JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 33 Number 4 September 2010 ISSN 0285-9262

日本看護研究学会雑誌

[33巻 4号]

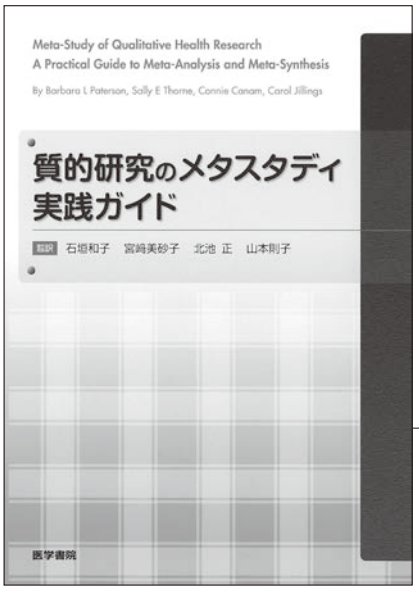
Japan Society of Nursing Research

看護系大学院で看護研究に取り組むための**必携書!**

質的研究のメタスタディ実践ガイド 新刊

Meta-Study of Qualitative Health Research
A Practical Guide to Meta-Analysis and Meta-Synthesis

By Barbara L Paterson, Sally E Thorne, Connie Canam, Carol Jillings



過去の研究の問題点を見出し、また分析結果を新しい視点から統合し、次の研究へと発展させていく方法として、またEBMのための方法として用いられるメタスタディは、看護系大学院などにおいて看護研究に取り組もうとする学生や研究者にとって必須の方法論である。本書は、メタスタディの唯一の実践ガイドの邦訳である。

●A5　頁196　2010年
定価3,360円（本体3,200円＋税5%）
[ISBN978-4-260-00629-3]
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。

監訳者

石垣和子
千葉県立保健医療大学教授・健康科学部

宮﨑美砂子
千葉大学大学院教授・看護学研究科

北池　正
千葉大学大学院教授・看護学研究科

山本則子
東京医科歯科大学大学院教授・
保健衛生学研究科総合保健看護学専攻

【目次】CONTENTS

第1章 はじめに
第2章 メタスタディの準備作業
第3章 一次研究の検索と査定
第4章 メタデータ分析
第5章 メタ方法
第6章 メタ理論
第7章 メタ統合
第8章 評価，普及と未来への挑戦

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平成22年度会員総会において、次の事項が提案の通り承認されましたのでお知らせいたします。

一般社団法人日本看護研究学会学会賞・奨励賞規程に基づいた選考の結果、平成21年度奨励賞受賞者が下記の通り決定し、会員総会終了後、表彰・記念品授与が行われました。（受賞者の所属・職名は、奨励賞決定時のものである。）

平成22年８月21日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長　山　口　桂　子

記

受賞者氏名：林　　裕栄氏
対象論文：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
日本看護研究学会雑誌32巻２号 pp.23-34.2009
受賞者所属：埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科
職　　名：講師

受賞者氏名：松田　光信氏
対象論文：心理教育を受けた統合失調症患者の「服薬の受け止め」
Schizophrenic Patients' "Acceptance of Medication" Following Psychoeducation
日本看護研究学会雑誌31巻４号 pp. 15-25.2008
受賞者所属：神戸常盤大学保健科学部看護学科
職　　名：教授

会　　告（2）

第39回（平成25年度）学術集会会長として、秋田大学大学院医学系研究科　石井　範子氏　が承認されました。

平成22年８月21日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長　山　口　桂　子

会　　告（3）

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程に基づいて、平成23年度奨学会研究の募集を行います。応募される方は、規程および次頁募集要項に従って申請して下さい。

平成22年９月20日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長　山　口　桂　子

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程

第１条 （名　称）

本会を一般社団法人日本看護研究学会奨学会（以下，奨学会）とする。

第２条 （目　的）

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

第３条 （資　金）

本会の資金として，前条の目的で本会に贈与された資金を奨学金に当てる。

会計年度は，４月１日より翌年３月31日迄とする。

第４条 （対　象）

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

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

３）単独研究，もしくは共同研究の責任者であること。

４）推薦の手続きや様式は別に定める。

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

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

第５条 （義　務）

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

第６条 （授与者の報告）

日本看護研究学会理事長が授与者を会員総会で報告する。

第７条 （罰　則）

奨学金を受けた者が義務を怠り，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，授与された奨学金の全額を返還しなければならない。

第８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。

附　則

この規程は，平成22年３月26日より施行する。

一般社団法人日本看護研究学会奨学会　平成23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。または，申請用紙は返信用切手80円を添えて委員長宛に請求すれば郵送する。

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

2．応募資格

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

2）日本看護研究学会学術集会において少なくとも１回以上の発表をしている者。

3）単独研究もしくは共同研究者の責任者であること。

3．応募期間

平成22年11月１日から平成23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　新　道　幸　恵　理事　（日本赤十字広島看護大学）
深　井　喜代子　理事　（岡山大学大学院保健学研究科）
松　岡　　緑　理事　（学校法人福岡女学院看護大学）
良　村　貞　子　理事　（北海道大学大学院保健科学研究院）

6．奨学金の交付

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

7．応募書類は返却しない。

8．奨学会委員会の事務は，下記で取り扱う。

〒260-0015　千葉市中央区富士見２－22－６　富士ビル６階
一般社団法人　日本看護研究学会
奨学会委員会　委員長　紙　屋　克　子

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

（註２）　奨学研究の成果は，次年度公刊される業績報告に基づいて奨学会委員会が検討，確認し理事長に報告するが，必要と認めた場合には指導，助言を行い，又は罰則（日本看護研究学会奨学会規程第７条）を適用することがある。

会　　告（4）

定款第５章役員、第10章委員会により理事会、委員会を下記のとおり構成し決定いたしました。

平成22年８月21日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長　山　口　桂　子

（任期：平成22年定時社員総会より平成24年社員定時総会まで）

理事役職名・委員会名	氏　　名
理　　事　　長	山　口　桂　子
副理事長・総務担当理事　（長）〈兼任〉	黒　田　裕　子
総　務　担　当　理　事	林　　みよ子
副理事長・渉外担当理事　（長）〈兼任〉	泉　　キヨ子
渉　外　担　当　理　事	小板橋　喜久代
渉外・広報（ホームページ）担当理事	塩　飽　　仁
会　計　担　当　理　事　（長）	宮　腰　由紀子
会　計　担　当　理　事	叶　谷　由　佳
会　計　担　当　理　事	山　田　律　子
編　集　委　員　会　委　員（長）	中　木　高　夫
編　集　委　員　会　委　員	宇佐美　しおり
編　集　委　員　会　委　員	川　口　孝　泰
編　集　委　員　会　委　員	小　松　浩　子
編　集　委　員　会　委　員	杉　浦　太　一
編　集　委　員　会　委　員	浅　野　美　礼
編　集　委　員　会　委　員	井　手　知恵子
編　集　委　員　会　委　員	勝　山　貴美子
編　集　委　員　会　委　員	北　　素　子
編　集　委　員　会　委　員	佐　藤　政　枝
編　集　委　員　会　委　員	谷　津　裕　子

理事役職名・委員会名	氏　　名
奨学会委員会委員（長）	紙屋　克子
奨学会委員会委員	新道　幸恵
奨学会委員会委員	深井　喜代子
奨学会委員会委員	松岡　緑
奨学会委員会委員	良村　貞子
学会賞・奨励賞委員会委員（長）	松岡　緑
学会賞・奨励賞委員会委員	紙屋　克子
学会賞・奨励賞委員会委員	新道　幸恵
学会賞・奨励賞委員会委員	深井　喜代子
学会賞・奨励賞委員会委員	良村　貞子
将来構想検討委員会委員（長）	山口　桂子
将来構想検討委員会委員	泉　キヨ子
将来構想検討委員会委員	黒田　裕子
将来構想検討委員会委員	林　みよ子
研究倫理委員会委員（長）	石井　トク
研究倫理委員会委員	川口　孝泰
研究倫理委員会委員	近田　敬子
研究倫理委員会委員	江守　陽子
研究倫理委員会委員	野口　恭子
国際活動推進委員会委員（長）	井上　智子
国際活動推進委員会委員	松田　たみ子
国際活動推進委員会委員	石川　陽子
国際活動推進委員会委員	森山　ますみ
医療技術評価ワーキング委員会委員(長)	宮腰　由紀子
医療技術評価ワーキング委員会委員	叶谷　由佳
医療技術評価ワーキング委員会委員	小板橋　喜久代
医療技術評価ワーキング委員会委員	松田　たみ子
監事	安藤　詳子
監事	金井　一薫

会　　告（5）

第37回日本看護研究学会学術集会を下記のとおり、横浜市において開催いたしますのでお知らせいたします。

平成22年９月20日

第37回日本看護研究学会学術集会
会長　黒　田　裕　子
（北里大学大学院クリティカルケア看護学）

記

メインテーマ　**エビデンスに基づいた看護実践を！－現場の研究熱を高めよう－**

期　　日：平成23年８月７日（日）・８日（月）
　　プレカンファレンスセミナー　８月６日(土)
会　　場：パシフィコ横浜・会議センター
　　〒220-0012　神奈川県横浜市西区みなとみらい１－１－11

学術集会　事務局
　企画運営本部
　　〒252-0329　神奈川県相模原市南区北里２－１－１
　　北里大学大学院クリティカルケア看護学内
　　第37回日本看護研究学会学術集会　事務局
　　FAX　042-778-9069
　　E-Mail　jsnr37-office@umin.ac.jp
　　ホームページ　http//jsnr37.umin.jp/

　運営事務局
　　〒252-0329　神奈川県相模原市南区北里２－１－１
　　北里大学大学院クリティカルケア看護学内
　　第37回日本看護研究学会学術集会　事務局
　　FAX　042-778-9069
　　E-Mail　jsnr37-office@umin.ac.jp

日本看護研究学会入会申込等
　〒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事務局
　　TEL　043-221-2331
　　FAX　043-221-2332

目　　次

―原　著―

Incentive Spirometryを使用した呼吸訓練による換気機能回復への効果 …… 13

三重県立看護大学　玉　田　　章
三重県立看護大学大学院看護学研究科　長谷川　智　之
三重県立看護大学　竹　山　育　恵
三重県立看護大学　名　倉　真砂美

自閉症を主とする広汎性発達障害の子どもをもつ母親の子育てのプロセス …… 21

名古屋大学大学院医学系研究科博士課程後期課程　山　本　真　実
名古屋市立大学看護学部　門　間　晶　子
埼玉医科大学保健医療学部看護学科　加　藤　基　子

タイプA特性を含む抑うつモデルの検討 …… 31

福井県立大学　三　上　勇　気
日本赤十字豊田看護大学　水　溪　雅　子
豊橋創造大学　永　井　邦　芳

２型糖尿病患者が運動療法を継続する仕組み …… 41

金沢医科大学看護学部　山　﨑　松　美
金沢大学医薬保健研究域保健学系　稲　垣　美智子

戸建て団地に暮らす高齢者の歯の健康状態と積極的自尊感情・老年うつ・外出状態との関連 …… 51

香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科　合　田　加代子
香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科　國　方　弘　子
香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科　高　嶋　伸　子
香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科　辻　　よしみ
香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科　中　添　和　代

高齢者介護の現場における介護目標の検討と課題 …… 59

京都大学大学院医学研究科社会健康医学系
専攻健康要因学健康増進・行動学分野博士後期課程　高　田　明　美

－研究報告－

認定看護師の活動と活用に対する意識
－看護管理者・認定看護師・看護師の比較－ …… 73
浜の町病院　神　坂　登世子
埼玉医科大学保健医療学部　松　下　年　子
済生会吹田病院　大　浦　ゆう子

口唇口蓋形成術を受けた子どもの母親の経験 …… 85
福岡女学院看護大学看護学部　坂　梨　左　織
九州大学医学研究院保健学部門　大　池　美也子

HIV陽性者の在宅療養支援に関する実態調査
－全国のエイズ拠点病院における平成19年～20年の状況－ …… 97
山口大学大学院医学系研究科　加瀬田　暢　子
国立国際医療研究センター病院エイズ治療・研究開発センター（ACC）　島　田　　恵
熊本大学大学院生命科学研究部　前　田　ひとみ

心臓リハビリテーションプログラム開発における基礎研究
－清潔行為自立に向けた上半身挙上角度の違いが循環機能に及ぼす影響－ …… 107
獨協医科大学看護学部　村　上　礼　子
茨城県立医療大学保健医療学部看護学科　松　田　たみ子

成人看護学臨地実習における看護学生のストレスの縦断的変化
－心理的ストレス指標と生理的ストレス指標から－ …… 115
東京慈恵会医科大学医学部看護学科　高　島　尚　美
東京大学大学院　大　江　真　琴
横浜市立大学医学部看護学科　五木田　和　枝
横浜市立大学医学部看護学科　渡　部　節　子

－技術・実践報告－

維持透析患者の体重管理意識向上に向けて
－除水制限を試みて－ …… 123
厚生連滑川病院　岩　城　敏　之
福井大学医学部看護学科　上　野　栄　一

－資料・その他－

看護師が静脈穿刺をする際の駆血圧と駆血帯装着方法について …… 131
岡山県立大学大学院保健福祉学研究科　加　藤　晶　子
岡山県立大学保健福祉学部　森　　將　晏

CONTENTS

Original Papers

Efficacy of Incentive Spirometry in Improving Ventilatory Function 13

Mie Prefectural College of Nursing：Akira Tamada
Graduate School of Nursing, Mie Prefectural College of Nursing：Tomoyuki Hasegawa
Mie Prefectural College of Nursing：Ikue Takeyama
Mie Prefectural College of Nursing：Masami Nakura

Experiential Process of Mothers who Raise Children with Pervasive Developmental Disorders Including Autism 21

Graduate School of Medicine, Nagoya University：Mami Yamamoto
School of Nursing, Nagoya City University：Akiko Kadoma
School of Nursing, Facultyy of Health and Medical Care, Saitama Medical University：Motoko Kato

The Reviewing of the Depression Model Which Contains a TypeA Characteristic 31

Fukui Prefectural University：Yuuki Mikami
Japanese Red Cross Toyota College of nursing：Masako Mizutani
Toyohashi Sozo University：Kuniyoshi Nagai

Mechanisms Involved the Continuation of Exercise in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. 41

School of Nursing, Kanazawa Medical University：Matsumi Yamazaki
Institute of Medical, pharmaceutical and Health Sciences,
Faculty of Health Sciences, Kanazawa University：Michiko Inagaki

Correlations Between the Tooth Condition of Elderly People Living in Housing-Development Residences and their Positive Self-esteem, Depression, and State Regarding Going Out 51

Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural College of Health Sciences：Kayoko Goda
Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural College of Health Sciences：Hiroko Kunikata
Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural College of Health Sciences：Nobuko Takashima
Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural College of Health Sciences：Yoshimi Tsuji
Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural College of Health Sciences：Kazuyo Nakazoe

An Investigation to Determine the Objectives and Issues Related to the Present Situation of Caregiving Service Offered to the Elderly 59

School of public Health, Depertment of Health Promotion and Human Behavior, Kyoto University：Akemi Takada

Research Reports

The Cognition for Activity and Application of Certified Nurses (CN)
— The Comparison between Nursing Administrators, CN, and Nurses — 73

Hamanomachi Hospital：Toyoko Kamisaka
Faculty of Health and Medical Care, Saitama Medical University：Toshiko Matsushita
Saisseikai Suita Hospital：Yuko Oura

Experience of Mothers whose Children Undergo Labioplasty and Palatoplasty 85

School of Nursing, Fukuoka Jogakuin Nursing College：Sayori Sakanashi
Department of Health Sciences, Faculty of Medical Sciences, Kyushu University：Miyako Oike

Support for People Living with HIV/AIDS through Home Care Services Provided
by AIDS Core Hospitals in Japan 97

Yamaguchi University School of Medicine, Faculty of Health Science：Nobuko Kaseda
National Center for Global Health and Medicine, AIDS Clinical Center：Megumi Shimada
Kumamoto University Faculty of Life Sciences：Hitomi Maeda

Effect of Backrest Angle of the Bed Bath in the Cardiac Rehabilitation Program:
Change in Blood Pressure, Heart Rate, Double Product, and in Autonomic Nervous System 107

School of Nursing, Dokkyo Medical University：Reiko Murakami
Department of Nursing, School of Health Science Ibaraki Prefectual University of Health Science：Tamiko Matsuda

Longitudinal Changes in the Stress of Nursing Students during a Clinical Practice in Adult Nursing:
Based on Assessment of Psychological and Physiological Stress 115

School of Nursing, The Jikei University：Naomi Takashima
Graduate School of medicine, University of Tokyo：Makoto Oe
College of Nursing Yokohama, City University：Kazue Gokita

Technical Report

Awareness Improvement for Weight Control of the Maintenance Dialysis Patient
— The Limitation of the Body Fluid Removal is Tried — 123

Kouseiren Namerikawa Hospital：Toshiyuki Iwaki
School of Nursing, Faculty of Medical Sciences, University of Fukui：Eiichi Ueno

Preliminary Session

Tourniquet Pressure and Tourniquet Application Method when Nurses Perform Venipuncture 131

Graduate School of Health and Welfare Science, Okayama Prefectual University：Akiko Katou
Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectual University：Masaharu Mori

－原　著－

Incentive Spirometryを使用した呼吸訓練による換気機能回復への効果

Efficacy of Incentive Spirometry in Improving Ventilatory Function

玉田　章[1)]　長谷川　智之[2)]　竹山　育恵[1)]　名倉　真砂美[1)]
Akira Tamada　Tomoyuki Hasegawa　Ikue Takeyama　Masami Nakura

キーワード：呼吸訓練，インセンティブ・スパイロメトリー，換気機能，手術後
Key Words ：breathing exercises, incentive spirometry, ventilatory function, postoperative

Ⅰ．はじめに

全身麻酔により手術を受ける患者は，気管内挿管，麻酔剤や筋弛緩剤の残存，喫煙習慣などにより術後に呼吸器合併症を生じやすい。特に術創部が上腹部や胸部となる場合には，創部痛により深呼吸がおこなわれにくく，肺胞が虚脱しやすくなり，加えて咳嗽時の創部痛によって効果的な咳が行えず，気道内分泌物が貯留し，容易に無気肺や肺炎などの呼吸器合併症に進展しやすい[1),2)]。術後におけるこれらの呼吸器合併症の予防のために，術前の呼吸訓練が有効であることが多くの報告で述べられている[3),4)]。術前の呼吸訓練には深呼吸法の他に，人工呼吸器などの機械を用いる間欠的陽圧呼吸（Intermittent Positive Pressure Breathing: IPPB），持続的気道内陽圧法（Continuous Positive Airway Pressure: CPAP）や，呼吸訓練器具を用いた方法等がある。その中でも呼吸訓練器具を用いた方法は簡便で手術後に虚脱した肺胞が開きやすいといわれており，トリフローⅡ®やインスピレックス®等のIncentive Spirometryが多くの施設において使用されている[3～11)]。初期のIncentive Spirometryは，1960年にRadiganら[12)]により術後に使用する無気肺予防法として開発された。このIncentive Spirometryは，術前の呼吸訓練に使用し，術後の呼吸器合併症の予防に効果があったとする報告[4),13)]がされてから，多くの医療機関で術前訓練に使用される[14)]ようになったが，その訓練方法については，訓練期間や訓練回数が各施設や研究者によって様々で，一定の基準をもとに策定されていない現状にある[4),9),10)]。そのため，我々[15)]は，臨床での研究の前段階となる先行研究において，健常者を対象にIncentive Spirometryを用いた呼吸訓練を行い，換気機能の変化からIncentive Spirometryを使用した訓練の換気機能への影響を検証し，換気機能の向上を期待する場合は10日間以上の訓練期間を必要とするものの，１日に行う訓練回数はあまり多くを必要としないとする示唆を得た。しかし，この先行研究では，健常な女性を対象とし，年齢等の統制も行った結果であったため，実際の患者にIncentive Spirometryを用いた呼吸訓練を行った場合に同様の結果が見られるかが１つの課題であった。

以上のことから，本研究では，術後患者を対象にIncentive Spirometryを用いた呼吸訓練の換気機能の回復への影響を明らかにすることを目的として研究を行った。

用語の定義

Incentive Spirometry：主として外科手術後の肺合併症の予防と治療を目的に，長い深呼吸を持続させるために「ため息」をさせる呼吸訓練器具の総称である[7)]。吸気により筒の中にある玉や円筒を持ち上げることによって呼吸訓練となる。

換気機能：換気機能は，臨床では一般的に「呼吸機能検査」と呼ばれる検査で把握される。呼吸機能とは，酸素が口鼻から吸入されて，気道から肺胞，肺胞から赤血球に結合するまでと，血液中の二酸化炭素が肺胞に出され大気中に排泄されるまでの生理的な機能をいう[16)]。この呼吸機能を把握するための検査には，先の「呼吸機能検査」以外にも排気量分画，肺内ガス分析や拡散機能検査といった検査も含まれる。本研究では，肺胞から血液中へのガス交換機能とは区別するために，口鼻から吸入して肺への空気の出し入れを換気機能とする。

Ⅱ．研究方法

１．被験者

研究協力が得られたA病院において，次の条件を満たした患者を被験者とした。

・術前に換気障害区分の拘束性障害あるいは閉塞性障害が

１）三重県立看護大学　Mie Prefectural College of Nursing
２）三重県立看護大学大学院看護学研究科　Graduate School of Nursing, Mie Prefectural College of Nursing

見られないこと。
・既往歴に喘息など呼吸器系の疾患や虚血性心疾患などの循環器系の疾患がないこと。
・全身麻酔で手術が行われること。
・術創部が腹部・胸部に造られないこと。
・研究参加についての説明が理解でき，自らの意志で参加が決定できること。
・手術後に人工呼吸器が装着されないこと。
・術後１日目に坐位で換気機能が測定できること。

これら条件を満たすことができる患者の多くは，整形外科病棟に入院する患者が該当すると考えられたので，A病院の整形外科病棟に入院する患者で，本研究への協力が得られた患者から選定した。

被験者数は，対照群で男性６名，女性３名の計９名となった。実験群では，男性３名，女性３名の計６名であった。対照群および実験群間において，平均年齢，平均身長，平均体重に有意差は認められなかった（表１）。

２．研究期間

平成19年６月～平成20年12月

３．実験群

我々による先行研究[15]の結果から判断すると，Incentive Spirometryは長期に訓練を行わないとその効果が期待できない。また，近年は入院期間が短縮される傾向にあり，術前期間を十分に確保できないまま入院する。これらのことから，術前の呼吸訓練は行わず，術後にIncentive Spirometryを用いた呼吸訓練を行うこととした。

術前オリエンテーションとしてIncentive Spirometryを使用した呼吸訓練方法の説明を行い，使用方法の習得を計った後，被験者における術前の換気機能を測定した。また，術後日中に手術が終了した場合は16時から，夕方に終了した場合は20時から，Incentive Spirometryを使用して呼吸訓練を開始した。この呼吸訓練は，我々の先行研究結果[15]に基づいて，１セットあたりの回数を10回とし，１日に８時，12時，16時，20時の４セットとした。手術終了後より開始し，術後10日目まで実施した。

４．対照群

研究協力を得たA病院の整形外科病棟では，これまでIncentive Spirometryを使用した訓練を術前・術後ともに実施していなかったので，対照群については，これまで通り，Incentive Spirometryを使用しなかった。ただし，全身麻酔の術後患者に通常行われる深呼吸の促しは制限せずに実施した。

表１　被験者の属性

	被験者数	性別		年齢（才）	身長(cm)	体重(kg)
		男	女			
対照群	9	6	3	54.4±18.5	161.3±8.6	58.4±5.8
実験群	6	3	3	50.0±21.6	160.7±7.7	59.3±8.8

（平均値±SD）

５．呼吸訓練

Incentive Spirometryには先行研究[15]と同様にトリフローⅡ®を使用した。トリフローⅡは３個のボールを筒の最上部まで吸い上げることによって最大吸気流量を訓練する器具でIncentive Spirometryとしては臨床でよく使用されている。

トリフローⅡを使用した呼吸訓練の指導は，説明書を用い，研究者らが行う正しい訓練方法を見せながら，被験者にもトリフローⅡを用いた呼吸訓練を実施してもらい，最大吸気維持（Sustained Maximal Inspiration: SMI）ができるように，トリフローⅡに３個あるボールをなるべく多く，なるべく長く吸い続けるように指導した。被験者への呼吸訓練の指導は，手術前日に１回のみ行った。その後の訓練期間においては，毎日８時，12時，16時，20時の定時に看護師から訓練の実施を促した。なお，トリフローⅡを吸い上げる回数は，１セットあたりの回数を10回，それを１日に４セットの訓練としたので，１日に合計40回の吸い上げ回数となった。

被験者に対する術後10日間までの注意事項として，術後の呼吸訓練の実施および換気機能の測定を開始するにあたり，主治医に術後経過を確認し許可を得た後に行うこととした。また，訓練期間中に経鼻またはマスクによる酸素療法が行われている場合には，訓練中に継続してパルスオキシメータ（レスピロニクス・ノバメトリックス社，デジタルオキシメトリー512）によりSpO_2を測定し，測定値で３％以上の低下が見られたら直ちに訓練を中止し，主治医に報告することとした。さらに，訓練期間中に処置を必要とするような後出血，呼吸器系合併症，ショックなどの循環器合併症等がみられる場合には，その被験者への実験継続を中止することとした。

６．換気機能の評価

評価するために，実験群，対照群とも電子スパイロメータ（フクダ電子，スパイロシフトSP-350）を使用し，術前，術後１，５，10日目に換気機能の測定を実施した。測定は日内変動[17]を考慮し，15時から18時までの時間帯に測定した。術前の換気機能測定は，15時から18時までの時間帯において実施した。実験群の被験者には，同時間帯において呼吸訓練の方法等の説明を行った後に実施した。また，術後10日目の換気機能の測定は，指定した訓練期間が終了する12時の呼吸訓練後の15時から18時までの時間帯で実施した。測定時の姿勢については，体位の違いによる変動がある[18]とされるため坐位に統一した。なお，換気機能の測定は４名のA病院整形外科の看護師によって行った。測

定する看護師の測定技術が未熟であると測定値に影響すると考えられたため，本研究の研究者による測定方法指導の下，患者以外の者に対し繰り返し測定練習を行い，測定技術を充分習得をした後に本研究を開始した。

電子スパイロメータは，毎測定前に標準校正ポンプで校正し，測定時の温度および気圧を入力し測定値の補正を行った。気温の測定には標準的な寒暖計を使用し，気圧の測定にはデジタル気圧計（REGULUS社，BR-88）を使用した。測定においては，努力性肺活量（Forced Vital Capacity: FVC）を３回，肺活量（Vital Capacity: VC）を２回の順に測定し，その最大値を採用した。電子スパイロメータは，FVCおよびVCを測定することによって他の項目が自動的に算出され，換気機能評価にはFVCとVC以外に，％肺活量（Percent Vital Capacity: % VC），１秒量（Forced Expiratory Volume in one second: FEV_1），１秒率（Gaensler's Forced Expiratory Volume in one second percent : FEV_1%G），最大呼気速度（Peak Expiratory Flow: PEF）の６項目を使用し，統計的分析を行った。分析には統計ソフトSPSS16.0Jを使用し，対照群または実験群の術後日数間の多群の検定にはFriedman検定を用い，Friedman検定で有意差が認められた各群における術後日数間での２群間の検定にはWilcoxon順位検定を用いた。また，同一術後日数における対照群と実験群の２群間の検定にはMann-WhitneyのU検定を用いた。いずれも統計的有意水準は５％未満とした。

７．倫理的配慮

研究趣旨および研究方法を記載した書面を用いて研究対象者となる患者に説明した。その中で，研究参加に同意した後や実際の訓練途中でも参加を取りやめることができること，取りやめた場合でも治療や看護に関して不利益を被ることはないこと，本研究で得られた個人データは厳重に保管され研究目的以外には使用しないことを説明した。そして，同意書への署名により承諾を確認し，被験者とした。なお，研究協力を得たA病院倫理審査会（平成19年度　承認番号３）および三重県立看護大学研究倫理審査会（平成19年度　承認番号27）の承認を得た。

その他の配慮として，交差感染予防のためトリフローⅡは１人に１個，新品を使用した。また，換気機能測定時には，肺機能検査用フィルター(ポールバイオメディカル社，PF-30S)およびディスポーザブル紙マウスピース（フクダ電子社）を介して行うようにし，これらも１人に１個，新品を使用した。

Ⅲ．結　　果

１．術前後の換気機能

術前における対照群と実験群の換気機能を図１に示す。両群間における術前のVC，FVC，% VC，FEV_1，FEV_1%G，PEFには有意差は認められなかった。また，対照群，実験群のいずれも術後に合併症等を発症し実験を中止した患者はなかった。

個体差による影響を少なくするために，各測定項目において術前の測定値を基準として，術後の測定値から術前の測定値を引いた数値により比較し，それぞれ中央値と最大値・最小値で示した。

VCは，対照群では術後１日目には-0.18L（中央値）と低下し，術後５日目，術後10日目の経過に伴い基準とした術前の値に近づいた。統計学的分析では術後５日目と10日目の変化に対し，術後１日目は有意に低値であった。また，実験群のVCは，術後１日目には0.065L（中央値）となり，基準とした術前の数値を上回り，対照群の術後１日目との比較においても有意に高値を示した（図２）。

% VCは，VCと同様の結果となった。対照群では術後１日目には-5.14％（中央値）と低下し，術後５日目と10日目の変化に対し，術後１日目は有意に低値であった。また，実験群の% VCは，術後１日目には1.77％（中央値）となり，基準とした術前の数値を上回り，対照群の術後１日目との比較においても有意に高値であった（図４）。

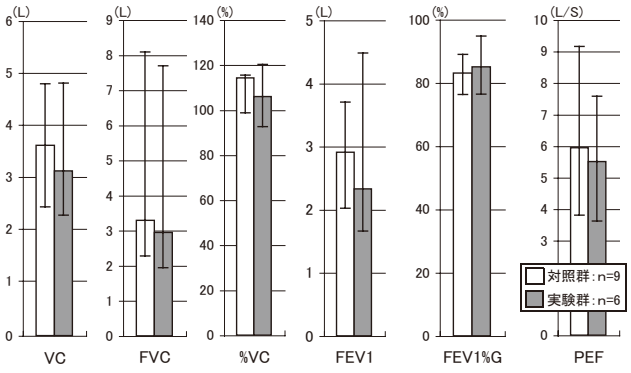


図１　術前の換気機能（中央値と最大値・最小値を表示）

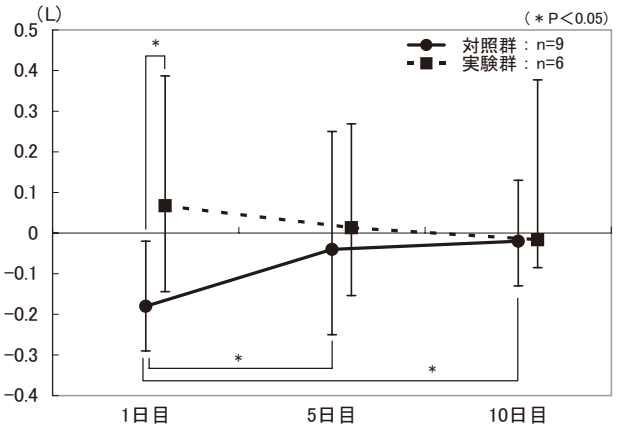


図２　VCの変化（中央値と最大値・最小値を表示）

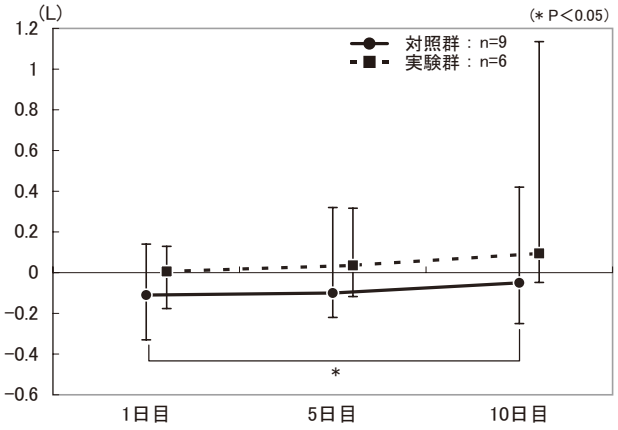


図３　FVCの変化（中央値と最大値・最小値を表示）

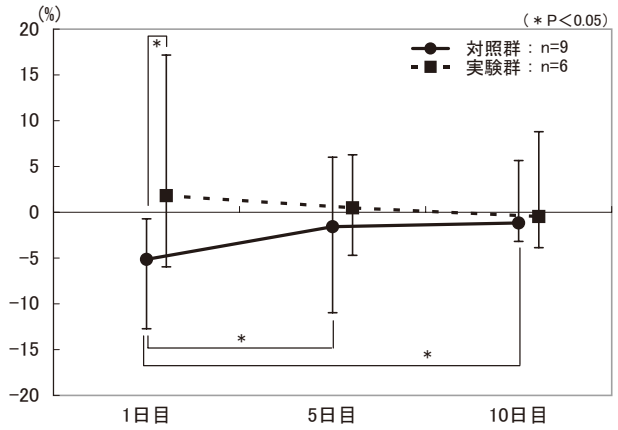


図４　%VCの変化（中央値と最大値・最小値を表示）

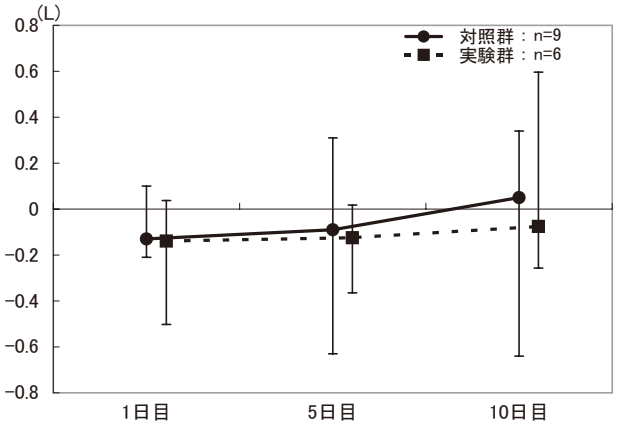


図５　FEV_1の変化（中央値と最大値・最小値を表示）

FVCは，対照群では，術後１日目には-0.11L（中央値）となり，この対照群の１日目の変化に対して，術後10日目は有意な増加が認められたが，いずれの術後病日においても基準とした術前のFVCより低値を示す傾向が認められた。また，実験群の術後１日目のFVCは，-0.005L（中央値）となり，その後の５日目と10日目のいずれにおいても術前の基準に近い数値となった。しかし，各術後日数において，

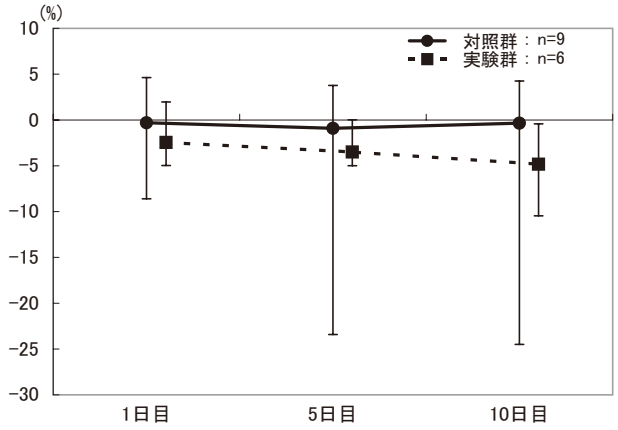


図６　FEV_1%Gの変化（中央値と最大値・最小値を表示）

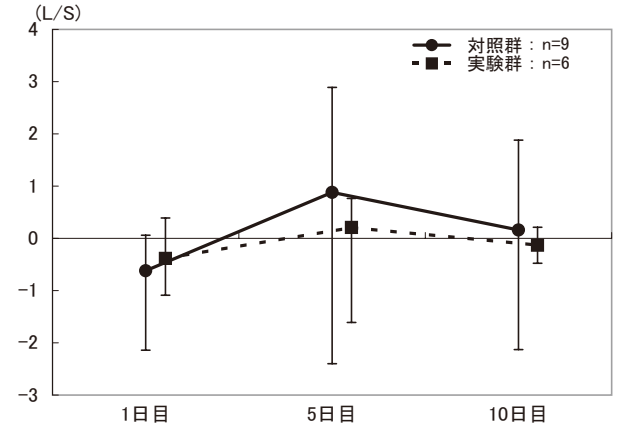


図７　PEFの変化（中央値と最大値・最小値を表示）

実験群と対照群間に有意差は認められなかった（図３）。

FEV_1は，対照群の術後１日目で-0.13L（中央値），実験群の術後１日目も-0.13L（中央値）であり，その後の各術後日数のいずれにおいても有意な変化は認められなかった。また，各術後日数において，実験群と対照群間にも有意差は認められなかった（図５）。

FEV_1% Gについても，対照群，実験群の各術後日数いずれにおいても基準値に近い数値であった。各術後日数において，実験群と対照群に有意差は認められなかったが，対照群の方が全体的に術前の基準に近い傾向があった（図６）。

PEFは，対照群，実験群の術後１日目には，それぞれ-0.62L/S（中央値）と-0.425L/S（中央値）と術前の基準から低値となったが，術後５日目，10日目と経過のなかで基準に近くなる傾向があった。しかしながら，各術後日数間または各術後日数における対照群と実験群間のいずれにおいても有意差は認められなかった（図７）。

Ⅳ．考　　察

一般に換気機能は，年齢，性別，身長による個体差があ

ることが知られているが，今回の実験で，被験者のこれらのプロフィールには大きな違いが認められなかった。また，術前の換気機能について両群間で統計学的検定を行った結果，いずれの指標にも有意差は認められなかった。これらのことから，各群間の個人条件には著しい偏りがなかったと考えられる。

測定指標のVCは，息の呼出からゆっくりと最大限の吸気をしたときに得られ，FVCは吸気から最大限の努力をして呼出したときに得られる。理論上はVCもFVCも同じ容量となるべきであるが，閉塞性換気障害のある場合にはFVCはVCより少なくなる[16]。実際の換気障害の診断には，予測肺活量に対するVCの比率として%VCが，また，FVCに対するFEV_1の比率としてFEV_1%Gが使用される。この%VCが低いことは，肺の拡張が障害されている状態を示し，またFEV_1%Gが小さいことは，気道内を空気が呼出される際の抵抗が亢進した状態を示す[19]。%VCが80%以下，FEV_1%Gが70%以下を基準に拘束性換気障害や閉塞性換気障害等の診断がされる[16]。このように，VCや%VC，FVCは換気機能のうちでも吸気機能を示す指標であり，FEV_1やFEV_1%G，PEFは呼出機能を示す指標である。これらは換気機能を評価するための基本的な指標である。

今回の研究では，術後患者にIncentive Spirometryを用いた呼吸訓練を行い，換気機能の回復の影響を検証することを目的にしており，Incentive Spirometryを用いた実験群の方が早期に換気機能が回復すると予測をしていた。結果として，手術経過日の比較で対照群のVCと%VCの術後１日目の変化の値は，術後５日目と10日目と比較し統計学的に有意に低かった。これは，全身麻酔で手術をした患者の術後１日目の換気機能が低下したことを示し，術後日数の経過に伴い術前の換気機能に回復したものと考えられる。北得ら[20]のIncentive Spirometryとしてインスピレックスを用いた術前の呼吸訓練の研究では，１週間程度の呼吸機能訓練では効果が現れず，長期に行うことで次第に効果が現れてくると報告している。そのため，今回の研究では，術後10日目までを訓練期間，すなわち実験期間とした。また，瀬古ら[4]が行ったトリフローを使用した術前の呼吸訓練前後の換気機能においては，正常肺機能の患者を対象とした場合には有意差を認めていない。相坂ら[13]のトリフローⅡを使用した呼吸訓練の報告でも，訓練７日間以上とそれ未満においてVCやFEV_1などの換気機能に差がなかったとしている。しかし，今回の結果では，術後１日目のVCと%VCにおいては対照群より実験群の方が有意に高い数値となった。このことから実験群では基準点とした術前から術後において，術前以上の数値の上昇は認められなかったものの，術後のIncentive Spirometryの使用によって，術後１日目までに術前の換気機能に回復したものと考えられる。本来，Incentive Spirometryは，Radiganら[12]により術後の無気肺予防法として開発された器具であることや，当時Bartlettら[21]やMcConnellら[22]が術後に同様の器具を使用し，術後の無気肺予防に対する有用性を述べていることから，術後の無気肺の予防，すなわち，肺胞の虚脱を改善し肺活量を術前の正常レベルまで回復させることができたと考えられる。

Incentive Spirometryを術前の呼吸訓練に使用し，術後の呼吸器合併症の予防に効果があったとする報告[4),13)]が多くされている。しかし，以前，我々が行った研究[15]で10日間以上の訓練期間を必要とすることが示唆されたことや今回の結果からは，短期間の術前使用や術後に使用しない場合には，早期の換気機能の回復は期待できないものと思われる。今回の研究ではIncentive Spirometryを使用していない対照群においてのVCや%VCについては，術後５日目には術前と有意差がない数値となっている。このことは，患者自身が有する回復力の賜物と思われる。しかし，手術後に最も一般的な呼吸器合併症といわれる無気肺は術後48時間以内に発生する[2]といわれており，術後のIncentive Spirometryの使用が推奨される。また，肺活量はその個人にとっての上限があるため，現段階で機能的に十分である者は，それ以上の訓練効果を望みにくいとする報告もある[23]。術前の呼吸訓練期間が10日間以内の短期間であれば，なおさら，術後の換気機能の向上は望めないものと考えられる。今回の結果では，Incentive Spirometryを使用していない対照群のFVCにおいて，術後１日目に対して術後10日目が有意に高い数値を認めた。これは，有意差はないものの術後１日目に低下し，その後の患者自身の回復力により術前の状態まで改善したために有意差が生じたと考えられる。また，換気機能の評価のために術後１日目，５日目，10日目に電子スパイロメータによる換気機能測定を行っており，この測定が呼吸訓練としての効果があったとも考えられる。加えて実験群の被験者数が少なかったことも影響していると推察される。

無気肺等の呼吸器合併症予防に効果があったとされる他の研究者の呼吸訓練回数は，１時間毎に５回から10回である[7),10),11)]。これは１日に覚醒している時間を16時間とした場合の１日の実施回数は80回～160回の頻度が求められることとなる。しかしながら，患者の自発性に期待するだけでは訓練回数の増加は期待できない上に，看護師が１時間毎に訓練を促すことも時間的制約から困難とされている[3]。また，我々[15]の先行研究から，SMIが保たれる呼吸訓練であれば少ない回数で効果が期待できるとの結果を得ていることから，今回の訓練回数は１セット10回とした。今回の研究で術後１日目のVCと%VCで有意差が認められたことは，先の我々の先行研究の結果を裏付けるものと考える。

Gosselink[24]やOverend[25]は，胸部や上腹部の手術においてのIncentive Spirometryの呼吸器合併症予防への効果はあまり期待できないと報告している。また，Brasherら[26]も，深呼吸訓練を主とする呼吸理学療法の有無による手術後の肺の機能は変化がなかったという結果を報告している。槇田ら[11]は，術後の呼吸に及ぼす因子として，術創の部位や創部痛などとの関連をあげている。その他にも実際の手術患者では，麻酔薬剤の残留や咳嗽反射の低下など呼吸器系に及ぼす影響因子は多い[2]。今回の研究では，「胸・腹部に術創部がない」等多くの条件を付した患者を対象としている。そのため，全ての術後患者にIncentive Spirometryを使用することによって換気機能の回復に効果があるとはいえない。また，今回の被験者とした患者は，訓練開始時に看護師からIncentive Spirometryの使用方法について説明を受け，毎日の訓練実施をチェック表で確認し，訓練期間中においてSMIを保った状態で行うことの指導が随時行われている。呼吸訓練の期間途中での看護介入によって効果が現れたとする報告[3]もあることから，患者自身のみの訓練効果ではなく，途中の看護介入がされての結果と捉えられる。

Ⅴ．結　　論

全身麻酔で手術を行う患者を対象に，Incentive Spirometry（トリフローⅡ®）を使用した呼吸訓練を行った結果，以下の点が明らかになった。

1．胸部や上腹部に術創部が造られない手術において，Incentive Spirometryを術後に使用することにより，換気機能の回復が期待できる。
2．VC（肺活量）の回復には，SMIを充分に維持されるような呼吸訓練であれば「１セット10回を１日に４回」で効果が期待できる。
3．Incentive Spirometryの術前の短期使用および術後での未使用は，換気機能の回復は期待しにくい。

本研究は，日本学術振興会科学研究費補助金（基盤研究（C））「自発的呼吸訓練器具を手術前後に使用した場合の呼吸機能回復への影響」による助成金交付を受けて行ったものである。

謝　　辞

本研究において，快くご協力くださいました患者の皆様ならびに関係病院の看護師の皆様に感謝いたします。

要　　旨

術後患者を対象にIncentive Spirometryを用いた呼吸訓練を行い，換気機能回復への影響を検討した。実験群が行う訓練は１日に４セット，１セットの回数を10回とした。実験期間は手術前日から術後10日目までとし，電子スパイロメータで術前，術後１日目，術後５日目，術後10日目に換気機能を測定した。対照群はIncentive Spirometryを用いた呼吸訓練を行わず，実験群と同様に換気機能を測定した。その結果，対照群の術後１日目の肺活量と％肺活量は，術後５日と術後10日目より有意に低下していた。また，術後１日目の肺活量と％肺活量は実験群より対照群の方が有意に低値であった。以上から，Incentive Spirometryを術後に使用することにより，換気機能の回復が期待できることと，最大吸気が充分に維持される呼吸訓練であれば「１セット10回を１日に４回」で効果が期待できることが示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to determine the efficacy of incentive spirometry in improving postoperative ventilatory function. The interventional group performed 4 sets of breathing exercises in one day, and the exercise was repeated 10 times per set. The intervention period was from the day before surgery to 10 days after surgery, and ventilatory function was measured before surgery 1, 5, and 10 days postoperatively using an electronic spirometer. The control group did not perform incentive spirometry and ventilatory function was measured as in the interventional group. As a result, vital capacity and percent vital capacity were significantly reduced on the first day after surgery compared with those on the 5 and 10 days after surgery. Furthermore, values for these parameters were significantly lower in the control group compared to the interventional group. These findings suggest that postoperative incentive spirometry can improve ventilatory function and that if sustained maximum inspiration can be maintained, 4 sets of breathing exercises at 10 repetitions per set daily may improve ventilatory function.

文　献

1）今中秀明：術後の広範な無気肺－開心術後の無気肺・背側無気肺を中心に－，救急・集中治療，13(3)，267-273, 2001.
2）関根康夫，藤沢武彦：周手術期の呼吸療法，３学会合同呼吸療法認定士認定委員会（編）：呼吸療法テキスト，286-295, 克誠堂出版，東京，2006.
3）鎌倉やよい，坂上貴之：手術前呼吸練習プログラムの開発とその効果の検討，行動分析学研究，9(1)，2-13, 1996.
4）瀬古志桜，酒井文子他：トリフロープラグラムを用いた術前呼吸訓練の効果，第32回日本看護学会論文集－成人看護Ⅰ－，136-138, 日本看護協会出版会，東京，2001.
5）石川　朗，森川亘他：明日からできる！術後合併症をふせぐ呼吸理学療法，エキスパートナース，10(11)，20-27, 1994.
6）松浦京子：術前訓練，竹内登美子（編）：周手術期看護　外来／病棟における術前看護，84-91, 医歯薬出版，東京，2000.
7）宮川哲夫：呼吸訓練器具の種類と使い分け，救急・集中治療，15, e244－e249, 2003.
8）鈴田真紀，笹本景子他：インスピレックスを取り入れた術前術後の呼吸指導の見直し，Tokushima Red Cross Hospital Medical Journal, 10(1)，106-110, 2005.
9）American Association for Respiratory Care(AARC): インセンティブスパイロメトリ，古賀俊彦（訳）：AARC クリニカルプラクティスガイドライン，2007-02-26, http://210.136.153.233/html/rcnjp_02.html.
10）鈴木　章，呉吉煥他：最大吸気持続法 Sustended Maximal Inspiration（TRIFLO Ⅱ）による術後肺合併症の予防の検討，臨床胸部外科，4(4)，1984.
11）槇田浩史，天羽敬祐：肺胞を開くための療法（人工呼吸を除く），島田康弘，武澤純他（編）：プラクティカル呼吸管理，172-180, 中外医学社，東京，1995.
12）Radigan, L.R., King, R.D.: A technique for the prevention of postoperative atelectasis, Surgery, 47, 184-187, 1960.
13）相坂智子，門上恵美子他：トリフローⅡと腹式呼吸による術前呼吸訓練方法の効果，市立三沢病院医誌，11(1)，14-16, 2005.
14）岩月すみ江，吉行郁美他：Incentive Spirometryを使用した術前呼吸訓練の現状調査（第１報），日本看護研究学会雑誌，29(3)，160, 2006.
15）玉田　章，平野真紀他：Incentive Spirometryを使用した呼吸訓練による健康成人女子の換気機能への影響，日本看護研究学会雑誌，31(2)，47-54, 2008.
16）小山信一郎，堀江孝至：呼吸機能検査とその解釈，３学会合同呼吸療法認定士認定委員会（編）：呼吸療法テキスト，38-52, 克誠堂出版，東京，2006.
17）上本野唱子，天野信一他：呼吸機能訓練の術後呼吸機能に及ぼす効果について－第３報　呼吸機能の日内変動－，月刊ナーシング，21(6)，138-141, 2001.
18）上本野唱子，天野信一他：体位変化に伴う呼吸機能評価－呼吸機能訓練の術後呼吸機能に及ぼす効果について　第２報－，月刊ナーシング，19(9)，140-142, 1999.
19）川城丈夫：換気機能検査，大島弓子，数馬恵子，北本　清（編）：からだの異常　病態生理学Ⅱ，38-41, 日本看護協会出版会，東京，2000.
20）北得美佐子，舟見まつみ他：術前呼吸訓練の効果について－インスピレックスを使用して－，第12回日本手術看護学会発表集録集，127-130, 1998.
21）Bartlett, R.H., Gazzaniga, A. B., et al.: Respiratory maneuvers to prevent postoperative pulmonary complication, The Journal of The American Medical Association, 224, 1017-1021, 1973.
22）McConnell, D.H., Maloney, J. V., et al.:Postoperative intermittent positive-pressure breathing treatments, The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 68, 944-952, 1974.
23）黒田由香，能智英理他：トリフローを活用した効果的な呼吸訓練，EXPERT NURSE, 10(11)，48-50, 1994.
24）Gosselink, R., Schrever, K., et al.: Incentive spirometry does not enhance recovery after thoracic surgery, Critical Care Medicine, 28(3), 679-683, 2000.
25）Overend, T. J., Anderson, C. M., et al.: The effect of incentive spirometry on postoperative pulmonary complications, CHEST, 120(3), 971-978, 2001.
26）Brasher, P.A., McClelland, K.H., et al.: Does removal of deep breathing exercises from a physiotherapy program including pre-operative education and early mobilization after cardiac surgery alter patient outcomes?, Australian Journal of Physiotherapy, 49(3), 165-173, 2003.

［平成21年４月24日受　　付
平成22年１月14日採用決定］

－原　著－

自閉症を主とする広汎性発達障害の子どもをもつ母親の子育てのプロセス

Experiential Process of Mothers who Raise Children with Pervasive Developmental Disorders Including Autism

山本真実[1)]　門間晶子[2)]　加藤基子[3)]
Mami Yamamoto　Akiko Kadoma　Motoko Kato

キーワード：自閉症児，広汎性発達障害児，修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ，母親，子育て
Key Words：Children with Autism, Children with Pervasive Developmental Disorders, Modified Grounded Theory Approach, Mother, child care

Ⅰ　はじめに

近年，自閉症を主とする広汎性発達障害の子どもやその家族に対する支援が注目されている。自閉症を主とする広汎性発達障害の子どもをもつ母親の子育てに関する研究を大別すると，子どもの障害への気づきや診断に関する研究[1)2)]，診断前後の母親の気持ちや障害受容の過程を明らかにした研究[3)～7)]，母親のストレスや家族機能に関する研究[8)～11)]，母親のQOLに関する研究[12)13)]などが行われている。自閉症を主とする広汎性発達障害では，母親が子どもの障害に気づく時期は１歳前後から２歳であること，子どもが診断を受ける時期は概ね２歳から４歳であること[1)3)4)]，そして診断名は，自閉的傾向や知的障害を伴う自閉的傾向など明確ではない表現で告げられること[4)]が報告されている。母親の子育てには長期にわたり障害を疑いながら過ごす期間が存在し，母親は，明確な診断が得られないなかで子育てを進めていることが推察される。子どもの障害を認識してから診断までの母親の気持ちには，焦り，不安，自責や罪悪感，絶望感や孤立感など心理的な葛藤や底知れぬ不安があり[3)]，この時期に多くの育児上の困難が生じる[4)]とされている。診断を受けることによって解決していく問題としては，子どもの理解に関する問題，育児への罪責感，周囲からの孤立，診断が確定しないことへの苛立ちなどが報告されている[4)7)]。しかし，診断により新たに生じる問題もあり，障害があることに対する悩み，子どもの行動すべてを障害という視点で見てしまうことで一般的な育ちが見えにくくなってしまうこと，今後の育児に対する不安，周囲との関係に関する悩みなどが挙げられ，診断によって障害認識に至っても新たな問題が発生し，母親の心理的混乱が告知後にも再び生じること[4)]が明らかになっている。子どもの障害を受容していく過程に焦点をあてた研究では，母親の心理過程を段階的に捉えて説明する段階説に依拠した研究が多い。自閉症の子どもの母親であることを肯定するまでには，不安，闘争，運命への順応，障害の理解と究明の欲求，最適環境の追及，自己肯定，という過程を経ること[5)]，悩みながらもどのように本人を理解し関わっていけばよいかを少しずつ学び，それがわかってくるにつれ子どもの見方が変わり前向きな気持ちになること[3)]などが報告されている。一方，段階説に依拠して分析を行った研究の結果，母親の気持ちは段階を追うように単純にすすんでいないこと[6)]も指摘されている。

このように自閉症を主とする広汎性発達障害の子どもをもつ母親の子育てには，診断以前の心理的葛藤や育児上の困難，診断を境に生じる新たな子育ての問題，複雑な障害受容の過程が伴う。しかし母親が子育てにおいてどのような経験を経ているのか，子育てのプロセスはどのようなものかという視点で行われた研究は少ない。自閉症の子どもをもつ母親の経験に注目した研究としては，MidenceとO'neillによって親の経験のプロセスが報告されている。その研究では，４組の自閉症の子どもの家族との面接が行われ，その結果，親は診断を受け，子どもの行動についての理解がすすむにつれ，それまで理解できなかった子どもの行動に対する混乱や苦悩そして自責感情が薄れ，安堵感の体験に至るプロセスを経る[7)14)]と報告されている。母親の子育てにおける詳細な経験とそのプロセスを明かにすることは，母親と子どもへの支援を丁寧で手厚いものとするために取り組むべき課題である。

１）名古屋大学大学院医学系研究科博士課程後期課程　Graduate School of Medicine, Nagoya University
２）名古屋市立大学看護学部　School of Nursing, Nagoya City University
３）埼玉医科大学保健医療学部看護学科　School of Nursing, Facultyy of Health and Medical Care, Saitama Medical University

Ⅱ　研究目的

本研究の目的は，自閉症を主とする広汎性発達障害の子どもをもつ母親の子育てのプロセスを，子どもや他者との相互作用に注目するなかで明らかにすることである。

Ⅲ　研究方法

1．研究デザイン

研究目的より本研究は，質的帰納的な性質をもつ研究となる。母親の子育てにおける経験は，非言語的，深層的なデータを得るという特徴をもつ面接法により知ることとした。そして分析には，人々の相互作用の過程に焦点をあて[15]，説明力があり予測に有効な動態理論を生成する[16]グラウンデッド・セオリー・アプローチが適切であると考えた。

2．研究参加者

研究参加者（以下参加者とする）は，自閉症を主とする広汎性発達障害と診断された子どもを育てており，自閉症の子どもをもつ親の会に所属している母親とした。親の会役員に研究の主旨を説明し，役員を通じて会員に研究協力を呼びかけ，その呼びかけに賛同し，研究への参加に同意の得られた母親を参加者とした。

3．面接方法

面接は半構成的面接とし，子育てに関する経験を幅広く聴くために「これまでの子育てで抱いた気持ち」「子育てで印象深いエピソード」「子育てで工夫したことや必要を感じて取り入れたこと」を質問した。面接中，子育てのプロセスに関係があると思われる経験が語られた時には，調査者から質問し，その経験を詳しく聴いた。また言い足りなかったことや調査者に伝えたいことがあれば聴いた。基本属性として，参加者については年齢，親の会への参加時期，子どもについては年齢，診断時期と診断名，療育への参加の有無と参加時期，家族については同居家族の構成について質問した。

4．倫理的配慮

本研究は名古屋市立大学研究倫理委員会の承認を得て実施した。面接を始める前に，研究の目的，研究参加の自由，研究のいずれの時点でも参加を取りやめることができることについて説明した。また面接により予想される不都合や不快として，過去の出来事を想起することや現在も継続する葛藤や悩みを母親が思い起こすことなどにより，様々な気持ちを抱くといった負担が生じる可能性を伝えた。プライバシーの保護として，氏名は記号を用いて匿名化すること，録音記録や逐語録の保存方法と保存期間，そして保存期間を過ぎた際にはデータは確実に破棄することを説明した。これらのことについて口頭と紙面にて個別に説明し，書面にて同意を得た。面接内容の録音と筆記は承諾を得て行い，面接内容は速やかに逐語録にし，参加者が特定できないよう匿名化した。面接では調査者からの質問に対し回答を強要することのないよう配慮した。

5．分析方法

本研究の分析には，GlaserとStraussのグラウンデッド・セオリー・アプローチの特性を継承し，コーディング法と深い解釈を統合した方法として木下によって考案された修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ[17]（以下M-GTAとする）を用いた。M-GTAを用いた理由は，データに密着した分析方法が明確に示されていること，そしてデータを切片化せず文脈を重視した深い解釈を行なう[18]ことから，面接における母親の詳細な語りを十分に活かすことができると考えたためである。またM-GTAでは，生成された理論は応用者が実践を行う状況によって，常に修正を加えながら使われる[16]という点を強調している。そのため導き出される結果が，子育てをしている母親や家族，仲間，支援者というそれぞれの立場で活用されやすいと考えた。

面接データを解釈するために，まず“分析焦点者”と“分析テーマ”を設定する[19]。“分析焦点者”は，常に「その立場におかれている人間」の視点に立つことを意識して分析を行うために設定され[19]，本研究では「自閉症を主とする広汎性発達障害の子どもをもつ母親」とした。“分析テーマ”を設定する際，面接中の母親の様子，録音記録，逐語録から，母親が子育てをしていくためには，子どもとのつながりを実感し，子どものことがわかるようになっていくという経験が大きく関係しているのではないかと考えた。検討を経て最終的に分析テーマを「独自のやりとりで子どものことがわかるようになっていくプロセス」とした。

次に母親の語りを“分析焦点者”と“分析テーマ”に注目して検討し，“分析ワークシート”を概念ごとに作成した。“分析ワークシート”は，概念名，定義，具体例，理論的メモで構成される[20]。具体例の欄には面接内容のうち着目した文脈，定義の欄には検討し採用した具体例に対する解釈，理論的メモの欄には重要と思われるその他の解釈案，概念名の欄には定義を凝縮表現した言葉[20]をそれぞれ記入した。分析の手順については，多くの体験が語られ多様な概念が含まれると思われる参加者のデータから分析を始め，その後異なる状況にある参加者を次の分析対象として選択しながらすすめた。概念の生成は，継続して類似と対極の二方向で比較検討を行いながら，具体例を追加するたびに定義と概念を見直した。

このように生成した概念の類似点から，サブカテゴリーを生成し，サブカテゴリー間の関係を探り，カテゴリーを生成した。さらにカテゴリー間の関係についても検討し，

カテゴリー間の相互関係をみながらカテゴリーを配置し，全体を俯瞰し，結果図を作成した。そして結果図に示されたプロセスを文章化した（ストーリーライン）。

信頼性を維持するため，M-GTAで用いられる用語や分析の進め方について共通の理解を得たうえで，面接内容の解釈，概念とサブカテゴリー，カテゴリーの生成などの分析を，看護学研究者２名と共に行った。また分析を始めるにあたり，分析の主軸となる“分析テーマ”，および“分析焦点者”の考え方について，M-GTAを用いた研究経験のある看護学研究者からアドバイスを受けた。さらに分析後，参加者３名に再度面接を行い，研究の結果に対する意見を求め，修正を行い最終的な完成とした。

６．用語の捉え方

前述した分析テーマに用いた「独自のやりとり」という用語について，本研究では，“母親と子どもの間で築かれるやりとりであり，そのやりとりのなかに母親と子どもだけの意味を作っていくこと”とした。

Ⅳ 結　　果

１．面接状況

参加者は16名であり，面接を行った時期は2007年５月から2007年６月であった。面接は親の会事務所にて実施し，１人当たりの面接所要時間は45分から２時間17分であり，平均１時間24分であった。面接内容は参加者の許可を得て録音し，逐語録を作成した。面接時に参加者が持参し，調査者に提示した資料も含めて分析した。参加者の年齢は30歳代から50歳代であった。参加者の子どものうち，自閉症を主とする広汎性発達障害の子どもは19名であり，子どもの診断名は，自閉症12名，高機能自閉症２名，アスペルガー症候群１名，広汎性発達障害４名であった。子どもの年齢は４歳から14歳であり，診断を受けた年齢は２歳から12歳であった。

分析ワークシートにおいて，具体例が多彩となり，母親の語りに共通点が見出され概念に集約できるようになったため，分析に必要なデータは概ね収集できたと判断した。

２．独自のやりとりで子どものことがわかるようになっていくプロセス

文中では，カテゴリーを【　　】，サブカテゴリーを≪　≫，概念を＜　＞で示し，それぞれの定義を“　　”で表す。また斜体文字で具体例を面接内容から引用して記し，面接中に調査者が気づいた対象者の行動や声の調子，文脈が理解しやすいように補った言葉を（　　）で表す。

自閉症を主とする広汎性発達障害の子どもをもつ母親の子育てのプロセスは，図１に示すように【どうすればいいのかわからない】【子どもとの向き合い方を探しなおす】【独自のやりとりでつながっていく】【子どもに合った子育てがわかるようになっていく】の４つのカテゴリーで構成される。母親は【どうすればいいのかわからない】から【子どもとの向き合い方を探しなおす】を転機として抜け出し，【独自のやりとりでつながっていく】【子どもに合った子育てがわかるようになっていく】を廻っていく。【独

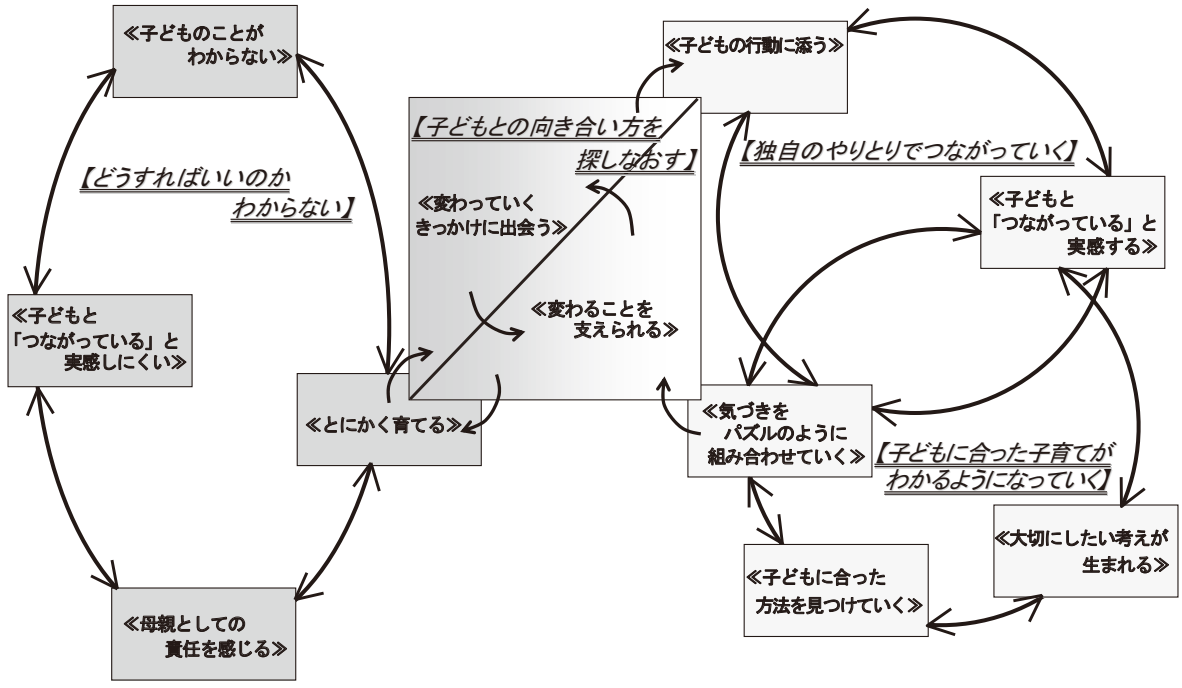


図１　自閉症を主とする広汎性発達障害の子どもをもつ母親の子育てのプロセス
－独自のやりとりで子どものことがわかるようになっていくプロセス－

自のやりとりでつながっていく】と【子どもに合った子育てがわかるようになっていく】を廻りながらも，母親の子育てには，子どもとつながっているという実感やこれまでの子育てが揺らぐという不安定さがある。そしてどうにもならないという窮地に立たされた時に，母親は再び【子どもとの向き合い方を探しなおす】へ移行する。さらに【どうすればいいのかわからない】へと向かっていくこともある。

以下に各カテゴリー，サブカテゴリーについて，定義および具体例を用いて説明する。最後に，研究結果の厳密性を確保するために参加者に対し実施した，研究結果に関する面接について述べる。

1）【どうすればいいのかわからない】

【どうすればいいのかわからない】とは，“母親が，子どものことがわからず，子育ての手掛かりも得られず，また子どもとのつながりを実感しにくいという混乱のなかで子どもを育てること”である。このカテゴリーは，**≪子どものことがわからない≫≪子どもと「つながっている」と実感しにくい≫≪母親としての責任を感じる≫≪とにかく育てる≫**の４つのサブカテゴリーで構成される。

≪子どものことがわからない≫とは，“母親が，子どもの反応の理由，子どもの気持ちや感覚がわからないこと”である。≪子どものことがわからない≫が生じることによって，母親には**≪子どもと「つながっている」と実感しにくい≫**が引き起こされていく。≪子どもと「つながっている」と実感しにくい≫とは，“母親が，子どもの独特な世界に入れず，子どもと共有できるものがないと感じること，あるいは母親であるという実感が得られないこと”である。

Fさん：(雪を溶かすためのスプリンクラーで子どもが)水浴び始めたんですよ（不思議そうに言う)。この雪の降ってる中，スプリンクラーで水を浴びて。もうその時，その時ねぇ，ほんとに「あぁこの子普通じゃない」(はっきり言う)，ってほんとに思いました。(中略)「えーっ。なにぃ？」(声を潜めて言う)っていう。やっぱりこう…理解できない…うん（子どもと自分の間で感じる）孤立感。なんでそういうことするのかっていうのが，ほんとにその時はわかんなかったんで。

Lさん：私のこと下の子はお母さんだってわかってなかったから。甘えもしないし，いなくなっても平気だし。それが…最初理由がわからなくて…。私のこと嫌いなのかな？ってすごく辛かったですけど。

≪子どものことがわからない≫≪子どもと「つながっている」と実感しにくい≫という原因を，母親が自分の子育てに探すことにより**≪母親としての責任を感じる≫**が生じていく。≪母親としての責任を感じる≫とは，“母親が，生活に困っている子どもの姿を見ること，子どもが困っている理由をわかってあげられないことに対し責任を感じること。また周囲からも責任を求められていると感じること”である。

Aさん：自分も喋る方じゃなかったから，（生活の中で）よけい言葉が無かったんですよねぇ。ほんとに。だから，（子どもが）言葉が遅いのは，「私のせい？」っていう負い目もあったんですよね。ほんとの話。

Bさん：（子どもに対する応じ方について）決定的なこと言われるわけではないので…宙ぶらりんでありながら…なんて言ったらいいんでしょう…不安でもあり，でも決定的なこと言われないので，なんとなく望みもどこかにあり，でもその望みは自分達しだいかみたいな。自分達の育て方で，望みが消えたり？あるいは生まれたりするのかなっていう。

そして母親の子育ては，“母親が，どのように子どもに応じればよいのか，子どもに何をするべきかわからず困り果て，それでも手探りで子どもを育てていくこと”である**≪とにかく育てる≫**となる。そして母親は【どうすればいいのかわからない】なかで，どうにもならない差し迫った窮地から抜け出そうとし，【子どもとの向き合い方を探しなおす】に移行していく。

Gさん：そうですね。もうね，何をどうしていいかわからなかったんで（強調して言う)。この子に「なにが一番いいか」っていうのが，なかなかわからない部分があって。そういうのは，やっぱりここ（親の会）に来て，「こうこうこうなんだよ」って（子どもの行動を）言うと，先輩の母親が，「あぁそれはね」って言って，こう説明…子どもがなぜそうするかも（強い口調で言う）説明してくれるし。「そういう時，こういうことしたよ」とか具体的なことを聴けたので。試す気にもなりますし，ほっともできるし，子どもの気持ちもわかる？それが大きかったんじゃないですかね。

2）【子どもとの向き合い方を探しなおす】

【子どもとの向き合い方を探しなおす】とは，“母親が，子どもの反応や子育てに対するこれまでの考え方から一旦離れ，違う考え方を探しなおすこと”である。このカテゴリーは，**≪変わっていくきっかけに出会う≫**と**≪変わることを支えられる≫**の２つのサブカテゴリーで構成される。【子どもとの向き合い方を探しなおす】は，同じ体験を共有できる仲間，家族，子育て支援に関わる者，さらには生

活の中で出会う地域社会の人々に至るまで，様々な人々との相互作用によって成り立つ。

≪変わっていくきっかけに出会う≫とは，“母親が，子どもの反応や子育てに対するこれまでの考え方から離れるためのきっかけとなる出来事に出会うこと”である。≪変わっていくきっかけに出会う≫経験として，子育ての経験を共有できる仲間の存在を知ること，子育てについて語り気持ちを整理すること，地域社会から受け入れられること，地域社会における子どもの生き方を探すこと，そして子どもの反応や子育てに対するこれまでとは違う考え方に触れることが挙げられる。

Dさん：(Dさんは子どもの行動やDさんの気づきを記録してきた。記録は子どもについてわからないことは赤字で書かれ，子どものよいところ，できることは黒字で書かれている）診断がおりてから，「いいところ拾ってあげよう」と思って，黒字が増えてきましたよね。「こんなこともできる」「こんなことも，こんなことも」。「ハンディ持ってるけど，こんなこともできるんじゃないか」っていう。親の視点がまた逆になってきた。そのマイナスから，拾おう拾おうって感じではなくなったから。できないことは，どんどんどんどん普通よりかけ離れてってるけど。(記録を）見てると「これができるようになった」とか「こういうことができる」とかぁ(はっきりと強調して話す)。わりと肯定的というか，前向きなものが多い，黒いってことは。私，わかんなかったこと全部赤だったと思うんですけど。

Gさん：楽しいことって探そうと思えばねぇ，何かしら見つかるんでね。それにはやっぱりいい仲間が必要なので。仲間を見つけて？お互いに，こう…ヒントとか出し合いながら，で一緒に遊びながら，いれると一番いいのかなって気がする。(中略）多分，旦那よりもお互いの気持ちが理解できるんだと思いますよ（笑う)。結構，「これは違う」ってこともはっきり言えちゃう相手。「この方がいいんじゃないの？」とか。(中略）親が見てるとこうなってる（手を前に伸ばし，一直線，一つのことしか見えない様子を表現する)。(それに対して）周りが(意見を）言ってくれるとかね。

Mさん：たぶんどっかで，こう「ちょっと違う」っていう気持ちはずっと…あったと思うんですね。「なんか変」っていうような感じはあって。で(診断を受けた時）「あぁやっぱそうだったんだ」って…うーん，まあ，納得がいったというか。(中略）「それだったらもう，できることをやろう」っていうふうに思ったのと…(中略）その診断がくだったこと自体はもう確かにすごくショック（だったが）…わりと…なんていうのかな…（言葉を選ぶように語る）そう悲観するものばっかりでもないってことを言ってくれた人がいたので，救われたような気がしますね。

そして**≪変わることを支えられる≫**は，“母親が，他者からの後押しや協力によって，これまでの子どもの反応や子育てに対する考え方の変化を支えられていると感じること”である。

Lさん：(自閉症に関する講演会に初めて参加した時に）大きい会場に，ぎっしり人がいて（感情的に，驚いたという口調で話す)。「うぁー，こんなにいっぱい，当事者とか支援者がいるんだっ」って思って。(中略）当事者とか，関心をもってくれてる人が，そんだけいるってことだから，結構，迫力というか，感動というか。「こんなにいるんだっ」って。

Cさん：あの子を可愛いって思ってくれてる人がいるってことは，すごく母親の心を軽くすると思うんです(強く言う)。(中略）(ボランティアのスタッフが）「(自閉症の子ども達は）すごく味がある」とかねぇ，先生たちもそうやって言ってくれたりとか，(中略）そういう人に出会うと，なんかね救われますよね。(中略）あの子が受け入れられることがやっぱり自分を助けてくれますね。

Aさん：(相談に行っても）何をくれるってわけではないですよ。結構，遠まわしな助言で。けど，そこに行くと？…ほっとできるっていうかぁ。(言葉を探すように語る）…うーん…すごい，ちょっと，言葉にできないんですけど（中略）ほんとに困っている時に行っても，助けにはならないんですよぉ。「しょうがないよね」みたいな感じになっちゃうとこはあるから，でも「しょうがいないけど…しょうがないんだよな」みたいな感じで…。(中略）小さい頃からのことを知っててくれてるから，いちから（始めから）喋らなくていいとか…苦しくなると「あー行きたいなぁ」と思いますよね。

そして以下のCさんの語りのように，これまでとは違う【子どもと向き合い方を探しなおす】によって，≪子どもの行動に添う≫ことで【独自のやりとりでつながっていく】に移行していく。

Cさん：とにかく，そうですね，自閉症だったことがわかって，落ち着いてからやろうと思ったことは，「この子が興味示すとこは，まず何でもついて行こう」と思ったんですよ。で，手を引っ張るのが，最初それまで，すっごく嫌だったんですよ。まだ自閉症だってわかる前ですよ。手を引っ張って，それに付いて行くから言葉が出ないんだって思って。もう，手じゃなくて，「言いなさ

いっ」とか言ってイライラしてたんですよね。（中略）でもそれ（自閉症であること）がわかって，とにかく，やっぱり知らなきゃと思って，子どものことを。とにかく，腕を引っ張る，興味あること，どこ行くかついてって。で…好きなこと把握して。

3）【独自のやりとりでつながっていく】

【独自のやりとりでつながっていく】とは，“母親が，子どもとの独自のやりとりのなかで子どもと共有できるものを感じ，子どもと「つながっている」と実感すること”である。このカテゴリーは，**≪子どもの行動に添う≫≪気づきをパズルのように組み合わせていく≫≪子どもと「つながっている」と実感する≫**の３つのサブカテゴリーで構成される。

まず母親は“母親が，子どもの行動に添うことで，出来事を子どもの気持ちや子どもの感覚で知ろうと試みること”である**≪子どもの行動に添う≫**ことを始める。

Jさん：「頑張れ！頑張れ！頑張れ！」って言ってたんじゃだめですよね。やっぱり，一緒に，こう手をつないで「何考えてるかな？」「何見てるのかな？」っていうところからやっぱ始まる…と思うんですよ。

そして母親は“母親が，子どもの好きなこと，楽しいこと，得意なこと，苦手なことといった僅かな気づきを手がかりに，子どもの気持ちや感覚について，全貌のわからない不確かさの中で，パズルを組み合わせていくように，わかったことから子どもの理解を広げていくこと”である**≪気づきをパズルのように組み合わせていく≫**。

Fさん：「動物が好き」って言えば，動物の本とかねぇ。本は結構好きだったんですよ。だから，動物の本いっぱい買ってみたりとか。好きなことはなるべく…やらせるようにしましたねぇ。（中略）やっぱりねぇ，もうホント，手当たりしだいですよね。「あぁ好きなだな」って思うことは，手当たりしだい…に買えるものは買って。

Pさん：（最初は泣いてばかりだったが，児童デイサービスに）最近慣れてきたら，なんか楽しそうかな？って。私も彼が楽しくしてるから，すごい気が楽になって。「あぁそんなに楽しいんだぁ」って感じで（笑う。嬉しそうに話す）。（中略）だんだんと彼が楽しい世界っていうのはわかってきて。（中略）うちの子は怒ってると，こう…眉毛がグーッと，眉毛とか目がギューッと吊り上がるんですよ。（中略）笑ってる時はすごい下がる。「あぁ機嫌いいじゃん。」って。

母親は≪子どもの行動に添う≫そして≪気づきをパズルのように組み合わせていく≫により“母親が，楽しい，心地よいといった気分や気持ち，その場の雰囲気を子どもと共有すること，あるいは母親が感覚を駆使して子どもとのやりとりのなかに意味を作っていくことにより，子どもと「つながっている」と実感すること”である**≪子どもと「つながっている」と実感する≫**を経験する。

Fさん：例えばアンパンマンのキャラクターの本とかをずっと見て，キャラクターの名前すごい覚えて，紙と鉛筆で私に「似顔絵を書け」って言う（示す）んですね。で，言って来たら，私も書いてあげるみたいな？そういう，ちょっとコミュニケーションの始まりみたいな。（中略）アンパンマンの絵を書いたりっていうのであっても，私はその前よりは，少しこう…心は近くなったような気が(笑う)，多少はして…良かったのかもしれないですね。（中略）私が（動物の図鑑を）読んだりすると笑ったりして。なんか難しい名前（が楽しい）みたいな？「その名前，何がおかしいのかお母さんわかんないけど，まいっか。あはははは。」みたいな。そんな感じで（笑いながら嬉しそうに話す）。（中略）ほんとに別々のこと…かけ離れたことよりは，ほんとに…「ちょっとは近くなったのかな？」っていう…共感まではいかないけど，距離が近づいたような気はしましたね。

Jさん：（療育教室にて，色とりどりの小さな紙テープを扇風機で吹き上げるという遊びの時に）私のところに（子どもが）走って来て，急に「じへーっ！」「じへーっ！」って言い出して。（中略）その時，アレ？って思ったんですよね。アレッ？「ひょっとして“きれい”って言いに来てくれたの？」って聞いたら…そのまま，なんか満足したようにスルッと行ったので。「あっ，そうだったんだ」って勝手に思って。多分，多分そうだったんだって，思ってるんですけど。本人が「そうだよ」って言ったわけではないので。でも「多分そうだったんだろうな」って思って，忘れられないんですけど。

Iさん：「僕は幼稚園行きます」とか，「僕あかちゃんです」とか，「果物屋さんに行く」とか思ったことをどんどん口走るので，言ったことに「うんうんうん」（頷く）って。「お母さん，ぼく果物屋さんに行きます」「ふーん。何しに行くの？」「果物を買いに行きます」「…行くの？…夜だよ？…行くの？…行けば？」って言うと，泣きながら玄関に行くので，玄関でまた口走ることに１つ１つ答えて。（子どもが）「じゃーね！」って言う。「…そう…じゃーね…」って言うと，（子どもが）玄関の外に出て。（Iさんは子どもから目を離さず見ていて）ちょっと数えて…ドア開けて…「…もういい？」「お家，入ろっか」（優しく，静かな口調で）って言うと，「…はーい」って言って。それでもおさまらない時は，顔み

ればわかるので（笑う）。（中略）「行ってきます」って言って外に出るんだけども，目の届く所にちゃんといる。突き放して「行けばいいじゃない。さようなら！」とかって言うと，突き放されたことがとってもわかるので「さようなら！さようなら…」って泣きそうな顔でとぼとぼ行くんですよ。で追いかけて行って，振り向いた時に「…おいで」（優しい口調で）って言うと，待ってましたのように戻ってくるので。（中略）私じゃない人と，そのかけひき（上記のような子どもとのやりとり）はちょっと出来ないので。かけひきができるのは，多分，私と…学校の先生ですね。ちょっとそういう時には優越感（胸に手をあててニッコリと笑う）。「やっぱりお母さんがいないとだめだね」って，おばあちゃんが言うと「そうでしょ？そうでしょ？でもおばあちゃんがいるから，私は留守ができてすごい助かる」って。

4）【子どもに合った子育てがわかるようになっていく】

【子どもに合った子育てがわかるようになっていく】とは，“母親が，子どもの反応に伴う気持ちがわかり，子どもとの間で大切にしたい考えを見つけることによって，子どもの特徴に合った子育てがわかるようになっていくこと”である。母親は，≪子どもと「つながっている」と実感する≫≪気づきをパズルのように組み合わせていく≫の２つのサブカテゴリーを【独自のやりとりでつながっていく】と共有しながら，さらに**≪子どもに合った方法を見つけていく≫≪大切にしたい考えが生まれる≫**という２つのサブカテゴリーを経験することで，【子どもに合った子育てがわかるようになっていく】。

≪子どもと「つながっている」と実感する≫と≪気づきをパズルのように組み合わせていく≫ことにより，母親は，“母親が，子どもの特徴に合わせた応じ方を見つけていくこと”である**≪子どもに合った方法を見つけていく≫**。そして子どもに応じるなかで“母親が，子どもとの間で大切にしたい考えをもつこと”である**≪大切にしたい考えが生まれる≫**。

Eさん：（子どもが）興味を持ってることが何か…例えば，電車だったら色も言ってみるとか。っていうふうにやっていますねぇ。だからほんとに手探りみたいな感じなんですけど。やれることから？少しずつみたいな（笑う）。（中略）（本人が嫌がることは）あんまりしたくないので，っていう感じでやってますけど。（中略）なるべく怒らずに（自分の胸に手をあてる），怒らせずに（相手に手を向ける），みたいな（笑う）。あははは。「平和にやっていこう」みたいな感じですかね。そんな感じでやってますね。今はね。

Gさん：（算数の宿題が出来ないと泣く子どもに）「やらないと出来ないから。頑張ってやれば出来るようになるから」って言ってぇ。で，いろんなやり方をね，私が考えて。「これはこうふうに考えればいい」って言って。最終的に厳しくても，まぁわかると…「ほら頑張って出来たじゃん」って言うと，（子どもの満面の笑顔を真似る）って笑ってるので。ちょっと無理をさせて，やらせる場面も必要なのかなっていうのが，最近，「それでもいいのか」って思えるようにはなりましたね。（中略）だから心がけてるのは，「辛いところでやめるのはやめよう」って思ってますね。辛い途中でやめると，多分辛い思い出しかできないから。辛いのをちょっと乗り越えて「あぁできた」っていうところでやめようって。（中略）失敗体験は後ひきずるんですよね。失敗しただけだと「もうやらない」っていうのが凄く強くなるんで。失敗体験じゃない成功体験で終わらせたい（はっきりと言う）。

Jさん：やっぱり，合うものと合わないものはあるし，違うなっていう。どんなえらい先生がおっしゃることでも，うちには合わないなってことはやっぱりあるので…子どもを観察することからですよね。まあ，何考えてるのかなって。

5）【独自のやりとりでつながっていく】【子どもに合った子育てがわかるようになっていく】から【どうすればいいのかわからない】に移行する

母親は【独自のやりとりでつながっていく】と【子どもに合った子育てがわかるようになっていく】を廻るなかで，子どもの特徴の現れ方や特徴の受けとめ方が変化することによって≪気づきをパズルのように組み合わせていく≫ことが困難となる。そして母親は，このままの方法や考え方ではどうにもならないという窮地に立たされた時に，【子どもとの向き合い方を探しなおす】へ移行していく。【子どもとの向き合い方を探しなおす】において，子どもの反応や子育てに対するこれまでの考え方を変化させることが困難な場合には【どうすればいいのかわからない】に移行していく。

Dさん：今，極端な偏食で世の中に食べれるもの５つくらいしかないんだけど，（以前は）なんでも食べて，「食べること大好き」っていうコメントが写真にいっぱいあった。もう１歳半ぐらいでは道具を使って食べていたんだけど，偏食っていうと結局，食が怖くなってく？食べるものに見えなくなって，手づかみになってきて。最初は，マナーが悪くなったと思って。（中略）最初は好き嫌いが激しくなったと思ったし，行儀が悪くなったと思うし，もう，普通の感覚で私も接してて，出来なけれ

ば怒ったし…ずっと座らせて食べさせようと思ったし。だから，診断が即おりてとても絶望的だったのと同時に，「あぁあの子救われた」と思った。…救われたなって。（頷きながら，しみじみと話す。）（中略）困ってたと思うんですよ。親は食べなければ怖い顔になっていくし，自分としても食べられない事情があるし，まあ，うーん拒否…する力もないですよね。うーん。ただ泣き叫ぶだけですよね。

3．研究結果に関する面接

分析と結果における厳密性を確保するため参加者に再度面接を行ない，研究結果に対する意見を求めた。この面接は2008年２月に３名の参加者に実施し，３名全員から研究結果に対する納得や同意を得た。特に【子どもとの向き合い方を探しなおす】が【どうすればいいのかわからない】から抜け出す転機となること，母親の子育てが４つのカテゴリーを廻っているプロセスであることに対し共感を得た。

Ⅴ 考　察

1．子どもとの向き合い方を探しなおすという意味

子どもとの向き合い方を探しなおすことは，母親がこれまでの経験で培った子どもの反応や子育てに対する考え方から離れ，違った考え方を探しなおすという経験であり，母親自身の考えを変える転機となっていた。また子どもとの向き合い方を探しなおすことは，どうすればいいのかわからないと，独自のやりとりでつながり子どもに合った子育てがわかるようになっていくというカテゴリーの間にあり，子どもとの関係や子育てを転換させる契機になるものであった。親の子育てについてMidenceとO'neill[7)14)]は，診断を受け，子どもの行動についての理解がすすむことで，子どもの行動に対する混乱や苦悩そして自責感情が薄れ，安堵感の体験に至るというプロセスを報告している。子どもとの向き合い方を探しなおすことは，MidenceとO'neillが明らかにしたプロセスのなかの，安堵感の体験に至るための転機であることが推察される。

さらに本研究の結果から，MidenceとO'neillが報告した安堵感に至るというプロセスだけではなく，母親は，子どもとのつながっている感覚や子どもの理解が揺らぐという不安定さをあわせ持ちながら子育てをしていることが明らかになった。母親は子育てにおいて，どうにもならないという窮地を経験するたびに，子どもとの向き合い方を探しなおし，子どもとの関係や子育てにおける考え方を変化させている。時には，どうすればいいのかわからない状態へと移行し，子どものことをわかりたいという切実な思いを抱き，その思いによってプロセスを廻っていく。

自閉症を主とする広汎性発達障害の子どもをもつ母親の子育てのプロセスにおいて，子どもとの向き合い方を探しなおすという経験は，母親に子どもとの関係や子育てにおける考え方の変化を生じさせ，また子どものことがわかるようになっていくプロセスを動かしていく契機であり，子育てにおいて重要な意味をもつ。

2．パズルを埋めていくように独自のやりとりでつながっていくこと

本研究の結果から，母親が子どもと独自のやりとりでつながっていくためには，子どもの行動に添い，気づきをパズルのように組み合わせていくなかで，子どもとのつながりを実感するという丁寧で繊細なプロセスがあることが示唆された。母親は全貌のわからない不確かさのなかで，僅かな気づきを手掛かりに，想像しがたい世界について理解を広げていく。しかし子どもの世界の全てを知ることは難しく，母親は，常に気づきをジグソーパズルのように組み合わせながら子育てをしてきたことが推察される。自閉症の子どもをもつ母親の子育てについて，二木ら[3)]は障害受容という視点から，母親は，とまどい，悩みながらもどのように子どもを理解し，関わっていけばよいかを少しずつ学び，それが分かってくるにつれて子どもに対する見方が変わり前向きな気持ちに変わっていったと報告している。今回の研究では，二木らの述べる，母親が子どもを理解し関わりを学ぶという過程には，感覚や勘を頼りにしながらジグソーパズルを埋めるように子どもについてわかる部分を広げていくという，母親の丁寧で繊細なプロセスがあることが示唆された。

3．子どもとの向き合い方を探しなおすことを支えるもの

これまでの研究から，診断，告知によって母親の気持ちが切りかわる可能性は報告されてきた[2)4)6)]。本研究の結果から，診断，告知といった子育てにおける出来事そのものよりも，出来事を意味づける言葉や考えを他者と共に作っていくことが，子どもとの向き合い方を探しなおすために重要であることがわかった。母親は，子どもとの向き合い方を探しなおすという容易ではないこの経験を，他者との相互作用に支えられながら乗り越え，多様な考えを受け入れるしなやかさを身につけていく。母親を支える人として，具体例として挙げた母親達が語るように，子育てにおける経験を共有できる人，母親の子育てに寄り添う姿勢をもつ人，解消することが困難な葛藤から母親を癒す人が挙げられる。この子育ての伴走者とも言える人々の存在の有無が，子どもとの向き合い方を探しなおす経験には重要となる。仲間，家族，そして専門職者を含む子育て支援に関わる人々など様々な立場にある人が，子育ての伴走者という役割を担っている。専門職者が子育ての伴走者として

の役割を果たし，母親が自分の力を活かすことができるよう働きかけることが重要である。そしてGさんが仲間と一緒に楽しいことを見つけていくように，母親同士が互いに支え合うことを重視した支援も共に必要となる。例えば，母親達が体験を共有できる機会の提供，支え合おうという互いの気持ちをつなぐこと，母親達の活動が円滑に行われるよう支援することが挙げられる。また関係を継続してきた相談者に語りたいと思うAさんのように，母親が子育ての伴走者との関係を継続できるような子育て支援体制の構築が求められる。母親が子育てにおいて大切にしたい考えが反映できるよう，家族や周囲の人々あるいは子育て支援に関わる機関との調整も必要である。

4．研究の限界と課題

本研究では，子どものことがわかるようになっていくというプロセスに焦点をあて，子育てのプロセスを明らかにした。子育てのプロセスを検討する中で，母親が子育ての環境を整えるために周囲の人々に働きかけていく力が，子どもとの向き合い方を探しなおすことを支える要因であると推察され，今後検討するべき課題である。また母親が子どもとつながっていくためのパズルを埋めるような丁寧な関わり，そしてその関わりのなかで生じる母親と子どもの関係について検討することは，子育て支援を充実するために必要な取り組みである。今回は参加者を，親の会に所属する母親とした。そのため参加者は，仲間や情報を求めるなど，自ら行動できる者が多いという特徴を有していることが推測され，親の会に入会していない母親へと対象者を広げ，多角的に検討していくことが課題である。さらに子どもの年齢と特徴の傾向，母親の年齢などの基本属性も含めた検討が必要である。

Ⅵ 結　論

1．独自のやりとりで子どものことがわかるようになっていくプロセスは，【どうすればいいのかわからない】，【子どもとの向き合い方を探しなおす】【独自のやりとりでつながっていく】【子どもに合った子育てがわかるようになっていく】という４つのカテゴリーによって構成されていた。母親の子育ては，【子どもとの向き合い方を探しなおす】を転機として【どうすればいいのかわからない】を抜け出し，【独自のやりとりでつながっていく】【子どもに合った子育てがわかるようになっていく】を廻っていく。

2．【子どもとの向き合い方を探しなおす】は，母親の考えを変える転機であり，子どもとの関係や子育てを転換させる契機となるものであった。【子どもとの向き合い方を探しなおす】は，周囲の人々との相互作用によって支えられている。そして，子どもとの向き合い方を探しなおす経験には，子育ての伴走者の存在が大きく影響している。

3．子どもとの向き合い方を探しなおすことを支えるものとして，診断や告知といった出来事そのものよりも，出来事を意味づける言葉や考えを他者と共に作っていくことが重要であると考えられる。また子育てを支援する者には，子育ての伴走者としての姿勢をもつことが求められる。同時に母親達が体験を共有できる機会を提供すること，母親達が支え合おうとする気持ちをつなぐこと，子育ての伴走者との関係を継続できる子育て支援体制の構築，家族や母親の子育てに関わる人々，機関との調整といった役割が求められる。

謝　辞

本研究を進めるにあたり，研究にご協力頂きました親の会役員の皆様，そして何よりご参加いただきました会員の皆様に心から感謝いたします。またご助言を頂きました愛知県立看護大学 山口桂子教授，並びに立教大学 木下康仁教授に深く感謝いたします。

なお本研究は，平成20年度名古屋市立大学大学院看護学研究科博士前期課程に提出した修士論文の一部に加筆修正したものであり，第34回日本看護研究学会学術集会にて発表した。

要　旨

本研究の目的は，自閉症を主とする広汎性発達障害の子どもをもつ母親の子育てのプロセスを明らかにすることである。自閉症を主とする広汎性発達障害の子どもをもつ母親16名に対し半構成的面接を行い，分析には修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた。母親の子育てのプロセスは，【どうすればいいのかわからない】【子どもとの向き合い方を探しなおす】【独自のやりとりでつながっていく】【子どもに合った子育てがわかるようになっていく】の４つのカテゴリーで構成されていた。母親は【どうすればいいのかわからない】から【子どもとの向き合い方を探しなおす】を転機として抜け出し，【独自のやりとりでつながっていく】と【子どもに合った子育てがわかるようになっていく】を廻っていく。母親が子どもとの向き合い方を探しなおすためには，子育てにおける出来事を他者と共に意味づけていくことが重要である。

Abstract

The present study aimed to explore the process mothers experience while raising a child with pervasive developmental disorders (PDD). We conducted semi-structural interviews of sixteen mothers who have children with PDD including autism.

We analyzed our data using the Modified Grounded Theory Approach.

This process comprised four categories: "I don't know what to do", "thinking how to face with my child", "connect with my child in our own unique way", and "come to understand the appropriate way to raise my child". Mothers were often able to pull themselves out of the "I don't know what to do" stage by trying to "thinking how to face with my child", then continuously strived to "connect with my child in our own unique way" and "come to understand the appropriate way to raise my child".

It is important to give it meaning about the episode in the child raising so that mother may face each other to the children.

文　献

1）中田洋二郎，上林靖子，他：親の障害認識の過程－専門機関と発達障害児の親の関わりについて－，小児の精神と神経，35, 329-342, 1995.
2）中田洋二郎，上林靖子，他：障害の告知に親が求めるもの－発達障害児の母親のアンケート調査から－，小児の精神と神経，37(3)，187-196, 1997.
3）二木康之，山本由紀：障害の告知と受容－地域自閉症児親の会アンケート調査から－，脳と発達，34, 336-342, 2002.
4）夏堀摂：就学前期における自閉症児の母親の障害受容過程，特殊教育学研究，39(3)，11-22, 2001.
5）山崎せつ子，鎌倉矩子：自閉症児Aの母親が障害児の母親であることに肯定的な意味を見出すまでの心の軌跡，作業療法，19, 434-444, 2000.
6）下田茜：高機能自閉症の子をもつ母親の障害受容過程に関する研究－知的障害を伴う自閉症との比較検討－，川崎医療福祉学会誌，15(2)，321-328, 2006.
7）桑田左絵，神尾陽子：発達障害児をもつ親の障害受容過程－文献的検討から－，児童青年精神医学とその近接領域，45, 325-343, 2004.
8）渡部奈緒，岩永竜一郎，他：発達障害幼児の母親の育児ストレスおよび疲労感－運動発達障害児と対人・知的障害児の比較－，小児保健研究，61, 553-560, 2002.
9）植村勝彦，新美明夫：発達障害児の加齢に伴う母親のストレスの推移－横断的資料による精神遅滞児と自閉症児の比較をとおして－，心理學研究，56(4)，233-237, 1985.
10）Lily L. Dyson：Fathers and Mothers of School-Age Children With Developmental Disabilities: Parental Stress, Family Functioning, and Social Support, American Journal on Mental Retardation, 102(3)，267-279, 1997.
11）今井礼子，浅野みどり，他：幼児期の自閉症児をもつ家族の家族機能および支援に関する検討，日本看護医療学会誌，8(2)，17-25, 2006.
12）恵本幸子，小林美智子：自閉症児を育てる母親のQOL, Quality of Life Journal, 8(1)，13-22, 2007.
13）刀根洋子：発達障害児の母親のQOLと育児ストレス－健常児の母親との比較－，日本赤十字武蔵野短期大学紀要，15, 17-23, 2002.
14）Kenny Midence, Meena O' neill：The experience of parents in the diagnosis of autism, Autism, 3, 273-285, 1999.
15）舟島なをみ：質的研究への挑戦　第2版，95-97, 医学書院，東京，2007.
16）木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践　質的研究への誘い，25-30, 弘文堂，東京，2003.
17）木下康仁：ライブ講座M-GTA実践的質的研究法　修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて，28-34, 弘文堂，東京，2007.
18）前掲16)，42-46.
19）前掲16)，131-139.
20）前掲16)，187-199.

［平成21年1月26日受　付
平成22年1月29日採用決定］

－原　著－

タイプA特性を含む抑うつモデルの検討

The Reviewing of the Depression Model Which Contains a TypeA Characteristic

三上勇気[1)]　水溪雅子[2)]　永井邦芳[3)]
Yuuki Mikami　Masako Mizutani　Kuniyoshi Nagai

キーワード：タイプA，抑うつモデル，認知行動理論，メンタルヘルス，精神看護
Key Words ：typeA, depression model, cognitive behavior theory, mental health, psychiatric nursing

Ⅰ．緒　言

2006年度版産業人メンタルヘルス白書によれば，こころの病気による１ヶ月以上の休職者は，74.8％の割合で企業に存在すると報告され，年々うつ病の罹患者数は増加傾向にあるといわれている[1)]。

この傾向は医療の現場でも同様で，特に看護者は，患者との間で感じられるストレスや職場環境，また人間の生命に直結する医療サービスを行うという職業的特性から，ストレスが大きい集団であるとされている[2～5)]。

そのため，看護者など対人サービス職の精神的健康の問題として，バーンアウトに関する研究が活発化した[6)]。バーンアウトの発生要因は大別して個人的要因と状況的要因の２つに分類することが可能で，後者では職場環境によるストレッサーとして看護業務の自律性の欠如，対人関係におけるジレンマや役割葛藤，さらに各施設の様々な労働条件の問題に加えて三交代勤務による社会的閉鎖性などが指摘されている[7～10)]。そして，バーンアウトの発生傾向は所属部署によって異なり，この状況は精神科で勤務する看護者に多いとの報告がある[11, 12)]。

田嶋ら[13)]は，精神科看護者は患者との対人関係や疾患の特性等からバーンアウトに陥りやすい状況にあるにもかかわらず研究報告が少ないことを指摘し，精神科看護者を対象としたバーンアウトの要因に関する調査を行っている。その結果，個人特性である神経質・タイプA特性がバーンアウトに影響すると指摘している。さらに岡田[14)]は，精神科看護者のバーンアウトと自動思考との関連を示唆し，精神科看護者の個人要因である認知，つまり出来事をネガティブに捉えてしまう認知がバーンアウトに影響を及ぼすと述べている。

自動思考とはBeckの抑うつの認知理論の用語であり，Beck[15)]は，その個人のもつ特異的な認知的脆弱性と実際経験するネガティブな出来事の内容が一致した時，より抑うつに陥りやすいという領域合致の仮説を提唱している。この理論は，図１・２のように，EllisのABCモデル[16)]を枠組みにしている。図１に示された自動思考とは，例えば「私は不幸せだ。私は失敗者だ」といった否定的な思考を指し，推論の誤りとは，ネガティブなものに注目しやすい考え方のことである。抑うつスキーマとは，「他の人に嫌われたら，幸せになれない」といった心の深層にある信念体系のことで，Ellisの不合理な信念とほぼ同一概念である[19)]。

国内では，図１や図２のようなABCモデルを用いて，様々な要因と抑うつとの関連を示した抑うつ研究が多くみられる。福井ら[20)]は，Japan Irrational Belief Test（JIBT）[21)]を用いた研究で，「脅威・嫌悪状況予測の認知」が「不安気分」を引き起こし，「将来否定の認知」が「抑うつ気

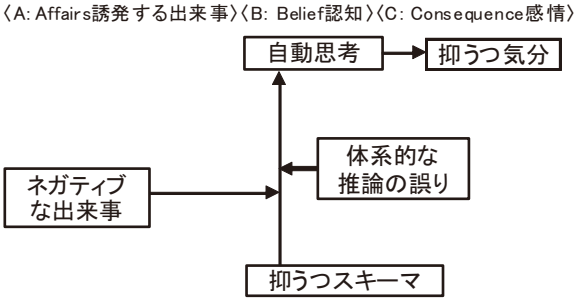


図１．Beckの抑うつの認知理論[17)]を一部改変

図２．EllisのABCモデル[18)]を一部改変

１）福井県立大学　Fukui Prefectural University
２）日本赤十字豊田看護大学　Japanese Red Cross Toyota College of nursing
３）豊橋創造大学　Toyohashi Sozo University

分」を引き起こすと主張し，「不合理な信念」が「自動思考」を発生させ，「抑うつ」へと繋がることを示唆している。さらに坂本ら[22]はDysfunctional Attitude Scale Form A（DAS-A），Automatic Thoughts Questionnaire-revised（ATQ-R）の邦訳版の作成からABCモデルを支持し，Ito et al.[23]は図３のような共分散構造分析による因果モデルを用いて，ABCモデルの妥当性を検証している。

いずれの研究においても，図４に示されるように『不合理な信念や抑うつスキーマ→自動思考→抑うつ』という，方向性・関係性を示唆し，Beckのモデルを支持している。

そして，前述したバーンアウトとの関連が指摘されているタイプA特性のうち，認知的側面である敵意認知[26]と抑うつとの関連が注目を集めている。Barefoot et al.[27]やSmith et al.[28]は，敵意認知の高さと抑うつとの間に相関関係を見出し，敵意認知は心臓疾患のみならず，精神的な不健康状態との関連が示唆されている。

Buss & Perry[29]の攻撃性を多次元的に測定するAggression Questionnaire（BAQ）を用いた研究では，攻撃性の認知面である敵意認知のみが健康に悪影響をもち[30]，敵意認知から不安・不眠・うつ状態への直接効果が認められている[31]。

そして，敵意認知から導かれると考えられるタイプA特性の感情的傾向として代表的な怒りもまた，自分が不当に扱われているといった否定的な自動思考を生み，抑うつを引き起こすものとされている[32]。また，怒りは抑うつ症状の原因となるだけでなく，怒りの表出を抑制することが抑うつと関連すると示唆されている[33]。そして，抑うつ感情の結果としても怒りが生じるなど，怒り感情はさまざまな形で抑うつと影響しあっているため，うつ病の治療にも怒り感情をコントロールすることが重要であるとされている[34]。

また，野口ら[35]は，怒り表出抑制と抑うつ症状の関連に，rumination反応が影響を与えている可能性を示唆している。さらに，伊藤[36]は，BeckのABCモデルから，図５のようなABNC図式を抑うつの重度化モデルとして提唱した。つまり，rumination反応における抑うつ状態やその原因・結末に対して繰り返す思考だけでなく，ネガティブなことを繰り返し考える反すう性思考が抑うつを重度化させる要因であることを示唆している。したがって，怒り感情が一時的に生じることが問題なのではなく，怒りというネガティブな感情が発散されずに反すうされ，長期間持続することによってはじめてその影響が重大になると考えられる[38]。しかしながら，医学中央雑誌において「怒り－持続」のキーワードで検索した文献のうち，「怒りの持続」を問題と取り上げた研究報告は４件であり，抑うつとの直接的な関係を示したものはなかった。

これら先行研究から，タイプA特性に含まれる敵意認知や反すう性思考を伴う怒りの持続が抑うつ気分に対して何らかの影響を与えていると考えることができる。そしてこれは，必ずしも「抑うつ気分」は「不合理な信念」を原因としているばかりではなく，「敵意認知」や，ネガティブな出来事の反すう性思考を伴う「怒りの持続」によっても引き起こされることを示唆している。つまり，敵意認知はタイプA特性の認知的特性とされており，抑うつを導く認知の歪みを示す図３のような推論の誤りの一側面であるとも考えられる。そして，怒りが否定的な自動思考をもたらすという示唆や図５より，怒りの持続という感情的側面もまた，不合理な信念と自動思考を媒介する概念である可能性がある。すなわち，図４のような，不合理な信念を素因として自動思考が喚起され，抑うつ気分に導かれるという従来の抑うつ理論に，タイプA特性である敵意認知や怒りの持続が媒介している可能性がある（図６）。

精神科の看護者は対患者場面で敵意を感じても，表情や態度に出さない感情のコントロールが要求される。看護者としての理想の姿を求め，理解できない患者の怒りや不満の表出に遭遇しても，陰性感情を押し殺し，笑顔を装う。しかしそれは「どの様な患者に対しても共感的態度でいるべきだ。」，「患者を嫌ってはいけない。患者を怒らせるの

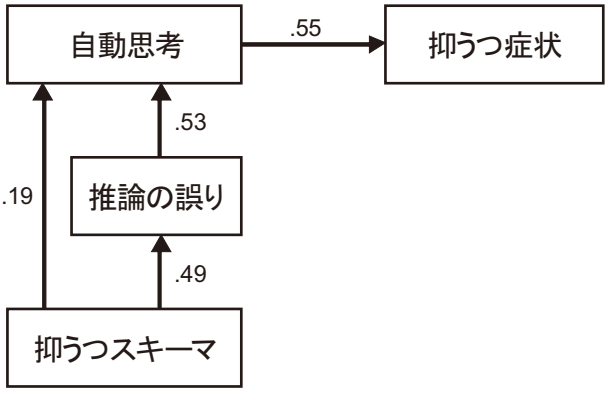


図３．ベックの理論の因果モデルの検証[24]を一部改変

図４．不合理な信念から抑うつの流れ[25]を一部改変

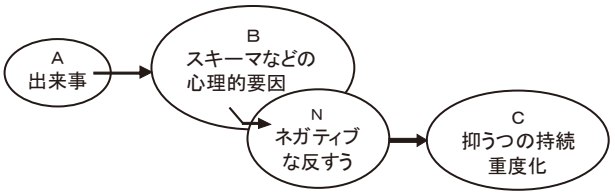


図５．心理的要因による抑うつの持続，重度化モデルとしてのＡＢＮＣ図式[36]を一部改変

注）Ｂには，スキーマを始めとして，完全主義，執着性格，自己注目など様々な心理的要因が含まれる．Ｎには，ネガティブな反すうと関連の深い要因が含まれる。

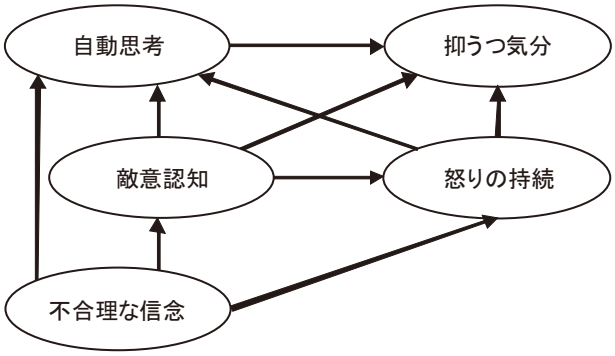


図6．仮説モデル

は自分が未熟だから。」[39]といった不合理な信念が影響しているものと考えられ，無意識に抑圧された感情は，苛立ちや不全感として残留し，活性化せずに持続される。こうした感情状態のまま続ける職務は，看護者自身にストレス要因となることが考えられ，抑うつ気分などの問題と関連しているものと考えられる。

そこで今回，不合理な信念と自動思考，および敵意認知や怒りの持続というタイプA特性が抑うつ気分に及ぼす影響と，その因果関係，および仮説モデルの妥当性を検証することを目的として，精神科看護者に対し，タイプA特性（怒り持続，敵意認知）と認知的特性（自動思考，不合理な信念）および抑うつ気分を得点化する質問紙調査を実施した。

Ⅱ．目　　的

精神科病院で働く看護者の不合理な信念と自動思考，および敵意認知や怒りの持続というタイプA特性が抑うつ気分に及ぼす影響と，その因果関係，および仮説モデルの妥当性を検証する。

Ⅲ．対象と方法

1．調査対象と調査方法

公立精神科病院2ヶ所，および私立病院5ヶ所の精神科病院に勤務する看護師・准看護師572名を対象として，看護部に調査の目的と倫理的配慮の内容を明示した調査票を郵送して調査協力を依頼した後，調査票と返信用封筒を配付してもらった。調査票は無記名式の自己記述式質問紙で，各自が持ち帰り，記入後，対象者自身が郵送する方法で回収した。

2．倫理的配慮

研究に先立って，作成した研究計画書を大学の倫理審査委員会に提出し，承認を受けた。また，調査を依頼した各施設においても独自に設置されている倫理審査委員会での承認を受けた後，調査対象者が所属する病院の倫理委員会で承認を得た。調査目的についての説明文を質問紙に添付し，対象者の権利や個人的情報は研究以外には一切使用しないこと，調査結果の統計処理によるプライバシーの保護，研究結果の公表を明示した。調査への参加の同意は，調査票の返送をもって得られたものと判断した。調査票は密封できる封筒に入れたのち，郵送法にて回収した。

3．質問紙の構成

「抑うつ」，「タイプA特性」の測定尺度及び，「認知的特性」の測定尺度を使用した69項目からなるアンケート用紙を作成した。以下に各測定尺度について述べる。

1）デモグラフィック要因として年齢・性別・臨床経験年数について解答を得た。

2）抑うつの測定尺度

抑うつを測定する尺度として，日本版合衆国国立精神保健研究所疫学的抑うつ尺度（CES-D:the Center for Epidemiological Studies Depression Scale）20項目を用いた。これは，わが国における疫学調査において標準的に用いられる尺度である[40]。本研究が対象とする「抑うつ」は，うつ病の診断基準には達しない程度の，抑うつ気分を含む様々な抑うつ症状を呈している状態と定義する。回答方法は「まれに，なし～ほとんど，いつも」の4件法で，各回答を0～3点に得点化した。

3）タイプA特性の評価

本研究ではタイプA特性を測定する尺度として，安藤ら[41]の日本版Buss-Perry攻撃性質問紙（BAQ）内の下位尺度である「敵意」の7項目，および渡辺ら[42]の怒り喚起・持続尺度の内，「怒り持続」の7項目を用いた。

安藤ら[43]は，タイプA特性を構成する要素として，最も注目を集めているものを怒りや攻撃性，敵意であるとした上で，それらを多面的にとらえることができる尺度としてBAQ[44]の日本版尺度を作成した。BAQは，情動的側面の「短気」，認知的側面の「敵意」，行動的側面の「身体的攻撃」および「言語的攻撃」の4つの下位尺度からなる質問紙であるが，先行研究から抑うつとの関連性が推測される「敵意」のみを使用した。敵意の概念定義については統一した見解が得られていないが，本研究では，「敵意認知」を「他者に対するネガティブな信念，恨み，猜疑心」[45]といった，タイプA特性の認知的側面として定義する。「まったくあてはまらない～非常によくあてはまる」の5件法で，各回答を1～5点に得点化した。

タイプA特性の情動的側面である「怒り」のうち，抑うつとの関連が指摘されている怒りの表出抑制やrumination反応，および反すう性思考の概念を含むと考えられる「怒りの持続」は，怒りの持続しやすさを表す。尺度項目は「自分をないがしろにされたときの気持ちはいつまでも忘れられない」などから成る。回答方法は「全くあてはまらない～よくあてはまる」の5件法で，各回答を1～5点に得

点化した。

4）認知的特性の評価

Beck理論に示される認知的特性を測定する尺度として，坂本ら[46]の自動思考質問紙改訂（ATQ-R）短縮版の12項目，森ら[47]のJIBT短縮版（JIBT-20）の20項目を用いた。

自動思考とは，Beck理論でいわれる，抑うつをもたらす3つの認知のレベル（自動思考，推論の誤り，抑うつスキーマ）の一つで，「意図的な思考によるものではなく，自分の意志とは関係なく意識に上ってくる考え」と定義されている[48]。回答方法は「いつも思い浮かぶ〜全く思い浮かばない」の5件法で，「肯定的自動思考」を逆転項目として，各回答を1〜5点に得点化した。

不合理な信念とは，Ellisの合理情動療法[49]の中心概念で，抑うつや不安などの情緒的な障害は，様々な出来事を「〜でなければならない，〜であるのが当然だ」といった教条主義的・絶対論的にとらえてしまう認知スタイル－つまり，不合理な信念から生じてくるとされる。回答方法は「まったくそう思わない〜まったくそう思う」の5件法で，各回答を1〜5点に得点化した。

4．解析方法

結果の分析にあたっては，SPSS15.0J for Windows Regression Modelsに各尺度合計得点の平均値を入力し，タイプA特性としての敵意認知および怒りの持続や，認知的特性としてのJIBT-20およびATQ-R12，抑うつ気分の関係性を調べるため，ピアソンの積率相関分析を行った。そして，ATQ-R12とCES-DおよびJIBT-20とCES-Dとの間に認められた相関が，疑似相関であることを確認するため，敵意認知と怒りの持続を制御変数とした偏相関分析を行った。そして，CES-D得点を平均値より高群と低群に分け，CES-Dの高低2群間でJIBT-20と怒りの持続，敵意認知の得点を比較した。最後に，相関分析と先行文献を基に構造方程式モデリングによる因果モデルを作成し，不合理な信念と自動思考，敵意認知，怒りの持続の関係性および抑うつ気分への影響を分析した。

Ⅳ．結　果

回収数は489名（回収率85.5%），下位尺度内1問以内の欠落項目は，その平均値を入力し有効回答とした。それ以上の欠落項目のあるデータ47名は，今回の研究からは除外し，最終的に442名（男性115名，女性327名，平均年齢40.01歳，有効回答率90%）のデータを分析対象とした。研究対象の背景を表1に示した。

1．各尺度および下位尺度得点間の相関と偏相関分析

ATQ-R12得点，JIBT得点および下位尺度得点，CES-D得点，怒りの持続得点，敵意認知得点の平均値と標準偏差を表2に，ピアソンの積率相関係数を表したものを表3に示した。

表1．対象の背景　(n＝442)

項　目	平均値±標準偏差（SD）
性　別	男性115名　女性327名
年　齢（歳）	40.01±11.35 （男性36.23±9.53，女性41.34±11.65）
臨床経験（年）	13.86±10.02 （男性10.98±8.65，女性14.87±10.29）

表2．各尺度得点，及び平均値と標準偏差（n＝442）

尺度	平均値・標準偏差（SD）
ATQ-R12	33.27±7.62
JIBT-20	61.74±9.12
自己期待	9.98±3.34
依存	12.23±3.43
倫理的非難	15.50±2.95
問題回避	11.59±2.81
無力感	13.45±2.80
怒りの持続	24.02±4.98
敵意認知	17.62±3.37
CES-D	18.35±10.03

表3．各尺度間の相関係数（n＝442）

	ATQ-R12	JIBT-20	怒りの持続	敵意認知	CES-D
臨床経験	.038	-.083	.092	-.024	-.072
ATQ-R12		.154**	.308**	.343**	.518**
JIBT-20			.358**	.272**	.213**
怒りの持続				.458**	.439**
敵意認知					.404**

Pearson　*$p<.05$　**$p<.01$

1）認知的特性

ATQ-R12は，JIBT-20の下位尺度である「問題回避」および「無力感」との間に有意な弱い正の相関（それぞれ，$r=.219$，$p<.01$，$r=.230$，$p<.01$）が認められたものの，JIBT-20そのものとは相関は認められなかった（$r=.154$，$p<.01$）。続いて怒りの持続とBAQの下位尺度である敵意認知との間に有意な中程度の正の相関（それぞれ，$r=.308$，$p<.01$，$r=.343$，$p<.01$）が認められ，CES-Dとの間には，有意な中程度の正の相関（$r=.518$，$p<.01$）が認められた。

JIBT-20は，BAQの下位尺度である敵意認知およびCES-Dとの間に有意な弱い正の相関（それぞれ，$r=.272$，$p<.01$，$r=.213$，$p<.01$）が認められ，怒りの持続との間に有意な中程度の正の相関（$r=.358$，$p<.01$）が認められた。

表4．CES-D高群・低群におけるJIBT-R20と敵意認知，怒りの持続得点の差の検定

変数	CES-D低群 (n=221)	CED-D高群 (n=221)	t値
JIBT-R20	60.2±8.7	63.2±9.2***	3.51
敵意認知	16.5±2.8	18.7±3.6***	7.31
怒りの持続	22.2±4.4	25.9±4.8***	8.30

*** $p<.001$

敵意認知と怒りの持続を制御変数として，ATQ-R12とJIBT-20の間で偏相関分析を行ったところ，相関は認められなかった（$r=.018$, $p=.702$）。

さらに，ATQ-R12を制御変数としてJIBT-20とCES-Dの間で偏相関分析を行ったところ，相関は認められなかった（$r=.158$, $p<.01$）。

2）タイプA特性

BAQの下位尺度である敵意認知は，JIBT-20および，その下位尺度である「問題回避」,「無力感」との間に有意な弱い正の相関（それぞれ，$r=.272$, $p<.01$，$r=.236$, $p<.01$，$r=.227$, $p<.01$），ATQ-R12とCES-Dとの間に有意な中程度の正の相関（それぞれ，$r=.343$, $p<.01$, $r=.404$, $p<.01$）が認められた。

怒りの持続は，JIBT-20の下位尺度である「依存」と「倫理的非難」,「問題回避」との間に，有意な弱い正の相関（$r=.225$, $p<.01$，$r=.201$, $p<.01$，$r=.273$, $p<.01$）が認められ，ATQ-R12及びJIBT-20とその下位尺度である「無力感」との間に中程度の正の相関（$r=.308$, $p<.01$, $r=.358$, $p<.01$，$r=.349$, $p<.01$）が認められた。そして，BAQの下位尺度である敵意認知とCES-Dとの間には有意な中程度の正の相関（$r=.458$, $p<.01$，$r=.439$, $p<.01$）が認められた。

さらに，怒りの持続を制御変数として，敵意認知とCES-Dの間で偏相関分析を行ったところ，有意な弱い正の相関（$r=.254$, $p<.01$）が認められた。続いて，CES-Dを制御変数として，敵意認知と怒りの持続の間で偏相関分析を行ったところ，有意な中程度の正の相関（$r=.341$, $p<.01$）が認められた。

2．CES-Dの高低群間における，各尺度値の差

CES-D得点の平均値より，上位50％をCES-D得点の高群，下位50％を低群とし，CES-D得点の高低2群間における，JIBT-20と敵意認知，怒りの持続得点の差を調べるため，CES-D得点の高低2群間におけるJIBT-20得点の平均値と敵意認知得点の平均値，怒りの持続得点の平均値をstudentのt検定により比較したものを表4に示した。

JIBT-20得点では，CES-D高群はCES-D低群の得点に比べ，有意に高く（t（440）=3.51, $p<.001$），そして，敵意認知得点では，CES-D高群はCES-D低群に比べ，有意に高かった（t（416）=7.31, $p<.001$）。さらに，怒りの持続得点では，CES-D高群はCES-D低群に比べ，有意に高かった（t（440）=8.30, $p<.001$）。

3．不合理な信念，タイプA特性が抑うつに及ぼす影響の共分散構造分析による検討

1）構造方程式モデリングを用いたモデルの作成

最後に構造方程式モデリングを用いた分析によって，「不合理な信念」,「自動思考」,「敵意認知」,「怒りの持続」が「抑うつ気分」に及ぼす影響の因果モデルを検討した。分析にはAmos7を用い，母数の推定は最尤推定法により実施した。モデルの作成は，相関係数と偏相関分析の結果と先行研究に基づき，有意な関連が示唆された部分にパスを仮定することによって行った。図7は共分散構造分析が正常に収束したモデルのうち，最も適合性が高かったモデルを示したものである（N=442）。適合度指標は，GFI=1.000，AGFI=.996，CFI=1.000，RMSEA=.000，AIC=26.544，$\chi^2=.544$（df=2，$p=.762$）で受容でき，どのパスも0.1％水準で有意だった。

2）観測変数間の因果関係

JIBT-20は怒りの持続に直接効果.253（$p<.01$）と間接効果.106（$p<.01$）で怒りの持続へは直接効果の方が高く，敵意認知には直接効果.272（$p<.01$）のみが認めら

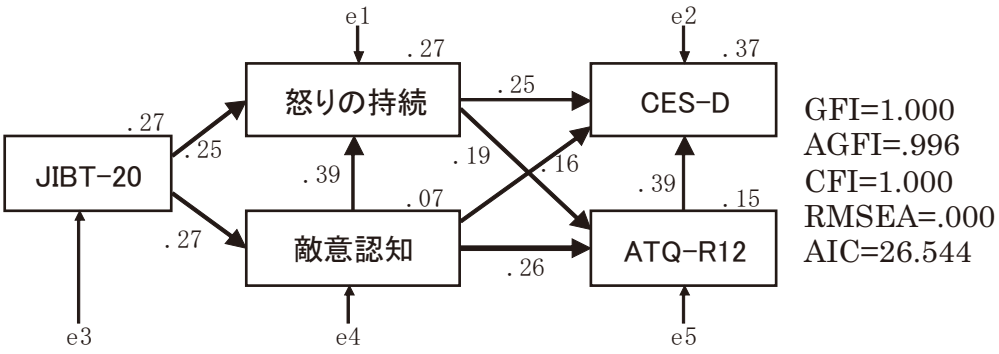


図7．不合理な信念と敵意認知，怒りの持続，自動思考および抑うつ気分の共分散構造分析結果（N=442）

$p<.01$の投入基準で有意なパスのみを記載した。図中の数値は標準偏回帰係数値である。なお，R^2値に関しても$p<.01$で有意なもののみを記載した。

れた。

敵意認知は怒りの持続に直接効果.389（$p < .01$）のみ認められ，CES-Dに直接効果.158（$p < .01$）と間接効果.224（$p < .01$），ATQ-R12に直接効果.255（$p < .01$）と間接効果.074（$p < .01$）が認められ，CES-Dへは間接効果の方が高く，ATQ-R12へは直接効果の方が高かった。

怒りの持続はATQ-R12に直接効果.191（$p < .01$）のみ認められ，CES-Dへは直接効果.247（$p < .01$）と間接効果.074（$p < .01$）が認められ，CES-Dに関しては直接効果の方が高かった。

ATQ-R12はCES-Dに直接効果.388（$p < .01$）のみ認められた。

図７を見る通り，不合理な信念が直接的，または敵意認知を介して怒りの持続に影響し，敵意認知や怒りの持続は抑うつ気分に直接的，または自動思考を介して影響を及ぼしていた。

Ⅴ．考　察

本研究の目的は，精神科病院で働く看護者の抑うつとタイプA特性（敵意認知，怒りの持続）との関連と，その認知的特性（自動思考，不合理な信念）の影響を明らかにし，タイプA特性を含む抑うつモデルを作成することであった。

１．不合理な信念および自動思考と抑うつ気分

JIBT-20とATQ-R12及び，CES-Dの相関分析からは，不合理な信念と自動思考の間には相関が認められなかったが，自動思考と抑うつ気分との間には強い正の相関が確認され，偏相関分析や共分散構造分析からも自動思考は直接的に抑うつ気分に影響を与えることが明らかになった。この結果からは，不合理な信念が自動思考を発生させ抑うつ症状に影響しているといった先行研究をすべて支持するものではなく，図３・４のような不合理な信念と自動思考との関連は否定する結果となった。

さらに，これまで，不合理な信念の量と抑うつとには相関があるという研究[50～52]が多数報告されてきたが，本研究においては，敵意認知と怒りの持続を制御変数とした，不合理な信念と抑うつ気分の偏相関分析では相関が認められず，パス解析でもモデルの適合度を上げるようなパスが引けなかった。これにより，不合理な信念と抑うつ気分とに認められた相関は，敵意認知や怒りの持続というタイプA特性を介したものである可能性が示唆された。

２．不合理な信念とタイプA特性

不合理な信念は敵意認知や怒りの持続と有意な相関が認められたことから，不合理な信念と敵意認知や怒りの持続というタイプA特性は互いに関連し合う概念であり，共分散構造分析から，不合理な信念はタイプA特性に影響を与えることが明らかとなった。

Namberger et al.[53]が，タイプA特性と不合理な信念の有意な関連性を指摘している。さらに大芦[54]は，不合理な信念がタイプA特性に影響を与えるという関係性を明らかにしている。これは，タイプA特性に特化した不合理な信念尺度との関係性を明らかにしたものであるが，本研究により一般的な不合理な信念もまたタイプA特性を導きやすい素因・性格特性であることが示唆された。

３．タイプA特性が抑うつ気分に及ぼす影響

敵意認知と怒りの持続，抑うつ気分は互いに強い相関が認められ，関連しあう変数であり，共分散構造分析からは，敵意認知と怒りの持続は抑うつ気分の原因となることが明らかになった。

桃生[55]は人間関係を損なわないことが重視される日本社会においては，敵意性が内面化・内在化していると述べている。つまり，敵意認知を媒介とした感情は日本人の特徴として表出しないため蓄積され，怒りが持続される。ましてや，精神科の看護者は対患者場面で敵意認知を抱いても，表情や態度に出さない感情のコントロールが必要とされ，意図的ないし無意識に感情が抑圧される。その抑圧された感情は，苛立ちや不全感として残留し，活性化せずに持続されると考えられる。

怒りの持続尺度は，敵意性の内的側面としての怒り感情が持続することを重要視した測定尺度[56]であることから，敵意認知と怒りの持続との相関の高さは当然の結果といえる。しかしながら，諸言で述べたように，国内では怒りの持続という概念を統計的に示した報告はほとんどない。本研究では抑うつ気分に影響する因子として，敵意認知だけでなく，怒りの持続も重要な要因であることが明らかとなった。すなわち，持続する怒り感情に関しても関心を向けることが重要であることが示唆された点で，意義のあるものと考える。

４．不合理な信念とタイプA特性としての怒りの持続との抑うつ得点の比較

CES-D得点の平均値より，上位50％をCES-D得点の高群，下位50％を低群とし，CES-D得点の高低２群間における，JIBT-20と敵意認知，怒りの持続得点の差の検定により抑うつ気分の高い集団では，不合理な信念や敵意認知および，怒りの持続が高いことが明らかとなった。共分散構造分析の結果と照らし合わせると，怒り場面といったネガティブな出来事の反すう性思考が，より重度の抑うつを引き起こしたものと考えられ，怒り感情の持続は抑うつを重度化させる要因であることを示唆している。

これまでにも，ネガティブなことを繰り返し考える反すう性思考がうつ状態をもたらす要因であり[57]，抑うつの持続・重度化への指摘[58]がされている。つまり，不合理な

信念という柔軟性に欠く性格特性をもち，ストレス場面に遭遇すると怒りが喚起され，その感情を抑圧することで解消されることなく蓄積され，繰り返しストレス場面を想起することにより持続した怒り感情となり，抑うつが重度化すると推察される。本研究における怒りの持続は，怒り喚起場面の反すう性思考とも解釈できるが，抑圧された怒り感情の蓄積も含まれる概念であるため，抑うつの重度化の要素として，新しく明らかにされたものと考えられる。

5．共分散構造分析による抑うつのモデル化

共分散構造分析のパス解析により，不合理な信念が直接的，または敵意認知を介して怒りの持続に影響し，怒りの持続は抑うつ症状に直接的に影響を及ぼしていた。つまり，不合理な信念と抑うつ気分との関係は敵意認知と怒りの持続というタイプA特性を介したものであることが示唆された。さらに，不合理な信念を強く持つほど敵意認知として認識を高め，怒りが持続しやすくなる。その敵意の認識しやすさは，自動思考や抑うつ気分を高め，さらに怒りの持続を強化する。そして，強化された怒りの持続もまた自動思考を高め，抑うつ気分を高めていることが明らかになった。

図８は，図７の結果を受け，敵意認知や怒りの持続といったタイプA特性を含んだ抑うつモデルを示したものである。深層的・永続的な認知の構えであるスキーマに相当する不合理な信念は，抑うつ気分を引き起こす素因であり，中核信念である。敵意認知は，不合理な信念に基づいた行動の失敗体験により形成されたものと考えられ，その人の育った生活環境に依存した媒介信念である。そして，素因となる不合理な信念が強いほど，敵意認知により自己の問題を投影的に周囲へ向け，失敗体験などの否定的場面を何度も繰り返し考えて思い悩む反すう性思考や，怒りの表出を避けることによって，怒り感情が持続する。そのような否定的感情が蓄積・持続することによって，自己に向けた否定的な自動思考が出現する。その結果，不眠や食欲の低下などの抑うつ気分が高まるといった因果関係が推察される。

これをBeckの抑うつモデルに適合させ，タイプA特性を含んだ抑うつモデルを仮定すると図９のようになると考えられる。タイプA特性の中でも，本研究で取り上げた敵意認知は認知的特性であり，怒りの持続は感情傾向を示すことから，敵意認知はB:Belief，怒りの持続はC: Consequenceの枠に配置した。

図１のBeckの抑うつモデルでは，図３のように，不合理な信念に相当するスキーマから自動思考までの直線的な因果関係と自動思考からの抑うつ気分への影響を示している。これは，認知的側面により感情が規定されていることを示しているものである。敵意認知が体系的な推論の誤りに含まれる概念であるならばBeckの抑うつモデルを支持するものではあるが，本研究で作成したタイプA特性を含む抑うつモデルでは，不合理な信念から自動思考への直接的な影響はなく，あくまで敵意認知や怒りの持続を介したものであることを強調したい。これは，不合理な信念が高いだけでは抑うつは引き起こされず，ネガティブな出来事

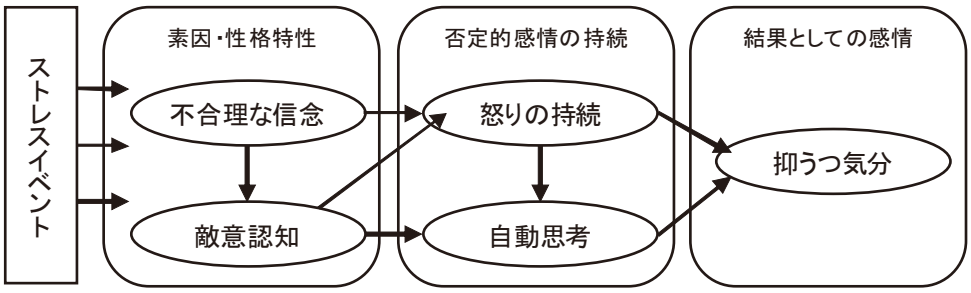


図８．タイプA特性を含む抑うつモデル

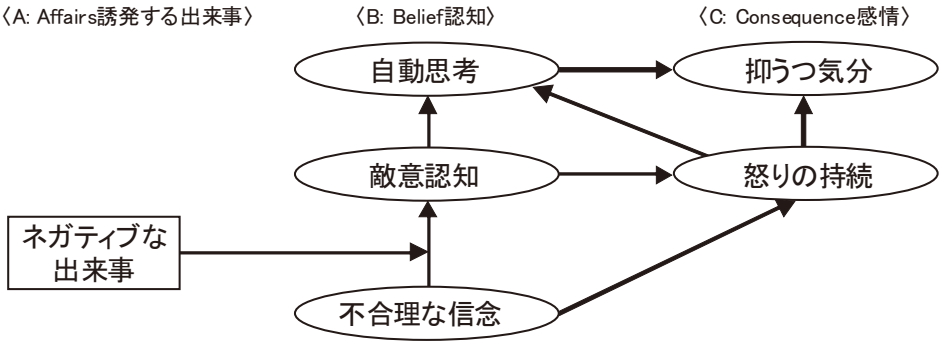


図９．Beckの抑うつモデルとタイプA特性を含む抑うつモデルの適合モデル

が生じた際に，敵意認知や怒りの持続が起こり，それによってネガティブな自動思考が出現し，抑うつ気分となることを示している。そして，怒りの持続という感情的側面からもネガティブな自動思考という否定的認知が促進されることも示唆していることから，認知が感情を規定するだけでなく，感情的側面からも否定的認知が促進されるということも合わせて強調したい。さらに，抑うつ気分の高い集団では怒りの持続が高いことも示唆されていることから，タイプA特性を含む抑うつモデルでは，怒りの持続を介した抑うつ気分は，より重度であることも示している。つまり，抑うつの重度化の因果関係を統計学的手法によって，モデルとして示した新しい知見といえる。

6．タイプAを含む抑うつモデルの教育的意義

新人看護者のリアリティショックやうつ病罹患による早期離職はどの病院施設も抱える重要な問題である。

本研究における怒りの持続の尺度得点の平均値は，社会人を調査した渡辺ら[59]の18.15±4.29と比べて高かったことから，精神科看護者はタイプA特性が高い傾向にあると推測される。かつ，タイプA特性を含む場合，より重度な抑うつ気分が導かれると示唆された。したがって，本研究は精神科看護者の抑うつ予防のためのメンタルヘルス教育の必要性への示唆を与えられるものと考える。

また，伊藤[60]はABNC図式から，抑うつの持続・重度化に「ネガティブな反すう性思考」の影響を示唆し，抑うつスキーマよりも否定的認知の「頻度」に注目した認知行動理論の重要性を指摘している。本研究の抑うつモデルの「怒りの持続」も，怒りというネガティブな反すう性思考を伴うものであると考えられるが，特に何度も反すうしたり，感情を抑制することによる「怒りが持続すること」を問題としている。つまり，否定的認知の「頻度」だけでなく，より客観的に観察可能な「持続」が抑うつを重度化させることが示された。そのため，「表出されずに持続していること」に注目した怒り場面の再構成等，場面認知の変容，またはアサーティブな感情表出を目的とした教育が重要であると示唆された。

そして，これまで抑うつの心理的要因としては，主に思考の内容に焦点があたっていた。特に，認知行動理論では，否定的認知の「内容」を中心的に取り上げ，敵意認知や怒りの持続などの持続する感情については，あまり注目してこなかった。しかし，タイプA特性を含む抑うつモデルには，敵意認知や怒りの持続の重要性が示されているだけでなく，敵意認知が従来の認知行動理論において対象とされてきた認知変数と同様に扱うべき認知傾向であることを示しており，抑うつの心理的要因を補足するものと考えられる。

7．本研究の限界

本研究は，精神科病院に勤務する看護者を対象にした横断面での調査データを基に，統計的手法によって因果関係を推定するという方法を採用している。したがって，サンプルの対象を拡大した調査や，その他の看護集団を対象とした検討，あるいは縦断的な調査による検討等がさらに必要である。今後の研究課題とし，本研究で明らかとなった抑うつモデルの一般化・普遍化を探求していく必要がある。

Ⅵ．結　　論

本研究において，「タイプA特性を含む抑うつモデル」の検討から，不合理な信念は抑うつ気分を引き起こす素因ではあるが，それだけでは抑うつ気分は引き起こされず，この不合理な信念を原因とした敵意認知や怒りの持続というタイプA特性が自動思考に影響を与え，その結果，抑うつ気分が高まるといった因果関係が示唆された。さらに怒りの持続や敵意認知は重度の抑うつ気分の原因となることが示唆され，不合理な信念という柔軟性に欠く素因・性格特性を持つ人は，ストレス場面に遭遇すると敵意を感じ易く，その感情を抑圧するために，解消されることなく蓄積され，繰り返しストレス場面を想起することにより持続した怒り感情となり，抑うつが重度化する可能性が推察された。

謝　　辞

本研究にご協力くださいました，精神科看護職の皆様，ならびに各施設関係者の皆様に厚くお礼申し上げます。尚，本研究は，名古屋大学大学院医学系研究科の博士前期課程の論文を一部加筆修正したものである。

要　　旨

本研究の目的は，精神科病院で働く看護師の抑うつと怒りの持続の関連とその認知的特性(自動思考，不合理な信念，敵意認知)の影響を明らかにし，抑うつモデルを作成することであった。公立精神科病院２ヶ所，および私立病院５ヶ所の精神科病院に勤務する看護師・准看護師572名に調査を実施した。調査票は無記名で記入後，各自が郵送で返送した。

CES-D得点を平均値より高群と低群に分け，CES-Dの高低群間で「JIBT-R20」と「怒りの持続」,「敵意認知」の得点を比較し，相関分析と先行文献を基に構造方程式モデリングによる因果モデルを作成した。モデルの適合度指標は，GFI=1.000，AGFI=.996で受容でき，どのパスも0.1％水準で有意だった。不合理な信念を強く持つほど敵意認知を高め，怒りが持続しやすくなり，自動思考や抑うつ気分を高める。さらに怒りの持続しやすさもまた，自動思考を高め，抑うつ気分を高めていることが明らかになった。

Abstract

The objective of the study was to determine the association between depression and persistent anger, and the effect of the cognitive characteristics in order to develop a model of depression. The survey was conducted with a total of 572 registered and practical nurses working in two public psychiatric hospitals and five private psychiatric hospitals. Every nurse was asked to complete an anonymous questionnaire and return it by mail.

Respondents were categorized into two groups according to the CES-D scores, that is, one group of respondents with scores higher than the mean value and another group with scores lower than the mean value. Scores of "JIBT-R20," "persistent anger," and "hostile cognition" were compared between the two groups to develop a causal model using structural equation modeling based on correlation analysis and earlier literature. Fit indices for the model were acceptable with GFI = 1.000 and AGFI = .996, and any path in the model was significant at a level of 0.1%. Stronger irrational beliefs were associated with enhanced hostile cognition, increased proneness to persistent anger, and higher levels of automatic thought and depression. Furthermore, increased proneness to persistent anger was also found to be associated with higher levels of automatic thought and depression.

文　　献

1）渡部真弓，田中克俊：職場におけるうつ病の現状と職場復帰，産業人メンタルヘルス白書，34-45, 2006.
2）久繁哲徳，大原啓志：病院看護婦の疲労と健康状態について，労働科学，61(11)，517-528, 1985.
3）影山隆之，森俊夫：病院勤務看護者の精神衛生，産業医学，33, 31-44, 1991.
4）森俊夫，影山隆之：看護者の精神衛生と職場環境要因に関する横断的調査，産業衛生学雑誌，37, 135-142, 1995.
5）原谷隆史：看護婦のストレス，ストレス科学，12(4)，160-164, 1998.
6）影山隆之，錦戸典子，他：病棟看護職における職業性ストレスの特徴および精神的不調感との関連，こころの健康，16(1)，2001.
7）稲岡文昭，河野雅資，他：看護者のBURN OUTと社会的環境及び行動特性との関連についての研究－一般医，精神科医との比較を通して－，日本看護科学会誌，6(3)，50-60, 1986.
8）佐藤洋子，大森蔚子，他：精神科看護者が受けるストレス－意識調査から解決法を模索する－，日本看護学会集録（看護管理)，19, 240-242, 1988.
9）新名理恵，荻野佳代子，他：国立病院看護職員のストレスに関する研究（1）－看護職員用ストレッサー・スケールの開発－，日本心理学会発表論集，62, 946, 1998.
10）藤原千恵子，本田郁美，他：新人看護婦の職務ストレスに関する研究－職務ストレッサー尺度の開発と影響要因の分析－，日本看護研究学会雑誌，24(1)，77-88, 2001.
11）岡田佳詠：精神科看護者のバーンアウトとゆがんだ認知との関連性に関する研究，精神保健看護学会誌，7(1)，1-11, 1998.
12）山崎登志子，齋二美子，他：精神科病棟における看護師の職場環境ストレッサーとストレス反応との関連について，日本看護研究学会雑誌，25(4)，73-84, 2002.
13）田嶋長子，古崎すみえ：看護婦の精神保健に関する研究（Ⅱ）－精神科看護者の燃え尽き症候群－，福井県立短期大学部論文集，1, 75-86, 1994.
14）前掲11）
15）Beck, A.T.：Cognitive therapy of depression, New perspectives, P.J.Clayton., J.E.Barett(Eds.)：Treatment of depression, Old controversies and new approaches, 265-290, Raven Press, New York, 1983.
16）Ellis, A. & Harper, R.A.:A new guide to rational living, New Jersey, Prentice Hall.1975／エリス，A.ハーパー，R.A.　北見芳雄監訳：論理療法，川島書店，1981.
17）Abramson, L.Y., Alloy, L.B., et al.:The cognitive diathesis-stress theories of depression, L.B.Alloy(Eds.)：Cognitive processes in depression, 3-30, Guilford Press, New York, 1988.
18）前掲16）
19）福井　至，坂野雄二：抑うつと不安の両者を含む認知行動モデルに関する展望，人間福祉研究，2, 21-34, 1999.

20）福井　至，坂野雄二：抑うつと不安における不合理な信念と自動思考および気分の関連，人間福祉研究，3，1-12，2000.
21）松村千賀子：日本版Irrational Belief Test(JIBT)開発に関する研究，心理学研究，62，106-113，1991.
22）坂本真士，田中江里子，他：Beckの抑うつモデルの検討，日本大学心理学研究，25，14-23，2004.
23）Ito A., Mochizuki-Kawai H. et al.:Verification of Beck's cognitive theory of depression. Abstract of International Meeting of the Psychometric Society,268，2001.
24）前褐23）
25）前掲20）
26）安藤明人，曽我祥子，他：日本版Buss-Perry攻撃性質問紙(BAQ)の妥当性，信頼性の検討，心理学研究，70，384-392，1999.
27）Barefoot, J.C., Dahlstrom, W.G., et al.: Hostillity, CHD incidence, and total mortality:A25-year follow-up study of 225 physicians, Phychosomatic Medicine, 45, 59-63, 1983.
28）Smith, T.W., Frohm, K.D.：Whst's so unhealthy about hostility? Construct validity and psychosocial correlates of the Cook and Medley Ho Scale. Health Psychology, 4, 503-520, 1985.
29）Buss, A.H., Perry, M.: The aggression questionnaire. Journal of Personality and Social Phychology, 63, 452-459, 1992.
30）佐々木恵，山崎勝之：敵意と健康状態の因果関係ならびにその媒介過程としてのストレス・コーピングの検討，健康心理学研究，15(2)，1-11，2002.
31）佐々木恵，山崎勝之：敵意と健康状態の因果関係における状況的コーピングの媒介機能，健康心理学研究，17(1)，1-9，2004.
32）猪爪祐介，横山知行：「怒り発作」の診断と治療，精神科治療学，21(9)，993-998，2006.
33）Riley, W.T., Treiber, F.A., et al.：Anger and hostility in depression, The Journal of Nervous and Mental Disease, 177, 668-674, 1989.
34）Klosko, J.S., Sanderson, W.C.：Cognitive-Behavioral Treatment of Depression, New Jersey, Jason Aronson Inc.1999／小嶋雅代，古川亮訳：日本版　BDIⅡ，日本文化科学社，2003.
35）野口理英子，藤生英之：怒りの表出抑制と抑うつへの反応スタイルとの関連，上越教育大学心理教育相談研究，4，39-48，2005.
36）伊藤拓：抑うつの心理的要因の共通要素としてのネガティブな反すう，心理学評論，47(4)，438-452，2004.
37）前掲36）
38）渡辺俊太郎，小玉正博：怒り感情の喚起・持続傾向の測定－新しい怒り尺度の作成と信頼性・妥当性の検討－，健康心理学研究，14(2)，32-39，2001.
39）武井麻子（2001)：感情と看護－人とのかかわりを職業とすることの意味，医学書院，東京.
40）大庭さよ，増田智美，他：精神科臨床評価－特定の精神障害に関連したもの，臨床精神医学　増刊号，233-241，2004.
41）前掲26）
42）前掲38）
43）前掲26）
44）前掲29）
45）前掲31）
46）前掲22）
47）森　治子，長谷川浩一，他：不合理な信念尺度(JIBT-20)の開発の試み，ヒューマンサイエンスリサーチ，3，43-58，1994.
48）前褐22）
49）前褐16）
50）Thyer, B. A., Papsdorf, J. D.：Concurrent validity of the Rational Behavior Inventory, Psychological Reports, 48, 255-258, 1981.
51）渡辺克徳：不合理な信念と抑うつに関する基礎的研究－JIBT-20の妥当性の検討，臨床教育心理学研究，27(1)，113-118，2001.
52）笹山郁生，浦田祐子：不合理な信念と帰属スタイルの相互作用効果－抑うつ傾向・パラノイア傾向との関連性，福岡教育大学心理学教育相談研究，11，39-45，2007.
53）Namberger, K., Hastings, J. E.：Irrational beliefs underlying Type A behavior: Evidence for a cautious approach. Psychological Reports, 59, 19-25,1986.
54）大芦　治：タイプA行動パターンと非合理な信念との関係に関する基礎的研究,産業カウンセリング研究，7(1)，10-16，2004.
55）桃生寛和，保坂　隆，他編著：タイプA行動パターン，343-351，星和書店，東京，1993.
56）前掲38）
57）伊藤　拓，上里一郎：ネガティブな反すう尺度の作成およびうつ状態との関連性の検討，カウンセリング研究，34(1)，31-42，2001.
58）前掲36）
59）前掲38）
60）前掲36）

［平成21年３月13日受　　付
平成22年２月６日採用決定］

－原　著－

２型糖尿病患者が運動療法を継続する仕組み

Mechanisms Involved the Continuation of Exercise in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus.

山　﨑　松　美[1)]　　稲　垣　美智子[2)]
Matsumi Yamazaki　　Michiko Inagaki

キーワード：糖尿病，運動療法，患者教育
Key Words ：diabetes, exercise, patient education

Ⅰ．はじめに

２型糖尿病患者は世界的に増加しており，我が国においても，平成19年国民健康・栄養調査の結果[1)]で，「糖尿病が強く疑われる人」約890万人，「糖尿病の可能性を否定できない人」約1,320万人との推定が出され，５年前に比べてそれぞれ150万人と440万人の増加となっている。糖尿病治療の目標は，細小血管合併症および動脈硬化性疾患の発症・進展を阻止し，健康人と変わらないQOLを維持し，健康人と変わらない寿命を全うすること[2)]であり，患者教育は糖尿病治療の根幹をなすもの[3)]と位置づけられている。

また，運動療法は２型糖尿病の基本的治療であり，継続することにより心肺機能の改善，血糖コントロールの改善，脂質代謝の改善，血圧低下，インスリン感受性を増加させる効果がある[3)]。さらに定期的な運動には，このような動脈硬化の危険因子の是正のほか，血管内皮機能の改善効果[4)]などの様々な作用も指摘されており[5)]，糖尿病患者の死因の上位を占める虚血性心疾患予防への大きな効果を秘めている可能性は大きい。実際，２型糖尿病患者に限定して身体活動量と心血管疾患発症率や死亡率をみた追跡研究[6)～9)]も報告されてきており，今後ますます重要性が明らかになってくると考えられる。しかし，糖尿病患者の運動療法の実施率は40 ～ 60%と言われ[10)11)]，十分に取り入れられていない現状が続いており，実施率・継続率を上げるための教育方法が模索されている。

近年，運動療法に対する介入方法として行動科学的な技法が注目されており，２型糖尿病患者においても，さまざまな技法を組み合わせた運動相談の有効性に関するエビデンスが蓄積されてきている[12)]。中でも，包括的なモデルであるトランスセオレティカルモデル[13)]が注目されており[14)]，これは「変化ステージモデル」として，様々な対象で広く用いられている行動変容技法の一つである。

しかし，その時点で行動を起こす，あるいは継続できるかで評価されるこれらの技法が，合併症の進行や血糖コントロールの変化などの身体的変化が伴いながらも，生涯にわたり自らライフスタイルを調整し，運動療法を取り入れていくことが必要な２型糖尿病患者にとって，長期的に有効とは考え難い。実際に，最長で２年間にわたる効果を示した研究[15)]はあるものの，それ以上の効果を検証した研究はない。よって，２型糖尿病患者が身体状態の変化に適応しながら，生涯にわたり自ら運動療法を取り入れ続ける力を身につけるためには，新たな教育方法の開発が必要と言える。

２型糖尿病患者の中には，何年にもわたって運動を続けている人もいれば，全く運動を取り入れずに療養生活を送っている人もいる。まずはこの違いが何故生じてくるのかを明らかにすることが必要と考え，糖尿病教育入院で運動療法を指導された患者が，退院後に運動療法を続けていく，あるいは中断していく時に，何が起こっているのかを患者本人からみた視点で記述してみることとした。よって本研究の目的は，２型糖尿病患者が運動療法を継続する仕組みについて明らかにすることである。

なお，現在，糖尿病への効果からみた運動療法とは，中等度以上の運動からレシスタンス運動，日常生活での身体活動量の増加まで様々に述べられており[2)]，「健康づくりのための運動指針2006」[16)]においても，「身体活動」「運動」「生活活動」と分けて定義されているが，本研究において「運動療法」とは，あくまでも参加者からみた運動療法の継続を描くため，活動の内容や強度などは限定せず，参加者がとらえる運動療法とした。

１）金沢医科大学看護学部　School of Nursing, Kanazawa Medical University
２）金沢大学医薬保健研究域保健学系　Institute of Medical, pharmaceutical and Health Sciences, Faculty of Health Sciences, Kanazawa University

Ⅱ．方　法

1．研究デザイン

質的因子探索研究とし，グラウンデッド・セオリーアプローチ[17]を用いた。

2．研究参加者

2003年３月から６月の間に，総合病院２施設に，糖尿病教育入院あるいは血糖コントロール目的で入院し，運動療法が禁忌ではない２型糖尿病患者で，研究の参加に同意が得られた人とした。初回面接は13名終了したが，うち２名は追跡面接ができなかったため分析からは除外した。よって研究参加者数は11名となり，概要は表１に示す。

なお，参加者の選定は，１施設のオープン・サンプリングから始めたが，運動療法のとらえ方が影響していることが考えられた時点で，理論的サンプリングを行うために，運動療法指導方法が違う施設を探し，２施設となった。施設１は，医師の許可が出ると病院周囲の散歩コースを図示したものを提示し，自由に散歩をするよう指導されていたのに対し，施設２では，医師の運動処方に基づき，併設の健康増進施設で，運動指導員の指示のもと必ず毎日運動療法を行うという指導方法がとられていた。

3．データ収集方法とデータ収集期間

表２に示すとおり，面接は運動療法の継続・中断に関わらず基本的に４回とし，１回目は入院中に，２回目から４回目は外来受診時に行い，その時期は退院後約１ヵ月，３ヵ月，６ヵ月を目安にして行った。また，退院後他の病院でフォローとなった参加者には，個別に連絡をとり面接の機会を設けた。最終的には，９名が４回の面接を終了することができたが，１名は３ヶ月後の面接ができずに面接回数は３回となり，もう１名は１ヵ月後と最終の面接ができずに面接回数は２回となった。

面接は個室で研究者と参加者の２人のみで行い，全ての面接において参加者より録音承諾が得られたため，面接内容を録音し，同時に参加者の言動や表情，その場の雰囲気，研究者が持った印象などを書き取った。面接時間は１人１回あたり20分から100分であった。

入院中に行う初回面接では，半構成的な面接法を用い，その内容は，１）今までの運動経験と運動に対する感情について，２）運動のイメージについて，３）入院中の運動療法に対する思いについて，４）自分の筋力や体力について，５）今後の運動療法に対する思いについて，であったが，分析が進んでいくうちに項目を追加していった。具体的には，運動と運動療法の違いについて，糖尿病と運動療法の自分の中での関連性についてなどである。また，２回目以降の面接では，前回の面接から今日までの体験と，今

表１　研究参加者の概要　（N＝11）

	年齢	性別	糖尿病歴	教育入院経験	入院時 HbA1c（%）	初回面接時 BMI	退院時治療内容	３大合併症	総面接時間／回数
1	18歳	女	初診断	初	11.5	32	食事＆運動のみ	なし	60分／２回
2	45歳	男	10年	初	8.8	25	インスリン１回うち	腎症，網膜症	251分／４回
3	44歳	男	３年８か月	あり	7.9	24	内服治療	なし	84分／３回
4	70歳	女	14年	あり	10.8	23	インスリン３回うち	網膜症，神経症	179分／４回
5	49歳	女	初診断	初	12.5	24	インスリン４回うち	網膜症，神経症	220分／４回
6	38歳	男	２か月	初	8.0	31	食事＆運動のみ	なし	176分／４回
7	37歳	女	初診断	初	8.3	30	食事＆運動のみ	なし	268分／４回
8	43歳	男	４年２か月	初	13.5	25	インスリン４回うち	なし	200分／４回
9	61歳	女	14年	初	7.6	25	内服治療	網膜症，腎症	215分／４回
10	34歳	男	11か月	初	9.3	28	インスリン３回うち	なし	190分／４回
11	69歳	男	20年	初	9.4	21	インスリン４回うち	なし	176分／４回
平均±SD					9.7±2.0	26±3.5			平均49分／回

表２　データ収集の時期と面接方法

面接回数	時期（目安）	面接方法
１回目	入院中 教育プログラムがある程度すすみ，退院が近い頃	**半構成的面接**
２回目	退院後最初（約２～４週間後）の外来受診時	前回面接の逐語録の分析結果出てきた問いを含めた， **焦点化面接**
３回目	退院後約３ヵ月の外来受診時	
４回目	退院後約６ヵ月の外来受診時	

現在の運動療法に対する感情を中心に，研究目的に照らし合わせて焦点化面接を行った。さらに，前回面接の分析の結果得られた問いも含めて質問を行ったため，その細かな内容は，各個人で違いが生じた。基礎データは本人より聞き取るか，あるいは本人の許可を得て診療録より収集した。データ収集期間は2003年３月～12月であった。

４．データ分析方法

面接内容は一語一句書き起こして逐語録にし，１例ずつ読み込んだ。そして，「運動療法を継続する時に何が起こっているか」の研究の問いと照らし合わせながら，文脈における言葉の意味を解釈し，その事例ごとに起こっていることをコード化しながら図示した。さらにこの図を，類似と差異という視点から他の事例と比較し，その中から発せられた新たな問いを，次回の面接の焦点化の視点に加えていった。このようにして，事例ごとに描き出されてきたダイアグラムを，事例同士で統合させていき抽象度を上げ，概念として抽出した。また，面接ごとの変化にも注目し，それが何であり何と関係しているのかを，事例の中での比較と，事例間の比較を行うことにより，概念間の関係性をさらに明らかにした。そして，このように縦断的な面接を繰り返しながら，時間を追って参加者の変化と現象をとらえることにより，データ間の隙間が埋まり，かつ，追跡６ヶ月後には参加者全てがパターンに分類され，全ての現象の説明がついたため，飽和したと判断できた。

５．研究の厳密性

信用可能性と真実性の確保のため，分析の全過程において，研究領域に関する知識と実践に富み，グラウンデッド・セオリーアプローチによる研究経験の豊かな指導者から助言を受けた。さらに，カテゴリーとカテゴリー間の関係を示すダイアグラムの全体が描き出された時点で，研究参加者に確認を行った。

６．倫理的配慮

研究計画および実施の時点においては，筆者の所属する機関では，研究に関する倫理審査委員会が設置されていなかった。当時必要であるといわれていた以下の倫理的配慮の手続きを行うことにより，その要件を満たすことに努めた。

対象病院に研究フィールドとする許可を得た後，病棟看護師長より参加者の紹介を得た。研究参加者へは，①研究目的と意義，具体的な方法　②研究の参加は運動療法を強要するものではないこと　③研究への参加は自由であること　④参加の有無が今後の治療に影響を及ぼさないこと　④いつでも参加を断れること　⑤公表時のプライバシーの保護やデータの処理について依頼書に基づいて説明し，同意書への署名を以って研究への参加承諾を得た。なお，研究の面接中に，悪い身体徴候についての訴えや，危険な療養行動が聞かれた時には，主治医に報告するよう忠告したり，参加者の許可を得て直接主治医に報告するなど，医療者としての適切な対処を行った。

Ⅲ．結　　果

１．運動療法継続への発展プロセスの概要（図１）

６ヶ月間を記述していった結果，運動療法の継続には，発展していくプロセスがあることが見出された。そして，そのプロセスとプロセスに関係する要因を描くことで，２型糖尿病患者にとっての，運動療法継続の仕組みの全体像を表すことができた。

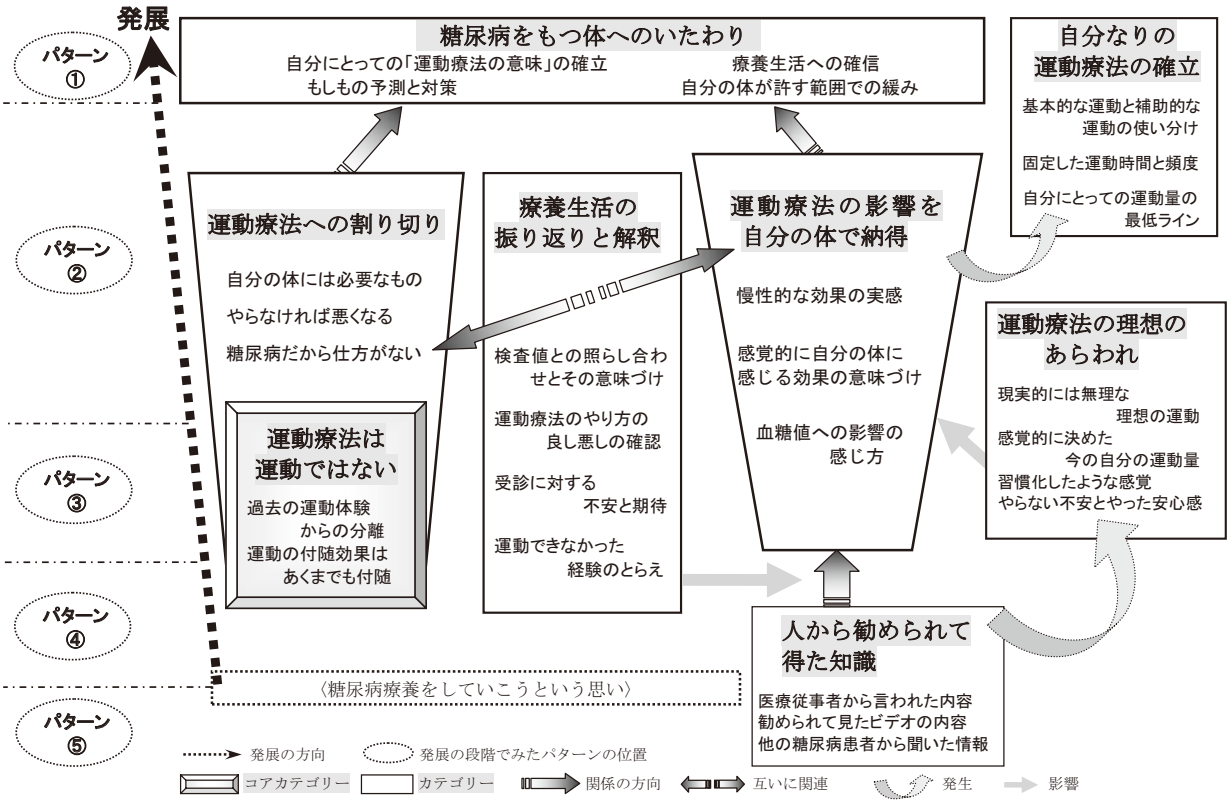
まず《運動療法は運動ではない》を始まりとし，それを修得すると同時に《運動療法への割り切り》の発展が起こり，もう一方では《運動療法の影響を自分の体で納得》が発展していった。その結果，《糖尿病をもつ体へのいたわり》となり，運動療法の継続となっていた。そして《運動療法への割り切り》と《運動療法の影響を自分の体で納得》の発展には，《療養生活の振り返りと解釈》が関係しており，この《療養生活の振り返りと解釈》を介して，《運動療法への割り切り》と《運動療法の影響を自分の体で納得》が互いにも関連し合っていた。加えて《療養生活の振り返りと解釈》は，《人から勧められて得た知識》と《運動療法の影響を自分の体で納得》を結びつける役割も担っていた。また，《人から勧められて得た知識》より《運動療法の理想のあらわれ》が発生し，それは《運動療法の影響を自分の体で納得》に影響しながら，プロセスが発展するにつれて《自分なりの運動療法の確立》となっていった。
この構造図は，《運動療法は運動ではない》を始まりとして成立しており，よって《運動療法は運動ではない》を運動療法継続の仕組みのコアとした。

２．各カテゴリーの説明と定義

以下，カテゴリーは《　》，サブカテゴリーは＜　＞で示し，特徴的なザブカテゴリーに関しては，それを説明できた現象とともに記載した。

１）コアカテゴリー《運動療法は運動ではない》

運動療法はあくまでも治療であり，あらゆる意味で「運動」とは違うもの，まったく別のものとして位置づける状態を示す。このカテゴリーを修得すると，一般的に言われている「運動」の効果を運動療法には求めないということである。
このカテゴリーが修得できない参加者は，《運動療法への割り切り》のカテゴリーの発展が止まっており，さらに《運動療法の影響を自分の体で納得》の発展も止まっていた。よって，このカテゴリーを修得することは，プロセスの発展には必須の条件と見ることができた。



※発展：上方向に向かってカテゴリーを修得していくこと。よって、パターンの位置は、その位置以下のカテゴリーは修得していることを表す

図1　運動療法を継続する仕組み

（1）＜過去の運動体験からの分離＞

幼少時代も含めて，今までに自分が体験してきた「運動」に関する体験と，それに関する感情から「運動療法」を引き離して考えることである。

過去に運動が得意であった人やスポーツをやっていた人は，糖尿病教育入院で運動療法を行うことによって，過去に自分が抱いていた感覚とは全く違う“体の動かない自分”“体力の無くなった自分”に出会う。あるいは，激しいスポーツなどの経験のある人は，散歩などの有酸素運動メニュー自体に，例え体が付いてきていなくとも，運動としての物足りなさを感じてしまう。それらの感情は，「運動療法」を「運動」とは全く別なものとして考えることで克服していった。

（2）＜運動の付随効果はあくまでも付随＞

運動には，爽快感・楽しさなど，心身両面に及ぼす様々な付随する効果があるが，それは，あくまでも付随効果であって，決してそれを求めることが目的ではないということである。

運動の習慣が無かった人は，運動療法を始めると，まずは爽快感・楽しさを感じることができる。さらに運動療法を継続していくと体力が増強してくる自分，体が軽くなる自分に出会うことができる。しかし，有酸素運動をメインとする運動療法では楽しさは長く続かず，徐々に“飽きてくる体験”をする。体力の増強感や体重減少に対しても，最初は喜びを感じるが，これのみを求めはじめると，自分にとっての運動療法の必要性を見失うことにつながった。その現象が起こらない為に必要なのがこのカテゴリーであった。

2）《運動療法への割り切り》

糖尿病を持った自分にとっては，運動療法は必須の治療であり，生涯にわたってやっていかなければならないもの，つまり，やりたい・やりたくないのレベルではなく，治療としてはもうやっていかなければならない仕事のようなものとして，自分の中で踏ん切りをつけた状態を示す。

この割り切りは，期間をかけて《療養生活の振り返りと解釈》を行いながら，《運動療法の効果を自分の体で納得》に伴い強化され発展していった。

（1）＜自分の体には必要なもの＞

糖尿病を持った自分の体にとって，運動療法は体を維持する為に絶対必要なものであると，割り切って考える状態を表す。

（2）＜やらなければ悪くなる＞

運動療法をやらなければ確実に血糖コントロールが悪くなってしまうという考え方を，自分の中に成立させる状態を表す。

（3）＜糖尿病だから仕方がない＞

糖尿病という生涯コントロールしていかなければならない病気になったからには，続けていくことは仕方ないと思うと同時に，続けていかなければならない覚悟を持つことを示す。

3）《人から勧められて得た知識》

糖尿病患者が運動療法を語る時に登場する知識であり，何らかの形で記憶されていた知識のことである。これは，自分で学んだ知識ではなく，何らかの形で他者が関わって得た知識のことであり，その中でも，自分の中で利用されてこそ現れてくる知識のことである。よって「〜と言われたから。」と表現されることが多かった。しかしこの知識は，いざ自分の中で利用される時には信頼性が弱く，疑いも同時に発生していた。サブカテゴリーは＜医療従事者から言われた内容＞＜勧められて見たビデオの内容＞＜他の糖尿病患者から聞いた情報＞が挙げられた。

4）《運動療法の影響を自分の体で納得》

運動療法が自分の体にどう影響するのかを，効果という面からも，悪影響という面からも，自分自身の体で体験しながら納得していくことである。

このカテゴリーのベースには《人から勧められて得た知識》があり，《療養生活の振り返りと解釈》を行いながら，知識を自分の体においても確かなものだと認識していく。同時にこれは，体の中で起こっていることをイメージできるようになることにつながる。つまり，この発展を通して「糖尿病をもつ自分の体」を理解していくことになる。

このカテゴリーは，サブカテゴリー＜血糖値への影響の感じ方＞から始まり，ある程度の期間をかけてサブカテゴリー＜感覚的に自分の体に感じる効果の意味づけ＞＜慢性的な効果の実感＞へと発展していった。

（1）＜血糖値への影響の感じ方＞

運動療法を行った後に血糖値が下がった体験をすると同時に，思うほどには血糖値が下がらなかった体験もしながら，運動療法が血糖値に及ぼす影響を理解し，それに対して意味づけていくことである。

運動後に血糖値が下がる体験は，教育入院中の毎回の血糖測定より，意識することで感じることができ，これが運動療法の実施への動機づけともなっていた。しかし，運動療法よりも食事療法の方が，血糖値が大きく上下することを感じるようになってくる。さらには，運動療法が必ずしも毎回血糖値を下げるとは限らない体験もすることになる。これに対して，自分の中でどう意味づけるかが，カテゴリー《運動療法の影響を自分の体で納得》の発展に関わっていた。

具体的には，このような「思うほどに血糖値が下がらなかった体験」をした時に，(a)『こんなこともあるのだ』と新たな発見をし，体が日々変動することを理解した人，(b)『運動療法って効果が無いような気がする』と思ってしまった人，(c) 意味づける以前に，運動療法が血糖値へ影響を及ぼしていること自体感じられなかった人，の3パターンが見られた。

（2）＜感覚的に自分の体に感じる効果の意味づけ＞

療養生活を送ることで，以前よりも血糖値が安定し，倦怠感や様々な自覚症状が消失し，体が楽になってくる体験をする。それに対し，療養生活を振り返り，運動療法のおかげだと意味づけることである。

（3）＜慢性的な効果の実感＞

運動療法を続けてきたからこそ得られたものが，糖尿病をもった自分の体には必要な効果として感じることである。

これは《運動療法の影響を自分の体で納得》を構成する3つのサブカテゴリーの中で，最も発展に時間を必要とするサブカテゴリーであった。ヘモグロビンA1cの安定が効果として感じるものの主要であったが，その他，糖尿病をもつ体にとって必要だと本人が意味づけたことに対する効果も含まれた。例えば，腎症が進み，近い将来透析療法が必要となる患者が，『透析に向けて体力を落とさないようにすること』をこの糖尿病をもつ自分の体には必要だと意味づけたならば，運動療法を継続することによって得られた体力の増強感も，この＜慢性的な効果の実感＞と解釈できた。

5）《療養生活の振り返りと解釈》

ある期間からある期間までの自分の療養生活を振り返り，どんなことがあったかを思い出していくこと，そしてそれを解釈していくことを示す。この療養生活とは，食事療法や薬物療法も含み，その中で，運動療法をどう位置づけて振り返るかである。

（1）＜検査値との照らし合わせとその意味づけ＞

自己血糖測定の値や受診時の採血結果に対して，療養生活を思い出して照らし合わせ，何故この値なのかを意味づけていくことである。

（2）＜運動療法のやり方の良し悪しの確認＞

運動療法をどれ位やったのかを振り返ると同時に，本当にこの量，このメニューでいいのかを確認することである。

これにより，最初は知識を基に自分の感覚で運動量を決めていたが，本当に自分にとっての必要な運動療法はこれで良いのか，それとも，もっと増やすなり変えるなりしなければならないのかを検討していく。そして，この繰り返しは《運動療法の影響を自分の体で納得》を介して《自分なりの運動療法の確立》へとつながる。この確認は，受診時の採血結果が主な指標となっていたため，月日をかけて

行われていた。
（３）＜受診に対する不安と期待＞
受診が近くなると，おこなっていた運動療法を振り返り，採血結果を予測しながら不安や期待を抱くことである。
（４）＜運動できなかった経験のとらえ＞
体調を崩すなどにより，運動療法がどうしてもできなかった時期を経験することによって，その影響を様々な形でとらえていくことである。
ある参加者は，検査値の悪化が少なかった場合に，これは運動療法を休んだ期間の前後にしっかりと，運動療法を続けていたおかげだととらえており，またある参加者は，検査値が悪化してしまったのを見て，運動の必要性の認識を強化していた。

６）《運動療法の理想のあらわれ》

人から聞いた様々な知識を基に，自分の中に運動療法の理想が描かれてしまい，それに近づくように運動療法を行うという現象と，その結果現れてくる感情があるという意味を含んでいる。
この理想が現れることにより，とにかく運動療法を開始し，またその結果現れてくる感情が影響することによって，ある程度運動療法を続けることができれば，カテゴリー《運動療法の影響を自分の体で納得》につなげることができる。サブカテゴリー＜現実には無理な理想の運動＞＜感覚的に決めた今の自分の運動量＞＜習慣化したような感覚＞＜やらない不安とやった安心感＞で構成されていた。

７）《自分なりの運動療法の確立》

《運動療法の影響を自分の体で納得》しながら，自分の体にとって効果のある運動療法が根拠を持って確立し，今やっている運動療法と理想がマッチすることである。サブカテゴリー＜基本的な運動と補助的な運動の使い分け＞＜固定した運動時間と頻度＞＜自分にとっての運動量の最低ライン＞で構成されていた。

８）《糖尿病をもつ体へのいたわり》

これは，体をいたわりながら運動療法を行うと同時に，運動療法を行った結果，糖尿病をもつ自分の体をいたわっていることになるという両方の意味を含む。つまり，運動療法を１回１回実施するに当たって「今，運動療法を行うことの効果」と「今，運動療法を行うことによる身体への負担」を天秤にかけ，どちらがいいのか選ぶことであり，常に体調に配慮しながら運動療法を行っている状態を指す。これには，「自分の体で起こっていること」をイメージできるようになること，つまり自分自身の体について理解しておくことが条件で，これこそが今までのプロセスの過程で身に付けてきたことである。
この状態に達すると，運動療法を実施するかしないかの判断基準は体調であり，体調が良ければ，例え運動環境が悪くても，対策を考えて中断することは起こらない。また，体調が悪くても無理に行うということもしなくなる。さらに，体をいたわることを重視するため，生活の中でも運動療法行動が優先されるようになっていき，時間がないからできないという状態が起こらない。
（１）＜自分にとっての「運動療法の意味」の確立＞
過去の療養生活と経験を振り返りながら，運動療法を続けていることの自分独自の意味を見出すことである。これは，単に効果があるから行うというのではなく，その効果を得ながら運動療法を続けることの自分独自の意味を見出すことである。
ある参加者は，『運動療法を積み重ねることが，自分にとって精神的な安心感を生み出すものである』と意味を確立しており，また別の参加者は，『運動療法を行うことは，今まで自分がやってきた生活に対して，自分の体に責任を取るものである』と意味を語った。このように自分自身で意味を見出すことで，運動療法を行うことに対して，内的及び外的な障害には影響されない安定性が得られ，生活の中でも療養行動が優先されていた。
（２）＜療養生活への確信＞
今までの経験より，運動療法と他の治療法との関連性も含めて，どれ位の生活をしていれば自分の体を良い状態で保っていけるかが確信されることである。
（３）＜もしもの予測と対策＞
自分はどんな事態が生ずると運動療法の継続からバーンアウトしてしまうのかを予測をし，それを防ぐための対策を考えることである。
（４）＜自分の体が許す範囲での緩み＞
今までの体験を基に，自分の体の状態を見ながら，大丈夫だと判断できる範囲内で，気を緩める時を作ろうとすることである。

４．２型糖尿病患者にとっての運動療法の継続とは

最終的に描き出される《糖尿病をもつ体へのいたわり》は，《運動療法は運動ではない》が必須条件となって，《運動療法への割り切り》と，《運動療法の影響を自分の体で納得》が，《療養生活の振り返りと解釈》を介して発展した結果として現れてくるものと位置づけられた。よって，２型糖尿病患者にとっての運動療法の継続とは，《運動療法は運動ではない》を修得した上で，《運動療法への割り切り》と《運動療法の影響を自分の体で納得》が《療養生活の振り返りと解釈》を介して発展を遂げ，運動療法を《糖尿病をもつ体へのいたわり》ととらえるようになることと定義した。

５．２型糖尿病患者の運動療法のパターンについて（図１）

運動療法の継続に達した人のプロセスを追い，仕組みとして描き出すことによって，運動療法の継続に達しなかった人達は，この発展プロセスの途中段階のどこかに位置する人，つまりカテゴリーの修得が途中段階までの人と見ることができた。そして今回の調査では，糖尿病教育入院後６ヵ月の状態として，５種類のパターンが見出せた。以下に各パターンの命名を【　】で示す。

運動療法の継続に達した人をパターン①とする。このパターンは【安定継続状態】と命名した。

パターン②は，《運動療法は運動ではない》を越えた位置から《糖尿病をもつ体へのいたわり》の間の途中段階のどこかに位置している状態で，【準安定継続状態】と命名した。

パターン③は，《運動療法への割り切り》の発展が止まってしまっており，《運動療法の影響を自分の体で納得》の発展も止まってしまっていた。この状態にある人の特徴として目立ったのは，運動の一般的な効果を語る特徴があり，《運動療法は運動ではない》という割り切りが不足していると言えた。よって，《運動療法は運動ではない》の途中段階に位置し，【割り切り不十分状態】と命名した。

パターン④は，《運動療法への割り切り》をする前の段階で，知識はあり，運動療法は必要だと頭では理解しているが，なかなか行動に移すことができないという特徴があった。またこの段階にある人は，運動療法の影響を実際には全く感じることができていなかった。よって《運動療法の影響を自分の体で納得》の下に位置し，【知識のみ習得状態】と命名した。

パターン⑤は，自分は糖尿病患者であることは納得しているのだが，どこか自分と一般的な糖尿病患者とを分けてしまっており，その結果，〈糖尿病療養をしていこうという思い〉が見えず，療養の意志がないように見えた。よって，図１の運動療法を継続する仕組みに，〈糖尿病を療養していこうという思い〉を付け加え，それにより仕組みを完成させた。同時に，パターン⑤は〈糖尿病療養をしていこうという思い〉の下に位置させ，【療養生活の意志不足状態】と命名した。

そして，パターン別に特徴をみると，運動療法のとらえ方，運動行動，他の治療法との関連が特徴づけられていた（表３）。退院後６ヶ月時点で運動行動を行っていたのは，パターン①からパターン③であったが，パターン③【割り切り不十分状態】に分類されている人たちは，無理をして運動を行う時がみられたり，季節や気温などの環境に左右されて行わなくなるなど，運動の実施にムラがあるという特徴がみられた。

Ⅳ．考　　察

本研究は，質的なアプローチを用いて，２型糖尿病患者にとっての運動療法継続の仕組みと定義を，帰納的に明らかにしたものである。この試みは先行研究では行われておらず，新たな視点で運動療法教育について考察することができた。

１．コアカテゴリー《運動療法は運動ではない》について

本研究では，運動療法はあくまでも治療であり，運動とは全く違うものとして位置づけることが，運動療法の継続には必須であることが描き出された。しかし，現行の運動

表３　各パターンの特徴

パターン	運動療法のとらえ方の特徴	日常生活以外の運動行動		他の治療法との関係
			詳細	
①安定継続状態	運動療法は，糖尿病をもつ体へのいたわりであり，いたわりながら行うこと	している	「基本的な運動」は週３回以上している体調を考えながら実行し，無理はしない	食事療法と運動療法は同等と考える
②準安定継続状態	運動療法と運動は別であり，割り切って運動療法を考えているが，糖尿病を持つ体へのいたわりではない		１日２回の人から１週間に１回の人もいる	
③割り切り不十分状態	一般的な運動効果を期待しており，運動療法は「体のため」ととらえているが，糖尿病をもつ体のためではない	している時とやめる時がある	運動療法を行なう為の条件があったり，運動を阻害する環境に左右される	食事療法の方が気になる 薬物療法は大切に思っている
④知識のみ習得状態	運動療法が糖尿病に効果があり必要なことの知識はあるが，実際に効果を感じたことはなく，想像の範囲である	基本的にしていない	きっかけがあると運動療法を始めるが続かない	
⑤療養生活の意志不足状態	運動が糖尿病に効果があると知ってはいるが，自分に運動療法が必要と思っていない		違う目標を提示すると運動ができる（例えば，運動療法をすることを約束するなど）	食事療法はほとんどおこなっていない

療法指導においては，糖尿病の治療としての効果にとらわれず，運動独特の様々な利益を前面に出すことによって，運動行動の動機づけを強化することが行われてきた。確かに，本研究で見出された運動療法の継続への発展には，期間を要し，それよりも先に「体力のついた自分」「運動内容が上達した自分」「やってみると楽しい」など，一般的な運動の効果を，喜びや快感情と共に感じている現象が見られた。快の感情や爽快感は，運動独特の心理的効果として知られているものであり[18]，１回１回の運動でこの感情が発生し動機づけとして影響する現象は，起こりやすいと考えられた。しかし本研究結果より，運動の一般的効果，つまり運動療法の付随効果に魅力を感じ，それを求めるようになることは，本来の自分にとっての運動療法の意味から離れてしまうという，「目的のすりかわり」を起こし，結果，発展プロセスの停止，つまり運動中断の可能性へとつながっていると考えられた。実際，水泳を基本的な運動として取り入れた参加者が，時間の経過とともに，『泳ぎが上手になりたい』という目標が膨らんでしまい，本来の運動療法の目的から逸れていき，その結果，週１回の水泳教室に向けて運動を行うようになったために運動回数が減少したという現象が見られた。こうなると，「運動療法」ではなく「運動」になっていると考えられた。

「運動療法」は，付随効果，つまり心理面への影響も含めて運動の一般的効果がついてくるのが特徴でもあるが，逆に，これこそ本来の目的から逸脱しやすくするものではないかと考えられた。 このように他の目標に引っ張られては，発展プロセスをたどることはできなくなるため，まずはコアカテゴリーとして見いだされた《運動療法は運動ではない》というとらえ方を修得し，目的がすりかわらないように介入していく必要性が示唆できた。

２．《運動療法への割り切り》と運動療法のとらえ方について

「運動療法はあくまでも治療である」という考え方と「運動療法は健康やQOLのためで治療とは考えない」という２つの考え方があるが，本研究における《運動療法への割り切り》は運動療法を「やらなければいけないもの」，つまり仕事として考えることであり，前者の考え方に一致する。しかし前者の考え方では，運動療法に義務感を感じることが逆にストレスとなり，血糖値へ悪影響を及ぼしてしまうという指摘もみられる。実際には《運動療法への割り切り》が発展している参加者では，「やらなければいけないもの」という考え方がストレスとなっているような語りは聞かれず，逆にこの割り切りに達していない途中段階の参加者の方が辛さを訴えた。これは，途中段階で見られる《運動療法の理想のあらわれ》のサブカテゴリー＜やらない不安とやった安心感＞が，運動療法への義務感やストレスとなっている為と考えられる。一方で《運動療法への割り切り》ができ《自分なりの運動療法の確立》ができた人から負担感やストレスが見られなかったのは，《運動療法への割り切り》が，自分自身の体に対する運動療法の必要性を感じながら発展していくものであったためと考えられ，この必要性を認識する過程を踏んで「割り切る」ことが，逆にストレスからの開放につながると言えた。

３．運動療法の方法について

現在の糖尿病患者に対する運動療法の推奨では，中等度の有酸素運動を週に150分以上行い，禁忌がなければレジスタンス運動を週３回行うこと[19]であるが，運動療法を行う時間が無い人には，日常生活での活動量を増やすことが推奨されている[20]。実際，インスリン感受性の改善度は１日の平均歩数と相関すると言われており[21]，糖尿病運動療法としての効果から考えると，日常生活量を増やすことは有効であると言える。しかし運動療法の継続からみた本研究では，日常生活活動量を増やすだけでは，運動量があいまいにしか感じられないため，《療養生活の振り返りと解釈》を通しながらの《運動療法の影響を自分の体で納得》の発展が難しいと考えられる。発展プロセスの途中段階にいる人や教育入院患者に対しては，日常生活活動量を増やすという指導方法よりも，まずは運動療法のための時間を設けて，ある一定時間運動を行うことを勧めるほうが，発展プロセスの発展には有効であると考えられた。

４．パターン分類と行動について

発展プロセスからみたパターン分類別に，運動行動や言動の特徴みると，運動行動を行っている人達の中でも３つのパターンがあること，そして，この３つのパターンでは運動行動にそれぞれの特徴がみられた。

運動療法を行っている患者の傾向としていくつかに分かれている感覚があることは指摘されているが[22]，一般的には一定量の運動行動が，実施・継続できるかできないかの視点のみで「運動療法の継続」が考えられている。そして，運動療法の実行度は動的なものであり季節変動などがあるもの[23]と，安定性のないものとして捉えられている。また，本研究と同じように段階別に分類したモデルとしてトランスセオレティカルモデルがある。これは行動変容の段階を中心的構成要素としており，その段階は，無関心期（Precontemplation），関心期（Contemplation），準備期（Preparation），実行期（Action），維持期（Maintenance）の５段階に分類されている[13]。そして，これらに対する介入の方向性も示されているが，「逆戻り」現象が起こるとされている。このように運動療法行動が不安定と捉えられたり，介入が難しいとされるのは，行動のみを見て「継続群」としていることが原因ではないかと考えられる。一方，本研究の分類は，参加者がとらえる運動療法の本質から分

類したものであり，行動によって分類したものではない。しかし，【安定継続状態】は糖尿病の運動療法として運動行動を行っているため，糖尿病療養に対する意識が持続する限り，運動行動は安定していた。逆に【割り切り不十分状態】は，一般的な運動の効果を求めて運動しているため，環境に左右されたり安定性が得られないなどの特徴がみられた。このように，本研究のパターン分類は，運動量や持続期間などで区切った分類よりも，運動療法行動を予測できる可能性がある。よって，同じように運動行動を行っていても，運動療法を「糖尿病の運動療法」として行っている【安定継続状態】【準安定継続状態】なのか，それとも運動の一般的効果を求めている【割り切り不順分状態】なのかを見極め，それによって介入の視点を変えていく必要性があると考えられた。

Ⅴ．本研究の限界と展望

本研究は，グラウンデッド・セオリーアプローチにより２型糖尿病患者の運動療法継続の仕組みの全体像を描いたものである。よって，今後は介入研究へと発展させ，構造を証明していくことが必要である。また，本研究では見出せなかったが，【準安定継続状態】から【安定継続状態】への移行，つまり《糖尿病をもつ体へのいたわり》への最終的な発展には，他にも細かな要因が関わっている可能性が考えられ，今後は視点を絞り，丁寧に事例を追うことで明らかにすることが課題と考えられる。そして，《糖尿病をもつ体へのいたわり》に発展した糖尿病患者が，長期にわたって運動療法を継続できることを，さらに長期にわたる追跡研究や量的研究などにより，検証していく必要がある。

Ⅵ．結　　論

２型糖尿病患者が運動療法を継続する仕組みを明らかにすることを目的に，質的因子探索研究で教育入院患者を縦断的に見たところ，以下のことが明らかとなった。

１．２型糖尿病患者の運動療法の継続には，発展していくプロセスがあることが見出され，それは《運動療法は運動ではない》を修得した上で，《運動療法への割り切り》と《運動療法の影響を自分の体で納得》が，《療養生活の振り返りと解釈》を介して発展し，最終的には《糖尿病をもつ体へのいたわり》となるというプロセスであった。

２．２型糖尿病患者にとっての運動療法の継続とは，発展プロセスをたどった結果，運動療法を《糖尿病をもつ体へのいたわり》ととらえるようになった状態であると定義した。

３．２型糖尿病患者が運動療法の継続に発展するためには，コアカテゴリー《運動療法は運動ではない》を修得することが必須であることが見出された。

４．２型糖尿病患者の退院後６ヶ月の状態として，発展プロセスの段階により５つのパターンが見出され，それぞれ【安定継続状態】【準安定継続状態】【割り切り不十分状態】【知識のみ習得状態】【療養生活の意志不足状態】と命名できた。

謝　　辞

本研究を行うにあたり，数回にわたって時間を作って下さり，貴重な情報を提供してくださいました参加者の皆様と，調査の場を提供して下さいました病院関係者の皆様に厚く御礼申し上げます。

なお，本論文は金沢大学大学院医学系研究科修士論文の一部に加筆・修正を加えたものであり，その論旨は第９回日本糖尿病教育・看護学会にて発表しております。

要　　旨

本研究は，２型糖尿病患者が運動療法を継続する仕組みを明らかにした質的因子探索研究である。グラウンデッド・セオリーアプローチを用いて，糖尿病教育あるいは血糖コントロール目的で入院した２型糖尿病患者11名に，６ヶ月の追跡期間を設け，縦断的に４回の面接を行った。結果，２型糖尿病患者の運動療法の継続には，発展していくプロセスを含む仕組みが見出された。それはコアカテゴリーである《運動療法は運動ではない》の修得を必須条件とし，《運動療法への割り切り》と《運動療法の影響を自分の体で納得》が《療養生活の振り返りと解釈》を介して発展し，最終的に《糖尿病をもつ体へのいたわり》となるプロセスを含む仕組みであった。この結果より，運動療法の継続には，まず《運動療法は運動ではない》を修得できる援助が重要であることが示唆された。

Abstract

The aim of this qualitative factor-searching study is to elucidate perceptions of exercise and mechanisms that are involved in its continuation in patients with type 2 diabetes mellitus. Using a grounded theory approach, eleven patients, who were hospitalized primarily to improve glycemic control or for diabetic education, participated in the study, with interviews conducted four times over a period of six months.

From the collected data, a development process mechanism was found in the continuation of therapeutic exercise in patients with type 2 diabetes mellitus. The core category, a key requirement in the development process was the perception that *therapeutic exercise was not recreational exercise*. Then, through the *interpretation and reflection of their own medical treatment* patients developed their *acceptance of the need for therapeutic exercise* and their *understanding of the effects of therapeutic exercise through their own body*. These results suggest that it is important to support the perception that *therapeutic exercise is not recreational exercise* from an early stage for the continuance of therapeutic exercise.

文　献

1）厚生労働省：平成19年　国民健康・栄養調査結果の概要，2009-05-30，http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/12/h1225-5a.html
2）日本糖尿病学会（編）：糖尿病治療ガイド2008-2009, 24-36, 文光堂，東京，2008.
3）日本糖尿病学会（編）：科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン　改訂第２版，南江堂，東京，2007.
4）長田尚彦：特集 循環器疾患と心臓リハビリテーション 心疾患の運動療法における血管内皮機能改善の意義－長期予後との関連性－，Cardiac Practice，18，229-231，2007.
5）伊藤春樹：心臓リハビリテーション－基本と臨床 運動療法の効果とその機序，心臓，39，252-259，2007.
6）Wei，M.，Gibbons，L.W.，et al.：Low cardiorespiratory fitness and physical inactivity as predictors of mortality in men with type 2 diabetes，Annals of internal medicine，132，605-611，2000.
7）Batty，G.D.，Shipley，M.J.，et al.：Physical activity and cause-specific mortality in men with Type 2 diabetes/impaired glucose tolerance: evidence from the Whitehall study，Diabetic Medicine，19(7)，2002.
8）Tanasescu，M.，Leitzmann，M.F.，et al.：Physical activity in relation to cardiovascular disease and total mortality among men with type 2 diabetes，Circulation，107，2435-2439，2003.
9）Hu，G.，Eriksson，J.，et al.：Occupational，commuting，and leisure-time physical activity in relation to total and cardiovascular mortality among Finnish subjects with type 2 diabetes，Circulation，110(6)，666-673，2004.
10）日本糖尿病療養指導士認定機構（編）：日本糖尿病療養指導士受験ガイドブック，91-102，メディカルレビュー，東京，2007.
11）Nelson，K.M.，Reiber，G.，et al.：Diet and exercise among adults with type 2 diabetes　Findings from the third national health and nutrition examination survey(NHANES Ⅲ)，Diabetes Care，25，1722-1728，2002.
12）Kirk，A.F.，Barnett，J.，et al.：Physical activity consultation for people with Type 2 diabetes.　evidence and guidelines，Diabetic Medicine，24，809-816，2007.
13）Prochaska，J.O.，DiClemente，C.C.，et al.：In search of how people change. Applications to addictive behaviors，American Psychologist，47，1102-1114，1992.
14）上地宏昭：行動変容理論・モデルおよび技法の全容，竹中晃二（編）：現代のエスプリ463.　身体活動・運動と行動変容，95-108，2006.
15）Di Loreto，C.，Fanelli，C.，et al.：Validation of a counseling strategy to promote the adoption and the maintenance of physical activity by type 2 diabetic subjects，Diabetes Care，26，404-408，2003.
16）厚生労働省：健康づくりのための運動指針2006　～生活習慣予防のために～，2009-10-10，http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/undou01/pdf/data.pdf
17）Strauss，A.L.，Corbin，J.，南裕子（監訳）：質的研究の基礎　グラウンデッド・セオリーの技法と手順，医学書院，東京，1999.
18）竹中晃二：身体活動の心理的効果とアドヒレンス強化のための技法，日本臨床，58　2000年増刊号，439-444，2000.
19）American Diabetes Association：Standards of medical care in diabetes-2008，diabetes care 31 supplement1，S12-S54，2008.
20）日本糖尿病学会：糖尿病治療の手びき　改訂第54版，59-74，南江堂，東京，2006.
21）山之内国男：糖尿病診療マニュアル.　運動の種類・強度・負荷量・頻度，日本医師会雑誌，特別号130，S106～S109，2003.
22）近見知子：進化する糖尿病治療・ケア技術－その根拠を患者さんにも知らせて共に取り組む.　セルフケアを成功に導く為ために，看護実践の科学，31(2)，34-44，2006.
23）石井均：糖尿病の運動療法.　運動療法の心理的側面，糖尿病，47，629-631，2004.

平成21年７月２日受　付
平成22年３月11日採用決定

－原　著－

戸建て団地に暮らす高齢者の歯の健康状態と積極的自尊感情・老年うつ・外出状態との関連

Correlations Between the Tooth Condition of Elderly People Living in Housing-Development Residences and their Positive Self-esteem, Depression, and State Regarding Going Out

合田 加代子 Kayoko Goda
國方 弘子 Hiroko Kunikata
高嶋 伸子 Nobuko Takashima
辻 よしみ Yoshimi Tsuji
中添 和代 Kazuyo Nakazoe

キーワード：戸建て団地，高齢者，歯の健康状態，積極的自尊感情，孤立死
Key Words：housing-development, elderly people, tooth condition, positive self-esteem and depression, dying alone

Ⅰ．はじめに

わが国では，1960～70年代にかけて，郊外丘陵地に戸建て住宅を中心とした宅地開発が進められた[1),2)]。その住宅には，当時の30歳代や40歳代の人々が同時期に世帯単位で入居したが，現在では団塊的な高齢化現象や高齢者のみの世帯の増加といった家族の小規模化現象がみられている[3)]。高齢者は加齢に伴う脆弱性に加え，戸建て団地にみられる生活共同体意識の希薄さから地域社会との交流が減少し，生活の狭小化や孤立化，なかには孤立死などの問題を表出させることが危惧されている[4)]。そのような中，厚生労働省は「高齢者が一人でも安心して暮らせるコミュニティづくり推進会議（「孤立死」ゼロを目指して）」の報告書（2008年）において，孤立死予防の取り組みの重要性を提言し，高齢者の孤立死を予防する具体的方策を求めている[5)]。このような状況に鑑み，高齢者の孤立死を予防するための健康支援を検討することは，喫緊の課題である。

高齢者の健康に関わる要因は多々あるが，わが国では「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」（以下，健康日本21）において，保健医療上重要な９つの課題の一つに「歯の健康」を取り上げている[6)]。また，介護予防特定高齢者施策においても「口腔機能の向上」を導入するなど，高齢者の歯の健康に対する歯科保健対策が推進されている[7)]。このように，高齢者の歯の健康が取り上げられる背景には，咀嚼力の低下と栄養摂取量の減少[8)]や残存歯数の減少と体重減少との関連[9)]など歯の健康と栄養状態に関する報告がなされている。また，残存歯数の減少および咀嚼力低下とうつ状態との関連[10)]や口腔症状と生活機能・運動機能・栄養・閉じこもり・認知症・うつとの関連[11)]，口腔に関する不健康感と抑うつとの関連[12)]，咀嚼力の低下と外出頻度の低下との関連[13)]等についても報告されている。他方で，高齢者の抑うつ傾向と自尊感情との間に関連があることも指摘されている[14)]。さらに，抑うつなどの精神症状と自尊感情の関連を縦断的研究で調査した結果，精神症状は自尊感情に負の効果を示し時間的先行性を検証できたことから，精神症状が自尊感情に影響を及ぼすといった因果関係も示されている[15)]。これら先行研究から，歯の健康状態が老年うつと自尊感情に影響を及ぼすとともに自尊感情は老年うつに影響を与え，老年うつは外出状態に影響を及ぼす因果モデルを構築し仮説とした。その際，外出することで他者とのネットワークも生まれ，外出状態と孤立とは直接的に影響する[16)]と考え，外出状態を従属変数に配置した。この因果モデルを検証し構造を明らかにすることは，高齢者の孤立，ひいては孤立死の予防に取り組む有用な資料になると考える。

本研究は，健康づくりの側面から戸建て団地の地域づくりを進めていく中で，高齢者の歯の健康状態と心理的・社会的側面について理解し，高齢者の歯の健康状態と自尊感情，老年うつ，外出状態の因果関係を明らかにすることにより，孤立死を予防するための健康支援策を得ようとするものである。

Ⅱ．用語の定義

本研究では，以下のように用語を定義した。戸建て団地とは，一戸建て家屋が計画的に建設されている地区をいい，重層構造の居住用建物群を指すのではない。さらに，地区全体の高齢化が進行している団地を高齢化戸建て団地とした[17)]。また，歯の健康状態は，残存歯数と咀嚼状態により表現できると定義した。

香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科　Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural College of Health Sciences

Ⅲ．研究方法

１．研究デザイン

本研究は，相関関係的アプローチを用いた量的，横断的研究である。

２．研究対象

研究対象は，戸建て団地（以下，A団地）で生活している65歳以上の全住民102人（71世帯）である。A団地は郊外丘陵地に立地しており，世帯数169，人口422人，高齢化率24.9%，１世帯人数2.5人で，高齢者の夫婦世帯や単身世帯が73%を占める（2006年10月１日住民基本台帳）といった特長を有している。また，県外出身者が８割を占め，共同体意識の希薄さが課題となっており[18]，孤立死は2005年に１例発生している。

本研究グループは，2005年よりA団地を対象に，住民・大学・行政によるプロジェクトチームをつくり，団地住民が主体的に超高齢社会に対応でき，孤独な人を誰一人出さない地域づくりを目標に，多彩な活動をしているところである。

３．研究方法

１）データ収集期間

調査期間は，2007年９月13日～19日であった。

２）調査内容

調査内容は，属性，歯の健康状態，自尊感情，老年うつ，外出状態で構成した。属性には，年齢，性別，世帯構造，かかりつけ歯科医の有無を配置した。歯の健康状態は，残存歯数（20本以上，19本以下，ほぼなしの３件法）と咀嚼状態（何でも噛める～ほとんど噛めないの４件法）で測定した。自尊感情は，Rosenberg（1965）[19]によって作成されたRosenberg Self-Esteem Scale（以下，RSES）の山本らによる邦訳版[20]を用いた。本尺度は積極的自尊感情を測定する５項目と消極的自尊感情を測定する５項目の10項目からなり，信頼性，妥当性は既に検証されている。本対象においてRSESの妥当性を確認したところ，下位尺度である積極的自尊感情のデータに対する適合度は良好であったが（χ^2/df＝1.238，Comparatative Fit Index（以下，CFI）＝0.995，Root Mean Square Error of Approximation（以下，RMSEA）＝0.049），消極的自尊感情の適合度は統計学的な許容水準を満たさなかったことから（χ^2/df＝3.478，CFI＝0.898，RMSEA＝0.157），本研究では積極的自尊感情のみを用いた。本研究における積極的自尊感情のCronbach's α係数は0.86であった。回答形式は，「あてはまる（５点）」～「あてはまらない（１点）」の５件法で，逆転項目の処理をした後に合計得点を算出した。得点範囲は５点～25点であり，高得点ほど，より良い積極的自尊感情を有すると判断される。老年うつは，Yesavage（1986）によって作成された15項目からなる老年うつ病スケール（Geriatric Depression Scale）（以下，GDS）[21]を用いた。なお，本尺度の信頼性，妥当性は既に検証されている。本研究におけるGDSのCronbach's α係数は0.84であった。回答形式は，「はい（０点）」「いいえ（１点）」の２件法であり，逆転項目の処理後に合計得点を算出した。得点範囲は０点～15点であり，０点～４点はうつなし，５点～９点はうつ傾向，10点以上はうつ状態にあると評価される[22]。外出状態は，ほぼ毎日外出，週３～４回程度外出，週１回程度外出，月２～３回程度外出，月１回以下外出の５件法とした。

３）データ収集方法

調査前に住民組織（自治会，くらしを考える会）と共に調査の趣旨や内容について協議し，調査の２週間前に回覧板を用いて調査の趣旨，方法等の周知を行った。また，１週間前に，「くらしを考える会」の会員７人が調査の趣旨と方法を説明しつつ調査票および回収用封筒を配布する留置調査とした。回収は，研究者が高齢者宅に訪問し，対象者の同意を得た上で，記入漏れの有無などを確認しながら行った。

４．分析方法

分析は，歯の健康状態（残存歯数，咀嚼状態）と外出状態，老年うつとの関連については，χ^2検定を行った（２×２分割表のセル内の数が５未満はFisherの直接確率法を用いた）。また，歯の健康状態と積極的自尊感情（平均値）の関連はｔ検定を行った。検定に先立ち，各指標のコーディングを以下のように行った。残存歯数は20本以上（１点）と19本以下（ほぼなし含む）（０点）に分類し，咀嚼状態は，噛める（何でも噛める・大抵噛める）（１点）と噛めない（あまり噛めない・ほとんど噛めない）（０点）に分類した。外出状態は，週３～４回程度以上（ほぼ毎日，週３～４回程度）（１点）と週１回程度以下（週１回程度，月２～３回程度，月１回以下）（０点）に分類し，週１回程度以下の外出を閉じこもりとして使用した。なお，新開らは[23]，外出が週１回程度以下を閉じこもりと定義している。

次いで，高齢者の歯の健康状態と積極的自尊感情，老年うつ，外出状態因果モデルについて，潜在変数（歯の健康状態，積極的自尊感情）を楕円で，観測変数（残存歯数，咀嚼状態，老年うつ，外出状態，積極的自尊感情の５項目）を四角で表示し，モデルのデータへの適合度を共分散構造分析を用いて検討した。その際，欠損値は最尤法による推定値で計算された。モデルの適合度指標は，χ^2/df値，CFI，RMSEAを採用した。RMSEAは0.08以下，CFIは１に近いほどモデルの適合度が良いと判断される[24]。

以上の分析には，統計解析ソフト「SPSS15.0J for windows」と「Amos7」を用いた。

表１　対象の背景

項　　目		n	人数	（%）
年齢	65 ～ 74歳	101	53	52.5
	75歳以上		48	47.5
性別	男性	101	42	41.6
	女性		59	58.4
世帯構造	一人暮らし	99	17	17.2
	高齢者のみの二人暮らし		48	48.5
	家族と同居世帯		34	34.3
かかりつけ歯科医	あり	90	74	82.2
	なし		16	17.8

表２　歯の健康状態，積極的自尊感情，老年うつ，外出状態の回答分布

項　　目		n	人数	（%）
残存歯数	20本以上	99	45	45.5
	19本以下		31	31.3
	ほぼなし		23	23.2
咀嚼状態	何でも噛める	98	43	43.9
	大抵噛める		48	49.0
	あまり噛めない		6	6.1
	ほとんど噛めない		1	1.0
積極的自尊感情	平均値（ＳＤ）	101	18.1	（±5.2）
老年うつ	平均値（ＳＤ）	88	3.4	（±3.4）
	うつなし		65	73.9
	うつ傾向・うつ		23	26.1
外出状態	ほぼ毎日	101	42	41.6
	週３～４回程度		25	24.8
	週１回程度		20	19.8
	月２～３回程度		6	5.9
	月１回以下		8	7.9

５．倫理的配慮

本学倫理委員会の承認を受けた後，対象に対し研究目的，研究参加の自由，研究不参加による不利益がないこと，匿名性の保持，調査結果の公表等に関する文書を調査票に添付し，調査協力への同意を得て実施した。

Ⅳ．結　　果

１．対象の背景

65歳以上の全住民102人に配布し，101人から回答を得た（回収率99.0%）。表１に対象の背景を示した。男性が41.6%であった。平均年齢は75.0±7.1（65 ～ 100）歳であり，65 ～ 74歳が52.5%，75歳以上が47.5%であった。世帯構造は，一人暮らしが17.2%，高齢者のみの二人暮らしが48.5%，家族と同居世帯が34.3%であった。かかりつけ歯科医をもつ人は82.2%であった。

２．歯の健康状態，積極的自尊感情，老年うつ，外出状態の回答分布

歯の健康状態について，残存歯数20本以上が45.5%，19本以下が31.3%で，ほとんど歯のない人が23.2%存在した。咀嚼状態は，何でも噛めるが43.9%，大抵噛めるが49.0%と多かったものの，咀嚼に支障をきたしている人が7.1%いた。積極的自尊感情について，平均値は18.1（SD ±5.2）であり，最小値が０，最大値が25であった。老年うつの平均値は3.4（SD ±3.4）であり，最小値が０，最大値が13であった。老年うつの評価基準でみると，うつなしが73.9%，うつ傾向またはうつ状態にある人が26.1%みられた。外出状態は，週３～４回程度以上外出する人が66.4%，週１回程度またはそれ以下の人が33.6%であった（表２）。老年うつの回答分布を表３に示した。多くの項目は肯定的な回答であったが，項目8，9，13は肯定的な回答

表３　老年うつの回答分布

項　　目	n	はい（%）	いいえ（%）
1．今の生活に満足していますか	98	74 (73.3)	24 (23.8)
2．毎日の活動力や世間に対する関心がなくなってきたように思いますか	98	24 (23.8)	74 (73.3)
3．生きているのが虚しいように感じますか	98	11 (10.9)	87 (86.1)
4．退屈に思うことがよくありますか	99	16 (15.8)	83 (82.2)
5．普段は気分がよいですか	100	76 (75.2)	24 (23.8)
6．何か悪いことが起こりそうな気がしますか	97	15 (14.9)	82 (81.2)
7．自分は幸せな方だと思いますか	99	84 (83.2)	15 (14.9)
8．どうしようもないと思うことがよくありますか	99	28 (27.7)	71 (70.3)
9．外に出かけるよりも家にいる方が好きですか	98	40 (39.6)	58 (57.4)
10．他の人よりも物忘れが多いと思いますか	99	19 (18.8)	80 (79.2)
11．こうして生きていることは素晴らしいと思いますか	97	73 (72.3)	24 (23.8)
12．これでは生きていても仕方ないと思いますか	96	6 (5.9)	90 (89.1)
13．自分が活力に満ちていると感じますか	99	50 (49.5)	49 (48.5)
14．こんな暮らしでは希望がないと思いますか	97	18 (17.8)	79 (78.2)
15．ほかの人は，自分より裕福だと思いますか	96	24 (23.8)	72 (71.3)

表４　歯の健康状態と積極的自尊感情・老年うつ・外出状態との関連

		n	残存歯数 20本以上（%）		19本以下（%）		検定 p値	n	咀嚼状態 噛める %		噛めない %		検定 p値
残存歯数	20本以上							96	44	(49.4)	0	0	0.014[a]
	19本以下								45	(50.6)	7	(100)	
積極的自尊感情（平均値±ＳＤ）		101	19±3.2		17.3±6.4		0.095[b]	101	18.6±4.9		14±2.2		0.018[b]
外出状態	週３～４回程度以上	99	32	(71.1)	33	(61.1)	0.396[c]	98	65	(71.4)	1	(14.3)	0.005[a]
	週1回程度以下		13	(28.9)	21	(38.9)			26	(28.6)	6	(85.7)	
老年うつ	うつなし	86	34	(87.2)	30	(63.8)	0.015[c]	86	62	(77.5)	1	(16.7)	0.005[a]
	うつ傾向・うつ		5	(12.8)	17	(36.2)			18	(22.5)	5	(83.3)	

a: Fisherの直接確立法　　b: t検定　　c: χ^2検定

が少なかった。

３．歯の健康状態と積極的自尊感情・老年うつ・外出状態との関連

表４に示すように，咀嚼に支障をきたしていた人は全員残存歯数が19本以下で残存歯数と咀嚼状態との間に関連がみられた（ｐ＜0.05）。積極的自尊感情の平均値は残存歯数の２群との間に有意差はなかったが，咀嚼状態の２群との間には有意な差が認められ（ｔ＝-2.4，ｐ＜0.05），咀嚼状態の悪い人は積極的自尊感情が低かった。外出状態と残存歯数とは関連がなかったが，咀嚼状態とは有意な関連が認められ（ｐ＜0.01），咀嚼状態の悪い人は外出が少なかった。老年うつと残存歯数ならびに咀嚼状態とは有意な関連が認められ，残存歯数の少ない人，あるいは咀嚼状態の悪い人は老年うつの傾向にあった（ｐ＜0.05，ｐ＜0.01）。

４．歯の健康状態と積極的自尊感情，老年うつ，外出状態因果モデルの検討

歯の健康状態が積極的自尊感情と老年うつを規定し，積極的自尊感情は老年うつに影響し，さらに老年うつは外出状態に影響する因果モデルを想定し，そのモデルのデータへの適合度を検討した。その結果，歯の健康状態は老年うつと積極的自尊感情に直接的に影響を与えるとともに積極的自尊感情は老年うつを介して外出状態に影響を与えた。歯の健康状態は外出状態に間接効果を示した（図１）。このモデルの適合度は，χ^2/df値が1.515，CFIが0.956，RMSEAが0.072であり，モデルはデータに適合すると判断された。パス係数は，歯の健康状態から積極的自尊感情が0.324，積極的自尊感情から老年うつが－0.428，歯の健康状態から老年うつが－0.278，老年うつから外出状態が－0.267であった。この時，検定統計量は全て有意であった。老年うつの決定係数は0.338であった。すなわち，歯の健

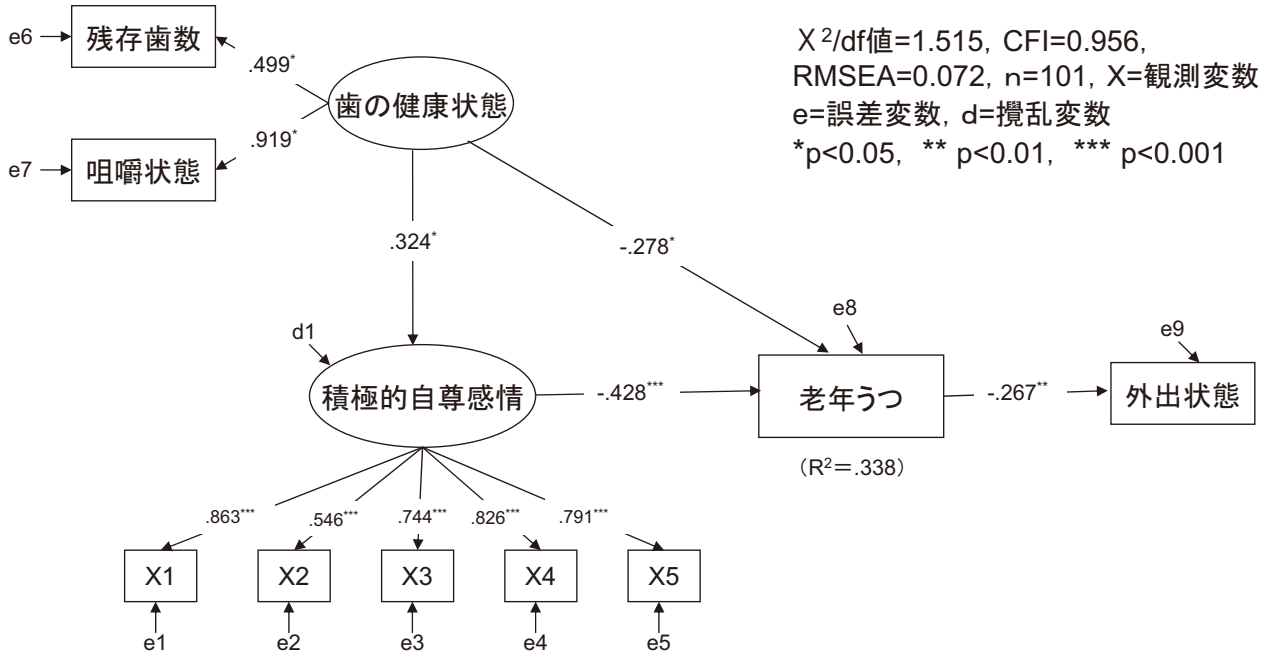


図１　歯の健康状態と積極的自尊感情・老年うつ・外出状態因果モデル

康状態は積極的自尊感情に正に影響するとともに，老年うつに負に影響しながら，外出状態に影響を与えることが支持された。

Ⅴ．考　察

戸建て団地で生活している65歳以上の高齢者101人における歯の健康状態，積極的自尊感情，老年うつ，外出状態について調査した結果，歯の健康状態と外出状態および老年うつ，さらに，積極的自尊感情との間に関連を認めた。これまでに，高齢者の咀嚼力の低下が抑うつと関連すること[10]や外出頻度の低下との関連[13]，また，自尊感情と抑うつとの間に関連があること[14]について報告されているが，これらはそれぞれに，歯の健康状態と抑うつや外出頻度との関連を，また自尊感情と抑うつとの関連を明らかにしているもので，歯の健康状態と自尊感情，抑うつ，外出状態との関係の構造を明らかにしたものはない。本研究は，歯の健康状態が積極的自尊感情や老年うつの気分を経由しながら外出状態に影響することを明らかにした。すなわち，高齢者の外出状態の減少，つまり，閉じこもりを引き起こす因果モデルを作成し，共分散構造分析によりそれらの構造を量的に検証した。その結果，図１に示すモデルは，データに適合することが認められ，歯の健康状態の悪化は積極的自尊感情の低下を介して，老年うつ・外出状態の減少，つまり，閉じこもりを惹起し，高齢者の孤立化を招くことが推察された。その際，先行研究が示したように[15]積極的自尊感情が老年うつに先行することも検証できた。この構造は，本研究が示した新たな知見である。

そこで，本研究の知見を基に高齢者の孤立，ひいては孤立死の予防に役立つ健康支援について考察する。高齢者の閉じこもりの出現率については，10％程度[16]或いは，10 ～ 15％[25]，町村部においては25.7％[26]が該当したとの報告がある。一方，Ａ団地の高齢者における該当者は約30％であり，先行研究に比較して高い数値を示した。これは，Ａ団地のような郊外型住宅団地は，急な坂や階段が多く，歩行による移動の負担が大きいといった地域環境の不便さや近所づき合いや近隣の人間関係が希薄などの課題を抱えている[27]上に，歯の健康問題も関与していると考えられる。つまり，残存歯数の減少，咀嚼力の低下，発音の問題など口腔機能の低下は，食事そのものだけでなく，食を介して会話を楽しむなどのコミュニケーションに支障をきたす。さらには，審美を損なわせることなどが相まって，積極的自尊感情の低下を招き，それが基礎となってうつ状態を呈し，その結果，外出回数が減少するものと推察される。

なお，外出頻度が低下した閉じこもりの状態は，高齢者の孤立死を増加させることを松戸市常盤平団地の事例[28]や都市部の団地や地方における事例[29]が数多く報告されている。歯の健康状態が外出状態に影響を与えるという今回の知見は，高齢者の孤立死予防活動を考える上で有用な知見となる。すなわち，高齢者に関わる保健医療専門職者は高齢者の歯の健康状態を見落とすことなくアセスメントする必要がある。しかし，河野ら[30]による地域看護職の介護予防事業対象者把握に関する調査では，看護職者は口腔ケアの必要な対象を見落としやすい点を指摘している。このことからも，今後，高齢者への口腔衛生対策の重要性を認識して関わることが必要といえる。国は，平成18年度から介護予防特定高齢者施策の一環として，自己実現達成を目指した支援を行うために，口腔機能の向上を導入している[7]が，今回明らかになった歯の健康状態と積極的自尊感情・老年うつおよび外出状態との関連性を活動の根拠として裏付けることで，さらに有効な推進活動になり得ると考える。具体的には，看護職者は高齢者の咀嚼状態を把握するに留まらず，残存歯数も把握すると共に，高齢者が歯の残存を維持できるように意識付けることや口腔衛生指導を実践していくことが必要である。なお，残存歯数は加齢とともに低下することは明らかにされているが[31]，対象団地であるＡ団地は，「健康日本21」の目標値（75 ～ 84歳で残存歯20本以上の割合が20％以上）よりも残存歯数の割合が31.1％と高いことや，80％の人はかかりつけ歯科医を有するといった特徴があった。“口腔衛生の心がけがよい”，“かかりつけの歯科医がある”など保健行動の良好な者に，うつなしの者が多い[32]という研究結果もあることから，Ａ団地においてもこの強みを活かした予防的側面からのセルフケア能力の増進と同時に，保健医療職によるプロフェッショナルケアの重要性をさらに啓発することが必要と考える。なお，老年期における歯の健康状態が積極的自尊感情やうつに影響することを鑑みると，今後は，若年期からの歯の健康教育の必要性についても念頭に置いておかなければならないであろう。

本研究の知見により，高齢者の孤立死予防のためには，今後，口腔衛生対策からの介入に加え，高齢者のより良い自尊感情の維持・回復への働きかけも重要であることが示唆される。自尊感情を遠藤は[33]「社会とのかかわりの中で特定の役割，価値観の達成を通して獲得される自己価値についての確信」と定義している。まさに自尊感情は，社会的なものであり，ある一定集団の中での役割行動によって，自分自身の自己概念・自尊感情を形成し変容を促すものといえる。またこのことは，老年うつの評価基準にて，Ａ団地高齢者の26.1％がうつ傾向或いはうつ状態にあったことに対する対策にもつながるであろう。したがって，Ａ団地においては今後，健康づくりとともに，高齢者向けの生きがい対策は基より，高齢者が何らかの役割を発揮でき

る世代間交流の促進を目指した地域づくりに取り組むことが重要である。そのことにより，高齢者の閉じこもり予防，さらには，それが孤立死予防につながることが期待できるからである。

Ⅵ．本研究の限界と今後の課題

研究の限界として，歯の健康状態に関する質問項目に義歯装着の有無を問う項目がなかったため，残存歯数や咀嚼状態など回答者の解釈が一様でなかった可能性がある。また，セルフケアの実態について具体的な問いを投げかけていないため，具体的な保健指導内容の検討に至りにくい点が課題としてあげられる。対象が一つの戸建団地に限定されているため，結果の一般化には慎重であるべきである。また，本研究にはコントロール群をおいていない。この点も研究の限界である。今後は，これらの課題をふまえた上で，戸建て団地における高齢者の孤立死予防について検討して行くことが必要と考える。

Ⅶ．結　　論

本研究は，戸建て団地に暮らす高齢者の孤立死予防を目指した地域づくりに取り組むための資料を得ることをねらいに，高齢者の歯の健康状態と積極的自尊感情，老年うつ，外出状態因果モデルを作成し検討した。その結果，歯の健康状態は積極的自尊感情に正に影響するとともに，老年うつに負に影響しながら，外出状態に影響を与えることが支持された。

以上のことから，団地に暮らす高齢者の孤立死の予防をめざすために，口腔衛生活動の重要性とより良い自尊感情の維持・回復の支援の重要性が示唆された。

謝　　辞

本研究にご協力頂きました団地住民組織の皆様，調査に回答して下さいました高齢者の皆様に心より感謝申し上げます。なお，本研究は，平成20年度科学研究費補助金（基盤研究（C））「高齢化戸建団地の住民組織形成モデル構築とその過程における住民と保健師の役割分析」の一環として実施した。

要　　旨

本研究は，戸建て団地に暮らす高齢者の孤立死予防を目指した地域づくりに取り組むための資料を得ることをねらいに，高齢者の歯の健康状態と積極的自尊感情，老年うつ，外出状態因果モデルを作成し検討した。その結果，モデルの適合度は，χ^2/df値が1.515，CFIが0.956，RMSEAが0.072であり，モデルはデータに適合すると判断された。パス係数は，歯の健康状態から積極的自尊感情が0.324，積極的自尊感情から老年うつが－0.428，歯の健康状態から老年うつが－0.278，老年うつから外出状態が－0.267であった。このことから，歯の健康状態は積極的自尊感情に正に影響するとともに，老年うつに負に影響しながら，外出状態に影響を与えることが支持された。

以上のことから，戸建て団地に暮らす高齢者の孤立死の予防をめざすために，口腔衛生活動の重要性とより良い自尊感情の維持・回復の重要性が示唆された。

Abstract

The purpose of this present study was to examine a model of the correlations between the tooth conditions, positive self-esteem, depression and state regarding going out of the elderly. We can have basic data for the construction of a community designed to prevent elderly people living in housing-development residences from dying alone by this study. The results showed that the χ^2/df, CFI, and RMSEA values were 1.515, 0.956, and 0.072, respectively, indicating that the data fitted the model.

The path coefficients were 0.324 from the tooth condition to positive self-esteem, -0.428 from positive self-esteem to depression, -0.278 from the tooth condition to depression, and -0.267 from depression to the state regarding going out. These values verified that the tooth condition had an impact on going out while positively affecting positive self-esteem, and negatively affecting depression in the elderly.

As described above, this study suggested the importance of promoting oral hygiene as well as maintaining or achieving a higher positive self-esteem to prevent elderly people living in housing-development residences from dying alone.

文　献

1）増永理彦：団地再生, 16-17, かもがわ出版, 京都, 2008.
2）本間義人：戦後住宅政策の検証, 61-69, 信山社, 東京, 2004.
3）黒田　学：高齢社会とまちづくり, 松田之利, 西村貢（編）：地域学への招待, 116-118, 世界思想社, 京都, 1999.
4）合田加代子, 中添和代, 他：高齢化が進展している団地住民の健康と暮らしの特性, 香川県立保健医療大学紀要, 4(1), 47-55, 2008.
5）厚生労働省：「高齢者が一人でも安心して暮らせるコミュニティづくり推進会議（「孤立死」ゼロを目指して）」報告書, 2008-09-05, http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/03/h0328-8.html
6）財団法人健康・体力づくり事業財団：健康日本21(21世紀における国民健康づくり運動について）健康日本21企画検討会・健康日本21計画策定検討会報告書, 127-136, 2000.
7）財団法人厚生統計協会：厚生の指標（臨時増刊号）国民衛生の動向, 55(9), 117-122, 2008.
8）神森秀樹, 葭原明弘, 他：健常高齢者における咀嚼能力が栄養摂取に及ぼす影響, 口腔衛生学会雑誌, 53, 13-22, 2003.
9）中出美代, 平井寛, 他：高齢者の歯・口腔・栄養状態－社会経済格差と地域格差の実態, 連載「日本の高齢者－介護予防に向けた社会疫学的大規模調査４」, 公衆衛生, 69, 313-317, 2005.
10）近藤克則：検証「健康格差社会」介護予防に向けた社会疫学的大規模調査, 29-35, 医学書院, 東京, 2007.
11）葭原明弘, 高野尚子, 他：65歳以上高齢者における全身状態と口腔健康状態の関連・特定高齢者判定項目から, 口腔衛生学会雑誌, 58(1), 9-15, 2008.
12）大井　孝, 栗本鮎美, 他：中高齢者の抑うつに関わる歯科的要因:大迫研究, 老年歯科医学, 23, 308-318, 2008.
13）新開省二, 藤田孝司, 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(6), 443-455, 2005.
14）與古田孝夫, 石津　宏, 他：沖縄の伝統的地域特性と地域高齢者のメンタルヘルスに及ぼす要因についての検討, 心身医学, 44, 681-687, 2004.
15）國方弘子, 豊田志保, 他：統合失調症患者の精神症状と自尊感情の関連性, 日本保健科学学会誌, 9(1), 30-37, 2006.
16）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), 168-179, 2004.
17）増永理彦：団地再生, ３, かもがわ出版, 京都, 2008.
18）前掲書４), 50-51.
19）Rosenberg, M. ：Society and the adolescent self-Image, 16-36, NJ：Princeton University Press, Princeton. 1965.
20）山本眞理子：自尊感情尺度, 堀洋道（監修), 山本眞理子（編）：心理測定尺度集Ⅰ人間の内面を探る＜自己・個人内過程＞, 29-31, サイエンス社, 東京, 2002.
21）高橋龍太郎：精神機能評価法うつ病のスクリーニング, 小澤利男, 江藤文夫（編）：高齢者の生活機能評価ガイド, 48, 医歯薬出版, 東京, 1999.
22）前掲書20), 45-46.
23）新開省二：「閉じこもり」アセスメント表の作成とその活用法, ヘルスアセスメント研究委員会監修, 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－, 113-141, 厚生科学研究所, 東京, 2002.
24）山本嘉一郎, 小野寺孝義：共分散構造分析と解析事例, 1-22, ナカニシヤ出版, 京都, 2001.
25）安村誠司, 藺牟田洋美：閉じこもりを防ぐ, のばそう健康寿命―老化と老年病を防ぎ, 介護状態を予防する―Advances in Aging and health Research 2004, 221-230, 長寿科学振興財団, 愛知, 2005.
26）鳥居順子, 宮内清子, 他：愛媛県の高齢者の外出頻度の実態とその関連要因, 四国公衆衛生学会雑誌, 50(1), 126－132, 2005.
27）前掲書３), 120-121.
28）中沢卓実：孤独死ゼロ作戦, 8-12, 木の泉社, 東京, 2008.
29）NHKスペシャル取材班, 佐々木とく子：ひとり誰にも看取られず, 111-118, 阪急コミュニケーションズ, 東京, 2007.
30）河野あゆみ, 板東　彩, 他：独居虚弱高齢者における介護予防事業対象者把握の検討　地域看護職の判断と国の基本チェックリストとの比較, 日本公衆衛生雑誌, 55(2), 83-92, 2008.
31）安藤雄一, 葭原明弘, 他：成人における歯の喪失リスク要因に関する研究－地域住民を対象とした３年間の縦断調査－, 口腔衛生学会雑誌, 51, 263-274, 2001.
32）前掲書10), 30-31.
33）遠藤辰夫：セルフ・エスティーム研究の視座, 遠藤辰夫, 井上祥治, 他（編）：セルフ・エスティームの心理学, 8-25, ナカニシヤ出版, 京都, 2004.

平成21年10月13日受　付
平成22年３月17日採用決定

－原　著－

高齢者介護の現場における介護目標の検討と課題

An Investigation to Determine the Objectives and Issues Related to the Present Situation of Caregiving Service Offered to the Elderly

高　田　明　美
Akemi Takada

キーワード：高齢者，介護サービス，質的研究，目標，生活の質
Key Words ：elder, caregiving service, qualitative research, objective, quality of life

Ⅰ．緒　　言

介護サービスの利用者は，2000年の介護保険施行当初の予測を大幅に上回っている。2000年４月時点の介護サービス利用者は149万人と言われていたが，2007年11月には2.5倍弱の364万人に増大した[1)]。政府・社会保障審議会の介護保険部会による「介護保険制度の見直しに関する意見」[2)]では，サービスの量から質への改革が課題の第一に挙げられており，今後は量だけではなく，質の議論も増えていくことが予想される。

介護・福祉サービスの質に関しては，第三者機関による評価が推進されてきた経緯があるものの，評価の基準やそれらの標準化作業についても発展途上であるのが実情である。介護を含む広義の医療の質の評価視点は，伝統的にDonabedian[3)]が提唱している，「構造」「過程」「結果」の三視点があることがよく知られているが，現在の評価は行政や専門機関による構造の評価が中心となっており，過程や結果の視点がなかなか採用されることがない。そもそも，過程と結果は相互関連している要素であり，結果の改善につながるのが良い過程であることから，望ましい結果とは何かということが明確化されなければ，過程や結果による評価は不可能である。そのため，介護評価の今後の発展のためには，介護全般における目的の検討と方向付けが急務であると言える。

これまでにKaneらは，長期的ケアについて，健康，個別ケア，慢性疾患の三つのセルフケアの出来ない人のために維持する社会サービスであると定義している[4)]。Glassらは清潔で安全な環境の維持，可能な限り最大の機能的な自立，生来の健康状況の維持・継続，施設内での尊厳，自己信頼，前向きな意識の促進がなされることがゴールであるとした[5)]。こうした目標に対しての評価基準はある程度整備されてきたが，質に対する評価が欠落しているという指摘がある[6)]。また，これまでの高齢者介護の介入研究では，介護者負担，転倒，身体機能，腎機能，抑うつ，睡眠等のリスク評価を行ってきた。これらは，高齢者のニーズを同定するためにエビデンスに基づいた標準的なリスク評価を使用し一定の評価を得たが，高齢者向けの改良が必要であり，高齢者の認知機能や身体機能を測定する部分が欠落していることが指摘されている[7)]。さらに，これまで目標となり得る結果指標において，要介護度に代表される認知機能や身体機能は，制度的にも医療的にも個別に考えられてきたが，それらを総合的に評価し，かつ，精神的・社会的側面などのＷＨＯの健康の定義[8)]を網羅する形での評価方法は開発途上である。実際，目的が明確でない介護の現場では，日常の介護が定型的作業となりがちである。本研究では，特にそのような傾向が強いと予想される要介護高齢者の介護に焦点を当て，要介護高齢者の求める介護とはどういうものなのか，介護者の目指している介護とはどのようなものか，その実態に関し，具体的に探ることとした。

本研究の目標は，現場の介護者・利用者（要介護高齢者，以後利用者とする）・家族に対して聴取を行うことによって介護の目標と成果を明らかにし，介護サービスに一定の方向性を提言することである。

Ⅱ．研究方法

１．対象者

対象者は，老人保健施設，および特別養護老人ホームに勤務する介護職員（以下介護者とする）および入所中の利用者・家族のうち協力を承諾した者である。

２．調査と研究の方法

平成18年10月31日から同年12月４日の期間，調査機関に

京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康要因学健康増進・行動学分野博士後期課程
School of public Health, Depertment of Health Promotion and Human Behavior, Kyoto University

協力を依頼し，承認された関連機関，関東地区（２），北陸地区（１），関西地区（２），四国地区（１），九州沖縄地区（１）より，計７箇所において，介護者は留置による質問票への自由記述，または質問票による聞き取り調査，および，入所中の利用者への質問票による聞き取り調査の内容分析に基づく質的研究を行った。それぞれ，質問票の内容は，添付する付録１，２の内容である。質問票の内容に関しては，Chouによる Resident Satisfaction Questionnaire をもとに[9]，偏りのないよう様々な職種の研究協力者（医師，看護師，心理士，作業療法士，理学療法士，老健経営者）でひな形を作成し，協議の上で決定した。

介護者へは「介護を行うに当たって目標は何ですか」（トップダウンアプローチ），「どんな介護は成功／失敗だと思いますか，例と理由を挙げてください」（ボトムアップアプローチ）などの質問へ，留置質問票への自由記述とした。留置分未回答の介護者には，訪問先で介護作業中に同内容の質問を行い，口頭での回答を聞き取り，代筆する形で質問票に回答を得た。利用者へは，「どのようにしたら毎日が有意義になり，健康になると思いますか」など，主観も含む精神的・身体的健康について問うた。さらに，各項目は，質問票の順序に従って，聞き取り担当者が聞き取りを行い，回答以外でも質問内容に関すると判断される語りを，その場で質問票に担当者が筆記記録した。聞き取りに偏りのないように，担当者を固定とせず，様々な職種の担当者（前述）が随時聞き取りを行った。面接時間は体調への負担等も考慮して，30分～１時間を限度とした。利用者の選定は，全体的に回答者がコミュニケーションを取れて，なおかつ質問の内容を正しく理解し，その上で回答ができるかどうかを十分配慮してもらい，認知症判定やＡＤＬの考慮も協力施設へ依頼し一任した。回答をもって選定基準を満たしたものと判断した。

倫理的配慮は，利用者には，調査の同意書を事前に取得するよう施設側に協力依頼を行い，利用者本人あるいは，家族へ説明を行った。調査に協力することで決して不利益を被ることのないこと，いつでも参加協力を撤回することのできること，調査の発表について個人が特定されることのないことなど，口頭と書面で説明を行った。以上に同意のあった利用者に質問票による聞き取り調査を行った。介護者には，同様の内容の同意書を配布し，原則的に質問票の記載により，この調査に同意を得られたものとした。なお，質問票聞き取り分に関しては，その際に口頭にて調査協力の確認を行った。聞き取りから得られた生データは，氏名，住所等個人の特定可能なデータに対し，すべてイニシャルにて記載し，匿名化を行った。なお，本研究は，京都大学倫理委員会の承認を受けてなされたものである。

３．分析手法

分析に活用したのは，継続比較法である。単独の分析者が利用者からの質問への回答および，語りの聞き取り記録，介護者からの自由回答記述の分析を行った[10)～12)]。今回のそれぞれの順を追った質問内容は，回答者ごとに資格や年代，性別またそれぞれ施設ごとの基準（介護職種，専任，アルバイトの別，人員数等）などに偏りがある事を考慮して，項目に対する回答の頻度にこだわらず，介護サービスの利用者と介護者にとって，必要な項目について，回答全体を網羅する分析を行った。これは，今後の量的な調査のための項目プール作成の位置づけも兼ねている。そして，研究協力者間で協議の上，文献等による多角的な視点もあわせて判断した[13)～15)]。手順として，（１）まず，最初に利用者の回答の自由記述をWordソフトで文書化し，「介護サービスとして期待するもの」という分析テーマに沿ってデータの意味を解釈し，対極例も吟味しながら概念名をつけていった。次に，介護者について同様の手順を行った。（２）生成した概念の比較検討を行い，類似したものはグループ化してカテゴリーを生成した。具体的には，利用者に表出された概念と介護者から表出された概念が共通のテーマを持ち得るのかどうか，またそれぞれのみに表出される概念が妥当なのか繰り返し生データに戻り，概念名とカテゴリー間との関連の検討を行った。さらに，今後量的調査を予定する上で煩雑にならないよう必要以上に多くのカテゴリー名や概念名を設けないよう注意した。（３）そして，カテゴリー間の関連について分析テーマと照らし合わせながら再検討し，利用者，介護者に関して回答者の「介護サービスとして期待するもの」の全体像を再構成した。

分析結果の確からしさを高めるために，特に，介護目標において特異的な概念や単語などは，介護施設等において介護ケアにあたってきた理学療法士，作業療法士などと確認を行った。さらに，分析内容に関しては，研究協力者間でファイルを共有して分析結果を詳しく検討を行い，何度も議論のうえ，概念とカテゴリー間の関係を明確にした。さらに，回答者の記述内容の意図を明確化するために，質問票の他の項目に対する回答または言語外の感情の表出（涙を流した，手を握ったなど）や属性に関する情報も踏まえて推測しながら比較検討した。本研究では，近年英文医学雑誌などに掲載される質的研究で散見され，質的研究の妥当性や信頼性の確保を担保することを提示するためにその使用が増加してきた質的データ分析ソフト（Computer-Assisted Qualitative Data Analysis Software）であるATLAS.ti　V.5.0を活用し，全データの管理と分析を実施した。

付録１．介護者用質問票

	性別	1. 男　2. 女	年齢	歳
資格	1. 看護師　2. 介護福祉士　3. ケアワーカー　4. ヘルパー 5. 理学療法士　6. 作業療法士　7. その他（　　）			
役職	1. 師・士長　2. 部・. 課長　3. その他（　　）		経験年数	年

次の問に対するあなたのお考えや想いをお聞かせください。

問１．高齢者介護の仕事のやりがいは何だと思いますか。

問２．高齢者介護の目標は利用者がどうなることだと思いますか？また、どのような点から目標の達成度が分かると思いますか。

問３．これまでお世話した方で、ケアがうまくいったと思う印象的な例はありますか。それがどのような時で、何を見てうまくいったと思ったかお書きください。

問４．介護がうまくいかなかった、こうなるはずではなかったと思った例はありますか？(他の介護者や他施設のことで見聞きした例でも結構です)

問５．日常生活やリハビリを含めて、どのような活動を提供したら、入居者の毎日はより意義あるものとなると思いますか。

問６．あなた自身が入居高齢者だとしたら、どのような施設とケアの在り方を望みますか。

問７．ご自分が担当する方がどんな人生を送ってきたか、職業などを含めてお話聞いたことはありますか。あれば、その後、その方とあなたのケアに何か変化が見られましたか。

上記以外に、特に付け加えたいことがありましたらご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました！

付録２．利用者用聞き取り調査票
高齢者の方におたずねします。

ｲﾆｼｬﾙ		性別	1．男　2．女	年齢	歳
出身地		家族			
趣味	（好きな活動）			以前の仕事	

問 1．ここに来る前はどこにいらっしゃいましたか、自宅ですか、病院ですか？

問 2．　どうしてここ(施設)へ来ることになったのか教えていただけますか？

問３．以前いらした所とくらべて、こちらはどんなところがよいですか？

問４．以前とくらべて、物足りないことや、不足していることは何ですか？

問５．退屈したり、時間をもてあますことはありますか？　（その時どうしていますか？）

問６．あなたの一番したいことはなんですか？ それはこちらでできていますか？
　どのようにすれば（どのような手助けがあれば)、それはできるでしょうか？

問７．あなたのご意見が施設をよりよいものにし、利用者の役に立ちます。あなたの希望をどんなことでもお聞かせください（こんなことをしたい、こんな風になりたい、こんな施設・世話があるといい、など)。

ありがとうございました！

Ⅲ．結　　果

１．対象者背景

対象者として前記関連機関（７箇所）の利用者は計39名である（表１）。内訳は，男性４名，女性35名であった。年代別では，64 ～ 74歳１名（女性１名），75 ～ 84歳14名（男性２名，女性12名），85 ～ 95歳18名（男性２名，女性16名），95歳以上６名（女性６名）合計39名であった。介護者は，全164名である（表２）。内訳は男48名，女性116名であった。年齢別では20歳代39名，30歳代60名，40歳代29名，50歳代16名，60歳代７名，記載なし13名だった。資格は，看護師14名，介護福祉士72名，ケアワーカー 34名，ヘルパー26名，理学療法士２名，作業療法士２名，その他（ケアマネージャー，ソーシャルワーカー等）14名であった。介護福祉士，ケアワーカー，ヘルパーという介護者の分類は，現在の資格制度上に成立している資格名であり，それぞれの施設での通称である。

２．構成概念とカテゴリー

利用者ごと，介護者ごと共通の分析テーマである「介護サービスとして期待するもの」に関して検討した上で，以下に示す概念を得た。本文中では大カテゴリーを《　》，カテゴリーを＜　＞，概念を「　」で示す。加えて，対象者の回答の具体的な例（生データ）についてはそれぞれ表３－Ａに利用者，表３－Ｂに介護者の語りによる構成概念と生データを表示する。なお，各概念の対象者の自由記述および自由回答の聞き取りの例は回答の中の抜粋である。わずかの提示については，その概念を提示する記述が少なく限られているということでなく，最適と判断された代表例のみを提示していることによる。

分析テーマの「介護サービスとして期待するもの」は，《利用者本人にとって重要なサービス》，《介護サービスの安定供給》により構成されていた。大カテゴリーの下流にカテゴリー，さらにその下流にあるのが構成概念である。以下にそれぞれの構成概念について説明する。

１．《利用者本人にとって重要なサービス》

《利用者本人にとって重要なサービス》とは，利用者本人が生存し，生活を行っていく上で必要なサービスである。

＜機能的サービス側面＞

「機能回復行動」とは，現状の身体的状況，生活活動動作を少しでもレベルアップできるように工夫や行動をしている状況とした。規定されたリハビリ以外でもトレーニングをすすんで行うなど，家庭へ戻るための期待や希望を持っている状況があった。一方で，長期間に亘る入寮のため変化の少ない施設内で進んで気分転換を行っている状況もあり，自宅へ戻ることが容易でない状況もあった。「心身両面の維持向上」とは，精神的，身体的，この両方の交互の作用と見られる状況の維持，向上とした。この維持向上に介護者の関わりが大きく関係している状況が見出された。「身体的機能維持向上」とは，身体的な機能（生命，活動等）についての維持や向上とした。介護レベルだけでなく，身体状況の個別性からケアの複雑な状況が現れていた。また，病院から療養のために入所となり，簡単には家庭へ戻ることが難しい状況が見出された。「精神的機能維持向上」とは，精神的，心理的状況が安定し，その総合的な機能の維持や向上とした。気分転換や心理的な安定を維持することが

表１．利用者の性別および10歳年齢階級別構成表

	10歳年齢階級（人数・%）				
	65-74歳	75-84歳	85-94歳	95歳以上	合　計
男　性	0（0.0）	2（50.0）	2（50.0）	0（ 0.0）	4（100.0）
女　性	1（2.9）	12（34.3）	16（45.7）	6（17.1）	35（100.0）
合　計	1（2.6）	14（35.9）	18（46.2）	6（15.4）	39（100.0）

表２．A）介護者の性別構成表

	人　数
男　　性	48
女　　性	116
合　　計	164

B）介護者の年代別職種別構成表

職　　種	看護師		介護福祉士		ケアワーカー		介護ヘルパー		理学療法士		作業療法士		その他		合計
性　　別	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	
20歳台	2	0	12	8	2	1	4	6	0	0	0	0	4	0	39
30歳台	6	0	11	15	11	0	7	2	1	0	1	1	3	2	60
40歳台	4	0	11	1	6	3	0	1	1	0	0	0	2	0	29
50歳台	1	0	6	0	3	3	2	0	0	0	0	0	0	1	16
60歳台	1	0	2	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	7
年代不明	0	0	4	2	2	0	3	0	0	0	0	0	1	1	13
合　　計	14	0	46	26	26	8	17	9	2	0	1	1	10	4	164

表３－A．利用者の語りによる構成概念と生データ

大カテゴリー	カテゴリー	構成概念	具体的な例
利用者本人にとっての重要なサービス	機能的サービス側面	機能回復行動	字が書けるようにと。足し算，引き算，童話の読書。口もきけなかったのにここまで回復できた（K-NO.1）
			週に２回リハビリ。病院は１回だった。ここは１回は器械使う。楽しみ。リハビリするとよくなる。やった方がいい。今痛いところは膝と腰（O-NO.1）
		心身両面の維持向上	元気でいられて幸せ（K-NO.4）
			デイケアに７年いた。ここに１年。H17年３月に来て，こんなところに来て大変と思ってたけど居心地はいい（O-NO.3）
		身体的機能維持向上	身体を見てもらえるから（家では心配なので）（O-NO.1）
			（白内障の手術の予定があるので）目がもう少しよくなりたい。目が見えたら（やりたいことがある）（H-NO.2）
		精神的機能維持向上	気は丈夫なので，乗せてくれれば外に行く。旅行，散歩楽しい（K-NO.5）
			私のように悲しみを持って入った方はかわいそう。お友達になれたらいいな。３階に入所後，同年代の人がいるからと職員のひとに言われて，２階へ食事にいってＤさんと友達になった。それから友達を作るために2階へ行く（T-NO.4）
		日常生活動作（ADL）の維持向上	健康でいたい。以前は車椅子だったが，今は歩ける（H-NO.2）
			特になし。満足。寮母の世話にならない程度に，歯磨きしたり，顔洗ったり，着替えたり，きちんとするのがしんどい（K-NO.4）
	社会的サービス側面	社会的機能維持向上	話しする人いないし…。皆，ぼーっとしている（T-NO.4）
			同じ病気の人が集まって，話し合う時間があったらいいなと思う。リュウマチでない人，わからないから（K-NO.5）
		在宅介護困難による施設療養の継続	娘は暮らしたいと思っているはず（一緒に暮らしたい）。寂しいとは思わんよ（O-NO.3）
			家に戻ったが，家族がみんな勤めていて昼間は一人で身体が自由にならず，こちらへ来た（T-NO.1）
		在宅介護へ向けての準備	たまに家に帰ったり出来たらそれでいい（月１回家に帰って一泊している）。家族（息子や孫）が迎えにきてくれるし，家に手すりや，トイレの準備も整っている。家に戻る準備はある（T-NO.1）
			時々，１～２週間家に帰るのが一番の楽しみ。気分転換になって。お父さんが迎えに来てくれる。１月４，５日で１泊した（T-NO.1）
	生活の質（ＱＯＬ）サービス側面	安心感の提供となる介護	家とほとんど変わらない（O-NO.1）
			家族にもできないことやってくれる。（ここに）今は慣れた（O-NO.5）
			（介護者は）海のような広い心を持ってやっている。難すれば花咲く，病気になったがただただ感謝している（K-NO.1）
		個別主義・尊厳重視の介護	入居者が同室するのは怖い。１人でいるのが好き（T-NO.6）
			高齢なので，体に合わない食べ物は出さず，個人対応で細かい対応してくれる。例えばサバが合わない。じんましんが出たことがある（T-NO.4）。
			右手運転用車椅子を特注してもらった（右手のみ使用可能なケース）（K-NO.1）
		自由度の高い空間・時間	お絞りたたみ，などしょっちゅうやっているがあまり好きではない（F-NO.1）
			家の方がよかった。ご飯，家がいい。ここもいいが。気を遣う，家もここも（O-NO.3）
		生活の質（QOL）維持向上	新宿コマを見て，森進一のショーをみたい。以前は10年ほど続けてお正月公演にずっと行っていた，外食は時々はよい（T-NO.1）
			糖尿病で（食べてもいい）量が少なく，ここに来て10kg痩せた，空腹，満腹感欲しい，お腹空いてもお茶しか飲めない，辛い（H-NO.6）
			あっちこっち行って遊ぶ。ピアノ弾くお姉さんも三しん弾くお兄さんもがいる。（沖縄の踊りの手を教えてと言うと）音楽ないと踊れない。音楽で踊るから（O-NO.4）
		人生に対する希望・満足感	やりたいことは一杯あるが，そういうことはできないね（O-NO.2）
			特にやりたいことはない。仕事も以前うんとやってきたから（お金を稼ぐようなほど）仕事はもういい。40歳代がんばってきた（O-NO.1）
			満足している，まぁこんなもんです（F-NO.3）
			丈夫で生きていてころりと死にたい。長居したくない，延命処置いらない，80歳なので命惜しくない（T-NO.6）
		自立・生きがい感・社会的役割感	人の役に立つこと，そんなもん，二人でシッコいくぐらいね。友達の病室を次々とのぞいて，トイレに誘っていく（トイレの場所がわからない人を誘導している）（O-NO.2）

表３－Ｂ．介護者の語りによる構成概念と生データ

大カテゴリー	カテゴリー	構成概念	具体的な例（ナンバー末尾のＣ：介護者を表す）
利用者本人にとって重要なサービス	機能的サービス側面	機能回復行動	一日２回は身体を伸ばしたり動かすことができれば気分が晴れると思う（K-NO.27C）
			生活のすべてをレクリエーション，リハビリと捉え（F-NO.24C）
		心身両面の維持向上	対応したことによって本人がいきいきすること（O-NO.27C）
			（食事の）摂取量が増えたこと（T-NO.39C）
			頭を使うレク，身体を動かすレクの両方の提供（T-NO.12C）
			（利用者の日常において）新しい発見などがあった時（F-NO.20C）
		身体的機能維持向上	ジョクソウが完治したときなど（T-NO.13C）
			病院からまたは，在宅から入所され，レベルが上った事。例えば，オシメから紙パンツになった，車椅子から歩行器，老人車になった等（T-NO.28C）
			頻繁に熱発を繰り返す方が口腔ケアを上手く続けて行う事により回数が減った時（F-NO.17C）
		精神的機能維持向上	利用者様が明るい気持ちになれた時（T-NO.5C），落ち着きが出，穏やかな状態になった場合（F-NO.14C）
			言葉を話せなかった人が，昔のことを言い続けたことで自分の名前を言えるようになったとき（K-NO.6C），
		日常生活動作（ADL）の維持向上	食事を摂る事ができなかった方が誕生会に向けて食べて頂く様に応援しながら，お世話をしていくと当日ろうそくの火を吹き消すことができ，ご自分で食べる事ができた（T-NO.16C）
			オムツの人がうんこがしたい，といった時，ポータブルトイレに座り，そこでちゃんと便がでた時（F-NO.19C）
	社会的サービス側面	社会的機能維持向上	施設外の方が来てくださると新鮮さがあると思う（T-NO.3C）
			その人の生活に密着できるような地域交流の場（T-NO.8C）
			野菜嫌いの方がみなさんと鍋をした。いつもなら野菜を残すのにおかわりまでしていた（F-NO.28C）
		対話・信頼のある関係	話したことはあるが，その後の変化がみたくても，忘れれられてしまって（T-NO.6C）
			脳障害の方でほとんど会話が成立しないが，質問等に何度となく声掛けをしていて「はい」「いや」の返答をしてくれたとき（O-NO.30C）
			当たり前のことが当たり前にできる場所（わがままを通したいということではなく）信頼できる人間関係が作れる場所（T-NO.10C）
			特にケアに対する変化はないがその方が望む人物になるように努めて（時に家族の誰かだったり，親戚や友人だったり，仕事仲間だったり）（O-NO.1C）
		在宅介護困難による施設療養の継続	家に帰りたいと思っている方がほとんどなので定期的に家族の面会があれば喜ばれると思う（K-NO.24C）
			表情の変化がみられないとき（家に帰りたいが実現できない状況がある）（H-NO.1C）
		在宅介護へ向けての準備	やはり，自宅に帰れることだと思う。「外泊する回数が増えると自宅に帰れる日が近いかな？」と思う（O-NO.10C）
			在宅に向けてのリハビリ，在宅に目標を持ってもらうような活動（家族が在宅でできるとイメージするゴール）を提供したらやる気もでてくるのでは？（H-NO.2C）
	認知的サービス側面	生活リズム調整	単調な生活でなくメリハリのある生活（O-NO.4C）
			なるべく寝たきりにさせず，居室にいる時間を減らす（T-NO.34C）
			音楽療法中，ピアノの音を聞いたとたん，いつも傾眠傾向にある方が，目を輝かせて歌いはじめたとき。もともともっていた姿を取り戻した瞬間を見ることができた（O-NO.32C）
		認知的機能維持向上	家で寝てばかりの人の活動性が増加のとき（H-NO.1C）
			発語がみられたとき（H-NO.4C）
	生活の質（ＱＯＬ）サービス側面	安心感の提供となる介護	自分が必要としたときにさりげなく手を貸してくれるケアを望む（O-NO.1C）
			安全で安心できる（T-NO.17C）
			特にケアはしておらず，話かけ，手を握り，体温を伝え関わりました（TO-NO.18C）
			高い目標はなくても日々の生活で目配り，気配りのできる職員（K-NO.20C）
		個別主義・尊厳重視の介護	一人一人の個性を活かしてくれる，思いやりのある施設を望みます（O-NO.7C）
			「私」という一つの人格を無視しないケア（T-NO.7C）
			介護する人本位でなく，できるだけ本人の現在までの生活にのっとった介護が出来たとき（T-NO.17C）

大カテゴリー	カテゴリー	構成概念	具体的な例（ナンバー末尾のC：介護者を表す）
利用者本人にとって重要なサービス	生活の質（QOL）側面	自立・生きがい感・社会的役割感	生きがいを見つけ，自立していく事（O-NO.13C）
			何か役立っているという自信（社会的役割）を利用者が持てること（H-NO.4C）
			残存機能を生かした日常生活の自立を図る（K-NO.18C）
		清潔な施設・空間	トイレが多くてきれいなこと，清潔なこと（O-NO.24C）
			美しく掃除の行き届いた施設（TO-NO.24C）
		自由度の高い空間・時間	構われすぎるのはイヤ。放っておかれすぎるのもイヤ。加減が大切（H-NO.2C）
			趣味等をいかせられる制限のない生活（スタッフの都合によらない）もちろん集団生活としての最低限のルールはあるが（O-NO.14C）
			ゆとりがあり，好きな時に食事が出来，好きな時間に入浴し，好きな時間に遊び，好きな時間に寝られる（O-NO.2C）
		生活の質（QOL）維持向上	一日の日課が入浴，食事，睡眠というワンパターンは嫌だ（K-NO.17C）
			高齢者が残りの人生を楽しく暮らせることだと思います。高齢者に笑顔が見られ，生き生きとしていると目標の達成につながっているのではないかと考えます（O-NO.10C）
			趣味，余暇活動（T-NO.12C）
			五感に快適な刺激を与えてくれ，苦痛やストレスを除く，会話やふれあいだけでもいいという人もいれば，より高尚さを望む人もいると思う（T-NO.25C）
		レベル安定	ADLの機能は高いのに食事を取ろうとしない，また取らないで体調を崩してしまった（O-NO.2C）
			行事が少なかったり，日中，無表情で退屈にすごされ，認知度も半年おきに悪くなっていくのが見ていて辛かった（K-NO.14C）
			転倒事故（座位から立位へのときなどに多い）など骨折等で寝たきりに逆戻りするとき（H-NO.2C）
介護サービスの安定供給		笑顔から受ける職務充足感	家族が面会に来たときに見せる笑顔と同じ笑顔をもらった時（O-NO.1C）
			辛くても喜んでいる笑顔を見せていただける（K-NO.14C）
			声をかけると笑顔で返してくれる事（K-NO.27C）
		感謝・感激の気持ち表現	利用者からの何気ないことで有難うといわれると，とてもやりがいを感じます（O-NO.7C）
			目安の存在である利用者さんから感謝して頂ける（K-NO.15C）
		介護技術と意識	拒否されているのに勧め（口腔ケア），苦痛を与えてしまった時（F-NO.17C）
			何の前触れも脈絡もなく不穏になり暴言，暴力のみられる方に最初，冷静に対応していたが，次第に感情的になってしまうこと（T-NO.4C）
			個別に対応していて，他の利用者より苦情が出た.私自身，平等に接しているつもりでいたが，私自身の行動が平等でないととられた事もあった（K-NO.13C）
			在宅に向けて常時オムツの方のトイレ誘導を開始したが，誘導することで介助量が上り，介護者の負担になり，自宅へ戻れなくなった（O-NO.8C）
		期待の持てる職業観	介護職についている人はYKK「安い・汚い・きつい」と言う，今の現状に苦しんでいます。残念ですが，質問の内容を考えられる余裕はないと思います（T-NO.20C）
			ほっとするのは仕事を終えた時だけ（T-NO.28C）
			施設の中でどんなに良い事をしても効果がありません（T-NO.20C）
		傾聴と共感	意思が伝えづらい方のいいたいことが分かったとき。その人の生活をよく観察していると分かります（T-NO.33C）
			一人一人送ってきた生き方が違う，今，目の前であらわしている姿はほんの一部でしかない，あらためて責任の重さを感じました（O-NO.33C）
			話を聞いたことがある。利用者の方から声をかけてくれるようになりました（K-NO.7C）
		自己業務への自信・自己効力感	利用者の表情をみれば分かる（K-NO.3C）
			こんな私でも必要としてくれることがうれしいです（O-NO.7C），逆に日々こちらが勉強させてもらっている（T-NO.16C）
			たとえ相手が無反応であったとしても，その方の為になれたと感じれば携わって良かったと思う（F-NO.13C）
		人的資源	ふとした時に療養者様より時間（業務）にとらわれていることがあり，反省することがよくあります（O-NO.12C）
			もっとマンパワーが多くなって（老健の基準見直し）（O-NO.21C）
			必要な職員の人数が確保できなかった為に提供させていただいたサービスの質が落ちた時があった（K-NO.4C）

大カテゴリー	カテゴリー	構成概念	具体的な例（ナンバー末尾のC：介護者を表す）
介護サービスの安定供給		人的資源	（仕事が多く）健康状態がいつもの状態と違っていることに気付かず急変に対する早めの対処ができなかったこと。一人一人の日常の様子を把握できていなかったことに反省（T-NO.23C）
			時間（自由な）入浴もゆっくり入っていられる。オムツでなく，時間でトイレ誘導もしてくれる所（F-NO.3C）
		終末期ケア	老健なのにターミナルを看ないといけないと思った時，老健の役割を超えすぎている（O-NO.16C）
			高齢者の方が永い人生をしめくくる集大成として最後の時まで穏やかにその人らしさを失うことなく過ごせることをお手伝いさせていただける場にめぐり合えたということだと思います（K-NO.22C）
		チーム介護連携	チームケアにより様々工夫しジョクソウ等の疾患が改善された時（T-NO.10C）
			各部門の朝の申し送りに参加，入所者カンファレンスを毎朝行い，各部門より意見，提案をし，ケアプラン，看護介護ケアに生かしている，問題点があがるとどのようにしたらよりよい介護ができるか，いつでも相談ができる（TO.NO.26C）
			一人だけ一生懸命になると職員のチームワークを崩す為改良したい事は一杯あったが言える状態でなかった（K-NO.14C）
			拒否されているのに勧め（口腔ケア），苦痛を与えてしまった時（F-NO.17C）
		認知症への対応	認知症の方は自分の世界にいらっしゃるのでその方たちのケアは上手くいかなことだらけです（T-NO.1C）
			日によって態度が違う精神的に問題のある人のケアは難しい。昨日良くても，明日はだめとかよくあるので（T-NO.32C）

難しい集団生活の一部分が見出された。「日常生活動作（ADL）の維持向上」とは，ADLに関する状況で特に維持，向上を目的としている状況と定義した。一方で，維持向上に努めることが辛いという声もあり，ケアの実情が本人の意識とあっていない状況もあった。

＜社会的サービス側面＞

「社会的機能維持向上」とは，社会的機能の活性化や交流促進活動の亢進と機能低下防止も含めた。施設の外との交流が少なく，人間関係も施設内に限られ，訪問してくる家族や友人も固定化され，それを改善するため施設側のサービスに努力が見出された。「対話・信頼のある関係」とは，対話のもとでお互いに信頼関係が生まれた状況とした。介護する側もされる側もお互いの性格的な要因も含めて人間関係をとることは，非常にナイーブで難しいことが現れていた。しかし，うまく関係がとれることは介護関係がうまくいく一つの要因でもあり，重要なことの一つであることが見出された。「在宅介護困難による施設療養の継続」とは，何らかの理由による在宅での介護が困難で施設での介護の状況とした。帰りたくても帰ることのできない事情や，また家族側の理由も多岐にわたり簡単には踏み込めない部分であると思われた。「在宅介護へむけての準備」とは，在宅介護に向けて期待し，準備していることとした。一方，自宅へ戻ることが療養の目的であれば，意識や状態も違ったものになるとわかっていても，具現化できない状況が現れていた。

＜認知的サービス側面＞

「生活リズム調整」とは，認知機能亢進にむけて調整や機能回復のための行動やそれがある状況である。生活のリズムが出来てくることから認知機能が活性化し，情動の表現の活発化などにもつながり，非常に重要な事項であることが見出された。また，多くの専門職種が介入している施設だからこそ達成しうる事項の一つであることが見出された。「認知的機能維持向上」とは，認知機能，情動，覚醒状態などの機能の維持や向上である。関わり方の工夫などによって，認知状況に大いに変化があることが見られた。

＜生活の質（QOL）サービス側面＞

「安心感の提供となる介護」とは，安心して任せらえる（任せてもらえる）介護のこととした。気配りがお互いにできる環境が必要であることが見出された。「個別主義・尊厳重視の介護」とは，その人個人の尊厳を重視し，一人一人のニーズに応えられる介護とした。望ましい介護の形とは何か，を問われている事項であることが見出された。「自立・生きがい感・社会的役割感」とは，自立や将来への希望，前向きな姿勢，社会に積極的に関わりを持とうとする意識や態度，状況とした。なにか出来ること，によって社会に関わりを持ちたい，持つことによって自立に近づけるという期待をもっている意識が見出された。責任や義務はわずらわしいことでなく，1人の人間としての有り様に関係する重要なことであると誰もが意識している状況が見出された。「清潔な施設・空間」とは，清潔な施設や施設内空間とした。「自由度の高い空間・時間」とは，個人の自由，幅のある選択肢を選ぶ事ができる状況，時間，空間とした。集団生活では個別の対応が難しく介護する側の体制にあわせなけれ

ばならない事情が，利用者の不満につながっており，簡単には解決することが難しいことが見出された。「生活の質（QOL）維持向上」とは，生活の質（身体・精神・社会の合わさった意味での）がよりよいものとなっている状況とした。この問題は一人ひとり異なるものだけに，なかなか具現化が難しいが，それを目指すところに介護の本質があると誰もが理解していることであることが見出された。「人生に対する希望・満足感」とは，自分の人生への希望や，人生を振り返る様子であり，その対極としてそれを抑圧する状況があった。施設内という限られた空間と時間の中に生きている，生かされている，状況があり，不満や不安がありながら，抑えて口に出さない，状況があった。「レベル安定」とは，身体精神機能など低下，失調を防ぐこととした。体調レベルが低下すると心理的精神的レベルも低下せざるを得ず，介護の状況に常に注意を向けるべき重要な事項であることが見出された。

2．《介護サービスの安定供給》

《介護サービスの安定供給》とは，安定したサービスを提供する上で必要な項目である。

「笑顔から受ける職務充足感」とは，介護をしてその返答として笑顔があり，やりがい感や達成感が生まれることとした。介護の現場でお互いが理解し合える最小限で最高の幸福を感じる瞬間であることが理解できた事項であった。「感謝・感激の気持ち表現」とは，有難う，うれしかった，などのプラスの言葉とそれによって達成感をうけた状況とした。声かけ，関わり，簡単な人間同士の感情を伝え合う，ということがいかに重要であるか見出された。「介護技術と意識」とは，技術の必要性と精神的なレベルでの介護職に対する意識とした。技術的に未熟であることや精神的に対応できる経験がなく，それが自覚されている現状があった。若い介護者には高齢の利用者との日常での意思疎通だけでなく，社会経験レベルでの齟齬があり，介護の現場の障壁となっていることが見出された。「期待のもてる職業観」とは，介護職に対して将来の期待が持てることを表す。否定的意識ばかりが述べられ，辛い現状をどのように解決するべきかが見えず苦しい現状があった。「傾聴と共感」とは，介護者が利用者の話をよく聞き，ともにその思いを共有する態度や努力とした。人間関係が成立することで介護のあり方が大きく変わってくることが見出された。「自己業務への自信・自己効力感」とは，自分の仕事へのやりがい感，協力している実感，自分が人のために役に立っているという意識とした。だれもが通過する老いに対して肯定的に見ることが簡単でないこと，特別視しないことが重要であることが現れていた。「人的資源」とは，いずれの施設においても介護者，看護者，そのほかケアスタッフなどの資源不足とそれに関係する状況とした。この状況は深刻であり，これが当面の課題であると思われた。

「終末期ケア」とは，終末期ケアを施設で行っている状況について，その介護のあり方や接し方においての肯定感と疑問とした。施設の位置づけは，中間施設でありながら，終末期を過ごさざるを得ない，看ざるを得ない，やりようのない憤りが見出された。「チーム介護連携」とは，介護職だけでなく他の医療職などもチームとして介護することが必要である状況，また対極の不全な状況がある現状とした。施設内で急激なレベル変化や，その状況に対応できるチームでのケアが望まれていることが見出された。「認知症への対応」とは，認知症である利用者への対応を抵抗なく行えることとした。相互に理解しあうことが難しいことがケアの困難さを導いている，ということが見出された。今後への大きな課題のひとつでもあると思われた。

「介護サービスとして期待するもの」の項目中には，臨床上の検査，ADL，認知症判定といった客観指標によって利用者の状態が得られる項目のほか，とらえにくい項目が数多くあった。後者に関しては，＜生活の質（ＱＯＬ）サービス側面＞，＜社会的サービス側面＞，≪介護サービスの安定供給≫での構成概念の多くであり，客観指標では判定することが難しく，複数の側面を有していることが見出された。

Ⅳ．考　　察

調査結果から挙げられた構成概念から，介護の現場において，《利用者本人にとって重要なサービス》として，＜機能的サービス側面＞の「身体的，精神的，社会的機能維持向上」を前提とする＜社会的サービス側面＞の確保，さらに，そのもとで＜生活の質（QOL）サービス側面＞を確保し，それを《介護サービスの安定供給》によって支え，利用者と介護者との信頼関係が築かれることが必要であるということが見出された。ところが，期待するサービスのあり方に現実的な制限となっているのが，《介護サービスの安定供給》の中の「人的資源」，「期待のもてる職業観」の語りに見られるように，介護要員の人数に制限があることであった。理解していても，利用者の満足できるそのサービスを介護者が提供できず，また，過酷な労働条件から疲弊しネガティブな感情の表出が見られ，利用者のレベル低下や失調を事前に把握しきれなかった可能性もあったことなどが述べられ，厳しい実情が表れた。

その一方で，介護者は，利用者の「感謝・感激の気持ち表現」から「笑顔からうける職務充足感」をもらい，「自

己業務への自信・自己効力感」となり，利用者へは「傾聴と共感，「安心感の提供となる介護」により慈愛や尊敬をもたらしていた。笑顔は利用者，介護者ともにプラスのストロークとなり，お互いの信頼関係を築く上で重要な要因となっていることが見出された。感謝の言葉も介護者へのねぎらいのみならず，利用者には，限られた人間関係の中で介護者との関係が重要な位置を占めていた。言葉かけが両者の架け橋となり，傾聴，共感という時間へつながり，安心感や信頼感を生み出していると思われる。ところが，「在宅介護困難による施設療養継続」の語りからは，家に帰りたい，という気持ちの表出があった。しかし，実際には在宅でのケアが可能になることは一般的には厳しい状況がおおいに予測されている様子が語られた。従来の在宅ケアでは，身体的機能の維持が家族や訪問看護に頼らざるをえず，時として症状の悪化や急変には対応しきれないことがある。中間施設という存在であった老人保健施設が終の棲家となっている現況に利用者，介護者ともに混迷が隠しきれない状況が垣間見られた。

さらに，利用者，介護者ともに，「生活の質（ＱＯＬ）サービス側面」の概念の多くは，高齢者の生活の質を高め，人生に満足感を得られるような，介護を求める声であった。また，《介護サービスの安定供給》の概念の多くは，求められている介護がどのようなもので，それらが可能な介護サービスを提供できる場の形成とスタッフの整備が必要であることを表していた。つまり，利用者から求められている介護を安定的に提供できること，そしてそれらが介護者の一般的な成果となることが目標だといえる。利用者からは，一人ひとり個別性を重視する介護，自由度の高い空間と時間の提供，生活の質（QOL）維持向上の要求が，そして介護者からは，現実的な介護者の人員の増加の要求がなされたことが，具体的な案件といえる。高齢者の求める援助とは，生活共同体での環境調整，生活設備の充実における生活環境の援助，病状の回復等身体的援助，職員や家族との関わり，気力維持の面において人的援助に代表される[16]。これらの援助はいずれの施設においても少なからず不足している現状であった。介護政策において配置基準の見直しがなされ，必要とされる人員そして，勤務時間，給料なども改善されることが望まれている。この基準見直しによって，介護職に見られる絶望感，未熟な介護技術なども改善されてくるものと見られる。一方，利用者の満足度とスタッフの満足度は関連があり，スタッフの満足度が利用者の満足度を導く中心的な役割を担うとされている[9]。本研究では，「自己業務への自信・自己効力感」，「期待の持てる職業観」，「介護技術と意識」に見られる介護者の満足度には，ポジティブ，ネガティブ二つの局面が現れていた。しかし，「人生に対する希望・満足感」での語りでは，利用者が人生の満足感を肯定するような回答がなされる状況がかなりあった。もともと社会的に望ましい回答をしがちな質問項目であったため，こうした回答だったことも予想される。また，施設において人生を全うせずにいられない周囲の事情を鑑みて，不満を直接口に出すケースはまれであった。むしろ在宅介護の不安から施設療養を継続したいという希望については，家族のみならず本人からもあり，今後の政策的提言への助言となると思われる。

人生の円熟した後半をどのように過ごすのか，これは高齢社会においての課題である。幸福の研究については，心理学や行動経済学などにおいてはトピックスとなっている。「幸福感は人生に対する満足感，肯定的感情（positive affect），否定的感情のないこと（lack of negative affect）の３次元で構成される」という考え方がある[18]。また，利用者には施設内での他者との親密さや生きがいがもてるような関わりが重要とされている[19]。さらに，生きがいについては生きるために見出す意味や価値，内省的で肯定的な感情とし，高齢者支援に生かすことが有用とされている[20]。これに対し，利用者の人生に対する満足度は非常に限定されたものであることが明らかとなった。「在宅介護困難における施設療養の継続」，「社会的機能維持向上」，「人生に対する希望・満足感」にあるように，施設で家族と離れて暮らし，人間関係は限定され，行動の自由も生活の変化もなく，身体状況の悪化に対応可能なだけで，改善したからといって自宅へ帰ることは不可能な状況が実情であると辛く心情が述べられた。

幸福とは自己の存在意義，ないし独自性が大きく関与している，とされている[18]。実際，「生活の質（QOL）側面」からは，自己の存在を自分も他者からも認めてもらえる毎日，役割のある日常生活が重要であることが明らかとなった。さらに，個別性が大きく関与していた。利用者が幸福であるために，そして介護者が職業として幸福感を感じることのできる施設介護の有り様について，明確に定義する必要があり，それこそがこれから高齢者となっていく我々の課題でもあると真摯に取り組むべきであろう。

今回，全国から７施設という限られた状況において調査を行った。この７施設においてさえ，入所されている利用者のレベル，施設間で提供されるサービス，介護者の資格や年齢等構成の差があった。こうした背景によって，当然介護目標も異なりえる。労働条件の差や提供できる介護サービスに差が起こり得るのは当然である。実際の介護の現場に訪問してみてはじめて，介護の質を上げることは，介護の目標を明確にすること，だけでは解決できないのではないかという疑問が生じた。また，地方と大都市間の格差もあり，施設の特色や性格により大きく異なることを鑑み，全体を網羅することは大変難しいことと推測される。

こうした様々な限界があったことは否めない。

Ⅴ．結　論

今回の調査結果から，日常の介護の現場において介護者と利用者の求める介護とはどのようなものであるか，その現状と成果について，ある一定の具体的で実態的な回答を得ることができた。しかし，評価すべき項目や課題の表出に加えて，客観指標に把握できるもの，客観的に把握できない項目があることが見出された。今後，客観指標によらない項目，とくに生活の質（QOL）サービス側面のフォローや介護サービスの安定供給に関する職員の連携や意欲，待遇改善の評価に対してのアプローチは早急な重要課題であると考えられる。また，介護の質を取り上げた研究において，介護の質の担保は量による担保が不可欠であることから，この結果を一般化するには協力施設，利用者，介護者において，量的な調査が必須であることは明らかである。さらに，直接個人が記入することのできない状況での量的調査の方法，施設ごとの基準や制限が多くある現状における比較基準の設定，量的調査後の解析法，カットオフポイントといった注意点等も今後検討していく必要がある。今後，協力施設を増やし，同じ施設で複数回調査を行うなど，質的調査に加えて，量的な調査を行うことで，今後の実際的な介護の質の向上への方向性を導くことになるだろう。

謝　辞

本研究は，独立行政法人福祉医療機構長寿社会福祉基金平成18年度助成金事業「要介護者の意欲高揚を図るケアおよび介護目標が判る総合的評価表の開発事業」の一部であり，ご協力いただいた関係施設に入所の高齢者の方々，職員の方々に深く感謝を申し上げます。また，本事業にあたり共同研究者である京都大学大学院医学研究科東尚弘先生，浜松大学短期大学部山本千紗子先生，医療法人社団汐咲会井野病院井野節子先生，近畿リハビリテーション学院徳永敬助先生，京都大学大学院医学研究科博士後期課程大浦智子先生に深く感謝を申し上げます。

要　旨

介護サービスの利用者の激増の中，高齢者介護の質の視点が求められている。本研究の目的は，日常の定型作業となりがちな要介護高齢者の介護において求められる介護とはどういうものなのか，具体的に探ることとした。調査方法は，全国７箇所の老人保健施設で利用者（要介護高齢者）と介護者（職員）に質問紙による調査を行い，記述および聞き取りによる回答内容の質的分析を行った。分析の結果，介護サービスとして期待するものとして，《利用者本人にとって重要なサービス》《介護サービスの安定供給》が見出された。具体的な構成概念として，個別主義・尊厳重視，対話・信頼のある関係，笑顔から受ける職務充足感，生活の質（ＱＯＬ）維持向上などであった。高齢者介護においては高齢者の生活の質を高め，さらに，生活の質を高めることの可能な介護サービスを提供できる場の形成とスタッフの整備が必要であり，それが成果となることが目標である。

Abstract

It is required the view point about the elder care of quality maintained among users for the caregiving services. The objective of this study is to investigate the objective to be commonly available about elder care. The method is to assess the questionnaire towards the elder and care staffs in the seven nursing homes in Japan, and we analyzed to use content analysis for qualitative research. From the results of the analysis, we could find as the objective required for the elder care, one was the important caregiving service for users, and the other was the stable provision of the service offered from caregiver. Concretely, the constructive concepts were as follows; the individualism and dignity of the elder, the relationship for communication and reliance between the elder and caregiver, caregiver's job satisfaction from the elder with smiling, maintenance and improvement of the quality of life for the elder, and so forth. It is necessarily for the elder care to improve the quality of life of the elder, to create the place where the caregivers can offer the high-quality service, to arrange the sufficient quantity of staffs, and to realize an outcome satisfied with the elder and caregiver.

文　献

1）厚生労働省　介護保険事業状況報告　月報（暫定版）Available at:http://www.mhlw.go.jp/topics/0103/tp0329-1.html. Accessed Jul25, 2008.

2）社会保障審議会介護保険部会　介護保険制度の見直しに関する意見　Available at http://mhlw.go.jp/shingi/2004/07/dl/s0730-5a.pdf. Accessed Jul.25, 2008.

3）Donabedian, A.: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

4）Kane, R.A., Kane, R.L.: Long-term care: Variation on a quality assurance theme, Inquiry, 25, 132-146, 1988.

5）Glass, A.P.: Nursing home quality: a framework for analysis, J Appl Gerontol, 10(1), 5-18, 1991.

6）Bolton, L.B., Donaldson, N.E., et al.: The impact of nursing intervention. Overview of effective intervention, outcomes, measures, and priorities for future research, Med Care Res and Rev., 64(2), 123S-143S, 2007.

7）Moxey E.D., O' Connor, J.P., et al.: Developing a quality measurement tool and reporting format for long term care, The Joint Commission Journal on Quality Improvement, 28(4), 180-196, 2002.

8）World Health Organization. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference; June 19-22, 1946;New York.

9）Shu-chiung, C., Body, D.P., and Lee, A.H. Factors influencing residents' satisfaction in residential aged care, The Gerontrogist, 43(4), 459-472, 2003.

10）Strauss, A.L. : Qualitative analysis for social scientists, Cambridge University Press, Cambridge, 1984.

11）小田博志，山本則子，他：質的研究入門，ウヴェ・フリック：「人間の科学」のための方法論，春秋社，東京，2002.

12）木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践－質的研究への誘い，238-239, 弘文堂，東京，2003.

13）須加美明，訪問介護の質を測る利用者満足度尺度案の開発　ヘルパーと利用者の援助関係を基本要素として，老年社会科学，25, 3, 325-338, 2003.

14）小澤芳子，戸村成男，認知高齢者の介護者による評価，プライマリケア，3, 149-154, 2005.

15）住居広士，介護サービスにおける量的介護評価から質的介護評価の標準化と専門性　量的介護評価の要介護認定から質的介護評価の総合的介護認定の開発，厚生の指標，54, 12-22, 2007.

16）遠藤博子，松澤洋子，老人保健施設で生活する高齢者が求めている援助，老年看護，35, 53-55, 2004.

17）植田　智，吉森護他，ハッピネスに関する心理学的研究（2）－ハッピネス尺度作成の試み－，広島大学教育学部紀要，第１部（心理学），41, 35-40, 1992.

18）Andrews, F. M., Withey, S. B. : Social indicators of well-being: America's perception of life quality, Premium Press, New York, 1976.

19）高枡智子，松平裕佳，他，特別養護老人ホーム入所者における主観的幸福感の特徴－通所系サービス利用高齢者との比較－，老年看護，35, 50-52, 2004.

20）野村千文，「高齢者の生きがい」の概念分析，日本看護科学会誌，25(3), 61-66, 2005.

平成20年８月25日受　付
平成22年４月５日採用決定

－研究報告－

認定看護師の活動と活用に対する意識
－看護管理者・認定看護師・看護師の比較－

The Cognition for Activity and Application of Certified Nurses（CN）
－ The Comparison between Nursing Administrators, CN, and Nurses －

神　坂　登世子[1)]　　松　下　年　子[2)]　　大　浦　ゆう子[3)]
Toyoko Kamisaka　　Toshiko Matsushita　　Yuko Oura

キーワード：認定看護師，看護管理者
Key Words ：Certified nurses（CN）, Nursing administrators

Ⅰ．はじめに

看護管理者（以降，看護部長とする）の認定看護師（certified nurse：以降，CNとする）への期待について長尾ら[1)]は，施設看護管理者を対象に調査を行い，「認定制度の認知度は高く，科学的根拠を持って実践するCNそのものへの期待と，他の看護師のモデルになり看護の質向上につながるという期待があった」こと，また「配置希望する分野は，診療報酬に反映する感染看護とWOC（wound ostomy continence）看護（以降,「皮膚・排泄ケア」とする），糖尿病看護が上位を占めていた」ことを報告している。一方，孫ら[2)]は,「CNとCNS（certified nurse specialist：以降，CNSとする）に『何ができるのか』を追求するだけでなく，看護管理者として『どう活用するか』ということを考えていくことが重要であり，彼らに対して，適正な配置と役割を十分に発揮できる権限を与え，活動しやすい体制を作ることが必要である」と報告している。

CNの活用に関する意識について2000年の日本看護協会の実態調査[3)]では，看護管理者の59.1％が「CNを活用出来ている」と答えており，活用の具体例として「現任教育プログラムや関連委員会委員として活用」「スタッフの指導者として活用（看護ケア能力を高める）」「（CNの）最新の知識・技術に基づいた実践を通して，看護ケアの質を上げる」,「専門外来の開設」等をあげていた。一方，活用できない理由としては,「一スタッフとしての位置づけであり，CNとして活動する時間を作り出せない」「組織全体での，CNの位置づけや活用方法についてのコンセンサスが得られない」「CN自身のパーソナリティーや能力不足」等があげられた。またCNの67.5％が「CNとして自信がない」と回答しており，その理由として「組織での位置づけが不明確である」「CNとしての能力不足」「アドバイザーの不在」等があった。

看護部長のCN活動に対する裁量権は大きく，CNの有効活用が実現できるか否かという点では看護部長の技量が問われている。しかしその一方で，CNの有効活用や育成は，看護部長のみならず病院組織全体で検討すべき，少なくとも看護組織が一丸となって取り組むべき課題であることはいうまでもない。そこで本研究では，F県内のCNの活動実態と活用状況，またそれら活動や活用に対する看護部長，CN，看護師の認識等を明らかにするための質問紙調査を行い，看護組織がCNをより効果的に導入し，その能力をより積極的に活用していく方法を検討した。

Ⅱ．研究方法

１．対象者

対象者は，平成18年時点においてF県に登録されていたCN43名のうち病院勤務中のCN38名（認定看護分野17領域）と，それらCNが所属する各施設（18施設）の看護部長18名および，看護師3,890名とした。

２．調査期間

平成18年３月24日～４月14日

３．方法

１）自記式質問紙調査

上記看護職者を対象とした，留め置き郵送法による無記名の自記式質問紙調査を実施した。まず，対象施設の看護部長に電話で研究概要を説明し，協力を依頼した。同意が得られた施設に必要部数の自記式質問紙（看護部長用，CN用，看護師用）を郵送し，各回答者には質問紙記入後それを個別の封筒に入れて封をし，部署ごとに設置された

１）浜の町病院　Hamanomachi Hospital
２）埼玉医科大学保健医療学部　Faculty of Health and Medical Care, Saitama Medical University
３）済生会吹田病院　Saisseikai Suita Hospital

回収袋に投入するよう伝えてもらった。さらに，部署ごとに密封された回収袋が看護部長室に回収され，看護部長から研究者に返送されるよう手配した。

2）倫理的配慮

倫理的配慮としてすべての質問用紙に，質問紙への回答は任意であること（拒否することで管理者等から圧力がかかるようなことは一切ないこと，そもそも誰が拒否したか否かもわからないこと），施設や個人名等は特定されないので個人情報は守られること等の保障および，結果については学会等で発表する旨を記載した。

3）調査内容

自記式質問紙の設問は，2000年に実施された日本看護協会専門看護師・CNに関する実態調査[3]の設問をベースとし，さらに長尾ら[1]（2003）と門屋ら[4]（2001）の論文を参考にして，看護部長，認定看護師，看護師の3者それぞれに固有な設問群を追加した。

看護部長への設問は，①病院および看護組織の概要に関する設問群が8項目，②CNの人数や組織上の位置づけ，勤務形態や資格取得後の処遇等に関する設問群が8項目，③看護部長の認定看護師に対する期待，支援内容等に関する設問群が3項目，④CNを導入した結果や今後のCN支援体制等に関する設問群が6項目の計25項目とした。次に，CNへの設問は，①CNの属性およびCNの資格概要に関する設問群が8項目，②CNの資格を取得した動機，受講中の病院からの支援内容，資格取得後の処遇等に関する設問群が6項目，③CNとしての活動実態に関する設問群が5項目，④能力発揮に関する自己評価【自己評価は，「とても出来ている」「出来ている」「わからない」「あまり出来ていない」「全く出来ていない」の5件法とした】とやりがい，困難事項に関する設問群が5項目の計24項目とした。最後に，看護師には，①看護師の属性および勤務先病棟の設問群が4項目，②CNの役割と活用状況に関する認識の設問群が7項目の計11項目とした。本調査前に，看護部長，CN，看護師それぞれ2名を対象にプリテストを施行し，適宜調査項目の文言を修正した。回答形式は2から12肢の選択肢の中から単一ないし複数を選択する形，または自由記載とした。

3）分析方法

質問紙の選択式の設問結果は看護部長，CN，看護師群ごとに記述統計を得た。その上で，CNの結果については「CNとしての能力発揮」と年齢，看護の経験年数，現職位の着任年数，CNの資格取得後年数との関連を明らかにするために，スピアマンの順位相関係数を求めた。また，「CNとしての能力発揮」と基礎教育の種類，現在の部署，職位，資格取得後の処遇，CNとして専従か兼務か，CNとしての活動時間（名義尺度），やりがいの有無との関連を明らかにするために，能力発揮の5件法の回答を「とても出来ている」と「出来ている」を合わせた「出来ている」群と，「わからない」「あまり出来ていない」「全く出来ていない」の2群にしてχ^2検定を行った。看護師の結果については，「CNの役割の認識」「CNの活用状況」「CNへの志向」間の関連および，それらと年代，職位，部署との関連を明らかにするために，χ^2検定にて評価した。有意水準はすべて$p<.05$とした。自由記載の結果については共通の内容ごとに分類し，カテゴリー化した。

Ⅲ．結　果

1．対象の概要

アンケート回収率は看護部長が18名中16名（88.9％），CNが38名中34名（89.5％），看護師が3,890名中3,487名（89.6％）であった。対象病院の設置主体は医療法人（3施設：18.8％），私立大学（2施設：12.5％），独立行政法人国立病院機構（2施設：12.5％）の順に多く，病床数は500床以上が10施設（62.6％）を占めた。職員数は500人以上が6施設（37.5％）であり，15施設（93.8％）が病院機能評価を受審しており，15施設（93.8％）が目標管理を導入していた。3施設（18.8％）は電子カルテを導入し，9施設が（56.3％）が人事考課を実施，11施設（68.8％）が目標管理に関連したキャリアラダーを導入していた。各施設が有するCN数は最小1名，最大6名で，2名以下の施設が11施設（68.8％）を占めた。

2．看護部長のCNの活動と活用に対する認識（看護部長からの回答結果）

1）CNの処遇の実態

全対象施設がCNの雇用形態を常勤とし，15施設（93.8％）はCNを該当する各専門分野に配属していた。10施設（62.5％）がCNの職務規定を提示し，11施設（68.8％）がCNの資格取得者に昇給や賞与等の処遇を図っていた。

2）CNに対する期待

CNに期待することは（複数回答可），「看護サービスの質の向上」が15名（93.8％），「スタッフの実践モデルとなる」が14名（87.5％），「教育」が12名（75.0％），「経営効果をあげる」が7名（43.8％），「委員会活動を推進させる」が2名（12.5％）であった。

3）CN研修受講者の決定方法

受講者の決定方法は（複数回答可），「本人の希望」が最も多く15名（93.8％），次いで「看護部長の推薦」12名（75％），「師長の推薦」10名（62.5％）であった。

4）CNが働きやすい環境を作るための支援

支援内容（複数回答可）を表1に示した。「活動時間や活動の場を確保する」が最も多く，次が「医師へ紹介する」と「他部門や他部署に紹介する」であった。

表１　CNが働きやすい環境を作るための支援（複数回答可）
＜看護部長からの回答＞

N＝16

支援の内容	延べ件数	%
活動時間・場の確保	14	87.5
医師への紹介	10	62.5
他部門・他部署への紹介	10	62.5
必要性を会議で説明	9	56.3
CNによる講義の設定	9	56.3
昇格	8	50.0
その他[#]	2	12.5

[#]「CNに関する規定を各部署に配布する」「全看護師が集まる集会で認定までのプロセスや研修内容についてCNに発表させ，周知させる」

表２　CN導入の手ごたえ＜看護部長からの回答＞

N＝16

		名	%
CN導入の効果	非常に効果あり	7	43.8
	効果あり	9	56.3
	わからない	0	0.0
	まだ効果はない	0	0.0
	全く効果なし	0	0.0
		延べ人数	%
効果のあった内容（複数回答可）	看護サービスの質の向上	12	75.0
	実践モデル	12	75.0
	教育	12	75.0
	経営効果	9	56.3
	委員会活動	8	50.0
	その他（病院のPR）	1	6.3

５）CN導入の手ごたえ

全看護部長がCN導入の効果を認め（表２），CN増員を希望していた。効果のあった内容は（複数回答可），「看護サービスの質の向上」「実践モデル」「教育」が多かった（表２）。

６）CN支援のキーパーソン

キーパーソンは（複数回等可）「看護部長」が最も多く（11名：84.6%），次に「管理者」（４名：30.8%），「医師」（３名：23.1%），「直属の上司，師長」（２名：15.4%），その他（２名：15.4%）の順であった。自由記載された「看護部長」をキーパーソンとする理由は，「（看護部長には）CNの効果的な運用方法を考え，実行できる権限がある」「（看護部長はCNの）活動の場（委員会活動，院外活動），活動時間の確保，他スタッフへの啓蒙活動ができる」「看護部長が専門分野のエキスパートとしてCNを理解し支えなければ，CN独自の専門活動はできない」「（看護部長は）医師と交渉ができる」等であった。「医師」を挙げた理由には，「現実にはCNの実力があるので認められているが，チーム医療の中で活動するためには医師の理解が必要である」等があった。「直属の上司，師長」を挙げた理由は「（CNが）活動するためにも，対策を徹底するためにも，現場の上司のかかわりで違ってくるから」等で，「その他」の対象とその理由は，「CNの力を借りるスタッフ」と「実績を上げるのは本人の努力だから本人」であった。

７）CNに対する今後の支援計画

自由記載された支援計画の内容は，①活動支援，②人材育成，③専門的知識の向上，④活動紹介，⑤その他の５カテゴリーに分類された。『活動支援』は「活動支援」と「処遇」から成り，「活動支援」の内容は「（CNの）活動時間と場所を確保する」「勤務時間内での活動時間を確保する」「他部門，他分野のCNと情報交換し，地域等活動の場を拡大する」「（CNを）専従とする」「教育委員会の中に認定者委員会を作る」等であった。また「処遇」の内容は「研修中の処遇を含めた支援をする」「資格取得後は，活動実績を見ながら（CNの）専従，職位を検討する」等であった。『人材育成』の内容は，「教育派遣制度で各分野のCNを養成する」「病院の方針に沿った専門分野の看護師を育成する」「教育計画にCNの講義を必ず入れ込む」等であり，『専門的知識の向上』の内容は「学会等の外への活動を推進する（公務として研究や研修活動に参加する）」，「他組織からも専門分野の相談を受ける」等であった。『活動紹介』の内容は「（CNの）活動紹介のために，研修会開催やニュースの発行をする」「（CNに）実践報告させる」等であり，『その他』には「検討中」等があった。

８）増員を希望する認定看護分野

看護部長が増員を希望する認定看護分野（複数回答可）は，多い順にがん化学療法看護（５名：31.3%），感染管理（５名：31.3%），皮膚・排泄ケア（４名：25.0%），がん性疼痛看護と乳がん看護（それぞれ３名：18.8%）で，続く重症集中ケア，糖尿病看護，透析看護，救急看護はそれぞれ２名（12.5%）であった。

９）CN有効活用のための提案

自由記載されたCN有効活用のための提案は，①CNに院内，院外の教育を担当させる，②CNの活動内容の明示，③（CNの）待遇の改善，④（CNの）知識，技術の普及（啓発），⑤CNの増員，⑥その他の６カテゴリーに分類された。『院内・院外の教育担当』には「CNを職員研修会の講師として積極的に活用する」「専門分野のコンサルテーションをしてもらう」「地域での活動をしてもらう」等があり，『CNの活動内容の明示』には「CNの業務規定を作成する」「CN自身の目標，看護部や病院の期待するものを明確にする」「委員会等のリーダー役割を課し，実績を出す」等があった。『待遇の改善』については「病棟配置ではなく，専従で活動できる位置づけが必要である」という意見が最も多く，続いて「活動時間，活動の場を提供する」「上司がバックアップをきちんと行う」等があった。『CNのもつ知識，技術の普及』には「自施設内だけでな

く他施設への派遣，例としてF県看護協会ホームページ等の活用や，他分野の認定ナースとの交流」「ネットワークを作り教育活動を広げる，他部門との交流等で（CNを）広く共有する」等，CNの社会的貢献を求める意見が多かった。『CNの増員』には「アピールするためには，CNの数を増やす」が，『その他』には「CNの活動状況を院内全職員に広く知らしめる」「CNを置くことで診療報酬に反映すれば，経営側の説得がしやすい」「看護部のPRになる」等があった。

3．CNの活動実態と業務に対する認識（CNからの回答結果）

1）CNの属性

34名のCNはすべて女性で，年齢は40～44歳が12名（35.3％）で最も多く，次いで30～34歳（９名：26.5％），35～39歳（８名：23.5％）であった。CNの看護基礎教育は専門学校が23名（67.6％），大学５名（14.7％），短期大学４名（11.8％）であった。職位は主任が18名（52.9％）と最も多く，スタッフ９名（26.5％），師長７名（20.6％）であった。なお，認定看護分野は皮膚・排泄ケア看護が11名（32.4％），がん化学療法看護と感染管理が４名（11.8％）ずつ，がん性疼痛看護と集中ケアと救急看護が３名ずつ，新生児集中ケアと手術看護が２名ずつ，不妊症看護と糖尿病看護が１名ずつであった。看護師としての平均経験年数は17.7年，現職場での平均経験年数は5.8年，認定資格取得後の平均年数は3.1年であった。

2）現在の業務状況

部署は病棟が15名（44.1％），外来が11名（32.4％），看護部長直属が３名（8.8％）であった。兼務が28名（82.4％），専従が６名（17.6％）であった。１日のCNとしての活動時間は「２時間未満」が15名（44.1％），「５時間以上」が10名（29.4％）で，活動内容の優先順位は，「実践」「指導」「相談」の順で高かった。院内講師は29名（85.3％）が，院外講師は28名（82.4％）が体験しており，21名（61.8％）が実践報告を行っていた。CNとしての活動の報告方法は「文書」が19名（55.9％），「口頭」が２名（5.9％），「その他」が５名（14.7％）で，報告内容には研究発表等もあった。報告先は（複数回答可）「看護部長」が16名（47.1％），「師長」が12名（5.9％），「主任」が１名（2.9％），「その他」が５名（14.7％）で，「その他」は感染制御の医師，本庁，CN委員会等であった。

3）CN研修受講に際しての支援

CN研修受講中の勤務形態は，「出張扱い」が28名（82.4％），「休職扱い」が６名（17.6％）であった。受講中の給与は29名（85.3％）が「あり」で，５名（14.7％）が「なし」であった。研修中の自己負担は「全額」が19名（55.9％），「一部」が７名（20.6％），「なし」が３名（8.8％），「無回答」が５名（14.7％）であった。

4）CN資格取得後の処遇

CN資格取得後の処遇については，資格取得が「給与，賞与に反映された」者が９名（26.4％），「昇格，その他」が７名（20.6％），「反映されなかった」者が18名（52.9％）であった）。

5）CNとしての能力発揮

CNの認定看護分野別，職位別，専従・兼務別の能力発揮に対する認識を表３に示した。分野別の能力発揮については，感染管理と皮膚・排泄ケアのCNが他分野のCNと比較して能力発揮が出来ている傾向が示された。

CN34名の集計では，「とても出来ている」と回答した者はおらず，「出来ている」が12名（35.3％），「わからない」（６名：17.6％），「あまり出来ていない」（15名：44.1％），

表３　認定看護分野，職位，専従・兼務別の能力発揮＜CNからの回答＞

N＝34　名（％）

		計	とても出来ている		出来ている		わからない		あまり出来ていない		全く出来ていない	
認定看護分野別	皮膚・排泄ケア	11	0	(0.0)	7	(63.6)	1	(9.1)	3	(27.3)	0	(0.0)
	がん化学療法看護	4	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	4	(100.0)	0	(0.0)
	感染管理	4	0	(0.0)	4	(100.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
	がん性疼痛看護	3	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(33.3)	2	(66.7)	0	(0.0)
	集中ケア	3	0	(0.0)	1	(33.3)	0	(0.0)	2	(66.7)	0	(0.0)
	救急看護	3	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(66.7)	1	(33.3)	0	(0.0)
	新生児集中ケア	2	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(50.0)	1	(50.0)	0	(0.0)
	手術看護	2	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(50.0)	1	(50.0)
	不妊症看護	1	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(100.0)	0	(0.0)
	糖尿病看護	1	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(100.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
職位別	スタッフ	9	0	(0.0)	2	(22.2)	1	(11.1)	6	(66.7)	0	(0.0)
	主任	18	0	(0.0)	5	(27.8)	5	(27.8)	7	(38.9)	1	(5.6)
	師長	7	0	(0.0)	5	(71.4)	0	(0.0)	2	(28.6)	0	(0.0)
専従・兼務別	専従	6	0	(0.0)	6	(100.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
	兼務	28	0	(0.0)	6	(21.4)	6	(21.4)	15	(53.6)	1	(3.6)
	計	34	0	(0.0)	12	(35.3)	6	(17.6)	15	(44.1)	1	(2.9)

「全くできていない」（１名：2.9%）であった。

次に，自由記載による「能力発揮が出来ている理由」は，①委員会活動やチーム医療への参加，②専従としての活動時間の確保，③兼務とはいえ活動時間を確保できる，④院内外の教育担当，⑤その他，の５カテゴリーに分類された。『委員会活動やチーム医療への参加』には，「病院管理者の理解があるので病院全体の委員会活動やチーム医療にも参加でき，自分がやりたい，やれる範囲のことはできている」「病院の感染管理組織内で発言の機会もあり，活動に関して評価されていると感じる」等があった。『活動時間の確保』では「専従として，活動時間を確保してもらっているから」が最も多く，『兼務とはいえ活動時間が確保できる』については「看護部や他の部門の支えがあることで，活動時間も自分の裁量で確保出来ている」「上司に相談しながらCNとして活動する時間の確保に努めている」等があった。『院内外の教育担当』では「院内，院外の教育に携わっている」「ICT（infection control team）のメンバーとして実践し，コンサルテーションを設け，院内外の教育にも携わっているので能力は発揮できる」「CNとしての実践に十分時間をとることはできないが，院内の教育，人材育成に力を発揮している」等があった。

一方「能力発揮が出来ていない理由」は，①管理職との兼務，②活動時間の確保が困難，③スタッフとしての勤務，④活動分野が限定されている，⑤CNとしての自信がない，⑥管理者や他者からの無評価，の６カテゴリーに分類された。『管理職との兼務』では「管理職との兼務による多忙さがあり，副師長業務におわれるため病棟内での実践が主となり，ラウンドや勉強会等に時間を作ることができない」「副師長として管理業務があり，CNとして実践している部分との重複がある」等があった。『活動時間の確保の困難』には「活動時間が限られて，活動時間の確保が難しい」「活動時間が週に１日であり，他にやらなければいけない業務が多く，専門分野のことができない」，『スタッフの勤務』には「スタッフとして勤務しているので時間が確保できず，どうしても時間外での活動になってしまう」等があった。『限定された活動分野』には「（活動できるのが）限定した分野であり，分野外への関わりがない」「指導は以前より増えたが，相談はOP室内からはあっても，OP室外からは特殊な分野のためか相談されない」「（活動対象が）不妊に限定しているため，病院内の少数の患者が対象である」「分野が限定されており，日本看護協会の更新制度ではポイントを積み重ねることが困難である」等があった。『CNとしての自信がない』では「実践モデルといわれているCNだが指導能力，研究のスキル等に自信がなく，能力発揮が出来ているかわからない」「自分のやりたいことが十分に出来ていない。施設が大きく全病棟への関わりができていない（コンサルテーションの多い病棟，医師からの依頼にも偏りがある）」「継続的な指導や相談の役割がはたせていない」等が，『管理者や他者からの無評価』では「病院管理者からの評価がなく，活動の効果もわからない。直接的な評価がないため，依頼された仕事はこなしているが，その効果があるかないかすぐにはわからない」「専従で活動できる体制だが，一部の人たちにCNの役割を理解してもらえず，リソースとして十分に機能しているとは言いがたい」「他者からの評価を今までできちんと受けたことがない」等があった。

６）CNとしてのやりがい

CNとしてのやりがいについては，「ある」が27名（79.4%），「ない」が３名（8.8%），「どちらともいえない」と「無回答」がそれぞれ２名（5.9%）であった。やりがいが「ない」と答えた３名は全員が資格取得後１～２年で主任に昇格していたが，業務形態は兼務でCNとしての活動時間は１～２時間であった。

７）CNとして働く中で一番困難に感じていること

自由記載された「CNとして働く中で困難に感じること」の内容は，①活動時間の確保，②CNのアピール，③組織からの支援，④教育，⑤対人関係，⑥活躍を求められる範囲の広さ，⑦裁量権，⑧CNの能力，以上８カテゴリーに分類された。『活動時間の確保』には「勤務時間内で活動時間を確保することが難しい」「専門的役割と管理的役割の兼務であり，活動時間の確保が困難で心身共にハードに感じる」「CNとしての活動時間（講義準備・病棟回診後の記録等）を捻出すること。自分のプライベートな時間を使わざるをえない現状で，勤務中に活動しなければならない」「施設に期待されているのにできていない現状にモチベーションが下がってしまう。専従で活動できれば，もっとサーベイランスの実践ができると考える」等があった。『CNのアピール』には「CNとしての活動，存在をアピールすること」「医師，管理職にCNとしての役割を理解していただくこと」「看護師，患者へのアドバイス実践はあまり抵抗なく出来ているが，医師が理解して協力しないとできないことが多く，困難を感じる」等があった。『組織の支援』には「組織の理解やバックアップ体制が十分でない」「上司がCNをどのように使ったらよいか明確にされていない。看護部の教育プランの中にも（年間計画で）活動する機会がうちだされていない。ゆえに後輩を育てていく機会がない」「CNの役割，限界を理解してもらえないときがある」「権限がないので課長，師長クラスよりも下になり指導しにくい」「CNとしての認知度が病院内では限られている。看護師一人一人の受け止め方，捉え方が異なる」等があり，『教育』には「病棟スタッフへの教育，次を担う人材の発掘」が，『対人関係』には「個人的

には，他の副師長との教育に対する考え方の違いがある」「院内の他のCNとの捉え方に違いがある」「連携では，相談できる他のCNとのつながりが少なく，相談者や評価者がいない」「地域との連携（在宅ケア等，ケアマネ，訪問看護師，かかりつけ医との連携）が難しい」「組織横断的な活動が求められているのでやりがいがあると同時に各部門との連絡，調整で困難を感じる」等があった。『活躍が求められる範囲の広さ』には「安全，感染，集中治療等広い知識を要求されかつ専門家とのコラボレーションが常に必要」，『裁量権』には「活動できる範囲が狭い，権限がない」等，『CNの能力』には「自分自身の能力のスキルアップが困難に感じる」「実践が十分伴っていないのにCNという言葉だけが先走りしている」等があった。

8）CNの相談相手

相談相手の有無は「いる」が31名（91.2%），「いない」が2名（5.9%），無回答が1名（2.9%）で，その相談相手（複数回答可）は「CN」が18名（52.9%）で最も多く，以下「師長」(12名：35.3%)，「看護部長」(7名：20.6%)，「同僚」(6名：17.6%)，「医師」(3名：8.8%)「その他」(7名：20.6%）で，「その他」の詳細は家族や友人であった。

10）組織・管理者への要望

自由記載による「CNの組織・管理者への要望」は①CNとしての活動時間の確保，②組織横断的に活動できる体制作り，③専従にすること，④給料への反映，⑤活動の容認や評価，⑥組織でのCNに対する認識や位置づけの明確化，⑦資格取得への支援，⑧後輩（CN）育成，⑨その他，の9カテゴリーに分類された。『CNとしての活動時間の確保』(13名）には「週1回，半日でもよいので自分の専門職としての活動時間が取れると有難い」等が，『組織横断的に活動できる体制作り』(10名）には「部門（たて）の枠を越え，組織横断的な動きのとれる体制作りをしてほしい」「セクショナリズムが強い面がある」等の記載があった。『専従にすること』(7名）には「専従にしてもらいたい，もしくは活動日をもらいたい。兼務では良い仕事はできない」「感染管理は施設内において大きな役割を担う所であり，CNが専従化されると経済効果もあがり，安全や質の向上にも反映できる」等，『給料への反映』(6名）には「給与面，昇格等は十分検討されていないのである程度統一化された対応（保障，待遇）を考慮してほしい」「情報収集や講義で自分の時間，財力，体力を使うことが年中。せめて努力の部分だけでも（貢献度も含めて）給料に反映してほしい」「学術集会やセミナー等，最新の情報を得て院内教育へつながるものは出張にしてほしい」等があった。『活動の容認や評価』(5名）では「CNへの要望期待が大きすぎて，これ以上時間外を使って何になるのかと考える」「CNとしての活動時間の確保と頑張っていることを認めてほしい」，『組織でのCNに対する認識や位置づけの明確化』(4名）では「看護師と管理職の認定に対する認識や期待を統一してほしい」「CNが一人専従でいる効果は大きく，褥創発生が少なければ患者の在院日数は短縮し治療費もかからない」「一施設内にとどまらず，CN活用をテーマにコンサルテーションや教育等についてディスカッションする機会が欲しい」等があった。『資格取得への支援』(2名）は「認定の資格を取る際に無給休職でなく有給休職にしてほしい」「学会，勉強会参加のための休暇を取りやすくする」，『後輩（CN）育成』(2名）は「後輩を育てられるような人員配置にしてほしい。院内にCN1名という環境下では浸透する上で困難な面も多く，今後，多領域のCN育成を推進してほしい」等があった。『その他』では「看護部門の感染防止にとどまらず組織全体に関わる権限を与えてほしい（明文化）」「ハード面での改善，専用の外来や面談室を望む」等があった。

9）能力発揮と，CNの属性および業務状況との関連

CNとしての能力発揮とCNの属性等との関連では，資格取得後年数との間に弱い正の相関が認められ（Spearmanの順位相関係数：－.380，p＝.046），能力発揮が出来ているCNの資格取得後年数がそうでないCNのそれよりも長いことが示された。また，配置部署，専従か兼務か，活動時間との間において有意な差が認められ，専従の者が兼務の者よりも，看護部直属配置のCNがその他の配置のCNよりも，活動時間の長いCNが短いCNよりも能力発揮が出来ていると認識していることが示された（表4－6）。

表4　部署別の能力発揮に対する認識＜CNからの回答＞

名（%）

配置部署	出来ている群#		出来ていない群##		計
看護部長直属	3	(100.0)	0	(0.0)	3
病棟	2	(13.3)	13	(86.7)	15
外来	5	(45.5)	6	(54.5)	11
その他	2	(40.0)	3	(60.0)	5
計	12	(35.3)	22	(64.7)	34

#「とても出来ている」と「出来ている」を合わせた群

##「わからない」と「あまり出来ていない」と「全く出来ていない」を合わせた群

χ^2 test: $\chi^2 = 9.213$, p = .027

表5　専任・兼務別の能力発揮に対する認識＜CNからの回答＞

名（%）

	出来ている群#		出来ていない群##		計
専任	6	(100.0)	0	(0.0)	6
兼務	6	(21.4)	22	(78.6)	28
計	12	(35.3)	22	(64.7)	34

#「とても出来ている」と「出来ている」を合わせた群

##「わからない」と「あまり出来ていない」と「全く出来ていない」を合わせた群

χ^2 test: $\chi^2 = 13.357$, p＜.001

表6　「CNとしての１日の実践活動時間」別の能力発揮に対する認識＜CNからの回答＞

名（%）

	出来ている群#		出来ていない群##		計
２時間未満	1	(6.7)	14	(93.3)	15
２時間以上３時間未満	2	(66.7)	1	(33.3)	3
３時間以上４時間未満	0	(0.0)	2	(100.0)	2
４時間以上５時間未満	1	(33.3)	2	(66.7)	3
５時間以上	8	(80.0)	2	(20.0)	10
計	12	(36.4)	21	(63.6)	33

#「とても出来ている」と「出来ている」を合わせた群
##「わからない」と「あまり出来ていない」と「全く出来ていない」を合わせた群
χ^2 test: $\chi^2 = 16.290$, p = .003

能力発揮とそれ以外の変数（年齢，看護の経験年数，現職位の着任年数，基礎教育の種類，職位，資格取得後の処遇，やりがいの有無）との間には有意な関連は認められなかった。

４．看護師のCNの活動と活用に対する認識（看護師からの回答結果）

１）看護師の属性

対象看護師の性別は女性が3,365名（96.5％）で，年齢は（20歳代から60歳代以上までの５群で区分したところ）20歳代が1,699名（48.8％），30歳代が1,078名（30.9％）であった。職位は，スタッフが3,071名（88.2%），主任が238名（6.8%），師長が144名（4.1%）「その他」が27名（0.8%）であった。

２）CNの「実践」「指導」「相談」という役割に関する認識とCNの活用状況

CNの「実践」「指導」「相談」という３つの役割を知っている看護師は44.8％で，55.2％の看護師はそれを知らなかった。CNを個人ないしチームとして活用したことがある看護師は50.7％で，残りの看護師49.3％は活用経験がなかった。活用した者の活用の内容（複数回答可）及び，活用しなかった者のCN活用の妨げの理由（複数回答可）を表７に示した。なお，CNに相談して「問題解決できた」という看護師は98.6％であり，問題解決できた理由としては（自由記載），「適切なケア方法のアドバイスを受けた」「専門的知識による指導」「相談して根拠に基づいた援助が出来た」等があった。今後，困難な事例に直面した時に相談するか否かでは，「相談する」が90.7%，「相談しない」が9.2％であり，組織や病院にとってCNの存在が（分野に限らず）必要か否かについては，「とても必要である」が34.5%，「必要である」が50.2％で，「わからない」「余り必要でない」「必要でない」を併せた15.4％をはるかに上回った。CNが必要な理由は「看護サービスの質の向上」が79.6％を占めた（表７）。「看護師がCNを有効活用するには，CNがどういう形態で活動すると良いと思うか」に対しては，自由記載により「専従であり，すぐに連絡が取れること」「相談ルートを容易にする」「CNを認知させる（広報）」「教育指導」「現場にいること（各部署）」「定期的なラウンド」「実践モデル」等があった。CNの増員は「希望する」が76.8%，「希望しない」は23.2%であった。また，

表７　看護師がCNを活用した内容・活用の妨げになっていること・CNが必要な理由＜看護師からの回答＞

	設問ごとの対象者数		延べ人数	%
看護師がCNを活用した内容（複数回答可）	N＝1,758（CNの活用経験者）	ケアの方法を教えてもらう	1,530	87.0
		患者への指導方法を教えてもらう	619	35.2
		知識を得る	466	26.5
		患者からの相談にのってもらう	351	20.0
		看護師からの相談にのってもらう	342	19.5
		スタッフに講義をしてもらう	321	18.3
		その他	27	1.5
CN活用の妨げの理由（複数回答可）	N＝1,712（CNの活用未経験者）	CNの活動内容がわからない	121	7.1
		CNに相談すべきか判断がつかない	104	6.1
		CNの専門領域と当部署との関連がない	864	50.5
		自分で出来るので呼ぶほどではない	448	26.2
		連絡方法を知らない	418	24.4
		すぐに連絡がつかない	949	55.4
		その他	91	5.3
			名	%
組織（病院）にとってCNが必要な理由（１つ）	N＝2,860（CNが「（とても）必要である」と回答した者）	看護サービスの質の向上	2,276	79.6
		実践モデル	275	9.6
		教育	265	9.3
		経営効果	32	1.1
		委員会活動	2	0.1
		その他	10	0.3

看護師がCNの増員を希望する分野（複数回答可）は皮膚・排泄ケアが46.0％と最も多く，続いてがん化学療法看護（10.9％），がん性疼痛看護（10.2％），がん看護（9.0％），緩和ケア（6.7％），糖尿病看護（4.7％），その他であった。最後に，自分自身がCNになる希望の有無（分野を問わず）は「希望する」が45.4％，「希望しない」が54.6％であった。CN資格取得を希望しない理由としては（自由記載），「経験不足」「勉強する時間がない」「研修期間が長い」「遠くで研修を受けないといけない」「研修受講費用や能力の不足」「未だ現状の業務で手一杯」「家庭の事情」等があった。

3）CNの役割に対する認識とCNの活用状況，CNへの志向との関連

看護師の「CNの役割に対する認識」「CNの活用状況」「CNへの志向」間の関連および，それらと年代，職位，部署との関連では，「CNの役割認識」と「部署」間の関連以外はすべて有意な関連が認められた。まず，「CNの役割認識」と「CNの活用状況」とでは，CNの役割を認知している者の方が認知していない者よりも有意にCNを活用し（表8－1），CNを志向していた（表8－2）。また，CNを活用している者ほどCNを志向していた（表8－3）。次に，年代等との関連では，年代が高いほどCNの役割認識が高く，かつCNを活用しており，しかしCN

表8－1　CNの役割認識とCNの活用有無＜看護師からの回答＞

N＝3,456　名（％）

	CNの役割を知っていた#	役割を知らなかった	計
CNの活用あり	968（55.3）	782（44.7）	1,750
活用なし	577（33.8）	1,129（66.2）	1,706

#CNの役割:「実践」「指導」「相談」

χ^2 test: $\chi^2=161.426$, $p<.001$

表8－2　CNの役割認識とCNへの志向＜看護師からの回答＞

N＝3,236　名（％）

	CNの役割を知っていた#	役割を知らなかった	計
CNの資格取得を希望する	755（51.3）	716（48.7）	1,471
希望しない	694（39.3）	1,071（60.7）	1,765

#CNの役割:「実践」「指導」「相談」

χ^2 test: $\chi^2=46.766$, $p<.001$

表8－3　CNの活用有無とCNへの志向＜看護師からの回答＞

N＝3,236　名（％）

	CNの活用あり	活用なし	計
CNの資格取得を希望する	805（54.8）	665（45.2）	1,470
希望しない	848（48.0）	918（52.0）	1,766

χ^2 test: $\chi^2=14.601$, $p<.001$

表9　年代別のCNの役割認識，CNの活用，CNへの志向＜看護師からの回答＞

名（％）

		20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代以上	計	χ^2 test
CNの役割を知っていた#	（N＝3,470）	560（33.1）	517（51.9）	315（66.3）	156（70.3）	4（100.0）	1,553（44.8）	$\chi^2=252.648$, $p<.001$
役割を知らなかった		1,134（66.9）	557（48.1）	160（33.7）	66（29.7）	0（0.0）	1,917（55.2）	
CNの活用あり	（N＝3,470）	736（43.5）	561（52.1）	315（66.0）	143（64.4）	3（75.0）	1,758（50.7）	$\chi^2=98.596$, $p<.001$
活用なし		955（56.5）	515（47.9）	162（34.0）	79（35.6）	1（25.0）	1,712（49.3）	
CNの資格取得を希望する	（N＝3,251）	682（43.0）	539（52.8）	195（43.6）	59（30.4）	2（50.0）	1,477（45.4）	$\chi^2=44.275$, $p<.001$
希望しない		903（57.0）	482（47.2）	252（56.4）	135（69.6）	2（50.0）	1,774（54.6）	

#CNの役割:「実践」「指導」「相談」

表10　職位別のCNの役割認識，CNの活用，CNへの志向＜看護師からの回答＞

名（％）

		スタッフ	主任（係長）	師長（課長）	その他	計	χ^2 test
CNの役割を知っていた#	（N＝3,467）	1,234（40.3）	174（73.4）	126（88.1）	16（57.1）	1,550（44.7）	$\chi^2=213.366$, $p<.001$
役割を知らなかった		1,825（59.7）	63（26.6）	17（11.9）	10（42.9）	1,917（55.3）	
CNの活用あり	（N＝3,467）	1,470（48.1）	154（65.3）	112（78.3）	19（65.5）	1,755（50.6）	$\chi^2=74.7478$, $p<.001$
活用なし		1,589（51.9）	82（34.7）	31（21.7）	10（34.5）	1,712（49.4）	
CNの資格取得を希望する	（N＝3,250）	1,294（45.1）	111（49.1）	56（41.8）	16（72.7）	1,477（45.4）	$\chi^2=8.678$, $p=.034$
希望しない		1,574（54.9）	115（50.9）	78（58.2）	6（27.3）	1,773（54.6）	

#CNの役割:「実践」「指導」「相談」

表11　部署別のCNの活用とCNへの志向＜看護師からの回答＞

名（％）

		内科系病棟	外科系病棟	外来	看護部	その他	計	χ^2 test
CNの活用あり	（N＝3,441）	543（49.7）	660（58.4）	104（38.4）	30（46.9）	413（46.8）	1,750（50.9）	$\chi^2=49.570$, $p<.001$
活用なし		550（50.3）	470（41.6）	167（61.6）	34（53.1）	470（53.2）	1,691（49.1）	
CNの資格取得を希望する	（N＝3,225）	442（43.1）	490（46.6）	137（53.3）	23（39.7）	375（45.0）	1,467（45.5）	$\chi^2=10.152$, $p<.05$
希望しない		584（56.9）	561（53.4）	120（46.7）	35（60.3）	458（55.0）	1,758（54.5）	

への志向は30歳代が最も高かった（表９）。職位が高いほどCNの役割を認知し，活用していた（表10）。部署別では外科系病棟が他部署と比較してCNを活用し，外来が他部署と比較してCNを志向していた（表11）。

Ⅳ．考　察

１．看護部長のCN支援の姿勢

F県のCNを有する設置主体は医療法人が多く，職員数は500名以上の病院が大半を占めた。また，キャリアラダーに基づいた目標管理を導入し，人材育成を計画的に実施している病院が多かった。そうした中で看護部長がCNに期待するのは，「看護サービスの質の向上」や「スタッフの実践モデル」であったが，これらの期待に対して看護部長の全員がCN導入を「効果あり」と評価していた。看護部長の現在のCNへの支援としては，「活動時間，活動場所の確保」「医師や他部署への紹介」「CNの必要性を会議で述べたり，CNによる講義を設定する」「昇格させる」等があげられ，CNの活動時間を確保することとCNの認知度を向上させる支援が中心になっていた。また，多くの看護部長がCN導入の効果を得るためのキーパーソンは自分自身と捉えており，CNの役割を十分発揮できる環境を作る権限と責任をもつと自覚していた。

今後のCNへの支援計画では，活動支援として「活動時間や活動場所の確保」や「研修中の処遇を含めた支援」「CNやCNSの更なる育成」「専門的知識の向上を図るための外部への研修推進」「CNの活動紹介」等があげられ，CNの有効活用のための提案では「院内，院外の教育担当」「他組織からも専門分野の相談を受ける」「地域活動」「活動（実践）内容の明示」「待遇改善」「広報活動」「ネットワーク作り」等があげられた。これまでの支援，CNの活動時間の確保と認知度を向上させることに加えて，CNの研修中からの支援などCN増員を意図した支援や，施設内の教育活動だけでなく施設外活動にも取り組ませようとする姿勢等が，新しい傾向として認められた。最後に，増員希望の認定分野は皮膚・排泄ケア，がん化学療法看護，がん性疼痛看護が上位であったことから，看護部長の「がん拠点病院として認定され，診療報酬が算定されること」を含めた「診療報酬に反映できること」を重視する傾向と，今後も需要が増加する一方であろうがん看護の，専門性をより深めたいという意向が推察された。

以上，看護部長がCNに期待する「看護サービスの質の向上」や「スタッフの実践モデル」について，CNがおおよそ応えられている現状，また看護部長がCNの活動時間の確保と認知度向上をCN支援の柱としている現状，それに対し今後に向けては，CN増員の意図，CNの活動領域を内から外に拡大しようとする姿勢，がん看護への着眼やCN制度と診療報酬制度が連動していくことへの期待，等があることが把握された。方策としてさらに提案できることとしては，CNの職務規定を作成して組織上の役割と処遇を明確にする，活動（実践）項目を明確にする，看護師に積極的にCNを活用するようPRするとともに，活用を促進するようなインセンティブを与える，看護師とCN間のコミュニケーションを促すために交流会や研究会等を定期的に開催する，CNの成果を院内外に研究発表させる場を設ける，等があげられよう。これは，安藤ら[5]，芝本[6]，瀬戸ら[7]らの主張と一致するものであった。

２．CN活動に対する組織的支援の必要性

CNとしての能力発揮は「あまり出来ていない」が44％で最も多く，「出来ている」が35％であった。一方，「CNとしてのやりがい」は「あり」が79％，「ない」が９％であった。つまり，本対象CNはやりがいを感じつつも実際には能力発揮ができていないこと，したがってCN活動に対する支援の必要性が示唆された。

それに対して，現在の看護部長による主な支援内容は「活動時間の確保」と「他部門や医師に対してCNの認知を向上させる」ことであったが，一方，CN自身の組織への要望として最も多いのも「活動時間の確保とそれを可能にする体制づくり」であった。すなわち看護部長とCNの間では「活動時間の確保がCNを有効活用し，CNが積極的に活動できるようにする要件である」という認識が一致していた。検定結果からもCNの資格取得年数が長いCNほど，つまり活動時間（経験）を積んだ者ほど能力発揮が出来ている可能性が示されており，活動時間が増えることでCNの機能性と職務満足度が高まり，それが看護組織や病院全体の生産性に影響を及ぼし，望ましい循環が構築されると考えられる。にもかかわらず本結果では，CNの活動時間は１日１～２時間という者が最も多く，こうした矛盾にどう対峙していくかが問われている。専門性の高い看護師の活躍とその質を保証するような，看護部による抜本的な枠組み作りが必要になろう[8,9]。

次に多かったCNの要望は，「組織横断的に活動できる体制づくり」「専従にすること」「給与への反映」であった。CNの組織横断的活動を支えるための仕組みとしては，看護部直属や専従にすること，ポジションパワーを与えることが有利であり，検定結果からも看護部直属の配置が病棟配置よりも，専従が兼務よりも能力が発揮出来ている傾向が示された。また，CNが能力発揮できない理由として，資格を取得しただけではCNとして十分に業務遂行できないこと，管理職の職位を得ている場合（兼務）はまずはその職位の役割遂行が優先され，CN業務は後回しにせざるを得ないこと等が示された。にもかかわらず実際は，看護部直属のCNはわずか8.8％であり，専従率は18％，スタッ

フの身分にある者が25％である。資格取得後に昇進したCNも14.7％に過ぎなかった。給与については，資格取得後「給与や賞与に反映した」が26.4％であり，2000年の日本看護協会の調査報告[3]と比べて反映率は高くなっているものの十分とはいえない。時間的金銭的負担を抱えながらCNの資格を取得しても，その労苦や能力に見合う処遇が必ずしも用意されていない現状がうかがえる。したがって，賞与や給料に限らずとも，組織側からのCN資格取得に対する何かしらの評価の提示があることが望まれよう。たとえば，主任への昇格に平均３年かかることも，一定のポジションパワーを得ることでCNの満足感が高まり[10]，CNがその能力を発揮しやすくなるという点からは大きな弊害といえる。一方で，CNと主任の兼務の良し悪しについてであるが，本結果からは，昇格してもCNにとって，主任や師長としての役割とCNの役割の両立が困難であることが示された。ということは，ポジションパワーを付与しながらもCN業務に専任できるようなポジション，たとえば「看護部長直属」とするなどの工夫が求められる。ただし，CNが今後増加するにしたがって，管理職レベルのCNを全員「看護部長直属」とするわけにもいかないであろうし，職位とCNの関係，両者の位置づけ，すみ分け等の問題は，今後の課題といえよう。

次に，CNはCNとしての積極的な活動を展開するために同じ仲間の確保や後輩育成を期待し，看護部長とともにCN増員を望んでいた。しかし，CNを複数雇用している施設は全対象施設の43.8％に過ぎなかった。一方，CNの活動範囲については，自分の所属部署内のみで活動していた頃（2000年）と比べ，80％以上のCNが院内や院外講師を経験しており，活動範囲が施設内から施設外へと広がっていることが推察された。また受講中の支援については，受講を出張扱いとし給与も支給するが，研修の受講料はCNの自己負担というケースが多かった。つまり，研修中の看護師の生活費と時間は保障するが受講料そのものは各自で負担すべきという，キャリア開発は自己資金で行うものという職場の価値観がうかがえた。したがって，CN自身が望んでいることではあるもののCNの役割や業務が拡大する中で，それに見合うほどマンパワーは追いつかず，たとえ看護部がCN増員を望んでも，仮にCNを志向する看護師がいたとしても，彼らの資格取得やキャリアアップを保証するまでには体制が熟していない現状が明らかにされた。

以上より，看護部長とCNの両者がCNの活動支援に向けて，活動時間の確保や専従，増員等の共通した課題を描いているにもかかわらず現実との乖離が大きいこと，それを縮めるには人事を含む病院と看護部の組織的な取り組み（CNをめぐる組織構図の改造）が必要であることが浮き彫りにされた。このような体制レベルの改造を実現するには，看護部長とCNが連携して声を１つにしていくことが必須といえよう。CNの相談相手としてCNや看護部長以外に師長や同僚，医師もあがっていたことから，彼らとの連携も有用であろう。そして，CNとその活動の発展が有効であることを目に見える形で経営者側に示していくことと，スタッフのキャリア開発の責任が本人のみならず組織にもあるという意識の浸透等が必須といえよう。

３．CNの活動支援に向けた長期的展望

看護部長の「診療報酬に反映できること」を重視する傾向とともに，感染と皮膚・排泄ケアのCNが他分野と比較して能力発揮が出来ている傾向が示された。CNとその有用性を高めるには診療報酬との連動が有利であり，いまだ診療報酬の対象となっていない領域においてCNの導入効果を病院内外に示していくことは，その連動を確立するための大前提といえる。米国には日本のように大規模なCN制度はなく，CNSやナースプラクティッショナー等が看護のスペシャリストとして位置づけられている。全看護師中の彼らの割合，役割や水準，資格取得条件等は日本のCNと大きく異なるが，その歴史を振り返ると，1930年から1940年頃に，看護の臨床水準を向上させるためにCNSは誕生したとある[11]。専門職がその専門性を高めるには，領域をある程度分割してそれぞれに特化した知識と技術を明示し，体系化すること，つまり専門性を分化させること，また特定領域における高水準の臨床的判断力と看護実践能力を証明していくプロセスが不可欠である。米国では1960年初めまでに多くの臨床領域でCNS育成プログラムが設置されたというが，CNSが社会に浸透するまでには結局，それなりの年月がかかっている。わが国でも長期的展望をもって，看護部長は米国のCNS等のPRにおいて模範できる部分があれば取り入れ，CNやCNSによる成果を着実に，明確に周囲に示していくこと，診療報酬等専門性を目に見える形に具現化し，看護の専門性を促すようなインセンティブを次々と導入していくことが望まれよう。それによってCN資格取得に対する動機づけやモラールが高まり，結果としてCNのみならず看護組織全体の活性化が進むと考える。

４．次代のCN育成に向けての課題

CNが所属する部署の看護師で「CNの役割を知らない」者が55.2％，また「活用したことがない」者は49.3％であり，同部署・施設内の看護師であってもCNの役割や活用方法を知らない看護師が少なくないことが示された。一方で，CNに相談した看護師の殆どが相談した問題は解決したと答えており，CNを活用した看護師はCNに対して肯定的な意見を持っていることが明らかになった。さらに，CNの３つの役割を認知している者は認知していない者よ

りも有意にCNを活用していたことから，まずはCNやその役割を知ってCNを活用してもらうことが大切であり，そのための広報が重要といえよう。年代と職位が高い者ほど，また部署では外科系病棟の看護師がCNを活用していたことから，新人や若い看護師に焦点を当てた部署別の介入も有用かもしれない。

次に，自分自身がCNを目指すか否かに対しては，「目指す」と答えた者が45.4％であった。門屋ら[4]（2001）の，CNが存在する病院の中でCNを含むスペシャリストを志向する者は22.1％であったという報告と比較して，本対象看護師のCN志向は高いことが示された。とはいえ，認定看護師の価値は認めていても自ら資格を取りたいという者は少ないという報告[12]もあり，価値の認知と自らの志向性の非連続性が何に依拠するのかという点も解明すべき課題といえよう。F県においては，特に若い層のCN取得者が少ない現状に，①施設の研修受講者に対する経済的支援が不十分，②研修場が遠方である，③資格研修受験に合格するのが難しい（競争率が高い），④研修を受けるにあたって現場からのスケジュール調整等の支援が不十分，といった問題が関与している可能性が示唆された。看護師の意見には「CNの研修が地元で開かれれば受講できる」という声も多くあり，地元の大学や看護協会等にCN資格取得研修を委譲していくことも今後の課題となろう。なお，CNの役割認識が高くCNを活用している看護師ほどCNを志向していたことから，上述したようにCNの活用を促す広報や体制作りが重要であろう。また，20歳代が30歳代，40歳代ほどCNを志向していないことから，同じく若い看護師に焦点を当てた介入が求められる。

最後に，CNを有する施設の看護師がCN増員を希望する分野は皮膚・排泄ケア，がん化学療法看護，がん性疼痛看護等であり，看護部長の希望する分野と一致していた。日々の臨床看護において，実際的で具体的な知識や技術指導が求められている部分がこれらの領域であること，またそれらの事実が，現場の看護師から看護師長，看護部長へと伝えられている可能性を示している。一般看護師の意向を重視していくことも，CNの育成体制を拡大する上では望ましく，CN増員に向けた最も効率的な方策になると考える。

以上より，今後のCN活動・活用の充実化に向けてまずは，同じ看護組織の絶対多数者である看護師に，CNの役割を伝え一度はCNを活用してもらうことが重要であること（ターゲットを絞るなどの工夫も大切），CNを目指したいと思う者が半数近くを占めておりそれを生かすためにも，F県が抱えている研修受講をめぐるハード・ソフト面の諸課題を解決し，彼らがCN制度に対して持っている期待や志向を尊重した支援を検討する必要があることが示唆された。

Ⅴ．研究の限界

本研究では，研究者による対象病院の各看護部長への依頼に基づき，CNおよび看護師に対しては，結果的に各病院の看護部からの調査依頼となった。看護部を通じた質問紙の配布ということで調査協力に圧力が加わらないよう手続きに配慮したものの，設問によって一定数の無記入が認められた。したがって，否定的な回答を避けるために記入しなかった可能性，たとえば，CNに対して全般的に肯定的な評価であったが，否定的な意見を持った者は回答しなかった可能性等を加味する必要があろう。CNに限らずとも同施設内で働く同僚を評価するとなると，否定的回答に対する葛藤や心情的配慮が生じてもおかしくない。

Ⅵ．結　　論

看護部長の現在のCN支援は，CNの活動時間を確保することと認知度の向上が主軸であり，今後に向けた思案では，CNの研修中からの支援やCN増員を意図した介入，施設内の教育活動から施設外活動へのシフト等が認められた。一方，CNの要望として活動時間の確保と組織横断的活動が可能となるような体制づくり（専従，看護部直属にすること，職位の確保，CN増員など），給与への反映，等があった。しかし現状は両者の要望に答えるものではなく，したがって看護部長とCNが連携し，他者を巻き込みながら組織的な取り組みを展開していくこと，CNとその活動の発展が有用であることを目に見える形で経営者側に示していくこと，スタッフのキャリア開発の責任が本人のみならず組織にもあることを周知させること等が課題として示唆された。なお，CNが所属している同部署・施設内の看護師であってもCNの役割や活用方法を知らない看護師が少なくなかったことから，CNの役割を周知させその活用を促すこと，一方で，CNを志向する者が半数近くを占めていたことから，F県が抱えている研修受講をめぐる諸課題を解決し，彼らがCN制度に対して持っている期待や志向を尊重した支援を提供していく必要性が示唆された。

要　旨

CN（Certified Nurse: 認定看護師）の活動実態と活用状況，またそれらに対する看護部長，CN，看護師の認識を明らかにするために，F県のCNを有する施設の看護部長16名，CN34名，看護師3,487名を対象に質問紙調査を実施した。その結果，看護部長の全員がCN導入の有用性を認めており，CN 活動への支援として活動時間と場の確保，CNとその役割のPR，教育活動等を施設内から施設外へ拡大すること等を実施・思案していた。CNの73.5％が主任か師長の職位にあり，79.4％が兼務であり，44.1％が１日の平均CN活動は２時間未満であった。診療報酬の対象である感染管理と皮膚・排泄ケアのCNは，他分野よりも能力発揮ができていた。また，看護師の50.7％がCNを活用しており，84.7％がCNの活動に肯定的であった。これらの結果より，看護組織がCNとその能力を積極的に活用していく方策が複数示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to investigate the activities of the Certified Nurse（CN）, CN support systems, and the cognition for activity and application of CNs amongst CNs, nursing administrators, and nurses. The subjects were 34 CNs, 16 nursing administrators, and 3,487 nurses working at all the hospitals that employed CNs in F prefecture. Self-reported questionnaires were mailed to the abovementioned subjects. The administrators on their part expressed their high regard for the functions of the CNs. The suggested measures for supporting the CNs included guaranteeing fixed work time and place, promotion, information activity, sending a CN to other facilities as a lecturer, etc. Of the CNs, 73.5% were chiefs or held positions higher than that of chief, and 79.4% of them were working not only as CNs but also as general staff members. Among all the CNs, 44.1% spent less than 2 hours per day working as a CN. With regard to the nursing fields, all the CNs in infection management and WOC（wound, ostomy, and continuation）nursing, which could be included in the medical fee, stated that their nursing skills were sufficiently utilized. Of the nurses, 50.7% had availed of the CN system, and 84.7% were satisfied with the CN's activities. These results suggested some strategies for facilitating the use of CNs resources.

文　献

1）長尾匡子，香川むつみ，他：H県看護協会の認定看護師教育の検討－施設看護管理者の認定看護師教育へのニーズ調査から－，第34回日本看護協会論文集　看護管理，425-427，2003.

2）孫継紅，竹内登美子：日本の認定看護師と専門看護師に関する文献研究，臨床看護，29，1726-1782，2003.

3）日本看護協会専門看護師・認定看護師認定部：2000年認定看護師に関する実態調査，4-15，2001.

4）門屋久美子，安保弘子：認定看護師の存在が看護婦のキャリア発達志向に与える影響，第32回日本看護協会論文集看護管理，33-34，2001.

4）小林美亜，池上直己：米国・英国における上級看護資格の現状とその意義，病院，62，387，2003.

5）安藤眞理子，上村直子，山名敏子：A県における認定看護師活動と管理職位についての実態調査，日本看護学会論文集：看護管理，37，103-105，2007.

6）芝本千代子：認定看護師育成に向けて看護管理者の役割について．西脇市立西脇病院誌，6，41-42，2006.

7）瀬戸奈津子，道又元裕，他：【認定看護師による看護ケアの評価と課題】認定看護師による看護ケアの評価と課題．看護，58(2)，66-75，2006.

8）中村しのぶ，植本洋美，他：【リソースナースの活用】専門分野をもつ看護師の活躍を可能にする体制づくり　ジェネラリストとスペシャリストのコラボレーションが看護組織を成長させる．看護管理，19，242-247，2009.

9）平井三重子：【リソースナースの活用】リソースナースセンター設置による専門看護師・認定看護師の活動と質の保証．看護管理，19，237-241，2009.

10）白水麻子：認定看護師の取り組みの実態と職務満足度．聖マリア学院紀要，23，115-119，2009.

11）Margaret S., Joan A: Clinical nurses specialist and nurses practitioners, 20-25 Chapter 3, Current Issues in Nursing, Helen K. G., fourth, edition, Mosby, 1994.

12）廣瀬紀子：当院看護部における認定看護師の認知と活用状況について．山梨県立中央病院年報，31，37-40，2004.

［平成21年５月１日受　　付
平成22年１月21日採用決定］

－研究報告－

口唇口蓋形成術を受けた子どもの母親の経験

Experience of Mothers whose Children Undergo Labioplasty and Palatoplasty

坂　梨　左　織[1)]　　大　池　美也子[2)]
Sayori Sakanashi　　Miyako Oike

キーワード：口唇口蓋裂児，母親の経験，口唇口蓋手術，質的研究
Key Words ：children with cleft lip and palate, mother's experience, labioplasty and palatoplasty, qualitative research

Ⅰ．はじめに

先天性疾患である口唇口蓋裂は，顔面の形態異常といった審美障害や機能障害を伴う先天異常であり，出生児500人に１人という，外表奇形の中では最も発生頻度の高い疾患の一つである。これは，遺伝的要因と環境的要因の相互作用から発生するとされるが，発生原因や予防の具体策が明らかになっていない[1) 2)]。また，近年の環境汚染による母体環境への影響[3)]や，疾病構造の変化による遺伝的疾患の相対的増加[4)]などにより，発生率が低下するとは考えにくく，その動向が注目されている。

口唇口蓋裂に対する主な治療方法には，手術療法と言語訓練があり，生後３～４か月から成人に至るまでの間に行なわれている。手術療法は口唇裂が生後約３か月に，口蓋裂は生後約１年６か月前後とそれぞれ異なる時期に実施されているが，治療方法の進歩によって，口唇口蓋裂は，適切な時期に正しい治療を受ければほとんど障害は残らないものに変わりつつある。しかし，口唇口蓋裂児の母親が，顔面の外表奇形という事実を知ったときの苦悩ははかり知れず[5)]，また，大きく目に見える奇形は，目に見えない内臓などの奇形より感情的反応が強いともいわれている[6)]。さらに，口唇口蓋裂の治療は手術のみで終了するものではなく，その後に矯正歯科治療や言語訓練を必要とする場合が多い。母親は，育児活動と併行しながら，長期間にわたる児の治療を継続していかなければならず，多大な負担を抱えることになる。

このような口唇口蓋裂児を持つ母親については，その疾患の特徴から，出生前告知や出生後診断がもたらす母親の心理面への影響から診断告知の時期が検討されている[7)]。また，口唇口蓋裂が顔面の外表奇形であるため，分娩直後や出産後の対面時における母親の複雑な心理状態が報告されており，Johanssonらは，このような心理状態にある両親にインタビューを行い，周囲の反応や支援が両親の疾患に対する受け止め方や考え方に影響することを明らかにしている[8)]。さらに，このような母親の態度が長期間にわたる治療過程のなかで変化していくことが報告されている[9) 10)]。

しかし，これらは出生時や対面時，あるいは手術時という特定の時期ごとに行なわれているアンケート調査がほとんどであり，母親のショックな気持ちや不安などの心情とその変化に焦点をおく。また，生後３か月頃あるいは１歳６か月頃に行なわれる口唇口蓋裂の外科的治療法は母親にさまざまな思いをもたらすことが推測されるが，手術に対する母親の経験に関する研究は，身体侵襲がより大きい心臓手術や移植手術などに関心が向けられる傾向にある[11) 12)]。このため，口唇口蓋裂児の母親が，診断や手術などの治療過程のなかで，わが子の手術をどのように捉え，何を見出そうとしているかは明らかにされていない。さらに，中新は，口唇口蓋裂児を持つ母親のこれまでの研究には，母親が自分達の言葉で気持ちを表現したデータが非常に少なく，母親，家族，患児の思いを理解していくには対象者自身の言葉を聞き取り伝えていく必要性を報告している[13)]。

そこで，本研究は，口唇口蓋裂児の母親にとって重要な意味を持つと思われる患児の手術に着目し，口唇口蓋裂児の母親の経験を明らかにすることである。このような母親の経験には，これまで語られなかった出来事や振り返りがあり，口唇口蓋裂児の母親を理解する新たな視点を見出すことができると考える。

Ⅱ．研究目的

口唇口蓋裂児の母親を理解し支援していくために，口唇口蓋形成術を受けた口唇口蓋裂児を持つ母親の経験を明らかにする。

１）福岡女学院看護大学看護学部　School of Nursing, Fukuoka Jogakuin Nursing College
２）九州大学医学研究院保健学部門　Department of Health Sciences, Faculty of Medical Sciences, Kyushu University

Ⅲ．用語の定義

本研究では，母親を受動的立場ではなく能動的な立場から捉え，その経験を明らかにすることを目指す。そこで，後述する本研究の理論的前提となるシンボリック相互作用論の視点を踏まえ，経験を「主体的人間が現実に起こった様々な出来事や他者とのかかわりを通して習得されるものであり，そこに生じる変化あるいはプロセス」と定義した。

Ⅳ．研究方法

１．研究デザインと理論的前提

本研究は，口唇口蓋裂という子どもの疾病や口唇口蓋手術を母親がどのように捉え，何を見出しているかという問いのもとに，口蓋形成術までに生じる母親のありのままの経験を記述する質的帰納的研究である。当事者である母親を受動的立場ではなく，能動的立場からの解釈枠組みに沿って母親の経験を捉えるため，本研究の理論的前提を人間の主体的あり方を問題とし，行為者の見地に立って，人間の内的側面を明らかにしようとするH. Blumerが提唱するシンボリック相互作用論とした[14) 15)]。

２．対象者および選定基準

口唇口蓋裂の治療の多くは疾患の特徴から大学病院で行なわれている。このため，本研究の対象者を，A県B大学病院口腔外科病棟およびC県D大学病院口腔外科病棟において，口唇形成術を終了し，口蓋形成術を受ける口唇口蓋裂児の母親とした。一般に，口蓋形成術は１歳６か月頃に行われるが，手術方法は異なっており，B大学病院は，口蓋形成術を１回の手術で行うⅠ期法，D大学病院は軟口蓋と硬口蓋のそれぞれの閉鎖時期を分けるⅡ期法で行なっていた。本研究では，いずれかの手術を受ける口唇口蓋裂児の母親を対象とした。

３．データ収集期間

2008年２月から12月の11か月間

４．データ収集方法

以下の手順により，半構成的質問によるインタビューを行った。

１）病棟医長および病棟看護師長に，研究の趣旨およびインタビュー協力者へのインタビュー要領についての文書を説明し，対象者の紹介を依頼した。

２）紹介された対象者に本研究者が説明し同意を得た。

３）インタビューは２回行った。

１回目：患児が手術室に入室して１時間が経過し，待機室で待っている時間とした。待機時間は，手術を受けている患児を思い複雑な心情を抱くことが推測されるが，同時に，その時間は，子どもから離れ，唯一母親が自分自身と向き合うことができる機会ともなる。このため，母親が抱いているさまざまな気持ちが表出できるのではないかと考え，待機時間に聞き取ることとした。なお，インタビューを開始する際には母親への気持ちを配慮し，その都度同意の意向を確認した。

２回目：術後１週間前後の退院前に対象者が希望したインタビュー日時とし，１回目で得られた内容の確認とその後の経過などを含めて聞き取ることとした。

４）半構成的質問によるインタビューを行うとともに，本研究者は，対象者の話の流れに沿いながら，対象者が自由に自分の経験を話すことができるように努めた。

５）インタビュー時は，対象者の承諾を得てICレコーダーに会話内容を収録した。収録を断った場合は，承諾を得て会話内容をメモした。

６）インタビュー後，インタビュー状況を想起して，対象者の表情や動作あるいは他の家族と出会った場合は，その会話や様子をフィールドノートとして記録した。

５．主な質問項目

１回目のインタビューでは，１）妊娠から現在までの経過について，２）お子さんと会われた時のお気持ち，３）口唇形成術期までのお気持ちや生活，４）口蓋形成術期までのお気持ちや生活，５）お子さんに対する気持ちなどとし，２回目では，前回のインタビュー内容を確認しながら，口蓋形成術後の気持ちや生活について，インタビューを行った。

６．データ分析方法

本研究は，シンボリック相互作用論を理論的背景にするGrounded Theory approachを参考とし分析した。Grounded Theory approachは，グレイザーやストラウス[16)]によって提唱され，日本では，戈木や木下あるいは萱間による方法がある[17)～19)]。本研究では，このようなGrounded Theory approachの基盤となる継続的比較分析法に基づいて[20)]，以下のようにデータのコード化とカテゴリー化を進めた。なお，理論的サンプリングでは，研究対象者を口唇口蓋形成術を受けた子どもの母親とし，この手術が行われる時期にデータ収集を行なった。一事例から研究目的に即したデータを抽出し，コード化とカテゴリー化を行い，全事例のカテゴリーとの関係性を検討した。

１）インタビューの録音から逐語録を作成し繰り返し読んだ。

２）口唇口蓋裂児の母親が，能動的にどのように関わろうとしているかということを示す文脈を文章のつながりからデータとして取り出した。その文脈の持つ意味を把握しながらコード名をつけ，対象者のデータ毎にこの分析を進めた。

３）データとコードを照合し，コードがデータを表しているかを確認した。その後，データとコードの類似性・相違性から分類し，サブカテゴリーをつけた。

4）コードからサブカテゴリー，そしてカテゴリーへと抽象化を進めた。その際，データとカテゴリーを常に照合しながら，これ以上新しいカテゴリーの生成がなく，重要なコード，サブカテゴリーとカテゴリーが網羅され，欠落部分がないことを確認した時点で飽和状態に達したと判断し，分析を終了した。分析の最終段階で，カテゴリーとサブカテゴリーそしてコードを表記し，それらをデータと照合するとともに，それぞれが関連づけられていることを確認した。

5）研究結果の全体像を捉えるために，カテゴリーとサブカテゴリーを用いてストーリーラインを作成し，さらにカテゴリーとサブカテゴリーとの関係を知るために図式化した。

7．データ収集・分析の信頼性を高める努力

質的研究では，信頼性，妥当性に関して様々な見解があり，一貫した意見はない。信頼性の獲得のためには，分析過程を詳細に明示することが述べられており[21]，上記に分析方法として示した。さらに，以下のことを行った。

1）インタビュー調査にあたっては，対象者が落ち着いた精神状態で話せるよう，インタビュー時間の希望を聞き，研究者は支持的な態度をとるよう心がけた。

2）インタビューは，研究者の思い込みや独断を排除するために，対象者の言葉の意味や意図を確認しながらすすめた。また，2回インタビューを行って，1回目のインタビューで不明な点やあいまいな点を確認した。

3）分析は質的帰納的研究の経験者にスーパーバイズを受けながら進めた。さらに，分析過程と結果の適切性を母性看護領域の専門家によって確認した。

8．倫理的配慮

本研究は，K大学看護学・保健学研究倫理審査専門委員会の承認を受けた。研究者が対象者に研究の趣旨や方法を口頭および文書によって十分説明し，書面で同意を得た。研究への参加が自由であり，不参加であっても今後の治療や看護に影響を及ぼすものではないこと，個人が特定されないよう得られたデータの管理と処理を行うことを説明した。また，手術中および手術後にインタビューを行うことから，プライバシーを保護する場所を確保し，対象者および患児の身体面や精神面に十分配慮し，看護師としての倫理と誠意をもってインタビューにあたること，インタビューの延期あるいは中止がいつでも可能であることを説明した。

Ⅴ．結　果

1．対象者の概要

対象者の概要を表1に示した。分析対象者数は10名で，年齢は26～38歳（平均31.3歳）であった。対象者の職業は，専業主婦が5名，フルタイムの仕事が5名であった。患児の年齢は，1歳2か月～3歳0か月（平均1歳9か月）で，性別は男6名，女4名であった。口唇口蓋裂の分類は，両側3名，右側2名，左側5名であった。診断時期は，出生前診断が3名，出生後診断が7名であった。夫の年齢は，25～38歳（平均34.2歳）であった。きょうだいがいるものが7名で，そのうち患児より年下のきょうだいは1名であった。

表1　対象者の概要

Case No.	母親	患児		診断時期
	年齢	年齢	性別	（出生前後）
A	20代後半	1歳6か月	女	後
B	20代後半	1歳5か月	女	後
C	20代後半	3歳0か月	女	前
D	30代後半	2歳0か月	女	前
E	20代後半	1歳3か月	男	前
F	30代前半	1歳6か月	男	後
G	20代後半	1歳11か月	男	後
H	30代後半	2歳3か月	男	後
I	20代後半	1歳4か月	男	後
J	30代後半	1歳2か月	男	後
平均	31.3歳	1歳9か月		前3，後7

2．インタビューの概要

1）1回目のインタビューの概要

インタビューは，面談室もしくは病室（個室）で行った。承諾の得られた9名は，ICレコーダーで会話を録音し，承諾が得られなかった1名については，承諾を得て会話をメモに残した。また，1名は，夫がインタビューに同席したが，夫の会話は，本研究の目的に関連する母親の気持ちや状況を表している箇所を分析に用いた。

2）2回目のインタビューの概要

インタビューは，術後4～7日目（平均5.4日目）に行った。事前に，対象者にインタビュー希望の日時を聞いて訪問したが，子どもの機嫌が悪かったり睡眠中であったりする場合があったため，子どもの状態や対象者の意向を尊重し，数回にわたって訪問しながらインタビューの時期を調整した。

3．分析結果

分析結果のカテゴリーを表2に示した。口唇口蓋形成術を受けた口唇口蓋裂児の母親の経験として，65のコードが抽出でき，14のサブカテゴリーに集束し，さらに6つのカテゴリー≪治療過程の軌道に乗る≫，≪生活を継続していくための家族の協力と支援≫，≪母親と子どもとを取り巻く周囲とのかかわり≫，≪病気でも障害でもない口唇口蓋裂≫，≪一つ一つ乗り越えていくための取り組み≫，≪わが子を思う母親としての役割拡大≫となった。まず，外科的治療法を受ける口唇口蓋裂児を持つ母親の経験をストーリーラインとして示す。なお，カテゴリーは≪　≫，サブ

表2　分析結果：口唇口蓋形成術を受けた子どもの母親の経験

カテゴリー（6）	サブカテゴリー（14）	コード（65）
1．治療過程の軌道に乗る	子どもとの最初の出会い	子どもとの最初の出会い
		診断時期
		子どもを妊娠するまでの経過
		出産までの経過
		障害児の生まれる可能性の予測や覚悟
	段階的に進む治療過程の理解	治療が始まるまでの医療者の対応
		段階的に進む手術・治療
		順番に進んでいく口蓋形成術
	努力を要する養育生活	子どもとの養育生活
		子どもとの養育生活の課題
		プレートケアに縛られる生活
		家とは異なる環境での子どもとの入院生活
		周囲に対する気兼ね
	外観へのこだわり	外観へのこだわり
		外観が影響する外出
		口唇形成術後創部に対する評価
	医療者や医療環境に対する望み	医療者への要望
		医療環境への要望
		病院の選択基準
2．生活を継続していくための家族の協力と支援	家族の協力と支援	家族の反応と支援
		祖父母の段階的な反応と支援
		家族への病気の表明
	家族役割を活かした生活の継続	きょうだいに対する親としての役割と責任
		家族に対する役割と責任
		家族の生活都合に合わせた手術
		家族生活の維持
		家族関係の変化
3．母親と子どもとを取り巻く周囲とのかかわり	母親と子どもとを取り巻く周囲とのかかわり	医療者の反応と支援
		同じ病気の子どもをもつ母親との交流・関係・距離の取り方
		周囲の反応と支援
		周囲への病気の表明
		周囲への要望
		社会の対応
		病気や障害を持つ人の気持ちの理解
		病気・障害のとらえ方の変容
4．病気でも障害でもない口唇口蓋裂	疾病への段階的な理解	一般的ではない病気
		段階的に理解できる病気
		障害のある病気
		命の心配がない病気
		手術回数が多い病気
	口唇口蓋裂に対するさまざまなとらえ方	マイナスではない病気
		外見に左右される病気
		口唇口蓋裂を病気と思わない
		他人事だった病気
		大変だとイメージした病気
		納得いかない病気
		手術がプラスになる病気
		子ども自身の問題となる病気
		手術がプラスになる病気
		子ども自身の問題となる病気
5．一つ一つ乗り越えていくための取り組み	一時的な比較と評価	比較して評価する
	継続的な努力	情報・原因を探し求める
		資源の活用
		見かたを変える
		一つずつ乗り越える
		覚悟する
6．わが子を思う母親としての役割拡大	治療過程に伴う心情の移り変わり	専門の医療者の説明に伴う気持ちの変化
		口唇形成術までの際限なく出現する不安と心配ごと
		治療・手術過程を経た気持ちの変化
	母親としての気持ちや役割の拡がり	自責の念
		親としての役割と責任
		手術に対する期待
		子どもの成長の把握
		子どものとらえ方の変容
		育児方針
		親の願い・期待
		母親としての成長

カテゴリーは＜　＞，コードは【　】で表記する。

1）ストーリーライン

口唇口蓋裂の治療過程には，生後3か月頃の口唇形成術や1歳6か月頃の口蓋形成術などの繰り返し行われる外科的治療があり，その後，言語訓練や矯正治療が行われている。このような一定の≪治療過程の軌道に乗る≫ことが，口唇口蓋裂児とその母親が，養育生活を継続していくために何よりも重要であった。

この≪治療過程の軌道に乗る≫ために，母親は，出生前もしくは出生後といういずれかの診断時期を経ながら，＜子どもとの最初の出会い＞を戸惑ったり驚いたりしながら迎えた。この出会いは長期間にわたるものではなかったが，この時期の医療職者による説明は，母親が＜段階的に進む治療過程の理解＞をできるかどうか，あるいは今後の養育生活を見通すことができるかどうかに影響していた。しかし，いずれにしても，母親は，これ以降，哺乳障害に対する授乳やプレートケアを遂行していかなければならず，＜努力を要する養育生活＞を営まなければならなかった。その生活のなかで，母親は＜外観へのこだわり＞を抱くようになり，それは子どもの生活行動を左右する要因の一つになっていた。

≪治療過程の軌道に乗る≫ことは，長期間にわたる療養生活を継続していくことであり，口唇口蓋裂児とその母親が抱える負担は並大抵のものではなかった。家族は，≪生活を継続していくための家族の協力と支援≫を発揮したり，心がけたりすることによって，そのような負担を軽減していた。この＜家族の協力と支援＞が，長期間の療養生活と治療を母親が継続する上においてなによりの支えとなっていた。また，母親には，医療職者や同じ口唇口蓋裂児を持つ母親などとの出会いがあったが，母親はこのような≪母親と子どもとを取り巻く周囲の人々とのかかわり≫を調整したり，子どもの病気や障害を理解したりすることに役立てていた。その一方，母親自身も，口唇口蓋裂の原因が明らかにされていないために，自分を責めたり，＜口唇口蓋裂に対するさまざまなとらえ方＞を模索したりしていた。やがて，母親は，手術による外観の変化や患児の成長を実感するようになり，＜疾病への段階的な理解＞から，子どもの疾病を≪病気でも障害でもない口唇口蓋裂≫という考え方へ向けるようになった。それとともに，さまざまな健康状態にある子どもやその母親たちとの＜一時的な比較と評価＞を積み重ねながら，＜継続的な努力＞を行なっていった。このような母親の行動は，≪一つ一つ乗り越えていくための取り組み≫として蓄積され，養育生活を営むための資源や母親としての自信を形成していくことに繋がっていった。

そして，口唇口蓋裂児をもつ母親の懸念や不安は，＜治療過程に伴う心情の移り変わり＞を経て，徐々に現在から将来に向けた子どもへの願いや期待に転換され，≪わが子を思う母親としての役割拡大≫へと母親としての意識が変化されていった。

2）各カテゴリーの説明

カテゴリーがデータに基づいた結果であることを示すために，代表的な対象者の言葉を記載した。なお，対象者の言葉は「　」，対象者をCase No.［　］で表記する。また，前後の文脈で理解しにくい箇所は（　）中に言葉を補って提示し，個人が特定できる箇所は，意味を損なわない程度に変更した。

(1) ≪治療過程の軌道に乗る≫

このカテゴリーは，口唇口蓋裂児を持つ母親が今後の治療過程を長期間にわたり辿らなければならないことであり，同時に，一定の治療過程を辿ることが，母親の過剰な困惑や混乱を回避できるとともに，将来への予測や病気の理解に繋がることを意味する。これは，＜子どもとの最初の出会い＞，＜段階的に進む治療過程の理解＞，＜努力を要する養育生活＞，＜外観へのこだわり＞，＜医療者や医療環境に対する望み＞のサブカテゴリーから集束された。

①＜子どもとの最初の出会い＞

これは，母親が複雑な感情を交えながら初めて子どもと出会うことであり，母親は，次のように涙ぐみながら語った。

「生まれてきて出てきたのを私が見て，えっと思ったのが最初で，え，何でこの子こんなに唇が割れちょんのやろうと思って，それが最初で，…。」（出生後診断）［F1-1］【子どもとの最初の出会い】

この出会いには出生前もしくは出生後診断の違いがあったが，どちらであろうとも母親は困惑や戸惑いを示していた。つまり，出生前診断を受けた母親の場合は，口唇裂という診断がなされるものの，どのような状態で生まれてくるのか見通しをたてることができないことを次のように語った。

「この子は，6か月の時にエコーでわかって，で，口唇裂は間違いないけど，出てくるまでわからないよって言われて…。」（出生前診断）［E1-1］【診断時期】

また，出生後診断を受けた母親も，突然の診断告知をすぐに理解できず，自分の感情を表現したり反応したりできなかったことを次のように語った。

「生まれてきたらその唇，その時に分娩室で3時間くらい待ちまして，よくわからないまんまで，で，その待ったあとに，結構みなさんおられて，（先生たちが）来て，この子はこんな感じですと言われて，ちょっとぽかーんとした感じですね。」（出生後診断）［I1-1］【診断時期】

②＜段階的に進む治療過程の理解＞

これは，口唇形成術が終了すれば次に口蓋形成術というように，段階を追って経過する治療の道筋を理解することであり，母親はこの治療過程によって，今後のことを予測することができた。

H氏は，出生後，医療者の口唇口蓋裂に関する認識不足によって，専門の医療機関への受診が遅れた母親であった。H氏は口唇口蓋裂の専門医療機関を受診することによって，治療過程が理解でき今後のことを予測できるようになったことから，その安心感を次のように語った。

「その（治療の）システムに乗っかってしまえば，もういつどんなことをしてというので見通しが立っているので，不安はないんですね。」［H1-91］【段階的に進む手術・治療】

そして，母親は，口唇形成術を経て治癒していく子どもの変わるさまを目のあたりにして，治療が段階的に進んでいくことを実感していた。

「治ってまた今度，次，もう次の段階も，ここがこんなに良くなって，ここをこうするとまた今度はここが良くなって，最後は，ホッツが取れて，まあその後は，手術はありますけど，また，次は，歯が良くなってとか，最後は，全部きれいになる，なれる限りはなるんだという気持ちがあるから…。」［J1-33］【段階的に進む手術・治療】

さらに，治療が円滑かつ段階的に開始されるには，口腔外科医をはじめとする専門の医療者による説明が必要であった。専門の医療者をすぐに紹介されたF氏の場合は，医療者の言葉から治療への見通しができたことを次のように語った。

「先生がすぐ医大を紹介するから，みんなそこに行くから，ま，（先生が）医大に行けば大丈夫よとかって言うから，あ，（治るんなら）じゃあいいですって言って…。」［F1-3］【治療が始まるまでの医療者の対応】

一方，説明が十分でなかった場合，母親は先の見通しをつけることができず，そのことをD氏は次のように語った。

「（出生前診断後，産婦人科の）‥先生は特別なんか言うわけではなかったので，一応小児科の先生に聞いたほうがわかりやすいというので，（次に小児科の先生から）生まれてからどういうふうにするかというのは聞いていたんですけど，（その説明は）長い経過ではなくて，飲めなければ，管を入れたり点滴したりという…」［D2-38］【治療が始まるまでの医療者の対応】

そして，円滑な治療過程に進むことができず専門病院への受診が遅れた前述のH氏は，そのような医療体制に対する苛立ちを示していた。

「うちは遅いって言われたんですよ，最初に（専門病院に）来るのが遅いって，普通は出産何時間，１，２日とかでもう最初にすぐ来て，型をとってプレートを作ってというのをするのに，うちは２週間経ってたんですよ‥」［H1-87］【治療が始まるまでの医療者の対応】

③＜努力を要する養育生活＞

これは，子どもの障害を抱えながら，治療に参加したり家庭や病院などで過ごす生活に力をいれていくことを意味する。母親は，哺乳障害によって一日中授乳を行なったり，ブレストケアに取り組んだりしていた。

「…少しでも母乳をと思って一生懸命搾って頑張ってたんですけど，なかなか（母乳が）出なくなっちゃって‥できるだけ母乳を与えてあげようと思って頑張りました。なかなか，（乳首から）直接飲めるようにと思ったんですけど，やっぱり無理でですね，哺乳瓶もなかなか飲めなかったんですけど，ま，なんとか飲んでましたから。」［H1-20］【子どもとの養育生活の課題】

出生から口蓋形成術が終了するまで，子どもは顎の正常な成長と確実な哺乳のために専用のプレートを口蓋裂に装着しなければならなかった。しかし，このプレートは外れやすく子どもにとって違和感があり，母親がみていない場所で子どもが自分で外したりする場合があった。母親は，子どもの成長にかけがえのないプレートを紛失しないように管理する大変さを次のように語った。

「（プレートが）なくなる，すぐぺっと外す，大きくなるとぺっと外すから，何回も失くして何回も探しに行って，その度に見つかっていたんですけど，お店のなかも何時間も探したりしたので，それが大変でした。そのケアがきつかった。うまい具合にぱかぱかになるから。」［B1-74］【プレートケアに縛られる生活】

そのような生活のなかで，母親なりに子どもの哺乳障害の程度に合った授乳方法を工夫している場合があった。

「その子任せで，この子のペースで飲ませていましたね。飲みたければ飲めばいいしってやってました。ちょこちょこあげたりとか，量が少なかったら，量がいっぱい入っていたら，間空かしたりとか，合わせていましたね。」［B1-17］【子どもとの養育生活】

④＜外観へのこだわり＞

これは，健常児とは異なる子どもの顔面の形態異常と術後の変化が，外出などの生活行動に関係していくことを意味し，特に子どもの外出が課題となっていた。

「やっぱり人目が気になって外につれていけなかったから。」［A1-18］【外観が影響する外出】

しかし，口唇形成術後における子どもの外観は，母親の安心感や行動の変化をもたらしていた。

「口が閉じただけで十分ですね。傷口もすごいきれいで，先生も唇もすごくうまくいってて，きれいなほうだとおっ

しゃってて，見えるとこはすごいきれいなので安心していますね。」[J2-27]【口唇形成術後創部に対する評価】

「見た目がきれいになってからは，外に散歩とかに行くようになったかな。」[D1-24]【外観が影響する外出】

⑤＜医療者や医療環境に対する望み＞

これは，治療過程で生じる，母親の医療者や医療環境に対する要望や願望であり，多くの医療者が関わる口唇口蓋裂であるからこそ，それを理解してほしいということばがあった。

「どこでどう生まれても，同じような処置を早急に受けられるようにしてもらいたいですね。…だからそういうふうに，先生がたにそういうふうな（同じような対応を）全ての先生がたに認識をしていただきたいです。」[H1-88]【医療者への要望】

(2) ≪生活を継続していくための家族の協力と支援≫

このカテゴリーは，家族成員が力をあわせ母親と患児を支えながら，今の家族の生活状況を変えることなく継続させていくことであり，＜家族の協力と支援＞，＜家族役割を活かした生活の継続＞のサブカテゴリーから集束された。

①＜家族の協力と支援＞

これは，夫やきょうだいなどの家族成員が母親と子どもを温かく受け入れたり，力をあわせたりしていくことであり，口唇口蓋裂児に対する夫やきょうだいの反応は，母親の精神的な支えとなっていた。

「生まれた子どもを見て色々言わずにね，（きょうだいは）かわいーと言ってくれたのがとってもうれしくてね，それが心の支えになりましたね。」[H1-4]【家族の反応と支援】

「主人が『治るけん，大丈夫，大丈夫』っていうから私は安心できたっていうか…。」[A2-8]【家族の反応と支援】

②＜家族役割を活かした生活の継続＞

これは，母親が治療や養育に専念しなければならないなかで，家族成員それぞれが自分の役割を果たしながら，今までの生活を変えることなく継続させていくことを意味する。夫やきょうだいはそれぞれの立場を発揮しながら，家族生活を継続しようとしていた。

「去年の時は，上の子も保育園だったので，（入院中）一緒にばあちゃんちに何日かはいたりしたんで，今回のほうが，パパが全部（家のことを）頑張るみたいで，…。」[E1-13]【家族関係の変化】

「ありがちなお母さんと離れるとちょっとさ寂しがってたりとか，やっぱり違うふうな様子を見せる子が多い中で，変わらずに過ごしてくれたお姉ちゃんすごいんですけど。」[H1-37]【きょうだいに対する親としての役割と責任】

また，治療を継続させていくために，母親とその家族は自分たちの生活を優先している場合があった。

「この時期しかまとめて私も休めないし，私が休むと上の子を預かってくれるとこがないので，主人が保育園の送り迎えとかをしなくちゃいけなくてですね，主人の夏休みと重ねて，今回もほんとは４月くらいに（手術を）しましょうといわれていたんですけど，すいません休めませんちうことで，親の都合，親の都合でこの時期になったんです」[H1-34]【家族の生活都合に合わせた手術】

(3) ≪母親と子どもとを取り巻く周囲とのかかわり≫

このカテゴリーは，医療者や同じ疾患の子どもを持つ母親や同病者，友人あるいは直接関係のない人々から支援を受けるなかで，母親が，周囲とのかかわり方や距離を調整しながら付き合っていくことであり，また，病気や障害を持つ人々への理解を深めたり，捉え方を変えたりしていくことでもある。サブカテゴリーの＜母親と子どもとを取り巻く周囲とのかかわり＞をカテゴリーとした。

同じ疾患の子どもを持つ母親や同病者との交流は，情報交換を行ったり，疾患特有の障害や治療について相談できたりする場になるとともに，治癒過程の見通しを得ることに役立っていた。

「ここ結構外来で，話しかけてくれますよね。同じ症状があるお母さんとかが，どんぐらい？って声をかけてくれて。じゃあその手術は終わったんやー次はこれがあるけんねーって，教えてくれるので，…気が楽ですよね，やっぱ先が見えるとね，じゃあ次こうするんやこうするや，そしたらこうなるんやーというのがわかると。」[E2-87]【同じ病気の子どもをもつ母親との交流・関係・距離の取り方】

しかし，時には周囲の人々の言動から母親が不快感を感じることもあった。

「だからあの知り合いとかでも子どもを見たときに，かわいそうに治るん？といわれるのが一番腹立たしかったんですよ‥手術して，鼻から管通っている姿を見て，かわいそう，哀れやみたいに思われるのが，一番はがいかったんですよね。頑張ったなとか，あんた言い方あるやろうみたいな。」[G2-41]【周囲の反応と支援】

(4) ≪病気でも障害でもない口唇口蓋裂≫

このカテゴリーは，口唇口蓋裂という病名を母親が模索しながら納得できる考え方へと変容していくことであり，＜疾病への段階的な理解＞，＜口唇口蓋裂に対するさまざまなとらえ方＞のサブカテゴリーから集束された。

①＜疾病への段階的な理解＞

これは，母親が未知の病名であった口唇口蓋裂に対する理解を徐々に変えていったことを意味する。口唇口蓋裂は，当初，母親にとって世間に知られていない病名として

認識されており，C氏は次のように語った。

「(口唇口蓋裂を) 知らない。周りに誰もいなかったから，友達にもいなかったし，親戚とかにもいないし，全然知らなかった。」[C1-8]【一般的ではない病気】

しかし，母親は，治療過程をたどるなかで，口唇口蓋裂を成長・発達に支障をきたさない病気として語るようになった。

「まあ命の心配をしなくていいこととか…やっぱり口以外は普通の，現時点で，普通に成長できているんだなと思って…。」[J1-58]【命の心配がない病気】

②＜口唇口蓋裂に対するさまざまなとらえ方＞

これは，口唇口蓋裂という疾患名に対して，母親自らが様々な解釈や意味づけをしながら納得できる考え方に変容させていくことであり，母親は口唇口蓋裂について，「病気」「障害」など様々な呼び方をし，時には，「これって病気なんですか？」と尋ねる場合もあった。

「私は口唇口蓋裂を病気って思わないんですよ，だって一生治らないわけじゃないと思うし，話し方だってリハビリとかしたら治るって聞いたから，私は別に病気って思わないんですよね。」[G2-20]【口唇口蓋裂を病気と思わない】

(5) ≪一つ一つ乗り越えていくための取り組み≫

このカテゴリーは，母親が治療過程で遭遇するさまざまな課題や問題を解決したり解消したりしていく認識や行動であり，＜一時的な比較と評価＞，＜継続的な努力＞のサブカテゴリーから集束された。

①＜一時的な比較と評価＞

これは，母親が，他の子どもやその母親を一時的に比べそれに対する結果を示すことであり，比較の対象は，健常児や重症児あるいは同じ口唇口蓋裂などという様々な健康状態にある子どもとその母親であった。母親は，他の子どもの重症度を比較することによって自分の子どもが軽症であると捉えなおすようになっていた。

「逆に言っちゃ悪いなと思うんですけど，ここの病院に来たら，うちの子よりひどい子じゃないですけど，全然，食事が管からする子とかも普通にいるから，全然うちの子はましなんだなーとか思えるように，思って帰っていました。」[B1-26]【比較して評価する】

②＜継続的な努力＞

これは，治療過程に出現する課題や問題を解決あるいは解消していく母親の個別的な取り組みであり，母親は，一つずつ乗り越えたり，見かたを変えたりしていた。

「今あることを一つずつ，終わっていくという感じなんで，とりあえず，今までのところまでが目標だったんで，これからまた，考えようかな。」[D1-71]【一つずつ乗り越える】

「いろいろ口唇口蓋裂児が生まれてくる原因というのがまだはっきりしてないじゃないですか，あれが悪かったのかなこれが悪かったのかなと考え出したらきりがないので，ま，過去を振り返るよりも前を見てというふうに…結構すぱっと切り替えることができていますね。」[H1-58]【見かたを変える】

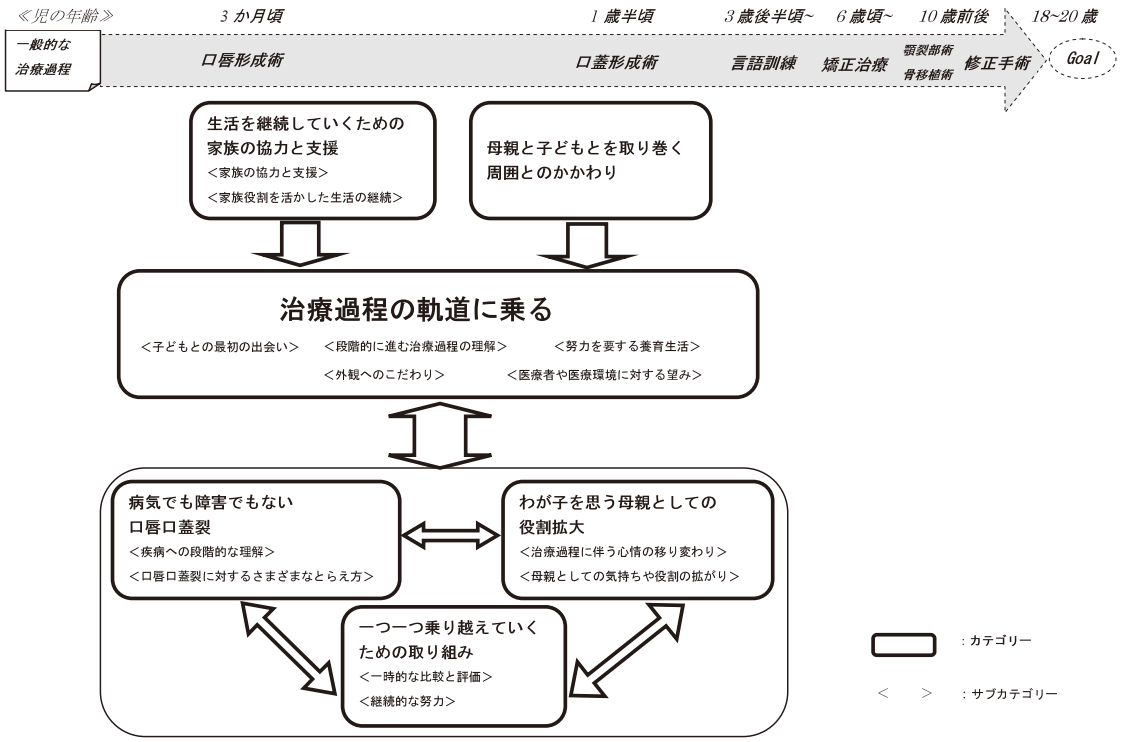


図1　口唇口蓋形成術を受けた子どもの母親の経験を示すカテゴリー間の関係

(6)≪わが子を思う母親としての役割拡大≫

このカテゴリーは，母親が患児との関わりを通して，徐々に患児を思いやったり，母親としての言動を自覚したりしながら，その役割が広げられていくことであり，＜治療過程に伴う心情の移り変わり＞，＜母親としての気持ちや役割の拡がり＞のサブカテゴリーから集束された。

①＜治療過程に伴う心情の移り変わり＞

これは，治療が進むなかで，母親の複雑な心情が患児への責任や育児に対する熱意へと変化していくことを意味する。治療と育児という生活のなかで，母親はこれまで以上の熱心さで患児と関わっていた。

「上の子２人は寝かしたまま哺乳瓶で飲まして，自分はこう寝てたんですけどこの子のときは何か不思議と起きて抱っこして，夜中でもですね，抱っこしてミルク飲ませてとかしてたんですよ。」[G1-48]【治療・手術過程を経た気持ちの変化】

②＜母親としての気持ちや役割の拡がり＞

これは，母親としての自分を意識化していくなかで，母親が患児への対応を変化させていくことを意味する。口蓋形成術の終了時に，母親は，育児に没頭していた気持ちを患児の自立に対する期待や願いへと変容していった。

「この子には，自分自身の障害をちゃんと認識して理解して育っていって欲しいと思っています。…ちゃんと自分の病気を受け入れて，まわりから何を言われてもしっかり自分のために治療していってもらいたいし，ハンデにして欲しくないですね。」[H1-73]【親の願い・期待】

３）上記のカテゴリーの関係を図１に示した。これは，母親が≪治療過程の軌道に乗る≫ために，≪生活を継続していくための家族の協力と支援≫や≪母親と子どもとを取り巻く周囲とのかかわり≫を受け，それとともに，≪病気でも障害でもない口唇口蓋裂≫や≪一つ一つ乗り越えていくための取り組み≫あるいは≪わが子を思う母親としての役割拡大≫といった変化が母親の経験にあることを示す。

Ⅵ．考　　察

これまでの口唇口蓋裂児を持つ母親の研究では，特定の時期ごとの母親の不安や悩みを探り，それらが，子どもの成長とともに変化していることが明らかにされていた。本研究における母親の不安や心配も，≪治療過程の軌道に乗る≫なかで変化していたが，母親は，≪一つ一つ乗り越えていくための取り組み≫を行ったり，子どもの口唇口蓋裂を，≪病気でも障害でもない口唇口蓋裂≫と捉えたりしながら，≪わが子を思う母親としての役割拡大≫を展開していた。以上の結果から，口唇口蓋裂児をもつ母親の経験の変化と特徴について考察する。

１．母親が≪治療過程の軌道に乗る≫ことと母親の経験の変化

一般に，疾病にはそれぞれ特有の治療過程があり，現在の医療では，その治療過程を進めていくことは当然のこととされている。口唇口蓋裂も，成人に至るまでの長期にわたる一定の治療過程がある。今回見出されたカテゴリー≪治療過程の軌道に乗る≫は，口唇口蓋裂の治癒には，一定の治療過程が母親にとって重要であることが確認されたものといえる。

このような≪治療過程の軌道に乗る≫初期の段階において，出生前診断の課題があった。これは，妊娠中，産婦人科医がエコー写真で発見し，母親へ病名を告げることを選択した場合に行われ，1990年後半以降の３次元超音波診断装置の普及に伴い，今後，増加していくことが予想されている[22]。そのため，口唇口蓋裂児の母親に関する研究では，出生前診断に関する母親への告知の方法や，告知後のサポート体制について検討されている[23)~25)]。しかし，出生前診断は，円滑な治療の開始[26]が示唆される一方で，妊娠中の母親へ与える心理的な影響[27]が考えられることから，母親にとって出生前診断が適切かどうかは，いまだ検討の段階である[28]。

本研究の母親が経験した診断告知の時期は，出生前診断が３名，出生後診断７名であり，このような診断告知の時期に対する母親の発言は一様ではなかった。診断告知は多彩な反応を母親にもたらすものであるが，診断告知を行なうのか，あるいは専門の医療者がその後の治療過程についても説明をするのかが，母親の発言に影響することが考えられた。このため，診断告知時期の是非を問うことよりも，母親が一定の治療過程を安心して辿っていくには，今後の治療や療育生活を見通すことができる充実した説明が重要と考える。

子どもに異常があった場合，母親は，母親としての役割に失敗したと感じ，自尊心に痛手を受けたり，罪責感を表現したり[29]，あるいは自分の非力を痛感し，疎外感，怒り，絶望などを味わう[30]といわれている。その一方で，母親は，長く苦難に満ちた子育ての過程で，同じ障害児をもつ親たちや療育の専門家などとの交流と支援を得ながら，親自身が徐々に成長し[31]，母親の役割取得にも発展している[32]ことが述べられている。口唇口蓋裂児を持つ母親の経験においても，母親は，子どもとの出会いのなかで複雑な心情を抱いていたが，治療過程のなかで，母親である責任や育児への熱意を自覚し，それらは母親としての役割拡大に関わるものともいえる。このため，口唇口蓋裂児を持つ母親が辿る治療過程は，患児が口唇口蓋裂から回復していく過程であるとともに，母親として成長していく過程としても位置づけられると考える。

2．一つ一つ乗り越えていく母親の取り組み

病気や障害などの子どもを持つ母親は，取り巻く環境や出来事に対して様々な対処を行っていることが報告されている[33)~35)]。それらは，病気や障害に関する情報の探求，割り切って状況に適応する，その日その日のことに取り組む，覚悟する，気持ちを奮い立たせるなどの対処であった。また，病気や障害の子どもを持つ母親は，健常な子どもと比較して「どうしてうちの子だけが」と自分を責めたり，認めたくないといった感情を抱いたり[36)]していた。さらに，自分の子どもよりも経過の長い子どもや，重症な子どもを持つ母親と比較し，「うちの子は助かる見込みがあるからまだいい」[37)]といった対処についても報告され，本研究に示された＜一時的な比較と評価＞も，母親が取る対処の一つといえる。

このような「比べる」という母親の行為は，二つ以上のものについてその差異や優劣をみる[38)]ことであり，そこから何を見出すかは比較する当事者に委ねられる。比べた結果，時には否定的な理解に繋がることも予測されるが，「比べる」という対処には，好ましい常態への実現に向けた当事者の期待もある。また，口唇口蓋裂の場合，手術や訓練による改善が予測されるため，「比べる」という対処が必ずしも現実の状況を歪めることにはならず，母親にとって思わしくない状況であっても何らかの良い面を見つけ出していく可能性があるといえる。このため，口唇口蓋裂児の母親の「比べる」という対処は，母親が，患児の病気を受け止めながら，現実に起きてくるさまざまな出来事を母親が正当化していくための手段の一つになると考える。

また，口唇口蓋裂は，出生から成人に至るまで，成長に応じた治療と訓練を行わなければならず，また，疾患がもたらす容貌や言語といった形態的，機能的障害だけではなく，それに伴った社会適応や遺伝の問題，子どもへの告知の問題などがある[39)]。これらは，治療の経過と子どもの成長に応じて生じてくるものであり，母親が複雑で多彩な課題を現在あるいは将来に抱えることを意味する。しかし，母親が抱える課題は成功や失敗があったとしても，子どもの成長や手術による治癒によって，徐々に解消される可能性を含んでおり，一つの課題が長期間にわたって継続するということでもない。子どもの成長していく変化あるいは手術による外観の変化は，母親が試行錯誤しながら取り組む課題の一つ一つを終結させる機会にもなると考える。さらに，一つの課題が終結していくことは，何らかの目標を成し遂げることが出来たという感覚をもたらすことができる。このような達成感に近い感覚が母親の努力を支えることになり，一つ一つに取り組むという対応を助長したのではないかと考える。

3．口唇口蓋裂という病名の捉え方を母親が変える意義

医療者は現実の目の前にある病状を診断名によって特定化するが，口唇口蓋裂という病状は，手術などの治療を経て治癒できるという特徴を持つ。診断名は，母親と患児の今後の生活を継続して支配する意味を持つものではなく，一時的な意味に留まる可能性があり，母親は患児の成長とともに治癒過程を実感することになる。≪病気でも障害でもない口唇口蓋裂≫という母親の認識は，そのような実感を基盤とした診断名に対する違和感や疑問ともいえる。また，口唇口蓋裂が原因不明であることや顔面の形態異常という特徴は，この病名に不名誉や汚点としての意味を付与することでもある。母親がこれらを払拭していくには，医療者側による審美障害や言語障害を有する口唇口蓋裂ではなく，わが子の病気を母親の立場から解釈したり説明したりできる認識の枠組みが必要であり，≪病気でも障害でもない口唇口蓋裂≫はそのような母親の主体性から見出されたものと考える。

また，母親の育児態度[40)]や，障害に対する偏見，患児に対する罪責感が，子どもの低い自己概念や劣等感に影響を与える[41)]といわれており，母親が子どもに対して自責の念を抱いたり，病気や障害を持つ子どもという一面的な見方をしたり，過保護に扱ったり[42)]することも，子どもの人格形成に影響するといわれている。住田らは，子どもへの見かた考え方を子ども観として取り上げ，それが社会・文化的影響を受けたり，子どもに関わる態度や行動に表出されたりしていることを報告している[43)]。≪病気でも障害でもない口唇口蓋裂≫は，母親が子どもの病気をどのように考えるかという観点でもあり，これが子どもに対する見かた考え方へと転換され，子どもに関わる態度や行動に反映される可能性があるといえる。このため，≪病気でも障害でもない口唇口蓋裂≫として母親が模索することは，口唇口蓋裂の原因探求を目指すものではなく，むしろ，将来に繋がる子どもへの見かた考え方を見出そうとしていると考えられた。

Ⅶ．結　　論

口唇口蓋裂児を持つ母親に対するこれまでの研究では，母親の不安や苦悩などとその変化に焦点を当てられる傾向にあった。しかし，本研究では，口唇口蓋裂児を持つ母親の語りから，≪治療過程の軌道に乗る≫，≪生活を継続していくための家族の協力と支援≫，≪母親と子どもとを取り巻く周囲とのかかわり≫，≪病気でも障害でもない口唇口蓋裂≫，≪一つ一つ乗り越えていくための取り組み≫，≪わが子を思う母親としての役割拡大≫という６つのカテゴリーが見出され，母親の経験の特徴とその変化が明らかになった。

≪治療過程の軌道に乗る≫ことは，口唇口蓋裂児を持つ母親にとって長期間にわたる治療を継続していく上において重要であり，この過程は母親として成長していく過程でもあることが示唆された。また，母親は，≪一つ一つ乗り越えていくための取り組み≫を行っていたが，このような取り組みは，母親の達成感に繋がるとともに，≪病気でも障害でもない口唇口蓋裂≫という母親の認識は，子どもに関わる態度や行動に影響することを考察した。

Ⅷ．看護実践への示唆

口唇口蓋裂児の母親の経験には，一定の治療過程を辿るなかで，母親として成長があることを認識し，看護実践には以下の三点が示唆された。

1）円滑な治療過程の軌道に乗ることができるように，医療者一人一人が口唇口蓋裂への治療過程を理解し，さまざまな医療職者との連携を図る。

2）母親の主体的な取り組みを否定することなく，母親なりの理由や説明があることを理解する。

3）治療過程が母親としての役割拡大にも繋がることを踏まえ，母親が変化していく過程に注目する。

Ⅸ．本研究の限界と今後の課題

本研究における口唇口蓋裂児の母親は，インタビューへの協力を得られた母親であり，口唇口蓋裂児の母親全体の経験が示されたものではない。協力を得られなかった母親は一層辛い心情を抱えていることや母親の家族関係などについても地域性によって異なっていることが推測される。このため，多様な母親の経験の諸相を明らかにしていくことが今後の課題である。

Ⅹ．謝　　辞

本研究は，辛い立場にありながらさまざまなお話をしてくださったお母様方お一人お一人に，また，各大学病院にてご協力いただいた病院関係者の皆様方にこころからお礼申し上げます。

付記　本論文は，平成20年度九州大学大学院医学系学府修士論文に加筆修正を行なったものである。

要　　旨

本研究は，手術を受ける口唇口蓋裂児を持つ母親を対象として，口唇口蓋形成術を通した母親の経験を明らかにすることを目的とした。口唇口蓋形成術を受けた口唇口蓋裂児の母親10名を対象として，半構成的インタビューによってデータ収集を行い，グラウンデッド・セオリーを参考に，継続的比較分析法を用いて分析した。その結果，母親の経験は，６つのカテゴリー≪治療過程の軌道に乗る≫，≪生活を継続していくための家族の協力と支援≫，≪母親と子どもとを取り巻く周囲とのかかわり≫，≪病気でも障害でもない口唇口蓋裂≫，≪一つ一つ乗り越えていくための取り組み≫，≪わが子を思う母親としての役割拡大≫があることが明らかになった。口唇口蓋形成術を通した母親の経験にはさまざまな努力や行動があり，このような母親の立場を理解し，母親としての成長に繋がる看護の必要性が示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to elucidate the experience of mothers whose children undergo labioplasty and palatoplasty. A constant comparison method with reference to Grounded Theory was used for analyzing semi-structured interviews with ten mothers. Each mother's experience was categorized into six types: "entering the treatment process", "obtaining family support to take care of their child", "having the social support with relatives and neighbors", "interpreting that cleft lip and palate is not disease", "responding to difficulties step by step", "expanding their role as mother through caring and nurturing for the child". These categories showed that there were mother's efforts and changes as mother's role in their experience. These results suggested the need to understand many of approaches in the mother's experience and to facilitate mother's roles in the treatment process.

文　献

1）中島龍夫，岡達，岩田重信：口唇口蓋裂の早期総合治療，2-19，医歯薬出版株式会社，東京，1994.
2）高橋庄二郎：口唇裂・口蓋裂の基礎と臨床，1-2，57，127，日本歯科評論社，東京，1996.
3）夏目長門，外山佳孝，他：愛知・岐阜・三重県で2002年に出生した48,491人中の口唇口蓋裂の発生頻度に関する研究，障害歯科学会誌，26，210-215，2005.
4）前掲１）
5）佐藤公美子，井上慶子，他：口唇口蓋裂児をもつ母親の心理的反応に関する研究，山梨大学看護学会誌，3(1)，33-40，2004.
6）舟島なをみ：主な健康障害と看護ケア－先天性の障害　小児看護学（標準看護学講座29），356-361，金原出版，東京，1994.
7）中新美保子，篠原ひとみ，他：口唇口蓋裂児の母親に対する出生前告知の実態と支援の検討，川崎医療福祉学会誌，15(1)，103-116，2005.
8）Johansson, B., Kerin, C.R.: Parents' experiences of having a child with cleft lip and palate: Journal of Advanced Nursing, 47(2), 165-173, 2004.
9）夏目長門，鈴木俊夫，他：口唇，口蓋裂児を持つ家族，とくに母親の心理　Ⅱ．手術施行による心理変化，日本口蓋裂学会雑誌，111(1)，94-104，1986.
10）Kramer, F. J., Baethge, C.: An analysis of quality of life in 130 families having small children with cleft lip/palate using the impact on family scale, Int. J. Oral Maxillofac. Surg, 36, 1146-1152, 2007.
11）長佳代：生体腎移植を受けた子どもの母親の体験，日本小児看護学会誌，10(2)，1-8，2001.
12）宮本千史，廣瀬幸美：先天性心疾患手術を受ける乳幼児を持つ母親の思い－術前に自宅療養経験のある母親の場合－，日本小児看護学会誌，15(1)，9-16，2006.
13）中新美保子：口唇口蓋裂児の家族が社会から受けた言葉や態度の抽出と医療者の課題　国内文献からの検討，川崎医療福祉学会誌，16(1)，173-178，2006.
14）H.ブルーマー/後藤将之（訳）：シンボリック相互作用論パースペクティヴと方法，1-26，頸草書房，東京，1991.
15）船津衛，宝月誠：シンボリック相互作用論の世界，3-12，37-98，135-143，恒星社厚生閣，東京，1995.
16）B. G. グレーザー，A. L. ストラウス/後藤隆，他（訳）：データ対話型理論の発見，29-167，新曜社，東京初版，1996.
17）戈木クレイグヒル滋子：グラウンデッド・セオリー・アプローチ　理論を生みだすまで，8-11，73-75，新曜社，東京，2006.
18）木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践，140-206，弘文堂，東京，2003.
19）萱間真美：質的研究実践ノート　研究プロセスを進めるclueとポイント，31-33，医学書院，東京，2007.
20）前掲16）
21）I. ホロウェイ，他/野口美和子（監訳）：ナースのための質的研究入門　研究方法から論文作成まで，246-259，医学書院，東京，2006.
22）中新美保子，篠原ひとみ，他：口唇裂・口蓋裂の出生前告知を受ける母親に対する告知時支援モデルの提案，川崎医療福祉学会誌，15(2)，393-401，2006.
23）武田康男：口唇口蓋裂の出生前診断と出生前カウンセリング，小児歯科学雑誌，39(5)，966-973，2001.
24）中新美保子，篠原ひとみ，他：口唇口蓋裂児の母親に対する出生前告知の実態と支援の検討，川崎医療福祉学会誌, 15(1), 103-116，2005.
25）Martin, V.: Prenatal cleft lip and palate parent programme -- phase I, British Journal of Midwifery, 13(2), 90-5, 2005.
26）提箸延幸：口唇口蓋裂の胎児診断　意義と問題点，群馬医学，64，1-5，1996.
27）前掲10）
28）前掲７）
29）岡本祐子：新　女性のためのライフサイクル心理学，155-156，福村出版株式会社，東京，2002.
30）柏木惠子：家族心理学　社会変動・発達・ジェンダーの視点，197-198，東京大学出版会，東京，2003.
31）前掲30）
32）前掲29）
33）マーシャルH. クラウス，他/竹内徹（訳）：親と子のきずなはどうつくられるか，209-226，医学書院，東京，2001.
34）戈木クレイグヒル滋子：闘いの軌跡　小児がんによる子どもの喪失と母親の成長，38-52，川島書店，東京，1999.
35）堀妙子：NICUに入院している低出生体重児の母親のストレスとその対処について，日本新生児看護学会誌，7(1)，33-41，2000.
36）野辺明子，横尾京子，他：障害をもつ子が育つということ，117-118，中央法規出版，東京，2008.
37）前掲34)70-73.
38）新村出：広辞苑，826，岩波書店，東京，2008.
39）足立智昭：母親の育児態度情報による口唇口蓋裂児の自律性の予測，小児保健研究，59(6)，703-709，2000.
40）前掲39）
41）佐戸敦子，石井正俊，他：口唇口蓋裂患者の病名告知に関する研究，日本口蓋裂学会雑誌，26，97-113，2001.
42）Coy, K., Speltz M., et al.: Facial appearance and attachment in infants with orofacial cleft: a replication, Cleft Palate-Craniofacial Journal, 39(1), 66-72, 2002.
43）住田正樹，研究代表者：現代日本の「子ども観」に関する実証的研究，平成13年～平成15年度科学研究費補助金基盤研究（C）（2），研究成果報告書，1-6，2004.

［平成21年４月23日受　　付
平成22年１月29日採用決定］

－研究報告－

HIV陽性者の在宅療養支援に関する実態調査

－全国のエイズ拠点病院における平成19年～20年の状況－

Support for People Living with HIV/AIDS through Home Care Services Provided by AIDS Core Hospitals in Japan

加瀬田　暢　子[1)]　　島　田　　恵[2)]　　前　田　ひとみ[3)]
Nobuko Kaseda　　Megumi Shimada　　Hitomi Maeda

キーワード：在宅療養支援，HIV陽性者，全国調査，エイズ拠点病院
Key Words：Home care services, People living with HIV/AIDS, Cross-sectional study, AIDS core hospitals

Ⅰ．緒　　言

世界のHIV（ヒト免疫不全ウイルス）抗体陽性者（以下，HIV陽性者と略す）の人口は推定3,300万人（2007年）といわれ，新規感染者の増加と抗HIV治療の効果によりHIV陽性者数は増加している[1)]。我が国においても新規感染者数は毎年過去最高数を記録し[2)]，2008年におけるHIV感染者とAIDS（後天性免疫不全症候群）患者の累積数は15,000人あまりとなっている。HIV/AIDSはかつて「死の病」として怖れられてはいたが，HIV医療は飛躍的進歩を遂げ，1997年に導入されたHAART（Highly Active Antiretroviral Therapy：多剤併用療法）により，患者の予後や療養スタイルは大きく変化した。すなわち，HIVに感染していても適切で継続的な検査や治療を行うことで，社会生活を営みながら療養生活を維持できるようになったのである。近年では，１日１回服用という抗HIV薬も使用されるようになり，HIV陽性者のQOL（Quality of Life）のさらなる向上が期待できるようになった。

一方で，AIDS発症後もHAARTで治療は可能ではあるものの，進行性多巣性白質脳症（Progressive Multifocal Leukoencephalopathy：PML）やトキソプラズマ脳症など，脳神経系に後遺症を残すケースもある。抗HIV薬の長期服用による副作用として，脂質代謝異常，リポジストロフィー，糖尿病なども指摘されている[3)]。長期的展望からは，予後が延長したことで加齢現象やHIV関連以外の疾患に伴う様々な障害が生じることも予測される。これらのことは，HIV陽性者のQOLを高める上で在宅療養支援の必要性が今後ますます増大することを示唆している。

海外のHIV陽性者の在宅療養支援に関する先行研究はいくつか見られる[4～7)]。1996年に英国の保健師に対して行われた調査はHAART開発前のものであるが，最も日常的に行われているケアが「アドバイス／カウンセリング」「介護者のサポート」であり，「技術的処置」「検査」は少なかったことを報告している[8)]。その後Robinson, et alは，米国の在宅緩和ケアを受けるHIV陽性者とその看護師に対する調査を行い，医療的ケアが中心であり，心理的介入がほとんどなかったことを報告している[9)]。これらの先行研究からは，国によって事情は異なるもののHIV陽性者の在宅療養支援が実践されつつあることがわかる。日本でのHIV陽性者の在宅療養支援に関する研究では，石原[10)]の論文が最初と思われるが，以後は厚生労働省科学研究費補助金の研究班による一連の報告[11～18)]，学会での事例報告[19－31)]のみである。これは在宅療養支援ニーズを持つケースがさほど多くなく，社会的ニーズとしてこれまで浮かび上がってこなかったことが背景にあると考えられる。

HIV陽性者が地域で医療や介護をうけながら療養生活を送っていくには多くの人との関わりが必要となる。HIV/AIDSの医療は進歩していても，疾患に対する偏見が大きく変化したとは言い難い現在の社会において，HIV陽性者の在宅療養ニーズが発生した場合，スムーズに導入できるかについては疑問が残る。そこで筆者らは，HIV陽性者の在宅療養支援促進を目的として，全国の訪問看護ステーションを対象にHIV陽性者の訪問看護についての調査[32～34)]を行った。その結果，実施率が2.5％であり，都市部に集中していること，今後受け入れる可能性のある施設が８割以上存在し，課題としては地域の医療機関や行政との連携の充実やHIV/AIDSに関する職場教育であることを報告した。しかしながら，これらの結果は受け皿である訪問看護ステーション側からみたものであり，在宅療

１）山口大学大学院医学系研究科　Yamaguchi University School of Medicine, Faculty of Health Science
２）国立国際医療研究センター病院エイズ治療・研究開発センター（ACC）　National Center for Global Health and Medicine, AIDS Clinical Center
３）熊本大学大学院生命科学研究部　Kumamoto University Faculty of Life Sciences

養に移行できたHIV陽性者へのケアを反映してはいるが，医療機関側からも在宅療養ニーズをもつHIV陽性者の実態調査が必要であり，この両者が揃ってこそより具体的な支援策が見いだせると考えた。そこで，エイズ医療を担うエイズブロック拠点病院・エイズ中核拠点病院・エイズ拠点病院を対象に全数調査を行った。今回は，平成19年と平成20年に在宅療養支援ニーズのあったHIV陽性者の現状について報告する。なお，HIV陽性者は外来通院によりAIDS発症をある程度コントロールすることが可能[35]であり，外来通院中あるいは入院加療後の在宅療養支援ニーズも，いわゆる「ねたきり状態」に関するものとは限らない。そのため本研究では「在宅療養支援」を「入院中の患者が退院して自宅や自宅に代わる場所で，また外来中の患者が療養生活の中で受ける，治療と生活を両立させるための保健・福祉・医療などの専門サービスや，ボランティアなどの非専門サービスによる支援」とした。

Ⅱ．目　　的

HIV陽性者への在宅療養支援に関する基礎資料とするために，全国のエイズブロック拠点病院・エイズ中核拠点病院・エイズ拠点病院における在宅療養支援ニーズを持つHIV陽性者の実態を明らかにする。

Ⅲ．方　　法

1．調査対象

全国８ブロックにあるエイズブロック拠点病院・エイズ中核拠点病院・エイズ拠点病院全372施設（以下，この３種の病院を拠点病院と総称する）におけるHIV/AIDSに最も携わっている看護師各１名。

2．調査期間

平成20年９月～12月。

3．調査方法

まず，先行研究を参考にHIV陽性者の在宅療養の実態を把握するための調査票を独自に作成した後，HIV医療に携わる看護師数名によるプレテストを実施し，完成させた。

次に，全拠点病院のHIV/AIDS診療の責任者宛に調査の目的ならびに趣旨，実施方法，倫理的配慮を記した調査説明書，調査票（回答用紙A・Bの２種）及び返信用封筒を郵送し，調査協力を依頼した。回答者の条件は，対象施設においてHIV陽性者への看護ならびに治療に最も携わっている看護師とし，選出は各責任者に一任した。同意が得られる場合のみ，回答記入済み調査票を返送してもらった。

4．調査内容

１）対象施設の概要について：対象施設の所属ブロック，拠点病院の種類，HIV担当看護師の有無，陽性者への在宅療養支援を開始した時期など。

２）平成20年７月現在で在宅療養支援を検討している入院患者（以下，「待機ケース」とする）について：年代，性別，感染経路（選択肢から複数回答），今回の入院理由となった疾患名（選択肢から複数回答），その他の状況（自由記述）など。

３）平成19年１月～12月で在宅療養支援導入可能だった患者（以下，「導入可能ケース」とする）について：人数，そのケースの在宅療養地域と回答施設の地域，在宅療養支援ニーズ（選択肢から複数回答），支援の検討を始めた時期，導入の円滑さなど。

４）平成19年１月～12月で在宅療養支援導入不可能だった患者（以下，「導入不可ケース」とする）について：在宅療養支援ニーズ（選択肢から複数回答），不可の理由（選択肢から３つ選択），平成20年８月現在の経過など。

５）回答者自身に関する内容について：職務上の立場，HIV/AIDS患者へのケア経験年数，年代，HIV陽性者への在宅療養支援に対する考え（自由記述），HIV陽性者への在宅療養支援に関する日頃感じている困難さ（自由記述）など。

5．分析方法

回答施設の概要については単純集計した。「待機ケース」「導入可能ケース」「導入不可ケース」をまとめて「在宅療養支援検討ケース」，それらのケースを持つ施設を「在宅療養支援検討施設」とした。今回は便宜上「関東・甲信越」を都市部，それ以外の７ブロックを「関東・甲信越以外」すなわち地方と見なして分類し，在宅療養支援検討ケースにおける特徴や傾向を比較した。

なお，本研究においてはケースとは個別の患者を指し，ケースが複数存在する施設もあるため，集計上施設数とケース数は一致しない場合がある。

6．倫理的配慮

調査にあたっては，調査説明文に無記名であり，施設名および患者が特定されるような情報は取り扱わないこと，調査は自由意思であること，必要に応じ当該施設の倫理審査委員会の判断を経て協力の意思決定をしてもらってよいことなどを記載した。また，調査実施前には山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会の承認を得た。

Ⅳ．結　　果

1．回収した施設全体の概要について

全国のエイズブロック拠点病院・エイズ中核拠点病院・エイズ拠点病院全372施設に対し調査票を配布し，79施設から回答が得られた（回収率21.2％）。そのうち９施設

（11.4％）は「医師」が回答していた。本調査の対象は看護師としていたため医師の回答は分析対象外とするのが妥当であるが，施設によってはHIV担当看護師不在であり医師からの回答もやむを得なかったことが推測され，これも分析対象とした。すべてが有効回答であった。

発送数と回収数をブロックごとにみると，「関東・甲信越」が発送数・回収数共に最も多かった（図１）。回収79施設を拠点病院の種類でみると，「エイズブロック拠点病院」８施設（10.1％），「エイズ中核拠点病院」18施設（22.8％），「エイズ拠点病院」51施設（64.6％）であった。「HIV担当看護師の有無」では，HIV「専従看護師（HIV/AIDS患者関係の業務のみを行い，他業務を兼任しない）」または「専任看護師（HIV/AIDS患者関係の業務も担当するが，他業務も行う）」がいる施設が47施設（59.5％）あった。これまで在宅療養経験がある施設は36施設（45.6％）であり，ブロックの内訳（図２）としては「関東・甲信越」

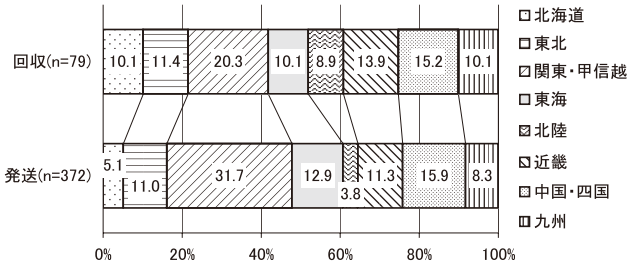


図１　ブロックの比率

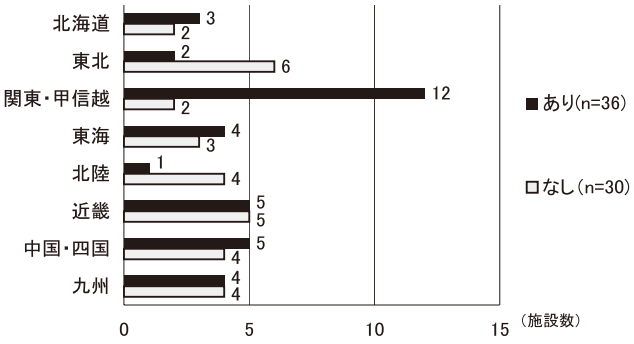


図２　在宅療養支援経験

注）経験が不明の13施設は除外した。

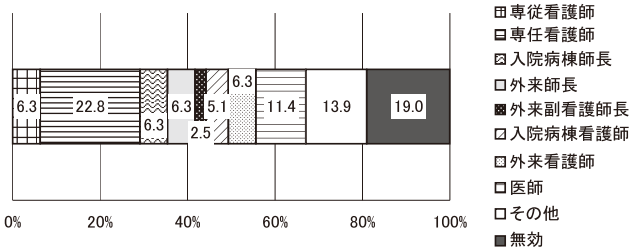


図３　回答者の立場（n＝79）

注）「専任」が他と兼任している場合は「専任」を優先させた。

が12施設（33.3％）と最も多く，「北陸」１施設（2.8％）が最も少なかった。

回答者の職務上の立場（図３）では，「専任看護師」が18施設（22.8％）と最も多く，そのうち９施設の回答者は「外来副師長」等を兼任していた（兼任の場合「専任」を優先して集計）。HIV陽性者へのケア経験年数では「６年以上」が22人（27.8％）と最も多く，次いで「２年目」が９人（11.4％），「４年目」が８人（10.1％）であった。年代では「40才代」が25人（31.6％）と最も多く，次いで「50才代」が21人（26.6％）であった。

２．在宅療養支援ケースについて

１）在宅療養支援検討施設の概要について（表１）

回収した79施設のうち「待機ケース」「導入可能ケース」「導入不可ケース」のいずれかがあった施設を「在宅療養支援検討施設」として抽出した。在宅療養支援検討施設は28施設であり，全回答施設の35.4％に相当した。支援検討施設の割合が最も高かったブロックは，「関東・甲信越」で56.3％であり，次いで「九州」（50.0％），「近畿」（45.5％）であった。初めて陽性者への在宅療養支援を導入した時期としては平成８年から平成20年と幅があり，特徴的な傾向は見られなかった。

２）「待機ケース」について（表２）

18施設から20ケースがあげられた。20ケースのうち18ケースは男性であり，10ケースはMSM（男性同性間性的接触）による感染であった。施設ID：２以外は，１施設あたり１ケース存在していた。患者の年代では20才代２ケース，30才代４ケース，40才代７ケース，50才代３ケースと青年期から壮年期がほとんどであった。１ケースあたり疾患数は１～３つが大部分を占め，疾患数６のケースはいずれも同一施設であった（施設ID：２）。疾患名ではPMLなどのエイズ関連疾患，腎性高血圧症などエイズ関連でない疾患の両方がみられた。

「関東・甲信越」と「関東・甲信越以外」でみると，「関東・甲信越」では１ケースあたり疾患数が１～６であるのに対し，「関東・甲信越以外」では１～２であった。また，「中枢神経系病変」「進行性多巣性白質脳症」「脳梗塞後遺症」「トキソプラズマ脳症」「HIV脳症」などADL自立や認知の障害を推察される疾患をもつケースが，「関東・甲信越」では８ケース中６ケース，「関東・甲信越以外」では12ケース中４ケースあった。

３）「導入可能ケース」について（表３）

16施設から27ケースがあげられた。在宅療養支援ニーズの内容では，「運動機能障害への支援が必要（以下，『運動』と略す）」（14ケース），「経済・社会的問題への支援が必要（以下，『経済』）」（９ケース），「精神的問題への支援が必要（以下，『精神』）」（８ケース）が多かった。ニーズ

表1　在宅療養支援検討施設の概要（n＝28）

ブロック（回収数）	*施設ID*	在宅療養支援初回導入年	在宅療養支援検討ケース数			支援検討施設数／回収数（%）	HIV担当看護師
			平成20年待機ケース	平成19年導入可能ケース	平成19年導入不可ケース		
関東・甲信越（16）	*1*	平成８年	1	0	2	9/16（56.3）	専従
	2	平成10年	3	8	2		専任
	3	平成14年	1	1	0		専任
	4	平成16年	1	1	1		専任
	5	平成18年	0	1	0		不在
	6	平成19年	1	1	0		専任
	7	平成19年	0	1	0		専任
	8	NA	1	0	0		専任
	9	NA	0	1	0		不在
北海道（8）	*10*	平成12年	1	1	0	3/8（37.5）	専任
	11	平成15年	1	1	1		専任
	12	NA	1	0	0		専任
東北（9）	*13*	NA	1	1	0	1/9（11.1）	専任
東海（8）	*14*	平成８年	0	2	3	3/8（37.5）	専従
	15	平成17年	0	1	0		専従
	16	平成18年	0	0	1		不在
北陸（7）	*17*	未導入	0	0	1	1/7（14.3）	専任
近畿（11）	*18*	平成14年	1	1	0	5/11（45.5）	専任
	19	平成16年	0	0	1		専任
	20	平成18年	1	0	0		不在
	21	平成19年	1	0	1		不在
	22	平成20年	1	0	0		専任
中国・四国（12）	*23*	平成14年	1	3	0	2/12（16.7）	専任
	24	NA	1	0	0		専任
九州（8）	*25*	平成15年	1	2	0	4/8（50.0）	専任
	26	平成19年	0	1	0		不在
	27	平成19年	1	0	1		専任
	28	NA	0	0	1		専任

注）NAは「無回答」を意味する。

表2　平成20年の待機ケース（n＝20）

ブロック	ケースID	*施設ID*	年代	性別	感染経路	疾患名（疾患数）
関東・甲信越	1	*1*	50	男	異性間	腎性高血圧症（1）
	2	*2*	50	男	NA	悪性リンパ腫，せん妄（2）
	3		40	男	異性間	ニューモシスチス肺炎，カポジ肉腫，サイトメガロウイルス感染症，HIV脳症（軽度），ディフシル膿炎，発達遅滞（6）
	4		40	男	同性間	中枢神経系病変，梅毒，細菌性肺炎，性格変化，筋力低下，下痢（6）
	5	*3*	40	男	同性間	カポジ肉腫，非定型抗酸菌症，進行性多巣性白質脳症（3）
	6	*4*	50	男	異性間	脳梗塞後遺症（1）
	7	*6*	40	女	異性間	進行性多巣性白質脳症（1）
	8	*8*	70	男	同性間	慢性閉塞性肺疾患（1）
北海道	9	*10*	NA	男	NA	その他（記載なし）（不明）
	10	*11*	60	男	NA	トキソプラズマ脳症（1）
	11	*12*	40	男	同性間	サイトメガロウイルス感染症（1）
東北	12	*13*	20	男	同性間	ニューモシスチス肺炎（1）
近畿	13	*18*	30	女	異性間	乳酸アシドーシス（1）
	14	*20*	40	男	NA	結核（1）
	15	*21*	30	男	同性間	ニューモシスチス肺炎（1）
	16	*22*	20	男	同性間	ニューモシスチス肺炎，HIV脳症（2）
中国・四国	17	*23*	40	男	同性間・異性間	ニューモシスチス肺炎（1）
	18	*24*	30	男	同性間	アメーバ脳膿瘍術後高次脳機能障害（1）
九州	19	*25*	60	男	同性間	スチーブンス・ジョンソン症候群（1）
	20	*27*	30	男	異性間	トキソプラズマ脳症（1）

注）NAは「無回答」を意味する。

表３　平成19年の在宅療養導入可能ケース（n＝27）

ブロック	ケースID	*施設ID*	在宅療養支援ニーズ（ニーズ数）	支援検討時期	在宅療養地	導入の円滑さ
関東・甲信越	1	*2*	「運動」(1)	入院時	同一都道府県内	まあまあ円滑に進んだ
	2		「運動」(1)	治療中	同一ブロック内	まあまあ円滑に進んだ
	3		「運動」(1)	退院判断時	同一ブロック内	まあまあ円滑に進んだ
	4		「運動」(1)	退院判断時	同一都道府県内	まあまあ円滑に進んだ
	5		「精神」「運動」(2)	NA	同一都道府県内	あまり円滑に進まなかった
	6		「経済」「精神」「運動」「高齢」(4)	入院時	同一都道府県内	まあまあ円滑に進んだ
	7		「経済」「精神」「運動」「家族」(4)	退院判断時	同一ブロック内	どちらともいえない
	8		「経済」「精神」「運動」「家族」(4)	退院判断時	同一都道府県内	まあまあ円滑に進んだ
	9	*3*	「経済」「高齢」「他（家事支援）」(3)	治療中	同一都道府県内	まあまあ円滑に進んだ
	10	*4*	「末期」(1)	本人希望時	同一都道府県内	とても円滑に進んだ
	11	*5*	「経済」「運動」「家族」(3)	入院30日以上	同一都道府県内	まあまあ円滑に進んだ
	12	*6*	「運動」(1)	入院30日以上	同一都道府県内	まあまあ円滑に進んだ
	13	*7*	「精神」「運動」「家族」(3)	退院判断時	同一都道府県内	とても円滑に進んだ
	14	*9*	「精神」「運動」「その他（血友病注射）」(3)	治療中	同一都道府県内	どちらともいえない
北海道	15	*10*	「併存（透析）」(1)	退院判断時	NA	まあまあ円滑に進んだ
	16	*11*	「運動」「家族」(2)	入院時	同一都道府県内	全然円滑に進まなかった
東北	17	*13*	NA	退院判断時	同一都道府県内	どちらともいえない
東海	18	*14*	「家族」(1)	退院判断時	同一都道府県内	まあまあ円滑に進んだ
	19		「他（DOTS）」(1)	治療開始時	同一都道府県内	まあまあ円滑に進んだ
	20	*15*	「併存」「高齢」「家族」(3)	治療中	同一都道府県内	とても円滑に進んだ
近畿	21	*18*	「精神」(1)	本人希望時	同一都道府県内	まあまあ円滑に進んだ
中国・四国	22	*23*	「経済」(1)	治療開始時	同一都道府県内	まあまあ円滑に進んだ
	23		「経済」(1)	治療中	同一都道府県内	まあまあ円滑に進んだ
	24		「経済」(1)	治療中	同一都道府県内	どちらともいえない
九州	25	*25*	「運動」(1)	治療中	同一都道府県内	あまり円滑に進まなかった
	26		「経済」「精神」「併存」(3)	治療中	同一都道府県内	どちらともいえない
	27	*26*	「高齢」(1)	入院30日以上	同一都道府県内	まあまあ円滑に進んだ

注１）NAは「無回答」を意味する。

注２）在宅療養支援ニーズ分類は以下の通りである。

「経　済」：経済・社会的問題への支援が必要（ホームレス，不法滞在外国人など）
「精　神」：精神的問題への支援が必要（精神科疾患，依存症など）
「運　動」：運動機能障害への支援が必要（麻痺や関節可動域低下によるADL障害など）
「併　存」：併存疾患のコントロールが必要（糖尿病による血糖コントロールなど）
「日和見」：日和見感染症のコントロールが必要（結核など）
「高　齢」：高齢者としての支援が必要（65歳以上で加齢に伴う記銘力や判断力の低下など）
「家　族」：家族への支援が必要（介護問題など）
「母　子」：母子保健関連の支援が必要（母子感染予防，産前産後のケアなど）
「末　期」：ターミナル期としての支援が必要（在宅看取りなど）
「　他　」：その他（具体的記載があれば記載）

数が１つだったのは15ケースで55.6％を占め，その内容では，『運動』（６ケース），『経済』（３ケース）が多く，「ターミナル期としての支援（以下，『末期』）」も１ケースあった。在宅療養支援の検討時期では，「入院時」「治療開始時」「治療中」と，比較的早期に検討を始めたケースが13ケースあった。また，回答施設とケースの在宅療養地の位置関係では，23ケースが「同一都道府県内」であった。導入の円滑さに関しては，19ケースが「とても円滑に進んだ」あるいは「まあまあ円滑に進んだ」としていた。

「関東・甲信越」と「関東・甲信越以外」の違いを在宅療養支援ニーズ数で見ると，「関東・甲信越」では14ケース中ニーズ数１が６ケース，ニーズ数３が３ケース，ニーズ数４は３ケースあった。「関東・甲信越以外」ではニーズ数１が13ケース中９ケースを占め，ニーズ数３は２ケースであった。

４）「導入不可ケース」について（表４）

11施設から15ケースがあげられた。在宅療養支援ニーズとして最も多かったのは「家族への支援が必要（以下，『家族』）」（７ケース），次いで『末期』（５ケース）であった。ニーズが『末期』のケースでは不可の理由として「重症」があげられ，ニーズが『家族』のケースでは「家族の支え力不足」「家族の抵抗や地域の偏見」があげられていた。また，６ケースは在宅療養へ移行する前に死亡していた。

「関東・甲信越」「関東・甲信越以外」に分けて見てみると，『末期』ニーズを持つケースは「関東・甲信越」で５ケース中３ケース，「関東・甲信越以外」では10ケース中

表4　平成19年の在宅療養導入不可ケース（n＝15）

ブロック	ケースID	*施設ID*	在宅療養支援ニーズ（ニーズ数）	不可の理由（理由数）	H20.8の経過
関東・甲信越	1	*1*	「経済」「運動」「併存」「家族」(4)	「ケアが複雑」「家族支え力不足」「地域の受け入れ体制」(3)	入院中
	2		「経済」「運動」「日和見」「家族」「末期」(5)	「ケアが複雑」「重症」「家族抵抗や地域偏見」(3)	死亡
	3	*2*	「末期」(1)	「重症」(1)	死亡
	4		「末期」(1)	「重症」(1)	死亡
	5	*4*	「運動」「家族」(2)	「重症」「家族支え力不足」「地域ケア施設の心理的抵抗」(3)	入院中
北海道	6	*11*	「他」(1)	「家族支え力不足」「地域ケア施設の心理的抵抗」(2)	死亡
東海	7	*14*	「母子」(1)	「家族抵抗や地域偏見」(1)	外来通院中
	8		「他」(1)	「本人不安や地域の偏見」(1)	外来通院中
	9		「精神」「家族」「他」(3)	「家族抵抗や地域偏見」(1)	外来通院中
	10	*16*	「高齢」「家族」「末期」(3)	「家族抵抗や地域偏見」「家族支え力不足」(2)	死亡
北陸	11	*17*	NA	NA	NA
近畿	12	*19*	「末期」(1)	「重症」(1)	死亡
	13	*21*	「家族」(1)	「家族支え力不足」(1)	外来通院中
九州	14	*27*	「精神」「運動」「家族」(3)	「家族支え力不足」「地域ケア施設の心理的抵抗」「地域の受け入れ体制」(3)	入院中
	15	*28*	「経済」(1)	「本人不安や地域の偏見」「家族抵抗や地域偏見」「家族支え力不足」(3)	外来通院中

注1）NAは「無回答」を意味する。

注2）在宅療養支援ニーズ分類は以下の通りである。

「経　済」：経済・社会的問題への支援が必要（ホームレス，不法滞在外国人など）
「精　神」：精神的問題への支援が必要（精神科疾患，依存症など）
「運　動」：運動機能障害への支援が必要（麻痺や関節可動域低下によるADL障害など）
「併　存」：併存疾患のコントロールが必要（糖尿病による血糖コントロールなど）
「日和見」：日和見感染症のコントロールが必要（結核など）
「高　齢」：高齢者としての支援が必要（65歳以上で加齢に伴う記銘力や判断力の低下など）
「家　族」：家族への支援が必要（介護問題など）
「母　子」：母子保健関連の支援が必要（母子感染予防，産前産後のケアなど）
「末　期」：ターミナル期としての支援が必要（在宅看取りなど）
「　他　」：その他（具体的記載があれば記載）

表5　HIV陽性者の在宅療養支援に関する自由記述

ブロック	*施設ID*	回答者の意見	日頃感じる困難さ
関東・甲信越	*2*	ケア提供者の基礎教育課程での教育が必要。	少しずつ改善してきてはいるが，大変。
	3	スムーズに進むケースもある。社会的認知の広がりが必要。	施設を探す方が大変。
	4	受け入れ側の理解のため，支援が必要。	家族への告知がネックとなるのでは。
	5	長期療養施設の受け入れ困難。	情報交換と素早い対応が必要。
	8	今後ますます重要。	（記載なし）
	9	（記載なし）	性的欲求の高いケースへの対応困難。
北海道	*11*	受け入れの不安が大きい地域でやっと見つかった。理解が得られればスムーズ。事前の情報提供の重要性。	知識があれば受け入れはスムーズ。後方病院の保障必要。
	12	支援の必要度に応じた支援が必要。	（記載なし）
東海	*14*	（記載なし）	介護保険対象でない場合の困難さ。
	16	本当は簡単なことなのにできない現実。	田舎では「一家の恥」。
近畿	*18*	ネットワーク必要。	介護施設とのネットワークが必要。
中国・四国	*23*	地域の整備必要。	（記載なし）
	24	家族の協力が必要。地域は受け入れ体制が整っていない。	（記載なし）
九州	*25*	少しずつ改善しては来ているが，まだ不安。	（記載なし）
	27	一般地域への啓発必要。	行政への啓発も必要。
	28	早期の働きかけ必要。他がどうしているか知りたい。	支援が必要でもシステム的にできないことがある。

２ケースあった。

５）HIV陽性者の在宅療養支援に関する回答者の意見等について（表５）

HIV陽性者の在宅療養支援に関する回答者の意見や日頃感じている困難さについて，自由記述で書いてもらった。回答者の意見では「ケア提供者の基礎教育課程での教育が必要（施設ID：２）」「スムーズに進むケースもある。社会的認知の広がりが必要（施設ID：３）」「受け入れ側の理解のため，支援が必要（施設ID：４）」「長期療養施設の受け入れ困難（施設ID：５）」「受け入れの不安が大きい地域でやっと見つかった。理解が得られればスムーズ。事前の情報提供の重要性（施設ID：11）」「ネットワーク必要（施設ID：18）」「家族の協力が必要。地域は受け入れ体制が整っていない（施設ID：24）」「少しずつ改善しては来ているが，まだ不安（施設ID：25）」「一般地域への啓発必要（施設ID：27）」「早期の働きかけ必要。他がどうしているか知りたい（施設ID：28）」などがあった。日頃感じる困難さでは，「少しずつ改善してきているが，大変（施設ID：２）」「施設を探す方が大変（施設ID：３）」「家族への告知がネック（施設ID：４）」「情報交換と素早い対応が必要（施設ID：５）」「知識があれば受け入れはスムーズ。後方病院の保障が重要（施設ID：11）」「「介護保険対象でない場合の困難さ（施設ID：14）」「田舎では＜一家の恥＞（施設ID：16）」「支援が必要でもシステム的にできないことがある（施設ID：28）」などがあった。

Ⅴ．考　　察

１．回収した79施設の概要について

今回，HIV陽性者の在宅療養支援の実態を医療施設側から把握するため全国のエイズブロック拠点病院・エイズ中核拠点病院・エイズ拠点病院，全372施設に対して調査を行い，79施設の回答があった（回収率21.2%）。

回答施設における在宅療養支援導入経験は，「東北」「北陸」は「経験あり」より「経験なし」が多く，「関東・甲信越」ではその逆であった。このことは，そのブロックの患者数やHIV診療経験を反映していると考える。回答者の立場に関しては，「専従看護師」「専任看護師」以外の人が回答している施設も多くあり，「専従」「専任」以外の看護職では，「外来管理職」が７人（8.9%），「外来非管理職」が５人（6.3%），「入院病棟管理職」が５人（6.3%）「入院病棟非管理職」が４人（5.1%）であった。すなわち，外来：入院病棟ならびに管理職：非管理職が双方とも12人：９人であった。このことは，「専従・専任」看護師以外でHIV/AIDS看護に携わることが外来の方が多く，また，特に担当といえる看護師がいない場合は管理職の看護師が主に携わっていることを示すと考える。

２．「在宅療養支援検討ケース」について

平成19年～20年に在宅療養支援を検討したケースを持つ28施設について，支援検討の割合が最も高かったのは「関東・甲信越」であり，次いで「九州」「近畿」であった。エイズ動向委員会の調査でもこれらのブロックの患者増加が報告されており[36]，在宅療養支援ニーズをもつケースもこれに比例していると考える。初回導入年はばらつきがあり，早期から在宅療養支援に取り組み，経験豊富な施設であるが故に在宅療養支援に積極的に取り組んだとは考えにくかった。

１）「待機ケース」の特徴について

「関東・甲信越」と「関東・甲信越以外」では傾向に違いが見られた。「関東・甲信越」では８ケースのうち疾患数１は半数しかなく，疾患数６も２ケースあった。一方，「関東・甲信越以外」では疾患不明を除く11ケースのうち10ケースは疾患数１であり，残りの１ケースは疾患数２であった。今回の調査ではケースの疾患名とその数は把握できたが，支援ニーズまでは質問していなかったため，ニーズ内容について検討するには限界があるが，「中枢神経系病変」「「進行性多巣性白質脳症」「脳梗塞後遺症」「トキソプラズマ脳症」「HIV脳症」などを持つケースでは，ADL自立の困難さや認知障害があることが推測される。「関東・甲信越以外」でこれらの疾患を持つ場合，疾患数としてはほとんどが単独である。疾患数と支援ニーズの数や複雑さが比例するとすれば，導入可能性の高いケースが検討の対象となっているといえよう。一方，「関東・甲信越」ではこれらの疾患に他の病状を併発したケースもある。それでも検討対象となることは，「関東・甲信越」が相対的には導入が容易な地域といえるのかもしれない。しかし，在宅療養支援検討ケースが最も多い施設（施設ID：２）の自由記述ですら「少しずつ改善してはいるが，大変」とあるように，まだまだ困難な状況であることも伺われ，地域側の在宅療養移行に関する整備が急がれる。また，６疾患をもつ２ケース（ケースID：３・４），および２疾患をもつケースID：２は同一施設のケースである。この施設は陽性者の在宅療養支援経験が豊富な施設であるため，病状やケアが複雑なケースでも検討の対象になっていると推測する。このように経験をうまく活用しながら実践できているモデル的施設の支援の状況を明らかにし，経験の少ない施設とノウハウを共有していくことが今後の課題の一つといえるだろう。

２）「導入可能ケース」「導入不可ケース」から推測される導入のしやすさについて

ニーズ数が少ないほど導入しやすいということは容易に想像できるだろう。今回の調査では，「導入可能ケース」におけるニーズ数１のケースは「関東・甲信越」が

42.9%，「関東・甲信越以外」が69.2%であった。その内容としては，「関東・甲信越」では83.3%が『運動』であり，「関東・甲信越以外」では33.3%が『経済』であった。在宅療養支援後の調査[37]で『経済』は6ヶ月以内に問題解決しているという報告もあり，このニーズは受け入れ側からしても導入しやすいことが推測される。また『運動』に対する支援としてはリハビリテーションやADL支援が主と考えられ，血液を介しないことが多いことから比較的受け入れやすいのかもしれない。これらのことから，「関東・甲信越以外」ではニーズ数が少ないケースの方が導入しやすく，「関東・甲信越」ではニーズ数が比較的多くても導入は可能であるように思える。しかし「導入不可ケース」をみると，「関東・甲信越以外」のニーズ数1のケースは60.0%を占めており，ニーズの数というよりはその内容が問題であることも伺える。

『運動』『経済』ニーズが受け入れやすいことは前述したが，「導入不可ケース」からは，これらのニーズも複数になると困難要因となりうることが示された。これは「関東・甲信越」「関東・甲信越以外」のどちらも共通であった。その理由として，“ケアそのもの”というより「家族支え力不足」「家族抵抗や地域偏見」「本人不安や地域偏見」など陽性者や地域側の要因が多かったことも特徴的だろう。特に「関東・甲信越以外」の7ケースで不可の理由が地域に関するものであった。地方都市であるために患者自身がプライバシーの保護に不安を抱き，在宅療養支援を利用する決心がつかなかったケースがあることも指摘されている[38]。今回の結果は，地方ではHIV/AIDSに対する偏見の影響が大きいことを示唆している可能性がある。また，在宅ターミナルケアにおいては患者・家族の在宅療養希望があることが重要な要素であるとされ[39]，本人・家族が「その家族固有の在宅ケアの意義の発見」「在宅ケアのメリットの意識づけ」ができるような関わりが必要[40]と言われている。HIV陽性者に関しても，在宅療養の希望について本人や家族と早期から十分に話し合い，プライバシーの保護やどのようなケアが受けられるかについてなど，不安を解消させられるような関わりが必要であろう。このような関わりをするためには関わる看護者自身の知識，例えば今後の治療の見通しや活用可能な社会資源などの知識が不可欠である。福井[41]は，ターミナルケースの在宅療養支援においてはナースの情報の豊富さが鍵であり，スタッフナースにも教育の機会が必要と述べている。HIV医療は外来が中心であるが，在宅療養へ移行するのは入院病棟からであることも多い。外来のHIV担当看護師だけでなく，退院調整部門や入院病棟のスタッフに対してもHIV教育・情報提供が必要と考える。

また，『末期』ニーズに関しては「導入不可ケース」の5ケースが持っていた。『末期』は経験数の多い「関東・甲信越」でも導入困難の要因となるニーズであるといえよう。大野ら[42]は訪問看護ステーションの8割が看取り経験があり，その9割弱が70歳以上であり，疾患としてはがんが多いことを報告している。HIV陽性者は受け入れ側にとってほとんど経験がないため『末期』は特に抵抗があるものと推測する。また，島内ら[43]は在宅ターミナルケアでは時間外緊急要請が多いことを報告しており，導入しやすいのは酸素療法をせずモルヒネの投与方法が経口である患者であるという報告[44]もある。安藤ら[45]は医療依存度が高すぎると在宅療養導入が困難になりやすく，そのような状況になる前に検討を始めることが必要と述べている。これらのことは，HIV/AIDS以外の疾患でも在宅ターミナルケアでは医療機関との連携が重要であることを示している。HIV陽性者の場合，『末期』など医療依存度が高いと考えられるケースでは少しでも身体状況が良い時期からの検討が重要であり，またHIV診療の差がある[46]以上，受け入れ先と「エイズ拠点病院」とのアクセスの良さも鍵となると考える。さらに，自由記述でもあったように，患者も若く介護保険の適用外の年齢であることから医療保険と介護保険を併用する上での困難さもあると考える。医療的ケアと介護的ケアを円滑に行うための方策を受け入れ側と共に検討し，安心感を持ってもらうことも重要であろう。しかしながら，「関東・甲信越」では1ケースとはいえ『末期』でも導入可能であったことは特筆すべきであろう。「関東・甲信越」がHIV陽性者数の多い地域であり，地域的な受け入れの良さや，過去に経験している施設がまれではあろうが存在していることも影響していると考える。

ところで，「導入不可ケース」の40.0%は移行できずに死亡しているのは特徴的といえる。ターミナルケースでは6割が希望しても検討に至るのは3割[47]，検討したうち6割は実現不可だったという報告[48]もある。今回明らかとなったのは「導入を試みた」ケースであり，ニーズがあっても検討すらできずに亡くなったケースが他にも存在する可能性がある。これらのケースからの振り返りも課題であろう。

以上のことから，HIV陽性者の在宅療養支援の現状としては「都会では比較的複雑なケースでも可能であったが，地方ではそうでない」という傾向があることが明らかとなった。支援導入の地域差が生じた原因としては，HIV陽性者の絶対数や診療経験の差の他に疾患に関する認知度や情報伝達など，地方に特有の状況が影響している可能性があることは否定できないだろう。HIV医療の進歩に伴い，今後は医療ニーズだけでなく社会的問題や介護問題など様々なニーズで在宅療養を希望するケースは増加していくことが予測される。在宅療養を希望するHIV陽性者が

どんな地域でもスムーズに移行でき，HIV陽性者のQOLを高めるために，多方面からの方策が求められていると考える。

Ⅵ．本研究の限界

本調査の対象者はHIV担当看護師であったが，HIV診療経験の差やHIV担当看護師不在の施設の存在などにより回収が困難であったことが推測され，21.2％という回収率の低さにつながった可能性がある。このことにより全国の状況を正確に把握できたとはいえないことが限界であり，調査方法や対象，調査時期については検討課題として残る。しかし，これまで我が国の医療機関における在宅療養支援の必要なHIV陽性者に関する調査はなく，今回の調査結果は貴重な基礎資料となり得たと考える。

本調査は平成20年度 厚生労働省科学研究補助金エイズ対策研究事業「自立困難なHIV陽性者のケア・医療に関する研究」（白阪琢磨）の一環で実施した。ご多忙の中，調査にご協力頂いたエイズブロック拠点病院・エイズ中核拠点病院・エイズ拠点病院の関係者の方々に深く感謝申し上げます。

要　　旨

本研究はHIV陽性者の在宅療養支援に対するニーズの実態を把握することを目的とした。エイズブロック拠点病院・エイズ中核拠点病院・エイズ拠点病院，全372施設においてHIV陽性者に最も携わっている看護師各１名を対象に無記名自記式郵送質問紙調査を行った。79施設から回答があった。平成19年あるいは平成20年に在宅療養導入支援を検討したのは28施設であった。平成20年７月に在宅療養支援を検討しているのは18施設・20ケース，平成19年に導入可能だったのは16施設・27ケース，不可能だったのは11施設・15ケースであった。導入可能ケースは支援内容が少ない傾向にあった。関東・甲信越地方では病状や支援内容が複雑でも導入できていた。しかしターミナル期としての支援ニーズをもつ場合の導入が困難であった。HIV陽性者への在宅療養支援は，早期に患者・家族の意思確認を行い，導入に向けての検討を始める必要性がある。

Abstract

A cross-sectional study was conducted in order to investigate the characteristics of people living with HIV/AIDS who require home care services. A questionnaire survey was distributed by mail to the nurse who was primarily responsible for caring for people living with HIV/AIDS in 372 hospitals in Japan, including regional AIDS centers, prefectural AIDS core hospitals, and AIDS core hospitals. Questionnaires recovered from 79 hospitals revealed that 28 hospitals introduced home care services in 2007-2008. Among these institutions, 18 hospitals had introduced services for 20 cases by July 2008, 16 hospitals introduced services for 27 cases in 2007, while 11 hospitals with 15 cases did not introduce any services. Data analysis revealed that the patients for whom home care services were introduced tended to require little care. In contrast, services were not introduced for cases with serious conditions or requiring complex care in the Kanto/Koshinetsu region. The data also revealed that it was difficult to introduce services for patients requiring terminal care. These results indicated that early introduction of home cares services should be considered based on discussion with people living with HIV/AIDS and their families.

文　　献

1）エイズ予防情報ネット：UNAIDS 2008 Report on the global AIDS epidemic Executive summary（世界のエイズの流行に関する報告），2009-05-05，http://api-net.jfap.or.jp，2008.
2）エイズ動向調査委員会報告：平成20年年間速報，2009-0505，http://api-net.jfap.or.jp，2008.
3）桒原健，吉野宗宏，他：抗HIV薬の副作用，日本エイズ学会誌，9(3)，191-196，2007.
4）J T. Nickel, P J. Salsberry, et al: Quality of Life in Nurse Case Management of Persons with AIDS Receiving Home Care, Research in Nursing & Health, 19,31-99,1996
5）F I. Atkinson, I Grant, et al: An evaluation of community nursing services for HIV/AIDS patients in Lothian, Scotland, Journal of Advanced Nursing, 24, 736-742, 1996.
6）N Brocklehurst, T Butterworth: Establishing good practices in continuing care: a descriptive study of community nursing services for people with HIV infection, Journal of Advanced Nursing, 24, 488-497, 1996.
7）L Robinson, K Dugger, G Fong, et al: Palliative Home Nursing Interventions for People With HIV/AIDS: A Pilot Study, Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 17(3), 37-46, 2006.
8）前掲書５）
9）前掲書７）
10）石原美和：HIV/AIDS患者に対する在宅療養支援の現状と課題，保健婦雑誌，55(13)，1180-1185，1999.
11）石原美和，高階恵美子，他：HIV/AIDS患者に対する在宅療

養支援の現状と課題，平成10年度厚生労働省科学研究費補助金エイズ対策事業HIV感染症の医療体制に関する研究班報告書，162-175，1998.
12）石原美和，前田ひとみ，他：HIV/AIDS患者に対する在宅支援の現状と課題，平成11年度厚生労働省科学研究費補助金エイズ対策事業HIV感染症の医療体制に関する研究班報告書，207-218，1999.
13）渡辺恵，本道和子，他：HIV/AIDS患者の療養継続への看護支援に関する研究，平成13年度厚生労働省科学研究費補助金エイズ対策事業HIV感染症の医療体制に関する研究班報告書，179-183，2001.
14）渡辺恵，数間恵子，他：HIV/AIDS患者の療養継続への看護支援に関する研究，平成14年度厚生労働省科学研究費補助金エイズ対策事業HIV感染症の医療体制に関する研究班報告書，229-241，2002.
15）島田恵・池田和子：HIVの在宅療養支援～病院－地域連携事例と解説～，平成16年度厚生労働省科学研究費補助金エイズ対策事業HIV感染症の医療体制に関する研究班事例集，1-77，2004.
16）島田恵，久保悦子，他：HIV/AIDS患者の病院－地域連携システムに関する研究，平成17年度厚生労働省科学研究費補助金エイズ対策事業HIV感染症の医療体制に関する研究班報告書，203-208，2005.
17）島田恵：HIVの在宅療養支援～病院－地域連携事例と解説～Vol.2，平成18年度厚生労働省科学研究費補助金エイズ対策事業HIV感染症の医療体制に関する研究班事例集，1-36，2006.
18）島田恵，池田和子：自立困難なHIV陽性者に対する在宅療養支援に関する研究，平成19年度厚生労働省科学研究費補助金エイズ対策事業自立困難なHIV陽性者のケア・医療に関する研究班報告書，23-26，2007.
19）南幸子，織田幸子，他：保健婦との連携によるAIDS発症者の在宅介護支援導入について，日本エイズ学会誌，3(4)，332，2001.
20）大野稔子，渡部恵子，他：抗HIV薬の副作用による下肢の運動機能障害を残した患者への在宅生活に至る療養支援体制とその課題，日本エイズ学会誌，5(4)，380，2003.
21）下司有加，織田幸子，他：患者の自立した在宅療養が可能となった2症例，日本エイズ学会誌，6(4)，432，2004.
22）高須賀紀子，林良美，他：地方におけるHIV/AIDS在宅療養支援に関する考察～HIV脳症患者の取り組みから～，日本エイズ学会誌，6(4)，433，2004.
23）葛田衣重，長谷川啓子，他：ねたきりエイズ患者の在宅支援における拠点病院の役割－ソーシャルワーカーの立場から－，日本エイズ学会誌，7(4)，324，2005.
24）横幕能行，猪狩英俊，他：ねたきりエイズ患者の在宅療養移行における拠点病院医師の役割，日本エイズ学会誌，7(4)，324，2005.
25）平井洋子，木下彩子，他：ねたきりエイズ患者の在宅療養支援経験から考える地域エイズ患者診療体制構築に果たすべき拠点病院看護師の役割，日本エイズ学会誌，7(4)，325，2005.
26）矢島悟子，三浦琢磨，他：HIV感染症の治療を拒否し，カリニ肺炎を発症した1症例－在宅療養を外来定期受診への取り組み－，日本エイズ学会誌，7(4)，351，2005.
27）野口明子，山田由美子，他：高齢者独居患者への抗HIV療法導入後の支援と課題，日本エイズ学会誌，8(4)，393，2006.
28）木下彩子，平井洋子，他：寝たきりエイズ患者の在宅療養支援経験を通して拠点病院病棟看護師の役割を考える（第2報），日本エイズ学会誌，8(4)，394，2006.
29）高梨恵美子：寝たきりエイズ患者の在宅療養支援経験を通して訪問看護師の役割を考える，日本エイズ学会誌，8(4)，394，2006.
30）野口明子，山田由美子，他：地域医療従事者との連携により在宅療養が継続できている2症例，日本エイズ学会誌，9(4)，497，2007.
31）島田恵，織田幸子，他：AIDS発症の後遺障害による長期入院に対する退院調整および在宅療養支援に関する検討，日本エイズ学会誌，9(4)，501，2007.
32）加瀬田暢子，前田ひとみ：訪問看護ステーションにおけるHIV陽性者の受け入れに関連する要因の分析－受け入れ経験の有無による比較－，南九州看護研究誌，6(1)，1-9，2008.
33）加瀬田暢子，前田ひとみ：HIV陽性者への訪問看護に関する実態調査－受け入れ経験のある訪問看護ステーションの調査から－，日本看護学会論文集（地域看護），38，3-5，2008.
34）加瀬田暢子，前田ひとみ：訪問看護実施率2.5％が示すこと－「訪問看護ステーションにおけるHIV陽性者受け入れに関する全国調査」から－，訪問看護と介護，13(5)，370-374，2008.
35）村上未知子：慢性疾患としてのHIVケア，看護学雑誌，71(12)，1086-1090，2007.
36）前掲書２）
37）畑中祐子，大金美和，他：HIV/AIDS患者の在宅療養支援導入後の状況，日本エイズ学会誌，7(4)，325，2005.
38）木村眞知子：地方都市におけるHIV/AIDS患者の診療の現状，訪問看護と介護，13(5)，375-377，2008.
39）福井小紀子：入院中末期がん患者の在宅療養移行の検討に関連する要因を明らかにした全国調査，日本看護科学会誌，27(2)，92-100，2007.
40）谷亀光則，大本和子，他：在宅医療の地域展開の方法論と実施に関する研究－がんのターミナル期にある患者に対して，在宅療養の促進のために何が必要か－，医療と福祉，38(2)，32-43，2005.
41）前掲書39）
42）大野かおり，能川ケイ，他：在宅ターミナルケアに関する研究（その２）－訪問看護ステーションにおける取り組みの現状と課題－，神戸市看護大学短期大学部紀要，22，55-61，2003.
43）島内節，鈴木琴江：在宅高齢者の終末期ケアにおける経過時期別にみた緊急ニーズ，日本看護科学学会誌，28(3)，24-33，2008.
44）前掲書39）
45）安藤孝，佐藤恭子，他：脳梗塞後遺症による精神症状に肝細胞癌を合併し在宅復帰を拒絶されたHIV陽性患者の１例，癌と化学療法，35（Supplement Ⅰ），74-76，2008.
46）木村哲：HIV感染症の医療体制の整備に関する研究　厚生労働省科学研究費補助金エイズ対策研究事業平成17年度総括・分担研究報告書，7，2006.
47）前掲書39）
48）福井小紀子：入院中の末期がん患者の在宅療養移行の実現と患者・家族の状況および看護支援・他職種連携との関連性の検討－在宅療養移行を検討した患者を対象とした二次分析の結果－，日本看護科学学会，27(3)，48-56，2007.

［平成22年１月21日受　　付
平成22年３月11日採用決定］

－研究報告－

心臓リハビリテーションプログラム開発における基礎研究

－清潔行為自立に向けた上半身挙上角度の違いが循環機能に及ぼす影響－

Effect of Backrest Angle of the Bed Bath in the Cardiac Rehabilitation Program:
Change in Blood Pressure, Heart Rate, Double Product, and in Autonomic Nervous System

村　上　礼　子[1)]　　松　田　たみ子[2)]
Reiko Murakami　　Tamiko Matsuda

キーワード：心臓リハビリテーション，上半身挙上角度，日常生活動作，清拭，循環機能
Key Words ：cardiac rehabilitation, backrest angle, activities of daily living（ADL）, bed bath, circulation system

Ⅰ．はじめに

わが国の虚血性心疾患患者を中心とした心疾患患者の心臓リハビリテーションには，看護師が援助する日常生活動作に関してもプログラミング[1)]されているが，実際に厳密に研究的なエビデンスに基づいて包括的に作成されたものではない[2)]ことが指摘されている。そのため，寺町ら[3),4)]は日常生活動作時の血行力学的負荷について検討し，心筋梗塞患者の介入方法の指針を導き出した。この指針は，日常生活動作への働きかけが遅れがちであった急性心筋梗塞患者の心臓リハビリテーション看護において大きな影響を与え，姿勢を考慮することで早い時期からの日常生活動作の自立への促しを可能とする変化がみられた。また，斎藤ら[5～7)]は健常者に日常諸労作の運動強度と血圧・心拍数反応について調べ，虚血性心疾患患者の退院後家庭で行う日常諸労作のエビデンスを示した。しかし，急性期の心臓リハビリテーションプログラムにおいて数少ない活動の機会である，看護師の援助のもと実施される日常生活動作の循環機能への影響について詳細に調べられた研究はなかった。さらに，臨床現場においての運動や活動範囲の段階的な拡大は，医師との調整や指示で心臓リハビリテーションとして計画的に進められているが，特に，看護師が主体となって実施する清潔に関する援助，例えば清拭や足浴，手浴のように急性期の段階から実施されている援助は，患者の希望によって実施するか否かを決め，心臓リハビリテーションとして計画的に実施されているとは言い難い状況にあると感じられる。

また，最近では心筋梗塞などの虚血性心疾患患者の治療後や心臓外科手術後と同じように，慢性期の心不全患者にも運動療法を含む心臓リハビリテーションが積極的に行われるようになり，医学領域をはじめ理学療法関連，外来看護等では慢性心不全患者のリハビリテーションに注目し運動療法に関する研究が報告されてきている[8～10)]。しかし，急性心不全患者の場合，虚血性心疾患の治療後や心臓外科手術後の患者と異なり，段階的に心臓リハビリテーションが進むとは限らず，積極的なリハビリテーションが行えずに過度の安静や長期臥床になることが問題となっている。そのため，急性期においては援助を受けつつも日常生活動作を実施していることに注目し，看護独自の視点で微細な活動である日常生活動作を取り入れた心臓リハビリテーションプログラムが必要であると考える。

一方，先行研究でも心臓リハビリテーションプログラムの第一段階として組み込まれている体位の変化については，仰臥位から半座位や座位になる上半身挙上や仰臥位での左右側臥位になる体位変換などが循環器系に及ぼす影響について心拍変動や血圧等を用いて検証している。例えば，寺町ら[3)]は０度で側臥位に体位変換を行っても心拍数にわずかに有意な増加を認めただけで，収縮期血圧や心筋の酸素消費量に変化がなかったことや，Giuliano[11)]らは，０分，５分，10分間の０度，30度，45度の上半身挙上の姿勢保持において心拍出量に有意な変化がなかったことを報告している。また，Groseら[12)]やNemensら[13)]は，肺動脈圧（Pulmonary arterial pressure; PAP）や肺動脈楔入圧（Pulmonary capillary wedge pressure; PCWP）を用いて60度以下の上半身挙上では血行力学的に影響がないことを報告している。さらに，上半身挙上姿勢ではないが，Tristaniら[14)]は，70度の起立位を継続していることによる影響として，交感神経活動が亢進し，拡張期血圧が上昇すると報告している。しかし，非侵襲的な様々な生理学的パラメータを用いて，その関連性も含め，ベット上にて挙上可能な範囲全般の上半身挙上角度の違いの影響を検証している文

１）獨協医科大学看護学部　School of Nursing, Dokkyo Medical University
２）茨城県立医療大学保健医療学部看護学科　Department of Nursing, School of Health Science Ibaraki Prefectual University of Health Science

献はない。異なる上半身挙上角度の中で日常生活動作を行う影響について明らかにしていくことは心臓リハビリテーション看護に看護独自の視点を組み込むために重要なエビデンスとなることが考えられる。さらに，これからの心臓リハビリテーション看護を検討する上で，日常生活動作の循環器系への影響を非侵襲的な測定法を用いて客観的に評価できるようにしておくことは重要な視点であると考える。

そこで，本研究では，清潔援助に関するリハビリテーションプログラムの開発および安全性，効果を確認できる客観的な評価基準を見出すため，健康人を対象に清拭時の体位変換等の活動と上半身挙上角度の違いが循環機能に及ぼす影響について基礎研究の見地から検討を行った。

Ⅱ．研究方法

１．対象者

対象者は，循環器系の疾患がなく他の疾患でも定期的に病院を受診したり，定期的に内服をしていない健康な成人で，研究目的・方法等の説明に同意を得られた者を対象とした。対象者として同意を得たものは，男性11名，女性６名の計17名で，年齢は（平均±標準偏差）35.4±6.8（範囲：25～55）歳，身長1.68±0.093m，体重65.97±15.55kg，BMI 23.28±5.19，体脂肪率22.73±8.37％であった。

２．実験期間・実験条件

実験期間は平成20年３月から９月に実施した。実験場所は，人工気候室を使用して室温26℃，湿度60％とした。ベットの頭側を挙上する上半身挙上角度（以下角度）は，人工気候室内に設置してある電動ベットで勾配計を用いて調整した。なお，本研究の参加は，すべての角度で測定することを一実験とし，同一対象者で一回とした。角度の実験順番は，対象者毎にあらかじめ乱数表を用いて無作為に実施した。

３．実験手順

対象者は，食直後を避け，実験室へ開始30分前に入室し，動きやすい半袖Ｔシャツと腹部を締め付けないハーフパンツを着用後，仰臥位で安静を保持した。

実験では，それぞれの活動が次の活動に影響を与えないよう活動前後に５分間ずつの仰臥位による安静（以下活動前および活動後）を保持し，ベットの頭側を０度，30度，45度，60度，90度の５条件で挙上して４分間の自力清拭時の体位変換等の動作を行った（以下活動中）。４分間の活動内容は，右側臥位にて１分間ののち，仰臥位にて１分間，その後左足膝立て１分間，右足膝立て１分間を一連の活動とし，清拭時の体位変換等のみ対象者に実施してもらった。

４．測定項目

測定項目は，看護師が心臓リハビリテーションプログラムの評価項目として，清拭援助の前，中，後において非侵襲的に観察および確認できる項目を考慮し，循環機能の反応を評価できる血圧（収縮期および拡張期），心電図によるRR間隔を用いた心拍変動解析指標（HF成分，LF成分，LF/HF比）および心拍数とした。また，各角度の感想を実験終了後に自由意見として聞いた。

血圧測定は，Porterpress（TNO-TPD Biomedical Instrumentation）を用いて，左中指または示指に測定用プローブを装着した。

心電図は，メモリー心拍計（アームエレクトロニクス製LRR-03）を用いて，胸部双極誘導にて測定した。

５．データ分析

心電図は，コンピューターに直接取り込み，心拍ゆらぎリアルタイム解析システムMemCalc／Tarawa（諏訪トラスト社製）を用いて２秒毎に心拍数・周波数解析を行った。心拍変動の周波数は，それぞれ0.04～0.15Hzを低周波数帯（Low Frequency：LF），0.15～0.40Hzを高周波数帯（High Frequency：HF）と定義し解析した。心拍変動の心臓自律神経機能の評価としては，副交感神経活動のみを反映するHF成分のパワー値（以下HF成分），主として交感神経活性，一部副交感神経の指標と考えられるLF成分のパワー値（以下LF成分），交感神経 - 副交感神経バランスの指標であるLF成分/HF成分パワーの比（LF/HF比）を用いた。

血圧（収縮期血圧，拡張期血圧），心拍数，心拍変動解析指標（HF成分，LF成分，LF/HF比）および収縮期血圧と心拍数を積算して表す心筋の酸素消費量Double Product（以下DP）を項目とし，それぞれの項目毎に活動前５分間，活動中４分間，活動後５分間の平均値を算出した。

分析は統計ソフトSPSS（16.0J）を使用し，項目毎に２元配置分散分析（因子：角度，経時的区分）を用いて，角度および活動前中後の違いによる平均値の有意差検定を行った。さらに，多重比較として各角度内における活動前中後の変化を確認するため，各項目の角度毎に活動前 - 中，活動中 - 後，活動前 - 後をペアとし，t 検定を行った。なお，全てのデータは平均値±標準偏差で表した。

６．倫理的配慮

研究の趣旨および実験方法，自由意思での参加と途中での辞退，参加の利益と不利益，個人情報の保護などについて記載した書面を用いて研究対象者に説明した。

なお，群馬大学医学部疫学研究に関する倫理審査および獨協医科大学生命倫理委員会の承認を得て行った。

Ⅲ．結　　果

上半身挙上角度の違いによる平均収縮期血圧は，活動前119.1±27.6～127.4±26.2mmHg，活動中123.8±25.5

～132.9±28.2 mmHg，活動後121.2±35.5～129.7±30.3 mmHgであった。また，平均拡張期血圧は，活動前59.7±16.8～63.9±18.2 mmHg，活動中62.1±15.4～70.6±22.7 mmHg，活動後61.6±15.8～67.6±21.2 mmHgであった。活動前中後の血圧の変化（図１）では，活動中は角度の上昇に伴い増加傾向にあり，活動後は角度の上昇に伴って収縮期血圧と拡張期血圧がほぼ同様の増減を示した。また，２元配置分散分析では，収縮期血圧においては交互作用はなく，拡張期血圧では交互作用があった。角度毎の活動前中後の比較において，０度では収縮期血圧の変化で活動後が活動前，中に比べ有意な上昇（おのおのp＜0.05）を認めた。45度では収縮期血圧の変化において活動中が活動前，後に比べ有意に高く（おのおのp＜0.05），拡張期血圧の変化では活動中は活動前に比べ有意な上昇（p＜0.05）が認められた。90度では収縮期血圧の変化において活動中が活動後に比べ有意に高く（p＜0.01），拡張期血圧の変化では活動中が活動前，後に比べ有意に高い（おのおのp＜0.01，p＜0.001）結果であった。

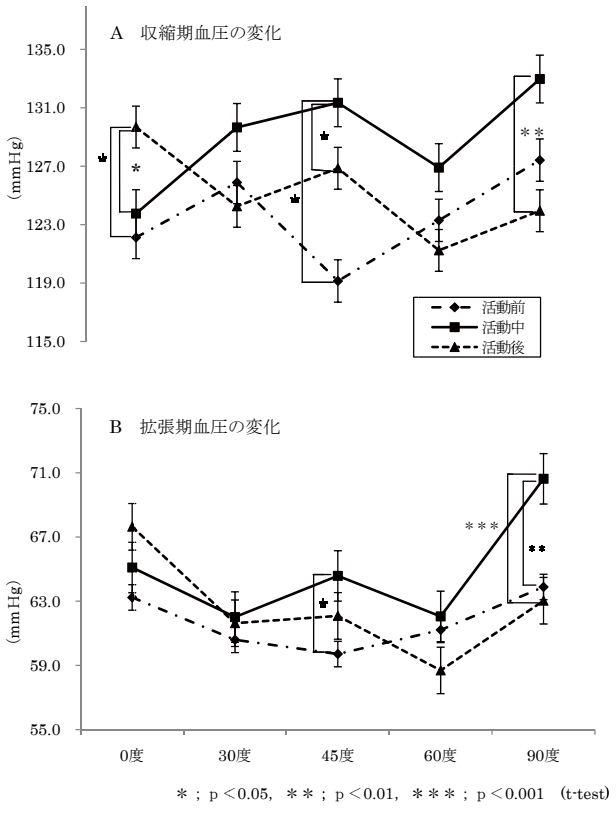


図１　上半身挙上角度の違いによる活動前中後の血圧の変化
（mean ± SD）

上半身挙上角度の違いによる平均心拍数は，活動前66.0±8.2～67.2±9.4beats/min，活動中66.2±8.4～70.7±8.9beats/min，活動後65.1±8.8～66.9±8.8beats/minであった。活動前中後の心拍数の変化（図２）では，活動前は角度の上昇に伴い緩やかに増加し，活動後では30度以上において緩やかな減少を示していた。また，２元配置分散分析においては交互作用があり，角度毎の活動前中後の比較では，45度，60度，90度とも活動中は活動前，後に比べて有意に高く（45度おのおのp＜0.001，p＜0.01，60度及び90度おのおのp＜0.001，p＜0.001），さらに，90度では活動後が活動前より有意に低下（p＜0.01）することが示された。

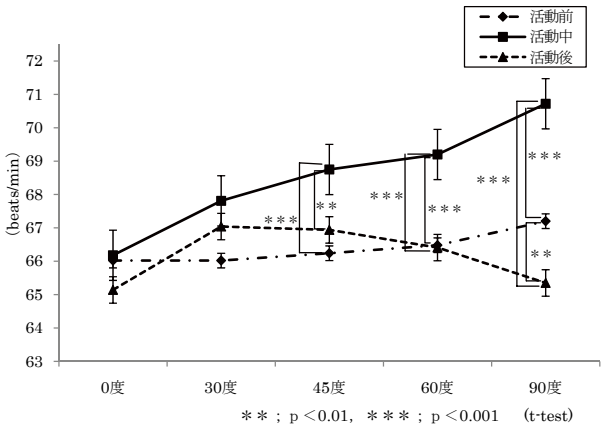


図２　上半身挙上角度の違いによる活動前中後の心拍数の変化
（mean ± SD）

上半身挙上角度の違いによる心拍変動解析指標において，LF成分の平均値は活動前708.1±546.5～920.9±721.3msec^2，活動中900.5±578.4～1096.9±764.8msec^2，活動後750.5±491.7～948.8±892.8msec^{2}であった。HF成分の平均値は，活動前266.9±172.4～354.8±269.8msec^2，活動中273.4±172.9～368.4±190.6msec^2，活動後299.3±203.6～337.1±224.8msec^{2}であった。LF/HF比の平均値は，活動前2.8±1.7～7.0±15.2，活動中3.7±2.1～5.4±2.8，活動後3.4±2.8～7.7±15.4であった。活動前中後の心拍変動解析指標の変化（図３）では，２元配置分散分析において全ての項目で交互作用はなく，角度毎の活動前中後の比較では，０度でLF成分において活動中が活動後に比べ有意に高く（p＜0.05），30度ではLF成分において活動中が活動前，後に比べ有意に高値（おのおのp＜0.05, p＜0.01）であった。60度ではLF成分において活動前に比べて活動中は有意に上昇（p＜0.05）し，HF成分では活動前に比べ活動中は有意に減少（p＜0.05）し，LF/HF比では活動中が活動前，後に比べ有意に高い（おのおのp＜0.01，p＜0.05）結果であった。90度ではLF成分において活動中が活動前に比べ有意に上昇（p＜0.05）し，LF/HF比では活動中が活動前に比べ有意な上昇（p＜0.001）が認められた。

上半身挙上角度の違いによる平均DPは，活動前7921.8±2134.9～8619.6±2251.5，活動中8174.1±1965.6～9439.5±2364.3，活動後8090.1±1877.9～8547.8±2273.6であっ

た。活動前中後のDPの変化（図４）では，２元配置分散分析において交互作用があり，角度毎の活動前中後の比較では，45度において活動中は活動前より有意な上昇（p＜0.001）が認められ，60度では活動中が活動前，後より有意に高く（おのおのp＜0.05，p＜0.01），90度でも活動中が活動前，後より有意に高い（おのおのp＜0.01, p＜0.001）結果であった。

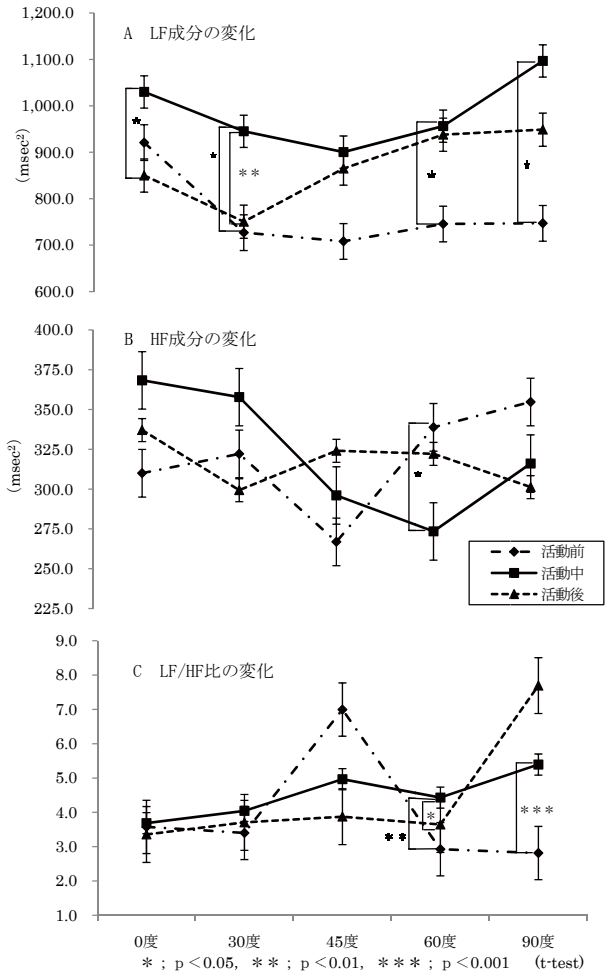


図３　上半身挙上角度の違いによる活動前中後の心拍変動解析指標の変化（mean ± SD）

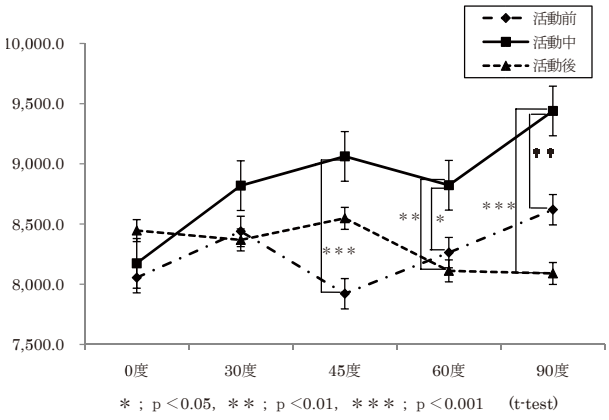


図４　上半身挙上角度の違いによる活動前中後のDouble Productの変化　（mean ± SD）

Ⅳ．考　察

角度毎の比較では，０度は収縮期血圧，LF成分において，30度はLF成分のみ，45度は収縮期血圧，拡張期血圧，心拍数及びDPにおいて，60度では心拍数，心拍変動解析指標及びDPにおいて，90度では収縮期血圧，拡張期血圧，心拍数，心拍変動解析指標及びDPにおいて清拭時の体位変換等の活動による変化が認められた。

また，測定項目で比較すると，収縮期血圧では０度において活動後が活動前中より有意に高く，90度においては活動中が活動後に比べ有意に高かった。拡張期血圧においても90度では活動中が活動前後に比べ有意に高い結果であった。さらに，心拍変動解析指標のLF成分では，活動前に比べ，45度以外の角度において活動中は有意な上昇が認められた。また，心拍数も活動中が全ての角度において最も高く，45度以上の角度では全てに有意差が認められた。さらに，60度のHF成分の減少や60度以上でのLF/HF比の上昇など自律神経系において交感神経活動が優位に亢進していることを表している。これらの結果から角度の上昇および清拭動作の活動が循環機能に影響を与えていることは明らかであり，さらに，ベットを挙上していく角度が上昇することによる影響が清拭動作の活動の影響との二重負荷となっていることが推察される。一方，交感神経活動の亢進は，不整脈を誘発しやすくなる。もともと心不全や虚血などの心疾患患者では交感神経活動が優位な状態にあり，副交感神経活動を増し，副交感神経活動が優位な状態にすることが予後改善につながる[15]と報告されている。このことから，ベットの挙上角度の上昇と清拭動作の活動の影響が加わり交感神経活動が亢進した結果を踏まえると，清拭時に段階的，計画的にベットの挙上角度を変えることは，心臓の負荷を計画的に加える状況を作ることになると考えられ，清拭等の日常生活動作を心臓リハビリテーションに活用することが重要な意味をもつものであると考えられる。特に，Groseら[12]やNemansら[13]は60度以下の上半身挙上では血行力学的に影響がないと述べていたが，上半身挙上だけでなく清拭動作が加わった影響として，血圧や心拍数，DPの変化を踏まえると45度以上では心負荷になっていると考えられる。さらに，交感神経活動の亢進を踏まえると，60度以上において上半身を挙上して援助を行う場合には，心拍数の急激な増減や不整脈の有無など十分に注意していく必要があると考える。

一方，自律神経活動の中でも，LF成分のパワースペクトルは日中の身体的，精神的活動そして体位など様々な外的要因により影響を受けるといわれ，特に，中等度の運動，

精神的ストレスによって増加する[15]ことが示されている。活動前から活動中にかけてのLF成分の上昇が45度以外において認められているのは，今回のような短時間の軽い活動でも動いたことによる外的要因の影響か，何らかの心身へのストレスが加わったためと考えられる。今回，60度以上ではLF/HF比においても変化が認められているのに対し，30度以下ではLF成分の変化のみが認められている。また，45度では心拍変動解析指標には有意な変化は認められていない。活動条件が全角度で統一していることを考慮し，60度以上で副交感神経活動に及ぶ影響が表れていることは，60度以上になると角度が上昇したことの影響，体位などの外的要因による影響が考えられる。また，今回の実験後の対象者からの感想では，「30度は日ごろ行わない角度であり，不安定感がある」，「姿勢保持や動くのに苦痛が大きかった」等の回答が聞かれ，30度は身体的な苦痛や違和感を生じさせる姿勢であることが伺われ，ストレスが加わったことが考えられる。過剰なストレスや苦痛等のある姿勢が長期間に及ぶ場合には，自律神経中枢を刺激し，交感神経活動の亢進をもたらし，交感神経活動が亢進するとアドレナリン産生が増加し，交感神経終末からのノルアドレナリンを主とするカテコールアミンが放出され，心拍数と心拍出量の増加や血管収縮による血圧上昇などを起こす[16]。このことから，安楽ではない角度での活動において活動量の増大やストレスの増加が予想される場合，循環機能への影響が生じる危険性があると推察される。よって，心拍数や血圧に変化が少なかったとしても，そのつど違和感がないか，苦痛を感じている部位がないかなどストレスを生じる要因を確認し，苦痛等を軽減できるよう姿勢や体勢の工夫，援助時間の短縮化など検討する必要があると考える。今回の結果では，他の角度に比べ30度以下の反応は，その角度での姿勢が与える違和感や苦痛が身体的・精神的ストレスを生じさせている可能性が推察されるが，過剰なストレスを生じさせていると確認するまでには至らないため，今後明らかにしていく必要があると考える。

また，心筋への直接的負荷量としてDPの変化をみると30度以上において活動中が最も高値で，45度以上では活動前と比べ有意な上昇が認められている。また，血圧においても30度以上では活動中が最も高値を示し，45度，90度においては活動中が活動前と比べ有意な上昇を認めている。さらに，45度以上で活動中が活動前，後に比べ有意に高い結果であった。Groseら[12]，Nemensら[13]は，60度以下の上半身挙上では肺動脈圧や肺動脈楔入圧等の変化は極めて些細で，血行力学的に影響がないこと，また，寺町ら[3]は急性心筋梗塞患者を対象に仰臥位から側臥位に変化しても心拍数にわずかに有意な増加を認めただけで，収縮期血圧やDPに変化がなかったことを報告している。しかし，本研究では，健常な人を対象にしていても，0度においては収縮期血圧に有意な変化が認められ，45度以上においては収縮期血圧に加え，拡張期血圧，心拍数，DPにおいていくつかの有意な変化が認められた。この結果の違いには，ベットの挙上角度を上昇させつつ，清拭動作の体位変換を自発的に行ってもらう活動内容もしくは動作の違いが影響を与えていると推察される。本研究では，上半身を挙上し，側臥位になる体位変換のほかに左右交互に膝を立てる動作を行った。膝立てを左右交互に行う動作は大腿四頭筋等の下肢の筋肉を収縮・弛緩させる動的運動としての動作となり，血圧，心拍数，DPに有意な変化を生じさせたことが考えられる。また，この結果から，膝立てを左右交互に行う動作そのものが，心臓リハビリテーションの動的運動の種類の一つとして活用できる可能性があると考えられる。

また，Okuboら[17]の研究では，頸部の支えがない座位とある座位では自律神経活動に違いがあることを述べ，その要因として頸部を自力で保持するための筋肉活動に違いが生じ，酸素消費が異なることを挙げていた。座位で頸部を保持する筋肉の活動とは，頸部の筋肉の収縮を維持する静的運動が含まれる。本研究でも上半身を挙上し，膝立ての姿勢を保持することは，腹筋や下肢の筋肉の収縮を維持する骨格筋の緊張を伴う等尺性負荷の静的運動になっていたと推察される。運動による心負荷を評価する際に，動的（等張性）運動では酸素消費量や心拍数が心負荷の指標とされ，等尺性負荷の要素が加わる場合は，血圧の変化が重要[1),6),7)]であると報告されている。よって，0度での収縮期血圧の活動後の上昇，30度からの活動中の心拍数，血圧，DPの上昇，45度以上での有意な上昇は，腹筋や下肢の動的運動と静的運動の両方の要因が考えられ，外的心仕事量の増大により末梢での酸素需要が増加し，末梢に酸素を供給するために心拍出量が増加し，血圧の上昇が生じるという心臓のポンプ機能への負担が大きくなった結果と考えられる。したがって，先行研究と違う結果が明らかになった理由として，先行研究では安静状態で上半身の角度の挙上や体位変換のみの動作負荷であったが，本研究では清拭時の体位変換や膝立て等の動作を活動として行いつつ，上半身の角度を挙上しているため，先行研究より心負荷が加わり，循環機能に影響を与えていたと推察される。

これらのことから，心疾患患者においては，45度以上において清拭時の活動を行う場合疲労や狭心症発作の誘発になることを念頭に，援助の際には心拍数の増加と同時に起きる血圧の上昇や急激な心拍数の変化，虚血性発作の症状の有無など観察が必要だと考えられる。また，今後清拭のどの動作が要因となって循環機能へ影響を与えているのか動作毎に分析する必要がある。さらに，佐藤らの研究[18]では，健常者に比べ心不全患者では運動開始とともに交感

神経活動が亢進すると指摘しており，活動中の動作別に分析するとともに，活動前中後の変化をみていく必要性も高いと考える。

一方，上半身を挙上しての膝立ての保持は前屈姿勢に近くなり，胸腔内圧が上昇し，Valsalva効果が加わり，静的運動の心負荷がさらに増加するとことが予測される。腹部に脂肪が蓄積しやすい内臓脂肪貯蓄型肥満では，特に座位時の横隔膜挙上による胸腔内圧の上昇が大きくなることが予測され，今回の血圧や心拍数，DPの結果に体型の違いが影響を与える可能性を否定できない。米国の報告では，冠動脈疾患患者はその50％～60％にメタボリックシンドロームを有し頻度は約２倍である。日本においてもその頻度は２倍以上多いことが観察されている[19]。メタボリックシンドロームの有病率の増加は肥満度の増加と関連しており，心疾患患者には内臓脂肪貯蓄型肥満をリスクファクターとして持っている人も多く，結果的に動脈硬化性疾患が進行している人も多い。これらのことから，心臓リハビリテーションとして清拭を組み入れていくためには，体型を考慮した角度の違いによる循環機能への影響を明らかにすることも重要な視点であると考える。

本研究では上半身を挙上しつつ清拭時の体位変換及び膝を立てる動作を行い，心血管反応と自律神経活動の両方を測定した。軽度の活動にもかかわらず，その影響は心血管反応と自律神経活動の両方から明らかであった。姿勢による変化は筋骨格系，神経系，循環器系の有機的かつ適正な協働作用が関連し，特に，循環器系では骨格筋ポンプや圧受容体反射が関与する。そのため，等尺性負荷が小さな筋群にかかるほど血圧反応は有意になりやすいことが報告されている[1]。今回の結果や日常生活動作に静的運動と動的運動が含まれることを考慮すると，ベットの挙上角度を変えて行う清拭時の姿勢や動作を心臓リハビリテーションとして取り入れているには，心拍数の増減やパターンの変化だけでなく，経時的に収縮期血圧や拡張期血圧のそれぞれの増減を評価項目として観察していく必要性を示唆していると考えられる。

Ⅴ．ま と め

本研究では，30度，45度，60度，90度に上半身を挙上しつつ，清拭時の体位変換や膝立てを行うことが循環機能に影響することが明らかとなった。45度以上の角度での清拭時の体位変換等の動作を実施することは，動的運度と静的運度の両方の影響が加わり，外的心仕事量が増え，心筋酸素消費量が増加し，心拍数や血圧の上昇につながるという循環機能への影響が確認され，45度以上に上半身を挙上し援助を行う際には，段階的にベット頭側を挙上し，計画的に上半身の角度を上げていく慎重さが必要だと思われる。さらに，60度以上の場合では，交感神経活動の亢進が認められ，心拍数の増減だけでなく，脈拍のリズム等不整脈の早期発見に心がける必要があると思われる。さらに，上半身挙上角度の上昇に伴い清拭時の体位変換や膝立て等の活動を行うことは，循環機能への負荷を増加させていることが推察された。

今後，清拭という活動を心臓リハビリテーションとして検討していくには，温熱刺激や圧刺激などの皮膚刺激の影響はもちろんであるが，清拭時の動作の違いや体型による違いが上半身の挙上角度の違いによってどのように循環機能に影響を与えるのかという新しい視点での検討が必要であると考える。

謝　　辞

本研究において，快く協力してくださいました対象者の皆様に感謝いたします。

要　　旨

本研究では，健康人な17名を対象に清拭時の体位変換と膝立て等の活動と上半身挙上角度の違いが循環機能に及ぼす影響について検討した。実験は，ベット頭側を無作為に０度，30度，45度，60度，90度に挙上して体位変換と膝立て等の活動を行った。活動前，中，後の循環機能の影響の測定は，血圧（収縮期および拡張期），心拍数，心拍変動解析指標（LF成分，HF成分，LF/HF比），心筋の酸素消費量を用いた。その結果，45度以上での体位変換と膝立て等の活動では，動的と静的運動の両方の影響が加わり心拍数や血圧の上昇につながること，60度以上では交感神経活動の亢進が生じることが明らかになった。さらに，上半身挙上角度の上昇に伴い体位変換等の活動での循環機能への負荷は増大することが推察された。

Abstract

We investigated the effect of the circulatory system in 17 healthy adults, who required the backrest at an angle and a change of position during bed bath. In this experiment, we raised the backrest angle at random to 0, 30, 45, 60 and 90 degrees, and carried out the change in position. The variables measured to assess the effect of the circulatory system were blood pressure（BP), heart rate（HR), HR variability and double product（DP). It was found that it was possible to increase HR or BP when the angle was above 45 degrees, as the effect of both dynamic exercise and static exercise were added. Moreover, when the angle was above 60 degrees, an increment of sympathetic nerve activity occurred. Furthermore, we found that the load of the circulatory system in the change of position during bed bath increased with the backrest angle increasing.

文　献

1）木全心一，斎藤宗靖他：狭心症・心筋梗塞のリハビリテーション，南江堂，東京，1999.
2）寺町優子：特集 心臓リハビリテーション看護への招待，Quality Nursing. 8(5)，4-47，2002.
3）寺町優子，久保田明美他：急性心筋梗塞患者の急性期における体位変換時の血行力学的変化について，日本集中治療医学会雑誌，4，217-222，1995.
4）寺町優子，村田由紀子他：急性心筋梗塞患者における入浴労作時の血行力学的変化と看護援助に関する検討，ICUとCCU，14(12)，1223-1228，1990.
5）Saito, M., Yamazaki, T. et al.: Cardiovascular responses during ordinary activities in healthy subjects ; predominance of blood pressure response over heart rate in activities with isometric components, J Cardiopulmonary Rehabilitation, 7, 253-258, 1987.
6）山崎武彦，斎藤宗靖他：日常諸労作における心拍数・血圧・酸素摂取量の検討，治療，8(9)，1979-1985，1986.
7）斎藤宗靖，大村延博他：酸素摂取量・血圧・心拍数の無拘束測定による日常諸労作の運動強度と心血管反応の評価，日本臨床生理学会雑誌，18(3)，239-247，1988.
8）循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2000-2001年度合同研究班報告）：心疾患における運動療法に関するガイドライン，Circulation Journal，66(Suppl Ⅳ)，2002.
9）山崎雅美,石田倫子他：慢性心不全患者のリハビリテーション,看護技術,47(3),285 - 293, 2001.
10）長田尚彦，木田圭亮他：慢性心不全患者における運動耐容能改善と睡眠呼吸障害の改善に関する検討，心臓リハビリテーション（JJCR)，12(1)，36 - 39，2007.
11）Giuliano, KK., Scott, SS., et al.: Backrest Angle and Cardiac Output Measurement in Critically Ill Patients, Nursing Research, 52(4), 242-248, 2003.
12）Grose, BL., Woods, SL. et al.: Effect of backrest position on cardiac output measured by the thermodilution method in acutely ill patients, HEART&LUNG, 10(4), 661-665, 1981.
13）Nemens, EJ., Woods, SL. et al.: Normal fluctuations in pulmonary artery and pulmonary capillary wedge pressures in acutely ill patients, HEART&LUNG, 11(5), 393-398,1982.
14）Tristani, FE., Kamper, DG. et al.: Alterations of postural and Valsalva responses in coronary heart disease, Am J Physiol, 233(6), H694-H699, 1977.
15）林博史編：心拍変動の臨床応用―生理的意義，病態評価，予後予測―，医学書院，東京，2004.
16）石光俊彦：循環器疾患とストレス，Dokkyo Journal of Medical Sciences，33(3)，227-235，2006.
17）Okubo, N., Hishinuma, M.: Effects of aided and unaided support of the neck while sitting（with back support), on autonomic nervous system activities, Japan Journal of Nursing Science, 2, 33-39, 2005.
18）佐藤廣，山本真千子他：心不全患者における運動中の自律神経活動の変化，自律神経，31(1)，14-31，1994.
19）木庭新治，角田史敬他：メタボリックシンドローム，心臓リハビリテーション。11(2)，261-266，2006.

［平成21年６月４日受　　付
平成22年３月12日採用決定］

－研究報告－

成人看護学臨地実習における看護学生のストレスの縦断的変化

－心理的ストレス指標と生理的ストレス指標から－

Longitudinal Changes in the Stress of Nursing Students during a Clinical Practice in Adult Nursing: Based on Assessment of Psychological and Physiological Stress

高島尚美[1)] Naomi Takashima　大江真琴[2)] Makoto Oe　五木田和枝[3)] Kazue Gokita　渡部節子[3)] Setsuko Watabe

キーワード：ストレス，唾液中コルチゾール濃度，ストレッサー，ストレス対処能力（SOC），看護学生，成人看護学臨地実習
Key Words ：stress, salivary cortisol level, stressor, sense of coherence, nursing students, clinical practice in adult nursing

Ⅰ．緒　言

臨地実習は，看護学生にとって主体的な実践を通して自分自身の看護を学び，自己成長の機会となる貴重なプログラムである。しかしその一方で，看護学生の臨地実習中のストレスや不安の強さについても明らかにされており，教育的支援の必要性が示唆されている[1)]。最近では臨地実習におけるストレスによる生理学的反応の検討もなされ，臨地実習中に自律神経応答に変動がみられたり，頭痛や嘔気等の不定愁訴が有意に多くなる[2)3)]，自律神経応答が不安定な学生はネガティブな気分が実習後も続く[4)]，など心身のバランスを崩す学生がいることが明らかにされている。渡邉[5)]によると実習中の疲労症状が強い人ほど，実習に対する満足は低かったとされ，学生のストレスによる心理的反応と生理的反応の相互関係を検討する必要性が示唆されている。

そもそもストレスとは，セリエの学説によると，外界のあらゆる欲求に対する生体の非特異的な反応であり[6)]，ストレッサーからつくりだされ誰にでも起こり得る生理的反応を言う。外界からのストレッサーは，知覚を介して大脳皮質に伝えられ，海馬などに保持されている記憶に基づいて認知，評価される。これらの情報は，大脳辺縁系から視床下部に伝えられて，自律神経系，視床下部－下垂体－副腎系，免疫系，末梢器官での反応を引き起こすといわれている[7)]。コルチゾールは，視床下部で産生された副腎皮質刺激ホルモン放出ホルモンがストレッサーに対応して下垂体の門脈中に放出され，視床下部－下垂体－副腎軸を活性化して副腎皮質刺激ホルモンが放出されることにより分泌されるものである。セリエのストレス学説が生物医学モデルであると批判したラザルスは，ストレスの個別要因に目を向け「心理的ストレスとは，人間と環境の間の特定な関係である[8)]」と定義し，ストレスを人間と環境との関係としてとらえ個人の脅威，有害，挑戦という認知的評価と対処に着目している。人間のストレスによる反応は，神経系，内分泌系，免疫系を介して惹起され，情動的のみならず身体反応や行動としての反応に表され，それらは相互に関連し，個人のストレス認知や対処によっても差異が生じることと考えられるが，これら心理的過程と生理的過程の関連の解明に試行錯誤しているという現状がある。ストレスを抱えながらも，看護師として人間としての成長の機会としている臨地実習における学生のストレス反応について，心理的ストレスだけでなく客観的生理的指標を用いた評価，さらにストレスを左右するストレス対処能力を含めた縦断的な分析は，学生の視点に立った実習指導を実施するための基礎資料を得るために意義があるのではないかと考えられた。

Ⅱ．概念枠組みと研究デザイン

本研究において人間のストレスによる反応は，神経系，内分泌系，免疫系を介して惹起され，情動的のみならず身体反応や行動としての反応に表され，それらは相互に関連し，個人のストレス認知や対処によっても差異が生じると捉えた。心理的ストレス理論としては，基本的にラザルスのストレス理論に拠り①ストレッサーがあり，②それがストレス源となるか否かを認知的に１次評価されそれに伴う感情（脅威・有害・挑戦）が惹起される，③２次評価として対処資源と選択肢の評価がなされ，④個人のストレスへ

１）東京慈恵会医科大学医学部看護学科　School of Nursing, The Jikei University
２）東京大学大学院　Graduate School of medicine, University of Tokyo
３）横浜市立大学医学部看護学科　College of Nursing, Yokohama City University

の適応結果が惹起される，の４つのプロセスがあると捉えた。今回はストレッサーを臨地実習におけるストレッサーとし，１次評価の結果生じるストレス感情も臨地実習に特化したものとし，適応結果は主観的ストレス度と実習達成感で評価をすることとした。ストレス対処としては，医療社会学者のアントノフスキーによって体系化された健康生成論の中核概念である首尾一貫感覚（Sense of Coherence:以下SOC）を主観的指標とした。SOCは，その人に浸みわたった生活世界規模の志向性のことで，自分の内外で生じる環境刺激は秩序づけられた予測と説明が可能なものであるという確信，その刺激がもたらす要求に対応するための資源はいつでも得られるという確信，そうした要求は挑戦であり，心身を投入し関わるに値するという確信からなっている[9]。今回は，学生がどの対処スタイルを用いているかよりも，対処への志向性を問うことに意義があると考えSOCによる評価を選択した。これらの心理的ストレスとの関連を検討するために，生理的ストレス反応の中軸をなす視床下部－下垂体－副腎皮質系のコルチゾール分泌を非侵襲的に評価できる唾液中コルチゾール値を測定した。

Ⅲ．研究目的

ストレスの心理的指標と生理的指標を用いて，成人看護学臨地実習における看護学生のストレスの変化や対処能力の影響を縦断的に明らかにすることである。

Ⅳ．研究方法

１．対象者

対象者は，短期大学３年生で2006年10月に３週間の成人看護学臨地実習（急性期看護実習もしくは慢性期看護実習）を履修し，協力同意の得られた健康な看護学生32名（女子31名，男子１名）であった。

２．測定および調査方法

10月の実習開始１週間前（ベースライン），実習前日（学内演習），実習初日（水曜日），１週目金曜，２週目月曜，水曜，金曜，３週目月曜，水曜，木曜（実習最終日）の計10回に渡り唾液中コルチゾール濃度（以下コルチゾール濃度），実習の主観的ストレス度，実習達成感（いずれも数値的評価スケールNumerical Rating Scale：以下NRS）を，また，実習前日および１週目金，２週目金，３週目水の計４回，Clinical Stress Questionnaire（以下CSQ）とストレッサーを，実習前日および実習終盤である３週目水の計２回SOC短縮版の調査を実施した。質問紙は，ファイリングをして一括して実習前日に渡すことで，実習期間中教員が閲覧することがないようにし，実習終了後に回収した。

１）基礎情報：年齢，コルチゾール濃度に影響を及ぼすことが推測される採取前日の睡眠時間，飲酒・喫煙・運動・アルバイトの状況について記述を依頼した。

２）ストレスの生理的指標：コルチゾール濃度を用いたが，起床時前後が一番高く午後低くなる日内変動があるため，サーカディアンリズムの影響を受けにくく実習プログラムに影響が少ないと推測された午後16時に唾液を採取した。唾液は，滅菌綿（SALIVETTE : SARSREDT製）を口の中に入れ１～２mlしみこませて採取した。採取した唾液は当日中に遠心分離した状態で凍結保存（-40℃）し，実習終了後にまとめて検査会社（SRL）に提出して測定を依頼した。測定は，放射性同位元素免疫測定法：RIA（Radio immunoassay）が用いられた。唾液中コルチーゾール濃度は，下垂体-副腎皮質系の動態を反映し[10]，血漿中コルチゾール値と高い相関を示すことが明らかにされており[11]，採血による痛みを伴わないことからストレスの評価方法として注目されてきた。検査結果の再現性については有意差がなく，測定値の妥当性が検査会社によって確認されている。

３）ストレスに関する心理的指標（ストレッサー・CSQ・SOC・ストレス度・達成感）：ストレッサーは，雄西らの臨地実習におけるストレスに関する研究[12]から，周手術期看護実習の特性をふまえて一部改変し（「知識が十分になくて困った」を追加し，「観察や援助技術が心配」を「観察ができるか心配」と「援助技術ができるか心配」に分割）18項目４段階で回答を求め，得点が高いほどストレッサーが多いと判断した。１次評価後のストレス感情は，PanagaのCSQを基に堤[13]が作成した臨地実習用認知的評価質問紙日本語版である鹿大版CSQで測定した。これは看護学生の臨地実習に対する一次評価によって生じる感情を測定するもので，脅威，有害，挑戦の３下位尺度17項目についてその時点での認知的評価を「ぜんぜん違う～まったくそうだ」の５段階尺度で求めた。得点が高いほど，ストレスが強いと判断する。ストレス対処能力は，SOCを用いた。山崎らが開発した日本語版SOC質問票短縮版13項目[14]を用い，７段階尺度で回答を求め，合計得点が高いほど多様なストレッサーに対してストレスを生じにくいことを示すと判断した。把握可能感，処理可能感，有意味感の３つの下位概念からなるが今回は合計得点を用いた。主観的ストレス度と達成感はNRSを用い，最も強く感じる時を10とした場合の数値での記入を求めた。

３．分　析

分析は，コルチゾール濃度の変化の比較は，個人差を排除するためにベースラインのコルチゾール濃度を１とした場合の比を算出し，縦断的変化はWilcoxon's符号付順位検定を行った。各尺度の信頼係数（Cronbach's α）を求めた結果，ストレッサー0.82，CSQ0.84であり，SOCは尺度全体では0.78であった。SOCは尺度全体の合計点を，ストレス感情はネガティブな感情とポジティブな感情を区別

するために下位尺度毎の合計点を算出した。科目間の比較および達成感を平均値で高い群と低い群に分けた２群の検定ではWilcoxon's testを，尺度間およびコルチゾール濃度比との相関関係の分析ではSpeamanの相関係数を求めた。分析にはSAS JMP5.1.1を使用し，有意水準は0.05とした。

４．本研究における実習プログラム

成人看護学臨地実習の目的は，「様々な健康状態にある成人期の人およびその家族の特性をふまえ，最適な健康状態をめざして支援できる能力を養う」ことであり，３年次に通年で急性期・慢性期実習が各々３週間実施される。急性期看護実習は手術をうける人および家族が対象であり，術前～術後までの看護を体験し，慢性期看護実習における対象は，慢性疾患をもち症状コントロールの必要な人およびその家族で，それぞれ看護過程が方法論として用いられる。日程は実習開始週の初日は，学内でオリエンテーションおよび演習（技術演習・看護過程演習・知識確認等）が実施され，２日目から病棟での実習となる。本研究の対象者は，成人看護学臨地実習以外の各論実習が終了したのち，最後から２つ目の実習として当該科目を履修した。最後の実習は成人看護学の選択実習（一斉）であるため研究時点での学生の実習プログラム経過としては同様の条件であった。

Ⅴ．倫理的配慮

後期実習オリエンテーション時に，10月２週目から開始される成人看護学臨地実習（慢性期・急性期）を履修する学生34名に研究の目的，方法について文書および口頭で説明し，協力の意思を表明した学生32名に記名による同意を得た。研究者が教員，対象者が学生であることからポジションパワーに留意し，自由意志に基づく参加であり，途中でやめることも可能であること，参加を拒否または中止することで学業，成績に不利益にならないことを保証した。また，調査票は無記名で，データは個人名を用いずに番号管理しプライバシー保護に努め，研究終了後はデータを裁断して処理すること，データは研究目的以外には使用しないこと，秘匿の上で研究成果を公表すること，とした。研究説明をした教員は急性期看護学実習の単位認定者であり，実習中の唾液の回収は実習指導教員が担当した。尚，本研究計画は，大学の医学部倫理委員会の承認を得た。

Ⅵ．結　　果

前述したようにストレスは個別的に異なる反応であるが，今回の分析は成人看護学臨地実習を履修した１集団としてのストレス傾向を検討した。

今回の対象者は，男性１名，女性31名，平均年齢は20.7歳の看護学生であり，慢性期実習履修者は14名，急性期実習履修者は18名であった。男性が女性よりも唾液中コルチゾール値が高いというデータが報告されているが，男性の測定値が女性の測定値の範囲内にあったのでひとまとめにした。

１．ストレスの生理的指標の変化

コルチゾール濃度はベースラインにおいて，0.06～0.37μg/dlの幅をもち，平均値±SDが0.20±0.08μg/dlで個人差が大であった。この個人差は，ヒトの生理機能発現に環境因

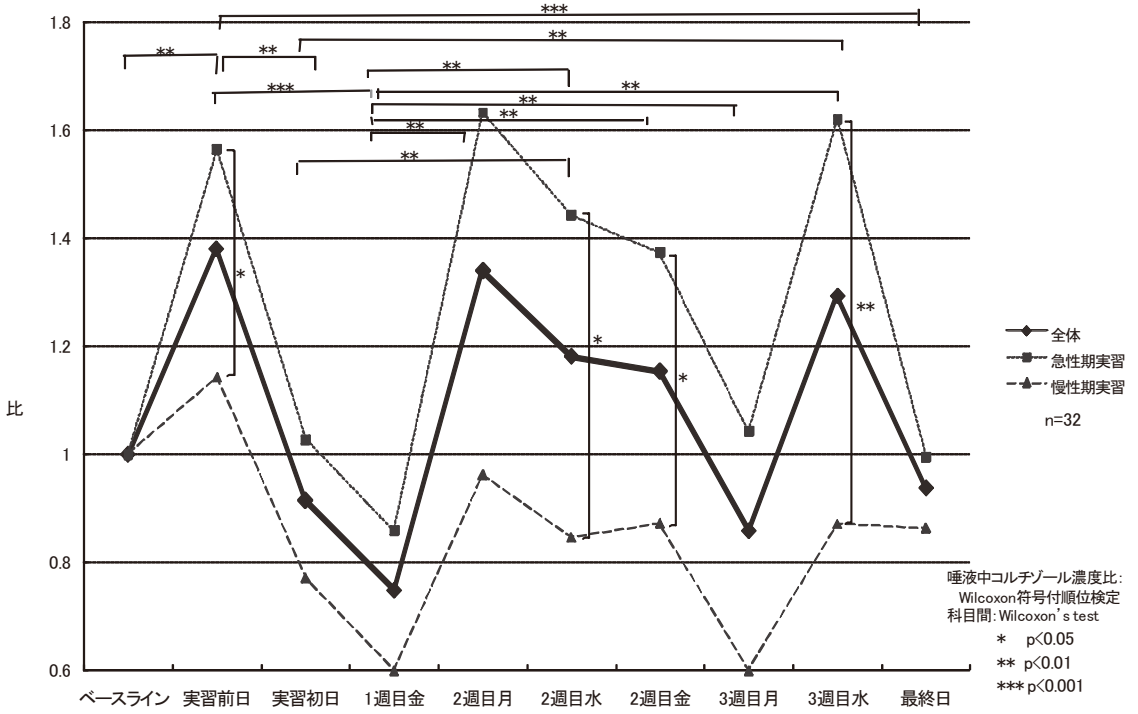


図１　成人看護学臨地実習における唾液中コルチゾール濃度比の縦断的変化

子や個体の内的因子の影響があると考えられたため比較は個人の変動率を用いることとし，縦断的変化を図１に示した。コルチゾール濃度比は，全体を平均すると実習前日に最高値を示し，実習初日，１週目金と低下し，２週目月に再び上昇し経時的に低下するものの，３週目水に再び上昇し終了と同時に低下するという変化であった。しかし，本パターンを示した対象者は14名（43.8%）で，その他はそれぞれ異なるパターンを示し個人差がみられた。

実習科目間で比較すると，実習前日（p=0.038），２週目水（p=0.011），金（p=0.022），３週目水（p=0.007）において，急性期実習のコルチゾール濃度比が有意に高かった（図１）。両実習におけるベースラインのコルチゾール濃度は，急性期実習0.19±0.08μg/dl，慢性期実習0.22±0.08μg/dlで有意差はなかった。また，生活状況（居住形態，運動，喫煙，飲酒，アルバイトの有無）とコルチゾール濃度比に有意な関連はみられなかった。

２．ストレスに関する心理的指標の変化

ストレッサーは，全体として実習前日が最も高く経時的に低下した。具体的なストレッサーとして高かった上位３項目は実習前日では，「記録物が多い」，「早起きがつらい」，「自分の無力さ未熟さを痛感している」であり，１週目金と２週目金および最終日の上位３項目は，「知識が十分になくて困った」，「自分の無力さ未熟さを痛感している」，「患者の痛みや苦痛が心配」であった。これらの項目は，ストレス感情“脅威”と有意な関連が認められた。

CSQは，全体として実習前日の“脅威”が最も高くその後漸減し，１週目金，２週目金，３週目水と比較して有意差がみられた。“有害”は２週目金が最も高く，実習前日が最も低かった。“挑戦”は実習前日が最も低くその後２週目金，３週目水で“脅威”よりも高かった。実習科目によるストレス感情には，有意差はみられなかった。

SOCは実習前日と３週目水のみ測定したが，全体平均値は実習前日よりも３週目水は有意に上昇した。個別には実習前日よりも上昇した学生は21名（65.6%）で，変化しなかった学生が２名，逆に下降した学生も９名（28.1%）みられた。

ストレス度は，２週目月が最も高く，次は２週目金であり，最もストレス度が低かった実習前日と有意差があった。また実習達成感は，最終日の平均値±SDは7.18±1.27と最も高く，次に高かった３週目水とともに，最も低かった実習前日と有意差があった（表１）。実習科目別では，SOC，達成感共，有意差は認められなかった。また実習前後でのSOCの得点上昇群と下降群（同じだった２名含む）の２群で，ストレッサー，ストレス感情およびコルチゾール濃度比を比較したが有意な関連はなかった。ストレス感情とSOCは，実習前日の“脅威”と負の有意な関連（r=-0.40 p=0.04）がみられた。

また，最終日の達成感を平均値で高い群と低い群の２群に分けて，３週目水のストレッサーやストレス感情およびSOCとの関連をみたところ，達成感が低い群は高い群と比較して有意に強く“脅威”，“有害”と認識し，コルチゾール濃度比が高く，SOCが有意に低かった（表２）。

３．ストレスの心理的指標と生理的指標の関連

コルチゾール濃度比とストレッサー，ストレス感情，SOCおよびストレス度の関連をみたものが表３である。コルチゾール濃度比とストレッサーは２週目金で，ストレス感情の“脅威”，“有害”とは１週目金，２週目金，３週目水で，ストレス度とは１週目金，２週目金において有意な正相関がみられ，SOCとは３週目水において有意な負の相関が認められた（表３）。

表１　ストレスに関する心理的指標の縦断的変化

n＝32

	ストレッサー	CSQ 脅威	CSQ 有害	CSQ 挑戦	SOC	ストレス度	達成感
実習前日	39.63	15.59±6.00	3.06±2.44	8.59±4.77	49.47±7.57	5.22±2.04	6.09±1.75
１週目金	38.03	11.13±6.00	3.44±2.88	9.97±4.72		6.19±2.29	6.50±1.56
２週目月						6.66±2.27	6.10±2.07
２週目金	35.66	9.38±5.95	3.84±4.06	9.63±3.83		6.22±1.95	6.31±1.82
３週目水	34.03	8.28±7.01	3.09±3.42	9.59±6.41	52.94±6.90	5.64±2.37	7.16±1.84
最終日						5.66±2.27	7.18±1.27

Wilcoxon符号付順位検定　　* p＜0.05　** p＜0.01　*** p＜0.001

表２　達成感２群によるストレス指標の比較

n＝32

	ストレッサー	CSQ 脅威	CSQ 有害	CSQ 挑戦	SOC	コルチゾール濃度比
達成感高い群	31.10	3.47	1.53	10.80	56.57	0.97
達成感低い群	36.60	9.06	4.47	8.53	49.82	1.58
p値	0.12	0.01*	0.02*	0.37	0.03*	0.04*

Wilcoxon's test　* p＜0.05

※達成感は最終日、ストレス指標は３週目水のデータである。

表３　唾液中コルチゾール濃度比と心理的指標の関連

n ＝32

	ストレッサー	CSQ（ストレス感情）			SOC	ストレス度
		脅威	有害	挑戦		
実習前日	-0.03	0.29	0.03	0.03	0.02	0.25
１週目金	0.27	0.45*	0.40*	0.05		0.40*
２週目金	0.41*	0.60***	0.58***	-0.11		0.48*
３週目水	0.05	0.33*	0.35*	-0.09	-0.31*	0.28
３週目木（最終日）						0.29

Speaman相関係数　* p＜0.05　** p＜0.01　*** p＜0.001

Ⅶ. 考　　察

ストレス感情“脅威”・“有害”とコルチゾール濃度比に，実習前日以外の３週にわたり有意な関連が認められた。また縦断的には「記録」や「自分の無力さ・未熟さ」などのストレッサーが軽減され，ネガティブな認知が減少し，“挑戦”という評価によって肯定的感情が高まり，ストレス対処能力も高まることが集団に認められた。竹本ら[16]も，臨地実習におけるストレス感情“脅威”は１週間の基礎看護学実習後に有意に減少し，“挑戦”は有意に上昇したと報告している。奥村ら[17]も学生のストレス感情を，実習４週目と最終週において「自分の無力さ・未熟さを痛感した」と最も認知し，全体としては経時的に軽減したと報告しており，今回の結果と類似していた。実習前日はストレッサーや“脅威”を最も強く認知しており，コルチゾール濃度比も最高値を示しており，集団としての心理的・生理的ストレスは最高潮の傾向があったと推測される。ラザルスは，新しい状況や予測性が乏しい状況はストレスを生じさせる[18]と述べている。予測性が乏しい状況に向かう場面において，記録物や自分の無力というストレッサーに対して“脅威”・“有害”という否定的なストレス感情を生じさせた場合に，下垂体－副腎皮質系が賦活化され，コルチゾール分泌が上昇するという反応になった学生が多く存在したことが推測される。Gorostidiら[19]も４年間に渡って看護学生のストレッサーを調査し，能力の不足をストレッサーとして認知していたことを明らかにしており，この理由として経験がないことをあげている。実習期間を通して，特に経験のない新しいことに向かう時や“脅威”・“有害”の評価をする学生へのストレッサー認知を含めた，身体的心理的個別的アプローチが必要であることが示唆される。

今回，ストレッサーとしては，実習前日の予測段階では学生が自分自身の負担に注目した項目のみであったが，実習開始後は患者にとっての自分の能力不足に関することに変化しながら実習前日より３週目水は有意に低下していたことやCSQの変化から，着実に実習という実践からの学びが心理的ストレスを軽減していることが推測された。しかしながら，これら心理的ストレスの軽減によって縦断的に相関して生理的ストレス指標が低下するという現象はみられなかった。ストレス感情とコルチゾール濃度比の相関やストレス対処の影響は集団として認められたものの，ストレッサーの評価は個人によって異なることやヒトの生理機能発現に環境因子や個体の内的因子の影響があるためと考えられ，関連性の解明は今後も検討すべき点である。

実習科目別では，急性期実習において慢性期実習よりも唾液中コルチゾール濃度比が有意に高くなっていた。急性期実習は予測性が乏しく，緊張度と身体活動性が高いことが予測される。急性期実習が心理的ストレス指標において慢性期実習よりも強いという結果はなかったため，身体活動に伴うストレス反応としてコルチゾール濃度比が上昇した，あるいは意識化できないストレス状態にあったことが推測される。運動やトレーニングによって副腎皮質由来の糖質コルチコイドの分泌が高まり，それらは唾液中コルチゾールとしても反映されることが報告[20]されているが，沖野ら[21]による周手術期看護実習中の観察や清拭ケアにおける唾液中コルチゾール値の測定では，心理尺度との相関がなかったという結果であった。コルチゾール値への身体的活動度や活動内容の影響についても今後検討していく必要があろう。また，慢性期実習グループはすでに急性期実習を履修していた影響があることも考えられ，同質の科目履修状況での比較検討が必要な点である。

ストレス対処能力として今回の対象者のSOCは，米国の大学生112名（23.2±5.4歳）の調査[22]の，62.4±10.89点よりも低い値であった。これは本研究の対象者の平均年齢が20.7歳と年齢層が低かったことが影響していると考えられる。SOCの強い人の特徴は，直面するストレッサーを扱うのに最も適切な対処戦略を選択することが可能とされており，遺伝的な生得能力ではなく成人初期の約10年の間に形成されるといわれている。今回は実習という主体的な経験によって，集団としてはSOCが有意に上昇し，ストレスの生理的反応の緩和と関連していることが示唆された。SOCの形成は経験の仕方が左右するといわれているが，今回は３週間の実習経験で逆に得点が下降した，つまりストレス対処能力が低下した学生もおり，それらの関連因子を見出すことはできなかった。SOCを形成するための経験のパターンは一貫性，負荷のバランス，結果の形成

への参加が必要であるとされ[23]，看護学生のSOC形成には，自分を肯定化できるような支援や積極的で具体的な経験が必要という報告[24)25)]がある。教員が看護経験に関して一貫した教育をすることや，脅威などのストレス感情を含めて学生の具体的な経験の振り返りを支援したりすることが，学生の実習ストレスを軽減し達成感を高めるための有効な介入のひとつとなり得ると考えられる。

Ⅷ．本研究の限界と課題

本研究の限界は，対象者が都市圏の１短期大学学生で，実習環境として比較的整っている付属施設における実習であったこと，32名と少なかったことから，この結果を一般化することはできないことである。また倫理的配慮としてポジションパワーに配慮はしたが，研究者が単位認定者であることから，学生に対する強制力を完全に排除できたかという点では懸念が残る。今回の調査は，同時期の１集団としての縦断的ストレス傾向の分析を目的としており，ストレスは個人要因や環境要因の影響を受け複雑に反応するものであるが，今回はそれらの要因を詳細に扱っておらず，生理的指標についても部分的評価にとどまっている。また，ほとんどが女子学生であり，性周期とコルチゾールの関連についてのエビデンスは明らかにされていないものの，今回の生理的ストレス指標への影響があったことは否めない。しかし，ストレスに関する特定の変数の傾向を把握するための資料としては有意味であると考えられる。今後は，学生の個人要因や環境要因を含めた個別的分析をすることが課題である。

Ⅸ．結　　論

１．成人看護学臨地実習における１集団としてのストレス傾向は，唾液中コルチゾール濃度比とストレス感情“脅威”・“有害”は，実習前日以外の３週間の実習中に有意な正の相関がみられたが，“挑戦”は有意な関連はなかった。

２．ストレス感情“脅威”とストレッサーは，実習前日が最も高くその後有意に低下し，縦断的には“挑戦”が“脅威”よりも高まる傾向があった。

３．実習達成感が高かった群はストレス感情“脅威”“有害”とコルチゾール濃度比が，達成感が低い群よりも有意に低く，SOCが有意に高かった。

４．SOC平均値は実習前日と比較すると３週目水曜日に有意に上昇し，唾液中コルチゾール濃度比と有意な負の相関がみられた。しかしSOCが実習前よりも実習終盤で下降した学生も９名みられた。

５．ストレス感情“脅威”・“有害”のある学生に対する個別アプローチが身体的心理的に特に必要であることや，積極的に看護の経験ができるよう関わり，ストレス対処能力を高めることが教育的支援となる可能性が示唆された。

謝　　辞

調査に協力いただきました対象者の皆様に深く御礼申し上げます。尚，本研究は横浜市立大学戦略研究プロジェクト（K19050）の助成により行われたものであり謝意を表します。

要　　旨

本研究は、看護学生32名の３週間に渡る成人看護学臨地実習における心理的・生理的ストレスの変化や対処能力の影響を縦断的に明らかにすることを目的とした。

その結果、唾液中コルチゾール濃度比とストレス感情“脅威”“有害”は、実習前日以外の３週間の実習中に有意な正の相関がみられた。ストレス感情“脅威”とストレッサーは、実習前日が最も高くその後有意に低下し、“挑戦”が上昇した。また達成感が高い群は、ストレス感情“脅威”“有害”とコルチゾール濃度比が有意に低く、SOC（Sense of Coherence 首尾一貫感覚）が有意に高かった。SOCは実習前日と比較すると実習終盤の３週目水曜日において有意に上昇し、唾液中コルチゾール濃度比と有意な負の相関がみられた。実習において、特に“脅威”・“有害”と評価している学生への個別的アプローチを含めた対処能力の育成が有効な支援のひとつとなる可能性が示唆された。

Abstract

The present study was to investigate longitudinal changes in the stress experienced and sense of coherence by 32 nursing students during a clinical practice in adult nursing using psychological and physiological indicators.

The results showed significant positive correlations between salivary cortisol levels and the stress emotions of“threat”and“harm”during the three-week practice but not on the day before the practice. The stress emotion of“threat”and stressors were the highest on the day before the practice and significantly decreased thereafter. In addition, the high fulfillment group had significantly lower stress emotions of“threat”and“harm”and cortisol levels and a significantly higher SOC（Sense of Coherence）compared to the low fulfillment group. SOC significantly increased following the practice, and had a significantly negative correlation with salivary cortisol levels during the third week. In practice, it was suggested especially that the individual approach to a“threat”and the students who is evaluating that is“harm”and support the Sense of coherence is required.

文　献

1）五木田和枝，高島尚美，他：看護学生のストレスに関する研究の動向－日本における過去６年間の文献検討－，日本看護科学学会学術集会講演集，334，2006.
2）村井文江，樋之津淳子，他：臨地実習における看護学生の自律神経機能の変動（その１）心臓自律神経機能の変化，日本看護研究学会雑誌，28(3)，173，2005.
3）高島尚美，村井文江，他：臨地実習における看護学生の自律神経機能の変動（その３）愁訴との関連，日本看護研究学会雑誌，28(3)，174，2005.
4）樋之津淳子，林啓子，他：臨地実習における看護学生の気分変化と自律神経反応との関連，札幌市立大学研究論文集，1(1)，31-34，2008.
5）渡邉賢二：看護実習前・中の疲労症状に関する調査，医学と生物学，147(4)，53-57，2003.
6）河野友信編集：ストレス研究の歴史と展望，ストレスの事典，朝倉書店，21-23，2005.
7）坂井健雄，岡田隆夫：解剖生理学，医学書院，東京，265-267，2005.
8）リチャードラザルス，本明寛他訳：ライフサイエンスにおけるストレスの概念，ストレスの心理学，実務教育出版，22-25，1991.
9）アーロン・アントノフスキー著，山崎喜比古他監訳：健康の謎を解く　ストレス対処と健康保持のメカニズム，19-23，有信堂，東京，2001.
10）藤林しむ，永田泰公，他：ヒト下垂体-副腎皮質系における心理的ストレスの影響－唾液中コルチゾール濃度を指標として－，ストレス科学，7(3)，47-55，1993.
11）Kirschbaum C, Hellgammer DH：Salivery cortisol in psychobiological research:an overview, Neuropsychobiology, 22(3), 150-169, 1989.
12）雄西智恵美，佐藤禮子，他：臨床実習における学生のストレスと学習効果，日本看護学教育学会誌，2(2)，21-22，1992.
13）堤由美子：臨床実習用ストレス質問紙（CSQ）の日本語版の開発，日本看護研究学会雑誌，17(4)，17-26，1994.
14）前掲書　9）　221-225.
15）Weeks N, Lewis R, Patel F: Examination stress as an ecological inducer or cortisol and psychological response to stress in undergraduate students, Stress, 9(4), 199-206, 2006.
16）竹本由香里，高橋方子，他：臨地実習におけるストレス感情に影響を及ぼす要因の検討，宮城大学看護学部紀要，5(1)，87-94，2002.
17）奥村亮子，青山みどり，他：成人看護学実習における学生のストレス・コーピングの縦断的検討，群馬県立医療短期大学紀要，９，49-56，2002.
18）前掲書　8）　79-85.
19）Gorostidi ZX, Egilegor HX, et.al. :Stress sources in nursing practice. Evolution during nursing training, Nursing Education Today, 27(7), 777-787, 2007.
20）Stupnicki R, Obminski Z: Glucocorticoid response to exercise measured by serum and salivary cortisol, Eur J Appl Physiol Occup Physiol, 65, 546-549, 1992.
21）沖野良枝，山口曜子，他：周手術期実習中の看護援助における学生のストレス認知と生理的反応との関連－唾液中クロモグラニンA(CgA)，コルチゾールによる検討－，人間看護研究，２，79-87，2005.
22）Adams TB, Bezner JR, et al.: Conceptualization and Measurement of the Spiritual and Psychological Dimensions of Wellness in a College Population, Ame Coll Health, 48, 165-173, 2000.
23）前掲書　9）　103-109.
24）本江朝美，川口毅，他：女子看護学生のSense of Coherenceとその関連要因の検討，昭和医会誌，４，365-373，2005.
25）平吹登代子，本江朝美，他：看護学生のSOCと自分に影響したと思われる出来事，日本看護研究学会雑誌，26(3)，436，2003.

［平成21年８月７日受　　付
平成22年３月31日採用決定］

－技術・実践報告－

維持透析患者の体重管理意識向上に向けて
－除水制限を試みて－

Awareness Improvement for Weight Control of the Maintenance Dialysis Patient
－ The Limitation of the Body Fluid Removal is Tried －

岩城敏之[1)]　　上野栄一[2)]
Toshiyuki Iwaki　　Eiichi Ueno

キーワード：除水制限，体重増加率，自己管理意識，透析合併症，自己効力感
Key Words：limitation of the Body Fluid removal, Rate of weight gain, Self-management awareness, Dialysis complications, Self-efficacy

はじめに

維持透析患者の体重管理は，透析中の身体的苦痛を最小限にとどめ，合併症の予防に大きな役割を果たしている。一般に透析間の体重増加率（以下％DW）は，中１日では３％，中２日では５％に抑えるよういわれており，X院でも３～５％以内の体重増加を目標に指導している。

しかし，繰り返しベッドサイドでの体重管理指導や栄養指導を行ってはいるがH17.1～５月の％DWの平均は6.75％と多く透析中の血圧低下，足つり等が多いのが現状であった。先行研究では，大量除水や必要な除水量がドライウエイトの７％以上になると透析中に急激な血圧低下，ショックが高頻度で合併し，高齢者や動脈硬化のある患者では意識喪失，呼吸停止，不整脈，心臓停止，透析後の起立性低血圧などを併発して除水が困難になることが多い等としている[1)~4)]。また，日本透析医学会の体重減少率と死亡のリスク報告では透析時の体重減少率が４～６％を越えて大きくなると死亡のリスクが増大すると報告している[5)]。この報告は，透析時の％DWを６％未満に抑えることが望ましいことを示唆している。これら水分管理は自己管理すべき項目の一つであり，維持透析患者にとって最も重要であり，自己管理の目的は生活の質の向上であると言える。しかし一部患者さんから「透析中に血圧が下がったり足がつるのは透析を受けている以上は仕方がないこと」等と否定的言動が聞かれたり，透析医療に対し依存的な患者さんと直面し，自己管理を徹底し安全で安楽な透析を受けてほしいと考える医療従事者との間に認識のズレが生じていた。

そこで，まずは合併症の無い安定した透析療法を実感してもらいたい。その為には，プラズマリフィリングレートの効果を最大限高めるために，体重増加分に合わせ透析時間延長や引き残しを適応する，除水制限を取り入れた。その事で，体重管理意識の向上や，体重増加量の減少に繋げたいと考え研究に取り組んだ。

本研究では除水制限の効果について明らかにすることを目的とした。

Ⅰ．用語の定義

本研究では以下のように用語を定義した。

１．体重増加が多い（大きい）

日本透析医学会の透析中の体重減少率と１年間の死亡リスク[5)]より引用（表１）をもとに定義づけた。透析中の体重減少率２～４％を対照として有意差がみられる透析中の体重減少率６～８％の群，８～10％の群，10％以上の群，つまり死亡リスクが高いこれら，体重減少率６％以上を体重増加が多いとした。

表１　体重減少率と１年間の死亡リスク
（nPCRで補正：透析歴２年以上）

体重減少率（％）	ハザード比（95％信頼区間）	p値
＜2.0	1.372（1.249-1.507）	0.0001
2.0≦＜4.0	1.000（対象）	－
4.0≦＜6.0	1.024（0.962-1.090）	0.4548
6.0≦＜8.0	1.155（1.065-1.252）	0.0005
8.0≦＜10.0	1.683（1.463-1.936）	0.0001
10.0≦	1.549（1.146-2.094）	0.0044

１）厚生連滑川病院　Kouseiren Namerikawa Hospital
２）福井大学医学部看護学科　School of Nursing, Faculty of Medical Sciences, University of Fukui

Ⅱ．研究方法

１．除水制限開始の準備：これまで％ DWの大小にかかわらず，規定の透析時間で除水を行ってきたが％ DWの大きい場合，血圧低下等の合併症が多いため医師と協議を重ね除水制限を加えたＸ院独自の透析センター除水方法規定を作成した（資料参照)。これを除水制限導入の２ヶ月前（H17. ４月）に医師より説明してもらい，統合失調症や認知症等長期入院患者さんを除く全患者さんを対象に，患者さんの同意を得た上で文書をかわし同年６月より実施した。

また，その際には％ DWの多い患者さんに対し，食事内容を全体的に把握し塩分摂取量の過剰が無いよう，飲水内容や飲水行動のパターンを見直す事。食事量が多くなって熱量やタンパク質摂取量が多くなると，結果的に塩分摂取量が多くなり口渇が増し飲水量を減らす事が困難になる事など，栄養士と共に自己管理の再指導を行った。そして，除水しきれなかった場合の弊害として，引き残したときは次の透析前までに心不全を起こすことがある事，特に心機能の低下している場合は注意が必要な事。何より生命予後に関わる事など説明し，引き残った場合週末にはドライウエイト（以下DW）に到達するよう十分説明した。　除水制限の当面の目標を，透析中の急激な血圧低下やショックの防止するため７％とし，患者さん個々に3.5 － ７％に設定した。又，この設定は，透析合併症の発生時に見直しを繰り返し行い，更なる体重増加量の減少を促す事とした。

２．分析期間・方法：除水制限導入前後の計11 ヶ月間（H17. １～同年11月）を短期検討期間とし，％ DW，心胸比（以下CTR)，DW，アルブミン（以下Alb）を比較した。

次に，長期検討期間として除水制限導入前（H17)，導入後（H18，19）の各１月～５月の同月の％ DW，CTR，DW，Albを比較検討した。

透析中のショック，血圧低下，足つりの合併症出現回数の変化は除水制限導入前と導入後の各１～５月の同月の回数を比較検討した。

患者さんの体重コントロールやDWの意識等の自己管理意識や除水制限導入後の透析中の合併症の軽減の有無を問うオリジナルアンケートとセルフエフィカシー（以下GSES）はそれぞれ段階に分類し，符号化し記録する多項分類型（尺度型）プリコード法・面接法にてデータ収集した。

３．データの解析方法：統計学的に処理し，有意水準p＜0.05以下を有意差とした。統計解析の詳細は以下の通りとした。

１）短期検討期間の検討

％ DW，CTR，DW，Albの比較にはWilcoxon signed-ranks testを用いた。

２）長期検討期間の検討

％ DW，CTR，DW，Albを比較にはrepeated measure ANOVA多重比較にはFisher's PLSDを用いた。

３）合併症出現回数の変化はWelch's t-testを用いた。

４）オリジナルアンケートの除水制限導入前と導入後の比較にはpaired t-testを用いた。

５）GSESの変化にはMann-Whitney's U testと重回帰分析をそれぞれを用いた。

統計解析ソフトはSPSS 11.5 for Windows及び，Stat View 4.5 for Macintoshを使用した。

４．倫理的配慮：維持透析患者さんに書面にて研究の趣旨を説明し，同意の得られた者を対象とした。協力者にはいつでも協力を中断できること，個人が特定されないよう留意すること，アンケートの内容によって患者さん自身に不利益を被ることがないことを説明した。また，アンケートは本研究以外には使用しないこと，保管場所は鍵のかかる保管庫を使用することを説明した。

Ⅲ．結　　果

１．短期検討

１）患者背景：（表２）

２）体重増加率の変化：（図１）

除水制限導入前の％ DWは平均6.75±2.73％だったが，導入後は平均6.39±2.57％にまで下がり有意な減少がみられた（p＜0.05)。

％ DWの構成比でみた変化では，制限導入前で％ DWが8.01％以上の体重増加が著明な患者さんは36.67％みられたが，導入後は16.67％へ減少した。しかし，日本透析医学会の死亡リスクが高いと示唆している６％以上の患者さんは導入前後共に56.67％と多く不変であった。また，最大で12 ～ 14％となる患者さんが数名づつみられ全体的な改善には繋がっていなかった。

週末に時間延長しつつ引き残しとなる患者さんがみられる事もあったが，その都度再指導を行った。また，除水不足が原因となる緊急透析は１件も発生しなかった。

３）DW，Alb，CTRの変化：Albは除水制限導入前の平均60.34±2.77％から導入後は平均61.13±2.83％へ上昇

表２　短期検討　患者背景

	項　　目
人数 性別 透析歴	32名 男性：19名　女性：13名 5.08±4.89年
原疾患	糖尿病性腎症：16名（50.00％） 慢性腎不全　：14名（43.75％） IgA腎症　　：１名（ 3.13％） 嚢胞腎　　：１名（ 3.13％）

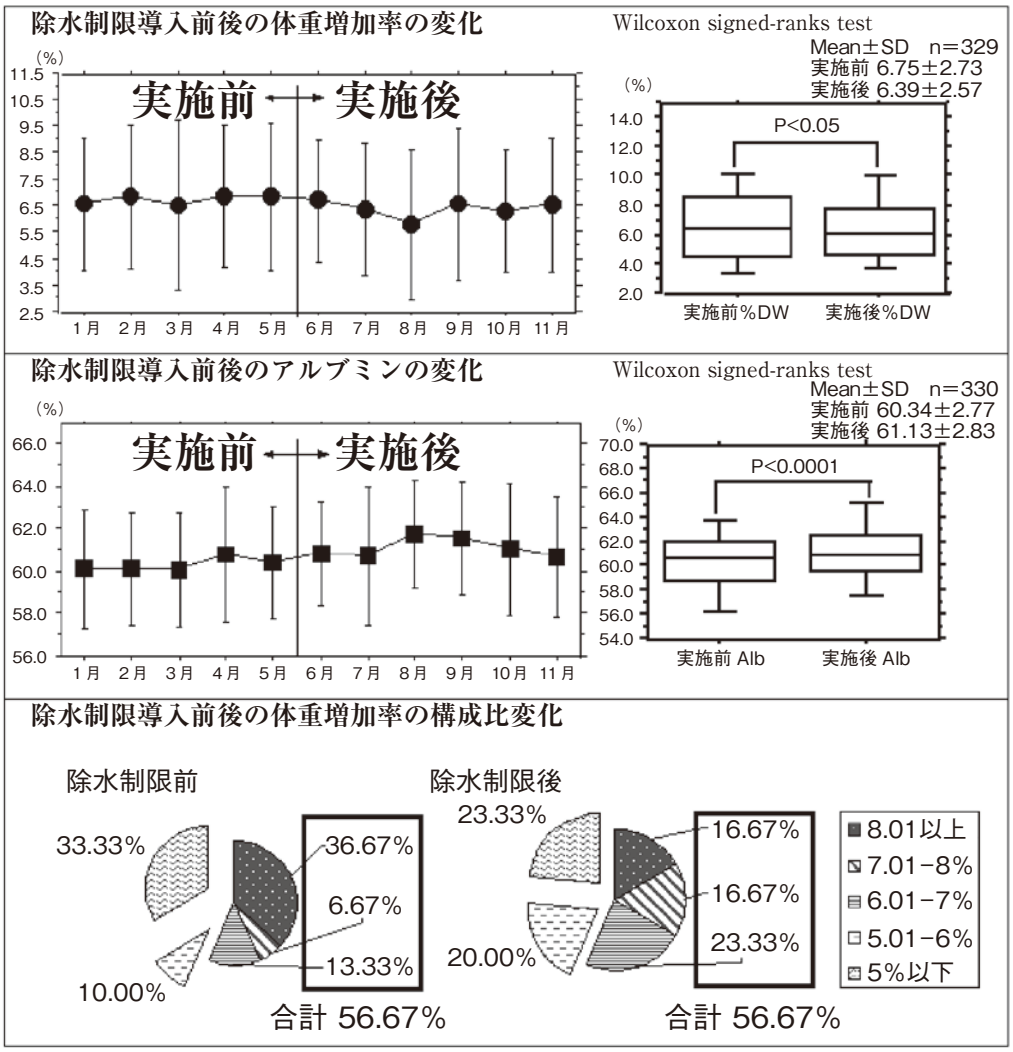


図１　短期検討期間

し有意差がみられた（p＜0.0001）。CTR，DWは変化がなかった。

２．長期検討

１）患者背景：短期検討より10名減（死亡５名，転院３名，長期入院２名）（表３）。

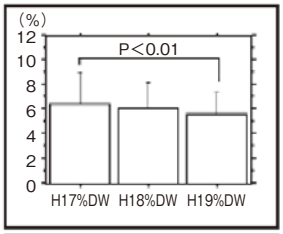
２）体重増加率の変化：除水制限導入前のH17％DWは6.34±2.63％，導入後のH18は5.97±2.18％，H19は5.49±1.87％と年々減少しANOVA及び多重比較のH17vsH19で有意差がみられた（p＜0.01）。月ごとの比較では４月のH17vsH19で有意差がみられた（p＜0.05）（図２）。除水制限導入時の除水上限は当面７％を目標に患者さん個々に設定していたが，透析合併症が見られた時に患者さん個々の設定を見直し，H19には5.50±0.77％まで低く設定されていた。％DWが8.01％以上の患者さんは9.09％，６％以上の患者さんは27.24％へとそれぞれ減少した。

３）DW，Alb，CTRの変化：DWに変化はなかった。Albは除水制限導入前のH17は60.08±2.82％，導入後のH18は60.49±2.39％，H19は60.98±2.54％と年々上昇しANOVA及び多重比較のH17vsH19で有意差がみられた（p＜0.05）。月ごとの比較では３月のH17vsH19で有意差がみられた（p＜0.05）。CTRは除水制限導入前のH17は55.68±4.65％，導入後のH18は55.82±5.37％，H19は53.76±3.99％と推移しANOVA及び多重比較によるH17vsH19，H18vsH19，月ごとの比較では２月，４月で有意差がみられた（p＜0.05～0.01）（図２）。

４）透析中の合併症出現回数の変化：透析中のショック，

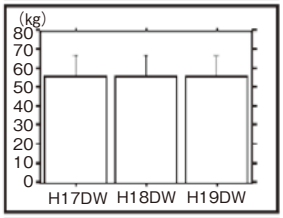
表３　長期検討　患者背景

	項　目
人数 性別 透析歴	22名 男性：13名　女性：９名 7.08±5.60年
原疾患	糖尿病性腎症：12名（54.55％） 慢性腎不全　：８名（36.36％） IgA腎症　　：１名（ 4.55％） 嚢胞腎　　：１名（ 4.55％）



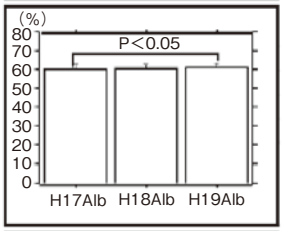
除水制限導入後の体重増加率の変化

	1月	2月	3月	4月	5月	平均	repeated measure ANOVA
H17（実施前）	6.07±2.27	6.57±2.86	6.95±2.66	6.38±2.62	6.75±2.85	**6.34±2.63**	**P<0.05**
H18（1年後）	6.18±2.73	5.70±2.13	6.11±2.00	5.76±1.83	6.11±2.27	**5.97±2.18**	
H19（2年後）	5.51±2.13	5.78±1.85	5.29±1.54	5.26±1.58	5.63±2.28	**5.49±1.87**	Fisher's PLSD
Unpaired t-test	H17 vs H18 H17 vs H19 H18 vs H19	H17 vs H18 H17 vs H19 H18 vs H19	H17 vs H18 H17 vs H19 H18 vs H19	H17 vs H18 H17 vs H19 **P<0.05** H18 vs H19	H17 vs H18 H17 vs H19 H18 vs H19		H17 vs H18 H17 vs H19 **P<0.05** H18 vs H19



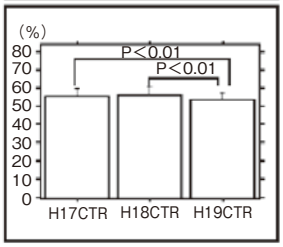
除水制限導入後のドライウエイトの変化

	1月	2月	3月	4月	5月	平均	repeated measure ANOVA
H17（実施前）	55.91±11.88	55.74±12.04	55.61±12.07	55.57±11.89	55.12±11.89	**55.59±11.73**	ns
H18（1年後）	55.69±11.81	55.62±12.04	55.62±12.16	55.57±12.17	55.39±12.34	**55.58±11.88**	
H19（2年後）	55.61±11.63	55.68±11.63	55.25±11.98	55.20±11.81	55.05±11.69	**55.36±11.54**	Fisher's PLSD
Unpaired t-test	H17 vs H18 H17 vs H19 H18 vs H19	H17 vs H18 H17 vs H19 H18 vs H19	H17 vs H18 H17 vs H19 H18 vs H19	H17 vs H18 H17 vs H19 H18 vs H19	H17 vs H18 H17 vs H19 H18 vs H19		H17 vs H18 H17 vs H19 H18 vs H19



除水制限導入後のアルブミンの変化

	1月	2月	3月	4月	5月	平均	repeated measure ANOVA
H17（実施前）	59.95±3.02	59.78±2.49	59.65±2.69	60.71±3.41	60.10±2.52	**60.08±2.82**	**P<0.05**
H18（1年後）	59.89±2.23	60.45±2.32	60.62±2.25	60.83±2.47	60.67±2.73	**60.49±2.39**	
H19（2年後）	60.48±2.81	60.71±2.77	61.33±2.56	61.25±2.44	60.67±2.19	**60.98±2.54**	Fisher's PLSD
Unpaired t-test	H17 vs H18 H17 vs H19 H18 vs H19	H17 vs H18 H17 vs H19 H18 vs H19	H17 vs H18 H17 vs H19 **P<0.05** H18 vs H19	H17 vs H18 H17 vs H19 H18 vs H19	H17 vs H18 H17 vs H19 H18 vs H19		H17 vs H18 H17 vs H19 **P<0.05** H18 vs H19



除水制限導入後の心胸比の変化

	1月	2月	3月	4月	5月	平均	repeated measure ANOVA
H17（実施前）	54.94±5.42	56.99±4.67	55.09±3.81	55.58±4.19	55.80±5.12	**55.68±4.65**	**P<0.01**
H18（1年後）	55.06±7.09	56.14±5.40	55.09±5.04	56.57±5.89	56.25±5.14	**55.82±5.37**	
H19（2年後）	53.59±4.25	54.27±4.06	53.32±3.85	53.83±3.98	53.80±4.14	**53.76±3.99**	Fisher's PLSD
Unpaired t-test	H17 vs H18 H17 vs H19 H18 vs H19	H17 vs H18 H17 vs H19 **P<0.05** H18 vs H19	H17 vs H18 H17 vs H19 H18 vs H19	H17 vs H18 H17 vs H19 H18 vs H19 **P<0.05**	H17 vs H18 H17 vs H19 H18 vs H19		H17 vs H18 H17 vs H19 **P<0.01** H18 vs H19 **P<0.01**

図２　長期検討期間

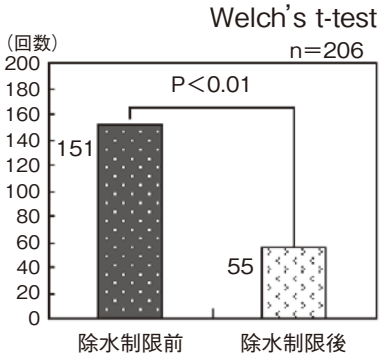


図３－１　全体

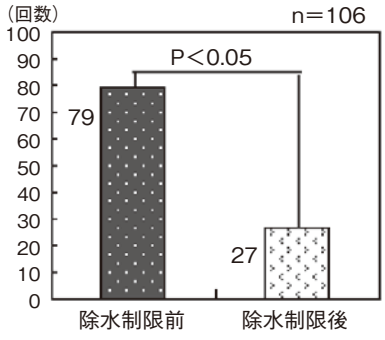


図３－２　血圧低下

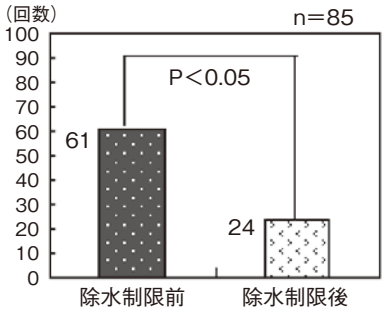


図３－３　ショック

図３　合併症出現回数の変化

血圧低下，足つりの回数を除水制限導入前（H17）と導入後（H18とH19）の同月で比較すると全体では151件から55件へと約１／３へ減少し有意差がみられた（p＜0.01）。各項目のそれぞれの比較でもすべて著明に減少し中でもショック，血圧低下で有意差がみられた（p＜0.05）（図３）。

５）アンケート結果：除水制限導入前ではDWや自己管理意識はそれ程高くは無かった（思う+やや思う19.04～23.81%）。導入後ではDWや自己管理意識が高まり「思う＋やや思う」と答えた割合が80.00～95.00%であった。血圧低下や足つりの減少も「思う＋やや思う」と答えた割合が75%を占めた。除水制限導入前と導入後でt検定を行った結果，「DWを意識していますか？」の設問で有意差がみられた（p＜0.01）。

また，「現在の除水方法は安楽な透析に繋がっていますか？」の問いに85.71％が「そう思う」と回答していた。

表4　患者アンケート結果

項　　目	思う＋やや思う		paired t-test	
	制限前	制限後	t値	p値
DWを意識していますか？	23.81%	85.00%	4.000	p＜0.01
BWの増えを意識していますか？	19.04%	95.00%	1.732	ns
HD中のBP低下・足つりは減りましたか？	4.76%	75.00%		
食事量および水分量は意識していますか？	19.04%	80.00%	1.732	ns
現在の方法は安楽な透析に繋がっている		85.71%		

患者さんの感想
＜除水制限導入前＞
・延長すれば楽なのは分かっているが，時間が延びるのがいやだった。
・初めは嫌々していた。はがやしくも思った。
・透析自体あたり意識していなかった。
・あまり体重増加を抑えようとはしなかった。気にもしなかったし，沢山増えていても時間内に全部引いて（除水）くれたから。
・どうしてこんな事をするのか疑問に思った。

＜除水制限導入後＞
・足が突っ張らない，時間が延びても今の方法が良いと思う。
・体重増加をとても気にするようになった。
・時間延長は嫌だけれど，透析中・透析後も体が楽なので今の方法がよいと思う。
・時間内に納めたいと思うし，残ったら次頑張ろうと思う。自己管理に繋がると思う。
・血圧が下がらないので良いと思う。
・延長にならないようとても意識している。病気と上手く付き合っていると実感が持てる。
・家で何回も体重測定し，頑張っている。

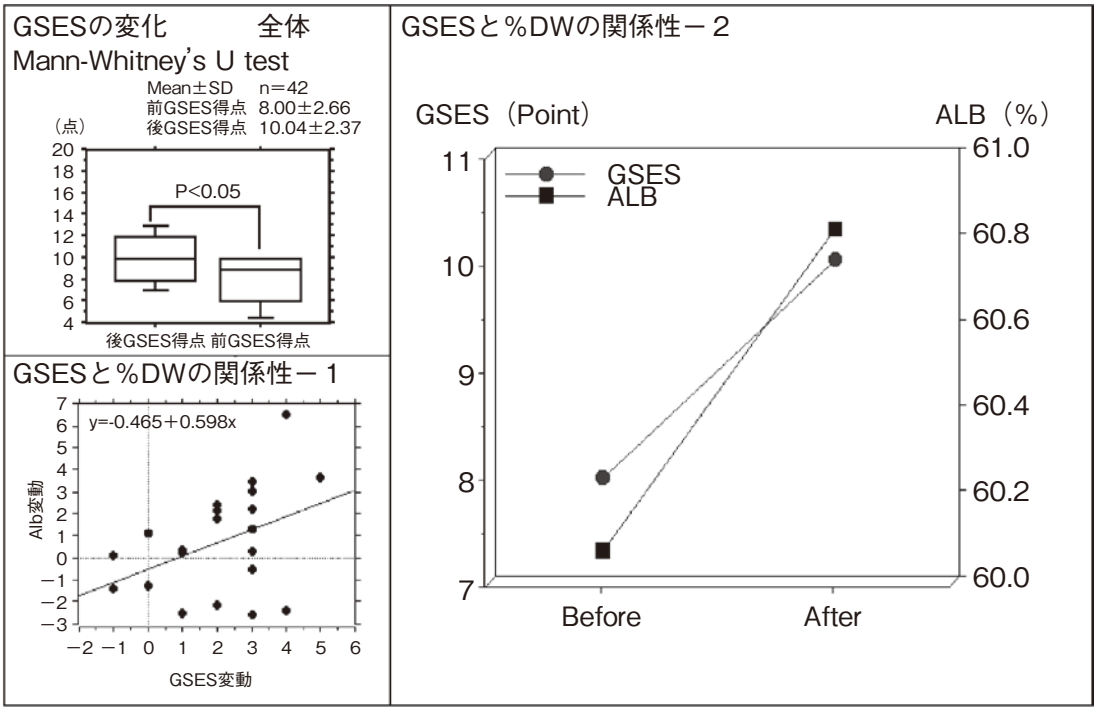


図4　GSESの変化

その他の意見として，除水制限導入前は除水方法に対して否定的な意見が多かったが，導入後は肯定する意見が多かった（表4）。

6）GSESの変化：除水制限導入前は8.00±2.66点で，5段階評価の「やや低い傾向」にあったが導入後は10.04±2.37点と上昇し「普通」の評価になり有意差がみられた（p＜0.05）。また，%DW 5%以上(n=26)と透析歴10年以下(n=32)の患者さんでそれぞれ有意差がみられた（p＜0.05）。

GSESの上昇要因をGSES，%DW・DW・Albの除水制限導入前後の変動ポイントで検討した結果，重回帰分析でGSESとAlbでR＝0.70，R２＝0.491，ANOVA p＜0.05，回帰係数p＜0.01と当てはまり具合がよかった。よって，GSESの上昇にはAlbの上昇が寄与していると推測される（図4）。

Ⅳ．考　察

除水制限導入は短期・長期検討の双方で，%DWの減少やAlbの上昇が認められた。また，透析合併症の血圧低下やショック等の予防にも効果があった。透析合併症の減少に関して，これは，透析で除水を続ける内に，徐々に循環血液量が減少するが蛋白が濃縮されると膠質浸透圧が上がり，細胞内の水分が血管内に移動する。その速度をプラズマリフィリングレートと言うが，体重増加が多い場合に透析時間を延長し１時間除水量を抑え実行した事と，短期及び長期検討の双方でみられたALB濃度の上昇も功を奏しプラズマリフィリングレートが促進した結果，透析前後の循環血液量の減少率を小さくする効果があったと考える[6)~8)]。そして，何よりも%DWの減少が有りこれらの相乗効果で，透析合併症の予防に繋がったと言える。

アンケート結果からは導入後は，肯定的な内容が多く合併症が無い透析を実感している様子が伺えられる。体重増加に対し，水分などの自己管理において塩分摂取量の過剰が無いかや食事量や水分摂取量が適切か等，徐々に生活スタイルを変容させたものと推測される。これら，合併症の無い安定した透析と，生活改善で得られた規定の範囲内での体重増加などの成功体験で，次第に肯定的な意識へ変化したものと推測される。反面，延長や引き残したくないという意識も読みとれる。

GSESで有意な上昇が認められた。江川は[8)]自己効力感の影響要因として達成体験や代理体験・言語的説得等を挙げている。自己管理を徹底し%DWを下げる過程において，失敗と成功を繰り返しながら徐々に達成体験を積み重ねた事で，前向き志向となり自己効力感が上昇したと推測される。又，その一方でAlbの上昇が寄与することも考えられるが，これは，患者さんは自己管理を実践し適切な食事摂取や水分摂取を行い，十分な栄養素の摂取をし，且つ安定した維持透析も可能となり透析での十分な老廃物の除去や，電解質の補正が行なえるようになった。結果，ALB濃度の上昇にみるように栄養状態が改善し，除水制限導入以前より体調が良くなったと考える。そして，以前より良好な日常生活を送ることが出来た事が一因に成ったと推察する。

今回，除水制限に着目し自己管理指導の看護介入の検討を行った。これまで患者さんは医療者に，とても依存的で従来の食事・栄養指導や体重増加の指導を行っても関心の高まりは無かった。そして透析合併症を繰り返しても“仕方がないこと”と考えたりする負のサイクルに陥っていた。しかし，除水制限の導入後は，患者さんは透析間の食事や水分等の自己管理が毎回，透析時間の延長や引き残しという形で評価される為非常に関心の高まりをみせた。我々は患者さんの自己管理状態を見守りつつ，なぜ延長になるほど体重が増えてしまうのかや，なぜ透析合併症が起きてしまうのか等，患者さんの関心が高い分きめ細かく指導が出来た。除水制限に着目した看護介入は，患者さんが食事や水分管理の目的や必要性を理解した上で，患者さん自身が考え，行動に移す事が求められる。つまり，医療従事者に依存的なままでは為し得ないと言える。よって，除水制限に着目した看護介入は，依存心を払拭するのには意味のある検討であったと考える。

又，秋葉は[9)]「本邦の医療情勢は患者さんの自己管理意識や病者役割行動の遂行は，患者さん自身が自己決定権を有し，患者さんが主体の医療へシフトしている。又，医療行為の結果（アウトカム）の評価も患者さんが行うことが主流となっている。」と述べている。今回の除水制限に着目した自己管理指導の検討は，患者さんが除水制限による医療行為のアウトカムの評価をし，除水制限から得られた結果が有用であると捉え，体重増加を抑えようと自己決定をしたと考える。この様に患者さんが主体性を持った医療を，結果的に実践していたのではないか。我々医療従事者は除水制限と言うきっかけを作ったに過ぎず，患者さん一人々が主体性を持って考え，行動した結果が今回の改善と言える。そして，除水制限による自己管理指導の看護介入は，医療者に対する依存からの脱却を促し，自己決定による健康管理の確立に貢献したものと考える。これらすべては，患者さんの生活の質の向上を願う気持ちに基づくものである。

今後，意識向上が図られた患者さんの意識をいかに持続させるか，我々スタッフはディスカッションをして行かなければならないと考える。

Ⅴ．結　論

除水制限導入は患者さん自身が主体性を持って自己の健康管理を見つめ直し，考え行動に移す良い契機となり効果があった。しかし，まだ27.27％の患者さんは除水制限導入前と変化が見られない状況であり，我々医療スタッフは今後も，継続し健康管理ができる環境を提供して行かなければならない。

謝　辞

本研究にご協力くださいました対象者の方々と，調査施設のスタッフの皆様に心より感謝を申し上げます。なお，本研究の論旨は日本看護研究学会第21回 近畿・北陸地方会学術集会（福井）にて発表した。

透析センター除水方法規定　一部抜粋

（透析時間の設定と時間延長の設定）

・当院での透析時間は，３時間ないし3.5時間又は４時間

透析で固定する。（総除水量が少なくても，希望で4.5・５時間透析を希望される方や，医師の指示の有る方は適応外）
・最大総除水量を理想体重からの増加率3.5% － 7 %（医師の指示の基，小数点第２位で四捨五入）と設定する。設定値より，さらに500g以上の増加があれば30分延長。そして，1000g以上の増加があれば60分延長。それ以上の増加分は残す。（初めから残して３時間又は3.5時間・４時間透析は不可）
・著明な体重増加で残しが増大した場合は，入院や時間延長で対処する。（医師一任）
・延長分の除水は原則Ecumでおこなう。
・除水方法規定は，今後の新規導入となる患者様にも適応となる。
・除水方法規定を利用した患者様の治療に際し，本人の同意を得た上で文書を交わしたうえで実施する。

2005.5.3作成

要　　旨

本研究は除水制限の効果について明らかにする事を目的とした。短期検討期間は32名，長期検討期間は22名を対象として，体重増加率（以下%DW）・心胸比・ドライウエイト・アルブミンの各項目データと，透析中のショックや足つり等の透析合併症出現回数の変化と，自己管理意識や自己効力感（以下GSES）を２年間にわたって追跡調査し検討を加えた。その結果，除水制限導入後では短期・長期検討期間の双方で%DWの減少や，アルブミンの上昇が認められた。また，透析合併症の血圧低下やショック等の予防にも効果があった。アンケート結果からは自己管理への意識の高まりを示し，GSESの上昇が明らかとなった。

これらの結果からは導入後は延長や引き残したくないという意識が高まり，徐々に生活スタイルを変容させたものと推測される。一方で自己管理を徹底し%DWを下げる過程において，失敗と成功を繰り返しながら徐々に達成体験を積み重ねた事で，前向き志向となり自己効力感が上昇したと推測される。

文　　献

1）稲本　元：透析専門ナース，医学書院，53, 2005.
2）平沢由平：患者のための透析生活マニュアル，日本メディカルセンター，77, 2003.
3）田部井薫：腎と透析，Vol 64, No5, 東京医学者，593, 2008.
4）中井　滋：透析ケア，14(2)，MCメディカ出版，40, 2008.
5）わが国の慢性透析療法の現況（1998年12月31日現在），616-617, 日本透析医学会，1999.
6）柳瀬正憲他：循環血液量モニタリングと血圧調節システム，臨床透析，14, 953-961, 1998.
7）横瀬誠治他：血液透析中におけるBVMとBTM併用の有用性，人工臓器29, 399-406, 2000.
8）江川　隆子，他：透析看護，【編集】日本腎不全看護学会，医学書院，193, 2003.
9）秋葉　孝：透析療法 V 透析患者のQOL向上をめざして，医学図書出版，33, 2006.

［平成20年10月３日受　　付
平成22年２月４日採用決定］

－資料・その他－

看護師が静脈穿刺をする際の駆血圧と駆血帯装着方法について

Tourniquet Pressure and Tourniquet Application Method when Nurses Perform Venipuncture

加　藤　晶　子[1)]　　森　　將　晏[2)]
Akiko Katou　　Masaharu Mori

キーワード：静脈穿刺，駆血圧，駆血帯装着方法
Key Words ：venipuncture, tourniquet pressure, tourniquet installation method

Ⅰ．はじめに

静脈採血や静脈注射は，静脈穿刺を伴う相対的な医療行為であり，看護師が行う業務のうちの診療補助行為として，保健師・助産師・看護師法に規定されている。平成14年９月，静脈注射に関する法的解釈の変更があり，静脈注射の実施が看護師の行えうる診療補助行為の範疇となった。静脈穿刺の際には，穿刺血管を怒張させ穿刺を容易にする目的で駆血帯を装着するが，装着する強さが適切でないと静脈怒張が不十分なため，穿刺がしにくかったり，強く装着しすぎて痛みやしびれが出現したり，皮膚を損傷することも考えられる。しかしながら看護技術に関する書籍[1, 2)]には，静脈穿刺の際の駆血方法については「注射部位の５－10㎝中枢側に駆血帯を巻く」など，装着部位に関する記述しか記載されてないものが多く，記載されていても「動脈圧より低く，静脈圧より高い圧」と書かれている[3)]のみで，どのようにすれば適切な強さで装着できるか等の詳細については記載されていない。米国のClinical and Laboratory Standards Institute（以降CLSIと略す）発行のProcedures for the Collection of Diagnostic Blood Specimens by Venipuncture; Approved standard -Sixth Edition[4)]，においては，適切な駆血圧として水銀血圧計のマンシェットを用いた場合は，末梢の動脈血流障害を考慮して40㎜Hg以下と記載されているが，その詳細な方法や根拠については明らかにされていない。一方，標準採血法ガイドライン（日本臨床検査標準協議会編2006）[5)]においては，駆血帯を強く巻きすぎると末梢側に過度の鬱血や出血斑，しびれが生じる場合があると記載されているが，現実には駆血圧を測定して駆血帯を装着することがほとんど無いという理由で，具体的な静脈穿刺時の駆血圧は示されていない。また，駆血圧に関する研究報告でも，水銀血圧計のマンシェットを用いて血管の怒張度や苦痛度から穿刺時に適切な駆血圧を報告している研究[6)]やマンシェットで加圧した際の駆血圧と静脈怒張との関係について超音波断層装置を用いて血管拡張比から報告した研究[7)]などがあげられるが，詳細な検討はされて無く，実際に使用している駆血帯を用いて駆血圧を検討した報告は見られない。以上のような理由から，看護師は経験的に適切と思われる強さで装着している状態にある。

我々はゴム管と留め具よりなる駆血帯（以下留め金付きゴム管とする）と伸縮性ベルトと留め具よりなる駆血帯（以下ベルトとする）を用いて，適切な駆血圧について検討した結果，留め金付きゴム管では70～95㎜Hg，ベルトで45～95㎜Hgの駆血圧が適切で，それ以上強く締めても苦痛が増すばかりで怒張度は増加せず，かえって減少する場合もあることを報告した[8)]。その研究の過程で，対象者から「医療施設ではもっと強く締められている」という意見が聞かれた。もし看護現場で駆血帯を強く締めすぎているのならば，患者に苦痛を与えているのみでなく，締めすぎることにより適切な怒張度を得られていないことも考えられる。そこで，今回看護師が実際に静脈穿刺を行う際の駆血圧を測定し，現状を分析すると共に，駆血方法の実態についても検討する目的で研究を行った。

Ⅱ．研究方法

１．被施行者（対象者）：54歳，左利きの健康な女性１名。身長：161㎝，BMI：21.6，目視にて上肢の皮静脈がよく見え，触知にて静脈の確認可能。
２．施行者：静脈穿刺経験を持つ看護師（保健師・助産師・准看護師を含む。以降看護師とする）。
３．実験機器等
１）動ひずみ計（NEC三栄株式会社 AS1203）及び専用センサー（直径６㎜厚さ１㎜の円盤状 9E02－P161MPA-9711）

１）岡山県立大学大学院保健福祉学研究科　Graduate School of Health and Welfare Science, Okayama Prefectual University
２）岡山県立大学保健福祉学部　Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectual University

＊駆血圧の測定：動ひずみ計の較正は加藤らの報告[8,9]と同様に行った。以下に簡単に手順を示す。

(1) まず水銀血圧計のマンシェット（ケンツメディコ社製，幅14cm）を左上腕に装着し，上腕二頭筋の筋腹中央部に動ひずみ計のセンサーを挿入した。

(2) 血圧計の圧力を上げ，20mmHg，40mmHg，60mmHg，80mmHgおよび100mmHgを負荷したときの動ひずみ計の出力（mV）を記録した。

(3) 血圧計の値と動ひずみ計の出力との関係をグラフ化し，EXCEL 2003にて近似式を求めた。この近似式を用いて動ひずみ計の出力から駆血圧を算出した。

2）駆血帯

看護師が日頃臨床で使用している駆血帯を持参してもらった。

3）看護師用質問紙

質問項目は，看護師の属性として職種，臨床経験年数，1週間の穿刺回数，駆血帯装着部位（肘窩から装着部までの距離），駆血帯を巻く強さの程度の意識，駆血帯装着前後の目視での穿刺選択血管の怒張度，触知での穿刺選択血管の怒張度，駆血帯装着後の怒張の程度から判断したこと，今回の実験で気づいた点や日頃の静脈穿刺の際に気になっている点とした。

4．尺度

1）目視血管怒張度判定スケール

目視で血管の怒張を，0.まったく確認できなかった，1．少し確認できた，2．確認できた，3.十分確認できた，および，目視をしなかった，とし看護師に駆血前後の質問項目で判定を依頼した。

2）触知血管怒張度判定スケール

触知で血管の怒張を，0.まったく確認できなかった，1．少し確認できた，2．確認できた，3.十分確認できた，および，触知をしなかった，とし看護師に駆血前後の質問項目で判定を依頼した。

5．実験場所

看護師の勤務する各医療施設内の1室で，穿刺想定血管を公平に判断しやすいように対象者と看護師が対面できるように机と椅子を配置した。

6．実験手順

1）看護師（施行者）に対象者の前腕において穿刺想定部位を決めてもらい穿刺想定部位から駆血帯装着部までの想定距離を訊ねた。

2）穿刺を想定して各自が持参した駆血帯を装着してもらった。

3）駆血帯装着部位より穿刺想定部位までの距離（実測値）を測定した。

4）駆血帯装着1分後に動ひずみ計のセンサーを上腕二頭筋の筋腹中央部で駆血帯の下に挿入し，駆血圧を測定した。

5）質問紙への記入後専用の質問紙回収箱に投函してもらった。

6）各測定間には5分以上の休憩を挟んだ。

7．統計はSPSS14.0を用い，群間の検定にはBonferroni法を，相関はPearsonの相関係数を求めた。

Ⅲ．倫理的配慮

施行者および被施行者には研究目的，方法，研究の意義等について説明し，研究協力の判断は自由意思にもとづくものであり，途中でも辞退が可能であること。個人情報は秘密を厳守し研究目的のみに使用すること。収集した情報は厳重に管理し，使用後は裁断し破棄すること。集団の統計解析結果として看護学と医学領域の研究のみに使用すること。具体的な研究内容を知りたいときは研究者に問い合わせて情報を求めることができることを説明した。被施行者には加えて苦痛が強い場合は研究を中断すること，強いしびれなどの症状が出た場合は医師の診察等適切な処置を行うことなどを伝えた。

また，協力を要請した医療施設に倫理委員会がある場合には倫理委員会にて承認を得た。

Ⅳ．結　果

1．施行者

6医療施設の看護師74名，性別：全員女性，職種：看護師63名，保健師1名，助産師4名，准看護師6名，臨床経験年数：12.6±8.8年（平均±標準偏差），1週間あたりの静脈穿刺回数：10回未満45名，10～100回25名，100回以上3名，無回答1名。使用駆血帯：ゴム管駆血帯（直径8mm）29名，留め金付ゴム管駆血帯（直径8mm）44名，ベルト製駆血帯（幅2.5cm）1名。

2．駆血圧

平均駆血圧（±標準偏差）は145±56.1mmHg（範囲60mmHg～271mmHg），そのうち50～100mmHg：20名（27%），100～150mmHg：24名（32%），150～200mmHg：14名（19%），200～250mmHg：11名（15%），250～300mmHg：5名（7%）であった（図1）。ゴム管駆血帯使用者は29名で平均160±62.2mmHg，留め金付ゴム管駆血帯使用者は44名で，平均136±50.1mmHgで，ゴム管駆血帯の方がやや高かったが，両者の駆血圧に有意差は見られなかった。また，ベルト製駆血帯使用者は1名で78.5mmHgであった（表1）。

3．駆血帯を巻く強さへの意識と実際の駆血圧（表2）

「少しゆるめに巻いた」（8名）：137±43.1mmHg，「通常の強さで巻いた」（50名）：151±59.1mmHg，「少しきつめに巻いた」（7名）：109±37.5mmHg，「かなりきつめに巻

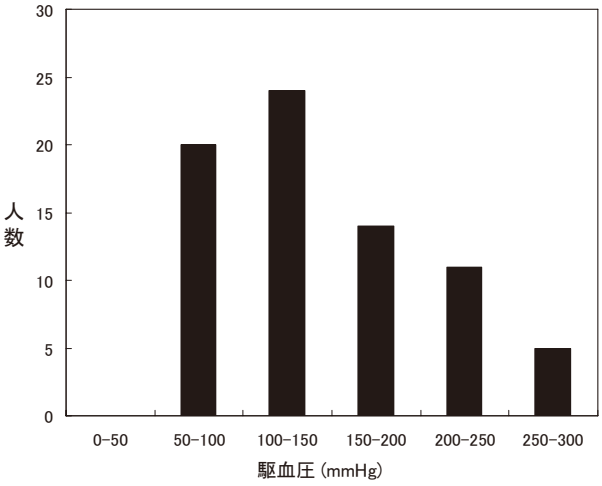


図１　看護師が駆血帯を装着した駆血圧の分布

表１　駆血帯の種類と駆血圧

駆血圧の種類	人数	駆血圧（㎜Hg）＊
全　体	74	145±56.1
ゴム管	29	160±62.2
留め具	44	136±50.1
ベルト	1	78.5

＊；平均±標準偏差

表２　駆血帯を巻く強さの意識と実際の駆血圧

駆血帯を巻く強さ	人数	駆血圧（㎜Hg）＊
少しゆるめに巻いた	8	137±43.1
通常の強さで巻いた	50	151±59.1
少しきつめに巻いた	7	109±37.5
かなりきつめに巻いた	2	217±46.7
無回答	7	123±40.1

＊；平均±標準偏差

いた」（２名）：217±46.7㎜Hgと「かなりきつめに巻いた」が高い値を示したが人数が少なく，各群間で有意差は見られず，巻く意識と実際の駆血圧には相関が見られなかった。巻く強さを決めた理由は，ゆるめに巻いたと答えた人は「圧迫しなくても血管が浮き出ていて採血できると思った」８名,「血管が十分良く見えて弾力があった」１名,「右肘正中静脈がよく見えた」１名,「駆血帯を巻かなくても血管の怒張が良好だった」１名であった。少しきつめに巻いた人は「血管を怒張させるため巻いた」５名，かなりきつめに巻いた人は「血管の怒張がわかりやすいようにきつめに巻いていた」１名。同一対象者でも穿刺血管の怒張状態を判断するかどうかによって巻く強さへの意識が異なっていた。

４．看護師経験年数と駆血圧（表３）

０－５年未満（８名）：124±57.4㎜Hg，５－10年未満（18名）：134±42.4㎜Hg，10-20年未満（24名）：149±65.9㎜Hg，20年以上（20名）：162±55.5㎜Hgと経験年数が長いほど高い傾向が見られた。T検定では各群間に有意差は見られなく，経験年数と駆血圧の間のPearsonの相関係数も0.265（p=0.027）と相関は低かった。

表３　経験年数と駆血圧

経験年数	人数	駆血圧（㎜Hg）＊
０－５年	8	124±57.4
５－10年	18	134±42.4
10－20年	24	149±65.9
20年以上	20	162±55.5

＊；平均±標準偏差

5．１週間あたりの静脈穿刺回数と駆血圧（表４）

10回未満（45名）：142±55.9㎜Hg，10-100回未満（25名）：149±57.5㎜Hg，100回以上（３名）：104±54.9㎜Hgと100回以上でやや駆血圧が低かったが人数が少なく，各群間で有意差は見られなかった。

表４　一週間あたりの静脈注射の頻度と駆血圧

注射回数	人数	駆血圧（㎜Hg）＊
＜10	45	142±55.9
10－100	25	149±57.5
100＜	3	104±54.9

＊；平均±標準偏差　　１名無回答

６．穿刺想定血管とその理由

穿刺想定血管は，右肘正中皮静脈37名，左肘正中皮静脈31名，左尺側皮静脈３名，左橈側皮静脈２名，右側骨皮静脈１名であった。全員駆血前に目視を行って血管の太さ，弾力性，走行を確認し，穿刺し易い部位を選んでいた。駆血前に利き腕を対象者に確認した人は11名で，確認後に逆側の腕で穿刺しやすい静脈を選定する人，対象者に穿刺希望箇所を確認してから選定する人，苦痛が少ないように神経の走行を考えて選定していた人などがいた。駆血前に触知をしなかった人が16名いたが，触知による選定を行っていた人の中には，患者の希望穿刺部位の穿刺が可能かどうか確認するためや，皮膚の保護の必要性の判断などを短時間に行い，装着部位を選ぶためと答えている人がいた。

７．肘窩から駆血帯装着部までの距離および装着部位決定理由

装着想定値は平均9.3±2.6cm（５cm～15cm）で，実測値は平均9.1±2.6cm（５cm～15cm）と想定値とほぼ同一部位であったが，想定値と実測値との間には相関はなかった。想定理由を書いている人は50名で複数回答をしているものが10名いた。理由は「穿刺に影響しにくい」42名,「駆血帯がはずしやすい」14名,「血管が怒張していた」２名,「採血時邪魔にならず清潔で血管が見やすい」１名,「教科書

で駆血部位が肘上５㎝となっていたから」１名であった。

８．静脈怒張度

駆血前目視怒張度2.4±0.8，駆血後目視怒張度2.7±0.6，駆血前触知怒張度2.4±0.8，駆血後触知怒張度2.7±0.5と駆血帯装着により怒張度は増加していたが，駆血圧の強さと駆血後の怒張度の間に相関は見られなかった。

９．対象者による駆血帯装着方法の工夫

51名から表５のような回答が得られた（複数回答可）。一番多かったのは，「血管がよく見える人は少しゆるく巻く，見えにくい人は少し強く巻く」など血管の見えやすさにより変更する者が28名で，似た様な回答として，「太った人には強く巻く」など，体格により変更する者が５名，小児や高齢者では弱く巻く者が11名など，巻く強さについての回答が多かったが，「老人は皮膚が弱かったりするので必ず衣服の上から駆血するように心がけている」など，服の上から巻くと言う回答が６名いた。実際観察してみると，質問紙へは回答していなかったが，44名の看護師が服の上から駆血帯を装着していた。他にも「麻痺，体位などにより駆血帯の締める強さを変えている」などと回答している者が12名いた。

表５　駆血帯装着方法の工夫

工　夫	人数
血管の見えやすさにより変更	28
小児や高齢者では弱く	11
服の上から巻く	6
体格により変更	5
その他	12

重複解答可

Ⅴ．考　　察

１．駆血圧について：74名の看護師の駆血帯装着時の駆血圧は60-271㎜Hgと値の幅が広く，適当と思われる100㎜Hg未満が20名（27％）と少なかった。中には200㎜Hgを越えるような強い圧力で装着している人が16名（22％）もいた。このような高い駆血圧で駆血帯を装着する人は１週間あたりの注射回数とは関係ないばかりか，経験年数にもあまり関係が無く，経験による技術の向上は見られていなかった。また，駆血帯を巻くときに，「少しきつめに巻いた」と答えた人と，「少しゆるめに巻いた」と答えた人の間にも駆血圧に差が見られなかった。これらの原因としては，１）駆血帯を適切な強さで装着する方法を習っていない，２）駆血帯を装着する強さの目安が無いため，意図した強さで装着することが難しい，３）駆血圧を計ったことがないので自分がどれくらいの強さで装着しているか認知していない，４）装着が緩すぎて十分な静脈の怒張が得られないことを心配して強く締めすぎる，５）ある程度以上強く締めると，それ以上きつく締めても怒張度が増加しないことを知らない，などが考えられた。河村ら[10]は臨床看護婦がどの程度の強さで駆血帯を巻いているかを上腕周囲径に対して駆血帯をどれくらい短くして装着するかを指標として検討し，看護婦は駆血帯を巻く強さについて各自が経験から修得した独自の感覚を持ち，その基準に合わせて駆血動作をしていると示唆されたと報告している。このように，看護師は経験から独自の基準を設定しているようであるが，その基準についてのエビデンスが無く，また，締める強さの目安も駆血ゴムを伸展したときの抵抗感などと曖昧であり，ばらつきも大きい。このような現状を改善するためには，適切な駆血圧に関するエビデンスをさらに積み上げると共に，簡単に適切な駆血圧で装着できる駆血帯を開発することや，適切に装着する方法を教育することが必要であると考えられる。

２．穿刺想定血管の選択について：今回行った肘窩の部位では目視・触知とも肘正中皮静脈の確認が容易であったためほとんどの人が選んでいたが，この部位は動脈や神経の誤穿刺の可能性があるので，気を付けて穿刺する必要がある。利き腕を避けると記載されている成書[1,2]もあるが，利き腕を問わなかった人が多かった。また，駆血前に触知による確認をしなかった人が16名もいたが，これは，対象者の血管が目視で確認しやすかったためではないかと考えられた。

３．肘窩から駆血帯装着部までの距離：看護技術書の多く[1～3]が肘窩より５～10㎝上部に装着すると記載されており，今回の調査でも実測値，設定値ともこの範囲内に該当しており装着部位は徹底していた。

４．静脈怒張度：対象者の静脈は目視・触知とも駆血前からすでに２の「確認できた」以上の怒張であったので，あまり強く締める必要がないと考えられるにもかかわらず，上記のように強く締め付けすぎる人が多かった。駆血帯装着前からよく怒張していたことと，強く締め付けすぎた場合は動脈血の流入を妨げることにより怒張度は駆血後もあまり増加しなかったと考えられる。

５．対象者による駆血帯装着方法の工夫：一番多かったのは血管の見えやすさや体格等により，締め付ける強さを変更すると言う意見であったが，本研究から現在用いている駆血帯では想定した通りの強さで駆血帯を装着するのは困難であることが明らかにされた。また，皮膚の弱い人には服の上から装着するなど，皮膚を保護する意見について，米国の指針[4]では，皮膚障害を有する人に対しては皮膚を挟むことを避ける為に上衣の上から装着

することやガーゼの使用を推奨しており，妥当な方法と考えられた。このような配慮と共に，看護師は目視や触知，対象者の要望部位やこれまでの採血体験などを聞くこと，皮膚の圧迫や神経障害が起こりやすい状況にあるかどうかなどを考慮すること，動脈拍動の確認や痺れや痛みの有無を確認することなどが重要である。

Ⅵ. 結　論

看護師が駆血帯を装着するときの駆血圧を測定した結果，静脈穿刺に充分な静脈怒張を得る駆血圧以上に強く締め付けている人が多く見られた。この原因としては，駆血帯を適切な強さで装着する方法を習っていないので思い思いの強さで装着していることが考えられるが，看護師からは「駆血帯に装着する強さの目安が無いため意図した強さで装着することが難しい」と言う意見も聞かれた。今後は安全で安楽な静脈穿刺行為のためには駆血法に関するエビデンスを明らかにすると共に，簡便に安全で適切な強さで装着できる駆血帯の開発，および適切な駆血帯の装着方法について指導していく必要があると考えられる。

要　旨

看護師が静脈穿刺を目的に駆血帯を装着する方法について、主に駆血圧について検討を行った。６医療施設の看護師74名に採血を想定して各人の駆血帯を同一対象者の上腕に装着してもらった。駆血帯装着部位は静脈穿刺想定部位から平均9.1㎝中枢側で、ほぼ教科書通りであった。しかしながら、駆血圧は60㎜Hgから271㎜Hgまで広い範囲に分散しており、平均は145±56.1㎜Hgと高かった。ほぼ適切と考えられる100㎜Hg以下は20名（27％）と少なく、200㎜Hg以上の高圧で装着する看護師が16名（22％）もいた。駆血圧は１週間あたりの静脈穿刺回数や経験年数にもあまり関係が見られなかった。また巻く強さについての気持ち（少しゆるめに巻いたなど）と駆血圧間には関係がなかった。これらのことは、看護経験の長さや、静脈穿刺の頻度などが適切な駆血圧で駆血帯を装着することには役に立っていないことを示している。この原因としては、駆血帯の構造上意図した強さで装着することが難しいことなどが考えられた。

Abstract

We examined how nurses fasten the tourniquet when performing venipuncture, mainly focusing on tourniquet pressure. Seventy-four nurses from 6 medical facilities fastened a tourniquet on the upper arm of the same subject, as if in preparation for the venipuncture. The average location of tourniquet application was 9.1cm proximal to the venipuncture region, which was almost the same as the textbook recommended. However, tourniquet pressure ranged widely from 60mmHg to 271mmHg and the average was 145±56.1mmHg. Only 20 nurses (27%) fastened the tourniquet with less than 100mmHg, which is considered to be appropriate range. Sixteen nurses (22%) fastened the tourniquet with very high pressure more than 200mmHg. Tourniquet pressure did not relate to the frequency of performing venipuncture each week and to the length of nursing experience. And the expressed intention of the nurses, such as "little-bit weaker" did not reflect differences in tourniquet pressure. These observations suggest that the length of nursing experience and frequency of venipuncture did not influence ability to apply a tourniquet with appropriate pressure. The reason nurses could not apply a tourniquet appropriately was thought to be that they could not fasten the tourniquet with intended strength based on structural factors of the tourniquet.

文　献

1）大谷眞千子：検査と看護，静脈採血の方法，坪井良子，松田たみ子（編）：考える基礎看護技術，看護技術の実際，217-221　ヌーベルヒロカワ，東京，2006.
2）小林優子：血液検査，藤崎　郁，任　和子（編）：系統看護学講座　基礎看護技術，339-343，医学書院，東京，2009.
3）片山正夫：静脈注射の基本知識，佐藤エキ子，高屋尚子，寺井美峰子（編）：ナースが行う静脈注射, 34-41，南江堂，東京，2005.
4）Clinical and Laboratory Standards Institute ed.: Procedures for the　Collection of Diagnostic Blood Specimens by Venipuncture; Approved standard -Sixth Edition, CLSI document H3-A6, 27(26), 10, 2007.
5）日本臨床検査標準協議会編：　標準採血法ガイドライン JCCLS GP4－A1，16，学術広告社，東京，2006.
6）武智由季，乗松貞子，岩田英信：被験者に優しい駆血法の研究（2）採血に適切な駆血圧，日本看護研究学会雑誌，28(3):277，2005.
7）河野陽子，松本真理子，他：静脈血管怒張に有効な駆血圧と駆血時間の関係－採血に効果的な駆血方法の検討－，第37回日本看護学会看護総合集録，436-438，2006
8）加藤晶子，森　将晏：静脈穿刺に用いる駆血帯装着時の駆血圧と静脈怒張度との関係　－上腕周囲径に対する駆血帯の締め付け割合を指標として－，日本看護技術学会誌，8(3)：10-15，2009.
9）加藤晶子，森　将晏：静脈穿刺に用いる駆血帯装着時の駆血帯の張力と静脈怒張度との関係および怒張度に影響する身体的要因についての検討，日本看護技術学会誌，8(3)：42-47，2009.
10）河村与志子，藤井徹也，他：静脈採血に伴う臨床看護婦の上腕駆血動作に関する実態調査，第21回日本看護科学学会学術集会講演集，104，2001.

［平成21年９月28日受　　付
平成22年３月11日採用決定］

日本看護研究学会会報

第　82　号

（平成22年９月21日発行）

日本看護研究学会事務局

目　　次

第37回一般社団法人日本看護研究学会学術集会開催にあたって…　1
一般社団法人日本看護研究学会……　3
平成22年度定時社員総会議事録

第37回一般社団法人日本看護研究学会学術集会開催にあたって

“エビデンスに基づいた看護実践を！―現場の研究熱を高めよう―”

第37回一般社団法人日本看護研究学会学術集会
会長　**黒　田　裕　子**
（北里大学大学院クリティカルケア看護学　教授）

第37回一般社団法人日本看護研究学会学術集会を，平成23年８月７日（日）・８日（月）にパシフィコ横浜（横浜市みなとみらい）で開催させていただくことになりました。

36年間という長い期間にわたって学術集会を重ねております歴史あるこの日本看護研究学会は，平成21年度から一般社団法人となり，社会に公に認められる一組織として着実に拡大発展してまいりました。社会に貢献しうる学術集会とすべく，役員一同，気を引き締めて鋭意準備を整えているところでございます。

さて，第37回学術集会は，『“エビデンスに基づいた看護実践を！―現場の研究熱を高めよう―”』をメインテーマとさせていただきました。

実践科学である看護では，臨床現場に生じている現象を明らかにし，看護実践のエビデンスを蓄積していくこと，そして，それを実現するために，看護研究は必要不可欠です。昨今，各専門領域において多くの専門看護師や認定看護師が誕生し，看護研究の方法を学習した看護師が臨床現場で活躍されるようになりました。これによって，臨床現場における看護研究を実施できる環境が整いつつあるといえましょう。しかしながら，臨床の看護師からは，日々の看護場面で気になる現象を研究疑問にすることは難しい，看護研究をどのように進めてよいのかわからないという声をよく耳にいたします。さらに，臨

床現場のあまりにも繁忙な日々では，不慣れな看護研究に取り組むエネルギーが湧いてこないのも無理はありません。臨床現場における看護研究の活発化に向けて，この学術集会で解決の糸口を模索することはできないかと考えました。そこで，第37回学術集会では，看護実践家をはじめとする多くの看護職にとって魅力ある学術集会となるよう，“エビデンスに基づいた看護実践を！―現場の研究熱を高めよう―”というテーマとさせていただいた次第でございます。

具体的には，まず，産後鬱の看護研究者であり，量と質の研究方法を統合する手法を紹介する著名な学術研究者であるCheryl Tatano Beck博士を招聘させていただきます。Beck博士は，Denise F. Polit博士とともに，皆様よくご存じの『Nursing Research―Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice―』を執筆された方でございます。この機会に看護研究の第一人者とも言えるBeck博士のご講演をお聴きいただければと存じます。この他，シンポジウムや教育講演等，さまざまな企画を検討しており，現場で行う看護研究や研究成果の現場における活用について等，いずれも現場色の濃い内容を盛り込ませていただく予定でございます。

また，何と申しましても，学術集会を盛り上げるには，やはり一般演題でございます。毎回，多くの方々にご発表いただいておりますが，今回は，テーマにもございますように，現場の看護師の皆様にも多くご発表いただき，今後の看護研究や看護実践に活用できる有意義な意見交換ができれば幸いでございます。多くの皆様のご登録をお待ちいたします。ご協力のほど，心よりお願い申し上げます。

最後に，第37回学術集会を開催いたしますパシフィコ横浜は，最寄りの「みなとみらい」駅からのアクセスもよく，海の見える丘公園や山下公園，中華街にも近い大変素晴らしい場所にございます。この機会に，是非，横浜の街をご堪能ください。

一般社団法人日本看護研究学会　平成22年度定時社員総会議事録

日　　時：平成22年５月23日（日）13：00 ～ 15：00

会　　場：日本赤十字看護大学　201講義室

社員（評議員）任　期：平成24年社員総会前日まで　131名

任　期：平成26年社員総会前日まで　50名

旧役員：　8名（註１）

合計　189名

出欠回答：出席　84名　　欠席委任状　105名

当日出欠：出席　82名　　欠席委任状　105名　　出席予定２名欠席

（註１）

一般社団法人日本看護研究学会評議員選出規定第４条

役員として選任されている評議員の任期は，任期に対応する年に開催される定時社員総会終結のときまでとする。

議長：定款26条（社員総会の議長）社員総会の議長は理事長がこれに当たる。

山口　桂子理事長

書記の任命：大石　杉乃評議員，松田　光信評議員

配布資料：社員総会議案書

任期毎の評議員名簿

役員名簿

議事事項

理事長挨拶の後，出席者過半数（委任状含む）により，定時社員総会が成立することが報告された。

報告事項

１．会員数の動向について　　田島　桂子副理事長

平成22年４月１日

会員総数5,826名（内訳　名誉会員12名，理事22名，評議員168名，会員5,624名））

平成22年５月21日現在

会員総数5,892名

2．事業規程および委員会規程について

議案書41頁～ 47頁について説明された。

規程の内容は，それぞれの委員会が使用しやすいものであればよいことから，各委員会ならびに理事会で確認し，資料のとおり決定した旨の報告があった。

3．各委員会活動実績報告および平成22年度活動計画について

1）編集委員会について　川口　孝泰委員長

委員会の活動について以下の報告があった。

＊投稿論文の掲載状況

平成19年度：投稿論文79編－　採用50編，不採用23編，辞退６編

平成20年度：投稿論文86編－　採用46編，不採用28編，経過中（査読・修正）５編
辞退６編　不受理１編

平成21年度：投稿論文83編－　採用23編，不採用32編，経過中（査読・修正）25編
辞退２編，不受理１編

＊査読はおおむね順調に進んでいる，採択された論文は早期に学会誌に掲載したい。

2）学会賞・奨励賞委員会について　松岡　綠委員長

委員会の活動について以下の報告があった。

＊学会賞・奨励賞委員会規定および細則と学会賞・奨励賞の選考方針に関して検討した。

学会賞・奨励賞の選考基準は，①オリジナリティ，②研究方法・研究としての完成度，③看護実践への示唆・貢献度，④今後の研究に関する期待度とした。学会賞については該当者なし。奨励賞については，以下の２名を推薦する。

松田　光信氏　神戸常盤大学保健科学部看護学科

林　　裕栄氏　埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科

3）研究倫理委員会　石井　トク委員長

委員会の活動について以下の報告があった。

＊第35回学術集会期間中に看護研究「研究倫理」よろず相談コーナー（2009年８月３日）を設けて実施した。内容については分析中である。

4）国際活動推進委員会　田島　桂子副理事長

委員会の活動について以下の報告があった。

＊学術集会時に特別交流集会（教育に関すること，英文抄録の書き方）を開催してきた。平成22年度も旧役員で企画を進めている。その他，各地方会において英文抄録の書き方に関する講演の実施，本学会雑誌に記載するキーワードに関する英語標記の検討を行っている。

5）奨学会委員会　山口　桂子理事長

委員長不在のため，理事長より委員会の活動について以下の報告があった。

＊今年度は，２名の応募があったが，選考作業の結果以下の１名を理事会へ推薦した。

本多容子氏 （大阪大学大学院）

4．第１回評議員選挙・役員選挙結果について 山口 桂子理事長

別紙「評議員名簿」に基づき以下の説明があった。

＊今回の評議員選挙より，前回のマークシート投票からWEB投票に変更した。

有権者総数3,383名，投票数1,074名（投票率31.7％）であった。WEB投票94.5％，郵送投票者5.5％であった。WEB投票により円滑に選挙を実施することができたが，投票率は上がらなかった（前回34％，今回32％弱）。

5．第36回学術集会について 深井 喜代子理事

深井喜代子大会長より，準備状況は順調である旨の報告があった。

6．その他

1）平成22年度奨学金授与者について 山口 桂子理事長

奨学会委員会の推薦をうけて，今年度の奨学金授与者として，本多容子氏（大阪大学大学院）を理事会決定したことの報告があった。

2）学術集会に関する申し合わせ事項について 田島 桂子副理事長

別紙「一般社団法人日本看護研究学会学術集会開催にかかわる申し合わせ事項」に基づき説明があった。今後，災害等により収支決算が十分できない場合に備え，一文を加える予定である旨の報告があった。

3）日本学術会議について 川口 孝泰理事

「看護職の役割拡大」について，および「初等中等教育における命の教育に対して看護の果たすべき役割」について検討している旨の報告があった。

4）日本看護系学会協議会の活動について 泉 キヨ子副理事長

今年度の総会が６月12日行われるが，内容については会員総会時に報告する旨の説明があった。

5）看護系学会社会保険連合（看保連）の活動について 泉 キヨ子副理事長

４月23日に開催された看護系学会社会保険連合（看保連）の総会の主な議事内容について，以下のとおり報告があった。

平成24年に介護保険と医療保険が同時改定されるため，今年の夏までに各学会でエビデンスの蓄積について考えてもらいたい

今年度の活動計画は，平成24年度の診療報酬・介護報酬改定に向けた検討とその勉強会の開催，重点事項の研究助成等

6）地方会の活動について

各地方会より，平成21年度活動報告ならびに平成22年度活動計画が報告された。

⑴ 北海道地区　山田　律子理事

⑵ 東海地区　白尾　久美子評議員

⑶ 近畿・北陸地区　井上　智子理事

⑷ 中国・四国地区　宮腰　由紀子理事

⑸ 九州・沖縄地区　大池　美也子評議員

7）第36回学術集会の前日の評議員会について　山口　桂子理事長

評議員会は，開催しないことが報告された。

審議事項

1．平成21年度事業報告　田島　桂子副理事長

議案書２頁に基づいて報告され，承認された。

2．平成21年度決算報告　宮腰　由紀子理事

1）会計報告

議案書３頁～ 32頁に基づいて，以下のような説明ののちに異議なく承認された。

＊一般社団法人化に伴い，学術集会は学術集会側で収支決算書を作成し，それに必要な納税分としての源泉徴収額を本学会に納める形で，本学会の会計に取り込むこととなったこと，また，法人は設立されたので法人開設準備積立金の科目が無くなり，記念事業積立預金などに移行したことが説明された。

＊選挙事業積立金特別収支計算書において，WEB選挙システム構築のために用いた支出は，投資活動支出の科目としたことが説明された。

2）監査報告　議案書３頁～ 32頁参照　大谷　眞千子監事

・会計監査報告（公認会計士　大嶋　義弘氏）

・監査報告（安藤　詳子監事，大谷　眞千子監事）

報告どおり承認された。

3．平成22年度事業（案）について　田島　桂子副理事長

議案書35頁に基づいて提案され，異議なく承認された。

4．奨励賞受賞者の推薦について

以下の２名を会員総会に推薦することが提案され，異議なく承認された。

松田　光信氏　（神戸常盤大学保健科学部看護学科）

林　　裕栄氏　（埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科）

5．平成22年度予算（案）について　宮腰　由紀子理事

議案書36頁～ 40頁に基づいて提案され，以下の説明ののち，異議なく承認された。

＊正会員入会数600名を想定して予算書を作成したこと，一般社団法人としての非営利性を問われるために，預金を減らす方向であること。

6．第39回（平成25年度）学術集会長の推薦について　山口　桂子理事長

秋田大学医学部保健学科の石井範子氏が推薦され，承認された。

7．新役員の選任について（理事長推薦理事および監事を含む）　山口　桂子理事長

定款および役員選出規定，平成21年度実施選挙結果に基づく，残任理事10名，新任理事10名，理事長指名理事２名，監事２名の総数24名の役員名簿により，理事長以下順次，提案，承認された。

なお，上記名簿は理事・監事選出規定第８条（理事長等の選出）に基づく理事候補者による会議の結果として理事会に提出され，承認されたものである。主な内容は以下のとおりである。

・理事長は山口　桂子氏，その他21名の理事の役職名は名簿に記す通り。
・常任理事会は12名で構成する。
・奨学会と学会賞・奨励賞については，２つの委員会を同じ理事５名で構成する。
・日本看護系学会協議会担当：渉外担当　泉　キヨ子副理事長，小板橋　喜久代理事とする。
・看護系学会等社会保険連合(看保連)担当：泉　キヨ子副理事長
・将来構想検討委員会：山口　桂子理事長，泉　キヨ子副理事長，黒田　裕子副理事長，
林　みよ子理事

以上　記録：大石　杉乃，松田　光信

第20回　一般社団法人日本看護研究学会
北海道地方会学術集会の報告

学術集会長　坂倉恵美子

平成22年６月12日，札幌市立大学桑園キャンパスにおいて，第20回日本看護研究学会地方会学術集会を無事に開催することができました。開催にあたりましては，北海道地方会の会員，ならびに事務局の皆様より，多大なご協力・ご支援をいただきましたことに，心から御礼申し上げます。

今，看護は社会から何を求められ，どのような役割を担えるのかを議論した結果，本学術集会のメインテーマは，「今求められる家族看護」と決定しました。その上で，北里大学看護学部 小林奈美教授より，「看護職として家族をどのように考えるか－カルガリー式家族看護モデルを中心に－」と題した基調講演をお願いしました。このご講演では，カルガリー式家族看護の根幹をなす家族の捉え方，家族の考え方についてWright博士の理論を発展させた，実践・教育・研究における日本での取り組みと解釈をわかりやすく，かつ親しみやすくお話いただきました。参加者の多くが，小林先生のご講演を受けて“家族についてのBelief”を再確認し，さらには日々の看護を振り返る機会を頂いたように思います。

研究発表会においては，多様な看護研究が発表され，活発な意見交換がなされ，有意義な時間となりました。

当日は，遅い北国の春を待ちかねたような好天に恵まれ，110名（会員41名，非会員65名，学生４名）のご参加をいただきましたことを，ご報告すると同時に，ご支援いただきました皆様に，心から感謝申し上げます。

2010年度　一般社団法人日本看護研究学会
北海道地方会特別講演会のご案内

地方会会長　平　　典子

テーマ：我が国の医療現状から考えるＮＰの役割と今後の展望

講　　師：北海道医療大学看護福祉学部　教授　塚本 容子 氏

日　　時：2010年10月2日(土)　15：00～17：00（14：30から受付）

場　　所：アスティ45　16階ＡＣＵ内　1613研修室　札幌市中央区北４条西５丁目

定　　員：100人

参 加 費：会員1,000円　　非会員1,500円　　学部学生500円

申し込み：E-mail：h-chihoukai@hoku-iryo-u.ac.jpまたはFAX：0133-23-3607

一般社団法人日本看護研究学会北海道地方会事務局　北海道医療大学 萩野悦子

一般社団法人日本看護研究学会
第15回　九州・沖縄地方会学術集会のご案内

学術集会会長　小田　正枝

第15回　日本看護研究学会九州・沖縄地方会学術集会を福岡県で開催することになり，現在準備を進めております。

基調講演には操華子先生に「研究テーマの絞り込みと研究デザイン」についてご講演いただきます。また，特別講演では東めぐみ先生に「経験から学び新たな看護を創造する」をテーマに看護において大切にしなければならないことへの示唆をいただける予定です。多数の方々のご参加を心よりお待ち申し上げます。

メインテーマ：看護教育・看護実践から学びを拓く

会　　期：平成22年11月20日（土）9時～17時
会　　場：国際医療福祉大学福岡看護学部（福岡市中央区長浜1-3-1　天神キャンパス）
プログラム：

8：30～ 9：00受付開始
9：00～ 9：10大会長挨拶
9：10～10：40基調講演
「研究テーマの絞り込みと研究デザイン　～質的研究・量的研究」
講師：操　華子 氏（国際医療福祉大学　大学院教授）
10：40～10：50休憩
10：50～11：50特別講演
「臨床実践を振り返る探求的な方法」
講師：東　めぐみ 氏（駿河台日本大学病院　慢性疾患看護専門看護師）
12：00～12：30総会
12：30～13：30懇親会
13：30～15：50一般演題発表
15：50～16：00閉会

●演題申込・抄録原稿締め切り日：受付終了
●事前参加登録申込み締切日：平成22年9月6日（月）
●参加費

会　　員　4,000円（当日4,000円）
非 会 員　4,000円（当日4,500円）
学　　生　1,000円
懇 親 会　3,000円

郵便振替
口座番号「01740－1－124746」
口 座 名「第15回日本看護研究学会
九州・沖縄地方会学術集会」

●問い合わせ・応募先：
第15回日本看護研究学会　九州・沖縄地方会学術集会事務局
〒810-0072 福岡県福岡市中央区長浜1-3-1
TEL/FAX　092-739-4329（学術集会事務局）
E-mail　shimomai@iuhw.ac.jp

一般社団法人日本看護研究学会
第24回　中国・四国地方会学術集会のご案内

テーマ：先ず隗より始めよ！看護研究！実践と研究をつなぐ

徳島大学は，日本看護研究学会の基となる，第１回の四大学看護学研究会を，1975年９月に開催しました。その歴史を大切にして，今回のテーマは「先ず隗より始めよ！看護研究！実践と研究をつなぐ」に決定しました。皆様のお越しをお待ちしています。

実行委員長　川西千恵美

◆会　　期：平成23年３月６日（日）
◆会　　場：徳島大学蔵本キャンパス　保健学科Ｃ棟・青藍（せいらん）講堂，他
◆プログラム：
一般演題　（口演・示説）
特別講演　　臨床の疑問を研究につなげるには（仮）
　　講師：井上智子先生（東京医科歯科大学大学院）
特別セミナー　地方会の歩みと看護研究　－さらなる発展に向けて－
　　講師：野島良子先生（日本看護研究学会名誉会員）
看護実践能力向上のための交流集会（各20名，実技を含む）事前申込み，抽選
　１）リンパドレナージ　　高西裕子氏（リムズ徳島クリニック）
　２）呼吸器のフィジカルアセスメント　岩佐幸恵氏（徳島大学ＨＢＳ研究部）
　３）看護に活かすアロマテラピー＊　　金森弘華氏（徳島大学病院メディアロマ・カラザ）
◆演 題 募 集：10月10日～10月31日（E-mail）
◆抄 録 受 付：11月16日～12月１日（E-mail・郵送）
応募資格　発表者・共同研究者とも日本看護研究学会の会員であること
◆参加申し込み：事前登録
（１月15日まで）
参加費　会員4,000円　非会員5,000円
（当日）　会員5,000円　非会員6,000円

郵便振込で事前参加登録ができます。
郵便振替：口座番号01630－2－132145
口 座 名：第24回日本看護研究学会中国・四国地方会

●問い合わせ：日本看護研究学会中国・四国地方会　第24回学術集会事務局
〒770-8509　徳島県徳島市蔵本町3-18-15
徳島大学医学部保健学科　岩佐幸恵
Tel & Fax：088-633-9005
（第24回学術集会事務局専用）
e-mail　iwasa@medsci.tokushima-u.ac.jp
ホームページ：http://www.med.tokushima-u.ac.jp/article/0015790.html

一般社団法人日本看護研究学会
第15回　東海地方会学術集会のお知らせ

テーマ：学びなおそう看護研究－実践に役立てるために－

このたび一般社団法人日本看護研究学会第15回東海地方会学術集会のプランナーを務めさせていただくことになりました黒田裕子(北里大学看護学部)でございます。

昨今，看護師が看護研究を実施する数は増加してきていますが，研究が終わったらそれで終わりとなっているような印象を受けます。せっかくたいへんな思いで行った看護研究の結果を，どのように現場の看護実践に役立てていけばいいんだろうか，つまり，研究結果を看護の現場に還元していくことについては未だ十分な議論がなされないままにいるのではないでしょうか。

そこで第15回集会のテーマを，“学びなおそう看護研究－実践に役立てるために－”とさせていただきました。

“学びなおそう看護研究”に関連する講演では，テーマの絞り込みや研究計画書の書き方について黒田裕子がわかりやすく解説させていただきます。また，質的研究の中でもとりわけ難解な現象学的な看護研究については西村ユミ氏にご講演いただくこととなっております。さらに，質的研究の概要については谷津裕子氏に，質的研究の方法論については久保五月氏に，さらに，看護研究における倫理的配慮については綿貫恵美子氏にご講演いただくこととなっております。サブテーマとさせていただきました“－実践に役立てるために－”に関しましては，シンポジウムを企画させていただきました。研究結果を現場に還元していくためにどのような試みをされていらっしゃるのか，各専門領域でご活躍中の臨床家を中心にご発言いただき，フロアの皆様方と一緒に大いに議論をしていきたいと考えております。

どうか，できるだけ多くの方に参加していただけますように，ご協力・ご支援のほどをよろしくお願い申し上げます。

北里大学・相模原キャンパスは緑に囲まれ周辺の山々の雄大な景色が楽しめるところでございます。小田急線相模大野駅・JR相模原駅・JR古淵駅からバスでいらっしゃるご不便をおかけいたすかと存じますが，どうか皆様，仲間の方々とお誘い合わせの上，北里までお運びいただけますように心よりよろしくお願いいたします。

第15回一般社団法人日本看護研究学会東海地方会学術集会プランナー　黒田　裕子

◆日時：平成23年3月19日(土) 10：00～17：00

◆場所：〒252-0373 神奈川県相模原市南区北里１－15－１
北里大学 相模原キャンパス Ｌ３号館

◆プログラム

○基調講演「看護研究のテーマ絞り込みと研究計画書作成において陥りやすい問題とその対策」
黒田　裕子（北里大学大学院クリティカルケア看護学 教授）

○特別講演「看護における現象学的研究の方法論について」
西村　ユミ 氏（大阪大学コミュニケーションデザインセンター 准教授）

○教育講演Ⅰ「臨床看護師が押さえておきたい研究倫理」
綿貫恵美子 氏（北里大学看護学部 准教授）

○教育講演Ⅱ「はじめよう！質的看護研究－やさしく学ぶ，楽しく取り組む－（仮）」
谷津　裕子 氏（日本赤十字看護大学 准教授）
○教育講演Ⅲ「質的研究：フィールドワークの方法と実際」
久保　五月 氏（北里大学看護学部 准教授）
○シンポジウム「実践に役立てる看護研究」
シンポジスト：千崎美登子 氏（北里大学病院）
剱持　　功 氏（東海大学医学部付属病院）
小林　礼実 氏（聖マリアンナ医科大学病院）
山口　桂子 氏（愛知県立看護大学看護学部）
座長：黒田　裕子（北里大学看護学部）
○一般演題（示説のみ）

◆参加費　会員：3,000円　非会員：4,000円　学生：1,000円（学生に大学院生は含まない）
郵便振込　口座番号　00850－7－142916
加入者名　日本看護研究学会東海地方会
※会員の方は通信欄に必ず会員番号をご記入ください。

◆演題発表および参加申し込み方法
11月頃発行予定の東海地方会ニュースレターをご参照ください。日本看護研究学会ホームページの東海地方会のページにも掲載いたします。

●問い合わせ：第15回一般社団法人日本看護研究学会東海地方会学術集会・事務局
〒252-0329　神奈川県相模原市南区北里２-１-１
北里大学大学院クリティカルケア看護学内
FAX：042-778-9069
E-mail：yamadaa@nrs.kitasato-u.ac.jp

M55
フィジカルアセスメント トレーニングモデル "Physiko"

新・看護師教育カリキュラムに対応

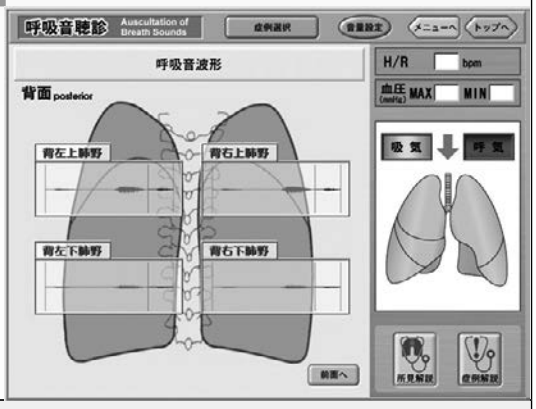
Physiko はフィジカルアセスメント技術を向上させ、看護の臨床実践能力を高める学習に適した全身モデルです。

■ 実習項目

- 問診・コミュニケーション
- 目の視診
- 血圧測定
- 心電図シミュレーション
- 脈診
- 心音の聴診
- 呼吸音の聴診
- 腸音の聴診

Physiko を用いた看護師教育現場での活用

- ○ 3種のプログラムモード設定で、レベルに応じた段階的な学習が可能
- ○ 12 人の疾患患者のシミュレーションで、看護師の臨床実践能力を向上
- ○ 任意の疾患患者が設定でき、効果的な教育プログラムに活用が可能
- ○ 豊富な症例設定で、基本的でおえるべきアセスメントを繰り返し学習
- ○ 人体と同様に可動し、問診のできる全身モデル



成人看護実習

M75B 万能型成人実習モデル "さくらII"

● 様々な看護実習の技術項目に対応

メディカルフットケア

M66 メディカルフットケアモデル "フッティー"

● 足のアセスメントからケア技術まで

採血・静脈注射

M50B 採血・静注シミュレータ "シンジョーII"

● 採血・静脈内注射・点滴静脈内注射のトレーニング

2010-11 総合カタログ・単品パンフレットがございます。
オンラインカタログから検索・ダウンロードしていただけます。 ● http://www.kyotokagaku.jp

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94回幹事会（持ち回り）

日時　平成22年4月15日(木)

会議の概要

審議事項

○公開シンポジウムの開催1件について承認されました。

第95回幹事会

日時　平成22年4月22日(木)

会議の概要

審議事項

○国際委員会における小分科会委員の決定

○分野別委員会運営要綱の一部改正及び委員の決定等

○持続可能な長寿社会に資する学術コミュニティーの構築委員会

○自然災害軽減のための国際協力のあり方検討委員会及び4分科会

○科学技術振興機構科学コミュニケーション推進委員会委員の就任

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2団体の指定について承認されました。

・大学美術教育学会

・日本描画テスト・描画療法学会

○学術刊行物の指定について承認されました。

○平成22年度各地区会議事業計画について承認されました。

○公開シンポジウム等の開催6件、国内会議の後援2件及び国際会議の後援1件について承認されました。

6月中旬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。

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22年6月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆「創薬の促進を目指したトランスレーショナルリサーチの推進における医療系薬学研究者の役割」

日時　平成22年6月11日(金)9時45分～17時30分

場所　日本学術会議講堂

次第　「我が国の『マイクロドーズ臨床試験実施のガイドライン』の特徴と将来への期待」大野泰雄

「早期探索的臨床試験の現状と将来～科学的立場からの検証と提案～」山下伸二

「PETイメージングと創薬」谷内一彦

「代謝酵素が関与する薬物間相互作用の予測法」鈴木洋史

「トランスポーターに関わるFDA白書：薬物間相互作用を中心に」杉山雄一

「薬物動態関連遺伝子のファーマコジェノミクス」東 純一

「薬効・毒性関連遺伝子のファーマコジェノミクス」松村正明

「代謝物に由来する副作用を少なくするために」笛木 修

「開発段階における製剤開発戦略、および剤形追加の戦略」伊吹リン太

「臨床開発におけるバイオマーカーの利用」中村治雅

「創薬化学研究者と医療系薬学者の接点」長瀬 博

◆「医歯工学融合領域研究のすすめ」

日時　平成22年6月13日(日)14時00分～16時30分

場所　東京ビッグサイト

次第　「再生医療の現状と未来―心筋再生を中心に―」澤 芳樹

「東北大学大学院医工学研究科の目指す道と研究例」松木英敏

「ナノバイオマテリアルの開発と評価委における医工連携」横山敦郎
「医歯工学融合の意義：歯科補綴学の立場から」市川哲雄

◆「科学・技術駆動型イノベーションに向けて：機械工学コミュニティからの発信」

日時　平成22年6月25日(金)13時30分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　基調講演「社会的期待に応える科学技術研究に向けて」吉川弘之
報告　「機械工学の展望2010」笠木伸英
講演　「環境・エネルギー問題への提言」日本伝熱学会、空調衛生工学会
「ものづくり技術への提言」精密工学会
「豊かな生活への提言」日本機械学会

◆「ビスホスホネート系薬剤に起因した顎骨骨髄炎・顎骨壊死の現状と対策」

日時　平成22年6月25日(金)16時30分～19時00分
場所　札幌プリンスホテル　国際館パーミルA会場
次第　「形態学的側面」網塚憲生
「病理学的側面」山口 朗
「画像診断学的側面」田口 明
「臨床病態学的側面」浦出雅裕
「治療学的側面」松尾 朗／山崎 裕／永田俊彦

◆「2010年度史料保存利用問題シンポジウム」

日時　平成22年6月26日(土)13時30分～17時30分
場所　学習院大学南3号館201教室
次第　「公文書管理法で何がどのように変わるのか」藤井譲治
「自治体立公文書館の現状―大阪府・市公文書館の場合」佐賀朝氏

◆「次世代へつなぐ健康なライフスタイルの確立にむけて」

日時　平成22年7月2日(金)13時30分～16時00分
場所　名古屋国際会議場センチュリーホール
次第　「世界に向けて生活習慣病の解明とその対策」松澤佑次
「生活習慣病における栄養・食生活の位置づけ」香川靖雄
「生活習慣予防としての環境づくり」下光輝一
「生活習慣病と睡眠・うつとの深い関係」清水徹男
「生活習慣病の治療・予防と睡眠医療」三島和夫
「子どものライフスタイルと心身の発達」関根道和

◆「安全工学シンポジウム2010―安全知の統合に向けて―」

日時　平成22年7月8日(木)～9日(木)
場所　日本学術会議講堂及び4階会議室
次第　特別講演「東海・東南海・南海地震の連動発生による強い揺れと津波の予測と災害軽減」古村孝志
パネルディスカッション
「自動車、鉄道、航空、船舶の各交通モードにおける安全対策の比較による高安全度交通システムの実現」
「安全を大切にする組織文化」
特別講演「医療の安全確保は医療の質向上から―医療安全概論として―」飯田修平
パネルディスカッション
「交通事故半減に向けた課題の抽出と提言」「リコールを巡る諸問題」

◆日本学術会議中部地区会議学術講演会

日時　平成22年7月9日(金)13時00分～15時30分
場所　福井大学総合研究棟I
次第　「日本学術会議の新しい動向」金澤一郎
「原子力の安全（Safety）、核不拡散の保障措置（Safeguard）と核セキュリティ（Security）をめぐる動向について」広瀬研吉
「福井大学での原子力教育と研究」武田敏一

◆「実定法学の基礎法学－第4回基礎法学総合シンポジウム」

日時　平成22年7月10日(日)13時00分～17時30分
場所　日本学術会議講堂

次第　報告者　小川浩三／尾崎一郎／亀本 洋
　　コメンテーター　吉田克己／西谷 敏

◆「総合工学シンポジウム」

日時　平成22年7月16日(金)13時20分～17時30分
場所　日本学術会議講堂
次第　総合工学の展望
　　特別講演「総合工学とは何か」吉川弘之
　　講演　「総合工学と学協会」後藤俊夫
　　「総合工学委員会について」
　　矢川元基
　　総合工学の実践と連携
　　講演　「工学基礎」舘 暲
　　「応用物理」荒川泰彦
　　「エネルギーと資源」山地憲治
　　「フロンティア人工物」久保田弘敏
　　「巨大複雑系社会経済システム」
　　柘植綾夫
　　「安全・安心・リスク」松岡猛

◆「第29回混相流シンポジウム」

日時　平成22年7月18日(日)9時00分～11時50分
場所　静岡大学浜松キャンパス佐鳴会館
次第　主催者講演「日本学術会議『日本の展望』と混相流シンポジウムの意義」
　　池田駿介
　　招待講演　「大規模太陽光発電所の開発に向けた当社の取り組みについて」
　　原 義幸
　　「光応用の極限を目指して」
　　瀧口義浩
　　「フェムト秒レーザーを用いた光ナノ加工と3次元計測」川田善正

◆「新時代の昆虫科学を拓く」

日時　平成22年7月24日(土)13時00分～17時20分
場所　日本学術会議講堂
次第　「昆虫と化学―『喰う』と『喰われる』の狭間で―」森 直樹
　　「シロアリからエネルギーを創る」吉村 剛
　　「ハエから学ぶ寄生戦略」舘 卓司
　　「昆虫ウイルスの巧みな宿主制御戦略」勝間 進
　　「虫とダニの共進化関係と多様性」五箇公一

◆「『場の感性』の蘇生に向けて」

日時　平成22年7月26日(月)
場所　富山県立立山博物館
次第　「場の力」進士五十八
　　「立山における『環境と文化』をめぐって～環境思想と教育実践：統合の試み～」米原 寛
　　「聖地・芸術・身体」梅原賢一郎
　　「環境と文化伝承」鬼頭秀一

◆「未来を開くフロンティア人工物の展開と課題」

日時　平成22年8月26日(木)13時00分～17時30分
場所　日本学術会議講堂
次第　第一部　人類の発展とフロンティア人工物
　　「新しい地球像の探求」平 朝彦
　　第二部　フロンティア人工物科学技術の役割と現状および重要課題
　　「航空宇宙フロンティア技術の展望」
　　中橋和博／的川泰宣
　　「船舶海洋フロンティア技術の展望」
　　大和裕幸／柏木正
　　第三部　課題と提言
　　「フロンティア人工物の課題」
　　藤井孝蔵／湯川哲夫
　　「フロンティアを開く産業技術の展開」
　　松尾亜紀子
　　第四部　パネルディスカッション
　　中須賀真一／浅田正一郎／
　　戸塚正一郎／浦環／柘植綾夫 他

◆「"健康な食習慣"の獲得・健康なコミュニティの形成―身体活動、睡眠、タバコと食の関連、及びその波及から―」

日時　平成22年9月12日(日)14時00分～16時00分
場所　女子栄養大学坂戸キャンパス
次第　講演「身体活動と『食』」宮地元彦
　　「睡眠と『食』」大川匡子
　　「タバコと『食』」中村正和
　　「"健康な食"とコミュニティ」村山伸子

日本学術会議の動き

幹事会報告

第96回幹事会

日時　平成22年5月27日(木)

会議の概要

審議事項

○若手アカデミー委員会運営要綱の一部改正及び委員の決定
○科学者委員会の運営要綱の一部改正
○国際委員会における分科会委員の決定
○分野別委員会運営要綱に一部改正及び委員の決定等
○大学教育の分野別質保証の在り方検討委員会設置要綱の一部改正及び委員の決定
○人間の安全保障とジェンダー委員会の委員の決定
○東アジア共同体の学術基盤形成委員会の委員の決定
○持続可能な長寿社会に資する学術コミュニティーの構築委員会設置要綱の一部改正及び委員の決定
○自然災害軽減のための国際協力のあり方検討委員会設置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
○外部委員候補者の推薦

について承認されました。

○産学官連携功労者表彰要領について決定しました。
○日本学術会議協力学術研究団体として次の8団体の指定について承認されました。

- 日本リハビリテーションネットワーク研究会
- 日本脳科学会
- 日本生物高分子学会
- 脳機能とリハビリテーション研究会
- 日本唾液腺学会
- 日本幼少児健康教育学会
- 社会学系コンソーシアム
- 日本獣医師会

○平成22年度代表派遣（平成22年7月～9月分）について承認されました。
○英国王立協会創立350周年記念行事等への会員の派遣について承認されました。
○「科学・技術フェスタin京都―平成22年度産学官連携推進会議―」の開催について承認されました。
○「平成22年度女子中高生夏の学校2010～科学・技術者のたまごたちへ～」の開催について承認さてました。
○公開シンポジウム等の開催13件、国内会議の後援5件及び国際会議の後援1件について承認されました。

7月中旬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

G8サミットに向け関係国と共に共同声明を公表

日本学術会議は、平成22年6月25日及び26日にカナダ・ムスコカで開催されるG8サミットに向け、G8サミット各国のアカデミーと共同で、「母子の健康の推進」及び「開発のためのイノベーション」について、サミット参加国指導者に対する提言を共同声明として取りまとめ、各国で公表されました。我が国においても、同年5月27日、本共同声明を金澤会長から鳩山総理に手交しました。

内閣広報室

第10回アジア学術会議に出席

6月13日から16日までフィリピン・マニラにおいて、第10回アジア学術会議が開催されました。日本学術会議からは、金澤一郎会長、大垣眞一郎副会長、唐木英明副会長、村岡洋一会員、白田佳子会員等が出席されました。

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22年7月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆「実定法学の基礎法学―第4回基礎法学総合シンポジウム」

日時　平成22年7月10日(土)13時00分～17時30分
場所　日本学術会議講堂
次第　「法学の学問性―比較法学史の観点から」小川浩三
「法をめぐる言説と法形成過程―現代アメリカを参照して」
「法に関わる主体の社会学的条件」尾崎一郎
「法教義学の性格とその現代的意義―フランス・モデルを念頭に置きつつ」吉田克己
「法発展における裁判と法解釈学―労働法の立場から」西谷 敏
「難事件における法的思考の特徴―利息制限法判例を素材にして」亀本 洋

◆「総合工学シンポジウム」

日時　平成22年7月16日(金)13時20分～17時30分
場所　日本学術会議講堂
次第　総合工学の展望
特別講演「総合工学とは何か」吉川弘之
講演　「総合工学と学協会」後藤俊夫
「総合工学委員会について」矢川元基
総合工学の実践と連携
講演　「工学基礎」舘 暲
「応用物理」荒川泰彦
「エネルギーと資源」山地憲治
「フロンティア人工物」久保田弘敏
「巨大複雑系社会経済システム」柘植綾夫
「安全・安心・リスク」松岡猛

◆「第29回混相流シンポジウム」

日時　平成22年7月18日(日)9時00分～11時50分
場所　静岡大学浜松キャンパス佐鳴会館
次第　主催者講演「日本学術会議『日本の展望』と混相流シンポジウムの意義」池田駿介
招待講演　「大規模太陽光発電所の開発に向けた当社の取り組みについて」原 義幸
「光応用の極限を目指して」瀧口義浩
「フェムト秒レーザーを用いた光ナノ加工と3次元計測」川田善正

◆「新時代の昆虫科学を拓く」

日時　平成22年7月24日(土)13時00分～17時20分
場所　日本学術会議講堂
次第　「昆虫と化学―『喰う』と『喰われる』の狭間で―」森 直樹
「シロアリからエネルギーを創る」吉村 剛
「ハエから学ぶ寄生戦略」舘 卓司
「昆虫ウイルスの巧みな宿主制御戦略」勝間 進
「虫とダニの共進化関係と多様性」五箇公一

日本学術会議の動き

◆「市民社会のなかの人文・社会科学－市民との対話－PART2」
日時　平成22年7月25日(日)14時00分～17時00分
場所　東北大学マルチメディア教育棟
次第　「日本の危機方言とその将来」木部暢子
「都市平泉の遺産」入間田宣夫
「共生社会をめざして―新しい公共性―」今田高俊
「貨幣・法・言語と『人間』―なぜ人文社会科学も『科学』であるのか―」岩井克人

◆「『場の感性』の蘇生に向けて」
日時　平成22年7月26日(月)10時00分～16時30分
場所　富山県立立山博物館
次第　「立山の＜場の力＞とは？」米原 寛／福江充
「＜場の力＞をいかに生かすか」梅原賢一郎／鳥越けい子
「＜場の感性＞をいかに学び伝えるか」鬼頭秀一

◆「健康の社会格差－今、多様な知を結集し、すべての人々に生きやすい社会を」
日時　平成22年7月30日(金)13時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　「日本の健康格差・貧困問題：我が国における特徴と課題」岸 玲子
「社会調査からみたわが国の社会格差と健康格差の問題」盛山和夫
「健康格差と日本の子どものヘルスプロモーション」實成文彦
「高齢者のwell-being（幸福・健康）における格差」近藤克則
「拡大する健康格差に対する包括的対策プログラムの検討」高野健人
「健康の社会格差とこれからの医療政策(仮)」二木 立

◆「初等・中等教育における「いのちの教育」に関わる看護からの提言」
日時　平成22年8月1日(日)9時00分～11時30分
場所　大阪国際会議場（グランキューブ大阪）
次第　講演・川口孝泰／和住淑子／古在豊樹／井部俊子／大橋泰久

◆「ロボット学分科会シンポジウム」
日時　平成22年8月2日(月)13時00分～17時30分
場所　東京大学小柴ホール（本郷キャンパス）
次第　基調講演「ロボット学の進化と未来（仮）」
國吉康夫
講演　「全人間シミュレーション」中村仁彦
「脳科学とロボット学の将来」入来篤史
「工学としてのロボット学の進むべき道」金子 真
「宇宙をヒューマノイドロボットが探検・開拓する未来」毛利 衛
「ロボットで生まれる未来の芸術」藤幡正樹
パネル討論「未来のロボット学とロボット活用社会」
自由討論
提案　「ロボット未来研究所のイメージ」井上博允

◆「遺伝子組換え作物とその利用に向けて」
日時　平成22年8月6日(金)13時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　「環境ストレス耐性作物の開発について」篠崎和子
「医療に役立つ経口ワクチン米の開発について」高岩文雄／清野 宏
「科学技術と社会―遺伝子組換え作物を素材とした検討」三石誠司
「世界における遺伝子組換え作物の現状と社会受容に向けた活動」鎌田 博
「遺伝子組換え作物・食品をめぐるコミュニケーション」佐々義子

◆「感覚器（視覚と聴覚）と社会とのつながり」
日時　平成22年8月10日(火)14時00分～17時30分

場所　日本学術会議講堂
次第　基調講演「これからの感覚器医療政策」
吉田統彦
講演　「聴覚・平衡覚・嗅覚・味覚および音声と社会とのつながり」八木聰明
「全身疾患診療に役立つ眼科」山下英俊
「環境音と難聴」原 晃
「目に良い食べ物」石田 晋
「補聴器―調整と購入をめぐって」岡本牧人
「コンタクトレンズ医療の最前線」大橋裕一
「声を聞く―舌がんと喉頭がん手術後の声のコミュニケーション」福田 諭
「眼科手術の進歩」坂本泰二

◆日本学術会議第三部主催市民公開講演会「宇宙と生命医療の最先端を知る」

日時　平成22年8月10日(火)15時00分～17時00分
場所　金沢大学角間キャンパス自然科学大講義棟
次第　「地下から宇宙をみる」鈴木洋一郎
「人体の生化学工場：肝臓」金子周一

◆「未来を開くフロンティア人工物の展開と課題」

日時　平成22年8月26日(木)13時00分～17時30分
場所　日本学術会議講堂
次第　第一部　人類の発展とフロンティア人工物
「新しい地球像の探求」平 朝彦
第二部　フロンティア人工物科学技術の役割と現状および重要課題
「航空宇宙フロンティア技術の展望」中橋和博／的川泰宣
「船舶海洋フロンティア技術の展望」大和裕幸／柏木正
第三部　課題と提言
「フロンティア人工物の課題」藤井孝蔵／湯川哲夫
「フロンティアを開く産業技術の展開」松尾亜紀子
第四部　パネルディスカッション
中須賀真一／浅田正一郎／戸塚正一郎／浦環／柘植綾夫 他

◆「生命科学は人類に何をもたらすか？－生命科学各領域の挑戦－」

日時　平成22年8月27日(金)13時00分～18時05分
場所　東北大学片平さくらホール（予定）
次第　「『腑分け』の描写―「解体新書」を解剖する―」吉田 忠
「安全の科学からの報告」唐木英明
「畜産学からの報告」佐藤英明
「感染症と医薬化学からの報告」柴崎正勝
「再生科学と再生医療からの報告」浅島 誠
「糖尿病・代謝学からの報告」片桐秀樹
「最先端のがん研究からの報告」野田哲生
「神経科学からの報告」大隅典子
「口腔健康科学からの報告」島内英俊
「細胞のバイオメカニクスからの報告」佐藤正明

◆「"健康な食習慣"の獲得・健康なコミュニティの形成―身体活動、睡眠、タバコと食の関連、及びその波及から―」

日時　平成22年9月12日(日)14時00分～16時00分
場所　女子栄養大学坂戸キャンパス
次第　講演「身体活動と『食』」宮地元彦
「睡眠と『食』」大川匡子
「タバコと『食』」中村正和
「"健康な食"とコミュニティ」村山伸子

日本学術会議の動き

幹事会報告

第97回幹事会（持ち回り）
日時　平成22年6月11日(金)
会議の概要
審議事項
○分野別委員会分科会における特任連携会員の任期延長
○公開シンポジウムの開催1件
について承認されました

第98回幹事会（持ち回り）
日時　平成22年6月25日(金)
会議の概要
審議事項
○The L'OREAL-UNESCO AWARDS 受賞候補者の推薦
について承認されました

第99回幹事会
日時　平成22年7月1日(木)
会議の概要
審議事項
○国際委員会における小分科会の設置及び委員の決定
○分野別委員会運営要綱の一部改正及び委員の決定
○持続可能な長寿社会に資する学術コミュニティーの構築委員会における分科会委員の決定
○自然災害軽減のための国際協力のあり方検討委員会設置要綱の一部改正及び委員会委員等の決定
○地区会議の構成員の変更
について承認されました。
○提言「我が国における遺伝子組換え植物研究とその実用化に関する現状と問題点」について承認されました。
○報告「日本の子どものヘルスプロモーション」について所要の修文を行うことを条件に承認されました。
○提言「放射線作業者の被ばくの一元管理について」について承認されました。
○Science Integrityに関するプレカンファレンスセミナー及び第2回世界会合への会員の派遣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9団体の指定について承認されました。
- 西日本哲学会
- 日本甲殻類学会
- 日本学校救急看護学会
- 日本口腔機能水学会
- 日本産業経済学会
- 鎌倉遺文研究会
- 日本言語政策学会
- 日本自治体危機管理学会
- 日本動物看護学会

○公開シンポジウム等の開催15件、国内会議の後援7件及び国際会議の後援1件について承認されました。

8月中旬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。

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22年8月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆「感覚器（視覚と聴覚）と社会とのつながり」
日時　平成22年8月10日(火)14時00分～17時30分
場所　日本学術会議講堂
次第　基調講演「これからの感覚器医療政策」
　　吉田統彦
　　講演　「聴覚・平衡覚・嗅覚・味覚および音声と社会とのつながり」八木聰明
　　「全身疾患診療に役立つ眼科」

山下英俊
「環境音と難聴」原 晃
「目に良い食べ物」石田 晋
「補聴器―調整と購入をめぐって」
岡本牧人
「コンタクトレンズ医療の最前線」
大橋裕一
「声を聞く―舌がんと喉頭がん手術後の声のコミュニケーション」
福田 諭
「眼科手術の進歩」坂本泰二

◆日本学術会議第三部主催市民公開講演会
「宇宙と生命医療の最先端を知る」

日時　平成22年8月10日(火)15時00分～17時00分
場所　金沢大学角間キャンパス自然科学大講義棟
次第　「地下から宇宙をみる」鈴木洋一郎
「人体の生化学工場：肝臓」金子周一

◆「口蹄疫発生の検証およびその行方と対策」

日時　平成22年8月25日(水)13時00分～15時00分
場所　東京大学農学部1号館
次第　「黄砂によって輸送される病原性物質―アレルゲンと口蹄疫ウイルス」
磯田博子／山田パリーダ／森尾貴広
「黄砂の長距離輸送と宮崎県内での口蹄疫発生の気象的特性」
真木太一／八田珠郎／杜 明遠／脇水健次
「2010年宮崎に発生した口蹄疫について」
津田知幸
「口蹄疫ウイルスと口蹄疫の病性について」
村上陽介
「近年、英国、韓国および我が国で発生した口蹄疫について―特に感染経路を中心に」
白井淳資

◆「未来を開くフロンティア人工物の展開と課題」

日時　平成22年8月26日(木)13時00分～18時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　第一部　人類の発展とフロンティア人工物
「新しい地球像の探求」平 朝彦
「宇宙探査の将来」的川泰宣
第二部　フロンティア人工物科学技術の役割と現状および重要課題
「航空宇宙フロンティア技術の展望」
中橋和博
「船舶海洋フロンティア技術の展望」
大和裕幸
第三部　課題と提言
「フロンティア人工物の課題」
藤井孝蔵／湯原哲夫
「フロンティアを開く産業技術の展開」
浅田正一郎／浦 環
第四部　パネルディスカッション
中須賀真一／浅田正一郎／戸塚正一郎／浦 環／柘植綾夫 他

◆「生命科学は人類に何をもたらすか？―生命科学各領域の挑戦―」

日時　平成22年8月27日(金)13時00分～18時05分
場所　東北大学片平さくらホール
次第　「『腑分け』の描写 ―『解体新書』を解剖する―」
吉田 忠
「安全の科学からの報告」唐木英明
「畜産学からの報告」佐藤英明
「感染症と医薬化学からの報告」柴崎正勝
「再生科学と再生医療からの報告」浅島 誠
「糖尿病・代謝学からの報告」片桐秀樹
「最先端のがん研究からの報告」野田哲生
「神経科学からの報告」大隅典子
「口腔健康科学からの報告」島内英俊
「細胞のバイオメカニクスからの報告」
佐藤正明

◆「体育・スポーツの社会貢献への可能性を問う」

日時　平成22年9月9日(木)15時00分～17時00分
場所　中京大学豊田キャンパス
次第　「体育とスポーツへの期待～スポーツ立国をめざして」鈴木 寛
「国際競技力向上の意義と社会貢献」勝田 隆
「子どもの健康・体力問題とこれからの社会」
福林 徹

日本学術会議の動き

「地域・学校・世界をつなぐ体育・スポーツの可能性」松田恵示

◆「水環境の計画理論」

日時　平成22年9月10日(金) 9時30分～12時00分
場所　札幌大学1号館
次第　「ガバナンス時代の河川環境整備計画策定の方法」加賀屋誠一
「サンフランシスコ・ミッションベイ地区における住民参加による再開発計画」
山本佳世子
「水環境の保全に関わる環境教育の視点」
木村美智子
「琵琶湖エコ村の活動」仁連孝昭

◆「神経経済学 ―その基礎と展開―」

日時　平成22年9月11日(土) 13時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　「Maladaptive gambling by pigeons」
Thomas Zentall
「Neuronal value and risk signals」
Wolfram Schultz
「The neural circuitry of economic valuation」
Colin Camerer
「Neural basis of social emotions」高橋英彦

◆「"健康な食習慣"の獲得・健康なコミュニティの形成―身体活動、睡眠、タバコと食の関連、及びその波及から―」

日時　平成22年9月12日(日)14時00分～16時00分
場所　女子栄養大学坂戸キャンパス6号館
次第　「身体活動と『食』」宮地元彦
「睡眠と『食』」大川匡子
「タバコと『食』」中村正和
「"健康な食"とコミュニティ」村山伸子

◆「体力医学的研究遂行と倫理上の問題」

日時　平成22年9月17日(金)10時15分～11時45分
場所　千葉商科大学または和洋女子大学
(現在、調整中)
次第　「生命倫理と研究に関する正確な知識と情報」
津谷喜一郎
「日本医学会の倫理規範と体力医学研究に関する正しい理解」田代志門
「研究における倫理と人権および研究者の倫理観」深沢岳久

◆「大学の教養教育に、授業科目『生活する力を育てる』を」

日時　平成22年9月18日(土)13時00分～16時50分
場所　日本学術会議講堂
次第　「社会構造・経済の仕組みと生活―世界的な視点から（仮題）」岩井克人
「社会構造・経済の仕組みと生活―生活者の視点から（仮題）」堀越栄子
「自然環境と人間の生活―グローバルな視点から（仮題）」池田駿介
「自然環境と人間の生活―具体的な生活とのかかわり」辰巳菊子

◆「身体活動・運動の推進による生活習慣病予防：一次予防から三次予防まで」

日時　平成22年9月18日(土) 16時00分～18時00分
場所　千葉商科大学7号館
次第　「小児期からの生活習慣病予防」岡田知雄
「健康づくりに必要な身体活動・運動」
田畑 泉
「特定健診・保険指導における運動指導」
宮地元彦
「肥満の運動療法」田中喜代次
「心臓リハビリテーションにおける運動療法」
牧田 茂
「身体活動推進のための環境支援について」
井上 茂

◆日本学術会議主催公開講演会「『日本語の将来』について」

日時　平成22年9月19日(日)13時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　「日本語の将来を考える視点―言語資源論の観点から」金水 敏
「対人コミュニケーションから見る日本語の

将来―“敬”か“親”か」滝浦真人
「ITコミュニケーションから見る日本語の将来 ―メール・ブログ・ツイッター」
荻野綱男
「方言の多様性から見る日本語の将来―標準語ばかりでよいのか」木部暢子
「英語教育から見る日本語の将来―グローバル世界を生きる」鳥飼玖美子
総合討論

◆「基礎歯科学人材育成－現状と将来－」

日時　平成22年9月21日(火)15時00分～17時00分
場所　タワーホール船堀 小ホール
次第　「日本の展望 歯学委員会からの提言を踏まえて」米田俊之
「韓国における歯科医学教育の現状」Han-Sung Jung
「カナダの歯科大学における大学院教育の教育の現状と改革」Barry J Sessle

◆「生物多様性をめぐる科学と社会の対話 in 南北海道」

日時　平成22年9月23日(木) 13時00分～20時00分
場所　北海道黒松内町環境学習センター
次第　第一部 リレートーク「統合生物学が切りひらく生物多様性研究の最前線」
「世界に花が咲いた日」西田治文
「生命史40億年に起こった三大事件の犯人探し」美宅成樹
「微生物の生物多様性を訪ねて」今中忠行
「深海：生物多様性のゆりかご」北里 洋
「飛べなく進化した鳥類の悲劇」松本忠夫
「生物行動の多様性を科学する」長谷川眞理子
「動物の心と人の心」長谷川壽一
「人類は多様性が減少してきた」斎藤成也
第二部 統合生物学委員会からの提言
「生物多様性の保全と持続可能な利用のために：学術分野からの提言」鷲谷いづみ
第三部 生物多様性戦略をめぐる対話
「生物多様性国家戦略と地域戦略」(調整中)
「黒松内町の生物多様性戦略にむけた検討について」高橋興世
第四部 意見交換／総合対話

◆「地域アイデンティティの再構築 ―地域再生と地域主権への地理学からの接近―」

日時　平成22年9月25日(土) 13時00分～17時30分
場所　日本学術会議講堂
次第　基調講演「地域アイデンティティの再構築に向けて―地域秩序論的試論」伊藤達雄
報告　「地産地消が地域再生の鍵となる要件―歴史的原像を踏まえて―」野間晴雄
「中小製造業の世界における地域アイデンティティ」小田宏信
「大都市化・分都市化による地域再生と地域主権の確立」戸所 隆
「地域づくりにとってアイデンティティとは」山川充夫

◆「多主体連携による水辺域の環境活動の展開」

日時　平成22年10月3日(日) 13時00分～17時00分
場所　名古屋大学全学教育棟本館
次第　「瀬戸内海の事例」磯部作
「宍道湖・中海の事例 ―自然科学の視点から―」山室真澄
「霞ヶ浦の事例」沼澤篤
「宍道湖・中海の事例 ―人文・社会科学の視点から」作野広和
「長良川の事例」伊藤達也
「都市河川の事例」山本佳世子
岡本耕平／平井幸弘／一ノ瀬俊明／和泉 潤／碓井照子

一般社団法人日本看護研究学会雑誌投稿規程

1．投　稿　者

本誌投稿者は，著者及び共著者すべて本学会員とする。ただし編集委員会により依頼したものはこの限りではない。

2．投稿の種類と内容

投稿内容は，看護に関する学術・技術・実践についての論文とする。投稿者は，投稿時に以下の原稿種別のいずれかを申告する。投稿論文は未発表のものに限る。また，人および動物が対象の研究は，倫理的配慮がされていること，およびそのことが本文中に明記されなくてはならない。

■原著論文（カテゴリーⅠ：量的研究，カテゴリーⅡ：質的研究，カテゴリーⅢ：その他）

学術上および技術上価値ある新しい研究成果を記述した論文。

投稿時にカテゴリーⅠ，Ⅱ，Ⅲ，のいずれかを選択する。

■研究報告

学術上および技術上価値ある新しい研究成果で，前掲「原著論文」ほどまとまった形ではないが，これだけでも早く発表する価値のある論文。

■技術・実践報告

技術的な問題についての実践結果の報告で，その手段あるいは得られた成果が大きな波及効果を期待できる記事。

■総　　説

特定の問題に関する文献を集めて分析検討した論文。

3．原稿の送付

投稿原稿は，所定の表紙（学会誌最終頁に綴じ込まれている）に必要事項を記入の上，本文，図表，写真等，を綴じたオリジナル原稿，およびオリジナル原稿のコピー３部（査読用なので，著者が特定できる部分（謝辞も含む）を削除したもの)、および電子媒体（フラッシュメモリ，ＦＤ，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　中木　高夫　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://jama.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。

⑴ 原著論文　　10ページ
⑵ 研究報告　　10ページ
⑶ 技術・実践報告　　７ページ
⑷ 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，ＦＤ，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。

事　務　局　便　り

1．平成22年度会費のご案内について

４月20日、６月20日、今回９月20日付けにてご案内いたしております。
平成22年度会費をまだお納めいただいていない方は、お早めに同封の振込用紙または、下記の口座宛にお振込下さい。
学会誌は平成22年度会費が未納でも、平成22年３月31日までに平成22年度からの「退会」申し出のない会員の方には、すでに平成22年度発行雑誌33巻１号～３号までお送りしており、本日４号をお送りします。

記

会　　費	7,000円
郵便振込　口座番号	00100－６－37136
加入者名	一般社団法人日本看護研究学会

会員には同姓・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　②　③

①：地区番号
②：**会員番号**
③：会費最終納入年度

2．送付先等ご変更についてのお願い

送付先変更の場合、本誌巻末の「変更届」に新しい送付先等を楷書でお書きいただき、難しい読みの場合は、フリガナを付記の上、FAX（043－221－2332）またはメール（info@jsnr.jp）でお知らせ下さい。

3．送付先不明者のご確認

学会誌33巻２・３号を送付後に下記の方が送付先不明で戻ってきました。ご存知の方は、ご本人、または事務局までご連絡下さいますようお願いいたします。

し0110　岡本　里香　な0384　長島　玲子　の0021　南野知恵子　は0260　浜　めぐみ　よ0307　横山　友子（2010）
あ0313　秋山　　夢　お0413　岡崎　久美　か0357　川口真紀子　せ0041　関根喜代子　と0081　東條恵美子
と0195　鳥巣妃佳里　は0316　西堀　靖子　ま0310　松下まゆみ　ま0395　松下由美子　わ0011　若松　順子（2009）（敬称略）

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 33 巻　４ 号

会員無料配布

平成22年９月20日　印刷
平成22年９月20日　発行

編集委員
委 員 長　中木　高夫（理　事）日本赤十字看護大学
委　　員　宇佐美しおり（理　事）熊本大学大学院生命科学研究部精神看護学
川口　孝泰（理　事）筑波大学大学院人間総合科学研究科
小松　浩子（理　事）慶應義塾大学看護医療学部
杉浦　太一（評議員）岐阜大学医学部看護学科
浅野　美礼（会　員）筑波大学大学院人間総合科学研究科
井手知恵子（会　員）大分大学医学部看護学科
勝山貴美子（会　員）大阪府立大学看護学部
北　　素子（会　員）東京慈恵会医科大学医学部看護学科
佐藤　政枝（会　員）首都大学東京健康福祉学部看護学科
谷津　裕子（会　員）日本赤十字看護大学
（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

入会を申し込まれる際は，以下の事項にご留意下さい。（ホームページ上において入会申込書を作成し，仮登録することができます。この手続きにより入会登録を迅速に処理することができますのでできるだけそちらをご利用下さい。）

1．**大学，短期大学，専修学校在学中の学生は入会できません**。なお，前述の身分に該当する方で，学術集会への演題申込みのためにあらかじめ発表年度からの入会を希望される場合は，発表年度にはこれに該当しないことを入会申込書欄外に明記して下さい。

2．入会を申し込まれる場合は，評議員の推薦，署名，捺印，入会申込み本人氏名，捺印が必要です。下記入会申込書の各欄に必要事項を楷書でご記入下さい。ご本人の捺印のない場合があります。ご注意下さい。

3．入会申込書の送付先：〒260-0015　千葉市中央区富士見２丁目22番６号　富士ビル６階
一般社団法人日本看護研究学会

4．理事会承認後，その旨通知する際に入会金３，０００円，年会費７，０００円，合計１０，０００円の郵便振込用紙を送付します。振込用紙到着後14日（２週間）以内にお振込み下さい。

5．専門区分の記入について：専門区分のいずれかに○印を付けて下さい。尚，その他の場合は，（　）内に専門の研究分野を記入して下さい。

6．送付先について：送付先住所の自宅・所属いずれかに○印をご記入下さい。

7．地区の指定について：勤務先と，自宅住所の地区が異なる場合，希望する地区に○印を付けて地区登録して下さい。尚，地区の指定がない時は，勤務先の地区への登録とさせていただきます。

8．会員番号は，会費等の納入を確認ののち，お知らせいたします。

＊個人情報の管理について
一般社団法人日本看護研究学会にご登録いただいている個人情報については，慎重に取り扱い，本会運営の目的のみに使用しております。

（ 切り取り線より切ってお出しください ）

入　会　申　込　書

一般社団法人日本看護研究学会理事長　殿　　申込年月日　　年　　月　　日

貴会の趣旨に賛同し会員として西暦＿＿＿＿年度より入会を申し込みます。（入会年度は，必ずご記入下さい。）

フリガナ		専門区分	看護学・医学・その他（　　）
氏名	印	生年	西暦　　年　　月
		性別	男・女
所属			
	TEL	FAX	
送付先住所	自宅・所属（いずれかに○）	〒	
E-mail			
自宅	TEL	FAX	
評議員推薦者氏名	印	会員番号	
推薦者所属			
事務局記入欄	理事会承認年月日		
	受付番号	年度入会会員番号	
	受付日	巻　　号～	
	通知番号	送付日	

地区割

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

変　更　届

一般社団法人日本看護研究学会事務局　宛（ＦＡＸ　０４３－２２１－２３３２）

下記の通り変更がありましたので，お届けいたします。

年　　月　　日

会員番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

変更する項目にご記入ください。

自宅住所の変更

〒　　－

電話及びＦＡＸ

ＴＥＬ　　－　　－　　ＦＡＸ　　－　　－

勤務先の変更

所 属 名：

所属住所

〒　　－

電話及びＦＡＸ

ＴＥＬ　　－　　－　　ＦＡＸ　　－　　－

氏名の変更

送付先について，どちらかに○をご記入の上，ご指定ください。

勤務先（　　）　　自　宅（　　）

個人情報の管理について：一般社団法人日本看護研究学会では，ご登録の個人情報を慎重に取扱，本会の運営目的のみに使用いたしております。

一般社団法人日本看護研究学会　投稿原稿表紙

原稿種別 （番号に○）	1．原著（a. カテゴリーⅠ，b. カテゴリーⅡ，c. カテゴリーⅢ）　2．研究報告 3．技術・実践報告　　4．総　説　　5．資料・その他（　　）
原稿投稿年月日	年　　月　　日

和文題目

英文題目

キーワード（5語以内，日本語／英語）

1．　／　　2．　／　　3．　／
4．　／　　5．　／

原稿枚数

本文：　　枚　図：　　枚　表：　　枚　写真：　　点

著者

会員番号	氏　名（日本語／ローマ字）	所　属（日本語／英語）

連絡先住所・氏名

住所：〒

氏名：

Tel：　　Fax：　　E-mail：

別刷希望部数 （※投稿規定7．参照）	和文抄録文字数	英文抄録使用語数
部	字	語

＊受付年月日：　　年　　月　　日

医歯薬出版の最新刊

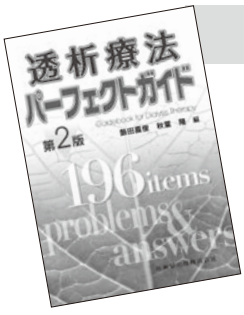
わかると看護はおもしろい

ゼッタイ聞きたい　さわ先生の人気講座

解剖と疾患と看護がつながる！

看護国試専門予備校　さわ研究所　講師陣　著

定価1,575円（本体1,500円＋税5%）　A5判　184頁　ISBN978-4-263-23543-0



透析スタッフの問題解決と実践に役立つ最良のガイドブック

透析療法パーフェクトガイド　第2版

飯田喜俊・秋葉　隆　編

定価3,990円（本体3,800円＋税5%）　B6判　416頁　ISBN978-4-263-70580-3

「よくわかる看護研究シリーズ」最新刊

よくわかる 地域看護研究の進め方・まとめ方

保健事業の企画立案から評価への効果的な活用をめざして

横山美江　編著

定価3,780円（本体3,600円＋税5%）　B5判　206頁　ISBN978-4-263-23542-3

保健師活動のプロセスと成果を“見える形”に

地域保健に活かすCBPR

コミュニティ参加型の活動・実践・パートナーシップ

CBPR研究会　著

定価3,570円（本体3,400円＋税5%）　B5判　160頁　ISBN978-4-263-23541-6

自分で考え・行動できるナースになりたい

仲間とみがく 看護技術

イメージ＆ビルド＆アクション

大森武子・大下静香・矢口みどり　著

定価3,150円（本体3,000円＋税5%）　A4判　156頁　ISBN978-4-263-23540-9

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/

Japan Society of Nursing Research