関で働く心理学の専門家の数が急増し、医療と心理学の連携が実現されている。この企画では、現代日本の医療現場で心理学がどのように求められているか、医療と心理学の間でどのような連携が可能であるかについて、医療側（精神神経科、神経内科、小児科）、心理学側（基礎心理学、臨床心理学）の双方から論じる。

### 5「沙漠と砂漠化および黄砂と大気汚染のはなし」シンポジウム

#### (1)「世界の沙漠と環境のはなし－沙漠・温暖化・環境問題・人工降雨等－」シンポジウム

日時　10月31日（土）13：00～16：00

#### (2)「世界の沙漠と砂漠化のはなし－植林･生物資源･黄砂・大気汚染等－」シンポジウム

日時　11月3日（火）13：00～16：00

主催　日本学術会議 農業委員会・風送大気物質問題分科会、日本沙漠学会

内容　農学委員会・風送大気物質問題分科会と日本沙漠学会の社会貢献の一環として、一般対象のシンポジウムを開催する。沙漠・砂漠化と地球温暖化、黄砂の特徴と地球規模のダスト輸送、気候変化とエネルギー、乾燥地における植林・緑化、中国新疆ウイグルの環境変動、沙漠における塩性化問題、沙漠緑化と人工降雨、沙漠植物と機能性植物、黄砂と付着物質・病原菌、大気汚染による植物生体反応、沙漠・砂漠化の写真、地球温暖化と異常気象等々について、講演形式で解説する。また、分科会と日本沙漠学会の活動状況をブースのポスター、写真パネル等で展示・紹介する。

### 6「社会性の脳科学」シンポジウム

日時　10月31日（土）13：00～17：00

主催　日本学術会議 脳と意識分科会、脳とこころ分科会、神経科学分科会

内容　人間はとても社会的な存在であり、さまざまなコミュニケーションを図りつつ生活しています。また、社会性の破綻はこころのあり方に大きく影響を与えます。本シンポジウムでは、日本学術会議の中で脳神経科学や心理学に関係する三つの分科会の合同により、種々の観点から社会性を理解するための研究についての講演を行います。

### 7「地球に生きる素養を身につけよう！：「地球を好きになる」教育の勧め」シンポジウム

日時　10月31日（土）14：00～17：00（予定）

主催　日本学術会議 地球惑星科学委員会・社会貢献分科会

内容　地球温暖化、地震、火山噴火、資源エネルギーなど、人類が直面する問題はすべて地球の活動が関係している。地球上に生きる人類は、地球とともに生きる素養を身につけるべきではないだろうか。本シンポジウムでは、5名の演者がそれぞれ異なった視点から話題提供をおこない、人間生活にとって地球がいかに身近なものであるのか？ 地球と賢くつきあうにはどうすればいいのか？ について、会場の参加者とともに考える。

8「統合生物学－生物をまとめて調べると見えてくる世界（仮題）」シンポジウム

日時　11月2日（月）13：30～16：30（予定）
主催　日本学術会議 応用生物学委員会
内容　現代生物学全体を統合してゆくことを最終目的とする統合生物学の姿を紹介する。統合生物学によって、ヒトと生物の未来を見据えることができる。講演としては、「生物社会の理解にむけて－生物集団の自己組織化を解明する統合生物学－」、「遺伝子の側面から生物の世界全体を見る」、「太陽を食べる生物と地球を食べる生物：深海生物の不思議に迫る」、「化石と統合生物学」、「人類の視点から生物をながめる」、「生物学の十字路としての行動生物学」などを予定している。

## Information Plaza 情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成21年10月以降に予定されているものについて紹介いたします。

◈「今後の肉用牛の改良の方向性－牛肉のおいしさに注目して－」

日時　平成21年10月9日（金）9時00分～12時00分
場所　福島県西白河郡西郷村文化センター講堂
次第　話題提供「福島県における肉用牛改良」
松井 滋
講演1「最近における和牛の格付け状況からみた今後の方向性について」舩本富弘
2「黒毛和種の産肉能力および生産性における改良の現状と課題」向井文雄
パネルディスカッション
舩本富弘／向井文雄／入江正和／河村 正／池内 豊

◈近畿地区会議主催公開学術講演会
「人はなぜ笑うのか？－社会脳からのアプローチ－」

日時　平成21年10月11日（日）13時00分～17時30分
場所　京都大学吉田キャンパス百周年時計台記念館
次第　講演1「人間の潜在的『笑い力』の顕在化～健康と親和的人間関係への貢献」
井上 宏
2「笑いの脳内メカニズム」岩瀬真生
3「笑い学研究から感性の科学へ向けて」
野澤孝司
総合討論

◈「道州制の可能性」

日時　平成21年10月11日（日）9時30分～11時30分
場所　日本大学法学部三崎町キャンパス
次第　講演1「ドイツ連邦国家にみる州制の実際」
縣 公一郎
2「政府、自民党の道州制案」荒田英知
3「道州制と大都市制」土岐 寛

◈「生物多様性に関する学術と社会の対話フォーラムの一年前プレフォーラム」

日時　平成21年10月12日（月）16時00分～18時30分
場所　名古屋国際会議場
次第　第一部：パネルディスカッション：セクター間対話に向けて
パネラー　鷲谷いづみ／林 良嗣／香坂 玲　他
第二部：統合生物学学術領域からの発信－生物多様性研究の最前線
プレゼンター　松本忠夫／斎藤成也／長谷川眞理子／北里 洋／長谷川寿一／美宅成樹

◈「社会格差と健康－公衆衛生の重要課題の対策に向けて」

日時　平成21年10月21日（水）18時00分～20時00分
場所　奈良県文化会館
次第　1「社会格差と健康の「確固たる事実」と対策－WHO健康の社会的決定要因委員会の最終報告」橋本英樹

# 日本学術会議の動き

2 日本における社会格差と健康問題の実態
「社会格差に視点を置いた地域保健活動」
中条桂子
「社会経済的要因による健康格差の国際比較―心理社会的ストレスと健康リスク行動の役割」関根道和
3 対策
「健康インパクト評価（Health Impact Assessment）の可能性と課題」藤野善久
4 指定発言
「日本公衆衛生学会の対応」川上憲人

◆「健康価値を創造するライフスタイル―21世紀の公衆衛生活動のあり方を求めて」
日時　平成21年10月23日(金) 13時30分～16時00分
場所　奈良県文化会館
次第　講演1「公衆衛生活動における健康価値創造」森本兼曩
2「幼少期が決めるライフスタイル」
児玉浩子
3「病と健康の質」正木治恵
4「睡眠障害とQuality-of-Life」
大川匡子
5「ストレスと運動の実践的ダイナミクス」下光輝一
6「健康栄養実践と公衆衛生活動」
徳留信寛
7「保健看護活動からみたライフスタイルの意味するもの」金川克子
8「健康価値創造に向けた立法活動のありかた」梅村 聡
9「環境が決めるライフスタイルの重要性」
松澤佑次

◆「機械工学の展望―21世紀の役割と貢献―」
日時　平成21年11月5日(木) 13時00分～16時30分
場所　日本学術会議講堂
次第　基調講演1「機械工学の展望（日本の展望）」
笠木伸英
2「機械工学の将来と機械学会」
有信睦弘
パネルディスカッション
有信睦弘／笠木伸英／白鳥正樹／
柘植綾夫／古川勇二／森下 信／
北村隆行

◆北海道地区会議主催講演会
「北海道から地球の未来を考える」（仮題）
日時　平成21年11月7日(土) 13時30分～17時05分
場所　公立はこだて未来大学講堂
次第　問題提起「ITは人類を救うか？」中島秀之
講演1「青い空から未来を語ろう」瀧名秀明
2「SF的視点からの『多様性』」
藤崎慎吾

◆「明日の海と食を守る水産海洋サステナビリティ学」
日時　平成21年11月7日(土) 10時00分～17時00分
場所　北海道大学大学院水産科学研究院（函館キャンパス大講義室）
次第　基調講演1「世界の持続可能な水産科学の行方」Rashid Sumaila
2「生態系を基本とした漁業管理と気候変動」Chang Ik Zhang
一般講演1「アラスカ漁業とエコ・ラベルMSC」William Smoker
2「海洋生態系の保全と水産業」
桜井泰憲
3「水産食資源を守る」吉水 守
4「水産食資源の持続可能性と海洋生態系」帰山雅秀
パネルディスカッション
「世界の海と食をどう守るか」

◆九州・沖縄地区会議主催学術講演会
「食の安全と、どう取り組むか」
日時　平成21年11月16日(月) 15時00分～17時15分
場所　鹿児島大学稲盛会館キミ＆ケサメモリアルホール
次第　講演1「食品の安全性管理と第三者認証制度」（仮題）坂本文男（予定）
2「意図的汚染を防ぐ食の防犯」（仮題）
東島弘明（予定）

◈「科学技術におけるイノベーションの創出と人材育成―応用物理の目指す方向―」

日時　平成21年11月19日(木)13時10分～17時40分
場所　日本学術会議講堂
次第　講演1「イノベーション創出における大学の役割」松本 紘
　　2「公的研究機関を核にしたイノベーション創出の取り組み」野間口 有
　　3「わが国の科学技術戦略：政策立案の立場から」岩瀬公一
　　4「イノベーション創出に向けた産学連携研究開発～ナノ量子融合研究を例にして」
　パネル討論「イノベーションを支える人材育成」
　　奥村次徳/小舘香椎子/榊 裕之/渡辺美代子/菅原 充/真島 豊

◈日本学術会議主催公開講演会
「大学教育の分野別質保証に向けて
―学術会議からの報告―」

日時　平成21年11月23日（月・祝）
　13時30分～17時00分
場所　文部科学省講堂（予定）
次第　講演1「分野別質保証のための参照基準について」広田照幸
　　2「今日的な教養と学士課程教育」小林傳司
　　3「大学教育の職業的レリバンス」本田由紀
　　4「大学教育についての産業界の考え」朝井勝人
　　5「質保証システムを如何に構築するか」北原和夫
　パネルディスカッション

◈「社会格差の広がりと子どもの健康への影響
―今、学校保健に何が求められているか」

日時　平成21年11月29日（日）9：45～12：00
場所　沖縄県県立看護大学
次第　講演1「子どもの健康と社会格差（社会的不平等）に関する研究の現状」上地 勝
　講演2「養護教諭から見た子どもたちの健康と社会格差の現状－沖縄県の場合」
　　富永妙子
　講演3「養護教諭から見た子どもたちの健康と社会格差の現状―千葉県市川市の場合」井上智恵子
　講演4「子どもの教育と健康における格差」高橋浩之
　講演5「ソーシャルキャピタルと子どもの健康の社会格差」朝倉隆司
　講演6「格差社会及び子どもの健康をめぐる日本学術会議の諸活動」小林章雄

◈中部地区会議学術講演会

日時　平成21年12月4日(金)13時00分～16時00分
場所　名古屋大学野依記念物質科学研究館
次第　講演1「日本学術会議第156回総会報告」巽 和行
　　2「科学者との懇談」丹生 潔
　　3「(演題未定)」唐木英明
　　4「学知とその社会的還元―コレージュ・ド・フランスの場合―」佐藤彰一
　　5「シアノバクテリアの一日を測るタンパク質」近藤孝男

◈日本学術会議主催公開講演会
「ダーウィン生誕200年―その歴史的・現代的意義―」

日時　平成21年12月5日（土）
場所　日本学術会議講堂
次第　第1部 講演 ダーウィンの生涯と業績
　　①「近年のダーウィン研究からみたダーウィンの生涯」松永俊男
　　②「ダーウィンの地質学」矢島道子
　　③「ダーウィンの生物学」小川眞里子
　第2部 講演 ダーウィンの影響
　　①「ダーウィニズムの思想史上の意義」横山輝雄
　　②「ダーウィニズムの社会的影響」富山太佳夫
　　③「ダーウィンの日本への影響」

# 日本学術会議の動き

溝口 元

第3部 討論 ダーウィンの現代的意義

①「進化学の立場から」佐倉 統

②「人類学の立場から」長谷川眞理子

③「自然史博物館の立場から」山田 格

④「ジャーナリズムの立場から」

渡辺政隆

**◆東北地区会議主催学術講演会**

**「世界自然遺産白神山地を考える―人と自然の共生の視点から―」**

日時　平成21年12月16日(木)12時00分～17時00分

場所　弘前大学創立50周年記念会館

次第　講演（予定）佐々木長市／金澤一郎／牧田 肇／高橋慶太郎

**◆日本学術会議主催公開講演会**

**「世界のグーグル化とメディア文化財の公共的保全・活用」**

日時　平成21年12月（日時未定）

場所　日本学術会議講堂

演者　長尾真国立国会図書館長（予定）、とちぎあきら国立近代美術館フィルムセンター学芸室長（予定）、テッサ・M・スズキオーストラリア国立大学教授（予定）他

**◆「阪神・淡路大震災15周年フォーラム」**

日時　平成22年1月18日(月)10時00分～17時00分

場所　神戸国際会議場（ポートアイランド）

次第　特別講演　濱田政則

パネルディスカッション

「地震災害軽減に向けての学協会の役割」

和田 章

# 日本学術会議の動き

## 第156回総会

日本学術会議第156回総会が、平成21年10月19日・20日の両日開催されました。

総会では、提案事項が承認されるとともに、審議事項として、「日本の展望－学術からの提言2010（素案）」の審議が行われました。その他、審議経過報告として「学術の大型研究計画検討分科会」、「学術誌問題検討分科会」、「知的財産検討分科会」、「大学教育の分野別質保証の在り方検討委員会」からそれぞれ報告が行われるとともに、自由討議において活発な議論がなされるなど、盛況裏に終了しました。

**第156回総会の概要**

■10月19日（月）

午前（10時～12時）

◎来賓挨拶

菅直人内閣府特命担当大臣（科学技術担当）

◎日本学術会議細則の一部改正を決定した。

◎前回総会（第155回）以降の諸報告等を行った。

◎日本の展望委員会「日本の展望－学術からの提言2010（素案）」の審議を行った。

午後（13時30分～14時30分）

◎各委員会・分科会等の審議経過の報告を行った。

■10月20日（火）

午後（14時～16時）

◎各部会からの報告を行った。

## 幹事会報告

**第82回幹事会について**

日時　平成21年10月1日（木）

**会議の概要**

（1）審議事項

○分野別委員会運営要綱の一部改正及び委員の決定

○部が直接統括する分野別委員会合同分科会の設置及び委員の決定

○「補欠の連携会員の選考手続きについて」の決定

○地区会議の構成員の変更

について承認されました。

○日本学術会議協力学術研究団体として次の5団体の指定について承認されました。

- 臨床法学教育学会
- 国際アジア共同体学会
- 日本台湾学会
- 日本ルイス・キャロル協会
- 交通権学会

○学術刊行物として次の5刊行物の指定について承認されました。

- 建築史学（建築史学会）
- 生物試料分析（生物試料分析科学会）
- 伊那民俗研究（柳田國男記念伊那民俗学研究所）
- 薬剤疫学（日本薬剤疫学会）
- 解釈（解釈学会）

○4th World Science Forum（第4回世界科学フォーラム）への会員の派遣について承認されました。

○平成21年度代表派遣実施計画の変更について承認されました。

○シンポジウム等の開催8件及び国内会議の後援5件について承認されました。

## 日本学術会議ニュース

日本学術会議が主催する「持続可能な社会のための科学と技術に関する国際会議2009―食料のグローバルな安全保障―」が、9月17日（木）、18日（金）の両日に日本学術会議講堂で開催されました。

第7回目となる今回は、延べ約180人の方々が参加され、「食糧のグローバルな安全保障」に焦点を絞り米国オハイオ州立大学環境天然資源研究科Rattan Lal教授と㈱国際開発高等教育機構FASID/GRIPS国際開発プログラム大塚啓二郎プログラムディレクターの基調講演のほか、3つのセッション（畜産の持続可能な発展、海洋生態系と水産食資源の持続可能性、食糧安全保障と持続的作物生産）を実施し、活発な議論が行われ、会議は盛況にうちに終了いたしました。

# Information Plaza
# 情報プラザ

**学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ**

今■は、平成21年11月以降に予定されているものについて紹介いたします。

**◆北海道地区会議主催講演会**
**「北海道から地球の未来を考える」**

日時　平成21年11月7日(土) 13時30分～17時05分
場所　公立はこだて未来大学講堂
次第　問題提起「ITは人類を救うか？」中島秀之
講演1「青い空から未来を語ろう」瀬名秀明
2「SF的視点からの『多様性』」藤崎慎吾

**◆「明日の海と食を守る水産海洋サステナビリティ学」**

日時　平成21年11月7日(土) 10時00分～17時00分
場所　北海道大学大学院水産科学研究院(函館キャンパス大講義室)
次第　基調講演1「世界の持続可能な水産科学の行方」Rashid Sumaila
2「生態系を基本とした漁業管理と気候変動」Chang Ik Zhang
一般講演1「アラスカ漁業とエコ・ラベルMSC」William Smoker
2「海洋生態系の保全と水産業」桜井泰憲
3「水産食資源を守る」吉水 守
4「水産食資源の持続可能性と海洋生態系」帰山雅秀
パネルディスカッション
「世界の海と食をどう守るか」

**◆九州・沖縄地区会議主催学術講演会**
**「食の安全と、どう取り組むか」**

日時　平成21年11月16日(月) 15時00分～17時15分
場所　鹿児島大学稲盛会館キミ&ケサメモリアルホール
次第　講演1「食品の安全性管理の動向と第三者認証制度」坂本文男
2「危険異物等の意図的汚染を防ぐ食の防犯」東島弘明

**◆「科学技術におけるイノベーションの創出と人材育成―応用物理の目指す方向―」**

日時　平成21年11月19日(木) 13時10分～17時40分
場所　日本学術会議講堂
次第　講演1「イノベーション創出における大学の役割」松本 紘
2「公的研究機関を核にしたイノベーション創出の取り組み」野間■ 有
3「わが■の科学技術戦略：政策立案の立場から」岩瀬公一
4「イノベーション創出に向けた産学連携研究開発～ナノ量子融合研究を例にして」荒川泰彦
5「学術の智の視点から教育のグランドデザインを」北原和夫
パネルディスカッション
「イノベーションを支える人材育成」
奥村次徳／小舘香椎子／榊 裕之／渡辺美代子／菅原 充／真島 豊

**◆日本学術会議主催公開講演会**
**「大学教育の分野別質保証に向けて―日本学術会議からの報告―」**

日時　平成21年11月23日(月・祝)
13時30分～17時00分
場所　東京大学安田講堂
次第　講演1「分野別質保証のための参照基準について」広田照幸
2「今日的な教養と学士課程教育」小林傳司
3「大学と仕事との接続を問い直す」本田由紀
4「大学教育についての産業界の考え」籾井勝人
5「質保証システムを如何に構築するか」北原和夫
パネルディスカッション

◆「アジア文化の多元性と共存
—宗教と思想の視線から—」

日時　平成21年11月28日(土)13時00分～16時30分
場所　日本学術会議講堂
次第　1「アジアと仏教—<輪廻>説の受容と変容の視点から—」斎藤 明
2「アジア文化のなかのイスラーム」塩尻和子
3「近代日本哲学における宗教とその後」黒住 真
4「東アジアの『民俗宗教』に見る葛藤と共存—『死者供養』を事例に—」池上良正

◆「社会格差の広がりと子どもの健康への影響
—今、学校保健に何が求められているか」

日時　平成21年11月29日(日) 9時45分～12時00分
場所　沖縄県県立看護大学
次第　講演1「子どもの健康と社会格差（社会的不平等）に関する研究の現状」上地 勝
2「養護教諭から見た子どもたちの健康と社会格差の現状—沖縄県の場合」冨永妙子
3「養護教諭から見た子どもたちの健康と社会格差の現状—千葉県市川市の場合」井上智恵子
4「子どもの教育と健康における格差」高橋浩之
5「ソーシャルキャピタルと子どもの健康の社会格差」朝倉隆司
6「格差社会及び子どもの健康をめぐる日本学術会議の諸活動」小林章雄

◆「生殖補助医療と法」

日時　平成21年11月29日(日) 10時30分～18時00分
場所　関西大学AVホール
次第　第1部「生殖補助医療について」吉村泰典／室伏きみ子
第2部「生殖補助医療在り方検討委員会の報告書をめぐって」町野 朔／千藤洋三
第3部「子どもの知る権利について」二宮周平

◆日本学術会議主催公開講演会
「地域資源の活用を図り、地域と共に知を育み活かす学習　—国や地方公共団体等が取り組む、自然フィールドを使った体験学習　体験学習を通じた、人間力の向上と実社会との連携—」

日時　平成21年12月3日(木)13時00分～17時00分
場所　宇部全日空ホテル
次第　1「新学習要領を踏まえて体験学習をどのように実践するか」五島政一
2「環境省で推進する環境教育」林 京子
3「山口県での地域と共に知を取り組む事例」徳本 正
4「宇部方式による国際環境教育」浮田正夫
5「ときわ公園を活用した体験学習の取り組み」早川誠而
6「教員養成における取り組み事例」岡村吉永
7「地域科学ネットワークの形成に向けて」崎山智司

◆「第2回日本の創薬力向上シンポジウム」

日時　平成21年12月4日(金) 9時30分～17時10分
場所　日本学術会議講堂
次第　特別講演1「日本学術会議からの提言」金澤一郎
第1部「企業からの提言」庄田 隆／大川滋紀
特別講演2「臨床医学からの提言」門脇 孝
第2部「官からの提言」中垣俊郎
第3部「大学・国立研究所・医薬情報センターからの提言」首藤紘一
第4部「大学からの提言」藤井信孝／鳴田一夫

◆中部地区会議学術講演会

日時　平成21年12月4日(金) 13時00分～16時00分
場所　名古屋大学野依記念物質科学研究館
次第　講演1「(演題未定)」唐木英明
2「学知とその社会的還元—コレージュ・ド・フランスの場合—」

# 日本学術会議の動き

佐藤彰一
3「シアノバクテリアの一日を測るタンパク質」近藤孝男

◆日本学術会議主催公開講演会
「ダーウィン生誕200年―その歴史的・現代的意義―」
日時　平成21年12月5日(土)13時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　第1部 講演 ダーウィンの生涯と業績
①「ダーウィン研究の展望」松永俊男
②「ダーウィンと地質学」矢島道子
③「ダーウィンの生物学」小川眞理子
第2部 講演 ダーウィンの影響
①「ダーウィンの社会的影響」富山太佳夫
②「ダーウィンの思想的影響」横山輝雄
③「日本におけるダーウィンの受容と影響」溝口 元
第3部 討論 ダーウィンの現代的意義
①「進化生物学の立場から」長谷川眞理子
②「自然史博物館の立場から」山田 格
③「科学ジャーナリズムの立場から」渡辺政隆

◆「歴史教育とジェンダー
―教科書からサブカルチャーまで」
日時　平成21年12月13日(日)13時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　1「高校世界史教科書のジェンダー化にむけて―日本とアメリカの比較」富永智津子
2「古代ギリシアの社会をジェンダーの視点から読み解いてみる」桜井万里子
3「奴隷貿易にジェンダーの視点をクロスオーバーさせる」井野瀬久美恵
4「高等学校日本史教科書にみるジェンダー」久留島典子
5「女性史・ジェンダー史の成果は教科書に生かされているか―日本近世の場合」長野ひろ子
6「歴史教育の役割 ―「歴史」と「自分」を架橋するために」荻野美穂
7「ミュージアムとジェンダー ―展示による経験の可視化をめぐって」香川 檀
8「『女たちは歴史が嫌い』か？～少女マンガの歴史ものを中心に」藤本由香里

◆東北地区会議主催学術講演会
「世界自然遺産白神山地を考える
―人と自然の共生の視点から―」
日時　平成21年12月16日(水) 13時00分～17時00分
場所　弘前大学創立50周年記念会館
次第　講演（予定）佐々木長市／金澤一郎／牧田 肇／高橋慶太郎

◆「子育て支援・少子化への政策対応に関するシンポジウム」（仮題）
日時　平成21年12月18日(金)
13時00分～17時00分（予定）
場所　日本学術会議講堂
次第　1「政党からの報告」
2「研究者からのコメント」舩橋惠子／阿藤 誠／落合恵美子／金子 勇／椋野美智子

◆日本学術会議主催公開講演会
「世界のグーグル化とメディア文化財の公共的保全・活用」
日時　平成21年12月（日時未定）
場所　日本学術会議講堂
次第　長尾真国立国会図書館長（予定）、とちぎあきら国立近代美術館フィルムセンター学芸室長（予定）、テッサ・M・スズキオーストラリア国立大学教授（予定）他

◆「阪神・淡路大震災15周年フォーラム」
日時　平成22年1月18日(月) 10時00分～17時00分
場所　神戸国際会議場（ポートアイランド）
次第　特別講演　濱田政則
パネルディスカッション
「地震災害軽減にむけての学協会の役割」
和田 章

# 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，■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・雑誌などの図，表を引用するときには必ず出典を明記すること。

1）所定の表紙（学会誌最終頁に綴じ込まれているものをＡ４判にコピーして使用）に，原稿の種類，和・英（JAMAの書式（URL:http://j ama.ama-assn.org/）の論文題名，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）原則としてデータ入稿とし，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，シング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）図はWord・Excel・Power Point，表はWord・Excelで作成し，本文データとは別のファイルで，それぞれオリジナルデータのまま入稿する。

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。
8）平成21年11月5日　一部改正実施する。

# おとなの学びに関わる企業・看護・教職研修担当者等必携の書

## おとなの学びを育む——生涯学習と学びあうコミュニティの創造

■ 三輪 建二 著　● A5判上製　352頁　定価6,300円（本体6,000円＋税）

生涯学習社会の実現を、一貫して「おとなの学び」「おとなの学びを支援する」という学習論の観点から展望する。職場や学校、地域社会、大学などでのおとなの学びを、個人の学びから学習する組織へ、さらには学びあうコミュニティへと発展させることで、「おとなの学び」が職場・学校・地域社会を変革する力を持つことを主張する。また、おとなの学びの支援者である企業・看護・教職・自治体職員などの研修担当者を、省察的実践者として描き出そうと試みる。学習者をはじめ、おとなの学びに関わるすべての人びと必携の書。

## 実践から学ぶ看護職——科学的看護論と省察的実践論

■ 楫山 委都子 著　● A5判上製　184頁　定価2,415円（本体2,300円＋税）

薄井坦子の『科学的看護論』とD.ショーンの『省察的実践論』をもとに、看護専門家の学習と研究の方向性を示し、実践から学ぶ看護理論の意義を解く画期的な書。

## 学習する組織とは何か——ピーター・センゲの学習論

■ 中村 香 著　● A5判上製　304頁　定価3,150円（本体3,000円＋税）

企業の発展の方向性を学習する組織論として説く、P.センゲの理論と実践を見事に描き出した書物。企業内教育担当者をはじめ、学習支援者必携の書。

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

(注)

1．論文目録

日本看護研究学会雑誌に掲載された原著論文および研究報告等，全ての論文について原稿種類別，巻号別，掲載順にまとめた。

著者名：標題，英文標題，巻（号），掲載頁，発行年（西暦）．の順に掲載した。

2．著者索引

原著論文および研究報告等，全ての論文の著者名をあいうえお順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。なお，筆頭著者の巻（号）はゴチック体にした。

3．事項索引

論文ごとに，その標題より若干の用語を選定した。配列は邦文をあいうえお順，次に欧文をアルファベット順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。

# 1．論　文　目　録

## 第 32 巻

［原著］

河内美江：出産後３年以内の女性の尿失禁と出産との関連性－尿失禁予防と改善に向けた助産師の役割－，Relationship between Urinary Incontinence and Childbirth Among Women who Have Given Birth within the Last Three Years － The Role of Midwives in the Prevention and Improvement of Urinary Incontinence －，32(1)，47-57，2009.

蛎崎奈津子：農村にて■際結婚をした中■人女性の妊娠・出産時期における家族関係構築プロセス，Process of Construction of Relationships Between Chinese Women Marrying Japanese Men in Farming Villages and their Japanese Families During First Pregnancy，32(1)，59-67，2009.

山本佳代子，奥宮暁子：自己決定理論構成概念の測定尺度日本語版の信頼性・妥当性の検証－血液透析患者の自己管理における自律性支援認知，動機づけ，有能感の測定－，Reliability and Validity of the Japanese Version of Self-Determination Theory Measurement Tools for Patients with Hemodialysis Treatment，32(2)，13-21，2009.

林裕栄：精神障害者を援助する訪問看護師の抱える困難，Difficulties Shared by Visiting Nurses Supporting People with Mental Disorders，32(2)，23-34，2009.

藤野成美，山口扶弥，岡村仁：統合失調症患者の家族介護者における介護経験に伴う苦悩，Suffering on the Caregiving Experience of Family Caregivers of Patients with Schizophrenia，32(2)，35-43，2009.

國方弘子，本田圭子：病気体験を社会に語る精神障害者当事者グループの自己概念，Self-Concept of the Mentally Handicapped Talking About Their Experience in the Community，32(2)，45-53，2009.

髙見三奈，佐藤幸子，塩飽仁：親の役割受容と親役割行動が子どもの評価する家族機能と精神的健康に与える影響，The Influence of Parental Role-Acceptance and Parental Role Behavior to Family Function and the Mental Health of Adolescents，32(2)，55-63，2009.

佐藤政枝：人工股関節再置換術後患者の再置換に関連する住生活環境要因，Living Environmental Factors Causing Revision of Total Hip Arthroplasty，32(2)，65-74，2009.

長瀬睦美，澤田愛子：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 －，32(4)，17-28，2009.

村上美華，梅木彰子，花田妙子：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，32(4)，29-38，2009.

松下年子，岡部惠子，天野雅美，内野聖子，吉岡幸子，安藤晴美，大野明美：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，32(4)，39-50，2009.

田口豊恵，岡啓太，岡本文代，小山恵美：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，Effect of Moderately Bright Light Exposure on ICU Patients Following Surgery of the Cardiovascular System，32(4)，51-57，2009.

吹田麻耶，鈴木純恵：クローン病者の食生活体験のプロセス，Process of their Dietary Life Experiences in Individuals with Crohn's Disease，32(5)，19-28，2009.

中村恵子，山田紀代美：虚弱高齢者の外出頻度とその関連要因，Factors which Determine How often Frail Elderly People Go Outdoors，32(5)，29-38，2009.

田甫久美子，稲垣美智子：若年男性労働者が就職以降に体重増加・肥満に繋がる要因とその背景－特徴的な思考・行動パターンによる若年男性肥満労働者の類型化－，A Study on Factors and the Background Contributing to Weight Gain and Obesity in Young Male Employees after Employment－Classification of Young Obese Male Employees by Characteristic Patterns of Thinking and Behaviors－，32(5)，39-49，2009.

［研究報告］

江上京里，見城道子，守屋治代，山元由美子：健康増進施設利用者の運動習慣と健康関連指標の関連，The Relationship between Exercise Habit and Helth Indexes of the People Using A Health Promotion Facility，32(1)，69-78，2009.

榎本聖子，大串靖子，河原加代子：医療的ニードのある児童生徒への支援に関する研究，The Reserch About the Support to the School Children Who Have Medical Need，32(1)，79-89，2009.

茅原路代，國方弘子，岡本亜紀，渡邉久美，折山早苗：デイケアに通所する統合失調症患者の居場所感と Quality of Life との関連，The Relationships Among Environmental Provision and Quality of Life of Schizophrenic Patients，32(1)，91-97，2009.

小竹久実子，坏千代子，小坏悦子：看護師リーダー資質養成に関する研究－アンドラゴジーの原理を適用した院内研修の効果検証－，Study of Training for Leader Nurse's Quality－By using Andragogical Principals to Ascertains Effects Inside Hospital Training－，32(1)，99-104，2009.

香月富士日：精神科における看護師の患者に対する心理的距離の関連要因，The Influence Factors for Psychological Distance of Psychiatric Nurses to Patients in a Clinical Setting，32(1)，105-111，2009.

𠮷鳥さつき：看護大学生が看護職を自己の職業と決定するまでのプロセスの構造，A Structure of the Process by which the Baccalaureate Nursing Students Selection of a Career in Clinical Nursing，32(1)，113-123，2009.

吉井美穂，八塚美樹，安田智美：小型ペットボトル飲料使用における安全性の検討，Bacteriological Study on the Safety of Small-plastic-bottled Beverages，32(1)，125-129，2009.

小倉能理子，阿部テル子，齋藤久美子，石岡薫，一戸とも子，工藤せい子，西沢義子，會津桂子，安杖優子，小林朱実：看護職者の患者指導に対する認識と実施状況，Awareness and Practice of Nursing Professionals to Patient Coaching，32(2)，75-83，2009.

渡邉久美，折山早苗，國方弘子，岡本亜紀，茅原路代，菅崎仁美：一般訪問看護師が精神障害に関連して対応困難と感じ

る事例の実態と支援へのニーズ，Actual Situations of Cases in Which General Visiting Nurses Feel Difficulty in Taking Care of Psychiatric Patients and the Support Needs of General Visiting Nurses，32(2)，85-92，2009.

布川真記，古瀬みどり：外来化学療法患者の治療継続過程におけるセルフケア行動，A Self-Care Behaviors Within The Continuation Process With Outpatient Chemotherapy For Cancer Patients，32(2)，93-100，2009.

吉井忍，八塚美樹：看護職員のセルフマネジメントの構造，Structure of Self-Management of the Staff Nurses Working in Hospitals，32(2)，101-111，2009.

仁科祐子，谷垣靜子：訪問看護に従事する看護職の職場の対人葛藤に関連する要因，Factors Related to Intragroup Conflict in the Workplace among Visiting Nurses，32(2)，113-121，2009.

出口睦雄：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，32(4)，59-65，2009.

片山陽子，太湯好子，小野ツルコ：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，32(4)，66-76，2009.

石岡薫，一戸とも子，阿部テル子，齋藤久美子，小倉能理子，畠沢義子，工藤せい子，會津桂子，安杖優子，小林朱実：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，32(4)，77-86，2009.

大堀昇，湯沢八江：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，32(4)，89-99，2009.

岩﨑みすず，水野恵理子：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，32(4)，101-108，2009.

升田由美子，松浦和代：医学部学生の健康状態に影響を及ぼす生活習慣要因の検討，Relationship between the Health Condition and Lifestyle Factor among Medical College Students，32(5)，51-62，2009.

関美奈子：代謝循環器系外来患者の健康認知を評価する簡易質問票の開発，Development of a Simple Questionnaire on Nursing for Evaluating the Health Cognition of Outpatients with Cardiometabolic Diseases，32(5)，63-73，2009.

犬飼智子，渡邉久美，野村佳代：脳神経疾患患者の家族との「患者を介さない関係の築きにくさ」－急性期病棟の看護師への面接調査に基づく分析－，"Difficulties in Building Relationships which Don't Pass Patient with Cranial Neurological Diseases" between Nurses and Families of Patients－Analysis Based on Interview Data to Nurse in Acute Stage－，32(5)，75-81，2009.

田代久男，大竹まり子，赤間明子，鈴木育子，細谷たき子，小林淳子，叶谷由佳：特定機能病院の退院支援部署における看護相談の実態及び自宅退院と転院・施設入所の退院支援の比較，The Actual Situations of Nursing Consultations at a Discharge Support Section in a Special Functioning Hospital and a Comparison between the Discharge Support of those Who

Returned Home and those Who Transferred to Other Medical Facilities, 32(5), 83-93, 2009.

鈴木小百合，古瀬みどり：冠動脈インターベンション後患者の自己管理に対する自己効力感と生活習慣，身体的状況及びソーシャルサポートとの関連，Correlation between Self-efficacy and Life Style, Physical Status and Social Support in Patients after Percutaneous Coronary Intervention, 32(5), 95-103, 2009.

[ 資料・その他 ]

小林宏光，林悠佳，津幡美江，大泉直子，表絵美，森下道子，中田弘子，川島和代：脈拍数測定の正確さと測定時間との関係，Accuracy of Pulse Counting in Relation to Measurement Interval, 32(1), 131-136, 2009.

大崎瑞恵，大竹まり子，赤間明子，鈴木育子，小林淳子，佐藤千史，叶谷由佳：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 , 32(4), 111-119, 2009.

塚本尚子，結城瑛子，舩木由香，田中奈津子，山口みのり：組織風土としての看護師長のあり方が看護スタッフのバーンアウトに及ぼす影響，The Influence of the Head Nurse From the Viewpoint of the Organizational Climate on Burnout Among Staff Nurses, 32(5), 105-112, 2009.

清石幸子，大竹まり子，赤間明子，鈴木育子，細谷たき子，小林淳子，叶谷由佳：全■の３年課程看護学校における地域貢献の実態，The Actual Situation of the Contributions to the Community Made by Three-Year Nursing Course Schools in Japan, 32(5), 113-120, 2009.

# 2. 論文著者索引


あ

會津桂子 32(2) 75，32(4) 77
赤間明子 32(4) 111，32(5) 83, 32(5) 113
坏千代子 32(1) 99
阿部テル子 32(2) 75，32(4) 77
天野雅美 32(4) 39
安杖優子 32(2) 75，32(4) 77
安藤晴美 32(4) 39

い

石岡薫 32(2) 75，32(4) **77**
一戸とも子 32(2) 75，32(4) 77
稲垣美智子 32(5) 39
犬飼智子 32(5) **75**
岩崎みすず 32(4) **101**

う

内野聖子 32(4) 39
梅木彰子 32(4) 29

え

江上京里 32(1) **69**
榎本聖子 32(1) **79**

お

大泉直子 32(1) 131
大串靖子 32(1) 79
大崎瑞恵 32(4) **111**
大竹まり子 32(4) 111，32(5) 83, 32(5) 113
大野明美 32(4) 39
大堀昇 32(4) **89**
岡啓太 32(4) 51
岡部惠子 32(4) 39
岡村仁 32(2) 35
岡本亜紀 32(1) 91，32(2) 85
岡本文代 32(4) 51
奥宮暁子 32(2) 13
小倉能理子 32(2) **75**，32(4) 77
小野ツルコ 32(4) 67
表繪美 32(1) 131
折山早苗 32(1) 91，32(2) 85

か

蛎崎奈津子 32(1) **59**
片山陽子 32(4) **67**
香月富士日 32(1) **105**
叶谷由佳 32(4) 111，32(5) 83, 32(5) 113
茅原路代 32(1) **91**，32(2) 85
川鳥和代 32(1) 131
河内美江 32(1) **47**
河原加代子 32(1) 79
菅崎仁美 32(2) 85

く

工藤せい子 32(2) 75，32(4) 77
國方弘子 32(1) 91，32(2) **45**, 32(2) 85

け

見城道子 32(1) 69

こ

小坏悦子 32(1) 99
小竹久実子 32(1) **99**
小林朱実 32(2) 75，32(4) 77
小林淳子 32(4) 111，32(5) 83, 32(5)113
小林宏光 32(1) **131**
小山恵美 32(4) 51

さ

齋藤久美子 32(2) 75，32(4) 77
崔藤千史 32(4) 111
崔藤政枝 32(2) **65**
崔藤幸子 32(2) 55
澤田愛子 32(4) 17

し

白鳥さつき 32(1) **113**
塩飽仁 32(2) 55

す

鈴木育子 32(4) 111，32(5) 83, 32(5)113
鈴木小百合 32(5) **95**
鈴木純恵 32(5) 19

せ

清石幸子 32(5) **113**
関美奈子 32(5) **63**

た

髙見三奈 32(2) **55**
田口豊恵 32(4) **51**
田代久男 32(5) **83**
田中奈津子 32(5) 105
谷垣靜子 32(2) 113
田甫久美子 32(5) **39**

つ

塚本尚子 32(5) **105**
津幡美江 32(1) 131

て

出口睦雄 32(4) **59**

な

長瀬睦美 32(4) **17**
中田弘子 32(1) 131
中村恵子 32(5) **29**

に

西沢義子 32(2) 75，32(4) 77
仁科祐子 32(2) **113**

ぬ

布川真記 32(2) **93**

の
野村佳代 32(5) 75

は
花田妙子 32(4) 29
林 裕栄 32(2) 23
林 悠佳 32(1) 131

ふ
吹田麻耶 32(5) 19
藤野成美 32(2) 35
太湯好子 32(4) 67
舩木由香 32(5) 105
古瀬みどり 32(2) 93，32(5) 95

ほ
細谷たき子 32(5) 83，32(5) 113
本田圭子 32(2) 45

ま
升田由美子 32(5) 51
松浦和代 32(5) 51
松下年子 32(4) 39

み
水野恵理子 32(4) 101

む
村上美華 32(4) 29

も
森下道子 32(1) 131
守屋治代 32(1) 69

や
安田智美 32(1) 125
八塚美樹 32(1) 125，32(2) 101
山口扶弥 32(2) 35
山口みのり 32(5) 105
山田紀代美 32(5) 29
山本佳代子 32(2) 13
山元由美子 32(1) 69

ゆ
結城瑛子 32(5) 105
湯沢八江 32(4) 89

よ
吉井 刃心 32(2) 101
吉井美穂 32(1) 125
吉岡幸子 32(4) 39

わ
渡邉久美 32(1) 91，32(2) 85，32(5) 75

# 3. 事 項 索 引


あ

ICU 32(4) 51
アンドラゴジー 32(1) 99

い

医学部学生 32(5) 51
居場所感 32(1) 91
医療機関との連携 32(1) 79
医療的ケア 32(1) 79
医療的ニード 32(1) 79
医療ニーズ 32(4) 67
院内研修 32(1) 99

う

運動習慣 32(1) 69

え

SF-36 32(1) 69

お

親役割行動 32(2) 55

か

介護 32(2) 35
介護準備態勢 32(4) 67
外出頻度 32(5) 29
外来化学療法 32(2) 93
外来患者 32(5) 63
家族 32(2) 35
家族介護者 32(4) 67
家族関係 32(1) 59
家族看護 32(5) 75
家族機能 32(2) 55
学校長 32(5) 113
簡易質問票 32(5) 63
がん患者 32(2) 93
環境移行 32(2) 65
関係構築 32(5) 75
看護 32(5) 63
看護学教育 32(4) 39
看護教育 32(5) 113
看護師 32(1) 99
看護支援 32(2) 45
看護師長 32(5) 105
看護師の認識 32(2) 75
看護者 32(4) 77
看護職員 32(2) 101
看護職の選択 32(1) 113
看護相談 32(5) 83
看護大学生 32(1) 113
患者－看護師関係 32(1) 105
患者教育 32(4) 77
患者指導 32(2) 75, 32(4) 77
感情表出 32(1) 105
冠動脈インターベンション 32(5) 95

き

逆転移 32(1) 105
急性期 32(5) 75
教育 32(4) 111
きょうだい 32(4) 101
虚血性心疾患 32(5) 95
虚弱高齢者 32(5) 29

く

苦悩 32(2) 35
グラウンデッド・セオリー・アプローチ 32(5) 19
クローン病 32(5) 19

け

計測時間 32(1) 131
経皮的冠動脈ステント留置術 32(4) 89
血圧値 32(5) 51
血液透析患者 32(2) 13
健康習慣指標 32(1) 69
健康状態 32(5) 51
健康増進施設 32(1) 69

こ

国際結婚 32(1) 59
コミュニケーション 32(4) 17
コミュニティメンバー 32(2) 45
困難 32(2) 23
困難事例 32(2) 85

## さ

サーカディアンリズム 32(4) 51
細菌汚染 32(1) 125
在宅移行期 32(4) 67
産科医療 32(1) 47
三者関係 32(5) 75
3年課程看護学校 32(5) 113

## し

CBPR 32(2) 45
支援システム 32(2) 85
自己概念 32(2) 45
自己管理 32(4) 29
自己決定理論 32(2) 13
自己効力感 32(5) 95
思春期 32(2) 55
失声 32(4) 17
実践 32(4) 111
指導技術 32(2) 75, 32(4) 77
指導実施状況 32(2) 75
尺度 32(2) 13
若年男性 32(5) 39
就業看護師 32(4) 39
修士課程 32(4) 39
就職 32(5) 39
出産 32(1) 47, 32(1) 59
首尾一貫感覚 32(1) 69
小児慢性特定疾患 32(1) 79
職業ストレス 32(2) 113
食事制限 32(5) 19
触診 32(1) 131
職務ジェンダー意識 32(4) 59
職務満足 32(4) 59
助産師 32(1) 47
人工股関節全置換術後患者 32(2) 65
心臓の手術後 32(4) 51
心電図 32(1) 131
信頼性 32(2) 13
心理的距離 32(1) 105

## せ

正確さ 32(1) 131
生活環境 32(2) 65
生活習慣 32(5) 51
生活の質 32(1) 91
精神科訪問看護 32(2) 23, 32(2) 85
精神看護 32(2) 85, 32(4) 101
精神障害者 32(2) 23, 32(2) 45
精神的健康 32(2) 55, 32(2) 113
セルフケア行動 32(2) 93
セルフマネジメント 32(2) 101
専門職社会化 32(1) 113

## そ

ソーシャルサポート 32(2) 113, 32(4) 17, 32(5) 95
阻害 32(4) 29
促進 32(4) 29
組織風土 32(5) 105

## た

退院支援 32(4) 111
退院支援部署 32(5) 83
大学院 32(4) 39
体格指数 32(5) 51
体験 32(4) 101
体験のプロセス 32(5) 19
代謝循環器系 32(5) 63
体重増加 32(5) 39
対人葛藤 32(2) 113
妥当性 32(2) 13
男性看護師 32(4) 59

## ち

地域貢献 32(5) 113
知識 32(4) 111
中国人女性 32(1) 59

## て

低照度補光 32(4) 51

## と

統合失調症 32(4) 101
統合失調症患者 32(1) 91, 32(2) 35
糖尿病 32(4) 29
特定機能病院 32(5) 83
閉じこもり 32(5) 29

## に

日本の生活様式 32(2) 65

入学ニーズ 32(4) 39
尿失禁 32(1) 47
妊娠 32(1) 59

の
脳神経疾患 32(5) 75

は
バーンアウト 32(5) 105

ひ
肥満 32(5) 39
病棟看護職 32(4) 111

ふ
服薬アセスメントツール 32(4) 89
服薬行動 32(4) 89
服薬支援 32(4) 89

へ
ペットボトル飲料 32(1) 125

ほ
訪問看護 32(2) 23
訪問看護師 32(2) 23, 32(2) 113
訪問調査 32(5) 29

み
脈拍数 32(1) 131

む
無喉頭音声 32(4) 17

め
メラトニン分泌リズム 32(4) 51
メンター 32(4) 59

や
薬剤溶出性ステント 32(4) 89
役割受容 32(2) 55

よ
要因 32(4) 29
養護教諭 32(1) 79
予防 32(1) 47

り
リーダー 32(1) 99

## 欧文


accuracy 32(1) 131
acute nursing care 32(5) 75
admission needs 32(4) 39
adolescents 32(2) 55
alanprgeal speech 32(4) 17
andragogy 32(1) 99

baccalaureate nursing student 32(1) 113
bacterial contamination 32(1) 125
behaviors of taking medicines 32(4) 89
blood pressure 32(5) 51
body mass index 32(5) 51
burnout 32(5) 105
building relationship 32(5) 75

cancer patients 32(2) 93
cardiometabolic 32(5) 63
caregiving 32(2) 35
childbirth 32(1) 47
Chinese women 32(1) 59
circadian rhythm 32(4) 51
coaching practice 32(2) 75
coaching skills 32(2) 75
communication 32(4) 17
community based participatory research 32(2) 45
community contribution 32(5) 113
community member 32(2) 45
countertransference 32(1) 105
counting interval 32(1) 131
cranial nervous disease 32(5) 75
Crohn's disease 32(5) 19

defficulties 32(2) 23
delivery 32(1) 59
diabetes 32(4) 29
dietary life 32(5) 19
difficult cases 32(2) 85
discharge support section 32(5) 83
drug-eluting stent : DES 32(4) 89

education 32(4) 111
electrocardiography 32(1) 131
employment 32(5) 39
environmental provision 32(1) 91
environmental transition 32(2) 65
exercise habit 32(1) 69
experience 32(4) 101
expressed emotion 32(1) 105

factor 32(4) 29
families and patients.building relationship 32(5) 75
family 32(2) 35
family caregivers 32(4) 67
family function 32(2) 55
Family nursing 32(5) 75
field survey 32(5) 29
frail elderly 32(5) 29

graduate school 32(4) 39
grounded theory approach 32(5) 19

head nurse 32(5) 105
health condition 32(5) 51
Health Practice Index (HPI) 32(1) 69
health promotion facility 32(1) 69
hindering 32(4) 29
home transitional period 32(4) 67
home-visit nursing station 32(2) 23
housebound 32(5) 29

inside hospital training 32(1) 99
Intensive care unit 32(4) 51
international marriage 32(1) 59
intragroup conflict 32(2) 113
ischemic heart disease 32(5) 95

Japanese lifestyle 32(2) 65
job gender consciousness 32(4) 59
job satisfaction 32(4) 59

knowledge 32(4) 111

leader 32(1) 99
life environment 32(2) 65
lifestyle 32(5) 51
lost voice 32(4) 17

male nurses 32(4) 59
masters course 32(4) 39

measure 32(2) 13
medical care 32(1) 79
medical college students 32(5) 51
medical need 32(1) 79
Medical needs 32(4) 67
medication assessment tool : MAT 32(4) 89
medication support 32(4) 89
melatonin secretion rhythm 32(4) 51
mental disorders 32(2) 23
mental health 32(2) 55, 32(2) 113
mentor 32(4) 59
midwife 32(1) 47
moderately bright light exposure 32(4) 51

nurse 32(1) 99, 32(4) 77
nurse-patient relationship 32(1) 105
nurses' awareness 32(2) 75
nursing 32(5) 63
nursing consultation 32(5) 83
nursing education 32(4) 39, 32(5) 113
nursing support 32(2) 45

obesity 32(5) 39
obgtetric care 32(1) 47
occupational stress 32(2) 113
organizational climate 32(5) 105
outpatient 32(5) 63
outpatient chemotherapy 32(2) 93

palpation 32(1) 131
parental role behavior 32(2) 55
patient coaching 32(2) 75
patient education 32(4) 77
patient teaching 32(4) 77
patients undergoing total hip arthroplasty 32(2) 65
patients with hemodialysis treatment 32(2) 13
patients with schizophrenia 32(2) 35
percutaneous coronary stenting 32(4) 89
percutaneous cororary intervention 32(5) 95
post operative cardiac surgery 32(4) 51
practice 32(4) 111
pregnancy 32(1) 59
preparedness for care-giving 32(4) 67
presidents 32(5) 113
prevention 32(1) 47
process of experiences 32(5) 19
professional socialization 32(1) 113
promoting 32(4) 29
psychiatric home visiting 32(2) 23
psychiatric nursing 32(2) 85, 32(4) 101
psychiatric visiting nurses 32(2) 85
psychological distance 32(1) 105
pulse rate 32(1) 131

quality of life 32(1) 91

relationship with family 32(1) 59
reliability 32(2) 13
role-acceptance 32(2) 55

schizophrenia 32(4) 101
selection of a career in clinical nursing 32(1) 113
self-care 32(4) 29
self-care behavior 32(2) 93
self-concept 32(2) 45
Self-Determination Theory 32(2) 13
self-efficacy 32(5) 95
self-management 32(2) 101
Sense of Coherence (SOC) 32(1) 69
SF-36 32(1) 69
shizophrenic patient 32(1) 91
sibling 32(4) 101
simple questionnaire 32(5) 63
small-plastic-bottled beverages 32(1) 125
social support 32(2) 113, 32(4) 17, 32(5) 95
special functioning hospital 32(5) 83
staff nurses working in a hospital 32(2) 101
suffering 32(2) 35
support discharge 32(4) 111
support system 32(2) 85

teaching skills 32(4) 77
the cooperation with the medical agency 32(1) 79
the frequency of going outdoors 32(5) 29
the infant chronic specified diseases 32(1) 79
three-year course nursing school 32(5) 113
tripartite relationship among nurses, families and patients 32(5) 75

unit nurses 32(4) 111
urinary incontinence 32(1) 47

validity 32(2) 13
visiting nurse 32(2) 23
visiting nurses 32(2) 113

weight gain 32(5) 39
working nurses 32(4) 39

young male 32(5) 39

# 事 務 局 便 り

**1．平成22年度会費のご案内について**

今回お送りした，学会雑誌32巻５号は，平成21年度最終号ですので，平成22年度用の会費振込用紙を同封いたしております。皆様には平成22年度も会員を継続して下さいますようお願い申し上げ，平成22年度会費7,000円をお納め下さいますようご案内いたします。

**2．平成21年度会費未納の方へのお願い**

平成21年度会費の納入がお済でない場合は，平成21年度と平成22年度の会費と合わせた金額14,000円をお振り込み下さいますようお願いいたします。

定款第８条（会費），第９条（退会）４）及び細則第１章　会費のとおり，年度末までに「次年度から退会」のお申し出がない限り，会員資格は自動的に継続されます。今年度はすでに32巻１号～４号を送付し，本日５号をお送りしております。年度末も迫っておりますので，お早めに平成21年度会費をお振込下さいますようお願いいたします。

なお，平成21年度会費納入の上で「平成22年度からの退会」を希望される方は，平成21年度内（平成21年３月31日まで）に事務局まで文書でお申出下さい。

会費・振込先は，下記の通りです。

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)(2009)
平成22年度会費をお支払い下さい。

①：地区番号
②：会員番号
③：会費最終納入年度

**3．送付先のご変更**

送付先変更の場合，本誌巻末の「変更届」に新しい送付先等を楷書でお書きいただき，難しい読みの場合は，フリガナを付記の上，FAX（043－221－2332）またはメール（info@jsnr.jp）でお知らせ下さい。

**4．送付先不明者のご確認**

学会誌32巻４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。

こ0289　黄田　美香　さ0520　長沢　淑子　ち0055　千葉　安代（2009）　き0076　北村　昌美　と0205　徳井　麻美（2008）
む0046　大矢　千鶴（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　５号

会員無料配布

平成21年12月20日　印刷
平成21年12月20日　発行



編集委員

委 員 長　川口　孝泰（理　事）筑波大学大学院人間総合科学研究科
委　　員　川西千恵美（理　事）徳島大学医学部保健学科
　　山勢　博彰（理　事）山口大学大学院医学系研究科
　　平元　　泉（評議員）秋田大学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<br>（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<br>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．　／<br>4．　／　　5．　／ | |
| 原稿枚数 | |
| 本文：　　枚　図：　　枚　表：　　枚　写真：　　点 | |
| 著者 | |

| 会員番号 | 氏　名（日本語／ローマ字） | 所　属（日本語／英語） |
|---|---|---|
| | | |

| |
|---|
| 連絡先住所・氏名 |
| 住所：〒<br>氏名：<br>Tel：　　Fax：　　E-mail： |

| 別刷希望部数<br>（※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

# スキルアップ必須のナースを応援！

## 新刊書ラインナップ

### 新版 在宅看護論

木下由美子　編著

B5判　296頁　定価2,520円(本体2,400円 税5%) ISBN978-4-263-23532-4

全国の看護教員にアンケートを実施し，その声を生かし『在宅看護論　第５版』が“新カリ完全対応”の最新テキストへ改訂改題！ イメージを捉えやすいよう導入にマンガを掲載．「問いかけ」を多用し，「考えること」を導く，画期的なテキスト．

### 患者を看る 薬の有害反応ハンドブック

根本昌宏・石井トク　著

B６判　178頁　定価2,520円(本体2,400円 税5%) ISBN978-4-263-23530-0

看護師にとって薬剤の「有効反応」以上に重要となる「有害反応」の知識を，「疾患」を中心に整理した代表的薬剤（85 成分）について解説．単剤だけではなく併用によって起こる禁忌や注意も提示．

### 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

小長谷百絵・川口有美子　編著

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．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．

### 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

吉本照子・酒井郁子・杉田由加里　ほか著

B5判　206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．

### ナーシング・ポケットマニュアル 老年看護

堀内ふき　編

A6判　222頁　定価2,310円(本体2,200円 税5%) ISBN978-4-263-23784-7

老化の考え方・高齢者の特徴はもちろん，各論では，それぞれの障害や，症状が起こる背景について詳述．ケアの根拠から理解できるよう構成．また，認知症に関しては単独で章を立てて，権利擁護までを詳説．

### 出会いから始まる糖尿病看護 わたしたちが大切にしていること

大橋優美子　執筆代表

B5判　118頁　定価2,940円(本体2,800円 税5%) ISBN978-4-263-23531-7

糖尿病と共に生活する患者さんの気持ちを理解できるよう，患者さんとの向き合い方や支援方法を事例を交えて紹介．更に，本文の流れに沿った10 の COLUMN では，より深い患者さんの心 境や 著者自身の経験談を収載．

### 保健指導・患者指導のための 行動変容実践アドバイス50

松本千明　著

A5判　126頁　定価 1,890円(本体 1,800円 税5%) ISBN978-4-263-23528-7

対象者の「やる気」を引き出す基本的な考え方や，「こういう場合は，このように働きかけてみては？」といった，具体的・実践的な方法や工夫について，50 コラムにまとめた．

### Dr. 坂根のやる気がわいてくる 糖尿病ケア

坂根直樹　著

85判　158頁　定価3,570円(本体3,400円 税5%) ISBN978-4-263-23526-3

療養指導のコツが満載！糖尿病ライフに悩む患者さんの心を導く内容になっている．視覚的にも「やる気がわいてくる“糖尿病ケア”」について学ぶことができるよう，躍動感あふれる活き活きとしたイラストを多用．

### DVDで学ぶ開業助産師の「わざ」 フリースタイル分娩介助

村上明美　編著

85判　64頁　定価6,510円(本体6,200円 税5%) ISBN978-4-263-23527-0

実際のフリースタイルでの分娩介助場面を７ケース収録．書籍でフリースタイルでの分娩機転や骨盤の形 態変化などのノウハウをおさえ，DVD で臨床に活きるリアルな「わざ」を学習できる“DVD＆BOOK”．

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11月作成　TP

Japan Society of Nursing Research