JOURNAL OF
JAPAN SOCIETY OF
NURSING RESEARCH
Volume 34 Number 1 April 2011 ISSN 0285-9262

日本看護研究学会雑誌

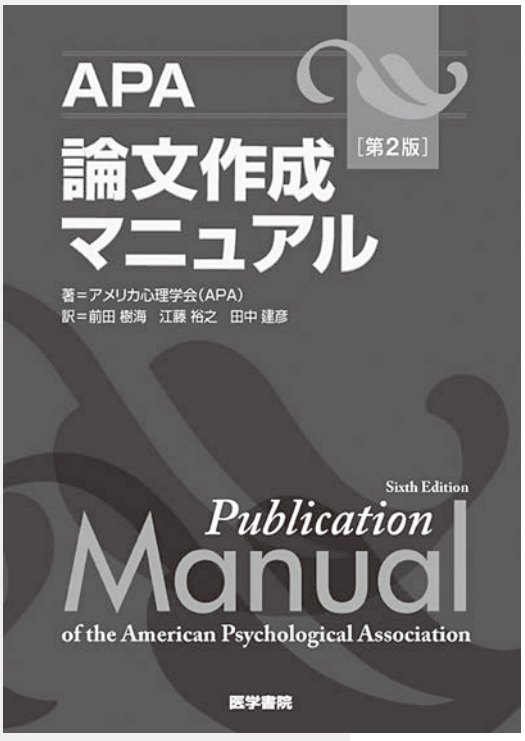
[34巻 1号]

Japan Society of Nursing Research

作業手順に沿って内容を再構成。使いやすさが倍増!

APA［第2版］論文作成マニュアル

著　アメリカ心理学会（APA）
訳　前田樹海　東京有明医療大学教授
　　江藤裕之　東北大学大学院准教授
　　田中建彦　前・長野県看護大学教授



■本書の特徴

論文執筆マニュアルとして定評ある書の最新版。使いやすくすることをめざして大幅に改訂された。作業手順に沿って内容を再構成したほか、倫理的配慮、オンライン補足資料の利用と作成、図・表、グラフなどの作成手順、統計的手法、オンラインでの文献検索などについての記述を加筆・修正している。論文や図表の見本を一新。教育学、心理学、社会学、看護学、行動科学系の論文執筆マニュアルとして最適。

●B5　頁328　2011年
定価3,990円（本体3,800円+税5%）
[ISBN978-4-260-01220-1]
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。

■目次

第１章　論文執筆にあたって
論文の種類／論文発表の倫理基準と法的基準／科学的知識の正確さの保証／研究参加者の権利の擁護／知的財産権の保護

第２章　論文原稿の構成と内容
学術論文報告基準／論文を構成する各セクション／論文原稿のサンプル

第３章　文章を簡潔・明瞭に書く技術
論文の構成／文章スタイル／偏見のない文章表現／偏見のない文章表現のための基本的ガイドライン／偏見のない文章表現のための項目別ガイドライン／文法と語法

第４章　論文スタイルの技巧
句読法／綴り／複合語表記の一般原則１／複合語表記の一般原則２／複合語表記の一般原則３／複合語表記の一般原則４／複合語表記の一般原則５／大文字使用／イタリック体／省略形／数／メートル法表示／統計や数式を含む原稿／等式

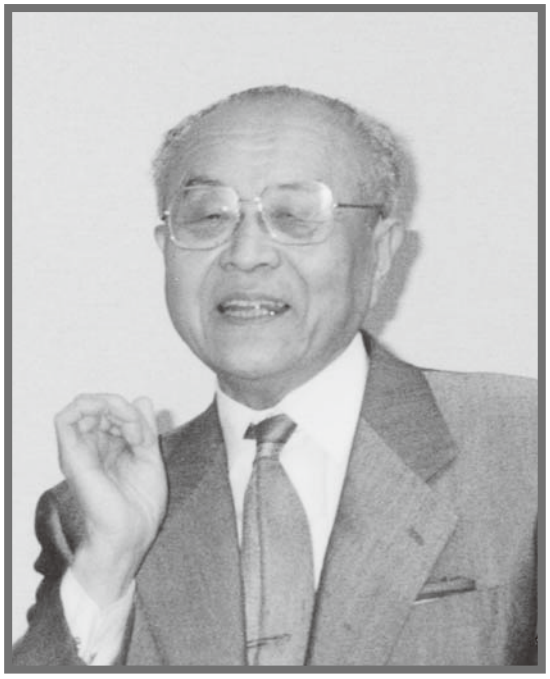
第５章　結果の表示
表と図の一般的な手引き／表／図／電気生理学，放射線学，その他の生物学的データの提示

第６章　引用と出典
引用を行なうべき時／引用と要約／本文中の文献引用／文献リスト／引用文献の構成要素

第７章　引用文献の表記例
参考資料（文献）の種類／タイプ別の用例／付録 7.1 法的資料の引用

第８章　学術論文の出版プロセス
編集のプロセス／著者の責任

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



村越康一先生のご逝去を悼んで

一般社団法人日本看護研究学会理事
（茨城県立医療大学）
松　田　たみ子

平成21年８月18日，名誉会員村越康一先生がご逝去されました。享年95歳でございました。謹んでご冥福をお祈り申し上げます。

先生は，本学会の前身の四大学看護学研究会発足時から，本学会の発展に多大な貢献をなされました。評議員，理事を歴任されたことはもちろんですが，特に奨学会は，看護学研究者を支援するために，村越先生が御定年退任時の退職金をご寄付くださったことにより設立されたものであります。奨学会に申請できるような研究をするということは学会員の１つの目標ともなり，今日も尚，奨学会は学会員の研究を支援する事業として本学会の中で重要な位置づけにあります。村越先生が看護学の研究者の育成，看護学の発展を願ってくださったご遺志を引き継いでいかねばならないと改めて感じております。

先生は，学術集会にご出席されると熱心に発表を聞いてくださり，研究発表に対し鋭い質問をされて，的確なご指導をしてくださったことが思い出されます。会場で出会うと手を上げて「ヤアッ」と挨拶を返してくださり，そのお姿は私達に安心感を与えてくださいました。学術集会にご出席いただかなくなってからは，学会からのご連絡を差し上げることをご辞退され，後輩に気遣いをさせないようご配慮くださいました。

晩年の先生は，同窓生の話によりますと，『先生はお会いすると，“昔の思い出話をする”というのではなく，現在と将来の課題に目を向けていらっしゃって，話すこともそのような内容が多く，いつも明るく，新しいことに関心をもたれて過ごされていらっしゃった』とのことです。

教え子や学会員のことを気にかけてくださり，優しく接してくださる一方で，学問に対しては厳しかったことが，今はとても有難く懐かしく感じられます。平成20年にいただいた先生からの最後の年賀状は『もう君達の時代だ，世界に輝いてください。』と自筆で書いてくださったものでした。村越先生が私たちに託してくださった看護学の発展への思いを礎に，一般社団法人となって新たな時代を歩んでいる日本看護研究学会の発展をこれからもずっと見守っていただきたいと思います。

会　　告（1）

平成23年２月10日から一般社団法人　日本看護研究学会編集委員に２名増員となりました。

柴　山　健　三 氏　椙山女学園大学看護学部

村　岡　宏　子 氏　東邦大学医学部看護学科

任期は，平成24年社員総会前日までとする。

平成23年４月１日

一般社団法人

日本看護研究学会

理事長　山　口　桂　子

会　　告（2）

平成23年２月14日から一般社団法人　日本看護研究学会編集委員に１名増員となりました。

片　岡　純 氏　愛知県立大学看護学部

任期は，平成24年社員総会前日までとする。

平成23年４月１日

一般社団法人

日本看護研究学会

理事長　山　口　桂　子

会　　告（3）

日本看護研究学会雑誌33巻５号掲載を下記の通り訂正いたします。

⑴　以下の通り訂正いたします。

目次

誤　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

正　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 …… 109
北海道文教大学短期大学部幼児保育学科　工　藤　恭　子

⑵　以下の通り訂正いたします。

P109 タイトル

誤　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－

正　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

(3) 以下の通り訂正いたします。

P119 Abstract

誤

Abstract

We investigated circumstances surrounding the symptoms of distress and inconvenience experienced by expectant mothers in the kitchen, in an attempt to define a suitable ‘health guidance for expectant mothers in the kitchen’. We conducted a questionnaire survey for 40 mothers (response rate 75%) in city ‘S’ during the postnatal, newborn baby home visits made by local public health nurses as well as an interview and observational survey for an expectant mother ‘M’. (1) We found no significant difference in the kitchen-usage duration between before and during pregnancy (p=0.390), while 18.5% of respondents reported receiving assistance from their husbands. (2) In terms of symptoms of distress, lower back pain and fatigue intensified during months 7 and 8 of pregnancy, fatigue reached its peak and leg pain and oedema intensified during months 9 and 10 of pregnancy. (3) Emotional instability was apparent throughout the period of pregnancy, though mothers in a group termed the ‘non-ideal body weight gain group’ were significantly more likely to answer positive to having experienced emotional instability (p=0.003). (4) The three most prevalent inconveniences were ‘abdomen feels heavy’. ‘difficulty bending over’ and ‘inability to reach out’. These results have suggested that involving the husband’s cooperation and practical contrivances such as changing the position of home furnishings like storage shelves, chairs and the refrigerator are important aspects of health education for expectant mothers in the kitchen.

正

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 our 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.

会　　告（4）

平成23年４月20日

第37回一般社団法人
日本看護研究学会学術集会
会長　黒　田　裕　子

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 ―

期　日：平成23年８月７日（日），８日（月）
会　場：パシフィコ横浜会議センター
〒220-0012　横浜市西区みなとみらい１－１－１　URL:http:/www.pacifico.co.jp

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：「Metasynthesis: A Goldmine for Evidence-Based Practice」
（メタ統合：エビデンスに基づく実践（EBP）のための金鉱）
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　幸惠（日本赤十字広島看護大学学長）

招聘講演Ⅱ：「Developing a Program of Research that is Knowledge Driven and not Method Limited」
（方法に限定されるのではなく，知識にもたらされる研究プログラムの立案）
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：渡邉　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（大阪医科大学看護学部教授）

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・病院チャプレン）

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 Guidline 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
日時：平成23年８月７日（日）　14時20分～17時30分
会場：３階　海側ロビー（予定）

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）
永田　　明（愛媛大学大学院医学系研究科助教）
日時：平成23年８月７日（日）　14時20分～17時30分（予定）

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」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（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。

＜事前のプレカンファレ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。

以上

目　　次

ー原　著ー

脳血管障害患者の日常生活活動拡大に関する研究
－意欲，自己効力感，自己効力感形成の情報源との関係に焦点をあてて－ …… 47
愛媛県立医療技術大学保健科学部看護学科　魚　尾　淳　子
宇部フロンティア大学人間健康学部看護学科　河　野　保　子

20～30歳代女性喫煙者の喫煙の意味と禁煙の意思の構造 …… 61
神戸常盤大学保健科学部看護学科　松　本　泉　美

呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者の体験 …… 73
群馬県立県民健康科学大学看護学部看護学科　橋　本　晴　美
群馬大学大学院医学系研究科　神　田　清　子

女性看護師の離職に関連する要因
－関東地域一般病床200床以上の病院勤務看護師の縦断研究から－ …… 85
目白大学看護学部　荒　川　千　秋

コミュニケーションにおける看護学生の感受性および非言語メッセージと患者満足度の関係
－模擬患者とのコミュニケーション場面を通して－ …… 93
岡山県立大学保健福祉学部看護学科　髙　林　範　子
森ノ宮医療大学　村　上　生　美

ー研究報告ー

精神障害者のスピリチュアリティ，気分および病気の意味 …… 101
聖マリア学院大学看護学部　安　藤　満　代
聖マリア学院大学看護学部　谷　　多江子
群馬大学医学部保健学科　小笠原　映　子

溺水による低酸素性脳症児の母親の心理的プロセス …… 107
神戸常盤大学保健科学部看護学科　羽　畑　正　孝
神戸常盤大学保健科学部看護学科　鈴　木　ひとみ
滋賀医科大学医学部看護学科　畑　下　博　世

訪問看護ステーション管理者の営業を含めた経営能力と収益との関連 …… 117
山形大学医学部付属病院　藤　井　千　里
北海道大学大学院保健科学研究院　赤　間　明　子
山形大学医学部看護学科　大　竹　まり子
山形大学医学部看護学科　鈴　木　育　子
山形大学医学部看護学科　細　谷　たき子
山形大学医学部看護学科　小　林　淳　子
東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科　佐　藤　千　史
北海道大学大学院保健科学研究院　叶　谷　由　佳

使用後紙おむつの臭気に対する発酵資材の消臭効果の検討 …… 131
国際医療福祉大学　新　野　峰　子

看護退院サマリーの他施設への送付の実態と問題について
－Ａ県の実態調査より－ …… 137
名古屋市立大学　守　田　恵理子
名古屋大学　太　田　勝　正

集中治療室へ配置転換した看護師が直面する困難 …… 149
元浜松医科大学医学部看護学科　長　山　有香理
静岡県立大学看護学部　白　尾　久美子
浜松医科大学医学部看護学科　野　澤　明　子

－総　説－
国内外における遺族研究の動向と今後の課題 …… 161
山口大学大学院医学系研究科　立　野　淳　子
山口大学大学院医学系研究科　山　勢　博　彰
日本赤十字九州国際看護大学　山　勢　善　江

－資料・その他－
透析歴３年以上の血液透析患者の特性・信念およびセルフケアの１年後の変化 …… 171
東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻地域看護学分野　武　内　奈緒子
東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻地域看護学分野　村　嶋　幸　代

看護師が認識する療養している高齢者のセルフケアとセルフケアに関連する要因 …… 181
新潟青陵大学看護学科　金　子　史　代

１分間区分における各睡眠段階の心拍変動パワースペクトル指標値の比較 …… 191
兵庫県立大学看護学部　谷　田　恵　子
郡山健康科学専門学校　楊　箸　隆　哉
長野県看護大学　本　田　智　子
兵庫県立大学看護学部　柴　田　真　志

CONTENTS

Original Papers

Research on the Expansion of Activities of Daily Living Stroke Patients Focusing on the Relationship to will, Self-Efficacy and Sources to form Self-Efficacy 47
Ehime Prefectural University of Health Science：Junko Uoo
Ube Frontier University：Yasuko Kawano

The Meaning of Smoking and the Attitude to Quit Smoking Among Female Smokers in Their 20s and 30s 61
Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kobe Tokiwa University：Izumi Matsumoto

The Experiences of Patients with Advanced Lung Cancer Having Dyspnea During the Treatment Period 73
Faculty of Nursing, Department of Nursing, Gunma Prefectural College of Health Sciences：Harumi Hashimoto
Graduate School of Medicine, Gunma University：Kiyoko Kanda

Factors Affecting the Resignation of Female Nurses: Longitudinal Study of Nurses Working at Hospitals with more than 200 Beds in the General Ward in the Kanto Region 85
Faculty of Nursing, Mejiro University：Chiaki Arakawa

The Relationship of the Sensitivity and the Nonverbal Message in Nursing Students to the Satisfaction of the Patient in the Communication between the Students and the Patient — An Analysis of the Communication Scene between the Students and the Simulated Patient — 93
Faculty of Health and Welfare Science, Department of Nursing, Okayama Prefectural University：Noriko Takabayashi
Morinomiya University of Medical Science：Ikumi Murakami

Research Reports

Spirituality, Mood, and Meanings of Illness of Mental Disorders 101
Faculty of Nursing, St. Mary's College：Michiyo Ando
Faculty of Nursing, St. Mary's College：Taeko Tani
School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Gunma University：Eiko Ogasawara

The Psychological Process for Their Mothers of Children With Hypoxic Encephalopathy After Near Drowning 107
Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kobe Tokiwa University：Masataka Habata
Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kobe Tokiwa University：Hitomi Suzuki
Faculty of Nursing, School of Medicine, Shiga University of Medical Science：Hiroyo Hatashita

The Relation Between the Manager's Administrative Abilities Including Business Activities in Visiting Nursing Stations and the Station's Financial Profits 117
Yamagata University School Hospital of Medicine：Chisato Fujii
Faculty of Health Sciences, Hokkaido University：Akiko Akama
School of Nursing, Yamagata University：Mariko Ohtake
School of Nursing, Yamagata University：Ikuko Suzuki
School of Nursing, Yamagata University：Takiko Hosoya
School of Nursing, Yamagata University：Atsuko Kobayashi
Graduate School of Health Care Sciences, Tokyo Medical and Dental University：Chifumi Sato
Faculty of Health Sciences, Hokkaido University：Yuka Kanoya

Examination of Removed Odor of Fermented Materials to Stench of Paper Diaper after Use 131
International University of Health and Welfare：Niino Mineko

Current Status of Nursing Discharge Summaries in One Prefecture 137
Nagoya City University：Eriko Morita
Nagoya University：Katsumasa Ota

Difficulties Encountered by Nurses Transferred to Intensive Care Units 149
Formerly, Faculty of Nursing, Hamamatsu University School of Medicine：Yukari Nagayama
School of Nursing, University of Shizuoka：Kumiko Shirao
Faculty of Nursing, Hamamatsu University School of Medicine：Akiko Nozawa

General Remark

The Trend of Research About Bereaved Family and the Further Subjects in Japan and Overseas 161
Yamaguchi University Graduate School of Medicine：Junko Tatsuno
Yamaguchi University Graduate School of Medicine：Hiroaki Yamase
The Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing：Yoshie Yamase

Preliminary Sessions

One-Year Follow-Up of Characteristics, Beliefs and Self-care Among Patients Receiving Hemodialysis over Three Years 171
Department of Community Health Nursing, Division of Health Sciences and Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo：Naoko Takeuchi
Department of Community Health Nursing, Division of Health Sciences and Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo：Sachiyo Murashima

The Self-Care and Factors Related to the Self-Care of Elderly People who Undergoing Medical treatment Recognized by Nurses 181
Niigata Seiryo University, Department of Nursing：Fumiyo Kaneko

Comparisons of Power Spectral Indices of Heart Rate Variability at Each Sleep Stage Using One-minute Segment Analysis 191
College of Nursing Art & Science, University of Hyogo：Keiko Tanida
Koriyama Institute of Health Science：Ryuuya Yanagihashi
Nagano College of Nursing：Tomoko Honda
College of Nursing Art & Science, University of Hyogo：Masashi Shibata

第　36　回

日本看護研究学会学術集会

講演記事（1）

2010年８月21日（土）・８月22日（日）

会長　　深　井　喜代子

於　　岡山コンベンションセンター
　　岡山市デジタルミュージアム

◆会 長 講 演◆

ヒトの痛みを問い続けて

岡山大学大学院保健学研究科　教授　深　井　喜代子

私どもが‘痛み’に関心を持つようになりましたのは，高知女子大学で看護学を学んでいたときでした。それまで神経生理学者として自律神経中枢機構（特に橋排便反射中枢）の解析をやっておりましたので，看護学者になったら‘便秘’はテーマにしなければと思っていました。ただ，せっかく看護学の門を叩いたものですから，せめてもう一つ，新しいライフワークが欲しかったのです。そして，看護学の勉強を始めてほどなく，‘痛み’というテーマにたどり着きました。おそらく，講義や臨床実習を通して見えた看護の対象のイメージが‘痛む人々’であったからでしょう。ただ，今振り返りますと，そのころの私の関心は，‘便秘constipation’というテーマを思いついたときと同様に，‘痛みpain’そのものでした。換言すれば，私が‘便秘’や‘痛み’を捉える視座は基本的には‘生物学モデル’に立つものだったといえましょう。しかし，臨地実習で看護の実践を学び，卒業して看護師として臨床を経験し，さらに痛みに苦しむ人々に相談者・研究者として接するうちに，私自身の痛み研究の視点は次第に看護モデルへと移っていきました。つまり，‘痛みに苦しむ人が見えてこない研究は看護における痛み研究ではない’と考えるようになったのです。その考えに至らしめた決定的な理由は，「‘ヒト（人間）の痛み’は（たとえ認知レベル以外のすべての神経要素が，痛覚が現存することを証明していても）‘痛い’という本人の訴えがなければ存在しない」という痛みの根本的な定義でした。生物学では痛みは単に感覚の一種ですが，痛み学（疼痛学）では痛みは感覚であるとともに‘個人体験’であると考えるのです。痛みの，この‘主観’を最重視するという定義は自然科学の世界で生きてきた私には驚くべきことでした。そして，時を経て，私自身が看護学者としての自覚を深めていくにつれ，「対象の主観を重視する」という根本原則は看護学研究にあまねく通じる理念であり，実践をもつ科学であることの証明であると思うようになりました。このように，看護学研究者として痛みをテーマに選んだおかげで，私は看護における研究とは何かを常に意識する習慣が身についたのかも知れません。

本学術集会のテーマを『看護における研究の未来を問う』とさせていただきました。これは，私どもが専門とする研究領域がまさに直面している課題でもあります。本学術集会におきまして，このテーマを‘看護における痛み研究（Pain Research in Nursing）’に重ねてお示ししながら，看護における研究の未来について皆様とともに考えて参りたいと存じます。

❖ 生物からヒトへ，ヒトから人へ

高知女子大学に入学して看護学を学び始めたころ，象徴的なエピソードがありました。それは，看護学系科目のレポートで私が人間を指すとき「ヒト」と書いたのですが，そのすべての箇所が赤字「人」と漢字に訂正されていました。学生時代に専攻した生物学，生業としていた生理学で，生物の種speciesとしての人間は日本語では「ヒト」と記述することが常識でしたから，学問の文脈の中で「人」と書くことからして，自分が乗り越えなければならない看護学の最初の壁を見た気がしました。まさにカルチャーショックでした。ただ，あまりにもかけ離れたルールだったので，素直に受け入れ，使い分けることができたように思います。看護学概論で学んだ，「看護の対象は（細胞や組織ではなく）生活者である」ということを，入門早々，思い知ることが出来た体験でした。このエピソードは今思えば，私どもの看護者・看護学者への転身（変身）のための第一歩を象徴しているように思えます。

❖ 患者はなぜ相談室を訪れるのか

私は2004年５月から，岡山大学病院の総合患者支援センターで「痛みの相談室（ペインクリニック）」を週１回，２時間開室しています。麻酔科外来とは独立した，純粋に患者サービスとして疼痛看護学研究者のアイデンティティでやらせていただいています。忙しくて休室することが多く，大繁盛というわけではないのですが，不思議に患者さんはほとんど途切れることなく訪れます。面接は「痛みの訴えを徹底的に聴く」「痛みを周到に観察する」「痛みを患者さんとともに洞察する」というポリシーでやっています。血圧計や痛覚計測機器（最近ではニプロ社のPAIN VISIONも設置）も置いていますが，大半の時間を聴くこと，観察することに費やします。痛みの相談室を訪れる患者さんは何年何十年あるいは人生の大半を痛みとともに過ごしてきた方々で，そのPain Historyは膨大です。１回２時間ではとても語り尽くせるものではありません。長く複

雑に入り組んだ痛みの人生物語は，聴く方もエネルギーが要ります。（痛みの問題を解決してもらえないので）多くの医師，診療科を転々としてきた受診歴，ときには悩み相談と誤解されそうな話題（痛みが原因で生じた家族不和など），主訴に沿って局所から視診・触診で判明した全身に存在する痛みなど，相談後の整理が追いつかないほどです。

私どもはクリニックで，疼痛学を専門とする研究者として，そして現役ではないですが看護師のはしくれとして，患者さんの痛みを徹底的にアセスメントし，痛みを多角的に理解・解釈して少しでも痛みを軽減する対策を患者さんと一緒に考えていきます。外科療法や薬物療法はできませんが，そういうことを求めて来られる患者さんはいません。それより，「痛みの相談室」が痛みで弱り果てた患者さんにとっての「拠り所」のような場所になっているということかもしれません。医師を批判するつもりはありませんが，今や世界の常識となっている「がん疼痛」でない‘ふつうの慢性痛’を持つ患者の悲劇がここにあると言えます。さらに，こうした高度医療を提供する先進的な大病院が痛みに悩みながら生活する人々を救うことが出来ないという状況は，現代医療の構造上の欠陥を反映しているかもしれません。現代医療に見放された痛みをもつ患者への対応を担う職種は，もはや看護職を置いてほかにないようにすら思えます。なぜなら，看護活動の目標が「対象の健康生活上の問題解決」だからです。さりとて痛みのアセスメントは容易ではありません。現在の専門看護師や認定看護師制度では「全ての痛みとその看護」のエキスパートはまだ養成されていません。そういう背景があるので，私のような臨床経験があるだけでスペシャリストの資格はなくても，長くヒト（ここではこちらを使います）の痛み研究を手掛けてきた疼痛看護学者ということで，患者さんたちは藁をも掴みたい思いで「痛みの相談室」に来られるのかもしれません。

❖ 理想のペインクリニックに学ぶ

昨年，我が国の痛み学の先駆者の一人である熊澤孝朗先生が亡くなられました。私が神経生理学者だった二十代の頃，似たような仕事をしていた関係上，学会や研究会でよく教室員ぐるみでご一緒することがありました。私のことを記憶されていたようで，看護学で痛みをやるようになって間もなく先生の方から電話がありました。「‘痛み’の臨床ではどうしても看護師に活躍してもらわないといけない。その旗頭になって欲しい」と，当時看護学関係者がほとんど入会していなかった「日本疼痛学会」に強引に入会させられ，理事の特別推薦で評議員にもさせられてしまいました。

その熊澤先生の紹介で，2010年３月，目を見張るような痛みの治療を展開する疼痛外来を訪問することができました。実は私はこの領域の専門家が少ないなか，いわば独学で「疼痛看護学研究」と「痛み相談」をやってきたのですが，そのあり方や，今後の研究の方向性を模索するために，この領域のエキスパートからの示唆が欲しいと思っていたのです。本当は米国の世界的疼痛看護学者のMiascowski氏をたずねたかったのですが，去年は世界的なインフルエンザの流行で日程が組めず，渡航を断念しました。それで，以前から熊澤先生に「必見の理想のペインクリニックをやっている人物がいる」と言われていたのを思い出したのでした。

紹介を受けたのが東京慈恵会医科大学病院のペインクリニック（北原雅樹部長）です。北原先生は米国シアトルにあるワシントン大学メディカルセンターの有名なペインセンター（UWMPC）で４年間研修した麻酔医です。唐突な訪問依頼にもかかわらず，看護部長への挨拶機会（つてがないので素通りするところでしたが）も工面するなど，初対面の私に過分に礼を尽くしてくださいました。先生は快活で親しみやすく，痛みに悩む患者さんがホッとするような雰囲気を持っておられ，ペインクリニックの鏡のような方だと思いました。そして，目を見張るようなそのペインクリニック外来での診療風景を，部長直々の解説付きで（患者さんへのインフォームドコンセントもとっていただいて），VIP待遇で見学（というより半ば体験）したわけです。外来では医師が５名くらい（研修医を除く数），看護師２名，サイエンティストで療法士や鍼灸師の資格をもつ研修者（当日は２名）など，一般のペインクリニックではありえない数と職種が診療に携わっていました。その日，朝は８時半過ぎにはクリニックに入り，診療後にはゼミ（MelzackのPain講読，その日は看護職が発表当番でした）にも参加し，夜には病院近くの郷土料理の店で歓迎食事会と，相当タイトでしたが，充実した，しかし心身共に（心地よく）疲れたきった１日でした。

北原部長によるペインクリニックでのチーム医療スキームには，中心に痛みをもつ患者の大きな楕円が中心に置かれ，それを取り囲んで医師，看護師を始めとする多数の職種の楕円が互いに連携を取りながら１つになって患者に向かう様子が描かれていました。痛みの医療における「患者中心のチーム医療」のこれぞ手本という印象でした。そしてクリニックではそのとおりの実践が展開されていました。県外から飛行機を使って通院する疼痛患者，車椅子でこわばった表情で家族とともに診察室に入ってきた初診患者の（１時間後の）退室時の別人のような笑顔は，このクリニックでは日常のようでした。また，再来患者はスタッフとの談笑の中で行われる代替療法（薬物療法ではないの

です！）を継続して受けていたのも印象的でした。北原部長は「慢性的な筋・骨格系の痛みや頭痛の多くは筋の過緊張によるもの」と言われ，痛みの原因がはっきりしない限り，極力鎮痛薬は処方しないそうです。運動療法や電気治療は看護師が一手に引き受けていたのですが，患者の数が多すぎて悲鳴をあげていました。よく習熟した見事な技術と患者対応でした。

さらに印象に残ったのは，「日本では麻酔医には診断をくだす仕事がほとんどない」と言われたことです。我が国では麻酔医の主な仕事は術中の麻酔コントロールなので患者のアセスメント・診断ができにくい（必要ない）状況にあるのかもしれません。アメリカでの研修が始まって，疼痛外来に置かれた検眼鏡や内視鏡（痛み診断のための必須機器）が全く使えないので冷や汗が出たそうです。米国で，疼痛外来に来た患者を，問診はもちろん，頭のてっぺんからつま先まで徹底的に調べるやり方を学んで，患者の痛みをアセスメントするにはどうすべきかが分かったと言われました。

❖ 基本はアセスメント，されどアセスメント

私は日頃から知識や経験を重ねているつもりですが，正直なところ，痛みのアセスメントにはいつも苦労しています。クリニックを続けてよいものか迷うことさえあるほどです。看護過程はアセスメントから始まります。痛みの相談室でも，もちろん看護過程を踏襲しています。しかしながら，相談に訪れる患者さんの痛みのアセスメントは容易ではありません。特に，長期に慢性痛を抱えている患者さんの痛みを短時間で理解することは至難の業です。むしろ，じっくりと腰を据えて，視診や身体計測，行動やADLの観察，痛みそのものから日常生活状態全般に及ぶ入念な問診を重ねながら時間をかけて判断すべきでしょう。なぜならやっかいな痛み，とくに慢性痛に悩む患者さんの痛みは一口で言えるような単純なものではないからです。複数の痛み（種類や場所）であることが多く，可変性・可動性があり，日常生活活動を大小，様々に妨げます。

ところが，内心弱気になりかけていた私の懸念を，北原部長の「痛みのアセスメントは大変難しい」と言われた言葉が払拭してくれました。「やはりそうなのか…」と謎が解けた心地でした。医師は外来に来た患者さんに何らかの診断をし，治療を施すのが仕事です。ですから，私どものところに来る患者さんも皆さん医師から告げられた診断名を言われます。私は相談室開室以来，“その診断名を前提に”自分なりのアセスメントを“追加”していくようにしてきました。しかし，それは痛みのアセスメントにおいては，好ましいやり方でなかったようです。なぜなら，その（誤診かもしれない）診断名が先入観となって，患者さんが訪れた多くの医師たちだけでなく，私自身も自分の判断をゆがめていた可能性があるからです。北原部長は「日本の麻酔医は（手術室で仕事をすることが圧倒的に多いので）診断することに馴れていない」「一般医は痛みの診断は（本業からはずれるので）得意としないので，しばしば誤診して無効な薬を処方している」とも指摘しています。これは，相談室に来られる患者さんは外来で処方された鎮痛薬がほとんど効かないと言うことと一致します。

たった１日でしたが北原医師の下での研修以来，痛み相談にあたるとき，少なくとも迷いやとまどいはなくなりました。どんな不可解な痛みでも患者さんの訴えを辛抱強く聴き，入念に観察することで，患者さんとともに一定の理解に到達できるということ，つまり痛みの適切なアセスメント技術は看護モデルにあったということを確信できたようです。

❖ヒトの痛みをどう理解するかbench to bedside －再び人からヒトへ…？

私どもは看護生理学者と名乗るようになってから痛み研究に着手したわけですが，看護における痛み研究では「看護の対象の生活支援をする」という目的を見失ってはならないことを肝に銘じてきました。そして，最近では看護実践を向上させ，実践に科学的な根拠を提供するという目的も意識しています。別の表現をすれば，看護における研究の特徴は「実践者が魅力を感じること」のような気がします。したがって，かつて神経生理学者だったころのように，動物を使った単純な実験系で痛みのメカニズムを追究するような仕事はまずできません。また，そもそも動物は「痛い！」と言いませんので，ヒトの痛みを包括的に知るためのモデルにはなりにくいかもしれません。

痛みは感覚の一種ですが，音や光と違って他者と共有できません。つまり全く同じ痛みを同時に感じることは不可能な感覚です。これが「痛みは体験である」といわれる所以です。そして，看護界で痛み研究をやるようになってから知ったのですが，今現在に至っても決定的な「痛みの客観的指標」はまだ存在しません。痛みは生物学的現象でありながら，その客観指標がないという，自然科学の研究対象にはなりにくいものです。端的に言いますと，いかに末梢の痛覚神経が外傷性に異常興奮をしていようとも，本人が「痛くない」と言えば，臨床的には「無痛」と判断されるわけです。もちろん，そのような患者には痛み止めは与えられません。つまり生物学的痛み現象が証明できたからと言って，その患者が痛いと言わなければ痛みは存在しないということです。

そこで，われわれ研究者は少しでも的確に対象の痛みを知るために多くの手段を使うことになります。たとえば，

私どもが扱ってきた痛み反応（ヒトが痛いと感じるときに起こる生体の反応）の生理指標は局所発汗，血圧及び心拍数（実測値のほか，それぞれのスペクトル解析による自律神経活性），血液中のストレス物質（ACTH，アドレナリン，β-エンドルフィンの定量）などです。実験系を使う場合，臨床痛は（一様でないため）扱いにくいので実験的疼痛をしばしば利用しますが，実験痛誘発方法としてはpricking pain法（皮膚上の痛点を電気刺激して針刺し痛様の痛みを誘発）（Fukai，1996），冷水で痛みを起こすcold presser pain，爪根部の圧痛閾値（深井他，1999）などを用いてきました。とくにPricking pain法は痛点そのものを刺激するので再現性が高く，様々な鎮痛ケアの効果の検証研究に使ってきました。これらはマクロの痛みの生物学的検知手段です。

そして，どんな痛み研究でも必ず忘れてならないのは対象（subjectあるいはpatient）の痛みの主観的評価です。それには対象の訴え（痛み表現そのもの）のほかに，標準化されたいくつかの疼痛評価ツールです（Visual Analogue Scale, McGill Pain Questionnaire, 種々の行動評価尺度など）。このようなものを使って多次元的（multi-dimensional）に痛みと痛み反応を観察・測定し，そして評価します。これらは心理学的な痛みの検知手段といえましょう。

さらに，遺伝子や細胞内におけるシグナル伝達機序が急速に進歩した近年，痛みのミクロの（ナノレベルの）生物学的検知手段も知られるようになってきました。将来は看護学領域でも，細胞レベル，遺伝子レベルの痛み研究が登場する可能性は十分あります。

❖Bench to Bedside －再び人からヒトへ…？

最後に，看護学研究のこれからについて，少し言及しておきたいと思います。

今はまだ学位（博士号）を取るために（だけ）看護学以外の領域（自然科学や基礎医学など）で研究したが，学位取得後は（自分の職場ではそうした研究が継続できる環境がないので）以前の看護モデルを使った研究に戻る研究者もいるように思います。しかし，実は環境だけはなく，純粋科学では高度に抽象化した理論を扱うので，理論と実践のギャップが大きすぎて研究成果を容易に実践応用できないという，より現実的な理由があるのです。学問は進歩すればするほど俗世間の理解から遠ざかるというのが科学の世界の常識なのですから。わたしどもは，既成の学問から完成した科学的研究手法を身につけたこのような看護学研究者が，その研究手法を土産に，その資産（データ収集に関する知識と技術）を駆使した研究を看護学領域で発展していただきたいと切望します。いわば里帰りです。ちょうどルーツが生理学者である私どもが，生理学の知識と生理学実験の技術を看護学領域の研究に可能な限り使ってきたように。

Bench to Bedsideという言葉がありますが，これは基礎研究で得たエビデンスをベッドサイドで活用するという意味です（Benchは実験室のこと）。米国ではすでに10年以上前から，他の科学に引けをとらないハイレベルの看護学研究者たちがその研究成果（意味や価値）をどのように看護実践者に伝えれば理解してもらえるのか，応用してもらえるのかという悩みを持ち始めました。看護学研究が進歩すると，我が国でも同様の現象が起こることは十分考えられます。医学がすでにそうであるように，やがて看護学研究者も看護実践者もBench to Bedsideを意識する時代がくることでしょう。今日の話の初めに戻りますと，看護者がしかるべき文脈で人間を「ヒト」と書いても，非難されない時代が来る，とでも言いましょうか。そしてそのような時代がきても，看護学研究者は常に患者や看護実践者に役立ちたいと思い，看護実践者は実践への研究活用を常に考えることには変わりありません。

私どもの拙い疼痛看護の実践と研究から，とうとう，将来の看護における研究の将来にまで話しが及んでしまいました。看護学研究と看護実践の進歩を願ってやみません。そして，私自身も，命がある限り，少しでも痛みを持つ人々のお役に立てる研究にいそしんで参ります。ご静聴，ありがとうございました。

◆招 聘 講 演◆

Nursing the Mind at Work: Helping the Public Understand Nursing Practice and Research

Suzanne Gordon
award-winning journalist and author, U.S.A.

Thank you so much for inviting me to be with you today. I am deeply honored that you have included me in this important conference and asked me to speak about how nurses can better articulate their work to a broad public.

As I've often said, when nurses explain their critical work to the public they can transform the public view of nursing. Which is why I am hear today – to talk to about why it is so important for nurses to talk about their work and to consider what nurses should focus on when they do talk about their work.

We are meeting here today about a week after the celebration of the centenary of the death of Florence Nightingale on August 13, 2010. In a sense what I think of as the Nightingale problem plagues all of international nursing.

What do I mean by the Nightingale problem. Nightingale is thought of – even by nurses – and certainly by the public as the lady with the Lamp, the saintly, devoted do-gooder who, single handedly founded modern nursing.

Nightingale was definitely a pioneer in the education of nurses but she was not the founder of a the profession. Nor was she a saintly do-gooder.

Instead, as Sioban Nelson and I have recently written, she was a pioneer of health statistics and gathered data on infection and mortality rates. She used this data to develop scientific principles that covered everything from hospital design, sanitation, kitchens and diet, and importantly, the organization of care.

Nightingale is best known for her work in nursing. In fact, she is erroneously credited with "founding modern nursing." In fact, no one founded modern nursing. As an organized institutional intervention, nursing evolved over centuries.

Even in the 19th century, religious nurses, doctors and even writers like Charles Dickens were part of a movement to reform nursing. Nightingale may be the best remembered of these reformers, but she did not fly solo. What she did accomplish through her sheer grit and persistence was establish the first formal non-religious school for nurses at St. Thomas' Hospital.

Her best seller Notes on Nursing, which remains in print today, was actually a manual on the prevention of infection, nutrition, and symptom management that guided everyone involved in the care of the sick from households to hospitals.

Before Nightingale began her work, hospitals were too often frightening places, and patients risked leaving sicker than they were when they entered. All too often, they left, feet first. The reform movement that she led began the transformation of the hospital into a place that did not endanger but in fact benefited the sick.

Nightingale was also one of the first pioneers in public health and what those in that field would now call the "social determinants of health."

She was deeply concerned about the impact of the environment on health and firmly believed that improved housing, sanitation and diet were fundamental to improving health. She supported the development of home nursing to bring this message directly into the communities and houses of the poor to improve the health of children and to combat contagious disease.

One her great disappointments was that she failed to convince government to bring clean water to India before railroads. Had she succeeded cholera would not have cost the lives of millions of Indians in the nineteenth century and the battle to reduce infant mortality would have been won a century ago.

But how many people today know this about Nightingale? And how many people today – in Japan or elsewhere – really know about nursing?

I think we have to tell the world who Nigthingale really was and what she really did and we have to tell the world what nursing is and what nurses really do. And only nurses can address and remedy the Nightingale problem?

Let me ask you a question.

How many of you believe that the public trusts you, trusts nurses? Please raise your hands.

How many of you think most members of the public understand what nurses really do and the contributions they really make to the health care system? Raise your hands.

How many people know that nursing is a matter of life and death? How many people know that if nurses have to take care

of too many patients on a shift, patient mortality, as Linda Aiken and her colleagues document over and over again, rises as do preventable complications?

How many know about the kind of home care nursing Nightingale pioneered? How many know about nursing research? How many know that nurses use their brains not just their hearts and that their heart work is guided by their brain work?

So we have a paradox here. People trust you. But they don't understand what you do? So why do they trust you? Because you are nice? Sweet? Kind? Selfless? Or because you are knowledgeable, intelligent and save lives, prevent suffering and save money?

Unfortunately nursing can be visible and invisible to those to whom it matters most – the patients and families nurses work with.

For example, the mother of a friend was hospitalized for brain surgery. My friend spent a great deal of time in the hospital with her mother. When I asked her about the nursing care her mother received, she stated the usual. "Oh the nurses were so nice."

I asked her if she realized that the nurses were also constantly monitoring her mother's intercranial pressure to make sure that she was receiving enough blood supply to her brain cells-- that they were there to make sure she didn't get a urinary tract infection, wound infection or blood clot and that they were constantly on the alert for any possible medication errors or to manage any pain her mother might have experienced. "They did all that," my friend said, both with surprise and awe.

She knew all about the nurses' caring and kindness but little about their knowledge and competence. This kind of public ignorance about nursing leads health care administrators all over the world to cut back on nursing care at the very same time that they try to enhance patient safety.

No wonder, at least in my country, despite a decade of attention to patient safety hospital acquired infections are going up not down.

Why do people in positions of power fail to understand the consequential nature of nursing practice? Clearly it's because of traditional stereotypes about nursing. But it's also because nurses do not educate the public in ways that reverse those stereotypes. Or because nurses have come to believe that their work is too hard to describe.

When I ask nurses to describe their work, very often they tell me oh it's too hard to talk about. It's too diffuse, too vague, it can't be defined. But I have written thousands of pages about nursing and I am not a writer of fiction. I have been able to write about nursing because nurses have described their work to me and I have observed their work and asked them questions about it.

Here is what I think nurses do. Using their considerable knowledge --and their brains, not just their hearts --they protect patients from the risks and consequences, not only of illness, disability, and infirmity, but also of the treatment of illness.

And they protect patients from the risks that occur when illness and vulnerability make it difficult, impossible, or even lethal for patients to perform the activities of daily living, even ordinary acts like breathing, turning, going to the toilet unassisted, coughing, or swallowing.

In the process, nurses make sure patients survive not only physically but emotionally, and they help family members cope with their loved ones' illnesses and help them to assist in the process of recovery, coping, healing, or even dying.

They are critical clinical educators, helping patients learn to follow treatment regimens safely, to adjust to and recover from illness and disability, and to function in a world that disease and injury may have permanently altered.

What do nurses do?

They save lives, prevent complications, prevent suffering, and save money. The problem of course is that nurses, in a sense suffer from their success. The job of nurses is not only to restore people to health but to prevent terrible things from happening – to prevent illness in the first place and to prevent worse things from happening when people are ill.

The problem with prevention, however, is that when you prevent something from happening, what happens? Nothing. That's what happens. So people begin to forget that something had to happen in order for nothing to happen.

They begin to forget that the reason more people don't die in hospitals, and home care and rehabilitation hospitals is because of the actions nurses take. Some –like politicians and health ministers and insurers eager to save money – may actually begin to believe that it's inherently safe to go into the hospital, when in fact, it's inherently dangerous. They believe it's safe to get rid of or devalue nursing. And one of the reasons they can continue to believe this is that nurses do not explain their work effectively.

Why do nurses have such a hard time explaining the connection between nursing and patient care outcomes? I think it's because they've been educated and socialized to focus on their virtues rather than their knowledge and their concrete everyday practice. It's because, as we say in English, they wear their hearts not their brains on their sleeves and talk more about what they feel than what they know and do.

Indeed, I believe many of the problems of modern nursing stem from what historian and nurse academic Sioban Nelson

and I call the virtue script in nursing.

If you analyze the words and images of campaigns used to recruit nurses into the profession, or the stories nurses tell about their work nurses may not use the available research to fully explain why what they do is so critical to patient outcomes.

Although many studies, conducted by nursing, medical, and public health researchers, have documented the links among nursing care and lower rates of nosocomial infections, falls, pressure ulcers, deep-vein thrombosis, pulmonary embolism, medical errors, and deaths, most promotional campaigns and many stories nurses themselves tell about their work are conspicuous for their failure to promote these data.

Instead nurses focus on their honesty, and trustworthiness, their holism and humanism, their compassion and their caring. But they often do so in a way that sentimentalizes and trivializes the complex skills, including caring skills, nurses must acquire through education and experience – not simply individual inclination.

These images reinforce traditional female stereotypes and do not help us understand that when nurses engage in the most emotional and intimate aspects of their work, that the caring they mobilize is a complex skill.

After all, knowing when to talk to a patient about a sensitive issue, when to provide sensitive or disturbing information, when to move in close to hold a hand, or move away at a respectful distance, all are complex cognitive decisions a nurse makes that are based on equally complex skills and knowledge the nurse has mastered. But all too often the fact that caring is a skill is left out of the nursing story.

Nurses are still talking about themselves and portraying themselves – or allowing themselves to be talked about and portrayed – in the most highly gendered, almost religious terms and images. Indeed, as Sioban Nelson and I argue in our book Complexities of Care: Nursing Reconsidered, with the best intentions in the world, many modern nursing organizations and nurses reproduce and reinforce traditional images of nursing as self-sacrificing, devotional, altruistic, anonymous, silent work.

These images still reflect the religious origins of the profession, when nurses in religious orders were socialized to sacrifice every shred of their individual identity, to be obedient members of an anonymous mass. They hark back to an era when nurses were taught not to claim credit for their work and accomplishments but were instead supposed to view themselves divine instruments who willing assigned the credit for their accomplishments to God, the Bishop, the Abbot of the Mother Superior.

Most importantly, these images reflect a time when nurses were taught to Say little and Do Much because talk about a good deed was to turn it into a bad one – to exhibit the sin of pride. What nurses could accept were compliments for their deferential behavior and angelic virtues.

If you look closely at the history of the problem of nursing visibility, you see that this religious depiction of nursing was not only a relic of the origins of nursing in Christian penitential practice but was also part of the movement to professionalize nursing that grew in the 19th century.

In the 19th century, reformers like Nightingale adapted this religious framework to help women who wanted and needed to work outside of the home to find purposeful paid work. In a society where gender roles were very rigid, and people prized blushing innocence, reformers needed to make it safe for female nurses who had knowledge of anatomy were confronted with unpleasant, unladylike realities such as poverty and disease –when they were paid to care for strange men's bodies.

Nurse reformers helped women navigate this passage to this particular kind of paid work outside the home by using religious metaphors. The nuns cornette was modified into the nurses' cap. In English speaking countries, nurses were called sisters. Nurse reformers desexualized nurses by asking them to wear the ugliest uniform possible. Nursing students were not allowed to marry and were shut in cloister like dormitories near the hospital. Nurses were said to be self-sacrificing and morally superior and would thus create order out of the chaos of the 19th century hospital.

Focusing on nurses virtues also helped nurses in what was to become a long battle with medicine for what became, in the 19th century the highly contested terrain of the hospital. Before the 19th century very few doctors had ever set foot in a hospital. In the 19th century doctors were moving into the hospital in greater numbers and wanted to control the hospital.

They were not pleased to see a group of women who wanted authority and education competing for public regard. Doctors were happy to have trained nurses but only if they were their servants. They wanted nurses to know what to do and how to do it but not why they were doing it.

Because nursing at this time was feminized, women with no political, legal, economic and social power had to make a deal with medicine and the deal was that nurses could have virtues but knowledge. Again the religious template allowed nurses to negotiate this passage to purposeful work by making them safe from medicine.

Nursing was thus constructed in the 19th century as self-sacrificing, anonymous, devotional, altruistic work. The problem

is that this template reigns today, that nurses still often use this template to legitimate their work to the public. Look or listen to the images that nurses mobilize to talk about their work.

Here is just a sample. In the year 2000 the International Council of Nurses chose a pure white heart as the symbol of contemporary nursing. In the year 2002 the American Nurses Association used the logo – touching lives, lifting spirits, with an angel like figure hovering in the background for nurses week. In 2000, the Quebec Ordre of Nurses defined nursing as an expertise straight from the heart

And in 2002, the Ohio Health System celebrated nursing with the following:

People believe there are beings
That come to you in your darkest hour
Guide you when your life hangs in the balance
Cradle you.
Calm you.
Protect you.
Some people call them guardian angels.

We call them nurses.

These messages are so pervasive that they create a social feedback loop that reinforces and then reproduces the 19th century view that nurses are sentimental workers who may even act as agents of a higher power（God or the physician）. Through a complex historical process nurses inherit these virtuous images. Nurses then stress these images when they discuss their work.

Once this virtue script is relayed by nurses to other health care professionals, the public, patients, and the media, these groups broadcast the messages to an even wider audience. This audience then closes the social feedback when the idea is projected back on its source – nurses who then have to "live" the ideal.

I believe the public knows that you are kind and caring and compassionate. They know you talk to patients more than doctors.

What the public doesn't know is that your caring is a skilled activity and that you also participate in medical cures and have critical, life saving technological know-how.

How can you inform them that doctors don't do all the curing, that nurses make a difference in medical outcomes? That nursing is a package of medical, technical, caring, nursing know-how – that you save lives, prevent suffering and save money.

I believe you can do this by telling the whole story about nursing work by talking with the public and perhaps most importantly by talking with your patients. One of the things that I think you need to talk about is your knowledge of medicine and the fact that you participate in the process of cure, of medical innovation, and of diagnosis, prescription and treatment.

As I have observed nurses over the years, I have watched them deny not claim their participation in these activities. Although I have written a great deal about caring in nursing work, I am often uncomfortable with the way discussions of caring skirt perilously close to traditional female-gender stereotypes.

Rather than depicting caring as a skill--what Benner calls the "skill of involvement"--it almost seems as if nurses trivialize their caregiving skills by adopting the very sexist self-definitions that have been consistently used to denigrate and sentimentalize their work.

When I first went into the hospital to observe nurses, for example, I noticed how often nurses would almost robot-like repeat the phrase "nurses care and doctors cure." Or they recited the other popular mantra, "nurses are the patient's advocate." Or the equally popular "doctors take care of diseases and nurses take care of the people who have them."

Some academics and nurses' organizations translated these thoughts into more official-sounding statements used in the definition of nursing diagnosis, which puts nurses in charge of the "human response to illness," while doctors are in charge of, what, the inhuman response?

When I was writing my book Life Support Three Nurses on the Front Lines, I followed nurses on an oncology unit for two years. I watched these nurses administer chemotherapy, make sure it was effective, manage patients nausea and vomiting, patrol for infection, and make sure patients survived. Yet the nurses would always say that nurses care and doctors cure.

Yet, when one looked at who did the curing – as well as the caring – nurses did 80% of it. Why, I wondered, where they giving this away to medicine. Why were they allowing doctors to claim credit – as the nuns gave credit to God – for the work they did. Nurses always tell me that doctors get the adulation and admiration they get because they have power over life and death. Don't you?

When nurses tell their stories, they need to be clear about what they do and why they are doing it. Whenever I do a workshop I ask nurses to do the following exercise. Describe a situation in which the concrete routine daily activities of your work make a difference to patients. I ask nurses to recount their story in clear, ordinary language that a non-nurse or health care professional would understand.

I ask to explain what they are doing and why they are doing it and I ask them if possible to integrate facts and statistics into their stories. And I ask them to combine not counterpose their medical and technical skills and practice and their caring and ed-

ucational roles.

Yet all too often, will actually put down their medical, technical skill and knowledge. In a typical anecdote, an oncology nurse in a masters program wrote that, "People may think the most important part of being an oncology nurse is inserting an IV, accessing a port-a-catheter, administering anti-nausea medication, or infusing chemotherapy. This is not true. The part of my job that makes the greatest impact is educating a patient to take care of himself safely and efficiently at home."

Since the cancer patient isn't going to make it home at all if his IV isn't inserted correctly, his port-a-catheter safely accessed, his nausea managed, and his chemotherapy infused (indeed he could die if any of this goes awry) and the student taking care of the patient--since he wasn't a social worker, but a nurse--had to know more than family dynamics, I wondered why the students didn't construct their explanation as follows:

As an oncology nurse I do a number of critical things. I administer chemotherapy to cancer patients. As I do this I make sure their IVs are inserted correctly. If they are not, toxic chemotherapy drugs won't go into their veins and can leak under their skin, sometimes causing irritation or burns so severe the patient may require a skin graft.

I access devices that deliver chemotherapy directly into their subclavian veins carefully so that patients don't develop central veinous catheter line infections that can cost and can kill them.

I make sure they do not develop the kind of nausea and vomiting that could leave them dehydrated and malnourished requiring additional hospitalization and I make sure the chemotherapy is delivered into their veins so their cancer will go into remission.

Once all this is accomplished the patient is able to go home and I make sure to educate the patient so they can recognize any symptoms of infection that might result from their chemotherapy or deal with the many emotional problems cancer patients face.

All of this is critical. If the nurse does not do the first set of activities the patient will not be able to go home and so the nurse will not be able to educate her before she goes home. In fact, if she does not do all the activities this nurse devalued, the patient may even die.

You can tell stories like this to patients, to your own family members, to the public and to journalists. As organizations, you can promote nursing knowledge. Like the British Columbia Nurses Union did in this ad.

The only way the public can understand the value of the work you do is if nurses talk about their work and transform traditional gender based religious images of nursing. You need to talk about nursing as it really is. I would like to read an example of how a nurse talks about nursing from my new book When Chicken Soup Isn't Enough.

Wake up!

Brenda Carle

My fingers gently lift my patient's swollen eyelids to look into his eyes as he is recovering from coronary artery bypass surgery. I move the small light to assess pupil reaction. As I explain the reasons for my neurological assessment to my non-responding patient, I'm asking myself, "Why is he not waking up? Surgery was 2 days ago!"

I smile at his wife who anxiously watches me as I confirm his stable cardiac rhythm, monitor his blood pressure, and assure the vasoactive medications that are dripping into his central line catheter have not infiltrated.

It's the moment for me to question everything: Have we prevented air embolism, deep vein thrombosis, arterial occlusion? Have cerebral perfusion pressures been adequate? Is cardiac output consistently stable? Is he oxygenating well? Consider lab results. Consider medication effect. I want to collaborate with the cardiothoracic surgeon to brainstorm etiology of comatose state post surgery and intervene to improve patient status.

The cardiologist is standing at the chart now and with a quick look into the room casually comments, "Still hasn't woken up yet? Let's give him more time."

As he walks away, I say "I am curious about his thiocyanate level since he is on Nitroprusside to control his hypertension. Or can we get a CT Scan to rule out stroke?"

The physician does not turn around and says, "We don't need to get unnecessary tests! His renal function is fine." I could have said "okay" and carried on with my other work, but my education and experience led me to challenge the physician's view.

It was my responsibility to assure a better patient outcome, decrease length of stay, cost, as well as the patient's suffering and the emotional turmoil of the patient's wife.

I hit the phone and called Tucson Poison Control. The official I talked to agreed that a thiocyanate level should be ordered. We got the specimen and guess what? Its toxicity was leading to my patient's loss of consciousness. I turned the nitroprusside drip off. My patient woke up within hours. I earned the respect of a cardio thoracic surgeon. I received hugs from my patient wife. More importantly, I protected my patient!

Nurses, it's time for us to "Wake Up!" too. Speak up for your patient's safety.

Many nurses, however, do not feel confident enough to talk

about their work because they believe they are "just a nurse," and by virtue of that fact not credible experts. But nurses are credible experts – on practice, and on policy.

To refute this idea that anyone who is a nurse is "just a nurse," I would like to conclude my talk by reading something I wrote called precisely that "Just a Nurse."

I'm 'just a nurse.' I just make the difference between life and death.

I'm 'just a nurse.' I just have the educated eyes that prevent medical errors, injuries, and other catastrophes.

I'm 'just a nurse.' I just make the difference between healing, coping, and despair.

I'm 'just a nurse.' I'm just a researcher who helps nurses and doctors give better, safer and more effective care.

I'm 'just a nurse.' I'm just a professor who educates future generations of nurses.

I'm 'just a nurse.' I just work in a major teaching hospital managing and monitoring patients who are involved in cutting edge experimental research.

I'm 'just a nurse.' I just educate patients and families about how to maintain their health.

I'm 'just a nurse.' I just make the difference between a patient staying in their own home and going to a nursing home.

I'm 'just a nurse.' I just make the difference between dying in agony and dying in comfort and with dignity.

I'm 'just a nurse.' I'm just central to the real bottom-line in health care.

Don't you want to join us and be 'just a nurse' too?

◆招 聘 講 演◆

看護は頭脳を使う仕事 ― 看護実践に対する公衆の理解を促すために 招聘講演・和訳

翻訳：早野ZITO真佐子（通訳者）

本日はお招きをいただきありがとうございます。この重要な集会で，どのようにすれば看護師の仕事をより明確に一般の人々に伝えることができるのかについてお話できることを，大変光栄に思っております。

私が常々申し上げていることですが，看護師がその重要な仕事について説明をすれば，一般の人々の看護に対する考えを転換することができます。だから，私はいま，ここにこうして皆様方にお話しているわけです。だからこそ，看護師がご自分の仕事について語ることがいかに重要か，またそうするときに，どういうことに焦点をおくことが大切なのかについて，いま皆様方に語ろうとしている訳です。

今年の８月13日はナイチンゲールの没後100年という記念すべき日でした。私たちは，その記念すべき日の一週間後に，今，ここに，こうして集まっています。ある意味で，私は，ナイチンゲール問題が世界中の看護に蔓延しているのではないかと感じます。

私が言うナイチンゲール問題とはどういうことなのか，ご説明しましょう。ナイチンゲールは，一般の人々に，いや看護師にでさえ，ランプを掲げた貴婦人，聖人のように善行を行なった人，そして１人で近代看護の礎を築いた人と思われています。

ナイチンゲールは確かに看護教育の先駆者でした。しかし，看護という職業の創始者ではありません。そして，聖人のように善行を行なったわけでもありません。

シオバン・ネルソンと私が最近執筆しましたように，ナイチンゲールは医療保健統計の先駆者で，感染と死亡率のデータを収集しました。そのデータを使って，病院の設計，衛生，料理場，食事，そして非常に重要なケアの組織化まで，あらゆることを包含する科学的原則を開発したのです。

ナイチンゲールは，看護に関する仕事でもっとも知られていますが，そのために“近代看護を創設した”という誤った認識をもたれています。実際，近代看護を創設した人などいないのです。組織化された施設内での介入として，看護は何世紀にも渡って発展していったのです。

19世紀においてでさえ，信仰心の篤い看護師，医師，そしてチャールズ・ディケンズのような作家たちでさえ，看護改革運動の一端を担ったのです。ナイチンゲールは，こうした改革者たちの中でもっともよく記憶されているのかもしれませんが，彼女が決して単独で行動したわけではありません。彼女が行なったのは，並外れた根性，勇気，粘り強さなどによって，1860年，宗教に依らない最初の正式な看護学校をロンドンの聖トーマス病院に設立したことです。

彼女のベストセラー「看護覚え書き」は，今日も出版され続けていますが，感染予防，栄養，症状管理に関するマニュアルで，家庭から病院までどこにおいても，病人のケアに関わるすべての人々にケアの指針を提供しました。

ナイチンゲールがこうした仕事をする以前は，病院は，恐ろしい場所で，患者は入院したときよりももっと具合が悪くなって退院する危険性もある場所だったのです。死亡して病院をでることもしばしばでした。ナイチンゲールが主導した病院改革のお陰で，病院は危険ではない場所になっただけでなく，患者に利益をもたらす場所になったのです。

ナイチンゲールは，公衆衛生の先駆者の１人で，現在で言う“健康への社会的決定要因”の重要性をいち早く説いたのです。

彼女は，環境が健康に与える影響に強い懸念を示しており，住宅，衛生，食事の改善が健康の改善の基礎だと強く確信していました。このメッセージを直接コミュニティに届けるために，家庭看護の発展を支援し，また，子どもの健康を改善し感染症と闘うために，貧民用の住宅開発に力を注ぎました。

彼女は，交易より健康を優先させること，またインドに鉄道を敷くより先にきれいな水をもたらすことなどについて，英国政府と交渉しましたが説得できませんでした。彼女はこのことにひどく失望しました。もし，これらに成功していたら，19世紀のインドで，コレラのために何百万という人々が命を落とすことはなかったでしょう。また，乳児の死亡率減少との闘いも100年も前に克服できていたでしょう。

しかし，今日，ナイチンゲールに関するこういうことをどれほどの人が知っているでしょうか。また，今日の日本やその他の場所で，どれほどの人が看護のことを本当に

知っているでしょうか。

私たちは，世の中の人々に，ナイチンゲールとはいったいどんな人だったのか，いったいどんなことをした人だったのか，を伝えなければならないと思います。また，看護とは何か，看護師はどんな仕事をしているのか，を語らなければなりません。私の申し上げたナイチンゲール問題を提起して，それを修復できるのは看護師だけなのです。

ここでちょっと質問をさせてください。ここにいらっしゃるどのくらいの方が，一般の人々はあなたを，つまり看護師を信用していると思っていますか。信用していると思う人は手を上げてください。

では，一般の人々は，看護師が実際にどんな仕事をしているのか理解し，看護師が医療ケアシステムに対してどのような貢献をしているのか，理解していると思いますか。そう思う人は手を上げてください。

どのくらいの人々が看護とは生死に関わる仕事だと思っているでしょうか。もし，看護師のその勤務帯でケアをする患者数が多すぎると，リンダ・エイケンらの研究で示されたように，患者の死亡率や予防できた合併症の発生率が高くなるということを，どのくらいの人々が知っているでしょうか。

ナイチンゲールが開拓したような在宅ケア看護についてどのくらいの人が知っているでしょうか。看護師が心だけでなく頭脳も使って仕事をしていて，その仕事は頭脳の働きによって方向付けされるものだということを，どのくらいの人々が知っているでしょうか。

お分かりになったように，ここに矛盾があります。人々は皆さんを信用していますが，皆さんがどんな仕事をしているのか理解していないという矛盾。なぜ人々は皆さんを信用するのでしょうか。皆さんがいい人だからですか。親切だからですか。やさしいからですか。それとも，皆さん方に知識があり，知的で，命を救い，苦しみを予防し，費用を削減できるからでしょうか。

残念ながら，看護は，それがもっとも重要な意味をもつ人々，つまり，患者や家族にとって，可視性のあるものであると同時に，可視性のない，つまり目に見えないものでもあるのです。

例を挙げましょう。私の友人の母親が脳の手術で入院しました。友人は母親を見舞うためにかなりの時間を病室で過ごしました。私が，彼女が受けた看護ケアについて尋ねると，お決まりのごとく「看護師たちはみんないい人よ」といった返事が返ってきました。

私は彼女に，看護師たちが，その母親の脳細胞に十分な血液が流れるように頭蓋内圧を常にモニターしていること，尿路感染，創傷感染，血液凝固を起こさないようにいつも注意していること，また，薬のエラーがないか，痛みの管理は行き届いているかなど，常に細心の注意を払っていること，などに気づいたかどうか尋ねてみました。すると，友人は「看護師ってそんなことを全部するの？」と尊敬の念のこもった驚きの声をあげたのです。

彼女は，看護師のケアリングや親切さについてはよく知っていました。けれども，その知識や有能さについてはほとんど知らなかったのです。一般の人々の看護に関するこのような無知が，医療経営者が医療費を削減するときに，いとも簡単に看護師を削減するというような行為に走らせてしまうのです。医療安全の重要さを強調しながら，一方では患者の安全を守る看護師の削減を行うのです。

少なくとも，私の国で，院内感染から患者を守ることに注意が払われて10年になるにも関わらず，感染率が減少するどころか，増加しています。病院経営者が今ご紹介しているような考えからなら，このような事態が起こるのも頷けるというものです。

権力をもつ人々は，なぜ看護実践の結果がもたらすことを理解できないのでしょうか。それは，看護に関するステレオタイプ的な見方が根強く存在しているからです。そのステレオタイプなイメージを反転させるように一般の人々を教育しないからです。あるいは，看護師たちが，自分たちの仕事は説明するのが難しいと考えているからです。

私が看護師に自分の仕事を説明するよう頼むと，しばしば，言葉で説明するのはむずかしいという答えが返ってきます。あるいは，説明が散漫だったり，曖昧だったりして，どんな仕事なのか明確に理解できません。でも，私は，看護について何千枚と執筆してきました。しかも，私はノンフィクションのライターです。私が看護について執筆することができるのは，看護師たちがその仕事を私に説明したり，私が観察して，それについて説明を求めたりした結果なのです。

私は看護師は次のような仕事をしていると思います。看護師は非常に多くの知識を使い，心だけでなく頭脳を使いながら，危険から患者を守っているのです。病気，障害，療養の結果だけでなく，病気の治療の結果生じかねないリスクから患者を守る仕事をしているのです。

そして，病気や衰弱のために，患者が日常生活の中の諸活動をするのが難しくなったり，不可能だったり，あるいはすることによって生命の危険があったりするような場合に，患者に代わってそのようなリスクから患者を守るのです。それは，たとえば，呼吸，体位変換，トイレへ行くこと，咳をすること，嚥下することといった，生きていくうえでのごく日常的な行為の場合もあります。

そうして保護や支援をするプロセスにおいて，看護師は，患者が，物理的にだけでなく，感情面においても，生き延びることができるように支援します。患者の家族に対

しても，患者の回復，コーピング，癒し，そして死のプロセスにおいてでさえ，家族を支援していきます。

看護師は，非常に重要な臨床上の教育者でもあります。患者が，治療に安全に従っていけるように学ぶのを助け，病気や傷害からの回復や調整を支援します。また，病気やけがのために変化してしまった世界で機能できるように支援します。

もう一度尋ねます，看護師はどんな仕事をするのでしょうか。看護師は，人々の命を助け，合併症の発生を予防し，苦しみを予防し，治療費を減少させます。困ったことに，看護師がこうした仕事をうまくやればやるほど，看護師は苦しむことになります。看護師の仕事は，人々の健康の回復を助けることだけでなく，恐ろしいことが起こるのを防止することです。健康な人の病気の予防があります。そして病気の人の場合，状態がより悪くなるのを予防します。

けれども，予防で問題なのは，うまく予防すると何が起こるでしょうか。何も起こりません。うまく予防すれば何も起こらないのです。だから，人々は何も起こらないように何かをしなければならなかったということを忘れてしまいがちなのです。

現状以上の人々が病院で，在宅ケアの下で，またリハビリ病院で死亡しないのは，看護師がそれを防止する行動をとっているからだということを忘れるのです。政治家，保健行政担当省，保険者などは，費用削減に懸命になりますが，彼らの中には，病院は本質的に安全なところだと考える人もいます。しかし，病院は本質的に危険なところなのです。だから，看護師を削減しても，あるいは看護に価値をおかなくても安全だと信じます。けれども，彼らがこうしたことを信じ続ける理由の一つは，看護師が自分たちの仕事がいかに効果的なのかを説明しないからなのです。

看護師は，看護と患者ケアの結果との間のつながりを説明することを，どうしてこうも難しいと感じてしまうのでしょうか。看護師は，自分たちの知識や具体的な毎日の実践よりも，看護という仕事の美徳に焦点を置くように教育され社会化されているからではないでしょうか。英語でよく言うことですが，看護師は頭脳ではなく心を身につけ，自分たちが知っていることよりも感じることについてより話をするからではないでしょうか。

実際，近代看護の問題の多くは，歴史家であり看護学者であるシオバン・ネルソンと私が，看護における美徳の台本（筋書き）と呼ぶものから派生していると思います。

看護師募集キャンペーン用のポスターや看護師が自分の仕事について語るストーリーで使われている言葉やイメージを分析してみると，看護師は，自分たちの仕事が患者の治療結果になぜ重要なのかを説明するために，すでにある研究結果などを活用していないということがわかるかもしれません。

看護，医学，公衆衛生の研究者が行なった多くの研究は，看護ケアと院内感染，転倒，褥瘡，深静脈血栓，肺血栓，医療事故，死亡との関連性を示していますが，ほとんどの看護キャンペーンや看護師自身が自分の仕事について語るストーリーでは，明らかに，こうした研究結果からのデータを積極的に活用していません。

その代わりに看護師が強調するのは，自身の誠実さ，信頼に値すること，全体性，人間性，慈愛，ケアリングなどです。しかも，個人的な特性ではなく，看護師が教育と経験を通じて獲得しなければならないケアリングの能力も含む看護師の複雑な技術や能力を，感傷的に表現したり，些末化して伝えたりします。

こうしたイメージは，伝統的な女性のステレオタイプを助長するだけです。看護師の仕事でもっとも感情的で親密な場面で看護師が行なうことを一般の人々に理解させるのには役立ちません。看護師が行なうケアリングという仕事は，複雑な技術であり能力であるということを伝えるのに役立ちません。

結局のところ，微妙で難しい問題について患者にいつ話をするのか，微妙で心を乱されるような情報をいつ提供したらいいのか，いつ側に寄って手を握ればいいのか，あるいは，いつ患者を１人の人間として尊重するために，いつどのくらいの距離をとればいいのか。これらは，すべて，修得した複雑な知識と技能に基づいて，看護師がなさなければならない複雑で知的な決断なのです。しかし，看護師の話の中で，ケアリングが技術であり能力であるということが語られることはあまりありません。

看護師は，非常に性差別的で，ほとんど宗教的な表現とイメージで自分たちを語ったり描写したりします。自分たちについて誰かが語ったり描写したりする場合も，それを許しています。実に，シオバン・ネルソンと私は，共著した「ケアの複雑性：看護再考」の中で，世界中の看護職能団体や看護師たちが，自己犠牲的，献身的，利他的，匿名的，沈黙的な仕事として，看護の伝統的なイメージを複製し強調していると論じました。

こうしたイメージは，いまだに看護という職業の宗教的起源を反映しています。当時，宗教的秩序の中にいた看護師は，匿名の団体の従順なメンバーであるために，個人のアイデンティティはすべて犠牲にするような社会化をしていました。

重要なことは，こうしたイメージは，看護師が，自分たちのよい行いを他人に語ることはその行為を貶めること，誇りを示すことは罪悪だという理由から「黙して，励め」と教えられた時代を反映しているということです。看護師が受け入れることができたのは，敬意に値する行為と天使

のような美徳に対する賞賛でした。

もし，看護の可視性の問題に関する歴史を詳しくみてみると，こうした看護の宗教的記述は，クリスチャンの懺悔実践における看護の起源の遺物というだけでなく，19世紀に発達した看護を専門職化しようという動きの一部でもあるのです。

19世紀，ナイチンゲールのような改革者たちは，目的のある雇用を家庭外で見つけたい，あるいは見つけなければならない女性たちを支援するために，この宗教的枠組みを利用したのです。性別の役割が非常に厳格な社会において，また人々が慎み深い純潔さを褒め讃える社会において，改革者たちは，人体の解剖学的知識をもつ女性の看護師たちの安全を確保することが必要でした。看護師たちは，見知らぬ男性の体をケアすることで賃金をもらう時，貧困や疾患など不快で女性的ではない現実に直面したのです。

看護改革者たちは，家庭外でこうした仕事につく女性たちを支援するために，宗教的メタファーを使ったのです。つまり，修道女のコルネット（大きな白頭巾）がナースキャップに置き換えられたのです。英語圏では，看護師はシスターと呼ばれました。看護改革者たちは，看護師を中性化させるために，できるだけ醜いユニフォームを着るようにと頼みました。看護学生は結婚することを禁じられ，病院近くの寮に閉じ込められ修道生活のような生活を強要されました。看護師たちは，自己犠牲的で強い倫理観を持っていると言われ，ゆえに，混沌状態にあった当時の病院に秩序をもたらすだろうと言われたのです。

看護師の美徳に焦点をおくことは，その後の医師との長い闘いで看護師の助けともなったのです。というのも，19世紀の病院という環境では，競争が激化してきていたのです。19世紀以前は，医師は病院にはほとんど足を踏み入れませんでした。19世紀になって医師たちがどんどん病院で勤務するようになり，病院の支配権を握りたいと思うようになったのです。

医師たちは，女性の一団が，医師と競争するように一般の人々の認識を得ようと，権威や教育を欲することを好ましく思いませんでした。医師たちは，訓練を受けた看護師がいることは喜んだのですが，それはあくまで彼女たちが医師に仕えるという立場ならということだったのです。看護師たちには，何をしなければならないか，それをどのようにしてすればいいのかを知っていて欲しいと思いましたが，なぜそれをしなければならないのかは看護師は知る必要はないと思っていたのです。

この時期に看護は非常に女性的なもので，政治的，法的，経済的，また社会的な力ももたない女性たちは，医師と取引をする以外になかったのです。その取引とは，看護師は美徳をもつことはできるが，知識をもってはいけないということだったのです。ここでも，またしても宗教的なテンプレートが，医師から自分たちを守ることによって，自分たちの目的のために働き続けられるように，そのようなやり方を許したのです。

看護は，このようにして19世紀に，自己犠牲的，匿名的，献身的，利他的な仕事として構築されたのでした。問題は，このテンプレートが未だに支配しているということです。看護師は，未だに，一般の人々に自分たちの仕事の正当性を伝えるためにこのテンプレートをしばしば使っているのです。看護師が自分たちの仕事を語るために使うイメージを考えてみてください。

例を挙げましょう。2000年に国際看護連盟が現代的看護のシンボルとして純白のハートを選びました。2002年アメリカ看護師協会は看護週間に，命に触れる，精神を持ち上げるといった標語を使い，背景には天使のような姿が舞っていました。2000年，ケベック看護師協会は，看護を心から生まれる専門性だと定義しました。

そして2002年，オハイオ保健システムは，看護を次のように讃えました。

もっとも暗い時期に
自分のところにやってきてくれる人がいると
人々は信じている
人生が均衡を失いかけているとき道しるべを示してくれる，
腕のなかでゆすって優しく支え，
落ち着かせてくれて
保護してくれる人
そのような人を守護天使と呼ぶ人もいる
私たちは，そのような人を看護師と呼ぶ

このようなメッセージは非常に浸透しているために，看護師は，神とか医師とか仕える人の代理として働く感傷的な奉仕者という19世紀の見方を強調し再現する社会的フィードバックの輪ができているのです。複雑な歴史のプロセスを通じて，看護師はこのような美徳のイメージを受け継いできているのです。しかも，看護師が自分の仕事を語る時に，このようなイメージを強調してしまうのです。

この美徳の筋書きが，他の医療職，公衆，患者，メディアに対して看護師によって再生されると，こうしたグループは，そのメッセージをさらに大きな聴衆へと伝えていきます。そして，その聴衆は，そのアイディアをもともとの源へ投影し，それによって社会的フィードバックは終ります。すると，看護師は，その理想を生きなければならなくなるのです。

一般の人々は，皆さんが親切で思いやりがあり，慈愛に満ちているということを知っていると思います。皆さん

が，医師より頻繁に患者と話をするということも知っています。人々がわかっていないのは，その皆さん方のケアリングが，実は熟練に基づいた技術であり能力であるということ，そして，医師が行なう治療に看護師も参加し，命を救う重要なテクノロジーのノウハウももっているということです。

では，治療のすべてを医師が行うわけではないということを，また看護師が治療の結果を左右し得る仕事をするということを，どのように一般の人々に知らせることができるのでしょう？看護とは，医学，技術，ケアリング，看護ノウハウをパッケージにしたものであり，看護師は命を救い，苦しみを予防し，治療費を節減するということを，どのように伝えたらいいのでしょうか。

私は，皆さん方が，看護の仕事のすべてを一般の人々に語ることによってそれができると信じます。なにより重要なのは，それを患者に語ることです。皆さん方が語らなければならないことの一つは，皆さんの医学の知識と皆さんが，キュア（治癒），医療革新，診断，処方，治療のプロセスに参加しているという事実です。

私は何年間も看護師を観察してきましたが，看護師が，こうした活動に参加していることを明言するのではなく，むしろ否定する姿を多く目撃しました。私は，これまでに看護におけるケアリングについてずいぶんと執筆してきましたが，看護師がケアリングについて伝統的な女性特有のステレオタイプに危険なほどに近いかたちで議論を展開する時に居心地の悪さを感じます。

ケアリングをベナーが“関わりのスキル”と呼ぶ技術・能力として描くのではなく，看護の仕事を軽視し感傷的なものにしてしまうためにこれまでずっと使われてきた，非常に性差別主義者的な自己定義を使って，看護師自身がケア提供のスキルを些末化してしまっているように見えてしまいます。

私が最初に看護師に密着した時，看護師たちは，ほとんどロボットみたいに「看護師はケアし，医師たちはキュアする」と繰り返していました。また，別のよく使われるマントラ「看護師は患者の擁護者」とか「医師は疾患の世話をし，看護師は疾患をもつ人々の世話をする」を引用したりしていました。

学者や看護職能団体などは，これらの考えを，看護診断の定義で使われている，より正式に聞こえる陳述に置き換えました。看護診断によると，看護師は“病気に対する人間的反応”に責任をもつとなっています。ということは，医師は非人間的反応に責任をもつということになるのでしょうか。

私が「ライフサポート：最前線の３人の看護師たち」を執筆した時，がん病棟の看護師たちを２年間密着取材しました。看護師たちが，化学療法薬を投与し，それが効果的だということを確かめ，患者の吐き気や吐瀉を管理し，感染を監視し，患者がその治療を切り抜けることができるように対処する姿を目にしました。

しかし，誰が，ケアリングと同様に，その治療（つまりキュアリング）を行ったのかをよく見ると，その80％ほどは看護師によって行われていました。それで思ったのです。それなのに，そうした仕事の実績をどうして医師に与えてしまうのかと。まるで修道女が神にそのクレジットを与えたように，看護師はその仕事のクレジットを医師が誇示するのをどうして許すのかと。看護師は，医師は，生死に関わる力をもっているから，賛美や賞賛を得るのだと言います。では，看護師はそうした力をもっていないのですか。

看護師が自分の看護のストーリーを語るときは，自分が何をしてなぜそれをしたのかを明確にしなければなりません。私が看護師のワークショップをする時，私は看護師に次のような練習をしてもらいます。

まず，具体的な毎日のルーチンの仕事が患者に対して違いをもたらす状況を述べるように頼みます。そして，そのストーリーを，医療職ではない人々が理解できるような，より明確で一般的な言葉で言い換えてもらうように頼みます。

看護師に自分がしたこと，そしてなぜその行為をとったかを尋ねます。そして，事実と統計をそのストーリーに統合することができるかどうかを尋ねます。そして，その仕事で活用した医学的・技術的スキルや実践とケアリング・教育的な役割とを，対置させるのではなく，統合するように頼みます。

しかし，看護師はたちまち，その医学的／技術的スキルと知識を削ぎ落としてしまいます。よく見られることを，修士課程で学ぶあるがん看護師の書いたストーリーでご紹介しましょう。

「人々は，がん看護師の仕事でもっとも重要なのは，IVを挿入したり，カテーテルポートの評価を行ない，抗吐き気薬や化学療法薬を投与することだと考えるかもしれません。けれども，それは事実ではありません。私の仕事でもっとも大きな影響を与えるのは，自宅で安全かつ効果的にセルフケアできるように患者を教育をすることなのです」

看護師が，IVを正しく挿入したり，カテーテルポートの評価を安全に行なったり，吐き気を管理したり，化学療法薬を投与したりしなければ，そのがん患者は自宅へ戻ることはできないのです。化学療法薬の投与に間違いがあれば，患者は死に至ることだってあるのです。その患者をケアする大学院生は，ソーシャルワーカーではなく，看護師

だったので，彼は，家族力学以上のことを知っていなければならかったのです。彼は自分のストーリーをなぜ次のように説明しなかったのでしょうか。

がん看護師として，私は多くの重要なことをします。がん患者に化学療法薬を投与します。これを行う時には，IVが正しく挿入されていることを確認します。もしそうでなければ，有毒な化学療法薬が静脈に注入されず，皮下に漏れることもあります。そのようなことになれば，皮膚を刺激し，ひどい場合には皮膚移植をしなければならなくなることもあります。

私は，患者が中心静脈感染を起こさないように，化学療法薬を鎖骨下静脈に直接注入する装置を注意深く評価します。そのような感染が起これば，その治療費は高く，場合によっては患者を死に至らしめるからです。

入院を長引かせる，脱水症状や栄養失調を引き起こすような吐き気や吐瀉が起こらないように注意します。がんが軽快に向かうように化学療法薬が静脈に確実に注入されるよう注意を払います。

これがすべて達成されたら，患者は自宅へ帰ることができます。そうなれば，私は，患者教育を行ないます。患者が，化学療法の結果起こりかねない感染症の症候を認識したり，がん患者が直面する多くの情緒的な問題に対処できるようにするためです。

これらはすべて非常に重要です。もし，看護師が，最初にしなければならない行為を正しく行なわなければ，患者は自宅に帰ることはできないでしょう。そうなれば，看護師は患者教育をすることもできないのです。実際，看護師が過小評価してしまうこうした行為をしなければ，患者は死んでしまうかもしれません。

皆さんは，このようなストーリーを患者に，皆さんのご家族に，一般の人々に，またジャーナリストに語ることができます。組織として，看護の知識を広めることもできます。

皆さん方が行なう仕事の価値を一般の人々が理解する唯一の方法は，看護師が自身の仕事について語り，性に基づいた伝統的な看護の宗教的イメージを変換できるかどうかにかかっているのです。皆さん方は，看護の現実を語らなければなりません。私が最近編集した著書「チキンスープでは間に合わなくなった時」から，ある看護師が看護についてどのように語っているのか一つの例を紹介しましょう。

目を覚まして

ブレンダ・カール

私の指は，患者の腫れたまぶたを優しく持ち上げる。瞳をみて冠動脈バイパス手術からの回復状況を確かめるためである。私は瞳孔の動きを確かめるために，小さな明かりを動かす。反応を示さない私の患者に，私が今行なっている脳神経学的評価について説明しながら，「どうして目を覚まそうとしないの？手術は２日前だったのよ！」と心の中で自問する。

私は，彼の安定した心音を確認し，血圧をモニターし，中心静脈にぽたぽたと落ちている血管作用薬が浸潤していないことを確認しながら，私の様子を不安そうに見ている彼の妻に微笑みを向ける。

これは，私があらゆることを疑う瞬間だ。空気塞栓は予防したか，深静脈血栓は？動脈塞栓は？脳灌流圧は適切か？血液検査，尿検査の結果は？薬の副作用は？心臓外科医と協働して，術後の昏睡状態の原因をブレインストームして検討し，患者の状態を改善するための介入を行いたい。

心臓外科医はカルテを見ながら立っていて，気軽な様子で部屋を覗き込み，「まだ目を覚ましてないの？もう少し様子を見よう」という。

立ち去ろうとする彼に，私は問いかける。「患者は高血圧をコントロールするためにニトロプルシドを投与されているので，チオシアン塩酸（エステル）レベルはどうなっているでしょうか。脳卒中の可能性を除外するためにCTをとってみたらどうでしょう？」

医師は振りむかないまま言った。「不必要な検査をする必要はない！腎機能は正常だ」私は「わかりました」と言い，他の仕事に取りかかることもできただろう。しかし，私の教育と経験が，その医師の見解に異論を唱えさせた。

患者のアウトカムをよりよいものとし，在院期間を短縮し，医療費を節減し，患者の苦しみや患者の妻の感情的動揺を緩和することが，私の責任だった。

私は受話器を取り，ツッサン中毒予防センターに電話した。私に応対してくれた担当者は，チオシアン塩酸レベル検査が行なわれるべきだと同意してくれた。そこでサンプルを採取して調べてもらった。検査結果はどうだったと思いますか？その毒性が，私の患者の意識を喪失させていたのだ。私は，ニトロプルシドの滴下を止めた。数時間後に患者は覚醒した。私は，心臓外科医からの尊敬を勝ち取った。患者の妻が私を抱きしめた。そしてそんなことよりも重要なのは，私は自分の患者を守ることができたということだ。

看護師の皆さん，私たちも目覚めるときです。皆さん方の患者の安全のために，声をあげましょう。

けれども，多くの看護師は，自分の仕事について語ることに自信がもてません。自分は“ただの看護師”だと思っているからです。自分は信頼されるエキスパートではない

と思っているからです。けれども，看護師は，実践においても政策においても信頼できるエキスパートです。

看護師である人がだれでも“ただの看護師”だという考えに反論するために，私は，私の書いた“ただの看護師”という詩を読み上げ，本日の私の講演を結びたいと思っています。

ただの看護師

スザンヌ・ゴードン

私はただの看護師です。生死の違いをもたらすだけです。

私はただの看護師です。医療ミス，傷害，その他の悲劇的な出来事を予防する教育された目をもっているだけです。

私はただの看護師です。癒しやコーピングと絶望との違いを生むだけです。

私はただの看護師です。看護師や医師が，よりよい，より安全な，より効果的なケアを提供できるように支援する研究者であるだけです。

私はただの看護師です。将来の看護師を教育する教授であるだけです。

私はただの看護師です。大規模な教育病院で，最先端の試験的研究に参加する患者を管理しモニターしながら働いているだけです。

私はただの看護師です。自分の健康をどのように維持したらいいかについて，患者と家族の教育をするだけです。

私はただの看護師です。患者が自宅で生活し続けることと，介護施設に入所すること，その違いをもたらすだけです。

私はただの看護師です。苦しみの中の死と安楽と尊厳の中の死，その違いをもたらすだけです。

私はただの看護師です。医療の本当の要で中心的な役割を果たしているだけです。

あなたも私たちに加わって，ただの看護師になりませんか。

◆特別講演１◆

世界に先駆ける旭川荘の実践（その１）

－看護・医療・福祉の融合－

川崎医療福祉大学名誉学長
社会福祉法人旭川荘名誉理事長　江　草　安　彦

人類の歴史始まって以来，障害児者は存在していた。その概念は，容易に受け入れることができるが，人間学的な存在としてでは無かった。慈愛の対象として，福祉分野で取り上げられ，やがて医学・看護分野でも注目されるようになった。障害児を抱える家族のかけがえの無い存在としての障害児への思いを受け取り，医療・看護スタッフは，障害児者の生命の尊厳を巡るジレンマ，体験を重ね，障害児者の生命の尊厳について目を凝らし，耳を澄まして生命の尊さへの理解へと深まった。かけがえのない存在・生命の輝きを見ることができるようになったのである。

わが国においては，1945年（昭和20年），第二次世界大戦に敗れ，医療・看護専門職の育成についても変革が進められ，1950年代に入って社会保障も組織的に充実され始めた。こうした経緯の中で，障害児者への思いは深められた。「最も知的障害が重く，さらに身体障害が重い，複合障害である重症心身障害児者」を抱えた家族は，「両親の集い」を昭和30年に結成し，積極的に行動を開始した。その心情に人々は打たれ，行政当局もこれに応えた。重症心身障害児（者）について専門性の高い医療と福祉を目指すというより，当面は「救命ボート」であり，人の生命を乗せる「方舟」として重症心身障害児（者）施設が設立された。40年を経過した今日では，生命を守る療育にまで高められている。

1963年（昭和38年），作家水上勉氏が中央公論に「拝啓池田総理大臣殿」を発表，厚生事務次官通達「重症心身障害児の療育について」が出され，行政として初めて重症児療育を明確に打ち出された。1965年（昭和40年），国立療養所に重症児病棟設置。1967年（昭和42年）には，児童福祉法改正により，重症心身障害児施設が法制化され，今日，公法人立の重症心身障害児（者）施設は122施設，施設定員約12,000名，通園事業89施設96箇所，１ヶ月延べ利用人数約19,000名までになっている。国立の重症心身障害児（者）施設は74施設，施設定員約7,600名。その他，NICUを利用する重症心身障害児も多い。重症心身障害児者療育は，医療福祉の原点であり，融合そのものであるという認識が深まった。

1957年（昭和32年）に社会福祉法人旭川荘は，知的障害児施設，肢体不自由児施設，乳児院を開設した。当時としては珍しく，施設長は全て医師であり，看護師もかなり多く，「医療と福祉の統合的サービス」，地域密着，実験性，先進性重視を目指した。こうした特性から，旭川荘の利用者も重度・重複の方向へ進み，その帰結として法人設立10年にして，重症心身障害児施設「旭川児童院」を開設することになった。その後，地域の需要に応えて，重症心身障害児施設「睦学園」「南愛媛療育センター」を開設。通園事業も６施設を開設している。

療育水準向上を目指して，医療・福祉の融合を目指した看護師養成，保育士養成を目的とする「旭川荘厚生専門学院」を設立し，今日まで9,000名余を世に送り出した。

◆特別講演１◆

世界に先駆ける旭川荘の実践（その２）

－看護・医療・福祉の融合－

旭川荘療育センター児童院　副院長　義　村　禮　子

世の中には，難病，障害等に苦しむ多くの人がいる。その人達も一人の人間として生来的な人権を有している。彼らの人権を守り，一人の人として看ていくのが我々看護師としての使命であり人間同士のつながりである。旭川荘は，いち早く医師，看護師，福祉専門職がそれぞれの立場から同じ目的に向かい，一人ひとりの障害者を支援（療育）してきた。

昭和42年，肢体不自由児施設，知的障害児施設のいずれにも入所対象外の，重度の肢体不自由と重度の知的障害を併せ持った「重症心身障害児」（以下，重症児という）に対し，中・四国で初めて重症心身障害児施設「旭川児童院」が開設された。当時は，重症児が成人となるのは難しいとされていた時代である。しかし，先人達の血の滲むような研究，献身的な療育によりその概念は覆され，現在の旭川児童院は平均年齢が43歳を超えた。

もちろん家族の心の支えも大きな役割を果してきた。障害者に対する家族の愛情は，古今東西普遍のものである。古代エジプトの墓碑には成人と思われる障害者の姿が描かれており，日本においても北海道の「入江貝塚」から縄文時代の，明らかにポリオまたは筋ジストロフィーであったと見られる成人の骨が出土している。家族，隣人が看護・介護をしていたのは疑う余地がない。

旭川荘は，現代の福祉制度の下，先駆的に医療と福祉を一体化させた医療福祉という概念に体系付けて取り組んできた。

重症児に対する療育は一進一退の繰り返しであり，常に命との戦いでもある。命を守ることを優先しながら，その人らしい人生が送れるような地道な取り組みの中から我々は，彼らの微細な変化・成長を発見した。

１．コミュニケーション重視…懸命に訴えているサインを見逃さない。サイン発信可能な残存機能の発見
２．快適な日々の保障…身体の清潔〔入浴・清拭，皮膚の状態（かぶれ・痒よう感の除去・褥瘡ゼロ）等〕
３．食事の楽しみ…嚥下機能の把握・誤嚥防止，ポジショニング
４．排泄…自然排便
５．睡眠…日中活動の充実による心地よい睡眠…etc.

看護の原点（視点）の一つでもあるこれらの状況を，記録・集計・分析・評価し，フィードバックしながら取り組んできた。重症児看護は未だ未知の部分が多くあるが，それらを一つひとつ解きほぐすことによって重症児看護学への道程としたい。

◆特別講演２◆

構造（システム）としての生物

－構造主義科学論から読み解く－

早稲田大学国際教養学部　教授　池　田　清　彦

生物は物理化学法則に背反しないが，そこから一意に導き出せないルールを有する特殊な空間である。このルールの特徴は，物理化学法則と同じようには記述できないところにある。すなわち，不変の実体と不変で普遍の法則という現代科学でおなじみの手法によってはうまく読み解くことができないのである。ルールは多少とも恣意的で，時間とともに変化してしまうため，完璧な予測は不可能である。とはいえまったくデタラメというわけではなく（だから生きているのだ），内部矛盾を抱えながらもダマシダマシ廻っているシステムなのだ。先ほど亡くなられた免疫学の多田富雄はこれをスーパーシステムと呼んだ。

免疫はスーパーシステムの典型で，免疫というスーパーシステムはいずれ崩壊することだけはわかっているが，いつまで持つか，あるいはどう崩壊するかはあらかじめわからない。健康の保持や病気の治療を考えるときにこれはとても重要になる。最適な予防法や最適な治療法があらかじめあって，誰に対しても等しくこれを適用すればよいというわけにはいかないからだ。結果は事後的にしかわからない。そうは言っても最初からどうしてよいかわからないでは話にならない。そこで，本人の経験（薬との相性とか，今まで経験したことがない不快感とか，体質とか）が重要になる。治療者も検査結果だけで治療法を決めるのではなく，試行錯誤しながら適切な治療法を探すといった姿勢が大事になると思う。すべての人はもちろん少しずつ違うのだけれども，相違の程度はさまざまで，同じ薬を投与して治るグループと，治らないグループとでは，ある観点からの同一性が違うのである。このような細かい同一性と差異性を探し出し，それを患者の症状だけでなく生活習慣や気質や人生経験などと結び付けることができれば，治療成績は上がるだろうと思う。個々人でそれぞれ異なるスーパーシステムとしての人間を治療するのは面倒であることだけは確かである。

◆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

司　会　京都橘大学看護学部　教授　高　田　早　苗

看護理論の意義や意味は，こと改めて問うまでもなく，看護を学び実践する者に看護の行くべき道を示すこと，望ましい結果を得るための確実性の高い方法を提供すること，研究者に探究すべき課題や仮説を導く際の枠組みや考え方を与えるなどなど，さまざまあります。

本シンポジウムは，看護実践における理論活用に目を向け，特にクリニカルジャッジメント，すなわち臨床判断能力を高めるうえで，理論はどのように役に立つのか，クリニカルジャッジメントの内容や精度に理論はどうかかわるのか，をテーマとするものです。臨床判断と理論の接点について，さまざまな立場にある看護職の方々に現状を紹介してもらい，あるいは問題提起をしていただきます。そしてより幅広く，理論と実践の全体的関連を概観した上で，クリニカルジャッジメントの能力開発・向上に理論がどうかかわるのか，活用する側（看護師）に求められることは何か，などについて議論を深める機会となることを期待しています。シンポジストの方々のお立場と講演の焦点を簡単にご紹介しておきます。

筒井さんは看護理論と実践の関係全般について概観し，研究的視点も交えてお話しくださいます。

勝原さんは主に看護管理者としての立場から，看護部門全体で取り組んでいる理論活用をお話しくださった上で，今後の課題について問題提起をいただきます。

塩川さんは退院支援という専門性から見えてくる医療や社会の変化のなかで，患者・家族を理解し援助する上での理論の重要性について語ってくれます。

吉田さんは専門看護師の立場から，実践における理論活用について，視野をさまざまに変えて，実際のところをご紹介くださいます。

シンポジストの方々と，そして会場の皆様との意見交換を楽しみにしています。

◆シンポジウム１◆

1．実践における看護論の活用

日本赤十字看護大学　教授　筒　井　真優美

Ⅰ．看護学における看護理論

Ⅱ．実践と看護理論

1．理論の定義

理論は現象を描写する概念そしてそれらを説明する命題から成り立つ（Meleis, Chinn, Fawcett）。

2．看護理論の定義

看護理論は看護現象を描写，説明，予測する目的で概念化されている。

3．看護実践への示唆を与える看護理論（Marriner-Tomey & Alligood）

・患者のデータを整理，理解，分析する
・看護実践について意思決定する
・患者ケアの計画作りをする
・ケアの結果を予測する
・患者の結果を評価する

4．看護理論の多元主義

・人間を扱う学問では，ひとつだけの理論でその学問のすべての現象を説明し，記述し，予測し，変えることは適切ではない（Meleis）。
・一つのアプローチを全面的に受け入れれば，創造性や学問的な研究と成長は阻害される（Marriner-Tomey & Alligood）。

Ⅲ．「わかる」とは何か

1．言葉の範囲内の理解
2．文が述べている対象世界との関係で理解
3．自分の知識と経験，感覚に照らして理解

Ⅳ．実践家が看護理論を活用するために

1．看護をめぐる動向
2．理論・概念とは何か（筒井，2008，p.5）
3．実践家への看護理論の紹介
　1）解説本
　2）本の前書き・序文，目次
　3）紹介する看護論／看護理論：キング，オレム，ベナー，レイニンガー，ロジャーズ
　4）取り組み方
　　地図（筒井，2008, p.259），背景，
　　概念，命題，
　　有用性（実践・研究・教育）
4．事例の分析を通して，理論・概念の活用
　1）感じたこと，気になったことは何か
　2）理論で考えるとどういうことか
5．実践における課題の分析と理論・概念の活用
　1）勤務している病院，病棟の紹介
　2）課題は？
　3）その解決のため，どのような看護論／看護理論を選択するのかその理由は？
　4）その看護論／看護理論・理論を職場に導入するに当たっての課題は何か?
　　その課題を解決しながら，導入するためのプロセスや方法は？
　5）導入するためにかかる費用は？どこから捻出できるか？
　6）看護論／看護理論・理論を職場に導入した評価（効果）はどのようにみるか？
6．実践におけるアクションリサーチ（筒井，2010）
　1）そこで何が起きているのか：現場の分析
　2）“変わる”ということ：何のために行うのか（看護観，看護論／看護理論）
　3）望みへ向かうための方略：現場への受け入れ，研究者と共同協力者の信頼関係，変化の過程，看護に貢献できる結果

文献

Chinn, P. L., & Kramer, M. K.（2008）. Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing（7th ed.）. St. Louis, MO：C.V.Mosby.
Fawcett, J.（1993）/太田喜久子・筒井真優美監訳（2008）．フォーセット 看護理論の分析と評価 新訂版．医学書院．
Marriner-Tomey, A. & Alligood, M. R.（5th ed. 2002）/都留伸子監訳（2004）．看護理論家とその業績 第３版．医学書院．
Meleis, A. I.（2006）. Theoretial nursing: Development and progress（4th ed.）. Philadelphia, PA: J.B. Lippincott Company.
長尾真（2001）.「わかる」とは何か. 岩波書店.
筒井真優美（2000）．看護におけるケアリングと癒しの工夫．小島操子・青山ヒフミ編．看護のコツと落とし穴①看護技術（pp.116-117）．中山書店．
筒井真優美編著（2008）． 看護理論－看護理論20の理解と実践への応用．南江堂．
筒井真優美編（2010）．アクション・リサーチ入門．ライフサポート社．

◆シンポジウム１◆

2．理論活用で磨くクリニカルジャッジメント力

聖隷浜松病院　副院長／総看護部長　勝　原　裕美子

副院長兼総看護部長として４年目を迎えている。当初より，「看護の可視化を通して社会に貢献する」というビジョンを掲げ，その戦略基軸として，学究化・国際化・起業化を推進してきた。学究化は，看護の実践知と技を積み重ね，実践の現場から看護学の発展に貢献することだと説明し，現場発の知の創造を奨励している。具体的には，学会発表，成果の執筆，研究会や研修での発言などであり，それらの質を高めるために，学術連携担当のリサーチナースも採用した。

その一方で，ナイチンゲールとオレムの理論を看護のベースとしてきた看護部は，理論の力を現場の現象を読み解く力に変換させ，看護を言語化するナースを脈々と育成してきている。

このように，比較的理論活用をスムーズに行い，看護の質向上に関心を寄せ，向上心のある組織にいても，本題をいただくと，組織ニーズやレジネスに合った理論の選択，理論の浸透，理論・判断・行動の統合などに関する疑問が次々と浮かんでくる。具体的には，下記のようなことである。

このシンポジウムの場を借りて，看護部のトップとして，大学教員経験者として，現在も研究を続けている者として，これらの疑問について話題を提供してみたい。

○新たに増える理論をどう学んでいくのか？

○新たな理論と既に使っている理論との整合をどう図るか。取捨選択すべきなのか？

○優れた研究者の研究成果を，現場がどのように知り，活用できるのか？

○現場の理論（theory in use）や持論の有効性をどう評価するのか？

○優れたクリニカルジャッジをする看護師は理論を活用しているのか？

○説明する力を判断する力に変換させるための方策は？

◆シンポジウム１◆

3．多様化していく価値観の中で求められる判断

神戸大学医学部附属病院患者支援センター　専任看護師長　塩　川　ゆ　り

入院患者の多くが高齢化し重複した疾患を持っている。社会的弱者といわれる背景の方が増え，高齢世帯や独居高齢者はめずらしくなくなった。患者さんの価値観は多様で，その家族もまた多様である。一方で病院に勤務する看護師は低年齢化し，核家族から単身生活となり，高齢者との生活歴がなく身近に死を経験した事がない人が多い。加えて最近の急速な医療現場の変化（例えば在院日数の短縮や病院の機能分化など）への理解には，医療者と一般市民の間には大きな隔たりがあり，医療者と患者の間の相互理解はより困難な状況であると感じている。

このような状況の中で医療や看護への期待や要求は大きい。７：１看護が導入されたが，現実には本当に看護の質は良くなっているのだろうか。在院日数は短縮の一途であり短い入院期間の中で患者と関係を築き，健康問題を解決していくには短すぎると思われる日数で退院を迎える。入院時に会った次は退院時まで会えないという状況も現実に起こる。そこでは見過ごされる看護問題がおそらくあり，患者によっては看護師が何をする人かも分からないまま退院していかれるのであろう。

私たちは病名と疾患のステージで患者イメージを持ってしまうが，リハビリ中の患者さんはみんな一生懸命なわけではない。終末期患者の家族はみんな愛情深いわけではない。健康を回復して早く退院したい患者さんばかりではない…というように，予想外の反応を示す患者を前にした時や，短い関わりで患者さんを分かったつもりになり，予想外の反応を受けた時，その事を理解しようとしないまま現場をやり過ごすというような状況は避けなければならない。患者さんを受け止めないことが生む弊害を理解し，困った時には理論に戻ることが時に有効である。臨床で理論を活用することは簡単ではないが，看護理論は患者を理解するための枠組みとなり，より正確な判断や効果的な看護ケアを行うために患者と私たちをつなげてくれるものとなる。

◆シンポジウム１◆

4．理論活用で磨くクリニカルジャッジメント力

滋賀県立成人病センター看護部　副参事
がん看護専門看護師　吉　田　智　美

今回，がん看護専門看護師の立場から臨床実践においてどのようにクリニカルジャッジメントを行い，どのようにスタッフの理論活用支援をおこなっているのかをお話する。

1．臨床で活用しやすい理論

理論には，いくつかのレベルがあるが，臨床で活用しやすいのは，中範囲理論と呼ばれているものだろう。看護診断を学習する際に遭遇するのは中範囲理論であり，対象者の状況を理解するには有用だと実感する。これに対して，対象者全体と捉えてどのような看護を提供するかという看護観にかかわる理論は，さらに大きな範囲の理論であり看護を提供する際に考え方として習得しておくと一貫性のある実践が展開できるだろう。

臨床においては，いくつかの側面で多様なレベルの理論の活用が可能であるが，今回は，前者の中範囲理論を中心に考えたい。

2．クリニカルジャッジメントを支える理論

臨床では，様々な事象が同時に起こっている。対象者になんらかの問題が生じ，それを解決しようとした場合，どの方向に進むべきかを決めるために適切で効率的な判断が求められる。このような時，理論を活用して判断することは，回り道を小さくし，成果，結果を予測しながら対応できる利点がある。そして，理論を用いて考え（分析して）判断することは，結果の善し悪しもさることながら，結果に至った経過を見直す指標となり，その先の実践への示唆を与えてくれるという利点もある。一方，理論活用の欠点は，事前学習が必要ということで，容易に活用しにくい現状がある。

3．がん看護分野における臨床実践での理論活用とクリニカルジャッジメント

がん看護分野の臨床実践において，よく使われているのは危機理論であろう。悪性疾患に関する病名，病状（再発）の説明がなされた時に，人は心理的なダメージを受ける。そのダメージからの回復を支援する場合，あるいはそのようなダメージが起こりうると予測される場合，ダメージを最小限にするよう事前に働きかける場合など，働きかけの方向によっても使うべき理論も異なる。

専門看護師としてスタッフを支援する場合は，「相談」を通して対象事例への看護実践例を具体的に提示している。それは，対象事例について理論に基づいて専門看護師自らが判断したことを言葉にして伝えることである。理論的に考えて判断することで，事象が理解できる醍醐味，経過を見定めるおもしろさをスタッフに伝える触媒のような働きである。その結果，スタッフは理論活用の実際が体感でき，スタッフ自身のクリニカルジャッジメント力も荒削りながら磨かれてくると考えている。

◆シンポジウム２◆

看護実践の未来を問う－キーナーシングとしての外来看護

司会：岡山大学大学院保健学研究科　長　江　弘　子
川崎医科大学附属病院看護部長　千　田　美智子

医療制度改革で地域医療の在り方が問われている昨今，看護がいかに地域社会に貢献できるかを示す時である。外来看護はまさにそのカギを握るのではないか。

地域社会の人々が求める，患者・家族中心の医療とは何か，その本質的課題として一人一人の生き方を支える地域包括医療体制構築において，看護が果たすべき役割とは何かを問い直す時が来ている。このシンポジウムでは人々が求める患者・家族中心の医療の在り方に看護はどう向き合うのか，そして看護実践をパワーアップする「場」と「システム」はどうあればいいのか，地域を包括した保健医療サービスシステムの起点として外来看護を模索し，新たな視点を議論する場としたい。

このシンポジウムでは３名の講師が登壇した。以下，発表順に講演内容を報告する。

◆シンポジウム２◆

1．現場の実践が政策を生みだす

日本看護連盟　幹事長　石　田　昌　宏

2002年４月，診療報酬の改定により“急性期特定病院加算”が新設された。その前の年の医療法改正で，厚生労働省が狙った急性期病院の明確化が強い抵抗にあい不十分に終わったことに対するリベンジのような出来事だった。この加算の新設の議論はまるで“急性期病床”と定義されるはずだった病床区分の議論の生き写しだ。つまり，それまで“その他”病床と言われ，今は“一般”病床といわれている普通の病院の役割を，「急性期を担え」と明確にし，病院＝“治すところ”というイメージを再確立することである。

この加算の新設の後，事実上病院の区分は進み，在院日数は短縮化は促進され，治療密度は高まり，そこに乗れない医療は外来，そして療養病床や在宅へと押しやられた。外来看護や地域医療がもはや10年前と異なるのは，こういう政策闘争が背景にある。

さて，ここからが本番だ。この“急性期特定病院加算”の算定要件の一つに，すべての入院患者に対し行われる「詳細な入院診療計画」がある。この書式こそが病院の看護を変えた魔法だ。「詳細な」とは「クリニカル・パスの書式を用い」という意味であった。つまりこの算定要件は，患者とクリニカル・パスを見ながらインフォームド・コンセントを行うことのルール化である。クリニカル・パスは看護過程，診療過程においては，“計画”に相当するから，入院直後に計画を患者と共有するということは，それ以前に“情報収集”-“アセスメント”が終わっているということだ。そう，外来こそが看護過程の起点であり，入院の看護過程の前半部分を担うことになる。

それから８年。急性期病院で未だ入院してからアナムネをとっている看護が残っている。入院治療はもはや“実施”からスタートしているのに，入院看護は“情報収集”からとは，残念ながら半周遅れだ。だから業務が混乱する。外来こそが入院看護のスタートであることを明確にし，病院の看護の提供体制を根本的に変えるべきだ。

このようにたった一つの点数の，たった一つの算定要件の，たった一つの書式が看護の提供の仕方を根本的に変えることもある。政策はそれほど影響が大きい。突然現場が解体されるようなインパクトがある。しかしはたして，この政策はトップダウンだったのだろうか。

厚生労働省の担当者がこの点数を企画する時に，詳細な入院診療計画の書式を，患者さんの視点から選びたいという相談があった。その時すでに先進的な病院がクリニカル・パスを患者さんに見せながらインフォームド・コンセントをしていた。そして患者さんから「わかりやすい」「先がわかるから安心できる」「スケジュールがわかるから自分の時間もつくりやすい」という評価を得ていた。これがヒントとなり，クリニカル・パスが書式に選ばれたことを私は知っている。実は，初めから外来・入院看護の提供の仕方を変えることを狙ったのではなく，患者のためにいいことは何かを悩んだ末，選ばれた書式だったのだ。

政策は，根っこを見れば上から降ってくるものではない。時の制度を突き抜けて先駆的に実践している人たちが成果を上げたとき，その成果を，リスクなく全国で共有するために制度が創られることもある。その視点を理解しなければ制度の本音は理解できない。制度は人間の熱意がつくるのだ。

熱意ある現場の実践がひとつの政策を生みだし，ひとつの政策が現場全体を大きく変える。その時，人は戸惑う。しかしいつの間にか新しい政策を積極的に取り入れ，時には当初の狙いと異なる新しい姿に進化していく。

先に述べたように，外来は10年前と大きく変わった。だから今こそ，新しい実践が生まれ，新しい政策が立案されるチャンスともいえる。先駆的なある実践者が，患者としっかり視線をあわせ，のびのびと看護をしたとき，そう時を置くことなく新しい政策が生まれるはずだ。

◆シンポジウム２◆

2．こころとからだの準備をして入院へつなぐ，病気と共に生きる生活者を支え地域へつなぐ

岡山大学病院　副病院長・看護部長　保　科　英　子

【はじめに】

岡山大学病院は，特定機能病院として，新しい医療の開発に努め高度で先進的医療を提供し，総合的な医療機能を生かして，地域の中核病院として重症患者の『最後の砦』となる。その医療を求めて，平成21年度395,500人，１日に約2,000人の外来患者が訪れる。在院日数の短縮に伴い，治療に関する意思決定や外来で処置や治療が増え，１人の患者の診療時間が増加している一方，外来に配置する看護職の人数は医療法上の規程しかなく，診療報酬上の担保もなく十分な数の配置ができていない現状である。

このような何とも窮屈な境遇の中で新たな取り組みとして，患者の意志決定支援や病気により変更となった生活パターンを支援していく外来看護が進み始めた。問題は山積みではあるが，もたらされる成果ともに今後の外来看護の夢を述べる。

【外来ナースの苦悩】

外来では，処置や診察のやりくりに終われ，気になる患者がいても，声をかけられず，また，たまたま診察室に入ったら意思決定の場で，何の情報もないままその場に居合わせてしまうこともある。当院の外来は，15ブース，約80の診察室があり，応援体制を敷きながら外来ナースには，広く浅く知識や技術が求められる。このことは，ともすればモチベーションを落とす理由にしてしまうこともある。何らかの理由で夜勤ができないナースや子育て中のナースが多い中，配属された診療科の専門性を身につけ，患者の意志決定支援や，生活指導等をできるところからやり始めている。

【大学病院特有の専門外来】

ストーマ外来，糖尿病療養支援外来，フットケア外来は認定看護師を中心に軌道に乗っている。その他，造血細胞移植支援外来，腎臓病在宅療養支援外来，臓器移植支援外来等の専門看護外来が開設され，意志決定支援において，徐々に看護職が役割を果たすことができるようになった。手術を受ける患者を対象とした周手術期管理センターの外来部門は，外来から他職種の医療職のチームでかかわっていく，画期的な外来であり，開設に当たっては，看護職が大きな原動力となった。

【外来における看護実践の未来】

外来に，クラークや補助者をもっともっと配置することで，看護職は最小の人数で，安全に診療の補助を行い，意志決定支援をはじめ，こころとからだの準備をして入院へつなぐ，病気と共に生きる生活者を支えながら地域へつなぐことができる。今，その試算をしているところである。

◆シンポジウム２◆

3．地域医療支援病院における外来看護の役割
－理想と現実，ミスマッチ解決の鍵はどこに？

社会医療法人近森会　近森病院看護部長　久保田　聰　美

【はじめに】

医療の高度化と機能分化，DPC導入，７対１看護配置という急速な医療の変化の波の中で，外来看護は置き去りにされてきた感がある。そんな変化の波の中で試行錯誤してきた看護管理者の立場から外来看護の夢を描いてみたい。

【地域医療支援病院としての外来看護】

近森病院（以下当院）は，人口比日本一の病床数を誇る（？）高齢化の進んだ高知県において，1960年に救急告示施設として承認されて以来365日24時間体制で「命」と向き合ってきた。当院が，一貫して目指してきたものは単なる「救命」ではない。その後の患者さんができるだけ早く住み慣れた地域に戻って生活できるシステムである。それは2003年２月地域医療支援病院承認後はさらに強化され，地域のかかりつけ医との連携を推進し，外来は救急と紹介に特化すると同時に入院はチーム医療を推進してきた。しかし，地域病院の機能分化に行政がいくらインセンティブをかけたところで，フリーアクセスの日本の医療システムにおいて，県民の大病院志向は変わらない。病院内においても専門分化，機能分化は進む一方である。即ち，地域における病診連携，病病連携，院内での部署間連携，部署内での多職種間の連携等々，地域医療支援病院の外来看護には，地域の医療システムの隙間をうめる役割が求められている。

【外来看護に求められる役割・機能とのミスマッチ】

これまで外来では，「夜勤ができない」「子育て中」等の勤務体制に制限のある看護師が配属されることが多く，ネガティブなイメージを持つことも少なくない。しかし，外来看護の守備範囲は広く，迅速な判断と高い技術が求められる。受付時のトリアージに始まり，カルテ処理と並行したアセスメント，検査への移送しながらの情報収集とすべては複数の作業が同時進行になる。ＤＰＣ導入された施設では，その作業の中身も侵襲性の高い医療行為と同時に患者の心理状態への配慮といった高度な実践能力を求められる場面が増えてきている。そんな現状だからこそ配置されたスタッフの能力（現実）と求められる役割・機能（理想）とのミスマッチを冷静にみつめる必要がある。例え限られたマンパワーでも，現場は患者・家族が安全にそして安心して医療を受けることができる環境を目指していかなければならない。そのための要件は，戦略的な人材育成そして管理者自身の発想の転換ではないだろうか。

◆シンポジウム２◆

4．地域医療最前線の看護師・病診看護連携の現状と将来

－診療所外来看護の役割を起点として－

かとう内科並木通り診療所院長　加　藤　恒　夫

【はじめに】

在院日数の短縮と切れ目のない医療の提供を目標にした近年の医療政策の影響は様々の疾患の治療を外来へと押しやり，今や外来診療の一翼を担う外来看護はそのあり方を根源から問われている。一方，在宅ケアの促進は診療所医師と訪問看護に焦点を当てたものの，診療所看護の役割を考察していない。しかし，病院より押し寄せる患者を前にした診療所の外来は，患者と家族（以下患者）の生活と直結しているため，医師の視点のみでなく看護の目線のケアも要求され，改めて，診療所外来看護の役割・機能が問われている。演者は，職種は異なるが診療所医師の立場より，病院と診療所外来看護の現状と今後の課題を述べる。

【方法】

まず，診療所外来患者の現状を当院の具体例を通して鳥瞰し，そこから見えてくる診療所看護の役割・機能を考察する。また，当院の病診連携事例を通してみえた患者の課題より，診療所医師から見た病院外来看護の課題に触れる。また，今後に期待される病診連携における看護連携について考察する。

【結果】

診療所外来看護は患者の生活に直接関わる位置にあり，以下の点において患者支援の重要な役割を持つ。①患者の目線から，提供されている医療のあり方と効果を検証する：患者の社会的・身体的・精神的生活能力と治療のあり方を調整し，また，治療効果を生活動作との関連で評価し，医師と患者および他職種との仲介をする。②患者の病気に対する思いや理解度を把握し，必要に応じて自己管理能力を高める指導を行う。③患者の自己管理能力やQOLを高めるために，病診連携における患者の情報交換を医師とは異なる視点（患者の価値観や社会心理的および日常生活機能面など）より行う。④社会的資源の活用を行い患者のQOLを高めるために，公式・非公式の社会資源の活用を促す行動を取る。

【考察】

上記の役割は糖尿病や高齢者ケアなどの長期療養を要する病気の援助のみならず，がん医療や終末期ケア等の比較的急な経過をたどる患者のQOL向上のためには特に重要である。これらが患者の健康管理上で成果があることは既に海外の調査研究で明らかにされている。しかし，日本の現状は，医療現場の多忙さや医師・看護師の力関係，外来看護の役割・機能の未確立などより，これらが充分に機能しているとは言いがたい。今後，専門職として自らが取り組むべき課題であると同時に，医療施策の強化分野として取り組む必要がある。

ま　と　め

以上の講演は，登壇した演者らの日頃の実践として，医療の最前線で試行錯誤した取り組みとして，熱く語られた。外来看護のあり方はまさに病院の玄関としていかに効率的に必要な医療を提供できるかに焦点があてられ，より機能的に，専門的な医療やケアを受けられるようにするシステムと人材配置が求められている。その一方で，地域の資源としての病院の外来は地域とつながる窓口であり，地域で暮らす人々の健康管理を担う。病院だけではできない日常生活を維持しながらの健康管理は，地域に存する回復期，維持期の病院や診療所との連携，福祉機関や制度の運用を地域全体で包括的に考えていくことが必要であり，行政機関とのかかわりを抜きにすることはできないということを確認するに至った。

看護職に期待される働きは，あくまで看護を必要としている人々を中心に置くことに変わりはない。これからは，変わりゆく社会の変化に順応しながら，病院の入院中心医療の体制から，地域を包括した保健医療福祉を統合する広域的な視野が必要とされる。そしてさらにはその人とその家族が生涯にわたって自立した生活ができるように療養の場を越えて健康管理をするという時間軸でみる視野とを融合させていくことが重要である。そうして，たった一人の，たった一つの家族の希や生き方が実現するよう人生のオーダーメードに限りなく努力し続けることが求められる。すなわち，我々の日々，１事例１事例の経験と努力の積み重ねと一緒に働く者同士との成果の共有が，よりよいシステムと質の高い実践を生み出していくものと確信した。

（長江　弘子）

－原　著－

脳血管障害患者の日常生活活動拡大に関する研究

－意欲，自己効力感，自己効力感形成の情報源との関係に焦点をあてて－

Research on the Expansion of Activities of Daily Living Stroke Patients Focusing on the Relationship to will, Self-Efficacy and Sources to form Self-Efficacy

魚　尾　淳　子[1)]　　河　野　保　子[2)]
Junko Uoo　　Yasuko Kawano

キーワード：脳血管障害患者，日常生活活動，意欲，自己効力感，情報源
Key Words：stroke patient, activities of daily living, will, self-efficacy, sources

Ⅰ．はじめに

脳血管障害の発症は突然で，直ちに高度の治療が開始されなければ生命の危機が高く，救命されたとしても多くの場合，発症直後あるいは手術後に後遺症が出現する。今まで健康に生活していた人がある日突然に障害者となり，身体的な変化や生活の変化，さらには社会的存在の変化やアイデンティティの変化を迫られる[1)]のである。すなわち麻痺の改善や日常生活動作（Activities of Daily Living；以下ADL）拡大などのためにリハビリテーションを必要とする状況に置かれる。そのような中で看護者は重要な役割を持つ。看護者は患者にとって最も身近な存在で，日常生活の場面に多く関わり，患者の感情の変化をキャッチできる立場にある。後遺症をもつ障害者は，今までの生活や生き方を大きく変化させなければならず，ADLの自立や障害の受容，家庭あるいは社会復帰に向けて種々の努力をしていかなければならない。そのような状況を支えるのがリハビリテーション看護であり，その人らしさを尊重しながら生活の再構築に向けてADLを支援していくことが求められる。また看護者は，患者が自分の回復に注目し主体的に行動できるよう心理的に援助していくことも重要な課題となっている。

一度，健康破綻を来たし回復の過程にあるリハビリテーションを受ける患者が生活を再構築していくときに，本人の意欲は大きな部分を占める。自立意欲のある者がない者より生命予後がよく[2)]，ADLの維持または上昇をもたらした因子に自立意欲があり[3)]，意欲がADLの自立度に影響する[4～7)]と言われている。

意欲の概念規定はさまざまで，酒井ら[8)]は，看護師からみた老人のリハビリテーション意欲について「積極的で自立性があり目標を持っている状態」と報告している。そして意欲低下を測定する尺度は，Apathy Scale[9)]を日本語訳した「やる気スコア」[10)]が報告されている。

最近，看護の分野において自己効力感について多くの研究がなされている。自己効力感理論は心理学者Banduraが唱えたものである。個人の自己効力感が行動達成に大きく影響を及ぼしており，疾患を抱える患者が身の回りの変化に対応し，療養行動を遂行する上での有力な資源のひとつになりうる[11)]と述べており，看護の分野でも自己効力感の有用性を説いている。また，在宅高齢者を対象に自己効力感が低いことが自立・準寝たきり高齢者の一年後の自立度低下と関連しており[12)]，高齢・脳血管障害患者において自己効力感とADLは関連がある[13)]と述べている。そして，自己効力感は動機を自己調整していくときに主要な役割を果たしており，人々は予測することを訓練しながら自分を動機づけたり，行為を進めていく[14)]ことから，自己効力感は意欲を形成するのに影響している。

次にBanduraは自己効力感理論の中で，自己効力感を形成するには４つの情報源があると指摘しており，それらは成功体験，代理体験，言語的説得，生理的・感情的状態と主張している。情報源についての研究は，歩行訓練患者は「遂行行動の達成」「言語的説得」と比べると「代理的経験」「生理的・情動的状態」が少ないことを報告[15)]している。

以上のことから，ADLに対して意欲，自己効力感が大きく影響していることがわかる。しかし，脳血管障害患者のADL拡大，意欲，自己効力感の３つの関係を直接検討した文献はなく，Banduraのいう自己効力感を形成する４つの情報が，脳血管障害患者の自己効力感やADL拡大にどのような影響を与えているのかについても明らかにした文献はない。そこで，本研究ではADL拡大と意欲，自己効力感，自己効力感形成の情報源の関係性を明らかにす

１）愛媛県立医療技術大学保健科学部看護学科　Ehime Prefectural University of Health Science
２）宇部フロンティア大学人間健康学部看護学科　Ube Frontier University

ることを目指す。このことは，看護師が脳血管障害者のADL拡大に向けた関わりをする時の具体的な援助方法を見つけ出すことに貢献する。

Ⅱ．研究目的

本研究の目的は以下の通りである。

1）リハビリテーションを必要としている脳血管障害患者のADL拡大が意欲，自己効力感とどのように関係しているのかを明らかにする。

2）ADL拡大や自己効力感を形成していく時にどのような情報源が影響しているか明らかにする。

Ⅲ．用語の定義

リハビリテーション：疾患や外傷によって発生する機能障害を可能な限り改善するとともに，障害をもった人々が残された能力を最大限に発揮して生活の再構築を可能にすることであり，社会や環境の様々なシステムの利用を可能にして社会的不利を取り除き，個人のより高い自立へ向けて生活の質を向上させるための過程である[16]。本研究では脳血管障害患者のリハビリテーションをいう。

ADL：ひとりの人間が独立して生活するために行う基本的な，しかも各人ともに共通に毎日繰り返される一連の身体動作群をいう（日本リハビリテーション医学会1976）[17]。本研究では，ADLを日常生活活動とし[3～5，17]，ADL拡大とは，発症日から調査日までにADLが少しでも改善していることを医療従事者により判断されたことを言う。

意欲：本研究では，意欲とは物事を積極的にやろうとする気持ち[8）9）18]とした。

自己効力感：Banduraは，人間行動の決定因として，先行要因，結果要因，認知的要因の３つをあげている。自己効力感は先行要因の１つである。先行要因には結果予期と効力予期があり，前者はある行動がある結果を導くだろうという個人の予測である。後者はその結果を生むのに適切な行動をうまくできるという確信である[19]。これが自己効力感である。Bandura[20]は効力に関する信念は，４つの主要な影響力（成功体験・代理体験・言語的説得・生理的，感情的状態）によって育てていくことができると述べている。

Ⅳ．研究方法

１．調査対象者

対象者はA県内の２つの病院に入院，外来通院をしている患者で次の１）～５）の条件を満たす者103名。

1）脳血管障害患者

2）認知症状がない：対象者に関わっている医療従事者によって客観的にコミュニケーションがとれ日常生活に支障がないと判断された者

3）なんらかの機能回復訓練を受けている者

4）会話においてコミュニケーション障害がない者：運動性失語症があっても，うなづきや指し示すことができる者は含む

5）明らかにADLが自立へ向かっている：発症時から調査日までにADLが少しでも改善していると医療従事者により判断された者

２．調査期間

2004年５月下旬から９月下旬に実施した。

３．倫理的配慮

対象者から得た情報は研究以外に使用しないこと，研究者以外のものが用いることはないこと，氏名は伏せ，知りえた情報は口外しないこと，もし調査を拒否しても今後の診療や看護には影響しないこと，途中で研究は中断できること，参加は自由であることを説明し，同意書に署名を得た。

４．データ収集方法

本研究は，脳血管障害患者で対象者の１）～５）の条件を満たす者を施設の責任者に選定してもらい，調査を行った。基本属性，身体面の中の痛みやしびれ，認知面，意欲，自己効力感，自己効力感形成の情報源については，対象者に質問紙による聞き取り調査を行い，その場で回収した。麻痺や言語障害などにより自分で質問紙に記入できない対象者に対しては，研究者が聞き取りを行い，記入した。また，身体面の麻痺，言語障害は，対象者に関わっている理学療法士，作業療法士に質問紙調査を行った。ADLは，対象者に関わっている理学療法士，作業療法士，看護師，カルテ，本人から聞き取りを行った。

５．調査内容

1）基本属性：性別，年齢，疾患名，発症日時，リハビリテーション期間，家族構成，生活場所の７項目を問うた。

2）身体面：痛み，しびれ，麻痺，言語障害，ADLの５項目を問うた。痛み及びしびれについては，４段階でたずね，「非常に」・「少し」を痛み及びしびれありとし，「あまり」・「全く」を痛み及びしびれなしとした。麻痺の測定は，麻痺の程度，麻痺側，Brunnstrom stage[21]を調査した。麻痺の程度は４段階でたずね，「非常に」・「少し」・「あまり」を麻痺ありとし，「全くない」を麻痺なしとした。ADLの評価は，Barthel index[22]を用い，調査日のADLを評価した。自立度は，C.V.Grangerら[23]の４段階分類を用いた。

3）認知面：自分自身の回復・自立に対してどのように思っているか，病気に対して重症か否かに対する思いをどのように感じているかの２項目を問うた。「とても良

くなっている」から「全く良くなっていない」の４段階でたずねた。

4）意欲の測定：脳血管障害者を対象とし，意欲低下の評価をする尺度であるStarksteinら[9]が作成し，岡田ら[10]が日本語訳した「やる気スコア」を採用した。14項目で前半の８項目は意欲や興味に関する陽性症状，後半の６項目は陰性症状の質問で構成されている。各質問に４段階で回答し，それぞれ０点～３点の評価点を与え，総合点が高値であるほど意欲低下が強い。16点以上を意欲低下ありとされている。

5）自己効力感の測定：脳血管障害者を対象に自己効力感を測定する尺度である岡本[13]の「脳血管障害患者用自己効力感尺度」30項目を採用した。この尺度は各質問に「非常にそう思う＝４点」から「全くそう思わない＝１点」の４段階で評価し，得点が高いほど自己効力感が高いことを意味する。

6）自己効力感形成の情報源の測定：中西ら[15]が作成した質問紙を参考に新たに「自己効力感を形成する情報源の質問紙」20項目を作成した。各項目への回答は，「全く体験したことがない＝１点」から「よく体験する＝４点」の４段階で評価し，得点が高いほど自己効力感形成の情報源を多く体験しているように得点化した。

６．分析方法

変数間の関係は全変数について記述統計量を求めた。意欲と基本属性，身体面，認知面の関係は，t検定と一元配置の分散分析，多重比較を用いた。脳血管障害患者用自己効力感と自己効力感を形成する情報源の構造については，最初にGood-poor analysis（以下「GP分析」と略す）により項目分析を行った。次に各質問紙の客観性を図るために因子分析（主因子法・バリマックス回転）を行い，各因子に信頼係数を求めた。意欲，自己効力感，自己効力感形成の情報源，ADLの関係は，ピアソンの積率相関係数で判定した。自己効力感形成の情報源が意欲，自己効力感を介してADLに影響しているというモデル（図１）を検証するために重回帰分析（強制投入法）を繰り返してパス解析[24]を行い，適合度を算出した。適合度の判定[25]にはχ^2検定，Root Mean Square Error of Appromiximation（以下「RMSEA」と略す）を採用した。

これらの分析には，統計ソフトSPSS ver11.0及びAmos 4.01を使用した。有意水準は５％を採用した。

Ⅴ．結　　果

１．調査対象者の状況

対象者の基本属性を表１，身体的・認知的状況を表２に示した。ADLはBarthel indexを用いて評価した結果，平均得点71.1±26.7であった。自立度は，Ⅰ群に該当する者は68名で最も多かった。認知面は，回復・自立に対する思いで「良くなっていると感じている」と答えた者は84名であった。また，病気に対する重症度への思いでは「重症だと感じている」と答えた者は76名であった。

２．脳血管障害患者の意欲について

意欲全体の「やる気スコア」得点の平均は14.59±10.14であった。意欲低下ありは43名（44.2%）であった。

３．脳血管障害患者の自己効力感について

脳血管障害者の自己効力感質問紙については，適切な項目を選択するためにGP分析を行った。質問紙全体の合計得点の上位26.9%（25名，範囲115～120）を上位群，下位25.1%（23名，範囲69～102）を下位群とした。t検定の結

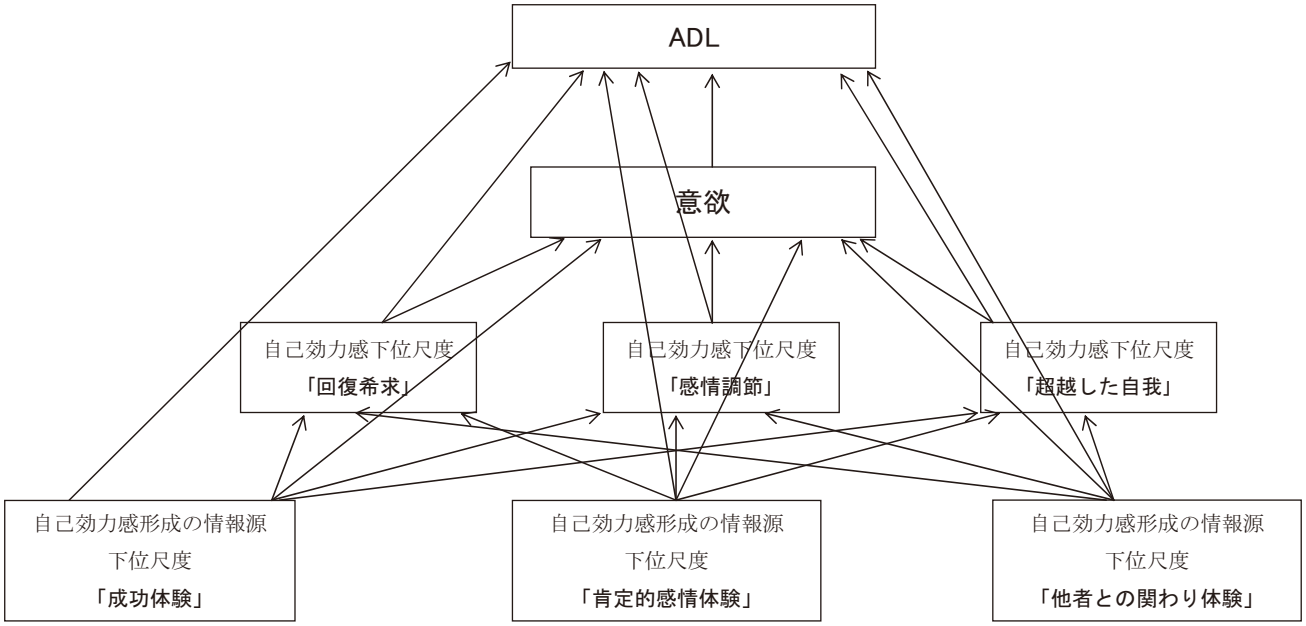


図１　分析モデル

表１　基本属性

項　　目	区　　分	人数（%）		
性別	男	68（66.0）		
	女	35（34.0）		
平均年齢（歳）		65.3±12.7		
階級別年齢	30代	6（ 5.8）	64歳以下	47（45.6）
	40代	5（ 4.9）		
	50代	19（18.4）		
	60代	33（32.0）	65歳以上	56（54.4）
	70代	28（27.2）		
	80代	12（11.7）		
疾患名	脳梗塞	55（53.4）		
	脳出血	43（41.7）		
	くも膜下出血	5（ 4.9）		
発症後期間（月）	平均	33.3±58.0		
	１年未満	66（64.1）		
	１年以上10年未満	30（29.1）		
	10年以上	7（ 6.8）		
リハビリ期間（月）	１ケ月未満	10（ 9.7）		
	１ケ月以上２ケ月未満	13（12.6）		
	２ケ月以上３ケ月未満	15（14.6）		
	３ケ月以上６ケ月未満	19（18.4）		
	６ケ月以上１年未満	10（ 9.7）		
	１年以上	36（35.0）		
同居家族	あり	87（84.5）		
	なし	16（15.5）		
	平均家族人数	2.9±1.5		
家族の内訳	配偶者	64（73.6）		
	子供	44（50.6）		
	親	13（14.9）		
	その他	19（21.8）		
生活場所	自宅	32（31.1）		
	病院	71（68.9）		
病院生活	病室の形態	大部屋	64（90.1）	
		個室	7（ 9.9）	
	周囲の人	いる	51（75.0）	
		いない	17（25.0）	

n＝103

果，６項目は上位群と下位群との間に有意な差がみられなかった。よって６項目を削除し，24項目に対して因子分析を行った。その結果を表３に示した。主因子法・バリマックス回転法を行い，因子負荷量が0.40以上の項目を採用し，累積寄与率34.64％で３因子解を抽出した。その結果，６項目は削除され，因子負荷が複数の因子にまたがる２項目を除外し，第１因子に７項目，第２因子に６項目，第３因子に３項目が集約した。各因子のクロンバックのα係数は第１因子α＝0.8041，第２因子α＝0.6481，第３因子α＝0.5598であった。α係数はやや低く，高い信頼性は得られていないが，累積寄与率や解釈可能性から脳血管障害患者の自己効力感を評価する尺度と考え分析に用いた。

まず第１因子は，「日常生活動作がうまくいかなかった時は，もう一度チャレンジするほうだ」，「自分の可能性を信じている」などであり，生活の自立や回復への期待，またそれを成し遂げていく自己への希望に関連する因子であると解釈し，『回復希求』と命名した（以下『回復希求』とする）。次に第２因子は，「生活の自立にむけてがんばっている」，「うまくいかない時があったとしても，そういうときもあると思ってがんばっている」などであり，自分の主体性をあらわし，自己を維持するための感情をコントロールしていく因子であると解釈し，『感情調節』と命名した（以下『感情調節』とする）。最後に第３因子は，「リハビリの時に訓練室で訓練を受けるのをみまもられても抵

表２　身体的・認知的状況

項　　目		区　　分	人数（%）
痛み		あり	53（51.5）
		なし	50（48.5）
しびれ		あり	58（56.3）
		なし	45（43.7）
言語障害		あり	58（56.3）
		なし	45（43.7）
言語障害の種類		構音障害	42（72.4）
（言語障害ありの人のみ）		失語症（運動性）	16（27.6）
麻痺	麻痺	あり	90（92.8）
		なし	7（ 7.2）
	麻痺側	左片麻痺	38（44.2）
		右片麻痺	44（51.2）
		四肢麻痺	2（ 2.3）
		両麻痺	2（ 2.3）
	Brunnstrom stage 上肢	Ⅰ（stage 1～2）	34（37.8）
		Ⅱ（stage 3～4）	35（38.9）
		Ⅲ（stage 5～6）	21（23.3）
	Brunnstrom stage 下肢	Ⅰ（stage 1～2）	17（19.5）
		Ⅱ（stage 3～4）	43（49.4）
		Ⅲ（stage 5～6）	27（31.0）
ADL	Barthel index	平均得点	71.1±26.7
	自立度	Ⅰ（61～100）	68（66.0）
		Ⅱ（41～60）	16（15.5）
		Ⅲ（21～40）	13（12.6）
		Ⅳ（0～20）	6（ 5.8）
認知面	回復・自立に対する思い	良くなっていると感じている	84（81.6）
		良くなっていないと感じている	19（18.4）
	病気に対する重症度への思い	重症だと感じている	76（75.2）
		重症だと感じていない	25（24.8）

n＝103

抗はない」,「自分の感情を人にぶつけ攻撃したり，自分を責めたりしない」,「機能の回復がうまくいかなくても，人生や生活をあきらめないでがんばっている」などであり，障害・病気をも含めた自己を受け入れ，揺るがない自己を確立した上で困難に立ち向かっていく因子であると解釈し，『超越した自我』と命名した（以下『超越した自我』とする）。

４．自己効力感形成の情報源について

１）自己効力感形成の情報源の構造

自己効力感形成の情報源の質問紙については，適切な項目を選択するためにGP分析を行った。質問紙全体の合計得点の上位26.5％（26名，範囲77～80）を上位群，下位24.5％（24名，範囲38～61）を下位群とした。t検定の結果，全ての項目において上位群と下位群との間に有意な差がみられた。削除される項目はなく，20項目に対して因子分析を行った。その結果を表４に示す。主因子法・バリマックス回転法を行い，因子負荷量が0.40以上の項目を採用し，累積寄与率34.19％で３因子解を抽出した。その結果，６項目が削除され，第１因子に５項目，第２因子に５項目，第３因子に４項目が集約した。各因子のクロンバックのα係数は第１因子α＝0.7683，第２因子α＝0.7044，第３因子α＝0.6084であった。α係数がやや低い数値は見られるものの，それぞれの信頼性はある程度支持されたものと考え，分析に用いた。

第１因子は,「自分で寝返り・起き上がり・座位を保つ・歩くに至るまで少しずつ上達していると思う」,「何か動作をした後に自分にもできたと思うことがある」などであり，課題遂行の達成に関連する因子であると解釈し『成功体験』と命名した（以下『成功体験』とする）。第２因子は,「今までできなかったことができた時に周囲の人たちから褒められることがある」,「周囲の人たちから“あなたならできる”といわれ，自分ならできそうだと思う」などであり，周りの人からの言葉による説得，自分と同じような状況にある人の行動を観察するモデリングに関連する因

表３　脳血管障害患者用自己効力感質問紙の因子構造

	n＝103	因子			
	回復希求（α＝0.8041）	1	2	3	共通性
効力７	私は，日常生活動作がうまくいかなかった時は，もう一度チャレンジするほうだ	0.775	0.158	−0.055	0.607
効力４	私は，自分の可能性を信じている	0.736	0.155	0.042	0.567
効力６	私は，自分を頑張っていると思う	0.674	−0.053	−0.006	0.457
効力３	私は，何事もやってみなければわからないと思って行うほうだ	0.652	0.062	0.131	0.446
効力５	私は，積極的に新しいことに挑戦することができる	0.544	0.171	0.068	0.330
効力２	私は，障害をもっていても仕事ができる，そうなれると信じている	0.543	0.190	0.119	0.345
効力８	私は，「失敗は成功のもと」という言葉を信じている	0.492	0.449	0.166	0.471
効力13	私は，失敗したとき常になぜ失敗したのかを考える	0.428	0.172	0.125	0.228
効力25	私は，気持ちの上で負担なく人の援助がうけることができる	0.275	0.157	0.248	0.162
	感情調節（α＝0.6481）				
効力18	私は，生活の自立にむけてがんばっている	0.249	0.698	−0.146	0.571
効力19	私は，うまくいかない時があったとしても，「そういう時もある」と思ってがんばっている	−0.027	0.566	−0.002	0.321
効力10	私は，人に言われなくても訓練に取り組むことができる	0.481	0.517	−0.119	0.513
効力14	私は，自分の行きたいところに移動できるようになりたい	0.320	0.481	−0.039	0.335
効力12	私は，リハビリを自分の仕事だと思っている	0.034	0.428	0.146	0.206
効力11	私は，リハビリが楽しみである	0.167	0.412	0.023	0.198
効力９	私は，今の機能を維持するためのリハビリを苦痛とは感じていない	0.256	0.401	0.089	0.234
効力20	私は，今の自分を結果の有無にかかわらず評価している	0.291	0.394	0.221	0.289
効力28	私は，リハビリの前に緊張したりはしない	−0.107	0.394	0.326	0.273
	超越した自我（α＝0.5598）				
効力30	私は，リハビリの時に訓練室で訓練を受けるのをみまもられても抵抗はない	0.047	−0.079	0.601	0.370
効力23	私は，自分の感情を人にぶつけ攻撃したり，自分を責めたりはしない	−0.036	0.037	0.595	0.357
効力22	私は，機能の回復がうまくいかなくても，人生や生活をあきらめないでがんばっている	0.217	−0.071	0.507	0.309
効力26	私は，どんなときも自分の感情をうまく調節できる	0.342	0.216	0.379	0.307
効力29	私は，人前にでてもあがらない	−0.023	0.237	0.348	0.178
効力１	私は，自分の家庭内の役割をはたすことができている	0.323	0.057	0.335	0.220
	因子寄与率（%）	16.55	10.94	7.15	

（累積寄与率34.64%）
太枠内は採択された因子負荷量を示す

子であると解釈し，『他者との関わり体験』と命名した（以下『他者との関わり体験』とする）。第３因子は，「体を動かすことによる痛みや違和感があっても，次に体を動かすときは“大丈夫”だと感じる」，「訓練室で出来たことを病室や家でもやってみようと思う」などであり，課題を遂行したときに前向きな感情を抱き，自己の感情を自覚する因子であると解釈し『肯定的感情体験』と命名した（以下『肯定的感情体験』とする）。

２）自己効力感形成の情報源の実態

『成功体験』において，「よく」・「たまに」体験すると答えた人で，最も多い項目は「自分で寝返り・起き上がり・座位を保つ・歩くことに至るまで少しずつ上達していると思う」（86.4%）であった。『他者との関わり体験』では，「今までできなかったことができた時に周囲の人たちから褒められることがある」（80.6%）『肯定的感情体験』では，「体を動かすことによる痛みや違和感があっても，次に体を動かすときは“大丈夫”だと感じる」（90.2%）が最も多かった。 対象者の70%以上の者が『成功体験』『他者との関わり体験』『肯定的感情体験』を，「よく」・「たまに」体験すると回答していた。

５．各要因間の関係

１）意欲，自己効力感，自己効力感形成の情報源，ADLの相関

意欲，自己効力感，自己効力感形成の情報源，ADLの４変数それぞれの相関係数は表５に示した。

ADLには，『超越した自我』と『肯定的感情体験』を除くすべての変数と有意な相関があった。

２）パス解析

自己効力感形成の情報源が意欲，自己効力感を介してADLに影響しているというモデルを検証するために重回帰分析（強制投入法）を繰り返し，パス解析を行った。まず，自己効力感形成の情報源を独立変数，自己効力感のそれぞれを従属変数とする重回帰分析を行い，さらに自己効力感形成の情報源と自己効力感のすべての変数を独立変数，意欲を従属変数とする重回帰分析をおこなった。最後にこれらすべての変数を独立変数，ADLを従属変数とす

表４　自己効力感を形成する情報源に関する質問紙の因子構造

	n＝103	因子			
	成功体験（α＝0.7683）	1	2	3	共通性
情報１	自分で寝返り・起き上がり・座位を保つ・歩くことに至るまで少しずつ上達していると思う	0.767	−0.006	−0.059	0.592
情報４	何か動作をした後に“自分にもできた”と思うことがある	0.660	0.331	0.132	0.563
情報２	はじめは介助が必要だった動作が，だんだん必要でなくなってきたと感じる	0.650	0.026	0.091	0.431
情報３	自分の目標に近づいていると感じる	0.600	0.213	0.073	0.411
情報11	医師や理学療法士，看護師からよく頑張っていると励まされる	0.456	0.156	0.127	0.248
情報18	実際に行動するようになって，“できない”という思いから，“今では自由に行動できるようになった”と感じる	0.343	0.289	0.280	0.280
	他者との関わり体験（α＝0.7044）				
情報15	今までできなかったことができた時に周囲の人たちから褒められることがある	0.262	0.713	−0.163	0.604
情報13	自分で自分に“できる”と暗示をかける	0.202	0.627	0.284	0.515
情報14	周囲の人たちから“あなたならできる”といわれ，自分ならできそうだと思う	0.428	0.508	0.118	0.455
情報10	同じ部屋に同じような状況であった人（先輩）がおり，その人が成功しているところをみると自分も出来そうだと思う	0.068	0.419	0.312	0.278
情報16	体を動かすようになってから，あまり気分が沈みこむことがなくなったと感じる	0.189	0.407	0.145	0.222
情報９	リハビリをする部屋に行き，自分と同じような状況にある人がリハビリをしている様子を見ることがある	−0.141	0.374	0.346	0.279
情報８	自分と同じ悩みを持っている人のやり方を聞いて，そのやり方なら出来そうだと思う	0.218	0.363	0.298	0.268
情報17	座ったり立ったりする時間が増えてから，食事をおいしく感じたり，便秘しなくなったり身体に変化が起こっていると感じる	0.265	0.298	0.176	0.190
情報12	自分の努力は周囲の人の言葉や態度によって認められ精神的にも支えられていると感じる	0.214	0.272	0.117	0.133
情報20	体を動かす時に緊張したり，不安な気持ちになることがないと感じる	−0.008	0.252	0.040	0.065
	肯定的感情体験（α＝0.6084）				
情報６	最初は出来ないと思っていたけれど，ほかの人がやっているのを見て自分にも出来るかもしれないと思う	0.213	0.117	0.652	0.484
情報19	体を動かすことによる痛みや違和感があっても，次に体を動かすときは“大丈夫”だと感じる	−0.008	0.100	0.647	0.429
情報５	訓練室で出来たことを病室や家でもやってみようと思う	0.222	0.076	0.405	0.219
情報７	理学療法士や看護師が，初めての動作をする時一緒にやってくれたので，自分もやってみようかなと思う	0.019	0.098	0.404	0.173
	因子寄与率（％）	13.72	11.50	8.97	

（累積寄与率34.19％）
太枠内は採択された因子負荷量を示す

表５　意欲，自己効力感，自己効力形成の情報源，ADLの相関係数

n＝103

	意欲	回復希求	感情調節	超越した自我	成功体験	他者との関わり体験	肯定的感情体験	ADL
意欲	−							
回復希求	−0.594**	−						
感情調節	−0.438***		−					
超越した自我	−0.074			−				
成功体験	−0.427***	0.565***	0.304**	0.037	−			
他者との関わり体験	−0.385***	0.365***	0.237*	0.034		−		
肯定的感情体験	−0.337**	0.435***	0.233*	0.106			−	
ADL	−0.354***	0.283**	0.283**	−0.044	0.442***	0.41***	0.116	−

*p＜0.05，**p＜0.01，***p＜0.001

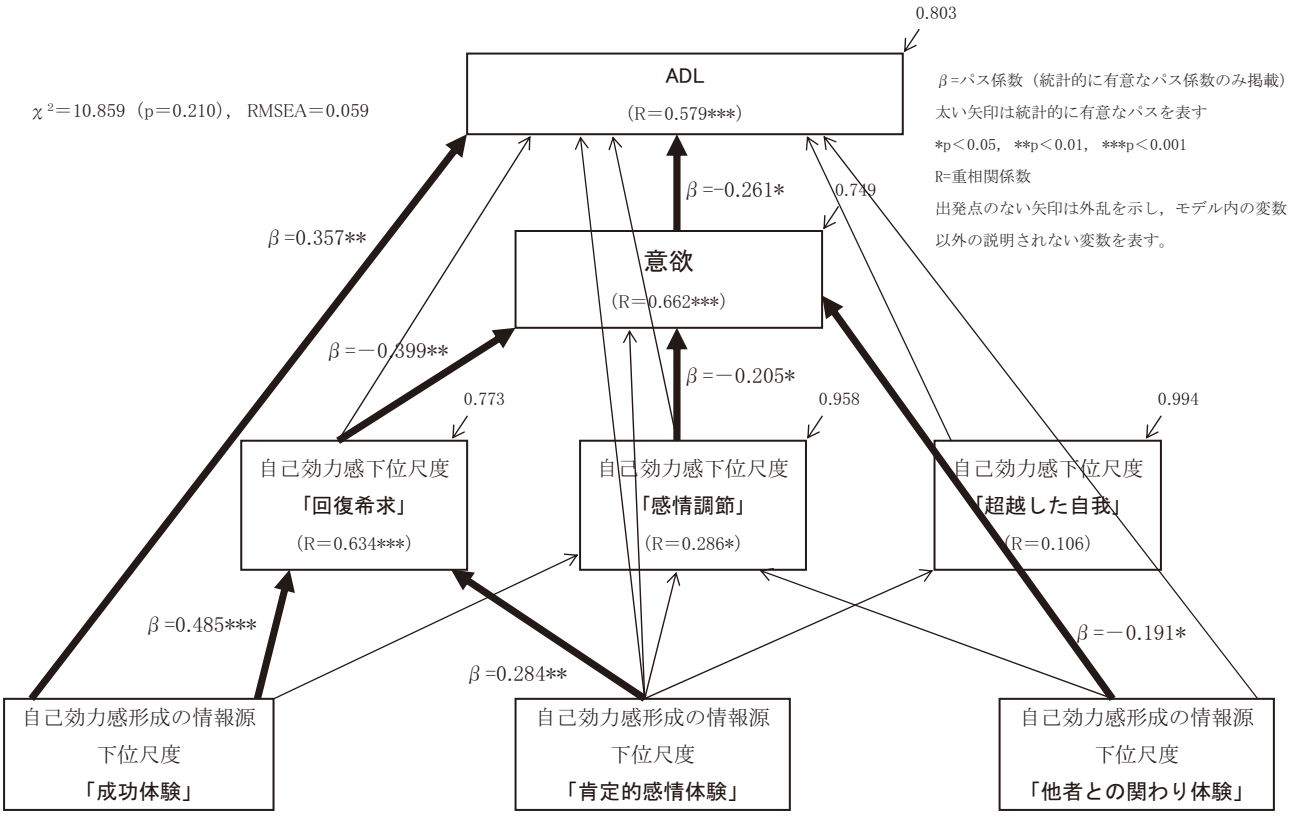


図２　パス・ダイアグラム

る重回帰分析をおこなった。パス係数が0.05未満の係数は削除し，分析した。最終的に得られたパス・ダイアグラムを図２に示した。またモデルの適合度は，$\chi^2=10.859$（$p=0.210$），RMSEA＝0.059であった。内生変数であるADL，意欲，『回復希求』，『感情調節』，『超越した自我』の重相関係数はそれぞれ0.579，0.662，0.634，0.286，0.106であった。決定係数は0.335，0.439，0.402，0.082，0.011であった。

ADLへの直接効果で有意な変数は，『成功体験』（$\beta=0.357$）が最も大きく，次いで意欲（$\beta=-0.261$）であった。意欲への直接効果で有意な変数は，『回復希求』（$\beta=-0.399$）が最も大きく，次いで『感情調節』（$\beta=-0.205$），『他者との関わり体験』（$\beta=-0.191$）であった。『回復希求』への直接効果で有意な変数は，『成功体験』（$\beta=0.485$）が最も大きく，次いで『肯定的感情体験』（$\beta=0.284$）であった。『感情調節』と『超越した自我』への直接効果で有意な変数はみられなかった。

このことから，『成功体験』からADLに影響する経路は，直接ADLに影響する経路と『回復希求』と意欲を介してADLに影響する経路が２つ存在した。また『肯定的感情体験』は，『回復希求』と意欲を介してADLに影響していた。そして『他者との関わり体験』では，意欲を介してADLに影響していた。また『感情調節』は，意欲を介してADLに影響していた。

Ⅵ．考　　察

１．ADLについて

Barthel indexによる評価の結果，平均得点71.1±26.7，自立度ではⅠ群が最も多く，自立度が高い集団であった。これは，対象者を外来通院の者も含めていることが影響していると考えられた。また，対象者の92.8％に何らかの麻痺が存在していることから，脳血管障害患者は，麻痺という障害を乗り越えて残存機能を活用しADLを獲得していることがわかる。

２．ADLと意欲の関係性

脳血管障害患者においてリハビリテーション効果やADLを阻害する因子はさまざま報告されている[26,27]。その中でも共通するものとして意欲があげられている。本研究における「やる気スコア」の全体平均得点は14.59±10.14で，岡田ら[9]の報告14.5±8.8と大きな差はなかった。また意欲低下ありと判定された者の割合は，本研究では42.2％，岡田ら[9]，青山ら[28]は56％であり，本研究では意欲低下ありと判定されたものが少なく，比較的意欲的な集団であると考えられた。これは本研究の対象者設定をADLが少しでも自立へ向かっているとしたことによる対象者の違いではないかと考える。

しかし，客観的にADLが自立へ向かっている人を対象にしたにもかかわらず，意欲が低下している者が43名もいたことは，必ずしも身体回復が意欲の向上につながってお

らず，リハビリテーション看護の難しさを指摘できる。

また，本研究において，ADL得点と意欲との間に有意な負の相関関係があり，ADL得点が高い者は意欲も高いことが再確認でき，先行研究[2～7]と同様の結果となった。

３．ADLと自己効力感の関係性

１）自己効力感の構成概念

岡本[13]は，「脳血管障害患者用自己効力感尺度」の因子分析の結果，３因子解を抽出し，各因子を「回復希求」「感情調節」「超越した自我」と命名している。本研究でも脳血管障害患者の自己効力感は，因子分析により３つの下位因子が抽出された。その各因子の変数の内容は一部違いがあるが，同じ変数が含まれており，岡本が解釈した因子の内容に合致するため，第１因子『回復希求』，第２因子『感情調節』，第３因子『超越した自我』と同じ因子名を採用した。

２）ADLと自己効力感

ADL得点と『回復希求』，『感情調節』との間に有意な正の相関関係がみとめられた。つまり，ADLが高い者は自己効力感も高い。自己効力感が低いことが高齢者の一年後の自立度低下と関連している報告[12]があるが，脳血管障害患者においてもADLと自己効力感の関連は明らかとなった。ADLと『回復希求』，『感情調節』との間に有意な正の相関関係があったことから，脳血管障害患者は自己の回復へ可能性を信じながら，主体性をもち感情をコントロールすることによってADLを獲得していく姿勢が伺える。それゆえに自己効力感を高めることはADL自立支援のために有用である。また，『超越した自我』とADL得点との間に有意な関係が認められなかった。障害や病気を受け入れ新たな自己を確立していく姿勢は，個別性があり多くの時間が必要である。たとえばADLは向上していないが障害を受け入れてリハビリテーションに取り組んでいる者もいれば，ADLが向上している者でも受け入れることができない者もいる。それゆえ『超越した自我』はADLと関連がなかったと考えられる。

４．自己効力感形成の情報源について

Banduraは自己効力感を形成するには４つの情報源があることを指摘し，それらは成功体験，代理体験，言語的説得，生理的・感情的状態と主張しているが，本研究において脳血管障害患者の自己効力感形成の情報源は，因子分析の結果，第１因子『成功体験』，第２因子『他者との関わり体験』，第３因子『肯定的感情体験』が３つの因子が抽出された。

『成功体験』は，課題遂行の達成の体験を表すものである。脳血管障害患者は，麻痺などの機能障害によって今まで出来ていたことが突然できなくなる。生活の再構築を目指しリハビリテーション患者は，段階的にADLを獲得している。そのような状況にある患者は課題遂行の達成を感じやすいと考えられる。実際に「自分で寝返り・起き上がり・座位を保つ・歩くことに至るまで少しずつ上達していると思う」と回答した者は86.4％いた。多くの患者は何らかの成功体験を感じていた。また「医師や理学療法士，看護師から良く頑張っていると励まされる」と回答した者は83.5％おり，医療従事者からの声かけにより客観的にも課題の達成を認めてもらうことで，より成功体験を感じているといえよう。そして「自分の目標に近づいていると感じる」と回答した者は70.9％で，多くの脳血管障害患者が目標を持ちながらリハビリテーションに取り組んでいた。しかし，多くの患者は目標を「良くなりたい」「早く治って帰りたい」という言葉で表現していた。これらの目標は抽象的で大きく，簡単に達成できるものではない。近本[29]は，短期間に達成可能な現実的目標を立てて，ひとつずつクリアしていくことによって，自己効力感を高め，他の課題に自信を持ちながら挑んでいくほうが成功へと導く近道であると述べている。患者がより目標に近づいていると感じるためには，看護者は，患者がどのような目標を立てて生活しているのかを把握し，その目標が現実的でないものや達成可能でないものについては患者と共に修正し，短期間に現実的で達成可能な目標を立てていくことが重要である。

『他者との関わり体験』は，他者からの言葉による説得や自分と同じような状況にある人の行動を観察するモデリングの体験を表すものである。他者とは，家族，同じ病室の者，同じ病気の者，医療従事者，そして自分をも含む。医療の専門家による言語的サポートは，正確に患者の行動を評価するもので，患者は自分の行動に対する自信や確信を深め，医療従事者の言語的サポートを通じて自身の行動の有効性を再認識し，自身の行動範囲拡大の可能性を感じることになり，次の行動へと移行することが可能となる[15]ため，医療従事者の言葉は患者にとって大きな影響力を持つ。それゆえ言葉による説得が効果的なものであるためには，医療従事者は患者の回復過程や行動を正確に評価することが求められ，言語的コミュニケーションの重要性を指摘する。また，脳血管障害患者の機能回復訓練は訓練室など大勢の患者と共に訓練を行っているため，他患者がリハビリをしている様子を観察する機会が多くある。本研究の対象者では，病院で生活している者の75.0％の者が「自分と同じような病気の方がいる」と回答し，「同じ部屋に同じような状況であった人がおり，その人が成功しているところをみると自分も出来そうだと思う」と回答した者は，70.6％とモデリングを経験している者は多かった。中西ら[15]の報告でも歩行訓練を受ける患者において６割以上の者が代理体験を経験しており，機能回復訓練を受けてい

る患者の多くは代理体験を経験していると言える。自分と同じような人々が忍耐強く努力して成功するのをみることは，それを観察している人々に自分もそのようなことができるのだという信念をわきあがらせる。行動や思考の表出を通して有能なモデルは，知識を伝え，環境からの要求を管理するための効果的な技術や方略を観察者に教える[20]。つまり脳血管障害患者がADL拡大に向けてリハビリを行っているときに，自分と同じような状況にある人が成功しているのを観察することは，観察者はそこからADL獲得のための知識や技術を吸収していることが考えられる。

『肯定的感情体験』は，課題を遂行した時に前向きな感情を抱き，自分の感情を自覚した経験を表すものである。本研究の約半数の者が痛みやしびれがあると回答していた。痛みやしびれというような身体症状は，感情をネガティブな方向へと向けるものである。しかし，実際は90.2％の者が「体を動かすことによる痛みや違和感があっても，次に体を動かすときは“大丈夫”だと感じる」と回答していた。これは実際に体を動かしてみても痛みはあるが，動かすことはできるとポジティブな感情に変換できていることを意味する。安酸[30]は，自分にはできないという思い込みが強いときには自己効力感は低く，精神的な枠組みの再構築を意味するリフレイミングにより思い込みをはずすことによって自己効力感が高まると述べている。患者が視点を変えて前向きな感情を抱けるよう援助していくことの重要性を示唆している。

5．ADLと意欲，自己効力感，自己効力感形成の情報源の関係性について

自己効力感形成の情報源が意欲，自己効力感を介してどのようにADLに影響を及ぼしているかを検証するためパス解析おこなった。その結果，５つのパターンが明らかになった。第１のパターンである『成功体験』からADLへ有意な影響力が認められたことから，ADLを拡大するためには患者が課題遂行の達成を経験することが重要であるといえる。課題を遂行し達成できたということにおいて，ADLの拡大を意味する。

また，第２の『成功体験』から『回復希求』，『回復希求』から意欲へ有意な影響力が認められたことから，患者が成功する体験を持つことは『回復希求』，意欲を高めるために重要であることが示唆された。そして『成功体験』は『回復希求』に最も大きく影響していた。自己効力感を作り出すのに，４つの情報の中で成功体験が最も効果的である[20]と報告されている。本研究においても同様のことが示唆された。患者がセルフケア活動を実施することに成功したとき，その体験は自己効力感の程度に影響し，簡単な活動を習得することはより複雑な活動を行うのに勇気付け，成功体験を貯蓄することで徐々に自己効力感は高くなる[31]。つまり自分で実際に行ってみて成功した体験をもつと自己効力感があがり，小さな成功が重なることで自己効力感がより高まり大きな成功へと導くことを意味する。また成人糖尿病患者においては，食事管理行動のよさに自己効力感が強く影響し，自己効力感を介して間接的に成功達成感がある[32]ことを述べており，食事療法を実行したことは食事管理の自信を強め，自信が高まることで食事管理行動がよい影響を受けている。脳血管障害患者においても同様のことがいえるのではないだろうか。実際に体を動かし，自分にもできたと感じる。それは自己の自信につながる。努力をすればもっと良くなるかもしれないという回復の可能性への思いとなり，さらに課題達成に向けて努力をしていく積極性が出現し意欲につながっていくと考えられる。このことから，『成功体験』は『回復希求』を高め，『回復希求』は意欲を高めることが明らかになった。ADL拡大や意欲を引き出すためには，医療従事者は患者に『成功体験』が経験できるような関わりを多くもたせ，自己効力感を高めることが大切である。

そして，第３のパターンの『肯定的感情体験』から『回復希求』を介して意欲へ有意な影響力が認められたことから，患者が課題達成による前向きな感情を自覚することは『回復希求』，意欲を高めるのに重要であることが示唆された。自己効力感は肯定的な気分で強まり，落胆した気分で下がる。身体の状態を向上させ，ストレスやネガティブな感情傾向を減少させ，身体の状態を正しく把握すること[20]が自己効力感を高めるのである。特に感情の状態は，個人のさまざまな面での効力に対する信念に幅広い効果を生み出すことができる[20]ことから，課題を遂行する時に前向きな感情を抱くことは『回復希求』を高めることにつながっている。

ここで，『成功体験』と『肯定的感情体験』は『感情調節』，『超越した自我』へ有意な影響を認めなかった。成功するという体験や課題遂行時の前向きな感情は，患者が即時に実感でき回復への可能性へと結びつく。しかし感情をコントロールしたり，障害を受け入れ自己を確立していくには，ある程度の時間が必要なため結びつかないと考えられる。それゆえ有意な影響は認められなかったといえる。

第４の『他者との関わり体験』から意欲，意欲からADLへ有意に影響が認められたことから，患者が医療従事者，家族及び他患者との言語的なコミュニケーションや他患者の観察をすることは，意欲向上のために重要であると示唆できる。他患者のリハビリテーションの取り組みの様子や他患者への対抗意識が意欲になっていた[33]という報告もあり，他者との関わりは意欲を引き出すことが明らかになった。また，『他者との関わり体験』は自己効力感を介さずに直接意欲に影響していた。他者が成功している

のを観察することや他者からの励まし，説得は自分にもできるかもしれないという感情を引き出す。しかし，それだけでは自己効力感を身につけていくことは難しい。それは効力があると他者が説得しても，その努力の結果が期待はずれのときはすぐに否認される[20]からである。このことから脳血管障害患者にとって『他者との関わり体験』は，心の支えとして認識され自立へのやる気となるが，他方，他者から説得されても自己努力の結果が期待はずれのときにはすぐに自己否定につながることを意味する。

第５の『感情調節』から意欲，意欲からADLへ有意に影響が認められたことから，主体性をもち自己の感情をコントロールしていることを確信することは意欲向上のために重要であることが明らかとなった。自分自身のコントロールを信じることは，自分がある一定の効果をもたらす方法で行動することが可能であると自信をもって理解するということである[34]。それゆえ自己の感情をコントロールすることへの確信は，自信をもって自分のすべきことを理解し，行動できるという認識が形成され意欲に結びついていると考える。

Ⅶ．結　　語

1．脳血管障害患者のADL評価の結果，平均得点71.1±26.7であった。自立度は，Ⅰ群が68名で最も多く，比較的自立度の高い集団であった。
2．脳血管障害患者の「やる気スコア」の平均得点は14.59±10.14であり，意欲が低下している者は43名（44.2％）であった。
3．脳血管障害患者の自己効力感は，因子分析により３つの因子が抽出され，第１因子『回復希求』，第２因子『感情調節』，第３因子『超越した自我』と命名した。
4．脳血管障害患者の自己効力感形成の情報源は，因子分析により３つの因子が抽出され，第１因子『成功体験』，第２因子『他者との関わり体験』，第３因子『肯定的感情体験』と命名した。
5．ADLには，『超越した自我』と『肯定的感情体験』を除くすべての変数に有意な相関がみられ，ADL得点が高い者は意欲，自己効力感が高かった。
6．パス解析の結果より，脳血管障害患者のADLに影響を及ぼす意欲，自己効力感，自己効力感形成の情報源の関係は５つのパターンがあることが明らかになった。１）『成功体験』から直接ADLに影響するもの。２）『成功体験』から『回復希求』に，そして意欲を介してADLに影響するもの。３）『肯定的感情体験』から『回復希求』に，そして意欲を介してADLに影響するもの。４）『他者との関わり体験』から意欲を介してADLに影響するもの。５）『感情調節』から意欲を介してADLに影響するものであった。

Ⅷ．今後の課題

今回の研究は，岡本が作成した自己効力感質問紙及び独自に作成した自己効力感を形成する情報源の質問紙を用い，自己効力感や情報源を測定しどのような関係があるのかを明らかにするものであったが，その結果，それぞれ３つの因子が抽出された。しかし，クロンバックのα係数が低い因子があり，今後下位概念の信頼性を高めるために検証する必要がある。

またパス解析の結果，自己効力感の『感情調節』，『超越した自我』の決定係数が小さかった。今回の研究は，ADL，意欲，自己効力感，情報源のみの関係に注目しパス解析を行ったため，この２つを説明する他の要因があることが示唆される。不足していると思われる変数を確認し，影響を及ぼす要因を検討する必要がある。

そして，本研究はADLが拡大している者を対象としたが，ADLが維持・低下した群を調査し，ADL拡大群とどのような差異があるのかを検討していきたい。

また，今回検討はしていないが，ADLが少しでも改善している者103名を対象としたにもかかわらず，認知面の回復・自立に対する思いで「良くなっていると感じている」と答えた者は84名であった。客観的な評価と主観的な思いの差には何が影響しているのかを検討していきたい。

Ⅸ．謝　　辞

本研究にあたり，調査にご協力いただきました皆様方に感謝する。なお，本研究は，愛媛大学大学院医学系研究科の修士論文を加筆修正したものであり，本論文の一部は第31回日本看護研究学会学術集会（2005年，札幌市）において報告した。

要　　旨

本研究の目的は，リハビリテーションを必要としている脳血管障害患者のADL拡大が意欲，自己効力感とどのように関係しているのかを明らかにすること，そして，ADL拡大や自己効力感を形成していく時にどのような情報源が影響しているか明らかにすることである。脳血管障害患者103名に対して，質問紙調査を行った。その結果，意欲，自己効力感が高い者はADLが高かった。因子分析により，自己効力感は「回復希求」「感情調節」

「超越した自我」，自己効力形成の情報源は「成功体験」「他者との関わり体験」「肯定的感情体験」のそれぞれ３因子が抽出された。ADL拡大に対する意欲，自己効力感，自己効力形成の情報源の関係をパス解析した。その結果，患者に「成功体験」が経験できる関わりを多く持たせること，患者が他者からの励ましや説得を受けること，モデリング体験は，ADL拡大や意欲をひきだすには重要であることが示唆された。

Abstract

The purpose of the present study is to clarify how the ADL expansion of the stroke patient who needs undergoing rehabilitation is related to the will and the self-efficacy. And, what source you influence the ADL expansion and the self-efficacy is clarified. The questionnaire was investigated for 103 stroke patients. As a result, the high will and self-efficacy had higher ADL. Factor analysis, self-efficacy “aspire recovery,” “emotional experience” “the transcendental ego,” self-efficacy sources formed the “successful experiences” “ experiences with others involved,” “positive emotional experience,” each of the three Factors were extracted. We passing analyzed the relation of the will, self-efficacy, self-effect formation sources for ADL expansion. The patient experience “successful experiences” and get encouragement from others and persuade the patient and modeling experience, was suggested to be important to get the ADL expansion and will.

文　献

1）高山成子：脳疾患患者の障害認識変容過程の研究－グランデッドセオリーアプローチを用いて－，日本看護科学会誌，17(1)，1-7，1997.
2）阿曽洋子，高鳥毛敏雄，他：在宅寝たきり老人の自立意欲と生命予後，厚生の指標，42(6)，17-23，1995.
3）阿曽洋子，高鳥毛敏雄，他：在宅寝たきり老人に対する訪問看護活動のあり方に関する研究－１年後のADLに影響を及ぼす要因の分析より－，大阪大学医療技術短期大学部研究紀要　自然科学・医療科学篇，第21集，1-13，1993.
4）松岡重信，川西昌弘，他：脳卒中後遺症患者におけるADL阻害因子の定量的解析－多重ロジスティック解析を用いて－，日本公衆衛生雑誌，34(8)，431-437，1987.
5）深谷安子，村嶋幸代，他：在宅片麻痺老人患者のADL変化に関する要因の分析－患者および家族の日常生活に焦点をあてて－，日本看護科学会誌，11(2)，44-54，1991.
6）松浦尊麿：特別養護老人ホームにおける健康管理に関する多角的検討，老年社会学，17(2)，117-128，1996.
7）金谷潔史，勝沼英宇，他：脳血管障害患者のリハビリテーション訓練における効果阻害因子の検討－特に高齢者と非高齢者との比較において－，日本老年医学会雑誌，34(8)，639-645，1997.
8）酒井郁子，佐藤弘美，他：看護婦がとらえている老人のリハビリテーション意欲に関する検討，第26回日本看護学会集録老人看護，74-76，1995.
9）Starkstein SE, Fedoroff JP, Price TR et al. : Apathy following cerebrovascular lesions, Stroke, 24, 1625-1630, 1993.
10）岡田和悟，小林祥泰，他：やる気スコアを用いた脳卒中後の意欲低下の評価，脳卒中，20(3)，318-323，1998.
11）江本リナ：自己効力感の概念分析，日本看護科学会誌，20(2)，39-45，2000.
12）薗牟田洋美ら：自立および準寝たきり高齢者の自立度の変化に影響する予測因子の解明　身体・心理・社会的要因から，日本公衆衛生雑誌，49(6)，483-496，2002.
13）岡本真理：高齢・脳血管障害患者の回復過程と自己効力感との関連性，愛媛大学大学院医学系研究科修士課程看護学専攻学位論文，2001.
14）Albert Bandura : Self-efficacy in Changing Societies, Cambridge University Press, 1995. 野口京子訳：激動社会における個人と集団の効力の発揮　激動社会の中の自己効力（本明寛・野口京子監修），7，金書書房，東京，1997.
15）中西泰弘，大本裕代：歩行訓練を受ける患者における個人背景と体験の自己効力感への影響，神戸大学医学部保健学科紀要，16，51-57，2000.
16）石鍋圭子：リハビリテーション看護の考え方と目標，看護技術，46(10)，3-10，2000.
17）今田　拓：日常生活活動（動作）の概念・範囲・意義，土屋広吉（編）：日常生活活動（動作）－評価と訓練の実際－第３版，1-3，医歯薬出版，東京，1996.
18）千田みゆき，飯田澄美子：脳卒中後遺症をもつ在宅患者の機能回復意欲に関する要因，日本看護科学会誌，17(2)，43-53，1997.
19）伊藤秀子：自分の能力を信じる－バンデューラの自己効力論－，梶田叡一（編）：自己意識心理学への招待，195-205，有斐閣ブックス，東京，1994.
20）前掲14)，3-6.
21）石鍋圭子：第４章 リハビリテーションにおける評価，落合芙美子（編）：新体系看護学第36巻リハビリテーション看護，97-103，メヂカルフレンド社，東京，2003.
22）Mahoney F.I., BarthelD. W : FUNCTIONAL EVALUATION : THE BARTHEL INDEX, Maryland State Medical Journal, 14, 61-65, 1965.
23）C.V. Garanger et al. : Outcome of Comprehensive Medical Rehabilitation : Measurement by PULSES Profile and the Barthel Index, Arch Phys Med Rehabil, 60, 145-154, 1979.
24）古谷野亘：予測と説明－従属変数が量的データのとき－，数学が苦手な人ための多変量解析ガイド，48-54，川島書店，東京，1988.
25）山本嘉一郎：第１章共分散構造分析とその適用，Amosによる共分散構造分析と解析事例第２版（山本嘉一郎・小野寺孝義編），16-17，ナカニシヤ出版，京都，2002.
26）杉浦昌也ら：老年者脳血管障害に対するリハビリテーションの効果と退院先に関する検討，日本老年医学会雑誌，22(6)，558-563，1985.
27）石川りみ子ら：脳卒中後遺症をもつ患者の退院・転院後３ケ月時点のADL改善とその関連要因，日本公衆衛生雑誌，43(5)，354-363，1996.
28）青山晃治，斉藤　宏，他：脳血管障害におけるApathyとうつ状態が認知機能に与える影響，脳卒中，20(2)，239-243，1998.
29）近本洋介：健康学習者の自己効力感／健康教育者の自己効力

感，看護研究，31(1)，3-11，1998.
30）安酸史子：糖尿病患者教育と自己効力，看護研究，30(6)，29-36，1997.
31）Gale Robinson-Smith・Elise Robinson Pizzi : Maximizing Stroke Recovery Using Patient Self-Care Self-Efficacy, Rehabilitation Nursing, 28(2)，48-51, 2003.
32）藤田君支，松岡　緑：成人糖尿病患者の食事管理に影響する要因と自己効力感，日本糖尿病教育・看護学会誌，4(1)，14-22，2000.
33）青木由美子・中嶋房子：脳血管障害による後遺症をもつ患者の運動機能回復意欲の要因，第28回看護学会集録 地域看護，38-40，1997.
34）前掲14)，67.

平成22年１月５日受　　付
平成22年６月15日採用決定

－原　著－

20～30歳代女性喫煙者の喫煙の意味と禁煙の意思の構造

The Meaning of Smoking and the Attitude to Quit Smoking Among Female Smokers in Their 20s and 30s

松　本　泉　美
Izumi Matsumoto

キーワード：女性喫煙者，ニコチン依存，意味，禁煙，
Key Words：female smokers, nicotine dependence, meaning, smoking cessation

Ⅰ．はじめに

女性の喫煙はその生殖機能に基づく身体特性により，男性喫煙者と共通に生じる健康影響に加え，月経異常・不妊症などの妊娠出産異常，子宮頚がんなどさまざまな女性特有の健康影響をもたらす[1)]。その中でも20～30歳代の女性は，女性のライフサイクルの中で妊娠や出産など次世代を育む時期であり，その世代の女性の喫煙は喫煙者本人だけでなく，胎児や新生児など次世代の子どもたちの健康にも大きく影響することが明らかになってきている[2)]。しかしこの世代の女性の喫煙率は，男性の喫煙率が減少傾向にある中で増加傾向にあり[3)]，禁煙支援の重要性が増している現状にある。

我が国におけるこの世代の女性喫煙者を対象とした先行研究では，質問紙調査などの量的研究法が多く用いられており，喫煙女性の大半が禁煙したいと思っているものの，禁煙しても再喫煙しやすく，周囲の喫煙者の影響が強いことが明らかになっている[4)]。

また喫煙行動の本質は，たばこに含まれるニコチンへの身体依存であり，そこに精神的依存が加わっていると考えられている。身体依存は，ニコチンを摂取することで感じる多幸感などの快感を得るために摂取量の増加にみる耐性や，摂取できない場合に生じるイライラなどの離脱症状で表される。精神的依存は，身体依存から派生した快感などを繰り返し経験することによって，その物質の摂取欲求が高まる状態であり，その摂取要求を「渇望」という[5)]。先行研究において，ニコチン依存の評価法に用いられていたFagerström Test for Nicotine Dependence（FTND）は，身体的依存の評価に適しているとされ，国内外で広く用いられているが，喫煙本数が少ない日本の女性喫煙者は低いスコアとなるため，ニコチン依存は低いとみなされていた[4)]。しかし女性の禁煙継続性の低さに示される禁煙の困難さから，日本の喫煙女性のニコチン依存の特性を明確にする必要性が認められた。

一方，薬物依存としての「ニコチン依存症」の診断法としては，米国精神医学会の「DSM-Ⅳ」とWHOの「ICD-10」があるが，この「ICD-10」に準拠する診断法として作成されたのが，川上らのTobacco Dependence Screener（以下TDS）であり，2006年より開始された健康保険適用の禁煙治療で「ニコチン依存症」の診断スクリーニングとして用いられている。このTDSは精神学的ニコチン依存を示すとされているが，このTDSを用いて喫煙女性のニコチン依存度を調査したものは少なかったことから，筆者は20～30歳代の女性喫煙者のニコチン依存の特徴を把握することを目的として，TDSとFTNDの双方を使用したweb調査を実施した。その結果，TDSによる評価では，20～30歳代女性喫煙者の62.9％が「ニコチン依存症」に該当し，FTNDによる単独評価では示されなかった禁煙時の離脱症状やたばこ渇望などの存在があり，精神的ニコチン依存が強いことが示唆された[6)]。

しかし以上の量的な研究方法で得た結果からは，喫煙女性の喫煙および禁煙行動における思考の特性は明らかにされなかった。また国内の先行研究においては女性の喫煙や禁煙に関する質的な研究は見当たらなかった。

そこで，人間はある事柄が自分にとって持つ意味に基づいて行動し，その意味は社会的相互作用から発生するとするBlumerのシンボリック相互作用理論[7)]に基づき，質的研究法を用いて，喫煙女性が喫煙や禁煙時の経験をどのように表現するのか，その表現を通して描かれる喫煙および禁煙の意味から禁煙の意思の構造を明らかにし，より効果的な禁煙支援のあり方への示唆を得ることを目的としたインタビュー調査を実施した。本研究では，質的データと量的研究で用いたニコチン依存度や禁煙の意思の段階との関連についても検討する。

Ⅱ．用語の定義および説明

喫煙者：過去に６ケ月以上たばこを吸っている者で，毎日

神戸常盤大学保健科学部看護学科　Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kobe Tokiwa University

表１　研究対象者の概要

対象者	年齢	職業	喫煙開始年齢	喫煙年数	喫煙本数	禁煙回数	婚姻状況	子供の年齢（Y・M）	同居家族の喫煙	夫や恋人の喫煙	FTND[1]	TDS[2]	呼気中CO濃度	禁煙の意思段階[3]
A	32	常勤	25	6	3	2	未	－	父	－	0	3	3	前熟考期
B	28	常勤	19	7	5	10	未	－	父[注]	有	3	3	1	準備期
C	20	学生	18	2	20	1	未	－	父・母[注]	有	4	8	6	熟考期
D	29	常勤	21	8	15	3	既	－	父	有	3	5	9	熟考期
E	27	常勤	19	8	3	5	未	－	父	有	1	3	1	熟考期
F	24	常勤	15	8	15	3	未	－	父	有	2	7	6	熟考期
G	22	非常勤	17	1	10	5	未	－	父	有	4	7	16	前熟考期
H	22	常勤	15	7	15	1	未	－	父・母	有	6	7	11	前熟考期
I	26	常勤	18	8	20	1	既	2Y	父[注]	禁煙	5	7	62	前熟考期
J	28	主婦	18	10	7	1	既	3Y・1M	父・他	有	4	9	9	前熟考期
K	38	主婦	18	20	15	2	既	2M	父・他	有	4	7	16	熟考期
L	21	非常勤	12	9	5	2	未	2M	父・他	有	5	8	30	準備期
M	26	非常勤	18	7	15	2	既	2Y・2M	父	有	5	7	10	熟考期
N[注]	31	常勤	20	10	10注）	1	既	－	父	禁煙	－	－	0	－
O[注]	29	常勤	16	13	20注）	3	既	－	祖父	禁煙	－	－	0	－
平均（SD）	26.9±4.8		17.9±3.0	8.5±4.0	11.9±6.2						3.4±1.7	6.2±2.1		

注）現在は禁煙
１）Fagerström Test for Nicotine Dependence：１～３は軽度，４～６は中等度依存，７以上は重度依存
２）Tobacco Dependence Screener：５以上はニコチン依存症と診断
３）前熟考期：今後６ケ月以内に禁煙する気はない　　熟考期：今後６ケ月以内に禁煙したい　　準備期：今後１ケ月以内に禁煙したい

又は時々たばこを吸っている者

禁煙継続者：過去に６ケ月以上たばこを吸っていた者で，今回の禁煙後全くたばこを吸っていない者

FTND：喫煙本数・朝の覚醒後の最初の喫煙までの時間など喫煙の状況に基づいており，ニコチンの身体的依存の評価として広く用いられている。６つの質問で構成される。ニコチン依存度の評価は，０～10点で示され，０～３点は低度，４～６点は中等度，７～10点は高度依存とされている[8]。

TDS：喫煙本数などの数量的なものではなく，喫煙渇望や耐性，禁煙時の離脱症状および強迫症状を把握するもので，精神学的ニコチン依存を示すとされている。10の質問で構成され，ニコチン依存度の評価は，０～10点で示される。５点以上は「ニコチン依存症」と診断される[9]。

Ⅲ．研究方法

１．研究参加者

研究対象者の基本条件として，20～30歳代の女性であり，喫煙者であることとした。量的調査で得られた属性を参考に，女性のライフスタイル上の特性に偏りが生じないように学生・有職者・主婦・子どもの有無など多様な状況の女性を該当者とした合目的的サンプリングとした。また喫煙の意味づけが禁煙によってどのように変化するのかを把握し，喫煙者に特有のものであるかを明確化するために禁煙継続者であるという条件に適合する同世代の女性を対象者に加えた。対象者の把握は，筆者がWeb調査を実施した際に公開したホームページ上で募ったほか，保健医療従事者や知人である一般人など複数の情報提供者に該当者の紹介を依頼し，研究参加者の紹介を受けた。

２．データ収集の方法

データ収集は，まず自記式質問紙を用いて，本人および家族等の喫煙状況・禁煙経験の有無・ニコチン依存度の指標としてFTNDとTDS・禁煙への意思を把握した。禁煙への意思は，ProchaskaらのTranstheoretical Model（TTM）におけるステージ分類を一部改変して，１）禁煙する気は全くない［無関心期］　２）いずれ禁煙を考えるが，今後６ケ月以内に禁煙する気はない［前熟考期］　３）今後６ケ月以内に禁煙したい［熟考期］　４）今後１ケ月以内に禁煙したい［準備期］の４段階とした[10]。

その質問紙の記載内容から，喫煙行動の始まり，日常生活の中でたばこを吸いたくなるときの状況，禁煙経験の状況や自身の喫煙や禁煙についてどのように思っているか等について，半構造化エピソードインタビューを行った。質問の順序や内容は，対象者の話す内容によって変更や選択を行った。エピソードインタビューとは，対象者の特定の経験の状況や個別のエピソードに対する小質問によって，複数の区切られたナラティヴを得ようとするものである[11]。また語られた内容については，その時の対象者の状況や思考を明確にするために，言葉の意味や感情について積極的に問い返した。これはインタビューが調査者と対象者との相互行為として成立し，そこから意味や現実が構築される過程とするHolstein & Gubriumのアクティブインタビューに基づくものである[12]。

また喫煙者に対しては，喫煙状況を確認する目的で，面

接の最後に同意を得て呼気中一酸化炭素濃度測定を行った（使用機器；Bedfont社のマイクロスモーカーライザー）。同機器では，呼気中一酸化炭素濃度と同時にヘモグロビン中の一酸化炭素濃度も表示される。測定データは口頭で対象者に伝えた。

インタビューは，対象者の希望する場所および時間で設定し，調査者と１対１で実施した。ただし，市町村保健師の紹介による乳幼児を持つ対象者については，対象者の了解を得て保健師同伴で家庭訪問を行った。そのインタビュー時には，市町村保健師は乳幼児の世話を担当し，対象者がインタビューに集中できるように協力を得た。

本研究では，調査者は研究者の立場でインタビューを行った。インタビューに要した時間は40～90分であった。面接回数は１回とした。

調査期間は，2007年９月～2009年９月であった。

３．分析方法

インタビュー内容は，対象者の同意を得て録音し，逐語録を作成した。Holstein & Gubriumのアクティブインタビューの分析方法で推奨されている言説分析を用いて，質的帰納的分析を行った。言説とは，特定の社会的・文化的な集団など諸関係に強く結びつき，それによって規定される言語表現，ものの言い方のことであり，本研究では，喫煙女性の喫煙や禁煙時の経験の意味づけから，その喫煙行動の本質や禁煙の意思の構造を明らかにすることを目的としていることから，言説分析を用いた。言説分析のひとつであるGillies & Willig[13]の談話分析例を参考に，意味内容のまとまりのあるデータごとに，データに適合しているか・説明できているかを検討しながらコード化を行い，そのコードの類似性，相反性に基づいて分類し，サブカテゴリーを抽出した。さらにサブカテゴリーの意味内容に基づいて比較検討し，抽象化してカテゴリーを生成した。カテゴリーの妥当性については，社会学調査を専門とする質的研究者と検討を行った。分析方法については，質的研究指導者のスーパーバイズを受けた。

４．倫理的配慮

１）研究参加者選定の手順

本研究は，量的研究と質的研究を融合した研究計画であったため，インタビューの対象者は，第一段階として量的研究の参加者から募集した。倫理的配慮として，量的調査質問票の配信時に，研究の目的，方法，参加は自由意志によるものであること，個人情報の厳守についての説明文および調査者への連絡先を提示した。第一段階における応募者５名（喫煙者３名　禁煙者２名）は途中辞退となったため，保健医療従事者や身元や所在の確かな知人など複数の情報提供者（以下協力者）に文書で説明を行い，研究参加への意思がある該当者の紹介を依頼した。また協力者には，該当者に文書の手渡しと，口頭での参加の意思の確認を依頼した。協力者より紹介された該当者には，謝礼を提示し，協力者または研究者より電話またはメールで連絡をとり，面接日時の調整を行った。

２）同意の手順

参加者には，面接当日に研究の目的，方法，参加は自由意志によるものであること，個人情報の匿名化とデータ処理方法，公表方法など文書および口頭にて説明した上で再度参加の意思の確認を行い，書面で同意を得た。本研究は，奈良女子大学倫理委員会の承認を得て実施した。

Ⅳ．結　　果

１．研究参加者の概要

参加者の概要を表１示す。質問紙の回答・インタビューデータ・呼気一酸化炭素濃度値が全て得られた20～30歳代の女性喫煙者13名と禁煙継続者２名の計15名を分析対象とした。最終的に禁煙継続者が２名となったことの偏りは否めないが，効果的な禁煙支援のあり方への示唆を得ることを目的とする本研究の意義から鑑みた結果，禁煙継続者から得られたデータは喫煙者の喫煙の意味の変化を理解するには有用であると判断した。

参加者の平均年齢は，26.9歳±4.8（SD）であった。うち有職者12名（非常勤・アルバイト含む），専業主婦２名，大学生１名であった。婚姻状況は，既婚者７名，未婚８名で，喫煙者13名の子どもの有無では，生後１～３ケ月の乳児を持つ産婦４名，２歳の子どもを有する女性が１名であった。喫煙者の平均喫煙本数は11.9本±6.2（SD）で，１日の喫煙本数５本以下は４名で，喫煙者全員に禁煙経験があった。家族の喫煙状況としては，15名に生育環境中に喫煙者が存在しており，その多くは父親や兄弟姉妹で，対象者の母親（実母）の現在の喫煙状況は，14名が喫煙していなかった。また友人や知人には喫煙者が多かった。対象者の現在の身近な喫煙者として，夫や恋人が喫煙者であるのは，喫煙者13名中11名で，禁煙継続者では，２名とも夫は禁煙していた。喫煙者のFTNDスコア平均は，3.4±1.7（SD），TDSスコア平均は6.2±2.1（SD）で，1000名の同世代女性喫煙者を対象とした量的研究のFTNDスコア平均3.5±2.2（SD），TDSスコア平均は5.3±2.7（SD）とほぼ同様であった[6]。喫煙者の禁煙の意思の段階は，無関心期は無く，前熟考期５名，熟考期６名，準備期２名であった。喫煙者の呼気一酸化炭素濃度は，最高が60.2ppm１名（喫煙1.5時間後）最低が１ppm２名（喫煙８時間後・10時間後）で，その２名を含む８名が10ppm以下であった。禁煙継続者の禁煙期間は３ケ月１名，１年が１名で，喫煙者と同様に呼気一酸化炭素濃度で禁煙の状態を確認し，２名とも０ppmであった。

２．インタビュー結果

１）喫煙の始まりと喫煙の常習化

禁煙継続者を含めた15名の女性の喫煙の始まりは，主として高校生の頃がほとんどであり，３名の女性が中学生で，社会人になってからの女性が２名であった。

その当時の親しい友人や部活動および職場の先輩が喫煙する姿を間近に見ており，一緒にいる時に喫煙した方が話が合うことや，先輩への憧れから誘われるまま最初の１本をもらっていた。

最初の１本はおいしいと感じることはなかったが，落ち着く感覚を得たこと，吸えないと思っていた自分が吸えるとわかったことにより，翌日または数日後には，自らたばこを購入するという行動に変わっていった。喫煙の常習化では，ほとんどが喫煙開始後１ケ月以内に毎日喫煙するようになっており，開始後の喫煙本数は１日10本前後から多い場合で40本であった。

２）分析結果

データのコード化を行いその内容を分析し，抽出したサブカテゴリーおよびカテゴリーを表２に示す。

喫煙者では，24のサブカテゴリーから６つのカテゴリーが構成された。

また禁煙継続者では，７つのサブカテゴリーから３つのカテゴリーが構成された。

本稿中ではカテゴリーを【　】，サブカテゴリーを〈　〉で表す。

対象者の特性から，喫煙者を 乳幼児を持つ女性・未婚および子どものいない既婚女性の２つに分類した。

３）喫煙者の喫煙の意味づけと禁煙の意思の構造

カテゴリーは【自分や子どもに良くない事だと自覚している】【生活と一体化したたばこの存在感の強さ】【強いたばこ欲求】【禁煙時に遭遇する事象への不安】【喫煙のメリットの強化】【禁煙の先延ばし】が生成された。

表２　喫煙者および禁煙者の喫煙の意味のカテゴリー

喫煙区分	カテゴリー	サブカテゴリー
喫煙者	自分や子どもに良くないことだと自覚している	女性でありながら喫煙している後ろめたさ
		周囲や医療者から注意されている
		女性（母親）だから子どものために止めなければいけないという思い
		喫煙に関連した自覚症状がある
		周囲や子どもの受動喫煙には気をつけている
		意識して本数を減らしたり，軽いたばこにしている
	生活と一体化したたばこの存在感の強さ	生活リズムに定着した喫煙
		喫煙時間は必要不可欠なもの
	強いたばこ欲求	吸いたい気持ちが強い
		長時間我慢できても１日吸わずにはいられない
		我慢したり止めようとすると吸いたくてたまらない
		ニコチン依存の自覚
	禁煙時に遭遇する事象への不安	たばこがないととても不安になる
		禁煙時のいらいらに耐えられそうにない
		禁煙すると自分がどうなるのか怖い
		禁煙できる自信がない
	喫煙のメリットの強化	たばこは気分の安定や体調維持に必要なもの
		禁煙経験はデメリットな印象
		禁煙した後のたばこは刺激的でおいしい
	禁煙の先延ばし	今すぐに禁煙しなければならない理由がない
		一方的に禁煙を強要されるのは嫌
		身近な喫煙者が禁煙を難しくしている
		禁煙療法の効果への疑念
		薬剤を使うほど重症のニコチン依存じゃない
禁煙継続者	禁煙の受容	今禁煙する必要がある
		信頼できる禁煙方法がある
		周囲のサポートが得られる
	禁煙のメリットの自覚	禁煙するといいことがたくさんある
		禁煙のデメリットはたいしたことではない
	たばこからの自立	１本だけを吸わずにいられる
		これからも禁煙を続けていける

以下そのカテゴリーおよびサブカテゴリーの構成について説明する。

⑴ 【自分や子どもに良くない事だと自覚している】

このカテゴリーの下には，〈女性でありながら喫煙している後ろめたさ〉〈喫煙に関連した自覚症状がある〉〈周囲や医療者から注意されている〉〈女性（母親）だから子どものために止めなければいけないという思い〉〈周囲や子どもの受動喫煙には気をつけている〉〈意識して本数を減らしたり，軽いたばこにしている〉が抽出された。

喫煙者・禁煙継続者全員に共通していたこととして，母親から「女性はたばこを吸ってはいけない」と言われて育っており，自身もそう思っていた。また自身の母親が喫煙を嫌うのを承知していた。主として母親からは禁煙するよう言われており，家族の前では喫煙する姿を見せないよう自宅以外や自室のみで喫煙する，成人になっても喫煙していることを家族や周囲に隠すなど，〈女性でありながら喫煙している後ろめたさ〉を感じていた。また，体調不良や検診などで受診した際に医療者から喫煙との関連を指摘され，禁煙を勧められた経験があった。自身の体調の変化や最近の禁煙化の流れ，メディアによる健康情報などから喫煙の健康影響を自覚しており，女性向けに開発されたメンソールなどの軽いたばこを選択し，意識して喫煙本数を減らすなど〈意識して本数を減らしたり，軽いたばこにしている〉姿があった。

乳幼児を持つ女性では，妊娠中は，新しい生命が体内に宿ったことで意識も変わり，つわりによる味覚や嗅覚などの変化も伴って，たばこの臭いが嫌になった２人の女性は出産まで禁煙できていた。また出産後，胎児が母体内にいたころと違って，目の前に抵抗力のない新生児が存在することは，喫煙する女性にも〈母親として子どものために禁煙しなければいけない〉という自覚をもたらしていた。特に授乳中の喫煙によって，母乳にニコチンが移行するという知識は乳児をもつ女性全員が持っていた。

一人の産婦は，妊娠中は喫煙していたが，初乳が出た時から２ケ月間禁煙していた。妊娠中は子どもに対する実感が持てなかったが，無事に生まれてきた新生児を観たときに，初めて妊娠中に喫煙していたことを後悔したと話した。この女性の場合，周囲の同世代の喫煙仲間である女友達が同じ時期に出産し，禁煙していたことも励みとなって，お互いに情報交換をしながら禁煙していたが，母乳が出なくなると喫煙を再開した。

一方その他の母親は，できるだけ最小限度の影響に留めようと喫煙本数を意識して減らす，換気扇を１日中回す，室外で喫煙するなどの子どもへの受動喫煙を意識していた。また母乳へのニコチン移行を最小限に抑えるため，母乳を与える直前に喫煙するのではなく，母乳を与えた後しばらくして喫煙するようにしていた。

抽出例：〈周囲や子どもの受動喫煙には気をつけている〉
〈女性（母親）だから子どものために止めなければいけないという思い〉
（対象者J）FTND４　TDS９　７本／日：［前熟考期］
R = Resercher（調査者）

R：この部屋だったら，何処で吸われるんですか？

J：外のベランダのところでとか，窓閉めてって。むっちゃ矛盾してるんですよ。
だから。取りあえず，子供に煙が行かんように，同じ空気のとこでは吸わんとこうとはしてますね。

R：では，二人が起きてるときはもう我慢してって感じで吸わないようにされているんですね。
お子さんがまだちっちゃいから，手がかかるでしょう。色々言ってきたりだとか，そういうことにイライラします？

J：んーイライラじゃないけど，最近思うのは，こういう時に（私が）たばこ吸ってなかったら，こうすぐ子供のところに行けるけど，なんか優先してしまうことがあるんですよ。たばこのほうを。ちょっと待っててなって，（子供が起きてても）どこか逃げ込んでしまうときがあって。どうしても（吸いたい）のときは，トイレに入ったりとか…

R：どういう気持ちになりますか，そういうとき。

J：あー。もうって。自分がたばこと無関係やったら，こんなこと考える手間もないのに！（強い口調で）って，すごい思います。

母親であるこの喫煙女性は，子どもには受動喫煙をさせないことを第一に考えて行動している自分とたばこを吸いたいという行動を回避できないでいる自分の姿を矛盾していると言明し，葛藤していた。

⑵ 【生活と一体化したたばこの存在感の強さ】

このカテゴリーの下には，サブカテゴリーとして〈生活リズムに定着した喫煙〉〈喫煙時間は必要不可欠なもの〉が抽出された。

抽出例：〈喫煙時間は必要不可欠なもの〉
（対象者Ｉ）FTND５　TDS７　20本／日：［前熟考期］

R：たばこを吸うのはどういった理由でしょうか？

I：たばこを吸うことで休憩にいけるじゃないですか。それがないと私仕事できないですよ。休憩がほしいんです。禁煙した人はどう休憩したらいいのかわからないみたいですよ。

R：子育てでいらいらすることなどはどうでしょう？

I：子育てに関してはいらつくことはないんです。私と子供は思い通りになってるんで，遊ぶときには一緒に楽しんで遊ぼうと思ってますし。
だからたばこは家でも休憩の手段なんです。家に帰って家事ですることが山ほどあるんで。それを片付けてほっとしたときのご褒美ですね。忙しいときは子供が寝るまで吸えないんで，子供が寝てからが一っと吸うんですよ。

出産後の女性の喫煙時間は，生活の中に育児が加わったことによって制約を受けていた。必然的に吸いたいときに吸えない状態となるため，吸えるときにしっかり吸っておくことが必要となり，子どもが寝ている間，食後，就寝前のひとときのわずかな時間が喫煙できる時間であり，そのときは２～３本まとめて吸っていた。喫煙は１日中子どもの世話に明け暮れる中で，家事や育児の疲れを取り，リラックスする時間であり，貴重な楽しみであり，〈喫煙時間は必要不可欠なもの〉として意味づけられていた。

未婚および子どものいない既婚女性の喫煙時間は，仕事の休憩や終業時の自分の時間へのリセットや便秘予防，１日の終わりの儀式として様々な生活時間の区切りとして生活の時間の中に，〈生活リズムに定着した喫煙〉が形成されていた。

⑶ 【強いたばこ欲求】

このカテゴリーの下には，サブカテゴリーとして〈吸いたい気持ちが強い〉〈長時間我慢できても１日吸わずにはいられない〉〈我慢したり止めようとすると吸いたくてたまらない〉〈ニコチン依存の自覚〉が抽出された。

抽出例：〈吸いたい気持ちが強い〉〈長時間我慢できても１日吸わずにはいられない〉
（対象者B）FTND３　TDS３　５本／日［準備期］

R：我慢できるということで，自分で喫煙をコントロールできていると思いますか？

B：でも全然。飲みに行ったりとかお茶したりとかっていうときは吸いたくなりますから。心のどこかでいつでも吸いたいって思っていると思います。相手によって今は吸わんとこって我慢はできますけど，丸１日吸わないということはできない。

周囲の禁煙化や喫煙の影響を考え，長時間喫煙しないでいることができている女性でも，いつも吸っている時間には吸いたくなることや，ちょっとした苛立ちや気持ちが落ち着かない時には吸いたい気持ちが強まっていた。自宅に家族がいて吸えない場合は夜でもわざわざ外に出て吸ったり，たばこが手元にないとわかるととたんに吸いたくなり，家じゅうを探したり真夜中でも外に買いに走るなど，たばこに関しては普段では考えられない衝動的な行動をすることを自覚していた。

⑷ 【禁煙時に遭遇する事象への不安】

このカテゴリーの下には，サブカテゴリーとして〈たばこがないととても不安になる〉〈禁煙時のいらいらに耐えられそうにない〉〈禁煙すると自分がどうなるのか怖い〉〈禁煙できる自信がない〉が抽出された。

抽出例：〈たばこがないととても不安になる〉
（対象者B）FTND３　TDS３　５本／日［準備期］
禁煙したときの状況について

B：そうですね。乗り越えられましたね。でも何かがあってまたたばこを買いにいったんだと思います。どうしても吸いたいっていうときがあるんですよ。他のものなら，すぐは買いに行かないのに，たばこは買いに行かなきゃって行動しちゃうんですよ。自分でもびっくりしました。自分がそういう風になるのかって。
（たばこが）ないと不安になりますね。すごい探したりしましたよ。どっかにあるんじゃないかって。

喫煙女性は，喫煙本数に関わらず，身近にたばこがないと不安が強くなっていた。それはたばこがあれば，吸いたいときに吸えるということを保証しており，たばこがないということは，吸いたいときに吸えないことを示しているからであった。禁煙時にはたばこを持たないことが必要になるが，たばこを持たないこと自体が不安であり，それは禁煙した時にいらいらしたり，不安になったりした経験に基づいていた。その経験が再喫煙につながっており，〈禁煙時のいらいらに耐えられそうにない〉自分を感じていた。いらいらや不安が強くなると衝動的な行動をしてしまうのではないか，人に八つ当たりして人間関係を壊してしまうのではないかといった〈禁煙すると自分がどうなるのか怖い〉といった感情を表出していた。

ある女性は，禁煙時の状況を失恋したときに喩え，気持ちにぽっかりと穴があき寂しくて仕方ない状態を経験したために，その経験をもう一度味わうには大きな勇気が必要だと語った。そういった状況が〈禁煙できる自信がない〉に結び付いていた。

⑸ 【喫煙のメリットの強化】

このカテゴリーの下には，サブカテゴリーとして〈たばこは気分の安定や体調維持に必要なもの〉〈禁煙経験はデメリットな印象〉〈禁煙した後のたばこは刺激的でおいしい〉が抽出された。

抽出例：〈禁煙経験はデメリットな印象〉〈禁煙した後のたばこは刺激的でおいしい〉
（対象者L）FTND 5　TDS 8　5本／日［準備期］
L：なにかしてたらよかったんですけど，なにもしてない３時間だったんで，あーあみたいな。止めようって事ばっかり考えてるから，そのときはたばこのことばっかり考えてましたね。止めなあかん吸いたい，止めなあかん吸いたいみたいなくりかえし。で，３時間で止められる訳ないかってあきらめみたいな。
R：その時に吸ったたばこはどうでしたか？
L：もう…幸せでした（笑う）
R：そうですか…。どんなものでしょうか，たばこって。
L：なんか他とは違うみたいな。他のものとは違うかもしれない。何か違うんです。
ご飯とか長い時間食べなくても，でもこうはならない。

吸いたいのを懸命に我慢していた禁煙後に最初に吸ったたばこは刺激が強く，くらくらや血管が強く収縮する感覚を生じ，たばこの脅威を感じていたが，それはまた〈禁煙した後のたばこは刺激的でおいしい〉という快感となっており，それまで感じていたいらいらなどの不快感や吸いたい気持ちが瞬時に消失した瞬間に‘幸せ’を感じていた。その感覚は他のものでは味わえない特別な感覚となっており，たばこの存在を大きくしていた。最初は「１本だけ」と思っていても，その喫煙の効果を実感すると禁煙する意思は減退し，すぐに喫煙が常習化していた。

おいしい・楽しくなる・幸せになる・落ち着く・疲れがとれ，次の行動を行いやすくなるといったように，喫煙女性からは喫煙の意味づけとして多くのメリットが，〈たばこは気分の安定や体調維持に必要なもの〉としてにこやかな表情で楽しそうに語られた。反対に禁煙時の印象は，身体的な症状や心理的に不安定だったことが語られ，良いことが少なくあまり思い出したくない嫌な経験であり，〈禁煙経験はデメリットな印象〉と意味づけられていた。未婚の女性では，禁煙による食欲増加に伴う体重増加が大きなデメリットとしてとらえられ，体重を元に戻すことが再喫煙の理由となっていた。

⑹ 【禁煙の先延ばし】

このカテゴリーの下には，サブカテゴリーとして〈今すぐに禁煙しなければならない理由がない〉〈一方的に禁煙を強要されるのは嫌〉〈身近な喫煙者が禁煙を難しくしている〉〈禁煙療法の効果への疑念〉〈薬剤を使うほど重症のニコチン依存じゃない〉が抽出された。

抽出例：〈今すぐに禁煙しなければならない理由がない〉
（対象者J）FTND 4　TDS 9　7本／日：［前熟考期］
J：であのね。保健所に電話をして，その後かかりつけの病院の母乳外来にも電話をして相談しに行ったんですよ。お医者さんまで。でそこの看護師さんに話を聞いてもらって，でー，そのときに母乳ががんがん出るんやったら止めようと思ってたんですけど，もう分泌がないって言われたんですよ。結局それやったらミルクになるから，止める必要がなくなったみたいななんか自分で解釈してしまって…

Jさんは，インターネットで受動喫煙の影響を知り，“すぐにでも禁煙しなければ”と保健センターに電話をかけ禁煙の相談をする行動をとっていた。その一方で母乳外来を受診し，医師から母乳分泌が期待できないことを説明されると，〈今すぐに禁煙しなければならない理由がない〉と解釈していた。そのわずか数日後のインタビュー時の禁煙の意思の段階は，６ケ月以内に禁煙する気はない［前熟考期］であった。

Lさんは出産後すぐに禁煙したが２ケ月で母乳が足りなくなり，人工栄養に切り替えた直後に再喫煙していた。たばこ代を節約したいという思いから禁煙の意思は［準備期］であった。喫煙本数を１日５本に留めているものの，具体的にいつから禁煙するかは決めていなかった。

未婚の女性は，喫煙に関連する自覚症状は感じていても，今早急に禁煙しなければいけない状態ではないことを強調した。医療者や周囲から禁煙するよう言われることは，禁煙しなければという思いはある程度高まるものの，生命の危機に直結していない状況であることから聞き流しており，〈一方的に禁煙を強要されるのは嫌〉だとして実際に禁煙を実行することにはつながっていなかった。

また夫や恋人などのパートナーが禁煙しようとせずに，女性にだけ禁煙するように言うことも〈一方的に禁煙を強要されるのは嫌〉だと憤りと矛盾を感じており，自分のことは自分で決めたいと話した。

また禁煙中たばこが吸いたくていらいらするときに，パートナーが近くで喫煙するということには耐えられないとして，夫や恋人など〈身近な喫煙者が禁煙を難しくしている〉と考えており，禁煙する時には一緒に禁煙してほしいと強く望んでいた。

禁煙療法については，簡単な内容の知識はあっても実際に使用した経験はなく，他者の失敗例を大きく捉え，〈禁煙療法の効果への疑念〉を示した。特にガムや貼付剤等のニコチン代替療法の薬剤に対しては，重度のニコチン依存者やヘビースモーカーが使用するものであり，自身は喫煙本数を制限できることや，一定時間吸わなくても我慢できることから〈薬剤を使うほど重症のニコチン依存じゃない〉と捉え，薬剤の使用をためらっていた。また自身のた

ばこ購入に要する１日分の費用よりもニコチン代替療法に要する費用の方が高額であることから，それらを使用する意欲や関心は低かった。

以上から女性喫煙者の禁煙の意思は，女性でありながら喫煙していることで【自分や子どもに良くない事だと自覚している】ことから，禁煙しなければという思いが強いものの，【生活と一体化したたばこの存在感の強さ】【強いたばこ欲求】【禁煙時に遭遇する事象への不安】【喫煙のメリットの強化】から，禁煙を非常に困難なこととして捉え，【禁煙の先延ばし】につながり，禁煙を回避しようとしていた。そういった自身の姿を，『今の私にはたばこが必要だ』と喫煙を肯定していたが，反面禁煙の必要性も自覚しており，禁煙をサポートしてほしい身近な喫煙者の協力が得られない状況下でその思いは揺れ動いていた。

喫煙女性の喫煙の意味と禁煙の意思の構造を図１に示した。

４）禁煙継続者の禁煙の意味と禁煙の意思の構造

カテゴリーは【禁煙の受容】【禁煙のメリットの自覚】【たばこからの自立】が生成された。

⑴ 【禁煙の受容】

このカテゴリーの下には，サブカテゴリーとして〈今禁煙する必要がある〉〈信頼できる禁煙方法がある〉〈周囲のサポートが得られる〉が抽出された。

抽出例：〈今禁煙する必要がある〉〈信頼できる禁煙方法がある〉

Ｒ：今回　パッチを使ってでも禁煙しようと思ったのは？

Ｎ：目の前の旅行をどうしようって言う気持ちが強かったんで。でもパッチを貼っているときは，一切イライラもしなかったし，吸いたいって思わなかったので良かったです。パッチをはがしたときに張ったところが赤くなったのが嫌でしたけど。かゆくもなかったし，赤くなるのはがまんできました。跡も残らなかったし。

禁煙継続者は，日常生活に発生したあるきっかけを機に禁煙を開始していた。一人は新居への転居であり，もう一人はたばこを吸わない母親との旅行であった。禁煙が必要な時期が切迫していたことの他に，禁煙方法について知る機会があり，自分にも効果があるかもしれないという気持ちになっていた。それには，先に身近な喫煙者が禁煙していたことが影響していた。一人の女性は，職場でニコチン代替療法（貼付剤）による禁煙支援が行われており，前年に禁煙を勧められたときはまたいつかと先延ばしにしていたが，職場の先輩が禁煙する状況を観ていたため，自分にもできるかもという気持ちになっていた。禁煙開始後一時期貼付剤を使用せずにいたところ，いらいらが強くなる離脱症状が出現したが，再度貼付剤を使用したところ症状がなくなったことから，薬剤の効果を実感できていた。

⑵ 【禁煙のメリットの自覚】

このカテゴリーの下には，サブカテゴリーとして〈禁煙するといいことがたくさんある〉〈禁煙のデメリットはたいしたことではない〉が抽出された。

抽出例：〈禁煙するといいことがたくさんある〉

Ｎ：吸わない状況に慣れてきた。時間の使い方も変わったし。電車待ち時間に吸ったりしたんで，ひとつ電車遅らせたり，降りて喫煙コーナーで吸ったりしてたんで。吸ってたときは，ぱあっと毛穴が開く感じがあったし，肌が荒れる感じがあったんですけど，そういうこともなくなって。これからもっと良くなるかもって思えます。あとタバコを吸いすぎたときの頭痛がなくなったのもありますね。

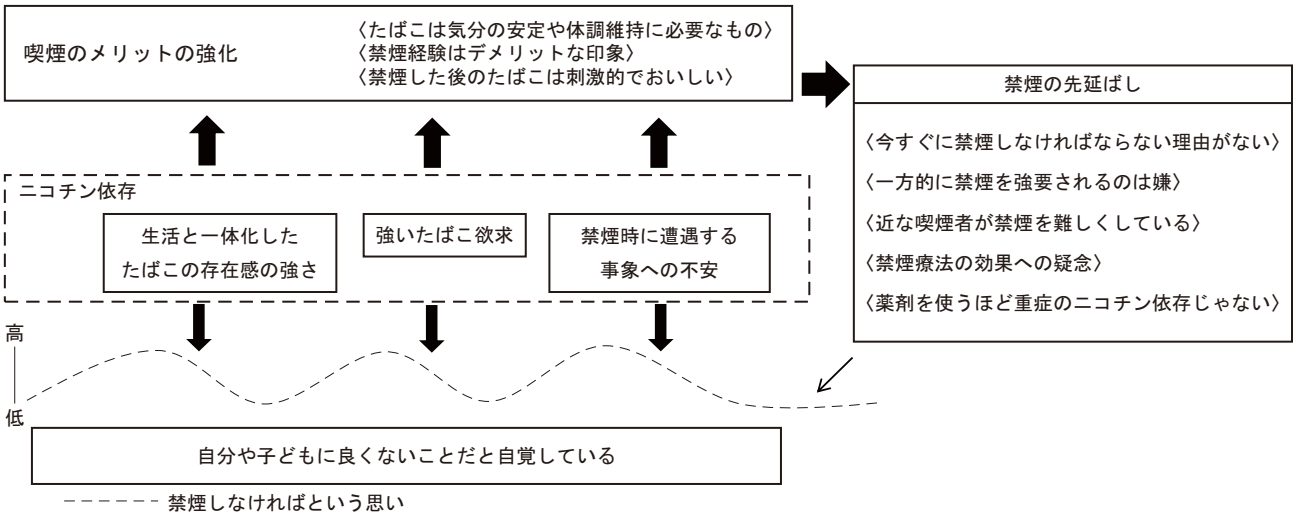


図１　喫煙女性の喫煙の意味と禁煙の意思の構造

禁煙療法を活用することで，過去の禁煙時に味わった離脱症状を感じることも少なく，禁煙を継続することができていた。禁煙後，体調や肌荒れが顕著に改善するなど身体面の効果を実感していた。

母親との旅行をきっかけに禁煙した女性は，母親や夫にも長期間喫煙を隠していたため，喫煙を隠し続けることに強い罪悪感があったが，禁煙したことによって嘘をつく必要がなくなったことが精神的にも大きな効果をもたらしていた。禁煙によって今まで仲良くしていた喫煙者との交流が減ったが，それは一時的なものとして捉えていた。またもう一人の女性は，禁煙による体重増加に対しても予備知識があったことで，禁煙後落ち着いてから減量すれば良いと受け止められていた。

⑶ 【たばこからの自立】

このカテゴリーの下には，サブカテゴリーとして〈１本だけを吸わずにいられる〉〈これからも禁煙を続けていける〉が抽出された。

抽出例：〈１本だけを吸わずにいられる〉

R：何が再喫煙しなかったポイントだと思いますか？

O：うーん。なんか本で１本吸ったら，また吸いたくなるって書いてあったんで，１本吸ったらまた同じかなって思って。

R：とにかく１本だけは吸わないでおこうと思った？

O：そうですね。それだけは気をつけました。

禁煙して１～２ケ月は，タバコの臭いや仕事上のいらいらなどで吸いたい気持ちが生じていたが，“１本だけ”は避けることの重要性を認識していたため，１本に手をださないように気をつけていた。禁煙のメリットを自覚し，３ケ月～６ケ月ほど経過すると，吸わないでいられる自分を感じられるようになっていた。

以上から禁煙継続者は，明確な禁煙理由を持ち，周囲のサポートや禁煙療法を活用して【禁煙の受容】をしていた。また【禁煙のメリットの自覚】から禁煙を継続できており，【たばこからの自立】が確立する中で，たばこを必要としない生活を送っていた。

Ⅴ．考　　察

１）喫煙女性の喫煙の意味とニコチン依存度との関連について

喫煙女性の喫煙の意味づけは，たばこが吸えない時に生じる多様な離脱症状を回避するために喫煙し続けることであり，『私にはたばこが必要だ』という喫煙の肯定が喫煙行動の概念として表された。

喫煙本数が１日２～３本と少ない女性でも，長時間吸わないでいられる反面，１日吸わないでいることが難しく，たばこが手元にないと強い不安を抱いていた。

TDSによるニコチン依存度が３であり，ニコチン依存症には該当しない喫煙女性３名においても，たばこが吸えない状況下での“吸いたい”というたばこ渇望と離脱症状の感じ方は強く，たばこに代わるものがなければ喫煙行動を変えられないと語っており，精神的依存の強さが若い女性喫煙者の喫煙行動の特性として表われている。喫煙本数が１日５本以内で，FTNDスコアが０～３の低い女性でも同様であり，今回用いた二つのニコチン依存の評価尺度では，喫煙本数が少ない女性喫煙者のニコチン依存の程度を正確に判断できない可能性があることが示唆され，日常のたばこ渇望と吸えない時の離脱症状の感じ方を把握することが必要であると考えられる。

女性の場合，離脱症状が男性に比べ強く表れやすいとの報告[14]もあり，女性ホルモンのエストロゲンがセロトニン分泌に関与していることから，女性は性ホルモンの分泌の動態によって不安に感じやすいとされている[15]。この不安の感じ方については，性格や認知などの個人特性の他，ソーシャルサポートの状況などの社会的要因の影響の関連も考えられるが，若い女性は，禁煙時に感じる不安や心配の解消のために再喫煙しやすいとの報告もある[16]。出産などの大きなイベントや月経の状況等の女性ホルモン機能状態と心理的な側面との関連を併せて考慮していく必要がある。

２）禁煙の意思の構造について

喫煙女性の禁煙の意思は，〈今すぐに禁煙しなければならない理由がない〉〈一方的に禁煙を強要されるのは嫌〉〈身近な喫煙者が禁煙を難しくしている〉〈禁煙療法の効果への疑念〉〈薬剤を使うほど重症のニコチン依存じゃない〉で構造化され，TTMによる禁煙の意思の段階では準備期であっても【禁煙の先延ばし】という禁煙の意思決定ができない状況が示された。喫煙者においての禁煙の意思は，日々の出来事の中で高低の変化を繰り返している流動的なものであり，ニコチン依存の強さが喫煙のメリットを強化し，意思に大きく影響していた。

日本の文化的社会的背景として，女性は女性らしく行動することや子どもを産み育てる役割意識が求められてきた[17]。喫煙行動においても，「女性はたばこを吸うものではない」という意識が喫煙女性の中にも強く存在し，女性であることおよび母親であるがために喫煙していることへの後ろめたさや禁煙しなければという思いは強いものの，禁煙の意思はその時の状況によって揺れ動いていた。喫煙女性は，「わかっているんですけどね」で表現される意識での理解と実際の‘たばこ渇望’による喫煙行動を抑制できないことへの矛盾が大きかった。その中で，“意思が弱

い”という自己否定につながっていたが，それは，ニコチン依存が強いために‘わかっていても止められない状態’であり，禁煙の意思の強さの問題ではないことへの理解を深める必要がある。

そのような思いから，授乳中の女性は，母乳へのニコチンの移行を最小にするために授乳後に喫煙するようにしていたが，その行為は気休めにはなっても葛藤を無くすことにはつながらず，また子どもへの健康影響もなくならない。母乳の分泌量が産後２ケ月前後で減少していたことからも，母親の喫煙による子どもの成長に対する損失は図り知れない。

これらの喫煙によって生じている様々な葛藤は，禁煙することによってなくすことが可能となる。

子育てのストレスと喫煙については，先行研究において育児のいらいらが再喫煙の理由として関連しているとの報告[18]があるが，今回のインタビューにおいて，子育て期の母親は育児ストレスについては特に示さず，どの女性も子どもへの愛着を示していた。　しかし，１日中子どもと向き合う生活の中で，子どもがぐずるなど対処に困ったとき，疲労を感じた時や気分が落ち着かない時は，第一選択としてたばこを吸うことで，自分の鎮静を図るという手段をとっていた。いらいらや落ち着かないなどの状況はニコチン不足による離脱症状と同じであり，条件反射として喫煙行動へと連鎖していると考えられる。

また女性にとって理解者であってほしい夫やパートナーが，女性に対して母親ならば禁煙するのは当然のことだとして，女性の禁煙に非協力的であることに強い不満を抱いており，禁煙の意思にも影響していた。彼女たちの夫も自宅では換気扇の下で喫煙するなど，ある程度の子どもに対する受動喫煙への配慮は行っていた。しかし子どもへの健康影響の観点から考えると，母親が禁煙しても父親による受動喫煙が残ることから，両親揃っての禁煙が望ましいことは言うまでもない。家庭内に喫煙者がいると，その家庭で育った子どもは喫煙者になる可能性が高い[19]。妊産婦への効果的な禁煙法として，夫などパートナーと一緒に禁煙した場合の禁煙の効果は，単独で禁煙した場合の1.9倍の効果があるとの報告もあり[20]，喫煙女性を孤立させないソーシャルサポートの構築が必要である。

一方禁煙継続者は，あるきっかけを基に禁煙の理由を明確化し，その時の環境の影響や周囲のサポートによって，禁煙の意思決定を行い禁煙実行へと行動していた。禁煙時の離脱症状を自分にあった禁煙方法で軽減することで禁煙のメリットを実感し，さらに「私にも禁煙できる」という自己効力を高めていく中で禁煙の意思を「禁煙の維持」で保ち，たばこを必要としない自己を確立していたことが伺われた。禁煙のメリットを感じるには，禁煙時の離脱症状を最小限に抑えることが必要であり，‘つらい禁煙’を‘つらくない禁煙’へと禁煙のイメージを変換していけるサポートが求められている。

Ⅵ．今後の課題

今回の調査を通して，20～30歳代の女性喫煙者は，女性でありながら喫煙していることと禁煙しなければという思いの中で葛藤していたが，ニコチン依存が強いために禁煙が困難な状況であり，喫煙を肯定し禁煙を先延ばしにしていた。しかし禁煙継続者の禁煙の意味づけから，適切な禁煙方法と周囲のサポートがあれば，禁煙の可能性が広がることが示唆された。

喫煙女性に対しては，性的役割から禁煙を強要するのではなく，喫煙することにどのような思いがあるのか，自分の状況をどのように捉えているのかを理解するとともに，禁煙時の離脱症状を軽減することが重要である。

現在日本では健康保険適用の禁煙治療が実施されているが，喫煙年数と喫煙本数が少ない若い女性はその適用基準を満たさないため，この制度を利用することができない[21]。禁煙が必要な女性や禁煙したいという意思のある女性にも安全な禁煙治療が提供されるよう，適用基準の見直しが望まれる。

ニコチン代替剤は，禁煙時の体重増加抑制効果もあるため[22]，体重増加が再喫煙の要因である若い女性には適している。海外では妊産婦にニコチン代替剤を使用した介入研究も多数例あり，その安全性と禁煙効果について報告されているが[23]，日本では妊娠中および授乳期の女性に対してニコチン代替剤は使用禁忌となっている。このようなことから，看護師・保健師・助産師などの看護職は地域や職域において，この世代の喫煙女性と多く接する機会を持っており，禁煙に関する情報の啓蒙や禁煙支援を行っていく重要な役割を担っている。また喫煙者が周囲に多いことも禁煙を困難にしていることから，喫煙女性だけでなく夫や友人など周囲への働きかけも重要あり，地域の医療機関・保健医療機関で連携し，若い喫煙女性に対する相談窓口の設置や情報の提供および周囲の喫煙者とともに禁煙できるような支援体制を整えていくことが重要である。

研究の限界について

本研究の参加者は，調査に快く応じてくれた方々であり，意識がある程度高い人たちであるというバイアスの存在を考慮する必要性がある。また限られた対象者から得られた結果であること，調査の時点における研究者と対象者との相互関係によって得られたデータであり，方法論的に限定されたものであることを考慮し，今後さらなる研究が必要である。

Ⅶ. 結　　語

20～30歳代の女性喫煙者は，女性で喫煙していることと禁煙しなければという思いの中で葛藤していたが，ニコチン依存が強いために禁煙が困難な状況であり，喫煙を肯定し喫煙を先延ばしにしていた。しかし禁煙の意味づけと適切な禁煙方法と周囲のサポートがあれば，禁煙の可能性が広がることが示唆された。

謝　　辞

本研究に参加していただいた女性の皆様，また女性を紹介していただいた協力者の皆様，M市保健センターの母子保健担当保健師の皆様に心より感謝の意を表します。

なお，本稿は，奈良女子大学に提出した博士論文の一部に加筆修正したものであり，その一部は第34回・第35回日本看護研究学会学術集会において報告した。

要　　旨

本研究の目的は，20～30歳代の喫煙女性のニコチン依存と禁煙の意思との関連を明らかにし，効果的な禁煙支援に活かすことである。20～30歳代の女性の喫煙者および禁煙者を対象として，質的及び量的方法を用い，半構造化面接法によるインタビュー調査を行った。インタビューでは，自身の喫煙による子どもへの受動喫煙と健康影響を心配する女性の姿が表された。喫煙女性の喫煙の意味は，禁煙時に経験した離脱症状を避けるために喫煙を続けており，強いニコチン依存があることにより禁煙が困難であることを表していた。また夫などの周囲の身近な喫煙者のサポート不足が禁煙を困難にしていた。今後の女性喫煙者への効果的な禁煙支援のためには，地域の保健医療関係者が連携して禁煙のサポートシステムの構築を図り，喫煙女性とそのパートナーの双方に対する積極的な介入が望まれる。

Abstract

This study aims to clarify the causal relationship between nicotine dependence and the attitude to quit smoking among female smokers in their 20s and 30s.

Further, it presents effective measures for female smokers to quit smoking.

In this study, both quantitative and qualitative methods were employed, and data were collected from female smokers, including ex-smokers, in their 20s and 30s through semi-structured interviews and self-completed questionnaires.

The interviews revealed that female smokers were concerned about the smoking related health problems and the harm caused to their children by exposing them to second-hand smoke.

The meaning of smoking described the difficulties female smokers faced while quitting smoking because of strong nicotine dependence and the occurrence of withdrawal symptoms.

Further, they felt distressed because of a lack of support from their partners and other smokers around them.

This study highlights the need for healthcare professionals to set up a support system that provides to both female smokers and their partners in smoking cessation interventions.

文　　献

1）Mackay J, Amos A : Women and tobacco, Respirology, 8(2) : 123-30, 2003.
2）加治正行：受動喫煙で本当に健康被害が起こるのか：新生児と小児への影響，治療，87, 1882-1888, 2005.
3）厚生労働省：第22回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会資料，2005.
4）松本泉美：国内先行研究にみる女性の禁煙支援の課題，奈良文化女子短期大学紀要38, 179-18, 2007.
5）厚生労働省編：新版喫煙と健康　喫煙と健康問題に関する検討会報告書，保健同人社，東京，258-268, 2002.
6）松本泉美，高橋裕子，他：20～30歳代女性喫煙者のニコチン依存と禁煙意思との関連要因－Web調査による分析－，禁煙科学，3(2)，7-17, 2009.
7）佐藤哲彦：薬物使用の質的研究における説明と記述－ シンボリック相互作用論における科学性・合理性とディスコースの分析－犯罪社会学研究（28)，82-95, 2003.
8）Heatherton TF, Kozlowski LT.et al, : The Fagerström Test for Nicotine Dependence:a revision of the Fagerström Tolerance Questionnarie. British Journal of Addiction. 86, 1119-1127, 1991.
9）Kawakami N, Takatsuka N.et al, : Development of a screening questionnaire for tobacco/nicotine dependence according to ICD-10, DSM-Ⅲ-R, DSM-IV. Addictive Behaviors, 24, 155-166, 1999.
10）竹中晃二翻訳：高齢者の運動と行動変容，ブックハウス・エイチディ，東京，37-53, 2005.
11）小田　博，他翻訳：質的研究入門〈人間科学のための方法論〉，春秋社，東京，133-142, 2006.
12）山田富秋，他翻訳：アクティヴ・インタビュー，せりか書房，東京，2004.
13）Gillies V, & Willig C : 'You get the nicotine and that in your blood' －Constructions of Addiction and Control in women's accounts of cigarette smoking, Journal of community & Applied Social Psychology, 7, 285-301, 1997.
14）Berlin I, Singleton EG, et al, : The Modified Reasons for Smoking Scale : factorial structure, gender effects and relationship with nicotine dependence and smoking cessation in French smokers, Addi-

tion, 98, 1575-83, 2003.
15）Rubinow DR, Schmidt PJ, et al, : Estrogen-serotonin interactions : implications for affective regulation. Biol Psychiatry, 44, 839-50, 1998.
16）Gregor K, Zvolensky MJ, et al, : Smoking motives in the prediction of affective vulnerability among young adult daily smokers, Behav Res Ther, 17, 471-482, 2006.
17）岡本裕子，松下美知子編：新女性のためのライフサイクル心理学，福村出版，東京，126-176, 2002.
18）小林淳子，齋藤明子，他：妊娠前から出産後までの喫煙行動の変化と禁煙に関連する要因の縦断的研究，北日本看護学会誌，7(1)，7-17, 2004.
19）辻　雅善，角田正史，他：小・中学生の喫煙に関する意識と行動：地域における喫煙防止活動のために，目白大学短期大学部研究紀，44, 85-96, 2008.
20）Aveyard. P, Lawrence. Terry, et al, : The influence of in-pregnancy smoking cessation programmes on partner quitting and women's social support mobilization : a randomized controlled trial, BMC Public Health, 5, 80-89, 2005.
21）中村正和：禁煙治療に対する保険適用の理念と今後の課題，治療，88, 2456-2463, 2006.
22）Dale LC, Schroeder DR, et al, : Weight change after smoking cessation using variable doses of transdermal nicotine replacement, J Gen Intern Med, 13(1) : 9-15, 1998.
23）LLett. KF, Hale TW, et al, : Use of nicotine patches in breast-feeding mothers : Transfer of nicotine and cotinine into human milk, Clinical Pharmacology & Therapeutics, 74, 516–524, 2003.

［平成22年２月６日受　　付
平成22年８月11日採用決定］

－原　著－

呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者の体験

The Experiences of Patients with Advanced Lung Cancer Having Dyspnea During the Treatment Period

橋　本　晴　美[1)]　　神　田　清　子[2)]
Harumi Hashimoto　　Kiyoko Kanda

キーワード：呼吸困難，進行肺がん，治療期，体験
Key Words：dyspnea, advanced lung cancer, treatment period, experience

Ⅰ．緒　言

高齢になるほど罹患率が高まる肺がんは，高齢化が進む日本において今後も増加傾向が著しく[1)]，その予防，治療，看護は重要な課題である。肺がんは初期には自覚症状が少ないため，他臓器のがんに比べて早期発見が難しく，進行・転移が早い。そのため，多くの肺がん患者が発見時にはすでに切除不能の進行肺がんである[2)]。こうした切除不能例では，診断後の進行が早く余命が限られるという特徴から，日常生活動作（activities of daily living；ADL，以下ADLと略す）が比較的保たれている時期にできるだけ生活の充実を図り，生活の質（quality of life；QOL，以下QOLと略す）の維持に向けて支援することは重要である。

肺がん患者にみられる症状の一つに呼吸困難があり，その発生頻度の報告は29～74％であり報告により様々[3)]であるが，疼痛や倦怠感などとともに頻度の高い症状の一つである。治療期における呼吸困難の発生要因としては，腫瘍による閉塞性障害や拘束性障害による呼吸困難，がんの悪液質による胸水・腹水に伴う呼吸困難というがんの進行そのものの影響があげられる。また，化学療法による抗がん剤に起因する間質性肺炎，放射線療法による放射線性肺臓炎の発症等，治療の副作用として一時的な呼吸困難が出現し，これらがさらに慢性的な肺線維症に移行し慢性的な呼吸不全を発症することもある。さらに呼吸困難は，不安や抑うつ状態と関連していることが先行研究で示されており[4)]，心理的影響によっても呼吸困難が発症する可能性がある。しかし，呼吸困難の症状マネジメントに目を向けると，がん患者の呼吸困難に対するモルヒネの有効性が明らかにされつつあるが[5)]，医療者・患者のモルヒネ使用に対する意識の問題[6)]などにより緩和が十分に図られているとは言えない。また，症状の発生機序が十分に解明されておらず，標準的治療法も確立されていないのが現状である。さらに，呼吸理学療法や代替療法によるケアの有効性も提示されているが，根本的な呼吸困難の解決にはならないため，呼吸困難は未だ緩和困難な症状の一つとされている[7)]。

Dr. Lickis[8)]は，緩和ケアにおけるパラレルケアの必要性について述べており，終末期を向かえる前段階，つまり治療期においても治療と並行した苦痛症状の緩和に向けたケアが重要であることを指摘している。しかし，がん患者の呼吸困難については多くが終末期における呼吸困難やその看護に焦点が当てられ，治療期における呼吸困難の特徴や看護の必要性が述べられた先行研究は存在しない。治療期においても腫瘍や治療の影響によって呼吸困難が生じる場合があるが，ADLの自立度が比較的高いこの段階では呼吸困難が日常生活や社会生活に与える影響はより一層大きいと考えられ，患者の活動性が維持されるこの時期に治療の副作用や諸症状をうまくマネジメントしながら身体状態が良好に保てる貴重な時間を最大限に充実させ，有意義に生きることは重要なことである。呼吸困難の症状マネジメント次第ではQOLの維持・向上が望める可能性もあるため，治療期における呼吸困難に対する看護支援の必要性は大きいと考える。

近年，がん患者の呼吸困難は，身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな側面を含む多面的なものでTotal dyspneaとして総合的，包括的に捉えることが求められている[9)]。またがん患者の呼吸困難は，歩行などの身体活動だけでなく，気持ちや対人関係などの精神活動に影響を及ぼすことが報告されている[10)]。呼吸困難が進行肺がん患者の生活に与える影響に関する先行研究[11)]では具体的な日常生活行動への影響について明らかにされたが，Total dyspneaの視点に立った患者の体験は集約されていない。がん患者の呼吸困難は，単に気道を閉塞することや酸素化といった病態変化に関連しているだけではなく，がんが呼吸器系統に直接影響を与えていない場合も生じる可能性が

１）群馬県立県民健康科学大学看護学部看護学科　Faculty of Nursing, Department of Nursing, Gunma Prefectural College of Health Sciences
２）群馬大学大学院医学系研究科　Graduate School of Medicine, Gunma University

あり，心理的要因によっても起こりえる主観的な症状である[12]という見解がされる。このことからも，患者の行動や気持ちの変化を含む体験そのものを患者自身の主観的な体験としてありのまま知り，これに基づいて看護支援を検討する必要があると考えられ，それを表在化することが看護支援の検討基盤となると考える。

そこで本研究では，呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者の体験を明らかにし，看護実践への示唆を得ることを目的とした。

Ⅱ．用語の定義

1．「呼吸困難」：呼吸に関連した不快な感覚として患者自身によってとらえられた表現や強さは特定されない主観的な症状。なお，発生要因に関わらず，単なる臨床症状としてだけでなく，息切れや息苦しさなどの患者自身の感覚としてとらえられた呼吸困難感を含む大きな概念として呼吸困難をとらえる。

2．「体験」：呼吸困難を抱えたことによって患者が身をもって経験した身体的な苦痛や，生活のなかで生じた行動的変化，さらにそれらを通して発生する心理的変化を含む強く身にしみて感じるような具体的な反応。

3．「治療期」：診断期を経てから終末期を迎えるまでの期間を指し，積極的あるいは延命や緩和を目的とした化学療法・放射線療法によるがんに対する治療中あるいは治療経過の観察期間にあたる時期。

Ⅲ．研究方法

1．研究デザインおよび研究方法

因子探索型研究デザインによる質的帰納的研究方法

2．対象者

本研究における対象者は，呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者12名である。選定条件は以下の７点である。1）原発性肺がんの現病歴をもち肺がんの病期分類がⅢB～Ⅳ期である。2）入院中あるいは外来通院中で化学療法，放射線療法によるがんに対する延命あるいは緩和を目的とする治療中か治療後の経過観察中にある。3）呼吸困難を抱えているが呼吸困難以外の症状や治療の副作用の出現が著明でなくPerformance Status（以下，PSと略す）が１～２に該当する。4）主治医や看護師より身体および精神状態が面接に耐えうる病状であると判断が得られる。5）がんについての病名・病状について説明がされておりそれらについて理解している。6）日常会話が可能な程度の認知・言語能力，意識レベルを有する。7）対象者自身が本研究の趣旨を理解し研究協力に同意している。

3．データ収集期間および収集場所

平成20年４月から11月にかけて，A病院における呼吸器内科・外科外来，外来治療室，放射線科外来，呼吸器科病棟の１施設５カ所でデータを収集した。

4．データ収集方法

本研究におけるデータ収集方法には半構成的面接を適用し，がん治療を始めてから体験した症状や治療の副作用による体調の変化について聞かせて下さい，その体調の変化によって生じた気持ちや生活の変化について聞かせて下さい等の内容を含むインタビューガイドを作成しこれに基づき行った。インタビューガイドの内容の検討に際し実施した３名の進行肺がん患者への予備調査では，がん発病からこれまでの病状や治療等の経過について語りが始まることが多かったため，対象者の語りたい内容や思いを汲み取りながらインタビューガイドの内容について質問を行うこととした。また，対象者自身が症状とその結果との関連に気付いておらず，その症状体験の語りが症状の全体像を十分に表現しきっていない可能性がある場合には，その体験を理解する上で重要と思われる関連項目について，対象者の自由な語りを妨げないように考慮しながら適宜質問を加え，研究テーマに関する内容の表現を引き出していった。

面接内容は，対象者の許可を得て録音または筆記し，それを逐語録として整理した。また，言語で表現されない面接中の対象者の口調や表情，テーマに関連する重要と思われるその場の出来事を記載したフィールドノートを作成し，データ上の隠された言葉の解釈に役立てることで，現象理解の限界の最小化につとめた。また，対象者の身体的・精神的負担がかからないことを最優先に考慮しながら，１回30～60分程度の面接を１～数回に分けて行い，研究者と対象者がこれ以上語ることがないと判断した時点で面接を終了とした。

さらに，症状や治療経過，検査データ，基本属性等に関する情報を診療録より収集し，呼吸困難の程度については，ヒュー・ジョーンズ分類及びNYHAの分類を用いて評価した。

5．データ分析方法

逐語録をデータとし，Krippendorff, K.[13]の内容分析の手法を参考に作成した次の手順で質的帰納的に分析し，呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者の体験を説明するための概念生成を行った。まず，①逐語録を熟読し，呼吸困難への反応や影響を反映していると思われる体験に関連する記述部分を対象者の言葉のまま抽出した。②対象者の言葉のまま抽出した記述部分の意味を損なわず，なおかつ隠された主語や目的語などを補いながら内容が明瞭になるように書き表し，一つの意味内容ごとに文脈を分割して「記録単位」として表現した。③書き表した内容が同類であるものをひとまとまりにし，できるだけ対象者の言葉を用いて簡単に表現し「文脈的表象」を付した。そして，④文脈的

表象として表現された記述において，それらが示す共通する中心的意味を表現して「説明概念」とした。⑤④において共通する中心的意味を表すように表現された説明概念をさらに抽象度を高めて本質的な意味を表すように表現し，最終的に「概念」を生成した。

また，すべての概念を生成後，各概念間の関係性や順序性を各対象者ごとに時間の流れを軸に整理し，体験の全体性をとらえ概念構成図として図式化した。

なお，分析の全過程においてがん看護の質的研究者の専門家のスーパーバイズを受けることでその信頼性，妥当性を高めることに努めた。

6．倫理的配慮

本研究は，対象者が所属する病院が組織する倫理委員会による審査において承認を得て実施した。研究協力にあたっては，匿名性を保障すること，自由意思であること，撤回はいつでも可能であること，不利益は生じさせないこと，データの保管は厳重に行うこと，研究終了後にデータは裁断処理すること，調査結果の公表に際しては地域や施設名を特定しないこと，また面接内容を録音し逐語録とすることを文書および口頭で説明し，署名にて同意を得た。さらに対象者が呼吸困難を有する患者であることから，特に身体的危害を受けないための配慮として，面接前に看護師に状態観察を依頼し，必要時にはすぐに適切な医療処置が受けられるよう連絡経路や対応手順について事前に打ち合わせ，調整をはかった。

Ⅳ．結　　果

1．対象者の概要（表1）

対象者の平均年齢は73.0歳（標準偏差11.4歳）で，男性が11名，女性が1名，病期はⅢB期が4名，Ⅳ期が8名だった。治療経過については，対象者全員が放射線療法または化学療法による治療中もしくは経過観察中にあり，そのうち過去に肺切除術を受けた経験のある患者は6名だった。対象者の呼吸状態については，安静時のSpO_2値は

表1　対象者の概要

	年齢	性別	病名・現病期	治療方法	PS	SpO_2	ヒュー・ジョーンズ分類	HOT	ADL	趣味の有無	職業の有無	同居家族の有無
A	70代	男性	小細胞がん 再発，ⅢB期	手術（左肺上葉切除） 化学療法 放射線療法	1	安静時：98% 体動時：95%	Ⅲ度	なし	完全自立	有	無	有
B	80代	男性	扁平上皮がん 再発，Ⅳ期 肺内・脳転移	手術（右肺上葉切除） 放射線療法	2	安静時：95% 体動時：88%	Ⅳ度	安静時：2.0L/分 体動時：2.5L/分	一部介助を要するがほぼ自立	有	無	有
C	80代	男性	扁平上皮がん 再発，ⅢB期	放射線療法	1	安静時：95% 体動時：90%	Ⅳ度	なし	完全自立	有	無	有
D	70代	男性	扁平上皮がん 再発，ⅢB期	化学療法	1	安静時：96% 体動時：94%	Ⅳ度	なし	完全自立	有	有	無
E	70代	男性	扁平上皮がん 再発，Ⅳ期 肺内・腹腔内転移	手術（左肺下葉切除） 化学療法 放射線療法	1	安静時：98% 体動時：96%	Ⅳ度	安静時：1.5L/分 体動時：1.75L/分	完全自立	有	無	有
F	80代	男性	扁平上皮がん ⅢB期	放射線療法	1	安静時：94% 体動時：91%	Ⅳ度	安静時：2.0L/分 体動時：2.5L/分	完全自立	有	無	有
G	80代	男性	扁平上皮がん 再発，Ⅳ期 肺内転移	手術（右肺上葉切除） 放射線療法	1	安静時：98% 体動時：97%	Ⅲ度	安静時：1.25L/分 体動時：1.25L/分	完全自立	有	無	無
H	60代	男性	小細胞がん Ⅳ期 脳転移	化学療法 放射線療法	1	安静時：98% 体動時：95%	Ⅲ度	なし	完全自立	有	有	有
I	40代	男性	小細胞がん 再発，Ⅳ期 脳・肝転移	化学療法 放射線療法	1	安静時：96% 体動時：94%	Ⅲ度	なし	完全自立	有	有	有
J	70代	男性	腺がん 再発，Ⅳ期 副腎転移	手術（右肺上葉切除） 化学療法	1	安静時：93% 体動時：91%	Ⅲ度	安静時：0.5L/分 体動時：0.5L/分	完全自立	有	無	有
K	70代	女性	腺がん 再発，Ⅳ期 骨転移	手術（右肺上葉切除） 化学療法 放射線療法	1	安静時：98% 体動時：96%	Ⅲ度	なし	一部介助を要するがほぼ自立	有	有	有
L	50代	男性	腺がん Ⅳ期 骨転移	化学療法	1	安静時：94% 体動時：91%	Ⅲ度	なし	完全自立	有	無	無

93～98％，体動時のSpO_2値は88～97％，いずれの患者も労作時の呼吸困難を主に訴えていた。PSは１または２で，面接時点では，呼吸困難以外の症状や治療による副作用を自覚する患者はいなかった。

なお，各対象者への面接回数は１～４回，１名あたりの面接時間は28～102分，１回の面接時間は平均54.6分（標準偏差24.4分），総面接時間は655分だった。

２．呼吸困難の表現

本研究の対象者は，呼吸困難を「息苦しい」「息が切れる」「息がふうふうする」「息が上がる」「いっぱい吸おうと思っても吸えない感じ」「いつも空気が足りないような感じ」「息がへいこらへいこらする」「年中呼吸がわずらわしい」「動くと息がつらくなる」「呼吸するのが普通でない感じ」「疲れる」「くたびれる」などの言葉を使って呼吸の不快な感覚を苦痛として感じ取り表現していた。

本研究の結果は，このような苦痛として表現された呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者が体験した内容を表すものである。以下にその体験を説明する。

３．呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者の体験を表す概念（表２）

各対象者から抽出された呼吸困難の体験を表していた259の記録単位は57の文脈的表象に集約され，これらより21の説明概念が生成され，最終的に呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者の体験を表す６概念が生成された。

以下に生成された６概念について説明する。なお，文中の【　】は概念，＜　＞は説明概念，「　」は文脈的表象を示す。また，*「太字ゴシック斜体文字」*は典型的な対象者の語り，（　）は語りの補足を示す。

１）【課せられた活動困難性】

この概念は，酸素不足と過度なエネルギー消耗によって身体的活力を欠如することや呼吸困難の出現によって活動意欲が欠如すること，呼吸に対する意識や酸素療法によって拘束されることなどにより，活動することそのものに困難を強いられる体験を示す。これには＜酸素不足と過度なエネルギー消耗による身体的活力の欠如＞，＜呼吸困難の出現による活動意欲湧出の欠如＞，＜意識化した呼吸と酸素療法による拘束＞などの７パターンの説明概念が存在した。

「もうがんになっちゃったんだから仕方がないんだろうけどどうにやったってちょっとでも動けば苦しくなるから頭が常に気にしちゃってて・・・（略）」「放射能を浴びた所は多少は硬くなって伸び縮みができなくなるって聞いていたんだけど，いざ治療してＣＴ撮ってみたらやっぱり肺一面に膜みたいなのが張っていて・・・（中略）苦しいのが内場でもこんなの（携帯酸素）が身に付いてれば結局は自由はないですよ」

２）【安定した自我の希求】

この概念は，呼吸困難を伴う生活において情緒的バランスを保持する努力をすることや，呼吸困難状態にあることを受け止めた上で行動的な対応努力をすること，さらに逃

表２　呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者の体験を表す概念および説明概念

概　　念	説明概念
課せられた活動困難性	酸素不足と過度なエネルギー消耗による身体的活力の欠如
	呼吸困難の出現による活動意欲湧出の欠如
	活動中の呼吸困難出現による活動意欲の更なる減退
	呼吸困難の出現による健康喪失の実感
	呼吸困難に対するコントロール感覚の喪失
	意識化した呼吸と酸素療法による拘束
	呼吸困難による気持ちの余裕の欠如
安定した自我の希求	呼吸困難を伴う生活における情緒的バランスの保持努力
	呼吸困難を受け止めた上での行動的対応努力
	あきらめや楽観視による呼吸困難からの感情逃避
	他人に迷惑をかけたくないという気遣いとがん治療に託す思いによる行動や感情の抑制
	呼吸困難の出現により生じた過去の行動や治療に対する後悔
自己の孤立化	呼吸困難に伴う行動制限による社会性の欠如
	呼吸困難に対する他者の理解不足による孤独の実感
不確実な未来への脅威	呼吸困難の出現によるがん悪化に対する不安の増大
	呼吸困難の出現により生じた自己の身体の不確かさに対する不安の湧出
	呼吸困難の出現により増大した死もあり得るという危惧
自己概念の低下	酸素療法や呼吸困難に伴う行動制限によるボディイメージの低下
	呼吸困難に伴う行動制限により生じた役割喪失による自己価値の低下
生きる支えとなるものの喪失	呼吸困難の出現と呼吸困難に伴う行動制限による希望の崩壊
	呼吸困難に伴う行動制限により生じた日常性の欠如による生きがいの喪失

避や抑制，後悔といった情緒的な反応によって自己の身体や心理をできるだけ安定した状態に保とうとする体験を示す。これには＜呼吸困難を伴う生活における情緒的バランスの保持努力＞，＜呼吸困難を受け止めた上での行動的対応努力＞などの５パターンの説明概念が存在した。

「照射してその時は何でもなかったんだけど，先生に聞くとやっぱり段々肺が縮まっているって・・・（中略）でもそれは治療した結果だっていうわけだから（呼吸困難が起きても）仕方がなかったんだと思うように自分でして，気持ちを保つようにして・・・（略）」「無理に動いて苦しくなって力使い切っちゃえば，治療ができませんよなんてことになって困るがね。だから人と一緒に行動するとか動きすぎるとかいうことはしないように自分で避けるとかして・・・（略）」

３）【自己の孤立化】

この概念は，呼吸困難に伴う行動制限によって社会や人とつながりをもつ機会が断たれて社会性を欠如することや，呼吸困難への周囲の理解不足から孤独を実感し，社会や家族といった集団の中での関係性が希薄になり，孤立する体験を示す。これには＜呼吸困難に伴う行動制限による社会性の欠如＞と＜呼吸困難に対する他者の理解不足による孤独の実感＞の２パターンの説明概念が存在した。

「町内の何かに参加したりっていうのも今はもうできないから，そういう付き合いも避けちゃうね。だから自分一人取り残されちゃうんさね。」「無理でもして具合いが悪くなれば余計に周りにも迷惑がかかるだろうなと思えば何もしないで家で一人でじっとしているのが一番いいんだって思うようになって・・・（略）」「誰かと一緒に行動しても自分はすぐに苦しくなるからついていけなくなって，結局一人になる」

４）【不確実な未来への脅威】

この概念は，呼吸困難の出現によってがんの悪化に対する不安や不測の事態が起こりえるという不安，死への恐れといった不安を抱くことにより，自己の未来が不確実なものであることを認識し，自己の未来に見通しが持てず，実存することそのものに不安定さを感じる体験を示す。これには＜呼吸困難の出現によるがん悪化に対する不安の増大＞，＜呼吸困難の出現により生じた自己の身体の不確かさに対する不安の湧出＞など３パターンの説明概念が存在した。

「大騒ぎするほど苦しいっていうわけじゃないけど何も感じないって言ったら嘘になるね。がんが進んじゃったのかなとか，大丈夫なのかなとか，ひょっとしたらこのままもうダメなのかなとか」「やっぱり普通に息ができない状態になるとね，もういよいよ終わりになるんかななんて思いますよ」「外出先でものすごく苦しくなっちゃったことがあって，それ以来自分はがん抱えてるんだからいつどうなるかわからない，保証がないんだなって思うようになりました」

５）【自己概念の低下】

この概念は，酸素不足や呼吸困難に伴う行動制限からこれまで抱いていた自己像に変化が生じボディイメージが低下することや，呼吸困難に伴う行動制限によって自己役割を喪失し自己に対する価値が低下することによってこれまで築き上げてきた自己概念が崩れていく体験を示す。これには＜酸素療法や呼吸困難に伴う行動制限によるボディイメージの低下＞と＜呼吸困難に伴う行動制限により生じた役割喪失による自己価値の低下＞の２パターンの説明概念が存在した。

「息がどうので体ががんで健康でないっていうことで，社会一般でいう重要な仕事にはもう就けなくなっちゃったね・・・（中略）だからもう役立たず」「前は町内の皆にも色々任されてしてやってて・・・（中略）今はこんな状態だから人のお役に立つどころか周りに迷惑かけるような人間になっちゃって何とも情けないね」「他人の前では苦しそうにしているところやそういう弱った姿は見せたくないです。だからこれ（携帯酸素）して外を歩くのも病人みたいでしたくない」

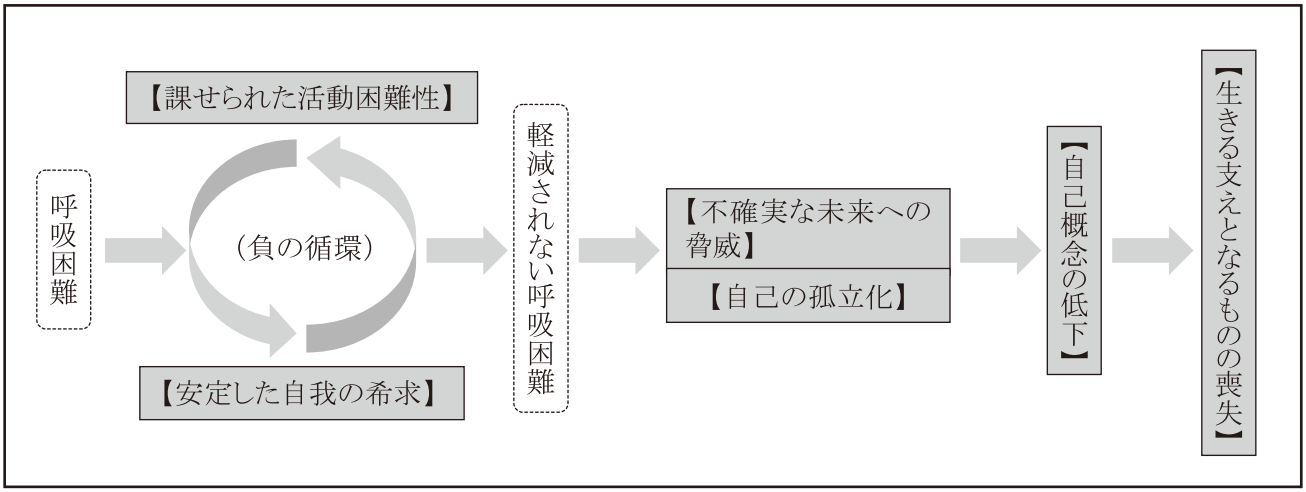
６）【生きる支えとなるものの喪失】

この概念は，呼吸困難の出現とそれに伴う行動制限によって思い描いていた未来像が崩れて希望が崩壊することや，呼吸困難に伴う行動制限によって当たり前だった日常の出来事や仕事，趣味を失い，その中に見出されていた生きがい感を感じられなくなるといった，その人にとって生きる支えとなっていた大切なものを喪失する体験を示す。これには＜呼吸困難の出現と呼吸困難に伴う行動制限による希望の崩壊＞と＜呼吸困難に伴う行動制限により生じた日常性の欠如による生きがいの喪失＞の２パターンの説明概念が存在した。

「老後はのんびり趣味を楽しんでなんて思い描いて働いてきて，やっとそうなれると思ったとこでのがんで・・・（中略）そういう思い描いて夢みてきたことが一気になくなったよね」「できなくなってみると自分の生きがいは仕事だったんだなって思うよね。社会に出て働けるっていうことは人様の役に少しは立てるということだから，そういう自信が自分の支えにもなっていたし・・・（略）」「この息さえ普通にできればね・・・（略）何でもなかったいつもの普通の生活っていうのがなくなっちゃったし，畑も自分にとっちゃあ張り合いになってたしね」

４．呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者の体験を表す概念構成（図１）

図１は，上記で述べた各概念間の関係性や順序性を表し



（※図中の ┆┆ は事実，▭ は概念を示す。）

図１　呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者の体験を表す概念構成

た概念構成図である。

【課せられた活動困難性】は呼吸困難を原因として必然的に生じ，これと同時に呼吸困難を感じるその瞬間の体験や成り行きとして生じた体験に対する対処や反応としての【安定した自我の希求】が起きており，この２つの概念間は負の循環を繰り返していた。そして，これらの負の循環では呼吸困難は軽減されないため，単に呼吸が苦しいという身体的な苦痛だけにとどまらず【不確実な未来への脅威】や【自己の孤立化】が起こり，これにより【自己概念の低下】が生じ，さらに最終的には【生きる支えとなるものの喪失】が生じるというようにより深刻な体験へと進行していた。

Ⅴ．考　　察

結果で示す６の概念における各説明概念の検討と，概念構成としてとらえた体験の全体性の検討により，呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者の体験には“呼吸困難ががんという疾患と結び付きより複雑なものとしてとらえられている”，“がん治療との両立や他人への気遣いにより呼吸困難の存在自体が表在化されにくく患者が孤立しやすい”，“呼吸困難を感じる瞬間の身体的苦痛だけにとどまらないTotal dyspneaとしての要素を併せ持つ”，“患者なりの対処の行動や反応を示しながらも呼吸困難は軽減されず悪循環を繰り返している”これら４つの特徴がみえた。以下にこの４つの特徴について説明し，考察する。

１．呼吸困難ががんという疾患と結び付きより複雑なものとしてとらえられている

【不確実な未来への脅威】は，治療期進行肺がん患者にとっての呼吸困難が一時的な息の苦しさを表す単純なものではなく，呼吸困難ががんという疾患と結び付いたより複雑なものとしてとらえられているということを表す体験であったと考える。がんは根治することはないため，患者は生きている限りがんという疾患を抱え続けなければならず，がんの進行や転移への不安を背負いながら生きていかなければならない。そのため，がん悪化への不安は，患者のなかに常に存在し，様々なきっかけでその不安は増大する。＜呼吸困難の出現によるがん悪化に対する不安の増大＞で示されるように，呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者にとって呼吸困難という症状は，がん悪化と直接結びついて，＜呼吸困難の出現により生じた自己の身体の不確かさに対する不安の湧出＞で示される自分はこの先どうなってしまうのだろうという不確かさへの不安を抱かせる体験となっていた。また，がんには医療技術が進歩した近年においてもなお，払拭されることのない‘がん＝死’というイメージがあり，がんであるということだけでも多くの患者で死の恐怖は存在するものと思われるが，それに加えて呼吸困難によっても死を意識させられるということから，＜呼吸困難の出現により増大した死もあり得るという危惧＞で示されるように，生きることそのものに危機感を抱かせ，死の恐怖もまたより大きなものとなることが推測される。したがって，治療期進行肺がん患者にとっての呼吸困難の体験は，息ができないことによる死の恐怖と同時に，がん悪化による死をも連想させる，より一層大きな不安や恐怖を伴う体験であると考えられる。このように呼吸困難の出現ががん悪化と結び付く体験は，がん患者ゆえに生じる体験であり，これは慢性閉塞性肺疾患患者とは異なる治療期進行肺がん患者でみられた呼吸困難体験の特徴であったと考える。したがって，看護においてはまずこのことを理解する必要があると考える。

2．がん治療との両立や他人への気遣いにより呼吸困難の存在自体が表在化されにくく患者が孤立しやすい

呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者は，【安定した自我の希求】のうち＜他人に迷惑をかけたくないという気遣いとがん治療に託す思いによる行動や感情の抑制＞で表わされるように，他人に迷惑をかけたくないという気持ちや，がん治療に思いを託し万全の態勢で治療に臨みたいという気持ちから活動を抑制するという対処をとっていたため，労作の機会そのものを欠いていた。そのため，労作時中心の呼吸困難を抱える患者は，呼吸困難が発生する労作の機会そのものを欠き，呼吸困難があるということが表在化されにくく，【自己の孤立化】で示される＜呼吸困難に対する他者の理解不足による孤独の実感＞を一層助長していた。つまり，患者が他人に迷惑をかけたくないという思いから活動を抑制したり，治療に備えて活動を過度に抑制したりする対処は，自己の活動世界を狭め，他者や外界とつながる機会を減少させることにつながり，呼吸困難の存在そのものの表在化を妨げると同時に，患者が孤立しやすくしていることが示唆される。したがって，治療期進行肺がん患者の呼吸困難の体験は，他者の目に触れる機会そのものが限定されることで第三者から見てとれない可能性もあり，これらのことが他者からの理解を難しくさせているという点に特徴があると考える。そのため，看護としてソーシャルサポートを促進し，患者の周囲の環境を整えることや，患者自身の対処能力を高めていくといった支援が必要であると考える。

3．呼吸困難を感じる瞬間の身体的苦痛だけにとどまらないTotal dyspneaとしての要素を併せ持つ

【課せられた活動困難性】は，呼吸困難によって必然的に起こる活動困難な状態を示しており，全対象者でこれがみられた。すなわち，呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者の多くが，【課せられた活動困難性】に陥るということが明白になった。本研究の対象者の呼吸困難に伴う行動制限は，仕事や家事，趣味などの社会生活への支障をきたす原因となっており，これがさらに様々な心理的体験を引き起こしていた。すなわち，【課せられた活動困難性】は呼吸困難を原因として必然的に生じ，さらにこの【課せられた活動困難性】は，【不確実な未来への脅威】，【自己の孤立化】，【自己概念の低下】，【生きる支えとなるものの喪失】で示す概念の根底として存在した体験だった。先行研究[14]では，呼吸困難に伴う行動制限により生じる生活への支障について明らかにしているが，本研究ではそうした社会的影響がさらにどのような心理・スピリチュアルな側面への影響につながっていたかという成り行きも示している。

村田理論[14]によれば，呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者が体験していた＜呼吸困難に伴う行動制限により生じた役割喪失による自己価値の低下＞で示される【自己概念の低下】の体験や，＜呼吸困難に伴う社会性の欠如＞で示される【自己の孤立化】の体験は，自律存在や関係存在としての自己に生じた苦しみを表す体験であったと考える。呼吸困難を抱えることによって他者に依存しなければならない現実は，人間としての存在そのものの基盤や価値が揺るがされるような事柄であり，尊厳を保ちながら生きるということを障害していたと考える。患者が呼吸困難により活動制限を余儀なくされ，人生設計の変更を強いられたり，生きる意味や励みになっていた仕事，趣味，社会や家庭における役割といった生きがいやその人にとって価値や意味をなすものを失う体験は，生きる支えを失う体験でもあったと考える。価値があり重要だと思うことは人それぞれ異なり，その人にとってはそれを失うことは大きな意味をもっていた。患者にとって仕事をもつことや他人のために尽くすことは，自分が自分であることを実感できる事柄でもあり，それがその人自身の喜びにもつながっていた。そして患者は，呼吸困難に伴う行動制限による役割喪失や酸素療法によるボディイメージの変化が起こる状況の中で，自己価値の低下を自覚していた。また一部の対象者では，呼吸困難による活動困難や不確実性への不安，社会性の喪失などによって自己概念の揺らぎが大きく生じる患者の場合には，【自己概念の低下】が【生きる支えとなるものの喪失】を招く引き金となっていた。また，生命と直結し，本来は無意識的に行われるはずの呼吸が，動くたびに息切れや息苦しさとともに自覚させられ，次の呼吸への不安を日常の中で繰り返し意識しなければならない体験を通して，死の不安や恐怖を我が身にも起こり得ることとして自覚するようになっていた。希望によって生かされている存在である人間[15]は，将来の喪失によって希望を喪失する[16]。不確実な未来の中では，希望や生きがいなど生きていく支えとなるものを見出したり，持ち続けていることは困難であり，患者の体験は，関係存在[17]である自己や，自律存在[18]である自己，さらには，時間存在[19]である自己に生じた自己の存在や意味に関わるような苦悩，すなわちスピリチュアルペインにも通じるより深刻な体験であったと示唆される。そして，【自己概念の低下】，【自己の孤立化】，【不確実な未来への脅威】はすべての対象者が体験していたことから，自己概念の維持できるか否かは生きる支えとなるものを失うきっかけとなる可能性があると考えられ，生きる支えを失わずより良く生きるためには，自己概念の維持あるいは再構成を支持する必要があることが示唆される。つまり，自己の存在に意味を見出すあるいは再確認できることが呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者における看護を検討する上で重要な視点であることが示唆

される。このように，呼吸困難による苦しいという苦痛そのものだけでなく，活動困難が全ての根底となってより深刻な苦悩がもたらされるというところに，治療期進行肺がん患者における呼吸困難の体験の特徴があることが示唆される。

また，患者にとっては呼吸困難が単に息が苦しいという身体的苦痛としてとらえられているわけではなく，自らの生活や人生に影響を及ぼすものとして，その及んだ影響も含めて呼吸困難の体験としての認識がされていた。このことから，治療期進行肺がん患者が体験する呼吸困難が，身体的苦痛にとどまらず，心理的苦痛，社会的苦痛，さらにはスピリチュアルペインを含む苦悩にまで及んでおり，Total dyspneaという視点を持ってとらえない限りは理解しきれないものであるということを示唆するとともに，すでに指摘されているがん患者の呼吸困難をTotal dyspneaとしてとらえることの必要性を強調する結果であったと言える。そのため，患者の呼吸困難の体験を理解するためには，息苦しい感覚の程度はどうかという見方だけではなく，呼吸困難がその人の生活や人生に与える影響は何かという視点も併せ持ち，Total dyspneaとして多側面からとらえることが必要であると考える。

4．患者なりの対処の行動や反応を示しながらも呼吸困難は軽減されず悪循環を繰り返している

【安定した自我の希求】で表わされる概念は，その対処や反応の仕方は，説明概念で示されるように各対象者によって様々ではあったが，全対象者が何らかの対処や反応を示していた。＜呼吸困難を伴う生活における情緒的バランスの保持努力＞や＜呼吸困難を受け止めた上での行動的対応努力＞は，呼吸困難やそれに伴う行動制限を抱えながらも気持ちの安定を自ら保とうとしたり，安定した行動がとれるように自ら対処行動を工夫したりする積極的な対処を表していた。一方，＜あきらめや楽観視による呼吸困難からの感情逃避＞，＜呼吸困難の出現により生じた過去の行動や治療に対する後悔＞，＜他人に迷惑をかけたくないという気遣いとがん治療に託す思いによる行動や感情の抑制＞で示される体験は，逃避や抑制による消極的な対処を表していた。このように積極的な対処努力をする一方で，逃避や抑制による消極的な対処をとることにより，呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者は，【課せられた活動困難性】を体験しながらも，患者なりの対処によって呼吸困難から自己の身体や精神を守ろうとしてバランスをとり，心身の安定性を維持しようとしていた。しかし，呼吸困難は解決困難な生理的な現象であることや，患者がとっている対処や反応も根本的な呼吸困難の軽減には必ずしも効果的でないため，【課せられた活動困難性】と【安定した自我の希求】は悪循環を繰り返しながら，結局は呼吸困難は軽減されないままとなっていた。Bundura[20] は，自己効力感の認識に影響を与える４つの情報源をあげ，このうち遂行行動の達成は，自分で行動し成功や達成できたという経験が自己効力感を高めるとしている。呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者は，自分なりの方法で呼吸困難へ対処しているが呼吸困難の改善にはつながらず，【課せられた活動困難性】における＜活動中の呼吸困難出現による活動意欲の更なる減退＞などで表わされる体験へと悪循環を繰り返していたことから，自己がとった対処が達成感や成功体験につながる効果的なものではないことや，失敗体験を繰り返している可能性が考えられ，自分なりの対処による失敗体験を通して呼吸困難への対処における自己効力感の低下をきたしていることが示唆される。したがって，看護としては自己効力感にはたらきかけることも支援として有効であると考える。

Ⅵ．看護実践への示唆

以上の考察を受けて，呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者に対する看護支援として以下の示唆が得られた。

1．Total dyspneaの視点に立脚した個々の呼吸困難体験の理解と安定した自我の再構成に向けた支援

呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者は，呼吸困難による身体的苦痛によって生じた活動困難にとどまらず，自己概念や生きがい，不確かさに関する心理・社会・スピリチュアルな側面の苦悩にまで及ぶ体験として呼吸困難をとらえていることや，がんという疾患と結び付けより複雑なものとして呼吸困難をとらえていた。そのため看護師は，表面的に見える呼吸困難の身体的苦痛の訴えと，それにより生じた行動制限の内容の把握にとどまらず，それらによってどのような心理的・社会的・スピリチュアルな側面の苦痛が引き起こされるのかという，さらに深く広い視点を持って患者をとらえ，患者が持つ苦痛の本質を理解する必要がある。患者は個々に異なる体験を持つ個別の存在であるということをあらためて認識し，まずはその体験を理解することが必要であると考える。呼吸困難は，発生のメカニズムが解明されていないことや標準的治療法が確立されていないために未だ緩和困難な症状の一つとされている。また，現在，呼吸困難の看護には，日常生活動作の工夫や呼吸法，イメージ療法，リラクセーションなどの方法が提示されている[21] が，どれも呼吸困難の根本的な解決法とはならないため，結局は患者の苦痛は軽減されないままであるのが現状である。しかし，呼吸困難の根本的な解決が図られなくても，【自己の孤立化】，【不確実な未来への脅威】，【自己概念の低下】，【生きる支えとなるものの喪失】といった苦痛に対する看護支援は可能である。アイデンティティの発達理論[22] の見地から言えば，これらの体

験は渦中にある患者にとっては苦悩という否定的体験としてとらえられていたが，一方で相乗的発達を遂げる助けにもなると考えられ，このような体験をした患者は，自己像の全体的発達がより促進される好機をもつとも考えられる。したがって，この機会を患者自身が好機ととらえ，前向きに自我の再構成に取り組むことができるよう介入することが必要である。また，患者は呼吸困難を抱えることにより活動に困難が生じ，自立性を失いつつあり，自己の存在に価値や意味をもった主体的な生を欠いて消極的になっていると考えられる。したがって，呼吸困難によって自立性が喪失されたとしても，患者の自律性までもが失われないよう患者が自律できている自己を感じることができるような意識的なかかわりをする必要がある。さらに，患者が自律できている自己を感じることができるようなかかわりを持ってもらえるよう家族や友人にはたらきかけることも必要な支援である。これにより，患者が自己に対する肯定的な見方ができ，自尊心を保持し続けていられるよう，自己概念を支持する支援が必要である。また，呼吸困難によって生じた活動制限によりこれまで通りの活動が継続できない場合には，患者にとって意味ある活動や価値ある活動を新たに見出すことができるよう患者とともに考えていけるような機会を持つことも重要である。患者が，がんや呼吸困難を抱えながらも自分らしさを失わず，残りの人生をよりよく生きていくことを支えるための包括的な支援が提供される必要がある。自己の存在や価値が揺るがされる体験は，その人のQOLのすべての領域に影響を及ぼす[23]ため，患者が体験する苦痛や苦悩は何か，残りの人生をよりよく生きることを障害するものは何かという広い視野で患者の呼吸困難による症状体験をとらえ，自分らしく生活するために必要な支援を総合的に考えるという視点を持つことが必要である。そして，呼吸困難を抱えようとも自己の存在に価値や意味を再確認し，安定した自我の再構成を支えていくことが重要であると考える。

2．自己効力感を高める支援

治療期にある進行肺がん患者の呼吸困難が表在化されにくく，孤立化しやすいという特徴を持つため，患者自身が自分で効果的な対処ができるような方法を身につけるということも重要である。【安定した自我の希求】における＜呼吸困難を伴う生活における情緒的バランスの保持努力＞や＜呼吸困難を受け止めた上での行動的対応努力＞で示される積極的な対処を患者はとっていたが，それらがもっと効果的に行われることを促進できるような介入が必要である。加えて，そのための方法を指導することも看護として必要な支援である。また，＜あきらめや楽観視による呼吸困難からの感情逃避＞，＜他人に迷惑をかけたくないという気遣いとがん治療に託す思いによる行動や感情の抑制＞，＜呼吸困難の出現により生じた過去の行動や治療に対する後悔＞で示されるような自我の安定性の保ち方をとっている場合には，心理的な支援が必要であると考える。また，【課せられた活動困難性】で表わされるように，呼吸困難に伴って生じる活動困難は，身体的活力の欠如，活動意欲の減退や欠如，コントロール感覚の喪失，酸素療法や呼吸に対する意識による拘束感など，様々な要因によって生じていた。したがって，看護は，これらの要因自体にはたらきかけることも必要である。呼吸苦を最小限にして身体的エネルギーを効率よく使う動作の工夫の習得などによりコントロール感覚を高めたり，患者自身が呼吸困難を回避・改善できるような方法を身につけ，自己効力感を高める支援も重要である。

また，呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者は，呼吸困難やその影響に対し，＜呼吸困難を伴う生活における情緒的バランスの保持努力＞や＜呼吸困難を受け止めた上での行動的対応努力＞で示される，自分なりの対処努力を行っていたことが明らかとなった。そこには，患者なりの努力の過程があり，最初から意欲を喪失しているわけではなく試行錯誤して自分なりに対応した結果としてやっぱり駄目だという境地に至り，意欲を失うというような心理過程が存在していた。したがって，呼吸困難に対する反応として，このような患者の対処に向けた心理や行動の過程についても理解する必要がある。患者の心理や行動が表われたありのままの体験をまずは知り，患者を認め，理解を示すということも重要な看護支援の一つとなると考える。そして，これまでの活動が継続できない場合には，患者にとって意味ある活動や価値ある活動を新たに見出すことができるよう患者とともに考え，支援することも重要である。

3．ソーシャルサポートの促進

治療期にある進行肺がん患者の呼吸困難は表在化されにくいという特徴を持っており，第三者が患者の呼吸困難に気付き，介入することの難しさを示していた。また患者は，呼吸困難による活動制限により外出の機会や他者との交流の機会を奪われ，周囲の人々との関係性が希薄化し孤立し，他者から十分理解されないことに対し孤独感も感じていた。このように患者を孤立化させないためには，患者に対する周囲からの理解を促進し，患者が呼吸困難を抱えていることでどのような状況や気持ちに陥っているのかということを周囲にもっと知ってもらう必要がある。さらに，患者が自己に対する肯定的な見方ができ，自尊心を保持し続けていられるよう，家族，友人，医療者など患者にとって重要な人々との相互関係を促進するようはたらきかけ，患者が孤独や無価値だと感じてしまうような状況をつくらないような関係調整や環境調整を行うといったソーシャル

サポートの促進に向けた支援が必要であると考える。

Ⅵ．結　　論

1．呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者の体験を表す６概念が明らかとなり，【課せられた活動困難性】と【安定した自我の希求】の概念間は負の循環を繰り返し，これらの負の循環では呼吸困難は軽減されずに，【不確実な未来への脅威】や【自己の孤立化】，【自己概念の低下】，【生きる支えとなるものの喪失】の順により深刻な体験へと進行する概念構成が明らかとなった。

2．治療期進行肺がん患者の呼吸困難体験は，呼吸困難ががんという疾患と結び付きより複雑なものとしてとらえられている，がん治療との両立や他人への気遣いにより呼吸困難の存在自体が表在化されにくく患者が孤立しやすい，呼吸困難を感じる瞬間の身体的苦痛だけにとどまらないTotal dyspneaとしての要素を併せ持つ，患者なりの対処の行動や反応を示しながらも呼吸困難は軽減されず悪循環を繰り返している，これら４つの特徴を示すという考察を得た。

3．呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者に対する看護支援として，Total dyspneaの視点に立脚した個々の呼吸困難体験の理解と安定した自我の再構成に向けた支援，自己効力感を高める支援，ソーシャルサポートの促進が必要であるという示唆を得た。

Ⅶ．本研究の限界と今後の課題

本研究は，限定された対象者から得られたデータに基づく分析結果であり，一般化には限界がある。今後は，対象施設および対象者を増やしより信頼性を高めるとともに，看護支援モデルを開発し実践へつなげることが課題である。

謝辞

本研究にあたり，調査にご協力いただきました対象者の皆様，病院関係者の皆様に心より御礼申し上げます。

なお，本稿は2008年度群馬大学大学院医学系研究科保健学専攻博士前期課程に提出した修士論文に修正・加筆を加えたものであり，第35回日本看護研究学会学術集会（2009年８月）において本研究の一部を発表した。また，本研究は平成21～23年度科学研究費補助金（若手研究（B）課題番号21792227）の助成を受けて行った研究の一部である。

要　　旨

本研究の目的は，呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者の体験を明らかにし，必要な看護支援を検討することである。呼吸困難を抱える進行期の原発性肺がん患者12名を対象に半構成的面接法によりデータを収集し，質的帰納的分析を行った。その結果，呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者の体験を表す【課せられた活動困難性】【安定した自我の希求】【自己の孤立化】【不確実な未来への脅威】【自己概念の低下】【生きる支えとなるものの喪失】の６概念と概念構成が明らかとなった。また，これらの体験には，呼吸困難ががんという疾患と結び付きより複雑にとらえられていることや，呼吸困難の存在自体が表在化されにくく患者が孤立しやすいなどの特徴があると考えられた。以上より，看護実践への示唆として，個々の呼吸困難体験の理解と安定した自我の再構成に向けた支援，自己効力感を高める支援，ソーシャルサポートの促進が重要であると示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to elucidate the experiences of patients with advanced lung cancer suffering from dyspnea during the treatment period and considers requirements for nursing support. Data were collected in semi-structured interviews of 12 patients with advanced primary lung cancer suffering from dyspnea. Their answers were analyzed qualitatively. As a result, the following six typical experiences were identified: “difficulties performing assigned activities”, “aspirations for self-stability”, “self-isolation”, “threat of an uncertain future”, “decline self-concept”, and “loss of life support”. Moreover, it was thought that there were the following traits in these experiences. There were dyspnea is connected with the disease of cancer and regarded as a more complicated thing, difficult to surface that there is dyspnea, etc. The support for the reconstruction of a stable ego, understanding of individual experiences, the support which raises a self-efficacy and a promotion of social support were suggested in the nursing intervention, saying that it is important.

文　献

1）大島明他：がん・統計白書，篠原出版新社，東京，2004.
2）齋藤誠他：進行肺癌，総合臨床，44, 2014-2015, 1995.
3）Ahmedzai S.Palliation of respiratory symptoms. Oxford Textbook of Palliative Medicine, Oxford University Press, 583-616, 1998.
4）Tanaka K, Akechi : Factors Correlated with Dyspnea in Advanced Lung Cancer Patients, J Pain Symptom Manage, 23, 490-500, 2002.
5）丸口ミサエ：呼吸困難を呈する末期癌患者の症状コントロール，日本呼吸管理学会誌，4, 98-100, 1994.
6）斉藤龍生：呼吸困難の緩和医療としてのモルヒネ投与，外科治療，76, 398, 1997.
7）田中桂子：がん患者の呼吸困難マネジメント，20, 照林社，東京，2004.
8）Dr.Lickis : Prof.of palliative Medicine, Syd.Uni, http://www.jpap.jp/gen/press/press14.html, 2007.
9）前掲書７），p9.
10）田中桂子，明智龍男他：がん患者の呼吸困難緩和へのアプローチ 評価方法の開発と関連因子の検討，第59回日本癌学会総会，235, 2000.
11）O'Driscoll M, Corner J,Bailey C : Theexperience of breathlessness in lung cancer,European Journal of Cancer Care, 8, 37-43, 1999.
12）Doyle D.Hanks GWC.MacDonald N（eds）: Ahmedzai S.Palliation of respiratory symptoms. In, Oxford Textbook of Palliative Medicine, Oxford University Press, Oxford, 583-616, 1998.
13）Krippendorff, K, 三上俊治他訳：メッセージ分析の技法「内容分析」への招待，勁草書房，東京，1997.
14）村田久行：終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア，緩和医療学，5(2)，157-165,2003.
15）小松奈美子：生命倫理の扉－生と死を考える－，55, 北樹出版，東京，2000.
16）村田久行：医療者にできるスピリチュアルケアへの一指針，Quality Nursing, 5, 451, 1999.
17）前掲書16），p1063.
18）原敬：自律存在とスピリチュアルケア，臨床看護，30, 1078, 2004.
19）小澤竹俊：看護師のスピリチュアルペイン，臨床看護，30, 1119-1126, 2004, p1071.
20）Bandura, A : Self-Efficacy Toward a unifying of behavior change, Psychological Review, 84, 191-215, 1977.
21）前掲書７），p53-66 .
22）岡本祐子：アイデンティティ生涯発達論の射程，ミネルヴァ書房，京都，2009.
23）Goble, F.G：マズローの心理学，75, 産能大学出版部，東京，1972.

平成21年10月22日受　　付
平成22年９月５日採用決定

－原　著－

女性看護師の離職に関連する要因

－関東地域一般病床200床以上の病院勤務看護師の縦断研究から－

Factors Affecting the Resignation of Female Nurses:
Longitudinal Study of Nurses Working at Hospitals with more than 200 Beds in the General Ward in the Kanto Region

荒　川　千　秋[1,2]
Chiaki Arakawa

キーワード：看護師，離職，縦断研究
Key Words ：nurse, resignation, longitudinal study

Ⅰ．はじめに

2007年病院看護実態調査[1]によれば，2006年度の常勤看護職の離職率は12.4％であった。この結果は2004年度より0.3％上昇している[2]。医療の高度化，在院日数の短縮，患者の重症化に伴い密度の高い看護業務が要求される中，年々上昇する看護職の離職率は近年の医療現場での大きな課題である。

海外において看護職の離職要因を調査した縦断研究で，Frijtersらは給料を増加すると看護職の離職率が低いことを報告している[3]。Yinらは看護職の離職に関する研究のメタアナリシスを行っている。これによると看護職の離職に関連する要因は，給料，ストレス，昇進の機会，上司や同僚のサポート，自律性，職務満足度であったことが明らかにされている[4]。しかしChenらが行った412人を対象とした最近の横断研究では，離職および継続要因と言われている所得分配の公正，労働環境，資源の不十分さ，上司からのサポート，同僚のサポート，職務満足度のうち，労働環境を除いては離職の予測因子とはなりえなかったと報告している[5]。

一方，わが国において看護職の離職の理由を横断研究で調べた研究がいくつかある[6)～9]。それによると離職の理由は，上司のサポートの低さ，健康問題，不適切なキャリアディベロップメント，低い職務満足度，家族の問題，悪い労働環境，低い仕事のコントロール度，高い仕事の要求度，うつ状態が挙げられている。国内における縦断研究は３つあり，清水らの研究（N＝277）では，離職看護職の平均勤続年数は他の看護職より有意に短く，疲労状態も有意に悪かった。労働年数，疲労状態，不信感，専門職としての自律性の補正後，勤続年数６～11年の看護職は11年以上の労働年数の看護職に比べて離職発生率の相対リスク（RR）が有意に高いことが明らかにされている。また，低疲労度の看護職における離職発生率リスクは高疲労度の看護職に比べて有意に低かったことが報告されている[10]。鈴木らの研究（N＝923）では，新人看護職の早期離職に影響している因子は，看護学校を卒業していること，希望しない病棟への配属に対する不満，サポートしてくれる同僚がいないことの３点であることが報告されている[11]。また，病院看護職の離職率と定期健康診断データとの相関を検討した研究（N＝363）においては，若年群（21～25歳）と年長群（25歳以上）では，睡眠障害が離職に有意に影響していた一方，年長群ではBMIとT-choが離職に有意に関与していたと報告されている[12]。これらの日本の縦断研究結果を踏まえると，離職の要因として，年齢，健康状態（疲労度，睡眠），サポートが影響していることが伺える。

しかし，これらの要因のうち，健康状態には勤務状況が影響することが先行研究により明らかにされており[13]，離職に関する要因には勤務状況を含めた検討が必要である。また，日本における離職に関する研究では，縦断研究が少なく，対象数が少ない，対象が限定されているという限界がある。

そこで，本研究では，大規模な縦断調査により勤務状況を含めた看護職の離職の要因を明らかにすることを目的とする。

１）目白大学看護学部　Faculty of Nursing, Mejiro University
２）東京医科歯科大学大学院健康情報分析学
Department of Analytical Health Science, Graduate School of health Care Science, Tokyo Medical and Dental University

Ⅱ．研究方法

１．対象者

関東地域一般病床数200床以上を持つ病院に勤務する女性の看護師を対象とした。一般病床200床以上の病院を対象としたのは，女性看護師の多くが就業する病院，病床を対象とするためである。

２．調査方法

研究者らはまず平成17年７月（ベースライン調査）に，関東地域一般病床数200床以上を持つ病院99の看護部管理者に文書により調査趣旨を説明し，調査依頼した。その結果，93の病院の看護部管理者から調査への参加の同意が得られ，93の病院に勤務する女性看護師を対象とした。追跡調査は，ベーライン調査の６ヶ月後にベースラインの調査に参加した93の病院の看護部管理者へ依頼した。６ヶ月後にした理由は，先行研究（Suzuki et al., 2006）では１年間追跡したものがあり，追跡不可能となった件数が多かったため，まず，６ヵ月後に依頼し，その後，さらに追跡期間を延長していく意図からである。研究デザインは前向きコホート研究である。

３．ベースライン調査

調査は質問紙により行われた。また，ベースライン時に調査した結果と追跡調査で，離職者の同定を行い，対応させて分析する必要から，本人が特定されず，かつ対応可能とするため，調査時に対象者に対し，本人の生年月日の記載を依頼した。

１）生活状況について

婚姻状況，子供の有無，Visual Analogue Scale（以下VASと称す）で「家事や育児などの私生活の忙しさ」を質問した。

２）健康状況について

治療中の病気の有無，過去半年間の病欠の有無，月経の有無，アルコールの摂取状況，喫煙の有無，１日の食事回数，食事のバランスについて質問した。

３）勤務状況について

夜間時間（22時から５時）にかかる勤務の種類・時間・勤務人数，夜間勤務の有無と夜間勤務年数，夜間勤務の忙しさ，夜間勤務の際の休憩の状況，夜間勤務のひと月あたりの回数，夜間勤務のときの超勤の頻度，VASで仕事から受けるストレスを質問した。

４）睡眠について

「現在，満足な睡眠がとれていますか」と「現在，睡眠不足であなたの生活に支障をきたしていますか」をVASで回答する方法をとった。現在の睡眠薬服用の有無についても尋ねた。

５）健康関連QOLについて

健康関連QOLはMedical Outcome Study 36-Item Short-Form Health Survey（SF-36）によって評価された[14]。SF-36は，36の質問項目からなり，これらは身体機能（以下PFとする），精神状態（以下MHとする），身体機能あるいは精神状態の変化による役割制限（以下RP，REとする），および社会機能の制限（SFとする），体の痛み（以下BPとする），全体的健康感（以下GHとする），活力（以下VTとする）の８つの下位尺度に分かれ，それぞれが100点満点に換算してスコア化されるようになっている。それぞれの下位尺度得点は，０（非常に悪い状態）から100（非常によい状態）で評価される。SF-36は，妥当性・信頼性の高いスケールであり，個人の健康状態を精神・肉体両面から総合的に評価できると報告されている[15)16]。

４．追跡調査

６ヶ月後の平成18年１月に，再度，93の病院の看護管理者に追跡調査の依頼をし，ベースライン時に調査協力を得られた93の病院の看護管理者に６ヶ月間に退職した者の生年月日およびベースライン時の８ヶ月後である平成18年３月に退職する予定の者の生年月日を知らせてもらった。そしてベースライン時の調査用紙を特定した。

５．分析

カテゴリー変数の比較は，カイ二乗検定，連続変数の比較はt検定を用いて行った。８ヵ月後の離職に関与する因子を明らかにするために単変量解析で有意だった項目をロジスティック回帰分析に投入した。検定はすべて両側検定とし，P値が0.05未満を統計学的に有意とみなした。すべての統計分析は，Windows版のSPSS Ver 15.0を用いて行った。

６．倫理的配慮

本研究は東京医科歯科大学医学部倫理審査委員会の承認を得て行った。対象者には，ベースライン時調査時点で追跡調査の予定があることも含めて説明し，研究目的，方法，不利益を受けない権利，匿名性・秘密確保の権利の保障について説明した。また，追跡調査時に退職した場合，生年月日を看護部長から研究者が教えてもらうことも説明した。質問紙には同意が得られた者のみが回答する形をとった。

Ⅲ．結　　果

１．対象者の背景（表２）

ベースライン調査で10,600名の看護師に配布し，回収されたのは8,327名であった。追跡調査に協力が得られたのはベースライン時に協力の得られた93の病院（表１）のうち，59の病院の看護部管理者であった。追跡調査では5,387名の看護師から調査用紙が回収された。このうち，看護師として就業している者，夜間勤務をしている者，病棟勤務をしている者の３つの条件を満たす3,756名ののうち，離職したかどうかかが不明な76名を除き，3,602名を解析の対象とした。ベースライン時から６ヶ月後に離職した者が

表１　93の対象病院の概要

		N	%
病院種別	一般病院	88	94.6
	地域医療支援病院	3	3.2
	その他	2	2.2
病院の性格	急性期病院	71	76.3
	慢性期病院	3	3.2
	ケアミックス病院	11	11.8
	リハビリ病院	2	2.2
	その他	5	5.4
	欠損値	1	1.1
平成16年８月平均在院日数			
	Mean ± SD	18.3 ± 7.4	
一般病床数			
	Mean ± SD	322.2 ± 127.3	
一般病床の常勤看護職員数			
	Mean ± SD	173.8 ± 98.9	
入院基本料	Ⅰ群入院基本料１	54	58.1
	Ⅰ群入院基本料２	20	21.5
	Ⅰ群入院基本料３	1	1.1
	Ⅱ群入院基本料３	4	4.3
	Ⅱ群入院基本料５	1	1.1
	欠損値	13	14.0
一般病床の病棟数			
	Mean ± SD	6.8 ± 2.9	
常勤看護職の所定労働時間			
	すべて同じ	71	76.3
	複数	15	16.1
	欠損値	7	7.5
常勤看護職の週所定労働時間			
	Mean ± SD	39.4 ± 1.3	
常勤看護師	固定制	7	7.5
夜勤体制	輪番制	30	32.3
	変則制	54	58.1
	その他	1	1.1
	欠損値	1	1.1
一般病棟の	１種類	35	37.6
夜間勤務	２種類	40	43.0
勤務帯の種類	３種類	17	18.3
	４種類	1	1.1
看護管理者の	満足している	22	23.7
夜勤体制への	満足していない	60	64.5
満足度	欠損値	11	11.8

78名，８ヶ月後に離職する予定の者は215名，離職しない者は3,387名だった。８ヶ月後の離職予定者（以下離職者とする）215名と離職しない者3,387名でベースライン調査の調査項目に対する結果を比較した結果，有意差があったのは，「年齢」「婚姻状況」「子供の有無」「経験年数」「夜間勤務の忙しさ」「夜間勤務の休憩状況」「夜間勤務の１ヶ月間の勤務回数」「現在の睡眠薬の服用」「精神状態の変化による役割制限」「活力」の10項目であった。

２．ロジスティック回帰分析の結果（表３）

離職者を１，勤務継続する者を０として，単変量解析で$p<0.25$未満の変数を投入した。変数増加法による多重ロジスティック回帰分析の結果を表３に示した。モデルχ^2検定の結果は$p<0.01$で有意であり，ホスマー・レメショウの検定結果は，$p=0.938$で良好であることがわかった。また判別的中率は94.3％であった。多重共線性の問題を確認するため，独立変数間の相関係数の絶対値が0.9以上でないことを確認した。

ロジスティック回帰分析を行った結果，離職の頻度は，夜間勤務が１回/１ヶ月増えるごとに1.175倍（オッズ比1.175，95％信頼区間1.070－1.290）となり，子供のいない看護師よりいる看護師が0.587倍（オッズ比0.587，95％信頼区間0.346－0.995），VASでの夜間勤務時の忙しさが１ポイント増えると0.989倍（オッズ比0.989，95％信頼区間0.980－0.997），経験年数が１年増えるごとに0.954倍（オッズ比0.954，95％信頼区間0.920－0.989），健康関連QOLの活力（Vitality）が１ポイント増えるごとに0.989倍（オッズ比0.989，95％信頼区間0.980－0.997）となった。

３．離職者と離職しない者の６ヶ月間の健康関連QOLの変化（表４，５）

離職者で，６ヶ月間に有意に低くなったのは，「身体機能」「身体機能の変化による役割制限」「体の痛み」であった。離職しない者では，「身体機能」が６ヶ月間で有意に

表２　対象者の背景

		離職なし（n＝3387）			離職あり（n＝215）			
		n	Mean or %	（SD）	n	Mean or %	（SD）	P値
年齢			31.3	（8.2）		28.4	（6.2）	P＜0.001
婚姻状況	未婚	2173	64.2	%	164	76.3	%	0.001
	既婚	1058	31.2	%	46	21.4	%	
	離婚・別居・死別	151	4.5	%	5	2.3	%	
	回答なし	5	0.1	%	0	0.0	%	
子供	いない	2449	72.3	%	185	86.1	%	P＜0.001
	いる	881	26.0	%	25	11.6	%	
	回答なし	57	1.7	%	5	2.3	%	
家事育児などの私生活の忙しさ（VAS）			57.4	（25.3）		53.5	（26.9）	0.038
経験年数			9.1	（7.1）		6.2	（4.4）	P＜0.001

次頁へ続く

		離職なし（n＝3387）			離職あり（n＝215）			
		n	Mean or %	（SD）	n	Mean or %	（SD）	P値
夜間勤務の忙しさ（VAS）			71.9	（22.4）		68.5	（20.9）	0.030
夜間時間の勤務の休憩状況	常時とれた	228	6.7	%	13	6.1	%	p＜0.001
	だいたいとれた	1673	49.4	%	126	58.6	%	
	あまりとれなかった	1308	38.6	%	71	33.0	%	
	まったくとれなかった	112	3.3	%	3	1.4	%	
	回答なし	66	2.0	%	2	0.9	%	
夜間勤務の種類	１種類	1517	44.8	%	110	51.1	%	0.308
	２種類	1573	46.4	%	87	40.5	%	
	３種類	166	4.9	%	11	5.1	%	
	回答なし	131	3.9	%	7	3.3	%	
夜間勤務時間（時間）			12.0	（3.8）		11.7	（3.8）	0.310
夜間勤務の休憩時間（分）			82.4	（55.0）		84.4	（44.9）	0.616
夜間勤務の人員（人数）			2.9	（1.0）		3.0	（1.0）	0.161
1ヶ月あたりの夜間勤務回数（回）			4.6	（1.6）		5.1	（1.9）	p＜0.001
夜間勤務の定時帰宅	常に定時に帰宅	141	4.2	%	8	3.7	%	0.510
	時々超過勤務がある	1221	36.0	%	88	40.9	%	
	超勤がある方が多い	1078	31.8	%	61	28.4	%	
	常に超勤がある	894	26.4	%	54	25.1	%	
	回答なし	53	1.6	%	4	1.9		
仕事から受けるストレス（VAS）			78.0	（19）		79	（20）	0.300
過去半年間に病欠の有無	有	837	24.7	%	64	29.8	%	0.110
	無	2414	71.3	%	144	67.0	%	
	回答なし	136	4.0	%	7	3.2	%	
過去半年間のヒヤリ体験の有無	有	2717	80.2	%	173	80.5	%	0.801
	無	478	14.1	%	32	14.9	%	
	回答なし	192	5.7	%	10	4.6	%	
現在治療中の病気の有無	無	1938	57.2	%	121	56.3	%	0.787
	有	1449	42.8	%	94	43.7	%	
月経	有	3158	93.2	%	206	95.8	%	0.045
	無	187	5.5	%	5	2.3	%	
	回答なし	42	1.3	%	4	1.9		
アルコールの飲料をどのくらい飲むか	ほぼ毎日	1226	36.2	%	65	30.2	%	0.113
	週５日以内	421	12.4	%	26	12.1	%	
	ときどき	1432	42.3	%	107	49.8	%	
	ほとんど飲まない	281	8.3	%	13	6.0	%	
	回答なし	27	0.8		4	1.9	%	
現在の喫煙	無	2526	74.6	%	158	73.5	%	0.749
	有	835	24.6	%	55	25.6	%	
	回答なし	26	0.8	%	2	0.9	%	
現在満足な睡眠をとれているか（VAS）			41.4	（26.5）		41.4	（25.8）	0.995
現在睡眠不足で生活に支障をきたしているか（VAS）			46.9	（26.6）		47.3	（25.8）	0.796
現在，睡眠薬は服用していますか	飲まない	2926	86.4	%	174	80.9	%	0.014
	ときどき飲む	383	11.3	%	37	17.2	%	
	ほぼ毎日	54	1.6	%	1	0.5	%	
	回答なし	24	0.7	%	3	1.4	%	

次頁へ続く

		離職なし（n＝3387）		離職あり（n＝215）		P値
		n	Mean or % （SD）	n	Mean or % （SD）	
食事は１日に何回とりますか	決まっていない	426	12.6 %	29	13.5 %	0.164
	１日１回～２回	890	26.3 %	70	32.6 %	
	１日３回	1979	58.4 %	111	51.6 %	
	１日４回以上	29	0.9 %	1	0.5 %	
	回答なし	63	1.8 %	4	1.8 %	
食事はバランスよくとること	はい	1133	33.5 %	80	37.2 %	0.251
をこころがけていますか	いいえ	2227	65.7 %	133	61.9 %	
	回答なし	27	0.8 %	2	0.9 %	
健康関連QOL						
身体機能			86.8 （14.1）		87.2 （13.1）	0.695
身体機能の変化による役割制限			77.2 （33.7）		75.1 （34.6）	0.391
精神機能の変化による役割制限			69.4 （38.0）		63.4 （40.2）	0.038
社会機能の制限			67.5 （23.7）		66.3 （22.5）	0.481
精神状態			55.5 （18.9）		53.8 （18.5）	0.207
体の痛み			61.3 （23.4）		61.0 （24.3）	0.836
活力			39.7 （19.8）		36.6 （19.5）	0.031
全体的健康感			58.6 （17.7）		57.0 （18.0）	0.196
過去半年間のヒヤリ体験の有無	有	2717	80.2 %	173	80.5 %	0.801
	無	478	14.1 %	32	14.9 %	
	回答なし	192	5.7 %	10	4.6 %	

表３　８カ月後の離職の予測因子

		偏回帰係数	オッズ比	95％信頼区間 上限 － 下限	P値
子供	いない		1.000		
	いる	－0.533	0.587	0.346 － 0.995	0.048
経験年数（年）		－0.047	0.954	0.920 － 0.989	0.010
夜間勤務の忙しさ（VAS）		－0.011	0.989	0.980 － 0.997	0.001
１カ月あたりの夜間勤務回数（回）		0.161	1.175	1.070 － 1.290	0.001
健康関連QOL					
活力		－0.011	0.989	0.980 － 0.997	0.011
定数		－1.879			p＜0.001

モデル χ^2検定　p＜0.01　　多重ロジスティック回帰分析
判別的中率　94.3％

表４　離職した者の６ヶ月間の健康関連QOLでの変化

	ベースライン調査		追跡調査		P値
	Mean	（SD）	Mean	（SD）	
健康関連QOL					
身体機能	89.2	12.1	86.3	15.7	0.032
身体機能の変化による役割制限	78.6	33.3	68.2	40.6	0.022
精神機能の変化による役割制限	61.4	39.5	63.3	39.5	0.658
社会機能の制限	67.6	21.6	65.5	23.4	0.393
精神状態	53.8	18.9	55.4	18.8	0.308
体の痛み	64.6	24.3	59.5	23.8	0.029
活力	36.3	19.3	38.2	21.2	0.273
全体的健康感	59.1	17.6	59.2	17.1	0.943

対応のあるt検定

表５　離職しない者の６ヶ月間の健康関連QOLでの変化

	ベースライン調査		追跡調査		P値
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	
健康関連QOL					
身体機能	87.5	13.5	88.7	13.1	p＜0.001
身体機能の変化による役割制限	78.3	33.1	78.6	33.2	0.654
精神機能の変化による役割制限	70.0	37.6	70.4	38.2	0.640
社会機能の制限	68.0	23.1	68.4	23.5	0.415
精神状態	55.7	18.9	55.1	18.7	0.092
体の痛み	61.6	23.2	60.9	22.8	0.148
活力	39.7	19.6	39.7	19.7	0.978
全体的健康感	58.8	17.6	58.9	17.7	0.761

対応のあるt検定

高くなった。

Ⅳ．考　　察

今回の研究の結果から，看護師の夜間勤務の回数が離職に影響していることが明らかになった。Haradaらは，研究結果によるとロジスティック回帰分析を用いて交代勤務が職業性ストレスに及ぼす影響を評価し，仕事の就労タイプは有意に仕事の自由度に関連しており，日勤就労者に比した交代勤務者の自由度は低くオッズ比は2.22であり，交代勤務者は日勤就労者に比し職業関連のストレスが高かった[17]。本研究の結果では，仕事から受けるストレスは，離職に関連していなかったが，夜間勤務が，職業関連のストレスを増加させる可能性があり，夜間勤務の回数が増えることは職業関連ストレスの増加につながることが予想される。またMorikawaらの女性看護職61名を対象とした研究では，特に量的仕事量の重圧を感知すると，細胞性免疫機能をつかさどるNK細胞機能を減少させていると報告されている[18]。本研究の結果では，夜間勤務時の忙しさは，離職を減少させる結果となっている。このことから，離職に影響するものは，夜間勤務の回数（量）と考えられる。人は，生物時計（体内時計）の発振するサーカディアンリズム（概日リズム）に従って，日中に活動し，夜間に休息する生活を続けてきた。しかし，24時間社会を支えるシフトワーカーでは，体内時計と社会・環境の時計との間にずれ（脱同調）によって，さまざまな精神・身体機能のバランスの崩れが起こりうることが時間生物学の進歩によって明らかになってきている[19]。夜間勤務をすることは，精神・身体機能のバランスを崩す原因となり，夜間勤務の回数の多さが離職へとつながっていくと考えられる。今回の研究の結果から，看護師の離職予防のために，看護師の１ヶ月当たりの夜間勤務の回数を減らす方法の検討の必要性が示唆された。

また，2007年ICNワークフォーラムカントリーレポートによれば，看護職は週当たりの勤務時間が35時間/週以上が日本97%，アメリカ58%，イギリスは64%，スウェーデン75%，ニュージーランド50%，アイスランド51%，ドイツ65%，デンマーク47%，カナダ54%である[1]。日本の看護職は諸外国に比べて１週間あたりの長い労働時間で働く看護師の割合がはるかに高い。１週間あたりの労働時間を減らすことが政策レベルで実現すれば，看護師がリフレッシュできる時間が増える。これは本研究での活力が高くなれば，離職が減るという結果からも，看護師の１週間あたりの労働時間が減ることは，看護師の活力の増加にもつながのではないかと思われる。

子供のいる看護師がいない看護師よりも離職が少ないという結果や，経験年数が多い看護師のほうが離職は減るという結果より，出産・育児といった女性のライフイベントを乗り越えても看護師として就業継続する女性看護師は，看護職で生業を立てたい女性であることが推測される。また，子どもがいる看護師は家族からのサポートも受けやすい可能性があることや，経験年数を積む中で仕事を継続するために必要な資源や方法を獲得している可能性があると考えられ，これらの女性看護師を支援する対策を積極的に導入していく必要がある。2007年病院看護実態調査（結果速報）[1]で看護職員確保・定着に効果が高いと考えられている対策にあがっている「夜勤専従・パートタイマー・短期時間勤務導入等による多様な勤務形態の導入」「子育て支援対策の充実」のすべての医療施設での導入も一助となると考えられる。

離職者・離職者予定者と離職しない者で，６ヶ月間の健康関連QOLの変化を求めたところ，「身体機能」で，離職者では有意にスコアが低くなり，離職しない者では有意にスコアが高くなっていた。内閣府男女共同参画局が行ったライフプランニング支援に関する調査に[20]よれば30代～

40代の女性の仕事を辞めた理由の７位に「病気，ストレス，怪我」があり，10位に「職場環境，仕事内容，労働条件」がある。身体機能には，「病気，ストレス，怪我」が影響していると考えられる。また「身体機能」に影響するものとして看護職として就業することに伴う過労があるのではないかと考える。近年，医師不足による過重労働が問題になる一方，看護師の過労も問題になっている。過労で倒れた看護師に関する全国的な統計はないが，厚生労働省の報告[21]によると2007年度に過労で脳出血などを発症したとして労災認定を申請した医療・福祉関係者は42人と報告されており，2006年47人，2005年34人，2004年21名，2003年22件と近年，増加傾向である。この申請数は氷山の一角であり，実際には限界が来る前に「身体機能」が低下し，職場を辞めてしまう看護師が多いと推測される。

本研究の限界は３つある。一つめは，今回の調査は関東地域一般病棟200床以上の病院に勤務する看護師を対象としているため，一般的女性看護師を代表していない可能性がある。今後は，ランダムサンプリングで病院を選択して同様の調査を行う必要がある。二つめは，バーンアウトや離職理由は調査していないため，離職に関する他の重要なパラーメーターを見落としている可能性は否めない。３つめは，質問紙の回答者だけを分析することに伴う限界があり，非回答者とどのように異なるのかを今後分析する必要がある。

Ⅴ．結　　論

離職の頻度は，夜間勤務が１回/１ヶ月増えるごとに1.175倍（オッズ比1.175，95％信頼区間1.070－1.290）となり，子供のいない看護師よりいる看護師が0.587倍（オッズ比0.587，95％信頼区間0.346－0.995），VASでの夜間勤務時の忙しさが１ポイント増えると0.989倍（オッズ比0.989，95％信頼区間0.980－0.997），経験年数が１年増えるごとに0.954倍（オッズ比0.954，95％信頼区間0.920－0.989），健康関連QOLの活力（Vitality）が１ポイント増えるごとに0.989倍（オッズ比0.989，95％信頼区間0.980－0.997）となった。これらの結果より，看護師の離職予防のために，看護師の１ヶ月当たりの夜間勤務の回数を減らす方策の検討の必要性が示唆された。

Ⅵ．謝　　辞

ご指導いただきました，東京医科歯科大学大学院　佐藤千史教授，山形大学医学部看護学科　叶谷由佳教授に感謝いたします。また研究に快くご協力いただいた関東地域の女性看護師の皆様，病院関係者の皆様に感謝いたします。

また本研究は科研費（18791653）の助成を受けたものである。

要　　旨

本研究では，関東地域一般病床数200床以上を持つ93の病院に勤務する女性の看護師を対象に離職に関与する要因を明らかにするために前向きコホート研究を行った。

この研究では，ベースライン調査に回答した看護師8,327名のうち，６ヶ月後に行った追跡調査では59の病院の看護部長からの協力がえられ，5,387名の回答が得られた。このうち，看護師として就業している者，夜間勤務をしている者，病棟勤務をしている者の３つの条件を満たす3,756名ののうち，離職したかどうかかが不明な76名を除き，3,602名を解析の対象とし，ロジスティック回帰分析を行った結果，離職の頻度は，夜間勤務が１回/１ヶ月増えるごとに1.175倍（オッズ比1.175，95％信頼区間1.070－1.290）となり，子供のいない看護師よりいる看護師が0.587倍（オッズ比0.587，95％信頼区間0.346－0.995），VASでの夜間勤務時の忙しさが１ポイント増えると0.989倍（オッズ比0.989，95％信頼区間0.980－0.997），経験年数が１年増えるごとに0.954倍（オッズ比0.954，95％信頼区間0.920－0.989），健康関連QOLの活力（Vitality）が１ポイント増えるごとに0.989倍（オッズ比0.989，95％信頼区間0.980－0.997）となった。これらの結果より，看護師の離職予防のために，看護師の１ヶ月当たりの夜間勤務の回数を減らす方策の検討の必要性が示唆された。

Abstract

An ongoing prospective cohort study of female nurses working in the Kanto region of Japan was conducted at 93 hospitals, each of which had no fewer than 200 beds in its general ward, to demonstrate the factors that contribute to nurse turnover.

In a follow-up survey conducted six months later, the cooperation of nursing directors from 59 hospitals was gained and subsequently, responses from 5,387 nurses out of 8,327 nurses, who participated in the baseline survey, were collected. A logistic regression analysis that targeted 3,756 nurses, who satisfied three conditions: (1) nurses working in hospitals, (2)

nurses working the night shift and (3) nurses working in the medical ward in hospitals revealed that the frequency of resignations increased 1.175 times more often as night shifts increased once per month (odds ratio 1.175, 95% CI 1.070-1.290) and those who had children resigned 0.587 times more often than those who had no children (odds ratio 0.587, 95% CI 0.346－0.995). Furthermore, the frequency of resignations increased 0.989 times more often (odds ratio 0.989, 95% CI 0.980-0.997) as the level of busyness during the night shift increased one point on the Visual Analog scale (VAS), 0.954 times more often (odds ratio 0.954, 95% CI 0.920－0.989) as the number of experiences increased in one year, and 0.989 times more often (odds ratio 0.989, 95% CI 0.989-0.997) as the vitality of health status-related quality of life (QOL) increased one point. These results suggest the necessity to seek measures to reduce the frequency of nurses' night shifts per month in order to prevent their resigning.

文　献

1）日本看護協会：2007年度病院看護実態調査（結果速報），2008-02-28，http://www.nurse.or.jp/home/opinion/press/2008pdf/0228-03.pdf
2）鈴木理恵，小谷幸：「2005年病院における看護職員需給状況調査」概要，看護，58(13)，30-31，2006.
3）Frijters P., Shields M.A. et al.: Investigating the quitting decision of nurses panel data evidence from the British National Health Service, Health Econ, 16, 57-73, 2007.
4）Yin JC, Yang KP.: Nursing turnover in Taiwan: a meta-analysis of related factors, Int J Nurs Stud, 39, 573-81, 2002.
5）Chen H.C., Chu C.I. et al: Turnover factors revisited: a longitudinal study of Taiwan-based staff nurses, Int J Nurs Stud, 45, 277-85, 2008.
6）星有貴，三木明子，他：病院勤務看護婦の職業性ストレスと退職との関連，産業衛生学雑誌，43臨増，503，2001.
7）Ito H., Eisen S.V. et al.: Factors affecting psychiatric nurses' intention to leave their current job, Psychiatr Serv, 52, 232-234, 2001.
8）Imai H., Nakao H. et al.: Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care, Occup Environ Med., 61, 764-768, 2004.
9）日本看護協会調査研究部：日本看護協会調査研究報告，44，7-22，1994.
10）Shimizu T, Eto R. et al.: Relationship between Turnover and Periodic Health Check-Up Data among Japanese Hospital Nurses: A Three-Year Follow-Up Study. J Occup Health, 47, e327-333, 2005.
11）Suzuki E., Itomine I. et al.: Factors Affecting Rapid Turnover of Novice Nurses in University Hospitals, J Occup Health, 48, 49-61, 2006.
12）Shimizu T., Feng Q. et al.: Relationship between Turnover and Burnout among Japanese Hospital Nurse, J Occup Health, 47, 334-336, 2005.
13）荒川千秋，叶谷由佳，他：交替制勤務と冠動脈疾患との関連，日本看護管理学会誌，10(1)，30-36，2006.
14）Ware, J.E. Sherbourne, C.D.: The MOS 36 item-short form health survey (SF-36), Med Care, 30, 473-483, 1992.
15）Fukuhara S., Bito S. et al.: Trasnslation, adaptation, and validation of the SF-36 Health Survey for use in Japan, J Clin Epidemiol, 51, 1037-1044, 1998.
16）Fukuhara S., Ware J.E. Jr. et al.: Psychometric and clinical tests of validity of the Japanese SF-36 Health Survey, J Clin Epidemiol, 51, 1045-105, 1998.
17）Harada H., Suwazono Y. et al.: Three-Shift System Increases Job-Related Stress in Japanese Workers, J Occup Health, 47, 397-404, 2005.
18）Morikawa Y., Kitaoka-Higashiguchi K. et al: Cross-Sectional Study on the Relationship of Job Stress with Natural Killer Cell Activity and Natural Killer Cell Subsets among Healthy Nurses, J Occup Health, 47, 378-383, 2005.
19）千葉茂：シフトワーカーと睡眠障害，交通医学，62，132-140，2008.
20）三冬社編集部：女性の暮らしと生活意識データ集，三冬社，東京，2008.
21）厚生労働省労災補償部補償課：医療・福祉関係者の過労による労災請求件数と支給決定件数，2008.

平成22年３月31日受　　付
平成22年10月１日採用決定

－原　著－

コミュニケーションにおける看護学生の感受性および非言語メッセージと患者満足度の関係

－模擬患者とのコミュニケーション場面を通して－

The Relationship of the Sensitivity and the Nonverbal Message in Nursing Students to the Satisfaction of the Patient in the Communication between the Students and the Patient
－ An Analysis of the Communication Scene between the Students and the Simulated Patient －

髙　林　範　子[1)]　　村　上　生　美[2)]
Noriko Takabayashi　　Ikumi Murakami

キーワード：感受性，看護学生，コミュニケーション，非言語メッセージ，模擬患者
Key Words：sensitivity, nursing student, communication, nonverbal message, simulated patient

Ⅰ．はじめに

近年，インターネットや携帯電話などのコミュニケーションツールの普及が著しく，言語中心のコミュニケーションが日常的になりつつある。大坊（2003）は，このような間接的，限定的コミュニケーションによる社会性の獲得不足，存在感を確認できない相手との関係による自分本位の人間関係の形成，対人葛藤への耐性低下による一方的なコミュニケーション送信の増加を予測している[1)]。また，西沢ら（2002）は，看護学生の情緒的感受性が養護教諭課程の学生より低かったという結果から，看護学生の非言語メッセージ解読能力の低下，患者とのコミュニケーション場面での表情や態度からニーズを把握できない可能性を指摘している[2)]。さらに，井上ら（2006）は，看護学生は会話の内容に着目した者が最も多く，言語に附随する声の調子・抑揚，大きさ等のパラ言語への着目は少ないことを報告している[3)]。これらのことは，現代の看護学生は，対面コミュニケーションにおいて言語メッセージへの依存が高く，非言語メッセージに対する感受性が低下し，看護の基盤をなす良好なコミュニケーションができていないのではないかという疑問につながる。

対面コミュニケーションは「符号化」すなわち送り手が伝達したい内容を表現する過程と，「符号解読」すなわちメッセージから意味を理解する過程の連続によって成立している。符号解読には，非言語メッセージに対する高い感受性が不可欠である。感受性とは一般的に，外界からの刺激を受け入れたり感じとったりする能力をいうが，心理学領域では，社会的対人的な状況や出来事からその心理的意味を，また他者の言動から欲求，感情，意図，性格等を正確に把握することに関する特性や能力（社会的感受性）をさすこともある[4)]。この感受性は，看護領域では効果的なコミュニケーション技術の決定因子であり，患者の真のニードを明確化し彼らが必要とする援助を得るための鍵となる重要な因子とされている[5)]。

対人関係における感受性（社会的感受性）の研究は，臨床・社会・教育心理学など幅広い分野で行われている。中でも，臨床心理学の分野では，社会的不適応につながる感受性についての研究が行われ，過敏さや敏感さといった被影響性が健康に及ぼす影響について検討されている[6)]。医療の分野では，M.ROBINら（1980）の医師の非言語コミュニケーション技術から患者満足度を予測した研究があり，非言語メッセージに対する感受性が鋭敏なほど患者満足度が高いという結果を示している[7)]。看護領域におけるコミュニケーションに関する感受性の研究は，多くがエンカウンターなどを使用した感受性を高める方法に関するものであり，非言語メッセージに対する感受性の研究は見あたらない。

そこで本研究では対面コミュニケーションにおける看護学生の感受性と非言語メッセージに焦点をあて，それらと患者満足度との関係を明確にする。実験は模擬患者とのコミュニケーションを設定し，模擬患者の満足度につながる看護学生の非言語メッセージとしての身体動作（頷き，凝視，表情，身振り，姿勢），空間行動（対人距離）に焦点をあて，動作分析から解析した知見を報告する。

１）岡山県立大学保健福祉学部看護学科　Faculty of Health and Welfare Science, Department of Nursing, Okayama Prefectural University
２）森ノ宮医療大学　Morinomiya University of Medical Science

Ⅱ．研究目的

看護学生の感受性および非言語メッセージと患者満足度の関係を模擬患者とのコミュニケーション場面をとおし明確にする。

Ⅲ．用語の操作的定義

非言語メッセージ：言語以外の身体動作（頷き，凝視，表情，身振り，姿勢），空間行動（対人距離）など，送り手によって符号化されたものの集合体。

感受性：居合わせたその場，他者の行動，態度，表情の中にある微妙な雰囲気に気づく資質[5)]

Ⅳ．研究の概念枠組み

図１は研究の概念枠組みを示したもので，深田（2005）[8)]の対人コミュニケーション・プロセス・モデルを一部改変したものである。看護学生と模擬患者二者間で符号化と符号解読のやり取りが繰り返されコミュニケーションが成立している。本研究では看護学生の符号解読における感受性と，学生が符号化した身体動作（頷き，凝視，表情，身振り，姿勢），空間行動（対人距離），ならびにコミュニケーション効果として模擬患者満足度に焦点をあてる。

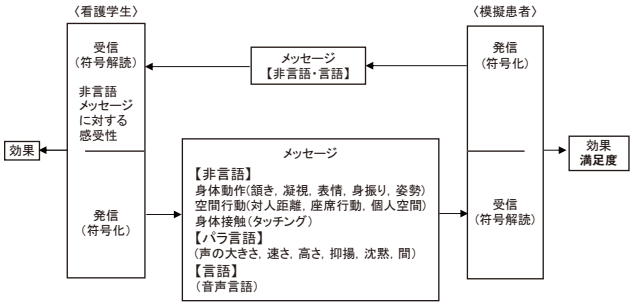


図１　研究の概念枠組み

Ⅴ．研究方法

１．研究期間：2007年８月７日～９月21日

２．研究対象：講義と臨地実習をほぼ終了したＡ大学看護学科女子学生（４年生）のうち同意の得られた29名。

３．研究場所：Ａ大学の看護学演習室（病室設定）

４．データ収集方法：

１）非言語メッセージに対する看護学生の感受性

非言語メッセージに対する感受性については，信頼性および妥当性が検証されている和田（1992）[9)]のノンバーバルスキル尺度を使用した。この尺度はノンバーバル感受性４項目，ノンバーバル表出性（符号化）３項目，ノンバーバル統制３項目の計10項目で構成される。各下位尺度は次のとおりである。ノンバーバル感受性とは相手の伝えたいことあるいは相手の感情状態を読みとるスキル，ノンバーバル表出性（符号化）とは自分の伝えたいことをノンバーバル行動によって現すスキル，ノンバーバル統制とは自分のノンバーバル行動から考えや感情状態を読まれたくない場合に行動を意識的に統制するスキルをいう。評定は「あてはまる」（５点）～「あてはまらない」（１点）の５段階のリッカート方式とする。得点はいずれの尺度も平均点で表した。コミュニケーション実施前に質問紙調査を実施し，本研究では主としてノンバーバル感受性得点に注目した。

対人的有能性である社会的スキルやノンバーバルスキルは実行され，周囲に受け入れられてはじめて効果を発揮したことになる。専門家や当人が「スキルがある」と評価しても周囲の者から認められない限り効果性を備えているとは言い難く，スキルの実行相手である仲間からの認定は社会的妥当性の高いものと考えられている[10)]。ここでいう「仲間」とは，対象者と同じカテゴリーの人のことであり，対象者が学生であれば級友を指す。今回，ノンバーバルスキルの自己評定に加えて，通常の被験者を良く知っている親しい友人３名からの他者評定も行った。他者評定は，尺度作成者が使用した方法を参考[11)]に自己評定用と同じ尺度を評定対象者に対する表現に変えて用いた。友人への配付と回収は被験者が行った。回答内容が被験者に見られないよう，個々の友人には質問紙を封筒に入れ，封をして提出させた。

２）看護学生の非言語メッセージ

図２は被験者と模擬患者の実験場面を示したものである。被験者と模擬患者のコミュニケーション場面を10分間ビデオに録画した。病室に見立てた演習室にカメラ４台を設置した。カメラ１は相互作用が真横から見える位置，カメラ２は被験者の顔の正面，カメラ３は模擬患者の上半身，カメラ４は全体を把握するために天井に設置した。被験者は入室後，自由に着席し模擬患者とのコミュニケーションを実施した。模擬患者は，Ａ県SP研究会に所属し専門的な訓練を受けた１名に依頼した。模擬患者と協議の

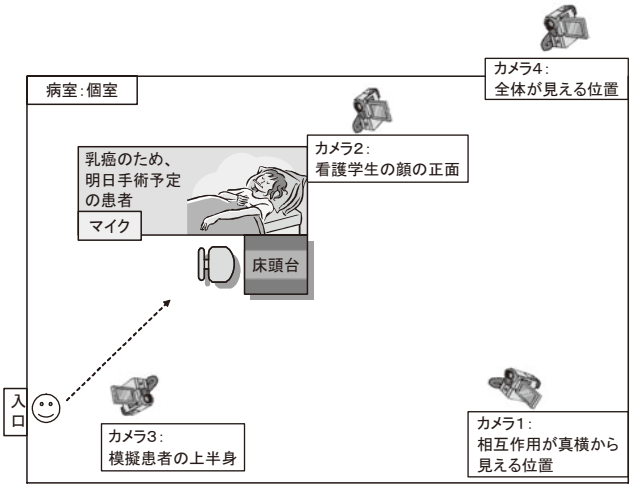


図２　実験場面

上，実施可能な人数，休憩時間等を決定し，疲労や慣れが最小限になるよう計画した。場面設定は入院２日目，乳癌手術前日の不安を抱えている患者との初対面場面とした。模擬患者には言語表現を最小限にとどめ不安な状況を非言語的に表現するよう依頼した。被験者には患者の社会的背景と病状のみを実験直前に示し，事前の準備はせず被験者同志の情報交換も禁止した。また，場面設定において臨場感が得られることに主眼を置いたため，会話途中の被験者の身体動作に制限を加えなかった。

測定項目は，西沢（2006）らの看護学生の非言語コミュニケーションスキルの測定項目[12]やメラービアンの非言語行動と明示されない言語行動カテゴリーを得点化するための基準[13]を参考に被験者の身体動作（頷き，凝視，表情，身振り，姿勢）と空間行動（対人距離）とした。「頷き」は頭の上下動作を測定し，２度頷きや連続した頷きは１回の頷きとした。「凝視」は模擬患者の顔を注視している時間を測定した。「表情」は微笑み，真顔，心配そうな顔の表現時間とした。微笑みに関してはP・エクマンの幸福の顔貌を参考[14]に，真顔や心配そうな顔に関しては，筆者と他の一名の判断基準の一致により二者で振り分けた後，各表情の継続時間を測定した。「身振り」は手の動きを中心に捉え，手を動かしていないか，腕組，髪の毛を触る，顔や頭に手をやる，小物をいじるなどの継続時間とした。「姿勢」は体幹の傾きとして前傾姿勢を捉え，さらに体の向きは終了時の椅子前面とベッド長軸との角度とした。模擬患者にはあらかじめベッド長軸方向の長座位を依頼した。「対人距離」はコミュニケーション終了直後の被験者と模擬患者の鼻尖間の距離とした。

３）模擬患者満足度

模擬患者満足度（以下「患者満足度」）は，信頼性・妥当性が検証されている既存の評価表がなく，A県SP研究会が使用していた評価表や井上（2003）らが作成した患者評価表[15]，高柳（1995）の医療の質と患者満足度調査の調査票例[16]や石塚（2004）らの模擬診察シナリオ集の患者評価に関する内容[17]などを参考に独自に作成し，模擬患者に評価可能な内容であるか確認した。この評価表は７項目で構成されておりそれぞれの評定は「満足」（５点）～「不満」（１点）の５段階のリッカート方式である。被験者とのコミュニケーション直後に模擬患者に記入してもらった。

４）分析方法

統計学的解析は，ノンバーバルスキル尺度得点の平均値の差は対応のないt検定を，非言語メッセージの差はMann-Whitney's U検定を行った。各変数間の相関分析はSpearmanの順位相関係数を用いた。有意水準は原則として両側検定で５％とした。統計処理は統計ソフトSPSS10.0 J for Windowsで行った。

５）倫理的配慮

研究に際して事前に被験者および模擬患者に目的・方法を口頭と文章で説明した。録画・録音されたデータは研究者以外の目に触れないこと，匿名性の保護，研究への参加や回答結果は成績と関係しないこと，拒否した場合も不利益を受けないこと，得られたデータを研究以外の目的で使用しないこと等を保証した。これらを説明後文章による同意を得た。本研究はA大学倫理委員会（2007年５月委員会審査）により承認を得た。

Ⅵ．結　　果

本実験に対し同意が得られた対象者は29名であり平均年齢は21.96±2.00歳であった。

１．非言語メッセージに対する看護学生の感受性

ノンバーバルスキルの自己評定と他者評定は表１に示すとおりである。ノンバーバル感受性は自己評定2.26±0.65，他者評定2.96±0.44であり他者評定が有意に高かった（t(56)＝－4.70　p＝0.000）。また29名中他者評定が高い者は23名（79.3％），自己評定が高い者は６名（20.7％）であった。ノンバーバル統制とノンバーバル表出性には有意差は認められなかった。

表１　ノンバーバルスキル得点

（n＝29）

	自己評定±SD	他者評定±SD	P値
感受性	**2.26±0.65**	**2.96±0.44**	**.000**
統　制	2.65±0.78	2.81±0.56	.369
表出性	3.59±0.65	3.43±0.49	.284

２．看護学生の非言語メッセージ

被験者は図２に示した病室にしつらえた部屋に入室し，10分間コミュニケーションを行った。その映像を１～４のカメラに録画した。10分間の映像中29名全ての被験者が画面に捉えられている２～５分までの３分間を分析対象とした。表２は各々の測定結果を示したものである。頷き，凝視，微笑み，身振りに関しては映像１分毎のデータを筆者と分析経験者の２名で近似値（秒単位での一致）が得られるまで測定し，３分間の平均値を求めた。体幹の傾きは全

表２　非言語メッセージ測定結果

（n＝29）

非言語的行動（単位）	範囲	平均値±SD
頷き（回）	2～14	7.8±3.3
凝視（秒）	12～58	36.9±11.6
微笑み（秒）	0～36	8.0±8.9
身振り（秒）	0～54	5.7±12.7
前傾角度（度）	8～28	14.8±5.0
対向（度）	3～140	71.5±29.3
対人距離（cm）	28～88	54.2±14.1

員が前傾であったので画面上から１分毎の平均的な前傾角度を測定し３分間の平均値を前傾角度とした。

「頷き」は１分間に２～14回，平均7.8±3.3回であり，ほとんど頷かない者から４秒に１回程度頷く者まで差が大であった。「凝視」は12～58秒，平均36.9±11.6秒であった。「微笑み」は０～36秒，平均８ ±8.9秒であった。微笑み以外の表情は判別困難であったため全て真顔とした。否定的な表情は認められなかった。微笑みの全くない者から30秒ほど微笑む者まで差が認められたが全体的には真顔が多かった。「身振り」として観察した手の動きの継続時間は０～54秒，平均5.7±12.7秒とばらつきが大きく，ジェスチャー，物を取る，背中をさする，手を握るなどの身体接触が含まれた。それ以外は両手を前に置いたままであった。「前傾角度」は８～28度，平均14.8±5.0度であり全員前傾姿勢で対話を継続した。「体の向き」は３～140度，平均71.5±29.3度であった。図３は対話時の推奨角度とされる90度[18] を中心にA（０≦A＜45），B（45≦B＜90），C（90≦C＜135），D（135≦D＜180）と分類したものである。角度が小さくなるにしたがって模擬患者と向き合う位置に，大きくなるにしたがって，患者と横並びの位置になることを意味している。Aに位置をとった者３名（10.3%），Bは17名（58.6%），Cは８名（27.6%），Dは１名（3.4%）であった。前述の適正とされる角度を勘案すると適した位置をとった学生が大半であった。「対人距離」は28～88㎝，平均54.2±14.1㎝であった。

３．模擬患者満足度

コミュニケーション終了直後，模擬患者に各被験者との会話結果について満足度評価表への記入を依頼した。表３は患者満足度の得点結果を示したものである。各項目の得点結果は「身だしなみ」5.00±0.00，「マナー・態度」4.86±0.44，「分かりやすい言葉づかい」4.55±0.57，これら態度・表現に関する内容は高い得点でばらつきは少なった。

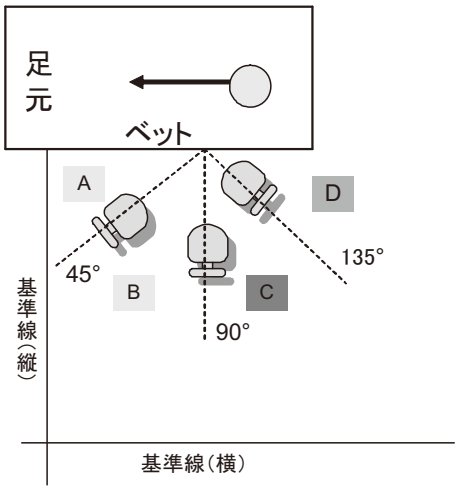


図３　体向の分類

一方「非言語情報を見分ける」3.72±0.88，「正確に理解された」3.38±0.97，「聴いてもらった」3.31±1.00，「又聴いてもらいたい」3.51±1.09といったコミュニケーションの成果に関係する内容は，前述の３項目より低い得点でばらつきが大きかった。

４．ノンバーバル感受性と非言語メッセージの関係

ノンバーバル感受性における自己評定について，平均値を基準に高低２群に分類し，頷き，凝視，表情（微笑み），身振り，姿勢（前傾角度・体向），対人距離の差を確認したが有意差がなく，他者評定についても同様であった。ノンバーバル感受性の自己評定および他者評定と非言語メッセージの相関も認められなかった。

表４はノンバーバル感受性の自己評定と他者評定をそれぞれ高低２群に分類し，各群での非言語メッセージ間の相関を確認したところ，いくつかの相関が認められたものである。ノンバーバル感受性の自己評定が高い群では頷きと身振りにかなりの正の相関（r＝0.633　P＝0.037）すなわち，頷きが多くなるにしたがって身振りも多くなることが認められた。一方，自己評定が低い群では体向と身振りにかなりの正の相関（r＝0.516　P＝0.029）すなわち，患者と横並びになるにしたがって身振りも増える。さらに前傾角度と対人距離にかなりの負の相関（r＝－0.664　P＝0.003）すなわち，前傾角度が大きくなるにしたがって対人距離が近くなることが認められた。他者評定が高い群では身振りと前傾角度にかなりの正の相関（r＝0.675　P＝0.004）すなわち，身振りが多くなるにしたがって前傾角度が大きくなることが認められた。他者評定が低い群には，非言語的行動間の有意な相関は認められなかった。

表３　患者満足度得点

（n＝29）

満足度項目	範囲	平均値±SD
身だしなみ	5	5.00±0.00
マナー・態度	3～5	4.86±0.44
分かりやすい言葉づかい	3～5	4.55±0.57
非言語情報を見分ける	2～5	3.72±0.88
正確に理解された	1～5	3.38±0.97
聴いてもらった	1～5	3.31±1.00
又聴いてもらいたい	1～5	3.51±1.09

表４　ノンバーバル感受性別非言語メッセージ間の関連

（n＝29）

		頷き VS 身振	体向 VS 身振	対人距離 VS 前傾角度	身振 VS 前傾角度
自己評定	高群（n＝11）	**.633***	-.149	-.275	.077
	低群（n＝18）	.083	**.516***	**-.664****	.132
他者評定	高群（n＝16）	.409	.149	-.406	**.675****
	低群（n＝13）	.013	.502	-.520	-.454

注）Spearmanの順位相関　　*p＜0.05　**p＜0.01

表５　患者満足度別非言語メッセージの差

平均値（SD）

		頷き（単位：回）	凝視（単位：秒）	**微笑み（単位：秒）**	身振り（単位：秒）	前傾角度（単位：度）	体向（単位：度）	**対人距離（単位：㎝）**
非言語情報を見分ける	高群（n＝19）	8.0 (3.1)	35.9 (13.1)	9.4 (9.5)	7.0 (14.9)	15.4 (5.6)	71.7 (34.4)	**48.9 (13.6)**
	低群（n＝10）	7.7 (3.5)	36.5 (8.8)	5.1 (7.0)	2.5 (5.8)	14.7 (4.7)	71.1 (17.2)	**64.2 (9.2)**
	p値	.711	.357	.127	.581	.458	.872	**.007**
正確に理解された	高群（n＝12）	7.9 (3.4)	36.3 (11.4)	**11.5 (10.1)**	6.0 (12.0)	14.8 (6.0)	65.9 (36.4)	49.4 (15.9)
	低群（n＝17）	7.8 (3.3)	37.4 (12.1)	**5.5 (7.2)**	5.5 (13.5)	14.8 (4.3)	75.5 (23.5)	57.5 (12.1)
	p値	.858	.520	**.042**	.611	.576	.297	.137
又聴いてもらいたい	高群（n＝15）	8.3 (3.3)	36.8 (11.3)	**10.6 (9.6)**	8.6 (16.5)	15.8 (6.2)	73.6 (36.8)	**48.6 (14.8)**
	低群（n＝14）	7.3 (3.3)	37 (12.3)	**5.2 (7.3)**	2.6 (5.7)	13.7 (3.1)	69.3 (19.5)	**60.2 (11.0)**
	p値	.509	.646	**.033**	.632	.612	.878	**.031**

注）Mann-Whitney検定

表６　対人距離別の非言語メッセージの差

平均値（SD）

	頷き（単位：回）	凝視（単位：秒）	微笑み（単位：秒）	身振り（単位：秒）	**前傾角度（単位：度）**	体向（単位：度）
近群（n＝９）	9.3 (3.0)	42.5 (14.1)	6.4 (7.7)	13.4 (20.2)	**18.0 (4.9)**	68.1 (34.3)
遠群（n＝20）	7.7 (3.5)	34.4 (9.7)	8.7 (9.4)	2.2 (4.9)	**13.4 (4.4)**	73.1 (27.6)
p値	.122	.247	.669	.200	**.008**	.795

注）Mann-Whitney検定

５．患者満足度と非言語メッセージの関係

表５は患者満足度についてコミュニケーションの成果に関係する４項目をそれぞれ変数とし，高群（４～５点）と低群（３点以下）間の差を確認し有意差の認められた３項目である。「非言語情報を見分ける」項目については，対人距離で有意差（p＝0.007）が認められ，高群の対人距離は近かった。「正確に理解された」項目については，微笑みで有意差（p＝0.042）が認められ，高群の微笑み時間は長かった。「又聴いてもらいたい」項目については，微笑み（p＝0.033）と対人距離（p＝0.031）で有意差が認められ，高群の微笑み時間は長く，対人距離は近かった。

さらに表６は，患者満足度が高い者の対人距離は近かったという結果から，対人距離をホールの分類[8]における密接距離と個体距離の境である45㎝を基準に２群に分け，非言語メッセージの差を確認したものである。前傾角度（p＝0.008）で有意差が認められ，遠群13.4±4.4度，近群18.0±4.9度と近群に大きい角度であった。

Ⅶ．考　　察

看護学生の感受性と非言語メッセージに焦点をあて，それらと患者満足度の関係を明確にすることを目的に，ノンバーバルスキル尺度による感受性の測定と，看護学生の身体動作（頷き，凝視，表情，身振り，姿勢），空間行動（対人距離）を測定した。その結果，学生のノンバーバル感受性の自己評定は他者評定より有意に低いことが分かった。また，非言語メッセージに対する感受性が鋭敏なほど患者満足度が高いという先行研究をもとに，患者満足度を視点に学生の行動特性を捉えたところ，患者満足度項目「非言語情報を見分ける」「正確に理解された」「又聴いてもらいたい」において，「微笑み」あるいは「対人距離」に有意差が認められた。以下，ノンバーバル感受性の自己評定と他者評定ならびに患者満足度と非言語メッセージの関係について考察する。

１．ノンバーバル感受性の自己評定と他者評定

ノンバーバルスキル尺度による非言語メッセージに対す

る看護学生の感受性は，自己評定が2.26±0.65であった。この結果は和田の一般青年を対象とした2.92±0.81[11]と比較すると低かった。一方，他者評定は2.96±0.44であり，和田の結果より高かった。また，和田の報告では，自己評定と他者評定に差は認められていないが，本研究では自己評定と他者評定に有意な差が認められ，被験者の約80％において他者評定より自己評定が低かった。

看護師の感受性は，患者のニードを個別ケアにつなげるための重要な因子であり，将来看護を担う学生において基盤となる学習課題である。本研究では自己評定において感受性の低さがもたらされたが，これは現代の若者のコミュニケーション能力低下を来す社会・文化的要因すなわち，大坊が指摘しているようなインターネットや携帯電話などの間接的，限定的コミュニケーションによる社会性の獲得不足，存在感を確認できない相手との関係による自己本位の人間関係の形成，対人葛藤への耐性低下による一方的なコミュニケーション送信の増加[1]などが考えられる。一方，看護学生にはコミュニケーションに対する目標設定の高さも推察できる。すなわち，学生はこれまでの看護学の講義や臨地実習において患者の反応から能動的に情報を引き出しアセスメント，看護診断，ケアにつなげるためにコミュニケーションの重要性を高く認識しており，そのため自己評定が相対的に低くなっていることが推察される。

また，和田の研究において，他者評定より自己評定が高い「自惚れ型」と，自己評定より他者評定が高い「謙遜型」という２つの型が認められており，これは本研究結果と同様であり，看護学生の謙遜傾向がうかがえる。謙遜はそれを美徳とする日本文化に特徴的なことであり，重要な社会的スキルであるとの指摘[11]もある。和田は自己認知によるノンバーバル感受性（主観的評価）よりも，他者認知によるノンバーバル感受性（客観的評価）のほうが心理的適応に関連しており，対人的有能性（社会的スキル，ノンバーバルスキル）を考える際に重要であるとしている。今後もノンバーバル感受性の自己評定に加えて，他者評定などを取り入れた総合的評定の検討が必要である。

２．患者満足度と非言語メッセージの関係

患者満足度の項目別に被験者の行動特性をみたところ，「正確に理解された」で満足度が高かった者は微笑み時間が長く，「又聴いてもらいたい」で満足度が高かった者は微笑み時間が長く，対人距離が近かった。相川は，話は耳だけでなくからだ全体を使って聴く必要があり，話を聴いているという身体的メッセージが相手に伝わることの重要性を指摘している[10]。また，聴いているという行為は表情（微笑），頷き，前傾姿勢，注視，手の動きなどの非言語メッセージを通して相手に伝わることも指摘している。本研究では全員が前傾姿勢であり，患者満足度が高かった者の微笑み時間も長かった。また，表１に示すようにノンバーバル表出性得点も自己評定，他者評定ともに高得点であり，患者満足度項目の態度・表現に関係する「身だしなみ」「マナー・態度」「わかりやすい言葉づかい」の得点も一様に高かった。一方でコミュニケーションの成果に関係する項目「非言語情報を見分ける」「正確に理解された」「聴いてもらった」「又聴いてもらいたい」の得点は低くばらつきも大きかった。これらの結果から，聴く「構え」は出来ていたが，内容を「聴く」スキル習得の困難性が推察される。

次に，患者満足度項目「非言語情報を見分ける」で患者満足度が高かった者の対人距離は近かった。そこで対人距離を密接距離と個体距離の境である45cmを基準に２群に分類してみたところ，45cm以下の密接距離をとっている者の前傾角度は大きかった。密接距離は，さらに密接距離近接相（０cm）と密接距離遠方相（15～45cm）に分けられる。本研究においては対人距離の最短が28cmであり，これは密接距離遠方相に含まれる。この距離は，頭，大腿部，腰などは触れ合うことなく手で相手の手や肩などに触れることができ，顔が視覚的に明瞭に拡大されて見えたり（例：鼻，毛穴），歪んで見える（例：表情）距離である。この場合，一般に聴覚的には音声機能として小さな声が使われる。相手の呼気が自分にかからない場合でもその温かさと匂いを感じとることができる距離とされており，通常この距離は親密な間柄でとられる距離である。

パーソナル・スペースの概念は，“他人がそのスペースに入る時に了解が必要な距離”であり，自分を中心に前方60cm，後方30cm，両側方25cmの範囲といわれ，誰にも侵されたくない占有空間であることが知られている[18]。本研究では，患者の側方に着席した学生が多く，パーソナル・スペースへの侵入は認められなかった。個人は，他者との間に一定の距離を保とうとする。その距離いわゆるパーソナル・スペースの内側へ他者が侵入すると不安と緊張，圧迫感などを覚えることがある。逆にあまり距離が遠すぎれば必要な情報を見逃すだけでなく，相手との相互関係が形成しにくいことも指摘されている[18]。感受性とは，居合わせたその場，他者の行動，態度，表情の中にある微妙な雰囲気に気づく資質[5]であり，それによってその人の口調，顔色や意味合いの中に込められているかすかな，あるいは繊細な変化をとらえることができるものである。本研究で高い患者満足度と関連していた密接距離遠方相は，かすかな，あるいは繊細な変化を捉えることが出来る距離であり，看護師が患者の言葉，顔つき，動き，態度の中のほんの僅かな不一致に注目することが出来る距離であるともいえる。これらの結果から，看護師が患者とコミュニケーションを行う場合の対人距離の取り方の重要性が明確になったといえる。

３．本研究の限界と今後の課題

本研究では，場面設定において臨場感が得られることに主眼をおいたため，会話途中の被験者の身体動作に制限を加えなかった。その結果，設定したビデオカメラの画面から被験者の顔面が外れるケースがあり，全ての被験者を捉えた前半の３分間を分析の対象とした。したがってコミュニケーション後半の行動の分析には至っていない。しかし，二者間のコミュニケーションの成果は最初の数分で決まるとの報告[19]もあるので，本データの有用性を考えて分析した。今後はさらに設定条件，実施時間を検討し経過時間による変化も詳細に分析していく必要がある。

Ⅷ．まとめ

看護学生の感受性と非言語メッセージに焦点をあて，それらと患者満足度の関係を明確にすることを目的に，A大学看護学科女子学生（４年生）29名を対象とし，ノンバーバルスキル尺度による感受性の測定と，模擬患者とのコミュニケーション場面から，患者満足度につながる看護学生の身体動作（頷き，凝視，表情，身振り，姿勢），空間行動（対人距離）を測定した。その結果以下のことが明確になった。

１．看護学生のノンバーバル感受性の自己評定は一般青年より低かったが，他者評定は一般青年より高く，自己評定を低く捉える学生が多かった。コミュニケーションに対する目標の高さ，謙遜などが推測された。

２．ノンバーバル感受性の自己評定が高い者は，頷きが多くなるにしたがって身振りも多くなることが認められた。低い者は，患者と横並びになるにしたがって身振りも増え，さらに前傾角度が大きくなるにしたがって対人距離が近くなることが認められた。

３．ノンバーバル感受性の他者評定が高い者は，身振りが多くなるにしたがって前傾角度が大きくなることが認められた。低い者は，有意な相関は認められなかった。

４．患者満足度項目「正確に理解された」で満足度が高かった者は微笑み時間が長く，「又聴いてもらいたい」で満足度が高かった者は微笑み時間が長く，対人距離が近いことが認められた。

５．患者満足度項目「非言語情報を見分ける」で満足度が高かった者の対人距離は近く，患者に近い者はより前傾角度が大きくなっていた。対人距離が感受性に影響を及ぼす因子の１つであることが推察された。

謝辞：本研究を行うに当たり，ご協力頂きました看護学生の皆様ならびに模擬患者様に深謝致します。また，コミュニケーション場面の撮影，データ分析に当たり，ご尽力を頂いた岡山県立大学情報工学部渡辺富夫研究室の皆様にお礼申し上げます。

本研究は，平成19年度岡山県立大学保健福祉学研究科看護学専攻博士前期課程の学位論文に加筆修正を加えたものである。また本稿は，第34回日本看護研究学会学術集会において一部を発表した。

要　　旨

本研究の目的は，看護学生の感受性および非言語メッセージと患者満足度との関係を明確にすることである。同意の得られたA大学看護学科女子学生29名を対象に，ノンバーバルスキル尺度による感受性の測定と，模擬患者とのコミュニケーション場面から，患者満足度につながる看護学生の身体動作（頷き，凝視，表情，身振り，姿勢），空間行動（対人距離）を測定した。その結果，学生のノンバーバル感受性の自己評定は他者評定より有意に低いことが分かった。このことから，看護学生のコミュニケーションに対する目標の高さ，謙遜的姿勢が推測された。ノンバーバル感受性の自己評定に加え，他者評定などを取り入れた総合的評定の必要性が示唆された。看護学生の行動特性を捉えると，患者満足度が高い場合，学生の微笑みが多く対人距離が近いことが分かった。また，対人距離が感受性に影響を及ぼす因子の１つであることが推察された。

Abstract

This research aimed to clarify the relationship between the nursing students' sensitivity and nonverbal messages and patient satisfaction We obtained consent from 29 female students of the nursing department of University A, and measured their sensitivity using a nonverbal-skills scale, observed their body movements (nodding, eye contact, facial expressions, gestures, and posture), and noted their spatial behaviors (interpersonal distance) that led to patient satisfaction in situations where the students communicated with simulated patients. The results revealed that the students' assessments of their own nonverbal sensitivity were significantly lower than those assessed by others. From this we can surmise that the nursing students may have had low expectations and humble attitudes about their communication. In addition to a self assessment of nonverbal sensitivity, it was suggested that a comprehensive assessment utilizing others' assessments was necessary. In terms

of the behavioral characteristics of the nursing students, we found that patient satisfaction was high when the students smiled often and maintained close interpersonal distances with the patients. Furthermore, it was surmised that interpersonal distance was one of the factors affecting sensitivity.

文　献

1）大坊郁夫：社会心理学からみたコミュニケーション研究－対人認知を読み解く－，社会言語科学，6(1)，122-137，2003.
2）西沢義子：青年期女子の社会的スキルの関する研究－Social Skill Inventoryを用いた分析－，日本看護研究学会雑誌，25(2)，49-59，2002.
3）井上京子，小松万喜子他：対人場面において看護学生が着目する送り手のメッセージ手段，日本看護学教育学会誌，15(3)，1-10，2006.
4）岸本　弘，滝沢武久（編）：教育心理学用語辞典，83，学文社，東京，1984.
5）アーネスティン・ウィーデンバック／キャロライン・E・フォールズ：COMMUNICATION Key to Effective Nursing, 1978（池田明子 訳：コミュニケーション　効果的な看護を展開する鍵，90，日本看護協会出版会，2007.
6）三好　力：対人関係における感受性研究の動向，立教大学心理学科研究年報，41，67-84，1999.
7）M. robin dimatteo, angelo taranta, et al. : Predicting Patient Satisfaction from Physician' Nonverbal Communication Skills MEDICAL CARE, 18, 376-87, 1980.
8）深田博巳：インターパーソナル　コミュニケーション　対人コミュニケーションの心理学，19，北大路書房，京都，2005.
9）和田　実：ノンバーバルスキルおよびソーシャルスキル尺度の改訂，東京学芸大学紀要　1部門，43，123-136，1992.
10）相川　充：人づきあいの技術　社会的スキルの心理学，187-188，サイエンス社，東京 2004.
11）和田　実：社会的スキルとノンバーバルスキルの自他認知と心理的適応との関係，カウンセリング研究，36(3)，246-256，2003.
12）Yoshiko Nishizawa, Mikiko Saito., et al : The non-verbal communication skills of nursing students : Analysis of interpersonal behavior using videotaped recordings in a 5-minute interaction with a simulated patient Journal compilation c Japan Academy of Nursing Science, 2006.
13）Albert Mehrabian : NONVERBAL COMMUNICATION, 191-198, Aldine De Gruyter, 1972.
14）P・エクマン，W・V・フリーセン著，工藤力訳編：表情分析入門　表情に隠された意味をさぐる，132-137，誠信書房，東京，1994.
15）井上新平，藤田博一他：医学部５年生に対するビデオを用いた医療面接実習の試み，医学教育，34(1)，21-28，2003.
16）高柳和江：医療の質と患者満足度調査，日総研出版，東京，1995.
17）石塚達夫，石原日出子他　加藤智美，藤崎和彦他（編）：模擬診察シナリオ集　病気になって初めて知ったこと＆スケルトン病院第５版，三恵社，愛知，2004.
18）太湯好子：患者の心に寄り添う聞き方・話し方　ケアに生かすコミュニケーション，57，メヂカルフレンド社，東京，2005.
19）東京ガス㈱都市生活研究所：人は見かけで選ばれる－最初の３分で決まる－，中経出版，2002.

平成21年９月24日受　付
平成22年10月14日採用決定

－研究報告－

精神障害者のスピリチュアリティ，気分および病気の意味

Spirituality, Mood, and Meanings of Illness of Mental Disorders

安　藤　満　代[1)]　　谷　　多江子[1)]　　小笠原　映　子[2)]
Michiyo Ando　　Taeko Tani　　Eiko Ogasawara

キーワード：精神障害者，スピリチュアリティ，気分，病気の意味
Key Words：mental disorders, spirituality, mood, meaning of illness

Ⅰ　緒　　言

近年，緩和ケアの領域から終末期患者の生きる意味感や目的感は患者のQOL（Quality of Life : QOL）と関連しており[1)]，意味感を持てるようにケアすることの重要性が指摘されている。生きる意味感などの実存的側面と，神や超越者との関係である宗教的側面を含めてスピリチュアリティと呼ぶことがある。その一つの定義として「スピリチュアリティとは意味やスピリチュアルな幸福感に構造化された信念」[2)]がある。そして，このスピリチュアリティは，希望の喪失，他者への負担感，尊厳の喪失，希死念慮，生きる意欲の喪失などの心理面との関連があることが示されている[3)]。日本では，がん患者を対象とした研究から，スピリチュアリティ（Spiritual Well-being）は「生きる意味感や目的感」と「心の穏やかさ」から成ると定義し[4)]，患者の生活の質（Quality of Life : QOL）を向上させることに重要な要因であることが示されている。スピリチュアリティの定義は多様であり，多義的に理解される可能性があるが，本稿では，Murata & Morita[4)]の定義のSpiritual Well-beingをスピリチュアリティとして用いる。

一方，精神疾患をもつ患者については，疾患のために社会で他者とコミュニケーションをとったり，良好な人間関係を維持したりすることに困難を感じたり，社会で労働する機会が少なくなる場合があり[5)]，そのことで自分の存在の意味を喪失したり，人生の意味や目的を失うこともある。藤野・脇坂・岡村他[6)]の研究からも，長期入院患者の苦悩のなかに，「将来の見通しが立たないことへの不安」「人生における楽しみの喪失」「生きる意味の喪失」といった「実存性が脅かされることへの不安」など，スピリチュアリティに関すると考えられる苦悩があることが示唆されている。

精神障害の心理面に関する研究では，自尊感情と生活技能との関連[7)]，抑うつ感とコーピングスタイルとの関連[8)]などが散見されるが，スピリチュアリティと心理面を同時に調べている研究はほとんどみられない。さらに，精神障害の治療期間が長期に渡ることもあることから，病気によって患者の人生はどのような影響を受けているのか，患者にとって病気はどのような意味があるのかを明らかにする研究も少ない状況である。病気の意味に関しては，現象学的な視点からの研究[9)]やナラティブ・セラピーなどの語りに関する研究[10)]はあるが，看護の領域ではまだ少ない現状である。そのようななか日本では田中[11)]が，地域で生活を送る一人の精神障害者のライフヒストリーに関する面接調査を行い，病気の意味について調べた。患者は，最初は病気と向き合えなかったが，次第に障害をもつ自分を受け入れ，仲間を意識するなかから自己の再生を行っていた。しかし，この研究では一人の事例研究であったこと，地域で既に生活ができている方であったので，入院治療中の患者にとっての病気の意味については明らかではなかった。また，患者が病気をどのように意味づけているのかによって，患者のスピリチュアリティは異なるのかも明らかではなかった。

そこで，本研究では，精神障害をもつ患者のQOLを高めるケアを考えるために，まずスピリチュアリティと心理面について調べた。心理面としては，心理状態を基本的に，また多角的（緊張感，抑うつ感，怒り等）に調べることができると考え，患者の気分に焦点をあてた。さらに，スピリチュアリティの高低によって患者の病気の意味（意味づけ）は異なるのかについて質的に調べた。

Ⅱ　目　　的

精神障害をもつ患者のQOLを高めるケアを考えるために以下のことを調べることを目的として，１）精神科に入院している精神障害をもつ患者を対象として，患者のスピリチュアリティと気分について，２）精神障害をもつ患者

１）聖マリア学院大学看護学部　Faculty of Nursing, St. Mary's College
２）群馬大学医学部保健学科　School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Gunma University

のスピリチュアリティの高低によって“病気の意味”は異なるのかを調べた。

Ⅲ　研究方法

１．研究対象

対象は，単科の精神病院に入院中の患者であった。実施施設との打ち合わせにおいて実施期間を半年とした。その期間で，医師の許可があり，面接予定当日の患者の状態を把握している病棟師長の許可があり，さらに患者の了解が得られたのは13名であった。その患者13名を対象として個別の面接を行った。疾患では10名が統合失調症，２名が気分障害，１名が適応障害であった（表１）。登録基準は「患者とコミュニケーションが取れる」「自分の病気を知っている」「医師の許可がある」「20歳以上」であり，除外基準は「幻覚や妄想などの陽性症状がある」「認知症がある」であった。

表１　面接対象の背景

ID番号	性別	年齢	疾患	家族	子どもの有無	入院期間
ID 1	女性	36	統合失調症	未婚	なし	１年
ID 2	男性	61	統合失調症	未婚	なし	２年
ID 3	男性	68	うつ病	既婚	あり	１年
ID 4	女性	28	適応障害	未婚	なし	２年
ID 5	女性	61	統合失調諸	未婚	あり	８年
ID 6	男性	35	統合失調症	未婚	なし	16年
ID 7	女性	54	統合失調症	未婚	なし	２年
ID 8	男性	71	統合失調症	既婚	あり	４年
ID 9	男性	74	統合失調症	未婚	なし	30年
ID 10	男性	41	統合失調症	未婚	なし	３年
ID 11	男性	81	躁うつ病	未婚	なし	38年
ID 12	男性	36	統合失調症	未婚	なし	２年
ID 13	女性	60	統合失調症	未婚	なし	28年

２．質問紙

面接前に，気分の測定には気分プロフィール尺度（日本版POMS；Profile of Mood Scale）[12] を用いた。下位尺度の「緊張―不安」は「気がはりつめる」「不安だ」などの項目からなり，緊張や不安感を示す。「抑うつ―落ち込み」は「憂うつだ」などの項目があり，自信喪失感を伴った抑うつ感を表す。「怒り―敵意」は，「怒る」「すぐ喧嘩したくなる」などの項目を含み，不機嫌であったり，イライラしていることを示す。「活力」は「生き生きする」などの項目を含み，活気があることを示す。「疲労」は「ぐったりしている」などの項目から成り，意欲減退，活力低下を示す。「混乱」は，「頭が混乱する」などの項目から成り，当惑や思考の低下を示す。スピリチュアリティ（生きる意味や穏やかさ）を測定するためにはFACIT-Sp（Functional Assessment Chronic Illness Therapy-Spiritual）[13] の日本版[14] を用いた。項目としては「心が安らかだ」「私には生きがいがある」「自分が生きていることの意義を感じる」などが含まれている。FACIT-Spは慢性期の疾患を持った患者のスピリチュアリティを測定することを目的として海外で開発され，がん患者を対象として日本では標準化されたものであるが，質問項目は人生の意味感などを尋ねるもので，がん患者に特化したものではないと考えられたこと，精神障害者用の尺度がまだ日本では標準化されていないことから今回はFACIT-Spを使用した。さらに，「病の意味」について質問では「病気は，患者様にとってどのような意味があると思われますか。患者様は，病気をどのように思っておられますか」ということについて質問した。

３．面接方法

面接担当者は精神看護学の教員であった。担当者が打ち合わせた面接時間に施設を訪問して，患者と受け持ち看護師と面会した。担当者の説明の後に同意書への記入をお願いした。最初にPOMSとFACIT-Spの質問紙に口頭にて回答していただき，「病気の意味（意味づけ）」について語っていただいた。患者から許可があるときはテープに録音し，ないときはメモ書きの了解を得た。面接は１回約60分であった。

４．分析方法

質問紙については，気分の下位尺度とFACIT-Spの得点を個人ごとに算出した後，全体の平均値を算出した。「病気の意味」については，FACIT-Spの得点を上位から並べて，中央値から上をFACIT-Sp高群，中央値から下をFACIT-Sp低群とした。さらに各群のインタビューの内容については，Berelsonに基づいた内容分析[15] を用いた。録音したテープを逐語録にした後，それらの記述内容を吟味し，記述データから対象者が「病気の意味」について表出している記述部分の文脈を損なわないように抜き出し，１文章にまとめた。同じ内容に集約されるものを１つのコードとした。さらに，類似したコードをまとめて中カテゴリーとして，最後にカテゴリーにまとめた。内容の妥当性については，教員３名でカテゴリー分けについて検討し，一致しない場合は，再度話し合いのなかで分類をしていった。

５．倫理的配慮

本研究は，筆者が所属する大学の研究倫理審査委員会と実施施設の承認を得た。適格基準に合う患者に，師長が調査協力の呼びかけをして，興味がある場合に詳細に説明した。そこで，承諾が得られた場合に面接者に連絡をとり，後日，面接者は病棟の都合が良い日に訪問した。面接は個別でプライバシーが保たれる部屋で行われ，同意書のサインまでは看護師が付き添った。さらに患者の許可があれば，看護師も同席して質問紙への口頭での回答と半構造的な質問に回答していただいた。

Ⅲ 結　果

師長から紹介された13名は，全員，面接を最後まで終えることができた。そのうち録音は11名が許可し，２名はメモ書きを希望した。

質問紙については，スピリチュアリティを測定するFACIT-Spと気分尺度のPOMSの平均点を表２に示した。POMSについては，面接対象は男性患者が多かったので，男性の標準と本結果の平均を比較した。「緊張―不安」は8.3±4.0であったので，標準より低かった。「抑うつ―落ち込み」は14.1±8.7であり，標準より高かった。「怒り―敵意」が6.9±4.8であり，標準より低かった。「活力」は9.0±5.6であり，標準より低かった。「疲労」は5.8±3.9であり，標準より低かった。「混乱」も7.5±5.0であり，標準より低かった。これより，本対象の患者は標準と比べて「緊張や不安」「怒りや敵意」「疲労」「活力」は低く，「抑うつ感」が高いことが示された。

「病気の意味（病気の意味付け）」に関する内容分析では，中カテゴリーとカテゴリーを表３に示した。FACIT-Spが高い患者（意味感や目的が高い）では，「病気は神様がくれた休養」「子どもが育ったので（病気でも）よい」などの中カテゴリーは，「**病気への肯定的認知と人生の受容**」というカテゴリーにまとめた。また，「薬も一人で飲んでいる」「毎日人と話をして楽しく過ごしている」などは「**満足感のある生活**」とし，「精神面で不安になることがあった」「仕事で無理をして悩んだのが原因」などは「**病気の原因探索と対策**」とした。そして，発症当時を振り返ったりして「仕事をやめたのが辛かった」「説明があれば，もっと早く受診した」などは「**過去の振り返り**」とした。

一方，FACIT-Spの低い群では「家族に迷惑をかけて申し訳ない」「家族にあたって罪悪感を感じる」などの中カテゴリーは「**家族への負担感**」というカテゴリーにまとめた。さらに「治療を受けてもよくなった感じがしない」「不安でさびしい」などは「**つらい病気の症状や治療**」とした。「普通の結婚ができなかった」「両親の期待に添えなかった」については「**社会的な不利**」とし，「病気をしているのが自分だ」「自分なら乗り越えられるので病気が来

表２　FACIT-SpとPOMSの平均得点（N＝13）

要因	FACIT-Sp	緊帳－不安	抑うつ－落ち込み	怒り－敵意	活力	疲労	混乱
本 調 査	19.9±3.2	8.3±4.0	14.1±8.7	6.9±4.8	9.0±5.6	5.8±3.9	7.5±5.0
標準平均	31.5±9.8	12±6.3	11.4±9.6	10.8±0.9	14.2±6.1	9.3±6.2	8．6 ±0.8

表３　患者にとっての病気の意味

群	中カテゴリー	カテゴリー
FACIT -Sp 高群	・病気は、神様がくれた人生の休養と思う ・子どもが立派に育ったのでいい	・病気への肯定的認知と人生の受容
	・病院は人権も守られていい ・今は、困ることもなくてよい ・病院で治療を受けているのがいい ・薬も一人で飲んでいる ・毎日、人と話をして楽しく過ごしている	・満足感のある生活
	・病気の原因は、マイナス思考の性格 ・精神面で不安になることがあった ・仕事で無理をして悩んだのが原因	・病気の原因の探索と対応
	・本来のあるべき自分の姿を見失った ・仕事を辞めたのがつらかった ・家族が病気を説明してくれたらもっと早く受診した	・過去の振り返り
FACIT Sp 低群	・家族に迷惑をかけて申し訳ない ・家族にあたって、罪悪感を感じる ・家族に迷惑をかけて悲しい	・家族への負担感
	・治療を受けても全然よくなった感じがしない ・不安で寂しい ・自分で覚えてないところで症状が出た ・発症したときは悲観的だった	・つらい病気の症状や治療
	・もっと働きたかった ・普通の結婚ができなかった ・両親の期待（孫）に添えなった	・社会的な不利
	・病気は生きている限り、つきものだ ・病気をしているのが自分と思える ・自分なら乗り越えられるので病気が来た ・家族がよくしてくれる	・人生の再構築

た」は「**人生の再構築**」とした。

Ⅳ 考　　察

気分については，標準と比べて「緊張や不安」「怒りや敵意」「疲労」は低くて，落ち着いた気分だが，「抑うつ感」が高くて「活力」が低いことが示された。これらは，病院で落ち着いた生活はしているものの，抑うつ感を感じたり，活動力が低下している可能性が示唆された。FACIT-Spの得点（19.9）は標準の平均得点（31.5）よりも低かった。このことは，本対象の精神疾患をもった患者の方が，人生の意味感や目的感が低いことを示唆している。

病気の意味として，FACIT-Sp高群から「**病気のへの肯定的認知と人生の受容**」「**満足感のある生活**」「**病気の原因探索と対策**」などが抽出された。「病気は神様がくれた休養」といった肯定的な認知ができ，「自分で服薬行動ができること」「他患者と会話を楽しむことができる」など自己効力感が高いこと，さらに「仕事がストレスだったので，今後はマイペース」など，病気へのストレス対処を考えている方は，スピリチュアリティが高かった。すなわち，精神障害者の高いスピリチュアリティには肯定的な認知，自己効力感やコーピング能力が高いことが関連していることを示唆する。自己効力感はQOLと関連すること[16]，コーピング能力が気分と関連することからも，さらにそれらの変数との関連を調べる必要があろう。

一方，FACIT-Spの低群から，「**家族への負担感**」「**つらい病気の症状や治療**」「**社会的な不利**」「**人生の再構築**」の要因が抽出された。幻聴や妄想などは，長期にわたる治療においても改善が困難な場合もある。これらについては，いかに症状と付き合うかという対処能力を高めることが患者のQOLに関わってくると考えられる。「家族に負担をかけてすまない」という「家族への負担感」や，「仕事がしたかった」「結婚ができなかった」などの「社会的不利」については，患者のアイデンティティや存在する意味に関連する重要な要因と考えられる。家族への負担感の軽減には，患者と家族を含めた看護が必要であると考えられ，家族がどのように患者と接するとよいかなどの情報を家族に提供することや[17]，患者が過度に自責の念をもたないように認知行動療法[18]の考えを患者に提供することなどが有功ではないかと考えられる。また，「結婚できなかった」など過去の達成できなかったことへの後悔などに対しては，傾聴やライフレビューなどによって新たな人生の目標を見つけることなどに効果があるかもしれない。スピリチュアリティが低い患者のなかにも，人生を再構築しようとされている方もおられ，その方たちへのサポートも必要であろう。

先行研究と比較して，地域で生活する精神障害者の病気の意味の要因として「病気そのものから来る辛さ」「スティグマから来る困難さ」「自己変革」「病との共存，精神障害者としての自分への居直り」「自己の再構築」などが抽出されていた[11]。「**症状から来る辛さ**」や「**自己の再構築**」は，本研究の結果が田中と一致するところであると考えられる。しかし，地域で既に生活している患者では，社会と直接かかわっているので「スティグマから来る困難さ」などが抽出されたが，病院で入院中の患者からは出てこなかった。むしろ，「病気の原因探索や過去の振り返り」などから今後のコーピング策を考えていた。これは「コーピングスキル」が「スピリチュアリティ」や「抑うつ」と関連していること[19]や，「スピリチュアリティは年齢やコーピングスキルと関連していること[20]などを含めて考えると，精神障害者のスピリチュアリティを向上させるためにコーピングスキルが関係していることを示唆している。さらに，スピリチュアリティ向上のための介入の有効性が他の疾患からも示されているので[21)－23]，それらが精神障害者にも適用できるのかを検討することは有効と考えられる。

Ⅵ 研究の限界と今後の課題

本研究の限界として，1）1つの施設における患者十数名を対象としていたため，本結果を一般化することは難しい，2）FACIT-Spは慢性期のがん患者から標準化されたものであるため，精神障害者のスピリチュアリティを十分に測定できたかは疑問である，3）対象の疾患がすべて同じではなかったことや，年齢幅が広いことから，それぞれにおいて異なる可能性が考えられた。今後はこれらの限界に対して，精神障害者用のスピリチュアリティを測定できる尺度を開発すること，対象数を増やすこと，疾患や年齢幅を限定して調べることなどの課題が明らかになった。また，スピリチュアリティが低かった群から得られた「家族への負担感」「病気のつらい症状や治療」「社会的不利」に対するサポートやケアの開発も必要であろう。近年，入院中や退院後も含めて，精神障害者の生きる意味やスピリチュアリティへのケアについて注目されてきており[24) 25]，本研究の結果も今後確証する必要がある。

謝辞

本調査に参加いただきました患者様，ならびにご協力いただきました，施設とスタッフの方々に心より感謝申し上げます。また，論文に貴重なコメントをいただきました東京慈恵医科大学の川野雅資先生に深謝申し上げます。

要　　旨

本研究は，精神障害者のスピリチュアリティ，気分，および患者にとっての病気の意味について調べた。入院中の患者13名が１回約60分の面接に参加した。面接者は精神看護学の教員だった。患者は，スピリチュアリティを測定するためのFACIT-Spと気分を測定するためのPOMSに回答し，「病気の意味」について語った。内容分析のためにFACIT-Spの得点によって患者を高低群に分けた。気分については，標準と比較して「抑うつ感」が高く，「活力」が低かった。FACIT-Sp高群からは「病気への肯定的認知と人生の受容」「満足感のある生活」「病気の原因探索と対応」「過去の振り返り」が，FACIT-Sp低群からは「家族への負担感」「病気のつらい症状や治療」「社会的な不利」「人生の再構築」が抽出された。これより，スピリチュアリティが低い患者に対してはスピリチュアリティ向上のための介入が必要かもしれない。

Abstract

The present study clarified spirituality and mood in patients with mental disorders, and examined the patients' perception of meaning of illness. The participants were 13 hospital in-patients with mental disorders who received a single 60-minute interview conducted by investigators majoring in psychiatric nursing. The patients answered the FACIT-Sp to measure their level of spirituality and the POMS to measure mood. They then narrated regarding their understanding of the meaning of their illness. The patients were separated into high and low score groups based on the FACIT-Sp score for content analysis. As for the POMS, the score of "Depression" was higher than the standard score, and the score of "Vigor" was lower than the standard. In the group with high FACIT-Sp scores, "Positive cognition toward illness and acceptance of their lives," "Satisfaction with life," "Search for the cause of illness," and "Reminiscence about life" were chosen. In the group with low FACIT-Sp scores, "Burden to their families," "Severe symptoms and treatment of the illness," "Disadvantage in social life," and "Reconstruction of life" were selected. These results suggest that an intervention to increase spirituality is needed for patients with mental disorders who have a low FACIT-Sp score.

文　　献

1）Efficace, F., Marrone, R.: Spiritual issues and quality of life assessment in cancer care, Death Studies, 26, 743-756, 2002.
2）Breitbart, W.: Spirituality and meaning in supportive Care: spirituality-and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer, Palliat & Support Care, 10, 272-280, 2002.
3）Chochinov, H.M., Krisjanson, L.J. et. al.: Dignity in the terminally ill: revisited, J Palliat Med, 9, 666-720, 2006.
4）Murata, H., Morita, T.: Japanese Task Force. Conceptualization of psycho-existential suffering by the Japanese Task Force: the first step of a nationwide project, Palliat Support Care, 4, 279-285, 2006.
5）厚生労働白書－暮らしと社会の安定に向けた自立支援，43-46，ぎょうせい，東京，2009.
6）藤野成美，崎　裕子，岡村　仁：精神科における長期入院患者の苦悩，日本看護研究学会雑誌，30，87-95，2007.
7）國方弘子，中嶋和夫：統合失調症患者の社会生活技能と自尊感情の因果関係，日本看護研究学会雑誌，29，67-71，2006.
8）國方弘子，中嶋和夫：精神障害者のQOL：うつコーピングと抑うつ性の影響，日本看護研究学会雑誌，26，19-29，2003.
9）Toombs, S.K.：（永見勇訳）：病の意味－看護と患者理解のための現象学，77-88，秀明舎，東京，2003.
10）Kleinman, A.（江口重幸・五木田紳訳）：病の語り－慢性の病をめぐる臨床人類学，3-21，誠信書房，東京，1998.
11）田中美恵子：ある精神障害・当事者にとっての病の意味－地域生活を送るＮさんのライフヒストリーとその解釈，看護研究，33，37-59，2000.
12）横山和仁，荒記俊一：日本版POMS手引き，金子書房，東京，1998.
13）Peterman, A.H., Fitchett, G. et al.: Measuring spiritual well-being in people with cancer: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp), Ann Behav Med, 24, 49-58, 2002.
14）野口　海，大野達也，他：がん患者に対するFunctional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual（FACIT-Sp）日本版の信頼性・妥当性の検討（予備的調査），がんと化学療法，31，387-391，2004.
15）舟島なおみ：質的研究への挑戦，49-53，医学書院，東京，2000.
16）Chambon O, Eckman T, Trnh A, et al. Social skills traing as a way of improving quality of life among chronic ill patients: Presentation of a theoretical mode. Eur Psychiatry, 7, 213-220, 1992.
17）田上美千佳：家族にもケア－統合失調症はじめての入院，104-116，精神看護出版，東京，2007.
18）宇佐美しおり，岡谷恵子編：長期入院患者および予備軍への退院支援と精神看護，75-76，2008.
19）Fernander, A., Wilson, J.F. et al.: An exploratory examination of the spiritual well-being scale among incarcerated black and white male drug users, Inter J Offender Therapy and Comparative Criminology, 48, 403-413, 2004.
20）Awara, M., Fasey, C.: Is spirituality worth exploring in psychiatric out-patients clinics? J Mental Health, 17, 183-191, 2008.
21）Penedo, F., Molton, I. et al.: A randomized clinical trial of group-based cognitive behavioral stress management in Localized prostate cancer: Development of stress management Skills improves quality of life and benefit finding, Ann of Behav Med, 31, 261-270, 2006.
22）Ando, M., Morita, T. et al.: One week Short-Term Life Review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients. Psycho-Oncology, 17, 885-890, 2009.
23）Garland, S., Carlson, L.E. et al.: A non-randomized comparison of

mindfulness-based stress reduction and healing arts programs for facilitating post-traumatic growth and spirituality in cancer out patients, Support Care Cancer, 15, 949-961, 2007.
24）橋本直子：リカバリーにおけるSAの役割－スピリチュアリティの視点から，精神保健福祉，41, 51-57, 2010.
25）葛西康子：青年期を生きる精神障害者へのケアリング，北海道大学出版，北海道，2006.

平成21年12月28日受　付
平成22年６月17日採用決定

－研究報告－

溺水による低酸素性脳症児の母親の心理的プロセス

The Psychological Process for Their Mothers of Children With Hypoxic Encephalopathy After Near Drowning

羽畑正孝[1)]　鈴木ひとみ[1)]　畑下博世[2)]
Masataka Habata　Hitomi Suzuki　Hiroyo Hatashita

キーワード：不慮の事故，溺水，低酸素性脳症児，母親の心理
Key Words：unforeseen accidents, near drowning, children with hypoxic encephalopathy, psychological state of mothers

Ⅰ．はじめに

小児の生命を脅かす原因の１つに，不慮の事故がある。これに対して，現在まで様々な対策が検討され，実施されているが，今もって不慮の事故による死亡率は減少していない。2007年の人口動態統計調査によると，不慮の事故は幼児期の死亡原因の２位であり，学童期では１位である。この不慮の事故の中でも溺水および溺死は，幼児期，学童期において交通事故に次ぐと報告されている[1)]。

しかし，近年の医療技術の進歩や病院前救急診療の発展により，これまで救命が困難であると考えられてきた溺水の児でも生命を取り留めるようになってきた[2)]。救命できたことは喜ばしいことである一方，溺水に遭遇した児は，生命は助かったものの重症の低酸素性脳症を負っている。それによって児は植物状態のままとなり，元の生活に戻ることは極めて難しい。そしてこのことは，児だけでなく，その母親にとっても非常に辛い経験となる。つい先程まで元気であったわが子が，突然の事故でこのような状態に陥り，外見上外傷もなく眠っているかのような状態であるにもかかわらず，生涯，重度の障害を負っている，母親はこの事実に直面するのである。医療者はこのような状況の母親と向き合い，重度の障害児の主たる介護者として生きる母親を支援する役割を担うことになる。

今日，医療システムの充実や訪問看護の拡充がなされ，植物状態のような重度の障害児であっても，在宅で療養することが可能となってきた。それだけでなく，障害児のQOLが向上するために，積極的に在宅で療養することが重要である。そこで，医療者は家族に在宅での療養をすすめるが，その時の母親のとまどいは非常に大きいものがある。我が子を家族の中でケアしたいが，そこで生じる様々な負担を思い戸惑う母親と，在宅療養が最善の選択と考えながらも，苦悩する母親を前に躊躇する医療者が存在する。この時，医療者と家族，とりわけ児の母親との間に思いのずれが生じ，退院準備が進まなくなる，という問題が発生することになる。そこで，家族に在宅療養をすすめる際に，現実に家族で中心的役割を担わざるを得ない母親の意思を確認することが，きわめて重要になってくる。

本研究では，健康な状態から突然溺水となり低酸素性脳症のために不可逆的な障害を負うに至った児の母親が，我が子の入院から在宅介護までに至る過程で，如何なる心理的プロセスをたどるのかを明らかにし，溺水により障害を負った児を持つ母親に対する医療者の支援のあり方について検討したい。

Ⅱ．研究目的

溺水により低酸素性脳症となった児の母親が，児の入院から現在までの闘病過程の中で，如何なる心理的プロセスをたどるかを明らかにする。

Ⅲ．研究方法

１．対象者

近畿圏内の病院及び施設に通院している，溺水により植物状態にある低酸素性脳症児を持つ母親で，対象施設の長より推薦をいただいた５名を対象とした。

２．データ収集方法

溺水により植物状態にある低酸素性脳症児を持つ母親で，児が通院する施設の長および研究者が調査の主旨を説明し同意が得られた対象者に対し，希望の場所で１回60～90分の半構成的インタビューを行った。１回目のインタビュー内容を分析後，インタビュー内容の不足を補い対象者の心境の変化の有無を観察するため，さらに２回目のイ

１）神戸常盤大学保健科学部看護学科　Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kobe Tokiwa University
２）滋賀医科大学医学部看護学科　Faculty of Nursing, School of Medicine, Shiga University of Medical Science

ンタビューを行った。対象者の児の属性は構成的面接にて聴取した。なお，対象者の了解を得て，ICレコーダによるインタビュー内容の保存を行った。

３．調査内容

具体的な内容は，「入院してきたとき」，「お子さんの症状の回復が難しいと医師より説明されたとき」，「医師から退院を勧められたとき」，「自分が在宅での生活に向けて準備しているとき」，「退院をしたとき」のそれぞれの時点における気持ちと「退院後の状況」を問い，できるだけ研究対象者に自由に語っていただいた。

４．データ分析方法

録音したテープをもとに逐語録を作成し，それをデータとして質的帰納的分析を行った。分析の手順として，ICレコーダに録音したインタビューデータを読み込み，意味が読み取れる文章または段落で区切り，意味のある文脈にラベル名をつけた。次に，意味の類似するラベルを集めて名前をつけた（小カテゴリー）。さらに，共通する小カテゴリーに名前をつけ（中カテゴリー），中カテゴリー間の関係をふまえ，それらを包括する上位の概念（大カテゴリー）を見出した。データの分析過程においては，質的研究の経験のある複数の研究者に分析結果が妥当であるかを確認し信頼性を高めた。

５．倫理的配慮

本研究に関して，滋賀医科大学倫理委員会の承認を得た後，対象施設の長に説明を行い，研究実施同意書へ署名を得た。対象者の選定は，自身の体験を語ることに心理的な支障がないと思われる母親を対象施設の長に推薦していただいた。その後研究対象者には，書面にて調査の趣旨を説明して承諾を得，対象者が希望し第三者が面接内容を聞き取れないよう配慮した場所で調査を行った。また，調査後の個人データは，全て暗号化および匿名化した。そして，個人データの使用についてインターネットの接続していないパソコンを使用し，パソコン内にデータ保存を行わないようにして指紋認証USBに保存し，施錠できる場所に保管した。

さらに，今回の対象者は面接によって過去の辛い体験を思い出すおそれがあるため，研究者が１回目の面接時の対象者の表情や言動を十分観察し，２回目の面接時に母親の心境の変化の有無について把握した。そして，面接実施時や２回目の面接依頼時の対象者の様子によっては面接を中断あるいは中止することを考慮するとともに，面接終了後の対象者への精神状態に応じた対処についても主治医と検討した。

Ⅳ．結　　果

対象施設の長より推薦をいただき，研究の依頼をした母親５名のうち，４名の同意を得た。

１．対象者の児の背景

対象者の児の背景を表１に示した。対象者の児の受傷後期間は１年が１名，６年が１名，７年が２名であった。入院期間は，4.5ヶ月が１名，５ヶ月が３名であり，平均入院期間は4.9±0.3ヵ月であった。

表１．調査対象者の児の背景

対象者の児	A	B	C	D
性別	男	女	男	女
受傷時年齢（歳）	1	6	6	1
受傷場所	浴室	川	川	浴室
受傷後期間（年）	7	6	1	7
入院期間（月）	5	5	4.5	5
児の兄弟の有無	有	有	無	有
在籍学校	養護学校	養護学校	養護学校	養護学校
児の主介護者	母	母	母	母

２．分析結果

４名のインタビューで得られたラベルの総数は299であった。分析の結果，溺水による低酸素性脳症児の母親の思いは，表２に示したように６つの大カテゴリーと23の中カテゴリーおよび42の小カテゴリーによって構成されていた。さらに，これらのカテゴリー間の関連性を分析した結果，母親の心理的プロセスを図１のように図式化した。

以下，分析結果について述べる。なお，大カテゴリーは【　】，中カテゴリーは〔　〕，小カテゴリーは《　》にて示した。さらに，逐語録から得られた母親の語りは「　」で紹介し，対象を文末に〈　〉で示した。

１）母親の心理の分析とカテゴリー間の関係性

⑴　大カテゴリー１：突然の出来事による混沌とした状況

事故当初，母親は【突然の出来事による混沌とした状況】にあった。突然，〔母親の予防行動の中でのわずかな隙間〕に溺水という一瞬の出来事が起こったのである。母親が普段から溺水に対する予防行動をとっていたにもかかわらず，そのとき偶然に事故につながる状況があった。「お風呂は，絶対，ドアは閉めていたんです。（児が）開けて勝手に入っていくから。おばあちゃんに，その一，『ドアを閉めてよー』って言うのを私忘れていたんですよ。〈D〉」と，たまたま《いつもしていたことを忘れていた》り，「『行ったらあかんで』とか言うてて，用心深いと思って，あなどっていたんですよ。大丈夫だ，用心深かったので〈C〉」と《児の行動を予測できなかった》り，普段大丈夫であると思っていたことが心の隙間となり，まさにその時出来事が起こってしまった，と捉えていた。

この出来事に対し，母親は〔事実への対処不能〕となっ

表２　溺水による低酸素性脳症児の母親の思い

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
突然の出来事による混沌とした状況	母親の予防行動の中でのわずかな隙間	児の行動を予測できなかった いつもしていたことを忘れていた
	事実への対処不能	入院後の児の状態に茫然 記憶がない 児が溺れていたことへの動揺
	児の状態への動揺	入院後の児の状態に安堵 入院後の児の状態に右往左往する
病状回復への不安と願望	児の新たな負担への抵抗	新たな治療への拒否 児の将来に対する悲観
	児の病状回復を信じる	児の病状回復への期待 児の病状回復への訴え
	健康な他児への負の感情	他児を羨む 元気な子を見るのが嫌
自分しか守ってあげられない	児の養育への責任感	自分で育てていかないといけないという気持ちが強い 何かあったらすぐに対応できる姿勢 児の状態は誰よりもわかる
	児との愛情を確認する	施設に預けたくない 児と一緒にいることが当然 児に癒される
児とともに過ごす生活への葛藤	在宅介護への意欲	在宅介護を希望する 在宅介護への決意 医療的ケアの参加
	在宅介護の圧迫感	在宅介護のやり切れない思い 生活の質に対するギャップ 介護の重責感
	在宅生活への不安	退院へのとまどい 児から目を離すことができない
	他者の目を気にする	他人の目から遠ざける 同情されることによる苦痛 自分を責められる
生活の再構築の可能性にかける	他者による介護サービス介入へのためらい	新しい児の刺激を求める 他者による介護サービス介入への嫌悪
	他者による介護サービス介入の受け入れ	介護サービスの有益性を理解する 生活スタイルの変化に伴う価値観の変化
	在宅介護の再構築	新たな生活への決意 家族全員で暮らすことを望む
	新しい生活での生きがい	笑いのある生活がある 児の良好な状態を維持するよう頑張る
自責の念	出来事が残したしこり	自分の責任 児に対する申し訳ない気持ち
	消せない記憶	思い出すだけでも怖い 当時の児の状態を忘れられない

た。一瞬のうちに，先程まで元気に走り回っていた児が，今は意識を失い生死をさまよっている。この児の状態をみて，母親は「最初，お風呂でっていう状態から，もう理由わからんっていうか，必死で，えーっと，救急外来，救急のとこ入って，でも，とにかく叫んでいるような状態かな〈A〉」と気が動転し，《児が溺れていたことへの動揺》を示していた。救急車やドクターヘリによって救急搬送された病院先で，事故発生からかなりの時間が経過しているにも関わらず，母親は何もできずに「何がなんだかさっぱりわからん状態〈A〉」と《入院後の児の状態に茫然》としていた。さらに母親は，「病院に着いてからでも処置，だいぶ待ったかなあ。だからもう，ずーっと濡れたままの格好で夜，もう夜になってたんかなあ。で，その，ICUに入って，そこまで，ICUの何日間かの記憶は未だに私は思い出せない〈B〉」と，《記憶がない》状況であった。

児が助け出されて病院に搬送され，医療者による必死

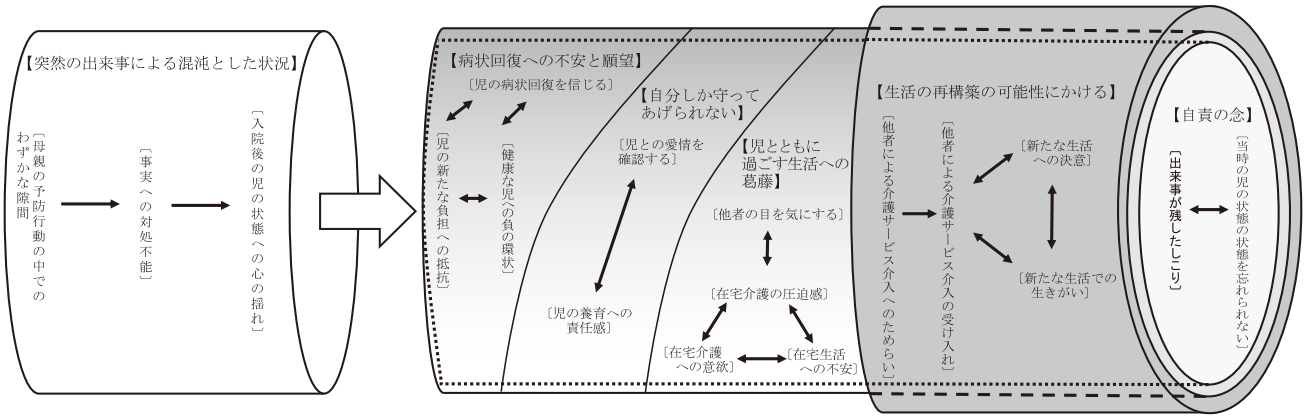


図１．溺水による低酸素性脳症児の母親の心理プロセス

の救命処置を受けて命を取り留めた。しかし母親の〔児の状態への動揺〕は続いていた。母親は児の状態について医師から説明を受け，「『息はふきかえしたよ』って聞いて〈B〉」，《入院後の児の状態に安堵する》。しかし，同時に医師から「それでも，『本人まだわからんで』って病院から言われて，『とりあえずICU入ります』言うて，上がった時も，うん，一週，毎日，一日３回かな，面会。それで毎日行っていたけど。うん。様子まだわからん状態で〈C〉」とも言われ，児が事故前の元気な姿に戻らないのではないかと思い，《入院後の児の状態に右往左往した》。

⑵　大カテゴリー２：児の病状回復への不安と願望

児は生命の危機を脱したものの，依然として意識障害があり自発呼吸もなく，人工呼吸器を外せる状態ではなかった。医師は児の長期化する呼吸管理を考慮し，母親に児への気管切開術実施を勧めた。ここで，まず母親の〔児の新たな負担への抵抗〕が生じた。母親は，治療上必要であるとはいえ，故意に児の身体に傷をつけるということに迷い，「気管切開をしないといけないって言われた時に，やっぱり嫌やっていう気持ちが強くて〈A〉」と，気管切開術を受けることをためらい，《新たな治療への拒否》を認識した。また，「『こんなんで生きていたって自分でもできへんし，こんな痛い思いばっかりやって辛いだけやから，もう何もせんと楽にさせて』って言うて，婦長さんに，あの時は言った〈B〉」と，母親の心の中に《児の将来に対する悲観》が芽生えていた。そして，母親は他の児の姿を目にし，「学校のほうでも，鼻に管通しているのに，気管切開してない子とかっていてるやん。〈C〉」と気管切開をしていない《他児を羨む》感情を持ったり，「なんで，こんな目に遭わなあかんかったんやろうっていう気持ちはありましたね。元気な子どもをみるのは嫌だった〈D〉」と，《元気な子を見るのが嫌》だと語り，〔健康な他児への負の感情〕を抱いた。しかし，医師より「気管切開，のどに穴を開けたら，自発呼吸みたいな，まあ，酸素吸入しながら呼吸ができるようになるかも〈C〉」と言われ，児の将来のことを考え直した末に母親は《新たな治療への受け入れ》という苦渋の決断をしつつあった。

こうして母親は徐々に〔児の病状回復を信じる〕ようになってきた。児がどのような病状であっても，「(医師に)治らんかなぁって。〈C〉」と《児の病状回復への訴え》を続け，「毎日ずっと，待合室で居って面会時間来たら欠かさんと行って，本人に話しかけたり〈C〉」と，母親自らもできることを行い，《児の病状回復への期待》をもっていた。そして，母親は児の病状回復への次の手段としてリハビリテーション専門施設での訓練を受けさせたいと思ったが，医療者からは在宅への移行の準備施設への転院をもちかけられたことに，「(リハビリテーション専門施設ではなく，在宅生活に移行するための施設に）行くことをすごく悩んだ〈B〉」と語り，《児の病状回復への信念》を覗かせていた。

このように，母親の心の中で【児の病状回復への不安と願望】が揺れ動いていた。

⑶　大カテゴリー３：自分しか守ってあげられない

そうして病院での生活から施設への転院という環境の変化を提案され，母親は悩みの中で〔児への愛情を確認する〕。母親は，児とともに生活することが当たり前であったこれまでの暮らしを思い，「(児を施設に）預けるなんか考えられない〈D〉」と，児を《施設に預けたくない》と考え，母親は自分が児の世話をするのが当然であるとし「離してしまうことは全然考えたことない。自分の子どもだから何も考えない〈D〉」と《児と一緒にいることが当然》と捉えていた。また，母親は児とともにいることで，介護の重責感だけでなく「癒されるんですよ。〈D〉」と，《児に癒される》感情をも抱いていた。

さらに，母親は〔児の養育への責任感〕を自覚していた。母親は，児に対して「自分ができることはやりたいと思っていた〈A〉」という思いから《自分で育てていかないといけないという気持ちが強い》。そして母親は「ちょっとおかしいって見抜けるのも多分，看護師さんよりも自分

や，って判っているから。〈B〉」と《児の状態は誰よりもわかる》との自負を持ち，「やっぱりちょっとでもしんどなったら吸引してやらんなん〈A〉」と《何かあったらすぐに対応できる姿勢》を常にとっていた。こうして，母親は児に対して【自分しか守ってあげられない】という思いを強めていった。

⑷　大カテゴリー４：児とともに過ごす生活への葛藤

母親は自分が児を守る，という役割を感じながらも，【児とともに過ごす生活への葛藤】を覚えていた。

母親は，児の身の周りの世話ができるよう「頑張らなあ，覚えやなあって思い〈D〉」，《医療的ケアへの参加》に同意し，ケア技術を習得しながら児との〔在宅介護への意欲〕を高めていった。やがて「家でこんな生活かあとか思って，いけるんちゃう〈C〉」と感じはじめ，《在宅介護への前向きな姿勢》を示していった。さらに「家に帰ったほうが自分のやりやすいようにできると思い〈A〉」，また，「(児に)何か反応が出るから，絶対早く家に連れて帰りたい〈B〉」と《在宅介護を希望する》までになった。さらに，児の在宅介護を行うにあたり，母親は「しっかりしないといけないと（自分に）言い聞かせ〈B〉」ながら，児の《在宅介護への決意》を固めていた。

しかし，〔在宅生活への不安〕は拭い去れてはいなかった。いざ退院が決まると，母親は「退院と言われた時には，『えっ，ちょっと待って』〈C〉」と《退院へのとまどい》を見せた。また，在宅介護が始まると，母親は「やっぱり慣れてないから怖いのと，（児から）離れて，なんかあっても怖い〈D〉」と《児から目を離すことができない》でいた。それが母親にとって〔在宅介護の圧迫感〕につながった。母親は自分しか頼れない状況にあり，「ひとりではたいへん〈D〉」，「家へ連れて帰ったら，しんどいな，それだけ，やっぱり病院におったら看護師さんに頼っていた〈C〉」と，《在宅介護の重責感》を自覚していった。また，「みんなみたいになあ，なんか買い物とか行ったっていうのを聞いたら，行きたいなあとか，ずーっと，思っていて〈B〉」と，周囲に住んでいる人たちとの《生活の質に対するギャップ》を感じるようになった。さらに，「『大変やなぁ』って周りの人は言うかもしれへんけど，実際この生活をしたら。うん。そんな口で言えるだけのもん違うでって〈B〉」と，《在宅介護のやりきれない思い》を持っていた。

それだけでなく，母親は〔他者の目を気にする〕ことで，一層ストレスを感じていた。母親は，「人から溺水は母親の責任であると言われ〈A〉」て《自分を責められる》ように思ったり，「エレベータとかで一緒になっても，こう，直接見たり，鏡越しで見たり，じろじろ見たり，『かわいそうに』とかね，かわいそうやったら言うなよみたいな。私らからしたら，なんかもう見やんといてって感じなんやけど，なんかいちいちのぞき込むように見ては言われて，それがなんか辛かった〈D〉」と《同情されることによる苦痛》を感じ，「(近隣の人が）元気な時（の児）を知っているからあまり関わらないように〈C〉」と，児を《人の目から遠ざける》ようにしていた。

⑸　大カテゴリー５：生活の再構築の可能性にかける

このように孤独な母親の気持ちは，〔他者による介護サービス介入へのためらい〕にもつながった。母親は，看護師や親類のヘルパーに介護サービスを勧められても，「あんまり頼らんとこうと思う〈C〉」と《自分でやっていく》方法を選んだり，「事業所の他の人に入ってくれるのが嫌〈D〉」と《他者による介護サービス介入への嫌悪》を持ち，できるだけ自分一人で児の介護をしようとして訪問看護師などの介入に消極的であった。

しかし母親も，〔他者による介護サービス介入の受け入れ〕をせざるを得なくなってきた。

母親は，これまで一人で児の介護に全力を注いできたが，現実にある介護の厳しさを突きつけられ，自己の限界を感じ，渋々介護サービスを受け入れるようになった。やがて介護サービスを受け入れたことで，「自分らでやっているのを，看護婦さんとかホームヘルパーさんとかに入ってもらいだしてから，なんか心開くようになった〈D〉」と母親の《生活スタイルの変化に伴う価値観の変化》が起こり，今まで悪戦苦闘していた生活から「週のうち，月のうち２回は出れるようにしてあるから，半分はみんなで出て行けるし。だから，すごい，それで今の生活が，前のこと思ったら落ち着いているかなぁって〈C〉」と，母親が児の介護から少し離れ，気分転換になるような時間をとることができ《介護サービスの有益性を理解する》ようになった。

やがて退院から時間が経過し児の病状が安定していく中で，母親は児の〔在宅介護の再構築〕を試みるようになった。退院後，児の痙攣発作が治まらず母親は対応に苦慮していたが，痙攣発作が消失するようになると「もう普通の生活やな。で，あと結構風邪，風邪って熱出してもうあれだけで。まあ夜中も別にしんどいよとか思わなくて普通にやっているし，今までもそうやし〈A〉」と《新たな生活への決意》を行うとともに，「できるだけ後悔のないように家族全員揃って生活していきたい〈B〉」と《家族全員で暮らすことを望む》ようになった。そして〔新しい生活での生きがい〕が芽生え始めた。母親は，在宅介護の苦難を乗り越えた時，「入院せんように頑張らなって〈C〉」思い，できるだけ長く児とともに生活ができるよう《児の良好な状態を維持するように頑張る》ようになり，「連れて行ったら安心やし，長い時間行ける，うん，その辺もあり

やし，行ったら，すごい，眼ぱちっとして興奮してね，分かるんですよ，すごい，いやー，楽しいんや，とか思って，ほんでまた，連れていってあげよう〈D〉」と，児と外出することで《児への新しい刺激を求める》ことや，「病院と違って笑いが出てきた〈B〉」と，《笑いのある生活がある》という気づきを得て，児とともにある生活の醍醐味を味わっていた。このように母親は【生活の再構築の可能性にかける】ようになった。

⑹　大カテゴリー６：自責の念

前向きになった母親であったが，【自責の念】は残っていた。それは〔出来事が残したしこり〕として語られた。母親は，「こうなったのは自分のせいやって常に，うん，もっている，もうあの日からずっと〈A〉」と出来事が起きたことを《自分の責任》と感じ，「児が（食事を）食べられないのに，自分（母親）は（食事を）食べることができなかった〈B〉」り，「自分が見ていたら，事故にならなかったと後悔〈C〉」し，《児に対する申し訳ない気持ち》でいっぱいであった。児が溺水にみまわれたときのことは，〔消せない記憶〕となった。出来事のことをせきららに思い出して，「未だに紫のあの顔，あれが頭から離れられな〈B〉」かったり，「あの姿，浮いていて，頭から離れない〈C〉」と《当時の児の状態を忘れられない》でいた。また「夜中とかも，未だに飛び起きて〈B〉」しまうほど，当時の児の状態は《思い出すだけでも怖い》ものであった。

２）溺水により低酸素性脳症となった児の母親の心理プロセス

以上のような分析結果から，溺水により低酸素性脳症となった児の母親の心理プロセスは次のように説明できる。

溺水という出来事が発生した当初，母親は【突然の出来事による混沌とした状況】に陥るが，児の命が助かったことで【児の病状回復への不安と願望】を持ち始めるようになる。児が溺水に遭遇したことについて責任を実感する母親は，児に対して【自分しか守ってあげられない】という思いを強めるが，児を在宅で介護しなければならない現実に直面し【児とともに過ごす生活への葛藤】を覚えていく。やがて母親は介護を助けてくれる資源を活用する中で【生活の再構築の可能性にかける】ようになる。

また，【児の病状回復への不安と願望】の時点から【生活の再構築の可能性にかける】に至るまで，母親の【自責の念】は心の奥底に根付いていた。

Ⅴ．考　　察

溺水による低酸素性脳症児の母親の心理を分析したところ，【突然の出来事による混沌とした状況】，【児の病状回復への不安と願望】，【自分しか守ってあげられない】，【児とともに過ごす生活への葛藤】，【生活の再構築の可能性にかける】，【自責の念】という６つの大カテゴリーから構成されていた。そこで本研究で得られた結果から，「事故が起きた状況から児の病状回復を願う場面」，「児の在宅生活を見据えて行動するも在宅生活に行き詰まる場面」，「児の在宅生活に活路を見出していく場面」，「母親の事故に対する心境」について考察し，母親への援助について検討する。

１．児の事故により混沌とした状態となった母親が病状回復への願望を抱くまで

本研究の対象である母親は，児が事故に遭遇したことで，まず【突然の出来事による混沌とした状況】に陥った。常日頃から児の安全を確保するよう努めていた母親にとって，この出来事によって受けた衝撃は相当なものである。保護者に小児の事故の内容別でみた事故防止の可能性について調査した石井によると，溺水は保護者が100％防止可能と答えている[4]という。母親は溺水が起こらないように日々注意して生活していたにも関わらず，一瞬のうちに出来事が起こってしまい，気が動転していた。さらに，母親は生死をさまよっている状態にある児を受け止めることができずに，搬送先の病院でも児のために何もできない状態であった。井上は，家族にとって突然襲いかかるわが子の事故は，心の準備なしにその事実と対峙していかなくてはならない衝撃な出来事であるため，多くの場合，混乱したり，パニックに陥ったりする[5]と述べている。そのため，溺水という出来事が起こって病院に入院するまでの間に，児や母親に関わった救急隊員，看護師，医師らに対して，母親は支えられたという思いが残っていなかったと考える。渡辺の「救命救急の場は一般的に時間が短く，その短い時間内では，家族もまた危機状態から脱するには至らず，看護師の行った援助に対して何らかのフィードバックを返すゆとりがないことが多い」[6]という報告も，それを指摘している。また，このような不慮の事故により危機状態にある児の家族に必要な精神的ケアについて井上，黒木らは，家族に対し医療者が子どもへの適切な救急処置と対応をしていることの事実をわかりやすい言葉で伝え，さらに家族が周囲を気にせず子どもに関われる環境が必要である[7,8]と述べている。児だけでなく，家族も援助を受けるべき状況であると言える。

そして，生死をさまよっていた児が命を取り留めると，母親は【児の病状回復への不安と願望】という相反する感情の中にいた。意識のない児と対面した直後の母親は，外観上児に目立った外傷がないことから，児がただ寝ているだけのような印象を持ち，児が今すぐにでも出来事の前のような元気な姿に戻るのではないかと考えていた。多田は脳性麻痺児の母親から「自分（母親）は障害が消えてなくならないかということばかり考えていた」[9]という語りがあったことを報告しており，我が子に重度の障害がある

と知った当初の母親が，本研究の母親と類似した心境を持つことがわかった。今は意識がなくとも，やがて児が元気な姿に戻るのではないかと思う母親は，医師から児の状態を維持するための気管切開術施行を薦められても否定していた。これは，市原らが指摘しているように，児の気管切開術の決定において，「意思表示できない子どものことについて意思決定を迫られる苦悩・葛藤」や「気管切開による利益の不確かさ」があった[10] と述べていることに匹敵する。一方，市原らは母親が児の気管切開術を受け入れるには，子どもの健康問題による緊急性や母親の期待する子どもの状態を考慮して意思決定[11] する必要性を明らかにしている。本研究の母親も児の気管切開術を承諾するときに，同様に今後の児の状態を考慮して意思決定している。ここで看護師が担う役割は，母親に児の健康問題が持つ緊急性を医師に十分聞けるよう調整し，気管切開によって児の医療的管理が簡便化することで児の身体的負担を軽減できる，ということを説明することだと考える。

事故発生から間もない頃は児の障害について認めなかった母親も，やがて時間が経過するにつれて児の障害を認めざるを得ないことに気づいていく。しかしその一方で，児を在宅介護へ移行させる過程の中，児の環境を病院から在宅へ変えることで児の病状が少しでもよくなるのではないかと考えるようになっている。このような事実と異なった母親の意識は，母親が児の事故に対し大きな責任を感じているという背景が関与している可能性がある。

２．母親の児への思いの強さと児との生活への葛藤

児が在宅で療養するには，主たる介護者となる母親が医療的ケアを習得することが要件の１つになる。このとき母親は，児が少しでも楽になるように自分が手助けできればと使命感を持ち，これが医療的ケアを習得するきっかけとなる。母親が児に対して【自分しか守ってあげられない】と考えることは，母親の児への責任と後悔の大きさを表しているように思えるが，同時に児の在宅での介護を覚悟し，それを継続していく原動力とも受け取れる。宮谷らの調査で，医療的ケアを患児家族が行うようになる理由で明らかなものは「在宅準備のため」[12] であることがわかっている。医療的ケアの習得は，医療者ではない母親にとって簡単なものではない。しかし自身の役割を自覚した母親は，心の中で児を在宅で介護していくという気持ちが芽生えるのを知り，児との在宅生活を思い描けるようになってきたものと考えられる。母親は【児とともに過ごす生活への葛藤】として，医療的ケアに自分が参加することに恐怖や不安感を持っていたものの，児のために自分が頑張らないといけないという思いを強く持ち，それが積極的に医療的ケアの習得を目指すことにつながったと思われる。

前述したように，母親が児の在宅での介護を決断した要因は児の病状変化に対する期待があるが，それだけでなく，母親が家族や医療者などから受けた励ましを受け止められるようになったこともその１つと考えられる。北川らの報告によると，患児の在宅ケアが実現するには，家族が患児とともに家庭での生活を希望し，在宅介護の意思決定をすることが重要である[13]。本研究の母親も児と暮らす生活を望んだからこそ，在宅介護への意思決定ができたと言える。この意思決定は，母親を取り巻く人々からの支援がなければ成り立たないおそれがある。母親は，在宅に戻ったときに医療者のいない環境で児に対して日々必要な医療的ケアを繰り返し行っていかなくてはならないという現実がある。楢原は，患者家族が実際に在宅での生活を行うにあたり，患者の病状の変化への対応と医療の無資格者であっても医療処置を行っていかなければならない身体的・精神的な負担がある[14] と報告している。夫や祖母など家族からの励まし，そして医療者の支援は，児の在宅での介護を目指している母親にとって，大きな支えとなったと考えられる。

しかし，いよいよ児の退院の時期を迎えると，母親の葛藤は大きくなってきた。桑田は，母親は在宅療養に移行するとき，在宅ケアをイメージして覚悟していたわけではなく，子どもが退院したその日から始まっていたという状態であった[15] と述べている。このことから，児の病状回復のための在宅介護の選択ではあったが，退院後の児の介護は母親以外の夫や祖母も担うものの，やはり主たる介護者は母親であり，入院中から続く児のけいれん発作への対応や日々の介護ケアが母親にとってプレッシャーとなっていったことは容易に想像できる。山内らも，児の在宅介護の主たる介護者は母親であることが多く，このような母親に身体的・精神的負担が重くのしかかっていると考えられ，いったん在宅ケアに移行しても，母親が周囲にサポートを求められず子どもの世話を一人でかかえ込んでしまうと，結果的に病状が悪化して，在宅ケアの継続が難しくなることさえある[16] と指摘している。このような問題を生じさせないために，医療者は母親の思いを汲みながら在宅での児の介護が継続できるよう，母親の求める情報を提供し資源の活用によるメリットについて説明するなどの関わりを持つ必要があるだろう。

３．生活の再構築に挑む母親

さて，いよいよ在宅介護を開始した母親は，自身の責任を自覚するあまり他者を介入させることへの嫌悪感を持ち，それと同時に，障害を持った児に対する社会の目を気にしながら自分だけで介護を続けようと努力していた。しかし，母親は心身ともに自身の限界を感じ，ついに介護サービスの導入を考えるようになる。それだけではなく，母親は同じように在宅で児の介護をしている母親の集まり

に出向き，児の介護に関する情報交換をすることで，自己の体験を共有でき，苦しいのは自分一人ではないという思いから有益な仲間を得たと考えられる。そして，この場の存在が，児の在宅介護を諦めかけた母親にとって再度在宅生活の再構築を試みるきっかけになっていたと考えられる。桑田[17]も，「母親同士の関わりの中で情報を得て，少しでも良い環境を子どもに与えたいと願っている」と述べている。こうして母親は【生活の再構築の可能性にかける】決意を持ち，児の在宅介護を再出発させることで，これまで感じられなかった生活の生きがいとなっていた。

こうして在宅での介護の目途が立ち，考え方に余裕を持ち始めた母親が，これまで受け入れられなかった児の不可逆的な障害といよいよ向き合っていくようになることが期待される。本研究の母親は，当初児に現実に起きている変化をありのままに受け止めておらず，児の状態に満足していなかった。常に児の病状回復への願望を持ち続けていた母親は，児の病状回復のための最善の方法として在宅介護を選択した。一時は在宅介護継続を諦めかけたが，再度児の在宅での介護に挑戦できた。これは母親にとって自信につながるはずである。そしてそのことが，母親が児の障害について考え始める心のゆとりを生むのではないだろうか。

重度の障害のある患児であっても，在宅で療養し家庭が共に暮らすことで患児のQOLが向上し，家族そのものの成長・発達が促されていく効果がある。医療者は，児の在宅での介護を実現できるよう，医療的ケアに関する知識や技術，介護サービスを含む社会資源の情報などの提供を行い，それに加えて，児の病状回復への願望を持ち続けているという母親の思いを忘れずに，母親と関わっていくことが必要であると考えられる。

4．出来事が忘れられない母親

児の状態が安定し，在宅での介護が軌道に乗ったとしても，重要な課題が母親に残っている。それは，児の溺水という出来事のしこりを，母親がずっと持ち続けているということである。溺水が起こってしまった，という母親の【自責の念】は，時間の経過とともに消失していくのではなく，常に母親の心の中に存在しており，出来事を思い出させることが起きるとフラッシュバックとして表出していると考えられる。藤原は，障害に対する母親の思いは内面化されているのであり，消失したわけではなく，母親が葛藤を乗り越え，「障害を克服した」かのように受け止められ，「強い母親モデル」が障害児の関係者の中で形成されていく[18]と述べており，本研究の母親も同様の心理状況があると考えられる。その際，患者会のような同じ境遇にある母親同士が語り合う場は，子どもの病気や日常生活に関する相談や情報収集ができる場としての役割がある。母親の心の中にある自責の念を少しでも和らげることができるように，母親が自己の体験の語りや仲間作りができるような場が必要であると考えられる。

Ⅵ．おわりに

医療の進歩に伴い，今後ますます溺水による児の死亡例は減少すると考えられるが，低酸素性脳症に対する効果的な治療が進んでいないことから，溺水に遭遇した児は重篤な障害を負いながら生活していかなければならないことに変わりはない。近年溺水のような不慮の事故の危険因子に関する研究がすすんでおり，事故の予防策が提案されている。１つの事故にはいくつかの要因が影響しあっており，事故は母親一人だけの責任でないことは明確になっている。それにもかかわらず母親は自身を責め，自責の念を持ち続けている，ということが本研究を行ったことで認識できた。医療者は，このような母親の心理を念頭に入れ，入院当初から医師や臨床心理士，リエゾンナースなどが看護師と協力して，母親の心理サポートを充実させるような体制づくりを検討したい。また，今回明らかとなった母親の前向きな側面を信じ，それを支えていくような関わりを行っていきたいと考える。

謝　辞

本研究の調査にご協力くださいました研究参加者の皆様，調査に快く協力してくださった調査施設の皆様に深く感謝申し上げます。（本稿は，滋賀医科大学大学院医学系研究科修士課程看護学専攻修士論文の一部を修正加筆したものである。）

要　旨

本研究の目的は，溺水による低酸素性脳症となった児の母親の入院から現在までの闘病過程とその心理的プロセスを明らかにすることである。本研究に同意を得た溺水による低酸素性脳症児の母親４名を対象に半構成的インタビューを実施した。インタビュー内容は，児の出来事から現在の生活までの母親の児に対する思いという視点から質的に分析した。その結果，母親の心理として【突然の出来事による混沌とした状況】【病状回復への願望】【自分しか守ってあげられない】【児とともに過ごす生活への葛藤】【生活の再構築の可能性にかける】【自責の念】の６つのカテゴリーが抽出された。このことから，看護者は，母親に対して児の病状回復への願望をもち続けて

いる思いを尊重しながら関わり，出来事のしこりを持ち続けている母親の心理サポートを充実させていく必要があると考えられた。

Abstract

The purpose of this study was to identify the psychological process for mothers of children with hypoxic encephalopathy after near drowning from their initial hospitalization throughout the treatment process, and to investigate support provided by medical staff. Semi-structured interviews were carried out with four mothers of children with hypoxic encephalopathy after near drowning. Qualitative analyses were carried out the contents of the interviews, which focused on the mothers' sentiments toward their children from the accident through to the present day. The following six categories were found to make up the mothers' psychological states: (1) Turmoil caused by the sudden accident. (2) Desire for recovery. (3) Feeling they were the only ones who could protect their children. (4) Conflict faced in living with their children. (5) Focus on reconstructing their lives. (6) A guilty conscience. It was deduced that nursing staff need to respect the mothers' desires for their children's recovery during interaction, and they should provide the sufficient psychological support for mothers.

文　献

1）厚生統計協会　編：国民衛生の動向・厚生の指標　臨時増刊号，54(9)，51-55，2009.
2）益子邦洋：病院前救急診療の幕開け，救急医学，33，497-502，2009.
3）加部一彦：NICUからみた小児訪問看護の可能性と課題，訪問看護と介護，14，221，2009.
4）石井博子，田中哲郎：子どもの事故防止の可能性と保育園保護者の望む事故防止情報入手先，保育と保健，11(2)，29-35，2005.
5）井上玲子：事故を負った子どもと保護者への心理的支援，小児看護，29(3)，297-302，2006.
6）渡辺裕子：生命の危機状態にある患者家族をケアする看護師のジレンマ，家族看護，3(2)，15，2005.
7）井上玲子：前掲論文５）.
8）黒木茂一，田中明子：致命的重度の事故外傷　溺水，小児看護，29，328-333，2006.
9）多田美奈，松尾壽子，他：子どもの障害を受容したきっかけと受容過程，助産婦雑誌，55，346-351，2001.
10）市原真穂，荒木暁子，他：乳幼児期の重症心身障害児の気管切開に関する家族の意思決定，千葉看護学会会誌，13(1)，77-84，2007.
11）市原真穂，荒木暁子，他：前掲論文10).
12）宮谷恵，小宮山博美，他：患児の家族による医療的ケアの習得に関する調査，日本小児看護学会誌，11(1)，44-50，2002.
13）北川かほる，前岡幸憲，他：家庭療養に向けての指導のポイント呼吸管理を必要とする場合，小児看護，20(11)，1526-1527，1997.
14）楢原直美：在宅移行期にある患者・家族の退院へ向けてのアプローチ －患者・家族のQOL維持・向上できるためには－，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録，24，357-364，1999.
15）桑田弘美：障害児の在宅ケアにおける家族への支援体制強化に関する調査研究Ⅲ　難病や障害を持つ子と家族への支援の方向性，日本看護学会論文集（地域看護），36，132-134，2005.
16）山内尚子，奈良間美保，他：二分脊椎症児の就園児の適応状況と母親のストレス，日本小児看護学会誌，8，112-117，1999.
17）桑田弘美：障害児の在宅ケアにおける家族への支援体制強化に関する調査研究Ⅱ　難病を持つ子の母親の在宅ケアの実際，日本看護学会論文集（地域看護），35，33-35，2004.
18）藤原理佐：重度障害児家族の生活 ケアする母親とジェンダー，明石書店，東京，85-89，2006.

［平成21年６月８日受　　付
平成22年６月30日採用決定］

－研究報告－

訪問看護ステーション管理者の営業を含めた経営能力と収益との関連

The Relation Between the Manager's Administrative Abilities Including Business Activities in Visiting Nursing Stations and the Station's Financial Profits

藤井千里[1)] Chisato Fujii　赤間明子[2)] Akiko Akama　大竹まり子[3)] Mariko Ohtake　鈴木育子[3)] Ikuko Suzuki
細谷たき子[3)] Takiko Hosoya　小林淳子[3)] Atsuko Kobayashi　佐藤千史[4)] Chifumi Sato　叶谷由佳[2)] Yuka Kanoya

キーワード：訪問看護ステーション，管理者，経営能力，営業活動，収益
Key Words：visiting nursing station, nursing manager, administrative ability, business activities, financial profit

Ⅰ．緒　言

医療制度改革が激変する中，在宅医療の分野において訪問看護ステーション（以下，ステーションとする）の存在は重要視されており，平成16年度に「訪問看護推進事業」が創設された[1)]。しかし，ステーションの新設件数は，平成12年度を境に微増傾向にあり，「ゴールドプラン21」の設置目標である9,900カ所をいまだ満たしていない[2)]。

ステーションは，保健師・看護師が総括責任者として訪問看護事業を担っているが，経営上の理由により廃止せざるをえないステーションも少なくない[3)]。訪問看護制度が創設されて15年以上経過している現在，ステーション数の伸び悩みについての諸問題が明らかにされ始めている。ステーションの伸び悩みの要因は，訪問看護師不足，訪問看護に対する診療報酬上の適正な評価不足，採算が取れないこと，利用者不足等が挙げられている[4－6)]。一方，現行制度でもステーションの経営を安定的に行っているステーションが存在することや，コンサルテーションを受けたステーションは明らかに経営が向上したとの報告もされている[7,8)]。石橋は，成功しているステーションの収入構造には，訪問看護事業に主力を注ぎ高単価・高回数で収入を伸ばしているグループと，人員の増強・多様な職員により事業の多様化を図りつつ収入規模の拡大を図っているグループの２つに大別できることを明らかにしている[9)]。経営については，設置主体主導の運営を行っているステーションよりも訪問看護ステーションの管理者（以下，管理者とする）が経営の権限を有しているステーションの方が，利用者数は増加傾向であることが報告されている[10,11)]。経営体制と収支状況との関係では，経営管理が充実しているステーションほど収支も良好であり，「経営戦略」「経営計画ないし事業計画」を策定しているステーションで「黒字」の割合が高いという傾向にあることが報告されている[12)]。

また，ステーションは看護職が唯一独立して開業できる職場であり，企業と同様に管理者である看護職はビジネス感覚も強化していく必要がある。企業の衰退は営業部次第であるといわれ始め，今日，営業部のあり方が問われてきている[13)]。ステーションの経営は，利用者数と延べ訪問回数で決まるという指摘もあることから[14)]，ステーションにおいても利用者獲得に向けた営業活動は必要不可欠な要素であると考える。

経営における営業の重要性については，いくつかの文献で解説的に述べられてはいるものの[11,15－22)]，営業を管理者の経営能力の一部とは捉えていない。また，営業を含めた管理者の経営能力と収益との関連に焦点を当てて行われた研究はほとんどない。ステーションの収益を上げるためは，顧客確保や収支に関する管理能力も必要である。ステーションの運営を存続していくには，この点の強化も必要であり，追求していくことが求められる。

そこで，本研究の目的は，ステーションの管理者を対象に営業を含めた管理者の経営能力と収益との関連を明らかにすることである。これらを明らかにすることで，ステーションの経営を安定化させるための示唆を得ることができると考える。

１）山形大学医学部付属病院　Yamagata University School Hospital of Medicine
２）北海道大学大学院保健科学研究院　Faculty of Health Sciences, Hokkaido University
３）山形大学医学部看護学科　School of Nursing, Yamagata University
４）東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科　Graduate School of Health Care Sciences, Tokyo Medical and Dental University

Ⅱ．用語の操作的定義

1．経営：ステーションにおける事業の目的に沿って経済的活動を行うことと定義する。
2．収益：平成19年度の総事業収入から総事業支出を引いた金額とする。
3．経営の安定化：ステーションにおける収益がプラス（黒字）となることと定義する。
4．管理者の経営能力：ステーションの経営を行っていくのに必要と思われる管理者の知識や行動と定義する。
5．訪問看護における営業：収支を考え，顧客確保を念頭に入れて行う活動と定義する。

Ⅲ．対象と方法

1．対象

平成20年６月30日現在，独立行政法人福祉医療機構の運営している福祉・保健・医療の総合情報サイト（WAM NET）に掲載されている事業所数より，掲載されているリストのうち‘みなし’として登録されているステーションを除外したステーション（実質的に運営している事業所）から，10番目ごとに標本を無作為に10％抽出したステーション643カ所の管理者643名である。

2．調査期間：平成20年７月23日～８月15日

3．調査方法

調査用紙を抽出選定した643カ所のステーションの管理者宛に郵送し，無記名による自記式質問紙調査を行った。調査の回答は，調査の承諾が得られた対象者から個別に直接郵送にて回収した。

4．調査内容

1）ステーションの概要

石垣ら[3]の研究や2006（平成18）年度訪問看護・家庭訪問基礎調査[23]を参考に，平成19年度の利用者数と延べ訪問回数，平成20年６月30日現在の従事者数，設置主体，実習生の受け入れ状況の４項目について尋ねた。

2）平成19年度の収入金額と支出金額

訪問看護事業による平成19年度の収入金額と支出金額，居宅介護支援事業所を併設している場合は，居宅介護支援事業による平成19年度の収入金額と支出金額，総事業による平成19年度の収入金額と支出金額の３項目について尋ねた。

3）管理者の属性

石垣ら[10]や髭ら[24]の研究を参考に，年齢，最終学歴，経営管理に関する学習経験の有無の３項目について尋ねた。

4）主たる管理業務を行っている者

石垣ら[10]の研究を参考に，運営・経営管理，人事・労務管理，業務管理，教育・研究の４分類，18項目を設定した。主たる実施者１名を尋ねるため選択肢を「管理者」，「訪問看護師」，「事務職員」，「設置主体」，「その他」と設定し，そこから１つ選択するよう尋ねた。「管理者」と「管理者以外」の２つのカテゴリーに分類し，分析した。

5）管理者の経営能力

山崎[25]の研究や稲田ら[26]の婦長機能評価マニュアル，2005年度訪問看護ステーション多機能化事業の推進とコンサルテーション事業報告書[27]の調査票を参考に，訪問看護にかかわる最新情報，実践的経営，人事・労務管理，人材育成，組織・運営管理の５分類，23項目を設定した。それらの項目に対して「全くその通りである」「ほぼその通りである」「あまりそうでない」「全くそうでない」の４段階で尋ねた。「全くその通りである」「ほぼその通りである」を「その通りである」，「あまりそうでない」「全くそうでない」を「そうでない」の２つのカテゴリーに分類し，分析した。

6）利用者獲得に向けた営業

安齋ら[11]や他の文献[28－30]を参考に，営業に対する意識（１項目），営業の実施状況（18項目）の19項目を設定した。調査項目は，大学の地域・在宅看護学教員４名と吟味し，さらにステーションの管理者１名にも意見を聞き，最終的に調査項目を精選した。なお，訪問看護は利用者との契約の元に成立するという特徴があり，訪問看護師の印象や接遇は，直接，契約に影響すること[31]，高い顧客満足度は，ステーションの知名度が向上し，最終的には顧客が増え安定した収益の維持が可能となることから，接遇態度について評価していくことも重要である[30]ことが指摘されている。これらの文献を参考に，利用者獲得に向けた接遇教育に関する項目も営業として位置づけて尋ねた。「はい」「いいえ」「どちらともいえない」の３段階で尋ね，「はい」と「いいえ」「どちらともいえない」を「いいえ」とした２つのカテゴリーに分類し，分析した。

5．分析方法

データの分析は，各変数別に単純記述統計を行なった。また，従属変数を収益とし，各変数間との関連について，χ^2検定，Fisherの直接確率検定，Mann-WhitneyのU検定，Kruskal-Wallisの順位和検定を行った。データの分析には，統計処理ソフトSPSS12.0Ｊ for Windowsを用いた。

6．倫理的配慮

調査対象者に研究の趣旨，目的，プライバシーの保護，調査への参加は自由意志であることを文書で説明した。調査は無記名で，回収は個別に郵送にて行った。調査用紙の返信をもって本研究に同意を得られたものとした。本研究は，山形大学医学部倫理委員会から承認を受けて行われた。

Ⅳ．結　　果

643通中，宛名不明が６通，事業休止が１カ所であった。調査用紙の回収数は，110カ所（回収率17.3％）であった。結果の分析は，回収数110カ所のうち，収入金額と支出金額の記載があったもののみを分析対象とした。すなわち，有効回収数64カ所（有効回収率10.1％）について分析を行った。

１．ステーションの概要

ステーションの概要については，表１に示した。開設主体で最も多いのが「医療法人」で16カ所（25.0％）であっ

表１　ステーションの概要

N＝64

項　　目	n	（％）
＜設置主体＞		
医療法人	16	(25.0)
社会福祉法人	10	(15.6)
社団・財団法人	10	(15.6)
看護協会	7	(10.9)
国・地方公共団体	5	(7.8)
医師会	4	(6.3)
公的・社会保険関係団体	4	(6.3)
会社	4	(6.3)
NPO	1	(1.6)
その他	3	(4.6)
＜実習生の受け入れの状況＞		
受け入れている	44	(69.8)
受け入れていない	19	(30.2)

項　　目	n	中央値	（最小値 － 最大値）
＜１ステーションあたりの従事者数＞			
常勤換算従事者数（人）	64	4.6	(2.0 － 29.8)
訪問看護提供従事者常勤換算（人）	64	4.3	(1.3 － 26.5)
保健師常勤換算（人）	64	0.0	(0.0 － 2.0)
看護師常勤換算（人）	64	4.0	(0.0 － 23.1)
准看護師常勤換算（人）	64	0.0	(0.0 － 4.3)
理学療法士常勤換算（人）	64	0.0	(0.0 － 3.0)
作業療法士常勤換算（人）	64	0.0	(0.0 － 2.0)
言語聴覚士常勤換算（人）	64	0.0	(0.0 － 0.5)
事務職員常勤換算（人）	64	0.0	(0.0 － 2.2)
その他常勤換算（人）	64	0.0	(0.0 － 1.7)
＜１ステーションあたりの利用者数＞			
介護保険（人）	57	223.0	(0.0 － 2,081.0)
医療保険（人）	57	35.0	(1.0 － 840.0)
その他（人）	59	0.0	(0.0 － 24.0)
＜１ステーションあたりの延べ訪問回数＞			
介護保険			
訪問看護Ａ（回）※１	63	0.0	(0.0 － 21.0)
訪問看護１（回）※２	63	479.0	(0.0 － 3,806.0)
訪問看護２（回）※３	63	1,381.0	(0.0 － 5,340.0)
訪問看護３（回）※４	63	93.0	(0.0 － 1,752.0)
訪問看護７－１（回）※５	63	0.0	(0.0 － 288.0)
訪問看護７－２（回）※６	63	0.0	(0.0 － 2,909.0)
医療保険（回）	63	900.0	(33.0 － 9,569.0)
その他（回）	63	0.0	(0.0 － 340.0)

注１）※１訪問看護Ａ（早朝･夜間，深夜のみ）	20分未満	285単位
注２）※２訪問看護１	30分未満	425単位
注３）※３訪問看護２	30分以上60分未満	830単位
注４）※４訪問看護３	60分以上90分未満	1,198単位
注５）※５訪問看護７－１（理学療法士等）	30分未満	425単位
注６）※６訪問看護７－２（理学療法士等）	30分以上60分未満	830単位

た。上位３主体は「医療法人」「社会福祉法人」「社団・財団法人」で，56.2％を占めた。実習生の受け入れ状況については「受け入れている」ステーションは，44カ所（69.8％）であった。

平成20年６月30日現在，ステーションの常勤換算従事者数の中央値は4.6人であり，訪問看護提供従事者数の常勤換算は中央値4.3人であった。従事者数では，看護師が最も多く，看護師数の中央値は4.0人であった。

平成19年度における利用者数については，介護保険利用の中央値が223.0人，医療保険利用は中央値35.0人で，介護保険利用状況と医療保険利用状況を比較すると，介護保険利用の方が多かった。延べ訪問回数は，介護保険利用の中の「訪問看護２」が最も多く，「訪問看護２」の中央値は1381.0回であった。次いで，医療保険利用の順で多く，医療保険利用の中央値は900.0回であった。

２．平成19年度の収益

平成19年度の収益については，ステーションのみの運営の中央値は1,143千円，居宅介護支援事業所を併設しているステーションの中央値は1,542千円であった。居宅介護支援事業所を併設しているステーションは，ステーションのみの運営に比べ，収益が約40万円弱多い結果であった。

ステーションの規模による平成19年度の収益については，規模を大型化ステーションと小型化ステーションとに分類するために，常勤換算従事者数の中央値の値を用いて収益を集計した。中央値（4.6人）未満のステーションの収益の中央値は，１千円であった。一方，中央値以上のステーションの収益の中央値は，3,104千円であった。

３．管理者の属性

管理者の属性については，年齢は「50歳台」が31人（48.4％），最終学歴は「専修学校・専門学校」が54人（84.4％）と最も多かった。経営管理に関する学習経験の有無については「学んでいない」が35人（48.6％）と最も多く，次いで，「看護管理を学んだことがある」が23人（31.9％）であった。

４．主たる管理業務を行っている者，管理者の経営能力や利用者獲得に向けた営業

管理業務を主に行っている実施者については，表２に示した。尋ねた結果，管理者が主たる実施者として取り組んでいた項目で最も多かったものは，以下の通りであった。

経営・運営管理では「医療機関や保健所等への広報活動」が44人（72.1％），人事・労務管理では「スタッフの個別の勤務状況の把握」が57人（89.1％），業務管理では，「利用者からの苦情対応」が59人（92.2％），教育・研究では「スタッフへの教育」が50人（78.1％）であった。

管理者の経営能力については，表３に示した。管理者が「その通りである」であると回答した割合が最も多かった上位３項目は，「自らの任務や仕事に対し，責任を持って取り組んでいる」63人（98.4％），「健康診断や健康相談を定期的に行い，スタッフの身体的・精神的な健康管理を行っている」60人（93.8％），「訪問看護の質を向上させる

表２　管理業務の主たる実施者

N＝64

項　　目	管理者 n　(%)	訪問看護師 n　(%)	事務職員 n　(%)	設置主体 n　(%)	その他 n　(%)
＜運営・経営管理＞					
運営方針策定	35（57.5）	0（ 0.0）	1（ 1.6）	24（39.3）	1（ 1.6）
予算・決算業務，収支状況分析	19（30.6）	0（ 0.0）	5（ 8.1）	36（58.1）	2（ 3.2）
運営・経営会議の開催，出席	30（48.3）	0（ 0.0）	0（ 0.0）	28（45.2）	4（ 6.5）
診療報酬請求に伴う業務，事務作業	23（36.5）	7（11.1）	32（50.8）	1（ 1.6）	0（ 0.0）
地域住民への広報活動	36（59.0）	7（11.5）	1（ 1.6）	12（19.7）	5（ 8.2）
医療機関や保健所等への広報活動	44（72.1）	5（ 8.2）	1（ 1.6）	9（14.8）	2（ 3.3）
＜人事・労務管理＞					
スタッフの採用・退職に関する業務	24（37.5）	0（ 0.0）	2（ 3.1）	34（53.1）	4（ 6.3）
スタッフの個別の勤務状況の把握	57（89.1）	1（ 1.6）	1（ 1.6）	3（ 4.6）	2（ 3.1）
スタッフの給与計算，給与支払い手続き	4（ 6.3）	0（ 0.0）	11（17.2）	46（71.9）	3（ 4.6）
＜業務管理＞					
スタッフの担当決め・訪問スケジュール管理	54（84.3）	8（12.5）	0（ 0.0）	1（ 1.6）	1（ 1.6）
業務マニュアル，記録様式の整備	41（64.1）	21（32.8）	0（ 0.0）	2（ 3.1）	0（ 0.0）
利用者からの苦情対応	59（92.2）	1（ 1.6）	0（ 0.0）	1（ 1.6）	3（ 4.6）
衛生材料等の管理	23（35.9）	35（54.7）	2（ 3.1）	4（ 6.3）	0（ 0.0）
自動車等の管理	24（37.5）	7（10.9）	6（ 9.4）	26（40.6）	1（ 1.6）
廃棄処理等の管理	25（40.3）	19（30.6）	5（ 8.1）	13（21.0）	0（ 0.0）
＜教育・研究＞					
スタッフへの教育	50（78.1）	9（14.1）	0（ 0.0）	3（ 4.7）	2（ 3.1）
事例検討会の実施	30（48.4）	29（46.8）	0（ 0.0）	1（ 1.6）	2（ 3.2）
学生実習担当等の受け入れ，対応	44（71.0）	11（17.7）	0（ 0.0）	1（ 1.6）	6（ 9.7）

表３　管理者の経営能力

N＝64

項　　目	その通りである n（%）	そうでない n（%）
＜訪問看護にかかる最新情報＞		
訪問看護事業に関係する法律や制度の最新情報を入手している	58（90.6）	6（ 9.4）
訪問看護に関する最新の技術的知識を取り入れている	51（79.7）	13（20.3）
＜実践的経営＞		
経理・財務について基本的な理解をしている	37（57.8）	27（42.2）
管理者としての機能や役割を理解している	50（78.1）	14（21.9）
経営理念を策定している	48（75.0）	16（25.0）
経営戦略を策定している	36（57.1）	27（42.9）
経営計画あるいは事業計画を策定している	44（68.8）	20（31.2）
経営計画あるいは事業計画の達成目標を策定している	46（71.9）	18（28.1）
年度計画に沿った予算管理と決算を行っている	38（59.4）	26（40.6）
地域の人口動態や利用者動向・地域特性の把握等を行い，そこから収支を予測している	20（31.2）	44（68.8）
事業収入と支出額を把握し，採算性の評価をしている	40（63.5）	23（36.5）
自分の考えや意見を簡潔明瞭に説明している	46（71.9）	18（28.1）
＜人事・労務管理＞		
労働関係法規について理解し，遵守している	45（71.4）	18（28.6）
適正な人員確保をし，適正な配置を行っている	48（75.0）	16（25.0）
スタッフが意欲的に取り組める勤務計画表を作成している	52（81.3）	12（18.7）
スタッフや職場の安全管理を行なっている	59（92.2）	5（ 7.8）
健康診断や健康相談を定期的に行い，スタッフの身体的・精神的な健康管理を行っている	60（93.8）	4（ 6.2）
＜人材育成＞		
訪問看護の質を向上させるために，スタッフに学ぶ機会を与えている	60（93.8）	4（ 6.2）
スタッフの能力の評価を適正に行っている	52（81.3）	12（18.7）
＜組織・運営管理＞		
スタッフの意見を尊重し，組織の改革･改善に取り組んでいる	59（92.2）	5（ 7.8）
あらゆる手段で必要な情報を収集して，分析し有効に活用している	37（58.7）	26（41.3）
一つの立場や考え方にこだわらず，その場に応じた判断や対応を行っている	57（89.1）	7（10.9）
自らの任務や仕事に対し，責任を持って取り組んでいる	63（98.4）	1（ 1.6）

表４　利用者獲得に向けた営業

N＝64

項　　目	はい n（%）	いいえ n（%）
＜営業に対する意識＞		
管理者及びスタッフは利用者だけでなく，家族も顧客として意識して関わっている	62（96.9）	2（ 3.1）
＜営業の実施状況＞		
主治医が訪問看護に何を求めているか把握するようにしている	60（93.8）	4（ 6.2）
新規開業した診療所には管理者がいち早く挨拶に行き，ステーションを紹介している	12（18.7）	52（81.3）
利用者を紹介してもらった病院には直接訪問するようにしている	46（71.9）	18（28.1）
利用者の主治医に対し，営業のためステーションの過去の訪問看護の実績を示している	5（ 7.8）	59（92.2）
ケアマネジャーに対し，営業のためステーションの過去の訪問看護の実績を示している	9（14.1）	55（85.9）
行政や社会福祉協議会等の各種団体がステーションに気軽に相談できるような関係を築くようにしている	40（62.5）	24（37.5）
地域の訪問看護事業所と情報交換・連携のための関係を築いている	54（84.4）	10（15.6）
地域住民対象が訪問看護を理解するための活動を行っている	16（25.0）	48（75.0）
地域で行われている活動またはイベントに参加している	25（39.1）	39（60.9）
地域ケア会議へ積極的に参加をしている	47（73.4）	17（26.6）
地域の委員会や協議会等の委員や役割を積極的に受けている	26（41.3）	37（58.7）
利用者へ提供した訪問看護の満足度を把握している	32（50.0）	32（50.0）
利用者獲得のための活動の評価をしている	8（12.5）	56（87.5）
利用者獲得のための活動に関する学習会に管理者もしくはスタッフが参加している	21（32.8）	43（67.2）
管理者は利用者獲得のための活動に関する文献や書物を読んでいる	26（40.6）	38（59.4）
スタッフに対し接遇について教育している	39（60.9）	25（39.1）
ホームページを開設し，常に見直している	12（18.7）	52（81.3）
調査・研究等の協力および共同研究を実施している	21（32.8）	43（67.2）

表５　ステーションの概要と収益との関連

N＝64

項目		n	中央値	（最小値 － 最大値）	
＜実習生の受け入れの有無＞					
受け入れあり		44	2,073	（－17,440 － 16,877）	*
受け入れなし		19	0	（－12,351 － 16,015）	
＜１ステーションあたりの従事者数＞					
常勤換算従事者数（人）	中央値（4.6人）未満	32	1	（－8,978 － 12,240）	**
	中央値以上	32	3,104	（－17,440 － 16,877）	
訪問看護提供従事者常勤換算（人）	中央値（4.3人）未満	32	0	（－12,351 － 7,552）	**
	中央値以上	32	4,616	（－17,440 － 16,877）	
看護師常勤換算（人）	中央値（4.0人）未満	30	228	（－12,351 － 16,015）	**
	中央値以上	33	3,371	（－17,440 － 16,877）	
＜１ステーションあたりの利用者実人数＞					
介護保険（人）	中央値（223人）未満	28	334	（－17,440 － 11,141）	*
	中央値以上	29	2,006	（－6,852 － 16,877）	
医療保険（人）	中央値（35人）未満	28	149	（－17,440 － 11,141）	*
	中央値以上	29	1,754	（－1,684 － 16,877）	
その他（人）	中央値（1人）未満	54	1,609	（－17,440 － 16,015）	n.s
	中央値以上	5	－896	（－1,684 － 16,877）	
＜１ステーションあたりの介護報酬別訪問回数＞					
介護保険					
訪問看護Ａ（回）※１	中央値（１回未満）	60	1,528	（－17,440 － 16,015）	n.s
	中央値以上	3	6,218	（－574 － 16,877）	
訪問看護１（回）※２	中央値（479回）未満	31	1,143	（－10,000 － 12,240）	n.s
	中央値以上	32	2,285	（－17,440 － 16,877）	
訪問看護２（回）※３	中央値（1381回）未満	31	0	（－12,351 － 6,291）	**
	中央値以上	32	4,094	（－17,440 － 16,877）	
訪問看護３（回）※４	中央値（93回）未満	31	1,542	（－12,351 － 16,015）	n.s
	中央値以上	32	1,612	（－17,440 － 16,877）	
訪問看護７－１（回）※５	中央値（１回）未満	46	698	（－12,351 － 10,971）	**
	中央値以上	17	5,480	（－17,440 － 16,877）	
訪問看護７－２（回）※６	中央値（１回）未満	37	0	（－10,000 － 10,971）	**
	中央値以上	26	2,779	（－17,440 － 16,877）	
医療保険（回）	中央値（900回）未満	31	454	（－12,351 － 16,015）	n.s
	中央値以上	32	2,161	（－17,440 － 16,877）	
その他（回）	中央値（１回）未満	58	1,609	（－17,440 － 16,015）	n.s
	中央値以上	5	－896	（－1,684 － 16,877）	

注１）Mann-Whitney の U 検定　$^{*}p<0.05$　$^{**}p<0.01$　n.s : not significant
注２）単位：千円
注３）※１ 訪問看護Ａ（早朝・夜間，深夜のみ）　285単位
注４）※２ 訪問看護１　425単位
注５）※３ 訪問看護２　830単位
注６）※４ 訪問看護３　1,198単位
注７）※５ 訪問看護７－１（理学療法士等）　425単位
注８）※６ 訪問看護７－２（理学療法士等）　830単位

ために，スタッフに学ぶ機会を与えている」60人（93.8%）であった。一方，下位３項目は，「地域の人口動態や利用者動向・地域特性の把握等を行い，そこから収支を予測している」20人（31.2%），「経営戦略を策定している」36人（57.1%），「経理・財務について基本的な理解をしている」37人（57.8%）であった。どの項目においても，ほとんどの管理者が「その通りである」と回答をしていたが，「地域の人口動態や利用者動向・地域特性の把握等を行い，そこから収支を予測している」は，「その通りである」に比べ「そうでない」割合が高かった。

利用者獲得に向けた営業については，表４に示した。利用者獲得のために積極的に行なわれていた営業の上位３項目は，「管理者及びスタッフは利用者だけでなく，家族も顧客として意識して関わっている」62人（96.9%），「主治医が訪問看護に何を求めているか把握するようにしている」60人（93.8%），「地域の訪問看護事業所と情報交換・連携のための関係を築いている」54人（84.4%）であった。一方，実施割合が少なかった下位３項目は，「利用者の主治医に対し，営業のためステーションの過去の訪問看護の実績を示している」５人（7.8%），「利用者確保のための活動の評価をしている」８人（12.5%），「ケアマネジャーに対し，営業のためステーションの過去の訪問看護の実績を示している」９人（14.1%）であった。

５．ステーションの概要と収益との関連

ステーションの概要と収益との関連については，表５に示した。「実習生を受け入れている」ステーションは「実習生を受け入れていない」ステーションに比し，有意に高かった。

従事者については，「常勤換算従事者数」の中央値（4.6人）以上のステーションは中央値未満のステーションに比し，有意に高かった。また，「訪問看護提供従事者の常勤換算」の中央値（4.3人）以上のステーションは中央値未満のステーションに比し，有意に高かった。職種別では，「看護師常勤換算」の中央値（4.0人）以上のステーションは中央値未満のステーションに比し，有意に高かった。

利用者の状況については，介護保険利用の中央値（223人）以上のステーションは中央値未満のステーションに比し，有意に高かった。医療保険利用の中央値（35人）以上のステーションは中央値未満のステーション比し，有意に高かった。

延べ訪問回数については，介護報酬別訪問回数では，「訪問看護２」の中央値（1,381回）以上のステーションは中央値未満のステーションに比し，有意に高かった。「訪問看護７－１」「訪問看護７－２」の中央値（１回）以上のステーションは中央値未満のステーションに比し，有意に高かった。

ステーションの規模と実習生の受け入れ状況との関連については，表６に示した。

訪問看護提供従事者の常勤換算が中央値（4.3人）以上のステーションは，中央値未満のステーションに比し，実習生を受け入れている割合が高かった。

表６　ステーションの規模と実習生の受け入れ状況との関連

N＝64

項目		受け入れあり	受け入れなし	
常勤換算従事者数（人）	中央値(4.6人)未満	17（54.8）	14（45.2）	*1）
	中央値以上	27（84.4）	5（15.6）	
訪問看護提供従事者の常勤換算（人）	中央値(4.3人)未満	15（48.4）	16（51.6）	**2）
	中央値以上	29（90.6）	3（ 9.4）	

1）χ^2検定　*p＜0.05
2）Fisherの直接確率検定　**p＜0.01

５．管理者の属性と収益との関連

管理者の属性と収益との関連については，表７に示した。経営管理に関する学習経験では，「経営学を学んだことがある」管理者のステーションは「経営学を学んだことがない」管理者のステーションに比し，有意に高かった。

６．管理者が行っている主たる管理業務と収益との関連

管理者が行っている主たる管理業務と収益との関連については，有意な差は認められなかった。（表８）

７．管理者の経営能力と収益との関連

管理者の経営能力と収益との関連については，表９示した。「経営戦略を策定している」，「経営計画あるいは事業計画の達成目標を策定している」，「事業収入と支出額を把握し，採算性の評価をしている」「あらゆる手段で必要な情報を収集して，分析し有効に活用している」の項目において，「その通りである」と回答した管理者は「そうでない」と回答した管理者に比し，有意に高かった。

表７　管理者の属性と収益との関連

N＝64

項目		n	中央値（最小値 － 最大値）	
＜経営管理に関する学習経験＞（複数回答）				
経営学を学んだことがある	あり	7	5,451（ 0 － 16,877）	*
	なし	57	1,095（-17,440 － 12,240）	
看護管理学を学んだことがある	あり	23	1,095（-17,440 － 16,877）	n.s
	なし	41	1,542（-12,351 － 16,015）	
経済学を学んだことがある	あり	2	1,156（ 0 － 2,312）	n.s
	なし	62	1,528（-17,440 － 16,877）	
学んでいない	あり	35	872（-12,351 － 12,240）	n.s
	なし	29	2,182（-17,440 － 16,877）	
その他	あり	5	2,836（ 2,140 － 8,756）	n.s
	なし	59	1,095（-17,440 － 16,877）	

注１）Mann-WhitneyのU検定　*p＜0.05　n.s: not significant
注２）単位：千円

表８　管理業務の主たる実施者と収益との関連

N＝64

項目		n	中央値	（最小値 － 最大値）	
＜運営・経営管理＞					
運営方針策定	管理者実施	35	1,514	（－17,440 － 16,877）	n.s
	管理者以外実施	26	1,626	（－5,148 － 16,015）	
予算・決算業務，収支状況分析	管理者実施	19	1,811	（－17,440 － 10,971）	n.s
	管理者以外実施	43	872	（－12,351 － 16,877）	
運営・経営会議の開催，出席	管理者実施	30	1,609	（－17,440 － 16,877）	n.s
	管理者以外実施	32	912	（－10,000 － 11,141）	
診療報酬請求に伴う業務，事務作業	管理者実施	23	0	（－6,852 － 10,971）	n.s
	管理者以外実施	40	2,073	（－17,440 － 16,877）	
地域住民への広報活動	管理者実施	36	1,692	（－17,440 － 16,877）	n.s
	管理者以外実施	25	728	（－10,000 － 16,015）	
医療機関や保健所等への広報活動	管理者実施	44	1,692	（－12,351 － 16,877）	n.s
	管理者以外実施	17	668	（－2,698 － 16,015）	
＜人事・労務管理＞					
スタッフの採用・退職に関する業務	管理者実施	24	1,743	（－17,440 － 16,877）	n.s
	管理者以外実施	40	1,119	（－12,351 － 16,015）	
スタッフの個別の勤務状況の把握	管理者実施	57	1,514	（－17,440 － 12,240）	n.s
	管理者以外実施	7	5,352	（－1,112 － 16,877）	
スタッフの給与計算，給与支払い手続き	管理者実施	4	1,743	（0 － 10,955）	n.s
	管理者以外実施	60	1,329	（－17,440 － 16,877）	
＜業務管理＞					
スタッフの担当決め・訪問スケジュール管理	管理者実施	54	1,528	（－17,440 － 16,015）	n.s
	管理者以外実施	10	1,211	（－12,351 － 16,877）	
業務マニュアル，記録様式の整備	管理者実施	41	872	（－17,440 － 16,015）	n.s
	管理者以外実施	23	1,811	（－12,351 － 16,877）	
利用者からの苦情対応	管理者実施	59	1,542	（－17,440 － 16,015）	n.s
	管理者以外実施	5	－1,112	（－12,351 － 16,877）	
衛生材料等の管理	管理者実施	23	728	（－17,440 － 10,955）	n.s
	管理者以外実施	41	1,754	（－12,351 － 16,877）	
自動車等の管理	管理者実施	24	1,732	（－6,852 － 11,141）	n.s
	管理者以外実施	40	1,119	（－17,440 － 16,877）	
廃棄処理等の管理	管理者実施	25	1,143	（－6,852 － 11,141）	n.s
	管理者以外実施	37	1,542	（－17,440 － 16,877）	
＜教育・研究＞					
スタッフへの教育	管理者実施	50	1,612	（－17,440 － 16,015）	n.s
	管理者以外実施	14	1,319	（－12,351 － 16,877）	
事例検討会の実施	管理者実施	30	2,073	（－6,852 － 16,015）	n.s
	管理者以外実施	32	912	（－17,440 － 16,877）	
学生実習担当等の受け入れ，対応	管理者実施	44	1,692	（－12,351 － 16,015）	n.s
	管理者以外実施	18	200	（－17,440 － 16,877）	

注１）Mann-Whitney の U 検定　n.s : not significant
注２）単位：千円

表９　管理者の経営能力と収益との関連

N＝64

項目		n	中央値	（最小値 － 最大値）	
＜訪問看護にかかる最新情報＞					
訪問看護事業に関係する法律や制度の最新情報を入手している	その通りである	58	1,732	（－17,440 － 16,877）	n.s
	そうでない	6	228	（0 － 1,675）	
訪問看護に関する最新の技術的知識を取り入れている	その通りである	51	1,811	（－17,440 － 16,877）	n.s
	そうでない	13	454	（－659 － 5,352）	
＜実践的経営＞					
経理・財務について基本的な理解をしている	その通りである	37	1,754	（－17,440 － 16,877）	n.s
	そうでない	27	668	（－12,351 － 11,141）	
管理者としての機能や役割を理解している	その通りである	50	1,783	（－17,440 － 16,877）	n.s
	そうでない	14	461	（－12,351 － 11,141）	
経営理念を策定している	その通りである	48	1,783	（－17,440 － 16,877）	n.s
	そうでない	16	200	（－12,351 － 7,960）	
経営戦略を策定している	その通りである	36	2,220	（－17,440 － 16,877）	*
	そうでない	27	2	（－12,351 － 12,240）	
経営計画あるいは事業計画を策定している	その通りである	44	1,732	（－17,440 － 16,877）	n.s
	そうでない	20	591	（－12,351 － 12,240）	
経営計画あるいは事業計画の達成目標を策定している	その通りである	46	1,783	（－17,440 － 16,877）	*
	そうでない	18	461	（－12,351 － 3,420）	
年度計画に沿った予算管理と決算を行っている	その通りである	38	1,732	（－17,440 － 16,877）	n.s
	そうでない	26	461	（－12,351 － 12,240）	
地域の人口動態や利用者動向・地域特性の把握等を行い，そこから収支を予測している	その通りである	20	2,247	（－17,440 － 16,877）	n.s
	そうでない	44	698	（－12,351 － 12,240）	
事業収入と支出額を把握し，採算性の評価をしている	その通りである	40	2,161	（－17,440 － 16,877）	**
	そうでない	23	－565	（－12,351 － 6,291）	
自分の考えや意見を簡潔明瞭に説明している	その通りである	46	1,528	（－17,440 － 16,877）	n.s
	そうでない	18	1,449	（－12,351 － 10,955）	
＜人事・労務管理＞					
労働関係法規について理解し，遵守している	その通りである	45	1,811	（－17,440 － 16,877）	n.s
	そうでない	18	770	（－12,351 － 10,955）	
適正な人員確保をし，適正な配置を行っている	その通りである	48	1,760	（－17,440 － 16,877）	n.s
	そうでない	16	984	（－6,852 － 10,955）	
スタッフが意欲的に取り組める勤務計画表を作成している	その通りである	52	1,193	（－17,440 － 16,877）	n.s
	そうでない	12	1,900	（－54 － 7,960）	
スタッフや職場の安全管理を行なっている	その通りである	59	1,709	（－17,440 － 16,877）	n.s
	そうでない	5	454	（－12,351 － 1,095）	
健康診断や健康相談を定期的に行い，スタッフの身体的・精神的な健康管理を行っている	その通りである	60	1,692	（－17,440 － 16,877）	n.s
	そうでない	4	775	（－2,398 － 1,542）	
＜人材育成＞					
訪問看護の質を向上させるために，スタッフに学ぶ機会を与えている	その通りである	60	1,528	（－17,440 － 16,877）	n.s
	そうでない	4	877	（－2,698 － 2,257）	
スタッフの能力の評価を適正に行っている	その通りである	52	1,626	（－17,440 － 16,877）	n.s
	そうでない	12	806	（－2,398 － 10,955）	
＜組織・運営管理＞					
スタッフの意見を尊重し，組織の改革・改善に取り組んでいる	その通りである	59	1,542	（－17,440 － 16,877）	n.s
	そうでない	5	1,095	（－2,398 － 2,257）	
あらゆる手段で必要な情報を収集して，分析し有効に活用している	その通りである	37	1,811	（－17,440 － 16,877）	*
	そうでない	26	228	（－12,351 － 10,955）	
一つの立場や考え方にこだわらず，その場に応じた判断や対応を行っている	その通りである	57	1,675	（－17,440 － 16,877）	n.s
	そうでない	7	454	（－2,398 － 5,352）	
自らの任務や仕事に対し，責任を持って取り組んでいる	その通りである	63	1,514	（－17,440 － 16,877）	n.s
	そうでない	1	1,754	（1,754 － 1,754）	

注１）Mann-Whitney の U 検定　$*p<0.05$　$**p<0.01$　n.s : not significant
注２）単位：千円

表10　利用者獲得に向けた営業と収益との関連

N＝64

項　　目		n	中央値	（最小値 － 最大値）	
＜営業に対する意識＞					
管理者及びスタッフは利用者だけでなく，家族も顧客として意識して関わっている	はい	62	1,528	（－17,440 － 16,877）	n.s
	いいえ	2	1,072	（468 － 1,675）	
＜営業の実施状況＞					
主治医が訪問看護に何を求めているか把握するようにしている	はい	60	1,329	（－17,440 － 16,877）	n.s
	いいえ	4	1,715	（－6,852 － 6,291）	
新規開業した診療所には管理者がいち早く挨拶に行き，ステーションを紹介している	はい	12	1,070	（－17,440 － 10,971）	n.s
	いいえ	52	1,528	（－12,351 － 16,877）	
利用者を紹介してもらった病院には直接訪問するようにしている	はい	46	1,692	（－17,440 － 16,877）	n.s
	いいえ	18	984	（－12,351 － 11,141）	
利用者の主治医に対し，営業のためステーションの過去の訪問看護の実績を示している	はい	5	6,218	（－17,440 － 16,877）	n.s
	いいえ	59	1,143	（－12,351 － 16,015）	
ケアマネジャーに対し，営業のためステーションの過去の訪問看護の実績を示している	はい	9	2,312	（－17,440 － 16,877）	n.s
	いいえ	55	1,514	（－12,351 － 16,015）	
行政や社会福祉協議会等の各種団体がステーションに気軽に相談できるような関係を築くようにしている	はい	40	1,528	（－17,440 － 16,877）	n.s
	いいえ	24	1,274	（－8,978 － 12,240）	
地域の訪問看護事業所と情報交換・連携のための関係を築いている	はい	54	1,329	（－17,440 － 16,877）	n.s
	いいえ	10	1,609	（－12,351 － 6,291）	
地域住民対象が訪問看護を理解するための活動を行っている	はい	16	1,841	（－17,440 － 16,877）	n.s
	いいえ	48	1,119	（－12,351 － 16,015）	
地域で行われている活動またはイベントに参加している	はい	25	1,514	（－17,440 － 11,141）	n.s
	いいえ	39	1,675	（－12,351 － 16,877）	
地域ケア会議へ積極的に参加をしている	はい	47	1,542	（－17,440 － 16,877）	n.s
	いいえ	17	1,143	（－2,698 － 12,240）	
地域の委員会や協議会等の委員や役割を積極的に受けている	はい	26	2,161	（－17,440 － 16,877）	n.s
	いいえ	37	728	（－12,351 － 16,015）	
利用者へ提供した訪問看護の満足度を把握している	はい	32	1,976	（－17,440 － 16,877）	n.s
	いいえ	32	698	（－12,351 － 12,240）	
利用者獲得のための活動の評価をしている	はい	8	2,779	（－1,256 － 16,877）	n.s
	いいえ	56	1,329	（－17,440 － 16,015）	
利用者確保のための活動に関する学習会に管理者もしくはスタッフが参加している	はい	21	2,836	（－2,698 － 16,877）	n.s
	いいえ	43	872	（－17,440 － 12,240）	
管理者は利用者獲得のための活動に関する文献や書物を読んでいる	はい	26	1,528	（－5,148 － 16,877）	n.s
	いいえ	38	1,409	（－17,440 － 11,141）	
スタッフに対し接遇について教育している	はい	39	2,140	（－17,440 － 16,877）	n.s
	いいえ	25	468	（－12,351 － 12,240）	
ホームページを開設し，常に見直している	はい	12	2,033	（－17,440 － 16,877）	n.s
	いいえ	52	1,008	（－12,351 － 12,240）	
調査・研究等の協力および共同研究を実施している	はい	21	3,245	（－10,000 － 16,877）	n.s
	いいえ	43	872	（－17,440 － 10,955）	

注１）Mann-Whitney の U 検定　$^{*}p<0.05$　n.s : not significant
注２）単位：千円

８．利用者獲得に向けた営業と収益との関連

利用者獲得に向けた営業と収益との関連については，有意な差は認められなかった。（表10）

Ⅴ．考　　察

本研究で対象となったステーションの開設主体は，「医療法人」が最も多く16カ所（25.0％）であった。「介護保険サービス施設・事業所調査」（平成18年度10月１日現在）では，「医療法人立」が2,431カ所（44.4％）と最も多かった[2)]。本研究の職員の状況では，常勤換算従事者数の中央値は4.6人，看護師常勤換算の中央値は4.3人であった。全国平均１ステーションあたりの常勤換算従事者数は4.9人，看護師常勤換算は4.2人であり[2)]，本研究で得られたデータは，全国平均と比較し著しい偏りがなかったことから，母集団を反映していると考える。

１．ステーションの概要と規模について

ステーションに係るコスト調査では「事業費用／事業収益（収入）」を％で示し，100％以下のステーションを「黒字」，100％超のステーションを「赤字」として，平成16年11月における１ヶ月あたりの重症者管理加算・特別管理加算算定対象者と収支との関係をみている。その結果，569カ所のステーションのうち，「黒字」のステーションの平均従事者数は5.9人で，延べ訪問回数は400.9回，一方，「赤字」のステーションは，平均従事者数は4.2人で，延べ訪問回数は221.2回であったこと，規模が小さいステーションほど採算が合わない傾向にあることが報告されている[32)]。本研究で平成19年度における従事者数と収益との関連について分析した結果，常勤換算従事者数の中央値4.6人以上，看護師常勤換算数の中央値4.0人以上のステーションのほうが中央値未満に比し有意に高かった。平成20年に日本看護協会が報告した在宅医療・訪問看護の発展に向けた課題についての調査で対象となったステーションのインタビュー結果で調査対象者が「24時間看取り可能な訪問看護ステーションの人員体制は，常勤換算で３人以下は負担がきつく，４～５人，６人以上でスタッフが疲れないレベル」[33)] と述べている。従事者の人数が増えることによりゆとりができ，利用者に対しては多様かつ柔軟に対応することができる。その結果，訪問看護の需要を逃すことなく対応することにより，経営の安定化に結びつくと考えられる。また，実習生を引き受けているかどうかと収益の関連について分析したところ，実習生を受け入れているステーションも有意に高かった。この結果を受け，ステーションの規模と実習生の受け入れ状況との関連について分析した結果，訪問看護提供従事者数の中央値4.3人以上のステーションは有意に実習生を受け入れていた。このことから，規模が大きいステーションほど，なおかつ訪問看護提供従事者数が多いステーションほど，実習生も引き受けていると考える。

利用者の状況については，利用者数が多ければ収益が高い結果であった。延べ訪問回数については「訪問看護２」，「訪問看護７－１」，「訪問看護７－２」の件数が多いほうが収益は高かった。「訪問看護２」は30分以上60分未満の訪問である。荻原は「訪問看護１」の30分未満の訪問が多いと平均単価が低くなることを指摘している[34)]。「訪問看護３」以上は利用者の負担が増大するため，「訪問看護２」の件数が多いほうが効率的な経営といえる。従って，「訪問看護２」の件数が多いステーションは収益がよかったと考えられる。加えて，「訪問看護７－１」，「訪問看護７－２」は理学療法士等による訪問である。介護保険の目的から在宅における訪問リハビリの需要が高いことが予想される。これらの需要に応えられるステーションは収益も高くなると考える。

２．管理者の属性および経営能力について

石垣らは，管理者自身が経営を行うことの利点として「主体的に予算・決算を行うことにより経営安定につながりやすい」，「正規職員の採用権限を持つと利用者ニーズに応じた職員配置をしやすい」，「正規職員の昇格・給与決定権を持つと職員の正当な評価につながりやすい」の３点を挙げている[10)]。

本研究において，「経営戦略を策定している」，「経営計画あるいは事業計画の達成目標を策定している」「事業収入と支出額を把握し，採算性の評価をしている」，「あらゆる手段で必要な情報を収集して，分析し有効に活用している」の項目において，「その通りである」と回答した管理者のステーションの収益が高かった。このことから，ステーションの経営において，地域の特性等あらゆる情報を収集し，そこから経営戦略や計画を立案することと，明確な達成目標を策定し，予算管理と決算を行い，その評価をすることが重要である。小山は，ステーションにおいて，マーケティングの重要性を述べている[35)]。安定した経営を続けていくためには「経営戦略」が重要であることは，他の文献で指摘されている[29, 36, 37)]。加えて，ステーションの経営を行っていくためには，基本的な知識の必要性についても述べている[38)]。本研究結果からも同様のことがいえ，「経営学を学んだことがある」と回答した管理者のステーションの収益が高い結果であった。したがって，管理者は経営についての知識を身につけていくことが必要である。しかし，管理者の半数以上が経営学や看護管理学，経済学を学んでいないと回答しており，管理者の学歴等は個々の背景により異なることから，管理者の経営能力にはばらつきが存在することが予想される。先行研究でも管理者になる人の７割が管理業務の経験がなく，管理者として経営能

力が不十分といった報告もされており[10]，訪問看護の管理に従事する者が経営に対する学習の機会を持つことは重要である。

訪問看護や経営に関する継続教育として，在宅看護専門看護師，認定訪問看護師教育，認定看護管理者教育等の制度がある。また，日本訪問看護振興財団と全国訪問看護事業協会の２つの支援団体による訪問看護管理者教育が行われているが，訪問看護に特化した管理者育成についての標準化はまだ十分とはいえない。したがって，今後，これらの教育体制の体系化および研修の機会等の充実も図っていく必要があると考える。病院では看護管理者が単独で経営管理を問われることは少ないが，ステーション管理者においては経営管理能力が問われる。訪問看護事業もビジネスであるため，事業を安定したものにするためには，収益を生み出す管理能力が必要である。したがって，ステーションの運営をするにあたっては，今後，この点の強化が重点課題となってくるだろう。

３．利用者獲得に向けた営業について

安齋らが行った調査では，利用者の拡大に向けて意識的に時間を作り関係機関に積極的に働きかけている管理者と，忙しさを理由に利用者拡大のための戦略を持たない管理者がみられたと報告されており[11]，営業の実施については管理者の意識によって開きがあると思われる。本研究では，ステーションにおける営業についての質問項目を設定して取り組み状況を尋ねたが，実施率が96.6％から7.8％と項目によって実施率に開きがあった。

利用者獲得に向けた営業と収益との関連について分析した結果，有意な差は認められなかった。営業として必要と思われる内容を設定し，実施の程度を尋ねた結果，実施割合が少なかった下位３項目は，「利用者の主治医に対し，営業のためステーションの過去の訪問看護の実績を示している」，「利用者獲得のための活動の評価をしている」，「ケアマネジャーに対し，営業のためステーションの過去の訪問看護の実績を示している」であった。高橋らは，診療所医師とステーションの管理者を対象に調査した結果，医師が訪問看護に求めていることをステーションが認識していない，または，ステーションが提供できるサービスに対して医師に認識されていない可能性を指摘し，今後，ステーションは医師が何を求めているのかを把握する姿勢と，訪問看護で実施可能なサービスを啓発していくことの必要性を指摘している[39]。また，休止・廃止の理由の中には，地域の主治医・居宅介護支援事業所から利用者の紹介が少なかったとの報告もされている[3]。このようなことから，ステーションの経営の安定化を図っていくためには，訪問看護を指示したり，紹介する立場にある主治医やケアマネジャーへステーションの実績を示し，積極的に訪問看護のPRを行っていく必要があると考える。小山は「利用者」「利用者の家族」「主治医」「ケアマネジャー」「介護老人福祉施設・介護老人保健施設など施設関係者」がステーションの顧客となること[35]，特性を生かした事業展開を考えるとき「顧客市場の創造」はとても重要な戦略であると述べている[20]。これらより，利用者のみではなく，その家族や利用者と関わりのある専門職を顧客と位置づけて営業を続け，そこから顧客の求めるニーズを把握し，新しいサービスを創っていくという視点も必要と考える。

阿部らは，医師，看護師，介護支援専門員，介護職等連携している他職種に対し，自ステーションの評価を求めたところ，他の項目に比しリハビリの評価が低く，その理由として，訪問看護師がリハビリを行っていても十分な報告やアピールをしていないことが要因と考えられると述べている[40]。このことから，訪問看護師による報告やアピールが十分に行われていないことが伺える。

営業に必要となるスキルの中には，自己表現能力やトーク力がある[13,41]。梅本は，介護職と差別化するために「自分の“看護”を言葉にすることの大切さ」を述べている[42]。看護職としての専門性を表出していくことの必要性については，他の文献でも指摘されているように[30]，訪問看護職は観察し，判断した結果を言葉で説明する，今後どうなるのかという予測性をも考慮に入れた説明をすることが求められる。日々，訪問看護を提供していく中で，従事者１人１人が訪問看護の専門性を意識し，わかりやすく説明できる能力を培っていくことは，営業において重要である。

４．本研究の限界

本研究では，近年，数が伸び悩んでいるステーションの経営に関連する要因を明確にする目的で全国にあるステーションの管理者を対象として抽出調査を行ったが，回収率が17.3％という低い結果であった。今回は収益への影響要因を明確にする目的で収入金額や支出金額を尋ねる項目も設定したが，収入金額や支出金額の答えにくさが回収率に影響した結果とも考えられる。回収率が低かったため，一般化には限界があると考える。また，本研究では営業もステーションの経営の安定化に影響を及ぼしているのではないかという仮説の元に独自で利用者獲得に向けた営業について質問紙を作成した。今後の課題として調査項目を吟味し，回収率を上げる工夫を行い，さらに検証していく必要がある。

Ⅵ．結　　論

全国のステーションの管理者を対象に，管理者の営業を含めた経営能力と収益との関連について調査した結果，以下のことが明らかとなった。

1．管理者の経営能力については，自らの任務に責任を持って取り組んでいるやスタッフの健康管理，訪問看護の質を向上させるためにスタッフに学ぶ機会を与えている割合が高かった。しかし，地域特性の把握等を行い，そこから収支を予測しているや経営戦略の策定，経理・財務を理解している割合は低かった。
2．利用者獲得に向けた営業について管理者およびスタッフは，利用者だけではなく家族も顧客と位置づけ，主治医が何を求めているかを把握し，地域の訪問看護事業所との関係を築いている割合が高かった。しかし，他職種に対してステーションの過去の実績を示すことや利用者獲得に向けた活動の評価について，実施している割合は低かった。
3．従事者数や，利用者数が中央値より多いステーションのほうが，有意に収益が高かった。
4．管理者が経営学を学んでいるステーションは，有意に収益が高かった。
5．管理者の経営能力と収益との関連については，経営戦略や経営計画あるいは事業計画の達成目標を策定し，採算性の評価をしている，必要な情報を収集・分析し，有効に活用している管理者のステーションは，有意に収益が高かった。

以上から，ステーション経営の安定化には，地域の特性等あらゆる情報を収集し，そこから経営戦略や計画を立案することと，明確な達成目標を設定し計画に基づいた事業の実施およびその評価という一連のマネジメントが重要であり，管理者が経営について学べる機会が必要である。加えて，利用者獲得のために，他職種も顧客と位置づけて実績を示していく等の営業の必要性が示唆された。

謝　辞

本研究を行うにあたり，ご協力くださいました全国の訪問看護ステーションの管理者の皆様に心より感謝申し上げます。

要　　旨

目的：本研究の目的は，多職種のチームによる心理教育を受けた入院中の統合失調症患者が，服薬についてどのように受け止めているのかという主観的経験を記述することである。

研究方法：対象者は，北陸地方と近畿地方にある民間単科精神病院の精神科急性期治療病棟に入院し，心理教育を受ける統合失調症患者８名（女性５名，男性３名）であった。データ収集方法は，半構成的インタビューとし，分析方法には，Grounded Theory Approachを参考にした継続的比較分析を用いた。

結果：統合失調症患者の主観的経験による「服薬の受け止め」は，『対立カテゴリー』で説明され，それに関連するものに『病気の受け止めカテゴリー』と『将来見通しカテゴリー』が見出された。今後の課題は，本研究結果に基づいて，臨床的有用性の高い心理教育プログラムを開発することである。

Abstract

Purpose: The purpose of this study is to describe schizophrenic patients' acceptance of medication after receiving psychoeducation from various professionals.

Method: The research subjects were 8 schizophrenic patients (5 females, 3 males) admitted to the acute units of the Departments of Psychiatry at private psychiatric hospitals in the Hokuriku and Kinki regions. Semi-structured interviews were used during the data collection, and the 'constant comparison' of the Grounded Theory Approach was used for data analysis.

文　　献

1）財団法人厚生統計協会：厚生の指標 国民衛生の動向，168, 財団法人厚生統計協会，東京，2007.
2）厚生労働省：平成18年介護サービス施設・事業所調査結果の概要，2007-07-10, http://www-bm.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service06/index.html
3）石垣和子，川越博美：平成15年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）訪問看護ステーションのサービス提供の在り方に関する調査研究事報告書「休止・廃止訪問看護ステーションに関する実態調査」，7-42, 社団法人全国訪問看護事業協会，東京，2004.
4）数間恵子，川村佐和子：老人に対する看護技術研究 ターミナル状態者の在宅療養における訪問看護の実態と課題（その２）在宅療養支援における看護報酬に関する分析，看護管理，6, 726-733, 1996.
5）社団法人全国訪問看護事業協会：社会保障審議会介護給付費分科会介護サービスの把握のためのワーキングチームにおける事業者等団体ヒヤリング資料 訪問看護ステーションの現状と今後の展望について，2008-03-15, http://www-bm.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/dl/s1113-3j.pdf
6）財団法人日本訪問看護振興財団：2005年度「訪問看護ステーション多機能化事業の推進とコンサルテーション事業」報告書，7-9, 財団法人日本訪問看護振興財団，東京，2006.

7）荻原正子：受けてみよう！訪問看護のコンサルテーション 孤立しやすい所長を支援する訪問看護コンサルテーション事業，コミュニティケア，9(3)，50-52，2007.
8）横山郁子：経営・運営コンサルテーション コンサルテーションを受けて変わった所長，伸びたステーション，コミュニティケア，9(3)，53-55，2007.
9）石橋志信：収入分析から見た訪問看護ステーションの成長戦略に関する考察，日本看護学会論文集 看護管理，36，80-82，2005.
10）石垣和子，川越博美：平成15年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）訪問看護ステーションのサービス提供の在り方に関する調査研究事報告書「訪問看護ステーションの管理・運営に関する実態調査」，43-104，社団法人全国訪問看護事業協会，東京，2004.
11）安齋ひとみ，遠藤幸代，他：訪問看護ステーションにおける管理運営の問題点及び課題，福島県立医科大学看護学部紀要，6，57-71，2004.
12）財団法人日本訪問看護振興財団：2004（平成16）年度 訪問看護・家庭訪問基礎調査報告書，68-69，財団法人日本訪問看護振興財団，東京，2005.
13）唐沢明：やっぱり営業だ！会社の衰退は営業部次第 伸びる営業マンの基本的に身につけておくべきこと，明日香出版社，東京，2004.
14）コミュニティケア編集部：「実践の質向上」「経営の安定」「事業の拡大を」達成するための訪問看護ステーションの法則，5-105，日本看護協会出版会，東京，2003.
15）結城美智子：拡大する「訪問看護」の可能性 訪問看護をいかに推進するか，保健の科学，47(1)，14-18，2005.
16）佐藤美穂子：成功する訪問看護ステーション やる気が起こる職場づくり これからの訪問看護は多角経営で看護の持てる力をフル活用，コミュニティケア，73，12-14，2005.
17）宮崎和加子，上野佳子，他：「実践の質向上」「経営の安定」「事業の拡大」を達成するための訪問看護ステーションの50の法則，コミュニティケア，38，2001.
18）小野ミツ，天野國幹，他：平成17年度 病院・診療所における訪問看護の実態・ニーズについて 病院・診療所における訪問看護のニーズについて，広島医学，59，913-916，2006.
19）廣野祥子，中谷久恵，他：訪問看護サービスの利用を妨げる要因－島根県下における訪問看護ステーション管理者の認識－，島根大学医学部紀要，30，65-70，2007.
20）財団法人日本訪問看護振興財団：2005年度訪問看護ステーション多機能化事業の推進とコンサルテーション事業報告書，13-35，財団法人日本訪問看護振興財団，東京，2006.
21）今村眞理子：地域を支え，地域とともにいきる－連携施設とめざす患者本位の医療・看護連携施設として考える病院との関わりと地域における役割　地域から信頼される訪問看護ステーションとして，看護管理，17，334-336，2007.
22）社団法人日本看護協会：老人保健健康増進推進事業，訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策のあり方に関する調査研究事業研究報告書，125-147，社団法人日本看護協会，東京，2008.
23）財団法人日本訪問看護振興財団：2006（平成18）年度 訪問看護・家庭訪問基礎調査報告書，1-68，財団法人日本訪問看護振興財団，東京，2007.
24）髭陽子，大久保裕美子，他：自治体病院の看護師の経営意識，日本看護学会論文集 看護管理，35，143-145，2004.
25）山崎摩耶：平成17・18年度全国訪問看護事業協会研究事業 訪問看護ステーション管理者養成プログラムの開発，社団法人全国訪問看護事業協会，東京，2006.
26）稲田美和，雨宮多喜子，他：ナーシングマネジメント・ブックス4 婦長機能評価マニュアル，日本看護協会出版会，東京，1996.
27）財団法人日本訪問看護振興財団：2005年度「訪問看護ステーション多機能化事業とコンサルテーション事業」報告書，83-164，財団法人日本訪問看護振興財団，東京，2006.
28）小山秀夫：訪問看護ステーションのマネジメントA to Z，16-22，医学書院，東京，2004.
29）財団法人日本訪問看護振興財団監修：訪問看護ステーション開設・運営・評価マニュアル，13-134，日本看護協会出版会，東京，2007.
30）財団法人日本訪問看護振興財団：訪問看護ステーション開設・運営・評価マニュアル，237-257，日本看護協会出版会，東京，2007.
31）木下由美子：在宅看護論第5版，130-134，医歯薬出版株式会社，東京，2006.
32）財団法人日本訪問看護振興財団：訪問看護に係るコスト調査，2008-11-23，
http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/09/dl/s0902-1b.pdf
33）社団法人日本看護協会：老人保健健康増進推進事業，訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策のあり方に関する調査研究事業研究報告書，15，2008.
34）荻原正子：すぐに役立つ訪問看護ステーションの経営・運営のコツ 看護の質を高めるために 訪問看護ステーション運営のポイント，コミュニティケア，10(12)，11-43，2008.
35）小山秀夫：訪問看護ステーションのマネジメントA to Z，81-87，東京，医学書院，2004.
36）内田陽子，山崎京子：訪問看護ステーションのケアの質保証と効果的な経営管理の方法，保健の科学，49(7)，473-476，2007.
37）小川恵子：訪問看護ステーションにおける介護保険施行前後の比較からみた経営的評価，日本在宅ケア学会誌，6(1)，85-93，2002.
38）小山秀夫：訪問看護ステーションのマネジメントA to Z，68-73，医学書院，東京，2004.
39）高橋直美，大竹まり子，他：診療所院長と訪問看護ステーション所長の連携の現状および訪問看護師に対する認識－訪問看護推進をめざして－，第12回北日本看護学会学術集会プログラム・抄録集，50，2008.
40）阿部三重子，石山明美，他：医療保健福祉の他機関・他職種による一ステーションの訪 問看護サービスに対する評価，日本看護学会論文集 地域看護，38，25-27，2007.
41）大滝令嗣：営業のプロフェッショナル 高業績の秘訣－コンピタンシーモデルで解明する－，ダイヤモンド社，東京，122-153，1996.
42）梅本哲：訪問看護にはビジネス感覚を身につけてさらに飛躍を！，コミュニティケア，9(3)，56，2007.

［平成21年11月6日受　　付
平成22年7月12日採用決定］

－研究報告－

使用後紙おむつの臭気に対する発酵資材の消臭効果の検討

Examination of Removed Odor of Fermented Materials to Stench of Paper Diaper after Use

新　野　峰　子
Niino Mineko

キーワード：使用後紙おむつ，臭気，発酵資材，消臭
Key Words：used paper diaper, odor, fermented materials, removed odor

Ⅰ．はじめに

適切なケアや処置が行われているかなど，看護の質を評価する指標の一つに臭気がある。財団法人日本医療機能評価機構の病院評価では，「療養環境と患者サービス」の中に「院内に不快な臭気を認めない」という項目があり，「芳香剤による対応では，不十分である。」と付帯説明がされている。日常生活援助の中では，排泄ケアや創傷処置，汚物処理時などにおいて，臭いが一時的に集中して発生することが多く，患者の不快感を軽減する消臭対策が必要となる。基礎看護学では，排泄ケア後に窓を開ける方法が教授されているが，病院内環境が気密化・高層化する中で，安全性や空気調整の効率化から窓の開閉制限がなされていて，拡散という方法だけでは解決できなくなっている。

病棟での消臭対策は，室内の換気による拡散，消臭スプレーや消臭機による分解，活性炭などの吸着，芳香剤などによるマスキングがある。排泄ケア時の消臭方法では，コーヒーかす[1)2)]・炭[1)3)]・木酢液[3)]，排泄ケア後の処理方法[1)3)5)6)]などの報告があるが，単独での使用では消臭効果は低い。

本研究では，家庭用生ごみの消臭効果や，排泄臭気においての消臭効果を経験的に得ていた発酵資材のEffective Micro-organisms（EM）を使用し，使用後紙おむつの臭気に対し消臭効果を検討することにした。EMとは，乳酸菌，酵母，光合成細菌を主体とし，安全で有用な微生物を共生させた多目的微生物資材で，農業分野で土壌改良材として開発され，現在では活用の分野は多岐に渡り，国内外で建築や医療，教育，福祉などの分野でも利用されている。

Ⅱ．研究目的

使用後紙おむつの臭気に対する，発酵資材の消臭効果を検討する。

Ⅲ．研究方法

1．研究デザイン

30名から得られた材料それぞれに４種類の実験操作を無作為に割り付けて比較する「被験者内比較実験」である。

2．材料提供者と材料

材料提供者は療養病棟で研究協力が得られたバルンカテーテルと紙おむつを使用している患者30名。内訳は男性15名女性15名で，男性の平均年齢は76.3歳，女性の平均年齢は78.8歳であった。属性を表１に示す。

材料提供者の便と尿を材料とし，消臭剤は，『E液』（市販されている「暮らしにE（EM研究所製，主成分／有機酸（乳酸・酢酸など），天然アルコール）を水道水で10倍に希釈液したもの），『ペレット』（市販されている「ベーシック・シン」，（ほんだ農場製，米糠にEM発酵資材を混ぜ低温発酵後ペレット状にしたもの），『糠』（市販されている「炒糠」）の３種類を使用した。E液とペレット，糠は，家庭用生ごみの発酵剤として使用されており，発酵資材として比較することにした。

表１　材料提供者の属性

n＝30

性別	男	15（50）
	女	15（50）
食事の方法	経口	16（53）
	経管	14（47）
下剤の使用	有	17（57）
	無	13（43）
褥創	有	7（23）
	無	23（77）
排尿障害	有	5（17）
	無	25（83）
泌尿器・DMの有病	有	5（17）
	無	25（83）
脳血管障害	有	21（70）
	無	9（30）
平均年齢	男（M±SD）	76.3（±10.3）歳
	女（M±SD）	78.8（± 9.8）歳

人数（%）

国際医療福祉大学　International University of Health and Welfare

３．実験方法

１名の患者から提供された材料を紙おむつ1/4枚（白十字社サルバLLP大人用フラットタイプ）に便10ｇ尿30ｇを入れたものを，ポリエチレン製ストックバッグ冷蔵保存用18㎝×20㎝厚さ0.045㎜ジッパー付に入れ（内袋），さらに280㎝×27㎝厚さ0.065㎜の２重ジッパー付冷凍用ストックバックに入れたものを４セット準備する。材料に消臭剤を使用しない対照群と，Ｅ液20mlを加えたものをＡ群，ペレット10ｇを加えたものをＢ群，Ｃ群は糠10ｇ加えたものとし，無作為割付表にそって，１・２・３・４とビニール袋に表記した。

６階臭気強度表示・９段階快不快度表示の嗅覚測定者は，協力が得られた病棟看護職者５名（平均年齢は39.2歳）で，嗅覚に関連した既往がないことを確認した。測定当日の体調も確認し，直後から６時間後まで測定できる３名を選定した。

測定順序は，①臭気測定器で計測後　10分密封し，②ガス検知管測定（吸引量100mlを10分密閉し，③６階臭気強度測定・９段階快不快度測定を行った。１材料においてビニール袋開口上20㎝のところから２～３吸気後判定した。各材料の測定終了後，約15～20秒の間隔を置き，嗅覚疲労による測定誤差への配慮を行った。

臭気測定器とガス検知管での測定方法は，ビニール袋に管が挿入できる範囲約１㎝のみ開け，検知管は10㎝挿入した地点とした。臭気測定器は，熱線型焼結半導体式センサであるため15分以上暖気運転をした後に測定した。

４．測定項目と測定時間

６段階臭気強度表示[7]（表２）・９段階快不快度表示[8]（表３）における測定時間は，直後・３時間後・６時間後とし，臭気測定器・アンモニアガス検知管の測定は直後・３時間後・６時間後・24時間後とした。

６段階臭気強度表示・９段階快不快度表示は，嗅覚により判定する簡易尺度で臭気の判定に使用されている。

臭気測定器は，新コスモス電機社ポータブル型ニオイセンサXP-329Ⅲ用を使用し，１分間のピーク値を示すBATCHモードで測定した。臭気測定器は，強度に応じた数値が０～2,000のデジタル数値で表示され単位はなく，臭いが強いと数値が高くなる。

ガス検知管は，ガステック社アンモニアガス№３Ｌ（単位ppm）を使用した。材料と量については２回のプレテストを行い決定した。

５．実験場所

固定した病棟の汚物処理室

６．分析方法

６段階臭気強度表示・９段階快不快度表示は３名で判定し，その中央値を結果とした。臭気測定器とアンモニアガス検知管は，各時間の測定値から実験開始直後の測定値の差をデータとして分析した。時間の経過での４群間の比較は，直接確率検定[5] Randomization testを行う。Randomization testとは，同じ条件で5,000回実験を行った場合と同等の統計方法である。参考に二元配置分散分析の結果を付記した。有意水準は５％未満とし，多重検定による有意水準は，実施した検定回数で通常の有意水準0.05を割った値とする。

材料提供者の属性と測定結果との関連については，６段階臭気強度表示，９段階快不快表示は相関検定で，臭気測定器での測定値とアンモニアガス濃度はχ^2検定を行った。

表２　６段階臭気強度表示

（環境庁告示より作成）

臭気強度	表現（においの程度）
0	無臭
1	やっと感知できるにおい（検地閾値）
2	何のにおいであるか判る弱いにおい（認知閾値）
3	楽に感知できるにおい
4	強いにおい
5	強烈なにおい

出典：悪臭防止法の改正と対策動向より　p127

表３　９段階快・不快強度表示

（環境庁告示より作成）

度　数	表　　現
4	極端に快
3	非常に快
2	快
1	やや快
0	快でも不快でもない
－1	やや不快
－2	不快
－3	非常に不快
－4	極端に不快

出典：悪臭防止法の改正と対策動向より　p128

７．研究期間

平成17年８月11日～30日の20日間。

８．倫理的配慮

国際医療福祉大学倫理委員会の承認（承認番号17－58）を受け，研究の趣旨を本人・又は家族に得られたデータは統計的な処理を行うため特定出来ないことや同意後も中断が出来ることを文書と口頭にて説明後，同意書への署名をもって了解を得た。

Ⅳ．結　　果

⑴　６段階臭気強度表示を使用した場合の結果（表４）

対照群では，３時間後から検知閾値となり，実験群のＥ液と糠は，６時間後に検知閾値になった。ペレットでは，

表４　６段階臭気強度法　結果

n＝1,080

	対照群（なし）	E液	ペレット	糠
直後	0	0	0	0
３時間	1	0	0	0
６時間	1	1	0	1

６時間後でも０の無臭であり，実験群では消臭効果が得られた。

⑵　９段階快・不快度表示を使用した場合の結果（表５）

対照群では，３時間後から－１でやや不快となり，実験群の糠は，６時間後には－１になった。E液とペレットでは，６時間後でも０の無臭であり，消臭効果が得られた。

表５　９段階快不快度度表示　測定結果

n＝1,080

	対照群（なし）	E液	ペレット	糠
直後	0	0	0	0
３時間	－1	0	0	0
６時間	－1	0	0	－1

⑶　臭気測定器における測定値の結果（表６）

表６は直後のデータを０とした変化の差を結果とした。３・６時間後では，実験群は対照群よりも値が高く，24時間後では対照群より値が高いのは，糠であり，E液・Eペレットは対照群より，低くなった。

表６　臭気測定器　直後を０とした時の差

n＝480

	対照群（なし）	E液	ペレット	糠
直後	0	0	0	0
３時間	54	113	89	68
６時間	90	97	123	81
24時間	142	44	109	245

⑷　アンモニアガス濃度測定の結果（表７）（図１）

対照群は時間の経過とともに，ガス濃度が高くなっているが，実験群は対照群よりガス濃度が低値を示した。一番低いのはペレットで，24時間値では，対照群の９分の１となり，次はE液，糠の順となり，糠単独でも対照群の３分の１の濃度となった。

表７　アンモニアガス測定結果

ppm　n＝480

	対照群（なし）	E液	ペレット	糠
直後	0.0	0.0	0.0	0.0
３時間	1.0	0.1	0.0	0.4
６時間	1.8	0.1	0.2	0.7
24時間	3.7	1.0	0.4	1.2

⑸　材料提供者の属性と測定結果との関連（表８）

材料提供者の属性として，性別，食事摂取方法（経口，経管），下剤の使用の有無，褥創の有無，排尿障害や泌尿器疾患の有無，脳血管障害の有無との関連を見てみると，測定結果と強い相関を示した項目は無かった。

表８　測定項目と属性との関連

η＝0.5有意差有り

属　性	６段階臭気強度法	９段階快不快度表示法	臭気測定器	アンモニア濃度
男女	0.3	0.2	0.2	0
食事	0.2	0.2	0.3	0.2
下剤	0.1	0.2	0.3	0.2
褥創	0.1	0.1	0	0
排尿障害	0.2	0.2	0.1	0.4
泌尿器・糖尿病	0.1	0	0.2	0.3
脳血管疾患	0.4	0.4	0.2	0.1

６段階臭気強度法，９段階快不快法尺度　　相関分析
臭気測定器・アンモニア濃度　　χ^2検定

⑹　対照群と実験群の測定結果の経時的変化（表９）

６段階臭気強度表示，９段階快不快表示では，３時間，６時間とも0.5％未満で対照群より実験群では，効果があった。臭気測定器では，測定直後・３時間後・６時間後においては，実験群の効果はみられず，24時間後において効果があった。アンモニア濃度では，３時間後・６時間後・24時間後において実験群は0.5％未満であり消臭剤として効果が得られた。６段階臭気強度表示，９段階快不快表示，アンモニア濃度における直後の測定値は０であったために検定はおこなわなかった。

表９　ランダマイゼーションテスト結果
（二元配置分散分析結果　p値）

	６段階臭気強度法	９段階快不快度表示法	臭気測定器	アンモニア濃度
直後			0.321(0.317)	
３時間	＊0(0)	＊0(0)	0.032(0.036)	＊0(0)
６時間	＊0(0)	＊0(0)	0.155(0.154)	＊0(0.009)
24時間			＊0(0)	＊0(0)

＊p＜0.01以下有意差あり

Ⅴ．考　　察

アンモニアガス濃度測定の結果，使用後の紙おむつは時間の経過とともに腐敗し，臭気物質のアンモニアガスを発生させることがわかった。本実験に使用した尿と便は，成人１回の分量の約10分の１であり，３時間以内にはアンモニアガス濃度が１ppmを超え，これは悪臭防止法の規制基準となる[9)]。

本実験で取り上げた使用後紙おむつ臭気物質のアンモニアは，主な発生場所として，病室・病棟のトイレや，排泄ケア後の洗浄処理や蓄尿などを行っている汚物処理室，ベッド上排泄場面と想定され，臭気物質としては，硫化水素，アンモニア，メルカプタン類，アルデヒド類，インドール類，アミン類，フェノール類などがあり，ヒト排泄物に

おける臭気性揮発物質の分析　糞便と尿[6) 7)]の結果と類似した。

１．臭気測定器の測定値の分析

Ｅ液・ペレットはアンモニアガス濃度において，消臭効果を得ることができたが，ランダマイゼーションテスト結果では，臭気測定器での直後～６時間後においては，対照群より実験群において測定値が高くなり，アンモニアガス濃度が低下し，嗅覚測定での値は低下しているのに，臭気測定値の値が上昇した。原因は，Ｅ液，糠の消臭のメカニズムから，微生物が初期において腐敗する菌より優先して増え，発酵作用の代謝に悪臭物質を利用していると考えることができる[12)]。Ｅ液 や糠はその発酵過程のなかで，アルコールやエーテルを発生させた可能性があり，臭気測定器はアルコール類，アルデヒド類，カルボン類，エステル類，ケトン類，エーテル類に反応する構造で，臭気が強くなったのではなく，発酵作用における新たなガスを感知した値であり，臭気物質はその発酵に代謝されたということになる。したがって，嗅覚測定値ではアンモニアガス濃度は下がり，臭気測定器の値は上がることになる。臭気測定器では臭いの強弱を数値化しているため，数値が高いことと快不快とは一致しない。

２．Ｅ液と糠の消臭効果の比較

ペレットは６段階臭気強度表示において６時間後も無臭である。９段階快不快度表示ではＥ液．ペレットともに６時間経過しても，快でも不快でもないと判定された。臭気測定器の結果については，対照群より指示値が上昇していて，臭気の強度が強いという結果になるが，Ｅ液の発酵における物質の発生によるものであれば，９段階快不快度表示の値が上昇しなければよいということになり，本実験では値の上昇はみられなかった。

ガス検知管によるアンモニア濃度測定では，Ｅ液，ペレットの24時間後では，Ｅペレットは対照群に比べ９の１に減少し，Ｅ液も３分の１に発生を抑えられたことは，効果として大きい。EM研究機構が行った畜産における活用技術の中に，豚糞の臭気物質量として酢酸・メチルメルカプタン・アンモニアがあり，EM処理区と無処理区を比較し，酢酸では同程度，メチルメルカプタンでは効果はみられず，アンモニアにおいては，７分の１以下の効果がある[13)]という結果とも類似した。

糠は６段階臭気強度表示と９段階快不快度表示では，臭いは６時間以内に検知閾値に達し，やや不快となる。臭気測定器の結果では６時間までは，対照群と同じ経過となり，24時間後には指示値245となり一番高く発酵が活発に行われていると推測する。

アンモニアガス濃度では，対照群より３時間後では２分の１に，24時間後では３分の１に低下していることから，糠にはＥ液やペレットほどではないが，消臭効果があるといえる。

使用後紙おむつの消臭剤として使用する場合は，希釈する必要がないので，ペレットが使いやすい。

現代の病院施設では，患者の顧客としての消費者意識の高まりが背景となり，快適な療養生活の場や癒しの環境としての機能[14)]が求められている。このため，臭気に対する積極的な対策は，療養環境を調整するという看護の役割としても重要である。

３．研究の限界と今後の課題

本研究では設定した排泄物の量と消臭剤における結果であり，患者１人分の排泄物におけるEMの使用量や使用方法，しいては，病室全体の臭気対策として有効であるか今後検討を要する課題である。さらに，オムツ使用時の不快感や家族等の負担を考えると，オムツを使用せずにより快適に排泄が出来る方法を検討していくことも必要である。

Ⅵ．結　　論

１．使用後紙おむつからは臭気物質として，アンモニアガスが測定された。

２．嗅覚測定とアンモニアガス濃度が低下することから，Ｅ液，ペレット，糠は使用後紙おむつの消臭効果があった。

３．Ｅ液・ペレット・糠では，ペレットの消臭持続時間が長く，ついでＥ液，糠の順である。

謝　　辞

本研究を行うにあたり，協力や指導をいただいた看護部の皆様，国際医療福祉大学大学院，湯沢八江先生に心より感謝致します。

要　　旨

本研究では，汚物室の臭気の原因となっている使用後紙おむつの消臭方法に，生ゴミなどの消臭に使用されている発酵資材　Effective Micro-organisms（EM）を使用し効果を検討した。

材料は，療養病棟に入所する30名の患者から提供を受け，同じ患者の尿と便を一定量に分け被験者内比較した。対照群と，EMの液状とペレット状，米糠を使用した実験群を，無作為割り付けし実験を行った。

効果の判定は，６段階臭気強度表示・９段階快不快表示と臭気測定器による測定値，ガス検知管によるアンモニアガス濃度測定値で行い，以下のことが明らかになった。

使用後紙おむつからは臭気物質として，アンモニアガスが発生しており，発酵資材（EM）は，消臭効果がある。

Abstract

Used paper diapers cause an unpleasant odor in dirty utility rooms. In this study, we evaluated the feasibility of using Effective Microorganisms（EM）for removing the smell of these diapers.

30 patients of the medical treatment offered urine and mail. I divided the excrement of one patient into the same amount. The liquid EM and pellet and rice bran are experimental groups. I added control group and allocated it at random and performed the experiment for 30 people.

The effect was judged by measurements with six stage odor intensity display, nine stage pleasure/displeasure display, and the odor measuring device and measurements of the density of the ammonia gas with the gas detector tube, and the following were clarified.

The ammonia gas was generated from the paper diaper as a stench material, and it was clarified to fermentation metorials EM that there was a deodorant effect after use.

文　　献

1）池根照美，田島美幸，他：病院内の臭いの追求と対策　新聞紙・コーヒーかす・炭による相乗効果，看護研究，33，197-200，2002.

2）林綾子，他：床上排泄時乾燥コーヒー豆かす使用による臭気測定調査と患者・看護者の意識，第36回日本看護学会論文集（看護総合）73-7，2005.

3）濱田郁子，他：病棟内の木炭，木酢液による消臭効果，第31回日本看護学会論文集（老人看護）131-133，2000.

4）矢口聡子，他：便臭の効果的な消臭方法の検討，第32回日本看護学会論文集（看護総合）90-92，2001.

5）畠腹公子，他：換気とオムツの処理方法に着目した病棟内の消臭対策の検討，第36回日本看護学会論文集（看護総合）139-141，2005.

6）森下妙子，他：老人保健施設における臭気とその消臭方法の検討，滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌５号　25-31，2001.3.

7）樋口能士他，1996．悪臭防止法の改正と対策動向，エヌ・ティ・エス　p127

8）前掲７），128

9）前掲８），16

10）中野幸一：トイレ臭気の臭気成分分析とその除去技術，臭気の研究，33(1)，19-24，2002.

11）Sato Hiroshi, HiroseToru, et al. : Anaiysis of malodorous voiatile substances of human waste : feces and urine, Journal of Health Science 47, 483-490, 2001

12）比嘉輝夫監修：EM環境革命，総合ユニコム，東京都，2003

13）前掲12）

14）前田久美子，中山茂樹，他：療養環境のグランドデザイン，看護管理，15，794-801，2005

［平成20年12月26日受　　付
平成22年８月11日採用決定］

－研究報告－

看護退院サマリーの他施設への送付の実態と問題について

－A県の実態調査より－

Current Status of Nursing Discharge Summaries in One Prefecture

守　田　恵理子[1)]　　太　田　勝　正[2)]
Eriko Morita　　Katsumasa Ota

キーワード：退院時サマリー，プライバシー，個人情報保護法，情報共有，看護師
Key Words：discharge summary, privacy, act on the protection of personal information, information sharing, nurse

Ⅰ．はじめに

今日の医療現場では，安全に医療を遂行するために多くの情報を必要とし，医療者間で情報共有することにより質の高い患者ケアが可能となる[1)]。また情報を共有し活用することにより，多くの側面から対象の全体像を把握することが可能となる[1) 2)]。より多くの情報を医療者間で共有するために，電子カルテの導入，院内の情報ネットワークの構築，また一部の病院では院外の施設とのネットワークを通じた情報共有も試みられており，情報共有の範囲は今後更に拡大する可能性があるという報告が多く示されている[3～11)]。看護において，患者が他の施設に転院したり在宅へ移行して訪問看護を利用したりするときには，看護退院サマリーを作成し情報共有をしているという報告がある[12～15)]。このことに関して，看護退院サマリーによる効率的な情報共有に向けて，全国訪問看護事業協会からは平成14年に「早期退院連携ガイドライン」が出されている。この早期退院連携ガイドラインには①全国で使用できる，②最も必要な情報を速やかに伝達できる，③訪問看護を必要とする患者を適切な訪問看護ステーションに依頼できる，④情報を病院と訪問看護ステーション双方で共有できる，という４つの目的が掲げられ，連携に必要な情報項目を精選した看護退院サマリーの書式とその利用方法が明示され，より積極的な活用にむけて示されていた[16)]。

医療現場において効率的な情報共有に関する取り組みを推進している中，平成17年に「個人情報保護法」が全面施行され，医療関連施設に対しても厚生労働省から「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱のためのガイドライン」（以下ガイドライン）が示された[17～19)]。これにより，患者情報の活用や授受に関する様々な条件が示され，手続きが必要になった。

多くの医療施設の看護師は患者が他施設に転院するにあたり，看護退院サマリーを送付して情報提供を行なっている。看護退院サマリーによる他施設への情報提供は個人情報保護法及びガイドラインによると「個人情報の第三者提供」にあたるため，基本的に情報提供にあたり患者に同意を得なければならない。しかしガイドラインでは，個人情報の利用目的に関し他の事業者への情報提供について院内掲示などで公表されており，患者から異議などの申し出がない場合はその利用に関する同意が得られているとみなされることが示されている。したがって院内掲示がある場合は看護退院サマリーの他施設への送付にあたり，看護退院サマリーの内容や提供する個人情報について個別に患者から同意を得る必要はないと考えられている。しかし，看護退院サマリーに記載されている診療情報は「センシティブ情報」に該当すると言われており[20)]，センシティブ情報，すなわち患者にとって高度なプライバシー情報を他施設に提供するにあたり，患者のプライバシー保護の観点から，より患者の理解を得られるようにするための何らかの配慮は必要ではないだろうか。先行研究により，院内掲示における個人情報利用目的の通知の実態[21)]，及び一部地域での病院と地域の看護退院サマリーによる情報提供の実態について明らかにされているが[22～26)]，看護退院サマリー送付時の医療現場での看護師による患者情報の保護に対する意識や，患者・患者家族への説明や同意の状況について明らかにされていない。

そこで，A県内の医療施設における看護退院サマリーによる他施設への情報提供の実態，及び看護退院サマリー記載時の看護師の意識に関する調査から，看護師が患者情報を他施設へ提供するときに患者のプライバシーについてどのような配慮をしているのかを明らかにし，今後の看護退院サマリーによる情報提供のあり方の課題を検討することを目的に研究を行った。

１）名古屋市立大学　Nagoya City University
２）名古屋大学　Nagoya University

Ⅱ．研究方法

１．対象

対象は，A県内にある100床以上の全病院205施設とした。100床以上の病院を対象としたのは，退院後も治療や療養，継続した看護の必要性の高い患者が多いと考えられるためである。対象者は施設ごとに，①病院全体の状況に精通していると考えられる看護管理者１名と，②看護退院サマリー記載の実績がある病棟に勤務する看護師で，勤務年数が２年以上の者について病院全体から５～10名程度とした。なお，A県には大都市から郡部までの地勢を備えており，一県であっても様々な地域特性を反映した病院が含まれると考えられる。

２．調査依頼及び調査票の配布・回収の手続き

調査は，郵送による無記名自記式質問紙調査によって行なった。

A県内にある100床以上の全病院に対して２種類の調査票のサンプルを同封した調査依頼を送付し，調査協力の依頼をした。調査協力に同意を得られた病院に対して，看護管理者用調査票１部と看護師用調査票を施設毎に協力できると回答された人数分，それぞれ研究依頼書を添付して送付した。看護師用調査票は看護管理者の方に任意に選んでいただき配布を依頼した。調査票の回答期限は配布後２週間とし，個別返信封筒での返信を依頼した。

３．調査内容

文献検討及び病棟看護師からの情報収集により，看護退院サマリーに一般的に含まれる項目27項目を抽出した。更に患者識別情報を除き，特に患者のプライバシーに関わると考えられる項目18項目に注目し，記載の詳細さの程度，プライバシーへの配慮の程度について調査した。

抽出した調査項目は，調査内容により対象を分けて調査票を作成した。病院の基本情報，個人情報保護法に基づいた個人情報の利用目的の掲示方法の実際などについて，病院全体の規則に精通していると考えられる看護管理者を対象とし，各施設１名に回答を依頼した。病棟における看護退院サマリー送付方法の実際，看護退院サマリーの内容，看護退院サマリーの捉え方，記載にあたっての考えに関し

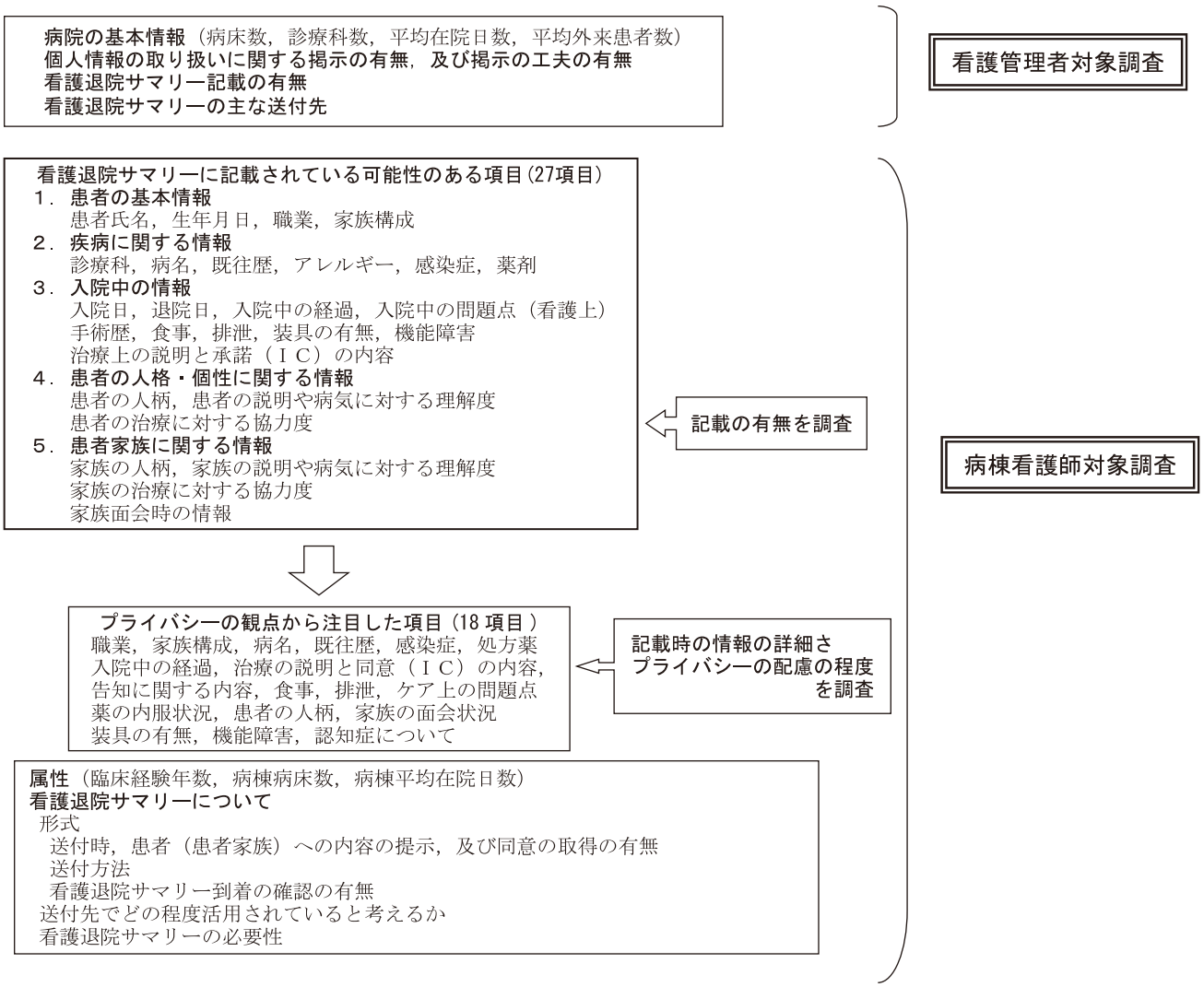


図１　本研究の調査項目の枠組み

ては，看護退院サマリー記載の実績がある病棟に勤務する，勤務年数２年目以上の病棟看護師を対象とした。

４．調査期間

調査は，平成20年６月～平成20年10月に実施した。

５．分析方法

分析にはSPSS Statistics Ver.17.0を使用し，属性による回答傾向の違い，及び回答の均一性を見るために，χ^2検定，フリードマン検定を行った（有意水準５％）。

なお，看護退院サマリーの記載の詳細さの程度については，０～３の４件法として，順序尺度として解析している。一方，プライバシーへの配慮の程度については，０～３の４件法とし，回答の分布を確認した上で間隔尺度として解析している。

Ⅲ．倫理的配慮

プレテストを含めた全ての調査は，研究者の所属機関の倫理委員会の承認を得た後に実施した。本研究の趣旨と目的について記載した調査依頼文書にて施設長に研究協力を依頼し，同意が得られた施設で調査を実施した。

調査票には調査依頼文書を添付し，自由意志による調査への協力を求めた。調査票は無記名の自記式調査とし，郵送による調査票の返送によって調査の同意を得たものとした。なお調査票には，看護管理者用調査票と病棟看護師用調査票を連結する為に，病院毎に「病院所在地」「設置主体」「施設」の３つのカテゴリーから作成した「病院コード」を記載したが，病院コードから施設名が特定されないよう配慮した。

Ⅳ．研究結果

A県内にある100床以上の全ての病院に調査協力の依頼をして，205施設中62施設（30.2％）の協力が得られた。協力の得られた施設に，看護管理者用調査票を合計62部，病棟看護師用調査票を合計1895部送付し，看護管理者用調査票は52部（回収率：83.9％），病棟看護師用調査票は995部（回収率52.5％）の回答が得られた。

１．看護管理者用調査について

１）回答者の概要

看護管理者用調査回答者の概要を表１に示す。

A県内を政令指定都市とそれ以東，それ以西の３つのエリアに分け（ａ～ｃ地区）病院の所在地を分類したところ，調査協力病院はA県内に広く分布していた。設置主体別に分類したところ，公的医療機関が17施設（32.7％），社会保険関連団体等が３施設（5.8％），その他医療法人等が32施設（61.5％）だった。病床数（平均±標準偏差）は316.5±215.0床で，最小が100床，最大で1,014床だった。平均在院日数は，161.6±523.2日で，最短で10日，最長で3,622日だった。

２）個人情報取扱いに関する院内掲示について

表２に個人情報取扱いに関する院内掲示の実態について示す。掲示を行っている病院は46施設（88.5％）だった。その掲示場所は，病院の玄関やホールに掲示している病院40施設（87.0％）のうち33施設（76.7％）が，複数の場所に掲示していた。

個人情報取扱いに関する説明を患者に通知及び公表する際，独自に工夫をしていると回答した病院は39施設（75.0％）だった。工夫をしていると回答したものに対して，パンフレットの配布，掲示の文字の大きさ，掲示場所，など５つの選択肢を示し具体的な工夫内容について尋ねた

表１　回答者の所属施設の概要

	管理者（n=52）		看護師（n =985）	
	n	（%）	n	（%）
病院所在地				
ａ地区（県西部）	15	（28.8）	240	（24.4）
ｂ地区（県東部）	18	（34.6）	353	（35.8）
ｃ地区（政令指定都市）	19	（36.5）	390	（39.6）
不明	0	（0）	2	（0.2）
設置主体				
公的医療機関（国立，独立行政法人，都道府県など）	17	（32.7）	378	（38.4）
社会保険関連団体等（健康保険組合，日本赤十字など）	3	（5.8）	136	（13.8）
その他医療法人等（医療・学校法人など，個人）	32	（61.5）	469	（47.6）
不明	0	（0）	2	（0.2）

表２　個人情報取り扱いに関する掲示（ｎ＝52）

	n	（%）
個人情報の取り扱いに関する掲示		
・している	46	（88.5）
掲示場所（複数回答）（ｎ＝46）		
玄関・ホールのみ	7	（15.2）
玄関・ホールとあわせ，病棟・ホームページなど	33	（76.7）
病棟・ホームページへの掲載のみ	7	（15.2）
病棟	24	（52.2）
部署数		
１～９部署	17	
10～20部署	6	
・していない	6	（11.5）
個人情報の取り扱いに関する説明・公表の工夫		
・している	39	（75.0）
工夫の内容（複数回答）（ｎ＝39）		
パンフレットの配布	20	（51.3）
パンフレットの配布に加え，掲示の工夫	14	（35.9）
掲示の工夫	5	（12.8）
その他	5	（12.8）
・していない	13	（25.0）

ところ，入院時のパンフレットへの記載及び個人情報の取扱いに関するパンフレットを配布している病院が34施設（87.2%）であった。「掲示を行っていない」と回答した病院からは「看護師に情報の取扱いに関する教育を行っている」,「今後掲示の予定である」などのコメントが記載されていた。

３）看護退院サマリーの作成対象について

表３に示すように，今回調査をした病院52施設全てで，看護退院サマリーを作成していた。看護退院サマリー作成の対象は,「退院患者全て」が31施設（59.6%),「転院する患者全て」が16施設（30.8%),「転院先から求められた場合のみ」が１施設（1.9%），その他,「検査入院，クリティカルパスを使用している患者には記載しない」,「外来との連携が必要な患者のみ記載」,「問題のある患者の場合記載」のように，独自の基準を設けている病院が３施設（5.8%）であった。

２．病棟看護師用調査について

１）回答者の概要

回答が得られた995人のうち，調査対象の条件に該当しない10名（1.0%）を除いた985名（有効回答率99.0%）を分析対象とした。

回答者の概要を表４に示す。勤務年数は平均12.4年であり，回答者のうち約半数の443名（45.8%）が10年未満であった。

２）看護退院サマリーの書式

表５に示すように，看護退院サマリーの書式は,「病院指定の書式」が91.2%で，次いで「病棟独自の書式」が8.3%であり，形式を定めていない病院も1.4%あった。

看護退院サマリーに含まれる項目として，先行研究及び病院で使用している看護退院サマリーから抽出した27項目を提示し，回答を求めた結果を図２に示す。90%以上が含まれていると回答した項目は「入院中の経過」「入院中の問題点」などの９項目だった。一方含まれていると回答したものの割合が30%未満の項目は「患者の人柄」「患者の協力度」,「家族の面会時の情報」などの６項目だった。「入院中の情報」のうち,「手術歴」,「装具の有無」,「治療の説明と同意（IC）の内容」は他の「食事」,「排泄」など日常生活に関する項目に比べ記載率が低かった。

３）看護退院サマリーに記載する情報の詳細さ

看護退院サマリーに含まれる項目27項目から患者識別情報を除外し，患者のプライバシーに強く関わると考えられる項目18項目を抽出して提示し，それぞれの項目に記載する情報の詳細さについての結果を表６に示す。

なお，看護退院サマリーに含まれている項目として回答をしていないのに，詳細さについて「０：記載しない」以外の選択肢を選んでいる回答は，不整合があるため分析から除外した。そのため結果の有効回答数にはばらつきが生じている。また設問のうち「告知に関する内容」と「認知症」については，看護退院サマリーに含まれているかどうか，質問をしていなかったため，分析の対象から除外した。

４段階の回答は順序尺度として分析し，表には中央値とそれぞれの選択肢の回答割合を示した。中央値が「３：知っていること全て」となったものが,「病名」,「感染症」,「処方薬」であり，一方「職業」,「家族構成」,「患者の人柄」,「家族の面会状況」は，中央値が「０：記載しない」もしくは「１：概要のみ」であった。

４）看護退院サマリー記載時のプライバシーの配慮

提示した18項目について，看護退院サマリーを記載する

表３　作成している看護退院サマリーについて

	n	（%）
看護退院サマリー作成の有無（n＝52）		
作成している	52	(100)
看護退院サマリー作成の対象（n＝52）		
退院する全ての患者	31	(59.6)
転院する全ての患者	16	(30.8)
転院先から求められた患者のみ	1	(1.9)
その他	3	(5.8)
不明	1	(1.9)

表４　病棟看護師調査回答者概要（n＝985）

	n	（%）
勤務年数（n＝968）		
２～４年目	202	(20.9)
５～９年目	241	(24.9)
10～19年目	306	(31.6)
20年以上（最大40年）	219	(22.6)
所属病棟病床数（n＝973）		
～39床	183	(18.8)
40～49床	334	(34.3)
50～59床	344	(35.4)
60床～	112	(11.5)
所属病棟平均在院日数（n＝800）		
１～29日	480	(60.0)
30～99日	209	(26.2)
100日以上	111	(13.8)

表５　看護退院サマリーの書式（n＝985）

（複数回答）

	n	（%）
病院指定	899	(91.2)
病棟独自	82	(8.3)
他施設指定	24	(2.4)
形式なし	14	(1.4)
その他の形式	12	(1.2)
不明	54	(5.5)

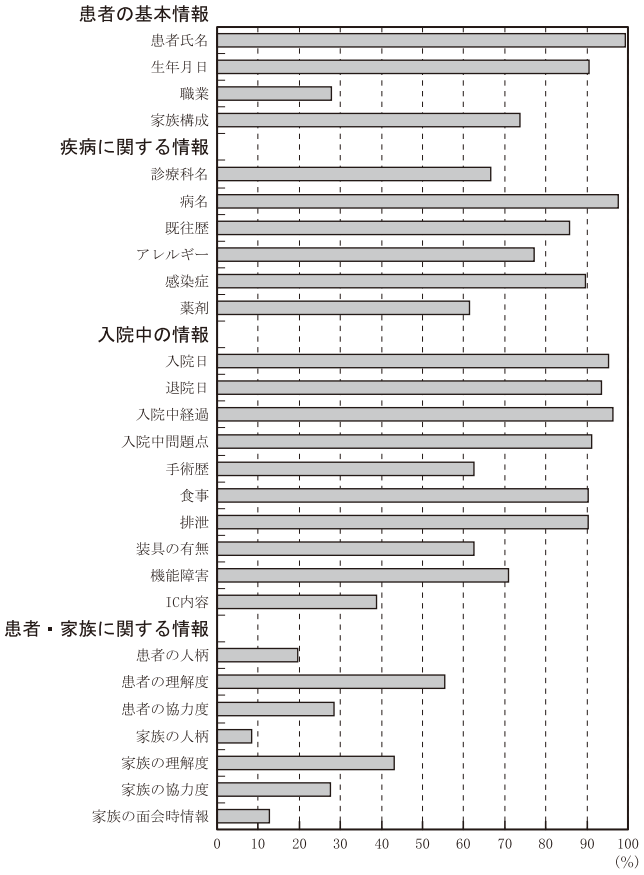


図２　病棟看護師に調査した看護退院サマリーに含まれる項目（n＝985）

ときに看護師がプライバシーへの配慮の必要性をどの程度感じているかの結果を表６の右欄に示す。

18項目中４項目にわずかに天井効果が認められたが，全体としては回答に極端な偏りがなかったため間隔尺度とみなして分析した。そのため表には平均値と標準偏差を示している。平均値が最も高かった項目は「告知に関する内容」の2.4であり，「病名」「感染症」「治療の説明と同意（IC）の内容」が続く。一方，平均値が最も低かった項目は「食事」の1.7であり，「装具の有無」「排泄」「薬の内服状況」が続く。なお18項目間の差の有無を検定するためフリードマン検定を行ったところ有意差が認められ，18項目のいずれかに他の項目と比べ均一でない項目があることが示された（$p<0.01$）。

記載する情報の詳細さと記載に際してのプライバシーへの配慮の程度の関連性を見るため相関係数を求めたところ，全ての項目に0.14から0.34と正の有意な弱い相関が認められた（$p<0.01$）。

５）看護退院サマリー送付時の提示と同意の取得

⑴　看護退院サマリー送付時の提示

表７に示すように，他施設に看護退院サマリーを送付する際に「患者又は家族に看護退院サマリーを提示している」と回答した者は80名（8.1％）だった。そのうち「看護退院サマリー自体を提示する」と回答した者は51名（63.8％）であり，「内容を口頭で説明する」と回答した者

表６　看護退院サマリーに記載する情報の詳細さとプライバシーへの配慮

サマリー項目		詳細さ						プライバシーへの配慮			相関係数
		n	選択肢（％）				中央値	n	平均	標準偏差	
			0	1	2	3					
基本情報	職業	646	59.9	29.9	6.2	4.0	0	944	1.90	0.6	0.14**
	家族構成	840	14.6	40.1	35.1	9.7	1	968	2.1	0.6	0.13**
疾病に関する情報	病名	956	0.3	18.2	25.4	56.1	3	978	2.3	0.8	0.26**
	既往歴	877	4.3	17.4	30.7	47.5	2	976	2.2	0.8	0.23**
	感染症	901	2.4	14.0	18.2	65.3	3	977	2.3	0.9	0.21**
	処方薬	715	16.5	7.6	18.7	57.2	3	970	1.9	0.9	0.21**
入院中情報	入院中の経過	952	0.4	21.1	47.3	31.2	2	980	2.1	0.7	0.21**
	治療の説明と同意（IC）の内容	491	22.6	11.0	26.5	39.9	2	962	2.2	0.8	0.22**
	食事	908	2.5	28.4	40.4	28.6	2	980	1.7	0.8	0.34**
	排泄	899	1.8	26.1	36.6	35.5	2	977	1.9	0.8	0.33**
	ケア上の問題点	896	0.9	15.4	45.0	38.7	2	978	2.0	0.8	0.24**
	薬の内服状況	646	8.5	15.2	34.2	42.1	2	975	1.9	0.9	0.34**
患者の人格・家族の情報	患者の人柄	376	59.2	16.2	26.1	8.5	1	964	2.0	0.7	0.20**
	家族の面会状況	358	66.2	8.7	16.8	8.4	0	955	1.9	0.8	0.31**
その他	装具の有無	595	6.7	36.1	43.0	14.1	2	741	1.8	0.8	0.31**
	機能障害	667	2.7	23.4	56.1	17.8	2	825	2.0	0.8	0.31**
分析対象外	認知症							849	2.1	0.8	−
	告知に関する内容							972	2.4	0.8	−

※**$p<0.01$
※詳細さの選択肢：０＝記載しない　１＝概要のみ　２＝できるだけ詳しく　３＝知っていること全て
※プライバシーへの配慮については，フリードマン検定により18項目が均一でないことが示されている（$p<0.01$）。

は25名（31.3%）だった。表８に示すように，看護退院サマリー送付時の提示の有無と「勤務年数」,「病床数」,「設置主体」，及び「送付方法」のそれぞれについて χ^2 検定を行った結果，勤務年数では10年以上，設置主体では公的医療機関等，送付方法では郵送・ファックス・電子メールで送付する場合が「提示している」という回答が多かった（$p<0.05$）。

⑵　看護退院サマリー送付時の同意の取得

表７に示すように，他施設に看護退院サマリーを送付する際に,「患者又は患者家族に同意を得ている」と回答したものは173名（17.6%）だった。その同意の手続きについて「口頭で承諾を得ている」と回答した者は134名（78.8%）だった。表８の右欄に示すように，看護退院サマリー送付時の同意の取得と「勤務年数」,「病床数」,「設置主体」，及び「送付方法」のそれぞれについて χ^2 検定を行った結果，勤務年数では10年以上，設置主体では公的医療機関等，送付方法では郵送・ファックス・電子メールで送付する場合で,「同意を得ている」という回答が多かった（$p<0.01$）。

⑶　看護退院サマリーの送付方法について

看護退院サマリーの送付方法について４つの方法を提示して回答を求めた結果を，表９に示す。「患者・患者家族

表７　看護退院サマリーの提示と送付時の同意（n＝985）

	n	（%）
看護退院サマリーの提示について		
・提示している	80	（ 8.1）
提示方法（n＝80）		
サマリー提示	51	（63.8）
内容口頭	25	（31.3）
その他	4	
提示項目範囲（n＝77）		
全ての項目	47	（58.8）
一部の項目	13	（16.3）
項目による	17	（21.3）
提示詳細さ（n＝78）		
全ての項目で詳細	45	（57.7）
一部の項目で詳細	31	（39.7）
その他	2	（ 2.6）
・提示していない	858	（87.1）
・不明	47	（ 4.7）
看護退院サマリー送付の同意について		
・同意を得ている	173	（17.6）
同意の手続き（n＝170）		
同意書にサインをもらう	27	（15.9）
口頭で承諾を得る	134	（78.8）
その他	9	（ 5.3）
・同意を得ていない	782	（79.4）
・不明	30	（ 3.0）

表８　　看護退院サマリーの提示と同意の取得

	提示の有無			同意の有無		
	提示している n（%）	提示していない n（%）	χ^2	得ている n（%）	得ていない n（%）	χ^2
勤務年数						
２－４	10（13.0）	184（21.8）	7.94*	23（13.4）	176（22.9）	18.31**
５－９	14（18.2）	212（25.1）		31（18.0）	202（26.3）	
10－19	28（36.4）	263（31.1）		68（39.5）	231（30.1）	
20年以上	25（32.5）	186（22.0）		50（29.1）	159（20.7）	
病棟病床数						
～39床	10（12.7）	164（19.3）	2.88	39（22.9）	141（18.3）	3.69
40～49床	33（41.8）	291（34.3）		60（35.1）	263（34.1）	
50～59床	27（34.2）	294（34.7）		58（33.9）	273（35.4）	
60床～	9（11.4）	99（11.7）		14（ 8.2）	95（12.3）	
所在地						
a地区（県西部）	30（37.5）	195（22.8）	12.31**	48（27.7）	182（23.3）	1.68
b地区（県東部）	31（38.8）	309（36.1）		58（33.5）	287（36.7）	
c地区（政令指定都市）	19（23.8）	352（41.1）		66（38.1）	312（39.9）	
設置主体						
公的医療機関等	46（57.5）	314（36.7）	－	87（50.6）	279（35.7）	17.51**
社会保険関連団体等	0	127（14.8）		11（ 6.4）	121（15.5）	
その他　医療法人等	34（42.5）	415（48.5）		74（43.0）	381（48.8）	
送付方法						
患者が持参	57（86.4）	688（93.9）	5.40*	136（88.3）	631（94.5）	17.51**
郵送・FAX・電子メール	9（13.6）	45（ 6.1）		18（11.7）	37（ 5.5）	

*$p<0.05$　　**$p<0.01$

注）設置主体は看護退院サマリー提示の有無について０セルがあるため χ^2 検定は適応せず

表９　看護退院サマリーの送付（ｎ＝985）

	n	（%）
看護退院サマリーの送付方法		
患者・患者家族が持参している	782	（ 79.4）
病院から郵送	29	（ 2.9）
ファックスで送信	27	（ 2.7）
電子メールで送信	1	（ 0.1）
その他	146	（ 14.8）
看護退院サマリー送付の確認		
確認している	59	（ 6.0）
確認していない	869	（ 88.2）
その他	57	（ 5.8）

表10　看護退院サマリーの活用度と必要性（ｎ＝985）

	n	（%）
送付先の施設での看護退院サマリーの活用程度		
全ての項目が活用されている	177	（18.0）
項目によっては活用されている	750	（76.1）
ほとんど活用されていない	36	（ 3.7）
全く活用されていない	1	（ 0.1）
その他	7	（ 0.7）
不明	14	（ 1.4）
看護退院サマリー送付の必要性		
送ったほうがよい	918	（93.2）
送る必要はない	42	（ 4.3）
無回答	25	（ 2.5）

が持参している」と回答したものが782名（79.4％）で最も多かった。送付先の施設に看護退院サマリー到着の確認をしている看護師は59名（6.0％）だった。

６）看護退院サマリーの必要性について

表10に示すように，看護退院サマリーが送り先でどの程度活用されていると考えるか回答を求めたところ，「項目によって」と回答したものが750名（76.1％）と最も多かった。「項目によって」と回答したものに対し「活用されていると考える項目」について回答を求めたところ，80％以上のものが「活用されている」と回答した項目は「既往歴」「食事」などの７項目で，「活用されている」と回答した項目が30％未満だった項目は「家族の人柄」「家族の面会時の状況」などの４項目だった。

看護退院サマリー送付の必要性について回答を求めたところ，90％以上のものが「送ったほうがよい」と回答した。

Ⅴ．考　　察

１．個人情報取り扱いに関する院内掲示の実態

個人情報取り扱いに関する掲示は，今回調査した全ての施設で行われているわけではなかった。しかし掲示を行っていない施設でも，個人情報取り扱いに関する看護師教育の実施，あるいは今後掲示を行う予定と回答しており，個人情報取り扱いに関する掲示の必要性についてはある程度理解されていると考えられた。一方，７割以上の病院で個人情報取り扱いの院内掲示について掲示場所や公表手段などの工夫をしており，できるだけ患者や来院者にも目にとまるような配慮がされている様子が示された。

２．看護退院サマリーによる情報提供の実態

今回調査をした全ての病院で看護退院サマリーを作成しており，更に他病院や他施設へ転院する患者の全てに対して，看護退院サマリーを作成していた。

看護退院サマリーの送付方法は，患者・患者家族が施設に持参をしているケースが８割程度を占めており，送付にあたり内容を患者・患者家族に提示している看護師は全体の１割未満，患者・患者家族に対して送付に関する同意を得ている看護師は全体の２割未満であった。このことから，患者・患者家族の多くは看護退院サマリーにどのような情報が記載されているのか知らないままに，退院後の施設に看護退院サマリーを持参していると考えられた。送付時の提示の有無，同意の取得については，看護退院サマリーの送付方法による有意差が認められ，患者・患者家族が持参する場合のほうが，提示及び同意の取得をしている割合が低かった。これは，一般に看護退院サマリーは医療者が封筒に入れ封をして持参してもらうことが多く，患者・患者家族に看護退院サマリーを手渡し，再度開封して中身を確認してもらうことに手間がかかり，一方看護退院サマリーそのものを渡すことで，すでに送付の同意が得られているような意識が生じるためかもしれない。また，送付時の提示の有無，同意の取得について，看護師の勤務年数別で比較すると有意差が認められ，勤務年数10年目以上の看護師の方が９年目までの看護師に比べ，提示又は同意の取得をしている割合が高いことがわかった。これは，勤務年数の長い看護師では看護業務にも精通しているからかもしれない。ベナーは，達人看護師は，多様な患者のニーズと要求を整理し，調整する[25]，と述べており，これらのことから，より経験の長い看護師のほうが患者・患者家族との関係性を作りやすいのではないかと考えられる。送付時の提示の有無について，病院の所在地別に比較したところ，県西部の病院に勤務する看護師は，送付時に提示をしている割合が高かった。A県は西部と東部の間に大きな文化的背景の差があることが知られており，調査結果に影響した可能性も考えられた[26]。なお，送付時の同意の取得について，設置主体別による差の理由については，本調査では明らかにすることができなかった。

2003年に内閣府がおこなった「個人情報保護に関する世論調査」では，個人情報保護の問題について半数以上の人が関心を持っていることが報告されている[27]。アメリカ合衆国でHIPAA法が施行された際によせられた苦情の多

くがプライバシールールの理解不足からくる苦情であった[28]。個人情報保護法が施行されて４年目となる日本においても，アメリカ合衆国と同様に個人情報保護に関する関心が高まるにつれて苦情の申し立てをする人が増えることが考えられる。これらのことを考えると，現在送付している看護退院サマリーについて９割以上が提示をしていないこと，あるいは明示的な同意を得ないで看護退院サマリーを送付している現状は，できるだけ速やかに改善すべきであると考える。すなわち，看護退院サマリーの送付にあたり，看護退院サマリーにどのような情報を記載しているのか，患者・患者家族に説明を丁寧に行っていく必要があると考える。

３．看護退院サマリーの記載内容とプライバシーへの配慮について

看護退院サマリーの項目として「患者氏名」「生年月日」など患者識別情報と「病名（主疾患名）」は含まれている割合が高く，先行研究[29]と同様の結果が得られた。一方，「手術歴」は６割，「治療の説明と同意（IC）の内容」は４割であり，「入院中の情報」の中で医学的診断に関する情報が含まれる割合はやや低かった。水流らは「医学的診断についての情報は医師のサマリーをみてもらい，看護サマリーの中に記入することを重視しない傾向が見られた」[30]と述べており，同様の傾向があることが考えられる。「治療の説明と同意（IC）の内容」が看護退院サマリーに含まれていると回答した約４割のものは，記載する情報の詳細さについて「できるだけ詳しく」と回答するものが多かった。この結果から医学的診断に関する情報については看護退院サマリーに「記載しない」，あるいは記載するならば「できるだけ詳しく」との２つに分かれた回答となっていることが示された。その他の項目についての看護退院サマリー記載にあたっての情報の詳細さでは，「疾病に関する情報」と「入院中の情報」に含まれる10項目の全てについて，中央値が「２：できるだけ詳しく」ないし「３：知っていること全て」であり，情報を詳細に記載する者が多く，治療に関する情報や看護ケアに必要なADLに関する情報などはできるだけ詳細に情報提供をしている状況が示された。

一方，「職業」「家族構成」「患者の人柄」「家族の面会状況」などから構成される「患者の基本情報」「患者の人格・家族の情報」については中央値が「１：概要のみ」「０：記載しない」と回答するものが大半を占めていた。「概要のみ」「記載しない」と回答した項目は「送付先で活用されていると考えている項目」で活用されていると回答したものが少ない項目と一致しており，送付先で活用度が低いと考える項目について詳細に記載をしていないことが考えられる。

「患者の人柄」と「家族の面会状況」の回答は「記載しない」と「できるだけ詳しく」のわずかに二峰性を示しており，情報を記載していない看護師が多くを占めている一方で，できるだけ詳細に記載する看護師がいることが示された。これは看護管理者に対する調査結果で，看護退院サマリーを記載する患者の基準として「問題がある患者」を挙げている施設もあったことから，「患者の人柄」や「家族の面会情況」に関して何らかの問題を感じた患者に対しては，看護師の主観的な情報ではあるが「できるだけ詳しく」情報を記載する者が一部いたのではないかと考える。それとともに，「家族の面会状況」については，治療や介護への家族の協力度にも反映されることもあり，むしろできるだけ詳細な情報提供を心がけている看護師が少ないながらもいるのかもしれない。患者の状態によっては看護ケアにおいて家族の協力度が重要な情報となる場合もあるが，一方で特に重要とならない場合もある。そのため上記のような二峰性の結果が得られた可能性がある。このことは看護退院サマリーへの情報の記載の有無を一律に決めるのではなく，患者個々の状況に応じて判断する必要性があることを示唆していると考える。何を看護退院サマリーに記載するのか，高度なプライバシーを含む情報を看護退院サマリーに書くべきか，あるいは別の情報提供の方法を用いるべきかなど，情報提供の方法について今後検討する必要があるだろう。

今回の調査から，看護退院サマリーに記載する情報の詳細さとプライバシーへの配慮の必要性に弱いながらも相関が認められ，看護師は看護退院サマリーに記載する内容が詳細であればあるほどよりプライバシーへの配慮が必要であると捉える傾向が示された。その中でも特に看護退院サマリーの記載にあたってのプライバシーへの配慮に関して，「告知に関する内容」「病名」「感染症」「治療の説明と同意（IC）の内容」に関して，プライバシーへの配慮の必要性をより強く感じていた。これらの疾病・治療に関連する項目は，患者や家族の高度なプライバシーを含む内容である。そのため，それらの項目に関して看護師がプライバシーの配慮の必要性を感じて看護退院サマリーに記載をしているという結果は，望ましいことであるといえる。しかし，これらの高度なプライバシーを含む項目においても，割合は低いながらも「全く配慮する必要はない」と回答をしている看護師もおり，それらの看護師は高度なプライバシーを含む項目もプライバシーの配慮の必要性を感じずに記載をしていることが伺える。ほとんどの看護師が看護退院サマリーへの情報の記載にあたりプライバシーへの配慮の必要性を意識しているが，プライバシーへの配慮について見直しの必要のある看護師も一部いることが示された。

看護退院サマリーに記載する項目に関して，８割以上の看護師が「項目によっては活用されている」と考えていた。看護退院サマリーに含まれる割合の高い項目でも，「活用されている」と考える看護師の割合が低い項目もあり，必要ではないと感じながら記載している可能性も含まれているかもしれない。先行研究においても，「多くの看護サマリーは訪問看護を行ううえで有用な情報があるものとはなっていなかった」[31] という結果がでており，今後は看護退院サマリーにどのような情報を記載するべきかについては，看護退院サマリーを受け取る施設の意向なども確認しながら看護退院サマリーの記載する項目あるいは記載の程度について検討していく必要性があるといえる。

Ⅵ. 結　　論

今回の調査の結果，個人情報の取り扱いに関する掲示は約９割の医療施設では行われていたが，一部の行っていない施設があった。

他施設へ看護退院サマリーによる情報提供をするときに，患者・患者家族に看護退院サマリーの内容を提示しているものは約１割，また患者・患者家族に同意を得ているものは２割程度と多くないことが示された。その中で，経験年数については10年目以上の看護師が，設置主体については公的医療機関等で，看護退院サマリーの内容の提示と送付の同意を得ているものが多かった。

看護退院サマリーに記載する情報の詳細さと，記載におけるプライバシーへの配慮には弱い正の相関が認められ，看護退院サマリーに記載する情報が詳細であればあるほど，プライバシーへの配慮が必要であると認識しているという結果が示された。

看護退院サマリーの送付方法としては，患者・患者家族が持参することが最も多かった。

以上により，調査対象施設の大部分は個人情報保護法及びガイドラインの観点から特に問題がない状況であると考えられた。しかし，看護退院サマリーに記載されている「病名」や「感染症」のように高度なプライバシーを含む情報について，「プライバシーへの配慮が必要である」という回答の割合が高い一方で，少数ながらも記載の詳細さについて「できるだけ詳しく」または「知っていること全て」との回答もあり，高度のプライバシー情報を詳細に記載している看護退院サマリーについて，患者・患者家族に提示していない，また個別の同意をとっていないという実態も一部に見られた。

患者が自分のプライバシーを積極的に保護する自己情報コントロールの観点から，看護退院サマリーの送付時における患者・患者家族への内容の提示，及び送付の同意の取得についての検討の必要性が示唆された。

Ⅶ. 研究の限界と課題

一県を対象とした調査を実施することができたが，調査協力施設の病床数，平均在院日数にばらつきがあること，また協力病院毎の回答数にばらつきが大きいことから，調査結果の一般化には限界がある。

また今回の調査では，看護退院サマリーに含まれる項目についてどの程度詳細に記述しているかは尋ねているが，記載されている情報の内容までは調査できていない。患者・患者家族について正確な情報を施設間で共有するために，看護退院サマリーに記載する情報の内容や表現方法についても検討する必要があり，看護退院サマリーを受け取る施設での広範囲な調査などから，施設間での情報共有における課題を明らかにしていきたいと考えている。

Ⅷ. 謝　　辞

本研究にご理解をいただき，調査にご協力いただきました多くの看護師の皆様，施設スタッフの皆様に心より感謝申し上げます。

本研究は平成20～21年度若手研究Ｂ（20791670）「患者の情報プライバシーを考慮した医療施設間情報提供のあり方」及び，平成18～21年度基盤研究Ｂ（18390571）「情報プライバシーの視点からの患者情報の収集と共有のあり方：尺度開発と全国調査」の一部補助を得て実施した。また，本研究は平成20年度名古屋大学医学部医学系研究科看護学専攻修士論文の一部をまとめたものであり，第35回日本看護研究学会学術集会（横浜）で発表をした。

要　　旨

本研究は，医療施設における看護退院サマリー（以下サマリー）による他施設への情報提供の実態，サマリー記載時の意識調査から，看護師が患者情報を他施設へ提供する時にどのようにプライバシーへの配慮をしているか明らかにし，今後の情報提供のあり方の検討をすることを目的とした。結果，看護管理者52名，病棟看護師995名から質問紙の回答が得られた。個人情報取扱いに関する掲示を行っている病院は88.5％だった。サマリーに含まれている18項目を提示し，サマリーに記載する情報の詳細さとプライバシーへの配慮の必要性について４段階で回答を求めたところ，記載する情報の詳細さとプライバシーへの配慮には，全ての項目間に有意な正の弱

い相関が認められた。サマリー送付時に，「サマリーを提示している」と回答したものは8.1％で，「同意を得ている」と回答したものは17.6％だった。今後サマリー送付時の内容の提示，同意の取得について検討の必要がある。

Abstract

This study examined the level of patient information currently provided to hospitals through nurses' patient discharge summaries, and surveyed nurses' awareness of privacy when writing these summaries. The purpose was to determine the level of nurses' concern for patient privacy and investigate issues related to how information should be provided through discharge summaries in the future.

Responses to a questionnaire were received from 53 nurse administrators and 995 nurses. The percentage of hospitals that provide notices with regard to the handling of personal information was 88.5%. Subjects responded on a four-point scale to questions about showing 18 items included in summaries to patients, the level of detail of information recorded in the summaries, and the need for concern about privacy. Weakly significant positive correlations were found between all items in the level of detail of information recorded and concern for privacy. The percentage of respondents who showed discharge summaries to patients when sending them was 8.1%, while 17.6% responded that they "obtained consent." This indicates the need for an investigation with regard to showing summary contents to patients when summaries are sent and obtaining their consent.

文　献

1）真弓尚也：情報の共有－チーム医療，申し送り，カンファレンス，太田勝正，前田樹海（編著）：エッセンシャル看護情報学，62-63, 医歯薬出版株式会社，東京，2006.
2）黒田裕子：入門看護診断　看護診断を使った看護計画の立て方，照林社，東京，2005.
3）金子道子，井上幸子：記録の方法，井上幸子，平山朝子（編）：看護学大系６　看護の方法［1］，48-52, 日本看護協会出版会，東京，2001.
4）太田勝正，井口弘子：看護情報と倫理，太田勝正，猫田泰敏（編）：看護情報学，149-165, 医学書院，東京，2008.
5）内山映子，宮川祥子他：サービス利用者のプライバシーポリシーに基づくインターネットを利用した在宅ケア情報共有システム，電子情報通信学会論文誌，12(J87-D-1)，1098-1109, 2004.
6）柏木聖代，水流聡子他：施設間での看護サマリーの電子的交換に関する研究－医療機関がもつ記録における看護サマリー情報の記載の状況－，医療情報学，22, 169-178, 2002.
7）水流聡子，石垣恭子他：連携に必要な情報の精選と電子的手段による共有　現状と展望－病院看護と訪問看護の連携－，看護展望，27(2)，148-152.
8）松尾ミヨ子，習田明裕：看護を展開する技術，河村佐和子，志自岐康子他（編）：基礎看護技術，124-145, メディカ出版，大阪，2005.
9）平山愛山：失敗しない地域医療連携，66-95, 医学芸術社，東京，2004.
10）高本和彦：電子カルテシステムの普及に向けた厚生労働省の取り組み，医療マネジメント学会（編）：電子カルテシステムの普及に向けて，3-12, じほう，東京，2004.
11）武田　裕：電子カルテと診療情報の共有化，四国産業・技術振興センター（編）：電子カルテネットワーク，12-56, エムイー振興協会，東京，2001.
12）山本隆一：電子化診療情報のプライバシー保護，医学のあゆみ，222(6・7)，502-506, 2007.
13）森山美知子：退院計画とクリティカルパス，52-75, 医学書院，東京，1998.
14）酒見敬子，吉原久美子，他：佐賀医科大学の診療記録管理の実際～カルテ開示に向けての環境整備，日総研グループ（編）：開示と共有の看護記録実例集，17-23, 日総研出版，愛知，2001.
15）幡井ぎん：退院時要約，幡井ぎん（編）：看護記録，74-75, 医学書院，東京，1986.
16）川越博美，長江弘子（編）：早期退院連携ガイドラインの活用　退院する患者・家族を支援するために，3-4, 日本看護協会出版会，東京，2007.
17）厚生労働省：医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱のためのガイドライン，2008-09-25, http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/03/s0331-8.html#i-kojin.
18）喜多鉱一：個人情報の保護と活用の手引き，56-106, 法研，東京，2005.
19）開原成允，樋口範雄：医療の個人情報保護とセキュリティ　個人情報保護法とHIPAA法，78-118, 有斐閣，東京，2005.
20）前掲書１）：情報倫理と法，個人情報とは，67-69.
21）佐藤真也，太田勝正，他：看護師が患者から情報収集する際の患者への利用目的の通知の現状について，医療情報学，28, 1277-1280, 2008.
22）小林政子：「退院情報システム」について（Part.1）－在宅療養生活支援のための情報の共有と活用，Nursing Today, 4, 60-62, 1997.
23）小林政子：「退院情報システム」について（Part.2）－在宅療養生活支援のための情報の共有と活用，Nursing Today, 5, 68-70, 1997.
24）山川由祈子，渋田景子，他：世田谷区における保健・医療・福祉の連携　退院情報システム実施報告，保健婦雑誌54, 196-203, 1998.
25）パトリシアベナー：ベナー看護論　新訳版　初心者から達人へ，127-140, 医学書院，東京，2005.
26）西田真樹：三河・田原藩政に映じた尾張および尾張藩，桜花学園大学研究紀要，25-51, 2000.
27）内閣府大臣官房政府広報室：個人情報保護に関する世論調査，2008-12-16, http://www8.cao.go.jp/survey/h15-kojinjouho/l.html.
28）GAO : HEALTH INFORMATION First-Year Experiences under the Federal Privacy Rule, 20-21, GAO-04-965 Privacy Rule Implementation, USA, 2004.
29）前掲書６）.

30）水流聡子，美代賢吾他：施設－在宅間の看護の継続に必要な看護サマリーの構成要素，医療情報学，18，299-308，1998.
31）水流聡子，石垣恭子他：連携に必要な情報の精選と電子的手段による共有　現状と展望－病院看護と訪問看護の連携－，看護展望，27(2)，148-152，2002.

［平成21年11月６日受　　付
平成22年８月24日採用決定］

－研究報告－

集中治療室へ配置転換した看護師が直面する困難

Difficulties Encountered by Nurses Transferred to Intensive Care Units

長　山　有香理[1)]　　白　尾　久美子[2)]　　野　澤　明　子[3)]
Yukari Nagayama　　Kumiko Shirao　　Akiko Nozawa

キーワード：従業員の配属，集中治療室，看護師
Key Words：staffing, intensive care units, nurse

Ⅰ．はじめに

看護師の職場における配置転換は，看護能力の育成，看護の質の向上，人員の確保，職場の活性化のために行われる。配置転換は，看護師にとって職場の物理的移動を意味するに留まらず，新しい人間関係の形成や知識の獲得，未経験の業務，期待される能力の変化に対して役割ストレスや役割緊張を生じ，心身のエネルギーの多大な消耗を伴うと指摘されている[1)]。特に，配置転換する部署が集中治療室（intensive care unit ; 以下ICUと略す），新生児集中治療室（neonatal intensive care unit）の場合，物理的環境から特殊な領域と感じる看護師が多いため[2,3)]，ICUに配置転換した看護師が新しい職場に慣れ，その領域の専門性を獲得するための教育サポートは重要である。

ICUは，一般病棟の仕組みと異なり感染防止の観点から外部からの出入りの制限や規定があり，他病棟の看護師にとっては状況が分かりにくい。看護基礎教育においてICUについて教育のウエイトは低く，体系化した教育は行われていない[4)]。このような点から，外部からみたICUはイメージのつきにくい領域であると考えられる。ICUは重症患者を管理する領域である。看護師は，常に患者の観察を必要とし，医療機器の取り扱い，急変時の対応などを求められる。ICUは，常に患者の状態を観察する必要性から，オープンフロアであり，感染管理のため閉鎖的な環境にある。ICUで働く看護師は，患者の重症度が高いこと，オープンフロアや閉鎖的なICUの環境などに対しストレスを示す[5,6)]。

ICUは，他領域の看護師にとって状況が把握しにくく，そこで働く看護師はストレスフルな状況におかれている。そのような部署に配置転換となることは，一般病棟への配置転換に比べ困難であることが推察される。ICUへ配置転換した看護師は，新たに求められる知識や技術，医療機器の取り扱いなどに不安や戸惑いを感じることがすでに明らかになっている[3,7－9)]。一方，配置転換者のやりがいとなった体験は，知識と看護実践が連結し，専門的知識を持って判断できることである[7,10,11)]。ICUへ配置転換した看護師の教育サポートは各施設によって違いがあり具体的な指標はない。配置転換者には，今までの知識や技術を生かしたうえで，ICUの専門性を獲得するための支援体制を整えることが望ましい。そのため，配置転換する看護師の戸惑いの軽減に努めることが重要である。

先行研究[3,7－9)]によると配置転換した看護師は，３ケ月で通常の業務ができるようになるが，業務に慣れるまでには半年程度かかる。しかし，ICUでの業務にストレスを感じている場合には，異動後１年間はストレスが持続している。これまでと違った専門的知識を求められることに対する不安は，配置転換した看護師が共通して抱くことである。ICUへの異動後に，看護師は「知識・技術」，「申し送り」，「判断」，「急変・入室時の対応」，「医療機器の取り扱い」，「患者・家族とのかかわり」，「前の職場との比較」，「経験年数によるプレッシャー」，「物理的環境」，「雰囲気」，「人間関係」について，困難を感じることを畑中ら[3)]が明らかにしている。しかし，これらの具体的な内容までは明確にされていない。異動後に直面する困難な出来事に対し，配置転換者が乗り越えられるような支援を提供することが望ましい。

ICUへ配置転換した看護師の研究は，回想によるものがほとんどで異動後どの時期にどのような困難に直面しているのかは明確ではない。異動後に直面する困難を具体的かつ経時的に明らかにすることで彼らが求める支援を提供できる。本研究の目的は，彼らが直面する困難を具体的かつ経時的に明らかにし，ICUへ配置転換した看護師への教育支援を検討することである。

１）元浜松医科大学医学部看護学科　Formerly, Faculty of Nursing, Hamamatsu University School of Medicine
２）静岡県立大学看護学部　School of Nursing, University of Shizuoka
３）浜松医科大学医学部看護学科　Faculty of Nursing, Hamamatsu University School of Medicine

Ⅱ．研究方法

１．調査対象の設定および調査方法

配置転換した看護師がICUの業務に慣れると感じる時期は，異動後６ケ月が最も多く[3,8]，業務の流れが分かる時期は，配置転換後３ケ月を経過した時期である[3,7－9]と報告されている。ICUへ配置転換した看護師が直面する困難を経時的に明らかにするため，配置転換から１ケ月，２ケ月，３ケ月，６ケ月の各時期に半構成的質問紙を用いた面接調査を行った。質問内容は，ICUへの配置転換の希望の有無，看護師の経験年数，配置転換してからの経過月数，現在の気持ち，配置転換をして困難を感じる出来事とした。

調査対象の施設は，A県内でICUの認可がある施設であり，研究者より研究の主旨，倫理上の配慮を伝え，看護部長に調査の承諾が得られた病院とした。同意が得られた施設の看護部長またはICUの師長より，臨床経験が１年以上ありICUへ配置転換により配属となった看護師で，過去にICUでの勤務経験がなく配置転換から，１ケ月，２ケ月，３ケ月，６ケ月を経過した時期の看護師の紹介を依頼した。紹介を受けた看護師に対して，研究の主旨，倫理上の配慮を伝え，調査の同意を得た後に面接調査を行った。また，一度目の面接を終了したのちに，同じ対象者が配置転換後２ケ月，３ケ月，６ケ月のいずれかの時期を迎える場合には，対象者の意志を確認し，承諾が得られた場合は２ケ月，３ケ月または６ケ月の時期に面接を実施した。ただし，面接調査は，負担を考慮し対象者１人につき２つの時期までとした。対象者への連絡方法は，プライバシー確保のため病院へ郵送で連絡し希望の日時を記入し返送を依頼した。面接場所は，希望する場所にて行い希望がない場合には静かな個室を用意した。面接時，研究者は不明な点は聞き返すが，話を中断することがないように心がけた。面接内容は対象者の許可が得られた場合，ICレコーダーを使用した。面接は，１時間程度を予定し対象者の負担を考慮した。時間内に調査内容が達成できなければ，相談のうえ時間を延長した。

２．調査期間

平成18年１月～平成18年７月

３．分析方法

１）分析手順

ICレコーダーから対象者別に逐語録を作成した。各対象者の逐語録から対象者が困難について語っている箇所を取り出しデータとした。取り出したデータを１ケ月，２ケ月，３ケ月，６ケ月の経過時期ごとに，困難の内容が忠実に表現されるようにまとめサブカテゴリーとした。さらに各時期のサブカテゴリーを抽象化してカテゴリーとした。カテゴリーを概観しそれに共通するテーマをつけた。

２）分析の真実性

本研究における分析過程において質的研究の経験者の指導を受け，データとの照合を繰り返し検討しながら真実性の確保に努めた。

４．倫理的配慮

本研究を開始するにあたっては，浜松医科大学の医の倫理委員会の審査を受け承認を得た。研究依頼施設の看護部長と対象者には，研究の主旨・方法，参加と拒否の自由，匿名性，情報の取り扱い，参加を拒否しても不利益にならないこと，本研究以外でデータを使用しないこと，データは鍵のかかる所に保管し研究者以外に閲覧できないこと，研究終了後に学会発表や論文として公表すること，研究終了後はデータを破棄することを口頭と文書で説明し同意を得た。

Ⅲ．結　　果

１．対象者の概要

対象施設数は３施設であり対象者は10名であった。面接時期ごとの人数は，配置転換後１ケ月５名，２ケ月５名，３ケ月５名，６ケ月３名であった。そのうち８名が２回の時期に面接調査を実施した。面接時間は，最高61分，最低27分であり，平均面接時間は45分であった。看護師経験年数の平均は，5.2年（２～９年目）であった。対象者の配置転換前の所属部署は，内科４名，手術室２名，整形外科２名，脳神経外科１名，小児科１名であり，リーダー業務を経験した看護師は９名であった。ICUへ希望により配置転換した対象者は６名，希望ではなく配置転換した対象者は４名であった。

２．ICUへ配置転換した看護師が直面する困難

ICUへ配置転換した看護師が直面する困難は【知識・技術の獲得】，【報告】，【状況のアセスメント】，【緊急時の対処】，【患者・家族の対応】，【経験年数による重圧】という６のテーマから示すことができた。以下，各テーマについてカテゴリーとサブカテゴリーを用いて，各経過時期に直面する困難について説明する。テーマを【　】，カテゴリーを『　』，サブカテゴリーを《　》，データを［　］で示す。また，各経過時期に配置転換した看護師が直面する困難を表１に示す。

１）【知識・技術の獲得】

【知識・技術の獲得】は，新しく求められる知識や技術の獲得が必要となることで示す困難であり『処置に対する困難感』，『未経験の疾患に対する戸惑い』，『心電図が分からない』，『人工呼吸器が分からない』，『聞いたことのない略語に対する戸惑い』，『医療機器の取り扱いへの戸惑い』というカテゴリーがみられた。

表１　集中治療室へ配置転換した看護師が直面する困難

困　　難	カテゴリー	サブカテゴリー			
		１ケ月	２ケ月	３ケ月	６ケ月
【知識・技術の獲得】	処置に対する困難感	Aラインモニタリングのルートの作成・設定・介助が分からない 配合禁忌の薬剤とルートの選択が難しい	個別に分からない処置がある 配合禁忌の薬剤とルートの選択が難しい S-Gカテーテル・IABPの挿入法とその管理が分からない	個別に分からない処置がある	個別に分からない処置がある
	未経験の疾患に対する戸惑い	脳外の患者のフィジカルアセスメントが難しい 未経験の疾患について必要な知識が分からない	関わる疾患の種類が多くて戸惑う	学習すべきことに戸惑う 未経験の疾患に対する観察項目が分からない	－
	心電図が分からない	心電図波形が読み取れない	心電図の異常波形の区別とその対処が分からない	心電図の異常波形の区別とその対処が分からない	心電図の異常波形の区別とその対処が分からない
	人工呼吸器が分からない	呼吸器のモードの種類が分からない 呼吸器の異常時の対応が分からない	－	－	－
	聞いたことのない略語に対する戸惑い	略語やその意味が分からない	略語やその意味が分からない 手術室との申し送り時の略語が分からない	－	－
	医療機器の取り扱いへの戸惑い	シリンジポンプ・輸液ポンプ・透析機器・人工呼吸器・除細動器・心電図モニターの取り扱い方が分からない	IABPの取り扱いに不安がある	個別に慣れない器械の取り扱いに戸惑う	－
【報告】	必要な情報を報告することへの困難感	報告に必要な情報の選択が難しい	－	報告に必要な情報の選択が難しい	－
【状況のアセスメント】	自分の判断に自信がない	自分の判断に自信がない	－	－	－
	異常の判断に対する戸惑い	報告すべき患者の状態が分からない	対象に応じた異常の判断が難しい 血圧変動に対する異常の判断が難しい	予測を含む異常の判断が難しい	－
【緊急時の対処】	緊急時の対応へのもどかしさ	緊急時の自己の役割が分からない 緊急時の物品が準備できない	緊急時に自分が思うように動けずもどかしい	緊急時に他のスタッフの動きについて行けない	急変時の対応に不安がある
【患者・家族の対応】	家族への情報提供に対する難しさ	家族への情報提供が難しい	家族への情報提供が難しい	－	－
	患者・家族との関わりに対する戸惑い	会話のできない患者との関わりが難しい	患者や家族とゆっくり関われない	患者や家族とゆっくり関われない 業務的な関わりに戸惑う	－
【経験年数による重圧】	自信のない処置も任されることへの不安	－	自信のない処置も任され不安になる	－	－
	質問をすることへの抵抗	－	－	同じことは２度聞けない	今さら聞けない
	負担をかけることへの気遣い	他のスタッフに負担をかけることに気を使う	他のスタッフに負担をかけることに気を遣う	－	－
	任されない不満	－	先に指摘される	先に指摘される	先に指摘される

⑴ 『処置に対する困難感』

『処置に対する困難感』とは，循環動態を維持するための点滴ラインへの戸惑いを中心に，一般病棟では経験をしない観血的動脈圧モニタリング（以下Aラインモニタリングとする）や スワンガンツカテーテル（以下S－Gカテーテルとする）の管理，薬剤の取り扱いに対してみられる困難感であり，６ケ月を経過するまで続いていた。１ケ月を経過した時期では［０点設定・圧ラインの作成・血圧を出したりとかは初めて見たので分からなかった］，［A（動脈）ラインの実際の介助もまだあたっていないためどう介助すればいいのか分からない］など，実際にAラインモニタリングに触れる機会がなかったために《Aラインモニタリングのルートの作成・設定・介助が分からない》状況であった。また，［点滴に関してはルート選択が分からない。配合禁もあるしこれは単独ではいってはいけない。メインの側管からならいってもいいとか難しい］，［輸液の配合禁や何処からつなぐのかルートがなかった場合に三方活栓を付けるのか改めてルートをとるのかというようなことが難しい］など，配合禁忌の薬剤の把握と薬剤を接続するルートの選択に慣れていないために生じる《配合禁忌の薬剤とルートの選択が難しい》がみられた。

２ケ月を経過した時期では［ICUは何でも科がくる。脳外や外科がくると分からない。処置とかは特に］，［牽引なんて見たことがなく手順から準備する物品から先生にくださいと言われる物品の名前すら分からない］など，個々の配置転換前までの経験の違いにより生じる《個別に分からない処置がある》があった。その一方で［スワンガンツとかバルパンとかを見たことがなかった。そのような処置の手順が分からない］，［IABPとかスワンガンツとかは入っていた患者さんでもそういうのが抜けてくるのでみたことがない。管理法は分からないし挿入の介助も必要な物品を集めてと言われても困ります］など，今まで，S－Gカテーテルや大動脈バルンパンピング（以下IABPとする）を見た経験が無かったために感じる《S－Gカテーテル・IABPの挿入法とその管理が分からない》がみられた。《配合禁忌の薬剤とルートの選択が難しい》については，２ケ月後にも困難を継続させていた。３ケ月，６ケ月を経過した時期では［整形とかはたまにしか来ないので牽引とか分からない。組み立てやフレームベッドとかどうやるのか分からない］，［ドレーン類とかもミルキングしていいのかとか分からない］，［Aラインはオペ後に点滴みたいにぶら下がってきた時にどうセッティングすれば良いのか］など，個々の経験の違いにより生じる《個別に分からない処置がある》があった。

⑵ 『未経験の疾患に対する戸惑い』

『未経験の疾患に対する戸惑い』とは，経験のない疾患の病態生理についての知識がないことやフィジカルアセスメントが難しいなどと感じることであり，３ケ月を経過するまでみられた。１ケ月を経過した時期では［脳外の患者を見たことがないため四肢の動きやレベルの見方が分からない］，［関わる疾患も初めての経験が多いため何を知っていなければならないのかが分からない］など，初めて関わる疾患があることで生じる《未経験の疾患について必要な知識が分からない》がみられた。

２ケ月を経過した時期では［毎日患者さんが代わることが多いので疾患が多くてついていけてない］，［分かってきたことがあってももう違う人に代わっている］など，患者の入退室が早いというICUの特徴から，新しい疾患に遭遇する機会が多いために生じる《関わる疾患の種類が多くて戸惑う》が生じた。３ケ月を経過した時期では［何を調べれば良いのか分からない。幅が広すぎてどうやって何処を調べたら良いのか分からない］，［展開が早いし何処から勉強すればいいのか追いつかない］など，具体的に何を学習しなければならないのか分からないと感じる《学習すべきことに戸惑う》がみられた。また，［見たことがない疾患とかオペの人が来ると何処を見て良いのかとか観察点は何処なのかっていうようなことはまだちょっと分からない］，［これから起こるかもしれない異常を予想して観察項目を上げていかなければならないからそれがまだ難しい］など，起こりうる異常が予測できないことで生じる《未経験の疾患に対する観察項目が分からない》も感じていた。

⑶ 『心電図が分からない』

『心電図が分からない』とは，配置転換前から心電図波形を解読する必要性を感じ自己学習していたが，実際に心電図波形を読み取ることが難しいと感じることや不整脈出現時の対応に不安を感じることであり，この困難は６ケ月を経過するまで続いた。１ケ月の時期では［教科書を見て波形を見たりするが本に出ている波形はとても綺麗で実際の患者と結びつけるのは無理］，［自己学習して不整脈が出た時にこれかなというのはあるがやはり波形は読み取れないため不安］，［ICUへ異動したら心電図を読めないとと思ったから異動が決まってから勉強してたけど実際にこっちに来て受け持った患者の波形を読もうと思うんだけど本当に難しい］など，自ら必要性を感じ学習しているにも関わらず，心電図が読めないと思うために《心電図波形が読み取れない》を感じていた。

２ケ月から６ケ月を経過する時期では［この不整脈が出現したら何をすべきかいま波形の何処が異常であるからこうしなければならないということが分からない］，［今この状態だからこの波形が出ててこれからこんな波形の異常がでるからこういう対応が必要とかが分からない］，［その波形が今の患者さんをどう表しているのか判断もできない。

教科書的に何度ブロックとかそういう不整脈が勉強して分かってもいざ患者さんにその波形が出たら分からないかもしれないと思うと不安］など，異常波形の判断とその対応に戸惑いを抱くことで《心電図の異常波形の区別とその対処が分からない》という困難を示した。

⑷ 『人工呼吸器が分からない』

『人工呼吸器が分からない』とは，初めて人工呼吸器を使用する患者と関わることから人工呼吸器についての知識やアラームの対処方法などに対して分からないと感じることであり，１ケ月を経過した時期のみにみられた。［呼吸器に関してはモードがいっぱいあってどのモードがどうなのかっていうのが分からない］，［人工呼吸器自体が初めてだから呼吸器に関しては設定というかモードが分からない］など，人工呼吸器に関する知識がないと感じる《呼吸器の換気様式（以下モードとする）の種類が分からない》がみられた。さらに［呼吸器のアラームの対応をしたことがない］，［アラームの原因が何で様子をみていいのかすぐ対処しなければならないのかが分からない］など，人工呼吸器のアラームの対処をした経験がないために《呼吸器の異常時の対応が分からない》を感じていた。

⑸ 『聞いたことのない略語に対する戸惑い』

『聞いたことのない略語に対する戸惑い』とは，初めて聞く略語が多く略語の意味や読み方について戸惑うことを示しており，２ケ月を経過する時期までみられた。１ケ月を経過した時期では［略語をさらに下した言い方とか読み方が分からないし本を見てもSAH（くも膜下出血）とは書いてあってもザーと読むと書いてくれてある本はないから略語とその読み方が分からない］，［略語自体も分からないが略語を説明してもらってもその言葉自体についても知らないので略語の意味も分からない］など，今まで知らなかった略語を耳にすることが多いことから《略語やその意味が分からない》を感じていた。２ケ月後には［申し送りに関しては略語が多くて何言っているか分からない］，［手術室の看護師は自分が配置転換したばかりとは知らないから普通に略語を使うが分からないことが多い］など，任される仕事が増えたために，それに関連する略語が新たに出現するために《略語やその意味が分からない》，《手術室との申し送りの時の略語が分からない》がみられた。

⑹ 『医療機器の取り扱いへの戸惑い』

『医療機器の取り扱いへの戸惑い』とは，初めて見る医療機器に対しその取り扱い方法に不安を感じることであり，３ケ月を経過する時期まで続いていた。１ケ月を経過した時期では［輸液ポンプやシリンジポンプは見たことはあっても触ったことがなかった］，［ICUだとモニター画面がついていてタッチパネルの操作の呼吸器だったからさわり方が分からなかった］，［器械自体は見たことがあるけどDC（除細動器）を使っている所を見たことがない］，［患者に装着する心電図の波形や脈拍が出るモニターの画面の表示が英語でモニターの設定をするのに困った］，［CHDF（持続的血液濾過透析）とかの透析の器械については何処を触っていいのか分からない］など，取り扱った経験のない器械に触ることに抵抗感を抱く《シリンジポンプ・輸液ポンプ・透析機器・人工呼吸器・除細動器・心電図モニターの取り扱い方が分からない》を示した。

２ケ月を経過した時期では［IABPを見たことがないからIABPの器械の何をチェックすればいいのか管理法が分からない］，［上の人とかもIABPは大変というのでそういうのを聞くとプレッシャーになります］など，IABPに実際に関わっていないが，戸惑いを抱くことで生じる《IABPの取り扱いに不安がある》がみられた。３ケ月を経過した時期では［IABPとかはちらっとは見るけど受け持ちしたことはないので何処に注意してみるのかとかは分からない。何処を触っていいのか分からないですから］，［透析の器械の何処を触っていいのか分からない］，［BIPAPの使い方が分からない］など，個々の経験により不安を抱く医療機器が違う《個別に慣れない器械の取り扱いに戸惑う》があった。

２）【報告】

【報告】は，患者の情報を報告する時に示す困難であり『必要な情報を報告することへの困難感』というカテゴリーがみられた。

⑴ 『必要な情報を報告することへの困難感』

『必要な情報を報告することへの困難感』とは，患者の重要な情報が何かを考え必要な情報を報告することが難しいと感じることが困難として表れ，１ケ月と３ケ月を経過した時期にみられた。両時期ともに［患者のどの情報から送るのか何を送るのかが分からない］，［患者の状態から申し送りに必要な情報の区別がつかない］など，申し送りに必要な患者の情報を選択することが難しいと感じ《報告に必要な情報の選択が難しい》を示した。

３）【状況のアセスメント】

【状況のアセスメント】は，自らのフィジカルアセスメントや異常の判断について示す困難であり『自分の判断に自信がない』，『異常の判断に対する戸惑い』というカテゴリーがあった。

⑴ 『自分の判断に自信がない』

『自分の判断に自信がない』とは，初めて関わる疾患を持つ患者のフィジカルアセスメントが他の看護師と異なることで自分の判断に自信が持てないことであり，１ケ月を経過した時期のみにみられた。［患者の四肢の動きのチェックをするとき自分の前に受け持った看護師と評価が違うと戸惑う］，［前の看護師とのレベルやMMT（徒手筋

力テスト）の判断が違う時は自分の判断に自信がなくなった］など，今までに経験のない患者と関わる時，自信がないと感じる《自分の判断に自信がない》がみられた。

⑵ 『異常の判断に対する戸惑い』

『異常の判断に対する戸惑い』とは，自ら患者の異常を判断する必要性を感じたうえで，その判断に戸惑うことが困難として表れ３ケ月を経過する時期まで続いた。１ケ月を経過した時期では［ICUの場合患者のデータを把握し異常であったら先生に報告する。それまで先生は来てくれないからデータがおかしい所で判断するのが難しい］，［ICUで経験する疾患は今までみてきた疾患とはほとんど違う。何かあったときにそれがいいのか悪いのかという判断が自分には出来ない］など，状況の判断に戸惑いを感じることで生じる《報告すべき患者の状態が分からない》があった。

２ケ月を経過した時期では［S-Bチューブは見たことがない。入ってくるのはいいがこれは少なくていいのか多くていいのか色はいいのか結局は判断にこまります］，［ガーゼにじわっと血液がにじんでいる時に変化はないのだけどこのまま交換せずにほっといていいのかと量はないのだけど変な物が出ている時とかどうするのか］など，患者の状況に応じての異常の判断が難しいと感じる《対象に応じた異常の判断が難しい》があった。また，［血圧だったら指示範囲内ではあるのだけれども変動が激しいが様子をみていいのかそういうのが分からない］，［血圧に変動がある患者の異常の判断というかその辺が分からない］など，血圧の変動に対し，異常の見極めが難しいと感じる《血圧変動に対する異常の判断が難しい》がみられた。３ケ月を経過した時期では［S－Bチューブだったり Jバックとかがつながってきたりするが出てきた排液の量や色がこれで良いのかっていうのが分からない］，［何が起こりそうか予測できない。外科系の経験がないためそういう判断は特に外科系が無理］など，予測を含めた異常の見極めに戸惑うことで生じる《予測を含む異常の判断が難しい》があった。

４）【緊急時の対処】

【緊急時の対処】は，緊急時の対応について示す困難であり『緊急時の対応へのもどかしさ』というカテゴリーがあった。

⑴ 『緊急時の対応へのもどかしさ』

『緊急時の対応へのもどかしさ』とは，緊急時に必要な物品の準備ができなかったことや自らの役割を見いだせず，思うように行動できない自分自身にもどかしさを感じることなどが困難としてみられ，６ケ月を経過する時期までみられた。１ケ月を経過した時期では［急変や緊急入室を経験したがみんなが一斉に集まって来るので何をして良いのか分からず遠巻きに見ていることしかできなかった］，［その場に行くがやることが分からない］など，緊急時に自分に何ができるのかが分からないと感じることで生じる《緊急時の自己の役割が分からない》があった。また，［緊急入室や急変の時に先生にあれ用意してこれ用意してと言われた時に物の名前と物品が一致せず何のことか分からない。探している場所が違ったりしていることがある］，［患者が入室したときにドップラーを使えばいいという話になったがそのドップラーが何なのか分からなかった］など，今までに使用したことのない物品を使うことで生じる《緊急時の物品が準備できない》があった。

２ケ月を経過した時期では［数人のスタッフが患者の所に集まってくるが自分が出来ることを先に他のスタッフに取られると何をすれば良いのか分からなくなる］，［要領よく動けない］など，自分ができることを他のスタッフに取られてしまうことで戸惑う《緊急時に自分が思うように動けずもどかしい》がみられた。３ケ月を経過した時期では［これが足りないから自分はこれを用意しようとかできるようになってきているのですけど周りの動きの早さについていけない。周りの動きの早さについて行けなくてプレッシャーになります］，［自分でできることを見つけられるようなったというか流れが分かるようになったというかやることが見えてくる。でも他の人に比べたら全然動けてはいない］など，緊急時の自分の対応を他のスタッフと比較することで生じる《緊急時に他スタッフの動きについて行けない》があった。６ケ月を経過した時期では［いきなりVT（心室頻拍）になって脈もあったしそのうちすぐ戻ったから良かったのだけど除細動をしなきゃならないとか人を呼ばなくてはならないとかいうのはわかるのだけど実際その場になるとコール押せばいいのかな呼べばいいのかなとか考えちゃって］，［結局VTおこったらえっあれっみたいにすぐ反応できなくて人を呼びました］など，実際に患者の急変の場面に遭遇した時，自分の対応に不安があったという思いから生じる《急変時の対応に不安がある》があった。

５）【患者・家族の対応】

【患者・家族の対応】は，患者や家族との関わりを持つなかで示す困難であり『家族への情報提供に対する難しさ』，『患者・家族との関わりに対する戸惑い』というカテゴリーがあった。

⑴ 『家族への情報提供に対する難しさ』

『家族への情報提供に対する難しさ』とは，自らが提供できる情報と家族が求める情報が食い違うことから情報提供の難しさを感じることによる困難であり，２ケ月を経過する時期まで続いた。１ケ月，２ケ月を経過した時期ともに［ICUはお家の人が聞きたいのはレベル的なことだとか疾患的なことが主で医師が話すべきことを聞いてくる。疾患的なことは看護師がへたに答えられないのでその辺で困

る］，［疾患のことやこれから良くなるのでしょうかと聞かれた時にどう答えていいのか分からない］など，家族へ提供できる情報の選択が難しいと感じる《家族への情報提供が難しい》があった。

⑵ 『患者・家族との関わりに対する戸惑い』

『患者・家族との関わりに対する戸惑い』とは，会話でのコミュニケーションが取れない患者との意思疎通の難しさを感じること，患者や家族と関わりをもつ期間が限られることなどに対する困難感であり，３ケ月を経過する時期までみられた。１ケ月を経過した時期では，［患者に呂律障害があったりすると何言っているのか分からなく何度も聞きなおしてしまった。そういった患者とのコミュニケーションが難しい］，［長期に挿管している人は気切をしてしまうので何とかこちらに何かを伝えようとしているのに聞き取れない］など，会話の不可能である患者とのコミュニケーションに戸惑うことで生じる《会話のできない患者との関わりが難しい》がみられた。

２ケ月，３ケ月を経過した時期に共通していたことは［ゆっくりかかわれないというか何をしてあげたら良いのか分からない。考える間もなくいなくなっちゃう］，［ここだとセデーションがかかっていたりすぐ退室になるから時間をかけて関われない。病棟の時は患者さんから指名されたりありがとうの感謝の言葉を言われたりしてやりがいにつながっていた］，［家族ともコミュニケーションがとりづらく患者もすぐ転棟する］など，患者や家族と関わりを持とうと努力しているが，関われない状況があることに《患者や家族とゆっくり関われない》があった。一方で，３ケ月を経過した時期には［業務も煩雑になってしまっている時などは必要なことだけやって終わりみたいになってしまいそういう所が嫌だ］，［検温とかで患者さんのそばに行くことは多いのですが普通にコミュニケーションを取りに行くっていうことがない］など，患者との関わりが業務的になっていることで感じる《業務的な関わりに戸惑う》がみられた。

６）【経験年数による重圧】

【経験年数による重圧】は，看護師の臨床経験があることが妨げとなり感じる困難であり『自信のない処置も任されることへの不安』，『質問をすることへの抵抗』，『負担をかけることへの気遣い』，『任されない不満』というカテゴリーがあった。

⑴ 『自信のない処置も任されることへの不安』

『自信のない処置も任されることへの不安』とは，処置について不安を訴えても看護師の臨床経験があるという理由から任されてしまうことの苦痛が困難感として表れ，２ケ月を経過した時期のみにみられた。［オペ室で経験しているのですけど場所が違うしオペ室と使うものが違ったりする。ICUでの挿管介助は初めてなのでついてくださいって言ったらオペ室で何回も経験しているでしょって言われちゃった］，［もう見たことがありますよねみたいな最初から言われちゃうのでそりゃ困ります］など，処置に対して不安を抱き，その思いを伝えているにも関わらず，任されてしまうことで感じる《自信のない処置も任され不安になる》があった。

⑵ 『質問をすることへの抵抗』

『質問をすることへの抵抗』とは，臨床経験があるという自負がさまたげとなり疑問点を確認することができないことによる困難であり，３ケ月と６ケ月を経過した時期にみられた。３ケ月を経過した時期では［１回教えてもらったことはもう聞けない］，［最低これは勉強してみたいのを渡された。その辺はへたに聞いちゃうと勉強していないのと言われる］など，配置転換してからの時間が経過することで感じる《同じことは２度聞けない》があった。６ケ月を経過した時期では［やっぱり経験年数で見られるからICUにきて今までやったことなくても言いにくい。やったことないのっていうような感じを受ける］，［聞きにくい言いにくい今更って感じで聞きにくい］など，自らを経験年数があるという視点からみることで生じる《今さら聞けない》がみられた。

⑶ 『負担をかけることへの気遣い』

『負担をかけることへの気遣い』とは，相手の作業を中断することに対しての影響を考えてしまうことを示し，２ケ月を経過する時期までみられた。１ケ月，２ケ月の時期ともに［用意してほしいと言われた物が分からず一人のスタッフに聞いてたりしていたがそうすると一人作業ができる人をこちらに連れてきてしまうことになるのですごく無駄だ］，［いっぱいいっぱいなのに先輩に何かやることあるって聞かれても何でかいいですなんて言っちゃったり］など，周りに対する配慮をすることで感じる《他のスタッフに負担をかけることに気を遣う》があった。

⑷ 『任されない不満』

『任されない不満』とは，配置転換後の時間が経過することで自ら段取りを組み行動できるようになっているにも関わらず，他のスタッフから指摘をされ苦痛を感じることであり，２ケ月から６ケ月を経過する時期までみられた。「今やろうと思っていたのに指摘されてしまったりしちゃう」，「自分の中でこれを何時にやろうと計画しているとあれやったのと先にいわれる」など，計画をしていることも先に指摘を受け，苦痛を感じる《先に指摘される》があった。

Ⅳ．考　　察

1．ICUへ配置転換した看護師が直面する困難

ICUへ配置転換した看護師が直面する困難は，【知識・技術の獲得】，【報告】，【状況のアセスメント】，【緊急時の対処】，【患者・家族の対応】，【経験年数による重圧】という6テーマに分類できた。

ICUは，クリティカルな患者を収容する領域であり，診療科の特定がなく内科系・外科系の重症患者をあわせて収容し集中治療・ケアを提供する。このようなICUの特徴は，配置転換者にとって，経験のない疾患や診療科と関わることになる。そのため配置転換した看護師は，［関わる疾患も初めての経験が多いため何を知っていなければならないのかが分からない］のように『未経験の疾患に対する戸惑い』に直面していた。また，経験のない診療の介助，器械類の取り扱いなどに対しては，『医療機器の取り扱いへの戸惑い』を感じていた。診療科の特定がないICUへ配置転換することは，様々な診療科に対する新たな知識や技術の獲得が必要となる。坂[12]は，配置転換により新しい職場で働くことは，新しい知識・技術の習得などで様々な困難を生じることを指摘している。このように多数の診療科の入室があるというICUの特徴は，配置転換した看護師にとって新たな【知識・技術の獲得】が必要となり困難に直面させたと考える。

配置転換した看護師は，異動する前から心電図の自発的な学習を行い，心電図を読み取る能力，読み取った後の対応ができる必要があるという思いを持っていた。図子ら[9]の研究においても配置転換者は，異動前から心電図の自己学習をしていた。このことから配置転換者は，ICUの看護師は心電図を読み取れるというイメージを持つと考える。そのイメージを持つために配置転換者は，それに近づこうと努力することで『心電図が分からない』という困難に直面する。さらに，配置転換者は［ICUの場合患者のデータを把握し異常であったら先生に報告する。それまで先生は来てくれないからデータがおかしい所で判断するのが難しい］のように，異常の判断を自ら行わなければならないという必要性を感じることで困難に直面していた。これは【状況のアセスメント】として現れた。慣れない状況の判断に戸惑っているだけでなく，異常を判断し対応しなければならないという思いがあると考える。配置転換者は，ICUの看護師はどうあるべきかというイメージを持ち，それに近づこうと努力することでより困難さを招く。

ICUに入室する患者は，自力で生命を維持できない状態にある。そのため，いつでも呼吸・循環が急激に悪化して生命を維持できなくなる危険性がある[13]。ICUにおいて患者の急変があった時には，生命維持のためのあらゆる迅速な治療が開始される。このような急変時の対応に遭遇した場合に配置転換者は【緊急時の対処】という困難に直面した。これは緊急時に自己の役割が見つけられないことや思うように動けない自分にもどかしさを感じることで招く困難であると考える。

ICUは，疾患の影響から呂律障害がある患者，気管切開をしている患者，鎮静をかけている患者など，会話がスムーズにできない患者が多い。配置転換した看護師は，患者の思いを理解してあげられない状況に苦しみ困難に直面した。また，ICUに入室する患者は，入退室が頻回という特徴がある。そのため関わりを持てる時間が限られており，一般病棟のように継続した関わりを持つことは難しい。増田ら[8]は，救命センターへ配置転換した看護師の研究のなかで，患者の意識レベルが改善してコミュニケーションが図れるようになると，すぐに一般病棟に転棟してしまうので淋しいという意見があったことを報告している。中村[14]らの研究では，看護師が患者や家族からの感謝の言葉に，この上ない喜びを感じることが報告されている。つまり，会話のできない患者が多く，患者と関わりを持てる時間が限られるというようなICUの特徴からこのような困難を抱きやすく，その状況のなかでも配置転換者は，患者や家族と関わりたいという思いとの間で葛藤するため困難を助長する。そのため配置転換者は，患者とのコミュニケーションを取ることが難しいことや患者，家族と時間をかけて関わることができない現状に対し【患者・家族の対応】の『患者・家族との関わりに対する戸惑い』という困難に直面すると考える。

経験豊富な看護師ほど，専門職としての自律性が高いといわれる[15]。配置転換者は，前職場においてリーダー業務を行うなど，指導的な立場であった場合が多く異動前まで日常の看護業務を自分で判断し行動することができていたが，配置転換したことにより思うように行動できない自分自身に焦り不安を感じていた。配置転換者が異動後にそれまでの経験を十分に発揮できないと感じることで焦りや不安を生じることは，永松[16]や多田ら[17]の研究でも報告されている。しかし，配置転換者は，未経験の業務でも臨床経験があるということだけで，できるだろうと判断され業務を任されていた。配置転換者が経験を発揮できずに不安を感じているにもかかわらず，受け入れ側のICUスタッフは，経験があるからというだけで任せてしまう業務があるということである。この配置転換した看護師とICUスタッフとの思いのずれが【経験年数による重圧】の『自信のない処置も任されることへの不安』を招いていた。その一方で配置転換者は『任されない不満』にも直面していた。この困難は，自ら業務の段取りを考えて行動できるようになり，これからやろうと思っていたことでも，ICUスタッフ側から実施する前に指摘されることに苦痛を感じる

ことで示した。配置転換した看護師は『自信のない処置も任されることへの不安』を感じる一方で『任されない不満』も感じている。臨床経験がある配置転換者であるからこそ，同時に直面してしまう困難である。このように看護師の経験があることは，配置転換者を【経験年数による重圧】という困難に直面させていた。この【経験年数による重圧】は配置転換した看護師に特徴的な困難であることから，ICU以外の部署に異動しても直面しうる困難であると考える。

２．配置転換後に直面する困難と時期の変化

配置転換して１ケ月を経過した時期に直面する困難には，【知識・技術の獲得】に関する《Aラインモニタリングのルートの作成・設定・介助が分からない》や《配合禁忌の薬剤とルートの選択が難しい》などのように，主に知識や技術が伴わないために抱くという共通性があった。クリティカルな患者に行われる治療は，生命を維持するため集中的かつ強力に行われる[18]。池松[19]は，ICUで集中治療を受けている患者は基礎疾患がどのようなものであっても，呼吸・循環に何らかの問題があると考えて良いことを指摘している。つまりクリティカルな患者は，生命維持が最優先であり，主に呼吸障害や循環障害に対する治療管理を必要とされ，呼吸障害を持つ患者は，その代償機能として人工呼吸器などの医療機器を使用する。配置転換した看護師は，このような集中的な管理を必要とされる患者と関わることが初めての場合が多い。そのため新たな【知識・技術の獲得】が必要となり《未経験の疾患について必要な知識が分からない》，《呼吸器のモードの種類が分からない》などの困難に直面していた。１ケ月目の時期には，ICUにおいて実施頻度の高い看護ケアや処置に対して困難を示す傾向があった。

配置転換２ケ月を経過すると【知識・技術の獲得】に関する『処置に対する困難感』の《個別に分からない処置がある》のように，配置転換前後の経験の違いから個別的な困難を示した。このように異動前後の経験が影響する困難は，６ケ月を経過するまで持続した。２ケ月目に特徴的に出現していた困難は，《S－Gカテーテル・IABPの挿入法とその管理が分からない》のように，初めてS－GカテーテルやIABPに関する困難を示すことである。これは，新たな経験が増すことにより招く困難であると考える。２ケ月目に入ると，受け持つ患者の重症度が上がることや受け持ちを１人で行うことにより『聞いたことのない略語に対する戸惑い』の《手術室との申し送り時の略語が分からない》を新たに示した。これは，任される業務が増えるために新たに【知識・技術の獲得】が必要となり示す困難であり，初期の困難を超えて次の段階に進むことを示した。また，２ケ月後に配置転換者は【経験年数による重圧】に関する『任されない不満』の《先に指摘される》という困難を感じはじめた。配置転換した看護師は，異動後２ケ月を経過した頃より徐々に自分の業務の段取りを考え行動できるようになっていた。そのため，自分で業務の段取りを考えているにもかかわらず，他のスタッフから業務内容を《先に指摘される》ことで困難に直面した。これは，配置転換者に看護師の臨床経験があることが影響すると考える。

配置転換３ケ月を経過した時期には，配置転換前の経験の違いや異動後の経験の違いから個々の看護師により困難が異なる【知識・技術の獲得】に関する《個別に分からない処置がある》，《個別に慣れない器械の取り扱いに戸惑う》などの困難を示した。また，受け持つ患者の重症度があがることなどから，任される業務が増すことからも《未経験の疾患に対する観察項目が分からない》などの困難に直面した。この時期になると，［ドレーン類をミルキングしていいのか分からない］のように不明な点の言語化が具体的に可能となっていた。このことから配置転換者は，３ケ月を経過しても困難に直面しているが困難と思うことに個別性が出現し，さらに直面した困難を具体的に言語化ができることが明らかになった。増田ら[8]は，救命センターに配置転換した看護師の職場適応の研究において対象者が３ケ月たって少しずつ慣れてきたと振り返ったことを報告している。これは，ただ単に業務に慣れたことを意味するのではなく，直面する困難を言語化できることにより困難を自ら解決しやすくなったことを意味すると考える。

配置転換後６ケ月の時期に出現する困難は【知識・技術の獲得】に関する『循環動態処置への困惑感』の《個別に分からない処置がある》などである。この時期になると配置転換者は，ほとんど困難を示さなかった。この時期には，配置転換前の経験の違いや異動後の経験の違いから個々の看護師により異なる困難は示すもののほとんどの困難が消失した。

ICUへ配置転換した看護師が直面する困難を経時的に概観すると異動後の経過時期に特有な困難がみられた。異動後３ケ月までにほとんどの困難が出現し，主に１，２ケ月後の時期には，『未経験の疾患に対する戸惑い』や『医療機器の取り扱いへの戸惑い』などの新たな知識や技術の獲得が必要になるために主に【知識・技術の獲得】に関する困難に直面していた。『異常の判断に対する戸惑い』などのICUの看護師へのイメージの先行により客観的にアセスメントが行えなくなる【状況のアセスメント】，緊急時に思うように行動できずもどかしさを感じる【緊急時の対処】，『患者・家族との関わりに対する戸惑い』などの患者や家族との関わりに葛藤する【患者・家族の対応】，『自信のない処置も任されることへの不安』などの看護師の経

験が影響する【経験年数による重圧】は，異動後の経過時期と関連せず，いつの時期にも出現する困難であるといえた。

３．教育への提言

ICUへ配置転換した看護師の異動後の困難を経時的に整理すると，１ケ月，２ケ月，３ケ月，６ケ月の各時期に特有な困難があった。以下に，今回の研究結果から，ICUへ配置転換した看護師が直面する困難に対する支援について検討する。

配置転換１ケ月の時期には，新たな知識や技術の獲得への支援が重要である。この時期の支援は，Ａラインモニタリングの取り扱い方，入室頻度の高い疾患や使用頻度の高い医療機器，患者の意識レベルと徒手筋力テスト（以下MMTとする），主に入室する疾患・治療・処置の略語とその略語が表す行為や名称，緊急時に必要な物品や処置などについて情報提供することが必要である。ICUにおいて使用頻度の高い医療機器は，一定の期間，取り扱いの練習ができるような環境を整えることも重要である。また緊急時には，その場で役割を采配する配慮も必要である。配置転換２ケ月の時期には，初めての経験をすることによって示す困難に加え異動前後の経験の違いが影響する困難が出現した。この時期には，配置転換者自身が何を何処まで経験したか把握できる経験表を活用し自己評価できる配慮が有効である。この時期に経験表を活用することは，必要な知識や技術についての情報の整理ができ効果的である。この経験表は，経験の確認かつ自己学習の手助けとなることが有効である。また，この時期に特徴的に出現していたＳ－ＧカテーテルとIABPの困難については，どの程度まで理解できていれば問題ないのかなどの情報提供をする良い時期であると考える。配置転換３ケ月の時期には，異動前後の経験の違いから個別的な困難を示した。この時期には，不明な点が具体的に表現できていた。そのため，未経験の処置などを把握し，実施する時に声をかけることや疑問点を確認しやすい雰囲気を整えることが重要である。配置転換６ケ月後になると困難は，ほとんど消失した。この時期は，特別な支援を必要とせず見守る姿勢が重要である。この時期に配慮を必要とすることは『質問をすることへの抵抗』の《今さら聞けない》を示すことである。このような困難を認識し思いを受け止め，お互いに声をかけやすい職場環境を構築していくことが重要である。

Ⅴ．結　　論

ICUへ配置転換した看護師を対象とし異動後に直面する困難を配置転換後１ケ月，２ケ月，３ケ月，６ケ月の経過時期別に明確にした結果，以下のことが明らかになった。

１．ICUへ配置転換した看護師は，異動後に【知識・技術の獲得】，【報告】，【状況のアセスメント】，【緊急時の対処】，【患者・家族の対応】，【経験年数による重圧】という困難に直面する。

２．【知識・技術の獲得】，【報告】は，配置転換後３ケ月を経過する時期までにほとんどが出現する。また，配置転換者は，主に１，２ケ月の時期にこれらの困難に直面する。

３．【状況のアセスメント】，【緊急時の対処】，【患者・家族の対応】，【経験年数による重圧】は，異動後の経過時期の影響をほとんど受けない。

４．配置転換後１ケ月の間は共通して実施頻度の高い処置などに対する困難を示し，２ケ月目以降は異動前後の経験が影響し困難が個別に異なる。さらに２ケ月目以降は，役割が増すことから新たな知識や技術の獲得が必要となり困難に直面する。異動後６ケ月を経過した時期になると配置転換者はほとんど困難を示さない。

要　　旨

本研究の目的はICUへ配置転換した看護師が直面する困難を具体的かつ経時的に明確にすることである。ICUへ配置転換し１ヶ月５名，２ヶ月５名，３ヶ月５名，６ヶ月３名の対象者に面接調査を実施した。その結果，配置転換者は異動後【知識・技術の獲得】，【報告】，【状況のアセスメント】，【緊急時の対処】，【患者・家族の対応】，【経験年数による重圧】という困難に直面していた。【知識・技術の獲得】，【報告】は，異動後３ヶ月を経過する時期までにほとんどが出現した。【状況のアセスメント】，【緊急時の対処】，【患者・家族の対応】，【経験年数による重圧】は，異動後の経過時期の影響をほとんど受けなかった。配置転換した看護師が直面する経過時期に応じた困難の支援を提供することが重要である。

Abstract

The purpose of this study was to specifically and temporally identify difficulties that nurses transferred to the ICU may experience. An interview survey was conducted with nurses who had been transferred to the ICU and worked there for 1, 2, 3 (5 nurses each), or 6 (3 nurses) months. The results showed that, since the transfer, they had experienced difficulties in the [acquisition of knowledge/skills], [reporting], [assessment of situations], [emergency response], [addressing patients/fami-

lies], and [bearing the strain of their years of experience]. Of these, difficulties in the [acquisition of knowledge/skills] and [reporting] were experienced by most of them within 3 months after transfer. Difficulties in the [assessment of situations], [emergency response], [addressing patients/families], and [bearing the strain of their years of experience] were least affected by the time they had spent in the ICU. These findings suggest the importance of providing support for nurses confronting transfer-associated difficulties in consideration of the time that has passed since the transfer.

文　献

1）藤野みつ子，野島良子，他：ローテーションがエキスパートナースに与える影響，日本看護研究学会雑誌，25(3)，228, 2002.
2）関　弘昭，大森良子，他：NICUに配置転換した看護婦のストレスの原因と支援の必要性－平成10年度の配置転換看護婦へのストレス状況の調査から－，第30回日本看護学会集録（小児看護），86-87, 1999.
3）畑中保子，山形聡子，他：集中治療室に配置転換した看護師のストレスの要因調査，第35回日本看護学会集録（看護管理），6-8, 2004.
4）高橋章子，館山光子，他：救急看護師の役割と必要な能力に関する研究，北海道医療大学看護福祉学部紀要，10, 111-119, 2003.
5）池田美千代，嶋田晴美，他：ICU・CCU混合病棟で働く看護師のストレスの実態について，第23回日本看護学会集録（看護管理），199-201, 1992.
6）山勢博彰，長谷川浩一：救急看護婦のストレスに関する心理学的研究（後編），Emergency Nursing, 7(3), 231-239, 1994.
7）當房紀子：集中治療室に配置転換になった看護師の職場への適応過程，神奈川県立看護教育大学校 看護教育研究集録，25, 287-294, 2000.
8）増田尚美，伊藤まどか，他：救命センターに配置転換した看護師の職場適応－面接調査から受け入れ体制を再検討して－，第32回日本看護学会集録（看護管理），222-224, 2001.
9）図子早地子，小林由紀，他：集中治療室への勤務異動がもたらす心理的変化－異動前後を通して－，高松市民病院雑誌，29, 59-62, 2005.
10）梶清友美，金只共世，他：ICU看護ケアの自己効力に関する研究，岡山大学医学部保健学科紀要，11(1)，17-24, 2000.
11）池上百合恵，毛利敏子，他：ICU看護者が配属当初に直面した困難とその克服状況の実態，第32回日本看護学会集録（看護管理），219-221, 2001.
12）坂　正春：配置転換した看護師が持つ経験，神奈川県立保健福祉大学実践教育センター 看護教育研究集録，32, 176-181, 2007.
13）池松裕子：クリティカルケア看護の基礎－生命危機状態へのアプローチ－池松裕子著編，14，メジカルフレンド社，東京，2003.
14）中村あや子，尾崎フサ子，他：看護師の仕事意欲に関する研究－職場でやりがいを感じた時の分析から－，新潟大学医学部保健学科紀要，7, 309-313, 2001.
15）菊地昭江，原田唯司：看護専門職における自律性に関する研究－基本的属性・内的特性との関連，看護研究，30(４)，285－297, 1997.
16）永松さゆり：手術室に配置転換になった看護師の職場への適応過程，神奈川県立看護教育大学校　看護教育研究集録，27, 305-312, 2002.
17）多田英美，中田絵里，他：看護師が配置転換に抱く不安，広島県立病院医誌，34(1)，127-133, 2002.
18）前掲書13)，11.
19）前掲書13)，10.

平成21年11月26日受　　付
平成22年８月24日採用決定

ー総　説ー

国内外における遺族研究の動向と今後の課題

The Trend of Research About Bereaved Family and the Further Subjects in Japan and Overseas

立　野　淳　子[1)]　　山　勢　博　彰[1)]　　山　勢　善　江[2)]
Junko Tatsuno　　Hiroaki Yamase　　Yoshie Yamase

キーワード：遺族，悲嘆，健康状態，遺族ケア
Key Words：bereaved family, grief, health condition, bereavement care

はじめに

愛する者との死別は人生において最もストレスフルな喪失体験であり，残された遺族の心身の健康状態に与える影響は大きい。

これまで遺族の悲嘆過程を主に支えてきたのは，家族や親戚，友人，近所の知人らであった。しかしながら，近年の核家族，特に夫婦のみの世帯の増加[1)]や，近隣住民との交流減少による社会構造の変化は，遺族を支える体制として機能しなくなり，誰からの支援も受けられない遺族も少なくないことが推測できる。したがって，年間の全死亡者の８割以上が病院や診療所などの医療施設で死を迎えている現状[2)]では，最期をともに看取った医療者による遺族ケアはますます重要となっている。

WHO[3)]が，遺族ケアをホスピス・緩和ケアの重要な働きの一つとして位置付けているように，わが国においてもホスピス・緩和ケア領域を中心に遺族ケアへの積極的な取り組みが行われてきた[4)]。近年では，救急や集中治療領域，一般病棟などにおいても遺族ケアの取り組みが学会等で報告されるようになり，様々な領域において遺族ケアへの関心の高まりが感じられるようになった。

しかし一方では，悲嘆理論や遺族ケアについて専門的な教育が行われているわけではなく，各施設が遺族ケアに苦慮している現状[4)]や遺族への二次的被害の問題[5)]なども報告されている。悲嘆に暮れている遺族への対応は，正しい知識と適切な方法を用いて実施しなければ遺族の悲嘆をさらに悪化させる恐れもあり，経験則だけで対応できるものではない。今後，より多くの医療施設において遺族ケアの導入が進み，わが国の遺族ケアを確立させていくためには実践のための科学的根拠となり得る研究の蓄積が求められる。そのためにはまずこれまでの研究成果を整理し，明らかにされていること，また今後の課題として取り組むべき方向性を見極める必要がある。

そこで本研究では，国内外の遺族研究の動向を確認した後，遺族の身体的・精神的健康状態および遺族ケアに関する先行研究のレビューを通して，今後の遺族研究の課題を明らかにすることとした。

方　法

1990年から2009年までの国内外における遺族研究を，文献検索システムJDream Ⅱ（JST Document PEtrieval system for Academic and Medical fields）の医学・看護学等のデータベースであるJMEDPlusと，エルゼビア・ジャパン社が提供する科学・医学等のデータベースであるSCOPUSを用いて検索した。JMEDPlusには，2000年以降の医学中央雑誌の文献を含む400万件以上の文献が収録されている。また，SCOPUSは，医学系の国外文献の検索に用いられることの多いMedlineの全ジャーナルを含む18,000誌以上のジャーナルを検索することが可能である。

対象とした文献種別は，原著論文，研究報告，実践報告，短報とした。

検索方法は，JMEDPlusでは，「家族」，「死」，「遺族」をシソーラス用語とし，「悲嘆」，「悲嘆反応」，「複雑性悲嘆」，「病的悲嘆」，「精神健康」，「遺族ケア」，「グリーフケア」，「グリーフワーク」，「クリティカルケア」，「救急」，「集中治療」，「ホスピス」のキーワードを組み合わせてAND検索を行った。SCOPUSでは，「death」，「bereaved family」，「bereavement」，「grief」，「bereavement care」，「grief work」，「mental health」，「complicated grief」，「intervention」，「critical care」，「emergency」，「intensive care」，「hospice」のキーワードを組み合わせてAND検索を行った。なお，周産期に関するものは，出生前死亡や流産，妊娠までの治療や受精方法の選択など生死にかかわる背景が多様であることと，遺族の悲嘆反応に影響する要因についても他領域とは異なる性質があると判断したため除外した。

１）山口大学大学院医学系研究科　Yamaguchi University Graduate School of Medicine
２）日本赤十字九州国際看護大学　The Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing

分析は，文献数の推移と研究デザインおよび研究内容別割合から全体的な遺族研究の動向を確認した後，遺族の身体的・精神的健康状態と遺族ケアについて，これまでの研究成果を明らかにした。

結　果

1．遺族研究の動向

225件の文献を抽出した。内訳は，国外文献107件，国内文献118件であった。

1）文献数の推移

1990年からの20年間における文献数の推移を図1に示した。年平均文献数は，国外文献5.35件（標準偏差3.79），国内文献5.90件（標準偏差6.24）であった。

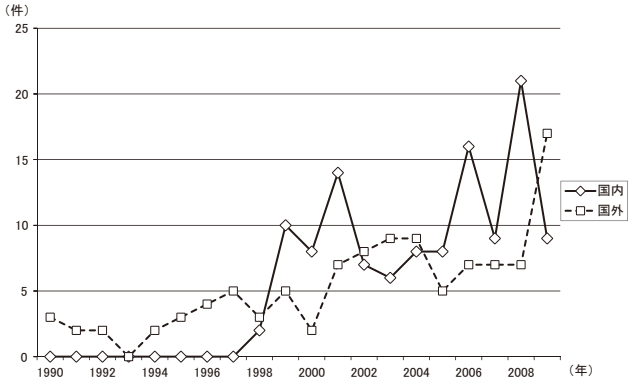


図1　国内外における遺族研究の文献数の推移

2）研究デザイン

研究デザイン別割合を図2に示した。

国外文献では，介入・実験研究が30件（26.3%）と最も多く，次いで比較記述研究が26件（22.8%）と多かった。その他，相関関係的研究が24件（21.1%），実態調査研究が18件（15.8%），因子探索的研究が9件（7.9%），質的帰納的研究が6件（5.3%），事例研究が1件（0.9%）であった。

国内文献では，実態調査研究が36件（27.5%）と最も多く，次いで実践報告が26件（19.8%）と多かった。また，質的帰納的研究は23件（17.6%），事例研究は17件（13.0%），比較記述研究は15件（11.5%），相関関係的研究は9件（6.9%）であり，介入・実験研究は1件（0.8%）と最も少なかった。

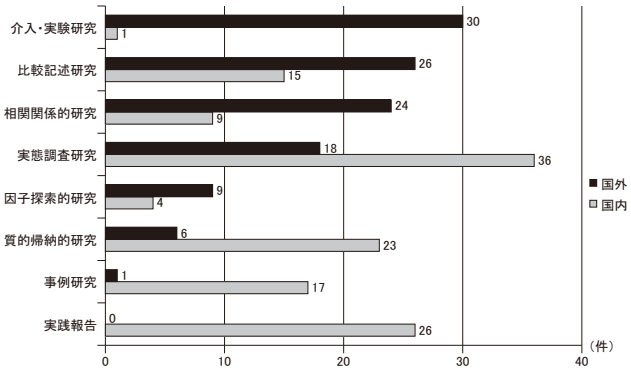


図2　研究デザイン別割合
（国外文献n＝107，国内文献n＝118以上，重複あり）

3）研究内容

研究内容別割合を図3に示した。

国外文献では，身体的・精神的健康状態に関するものが75件（54.3%）と最も多く，遺族の思い・ケアニーズ・悲嘆プロセスに関するものは1件（0.7%），遺族ケアの現状に関するものは8件（5.8%），遺族ケアに関するものは40件（29.0%）などであった。

国内文献では，遺族ケアに関するものが33件（27.5%）と最も多く，次いで身体的・精神的健康状態に関するものが30件（25.0%）と多かった。その他，遺族の思い・ケアニーズ・悲嘆プロセスに関するものは21件（17.5%），遺族ケアの現状に関するものは22件（18.3%）などであった。

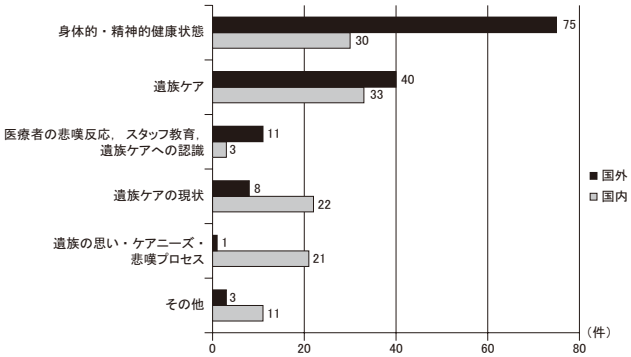


図3　研究内容別割合
（国外文献n＝107，国内文献n＝118以上，重複あり）

2．遺族の身体的・精神的健康状態

遺族の身体的・精神的健康状態に関する論文105件（国外文献75件，国内文献30件）をレビューした結果，研究成果は，1）遺族の身体的・精神的健康状態の特徴，2）身体的・精神的健康状態への影響要因，3）遺族の死亡率および自殺念慮の3つに分類できた。

1）遺族の身体的・精神的健康状態の特徴

遺族の精神健康状態については，配偶者を喪った男性の精神健康状態を既婚男性と比較することで特徴を示したByrneら[6]や，配偶者や子供，親と死別した遺族の心的反応を質的アプローチにより調査した宮林ら[7]，子供を喪った両親の精神健康状態を観察したYuvalら[8]などの調査があった。研究手法の多くは，横断研究デザインによる記述研究であったが，遺族の抑うつ傾向を死別前から死別後18か月まで追跡調査したBonannoら[9]の報告のように，縦断研究デザインにより精神健康状態の経時的な変化を明らかにしているものもあった。

配偶者と死別した老年期にある遺族141人を調査対象と

したCarolら[10]は，死別後の遺族の精神健康状態は時間の経過に伴い有意に改善することを報告した（p＜0.001）。このことは，国内でも坂口ら[11]の調査により支持されている。

子供を喪った両親の精神健康状態の経時的な変化については，Kreicbergsら[12]の調査がある。彼らは，悪性疾患で子供を亡くし，４年以上経過した両親449人を対象に，不安，抑うつ，精神的な満足感およびQOL（quality of life：生活の質）について質問紙を用いた調査を行った。その結果，死別後４～６年経過した群は，死別後７～９年経過した群よりも不安や抑うつが高いことを見出した。

遺族研究ではその調査対象者として，癌や悪性疾患により愛する家族員を喪った遺族を選定したものが多い。しかし，死の特徴が異なるクリティカルケアで死別体験した遺族を対象とした論文は少ない。Cuthbertsonら[13]は，ICU（intensive care unit：集中治療室）で死亡した患者の遺族99人に，死別後平均34日に電話による聞き取り調査を行った結果，85人（85％）は通常の生活を取り戻し，就業している47人のうち約８割は職場復帰していたことを報告した。一方で，10人（10％）の遺族は，鎮静剤や催眠薬を服用し，２人（２％）は抗うつ薬を服用している実態も明らかにした。

上記のように，遺族研究では，遺族の精神的な側面に着目することが多いが，身体的な側面も併せて調査したのはPaulaら[14]であった。彼らは，配偶者を喪った遺族149人を対象に，死別後１か月と13か月の時期に，心身の健康状態について観察した。結果，死別後１か月では「泣く」が132人（89％）と最も多く，「睡眠障害」は112人（76％），「意欲低下」は111人（75％），「食欲低下」は75人（51％），「2.25kg以上の体重減少」は53人（36％），「抑うつ傾向」は62人（42％）などであったことを報告した。また，死別後13ヵ月にはそれらの症状の多くが有意な改善を認めたものの（p＜0.02～0.001），「頭痛」，や「呼吸困難」，「抗精神薬の使用」などについては改善を認めなかったことを明らかにした。

遺族の精神疾患の罹患状況に関する報告も，Barryら[15]や，Silvermanら[16]，Maerckerら[17]など国外論文で数多くみられた。Jacobsら[18]の調査では，配偶者を亡くした遺族のうち，うつ病と診断された者の割合は，死別後６ケ月で32％，死別後１年で27％であった。また，Jacobsら[19]が行った配偶者にみられる死別後の不安障害について調査した他の調査研究では，死別後６ケ月を経過した48人の遺族のうち，12人（25％）が不安障害の診断基準を満たし，死別後12ケ月経つ54人の遺族のうち，不安障害の診断基準を満たしたのは24人（44.4％）であったことが報告されている。さらにZisookら[20]は，死別体験をした遺族350人を対象に，うつ病の診断基準を満たした割合について調査した結果，死別後２ケ月では24％，７ケ月では23％，13ケ月では16％であったことを明らかにした。

Horowitzら[21]は，配偶者を亡くした遺族70人に対して，死別後６ケ月と14ケ月に複雑性悲嘆の症状について問診を行なっている。死別後６ケ月に認められた症状として最も多かったのは，「自発的な回想障害」の50人（71.9％）であり，次いで，「重要な活動への興味の低下」の43人（62.3％）であった。死別後14ケ月では，30項目すべてにおいて症状を有する割合が減少していたが，特に，「死者を思い出させる場所を避けること」，「ほかの事への感覚的な麻痺」，「他から疎外された感覚」など12項目において症状を有する割合が有意に減少していた（p＜0.05～0.001）。

クリティカルケアにおける死別後の精神疾患の発症割合については，Markら[22]の調査がある。彼らは，ICUで家族員の死別を経験した遺族41人に対し，死別後５～11ケ月の間にインタビューによる聞き取り調査を行った結果，14人（34％）が少なくとも１つ以上の精神疾患の診断基準を満たしており，９人（22％）が精神科の治療を受けていたことを報告した。さらに，精神疾患の診断基準を満たした者に共通していた疾患として，うつ病（14人のうち11人）をあげた。

以上のことより，遺族の身体的・精神的健康状態の特徴として，遺族は，死別後早期には７～９割と高い割合で，身体的・精神的健康状態を害していることが明らかになった。また，死別後１年を経過する頃には，症状の改善を認めているものの，抗精神薬の使用や頭痛など一部の症状は持続していることもわかった。複雑性悲嘆の発症割合でみると，死別後１年未満では25～30％であり，死別後１年以降では10～20％であることも明らかになった。

２）遺族の身体的・精神的健康状態に影響する要因

本研究では，遺族の身体的・精神的健康状態に影響する要因は，⑴遺族の性別，⑵遺族の年齢，⑶故人との続柄，⑷故人の死に対する認識および死別前要因，⑸ソーシャルサポート，⑹喪失への対処パターン，⑺併発的および二次的ストレッサー，⑻死の形態の８つに分類することができた。

⑴　遺族の性別

遺族の性別と精神健康状態との関係は，国外ではYuvalら[8]，Jacobsら[19]，Neriaら[23]，Katherineら[24]が，国内では宮林[25]が調査している。結果，パニック障害や不安障害の有無に性差はないとするJacobsら[19]の報告はあるものの，男性よりも女性の方が精神健康状態が悪いことは国内外を問わず概ね一致する見解であった。

⑵　遺族の年齢

子供を喪った両親を対象に調査したYuvalら[8]は，複雑

性悲嘆へのリスク要因として，年齢が45歳以上であること（odds ratio : 1.51，95% CI 0.83－2.76）をあげた。一方で，Jacobsら[19]の調査では，60歳以下の場合に有意に不安障害を認めたことを報告した（p＜0.05）。

このように，遺族の年齢が，精神健康状態に影響するかについて一定の見解に達していないことが明らかになった。

⑶　故人との続柄

故人との続柄では，坂口ら[26]らが配偶者を亡くした場合は，親を亡くした子どもに比べ，有意に精神健康状態が悪いことを明らかにした（p＜.05～ .001）。この結果は，Markら[22]の調査結果からも支持されている（P = .002）。また，子供の死亡が両親の複雑性悲嘆へのリスクを有意に高める要因になることは，Yuvalら[8]（odds ratio : 3.94, 95% CI 1.92－8.06）や，Kreicbergsら[12]（不安：relative risk 1.5, 95% CI1.1～1.9，抑うつ：relative risk1.4 , 95% CI1.1～1.7）が明らかにしていた。

このように，故人との続柄が，配偶者または親である場合に精神健康状態を悪化させやすいことがわかった。

⑷　故人の死に対する認識および死別前要因

遺族が，故人の死をどのように認識しているかが精神健康状態に及ぼす影響については，坂口ら[27),28]が行った国内での調査報告があった。

坂口ら[27]はまず，先行研究に基づき設定した４つの死別前要因（故人の死への心の準備，故人との良好なコミュニケーション，故人に対する十分なお世話，安らかな死）と，GHQ-28で測定した遺族の精神健康状態との関連をみた。結果，「故人の死への心の準備」，「故人との良好なコミュニケーション」，「安らかな死」と，GHQ-28総得点との間に有意な負の相関が見られたことを明らかにした（p＜0.10～0.05）。

次に坂口ら[28]は，遺族の「もっと世話をしてあげたかった」，「もっと早く病気に気づいてあげていれば」など故人の死に対する“心残り”に着目し，その程度と死別後の精神的健康度との関連を検討した。この調査によると，故人との死別に心残りを感じている遺族の方が，心残りを感じていない遺族よりも，死別後の精神健康状態が悪かった（p＜0.001）。

今回の文献レビューでは，遺族の故人の死に対する認識が，身体的・精神的健康状態にどのような影響を及ぼすかについては，上記に示した２件以外該当文献が見つからなかった。従って，十分な検証がされているとは言い難いものの，故人の死への心の準備が不十分な場合や，故人の最期に良好なコミュニケーションがとれなかった場合，故人の死が安らかではなかったと感じている場合，故人の死に対し心残りがある場合には，遺族は精神健康状態を悪化させやすい傾向にあることがわかった。

⑸　ソーシャルサポート

ソーシャルサポートの程度が遺族の身体的・精神的健康状態に及ぼす影響については，Cuthbertsonら[13]やCathaleeneら[29]の研究報告があった。

ICUで死別を経験した遺族99人を対象に聞き取り調査を行ったCuthbertsonら[13]は，21人（21％）が，ソーシャルワーカーや医師などによるグリーフコンサルタントの紹介を望んでいる実態を示した。

また，Cathaleeneら[29]は，ごく親しい友人や家族員の死別を経験した33人の遺族に，死別後６ケ月に質問紙調査を行ったところ，社会的なサポートが低いほど悲嘆反応が有意に重篤化し長期化していることを明らかにした（p＜0.05）。

以上より，２割程度の遺族が家族以外の者にサポートを求めている現状や，社会的なサポートが充足していないことが精神健康状態の悪化に影響する要因となり得ることがわかった。

⑹　喪失への対処パターン

喪失というストレッサーに対する対処の側面から精神健康状態との関連を明らかにしたのは，坂口ら[30]であった。彼らの調査では，死別に対して，「故人との絆の保持に執着し，これからの生活や人生に目を向けることができないタイプの人」は，「故人との絆を保持しつつ，これからの生活や人生に積極的に取り組もうとするタイプの人」や「故人にとらわれないようにして，これからの生活や人生の方に取り組もうとするタイプに人」に比べて，精神健康状態が有意に悪いことを明らかにしている（p＜0.001）。

また，坂口ら[31]は，回答者の81％（91人中74人）が「感情の解放（生起した感情を無理に抑え込まず開放すること）」を行い，78％（91人中71人）が「他者への表出（自らの感情や経験を他者に向けて表すこと）を行っていたことから，これらが日本人遺族の一般的な対処方法であると報告した。そのうえで，これらが死別という喪失に対する有効な対処方法となりうるかについて検証し，「感情の解放」が精神健康状態に良い影響を及ぼすことを示した。

以上より，「感情の解放」や「他者への表出」が日本人遺族の喪失への対処パターンであること，またそれらが喪失に対する有効な対処方法となり得ることがわかった。

⑸　併発的および二次的ストレッサー

Strobe[32]は，死別による愛する者の喪失それ自体を一次的ストレッサーとし，喪失に関連して生じたストレッサーを二次的ストレッサー，喪失と同時発生的に生じたストレッサーを併発的ストレッサーと定義した。

これらのストレッサーに着目したのが，Markら[22]や，坂口ら[33),34]であった。

Markら[22]は，ICUで家族員の死別を経験した遺族41人のうち併発的ストレッサーのあった群（21人：53%）では，それらがない群に比べ有意に精神疾患を有していたことから（p＝0.003），併発的ストレッサーは，複雑性悲嘆のリスク要因であると指摘している。

二次的ストレッサーの具体的な内容について明らかにするために，死別を経験した遺族に自由記述式の質問紙調査を行った坂口ら[33]の研究がある。彼らは，遺族に「心のつらさ（ストレス）を感じた時やその内容」に関する記述を求め，KJ法を用いて分類整理した結果，８つの二次的ストレッサーを見出した。最も多かったのは，故人を失ったことで生じた家族成員間の葛藤，対立，子育ての問題を示す「家族成員間の問題」と，「社会生活に関する困難」であった。社会生活に関する困難とは，話し相手がいなくなったことや，故人に代わって行うようになった近所付き合い，世間の目などである。また同調査の中で，配偶者喪失群のうち，二次的ストレッサーの「ある」群は「ない」群に比べ精神的健康障害へのリスクが有意に高いことも明らかにしている（p＜0.01）。さらに坂口ら[34]が，故人との続柄が二次的ストレッサーの経験に与える影響について調査した結果，配偶者喪失群の方が，親を喪った子供よりも二次的ストレッサーを経験しやすいことを明らかにした。また，故人との続柄の違いが，「周囲との人間関係」，「死別後の雑事」，「日常生活上の困難」という二次的ストレッサーの経験の程度に影響し，さらには精神健康状態に影響を及ぼすという構造を示した。

このように，併発的ストレッサーや二次的ストレッサーが，遺族の精神健康状態を悪化させる要因となることが明らかになった。

⑹　死の形態

死の形態には，癌や悪性疾患患者のように，長い闘病生活を経て死を迎える場合もあれば，救急領域で遭遇することの多い自殺や事故，急性疾患患者のように予期せず突然に死の転帰を辿る場合など様々である。このような死の形態の違いが，遺族の身体的・精神的健康状態に及ぼす影響については，Cathaleeneら[29]や，Elsら[35]，Miyabayashi[36]，白井ら[37]などが調査を行っている。

Elsら[35]は，ICUで家族員の突然で予期していなかった死別を経験した遺族68人を対象に，死別後２～13ケ月に聞き取り調査を行った結果，遺族の悲嘆反応として最も多かったのは，「肉体的な苦痛」と「睡眠障害」であったことを報告した。また，自然死（癌や心疾患などの終末期にあった死）と事故などの外傷死とでは，外傷死の方が有意に遺族の精神健康障害に関与するとしている（p＝0.002）。

国内では，死亡状況（死因や闘病期間）と死別後の遺族の精神的健康状態との関連を分析したMiyabayashi[36]の研究報告がある。調査は，配偶者または親を亡くした遺族215人（女性174人，80.9%）を，死亡状況から５群（事故による死別群，自殺による死別群，発症から１日以内に亡くなった群，発症から１年未満で亡くなった群，１年以上の闘病生活を経て亡くなった群に分類し，死別後平均5.65ケ月の遺族の精神的健康状態を測定した。測定には，精神的健康度の指標であるGHQと，うつ病診断の指標であるSRQ-D（Self-Rating Questionnaire for Depression：自己診断抑うつ尺度）を用いていた。調査の結果，GHQは，自殺による死亡群が，発症から１年以上の闘病生活を経て亡くなった群に比べ，有意に精神的健康度が低いことが明らかになった（p＜0.05）。また，GHQの下位尺度（身体的症状，不安と不眠，社会的活動障害，うつ傾向）別では，社会的活動障害とうつ傾向のカテゴリーにおいて，自殺による死亡群と発症から１年以上の闘病生活を経て亡くなった群との間に有意差が確認された（p＜0.05～0.001）。この結果は，SRQ-Dでも同様であった。

このように，自殺や事故，急病の発生による予期していない死が，遺族の精神健康状態の悪化に影響する要因であることが明らかになった。

３）遺族の死亡率および自殺念慮

遺族の死亡率および自殺念慮に関する文献は，国内では確認できなかったが，国外では1990年以降，Hartら[38]や，Martikainenら[39]，Christakisら[40]，Lichtensteinら[41]など19件の調査報告があった。それらの論文では，故人との続柄，中でも，遺族の精神健康状態の悪化に影響する要因の中で明らかにされていた配偶者の喪失と，子供を喪った親に関するものが多かった。

Hartら[38]は，配偶者の死が残された遺族の死亡率にどの程度影響するかについて調査した。彼らは，死別体験をしていない配偶者が，３大死因（脳血管疾患，心疾患，悪性腫瘍）で亡くなる危険度を１としたとき，配偶者と死別した遺族が亡くなる危険度を，死別後経過期間別に検討した。結果として，いずれの死因においても，死別後最初の６ケ月が最も相対危険度が高いことを示した。

子供を喪った両親の死亡率については，Liら[42]が，18年間に渡り追跡調査を行った前向きコホート研究がある。子供の死の形態別に両親の死亡率を比較した結果，母親において，子供の死因がNatural deaths（癌や循環器系疾患などを含む）の場合に比べ，Unnatural deaths（交通事故や自殺などを含む）の場合の方が，有意に死亡率が高いことを報告した（p＜0.0001）。死別後経過期間を加えて検討した結果では，Unnatural deathsで子供を喪った母親の３年以内の死亡率は3.84倍に高まることが明らかになった。

また，Paulaら[14]は，配偶者を喪った遺族149人のうち，自殺念慮を抱いていた者が，死別後１ケ月では７人

（５％），死別後13ケ月では５人（３％）いたことを報告した。さらに，Stroebeら[43]は，配偶者を喪った遺族60人を対象に，死別後４～７ケ月の時期に自殺念慮について質問紙調査を行った結果，ソーシャルサポートが十分に受けられていない女性は自殺念慮が高いと結論した。

以上のように，配偶者を失った遺族や，子供を喪った両親，特に母親の場合に，死別後の死亡率が高まることが明らかになった。加えて，交通事故や自殺などの予期していない死別を経験した遺族やソーシャルサポートの低い遺族は，死亡率や自殺念慮が高い傾向にあることもわかった。

３．遺族ケア

遺族ケアに関する国内文献は，事例研究や各施設での取り組みを紹介した実践報告に留まっており，介入研究デザインなどを用いて遺族ケアの効果を検証した論文は見当たらなかった。そこで今回のレビューでは，国外文献のうち，事例研究１件を除く39件について研究成果を明らかにすることとした。

遺族ケアは，悲嘆反応の緩和を目的とした介入と，複雑性悲嘆の治療を目的とした介入の２つに分類できた。

１）悲嘆反応の緩和を目的とした介入

悲嘆反応の緩和を目的とした介入を検証した文献は16件であった。介入方法の内訳は，Kaunonenら[44]の電話サポート１件，Casertaら[45]の自助グループのサポート１件，Schutら[46]などの個人に焦点を当てたカウンセリング４件，Kissaneら[47]などの家族に焦点を当てたカウンセリング５件，Warnerら[48]の薬物療法１件，Pfefferら[49]らなどのグループミーティング３件，Hilliard[50]の音楽療法１件であった。以下に，代表的な幾つかの文献を紹介する。

Kaunonenら[44]は，大学病院で死別を経験した遺族70人を対象に，看護師による電話サポートの効果を検証した。具体的な介入方法は，看護師が遺族の悩みを聞いたり，サポートグループについて情報を提供するといった電話でのサポートを行うことであった。介入期間は４ケ月であった。結果，絶望感（$p=0.005$），無関心（$p=0.048$），混乱（$p=0.039$），個人の成長（$p=0.03$）の悲嘆反応について，介入群に有意な効果を認めたと報告した。

ソーシャルワーカーが行うカウンセリングをランダム化比較試験により評価したSchutら[46]の研究もある。カウンセリング方法は，問題に焦点を当てたものと感情に焦点を当てたものの２つがあり，プロトコールは，Wordenが示した「死別という喪失に適応するための４つの課題」に基づいて作成された。カウンセリングは，７回のセッションで構成され，最初の４回は週に１回，残りの３回は２週間に１回実施された。アウトカムは，介入前（死別後11ケ月）と介入後（死別後18ケ月と25ケ月後）の３回，GHQを用いて測定した。介入の結果，問題に焦点を当てたカウンセリングは，時間の経過に伴いGHQスコアの減少を認め，特に，死別後25ケ月の時期には，コントロール群に比べ有意な減少を示したことが明らかになった（$p=0.07$）。また，性別による違いについて，問題に焦点を当てたカウンセリングは女性により効果的で，感情に焦点を当てたカウンセリングは男性によい結果をもたらしたと報告している。

Warnerら[48]は，ホスピスで配偶者との死別を経験した遺族192人から無作為に抽出した70人の遺族を，２㎎のジアゼパムを１日に３回服用する介入群とプラセボ群，非介入群の３つに無作為割付し，悲嘆反応や睡眠の質をアウトカムとして比較した結果，各群に有意な差を認めなかったと報告している。

親を喪った子供へのグループミーティングの効果を測定したPfefferら[49]の研究報告もある。この研究では，自殺により親と死別した６～15歳の子供を対象に，週１回のグループミーティングを12週間継続した。結果として，途中棄権した者の割合は，介入群で17％，非介入群で75％であったこと，全てのミーティングに参加した介入群は，非介入群に比べ有意に死別後の悲嘆反応が軽減したことを報告した（$p<0.001$～0.006）。

２）複雑性悲嘆の治療を目的とした介入

複雑性悲嘆の治療を目的とした介入を検証した文献は23件であった。介入方法の内訳は，Ogrodniczukら[51]などのグループ療法が５件，Shearら[52]の対人療法と認知行動療法を融合させた複雑性悲嘆の治療プロトコールの実施が２件，Wagnerら[53]などの認知行動療法が６件，Reynoldsら[54]の薬物療法と対人療法が１件，Pasternakら[55]などの薬物療法が５件，その他４件であった。以下に，代表的な幾つかの文献を紹介する。

Shearら[52]は，うつ病のための対人療法とPTSD（Post-traumatic stress Disorder：外傷後ストレス障害）のための認知行動療法を融合させた複雑性悲嘆の治療プロトコールの効果を検証した。プログラムの目標は，悲嘆反応の強度を軽減させることや，他人とのつながりや日常活動の再構築を援助することなどであり，複雑性悲嘆の診断基準を満たした21人を対象に，４ケ月にわたり16回開催した。結果，８人（38％）がプログラムを途中棄権したが，プログラムを全て受けた13人では，複雑性悲嘆の症状が有意に改善したことが明らかになった（$p<0.002$～0.003）。またShearら[56]の他の研究では，独自に作成した複雑性悲嘆の治療プロトコールの効果を対人精神療法と比較検討している。プロトコールは，個人の生活に焦点をあてた治療目標を設定し，主に，悲嘆についての知識提供や，喪失についての対話，ストレスに対するコーピング方法に関する指導などを，精神科医が行うものであった。19週の期間に16回の介入を行った結果，複雑性悲嘆の治療プロトコールは，対人

精神療法に比べ，精神症状の改善に有効であったことを明らかにした。

Wagnerら[53]は，インターネットを活用した認知行動療法の効果を検証した。この研究では，研究者らが運営するサイトにアクセスした遺族のうち，複雑性悲嘆と診断された55人を介入群と非介入群に割付，主にe-mailを用いて，認知行動療法のプログラムを実施した。介入直後の効果測定では，死別という出来事のインパクト度合い，うつ症状，不安症状において，介入群に有意な効果が示された（$p<0.01$）。また，３ケ月後の追跡調査においても，介入群に効果の持続が確認された。

死別後の複雑性悲嘆に対する認知行動療法の効果を明らかにした研究には他にもGrootら[57]のものがあるが，一方で，Carterら[58]のように複雑性悲嘆の改善には効果が得られなかったという見解を示す論文もあった。

最後に，死別に関連して生じたうつ病に対する薬物療法と対人精神療法の効果を測定したReynoldsら[54]の調査を述べる。彼らは，配偶者喪失後６～12ケ月経過した遺族で，うつ病の診断基準を満たした80人を４群（薬物療法＋対人精神療法，薬物療法のみ，プラセボ＋対人精神療法，プラセボのみ）に分け，16週間後の効果を検証した。その結果，うつ症状が改善した割合は，薬物療法＋対人精神療法で69％，薬物療法のみで56％，プラセボ＋対人精神療法で29％，プラセボのみで45％であった。またロジスティック回帰分析の結果，薬物療法のみとプラセボのみに有意差（$p<0.03$）を確認したことから，死別のような人生の中で経験する重大なストレスに起因するうつ病には薬物療法が効果的であると結論した。

今回文献レビューした遺族ケアに関する調査報告を，介入方法別にみると，それぞれの文献数は５件程度と少なく，対象数や介入プロトコール，アウトカムの設定など研究デザインも多様であり，効果があったと結論する報告が多い一方で，相反する結論を示すものもあった。従って，遺族ケアの効果的な方法については，一定の結論に達しているわけではないことがわかった。

考　　察

１．遺族研究に関する国内外の研究の動向

本研究では，遺族に関する文献数は，国内外ともに増加傾向にあり，特に国内文献では1998年以降の文献数が急激に増加していることから遺族研究が国内外を問わず関心の高いテーマであることが確認できた。研究内容は，国内外ともに類似するテーマを取り上げていることが分かったが，研究デザイン別割合でみると，国内文献では実態調査研究や実践報告が全体の約５割を占めている現状も明らかになった。

今後は，研究内容や研究デザインについて，より多角的な視点からの研究の蓄積が必要であると考える。

２．遺族の身体的・精神的健康状態

本研究では，遺族が高い割合で，死別後早期より身体的・精神的健康状態を害しており，時間の経過に伴い症状の改善は認めるものの，死別後１年未満では25～30％の遺族が，さらに死別後１年以降では10～20％の遺族が複雑性悲嘆を発症させていることが明らかになった。

わが国では，2002年時点において，全緩和ケア病棟承認届出受理施設の９割以上の施設で，遺族会の開催など何らかの遺族ケアが実施されているとの報告がある[59]。しかしながらこの報告は，一つの領域における取り組みを示すものにすぎず，他領域を含めての遺族ケアの現状を表しているとは言い難い。むしろ，一般病棟やクリティカルケア領域などでは，患者が死亡したとき，遺族との関係は遺体の引き渡しをもって途絶えてしまうのが現状ではないだろうか。

今回の文献レビューを通して，遺族が身体的・精神的健康状態を悪化させている状況が，科学的なデータに基づいて明確になったことは，医療者個人のみならず，医療施設が，遺族への早期介入と継続的な支援の必要性について，その認識を高めるための貴重な資料になり得ると考える。

次に，本研究では，女性であること，配偶者や子供との死別，自殺や事故，急病による予期していない突然の死別が，遺族の身体的・精神的健康状態を悪化させ，さらに死亡率や自殺念慮を高める要因であることについて，概ね一定の見解であることを確認した。遺族の故人の死に対する認識や，ソーシャルサポート，喪失への対処パターン，併発的および二次的ストレッサーの有無が，遺族の身体的・精神的健康状態に影響する要因であるかについては，文献数が少なく今後も検討の余地はあるものの，現段階において影響要因として捉えるには了解可能な研究成果が示されていた。

悲嘆の緩和や複雑性悲嘆の予防を目的とした遺族ケアに対して診療報酬が認められていないわが国では，医療施設で死亡した患者の全ての遺族に同等なケアを提供することは現実的ではない。悲嘆反応が強く，複雑性悲嘆へのリスクが高い遺族に対し，限りある時間と人材の中で，より効果的な遺族ケアを実施することで，遺族の悲嘆反応を緩和させ，複雑性悲嘆の予防や早期発見に寄与できると考える。そのためにはまず，遺族ケアの対象者を選定するための基準を示す必要がある。今後の課題は，これまでに明らかにされている影響要因について，国内での検証研究を実施するとともに，さらに多角的な視点から影響要因について検討することで，遺族ケアの基準を明確にしていくことであると考える。

3．遺族ケア

今回先行研究をレビューした結果，現在行われている遺族ケアには，電話サポートや自助グループのサポート，カウンセリング，グループ療法，音楽療法，精神療法，薬物療法があることがわかった。

Kaunonenら[44]の研究報告は，カウンセリングの専門家ではない医療者が遺族ケアにおいてその役割を発揮できることを示す重要な論文であった。本研究の代表者らが，わが国のクリティカルケアに従事する医療者を対象に，遺族ケアの認識について質問紙調査を行ったところ，苦悩の中にある遺族をケアの対象とするためには，専門的な知識や技術が必要であると認識している者が多いことが明らかになった[60]。このような認識は，医療者が遺族への介入を躊躇する一因となっていると考えられる。しかし，患者の訴えを傾聴したり，共感的に関わったり，必要な情報を提供したりといった行為は，多くの医療者が日頃から実践していることである。彼らの報告は，日々実践しているケアリングが，遺族ケアにおいてもカウンセリング様行為として有用であることを我々医療者が認識できる一助となるであろう。

今回分析対象とした論文には，同じ介入方法であっても効果について異なる見解を示すものがあった。このように，一つの介入方法に対し複数の研究がおこなわれ，相反する結果が示されることは少なくない。しかし，遺族ケアについて，遺族の悲嘆反応の緩和や複雑性悲嘆の治療に効果を示す多くのデータを提供することは，遺族ケアの重要性，有効性を支持するものになるだろう。

今回の文献レビューでは，遺族ケアに関する国内文献において，実験研究デザインなどを用いて効果を評価した論文は確認できなかった。文化的背景が異なる国外での研究成果をそのまま適応できるものではないため，科学的な検証の積み重ねが，今後わが国でも必要であると考える。

まとめ

本研究では，国内外における遺族研究の動向，遺族の身体的・精神的健康状態と影響要因および遺族ケアについてこれまでに明らかにされていること，今後の課題として取り組むべき方向性を明らかにすることを目的に，先行研究のレビューを行った。その結果，遺族研究の報告数は増加傾向にあり，国内外と問わず関心の高いテーマであることが確認できた。今後わが国における遺族研究の課題は，これまでに明らかにされている遺族の身体的・精神的健康状態に影響する要因について検証し，多角的な視点から検討することで，遺族ケアの対象者に関する基準を明確にすることである。さらに，遺族ケアについて，縦断的な検証を重ね，効果的な介入方法を見出していくことである。

要　旨

【目的】国内外における遺族研究の動向を確認すること及び，遺族の身体的・精神的健康状態と影響要因，遺族ケアに関する研究成果を整理し，遺族研究の課題を明らかにすること。【方法】過去20年の国内外における遺族研究に関する文献を，「悲嘆」，「精神健康」，「遺族ケア」などのキーワードを組み合わせて検索を行った。【結果・考察】文献数は増加傾向にあり，国内外と問わず遺族研究が関心の高いテーマであることが確認できた。遺族の身体的・精神的健康状態に影響する要因には，遺族の性別や年齢の他に，故人の死に対する認識やソーシャルサポート，喪失への対処パターンなどがあった。遺族ケアについては，国外において悲嘆反応の緩和や複雑性悲嘆の治療に効果を示す研究データがあったが，国内では，実践報告や事例研究に留まっていた。今後は，遺族の身体的・精神的健康状態に影響する要因及び遺族ケアについて多角的な視点から検証することが課題である。

文　献

1）政府統計の総合窓口
http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001057775

2）総務省　統計局　日本の統計第２章　家族類型別一般世帯数
http://www.stat.go.jp/data/nihon/02.htm

3）世界保健機構編，武田文和訳：がんの痛みからの解放とパリアティブケア－がん患者の生命へのよき支援のために－．金原出版．1994.

4）高山圭子：遺族ケアのニーズと現状に関する基礎調査研究．－我が国のホスピス・緩和ケア病棟における遺族ケアの現状と課題－．日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団．2002年度調査研究報告．

5）川野健治，川島大輔，小山達也 他：自死遺族当事者の悲嘆およびケアへのニーズに関する調査研究．厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）研究協力報告書．37-46, 2008.

6）Byrne GJA, Raphael B : The Psychological Symptoms of Conjugal Bereavement in Elderly Men Over The First 13 Months. Internstional Journal of Geriatric Psychiatry. 12. 241-51, 1997.

7）宮林幸江：日本人の死別悲嘆反応－グループ療法の場を活用した記述の分析－．日本看護科学学会誌．25(3), 83-91, 2005.

8）Yuval N, Raz G, Brett L, et al: Prevalence and Psychological Correlates of Complicated Grief Among Bereaved Adults 2.5-3.5 Years After September 11th Attacks. Journal of Traumatic Stress. 20, 251-62, 2007.

9）Bonanno GA, Wortman CB, Nesse RM : Prospective Patterns of

Resilience and Maladjustment During Widowhood. Psychology and Aging. 19, 260-71, 2004.
10）Carol HO, Robert JL, Shery TK, et al : Spousal Bereavement in Older Adults Common, Resilient, and Chronic Grief With Defining Characteristic. The Journal of Nervous and Mental Disease. 195, 332-41, 2007.
11）坂口幸弘，柏木哲夫，恒藤暁 他：配偶者喪失後の時間経過と精神的問題との関連．ターミナルケア．10(1)，71-6，2000.
12）Kreicbergs U, Psdottir UV, Onelov E et al : Anxiety and depression in parents 4-9 years after the loss of a child owing to a malignancy : a population-based follow-up. Psychological Medicine. 34. 1431-41, 2004.
13）Cuthbertson SJ, Margetts MA, Streat SJ : Bereavement follow-up after critical illness. Critical Care Medicine. 28, 1196-1201, 2000.
14）Paula J : Bereavement and Depression. Journal of Clinical Psychiatry. 51(7), 34-40, 1990.
15）Barry LC, Kasl SV, Prigerson HG : Psychiatric Disorders Among Bereaved Persons. The Role of Perceived Circumstances of Death and Preparedness for Death. American journal of Geriatr Psychiatry. 10, 447-57, 2002.
16）Silverman GK, Johnson JG, Prigerson HG : preliminary Explorations of the Effects of Prior Trauma and Loss on Risk for Psychiatric Disorders in Recently Widowed People. Israel Journal of Psychiatry Relat Sci. 38, 202-15, 2001.
17）Maercker A, Forstmeier S, Enzler A et al : Adjustment disoeders, posttraumatic stress disorders, and depressive disorders in old age : findings from a community survey. Comprehensive Psychiatry. 49. 113-20, 2008.
18）Jacobs S, Hansen F, Berkman L, et al : Depression of Bereavement. Comprehensive psychiatry. 30, 218-24, 1989.
19）Jacobs S, Hansen F, Stanislav K, et al : Anxiety Disorder During acute Bereavement : Risk and Risk Factors. Journal of Clinical Psychiatry. 51, 269-74, 1990.
20）Zisook S, Shuchter SR, : Depression through the first year after the death of a spouse. American Journal of Psychiatry. 148, 1346-52, 1991.
21）Horowitz MJ, Siegel B, Holen A, et al : Diagnostic criteria for Complicated Grief Disorder. The American Journal of Psychiatry. 154, 904-10, 1997.
22）Mark DS, Earle H, Lauren CV, et al : Psychiatric illness in the next of kin of patients who die in the intensive care unit. Critical Care Medicine. 36, 1722-28, 2008.
23）Neria Y, Gross R, Litz B, et al : Prevalence and Psychological Correlates of Complicated Grief Among Bereaved Adults 2.5-3.5 Year After September 11th attacks. Journal of Traumatic Stress. 20, 251-62, 2007.
24）Katherine MS, Carlos TJ, Susan ME, et al : Screening for Complicated Grief Among Project Liberty Service Recipients 18 Months After September 11, 2001. Psychiatric Services. 57, 1291-97, 2006.
25）宮林幸江，山川百合子：日本人の死別悲嘆-性差について-．茨城県立医療大学紀要．10. 55-63, 2005.
26）坂口幸弘，柏木哲夫，恒藤　暁 他：遺族が抱える精神的問題の実態－故人との続柄別での検討－．ターミナルケア．9, 228-33, 1999.
27）坂口幸弘，柏木哲夫，恒藤暁：配偶者喪失後の精神的健康に関連する死別前要因に関する予備的研究．死の臨床．24(1), 52-57, 2001.
28）坂口幸弘，池永昌之，田村恵子 他：ホスピスで家族を亡くした遺族の心残りに関する探索的検討．死の臨床．31(1)，74-81，2008.
29）Cathaleene M, Danson J, John H, et al : Bereavement in the Context of Serious Mental Illness. Psychiatric Services. 55, 421-26, 2004.
30　坂口幸弘，柏木哲夫，恒藤　暁：配偶者喪失後の対処パターンと精神健康との関連．心身医．41, 439-46, 2001.
31）坂口幸弘，恒藤暁，柏木哲夫他：遺族の感情表出が精神的健康に及ぼす影響－感情表出は本当に有効な対処方法なのか？－．死の臨床．25. 58-63, 2002.
32）Strobe MS : The broken heart phenomenon : An examination of the mortality of bereavement. Journal of Community & Applied Social Psychology. 4. 1994. 47-61.
33）坂口幸弘，柏木哲夫，恒藤　暁：家族の死に関連して生じるストレッサー「二次的ストレッサーに関する探索的検討．家族心理学研究」. 13(2), 77-86.1999.
34）坂口幸弘：死別後の二次的ストレッサーと精神的健康－死別した配偶者と子どもの比較－．家族心理学研究．15(1)，13-24，2001.
35）Els M, Daniel S, Hilde H, et al : Perceptions, needs and mourning reaction of bereaved relatives confronted with a sudden unexpected death. Resuscitation. 61, 341-48, 2004.
36）Sachie Miyabayashi：Effects of loss from suicide, accident, acute illness and chronic illness on bereaved spouses and parents in Japan : Their general health, depressive mood, and grief reaction.：Psychiatry and Clinical Neurosciences. 61. 502-08, 2007.
37）白井朋美，木村弓子，廣幡小百合 他：外傷的死別体験における悲嘆反応とPTSD症状の関連．－交通事故および対人暴力犯罪による被害者遺族の心的ストレス反応の査定－．明治安田こころの健康財団研究助成論文集．40. 104-113. 2004.
38）Hart CL, Hole DJ, Lawlar DA et al : Effect of conjugal bereavement on mortality of the bereaved spouse in psrticipants of the Renfrew/Paisley Study. Journal of Epidemiol Community Health. 61. 455-60. 2007.
39）Martikainen P, Valkonen TV : Mortality after the Death of a Spouse : rates and Causes of Death in Large Finnish Cohort. American Journal of Public Health. 86, 1087-93. 1996.
40）Christakis NA, Allison PD : Mortality after the Hospitalization of a Spouse. The New England Journal of Medicine. 354. 719-30. 2006.
41）Lichtenstein P, Gatz M, Berg S : A twin study of mortality after spousal bereavement. Psychological Medicine. 28. 635-43. 1998.
42）Li J, Precht DH, Mortensen PB et al : Mortality in parents after death of a child in Denmark : a nationwide follow-up study. Lancet. 361. 363-67. 2003.
43）Stroebe M, Stroebe W, Abakoumkin G : The Broken Heart : Suicidal Ideation in Bereavement. American Journal of Psychiatry. 162. 2178-80. 2005.
44）Kaunonen M, Tarkka MT, Laippala P et al : The Impact of Supportive Telephone Call Intervention on Grief After the Death of Family Member. Cancer Nursing. 23, 483-91. 2000.
45）Caserta MS, Lund DA : Beyond Bereavement Support Group Meetings : Exploring Outside Social Contacts Among The Members. Death Studies. 20, 537-56. 1996.
46）Schut HA, Stroebe MS, Bout JV : Intervention for the bereaved : Gender differences in the efficacy of two counseling programmes. Britisg Journal of Clinical Psychology. 36. 63-72. 1997.
47）Kissane DW, Mckenzie M, Bloch S, et al : Family Focused Grief

Therapy : A Randomized, Controlled Trial in Palliative Care and Bereavement. American Journal of Psychiatry. 163, 1208-18. 2006.
48) Warner J, Metcalfe C, King M : Evaluating the use of benzodiazepines following recent bereavement. British Journal of Psychiatry. 178. 36-41. 2001.
49) Pfeffer CR, Jiang H, Kakuma T et al : Group Intervention for Children Bereaved By the Suicide of a Relative. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 41, 505-13. 2002.
50) Hilliard RE : The Effects of Music Therapy-Based Bereavement Groups on Mood and Behavior of Grieving Children : A Pilot Study. Journal of Music Therapy. XXX VIII, 291-306. 2001.
51) Ogrodniczuk JS, Joyce AS, Piper WE : Changes In Perceived Social Support After Group Therapy for Complicated Grief. The Journal of Nervous and Mental Disease. 191, 524-30. 2003.
52) Shear MK, Frank E, Foa E et al : Traumatic Grief Treatment : A Pilot Study. American Journal of Psychiatry. 158. 1506-08. 2001.
53) Wagner B, Knaevelsrud C, Maercker A : Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy For Complicated Grief : A Randomized Controlled Trial. Death Studies. 30. 429-53. 2006.
54) Reynolds CF, Miller MD, Pasternak RE et al : Treatment of Bereavement-Related Major Depressive Episodes in Later Life : A Controlled Study of Acute and Continuation Treatment with Nortriptyline and Interpersonal Psychotherapy. American Journal of Psychiatry. 156, 202-08. 1999.
55) Pasternak RE, Reynolds CF, Schlernitzauer M, et al : Acute Open-Trial Nortriptyline Therapy of Bereavement-Related Depression in Late Life. Journal of Clinical Psychiatry. 52, 307-11. 1991.
56) Shear MK, Frank E, Houck PR et al : Treatment of Complicated Grief -A Randomized Controlled Trial. JAMA. 293, 2601-08. 2005.
57) Groot MD, Keijser JD, Neeleman J et al : Cognitive behavior therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide : cluster randomized controlled trial. BMJ. 334. 994-9. 2007.
58) Carter PA, Mikan SQ, Simpson C : A feasibility study of a two-session home-based cognitive behavioral therapy-insomnia intervention for bereaved family caregivers. Palliative and Supportive Care. 7. 197-206. 2009.
59) 高山圭子：遺族ケアのニーズと現状に関する基礎調査研究．－我が国のホスピス・緩和ケア病棟における遺族ケアの現状と課題－．日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団．2002年度調査研究報告．http//www.hospat.org/2002-dl.html
60) 立野淳子，山勢博彰，山勢善江他：わが国のクリティカルケアにおける医療者の遺族ケアに関する認識と現状．日本クリティカルケア看護学会誌．5(2)，69-81．2009.

平成22年３月17日受　　付
平成22年８月11日採用決定

－資料・その他－

透析歴３年以上の血液透析患者の特性・信念および セルフケアの１年後の変化

One-Year Follow-Up of Characteristics, Beliefs and Self-care Among Patients Receiving Hemodialysis over Three Years

武　内　奈緒子　　村　嶋　幸　代
Naoko Takeuchi　　Sachiyo Murashima

キーワード：血液透析患者，セルフケア，信念，追跡調査
Key Words：Hemodialysis patients, self-care, Beliefs, Follow-up study

Ⅰ．緒　　言

日本の透析患者総数は年々直線的な増加を示しており，2005年末には25万７千人を超えた[1]。透析患者の１～５年生存率については向上が見られるが，特に10年以上の長期の生存率は年々低下傾向にあり，長期に生存することの困難さが示唆されている[2]。

血液透析療法を持続し，長期に生存するためには，血液透析患者（以下，透析患者）自身が血液透析時のみならず，セルフケアを行うことが必須である。セルフケアの欠如は死亡率の上昇につながり[3]，透析患者への看護では，看護師が患者のセルフケアへの支援を主体的に行うべきである[4]。このため，透析患者にどのような変化が起こり得て，どのような支援をしていくべきかを検討することは有用であると考えられる。また，患者個々のセルフケア力は，透析患者の生活管理を左右し，その質は知識，技能，信念，態度，価値観，動機づけなどによる[5]。なかでも信念は，人の行動の根本で，情緒の本質であるため[6]，患者へのアプローチには，患者が健康や病気についてどのように考えているのかという患者側の信念体系を理解し，その患者にあったアプローチの方法を考えることが必要である[7][8]。透析患者においても，治療の重要性などに関する患者の信念を理解することが重要であるとされる[9]。EllisのABCモデルは，「B（Belief）：信念」を変化させれば「C（Consequence）：結果」としての行動様式も大きく変化するとしている[10]。これを透析患者の行動を説明するためのモデルとして適用すると，透析患者の病気に対する考え方をB（Belief），すなわち健康統制所在および不合理な信念として用い，同時にC（Consequence）をセルフケアとして測定して検討することができる。実際に先行調査で，外的健康統制所在が高いほど生活に関するセルフケアがうまく行えているという関連が認められている[11]。

これまでにも，透析患者のセルフケアの関連要因は検討されているが，国内では横断研究での検討にとどまっている[12)－15]。海外では，セルフケアの関連要因を縦断研究でも検討している[16][17]が，セルフケアの指標として，ノンコンプライアンス行動が多く使われている[3][12][16][17]。海外でのノンコンプライアンス行動は，「透析治療を休む」，「透析治療を短くする」といったような行動[3][12][16][17]とされており，国内の透析患者における生活行動や食事行動に関するノンコンプライアンス行動とは異なる。これまでに国内で，透析患者の信念やセルフケアの変化を縦断的に検討した研究はみあたらない。

そこで，本研究では，EllisのABCモデル[10]をもとにして行った先行調査[11]の追跡調査として，透析患者におけるセルフケアの１年後の変化から，どのような特性や信念がセルフケアの変化に影響を及ぼしているかを検討し，看護実践への示唆を得ることを目的とした。

Ⅱ．研究方法

本研究は，東京都腎臓病患者連絡協議会（2003年当時の加盟透析患者会数114，加盟患者総数6,973名，以下，東腎協）[18]の協力を得て実施した。

１．対象者の選定（図１）

本研究の対象者の選定の詳細は，図１に示す。本研究に先立ち，2003年８～10月に先行調査[11]として質問紙調査を行った。東腎協加盟透析患者会のうち，研究の同意が得られた17患者会（総数1,682名）の各患者会担当者に，５名ごとの系統的サンプリングを依頼した。抽出に際しては，春木の分類[19]をもとに血液透析導入後３ヶ月以内の者，自記式質問紙を記入できない者，20歳以下の者を除外

東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻地域看護学分野
Department of Community Health Nursing, Division of Health Sciences and Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

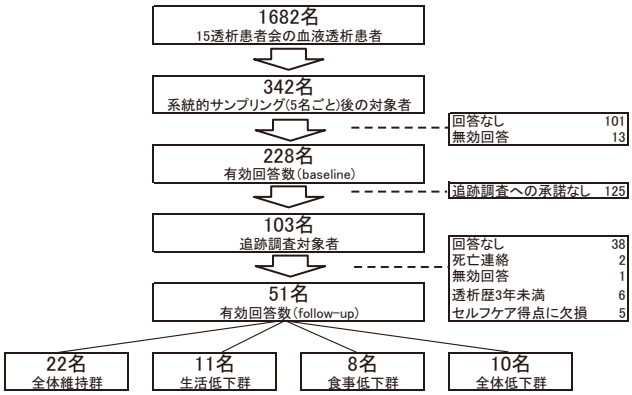


図１．分析対象者の選定の流れ

して抽出するよう依頼した。対象者は342名となり，郵送自記式質問紙調査を行った結果，有効回答数は13患者会の228名であった。これら228名のうち，先行調査時に追跡調査への承諾が得られ，質問紙に住所氏名を記した透析患者103名を本研究の対象者とした。

103名中，65名（回収率63.1％）から回答を得た。記入不備１名および死亡２名（家族よりその旨回答あり）を除いた有効回答数は11患者会の62名（60.2％）であった。62名のうち，追跡調査時の透析継続期間は，春木の分類[19]に基づくと，透析導入期（１か月）・回復安定期（３～４カ月）・中間期（12か月）・社会適応期（３年）にあたる「３年未満」は５名（8.1％），再調整期にあたる「３～15年未満」は37名（59.7％），長期にあたる「15年以上」は19名（30.6％），無回答１名（1.6％）であり，再調整期および長期の患者が多かった。したがって，透析歴３年未満の５名と無回答の１名，セルフケアの得点に欠損のある５名を除外し，本研究では透析歴３年以上の透析患者計51名を分析対象とした（以下，対象患者とする）。

２．調査期間

調査期間は，先行調査（baseline）が2003年８～10月，追跡調査（follow-up）が2004年10月であるため，以後，先行調査を「N＝228の2003年の調査」，追跡調査を「N＝51の2004年の調査」，baselineを「N＝51の先行調査時のデータ」，follow-upを「N＝51の追跡調査時のデータ」と操作的に定義する。

３．調査方法

２時点での個人の特定を行うため，あらかじめ先行調査時の透析患者のID番号を付した質問紙を，透析患者の自宅住所に郵送した。質問紙は患者の自宅で記入したうえで，研究者へ郵送で直接返送するよう依頼した。

４．質問紙の内容

追跡調査の質問紙の内容は先行調査[11]で用いたものと同一であり，セルフケア度および信念の測定用具も同様である。

１）対象患者の特性（属性・病歴）

属性として，性別，結婚の有無，家族構成，職業の有無，年齢，ソーシャルサポートの状況を尋ねた。また，病歴として，原疾患，透析を受けている時間帯（以下，透析時間帯），透析の継続期間（月数）（以下，透析継続期間），１回当たりの透析時間数，１日当たりの尿量・飲水量，ブラッドアクセスの種類，腎不全代替治療の経過を尋ねた。ソーシャルサポートの測定には，金らによる「（慢性疾患透析患者を対象とした）ソーシャルサポート尺度」[20]を使用した。本尺度は，得点が高いほど，ソーシャルサポートを受けていると認識していることを示し，「日常生活における情動的サポート（以下，情動的サポート）」12項目と「疾患に対する行動的サポート（以下，行動的サポート）」８項目の計20項目で構成される（４段階リッカートスケール）。ソーシャルサポートの提供者は，家族，友人，専門職などで，特に限定はしなかった。

２）信念

① 健康統制所在

堀毛による「日本版健康統制所在尺度（Japanese Health Locus of Control）（以下，JHLC）」[7]を使用した。本尺度は，得点が高いほどその下位尺度への原因帰属が強いことを示し，「自分自身」，「家族」，「専門職」，「運」，「超自然」の各５項目５下位尺度，計25項目で構成され，健康や病気に関する個人の信念体系から原因帰属を測定しようとするものである（６段階リッカートスケール）。ただし「超自然」に関しては，宗教的問題を扱わないという患者会の方針により削除した。また，透析患者にそぐわない表現である「病気」を「病状」に，「健康」を「よい体調を維持できること」に置き換えて使用した。いずれも尺度の原作者の許可を得た。

② 不合理な信念

森らによる「JIBT-20（Japanese Irrational Belief Test-20，不合理な信念測定尺度）」（以下，JIBT）[21]を使用した。本尺度は，得点が高いほど不合理な信念を持つ傾向が強いとされ，「自己期待（自分の行為や能力に対する高い期待を表す）」，「依存（他人への依存の必要性を表す）」，「問題回避（責任があったり，面倒であったりする事柄からの回避の必要性を表す）」，「倫理的非難（道徳，倫理に反する行為に対する非難を表す）」，「無力感（心理的動揺などの感情のコントロールに関する無力感や，低い欲求不満耐性の正当化を表す）」の各４項目５下位尺度，計20項目で構成される（５段階リッカートスケール）。

３）セルフケア度

現在，日本において透析患者のセルフケア全般の実施度合を測定する尺度は未確立であるため，先行調査[11]で13項目の測定項目尺度を開発し，使用した。本尺度は，得点

表１　透析患者のセルフケア度測定項目

	項　　目
第１因子「生活」	５）薬は処方されたとおりに服用していますか。
	６）体重は制限以内（ドライウェイトの中１日３％，中２日5％以内）に抑えられていますか。
	11）シャント（カテーテル）に気を配って生活していますか。
	７）体調に合わせた適度な運動をしていますか。
	12）体の調子がいつもと違って悪いとき，スタッフに早めに報告していますか。
	８）夜更かしや過労などを避け，規則正しい生活をしていますか。
	13）他の合併症（糖尿病や心疾患など）についても気を配って生活していますか。
	９）風邪などひかないよう注意していますか。
	10）睡眠は十分にとれていますか。
第２因子「食事」	２）塩分をとりすぎないようにしていますか。
	１）水分をとりすぎないようにしていますか。
	４）リンを含む食品をとりすぎないようにしていますか。
	３）カリウムを含む食品をとりすぎないようにしていますか。

透析患者のセルフケア度測定項目（武内，村嶋，2008）

が高いほど，セルフケアが行えている，つまりセルフケア度が高いことを示す。下位尺度は「生活（透析治療を受ける上での生活管理に関する項目）」９項目，「食事（食事管理に関する項目）」４項目である（５段階リッカートスケール）（表１）。

５．倫理面への配慮

東腎協には倫理委員会が存在しないため，東腎協の役員会で先行調査・追跡調査ともに調査内容や方法について承認を得た。対象者には，研究目的・内容，および回答の有無により治療への影響がないこと，匿名性の保持などについて，趣意書・質問紙へ明記し，回答及び返送をもって同意が得られたとみなした。対象者のプライバシー保持のため，追跡調査を承諾し，住所氏名を透析患者が自記した先行調査時の調査票およびデータは鍵のかかる場所で保管した。また，調査票はID化し個人が特定されないようにした。

６．分析方法

baselineとfollow-upの双方に回答した対象患者のうち，セルフケアの得点に欠損のあった５名を除外し，51名を分析対象とした。これら51名のセルフケア度（生活・食事）の得点から，対象患者のbaselineのセルフケアの得点よりもfollow-upの生活および食事の得点が上昇あるいは同点の者を「全体維持群」，下位尺度の食事の得点のみ低下した者を「食事低下群」，下位尺度の生活の得点のみ低下した者を「生活低下群」，生活および食事の得点が低下した者を「全体低下群」とした。４群のデータは，ウィルコクソンの順位和符号検定，フリードマン検定，対応のあるt検定および一元配置分散分析（Tukeyの検定）を用いて，群間比較および各群での前後比較を行った。さらに，看護師が把握することが比較的容易である，婚姻状況・職業・透析時間帯などの特性に変化のあった患者は，データを詳細に検討した。分析には，PASW Statistics 18を使用した。表中の各変数は，それぞれ欠損値を除外して集計した。

Ⅲ．結　　果

１．対象患者の群ごとの特性および１年後の変化（表２）

全対象者（N＝51）では，すべての変数においてbaselineとfollow-upでの有意差は認めなかった。セルフケア度の得点の推移をもとに群分けを行ったところ，「全体維持群」は22名，「生活低下群」は11名，「食事低下群」は８名，「全体低下群」は10名であった。前年よりもセルフケア度が低くなっている患者は約半数存在した。婚姻状況・職業・透析時間帯などの特性に変化のあった10名（事例Ａ～Ｊ）のうち，９名が男性であった。

次に，セルフケアの１年後の状況から分けた各群の特徴について述べる。

１）全体維持群（ｎ＝22）の特徴

全体維持群では，セルフケア度の生活と食事の得点が有意に上昇していた（p＝0.000，0.004）。有意差は認めなかったものの，baselineの食事および生活の得点は，４群のうち最も低く，baselineおよびfollow-upの情動的サポートおよび行動的サポートの得点は，４群のうち最も高かった。

属性に変化のあった４名のうち，２名（事例Ａ；63歳，Ｂ；74歳）が夜間から午後，１名（事例Ｃ）が午後から夜間へ透析時間帯の変更があった。夜間から午後に透析時間帯の変更があった２名は，共に職業を持ち，ソーシャルサポートの得点が低下していた。うち１名はJHLCの家族と運の得点が上昇し，他の１名はJIBTの問題回避と無力感の得点が低下していた。午後から夜間に透析時間帯の変更があった１名は，情動的サポート・JHLCの運・JIBTの自己期待の得点が上昇し，JHLCの家族・専門職，JIBTの依存・問題回避の得点は低下していた。また，１名（事例Ｄ）は，透析継続期間が17年６か月と長く，結婚がありからなしへ，同居から独居へと変化しており，行動的サポートと，JHLCの家族の得点が大幅に低下，JIBTの自己期待と問題回避の得点が上昇していた。

２）食事低下群（ｎ＝８）の特徴

食事低下群では，セルフケア度の生活の得点が有意に上

表２．対象患者のグループごとの特徴－baselineとfollow-upでの各変数の比較－（N＝51）

	合計（N＝51）			全体維持群（n＝22）			食事低下群（n＝8）			生活低下群（n＝11）			全体低下群（n＝10）		
	［baseline］	［follow-up］	p	［baseline］	［follow-up］	p	［baseline］	［follow-up］	p	［baseline］	［follow-up］	p	［baseline］	［follow-up］	p
	n（%）			n（%）			n（%）			n（%）			n（%）		
性別															
男性	29 (56.9)			12 (54.5)			3 (37.5)			8 (72.7)			6 (60.0)		
女性	22 (43.1)			10 (45.5)			5 (62.5)			3 (27.3)			4 (40.0)		
結婚															
有	33 (64.7)	32 (62.7)		15 (68.2)	14 (63.6)		5 (62.5)	4 (50.0)		7 (63.6)	7 (63.6)		6 (60.0)	6 (60.0)	
無	17 (33.3)	19 (37.3)		6 (27.3)	7 (31.8)		3 (37.5)	4 (50.0)		4 (36.4)	4 (36.4)		4 (40.0)	4 (40.0)	
無回答	1 (2.0)	0 (0.0)		1 (4.5)	1 (4.5)		0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	
家族構成															
同居	44 (86.3)	40 (78.4)		1 (4.5)	2 (9.1)		2 (25.0)	3 (37.5)		2 (18.2)	2 (18.2)		2 (20.0)	3 (30.0)	
独居	7 (13.7)	10 (19.6)		20 (90.9)	19 (86.4)		6 (75.0)	5 (62.5)		9 (81.8)	9 (81.8)		8 (80.0)	7 (70.0)	
無回答	0 (0.0)	1 (2.0)		1 (4.5)	1 (4.5)		0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	
職業															
有	20 (39.2)	19 (37.3)		7 (31.8)	7 (31.8)		2 (25.0)	2 (25.0)		6 (54.5)	5 (45.5)		4 (40.0)	5 (50.0)	
無	31 (60.8)	31 (60.8)		15 (68.2)	15 (68.2)		5 (62.5)	5 (62.5)		5 (45.5)	6 (54.5)		6 (60.0)	5 (50.0)	
無回答	0 (0.0)	1 (2.0)		0 (0.0)	0 (0.0)		1 (12.5)	1 (12.5)		0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	
原疾患															
慢性糸球体腎炎	25 (49.0)			6 (27.3)			5 (62.5)			3 (27.3)			8 (80.0)		
糖尿病	10 (19.6)			9 (40.9)			1 (12.5)			3 (27.3)			0 (0.0)		
他	14 (27.5)			5 (22.7)			2 (25.0)			5 (45.5)			2 (20.0)		
無回答	2 (3.9)			2 (9.1)			0 (0.0)			0 (0.0)			0 (0.0)		
透析時間帯															
午前	25 (49.0)	26 (51.0)		9 (40.9)	9 (40.9)		6 (75.0)	7 (87.5)		5 (45.5)	5 (45.5)		5 (50.0)	5 (50.0)	
午後	14 (27.5)	16 (31.4)		9 (40.9)	10 (45.5)		0 (0.0)	0 (0.0)		2 (18.2)	3 (27.3)		3 (30.0)	3 (30.0)	
夜間	12 (23.5)	9 (17.6)		4 (18.2)	3 (13.6)		2 (25.0)	1 (12.5)		4 (36.4)	3 (27.3)		2 (20.0)	2 (20.0)	
	mean（SD）			mean（SD）			mean（SD）			mean（SD）			mean（SD）		
年齢（歳）	62.1 (9.4)	63.1 (9.4)		64.0 (10.9)	65.0 (10.9)		62.9 (8.3)	63.9 (8.3)		59.6 (9.0)	60.6 (9.0)		60.1 (6.7)	61.1 (6.7)	
透析継続期間（月）	140.3 (94.8)	152.3 (94.8)		147.8 (80.2)	159.8 (80.2)		221.0 (133.1)	233.0 (133.1)		100.1 (69.3)	112.1 (69.3)		103.6 (80.4)	115.6 (80.4)	
１回当たり透析時間（時間）	4.1 (0.4)	4.1 0.3		4.2 (0.5)	4.0 (0.2)		4.2 (0.4)	4.2 (0.4)		4.0 (0.2)	4.0 (0.3)		4.1 (0.4)	4.1 (0.4)	
１日尿量（ml）	116.3 (273.8)	68.0 (127.4)		128.0 (320.3)	77.3 (130.7)		10.0 (19.3)	15.0 (35.0)		137.3 (303.8)	89.1 (180.7)		152.5 (248.8)	67.0 (98.9)	
１日飲水量（ml）	721.9 (371.2)	737.9 (465.6)		795.3 (517.6)	791.2 (608.3)		625.0 (301.2)	646.3 (185.9)		722.2 (204.8)	855.6 (453.1)		662.5 (168.5)	583.8 (305.6)	
ソーシャルサポート															
情動的サポート［12-48］	37.4 (9.4)	37.4 (9.9)		38.9 (9.6)	39.5 (10.3)		35.8 (8.2)	36.5 (7.3)		35.1 (11.1)	34.9 (11.7)		37.9 (8.4)	36.0 (8.1)	
行動的サポート［8-32］	20.5 (6.7)	20.9 (6.8)		22.5 (5.9)	22.6 (6.7)		16.7 (4.6)	18.1 (5.1)		19.6 (8.5)	20.2 (7.9)		19.9 (6.6)	19.9 (6.4)	
健康統制所在（JHLC）															
自分自身［5-30］	25.0 (2.8)	24.4 (3.5)		25.7 (2.6)	25.4 (3.2)		24.3 (2.4)	23.4 (4.5)		25.5 (2.2)	23.5 (3.4)		23.9 (3.8)	24.0 (3.5)	
家族［5-30］	21.9 (4.8)	21.3 (4.6)		22.3 (5.2)	21.5 (5.5)		21.8 (3.7)	19.5 (3.2)	*	22.9 (5.6)	21.9 (4.8)		20.4 (4.3)	22.0 (3.6)	
専門職［5-30］	20.6 (4.4)	20.1 (5.2)		21.0 (5.0)	21.8 (5.6)		18.3 (2.7)	18.4 (4.4)		22.3 (4.8)	19.7 (6.1)		19.8 (3.5)	18.5 (3.3)	
運［5-30］	14.6 (5.2)	14.6 (4.5)		14.6 (5.5)	14.8 (5.0)		12.9 (4.4)	13.0 (3.8)		17.2 (5.2)	16.4 (4.2)		13.6 (5.0)	13.6 (4.4)	
不合理な信念（JIBT）															
自己期待［5-20］	11.1 (3.4)	11.4 (3.3)		10.8 (3.6)	12.0 (2.9)		10.9 (3.6)	10.4 (3.2)		11.1 (3.9)	11.2 (4.3)		11.9 (2.6)	11.4 (3.3)	
依存［5-20］	10.1 (3.0)	10.7 (3.5)		9.5 (3.3)	10.3 (3.9)		10.3 (2.3)	11.4 (4.5)		10.7 (2.6)	11.2 (2.8)		10.4 (3.3)	10.3 (2.7)	
倫理的非難［5-20］	16.2 (3.0)	16.0 (2.6)		15.4 (3.9)	15.3 (2.8)		16.5 (2.3)	16.3 (3.1)		16.7 (1.6)	17.1 (2.0)		16.6 (2.8)	15.7 (2.5)	
問題回避［5-20］	11.1 (2.5)	11.0 (2.9)		11.3 (2.3)	11.4 (2.9)		10.9 (3.2)	10.9 (4.2)		11.6 (1.7)	11.2 (2.5)		10.4 (3.3)	10.1 (2.4)	
無力感［5-20］	12.5 (2.9)	12.2 (2.6)		12.7 (3.4)	12.0 (2.9)		11.6 (2.4)	12.3 (3.0)		12.2 (2.8)	12.7 (2.6)		13.3 (2.2)	11.9 (2.0)	
セルフケア度															
生活［9-45］	17.0 (2.4)	17.1 (2.1)		35.2 (5.3)	37.4 (4.5)	***	35.3 (4.0)	36.5 (4.7)	*	39.3 (4.7)	35.6 (5.4)	***	36.7 (5.4)	35.1 (5.5)	**
食事［5-20］	36.4 (5.1)	36.4 (4.9)		16.4 (2.7)	17.9 (2.1)	**	17.4 (2.1)	15.6 (1.9)	***	17.3 (2.9)	17.8 (2.1)		17.7 (1.3)	16.0 (1.4)	**

注：*：p＜.05，**：p＜.01，***：p＜.001
ウィルコクスンの符号付き順位和検定，フリードマン検定，対応のあるt検定
欠損値は除いて集計，［　］は得点範囲を表す

表３．属性に変化のあった患者の詳細

	全体維持群（n＝22）												食事低下群（n＝8）		
事例	A			B			C			D			E		
	[baseline]	[follow-up]		[baseline]	[follow-up]		[baseline]	[follow-up]		[baseline]	[follow-up]		[baseline]	[follow-up]	
年齢	63歳			74歳			62歳			72歳			81歳		
性別	男性			男性			男性			男性			男性		
結婚	あり	あり		あり	あり		あり	あり		**あり**	**なし**		**あり**	**なし**	
家族構成	同居	同居		同居	同居		同居	同居		**同居**	**独居**		**同居**	**独居**	
職業	あり	あり		あり	あり		なし	なし		なし	なし		あり	あり	
原疾患	慢性糸球体腎炎			糖尿病			慢性糸球体腎炎			慢性糸球体腎炎			膠原病		
透析時間帯	**夜間**	**午後**		**夜間**	**午後**		**午後**	**夜間**		午後	午後		**夜間**	**午前**	
透析継続期間	４年８カ月			６年０カ月			６年４カ月			17年６カ月			５年１カ月		
尿量	250	300	↑	200	200		100	100		0	0		50	100	↑
飲水量	100	100		800	600	↓	800	600	↓	200	250	↓	1000	900	↓
ソーシャルサポート															
情動的サポート［12-48］	47	44	↓	48	46		32	44	↑	39	（欠損）		23	33	↑
行動的サポート［8-32］	29	29		29	26	↓	21	22		27	16	↓	10	19	↑
健康統制所在（JHLC）															
自分自身［5-30］	23	23		30	30		28	30		28	27		25	26	
家族［5-30］	16	23	↑	26	24	↓	22	13	↓	27	12	↓	23	23	
専門職［5-30］	18	20		18	19		12	8	↓	27	27		23	26	↑
運［5-30］	14	17	↑	8	10		13	17	↑	25	20	↓	19	16	↓
不合理な信念（JIBT）															
自己期待［5-20］	13	12		17	16		10	13	↑	8	12	↑	16	14	
依存［5-20］	9	12	↑	4	4		10	5	↓	12	13		10	20	↑
倫理的非難［5-20］	20	15	↓	18	18		14	14		19	20		17	19	
問題回避［5-20］	11	12		12	8	↓	10	7	↓	10	15	↑	15	17	
無力感［5-20］	12	11		15	9	↓	10	11		12	14		10	16	↑
セルフケア度															
生活［9-45］	31	36	↑	41	41		28	31	↑	43	43		39	41	
食事［5-20］	16	16		17	17		11	11		19	20		17	16	

	生活低下群（n＝11）									全体低下群（n＝10）					
事例	F			G			H			I			J		
	[baseline]	[follow-up]		[baseline]	[follow-up]		[baseline]	[follow-up]		[baseline]	[follow-up]		[baseline]	[follow-up]	
年齢	48歳			76歳			50歳			54歳			64歳		
性別	女性			男性			男性			男性			男性		
結婚	なし	なし		なし	なし		なし	なし		なし	なし		なし	なし	
家族構成	同居	同居		同居	同居		独居	独居		独居	独居		**同居**	**独居**	
職業	**なし**	**あり**		**あり**	**なし**		**あり**	**なし**		**なし**	**あり**		あり	あり	
原疾患	膠原病			慢性糸球体腎炎			糖尿病			糖尿病			のう胞腎		
透析時間帯	午前	午前		**夜間**	**午後**		午前	午前		午後	午後		午前	午前	
透析継続期間	６年10カ月			９年８カ月			22年２カ月			５年４カ月			４年０カ月		
尿量	10	0	↓	0	0		0	0		0	0		300	300	
飲水量	（欠損）	1000		（欠損）	（欠損）		800	600	↓	600	650	↑	500	600	↑
ソーシャルサポート															
情動的サポート［12-48］	22	25	↑	48	48		29	（欠損）		（欠損）	22		27	28	
行動的サポート［8-32］	13	15		32	32		15	14		35	20	↓	13	16	↑
健康統制所在（JHLC）															
自分自身［5-30］	24	25		26	23	↓	21	22		27	25		22	22	
家族［5-30］	25	23		30	24	↓	20	27	↑	24	24		18	20	
専門職［5-30］	15	23	↑	29	21	↓	25	30	↑	26	22	↓	16	18	
運［5-30］	（欠損）	16		26	20	↓	12	24	↑	14	10	↓	13	13	
不合理な信念（JIBT）															
自己期待［5-20］	6	6		15	15		（欠損）	4		11	11		8	8	
依存［5-20］	9	11		13	16	↑	11	13		12	14		8	9	
倫理的非難［5-20］	18	17		16	16		15	18	↑	18	14	↓	18	14	↓
問題回避［5-20］	12	13		12	15	↑	（欠損）	11		12	11		10	9	
無力感［5-20］	14	17	↑	10	14	↑	11	15	↑	14	11	↓	10	11	
セルフケア度															
生活［9-45］	40	34	↓	43	38	↓	42	39	↓	41	40		40	39	
食事［5-20］	20	20		18	18		14	16		19	18		18	17	

注：属性に変化があった箇所は太字，連続変数で３点以上の変化があった箇所は↑，↓で示す

昇し，食事の点は有意に低下していた（p＝0.010，0.000）。また，JHLCの家族の得点も，有意に低下していた（p＝0.010）。また，群間比較では，透析継続期間が生活低下群と全体低下群よりも有意に長かった（p＝0.024，p＝0.035）。

属性に変化のあった１名（事例E）は81歳で，結婚がありからなしへ，同居から独居へと変化しており，透析時間帯が夜間から午前へ，情動的サポートと行動的サポートおよびJIBTの依存と無力感の得点が大幅に上昇し，JHLCの運の得点が低下していた。

３）生活低下群（n＝11）の特徴

生活低下群では，セルフケア度の生活の得点が有意に低下していた（p＝0.000）が，食事の得点はほぼ同点であった。有意差は認めなかったものの，baselineの生活の得点とfollow-upの飲水量，baselineおよびfollow-upのJHLCの専門職および運の得点は，４群のうち最も高かった。

属性に変化のあった３名は，すべて職業に関して変化があった。うち１名（事例F）は48歳の女性で，職業がなしからありへ，情動的サポート・JHLCの専門職・JIBTの無力感の得点が上昇していた。他の２名（事例G, H）は，職業がありからなしへ，JIBTのほとんどの得点が上昇していた。うち，１名はJHLCの得点が低下し，１名は上昇していた。

４）全体低下群（n＝10）の特徴

全体低下群では，セルフケア度の生活と食事の得点が有意に低下していた（p＝0.001，0.001）。

属性に変化のあった２名のうち１名（事例Ｉ）は54歳で，職業がありからなしへ，行動的サポート，JHLC，JIBTのほとんどの得点が低下していた。また，他の１名（事例Ｊ）は，同居から独居となり，JIBTの得点は全般的に低く，特に倫理的非難の得点が低下していた。この２名は共通して，飲水量がやや増加し，JIBTの倫理的非難の得点が低下していた。

Ⅳ．考　　察

１．対象患者の群ごとの特性と１年後の変化

追跡調査である本研究で得られた有効回答者は，透析継続期間が３年以上の者が90％を占めたため，分析対象を透析歴３年以上の透析患者に限定して検討した。透析歴３年以上の透析患者がサンプルとして多くを占めた理由ははっきりしないが，先行調査[11]の時点で患者会加盟患者を対象としていることから，透析継続期間の長い患者が，透析患者会に加盟する機会が多いことが一因として考えられる。

次に，セルフケアの１年後の状況から分けた各群の特徴について考察する。

１）全体維持群（n＝22）の変化

生活および食事の得点が上昇あるいは同点であった全体維持群では，生活および食事の得点が有意に上昇していた。有意差は認めないものの，全体維持群ではbaselineの食事および生活の得点が４群のうち最も低かった。しかし，baselineおよびfollow-upの情動的サポートおよび行動的サポートの得点は，４群のうち最も高かった。透析患者の生存者では，ソーシャルサポートをよく受けている[22]ことが明らかになっている。常にソーシャルサポートを良く受けていることは，以後のセルフケアを維持もしくは改善し，生存率を高めることにつながるとも考えられる。

また，特性に変化があった患者は４名存在したが，これら４名は変化があっても，セルフケアの実施度合いは維持していた。特性のなかでも，透析時間帯の変更は，その患者の生活サイクルやセルフケアにも影響を及ぼす。夜間から午後に透析時間帯の変更があった２名は，63歳と74歳で，共に職業を持ち，ソーシャルサポートの得点が低下していた。比較的高齢なこの２名は，夜間に透析を行いながらも職業を持ち続けるということが，年齢的に困難になってきたことや，午後への時間変更によって生活サイクルを立て直し，それがセルフケアの改善につながったのではないかと推測できる。一方で，午後から夜間に時間帯の変更があった１名は，JHLCの家族や専門職への帰属や，依存心が低くなり，JIBTの自己期待の得点の上昇がみられた。結婚を解消した１名も，JHLCの家族への帰属が低くなり，JIBTの自己期待の得点の上昇がみられている。先行調査[11]では，JHLCの外的HLCに相当する家族・専門職・運の得点が高いほど，セルフケア度も高かったことから，外的HLCを高めるような働きかけがセルフケア度の改善につながる可能性が考えられていた。しかし，これらの事例からは，家族や専門職に頼るよりも，自分の行為や能力に対する期待[21]が高まるほうが，セルフケア度の改善や維持につながっている可能性が考えられた。セルフケア改善の支援を行う際には，その患者が家族や専門職に頼る信念がどの程度あるのか把握することや，セルフケアができるという自信が持てるように支援していくことが重要であると考えられた。

２）食事低下群（n＝８）の変化

食事の得点のみ低下した食事低下群では，セルフケア度の生活の得点が有意に上昇し，食事の得点は有意に低下していた。同じく，生活の得点が有意に上昇した全体維持群と比較して，食事低下群は，透析継続期間が有意に長いこと，JHLCの家族の得点が有意に低下しているという点で異なる。また，同じくセルフケア度が低下した３群間のうち，食事低下群は透析継続期間が有意に長かった。新谷ら[15]の研究でも，透析期間が長くなるにつれて，運動調

節や習慣調整の得点は上下し，食事管理行動の得点は低下している。透析継続期間が長くなることにより，生活管理には配慮するものの，自己流の食事管理方法などを身につけて食事管理の実施度合いが低下している可能性がある。看護師は，ベテランの患者を信用し，指導をためらったり，不要であると感じたりすることもあると思われるが，常に臨床データや患者の言動から，患者の食事管理の実施度合いに注意し，支援していく必要があることが今回の結果から示された。

先行調査[11]では，セルフケア度の食事の得点と，信念の得点には関連がみられなかった。しかし，本研究では，食事低下群において，JHLCの家族の得点が有意に低下していた。「家族がいれば大丈夫」という信念を持てなくなることは，生活管理については維持できるものの，食事管理の実施度合いを低める可能性が考えられる。家族からのセルフケアへの支援は，セルフケアに直接的な正の影響を与える[12]。また，家族からのサポートをよく認知していると患者の食事管理の実施度合いが高くなる[13][14]ことも明らかになっている。そのため，看護師は患者の家族の状況も把握し，家族のサポートが弱い場合は支援策を検討することも重要であると考えられる。

食事低下群のうち１名は，透析時間帯が夜間から午前へ，婚姻の解消，同居から独居へ，ソーシャルサポートおよびJIBTの依存と無力感の得点が大幅に上昇，JHLCの運の得点が低下するなど，１年で属性や信念に大きな変化があった。無力感や依存心から，ソーシャルサポートの認知が変化した可能性が考えられる。同じく婚姻を解消した全体維持群の事例Ｄは，ソーシャルサポートとJIBTの自己期待・問題回避の得点の上昇，JHLCの家族と運の得点の低下などが見られ，様々な変化が認められた。介入しがたい状況ではあるが，このような状況にある患者の支援にあたることも重要である。

３）生活低下群（n＝11）の変化

生活の得点のみ低下した生活低下群では，生活の得点は有意に低下したが，食事の点はほぼ同点であった。baselineの生活の得点とfollow-upの飲水量は４群のうち最も高かったことから，元々は生活管理がよく行えていたものの，１年後には飲水量の増加に示されるように生活管理がうまくいかなくなっていることが推測される。先行調査[11]では，JHLCの家族・専門職・運の得点が高いほど，セルフケア度の生活の得点は高かった。しかし，本研究の生活低下群では，baselineおよびfollow-upのJHLCの専門職および運の得点が４群のうち最も高いにもかかわらず，生活の得点が低下していた。「専門職がいれば大丈夫」，「身体の状態は運任せだから仕方がない」というような信念は，ある時点では生活管理の実施度合いを高める要因であるが，時間の経過とともに生活管理の実施度合いを低めてしまう可能性もある。全体維持群の事例では，家族や専門職への帰属の低下と自己期待の上昇がセルフケアの維持や改善につながっていたと推測されたことからも，他者や運への帰属が高い場合には，それらを低下させ，自己期待を高めることが同様に重要であると考えられる。

さらに，職業を失った２名と，職業を得た１名ではすべてJIBTの無力感の得点が上昇していた。透析患者は，職場でも様々な制約を受けている[23][24]。この３名でも職業に関する変化によってその制約を感じ，無力感が増したことが生活管理の実施度合いの低下につながった可能性も考えられる。先行調査[11]では，有職者よりも無職者のほうがJIBTの得点が有意に高かったが，無職者のみならず，新たに職業を得ることも無力感を増すのであろう。看護師は，透析患者の就業と気持ちに関しても相談に乗れるような関係作りを日ごろから保ち，相談に乗ることも，重要なセルフケア支援である。

４）全体低下群（n＝10）の変化

食事および生活の得点，セルフケア全体が低下した全体低下群では，セルフケア度の生活と食事の得点が有意に低下しており，最も支援が必要な群と考えられる。同様に食事の得点が低下した食事低下群と比較すると，全体低下群は透析継続期間が有意に短く，ソーシャルサポートの得点はやや高かった。また，生活の得点が低下した生活低下群と比較すると，全体低下群はJHLCの専門職や運，全般的なJIBTの得点が低かった。これらの透析継続期間の短さ，ソーシャルサポートをよく受けていること，信念の得点の低さが組み合わさって，セルフケア度全体が低くなっている可能性が考えられる。

全体低下群のうち，属性に変化があった２名は共通して，飲水量がやや増加しており，セルフケア度が低下していた。また，JIBTの倫理的非難の得点が低下していた。JIBTの倫理的非難は，「自分や他人の社会に対する望ましい理想的信念を表わし，その信念が本人の肯定的な評価と結び付く」とされる[25]ため，自己の肯定的評価の低下がセルフケア度の低下に影響を及ぼしている可能性がある。透析患者に対して，「よく頑張ってらっしゃいますね」などの肯定的評価の促しや励ましがセルフケア度の維持や改善にもつながるのではないかと思われる。

５）まとめ

１年後の追跡調査により，前年からセルフケア度が維持もしくは改善できた透析患者が約半数存在し，ソーシャルサポートを前後に渡ってよく受けられていることが明らかになった。一方，セルフケア度が低下した透析患者も約半数存在した。食事低下群では透析継続期間が長いことやJHLCの家族への帰属の低下，生活低下群では元々生活管

理が良く行えていたものの維持が難しいこと，全体低下群では透析継続期間の短さ，ソーシャルサポートをよく受けていること，信念の得点の低さなどが組み合わさったことがセルフケア度の低下に関連していると推測された。

また，属性に変化のあった事例の検討から，透析時間帯に変化があった３名でセルフケア度の得点を維持できていたこと，婚姻の解消および独居になった２名でソーシャルサポートや信念に変化があったこと，職業の状況に変化があった３名でセルフケアの生活の得点の低下とJIBTの無力感の得点の上昇が認められたこと，などの特徴が明らかになった。これまでに透析患者のJIBTとセルフケアに関しては検討がなされておらず，先行調査[11]でも，透析患者のセルフケアとJIBTには関連がなかった。しかし，JIBTで測定できる不合理な信念は，比較的堅い，つまり変化のない信念であるとされている[21]にもかかわらず，本研究では変化があったことが認められ，JIBTもセルフケアに影響を及ぼす可能性が考えられた。

以上，これらの知見は，透析患者の二時点におけるデータから，その特性・信念とセルフケアの変化と関連について初めて検討し，その結果から一時点の横断研究では得られなかった知見－透析時間帯，家族形態によるソーシャルサポートと信念，職業およびJIBTそれぞれと，セルフケアの関連を示唆する点で新しいといえる。今後これらの関連を明らかにし，透析患者のセルフケア支援に役立てることが必要である。

２．本研究の限界と課題

本研究の対象患者は，透析患者会に加盟している透析患者であった。一般的には，透析患者会に加盟する透析患者は熱心な透析患者とされ，全国調査と比較すると，透析歴15年以上の透析患者の割合が高いなどの特徴がある。特に今回のような経年の調査にも回答する透析患者には，セルフケアの実施度合が高い，またそのために生存率が高い，などというバイアスがある可能性もある。さらに透析患者会の加盟透析患者は，追跡調査で得られた回答者の多くが３年以上透析を継続していた。今後は，透析の継続期間が３年未満の透析患者に対しても追跡調査が必要であると同時に，設問にも洗練が必要であると考える。さらに，セルフケア度は自己評価に基づく回答であるため，臨床データとの併用も検討したい。

また，経年の変化を追うという調査では，脱落者の問題など，サンプル数を多く集めることが難しい。同様の先行研究[17]でも，baselineよりも，follow-upでは死亡や転居などにより対象患者が大幅に減少している。本研究でも，103名中38名の透析患者が追跡不能となっており，その転帰は不明である。今後は，透析患者会に加盟していない透析患者も含めた調査を行うことや，病院やクリニックに密着して経過を追うのも１つの手段であろう。さらに，長い闘病生活の中での，１年という単位は短い可能性も考えられるため，より長い期間での追跡調査も課題である。

Ⅴ．結　　論

透析患者を対象として，特性・セルフケアおよび信念の経年変化を検討するための追跡調査を行った。透析歴３年以上の透析患者51名をbaselineとfollow-upのセルフケア度の得点から全体維持群，生活低下群，食事低下群，全体低下群に群分けして比較するとともに，特性に変化のあった事例を検討した。全体維持群はbaselineのセルフケアの得点は最も低く，ソーシャルサポートの得点がbaseline もfollow-upも高かった。食事低下群は，生活の得点は有意に上昇した一方で食事とJHLCの家族の得点が有意に低下し，透析継続期間は他群よりも有意に長かった。生活低下群は４群のうち，baseline の生活の得点と，baseline とfollow-upのJHLCの専門職と運の得点が高かった。全体低下群では，食事低下群よりもソーシャルサポートの得点はやや高く，生活低下群よりもJHLCの専門職や運，全般的なJIBTの得点が低かった。事例検討からは，JIBTの自己期待がセルフケアの改善に関連していることが推測された。二時点でのデータの検討から，透析患者の特性・信念とセルフケアには変化が起こり得ることが明らかになった。セルフケア度を維持もしくは改善するためには，ソーシャルサポートや家族の支援，患者の自己期待を高めることが重要な要素であると考えられた。

謝　　辞

本研究を実施するにあたって，２年にわたりご回答いただきました患者の皆様，ご協力いただきましたNPO東京腎臓病協議会の田中助成氏，ならびに皆様に深謝いたします。

要　　旨

透析患者の特性・信念およびセルフケアの１年後の変化について追跡調査を行った。二度の調査に回答した透析歴３年以上の透析患者51名をbaselineとfollow-upのセルフケア度の得点から「全体維持群（ｎ＝22)」,「生活低下群（ｎ＝11)」,「食事低下群（ｎ＝８)」,「全体低下群（ｎ＝10)」に群分けし，事例検討も行った。全体維持群はbaselineのセルフケアの得点が最も低く，ソーシャルサポートの得点がbaselineもfollow-upも高かった。

食事低下群は，生活の得点は上昇したが，食事とJHLCの家族の得点が低下した。事例検討からは，JIBTの自己期待がセルフケアの改善に関連していることが推測された。透析患者の特性・信念とセルフケアには変化がみられ，セルフケア度を維持もしくは改善のためには，ソーシャルサポートや家族の支援，患者の自己期待を高めることが重要な要素であると考えられた。

Abstract

To examine temporal changes in subjects' characteristics, beliefs, and self-care, this cohort study of one-year follow-up data examined patients who had undergone hemodialysis over three years in Japan. Study variables were related to physical characteristics, dialysis, social support, beliefs (Japanese Health Locus of Control (JHLC), Japanese Irrational Belief Test), and self-care (original self-care scale with Life and Diet subscales). The respective associations linking self-care and the study variables were examined using paired t-tests, Wilcoxon's signed rank sum test, Friedman test, and ANOVA (Tukey's test). The 51 subjects completed two data collection sessions. They were divided into four groups based on the follow-up score compared with the baseline: an all sustained group (n=22), decreasing Life group (n=11), decreasing Diet group (n=8), and an all decreasing group (n=10). The self-care score was lowest at the baseline in the all sustained group; social support was highest at the baseline and follow-up. The decreasing Diet group showed a significantly lower score of 'family' of JHLC. Case examination suggests that 'self-expectation' of JIBT related self-care. These hemodialysis patients' findings exhibited changes of characteristics, beliefs, and self-care, suggesting that social and familial support, along with strengthening patients' self-expectations, are important for self-care maintenance and improvement.

文　献

1）日本透析医学会統計調査委員会：わが国の慢性透析療法の現況（2001年12月31日現在），日本透析医学会雑誌，36(1)，1-31，2003.
2）日本透析医学会統計調査委員会：わが国の慢性透析療法の現況（2005年12月31日現在），日本透析医学会雑誌，40(1)，1-30，2007.
3）Leggat, JE Jr., Orzol, SM., et al.: Noncompliance in hemodialysis: predictors and survival analysis, Am J Kidney Dis, 32, 139-145, 1998.
4）中原宣子，森田夏実，他：看護師からみた日本の透析医療と看護の方向性，日本透析医学会雑誌，36，1215-1221，2003.
5）大坪みはる：長期透析患者の自己管理，臨床看護，25(7)，1050-1054，1999.
6）Wright, L.M., Watson W.L., et al.（1996）／杉下知子監訳：ビリーフ（第１版），19，日本看護協会出版会，東京，2002.
7）堀毛裕子：Health Locus of Control尺度の作成，健康心理学研究，4(1)，1-7，1991.
8）山田冨美雄：医療の行動科学，山田冨美雄（編）：医療の行動科学，8，北大路書房，京都，1997.
9）Kaveh K, Kimmel PL. : Compliance in hemodialysis patients: multidimensional measures in search of a gold standard, Am. J. Kidney Dis, 37, 244-266, 2001.
10）Ellis, A., Harper, RA.(1961)／國分康孝，伊藤順康：論理療法（第２版），322，川島書店，東京，1981.
11）武内奈緒子，村嶋幸代：血液透析患者の特性および信念とセルフケアとの関連，日本看護科学会誌，28(4)，37-45，2008.
12）川端京子，石田宣子，他：血液透析患者の自己管理行動および自己効力感に影響を及ぼす因子，日本生理人類学会誌，3(3)，89-96，1998.
13）Oka, M., Chaboyer, W. : Dietary behaviors and sources of support in hemodialysis patients, Clin Nurs Res, 8, 302-314, 1999.
14）Oka, M., Chaboyer, W. : Influence of self-efficacy and other factors on dietary behaviours in Japanese haemodialysis patients, Int J Nurs Pract, 7, 431-439, 2001.
15）新谷恵子，荒木節子，他：人工透析患者のセルフケア度に影響する要因の追及，富山医科薬科大学看護学会誌，3，97-110，2000.
16）Kimmel, PL., Peterson, RA., et al.: Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients, Kidney International, 54, 245-254, 1998.
17）Kutner, NG., Zhang, R., et al.: Psychosocial predictors of non-compliance in hemodialysis and peritoneal dialysis patients, Nephrol Dial Transplant, 17, 93-99, 2002.
18）東京都腎臓病患者連絡協議会：東腎協（会報），47，2003.
19）春木繁一：透析患者の心とケア［正編］，50，メディカ出版，東京，1999.
20）金外淑，嶋田洋徳，他：慢性疾患患者におけるソーシャルサポートとセルフ・エフィカシーの心理的ストレス軽減効果，心身医学，38，317-323，1998.
21）森治子，長谷川浩一，他：不合理な信念測定尺度（JIBT-20）の開発の試み，ヒューマンサイエンスリサーチ，3，43-58，1994.
22）McClellan, MW., Stanwyck, DJ., et al.: Social support and subsequent mortality among patients with end-stage renal disease, J Ame Soc Nephrol, 4, 1028-1034, 1993.
23）菊池悦子：透析をうけている人に起こりやすい社会問題はなんですか，村本淳子，竹本三重子，他（編）：一目でわかる透析をうける人の看護Q＆A，108，廣川書店，東京，1998.
24）傳法晴美，阿部益栄：社会復帰の問題，家族調整等の問題とその対応，臨床看護，25，1060-1064，1999.
25）松村千賀子：日本版Irrational Belief Test（JIBT）開発に関する研究，心理学研究，62(2)，106-113，1991.

［平成21年８月６日受　　付
平成22年６月11日採用決定］

－資料・その他－

看護師が認識する療養している高齢者のセルフケアとセルフケアに関連する要因

The Self-Care and Factors Related to the Self-Care of Elderly People who Undergoing Medical treatment Recognized by Nurses

金　子　史　代
Fumiyo Kaneko

キーワード：セルフケア，高齢者，療養中，看護師，認識
Key Words：Self-Care, elderly, undergoing medical treatment, nurse, recognize

Ⅰ　はじめに

日本の人口の年齢構成は急速に高齢化し，65歳以上の老年人口の総人口に占める割合は，2005年では20.2％であったが，2015年には26.9％に達することが予測されている。また，65歳以上の者がいる世帯数をみると，2006年では全世帯数の約４割であり，これを世帯構造別にみると最も多いのは夫婦のみの世帯であり65歳以上の者がいる世帯の29.5％を占めている。そして，65歳以上の高齢者の単独世帯も年々増加している[1)]。

このように今後ますます進む高齢社会においては，高齢者が健康維持のために自らの健康上の問題に自律的に取り組めるよう高齢者のセルフケアに有効な支援が必要である。看護は健康上の問題をもつ高齢者の生活の援助を通して，高齢者の自律や自助を，高齢者の心身の能力の可能な範囲で最大限に支援する役割がある。しかしながら，健康上の問題をもつ高齢者の自律や自助の能力には測り知れないところがあり，看護師の高齢者との相互作用の中での保護的なあるいは指示的な介入が，場合によっては高齢者の選択的自由や自立行動の潜在能力に制限を加えることになり，結果として高齢者のセルフケア能力を低下させてしまうということがある。それゆえに，看護師が高齢者のセルフケアとセルフケアに関連する要因をどのように認識しているかを明確にしておくことが重要となる。

高齢者のセルフケアに関連する最近の研究では，通所リハビリテーションを利用する高齢者の健康管理に対する自己効力感を家族構成，主観的健康感などの背景因子との関係から論じた研究[2)]，慢性心不全で通院する後期高齢者のセルフケアの課題から５つの看護のアプローチ方法をとりだした研究がある[3)]。また，高齢者のメタボリックシンドロームに対する健康食品の利用実態から利用に伴う疑問や不安を調査した研究[4)]，高齢者糖尿病患者が食事療法を継続する４つの促進因子を明らかにした研究がある[5)]。これらは，いずれも特定の疾患や治療に関係する高齢者のセルフケアの研究であり，看護師が健康上の問題をもち療養している高齢者のセルフケアとセルフケアに関連する要因をどのように認識しているかを探求している研究は見当たらない。

セルフケアは，日常生活に無意識のうちに組み込まれている熟慮的行為を特徴とする人間の努力であり，学習された行為である[6)]。高齢者のセルフケアは，ライフサイクルの各段階で習得してきた日常生活行動の感覚と技法を現時点の心身の機能に合わせながら，他者との関係において適切なやり方で行動に具体化させることである。高齢者の多くはこの自律的な過程を実施しうる意思ある存在であり，高齢者は，このセルフケアの学習と自らの努力を，信頼を寄せる援助的役割をもつ家族もしくは身近な人に認められることにより自己尊厳にかかる肯定的な変化を可能としうるのである[7)]。

高齢者が療養する場では，療養している高齢者が主体者としてどのような行為を行いうるかという，高齢者のセルフケアに対する看護師の認識が高齢者のセルフケアの実際に大きな影響を与えている。つまり，看護師が療養している高齢者のセルフケアをどのように認識しているかが高齢者のセルフケアへの支援と関係するのである。そこで，本研究では，看護師が認識する療養している高齢者のセルフケアとセルフケアに関連する要因を明らかにすることを目的に，高齢者看護の経験者によるディスカッションからの質的データを分析し，看護実践との関係を考察したので報告する。

新潟青陵大学看護学科　Niigata Seiryo University, Department of Nursing

Ⅱ　研究方法

1．研究対象

今回の研究の分析対象は，高齢者看護の経験を有する看護師が療養している高齢者のセルフケアとセルフケアに関連する要因をどのように認識しているかを，それぞれの経験から誘導するブレイン・ストーミングを活用したディスカッションによる記録内容である。このディスカッションに参加した看護師（以下，参加者とする）は，高齢者看護の経験を有する２人の看護師と２人の看護系教員の４人である（表１）。２人の看護師の臨床経験はそれぞれ27年と28年である。糖尿病療養指導士の資格を有しており，現在，総合病院の看護師として，成人および高齢者の糖尿病患者のセルフケアの指導に携わっている。また，２人の看護系教員の看護職としての経験は22年と33年である。現在は，老年看護学実習の入院患者の看護および在宅看護の実習指導を担当している。

2．データの収集

ディスカッションは，2008年５月から９月までの間に２週間に１回，計５回実施した。１回の時間は60分から90分間であり，各回のディスカッションの内容をテープに録音し逐語録を作成した。

3．分析の方法

データの分析には，実態把握法としての質的統合法であるKJ法を用いた[8) 9)]。KJ法は，バラバラな定性的データを組み立てて全体像を得ると同時にこれを累積的に使用することにより問題が解決できるという方法である。今回は山浦[10)]による質的統合法（KJ法）と考察法に沿って以下の手順で分析した。

１）ラベル作成

ディスカッションを逐語録に作成した内容をよく読み，「療養している高齢者のセルフケアとセルフケアに関連する要因をどう考えるか」の角度から，発言者の主張の意味が消えない範囲で文章を最小化してラベルを作成した。

２）ラベルのグループ編成

すべてのラベルに目が行くようにラベルを一面に広げ，文章の意味全体が似ている「類似性」に着目してラベルを集めグループ化した。集まったラベルの類似グループ毎のラベルの全体感から，それらのラベルの主張を代弁するように文を作成し，表札として記述した。表札を付けたラベルのセットを１つのグループとして，このようなグループ編成を４回続けて，最終的に残った表札に，そこに含まれる内容を端的に表わすシンボルマークをつけた。

３）分析結果の信頼性

分析結果の信頼性を高めるために，ラベル，表札，シンボルマークの作成の各過程で逐語録に立ちかえって分類した。そして，そこに含まれる内容の表現においても常に見直しを行った。また，分析結果については研究参加者に開示し，研究参加者が語った内容と研究者の解釈にズレがないか確認した。

４）ラベルのグループ編成による構造図の作成

療養している高齢者のセルフケアとセルフケアに関連する要因として，ラベルのグループ編成で最終的に得られた各シンボルマークの意味上の関係性に着目して，論理的関係性を発見するために相互に関係する配置となる構造図を作成した。

4．用語の定義

セルフケア：オレムはセルフケアを，人間が毎日必要とし，健康状態，環境条件，医学的ケアの影響，その他の要素によって変わってくる個人的ケアとしている。つまり，セルフケアとは，個人が生命・健康・良好を維持するために，自分自身で開始し遂行する活動である。セルフケアの様式は，成長や発達の過程で学習を通して獲得されるものであり，人間はそのための知力と技術を有している。セルフケアは，熟慮的行為を特徴とする人間の努力であり，学習された行為である[11)]。このように，セルフケアとは，その人自らの健康維持や健康問題への対処であり，その過程においてはその人が主体的であるか，また，積極的な役割を遂行しているかが重要視されるのである。人が問題に対処するには，主体的であるときと，それと反対に他律的であるときがある。また，その役割には，自分で行う積極的な役割と人に任せる主体的な役割とがある。これは，その人の表面に現れる行動としては異なるが，両方ともその人の主体的な行動を現わしているものであり，セルフケアはその人の前向きな意識が前提となっているのである[12)]。

表１　参加者の属性

参加者	A	B	C	D
性別	女性	女性	女性	女性
職種	看護師 糖尿病療養指導士	看護師 糖尿病療養指導士	看護師 看護専門学校教師	看護師 看護専門学校教師
看護職経験年数	27年	28年	22年	33年
現在の 勤務施設 担当	総合病院 内科病棟	総合病院 内科外来	総合病院附属 看護専門学校 成人・老年看護	総合病院附属 看護専門学校 在宅看護

5．倫理的配慮

ディスカッションに参加する対象者に対し，研究目的，方法，得られたデータの匿名性等プライバシーの保持と厳重管理，研究参加の自由意思について，研究協力に対する心情的拘束に十分配慮しながら書面と口頭で説明し，研究協力の承諾書に署名を得た。なお，得られたデータは研究以外の目的に使用しないこと，途中でも辞退可能であることを約束した。また，分析結果の公表について許可を得た。

Ⅲ　分析結果

療養している高齢者（以下，高齢者とする）のセルフケアについて参加者のディスカッションの逐語録から取り出されデータ化されたラベルは241枚であった。それらのラベルの意味の類似性によるグループ編成は４段階にわたり，その結果，看護師が認識する高齢者のセルフケアとセルフケアに関連する要因は６つのシンボルマークのグループに統合された。表２にディスカッションの逐語録から取り出したシンボルマーク，表札，ラベルの内容の要点，そして，各シンボルマークと各表札のラベルの数と全ラベル数に対する割合を示した。

以下に，高齢者のセルフケアとセルフケアに関連する要因のシンボルマークとその内容について説明する。シンボルマークは【　】，表札は『　』，参加者の高齢者のセルフケアに対する認識と関係する看護経験は「　」にラベルの素データとして示す。

1．高齢者のセルフケア

【自分で行う積極的な役割と人に任せる主体的な役割がとれている】

このシンボルマークは，全ラベル数の21.2％の51ラベルから抽出された４つの表札，『自分のやり方でできる生活行動がある』，『援助者とのコミュニケーションがとれている』，『援助者に援助を依頼することができる』，『援助者の援助から自分のやり方を学習している』から統合された。参加者は，高齢者のセルフケアは高齢者が自分のことは自分でしたいという意思をもち，現在の身体能力に合わせて，自分でできることを考えて，自分で行う積極的な役割と，できないことは人に依頼し任せる主体的な役割がとれているという自律的な行為と考えていた。そして，参加者は，高齢者の日常動作には自分なりのやり方と順序があり，それを援助者が変えさせたりすると混乱し自信をなくして自分でやることをあきらめたりすることを重視していた。高齢者のセルフケアは，自分のやり方で行うことによって積極的な役割遂行となり，そのやり方でできなくなった時に人に任せることができるという自律的な行為であると参加者は認識していた。参加者はこの高齢者のセルフケアの実際を高齢者と援助者との関係から次のように述べていた。

「歩行できない高齢者はトイレまで車いすで移送を依頼する。それから衣服を下げる，トイレットペーパーを準備するなど，そのやり方には高齢者なりの順序とペースがある」，「それは，高齢者が今までの経験から，そして新しい環境と人間関係から学習してきていることである」，「その順序とペースを守ることが日常生活行動の維持と意欲につながっている。それを，終始，援助者のやり方で手助けされ，援助者が変わるたびにやり方が異なると高齢者は混乱して自分ですることをやめてしまう」，「高齢者は自分でできること，また，どんなやり方でしたいかなどをはっきり言える人と言えない人がいる」，「90代の女性の場合，ポータブルトイレで用を足すときは，いつもトイレットペーパーは必ずのばして一定の量しか使わない。その行為が次の排泄行為につながっている」

【生活者として自分が満足できる生活を送ろうと努力している】

このシンボルマークは，全ラベル数の20.7％の50ラベルの内容から抽出された４つの表札『長年の生活習慣が生かされている』，『独自の生活信条が現れている』，『自分で判断し選択したいという思いがある』，『自分で行動するために努力している』から統合された。参加者は，高齢者を，今まで生きてきた過程で培われた生活習慣と，その人なりの生活信条をもって生きている生活者としてとらえていた。そして，セルフケアができる高齢者は，昔の記憶で行動する傾向はあるが，その中で，自分にとっての安全と安楽を判断し，自分なりのやり方で自分らしく満足できる生活を送ろうと努力している生活者として考えていた。参加者は，生活者としての高齢者は，今までの生活において１つ１つのやり方を主体的に選択し，自分が満足できる生活を送ることを学習してきていることを述べていた。それゆえ，参加者は高齢者のセルフケアを，高齢者が今までの生活習慣から自分が慣れ親しんでいる自分らしいやり方で生活を維持しようとする努力の現れであると考えていた。

参加者は，生活者としての自分を維持したいと努力している高齢者のセルフケアを次のように述べていた。

「尿失禁がときどきある高齢者に，家族が専用のパンツを買ってきて履くようにすすめても，気をつけるからと言って，なかなか履こうとしない。しかし，尿を漏らしてしまうことを気にしており，下の世話だけはされたくないと早めにトイレに行くように自分なりに考えて行動している」，「高齢者は排泄の後には，次に尿意があった時にトイレに間に合わないことがあるかもしれないと用心して，必ず，ポケットにトイレットペーパーを折りたたんで入れている人が多い」，「高齢者は車いすの座布団の下や，洋服のポケット，枕の下に，自分がいつ粗相するかもしれないと

表２　看護師が認識する療養している高齢者のセルフケアとセルフケアに関連する要因

	シンボルマーク	ラベル 数	ラベル %	表　札	ラベル 数	ラベル %	ラベル内容の要点
セルフケア	自分で行う積極的な役割と人に任せる主体的な役割がとれている	51	21.2	・自分のやり方でできる生活行動がある	18	7.5	・自分のやり方でできることをしたいと思っている
				・援助者とのコミュニケーションがとれている	17	7.1	・自分のできることを援助者のやり方ですすめられるとできなくなる ・自分のできること，できないことを自分で確かめたいという思いがある
				・援助者に援助を依頼することができる	7	2.9	・援助者に手伝ってもらうことを頼めるときと頼めない時がある
				・援助者の援助から自分のやり方を学習している	9	3.7	・援助をしてもらうことから自分でできることを学習している
	生活者として自分が満足できる生活を送ろうと努力している	50	20.7	・長年の生活習慣が生かされている	9	3.7	・自分なりにできる方法を考えたいという意欲がある
				・独自の生活信条が現れている	17	7.1	・これだけは自分でしたいと考えている生活行動がある ・自分なりに修得している安全な方法を生かそうとしている
				・自分で判断し選択したいという思いがある	12	5.0	・自分はまだできることがあるという自信がある
				・自分で行動するために努力している	12	5.0	・自分で考えて実行しているやり方によって安心感を得ている
セルフケアと関連する要因	気力と生きる張りあい	34	14.1	・自分の考えや人への希望が表現できる	12	5.0	・自分の考えややり方，希望を人に伝えるということが気力の現れである
				・自分の考えで生活できているという自信がある	14	5.8	・今までの出来ていたことが出来なくなった自分に自信をなくし気力を喪失する ・自分でできることが持続できるような環境の整備や人間関係を意識している
				・身近な人間関係の中で喜びを感じている	8	3.3	・社会への参加や家族の中での役割から生活の充実感を感じている
	家族と身近な人の支援	55	22.8	・親と子供の関係による支援がある	34	14.1	・実の親子の関係は，その感情が良い面に現れる時と反対の時がある
				・身近な人との関係による支援がある	10	4.1	・他人にはよくできる自分をみせよう，弱い自分をみせたくない思いがある
				・家族の形態を生かした支援がある	11	4.6	・大家族は家族員間で高齢者の気持ちや身体的な面の支援を分かち合っている ・核家族は社会資源を有効に活用している
	責任と誇り	26	10.8	・自分の役割を自覚している	8	3.3	・日常の生活の中で役割としていることを継続することができている
				・自分の役割を果たすことに満足感がある	6	2.5	・役割を果たすことによる家族の満足を感じている
				・人からの期待を感じて充実感を得ている	12	5.0	・人との関係を通して自分の生き方や生きてきた過程を感じることができる ・自分が何かに役立っていることを実感できている
	社会への参加	25	10.4	・続けている趣味や楽しみがある	9	3.7	・若い時からの趣味や楽しみが入院や自宅療養での人間関係を広げている
				・人間関係の継続を求めている	9	3.7	・社会教育や生涯教育により社会への参加を継続している ・社会参加による同年齢や若い人からの刺激を生きる張りあいを得る機会としている
				・自分らしさへの関心がある	7	2.9	・急な身体障害の経験後の社会参加には家族や身近な人の支援を必要としている
合計		241	100.0		241	100.0	

いうことで，何枚にも折ったちり紙を準備している。着物の胸元にいつも鼻紙をたたんで入れている人もいる。家族や援助者がゴミだと思って捨てると寂しそうな顔をする。高齢者はゴミじゃないと思っている」

２．高齢者のセルフケアに関連する要因

【気力と生きる張りあい】

このシンボルマークは，高齢者のセルフケアに関連する４つの要因の１つであり，全ラベル数の14.1％の34ラベルから抽出された３つの表札『自分の考えや人への希望が表現できる』，『自分の考えで生活できているという自信がある』，『身近な人間関係の中で喜びを感じている』から統合された。参加者は，高齢者が自律的に生活していこうとする精神力を支え生活に活力をもたらす気力と生きる張りあいについて語っていた。それは，高齢者が自分の考えや希望，楽しみにしていることを表現できること，そして自分で生活できているという自信をもつことから自覚されると述べていた。それらを高齢者は身近な人間関係の中で感じており，家族や友人，看護師から話を聞いてもらえることは高齢者の安心感につながること，また，趣味等の楽しみが生活への気力となり，生きる張りあいになり，病気の受け入れや喪失からの立ち直り，生活の変化に対応する力となると考えていた。

参加者は，高齢者の気力の現れを援助者がどのようにうけとめるか，また，生きる張りあいとしての趣味や人との関係が健康維持，治療の受け入れとなることを次のように述べていた。

「高齢者が自分の意志を押し通すことは大事なことだ。それが我を通すことであっても，それを周囲の人に聞いてもらうことによって高齢者は自分で考えて行動し病気に立ち向かおうとする気力をもつことになる」，「反対に，現実の自分の状況が情けなくて泣くようになると気力も低下する」，「援助者は，我を通そうとする高齢者を自分勝手なわがままな人と敬遠し話を聞かなかったりする」，「自分の考えやしたいことを言える高齢者は，それが自律的に生活していこうとする気力になっている」，「透析治療を受けている70歳代の患者は，週３日間の透析を受けている。透析のない日は生け花の先生をしている。お花を通して若い人との交流を楽しんでおり，透析は自分が自分らしく生きるために必要な治療だといっている」

【家族と身近な人の支援】

このシンボルマークは高齢者のセルフケアに関連する４つの要因の２つ目の要因である。全ラベル数の22.8％の55ラベルから抽出された３つの表札『親と子供の関係による支援がある』，『身近な人との関係による支援がある』，『家族の形態を生かした支援がある』により統合された。参加者は，高齢者のセルフケアには加齢による身体的・精神的な変化に対応する家族や身近な人の協力が重要であり，家族や身近な人の協力や理解が得られるほど高齢者の療養への負担感は軽減するが，家族員，身近な人とどのような関係にあるかがセルフケアに影響すること，また，家族の形態にあった社会資源の活用により高齢者はセルフケアを継続することができると述べていた。高齢者は加齢にともない親密な人間関係が減少してきているので，家族や身近な人から，自分の努力を評価されることは，セルフケアを継続する強みとなると考えていた。参加者は高齢者と家族員，そして身近な人との相互関係から高齢者のセルフケアについて述べていた。

「高齢者にとって実の子は心のつながりが強く感情的にも強い絆で支えあえる」，「自分の親だから，自分の子だから，互いの欲求が露わになり，双方で悲しい思いをしているのをよく見かける」，「実の親子関係では，さまざまな面で親の老いに対する子どものつらい憂うつな心情が露わになる。それは，親を守ろうとするあまりに高齢者の活動を制限する，動かないで，しなくてもよい，などネガティブな支援となり，高齢者ができることをうばってしまうことがある」，「ひとつのイメージで決められないが，高齢者も家族以外の他人だと頑張れる人がいる。子どもだとうまくいかないが，ヘルパーさんとは仲良くリハビリしているのをよく見る。家族も効果的な社会資源の活用をしてきている」，「高齢者は嫁には弱いところを見せたくないし，嫁も感情を除外して面倒をみるところがある。家族員が多い場合は，それぞれが役割をもって家族員の一人に負担がかからないようにしている」

【責任と誇り】

このシンボルマークは高齢者のセルフケアに関連する３つめの要因である。全ラベル数の10.8％の26ラベルから抽出された３つの表札『自分の役割を自覚している』そして『自分の役割を果たすことに満足感がある』，『人からの期待を感じて充実感を得ている』から統合された。参加者は，高齢者が自分の役割と責任を果たすことによって自覚される誇りが，高齢者の健康管理への主体性を引き出し，生活を支えていく力となると考えていた。高齢者は家族に対する自分の責任，特に親としての責任を果たしたいという思いがある。特に日常の生活の中の役割を通して責任を果たすことによって高齢者は現実を肯定的に受け止め，それが生きる力となりセルフケアを支えると考えていた。

参加者は，このことは，在宅で療養している高齢者のセルフケアに関係があり，その役割と責任は，極めて日常的な出来事の中でおきていることを述べていた。

「共稼ぎをしている娘の代わりに夕食の準備をすることが役割になっていた軽度の認知症がある高齢者は，娘と約束していた夕食の準備ができなかった。娘は，それを見て，

もう母親は夕食の準備をするのは無理と判断して，夕食の準備は，これから自分がすると伝えた。娘はその時の母のさびしそうな顔が忘れられない。それから，母の認知症が進んでいったような気がすると話していた」，「ある高齢者は左半身に軽度の麻痺があるが自分のことは自分でしている。家族は高齢者に自分のこと以外はさせないようにしていた。しかし，親しくしている人が家に来るとお茶を出したり，話し相手になったりすることが高齢者に家族の一員としての責任と役割を感じさせていること，またそのことを通して表情が明るくなってきているので，家族もできることはしてもらうようになった」

【社会への参加】

このシンボルマークは高齢者のセルフケアに関連する４つめの要因となる。全ラベル数の10.4％の25ラベルから抽出された３つの表札『続けている趣味や楽しみがある』，『人間関係の継続を求めている』，『自分らしさへの関心ある』から統合された。参加者は，高齢者の社会への参加として，仕事，社会活動，ボランティア活動などがあると考えているが，これらはいずれも心身の衰えによる限界があり，高齢者の趣味がその重要な手段となり，セルフケアを支えると考えていた。参加者は，生涯学習などを通して社会との関係を維持している高齢者は，同年代また，若い世代の人と積極的に交流することにより，楽しみや趣味をもつことができ，その人間関係から，健康や病気に対する知識，生活におけるセルフケアの方法を学習していると述べていた。

参加者は，高齢者の社会への参加の特徴，そして健康障害後の社会への参加再開について次のように述べていた。

「病院に入院してくる高齢者の話を聞くと，今は病院に社交場を求める時代ではなく，いろいろなところに出かけている人が多い」，「生涯教育の流れから，公的にも趣味の講習会など高齢者に学習の機会が設けられているし，年寄りは家にいて家事や子守をする生活ではなくなってきている」，「70代でも孫の面倒を見る人は少なくなった。入院してくる高齢者から今は家にいる年寄りというイメージはない」，「長年，万年青の同好会による人との付き合いから，生活に活力とリズムがあった高齢者も脳梗塞で半身不随になってから何事にも関心を示さなくなった。状態が改善してきているので家族は再開できるきっかけを見出そうとしている」

Ⅳ　考　　察

参加者のディスカッションの内容の分析から，看護師が認識する療養している高齢者のセルフケアとセルフケアに関連する要因を見出すことができた。高齢者のセルフケアは，【自分で行う積極的な役割と人に任せる主体的な役割がとれている】という自律的な行為であり，それは【生活者として自分が満足できる生活を送ろうと努力している】という生活者としての努力である。そして，この高齢者のセルフケアに関連する４つの要因には，まず，高齢者自身の内面的な要因として【気力と生きる張りあい】があり，高齢者の心身両面から生活を支える人的資源として【家族と身近な人の支援】がある。これらの要因は，高齢者の【責任と誇り】，そして【社会への参加】と関係し，高齢者のセルフケアを維持していくと関連づけていた（図１）。この看護師による認識を看護実践と関係づけて以下に考察する。

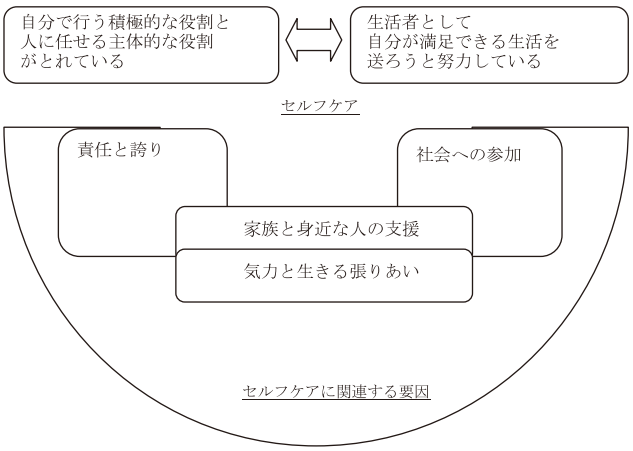


図１　看護師が認識する療養している高齢者の
セルフケアとセルフケアに関連する要因

１．看護師が認識する高齢者のセルフケア－高齢者の自律的な行為と生活者としての努力－と看護実践の関係

参加者による高齢者のセルフケアについてのディスカッションの逐語録の分析から，看護師は高齢者のセルフケアを，自分でできることは自分で行い，できないことは人に任せることができるという自律的な行為であり，それは，高齢者がその人なりの生活信条をもって，自分が満足できる生活を送ろうと努力している生活者としての努力であると認識していることがわかった。オレムは，成熟した人々および成熟しつつある人々，つまり成人の健康に関連する行為としてのセルフケアを，成人自身が自発的に自分自身のために自分自身で行う個人的なケアであるとしている。これに対し，身体的および精神的機能が制限される高齢者のセルフケアは，基本的には高齢者の家族もしくは社会からの直接的なケアもしくは環境調整の支援を必要とするところに特徴があるとしている[13]。本研究の看護師が認識する自律的な行為としての高齢者のセルフケアは，高齢者自身が自分でできることとできないことを判断して，自分でできないことは自分の意思で他者に援助を依頼することができるという主体的で自律的な行動の現われとしているところに特徴がある。この認識は，セルフケアの可視的課題は日常生活活動の自立であるが，その本質的課題は自分自

身で判断し行動に移すというセルフコントロールの保持であるとする小玉の主張と共通する[14]。高齢者のセルフケアの可視的課題と本質的課題は，自分でできることは自分で行い，できないことは他者に依頼する行動がとれるということである。看護師は，高齢者がこの自律的な行為を無理なく実施しうるように，高齢者が他者に任せるという人間関係により心の安定が高められるよう，その関係が高齢者の積極的な生き方を支える関係となるように関わる必要がある[15]。それは，高齢者のセルフケアに家族あるいは身近な人がともに関与し，高齢者と家族，身近な人それぞれが寛容さをもって高齢者のセルフケアに必要な資源を拡充していけるように調整的役割を発揮していくことであると考える。

また，本研究では，高齢者のセルフケアは，高齢者の自分が満足できる生活を送ろうとする生活者として努力であるという看護師の認識が明らかになった。この認識は，黒江が述べている医療職者による人々のセルフケアへの対応とつながるものである。それは，自分の健康に責任を負うセルフケアという考え方が示されてから，人々が自分の生活の中に医療を包含し，自分の生活にあった養生法をどのようにして取り入れていくかを考え行動することを重要視してきている状況への医療職者の対応であり，一人一人個別の生活体験と感情をもつ生活者に対する養生法を考えて援助することを課題とする主張である[16]。人生経験が長く，疾病や老化に伴い身体および精神機能が制限される高齢者のセルフケアの支援においては，この生活者としての個別の生活体験と感情を考慮することが特に重要となる。それは，自分でできることは自分で行い，できないことを人に任せるという高齢者のセルフケアとしての自律的な行為が，高齢者一人一人のライフサイクルの各段階で自立を目標にして努力して生きてきた生活者としての生活体験と感情に深く関係しているからである。看護師は，高齢者ができること，そして自分のやり方でしたいと望んでいること，何を援助してほしいと考えているかを評価し，高齢者が主体者として行為することを励まし支え，生活者としての努力を支援としていく必要があると考える。

２．看護師が認識する高齢者のセルフケアに関連する４要因－気力と生きる張りあい，家族と身近な人の支援，責任と誇り，社会への参加－と看護実践の関係

ディスカッションに参加した看護師は，高齢者のセルフケアに関連する要因として，高齢者の【気力と生きる張りあい】，高齢者の生活を支える【家族と身近な人の支援】，そして，高齢者の【責任と誇り】，【社会への参加】について述べていた。そして，前者２要因と後者２要因は相互に関係し，高齢者のセルフケアを維持していくと考えていた。

参加者は，高齢者自身が自律的に生活していこうとする精神力を支え活力をもたらす気力と生きる張りあいは，高齢者にとって，自分の話を聞いてくれて，心を通わすことができる家族や身近な人，そして看護師の存在であり，これらの人々により自分の努力が評価されることは，セルフケアを継続する強みとなると考えていた。これは，いきいきとしてみえる高齢者の他者との関わりの様相を明らかにすることを目的とした調査において，高齢者にとって他者との関わりが生きがいそのものとなり，それが高齢者自身の人生を肯定する傾向となったとする結果と共通するものである[17]。特に療養の場における心を通わすことができる看護師との関係は，健康を守るために必要な情報を集めることができなくなってきている高齢者にとって，セルフケアに関連した情報を得る機会となりセルフケアへ自己効力感を高めていける関係となる[18]。看護師は高齢者と，いつでも話ができる人，自分の思いを受け止めてくれる人という関係を持ち続けるとともに，高齢者が何を考えてどんな気持ちでいるか日ごろから理解する必要がある。

高齢者にとって家族や身近で世話をしてくれる人は，生活を支える最も重要な人的資源であり，加齢や病気に伴う身体的・精神的変化に対する手段的な協力者である。家族や身近な人の協力や理解により高齢者は励まされ気力と生きる張りあいをもってセルフケアへの可能性を高めるのである。本研究の結果でも家族と身近な人に関係するラベルは最も多かった。この家族による支援については，通所リハビリテーションを利用する高齢者の自己効力感の調査においても高齢者世帯よりも２世代以上の世帯の高齢者の方が自己効力感は有意に高く[19]，糖尿病患者の食事療法でも壮年期患者より高齢者の方が家族から手伝いを受けているという結果が示されている[20]。しかしながら，高齢糖尿病患者の食事療法については，家族の協力や理解が得られるほど負担感は軽減するが，家族による小言などのネガティブな支援では負担感が増大することが指摘されているのである[21]。本研究の参加者からも，家族員の中でも感情的なつながりが強い人との関係においては，親の老いに対するつらい憂うつな心情が露わになったり，また親を守ろうとするあまりに高齢者の活動を制限してその関係が高齢者のセルフケアへの意欲を低下させ，また実施への機会を奪ってしまうことがあるという危惧が述べられていた。それは肉親ゆえに互いの感情のコントロールや意思の疎通がうまくいかないという場合であり，それが結果として高齢者のセルフケアに対する不適切な対応となるのである。このような場合，看護師は患者と家族員との関係を理解し，互いの気持が伝わるような調整的役割を果たす必要があるといえる。また，患者と看護師関係でも，看護師の高齢者に対する依存する人という認識による一方的で単純化された援

助が，高齢者のセルフケアを低下させることがありうるのである。このことは，ケア提供者に対して，もっとできる自分を知ってほしいという施設入所高齢者の隠された主張の内容調査からも明らかにされている[22]。

高齢者の意識には，家族への責任を果たしたいという思いがある。また，責任が果たせなくとも自分の病気や加齢により家族に迷惑をかけたくないという思いがある。自分で自分の日常生活活動ができる，あるいは少しでも日常的な家事の役割を果たすことができることにより高齢者は自分に誇りを持ち続けられ，それが高齢者の主体性を引き出し，力づけ，このことによって健康への関心が高まることが報告されている[23]。看護師は，高齢者のセルフケアへの援助として，高齢者と家族との関係，高齢者の生きてきた歩みやありようを知り理解することが重要となる。つまり，家族や友人との関係，また趣味などをとおした社会との交流の中で，高齢者がどのように精神的に支えられていたかを知ることは，高齢者のセルフケアへの意欲を高める支援へとつながるからである。

高齢者のセルフケアは，体調や健康状態に影響されることが多い。看護師は家族とともに高齢者がセルフケアを維持していけるように，高齢者がこれまでの人生の過程で学習してきた生活者としての知識と技術を現在の体調や健康状態に合わせて熟慮することが重要となる。つまり，この高齢者のセルフケアの認識に基づいた看護師の熟慮的行為こそが高齢者の自律への意識を高め，生活者としての能力の維持へとつながり，個々の高齢者の能力に合ったセルフケアへの支援となると考える。

３．研究の限界

この研究は，限られた看護師の高齢者看護の経験からのデータ収集であったため，研究結果を一般化するには限界がある。今後は対象者をふやし，面接および実態調査を通して，看護師が認識する高齢者のセルフケアとセルフケアに関連する要因を明らかにし，高齢者が健康維持のために自らの健康問題に自律的に取り組める看護を検討していきたい。

Ⅴ　結　　論

高齢者看護の経験を有する看護師による高齢者のセルフケアについてのディスカッションの逐語録の分析の過程を通して，看護師が認識する療養している高齢者のセルフケアとセルフケアに関連する要因が次のように示された。療養している高齢者のセルフケアは，【自分で行う積極的な役割と人に任せる主体的な役割がとれている】という自律的な行為であり，これは，【生活者として自分が満足できる生活を送ろうと努力している】という高齢者の生活者としての努力である。そして，この高齢者のセルフケアに関連する要因には，高齢者が自らの考えや希望を表現し，家族や身近な人との人間関係を通して感じる【気力と生きる張りあい】があり，高齢者の心身両面から生活を支える人的資源として【家族と身近な人の支援】がある。これらは，高齢者が日常生活の中の役割を通して感じる【責任と誇り】，そして趣味や仕事による【社会への参加】と通底し，高齢者のセルフケアを維持していくという考えが述べられた。これらの看護師の認識は，高齢者がセルフケアへ前向きな意識を持ち続けられるように，今までの生活において学習してきたやり方の継続を通して高齢者の努力を支え，高齢者が自己と他者への寛容さをもってセルフケアを維持していけるように支援していくことの重要性を意味している。

要　　旨

看護師が認識する療養している高齢者のセルフケアとセルフケアに関連する要因を明らかにすることを目的に，高齢者の看護経験者４人による５回のディスカッションの逐語録をKJ法により質的に分析した。看護師は高齢者のセルフケアを【自分で行う積極的な役割と人に任せる主体的な役割がとれている】という自律的な行為と，【生活者として自分が満足できる生活を送ろうと努力している】生活者としての努力であると認識していた。そして，このセルフケアに関連する要因には，高齢者の内面的要因として【気力と生きる張りあい】，高齢者の心身両面から生活を支える【家族と身近な人の支援】があり，これらは高齢者の【責任と誇り】，【社会への参加】と関係し高齢者のセルフケアを維持すると関連づけていた。これらの看護師の認識は，高齢者がセルフケアへ前向きな意識を持ち続けられるように，今までの生活において学習してきたやり方の継続を通して高齢者の努力を支え，高齢者が自己と他者への寛容さをもってセルフケアを維持していけるように支援していくことの重要性を意味している。

文　献

1）厚生統計協会：厚生の指標　国民衛生の動向，55(9)，39-40, 2008.
2）益田育子，小泉美佐子：通所リハビリテーションを利用する高齢者の健康管理に対する自己効力感の研究，老年看護学，13(1)，23-31, 2008.
3）閏利志子：慢性心不全で通院する後期高齢患者のセルフケアの課題と看護援助，老年看護学，13(1)，40-48, 2008.
4）上川晶恵，西片久美子：高齢者のメタボリックシンドロームに対する健康食品の利用実態，日本糖尿病教育・看護学会誌，11(1)，49-55, 2007.
5）中村美幸，勝野とわ子，他：高齢糖尿病患者が食事療法を継続する要因の検討，日本糖尿病教育・看護学会誌，10(2)，106-114, 2006.
6）ドロセアE.オレム／小野寺杜紀訳：オレム看護論－看護実践における基本理念（第４版）－，40-65, 医学書院，東京，2005.
7）木下康仁：ケアと老いの祝福，26-39, 勁草書房，東京，1997.
8）川喜田二郎：KJ法－渾沌をして語らしめる－，121-170, 中央公論社，東京，1993.
9）川喜田二郎：発想法，63-114, 東京中央公論新社，東京，2000.
10）山浦晴男：科学的な質的研究のための質的統合法（KJ法）と考察法の理論と技術，看護研究，41(1)，11-32, 2008.
11）前掲書６）.
12）金子史代：ドロセア・E.オレムにおける看護のセルフケア不足理論の基礎的研究－ケアリング・学習・援助を中心にして－，67-86, 看護の科学社，東京，2004.
13）前掲書６）.
14）小玉敏江：シリーズ「看護と社会」研究選書－４　高齢者の健康自己管理と地域的支援－社会的交流への保健師のアプローチ－，60-80, こうち書房，東京，2007.
15）三宅貴夫：老いの心を知る－老人を支える人たちへ－，247-298, 藤本総合印刷，東京，1988.
16）黒江ゆり子，藤澤まこと，他：病いの慢性性Chronicityと個人史－わが国におけるセルフケアから個人史までの軌跡－，看護研究，35(4)，19-30, 2003.
17）森野　愛：デイサービスを通じた高齢者の他者との関わり－いきいきとしてみえる高齢者を対象に－解説と質的統合法（KJ法）による分析，看護研究，41(2)，103-109, 2008.
18）前掲書２）.
19）前掲書２）.
20）西片久美子：後期高齢糖尿病患者における食事療法の特徴と関連要因，日本糖尿病教育・看護学会誌，7(2)，115-122, 2003.
21）前掲書５）.
22）沖中由美：ケア提供者に対する施設入所高齢者の隠された主張－もっとできる自分を知ってほしい－，日本看護研究学会雑誌，30(4)，41-52, 2007.
23）大森純子：高齢者にとっての健康：『誇りをもち続けられること』－農村地域におけるエスノグラフィーから－，日本看護科学学会誌，24(3)，12-20, 2004.

平成21年２月20日受　　付
平成22年９月３日採用決定

－資料・その他－

１分間区分における各睡眠段階の心拍変動パワースペクトル指標値の比較

Comparisons of Power Spectral Indices of Heart Rate Variability at Each Sleep Stage Using One-minute Segment Analysis

谷田恵子[1)3)] Keiko Tanida　楊箸隆哉[2)] Ryuuya Yanagihashi　本田智子[3)] Tomoko Honda　柴田真志[1)] Masashi Shibata

キーワード：睡眠評価，心拍変動
Key Words：sleep assessment, heart rate variability

Ⅰ．はじめに

睡眠は心身の健康のために不可欠な現象であり，特に疾病からの回復過程にある患者にとって良い睡眠を得ることは非常に重要であるといえる。睡眠中には，タンパク質合成促進に関与する成長ホルモンの分泌が亢進するため，免疫機能の低下予防や損傷した組織の回復などの重要な役割を睡眠が担っていると考えられている[1)]。しかしながら，入院患者を対象とした睡眠実態調査では，身体疾患で入院している患者57名のうち61％に何らかの不眠があった[2)]という結果や，呼吸器疾患で入院している患者75名のうち68％に睡眠問題があり，その中の約 1/3 が高度の不眠をもっていた[3)]ことが報告されており，これら入院患者は睡眠に関する問題を高率で抱えていることが示唆されている。したがって，このような対象の睡眠への援助について検討することは，看護学領域において重要な課題の一つと言える。

患者への看護実践は客観的な根拠に基づく必要があるが，睡眠評価の標準的方法として用いられている睡眠ポリグラム（Polysomnogram，PSG）では，高額な測定分析機器の必要性や多種多数の電極装着による対象者の大きな負担など課題も多く，睡眠周期の把握や睡眠深度推定などを簡便かつ客観的に行える手法の開発が必要であると考えられる。睡眠中には，その深度に応じて自律神経系活動が変化することが知られており，PSGよりも簡便に測定できる心電図RR間隔（R-R Interval，RRI）データを周波数解析して得られる心臓自律神経系活動指標を用いた睡眠深度判別が試みられている。しかし，それらの研究報告では，RRIの周波数解析区分は５分間[4～11)]や10分間[12),13)]であり，一般的なPSG解析区分の20秒あるいは30秒と解析時間区分が合致しない。これらの報告では，同一の睡眠深度が５～10分間連続して出現する区分のRRIに対して周波数解析を行い，睡眠深度と自律神経系活動指標の関係を検討している。しかし，睡眠周期の判定に用いられるREM睡眠は，第一睡眠周期で最も短く，５分間のデータ長での解析では見落としてしまう可能性が高くなると考えられる。また，睡眠に対する看護援助を構築する上では，睡眠周期は非常に重要な基礎情報であり，したがって，REM睡眠同定のためにも，臨床看護においては短時間区分でのRRI周波数解析が求められるといえる。

そこで本研究は，終夜PSGおよびHRV解析を実施し，従来の主として用いられてきた５分間区分に加えて１分間区分でRRI周波数解析を行って各睡眠段階の心拍変動（Heart rate variability，HRV）パワースペクトル指標の動態を比較し，一般的なPSG解析時間区分20～30秒により近似する１分間区分HRV解析の有用性について検討することを目的に実施した。

Ⅱ．研究方法

１．対象者

本研究は長野県看護大学倫理委員会の承認を得た後，自覚する睡眠障害がなく，呼吸循環器疾患などの既往歴のない健康な成人であることを対象者の条件として参加者を募った。研究協力に同意が得られた者を被験者としてデータ収集を行い，20～44歳の成人女性８名（平均年齢28.0±8.4歳）の夜間睡眠脳波と心拍データを得た。なお，分析対象者に痩せや肥満を呈するものはいなかった。

１）兵庫県立大学看護学部　College of Nursing Art & Science, University of Hyogo
２）郡山健康科学専門学校　Koriyama Institute of Health Science
３）長野県看護大学　Nagano College of Nursing

２．データ収集・処理方法

１）手順

対象者には，測定日に，過度の飲酒・カフェインや睡眠に影響すると思われる薬剤の摂取，特別な運動を避け，普段同様の生活をするよう指示し，普段の就寝予定時刻の１時間前には睡眠実験用測定室に来室するよう依頼した。本研究測定項目は，脳波，頤・下腿筋電図，眼電図，心電図であり，就寝予定時刻30分前から測定機器類を対象者に装着した後，対象者に仰臥位をとらせて測定を開始した。測定開始５分後に消灯し翌朝７時または，対象者が希望した翌朝の任意時刻に起こすか，もしくは測定室内に設けたインターフォンから朝方に対象者より覚醒したとの連絡があるまでデータの記録を行った。なお，対象者には，１週間前後の日を空けて２～３回測定を実施し，測定値に欠損の無かった16夜分のデータを分析した。

２）睡眠時ポリグラム（PSG）

PSGはスタンダードプロトコールに沿って測定した。脳波（Electroencephalogram，EEG）は，国際10－20法に従いC3，P3，A1，A2に直径８㎜のAg-AgCl電極を装着し，双極誘導した。眼球運動（Electro-ocurogram，EOG）は両眼窩付近外側の皮膚に，頤筋の筋電図（Electromyogram，EMG）は左右の頤部に，下肢のEMGは前脛骨筋に，それぞれ電極を貼付して信号を導出し，生体情報処理装置（BIOTOP 6R12，三栄，東京）を用いてbandpass 0.5～300Hzで増幅した。EEG，EOGおよびEMG信号は，SleepSign（キッセイコムテック，長野）を用いてサンプリング周波数250HzでA/D変換してパーソナルコンピュータ（PC）に記録しながら，PC画面上にリアルタイムで表示して電極の外れなどによる不具合を観察した。EEGデータについては，30Hzのhigh-passフィルターを用い，64Hzに再サンプリングして解析を行った。

すべてのPSGデータは，SleepSignを用いてRechtschaffen-Kalesの国際基準に基づいたアルゴリズムで自動解析を行い，その後に視察で修正を行った。主な修正はREMと覚醒の変更であり，一夜の解析当たり10～20箇所（全体の2.5～５％）程度であった。PSGの判定区分は１分間を１エポックとし，睡眠深度（ステージ１～４，REM睡眠，覚醒）と体動を判定した。入眠時刻は，PSG上で最初にステージ１の状態が出現した時点の時刻とした。

なお，本研究では，PSGの判定結果から，深睡眠（ステージ３と４），浅睡眠（ステージ１と２），REM睡眠，体動の４つの状態を分析対象とした。体動は深睡眠，浅睡眠，REM睡眠，あるいは覚醒のいずれかの状態で発生している事象であるが，先行研究の中で睡眠中の体動区間を含めて睡眠中の心拍変動の動態を分析した論文は皆無であったことから，本研究においては体動を睡眠段階の１つであると見なし，４つの睡眠段階と呼ぶこととした。

３）心拍変動（HRV）周波数解析

小型のホルター心拍計（AC301，GMS社，東京）を対象者の腰部に専用ベルトを用いて装着し，標準Ⅱ誘導で心電図を導出してサンプリング周波数１kHzでホルター心拍計に保存した。得られた心電図信号を付属ソフトでPCに取り込み保存後，RRIを計測した。時系列RRIは，周波数解析ソフトMemCalc/Win（GMS社，東京）を用いて，１分区分ごとに周波数解析を行い，Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology（以下タスクフォース）[14] によってスタンダードとされている低周波数（0.04～0.15Hz：Low frequency band power，LF），高周波数（0.15～0.4Hz：High frequency band power，HF）の帯域について，それぞれ積分してパワーを算出した。また，超低周波数帯域（0.003～0.04Hz：Very low frequency band power，VLF）が血圧調節に関連すること[15] や自律神経系活動のみではなくランダムな身体活動に影響されていること[16] が報告されており，またVLFを用いた睡眠時無呼吸の検出が可能ではないかと考えられてきている[17]。しかし，周波数解析の１区分データ長を１分間とした場合，例えば安静時心拍数を60bpmと仮定すると，0.016Hz（＝1/60）以下のスペクトル積分値算出が不可能になる。仮に，VLFに含まれる0.016Hzを境にした高域の周波数部分（VLF-hiとする）が，低域の周波数部分（0.003～0.016Hz，以下VLF-lowとする）を含むVLFの代表値として用いることができれば，１分間区分によるHRV解析から求めたVLFもまた睡眠深度判別に有用な指標になりうると考えられる。そこで，本研究では，VLF-hiを指標として採用するとともに，同一睡眠深度が５分間以上継続するRRIから算出された各睡眠段階のVLFとの比較を行い，その有用性について検討を行った。

したがって，本研究において検討に用いるHRV指標は，１分間および５分間区分解析に共通して，絶対値指標としては，交感神経系と副交感神経系の両活動を反映している[14] と考えられているLF，主に副交感神経系活動を反映する[14] とされるHF，および血圧変動と関連するVLFを，相対値指標としては，交感神経系活動バランスを示すLF/HF，副交感神経系活動バランスを示すHF/(LF＋HF）とした。なお，VLFを含む全周波数帯域とHFの比は，５分間区分解析ではHF/(VLF＋LF＋HF)，１分間区分解析ではHF/(VLF-hi＋LF＋HF）とした。PSG解析によって判定された睡眠段階ごとの各パワースペクトル指標の平均値を求め，解析対象であった16夜の平均値と標準偏差（SD）および中央値と四分位数を算出した。

４）統計処理

１分間および５分間区分解析で得られた各睡眠段階のパワースペクトル指標の各代表値について，Freidman検定を行った。有意な差が認められた場合には，Wilcoxon符号付き順位検定を用いて多重比較を行い，Bonferroniの修正を施した。また，５分区分解析によって求められたVLFにおけるVLF-lowおよびVLF-hiの割合を算出し，睡眠段階間でその比が同等であるかについてχ^2検定を用いて検討した。統計解析は，SPSS 17.0J for Windows（SPSS社）を用い，有意水準は５％未満を採用した。

Ⅳ．結　　果

１．睡眠状況

８名の被験者より得られた16夜の入眠から翌朝覚醒までの睡眠期間は289～452分の範囲で，中途覚醒を除いた総睡眠時間は259～452（平均±SD：381±45）分であった。PSGより判定された各睡眠段階の平均値は，深睡眠120±35分，浅睡眠179±33分，REM睡眠68±20分，体動14分±８分および中途覚醒15±18分であった。睡眠時間に対する深睡眠，浅睡眠，REM睡眠のそれぞれの割合は，順に30％，45％，17％であった。なお，睡眠中に無呼吸を呈する者は認められなかった。

２．１分間区分解析による各睡眠段階のパワースペクトル指標の比較

終夜１分間区分解析から得られたHRVパワースペクトル指標について，睡眠段階ごとのVLF-hi，LF，HF，VLF-hi＋LF＋HF，LF/HF，HF/(LF＋HF）およびHF/(VLF-hi＋LF＋HF）の中央値と四分位を図１に示した。各HRV指標の特徴としては，VLF-hi，LF，LF/HFおよびVLF-hi＋LF＋HFの中央値は，体動，REM睡眠，浅睡眠，深睡眠の順に低値を示し，一方HF/(LF＋HF）とHF/(VLF-hi＋LF＋HF）は，その反対に高値であった。また，HFは，睡眠段階による明瞭な変化が認められなかった。Freidman検定では，HFを除いたすべてのパワースペクトル指標において有意であった（$p<0.01$）。Bonferroniの補正によるWilcoxon符号付き順位検定では，LFおよびVLF-hi＋LF＋HFにおいて，REM睡眠と浅睡眠の間に有意な差はなく，それ以外ではすべて差が認められた。

３．５分間区分解析による各睡眠段階のパワースペクトル指標の比較

各夜において，PSGによる同一睡眠段階が５分間連続したエポックを抽出したところ，その平均エポック数は，REM睡眠4.6±2.5，浅睡眠13.7±5.6，深睡眠14.1±4.4であった。図２は，各睡眠段階に対応するRRIについて５分間区分で周波数解析を行って得られたVLF，LF，HF，VLF＋LF＋HF, LF/HF, HF/(LF＋HF)，およびHF/(VLF＋LF＋HF）の中央値と四分位を示している。各パワースペクトル指標の睡眠段階ごとの変化は，図１で示した終夜１分間区分解析による傾向と近似するものであった。１分間区分解析結果と同様に，５分間区分解析においてもHFを除くすべてのパワースペクトル指標においてFreidman検定は有意であった（$p<0.01$）。多重比較では，REM睡眠と浅睡眠の間に，VLF，LFおよびVLF＋LF＋HFで差がなく，それ以外では有意な差が認められた。

４．睡眠段階とVLF

PSGで同一睡眠段階が５分間連続することが確認されたエポックについて，RRIの５分間区分解析を行い，VLFに占めるVLF-lowおよびVLF-hiの動態について睡眠段階別に検討した。図３は，各睡眠段階におけるVLF-lowおよびVLF-hiの16夜の平均値とSDを表している。浅睡眠時のVLF-lowとVLF-hiはそれぞれ767±365ms²と754±327ms²，深睡眠ではそれぞれ292±251ms²と334±149ms²であり，浅睡眠と深睡眠においては，VLF-lowとVLF-hiは近似した。一方REM睡眠では，VLF-lowは1252±555ms²，VLF-hiは854±428ms²と，浅睡眠と深睡眠とは動態が異なるように思われたが，３つの睡眠段階におけるVLF-lowとVLF-hiの比の睡眠段階間の同等性を検討した結果，３つの睡眠段階において，その比に差は認められなかった（Pearson $\chi^2=5.362$，$df=2$，$p=0.068$）。

Ⅴ．考　　察

１．相対値指標の睡眠段階間の比較

相対化されたHRVパワースペクトル指標のうち，LF/HFは交感神経系の指標として，またHF/(LF＋HF）は副交感神経系の指標として一般に用いられている。睡眠深度が深くなるほど副交感神経系活動が亢進すると考えられおり，実際，睡眠段階とパワースペクトル指標の関連を検討した先行研究において，浅睡眠や深睡眠を含むNREM睡眠では副交感神経系指標であるHF/(LF＋HF）が有意に高値を示し，REM睡眠では反対に低値を示している[5),18~22)]。HF/(LF＋HF）とは反対に，交感神経系指標であるLF/HFは，REM睡眠よりもNREM睡眠で有意に低値を示し[5),19),21~23)]，NREM睡眠の浅睡眠と深睡眠を比較した場合もLF/HF値は深睡眠で有意に低値である[5),21)]と報告されている。本研究では，先行研究と同様に５分間連続する同一睡眠段階のRRIデータについて５分間区分で周波数解析を行った結果においても，また終夜データの１分間区分で周波数解析を行った結果においても，共にLF/HFおよびHF/(LF＋HF）は各睡眠段階間で差が認められ，先行研究を支持する結果が示された。このことは，HRVの１分間区分解析で得られた相対化されたパワースペクトル指標を用いて睡眠段階の推定を行って

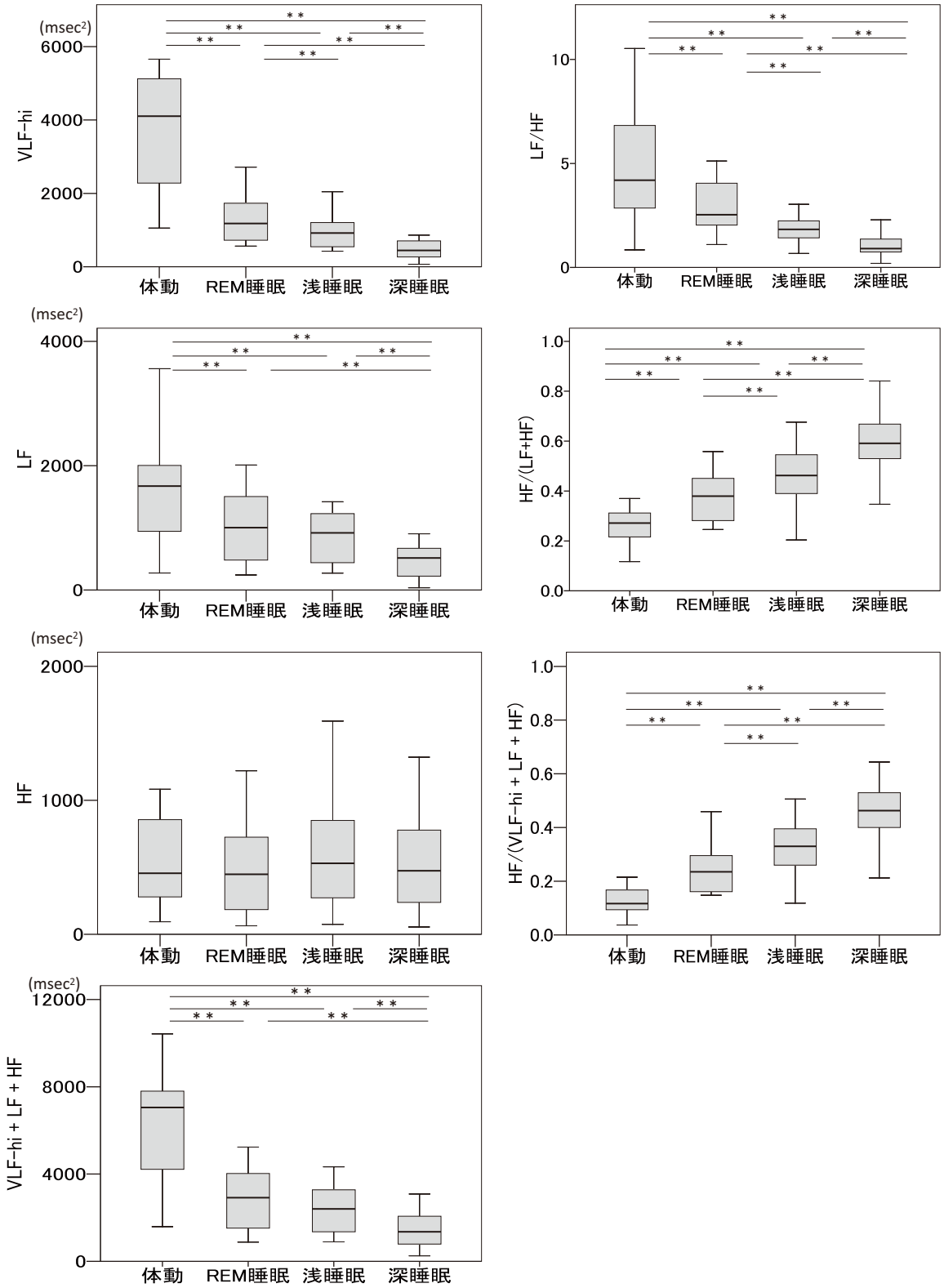


図1　1分間区分解析によるパワースペクトル指標の睡眠段階別値
・＊＊ $p<0.01$（Wilcoxon符号付き順位検定）
・HFはFreidman検定において $p>0.05$
・VLF-hi : higher power in very low frequency band, LF : low frequency, HF : high frequency

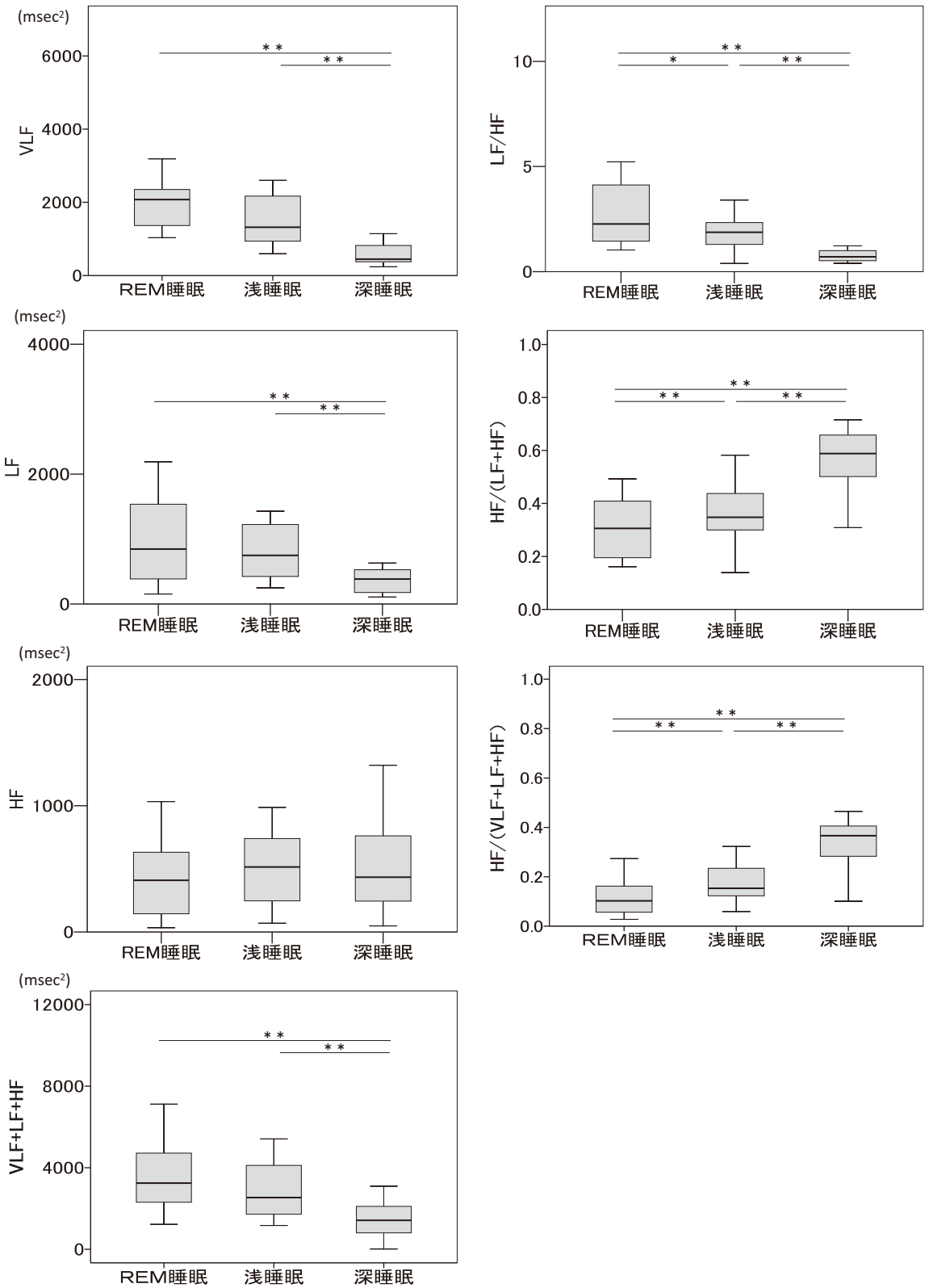


図２　５分間区分解析によるパワースペクトル指標の睡眠段階別値
・＊p＜0.05,　＊＊p＜0.01（Wilcoxon符号付き順位検定）
・HFはFreidman検定においてp＞0.05
・VLF : very low frequency, LF : low frequency, HF : high frequency

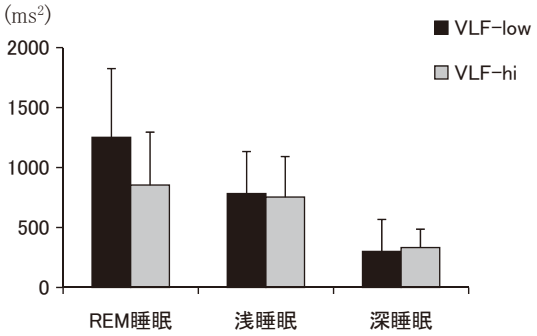


図３　５分間区分解析による各睡眠段階の
VLF-lowとVLF-hiの平均値とSD
・有意差なし（χ^2検定）

も，これまで主流であった５分間区分解析とほぼ同様な結果が得られる可能性があることを示唆していると考えられる。

また，本研究における１分間区分解析では，全周波数帯域のVLF-hi + LF + HFを用いてHFを標準化した指標であるHF/(VLF-hi + LF + HF）についても検討を行った。その結果，各睡眠段階のHF/(VLF-hi + LF + HF）は，HF/(LF + HF）と同様なパターンで変化し，かつ睡眠段階間で有意な差が認められた。したがって，１分間区分で解析可能なVLFの高域周波数部分を含んだVLF-hi + LF + HFでHFを標準化したHF/(VLF-hi + LF + HF）の値を睡眠段階の推定のための指標として用いることができる可能性あることが示唆された。

２．絶対値指標の睡眠段階間の比較

本研究の１分および５分間区分解析で求めたHFは，共に睡眠段階間による差は認められなかった。上述のように，標準化されたHFでは睡眠深度との関連性が認められているが，HFの絶対値では本研究結果のようにREM睡眠とNREM睡眠の間で差が見られない場合が多い[5),6),21)]。就寝から起床にかけてHFは１睡眠周期ごとにその値が徐々に高くなる[23)]ことが報告されているが，本研究を含め多くの先行研究では，１睡眠周期ごとにHFを検討するのではなく，一夜の各睡眠段階の平均値を代表値として検討しているため有意な差が生じにくかったのではないかと推測できる。Busekら[5)]も睡眠周期によるこのHFの変化を考慮し，各指標の睡眠段階による差を比較する際には絶対値ではなく全周波数に対する各周波数成分の比などの標準化した指標を用いて統計処理を行っている。このように，絶対値指標であるHFを用いて睡眠段階を推定することは困難であると思われた。

一方，絶対値の中でもHFとは異なり，１分および５分間区分解析で得られたLFではいくつかの睡眠段階間で差が認められた。浅睡眠と深睡眠，REM睡眠と深睡眠を比較すると，LFは深睡眠で有意に高値であり，先行研究とは解析データ長は異なるものの，Montiら[23)]の結果と一致した。また，浅睡眠とREM睡眠との間に差がないという結果は，Akoら[21)]やMontiら[23)]の報告と同様であった。これらのことから，解析区分時間の長短に関わらず，REM睡眠と深睡眠との区別はLFを用いて可能であるが，REM睡眠と浅睡眠を判定することは困難であると考えられた。

３．VLFの睡眠段階別の動態

VLFの生理学的な意味については，LFやHFほど明らかにはされてきていないが，Taylorら[24)]やEckbergとKuusella[15)]は，VLFはレニンアンギオテンシン系や圧受容体反射感受性の働きを，またFleisheretら[25)]は体温調整活動を，それぞれ反映していることを示唆した論文を発表している。さらに，VLFを用いて睡眠時無呼吸の検出が可能ではないかと考えられている[17),26)]ように，近年VLFの指標としての有用性が注目されている。睡眠時におけるVLFに関する研究報告はそれほど多くはないが，脳波のデルタ波パワー値と負の有意な相関関係が認められるため睡眠深度判別に有用とする研究[27)]や，本研究の５分間区分解析結果と同様にREM睡眠と浅睡眠の間に差はないが，深睡眠において有意に低値を示す報告[28)]などが存在する。しかしながら，タスクフォースで定めたVLFの周波数帯域（0.003～0.04Hz）のスペクトル積分値を求めるためには約300個のRRIが必要であるため（安静時ではデータ長が約５分程度），５分未満の短時間の変化を捉えるには不向きといえ，このことがこれまであまり検討されてこなかった理由の一つと思われる。

本研究では，５分間区分解析で求めた各睡眠段階のVLF全体に占めるVLF-lowおよびVLF-hiの割合を算出して検討したが，VLF-lowおよびVLF-hiの割合は，REM睡眠，浅睡眠，深睡眠の各睡眠段階間で有意な差は認められなかった。したがって，HRVの１分間区分解析で算出可能と思われる0.016～0.04Hzの周波数帯域であるVLF-hiは，VLFの代替指標として扱えると考えられた。本研究では，体動，REM睡眠，浅睡眠，深睡眠の各睡眠段階のどの対比においてもVLF-hiの平均値に有意な差が認められたが，このことはVLF-hiを用いた睡眠段階の判別の可能性を示唆するものである。先述のように，VLFが影響を受ける因子は自律神経系活動やランダムな身体活動など多様であり，本研究において体動区間でVLF-hiが顕著に高値を示した機序は定かではないが，１分間区分解析で求めたVLF-hiは，短時間REM睡眠が出現する第一睡眠周期においても，また短時間しか継続しない体動などの睡眠段階を判別する場合においても有用な指標となる可能性が示唆された。本研究で用いているような脳波よりも簡便に得ることのできるRRIデータを用いて睡眠深度を評価することが

できれば，PSGを用いる場合に比べて対象者の負担を飛躍的に軽減できるとともに，臨床における睡眠への看護援助効果の客観的・数量的評価方法の提供にも貢献できると考えられる。

Ⅶ. 結　論

本研究は，各睡眠段階に対応するRRIに対して，従来の主として用いられてきた５分間区分に加えて１分間区分でRRI周波数解析を行って各睡眠段階のHRVパワースペクトル指標の動態を比較し，一般的なPSG解析時間区分20～30秒により近似する１分間区分HRV解析の有用性について検討した。その結果，１分間区分解析のパワースペクトル指標は，従来の５分間区分解析結果と同様に，LF/HF，HF/(LF + HF)，とHF/(VLF-hi+LF+HF）の各指標において睡眠段階間に有意な差が認められた。また，１分間区分で解析可能なVLF高域部分（VLF-hi）においても，各睡眠段階間で有意な差が見られた。これらのことから，LF/HF，HF/(LF + HF)，HF/(VLF-hi + LF + HF）およびVLF-hiの４つの指標を用いた睡眠段階の判別の可能性が示唆された。また，HRVの１分間区分解析によって，単発的に生じる大きな体動や主に第１睡眠周期に見られる短時間REM睡眠についても検出できる可能性が期待できると思われた。

謝　辞

本研究のデータ収集にご協力くださいました皆様に深く感謝いたします。また，本研究は，平成16年度公益法人山路ふみ子看護専門教育研究助成基金および平成18－19年度文部科学省研究費萌芽（課題番号18659644）の助成を受けて実施しました。

要　旨

本研究では，睡眠時の心拍変動（HRV）データを１分と５分間区分でMemCalc法により周波数解析してHRV指標を求め，PSGで判定した各睡眠段階におけるHRV指標についてそれぞれ比較検討した。20～44歳の女性８名から得られた16夜分のPSGおよびHRVデータを解析した。HRV解析は，超低周波数高領域（0.016～0.04Hz：VLF-hi)，低周波数（0.04～0.15Hz：LF)，高周波数（0.15～0.4Hz：HF）の各帯域のパワースペクトル値を算出した。LF/HF，HF/（LF + HF)，HF/（VLF-hi + LF+HF)，VLF-hiの４つの指標において，１分と５分間区分解析共に，REM睡眠，浅睡眠，深睡眠の各睡眠段階間に有意な差が認められた。これまでHRV周波数解析指標の算出は５分間区分が主であったが，睡眠段階の推定にはPSGの１エポック20～30秒により近似する１分間区分解析結果を用いる方が有用である可能性が示唆された。

Abstract

This study examined and compared the characteristics of the power spectral indices of heart rate variability (HRV) for the different stages of sleep in order to determine which indices are useful for sleep assessment. Sixteen sets of polysomnogram (PSG) and electrocardiogram data were collected synchronously from 8 healthy women (age range, 20-44 years). PSG data were analyzed in 1-min segments, while HRV data were analyzed in 1- and 5-min segments using the MemCalc method and calculated at 3 frequency band powers: higher area in very low frequency band (VLF-hi, 0.016-0.04 Hz), low frequency band (LF, 0.04-0.15 Hz), and high frequency band (HF, 0.15-0.4 Hz). Significant differences were observed in LF/HF, HF/(LF+HF), HF/(VLF-hi+LF+HF), and VLF-hi between all sleep stages. Compared to the HRV results obtained from 5-min segments, those from the 1-min segments showed a stronger relationship with sleep stage. Although HRV analysis during sleep typically involves the use of 5-min segments, the present results imply that improvements in technology enable the detection of sleep stages at shorter 1-min segments which correspond to PSG analysis segments.

文　献

１）小林敏孝：２章　睡眠科学研究の現状と課題　睡眠の機能に関する研究，高橋清久(編)：睡眠学－眠りの科学・医歯薬学・社会学，43-62，じほう，東京，2003.
２）端詰勝敬，菅茂　博，他：環境と睡眠障害，心身医，47，777-783，2007.
３）岩永美代子，加地舞子，他：入眠患者における不眠要因の実態調査－睡眠へのより良い看護介入を目指して－，名古屋市大看研録，85-90，2006.
４）岡　龍雄，福田秀樹，他：心拍変動を用いた睡眠の評価，産業衛誌80回CD-ROM抄録集，1067，2007.
５）Busek, P., Vankova, J. et al. : Spectral analysis of heart rate variability in sleep, Physiol. Res., 54, 369-376, 2005.
６）Zhuang, Z., Gao, X. et al. : The relationship of HRV to sleep EEG and sleep rhythm, Int. J. Neurosci., 115, 315-327, 2005.
７）van de Borne, P., Nguyen, H. et al. : Effects of wake and sleep stages on the 24-h autonomic control of blood pressure and heart rate in recumbent men, Am. J. Physiol. Heart Circ. Physiol., 226, H548-554, 1994.
８）Viola, A., Simon, C. J. et al. : Sleep process exert a predominant influence on the 24-h profile of heart rate variability, J. Biol. Rhythms, 17, 539-547, 2002.

9）福田俊雄，涌田雄基，他：心拍変動のカオス解析に基づく睡眠状態推定手法，電学論C，125，43-49，2005.
10）笹島　茂，竹上美紗，他：心拍変動を指標とする温熱環境調整によって睡眠深度を改善する医療技術の開発．医科学応研財研報，21，49-54，2004.
11）阿部正人，長田　乾，他：心拍変動解析による脳卒中患者の睡眠・覚醒における自律神経機能，臨神生，31，140，2003.
12）Elsenbruch, S., Harnish, M. et al. : Heart rate variability during waking and sleep in healthy males and females, Sleep, 22, 1067-1071, 1999.
13）Burgess, H., Trinder, J. et al. : Cardiac autonomic nervous system activity during presleep wakefulness and stage2 NREM sleep, J. Sleep Res., 8, 113-122, 1999.
14）Task Force of The European Society of Cardiology and The North American Society of Pacing and Electrophysiology : Heart rate variability Standards of measurement, physiological interpretation, and clinical use, Circulation, 93, 1043-1065, 1996.
15）Eckberg, D. & Kuusella, T: Human vagal baroreflex sensitivity fluctuates widely and rhythmically at very low frequencies. J. Physiol., 567, 1011-1019, 2005.
16）Bernardi, L., Valle, F. et al. : Physical activity influences heart rate variability and very-low-frequency components in Holter electrocardiograms. Cardiovasc. Res., 32, 234-237, 1996.
17）Hossen, A. : A soft decision algorithm for obstructive sleep apnea patient classification based on fast estimation of wavelet entropy of RRI data, Technol. Health Care, 13, 151-165, 2005.
18）Vanoli, E., Adamson, P. et al. : Heart rate variability during specific sleep stages. A comparison of healthy subjects with parents after myocardial infarction, Circulation, 91, 1918-1922, 1995.
19）Trinder, J., Kleiman, J. et al. : Autonomic activity during sleep as a function of time and sleep stage, J. Sleep Res., 10, 253-264, 2001.
20）Jurysta, F., van de Borne, P. et al. : A study of the dynamic interactions between sleep EEG and heart rate variability in healthy young men, Clin. Neurophysiol., 114, 2146-2155, 2003.
21）Ako, M., Kawara, T. et al. : Correlation between electroencephalography and heart rate variability during sleep, Psychiatry Clin. Neurosci., 57, 59-65, 2003.
22）Burgess, H., Penev, P. et al. : Estimating cardiac autonomic activity during sleep: impedance cardiography, spectral analysis, and Poincare plots, Clin. Neurophysiol., 115, 19-28, 2004.
23）Monti, A., Medigue, C. et al. : Autonomic control of the cardiovascular system during sleep in normal subjects, Eur. J. Appl. Physil., 87, 174-181, 2002.
24）Taylor, J., Carr, D. et al. : Mechanisms underlying very-low-frequency RR-interval oscillations in humans, Circulation, 98, 547-555, 1998.
25）Fleisher, L., Frank, S. et al. : Thermoregulation and heart rate variability, Clin. Sci., 90, 97-103, 1996.
26）Zywitz, C., Von Einem, V . et al.: ECG analysis for sleep apnea detection, Methods Inf. Med., 43, 56-59, 2004.
27）van den Berg, J., Neely, G. et al. : Heart rate variability during sedentary work and sleep in normal and sleep-deprived states, Clin. Physiol. Func. Imaging, 25, 51-57, 2005.
28）Brandenberger, G., Viola, A. et al.: Age-related changes in cardiac autonomic control during sleep, J. Sleep Res., 12, 173-180, 2003.

［平成21年９月７日受　　付
平成22年９月３日採用決定］

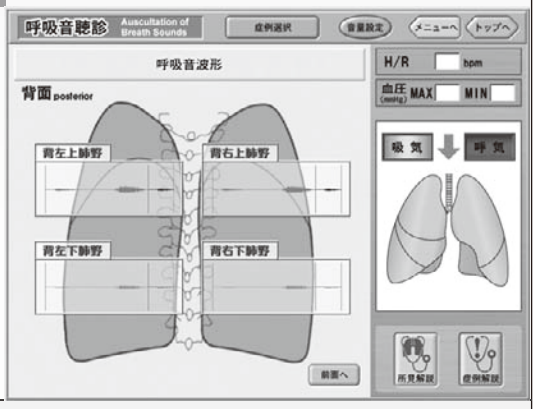
M55
フィジカルアセスメント トレーニングモデル "Physiko"

新・看護師教育カリキュラムに対応

Physiko はフィジカルアセスメント技術を向上させ、看護の臨床実践能力を高める学習に適した全身モデルです。

■ 実習項目

- 問診・コミュニケーション
- 目の視診
- 血圧測定
- 心電図シミュレーション
- 脈診
- 心音の聴診
- 呼吸音の聴診
- 腸音の聴診



Physiko を用いた看護師教育現場での活用

- ○ 3種のプログラムモード設定で、レベルに応じた段階的な学習が可能
- ○ 12 人の疾患患者のシミュレーションで、看護師の臨床実践能力を向上
- ○ 任意の疾患患者が設定でき、効果的な教育プログラムに活用が可能
- ○ 豊富な症例設定で、基本的でおえるべきアセスメントを繰り返し学習
- ○ 人体と同様に可動し、問診のできる全身モデル

成人看護実習

M75B 万能型成人実習モデル "さくらII"
● 様々な看護実習の技術項目に対応

メディカルフットケア

M66 メディカルフットケアモデル "フッティー"
● 足のアセスメントからケア技術まで

採血・静脈注射

M50B 採血・静注シミュレータ "シンジョーII"
● 採血・静脈内注射・点滴静脈内注射のトレーニング

2010-11 総合カタログ・単品パンフレットがございます。
オンラインカタログから検索・ダウンロードしていただけます。 ● http://www.kyotokagaku.jp

株式会社 京都科学

URL ● http://www.kyotokagaku.com
e-mail ● rw-kyoto@kyotokagaku.co.jp

本社・工場 〒612-8388 京都市伏見区北寝小屋町 15番地
TEL.075-605-2510（直通）FAX.075-605-2519

東京支店 〒112-0002 東京都文京区小石川 5 丁目20-4
TEL.03-3817-8071（直通）FAX.03-3817-8075

企業・自治体・看護等の研修担当者に最適の書

新刊

変革を生む研修のデザイン

——仕事を教える人への活動理論

●A5判上製　224頁　定価2,625円（本体2,500円＋税）

■著　者　ユーリア・エンゲストローム

■監訳者　松下 佳代（京都大学高等教育研究開発推進センター）　三輪 建二（お茶の水女子大学）

企業や自治体、看護・医療関係などさまざまな組織において、研修をデザインし、若者や成人を教えることに従事する研修担当者向けの書物はいくつか存在する。その多くがハウツー的な技術の紹介を中心としているのに対して、本書は、ヘルシンキ大学のユーリア・エンゲストローム教授による、教育学、特に活動理論という理論の裏づけをもったガイドブックである。この点は目次の学習、教授、教授計画などの構成から見ても明らかであろう。担当者が探究的学習をめざして研修プログラムを組むのに最適な書物である。教授自身の日本語版への序の他、解説（松下佳代）も充実している。

目次

日本語版への序（エンゲストローム）
1章　教育・教授・職業研修
2章　よい学習とは何か
3章　よい教授とは何か
4章　教授の認知的目標の設定
5章　教授内容の選択と編成
6章　教授方法
7章　教授計画
8章　指導技術（ティーチング・スキル）
9章　結論
●　解説　松下 佳代

好評発売中

●女性問題学習・生涯学習・看護教育に携わる人の必読書。
成人女性の学習 ——ジェンダーの視点からの問い直し
E.ヘイズ／D.D.フラネリー 著
入江 直子／三輪 建二 監訳
A5判上製　370頁　本体3,000円

●教職大学院関係者・成人教育関係者必携の書。
省察的実践とは何か ——プロフェッショナルの行為と思考
D.ショーン 著
柳沢 昌一／三輪 建二 監訳
A5判上製　454頁　本体4,000円

●成人教育の基礎理論を理解し、実践にいかす格好の書。
おとなの学びを拓く ——自己決定と意識変容をめざして
P.クラントン 著
入江 直子／豊田 千代子／三輪 建二 監訳
A5判上製　342頁　本体3,000円

●学習者のニーズと特性にかなった必要性と具体例を示す。
おとなの学びを支援する ——講座の準備・実施・評価のために
K.マイセルほか 著
三輪 建二 訳
A5判上製　206頁　本体2,300円

●アンドラゴジーに関する古典的名著、待望の完訳。
成人教育の現代的実践 ——ペダゴジーからアンドラゴジーへ
M.ノールズ 著
堀 薫夫／三輪 建二 監訳
A5判上製　600頁　本体5,000円

●社会教育職員をはじめ専門職の研修用に最適の書。
おとなの学びを創る ——専門職の省察的実践をめざして
P.クラントン 著
入江 直子／三輪 建二 監訳
A5判上製　356頁　本体3,000円

●教職大学院関係者・成人教育関係者必携の書。
成人期の学習 ——理論と実践
S.B.メリアム／R.S.カファレラ 著
立田 慶裕／三輪 建二 監訳
A5判上製　592頁　本体5,000円

●おとなの学びに関わる企業・看護・教職研修者必携の書。
おとなの学びを育む ——生涯学習と学びあうコミュニティの創造
三輪 建二 著
A5判上製　352頁　本体6,000円

●実践から学ぶ看護理論の意義を解く画期的な書。
実践から学ぶ看護職 ——科学的看護論と省察的実践論
楢山 委都子 著
A5判上製　184頁　本体2,300円

●P.センゲの理論と実践を見事に描き出した書。
学習する組織とは何か ——ピーター・センゲの学習論
中村 香 著
A5判上製　304頁　本体3,000円

鳳書房　〒157-0072　東京都世田谷区祖師谷1-25-5
TEL/FAX.03-3483-3723

日本看護研究学会会報

第　84　号

（平成23年４月20日発行）

日本看護研究学会事務局

目　　次

第36回一般社団法人日本看護研究学会学術集会会務報告……　1

第36回一般社団法人日本看護研究学会学術集会会務報告

第36回日本看護研究学会学術集会
会長　**深　井　喜代子**

１．会　　期：平成22年８月21日（土），22日（日）
２．会　　場：岡山コンベンションセンター，岡山市デジタルミュージアム
３．参 加 者：総数　1,511名（内訳　一般 1,489名，学生 22名）
　　プレカンファレンスセミナー　317名
４．内　　容：

一般演題	415題（うち，口演129題，示説286題）
招聘講演	１題
特別講演	２題
シンポジウム	２題
交流集会	８題
特別交流集会	２題
ティーブレイクセミナー	３題
会長講演	
プレカンファレンスセミナー	３題

但し，以下の演題については発表が取り消された。

示説１－07　220　精神障害合併妊婦のための産科看護師・助産師と精神科看護師の協力体制
　○前田智子（京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻看護科学コース臨床看護学講座精神看護学分野）

示説２－03　311　看護教育におけるがん患者の心理状態の観察とアセスメントの実態
　○中谷信江，原田秀子，野坂久美子（山口県立大学看護栄養学部看護学科）

示説２－13　396　肥満改善のためのソーシャルサポート尺度開発
　○高田明美（京都大学大学院医学研究科健康増進・行動学分野）

示説２－15　404　退院宣告場面における終末期がん患者の療養場所の選択を支えるアドボケイトとしての看護実践
　○森　京子，名倉真砂美，竹本三重子（三重県立看護大学看護学部）

以上，報告いたします
　平成23年３月８日

一般社団法人日本看護研究学会
第21回　北海道地方会学術集会のご案内

テーマ：地域で育む看・看連携

看護には，看護の受け手が生活者であることを尊重し，共に歩む支え手としてその人のＱＯＬを高め，自己実現をめざすパートナーとしての役割があります。診療報酬改定において，クリティカルパスなどの地域連携（平成18年），看護職がコーディネートする退院調整支援（平成20年）に続いて，平成22年度は「医療と看護の機能分化と連携の推進等を通して質が高く効率的な医療の提供」（訪問看護療養費引き上げ・がん患者等リハビリテーション料など）が改訂項目の一つとして打ち出されました。これは，私たち看護職の役割拡大への期待の大きさの反映と思われます。病院，地域，在宅と，看護を提供する場所は異なっても，看護の果たす役割は共通のものです。その意味において，患者・家族の入院前・中・後の生活上の情報あるいはニーズ，看護の目標を共有するために，看護職同士の顔と顔が見える連携を創り出すことが今，求められています。

札幌以外で初の開催となる本学術集会が，地域に根差した看・看連携を語り合う機会となることを願ってやみません。

第21回北海道地方会学術集会会長　北村久美子（旭川医科大学　医学部看護学科）

◆日　　時：平成23年６月４日（土）13:20～16:45

◆会　　場：旭川医科大学医学部看護学科棟1階　大講義室　旭川市緑が丘東2条1丁目1-1

◆プログラム：

◇地方会総会　　：12:30～13:10

◇シンポジウム　：13:20～15:00

テーマ：地域で育む看・看連携

―現実の課題から看・看連携の具体的な方法を模索しよう―

シンポジスト

旭川医科大学病院入退院センター担当	副看護部長	辻崎ゆり子　氏
訪問看護ステーション　めぐみ	所長	白瀬　幸絵　氏
旭川厚生病院がん相談支援科	主任	小玉かおり　氏

◇研究発表会：15:15～16:45

◇閉　　会：16:45

◆演題申込み・抄録締め切り日：4月30日（土）

◆参加登録・参加費振込期限：5月20日迄に参加費を指定口座にお振込み下さい。

※なお，当日参加もできます。

◆参加費：会員2,000円　　非会員3,000円　　学生1,000円（大学院生は除く）

◆お問い合わせ先：一般社団法人　日本看護研究学会 第21回北海道地方会学術集会事務局

〒078-8510　旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

旭川医科大学医学部看護学科　藤井智子

FAX：0166-68-2951

E-mail：kenkyu.h@asahikawa-med.ac.jp

※お問い合わせはFAXまたはEmailでお願いいたします。

一般社団法人日本看護研究学会
第16回　九州・沖縄地方会学術集会のご案内

テーマ：看護・看護学の進化・発展を支える看護研究
－「つかえる」エビデンスをつくる」－

第16回日本看護研究学会九州・沖縄地方会学術集会を大分で開催することになりましたので，ご案内を申し上げます。

学術集会のメインテーマは“看護・看護学の進化・発展を支える看護研究－「つかえる」エビデンスを「つくる」－”と致しました。特別講演では，山口県立大学学長の江里健輔先生に「看護研究への期待」のテーマでご講演をいただき，看護研究への示唆をいただく予定です。一般演題には，できるだけ多くの会員がご発表いただけるような会にしたいと準備を進めております。たくさんの皆様のご参加をお待ち申し上げております。

学術集会　大会長　草間　朋子

◆日　　時：平成23年11月12日（土曜日）9時～16時
◆場　　所：大分県立看護科学大学　（大分市廻栖野2944-9）
◆プログラム

8:30～ 9:00	受付
9:00～ 9:05	大会長挨拶
9:10～10:00	基調講演 「Evidence Based Nursing（EBN）をめざして」 講師：草間　朋子　（大分県立看護科学大学　学長）
10:10～11:10	特別講演 「看護研究への期待」 講師：江里　健輔　（山口県立看護科学大学　学長）
11:20～11:50	総会
11:50～13:00	懇親会
13:00～16:00	一般演題（口演・示説）
16:00	閉会

●一般演題受付期間：平成23年6月20日（月）～7月29日（金）
●事前参加登録締め切り日：平成23年9月10日（金）
●参加費：会員事前登録3,500円（当日4,000円），非会員事前登録4,000円（当日4,500円），学生1,000円
●問い合わせ先：第16回日本看護研究学会　九州・沖縄地方会学術集会事務局
〒870-1201　大分県大分市廻栖野2944-9　大分県立看護科学大学
TEL: 097-586-4420　FAX: 097-586-4384
E-mail　takano@oita-nhs.ac.jp
※お問い合わせはFAXまたはE-mailでお願いいたします
学会HP　http://www.qo-kango.oitacity.jp/

一般社団法人日本看護研究学会中国・四国地方会
第25回学術集会のご案内

テーマ：看護活動を測る　～諸科学と看護学の協働（仮）

看護活動の成果を評価することは，さらに良い活動を生み出す力となります。看護活動の評価では，人を対象に行いますので，看護研究倫理が問われます。そこで今回は，評価方法と研究倫理に焦点をあてて，皆さまと考えて参りたいと，仮テーマ「看護活動を測る　～諸科学と看護学の協働」を考え，企画を検討しております。

広島県で行う今回は，中国・四国地方９県が独立地方会として学術集会を開催してちょうど一巡する集会となります。会場である広島大学霞キャンパスは，広島駅から続く平坦な道を歩いても30分とかからない便利なところです。早春の息吹の中で，看護活動の充実に向け，皆さまと共に熱く学びあって頂ければ幸いです。多くの皆様の御参加を，実行委員一同，心よりお待ちいたしております。

第25回学術集会実行委員長　宮腰由紀子

◆会　　期：平成24年３月４日（日）９：00～16：45
◆場　　所：広島大学霞キャンパス　広仁会館　及び保健学研究科棟，医学部教育棟
◆プログラム
　○学術委員会企画：
　　特別セミナー１「看護研究における倫理（基礎編）－基礎的知識を身につけよう－（仮）」
　　特別セミナー２「看護研究における倫理（実践編）－こんな時どうする？研究における倫理的ジレンマ－（仮）」
　○一般演題（口演・示説）
　○特別講演：講師交渉中
　○教育講演：「仮：看護活動を測る」　講師交渉中
　○交流集会（事前登録制）：看護研究に有用な測定法や文献検索法，統計手法などを交渉中

◎懇親会
　日時：平成24年３月３日（土）18:00～　　場所：交渉中　　懇親会費：５,000円

学術集会参加申し込み：事前登録は平成24年１月16日（月）まで。当日登録有り。

参加費

	事前登録 平成24年１月16日まで	当日登録
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25回学術集会事務局
〒734-8551　広島県広島市南区霞１-２-３
広島大学大学院保健学研究科　高瀬　美由紀
Tel：082－257－5555　内線　6326
＜第25回学術集会専用ホームページ＞など工事中です

第 32 回バイオメカニズム学術講演会（SOBIM2011 in Osaka）
― 開催案内 ―

主催：バイオメカニズム学会
会期：2011 年 11 月 26 日（土）27 日（日）
会場：大阪科学技術センター
〒550-0004　大阪市西区靭本町 1-8-4

SOBIM2011
in Osaka
Society of
Biomechanisms

第 32 回バイオメカニズム学術講演会は，大阪科学技術センターで開催します．バイオメカニズム学会は，1973 年の発足以来，理工学，医学，人文科学などのさまざまな分野の研究者に交流の場を提供し，バイオメカニクスや機能代行，ロボットなどの研究をリードしてきました．本学術講演会では「相互理解の場を提供するバイオメカニズム」をテーマとして，生体機能の計測・解析・制御，医療・福祉・産業応用など，バイオメカニズムの基礎研究から応用研究，さらには新分野との融合の試みなど，さまざまなトピックスの講演を広く募集いたします．みなさまの積極的なご参加をお待ちしております．

実行委員長：　熊倉　博雄　（大阪大学）
プログラム委員長：木下　博　（大阪大学）

講演発表募集
●講演申込締切　2011 年 7 月 22 日（金）
●予稿原稿投稿締切　2011 年 10 月 7 日（金）

●募集演題・分類番号
A01　身体運動の解析・シミュレーション
A02　動物の形態・運動
A03　植物の形態・運動
A04　形態・運動の適応・進化
A05　人類学・古生物学・動物学
A06　体育・スポーツ・労働
A07　バイオミメティクス
A08　ロボティクス
A09　義肢装具
A10　生体機能の計測
A11　身体運動の計測
A12　歩行分析
A13　生体の制御・情報処理
A14　感覚・バーチャルリアリティ
A15　リハビリテーション機器・日常生活用具
A16　看護・介護・介助
A17　疾患メカニズム・臨床応用
A18　生体材料・生体組織
A19　人工臓器・呼吸・循環
A20　発声・発話・聴覚・視覚
A21　身体接触製品・被服・什器
A22　デジタルヒューマン・CAD マネキン
A23　その他のバイオメカニズム

●会場までの交通機関
大阪市営地下鉄本町駅（四つ橋線・中央線・御堂筋線）下車
参照 URL　http://www.ostec.or.jp/data/access.html

●第 32 回バイオメカニズム学術講演会事務局
〒565-0871　大阪府吹田市山田丘 1-2
大阪大学大学院人間科学研究科
実行委員長　熊倉　博雄（Tel：06-6879-8056）
学術講演会 HP　http://morph.hus.osaka-u.ac.jp/sobim2011/index.html
連絡用 E-mail　sobim2011@hus.osaka-u.ac.jp

日本学術会議の動き

幹事会報告

第108回幹事会（持ち回り）

日時　平成22年10月14日(木)

会議の概要

審議事項

○医師の専門職自律検討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。

○AASA創立10周年記念式典への会員の派遣について承認されました。

第109回幹事会

日時　平成22年10月21日(木)

会議の概要

審議事項

○分野別委員会運営要綱の一部改正及び委員等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ーの構築委員会設置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。

○高レベル放射性廃棄物の処分に関する検討委員会の委員の決定について承認されました。

○医師の専門職自律検討委員会の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小委員会委員の決定について承認されました。

○カンボジア学術機関等との打合せに係る会員の派遣について承認されました。

○コンセンサス・レポート「アジアの人口高齢化問題への対応：政策立案における科学的根拠の強化（仮訳）」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の指定（7団体）について承認されました。

今回、指定が承認された「協力学術研究団体」は次の7団体です。

・言語科学会
・日本EMDR学会
・日本手話学会
・東アジア学会
・ナノ・バイオメディカル学会
・日本ヒューマンケア科学学会
・日本微量栄養素学会

○公開シンポジウム等10件の主催、国内会議3件及び国際会議1件の後援が承認されました。

第110回幹事会（持ち回り）

日時　平成22年10月28日(木)

会議の概要

審議事項

○若手アカデミー委員会運営要綱の一部改正及び委員の決定について承認されました。

○平成23年10月の会員及び連携会員の改選に係る基本的事項の一部改正の決定について承認されました。

12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

1. 日本学術会議近畿地区会議学術講演会

日本学術会議近畿地区会議学術講演会「日本の古代と現代～人とこころ～」が平成22年10月31日(日)キャンパスプラザ京都にて開催されました。

当日は、金澤一郎日本学術会議会長が開会の挨拶を行い、そのあと「貴校の歴史と社会・文明」米延二志（鳴門教育大学准教授）、「古代日本の外交」猪熊兼勝（京都橘大学名誉教授）、「第三古代としての現代」中西進（奈良県立万葉文化館館長）といったテーマで講演等が行われました。

2. 日本学術会議北海道地区会議学術講演会

日本学術会議北海道地区会議学術講演会「北海道から発信するグリーンイノベーション」が平成22年11月15日（月）北海道大学学術交流会館講堂にて開催されました。

当日は、大垣眞一郎日本学術会議副会長が『「日本の展望」と新しい科学技術』というテーマで基調講演を行い、続いて「見えない光、赤外線を利用する太陽電池」三澤弘明（北海道大学教授）、「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（北海道大学教授）、「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（北海道大学教授）、「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（北海道大学准教授）といったテーマで講演等が行われました。

3. 日本学術会議中部地区会議学術講演会

日本学術会議中部地区会議学術講演会が平成22年11月19日（金）三重大学総合研究棟Ⅱメディアホールにて開催されました。

当日は、大垣眞一郎日本学術会議副会長が「水循環・水再利用技術と新しい科学と技術」というテーマで講演を行い、続いて「YUBAメソッドを生み出した応用科学と基礎科学」弓場徹（三重大学教授）、「高性能蓄電池の現状と将来」（三重大学教授）といったテーマで講演等が行われました。

4. 日本学術会議九州・沖縄地区会議学術講演会

日本学術会議九州・沖縄地区会議学術講演会が平成22年11月23日（火・祝）熊本交通センターホテルにて開催されました。

当日は、金澤一郎日本学術会議会長の挨拶の後「チンパンジーからヒトを見る」友永雅己（京都大学霊長類研究所准教授）、「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（熊本大学教授）といった講演を行い、最後に「地域から大学に求めるもの」～市民との対話～というテーマでパネルディスカッションが行われました。

Information Plaza
情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成22年12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。

◆日本学術会議主催国際会議

持続可能な社会のための科学と技術に関する国際会議2010「生物多様性の保全と持続可能な利用 -Conservation and Sustainable Use of Biodiversity-」

日時　平成22年12月16日（木）、17日（金）
場所　石川県 ホテル金沢
次第　基調講演　Ahmed Djoghlaf ／ Anantha Kumar Duraiappah
　　セッション1　生態系サービスと生物多様性の価値気候
　　セッション2　変動と生物多様性

セッション3　科学的統合手法による生物多様性と土地の持続的な利用

◆「新たな歯科医療制度を考える」
日時　平成22年12月17日(金)13時00分～16時30分
場所　日本学術会議講堂
次第　「歯科保健医療の動向と今後の方向性等について」日高勝美
「医療経済学から見た歯科界の現状と課題」川渕孝一
「歯科医療：医療との共通点と特異性」岡野友宏
「超高齢社会における歯科疾病構造の変化と求められる歯科医療」渡邊達夫
「病院歯科における歯科医療の展開と問題点」阪口英夫
「今後の歯科医療において求められる専門医制度」古谷野潔

◆「大学教育と職業との接続を考える」
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

◆「第27回宇宙利用シンポジウム」
日時　平成23年1月24日(土)～25日(日)
場所　宇宙航空研究開発機構・宇宙科学研究所相模キャンパス
次第　日比谷孟俊 他

◆「放射線作業者の被ばくの一元管理について」
日時　平成23年1月25日(火)13時00分～16時30分
場所　日本学術会議講堂
次第　「日本学術会議提言の説明」柴田徳思
「医療従事者の被ばく管理の現状」井上登美夫
「医療領域における被ばく管理―アンケート結果から」中村 豊
「大型共同利用施設における被ばく管理の現状」桝本和義
「日本における線量登録の経験―中央登録センターの立場から」久芳道義
「放射線作業者の個人線量の測定とその結果の取扱い」壽藤紀道
「ICRP及びUNSCEAR対応の観点から」丹羽太貫
「海外の線量一元化の現状」吉澤道夫
「作業者の一元管理における医療被ばくの取扱い」甲斐倫明

◆「金融危機、資産市場の変調とマクロ経済」
日時　平成23年2月7日(月)12時50分～17時35分
場所　日本学術会議講堂
次第　第一セッション「金融政策と資産市場」
第二セッション「資産市場の変化」
第三セッション「マクロ経済と金融規制」

◆「学術における男女共同参画推進の加速化に向けて―アンケート調査結果の分析をてがかりに」
日時　平成23年3月2日(水)13時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　「第三次男女共同参画基本計画について」鹿島 敬
「第4期科学技術基本計画について」(未定)
「第2回日本学術会議男女共同参画アンケート調査結果から」
―アンケート調査結果分析　山本眞鳥
―第1回アンケートとの比較　江原由美子
「大学における男女共同参画政策の推進」
―女性研究者支援システム改革プログラム事業の事例から　稲葉カヨ
―私立大学の事例（未定）
―公立大学の事例（未定）

日本学術会議の動き

幹事会報告

第111回幹事会（持ち回り）
日時　平成22年11月17日(水)
会議の概要
審議事項
○医師の専門職自律検討委員会の委員の決定について承認されました。

第112回幹事会
日時　平成22年11月25日(木)
会議の概要
審議事項
○分野別委員会運営要綱の一部改正及び委員等の決定について承認されました。
○大学教育の分野別質保証の在り方検討委員会における分科会の設置及び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。
○科学・技術を担う将来世代の育成方策検討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。
○研究に関わる「評価システム」の在り方検討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。
○選考委員会運営要綱の一部改正の決定について承認されました。
○ノーベル賞を受けた者について、連携会員候補者として承認されました。
○定年により退任する会員について、連携会員候補者として承認されました。
○日本学術会議協力学術研究団体規定の一部改正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の指定（5団体）について承認されました。
今回、指定が承認された「協力学術研究団体」は次の5団体です。
・関東東山病害虫研究会
・北陸病害虫研究会
・日本企業経営学会
・新プラトン主義協会
・地理学連携機構
○平成22年度代表派遣（平成23年1月～3月分）について承認されました。
○バングラデシュ及びネパール学術機関等との打ち合わせ等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10件の主催及び国内会議4件の後援が承認されました。

第113回幹事会
日時　平成22年12月9日(木)
会議の概要
審議事項
○国際委員会運営要綱の一部改正及び委員等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等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の指定（1団体）について承認されました。
今回、指定が承認された「協力学術研究団体」は『日本ウーマンズヘルス学会』です。
○公開シンポジウム等7件の主催及び国内会議2件の後援が承認されました。

平成23年1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

1. 日本学術会議中国・四国地区会議学術講演会
日本学術会議中国・四国地区会議学術講演会「未来を拓く医・工連携」が平成22年11月27日（土）山口大学医学部にて開催されました。

当日は、金澤一郎日本学術会議会長が「人医工連携の来し方行く末」というテーマで講演を行ない、続いて第一部講演とし

て、「『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（山口大学大学院教授）、「『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（山口大学大学院教授）といったテーマで講演が行われました。

Information Plaza
情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成23年1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。

◆「医療イノベーションの社会還元を先導する融合研究シンポジウム」

日時　平成23年1月17日(月)～18日(火)
場所　学術総合センター 一橋記念講堂
次第　17日講演：相澤益男／北澤宏一／岡野光夫／片岡一則／David Williams
　　18日講演：Marc Peschanski／Hilary Calvert／大和雅之／紀ノ岡正博／清水達也／松村保広／西山伸宏／宮原裕二

◆「バイオ医薬品の新たな潮流」

日時　平成23年1月21日(金)10時00分～16時45分
場所　日本学術会議講堂
次第　「バイオ医薬品の新たな展開と国民の期待」山口照英
「トシリズマブ—日本初の抗体医薬品第一号」大杉義征
「バイオ医薬品による疾病治療の最適化を目指して」堤 康央
「機能性オリゴ核酸を用いた創薬とそれを支えるDDS技術」岡田弘晃
「抗体医薬品の品質・安全性評価の新潮流」川崎ナナ
「喘息における分子標的治療」大田 健
「核酸医薬品の課題と開発戦略」中澤隆弘
「RNAの造形力を利用したアプタマー創薬」中村義一
「バイオ医薬への期待と今後の課題」宮田 満

◆「地球温暖化の農業・地域への影響と適応策」

日時　平成23年1月21日(金)13時00分～17時00分
場所　九州大学国際ホール
次第　「地球温暖化の気象学的側面」伊藤久徳
「果樹の温暖化影響と適応策」杉浦俊彦
「温暖化に伴う降雨の変動と畑作物の水管理対応策—技術の開発と普及」黒瀬義孝
「温暖化と水田の水資源—気候変動が稲の水利用に及ぼす影響」丸山篤志
「地球温暖化の影響と適応—水資源・防災・環境の視点から」小松利光

◆「第2回 科学技術人材育成シンポジウム」

日時　平成23年1月22日(土)12時30分～16時40分
場所　日本学術会議講堂
次第　「渇望される高度技術者教育実現への道」桑原 洋
「経済産業省の理科・工学離れ対策成果事例」中村 肇
「JSTの科学技術人材育成施策」岩渕晴行
「河川環境管理財団の取り組み」河崎和明
「JEMAにおける教員支援の取り組み」(未定)
「大学発教育支援コンソーシアム推進機構」三宅なほみ

◆「第27回宇宙利用シンポジウム」

日時　平成23年1月24日(月)～25日(火)
場所　宇宙航空研究開発機構・宇宙科学研究所 相模原キャンパス
次第　日比谷孟俊 他

◆「放射線作業者の被ばくの一元管理について」

日時　平成23年1月25日(火)13時00分～16時30分
場所　日本学術会議講堂
次第　「日本学術会議提言の説明」柴田徳思
「医療従事者の被ばく管理の現状」井上登美夫
「医療領域における被ばく管理—アンケート結果から」中村 豊
「大型共同利用施設における被ばく管理の現状」桝本和義
「日本における線量登録の経験—中央登録センターの立場から」久芳道義

日本学術会議の動き

「放射線作業者の個人線量の測定とその結果の取扱い」壽藤紀道
「ICRP及びUNSCEAR対応の観点から」丹羽太貫
「海外の線量一元化の現状」吉澤道夫
「作業者の一元管理における医療被ばくの取扱い」甲斐倫明

◆日本学術会議東北地区会議主催講演会「テーラーメード医療の現状と展望」

日時　平成23年1月28日(金)13時00分～17時00分
場所　メルパルク仙台
次第　「(未定)」嘉山孝正
「(未定)」笹月健彦

◆「再論 日本の社会福祉学・社会学の国際化に向けて」

日時　平成23年1月30日(日)13時00分～16時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　「若手研究者の育成と国際化」遠藤 薫
「研究業績量化方法の国際標準化(SSCIなど)」須田木綿子
「問題意識の確立と研究方法の模索：パブリックソシオロジーを題材にして」京谷栄二
「留学生への対応」齋藤麻人
「文化を超えた研究の方法と実践」今田高俊

◆「学術の大型施設計画・大規模研究計画（マスタープラン）に関する物理系シンポジウム」

日時　平成23年1月31日(月)9時30分～18時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　「学術の大型施設計画・大規模研究計画の考え方」永宮正治
「学術行政の立場から」倉持隆雄
「素粒子・原子核分野（5計画）」相原博昭／田村裕和
「複合原子力科学の有効利用に向けた先導的研究の推進」森山裕丈
「天体宇宙物理分野（5計画）」須藤 靖
「プラズマ核融合分野（3計画）」山田弘司
「計算基礎科学ネットワーク拠点」宇川 彰
「物質科学分野（4計画）」家 泰弘

◆日本学術会議第二部主催講演会「科学の社会的責任」

日時　平成23年2月1日(火)13時00分～16時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　「科学の社会的責任・課題と対策」浅島 誠
「医学の社会的責任・課題と対策」桐野高明
「歯科医学の変遷（仮）」米田俊之
「薬学の社会的責任・課題と対策」橋田 充
「健康・生活科学の社会的責任・課題と対策」南 裕子
「食料科学の社会的責任―課題と対策（仮）」新山陽子
「理学の社会的責任・課題と対策」黒岩常祥
「倫理的な心・不正をする心(仮)」藤田一郎

◆「ラミダス猿人の新発見から男女の愛を考える」

日時　平成23年2月6日(日)14時00分～17時00分
場所　東京大学理学部2号館大講堂
次第　「ラミダス猿人のすべて(仮)」諏訪 元
「現代人における人間の性差(仮)」長谷川眞理子
講演：馬場悠男／山極壽一／中務真人

◆「金融危機、資産市場の変調とマクロ経済」

日時　平成23年2月7日(月)12時50分～17時35分
場所　日本学術会議講堂
次第　第一セッション「金融政策と資産市場」
第二セッション「資産市場の変化」
第三セッション「マクロ経済と金融規制」

◆「超大型レーザーによる高エネルギー密度科学の展開」

日時　平成23年2月14日(月)10時00分～17時15分
場所　日本学術会議講堂
次第　「国立点火施設NIF：人類初の制御核融合と新しい科学の機会」Edward I. Moses
「高エネルギー物理から高強度レーザーに期待するもの」鈴木厚人
「大型レーザーが切り拓く挑戦的基礎科学」高部英明
「NIFにおける物質科学」Raymond Jeanloz
「仮説：大エネルギーレーザー＝極短パルスへの道」田嶋俊樹
「光科学からNIFに期待するもの」加藤義章

◆「学術における男女共同参画推進の加速化に向けて―アンケート調査結果の分析をてがかりに」
日時　平成23年3月2日(水)13時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　「第三次男女共同参画基本計画について」
鹿島 敬
「第4期科学技術基本計画について」(未定)
「第2回日本学術会議男女共同参画アンケート調査結果から」
―アンケート調査結果分析　山本眞鳥
―第1回アンケートとの比較　江原由美子
「大学における男女共同参画政策の推進」
―女性研究者支援システム改革プログラム事業の事例から　稲葉カヨ
―私立大学の事例（未定）
―公立大学の事例（未定）

◆「International Workshop on Novel Superconductors and Super Materials 2011」
日時　平成23年3月6日(日)～8日（火）
場所　日本科学未来館
次第　招待講演、一般口頭発表、ポスター発表 他

◆「第60回理論応用力学講演会」
日時　平成23年3月8日(火)～10日(木)
場所　東京工業大学大岡山キャンパス
次第　特別講演、パネルディスカッション、研究発表 他

◆「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23年3月12日(土)13時00分～16時50分
場所　日本学術会議講堂
次第　「くらしと法律（仮）」戒能民江
「くらしと着ること（仮）」片山倫子
「くらしと食べること（仮）」渋川祥子
「くらしと住むこと（仮）」小川信子

◆日本学術会議北海道地区会議主催講演会
「『社会共通資本』としての保健医療を考える―患者・医療者および国民皆の理想を求めて」
日時　平成23年3月15日(火)13時00分～17時00分
場所　北海道大学学術交流会館
次第　「基調講演」金澤一郎
「本企画の背景」(未定)
「北海道における地域医療をどう構築するか？（仮）」(未定)
「高度先進医療をどう構築するか（仮）」
浅香正博
「社会的共通資本としての歯科医療・歯科教育の将来像（仮）」戸塚靖則
「道東地域に焦点をあてた本学医学部新設の草案：北海道の医師偏在を解消できるか？」
新川詔夫
「これからの看護師・保健師の役割と教育（仮）」佐伯和子

◆「法学研究者養成の危機と打開の方策―法学研究・法学教育の再構築を目指して」
日時　平成23年3月16日(水)13時30分～17時30分
場所　日本学術会議講堂
次第　「基調講演」奥田昌道
「日本学術会議の取組の経過と現段階」
戒能通厚
「『法学研究者の養成に関するアンケート』調査結果報告」愛敬浩二
「個別大学における取組みと問題点」
山本敬三／浦川道太郎／長谷川 晃
「学会における取組みと問題点」松井芳郎
「議論のまとめと今後の方向について」
広瀬清吾

◆「水田稲作を中心とした日本農業の展望と作物生産科学の果たすべき役割」
日時　平成23年3月31日(木)13時00分～17時00分
場所　東京農業大学
次第　「日本人にとってのイネと稲作（仮）」
田中耕司
「食料自給とイネ①(育種学の立場から)(仮)」
加藤 浩
「食料自給とイネ②(作物学の立場から)(仮)」
未定
「水田稲作と共存してきた多様な農業生産（園芸学の立場から）（仮）」高樹英明
「水田稲作の環境保全機能（土壌肥料学の立場から）（仮）」木村眞人

日本学術会議の動き

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23年2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。

◆「超大型レーザーによる高エネルギー密度科学の展開」

日時　平成23年2月14日(月) 9時30分～17時15分
場所　日本学術会議講堂
次第　「国立点火施設NIF：人類初の制御核融合と新しい科学の機会」Edward Moses
「高エネルギー物理から高強度レーザーに期待するもの」鈴木厚人
「大型レーザーが切り拓く挑戦的基礎科学」高部英明
「NIFにおける物質科学」Raymond Jeanloz
「仮説：大エネルギーレーザー＝極短パルスへの道」田嶋俊樹
「光科学からNIFに期待するもの」加藤義章
「NIFを使った宇宙物理研究」Robert Rosner

◆「グローバル化の時代における法と法学教育—国際関係法を中心に—」

日時　平成23年2月14日(月)13時00分～17時00分
場所　日本学術会議6階
次第　第1セッション：
国際関係法教育における国際的な経験
「国際法研究・教育におけるグローバリゼーションへの対処—国際法協会『国際法教育』委員会における経験を手がかりとして—」森田章夫
「大学国際法教育シラバスと教科書の比較検討—日中韓を例に—」薬師寺公夫
「国際関係法学分野における教育・研究の国際協力」吾郷真一
第2セッション：
グローバル化時代における国内法教育の課題
「留学生に対する英語による日本法教育—刑事法を中心に—」高山佳奈子
「グローバル私法の勧め」櫻田嘉章
「国際関係法の立場から国内法教育に求めるもの—国際公秩序とのリンケージを中心に—」小森光夫
第3セッション：
国際関係法教育における社会連携
「外交実務の立場から国際関係法教育に望むこと」三上正裕
「弁護士実務におけるグローバル化への対処について」片山 達

◆「学術における男女共同参画推進の加速化に向けて—アンケート調査結果の分析をてがかりに」

日時　平成23年3月2日(水)13時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　「第三次男女共同参画基本計画について」鹿島 敬
「第4期科学技術基本計画について」(未定)
「第2回日本学術会議男女共同参画アンケート調査結果から」
—アンケート調査結果分析　山本眞鳥
—第1回アンケートとの比較　江原由美子
「大学における男女共同参画政策の推進」
—女性研究者支援システム改革プログラム事業の事例から　稲葉カヨ
—私立大学の事例（未定）
—公立大学の事例（未定）

◆「第4回情報学シンポジウム "VISION, MISSION, PASSION—The Fourth Paradigm in every aspect is coming soon"」

日時　平成23年3月5日(土)13時00分～17時10分
場所　日本学術会議講堂
次第　Mounir Hamdi／John Hopcroft／Dennis Gannon／青山友紀／筧 捷彦／西尾章治郎／武市正人

◆「International Workshop on Novel Superconductors and Super Materials 2011」

日時　平成23年3月6日(日)～8日(火)
場所　日本科学未来館
次第　招待講演、一般口頭発表、ポスター発表 他

◆「第60回理論応用力学講演会」

日時　平成23年3月8日(火)～10日(木)
場所　東京工業大学大岡山キャンパス
次第　Christophe Bailly／Andrei Constantinescu／Tian Jian Lu／Arakel S. Petrosyan／巽 友正 他

◆「データ同化：計測と計算の限界を超えて」

日時　平成23年3月11日(金)14時00分～17時30分
場所　統計数理研究所
次第　「統計数理研究所 NOE 形成事業について」北川源四郎
「データ同化研究開発センターの活動について」樋口知之
「流体科学における計測と計算の融合研究」早瀬敏幸
「太陽地球環境のシミュレーションとデータ解析」荻野竜樹
「データ同化による巨大複雑系地球変動の状態推定と予測の可能性」淡路敏之

◆「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23年3月12日(土)13時00分～16時50分
場所　日本学術会議講堂
次第　「くらしの視点から法を見直す—生活法学の試み—」戒能民江
「衣服とくらし」片山倫子
「くらしの中での食の位置づけ」渋川祥子
「生活歴と住居の関係」小川信子

◆日本学術会議北海道地区会議主催講演会
「『社会共通資本』としての保健医療を考える
—患者・医療者および国民皆の理想を求めて」

日時　平成23年3月15日(火)13時30分～17時00分
場所　北海道大学学術交流会館
次第　「基調講演」金澤一郎
「本企画の背景」(未定)
「北海道における地域医療をどう構築するか？（仮)」(未定)
「高度先進医療をどう構築するか（仮)」浅香正博
「社会的共通資本としての歯科医療・歯科教育の将来像（仮)」戸塚靖則
「道東地域に焦点をあてた本学医学部新設の草案：北海道の医師偏在を解消できるか？」新川詔夫
「これからの看護師・保健師の役割と教育（仮)」佐伯和子

◆「法学研究者養成の危機と打開の方策—法学研究・法学教育の再構築を目指して」

日時　平成23年3月16日(水)13時30分～17時30分
場所　日本学術会議講堂

次第　「基調講演」奥田昌道
「日本学術会議の取組の経過と現段階」
戒能通厚
「『法学研究者の養成に関するアンケート』調査結果報告」愛敬浩二
「個別大学における取組みと問題点」
山本敬三／浦川道太郎／長谷川 晃
「学会における取組みと問題点」松井芳郎
「議論のまとめと今後の方向について」
広瀬清吾

◆「自然災害軽減のための国際協力のあり方を考える」

日時　平成23年3月22日(火)13時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　「自然災害軽減のための国際協力の現状と課題（仮）」伊藤 滋

◆「水田稲作を中心とした日本農業の展望と作物生産科学の果たすべき役割」

日時　平成23年3月31日(木)13時00分～17時00分
場所　東京農業大学
次第　「日本人にとってのイネと稲作（仮）」
田中耕司
「食料自給とイネ①（育種学の立場から）（仮）」加藤 浩
「食料自給とイネ②（作物学の立場から）（仮）」未定
「水田稲作と共存してきた多様な農業生産（園芸学の立場から）（仮）」高樹英明
「水田稲作の環境保全機能（土壌肥料学の立場から）（仮）」木村眞人

◆「第2回計算科学シュミレーションシンポジウム」

日時　平成23年4月20日(水)10時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　「ものづくり支援のための工学シミュレーションの品質保証に向けて」白鳥正樹
「数理脳科学の現状と課題」甘利俊一
「『ものづくりにおけるスーパーコンピューティング技術の推進検討小委員会』からの報告」加藤千幸
「『マルチスケール・マルチフィジックスの数理検討小委員会』からの報告」松宮 徹

◆「第57回構造工学シンポジウム」

日時　平成23年4月21日(木)～22日(金)
場所　京都大学百周年時計台記念館、芝蘭会館
次第　「地球規模での極端気性の現状と国際防災教育（案）」實 馨
パネルディスカッション
「構造技術者の海外進出（案）」

◆「計測・分析技術の最先端（仮題）」

日時　平成23年5月20日(金)13時30分～16時30分
場所　日本学術会議講堂
次第　「わが国の計測・分析技術開発への取組」
二瓶好正
「わが国の最新の質量分析法の現状と応用」
田中耕一
「わが国の最新の電子顕微鏡の現状と応用」
外村 彰
「わが国のプローブ顕微鏡の現状と応用」
川合知二
「“はやぶさ”が持ちかえった宇宙物質」
（未定）

日本学術会議の動き

幹事会報告

第114回幹事会（持ち回り）

日時　平成23年1月6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等の決定について承認されました。

○分野別委員会における分科会の委員（特任連携会員）の決定について承認されました。

○高レベル放射性廃棄物の処分に関する検討委員会の委員（特任連携会員）の決定について承認されました。

第115回幹事会

日時　平成23年1月27日（木）

会議の概要

審議事項

○選考委員会における分科会委員、国際委員会における分科会委員、分野別委員会における分科会等委員および分科会委員（特任連携会員）の任期の延長、大学教育の分野別質保証の在り方検討委員会における分科会委員、科学・技術を担う将来世代の育成方策検討委員会の委員、研究にかかわる『評価システム』の在り方検討委員会の委員の決定について承認されました。

○定年により退任する会員の補欠の会員候補者を推薦する部が決定されました。

○日本学術会議協力学術研究団体の指定（8団体）について承認されました。

今回、指定が承認された「協力学術研究団体」は次の8団体です。

・日本ビューリタニズム学会
・日本防衛学会
・日本ブリーフセラピー協会
・関係性の教育学会
・富山考古学会
・日本家畜臨床感染症研究会
・15年戦争と日本の医学医療研究会
・移民政策学会

○学術刊行物の指定（5件）について承認されました。

○第21回国際科学会議科学計画評価委員会（CSPR）及び国際科学会議Foresight Workshop出席に係る会員の派遣について承認されました。

○第1回Conference for Young Scientists & GYA総会への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18件の主催及び国内会議4件の後援が承認されました。

平成23年3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

平成23年度春の定例総会

日本学術会議第159回総会は、4月4日（月）～4月6日（水）までの3日間開催する予定です。

平成23年度臨時総会

日本学術会議第160回総会は、7月11日（月）に開催する予定です。

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23年3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。

◆「データ同化：計測と計算の限界を超えて」
日時　平成23年3月11日(金)14時00分～17時30分
場所　統計数理研究所
次第　「統計数理研究所 NOE 形成事業について」北川源四郎
「データ同化研究開発センターの活動について」樋口知之
「流体科学における計測と計算の融合研究」早瀬敏幸
「太陽地球環境のシミュレーションとデータ解析」荻野竜樹
「データ同化による巨大複雑系地球変動の状態推定と予測の可能性」淡路敏之

◆「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23年3月12日(土)13時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　「くらしの視点から法を見直す―生活法学の試み―」戒能民江
「衣服とくらし」片山倫子
「くらしの中での食の位置づけ」渋川祥子
「生活歴と住居の関係」小川信子

◆「資源循環型ものづくりを実現するための学術的指針」
日時　平成23年3月14日(月)13時30分～17時00分
場所　東洋大学白山キャンパス
次第　「日本学術会議生産科学分科会の活動と21期の成果報告について」古川勇二
「ものづくりを取り巻く環境変化」間瀬俊明
「資源循環型ものづくり経営科学の指針」圓川隆夫
「資源循環型ものづくりを実現するための生産システム科学の指針」高田祥三
「設計情報循環のためのものづくり科学の課題と提言」鈴木宏正
「精密工学会の方針と役割」森脇俊道

◆日本学術会議北海道地区会議主催講演会
「『社会共通資本』としての保健医療を考える―患者・医療者および国民皆の理想を求めて」
日時　平成23年3月15日(火)13時30分～17時15分
場所　北海道大学学術交流会館
次第　「これからの医療はどうあるべきか ―日本学術会議での議論―」金澤一郎
「社会的共通資本としての保健医療を考える」宇沢弘文
「北海道大学病院の新たな挑戦」浅香正博
「超高齢社会の到来と歯科医療・歯学教育」戸塚靖則
「道東地域に焦点をあてた医学部新設の草案および特定看護師構想 ―北海道の医師偏在を解消できるか ―」新川詔夫
「少子高齢社会における保健師・助産師・看護師の役割と教育」佐伯和子

◆「法学研究者養成の危機と打開の方策―法学研究・法学教育の再構築を目指して」
日時　平成23年3月16日(水)13時00分～17時30分
場所　日本学術会議講堂
次第　「法科大学院時代における法学研究者養成への道」奥田昌道
「日本学術会議の取組の経過と現段階」戒能通厚
「『法学系研究者の養成に関するアンケート』調査結果報告」愛敬浩二
「個別大学における取組みと問題点」山本敬三／浦川道太郎／長谷川 晃
「学会における取組みと問題点」松井芳郎
「議論のまとめと今後の方向について」広瀬清吾

◆「社会科学統合データベースの構築と課題」
日時　平成23年3月19日(土)13時00分～16時00分
場所　東京工業大学
次第　「社会科学統合データベース・ソリューショ

ン網構築の方法と意義」今田高俊
「経済学から見た社会科学データベース・データアーカイヴ構築の提言」樋口美雄
「グローバル社会における日本独自の経営学の在り方―財務情報のインターネット上での開示のためのデータベース」野口晃弘
「法の国際化・グローバル化にともなう規範的演繹作業のためのデータベース構築」池田眞朗

◆「一人ぐらし高齢者が自分らしく生きることを支えるために」

日時　平成23年3月21日(月)13時30分～16時00分
場所　神戸市看護大学ホール
次第　「『一人ぐらし高齢者』への人口学的接近」阿藤 誠
「高齢者の一人ぐらしと家族」直井道子
「一人ぐらし男性高齢者の自立支援における健康問題―セルフケアと交流―」田高悦子
「一人ぐらし高齢者の生活実態と社会的孤立―問題解決の方向性―」河合克義
「高齢者が一人ぐらしを楽しむためのICT」関根千佳

◆「自然災害軽減のための国際協力のあり方を考える」

日時　平成23年3月22日(火)13時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　「自然災害軽減のための国際協力の現状と課題」伊藤 滋
パネルディスカッション
小松利光／濱田政則／入江さやか／江島真也／竹内邦良／永井智哉／橋本笙子

◆「口蹄疫および鳥インフルエンザ発生の状況把握とその行方」

日時　平成23年3月22日(火)13時00分～17時00分
場所　筑波大学総合研究棟A110号室
次第　「国内採取黄砂アレルゲン物質の解析」
「黄砂構成鉱物とその生成環境」
「黄砂と口蹄疫・麦さび病等の病原菌の輸送について」
「国内における高病原性鳥インフルエンザの発生」西藤岳彦
「タイで分離された高病原性鳥インフルエンザの病原性解析」林 豪士

◆「福祉職・介護職の専門性の向上と社会的待遇の改善に向けて」

日時　平成23年3月27日(日)13時00分～15時30分
場所　東洋大学白山キャンパス
次第　古川孝順／住居広士／福間 勉／湯川智美／諏訪 徹／市川一宏／上之園佳子／白澤政和

◆「健康増進・地域医療・医療費適正化計画とデータ活用：生活習慣病の予防・治療システムの戦略的構築へ」

日時　平成23年3月27日(日)13時15分～15時15分
場所　昭和大学旗の台キャンパス
次第　「保健医療の政策・計画の現状とデータ分析研究への期待」城 克文
「生活習慣病の予防と医療費」岡村智教
「生活習慣病に関わる保健指導と医療費」水嶋春朔
「喫煙と生涯医療費」林田賢史
「生活習慣病に関わる地域レベルのデータ連結と解析」藤森研司
「生活習慣病の地域医療政策におけるデータの統合的分析」大坪徹也

◆「口蹄疫禍から考える我が国の畜産」

日時　平成23年3月28日(月)13時00分～16時00分
場所　東京農業大学厚木キャンパス
次第　「2010宮崎口蹄疫発生と防疫」姫田 尚
「宮崎再生の動き」児玉州男
「畜産経営の視点から―グローバリゼーションの中でリスクとどう向き合うのか―」

細野ひろみ
「生産技術開発の視点から―飼料基盤の強化が重要―」川島知之
「生産技術開発の視点から―健全性を高める飼養管理技術としてのアニマルウェルフェア―」佐藤衆介
「家畜防疫の視点から―HACCPによる農場管理―」田村 貴

◆「子どもにやさしい都市の実現にむけて」
日時　平成23年3月29日(火)13時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　子どもの成育環境の諸問題と展望
「成育空間について」仙田 満
「成育方法について」内田伸子
「成育時間について」佐々木宏子
木下 勇／小澤紀美子／五十嵐 隆／藤原朋子／熊谷俊人

◆「水田稲作を中心とした日本農業の展望と作物生産科学の果たすべき役割」
日時　平成23年3月31日(木)13時00分～17時00分
場所　東京農業大学
次第　「日本人にとってのイネと稲作（仮）」田中耕司
「食料自給とイネ①（育種学の立場から）（仮）」加藤 浩
「食料自給とイネ②（作物学の立場から）（仮）」未定
「水田稲作と共存してきた多様な農業生産（園芸学の立場から）（仮）」高樹英明
「水田稲作の環境保全機能（土壌肥料学の立場から）（仮）」木村眞人

◆「第２回計算科学シュミレーションシンポジウム」
日時　平成23年4月20日(水)10時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　「ものづくり支援のための工学シミュレーションの品質保証に向けて」白鳥正樹
「数理脳科学の現状と課題」甘利俊一
「『ものづくりにおけるスーパーコンピューティング技術の推進検討小委員会』からの報告」加藤千幸
「『マルチスケール・マルチフィジックスの数理検討小委員会』からの報告」松宮 徹

◆「第57回構造工学シンポジウム」
日時　平成23年4月21日(木)～22日(金)
場所　京都大学百周年時計台記念館、芝蘭会館
次第　「地球規模での極端気象の現状と国際防災教育（案）」實 馨
パネルディスカッション「構造技術者の海外進出（案）」

◆「第２回先端フォトニクスシンポジウム」
日時　平成23年4月22日(金)13時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　「光格子時計（仮）」香取秀俊
「ポリマーフォトニクス（仮）」小池康博
「超高強度レーザ物理（仮）」兒玉了祐
「超高速光通信（仮）」中沢正隆

◆「グローバル化時代の高校地歴科改革を求めて（仮）」
日時　平成23年4月23日(土)13時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　油井大三郎／山口幸男／高橋昌明／井田仁康

日本学術会議の動き

幹事会報告

第116回幹事会

日時　平成23年2月24日（木）

会議の概要

審議事項

○分野別委員会運営要綱の一部改正（設置期間延長及び構成の変更）、分野別委員会における委員会等の委員の追加及び分科会委員（特任連携会員）の任期の延長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の指定（7団体）について承認されました。
今回、指定が承認された「協力学術研究団体」は次の7団体です。
・日本脂肪栄養学会
・人間－生活環境系学会
・日本臨床政治学会
・日本顔学会
・日本リメディアル教育学会
・日本フィヒテ協会
・日本昆虫科学連合

○アジアの老齢人口における政策研究及びデータニーズに関するカンファレンスへの会員の派遣について承認されました。

○G8学術会議への会員の派遣について承認されました。

○7件のシンポジウム及び科学・技術フェスタin京都2011の主催、3件の国内会議の後援について承認されました。

平成23年4月中旬以降に開催されます公開講演会・シンポジウム等の詳細につきましては、Information Plaza又は日本学術会議ホームページをご覧ください。

Information Plaza 情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成23年4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。

◆「第2回計算科学シュミレーションシンポジウム」

日時　平成23年4月20日(水)10時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　「ものづくり支援のための工学シミュレーションの品質問題」白鳥正樹
「数理脳科学の現状と課題」甘利俊一
「『ものづくりにおけるスーパーコンピューティング技術の推進検討小委員会』からの報告」加藤千幸
「『マルチスケール・マルチフィジックスの数理検討小委員会』からの報告」松宮 徹

◆「第57回構造工学シンポジウム」

日時　平成23年4月21日(木)～22日(金)
場所　京都大学百周年時計台記念館、芝蘭会館
次第　「地球規模での極端気性の現状と国際防災教育（案）」實 馨
パネルディスカッション「構造技術者の海外進出（案）」

◆「第2回先端フォトニクスシンポジウム」

日時　平成23年4月22日(金)13時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　「光格子時計（仮）」香取秀俊
「ポリマーフォトニクス（仮）」小池康博
「超高強度レーザ物理（仮）」兒玉了祐
「超高速光通信（仮）」中沢正隆

◆「新しい高校地理・歴史教育の創造
— グローバル化時代を生き抜くために—)」

日時　平成23年4月23日(土)14時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　第一部　高校の地理・歴史教育改革と関連分野の改革
「改革案の全体構成と現行歴史系科目内での短期的改革」油井大三郎
「高校地理教育の改善方向と地歴連携のあり方」山口幸男
第二部　高校地理・歴史教育の長期的改革案
— 歴史基礎と地理基礎の新設—
「新科目「歴史基礎」の特徴と具体化にむけて」高橋昌明
「高校地理歴史科・必修科目としての「地理基礎」案」井田仁康

◆「生物多様性をめぐる科学と社会の対話in南東北」

日時　平成23年5月15日(日)13時30分～17時10分
場所　ベリーノホテル一関
次第　西田治文／三宅成樹／今中忠行／北里 洋／松本忠夫／長谷川眞理子／長谷川寿一／斎藤成也／鷲谷いづみ

◆「計測・分析技術の最先端（仮題）」

日時　平成23年5月20日(金)13時30分～16時30分
場所　日本学術会議講堂
次第　「わが国の計測・分析技術開発への取組」二瓶好正
「わが国の最新の質量分析法の現状と応用」田中耕一
「わが国の最新の電子顕微鏡の現状と応用」外村 彰
「わが国のプローブ顕微鏡の現状と応用」川合知二
「“はやぶさ”が持ちかえった宇宙物質」(未定)

◆「労働・雇用と安全衛生に関わる諸システムの再構築を—働く人の健康で安全な生活のために—」

日時　平成23年5月20日(金)16時00分～18時00分
場所　ホテル・アジュール竹芝
次第　「わが国の労働時間と過重労働の問題—労働法の立場で」和田 肇
「国際労働基準と企業の社会的責任（CSR)」吾郷眞一
「今後の産業保健サービスのあり方」小木和孝
「新しい産業民主主義の構築へ」濱口桂一郎

◆「加齢と目と耳の病気」

日時　平成23年5月21日(土)16時00分～18時00分
場所　国立京都国際会館
次第　「白内障と緑内障」松村美代
「加齢黄斑性」石橋達朗
「加齢と難聴」加我君孝
「補聴器の最先端」細井裕司

◆「新しい社会的リスクへの対応—比較の中の日本」

日時　平成23年6月18日(土)13時30分～15時30分
場所　北海道大学（札幌キャンパス）
次第　「日本型福祉レジームの再編と家族—ケアの社会化を中心に」辻 由紀
「日本型福祉・生産レジームの再編と教育」徳久恭子
「スコットランド型福祉国家の再編と地域社会—社会的包摂政策をめぐって」渕元初姫

一般社団法人日本看護研究学会雑誌投稿規程

１．投　稿　者

本誌投稿者は，著者及び共著者すべて本学会員とする。ただし編集委員会により依頼したものはこの限りではない。

２．投稿の種類と内容

投稿内容は，看護に関する学術・技術・実践についての論文とする。投稿者は，投稿時に以下の原稿種別のいずれかを申告する。投稿論文は未発表のものに限る。また，人および動物が対象の研究は，倫理的配慮がされていること，およびそのことが本文中に明記されなくてはならない。

■原著論文（カテゴリーⅠ：量的研究，カテゴリーⅡ：質的研究，カテゴリーⅢ：その他）

学術上および技術上価値ある新しい研究成果を記述した論文。

投稿時にカテゴリーⅠ，Ⅱ，Ⅲ，のいずれかを選択する。

■研究報告

学術上および技術上価値ある新しい研究成果で，前掲「原著論文」ほどまとまった形ではないが，これだけでも早く発表する価値のある論文。

■技術・実践報告

技術的な問題についての実践結果の報告で，その手段あるいは得られた成果が大きな波及効果を期待できる記事。

■総　　説

特定の問題に関する文献を集めて分析検討した論文。

３．原稿の送付

投稿原稿は，所定の表紙（学会誌最終頁に綴じ込まれている）に必要事項を記入の上，本文，図表，写真等，を綴じたオリジナル原稿，およびオリジナル原稿のコピー３部（査読用なので，著者が特定できる部分（謝辞も含む）を削除したもの），および電子媒体（フラッシュメモリ，ＦＤ，ＣＤのいずれか，ラベルには著者，表題，使用ＯＳ，使用ソフトウェアを明記する）を添えて下記に送付する。

〒260-0015　千葉市中央区富士見２－22－６　富士ビル６階

一般社団法人日本看護研究学会　編集委員会　委員長　中木　高夫　宛

（封筒の表には，「日看研誌原稿」と朱書し，書留郵便で郵送すること。）

事務局に到着した日を原稿受付日として誌上に明記する。なお著しく執筆要項を逸脱したものは事務的に返却し，形式が整った時点を受付日とする。

４．原稿の受付

原稿の受付は，随時行っている。投稿規程および原稿執筆要項に沿わない原稿は，受理できない。

５．投稿の採否

投稿の採否は，規程の査読を経たうえで本誌編集委員会が決定する。場合により著者に内容の追加あるいは短縮を求めることがある。また著者に承認を求めたうえで投稿の種類を変更することがある。

査読の結果，「再査読」の場合には修正された原稿について改めて査読を行う。査読の結果が「不採用」の場合で，その「不採用」の理由に対して論文提出者が明らかに不当と考えた場合には，不当とする理由を明記して本会編集委員長あてに異議申し立てをすることができる。

なお原稿は原則として返却しない。

なお原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

	原著論文	研究報告	技術・実践報告	総　　説	資料・その他
独　　創　　性	○	○	○		
萌　　芽　　性		○	○		
発　　展　　性		○	○	○	
技術的有用性			○	○	
学術的価値性・有用性	○	○		○	
信　　頼　　性	○			○	
完　　成　　度	○				

〔凡例〕○：評価の対象とする，空欄：評価するが過度に重視しない。

6．原稿の校正

校正にあたり，初校は著者が，２校以後は著者校正に基づいて編集委員会が行う。

なお校正の際の加筆は一切認めない。

7．原稿掲載料・別刷料

原稿が刷り上がりで，10頁以下（800字詰原稿用紙30枚（図表含む））の場合は，掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は，所定の料金を徴収する。超過料金は，刷り上がり超過分１頁につき実費とする。

図表は，Ａ４判用紙にトレースした原図を添える事。印刷業者でトレースが必要になった時はその実費を徴収する。

別刷については，印刷ファイル（pdf）の形で無料で配布する。刷紙媒体で必要な著者は，直接印刷業者に依頼すること。刷紙体は有料で，料金は，30円×刷り上がり頁数×部数（50部を単位とする）。ただし本会より執筆を依頼したものについてはこの限りではない。

8．著 作 権

会員の権利保護のために，掲載された原稿の版権は本会に属するものとする。他者の版権に帰属する資料を引用するときは，著者がその許可申請手続きを行なう。

9．原稿執筆要項

別に定める。

この規程は，昭和59年12月１日より発効する。

付　　則

1）平成５年７月30日　一部改正実施する。
2）平成９年７月24日　一部改正実施する。
3）平成12年４月22日　一部改正実施する。
4）平成15年７月23日　一部改正実施する。
5）平成16年７月28日　一部改正実施する。
6）平成17年７月21日　一部改正実施する。
7）平成21年８月２日　一部改正実施する。

原　稿　執　筆　要　項

1．原稿の書き方

原稿は簡潔でわかりやすいように重点を強調して記述すること。書籍・雑誌などの図，表を引用するときには必ず出典を明記すること。

1）所定の表紙（学会誌最終頁に綴じ込まれているものをＡ４判にコピーして使用）に，原稿の種類，和・英（JAMAの書式（URL:http://jama.ama-assn.org/））の論文題名，およびキーワード（５語以内シソーラスで確認する），著者氏名，所属団体・部署とその英訳，原稿枚数，和文抄録文字数，英文抄録使用語数，別刷部数を明記する。

2）原則としてデータ入稿とし，英文抄録，和文抄録はそれぞれ別の用紙に印刷する。本文の書式はＡ４判の用紙に文字数800字（40字詰め20行），左右余白30㎜，上下余白50㎜とする。本文には必ず中央下にページ数（本文のみ）を記すこと。本文（題名とはじめにの間などに）には著者名，所属を記入しない。

3）英文抄録は200語以内をＡ４判の用紙に，原則としてTimes New Romanの12フォントを用いて，シングルスペースで印字する（原著論文，研究報告のみ）。英文についてはネイティブチェックの確認書を同封すること。

4）和文抄録は400字以内とする。

5）図表は一つずつＡ４用紙に配置し，それぞれに通し番号を付して図１，表１などとする。

6）図はWord・Excel・Power Point，表はWord・Excelで作成し，本文データとは別のファイルで，それぞれオリジナルデータのまま入稿する。

7）図表は，原稿本文とは別にまとめて巻末に添える事。図表を原稿に挿入する箇所は，原稿の右側余白に図表番号を朱書きする。

8）文献は，本文の引用箇所の肩に１），２）のように番号で示し，本文原稿の最後に一括して引用番号順に整理して記載し，書式は本文と同じとする。文献著者が３名以上の場合は筆頭者２名のみをあげ，○○他とする。文献の記載方法は以下の通りである。

①雑誌の場合：

番号）著者名：表題，雑誌名，巻（号），始ページ－終ページ，発行年（西暦）.

※ただし，「巻」の通しページの場合は「(号)」の表示は必要ない（以下，例２））。

－例－

1）日本太郎，看護花子，他：社会的支援が必要なハイリスク状態にある高齢入院患者の特徴，日本看護研究学会雑誌，2(1)，32-38，1998.

2）Nihon, T., Kango, H. et al.: Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service, J. Nursing, 5, 132-138, 2000.

②書籍の場合：

番号）著者名：書名，引用箇所の始ページ－終ページ，出版社，出版地，発行年（西暦）.

－例－

3）研究太郎：看護基礎科学入門，23-52，研究学会出版，大阪，1995.

③編集者の場合：

番号）著者名：表題，編集者名（編）：書名，始ページ－終ページ，出版社，出版地，発行年（西暦）.

－例－

4）研究花子：不眠の看護，日本太郎，看護花子（編）：臨床看護学Ⅱ，123-146，研究学会出版，東京，1998.

5）Kimura, H.: An approach to the study of pressure sore, In: Suzuki, H., et al. (Eds): Clinical Nursing Intervention, 236－265, Nihon Academic Press, New York, 1996.

④電子文献の場合：

番号）著者：タイトル，入手日，URL

－例－

6）ABC看護学会：ABC看護学会投稿マニュアル，2003-01-23，
http://www.abc.org/journl/manual.html

なお，雑誌略名は邦文誌では医学中央雑誌，欧文誌では，INDEX MEDICUSおよびINTERNATIONAL NURSING INDEXに従うものとする。

9）用字・用語は，現代かなづかいとする。アラビア数字を使い，SI 単位系（m，kg，S，Aなど）を用いる。

2．原稿用紙および原稿の長さ

800字詰め原稿用紙３枚が刷り上がり１ページに相当する。刷り上がりが下記のページ数を超過しないように配慮すること。ただし，表題，図表等の一切を含むものとする。図表を仕上がり寸法（原版の2/3で大まかに見積る）で，Ａ４サイズの用紙に配置した場合に必要となるページ数を下記のページ数から差し引いたページ数に，2400文字を乗じた数が本文及び引用文献に使用できる文字数になる。

⑴　原著論文　　10ページ
⑵　研究報告　　10ページ
⑶　技術・実践報告　　７ページ
⑷　総　　説　　７ページ

3．原稿の電子媒体での提出

原則として，原稿の内容を電子媒体（フラッシュメモリ，ＦＤ，ＣＤの，いずれか）で提出する。ラベルには著者，表題，使用OS，使用ソフトウェアを明記すること。

この要項は，昭和59年12月１日より発効する。

付　　則

１）平成５年７月30日　一部改正実施する。
２）平成９年７月24日　一部改正実施する。
３）平成10年７月30日　一部改正実施する。
４）平成12年４月22日　一部改正実施する。
５）平成15年７月23日　一部改正実施する。
６）平成17年７月21日　一部改正実施する。
７）平成21年８月２日　一部改正実施する。
８）平成21年11月５日　一部改正実施する。

事　務　局　便　り

東日本大震災心よりお見舞い申し上げます。

1．平成23年度会費納入のご案内について

平成22年度会費をお納めの上，平成23年３月31日までに，平成23年度から「退会」のお申し出のない会員の皆様に学会誌34巻１号を送付いたしております。

平成23年度会費未納の方は，お早めに同封の振込用紙または，下記の納入方法でお振込下さいますようお願いいたします。

記

会　　費	7,000円
郵便振込　口座番号	00100－６－37136
加入者名	一般社団法人日本看護研究学会

会員の中に同姓・同名の方がおります。お振込の際，会員番号は，必ずご記入下さい。

ATMによるお振込の場合，氏名，ご連絡先の記載がない場合があります。必ずご確認の上，お振込下さいますようお願いいたします。

会員番号は，学会誌をお送りした封筒宛名ラベルに明記してありますので，ご確認下さい。

ラベル見本

260-0015
千葉市中央区富士見２丁目22－６　富士ビル６Ｆ
千葉　花子
(3)(ち 9999)(2010)
平成 23 年度会費をお支払い下さい。

①　②　③

①：地区番号
②：**会員番号**
③：会費最終納入年度

2．送付先等変更の場合・学会誌巻末の「変更届」に新しい送付先を楷書でお書きいただき，フリガナを付記し，FAX（043－221－2332）又はメール（info@jsnr.jp）で事務局までお知らせ下さい。

3．下記の方が，住所不明です。ご存知の方は，ご本人または，事務局までご連絡をお願いいたします。

か0205　管野　静子　か0725　片山美千代　し0451　芝尾　里奈　は0538　馬場ユクノ
あ0510　荒川　　結　ふ0468　藤原真奈実
い0924　飯田　絹子　や0533　山本　直子

事務所の開所曜日・時間と連絡先

開所曜日	月・火・木・金	電　話	043－221－2331
開所時間	10：00～15：00	ＦＡＸ	043－221－2332

日　本　看　護　研　究　学　会　雑　誌

第34巻　１号

会員無料配布

平成23年４月20日　印刷
平成23年４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　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
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
片岡　　純（会　員）愛知県立大学看護学部
勝山貴美子（会　員）横浜市立大学医学部看護学科
川口　孝泰（理　事）筑波大学大学院人間総合科学研究科
北　　素子（会　員）東京慈恵会医科大学医学部看護学科
小松　浩子（理　事）慶應義塾大学看護医療学部
佐藤　政枝（会　員）首都大学東京健康福祉学部看護学科
柴山　健三（会　員）椙山女学園大学看護学部看護学科
杉浦　太一（評議員）岐阜大学医学部看護学科
村岡　宏子（会　員）東邦大学看護学部
谷津　裕子（会　員）日本赤十字看護大学
（五十音順）

発行所　一般社団法人日本看護研究学会
〒260-0015　千葉市中央区富士見２－22－６
富士ビル６階
☎　043-221-2331
FAX　043-221-2332
ホームページアドレス
http://www.jsnr.jp
E-mail: info@jsnr.jp

発行責任者　山　口　桂　子

印刷所　（株）正　文　社
〒260-0001　千葉市中央区都町１－10－６

入会を申し込まれる際は，以下の事項にご留意下さい。（ホームページ上において入会申込書を作成し，仮登録することができます。この手続きにより入会登録を迅速に処理することができますのでできるだけそちらをご利用下さい。）

1．大学，短期大学，専修学校在学中の学生は入会できません。なお，前述の身分に該当する方で，学術集会への演題申込みのためにあらかじめ発表年度からの入会を希望される場合は，発表年度にはこれに該当しないことを入会申込書欄外に明記して下さい。

2．入会を申し込まれる場合は，評議員の推薦，署名，捺印，入会申込み本人氏名，捺印が必要です。下記入会申込書の各欄に必要事項を楷書でご記入下さい。ご本人の捺印のない場合があります。ご注意下さい。

3．入会申込書の送付先：〒260-0015　千葉市中央区富士見２丁目22番６号　富士ビル６階
一般社団法人日本看護研究学会

4．理事会承認後，その旨通知する際に入会金３,０００円，年会費７,０００円，合計１０,０００円の郵便振込用紙を送付します。振込用紙到着後14日（２週間）以内にお振込み下さい。

5．専門区分の記入について：専門区分のいずれかに○印を付けて下さい。尚，その他の場合は，（　）内に専門の研究分野を記入して下さい。

6．送付先について：送付先住所の自宅・所属いずれかに○印をご記入下さい。

7．地区の指定について：勤務先と，自宅住所の地区が異なる場合，希望する地区に○印を付けて地区登録して下さい。尚，地区の指定がない時は，勤務先の地区への登録とさせていただきます。

8．会員番号は，会費等の納入を確認ののち，お知らせいたします。

＊個人情報の管理について
一般社団法人日本看護研究学会にご登録いただいている個人情報については，慎重に取り扱い，本会運営の目的のみに使用しております。

（ 切り取り線より切ってお出しください ）

入　会　申　込　書

一般社団法人日本看護研究学会理事長　殿　　申込年月日　　年　　月　　日

貴会の趣旨に賛同し会員として西暦＿＿＿＿年度より入会を申し込みます。（入会年度は，必ずご記入下さい。）

フリガナ		専門区分	看護学・医学・その他（　　）
氏名	印	生年	西暦　　年　　月　　性別　男・女
所属			
	TEL	FAX	
送付先住所	自宅・所属（いずれかに○）	〒	
E-mail			
自宅	TEL	FAX	
評議員推薦者氏名	印	会員番号	
推薦者所属			
事務局記入欄	理事会承認年月日		
	受付番号	年度入会会員番号	
	受付日	巻　　号～	
	通知番号	送付日	

地区割

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

変　更　届

一般社団法人日本看護研究学会事務局　宛（ＦＡＸ　０４３－２２１－２３３２）

下記の通り変更がありましたので，お届けいたします。

年　　月　　日

会員番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

変更する項目にご記入ください。

自宅住所の変更

〒　　－

電話及びＦＡＸ

ＴＥＬ　　－　　－　　ＦＡＸ　　－　　－

勤務先の変更

所 属 名：

所属住所

〒　　－

電話及びＦＡＸ

ＴＥＬ　　－　　－　　ＦＡＸ　　－　　－

フ リ ガ ナ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名の変更＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

地区の変更

地 区 割

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

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，希望する地区番号に○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。

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

指導力＆健康教育力が みるみる身につく!!

保健指導・患者指導のための

行動変容 実践アドバイス50

■A5判　126頁
■定価1,890円（本体1,800円 税5%）
ISBN978-4-263-23528-7

やる気を引き出す8つのポイント

行動変容をうながす 保健指導・患者指導

■A5判　110頁
■定価1,680円（本体1,600円 税5%）
ISBN978-4-263-23504-1

医療・保健スタッフのための

健康行動理論 実践編

生活習慣病の予防と治療のために

■B5判　92頁
■定価1,890円（本体1,800円 税5%）
ISBN978-4-263-23393-1

保健スタッフのための

ソーシャル・マーケティング 実践編

行動変容をうながす
健康教育・保健指導のために

■B5判　100頁
■定価2,520円（本体2,400円 税5%）
ISBN978-4-263-23507-2

保健スタッフのための

ソーシャル・マーケティングの基礎

■B5判　82頁
■定価1,890円（本体1,800円 税5%）
ISBN978-4-263-23447-1

行動変容のための

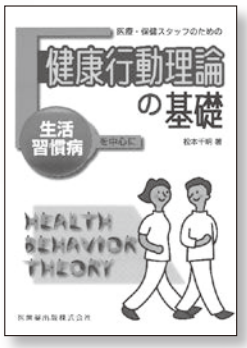
健康教育 パワーアップガイド

効果を高める32のヒント

■A5判　96頁
■定価1,890円（本体1,800円 税5%）
ISBN978-4-263-23548-5

個別の 保健指導・患者指導に 強くなりたい！

不特定多数への 健康教育で， 力を発揮したい！



医療・保健スタッフのための

健康行動理論の基礎

生活習慣病を中心に

■B5判　108頁
■定価1,890円（本体1,800円 税5%）
ISBN978-4-263-23337-5

著者プロフィール　松本千明 先生

北海道立旭川高等看護学院非常勤講師／医学博士・公衆衛生学修士．現在は，医療・保健スタッフを対象に，健康行動理論とソーシャル・マーケティングに関する講演と執筆を中心に活動中．
URL　http://homepage3.nifty.com/cmkenkou/

医歯薬出版株式会社　〒113-8612 東京都文京区本駒込1-7-10　TEL03-5395-7610 FAX03-5395-7611　http://www.ishiyaku.co.jp/

Japan Society of Nursing Research