

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 33 Number 5 December 2010 ISSN 0285-9262

日本看護研究学会雑誌

[33巻 5号]

現在でもテキストとして
広く使われている、
参加観察法入門の古典的名著

参加観察法 入門

PARTICIPANT
OBSERVATION

著 ジェイムズ P. スプラッドリー

監訳 田中美恵子 東京女子医科大学看護学部教授
麻原きよみ 聖路加看護大学教授

James P. Spradley
PARTICIPANT OBSERVATION

参加観察法入門

著 = ジェイムズ P. スプラッドリー
監訳 = 田中 美恵子 麻原 きよみ



医学書院

●A5 頁272 2010年
定価3,150円（本体3,000円+税5%）
[ISBN978-4-260-01050-4]
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。

参

加観察法の教科書・参考書として長年にわたって広く使われている名著の翻訳。
初心者向けにわかりやすく書かれており、エスノグラフィーの手順が段階を踏
んで楽しく学んでいけるように構成されている。参加観察法の入門書として最適の書。

目次 | Contents

第1部 エスノグラフィー研究

- | 第1章 | エスノグラフィーと文化
- | 第2章 | 何のためのエスノグラフィーか
- | 第3章 | エスノグラフィー研究のサイクル

第2部 段階的研究手順法

- | ステップ1 | 社会的状況を定める
- | ステップ2 | 参加観察を行う
- | ステップ3 | エスノグラフィーの記録をつける
- | ステップ4 | 記述的観察をする
- | ステップ5 | 領域^{ドメイン}分析をする
- | ステップ6 | 焦点化観察をする

- | ステップ7 | 分類分析をする
- | ステップ8 | 選択的観察をする
- | ステップ9 | 構成要素分析をする
- | ステップ10 | 文化的テーマを発見する
- | ステップ11 | 文化的な目録をつくる
- | ステップ12 | エスノグラフィーを書く

付録

- | 付録A | 段階的研究手順法（DRSメソッド）
- | 付録B | 段階的研究手順法（DRSメソッド）
における書くための課題



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23

[販売部] TEL: 03-3817-5657 FAX: 03-3815-7804

E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替: 00170-9-96693

携帯サイトはこちら



会 告（１）

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程に基づいて、平成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。（第2回公告）

平成22年12月20日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 山 口 桂 子

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程

第1条（名 称）

本会を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

（注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。

（注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 (2)

平成22年12月20日

第37回一般社団法人
日本看護研究学会学術集会
集会長 黒 田 裕 子

記

第37回一般社団法人日本看護研究学会学術集会

メインテーマ 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—

会 場：パシフィコ横浜・会議センター（全館）

〒220-0012 横浜市西区みなとみらい 1-1-1 URL:<http://www.pacifico.co.jp>

期 日：平成23年 8 月 7 日（日）， 8 日（月）

会長講演：「看護実践のエビデンスを問う」

黒田 裕子（北里大学大学院クリティカルケア看護学教授）

座長：深井 喜代子（岡山大学大学院教授）

招聘講演Ⅰ：「研究方法論①」（仮称）

シエリル・タタノ・ベック博士（Connecticut 大学看護学部教授）

座長：新道 幸恵（日本赤十字広島看護大学学長）

招聘講演Ⅱ：「研究方法論②」（仮称）

シエリル・タタノ・ベック博士（Connecticut 大学看護学部教授）

座長：筒井 真優美（日本赤十字看護大学教授）

特別講演Ⅰ：「看護科学のパラダイム転換と今後の課題—質的研究を中心に—」

野島 良子

座長：中木 高夫（日本赤十字看護大学教授）

特別講演Ⅱ：「グランデッドセオリー法のいま」

木下 康仁（立教大学社会学部教授）

座長：山口 桂子（愛知県立大学看護学部教授）

教育講演Ⅰ：「次世代の看護専門職の育成」

井上 智子（東京医科歯科大学大学院教授）

座長：雄西 智恵美（徳島大学大学院教授）

教育講演Ⅱ：「ナイチンゲールにみる看護の科学性の礎」

金井 一薫（東京有明医療大学看護学部教授）

座長：小山 幸代（北里大学看護学部教授）

教育講演Ⅲ：「他学問との協調によって明らかになる看護の独自性」

川口 孝泰（筑波大学大学院教授）

座長：藤井 徹也（聖隷クリストファー大学看護学部教授）

教育講演Ⅳ：「看護師の役割拡大：そのベクトル」

小松 浩子（慶応大学大学院教授）

座長：渡邊 順子（聖隷クリストファー大学看護学部教授）

シンポジウムⅠ：「研究成果を現場で使おう」

シンポジスト 上泉 和子（青森県立保健大学教授）

齋藤 やよい（東京医科歯科大学大学院教授）

真田 弘美（東京大学大学院教授）

宇佐美 しおり（熊本大学大学院教授）

座長：泉 キヨ子（金沢大学大学院教授）

飯村 直子（首都大学東京健康福祉学部教授）

シンポジウムⅡ：「研究方法論の普遍性と多様性—さまざまな方法論が目指すエビデンス」

シンポジスト 黒田 由彦（名古屋大学環境学研究科教授）

山勢 博彰（山口大学大学院教授）

西村 ユミ（大阪大学コミュニケーションデザインセンター准教授）

中山 和弘（聖路加看護大学大学院教授）

座長：高橋 眞理（北里大学看護学部教授）

浅野 みどり（名古屋大学大学院教授）

パネルディスカッション：「現場における研究の活用—臨床における専門看護師の活躍—」

パネリスト 近藤 まゆみ（北里大学病院看護部，がん看護専門看護師）

宇都宮 明美（兵庫医科大学病院看護部，急性・重症患者看護専門看護師）

和田 由樹（聖マリアンナ医科大学病院看護部，慢性疾患看護専門看護師）

長田 暁子（横浜市立大学医学部附属市民総合医療センター看護部，小児看護専門看護師）

座長：宮腰 由紀子（広島大学大学院教授）

小幡 光子（三重大学大学院教授）

交流集会Ⅰ：「現場の研究熱を高めよう—終焉への適応の考え方を活用して—」

ファシリテータ：小田 正枝（国際医療福祉大学福岡看護学部教授）
下舞 紀美代（国際医療福祉大学福岡看護学部准教授）
古川 秀敏（国際医療福祉大学福岡看護学部准教授）
安藤 敬子（国際医療福祉大学福岡看護学部講師）

交流集会Ⅱ：「質的研究をめぐる諸問題：質的研究の結果は一般化できない？」

ファシリテータ：谷津 裕子（日本赤十字看護大学准教授）
北 素子（東京慈恵医科大学医学部看護学科教授）

交流集会Ⅲ：「看護師が行う口腔ケアの独自性とエビデンス」

ファシリテータ：道重 文子（大阪医科大学看護学部教授）
鈴木 俊夫（鈴木歯科医院・口腔ケア学会理事長）
堀 良子（新潟県立看護大学教授）
鎌倉 やよい（愛知県立大学看護学部教授）

交流集会Ⅳ：「家族の力を引き出す，子どもの力を引き出す看護の技—外来での展開—」

ファシリテータ：泊 祐子（岐阜県立看護大学教授）
松倉 とよ美（滋賀県立小児医療センター看護師）
竹村 淳子（大阪医科大学看護学部准教授）
流郷 千幸（聖泉大学教授）
古株 ひろみ（滋賀県立大学人間看護学部准教授）

特別交流集会Ⅰ：国際活動推進委員会企画「ここが変ですあなたの英語抄録—英語らしい表現に近づけるためのポイント—」

講師：原田 裕子（聖隷三方原病院・病院チャプラン）
委員：井上 智子他

特別交流集会Ⅱ：研究倫理委員会企画「研究倫理を考えよう—国際看護協会ガイドライン（Ethical Guideline for Nursing Research）から—」

委員：石井 トク他

特別交流集会Ⅲ：将来構想検討委員会企画「長期意識障害・寝たきり（廃用症候群）患者の生活行動回復看護の技術開発と成果」

ファシリテータ：紙屋 克子（静岡県立大学大学院教授）
林 裕子（北海道大学大学院准教授）
日高 紀久江（筑波大学大学院准教授）

看護研究の倫理問題 よろず相談コーナー：研究倫理委員会企画

ナーシング・サイエンス・カフェ：中木 高夫（日本赤十字看護大学教授）

ランチョンセミナー：「看護における測定用具開発のプロセス」（仮）株式会社 医学書院主催

講師：舟島なをみ（千葉大学看護学部教授）

日時：平成23年8月7日 12時10分～13時10分

会場：パシフィコ横浜・会議センター 311・312

★当日朝、整理券をお配りする予定です。定員になり次第締め切ります（先着順）

★詳細は追ってお知らせいたします。

懇 親 会

日 時：平成23年8月7日（日）18時～20時

会 場：パシフィコ横浜・会議センター6階ベイブリッジカフェテリア（予定）

会 費：6,000円

【参加費】

- | | |
|---------------------------|---------|
| ① 事前参加登録（6月24日（金）まで）（会員） | 11,000円 |
| ② 事前参加登録（6月24日（金）まで）（非会員） | 12,000円 |
| ③ 当日（会員） | 12,000円 |
| ④ 当日（非会員）（抄録集込） | 14,000円 |
| ⑤ 学生（当日のみ）（一律） | 3,000円 |

★大学院生及び看護師資格を有する研修学校生などは学生に含みません。

★事務処理上、事前参加申し込みは、平成23年6月24日（金）で締め切らせていただきます。それまでに申し込みをされ、入金確認ができた非会員の方には抄録集と参加証を郵送いたします。会員の方には全員、抄録集は郵送されますが、入金確認ができた会員の方には参加証を抄録集郵送の際に同時に郵送します。

<事前参加登録方法>

第37回一般社団法人日本看護研究学会学術集会ホームページ（<http://jsnr37.umin.jp/>）よりご登録ください。ご登録時に参加登録番号を忘れないようにメモしておいてください。

参加費支払いは、「郵便局払い込み」と「ネット決済」・「コンビニ決済」の3通りです。ご登録時に画面の指示に従って参加費をお支払いください。

【第37回一般社団法人日本看護研究学会学術集会事務局】

〒252-0329 神奈川県相模原市南区北里2-1-1 北里大学看護学部内

FAX：042-778-9069

E-mail：jsnr37-office@umin.ac.jp

<学会前日：プレカンファレンスセミナー>

セミナー1：「研究テーマ絞り込み及び研究計画書作成において陥りやすい問題とその対応」

時間：13時30分～15時

黒田 裕子（北里大学大学院クリティカルケア看護学教授）

セミナー 2：「はじめてのアンケート調査—エクセルを使った処理の基本—」

時間：15時15分～16時45分

柏木 公一（国立看護大学校准教授）

日 時：平成23年 8 月 6 日（土）13時開場，13時30分～16時45分

会 場：パシフィコ横浜・会議センター 3 階（301+302）

募集人数：それぞれ288名（定員になり次第，締切となります）

会 費：¥5,000円（2セミナー分の費用です。セミナーを1つだけ受講の場合も料金は同じです）

[申し込み方法]

申し込みは，ホームページ上で事前参加登録と同時に行えます。

★事前申し込み締切は，平成23年 6 月24日（金）です。先着順に登録しますので締切を待たないで定員となった場合は，その時点で締め切らせていただきます。お早めの申し込みをよろしくお願いいたします。

[プレカンファレンスセミナー参加費の振り込み方法]

上記の要領でホームページからプレカンファレンスセミナー参加をご登録いただいた際に，画面の指示に従って参加費をお支払いください。参加費の支払い方法は，「郵便局払い込み」と「ネット決済」・「コンビニ決済」の3通りです。

第37回一般社団法人日本看護研究学会学術集会一般演題の募集

第37回一般社団法人日本看護研究学会学術集会一般演題を下記の要領で募集いたします。開催地は横浜で、開催日は平成23年8月7日（日）、8日（月）です。

発表形式は口演または示説です。多数の方々のご応募をお待ちしております。

平成22年12月20日

第37回一般社団法人日本看護研究学会学術集会

集会長 黒田裕子

【演題募集要項】

演題募集期間 平成23年1月18日（火）正午～3月2日（水）正午まで

■演題募集の受付

オンラインのみで行います。郵送による応募は受け付けておりませんのでご注意ください。

■発表資格

- 発表者及び共同研究者はすべて本学会員であることが必要です。なお、会員番号の問い合わせ及び入会申し込み等に関しましては、一般社団法人日本看護研究学会事務局（TEL: 043-221-2331, FAX: 043-221-2332）にお願いします。
- 発表者の方は、発表者を含め共同研究者全員の会員番号及び平成23年度の会費納入をご確認ください。未入会の方は、演題申し込みまでにあらかじめ、入会手続きと入会金と発表年度（平成23年度）年会費の納入を済ませてください。なお、会員であっても、学会発表時までに平成23年度会費未入金の方がおられますと発表できません。
- 演題は発表当日の時点で未発表のものに限ります。他学会への二重投稿はつつしんでください。
- 筆頭発表者としての申し込みは、お一人様1題に限ります。

■演題登録

- 第37回一般社団法人日本看護研究学会学術集会ホームページ（<http://jsnr37.umin.jp/>）の「演題登録画面」からお申し込み下さい。
- 発表形式のご希望：口演、示説のいずれかを選択して下さい。なお、発表形式の決定は学術集会プログラム委員会に一任願います。ご希望に添えない可能性がありますことをあらかじめご了承下さい。
- 筆頭発表者の他に共同研究者は10名まで掲載できます。共同研究者の所属機関は最大5機関までとします。なお、筆頭発表者を含め共同研究者もすべて本学会員もしくは学会員入会申し込み手続き中である必要があります。
- 申し込み演題の領域を以下から1つ選択して下さい。

①基礎看護・看護技術 ②健康増進・予防看護 ③看護教育：学生の特性 ④看護教育：基礎教育
 ⑤看護教育：継続教育 ⑥看護教育：教員・FD ⑦看護教育：その他 ⑧看護管理：病院管理
 ⑨看護管理：医療安全 ⑩看護管理：新人看護師 ⑪看護管理：離職防止・ワークライフバランス
 ⑫看護管理：その他 ⑬急性期看護 ⑭慢性期看護 ⑮外来看護 ⑯老年看護 ⑰精神看護：精神疾患
 ⑱精神看護：その他 ⑲リハビリテーション看護 ⑳小児看護/母性看護 ㉑家族看護 ㉒地域看護/在宅看護
 ㉓感染看護 ㉔がん看護 ㉕終末期ケア・緩和ケア ㉖看護理論・看護診断・看護過程 ㉗その他

- 演題題名は、48字以内とします。著者名等を含む本文の字数は1200字以内とします。
- 図、表、図版、写真は1つのみ掲載できます。図表がある場合は本文の字数は840字になります。
- 図表のフォーマットは、JPEGまたはGIFに限ります。EXCELやWORDで作成した図表は、登録前にこのフォーマットに変換をしておいてください。図表のサイズは10Mバイトまでとなっています。
- 演題登録完了の際には、登録番号が発行されます。演題受領メールでご確認下さい。
- 登録番号とパスワードは、登録者の責任によりご確認、保管して下さい。

■修正・確認・削除

- 演題に修正を加えたいときは、学術集会ホームページの演題登録画面から変更・確認・削除を行って下さい。
- 演題募集期間中は、何度でも変更・確認・削除が出来ますが、期限は平成23年3月2日(水)正午までです。

■採否の通知

- ご応募いただいた演題については査読の上、採否を決定いたします。
- 査読結果は、平成23年4月頃にメールで通知いたします。
- 査読結果、修正原稿をお願いする場合があります。最終的な採否の結果は、学術集会プログラム委員会に一任願います。

■発表形式

- 口演：発表時間は1題15分（発表10分、質疑5分）を予定しております。
 会場に準備するPCのOSは、ウィンドウズXPです。アプリケーションソフトは、「Windows版PowerPoint 2003, 2007」を準備します。USBフラッシュメモリーを持参し、PCセンターでご確認の上、発表会場ではご自身で操作して発表していただきます。PowerPointの動画の使用はできません。
- 示説：発表時間は1題15分（発表10分、質疑5分）を予定しております。発表者は準備したポスターを所定の位置に時間厳守で掲示して下さい。ポスターサイズは、縦200cm×横90cmです。演題番号は学術集会プログラム委員会が準備しますので空けておいてください。

■演題登録のお問い合わせ

- 第37回一般社団法人日本看護研究学会学術集会ホームページ (<http://jsnr37.umin.jp/>) の「お問い合わせメール」にご質問をお送りください。よくある質問で対応できるものについてはご参照下さい。

以上

目 次

－原 著－

国際結婚した中国人女性と日本人男性の家族関係構築にむけた知恵に根ざした諸行動 －妊娠・出産・育児期に焦点をあてて－	15
岩手県立大学看護学部	蛭 崎 奈津子

移動援助時におけるベッドの高さの違いが患者におよぼす影響について ～頸部後屈角度・心拍数の観点から～	25
---	----

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻	田 丸 朋 子
大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻	阿 曾 洋 子
大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻	伊 部 亜 希
大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻	本 多 容 子
元大阪大学大学院	木 村 静
兵庫医療大学看護学部	鈴 木 みゆき
明治国際医療大学看護学部	徳 重 あつ子
神戸市立看護大学	細 見 明 代

死を意識している患者との対話場面における看護者の態度構造に関する研究	33
弘前学院大学看護学部看護学科	對 馬 明 美
虎の門病院	三 上 佳 澄
弘前大学大学院保健学研究科	西 沢 義 子

育児期の親性尺度の開発　－信頼性と妥当性の検討－	45
名古屋大学大学院医学系研究科　中部大学生命健康科学部保健看護学科	大　橋　幸　美
名古屋大学医学部保健学科	浅　野　みどり

－研究報告－

在宅女性高齢者に対する「転倒予防ケア」としての足浴の有効性の検討	55
--	----

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻	本 多 容 子
大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻	阿 曾 洋 子
大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻	伊 部 亜 希
大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻	田 丸 朋 子
元大阪大学大学院	木 村 静
明治国際医療大学看護学部	徳 重 あつ子
兵庫医療大学看護学部	鈴 木 みゆき
神戸市立看護大学	細 見 明 代

2型糖尿病をもつ有職患者への行動意思を促進するクリニックでの糖尿病教育プログラム	65
梅花女子大学看護学部	山 口 曜 子

地域住民の健康保持能力（SOC）の強化に関する縦断的検討	75
明治国際医療大学看護学部	田 中 小百合
明治国際医療大学看護学部	榊 本 妙 子
京都府立医科大学医学部看護学科	堀 井 節 子
京都府立医科大学医学部看護学科	三 橋 美 和
明治国際医療大学看護学部	徳 重 あつ子
元京都府立医科大学医学部看護学科	福 本 恵
急性期病院において慢性期意識障害患者をケアする看護者の心理の構造	83
香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科	小 林 秋 恵
香川大学医学部看護学科	當 目 雅 代
循環器系外来看護の連携を考慮した診療科と検査室の配置	93
国際医療福祉大学大学院博士課程（後期）修了	関 美奈子
一次スクリーニングにおけるSOC（首尾一貫感覚）の使用可能性の検討 － 3 歳児を持つ親のSOC と育児に対する心理的側面との関連性より －	101
北海道大学大学院保健科学研究院	本 田 光
琉球大学医学部保健学科	宇 座 美代子
妊婦のキッチン使用時の保健指導のあり方に関する研究 － 妊婦のキッチン使用時の苦痛症状・不便さの実態調査を通して －	109
北海道文教大学短期大学部幼児保育学科	工 藤 恭 子
－資料・その他－	
若年女性の喫煙が習慣化するプロセスと非喫煙が継続するプロセス	121
京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻予防看護学分野	小 野 奈津子
京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻予防看護学分野	星 野 明 子
京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻予防看護学分野	桂 敏 樹
排尿ケア実施時の看護師の意識に関する研究	131
社会保険京都病院	上 山 さゆみ
－報 告－	
日本看護研究学会「研究倫理委員会」報告	139
日本看護研究学会倫理委員会	石 井 ト ク
日本看護研究学会倫理委員会	川 口 孝 泰
日本看護研究学会倫理委員会	江 守 陽 子
日本看護研究学会「国際活動推進委員会」報告	145
平成19－21年度委員会	上 鶴 重 美
平成19－21年度委員会	石 川 陽 子
平成19－21年度委員会	田 島 桂 子
平成19－21年度委員会	松 田 たみ子

CONTENTS

Original Papers

Intellectual Attitudes for Establishing Constructive Relationships Between Chinese Women and Japanese Husbands During Pregnancy and Childcare	15
Faculty of Nursing, Iwate Prefectural University : Natsuko Kakizaki	
The Influence to Patients when the Heights of Beds Differs in Transferring: From the Viewpoint of Neck Dorsiflexion and Heart Rates	25
Osaka University Graduate School of Medicine Course of Health Science : Tomoko Tamaru	
Osaka University Graduate School of Medicine Course of Health Science : Yoko Aso	
Osaka University Graduate School of Medicine Course of Health Science : Aki Ibe	
Osaka University Graduate School of Medicine Course of Health Science : Yoko Honda	
Osaka University Graduate School of Medicine : Shizuka Kimura	
Hyogo University of Health Sciences Department of Nursing : Miyuki Suzuki	
Meiji University of Integrative Medicine School of Nursing Science : Atsuko Tokushige	
Kobe City College of Nursing : Akiyo Hosomi	
A Study on Nurses' Attitudes Towards Communicating with Patients Concerned about Death	33
Hirosaki Gakuin University School of Nursing : Akemi Tsushima	
Toranomon Hospital : Kasumi Mikami	
Hirosaki University Graduate School of Health Sciences : Yoshiko Nishizawa	
Development of a Scale to Measure Early Childhood Parenting: An Examination of Its Reliability and Validity	45
Nagoya University Graduate School of Medicine Department of Nursing,	
Chubu University College of Life and Health Sciences : Yukimi Ohashi	
Nagoya University School of Health Sciences : Midori Asano	
Research Reports	
The Foot-Bath is Effective as Fall Prevention Care for Elderly Women	55
Osaka University Graduate School of Medicine Course of Health Science : Yoko Honda	
Osaka University Graduate School of Medicine Course of Health Science : Yoko Aso	
Osaka University Graduate School of Medicine Course of Health Science : Aki Ibe	
Osaka University Graduate School of Medicine Course of Health Science : Tomoko Tamaru	
Osaka University Graduate School of Medicine : Shizuka Kimura	
Meiji University of Integrative Medicine School of Nursing Science : Atsuko Tokushige	
Hyogo University of Health Sciences Department of Nursing : Miyuki Suzuki	
Kobe City College of Nursing : Akiyo Hosomi	
Diabetes Education Program Promotes Behavioral Intention to Employed Males with Type 2 Diabetes	65
Baika Women's University School of Nursing : Yoko Yamaguchi	
Strengthening of Local Residents' Sense of Coherence (SOC):A Longitudinal Study	75
School of Nursing Science, Meiji University of Integrative Medicine : Sayuri Tanaka	
School of Nursing Science, Meiji University of Integrative Medicine : Taeko Masumoto	

School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine : Setsuko Horii
 School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine : Miwa Mitsuhashi
 School of Nursing Science, Meiji University of Integrative Medicine : Atsuko Tokushige
 Former School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine : Megumi Hukumoto

Psychology of Nurses Caring for Patients with Chronic Loss of Consciousness at Acute Care Hospitals	83
Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural College of Health Sciences : Akie Kobayashi	
School of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa University : Masayo Toume	
Position of Consultation Room for Collaboration of Nursing in Outpatient Department of the Circulatory System	93
The Completion of Doctoral Course, International University of Health and Welfare Graduate School : Minako Seki	
Reliability of the SOC (Sense of Coherence) in the Primary Screening for Parents: From the Relationship between the SOC of Parents of Three Year Old Children and the Psychological Aspects of Parenting	101
Faculty of Health Sciences, Hokkaido University : Hikaru Honda	
Department of Health Science, Faculty of Medicine, University of the Ryukyus : Miyoko Uza	
Study on the State of Health Guidance: Use of the Kitchen by Pregnant Women	109
Department of Childcare and Development, Hokkaido Bunkyo University Junior College : Kyoko Kudo	
Preliminary Session	
How Young Girls Develop the Habit of Smoking or Nonsmoking	121
Division of Preventive Nursing, Department of Human Health Sciences, Graduate School of Medicine, Kyoto University : Natsuko Ono	
Division of Preventive Nursing, Department of Human Health Sciences, Graduate School of Medicine, Kyoto University : Akiko Hoshino	
Division of Preventive Nursing, Department of Human Health Sciences, Graduate School of Medicine, Kyoto University : Toshiki Katsura	
Study of Nurses' Awareness While Performing Urinary Care	131
Social Insurance Kyoto Hospital : Sayumi Ueyama	

国際結婚した中国人女性と日本人男性の
家族関係構築にむけた知恵に根ざした諸行動
－妊娠・出産・育児期に焦点をあてて－

Intellectual Attitudes for Establishing Constructive Relationships Between Chinese Women and
Japanese Husbands During Pregnancy and Childcare

蛸 崎 奈津子
Natsuko Kakizaki

国際結婚した中国人女性と日本人男性の 家族関係構築にむけた知恵に根ざした諸行動 —妊娠・出産・育児期に焦点をあてて—

Intellectual Attitudes for Establishing Constructive Relationships Between Chinese Women and
Japanese Husbands During Pregnancy and Childcare

蛭 崎 奈津子
Natsuko Kakizaki

キーワード：家族関係，知恵に根ざした行動，中国人女性，日本人男性，妊娠

Key Words：relationship with family, intellectual attitude, chinese women, japanese men, pregnancy

I. 緒 言

平成20年度末，日本の国際結婚件数は36,969件となり，その数は20年前の約2倍となった。夫が日本人，妻が外国人の国際結婚28,720件のうち，妻の国籍（出身地）が中国であるカップルは12,218件と最多の約42.5%を占めている¹⁾。

これまで国際結婚をした外国人女性の生活上の課題として，衣食住をはじめとする生活習慣の違いに伴う問題とともに，日本独自の家族観に基づく嫁の地位の問題^{2), 3)}，社会婚の様相の強い国際結婚自体に対する女性の人権問題⁴⁾等が指摘されている。またこれらの家庭内における課題が様々な葛藤を引き起こし，妊娠・出産後に精神医学上の問題につながる危険性も示唆されている^{5), 6)}。国際結婚事例においては，来日・結婚後1～2年で第1子を出産し，比較的早く日本で母親となっている現状が報告されている^{7), 8)}。これは異文化である日本での生活への溶け込みと妊娠・出産の時期が重なっていることを示しており，これが家族関係を核とする生活上の様々な課題が深刻化する要因のひとつと考えられている。そのため家族関係構築の時期と重複する妊娠・出産・育児期においては，この点をふまえた看護支援の提供が重要といえる。

これまで日本で国際結婚をした家庭に対する支援については，家族関係構築の基本となる日本語習得に向けた支援や日本文化の理解⁹⁾，日本において自身の位置づけを実感できるような自助組織への参加や日本人女性との交流^{2), 8)}等が検討されている。しかし深刻な問題として把握されている日本人との人間関係に関する課題については，支援策の方向性が見出せない状況にある。また，これらの支援策の検討にあたっては家庭内での不和や結婚生活の破綻等，深刻な事例による学びから支援策を検討する傾向がみられている。しかし国際結婚をした家族自らが，その関係性を

維持し構築していくために，ある種の知恵ともいえるべき様々な理知的な行動をとりながら，家族間の互いの関係性を深化させる姿が報告されている^{8), 10), 11)}。このような家庭内の知恵に根ざした様々な行動に着目し，各家族が有する潜在能力を活かし促進するような支援策の検討も必要であると考えた。

そこで本研究では，近年，日本で結婚，出産する割合が高い中国人に着目し，日本で国際結婚をした中国人女性および日本人男性の双方の語りから，結婚後，妊娠・出産し，家族関係が構築されるプロセス内における互いの関係性を維持，深化させる家庭内の知恵に根ざした諸行動を明らかにする。そこから日本で妊娠，子育てを経験する中国人女性と日本人男性との家族関係構築にむけた看護支援の示唆を得ることとした。

II. 用語の定義

本研究では，関連文献^{12)～14)}を参考に，家族関係構築にむけた知恵に根ざした諸行動を，中国人女性ならびに日本人男性が，これまでの人生ならびに結婚生活のなかで培ってきた経験や知識に根ざし，かつ実父母や義父母との関係も含めた，その家庭内における人間関係を維持，深化させることをめざす行いと定義する。

III. 方 法

1. 研究協力者とデータ収集方法

日本で国際結婚をし，妊娠，出産ならびに子育てを経験している中国人女性と日本人男性6組，計12名を研究協力者とした。夫の年齢は平均44.3±9.7歳（31歳～56歳），妻は平均35.0±3.6歳（30歳～39歳）であった。調査時の結婚年数は平均7.3±4.1年（2年10ヶ月～14年），結婚の経

表1 研究協力者の概要

研究協力者	年代	子どもの年齢	結婚期間	結婚のきっかけ	夫の父母との同居経験
A	30代	7ヶ月	約7年	知人からの紹介	あり 結婚から5年間
B	40代				
C	30代	1歳	約3年	恋愛	なし
D	30代				
E	30代	2歳, 5歳	約8年	知人からの紹介	なし
F	40代				
G	30代	1歳, 8歳	約9年	知人からの紹介	あり 結婚から1年半
H	50代				
I	30代	1歳, 8歳, 12歳	約14年	恋愛	なし
J	50代				
K	30代	2歳, 10歳	約3年	恋愛	なし
L	30代				

緯は知人の紹介、恋愛を経ての結婚がともに3組であった。現在、全員が核家族であったが、うち2組はそれぞれ結婚から1年半、5年間、夫の父母と同居した経験があった。子どもの数は1人から3人、年齢は7ヶ月から12歳であった（表1）。

中国人女性と国際結婚した日本人男性の両者に対し、結婚後の妊娠・出産・育児期における家族関係がどのような経験や思いの影響を受けて構築されていったのか、その具体的な個別の様相を把握するため、半構成的面接法による質的帰納的研究手法を採用した。

面接の実施に際しては、国際交流を促進している団体や知人から研究協力者の紹介を受けた後、その研究協力者に対し電話にて本調査の目的や方法、倫理的配慮事項等について説明した。その後、協力意思が確認できた者に対し、研究協力者が希望する面接の具体的な日時や場所を相談の上、決定した。実際の面接は、すべての研究協力者が指定した自宅で行った。面接に先立ち、再度、中国語または日本語で記載された文書をもとに本研究に関する諸事項を説明、同意書へのサインを得た。その後、インタビューガイドに準じた半構成的面接を各人に対し1回～2回実施した。なお研究協力者12名の各人における面接総時間数は60分～140分、平均99.2±24.9分であった。

調査内容は、結婚に至る経緯、妊娠期・産褥期および育児期において心身の状況や暮らしの様子等、具体的にどのような生活を営んでいたか、パートナーから受けた支援とそれに対する思い、ならびに日々の生活の中での出来事や困り事が生じた際にパートナーにどの程度、気兼ねなく話をすることができるか、それはいつからであるか等である。面接で用いる言語については、予備調査にて通訳を介しての中国語による面接よりも研究者との2者間での設定

の方がよりプライベートな自身の体験を話しやすく、曖昧な表現の理解には漢字を用いた筆談が有効であることを確認したため、中国人女性ならびに日本人男性ともに日本語を主とし、研究者と1対1で行う方法を選択した。研究協力者から得られた語りは、同意を得てICレコーダーに録音した。また、面接時における研究協力者の表情や口調などについては、フィールドノートに記載した。

調査期間は2008年6月から2009年1月であった。

2. データ分析方法と信頼性の確保

データの分析対象は、研究目的に照らし合わせ、家族関係の構築初期に相当する結婚後の妊娠期から3年前後の育児期とした。分析にあたっては家族関係の構築過程における知恵に根ざした諸行動について語られた内容が、経時的変化の中でどのような意味内容を持つのかを理解し、より深く解釈するために、まず、各研究協力者の体験を時系列にそって整理した。そのうえで語られた内容は継続的比較法^{15)～17)}を参考に分析を行い、それを記述した。

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

るコアカテゴリーを見いだし、命名した。以上の工程を得たものを慎重に検討した結果、12名、6組の国際結婚カップルの分析において、カテゴリーが安定し、大枠で新たなサブカテゴリーが追加されることがなくなった。またカテゴリー間の関係も十分に説明できる状態に達したため、調査を終了する判断をした。

データや収集方法および分析結果の信頼性を高めるために、まず研究協力者のうち中国人女性においては、「読み」「書き」のレベルは多少、不十分さは残っていても、「話す」能力が日常生活を営む上でほぼ支障のない者を選定し、データの質の確保に努めた。データ収集段階においては、研究者が語りの内容をどのように理解したのかを研究協力者に確認し、語り手の意図に沿っていない場合は補足説明を受けた。また分析の全過程において、質的研究を遂行し博士号を取得した看護学研究者にスーパーバイズを受けながら繰り返し検討した。

3. 倫理的配慮

本調査では、非常にプライベートな領域である家族関係の実際を対象とするため、得た情報は他の家族員に他言しないことについての十分な説明をし、家族関係に悪影響が及ばないよう細心の留意をはらった。また研究目的および方法について口頭、筆談にて複数回説明し協力の意思を十分に確認するとともに、この協力は強制ではない旨を明確に伝えた。さらに研究協力の取り消しはいつでもできること、得た情報は研究以外には用いない旨も説明した。そして十分な同意を得た上で、面接内容のICレコーダーへの録音または筆記による記録と、そのデータは研究終了後に責任を持って破棄する旨の説明を行い実施した。

なお、本調査は弘前大学大学院医科研究科倫理委員会の承認を得た研究計画書に基づき実施した。

IV. 結 果

1. 結婚から妊娠・出産・育児期における家族関係構築にむけた知恵に根ざした諸行動

結婚から妊娠・出産・育児期における家族関係構築にむけた知恵に根ざした諸行動は、【2つの文化的世界を保つ】をコアカテゴリーとした【結婚生活を長期的視点でとらえる】、【相手を尊重する】、【思いを伝えあう】、【相手のためにできることを見出し実行する】、【生活のなかに楽しみをつくる】の5つのカテゴリーと、それを構成する16のサブカテゴリーが見出された(表2)。このうちコアカテゴリーとなった【2つの文化的世界の保持】は、中国人女性、日本人男性双方が日常の結婚生活のなかで互いの存在や各自が有する文化的慣習も含めた価値観等を尊重し、一方の考えのみに依拠することなく、双方の意見や価値観を融合した生活の営みを志向する行動である。これは上述した5つ

表2 結婚から妊娠・出産の時期における家族関係構築にむけた理知的行動

カテゴリー	サブカテゴリー
結婚生活を長期的視点でとらえる	先を見据えて判断する 新生活に慣れることを急がない 妊娠を急がない
相手を尊重する	相手への感謝 相手の文化の尊重 慣習の遂行を支援 相手が異文化者であることの受け入れ
思いを伝えあう	あたたかい言葉ではっきりと伝え合う あえて伝えない
相手のためにできることを見出し実行する	義父母・実父母とパートナーの仲介 穏やかな暮らしのために自分ができることの実践 暮らしの中での何気ない支援
生活のなかに楽しみをつくる	家に閉じこもらない 話をよくする 友人との交流 中国の家族との交流

のカテゴリーが示す日々の暮らしのなかで具体的に行われた理知的な行動が集約されて導かれる帰結と位置づけられるものであった。

以下、具体的な行動として見出された5つのカテゴリーについて、説明を記述する。

なお、文中の表記については、コアカテゴリーならびにカテゴリーは【 】、サブカテゴリーは〔 〕で示す。またゴシック体表示の「 」は研究協力者の語りを、〔〔 〕〕は補語を、()のアルファベットは各研究協力者を表す。

1) 【結婚生活を長期的視点でとらえる】

【結婚生活を長期的視点でとらえる】は、生活の様々な局面において、目の前の出来事に場当たり的に対処するというよりも「先を見据えて判断する」ことで穏やかな生活の営みを志向する行動である。結婚後の新生活や妊娠・育児に伴う新たな生活のはじまりに際しては「新生活に慣れることを急がない」態度をとり、第1子の妊娠についても「妊娠を急がない」といった行動をとっていた。

Kさんの夫であるLさんは、結婚後から妊娠・出産の時期において様々な判断を求められる場合に心がけたこととして「自分の家庭は将来いつたいていどうなるかっていうのを頭において話したりしてますね。はい、自分がどうなるかっていうよりは。まず。それはその日その日のことだけじゃなく、ずっと遠い先を考えながら。今日はどうするかこうするとかっていうのはほとんど何も考えないですね。だからそういうのがいらっとして、たぶん怒られたりするんですけど〔笑〕。やっぱり将来のこととか、この子が大人になったとき、この家はどうなるのかっていうのとか、この子がどういう大人になるのかとか、そういうのを考えながらいろいろ提案したりしてるかな」と語った。そして妻が働きに出る時期を例に挙げ、「嫁が子ども産ん

でからすぐ働きたいって言ったんですけど、実際、産んですぐ保育園預けて働いてもお母さんとかも手伝ってくれるしそれでいいと思うんですけど、私はやっぱり、親がいつも一緒にいないと。小さい頃から。そういうのが大人になってどういう風に影響されるかって科学的に証明されていないかもしれないですけど。やっぱり、先、見通してこういう子になってほしいってのが大事だと思って〔意見を〕言ったりしましたね」とこれからの生活を見据えて判断している様子を語った。また中国人のIさんもその結婚生活のはじまりの時期を振り返り、「長い目で見てやっぱりこれからのずっとの人生なので、すぐということじゃなくて、ゆっくり家族とか夫婦とかになって、そういうのが大事と思って、旦那と話し合って暮らしていました」と話した。

Cさんの夫であるDさんは「留学生の話も聞いていて。日本に来て、合わない人もいる。逆に〔外国に〕行っても合わなくて帰ってくるしかない人もいます。そういうことは予測がつかないこと。〔Cは〕3ヶ月で住んでいけそうって。まず、よかったです」と結婚当初には特に中国人女性たちが異文化である日本での暮らしに慣れることを重要視していた。またEさんの夫であるFさんも「結婚当初は少しずつ日本の生活に慣れていってもらえたらとは思いました。ホームシックもやっぱりあって。同僚で、以前、基地にいた人がいるんです。その人もホームシックになるという話があって。そういう人もなるのであればなおさらですよ」と話し、できるだけ自身の職場に近い場所にアパートを借り、必要時、すぐに対応ができるようにしたり、休日の過ごし方を工夫したりしたと語った。

結婚後約2年で第1子を妊娠したAさんは「旦那に『すみません。今は仕事ががんばりたい。あと日本語、言葉わからない。いろいろ勉強したい。あと1年、2年〔してから〕子どもほしい。いいですか?』と言いました」と語った。夫のBさんも「その頃まだ子ども。この人自身が子どもだった。まだ若かったし。だから急がなくても心配ないって。日本に来て少ししか経っていない。言葉、わからないといういろいろ大変でしょ」とAさんの考えに同意した。思いがけず妊娠が判明したIさんは、当初、出産するか迷い、夫に相談したときの様子を次のように語った。「『赤ちゃんより大事なのはあなたです』と言ってきて。ありがたいなと思いました。お父さん〔義父〕はお酒を飲むと『まだ産まないのか?生きていううちに孫の顔が見れないのか?』と言ってましたね。旦那は『俺の方が欲しくない』と言ってくれました。」そして結婚後、家族から妊娠を催促された知人を思い出し、「〔日本に〕来てからすぐ子どもがほしいとか、そういうことはね、やめてほしいなと思います」と話し、上述した夫の対応に感謝し、信頼感

が高まったと話した。

2)【相手を尊重する】

【相手を尊重する】は、妻が異文化である日本での結婚を決断したことや夫が結婚生活のなかで自分を思いやる行動をとってくれることなどに対する〔相手への感謝〕の念をもちながら、〔相手の文化の尊重〕をし、慣習の相違が顕著となる妊娠期から産後における相手の〔慣習の遂行を支援〕、そして互いに文化的背景の異なる者同士であることを認め理解をしながら〔相手が異文化者であることの受け入れ〕をしていくという行動を示す。

日本人の夫たちは、異文化である日本での結婚や妊娠・育児を行う妻に対し、「日本に来ることは、あっちのほうがいい大きな決心をしたと思いますよ」(D)や「外国で生活して、子ども育てて、それは本当にすごいこと。尊敬している」(H)と話し、また日頃から自分の両親との関係がよく、将来的に同居することに喜んで賛成してくれる妻に対しLさんは「嫁がうちの両親を好きになってくれて、気にしてくれたというのがね。だって、たいがいの嫁というのは、日本人同士で結婚しても相手の両親の家とか、会うのとかめんどくさがるじゃないですか、普通は。〔中略〕自分〔妻〕からですね。旦那の両親と一緒に住みたいっていう嫁はなかなかいないですよな〔笑〕。ありがたいですよ」と語った。また妻たちも夫が当時の暮らしのなかで「私のことをぜんぜん外国人だと思わない。いつもすごいなっていう。外国人って特別にみないで、すごく大事にしてくれる。食べ物とかも、まず私の好きな物を作らないって感じで。お昼ごはん〔をを買うときも〕必ず私が食べれる物を先に買って、そのあと自分たちの〔食べるもの〕を買ってきて。一回も私のことを考えないでしたことがない」(K)と、パートナーである夫への感謝の思いを語った。

母親が米軍基地で働いた経験をもっていたBさんは「自分も外国人の壁、全然ないね。関係ないね。みんな同じよ。母親の影響?そうかもしれないね〔笑〕」と語り、またDさんは「もともと〔中国とか外国人との〕壁はありましたよ。気になる。けど、しょうがないって〔笑〕」とこの結婚前における文化の異なりに対する価値観は様々であったが、妻と知り合い、結婚生活が始まってからは「相手の文化を理解しておかないと、知らないことをやってみることとかあって。まあ、〔中国でのやり方では〕そんなもんだったわかればうまく付き合える」(J)と相手の文化を理解し、「豊かですよ。豊かさが違いますよ。中国は、やっぱり。物の豊かさではなく精神的な。自然もそうですけど」(F)と敬意を払う態度をとっていた。そのため「最近〔作る料理が和食となり〕あっさりになると、旦那さんが『しばらく炒めものを食べてないよ』と。

中国の料理, [[作っても]] いいと思ってけていることが分かりました。」(I) や「[[妻の文化圏で]] 禁じられていることっていうのはやらないですね, 普段私も。[[妻と]] 同じようにやってますよ」(L) と日々の暮らしの中でも妻が文化的に価値をおく事柄を共に尊重していた。

また日中間での慣習の相違が大きくなる妊娠期から産後において, 中国人女性は「出産後, 結構狭い部屋で, こっちはベッドで, ちょうどこの位置にエアコンがあって。冬だったので温かい風が出て来てて, 直接, 風が当たってしまう。やっぱり風が温かいだろうが冷たいだろうが, 風はいや。先生に『消してください』って。『えっ, 寒いのに』って。『いい, いいです。大丈夫です』って。風はあたるのは体によくない。あとあとで何かなるよって。すぐじゃなくて。年取ってからとか弱っている時に。なんかこの坐月子 [[産後約1ヶ月の期間]] のときに [[体に]] 悪いことしたら, 年取ったら, そのときは必ずそこが悪くなるっていうから」(G), 「[[産後]] 1か月までベッドで寝た。あとあと体, [[健康を害することが]] 心配だから掃除しなかったよ」(A) と語り, 慣習を可能な範囲内で遵守しようと考えていた。それに対し夫は「坐月子のこと, 妊娠中から聞いていましたよ。私の母が全面的に支援しました。私は食事をつくりました」(F), 「産後1ヶ月間はやりましたよ。まだそのときは就職する前だったので, お昼を作りて帰って, それからまた行って。割と自由にできたのでよかったですね。今なら絶対に無理です [[笑]]」(D) と妻の意向を尊重し, 慣習が遂行できるよう支援していた。

また, 将来的に子どもには「やっぱり半分は中国だから, しゃべれるようになってほしい」(H), 「ゆくゆくは中国語も話せるようになると思います」(F) と夫婦ともに両国の言語を話せるようになることを期待していた。

中国人女性とその日本人の夫は, 互いに文化的背景の異なる者同士であることを認め理解をしながら, 相手の文化を受容することが大切ととらえていた。「具合が悪い時, 電話して『早く帰って私はご飯を食べたいよ』。でも仕事が終わらないからどうしようもない。もし中国人なら早く帰る, すぐ帰る」(C), 「どうして残業するのか, 飲み会が終わって12時になって友だちを連れてきて『二次会はうちでやるよ』って。『なんで?』と思いました」(I) と自国の男性の様子と比較しながら夫の行動に釈然としない経験をしながらも, 「日本はこういうような感じ, 社会だな。こんな旦那でと。お互いのバックグラントのことを理解し合うことが大事だと思いますね」(I) と相手の行動を文化的背景の異なりから来る違和感であると考えて理解するようにしていた。またJさんは妻について「やっぱり

仕事したい, 家の中に引きこもりたくない。そこはそれ [[中国人だなと思うところ]] ですね。結局, 人のためになる仕事だからいいんじゃないかと思っています」と語った。

3) 【思いを伝えあう】

【思いを伝えあう】は, 日々の生活のなかで遭遇する異文化体験や何気ない出来事, 自身の思いなどを「あたたかい言葉ではっきりと伝え合う」ことを大切として実行し, また状況によってはパートナーの行いに違和感を覚える場面でも, 相手の状況やこれまでの互いの関係性の経験から「あえて伝えない」ことを選択するといった行動を示す。これは他の4つのカテゴリーに大きな影響を与える中核的な行動であった。

結婚当初のお互いの意思疎通については「言葉の障害は最初すこしあったんだけど, だんだんスムーズになってきて」(J) という状況であった。日本語が十分に話せなかったAさんは「最初はあまり言葉通じないからメモを持って書く。中国語, 日本語で旦那と二人。辞書も使って。言葉の交流ね。旦那さんが [[私に日本語を]] 教えて, 私は中国語を旦那に教える。二人で教えあってね」と話し, 中国語が流暢であったEさんの夫であるFさんは「結婚当初は主に中国語で話をして。あとは筆談ですね」と各々の言語習得の状況に合わせコミュニケーションをとっていた。日常の夫婦の会話の状況としては「夜寝る前に私, 一日あったこと話したり, だんなの, 自分の考え方を教えてくれたり, 仕事のことを教えてくれたり。けっこうたくさん話をする。毎日。」(K) や「おしゃべりはあるほうかな…。あるはあるけど多くはないかな」(E) と各家庭により異なっていたものの, 中国人女性たちは夫に対して「中国人は『YES, NO』どっちなのかをはっきりさせたいので, 『うん, わかりました』だとどっちなのか分からないです。私は旦那がどう思っているのかをはっきりさせ, 知りたかったですね」(I) と曖昧ではなく, はっきりと思いを伝え合うことを望んでいた。Aさんの夫であるBさんは「Aさんの味, 初めは全然ダメ。そんなとき, しゃべるよ。はっきりとね。自分ははっきり言うよ, 誰にでも。会社の人にも。で, Aさん, はっきり言っても怒らないよ。あっちの人, 素直に聞く。でも日本人だと気分害すね。確実に [[苦笑]]。日本人だと作って出して, 一口食べてやめたらおいしくない。二口, 三口いったらおいしい。そういうこと, [[中国人]] わからないでしょ」のように明確に自分の考えを伝えていた。妻のAさんは自分に対する夫の伝え方という点で, 「最初, 料理したことないから, まずいって自分で分かっている。でも [[夫は]] 一回も [[まずい]] とは]] 言わない。『Aさん, 今日の料理, しょっぱいよ。ちょっと塩を少なくしたらもっとおいしいよ』って言う。そうい

うふうに生活の中で「〔夫は自分に〕」いろいろ教える。だからしゃべる。何かあったら全部話す。心の中。恥ずかしくないから。心も通じる。愛情ができました〔笑〕』と否定的な言い方ではなくあたたかな言葉で指摘してくれていることに満足している様子を語った。またKさんの夫であるLさんも「いつも自分で違うんじゃないかなっていうのははっきり『違う』ってしゃべりますね。でもいやな言い方をしないでね。それは…頭で考えてそうしてるというよりも思ってること言っているって感じかな〔笑〕』と話し、それに対しKさんは「〔夫は〕自分が間違ったことを教えたなら『いいんじゃないの、それくらい』って。間違っても失敗しても許してくれる。どんなことがあっても、ちゃんと分かってくれる。安心するね」と話した。

その一方でAさんの夫のBさんは第1子妊娠前の状況について「子どもできる前、どこどこ行く。せっかく来たから、ここ見ていくって。でも高い、高い。入らない。物価高いでしょ、日本ね。せっかく連れて来たのにもったいない。見ると楽しいのに何のために連れて来たのって。だからもう連れて行かないって。そうすると、何で連れて行かないって。でも言わない。忙しいからって言う」と語った。妻のAさんもこの夫の対応には気づいており、「私は時々わがままなときがあるから、旦那さんはずっと我慢してる、いろいろ考えて。すみませんって〔笑〕。そして愛情、深くなった。」と話した。妊娠中に子どもの身体異常の可能性を医師から指摘されたKさんは「〔夫が〕」なんか私に教えないで自分で図書館で調べたりして。どういう病気か。で、分かっても教えてくれないんですよ、私に。私、心配、すごくする性格。旦那、それ分かっている。だからもう生まれるまでずっと内緒にしてて。それから大丈夫だって感じになってから、こういう事だったんだよって。私、良かった、教えてくれなくてって。知ってたらもっと心配しちゃった。余計な心配するんですよ。ちょっとのなんか心配しなくていい事も心配するんで」と夫のLさんが自分の性格を見据えてあえて子どもの病気に関する情報を詳しく伝えないという対応をしたこととそれに対する思いを語った。

4) 【相手のためにできることを見出し実行する】

【相手のためにできることを見出し実行する】は、夫婦が生活のなかで、互いのパートナーのために自身ができることを見出し、実践する行いを示す。これは〔義父母・実父母とパートナーの仲介〕や〔穏やかな暮らしのために自分ができることの実践〕、ならびに〔暮らしの中での何気ない支援〕の3つのサブカテゴリーから成るものであった。

義父母との関係について「おばあちゃん、優しい。おじいちゃんも優しい。私、あまり気にしないで、そのまま

で。娘みたい。私も自分の親みたいな気持ちでやっている」と語るEさんや、「結婚したときは母と一緒に住んでいた。難しかったね。大変だった」というように妻が実母とごちない関係であったHさんのように各家庭によって義父母や実父母との関係性は様々であった。そのなかで「たぶん旦那さんが〔義父母に〕」上手にこう、〔自分の〕いいところ言う。だからおばあちゃんも〔自分に対して〕優しい。私、そう思うの。」(K)、「まあ〔実母が妻を〕」気に入ってくれるようにってわけじゃないですけど〔笑〕。まあ、そうですね。上手にしゃべれていたかわからないんですけど」(L)のように義父母とパートナーがよい関係を保てるように仲介していた。このほか夫たちは「特別意識して関係を取り持っているわけではないのですが…。母と何かやりとりがあった場合は、こっち〔妻の側〕」につきますね〔笑〕」(F)や「だんなさんはおかげさまで私の方に味方してくれたからやってこれたかなあって。じゃなければ、うん。でもやっぱり、味方してくれたからよかった」(G)、「〔中国から〕」両親来るとね、〔夫との間で〕」いろいろ生活のなかの細かいことでいろいろとね。私、入院しているからその間のいろいろなこと、実際にわからない。けど私は両親に向かって、そっちは我慢して。あなたたち我慢してって。そう言ったんですよ」(G)のように親とパートナーとの間で何か問題が生じた際は必ず妻や夫に同意するという行動をとっていた。

夫婦は生活のなかで、互いのパートナーのために自身ができることを見出し、実践していた。妻は「日本来てね。物、高い。高いですよ。洋服とか、全部。ほしいなあ。でも、『は！』って、値段見て高い。買わないって。好きだけど買わないって。あと葱とかね。中国で10円でいっぱい入っているよ。日本200円ですよ、1本で。びっくりして。『あ〜、98円とか100円とか一番安いください』って。すごい気にしたね。だんなさん、大丈夫よ。普通だよって。買っていいって言うけどね」(E)のように、贅沢をせず、可能な限り節約することを心がけ実践していた。そのほか「掃除、片付け、洗濯、毎日料理をする。生活で贅沢しない。節約して。〔そうすると〕」旦那と二人で会話ができる。楽しい、いい会話に戻ります。気分と性格が変わります」(A)のように暮らしの中で夫のためにできることを考え、実践していた。

一方、夫は結婚当初や妊娠期には「お昼に帰ってきてご飯を作る。まあ、自分がおなかすくからね〔笑〕」(B)、「ごはんはつくらないけど、別のこと、洗濯しとくとか買い物はやったかな」(L)と妻の状況を思いやり、家事の一部を支援していた。また、「妊娠中に限らず、旦那が気を遣ってくれるんですね。散歩するときは滑らないようにとか。『気をつけなさいよ』ってバスの時間を調べてくれ

たり、車で学校まで送ってくれたりしました。すごく感謝しています」(I)のように、夫の支援は家事のみでなく暮らし全般にわたるものであった。

5) 【生活のなかに楽しみをつくる】

【生活のなかに楽しみをつくる】は、日頃の生活のなかで負の思いをため込まないよう、単調な日常生活ではなく、共に趣味にいそしんだり外出したりするといった〔家に閉じこもらない〕行動、家庭内で〔話をよくする〕、国籍を問わず〔友人との交流〕や〔中国の家族との交流〕を重要とし可能な限り実現できるよう支援するといった主に夫がとった行動を示す。

結婚当初、妻のCさんがホームシックのような状況になったDさんは「ずっと家にいても…。そう『気分転換』、それを自分は心がけたかな」と語り、妊娠の継続をためらっていたIさんの状況を振り返りJさんは「家の中で落ち込んでいたらお互いあれじゃない…。息苦しいから。そういうときに気分転換して元に戻した方が…。なんてね」と話した。このように生活のなかにおいて負の思いをため込まないよう夫たちは様々な行動を起こしていた。

そのひとつとして「自分の趣味の山に一緒に登った」(H)、「歌、スイミング、山登り。夫婦一緒に参加した」(F)のように夫自身のかねてからの趣味を夫婦一緒に行っていた。また「今なら紅葉を見に行くなど。いろいろ行きましたね」(F)、「休みのとき、旦那は『温泉に行こうか?』と言ってくれた」(A)のように家にとどまらず外出する機会を夫たちはつくっていた。Aさんは「私、旦那の趣味、いろいろ覚えて、だんだん話ができた。心通じるようになった」と、その外出時の交流を通じ夫との関係が深まったと語った。

このほか、日頃、Dさんは「『今日、何した?』、『どうした?』って」と声をかけ、話をするようにしていると語った。Kさんは「夜寝る前に私、一日あったこと話したり、だんなの、自分の考え方を教えてくれたり、仕事のことを教えてくれたり。けっこうたくさん話をする。毎日。そう、楽しい。嬉しい」と話した。

結婚から第1子の妊娠期間を振り返り、Cさんは「とても寂しいの。[[そのときはまだ]] 友達いない。やっぱり一緒に暮らして一緒にしゃべる人がいれば。主人は朝[[仕事とに]] でしょう、夜遅く帰るでしょう。毎日たくさんことを話したい。友達と話す、とても心にぎやか、いい感じ」と友人と話をすることが楽しみであった様子を語った。夫のDさんも「当時は会う頻度は断然、中国人でした。やっぱり自分の言葉でたくさん話せますしね。気持ちもいいんでしょうね。やっぱり。話題が合うんだと思います。友達は作ってほしい。つくれるようにと思って、そういう集まりに出かけたりしていました」とCさんが友

人と会う機会の大切さを感じていた。また中国の家族とは「[[日本に]] 来た当初は電話代が高かったけど、我慢でなくて毎週のようにかけていました。今のように安くなかったので1万、2万くらいかかりました。旦那は反対しなかったですね。ありがたいことです [[笑]]」(I)と来日直後は特に電話で頻繁に交流していた。また異文化である日本での生活の大変さとそれに順応しようと努力している妻を思いやり、「中国に帰るのはいい。帰りたいときは帰るほうが良いと思う」(H)と経済状況や体調、時期などが許す限り、帰国することについては同意していた。

2. 結婚から妊娠・出産の時期における家族関係構築にむけた知恵に根ざした諸行動の様相

日本で国際結婚した中国人女性とその日本人の夫は、結婚から妊娠・出産の時期における知恵に根ざした諸行動の様相を図1に示す。

彼らはその家族関係を構築するにあたって、それぞれが有する中国と日本両国の文化的価値観を共存させながら【2つの文化的世界を保つ】という理知的な行動に集約される行いを大切に生活していた。日本で国際結婚した中国人女性とその日本人の夫は、目の前の出来事に場当たり的に対処するというよりも2人の【結婚生活を長期的視点でとらえる】ことでお互いの価値を認めながら、穏やかな生活を営んでいた。また異文化圏で生まれ育ったパートナーに対しては、文化的背景も含め【相手を尊重する】姿勢を保ち、その関係の維持や深化につなげていた。そして日常の生活場面においては、互いの【思いを伝えあう】ことを中心に、【相手のためにできることを見出し実行する】ことを大切に、また負の思いをためこまないよう【生活のなかに楽しみをつくる】ことを心がけていた。

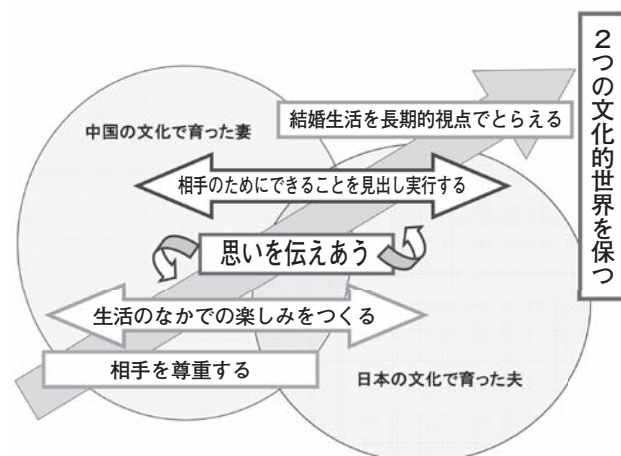


図1 「2つの文化的世界を保つ」家族関係構築過程の知恵に根ざした諸行動

V. 考 察

1. 2つの文化的世界を保つという知恵に根ざした諸行動

日本で国際結婚をした中国人女性と日本人男性がその関係構築にむけてとる知恵に根ざした諸行動として、本研究では【2つの文化的世界を保つ】というコアカテゴリーが見出された。これは、中国人女性、日本人男性双方が日常の結婚生活のなかで、一方の考えのみに依拠することなく、互いの存在や価値観等を尊重し、双方の意見や価値観を融合した生活の営みを志向する行動であり、5つのカテゴリーが示す日常生活内で行われる具体的な行動が集約されて導かれる帰結と位置づけられるものであった。

日本において国際結婚件数の増加が顕著となったのは1980年代後半以降である。当時、特徴的であった日本人男性とアジア人女性の国際結婚は農村における嫁不足対策の一面を有し、その結婚様式や結婚後の生活等について社会的な注目を集めた。特に外国人女性の異文化適応の様子については、衣食住に関する生活習慣の違い、言葉の問題、家庭内での嫁の地位の問題等が指摘された^{2)~4)}。そこには日本人家族が日本の生活様式や日本古来の母親役割を強要している様相が共通して存在しており、外国人女性の文化的背景を消し、日本人女性の代理としてとらえているという文脈が見え隠れしていた。外国人女性たちのなかには自国の文化を否定され、日本文化の一方的な同化を強要されることで、家庭内で、そして日本社会のなかで「役割不能」や「自己の不在感」を抱く者が少なくなかった。彼女らは、情緒が不安定となり、日本とは違う文化的背景を持つ「自分」を必要としない「イエ」や「日本」からの逃避を願い、実行していった⁷⁾。また出産・子育て期には、母親が持つ出産・育児に対する一般的な不安に加え、文化による育児方法の違い、言語の問題等、家族間に葛藤を生じる因子が多い状況となり、その葛藤が起因した精神障害の発症が危惧されていた^{5), 6)}。

日本において国際結婚をしている夫婦が置かれている状況の特性として、渋沢¹⁸⁾は以下の事柄を指摘している。彼らは本来2つの文化的背景を持つdualな世界（関係）を形成する必要があるのに対し、その取り巻く現実には1つの文化というmonoの世界（関係）となる傾向が強いという。そのため彼らは2つあるもののなかから1つしか選択できないという状況に常に直面する特性を有するのである。つまり片方の配偶者が自分の文化的背景に沿った生活ができるという有利な状況におかれるのに対し、もう片方が自分の文化的な背景を否定し、相手の文化に合わせなければならないという不公平な状況におかれているのである。かつての農村における国際結婚はまさにこの状況であったと考えられる。

また、竹下¹⁹⁾は日本における国際結婚カップルが日常

生活においてどのように異文化に適応しているかについて「配偶者への文化への適応」、「代替的適応」、「妥協的適応」、「統合的適応」の4つの異文化適応類型を挙げている。渋沢¹⁸⁾が指摘した日本における国際結婚の特性や、かつての農村における国際結婚の状況は、夫婦の一方が自分の文化を捨てて配偶者の文化に同化する形の適応という点で「配偶者への文化への適応」に相当すると考えられる。この「配偶者への文化への適応」を含む「代替的適応」、「妥協的適応」の3類型が夫婦の一方、または双方が自身の価値観等、何かを犠牲にするのに対し、「統合的適応」は自文化を保ちながら配偶者の文化も取り入れる適応とされている。これはお互いの文化のよさを認めあい、文化の多様性を尊重していることから、国際結婚の理想的な適応モデルであるといえ、本研究で見出された家族関係構築にむけた知恵に根ざした諸行動のコアカテゴリー【2つの文化的世界を保つ】は、これと同様の要素を含むものであると考えられた。したがって、双方の意見や価値観を融合した生活の営みを志向しながら、結婚生活における互いの関係性の深化をめざしたこの【2つの文化的世界を保つ】という理知的な行動は、その生活において中国と日本という2つの文化への適応を促し、互いの関係性をより円滑にさせる有効な行動であると示唆された。

今回、コアカテゴリー【2つの文化的世界を保つ】とともに5つのカテゴリーが見出された。1980年代後半以降の国際結婚は、嫁不足対策、つまり「結婚」自体が目的で、日本人家族にとってはそれがゴールであった。その後の結婚生活に対する視点は希薄であった。しかし今回の結果では、異文化圏で生まれ育ったパートナーに対して文化的背景も含め【相手を尊重する】ことを前提とした関係づくりを行っており、そのため2人の【結婚生活を長期的視点でとらえる】ことで互いが価値を置く穏やかな生活を志向していた。これらの行動は日常の生活場面においては、互いの【思いを伝えあう】ことを中心に、【相手のためにできることを見出し実行する】ことを大切にすること、負の思いをためこまないよう【生活のなかに楽しみをつくる】ことを心がけることで具体化していた。

そのなかの【思いを伝えあう】は一般に夫婦間のコミュニケーションととらえることができ、国際結婚の主たる問題領域の第1はコミュニケーションである^{12), 19)}ことから、夫婦関係の構築に際しては、このコミュニケーションのありようが一般的に重要な要素といえる。一般に家庭生活では様々なコミュニケーションが展開されている。それぞれの生活領域で体験した出来事や、各々が考えたり、感じたりしたことを相互に知らせあう「情報交換」、課題を解決し、統合的な結論を出す「意思決定」といったコミュニケーションとともに、近年は互いの内面的・情緒的な心

の世界を理解しあい、受容しあうことによって精神的安定を得るために行う「情緒的治療」のコミュニケーションが重要視されている。このコミュニケーションで重要なのは、ありのままの自分の気持ちを表現することができることと、その表現された気持ちをお互い確認し合い、共感的に受容されることである^{13), 20)}。本研究で理知的な行動として見出された5つのカテゴリーの帰結として「何かあったら全部話す。心の中。恥ずかしくない。」(A), 「どんなことがあっても、ちゃんと分かってくれる」(K), 「外国で生活して、子ども育てて、それは本当にすごいこと。尊敬している」(H)のように相手を信頼し、感謝し、互いの関係性に確信をもつ様相がうかがえた。それが信頼関係を強固にし、5つのカテゴリーが相補的に強化され、さらに円滑な関係構築へと向かうものと考えられた。国際結婚のよさは家族成員が2つの文化的価値観を知り、それにより多様な世界が広がることである。かつての農村での国際結婚では子どもに妻の言語を教えることを禁じることが多かったのに対し、本研究の研究協力者たちは子どもに2つの言語習得を期待していた。この点からも家庭内における文化の多様さを尊重する視点が育まれている様子が、結婚後の妊娠・出産・育児期に展開されていることが示唆された。

2. 看護への示唆

これまでの看護における異文化妊娠・出産者への支援は、言語支援に関するもの、食事等、文化的慣習への対応に関するもの、経済的な支援等が検討され、成果を挙げている。その一方で桑山⁸⁾の報告によると、日本で妊娠・出産・育児を経験した外国人女性の最大のストレスは日本人家族との人間関係であり、家族関係が円滑であることが日本での生活の満足度や幸福感を高めうる。日本人男性と国際結婚した外国人女性の妊娠・出産・育児期は日本文化への溶け込み時期であるとともに、家族関係構築時期に重なることが多い。この異文化における妊娠生活を支援する看護者には、これからの彼女たちの生活を見据え、その家族関係構築にむけた看護支援が重要である。

これまで外国人女性への看護支援の検討に際しては、「一方的に支援を受ける者」との文脈で語られることが多かった。しかし今回の研究では中国人女性とその夫はその関係構築にあたって自ら考え、見定め、実行していくという様々な理知的な行動を起こしていた。また今回、見出された知恵に根ざした諸行動は、一種の社会的スキルともとらえることができ、方法を知ることによって各人が取り入れ活用しうる性質を有する。したがって看護者は、夫婦の互いの文化的背景を尊重しながら、一方的な支援提供者となるのではなく、国際結婚カップル個々の関係構築力を認め、その力を促進していけるように、そしてときには今回、把握

できた理知的な行動を一例として示し、各家庭で展開していけるよう関わるのが重要である。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究の研究協力者は、ある一定地域で生活をしている6組の中国人女性と日本人男性の国際結婚カップルであること、核家族者に限定されていること、関係性が安定している夫婦を対象としていること、ならびに対象者の語りが数年前にさかのぼって想起していただく状況があった点に本研究の限界がある。今後は、国籍（出身地）、家族形態、問題状況に至った夫婦の事例分析等、さらに事例を積み重ね、研究結果の妥当性を高める必要がある。また、育児期以降の家族関係の現状やその変化の把握、看護実践現場での具体的な展開方策の検討も今後の課題である。

VII. 結 論

本研究では、日本で国際結婚した中国人女性とその日本人の夫は、結婚から妊娠・出産・育児期においてその家族関係を構築するにあたって、中国と日本両国の文化的価値観を共存させながら【2つの文化的世界を保つ】という理知的な行動に集約される行いを大切に生活していた。

彼らは目の前の出来事に場当たり的に対処するというよりも2人の【結婚生活を長期的視点でとらえる】ことで互いが価値を置く穏やかな生活を営んでいた。また異文化圏で生まれ育ったパートナーに対しては、文化的背景も含め【相手を尊重する】姿勢を保ち、その関係の維持や深化につなげていた。そして日常生活場面においては、【思いを伝えあう】ことを中心に、【相手のためにできることを見出し実行する】、【楽しみをつくって生活する】ことを大切とし、実践していた。

したがって看護者は、夫婦の互いの文化的背景を尊重しながら、一方的な支援提供者となるのではなく、個々の関係構築力を認め、促進するとともに、見出された理知的行動を一例として示し、各家庭で活用しうる形で展開していけるよう関わるのが効果的であるとの示唆を得た。

謝 辞

研究への参加を快諾し、様々な思いを語ってくださった研究協力者の皆様に心から感謝いたします。また研究を進めるにあたり御指導いただきました弘前大学大学院保健学研究科の和田一丸教授、工藤せい子教授に深謝いたします。

なお、本研究は文部科学省科学研究費補助金（若手研究（B）課題番号 18791678）を受けて実施した研究の一部である。

要 旨

日本で国際結婚した中国人女性と日本人男性の結婚から妊娠・出産・育児期における家族関係構築にむけた知恵に根ざした諸行動を明らかにすることを目的に、中国人女性と日本人男性12名に面接し、継続比較分析を行った。その結果、知恵に根ざした諸行動は【2つの文化的世界を保つ】をコアカテゴリーとする5つのカテゴリーに分類された。彼らは【結婚生活を長期的視点でとらえる】ことで互いが価値を置く穏やかな生活を営み、【相手を尊重する】姿勢を保ちながら、その関係の深化につなげていた。そして日常の生活場面においては、【思いを伝えあう】ことを中心に、【相手のためにできることを見出し実行する】、【楽しみをつくって生活する】ことを大切に実践していた。したがって看護師は、夫婦双方の文化的背景を尊重しながら、個々の関係構築力を認め、促進するとともに、見出された理知的行動を一例として示し、各家庭で展開していけるよう関わるのが効果的との示唆を得た。

Abstract

The purpose of this study was to clarify the intellectual attitudes that are important for establishing constructive relationships between Chinese women and their Japanese husbands during pregnancy and child care. I interviewed six such couples, and subjected the data obtained to continuous comparative analysis.

The results showed that the intellectual attitudes important for building a good family relationship fell into one core category: "maintaining two cultural worlds." Five categories of action were evident. Couples tried to maintain a calm life, placing value on "strengthening of the marital relationship by adopting a long-term approach", and also to deepen their relationship based on "mutual respect". Also, importance was placed on "disclosing each other's thoughts", "finding things to do for each other and carrying them out", and "finding enjoyment" in daily life.

On the basis of these results, I suggest that nurses promote the construction of a couple's relationship by emphasizing the potential contribution of each individual partner, and the nurturing of an intellectual attitude that allows each partner to respect the cultural context of the other.

文 献

- 厚生労働省：平成20年人口動態調査，2010-02-18，<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/sui02/index.html>.
- 石井由香：国際結婚の現状，駒井洋（編）：定住化する外国人，73-102，明石書店，東京，1995.
- 宿谷京子：アジアから来た花嫁，37-137，明石書店，東京，1988.
- 佐藤隆夫：国際結婚と人権，佐藤隆夫（編）：農村と国際結婚，209-215，日本評論社，東京，1989.
- 橋爪きょう子，小島秀悟，他：在日外国人女性の精神鑑定例－異文化葛藤要因としての出産・育児－，犯罪学雑誌，69（2），36-43，2003.
- 大西 守，山寺 亘，他：国際結婚における心身医学的問題，心身医学，35（3），229-233，1995.
- 榎井 緑：「在日外国人」問題からみる日本，教育，11，48-54，1999.
- 桑山紀彦：国際結婚とストレス，明石書店，東京，1996.
- 国際日本語普及協会：日本人と結婚した在日外国人女性に対する支援促進のための調査研究，113-124，文部科学省，1997.
- 遠藤義孝：在日外国人－地域に生きる外国人花嫁，現代のエスプリ，376，74-84，1998.
- 蛸崎奈津子：農村にて国際結婚をした中国人女性の妊娠・出産時期における家族関係構築プロセス，日本看護研究学会雑誌，32（1），59-67，2009.
- 森岡清美，望月 嵩：新しい家族社会学，1-122，培風館，東京，2002.
- 望月 嵩：家族社会学入門－結婚と家族－，50-60，培風館，東京，2002.
- 池添志乃：脳血管障害をもつ病者の家族の生活の再構築における家族の知恵，日本看護科学会誌，22（4），44-54，2002.
- 佐藤郁哉：質的データ分析法，1-76，新曜社，東京，2008.
- 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践，87-255，弘文堂，東京，2006.
- 野智正博：グラウンデッド・セオリー法的分析の認知プロセス，Quality Nursing，10（6），51-73，2004.
- 渋谷田鶴子：異文化間結婚－日本人男性と結婚している米国人女性の場合－，女性学研究，3，44-57，1994.
- 竹下修子：国際結婚の社会学，111-170，学文社，東京，2001.
- キャロル・レッパネン・モンゴメリー：神郡廣，濱畑章子訳：ケアリングの理論と実践－コミュニケーションによる癒し，18-34，医学書院，東京，1999.

〔平成21年12月10日受 付〕
〔平成22年4月8日採用決定〕

移動援助時におけるベッドの高さの違いが
患者におよぼす影響について
～頸部後屈角度・心拍数の観点から～

The Influence to Patients when the Heights of Beds Differs in Transferring:
From the Viewpoint of Neck Dorsiflexion and Heart Rates

田 丸 朋 子
Tomoko Tamaru

阿 曾 洋 子
Yoko Aso

伊 部 亜 希
Aki Ibe

本 多 容 子
Yoko Honda

木 村 静
Shizuka Kimura

鈴 木 みゆき
Miyuki Suzuki

徳 重 あつ子
Atsuko Tokushige

細 見 明 代
Akiyo Hosomi

移動援助時におけるベッドの高さの違いが 患者におよぼす影響について ～頸部後屈角度・心拍数の観点から～

The Influence to Patients when the Heights of Beds Differs in Transferring:
From the Viewpoint of Neck Dorsiflexion and Heart Rates

田 丸 朋 子 ¹⁾	阿 曾 洋 子 ¹⁾	伊 部 亜 希 ¹⁾	本 多 容 子 ¹⁾
Tomoko Tamaru	Yoko Aso	Aki Ibe	Yoko Honda
木 村 静 ²⁾	鈴 木 みゆき ³⁾	徳 重 あつ子 ⁴⁾	細 見 明 代 ⁵⁾
Shizuka Kimura	Miyuki Suzuki	Atsuko Tokushige	Akiyo Hosomi

キーワード：腰部負担，作業域，移動援助，頸部後屈，心拍数

Key Words：low back load, work space, transfer, neck dorsiflexion, heart rates

I. はじめに

患者に必要な日常生活援助は様々であり，身体を自力で動かせない患者ともなると，細かな肢位調整や移動においても看護師の援助が必要となる。近年のわが国における高齢化により，入院患者の55%が70歳以上¹⁾であると言われ，このような高齢者は身体の移動や移乗を必要とする機会が多い²⁾。しかし患者の身体を移動させるような援助は，援助者が患者の全体重を受けるものであり，腰痛の原因のひとつとして考えられている³⁾。事実，看護職の腰痛は業務と深く関連していると考えられており⁴⁾，腰痛経験者は50～90%ともいわれている^{5) 6)}。

一般的に，病院のベッドは普段患者が昇降しやすいように，あるいは転落しないように，50cmあるいはそれ以下の高さに設定^{7) 8) 9)}している。しかしその高さは，援助を行う看護師には低すぎる高さである。低すぎるベッドでの援助，特に移動援助のような患者の体重が大きく関与する援助は，看護師が過度な前傾姿勢をとらざるを得ないことから腰部への負担が大きいとの研究結果があり^{10) 11)}，ベッドの高さを調節する必要性が叫ばれている。しかしベッドの高さ調節は，面倒である，多忙であるといった理由から省かれがちであり¹²⁾，看護師は低いベッドのままで援助することが多い現状である。

看護行為を行う際には，患者に適した技術を，科学的で効率の良い技術として実施する必要がある¹³⁾とされる。患者から見て「ベッドを高くする」という行為は，看護師

にとっては「腰部負荷を減少させる，作業をしやすくする」として説明される。しかし，看護師にとって有利である「ベッドの高さ調節」が，「患者に適した技術」であるのかは明らかとなっていない。移動援助を行う場合において，看護師の筋骨格への負担が少ないほど患者の主観的な安全・安楽の度合いは大きくなるという相関関係が報告されている¹⁴⁾。これは，看護師の腰部負担を減らすことが患者の安全・安楽につながる可能性があるということであり，ベッドを看護師の腰部負担の少ない高さに調節することは，患者にとっても有利であると考えられる。しかし，ベッドの高さ調節に関する研究の視点は，看護師の腰部負担に関するものばかりであり，その看護師の負担軽減が患者にどのような影響を及ぼすのかといった先行研究はない。これらのことより，本研究では，ベッドの高さの違いによる看護師の援助の違いが患者に与える影響について検証することを目的とした。なお，本研究では，看護援助としては移動援助，特に患者の頭側への移動を取り上げることとし，またその援助が患者に及ぼす影響として，患者の頸部後屈角度および心拍数を設定した。頸部後屈角度については，臨床での経験や先行実験において，患者をベッドの頭側に移動する際，看護師が頸部を支えていても患者の頸部が後屈することがあり，その後屈の程度を数量化するために後屈角度を計測することとした。また，頸部には頸椎の間を通る神経や血管が多数分布していることから，頸部を後屈させることで患者の循環に何らかの影響を与える

1) 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 Osaka University Graduate School of Medicine Course of Health Science

2) 元大阪大学大学院 Osaka University Graduate School of Medicine

3) 兵庫医療大学看護学部 Hyogo University of Health Science Department of Nursing

4) 明治国際医療大学看護学部 Meiji University of Intergrative Medicine School of Nursing Science

5) 神戸市立看護大学 Kobe City College of Nursing

のではないかと考えたため、循環動態の指標として心拍数を計測することとした。以上より、本研究における「移動援助が与える患者への影響」としては、頸部後屈角度と心拍数の観点から検証することとした。

Ⅱ. 用語の定義

本研究で用いる用語については、以下の通り定義する。

1. 移動, 移動援助

移動の援助には多くの種類があるが、本研究では一人の看護師がベッド上の患者の左側から身体を持ち、頭部方向へ水平移動する援助を取り上げた。この援助は多くの患者に複数回行われる援助である。また、一平面上の作業であること、てこの原理などに頼らないこと、組み合わせ動作ではないことなどから効果が測定しやすいと考えられる。したがって本研究では、移動、移動援助はベッド上の患者を頭部方向へ水平移動する援助を指すものとする。なお、援助実施の際、患者は膝を立てたりといった援助に協力する行為は行わないよう指示した。

2. 看護師の腰部負担の少ない高さのベッド

看護技術に関する教科書などには、移動援助の際にベッドの高さを上げる必要性は書かれているが、どの高さにすると腰部負担が少なくなるかといった表記は見当たらなかった。そのため、研究者らの先行実験にて、移動援助と同様に立位で行われる援助であるベッドメイキングの作業に適した「マットレス上端に手掌が軽く触れる程度の高さ」を測定した結果、その高さは身長¹⁵⁾の49%であり、被験者の身長と相関がみられた。この身長¹⁵⁾の49%の高さは、「立位で楽に手の届く範囲」にあるとされ¹⁵⁾、有意に腰部負担が小さくなる45%以上の高さ¹⁶⁾である。また、小原の示す「作業の種類による作業面の高さのめやす(立位)」の「力作業」での49%とも合致する¹⁷⁾。このことから看護師の腰部負担の少ない高さのベッドとは、身長に対して49%の高さのベッドを指すものと定義した。

3. 看護師の腰部負担の大きい高さのベッド

患者用ベッドは通常、患者が昇降しやすく、転落の危険を回避するために高さを50cm前後^{7)~9)}に設定している。全国の成人女性の平均身長が158cm前後¹⁸⁾であり、身長158cmの看護師に対し高さ50cmのベッドの高さは身長に対して32%の高さとなる。この身長¹⁸⁾の32%の高さは、「前屈あるいはしゃがむ姿勢の高さの領域」¹⁹⁾であるとされ、直立時の10倍の圧力が椎間板にかかってしまう²⁰⁾、90°以上の前傾姿勢の、ベッドメイキング時における出現頻度が身長比49%の高さに比べて有意に大きい高さ¹⁶⁾である。このことから看護師の腰部負担の大きい高さのベッドとは、看護師の身長に対して32%の高さのベッドを指すものとする。

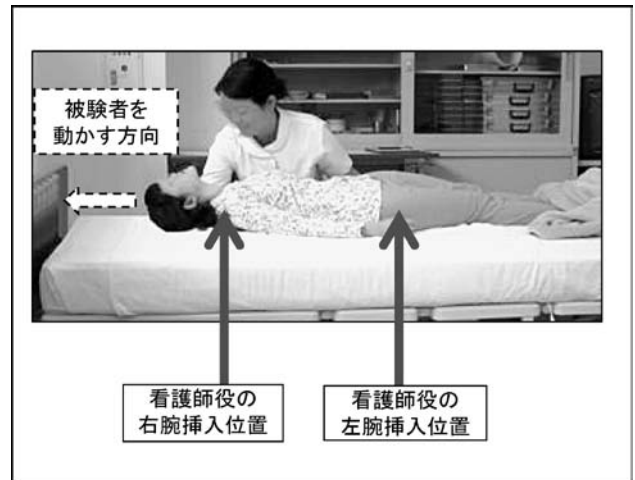


図1 移動援助の方法

Ⅲ. 研究方法

1. 被験者

被験者は研究の趣旨に同意の得られた70歳以上の健康な高齢女性19名とした。これは、全国の病院に入院している患者像と近づけるためである。本研究では、移動援助を1名の看護師役が実施するという形式を選択した。患者役となる被験者と看護師役の体格差が大きすぎる場合はリフトなどの補助具を使用することが原則となることより、本研究では男性に比べて小柄である女性に限定して募集した。被験者には実験に際し、測定値に影響を及ぼす因子を可能な限り排除するため、実験前日から過度の飲酒や激しい運動は控え、十分な睡眠をとるように依頼した。また、当日の体調不良者は実験を行わず除外する旨も伝えた。

2. 看護師役

移動を行う看護師役は1名とした。この看護師役は、臨床経験5年目である27歳の女性であり、身長は158cmであった。この看護師役は、実験を行う時点で移動援助に関して十分な知識・技術を有しており、この実験中に繰り返して援助を行うことによる習熟の変化は考えられない。

看護師役には移動援助を行う際、被験者の肩の下から看護師役の右腕を、大腿部の下から左腕を差し入れ、ベッドの高さにかかわらず、なるべく被験者の身体を持ち上げないように心がけながら援助をおこなうように指示した。(図1)

3. 実験方法

1) 実験期間及び場所

平成20年7月1日～31日に、O大学総合医療実習室にて行われた。

2) 使用物品

ベッドは3クランクタイプのパラマウントベッドの上にパラケアマットレス(ともにパラマウントベッド 日本)

を置き、すべてのベッド柵を外して使用した。パラケアマットレスの上にマットレスパットを敷き、その上に敷きシーツを用意した。被験者には同一のパジャマを用意した。

3) 測定項目および測定機器

① 基礎データ

身長、体重、年齢、体温、血圧、脈拍、現病歴、既往歴、服薬の有無のデータを収集した。身長は木製の身長計を、体重はデジタル体重計 (TANITA-TBF-551 脂肪計付ヘルスメーター) を使用して測定した。また、体温測定には電子体温計 (テルモ社 C202腋下型予測式) を、血圧および脈拍の測定には電子血圧計 (オムロン社 インテリセンス血圧計 HEM-762) を使用した。年齢、現病歴、既往歴、服薬の有無は被験者に問診を行った。

② 立位写真

立位で直立した被験者の肩峰と腸骨稜にパジャマの上からマーキングを行い、右側面から写真を撮影した。撮影に使用したカメラはデジタルカメラ IXY Digital 90 (CANON 社) である。

③ 移動中の体勢

移動中の被験者の体勢をベッドに対して 90° に設置したカメラにて、援助開始直前から終了直後までを動画として記録した。動画の撮影にはデジタルカメラ IXY Digital 90 (CANON 社) のスムーズ動画機能を使用した。このスムーズ動画機能はサンプルレート 60Hz での撮影が可能であり、1 コマ単位で静止画に変換できるものである。

④ 心電図

ホルター心電計を被験者の胸部に貼付した。2つのベッドの高さでの援助それぞれにおける、安静時から移動援助実施時およびその後の安静時までの一連の心電図を、5点誘導にて記録した。測定にはデジタルホルタ記録器 FM-120 (フクダ電子社) を使用した。

4) 測定手順

- ① 基礎データの収集および立位写真の撮影を行った。
- ② 「移動援助とはどういうものか」を理解してもらうため、説明を加えながら移動援助を実施。この際のベッドの高さは、比較条件のどちらにも該当しない、身長比 40% の高さで行った。移動援助中は膝を立てたり、自分で動こうとせず、極力脱力するように指示した。
- ③ ベッド上仰臥位にて、心電計の電極を貼付した。
なお、安静臥床中の被験者にはタオルケットをかけ、露出を最小限とした。
- ④ 10分間の安静臥床を実施。心電図は安静臥床開始と同時に測定を開始した。
- ⑤ カメラにて、移動中の体勢の記録を開始し、1 回目の移動援助を実施した。
- ⑥ 10分間の安静臥床とした。

- ⑦ ベッドおよびカメラの高さを変更した。この間の被験者の体位は長座位であった。
- ⑧ 10分間の安静臥床を実施した。
- ⑨ 2 回目の移動援助を実施した。
- ⑩ 10分間の安静臥床の後、すべての測定、記録を終了した。

測定した2回の移動は「看護師の腰部負担の少ない高さのベッド」、「看護師の腰部負担の大きい高さのベッド」で実施し、その順序はランダムに割り付けた。なお、移動の援助はすべて同一の看護師役 (身長 158cm) が一人で実施した。

5) 分析方法

(1) 頸部後屈角度

頸部後屈角度の算出には、立位写真および援助中の体勢を記録した動画を用いた。

頸部可動域試験における頸部後屈角度の測定の際には、腰掛座位の患者の、肩峰を通る床への垂直線を基本軸に、耳孔と頭頂を結ぶ線を移動軸として測定を行う²¹⁾。しかし本研究では、仰臥位の患者を撮影した動画を元に頸部後屈角度の計測を行うことから、頭頂部といった特定しづらい部位や、垂直線といった、体勢によって変化する軸を使用せず、写真でも特定しやすく、またマーキングできる部位を元に角度の算出を行った。手順は以下の通りである。(図 2)

- ① 立位写真上にて、マーキングされた肩峰と腸骨稜を直線で結び、同様に耳孔と顎先端も直線で結んだ。
- ② 肩峰と腸骨稜を結んだ線と、耳孔と顎先端を結んだ直線のなす角を求め、 α' とした。
- ③ 援助中の体勢を記録した動画を 1/60 秒ごとに静止画へ変換した。
- ④ 立位写真と同様に、肩峰と腸骨稜、および耳孔と顎先端を結んだ。
- ⑤ 2 線のなす角を求め、 α とした。
※この α を援助開始から終了までの静止画一枚ずつについて求めた。
- ⑥ 得られたそれぞれの α の値から、立位写真より求められた α' の値を引き $\alpha - \alpha'$ を求め、頸部後屈角度とした。

このように求められた $\alpha - \alpha'$ は、立位時の頸部の後屈がない状態の角度 α' を、頸部の後屈が起こっている際の頸部角度 α から引くことによって、通常の頸部可動域試験で測定される頸部後屈角度の値と近似するため、本研究ではこのような算出方法を用いた。

得られた頸部後屈角度の最大値を、「看護師の腰部負担の少ない高さ」と「看護師の腰部負担の大きい高さ」の 2 群において比較した。検定は対応のある t 検定を使用した。

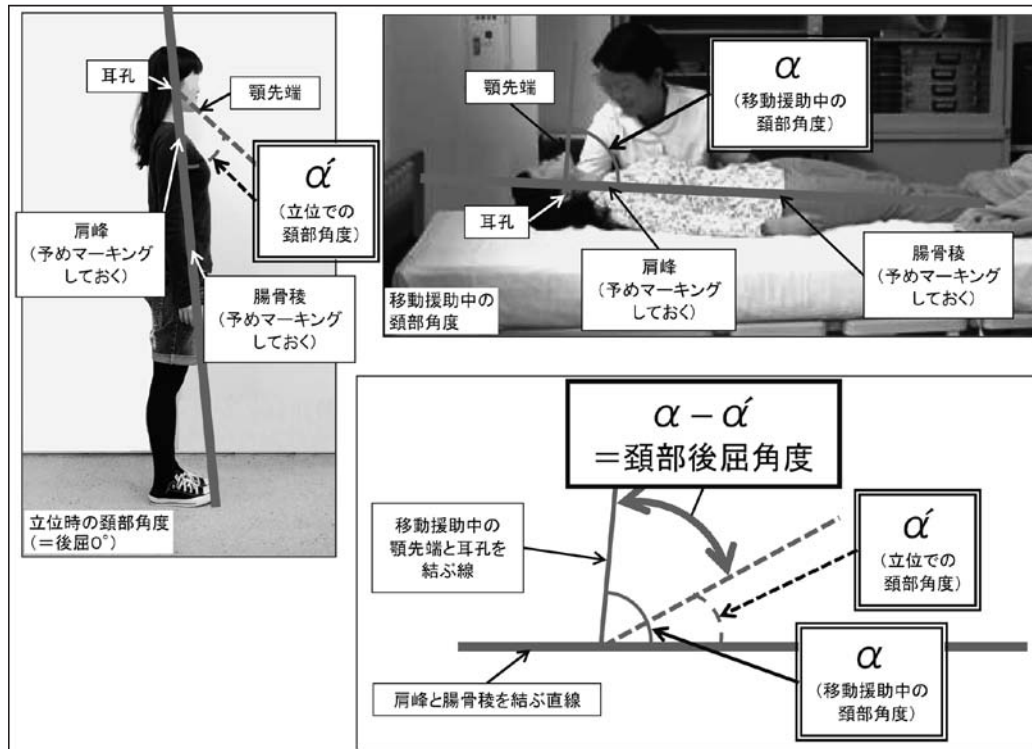


図2 頸部後屈角度算出方法

(2) 平均心拍数

心拍数は、心電計にて測定されたデジタル形式の心電図データを、SCM-5000（フクダ電子社）を使用してアナログ形式の波形データに変換したのち、フラクレット4.0WT（大日本製薬社）にて解析した。このソフトを使用することにより、心拍数データが援助開始から終了後まで、1秒ごとの時系列形式で得ることができた。

心拍数データから、まず「移動前」、「移動中」、「移動後」の3区間における平均心拍数を求めた。「移動前」は被験者の身体が動き始める前の3秒間、「移動中」は被験者の身体が動き始めてから静止するまでの間、「移動後」は被験者の身体が静止した後3秒間とした。区間ごとの比較には、対応のあるt検定を用いた。また、同じベッドの高さ内での変化を、Dunnett検定にて多重比較した。

次に、「移動前」に対する「移動中」、「移動後」の平均心拍数の変化率を求めた。「移動前」の心拍数を1とし、「移動中」、「移動後」の平均心拍数を「移動前」の平均値で割り、変化率を算出した。得られた変化率も、平均値と同様に区間ごとでの比較および多重比較を行った。検定にはWilcoxonの符号付順位検定を用いた。

すべての検定にはSPSS ver12.0jを使用し、有意水準は5%とした。なお、変化率の多重比較の際にはBonferroniの補正を用い、有意水準を1.67%とした。

6) 倫理的配慮

本研究実施時点における、研究実施者の所属機関の倫理委員会の内規では、健康な成人に対して看護援助のような非侵襲的な研究を行う場合、被験者に対して文書にて十分な説明を行い、実験時に再度説明を行って同意を得たうえで実施すること、プライバシーの確保および個人が特定されないような配慮を行うことを条件として、倫理審査は不要であることが提示されている。本研究はその内規に従って倫理的配慮を行った。これにより、本研究では、研究参加者募集への応募という形で参加同意を得、研究参加の意思表示があった時点で研究趣旨への同意が得られたとし、研究直前に再度、口頭並びに書面にて研究の手順等を説明した。また、研究への協力と参加の中断については自由意思であること、得られたデータはすべてID化して数値のみの取り扱いとし、研究目的以外では使用しないことを参加者に説明した。

X. 結 果

1. 基礎データ

平均年齢は 72 ± 2.5 歳、身長は 152.7 ± 9.9 cm、体重の平均は 50.9 ± 6.0 kgであった。

2. 頸部後屈角度（表1）

頸部後屈角度の最大値は看護師の腰部負担の少ない高さのベッドで $29.9 \pm 11.8^\circ$ 、看護師の腰部負担の大きい高さのベッドで $34.1 \pm 13.2^\circ$ であり、有意な差が見られた（p

表1 最大頸部後屈角度

n = 19

ベッドの高さ	平均値 ± SD	p 値
看護師の腰部負担の少ない高さ	29.9 ± 11.8	**0.0007
看護師の腰部負担の大きい高さ	34.1 ± 13.2	

** : p < 0.01

表2-1 平均心拍数 (区間ごとの比較)

n = 19

区間	ベッドの高さ	平均値 ± SD	p 値
移動前	看護師の腰部負担の少ない高さ	62.0 ± 8.7	0.101
	看護師の腰部負担の大きい高さ	62.0 ± 8.5	
移動中	看護師の腰部負担の少ない高さ	62.4 ± 8.5	0.784
	看護師の腰部負担の大きい高さ	60.4 ± 7.8	
移動後	看護師の腰部負担の少ない高さ	61.8 ± 8.3	0.059
	看護師の腰部負担の大きい高さ	61.1 ± 8.4	

表2-2 平均心拍数 (多重比較)

n = 19

ベッドの高さ	区間	平均値 ± SD	p 値
看護師の腰部負担の少ない高さ	移動前	62.0 ± 8.7	※1 ※2 0.996 ※2 ※2 0.673
	移動中	62.0 ± 8.5	
	移動後	62.4 ± 8.5	
看護師の腰部負担の大きい高さ	移動前	60.4 ± 7.8	※1 *0.031 ※2 ※2 0.346
	移動中	61.8 ± 8.3	
	移動後	61.1 ± 8.4	

注) ※1 : 移動前と移動中の比較 ※2 : 移動前と移動後の比較
* : p < 0.05

表3-1 心拍数変化率 (区間ごとの比較)

n = 19

区間	ベッドの高さ	平均値 ± SD	p 値
移動前	看護師の腰部負担の少ない高さ	1.00	-
	看護師の腰部負担の大きい高さ	1.00	
移動中	看護師の腰部負担の少ない高さ	1.00 ± 0.03	0.126
	看護師の腰部負担の大きい高さ	1.02 ± 0.03	
移動後	看護師の腰部負担の少ない高さ	1.01 ± 0.05	0.872
	看護師の腰部負担の大きい高さ	1.01 ± 0.04	

表3-2 心拍数変化率 (多重比較)

n = 19

ベッドの高さ	区間	平均値 ± SD	p 値
看護師の腰部負担の少ない高さ	移動前	1.00	※1 0.904 ※2 ※2 0.745 ※3 0.494
	移動中	1.00 ± 0.03	
	移動後	1.01 ± 0.05	
看護師の腰部負担の大きい高さ	移動前	1.00	※1 *0.004 ※2 ※2 0.494 ※3 0.198
	移動中	1.02 ± 0.03	
	移動後	1.01 ± 0.04	

注) ※1 : 移動前と移動中の比較 ※2 : 移動前と移動後の比較
※3 : 移動中と移動後の比較
* : p < 0.017 (Bonferroniの補正による)

<0.01)。

3. 平均心拍数 (表2-1, 2-2, 表3-1, 3-2)

平均心拍数の区間ごとの比較 (表2-1) では、看護師の腰部負担の少ない高さのベッドでの移動前、移動中、移動後でそれぞれ、62.0 ± 8.7回/分、62.4 ± 8.5回/分および61.8 ± 8.3回/分であり、看護師の腰部負担の大きい高さのベッドでは62.0 ± 8.5回/分、60.4 ± 7.8回/分および61.1 ± 8.4回/分であった。どの区間の平均心拍数にも、2つのベッドの高さ間で有意差は見られなかった。平均心拍数の各ベッド内での多重比較 (表2-2) では、看護師の腰部負担の少ない高さのベッドでは移動前に対する移動中および移動前に対する移動後の平均心拍数に有意差はなかった。しかし看護師の腰部負担の大きい高さのベッドでは、移動前と移動中の平均心拍数の間で有意な差が見られた (p < 0.05)。

平均心拍数変化率の区間ごとの比較 (表3-1) では、看護師の腰部負担の少ない高さのベッドでの移動中、移動後はそれぞれ1.00 ± 0.03、1.01 ± 0.05であり、看護師の腰部負担の大きい高さベッドでは1.02 ± 0.03、1.01 ± 0.04であった。どの区間の変化率にも、2つのベッドの高さ間で有意差は見られなかった。平均心拍数変化率の各ベッド内での多重比較 (表3-2) では、看護師の腰部負担の少ない高さのベッドでは、どの区間においても有意差はなかった。しかし看護師の腰部負担の大きい高さのベッドでは、移動前と移動中の平均心拍数の間で有意な差が見られた (p < 0.017, Bonferroniの補正による)。

XI. 考 察

1. 基礎データについて

被験者の平均身長・平均体重は、厚生労働省から発表された平成17年度全国70歳以上の女性平均身長・平均体重である146.9cm、49.7kg¹⁸⁾に近い値となった。厚生労働省発表の全国の患者年齢分布では、入院患者の55%以上が70歳以上であるとされる¹⁾ことから、今回の実験から得られた結果は多くの病院や高齢者施設の患者像とほぼ同様であると考えられる。

2. 最大頸部後屈角度について

看護師の腰部負担の大きい高さのベッドでの移動時、最大約35°の後屈が見られた。

頸椎の可動性は各頸椎の間に存在する椎間板によって維持されており、前屈60°、後屈50°を正常範囲としている。これは頸部の可動域試験では正常範囲内である。しかし高齢者では若年者に比べ、その可動域が15～20%狭くなるとの実験結果もある^{22) 23)}。すなわち前屈では48°～51°、後屈では40°～42.5°である。つまり、看護師の腰部負担の大きい高さのベッドで見られた平均35°の後屈は高齢者

にとっては比較的大きく後屈した状態であると言える。また、頸椎の構造は第1頸椎を除くとほぼ同じであり、中心の脊髄や左右の椎骨動脈を取り囲み、各椎骨の間を頸神経が通っている。後屈体位は高齢者に多い神経根症などでは疼痛を誘発することもあり²⁴⁾、今回の移動中と同じような体勢をとる美容院での洗髪中に起こった脳卒中による死亡例なども報告されている²⁵⁾。同様に、仰臥位での洗髪中にめまいや痛みを感じたことのある者に対して行われた実験では、頸部を支えるクッションによって後屈角度を軽減した場合に比べ、クッションを使用せずにより大きく後屈した体位を取った場合に痛みやめまいが有意に増加している²⁶⁾。

移動援助を行う際、看護師は患者に力を加え、患者の身体をずらすように移動させる。しかし、看護師の腰部負担の大きい高さで移動援助を行うと、看護師の援助姿勢は脊柱を大きく前傾したものとなる。この姿勢は腰部への負担が大きいことから保持するのが難しく、看護師は無意識に脊柱を起こしてしまい、それとともに患者の身体を持ち上げてしまう。そのため、患者は直接支えられていない頭部が重力に引かれ、頸部を大きく後屈した姿勢となってしまったと考えられる。一方、看護師の腰部負担の少ない高さでの移動援助時には、最大頸部後屈角度が有意に減少していた。これは、看護師の腰部負担の少ない高さでの援助姿勢が、看護師にとっては保持しやすい姿勢であることから、患者を持ち上げることなく移動させるように力を加えることが容易であったためと考えられる。以上より、看護師の腰部負担の大きい高さのベッドでの移動は、患者の頸部をより大きく後屈させてしまうことで負担をかけており、またそれはベッドの高さを看護師の腰部負担の少ない高さに調節することで軽減させられると考えられる。

3. 心拍数について

平均心拍数および変化率ともに、看護師の腰部負担の少ない高さのベッドでは有意な変化はなかったが、看護師の腰部負担の大きい高さのベッドでは有意な増加が見られた。

看護師の腰部負担の大きい高さのベッドでの移動の際、最大頸部後屈角度が看護師の腰部負担の少ない高さのベッドでの移動の場合に比べて大きかったことから、頸部を大きく後屈することにより椎骨動脈が圧迫されて狭くなることから頭部の血液量の減少が起こり、ネガティブフィードバックにより心拍数数の変動が起こったと考えられる。

心臓が拍動する際、心臓では心拍出（外部的仕事）だけでなく、心筋の代謝などでもエネルギーが消費される。しかし心拍数が増加する際、心拍出のためのエネルギーが増加し、心筋の代謝などのエネルギー供給が減少する²⁷⁾。これは心臓に負担のかかることであり、心不全患者などの心機能低下がある人は、急激に心拍数が増加する行動を避け

るよう指導される。今回の実験のような移動の援助は、極めて短時間である。しかしベッドの高さを調節せず、看護師の腰部負担の大きい高さのベッドのままで援助を行った場合には心拍数の有意な増加がみられており、看護師の腰部負担の少ない高さに調節した場合にはその増加は見られていない。つまり、看護師の腰部負担の大きい高さのベッドのままで移動援助を行うことは患者の心臓に影響を及ぼしている可能性があり、ベッドの高さを看護師の作業しやすい、腰部負担の少ない高さに調節することでその影響を減少させられると考えられる。

今回の結果では、異なるベッドの高さ間において有意差は見られなかった。これは被験者となった高齢者がいずれも健康であり、ADLレベルを十分保っているほどの体力を有する者たちであったため、移動の援助が心拍数を大きく変化させるほどの負荷とはならなかったためと考えられる。今回の実験では検証できなかったが、主に移動の援助を受ける患者は、高齢者のなかでもADL全般に介助が必要な者であることが多い。老化に伴い、生体の恒常性維持機能は低下するため、この影響を考慮する必要があるといえる。

以上のことから、看護師の腰部負担の大きい高さのベッドでの移動援助は患者の頸部への負担および心臓への影響があることが示唆されたが、ベッドを看護師の腰部負担の少ない高さに調節して行くとその負担や影響を減少させられることが明らかとなった。いずれの結果も身体機能の低下が大きいほど影響が大きくなると考えられる。移動は虚弱な高齢者に対して日に何度も行われる可能性のあるケアである。1回あたりの所要時間は長いものではないが、重要な神経や血管が多く分布する頸部などへ繰り返し負担をかけることは避けなければならない。看護技術は患者に負担をかけぬよう、あるいは最小限とするための工夫がなされている。今回の結果から、作業域を考慮しベッドの高さを調節することは、看護師にとって有利な手段であるだけでなく、患者にとっても有利となる合理的な工夫であることが明らかとなった。

VII. 結 論

本研究にて、ベッドの高さの違いが患者負担に与える影響の違いを検証した結果、以下のことが明らかとなった。

1. 看護師の腰部負担の大きい高さのベッドで行う移動援助は、患者の頸部を大きく後屈させ、心拍数を変動させる可能性がある。
2. 移動援助時の患者への影響は、看護師の腰部負担の少ない高さのベッドで行われた際には減少することから、移動援助時にベッドの高さを調節することは、患者への

影響を減少させることに効果的である。

VIII. おわりに

本研究の結果より、ベッドの高さを看護師の腰部負担の少ない高さに調節することは、看護師にとってだけでなく、患者にも有利であることが明らかとなった。従来の認識では、ベッドの高さ調節は看護師のためだけに行う行為、というものであった。そのため看護師は業務や患者を優先し、自身の腰部負担を認識しながら対策を後回しにしてきた。

今回の結果からベッドの高さ調節は「看護師の腰部負担を減少させるだけのもの」ではなく、「患者の負担を減少させる」という可能性が明らかになった。このことから今

後はベッドの高さ調節を、援助における患者への影響を最小限とするための準備の一環として位置づけを変えることができると言える。

IX. 研究の限界と今後の課題

今回の研究では看護師役を研究者1名が行い、各施行を1回ずつ行うデザインとした。そのため、今後この結果を一般化するには、看護師役も被験者とし、援助も複数回行った際の結果も検討する必要があると考えられる。

今後の課題としては、移動援助の中でも、特に患者の頭部方向への移動に限定した研究であったため、他の看護援助においての検証が必要であるといえる。

要 旨

本研究の目的はベッドの高さの違いが患者に与える影響について検証することである。被験者は70歳以上の健康高齢女性19名とし、患者が昇降しやすい高さで看護師が作業しやすい高さのベッドそれぞれで移動援助を行った。測定指標は頸部後屈角度および心拍数とした。最大頸部後屈角度は看護師の作業しやすい高さに比べ、患者の昇降しやすい高さでの援助時の値が有意に大きかった ($p < 0.01$)。心拍数は平均値および変化率ともに移動前・移動中・移動後のどの区間も有意差はなかった。しかし平均値および変化率の多重比較では、看護師の作業しやすい高さでは差がなく、患者が昇降しやすい高さのベッドでのみ、移動前の値と移動中の値との間に有意な増加が見られた ($p < 0.01$, $p < 0.05$)。以上より、移動援助時にベッドを看護師の作業しやすい高さに調節すると患者の頸部や心拍数への影響が少なくなるといえる。

Abstract

The present study investigates the influence that different bed heights give to patients. 19 healthy women over 70 years old participated in this experiment. One researcher assumed the role of a nurse and transferred subjects in the patient role under two different bed heights: heights adjusted for nurse's work and for patient's sitting on beds. The angle of the neck dorsiflexion and the heart rates were measured. The average of the maximum neck dorsiflexion angle in heights adjusted for patient's sitting on beds was wider than when transfer was done at heights adjusted for nurse's work. The whole time was divided into three areas, and the average and percent changes were calculated. Comparisons of different bed heights revealed no significant differences. The average and percent change of heart rates were analyzed with multiple comparisons. There was no significance in the data of heights adjusted for nurse's work, but there was a significant increase between "before-move" and "during-move" in the data of heights adjusted for patient's standing up from beds. Therefore, the influence on the patient's neck and heart rates can be decreased by adjusting the patient's bed to working height that is easier for nurses.

文 献

- 1) 厚生労働省：推計患者数・受療率（人口10万対） 入院－外来・年次×性・年齢階級別，厚生統計要，平成19年，第2編第2章，60表，2007，http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_2_2.html
- 2) 西條富美代，峯島孝雄ら：老人保健施設におけるトランスファー解除動作の回数と所要時間，理学療法科学，15(4)，181-186，2000.
- 3) 小川鑑一：介護者側から見た腰部負担の軽減策，労働の科学，52(5)，276-279，1997.
- 4) 帖佐悦男，田島直也ら：職業性腰痛の疫学，日本腰痛学会雑誌，7，100-104，2001.
- 5) 河本玲子，青木久美子ら：看護婦の腰痛実態調査，日本作業療法学会誌，14，148，1995.
- 6) 小久保安朗，前沢靖久ら：看護職員の腰痛アンケート調査からみた腰痛の予防と対策，日本腰痛学会雑誌，6，52-55，2000.
- 7) 藤田きみゑ，横井和美ら：看護作業姿勢と腰部への負担に関する研究－滋賀県下湖東，湖北地域における病院のベッドの高さ－，滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌，3，1-7，1998.
- 8) 氏家幸子，阿曾洋子：基礎看護技術1 第5版，19，医学書院，2004.
- 9) 横井和美，伊丹君和ら：安全なベッドからの立ち上がりに関する研究（その2）－表面筋電図を用いた成人患者の下肢筋力の検討－，人間看護研究，3，29-37，2004.
- 10) 平田雅子：腰痛緩和の試みと看護のかかわり腰痛を引き起こす姿勢，動作－ボディメカニクスの観点から－，看護技術，36，1615-1619，1990.
- 11) 加藤麻樹：介助作業の標準化に関する研究（その2）－体位変換作業におけるベッドの高さと作業員に対する負担との関連性－，九州看護福祉大学紀要，169-173，2001.
- 12) 土居恵里香，小松万喜子：電動ベッド導入の有無別にみた看護師の腰痛ならびにベッドの高さ調節の実施状況，日本看護学会論文集：看護総合，38，217-219，2007.
- 13) 氏家幸子，阿曾洋子：基礎看護技術1 第5版，19，医学書院，2004.
- 14) Kjellberg K, Lagerstrom M, et al : Patient safety and comfort during transfers in relation to nurses' work technique, Journal of Advanced Nursing, 47(3), 251-259, 2004.
- 15) 小原二郎：暮らしの中の人間工学，6，実教出版，1971.
- 16) 伊丹君和，藤田きみゑら：看護作業姿勢からみた腰部負担の少ないベッドの高さに関する研究，滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌，4，21-27，2000.
- 17) 小原二郎：暮らしの中の人間工学，81，実教出版，1971.
- 18) 厚生労働省：身長・体重の平均値，性・年次×年齢別，厚生統計要覧 平成19年度，第2編第1章，表2－6より算出，2007，http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_2_1.html
- 19) 小原二郎：暮らしの中の人間工学，6，実教出版，1971.
- 20) 平田雅子：腰痛を引き起こす姿勢，動作－ボディメカニクスの観点から－，看護技術，36(15)，11-15，1990.
- 21) 奈良勲，内山靖ら：図解 理学療法検査・測定ガイド，185，文光堂，2007.
- 22) Castro W.H, Sautmann A.ら：Noninvasive three-dimensional analysis of cervical spine motion in normal subjects in relation to age and sex. An experimental examination, Spine, 25, 443-449, 2000.
- 23) 坂田 清，山田博之ら：健常者における非拘束的条件での若年者群と高齢者群との頸椎可動域の比較，日本臨床バイオメカニクス学会誌，25，139-142，2004.
- 24) 菊池臣一：整形外科外来シリーズ5 頸椎の外来，35，メジカルビュー，1998.
- 25) Weintraub M.I : Beauty parlor stroke syndrome: report of five cases, JAMA, 269, 2085-2086, 1993.
- 26) Foye P.M, Najjar M.P, et al : Pain, dizziness, and central nervous system blood flow in cervical extension: vascular correlations to beauty parlor stroke syndrome and salon sink radiculopathy, Am J Phys Med Rehabil, 81, 395-399, 2002.
- 27) 本郷利憲，廣重力ら：標準生理学 第3版，医学書院，99，1995.

〔平成21年11月12日受 付〕
〔平成22年5月6日採用決定〕

死を意識している患者との対話場面における看護者の
態度構造に関する研究

A Study on Nurses' Attitudes Towards Communicating with Patients Concerned about Death

對馬明美
Akemi Tsushima

三上佳澄
Kasumi Mikami

西沢義子
Yoshiko Nishizawa

死を意識している患者との対話場面における看護者の 態度構造に関する研究

A Study on Nurses' Attitudes Towards Communicating with Patients Concerned about Death

對馬 明 美¹⁾
Akemi Tsushima

三 上 佳 澄²⁾
Kasumi Mikami

西 沢 義 子³⁾
Yoshiko Nishizawa

キーワード：態度，内的作業モデル，コーピング，PAC分析

Key Words：attitudes, internal working models, coping, personal attitude construct analysis

I. はじめに

看護場面で、患者への丁寧で十分な説明や声かけ、配慮、気遣いなどの態度は、知識・技術と共に、看護実践には重要な能力である。患者にとっては、対象者のニーズを的確に捉え対応する看護者の態度が理想である。しかし、看護者が消極的または回避的である場合、患者は最善のケアを受けることができない可能性も生じる^{1), 2)}。対象者のニーズを的確に捉え援助するためには、ニーズを受け止め対応する看護者の態度が重要である。

態度が形成される要因の一つとして、加藤³⁾は直接的にその対象と接する経験をあげている。自らが直接的に主体となって他者との相互関係を経験するという事は、周囲の人々の行動を観察したり、周囲の人々の反応から影響を受けて形成された態度に比べると、より強力で実際の行動と密接に結びつくことが知らされている。先行研究によると、認定看護管理者教育によるファーストレベル研修の受講者の忘れられない場面としてターミナル場面が最も多く⁴⁾、末期がん看護の経験が豊富なほど実践的知識を獲得し、ゆとりのある対応ができ⁵⁾、終末期ケアにおける看護観やケア行動が深まっていく⁶⁾とされている。臨床経験を積み自己の中でフィードバックし経験を意味づけすることは、終末期における看護師の実践的知識の獲得や看護観、ケア行動に影響を及ぼしている。また、看護者にとって否定的な看とりの体験は、がん看護における看護師の不安に影響を与え⁷⁾、看とりに対して期待通りであれば肯定的感情を、そうならなかった場合は否定的感情を抱くこと⁸⁾が報告されている。このように終末期看護での経験は、看護者の知識・看護観・ケア行動・感情に様々な影響を及ぼしていることが明らかにされている。また、態度は、行動を理解するために研究者が仮説的に構成した概念であるた

め、態度を直接的に測定することはできないと言われて³⁾。そのため、態度を間接的に測定するための方法として、種々の尺度が開発された³⁾。終末期看護における看護者の態度に関する研究においても、尺度と併用し自由記載の内容を質的に分析した研究もあるが、ほとんどの研究は尺度を用いた質問紙調査研究である¹⁰⁾。しかし、近年、内藤¹¹⁾により個人の態度・イメージの構造を分析できるツールとして、PAC分析（個人別態度構造 analysis of personal attitude construct）が開発されている。PAC分析技法を用いた終末期看護に関連した研究^{12) 13)}では、「死」や「スピリチュアリティ」のような言葉に対する個人の態度構造の報告であり、看護場面对する看護者としての態度構造に関する研究報告は見当たらない。

Rosenbergeら¹⁴⁾、Krechら¹⁵⁾によると、態度は認知・感情・行動傾向の3つの構成成分から成り立っていることから、終末期の看護場面における看護者の態度構造を明らかにすることは、これまで別々に研究されてきた知識・看護観、感情、ケア行動を統合し、包括的に終末期看護の実態を把握できるのではないかと考えられる。さらに、看護者の態度構造を把握することは、看護場面での自己の態度を客観的に見直す手掛かりとなり、看護の質の向上につながるのではないかと推測される。そこで、本研究は、死を意識している患者との対話場面での看護者の態度構造を明らかにすることを目的とした。

II. 概念枠組み

本研究の概念モデルについて図1に示した。Allport¹⁶⁾によると、態度とは、個人がかかわりを持つ対象、状況、社会問題、集団などといった刺激に対して個人が反応する前の準備状態のことである。本研究では、これらの刺激に

1) 弘前学院大学看護学部看護学科 Hirosaki Gakuin University School of Nursing

2) 虎の門病院 Toranomon Hospital

3) 弘前大学大学院保健学研究科 Hirosaki University Graduate School of Health Sciences

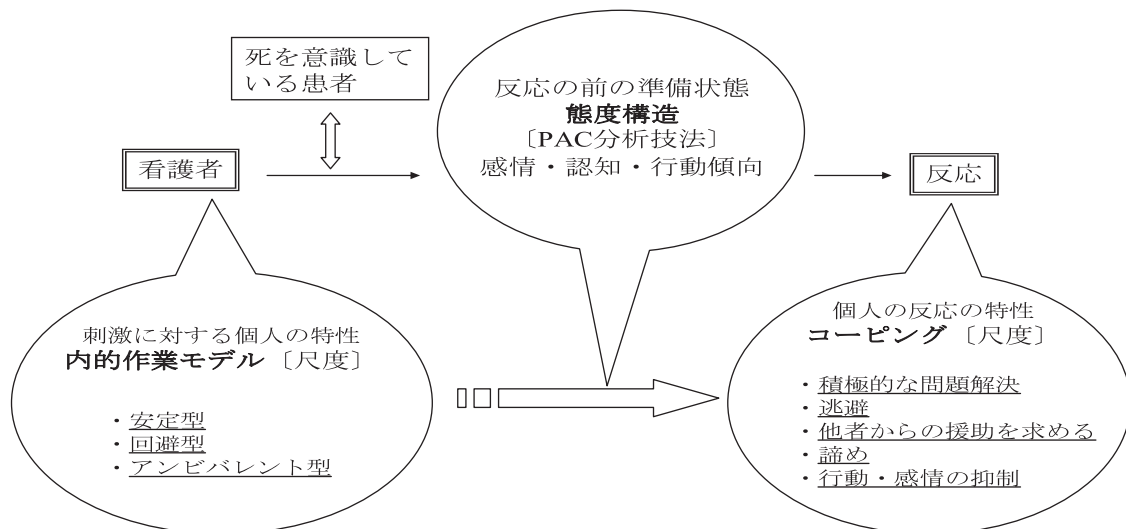


図1 概念モデル

対する個人の特性として「内的作業モデル」¹⁷⁾、個人の反応の特性として「コーピング」¹⁸⁾に着目し、さらに、個人の「態度構造」を把握するために内藤のPAC分析技法を用いる。内的作業モデルとは、自己と他者の関係の捉え方の表象で、他者や様々な出来事を要素として体制化されていくものである。このことから、内的作業モデルを用いることによって、臨床場面で死を意識している患者と出会った経験により体制化された看護者の特性が把握できる。本研究では、内的作業モデルを基盤として、態度構造とコーピングの特徴を探索する。態度構造は、感情・認知・行動傾向の3つの成分から成り立っていることから、PAC分析別の想起項目内容を、感情・認知・行動傾向に分類し、内的作業モデルの各タイプの態度構造の特徴を把握する。そのため、態度の3つの構成成分が重要となるため本研究での各成分を以下の定義とした。

認知：感性に頼らずに推理・思考などに基づいて事象の高次の性質を知る過程。

感情：喜怒哀楽や好悪など、物事に感じて起こる気持ち。

行動傾向：観察可能な反応や行為。

Ⅲ. 方 法

1. 調査対象

調査対象は看護者としての臨床経験がある事を必須条件とした。看護者の所属機関は特定せず、研究者が個人的に協力を依頼し、研究の趣旨を説明後、同意が得られた臨床経験がある看護者34名とした。

2. 調査方法

(1) 質問紙調査法

1) プロフィール調査

調査内容は性別、年齢、臨床経験年数、今までの勤務場所、死を意識している患者との対話経験の有無とした。

2) 内的作業モデル尺度Internal Working Models Scale (IWMS)

本研究では戸田¹⁷⁾によって開発された内的作業モデル尺度を用いた。本研究では看護師が臨床で出会う患者との関係についてどのように捉えているのかを把握するために本尺度を用いた。

内的作業モデルは、3つのタイプを特性としている。1つめは「安定型」で他者は応答的で自己は援助される価値のある存在という表象をもち、他者（患者や家族、スタッフなど）からの援助を有効に活用することでネガティブな情動を適切に制御し、安全感を得ることができる。2つめは「回避型」で他者は拒否的で援助を期待できないことから、これを補完するためにきわめて自己充足的な存在という表象をもち、他者（患者や家族、スタッフなど）とは距離をおいた対人関係を取り、安全感を脅かすような情動はすべて遮断するという情動処理を行う特性をもつ。3つめは「アンビバレント型」で、自己不全感が強く、他者に対して信頼と不信のアンビバレントな表象をもち、他者（患者や家族、スタッフ）との関係性に埋没することで安全感を得るために、他者の反応に容易に影響されやすい。これらの3つの特性に対する尺度が6項目ずつ構成され、それぞれ6段階で評定され（6点～36点）、Cronbach α 係数は0.60～0.86である。本研究では、矢野¹⁹⁾の分類法に基づき、下位尺度の得点を比較して、得点の高い下位尺度をその人の内的作業モデルのタイプとした。本研究のCronbach α 係数は、0.566～0.876であった。

3) コーピング尺度（職場ストレス測定用）

本研究では、小杉¹⁸⁾によって開発されたコーピング尺度を用いた。個人の反応は、同じ出来事を経験しても、コーピングの仕方によって異なってくる。本尺度は、従業員が職場での出来事に対してどのような対処を行っているかを簡便かつ正確に把握する目的として作成されたもので

表1 PAC分析の手順と連想刺激文

〔手順〕	〔連想刺激文〕
(1) 連想刺激文の提示	「患者Aさんは、末期がんで癌性疼痛により薬剤を使用して、疼痛の緩和を図っています。倦怠感があり、臥床がちです。この頃、Aさんは自分の死への恐怖、不安について話すようになりました。普段のあなたならば、Aさんについて、どのように感じ、受け止め、関わるでしょうか？
(2) 自由連想と重要度順位の測定	感じた事や思った事を自由に連想して下さい。そして、頭に浮かんできたイメージや言葉を、思い浮かんだ順にパソコン画面に入力して下さい。」
(3) 各項目のイメージ	
(4) 類似度距離行列の作成	
(5) クラスター分析と解析	

表2 想起項目内容の分類基準

- ・認知：感性に頼らずに推理・思考などに基づいて事象の高次の性質を知る過程が示されている項目内容。
- ・感情：様々な研究者によって提唱された基本的な感情(21)の「喜び、驚き、怒り、恐れ、嫌悪、悲しみ、軽蔑、憎しみ、羞恥、苦悩、不安、期待、希望、欲望」など、物事に感じて起こる気持ちが生示されている項目内容。
- ・行動傾向：一定の刺激に対して一定の反応を示し、観察可能な行為や動作が生示されている項目内容。

ある。看護師が職務上の出来事に対して、どのような対処方法をしているのかを把握するために本尺度を用いた。本尺度は、1点～4点の4段階評価で、積極的な問題解決(9項目：9～36点)、逃避(7項目：7～28点)、他者からの援助を求める(5項目：5～20点)、諦め(5項目：5～20点)、行動・感情の抑制(5項目：5～20点)の5つの下位尺度から成り、合計31項目の質問で構成されている。信頼性に関しては、「行動・感情の抑制」のCronbach α 係数は0.55とやや低いが、その他はCronbach α 係数は0.69～0.86である。本研究のCronbach α 係数は、「逃避」0.269、「感情・行動の抑制」0.269と低かったが、「積極的な問題解決」0.788、「他者からの援助を求める」0.785、「諦め」0.629、全体では0.74であった。

(2) PAC分析支援ツール

看護者の態度構造を把握するため、内藤¹¹⁾のPAC技法を、土田²⁰⁾が開発したパソコンを使用して行うPAC分析支援ツールを用いて実施した。PAC分析の手順と連想刺激文については表1に示した。

1) 連想刺激文の作成と提示

連想刺激文は、対象者が患者のケアを行う場面を連想できるように想定した。対象者が自由に連想できるように、患者の性別、年齢、病名の詳細などは刺激文には含めなかった。本研究は、死を意識している患者と接した経験の有無が重要であるため、患者の設定を終末期で死を意識していることを明記し、身体面と心理面などの状況から連想できるような内容を考えて作成した。作成した連想刺激文は、終末期看護の専門家のアドバイスを受け、修正を行った。PAC分析は本来、個人の態度構造を分析する技法であるが、本研究では死を意識している患者との対話場面での態度構造をより詳細に分析するために、態度の3つの成分に基づいて、文中に「どのように感じ(感情面)、受け止め(認知面)、関わる(行動傾向面)でしょうか」と明記した。

連想刺激文の提示は、連想刺激文を明記した文面を対象

者に提示しながら研究者が声に出して一読した。連想刺激文に対する疑問点の有無の確認後、対象者に文面を提示したままPAC分析を行った。

2) 自由連想と重要度順位の測定

対象者は、連想刺激文に対して自由に連想し、連想した順に項目を土田²⁰⁾が開発したパソコンを使用したPAC分析支援ツールの画面に入力した。項目数は、自由連想が尽きたところで終了とした。対象者は、画面に打ち込んだ項目を肯定的、否定的内容にかかわらず重要と感じられる順序で重要度順位を数字で入力した。

(3) PAC分析によるデータの整理と分析手順

本研究では、対象者が想起した項目内容に焦点をあてた。看護者が死を意識している患者と対話する際にどのようなことを想起するのか把握し分析するためである。そこで、PAC分析で得られた想起項目内容を、認知面・感情面・行動傾向面に分類し、以下の手順で分析を行なった。態度の3つの構成成分が重要となるため、想起項目内容の分類基準を表2に示した。また、本研究では、態度は全体の概念、態度構造は態度を構成する諸要素として定義づけた。

1) 内的作業モデルのタイプ別にみた想起項目内容の分析

内的作業モデルのタイプ別にみた想起項目内容の分析については以下の手順で実施した。

- ① PAC分析で得られた対象者全体の想起項目内容を内的作業モデルのタイプ別に分類する。
- ② 態度の構成成分毎に、想起項目内容の類似性と相違性を比較してコード化し、さらに共通の意味を持つコードを集めてサブカテゴリー化する。
- ③ 共通の意味を持つサブカテゴリーを集めて、カテゴリー化し、カテゴリーの意味を表す表題をつける。
- ④ 対象者全体での態度構造を把握する。
- ⑤ 内的作業モデル別の態度構造の差異を明確にする。

2) 内的作業モデルのタイプ別にみた重要度順位の分析

死を意識している患者と接する時、対象者はどのような

ことを重要視しているのかを明確にするために想起項目内容を以下の手順で分析した。第1位に相当する項目数として数個挙げた対象者もいたため、第1位だけではなく第3位までの想起項目内容を抽出した。

- ① PAC分析で対象者が示した想起項目のうち重要度順位第3位までの項目を抽出する。
- ② 抽出した想起項目内容の類似性と相違性を比較し、カテゴリー化する。
- ③ カテゴリーの意味を表す表題をつける。
- ④ 内的作業モデルのタイプ別による差異を明確にする。

(4) 統計解析

得られた量的データについては、統計解析ソフトSPSS11.0J for Windowsを用い、一元配置分散分析、多重比較にはBonferroni法を用いた。有意水準は $p < 0.05$ とした。

3. 調査環境と調査期間

調査は、弘前大学医学部保健学科看護学演習室や大学院生研究室など、騒音がなくプライバシーが保たれる空間を確保し個別に実施した。調査期間は、平成19年5月下旬～9月下旬までであった。

IV. 倫理的配慮

本研究は、弘前大学大学院医学研究科倫理委員会の承認を受けた。調査前に対象者に、本研究の目的と方法について説明文書を用いて説明した。また、対象者のプライバシーには十分配慮したデータ収集を行い、調査用紙およびデータ、会話内容を記録した用紙は研究終了後、直ちに破棄すること、データは統計的に処理されるため個人が特定されないこと、本研究への参加は自由であること、また一旦同意しても撤回は自由であること、参加同意を拒否しても勤務成績やその他の不利益を受けないことを文書と口頭で説明し、同意書への署名により研究参加の同意を得た。

V. 結 果

1. 対象者のプロフィール

対象者の年代については、30代が最も多く17名で全体の

50%であった。次いで、20代が8名、50代6名、40代3名であった。経験年数については、5年以上10年未満は13名と最も多く、5年未満は9名、10年以上20年未満は7名、20年以上は5名であった。死を意識している患者との対話経験の有無については、患者から病名や治療経過への疑いや不安または死への不安や恐怖を打ち明けられ、かつ、患者が思いを表出できるように自分から声をかけた経験がある人は25名、患者から声をかけられた経験はあるが自分からはない人は4名、患者から声をかけられた経験はないが自分から声をかけた経験がある人は1名、どちらも経験がない人は4名であった。対象者のこれまでの勤務場所については、内科病棟73.5%でほとんどの対象者は内科病棟での勤務を経験していた。次いで、外科病棟47.1%で、外来・リハビリ、産科・小児科・NICU等であった。また、PAC分析の半構成的面接より、対象者は、がん患者や終末期だけではなく、精神疾患で自殺企図のある患者や脳卒中や神経疾患など病名を問わず、死や現状および将来に対する不安を抱えている様々な患者との関わりを経験していた。

2. 年代、臨床経験年数別にみた内的作業モデル

内的作業モデルの下位尺度の得点の範囲は、安定型尺度10～27、回避型尺度10～30、アンビバレント型尺度11～28であった。安定型は14名、回避型は6名、アンビバレント型は10名、同得点だった安定+回避型は2名、安定型+アンビバレント型は2名であった。

年代別にみた内的作業モデルのタイプの分布については、20代では回避型はなく、年齢が高くなるにつれアンビバレント型が減少傾向であった。臨床経験年数別に見た内的作業モデルの分布については、アンビバレント型は、5年未満で最も多く5人、10年以上では2人となり経験年数が多くなるにつれ減少傾向であった。

3. 内的作業モデルとコーピング

内的作業モデルの特性によるコーピング得点の差異を検討するために、安定+アンビバレント型と安定+回避型を除いた30名の各タイプ別の平均得点について図2に示した。「積極的な問題解決」、「逃避」、「他者からの援助を求める」、「諦め」、「感情・行動の抑制」

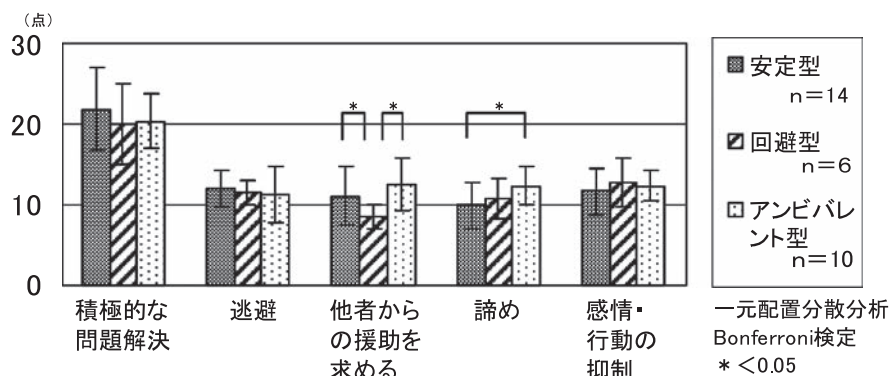


図2 内的作業モデル別のコーピング得点

表3 連想刺激文から想起した内容と内的作業モデルのタイプ別の想起項目数

カテゴリー	態度の構成成分	サブカテゴリー	コード	内的作業モデル別の想起項目数				
				安定型 n = 14	回避型 n = 6	アンビバ レント型 n = 10	安定+アンビ バレント型 n = 2	安定+回避型 n = 2
緩和ケアに対する態度構造	認知面	患者の身体・心理社会面に関する疑問や気がかり	日常生活状況	18	4	14		
			家族との関わり	11	5	16		
			身体的苦痛の程度	10	5	6		
			患者の要望	8	6	15		
			患者の心理状態	8	2	3	3	
			告知の有無	3	1	2		
			表情	3		1		
			宗教観	1	1			
			疾患の理解・受け止め	1	2	1		
		患者心理の分析に関する推測	患者の心理を分析した結果	9	1	8		
			患者の心理の分析過程	6	3			
		死生観	看護者の死生観	5	8	3		
			患者の死生観	3				
		ケア方法についての思案		6		3		
	感情面	看護者の患者・家族と自身への希望	患者・家族ケアへの意向	16	6	11		
			自分への願い	13	4	7	3	
			患者への期待	3				
			家族への希望	2				
		患者への共感		13	1	9		
		看護者の率直な気持ち		15		15	1	
	行動傾向面	コミュニケーション	コミュニケーションスキル	17	17	17	3	3
			コミュニケーションのための環境づくり	7	3	2		1
			家族との対話の機会	5			1	
			家族への援助	2				1
		苦痛の緩和	安楽の充足	5	2	4		1
			活力の促進	5				
			孤独感の緩和	3	3	3		
			宗教的な関わり	2		1		
		その人らしさを支える		2		3		
		スピリチュアルケア提供		1				1
緩和ケアに伴う態度構造	認知面	自己における葛藤	無力な自己	2		1		
			自己の看護能力の限界		1			
			自己への奮起	1				
			自己の心理に対する分析		5			
			自己の能力の分析		2			
			自己への重圧			3		
			自己への不安			3	1	
			終末期看護への思い			1		2
			信頼関係の重要性					3
		チーム形成への思索	専門性の見極め	2				
			患者に対する他のスタッフの対応方法	2				
			スタッフへのフォローアップの必要性		1			
			チーム統一の重要性		1			
	感情面	自己における活気と限界	ケアへの意欲	1				
			自己の向上への意欲	1				
			自己の精神力の限界	1		1		
		チーム力への期待	協働への希望	2	1			
			専門性の向上の期待			1		
			患者に対する他のスタッフの思いへの関心			1		
	行動傾向面	自己による対処	情報共有への意欲	2				
			自分ができること			2		
			知識を高める	1				
		チームアプローチ	自己管理					1
			チームで統一した関わり	1			1	
			ケアの振り返り	2				
			カンファレンスをする	3			1	
			チームでのアプローチ	2			1	2

は、内的作業モデルの各タイプ間では差はなかった。しかし、「他者からの援助を求める」では、3群間に有意差が認められ、多重比較の結果では、回避型の得点は 8.5 ± 1.6 で、安定型 11.1 ± 3.6 とアンビバレント型 12.5 ± 3.3 より有意に低かった ($p < 0.05$)。「諦め」では、安定型の得点は 10.0 ± 2.9 で、アンビバレント型 12.3 ± 2.4 より有意に低かった ($p < 0.05$)。

4. 内的作業モデルと態度構造

(1) 死を意識している患者との対話場面における看護者の態度構造

1) 対象者全体でみた想起項目内容

対象者の想起項目内容を態度の構成成分の認知面、感情面、行動傾向面に分類し、内的作業モデルのタイプ別に、コード化、サブカテゴリー化した結果、【緩和ケアに対する態度構造】と【緩和ケアに伴う態度構造】の2カテゴリーが抽出された。項目内容については表3に示した。(以下、【 】はカテゴリー、《 》はサブカテゴリー、< >はコード、「 」は想起項目内容とする)。

① 【緩和ケアに対する態度構造】

【緩和ケアに対する態度構造】は、対象者の視点が患者・家族に向けられたケアに関連した態度構造であり、認知面では《患者の身体・心理社会面に関する疑問や気がかり》《患者心理の分析に関する推測》《死生観》《ケア方法についての思案》の4サブカテゴリー、感情面では《看護者の患者・家族と自身への希望》《患者への共感》《看護者の率直な気持ち》の3サブカテゴリー、行動傾向面では《コミュニケーション》《苦痛の緩和》《その人らしさを支える》《全力を尽くしたケア提供》の4サブカテゴリーが抽出された。

i) 認知面

対象者は連想刺激文から「告知はされているのか」など<告知の有無>、「疾患をどう理解しているのか」など<疾患の理解・受け止め>、「どのようなことをなぜ不安に思うのか」など<患者の心理状態>、「患者が望んでいることは何か」など<患者の要望>、「倦怠感の程度」「疼痛の程度」など<身体的苦痛の程度>、「家族との関係や家族の面会の頻度」「家族の受け入れや希望」など<家族との関わり>、「食事の摂取状況や睡眠状況」「外泊・外出の可能性」など<日常生活状況>、<表情>、<宗教観>について想起していた。以上からサブカテゴリーを患者に対する《患者の身体・心理社会面に関する疑問や気がかり》と命名した。また、対象者は「死へ向うプロセスを感じているのか」「現状を受け入れられているから、または、受け入れられていないから不安を言葉にするのか」「共感を求めているのか、否定を求めているのか」など患者の心理状態が今どのような状態であるのか追究している段階とし

て<患者の心理の分析過程>の想起をし、そして<患者の心理を分析した結果>として「これから自分はどうなっていくのか、死の瞬間はどうなるのか想像つかない状況にあると想われる」「現実を受け入れようとしているが、まだ受け入れられない」など患者の心理状態を予見していた。以上から、サブカテゴリーを患者の心理状態に対する《患者心理の分析に関する推測》と命名した。

さらに、「病名を知っているとしたら、死についてどう考えているだろうか」など患者が死についてどう思っているか<患者の死生観>、「死という言葉は好きではない」「死という言葉をもちいて関わってよいものか」「こちらから死について話しかけるということは、謙虚さに欠けることである」など看護者自身が死についてどう思っているか<看護者の死生観>について想起していた。以上からサブカテゴリーを《死生観》と命名した。そして「何かもっとできることはないか」「これからどうかかわってほしいかな」「死について聞かれたら何と答えたらよいだろうか」など、対象者は今後の<ケア方法についての思案>をしていた。以上からサブカテゴリーを患者のケア方針に対する《ケア方法についての思案》と命名した。

ii) 感情面

対象者は「気持ちを理解したい」「不安や恐怖を受け止めたい」「ゆっくりと関わりたい」など、患者に最善のケアを提供するために自身が主体的にすべき事として<自分への願い>、「清潔ケアを本人の体調に合わせて行いたい」「少しでも体を楽にさせてあげたい」「患者は勿論、家族も納得できる最期を」「家族と面談できる時間があればいいなあ」など対象者の願いが患者や家族に向けた<患者・家族ケアへの意向>、「笑顔でいて欲しい」など<患者への期待>、「家族に来てもらいたい」など<家族への希望>を想起していた。以上からサブカテゴリーを《看護者の患者・家族と自身への希望》と命名した。

また、「同じ病気の患者と自分の病状を比べてしまう」「治る見込みは本当になのか」「残された時間はどのくらいなのか」「一人は怖い」「誰かそばにいてほしい」「お金のこと」など、患者の状況について心理面・身体面・社会面・経済面などあらゆる側面から患者の立場に立って考えるという<患者の立場に立つ>を想起していた。以上からサブカテゴリーを《患者への共感》と命名した。

さらに、対象者は客観的に「かわいそうだと思う」、病室の壁やシーツ、患者の顔貌から「白い」、他に「暗い」「強いにおいがした」など連想刺激文から<率直な思い>を想起していた。以上からサブカテゴリーを《看護者の率直な気持ち》と命名した。

iii) 行動傾向面

対象者は「傾聴する」「受容する」「タッチング」「座っ

て話をする」「視線を合わせる」「うなずき」「Aさんのペースを守る」など、患者と対話する時の＜コミュニケーションスキル＞、「頻回に訪室する」「忙しい雰囲気を出さない」「環境整備で床頭台などを静かに拭いたり整理したりする（非言語的コミュニケーションがあるかもしれない）」など患者が思いを表出できるように＜コミュニケーションのための環境づくり＞、「家族とだけ話す機会をもつ」「ご家族も一緒にお話ししましょう」など患者との対話だけでなく＜家族との対話の機会を持つ＞、「家族が患者の死を受け入れられるように関わる」「家族と本人が心残りのないような最期を迎えるように関わっていく」など＜家族への援助＞を想起していた。以上からサブカテゴリーを《コミュニケーション》と命名した。

また、「まずはしっかりと疼痛コントロールをする」「栄養面への介入」「倦怠感を軽減するような援助、足浴などを計画に入れる」などの＜安楽の充足＞、「車椅子で散歩に出かけましょう」「体を拭いてさっぱりしませんか」など＜活力の促進＞、「そばにいる」「時間を共にする」など＜孤独感の緩和＞、「神様に祈ること」「牧師さんに相談する」など＜宗教的な関わり＞を想起していた。以上からサブカテゴリーを《苦痛の緩和》と命名した。

さらに、「その人の不満ややりたいこと、やり残したことを聞きだして関わっていく」「患者の願いが叶えられるように」患者が「過ごしたい内容に近い援助をする」などの想起からサブカテゴリーとして《その人らしさを支える》、「患者の不安や訴えに自分達のできる範囲で可能な限りの援助を提供する」「できる限りお世話をする」の想起から、死を意識している患者の思いを共有したり生きる意味を支えたり、生きる希望を見出せるためのケアが必要であることから、サブカテゴリーとして《スピリチュアルケア提供》と命名した。

② 【緩和ケアに伴う態度構造】

【緩和ケアに伴う態度構造】のサブカテゴリーは、対象者の視点が患者・家族以外の自己やチームに向けられた、患者・家族と関わりを持つことで生み出される態度構造であり、認知面では《自己における葛藤》《チーム形成への思索》、感情面では《自己における活気と限界》、行動傾向面では《自己による対処》《チームアプローチ》が抽出された。

i) 認知面

対象者は、《自己における葛藤》について「何もできない自分」「身の回りのお世話しかできない」「Aさんの言葉にただただ聞くことしかできないかもしれない」と＜無力な自己＞、「自分もがんばらなくちゃ…」と＜自己への奮起＞、「もしも、会話の途中で、Aさんの辛い気持ちに同情・感情移入してしまった時には、一緒に涙を流してしまうかもしれない」「でも、その涙は、Aさんの涙とは決

して同じものではない」などと＜自己の心理に対する分析＞、「自分の精神力をコントロールしていかないと看護の継続は難しい」「自分の持てる力で看護できるのか」と＜自己の能力の分析＞、「自分の力だけではだめかも」と＜自己の看護能力の限界＞、「自分にかかる責任の重圧の重さ」「思いを聞くことの重圧」「自分の精神力が問われると思う」と＜自己への重圧＞、「自分がAさんの思いを受け止められるだろうか心配」「自分が看護師としてAさんにふさわしい言葉をかけているか」と＜自己への不安＞、「患者Aさんが私に思いを打ち明けたということが大変に重要視する」「その信頼を裏切る言動はいけない」と＜信頼関係の重要性＞、「私も死に関わるのは何回やってもきついなあ」「ターミナルの患者、家族に接する看護師のストレスも大きい」「ジレンマ」と＜終末期看護への思い＞を想起していた。以上から、対象者は、まず患者が思いを打ち明けたことの意義について認知し、そしてケアを通して自己の無力さや不安、責任の重圧など自己の看護能力への限界を認知し、ストレスやジレンマを抱いたり、患者の信頼に応えるために自己を奮起させていた。

また、《チーム形成への思索》について、「想いを聴くのが自分で良いのか、他のスタッフが良いのか」と＜専門性の見極め＞をし、他部門との連携の必要性も予測していた。「他の看護師はどういう対応をしているのか」と＜患者に対する他のスタッフの対応方法＞や「医師の説明の仕方、病状説明」「コメディカルへの援助、体制」と＜チーム体制への疑問＞、「スタッフの関わり方を統一しなくては」と＜チーム統一の重要性＞、「若い看護師が状況に巻き込まれないように」＜スタッフへのフォローアップの必要性＞について想起していた。以上から、対象者は、他部門との連携を通してより専門的な援助ができるように、また、一貫した援助が提供できるようにチームでの統一の重要性を認知し、患者が訴えた内容について分析していた。さらに、死を意識している患者と接することで生じるストレスなどをサポートするために経験の浅いスタッフへの配慮も認知していた。

ii) 感情面

対象者は、《自己における活気と限界》について「見ているとつらくなる」「直面する自分も苦しい」と＜自己の精神力の限界＞を感じながらも「自分自身の精神力を強くしたい」と＜自己の向上への意欲＞を感じていた。また、「本を読んで末期がんの患者の心理を勉強してみよう」と＜ケアへの意欲＞を感じていた。

《チーム力への期待》については、「まわりの職員はどのようにAさんを思っているのか知りたい」と＜患者に対する他のスタッフの思いへの関心＞、「先生に報告してメンテラしてもらおう」「皆でできることをしたい」と＜チー

ム協働への希望>、「カンファレンスで皆に意見を聞こう」「申し送りしておこう」とく情報の共有への意欲>を感じていた。

iii) 行動傾向面

対象者は、《自己による対処》について「自分が精一杯できる看護を提供する」「笑顔をつくる努力をした」とく自分ができること>、「死ぬことについての本を読む」とく知識を高める>、「個人衛生に気をつけ、身体的にも、肉体的健康な状態で接する」とく自己管理>をしていた。

また、《チームアプローチ》について、「他のスタッフと情報を共有する」「看護師同士で患者さんの対応を統一する」などくチームで統一した関わり>をし、「医師と患者さんの状況について話し合う」「死ぬことについて看護師同士で話す」「先輩にアドバイスを求める」とくカンファレンスをする>、「必要があれば緩和ケアチームに依頼する」「疼痛の程度によって医師と相談する」とくチームでのアプローチ>、「立案していた計画を見直す」「実行し、また患者の変化を見て修正する」とくケアの振り返り>を行っていた。

2) 内的作業モデルのタイプ別にみた想起項目内容

以上のコード名・コード数を内的作業モデルのタイプ別で検討すると、内的作業モデルの5つのタイプ間においてタイプ別の人数に違いがあるためコード数にも違いはあるものの、内的作業モデルの特性である安定型・回避型・アンビバレント型間でのコード名に差異はなかった。

3) 重要度順位と内的作業モデルのタイプ別

対象者が決定した重要度順位第3位までの項目内容について表4に示した。

安定型は、患者の立場に立って【患者の心理状態】を推測しながら、「気持ちを理解したい」「いつでも声をかけて下さい」「何か役にたてることはないか」など【看護者の意思】を表出し、疼痛に関することや清潔ケアなど【苦痛の緩和と基本的ニーズの充足】を援助している傾向であった。これらのことから、安定型の対象者は、患者の心理状態を推測しながら、日常生活の援助をしつつ、患者を理解しようと働きかけている態度が特徴として見出された。

回避型は、環境整備をしながら、患者が自ら言葉を発して来た時に応じているなど【患者のそばで見守る】、「時間を大切にしたい」「今できることをしなくては」「できないに関わらずの患者の希望」など【貴重な今（時間）と個人の尊重】、【苦痛の緩和】、家族やキーパソンなど【患者の周囲】との関係を重要視している傾向であった。これらのことから、回避型の対象者は、患者を観察しながら見守り、患者の心の開示を待っている態度、また、患者にとっての時間を大切にしようとする態度が特徴として見出された。

アンビバレント型は、家族と本人が心残りのないような最期を迎えることができるように患者だけではなく【家族との関わり】を重要視し、他の内的作業モデルのタイプと同様に、【傾聴の必要性】【個人の尊重】【苦痛の緩和】【患者の心理状態】を重要視している傾向であった。また、死生観、倫理観、宗教観、自己の精神力への問いと【看護者自身を見つめる】ことを重要視している傾向であった。これらのことから、アンビバレント型の対象者は、患者だけでなく家族の気持ちにも寄り添う援助をしている態度、また、自分自身を見つめながら看護を行なっている態度が特徴として見出された。

安定+アンビバレント型は【患者の心理状態】、【傾聴の必要性】の他に、【チームアプローチの重要性】を認識している傾向であった。これらのことから、安定+アンビバレント型の対象者は、看護者個人だけではなく、チームとして関わっていく態度が特徴として見出された。

安定+回避型は【苦痛の緩和】、また患者の信頼を裏切る言動はいけないう、自分達のできる範囲で可能な限りの援助をするなど【患者が訴えるということの意義】を重要視している傾向であった。これらのことから、安定+回避型の対象者は、患者が思いを打ち明けたことを真摯に受け止め、その思いに対し、全力で応じている態度が特徴として見出された。

以上から、内的作業モデルのタイプ別によって、重要と考えている想起項目内容に差異が見られた。

VI. 考 察

1. 内的作業モデルのタイプ別にみた態度構造

本研究結果から、死を意識している患者に対して、対象者全体で共通する態度構造および内的作業モデルのタイプで差異のある態度構造が見出された。以下、それぞれの態度構造について考察する。

連想刺激文に対する想起項目内容の分析から、対象者全体において【緩和ケアに対する態度構造】と【緩和ケアに伴う態度構造】の2カテゴリーが抽出された。本研究の対象者は、提示した連想刺激文で設定した患者に対して緩和ケアの必要性を連想し【緩和ケアに対する態度構造】が見出されたと考えられる。この態度構造は、菅原⁵⁾、野戸ら⁶⁾、吉田⁷⁾の終末期における患者や家族に対する看護者の看護観・ケア行動・対応についての報告と類似した内容であった。本研究の対象者は、態度の構成成分の認知面のサブカテゴリーで《患者の身体・心理社会面に関する疑問や気がかり》《患者心理の分析に関する推測》《死生観》《ケア方法についての思案》が抽出されたことから、WHOの緩和ケアの定義にあるように患者・家族に対し、身体的問題、心理的社会的問題、スピリチュアルな問題に關して

表4 重要度順位3位までの想起内容

内的作業モデル のタイプ	重要度順位3位までのデータ (対象者番号): 死を意識している患者と対話経験あり [対象者番号]: 死を意識している患者と対話経験無し	カテゴリー
安定型	Aさんのおかれている環境を理解すること (29) 気持ちを理解したい (28) 言動を傾聴する (13) 気持ちを素直に言える環境をつくる (5) 不安について話したら表出できるようにしたい (5) 何でもいいから言えることがあるならどうぞ (8) 表情 (32) 看護師はたくさんいます。いつでも声をかけてください (19) 何か役に立てることはないかな (31) できるだけベットサイドで話を聞きたい [9] 私はAさんに話したい [3]	看護者の意思
	疼痛緩和 (13) 痛みがあって苦しいだろう (18) 痛みをどのように緩和してあげるのが良いだろう (18) 痛いのは嫌ですね、痛みは我慢しなくていいですよ (19) 少し座って外の景色でも見ましょうか (19) 痛みをゼロにしてあげたい (34) 少しでも体を楽にしたい (34) 体をきれいにしたい (34) 痛みはどの程度感じているのだろうか [9] 気持ちよく過ごせる時間が少しでも増えれば良いなあ [25]	苦痛の緩和と基本的ニーズの充足
	他の患者さんが亡くなったことをうすうす感じ、いよいよ自分も死が近づいていることを感じて戸惑い、不安が強くなっている様子である (15) 同じ病気の患者と自分の病状を比べてしまう (15) 告知はされているのかな (28) 病名を知っているとしたら、死についてどう考えているのだろうか (28) 死について自覚してきている (29) 自分の死後について気になってきている (29) 精神面 (不安) を表出できているのか? (13) 不安についてもう少し明らかにしたい (31) 今日の気分はどうか (31) 今日の患者Aさんの気分 (32) Aさんの1番気になることは何ですか? [25]	患者の心理状態
回避型	環境整備で床頭台などを静かに拭いたり整備したりする (非言語的コミュニケーションがあるかもしれない) (12) ただし、「それで…」の間の (ま) を大切にする (12) なるべく閉鎖的質問にして、Aさんがありのままの言葉で表現できるように配慮する (12) Aさんが自ら言葉を発してきた時は、それに応じる (12) その応じ方は、こちらはゆっくりした気分で応じるようにしている (12) 多少室の場合は、その場でいいか確認する (12) Aさんの思いはそのまま受け止めよう (16) そばにいる (16) うなずき (16)	患者のそばで見守る
	時間を大切にしたい (27) 今できることをしなくては (27) 今したいことは何? (27) Aさんのできる、できないにかかわらずの希望 (24) 病室であってもできるだけ患者の望む環境にする (10) Aさんの死は、Aさんというまたとないかけがえのない命である (12)	貴重な今 (時間) と個人の尊重
	Aさんから死について、話しかけてきた時はいいが、そうでない時は、Aさん自身の心の中である程度問題処理ができているときである (12) 診断名は告知されているのか (26) 共感を求めているのか、否定を求めているのか (26) 本人はどう受け止めているのか (26)	患者の心理状態
	モルヒネで疼痛の対策をしているのかな (24) もっとも安楽な状況はどのようなものか (体位や気分転換など) (10)	苦痛の緩和
	家族との関係 (24) キーパーソンは誰か (10)	患者の周囲
アンビバレント型	家族がAさんの死を受け入れられるように関わる (17) 最後まで意識があって家族と話せるといいなと思う (17) 家族と本人が心残りのないような最期を迎えることができるように関わっていく (23) 家族 (重要他者) と患者の関わり (14) 看護師に言う場合と、家族の場合は違うことがあることがあるので、家族にも聞いて情報を得る (22) 家族の話を引き出す (23) 優しい夫 (21) 周囲との人間関係 (医療者も含む) (14)	家族との関わり
	不安なことはまず聴く (22) 聴いて同感する (22) 本人の思いを受け止める (22) 「もう死ぬんでしょ?」とか言われたら、本人が少しでも良くなっていることを話して、励ますかなあ (22) ゆっくり話せる時間をもたなきゃ (11) 傾聴 (14)	傾聴の必要性
	少しでも望む死に方を援助したい [2] 痛みがなかったら、何がしたいか [2] 家に帰りたくないか? [2] その人らしく生きることの援助 (14) 生きる意欲 (14) 尊厳 (14) その人の不満ややりたいこと、やり残したことを聞き出して、関わっていく (23) Aさんの望むもの (20) Aさんの目標になるようなことがあるなら、それに向けての手助けができるように、周りでフォローする (22) QOL (14)	個人の尊重
	痛みは強いのか (11) 痛みの程度 (20) 痛みの程度 (21) 疼痛の程度 (14) 全身状態の悪化防止 (14) 苦悩 (14) スピリチュアル (14) 疼痛コントロールできているか把握する (22) 苦痛はできる限り取り除いてあげたい (17) 寝てるか食べているかの確認 (22) 夜は眠れているのかな? (11) 環境を整えたい (4) 今必要な処理は何か (20)	苦痛の緩和
	誰かそばにいてほしい (30) 孤独感を抱いている (30) 入院はしたくない (21) ありのままを見つめている (30)	患者の心理状態
	死生観 (14) 倫理観 (14) 神様に祈ること (4) 自分の精神力が問われると思う (4)	看護者自身を見つめる
	看護師は話を聞く (6)	傾聴の必要性
安定 + アンビバレント型	どのような恐怖なのか (6) 不安について、自分に対しての不安か、家族に対しての不安か (6)	患者の心理状態
	医師と患者さんの状況について話し合う (7) 看護師同士で患者さんの対応を統一しようとする (7) 他のスタッフからも情報を得る (7)	チームアプローチの重要性
安定 + 回避型	親身になる。本音で向き合い傾聴することは欠かさない (1) 患者Aさんは私に打ち明けたと言うことを大変に重要視する (1) その信頼を裏切る言動はいけない (1) 患者の訴えを聴く (33) 不安や訴えの内容に自分達のできる範囲で可能な限りの援助をする (33)	患者が訴える意義
	まずはしっかりと疼痛コントロールをする (33)	苦痛の緩和

確に評価を行い、さらに、態度の行動傾向面のサブカテゴリーで《コミュニケーション》《苦痛の緩和》《その人らしさを支える》《全力を尽くしたケア提供》が抽出されたことから、患者・家族のQOLを改善するためにアプローチしていると考えられる。また、緩和ケアを実践する上で、死を意識している患者を通じて、緩和ケアに対する自己の知識や技術能力、精神力について内省し、他のスタッフとの協働の必要性を認識しているために【緩和ケアに伴う態度構造】が見出されたと考えられる。この2つのカテゴリーは、内的作業モデルのタイプ別による差異はなかった。

また、対象者の中には、がんや終末期ではなく、精神疾患により自殺企図のある患者や脳卒中疾患の発症直後で不安を抱えている患者との関わりを通じた経験により本研究の連想刺激文に対して想起していた対象者もいた。このことより、本研究の対象者は連想刺激文で設定した終末期やがん患者に対する看護を臨床で実践した経験はないが、がんや終末期の看護には緩和ケアの知識や技術が必要であると共通に認識していると考えられる。さらに、想起項目は、認知面の内容が多く、内的作業モデルのどのタイプでも共通していた。看護者は、看護基礎教育で、患者と出会い看護援助をする際に患者の情報を収集、アセスメントし、抽出した看護問題に対して看護計画を立案・実行・評価をするという看護過程について学ぶ。本研究の対象者は、死を意識している患者に看護援助をするために、看護過程に基づいて、情報収集を行うために患者のADL状況やニーズ、家族など周囲の状況について関心を抱いたり、患者の心理状態を推測していると考えられる。

一方、コーピング得点と重要度順位では、内的作業モデルのタイプ別による差異が認められた。内的作業モデルに関する先行研究において、内的作業モデルのタイプ別によるコーピング²²⁾、自分の死の恐怖²³⁾、パーソナリティ特性²⁴⁾、差異が報告されており、本研究においてもタイプ別による差異が認められ先行研究と一致した。内的作業モデルとコーピングの関連で、宮本²²⁾によれば安定型は積極的かつ他人と関わりながら対処し、回避型は他人と関わりを持たずに対処する傾向であると報告しており、本研究も同様の結果であった。重要度順位から考察すると安定型は、患者の心理を推測しながら理解しようと働きかける態度が見出され、患者に積極的に関わっていると考えられる。回避型は、患者が思いを打ち明けるまで観察しながら待っている態度が見出され、患者との距離をとりながら関わっていると考えられる。また、先行研究^{23), 25)}によると自分の死に対する不安の程度や家族に対する反応についての調査の結果、内的作業モデルのタイプによって差異があったと報告している。本研究では、想起項目内容全体ではタイプに差異はなかった。このことより、本研究の対象

者は、連想刺激文に対して個人の内的作業モデルの特性から想起したというよりも、専門職としての看護者の役割意識を持って想起したことが推測される。また、内的作業モデルの表象を、自己と補充関係にある対象者の存在や発展により自己も成長していくというケアリング理論²⁶⁾に基づいて考えると、安定型はケアへの積極性は患者を受容し援助することで看護者である自己も患者によって受容され援助されていると認識していると考えられ、他者は応答的で自己は援助される価値があるという表象と一致していた。回避型はコーピング得点や重要度順位の結果から、患者を観察しながら患者が心を開示するのを待っている傾向が見出され、他者と距離をおいた対人関係をもつ表象と一致していた。また、アンビバレント型は想起項目内容の結果から、思いを聞くことや責任に対する自己の重圧感や不安感を抱えており自己不全感がある表象と一致していた。

以上のことから、コーピング得点や連想刺激文に対する想起項目内容の重要度順位から、死を意識している患者と対話する際の看護者の態度構造は内的作業モデルのタイプ別に差異があった。すなわち、死を意識している患者を目の前にした時、今現在、何が重要であるかという看護者の認識が内的作業モデルのタイプ別で相違があると考えられる。このことが、死を意識している患者と接する際の看護者の態度構造の相違へと繋がるのではないかと推測され、内的作業モデルが関与していることが示唆された。

2. 看護実践への示唆

三好ら²⁷⁾は、ゆとりを生み出すためのコミュニケーション態度の研究で、看護者の腰掛ける動作や穏やかな表情は、看護者の行動として会話共有の意志を表す態度であると報告している。野戸ら⁶⁾は、終末期におけるケア行動の一つに“辛さをどう受け止めたかを伝える”“患者から逃げずに話し合う”が見出されたと報告している。本研究では、行動傾向面の＜コミュニケーションスキル＞＜コミュニケーションのための環境づくり＞として、「座って話をする」「忙しい雰囲気を出さない」などの想起内容があり項目数は多かった。また、認知面では患者に対する疑問や推測、感情面で患者や家族へのケアの意向や共感は多数見られ、行動傾向面では傾聴や受容など患者の思いを聞き取るという内容が多かったことより、本研究の対象者は、死を意識している患者が安心して思いを打ち明けるためのコミュニケーションスキルを獲得していると考えられる。しかし、看護者が抱いた疑問や意向、共感を患者や家族に伝えるという行動傾向の想起項目内容は少なかった。西沢ら²⁸⁾は、情動的共感性と患者との対応行動の関連を看護学生と教育系学生で比較した結果、看護学生は他者の心情を読み取る能力が高いが、対応行動において情動的共感性が反映されていなかったと報告している。本研究の対

象者の想起項目内容では、共感などの感情面を行動傾向面で表出した記述内容が少なかったことから、看護者は自分の思いを表出し患者に伝えるという自己開示・自己表現が不足していると考えられる。今後は、看護者が患者に対して考えたこと（認知面）や感じたこと（感情面）を、患者や家族に意思表示することやフィードバックすることによって、死を意識している患者に対する態度構造が発展するのではないかと考えられる。

IV. 本研究の限界

本研究は、対象者が34名であるため一般化には限界がある。今後は、対象者を増やし結果の信頼性・妥当性を検証する必要がある。また、本研究は、連想刺激文に対する対象者の想起項目内容からの分析であるため、今後は観察など他の手段を通じて実際場面での看護者の態度構造と照合する必要がある。さらに、牧師など他職種者における死を意識している患者との対話場面での態度構造と比較をし、看護者の態度構造の発展への示唆を得る必要がある。

VII. 結 論

死を意識している患者と対話する際の看護者の態度構造を明確にするために臨床経験のある看護者34名を対象に内的作業モデル尺度とコーピング尺度を用いた質問紙調査とPAC分析を実施し、以下のような結果が得られた。

1. 対象者の内的作業モデルのタイプは、安定型14名、回避型6名、アンビバレント型10名、安定+アンビバレント型2名、安定+回避型2名であった。
2. コーピングでは、他者に援助を求める得点は、回避型が安定型とアンビバレント型より有意に低かった。諦めの得点は、安定型がアンビバレント型より有意に低かった。
3. 死を意識している患者と対話する際の看護者の態度構造として【緩和ケアに対する態度構造】と【緩和ケアに伴う態度構造】の2カテゴリーが抽出された。
4. 安定型は患者を理解しようと働きかける態度、回避型は患者を観察しながら見守る態度、アンビバレント型は患者だけでなく家族の気持ちにも寄り添う態度が見出された。

要 旨

本研究は、死を意識している患者との対話場面における看護者の態度構造を明らかにすることを目的とした。臨床経験のある看護者34名を対象者とし、内的作業モデル尺度と職場用ストレス用コーピング尺度を用いた自記式質問紙調査とPAC分析を実施した。コーピングのうち「他者からの援助を求める」は回避型の得点が安定型とアンビバレント型より有意に低かった。「諦め」はアンビバレント型の得点が安定型より有意に高かった。想起項目内容の分析より《緩和ケアに対する態度構造》《緩和ケアに伴う態度構造》の2つのカテゴリーが抽出され、内的作業モデルのタイプでは差異はなかった。しかし、重要度順位の内容では内的作業モデルのタイプで差異があったことから、死を意識している患者のケアには看護者が捉えた優先度の高いケアが必要であると考えていることが推測され、これには内的作業モデルが関与していることが示唆された。

Abstract

This study aimed to clarify nurses' attitudes towards communicating with patients who are concerned about death. The subjects were 34 with laboratory experience at a hospital. Self-administered questionnaires were completed, the Internal Working Models scale and the Coping in Work scale. Additionally the Personal Attitude Construct (PAC) analysis was used to qualitatively evaluate nurses' attitudes. In the Coping in Work scale, the Dependence score of the Avoidant group was significantly lower than the Secure and Ambivalent groups. The Resignation Tendency score of Ambivalent group was also significantly higher than the Secure group. From the PAC analysis, nurses' attitudes were classified into two categories, namely "Attitude towards palliative care" and "attitude accompanying palliative care". This result showed no differences in nurses' attitudes to their personality characteristics identified by the Internal Working Models. But the result of the priority ranking of image items in the PAC analysis showed differences in nurses' attitudes to their personality characteristics identified by the Internal Working Models. The nurses exhibited different priorities in patient care for patients concerned about death depending on personality characteristics identified by Internal Working Models in this study.

文 献

- 1) 鈴木千衣：小児がん患者－看護婦関係における看護婦の心理的な距離間の構成因子と意味，看護研究，31(2)，179-188，1998.
- 2) Glaser BG, Strauss AL, 木下康仁訳：「死のアウェアネス理論」と看護 死の認識と終末期ケア，29-118. 医学書院，東京，1988.
- 3) 加藤義明：社会心理学，35-43，有斐閣，東京，1974.
- 4) 齋藤佳子，由川文子，他：看護観の明確化を促す教育内容の検討－管理者教育における「経験の掘り起こし」の効果－，第34回看護管理，60-62，2003.
- 5) 菅原邦子：末期癌患者の看護に携わる看護婦の実践的知識，看護研究，26(6)，486-502，1993.
- 6) 野戸結花，三上れつ，他：終末期ケアにおける臨床看護師の看護観とケア行動に関する研究，日本がん看護学会誌，16(1)，28-38，2002.
- 7) 吉田みつ子：ホスピスにおける看護婦の「死」観に関する研究－“良い看とり”をめぐる－，日本看護科学会誌，19(1)，49-59，1999.
- 8) 大童幹子：看護者のメンタルヘルスに関する研究－がん看護に伴う看護者の不安に関する因果モデルの検証と再構築－，日本看護科学会誌，22(1)，1-12，2002.
- 9) Taylor EJ, Highfield M, et al. : Attitudes and beliefs regarding spiritual care A survey of cancer nurses, Cancer Nursing, 476-87, 1994.
- 10) Stavroula G, Ourania K, et al. : Nurses' attitudes toward truthful communication with patient with cancer. A Greek study, Cancer Nursing, 436-441, 2002.
- 11) 内藤哲雄：PAC分析実施法入門 「個」を科学する新技法への招待，ナカニシヤ出版，京都，2002.
- 12) 堀内宏美，奥 祥子，他：看護大学生の死についての態度構造の縦断的研究，福岡県立大学看護学部紀要，3，65-73，2006.
- 13) 長瀬雅子，中村雅彦：看護職者のスピリチュアリティに関する価値/信念の個人別態度構造分析，東海大学健康科学部紀要，10，1-11，2004.
- 14) Rosenberg MJ, Hovland CI : Attitude Organization and Change “Cognitive, affective and behavioral components of attitudes”，1-14, New Heaven, 1960.
- 15) 原岡一馬：人間行動の社会心理学，金子書房，234，東京，1974.
- 16) Allport GW : A handbook of social psychology “Attitudes”，799-844, The international university series in psychology, 1935.
- 17) 戸田弘二：内的作業モデル尺度，堀洋道（編）：心理測定尺度集Ⅱ 人間と社会のつながりをとらえる＜対人関係・価値観＞，109-114，サイエンス社，東京，2001.
- 18) 小杉正太郎：コーピング尺度（職場ストレス測定用），堀洋道（編）：心理測定尺度集Ⅱ 人間と社会のつながりをとらえる＜対人関係・価値観＞，324-328，サイエンス社，東京，2001.
- 19) 矢野由佳子：短大生の対人態度と不安－内的作業モデルと特性不安からの検討－，東京成徳短期大学，36，19-26，2003.
- 20) 土田義郎：PAC分析支援ツール
www.kanazawa-it.ac.jp/~tsuchida/lecture/pac-asist.htm
- 21) 濱治世，鈴木直人，他：感情心理学への招待 感情・情緒へのアプローチ，32-52，サイエンス社，東京，2003.
- 22) 宮本邦雄：女子大学生の内的作業モデルと宗教意識・ストレスコーピング・抑うつとの関連，東海女子大学紀要，25，101-108，2005.
- 23) 松本忠久，小山内幸治：青年期男子の対人内部作業モデルと自分死の恐怖，秋田論叢法学部紀要，15，41-71，1999.
- 24) 松本忠久：女子青年後期の内部対人作業モデルとパーソナリティ特性，秋田論叢法学部紀要，10，141-161，1994.
- 25) 宮本邦雄，佐藤かおり，他：女子大学生の内的作業モデルと家族表象－家族描画と円環母子関係イメージ画を指標として－，東海女子大学紀要，21，67-77，2001.
- 26) M.メイヤロフ，田村真・向野宣之訳：ケアの本質 生きることの意味，124-131，ゆみる出版，東京，2006.
- 27) 三好理恵，矢内陽子，他：ホスピスケアにおいてゆとりを生み出す看護師のコミュニケーション態度.第36回成人看護Ⅱ，3-5，2005.
- 28) 西沢義子，花屋道子，他：看護学生の対応行動に関する研究－投影的方法を用いた分析－，日本看護研究学会雑誌，28(1)，83-89，2005.

〔平成21年2月27日受 付〕
〔平成22年5月19日採用決定〕

育児期の親性尺度の開発

－信頼性と妥当性の検討－

Development of a Scale to Measure Early Childhood Parenting
: An Examination of Its Reliability and Validity

大 橋 幸 美
Yukimi Ohashi

浅 野 みどり
Midori Asano

育児期の親性尺度の開発

—信頼性と妥当性の検討—

Development of a Scale to Measure Early Childhood Parenting
: An Examination of Its Reliability and Validity

大 橋 幸 美¹⁾
Yukimi Ohashi

浅 野 みどり²⁾
Midori Asano

キーワード：親性，育児期，親，尺度開発，質問紙

Key Words : parenting, early childhood, parent, development of a scale, questionnaire

I. 緒 言

平成20年の合計特殊出生率は1.37¹⁾となり、前年より若干の上昇が見られたが、人口に占める若年人口の割合は減り続けており、依然として少子化問題は日本社会の基盤に関わる問題である。少子化の原因として、「育児への不安」「仕事と子育ての両立の負担感」「夫の育児の不参加」「妻の精神的・身体的負担の増大」等があり^{2), 3)}、社会的支援だけではなく、親の気持ちに寄り添った具体的な生活支援が必要である⁴⁾。また、近年増加する児童虐待の背景としても、「親としての未熟性」「育児不安」「社会からの孤立」が挙げられ、周産期から密接なかかわりを持つ看護職による虐待予防のための早期発見と早期対応の必要性が指摘されている^{5), 6)}。女性の社会進出が進み、男女共同参画社会の実現が望まれている現代社会においては、家庭内の育児においても男女が互いに人権を尊重しつつ責任も分かち合い、性別にかかわらず、その個性と能力を十分に発揮することが緊要な課題となっている（男女共同参画社会基本法:平成11年施行）。さらに、ひとり親家庭やステップファミリーも増加し、多様化する家族形態の中で、性別役割分業観にとらわれない親の特性に着目する必要性が増大している。

親としての認識や子どもに対する感情を表す用語として従来「母性・父性」が用いられてきたが、これは家長制度という歴史的背景をもち、女性性・男性性という性別役割分業観に基づいた概念を含んでいる⁷⁾。しかし、子育ての現状をみると、母性・父性で母親と父親を区別することが、「父親は仕事、母親は家事と育児に専念するほうがよい」という考えを助長し、母親に育児の負担を強い、育児に参加したい父親を阻害することになるのではないかと

指摘されている。そこで母親と父親に共通する親の特性を示す「親性」という用語が使用され始めているが、「親性」の概念については明確化されておらず、社会的認識も低いのが現状である⁸⁾。そこで研究者らは「親性」に着目し、「親になることを母親と父親はどのように受けとめているのか」「どのような過程で子どもへの認識を深め、親としての満足感を得ているのか」「子育てについてどのような不安や困難感を抱いているのか」等を明らかにすることは、看護の前提となる対象理解を深め、新たな育児支援を創出する可能性があると考えた。

育児に関連した感情や認識を測定する尺度としては、母親役割の自信尺度と母親であることの満足感尺度⁹⁾、愛着質問紙 (MAQ)¹⁰⁾、育児ストレス尺度 (PSI)¹¹⁾、親満足尺度¹²⁾、対児感情尺度¹³⁾ などがあるが、母親役割の自信尺度と満足感尺度と愛着質問紙 (MAQ) は母親のみを対象としており、父親は含まれていない。また、育児ストレス尺度、親満足尺度は、ストレスや満足という親認識の一側面のみを測定する内容であり、「親性」に着目した尺度も開発もされている^{14), 15)} が、親としての特性全体を捉えることが難しい。鯨島の親性尺度¹⁶⁾ は、男性性と女性性から親になるイメージの変化に焦点をあてた質問項目となっている。そこで本研究では、母親と父親を対象とし、親の特性を多側面からとらえるための「育児期の親性尺度」開発に着手した。

II. 研究目的

育児期の親を対象とする「育児期の親性尺度」の開発を行い、信頼性と妥当性を検討する。

1) 名古屋大学大学院医学系研究科 中部大学生命健康科学部保健看護学科

Nagoya University Graduate School of Medicine Department of Nursing, Chubu University College of Life and Health Sciences

2) 名古屋大学医学部保健学科 Nagoya University School of Health Science

Ⅲ. 育児期の親性尺度試作版の作成プロセス

1. 育児期の親性について

(1) 本研究における親性の概念

Murrayは、人間の基本的欲求として養護欲求があることを明らかにし、人間としてすべての人が子どもや弱い人に対して、相手を慈しみ愛情を持って接するという特性を持っていると述べている¹⁷⁾。生涯発達する人間の成長過程の中で、特に妊娠・出産・育児期は、親としての役割を獲得し他者との関わりの中で大きな変化を遂げる時期である¹⁸⁾。親役割については、RubinとWalkerらが、Maternal identityを、自分自身への概念と児に対する概念という2方向でとらえることの重要性を述べ^{19), 20)}、父親の育児についても同様にGrossmannらが、Autonomy（自律性）とAffiliation（親和性）の2つの要因との関連について指摘している²¹⁾。つまり、親を理解するためには、子どもへの一方的なものではなく、自分の感情、思考、信念などをどのように認知しているかという自己への認識を含む2方向性で捉えていくことが必要である。これらの知見をふまえ、研究者らは、1) 人間としての基本的欲求に基づき、すべての人がもっているものである。2) 女性と男性に共通するものである。3) 自己に対するものと、子どもに対するものとの2方向性でとらえる。4) ライフステージとともに発達していくものである。という4つの視点から親性をとらえた。そして「親性」に類似する「育児性²²⁾」「養育性²³⁾」「養護性²⁴⁾」「親（性）準備^{25), 26)}」「次世代育成力²⁷⁾」の概念についてその共通点と相違点について文献検討を行った。その結果、「親性」の概念を、「親性とは、すべての人がもっているものであり、女性と男性に共通する、自己を愛し、尊重しながら、他者（子ども）に対しても慈しみやいたわりをもつという性質である。ライフステージとともに発達していくものであり、妊娠・出産・育児期では、子どもに対して保護や育成という能力で発揮される。」と定義した²⁸⁾。

(2) 育児期の親性の構成概念について

育児期とは、親役割を獲得する期間であり、家族機能においても家事や育児と仕事と家族員の役割の再調整時期である。青年期から成人期にあたるこの時期は、Eriksonによると、自我同一性、親密性、生殖性という発達課題をもち、妊娠・出産・育児という経験が成熟した人間性を発達させていくと考えられている²⁹⁾。人生の中でも変化の大きな育児期の親性も自己への認識と子どもへの認識という2方向性の視点をもつことが重要であり、さらに小野寺と山崎らが述べているように、自己への認識を親役割の状態と親役割以外の状態とわけてとらえ^{30), 31)}、その調和と葛藤を把握することが親理解の重要ポイントであると考えている。以上をふまえ、育児期の親性尺度の構成概念を自己への認識と

子どもへの認識の2側面で捉え、自己への認識を「親役割の状態」と「親役割以外の状態」とわけ、「子どもへの認識」を合わせた3つを下位領域とした。

2. 育児期の親性尺度原案の作成

「親役割の状態」「親役割以外の状態」を自己への認識とし「子どもへの認識」を加えた2側面3下位領域について、先行研究より、サブカテゴリーと各質問項目の原案を作成した。

「親役割の状態」は、子どもに接しながら、授乳や排泄の世話といった育児能力を身につけ、育児に関心を持ち親としての役割に満足感を抱いている状態であると定義し^{32)~34)}、親役割の満足感、育児への関心、親役割獲得の期待、育児能力・態度・欲求をサブカテゴリーと想定した。「親役割以外の状態」は、夫や妻といった役割をもち社会で働く存在認識を示し、自己肯定感や社会との関係性を含むと定義し^{35), 36)}、親として以外の自分への満足感、自己肯定・自己への欲求、社会との関係をサブカテゴリーと想定した。「子どもへの認識」は、子どもとの関係を育みながら、子どもの現在と今後の成長・発達の様子の理解を深め、愛情をいさきながら接している様子であると定義し^{37), 38)}、子どもへの愛着、子どもの様子の理解、子どもの成長発達の理解、子どもとの関係をサブカテゴリーとした。

サブカテゴリー毎の質問内容は、医学、看護学、教育学、心理学、社会学、福祉学等多分野の育児に関わる文献を参考に、育児期の親性尺度原案71項目（親役割の状態 25項目、親役割以外の状態 21項目、子どもへの認識 25項目）を独自に作成した。

3. 育児期の親性尺度原案の内容的妥当性と表面的妥当性の検討

育児に関わる専門家として小児看護と家族看護を担当する大学教員と大学院生12名および母性看護を担当する大学教員と大学院生7名に、育児期の親性尺度原案71項目を提示し、2側面3下位領域の質問項目の内容的・表面的妥当性について、意見を求めた。グループダイナミックスによる活発な意見交換を目的に討論形式とした。

さらに、対象となる親の回答困難の有無を確認のために、0歳から5歳の乳幼児をもつ7組の母親と父親（14名）に育児期の親性尺度71項目について、質問項目の表現の明瞭性と回答しやすさ等について評価を依頼した。依頼にあたっては事前に研究の趣旨とプライバシーの保護、調査には、自由参加と途中辞退に対して不利益はないこと、匿名でよいことについて文書で説明を行った。

専門家からは、「私は、親として以外の自分が存在しないことをむなししいと思います」という項目について対象者への倫理的配慮に欠けているのではないかという指摘をうけた。「私は親になったことで生きる張り合いが増まし

た」という項目は「親役割以外の状態」ではなく「親役割の状態」領域ではないかという意見があった。さらに15項目については、表現が分かりづらく、回答しにくいという意見が得られた。親からは、「私は、子どもの排泄の世話がうまくできます」「私は、子どもに満足感を与えられていると思えません」等の6項目について表現が不明瞭で回答がしにくいと指摘をうけた。これらをふまえ、専門家と親の多くから共通して回答しにくく削除したほうがいいとした「私は、生きてくうえでの選択肢をもっています」「私は、親として以外の自分を認めています」という2項目については表現の不明瞭さから削除することにした。「私は、親になったことで生きる張り合いが増しました」という項目については、当初は、親になることによる自己肯定全体の向上と考え「親役割以外の状態」領域として想定していたが、指摘どおり親としての満足感を表す内容であると考え、「親役割以外の状態」から「親役割の状態」への領域の変更を行った。対象者への倫理的配慮に欠けていると指摘をうけた「私は、親として以外の自分が存在しないことをむなしいと思います」という項目については、「私は、親としてだけの自分をむなしいと思います」と表現を一部変更し、ほかの8項目についても「私は、子どもの排泄の世話がうまくやれていると思います」「私は、子どもに満足感を与えられていないように思えます」等と修飾語の追加と語順の変更により明瞭化と回答しやすい表現に修正した。しかし、その他「私は、子どもの欲求がよくわかります」「私は、親としての自分に満足しています」「私は、安心感をもって子どもに接しています」等の8項目については、少数人からの指摘であり、項目を削除すると質問内容に偏りが生じるおそれがあると判断し、そのままの表現とした。内容的・表面的妥当性の検討によって作成された育児期の親性尺度試作版は、2側面3下位領域69項目（逆転22項目）構成となり、「まったくそのとおり」「そのとおり」「どちらともいえない」「違う」「まったく違う」の5段階評定法とした。

IV. 研究方法

育児期の親性尺度試作版69項目を用い、内的整合性と再テスト法による信頼性と基準関連妥当性、因子分析による構成概念妥当性の検討を目的に、横断的質問紙調査を実施した。

1. データ収集の方法

1) 調査対象および調査期間

東海地方の中核市であるA市の保育園、幼稚園（公立・私立）、総合子育て支援センターの合計8ヶ所に通っている子どもの母親と父親（1,000組）2,000名を対象とした。複数の子どもがいる場合は、一番年齢が小さい子どもにつ

いて回答していただき、0歳から6歳（未就学児）を想定して調査を行った。調査期間は、平成19年3月～5月である。

2) データ収集内容と調査方法および手続き

データの収集内容は、属性、育児期の親性尺度試作版、基準関連妥当性の検討のために、大日向が作成した母性意識尺度（12項目）を用いた³⁹⁾。母性意識尺度は母親役割の受容について肯定的意識（MP項目）と否定的意識（MN項目）の2側面で測定する尺度である。この尺度を用いて山口や遠藤は、乳幼児の母親を対象に調査を行っており^{40), 41)}、さらに、青木や高橋らは父親も対象にこの尺度を使用し、信頼性が確認されている^{42), 43)}。本研究においても、母親と父親を対象とするため事前に尺度開発者に質問項目内容変更の確認を取り、許可を得たうえで母親という部分を父親と変更した。「子どもを産まないほうがよかった」「育児に関わる間に、世の中から取り残されていくように思う」という質問が含まれるが、父親も育児の主な担い手となる場合や育児に関わる時間が長い場合は、母親と同様に感じることもあると判断し、項目を削除することなく用いた。

調査にあたっては、研究協力施設長（責任者）に研究の趣旨と倫理的配慮について口頭と文書にて説明を行い同意が得られた後、調査用紙の対象者への配布と回収を依頼した。施設から対象者への配布後、自宅にて回答記入していただき、施設での留置法とした。再テスト対象者には、同じ番号を記した調査用紙を先に2組配布し、初回の調査用紙回収後、約1ヶ月後に再度回答していただき調査用紙を回収した。

3) 倫理的配慮

本研究は、名古屋大学医学部倫理委員会の承認を得て調査を行った。研究の趣旨とプライバシーの保護、調査には自由参加と途中辞退に際して不利益はないこと、匿名でよいことについて文書で説明し、記入と投函にて同意とみなした。

4) 分析方法

本研究は、育児期の親性尺度試作版の調査結果に基づき、以下の検討を行った。①信頼性はCronbachの α 係数0.7以上を基準に内的整合性を検討した。②再テスト法では、領域の相関係数（Spearmanの順位相関）を求め0.7以上を基準として安定性を確認した。③基準関連妥当性については、母性意識尺度（MP項目・MN項目）との相関係数（Spearmanの順位相関）を求め0.4以上を基準として妥当性を確認した。④構成概念妥当性については、69項目で因子分析法（主因子法・プロマックス回転）を行い、因子構造を確認した。因子分析の基準はKMO値0.6以上とした。質問項目の精選は、質問項目削除の基準を0.4以上と

表1 対象者の属性 n=859

性別	女性	484名 (56.3%)
	男性	375名 (43.7%)
年齢		34.8±4.7 (20-54)
職業の有無	あり	617名 (80.3%)
	なし	240名 (29.3%)
	無回答	2名 (0.6%)
家族形態	核家族	690名 (80.3%)
	複合家族	40名 (16.3%)
	ひとり親家族	19名 (2.2%)
	ステップファミリー	3名 (0.3%)
	無回答	7名 (0.9%)
子どもの人数		1.9±0.7 (1-6)
子どもの月齢		39.8±19.9 (0-90)
子どもの性別	男	442名 (51.5%)
	女	415名 (48.3%)
	無回答	2名 (0.2%)

した^{44), 45)}。なおデータ分析には統計解析ソフト spss12.0J for Windows を用いた。

V. 結 果

1. 対象者の属性

回収数は935名（母親526名，父親409名）回収率46.8%のうち全項目についてすべての回答が得られた859名（母親484名，父親375名）有効回答率91.9%を分析対象とした。対象者の概要は表1に示す。子どもの年齢は，5歳以上（18.1%），4歳（20.8%），3歳（21.2%），2歳（11.9%），1歳（16.5%），0歳（10.4%）と調査機関を主に幼稚園と保育園としたため3歳以上が2歳以下に比べ多くなったが，末子を対象としたため2歳以下も約40%を占めていた。

2. 項目分析による質問項目の選定

育児期の親性尺度試作版69項目全体の α 係数は0.96であった。69項目が1つずつ除かれた場合の α 係数も0.96であった。そのうち尺度全体の α 係数より大きく，全体の内的整合性を脅かす可能性の高い項目，および集計結果で平均値と標準偏差に大きな偏りが見られた項目（天井項目・フロア効果），I-T相関0.30未満の項目から，「私は，子どもをかわいと思います」「私は，子どもを大事に思っています」等の主に子どもへの愛情サブカテゴリーを含む9項目を削除した。残り60項目に対し，主因子法・プロマックス回転による因子分析を行い，初期の固有値と育児期の親性を3領域でとらえるという仮説等を基準にして3つの因子を抽出した。この時点での累積寄与率は40.1%と低く因子負荷量の低い項目が認められたので，再度の因子分析により項目の検討が必要となった。その結果因子負荷

量が0.40未満の項目で，「親役割の状態」項目である「私は，親としての自分に満足しています」「私は，親としての自分が好きです」「私は，親として成長していると思います」，「親役割以外の状態」項目の「私は，親として以外の自分について考える事があります」「私は，自分なりの価値観を持っています」「私は，平均寿命ぐらいまでは長生きしたいと思います」，「子どもへの認識」項目の「私は，子どもを信頼しています」「私は，子どもが何をしたいのか分かりません」を含む23項目が削除された。複数の因子の負荷量が高かった7項目のうち，研究者らの話し合いにより，「私は，子どもとコミュニケーションがとれています」「私は，子どもに喜びを与えていると思います」「私は，子どもに信頼されていると思います」については，親役割の認識と子どもとの相互関係を評価するうえで重要な項目と考え，残すことにした。33項目（逆転14項目）が選定され，累積寄与率は48.3%に上昇した（表2）。

抽出された因子について，研究者らが作成した質問項目の領域名と照らし合わせてみると，第1因子は「親役割の状態」，第2因子は「子どもに対する認識」，第3因子は，「親役割以外の状態」とほぼ一致した。しかし，「子どもへの認識」と想定していた「私は，子どもとの関係に満足していません」「私は，子どもとスキンシップがとれていません」「私は，子どもによく話しかけています」等の子どもとの関係を示す5項目については，「親役割の状態」に含まれる結果となった。さらに，「親役割の状態」に想定していた，「私は，子どもの食事（授乳）の世話がうまくできます」「私は，子どもを寝かしつける事がうまくできます」という育児の能力を示す2項目は，「子どもへの認識」に含まれた。「私は，親としての自分のイメージ通りに出来ていると思います」「私は，親として成長していると思います」という親役割獲得の期待として挙げていた4項目はすべて削除された。以上のことから育児期の親性尺度を「親役割の状態」13項目（サブカテゴリー：親役割の満足感，育児への関心・態度，子どもとの関係）「親役割以外の状態」9項目（親として以外の自分への満足感，自己肯定・自己満足感，社会との関係），「子どもへの認識」11項目（子どもへの愛情，子どもの様子の理解，子どもの成長発達の理解，育児能力）の合計33項目とした（表3）。

3. 信頼性・妥当性の検討

33項目からなる育児期の親性尺度の総得点は73点から165点の範囲にあり，平均は123.6（SD15.5）点であった。自己への認識得点は，平均82.3（SD11.5）であった。各下位領域については，「親役割の状態」得点は平均51.2（SD7.1）点，「親役割以外の状態」得点は平均31.1（SD5.8）点，「子どもへの認識」得点は平均41.3（SD5.5）点であった。Kolmogorov-Smirnovの正規性検定の結果，総得点は正

育児期の親性尺度の開発

表2 育児期の親性尺度 Ver.1 因子分析 33項目

			1	2	3
親役割の状態	13項目	問65. 私は、子育てに充実感を感じていませんR	0.79	-0.10	0.08
		問58. 私は、育児をすることに満足感を感じていませんR	0.73	-0.12	0.09
		問4. 私は、育児に関心があります	0.72	0.12	-0.25
		問39. 私は、子どもとスキンシップがとれていませんR	0.71	0.04	0.01
		問28. 私は、子どもと関わる時間を大事にしていませんR	0.65	0.01	0.05
		問5. 私は、子どもと関わる時間を充分にとりたいと思います	0.64	0.04	-0.16
		問32. 私は、育児をすることに喜びを感じています	0.60	0.14	-0.05
		問42. 私は、親としての充実感を感じていませんR	0.56	0.02	0.23
		問48. 私は、子どもとの関係に満足していませんR	0.54	0.02	0.06
		問47. 私は、親としての自分をむなしいと思いますR	0.51	-0.23	0.29
		問62. 私は、子どもによく話しかけています	0.46	0.27	-0.03
		問45. 私は、子どもとコミュニケーションがとれています	0.46	0.34	-0.05
		問44. 子どもは、いつも私がいやがることをしますR	0.44	-0.11	0.15
子どもへの認識	11項目	問11. 私は、子どもの欲求がよくわかります	-0.16	0.75	0.03
		問43. 私は、子どもの性格がわかります	-0.10	0.72	0.03
		問27. 私は、子どもの個性がわかります	-0.16	0.71	0.08
		問2. 私は、子どもの様子がよくわかります	0.07	0.69	-0.14
		問17. 私は、現在の子どもの発育がよく分かります	0.09	0.65	-0.07
		問30. 私は、子どものこれからの発育の様子を想像することができます	-0.08	0.44	0.14
		問23. 私は、子どもを寝かしつけることがうまくできます	0.22	0.44	-0.15
		問14. 私は、子どもの気持ちがわかりませんR	0.12	0.42	0.17
		問38. 私は、子どもに喜びを与えていると思います	0.35	0.41	0.05
		問55. 私は、子どもの食事(授乳)の世話がうまくできます	0.19	0.40	0.04
		問66. 私は、子どもに信頼されていると思います	0.32	0.40	0.06
親役割以外の状態	9項目	問51. 私は、親として以外の自分は充実していると思えませんR	0.11	-0.16	0.75
		問25. 私は、親として以外の自分に満足していませんR	0.05	-0.15	0.71
		問61. 私は、社会の中での自分の役割がわかります	-0.23	0.14	0.68
		問7. 私は、社会的に必要とされていると思います	-0.11	0.11	0.65
		問16. 私は、親として以外の自分自身に対して前向きではありませんR	-0.06	0.06	0.64
		問41. 私の生き方は、自分で納得のいくものだと思います	0.06	0.10	0.63
		問33. 私は、自分なりの生き方を主体的に選んでいると思えませんR	0.16	-0.06	0.55
		問20. 私は、自分自身のことを信頼しています	-0.06	0.30	0.54
		問35. 私は、日々の生活をうまくやっていく自信がありませんR	0.26	0.00	0.51

主因子法・プロマックス因子 因子負荷量0.4以上の質問項目 n=859 KMO値=0.954
Cronbach's α =0.94 累積寄与率 48.32%

R逆転項目

表3 育児期の親性構成概念 試作案と選定後

	カテゴリー	サブカテゴリー (試作案)	サブカテゴリー (選定後)
自己への認識	親役割の状態	親役割の満足感 育児への関心 親役割獲得の期待 (選定後は削除) 育児能力・態度・欲求	親役割の満足感 育児への関心 育児態度 子どもとの関係
	親役割以外の状態	親として以外の自分への満足感 自己肯定・自己への欲求 社会との関係	親として以外の自分への満足感 自己肯定・自己への欲求 社会との関係
子どもへの認識	子どもへの認識	子どもへの愛着 子どもの様子の理解 子どもの成長・発達 子どもとの関係	子どもへの愛着 子どもの様子の理解 子どもの成長・発達 育児能力

変更になったサブカテゴリー

規分布であることを示した。(Z=1.33, p=0.06)

1) 信頼性の分析

育児期の親性尺度の信頼性分析の結果、 α 係数は、33項目全体で0.94であった。下位領域では、「親役割の状態」13項目は0.90, 「親役割以外の状態」9項目は0.87, 「子どもへの認識」11項目は0.87であり、育児期の親性尺度の高い内的一貫性が確認できた。さらに母性意識尺度についても、12項目で0.84, MP (肯定) 6項目は0.84, MN (否定) 6項目は0.72と十分な信頼性が確認できた。

再テスト法では、約1ヶ月間隔で実施された1回目、2回目ともに有効回答が得られた母親(11名)と父親(11名)のデータを用いた。各領域の相関関係は、育児期の親性尺度(33項目)全体では $r_s=0.68$ ($p<0.01$), 「親役割の状態」は $r_s=0.85$ ($p<0.01$), 「親役割以外の状態」は $r_s=0.66$ ($p<0.01$), 「子どもに対する認識」は $r_s=0.78$ ($p<0.05$) であった。「親役割の状態」と「子どもへの認識」は高い安定性を示していたが、育児期の親性尺度全体と「親役割以外の状態」ではやや低い値を示していた。これは、対象者が少なかつたことと、育児期の親の心理状態は日常生活の様々な要因から変化しやすいからではないかと考えられる。

2) 妥当性の検討

育児期の親性尺度と母性意識尺度との基準関連妥当性を検討した。育児期の親性尺度総得点と「MP項目」との相関関係をみていくと $r_s=0.61$ ($p<0.01$) で中程度の正の相関が、「MN項目」とは $r_s=-0.48$ ($p<0.01$) で中程度の負の相関がみられた。さらに詳しく各領域との関連についてみると、「親役割の状態」と「MP項目」との相関関係は $r_s=0.63$ ($p<0.01$) で中程度の正の相関が、「MN項目」とは $r_s=-0.46$ ($p<0.01$) で中程度の負の相関がみられた。「親役割以外の状態」と「MP項目」との相関関係は $r_s=0.45$ ($p<0.01$) で中程度の正の相関が、「MN項目」とは $r_s=-0.53$ ($p<0.01$) で中程度の負の相関がみられた。「子どもへの認識」と「MP項目」との相関関係は $r_s=0.44$ ($p<0.01$) で中程度の正の相関が、「子どもへの認識」と「MN項目」は $r_s=-0.22$ ($p<0.01$) で弱い負の相関がみられた。これらのことから育児期の親性尺度と母性意識尺度の肯定項目とは正の相関があり、否定項目とは負の相関があり関連性を示していた。母性意識尺度は、親役割の受容について測定する尺度であり、子どもの成長発達の理解や育児能力などを含む内容はないので、「子どもへの認識」との相関が弱いということについては研究者らの想定内の結果であった。

VI. 考 察

1. 育児期の親の特性

親の自己認識についてMercerは、出産後におこる母親

役割は、相互作用的・発達の過程をふまえると述べており⁴⁶⁾、育児を行いながら子どもへの認識が深まり親の自己認識も成長的变化していくことが明らかになっている⁴⁷⁾。さらにCowan&Cowanや小野寺の調査では、親役割が加わることにより個人内の役割意識に変化が生じ、「親としての自分」と「社会に関わる自分」も変化すると述べている^{48), 49)}。柏木らは、親になることによる発達について、具体的に柔軟性・自己抑制・視野の広がり・自己の強さ・生きがいなど多岐にわたると述べている⁵⁰⁾。これらの知見から、育児期の親を多側面から理解し支援していくことが親子関係の構築を促し、親と子どもの成長に大きく影響すると考える。

2. 育児期の親性尺度の項目選定

本研究における「親性」の概念を、「親性とは、すべての人がもっているものであり、女性と男性に共通する、自己を愛し、尊重しながら、他者(子ども)に対しても慈しみやいたわりをもつという性質である。ライフステージとともに発達していくものであり、妊娠・出産・育児期では、子どもに対して保護や育成という能力で発揮される。」と定義した。育児期の親性を、自己への認識と「子どもへの認識」という2方向性をもち、さらに自己への認識を「親役割の状態」と「親役割以外の状態」とわけた2側面3下位領域からとらえる尺度を開発することは、親性を把握するうえで大変意義がある。

育児期の親859名を対象に、育児期の親性尺度試作版69項目を用いて調査を行い、因子分析により抽出された3因子について、第1因子「親役割の状態」、第2因子「子どもへの認識」、第3因子「親役割以外の状態」とサブカテゴリーの領域変更はあったが、先に設定していた構成概念の領域名を命名することができ、構成概念の妥当性が確認できた。領域変更したサブカテゴリーで、子どもとの関係性を示す5項目は試作版では「子どもへの認識」領域と想定していた、しかし、子どもとのスキンシップやコミュニケーションが良好な状態は、親としての自信と満足感につながり⁵¹⁾、「親役割の状態」領域への変更が適切であると考える。さらに、「親役割の状態」領域に想定していた2項目は食事(授乳)や寝かしつけることがうまくできるかどうかを問う内容である。これらの育児行為を体得し子どもの欲求に的確に応答することにより、さらに子どもへの認識が深まる⁵²⁾と捉えることができ、「子どもへの認識」領域への変更も妥当であると考えた。育児期の親性尺度は、「親役割の状態(13項目)」、「親役割以外の状態(9項目)」、「子どもへの認識(11項目)」と領域間の質問数のバランスもよいと判断した。

3. 調査対象の妥当性

本研究の調査対象は人口30万人以上の中核市に住む、母親と父親であった。回答者は母親が多かったが。子どもの

性別の比は平成17年度の国勢調査によると104.9（0～14歳で男性が多い）であり本調査では、106.5とほぼ近い値であった。子どもの年齢は、本調査の対象として想定内の0歳から6歳（未就学児）の乳幼児期全般にわたっており、年齢による偏りはみられなかった。対象者の総得点は正規分布であり、これは平均値を中心に低得点から高得点の全範囲にわたっており、本研究のデータが信頼性・妥当性の検証に用いることができると確認できた。

4. 育児期の親性尺度の信頼性・妥当性

「育児期の親性尺度（33項目）」の α 係数は、0.94であり、3下位領域の α 係数は0.87～0.90であった。このことから尺度全体と3下位領域は、十分な内的整合性が確認された。さらに、再テスト法によっても親役割の状態と子どもへの認識は高い安定性を示し、再現性においても比較的安定した尺度であると考えられる。しかし育児期の親性尺度全体と親役割以外の状態ではやや低い値を示していた。これは、対象者が少なかったことと、育児期の親の心理特性として日常生活の様々な条件から自己認識が、変化しやすいからだと言える。

基準関連妥当性については、育児期の親性尺度総得点と「親役割の状態」「親役割以外の状態」「子どもへの認識」と母性意識尺度の「MP項目」とは正の相関が、「MN項目」とは負の相関が認められ関連があることが明らかになった。このことから、親であることを肯定的に受け止め、親になることで人間的に成長できたと認識するほど育児期の親性が高く、逆に育児の負担や自分の行動の制限など、否定的意識が強いと親性は低いということが示された。

5. 育児期の親性尺度の有用性について

親になるプロセスの理解を深めるためにも、2側面3下位領域を測ることができる育児期の親性尺度は有用であると考えられる。母親だけでなく、父親も対象とすることができる尺度であり、質問数も33項目と出産時の疲労が残っている母親にも大きな負担をかけずに短時間で回答することができる。子どもの成長に伴って変化する親の認識を多側面から捉えることができる育児期の親性尺度は、臨床だけではなく地域で育児を行っている様々な立場の親を理解するために使用できると考える。

本尺度の活用については、単純に親性が良い・悪いと評価するのではなく下位領域の得点が平均よりはるかに低い場合、その内容についてアセスメントし具体的な支援につ

なげていくことが重要である。自己認識を「親役割の状態」と「親役割以外の状態」から評価することができるので、その葛藤と調和について把握することも可能である。また、子どもへの認識についても子どもへの感情と理解だけでなく、授乳や寝かしつけるという育児能力もアセスメントすることができ、適切なタイミングで育児方法を提供することができる。

VII. 結論と今後の課題

1. 親を自己への認識と子どもへの認識という2方向で捉え、自己への認識を「親役割の状態」「親役割以外の状態」と分け、「子どもへの認識」を加えた2側面3下位領域とする育児期の親性尺度原案71項目を作成した。内容的妥当性と表面的妥当性を検討した結果、育児期の親性尺度試作版69項目を作成し、859名の親を対象に調査を行い、項目分析により、「親役割の状態（13項目）」「親役割以外の状態（9項目）」「子どもへの認識（11項目）」の合計33項目が精選された。
2. 育児期の親性尺度全体のCronbach's α は0.94で、「親役割の状態」「親役割以外の状態」「子どもへの認識」の3領域でも0.87～0.90と内的整合性の高さが確認できた。約1ヶ月後に実施した再テスト法では、「親役割の状態」 $r_s=0.85$ 、「親役割以外の状態」 $r_s=0.66$ 、「子どもへの認識」 $r_s=0.78$ と高値を示し、全体と親役割以外の状態でも $r_s=0.6$ を超え、安定性が確認できた。
3. 母性意識尺度との基準関連妥当性については、各領域とMP項目とは正の相関が、MN項目とは負の相関が認められ、関連があることが明らかになった。

本研究によって育児期の親性尺度（33項目）の信頼性と妥当性について確認することができた。臨床だけではなく地域で育児を行っている様々な立場の親を理解するために使用できると考える。

今後は、育児期の親性尺度を用いて、親性の変化について把握し、具体的育児支援に向けて評価ツールとして研究を進めていきたいと考える。

謝 辞

本研究を行うにあたり、調査にご協力いただきました研究協力施設の関係者の皆様と忙しい時期に回答していただいた皆様に心から深く感謝いたします。

要 旨

育児期の親性尺度を開発し、その信頼性と妥当性を検討することを目的に、859人の親(484人の母親と375人の父親)を対象に分析を行った。育児期の親性は、自己への認識と子どもへの認識という2方向性を持ち、さらに自己への認識は、親役割の状態と親役割以外の状態に分かれる2側面3下位領域でとらえた。育児期の親性尺度(試作版)は、69項目5段階のリッカートスケールとした。結果33の項目が選択され、想定通りの3下位領域が命名された。33項目全体のCronbach's α 係数は0.94で、3下位領域は0.87～0.90であり、内的整合性が確認できた。再テスト法では、親役割の状態が $r_s = 0.85$ 、子どもに対する認識が $r_s = 0.78$ 、親役割以外の状態も $r_s = 0.66$ と安定性が確認できた。母性意識尺度との基準関連妥当性からも妥当性も確認でき、育児期の親の理解と支援に向けて有用な尺度であると考ええる。

Abstract

The purpose of this study is to develop a scale to measure Early Childhood Parenting and to examine its reliability and validity using a questionnaire. The subjects for analysis were 859 parents consisting of 484 mothers and 375 fathers. Parenthood during early childhood has two aspects: awareness of himself or herself and awareness of a child. Furthermore, a parent will recognize himself or herself from the views of a parental role and a non-parental role. The questionnaire in its trial version had 69 items with a five-point Likert-Scale.

After analyzing the items, 33 items were selected and 3 areas were named: 'the state of the parental role', 'the state of the non-parental role' and 'the awareness of a child'. Cronbach's α of 33 items was 0.94 and that of the 3 areas was 0.87～0.90. These results showed an internal consistency of the subscale. In the retest method, the correlation coefficient of a parental role was 0.85, the awareness of a child 0.78, and a non-parental role 0.60, proving the stability of the subscale. Test-retest reliability and criterion-related validity was almost satisfactory for all areas. We think that it is a useful Scale for understanding of the parent.

文 献

- 1) 厚生労働省 大臣官房統計情報部: 人口動態統計, 東京, 2007.
- 2) 共生社会政策統括官: 少子化対策・高齢社会対策, 平成16年版 少子化社会白書, 内閣府, 東京, 2004.
- 3) 増田雅暢: これでいいのか少子化対策 政策過程から見る今後の課題, 12-31, ミネルヴァ書房, 東京, 2008.
- 4) 東京女子大学女性学研究所, 有賀美和子, 篠目清美編: 親子関係のゆくえ, 39-67, 頸草書房, 東京, 2006.
- 5) 山崎嘉久, 前田 清, 他(編): ふだんのかかわりから始める子ども虐待防止&対応マニュアル, 24-25 71-75, 診断と治療社, 東京, 2006.
- 6) 日本看護協会: 看護職による子どもの虐待予防と早期発見, 支援に関する指針, 2002.
- 7) 高橋種昭, 高野 陽, 他: 父性の発達-新しい家族づくり-, 7-22, 家政教育社, 東京, 1994.
- 8) 神川 晃, 田宮貞和, 他: 父性・母性に関する意識調査, 日本小児科医会会報, 24, 113-116, 2004.
- 9) 前原邦江, 森 恵美: 産褥期における母親役割の自信尺度と母親であることの満足感尺度の開発, 千葉大学看護学部紀要, 27, 9-18, 2005.
- 10) 中島登美子: 母親の愛着質問紙(MAQ)の信頼性・妥当性の検討, 小児保健研究, 61(5), 656-660, 2002.
- 11) 奈良岡美保, 兼松百合子, 他: 日本版Parenting Stress Index (PSI)の信頼性・妥当性の検討, 小児保健研究, 58(6), 697-704, 1999.
- 12) Guidubaldi, J., Cleminshaw, H K.; The Development of the Cleminshaw-Guidubaldi Parent Satisfaction Scale; Journal of Clinical Child Psychology, 14, 293-298, 1985.
- 13) 花沢成一: 母性心理学, 65-88, 医学書院, 東京, 1992.
- 14) 及川裕子: 親性の発達尺度の作成を試みて, 日本ウーマンズヘルス学会誌, 4, 93-102, 2005.
- 15) 有馬志津子, 伊藤美樹子, 他: 育児評価としての「親性」尺度開発の試み, 地域看護, 4(1), 34-40, 2002.
- 16) 鮫島雅子: 父親と母親における子どもの誕生に伴う「親性」の心理的変容 (1) - 「親性」尺度の作成と因子構造の検討 -, 日本看護研究学会雑誌, 22(5), 23-35, 1995.
- 17) 服部祥子: 生涯人間発達論, 1-12, 97-108, 医学書院, 東京, 2003.
- 18) Murry, H.A: Exploration in personality, Oxford University Press, 1938.
- 19) Rubin, R.: Maternal identity and the maternal experience, Spring Publishing Company, 新道幸恵, 後藤桂子訳: 母性論 母性の主観的体験, 1-13, 117-128, 医学書院, 東京, 1997.
- 20) Walker, L.O.Crain, H.Thompson, E.: Maternal role attainment and Identity in the postpartum period: Stability and change, Nursing Research, 35(2), 68-71, 1986.
- 21) Grossman, F.K., Pollack, W.S.et al.: Fathers and children: Predicting the quality and quantity of Fathering, Developmental Psychology, 24, 82-91, 1988.
- 22) 大日向雅美, 佐々木保行編: 母性を問い直すとき 育児ノイローゼ, 131-154, 有斐閣, 東京, 1982.
- 23) 松岡 恵: 母子・父子関係の形成と夫婦関係の再構築への援助, ベリネイタルケア 新春増刊, 57-64, 1998.
- 24) 小嶋秀夫: 発達心理学事典, 674, ミネルヴァ書房, 京都,

- 1996.
- 25) 岩田 崇, 秋山泰子, 他: 青年期の親準備性の関する研究, 厚生省心身障害研究報告書: 466-467, 1982.
- 26) 井上義朗, 深谷和子, 他: 青年の親準備性に関する研究 (2), 厚生省心身障害研究報告書: 261-267, 1982.
- 27) 原ひろ子, 館かおる (編): 母性から産み育てる社会のために次世代育成力へ, 305-330, 新曜社, 東京, 1991.
- 28) 大橋幸美, 浅野みどり: 親性とそれに類似した用語に関する国内文献の検討 - 親性の概念明確化に向けて -, 家族看護学研究, 15(1), 56-64, 2009.
- 29) Erikson, E.H.: Psychological issues: Identity and the life cycle, International University Press, 1959, 小此木啓吾訳: 自我同一性, 誠信書房, 東京, 1973.
- 30) 小野寺敦子: 親になることによる自己概念の変化, 発達心理学研究, 14(2), 180-190, 2003.
- 31) 山崎あけみ: 育児期の家族の中で生活している女性の自己概念-「母親としての自己」・「母親として以外の自己」の分析-, 日本看護科学会誌, 17(4), 1-10, 1997.
- 32) 19).
- 33) Mercer, R.T.: First time motherhood: Experience from teens to forties, New York Springer, 1986.
- 34) 牧野カツコ, 中野由美子, 柏木恵子: 子どもの発達と父親の役割, ミネルヴァ書房, 京都, 1996.
- 35) Cowan, C. P, Cowan, P A.: When Partners Become Parents: The Big Life Change For Couples, 山田昌弘, 関内文乃訳: カップルが親になるとき, 勁草書房, 東京, 2007.
- 36) Belsky, J., Kelly, J.: The Transition to Parenthood, 安次嶺桂子訳: 子供をもつと夫婦に何が起こるか, 草思社, 東京, 1995.
- 37) Klaus, M H., Kennell, J H.: Parent-Infant Bonding, 竹内 徹, 柏木哲夫, 横尾京子訳: 親と子のきずな, 医学書院, 東京, 1989.
- 38) Klaus, M H., Kennell, J H. et al.: Bonding: Building the foundations of secure attachment and independence, 竹内徹訳: 親と子のきずなはどうつくられるか, 医学書院, 東京, 2001.
- 39) 大日向雅美, 母性の研究, 135-169, 川島書店, 東京, 1996.
- 40) 山口孝子, 堀田法子: 6か月児をもつ母親の精神状態に関する研究 (第3報)-子どもに対する感情および母親役割の重要性との関連から-, 小児保健研究, 64, 752-759, 2005.
- 41) 遠藤恵子, 佐藤幸子他: 山形県に住む母親の母親役割の受容と性役割感に対する意識, 山形保健医療研究, 6, 17-24, 2003.
- 42) 青木聡子, 岩立京子: 幼児を持つ父親の育児参加を促す要因; 父母比較による検討, 東京学芸大学紀要1部門, 56, 79-85, 2005.
- 43) 高橋道子, 高橋真実: 親になることによる発達とそれにかかわる要因, 東京学芸大学紀要 総合教育科学系, 60, 209-218, 2009.
- 44) 堀 洋道 (監修), 松井 豊 (編): 心理測定尺度集Ⅲ 心の健康をはかる (適応・臨床), 397-408, サイエンス社, 東京, 2002.
- 45) Nunnally, J C., Bernstein, I H.: Psychometric Theory, McGRAW-HILL, INC, 1994.
- 46) Mercer, R.T.: First time motherhood: Experience from teens to forties, New York Springer, 1986.
- 47) Benedeck, T.: Parenthood Its psychology and psychopathology, 185-206, Jason Aronson Publishers.Inc.1970.
- 48) Cowan, P.A.&Cowan, C.P.: Change in Marriage during the transition to parenthood: Must we blame the baby?, 114-154, Cambridge University Press, 1988.
- 49) 小野寺敦子: 親になることによる自己概念の変化, 発達心理学研究, 14(2), 180-190, 2003.
- 50) 柏木恵子, 若松素子: 「親になる」ことによる人格発達: 生涯発達の視点から親を研究する試み, 発達心理学研究, 5(1), 72-83, 1994.
- 51) 数井みゆき, 遠藤利彦編: アタッチメント 生涯にわたる絆, ミネルヴァ書房, 京都, 2005.
- 52) 氏家達夫: 親になるプロセス (認識とプロセス), 金子書房, 1996.

平成20年6月2日受 付
平成22年6月10日採用決定

在宅女性高齢者に対する「転倒予防ケア」としての足浴の有効性の検討

The Foot-Both is Effective as Fall Prevention Care for Elderly Women

本 多 容 子 ¹⁾ Yoko Honda	阿 曾 洋 子 ¹⁾ Yoko Aso	伊 部 亜 希 ¹⁾ Aki Ibe	田 丸 朋 子 ¹⁾ Tomoko Tamaru
木 村 静 ²⁾ Shizuka Kimura	徳 重 あつ子 ³⁾ Atsuko Tokushige	鈴 木 みゆき ⁴⁾ Miyuki Suzuki	細 見 明 代 ⁵⁾ Akiyo Hosomi

在宅女性高齢者に対する「転倒予防ケア」としての足浴の有効性の検討

The Foot-Bath is Effective as Fall Prevention Care for Elderly Women

本 多 容 子¹⁾
Yoko Honda

阿 曾 洋 子¹⁾
Yoko Aso

伊 部 亜 希¹⁾
Aki Ibe

田 丸 朋 子¹⁾
Tomoko Tamaru

木 村 静²⁾
Shizuka Kimura

徳 重 あつ子³⁾
Atsuko Tokushige

鈴 木 みゆき⁴⁾
Miyuki Suzuki

細 見 明 代⁵⁾
Akiyo Hosomi

キーワード：足浴，転倒予防，在宅高齢者，足底圧，足関節背屈

Key Words：foot bath, fall prevention, elderly people, dynamic plantar pressure, ankle dorsiflexion

I. はじめに

年を取っても自分のことは自分でしたい，介護が必要な状態になりたくない，という思いは多くの人が抱くものである。俗に言う「ぼっくり寺」が信仰を集めるのも，こうした願いを持つ人が多い事を示していると考えられる。しかし現実には，要介護認定で日常生活全般に介護が必要とされる要介護4および5の高齢者は約106万人にのぼり¹⁾，全国の65歳以上の高齢者2884万人²⁾の約3.7%にあたる。つまり65歳以上の100人に3人以上が，いわゆる寝たきり状態もしくはそれに近い状態であると推定される。高齢者が寝たきりになる原因は，1位が脳血管疾患，2位が高齢による衰弱であり，転倒による骨折は5位である³⁾。転倒による骨折の順位を介護度別にみると，要支援者では4位であるのに対して，要介護者では10位以下であり，活動性の高い比較的自立した高齢者に多いことがうかがえる。高齢者は骨粗鬆症の発症など骨折しやすい状態にある。とくに大腿骨頸部の骨折は，人工股関節置換術の適応となることが多く，長期にわたる体動制限がADLの低下をまねくこととなる。また転倒経験は，再転倒への恐怖を生むため外出を控えるなど活動性の低下が起こること報告されている⁴⁾。さらに先述したように転倒により寝たきりとなった高齢者の多くは，もともと日常生活が比較的自立した状態であったと推測され，転倒が防げれば今も自立した生活を送っていた可能性があると考えられる。つまり転倒を予防することは，寝たきりすなわち要介護状態の予防につながると言える。

現在，要介護状態の予防を目指して転倒予防教室が全国で開催されている。教室のプログラムは，筋力低下の予防

を目的とした運動トレーニングが中心の内容が多く，転倒予防に効果があることが明らかになっている^{5), 6), 7)}。しかし運動トレーニングは，高齢者自身に積極的な参加姿勢が必要であるうえ，継続性が求められる。転倒恐怖から消極的になっている高齢者や，そもそも転倒予防に関心のない高齢者，あるいは知識はあっても疾患や生活状況など様々な理由で運動トレーニングの実施が難しい高齢者には効果は期待できない。高齢者の心身状態に左右されことなく，誰にでも実施・継続ができる方法の確立が必要であると考えられる。

一方転倒について足部の運動面から考えてみると，足関節の可動性が低下すると転倒リスクが高くなることが明らかになっている⁸⁾。このことから本研究では，足部へのケアが転倒予防に有効なのではないかと考えた。中でも臨床への応用性と汎用性を考えて足浴に着目した。足浴は病院・施設等で日常的に実施されている。また一般にも「足湯」として親しまれており，高齢者自身が楽しんで行えると考えられる。身近で実施しやすい足浴に転倒を予防する効果があれば，運動トレーニングの実施と継続が難しい高齢者に対して新たな転倒予防策の提案を行うことができる。本研究では，高齢者に対する「転倒予防ケア」としての足浴の有効性について，在宅女性高齢者を対象に検討した。

II. 概念枠組み

1. 足部の運動面からみた正常歩行（表1）

歩行とは，左右の足が交互に地面への接触を繰り返すことにより身体を前進させる運動を示す。足部に着目した場

1) 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 Osaka University Graduate School of Medicine Course of Health Science

2) 元大阪大学大学院 Osaka University Graduate School of Medicine

3) 明治国際医療大学看護学部 Meiji University of Integrative Medicine School of Nursing Science

4) 兵庫医療大学 Hyogo University of Health Sciences Department of Nursing

5) 神戸市立看護大学 Kobe City College of Nursing

表1 歩行中の足部の動き

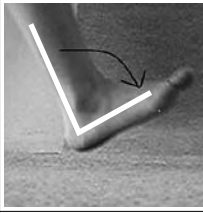
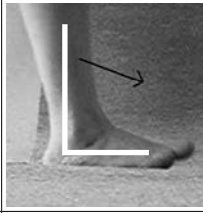
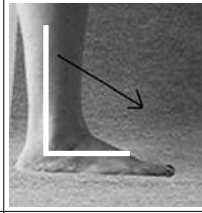
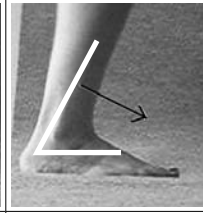
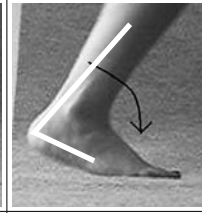
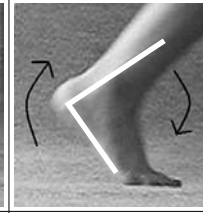
足部の動き						
足関節の動き	底屈をはじめる	重心が前方に移動する	背屈をはじめる	さらに重心が前方に移動する	背屈にともない踵部が挙上する	重心が足部を越えて前方へ移動する →蹴り出す力



図1 足関節の背屈・底屈

合の前進運動は、足関節の背屈および底屈運動（図1）によって促進されている。具体的には、歩行開始時に一步を踏み出し、踵部が地面に着いた瞬間から、踵部を支点として足関節が底屈を始め、重心を前方に移動させる。その結果、足底が地面についた状態になる。次に足関節は背屈をはじめ、さらに重心を前方に移動する運動を推進する。続いて前足部に移動してきた重心が中足骨頭に達すると、中足骨頭を支点として足関節が背屈し、それに伴い踵部が挙上する。すると重心が足部を越えて前方に移動し、結果として地面を蹴り出す形になり、強い推進力を発揮する。以上のように歩行においては、足関節の可動性が重要であると言える。

2. 高齢者の歩行と転倒（表1，図2）

高齢者の歩行には、歩行速度の低下、歩幅の短縮、両脚支持期の増大、足の挙上の低下、歩隔（両足の間隔）の増大、腕の振りの減少、不安定な方向転換などの特徴がある⁹⁾。これらは老人性の歩行とも呼ばれ、一般に「すり足・べた足・小股歩行」などと称される。このような歩行の原因のひとつとして関節可動性の低下が考えられる。特に足部の関節可動性の低下は前進運動を弱化すると推測される。

高齢者の場合、一步を踏み出す時の足関節の背屈角度が減少し、つま先の挙上小さくなる。そのため踵部が地面に着くときに踵部以外の足底も接地した、いわゆるべた足となる。また、足関節の底屈が不十分なため身体重量を前

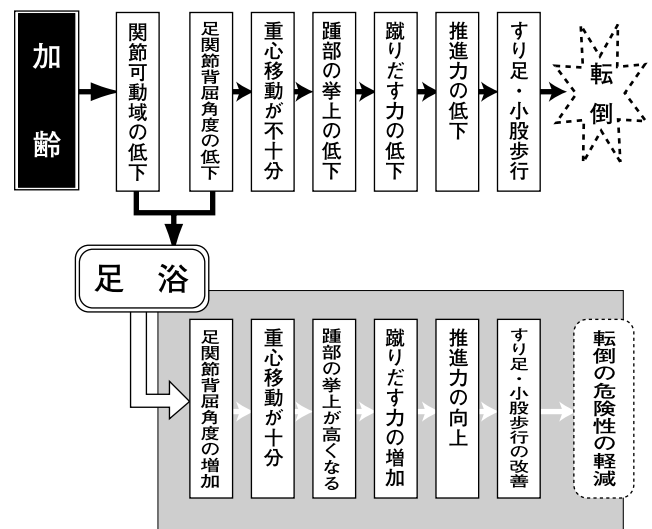


図2 概念図

方に移動させる力が弱くなる。次に足底が地面についた状態で足関節が始める背屈角度の減少がみられ、さらに重心を前進させる力が低下することとなる。続いて中足骨頭を支点とした足関節の背屈角度も減少するため、踵部の挙上が低くなり、地面を蹴りだす力が低下するため推進力が落ち、すり足・小股歩行となるのである。このような、すり足あるいは小股歩行になると、つま先が挙がらないためわずかな段差でも転倒する可能性がある。またつま先が地面にぶつかるなど、障害物のないところでの転倒がおこる危険もある。さらに足関節が円滑に動かないため、足がもつれるなどして転倒する危険性もある。以上のように、足関節の可動性の低下は、転倒を引き起こす危険性があると考えられる。

3. 足浴が歩行に与える影響（図2）

足浴による温熱刺激で軟部組織の伸張性が増加し、足関節の可動性が向上すると考えられる。足関節の可動性が向上すると、前方への重心移動がスムーズに行われるようになり、さらに地面を蹴りだす力も向上するため推進力が増加すると考えられる。これらにより、つま先や踵部をしっかり挙上し歩行することができるようになるため、障害物

につまずいたり足がもつれたりといった転倒につながる危険性が軽減できると推測される。なお本研究では、足関節の可動性ならびに地面を蹴りだす力を示す指標として、足関節背屈角度と、足底荷重最大値を用いることとした。

Ⅲ. 用語の定義

本研究で用いる用語については、以下のように定義した。

1. 「転倒」

「自分の意志からではなく、地面またはより低い場所に、膝や手などが接触すること、階段からの転落も転倒に含まれる。」⁹⁾

2. 「転倒予防ケア」

転倒の危険性、またその可能性を軽減する看護援助を指す。

Ⅳ. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究の研究デザインは準実験研究である。実験は1人の被験者に、足浴を実施する足浴実験（実験群）と、実施しない対照実験（対照群）の2回の実験を1週間の間隔をあけて行った。2つの実験の割り振りはランダムとし、それぞれの実験前後に転倒を予測することが可能だと考えられる足部指標を測定し、同一被験者内比較を行った。

2. 被験者

被験者は自立歩行可能な在宅女性高齢者20名とし、公募にて募集した。被験者を女性のみとしたのは、女性の方が転倒率と骨粗鬆症の罹患率が男性より高く、転倒による骨折の危険性も高いためである¹⁰⁾。疾患による影響を除去するため、被験者の募集時に下肢の骨折や人工関節置換術、歩行に影響を及ぼす可能性のある疾患の既往がないことという応募条件を明示した。実験に際しては、測定項目に影響を及ぼすことを可能なかぎり避けるため、実験前日から過度の飲酒や激しい運動は控えて十分な睡眠をとるよう依頼した。

3. 実験期間

実験期間は、2008年7月であった。

4. 実験手順

- 1) 被験者に実験内容等を説明後、衣服の違いによる影響を取り除くため同一規格の寝衣に更衣してもらった。
- 2) 基礎データを測定または聴取した。その後バイタルサインや全身状態に異常がなく、実験を実施しても問題がないことを確認した。
- 3) 実験前に足部指標の測定を行った。
- 4) 足浴実験は10分間の足浴を行い、対照実験は10分間の安静座位を行った。

【注】足浴の方法は、基礎看護技術の教科書の手順に従い、足部を温湯に浸漬させて実施した¹¹⁾。実施体位は座位とし、湯の温度は $40 \pm 1^{\circ}\text{C}$ を維持した。なお、足浴実施時間を10分間とした理由は、足浴開始後10分で足背皮膚温が最高値を示すことと¹²⁾、温熱療法で関節可動域を広げるには組織温度を $40 \sim 45^{\circ}\text{C}$ にして5～10分維持する必要があること¹³⁾から、足浴の温熱効果を十分に発揮させるには少なくとも10分間の足浴時間が必要だと考えたためである。さらに足浴中の血圧は、足浴開始後15～20分後から下降傾向になること¹⁴⁾を踏まえ、被験者の身体的負担を考慮し血圧が変動するより以前に足浴を終了すべきであると考えた。

5) 足浴実験または対照実験終了後に、足部指標の測定を行った。

6) 被験者に終了を伝え、更衣してもらった。

5. 測定項目

1) 基礎データ

年齢、過去1年間の転倒経験の有無、既往歴については被験者から聴取した。身長・体重・体温・血圧・脈拍については同一条件下で測定した。転倒経験の分類は、転倒経験がありと転倒しそうな経験ありを「転倒群」とし、転倒経験なしを「非転倒群」とした。

2) 足部指標

(1) 足関節背屈角度（図3）

測定はまず被験者に、床に足底をつけた状態で椅子に座ってもらい基本軸（腓骨上）と移動軸（第五中足骨上）のマーキングを実施した。次に踵部を床につけたまま自動運動による背屈を、両足同時、左右片方ずつ実施してもらい、それぞれ撮影した。足関節背屈角度の計測は画像上で行い、基本軸と移動軸の二軸が成す角度を測定した。足関節背屈角度は、腓骨への垂直線と移動軸の成す角度を示すため¹⁵⁾、 90° から測定角度を引いた値を解析値とした。

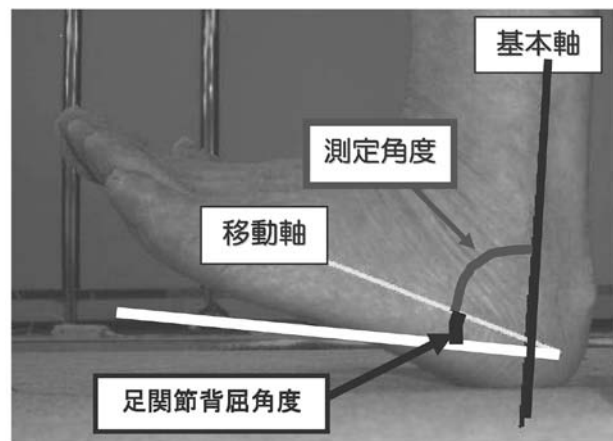


図3 足関節背屈角度の測定方法

(2) 足底荷重最大値 (図4, 5)

足底荷重最大値の測定には、圧力分布測定システム BIG-MAT (ニッタ) とセンサーシート1,300を4枚使用した。BIG-MATは、フィルム状のセンサーシートに加わる圧力の分布と大きさを読み取り、表示分析するシステムである。測定は、BIG-MATを敷いた通路上を歩行してもらい足底荷重値を記録し、その最大値を抽出した。なお足底荷重値とは足底の圧力、すなわち荷重がかかっているセンサーシートの荷重値合計のことであり、足底荷重最大値は其中で最大の足底荷重値のことである。被験者には、歩行の早さは自身の普段の歩行スピードとし、普段通り歩くように依頼した。

解析対象は記録された足跡のうち、通常歩行状態と考えられる歩行開始から3～4歩目とした¹⁶⁾。解析対象の足跡は、実験前後で同じ側の足となるようにした。解析の足跡を踵部、中足部、前足部、足指部に4分割し¹⁷⁾、それぞれの足底荷重最大値を求めた。4分割した足底荷重最大値のうち、足指部は立脚終期の足底最大荷重値を示し、増加した時に推進力が増していると考えられる。踵部は、初期接地の足底荷重最大値を示し増加した場合、初期接地の踵部の衝撃緩和能が弱くなっていると考えられる。また中足部は足底弓(土踏まず)に相当するため、足底荷重最大値が増加した場合は、足底弓(土踏まず)が接地したべた歩行になっていると推測される。前足部の足底荷重最大値が増加した場合は、足指部の接地不足を代償的に受けている場合があるので、足指部の足底最大荷重値との関係を検討する必要があると考えられる。



図4 BIG-MAT画面

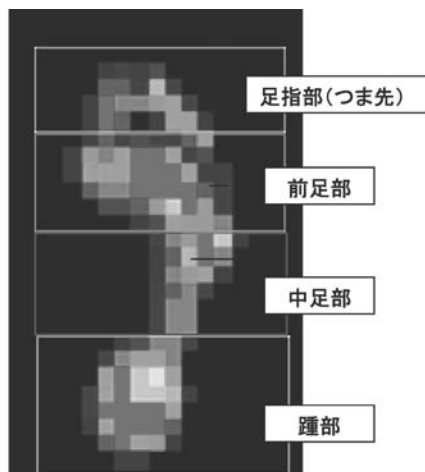


図5 足跡の4分割

6. 分析方法

1) 足関節背屈角度

「実験前の角度」ならびに「実験前後差」については、対応のある t 検定を行った。「転倒経験別にみた実験前の角度」、「転倒経験別にみた足浴前後差」および「転倒経験別にみた足浴後の角度」は独立したサンプルの t 検定を行った。「足浴前後差と転倒経験の関連」については、Spearman の順位相関係数を用いて分析した。

なお、「実験前の角度」ならびに「実験前後差」については、両足同時に背屈を行った場合と左右それぞれ別に背屈を行った場合のデータを使用した。それ以外は両足同時に背屈を行った場合のデータを使用した。

2) 足底荷重最大値

「実験前の値」は対応のある t 検定を行い、「実験前後比」は wilcoxon の符号付き順位検定を行った。「転倒経験別にみた足指部・足浴前後比」は Mann-Whitney の U 検定を実施した。「足指部・足浴前後比と転倒経験の関連」は Spearman の順位相関係数を用いた。

なお、データの分析は、SPSS 統計ソフト (12.0j) を用い、有意水準 5 % とした。

7. 倫理的配慮

本研究にあたって、以下のような倫理的配慮を実施した。

1) 本研究は、非侵襲的な準実験研究である。

2) 本研究では、研究参加者募集への応募という形で参加同意をとった。研究への参加の意思表示があった時点で、研究の主旨に同意が得られたとした。研究への参加にあたっては、口頭ならびに文書で研究の手順等について説明を行った。

3) 被験者には実験開始時に研究参加への同意を再度確認し、実験開始後であっても、実験参加を辞退できる旨を明確に説明した。また実験参加の辞退により不利益が生じないことを明確に伝えた。

4) 実験中に被験者の体調が悪くなった場合は、直ちに実験を中止し、状態に応じた適切な処置をとることとした。

5) 研究で得られたデータは ID 化し個人が特定できないようにして匿名性を確保した。

6) 研究で得られたデータは、研究目的および研究成果の発表目的以外では使用しないことを明示した。

V. 結 果

1. 被験者の基礎データ

被験者20名の平均年齢は 73 ± 2.9 歳であった。平均身長は 150.3 ± 3.84 cm、平均体重は 51.7 ± 5.42 kg であった。転倒経験の有無は、「転倒群」が 8 名 (40.0%) で、うち転倒経験のある者が 3 名 (15.0%)、転倒しそうな経験のあ

る者が5名(25.0%)であった。一方「非転倒群」は12名(60.0%)であった。なお転倒群の平均年齢は 71 ± 2.2 歳であり、非転倒群は 74 ± 3.0 歳であった。また転倒群の平均身長は 150.9 ± 2.19 cmで平均体重は 50.1 ± 6.76 kgであり、非転倒群の平均身長は 150.8 ± 5.29 cmで平均体重は 53.0 ± 3.45 kgであった。年齢、身長、体重のすべてにおいて転倒群と非転倒群で有意な差は認められなかった。

2. 足関節背屈角度

1) 実験前の角度

実験前の足関節背屈角度を足浴群と対照群で比較した。その結果は、両足同時に背屈を行った場合は足浴群が $19.15 \pm 5.97^\circ$ 、対照群が $20.10 \pm 4.33^\circ$ であった。左足の場合は足浴群が $19.05 \pm 5.30^\circ$ 、対照群が $20.05 \pm 3.97^\circ$ であり、右足の場合は足浴群が $21.65 \pm 4.89^\circ$ 、対照群が $22.55 \pm 5.02^\circ$ であった。すべての背屈足について、それぞれ足浴群と対照群を比較した結果、有意差はみられなかった。

2) 実験前後差(表2)

足関節背屈角度の実験前後の差(実験後増加した角度)を足浴群と対照群で比較したところ、全ての背屈足において、足浴群で実験後に有意に角度が増加していた($p < 0.01$)。

表2 足関節背屈角度

実験前後差		(n=20)	
背屈足	群別	実験前後差(°)	t-test p値
両足	足浴群	2.95 ± 3.53	0.002
	対照群	0.20 ± 0.83	
左足	足浴群	3.50 ± 2.72	0.000
	対照群	0.25 ± 1.41	
右足	足浴群	2.50 ± 2.56	0.001
	対照群	-0.05 ± 2.01	

3) 転倒経験の有無との関係

①実験前の角度(表3)

実験前の足関節背屈角度を転倒経験別に比較したところ、「転倒群」は $17.69 \pm 4.35^\circ$ 、「非転倒群」は $20.92 \pm 5.35^\circ$ であり、「転倒群」の方が有意に小さかった($p < 0.05$)

表3 足関節背屈角度

転倒経験別にみた実験前の角度			(n=40)
群別	実験前の角度(°)	t-test p値	
転倒群(n=16)	17.69 ± 4.35	0.04	
非転倒群(n=24)	20.92 ± 5.35		

②足浴前後差(表4)

足浴群の足関節背屈角度の実験前後の差(足浴後増加した角度)を、転倒経験別に比較したところ、「転倒群」の

方が足浴後に有意に増加していた($p < 0.01$)。

③足浴後の角度(表4)

足浴後の足関節背屈角度を転倒経験別に比較したところ、「転倒群」は $22.75 \pm 4.10^\circ$ 、「非転倒群」は $21.67 \pm 4.94^\circ$ であり、有意差は認められなかった($p = 0.61$)。

表4 足関節背屈角度

転倒経験別にみた足浴前後差および足浴後の角度					(n=20)
群別	足浴前後の差(°)	t-test p値	足浴後の角度(°)	t-test p値	
転倒群(n=8)	5.75 ± 1.98	0.001	22.75 ± 4.10	0.61	
非転倒群(n=12)	1.08 ± 2.90		21.67 ± 4.94		

④足浴前後差と転倒経験の有無との関連(表5)

転倒経験の有無を、「転倒経験あり」、「転倒しそうな経験あり」、「転倒経験なし」の3群にわけ、足浴前後差(足浴後増加した角度)との関連を検討したところ、転倒経験がある方が足浴後増加した角度が大きいという中程度の正の相関関係が認められた($r = 0.643$, $p < 0.01$)。

表5 足関節背屈角度

足浴前後差と転倒経験の関連				(n=20)
群別		足浴前後差(°)	Sprman r値	
転倒群	転倒経験あり	(n=3) 5.33 ± 0.58	0.643	
	転倒しそうな経験あり	(n=5) 6.00 ± 2.74		
非転倒群	転倒経験なし	(n=12) 1.08 ± 3.02		

3. 足底荷重最大値

1) 実験前の値

実験前の足底荷重最大値について各測定部位別に足浴群と対照群で比較した。

踵部の足浴群は 0.27 ± 0.04 、対照群は 0.26 ± 0.05 であり、中足部の足浴群は 0.12 ± 0.07 、対照群は 0.12 ± 0.06 であった。さらに前足部の足浴群は 0.33 ± 0.07 、対照群は 0.31 ± 0.07 であり、足指部の足浴群は 0.09 ± 0.03 、対照群は 0.10 ± 0.06 であり、すべての部位について有意な差はみられなかった。

2) 実験前後比(表6)

足底荷重最大値の実験前後比(足浴後増加した値)について足浴群と対照群で比較したところ、踵部・中足部・前足部において有意差は認められなかった。足指部では、足浴後に有意に足底荷重最大値が増加していた($p < 0.05$)。

表6 足底荷重最大値

実験前後比		(n=20)	
足底部位	群別	実験前後比	Wilcoxon p 値
踵部	足浴群	0.96	0.41
	対照群	1	
中足部	足浴群	1.1	0.46
	対照群	1.07	
前足部	足浴群	0.99	0.33
	対照群	1.04	
足指部	足浴群	1.11	0.03
	対照群	0.98	

3) 転倒経験の有無との関係

①足指部・足浴前後比(表7)

足指部の足浴群の足底荷重最大値の実験前後比(足浴後増加した値)を転倒経験別に比較したところ、「転倒群」の方が有意に増加していた($p < 0.05$)。

表7 足底荷重最大値

転倒経験別にみた足指部・足浴前後比		(n=20)	
群別	実験前後比	Mann-Whitney p 値	
転倒群(n=8)	1.30	0.047	
非転倒群(n=12)	1.03		

②足指部・足浴前後比と転倒経験の有無との関連(表8)

転倒経験の有無を、「転倒経験あり」、「転倒しそうな経験あり」、「転倒経験なし」の3群にわけ、足浴前後比との関連を検討したところ、転倒経験がある方が足浴後増加した足指部の荷重値が大きいという中程度の正の相関関係が認められた($r = 0.462$, $p < 0.05$)。

表8 足底荷重最大値

転倒経験別にみた足浴前後比と転倒経験の関連				(n=20)
群別			足浴前後比	Sprman r値
転倒群	転倒経験あり	(n=3)	1.33	0.462
	転倒しそうな経験あり	(n=5)	1.26	
非転倒群	転倒経験なし	(n=12)	1.10	

X. 考 察

1. 被験者の基礎データ

平成17年度の全国の70~74歳の年齢層にある女性の平均身長は148.6cm、平均体重は51.2kgであり¹⁸⁾、本研究対象者の身長・体重のいずれも全国平均と大きな差はなかった。また在宅高齢女性の転倒率は10~20%とされ¹⁹⁾、対象者の転倒率はこの範囲に含まれる。これらのことから、対象者は平均的な高齢女性であると考えられる。また「転倒群」と「非転倒群」で年齢、身長、体重の平均に差は認められ

なかったことから、2群間に転倒経験の有無以外の差はないと考えられる。

2. 足関節背屈角度

1) 実験前の角度

足浴実験と対照実験は1週間あけて実施したが、実験前の足浴群と対照群の足関節背屈角度に有意な差はみられなかった。このことから、足浴群と対照群は同条件として分析が可能であると考えられる。

2) 実験前後差(表2)

足浴後、足関節背屈角度が増加することが明らかになった。先行研究により軟部組織の温度をあげると伸張性が高まり、関節可動域が拡大することが明らかになっている^{20), 21)}。本実験の結果も、足浴の温熱効果が軟部組織の伸張性を高め、足関節可動域を拡大させたことによるものと考えられる。

3) 転倒経験との関係

①実験前の角度(表3)

実験前の足関節背屈角度を「転倒群」と「非転倒群」で比較したところ、「転倒群」のほうが小さいことが明らかになった。村田らは在宅障害高齢者に対する前向き調査で、足関節背屈角度の縮小と転倒経験が関連することを報告している^{22), 23)}。望月らは転倒経験がある高齢者は足関節の背屈力の有意な低下がみられたと述べている²⁴⁾。本実験の結果も、これら先行研究同様、足関節背屈角度が低下すると転倒につながる可能性があることを示唆していると考えられる。

②足浴前後差(表4)

足浴前後の足関節背屈角度の差を、転倒経験別に比較したところ、「転倒群」の方が有意に増加していることが明らかになった。足関節の背屈角度の参考可動域角度は20°である¹⁵⁾。「非転倒群」の実験前の足関節背屈角度は、 $20.92 \pm 5.35^\circ$ であり、すでに参考可動域角度を超えている。一方「転倒群」の実験前の足関節背屈角度は参考可動域角度以下である。このことから足浴は、足関節の可動域が縮小している場合に参考値まで拡大させる効果はあるが、参考可動域角度を大幅に超えて背屈角度を増加させることはないと推測される。過度の足関節背屈は歩行を不安定にし、転倒の危険性を高めるため²⁵⁾、この点は転倒予防ケアとして非常に重要であると言える。

③足浴後の角度(表4)

足浴後の足関節背屈角度を転倒経験別に比較したところ、「転倒群」と「非転倒群」の差がなくなったことが明らかになった。つまり足浴の温熱効果は、縮小している「転倒群」の足関節背屈角度を「非転倒群」と同じ値まで拡大させると推測される。

④足浴前後差と転倒経験の有無との関連

足浴群の足関節背屈角度の実験前後の差と転倒経験には、中程度の正の相関があった。つまり足浴の温熱効果は足関節背屈角度が小さい「転倒群」により有効に作用し、角度を増加させると考えられる。

3. 足底荷重最大値

1) 実験前の値

足浴群と対照群の実験は一週間あけて実施したが、踵部・中足部・前足部・足指部の各部位すべての実験前の足浴群と対照群の足底荷重最大値に有意な差はみられなかった。このことから、足浴群と対照群は、同条件として分析が可能であると考えられる。

2) 実験前後比

足浴後、足指部の足底荷重最大値が増加することが明らかにになった。

青木らは、糖尿病性神経障害患者の足指部の足底圧ピーク値（足底荷重最大値に相当）は、健常者に比べ有意に低いことを報告し、足指部の関節可動域制限が原因ではないかと述べている¹⁷⁾。河辺らも同様の結果を報告している²⁶⁾。さらに河辺らは、健常者の普段の歩行と足関節背屈制限時の歩行時足底圧を計測し、足関節背屈制限によって足指部最大圧（足指部の足底荷重最大値に相当）で有意な減少が認められたと報告している。そして足関節背屈制限は単独で足底荷重値の分布異常を引き起こす可能性がある²⁷⁾と述べている。これらのことから、足関節背屈角度の拡大が、足指部の足底荷重最大値の増加の理由ではないかと考えられる。すなわち、足関節背屈角度が拡大すると、歩行時の踵部の挙上が高くなり、つま先で地面を蹴り出す力が強化されて足指部にかかる足底荷重最大値が増加したと推測される。小俣らは、つま先を用いたロボットの歩行パターンを作成するため、踵部からの垂直をなす角度 α° を用いて、歩行時の足指部の背屈角度の算出を試みている²⁸⁾。この方法によると、足指部の背屈角度は $(90 - \alpha)^\circ$ により決定される。 α は踵部からの垂線がなす角なので、踵部の位置が高ければ小さく、低ければ大きくなる。すなわち、足指部の背屈角度は、踵部が高い位置にある時大きく、低い位置にあるとき小さくなる。このことから、踵部の挙上が高くなると、足指部にかかる足底荷重値が増加すると推察できる。

3) 転倒経験の有無との関係

①足指部・足浴前後比

足指部の足浴群の足底荷重最大値の実験前後比を転倒経験別に比較したところ、「転倒群」の方が有意に増加していた。これは足関節背屈角度の増加角度が「転倒群」の方が大きいため、足底荷重最大値の増加値も「転倒群」の方が大きかったと考えられる。

②足指部・足浴前後比（足浴後増加した値）と転倒経験の

関連

足指部・足浴群の足底荷重最大値の実験前後比と転倒経験の関連には、中程度の正の相関がみられた。これらのことから、足浴による足指部の足底最大荷重値の増加は、「転倒群」の方がより大きく、足関節背屈角度と同じく転倒経験と関連があると言える。

4. 総合考察

本研究の結果より、足浴が在宅高齢者の「転倒予防ケア」として有効である可能性が示唆された。なぜならば、足浴実施後、加齢により減少していた足関節背屈角度が増加した結果、歩行時の推進力が向上すると考えられるからである。すなわち、一歩踏み出したのち地面に足底がつき、足関節がしっかり背屈ができれば、重心が十分に前進し推進力が向上することとなる。次に重心が中足骨頭に移動したのちも足関節がさらに背屈を続けることで踵部がより高く挙上できるため、地面を蹴りだして前進する力が向上するのである。

このように歩行時の推進力が向上すると、足指部や踵部をしっかりと挙上して滑らかに足を踏み出すことができ、障害物につまずいたり、足がもつれるなどして転倒する危険性が軽減されると推測される。以上のことから足浴は、歩行時の推進力を増加させ転倒の危険性を減少させると考えられるため、女性高齢者の「転倒予防ケア」として有効であると言える。

VI. 結 論

本研究の結果より、足浴が女性高齢者に対する「転倒予防ケア」として有効である可能性が以下の点から示唆された。

1. 足浴後、足関節背屈角度が拡大することが明らかになった。
2. 実験前の足関節背屈角度は「転倒群」の方が「非転倒群」より小さかった。
3. 足浴後増加した足関節背屈角度と、転倒経験には相関が認められた。
4. 足浴後、足指部の足底荷重最大値が増加することが明らかになった。
5. 足浴後増加した足指部の足底荷重最大値と、転倒経験には相関が認められた。

VII. 今後の課題

本実験の課題として、被験者が70歳代の女性高齢者であったため、転倒リスクがより高いと考えられる80歳以上の高齢者についてのデータは不明であること、また女性のみを対象としたため、男性についての結果も不明である点が挙げられる。さらに足浴による足関節背屈角度の拡大

が、どの程度の時間持続するのかについても不明である。今後はこれらのことについて、検証していく必要がある。特に男性は、女性とは体格や筋肉量および皮下脂肪の量が異なるため、足浴の影響が女性とは異なる作用をもたらす可能性がある。また、足浴による足関節背屈角度の拡大の

持続性の検討は、足浴を「転倒予防ケア」として臨床に応用するために不可欠であると考えられる。加えて在宅高齢者よりも転倒率が高いとされる施設入所高齢者²⁹⁾にも対象を広げ、検討していく必要がある。

要 旨

幅広い高齢者が対象となる転倒予防策として、足へのケアが有効であると考え足浴に着目した。被験者は女性高齢者20名で、1人の被験者に対し、座位にて足浴を行う足浴実験と行わない対照実験の2種類を実施した。実験の前後で足関節背屈角度と足底荷重最大値の測定を行い、測定値の前後差と転倒経験との関連を検討した。その結果足浴後、背屈角度及び足指部の荷重最大値が有意に増加していた。また実験前の背屈角度は転倒経験のある群の方が無い群より有意に小さかったが、足浴後は差はなくなった。さらに足浴後増加した背屈角度及び足指部の荷重最大値と、転倒経験には相関が認められた。結果より足浴の温熱効果で背屈角度が増加し、重心が前方に移動しやすくなったため足指部の荷重最大値が増加したと考えられる。このことから前進力が向上し、歩行状態が改善されたと推測される。ここから足浴は女性高齢者の「転倒予防ケア」として有効であることが示唆された。

Abstract

The aim of this study was to verify the effectiveness of foot-baths as a fall prevention care for elderly women. The subjects were 20 elderly women over 70 who participated in both foot bath and control experiments in a random order. As elderly women tend to fall more than elderly men, subjects were limited only to women. Ankle dorsiflexion and the dynamic plantar pressure were measured. The differences of ankle dorsiflexion were compared before and after the experiments. The dynamic plantar pressure was sectioned into four areas. The ratios for each area were calculated and compared before and after the experiment. The ankle dorsiflexion and the dynamic plantar pressure of the toe increased in the foot bath experiment ($p<0.01$, $p<0.05$). Also, the subject's ankle dorsiflexion and the dynamic plantar pressure of the toe was correlated to fall experiences ($r=0.643$, $p<0.01$, $r=0.462$, $p<0.05$). Because their feet were warmed in the foot bath, ankle flexibility increased, therefore they could move forward more easily. These results suggest that foot baths are effective as a fall prevention care for elderly women.

文 献

- 1) 総務省統計局政策統括官統計研修所：総合統計データ月報 (R) 社会保障・保健衛生 (5) 介護保険の概況, 2009-08-16, <http://www.stat.go.jp/data/getujdb/index.htm#r>.
- 2) 総務省統計局政策統括官統計研修所：人口推計月報年齢 (5 歳階級) 男女別推計人口, 2009, <http://www.stat.go.jp/data/jinsui/tsuki/index.htm>.
- 3) 厚生労働省：平成19年国民生活基礎調査の概要 (IV) 介護の状況 (2) 要介護者の状況, 2009-08-16, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa07/4-2.html>.
- 4) 平真紀子, 泉キヨ子他：入院患者の転倒経験とその後の予防のとりえ方, 日本看護研究学会雑誌, 25(2), 17-28, 2002.
- 5) 武藤芳照 (編)：転倒予防教室－転倒予防への医学的対応, 日本医事新報社, 2002.
- 6) 加藤真由美, 小松佳江他：施設高齢者の転倒予防のための運動プログラム (全身版) の開発とその効果, 日本看護研究学会雑誌, 31(1), 47-54, 2008.
- 7) 結城美智子, 河原加代子：転倒予防教室に参加した地域高齢者の転倒発生および心理的・身体的変化－2年間の介入研究から－, 東保学雑誌, 6(3), 205-215, 2003.
- 8) Hylton B. Menz, Meg E. Morris et al: Foot and Ankle Risk Factors for Falls in Older People: A Prospective Study, *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 61: 866-870, 2006.
- 9) 真野行生：高齢者の転倒・転倒症候群, 真野行生 (編)：高齢者転倒とその対策, 医歯薬出版株式会社, 2, 2003.
- 10) 鈴木隆雄：疫学からみた高齢者の転倒・骨折, 武藤芳照 (編)：転倒予防医学百科, 日本医事新報社, 10-17, 2008.
- 11) 氏家幸子, 阿曾洋子他：基礎看護技術 I 第6版, 医学書院, 232, 2005.
- 12) 玄田公子：足浴の生体に及ぼす影響, 滋賀県立短期大学学術雑誌, 20, 112-115, 1979.
- 13) Michelle H. Cameron, 温熱・温熱療法, 渡部一郎 (監訳)：普及版EBM物理療法原著第2版, 医歯薬出版, 170, 2006.
- 14) 西田直子：清潔ケアのエビデンス－足浴と生体反応－, 臨床看護, 28(3), 1971-1984, 2002.
- 15) 永尾泰司：足関節の屈曲 (底屈) と伸展 (背屈), 奈良勲 (編)：図解理学療法検査・測定ガイド, 文光堂, 174-175, 2007.
- 16) 内山 靖, 小林 武 (編)：計測法入門－計り方, 測る意味, 協

- 同医書出版社, 145-156, 2001.
- 17) 青木主税, 金森晃他: 糖尿病神経障害患者における歩行時の足底圧および屈中敷きのクッション効果について, 北里医学, 27, 230-237, 1997.
 - 18) 厚生労働省健康局: 国民健康・栄養調査(平成17年) 身体状況調査の結果・第20表, 2009-03-06, <http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/indexk-kousei.html>.
 - 19) 鈴木隆雄: 疫学からみた高齢者の転倒・骨折, 武藤芳照(編): 転倒予防医学百科, 日本医事新報社, 10-17, 2008.
 - 20) 細田多穂, 柳澤 健(編): 理学療法ハンドブック第2巻治療アプローチ, 協同医書出版社, 658-687, 2006.
 - 21) 渡部一郎(監訳): 普及版EBM物理療法原版第2版, 医歯薬出版, 166-195, 2006.
 - 22) 村田 伸, 津田 彰他: 在宅障害高齢者の転倒に影響を及ぼす身体及び認知的要因, 理学療法学, 32(2), 88-95, 2005.
 - 23) 村田 伸, 津田 彰: 在宅使用外高齢者の身体機能・認知機能と転倒発生要因に関する前向き研究, 理学療法学, 33(3), 97-104, 2006.
 - 24) 望月和憲, 中島育昌他: 高齢者に対する転倒予防策, 別冊整形外科, 52, 268-272, 2007.
 - 25) ベリー著, 武田 功(監訳): 歩行分析 - 正常歩行と異常歩行, 医歯薬出版株式会社, 114-117, 2007.
 - 26) 河辺信秀, 上甲哲士他: 2型糖尿病患者における関節可動域制限が足底圧異常に与える影響, プラクティス, 22, 569-574, 2005.
 - 27) 河辺信秀, 廣瀬典子: 健常者における足関節背屈制限が歩行時足底圧へ与える影響 - 糖尿病足病変の危険因子に関する検討 -, 糖尿病, 51(9), 879-886, 2008.
 - 28) 小股 亮, 友國伸保他: つま先を用いたヒューマノイドロボットの歩行評価, 第12回ロボティクスシンポジウム, 2C1, 178-183, 2007.
 - 29) 池添冬芽: 入院患者・施設高齢者の転倒・転落予防のための介入, 泉キヨ子(編): エビデンスに基づく転倒・転落予防, 中山書店, 108, 2006.

〔平成21年9月7日受付〕
〔平成22年4月5日採用決定〕

2型糖尿病をもつ有職患者への行動意思を促進する
クリニックでの糖尿病教育プログラム

Diabetes Education Program Promotes Behavioral Intention to Employed Males with Type 2 Diabetes

山 口 曜 子
Yoko Yamaguchi

2型糖尿病をもつ有職患者への行動意思を促進する クリニックでの糖尿病教育プログラム

Diabetes Education Program Promotes Behavioral Intention to Employed Males with Type 2 Diabetes

山口 曜 子
Yoko Yamaguchi

キーワード：計画的行動理論，糖尿病教育プログラム，2型糖尿病，有職者男性

Key Words：Theory planned behavior, diabetes educational program, type 2 diabetes, employed males

I. はじめに

糖尿病人口は、年々増加し性別では男性の発症率が高く¹⁾、年間約30兆円の国民医療費のうち約1兆円が糖尿病の合併症の治療に費やされている²⁾。良好な血糖コントロールの維持は、糖尿病の合併症の発症を低下させ³⁾その発症と進展の阻止につながり、将来の医療費の抑制にも波及する。したがって、血糖コントロールの改善、維持を目的とする糖尿病患者に対する教育は重要である。

自覚症状の少ない糖尿病患者の受診中断率は高く、その中でも社会的責任の大きい壮年期の就業者の男性は、保健行動より仕事を優先し、就業による拘束時間と外来受診時間が同一等の理由から受診行動が制限されている⁴⁾。したがって、社会生活を行いながら継続的に糖尿病をコントロールする援助として、効率的で効果的な有職者の患者への患者教育の役割は大きいと思われる。

現在、糖尿病患者教育は入院によるものが主で、教育入院は正しい知識の習得と糖尿病治療に必要な技術の習得、誤った生活習慣改善への動機付け等、外来に比べ確実に血糖コントロールが改善するといわれている⁵⁾。その入院期間は、1～2週間のカリキュラムをもつ施設が多く、最近では壮年期の生活状況を配慮し週末の教育入院や外来での糖尿病教育が実施されている。

現在の糖尿病患者教育には、自己効力を高める教育^{6), 7), 8)}やフットケア⁹⁾、相談システムとしての電話や電子メール^{10), 11)}を活用したものがあるが、糖尿病教育プログラムについての研究報告¹²⁾は散見する程度で、行動理論を用いた発表はない。したがって、急増する医療費と外来型患者教育の費用の効率性を考慮し、早急に効果的な外来での糖尿病患者教育プログラムを確立して行く必要がある。

当クリニックでは、診療時間中の短時間に患者教育を行い、多くの患者に血糖コントロールの改善が認められてい

る。しかし、現時点では具体的な教育プログラムはなく、その時々で必要と思われた内容を指導している。そこで、2型糖尿病をもつ有職者の男性患者に対し、外来で短時間に実施できる血糖自己管理行動への行動変容に意図的に関わる教育プログラムを作成し、その内容とその効果について検討を行ったので報告する。

II. 研究方法

1. 研究の概念枠組み

本研究は、「計画的行動理論」¹³⁾を基に2型糖尿病の男性患者に対し『行動意思』を促進するための概念モデル¹⁴⁾(図1)を作成した。

この概念モデルの理論的基礎である「計画的行動理論」で示す『行動意思』は、『行動への態度』と『主観的規範』と『行動コントロール感』の3つの概念に直接の影響を受ける¹⁵⁾。行動を実施するための『行動意思』を持つには、ポジティブな気持ちになることが必要であり、ポジティブな『行動への態度』と、行動をとることに対する周囲の期待にこたえようという高い『主観的規範』と、その行動を実施することは簡単だという高い『行動コントロール感』を持つ時に『行動意思』が高まり行動を実行するとされている。行動するやる気を行動意思の概念で捉えた「計画的行動理論」は、行動科学の中で注目され、健康行動の予測に役立ち、ポジティブな行動への態度と、高い主観的規範、高い行動コントロール感を持つ人ほど行動意思を有意に持つと報告されている¹⁶⁾。

この概念モデル(図1)は、2型糖尿病をもつ有職者の男性患者を社会生活(仕事)に糖尿病の自己管理が妨げになると思わず、生活の中に自己管理行動を容易く取り入れ実施することができる存在としてとらえた。患者が『血糖自己管理行動』を実行することが大切であると思うように

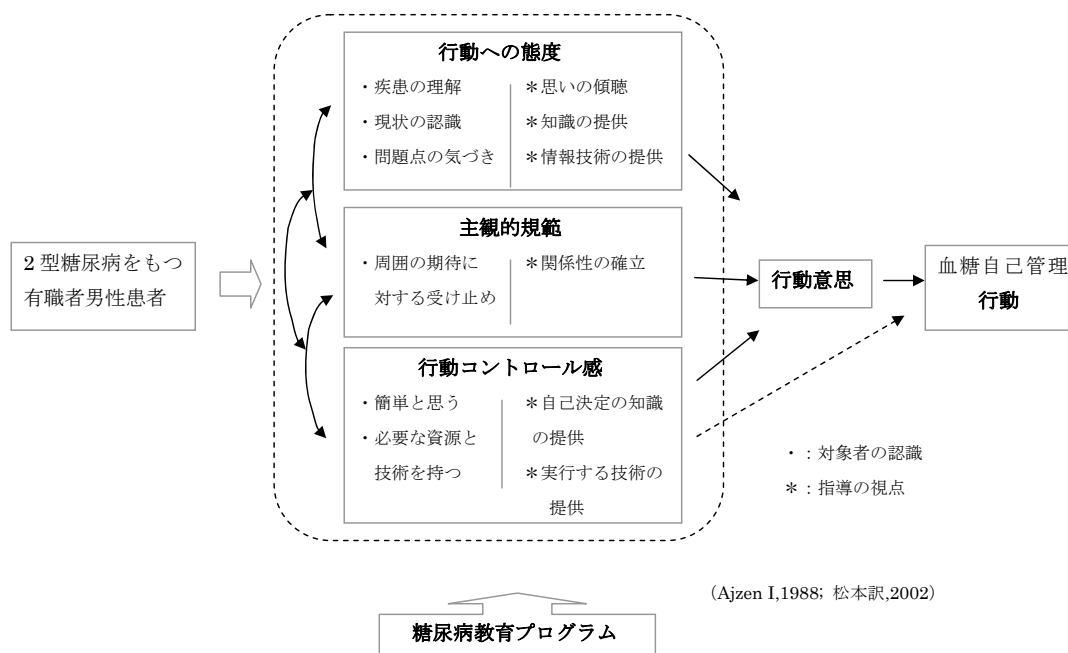


図1 2型糖尿病をもつ有職者の男性患者の行動意思を促進するための概念モデル

『行動への態度』と、糖尿病であることを心配し支援しようとする周囲の期待に応えたいという思いである『主観的規範』と、その行動を生活の中で実行する上で、自分はどれくらい簡単に行うことができるかと認識する『行動コントロール感』に糖尿病教育プログラムで働きかける。これら一連の働きかけを糖尿病患者教育プログラムとして展開することにより、『行動意思』が高められ『血糖自己管理行動』が促進されることを示している。

2. 用語の定義

教育プログラム：教育プログラムとは、患者教育についての独自の方針を定め、教育内容とどのような手順で行っていくべきか理解しやすいように指し示すものである。

行動への態度：行動への態度とは、行動がある結果を招くと強く信じ、その結果に対して本人が高い価値を置くポジティブな気持ちをいう。

主観的規範：主観的規範とは、周囲からの期待をいい、自分にとって重要な人がその行動をすべきだと思っていると強く感じることで、すなわちその人の気持ちに従おうと強く思うことである。

行動コントロール感：行動コントロール感とは、その行動をすることは簡単だと思うこと、行動に必要な技術や資源を持っていると思ひ、それらが行動を簡単にしてくれると強く思うことである。

行動意思：行動意思とは、行動しようとするやる気である。

3. 糖尿教育プログラムの内容

糖尿病教育プログラム（以下教育プログラム）の目的は、クリニック受診時の短時間に個別に実施でき、糖尿病の自

己管理に必要と思われる知識の増加と、認識の修正を行い『血糖自己管理行動』の『行動意思』を促進することである。

その内容は、糖尿病教育に関する文献^{17), 18)}と産業看護職として有職者の健康教育と外来での患者教育を行ってきた研究者の経験とこれまでの研究結果^{19), 20)}から検討を行った。その結果、1) 教育プログラムへの受講に対する心理的負担を少なくする、2) 時間的な拘束を最小限にし患者に必要最大限の知識と情報を短時間で提供する、3) 患者のニーズを満たすため個別に実施する、4) 社会生活上で自己管理が主となる食事療法中心の内容を提供する、としその構成は3回のセッションとした。さらに、教育プログラムに対する理解を深めるために、各回の教育目標に添ったパンフレットを作成した。教育プログラムの概要を表1に、『行動意思』に影響を及ぼす3つの概念に毎回働きかける看護師の主な関わりの視点を表2に示した。

1) 糖尿病教育プログラムの目的と概要（表1）

教育プログラムの各回の目的と構成を以下に示した。

1回目は、糖尿病の病態と治療について情報を提供し、生活習慣改善への動機づけができることを目的とした。その内容は、糖尿病の病態の理解と自分の生活様式が糖尿病のコントロールに与えてきた影響を認識してもらうために【糖尿病のメカニズムの理解】に重点をおいた。さらに、血糖の変動に影響する食事摂取に対する知識の提供と、血糖コントロールの重要性と必要性を生活に沿って振り返りながら現在の問題点を見出した。

2回目は、食事摂取のタイミングと量に注目し、食事療法の効果を最大限にするために自分の食事を評価し、さら

表1 糖尿病教育プログラムの目的と概要

	1回目	2回目	3回目
目的	糖尿病の病態・治療に対する情報提供と生活習慣改善への動機づけ	効果的な食事療法のするため、その摂取のタイミングと量の自己評価と効果的な運動の取り入れ	生活様式（主に食事）が血糖に与える影響を十分に認識し、自己管理を継続する情報の提供
セッションのタイトル	【糖尿病のメカニズムの理解】	【血糖値に影響する食事と運動】	【血糖コントロールの継続のために】
主な内容	血糖の変動に影響する食事摂取についての知識の提供	食事、運動療法の知識や技術をより具体的に提供	糖尿病の自己管理の継続のためのフォローの必要性と時期
	血糖コントロールの重要性と必要性を生活に沿って振り返りながら現在の問題点を見出す		療養の継続の方法とその気の抜きかた

表2 糖尿病教育プログラムの関わりの主な視点

概念	『行動への態度』	『主観的規範』	『行動コントロール感』
関わりの視点	患者のこれまでの糖尿病の管理方法やその努力、思いに対して否定せずに傾聴する。	改善して欲しいという周囲の期待に応える努力を促がす目的で、患者の思いの表出ができる関わりを行う。	患者が日常の具体的な行動内容に対し、自己決定ができる知識と実行するための技術を提供する。
	患者が疾患の病態を理解し、自己の糖尿病の状態の程度を認識できる知識を提供する。	血液検査や体重の変化、内服薬の減量等から、患者が周囲の期待にどう応えてきたか、あるいは応えたいかを確認していく。	患者が具体的な食事や運動療法のための技術を日常生活に実際に取り入れられるように紹介する。
	患者がこれまでの生活習慣に対する問題点を具体的に気づく知識と情報の提供を行う。	プログラム実施者も期待者の一人になるため、患者との関係性を築きあげるコミュニケーションを行う。	
	患者の気づきを大切に、改善策を自ら立案するための具体的な情報と技術を提供する。		

に効果的な運動を日常生活に取り入れられることを目的とした。患者が食事の量や摂取するタイミングをコントロールするために、食事と運動療法の知識や技術を身近なものとしてより具体的に捉えられるように【血糖値に影響する食事と運動】について説明を行った。

3回目は、自分の生活様式（主に食事）が血糖に与える影響を十分に認識し、糖尿病の自己管理を継続するための情報の提供を目的とした。その内容は、【血糖コントロールを継続するために】の今後のフォローの必要性と時期、療養の継続の方法とその気の抜き方について情報を提供した。

2) 糖尿病教育プログラムの評価尺度

本教育プログラム実施の評価尺度として、主に食事と運動の『血糖自己管理行動』を評価する「糖尿病自己管理」尺度²¹⁾と、Ajzen²²⁾は『行動コントロール感』の構成要素をBandura²³⁾の自己効力感と同義であると考え行動の第2の決定要素としていることから、『行動コントロール感』の評価として「糖尿病自己効力」尺度²¹⁾を用いた。

「糖尿病自己管理」尺度は、日常生活の中で食事・運動等の糖尿病自己管理がどの程度できているかを測定する自己報告尺度で、食事16項目、運動4項目、その他2項目の合計22項目の質問からなり、「していない」から「いつもしている」までの4段階評価点法である。「糖尿病自己効

力」尺度は、日常生活のさまざまな状況で糖尿病の食事・運動療法がどの程度できているかを測定する自己報告尺度である。食事4項目、運動4項目、計8項目からなり、「ほとんどできていないと思う」から「確実にできると思う」までの5段階評価点法である。

さらに、治療上、血糖コントロール状態を把握するために患者が定期的に受けている検査項目の空腹時血糖、ヘモグロビンA1c（以下HbA1c）、総コレステロール、トリグリセライド（以下、定期採血検査とする）と、BMI、体脂肪率を用いた。

4. 対 象

ビジネス街にある市内のクリニックに月1回以上通院している2型糖尿病の男性患者を対象とした。対象者の選定基準は、35歳以上で有職者であること、重篤な糖尿病の合併症がないこと、研究の遂行の妨げになるような他の疾患がないこと、研究参加に同意が得られることである。以上を満たし協力を得られた6名に実施した。

5. 実施場所および実施期間

実施期間は血糖コントロール状態の指標であるHbA1c値に影響が及ぼされと思われる1ヶ月半とした。市内の内科クリニックで、2005年4月から5月下旬まで実施した。

6. データ収集

データ収集方法は、図2に示したが、3回の教育プログ

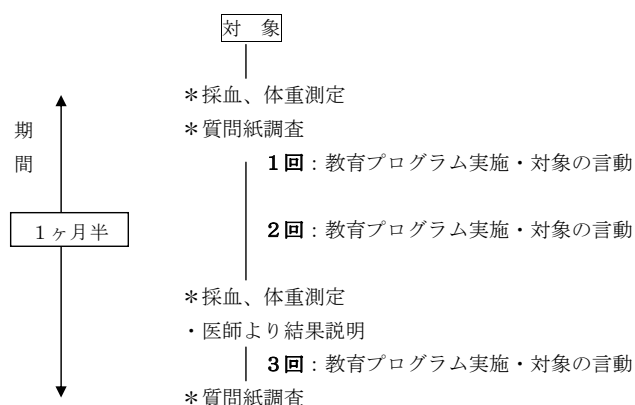


図2 糖尿病教育プログラムの評価デザイン

ラムの実施は糖尿病療養指導士である研究者が行った。教育プログラム実施前と後に「糖尿病自己管理」尺度と「糖尿病自己効力」尺度の質問紙を用いてその変化を評価した。さらに、定期採血検査とBMI、体脂肪率の生理学的指標を教育プログラムの実施前と終了後の計2回測定した。毎回、患者の言動のメモをとり、プログラム終了後に内容に対する患者の感想を聴取した。さらに診療記録から対象患者の属性に関するデータを収集した。

7. 評価方法

- 1) 教育プログラムの内容に対する患者の言動と感想の内容を逐語録にし、3つの概念の持つ意味を視点に分析し検討を行った。
- 2) 「糖尿病自己管理」尺度と「糖尿病自己効力」尺度の得点の変化で患者の自己管理とそのやる気の変化を評価した。
- 3) 生理学的指標の空腹時血糖、HbA1c、総コレステロール、トリグリセライド、BMI、体脂肪率をもって客観的数値で代謝状態の変化を評価した。

8. 統計学的分析

数値は、単純集計を行い平均±標準偏差で表示した。

9. 倫理的配慮

対象候補者への参加手続きは、クリニックの医師をとおりて研究者より研究目的と参加の自由意思、参加同意後であっても随時とり止めることができること、その場合提供される医療や看護行為に影響のないこと、および匿名性を保障することを書面で説明した後に研究への参加の同意を書面で得た。

Ⅲ. 結 果

1. 参加者の特徴

2型糖尿病を有する男性患者6名に教育プログラムを実施したが、研究期間中に3回の全教育プログラムに参加できたのは5名であった。5名の患者の属性は表3に示した。

表3 対象者の属性

対象者	年齢(歳)	糖尿病歴(約,年)	合併症	教育入院歴
A	53	5	なし	なし
B	37	1	なし	なし
C	71	16	なし	なし
D	38	4	なし	なし
E	57	12	なし	なし

2. 教育プログラムに対する言動と感想

それぞれの回の3つの概念に対する患者の言動を表4に示した。

1) 1回目糖尿病教育プログラム実施

教育プログラム実施前に患者は定期検査の結果の説明を医師から受けた。その後、体脂肪率の測定を行い、「糖尿病自己管理」尺度と「糖尿病自己効力」尺度の質問紙に記載してもらった。

次に、教育プログラムの『行動への態度』への関わりとして、糖尿病の経過と主に食習慣についての情報を得ながら1日の生活パターンを振り返り、実際に摂取している1日のおおよそのカロリーの概算で医師の指示カロリーとのずれを示した。患者全員にはそのずれがあり、約1食分のカロリーオーバーがあると考えられた。患者からは、「まだ減量しないといけないのか：B氏」、「痩せたら体力がなくなるのでは：C氏」、「そんなに食べていないけどなあ：E氏」、等の言動があった。

さらに、『行動への態度』への関わりとして、自己の糖尿病の状態の程度の認識を促すために病態の説明を行い、内服治療中の患者には薬の作用の説明も行った。この際、糖尿病に対する知識がかなりあると思われた患者には、必要と判断された箇所を強調して他については復習程度の説明を行った。以上を終え、表4の1回目に対する言動が得られた。

さらに終了後、患者から「もっと怖さを示して欲しい：A氏」、「できれば今の生活を続けていけばどうなるかの見通しも言って欲しい：B氏」、「病態についての説明は絶対必要であるしカットはできない：D氏」、「豆知識はおもしろい：D氏」等の感想が得られた。1回目の所要時間は、 37.0 ± 7.6 分であった。

2) 2回目糖尿病教育プログラム実施

1回目の実施から約2週間経過後に2回目を実施した。1回目に対する感想は、「継続することの大切さを再認識した：A氏、B氏」、「情報は、担当医やナース、メディアから入ってくるけどわかりやすかった：A氏」、「仕事柄、糖尿病の情報は新聞から入ってくる、気をつけて必ず読むようになった：B氏、C氏」等であった。

表4 患者の言動

		[行動への態度]: どうすれば良いと思うか	[主観的規範]: 心配してくれている人はどう思っているか	[行動コントロール感]: どれくらい簡単に行えそうか	[行動意思]: それに対するやる気
A氏	1回	運動不足もあるし 運動かなあ	妻は、検査を受けた時は、どうであったかは聞くぐらい	金土の夕食後30分は歩けるけど	体調が良く、病気があるようには思えない できると思う
	2回	若干減らした、肉類少なくなった 土日に歩く量を増やす	夕食で協力はしてくれている	行き詰まらないうと人間やらないからなあ	せんでも何とかなるのかなあー、何とかならなくなったらありとあらゆる方法を取らないとね 今やってることは続けるけど、全然足りないと思う
	3回	運動かなあ 土日は歩いているけど、ぜんぜん足りないなあ	そこそこ協力はしてくれている	今の状態が悪ければ何がなんでもと思うけど・・・	自分自身の問題で認識が足りないと思う やろうかなあー
B氏	1回	子供の残り物とか食べている、運動をしていないし 子供の残り物を食べないことやアルコールの量を減らすことですね	妻は、摂生するように言われる、多分しないと思っている	そんなに難しくない	必ずやる
	2回	夕食の量を減らす 朝、昼の食事を減らす	いつかはこうなるだろうと思っていたと言われた	がんばってやります	子供の残り物も食べないようにして、野菜中心の食事 にしている 必ずやる
	3回	さらに食べる量を減らす	協力はしてくれるけど自分のことだから	食事については、大変でない、昼食を減らすのは晩までが長いので難しいです 今のような、感じていいなら続けられます	自分では、摂生したのもっと下がっていいと思っていた(検査値)、がんばります 必ずやる
C氏	1回	夕食のおかずを減らしたらいいと思う 食べるのを減らす、やる気をだそうと思う	妻; あまり心配はしない(料理を作るのが好き)	食事の量を減らすことはやさしいよ	やろうかなあ うん、できるよ
	2回	あれから、食事の量を減らしているよ	気にしないタイプで、食べる食べろと言う	ずいぶん慣れてきたよ	1,700kcalを目標に2,000kcalを越えないようにしているから つづいていますよ
	3回	これから休日は山登りをするよ	減らすと断言し、あまり作るなと言った(笑い)	そんなに大したことをやっていない、ほんのちょこっとしたら効果あった	もう少し下げます(検査値)まだまだ減らして検査値改善すよ7%代にしないとね 山登りは好きだから、その時食べ過ぎないように気をつけるね
D氏	1回	生活にハリがない、仕事が忙しくなれば食べなくなるから飲み方を変えてみる(割る)	別にいない(独身)		いつも気にしているし
	2回	運動の方法で間違ったことをしていた 食べるタイミングが悪いから		できるだけ気をつけようと思うけど	そこそこねえ
	3回	食べる量と飲む量を満足しながら減らしていく おいしい物を少量食べ、お酒を割って薄くして飲んで満足している	話してあれこれされるのは、かえってうるさい(親)	できるところからやっていく、人と一緒に食べると食べないから	まずい生活をしていると思う、そろそろちゃんとやろうと思う
E氏	1回	昼食の量が多いので減らす、昼食の量を考える	夜は家内が自分も高脂血症なので下げるようにいろいろしてくれている	できますよ	今やっているで自分の胃の大きさの変化も考え徐々に減らして行きたい
	2回	現在、気をつけて実施中です	野菜を先に食べるように言われている	やさしいですよ	
	3回	継続中です			自分で計算して2,000kcalぐらいになるようにしている

教育プログラムの『行動コントロール感』への関わりでは、ほんの少しカロリーを気にすることで自己管理ができるということを引き出すために、前回の指導後から改善した行動の内容について聴取した。その内容は、「ちょこちょこゆっくり食べるように意識している：A氏」、「朝食の食事量は、同じだけれども、夕食の量を若干減らした：B氏」、「医師からの指示カロリーの1,700kcalを目標とし2,000kcalを越えないようにしている：C氏」、「朝食のパンを半分にした、サラダのソースを少なくした：C氏」、「昼食のご飯を半分にしている：D氏」、「昼の定食のご飯を半分にした、夕食も心持おかずも少量ずつにした。体重1kg減らした：E氏」、「自分で計算して2,000kcalぐらいにしている：E氏」、「食事の食べる順番も妻から言われて、野菜から摂るようにしている：E氏」等であった。また、エネルギーを消費するということから「土日歩くようにしている：A氏」、「日に4,000から5,000歩いている：C氏」等の言動もあった。

2回目は、主に『行動コントロール感』に働きかけることを目的に前回の知識の復習と、食事・運動療法についての説明を行った。さらに、『主観的規範』にあたる家族のサポートについては、妻は「検査を受けた後は、どうやった？と聞くぐらいだね。：A氏」、「協力はしてくれるけど、自分のことですから。：B氏」という患者からの言動があった（表4）。

患者からの2回目の内容については、「運動の方法で、誤ったことをしていた：D氏」、「栄養素の吸収について新しい知識を得た：A氏、D氏」との感想があった。2回目の所要時間は、 28.0 ± 4.5 分であった。

3) 3回目糖尿病教育プログラム実施

3回目の実施前に患者は、1回目の教育プログラム終了後1ヶ月を経過した後に受けた検査結果の説明を医師から受けた。それらを受け、今回の検査結果を見てどう感じているかをたずねた。「悪いとは思っていた、何もしていないので：A氏」、「自分では今までにないくらいやったので、もっと…と思っていた。でも数字は正直ですね。：B氏」、「ほんのちょっとやったら効果あった（嬉しそうに）：

C氏」、「微妙…：D氏」、「ちょっとは、やったけど：E氏」等の返答があった。

3回目は、これまでの復習とこれからの糖尿病の自己管理上の注意点の説明を行った。実施後、生活の変化について質問をした。「運動していない（土日は歩いているが）、まだ自分の中に認識が足りないなあ：A氏」、「昼食のご飯の量をはじめから減らした：D氏」、「おかずの量を減らした（夕食）：E氏」と患者からの返答があった。さらに、3回の指導内容については、「原理原則はわかっているが、自分自身の問題で認識不足だと思う：A氏」、「糖尿病は血管の病気で、もとに戻らない、今より悪くしないようにの話がショックだった：B氏」、「ためになりわかりやすかった：A氏、C氏」等の感想が得られた。また、「家族以外に心配してくれる人がいるのは、ありがたいね。：A氏、B氏、D氏」という医療者への言葉もあった。

最後に「糖尿病自己管理」尺度と「糖尿病自己効力」尺度について質問紙に記載をしてもらった。3回目の所要時間は 26.6 ± 7.6 分であった。

3. 評価指標の変化

教育プログラム実施前と終了後の「糖尿病自己管理」と「糖尿病自己効力」尺度の得点結果を図3-1と図3-2に示した。双方の得点は共に上昇していた。さらに、空腹時血糖値、HbA1c、総コレステロール、トリグリセライド、BMI、体脂肪率の変化を図4に示した。

IV. 考 察

1. 教育プログラムの内容と実施の効果

5人の患者に3回の教育プログラムを実施した結果から、実施の時間については診察時間内の30分程度で可能であることが確認できた。しかし、毎回終了後にその感想を患者に求めたので、実際はもう少し短時間での実施が可能であると思われた。その進行と内容については、特に問題なく実施でき教育プログラムの各回の目的を達成できた内容であったと思われた。以下、3回のセッションで『行動への態度』と『主観的規範』と『行動コントロール感』の3つの概念に意図的に働きかけ患者の『血糖自己管理行

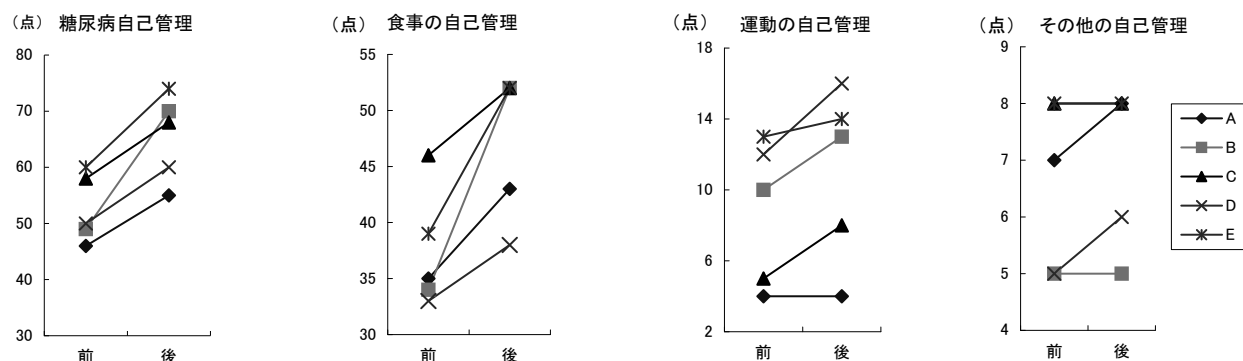


図3-1 糖尿病自己管理の変化

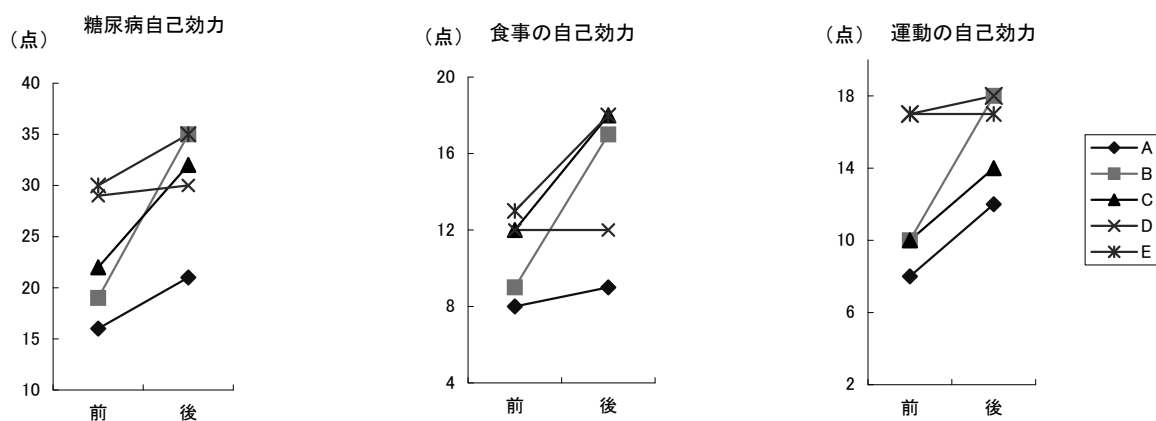


図3-2 糖尿病自己努力の変化

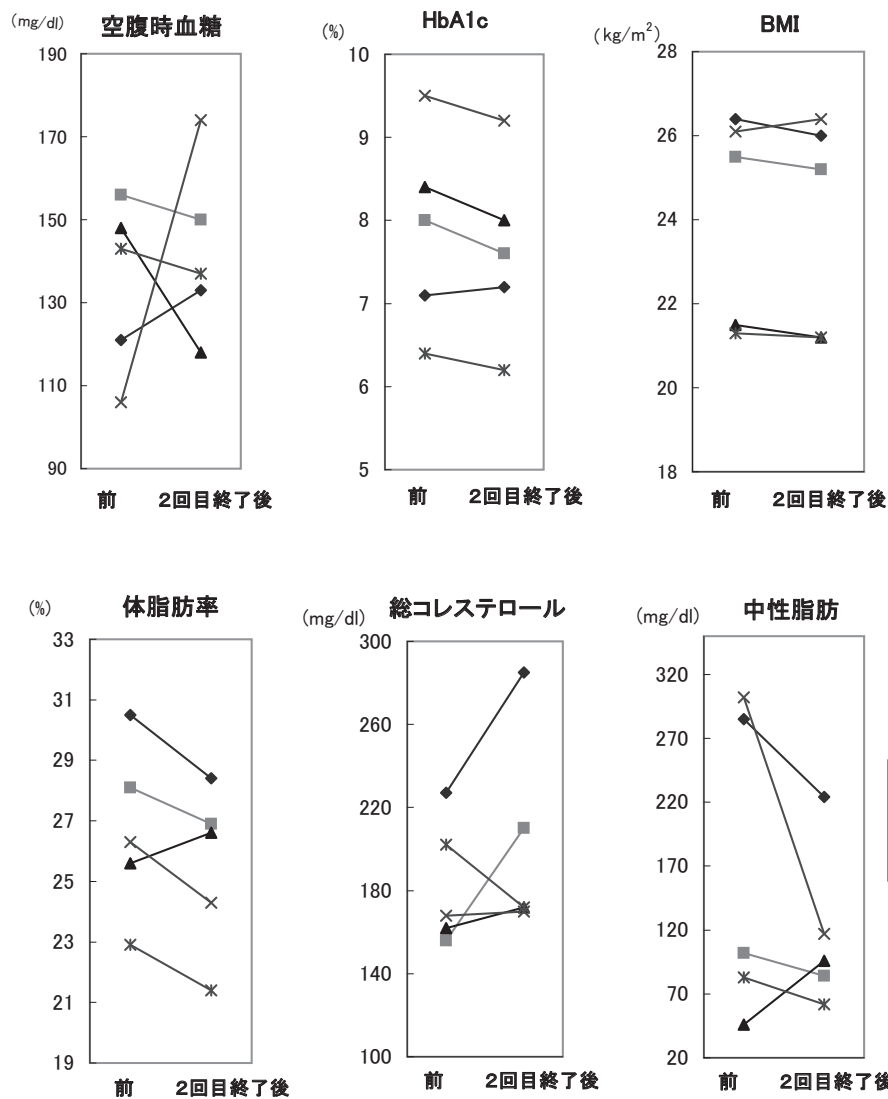


図4 生物学的指標の変化

動』を促進することを目的とした本教育プログラムの内容について考察して行く。

1回目では、ほとんどの患者はすでに血糖を下げる必要性を理解しており、食事療法に対して患者なりに配慮していた。それにもかかわらず患者には、まだコントロールの必要性があるのかという半信半疑な思いがあった。それに対し血糖の自己管理行動をポジティブな方向に導く『行動への態度』への働きかけにあたる、その患者の過去から現在の空腹時血糖値とHbA1c値と体重の値の推移、内服薬の量や種類の変化の説明を行い、それに伴う生活習慣の変化と加齢に伴う身体の代謝の変化についての説明を行った。その結果、患者それぞれが自分の問題点を見出し、どうすれば良いかという解決策の言動がみられた(表4)。

教育では、態度の改善を必要とする²⁴⁾と言われている。教育プログラムによる患者の過去と現在の生活習慣と自己管理の経験の振り返りは、生活習慣上の問題点の気づきを促し、行動変容で良好な血糖コントロールが可能であるというポジティブな『行動への態度』への働きかけが行えたと考えられる。さらに、Knowles²⁵⁾は、壮年期の患者は経験を蓄積しておりそれが学習の貴重な資源になり、その経験を開発し活用することが重要であると述べている。1回目に患者の過去の療養経験とその経過を振り返ることは、血糖のコントロールに影響を及ぼした要因を知るという学習につながり、コントロールするためにはどう改善すべきかという気づきを促したことになったと思われる。さらに、2回目、3回目の具体的な生活行動の振り返りは、患者の過去の療養経験と現在の生活の経験を活用し、血糖コントロールを行うポジティブな『行動への態度』への強化につながったと考えられた。

男性患者にとっての『主観的規範』である重要人物は、妻であった。しかし、患者は、妻は協力はしてくれるが糖尿病の管理は自分のことと捉えていた(表4)。したがって、まずは患者自身が自己の糖尿病の状態を理解し認識ができ、さらに自己管理行動が実施できるための援助が重要であると思われた。また、患者の家族以外に心配してくれる人がいることはありがたいとの医療者への言葉からは、プログラム実施者も改善を期待する人物の1人になれる可能性があると思われた。患者教育においてDonna²⁶⁾は、治療法とそれを実践していく上で影響を与えそうな社会的援助システムや社会的・環境的因子の把握の必要性を述べ、患者教育は医療者と患者間がお互いに情報交換を行う動的なプロセスであると述べている。したがって、プログラム実施者には、患者教育をととして患者との関係性を築き上げるために変化する患者の社会的、環境的因子の把握と、表情や態度等の多くの非言語的情報を察知することが要求される。プログラム実施者がその把握と察知する努力を行

うことで患者の『主観的規範』の重要人物の1人になり得ると考えられた。

『血糖自己管理行動』が簡単だと思い、上手くやることのできるという『行動コントロール感』への働きかけでは、1回目に患者の生活習慣を振り返り、食事摂取カロリー過多を数字で示しそれを改善することで期待できる検査値を数字で提示した。2回目はカロリー消費の効果的な身体活動法を具体的に提示し、大変な行動変容ではなく容易に実行できそうという患者の『行動コントロール感』を促した。『行動コントロール感』が『行動意思』に直接影響を及ぼすことはSheeran²⁷⁾の研究ですでに述べられている。したがって、各回の『行動コントロール感』への働きかけで、行動変容は案外簡単に実施できる(表4)ということを感じた患者は認識したと思われた。さらに、3回目で検査値の変化や体重の減少(図4)を体感できたことは、日常生活の行動を意識化することで血糖コントロールの改善に効果が得られると認識し前向きな『行動への態度』を持つことになり、これらが効果的に『行動意思』に働きかけ『血糖自己管理行動』を促した(図3-1, 3-2)と考えられた。

Donna²⁶⁾は、患者教育の視点は知識にあり、患者教育が目指すひとつに患者が情報を利用できる援助にあると述べている。すなわち、患者教育は、受身的な情報の提供では不十分でそれだけでは教育は成り立たず、その人のニーズ、経験、態度、健康管理に必要な情報を知っておかなければならないと述べている。したがって、本教育プログラムでは、患者がすでに獲得している知識やわかりきった説明で時間が費やされたと感じないように、興味を持て新しい知識が獲得できたと実感できるように最低限必要と思われる内容を3回のセッションで構成し、3つの概念に意図的に働きかけ『行動意思』の促進を図った。その結果、患者の「糖尿病自己管理」に改善(図3-1)が認められ、この3回の教育プログラムの内容に対して患者全員から、「わかりやすかった」、「再認識できた」との感想が得られた。したがって、本教育プログラムは、患者教育の目指す対象のニーズや経験等に適した必要な情報の提供ができ、それらを利用できる援助が行えたとと思われる。また、パンフレットを作成し、それに沿っての説明と患者の知識の程度によりその内容を割愛しながら行ったことが患者の心理的な負担の軽減にも繋がったと思われる。

今回『行動意思』に働きかける3つの概念の中で、『主観的規範』は患者の『行動意思』を促す大きな要因にはなかったが、『行動への態度』と『行動コントロール感』への教育プログラムの働きかけで、患者は『行動意思』を具体的に表現(表4)し、『血糖自己管理行動』(図3-1, 図3-2)が行えた。この意図的な患者への働きかけで、生活を客観視し問題解決能力の向上と気づきである『行動

への態度』を積極的に得、明確な行動目標が実施する『行動コントロール感』を強化し行動の変化の効果を実感し体得できたと考えられた。

今回の結果を踏まえ、今後も教育プログラムの内容を患者の反応を見ながら検討していく必要はあるが、進行にあたっての教育プログラムの内容や順序、実施時間については特に問題がないことが確認できた。さらに、教育プログラムの各回が目指す目的が達成でき、『血糖自己管理行動』を促す効果があると考えられた。

2. 評価指標の変化

本教育プログラム実施前後に「糖尿病自己管理」と「糖尿病自己効力」尺度の測定を行った。その結果、それぞれの尺度の得点に上昇傾向（図3-1、図3-2）が認められた。これは、『行動意思』を強化する3つの概念に意図的に働きかけた結果、患者が行動変容をきたし「糖尿病自己管理」を実施したものであると考えられた。また、これらの結果から食事・運動に対する自己効力感が上昇したと考えられた。『行動意思』は、この3つの概念に直接影響を受けるということは既に数々の研究で立証されている^{16), 28)}。

さらに、2回目終了後に4名のHbA1cに改善傾向（図4）が認められたことは、『行動意思』の強化から患者の『血糖自己管理行動』の改善に教育プログラムの介入効果があったと考えられた。他の生理学的指標に大きな変化が認められなかったことは、今回の研究が教育プログラムの内容の検討ということで、実施期間が1ヶ月半と短期間であったため生理学的指標の改善までには至らなかったと思われる。しかし、BMIと体脂肪率に改善傾向（図4）が認められることから、教育プログラムの実施間隔を今後考慮していくことで生理学的指標の改善も期待できると思われる。

れる。

以上の考察から、作成した2型糖尿病をもつ有職者男性の生活習慣改善に向けた教育プログラムは、『行動意思』の促進に効果的な内容であることが示唆された。

V. 結 論

2型糖尿病でクリニックに通院する有職者の男性患者に対し、「計画的行動理論」をもとに生活習慣改善に向けた行動変容を促すための『行動意思』を促進する糖尿病教育プログラムを作成した。その教育プログラムを実施し内容の検討を行った結果、以下のことが示唆された。

1. 本教育プログラムは、診療時間内の短時間で実施でき、有職者の男性患者の糖尿病に対する自己管理のニーズを満たした内容であると思われた。
2. 本糖尿病教育プログラムの関わりが、患者の『行動意思』の強化と『血糖自己管理行動』の変容に効果的に作用し、全患者に「糖尿病自己管理」と「糖尿病自己効力」尺度の得点に上昇が認められ、HbA1cは1名を除き改善傾向を示した。

謝 辞

本研究は、多くの方の支援により遂行することができました。クリニックに受診中の糖尿病の患者の皆様、ご多忙でありながら研究への参加に快くご協力頂いたことを心から感謝いたします。また、糖尿病教育プログラムの実践の場を提供して下さいたクリニックの院長に心より深謝いたします。

本糖尿病教育プログラムの評価尺度として「糖尿病自己管理尺度」、「糖尿病自己効力尺度」の使用を快諾して頂いた木下幸代先生に心からお礼を申し上げます。

要 旨

2型糖尿病でクリニックに通院する有職者の男性患者に対し、計画的行動理論をもとに生活習慣改善に向けた行動変容を促すための『行動意思』を促進する3回の糖尿病教育プログラムを作成した。その糖尿病教育プログラムの内容の検討を行うために有職者の男性患者5人に2005年4月から5月下旬まで実施した。

糖尿病教育プログラムは、個人を対象に受診時間内に実施した結果、患者の『行動意思』が促進され『血糖自己管理行動』の変容を来し、「糖尿病自己管理」と「糖尿病自己効力」の改善が認められた。さらに、4名の患者に生理学的指標であるHbA1cに改善傾向が認められた。

本教育プログラムの内容は、患者の『行動意思』を促進する3つの概念に意図的に働きかけるものであり、患者の『行動意思』を促し『血糖自己管理行動』の変容に効果的に作用したことが示唆された。

Abstract

Aims: The aim of this study was to evaluate the effect of an educational program in order to promote behavioral intention tailored for Type 2 diabetes based on “Theory of Planned Behavior”. **Methods:** Five employed men with Type 2 diabetes who were treated at a clinic were examined. They were taken the 3-sessions of individual patient educational program during 6 weeks. **Results:** The scores of the “Diabetes self-management” scale and the “Diabetes self-efficacy” were significantly improved during the examination period. **Conclusion:** This educational program for diabetes affected patient’s ‘behavioral intention’ that three concepts promoted and strengthened. As a result, this program effectively improved self-management care of diabetes.

文 献

- 1) 伊藤千賀子：民族による特異性と日本人糖尿病の特徴. *Diabetes in The News*, 314, 5, 2004.
- 2) 山崎勝也, 小林正：糖尿病治療ネットワークの現状と将来への展望－医療経済にもたらす影響も含めて－. *プラクティス*, 19, 1, 47-52, 2002.
- 3) Ohkubo Y, Kishikawa H. et al. : Intensive insulin therapy prevents the progression of diabetes microvascular complication in Japanese patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus : a randomized prospective 6 years study. *Diabetes Res Clin Pract*, 28, 103-117, 1995.
- 4) 古賀明美, 松岡 緑, 他：受診中断中にある糖尿病患者の療養生活および治療認識 継続者との比較. *日本糖尿病教育・看護学会誌*, 7(1), 15-23, 2003.
- 5) 河盛隆造, 山崎義光 監修：糖尿病100例に学ぶ. 永井書店, 大阪, 2004.
- 6) 安酸史子, 住吉和子, 他：自己効力を高める糖尿病教育入院プログラム開発への挑戦と課題. *看護研究*, 31, 31-38, 1998.
- 7) 木下幸代：糖尿病の自己管理を促進するための教育プログラムの作成. *日本糖尿病教育・看護学会誌*, 2(2), 110-117, 1998.
- 8) 富樫智子, 須釜千絵, 他：自己効力を高める糖尿病教育プログラムの評価. *日本糖尿病教育・看護学会誌*, 8(1), 25-34, 2004.
- 9) 大徳真珠子, 江川隆子：糖尿病患者のフットケア行動に対する看護介入の成果. *日本糖尿病教育・看護学会誌*, 8(1), 13-24, 2004.
- 10) 西片久美子：外来糖尿病患者に対する電話支援の分析. *日本糖尿病教育・看護学会誌*, 10(2), 150-158, 2006.
- 11) 瀬戸奈津子, 正木治恵, 他：糖尿病外来における電子メールを使った看護相談システムに関する研究 電子メールを使った看護相談システムの試行と評価. *日本糖尿病教育・看護学会誌*, 4(2), 83-93, 2000.
- 12) 高見知世子, 森山美知子, 他：セルフマネジメントスキルの獲得を目的とした2型糖尿病疾患管理プログラムの開発過程と試行の効果. *日本看護科学会誌*, 28(3), 59-68, 2008.
- 13) Ajzen I : From intentions to action. In I Ajzen, *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago, IL, The Dorsey Press, 112-145, 1988.
- 14) 松本千明：健康行動理論の基礎. 37-39, 医歯薬出版, 東京, 2002.
- 15) Ajzen I. : The theory and planned behavior. *Organizational Behavior and prevention*, 13, 6, 495-508, 2001.
- 16) Godin, G., Kok, G. : The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 11, 87-98, 1996.
- 17) Menisng C, Boucher J. et al. : National standards for diabetes self-management education (Standards and Review Criteria). *Diabetes Care*, 23, 682-689, 2000.
- 18) Jackson RN, Ovalle K. et al. : Diabetes immersion: the Joslin diabetes outpatient intensive treatment (DOIT) program. *Diabetes* 48, Suppl.1, A422, 1999.
- 19) 山口曜子, 任 和子, 他：健診での耐糖能異常者に対する定期的療養指導の促進とその効果－産業医療の場から－. *プラクティス*, 21(6), 705-707, 2004.
- 20) 山口曜子, 任 和子, 他：耐糖能異常者を対象とした行動変容を促す生活指導の重要性－産業医療の場から－. *保健の科学*, 47(8), 617-622, 2005.
- 21) 木下幸代：糖尿病をもつ壮年期の人々の自己管理行動を促進するための教育的アプローチに関する研究. 聖路加看護大学大学院看護学研究科博士論文, 聖路加看護大学大学院. 1996.
- 22) Ajzen I.: The theory and planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211, 1991.
- 23) Bandura A : Theoretical perspectives. In A Bandura, *Self-efficacy: the exercise of control*. New York, NY: WH Freeman and Company, 1-35, 1997.
- 24) Kim k, Reicks M. et al. : Applying the theory of planned behavior to predict dairy product consumption by older adults. *J Nutr Educ Behav*, 35, 6, 294-301, 2003.
- 25) Knowles M S., Holton III E F. et al. : The adult learner: the definitive classic in adult education and human resource development. Gulf Pub. Co., Houston Tex, 1998.
- 26) Donna R. *Effective Patient Education* (1985): 津田司監訳：上手な患者教育の方法. 医学書院, 1992.
- 27) Sheeran P, Trafimow D. et al. : Evidence that the type of person affects the strength of the perceived behavioural control-intention relationship. Finlay and Paul Norman, *British Journal of Social Psychology*, 41, 253-270, 2002.
- 28) Hausenblas H. A., Carron A. V. et al. : Application of the theories of reasoned action and planned behavior to exercise behavior: A meta-analysis. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 19, 36-51, 1997.

〔平成21年9月17日受 付〕
〔平成22年4月8日採用決定〕

地域住民の健康保持能力（SOC）の強化に関する縦断的検討

Strengthening of Local Residents' Sense of Coherence (SOC):A Longitudinal Study

田 中 小百合¹⁾
Sayuri Tanaka

梶 本 妙 子¹⁾
Taeko Masumoto

堀 井 節 子²⁾
Setsuko Horii

三 橋 美 和²⁾
Miwa Mitsuhashi

徳 重 あつ子¹⁾
Atsuko Tokushige

福 本 恵³⁾
Megumi Hukumoto

地域住民の健康保持能力（SOC）の強化に関する縦断的検討

Strengthening of Local Residents' Sense of Coherence (SOC): A Longitudinal Study

田 中 小百合 ¹⁾	榊 本 妙 子 ¹⁾	堀 井 節 子 ²⁾
Sayuri Tanaka	Taeko Masumoto	Setsuko Horii
三 橋 美 和 ²⁾	徳 重 あつ子 ¹⁾	福 本 恵 ³⁾
Miwa Mitsuhashi	Atsuko Tokushige	Megumi Hukumoto

キーワード：健康保持能力，地域住民，強化，縦断的検討

Key Words：sense of coherence, local residents, strengthening, longitudinal study

I. はじめに

現代社会においてストレスに曝されずに生活を送ることは皆無である。しかし、同じストレスを受けても健康を害する人と健康を保っている人が存在する。この違いを生じさせる最も基本的要因として、首尾一貫感覚（Sense of Coherence）いわゆる健康保持能力¹⁾がある。首尾一貫感覚（以下、SOCと略す）は、イスラエルの健康社会学者Antonovskyによって提唱された概念で、人はなぜ健康でいられるのかという健康の起源に焦点を当てた考え方である。

SOCは「SOCスケール²⁾」によって測定可能であり、2005年頃までに約500件の実証研究が世界中で公表されている。このスケールは、人生の困難にいかにかうまく対応できるかといった、その人のもつ内的な「力」を測るものであるといわれている³⁾。SOCの実証研究には2つの視点があり、1つはSOCの高低による健康状態への影響を検討した研究、もう1つはどのような環境によってSOCの高低が左右されるかを検討した研究である⁴⁾。

日本では1996年に小田⁵⁾が紹介して以来、山崎ら⁶⁻⁷⁾が中心となってSOCの研究を発展させてきた。最近では他研究者も研究を行っており、妊産婦⁸⁾、勤労者⁹⁾、患者¹⁰⁾、訪問看護師¹¹⁾を調査対象にして、SOCの視点から出産、仕事や罹患といったストレス度が高いと思われる出来事と、負担感や満足感等の精神的側面との関連が検討されている。しかし、SOCはどのように形成されるのか、SOCは変化しうるのか、従属変数によって緩衝作用がどのように異なるかについては十分な蓄積があるとはいえない状況である。

榊本はSOCの概念が地域看護活動に活用できないだろ

うかと考え、SOCスケールの簡易版である日本版13項目スケール²⁾を用いて、地域住民（20歳以上）の身体的・精神的・社会的健康度、およびQOLの実態調査を行った³⁾。その結果、SOCと精神的・社会的健康度、QOLとの関連が認められ、SOCを高めることが精神的・社会的健康度、QOLを高めることに繋がることと、SOCの関連要因として年齢、職業、家族構成及び世帯年収を見出した。次段階はより健康度を高めるためにSOCがいかなる過程を経て高められるか、強化できるかについて分析したいと考えた。そこで、本研究ではSOCの強化要因を明らかにすることを目的とし、これまでと同様に地域住民（20歳以上）を対象に、日本版SOC13項目スケールを用いて質問紙による縦断的調査を行うこととした。このような調査を地域住民に行った研究は少数であることから、健康保持増進を図る上での基礎的データとなり得ると同時に、わが国のSOCに関する実証研究の積み重ねの一助になると考える。

II. 方 法

質問紙による縦断的調査研究方法を用いる。

1. 概念枠組み

図1は本研究の概念枠組みであり、Antonovskyの健康生成モデルの原図を山崎が一部改変した図⁴⁾を基盤にして作成したものである。健康生成モデル¹⁾とは、緊張処理の成否はSOCの強さによるというモデルと、SOCは良質の人生経験によって形成し、緊張処理の成功体験によって強化され、それらはSOCの形成・発達を左右する環境資源の存在によって影響されるというモデルから成るものである。本研究の概念枠組みは後者のモデルを主としてい

1) 明治国際医療大学看護学部 School of Nursing Science, Meiji University of Integrative Medicine

2) 京都府立医科大学医学部看護学科 School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine

3) 元京都府立医科大学医学部看護学科 Former School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine

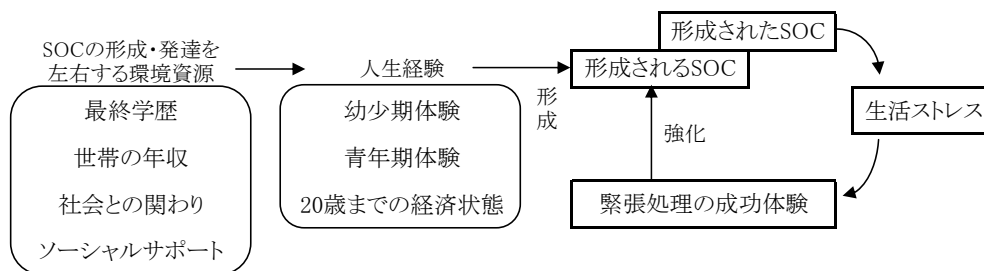


図1 本研究の概念枠組み

る。尚、緊張処理の成功体験とは、ストレスフルな生活出来事（以下、「生活ストレス」とする）に対する対処がうまくいったと感じる体験をいう。

本研究ではSOCの強化要因を検討するにあたり、2時点の縦断的調査からSOCの変化（差）を把握し、その間の生活ストレスとそれに対する緊張処理の成功体験を調査する。加えて、SOC形成の基礎となる人生経験、及びSOCの形成・発達を左右する環境資源との関連性を検討することとする。Antonovsky⁴⁾は、環境資源を心理社会的なものとして知識・知力、モノ・カネ、自我アイデンティティ、社会との関わり、ソーシャルサポート、文化的安定性、宗教などを挙げている。本研究では、質問紙調査により把握可能な知識・知力として最終学歴を、モノ・カネとして世帯の年収を、そして社会との関わり、ソーシャルサポートを調査することとした。

2. 対象と方法

A市の北部、中部、南部からそれぞれ1行政区を選び、選挙管理委員会の協力を得て、選挙人名簿から無作為抽出した20歳以上の男女3,000人を調査対象とした。選挙人名簿からの抽出は、A市の選挙人名簿閲覧要項に基づき、所定の手続きを経て行った。

データ収集方法は、選定した対象者に調査目的、方法、プライバシーの保護等を明記した文書で協力依頼を行い、返信用はがきにより同意を求めた。2003年（調査1）と2005年（調査2）に、了解の得られた対象者へ自記式質問紙調査を行った。

3. 倫理的配慮

平成14年6月17日付文部科学省厚生労働省告示第2号による「疫学研究に関する倫理指針」に基づき、京都府立医科大学倫理審査委員会の承認を得て行った。対象者への同意と協力を求める方法は、往復はがきによる調査協力依頼時に、調査目的、方法、プライバシーの保護、調査結果のまとめと発表の仕方について文書で説明し、同意の得られた対象者に調査票を郵送した。データを処理する際には個人が特定されないようコード化して分析した。

4. 調査期間

2003年4月～2006年3月

5. 変数

調査項目は以下のとおりである。

1) 基本的属性（調査1、2）

性、年齢（20歳代、30歳代、40歳代、50歳代、60歳代、70歳代、80歳代以上）、職業（自営業、販売員・サービス職、技能・作業職、事務職・技術職、経営者・管理職、専門職・自由業・他、専業主婦、学生、無職）、最終学歴（小学校、中学校、高校、専門学校、短大・高専、大学・大学院、他）、世帯の年収（0～100万未満、100～200万未満、200～400万未満、400～600万未満、600～800万未満、800～1,000万未満、1,000～1,300万未満、1,300～1,600万未満、1,600万以上）、家族構成（高齢単身者、非高齢単身者、高齢夫婦、非高齢夫婦、高齢者と非高齢夫婦、夫婦と未婚子、夫婦と親、夫婦と未婚子と親、父子・母子家庭、他）を調査項目とした。尚、高齢者とは65歳以上の者とする。

2) SOC（調査1、2）

山崎により作成されたSOCスケールの簡易版である日本版13項目スケールを用いた。SOCスケールの妥当性については、Antonovsky自身によって内容妥当性、構成概念妥当性、規準関連妥当性が検証されている¹²⁾。日本語版についても山崎らによって因子的妥当性、併存的妥当性が既に検証されている¹³⁾。評価方法は、「全くそう思う」から「全くそう思わない」までの7段階評価とし、低い順に1～7点を配した。全ての質問項目に対応する得点を加算し（range13-91）、得点が高いほどSOCが高い、つまり健康保持能力が高いとなる。

SOCは「把握可能性」「処理可能性」「有意義性」の3つの構成要素から成る¹⁴⁾とされている。これら3つの構成要素ごとに検討された研究⁸⁾もあるが、「理論的には区別できるが、手がつけられないほど絡み合っている」というAntonovskyの意見¹⁵⁾を支持し、本研究では検討しないこととした。

3) 他変数

基本的属性以外の項目を以下に示す。

① 社会との関わり

Antonovsky⁴⁾は、成人期での仕事を通じた人との関わりなどがSOCに大きく作用するといっている。そこで、個人と社会との関わりを調査することにしたが、地域住民を対象とした尺度は見当たらず、60歳以上を対象に使用していた社会関連性尺度18項目¹⁶⁾を用いた。「はい」を1点、「いいえ」を0点として加算し得点を算出した。

② ソーシャルサポート

積極的、効果的なストレス対処行動をとることと情緒的支援者をもっていること、つまりソーシャルサポートとは関係があるといわれており¹⁷⁾、AntonovskyもSOCの形成・発達を左右する心理社会的環境資源の1つにソーシャルサポートを挙げている。そこで、ソーシャルサポートを把握するにあたり、宗像の情緒的支援ネットワーク尺度10項目¹⁷⁾に、同じく宗像が挙げる手段的サポート「経済的に困っているとき、頼りになる人」「あなたが病気で寝込んだときに、身の回りの世話をしてくれる人」「引っ越しをしなければならなくなったとき、手伝ってくれる人」「わからないことがあるとよく教えてくれる人」「家事をやってくれたり、手伝ってくれる人」の5項目¹⁸⁾を加えた15質問項目を調査した。「いる」を1点、「いない」を0点として加算し得点を算出した。

③ 人生経験

SOCは20歳までの良質な人生経験によって基礎が形成される¹⁾といわれる。そこで、20歳頃までの生活を把握するにあたり、Antonovskyが示したSOCの発達過程¹⁴⁾を参考に【幼少期体験】【青年期体験】【20歳までの経済状況】を調査した。【幼少期体験】は乳幼児期から小学校低学年までの体験とし、「自分の周囲が頼れるものだという確信があったか」「両親や家族から大事にされていたと思うか」「何かをしたいと望んだとき親から、方向付けられたか／激励されたか／無視されたか／拒否されたか」の6つの質問項目を作成し、5段階評価にて調査した。【青年期体験】は20歳頃の体験とし、「20歳頃の人生は見通しが効いていたか」「困難な問題に直面した時、その解決方法を見つけ易かったか」「仕事や家事、学業がうまくいく環境と設備があったか」「仕事や家事、学業を進める上で助けてくれる人がいたか」「考え方や価値観に影響を与えた人物や書物に出会ったか」「仕事や家事、学業に喜びや誇りを感じたか」「仕事や家事、学業のうえで自分の意見が尊重されたか」の7つの質問項目を作成し、5段階評価にて調査した。【20歳までの経済状況】は対象者が感じていた20歳までの経済的な裕福さを5段階評価にて調査した。

④ 生活ストレス

調査2を実施した時期から遡った1年の間に起こった生活ストレスを把握するために、生活出来事尺度¹⁷⁾を使用

した。「あり」を1点、「なし」を0点として加算し得点を算出した。

⑤ 緊張処理の成功体験

生活ストレスに対する対処への満足度を5段階評価にて調査した。

6. 分析方法

社会との関わり、ソーシャルサポート、幼少期体験、青年期体験、20歳までの経済状況をスコア化し、基本的属性別に平均値を算出し、t検定または分散分析を用いて対象者の特性を検討した。

SOCの強化要因を抽出するために、調査1と調査2からSOC得点の差を算出し、調査項目間のPerson積率相関係数を算出した。これらがSOCをどの程度強化するかを検討するために、相関がみられた項目を独立変数とし、SOC得点の差を従属変数とする重回帰分析を行った。データ処理および分析ソフトにはSPSS15.0j for windowsを用いた。

Ⅲ. 結 果

無作為抽出した20歳以上の男女3,000人のうち調査1の協力が得られたのは530人（回収率17.7%）であった。調査1の返信者に調査2の質問票を郵送し、回答が得られたのは422人（14.1%）であり、SOCスケールの全回答に記載があった360人（12.0%）を分析対象とした。分析対象者の基本的属性、SOC及び他変数の結果とSOCの強化要因を検討した内容を以下に示す。

1. 分析対象者の概要

分析対象者360人のうち、男性は167人（46.4%）、女性193人（53.6%）であり、全体の平均年齢は 55.4 ± 15.3 歳（range20～91）、男性は 59.2 ± 14.5 歳、女性は 52.2 ± 15.3 歳であった。年代別では60歳代（27.8%）、50歳代（20.3%）が多く、60歳以上が45.3%を占めた。職業別では「無職」69人（19.9%）、「事務職・技術職」64人（18.4%）、「専業主婦」63人（18.2%）が主であり、最終学歴は「高校」139人（39.4%）、「大学・院」93人（26.3%）、「短大」38人（10.8%）の順であった。世帯の年収は「200～400万円未満」94人（29.1%）と「400～600万円未満」67人（20.7%）が約半数を占め、家族構成は「夫婦と未婚子」117人（32.8%）、「高齢夫婦」52人（14.6%）、「非高齢夫婦」44人（12.3%）の順であった。

SOCスケールによるSOC得点は、調査1： 63.6 ± 12.1 点（range27～91）、調査2： 63.8 ± 12.7 点（range28～90）であり、男性 63.5 ± 11.6 点、女性 63.6 ± 12.5 点（調査1）であった。得点の詳細は表1に示した。年齢別でみると有意差はみられなかったが、年代が上がるにつれてSOC得点も上昇していた。職業別では、経営者・管理職、専門職・

表1 基本的属性別にみたSOC得点

		n (%)	調査1 (A) M ± SD	調査2 (B) M ± SD	差 (B-A) M ± SD	p 値
S O C 全体		360 (100)	63.6 ± 12.1	63.8 ± 12.7	0.3 ± 8.6	
性	男性	167 (46.4)	63.5 ± 11.6	64.6 ± 12.1	1.1 ± 9.3	.089
	女性	193 (53.6)	63.6 ± 12.5	63.1 ± 13.1	-0.5 ± 8.0	
年 齢	20歳代	22 (6.1)	56.4 ± 13.0	55.8 ± 15.6	-0.6 ± 9.6	.850
	30歳代	50 (13.9)	58.3 ± 11.6	57.0 ± 10.1	-1.3 ± 7.4	
	40歳代	52 (14.4)	61.7 ± 10.1	61.9 ± 12.2	0.2 ± 8.3	
	50歳代	73 (20.3)	61.2 ± 11.6	62.0 ± 11.7	0.9 ± 8.9	
	60歳代	100 (27.8)	66.6 ± 10.9	67.2 ± 11.1	0.6 ± 8.7	
	70歳代	57 (15.8)	69.8 ± 12.2	70.3 ± 12.8	0.5 ± 9.5	
	80歳以上	6 (1.7)	69.2 ± 11.4	71.7 ± 11.6	2.5 ± 5.2	
職 業	自営業	43 (12.4)	61.4 ± 10.6	63.0 ± 10.7	1.6 ± 8.9	.431
	販売・サービス職	33 (9.5)	61.3 ± 12.2	61.5 ± 13.1	0.2 ± 8.0	
	技能・作業職	29 (8.4)	60.0 ± 14.0	60.1 ± 13.0	0.0 ± 7.5	
	事務職・技術職	64 (18.4)	61.6 ± 10.9	60.2 ± 11.9	-1.4 ± 8.9	
	経営者・管理職	13 (3.7)	68.7 ± 12.1	71.6 ± 10.3	2.9 ± 14.9	
	専門職・自由業他	27 (7.8)	67.0 ± 11.9	69.6 ± 13.3	2.6 ± 6.5	
	専業主婦	63 (18.2)	65.3 ± 11.4	64.6 ± 12.3	-0.7 ± 7.3	
	学生	6 (1.7)	52.5 ± 10.9	49.7 ± 11.0	-2.8 ± 8.5	
	無職	69 (19.9)	66.1 ± 12.4	66.2 ± 12.3	0.1 ± 9.2	
家 族 構 成	高齢単身者	14 (3.9)	65.6 ± 17.5	64.3 ± 15.0	-1.4 ± 10.6	.257
	非高齢単身者	23 (6.4)	54.7 ± 12.7	56.0 ± 15.3	1.4 ± 10.3	
	高齢夫婦	52 (14.6)	69.8 ± 11.2	69.8 ± 12.3	0.0 ± 9.7	
	高齢者と非高齢夫婦	15 (4.2)	62.9 ± 10.3	66.6 ± 10.9	3.7 ± 6.2	
	非高齢夫婦	44 (12.3)	64.1 ± 11.7	63.9 ± 10.0	-0.2 ± 6.7	
	夫婦と未婚子	117 (32.8)	62.6 ± 11.0	62.9 ± 12.0	0.3 ± 8.4	
	夫婦と親	17 (4.8)	65.0 ± 9.7	62.7 ± 12.0	-2.3 ± 8.3	
	夫婦と未婚子と親	42 (11.8)	63.9 ± 12.0	63.1 ± 14.1	-0.8 ± 8.7	
	父子・母子家庭	24 (6.7)	61.0 ± 14.0	62.1 ± 12.5	1.1 ± 7.9	
	その他	9 (2.5)	60.8 ± 8.9	67.8 ± 12.7	7.0 ± 9.7	
最 終 学 歴	小学校	5 (1.4)	64.8 ± 18.0	59.2 ± 20.8	-5.6 ± 10.7	.543
	中学校	41 (11.6)	62.9 ± 11.9	64.2 ± 13.0	1.4 ± 7.7	
	高校	139 (39.4)	64.2 ± 12.1	64.3 ± 12.4	0.1 ± 8.0	
	専門学校	36 (10.2)	61.0 ± 12.8	63.0 ± 12.4	2.0 ± 10.1	
	短大	38 (10.8)	62.8 ± 11.1	63.1 ± 12.6	0.3 ± 9.4	
	大学・院	93 (26.3)	64.0 ± 12.0	63.6 ± 13.0	-0.4 ± 9.1	
	その他	1 (0.3)	67.0 ± -	68.0 ± -	1.0 ± -	
世 帯 の 年 収	0万円以上～100万円未満	5 (1.5)	66.0 ± 10.8	63.2 ± 15.1	-2.8 ± 5.3	.841
	100 ～ 200	23 (7.1)	55.2 ± 13.4	55.7 ± 15.6	0.5 ± 12.3	
	200 ～ 400	94 (29.1)	64.4 ± 11.1	65.6 ± 11.8	1.2 ± 9.0	
	400 ～ 600	67 (20.7)	64.7 ± 12.0	64.9 ± 12.1	0.2 ± 7.7	
	600 ～ 800	50 (15.5)	62.6 ± 12.3	61.6 ± 12.6	-1.0 ± 9.2	
	800 ～ 1000	29 (9.0)	65.1 ± 11.3	65.7 ± 11.7	0.6 ± 6.5	
	1000 ～ 1300	28 (8.7)	64.1 ± 11.1	63.4 ± 12.8	-0.7 ± 6.5	
	1300 ～ 1600	14 (4.3)	63.0 ± 14.1	63.8 ± 13.9	0.8 ± 10.0	
	1600～	13 (4.0)	62.5 ± 11.7	65.3 ± 13.8	2.8 ± 11.0	

表2 SOCの差と関連する要因のPearson積率相関行列（n=360）

	SOCの差	性	年齢	学歴	世帯の年収	社会との 関わり	ソーシャル サポート	幼少期体験	青年期体験	20歳までの 経済状況	生活 ストレス	緊張処理の 成功体験
SOCの差	1.000											
性	-.091	1.000										
年齢	.070	-.233 ***	1.000									
学歴	-.023	-.016	-.275 ***	1.000								
世帯の年収	.000	.149 **	-.163 **	.214 ***	1.000							
社会との 関わり	.006	.073	.116 *	.048	.072	1.000						
ソーシャル サポート	.079	.233 ***	-.187 ***	.020	.204 ***	.357 ***	1.000					
幼少期体験	-.074	.174 **	.001	.192 ***	.144 **	.235 ***	.299 ***	1.000				
青年期体験	-.025	.143 **	-.103	.312 ***	.218 ***	.302 ***	.338 ***	.510 ***	1.000			
20歳までの 経済状況	-.115 *	.192 ***	-.123 *	.288 ***	.171 **	.160 ***	.234 ***	.376 ***	.429 ***	1.000		
生活ストレス	-.050	.034	-.264 ***	.019	.049	-.074	.021	-.053	.019	-.002	1.000	
緊張処理の 成功体験	.146 **	.020	.064	.012	.067	.354 ***	.390 ***	.183 **	.243 ***	.122 *	-.153 **	1.000

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

自由業が高く、家族構成別では高齢夫婦のSOC得点が高かった。最終学歴や世帯の年収に順序性はみられなかった。本研究でのChronbachの α 係数は.839(調査1)と.866(調査2)であった。

社会関連性尺度を用いて調査した社会との関わりは、 14.4 ± 2.7 点 (range 3 ~ 18) であり、Chronbachの α 係数は.697であった。

ソーシャルサポートは1人当たり 8.5 ± 4.7 項目を有していた。0項目は10人 (2.8%)、全項目を選択したのは55人 (15.3%) であった。情緒的支援ネットワーク尺度に手段的サポート5項目を加えた質問のChronbachの α 係数は.897であった。

人生経験を知るために調査した幼少期体験の各質問では、43.5~82.2%が良好な体験の印象を抱いていた。また、青年期体験の各質問でも良好な体験の印象を抱いていた人は45.1~66.4%を占めた。Antonovskyが示したSOCの発達過程を参考に作成した幼少期体験と青年期体験の質問のChronbachの α 係数は.781と.792であった。

20歳までの経済状況の質問では平均 2.7 ± 0.9 点であり、「普通」と回答した人は168人 (46.7%)、「大変裕福／裕福だった」と回答した人は65人 (18.1%) だった。男性 ($p=.000$) や、50代に比して20代 ($p=.045$) の方が裕福だったと回答していた。小学校卒 ($p < .05$)、及び中学校卒 ($p < .001$) に比して高校卒、専修・専門学校卒、短大卒、大学・院卒の方が裕福だったと回答していた。

生活出来事尺度を用いて調査した生活ストレスは、平均 1.7 ± 1.8 項目であり、0項目は107人 (29.7%)、最大で9項目 (1人) 選択していた。その生活ストレスに対する対処、つまり緊張処理に「大変満足／満足」と回答した人は190

人 (52.8%)、「大変不満足／あまり満足ではない」と回答した人は36人 (10.0%) であった。

2. SOCの強化要因

SOCの強化要因の検討を行うため、調査2から調査1のSOC得点を差し引き、「SOCの差」を求めた結果、 0.3 ± 8.6 点であった。次に、「SOCの差」と「性」「年齢」「学歴」「世帯の年収」「社会との関わり」「ソーシャルサポート」「幼少期体験」「青年期体験」「20歳までの経済状況」「生活ストレス」「緊張処理の成功体験」の項目間のPearson積率相関係数を算出した結果、表2のようになった。表2の一番左の「SOCの差」のうち、統計的有意差がみられた項目は「20歳までの経済状況」 $-.115$ ($p=.029$)、「緊張処理の成功体験」 $.146$ ($p=.007$) であった。そこで、SOCをどの程度強化するかを検討するために、「20歳までの経済状況」「緊張処理の成功体験」の2項目を独立変数とし、「SOCの差」を従属変数とする重回帰分析を行った。その結果を表3に示した。双方に統計的有意差がみられ、標準化偏回帰係数は「20歳までの経済状況」 $\beta = -.134$ ($p=.013$)、「緊張処理の成功体験」 $\beta = .160$ ($p=.003$)、 $R^2 = .039$ 、調整済み $R^2 = .033$ であった。

表3 SOCの差に関連する要因の重回帰分析結果 (n=305)

項 目	標準化 偏回帰係数 β	t 値 ¹⁾ ・ F 値 ²⁾	p 値
20歳までの経済状況 (→高)	-.134	-2.48 ¹⁾	.013
緊張処理の成功体験 (→高)	.160	2.96 ¹⁾	.003
R^2 (調整済)	.033	6.68 ²⁾	.001

IV. 考 察

本研究は、日本版SOC13項目スケールを用いて、SOCの強化要因を明らかにすることを目的とし、一般住民を対象に縦断的調査を行った。本調査における最終的な回収率は、無作為抽出した20歳以上の男女3,000人のうち422人（14.1%）であった。健康に関心のある者の回答に偏りがあると予測されるが、これらの状況を考慮し、考察を行う。

1. 分析対象者の特性

分析対象者360人の内訳は、男性46.4%、女性53.6%であり、20歳代6.1%、30歳代13.9%、40歳代14.4%、50歳代20.3%、60歳代27.8%、70歳代15.8%、80歳代以上1.7%であった。全国¹⁹⁾やA市²⁰⁾の性別、年齢構成割合と比較すると、男女比や30・40歳代の割合は同等だったが、20歳代が約半分、50歳以上は1.6倍の分析対象者数になり、本研究は地域住民対象といえども中高年者の傾向を反映した調査結果であると思われる。

本調査のSOC得点（調査1）は、全体平均 63.6 ± 12.1 点、男性 63.5 ± 11.6 点、女性 63.6 ± 12.5 点であった。本調査と年齢範囲が近い郵政職員（10代～70歳代）の調査⁹⁾の 57.4 ± 11.2 点、 57.3 ± 11.1 点、 57.2 ± 11.4 点と比較すると、本調査のSOC得点が高く、職業別の有職者の得点と比較しても健康保持能力が高い結果を得た。

また、統計的有意差はみられなかったが、年代が上がるにつれてSOC得点も上昇していた。「SOCは、人生経験を通じて、学習・形成される²¹⁾」といわれているが、今回の調査結果もそれを裏付けるものとなった。しかし、先行研究³⁾で見出された世帯の年収が高いほどSOCが有意に高いという結果は本研究ではみられず、今後は更なる精査が必要と考える。

本研究において使用した社会関連性尺度は60歳以上を対象とした尺度であった。調査当時、地域住民全般を対象にした尺度がみあたらなかった為、「社会関連性は地域社会の中での人間関係の有無、環境とのかかわりの頻度などにより測定される」という考えのもと作成された¹⁶⁾この尺度を使用した。しかし、充分とは考えていない。今後はさらに適切な尺度を探し、検討していきたいと考える。

2. SOCの強化要因の検討

SOCの強化要因を検討した結果、「20歳までの経済状況」 $\beta = -.134$ ($p = .013$), 「緊張処理の成功体験」 $\beta = .160$ ($p = .003$) が抽出された。「20歳までの経済状況」と「緊張処理の成功体験」という2つの独立変数において、「SOCの差」に対する影響度は「緊張処理の成功体験」の方が高いことが分かった。

SOCは「緊張処理の成功体験」によって強化される¹⁾といわれているが、緊張処理の成功体験は自信を深めることになり、健康保持能力を高めることになると考えられ、

Antonovskyの説を裏づける結果となった。先行研究²²⁾ではSOCを高める要因として、「健康への満足感」「生活への満足感」が抽出されていた。健康への満足感や生活への満足感との関連がみられた理由として、現在の自分の健康状態や生活状態に満足している者は自己肯定感が強いと考えられ、そのことがSOCを高めているのではと考察されていた。満足感同様に生活ストレスの処理がうまくいったという成功体験、いわばプラス思考がSOCの強化の重要な要素になると推察された。

一方、「20歳までの経済状況」は負の要因として抽出され、20歳までの豊かな経済状況はSOCを低下させることが示唆された。「20歳までの経済状況」の調査では「普通」を選択したのは約半数、「大変裕福／裕福だった」を選択したのは、約18%であった。裕福だったと回答した人の傾向として、男性や、50歳代に比して20歳代の方が、また小・中学校卒に比して専修・専門学校卒以上の最終学歴の方が多かった。今回の調査結果から、SOCの強化要因としての「20歳までの経済状況」は性、年齢、最終学歴との関連の高さが推測される。しかし、分析対象者の「20歳までの経済状況」は、貧困の戦争時代から、高度成長期やバブル時代など様々であり、SOCを形成してきた20歳までの社会環境は一律とは言い難い。地域住民全般を調査対象にしたゆえの課題と考えるが、今後は時代背景を考慮した検討をしていくことで、SOCの強化要因としての「20歳までの経済状況」がより明確になると考える。

本調査における重回帰分析では、 $R^2 = .039$, 調整済 $R^2 = .033$ であった。「SOCの差」得点の分散の約4%を、「20歳までの経済状況」「緊張処理の成功体験」という2つの独立変数で説明できていることがわかる。しかし、本研究で調査した項目では不十分だったことも再確認できたといえる。分析対象者を地域住民全般にしたことが原因の1つと思われる。

決定係数の低さをどう判断するかであるが、予測値を使うわけではなく、従属変数に対するいくつかの独立変数の影響の強さを比較したい場合、値が0.5より小さくても分析に耐えるといわれている²³⁾。とはいえ、本研究の値は満足のいく数値とは言い難い。概念枠組みで記述したが、Antonovsky⁴⁾も環境要因について一例を挙げているだけで明確に規定はしておらず、SOCはきわめて多元的要素から成り立つものと考えられる。今回の分析を踏まえて、より客観的に分析できる枠組みを検討していきたいと考える。

V. おわりに

健康保持能力といわれるSOCの強化要因の明確化を目的とし、20歳以上の地域住民を対象に自記式質問紙による

縦断的調査を実施した。その結果, SOCの強化要因として, 「20歳までの経済状況 $\beta = -.134$ 」「緊張処理の成功体験 $\beta = .160$ 」が抽出された。20歳までの豊かな経済状況はSOCを低下させ, 緊張処理の成功体験はSOCを強化することが確認された。

地域における看護活動では個人・家族のみならず, 集団や地域全体が対象となる。20歳以上の地域住民を対象とした本調査は日常の活動に添った調査ともいえよう。健康の阻害要因の排除のみならず, 誰もがもっている健康保持能

力を強化していくことも, 集団・地域において健康の保持増進をめざした活動の一方法として有用と考える。より具体的なアプローチの仕方は, 更なる調査も含めて今後の課題としたい。

謝 辞

最後になりましたが, アンケートに快くご承諾, ご協力いただきました地域住民の皆様にご心から感謝いたします。

要 旨

健康保持能力といわれる首尾一貫感覚（以下, SOCとする）の強化要因の明確化を目的とし, 20歳以上の地域住民3,000人を対象に, 2003年及び2005年に自記式質問紙による縦断的調査を実施した。両年の回答に不備のない360人を分析対象とした。日本版SOC13項目スケールにてSOCの経年的変化を求め, 「性別」「年齢」「学歴」「世帯の年収」「社会との関わり」「ソーシャルサポート」「幼少期体験」「青年期体験」「20歳までの経済状況」「生活ストレス」「緊張処理の成功体験」との関連性をPearson積率相関係数の算出し, 相関がみられた項目の重回帰分析を行った。結果, 「20歳までの経済状況」「緊張処理の成功体験」が強化要因として抽出された。豊かな「20歳までの経済状況」はSOCを低下させ, 「緊張処理の成功体験」はSOCを強化することが示唆された。

Abstract

In order to identify which factors strengthen sense of coherence (SOC), we conducted longitudinal surveys by self-administered questionnaire in 2003 and in 2005, targeting 3000 local residents of 20 years of age or older. In both years, we analyzed responses from 360 people who turned in complete surveys. We searched for changes in SOC over time for the 13 items in the Japanese SOC scale, and calculated the Pearson's product-moment correlation coefficient for association with "sex", "age", "educational background", "household annual income", "involvement in society", "social support", "childhood experiences", "adolescent experiences", "economic circumstances up to age 20", "daily life stress", and "successful experiences of dealing with tension." We performed a multiple regression analysis on items for which a correlation was found. We found that "economic circumstances up to age 20" and "successful experiences of dealing with tension" were strengthening factors, whereby affluent "economic circumstances up to age 20" decreased SOC, and "successful experiences of dealing with tension" increased SOC.

文 献

- 1) Antonovsky A, Health, Stress, and Coping, Jossey-Bass, San Francisco-London, 1979.
- 2) 山崎喜比古：健康への新しい見方を理論化した健康生成論と健康保持能力概念SOC, Quality Nursing, 5, 825-832, 1999.
- 3) 榎本妙子：健康社会学への誘い 地域看護の視点から, 125-153, 世界思想社, 京都, 2006.
- 4) Antonovsky A : Unraveling the Mystery of Health : People Manage Stress and Stay Well : 健康の謎を解くストレス対処と健康保持のメカニズム, 山崎喜比古, 吉井清子監訳, i - vi, 有信堂, 東京, 2001.
- 5) 小田博志：健康生成パースペクティブ 行動科学の新しい流れ, 日本保健医療行動科学会年報, 11, 261-267, 1996.
- 6) 山崎喜比古：健康の社会学の現段階, 社会学評論, 49, 407-425, 1998.
- 7) 高山智子, 浅野祐子, 他：ストレスフルな生活出来事が首尾一貫感覚（Sense of Coherence : SOC）と精神健康に及ぼす影響, 日本公衆衛生学会誌, 46, 965-976, 1999.
- 8) 志村千鶴子：出産前後での妊産婦の首尾一貫感覚（Sense of Coherence）の変化と出産の満足感との関連－出産施設別の比較, 日本助産学会誌, 18(3), 186-187, 2005.
- 9) 堀田瑞穂, 越田恵美子他：首尾一貫感覚（SOC）尺度（短縮版）とストレス反応および受診行動との関係について, 通信医学, 59(4), 246-249, 2007.
- 10) 松下年子, 大木友美他：外科的治療を受ける癌患者と循環器疾患患者の首尾一貫感覚, 総合病院精神医学, 17, 278-286, 2005.

- 11) 小林裕美, 乗越千枝: 訪問看護師のストレスに関する研究
訪問看護に伴う負担と精神健康状態 (GHQ) および首尾一貫感覚 (SOC) との関連について, 日本赤十字九州国際看護大学 intramural research report, 4, 128-140, 2005.
- 12) Antonovsky A, The structure and properties of the sense of coherence scale, social Science and Medicine, 36, 724-733, 1993.
- 13) 山崎喜比古, 高橋幸枝他: 健康保持要因 Sense of Coherence の研究 (1) SOC 日本版スケールの開発と検討, 日本公衆衛生雑誌, 44(10), 243, 1997.
- 14) Antonovsky A: 前掲書 4), 103-148.
- 15) Antonovsky A: 前掲書 4), 19-39.
- 16) 安梅勅江: 高齢者の社会関連性評価と 3 年後の機能低下との関連性に関する保健福祉学的研究, 日本公衆衛生雑誌, 44(3), 159-166, 1997.
- 17) 宗像恒次: 最新行動科学からみた健康と病気, メヂカルフレンド社, 4-19, 1996.
- 18) 宗像恒次: 前掲書 17), 206-207.
- 19) 厚生労働省: 平成20年人口動態統計の年間推計. 2009-5-6 (入手日)
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suikai08/index.html>
- 20) 京都市情報館: 京都市の情報統計. 2009-5-6 (入手日)
<http://www.city.kyoto.jp/sogo/toukei/Population/Estimate/report.html>
- 21) 山崎喜比古: 健康生成論と保健活動, 地域保健, 30(3), 72-79, 1999.
- 22) 榎本妙子: 健康生成論に基づく地域住民の健康実態, 立命館産業社会学会, 36(4), 53-73, 2001.
- 23) 石井秀宗: 統計分析のここが知りたい, 181-203, 文光堂, 東京, 2005.

〔平成21年10月15日受 付〕
〔平成22年 4 月15日採用決定〕

急性期病院において慢性期意識障害患者をケアする看護者の心理の構造

Psychology of Nurses Caring for Patients with Chronic Loss of Consciousness at Acute Care Hospitals

小 林 秋 恵¹⁾
Akie Kobayashi

當 目 雅 代²⁾
Masayo Toume

急性期病院において慢性期意識障害患者をケアする看護者の心理の構造

Psychology of Nurses Caring for Patients with Chronic Loss of Consciousness at Acute Care Hospitals

小 林 秋 恵¹⁾
Akie Kobayashi

當 目 雅 代²⁾
Masayo Toume

キーワード：慢性期意識障害患者，看護者，心理，急性期病院

Key Words：patients with chronic loss of consciousness, nurse, psychology, acute care hospital

I. はじめに

意識障害患者は，コミュニケーション手段が失われ外界刺激の反応を他者から認識されることが困難であり，セルフケアを全面的に他者に委ねている存在である¹⁾。意識障害の主な原因疾患は脳卒中であり，これは我が国の主要な死因であるとともに，後遺症を残し寝たきりの原因の4割を占めるなど，社会的影響の極めて大きい疾病である²⁾。

脳卒中急性期および回復期患者の医療に関しては，超急性期症例に対する血栓溶解療法，脳卒中ケアユニットと専門チームの配置の推進，また，回復期リハビリテーションの充実や地域連携クリティカルパスの整備等によって一定の効果が上がっている³⁾。しかし，意識障害が慢性化した患者に関しては，有効な治療法が十分に確立されていず，積極的なリハビリテーションの対象としても優先度が高くない¹⁾。医療費適正化の推進という国家的課題はあるものの家族の介護力や転院先の受け入れ事情などの問題により，急性期病院で社会的入院を余儀なくされている状況も生じている⁴⁾。その他方で，絶え間ない家族のかかわりや看護者による日常生活動作を基盤にした感覚刺激や背面開放端座位ケアにより回復した症例も報告^{5) 6)}されている。

このように，慢性期意識障害患者は回復の可能性を持ちながら，医療費適正化の影響や家族機能の変化によって，ニーズに応じた医療・ケアが得られているとはいえない状況である。今後ますます急性期医療の現場は効率化され，高度化専門化してくると予測される中で，慢性期意識障害患者に対し入院中最も身近で長時間関わる看護者は，さまざまな感覚刺激が患者の意識回復の可能性を引き出すことに繋がるということを自覚し関与することが重要である。

意識障害患者のケアをする看護者に関する先行研究にお

いて佐々木⁷⁾は，遷延性意識障害患者をケアする看護師の「人間的存在の希薄化」，「身体的ケアの優先」，「形式的な声かけ」というケア行動が，患者の写真・生活史を呈示することによって「患者の人間的存在に基づくコミュニケーション」という行動に変化していたと報告している。川本ら⁸⁾は，コミュニケーションの可否により遷延性意識障害患者と脳卒中後遺症患者を区別し，両者に対する看護師のケア意欲を調査している。その結果，遷延性意識障害患者に対するケア意欲は「母性感情・同情心・奇跡の体験」などであり，脳卒中後遺症患者には「患者の挑戦する姿勢・意志表示・ケアの手ごたえ」などがケア意欲の源泉となっていた。兵頭ら⁹⁾は，脳神経外科病棟に勤務する看護職特有の職業意欲の要因は，患者の「快方への変化」や患者と家族の「前向きな姿」が意欲を高め，患者の「不透明な予後」や「見えにくいADL拡大の兆し」，「障害による一方的コミュニケーション」が意欲を削いだと報告している。これらの先行研究や研究者の経験から，意識障害が慢性化することによって起こる患者の状態や，患者と看護者との関係性が看護者のケアに対する意欲や行動に影響しているのではないかと推察される。

慢性化した意識障害からの回復にはさまざまな感覚刺激が有効であることを考慮すると，回復の可能性を持った慢性期意識障害患者への積極的関わりは重要である。しかし，看護者の態度に問題があると患者の回復の可能性を妨げることに繋がると考えられる。したがって，急性期病院で慢性期意識障害患者をケアする看護者の，患者やケアに関する思いや認識などの心理を明らかにすることによって，看護者の心理的な支援に示唆を得ることができ，それにより慢性期意識障害患者により看護を提供する一助とな

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

2) 香川大学医学部看護学科 School of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa University

と考える。

II. 研究目的

本研究の目的は、急性期病院において慢性期意識障害患者をケアする看護者の心理を明らかにし、記述することである。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究はStrauss A., Corbin J.の提唱するグラウンデッドセオリアプローチ¹⁰⁾を参考にした質的帰納的研究である。

グラウンデッドセオリアプローチの理論的基盤であるシンボリック相互作用論¹¹⁾は、人間は、ものごとが自分に対して持つ意味にのっとって、そのものごとに対して行為する、という前提がある。また、グラウンデッドセオリアプローチはある特定領域の現象を説明する理論構築を目的としており、現象の構造とプロセスの理解を強調している。急性期病院という場において慢性期意識障害患者をケアする看護者の心理は、人的・物的環境や患者との社会的相互作用により、複雑かつ変化するものである。また、先行研究では意識障害患者に対する看護者のケア行動や意欲に関連する概念は抽出されているが、概念同士の関連性までは言及されていない。したがって、本研究目的である看護者の心理を明らかにするためには、グラウンデッドセオリアプローチを参考にすることが適切であると考えた。

2. 用語の定義

「慢性期意識障害患者」を「生命の危機的状況を脱し、生命維持の機能は安定しているが意識障害が持続し外界からの刺激に対する反応が乏しく、セルフケアを全面的に他者に委ねている存在」¹⁾と定義する。なお、意識障害の原因は主に脳血管疾患とし、悪性腫瘍および終末期状態による意識障害、意識障害発症後3ヶ月持続する重篤な遷延性意識障害患者は除いた。

3. 研究対象者

A県内の急性期医療を担う同規模の病院3施設の脳神経系病棟に勤務する看護者を対象にした。対象者の条件として、患者個別の看護実践を判断し、実践できると思う経験年数3年以上の者とした。あわせて、神経系のアセスメントは複雑であるため、意識障害患者のケア経験が1年以上の看護者とした。

4. データ収集方法

データ収集期間は2007年5月から同年10月までであった。病院の看護部長と看護師長に研究目的・内容を書面と口頭にて説明し、協力を依頼した。研究対象者の条件に適し、研究協力の同意が得られた看護者を対象とした。三交

替勤務を考慮し、データ収集日程は対象者の負担にならないよう話し合いの上で調整し、対象者が勤務している病棟の関係者控え室で行った。

データ収集は、半構成的面接法にて1人当たり約60分で面接する予定で始めた。面接はまず、用語の定義にある慢性期意識障害患者をイメージしてもらった。面接ガイドに基づき「最近、病棟に入院されている慢性期意識障害患者のことについてお話しください」から始め「その患者にどのようなケアをしているか」「その患者にケアをしていてどのようなことを感じるか」など、日常のケア場面での思いを尋ねた。また、面接途中では基本的に対象者の自由な語りの流れに沿うようにした。データ収集がすすむにつれ、継続比較分析をしながら質問内容を変化させていった。研究対象者の同意を得た上で面接内容をICレコーダーまたはテープレコーダーに録音した。

5. データ分析方法

面接内容は速やかに逐語録におこし、丹念に読み込んだ。そして、研究対象者の感情や認識・意志などが語られている部分に着目し、文章の意味が読み取れる最小の段落に分けたものをデータとし、オープンコード化を行った。データに概念的ラベルをつけ、抽象度を上げる度にそのラベルがデータを意味しているかを検討し、ラベルの修正をしていき、4次ラベルまで抽象度をあげた。5名以上が共通した構成要素を採用し、サブカテゴリー、カテゴリーを抽出した。このデータ分析の過程で、データや概念の特性と次元を確認しながらカテゴリーを精選させた。同時に、カテゴリーを発展させるために次の研究対象者への質問内容を検討し、データ同士、概念同士の継続比較分析を行った。そして、カテゴリー間の関係性を、「条件」「行為・相互行為」「帰結」の枠組みを用いて検討し、カテゴリー間の関連図を描き、コアカテゴリーとストーリーラインを見出した。

6. 信頼性と妥当性

データ分析の信頼性と妥当性を高めるために次のことを行った。逐語録に起こした面接データを研究対象者に提示し、データと自身の経験との相違がないかを確認した。データ分析においては、ラベル付けをする際にデータにフィットしているかどうか確認しながらすすめた。抽象度をあげラベル付けをするたびに、そのデータまで戻りラベルはデータを意味しているかを検討しラベルの修正をした。研究期間中、グラウンデッドセオリアプローチで研究経験のある指導教官にスーパービジョンを受けながら分析をすすめた。また、脳神経外科病棟の勤務経験がある大学院生に意見を聞きながら分析を行った。最終的に抽出されたカテゴリー、コアカテゴリー、ストーリーラインについて研究対象者1名に説明し同意できるものであるかどうか

かを確認し、同意を得られた。

7. 倫理的配慮

本研究は、香川県立保健医療大学研究等倫理委員会の承認を受けた。看護師長から紹介された看護者個別に書面と口頭で研究目的・内容の説明と協力依頼をし、同意書による研究協力の同意を得た。その際、看護師長からの紹介であることによる不当な圧力が加わらぬよう配慮した。研究説明・同意書には、研究への協力は自由意思であること、研究への協力に同意した後も協力の拒否ができること、全研究過程で匿名性が保証されること、個人の秘密が守られること、また、研究結果の公表方法を明記した。データ収集の際は静かな落ち着いた空間を確保しプライバシーを保持した。

IV. 結 果

1. 研究対象者の概要（表1）

19名の看護者を対象者にした。対象者の性別は、女性が17名、男性が2名であった。年齢は、20歳代が6名、30歳代が5名、40歳代が5名、50歳代が3名であった。看護者経験年数は、3年以上5年未満が4名、5年以上10年未満が4名、10年以上20年未満が5名、20年以上30年未満が4名、30年以上が2名であった。慢性期意識障害患者のケア経験は1年以上3年未満が4名、3年以上5年未満が6名、5年以上10年未満が4名、10年以上5名であった。また、面接時間は最短28分、最長94分、平均59分であった。

表1 研究対象者の概要

研究対象者	性 別	年 齢	看護師 経験年数	慢性期意識 障害患者の ケア経験年数
A	女性	40歳代	15	15
B	女性	20歳代	9	7
C	女性	20歳代	3	3
D	女性	20歳代	4	4
E	女性	50歳代	31	1
F	女性	50歳代	28	11
G	女性	50歳代	31	11
H	女性	30歳代	14	3
I	女性	40歳代	24	12
J	女性	20歳代	6	2
K	女性	20歳代	3	3
L	女性	30歳代	4	4
M	女性	40歳代	22	3
N	男性	30歳代	11	1
O	男性	30歳代	6	6
P	女性	30歳代	10	2
Q	女性	40歳代	19	14
R	女性	20歳代	5	5
S	女性	40歳代	20	6

2. 分析結果

急性期病院において慢性期意識障害患者をケアする看護者の心理を分析した結果、11個のカテゴリーとカテゴリー関連図および1つのコアカテゴリーが抽出された。表2はカテゴリー一覧、図1はカテゴリー関連図である。以下にカテゴリー関連図とコアカテゴリー、ストーリーライン、各カテゴリーを説明する。なお、本文中で、コアカテゴリーは『 』、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは< >, インタビューデータは「 」で示す。

1) カテゴリー関連図とコアカテゴリー

急性期病院において慢性期意識障害患者をケアする看護者の心理のコアカテゴリーとして『アパシーへの陥りと引き戻し』が抽出された。本研究では、“アパシー”を“患者やそのケアに向けられる心構えが乏しい状態”と定義する。

『アパシーへの陥りと引き戻し』は、カテゴリー関連図（図1）に示されているように、“アパシー”に陥るプロセスと“アパシー”から引き戻されるプロセスがある。看護

表2 急性期病院において慢性期意識障害患者をケアする看護者の心理のカテゴリー一覧

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
アパシーへの陥りと引き戻し	患者との意思疎通が困難	
	患者に関心を持つ	患者に注意を向ける
		患者に働きかける準備をする
	ケアの効果が現れない	有効なケア方法がわからない
		ケア努力が報われない
		ケアの効果が確認できない
		ケアによる達成感が得られない
	回復は期待できない	経験から回復の身込みはないと予想する
		回復の程度を予想することは難しい
	ケア環境は不十分	忙しくて十分なケアができない
		マンパワーが不足して十分なケアができない
		急性期病院の環境では十分なケアができない
		医療のチームワークが不十分
	急性期病院でできるケアを限定する	急性期病院の役割を認識する
		ケア内容や期間を限定する
		転院の段取りをする
	ケアは必要最低限の繰り返し	ノルマを果たすケア
		毎日同じパターンのケア
		今より悪くないケア
		食事・排泄・清潔が主要なケア
	患者への配慮を欠く	緊張感なく関われる相手
		患者への配慮が薄れてくる
		自分が調節できるケア
	患者の好ましい予想外の反応を感じる	
	他者からの刺激に対して反応する	他者の行為に反応する
	ケアを充実させたい	家族の気がかりな事が気にかかる
		看護者ができるケアを充実させたい
		コメディカルや家族の力をケアに活かす

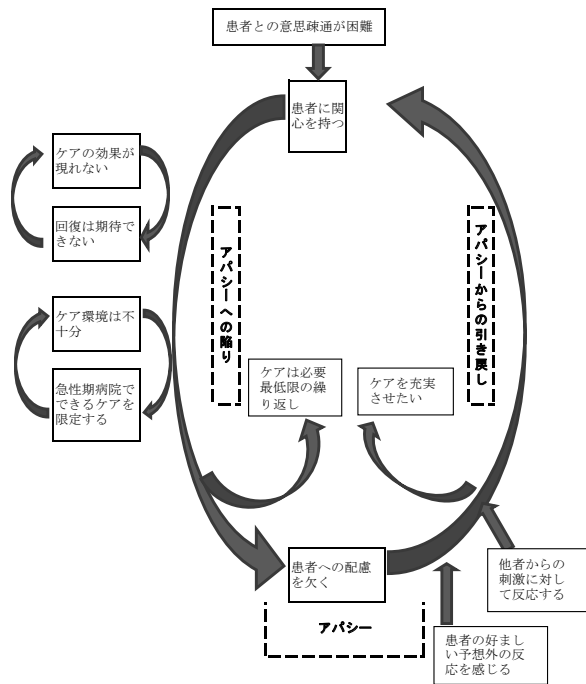


図1 急性期病院において慢性期意識障害患者をケアする看護者の心理のカテゴリー関連図

者の心理が【患者に関心を持つ】状態から【患者への配慮を欠く】という好ましくない状態に変化していくことを下向きの矢印で表し、その反対に【患者への配慮を欠く】から【患者に関心を持つ】状態に変化することを上向きの矢印で表した。そして、この2つのプロセスには、看護者が急性期病院において慢性期意識障害患者をケアする状況で、患者やその家族、同僚看護者また、ケア環境などとの相互作用を通して、看護者自身が解釈し行為したことが影響しているため、このことを2つの大きな矢印に外側から接する矢印で示した。さらに、この2つのプロセスにおいて、看護者に慢性期意識障害患者のケアに対する新しい認識が生じていることを内向きの矢印で表した。

2) ストーリーライン

急性期病院において慢性期意識障害患者をケアする看護者は【患者との意思疎通が困難】と考えて、意識障害があるからこそ関わる態度に注意し【患者に関心を持つ】。看護者は懸命にケアするが【ケアの効果が現れない】。そして、慢性期意識障害患者に対するケア経験から【回復は期待できない】という予想をする。そのためケアの目標が定まらないし、ケアに対する達成感を得られない。患者やケアに対するこのような認識を持ちケアを進めるにつれて、慢性期意識障害患者をケアするためには急性期病院の【ケア環境は不十分】だと認識する。そして【急性期病院でできるケアを限定する】。このようなプロセスを経て看護者のケアへの積極的な思いは低下し、【ケアは必要最低限の繰り返し】という認識になり、【患者への配慮を欠く】心理状態へ変化していく。しかし、【患者の好ましい予想外

の反応を感じる】ことや、患者の家族や同僚看護者など【他者からの刺激に対して反応する】ことによって、乏しくなりつつある心構えが以前の状態に戻されていき、看護者だけでなく家族やコメディカルの力を活かし、現状の【ケアを充実させたい】という思いが生じる。

3) 見出されたカテゴリー

(1) 【患者との意思疎通が困難】

【患者との意思疎通が困難】とは、看護者が慢性期意識障害患者その人をどのように捉えているかという対人認知を示す。看護者は患者を、意識障害があり看護者の働きかけに対する反応がなく、言えない、訴えない人と捉えていた。意思のやり取りができない相手であり、患者に代わり症状の悪化がないかを注意して観察したり、医師に症状を述べる必要があると考えていた。

「まだ言うてくる人は、頭痛いとか足痛い、何とか分かるけど、気管切開してる人とか寝たっきりとか、動けない四肢麻痺の人とか、訴えれん分、やっぱり症状が知らんうちに悪化しているっていうことがあってはいけなくて、やっぱり皆で気にしてしよんですけどね」

(O氏)

「とにかく声をかけ触れてあげて、この方はなにも言えないけれども感じているかもわからない」

(E氏)

(2) 【患者に関心を持つ】

【患者に関心を持つ】とは、看護者が慢性期意識障害患者をケアするにあたり積極的に働きかけようとする心構えや態度を示す。このカテゴリーは＜患者に注意を向ける＞、＜患者に働きかける準備をする＞の2つのサブカテゴリーで構成されていた。意識障害がある患者だからこそ尊重して関わることを意識し、皮膚状態の観察や家族からの情報収集を通して患者への関わりの手がかりを模索していた。

「意識障害のある患者さんっていうのは、以外にこっちにも閉鎖的じゃないですか。だからこういう所から関わろうかなあとか、まずは挨拶をしてじゃあそこから次どう関わっていけばいいのかなあとか、どういう事をきりだしたらこの人は喋ってくれるかなあとか、いろいろ考えながらするんですけど。なかなかそういう患者さんすごく閉鎖的ですよ」

(H氏)

(3) 【ケアの効果が現れない】

【ケアの効果が現れない】とは、自分の望むようなケアの結果が患者に現れないし実感できないという認識を示す。このカテゴリーは＜有効なケア方法がわからない＞、＜ケア努力が報われない＞、＜ケアの効果が確認できない＞、＜ケアによる達成感が得られない＞という4つのサブカテゴリーで構成されていた。看護者は患者を一所懸命ケアしているにもかかわらず、その努力に見合った回復が

得られないことに落胆したり、転院後の患者の経過が確認できず達成感が得られていなかった。そしてケアの有効性について疑問を持っていた。

「それでこう意識の改善というか、ねえ、つながってるのかどうかっていうのは、私らそれは未確認と言ったらおかしいですけど、実感的にないですね」 (H氏)

(4) 【回復は期待できない】

【回復は期待できない】とは、看護者の経験から得られる患者の成り行きの予想を示す。このカテゴリーは＜経験から回復の見込みはないと予想する＞、＜回復の程度を予想することは難しい＞という2つのサブカテゴリーで構成されていた。患者の生命維持機能は安定しているため急に悪化することはないが良い回復経過はとらない、また、年齢や意欲、家族の支援など、疾患以外の要因も回復の経過に影響しているので、回復の程度を予測することが難しいと考えていた。さらに、回復の基準や捉え方に疑問をもっていた者もいた。

「そういう人に対しての対応っていうのは可哀想とか思えない。かえって声が掛けられないです。そう言う人には、やっぱり良くなる希望が全くないじゃないですか、どう見ても」 (B氏)

(5) 【ケア環境は不十分】

【ケア環境は不十分】とは、急性期病院のケア環境では患者へ十分なケア活動を展開できないと捉えている認識を示す。このカテゴリーは＜忙しくて十分なケアができない＞、＜マンパワーが不足して十分なケアができない＞、＜急性期病院の環境では十分なケアができない＞、＜医療のチームワークが不十分＞という4つのサブカテゴリーで構成されていた。ケア環境とは急性期病院の経営方針やそれに伴う労働環境、看護者同士やコメディカルとの連携が不十分なことを指していた。

「だってそれは国の政策でそうなってるんでしょ。先進国の中で一番だめでしょ、日本って、一人の看護師さんが何十人も持ってじゃないけど、そんなしよるとこないって言われるぐらいやから。もっと一人一人にもっとかけられたらいいのにねえ、とかって思う。有り余ったら、又その逆の問題が起きてくるけど、今はもっと人が欲しいなーと」 (I氏)

(6) 【急性期病院でできるケアを限定する】

【急性期病院でできるケアを限定する】とは、急性期病院の役割上、慢性期意識障害患者のケアをすることの限界を認識し、自分たちができるケアの程度・範囲・期間を決めるという看護者の思考と行為を示す。このカテゴリーは＜急性期病院の役割を認識する＞、＜ケア内容や期間を限定する＞、＜転院の段取りをする＞という3つのサブカテゴリーで構成されていた。看護者は在院日数短縮を意識し

ており、急性期医療・ケアの必要性がなくなった患者の状態をゴールと考えて、ケアの内容や入院期間を決めていた。

「多分、点滴とか全部なくなって注入だけでいけるとか、御飯食べれるようになったとか、何もなくなったらっていうたらおかしいんですけど、点滴がなくなって状態落ち着いたら転院」 (R氏)

(7) 【ケアは必要最低限の繰り返し】

【ケアは必要最低限の繰り返し】とは、急性期病院における患者の基本的ニーズを満たすだけのケアに対する認識を示す。このカテゴリーは＜ノルマを果たすケア＞、＜毎日同じパターンのケア＞、＜今より悪くしないケア＞、＜食事・排泄・清潔が主要なケア＞という4つのサブカテゴリーで構成されていた。そのケアは限られた時間やマンパワーの中で割り与えられたものであり、熟慮せず毎日決まった内容を一律に処理する機械的なパターンの様相になっていた。そして、看護者はそのケアをやりたくないと思っていることが伺えた。

「もっと人数がおればなどとはいつも思います。ゆっくりできるし、どうしてもね、人数少ないと、ちゃちゃちゃとでないといかん、この人数でこの時間で終わらさないかん、ちゃちゃちゃとやらないかん乱雑になるし、観察は少なくなるし、とりあえずっていう感じ。はい磨いて、はい替えて、いう感じになってしまうことが多いかな、仕事の流れのなかにはいつて」 (O氏)

(8) 【患者への配慮を欠く】

【患者への配慮を欠く】とは、患者への関心が徐々に低下した結果の緊張感を欠いた行為を示す。このカテゴリーは＜緊張感なく関われる相手＞、＜患者への配慮が薄れてくる＞、＜自分が調節できるケア＞という3つのサブカテゴリーで構成されていた。長期にケアをすることによって単調な仕事には慣れるが、それと同時に気づかいが減り丁寧なケアができなくなっていた。そのケアは看護者自身が主導権をとり、自分のペースで調整できるものであった。

「患者さんのところで雑談をする、機能的に仕事してしまう。患者さんを物としか、はいこっち向いて、はいあっち向いてみたい、そんな感じで扱うとか、そんな傾向はかなり強かった」 (M氏)

(9) 【患者の好ましい予想外の反応を感じる】

【患者の好ましい予想外の反応を感じる】とは、自分の働きかけに対する反応や予想していなかった反応を患者から感じ取り、その反応から嬉しいとか驚きの感情、面白みを味わう感情が起こっていることを示す。この感情を、ケアへの積極的な思いや自分の満足感に繋げていた者もいた。

「そうですね、ちょっと意識レベルが上がったりと

か、呼んだら目が開いたとか、リハビリも全然進まなかった人がちょっとリハビリ頑張りましたとか、聞いたら嬉しくなります。それは、そのへんが頑張れるというか。ちょっと楽しいとはまた別になってくるんですけど。楽しいというか、こう、頑張らないかんなんて思える。」 (K氏)

(10) 【他者からの刺激に対して反応する】

【他者からの刺激に対して反応する】とは、患者の家族や同僚看護者などからの刺激によって看護者の感情や行動が変化することを示す。このカテゴリーは＜他者の行為に反応する＞、＜家族の気がかりな事が気にかかる＞という2つのサブカテゴリーで構成されていた。この刺激とは、家族の熱意や同僚看護者と看護学生の誠意ある対応、また家族の気がかりであった。

「そんなの見たら私たちがもうちょっと刺激与えて、もう少しレベルアップできるように援助してあげたら、本人はわかつとるかわかってないかわからんけど、その家族、早く良くなってほしいとか、先生にはもうよくらんかもしれんて言われとったんが、最近少しづつ反応でてきとる、それを喜んでいる家族をみたら、私たちはその家族が来てないときにもっと話かけたりね」 (J氏)

(11) 【ケアを充実させたい】

【ケアを充実させたい】とは、現状のケアで不十分だと思われるところを、看護者と看護者以外の力も活用し積極的にケアしようとする心構えやケア方法を整える看護者の思いを示す。このカテゴリーは＜看護者ができるケアを充実させたい＞、＜コメディカルや家族の力をケアに活かす＞という2つのサブカテゴリーで構成されていた。看護ケアを高めたり継続させたり、また新しいケアを模索していた。一方で、自分たちのケアを充実させたいと考えながらも、専門的知識・技術や時間、また患者に対する愛情の限界を感じており、コメディカルや家族の力も活用してケアすることの重要性を感じていた。

「機能別の流れのある中で全然どうしてもやめれんものなら、自分がケアのなかでこういうところはきっちりせないかん、手が抜けん、ここは自分が大事にしないとこやとか、自分が勉強してここは絶対できるぞと思うところをきちんと自分なりに考えてやる」 (F氏)

V. 考 察

本研究の目的は、急性期病院において慢性期意識障害患者をケアする看護者の心理を明らかにすることであり、その結果、看護者の心理は、『アパシーへの陥りと引き戻し』という2つの心理状態で表されることがわかった。『アパシーへの陥り』のような看護者の心理状態では患者によりケアを提供することはできない。そこで、この心理に関連

する要因を考察し、看護者への支援を検討する。

1. 『アパシーへの陥り』に関連する【ケアの効果が現れない】、【回復は期待できない】という認識

『アパシーへの陥り』は看護者の心理が【患者に関心を持つ】から【患者への配慮を欠く】に至る過程であり、患者への関心やケアへの積極性が徐々に乏しくなる。『アパシーへの陥り』に関連している【ケアの効果が現れない】、【回復は期待できない】は、兵頭⁹⁾が報告した脳神経外科病棟において働く意欲を削がれた要因である“不透明な予後”や“見えにくいADL拡大の兆し”と同様に、患者の回復状態が看護者の心理状態に影響していることを示唆している。本研究結果では、看護者が、患者の回復を発症以前の状態に近づくことと捉えており、その回復を自分たちのケアの効果として受けとめていた点が新たな知見といえる。このような認識は、看護者が意識水準の改善やADLの改善という単発的な機能的能力の改善を目標にケアをしていることをうかがわせるものである。

回復という言葉の一般的な意味は、疾病状態からもとの健康を取り戻すこと¹²⁾、一度失ったものを取り戻すこと¹³⁾である。しかし、意識障害の原因は脳神経細胞の破壊が原因であるため、神経細胞の特性上、不可逆的に機能が失われ、もとのとおりの機能を望むことはできない¹⁴⁾、と述べられている。昨今、急性期医療の充実や医療連携によって意識障害を残さず順調な回復を遂げる患者が増えた^{15), 16)}。その一方で、慢性期意識障害患者の主な治療は原疾患の治療および痙攣・感染予防、脳循環改善などの薬物治療であり、意識障害そのものへの積極的な治療は限られている¹⁾。また、看護では、慢性期意識障害患者の意識レベル改善を目指した背面開放座位ケアの有効性¹⁷⁾や、遷延性意識障害患者への看護プログラムの有効性¹⁸⁾は報告されているが、いずれも長期の継続ケア後に、改善の見込みのある症例については何らかの兆候が出現する可能性がある、という限られた症例の極めて低い回復の可能性しか期待できないのである。紙屋¹⁹⁾が「脳神経領域の看護者の奮闘にもかかわらず、意識障害患者の看護は根気と時間を要するために、有効性の確認された取り組みも十分な普及をみていない。」と述べているように、慢性期意識障害患者の意識水準の改善を目的としたケアは看護者の長期で多大なエネルギーが必要であり、よい結果を望むことは極めて難しい。

看護感受性患者成果(NOC)の定義²⁰⁾は、「患者や家族、地域の状態や行動、知覚であり、看護介入に対する反応が連続線上で測定される。」とある。従来の“期待される結果”や“患者目標”は解決を目指す目標というゴール志向が強かったが、NOCはゴール志向的な意味合いよりもプロセス志向的であり、患者の目標(ゴール)としてではな

く「変化しうる状態を示す概念」としてアウトカムを示している²¹⁾。また、大久保²²⁾は「脳血管障害・頭部外傷患者における『意識』の概念分析」において、看護者が意識ケアに携わる核となる観点として、意識障害が回復したかではなく『より向上させる・より低下させない』という認識を持つことの必要性を述べている。

このように、看護援助によって導かれた慢性期意識障害患者の成果あるいは回復を、意識水準の改善という一側面からの視点だけで捉えるのではなく、患者や家族の全体的な状態とその変化を捉える視点が必要である。例えば、患者の状態がよい変化をしていなくても二次障害を起こすことなく経過している場合は、看護者の適切なケアが継続して行われている結果であるという肯定的な認識が持てるようになる必要がある。また、家族は患者と意思疎通できないことなどで心理的葛藤²³⁾をもっている場合が多くあるので、家族に対するケアを一層充実させていくことが重要であると考えている。そのためには家族を含めた看護チームおよび医療チームで患者の成果や回復の捉えかたを共有することが前提になると考える。

次に、急性期病院の看護者はくケアの効果が確認できない>という自分たちのケアの評価を認識できない状況であった。昨今、地域医療連携を推進するシステムづくりがされている²⁴⁾なかで、平井ら²⁵⁾はシームレス研究会という地域の病院・施設で構成する会の有効性を述べている。多職種が事例検討や情報交換する活動によって、今まで一方向であった患者情報や目標が共有でき、地域における自施設の役割認識と他施設との信頼関係の形成が可能となるのである。この取り組みでは、患者を送り出す急性期病院も患者の経過を知ることができる。患者の回復の程度にかかわらず、それを知ることは看護者が自分たちのケアの効果を確認することであり、課題を見つけることでもある。ケア実践の評価を看護者にフィードバックさせ、その後のケアへの動機づけを支援するという意味で、この取り組みは参考になると考える。

2. 『アパシーへの陥り』に関連する【ケア環境は不十分】、【急性期病院でできるケアを限定する】という認識

看護者は、慢性期意識障害患者のニーズを十分満たすためには現状のケア環境には不足している事柄があり【ケア環境は不十分】と認識していた。この環境はマンパワーや時間、チームワークなどの限られた資源を指している。慢性期意識障害患者は、生命維持の機能は安定しているが基本的ニーズを自分で満たすことが困難で長期臥床による二次障害の危険が大きい。このような特徴を持った患者のケアは、身体の観察・管理の優先順位は低いですが、常に日常生活援助が必要である。急性期病院は健康状態の急激な変化に伴う恒常性を維持・回復させるためのケア対象者が優先さ

れるため、慢性期意識障害患者は一般的にケアの優先順位は低いであろう。限られた資源はすべての患者の個別的特性やニーズに応じ公平に配分される必要があるが、慢性期意識障害患者の立場でみると、十分なケアには足りていないと看護者は捉えたのだと思われる。つまり看護者は患者のケアに最善を尽くそうとしていたのである。

また、医療制度改革による診療報酬上、急性期医療を目指す医療機関はますます平均在院日数を短縮しなければならないという課題を負っている。急性期病院は限られた時間やマンパワーの中で効果的・効率的に入院患者のケアをして転院・退院支援をする必要がある。このようなケア環境のなかで慢性期意識障害患者の日常生活の援助は重要ではあるものの、できるケアを限定せざるを得ない、つまり【急性期病院でできるケアを限定する】と考えるであろう。

以上のように、【ケア環境は不十分】と【急性期病院でできるケアを限定する】という認識は、患者に看護を提供する者としての責務と、社会的役割を果たす組織の一員としての責務を表しており、これら相反する責務の葛藤のなかでケアをしていると考えられる。ダイアナ・J・メイソン²⁶⁾は、複雑な問題があるケア現場で働く看護師は、時には自己の信念と矛盾することもしなければならず、そのことで責務を果たせていないと苦しんでいる、と指摘している。そして、その苦しみへの解決には、仕事や自己に対する適切な認識とケアの複雑性の理解が必要であり、この職業特有の難しい問題が生じることを理解し、この認識を高めることが必要だと指摘している。ケアの現場には解決困難な問題が山積されていることを認識し、そのなかで自分の責務を果たすことはどのようなことなのかを仲間と共に考え続けていくことが必要と考えられる。

武井²⁷⁾は看護の仕事について「日常生活の援助は重要であるが、時間がかかり繰り返し必要で、やって当たり前の仕事、看護師は日常生活の援助に価値を見いださなくなっている。」と述べている。生命の安定性はあるが【回復は期待できない】患者の状態に対し、同じケアを毎日繰り返すことによって【ケアは必要最低限の繰り返し】と認識し、看護者がケアの意義を考えることが少なくなり、同時にやり甲斐も乏しくなっていくものと考えられる。ケアへの積極性が乏しくなっていく思いは看護者に共通の思いであった。したがって、自分自身のその思いを否定せず他者に表現し、看護者同士が認め合うことが必要であると考えている。そして、患者には回復可能性があるということを意識しながら、また、常に意識しておけるようお互いに刺激し合いながらケアをすることが患者への関心を持ち続けることにつながると考える。

3. 『アパシーからの引き戻し』に関連する要因

『アパシーからの引き戻し』は、『アパシーへの陥り』の

心理状態が、患者の予想外の反応や家族や同僚看護者の行為によって刺激され、初期の【患者に関心を持つ】状態に近づく過程である。この過程で、家族やコメディカルの力を活かし【ケアを充実させたい】という思いが生じていた。

本研究対象者の看護者は慢性期意識障害患者から【患者の好ましい予想外の反応を感じる】ことによって喜びやおもしろみの感情が起き、それをケアへの積極的な思いにつながっていた。また、同僚看護者や患者の家族など【他者からの刺激に対して反応する】ことによって感情や行動が変化していた。患者の肯定的反応および看護者自身以外の刺激は、ケアへの積極的な思いを呼び戻し、ケアの意義を再認識するきっかけになったと思われる。先行文献^{7), 8), 9)}でもケアに意欲をなくしている看護者が、家族や同僚看護者、また写真という外からの刺激によって感情や行動が影響を受けよい変化をするという結果を報告しており、同様の結果である。

以上のように、看護者が慢性期意識障害患者に出会い、関心を持って心構えをして積極的に関わろうとする思いが、患者の回復状態やそのケアの特徴、ケア環境によって徐々にアパシーへと陥っていく。そのアパシーへの陥りを引き戻すのは、患者の反応であり看護者を取り囲む人々の熱意であった。

4. 看護者への心理的支援

本研究の理論的基盤であるシンボリック相互作用論¹¹⁾では、人間は、対象が自分にとってもつ意味に基づいてその対象に対して行為するものであり、集団活動とは、他者の行為の意味を理解することによって、他者の行為に対して自分の行為を調整するものとされている。

本研究結果から、慢性期意識障害患者をケアする看護者の行為が変化していくのは、看護者にとって患者が持つ意味が変化するためであると考えられた。看護者がアパシーに陥ることなく、また陥ったとしても早期に復帰できるようにする必要がある。そのためには、患者は看護者にとって関心を持ち続けられるべき存在であることを看護者一人ひとりが忘れることなく、また相互に意識しあいながらケアすることが必要だといえる。また、地域の医療連携の中に位置づけられる急性期病院において、患者の回復や看護の成果をどのように捉えるか、つまり、患者の目標をどう設定するかを、看護チームや患者の家族、リハビリテーションスタッフと十分話し合い、チームメンバーで共通理解することが重要である。この共通理解に至る過程においても、ケア場面においても、他者に自分の行為は意味づけられ、それを基に他者の行為が調整されていることを常に

自覚しておく必要がある。アパシーへの陥りに対する心理的支援は、患者への関わりをお互いに意識しあい見守りあい、不適切な関わりがある場合はそれに気づかせるような看護者相互の支援が重要であると考ええる。

VI. 本研究の限界

対象者は3箇所の急性期病院から研究対象者の条件に該当する看護者であったため、すべての急性期病院で慢性期意識障害患者をケアする看護者に共通する結果ではなく、この範囲での一般化には不十分である。また、最終的に抽出されたカテゴリー、コアカテゴリー、ストーリーラインを1名の研究対象者に同意の検討を行っただけであるので、信用可能性の検討が不十分である。この点について今後検討が必要である。

VII. 結 論

急性期病院において慢性期意識障害患者をケアする看護者の心理を分析した結果、11個のカテゴリーと1個のコアカテゴリー『アパシーへの陥りと引き戻し』が抽出された。『アパシーへの陥りと引き戻し』は、【患者との意思疎通が困難】な状況における看護者の【患者に関心を持つ】から【患者への配慮を欠く】という2つの心理状態の間の変化を表している。『アパシーへの陥り』は、看護者の【ケアの効果が現れない】、【回復は期待できない】、【ケア環境は不十分】、【急性期病院でできるケアを限定する】という認識が関連しており、【ケアは必要最低限の繰り返し】という認識が生じていた。一方『アパシーからの引き戻し』は、【患者の好ましい予想外の反応を感じる】、【他者からの刺激に対して反応する】が関連しており、【ケアを充実させたい】という思いが生じていた。これらの結果から看護者の心理的支援として、看護ケアの成果および患者の回復の捉えかたをチームで共有すること、また、患者への看護者の関わりを相互に意識しあうことの重要性が示唆された。

謝 辞

本研究にご協力いただきました研究対象者の皆様はじめ看護部長様、看護師長様に厚くお礼申し上げます。なお、本研究は平成19年度香川大学大学院医学系研究科修士論文に加筆修正を加えたものであり、第34回日本看護研究学会学術集会（2008年神戸）において一部発表したものである。

要 旨

本研究の目的は、急性期病院において慢性期意識障害患者をケアする看護者の心理を明らかにし、記述することであった。看護者19名に半構成的面接を行い、グラウンデッドセオリーアプローチを参考に分析した結果、コアカテゴリー『アパシーへの陥りと引き戻し』と11個のカテゴリーが抽出された。『アパシーへの陥りと引き戻し』は、看護者と患者との意思疎通が困難な状況における、看護者の2つの心理状態を表している。1つは、患者の回復やケア環境に対する看護者の認識によって、患者への関心やケアへの積極性が乏しくなり徐々に患者への配慮を欠くようになっていく心理状態である。2つ目は、この好ましくない心理状態が、患者の予想外の反応や家族や同僚看護者などの行為によって、以前の状態に戻されていく心理状態である。この結果から、患者の回復の捉えかたをチームで共有すること、患者への関わりを看護者相互に意識しあうことの重要性が示唆された。

Abstract

The aim of this study was to clarify and describe the psychology of nurses caring for patients with chronic loss of consciousness at acute care hospitals. Semi-structured interviews conducted on 19 nurses were analyzed based on the grounded theory approach. A total of 11 categories and a core category of “lapsing into and recovering from apathy” were identified. “Lapsing into and recovering from apathy” represents two psychological states of nurses in situations where communication between the nurse and the patients is difficult. In the first state, depending on the nurse’s awareness of the patients’ recovery condition and care environment, interest in the patients and positivity toward caring become lacking and consideration for the patients gradually disappears. In the second state, the nurse’s psychology returns from the undesirable state (apathy) to normal due to unexpected responses from the patients or the actions of family members or nursing colleagues. These findings suggest the importance of thoroughly discussing and coming to agreement within the medical team about the patients’ care goals and of mutual awareness among nurses regarding care attitudes towards the patients.

文 献

- 1) 神野哲夫監修：慢性期意識障害患者の看護，BRAINF NURSING 夏季増刊，1995.
- 2) 厚生統計協会：国民衛生の動向，54(9)，2007.
- 3) 田村綾子編：特集 エビデンスに基づく脳卒中ケア，EB NURSING，8(1)，2008.
- 4) 厚生労働省保健医療局生活習慣病対策室：脳卒中对策に関する検討会中間報告書，2006-3-1，http://jsa-web.org/hw/hw_main.html.
- 5) 黒須洋子：事例別摂食・嚥下リハビリテーションの実際 植物状態患者に対する摂食・嚥下リハビリテーション，看護技術，47(2)，178-184，2001.
- 6) 大久保暢子，雨宮聡子他：背面開放端座位ケアの導入により意識レベルが改善した事例－遷延性意識障害患者1事例の入院中から在宅での経過を追って－，聖路加看護学会誌，5(1)，58-63，2001.
- 7) 佐々木真実：遷延性意識障害患者の写真・生活史の呈示が看護師の行動変化に及ぼす効果，日本看護学会誌，15(2)，131-142，2006.
- 8) 川本秀子，藤岡智恵：脳神経外科病棟に勤務する看護師のケア意欲の源泉－遷延性意識障害患者と脳卒中後遺症患者へのケア意欲の比較－，日本看護学会誌，13(2)，39-48，2004.
- 9) 兵頭慶子，藤岡智恵他：看護職の職業意欲に関する研究－脳神経外科病棟における意欲を高める要因と削ぐ要因－，広島県立保健福祉短期大学紀要，5(1)，19-24，2000.
- 10) Anselm Strauss, Juliet Corbin／操 華子，森岡 崇（訳）：質的研究の基礎 グラウンデッド・セオリー開発の技法と手順，第2版，医学書院，2004.
- 11) Herbert Blumer／後藤将之（訳）：シンボリック相互作用論－パースペクティブと方法，勁草書房，1991.
- 12) 和田 攻，南 裕子他編集：看護大事典，医学書院，2002.
- 13) 新村 出編集：広辞苑，第5版，岩波書店，1998.
- 14) 田邊 等：新版看護学全書 第20巻 成人看護学5，メヂカルフレンド社，2000.
- 15) 篠原幸人，吉本高志他編集：脳卒中治療ガイドライン2004，協和企画，2004.
- 16) 磯 博康：脳卒中の危険因子と罹患・死亡の動向，医学のあゆみ，223(5)，353-357，2007.
- 17) 大久保暢子，野島厚子他：慢性期意識障害患者の背面開放座位に関する適応基準の分析，聖路加看護大学紀要，34，46-54，2008.
- 18) 紙屋克子：「在宅重度障害者に対する効果的な支援のあり方に関する研究」遷延性意識障害班分担研究報告書，平成18年度厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業，41-59，2007.
- 19) 紙屋克子：声なき声を聴きながら－意識障害患者のQOL向上をめざして，患者のQOLを考える③，臨床看護，32(3)，362，2006.
- 20) Marion Johnson, Meridean Maas／江本愛子（監訳）：看護成果分類（NOC）看護ケアを評価するための指標・測定尺度，第3版，医学書院，2005.
- 21) 黒田裕子：NANDA-NIC-NOCの理解－看護記録の電子カル

- テ化に向けて, 第3版, 医学書院, 2008.
- 22) 大久保暢子: 脳血管障害・頭部外傷患者における「意識」の概念分析, 聖路加看護学会誌, 9(1), 28-36, 2005.
- 23) 内田富美江, 田中久美子他: 遷延性意識障害患者発症による家族関係の変化, 川崎医療短期大学紀要, 21, 93-97, 2001.
- 24) 古橋美智子: これからの地域医療連携, 看護, 58(1), 42-45, 2006.
- 25) 平井有美: 地域リハビリテーションを必要とする患者への退院支援, Nursing Today, 23(3), 31-33, 2008.
- 26) Sioban Nelson, Suzanne Gorden 編／井部俊子 (監修): ケアの複雑性, エルゼビア・ジャパン株式会社, 2006.
- 27) 武井麻子: 感情と看護, 医学書院, 15-16, 2001.

〔平成21年7月9日受付〕
〔平成22年4月19日採用決定〕

循環器系外来看護の連携を考慮した診療科と検査室の配置

Position of Consultation Room for Collaboration of Nursing in Outpatient Department of the Circulatory System

関 美奈子
Minako Seki

循環器系外来看護の連携を考慮した診療科と検査室の配置

Position of Consultation Room for Collaboration of Nursing in Outpatient Department of the Circulatory System

関 美奈子
Minako Seki

キーワード：外来看護，循環器系，診療科

Key Words : nursing of outpatient department, circulatory system, consultation room

I. はじめに

病院の外来看療科の構造は，これまで医学部の専門領域と関連した構造として配置されてきたもので，看護の観点や患者の至便を配慮したものではなかったと言える。近年，このような外来看療科の名称については，「家庭医療センター 生活習慣病指導外来」¹⁾，「ペインクリニック科」のように治療内容がわかるような名称を用いる，あるいは，専門的な治療を行う外来看療科として「ストーマ外来」²⁾，わかりやすい病名を用い「脳卒中科」「てんかん科」³⁾などと，一般市民が容易に理解できるように名づけられている。ところが，これらの外来看療科の名称と配置に関して，根拠を明確にした報告がない。例えば，消化器系の外来看療科の横に泌尿器科系の外来看療科がある場合，なぜ，消化器系の横が泌尿器系なのかは明らかでは無い場合が多い。それは，当該の外来看患者数に対して，職員を配置する都合であることも考えられ，外来看患者の受診の至便を考えたものとした報告は見当たらない。つまり，先行研究において明らかにされてきたことは，外来看護の役割や評価など^{4) 5)}であり，外来看護の連携を主眼においた病院の外来看療科や検査室の配置についての有用な研究は，ほとんど検索されない。

すでに，病院内では，ネットワークシステムを普及させており，コンピューター上で連携できない伝達，あるいは，コンピューターへの入力よりも持参の方が早い場合，さらに，機器の整備にかかる経費削減から，看護師および看護助手が外来看患者の状況を伝達するために移動することがある。看護師および看護助手の人員は，限られた人数であり，連携の導線が長いと時間を要し，受け持ちの診療補助業務の遅延をきたすことが予測される。また，循環器系の疾患を有する外来看患者は，心疾患を中心に生命危機を有する場合も含まれることから^{6) 7)}，他科受診や検査室への導線が長いと，外来看患者の移動動作と移動時間が負担になること

も想定される。このように，外来看患者が受ける多くの検査や他科受診などで導線が長くなることは，外来看患者へ心負荷を加えることも予測され，外来看護師が，外来看患者の病院内の受療行動を支援する必要がある。また，どのような病院システムにおいても，外来看患者の身体的負担を軽減した看護の環境や，対面式 (face to face) のコミュニケーション，簡単な書類や必要物品の受け渡しなどが容易に行える環境は必要であると考ええる。

II. 研究目的

本研究は，循環器系の外来看療科を主としたときの，循環器系外来看護の連携を考慮した診療科と検査室の配置を検討することを目的とした。

III. 研究方法

1. 対象の要件

対象の要件は，年齢が20歳以上の男女，代謝系の疾患および循環器系の疾患を有する外来看患者で，一施設男女各60人計120人を調査予定とした。

2. 調査項目

対象の性別，年齢，受診期間（月単位），診断名，対象の健康状態として，調査日以前6ヶ月以内の身長，体重，生理機能の指標である収縮期血圧 (Systolic Blood Pressure：以下SBPと表す)・拡張期血圧 (Diastolic Blood Pressure：以下DBPと表す)，心拍数 (Heart Rate：以下HRと表す)，血液中のリポ蛋白組成であるトリグリセリド値 (Triglycerides：以下TGと表す)・総コレステロール値 (Total Cholesterol：以下TCと表す)，血中グルコース濃度の空腹時血糖値 (Fasting Plasma Glucose：以下FPGと表す)，解糖系酵素の乳酸脱水素酵素値 (Lactic acid Dehydrogenase：以下LDHと表す)，血液細胞成分である血小板数 (Blood Platelet：以下PLTと表す)・ヘモグロビ

ン値 (Hemoglobin: 以下HBと表す), 投薬内容, 動作不安・喫煙習慣・飲酒習慣に関する質問, 看護の連携の業務量を換算した外来看護量, 対象一人当たりの一日の診療報酬点数などを調査した。

3. 調査施設と調査期間

調査施設は, 地域連携型専門病院, 地域連携型総合病院の2形態を選定した。調査期間は, 各調査施設の外来診療の繁忙ではない時期, 実習生受け入れ時期以外の臨床研究倫理審査の許可のとれた期間だった。

1) 地域連携型専門病院

病床数230床の循環器専門病院で, 主に循環器科 (内科) の外来診療において調査を行った。調査期間は, 平成17年10月25日から平成17年10月28日の間と, 平成18年3月6日から3月9日の計8日間だった。

2) 地域連携型総合病院

病床数744床の地域連携病院で, 心臓血管外科と循環器科, 脳卒中科の3外来科の一診察室対応で調査を行った。調査期間は, 平成17年9月27日から11月9日の間, 平成18年8月8日から8月10日の計9日間と, 平成19年1月15日から1月19日の計5日間だった。

4. データ収集方法

データ収集方法は, 外来看護へ参加し, 外来の再来受付で各対象へ口頭と文書で説明し, 動作不安の質問票への回答をもって同意とした。また, 対象の診断名や血液検査結果等のデータは, 調査を実施した2施設の臨床研究倫理審査の許可を得て, 電子カルテを含む診療録から調査した。

1) 看護量

看護量は, 外来患者の院内の受療行動として, 1. 診察および, 診察の他に2. 看護相談, 3. 薬剤管理指導, 4. 栄養指導, 5. 介護相談, 6. 心理カウンセリング, 7. 血液検査, 8. 血液検査以外の検査, 9. 他科受診, の実態を数えた看護の連携箇所数を, 1箇所は1点, 診察と看護相談もしくは診察と栄養指導の2箇所は2点, その他の2箇所は3点, 3箇所は4点, 4箇所以上は5点とした先行研究⁸⁾の換算方法を用いた。

1) 動作不安

動作不安の質問は, 先行研究⁹⁾で開発した簡易質問票の12項目, Q1 機能障害の理解, Q2 薬剤理解, Q3 情報収集, Q4 治療の満足感, Q5 食習慣の意識的調整, Q6 運動習慣の意識的実行, Q7 介護の身体的負担, Q8 個人の将来, Q9 疲労感の調整, Q10 動作不安の調整, Q11 喫煙有無, Q12 禁煙有無から, Q10 動作不安の調整を当該研究の動作不安の問診とした。その「日常生活の動作に, 不安がありますか」の質問に対し, 評価法は, 1-かなり感じる2-少し感じる3-あまり感じない4-全く感じない, の4点法を設定した。また, この評価への回答の1と2を

1. 動作不安ありとし, 回答の3と4を0. 動作不安なしとダミー変数を作成した。本研究の動作不安とは, 日常生活動作の全般において, 動作したときに感じる不安のことを意味する。

5. 分析方法

調査した変数は, 記述統計量を分析, mean±SDで表わし, 全数に対する割合はカッコ内へ%で表示した。対象の診断名は, WHOのInternational Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version for 2006 (以下ICD10)を用いて分類した¹⁰⁾。看護量の検定には, カイ二乗 (以後, χ^2 と表す) 検定を用いた。多重要因の検定には, クロス集計のMantel-Haenszelの推定オッズ比と, COXハザードモデルを分析した。統計ソフトは, SPSS version 15.0を使用し, 有意水準は, $p<0.05$ とした。

6. 倫理的配慮

施設管理・運営者に本研究の主旨を文書と口頭で説明し, 学問的意義を伝え, 2箇所の調査施設, 全てにおいて本研究の計画は, 臨床研究倫理審査会の承認を得た。各調査データの管理は, すべてコードを使用して保存し, 各病院の個人情報管理システムを参照した。

診療録コードは使用後削除して, 当日の責任者へ返却した。対象へは, 調査を始める前に, 研究の主旨を口頭と文書で簡単に伝え, 調査の不参加による不利益は一切生じないこと, 参加は自由であること, 調査データは学術的に活用し, 調査内容の処理は匿名であることを説明した上で, 質問票への回答をもって同意とした。

7. 用語の操作的定義

本研究における「看護量」とは, 先行研究において報告した, 外来看護が, 連携する業務量を換算したもので, 診察および他部門と患者の健康状態を連携する看護および, 患者への説明を要する看護の数量化を表した。また, 「代謝循環器系」とは, WHOのICD10の疾病分類体系では, 解剖学的系統別コードの循環器系の疾患 (ICD10コードI00-I99)と, 全身症分類コードの内分泌, 栄養及び代謝疾患 (ICD10コードE00-E90)とは別の分類体系であるが⁶⁾, 実際の外来患者の健康状態として, この2つの分類は密接な関係にあり, 診療においても包括されることがあるため, 個人の健康状態を適切に表現するために, 「代謝循環器系」と表現した。他に「その他の型の心疾患」とは, ICD10の疾病分類上の心膜炎・心内膜炎, 非リウマチ性弁膜症, 心筋症, 刺激伝導系の障害 (心房細動等不整脈)のことであった。また, 本研究上, 診断名を2つ以上, 複数所有する場合に「複合」と表現した。

IV. 結 果

1. 対象の特徴

調査へ協力が得られた対象数は、男性376人、女性227人の計603人だった。対象は、年齢が 58.1 ± 10.7 歳、平均受診期間が59.5ヶ月の成人期の慢性期の外来患者だった。対象のBMIは、男性が 24.3 ± 3.4 、女性が 23.3 ± 4.2 だった。対象一人あたりの受診時当日の平均診療報酬点数は613.7だった。対象の健康状態は、SBPが 129.0 ± 17.0 mmHg、DBPが 76.4 ± 10.5 mmHg、HRが 71.0 ± 10.0 拍/分、TGが 152.4 ± 94.0 mg/dL、TC が 198.1 ± 35.8 mg/dL、FPGが 126.1 ± 53.1 mg/dL、LDHが 205.2 ± 66.5 mg/dL、PLTが $22.1 \pm 7.6 \times 10^4 \mu\text{L}$ 、HBが 14.1 ± 2.3 g/dLだった（表1）。対象の平均的な健康状態として、血圧は正常範囲、リポ蛋白代謝異常があり、乳酸代謝は正常、血小板とヘモグロビン（貧血は無し）は正常と判定できた。診断数は 4.6 ± 2.3 だった。ICD大分類における対象の基礎診断名は、循環器系の疾患が434人、内分泌、栄養および代謝疾患が134人、その他が35人だった（表2）。2つ以上（以後、複数と表す）の診断名を保有する対象は、549人（91.0%）だった。複数の診断名を保有するうち、ICD10大分類の内分泌、栄養および代謝疾患と循環器系の疾患を複合して保有する対象は、280人（46.4%）だった。ICD10ブロック別の診断名別対象数は、糖尿病が135人（22.4%）、代謝障害が208人（34.5%）、高血圧性疾患が326人（54.1%）、虚血性心疾患が267人（44.3%）、その他の型の心疾患が365人（60.5%）、脳血管疾患が111人（18.4%）、胃・十二指腸疾患が173人（28.7%）、肝疾患が43人（7.1%）だった。レントゲン検査を受けていたのは72人（11.9%）だった。

表1. 記述統計量

調査項目	mean	SD
受診期間	59.54	64.26
年齢	58.08	10.65
BMI (kg/m ²)	23.96	3.72
SBP (mmHg)	128.97	16.96
DBP (mmHg)	76.36	10.52
TG (mg/dL)	152.41	93.96
FPG (mg/dL)	126.07	53.05
HR (拍/min)	71.02	10.04
HB (g/dL)	14.06	2.31
PLT ($\times 10^4 \mu\text{L}$)	22.14	7.59
TC (mg/dL)	198.06	35.84
LDH (mg/dL)	205.20	66.52
COST	613.71	866.63
診断数	4.59	2.33
投薬数	3.75	2.74
看護量	2.60	1.05

表2. ICD10の大分類診断名別対象数

ICD10大分類診断名	対象数
A00-B99 感染症および寄生虫症	3
C00-D48 新生物	12
D50-D89 血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	6
E00-E90 内分泌、栄養および代謝疾患	134
G00-G99 神経系の疾患	8
I00-I99 循環器系の疾患	434
M00-M99 筋骨格系および結合組織の疾患	1
Q00-Q99 先天奇形、変形および染色体異常	3
R00-R99 症状、徴候および異常臨床所見・他に分類されないもの	2
総 計	603

2. 薬物療法別の対象数

投薬数は 3.8 ± 2.7 、投薬無しは48人、最高14種類の投薬を受けていたのが1人だった。2種類以上の投薬を受けていたのは、459人（76.1%）だった。

主な薬物療法として、抗血栓療法有り群は255人（42.3%）、抗凝固療法有り群は168人（27.9%）だった。抗血栓療法有り群の中でICD10ブロック別の診断名別対象数は、対象数の多い順に、その他の型の心疾患が164人、高血圧性疾患が156人、虚血性心疾患が152人だった。抗凝固療法有り群の中でICD10ブロック別の診断名別対象数は、対象数の多い順に、その他の型の心疾患が138人、高血圧性疾患が105人、代謝障害が76人だった。

3. 単純心電図検査有無別の対象特性

一般的な単純心電図検査有り群の対象数は、男性が156人、女性が72人の計228人（37.8%）だった。単純心電図検査無し群の対象数は、男性が220人、女性が155人の計375人（62.2%）だった。単純心電図検査と血液検査の両方を受けていた対象数は73人（12.1%）だった。

単純心電図検査有り群のICD10大分類による診断名別対象数は、循環器系の疾患が173人、内分泌、栄養および代謝疾患が45人、他10人だった。単純心電図検査有り群の中で対象数の多いICD10ブロック別の診断名は、その他の型

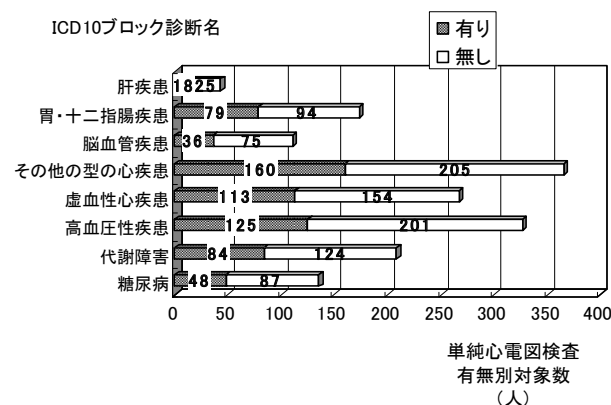


図1. 診断名別単純心電図検査有無別対象数

の心疾患が160人、高血圧性疾患が125人、虚血性心疾患が113人の順だった（図1）。単純心電図検査有り群（n=227）の診断名を1つ保有する対象数は15人、複数の診断名を保有する対象数は、213人（93.4%）だった。

単純心電図検査有り群（n=227）の中で抗血栓療法を受けている対象数は102人（44.7%）、抗凝固療法を受けている対象数は59人（26.0%）だった。単純心電図検査無し群（n=375）の中で抗血栓療法を受けている対象数は153人（40.8%）、抗凝固療法を受けている対象数は109人（29.1%）だった。また、単純心電図検査有り群（n=227）の中で喫煙習慣の有る対象数は39人（17.3%）、飲酒習慣の有る対象数は98人（43.8%）だった。単純心電図検査無し群（n=375）の中で喫煙習慣の有る対象数は71人（19.3%）、飲酒習慣の有る対象数は158人（42.9%）だった（図2）。

4. 血液検査有無別の対象群

血液検査有り群の対象数は、男性が153人、女性が75人の計228人（37.8%）だった。血液検査無し群の対象数は、男性が223人、女性が152人の計375人（62.2%）だった。

ICD10大分類による血液検査有り群の診断名は、循環器系の疾患が155人、内分泌、栄養および代謝疾患が61人、他12人だった。血液検査有り群の中で対象数が多いICD10ブロック別の診断名は、その他の型の心疾患が159人、高血圧性疾患が130人、虚血性心疾患が106人の順だった（図3）。

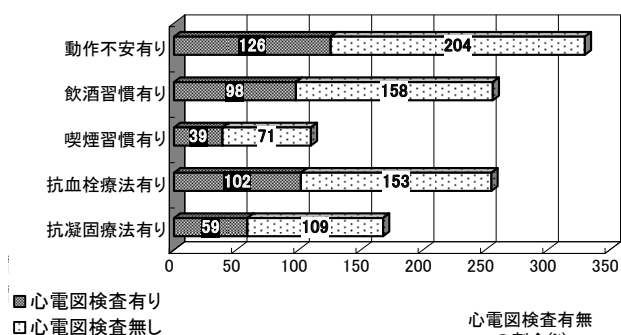


図2. 単純心電図検査有無別調査項目別対象数

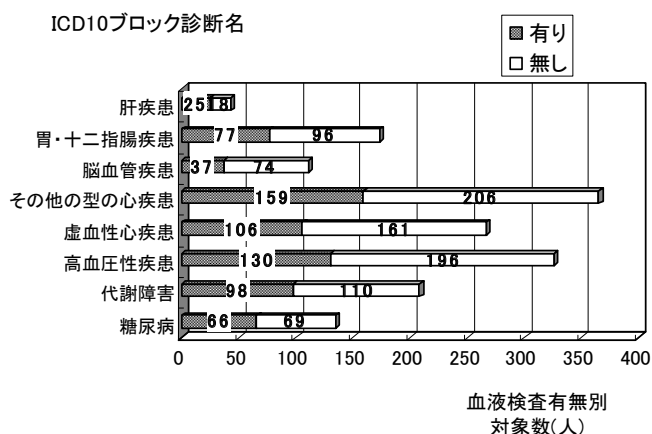


図3. 診断名血液検査有無別対象数

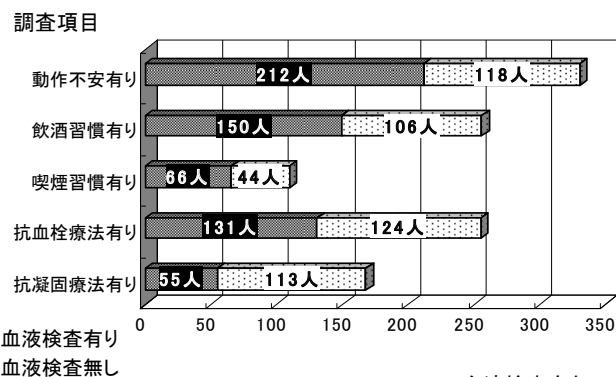


図4. 血液検査有無別調査項目別対象数 (人)

3)。血液検査有り群（n=228）の診断名を1つ保有する対象数は15人、複数の診断名を保有する対象数は、213（93.4%）人だった。

血液検査有り群（n=228）の中で抗血栓療法を受けている対象数は124人（54.4%）、抗凝固療法を受けている対象数は113人（49.8%）だった。血液検査無し群（n=375）の中で抗血栓療法を受けている対象数は131人（34.9%）、抗凝固療法を受けている対象数は55人（14.7%）だった。また、血液検査有り群（n=228）の中で喫煙習慣の有る対象数は44人（19.8%）、飲酒習慣の有る対象数は106人（47.7%）だった。血液検査無し群（n=375）の中で喫煙習慣の有る対象数は66人（17.7%）、飲酒習慣の有る対象数は150人（40.5%）だった（図4）。

5. 動作不安の回答状況

動作不安の質問「日常生活の動作に不安がありますか」への有効回答数は、男性が372人、女性が223人の計595人だった。各回答の該当数は、「1-かなり感じる」が56人（9.4%；男30人、女26人）、「2-少し感じる」が274人（46.1%；男165人、女109人）、「3-あまり感じない」が206人（32.1%；男142人、女64人）、「4-全く感じない」が59人（10.8%；男35人、女24人）だった。単純心電図検査有り群の中で、動作不安を「1-かなり感じる」と回答したのは21人（9.3%）、「2-少し感じる」と回答したのは105人（46.5%）だった。血液検査有り群の中で、動作不安を「1-かなり感じる」と回答したのは16人（7.1%）、「2-少し感じる」と回答したのは102人（45.5%）だった。

これら4点法の回答の中で、1-かなり感じる、2-少し感じる」と回答した対象を、動作不安有り群とし、3-あまり感じない、4-全く感じないと回答した対象を動作不安無し群とした名義による2群間比較を行った。その結果、動作不安有り群は330人（男195人、女135人）、動作不安無し群は265人（男177人、女88人）だった。単純心電図検査有り群の中で動作不安が有る対象数は126人（55.8%）だった。単純心電図検査無し群の中で動作不安が有る対象数は100人（55.3%）だった。血液検査有り群の中で動作不

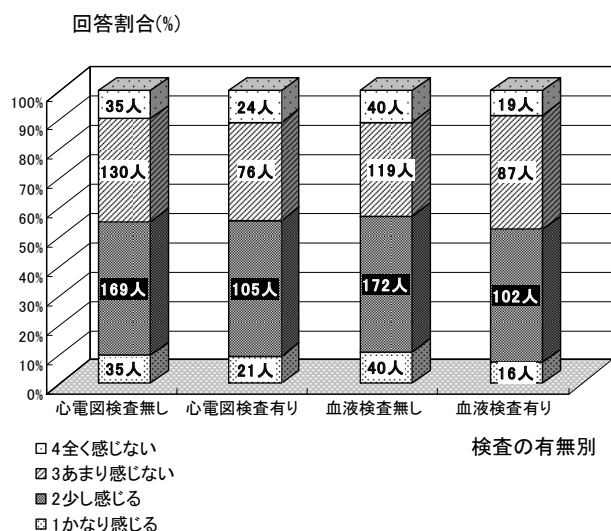


図5. 検査有無別の動作不安の回答状況

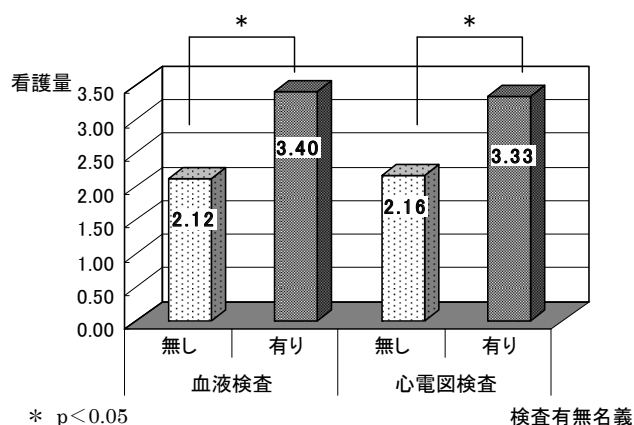


図6. 検査有無別看護量の比較

安が有る対象数は118人 (52.7%) だった。血液検査無し群の中で動作不安が有る対象数は212人 (57.1%) だった (図5)。ICD10のブロック別分類における動作不安有り群の該当数の多い上位3つの診断は、その他の型の心疾患が199人、高血圧性疾患が180人、虚血性心疾患が143人の順だった。

6. 看護量の比較

看護量は、 2.6 ± 1.1 、外来看護は平均的に、看護相談や栄養指導以外の2箇所と連携したことが判明した。診断名

有無および検査有無別に有り群と無し群を比較して、看護量の χ^2 検定の結果、看護量が有意に多かったのは、血液検査有り群 (χ^2 4.97)、心電図検査有り群 (χ^2 6.31) (図6)、代謝系の疾患と循環器系の疾患の複合有り群 (χ^2 5.28)、糖尿病有り群 (χ^2 8.91)、代謝障害有り群 (χ^2 6.89)、その他の型の心疾患有り群 (χ^2 3.49)、胃・十二指腸疾患有り群 (χ^2 3.59)、抗凝固療法有り群 (χ^2 3.04)、抗血栓療法有り群 (χ^2 2.64) だった。p<0.05。

7. 多重要因の分析

クロス集計のMantel-Haenszelの推定オッズ比 (以後ORと表す) を分析した結果、次のとおりの結果を得た。単純心電図検査有り群におけるその他の型の心疾患有り群と抗凝固療法有り群を有意とするORは3.000 (95%CI: 2.904-7.093)、単純心電図検査有り群におけるその他の型の心疾患有り群と血液検査有り群を有意とするORは2.855 (95%CI: 1.439-2.926)、単純心電図検査有り群における虚血性心疾患有り群と抗血栓療法有り群を有意とするORは2.728 (95%CI: 2.118-4.146)、単純心電図検査有り群における糖尿病有り群と抗血栓療法有り群を有意とするORは2.744 (95%CI: 2.102-4.674)、単純心電図検査有り群を有意とする代謝障害有り群と抗血栓療法有り群を有意とするORは2.736 (95%CI: 2.157-4.331) だった (表3)。p<0.001。単純心電図有り群において有意に推定されるリスクは、その他の型の心疾患有り群が抗凝固療法有りの時に高いことが判明した。

COXハザードモデル分析において、本研究の横断的な年齢を時系列で投入した時の単純心電図検査有り群が有意である共変量へSBP、DBP、TG、FPG、TCを投入した時の診断名別の相対オッズ比 (以後、ORと表す) は、次のとおりだった。虚血性心疾患有り群において、SBPのORは0.9878 (95%CI: 0.9774-0.9983)、DBPのORは1.0327 (95%CI: 1.0155-1.0503)、TGのORは1.0007 (95%CI: 0.9989-1.0025)、FPGのORは0.9995 (95%CI: 0.9968-1.0022)、TCのORは0.9956 (95%CI: 0.9914-0.9998) だった。高血圧性疾患有り群において、SBPのORは0.9977 (95%CI: 0.9884-1.0072)、DBPのORは1.0327 (95%CI:

表3. 単純心電図有り群における診断と薬物療法の重なる有意な推定オッズ比

単純心電図有り群において有意となる名義	推定オッズ比	95%信頼区間 下限-上限
その他の型の心疾患有り群と抗凝固療法有り群	3.000	2.904-7.093
その他の型の心疾患有り群と血液検査有り群	2.855	1.439-2.926
糖尿病有り群と抗血栓療法有り群	2.744	2.102-4.674
代謝障害有り群と抗血栓療法有り群	2.736	2.157-4.331
虚血性心疾患有り群と抗血栓療法有り群	2.728	2.118-4.146

Mantel-Haenszelの共通オッズ比の推定。P<0.001。

表4. 年齢を時系列としたときの疾患別共変量の心電図検査有り群の心電図検査無し群に対する相対リスク

共変量	虚血性心疾患有り群		高血圧性疾患有り群		その他の型の心疾患有り群	
	平均値	相対オッズ比(95%CI: 下限-上限)	相対オッズ比(95%CI: 下限-上限)	相対オッズ比(95%CI: 下限-上限)	相対オッズ比(95%CI: 下限-上限)	相対オッズ比(95%CI: 下限-上限)
SBP	129.2	0.9878(0.9774-0.9983)	0.9977(0.9884-1.0072)		0.9857(0.9762-0.9954)	
DBP	76.6	1.0327(1.0155-1.0503)	1.0327(1.0165-1.0491)		1.0258(1.0101-1.0418)	
TG	154.1	1.0007(0.9989-1.0025)	1.0009(0.9994-1.0026)		1.0007(0.9991-1.0024)	
FPG	126.8	0.9995(0.9968-1.0022)	0.9994(0.9968-1.0019)		0.9980(0.9953-1.0007)	
TC	197.8	0.9956(0.9914-0.9998)	0.9966(0.9928-1.0005)		0.9976(0.9939-1.0014)	

p < 0.001

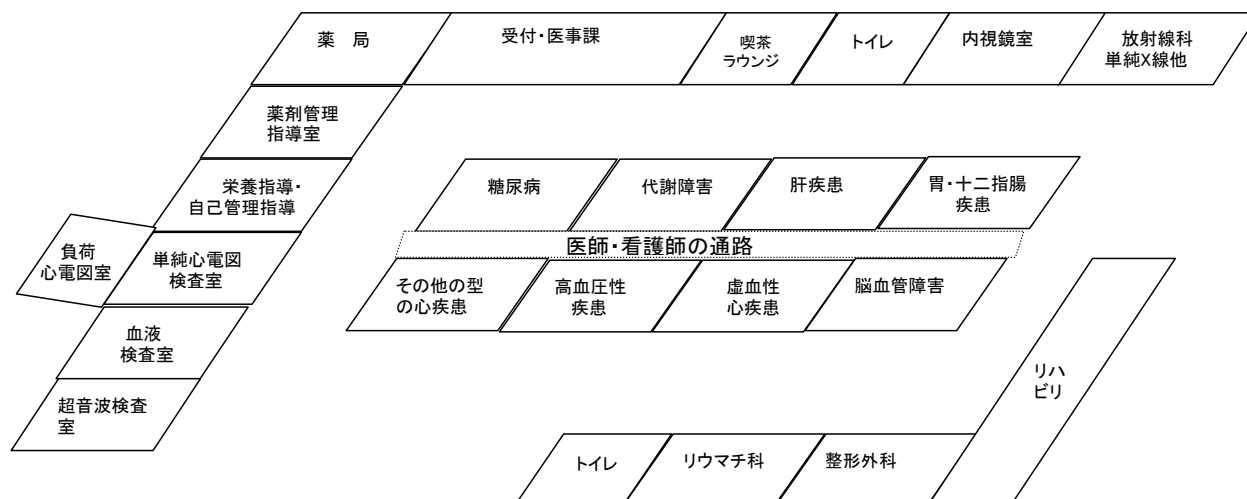


図7. 看護の連携を考慮した診療科の配置

1.0165-1.0491), TGのORは1.0009(95%CI: 0.9994-1.0026), FPGのORは0.9994(95%CI: 0.9968-1.0019), TCのORは0.9966(95%CI: 0.9928-1.0005)だった。その他の型の心疾患有り群において, SBPのORは0.9857(95%CI: 0.9762-0.9954), DBPのORは1.0258(95%CI: 1.0101-1.0418), TGのORは1.0007(95%CI: 0.9991-1.0024), FPGのORは0.9980(95%CI: 0.9953-1.0007), TCのORは0.9976(95%CI: 0.9939-1.0014)だった(表4)。 $p < 0.001$ 。血圧の値と血清脂質の値および血糖値において, 単純心電図有り群が加齢に伴って示す相対リスクは, 虚血性心疾患有り群, 高血圧性疾患有り群, その他の型の心疾患有り群のいずれにおいても, DBP(拡張期血圧)が最も高い相対リスクを示した。

8. 看護の連携を考慮した診療科と検査室の配置構想

前述1から7の分析結果において, 外来患者の移動の負担の軽減と看護の連携を考慮した診療科, 検査室等の配置を検討した結果, 循環器系診療科と代謝系診療科の2つの診療科は隣接とし, 循環器系診療科の隣には心電図検査室を配置し, その近くに血液検査室を配置する構想となった。循環器系診療科内の専門医配置は, 心電図検査室に近い方の診察室から, その他の型の心疾患を専門とする医師の診察室, 次に高血圧性疾患を専門とする医師の診察

室, 虚血性心疾患を専門とする医師の診察室の順に配置する。血液検査室は, その他の型の心疾患を専門とする医師の診察室に近いところへ配置し, さらに, 循環器系診療科と代謝系診療科の間, もしくは両方の診療科近くに位置することが望ましい。さらに, 循環器系診療科のその他の型の心疾患を専門とする心血管系診療科の近隣には, 薬剤管理指導室や看護師による自己管理指導室を配置する。消化器系診療科は, 循環器系診療科と隣接して配置する(図7)。

V. 考 察

循環器系外来患者603人を対象とした本研究の結果において, 代謝系の疾患と循環器系の疾患を複合していた対象が280人, 約46%だったことから, 代謝系診療科と循環器系診療科の2つの診療科は隣接する方が, 医師や看護師, 事務職員の連携が容易かつ外来患者の移動の導線は短くなると考えられた。また, 単純心電図検査を受けていたのが228人(約38%), 血液検査を受けていたのが228人(約38%)であり, 単純心電図有り群の中で動作不安を示した対象は126人, 血液検査有り群の中で動作不安を示した対象は118人だったことから, 循環器系外来患者が検査を受ける行動は, 導線が短い配置により動作への負担を軽減す

ることが予測できた。外来患者の病院内での移動の負担を軽減することは必要であるが、他方、動作不安の原因が心因性か身体上の原因かを究明し、看護介入へと結びつけることが必要であると考え。動作不安の原因への関連としては、横断的加齢における共変量SBP, DBP, TG, FPG, TCの相対オッズ比から、虚血性心疾患有り群、高血圧性疾患有り群、その他の型の心疾患有り群のいずれにおいても、拡張期血圧が最も有意に高い相対オッズ比を示したことから、特に高齢者は拡張期血圧が高い傾向を示すことを考慮すると、受療行動において移動が身体負荷となった時に、静脈還流量の低下を伴うリスクを生じる可能性があると考えられる。このように、単純心電図検査無し群の中で動作不安が有る対象数は100人（55.3%）、血液検査無し群の中で動作不安が有る対象数は212人（57.1%）と示されたことへの、動作不安の原因究明に関しては、看護の基本となる患者の訴えに傾聴する外来看護の活躍と、診療の充実が期待されるところである。

看護の連携を考慮した外来診療科の配置構想は、本研究において、外来患者の受療行動の実態を詳しく分析した成果である。まず循環器系診療科の隣接には、単純心電図検査や血液検査は看護量が多いことも考慮し、心電図検査室を配置して、その近くに血液検査室を配置することが望ましいと考えた。また、循環器系診療科の中での診断名別の専門医診察室の配置は、ICD10ブロック別対象数が多い順に検討、さらには、抗凝固療法や抗血栓療法に関連した出血時間等の測定、あるいは血糖値測定との関係を考慮して、血液検査室は、循環器系診療科と代謝系診療科の間、もしくは両方の診療科近くに位置することが理想であると考えた。そして、多重要因分析結果における、その他の型の心疾患有り群が有意な、抗凝固療法有り群と単純心電図検査有り群の有意に高い推定オッズ比を示し、ついで、血液検査有り群と単純心電図検査有り群が有意な推定オッズ比を考慮した上での配置構想となった。また、投薬数の平均が約3.8、2種類以上の投薬を受けているのが全対象の約76%だったこと、抗血栓療法を受けているのが全対象数の約42%だったことと関連して、循環器系診療科の中でも、その他の型の心疾患を専門とする心血管系診療科の隣には、抗凝固療法および抗血栓療法などの薬剤投与に関する指導の場所の確保、その他の薬剤の説明もしくは看護師による日常生活における薬剤管理の指導を行う必要があると考えた。

循環器系診療科と代謝系診療科と、他の診療科との配置に関して、約29%の対象が胃・十二指腸疾患を複合していたことや、肝疾患有り群や胃・十二指腸疾患有り群の看護量が多かったことから、循環器系診療科の近くに消化器系診療科を配置することが望ましいと考えた。加えて、平成17年度統計¹¹⁾において、傷病分類別の病院の外来患者数の約15.4%は循環器系疾患、約7.3%は消化器系疾患と報告されていることから、循環器系外来看護と消化器系外来看護の円滑な看護の連携を考慮して、病院内で胃・十二指腸および肝臓の消化器系診療科を、循環器系診療科と隣接して配置することが望ましい。あるいは、1階フロアへ循環器系診療科を配置し、その真上の2階のフロアへ胃・十二指腸および肝臓の消化器系診療科を配置し、エレベータで外来患者がすぐに移動できるようにして、看護は診察室近くの階段で1階と2階が往来できるようにすると便利である。

本研究の限界は、実態調査から看護の連携を考慮した診療科の配置を検討した結果を報告したもので、実現するには、既存の病院における構造上難しいこともある。しかし、新たな建設、および改造への根拠として、この研究成果を提示する意義がある。

結 論

循環器系外来患者603人を対象とした調査の結果、約46%が代謝系の疾患と循環器系の疾患の2種類の疾患を複合し、約38%が単純心電図検査、約38%が血液検査を受けていたことから、看護の連携を考慮した診療科の配置構想として、循環器系外来診察室と代謝系外来診察室を隣接して設置し、血液検査室と単純心電図検査室を隣接して配置すると、外来看護が診療科間および検査室との対人による連携を円滑に持つことができ、かつ外来患者は移動の身体的負担が少ない環境で、診察と検査を受けることができる。

謝 辞

本研究へご参加くださった金沢循環器病院と聖隷浜松病院の患者様ならびに、職員の皆様へ謝辞申し上げます。本稿は、第34回と第35回日本看護研究学会学術集会にて発表した内容を加筆したものです。なお、本研究は、平成19年度国際医療福祉大学大学院博士論文において調査したデータを用いた研究です。

要 旨

目的：本研究は、循環器系外来看護の連携を考慮した診療科と検査室の配置を検討することを目的とした。

方法：2病院のから臨床研究倫理審査の許可を得、性別、年齢、診断名、血液検査データ、動作不安、外来看護が連携した看護量などを調査した。

結果：対象は、平均年齢が58.1歳の603人だった。2つ以上の診断名を保有する対象は、549人（91.0%）だった。心電図検査有り群の対象数は228人そのうち動作不安が有るのは126人、血液検査有り群の対象数は228人そのうち動作不安が有るのは118人、心電図検査と血液検査の両方を受けていた対象数は73人だった。看護量は 2.6 ± 1.1 だった。

結論：本研究は、循環器系診療科は、代謝系診療科の2つの診療科は隣接すべきで、その近くに心電図検査室と血液検査室を配置することを提案した。

Abstract

Purpose : The purpose of this study was to examine the position of the consultation room for collaboration of nursing in outpatient department of the circulatory system.

Method : After approval of the Ethics Committee, the data in this study were collected from medical records at 2 hospitals. The data included patient profiles and diagnoses, blood test and other reports, and the quantity of cooperating nursing.

Result : The study included 608 subjects, with a mean age of 58.1 ± 10.7 (mean $\pm$ SD), 549 of whom (91.0%) had complicating diagnoses. A total of 228 subjects underwent electrocardiogram exams, and 126 subjects reported anxiety because of moving, while 228 subjects had blood tests, and 118 subjects reported anxiety because of moving in daily life. Seventy-three subjects underwent both electrocardiograms and blood tests. The quantity of cooperating nursing was 2.6 ± 1.1 .

Discussion : This study suggested that the consultation room for circulatory system should be next to the consultation room for outpatients with metabolic diseases, and both these rooms should be near the laboratories for electrocardiogram exams and blood tests.

文 献

- 1) 兼城綾子：新しい外来看護のマネジメント 地域の健康生活を支える外来構築を目指して、看護展望, 29(1), 78-83, 2004.
- 2) 青木和恵, 石久保雪江：なぜ今、専門外来が必要とされているのか ストーマ外来から見たその効果と課題, インターナショナルナース・レビュー, 28(1), 50-54, 2005.
- 3) 社会福祉法人聖隷浜松病院事業団 総合病院聖隷浜松病院：診療のご案内2005, 6-96, 社会福祉法人聖隷浜松病院事業団総合病院聖隷浜松病院, 浜松, 2005.
- 4) 小池智子, 数間恵子：外来での相談・指導の必要性に対する看護婦の認識と課題, 日本看護管理学会誌, 4(1), 23-32, 2000.
- 5) 吉井清子, 山崎喜比古：医師と看護婦の協働性の概念と測定方法, 平成11～12年度科学研究費補助金（基盤研究B(1)）研究成果報告書, 113-119, 2001.
- 6) 野田博之, 磯 博康, 他：住民健診（基本健康診査）の結果に基づいた脳卒中・虚血性心疾患・全循環器疾患・がん・総死亡の予測, 日本公衆衛生雑誌, 4(53), 265-275, 2006.
- 7) 厚生労働省大臣官房統計情報部：心疾患－脳血管疾患死亡統計の概況, 厚生労働省の指標, 53(5), 38-49, 2006.
- 8) 関美奈子：代謝循環器系外来患者のアドヒアランスへの看護量の測定, 日本看護研究学会雑誌, 31(2), 65-72, 2008.
- 9) 関美奈子：代謝循環器系外来患者の健康認知を評価する簡易質問票の開発, 32(5), 1-11, 2009.
- 10) 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課疾病傷害死因分類調査室：ICD-10の分類の構成（基本分類表）, 検索 2009/3/30, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/sippe/index.html>, 2009.
- 11) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成17年（2005）患者調査の概況, 厚生労働省, 1-41, 2005.

[平成21年7月6日受 付]
[平成22年5月6日採用決定]

一次スクリーニングにおける SOC（首尾一貫感覚）の使用可能性の検討

－ 3 歳児を持つ親の SOC と育児に対する心理的側面との関連性より －

Reliability of the SOC (Sense of Coherence) in the Primary Screening for Parents:
From the Relationship between the SOC of Parents of Three Year Old Children and
the Psychological Aspects of Parenting

本 田 光¹⁾ 宇 座 美代子²⁾
Hikaru Honda Miyoko Uza

一次スクリーニングにおけるSOC（首尾一貫感覚）の使用可能性の検討

— 3歳児を持つ親のSOCと育児に対する心理的側面との関連性より —

Reliability of the SOC (Sense of Coherence) in the Primary Screening for Parents:
From the Relationship between the SOC of Parents of Three Year Old Children and
the Psychological Aspects of Parenting

本 田 光¹⁾ 宇 座 美代子²⁾
Hikaru Honda Miyoko Uza

キーワード：首尾一貫感覚，保健師，育児不安，スクリーニング，ロジスティック回帰分析
Key Words：SOC, public health nurse, parenting stress, screening, multiple logistic regression analysis

I. はじめに

近年，虐待予防や子どもの健やかな成長を促す支援は社会的命題であり，妊娠期から育児期にいたるまで地域母子保健に関わる保健師には，家族の育児不安への早期介入および予防的支援に関して期待が寄せられている¹⁾。

育児期における母親の抑うつは，夫婦関係の満足度，ソーシャルサポート，肯定的な育児意識，育児上の憂慮，健康生活習慣と関連がある²⁾。さらに，休日出勤の多さや，家事が十分にできないことへの不全感など，仕事から家庭に持ち込まれるネガティブな気持ちは，夫婦間における意見の不一致や育児に対する否定的感情を高め，抑うつとも関連が深い³⁾。このような日常の生活経験を背景にしながらも，親としての役割を受容することは子どもの精神的健康を高める⁴⁾ことも分かっており，乳幼児健診では，従来の子どもの発達確認という視点だけでなく，育児支援としての視点が強調されるようになってきた⁵⁾。実際に，熟練した保健師は，親の主訴を整理し，しぐさから何を思考しているのかを読み取り，他の専門職などの目も借りて，より多角的に対象を捉え，親がどのように育児支援・保健指導を受け止めているのかを予測しながら援助の必要性を見極め，支援を計画している⁶⁾。このように，保健師はその専門性をもって親の精神的健康度や支援の受け入れ能力を把握している。

一方で，より普遍的で，保健師としての熟練度によって差がでることなく，保健指導や必要であれば早期に医療受診を支援するためのツールも開発されている。育児支援チェックリスト⁷⁾，エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）⁸⁾，赤ちゃんへの気持ち質問票⁹⁾からは，母親の育児への支援体制，産後うつ症状，赤ちゃんに対する母親

の気持ちを知ることができる。これらの評価尺度では具体的な情報が得られるため，一歩踏み込んだ支援を計画する上では非常に有効である。しかし一方で，家族関係やうつ症状，乳児に対する感情などが具体的に表現されており，侵襲性の高いツールでもあることが分かる。そのため，これらの評価尺度を活用する際には，産後のメンタルヘルスの基礎と各尺度を用いるための適切なインタビュー方法・記録方法等の研修を受講した援助者が調査票を直接母親に手渡し，記入してもらう必要がある。回答後は援助者がさらに詳細について問診する⁷⁾。つまり，これら一連の作業自体にケア的な要素も含まれており，母子手帳交付時やボランティアによる家庭訪問活動などによる一次的なスクリーニングとしての使用には耐えがたい。

そこで，次に紹介する首尾一貫感覚SOC（Sense of Coherence：以下SOCと略す）が，より一般的広範囲に使用でき，支援の必要性を判断する一次スクリーニングとして活用できるのではないかと考えている。

人生には予期せぬ出来事や経済的困窮など多くの問題が次々に起こってくるものである。しかし，そのような多くのストレス下でも健康を損なうことなく，むしろそのような体験を糧にして健康であり続ける人がいる。そのような人の特徴として理論化されているのがSOC理論¹¹⁾である。SOCは，一般にストレス対処能力とも言われている¹⁰⁾¹¹⁾が，そのSOC概念の下部構造は，人生におけるトラブルや危機に面した時に①その状況を的確に把握し，②解決する方法（頼れる人）があると確信でき，③そのことに傾倒するだけの価値がある（自己成長できる）という確信が持てること，この3種類の能力である¹¹⁾。つまり，SOCは「生きる力」を総合的に測定しているといえる。

1) 北海道大学大学院保健科学研究院 Faculty of Health Sciences, Hokkaido University

2) 琉球大学医学部保健学科 Department of Health Science, Faculty of Medicine, University of the Ryukyus

Makら¹²⁾は自閉症児の症状の過酷さと親のストレスコーピングにSOCが関与し、子どもの医療保健福祉サービスをマネジメントする親にとって重要な対処能力であったことを報告している。また、親の弱いSOCはその子どもの不規則な食習慣と関連していること¹³⁾など、子育ての様々な場面とSOCとの関連について研究が蓄積されつつある。

II. 研究目的

本研究では従来の産後のメンタルヘルスに注目したスクリーニングとは違った視点で、子育て期の親が子育てに喜びを感じながら、地域で健康に生きてゆくための力を首尾一貫感覚SOC（Sense of Coherence：以下SOCと略す）によって測定し、支援の必要性を判断する尺度としてSOCの使用可能性を検討したい。そこで本研究の課題は、3歳児を持つ親の育児に対する気持ちや育児疲れとSOCとの関連性について明らかにすることである。

本研究では父母双方のSOCの特徴を見たい理由から、乳児期ではなく、父親による育児役割が質的に変化しつつある幼児期を対象にするため3歳児健診を調査フィールドとした。また本研究では離島を研究対象地とした。離島は海によって明確な境界線が引かれるために、地縁関係・友人関係などが濃くなることが特徴である。一方で、その島に馴染みが薄い外部からの転入者にとっては支援が得にくい環境でもある。このことから育児環境の違いによるSOCとの関連が理解しやすいと考えた。

III. 研究方法

1. 対象者

沖縄県の離島A市において実施される3歳児健康診査対象児の保護者766人（男性364人、女性402人）を対象とした。

2. 調査方法

期間は平成20年6月から12月である。調査票は、A市健康増進課の協力を得て、健診の約2週間前に郵送される予診票とともに同封して配布した。自宅で記入してもらい健診当日、会場受付において提出してもらった。その際、健診会場の受付で同時に提出された3歳児健康診査受診票（予診票）より、子どもの基本的属性等を転記した上で、回収ボックスに投函した。

3. 倫理的配慮

本研究の調査に先立ちA市健康増進課長、事務担当者および保健師に研究目的、方法、研究意義、本調査は匿名調査であり個人を特定することはできず、個人への保健指導等の資料としては使用できないことなどの守秘義務について説明し、研究への協力に承諾を得た。調査対象者には、

調査票配布の際に、調査の趣旨、無記名調査であること、参加は自由意志によるものであり、断っても健診にはなんら影響は無いことを文書にて説明し、調査票の提出をもって同意を得たと判断した。調査票には父親と母親に同じIDを付しコード化した。また、個人的情報が漏洩しないよう厳重に管理した。

なお本研究は、琉球大学疫学研究倫理審査委員会の承認（平成20年5月12日）を得て行った。

4. 調査内容

調査票は、基本的属性、首尾一貫感覚（SOC）、育児に対する心理的側面から構成されている。

1) 基本的属性に関する項目

基本的属性には性別、年齢、家族構成、出身地、就業の有無、就業時間、休日日数、子どもと接する時間、最終学歴、子どもの人数、最年長児の年齢、地域参加の頻度が含まれる。

2) 首尾一貫感覚（SOC）

Aaron Antonovskyにより提唱された首尾一貫感覚（Sense of Coherence; SOC）とは、ストレスやライフクライシスに成功的に対処し、それらがもつ人間の成長促進可能性を現実のものとする個人あるいは集団の能力である。このSOCは理論モデル（健康生成モデル）により構造が仮説的に明らかになっている。すなわち人には汎抵抗資源と呼ばれるストレスを、人生経験に変える資源を介して3種類の経験（一貫性、過小負荷—過大負荷のバランス、結果形成への参加）がもたらされ、これらの経験により、把握可能感、処理可能感、有意味感というSOCの3要素の形成につながるとされている¹¹⁾¹⁴⁾。SOC評価スケールの日本語版は山崎らによって翻訳され¹¹⁾、29の設問から構成されているオリジナル版（7件法）と13項目短縮版（7件法）または5件法版¹⁴⁾があるが、本研究では先行研究^{12) 13) 15) 16)}に多く使用されている13項目短縮版を使用した。13項目短縮版は把握可能感5項目、処理可能感4項目、有意味感4項目から構成されており、各項目の最高点は7点および最低点は1点である。逆転項目は5つの項目で設定されている。得点が高いほど首尾一貫した能力が高いと判断される。

3) 育児に対する心理的側面

育児に対する心理的側面を把握することを目的に、「子育てはどうですか？（楽しい・どちらともいえない・大変）」、「育児は疲れが多い（肉体的・精神的・いいえ）」で構成し、子育ての喜びと育児疲れについて率直な気持ちを尋ねている。この2項目は3歳児健康診査受診票の問診に記載されている心理面を把握するための項目である。保健指導での活用だけでなく、調査研究への活用の発展を期待して採用した。

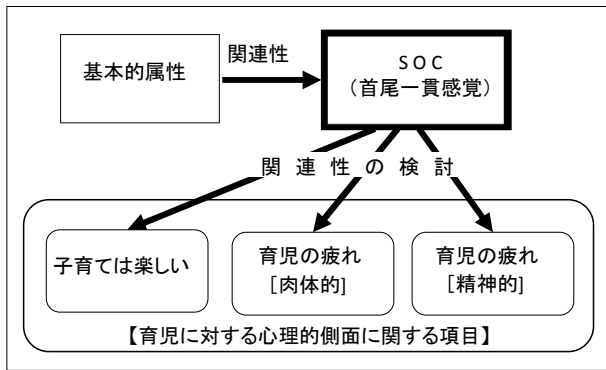


図1 研究の概要図

4) 子どもの基本的属性

子どもの基本的属性等を把握するために、3歳児健康診査受診票から性別、兄弟の数、最年長児の年齢、保育所の利用についてのデータを収集した。

5. 分析方法

SOCと子育てに対する心理的側面との関連を明らかにするための本研究の概要を（図1）に示す。

まず、SOC尺度平均値を求め、基本的属性等とSOCとの関連性を確認する。次に、育児に対する心理的側面の項目によるSOC尺度得点平均値を比較し、統計的有意確率（p）が0.25未満であった項目を従属変数とするロジスティック回帰分析を行う。モデル1ではSOCのみを説明変数として投入する。さらにモデル2では、潜在的交絡因子となりえる項目の影響を制御して分析を行った。

分析を開始するにあたって、SOCと「子育ては楽しい」と感じる事との関連を検証するために、「子育てはどうですか？」の項目は、「楽しい」を回答した場合に1とし、それ以外を0とした。また、「育児の疲れが多い」（肉体的）あるいは（精神的）に回答した場合に、それぞれ1を配した。地域参加の頻度は「毎日～週に数回」から「全くない」の5段階で回答を得ているが、「多い」「少ない」「全くない」の3段階に再編成した。SOC尺度得点は、Shapiro-Wilk検定および正規Q-Qプロットによる正規性の検定を行った。平均値の比較にはt検定または一元配置分散分析を用いた。各検定における有意水準は0.05未満とした。統計ソフトは、SPSS Ver.16.0J for windowsを用いた。

IV. 結 果

3歳児健康診査対象児の保護者766人（男性364人、女性402人）のうち、回答の欠損が多い調査票と、ほとんどすべての項目で回答が両極に偏っている調査票は無効として処理した結果、338件（男性141件、女性197件）を有効とした（有効回収率44.1%）。なお、数ヶ所のみ欠損があった調査票については該当する分析ごとに除外した。本研究期間における健診受診率は69.4%であった。

1. 対象の概要

男性の平均年齢は34.4（±6.47）歳、女性は32.3（±5.21）歳であり、男女ともに30歳代が最も多かった。男性68.8%、女性66.0%がA市の出身であった。就業している女性は全体の53.3%であった。平均就業時間は父親9.1（±3.38）時間、母親7.4（±1.87）時間、休日の平均日数は父親1.4（±0.67）日、母親2.0（±0.96）日であった。子どもと接する時間は父親4.3（±2.31）時間に対し母親9.3（±6.48）時間であった。最終学歴は、男性は高校38.6%、女性は専修学校・短期大学43.6%が多かった。家族形態の多くは両親とその子どもの核家族世帯が85.8%であった。子どもの人数は平均2.3（±1.07）人であった。最年長児の平均年齢は5.6（±3.35）歳で、今回調査対象とした3歳児の83.2%の子どもが保育所に通園していた。

親の育児に対する心理的側面について、子育てが楽しいと感じているのは父親73.5%、母親69.1%であった。育児の疲れに関しては、父親31.6%、母親42.1%が肉体的な疲れを実感している。精神的な疲れは、父親33.8%、母親23.3%が感じていた。（表1）

2. 基本的属性等によるSOC尺度平均値の比較

SOC尺度平均値は父親、母親とも5.0（±0.81、±0.90）であった。年齢、家族形態、最終学歴、子どもの人数による有意差は見られなかった。母親の地域参加の頻度によるSOC得点に差が見られた（p=0.008）。また、母親の出身地は統計的有意ではないものの市内およびA市以外の県内出身者群、県外出身者群の平均値に差が見られた（p=0.221）。就業については無職の父親は4名しかおらず、度数の偏りが大きいので今回の研究では分析から除外した。（表2）

3. 育児に対する心理的側面と平均値の比較

親の育児に対する心理的側面によるSOC得点平均値の比較をおこなった。（表3）

父親においては、子育ては楽しいと回答した群のSOC平均値が高かった（p=0.011）。育児の疲れに関しては「精神的」な疲れがあると回答した群のSOC平均値は低かった（p=0.006）。母親においては、子育てが楽しいと回答した群のSOC平均値が高く（p=0.001）、育児の疲れに関して「肉体的」な疲れ（p=0.001）と「精神的」な疲れ（p=0.000）があると回答した群のSOC平均値は低かった。

4. SOCと育児に対する親の心理的側面との関連

育児に対する心理的側面におけるSOC平均値の比較（表3）において、統計的危険率が低い項目を目的変数として多重ロジスティック回帰分析を行った。モデル1は説明変数にSOCのみを投入した。モデル2は基本的属性等による分析（表2）の結果、統計的有意確率（p）が0.25未満であった項目を潜在的交絡因子の可能性があると判断し、出身地と地域参加の頻度の影響を制御して分析を行っ

表1 対象の概要

	父親			母親		
	n	mean ± SD	%	n	mean ± SD	%
年齢	141	34.4 ± 6.47		197	32.3 ± 5.21	
20歳代	30		21.3%	63		32.0%
30歳代	88		62.4%	118		59.9%
40歳代以上	23		16.3%	16		8.1%
出身地						
A市内	97		68.8%	130		66.0%
A市以外の県内	26		18.4%	33		16.8%
県外	18		12.8%	34		17.3%
就業の有無						
就業あり	137		97.2%	105		53.3%
就業なし	4		2.8%	92		46.7%
就業時間	137	9.1 ± 3.38		105	7.4 ± 1.87	
休日日数	136	1.4 ± 0.67		105	2.0 ± 0.96	
子どもと接する時間	139	4.3 ± 2.31		192	9.3 ± 6.48	
最終学歴						
小中学校	11		7.9%	6		3.1%
高校・高等学校	54		38.6%	79		40.5%
専修学校・短期大学	40		28.6%	85		43.6%
大学・大学院	35		25.0%	25		12.8%
家族の状況	n	mean ± SD	%			
家族形態						
1 世帯	121				85.8%	
2 世帯以上	20				14.2%	
子どもの人数（人）	203	2.3 ± 1.07				
1 人	46				22.7%	
2 人	85				41.9%	
3 人	47				23.2%	
4 人	17				8.4%	
5 人	7				3.4%	
7 人	1				0.5%	
最年長児の年齢（才）	203	5.6 ± 3.35				
子どもの状況	n	mean ± SD	%			
性別						
男児	97				47.8%	
女児	106				52.2%	
月 齢（ヵ月）	203	40.8 ± 0.90				
保育所の利用						
あり	168				83.2%	
なし	34				16.8%	
親の心理的側面	父親			母親		
	n	%		n	%	
子育ては						
楽しい	97	73.5%		132	69.1%	
育児の疲れ※1						
肉体的な疲れがある	43	31.6%		85	42.1%	
精神的な疲れがある	46	33.8%		47	23.3%	

※1 肉体的疲れと精神的疲れの両方に回答した者（多重回答）を含む

注）nは欠損値を除いた数

表2 基本的属性等によるSOC平均値の比較

	父親			母親		
	n	mean±SD	p	n	mean±SD	p
全体	137	5.0±0.81		191	5.0±0.90	
年齢						
20歳代	25	4.9±0.93		54	5.0±0.94	
30歳代	79	5.0±0.74	0.419	107	5.0±0.89	0.819
40歳代以上	20	5.2±0.83		14	4.9±0.80	
家族形態						
1世帯	108	5.0±0.78	0.388	102	5.0±0.88	0.634
2世帯以上	16	4.8±0.90		16	4.9±0.65	
出身地						
A市内	83	5.0±0.84		114	5.1±0.90	
A市以外の県内	24	5.0±0.68	0.407	31	5.2±0.91	0.221
県外	17	4.8±0.73		30	4.8±0.84	
就業の有無						
就業あり	120	5.0±0.78	**	95	5.0±0.85	0.867
無職	4	6.5±0.62	0.006	80	5.0±0.94	
最終学歴						
小中学校	8	5.1±0.83		6	4.7±1.16	
高校・高等学校	47	5.1±0.77	0.744	71	5.2±0.92	0.321
専修学校・短期大学	37	4.9±0.84		72	4.9±0.88	
大学・大学院	31	5.0±0.82		24	5.1±0.74	
子どもの人数						
1人	24	5.2±0.80		39	4.9±0.92	
2人	56	5.0±0.80		72	5.0±0.95	
3人	30	5.0±0.74	0.621	43	5.1±0.73	0.760
4人	9	4.8±0.89		15	5.1±0.95	
5人	5	4.6±1.02		5	4.8±1.18	
地域参加の頻度						
多い	11	5.1±0.86		13	5.4±1.16	** 0.008
少ない	57	5.1±0.77	0.267	72	5.2±0.75	
全くない	55	4.9±0.82		87	4.8±0.91	

一元配置分散分析、t検定

* p<0.05, ** p<0.01

注) nは欠損値を除いた数

表3 育児に対する心理的側面とSOC平均値の比較

	父親			母親		
	n	mean±SD	p	n	mean±SD	p
子育ては						
楽しい	97	5.1±0.79	*	132	5.1±0.92	**
その他の項目に回答※ ¹	35	4.7±0.79	0.011	59	4.7±0.78	0.000
育児の疲れ						
肉体的な疲れがある	41	4.9±0.92	0.211	82	4.8±0.80	**
回答なし※ ²	91	5.0±0.75		109	5.2±0.94	0.001
精神的な疲れがある	42	4.7±0.75	**	45	4.4±0.88	**
回答なし※ ³	90	5.1±0.81	0.006	146	5.2±0.84	0.000

t検定

* p<0.05, ** p<0.01

注) nは欠損値を除いた数

※¹「子育てはどうですか」の項目で「どちらでもない」または「大変」に回答した群※²「育児の疲れが多い」の項目で「肉体的」に回答しなかった群※³「育児の疲れが多い」の項目で「精神的」に回答しなかった群

表4 SOCと育児に対する親の心理的側面との関連

説明変数	目的変数 (親の心理的側面)	モデル1			モデル2		
		n	OR	95%信頼区間	n	※AOR	95%信頼区間
SOC	子育ては楽しい	132	1.92*	1.15 - 3.22	131	1.86*	1.08 - 3.19
	育児の疲れ[肉体的]						
	育児の疲れ[精神的]	132	0.52**	0.32 - 0.84	131	0.53*	0.31 - 0.89
父親	子育ては楽しい				131	0.49**	0.29 - 0.84
	育児の疲れ[肉体的]					-	
	育児の疲れ[精神的]				131	2.36**	1.38 - 4.02
地域参加の頻度	子育ては楽しい				131	0.93	0.64 - 1.36
	育児の疲れ[肉体的]					-	
	育児の疲れ[精神的]				131	1.05	0.73 - 1.51
SOC	子育ては楽しい	191	1.89**	1.30 - 2.74	186	1.75**	1.19 - 2.56
	育児の疲れ[肉体的]	191	0.58**	0.42 - 0.82	186	0.61**	0.43 - 0.87
	育児の疲れ[精神的]	191	0.37**	0.24 - 0.58	186	0.38**	0.24 - 0.60
母親	子育ては楽しい				186	0.77	0.51 - 1.15
	育児の疲れ[肉体的]				186	1.08	0.73 - 1.58
	育児の疲れ[精神的]				186	1.55*	1.00 - 2.39
地域参加の頻度	子育ては楽しい				186	0.81	0.58 - 1.14
	育児の疲れ[肉体的]				186	1.19	0.87 - 1.61
	育児の疲れ[精神的]				186	0.96	0.66 - 1.38

多重ロジスティック回帰分析：有効なモデルのみ表示（モデル係数のオムニバス検定 p<0.05）
(HosmerとLemeshowの検定 p≥0.05)

wald検定 * p<0.05 ** p<0.01

OR: Odds Ratio (モデル1)

注) nは欠損値を除いた数

分析方法：強制投入法

AOR: Adjusted Odds Ratio (モデル2)

た（表4）。

その結果、父親において、SOCは親の心理的側面のうち、「子育ては楽しい」、「育児の疲れ[精神的]」に関連がみられた。母親のSOCは「子育ては楽しい」、「育児の疲れ[肉体的]」、「育児の疲れ[精神的]」に関連がみられた。潜在的交絡因子を制御したモデル2においても、同様なモデルが得られた。

V. 考 察

1. 3歳児を持つ親の特徴

本研究では子育て世代である20歳代から40歳代のSOC得点に有意な差は見られなかった。しかし、SOCの形成については、子ども時代や思春期の経験が仮のSOCを形成し、20歳代の成人期になって仕事や主婦役割などの人生経験のあるパターンにさらされ、一見して混沌として複雑なシステムの中に一貫性があることを見出していく経験を積むことによりSOCは（得点は高くなり）固定化されてゆく¹¹⁾と言われているが、本研究結果ではこの理論を支持し得なかった。SOCの形成と発達についての検討は今後の課題である。

基本的属性による検討では、県内出身の母親のSOCが県外出身の母親より高い傾向が見られた。今回の調査による親世代と既婚の子ども世代の同居率は14.2%と、全国23.3%¹⁷⁾より低く、核家族化が進行しているように見えるが、沖縄では親族が日常的に行き来できる距離に住んでおり育児のサポートは得やすい。さらにA市は離島であり、中学・高校からの交友関係などが成人になっても継続されており、そうした関係からサポートを受けることができる環境は、育児に対してより首尾一貫した感覚を形成するのに有効であり、かつ育児に対する心理的側面に影響すると考えられる。また、地域参加の頻度が多いほどSOC得点が高いことが示されたが、地域参加を通して仲間を得ることは自らサポート資源を獲得する行動でもある。SOCを構成する3つの要素として把握可能感、処理可能感、有意味感があり、このような地域の特徴や自らサポート資源を獲得する行動は「処理可能感」を高める要因であると考えられる。祖父母からの支援やソーシャル・サポートが育児期の親の心理的健康に重要であることはすでに先行研究でも明らかになっている^{18) 19)}。以上の理由により、親の出身地と地域参加の頻度が、SOCと育児に対する心理的側面との関連における潜在的交絡因子になり得ると判断した。

多重ロジスティック回帰分析の結果より、3歳児を持つ親のSOCの特徴と育児に対する親の心理的側面との関連について、母親のSOCは「子育ては楽しい」と「育児の疲れ[肉体的]」「精神的」の両方に関連していた。母親は本調査では約半数が無職であったこと、また母親の「子ど

もと接する時間」が長いことから母親の育児はより具体的に「四六時中」と表現できるかもしれない。父親は「子ども・育児」に対して肯定的感情が優位を占めているのに対して、母親は一方で子供や育児への肯定的感情を強く持ちながら、他方これとは逆の、育児や子どもの存在への否定的な感情を持つ、アンビバレントな心理状況であり²⁰⁾、そのように差し迫った育児のトラブルや不安を上手にマネジメントする際にSOCが作用していると考えられる。

一方、父親のSOCは、精神的な育児の疲れをコントロールし、子育ては楽しいと感じることに関連していた。育児休業をとった父親たちの研究²¹⁾によって、父親も育児不安や孤独感を感じる事が示唆されている。また父親の育児・家事参加・抑うつとの関係は妻の就業の有無、夫の家事スキル、子どもの性、幼少時からの育てられ方（男性としての性的社会化）、性役割についての考え方、職業の時間的条件、家族形態等に影響する^{20) 22) 23)}。実際に育児・家事を経験した父親たちは、仕事の大切さを認識し、よい仕事をしたいという気持ちを持ちつつも、同時に職場以外にも家や子どものために自分がしたいこともあると認識し、仕事の価値を相対化することができ、別の価値に眼が開かれるようになった²⁴⁾という。しかし、多くの父親達の実情は、吉田の報告²²⁾によると45.7%が子育ての負担感として「仕事との両立」を挙げていることから、そうした父親の精神的疲れの意味が理解できる。本研究において、父親のSOCが具体的な育児行動から生じる「肉体的」な疲れではなく、特に「精神的」な疲れに関連があったことは、今後の研究の発展に重要な示唆を提供するものである。仕事と家庭との狭間にあって、やはり父親にとってもSOCが高いことがストレス緩衝効果として作用していた。

2. 一次スクリーニングとしてのSOCの使用可能性

SOCは単にストレス対処能力を測定しているだけでなく、首尾一貫した能力とは生きる力そのものであるとは先述したとおりである。ストレスや人生における危機を乗り越えるための手段（資源）は信頼できる他者の手中にあって、私はそれを利用できると確信できることはポジティブに評価される。このことは個人主義や自由主義の文化的文脈に基づく他のストレスコーピング評価尺度とは性質を異にしている¹¹⁾。人との関係性を構築し、維持するといった豊かな人生経験を重ねて高められるこのSOCの能力は、子育てをする親が地域で健康に生きるための力でもあることが理論的に理解できる。本研究によって、親の地域参加の頻度とSOCとの関連が確認されたこと、SOCが「子育ては楽しい」と感じることに「育児の疲れ」を予測しうることが明らかになったことにより、子育て期の親が子育てに喜びを感じながら地域で健康に生きてゆくための力を測

定する尺度として、SOCを使用できる可能性を得たと判断した。

3. 本研究の限界

本研究では、女性の就業有無の違いによる詳細な分析ができなかった。子育て期の女性の就労は、夫婦生活や仕事への満足度に影響し主観的幸福感と相関があることが報告されている²⁵⁾ため、この点においてさらに分析を深める必要がある。また、今回の調査では、祖父母との同居、出身地や地域参加の頻度を尋ねているが、具体的な支援の内容、職業や所得などの社会経済的地位の状況までは踏み込んでいない。そして、本研究では3歳児を持つ親を対象としたため、子育て期の親へと普遍化し解釈するには限界がある。以上のことは今後の課題としたい。

VI. 結 論

1. 年齢、家族形態、母親の就業の有無、最終学歴、子供の数の違いによるSOC得点に有意差はなかった。
2. 3歳児を持つ親のSOCと育児に対する心理的側面との関連における潜在的交絡因子の可能性として出身地と地域参加の頻度が推察された。
3. 父親において、SOCは育児に対する心理的側面のう

ち、「子育ては楽しい」「育児の疲れ[精神的]」に関連がみられた。つまり、SOC得点の高い父親は精神的な育児の疲れをうまくマネジメントし、子育てを楽しんでいると考えられる。母親のSOCは「子育てを楽しむ」「育児の疲れ[肉体的]」、「育児の疲れ[精神的]」に関連がみられた。つまり、SOC得点の高い母親は肉体的および精神的な疲れを上手にマネジメントし、子育てを楽しむことができている。このことは潜在的交絡因子の影響を制御したモデルにおいても同様な結果が得られた。

4. 以上の結果により、子育て期にある親に対して地域看護職による支援の必要性を判断する一次スクリーニングとして、SOCを使用できる可能性を得た。

謝 辞

本研究を実施するにあたりご協力いただいたA市および健康増進課の皆様、プレテストにご協力いただいたB市4保育所の皆様に深く感謝いたします。

なお、本研究は平成20年度笹川科学研究助成により実施しました。

本報告は平成20年度琉球大学大学院博士前期課程における修士論文の一部に修正を加えたものです。

要 旨

子育て期にある親に対して、地域看護職による支援の必要性を判断するための一次スクリーニングとしてSOCの使用可能性を検討するために、本研究ではSOCと父母の育児に対する心理的側面との関連を明らかにすることを目的とした。分析対象は沖縄県の離島A市において3歳児健康診査を受診し、調査票に回答した保護者338人（男性141人、女性197人）である。分析方法は、まず基本的属性等によるSOC尺度平均値を比較検討し、育児に対する心理的側面に影響する潜在的交絡因子の存在を検討した。その後、SOCを説明変数、育児に対する心理的側面を目的変数とするロジスティック回帰分析を行った。分析の結果、潜在的交絡因子の影響を制御しても、SOCが父母の育児に対する心理的側面を予測しうる有効な知見が得られた。このことから子育て期の親に対する一次スクリーニングとしてSOCを使用できる可能性を得たと判断した。

Abstract

The purpose of this study is to investigate the relationship between psychological parenting variables and the Sense of Coherence (SOC), by way of introducing for discussion the reliability of the SOC scale as a primary screening process to accurately predict the necessity of support from the Public Health Nurse.

The study sample consisted of 338 parents (141 fathers, 197 mothers) of children who have taken the Health Examination for Children 3 years of age from June through December in 2008 in City A of isolated islands of Okinawa, Japan. First, we investigated confounding factors by comparing the mean value of SOC of different demographic variables. Next, we investigated psychological parenting variables affected by SOC with multiple logistic regression analysis. Results indicated that there is a significant relationship between SOC and psychological parenting variables with fathers and mothers. We could achieve a similar model after adjusting confounding factors. We confirmed the usefulness of the SOC scale as a primary screening process for parents.

文 献

- 1) 来生奈巳子：生後4か月までの全戸訪問事業「こんにちは赤ちゃん事業」の創設，保健師ジャーナル，63, 762-765, 2007.
- 2) 宮地文子，山下美根子，他：初妊婦および3～4か月児・保育園児の母親の抑うつと関連要因，日地域看護会誌，3(1)，115-122, 2001.
- 3) 小泉智恵，菅原ますみ，他：児童を持つ共働き夫婦における仕事から家庭へのネガティブ・スピルオーバー，抑うつ，夫婦関係，子育てストレスに及ぼす影響，精神保健研，47, 65-75, 2001.
- 4) 高見三奈，佐藤幸子，他：親の役割受容と親役割行動が子どもの評価する家族機能と精神的健康に与える影響，日看研会誌，32(2)，55-63, 2009.
- 5) 片川久美子，小林淳子，他：乳幼児健康診査に対する母親の満足感に関連する要因の検討，日地域看護会誌，8(1)，5-12, 2005.
- 6) 都筑千景：援助の必要性を見極める 乳幼児健康診で熟練保健師が用いた看護技術，日看科会誌，24(2)，3-12, 2004.
- 7) 吉田敬子，山下 洋，他：産後の母親と家族のメンタルヘルス - 自己記入式質問票を活用した育児支援マニュアル -，10-51，母子保健事業団，東京，2005.
- 8) 岡野禎治，村田真理子，他：日本版エジンバラ産後うつ病自己評価（EPDS）の信頼性と妥当性，精神科診断学，7, 525-533, 1996.
- 9) 鈴宮寛子，山下 洋，他：出産後の母親にみられる抑うつ感情とボンディング障害，精神科診断学，14(1)，49-57, 2003.
- 10) 中村百合子，山崎登志子，他：慢性統合失調症患者の首尾一貫感覚（Sense of Coherence）の特徴とその関連要因，日看研会誌，31(4)，41-48, 2008.
- 11) 山崎喜比古，吉井清子：健康の謎を解く - ストレス対処と健康保持のメカニズム，19-75，有信堂高文社，東京，2001.
- 12) Mak, W. W. S., Ho, A. H. Y. et al. : Sense of Coherence, Parenting Attitudes and Stress among Mothers of Children with Autism in Hong Kong, J Appl Res Intellect Disabil, 20, 157-167, 2007.
- 13) Ray, C., Suominen, S., Roos, E. : The role of parents' Sense of Coherence in irregular meal pattern and food intake pattern of children aged 10-11 in Finland, J Epidemiol Community Health, 63, 1005-1009, 2009.
- 14) 戸ヶ里泰典，山崎喜比古：13項目 5 件法版 Sense of Coherence Scale の信頼性と因子的妥当性の検討，民族衛生，71(4)，168-182, 2005.
- 15) 小林裕美，乗越千枝：訪問看護師のストレスに関する研究 - 訪問看護に伴う負担と精神健康状態（GHQ）および首尾一貫感覚（SOC）との関連について -，日本赤十字九州国際看護大学紀要，4, 128-140, 2005.
- 16) 吉井清子，近藤克則，他：ストレス対処能力SOC(sense of coherence) と社会経済的地位と心身健康，公衆衛生，69(10)，825-829, 2005.
- 17) 内閣府：「つながりが築く豊かな国民生活」，平成19年版国民生活白書，東京，4-12, 2007.
- 18) Jay, F., Elisa, B. et al. : Adolescent Fathers' Parenting Stress, Social Support, and Involvement with Infants, J Res Adolesc, 17(1)，1-22, 2007.
- 19) Sepa, A., Frodi, A. et al. : Psychosocial correlates of parenting stress, lack of support and lack of confidence/security, Scand J Psychol, 45(2)，169-179, 2004.
- 20) 柏木恵子，若松素子：「親となる」ことによる人格発達 生涯発達の視点から親を研究する試み，発達心理研，5(1)，72-83, 1994.
- 21) 菊池ふみ，柏木恵子：父親の育児 - 育児休業をとった父親たち -，文京学院大学人間学部研究紀要，9(1)，189-207, 2007.
- 22) 吉田あけみ：これからの「父親に対する子育て支援」を考える - 広島における父親に対する子育て意識・実態調査からの一考察 -，広島文教女子大学紀要，40, 55-67, 2005.
- 23) 福丸由佳：父親の仕事と家庭の多重役割と抑うつ度 - 妻の就業の有無による比較 -，家族心理研，17(2)，97-110, 2003.
- 24) 柏木恵子：子どもが育つ条件 - 家族心理学から考える，189-207，岩波新書，東京，2008.
- 25) 伊藤裕子，相良順子，他：既婚者の心理的健康に及ぼす結婚生活と職業生活の影響，心理研，75(5)，435-441, 2004.

〔平成21年7月31日受 付〕
〔平成22年5月7日採用決定〕

妊婦のキッチン使用時の保健指導のあり方に関する研究

Study on the State of Health Guidance: Use of the Kitchen by Pregnant Women

工 藤 恭 子
Kyoko Kudo

妊婦のキッチン使用時の保健指導のあり方に関する研究

Study on the State of Health Guidance: Use of the Kitchen by Pregnant Women

工 藤 恭 子
Kyoko Kudo

キーワード：妊婦，キッチン使用時間，心身の苦痛症状，不便さ，保健指導の要点

Key Words：pregnant women, time of using the kitchen, physical and mental writhing episodes, inconvenience, main points on health guidance

I. 緒 言

母性看護学の教科書では，妊婦のキッチン使用時の保健指導に関する記載は少なく，大月¹⁾は，「日常生活活動の姿勢」において，『よい姿勢』では台に向かって片足を前に出して斜めに立つと疲れにくい。ときどき足を逆にするとよい。』と述べ，『わるい姿勢』では，台に向かって足をそろえて正対すると，首が前に落ちて疲れやすい。』と述べており，また，「妊娠による身体変化から，家事などの日常生活活動においては，安全や腰痛予防のためによい姿勢を心がけ，転倒予防や腹圧をかけないことが望まれる。さらには，疲労を蓄積しないことなどを，妊婦自身が日常生活活動に配慮できるよう指導する。」と，保健指導の視点を述べている。しかし，妊婦のキッチン使用時の苦痛症状を調査した先行研究はほとんどない。

妊婦のキッチン使用時の不便さについては，E&Cプロジェクト発行²⁾の『妊産婦の日常生活・職場における不便さに関する調査研究』では，「不便さを生む原因は，主に妊娠中の身体の変化によるものが大きい」と述べており，妊婦が家の中で不便を感じた場所として，台所は浴室(44%)，階段(29%)に次いで第3位(26.1%)に上げられ，不便さの度合いが高い。また，早川・岡本³⁾は，保健婦の目から見た妊婦の住宅問題として，「台所は足元が見えにくかったり，しゃがんだり，高いところの物をとるのが困難になるので，食器棚の工夫が必要」と述べている。妊婦は既存のキッチンに対して不便さや苦痛症状を感じていても，「我慢すべき事」「当たり前の事」として，心身共に安楽にキッチンライフを送る事をあきらめているとも予測される。そこで，本研究では，妊婦のキッチン使用時の苦痛症状・不便さを実態調査し，『妊婦のキッチン使用時の保健指導のあり方』を明確にする事を目的とした。

キッチン使用時の苦痛症状・不便さを明確にする事は，今後の妊婦の保健指導のあり方を示唆し，しいては母子の

心身の健康の基礎ともなる重要な時期に対する「子育て支援」の一環になると考える。

II. 調 査 I

1. 研究目的

質問紙調査により妊婦のキッチン使用時の苦痛症状・不便さを明確にする事である。

2. 調査対象

S市の新生児・乳児訪問時に訪問した妊娠中の合併症のない産後15～113日目の調査目的に賛同した母親40名を対象とした。

3. 調査期間

平成19年9月～12月であった。

4. 調査及び分析方法

産後の母親に対しては，筆者が作成した質問紙を用意し，新生児・乳児訪問時に依頼した。無記名による自記式調査法とし，郵送による回収とした。

質問内容は次の通りである。

- ① 調査対象者の属性…産後日数，年齢(歳代)，出産回数，職業の有無とその形態，家族構成，妊娠前の身長・体重，妊娠前の一日のキッチンの使用時間(分)
- ② 妊娠経過・身体的状況…妊娠中の腹囲と体重(妊娠16～24週，妊娠24～32週，妊娠32～40週で最も大きい値)
- ③ キッチンの構造…自宅のキッチンのタイプ，自宅のキッチンの高さ・奥行き・幅の寸法
- ④ キッチンの使用状況…一日のキッチンの使用時間(妊娠前・妊娠中)，使用時間と妊娠週数の影響との関連の有無及び影響時の月齢，妊娠中のキッチン使用時の苦痛(苦痛の有無，妊娠月齢，最も苦痛な時期，苦痛症状と出現時期(腰痛・浮腫・下肢痛・頭痛・吐き気・立ちくらみ・動悸・いらいらする・疲労感・腹緊・息苦しさ)について5～6カ月・7～8カ月・9～10カ月から選

択)、苦痛時の工夫の有無とその内容(椅子の形を含む)

- ⑤ 理想的なキッチン像…現在のキッチン使用時の不便さ、キッチンに求める性質、理想的なキッチンの条件とは(自由記述)

本研究は研究方法論として、質問紙調査及び質的記述的研究を行った。舟島⁴⁾は、「Berelson, B. が内容分析とは表明されたコミュニケーション内容を客観的、体系的、かつ数量的に記述するための調査技術であると定義している。」と述べており、この手法は、言語的に記述されたものをデータとするという特徴を持つ。そこで、母親の自由記述については、Berelson, B. の内容分析の手法を用い、カテゴリー化を試みた。結果の信頼性については、妊娠中の保健指導に関わっている助産師2名に、カテゴリー化の一致率についての確認を依頼し、70%以上の一致率を示した場合は信頼性を確保していると判断した。統計分析には、エクセル統計2006を用いてマン-ホイットニーのU検定、SPSS16.0Jを用いてFisherの直接確率法を行った。

5. 倫理的配慮

本研究にあたり、S市の承諾を得、調査対象に対し、本研究の目的を説明し、質問紙による調査に協力を依頼した。その際、協力は個人の自由意思に基づく事、調査内容は個人が特定できないように処理し、調査結果については本研究の目的以外には使用しないことを文書及び口頭で説明し、同意を得た。

6. 結果

40名を対象に質問紙調査を行い、回収数(回収率)は30名(75%)、有効回答数(回答率)は30名(100%)であった。

1) 対象の背景(表1)

母親の年齢は、「30歳代」21名(70%)、「20歳代」8名(27%)、「10歳代」1名(3%)であった。出産回数は「初産」16名(53%)、「経産」14名(47%)であった。

職業「あり」9名(30%)、「なし」21名(70%)であった。職業形態は「パート」4名、「常勤」5名と半々であった。職業「あり」の者は一日3～8時間は立ち仕事をしており、中央値は5.0時間であった。家族構成は核家族が29名(96.7%)、一人親家族が1名(3.3%)であった。

妊娠前の身長は151～170cmであり、中央値は156cm、体重は38～68kgであり、中央値は50kgであった。体重・腹囲の変化については、妊娠32～40週の体重の最大値は77.8kgであり、腹囲の最大値は105cmであった。全妊娠期間を通して体重増加量の最小値は3.7kg、最大値は19.6kg、中央値10kgであり、腹囲増加量の最小値は4.5cm、最大値は18cm、中央値は7.0cmであった。

2) 自宅のキッチンのタイプ

全員横一列に冷蔵庫・シンク・加熱調理機器が配置されているI列型タイプ⁵⁾であった。

表1 対象者の属性 n = 30 人 (%)

年 齢	10歳代	1 (3.3)
	20歳代	8 (26.7)
	30歳代	21 (70.0)
出 産 回 数	初 産	16 (53.3)
	経 産	14 (46.7)
職 業	あ り	9 (30.0)
	な し	21 (70.0)
家 族 構 成	核家族	29 (96.7)
	一人親家族	1 (3.3)
妊 娠 前 身 体 長 重	151～170cm	中央値156cm
	38～ 68kg	中央値 50kg
妊 娠 中 体 重 増 加 量	最小値	3.7kg
	最大値	19.6kg
	中央値	10.0kg
腹 囲 増 加 量	最小値	4.5cm
	最大値	18.0cm
	中央値	7.0cm

3) 妊娠前及び妊娠中のキッチンの使用時間

妊娠前の一日のキッチンの使用時間は40～480分、中央値は150分であり、妊娠中の一日のキッチン使用時間は40～390分、中央値は120分であった。妊娠前・妊娠中両群の中央値の比較についてマン-ホイットニー U検定した結果、両群に有意差はなかった(p=0.390)。また、妊娠前の職業「あり」の者のキッチン使用時間は45～360分、中央値は150分、職業「なし」の者のキッチン使用時間は40～480分、中央値150分であり、妊娠中の職業「あり」の者のキッチン使用時間は45～300分、中央値は150分であり、職業「なし」の者のキッチン使用時間は40～390分、中央値は120分であった。職業「なし」の者の妊娠前・妊娠中両群の中央値の比較について中央値検定した結果、有意差はなかった(p=0.899)。

4) キッチン使用時間における妊娠週数の影響の有無と影響を受けた月齢

影響を「受けた」者17名(56.7%)、「受けない」者13名(43.3%)であった。

影響を「受けた」月齢で最も多かったのは7～8カ月8名(47.0%)、次いで2～4カ月5名(29.4%)、5～6カ月・9カ月各2名(11.8%)であった。

5) キッチン使用時の苦痛の有無及び苦痛症状

苦痛「あり」の者27名(90%)、「なし」の者3名(10%)であった。「あり」の者の感じ始めた時期で最も早かったのが妊娠2カ月であり、最も多かったのは7～8カ月13名(48.1%)であった。また、苦痛が最も強くなる時期で最も多かったのは、9～10カ月20名(74.1%)であり、次いで

表2 月齢別に出現する苦痛症状の順位

n = 27 人 (%)

5～6カ月		7～8カ月		9～10カ月	
腰痛	7 (25.9)	腰痛	15 (55.6)	疲労感	13 (48.1)
いらいらする	6 (22.2)	疲労感	13 (48.1)	腰痛	12 (44.4)
吐き気	4 (14.8)	いらいらする	5 (18.5)	下肢痛	10 (37.0)
立ちくらみ	4 (14.8)	下肢痛	4 (14.8)	浮腫	7 (25.9)
動悸	3 (11.1)	吐き気	3 (11.1)	動悸	3 (11.1)
頭痛	2 (7.4)	動悸	3 (11.1)	立ちくらみ	2 (7.4)
疲労感	2 (7.4)	腹緊	3 (11.1)	いらいらする	3 (11.1)
腹緊	1 (3.7)	浮腫	2 (7.4)	腹緊	2 (7.4)
		頭痛	1 (3.7)	吐き気	1 (3.7)
		立ちくらみ	1 (3.7)	息苦しい	1 (3.7)

7～8カ月4名 (14.8%), 2～4カ月2名 (7.4%), 未記入1名 (3.7%) の順であった。「なし」の者の共通点として、職業「なし」と20歳代という2項目であった。

(1) 月齢別に出現する苦痛症状の順位 (表2) (複数回答)

5～6カ月では、「腰痛」7名 (25.9%) が最も多く、次いで「いらいらする」6名 (22.2%), 「吐き気」「立ちくらみ」各4名 (14.8%), 「動悸」3名 (11.1%), 「頭痛」「疲労感」各2名 (7.4%), 「腹緊」1名 (3.7%) の順であった。7～8カ月では、「腰痛」15名 (55.6%) が最も多く、次いで「疲労感」13名 (48.1%), 「いらいらする」5名 (18.5%), 「下肢痛」4名 (14.8%), 「吐き気」「動悸」「腹緊」各3名 (11.1%), 「浮腫」2名 (7.4%), 「頭痛」「立ちくらみ」各1名 (3.7%) の順であり、「腰痛」は約2倍, 「疲労感」は約6倍に増強した。9～10カ月では、「疲労感」13名 (48.1%) が最も多く、次いで「腰痛」12名 (44.4%), 「下肢痛」10名 (37.0%), 「浮腫」7名 (25.9%), 「動悸」「いらいらする」各3名 (11.1%), 「立ちくらみ」「腹緊」各2名 (7.4%), 「吐き気」「息苦しさ」各1名 (3.7%) の順であり, 7～8カ月と9～10カ月を比較すると, 1位と2位の内容が逆転し, 下肢痛は約2倍, 浮腫も約3倍に増強した。

(2) 全妊娠期間における苦痛症状の出現状況 (表3)

(複数回答)

表3は, 苦痛症状があった妊婦全員の全妊娠期間における出現状況を示したものである。最も多かったのは7～8カ月22名 (81.5%) であり, 次いで9～10カ月21名 (77.8%), 5～6カ月15名 (55.6%) の順であった。全期間に症状があった者は12名 (44.4%), 2期間のみ症状があった者は, 5～8カ月1名 (3.7%), 7～10カ月6名 (22.2%), 1期間のみ症状があった者は, 5～6カ月2名 (7.4%), 7～8カ月3名 (11.1%), 9～10カ月3名 (11.1%) であった。

6) 苦痛を感じた時の工夫の有無と内容 (複数回答)

工夫「あり」と答えた者21名 (77.8%), 「なし」と答えた者6名 (22.2%) であった。工夫の内容で最も多かった

表3 全妊娠期間における苦痛症状

n = 27

	5～6カ月	7～8カ月	9～10カ月
1	A D F H	C E G I	F G I
2	A E F G I		
3			A B C I
4	A	E	B G I J K
5	A	H I	
6			I
7	J	C J	C J
8	H	A H I	B H I
9	F G	A	A
10		A B	C H
11	I	A I	A C I
12		A I	
13		A B I	
14		A G I	B C G I
15		C H	A
16	A	A	A I
17	E		
18	A E H	A C G H I	A B C H I
19		I J	A
20	E H	A E I	C E I
21		A I	
22		A J	A C I
23		A I	B
24	A	A	A F I
25	H	H	A C
26	D F G H	A D F I	A B C I
27			A I
計	15 (55.6%)	22 (81.5%)	21 (77.8%)

A…腰痛
D…頭痛
G…動悸
J…腹緊

B…浮腫
E…吐き気
H…いらいらする
K…息苦しさ

C…下肢痛
F…立ちくらみ
I…疲労感

のは, 「椅子に座り家事をした」11名 (52.4%), 「立っている時間を短くした」10名 (47.6%), 「夫や家族に代わってもらった」5名 (23.8%) であった。椅子の形で最も多かったのは「丸椅子で背もたれなし」4名 (36.4%), 「丸椅子で背もたれあり」「四角椅子で背もたれあり」各3名 (27.3%), 「折りたたみで背もたれあり」1名 (9.1%) であった。その他の内容として, 「休み休みする」「辛くなったら少し座って休む」「横になってリラックス」「ストレッチ

チやマッサージ」「バランスボール」等であった。

7) 身長とキッチンの高さの調和・体重増加量とキッチン使用時の不便さ・苦痛症状 (表4)

回答数30名中、キッチンの寸法の記載のあった22名に対してまとめたものである。

尚、「不便さ」とは、母親の自由記述の内容から抽出した。

たまきょうこホームページ⁵⁾『一般に疲れないワークトップ』,つまり、身長155cmの成人の場合79~84cmのキッチンの高さ、身長160cmの成人の場合82~86cmのキッチンの高さの基準からみて、身長とキッチンの高さが調和に関して、調和群 (n=9)・非調和群 (n=13) に分類し、身長・キッチンの寸法・不便さ・苦痛症状・体重増加量についてまとめた。不便さで最も多かったのは「お腹がつかえる」13名 (59.1%), 次いで「かがむのが辛い」7名 (31.8%), 「高い所が届かない」6名 (27.3%), 「立っているのが辛い」「高さが低く感じた」各3名 (13.6%), 「動線が長いと移動が辛い」2名 (9%), 「足が入らないのが辛い」1名 (4.5%) の順であった。

(1) 身長とキッチンの高さの調和と不便さ・苦痛症状との関連 (表5)

調和群 (n=9) と非調和群 (n=13) に分類し、不便さ・苦痛症状の「あり」「なし」について比較し、Fisherの直接確率法にて検定した結果、不便さ・苦痛症状に関して有

意差はなかった。

(2) 体重増加量と不便さ・苦痛症状との関連 (表6)

体重増加量については、11kg⁶⁾ 以内を理想的体重増加量とし、12kg以上を非理想的体重増加量とした。理想的体重増加群 (n=12) と非理想的体重増加群 (n=10) に分類し、不便さ・苦痛症状の「あり」「なし」について比較し、Fisherの直接確率法にて検定した結果、不便さに関して有意差はなかったが、苦痛症状である「いらいらする」に関して、非理想的体重増加群に「あり」が有意に多かった (p=0.003)。

8) キッチンに求める性質 (複数回答)

最も多かったのは「機能性」28名 (93.3%), 次いで「安楽性」18名 (60%), 「安全性」16名 (53.3%), 「癒し」7名 (23.3%), 「その他」3名 (10%) であった。

9) 理想的なキッチンの条件 (表7)

表7は、24名の母親から自由に記述してもらった内容を分析対象とし、Berelson, Bの内容分析の手法を用いて分析したものである。

母親の一人当たりの記述数は、1記述9名 (37.5%), 2記述1名 (4.2%), 3記述3名 (12.5%), 4記述6名 (25.0%), 5記述1名 (4.2%), 6記述3名 (12.5%), 7記述1名 (4.2%) であり、合計74記述から46の文章を記録単位として抽出し、同じ表現をしたものをまとめ、38のコードを抽出した。それを類似性に従い分類し、10のサ

表4 身長とキッチンの調和とキッチン使用時の不便さ・苦痛症状

n = 22

		調和群 n = 9									非調和群 n = 13												
		No.1	2	3	4	5	6	7	8	9	No.1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
身長 (cm)		152	156	161	163	156	157	159	164	167	160	153	153	153	154	154	160	156	163	156	156	164	164
寸法	高さ (cm)	80	80	86	85	79	80	80	85	85	89	85	85	85	85	86	75	85	80	85	85	80	88
	奥行き (cm)	65	55	63	60	52	67	51	58	63	62	63	60	57	60	58	65	51	80	66	52	62	75
	幅 (cm)	160	160	270	180	174	180	166	210	240	182	260	180	180	180	130	100	220	180	285	190	235	175
不便さ	お腹がつかえる		○			○		○	○		○		○	○	○			○	○			○	○
	高い所が届かない	○	○									○						○	○	○	○		
	かがむのが辛い			○			○		○									○		○	○		○
	動線が長いと移動が辛い																	○			○		
	立っているのが辛い				○					○							○						
	足が入らないのが辛い											○											
	高さが低く感じた		○							○	○												
苦痛症状	腰痛	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○			○	○
	浮腫	○	○						○									○				○	
	下肢痛						○	○			○	○	○			○			○			○	
	疲労感	○	○	○		○	○		○		○		○	○	○		○	○	○		○	○	○
	腹緊											○				○							
	吐き気				○		○		○		○		○	○									
	いらいらする		○	○			○	○			○		○										
	立ちくらみ								○	○	○			○									
	動悸						○		○	○	○			○									
	頭痛						○		○		○												
	息苦しさ								○														
体重増加量 (kg)		15	16	12	10	6.5	13	13	16	9.7	13	9.7	12	17	8	9.8	4.5	6.8	10	20	6.1	8	3.7

表5 身長とキッチンの高さの調和と不便さ・苦痛症状との関連
n = 22 人 (%)

項目	内 容	調和群 n=9	非調和群 n=13	p 値
不 便 さ	お腹がつかえる	あり 4 (44.4) なし 5 (55.6)	9 (69.2) 4 (30.8)	0.384
	高い所が届かない	あり 2 (22.2) なし 7 (77.8)	4 (30.8) 9 (69.2)	1
	かがむのが辛い	あり 3 (33.3) なし 6 (66.7)	4 (30.8) 9 (69.2)	1
	動線が長いと移動が辛い	あり 0 (0.0) なし 9 (100.0)	2 (15.4) 11 (84.6)	0.494
	立っているのが辛い	あり 2 (22.2) なし 7 (77.8)	1 (7.7) 12 (92.3)	0.544
	足が入らないのが辛い	あり 0 (0.0) なし 9 (100.0)	1 (7.7) 12 (92.3)	1
	高さが低く感じる	あり 3 (33.3) なし 6 (66.7)	0 (0.0) 13 (100.0)	0.055
	腰 痛	あり 8 (88.9) なし 1 (11.1)	10 (76.9) 3 (23.1)	0.616
苦 痛 症 状	浮 腫	あり 3 (33.3) なし 6 (66.7)	2 (15.4) 11 (84.6)	0.609
	下肢痛	あり 2 (22.2) なし 7 (77.8)	6 (66.7) 7 (53.8)	0.380
	疲労感	あり 6 (66.7) なし 3 (33.3)	10 (76.9) 3 (23.1)	0.655
	腹 緊	あり 0 (0.0) なし 9 (100.0)	2 (15.4) 11 (84.6)	0.494
	吐き気	あり 3 (33.3) なし 6 (66.7)	3 (23.1) 10 (76.9)	0.655
	いらいらする	あり 4 (44.4) なし 5 (55.6)	2 (15.4) 11 (84.6)	0.178
	立ちくらみ	あり 1 (11.1) なし 8 (88.9)	2 (15.4) 11 (84.6)	1
	動 悸	あり 3 (33.3) なし 6 (66.7)	2 (15.4) 11 (84.6)	0.609
	頭 痛	あり 2 (22.2) なし 7 (77.8)	1 (7.7) 12 (92.3)	0.544
	息苦しさ	あり 1 (11.1) なし 8 (88.9)	0 (0.0) 13 (100.0)	0.409

Fisherの直接確率法にて検定

ブカテゴリー『お腹の丸みに合ったカーブがついている』(15.2%),『調理・食事の準備が機能的に一連の動作でできる』(15.2%),『動線が短い』(6.5%),『前かがみにならず,身長に高さを自由に合わせる事ができる』(6.5%),『安定性があり,高さ調節・回転・移動が自由にできる背もたれのある椅子』(17.4%),『キッチン下部にスペースがある』(4.4%),『手の届く範囲で収納物を取り出せる広い収納スペースがある』(21.7%),『明るい環境である』(6.5%),『便利な設備がある』(2.2%),『掃除が楽である』(4.4%)を抽出した。

その10のサブカテゴリーを類似性に従い分類し,5のカテゴリーを抽出した。そのカテゴリーを全体記述数(%)で上位のものから述べると,『立位でも座位でも安全・安楽に作業できるキッチンと椅子』(28.3%),『動線が短く,調理・食事の準備が機能的に一連の動作でできるキッ

表6 体重増加量と不便さ・苦痛症状との関連
n = 22 人 (%)

項目	内 容	調和群 n=12	非調和群 n=10	p 値
不 便 さ	お腹がつかえる	あり 6 (50.0) なし 6 (50.0)	7 (70.0) 3 (30.0)	0.415
	高い所が届かない	あり 3 (25.0) なし 9 (75.0)	3 (30.0) 7 (70.0)	1
	かがむのが辛い	あり 3 (25.0) なし 9 (75.0)	4 (40.0) 6 (60.0)	0.652
	動線が長いと移動が辛い	あり 2 (16.7) なし 10 (83.3)	0 (0.0) 10 (100.0)	0.481
	立っているのが辛い	あり 3 (25.0) なし 9 (75.0)	0 (0.0) 10 (100.0)	0.221
	足が入らないのが辛い	あり 1 (8.3) なし 11 (91.7)	0 (0.0) 10 (100.0)	1
	高さが低く感じる	あり 1 (8.3) なし 11 (91.7)	2 (20.0) 8 (80.0)	0.571
	腰 痛	あり 9 (75.0) なし 3 (25.0)	9 (90.0) 1 (10.0)	0.594
苦 痛 症 状	浮 腫	あり 2 (16.7) なし 10 (83.3)	3 (30.0) 7 (70.0)	0.624
	下肢痛	あり 4 (33.3) なし 8 (66.7)	4 (40.0) 6 (60.0)	1
	疲労感	あり 8 (66.7) なし 4 (33.3)	8 (80.0) 2 (20.0)	0.646
	腹 緊	あり 2 (16.7) なし 10 (83.3)	0 (0.0) 10 (100.0)	0.481
	吐き気	あり 1 (8.3) なし 11 (91.7)	5 (50.0) 5 (50.0)	0.056
	いらいらする	あり 0 (0.0) なし 12 (100.0)	6 (60.0) 4 (40.0)	0.003
	立ちくらみ	あり 1 (8.3) なし 11 (91.7)	2 (20.0) 8 (80.0)	0.571
	動 悸	あり 1 (8.3) なし 11 (91.7)	4 (40.0) 6 (60.0)	0.135
	頭 痛	あり 0 (0.0) なし 12 (100.0)	3 (30.0) 7 (70.0)	0.078
	息苦しさ	あり 0 (0.0) なし 12 (100.0)	1 (10.0) 9 (90.0)	0.455

Fisherの直接確率法にて検定

ン』『手の届く範囲で収納できるスペースのあるキッチン』(21.7%),『腹部を圧迫しないカーブのついたキッチン』(15.2%),『明るく掃除が楽で便利なキッチン』(13.1%)の順であった。

このカテゴリー化の信頼性の確認については,妊産婦の保健指導に関わっている2名の助産師にカテゴリー化の一致率についての確認を依頼し,71%,72.6%と70%以上の一致率を示したので,信頼性は確保されたと判断した。

Ⅲ. 調 査 Ⅱ

1. 研究目的

インタビュー及び観察により,妊婦のキッチン使用時の苦痛症状・不便さを明確にする事である。

2. 調査対象

合併症のない妊娠8ヵ月の妊婦M氏を対象とした。

表7 理想的なキッチンの条件

カテゴリー	サブカテゴリー	母親の記述内容	記録単位数 (記録単位数 総数に対する%)
腹部を圧迫しない カーブのついた キッチン	お腹の丸みに合ったカーブが ついている	お腹の丸みがあるシンク	3
		カーブのある作業台・コンロ	1
		コンロの火がお腹に近づかない	1
		お腹がぶつからない食卓テーブル	2
動線が短く、調理・ 食事の準備が機能的 に一連の動作で できるキッチン	調理・食事の準備が機能的に 一連の動作でできる	広くて浅めのシンク	2
		配膳台がある	1
		キッチンの近くにコンセントがある	1
		足元を踏むと水が出る	1
		食器洗浄機が深すぎない	1
		作業スペースが広い	1
		身体の向きを変えただけで作業できる	1
	動線が短い	動線が短い	2
立位でも座位でも 安全・安楽に作業 できるキッチンと 椅子	前かがみにならず、身長に高 さを自由に合わせる事ができ る	キッチンの高さが上下するもの	1
		前かがみにならない高めのキッチン	1
		高さが身長に合っているキッチン	1
	安定性があり、高さ調節・回 転・移動が自由にできる背も たれのある椅子	四角や丸型で背もたれのある椅子	1
		膝が曲がらない高さの椅子	1
		滑らない移動が楽で軽くて丈夫な椅子	1
		座って調理ができる椅子	1
		体重がかかるとストッパーが働く椅子	1
		深く腰掛けられる椅子	1
		手すりが付いている	1
		高さが自由・回転・移動ができる椅子	1
		座った時足が入るスペースがある	2
	キッチン下部のスペース		2 (4.4%)
手の届く範囲で収 納できるスペース のあるキッチン	手の届く範囲で収納物を取り 出せる広い収納スペースがあ る	簡単に手が届く範囲で収納できる	1
		上部の収納が下方向にスライドする	1
		重い道具は壁の中に収納できる	1
		収納は高くても低くてもだめ	1
		鍋をかがまなくても取れる	1
		椅子が収納できる	1
		ゴミ箱を近くに収納できる	1
		シンク下にキャスター付きの収納テーブル	2
		収納のスペースが広い	1
明るく掃除が楽で 便利なキッチン	明るい環境である	キッチンに窓がある	1
		明るい色彩	2
	便利な設備がある	固い蓋が開けられる便利な小物がある	1
	掃除が楽である	電化コンロがある	1
		掃除が楽である (材質フラット)	1
5	10	38	46

3. 調査期間

平成20年7月であった。

4. 調査及び分析方法

妊婦M氏に対しては、家庭訪問時、筆者が作成した質問紙を用いてインタビューをし、その後調理をしてもらい、その場面をデジカルカメラで写真撮影し、約40分観察した。

その結果を、対象者の主観と、客観的観察事項に分類し、まとめた。

インタビューの内容は次の通りである。

- ① 調査対象者の属性…年齢 (歳代)、職業、妊娠週数、出産回数、妊娠前の身長・体重、体重増加量、腹囲、腹緊・貧血・高血圧・蛋白尿の有無
- ② キッチンの使用状況…キッチンの一日の使用時間 (朝

食・昼食・夕食)、キッチン使用時の不便さ、キッチン使用時の苦痛症状の有無及び姿勢の内容、苦痛症状時の工夫点及びその内容

- ③ 苦痛症状・不便さの解決のためのキッチンの改良点
尚、キッチンの構造…キッチンの型及びメーカー、キッチンの高さ・奥行き・幅、収納棚の寸法、冷蔵庫の寸法、食卓の寸法、椅子の寸法については、筆者が実際に測定し、観察した。また、妊婦にはカレーライスを調理してもらい、調理過程に沿って開始から終了までのキッチン使用時の姿勢を観察した。

5. 倫理的配慮

インタビュー及び観察による調査に対し、産後の母親に対する配慮と同様であるが、特に個人を特定できないよう顔の撮影に配慮した。

6. 結 果

1) 妊婦の背景

M氏妊娠8か月(30週)の30歳代の経産婦。職業「なし」。身長162cm, 非妊時体重57kg, 体重増加量3kg, 腹囲105cm, 腹緊・貧血・高血圧・蛋白尿など異常徴候なく, 順調に経過していた。

2) キッチンの型とメーカー

I型・独立型キッチン(クローズドタイプ)・LD+K型, スズラン流し台の製品であった。

3) キッチン及び収納棚・冷蔵庫・食卓テーブルセットの寸法

- ①キッチン…高さ85cm×奥行67cm×幅211cm, コンロ台幅60cm, 作業台60cm, シンク幅84cm, シンクの深さ15cm
- ②システムキッチン上段の棚の高さ…奥行37cm, 床から204cmの部位
- ③冷蔵庫…幅60cm×高さ167cm, 4段に分かれており, 上扉の高さ71cm, 野菜室高さ38cm, その下段の高さ20cm, 最下段高さ38cm
- ④食卓テーブルと椅子…テーブル縦90cm×横160cm×高さ70cm, 椅子高さ80cm, 座面までの高さ44cm, 座面の大き

さ縦35cm×横41cm×厚さ7cm, 背もたれの大きさ縦33cm×横44cm

4) 一日のキッチンの使用時間

朝食…20分, 昼食…10分, 夕食…30分, 計60分。圧力鍋を使用しているので調理時間が短縮できる。

5) カレーライスの調理の様子(約40分)(写真1~10)

6) キッチン使用時の姿勢及び不便さ

(1) 調理中の姿勢(観察事項)

- ①自然と両足を開き, 基底面を広くし, 安定させ, どちらかの足を前に出す姿勢をとっている。野菜を切る時は自然と斜めを向いている。(写真4)(写真5)
- ②30分間立ったままでいると, 休憩時の椅子に座る体勢が変化し, 背中を反った体位(座面からの傾斜が110度)となっている。(写真10)
- ③下の段の収納棚から物を取り出す時に前かがみになる。(写真3)

(2) 調理中の不便さ(対象者の主観)

- ①キッチンの高さは腹部を圧迫しない高さ(身長162cmに対し, 85cmのワークトップ)であるため立位では苦痛の自覚はなかったが, 床から38cmの冷蔵庫収納から物を取



写真1 調理前椅子に座る



写真2 野菜を取る



写真3 ボウルを取る



写真4 野菜を洗う



写真5 野菜を切る



写真6 肉を取る



写真7 立ち上がる



写真8 肉を調理



写真9 調味料を出す



写真10 できるまで一休み

り出すためにしゃがみ、立ち上がる時立ちくらみがした。(写真6)(写真7)

②床から180cmまでは自然に届くが、それ以上の高い上部棚から物を取る時、かかとを上げなければならない。(写真9)

(3) 不便さの解決のためのキッチンの改良点

- ①手の届く範囲で収納でき、取り出してしまいがち収納棚が良い。
- ②キッチン下部の収納は引き出し型の方が楽である。
- ③回転する椅子ならば肘かけがある方がよい。

IV 考 察

1. 妊婦のキッチン使用時の苦痛症状・不便さ

1) 妊娠前と妊娠中のキッチン使用時間(中央値)の比較
妊娠前・妊娠中及び職業の有無との関連において一日のキッチン使用時間の有意差はなく、妊婦は職業の有無に関わらず、一日2～2時間半(中央値)の時間を調理に費やしていた。橋本⁷⁾は、「男女の家事時間を比較してみると、男性(有職)の家事時間は平日で平均24分、女性は有職の人が、3時間18分、無職の人は3時間31分であり、女性の

家事時間が仕事の有無に関係なく、3時間以上であるのに比べ、男性の家事時間の短さはきわだっている。」と述べており、同様の傾向を示した。夫に家事を代わってもらった者はたった18.5%であり、妊娠の有無に関わらず、役割分担としてキッチンに立つのは女性である現状が明らかとなった。女性の中には、調理は女性の仕事であり当たり前の事ととらえている者もいるが、今後の保健指導の視点として、夫である男性の協力を得る事も重要と思われる。

2) キッチン使用時の苦痛症状・不便さの内容

(1) キッチン使用時の苦痛症状

本研究では、キッチンを使用する事により、心身の様々な症状が確認された。石井,大平⁸⁾は、「妊娠中期は比較的安定した時期であり、不快症状も少ないが、個人差が大きい。」と述べ、「妊娠末期は腰痛や背部痛などが起こりやすい。また、特に下肢の浮腫が出現しやすい。」と述べている。本研究においても、中期の安定した時期では、症状出現の人数もそれ以降の時期と比較すると若干少なく、同様の結果であった。しかし、注目されるのは、身体的苦痛のみでなく、「いらいらする」等の精神的苦痛も感じていた事であり、全妊娠期間において持続する症状であった。その症状は「理想的体重増加量」と関連しており、12kg以上で経過した妊婦は「いらいらする」という精神的苦痛を生じる者が有意に多い事が明らかとなった。この事から、体重増加量を理想体重に抑えるような日常生活に対する保健指導はキッチン使用による苦痛症状を緩和する事にもつながると考えられる。妊婦M氏は、体重増加量3kgであり、立位時の苦痛はほとんど見られなかった。また、末期においても石井,大平⁸⁾と類似した症状が見られたが、本研究では、妊娠7～8カ月に腰痛を訴える者が5～6カ月の約2倍出現し、9～10カ月では腰痛よりも疲労感が強度となり、下腹痛や浮腫も増強した。新道⁹⁾は、「浮腫は妊娠後期では疲労や長時間の立位で起こることもあり、妊娠

高血圧症候群の発症に注意する。」と述べており、下肢痛や浮腫は7～8カ月から出現し、9～10カ月で増強する事を考えると、保健指導の視点として、キッチン使用時の苦痛症状を注意深く観察し、苦痛を早めに改善する事は、ハイリスク妊娠の予防につながると考えられる。また、全妊娠期間において、様々な心身の症状が出現する事、症状が月齢で変化する事を考慮しながら、症状緩和への保健指導を行う事が必要であると考ええる。

(2) キッチン使用時の不便さ

本研究のキッチンは全員が横一列に冷蔵庫・シンク・加熱調理機器が並んでいるタイプであった。妊婦は現況のキッチンに不便さを感じていても、一時期だからとあきらめる、あるいは我慢しながら妊娠期を乗り切っている。妊婦の質問紙調査においても、「お腹がつかえる」「高い所が届かない」「かがむのが辛い」「動線が長いと移動が辛い」「立っているのが辛い」「足が入らないのが辛い」「高さが低く感じた」という不便さを感じていた。また、妊婦のインタビュー・観察でも明らかなように、上段に設定された吊り棚はほとんど使用できず、調理過程においても、かがむ事が多い等、苦痛とまではいかないが、不便さを自覚していた。妊婦はこのような現状に対して、「理想的なキッチン像」を描くと、「機能的」で「安全・安楽」なキッチン、つまり「疲れにくい」キッチンを求めている。

職業「あり」の妊婦の場合、E&Cプロジェクト²⁾が、職場での勤務中の不便さの中で、『机やイスを不便と感じる人の回答では、「長時間座っているのが苦痛で、椅子を何回も調節した。」「お腹がつかえて腰痛に困った」が圧倒的である。』と述べているように、多くの妊婦は腹部の増大を気にしながら腰痛に悩まされつつ仕事をしており、キッチン使用時の心身の苦痛は最強となると考えられる。また、大月¹⁾は、勤労が妊娠に及ぼす影響において、「職場での仕事や人間関係におけるストレスや、家事と労働の二重負担なども問題となりうる」と述べており、キッチンでの調理は問題そのものである。本研究では調査数も少なかったため、職業と苦痛症状・不便さの関連には有意差はなかったが、現実には苦痛症状・不便さを自覚しており、保健指導の要点としては、心身の苦痛症状・不便さを細かく観察し、具体的な改善点を示す事が重要であると考ええる。

2. キッチン使用時の「不便さ」への対応

1) 「お腹がつかえる」に対する保健指導の要点

腹部が増大する事で特にキッチンの高さが身長との調和で高めの者は、キッチンまでの距離が妊娠前よりも離れる事になり、不便さの1位である「お腹がつかえる」を訴える者が多くなる。この状況に対し、妊婦は理想のキッチンの条件として、3位に「腹部を圧迫しないカーブのついた

キッチン」をあげているが、現況のキッチンではリフォームできる可能性は低い。しかし、今後の対策として、「カーブのついたキッチン」の有用性についても追求していきたいと考える。とりあえず実行可能な方法として、食卓テーブルをカーブのついた物に変更してみるのも方策として可能であると考ええる。特に職業を持つ妊婦にとっては、疲労回復の方策となるであろう。また、妊婦の腹部のカーブの度合いについては、今後も適切なカーブを考案できるよう調査を継続したいと考える。

2) 「かがむのが辛い」「高い所が届かない」に対する保健指導の要点

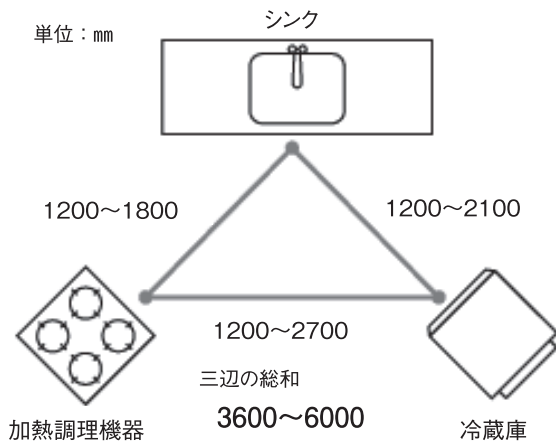
理想的なキッチンの条件で最も多かったのは「手の届く範囲で収納できるスペースのあるキッチン」であった。妊婦の観察においても、床から38cm以下、180cm以上の収納を使用する場合不便さを感じていた。たまるきょうこ⁵⁾の【キッチン・ライフ vol.07】の健康な人の場合の収納の位置では、「身長160cmの人の場合、収納しやすい範囲は64～144cm」と述べ、上野⁹⁾は、「身長155cmの人の場合、収納しやすい範囲は60～140cm」と述べていることから、妊婦に考慮すべき収納の高さも60～144cmの範囲が適切であると考ええる。妊娠前に妊娠後起こりうる不便さを予測し、身長にあった収納位置を変更しておく事も対応策として重要であると考ええる。

3) 「動線が長いと移動が辛い」に対する保健指導の要点

山本¹¹⁾は「調理動線をチェックする手法の一つとして、ワークトライアングル⁵⁾ (図1) がある。」と述べている。これは、「冷蔵庫」「シンク」「加熱調理器」の前面中心を3頂点とする調理作業の三角形であり、3辺の総和は3,600～6,000mmが適当とされている。保健指導の要点として、このワークトライアングルを意識し、可能であれば、家具や冷蔵庫の配置換えも考慮すべきであると考ええる。

4) 「立っているのが辛い」「高さが低く感じた」に対する保健指導の要点

苦痛症状に対する工夫の内容で最も多かったのは「椅子に座り家事をした」であり、最も多かったのは「丸椅子で背もたれがなし」であった。現況のキッチンでは、椅子に座り足をキッチン下部に入れながら調理する事は不可能であるため、この形を選択する者が多いと思われるが、妊婦の観察でも明らかなように、調理前後の姿勢を比較すると、背もたれにどっしりもたれる姿勢をとり、自然と疲労を回復しようとしている様子が伺えた。この際、背もたれは十分な高さ(事例妊婦の場合は33cm)が必要であり、妊娠中に増加する体重を支え、安定感を持たせるには、座面は丸よりも四角が適切であると考ええる。また、座面の厚さは増加する体重を支えるだけの厚さ(7cm程度)が必要であり、妊婦の姿勢が座面からの角度(背面傾斜角)が110



出展：たまきょうこホームページ

図1 ワークトライアングル

度傾斜する事も考えると、井上¹²⁾の示す、「椅子のプロトタイプ2型」に近い一般事務用の椅子の中から、背もたれが高めで、できれば肘かけ（短めのもの）がついたタイプの椅子を選択する事も適切であると考ええる。

また、「下肢痛」や「浮腫」に対しては、森¹³⁾は、「妊娠中は疲労しやすい状態にあり、疲労の蓄積は妊娠中の異常の誘因となる。楽な姿勢は個人及び体型によって好みがあるが、シムス位や座位での足台利用もすすめる」と述べており、軽減する方法として、足台が備えてある椅子を選択する事も効果的であると考ええる。また、高さが調節できる椅子を使用する事でキッチンに対する高さも多少調節できると思われるが、安全・安楽を考えるとストッパーが効く、回転・移動が可能な椅子が望ましいと考える。

V 本研究の限界と今後の課題

本研究では、調査数が少なく、キッチン使用時の苦痛症状と不便さの関連について十分な分析を行う事ができなかった。今後は調査数を増やし、分析を継続したいと考える。

また、「足が入らないのが辛い」という不便さに対して

は、高齢者や車椅子使用者対応のキッチン下部がオープンになったキッチンが販売されているが、妊婦に対応したキッチンはまだ製品化されていない。その際、腹部の増大に伴い、キッチンとの距離がありながらの作業は妊婦に様々な苦痛症状や不便さをもたらすため、腹部のカーブを考慮した製品でなければ妊婦には効果がないと思われる。今後は理想的な条件を考慮したキッチンの在り方の研究も継続したいと考える。

VI 結 語

『妊婦のキッチン使用時の保健指導のあり方』を明確にする目的で、妊婦のキッチン使用時の苦痛症状・不便さを実態調査し、次の結果が明らかとなった。

1. 妊娠中のキッチン使用時間は妊娠前中央値150分と妊娠中中央値120分では有意差はなく ($p=0.390$)、夫の協力を得ていた者は18.5%であった。
2. 苦痛症状は、妊娠7～8カ月時から腰痛・疲労感が増強し、9～10カ月時では疲労感が最も強く、下肢痛・浮腫も増強した。
3. 全妊娠期間を通して「いらいらする」という精神的症状が出現したが、非理想的体重増加群に「あり」が有意に多かった ($p=0.003$)。
4. 不便さの上位3位は「お腹がつかえる」「かがむのが辛い」「高い所が届かない」であり、その他「動線が長いと移動が辛い」「立っているのが辛い」「足が入らないのが辛い」「高さが低く感じた」等があった。

以上の事から、妊婦のキッチン使用時の保健指導のあり方として、夫の協力も含めた対応及び収納棚・椅子等の家具や冷蔵庫の位置の変更等、工夫への対応が重要である事が示唆された。

謝 辞

本研究にあたり、調査に御協力頂きました皆様に深く感謝いたします。本論文は佛教大学大学院社会福祉学研究科に提出した修士論文の一部を修正したものである。

要 旨

妊婦のキッチン使用時の苦痛症状・不便さを実態調査し、『妊婦のキッチン使用時の保健指導のあり方』を明確にする事を目的とし、S市の新生児・乳児訪問で訪問した産後の母親40名（回収率75.0%）に質問紙調査、妊婦M氏にインタビュー及び観察による調査を行った。1. キッチンの使用時間は妊娠前・妊娠中で有意差はなく（ $p=0.390$ ）、夫の協力を得ていた者は18.5%であった。2. 苦痛症状は、妊娠7～8カ月時から腰痛・疲労感が増強し、9～10カ月時では疲労感が最も強く、下肢痛・浮腫も増強した。3. 全妊娠期間を通して「いらいらする」が出現したが、非理想的体重増加群に「あり」が有意に多かった（ $p=0.003$ ）。4. 不便さの上位3位は、「お腹がつかえる」「かがむのが辛い」「高い所が届かない」であった。以上の事から、妊婦のキッチン使用時の保健指導の要点として、夫の協力も含めた対応及び収納棚・椅子等の家具や冷蔵庫の位置の変更等、工夫への対応が重要である事が示唆された。

Abstract

In order to prepare a suitable guide 'for expectant mothers in the kitchen', we have investigated the circumstances that induce symptoms of distress and are sources of inconvenience for mothers-to-be while preparing meals and washing up. We conducted a questionnaire survey of 40 mothers (response rate 75%) in city 'S' during postnatal home visits made by local public health nurses, as well as through an interview with and an observational survey of an expectant mother 'M'. (1) We found no significant difference in the amount of time spent working in the kitchen before and during pregnancy ($p = 0.390$); only 18.5% of the respondents, however, reported receiving assistance from their husbands. (2) Lower back pain and fatigue intensified during the 7th and 8th months of pregnancy, while fatigue reached its peak and leg pain and oedema intensified during the last two months of pregnancy. (3) Amongst the mothers-to-be those classified as belonging to the 'non-ideal body weight gain group' were significantly more likely to report feelings of emotional instability throughout the period of pregnancy than those not in the group ($p = 0.003$). (4) The three most prevalent inconveniences were 'my abdomen feels heavy', 'I have difficulty bending over' and 'I cannot reach out comfortably'. These results suggest that in order to improve the conditions for expectant mothers working in the kitchen, two courses are open, one physical, the other cultural: the first is the simple practical contrivance of changing the position of such home furnishings as storage shelves, chairs and the refrigerator so as to make it easier for the wife to carry out her daily tasks; the second suggestion, perhaps more difficult to achieve, is the importance of involving the husband in making such arrangements for his wife's benefit, and in helping her generally.

文 献

- 1) 大月恵理子：系統看護学講座専門25 母性看護学各論 母性看護学 [2], 120-121, 123, 医学書院, 東京, 2008.
- 2) E&Cプロジェクト：妊産婦の日常生活・職場における不便さに関する調査研究, 4, 19, E&Cプロジェクト, 東京, 1996.
- 3) 早川和男, 岡本祥浩：居住福祉の論理, 237, 東京大学出版会, 東京, 1993.
- 4) 舟島なをみ：質的研究への挑戦, 43, 医学書院, 東京, 2007.
- 5) たまるきょうこ：たまるきょうこのキッチンライフ, 2007-05-30,
<http://www.homepro.co.jp/palette/kitchenlife/vol02/index.html>
<http://www.homepro.co.jp/palette/kitchenlife/vol04/index.html>
<http://www.homepro.co.jp/palette/kitchenlife/vol07/index.html>
- 6) 堤 治, 定月みゆき：系統看護学講座専門25 母性看護学各論 母性看護学 [2], 53, 医学書院, 東京, 2008.
- 7) 橋本宏子：女性福祉を学ぶ, 24, ミネルヴァ書房, 東京, 1996.
- 8) 石井邦子, 大平光子：系統看護学講座専門25 母性看護学各論 母性看護学 [2], 85-86, 医学書院, 東京, 2008.
- 9) 新道幸恵：新体系看護学全書33 母性看護学②妊婦・産婦・褥婦・新生児の看護, 41, メヂカルフレンド社, 東京, 2007.
- 10) 上野義雪, 宮本鈴実：改訂新版キッチンスペシャリストハンドブック, 88, 社団法人インテリア産業協会, 東京, 2007.
- 11) 山本秀代：改訂新版キッチンスペシャリストハンドブック, 70, 社団法人インテリア産業協会, 東京, 2007.
- 12) 井上 昇：改訂版 椅子 人間工学・製図・意匠登録まで, 30, 建築資料研究社, 東京, 2008.
- 13) 森 恵美：系統看護学講座 専門25 母性看護学 2, 116, 医学書院, 東京, 2007.

〔平成21年8月21日受 付〕
 〔平成22年5月7日採用決定〕

若年女性の喫煙が習慣化するプロセスと非喫煙が継続するプロセス

How Young Girls Develop the Habit of Smoking or Nonsmoking

小 野 奈津子
Natsuko Ono

星 野 明 子
Akiko Hoshino

桂 敏 樹
Toshiki Katsura

若年女性の喫煙が習慣化するプロセスと非喫煙が継続するプロセス

How Young Girls Develop the Habit of Smoking or Nonsmoking

小 野 奈津子
Natsuko Ono

星 野 明 子
Akiko Hoshino

桂 敏 樹
Toshiki Katsura

キーワード：喫煙，若年女性，グラウンデッドセオリーアプローチ
Key Words：smoking, young girl, grounded theory approach

I. はじめに

1978年の「嫌煙権運動」に始まり，2003年には「健康増進法」が施行され，現在の日本では禁煙・分煙施設の増加，歩きタバコの禁止区域の設定，タスポの導入など，様々な禁煙・防煙対策が国を挙げて進められている。平成18年，日本人女性の喫煙率は10.0%と他の先進諸国に比べて低率だが，20代女性は17.9%，30代女性は16.4%と，若年層で高率かつ増加の傾向を示している^{1), 2)}。この背景には，近年の女性に対する社会的制約の減少，女性としての役割意識の希薄化，男女平等意識の浸透などがあると言われている³⁾。

喫煙は，呼吸器疾患をはじめとする様々な疾患のリスク因子として知られているが，特に女性の場合，虚血性心疾患に罹患する危険性は男性の約2倍との報告もある⁴⁾。また喫煙女性は月経周期の異常や不妊症となる可能性が高く，妊婦の喫煙は，胎児奇形や胎児発育の異常，乳幼児突然死症候群（SIDS）などのハイリスク因子であり，出産後も母乳を介してニコチンなどの有害物質が乳児に移行することが報告されている⁵⁾。妊婦の喫煙率は，平成14年には10%であったものが，平成18年には7.5%と減少しており，妊娠を期に禁煙する女性も増加しているが⁶⁾，喫煙が妊婦に及ぼす悪影響を考えると，今後も妊婦喫煙率の減少を維持・促進していく必要がある。また母親が喫煙をしているとその子供も喫煙する確率が高くなるという報告もあり⁷⁾，女性の喫煙は，本人への影響もさることながら，次世代へも悪影響を及ぼすという点で深刻な問題といえる。

また我が国における未成年の喫煙率は，中学から高校にかけて学年とともに上昇する傾向があり，平成16年の調査では，30日間に1度以上喫煙したことのある者の割合は，男子高校生で15.9%，女子高校生で8.2%となっている⁸⁾。喫煙開始年齢が早いほど大人になってからのニコチン依存

度が重く禁煙が成功しにくいこと，肺がんをはじめとする疾病の発生リスクが高くなることなど，未成年の喫煙に端を発する健康問題は数多く報告されており⁹⁾，未成年の喫煙予防の重要性が示唆されている。

以上の女性および未成年に関する喫煙問題から，若年女性の喫煙予防は重要な健康課題と考えられる。先行研究では喫煙に影響を与える要因として，人格的要因，内面的要因，環境的要因などの影響が報告されているが¹⁰⁾，これらがどのように影響し合って喫煙が習慣化されていくのかは不明であり，特に若年女性に関して，どのようなプロセスを経て喫煙が習慣化するのかは明らかにされていない。若年女性がどのような背景から喫煙に至るのか，あるいは至らないのか，そのプロセスを明らかにすることは若年女性の喫煙予防を支援するうえで有意義なことと考えられる。

本研究の目的は，若年女性が喫煙に至り習慣化するまでのプロセスとその影響要因，非喫煙が継続するプロセスとその影響要因を明らかにし，若年女性の喫煙予防に有効な支援開発を促進することである。

II. 用語の定義

若年女性：10代～20代前半の女性，喫煙の習慣化：毎日1本以上の喫煙をする習慣があること，非喫煙：過去から現在に至るまで喫煙の経験がないこと，とする。

III. 研究方法

1. 研究期間

研究期間は2007年7月から2008年3月であった。

2. 対象者

本研究は若年女性の喫煙・非喫煙の習慣化に焦点を当てたことから，対象者は，未成年のうちに喫煙を開始し，調査時点で毎日喫煙をする習慣のある20歳代前半の女性と，

喫煙経験のない20代前半の女性とした。対象者は、抽出されたカテゴリーのプロパティ・ディメンションの充実と、新たなカテゴリーの探索という視点から順次サンプリングされ、最終的に喫煙女性3名、非喫煙女性2名の協力が得られた。

3. データ収集の方法

対象者には、1人につき1回、1時間程度の半構成的面接を実施した。面接は対象者の自由な語りの流れに沿うように進められ、質問内容や言語表現は事前に行ったプレインタビューから作成したインタビューガイドを基本とした。面接内容は対象者の同意を得たうえで録音し、非言語的表現や研究者が気付いたこと等はフィールドノートに記録した。インタビューガイドは面接を重ねる毎に改良し、良質なデータが収集できるように努めた。また面接中は、対象者が用いた言葉の意味や意図はその都度確認し、研究者の思い込みや主観的判断を排除し、データの信頼性と妥当性の確保に努めた。

4. 分析方法

若年女性が喫煙・非喫煙に至るプロセスとして、どのような要因がどのように関わり合っているのかを探索するために、分析的帰納法—観察された事例をもとに厳密な手順に従って行為に関する法則やモデルを構築する方法であるGrounded Theory Approach¹¹⁾を用いた。分析の手順は以下の通りである。

①録音、記録した面接内容は、面接後速やかに逐語録におこしデータベースとし、内容のまとまり毎に切片化した。②各切片にラベル名を付け、プロパティとディメンションの抽出を行い、データとラベルの整合性を吟味した。③類似した概念を示すラベルを集め、集められたラベルによって説明可能なカテゴリー名を付けた。この際もプロパティとディメンションを比較し、ラベル間の矛盾、ラベルとカテゴリーの矛盾、データベースからの逸脱がないかを確認した。④抽出されたカテゴリーの相互関係を検討し、コアとなる概念を中心に目的とする事象のストーリーラインを作成した。作成したストーリーラインはもとのデータと比較し、矛盾や逸脱がないことを確認した。

分析過程では、質的研究に精通する専門領域の研究者からのスーパーバイズを受け、データの分析から概念の抽出、ストーリーラインの作成に至るまで、前記研究者と協議しながら進めていった。

5. 倫理的配慮

本研究を行うにあたり、対象者にはあらかじめ本研究の目的、調査内容、調査方法、個人情報保護および協力の任意性について明記した文書を提示して説明した。また面接は対象者の意思によって途中でも中断できること、話したくないことについては答えなくてよいことを伝え、同意

を得たうえで実施した。

IV. 結 果

1. 対象者の背景

研究への理解と協力が得られた対象者は、喫煙女性3名と非喫煙女性2名で、いずれも21～22歳の女性である。以下、A～Cを喫煙女性、D、Eを非喫煙女性とする。A、Bの喫煙開始年齢はいずれも高校1年、Cは小学校6年で1度喫煙を体験後、中学2年より継続的な喫煙に至っている。身近な喫煙者については、Aは家族全員が、B～Dは父親が喫煙者であった。またCは家族同等に親しくしていた近所の女性（喫煙者）から大きな影響を受けていた。A～Cは現在就業しており、D、Eは大学生であった。

2. 若年女性の喫煙および非喫煙に関わるカテゴリー

分析の結果、若年女性の喫煙が習慣化するプロセスと非喫煙が継続するプロセスは、【喫煙・非喫煙への準備】、【喫煙への葛藤】、【喫煙の定着】、【非喫煙の定着】という4つのカテゴリーから構成されていた（表1）。各カテゴリーやラベルは、時系列のあるものは起こる順序に従い、表の上から下へと記載している。

以下【 】はカテゴリーを、[]はサブカテゴリーを、< >は分析過程で出てきたラベルを、「 」はデータからの引用を示す。

1) 【喫煙・非喫煙への準備】とそれを構成するカテゴリー

【喫煙・非喫煙への準備】とは、対象者が喫煙者・非喫煙者へと分岐する前段階であり、対象者が喫煙に至るか否かを左右する条件が整えられていく時期である。このカテゴリーは[タバコへの態度の形成]、[タバコの害の認識]から構成されていた。

(1) [タバコへの態度の形成]

[タバコへの態度の形成]とは、対象者が、喫煙者やタバコに関する情報に触れることで、タバコに対して何らかの印象や感想を持ち、タバコへの肯定的あるいは否定的な見方が形成されていく様子である。

E以外の対象者は幼小期から<家族の喫煙>と接していた。Aは家族全員が喫煙者というタバコに受容的な環境で育っており、父親が喫煙者であるBは、「お父さんが吸っていたから（タバコは）悪いものだと思わなかった」とタバコに対して肯定的な印象を抱いていたことを語った。C・Dも父親が喫煙者であったが、父親の喫煙に対して、「匂いが臭くて嫌だった」と否定的な印象を語っている。<家族の喫煙>を通して対象者は身近にタバコとの接触を持ち、タバコに対して何らかの態度を示すようになっていた。

<友人の喫煙>もまた対象者の喫煙に対する態度形成に影響を与えていた。A～Cの友人には喫煙者が多く、自

表1 カテゴリーの構成

カテゴリー	サブカテゴリー	ラベル
【喫煙・非喫煙への準備】	[タバコへの態度の形成]	<家族の喫煙> <友人の喫煙> <喫煙者への憧れ>
	[タバコの害の認識]	<家庭の教育> <学校の教育> <タバコのイメージの変化>
【喫煙への葛藤】	[最初の喫煙体験]	<タバコへの興味> <喫煙の勧誘> <喫煙への迷い> <興味の勝利> <喫煙の実感>
	[喫煙欲求の萌芽]	<喫煙欲求の起点> <能動的な喫煙>
	[喫煙に伴う抵抗感]	<女性の喫煙への非難> <親の信頼を裏切る恐さ> <喫煙が露見する恐怖> <規範意識> <喫煙の隠蔽>
	[喫煙を容易にする環境]	<バイト先の喫煙環境> <容易なタバコの購入>
【喫煙の定着】	[喫煙に伴う抵抗感の消失]	<喫煙の露見> <喫煙の告白> <喫煙への慣れ> <家族の前での喫煙> <喫煙に対する恋人の受容>
	[喫煙の正当化]	<規範からの解放> <大人からの承認>
	[タバコへの依存]	<喫煙様式の変化> <喫煙機会の増加> <喫煙の心的効用>
	[喫煙の障害]	<身体的変化> <社会の喫煙環境>
	[禁煙願望]	<禁煙願望> <禁煙の勧め>
【非喫煙の定着】	[喫煙の否定的評価]	<タバコへの嫌悪感> <非喫煙への肯定感>
	[喫煙との隔絶感]	<タバコへの興味の欠如> <非喫煙継続の予感>

身が喫煙に至る以前にも、喫煙をする先輩や友人と日常的に接していた。Bは「みんなが吸っているから、どんな感じなんだろうっていう興味はあった」と語り、同世代の喫煙者によって、タバコに対する関心や興味が増幅させられた可能性を示唆した。後に述べる初めての喫煙に至る際も、A～Cは友人と一緒にであり、「1人だったら吸わなかった」と語っている。一方、非喫煙者であるD・Eは、中学から高校にかけて喫煙者の友人はほとんどいなかったことを語った。A～Cには非喫煙者の友人もいたが、そうした友人に喫煙を止められたこともなく、「友達が（タバコを）嫌だと言ってたら吸わないけど、吸う友達の方が多かったからあまり気にならなかった」と語っている。本研究において<友人の喫煙>は、喫煙者であるA～Cの語りのみに見られた。

<喫煙者への憧れ>は、喫煙以前～初期の対象者に見られたもので、Bは「(喫煙前は)タバコ吸ってたら格好は良く見えるかなと思った」と語り、Cは「タバコって男の人が吸うのは普通だけど、女の人が吸うのって他の人とは

ちょっと違う、何か悪いことしてるみたいで大人っぽくみえた。でも今は別に吸ってても格好いいとは思わないけど」と語った。B・Cは、いずれも喫煙当初に、“喫煙＝格好いい”という印象を持っていたことを語っている。

<家族の喫煙>に対しては否定的だが、<喫煙者への憧れ>は持っているというCのように、この時期のタバコへの態度は画一的なものではなく、肯否入り混じったものとなっていた。

(2) [タバコの害の認識]

[タバコの害の認識]とは、タバコが身体に与える影響をどのように知り、その影響の程度や善し悪しをどのように捉えているのかということである。

タバコの害に関する知識は、<家庭の教育>あるいは<学校の教育>から得ているものがほとんどであった。Eは、「子供の頃からお母さんと共に、“お酒は飲んでもいいけど、タバコはやめろ”って言われてて、吸っちゃいけないものだと思うようになったし、吸いたいとも思わなかった」と語っている。BやCも母親から“タバコは良くない”ということを言われていたが、父親が喫煙者であったこともあり、こうした言葉はあまり印象に残ってはいないという。<学校の教育>で対象者が知り得た知識には、肺が黒くなる、肺がんになる、副流煙にも害があるといったものがあつた。こうした知識に対して、A～Cは、「学校の先生にもよくタバコを吸うと肺が真っ黒になるとか言われたけど、自分で肺は見れないから、そうやって言われてもよくわからない。今にしても実感は全然ない。」「どうせ副流煙で悪くなるくらいなら自分で吸ったほうがいいって思った」「身体に悪くても、量を吸っていなかったからすぐにやめられると思っていた」などと語っている。このように、A～Cは、タバコの害や影響度を軽視する傾向が見られ、提供された情報にあまり縛られることなく喫煙を開始・継続していた。一方D・Eは、「色んなところでタバコは身体に悪いって言われるし、そんな悪いものをあえて吸いたいとは思わない」と語っており、家庭や学校で教えられたタバコの害に関する認識が、喫煙予防に結び付いていることを示唆した。

またAは、「前はそういうこと（タバコは体に悪い）を思ったりしてたけど、いつの間にか忘れてるっていうか、タバコに対する悪いイメージがどんどん無くなって、特に何とも思わなくなって、勧められたからまあいいかと思って吸った」と、高校に入ってからタバコの悪いイメージが消失していく様子を語った。Cも、「タバコは男の人が吸うもの」というイメージが、女性喫煙者に出会ったことで、「女性も吸うもの」というように変化し、自身の喫煙の肯定的要素となったことを語った。このようにタバコのイメージは可変的なものであり、一部の対象者には、

＜タバコのイメージの変化＞が生じ、タバコへの問題意識を低下あるいは消失させていたことが明らかとなった。

2) 【喫煙への葛藤】とそれを構成するカテゴリー

【喫煙への葛藤】とは、対象者が初めての喫煙を体験し、その後喫煙を継続しつつも、心のどこかで「喫煙はよくない」といった抵抗感を拭い去ることができない様子である。【喫煙への葛藤】は、[最初の喫煙体験]を経て[喫煙欲求の萌芽]が起こり、喫煙を継続するも[喫煙に伴う抵抗感]を持つ、という流れに基づいて構成される。[喫煙を容易にする環境]は【喫煙への葛藤】のみではなく、常時対象者の喫煙に影響を与えるものだが、特に【喫煙への葛藤】状態にある対象者に大きく影響していると考えられたため、このカテゴリーを構成するサブカテゴリーとした。

(1) [最初の喫煙体験]

[最初の喫煙体験]は対象者が初めて喫煙に至る前後の様子である。対象者は、＜タバコへの興味＞を持った状態から、＜喫煙の勧誘＞を受け、＜喫煙への迷い＞を持つものの＜興味の勝利＞から喫煙に至り、＜喫煙の実感＞を持つ、という流れを辿っていた。

対象者が[最初の喫煙体験]について語る際、共通して「興味はあったから」と口にした。興味の具体的な内容は、“味”や“吸った時の感覚”であった。＜喫煙の勧誘＞を受けたとき喫煙に至らなかった友人について、Aは、「その子は興味がなかったんだと思う」と語っており、＜タバコへの興味＞の有無が、喫煙に至るか否かを左右していたことを示唆した。

[最初の喫煙体験]の直接的なきっかけは、いずれの対象者も＜喫煙の勧誘＞であった。勧誘者は友人や先輩であり、勧誘された状況は夜のライブハウスから昼の公民館まで様々であったが、大人の目は少ない場所であった。また対象者は1人ではなく、複数の友人とともにその場にいたことを語っている。“勧誘者の存在”，“同じ状況に在る友人”，“大人の目が気にならない場所”が、本研究の対象者にみられた＜喫煙の勧誘＞時の共通点であった。

＜喫煙の勧誘＞を受けた対象者は、短時間ではあるが＜喫煙への迷い＞を感じたことを語っている。Aは喫煙に至る心情を、「恐かったっていうのがあったと思う。吸う自分に対していいのになって。ちょっと戸惑いはあったんだけど、何でも挑戦したい年頃でやっちゃったかなっていう感じかな」と語り、＜喫煙への迷い＞はあったものの、＜興味の勝利＞から喫煙に至ったことを語った。またCは、「1人だったら吸わなかった」と語っており、＜喫煙への迷い＞から＜興味の勝利＞へと移行する背景には、“若さ（挑戦したい年頃）”や“集団の勢い”といった要因があることが明らかとなった。

初めての喫煙の感想として、A・Bは「むせない」、「味がわからない」、「まずくない」、「たいしたことない」といった＜喫煙の実感＞を語った。このように、A・Bの場合の＜喫煙の実感＞は薄く、タバコは「簡単に吸えるもの」という認識に結び付き、タバコの受容を容易にしていた。Cの場合は他の2人とは異なり、「まずい」、「むせる」という事実から、「2度と吸うもんかって思った」と語り、ネガティブなく喫煙の実感＞がタバコへの否定感に結び付いていた。事実、Cはその後約2年は喫煙していない。これより[最初の喫煙体験]における＜喫煙の実感＞は、その後のタバコの受容に大きく影響することが明らかとなった。ただしCの場合は、最初のタバコの印象は悪かったものの、別の理由から2年後に再び喫煙に至っている。

(2) [喫煙欲求の萌芽]

[喫煙欲求の萌芽]とは、対象者の中に“タバコを吸いたい”という思いが芽生え、主体的に行動に移す様子である。

Cは中学2年のときに2度目の喫煙に至り、その後喫煙が継続されているが、2度目の喫煙に至った気持ちを次のように語った。「ちょうどそのときは反抗期でお母さんとケンカしてて、イライラもしてて、お母さんをちょっと困らせてやろうみたいな気持ちもあった」。Cにとって、親への反抗心は＜喫煙欲求の起点＞となっており、その後の喫煙の継続にも、親への反抗心の持続が影響していた。Cは喫煙の継続について「隠れて吸うのが楽しかった」と語っている。Bの場合は、最初の＜喫煙の実感＞の薄さから、「(最初の喫煙は)ちゃんと吸えていたのかわからない。周りと同じように、タバコを吸うってどんな感じなんだろうっていうのを知りたかった」と語り、周囲(友人)と同質の体験がしたいという思いが＜喫煙欲求の起点＞となっていた。このように背景は異なるものの、自ら“タバコを吸いたい”という欲求が芽生え、対象者は＜能動的な喫煙＞を繰り返すようになっていた。＜能動的な喫煙＞として、Cは自ら近所の自動販売機でタバコを購入し、Bはバイト先の友人にタバコをもらい、喫煙の仕方を聞いている。このように、対象者の欲求は具体的な行動レベルに移行し、喫煙の習慣化への1歩を踏み出していた。

(3) [喫煙に伴う抵抗感]

[喫煙に伴う抵抗感]とは、喫煙を抑制するような感覚が生じる背景と、抵抗感に伴う行動の様子である。抵抗感の背景には複数の要因があるが、1つは＜女性の喫煙への非難＞というものがあった。Aは壮年期くらいの男性に、「女の子がタバコなんか吸って・・・」というような非難の目で見られ委縮した経験や、実際に注意された経験を語った。現在はあまり気にしなくなったが、喫煙初期は、こうした視線や言葉を反省的に受け止めていたという。対象者

は、周囲（地域社会）の＜女性の喫煙に対する非難＞を感じており、少なくとも喫煙当初には、喫煙を抑制する要因であったことを語った。

＜親の信頼を裏切る恐さ＞もまた抵抗感に結び付くものであり、A～Cに共通してみられた心情であった。A～Cはそれぞれ、「親に対していけない娘っていうイメージをつけてしまうっていうのと、やっぱり親に怒られるっていうのが恐かった」、「ばれたら怒られるし、がっかりさせるしね、自分の娘が吸ってたら」、「母親とケンカしてて、多少は迷惑かけてやろう見たいな気持ちはあったけど、悲しむと思ったから。迷惑はかけたいけど泣いて欲しくはなかった。反抗期の心境だね。」と語った。いずれの対象者も、単に怒られる恐怖だけではなく複雑な心境があったことを明かし、＜親の信頼を裏切る恐さ＞が喫煙を続けるうえでの大きな気がかりであったことを語った。

＜喫煙が露見する恐怖＞は、学校や近隣の大人に喫煙していることが露見し、何らかの罰則を受けることに対する恐怖であり、その単純性から、親へ感じるものとは異質のものとして区別した。Bは「（未成年の喫煙に対する）大人の反応が恐かった」と語り、友人の親や近隣の人々の目を避けて喫煙していたという。Cは「バレたら高校って停学になるし、何回か停学すると退学になるからそれが嫌だった。」と語り、高校入学後しばらくは喫煙を自粛していたことを語った。対象者は、大人から注意されたり、学校から罰則を受けることに恐怖を持っており、対象者によって程度の差はあるものの、これも喫煙に抑制的に作用していた。

＜規範意識＞とは、本研究の場合、法律の規制や社会の約束事に従わなければいけないという気持ちのことを言う。Bはこの＜規範意識＞が比較的高く、「未成年だから・・・」、「未成年じゃないから・・・」といった法律を意識した言葉が多く見られた。Bの＜規範意識＞は、強弱の変化はあるものの、未成年ではなくなる20歳まで持続し、喫煙への抵抗感となっていた。A・Cには＜規範意識＞と呼べる言葉は特に見られず、先述の＜親の信頼を裏切る恐さ＞や＜喫煙が露見する恐怖＞の方が強く影響しているようであった。

以上のような喫煙に対する抑制的な心情や意識から、A～Cはそれぞれに＜喫煙の隠蔽＞という行動をとっていた。隠蔽方法は、家では吸わない、タバコをバックに隠す、吸殻を隠す、ベランダで喫煙し部屋に匂いを残さないなどであった。＜喫煙の隠蔽＞は恐怖感や規範意識に比例しており、恐怖感や規範意識が強いときほど、隠蔽も徹底して行われていたようであった。

(4) [喫煙を容易にする環境]

[喫煙を容易にする環境]とは、対象者の喫煙に肯定的

に作用する様々な社会環境である。

A・Bは高校生の時分にアルバイトをしていたが、アルバイト先では、実質的に未成年の喫煙が容認されており、アルバイト先がタバコ購入の場や喫煙場所になっていた。A～Cはバイト先やコンビニ、自動販売機で大きな障害もなくタバコを購入しており、Aは、「パートのおばちゃんや同期のバイトの子が普通に売ってくれる」と語り、未成年の喫煙に協力的な大人や友人の存在が明らかとなった。このように＜バイト先の喫煙環境＞や＜容易なタバコの購入＞を許す環境が、対象者の喫煙を促進していたことが明らかとなった。

3) 【喫煙の定着】とそれを構成するカテゴリー

【喫煙の定着】とは、[喫煙に伴う抵抗感]が消失し、心身ともにタバコに依存していく段階である。【喫煙の定着】は、[喫煙に伴う抵抗感の消失]、[喫煙の正当化]、[タバコへの依存]、[喫煙の障害]、[禁煙願望]といったサブカテゴリーから構成されていた。[禁煙願望]および[喫煙の障害]は、【喫煙の定着】とは反するもののようであるが、この時期の対象者が意識し始める事柄であったためこのカテゴリーに含めている。

(1) [喫煙に伴う抵抗感の消失]

[喫煙に伴う抵抗感の消失]とは、【喫煙への葛藤】状態にあった対象者が持っていた[喫煙に伴う抵抗感]が、対象者それぞれのきっかけによって消失していく様子である。

抵抗感が消失する直接的なきっかけとなっていたのが、＜喫煙の露見＞あるいは＜喫煙の告白＞であった。A・Bは高校2年のときに学校で喫煙が露見し、親や教師の落胆した様子を目にし、叱責を受けたことを語った。＜喫煙の露見＞で親や教師に喫煙が発覚したことは、それまで＜親の信頼を裏切る恐さ＞や＜喫煙が露見する恐怖＞を持ち、実体の無い親や周囲の反応に怯えていた対象者に、叱責や落胆といった実体的な反応を与え、恐さを軽減あるいは消失させる出来事になっていた。Cは＜喫煙の露見＞はなかったが、＜喫煙の告白＞という出来事を経ている。Cは中学3年生の時に、以前から親しくしていた近所の女性に＜喫煙の告白＞をしており、「言い出すのにはやっぱり勇気がいった。実はたばこ吸うんだって。その人は昔からお世話になってるおばちゃんでも話しやすいのかな。言いたくはなかったんだけど、そのおばちゃんがタバコ吸うから、それ見てると私も吸いたくなって・・・どうしようか迷って言ったの」と語った。Cが誰かに自分の喫煙のことを話すのはこれが初めてであり、喫煙に対する身近な人の反応を得る初めての機会でもあった。これも＜喫煙の露見＞と同様に、それまで実体の無かった大人の反応が実体化する出来事であり、Cの喫煙に変化を与えるきっか

けとなっていた。

Cは＜喫煙の告白＞以降、近所の女性の家で喫煙を重ね、喫煙することに対して「抵抗がなくなった」、「慣れちゃった」と語っている。A・Bも最初の喫煙から1年程で「慣れた」と語っており、ある程度の喫煙経験を重ねると＜喫煙への慣れ＞が生じてくることが明らかとなった。＜喫煙への慣れ＞には、喫煙期間や喫煙量の他、様々なエピソードが関連していると思われるが、今回の調査ではその詳細は明らかになっていない。

＜喫煙の露見＞や＜喫煙の告白＞、＜喫煙への慣れ＞をふまえて、対象者は、今まではひたすらに＜喫煙の隠蔽＞を行ってきた＜家族の前での喫煙＞をするようになる。Cは＜喫煙の告白＞から1～2ヶ月を経たある日、突然母親の前でも喫煙するようになる。Cは、＜親の信頼を裏切る恐さ＞がこの時には無くなっていたこと語り、＜喫煙への慣れ＞と反比例するように、喫煙に伴う様々な抵抗感が消失していったことを語った。A・Bも＜喫煙の露見＞から間もなく＜家族の前での喫煙＞に至っている。Bは、「喫煙が習慣化したと思うのはやっぱり家で喫煙するようになってから」と語っており、＜家族の前での喫煙＞は[喫煙に伴う抵抗感の消失]に象徴的なエピソードとなっていた。

またA～Cには、過去から現在にかけて男性との交際経験があったが、いずれも＜喫煙に対する恋人の受容＞を得ており、一緒に喫煙していると語った。過去に恋人に喫煙を反対された経験を持つB・Cは、「隠れてわからないように吸ってた」と、当時の“喫煙のしづらさ”について語っており、＜喫煙に対する恋人の受容＞を得ることは、若年女性の喫煙を促進するものであることが示唆された。

(2) [喫煙の正当化]

[喫煙に伴う抵抗感の消失]は、いったん始まると流れるように進行し、対象者を[喫煙の正当化]へと向かわせていた。[喫煙の正当化]とは、喫煙に対する周囲の反応の変化や、対象者の属性の変化を受けて、対象者の中で喫煙が認められていく様子である。

Bは「20歳を過ぎて吸っている分には悪いことだと思わない」と語り、20歳になり法律上の規制が無くなったことをきっかけに、家族の前でも、他の人の前でも堂々と喫煙するようになったことを語った。Aは19歳の時に就職しているが、「就職してからはどこでも堂々とタバコが買えるようになった」と語っており、Aにとっては就職が社会的に大人と認められる1つの条件であり、就職と同時に喫煙も社会的に認められたと認識していることが明らかとなった。こうした年齢や就職といった属性の変化に由来する喫煙の正当化を、本研究では＜規範からの解放＞と表現している。

またCは、＜喫煙の告白＞において近所の女性に喫煙を許されたことを受け、「周りの大人が吸いなよって言ってくれたから、もう悪いことじゃないのかなって、別に吸ってもいいんじゃないかって思うようになった」と語り、[喫煙の正当化]の背景に＜大人の承認＞があることを示した。同様の体験として、Aは父親と一緒に喫煙するようになったことと、母親が喫煙に対して何も言わなくなったことを語り、Bは19歳になったときに父親から、「お前ももう大人だからこれからのことはあまり口出ししないから」と言われ、親から喫煙を認められたことを語っている。A・Bの場合、両親による喫煙の認可や黙認が＜大人の承認＞となり、[喫煙の正当化]に繋がっていた。

(3) [タバコへの依存]

[タバコへの依存]とは、対象者の＜喫煙様式の変化＞や＜喫煙機会の増加＞から、＜喫煙の心的効用＞を感じるようになる様子である。

＜喫煙様式の変化＞とは、タバコの入手方法が「人からもらう」から「自分で買う」ようになった、喫煙量・タール量が増加した、「つきあいの喫煙」から「吸いたいから吸う」ようになったというような、喫煙に関わる状況の変化である。これらの変化は喫煙初期から徐々に進行し、1日に1箱以上喫煙したり、食後や寝起きに無意識にタバコに火をつけるといった、現在の依存状態へと至っていた。

＜喫煙機会の増加＞は、就職や進学などで地元（親元）を離れることや、友人との交遊関係の広がりを受けて、喫煙をする機会が増加することである。

＜喫煙の心的効用＞について、Aは、「ゆっくり吸うと1本が5分くらいかかるから、その間に色々考えられるし、冷静になれるし、良い時間を作ってくれるっていうのがあるかな。あと疲れてるときに1本吸うと“よしやるか”っていう気持ちになる。ちょうどいいリセットの時間って感じ。」と語った。またBとCは、「吸わないとストレスが溜まる、バランスが崩れる」と語っており、[タバコへの依存]の時期には、タバコは対象者にとって精神的バランスを保つための「必需品」となっており、個々の生活に深く組み込まれていることが明らかとなった。

(4) [喫煙の障害]

[喫煙の障害]とは、対象者の喫煙を困難にしたり、喫煙を控えさせ得るもののことであり、今回の調査では＜身体的変化＞と＜社会の喫煙環境＞が挙げられた。

まず喫煙以前と比較した＜身体的変化＞であるが、これに関しては、AとCが、運動時に「息が続かなくなった」ことを語ったのみであった。喫煙との関連についても、「最近の運動不足のせいかもしれないし、タバコのせいかもしれない」と、それ程強く意識されていなかったが、A～Cはいずれも20代前半と若年であることから、今後この＜身

煙の定着】期へと移行していくことが明らかとなった。また、喫煙に至らなかった若年女性は、非喫煙状態を継続し、喫煙をしないという意味を明確に持つ【非喫煙の定着】期に至ることが明らかとなった（図1）。

V. 考 察

1. 若年女性の喫煙を予防する要因

1) 青年期の喫煙と人間関係

研究結果より、若年女性の喫煙には家族や友人などの人間関係が大きく影響しており、プロセスの各要所で若年女性の喫煙に変化をもたらしていた。

【喫煙・非喫煙への準備】においては、＜家族の喫煙＞および＜友人の喫煙＞が[タバコへの態度の形成]に影響を与えていた。ある行動を起す欲求を“動機”と呼ぶが、この動機には、外からの報酬や罰に基づく外発的動機と、自分の興味や好奇心に基づく内発的動機があり、興味や好奇心は、すでに十分に知っていることや、自身のもつ知識とあまりにもかけ離れていることに対してではなく、少し努力すれば理解できそうなことに対して発生するといわれている¹²⁾。これによれば、家族や友人に喫煙者を持つということは、タバコをより身近にし、喫煙への興味や好奇心を持ちやすい状況を作ることといえる。このような状況にある若年女性が、友人や先輩から喫煙の誘いを受け、目の前にタバコを差し出された場合、若年女性の中には喫煙への強い好奇心（内発的動機）が発生し、喫煙に至ると考えられる。

また青年期の＜規範意識＞には、青年が準拠する家族関係と友人関係の影響があり、特に女子に関しては家族・友人の影響を受けやすく、家族への準拠が弱い場合に＜規範意識＞の低下がみられるという報告がある¹³⁾。Cは喫煙に対して＜規範意識＞が見られなかった1人であるが、Cは中学生の頃母親とのケンカや家出を何度か経験しており、家庭への準拠は弱かったと推察される。このことがCの＜規範意識＞に影響し、喫煙を促進させていた可能性が考えられる。またA～Cには喫煙者の友人が多く、D・Eには少なかった点からは、喫煙への＜規範意識＞が比較的低い友人関係に準拠していたことが、A～Cの喫煙を促進していた可能性が考えられる。

【喫煙への葛藤】から【喫煙の定着】においては、[喫煙に伴う抵抗感]と[喫煙に伴う抵抗感の消失]、[喫煙の正当化]について、家族・友人の影響がみられた。[喫煙に伴う抵抗感]は、初期の若年女性の喫煙に抑制的に働くものである。この抵抗感の背景は様々であったが、中でも＜親の信頼を裏切る恐さ＞に関しては豊かな語りがみられ、対象者にとって重要な問題であったと考えられる。本研究の対象者は、親をがっかりさせること、自分への悪いイメー

ジを抱かせることに恐怖心を持っていた。しかし＜親の信頼を裏切る恐さ＞は持続せず、[喫煙に伴う抵抗感の消失]へと至っている。この対象者の変化の背景には、青年期特有の心理状態があったのではないかと考えられる。中高生はエリクソンの自我の発達段階において青年期に分類され、依存と独立の相克に悩む時期と言われている¹⁴⁾。青年初期には親子の依存関係が根強く、家庭は青年の精神的拠り所として大きなウェイトを占めるが、青年後期になると活動の幅が広がり、家庭外の自分の居場所（友人など）を見出し、親から精神的独立を果たしていく。青年期にあった対象者にとっても、親の存在は未だ大きく、当初は喫煙に対して一定の影響（＜親の信頼を裏切る恐さ＞）を持っていたと考えられる。しかし対象者は葛藤を抱えながらも喫煙を継続し、活動や交友関係の広がりとともに親からの精神的独立を果たしていき、[喫煙に伴う抵抗感]の1つを消失させていったのではないかと考えられる。青年期はまた親自身のアイデンティティも揺れ動かされる時期であり、子供に対して以前のような制御が不可能になったことに気づく時期でもある¹⁴⁾。子供の喫煙を知った対象者の親は、当初“落胆”や“叱責”といった反応を見せるものの、徐々に“承認”や“諦め”といった反応をみせるようになり、子供との新たな距離間を形成していく様子が窺われる。こうした青年期特有の親子関係の変化は、＜喫煙の露見＞等の出来事を以って表面化し、[喫煙の正当化]へ移行していったと考えられる。

以上から、若年女性の喫煙には家族や友人との関係が影響していると考えられる。親や友人の喫煙は中高生の喫煙の危険因子であり、その影響を取り除けば、中高生の喫煙率に大きな減少効果が期待できるという報告もあり⁹⁾、若年女性を取り巻く人間関係に着目することが、有効な喫煙予防支援につながるのではないかと考えられる。

2) 若年女性の喫煙と健康教育

予防的保健行動の予測などに有効とされる健康教育理論モデルの1つに、ヘルス・ビリーフ・モデル¹⁵⁾があるが、これによれば、個人が勧められた保健行動をとるためには、特定の疾病の恐ろしさの自覚と、保健行動に対する自覚された障害要因に、保健行動の自覚された利益が上回ることが必要とされている。疾病や健康被害に関する知識は、前記の要件を満たすための変容因子の一つであり、現在も喫煙予防のための健康教育が学校をはじめ様々な所で行われている。本研究の対象者も、[タバコの害の認識]においてそうした健康教育の記憶を語っているが、喫煙者であるA～Cにおいてはタバコの害を軽視する傾向がみられた。その原因としては、対象者は若く、自覚症状もないことから、健康への関心が低いこと、タバコの害は不可視的で即実性がないため恐ろしさに結び付かないことなど

が考えられる。女子学生を対象とした先行研究でも、健康へのタバコの害を認知していても、それが行動へ与える影響は少ないことが報告されている¹⁶⁾。学生の喫煙率は近年減少傾向にあり⁸⁾、健康教育の成果とも考えられるが、喫煙率の減少の維持・促進のためにも健康教育の内容や手法についてさらなる検討を重ねることは有意義なことと考えられる。

3) 若年女性を取り巻く社会環境

若年女性の喫煙を促進する要因として、自由にタバコを購入し喫煙できる環境があることが明らかとなった。タバコ（喫煙者）と接触する機会が多いほど、タバコへの興味は高まりや勧誘される機会も増加することを考えると、地域社会として、禁煙や分煙を徹底し、未成年がタバコ入手できないような環境作りを進めていくことが重要と考えられる。

2. 若年女性の禁煙を促進する要因

“女性”の喫煙として特徴的であったのは[禁煙願望]であった。A～Cは共通して、妊娠・出産を期に禁煙したいという気持ちを語った。実際に、多くの喫煙女性が妊娠を期に禁煙するという報告もあり^{17),18)}、妊娠・出産に着目した支援は若年女性の喫煙予防に有用と考えられる。しかし実際には、喫煙開始年齢が13～20歳と若い時から長期間喫煙していると、妊娠を機に容易に禁煙できない妊婦が多く、妊娠に至る以前に女性の喫煙を予防することの重要性が指摘されている¹⁹⁾。若年女性が早期から禁煙願望を持つことはもとより、喫煙しないという意味を持つことが重要なのは明白であるが、本研究の対象者が妊娠や出産を理由とした禁煙願望を持つようになったのはごく最近（20歳以降）のことであった。対象者が喫煙と妊娠・出産の問題を最近まで意識することがなかった原因の1つとして、妊娠や出産への喫煙の害に関する情報を最近まで知らなかったことが考えられる。事実、対象者にタバコの害に関する知識や学校での授業の内容を聞いたときには、妊娠・出産に関する内容は語られなかった。あるいは、知識は以前から持っていたとしても、20歳を過ぎ、結婚を身近に意識するようにならなければ、このような禁煙願望を持ちにくいということも考えられる。

次に対象者の“禁煙したい期間”を見ると、「妊娠中や授乳中だけ」、「妊娠したら生涯」、と差があり、タバコのどのような害を問題と捉え、禁煙したいと思っているのかが曖昧であった。また、胎児や新生児への悪影響は心配するが、ある程度成長した子供や他の非喫煙者、自身への健康被害は軽視するというように、害を被る対象によって、問題意識に偏りがみられた。先行研究でも、胎児への喫煙の悪影響に関する知識には量・質ともに偏りがあり、特に、妊娠中も喫煙を継続する妊婦は、継続していない妊婦

に比べ知識が乏しいとの報告がある²⁰⁾。こうした現状の背景には、対象者が持つ喫煙に関する情報の不足に加えて、実感できる＜身体的変化＞が少ないこと、周囲の喫煙者も健在であり喫煙によって健康が損なわれるという意識が低いこと等があると考えられる。また、ある程度成長した子供や非喫煙者に対して与える受動喫煙の害を軽視する傾向については、家族が子供の頃から対象者の側で喫煙していたことが影響しているのではないかと考えられる。つまり、対象者自身も子どもの頃から喫煙する家族の側で育ってきたが、特に健康への害は受けなかったという認識が、そのまま対象者とその子供に適用されるということである。

以上から、若年女性の喫煙予防および禁煙促進のためには、妊娠・出産や子育てと喫煙の害に関する情報提供が有効と考えられるが、提供される情報の内容や提供の時期を十分に検討し、早期に喫煙予防や禁煙予防に結び付くものが必要と考えられる。

3. 研究の限界

本研究は質的研究であり、結果は特定の対象者の語りに基づくものであるため、全ての若年女性に一般化できるものではない。また対象者が5名と少なく、面接も1回のみであったことから、分析データの量・質ともに限界があり、抽出されたカテゴリーの説明力には限界がある。今後、対象者を追加し、若年女性の喫煙が習慣化するプロセスおよび非喫煙が継続するプロセスと、若年女性の喫煙に影響する要因に対する検討を重ねる必要があると考える。

VI. おわりに

20歳代前半の喫煙女性3名および非喫煙女性2名へのインタビューを行い、データを質的に分析した結果、若年女性の喫煙が習慣化するプロセスと非喫煙が継続するプロセスは、【喫煙・非喫煙の準備】、【喫煙への葛藤】、【喫煙の定着】、【非喫煙の定着】という4つのカテゴリーから構成されることが明らかとなった。

若年女性が喫煙に至る背景には、家族や友人、社会環境といった様々な要因が影響しており、喫煙予防を促進するためには、若年女性の家族関係や友人関係に着目することが有効であることが示唆された。また、妊娠・出産は女性特有の関心事であり、妊娠・出産に与える喫煙の害に関する情報を提供することは、若年女性の喫煙予防・禁煙支援に有効であることが示唆された。

謝 辞

本研究の実施にあたり、ご協力頂きました対象者の皆様に心より深く御礼申し上げます。また、ご指導頂きました先生方に深く感謝いたします。ありがとうございました。

要 旨

本研究の目的は、若年女性が喫煙に至り習慣化するまでのプロセスとその影響要因、非喫煙が継続するプロセスとその影響要因を明らかにすることである。本研究への同意を得た、20歳代前半の喫煙女性3名と非喫煙女性2名を対象者として、半構成的面接を実施し、Grounded Theory Approachの手順に従いデータ分析を行った。結果、若年女性の喫煙が習慣化するプロセスおよび非喫煙が継続するプロセスは、【喫煙・非喫煙への準備】、【喫煙への葛藤】、【喫煙の定着】、【非喫煙の定着】という4つのカテゴリーから構成されていた。若年女性は妊娠・出産への関心は高いものの、これらへのタバコの害に関する知識は不十分であり、情報提供の必要性が示唆された。また、若年女性の喫煙は家族や友人の影響を大きく受けており、若年女性を取り巻く人間関係に着目した喫煙予防支援の有効性が示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to explore the process by which young girls develop the habit of smoking or nonsmoking. This was qualitative inductive study, using the grounded theory approach. The subjects were three smoking women and two nonsmoking women in their early twenties. The process was explained using four categories: [readiness for smoking and nonsmoking]; [conflict with smoking]; [fixation with smoking]; and [fixation with nonsmoking]. Young girls are not aware of the effects of smoking, as they are related to pregnancy and parenting. Therefore, information focused on the way smoking harms pregnancy and parenting is useful for young girls. Family and friends support is also effective, because young girls are susceptible to the influence of their family and friends.

文 献

- 厚生労働省：国民健康栄養調査，2009-07-07，<http://www.health-net.or.jp/tobacco/product/pd100000.html>
- OECD Health Data 2007：男女別喫煙率の国際比較，2009-07-07，<http://www2.ttch.ne.jp/honkawa/2214.html>
- 斉藤麗子：女性の健康を脅かす薬物乱用②たばこ，母子保健情報，37，39-44，1998.
- 宗田 聡，藤木 豊：女性の喫煙問題，治療，82(7)，96-100，2000.
- 中村 靖：妊婦の喫煙と子供の健康障害，井埜利博（編）：喫煙病学，205-213，最新医学社，大阪，2007.
- 大井田隆，曾根智史，他：わが国における妊婦の喫煙状況，日本公衆衛生雑誌，54(2)，115-120，2007.
- 尾崎米厚，木村博和，他：わが国の中・高校生の喫煙状態に関する全国調査，日本公衆衛生誌，40，959-967，1993.
- 厚生労働省：未成年の喫煙および飲酒行動に関する全国調査，2009-07-07，<http://www.health-net.or.jp/tobacco/product/pd110000.html>
- 尾崎米厚：未成年の喫煙，井埜利博（編）：喫煙病学，117-191，最新医学社，大阪，2007.
- 大日向輝美，稲葉佳江，他：3都市における中高年女性の飲酒と喫煙に関する研究，母性衛生，43(1)，156-169，2002.
- 戈木クレイグヒル滋子：質的研究方法ゼミナール－グラウンデッドセオリアプローチを学ぶ，医学書院，東京，2005.
- 岡村一成，浮谷秀一：青年心理学トゥデイ，86-90，福村出版，東京，2000.
- 谷口昌史：青年の規範意識と社会的準拠集団，2007-10-12，<http://www.soc.titech.ac.jp/publication/theses2005/master/03M43180.pdf>
- 榎本恵理：親子関係と子供の発達，榎本博明（編）：家族心理学，87-104，ブレーン出版，東京，2004.
- 神馬征峰：健康教育論・モデル，中村裕美子（代表）：標準保健師講座2 地域看護技術，22-23，医学書院，東京，2005.
- 島本太香子，森山郁子：若年女性の喫煙習慣と喫煙に対する意識（女子学生への調査より），母性衛生，42(3)，273，2001.
- 渡辺周一，上野良光，他：青年期女性の喫煙をめぐる諸問題 第1報喫煙習慣および出下時体重と父母の喫煙，東海女子短期大学紀要，120，13-25，1994.
- Alexia Lennon, Cindy Gallois, et al：Young Women as Smokers and Nonsmokers: A Qualitative Social Identity Approach, Qualitative Health Research, 15, 1345-1359, 2005.
- 田中和子，山口さつき，他：妊婦の喫煙動機に関する研究，日本母性看護学会誌，8(1)，17-21，2008.
- 佐世正勝，伊藤武久，他：山口県における妊婦喫煙状況とたばこの害についての知識に関する調査，周産期医学，38，617-620，2008.

〔平成22年2月2日受 付〕
〔平成22年4月26日採用決定〕

排尿ケア実施時の看護師の意識に関する研究

Study of Nurses' Awareness While Performing Urinary Care

上 山 さゆみ
Sayumi Ueyama

排尿ケア実施時の看護師の意識に関する研究

Study of Nurses' Awareness While Performing Urinary Care

上 山 さゆみ
Sayumi Ueyama

キーワード：排尿ケア，泌尿器科看護師，意識
Key Words：urinary care, urology nursing, awareness

I. 序 論

排泄は人間の生理的ニーズの基本であり，患者は個別化された不快感のない援助を求めている。黒田は，「排泄の援助を受けるということは，個人の自立を妨げ，結果として羞恥心や自尊心の低下を引き起こすことにつながりやすい」¹⁾と述べている。研究者が長年関わってきた泌尿器疾患患者にとっては，排尿に関わることが治療であり，その際に，より良いケアが提供できなければ治療そのものにも影響を与え，さらに患者の羞恥心や自尊心にも影響を与えらると思われる。川島は，「排尿のケアは症状の程度の差があっても下の世話を受ける患者は，その世話を行う看護師に気兼ねや遠慮があることを理解しなければならない。それは，排泄物を汚いもの，不快なものとして考え，排泄行動は他人の目に触れないところで行うものとして生活している日本人として当然の心情である。従って，看護師はこの患者の気持ちをむげに否定したり，無視するのではなく，暖かく受け入れながら患者が気持ちよく排泄できるよう援助するのである。看護師の排泄援助が二次的に患者に苦痛を与えるようなことは，絶対に避けなくてはならない。」²⁾と述べている。また，鮎岡らは，「排泄ケアで患者に不快を与える要因の多くが看護師にある」³⁾と述べており，排泄ケアなどの看護技術を実施する際，同じケアを実施しても看護師の意識の相違により，ケアへの捉え方に違いがおこり，提供する技術にも影響が生じると考える。排泄や排尿に関わるケアは，誰もが「他人に下の世話になるのはいや」と感じるが，身近にあるケアである為，あえて見直すことが少なくなっている。しかし，日々頻回に行うケアであるからこそ，私たち看護師が見直していく必要があるケアだと考える。

特に排尿に問題をもつ泌尿器疾患患者のケアでは，他の疾患と排尿の障害の意味が違い，ケアを慎重に行う必要があると考えるが，看護師がどのような意識でケアに携わっ

ているかは明確になっていない。排尿ケアに対する意識を明確化することにより，質の向上の為の示唆が得られると考える。

II. 研究の目的

泌尿器科病棟における排尿ケアの質の向上を目指す一資料とするために，泌尿器科病棟で排尿ケアを実施している看護師の意識を明確化する。

III. 用語の操作的定義

意識とは，直接経験している心的現象。念頭に浮かんでいること，経験または体験する能力（心理学辞典，1981）。本論文では，看護師が排尿ケアを実践する際にどのように感じ，思いながらケアしているかを意味する。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は，日常的に病棟看護師が実施している排尿ケアの意識の内容に焦点をあて，量的に測定するのではなく，状況や患者により変化するケアへの意識を帰納的に質的に掘り下げて内容をみるため，質的帰納的研究方法とする。

2. データ収集方法

1) 対象

A市322床の地域密着型中核病院において，泌尿器科46床の混合外科病棟で（泌尿器科，整形外科，外科，耳鼻咽喉科）に勤務する看護師で研究に協力する意志をもち，泌尿器科病棟で排尿ケアの必要な入院患者を受け持った経験のある看護師9名。

2) 期間

平成19年3月～7月

3) データ収集および分析方法

面接者の都合を確認し，面接場所を設定した。プライ

バシーが確保するために次の中から対象者が希望する場所で面接を行う。

排尿ケアに携わる看護師に看護師の基本調査、泌尿器科患者における排尿ケア実施時にどのようなことに意識して実施しているか、患者への配慮、物品・器具に関すること、環境に関すること、などについて半構成的にインタビューを行う。インタビューの内容は対象者の許可を得て録音し、逐語録を作成し、逐語録を作成する際に個人が特定されないようにアルファベットに変更する。具体的な分析方法は、①データから逐語録を作成する。②逐語録を精読し、目的にしたがって一文一意味のコードを作成する。③類似性のあるコードを分類・整理する。④分類したコードの意味をカテゴリー化して命名する。データの信頼性確保の為、逐語録とコードの内容を泌尿器疾患患者の排尿ケアに従事している各面接者に確認する。さらに妥当性確保の為、質的帰納的研究の経験者に分析内容の確認を受ける。

4) 倫理的配慮

本研究の実施に際しては、対象者に研究の目的、方法などの概要を文書と口頭で説明し参加は自由意志とし、参加しない権利、途中で辞退する権利などについて周知してもらった上で、同意の得られた対象者に対してのみインタビューを実施した。その際、プライバシーを保護し、得られたデータは研究以外に使用せず匿名性の厳守を約束した。また、データの管理は厳重に行い、研究終了後は消去することを約束した。同意書は28部サインをもらい、一部を対象者、一部を研究者が研究が終了するまで保有する。本研究は滋賀医科大学の倫理委員会の承認を得て行った。

V. 結 果

A市322床の医療施設において、研究に協力する意志をもち、所属長の推薦のあった泌尿器科病棟で排尿ケアの必要な入院患者を受け持った経験のある平均年齢33.22±7.03 (SD) 歳の看護師9名で性別は全て女性であった。

看護師経験年数は、3年1名、5年以上3名、10年以上5名で、泌尿器科経験は、1～5年未満が5名、5～10年以上が4名であった。

今まで経験した診療科は、神経内科、消化器内科、外科混合などの病棟、産婦人科、整形耳鼻科、泌尿器科などの外来、救急室、手術室であった。面接時間は59～66分で平均面接時間62.55±2.88(SD)であった。面接内容の録音は、全員の承諾を得られた。

得られたコードは、279で22のサブカテゴリーから、【直接的なケアをする】、【人間関係を築く】、【病状経過を理解する】、【ケアを意識的に振り返る】の4のカテゴリーが抽出された(表1)。以下に4のカテゴリーとサブカテゴリー、インタビュー内容について述べる。

尚、カテゴリーは【 】で、サブカテゴリーは『 』で、コードは、< >で示す。また、インタビューの内容は、研究対象者のコードネームを記した上で一部を抜粋し、斜体で示し、わかりにくい箇所には、対象者が話す前後の文脈から()内に言葉を補うこととする。

表1 排尿ケア実施時の看護師の意識

カテゴリー	サブカテゴリー
1. 直接的なケアをする	羞恥心に気遣う 物品使用時に工夫する 安全に気をつける 個別的なケアに努める 同室者を気遣う
2. 人間関係を築く	理解しやすい説明をする 相手の立場になり考える 不安へ対応する 不愉快にさせないようにする 患者との関係を保つ 専門職としての心がけ
3. 病状経過を理解する	バルンカテーテル留置者への管理 術後の注意点 尿失禁者への注意 永久的に排尿管理が必要な人への注意 性差による違い
4. ケアを意識的に振り返る	看護師の力量不足 病床環境の調整不足

1. 【直接的なケアをする】

このカテゴリーは、『羞恥心に気遣う』『物品使用時に工夫する』『安全に気をつける』『個別的なケアに努める』『同室者を気遣う』という5つのサブカテゴリーで構成される。

総室だったら、カーテンを締め、患者が他の患者に何をしていると気づかれないようにしている。処置の時間がからないように物品の忘れ物をしないようにしています。

(C01)

トイレトペーパーを尿器やポータブルトイレの中に入れて、音が響かないように、音を気にする患者さんにはそんな工夫をしている。羞恥心の強い人は音にも敏感な人もいるので、そういうことに気をつけている。

(E08)

看護師は、<カーテンを閉め>、声の大きさに注意しく話す場所を考慮し、<ケアにかかる時間を考え>、<排尿音が聞こえないように>意識して、患者の『羞恥心に気遣う』ように意識して実践していた。

物品の種類を選択は、細い人、老人で円背のきつい人、特に腰の辺りにあたる人の時はゴム便器、やわらかい物を選ぶ、体位が取れる人、安定感の悪い人は固定ができた方がいい方がいいので、プラスチックのものを使用します。

(D07)

物品は直接見せて選んでもらうようにしている。自分がこれでもいいと思っていても患者が気にいらない場合もあるので、自分がいいと思いこんで持って行っても患者が選んだ方がいい場合があると思う。

(H03)

陰部浴の時はお湯の温度とか陰部とかケアする時に敏感なところなので、温度の設定に気をつけている。人肌にするとか。(C03)

部屋の温度が気になるので、寒かったら暖める、夏だったらそのままの温度でいいと思うので、とにかく冬は、寒くなることが多いので、保温に努めています。(D01)

チームで患者をみているので、その時間わった人が注意してケアを継続できるようにしなければならない。(F26)

排尿ケアの必要な患者には、元の生活に戻れるように生活に即した排尿の方法、管理を指導していくことが大切である。退院の可能な患者には本人の考えている状況を把握し、時間、効率性などは、どう考えているか、パンフレットとともに指導している。(E31)

大部屋の患者さんは回りに音が聞こえないように気を付けている。(J07)

総室では臭いが気になると思うので、消臭スプレーや窓を開け、換気をする。(H07)

相手に操作に危険がないと理解してもらった上でしないと処置中、動いたりして事故になったりする場合がある。協力してもらい安全にできるようにしていく必要がある。(F16)

排尿時使用する物品は、細い人、円背の強い人、などはゴム便器のような柔らかな性質のものをを選び、体位が取れる人や安定感の悪い人ではプラスチック製のような硬く安定しやすいように『物品使用時に工夫』していた。また、＜湯音を調節＞し、＜患者に適した保温に努める＞などの患者の好みに合わせチームで統一したケアを継続し、入院中より＜ライフスタイルに合わせた管理方法＞ができるように意識して『個別的なケア』を実践できるように意識していることが明確となった。さらに、＜大部屋では物音に気をつけ＞、＜臭いに注意＞して『同室者に気遣う』ことも忘れず、周囲の環境を整え、＜患者からの安全への協力を得て＞『安全に気をつける』を意識して【直接的なケアをする】を実践していた。

2. 【人間関係を築く】

このカテゴリーは、『理解しやすい説明をする』『相手の立場になり考える』『不安へ対応する』『不愉快にさせないようにする』『患者との関係を保つ』『専門職としての心がけ』の6つのサブカテゴリーから構成される。

泌尿器科は、あまり人に知られたくない病気、腎、尿管とかの病気である。病気は病気なんだけど、イメージ的に泌尿器科の患者は嫌な思いをしていると思って接している。(C43)

尿が漏れる場合は、かなりショックを受け、今まで体験したことのない屈辱を受けておられると思う精神的な配慮

がいます。自尊心、プライドが傷つくと思います。(D44)

バルーンを入れるといっても患者はよくわからないので、わかりやすい言葉でいうようにしています。聞き返された時は、もう一度わかりやすい、理解しやすい言葉で説明する。(D11)

説明はわかりやすいようにするよう心がけている。わかりやすいように、伝わりやすいように、理解しやすいように専門用語は使わずに本人にわかるように説明するようにしている。(I 07)

例えば「バルンカテーテル」ではなくて「おしっこ管」というふうになっている。(I09)

ちょっと報告しておきますから待ってくださいといいます。落ち着いて普通に話すように心がけ、相手にこちらが慌てていることを悟られないようにする。(F24)

ケアをする時は、どれくらいでこれるか「もうちょっと」というと時間がわからない。言い方に気をつける。もうちょっとという時間が相手の感覚と自分の感覚とでは違う。5分くらいとか10分くらいというふうになっている。自分もその時間を覚えておくようにしている。その時間に行けないようであれば、さっき、5分後といったが、いけそうにないので、何分後に行きます。といふように伝えなおすとか、代わりの人にいってもらっている。(C33)

(説明する時は)椅子があれば座らせてもらい、ゆったりとした感じを与え、患者が聞きやすいように、フレンドリーな雰囲気作りを心がけています。(I 13)

入院中は泌尿器科の病気だし、管が一本とか二本とかしばらくしょうがないと思うが、不快感という面では早く取ってもらいたいだろうが、永久的に管が入る患者さんが家に帰って困らないように、心のケアが課題。(B31)

看護師は排尿ケアを実施する際に、患者のもつ＜泌尿器科のイメージ＞を知り、尿失禁が続くなど＜患者が落ち込む要因＞を十分理解しようとし、『相手の立場になり考える』ように意識しながら実践していた。また、『理解しやすい説明をする』よう意識し、具体的に説明することによって＜安心感を与え＞患者の『不安へ対応する』こと行っていた。具体的なケアの時間を説明し、『不愉快にさせないようにする』をしていた。また、身体ばかりでなく＜心のケア＞を意識し実践していた。

話す距離ではなく、この人とはこれくらいの距離で付き合った方がいいというのがある。適度な距離感がいつも自分の中にある。家族関係も含めて患者から感じる自然な距離感がある。患者・家族との付き合い方に（関係の作り方に）適度な距離感が必要と経験から感じる。(G41)

人間関係が図れていれば、嫌な相手に処置をされるより、スムーズにいくと思う。それほど日頃の声かけは大切

である。看護師が行う声かけの仕方一つで処置がスムーズにいく時とそうでない時がある。先生と一緒に処置につく場合、患者自身がいいと思っている看護師が来てくれた時は患者も安心すると思う。積み重ねが人間関係の構築になる。信頼関係が生まれる。(F18)

医療はこちらが提供しているのだが、「してやってる」というのと違い「させて頂いている」という感じでしている。「してるでない」人間としては対等。この病院を選んできてもらってる人にさせてもらう。相手からもいい反応をもらってるんだと思う。(F30)

みんなもよくあると思うが、不快なことがあった時は気分の調整はしている。他患のところに行く時はプロだからきちんとする必要がある。次の患者のところへ行く前に物を取りに行くとか別のことを行って気分を変えるようにしている。呼吸を整えて気分を調整して戻ってケアしている。(G39)

<自分の感情のコントロール>をして、常にケアをさせて頂いているという気持ちを持ち、<医療従事者との関係は対等>で『専門職としての心がけ』を実践していることが明確となった。そして、患者や家族と<自然な距離をもち>、人間関係を保つことによって、<人間関係がよければ処置がスムーズ>であると看護師は経験から学んでいた。そのような『患者との関係を保つ』ことをしながら、継続して【人間関係を築く】ことができるように様々なことに意識して実践していた。

3. 【病状経過を理解する】

このカテゴリーは、『バルンカテーテル留置時の管理』『術後の注意点』『尿失禁者への注意』『永久的に排尿管理が必要な人への注意』『性差による違い』の5つのサブカテゴリーから構成される。

バルン抜去した人では、(尿が) でないこと、おしっこが赤くなるというようなことを伝えておく。尿が漏れる、(尿が) 出ないかもしれないということを伝え、自分だけそのような症状が出ていると思われることが多いので、よく出現する症状であるということを告げ、一緒に観察する。(E12)

TUR-Pをした患者でバルン抜去後、尿漏れがあり、眠れないという患者がいた、骨盤底筋の運動もしていたが改善せず、バルンカテーテルが再挿入となった患者がいて、先生に相談し、テネズムスがあるから眠れないのではないかとということになり、寝る前に座薬を使うようになった。患者の症状は改善し、座薬が効き眠れるようになった。(J10)

バルンカテーテル挿入による<テネズムスが不眠の原因になる>こともあるが、<バルン抜去後の排尿状況を重視>し、泌尿器科の場合は、<管の留置が治療>ということ意識し、『バルンカテーテル留置時への管理』、『術後

の注意点』を実践していることが明確となった。

皮膚ろうの患者が、固定できる服の工夫をしているのを見るとすごいと思うし、口にだして「本当にすごいね」というと相手はとてうれしそうな反応をされる。だから誉めまくってしまう。(誉めることでやる気を出してもらいたい) 泌尿器科は管をもって暗いイメージがするが、そういった言葉かけで、おしゅれをしてみようとか、外にでてみようかと明るい気持ちになっていく。(F41)

尿が漏れる場合は、かなりショックを受け、今まで体験したことのない屈辱を受けておられると思う。尿漏れは昔の方が多かった、術後すごくショックを受ける人が多かった。漏らしたこともない人が、だだ漏れになり、自分はもうダメな人だと、男じゃないと思うくらい落ち込む。(D37)

だから、術前から術後の経過としての尿漏れについて説明し、誰でも起こすものとしてとらえてもらえるように、(この病気なら) 誰もが経験し、骨盤底筋の運動で回復していけることを説明し、精神的なショックが和らぐように考えている。誰もが同じように継続して指導できるようにしていきたい。(D38)

患者自身が<服の工夫>を必要とし、それが適しているかをアドバイスし誉めることで、おしゅれをしてみようとか、外にでてみようかと明るい気持ちになり、『永久的に排尿管理が必要な人への注意』し、また、『尿失禁者への注意』、今まで体験したことのない屈辱を受けておられると理解し、闘病意欲が芽生えるような声かけを意識して実践していた。

男の人は一生男の人、女性は閉経などもあり、ホルモンのバランスと体の変化を感じるが、男性は尿もれというのは本当に屈辱的であると思う。男の人は、尿失禁がおけると自分がすごくダメージを受けるのかなと思います。精神的な配慮がいると思います。自尊心、プライドが傷つくと思います。(D40)

女性よりも男性の方が羞恥心は多分関わっているのでは、大きいと思うんです。「あんたがするんか」とよく言われるんです。(B03)

女の方は、年のせい(高齢者になると尿漏れしやすい)とかお産をしたら、もれやすくなるというようなことがわかっていて人が多いので、ちょっとは受け入れやすいと思う。話を聞いてもらって、ストレスがなくなってよくなっていく面もあるので、女の人と男の人では、尿失禁や泌尿器の病気に関して思いが違うと思う。(D45)

排尿ケアを行う看護師は<尿失禁の男性は屈辱的>、男性患者は<異性からケアを受けるのは羞恥心があり>、<女性は、加齢、産後に尿漏れしやすいとわかっている>と『性差による違い』を意識してケアを実践していること

が明確になった。

『バルンカテーテル留置時の管理』、『尿失禁者への注意』、『永久的な管理が必要』という泌尿器科特有の疾患の特徴を理解し、また、その疾患の症状から起こる『性差による違い』などの【病状経過を理解する】上で実践していることが明確となった。

4. 【ケアを意識的に振り返る】

このカテゴリーは、『看護師の力量不足』『病床環境の調整不足』の2つのサブカテゴリーから構成される。

新人の時は、処置に時間がかかり、今は割と段取りよくできると思うので、ケアをやっている時に他の事を考えていることが多い、ケアのことに集中して行っていたと思うが、今は次何をしなくちゃいけないとか、あの人の何をしなくちゃいけないなど考えながらやっつけてしまっていることもある。時間的に余裕があるとケアできていても余裕がない時は配慮が少ないように感じる。本当に気にされる方だと隠すことも気にしながら行えるのだが、受け入れてすぐケアをさせてくれている人には時間的（ケアする時間が決まっていって回診の合間にするような感じ）なことも優先している、隠すということを怠っているような気がします。（C15）

熱があったり、寒かったりというように患者から訴えがある時はすぐ対応できるが、訴えが無い時の適温、室温に対する配慮が出来ていないように思う。患者から言われた時は気にかけているが、言わない人やばたばたしているとケアの時に、そこまで配慮できていない。（H05）

ものすごく急いでいてそれが出来ないとき、お湯で暖めて便器をもっていけない時や患者さんに時間的な余裕が無いときは、そのまま持っていき、「冷たくてごめんね」と声をかけながら、便器を（手で）こすって暖めているという動作をしながら入れるようにしています。（D33）

新人の時と比べると段取りを考えられるようになったが、その分様々なことに気を配らなければならなくなり、多くの仕事をしながら、＜時間配分が考えられ＞ず、時間的に余裕がなくなってきているのではないかと、また、早くケアをしなければならないという思いから、急いでケアをすることで、＜掛け物が調整できず＞、『看護師の力量不足』や＜室温の調整ができない＞、＜器具の保温ができない＞などの『病床環境の調整不足』から患者へ十分なケアへの意識が欠けているのではないかと、日々実践している自分のケアを意識的に振り返りながら、実践していることが明確となった。

VI. 考 察

身体的ケア能力が高くても、そこに情緒的な交流がなければ、よいケアではない。また、身体的ケアだけにとらわ

れてしまうと心のケアという視点を忘れてしまう。しかし、多忙の中でもケアを受ける人の心を意識しながら、ケアを行う場合と、そうした側面をまったく無視してしまう場合とでは、ケアの質は異なる⁴⁾。つまり、身体的なケアを行う場合、相手の心を意識してケアする場合と意識しないのとは、ケアの質に影響するということである。今回の対象者からは、【直接的なケアをする】と【人間関係を築く】というカテゴリーが抽出されており、まさに身体的なケアをする際に人の心を意識しながら、ケアを実施していたと考える。まず、【直接的なケアをする】では、排泄に関わるケアでは、看護師が『羞恥心に気遣う』ようにし、＜ケアにかかる時間を考え＞ながら、『個別的なケアに努める』、退院後の＜ライフスタイル＞に合わせた管理方法を意識して、対象の心を意識してケアを実施していると考えられる。しかし、このような患者の心理や配慮を考えた文献は少ない⁵⁾。今回の対象者は、＜排尿音が聞こえない工夫＞や＜話す場所を考慮＞し、患者の『羞恥心に気遣う』意識をもっており、日々の排尿ケアの中で実施されていることが明確となったと考える。これは、普段当然のように実施されており、改めて考えるということを実施していないからだとも考えられる。頻回に行われる日々のケアを見直すことで、ケアの質を向上させると考える。

川口らは、「病床を取り巻く環境要素には、室内の気候、明るさ、静けさなどの物理的な環境要素、及び寝具、床頭台、仕切りのカーテン、収納庫など、療養生活のための寝具・物品要素や、床、壁、天井などの室内空間を形づくる建築空間要素、さらには患者同士や医療者などとの人間関係によって起こる社会行動的な要素などが挙げられる」⁶⁾と述べている。今回の対象者は排尿ケアを実施する際、これらの要素を整えながら、患者の好みに合わせて、カーテンなどで他者の視線を遮断し、総室では、『同室者を気遣う』ことをしながら、保温や室温を調整しながら、『個別的なケアに努める』ことを意識し、排尿ケアを実施している。

特に下の世話が中心となる排尿に関するケアにおいて、人間関係を成立させる対応が重要となる。泌尿器患者は羞恥心、苦痛、不安、恐怖心を抱き医療機関を訪れることを躊躇することがある⁷⁾ため、看護師は患者と【人間関係を築く】ことを意識して行っていた。

さらに、泌尿器科患者にみられる特徴として、郡は、「①男女の尿路疾患と男性生殖器が範囲に入り、性比は男性が多い。②年齢的には、広範囲にわたるが高齢化社会への移行に伴い、高齢者が多い。③普段は、覆い隠している生殖器、生殖器に近い部位のくわしい診察が必要であり、また、受診や治療の際に、患者は個人的な情報を話さざるを得ず、不安感や羞恥心を抱くことが多い。④治療、検査は特殊な機械を用いることが多く、不安感、恐怖感、緊張感

を増強させることになる。」⁸⁾と述べている。今回の調査と共通する点として、「男性が多い」、「高齢者が多い」、「生殖器という臓器から羞恥心が強い」、「特殊である」という特徴が一致していた。また、鮎岡は、ケアを受ける人は、老化や障害などにより、身体機能が低下しており、必ず喪失体験を伴う⁹⁾と述べており、看護師は、患者の【病状経過を理解する】上で、特に術後の血尿や尿閉、永久的な管の管理、自己導尿などの管理が必要であり、患者が今まで自分で実施出来た排尿するという行為を人に援助してもらわないといけなくなるという思いから、喪失感を味わうと考える。さらに、泌尿器疾患は、治療する臓器が普段は、覆い隠している生殖器、生殖器に近い部位であり、特に排泄に直接関係する部位であるということから、病気について、患者が疾病から暗い気持ちになることや周りに公言しにくいという＜泌尿器科のイメージを知り＞＜患者が落ち込む要因＞を察知し、看護師は、『相手の立場になり考える』ようにしようと意識してケアしていると考ええる。

【人間関係を築く】では、『相手の立場になり考える』ようにし、その特徴を把握し、『理解しやすい説明をする』ことに心がけ、『不愉快にさせないようにする』、『専門職としての心がけ』、＜自分の感情をコントロール＞して、患者のケアが実践できるように意識していたと考える。常に看護師は、患者に十分に説明しようとして、患者の＜理解度を確認し＞ながら、『理解しやすい説明をする』ようにしていた。原は、[「インフォームドコンセントは本来、受ける医療処置を患者の価値観に照らし合わせて患者自身が考え選択するための装置であり・・・(中略)「わかる」、「理解できる」とは、単に辞書通りの語義を知っているという情報処理的なものではない。だから事務的な「情報開示」ではなく、あくまで「説明」でなければならない。しかし、それを個々の患者に応じたものにするには、大変な時間と能力が必要だと思う」¹⁰⁾と述べている。つまり、相手を理解させるためにかなりの労力を使用することが必要であり、看護師は常に患者の状況を確認しながら、＜イメージしやすい言葉＞で＜相手に合わせて＞、場合により＜ゼスチャーを入れ＞＜その場に応じた説明＞を意識し、1日に何度も行われる排尿ケアにおいても根気良く説明していたと考える。これは、まさに看護のインフォームドコンセントが実施されていると言える。看護師は、＜自分の態度が病棟の顔＞と思い、＜自分の感情をコントロール＞して、『専門職としての心がけ』ということを意識し、実践していると考ええる。整形外科での床上排泄での患者の気兼ねについての先行研究¹¹⁾では、60歳以上の患者全員が看護師に遠慮しているという結果であった。心理的因子と環境因子が気兼ねに大きく影響していることがわかっている。今回の対象者は、泌尿器科でケアを提供する際、高齢

患者が多く、通常でも気兼ねする年代に「不愉快にさせない配慮」、「感情のコントロール」を意識しながら、排尿ケアを実施する必要があると考える。これらの結果は、本調査で看護師が抱えている意識と変わらない内容であり、看護師の意識は患者との認識とのずれは、それ程大きくはないと思われる。泌尿器疾患をもつ患者は、常に排尿に関わる臓器を治療やケアのたびに他人に見せる為、他の疾患に比べ、特にこのような思いが強いと考える。看護師はこのような患者の気持ちを意識し『専門職としての心がけ』では、倫理的な配慮を行っていた。岡崎は、「医師と看護師では、患者との関係も異なる通常医師はキューを行い、看護師はケアを行う者とされる。患者を一人の人間としてみることで、一人ひとり違う人間として個別的、全人的にプロセスを大切にすること、これこそが看護師のケアのあり方である」¹²⁾と述べ、また、日本看護協会が公表している看護者の倫理綱領の条文5「看護者は人間の生命、人間としての尊厳及び権利を尊重する」や条文7「看護者は自己の責任と能力を的確に認識し、実施した看護について個人としての責任をもつ」¹³⁾と記されており、看護師に求められているこれらの倫理は、一人ひとりの患者が病むことそのものをサポートし、ケアするという個別的な全人的なかわりを意識し倫理的な実践がなされていたといえる。今回の対象者は、患者と人間関係を築きながら、ケアを実践するために意識し、プロとして自然に実践していたと考える。また、身体的ケアだけにとらわれてしまわず、心のケアという視点を忘れず、両者を兼ね備え質の高いケアが実践できていたと考える。

疾患の知識をもち、ケアを振り返りながら実施する【病状経過を理解する】では、看護師は、泌尿器科に必要な特有の知識をもち、『バルンカテーテル留置時の管理』では、＜バルン抜去後の排尿状況を重視＞し、＜閉塞予防に頻回の膀胱洗浄が必要であり＞、それを実施しても、閉塞やバルンカテーテルの刺激で＜テネスマスが不眠の原因＞になる。しかし、他科と異なり、バルンカテーテルの留置が治療になる場合がある為、留置がとても重要になることを意識して、ケアにあたっていると考える。

『術後の注意点』では、＜尿量低下の意味を理解＞し＜尿量、尿の変化が重要＞で＜尿閉＞＜異常の早期発見＞などの観察から＜アセスメント＞し、術後の観察を意識的に行っていると考える。

『尿失禁者への注意』では、特有のケアの内容として、骨盤底筋の指導を行っていた。田中は、行動療法（骨盤底筋の指導を含む）に排尿ケアが偏っている¹⁴⁾と指摘している。海外では、尿失禁のある女性に外来通院群、在宅群に分け指導後、4ヵ月後、1年後、5年後の追跡調査から5年継続した者の方が尿失禁に対して骨盤底筋運動の効果

があり、対象者別にみると外来通院群の効果が高く、対象者となった遠隔地域の在宅群の効果が低く、骨盤底筋運動指導時の継続性の重要性が明確になっている¹⁵⁾。一方、本邦の行動療法の文献は、事例の効果や各施設の取り組みのような内容で骨盤底筋運動のような一般的な療法でさえも経年的な研究はみかけない。その理由として臨床では、それぞれの施設で「個別的なケア」を行い良いケアを実践しようとしているが、どの施設でも同様に良いケアが実施できているとは思えないと思われ、専門的な要素が含まれる排尿ケアでの指導は、特にその施設に属する看護師のケアに対する意識が指導の良し悪しに影響すると考える。今回の対象もチームで統一した実践を心がけているが、今後も質を維持し継続していくことが必要であると考ええる。

『永久的に排尿管理が必要な人への注意』では、＜疾患による特有の気質＞の理解や生活を送る上で＜服の工夫が必要＞であり、＜高齢者で管理が必要な場合は、習得が無理な場合が多い＞という現実を理解し、ケアにあたっていると考える。『性差による違い』では、疾患での性差での違いや、そこからくる感覚の違いを理解し、疾患から起こる可能性のあるケアの方法を性差により使い分けていた。

【ケアを意識的に振り返る】では、配慮が必要と気づいてはいるが、実施できていないことを意識していた。これは、自分の排尿ケアについて振り返りをもち、次へ生かすというものであり、自然に看護の評価を行っていると考ええる。物理的な問題で、実施できていない実情もあるが、業務に流されるのではなく、自分がしなくてはならないことが何なのかということを考えながら意識的に排尿ケアを提供していることが明確となった。＜時間配分が考えられない＞＜適確なアドバイスができない＞など『看護師の力量不足』を意識的に振り返っていることも明確になった。佐藤は、「看護師が臨床で用いる反省的实践は、看護師が臨床で患者の思いをかなえてあげたいと、そこでの出来事と自分が行ったことを数ヶ月経た時点でも引きずりながら考えている。その際、その現象のみで判断せず、日頃のその人の様子や今のその人の状況を時間の中で理解していた」¹⁶⁾と述べ、看護師は実施したままでなく、このままでいいのかどうかケアを振り返り、質を探究することを行いながら、さらに高めようと意識していることが明確になったと考える。また、城ヶ端は、「ケアを提供する看護者にとって、ケアの本質を探究していく姿勢が大切である」¹⁷⁾と述べ、さらに、メイヤロフは、ケアリングの主要要素の中の謙遜の中で「第一にケアが自分の相手の成長に対応していくものなので、ケアは相手について継続的に学ぶことを含んでいる。つまり、常に学ぶべきことが次にひかえているわけである。そこでケアする人は実に謙遜であり、相手や自分自身についてまた、ケアというどこまでが含ま

れるかについて進んで多くのことを学ぼうとする。このことは、また、ケアされている人から学ぶことも意味している」¹⁸⁾と述べている。質のよいケアを提供するためには、相手を理解し、継続的に学ぶ必要があり、ケアを実践し、振り返り学ぶという姿勢を持ち続けていくことが、ケアの向上につながると考える。今回の対象者は実践したケアを振り返りながらプロとして、次のケアへ生かそうとし、質の向上に努めていたと考える。

本研究から、明らかになった排尿ケアを実施する際の看護師の意識は、ケアを受ける患者を理解する一助となると考える。泌尿器科の患者は、羞恥心が強く、泌尿器疾患に引け目を感じ、暗いイメージを持つ者が多い。また、性差の違いでも明らかになったように、男性患者が多く、疾患にもよるが、尿失禁などは特に羞恥心を強くもっていると感じており、それを意識して実践していることが明確になった。下の処置が続くため、看護師はまず、『羞恥心に気遣う』ことをしながら、【人間関係を築く】上で注意を行い、患者を把握し理解することに努め、【病状経過を理解する】ように努め、排尿ケアを実践していた。患者との関わりの中で、看護師は十分な知識に裏づけされた根拠をもとに時には患者を見守り、一緒に考えて共に喜びを感じながら、実践している。その際、『専門職としての心がけ』をもち、＜自己の感情をコントロール＞しながら、排尿という人に隠したい行為にケアを受けなければならない患者の気持ちを察して、実践しようとしていた。そして、自分の行ったケアを謙虚に振り返りを行い、次の場面へ役立て、それを意識して実践するようにしなければならないと悟っていた。実践を繰り返しながら、このように意識して振り返ることで、ケアの質が向上すると考える。池川は、「実践知は科学に認識された知に対してわれわれが生きたものを理解するときに現れてくる知を意味している生きたものとは、看護者が病人に向かっていく時に感じ取っているものそのものである」¹⁹⁾と述べている。このような排尿ケアに携わる看護師が経験から得た実践知を伝えることにより、患者にどのように働きかけたらよいかを常に意識して、実践できれば、さらに質の高い排尿ケアが実践されることになると考えられる。質向上のためにも、このような排尿ケアの実践知を看護師に伝えていく必要があると考える。

VII. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、施設や対象選定に偏りがある可能性があり、この結果のみで、一般化は困難であると考ええる。

今後は病床数や性差の違いなども検討し例数を重ねて継続し調査していく必要がある。そして、泌尿器科看護師が排尿ケアを実践する際、どのような意識をもち実践してい

るかを明確にし、多くの看護師へ伝えていくことにより排尿ケアの質の向上につなげていきたい。

VIII. 結 論

泌尿器科病棟看護師の排尿ケアに携わる看護師の意識として、【直接的なケアをする】、【人間関係を築く】、【病状経過を理解する】、【ケアを意識的に振り返る】の4つのカテゴリで表すことができた。研究対象者は、排尿ケアを実施する際に様々なことに意識して実践していた。その

一方で、実施したケアを意識的に振り返り、次の実践に繋げており、質の向上を常に考えながら、実践していることが明確になった。

謝 辞

本研究にご協力頂きました、研究対象者の方々に心から御礼申し上げます。

尚、本研究は、第34回日本看護研究学会学術集会において発表したものに、加筆、修正を加えたものです。

要 旨

本研究は、排尿ケアに携わる看護師の意識を明確にすることを目的として、泌尿器科病棟看護師9名を対象に半構成的面接による質的帰納的研究を行った。その結果、排尿ケアに携わる看護師の意識は【直接的なケアをする】、【人間関係を築く】、【病状経過を理解する】、【ケアを意識的に振り返る】の4つのカテゴリで表された。看護師は排尿ケアを実施する際に様々なことに意識して実践していた。また、その一方で実施したケアを意識的に振り返り、次の実践へつなげ、質の向上に努めていることが明確になった。これらの結果は、排尿ケアに携わる看護師への一資料となり、病院の泌尿器科ばかりでなく、他科や施設でも活用できるものとする。

Abstract

Herein, we present the findings of a qualitative inductive study in which semi-structured interviews were conducted on nine urology nurses with the objective of clarifying the awareness of nurses involved in urinary care. Our analysis revealed the following four categories of awareness of nurses engaged in urinary care: carrying out direct care, building relationships, understanding disease course, and consciously reflecting back on care. When nurses were performing urinary care, they did so with an awareness of a variety of matters. The results also showed that nurses consciously reflected on the care they had performed while considering future situations, and strived to improve their quality. As one resource for nurses involved in urinary care, these results may be useful not only for urology clinics but also other specialties and institutions.

文 献

- 1) 黒田裕子監修：排泄（腎・膀胱）機能障害をもつ人の看護，195，メジカルフレンド社，東京，1997.
- 2) 川島みどり：生活行動援助の技術，100-101看護の科学社，東京，1987.
- 3) 鮎岡貞子，鈴木きよ子他：ベッド上排泄を不快にさせる要因と対策の効果，211-213，第36回日本看護学会集録集成人看護Ⅱ，2005.
- 4) 渡辺俊之：ケアの心理学，18，ベスト新書，東京，2001.
- 5) 東あゆみ，樋口マキエ：床上排泄援助内容における患者と看護者間の受け止め方のずれ，13(1)，36-44，看護科学会誌，2003.
- 6) 坪井良子，松田たみ子編著：考える基礎看護技術Ⅱ，29，ヌーベル廣川，東京，2006.
- 7) 東間 紘監修：腎・泌尿器疾患.3，学研，東京，2003.
- 8) 郡健二郎編：泌尿器科ナーシングプラクティス，3，文光堂，東京，1999.
- 9) 前掲書，3) 82.
- 10) 原 敬：患者による理解，987-992，臨床看護，2007.
- 11) 宮本あずさ，渡辺美和他：床上排泄時の患者の心理，79-81，第29回日本看護学会集録集成人看護Ⅱ，1998.
- 12) 岡崎寿美子，小島恭子：ケアの質を高める看護倫理，8-9，医歯薬出版株式会社，東京，2005.
- 13) 日本看護協会編：看護者の倫理綱領，<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html>
- 14) 田中マキ子：患者の心理面へのケアに有効なエビデンス，43-48，EBNURSING，2(2)，2002.
- 15) A.Parkkinen, E.karjalainen et al.: Physiotherapy for Female Stress Urinary Incontinence: Individual Therapy at the Outpatient Clinic Versus Home-Based Pelvic Floor Training: A5-Year Follow-Up Study. Neurourology and Urodynamics, 23: 643-648, 2004.
- 16) 佐藤紀子：看護師の臨床の知～看護職生涯発達学の視点から，188，医学書院，東京，2007.
- 17) 城ヶ端初子：ケアとケアリング，30，メディカ出版，東京，2007.
- 18) ミルトン・メイヤーロフ：ケアの本質，55，ゆみる出版，東京，1998.
- 19) 池川清子：看護の実践知～経験の意味するもの，24，1-7，神戸市立看護大学短期大学紀要，2005.

〔平成21年3月23日受付〕
〔平成22年5月21日採用決定〕

日本看護研究学会「研究倫理委員会」報告

日本看護研究学会倫理委員会（石井トク，川口孝泰，江守陽子）

I. 「研究倫理よろず相談」の相談内容

第29回日本看護研究学会学術集会（H21年，8月，於横浜）において，研究倫理委員会の活動の一環である「研究倫理よろず相談」を実施したところ，次項の表に示すような内容の相談があった。その相談内容は，「研究を受ける対象への配慮」1件，「教育に関する研究倫理」3件，「研究倫理委員会の組織作り」2件，「臨床における研究倫理について」3件，「小児に対する同意方法」1件，「研究倫理のための計画書，依頼書，同意書の内容」1件，「臨床看護研究の研究倫理について」3件，「大学院生の研究のあり方と研究倫理」1件，などであった。その他，研究倫理ではなく，看護倫理と教育倫理に関するもの2件であった。

II. 「研究倫理委員会」の設置の必要性

人を対象とする全ての研究は，研究倫理を考える対象となる。研究倫理の目的は，研究対象者の人権とプライバシーの保護である。研究者は，研究実施の過程ではデータ収集に夢中になってしまい，客観的な研究の公明性や対象者の立場での研究倫理上の判断を誤ってしまう場合がある。そのため，研究を実施する施設においては，第三者委員会（研究倫理委員会）を設置し，人を対象とするすべての研究は，計画段階で研究倫理の正統性について審査される必要がある。

通常，研究倫理委員会の組織は，7～10名程度の委員より構成され，主なメンバーには，当該機関の職員以外に，より客観的な立場で判断するために，当該所属機関外の有識者を加えることが重要である。研究倫理委員会に提出される書類は，一般的には「研究倫理審査申請書（申請内容の概要）」「研究計画書」「依頼書」「同意書」などがある。研究計画書は，研究計画の概要と研究倫理上の配慮について記される。依頼書は，研究対象者に対する依頼内容が書かれるものである。同意書は，依頼内容に対して同意したことを研究対象者と研究者が交わす契約書である。これらの書類によって，研究倫理委員会は，当該研究が対象の人権とプライバシー保護の観点から，十分なインフォームド・コンセントに基づいていると判断された場合において承認される。看護の対象は人であることから，看護研究のほとんどは，研究倫理を問われることとなる。そこで研究開始に当たっては，必ず研究倫理上の判断を審査された

後に実施することが重要である。

III. 研究倫理のための規定

研究倫理が本格的に問われ，基本原則が明文化されたのは，1964年6月にヘルシンキで開催された第18回世界医学界総会（WMA）での「ヘルシンキ宣言」である。これは，ヒトを対象とする医学研究の倫理的原則で，その後，1975年10月，東京の第29回WMA総会で修正，1983年10月，ベニスの第35回WMA総会，1989年9月，九龍の第41回WMA総会，1996年10月，サマーセットウエストの第48回WMA総会，2000年10月，エジンバラの第52回WMA総会で，それぞれ修正された。このヘルシンキ宣言は，研究倫理の基本的な精神を謳っている重要なものとして，医療分野での研究に携わる者の道標とされる。看護界ではこのヘルシンキ宣言と，ニュールンベルグ綱領（第二次世界大戦中のドイツ軍の医学実験の反省に基づいて1947年に制定された基本原則）を研究倫理の基本的な原則として守ってきた。ニュールンベルグ綱領は人を対象とする実験に関して，道徳，倫理，法概念を満足する基本原則に準拠して行われるべきことを説いている。

しかし，医療の進歩・発展とともに，看護も独自の立場から実践・研究するようになり，それに伴って，看護研究を実施していく上での新しい研究倫理のための取り決めが必要になった。そこで1997年に国際看護師協会は「Ethical Guideline for Nursing Research」を策定し，看護研究を実施していく際に守るべき看護師の倫理原則を提示した。

IV. ヘルシンキ宣言

ヘルシンキ宣言の本文は，大きく「序言」「医学研究のための基本原則」「メディカルケアと結びついた医学研究のための追加原則」から成っている。

「序言」では，ヒトを対象とする医学研究に関わる医師，その他の関係者に対する研究倫理原則として，

- ①人類の健康を向上させ守ること。
- ②被験者の福利に対する配慮が科学的及び社会的利益よりも優先されなければならないこと。
- ③最善であると証明された予防，診断及び治療方法であっても，絶えず再検証されなければならないこと。
- ④ほとんどの予防，診断及び治療方法に危険及び負担が伴うこと。

表1 研究倫理委員会「よろず相談」による相談内容

相談区分	相談内容	対応
研究倫理を受ける対象について	健康な被験者を用いての実験にも研究倫理審査が必要であった。大学に研究倫理委員会がなかった際に実践した研究なので、研究倫理審査を受けていない。どうしたら良いか？公募で研究対象者を集める（シルバー人材センターなどに依頼）場合も研究倫理審査は必要なのか。	改めて研究倫理審査を受けて、論文を公表していか審査してもらってから投稿するように。公募で募る場合でも、承諾の折には途中でやめる事ができることを明文化する必要がある。
教育研究に関する研究倫理	臨地実習の科目が不合格となり、再実習となった学生を対象に質的研究に取り組みたいと思っている。名前を伏せたとしても、その記述内容から対象者が特定される可能性がある。この場合において、対象者の権利を守るためには研究倫理上においてどのように対応すればよいのか。	強制力（教員と学生の関係性のなかで生じる研究）が働かないように十分な配慮をしておくこと。また、依頼の内容を十分に理解してもらい、不測の事態が起きる場合もあることを同意してもらう。公表するデータは、公表前に本人に確認もらってから発表を行う、などの文言を付記する。
研究倫理委員会の組織について	医学部としての研究倫理委員会の組織はあるが、看護研究の倫理審査については、臨床研究の倫理審査基準には該当せず、どのようにすれば良いか困っている。	看護研究に対する研究倫理上の規定を別に整理することが重要。可能であれば看護学科で研究倫理審査委員会を作ることが望ましい。
臨床実践研究に関する研究倫理 小児・知的問題者等の研究倫理	臨床上で看護実践を行う立場として、学生なのか、研究者なのか本来業務なのか、で研究倫理上の審査に違いがあるのか。「研究」「実習」「業務」の区別が必要なのでは？また小児・知的問題を抱えている人への同意において、保護者（身内）の許可があればいいのか。	知的問題を抱えている人、精神病の人などの研究への承諾については、本人にも可能な限り同意いただく努力をする。親権者への同意は必ず必要。肉親のいない人の代理人はケースバイケースで対処することとなる。仕事、実習をしながら観察研究はできるのか・・・については、研究計画に応じた審査会での検討が必要となる。
計画書・依頼書・同意書の書き方	質問紙調査における依頼書において、インフォームドコンセントをするための記述内容を、どのようにすればよいのか。内容については、情報共有が難しい場合もある。人権擁護か権利保障か、アルバイトを雇っての入力作業についても同意を得るのか…。	依頼書の中に、研究対象の特性を十分に反映した文面に配慮する。質問紙調査の場合には、配布、回収する方法が大事！（個人の自主性を促す工夫）アルバイトでの入力とは原則禁止！しかし、対象から理解が得られたならばよいが、その場合でも匿名性に配慮することが望まれる。
臨床実践研究に関する研究倫理 大学院生の研究について	臨床ナースが、同じ職場のナースを対象にした研究を行う場合に強制力が加わるので、研究のためのデータ収集が難しいと指摘されたが、研究はできないのか。	強制力が働きやすいので、説明者を誰にするか、自由意志であること、辞退できること、不利益のないことを説明し、了解を得るしかない。できれば、病棟、病院を変えてはどうか。それができなければ、研究の意義を説明し、納得・同意してもらうことが重要。
臨床実践研究に関する研究倫理 委員会を作るに当たって	職場に看護研究の研究倫理審査委員会がないので、どんなことから始めたらいいのか、準備することや審査の手続きなどについて教えてほしい。	一般的な研究倫理審査委員会の設置方法について解説した。
教育研究に関する研究倫理	学生を対象に教育研究をする場合の研究倫理上の配慮について…。具体的には、学生（80名）の記録物を分析する研究において、どのような方法でデータを貯めればよいのか。倫理上の問題点が知りたい。	所属の研究倫理委員会で5回も再提出させられてトラウマ状態に至っている様子であった。研究倫理上の配慮としては、個々人の同意が得られれば良いのでは。成績に影響しないことを伝え、強制力のあるような協力の仕方については、十分な配慮が必要である。
教育研究に関する研究倫理	所属機関に研究倫理委員会がない場合について。本学会に研究倫理審査を委託できないか。	研究倫理委員会の設置についての方法を話した。本学会に研究倫理審査委員会があると良いかもしれない。

*すべての人間に対する尊敬を深め、その健康及び権利を擁護する倫理基準に従わなければならないこと。 などが記されている。

- 「医学研究のための基本原則」では、
- ①被験者の生命、健康、プライバシー及び尊厳を守ること。
 - ②一般的に受け入れられた科学的原則に従うこと。
 - ③環境に影響を及ぼすおそれのある研究を実施する際の取扱いには十分な配慮が必要であり、また研究に使用される動物の生活

環境も配慮されなければならないこと。

- ④実験手続の計画及び作業内容は、実験計画書の中に明示されていなければならないこと。さらに、この計画書においては、特別に指名された研究倫理審査委員会に提出されなければならないこと。研究者は委員会に対し、資金提供、スポンサー、研究関連組織との関わり、その他起こり得る利害の衝突及び被験者に対する報奨についても、委員会に報告しなければならないこと。

- ⑤研究計画書は、必ず倫理的配慮に関する言明を含み、またこの宣言が言明する諸原則に従っていることを明示しなければならないこと。
- ⑥その目的の重要性が研究に伴う被験者の危険と負担にまさる場合にのみ行われるべきであること。
- ⑦対象者の自由意志によるインフォームド・コンセントを、望ましくは文書で得なければならないこと。文書による同意を得ることができない場合には、その同意は正式な文書に記録され、証人によって証明されることを要すること。
- ⑧法的無能力者、身体的若しくは精神的に同意ができない者、または法的に無能力な未成年者を研究対象とするときには、研究者は適用法の下で法的な資格のある代理人からインフォームド・コンセントを取得することを要すること。 などが記されている。
- その他、「メディカル・ケアと結びついた医学研究のための追加原則」では、
- ①その研究が予防、診断または治療上価値があり得るとして正当であるとされる範囲に限られること。
- ②研究参加の拒否が、患者と医師の関係を断じて妨げるべきではないこと。
- など、医学研究がメディカルケアと結びついた場合の原則が記されている。

V. 疫学研究のための指針

日本においても、ここ十年程の間に、研究倫理の重要性が叫ばれ始め、厚生労働省は、適正に医学研究を実施するための研究倫理指針の策定を進めてきた。平成17年度からは、新たに施行された「個人情報の保護に関する法律」（平成15年法律第57号）の趣旨を踏まえ、指針等の見直しを実施し、その遵守を厚生労働科学研究費補助金の交付条件として、違反があった場合には補助金の返還、補助金の交付対象外（最大5年間）とする措置を講ずることを明示している。

<http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/i-kenkyu/index.html>
詳細については、厚生労働省のURLをご参照いただきたい。その中には、

- ①ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針
- ②疫学研究に関する倫理指針
- ③遺伝子治療臨床研究に関する指針
- ④臨床研究に関する倫理指針
- ⑤手術等で摘出されたヒト組織を用いた研究開発の在り方
- ⑥ヒト幹細胞を用いる臨床研究に関する指針
- ⑦厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針

などの倫理指針へのリンクページがあり、とくに看護関連

では②の疫学研究に関する倫理指針をベースに審査基準を設けている施設が多い。

VI. 国際看護師協会のガイドライン

国際看護師協会のガイドラインは、ニュールンベルグ綱領と、ヘルシンキ宣言をモデルとして1997年に策定された。国際看護協会が提唱するガイドライン（Ethical Guideline for Nursing Research）の内容は、「倫理原則」と「被験者の権利」および「易被害性」の項目よりなっている。研究倫理原則は、善意：善いことを行うこと、悪意がない：有害なことを行わないこと、誠実：信頼関係を築くこと、公正：真実を述べること、秘密保持：個人情報情報を漏らさないこと、とされている。被験者の権利は、不利益を受けない権利、完全なる情報公開の権利、自己決定の権利、プライバシー・匿名性・機密性の確保に関する権利から成たつ。また、易被害性については、個人および集団において地位や収入、教育などの違いによって、上下関係が生じ、強制力が働かないような配慮に関して述べている。

VII. 倫理評価のための基本となるチェック項目

研究倫理評価のために、チェックすべき項目は次のとおりである。第1は、研究対象となる人たちの人権が十分に守られているかどうか：人権を阻害するような協力内容であるならば、当該研究を中止するか、あるいは研究計画に戻って再検討する。第2は、研究過程で、個人の尊厳や自由意志が尊重されているかどうか：いつでも対象者が協力を辞退しやすい環境を整えておく。とくに医療者と患者の関係では、対象に協力への強制力が働きやすいため、十分に配慮する。第3は、個人のプライバシーの保守：研究協力によって得られた個人情報情報は絶対に漏らさない。第4は、対象者に研究の内容が正確に、分かりやすく伝わっているか：内容が伝わって初めて研究協力の同意が成立する。第5は、研究協力時に、安全が十分に確保されているか：安全に対するリスクが少しでもある場合には、事前に対象者に伝え、不測の事態が生じた場合の対応などについて同意を得ておく。第6は、依頼書が準備され、研究倫理を満たすような依頼内容がはっきりと明文化され提示される。第7は、研究協力にあたって、明文化された依頼書に基づいて説明を受けて、十分なインフォームド・コンセントを通した上で同意書が交わされる準備ができていること。

VIII. 研究倫理審査のための必要書類

研究倫理審査には、「研究倫理申請書」「研究計画書」「依頼書」「同意書」が必要となる。

1) 研究倫理申請書

研究倫理申請書には、一般的には研究者名や研究テ-

マ、対象者や依頼方法、倫理上の配慮方法、研究成果の公開方法、そして研究開始予定年月日など、研究倫理上の判断の指標となる事項を要約することが必要である。

研究者名は、研究代表者と共同研究メンバー全員の名前と所属が記される。研究倫理委員会においてヒアリングが行われることもある。研究実施における「倫理的配慮のための方法」は、以下6点を記す。(1) どのような人に研究協力を依頼するか、また、どのように依頼するのか、(2) 研究対象者の研究協力による利益(協力することで、協力者は個人的に、あるいは得られたデータが社会に役立つなど、メリットがあることを提示)、(3) 協力によって生じる研究対象者への影響: 身体的・精神的な負担は、想定できる限り明らかにする。(4) 研究協力によって研究対象者が既に持っている合併症や副作用が生じた場合、あるいは協力により身体的・精神的な症状が現れた場合に、どのような対処を準備しているか。(5) 研究対象者が協力を拒否できる措置として、強制力を排除して、協力者の自由意志を尊重する対策を明示する。(6) データ処理方法について、対象者のプライバシー保護の方法について明記する。また、分析されたデータがどのような方法で公開されるかを記す。これは協力者にも開示し、承諾を得ておく必要がある。

「研究開始予定年月日」は、研究遂行上計画している期間を記入する。研究には修了予定期日があり、対象が自らのデータの結末と有効期間を知る指標となる。

2) 研究の概要を把握するための研究計画書

「研究計画書」は、実施される研究の概要を記したものである。とくに、対象の選定や依頼などの倫理審査内容に関わる部分に関しては、とくに具体的に記す必要がある。研究倫理用の研究計画書は、研究を実施していくために準備する研究計画書とは異なり、対象の倫理的な配慮を重点的に記し、かつインフォームド・コンセントのための提示用資料としても使用できるように、読みやすく分かりやすい形で整理することが必要である。倫理審査用の研究計画書は、大きく3項目にまとめる。一つは「研究の目的」で、研究の必要性や重要性を分かりやすく記す。このことで、研究協力者から十分な理解が得られ、インフォームド・コンセントのための重要な資料ともなる。二つ目は「研究方法」で、研究実施の過程を具体的に分かりやすく記す。とくに研究倫理に関わる計画部分は、個人情報に関連する調査・実験内容の提示と研究対象者の選択方法や、依頼の仕方、および、そこから得られたデータの収集方法やその後の扱いなどについて正確に記すことが重要である。三つ目は、「研究対象者への倫理上の配慮」である。この項は、当該研究を実施する上で配慮すべき倫理上の課題を明確にした上で、研究対象者に対する依頼方法と同意内容につい

て記す。

3) 依頼書

「依頼書」は、実際に研究対象に対して、あるいは研究依頼する施設長などに対して依頼する際に提示するものである。依頼書の作成は、研究協力にに応じてくれる人たちに対して、十分なインフォームド・コンセントを前提とした同意を得るために、非常に重要な手続きである。依頼書は、まず文頭の挨拶から始まって、研究者からの依頼内容と倫理上の配慮について読みやすく作成する。依頼書に含まれる内容については、以下の5つのチェック項目によって、その内容が満たされているかどうかを慎重に判断する。

＜依頼書内容のチェックリスト＞

- ①研究の内容や手順が正確に分かりやすく明示されているか
- ②研究協力に伴う不利益、不自由、リスクが明示されているか
- ③自由に辞退や撤回ができて、不利益にならないことが明示されているか
- ④協力者の利益や社会への還元について明示されているか
- ⑤予想される身体精神的負担と、それが生じた場合の対処方法が明示されているか
- ⑥質問には必ず回答する旨が明示されているか
- ⑦研究成果の発表方法とプライバシーを守る手だてが明示されているか

書面の最期には、研究者の名前と連絡先は必ず記すことを忘れずにしてください。

4) 同意書

「同意書」は、対象との間で実際に交わされる契約文書である。同意書は、2通必要である。一通は研究に協力してくれる人、あるいは保護者の保存用、もう一通は研究者の保存用である。同意書は、依頼書の内容を十分に理解した上で、研究協力に同意する旨を表明する文書である。これは、研究協力者と研究者が、お互いに同意書を交わすことで、依頼書の内容を守ることを前提に研究を実施していくことを約束する手続きである。そこで、同じ文書を2通用意して、同じ同意書をお互いに保存しておくことが重要である。同意書に必要な内容は、依頼書に従って十分な説明を受け、同意した旨の文書を記したものと、同意した年月日、およびお互い(研究協力者と研究者)の署名である。研究協力者が、依頼事項について自らの判断が不可能とされる場合には、保護者にも依頼した上で、保護者の署名も合わせた同意が必要となる場合もある。日本では、未だ研究協力の際に、このような同意書の取り交わしが一般的ではないので、このような取りかわしが、大げさに受け止められ、研究協力に対する恐怖心を抱くことがある。研究者は、インフォームド・コンセントの必要性を協力者の方た

ちに十分に説明した上で、このような手続きにも同意を得る努力が大事である。

IX. 研究者の倫理

研究対象者への研究倫理上の配慮とともに、研究成果の公表にあたっての研究者自身の倫理も重要である。とくに注意すべき事項として3点挙げられる。一点目は、引用文献の不明記である。研究において最も重要な部分は、オリジナリティーの所在である。他人のオリジナリティーを借用して、自分のもののよう公表してしまうことは、決して許されることではない。自分のオリジナリティーを主張する上でも、引用部分は明確にすべきである。また引用文献の記載は、引用された研究者の評価にもつながる。そのために、名前や論文名などの正確な記載が必要となる。

二点目は、重複投稿や分断投稿の禁止である。これは同じ論文を異なる学会に発表したり投稿したり、あるいは同じデータから得られた結果を、何度も発表したり投稿したりすることである。業績づくりのために、このようなことをすると、研究者の倫理観が疑われるばかりでなく、公表

された研究結果自体も信頼性を失うことになる。論文のデータベース化が進む中で、明らかにこのような行為が行われたと認められる場合には、学術活動ができなくなることさえあり得ることを認識すべきである。

三点目は、業績づくりのための不当な共著者の連名である。共著者とは、本来、当該研究実施の過程全般にわたって共同で進めてきた研究者であり、その研究のすべてに責任を持つ人であるべきである。1997年に策定された国際看護師協会の研究倫理ガイドラインの中でも、研究者の倫理について触れられており、儀礼的に共著者を連ねることを禁じている。

以上、日本看護研究学会「研究倫理委員会」が行っている事業活動及び検討事項に関して、会員の皆様に報告した。今後も「研究倫理よろず相談」事業などを通じ、本学会会員に対する研究倫理の理解を深めてもらうと同時に、本学会としての「研究倫理指針」を編集委員会との連携を取りながら明文化し、公表していく予定である。

日本看護研究学会「国際活動推進委員会」報告

平成19-21年度委員会（上鶴重美，石川陽子，田島桂子，松田たみ子）

文責：上鶴重美

国際活動推進委員会は、会員の国際的な活動と交流の推進を目的に平成19年度に組織された。これまでの活動から、国外への情報発信強化に向けた資料としてより多くの方に御活用いただけるよう「英文抄録の書き方」，「キーワードに関する基礎調査」，「英語論文の書き方」を以下にまとめている。

I. 英文抄録の書き方

本会誌をCINAHLに登録するためには英文抄録の質を上げる必要があるとのこと。そこで当委員会では第34・35回学会集会和各地方会学術集会の場をお借りして「英文抄録の書き方」セミナーを計10回実施した。以下その主な内容である。

ABSTRACTとは

abstractは抄録あるは要旨と訳される。学会発表に向けて準備する「抄録」もあるが、ここで注目するのは論文の窓や顔と呼ばれる「抄録」（論文の要旨）である。学会発表の「抄録」は出来が悪ければ不採用になることも多いが、論文要旨の「抄録」は出来が悪いという理由だけで論文が却下されることはない。論文の「要旨」と「要約」を混同しないように注意しておきたい。「要旨（抄録）」は論文の先頭にあり、論文をまだ読んでいない人に向けたもので、論文とは別に出版することが意図されている。一方の「要約」は論文末に置かれ、既に論文を読んだ人に向けたもので、論文の一部であり、本文から切り離して出版する意図されていない。論文が読まれるかどうかはタイトルと抄録によって決まる、とさえ言われるほど抄録には重要な役割がある。

APA出版マニュアル（2001）によれば、抄録のポイントは5つ。第一に正確 accurateであること。論文の目的と内容を正確に反映させ、先行研究の拡大研究あるいは重複研究の場合には明記し、論文にない情報を入れない。第二として独立・自立 self-containedしていること。論文と切り離されることが多いため、単位以外は略語を用いない。また、文献リストや脚注はないので、直接引用を避けて自分の言葉に置きかえ、特殊な用語は文中で意味を明確にしておく。第三は簡潔・明確 concise and specificであること。文字制限があるので（看護論文では250単語程度）、無駄な文を入れない。文頭以外は算用数字を使う等の工夫も必要

になる。抄録が長すぎる時、意味のない箇所、結論と関係ない結果や測定方法などを削ってみる。第四として非評価的 nonevaluativeであること。論文を評価するのではなく報告する。論文の追記やコメントでもない。第五のポイントは首尾一貫 coherent and readable していて読みやすいこと。飾らずに事実を伝える。受動態よりも能動態、名詞句よりも動詞、一人称よりも三人称を使ったほうが読み手は読みやすい。数値がなく文章だけ、または数値ばかりで文章がない抄録は好まれない。

タイトルの書き方

何をどのように書けば良いのか見当もつかない場合、同じ研究分野の論文を手本にしてみる。タイトルの傾向についても探ることができる。自分の研究と類似する研究が既に発表されていても“Just Another Study of ○○○”（数ある○○○研究のひとつ）と消極的なタイトルでは誰も関心を持たない。自分の研究に何らかの特徴があればそれをタイトルに反映させる。大事なことは読み手が注目するタイトルを書くこと。

タイトルから結論までの一貫性も重要である。タイトルは一般的に、リサーチクエスチョン research question（研究疑問文）と密接に関係したものになる。情報量が多すぎると一貫性が保ちにくくなる。複数のリサーチクエスチョンに答えている場合、論文を分けることもできる。Browner（2001）は、何が言いたいのかはっきりしていない場合、“My study showed that（この研究で分かったことは）…”と、主な研究結果を文章にすることから始める方法を紹介しているので参考にされたい。

長さはできるだけ短く10-15単語以下で表現すると良いと言われる。長い場合はコロンの（:）で区切ってサブタイトルを加える。日本語論文には「○○○の研究」や「△△△の調査」といったタイトルはよくあるが、英語論文のタイトルに“A study of ○○○”や“An Investigation of △△△”はあまり目にしない。研究や調査結果を報告するのが論文であり、タイトルには新たな知見をストレートに反映させたほうがインパクトが強い。

抄録の構成要素と動詞の時制

英語論文では構造化抄録 structured abstract が一般的である。雑誌“Nursing Research”の抄録の構成要素は、背景 background, 目的 objectives, 方法 methods, 結果 results,

考察 discussions, それとキーワード key words の6つ。用いる動詞の時制は各箇所ですべて決まっている。背景では「なぜこの研究をする意義があったのか」に答え、研究テーマについて何が分かっていて、何が分かっていないかを示す。したがって用いる動詞の自制は現在形または現在完了形。目的では、これが研究目的であるという形でリサーチクエスチョンを記述する。動詞の自制は過去形+to…または現在完了形。方法は主に、研究デザインと、誰が対象で、何を測定したか、どのようにデータを解析したかを述べる。動詞の自制は過去形。結果では、研究の主な結果を強調する。結果がひとつだとしてもいろいろな側面にわたって書くこともできる。動詞の自制は過去形。考察では、研究結果の重要性・長所の説明、臨床での応用・活用、先行研究との関連付け、先行研究との相違点やなぜ異なる結果が得られたのかの理由、研究の限界を記述する。動詞の自制は現在形を用いる。

引用・参考文献

- APA (2001). *Publication manual of the American Psychological Association* (5th ed.). Washington, DC: APA.
- Browner, S. (2001). 医学英語論文の書き方・発表の仕方. (折笠秀樹監訳). 東京: 医学書院.
- Fitzpatrick, J. J., & Wallace, M. (2006). *Encyclopedia of Nursing Research*. New York: Springer.
- ネル, L. ケネディ (2001). アクセプトされる英語医学論文を書くう! (日本医学英語教育学会企画 菱田治子訳). 東京: メヂカルビュー社.
- 植村研一 (1991). うまい英語で医学論文を書くコツ. 東京: 医学書院.
- 上松正明 (2006). (南都伸介監修). 抄録・口頭発表・論文作成虎の巻. 東京: 南江堂.
- 藤野輝雄 (2006). 理科系のためのかみならず書ける英語論文. 東京: 研究社.

Ⅱ. キーワードに関する基礎調査

背景と目的

日本語の論文であっても、記してある英語キーワードを糸口として、海外の研究者にその存在が知られる可能性がある。つまり、英語で検索する人が使う英語キーワードを記すことが重要になる。米国国立医学図書館は、MeSH (Medical Subject Headings) と呼ばれる生命科学用語集 (シソーラス) を開発している。最も一般的な医学系論文データベースのMEDLINEでは、MeSHキーワードで文献を管理しているため、多くの学術雑誌がその投稿規程でMeSHキーワードを論文に記すよう求めている。本会誌への論文投稿時、著者は5語以内のキーワードを日本語と英語の両方で記すことになっている。そこで、英語キーワードに対する会員の認識を探ることを目的に、英語キーワードの実態を調査した。

方法

日本看護研究学会雑誌22巻1号 (1999.4) から31巻5号 (2008.12) までの、最近の10年間、40冊に掲載された全314論文に使われている英語と日本語のキーワードを手作業で拾い出し、使用頻度の高いキーワード、日本語キーワードと英語キーワードの一貫性、MeSHキーワードでの表現、英語キーワードの問題について分析した。

結果および考察

314論文に記されてされていたキーワードはのべ1262語あり、日本語のみが2語 (精神的ケア, 対処行動), 英語のみが213語 (2005-2006の雑誌に多い) であった。1047語は日本語と英語の両方で記されていた。

使用頻度の高い日本語キーワード: 5論文以上で記されていたキーワードは以下のとおり: 看護師 (婦) (15論文), 高齢者 (14論文), 看護学生 (11論文), 看護教育 (11論文), ストレス (9論文), 看護 (6論文), 看護職 (5論文), 新卒看護師 (5論文), 臨地実習 (5論文)。研究の焦点は看護師や看護学生に置かれる傾向にある。

日本語キーワードと英語キーワードの一貫性: 9論文が使っていた「ストレス」の英語は全てstressで、6論文が使っていた「看護」の英語は全てnursingであった。しかし、同じ日本語でも英語キーワードが異なる場合も多く見られた。例えば、「看護師」はnurseまたはnurses, 「看護学生」はnursing studentまたはnursing studentsとあり、単数形と複数形の違いがあった。「高齢者」はelderly, elderly patient, elderly person, elderly persons, the aged, the elderlyと、特に多様な英語キーワードが使われていた。他にも「看護教育」はnurse education, nursing education, nursing teacher, 「看護職」はnurse, nurses, nursing profession, nursing staff, 「新人看護師」はadvanced beginner nurse, inexperienced nurse, 「臨地実習」は, basic nursing practice, clinical learning, clinical training, nursing clinical courseと異なる英語キーワードが使われていた。

MeSHキーワードでの表現: 多様な英語キーワードが使われていた「高齢者」の場合、MeSHがHeadingとして用いる用語はagedである。「ストレス」はstressと簡単に表現されがちだが、これ自体は広範囲の概念のため、MeSHではEmotional Stress, Life Stress, Psychological Stress, Physiological Stressとより具体的な用語に区分している。単数形と複数形については、MeSHでは一般的に複数形を用いるようである。例えば、単数形のCaregiverではなくCaregivers, MentorではなくMentors, MotherではなくMothersとなっている。しかし「子供」のHeadingはChildであり、常に複数形であるとも限らない。

英語キーワードの問題: 日本語を直訳したキーワードは、検索でヒットする可能性は非常に低いと考えられる。

例えば「子供を亡くした母親」mother of losing a child, 「看護中間管理職」middle manager of nurse, 「非医療系の専門学生」non-medical vocational school students, 「看護教員養成課程」nursing teaching staff development course, 「特定機能病院」special functioning hospitalは、英語を見ても意味が分かりにくい。日本語を直訳するのではなく、英語圏での概念に置き替えてキーワードを選ぶといった工夫も必要である。

結論

本会誌への論文投稿時、英語圏からの検索を想定して英語のキーワードを記している著者は非常に少ないと思われる。キーワードは論文検索時の重要なツールである。本会でも論文投稿時にはMeSHキーワードを記すよう求める必要があると考えられる。

Ⅲ. 英語論文の書き方

第36回学術集会の特別交流集会「英語で論文を書こう－研究成果を世界に向けて発信するために－」では原田裕子氏を講師にお迎えした。多くの参加者の関心を集めた講義内容であったため、ここに改めてご執筆いただいた。研究成果の世界に向けた発信にお役立ていただきたい。

看護論文を英語で書こう

聖隷三方原病院 チャブレン 原田裕子

1. 日本の看護を世界へ発信しよう

今回の学術集会で国際活動推進委員会が企画された特別交流集会の講師を、私では役不足と知りながらお受けしたのは、日本の看護師の皆さんに、ぜひ、日本の看護を世界に発信していただきたいという願いからです。

日本の看護師の目は海外、特にアメリカの看護に向かっています。アメリカで看護教育を受けたいとの希望をお持ちの看護師は多数おられるでしょう。しかし、日本の看護には優れた点がたくさんあります。このことを、まず、私自身の経験から強調したく思います。私は日本の大学で11年間、英語教師として教鞭を執った後に医療の分野に転向しました。看護については学部段階からアメリカで教育を受け、アメリカの登録看護師免許を取得後、マサチューセッツ総合病院病棟看護師としてしばらく働いた後に日本に帰国しました。日本で看護師免許を取得して、国内の病院や老人施設医務室で勤務しました。ふたつの国での看護実践の経験から、日本の看護は優れた点を多く持っているということを強調したく思います。

アメリカでの看護勤務体験では、こまやかさや、気配り、

状況を観察しながら必要に応じて自分を抑え、相手を尊重し「和」を重んじる日本人的な資質が、アメリカの患者さんとそのご家族に喜ばれました。また、それが勤務評価にプラスとして反映されることが多かったと思います。

アメリカの看護教育では、看護師の資質として求められるのはクライアントの代弁者となることと、教育者となることです。特に教育者としての側面が求められるため、アメリカの看護師は患者さんに対して権威的に振る舞うことが多いと思います。これには、社会と人に尽くす職業が尊ばれるキリスト教社会の倫理観の影響から、看護師の社会的地位が高いことも関係しているでしょう。また、ナイチンゲールによるクリミア戦争での看護活動が近代的な看護の出発点とされることがままあるように、従軍看護師の伝統が残っていると感じるものがたびたびありました。看護師は軍隊に似た厳しいヒエラルキーの秩序の中で、命令系統を守って行動することを求められます。アメリカには、命令口調が習性となっているタイプの看護師を指す「surgeon nurse 鬼軍曹看護師」という言葉があります。この言葉に揶揄的に示されるように、アメリカの看護師は上下関係を持つ組織内で役割を果たす一員として育てられます。結果として、患者にも指導者・教育者として権威的に相対するようになります。

一方、日本人の国民性から、日本の看護師が元々持っている資質はどうかという点についてお話ししましょう。日本人の資質は、こまやかに相手のニーズを察知することに長けていると思います。看護の場でこの資質が発揮されると、権威的な「上からの目線」ではなく、患者さんと「一緒に、ともに」という姿勢で、相手を尊重する丁寧な対応として表されることになります。

この日本の看護の美点は、実は元来、医療従事者の資質として、いわば世界共通に、医療の歴史の最初の段階から求められているものだったのではないのでしょうか。Hospital「病院」、Hospice「ホスピス」の語源となっている言葉は、Hospitality「もてなす」です。元来、西欧の病院は中世の修道院から始まったと言われていて、歴史的には宗教的背景を持っています。医療活動の最初から、医療従事者が「もてなす心」を持つことは国際的・普遍的に求められていたと言ってもよいかもしれません。看護師には、患者さんに上から目線でなく、患者さんを尊重し、一緒に頑張り、同じ人間としての位置に立って支える心が求められたのではないのでしょうか。ですから、患者さんを目下に見ない日本の看護の美点は、世界で共有できるものであり、実際にアメリカで患者さんであるクライアントに喜ばれた看護の在り方です。この看護の姿勢に立つ日本の看護研究を世界に発信すれば、必ず共感を呼ぶものだと思います。

しかし、日本の病棟や教育研究機関では、良い成果を挙げながら、英語で論文を書くことを「ハードルが高い」と考えて研究を海外に発表しない傾向があるのではないのでしょうか。その心理的ハードルを低くするための一助として、今回の講演をお引き受けした次第です。

2. 英語論文の形式 Academic Writing を知ろう

英語で論文を書く際に、文法や語彙力に関する自信のなさが一番の障壁となっているかと思います。しかし、その心配をする前に、英語論文には Academic Writing と呼ばれる決められた形式があることを知っていただきたいと思います。その形式の定められたステップを踏んでゆけば、論文が書けます。語学的には稚拙だとみなさんがお考えになるものであっても、形式に従えば、英語の論文として完成します。逆に言えば、その形式からはずれていると、語学的に高度な表現を用いていても、学会誌等の論文として認められないおそれがあります。

Academic Writing は英語的発想にもとづく論理展開を表現するための一定の表現様式で、看護ばかりでなく、英語圏で学術的な文章表現を行う際に求められる共通の論文形式です。Academic Writing は機械の操作と同様に文字通りの「マニュアル」が準備されているほど、明確な形式を持っています。学術的な文章表現を行ううえで必要不可欠なテクニックとして、アメリカでは大学1年の教養課程で必ず学ぶ必修基礎科目です。

1) Academic Writing の形式

Academic Writing の形式が持つ五つの規則を紹介しましょう。Academic Writing を用いて表現する時に守るべき書き方のルールと考えるとよいでしょう。

第一の規則は、英語の基本五文型による完結した文のみを用いて書くことです。個性の表出を目標とする文芸的な文は用いられません。基本五文型による完結した文 (sentence) が、Academic Writing における表現の最小単位です。

第二の規則は、論旨が三段階により展開されることです。第一段階は「主張の提示」、第二段階は「主張の論拠」、第三段階は「結論」です。ある主張をもっとも簡潔に表現しようとする場合、各段階はそれぞれひとつの文で記述されます。従って、三つの文から構成される段落 (paragraph) が Academic Writing における論旨展開の最小単位です。この論旨展開の単位をセクション (section) と呼びます。

第三の規則は、上記の第二の特徴に従って論理展開される「段落の書き方」 (paragraph writing) です。段落は「主張となる文」、「主張を支持する文」、「結びの文」の三種類の文によって書かれます。「主張となる文」 (topic sentence) では、その段落で主張したいこと、すなわち中

心主題 (key word) とその様態 (controlling idea) を簡略に一文で表現します。次に、「主張を支持する文」 (supporting sentences) を記述し、その主張の根拠となる正当性や妥当性を述べ、具体例を掲げます。この文は一文ではなく、内容に応じて複数の文の作成が必要になります。最後に、「このようなことを論拠としてこれこれのことを主張する」と、それまでの議論をまとめる結びの文 (concluding sentence) を記します。

第四の規則は、One paragraph, one idea すなわち「ひとつの段落では、ひとつの考えについてのみを記述する」ことです。従って、複数の考えを提示する必要がある時には、それと同数の段落が記述されることになります。

第五の規則は、One section, one theme すなわち「ひとつのセクションではひとつの論題についてのみを記述する」ことです。第二の規則で述べたように、論旨展開の最小単位は段落 paragraph ですから、ひとつの段落だけでひとつのセクションを構成することがあります。また、ひとつの論題に関連する複数の考えを述べる時には、複数の段落でひとつのセクションが構成されます。

上記の規則を、きわめて単純化した例を用いて、以下に具体的に紹介したいと思います。ある看護書籍の書評を書くという課題が与えられたと想定します。書評は感想文ではなく、論旨が明解で読者に対し説得力を持つ Academic Writing の形式で書くことが望ましいでしょう。ですから、上記の第一の規則に従って、「なんと素晴らしい本!」のような、文として完結していない表現は用いません。

「この書籍は重要であるが、重大な欠点も持っている」ことを書評の中心内容として記したいと想定しましょう。ここには、「この書籍は重要である」と、「この書籍は重大な欠点を持っている」というふたつの論題が含まれています。第五の規則「ひとつのセクションではひとつの論題についてのみを記述する」に従って、それぞれを別のセクションとして構成します。すなわち「この書籍は重要である」ことだけを論題とするひとつのセクションと、「この書籍は重大な欠点を持っている」ことだけを論題とするもうひとつ別のセクションが構成されます。この書籍の重要性を述べるセクションで、看護教育と看護管理の二点に対して重要な書籍だということを主張したい場合には、「看護教育面から見て重要」と、「看護管理面から見て重要」の二つのセクションにさらに分けて記述します。

字数制限があって、看護教育面から見て重要であることを述べるセクションをひとつの段落にまとめなければならぬと想定しましょう。このような場合には、ひとつのセクションがひとつの段落のみで構成されることになります。カリキュラムと看護実習のふたつの看護教育面から重要だというふたつの考えを述べたいと思った時は、上記の

第四の規則である「ひとつの段落ではひとつの考えについてのみを記述する」から逸脱してしまいます。このような場合は、どちらか重要度の高い考えを優先し、Academic Writingの作法を遵守します。あるいは、それぞれの考えについて、ひとつずつ、ごく短い段落を記します。

上記の書評の例をさらに用いて、第二および第三の規則である論旨の展開例を示しましょう。「この書籍は重要である」というセクションを論述する場合、まず、第一段階として「この書籍は重要である」という主張の提示を行います。次に、第二段階として「主張の論拠」を記述します。この書籍を重要だと主張する理由として、「これまで課題とされてきた或る事柄への解決を示唆している」、「他の学問分野の理論を有効に利用している」、「看護教育と看護管理の二点に対して重要である」という三点を考えていれば、それらを論拠として並列します。三つの論拠について、それぞれ論証や説明が必要となるので、三つのセクションが並列的に構成されることになります。ここでそれぞれについて検討してから、第三段階として「結論」を述べます。結論では、第二段階で提示していない新しい事柄は記さず、これまでの議論のみを踏まえて、「課題の解決への示唆、学際的な理論展開、教育面と管理面への貢献の可能性から、この書籍は重要である」と記述します。

2) Academic Writingの特徴 ― 強い説得力を持つ論文は、禁欲の賜物

英語論文は、なぜAcademic Writingの形式を持ち、五つの規則を定めているのでしょうか。それは論文の説得性を高めるためです。説得性の高さは、主張の根拠が正確で、十分な妥当性を持ち、具体的であることによってもたらされます。そのために、Academic Writingでは、ひとつの段落が主張の提示から始まり、主張を支持する文がそれに続いて証拠固めをしてから、もう一度ダメ押しのようにな主張を繰り返すというシンプルな構造を持っています。段落という最小単位は、一個の強固なレンガのようなものです。段落がセクションを構成し、セクションは内容によって、時に並列的に、時に補完的に組み合わせられます。単純なレンガの積み重ねが巨大で堅牢な塔を造りあげるように、説得力を持つ論文が書き進められる―それがAcademic Writingという形式による論述方法です。

ところで、規則に従って文章を書くとは、文章表現についても、また論述する内容についても禁欲的なことということです。書き始める前にいわゆるブレインストーミングを行って、リストアップしたアイデアの中には、Academic Writingの形式に収めることのできない事柄が出てきます。繰り返しになりますが、Academic Writingでは形式が定まっており、形式を構成する文・段落・セクションの役割と目標が決まっているからです。結果として、草

案にはあっても書かずに終わるアイデアが出て来ることになります。

例として、「夏の食べ物の代表はアイスクリーム」というテーマをAcademic Writingの形式で書くという課題が与えられたと想定しましょう。「夏に食べるものとしては、アイスクリームが最もふさわしい」という主張を掲げ、スイカやとろてんではなく、アイスクリームが一番であると読者を説得しなければなりません。ブレインストーミングの段階では、「冬、窓の外の雪景色を眺めながら暖かい室内で食べるアイスクリームもおいしい（が、やっぱり夏がふさわしい）」というアイデアも浮かんでいるかもしれませんが、しかし、主張に相対するこのアイデアを、主張を支持する文として配置しようとする、理論の順当な流れに棹さすことになります。日本では伝統的な文章作成方法として挙げられることの多い「起承転結」では、「冬のアイスクリーム」は「転」の要素として効果的であると評価されるかもしれませんが、しかし、Academic Writingでは説得性を弱めるものとして割愛されることになります。

このようにAcademic Writingの形式は、記述される内容を禁欲的に選択し、それによって説得性を高めます。また、英語圏における学術的な文章の読者は、「起承転結」のような文章展開・理論展開を論文に求めているので、主張に相対するアイデアが突然述べられることに戸惑いを感じ、その文章全体を論文とみなさないことも危惧されます。

3. 英語による看護論文を構成してみよう

Academic Writingを身につけて、いよいよ看護論文を書いてみましょう。看護論文は次のような六項目から構成されるのが一般的です。

序論 (Introduction)

文献レビュー (Literature Review)

研究方法 (Methods)

研究結果の報告 (Results)

考察 (Discussion)

まとめ (Conclusion)

「序論」では、その論文執筆の意義と目標を提示します。具体的には、その論文の研究課題を掲げます。課題を定義し、対象とする範囲を明確に述べます。その課題に取り組むことの重要性について言及することもあります。

「文献レビュー」では、問題や疑問についての先行研究、先行理論を紹介します。研究しようとしている課題に関連する先行論文を読み、これまでの研究成果を踏まえうえて課題を提示することは、先立つ研究を生かすと同時に、自らの研究の意義をも明らかにします。また、「文献レビュー」で先行研究の欠点や不足点を指摘してもよいで

しょう。それらの欠点や不足点に気づき、それを補う目的で研究に着手した場合には、それを明記しましょう。

「研究方法」では、課題を解決するために用いた方法を詳説し、実施した研究計画を具体的に記します。結果についての仮説を述べてもよいでしょう。その仮説を論証するため、また課題の解決を導くためのデータの収集方法も提示します。研究方法は量的研究と質的研究の二つに大きく分けることができます。量的研究では変数や測定方法、単位を明示します。質的研究では実施したインタビューやアンケートについて述べ、場の設定や標本についても説明します。

「研究結果の報告」では、結果の説明を行います。質的研究の場合は、具体的なインタビュー内容やアンケート結果を紹介します。量的研究の場合は、収集したデータを提示します。

「考察」では、「序論」で提示した論文の意義と目標が達成できたかどうかを検討します。研究方法や結果についての読者からの質問を想定し、それに答えるようなつもりで議論を展開します。研究を進める間に調査の限界に気づいたり、実施上の困難を経験したりしたら、どのように対処したかを含めて記します。また、将来の研究に対する示唆や期待を述べてもよいでしょう。

「まとめ」は、いわゆる結語です。「序論」で掲げた課題

に対し、研究を通して到達した解決を簡潔に記します。要約にとどめ、用いる言葉もこれまで使用した語彙に限定します。

おわりに

Academic Writing の形式と、英語による看護論文の構成について知ることは、国際的な場での看護研究という自動車の運転ルールを知ることにとええられるかもしれません。高度な英語表現を学ぶのではなく、ルールに従って、必要な内容のみを確実に伝える文を積み重ねてゆけば説得力のある英語論文を執筆することができます。皆さんが日本の看護を世界に発信され、地球規模での看護のレベルアップに貢献されることを心から願っています。

主要参考文献

- アメリカ心理学会編, 江藤他訳 (2004). *APA論文作成マニュアル*. 東京: 医学書院.
- Oshima & Hogue (2007). *Introduction to Academic Writing*. Longman.
- Oermann, M.H. (2002). *Writing for Publication in Writing*. Lippincott
- Tornquist, 円城寺康子 田代順子 渡邊容子訳 (2007). 看護論文を英語で書く. 東京: 医学書院.
- 吉田友子 (1998). アカデミック ライティング入門 英語論文作成法. 東京: 慶応義塾大学出版会.

日本看護研究学会 会報

第 83 号

(平成22年12月20日発行)

日本看護研究学会事務局

目 次

第35回一般社団法人日本看護研究学会学術集会をふり返って……	1
第35回一般社団法人日本看護研究学会学術集会に参加して……	2
第35回一般社団法人日本看護研究学会学術集会に参加して……	4
第35回一般社団法人日本看護研究学会学術集会会務報告……	5
学術集会を終えて……	6
第36回日本看護研究学会学術集会印象記……	7
その1：スタッフの眼から	
第36回日本看護研究学会学術集会印象記……	9
その2：会場からの声	

第35回一般社団法人日本看護研究学会学術集会をふり返って

第35回一般社団法人日本看護研究学会学術集会

会長 川 嶋 みどり

(日本赤十字看護大学)

本学術集会は、第35回という節目の年であると同時に、法人としての第1回の学術集会であるという意味から、“創めを探り未来を拓く”テーマを柱にしてプログラムを企画した。看護系大学急増という状況を臨床看護実践レベルの向上に結びつけ、看護の高等教育の成果を社会に還元するための方略と展望について考えるため、“アカデミックな看護実践”というテーマでの特別講演やシンポジウム、交流セッションや市民公開講座など、その多彩さは、多くの来場者から評価された。実行委員の涙ぐましい活動に負うところ大であった。ただ、会員増加とともに年ごとに規模の大きくなる学術集会を運営するについては、検討を要する課題を多く残した点も記憶に留めたいと思う。

第35回一般社団法人日本看護研究学会学術集会に参加して

国際医療福祉大学福岡看護学部

古 川 秀 敏

第35回一般社団法人日本看護研究学会学術集会が2009年8月3～4日まで、川嶋みどり会長（日本赤十字看護大学）のもと、パシフィコ横浜国立大ホール・会議センター（横浜市）にて開催されました。また、プレカンファレンスも前日（8月2日）に開催されました。開港150年祭を間近に控えた活気あふれる横浜の地での学術集会であり、大変楽しみにしておりました。

本集会のテーマは、「創めを探り未来を拓く」でした。多様化する現代社会において、今までの状況に甘んじることなく未来へと向かうという、これからの看護を言い表している言葉だと思います。会長講演や招聘講演を初めとして、シンポジウム、口演、示説、さらには新たな試みである交流集会が開催されており、多くの事を学ばせていただきました。また、市民公開講座ではトランポリンもあり、様々な企画が用意されていました。港町横浜ということもあり、看護の新たな船出を感じ、大変充実した集会となりました。

まず、前日のプレカンファレンスでは、「わかりやすい量的研究方法」（中山和弘先生）、「わかりやすい質的研究方法」（谷津裕子先生）、「研究テーマの絞り込みにおいて陥りやすい問題」（黒田裕子先生）という3つのセミナーが開催されました。私は、「研究テーマの絞り込みにおいて陥りやすい問題」に参加させていただき、文献レビューの重要性を改めて実感しました。

当日のプログラムは、川嶋みどり先生の会長講演で幕を開けました。優れた実践、わざの精錬、新しい知の創出をキーワードにしたご講演であり、教育に携わる身である私にとっては、大変興味深く、反省の場ともなりました。続いて、招聘講演のLois K. Evans先生（ペンシルバニア大学）は、アカデミック・ナーシング・プラクティス、教育、実践、研究の統合の重要性について話されました。4日は、招聘講演のSioban Nelson先生（カナダ・トロント大学）のご講演からでした。

交流集会では「リエゾン看護」「虐待・ドメスティックバイオレンス」「研究成果の看護実践活用」「災害と看護」「新しい看護ケア（Alternative-Care代替看護）」「現代的教育ニーズ取組支援プログラム－大学・地域一体型地域医療実習の実践報告－」のトピックとなる6テーマで開催されており、活発な意見交換が行われました。

国立大ホールから会議センターへ移動し、ポスター会場及び口演会場にも行きました。3日、4日の両日とも、会場はどこも熱気あふれる質疑応答が行われていました。2日間に発表されました演題は口頭発表162演題、示説302演題と450超の数に驚愕です。様々な分野からの発表があり、どれも力が入った研究でした。今回、私は示説の座長をさせていただき、発表者の方にいくつかの質問をさせていただきました。非常に発表の質が高く、座長の身を忘れ、勉強させていただいたというのが本音です。また、広い会場のあちこちから質疑応答の声が聞こえ、活発な質疑応答が行われたのを実感いたしました。

他にもシンポジウムⅠ、Ⅱ、交流集会、と様々な企画が用意されておりましたが、残念ながら、すべて聞くことはできませんでした。

懇親会は3日の18時より開催され、会長の川嶋先生、理事、招聘講師の先生方、多数の来賓の方々、多数の参加者が集い、盛大に開催されました。司会の中木高夫先生がおつとめになり、終始和やかで華やかな雰囲気の中の懇親会でした。余興としてコーラス隊による合唱が披露され、最後に川嶋先生より招聘講師の方々に記念品の贈呈があり、閉会しました。料理もさることながら、多くの人ともお話をする機会があり、大変楽しい思い出の残る懇親会でした。

以上、学会の模様を私見を交えながら述べさせていただきました。

川嶋みどり会長をはじめ、実行委員の皆様、集会の運営本当にお疲れ様でした。細部にわたり、配慮がなされ、多くの事を学ばせていただきました。今回、初めて集会の裏方としても参加させていただきました。集会を円滑に運営するにはスタッフとして動く個人個人が自己の時間管理を徹底することの重要性を感じました。大変大きな集会でもあり、閉会を迎えた時には大きな達成感とともに言い表せない感動がございました。

また、運営に携わった数多くの学生みなさんに感謝します。会場に着いた時の爽やかな挨拶に感激しました。また、会場がわからない方に対して、丁寧な言葉遣いで案内をされている姿が印象的でした。学生の皆さん、是非将来、この日本看護研究学会で発表してください。期待しております。

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

第35回一般社団法人日本看護研究学会学術集会に参加して

北里大学病院

高 田 穂 積

平成21年8月3日・4日の2日間、パシフィコ横浜で、「創めを探り未来を拓く」をメインテーマに学術集会が開催され、私はその拡大実行委員の一人として他病院の看護部長の友人とお手伝いをさせていただきました。お互い忙しいためぶっつけ本番の2日間でしたが、とても貴重な体験をさせていただいたことに感謝しています。

1日目は国立大ホールのメイン会場を2日目は会議センターの第1会場のメインホールのアナウンスとタイムキーパーを友人と一緒に担当しました。メイン会場では、招聘講演やシンポジウム、パネルディスカッション等が開催され、会場に大勢の参加者が集まりました。1日目は殆ど学会の内容については覚えていませんが、2日目からは少し余裕も出て、学会の講演を聴くことができました。その中で印象に残った内容について書いてみたいと思います。

1日目の中では、市民公開講座の中で映画監督の山崎定人氏の「アリサ ヒトから人間への記録」が強烈に印象に残りました。人間ってこのように成長をして人間になっていくことがアリサちゃんを通してわかりやすく描かれ、山崎氏の愛情ある目を通してやさしさの本質に触れることができました。

2日目の「未来を拓く看護」のシンポジウムでは、陣田先生の「看護現場学から考える未来を拓く看護」に感銘を受けました。忙しい現場の中で看護研究をスムーズに行うためには、臨床ナースが看護を良くしたいという強い気持ちを持つことや研究に意義を見出すことが大事であることを再確認しました。現在、私の病棟でも看護研究を行っていますが、昨今倫理に対する審査が厳しく気軽に行えない現状があり、ややもすると取り組む姿勢が弱腰になってしまうのではないかとということを危惧しています。

拡大実行委員としての感想は、事前打ち合わせもできないままにできたのは、役割分担が明確にされていたことがスムーズにできた大きな要因であったと考えます。また、本部と現場をつなぐ実行委員の人の力で、現場の進行が大きく左右されると思いました。リーダーの実行委員の方が、とてもきめ細やかに配慮していただいたことで安心して進行することができました。実行委員および拡大実行委員の一人ひとりが自分の役割を理解し、与えられた役割に責任を持って実行することが学会の成功につながることを学びました。

最後にこのような機会を与えていただきました黒田 裕子実行委員長に感謝いたします。

第35回一般社団法人日本看護研究学会学術集会会務報告

1. 会 期：平成21年8月2日（日），3日（月），4日（火）
2. 会 場：パシフィコ横浜，国立大ホール，会議センター
3. 参加者：総数 1,613名（内訳 一般1,568名，学生45名）
プレカンファレンス 324名
4. 内 容：

一般演題	463題（うち，口演161題，示説302題）
招聘講演	2題
シンポジウム	2題
パネルディスカッション	2題
交流集会	5題
市民公開講座	2題
プレカンファレンスセミナー	3題
会長講演	

会計報告

日本看護研究学会雑誌 第33巻3号 392～393頁を参照のこと。

以上報告いたします

平成22年8月21日

第35回一般社団法人日本看護研究学会学術集会

会長 川 嶋 みどり

学術集会を終えて

第36回日本看護研究学会学術集会

会長 深 井 喜代子

(岡山大学大学院保健学研究科)

今年の夏は私ども西日本の会員にとってしばし忘れがたい思い出となりました。連日35℃を越す猛暑の中、全国から1,500名を超える看護学研究の推進者たちが岡山にご参集くださり、盛況のうちに第36回日本看護研究学会学術集会を終えることができました。参加者はもちろん、講演者ならびに成果発表者、そして3日間を学術集会の運営のために献身してくださった実行委員など、すべての関係者の皆様に、この機会をお借りして感謝の言葉を述べさせていただきます。誠にありがとうございました。

今大会では「看護における研究の未来を問う」という、私どもが直面する新たなテーマを掲げ、看護学が今後、学問として自立していくために何が必要か、看護学研究者はどのような志を持ち、何をしなければならぬかを考える集いをプロデュースさせていただきました。そのために、特別講演やシンポジウムには研究や実践に携わる看護者と看護（学）関係者が拠り所とすべき考え方や基本姿勢を問う題材を取り上げました。看護学は実践科学です。実践抜きには成り立たない学問だと思います。しかし、実践と学問は対極にある概念でもあります。けだし、看護学系の学術集会の果たす役割は、両者の意思疎通を図り、両者の溝を埋める、まさに‘フォーラム’だといえましょう。学究の成果としての『エビデンス』と、実践の場が求める『なぜ』が、何百何千のコミュニケーションによって繋がり、疑問を解決し、さらに新たな課題を見出す場となるのです。実際、会場のそこそこで、看護学研究者たちが彼らの仕事（今取り組んでいる研究）について熱心に議論を交わす場面に遭遇しました。学術集会長冥利に尽きる瞬間でした。

そうして、「明日からまた、地道に頑張ろう！」「この次はもっといい仕事を！」「来年も是非参加しよう！」という声を聞いて第36回学術集会の成功を確信するとともに、第37回学術集会へのバトンを責任を持ってお渡しできたことを実感致しました。

最後に今一度、猛暑にもかかわらず、全国からたくさんの方々においでいただきましたこと、活発な学術活動が展開されましたこと、そして、会期中を通してたくさんの皆様から励ましと感謝の言葉を頂戴しましたことに、スタッフ一同を代表し、心よりお礼申し上げます。ありがとうございました。

会場の具体的なことは、2名の学術集会役員による‘学会印象記’に託します。そちらも是非お読みくださるようお願いいたします。

2010年11月吉日 記す

第36回日本看護研究学会学術集会印象記 その1：スタッフの眼から

岡山大学病院看護部 内 田 陽 子

平成22年8月21日・22日の両日、岡山市で開催された第36回日本看護研究学会学術集会のメインテーマは「看護における研究の未来を問う」でした。演題数は口演129、示説286と大変多く、それぞれの会場では活発な討論が行なわれ、また、会場のあちこちで、講演後の感想や意見を語り合う風景が見られました。学術集会会長である深井喜代子先生が述べられていた通り、日々進化を遂げつつある看護学研究のこれからについて、皆が、そして一人一人が真剣に考える良い機会になったと感じました。以下に私がこの学術集会にスタッフとして参加して、そして欲張って様々な会場に足を運んだ中で印象に残ったことについて、少し述べさせていただきます。

まず、会長講演では、「痛み」をテーマとして看護学研究に取り組んでこられた深井会長の「対象の主観を重視する」という言葉が印象的でした。その言葉には、私たち看護師が日々行なっている看護の原点があるからです。「患者がいて看護師がいる。そして基本はアセスメント」、この講演を聴いて私がこれからも心がけ、また後輩たちに改めて伝えていきたいと感じた内容です。

次に招聘講演ですが、会場にはスザンヌ・ゴードン氏の講演を聴こうと、開場前から多くの参加者がつめかけ、700以上ある席はすぐに満席となり、私は急遽隣の会場に設けられたスクリーンを通して講演を聴かせていただきました。博士の身振り手振りを交えた力強いお話に誰もが勇気付けられ、また元気をもらっていたように感じました。そして、これから看護がさらに社会に認知されていくためには、「きちんと看護を言語化して伝えていくこと」、このことについて皆が考えさせられました。

また、特別講演1では、岡山の誇る「旭川荘」の歴史や意義が、特別講演2では現在注目の「構造主義科学論」が語られ、多くの参加者がメモを取りながら熱心に聞き入っていました。

そして、シンポジウム1では、「理論活用で磨くクリにカルジャッジメント力」というテーマで4名のシンポジストのご意見を聴きました。そこでは、私たち看護師が看護理論をより身近に感じたり、親しむためのヒントが得られたり、また具体的に理論を用いて分析した事例も聞くことが出来ました。また、これからの課題として、日本発の看護理論を作っていくことの必要性や重要性についても示され、私自身、今後の実践における理論活用について深く考える機会となりました。シンポジウム2では、「看護実践の未来を問う－キーナースングとしての外来看護－」というテーマで、当院の看護部長をはじめとした4名のシンポジストのご意見を聴き、地域医療のあり方が問われる現在における外来看護の重要性について、改めて考えさせられました。そしてどちらの会場においても共通していたことは、参加者の多くが身を乗り出して熱心に話を聴き、そして質問・議論していたことでした。

学術集会の華である一般演題は、本当に演題数が多く、特に口演時間帯にはどの会場へ行こうかと迷いに迷う2日間でした。しかも、一度会場内に入るとやはりその内容に引き込まれ、最後の質疑応答ま

で聞き入ってしまい、なかなか何会場も回るというまでには至りませんでした。その点示説会場は、討論時間が決まっており、また他の講演等とも時間帯が重なっていなかったため、迷うことなく直行できました。しかし、当然のことながらその時間帯の示説会場は本当に多くの参加者で溢れていました。それでもせっかく来たのだからと会場内に入ってみると、それぞれのポスターの前で活発な質問が飛び交っていて、なんだかとてもわくわくした気持ちになりました。そこで私もその雰囲気を押され、興味のあったポスター前に次々と足を運び、気負うことなく質問し、「有意義な意見交換」という収穫が得られました。

少し余談になるかもしれませんが、学術集会1日目の夜の懇親会は郷土色に溢れ、また出席者の笑顔も溢れる楽しい会でした。オープニングアトラクションの「備中神楽」に圧倒され、その後は和気藹々とおいしい料理に舌鼓を打ちながらの交流、そして最後は余興のダンスに酔いしれるという、本当にあっという間の2時間でした。スザンヌ・ゴードン氏も始めてご覧になった「備中神楽」に大変驚かれ、感動されたとおっしゃっていました。

最後に、今回「看護における研究の未来を問う」をメインテーマとした学術集会に参加して、私自身、今後の看護における研究の方向性についてだけでなく、日々の看護実践・看護管理においてもその基本について深く考える機会となりました。本当に充実した2日間で、この学術集会に参加し、得るものは多かったです。

第36回日本看護研究学会学術集会印象記 その2：会場からの声

川崎医科大学附属病院看護部 森 祐子

平成22年8月21日・22日 深井喜代子大会長のもと、岡山コンベンションセンター、岡山デジタルミュージアムで開催されました。テーマは「看護における研究の未来を問う」です。連日35℃を越える炎天下のなか、会場内も屋外に負けない熱気にあふれた2日間でした。暑さに負けず、学術集会に熱心に参加された方々の声を集めてみました。

会長講演「ヒトの痛みを問い続けて」

- ・「対象の主観を重視する」という根本原則、「人間は痛み慣れることはない」という言葉が印象に残った。

招聘講演「Nursing The Mind At Work: Helping the public understand nursing practice and research」

- ・スザンヌ・ゴードン氏の講演を楽しみにしていた。参加者が多くて会場に入れず別室での映像での聴講になったのは残念だった。
- ・「看護」をきちんと周囲から認識していただけるように言語化し、アピールする必要があること、何も起こらないから何もなかったと思われること等が印象に残った。
- ・看護という仕事を語り伝えていかなければならないということや、看護者は、やっていることより感じていることを多く話してしまいがちになっているということを注意しながら、私達の行っている看護に自信を持ち続けていきたいと思った。

特別講演

- ・普段、直接聞けないような方の話を聞くことが出来てよかった。

シンポジウム1「理論活用で磨くクリニカルジャッジメント力」

- ・一番印象的なプログラムだった。看護理論を理解していることと臨床でのアセスメント能力の関係でのディスカッションが興味深く、会場からの活発な意見交換に多くの刺激を受けた。
- ・日々実践している看護と看護理論の関係が再認識できた。

シンポジウム2「看護実践の未来を問うーキーナーシングとしての外来看護ー」

- ・主にクリニカルパスのあり方へと論点がすすんでいたが、クリニカルパスはあくまでもスケジュールであるという意見もあり、クリニカルパスの中で看護を反映していく必要性を強く感じた。
- ・今は外来の時代だということを認識し、当院でも様々な取り組みを行なっているが、その取り組んでいることを明文化することの意義を痛感した。

交流集会8 看護研究とSOC –看護学研究におけるSOC評価の意義と今後のSOC研究の方向性について考える–

- ・SOCについて理解を深めたいと思った。

一般演題 講演 示説について

- ・他病院の取組みが色々と聞けてよかった。
- ・示説討論の時間は身動きが出来ないほど人が溢れ、活気に満ちていた。
- ・職場満足度や外来看護師のストレスなど、日頃、自分達が取組んでいる問題についての発表があり、興味深く意見交換もできてよかった。
- ・分析・解析方法に関する質問や意見交換が活発にされており、とても勉強になった。
- ・質の高い研究発表が多く勉強になったが、研究結果や考察が実践にどのように反映されるかがわかりにくい場面もあった。質の高い研究だからこそ、その結果を是非とも実践に活かしたいので少し残念であり今後の課題だと思った。

全体として

- ・活発な質疑応答、意見交換等に刺激を受けた。
- ・あまり大きく移動することなく会場を回ることができ、講演や一般演題の他にもシンポジウムやセミナーなど参加でき楽しく有意義に過ごすことが出来た。
- ・色々な専門の方の話が聞けておもしろく大変勉強になった。次回から他の人も誘って参加したい。

印象を語ってくださったのは、臨床現場で看護実践を行い、役割モデルとして、ある人はリーダーとして、ある人は管理者として後輩の教育の役割を担っている人たちでした。激動する社会の中で、看護の役割が拡大していく中、研究成果を看護や後輩教育の実践の場面に活かしたい、看護の質の向上に資する研究をしたいと考え、学術集会に参加していました。看護実践、教育、研究のさまざまな視点からさまざまな人の考えや意見を聞いて考えた2日間は 看護における研究の未来を問い、看護の未来を考える2日間になりました。



山口理事長挨拶



会長講演



招聘講演





特別講演 1



特別講演 2



シンポジウム 2



特別交流集会 1



示説会場風景



受付風景



懇親会風景

一般社団法人日本看護研究学会中国・四国地方会 第24回 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、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。多くの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）9:00～16:20

◆会 場：徳島大学蔵本キャンパス 青藍講堂・保健学科C棟

◆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

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）

○交流集会（事前登録制）①～③実費500円

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セラピー 金森弘華氏（徳島大学病院メディアロマ・カラザ）

④論文クリティーク 片岡三佳氏（徳島大学HBS研究部）

牛越幸子氏（四国大学看護学部）

◎懇親会 3月5日（土）5千円 於：ウエルカ 18:00～

<http://www.welca.jp/index.html>

◆参加申し込み：事前登録（1月15日まで）（当 日）

参加費 会員 4,000円 5,000円

非会員 5,000円 6,000円

学生 1,500円 2,500円

●問い合わせ先：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HBS研究部 岩佐幸恵 Tel & Fax：088-633-9005

e-mail iwasa@medsci.tokushima-u.ac.jp できるだけメールでお願いします。

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。せっかくだ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のだろうか、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しているのではないのでしょうか。

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す。

“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氏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す“－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しますかと存じますが、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！質的看護研究ーやさしく学ぶ，楽しく取り組むー（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）

○教育講演Ⅳ「長期意識障害・廃用症候群患者の生活行動回復の看護

ー看護技術の診療報酬化をめざす最近の研究と成果ー」

紙屋 克子 氏（静岡県立大学大学院看護学研究科 教授）

林 裕子 氏（北海道大学大学院保健科学研究院 准教授）

日高紀久枝 氏（筑波大学大学院人間総合科学研究科 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）

剣持 功 氏（東海大学医学部附属病院）

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）

◆一般演題の募集について

1. 申し込み期限：平成23年1月14日（金） 必着

2. 申し込み方法：以下の書類を揃え、「一般演題抄録在中」と朱書きし、末尾の学術集会事務局宛へ送付してください。審査の上、折り返し採否等について通知いたします。

①演題申込書 1枚

②抄録原稿 3部（厚紙やクリアフォルダー等で保護し、折らないでください）

・原稿は、A4版1枚、見本に従いワープロ・パソコン等を用いて作成してください。

・提出された原稿はそのまま印刷原稿となります。鮮明なものをお送りください。

③官製はがき 1枚（宛名に発表代表者の住所・氏名を明記し、裏は白紙のままにしてください）

3. 発表形式

すべて示説（ポスターセッション）による発表です。

ポスターの掲示面は、幅85cm×高さ165cm（左上に、15cm×15cmの演題番号が入ります）を予定しております。

4. 演題発表者と共同研究者について

発表者および共同研究者は全て日本看護研究学会員に限ります。

非会員の方は、一般社団法人日本看護研究学会 学会事務所（千葉市）にて入会手続きを完了してからご応募ください。

共同研究者の方が学会当日に参加できない場合でも、参加費につきましては、発表者および共同研究者全員、事前にお支払いください。

◆学術集会参加申し込みについて

1. 事前参加申し込み期限：平成23年2月23日（水）

2. 参加申し込み方法

事前申し込み方法：郵便局の振り込み用紙にて参加費をお振込ください。

会員の方は、通信欄に必ず会員番号をご記入ください。

事前申し込みの方には順次抄録集を郵送いたします。

当日参加の方も可能です。会場にて参加費をお支払いください。抄録集は当日お渡しいたします。

当日は混雑が予想されます。極力事前申し込み、期日厳守をお願いいたします。

3. 参加費と振込先

参 加 費：会員3,000円 非会員 4,000円

振 込 先：郵便振込口座

口座番号：00850- 7 -142916

加入者名：日本看護研究学会東海地方会

◆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

一般演題の郵送先・学術集会に関するお問い合わせは下記の学術集会事務局へお願いいたします。

●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

北里大学看護学部内

FAX：042-778-9069

E-mail：yamadaa@nrs.kitasato-u.ac.jp

一般社団法人日本看護研究学会

第24回 近畿・北陸地方会学術集会のお知らせ

テーマ：看護の専門性を社会に生かす

日本看護研究学会第24回近畿・北陸地方会学術集会を平成23年4月16日（土）、富山国際会議場で開催する運びとなりました。

高度医療技術の発展に伴う高度専門分化される医療に伴い看護実践の領域や分野は多岐にわたり、その専門性も多様化してきています。そこで、本地方会は、個別多様化する看護の対象への優れた看護実践を社会に還元するという意味から「看護の専門性を社会に生かす」をテーマに掲げました。シンポジウムでは、「その人らしい最期の迎え方と看護の専門性」をテーマとして、がん看護専門領域で活躍しておられる小児専門看護師、がん専門看護師、緩和ケア認定看護師の方々の高度専門性を有する看護実践のわざと戦略について話し合っていただきます。地方開催のときは、ちょうど富山の桜が満開の頃です。お天気が良ければ立山連峰も美しく、日本海でとれたきときとの魚料理が楽しめます。

どうぞ皆様のお越しをお待ちしています。

日本看護研究学会 第24回近畿・北陸地方会学術集会長 八塚 美樹

◆会期：平成23年4月16日（土）10：00～15：00

◆会場：富山国際会議場

◆プログラム

○会長講演「触れるケアのエビデンスと看護実践」

八塚 美樹（富山大学大学院医学薬学研究部 教授）

○一般演題発表（口演・示説）

○シンポジウム「その人らしい最期の迎え方と看護の専門性」

シンポジスト：泉 理美子氏（富山県立中央病院看護部 緩和ケア病棟看護師長、緩和ケア認定看護師）

山本 恵子氏（富山大学附属病院看護部 医療福祉サポートセンター・がん治療相談支援センター、がん看護専門看護師）

松岡 真里氏（名古屋大学大学院医学系研究科 健康発達看護学博士課程後期、小児看護専門看護師）

座長：長谷川ともみ（富山大学大学院医学薬学研究部 教授）

◆一般演題の募集について

1. 申し込み期限：12月27日（月）必着

2. 応募資格

1) 演題を申し込まれる方は、共同研究者を含めて日本看護研究学会の会員であることを要します。（非会員の方は、平成23年2月末日までに入会手続きをお済ませ下さい）

2) 演題は未発表のものに限ります。

3. 発表の形式

口演・示説（概要説明7分、質疑応答5分）

ポスターの掲示面は、幅85cm×高さ165cm（左上に15cm×15cmの演題番号が入ります）

4. 申込方法

演題を申し込まれる方は、E-mailの場合は、下記URLより演題申込用紙をダウンロードできます。郵送の場合は、受付確認の連絡に使用しますので、お手数ですが郵便はがきの表面に、ご住所・お名前を記入し同封してください。なお、申込後、受付確認の連絡がない場合は、お手数ですが下記にお問い合わせください。

5. 抄録原稿の作成要領

- 1) 抄録原稿は、抄録原稿見本に従ってWord文書にてA4用紙1枚で作成し、E-mailに文書ファイルを添付して下記の提出先までお送り下さい。
- 2) E-mailを使用できない方は、文書ファイルをCD-ROMに保存し、プリントアウトした原稿1部とともにCD-ROMを郵送してください（郵送いただいたCD-ROMは返却いたしませんので、あらかじめご了承ください）。
- 3) 作成要領に不適合な原稿は、受理できない場合があることをご承知ください。
- 4) 抄録原稿の受付期間：1月31日（金）必着

◆学術集会参加申込について

1. 事前参加申込期限：平成23年1月30日（木）
2. 参加申込方法
事前申込方法：郵便局の振込用紙にて参加費をお振り込みください。
当日参加も可能です。会場にて参加費をお支払いください。
3. 参加費と振込
 - 1) 参加費
会 員：事前申込者 4,000円、当日参加者 5,000円
非会員：5,000円
学 生：1,000円
 - 2) 振込
振込先：郵便振込口座 口座番号：00740-4-100487
加入者名：日本看護研究学会第24回近畿・北陸学術集会

◆「演題申込書」「抄録原稿」の提出先、および演題申込に関するお問い合わせ先

一般演題の郵送先・学術集会に関するお問い合わせは下記の学術集会事務局へお願いいたします。

<演題申込み先>

〒939-8063 富山県富山市小杉120
(株)PCO((株)生活ネット研究所内) 担当：布目佐智子、小橋千賀
演題申込用紙、抄録用紙のダウンロード http://www.jsnr.jp/kinki_hokuriku/index.php

<抄録原稿送付先>

エルエヌアイ
kango@lni.co.jp

<学術集会事務局>

〒930-0194 富山県富山市杉谷2630
富山大学大学院医学薬学研究部 運営委員：渡部恵里、安東則子
e-mail ewatanab@med.u-toyama.ac.jp

●異分野融合×リゾートスタイル×長文前刷・長時間討論 第22回バイオメカニズム シンポジウム in 阿蘇

主 催：バイオメカニズム学会（SOBIM JAPAN）

期 日：2011年7月26日（火）～28日（木）

開催地：阿蘇ファームランド（熊本県阿蘇郡南阿蘇村河陽5579-3）

第22回バイオメカニズム シンポジウムへのお誘い

リゾートスタイルの合宿形式

本シンポジウムは都市部ではなく、リゾート地で開催され、宿泊場所とシンポジウム会場を同施設内におく、「合宿形式」で実施いたします。そのため、研究仲間、あるいは異分野の研究者との夜を徹した議論が行われるなど、単なる講演会では得られない情報交換、人的交流が期待できます。

今回のシンポジウムは熊本市内から2時間ほどの阿蘇郡南阿蘇村で開催いたします。会場は標高550m、阿蘇くじゅう国立公園内に位置しており、県境をキーコンセプトとした、だれもが楽しめるリゾートエリアとなっております。また、幾度となく爆発を繰り返す阿蘇火山も見学に出かけることもできます。ノーネクタイなど、お気軽な服装でご参加ください。

長時間発表・討論、シングルセッション

25分という比較的長い発表討論時間を設け、シングルセッションで全ての発表を皆で聴講するスタイルをとります。異分野の発表に対してもじっくり聴講、議論をしていただけます。

長文な予稿集原稿

予稿集もフルペーパー相当の原稿の長さ（10ページ基準）で、研究の内容を異分野の方にもわかりやすく説明・議論していただきます。

選択出版（絶対査読＋相対査読）

シンポジウムでの発表は単なる口頭発表に終らず、査読付学術論文へとつながっていきます。全ての予稿集原稿が査読され、口頭発表に対する評価も加味され採択された論文が論文集「バイオメカニズム」に収録され出版されます。論文集「バイオメカニズム」はすでに20巻の実績があり、この分野を代表する出版物としてこれまで高い評価を受けています。

夜話

初日（26日）の夕食後に行われる特別講演（夜話）は気軽な雰囲気の中、ユニークな話題をご提供いたします。今回の夜話では以下のお話を企画しております。

九州大学病院 高度先端医療センター 副センター長 特任准教授 岸本 淳司 氏

「臨床研究の計画と倫理」

岸本氏は生物統計学の専門家としてご活躍されており、皆様ご存じのさまざまな案件（例えば特定保健用食品）に携わられています。また、倫理審査委員会（プレ審査）のコーディネータ業務も兼任されており、実践的なノウハウをわかりやすくご紹介いただけます。楽しい夜話をご期待下さい。

演題申込：2011年3月6日（日）まで

本シンポジウム用Webサイトにアクセスし、必要事項を入力してください。Webサイトならびに電子メールを利用できない方は、バイオメカニズム学会誌に記載の方法で申してください。

原稿送付：2011年5月8日（日）まで

演題が採択された方は、電子メールの添付書類にて、紙原稿の場合は郵送にてシンポジウム事務局までお送りください。

宿泊申込：2011年5月27日（金）まで

宿泊いただく「阿蘇ファームヴィレッジ」は会場内にあります。人気の宿泊施設であり、ハイシーズンでもあるため、シンポジウム参加者用として確保している部屋数に限りがあります。1人部屋、同伴者（お子様含む）または特定グループでの宿泊など、ご希望がある場合は、早めの申込をおすすめします。

参加申込：2011年6月24日（金）まで

本シンポジウムWebサイトにアクセスし、必要事項を入力してください。登録料金を指定口座宛にお振り込みください。シンポジウム当日のお支払いには応じられません。

日本学術会議の動き

幹事会報告

第100回幹事会

日時 平成22年7月22日(木)

会議の概要

審議事項

- 科学者委員会における分科会の委員の決定について承認されました。
- 分野別委員会運営要綱の一部改正及び委員の決定について承認されました。
- 自然災害軽減のための国際協力のあり方検討委員会における分科会委員等の決定について承認されました。
- 社会のための学術としての「知の統合」推進委員会の設置及び設置要綱の決定について承認されました。
- 回答「大学教育の分野別質保証の在り方について」について承認されました。
- 報告「科学者コミュニティから見た今後の知的財産権制度のあり方について」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。
- 補欠の会員候補者を推薦する部の決定について承認されました。
- 日本学術会議協力学術研究団体として次の5団体の指定について承認されました。
 - ・メルロ＝ポンティ・サークル
 - ・社会環境学会
 - ・日本創傷・オストミー・失禁管理学会
 - ・日本作業行動学会
 - ・日本基礎理学療法学会
- 国際学術団体(2団体)からの脱退について承認されました。
 - ・環境問題科学委員会(SCOPE)
 - ・国際医学団体協議会(CIOMS)
- 国際学術団体(7団体)に加入することが認められました。
 - ・国際社会科学評議会(ISSC)
 - ・国際哲学会連合(FISP)
 - ・国際宗教学・宗教史学会(IAHR)
 - ・国際美術史学会(CIHA)
 - ・国際人類民族科学連合(IUAES)

・国際地形学会(IGAG)

・国際計測連合(IMEKO)

- 平成22年度代表派遣(平成22年10月～12月分)について承認されました。
- 第11回アジア学術会議に関するモンゴル科学アカデミーとの事前打合せに係る会員の派遣について承認されました。
- The Kavli Prize Week 2010等への会員の派遣について承認されました。
- 第3回 IAP Conference for Young Scientists-2010への会員の派遣について承認されました。
- 第20回国際科学会議科学計画評価委員会(20th Meeting of the ICSU Committee on Scientific Planning and Review(CSPR))出席に係る会員の派遣について承認されました。
- 公開シンポジウム等の開催17件及び国内会議の後援3件について承認されました。
- 年次報告書の構成及び執筆分担について了承されました。
- 若手アカデミー活動検討分科会の委員候補者の募集について了承されました。

第101回幹事会(持ち回り)

日時 平成22年8月2日(月)

会議の概要

審議事項

- 提言「学術誌問題の解決に向けてー『包括的学術誌コンソーシアム』の創設」について承認されました

9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

- ・報告「科学者コミュニティから見た今後の知的財産権制度のあり方について」平成22年(2010年)8月4日公表
- ・提言「学術誌問題の解決に向けてー『包括的学術

誌コンソーシアムの創設」―平成22年(2010年)8月2日公表

- 報告「日本の子どものヘルスプロモーション」平成22年(2010年)7月12日公表
 - 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」平成22年(2010年)7月1日公表
 - 提言「放射線作業者の被ばくの一元管理について」平成22年(2010年)7月1日公表
- ※上記の提言、報告につきましては、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9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。

◆「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C-1104
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～17時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「資本主義の中で生きるということ」
岩井克人
「現代生活の枠組みと生活経営―生活者の視点から」堀越栄子
「自然環境と人間の生活―グローバルな視点から」池田駿介
「わたしたちの暮らしはすべて世界につながっ

ている―商品の一生を知ろう―」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

◆「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

日本学術会議の動き

◆「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」長谷川真理子
「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 生物多様性戦略と実践

「生物多様性国家戦略と関連する政策」環境省自然環境局
「北海道生物多様性保全計画」北海道環境生活部自然環境課
「地域からの実践報告」黒松内町、寿都町、島牧村

第四部 市民対話（交流会）

◆「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 「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
「地産地消が地域再生の鍵となる要件—歴史的想像を踏まえて—」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

◆「医療における病理解剖」

日時 平成22年10月1日(金) 15時00分～17時30分

場所 東京大学医学部本館大講堂

次第 「病理学：今日の医療における病理解剖の意義と役割」深山正久
「内科学：内科医療と病理解剖」栗山 勝
「外科学：外科医療と病理解剖」國土典宏
「医療安全：医療安全と病理解剖」原 義人
「法医学：法医解剖か、病理解剖か、その区別」岩瀬博太郎
「放射線医学：病理解剖と死亡時画像診断」兵頭秀樹
「メディア：病理解剖への期待と限界」原 昌平

◆「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／確井照子

◆「小児の健全な食生活習慣の確立に向けて」

日時 平成22年10月10日(日) 14時00分～15時30分

場所 かがわ国際会議場・サンポートホール高松

次第 「乳幼児の食生活の問題と対策」清水俊明
「学童の食生活の問題と対策」南里清一郎
「思春期の子どもの食生活の問題と対策」児玉浩子
「小児の食生活と食環境」加藤則子

日本学会協議の動き

幹事会報告

第102回幹事会（持ち回り）

日時 平成22年8月20日（金）

会議の概要

審議事項

○勧告「総合的な科学・技術政策の確立による科学・技術研究の持続的振興に向けて」について承認されました。

第103回幹事会（持ち回り）

日時 平成22年8月26日（木）

会議の概要

審議事項

- 人間及び地球研究対応委員会の設置及び委員の決定について承認されました。
- 持続可能な長寿社会に資する学術コミュニティの構築委員会における分科会委員の決定について承認されました。
- 社会のための学術としての「知の統合」推進委員会委員の決定について承認されました。
- 公開シンポジウム等の開催2件について承認されました。

10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又は日本学会協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10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。

◆「小児の健全な食生活習慣の確立に向けて」

日時 平成22年10月10日（日）14時15分～16時00分

場所 かがわ国際会議場・高松シンボルタワー

次第 「乳幼児の食生活の問題と対策」清水俊明

「学童の食生活の問題と対策」南里清一郎

「思春期の子どもの食生活の問題と対策」

児玉浩子

「小児の食生活と食環境」加藤則子

◆「特定健診・特定保健指導の評価と今後の課題 —健康づくりのための包括的なアプローチ—」

日時 平成22年10月11日（月）10時30分～12時00分

場所 東京国際フォーラム

次第 「特定健診・特定保健指導の評価と課題

—行政の立場から」木村博承

「特定健診・特定保健指導の実績と課題

—協会健保の立場から」六路恵子

「特定保健指導における食生活支援

—成功事例の質的分析から」武見ゆかり

◆「第54回日本学会協議材料工学連合講演会」

日時 平成22年10月25日（月）～27日（水）

場所 ハートピア京都

次第 「ブロックポリマーテンプレート法による

ナノ材料工学の創製」彌田智一

「金属ガラスの変形に関する研究の現状と

実用化への展望」早乙女康典

「ホウ素の特性を活かした高分子発光材料

の創製」中條善樹

◆「公衆衛生大学院の現状と展望」

日時 平成22年10月28日（木）9時30分～12時00分

場所 東京国際フォーラム

次第 「京都大学大学院医学研究科社会健康医学

系専攻の概要」小杉真司

「九州大学大学院医学系学府医療経営・管理

学専攻のミッションとストラテジー」

馬場園明

「東京大学大学院医学系研究科公共健康医

学専攻の概要」小林康毅

「大阪大学院医科学修士課程「健康医療問題

解決能力の涵養」教育プログラムの概要」

磯 博康

「筑波大学大学院フロンティア医科学専攻
(公衆衛生学コース)の概要」大久保一郎

◆「パブリックヘルス問題としての健康食品」

日時 平成22年10月28日(木)13時00分～15時30分

場所 東京国際フォーラム

次第 「パブリックヘルス問題としての健康食品」

序論 津谷喜一郎

「欧米のサプリメント行政に見られるパラ
ダイムシフト」大濱宏文

「健康食品とリスクコミュニケーション」

唐木英明

「健康食品のレギュラトリーサイエンス」

光石忠敬

「健康食品と健康概念」水谷雅彦

◆「みんなで進めよう、子どものヘルスプロモーション！」

日時 平成22年10月28日(木)16時35分～18時30分

場所 東京国際フォーラム

次第 「日本の子どものヘルスプロモーション」

實成文彦

「『健やか親子21』の今後の取り組み」

山縣然太郎

「生活習慣病胎児期発症(起源)説とライフス
タイル」福岡秀興

「教育・健康教育のパラダイムシフトを求めて」
植田誠治

「小児医療の課題と展望」横田俊平

「家庭・学校・地域・職域の連携」

(1)看護専門職の機能と役割 小西美智子

(2)栄養専門職の機能と役割 伊達ちぐさ

◆「非正規雇用と働く人の生活・健康・安全」

日時 平成22年10月29日(金)9時50分～11時35分

場所 東京国際フォーラム

次第 「学術会議からの挨拶」和田 肇

「非正規雇用の現状と今後」湯浅 誠

「雇用安定と均等待遇をめざしての労働法、

社会保障法を再構築する必要性」脇田 滋

「非正規雇用と労働者の健康」矢野栄二

「30年ぶりの日本学術会議提言に向けて」

岸 玲子

◆「環境リスク分野における人材育成の現状と課題」

日時 平成22年10月29日(金)15時30分～17時00分

場所 東京国際フォーラム

次第 「地方衛生研究所・地方環境研究所における
人材育成について」吉村健清

「労働衛生分野における人材育成について」

宮下和久

「建築衛生分野における人材育成について」

吉野 博

「まとめ」内山巖雄

◆「最先端の歯科バイオマテリアル」

日時 平成22年10月29日(金)13時30分～15時30分

場所 長良川国際会議場

次第 「アパタイト・コラーゲン複合体による骨再生」

岡崎正之

「高次機能性を有する修復材料」今里 聡

「Mineral Trioxide Aggregateによる象牙質
／歯髄複合体の再生」興地隆史

◆「歴史家の誕生」

日時 平成22年10月29日(金)17時00分～19時00分

場所 日本学術会議

次第 「歴史研究の鎖国化を防ぐために」崔 文衡

「日本はどのようにアジアかという問い」

深谷克己

◆「教育のなかの多文化共生」

日時 平成22年10月30日(土)13時30分～17時00分

場所 慶應義塾大学三田キャンパス遠隔教育教室

次第 「社会科教科書の記述から」本多俊和

「外国人学校と多文化共生」朴 一

「外国人の子ども教育を受ける権利と多
文化の保障」宮島 喬

「多文化共生教育の経験から」榎井 緑

日本学術会議の動き

◆日本学術会議近畿地区会議主催講演会

「日本の古代と現代—人ところ」

日時 平成22年10月31日(日)13時00分～17時00分

場所 キャンパスプラザ京都

次第 「気候変動は人間のところを変えるのか？」

安田喜憲

「古代日本の外交」猪熊兼勝

「第三古代としての現代」中西 進

◆「第4回形態科学シンポジウム『生命機能の発現と制御』」

日時 平成22年11月4日(木)13時00分～17時00分

場所 北海道大学医学部学生会館フラテ

次第 「オートファジーの構造生物学」稲垣冬彦

「タンパク質品質管理機構」永田和宏

「細胞周期制御—卵細胞からみる」岸本健雄

「イメージングによる神経回路形成・維持機構」

岡部繁男

「シナプス回路の発達—刈込みと可塑性」

渡辺雅彦

◆「グローバル化する世界—いま何を問うべきか」

日時 平成22年11月7日(日)14時00分～16時30分

場所 名古屋大学講義室

次第 「グローバルな空間と具体的な場所」

伊豫谷登士翁

「全球化という中国的経験」園田茂人

「都市下層の世界から」青木秀男

◆「稲作と植物保護を展望する」

日時 平成22年11月8日(月)13時00分～17時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 「イネ害虫の変遷—ニカメイチュウを中心に」

田付貞洋

「イネいもち病におけるboom-and-bust cycleとマルチライン」土佐幸雄

「水田雑草防除技術と優占雑草の変遷」

佐合隆一／竹下孝史

「イネ害虫の化学的制御における選択性と抵抗性発達の分子基盤」松田一彦

「誘導抵抗性による病害防除の現状と可能性」

仲下英雄

「植物保護とGMO」鎌田 博

◆「サステナビリティ水産科学の理論と実践—あなたがいるから、私も生きていける」

日時 平成22年11月9日(火)9時30分～17時00分

場所 函館地域交流まちづくりセンター

次第 「サステナビリティ水産学の将来(仮題)」

Ussif Rashid Sumila

「持続可能な水産業とは何か(仮題)」

井田徹治

「インドネシアにおける増養殖の現状と将来計画」Endhay Kusnendar Kontara

「エコラベルMSCとサケの持続的利用」

永田光博

「栽培漁業のサステナビリティ」北田修一

◆日本学術会議北海道地区会議主催講演会

「北海道から発信するグリーンイノベーション」

日時 平成22年11月15日(月)13時30分～17時10分

場所 北海道大学学術交流会館

次第 「日本の展望とグリーンイノベーションに

向けて(仮題)」大垣眞一郎

「見えない光, 赤外線を利用する太陽電池」

三澤弘明

「北海道における地中熱ヒートポンプシステムの環境貢献と経済効果」長野克則

「日常生活をもっと便利にする北大発のナノテクノロジー」古月文志

「太陽光エネルギー利用と環境浄化のための新しい光触媒技術」阿部 竜

日本学術会議の動き

「のか」 勝間和代
「政府の新卒者雇用支援対策について」
寺田 学

第2回「大学教育と産業社会の関係について考える」

日時 平成22年12月20日(月)13時00分～17時00分
場所 東京大学安田講堂
次第 「学士課程教育の質保証」 北原和夫
「高度人材の育成と活用」 北森武彦
「産業界の求める人材像と大学教育への期待」 井上 洋
「企業の人材養成力と大学教育で培う力」 前原金一
「人生前半の社会保障とこれからの若者・大学・日本社会」 広井良典

◆「私たちの日々ー土に囲まれて」

日時 平成22年11月22日(月)13時00分～17時00分
場所 日本学術会議
次第 「食糧(いのち)を支える土」 後藤逸男
「くらしの中の土」 宮崎 毅
「土と健康: コメや野菜が骨をつくりボケを防ぐ」 渡辺和彦
「土と文化・文明・健康・生業」 陽 捷行
「土の微生物に囲まれた日々」 木村真人

◆「新薬学教育における学士力、博士力」

日時 平成22年11月22日(月)13時00分～17時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「大学改革の進展と課題」 榎本 剛
「薬学教育評価と学士力」 井上圭三
「薬学の学士力、博士力に望まれる新しい研究・教育領域」 黒川達夫
「6年制学科に続く大学院(博士課程)の構築」 橋田 充
「4年制学科に続く大学院(修士課程、博士後期課程)の構築」 長野哲雄
「新薬学教育と薬剤師職能」 鈴木洋史

◆「キャビテーションに関するシンポジウム(第15回)」

日時 平成22年11月22日(月)～23日(火)
場所 大阪府立大学学術交流会館
次第 「弱い非平衡状態の気液界面近傍におけるミクロとマクロの接続—気泡力学への応用」
藤川重雄

「キャビテーションにかかわる非線形現象」
「キャビテーションにおける不安定流れのCFD」 他

◆日本学術会議九州・沖縄地区会議学術講演会 「学術と大学に求められるもの—新たな知の創造と持続的発展に向けて」

日時 平成22年11月23日(火・祝)14時00分～16時10分
場所 熊本交通センターホテル
次第 「チンパンジーからヒトを見る」 友永雅己
「AIDSの治療薬開発のアプローチ: がん等の難病治療薬の牽引車」 満屋裕明

◆日本学術会議中国・四国地区会議学術講演会 「医学領域と工学領域連携研究シンポジウム—未来を拓く医・工連携」

日時 平成22年11月27日(土)14時00分～17時00分
場所 山口大学医学部
次第 「医工連携の来し方行く末」 金澤一郎
「がん個別化医療に貢献する医工連携—医学の立場から」 岡 正朗
「がん個別化医療に貢献する医工連携—工学の立場から」 浜本義彦

◆「実践や学問構築に活かす質的研究」

日時 平成22年11月28日(日)10時10分～11時50分
場所 女子栄養大学坂戸キャンパス
次第 「学校教育の実践と質的研究—教育心理学の立場から」 秋田喜代美
「養護教諭の実践と質的研究—養護教諭の立場から」 冨塚都仁子
「実践と質的研究—現職並びに大学院での経験から」 平川俊功
「質的研究の可能性と課題—質的研究の試みからみえてきたもの」 小林央美

◆「哲学・倫理・宗教教育はなぜ必要か—初等・中等教育における哲学・倫理・宗教教育の意義と可能性」

日時 平成22年11月28日(日)13時00分～17時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「初等・中等教育現場における倫理・道徳教育の現状と課題」 桑原直己
「倫理教育と宗教」 下田正弘
「市民形成の基礎としての哲学教育に向けて」 直江清隆

「日本の宗教教育をめぐる論点と課題」山中 弘

◆「太陽光植物工場—より幅広い深化にむけて」

日時 平成22年11月29日(月)13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「画像工学の高度な活用」大政謙次
「情報化・インテリジェント化の視点」野口 伸
「園芸学からの指摘」田中道男
「国家プロジェクトの動向」村瀬治比古
「今後の展望」橋本 康

◆「データからみたワーク・ライフ・バランス」

日時 平成22年12月3日(金)13時00分～17時00分

場所 日本学術会議

次第 「経済環境変化と世帯からみたWLB」樋口美雄
「正社員の処遇と働き方」久本憲夫
「いのちの時間・くらしの時間—歴史のなかのワークライフバランス」鬼頭 宏
「国際比較からみたわが国の生活時間」津谷典子
「世代間所得移転とライフサイクル変化…国際比較の視点から」小川直宏

◆「台湾のジオパーク」

日時 平成22年12月3日(金)16時00分～18時00分

場所 日本学術会議

次第 「台湾のジオパーク」林 俊全

◆「脳と教育」

日時 平成22年12月4日(土)13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「脳を育む」津本忠治
「将棋棋士の脳活動」中谷裕教
「脳科学から見た問題解決行動」虫明 元
「哺乳類の子育て行動の脳内基盤」黒田公美
「乳幼児の脳と教育」小西行郎
「認知脳システム学に向けたロボット研究」石黒 浩

◆「第2国際北極研究シンポジウム」

日時 平成22年12月7日(火)～9日(木)

場所 学術総合センター—橋記念講堂

◆「マイクロ・ナノエンジニアリング—イノベーションと人材育成」

日時 平成22年12月8日(水)13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「社会的期待に応える研究開発戦略としてのフロンティアリサーチ」笠木伸英
「生物物理学に見る人材育成」大沢文夫
「ロボット工学と人材育成」梅谷陽二
「創造性教育とマイクロナノ工学」生田幸士
「産学連携による人材育成」江刺正喜
「国際共同研究による人材育成」藤田博之
「企業における人材育成について」岩崎富生

◆「建築・都市における低炭素化推進のシナリオ」

日時 平成22年12月9日(木)13時30分～17時00分

場所 日本学術会議

次第 「地球温暖化対策に係る中長期ロードマップ(仮題)」
「『エネルギー基本計画』と民生部門の低炭素化(仮題)」中上英俊
「低炭素社会に向けた都市環境の評価(仮題)」浅見泰司
「建築・都市の低炭素化と地球温暖化対策の経済学(仮題)」松村敏弘
「民生部門におけるCO₂排出量削減の最近の話題(仮題)」吉野 博
「民生部門におけるCO₂排出量の将来推進の手法と課題(仮題)」伊香賀俊治

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、F D、C D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。刷紙媒体に必要な著者は，直接印刷業者に依頼すること。刷紙体は有料で，料金は，30円×刷り上がり頁数×部数（50部を単位とする）。ただし本会より執筆を依頼したものについてはこの限りではない。

8. 著作権

会員の権利保護のために，掲載された原稿の著作権は本会に属するものとする。他者の著作権に帰属する資料を引用するときは，著者がその許可申請手続きを行なう。

9. 原稿執筆要項

別に定める。

この規程は，昭和59年12月1日より発効する。

付 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 4) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 5) 平成16年7月28日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。
- 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30mm、上下余白50mmとする。本文には必ず中央下にページ数（本文のみ）を記すこと。本文（題名とはじめにの間などに）には著者名、所属を記入しない。
- 3) 英文抄録は200語以内をA4判の用紙に、原則としてTimes New Romanの12フォントを用いて、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、〇〇他とする。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）、始ページー終ページ、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ー終ページ、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、始ページー終ページ、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/journal/manual.html>

なお、雑誌略名は邦文誌では医学中央雑誌、欧文誌では、INDEX MEDICUSおよびINTERNATIONAL NURSING INDEXに従うものとする。

9) 用字・用語は、現代かなづかいとする。アラビア数字を使い、SI 単位系 (m, kg, S, A など) を用いる。

2. 原稿用紙および原稿の長さ

800字詰め原稿用紙3枚が刷り上がり1ページに相当する。刷り上がり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なページ数を下記のページ数から差し引いたページ数に、2400文字を乗じた数が本文及び引用文献に使用できる文字数になる。

- | | |
|-------------|-------|
| (1) 原著論文 | 10ページ |
| (2) 研究報告 | 10ページ |
| (3) 技術・実践報告 | 7ページ |
| (4) 総説 | 7ページ |

3. 原稿の電子媒体での提出

原則として、原稿の内容を電子媒体 (フラッシュメモリ, F D, C D 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。

(注)

1. 論文目録

日本看護研究学会雑誌に掲載された原著論文および研究報告等，全ての論文について原稿種類別，巻号別，掲載順にまとめた。

著者名：標題，英文標題，巻（号），掲載頁，発行年（西暦）の順に掲載した。

2. 著者索引

原著論文および研究報告等，全ての論文の著者名をあいうえお順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。なお，筆頭著者の巻（号）はゴシック体にした。

3. 事項索引

論文ごとに，その標題より若干の用語を選定した。配列は邦文をあいうえお順，次に欧文をアルファベット順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。

1. 論文目録

第33巻

[原著]

廣瀬春次, 生田奈美可: 在宅の認知症患者を介護する家族の予期悲嘆とその関連要因の質的研究, A Qualitative Study of Anticipatory Grief and Its Related Factors in Family Caregivers of Dementia Patients Living at Home, 33(1), 45-56, 2010.

中垣明美: 成人期の女性看護師における生涯発達上の危機となる体験, Adult Experiences of Female Nurses that Cause Crises in Life Span Development, 33(1), 57-68, 2010.

草場知子: 早期関節リウマチ患者の発症以降の心理過程と療養行動, Psychological Process and Therapeutic Behavior of Patients with Early Rheumatoid Arthritis from Onset, 33(1), 69-79, 2010.

中村由子: 配置転換による中堅看護師の「一皮むけた経験」, “Quantum Leap Experience” of Proficient Nurse by Job Displacement, 33(1), 81-92, 2010.

田邊美佐子, 神田清子: 造血幹細胞移植を受けた子どもを持つ母親が療養体験を意味づけるプロセス, Mother's Process of Finding Significance in their Experience with Caring for Children after Hemopoietic Stem Cell Transplantation, 33(2), 23-33, 2010.

堀内園子: 認知症ケアの専門性: デイケア看護師による認知症高齢者の「鉱脈を掘り当てる関わり」と「磁場」の形成, Expertise of the Dementia Care Nursing: Care which Digs Up the Vein of the People with Dementia Care Service and Creation of the Circumstances of “Jiba”, 33(2), 35-47, 2010.

玉田章, 長谷川智之, 竹山育恵, 名倉真砂美: 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, 33(4), 13-19, 2010.

山本真実, 門間晶子, 加藤基子: 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, 33(4), 21-30, 2010.

三上勇氣, 水溪雅子, 永井邦芳: 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 Type A Characteristic, 33(4), 31-40, 2010.

山崎松美, 稲垣美智子: 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., 33(4), 41-50, 2010.

合田加代子, 國方弘子, 高嶋伸子, 辻よしみ, 中添和代: 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, 33(4), 51-57, 2010.

高田明美: 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, 33(4), 59-71, 2010.

蛸崎奈津子：国際結婚した中国人女性と日本人男性の家族関係構築にむけた知恵に根ざした諸行動－妊娠・出産・育児期に焦点をあてて－, Intellectual Attitudes for Establishing Constructive Relationships Between Chinese Women and Japanese Husbands During Pregnancy and Childcare, 33(5), 15, 2010.

田丸朋子, 阿曾洋子, 伊部亜希, 本多容子, 木村静, 鈴木みゆき, 徳重あつ子, 細見明代：移動援助時におけるベッドの高さの違いが患者におよぼす影響について～頸部後屈角度・心拍数の観点から～, The Influence to Patients when the Heights of Beds Differs in Transferring: From the Viewpoint of Neck Dorsiflexion and Heart Rates, 33(5), 25, 2010.

對馬明美, 三上佳澄, 西沢義子：死を意識している患者との対話場面における看護者の態度構造に関する研究, A Study on Nurses' Attitudes Towards Communicating with Patients Concerned about Death, 33(5), 33, 2010.

大橋幸美, 浅野みどり：育児期の親性尺度の開発－信頼性と妥当性の検討－, Development of a Scale to Measure Early Childhood Parenting: An Examination of Its Reliability and Validity, 33(5), 45, 2010.

〔研究報告〕

三上佳澄, 對馬明美, 西沢義子：患者の姿勢から認知する感情について－看護者と養護教諭の比較から－, Clinical Nurses' Recognition of Feelings from the Posture of Patients A Comparison with School Nurses, 33(1), 93-101, 2010.

野村佳代, 渡辺久美, 寺嶋朋恵：入院中の要介護高齢者の家族との相互理解に向けた看護師の関与の過程, The Process of Relationship-Creating Aimed at the Advancement of Mental Understanding with Patients' Families, 33(1), 103-109, 2010.

姫野稔子, 小野ミツ：在宅高齢者の介護予防に向けたフットケアの効果の検討, Effect of Foot Care for Health Promotion and Disease Prevention in Elderly Persons Living at Home, 33(1), 111-120, 2010.

赤木京子, 藤田君支, 佐藤和子：人工股関節全置換術を受けた患者の在宅における生活状況と活動量に関する研究, Activity Levels and Living Conditions at Home of Patients after Total Hip Arthroplasty, 33(1), 121-131, 2010.

村上美華, 前田ひとみ：新人看護師の職業性ストレス尺度の開発, Development of a Job Stress Scale for New Graduate Nurses, 33(1), 133-139, 2010.

木村克典, 松村人志：精神科入院病棟に勤務する看護師の諸葛藤が示唆する精神科看護の問題点, Issues Underlying Japanese Psychiatric Practice, which were Revealed by an Analysis of Conflicts of Nurses Working in Psychiatric in-Patients Wards, 33(2), 49-59, 2010.

遠藤良仁, 布施淳子：看護管理者が認識する研究成果活用を推進する組織的支援の現状と阻害要因の検討, Japanese Nurse Administrators' Perceptions Regarding Barriers to, and Organizational Support of, Research Utilization in Nursing Practice, 33(2), 61-68, 2010.

小代仁美, 榎木野裕美：小児看護学実習において看護学生がこどもと関わることを躊躇させる影響要因, Factors Affecting Nursing Students' Hesitation to become Involved with Children in a Child Nursing Practicum, 33(2), 69-76, 2010.

住田陽子, 坂口桃子, 森岡郁晴, 鈴木幸子：看護師のキャリア・アンカー形成における傾向, Tendencies in the Career

Anchor Formation of Nurses, 33(2), 77-83, 2010.

藤田優一, 藤原千恵子: 小児看護を实践する看護師の属性, 個人特性, 職務ストレスが離職願望に与える影響－小児病棟と成人との混合病棟での分析と比較－, Influence of Job Attributes, Individual Characteristics and Job Stress on The Intention of Pediatric Nurses to Resign: Comparative Analysis Between Nurses on Pediatric and Mixed With Adults Wards., 33(2), 85-94, 2010.

伊丹君和, 久留島美紀子: 看護動作姿勢改善をめざした危険角度での「音」発生機能を搭載したボディメカニクス学習システム開発とその評価, Development and Evaluation of a Body Mechanics Learning System Equipped with a Function that Generates a Sound at Dangerous Angles in Order to Improve Posture during Nursing Actions., 33(2), 95-102, 2010.

田中晶子: 急性期意識障害患者と家族のかかわりから明らかになった救急看護師の家族援助, The Family Support of Emergency Nurse that Become Clear from the Relation Between Acute Disturbance of Consciousness Patient and the Family, 33(2), 103-112, 2010.

藤田尚子, 安田智美, 吉井忍, 道券夕紀子: 家族介護における褥瘡予防行動と介護負担感・肯定感との関連, "Connection Between Perceived Care Burden and Sense of Affirmation in Pressure Ulcer Prevention Behavior in Family Care Situations", 33(2), 113-124, 2010.

神坂登世子, 松下年子, 大浦ゆう子: 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 –, 33(4), 73-84, 2010.

坂梨左織, 大池美也子: 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, 33(4), 85-96, 2010.

加瀬田暢子, 島田恵, 前田ひとみ: 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, 33(4), 97-106, 2010.

村上礼子, 松田たみ子: 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, 33(4), 107-113, 2010.

高島尚美, 大江真琴, 五木田和枝, 渡部節子: 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变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, 33(4), 115-121, 2010.

本多容子, 阿曾洋子, 伊部亜季, 田丸朋子, 木村 静, 徳重あつ子, 鈴木みゆき, 細見明代: 在宅女性高齢者に対する「転倒予防ケア」としての足浴の有効性の検討, The Foot-Bath is Effective as Fall Prevention Care for Elderly Women, 33(5), 55, 2010.

山口曜子: 2型糖尿病をもつ有職患者への行動意思を促進するクリニックでの糖尿病教育プログラム, Diabetes Education Program Promotes Behavioral Intention to Employed Males with Type 2 Diabetes, 33(5), 65, 2010.

田中小百合, 榎本妙子, 堀井節子, 三橋美和, 徳重あつ子, 福本恵: 地域住民の健康保持能力 (SOC) の強化に関する縦断的検討, *Strengthening of Local Residents' Sense of Coherence (SOC): A Longitudinal Study*, 33(5), 75, 2010.

小林秋恵, 當日雅代: 急性期病院において慢性期意識障害患者をケアする看護者の心理の構造, *Psychology of Nurses Caring for Patients with Chronic Loss of Consciousness at Acute Care Hospitals*, 33(5), 83, 2010.

関美奈子: 循環器系外来看護の連携を考慮した診療科と検査室の配置, *Position of Consultation Room for Collaboration of Nursing in Outpatient Department of the Circulatory System*, 33(5), 93, 2010.

本田光, 宇座美代子: 一次スクリーニングにおけるSOC(首尾一貫感覚)の使用可能性の検討－3歳児を持つ親のSOCと育児に対する心理的側面との関連性より－, *Reliability of the SOC (Sense of Coherence) in the Primary Screening for Parents: From the Relationship between the SOC of Parents of Three Year Old Children and the Psychological Aspects of Parenting*, 33(5), 101, 2010.

工藤恭子: 妊婦のキッチン使用時の保健指導のあり方に関する研究－妊婦のキッチン使用時の苦痛症状・不便さの実態調査を通して－, *Study on the State of Health Guidance: Use of the Kitchen for Pregnant Women*, 33(5), 109, 2010.

[技術実践報告]

岩城敏之, 上野栄一: 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*, 33(4), 123-129, 2010.

[資料・その他]

原祥子, 小野光美, 大畑政子, 岩郷しのぶ, 沼本教子: 介護老人保健施設におけるケアスタッフの看取りへのかかわりと揺らぎ, *End-of-life Care Provided and Emotional Instability Experienced by Care Staff of Elderly Care Facilities*, 33(1), 141-149, 2010.

加藤晶子, 森将晏: 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*, 33(4), 131-136, 2010.

小野奈津子, 星野明子, 桂敏樹: 若年女性の喫煙が習慣化するプロセスと非喫煙が継続するプロセス, *How Young Girls Develop the Habit of Smoking or Nonsmoking*, 33(5), 121, 2010.

上山さゆみ: 排尿ケア実施時の看護師の意識に関する研究, *Study of Nurses' Awareness While Performing Urinary Care*, 33(5), 131, 2010.

2. 論文著者索引

あ

赤木京子 33(1) 121
浅野みどり 33(5) 45
阿曾洋子 33(5) 25 33(5) 55

い

生田奈美可 33(1) 45
伊丹君和 33(2) 95
稲垣美智子 33(4) 41
伊部亜希 33(5) 25 33(5) 55
岩城敏之 33(4) 123
岩郷しのぶ 33(1) 141

う

上野栄一 33(4) 123
上山さゆみ 33(5) 131
宇座美代子 33(5) 101

え

遠藤良仁 33(2) 61

お

大畑政子 33(1) 141
大池美也子 33(4) 85
大浦ゆう子 33(4) 73
大江真琴 33(4) 115
大橋幸美 33(5) 45
小代仁美 33(2) 69
小野奈津子 33(5) 121
小野ミツ 33(1) 111
小野光美 33(1) 141

か

蛸崎奈津子 33(5) 15
加瀬田暢子 33(4) 97
桂敏樹 33(5) 121
加藤晶子 33(4) 131
加藤基子 33(4) 21
門間晶子 33(4) 21
神坂登世子 33(4) 73
神田清子 33(2) 23

き

木村克典 33(2) 49
木村静 33(5) 25 33(5) 55

く

草場知子 33(1) 69
工藤恭子 33(5) 109
國方弘子 33(4) 51
久留島美紀子 33(2) 95

こ

合田加代子 33(4) 51
五木田和枝 33(4) 115
小林秋恵 33(5) 83

さ

坂口桃子 33(2) 77
坂梨左織 33(4) 85
佐藤和子 33(1) 121

し

島田恵 33(4) 97

す

鈴木みゆき 33(5) 25, 33(5) 55
鈴木幸子 33(2) 77
住田陽子 33(2) 77

せ

関美奈子 33(5) 93

た

高島尚美 33(4) 115
高嶋伸子 33(4) 51
高田明美 33(4) 59
竹山育恵 33(4) 13
田中晶子 33(2) 103
田中小百合 33(5) 75
田邊美佐子 33(2) 23
玉田章 33(4) 13
田丸朋子 33(5) 25 33(5) 55

つ

辻よしみ 33(4) 51
對馬明美 33(1) 93, 33(5) 33

て

寺嶋朋恵 33(1) 103

と

道券夕紀子 33(2) 113
當目雅代 33(5) 83
徳重あつ子 33(5) 25, 33(5) 55
33(5) 75

な

永井邦芳 33(4) 31
中垣明美 33(1) 57
中添和代 33(4) 51
中村由子 33(1) 81
名倉真砂美 33(4) 13
植木野裕美 33(2) 69

に

西沢義子 33(1) 93, 33(5) 33

ぬ

沼本教子 33(1) 141

の

野村佳代 33(1) 103

は

長谷川智之 33(4) 13
原祥子 33(1) 141

ひ

姫野稔子 33(1) 111
廣瀬春次 33(1) 45

ふ

福本恵 33(5) 75
藤田君支 33(1) 121

藤 田 尚 子 33(2) **113**
藤 田 優 一 33(2) **85**
藤 原 千恵子 33(2) 85
布 施 淳 子 33(2) 61

ほ

星 野 明 子 33(5) 121
細 見 明 代 33(5) 25, 33(5) 55
堀 井 節 子 33(5) 75
堀 内 園 子 33(2) **35**
本 田 光 33(5) **101**
本 多 容 子 33(5) 25, 33(5) **55**

ま

前 田 ひとみ 33(1)133 , 33(4) 97
榎 本 妙 子 33(5) 33
松 下 年 子 33(4) 73

松 田 たみ子 33(4) 107
松 村 人 志 33(2) 49

み

三 上 佳 澄 33(1) **93**, 33(5) 33
三 上 勇 気 33(4) **31**
水 溪 雅 子 33(4) 31
三 橋 美 和 33(5) 75

む

村 上 美 華 33(1) **133**
村 上 礼 子 33(4) **107**

も

森 將 晏 33(4) 131
森 岡 郁 晴 33(2) 77

や

安 田 智 美 33(2) 113
山 口 曜 子 33(5) **65**
山 崎 松 美 33(4) **41**
山 本 真 実 33(4) **21**

よ

吉 井 忍 33(2) 113

わ

渡 辺 久 美 33(1) 103
渡 部 節 子 33(4) 115

3. 事 項 索 引

あ

足関節背屈	33(5) 55
足底圧	33(5) 55
足浴	33(5) 55

い

育児期	33(5) 45
育児不安	33(5) 101
意識	33(5) 131
移動援助	33(5) 25
意味づけ	33(2) 23
インセンティブ・スパイロメトリー	33(4) 13

う

運動療法	33(4) 41
------	----------

え

エイズ拠点病院	33(4) 97
HIV陽性者	33(4) 97

お

音	33(2) 95
親	33(5) 45

か

介護肯定感	33(2) 113
介護サービス	33(4) 59
介護負担感	33(2) 113
介護予防	33(1) 111
介護老人保健施設	33(1) 141
介入研究	33(1) 111
外来看護	33(5) 93
関わり	33(2) 35
家族	33(2) 103
家族介護者	33(1) 45, 33(2) 113
家族関係	33(5) 15
家族－看護師関係	33(1) 103
葛藤	33(2) 49
活動量	33(1) 121
換気機能	33(4) 13
看護	33(2) 35
看護学生	33(2) 69
看護学生 成人看護学臨地実習	33(4) 115

看護管理者	33(2) 61, 33(4) 73
看護師	33(1) 57, 33(2) 49
看護者	33(1) 93, 33(5) 83
看護動作	33(2) 95
患者教育	33(4) 41
患者の姿勢	33(1) 93
感情認知	33(1) 93

き

危機	33(1) 57
危険角度	33(2) 95
喫煙	33(5) 121
キッチン使用時間	33(5) 109
気分調査	33(1) 93
キャリア・アンカーメンターキャリア発達	33(2) 77
救急看護師	33(2) 103
急性期意識障害患者	33(2) 103
急性期病院	33(5) 83
強化	33(5) 75

く

駆血圧	33(4) 131
駆血帯装着方法	33(4) 131
グラウデッドセオリーアプローチ	33(5) 121

け

ケアスタッフ	33(1) 141
計画的行動理論	33(5) 65
頸部後屈	33(5) 25
研究成果活用	33(2) 61
健康保持能力	33(5) 75

こ

口唇口蓋手術	33(4) 85
口唇口蓋裂児	33(4) 85
広汎性発達障害児	33(4) 21
高齢者	33(2) 35, 33(4) 51,
	33(4) 59
コーピング	33(5) 33
呼吸訓練	33(4) 13
個人特性	33(2) 85
子育て	33(4) 21
戸建て団地	33(4) 51

こども	33(2) 69	診療科	33(5) 93
コミュニケーション	33(2) 103		
孤立死	33(4) 51	す	
混合病棟	33(2) 85	スクリーニング	33(5) 101
		ストレス	33(4) 115
さ		ストレス対処能力 (SOC)	33(4) 115
在宅看護	33(2) 113	ストレッサー	33(4) 115
在宅高齢者	33(1) 111, 33(5) 55		
在宅訪問調査	33(1) 121	せ	
在宅療養支援	33(4) 97	生活状況	33(1) 121
作業域	33(5) 25	生活の質	33(4) 59
		清拭	33(4) 107
し		精神科病棟	33(2) 49
自己管理意識	33(4) 123	精神看護	33(4) 31
自己効力感	33(4) 123	成人期	33(1) 57
姿勢改善	33(2) 95	積極的自尊感情	33(4) 51
質的研究	33(4) 59, 33(4) 85	全国調査	33(4) 97
質問紙	33(5) 45		
自閉症児	33(4) 21	そ	
褥瘡予防行動	33(2) 113	早期関節リウマチ	33(1) 69
尺度開発	33(1) 133, 33(5) 45	造血幹細胞移植	33(2) 23
若年女性	33(5) 121	相互理解	33(1) 103
修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ	33(4) 21	喪失	33(1) 45
縦断的検討	33(5) 75	阻害要因	33(2) 61
手術後	33(4) 13	組織的支援	33(2) 61
首尾一貫感覚	33(5) 101		
循環器系	33(5) 93	た	
循環機能	33(4) 107	体重増加率	33(4) 123
生涯発達	33(1) 57	態度	33(5) 33
小児がん	33(2) 23	タイプA	33(4) 31
小児看護学実習	33(2) 69	唾液中コルチゾール濃度	33(4) 115
小児病棟	33(2) 85		
上半身挙上角度	33(4) 107	ち	
静脈穿刺	33(4) 131	地域住民	33(5) 75
職業性ストレス	33(1) 133	知恵に根ざした行動	33(5) 15
職務ストレス	33(2) 85	中堅看護師	33(1) 81
除水制限	33(4) 123	中国人女性	33(5) 15
人工股関節全置換術	33(1) 121	躊躇	33(2) 69
新人看護師	33(1) 133		
心身の苦痛症状	33(5) 109	て	
親性	33(5) 45	ダイケア	33(2) 35
心臓リハビリテーション	33(4) 107	転倒予防	33(5) 55
心拍数	33(5) 25		
心理	33(5) 83	と	
心理過程	33(1) 69	透析合併症	33(4) 123

糖尿病	33(4) 41
糖尿病教育プログラム	33(5) 65

な

内的作業モデル	33(5) 33
---------	----------

に

2型糖尿病	33(5) 65
日常生活動作	33(4) 107
日本人男性	33(5) 15
人間関係	33(2) 69
妊娠	33(5) 109
認知行動理論	33(4) 31
認知症	33(1) 45, 33(2) 35
認定看護師	33(4) 73
妊婦	33(5) 15

は

配置転換	33(1) 81
排尿ケア	33(5) 131
歯の健康状態	33(4) 51
母親	33(4) 21
母親の経験	33(4) 85
母親の療養体験	33(2) 23

ひ

PAC分析	33(5) 33
泌尿器科看護師	33(5) 131

ふ

フットケア介入	33(1) 111
不便さ	33(5) 109
触れる	33(2) 103

ほ

保健師	33(5) 101
保健指導の要点	33(5) 109
ボディメカニクス	33(2) 95

ま

慢性期意識障害患者	33(5) 83
-----------	----------

み

看取り	33(1) 141
-----	-----------

め

メンタルヘルス	33(4) 31
---------	----------

も

目標	33(4) 59
----	----------

ゆ

有職者男性	33(5) 65
揺らぎ	33(1) 141

よ

要介護高齢者	33(1) 103
養護教諭	33(1) 93
腰部負担	33(5) 25
予期悲嘆	33(1) 45
抑うつモデル	33(4) 31

り

離職願望	33(2) 85
リハビリテーション	33(1) 69
療養行動	33(1) 69

ろ

ロジスティック回帰分析	33(5) 101
-------------	-----------

欧文

activities of daily living (ADL)	33(4) 107	development of a scale	33(1) 133, 33(5) 45
activity levels	33(1) 121	diabetes	33(4) 41
acute care hospital	33(5) 83	diabetes educational program	33(5) 65
acute disturbance of consciousness patient	33(2) 103	Dialysis complications	33(4) 123
adulthood	33(1) 57	dying alone	33(4) 51
AIDS core hospitals	33(4) 97	dynamic plantar pressure	33(5) 55
ankle dorsiflexion	33(5) 55	early childhood	33(5) 45
anticipatory grief	33(1) 45	early rheumatoid arthritis	33(1) 69
at-home visit investigation	33(1) 121	elder	33(4) 59
attitudes	33(5) 33	elderly	33(2) 35
awareness	33(5) 131	elderly care facility	33(1) 141
		elderly people	33(4) 51, 33(5) 55
backrest angle	33(4) 107	elderly person living at home	33(1) 111
barrier	33(2) 61	emergency nurse	33(2) 103
bed bath	33(4) 107	emotional instability	33(1) 141
body mechanics	33(2) 95	employed males	33(5) 65
breathing exercises	33(4) 13	end-of-life care	33(1) 141
		exercise	33(4) 41
cardiac rehabilitation	33(4) 107	family	33(2) 103
care staff	33(1) 141	family caregiver	33(1) 45
career anchor mentor career development	33(2) 77	family caregivers	33(2) 113
caregiving service	33(4) 59	fall prevention	33(5) 55
Certified nurses (CN)	33(4) 73	foot bath	33(5) 55
child	33(2) 69	foot care intervention	33(1) 111
child care	33(4) 21		
child nursing practicum	33(2) 69	grounded theory approach	33(5) 121
Children with Autism	33(4) 21		
children with cleft lip and palate	33(4) 85	health promotion and	33(1) 111
Children with Pervasive Developmental Disorders	33(4) 21	heart rates	33(5) 25
chinese women	33(5) 15	hemopoietic stem cell transplantation	33(2) 23
circulation system	33(4) 107	hesitation	33(2) 69
circulatory system	33(5) 93	Home care services	33(4) 97
clinical nurse	33(1) 93	home nursing	33(2) 113
cognitive behavior theory	33(4) 31	housing-development	33(4) 51
communication	33(2) 103		
conflict	33(2) 49	improve posture	33(2) 95
consultation room	33(5) 93	incentive spirometry	33(4) 13
coping	33(5) 33	inconvenience	33(5) 109
crises	33(1) 57	individual characteristic	33(2) 85
Cross-sectional study	33(4) 97	intellectual attitude	33(5) 15
		intention to resign	33(2) 85
dangerous angles	33(2) 95	internal working models	33(5) 33
dementia	33(1) 45, 33(2) 35	interpersonal relationship	33(2) 69
depression model	33(4) 31		

intervention study	33(1) 111	patient education	33(4) 41
japanese men	33(5) 15	patient posture	33(1) 93
job displacement	33(1) 81	patients with chronic loss of consciousness	33(5) 83
job stress	33(2) 85	pediatric cancer	33(2) 23
job stress	33(1) 133	pediatric ward	33(2) 85
labioplasty and palatoplasty	33(4) 85	People living with HIV/AIDS	33(4) 97
life span development	33(1) 57	perceived care burden	33(2) 113
limitation of the Body Fluid removal	33(4) 123	person of advanced years	33(1) 103
living condition	33(1) 121	personal attitude construct analysis	33(5) 33
local residents	33(5) 75	physical and mental writhing episodes	33(5) 109
longitudinal study	33(5) 75	positive self-esteem and depression	33(4) 51
loss	33(1) 45	postoperative	33(4) 13
low back load	33(5) 25	pregnancy	33(5) 15
main points of health guidance	33(5) 109	pregnant women	33(5) 109
mutual understanding	33(1) 103	pressure ulcer prevention behavior	33(2) 113
meaning	33(2) 23	proficient nurse	33(1) 81
mental health	33(4) 31	psychiatric nursing	33(4) 31
mixed with adults ward	33(2) 85	psychiatric ward	33(2) 49
Modified Grounded Theory Approach	33(4) 21	psychological process	33(1) 69
Mother	33(4) 21	psychology	33(5) 83
mother's experience	33(4) 85	public health nurse	33(5) 101
mother's recuperation experience	33(2) 23	qualitative research	33(4) 59, 33(4) 85
multiple logistic regression analysis	33(5) 101	quality of life	33(4) 59
neck dorsiflexion	33(5) 25	questionnaire	33(5) 45
new graduate nurses	33(1) 133	Rate of weight gain	33(4) 123
nurse	33(2) 49, 33(5) 83	recognition of feelings	33(1) 93
nurse administrator	33(2) 61	rehabilitation	33(1) 69
nurses	33(1) 57	relationship	33(2) 35
nursing	33(2) 35	relationship between family and nurse	33(1) 103
nursing actions	33(2) 95	relationship with family	33(5) 15
Nursing administrators	33(4) 73	research utilization	33(2) 61
nursing of outpatient department	33(5) 93	salivary cortisol level	33(4) 115
nursing students	33(2) 69	school nurse	33(1) 93
nursing students clinical practice in adult nursing	33(4) 115	screening	33(5) 101
objective	33(4) 59	Self-efficacy	33(4) 123
organizational support	33(2) 61	Self-management awareness	33(4) 123
parent	33(5) 45	sense of affirmation	33(2) 113
parenting	33(5) 45	sense of coherence	33(4) 115, 33(5) 75
parenting stress	33(5) 101	smoking	33(5) 121
		SOC	33(5) 101
		sound	33(2) 95
		strengthening	33(5) 75

stress	33(4) 115	transfer	33(5) 25
stressor	33(4) 115	type 2 diabetes	33(5) 65
		typeA	33(4) 31
the daycare	33(2) 35		
the mood inventory	33(1) 93	urinary care	33(5) 131
Theory planned behavior	33(5) 65	urology nursing	33(5) 131
therapeutic behavior	33(1) 69		
time of using the kitchen	33(5) 109	venipuncture	33(4) 131
tooth condition	33(4) 51	ventilatory function	33(4) 13
total hip arthroplasty	33(1) 121		
touch	33(2) 103	work space	33(5) 25
tourniquet installation method	33(4) 131		
tourniquet pressure	33(4) 131	young girl	33(5) 121

事務局便り

1. 平成22年度会費のご案内について

今回お送りした、学会雑誌33巻5号は、平成22年度最終号ですので、平成23年度用の会費振込用紙を同封いたしております。皆様には平成23年度も会員を継続して下さいようお願い申し上げます。平成23年度会費7,000円をお納め下さいますようお願いいたします。

平成23年度は、評議員選挙が行われます。平成23年5月末日までに会費未納の場合は、評議員選出規定第5条（被選挙人資格）、第6条（選挙人資格）を失うことになりますことをご承知お下さい。

2. 平成22年度会費未納の方へのお願い

平成22年度会費の納入がお済でない場合は、平成22年度と平成23年度の会費と合わせた金額14,000円をお振り込み下さいますようお願いいたします。定款第3章第8条第9条のとおり、年度末までに「次年度から退会」のお申し出がない限り、会員資格は自動的に継続されます。今年度はすでに33巻1号～4号を送付し、本日5号をお送りしております。年度末も迫っておりますので、お早めに平成22年度会費をお振込下さいますようお願いいたします。

なお、平成22年度会費納入の上で「平成23年度からの退会」を希望される方は、平成22年度内（平成23年3月31日まで）に事務局まで文書でお申出下さい。

会費・振込先は、下記の通りです。

記	
会 費	7,000円
郵便振込 口座番号	00100-6-37136
加入者名	一般社団法人日本看護研究学会

会員には同姓・同名の方がおりますので、お振込の際、必ず会員番号をご記入下さい。

A T Mによるお振込の場合、お名前、ご連絡先の記述がない場合があります。

必ずご記入の上、お振込下さいますようお願いいたします。

会員番号は、雑誌送付封筒のラベルに明記してあります。

ラベル見本

260-0015
千葉市中央区富士見2丁目22-6 富士ビル6F
千葉 花子
(3)(ち9999)(2009)
平成22年度会費をお支払い下さい。

①：地区番号

②：会員番号

③：会費最終納入年度

3. 送付先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。

4. 送付先不明者のご確認

学会誌32巻2・3号を送付後に下記の方が送付先不明で戻ってきました。ご存知の方は、ご本人、または事務局までご連絡下さいますようお願いいたします。

あ0332 相澤 和美 (2010)
お0983 岡崎 由樹 き0337 京谷 恵理 し0168 嶋森 好子 す0259 杉山 洋介 そ0043 蘭田 香織
た0965 田辺かおる に0264 西田 春仲 の0235 野澤奈々瀬 は0499 畑 知見 (2009)
し0398 正源 美穂 た0939 竹田 育子 は0487 橋本 紀子 (2008)

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	F A X	043-221-2332

日本看護研究学会雑誌

第33巻 5号

会員無料配布

平成22年12月20日 印刷

平成22年12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、仮登録することが出来ます。この手続きにより入会登録を迅速に処理することが出来ますのでできるだけそらをご利用下さい。)

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。ご注意ください。

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)以内にお願いします。
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。

(切り取り線より切り取ってお出しく下さい)

入 会 申 込 書

一般社団法人日本看護研究学会理事長 殿

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。)

申込年月日 年 月 日

フリガナ	氏名	専門区分	看護学・医学・その他 ()
氏名	性別	年 月	性 別
性別	男	女	
TEL	FAX		
住所	〒		
送付先住所	〒		
E-mail			
自宅	TEL	FAX	
評議員			
推薦者氏名			
推薦者所属			
理事会承認年月日			
局	受付番号		年度入会会員番号
入	受付日		巻 号
欄	通知番号		送付日

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	高根, 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

知識と実践を統合できる最新テキスト!!

小児看護学 1

小児と家族への系統的アプローチ

第2版

岡田洋子・荃津智子・井上由紀子・草薙美穂 著

B5判/226頁/定価2,730円(本体2,600円+税5%)

ISBN978-4-263-23544-7



テキストとしての
使いやすさを追求!

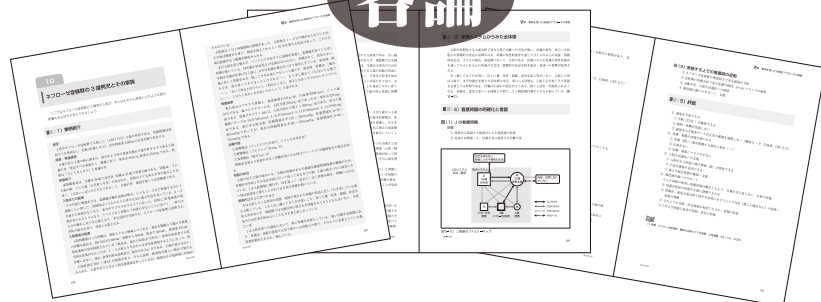
『小児看護学1 第1版』と
『小児看護学3 第1版』
を統合させ、改訂作業を行い
『小児看護学1 第2版』として
生まれ変わりました!



総論

総論→各論で理解が深まる!

各論



小児・家族看護の体系的・系統的
アプローチの実際を身近に遭遇する
事例をもとに展開。

多様な問題を抱えながらも
「信頼」と「敬愛」に満ちた本来の家族であるために、
あるいは本来の家族を取り戻すために…



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/>

