JOURNAL OF
JAPAN SOCIETY OF
NURSING RESEARCH
Volume 34 Number 2 June 2011 ISSN 0285-9262

# 日本看護研究学会雑誌

[34巻 2号]

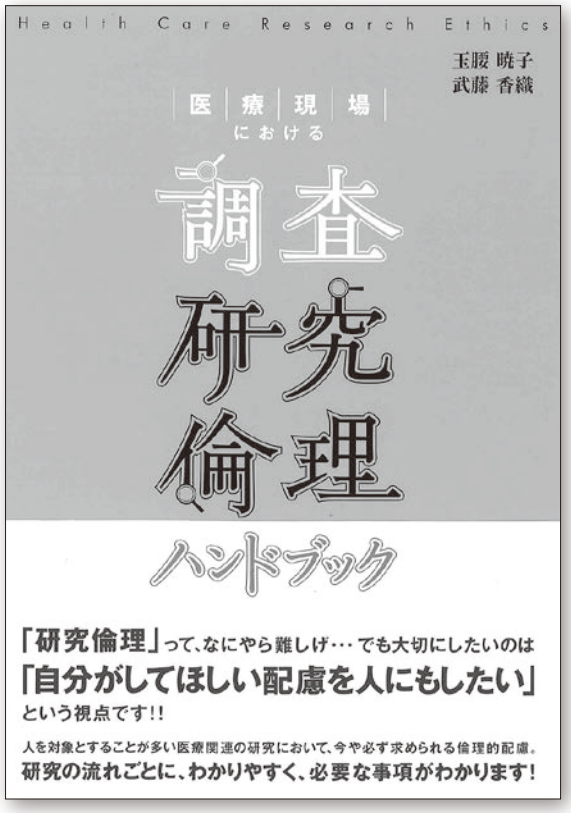
Japan Society of Nursing Research

医療現場での研究に必須な倫理的な配慮を、わかりやすく、コンパクトに整理

# 医療現場における
# 調査研究倫理ハンドブック


玉腰 暁子　愛知医科大学医学部教授
武藤 香織　東京大学医科学研究所准教授
[執筆協力] 大久保 功子　東京医科歯科大学大学院教授


人を対象とすることの多い医療関連の研究において、今や必須とされる倫理的な配慮。「研究倫理」というと難しげだが、実際には「自分がしてほしい配慮を人にもしたい」という視点が大切だと考える著者らが、研究の流れに沿ってコンパクトに整理したハンドブック。研究方法ごとに留意する点、対象者に応じた配慮、取り扱う材料ごとの対応などを具体的に紹介し、課題解決に向けた実践的なヒントをわかりやすく提供する。





●A5　頁144　2011年
定価2,100円(本体2,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01077-1]
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


Ⅰ　研究のはじめに
1. 研究の第１歩ーこのテキストの読み方
2. なぜ人を対象に研究してよいのか
3. 科学者の不正行為とは
4. 匿名化と個人情報保護

Ⅱ　研究方法と配慮
1. 研究方法と倫理指針
2. 横断研究
3. 聞き取り調査(インタビュー，ヒアリング)
4. 症例対照研究
5. コホート研究(縦断研究，長期追跡研究)
6. 介入研究
7. 参与観察・非参与観察

Ⅲ　研究計画を立てる
1. 研究実施体制の構築
2. 研究対象者の決定
3. 研究計画書を書く
4. 科学的妥当性とピア・レビュー
5. 倫理的観点からの検討

Ⅳ　研究を実施する
1. 研究参加者の募集
2. 研究内容に応じたインフォームド・コンセント
3. 対象者に応じたインフォームド・コンセント
4. 取り扱う情報に応じた配慮

Ⅴ　研究のおわりに
1. 学会報告や論文発表に際して
2. 研究参加者・調査担当者への報告
3. 社会への報告



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

# 会　　告（1）

一般社団法人日本看護研究学会平成23年度定時社員総会が平成23年６月５日（日）午後１時から，東京工科大学医療保健学部新校舎３号館10階31001講義室において開催され，下記について報告・審議・承認されましたので，お知らせいたします。

平成23年６月５日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長　山　口　桂　子

記

報告事項

１．会員数の動向について
２．各委員会活動実績報告および平成23年度活動計画について
３．第37回学術集会について
４．第38回学術集会について
５．その他
　・日本学術会議について
　・日本看護系学会協議会の活動について
　・看護系学会社会保険連合（看保連）の活動について
　・地方会の活動について

審議事項：

１．平成22年度事業報告
２．平成22年度決算報告
　１）会計報告
　２）監査報告
３．第２回評議員選挙（2011年）・役員選挙，及び選挙管理委員選任について
４．その他

理事会報告：

１．第２回評議員選挙（2011年）・役員選挙の実施について
２．大規模災害支援事業の実施について
　委員会規程及び，具体的な実施内容について
３．平成23年度事業案について
４．平成23年度予算案について
５．奨励賞受賞論文の推薦について
６．第40回・41回（平成26・27年度）学術集会会長の推薦について

# 会　　告（2）

一般社団法人日本看護研究学会第２回評議員選挙（2011年）のために，本学会定款第４章第11条及び，評議員選出規定第８条に従って，平成23年度定時社員総会において，以下の３名が選挙管理委員として互選されました。

平成23年６月５日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長　山　口　桂　子

記

一般社団法人　日本看護研究学会第２回評議員選挙（2011年）選挙管理委員会
委員　石　川　ふみよ 氏　　東京工科大学医療保健学部看護学科
委員　神　田　清　子 氏　　群馬大学大学院保健学研究科
委員　小　山　幸　代 氏　　北里大学看護学部

# 会　　告（3）

会告（1）に示すとおり，平成23年度事業として大規模災害支援事業を実施することが決定いたしました。その具体的な事業実施のために委員会を組織し，下記の要領で実施いたします。この事業は会員の皆様の支援金によって行うものです。会員の皆様のご理解とご協力を賜りますようよろしくお願いいたします。

平成23年６月５日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長　山　口　桂　子

記

１．事業の目的

一般社団法人日本看護研究学会定款（以下，定款とする）第４条１号の８による事業として，大規模災害で被災された看護職を目指す学生の修学継続と，看護学研究者の研究継続を支援するための事業を行い，看護学の発展に寄与することを目的とする。

２．委員会名

「一般社団法人日本看護研究学会大規模災害支援事業委員会」

３．委員構成

委員長　山口　桂子（理事長）
委　員　黒田　裕子（副理事長・総務担当理事）　宮腰　由紀子（会計担当理事）
　　叶谷　由佳（東北地区理事）　中西　純子（評議員）

４．委員会規程を別途示す。

５．平成23年度大規模災害支援事業実施要領

平成23年度は，委員会規程第４条（活動事項）１）２）に基づき，大規模災害支援事業支援金給付について下記のとおり実施する。

# 一般社団法人日本看護研究学会大規模災害支援事業委員会規程

第１条（名　称）

本会は，一般社団法人日本看護研究学会大規模災害支援事業委員会（以下，災害委員会）とする。

第２条（目　的）

本会は，一般社団法人日本看護研究学会定款（以下，定款とする）第４条１号の８による事業として，大規模災害で被災された看護職を目指す学生の修学継続と，看護学研究者の研究継続を支援するための事業を行い，看護学の発展に寄与することを目的とする。

第３条（委員会）

定款第33条に基づいて，本会をおく。

２．本会の運営は，一般社団法人日本看護研究学会理事・評議員・会員の中から若干名の委員を選出して行う。委員の任期は役員任期とし，再任を妨げない。

第４条（活動事項）

本会は，前条の目的を達成するために，次の事業を行う。

１）大規模災害により被災した看護学生及び看護学研究者等に対し，緊急支援金を給付するための選考と理事会への推薦を行う。

２）大規模災害により被災した看護学研究者等に対し，本学会活動への参加に要する会費等の経費を給付するための選考と理事会への推薦を行う。

３）大規模災害により被災した看護学生及び看護学研究者等に対し，必要な情報提供などの支援に要する事項の検討および活動を行う。

４）前項の１），２），３）の活動を達成するために募金活動を行う。

５）その他，委員会が必要と認めた事業を行う。

第５条（資　金）

第２条の目的を達成するための資金として，支援金をこれにあてる。

第６条（施行細則）

本会規程についての具体的な活動，運営に関する必要な事項は細則として別に定める。

第７条　（事務局）

本会事務は日本看護研究学会事務局（千葉市中央区富士見 2-22-6　富士ビル６階　理事長　山口桂子）において行う。

附　則

この規約は，平成23年５月15日から施行する。

記

## 申請の方法

・災害発生時にすでに会員であった本学会会員からの推薦により申請する。

・別紙申請書（様式１）に必要事項を記入し，推薦者，受給候補者とも署名・押印のうえ，以下の必要書類を添えて事務局（本委員会委員長あてに）郵送で申請する。

添付書類　①在学（職）証明書

②居住地証明書

③罹災証明書または罹災届出証明書（保護者に関する証明書でも可）
被災証明書または被災届出証明書でもよい。

④本学会平成23年度年会費，本学会第37回学術集会の参加費等については，支払いを証明する書類

＊必要書類の添付が遅れる，または不可能な場合は，その理由を様式１の８．その他に具体的に記載することによって，提出を省略することができる。

## 支給額と申請の締め切り

・修学支援金：被災状況に応じて最高額を20万円として，委員会が決定する。

・年会費・学術集会参加費：原則として，それぞれの全額とする。

・締切日:７月以降９月まで各月20日を締切とする。

＊申請状況，支援金の集金状況に応じて，受給者数を決定する。以後，適宜，募集を行う。

## 受給者の選考と決定

・委員会は申請書に記載された被災状況と推薦理由によって審議し，支給が適当と判断される候補者を選考して，受給額とともに理事会へ推薦する。

・理事会は委員会からの推薦を元に，受給者を決定する。

## 支援金の受付

・支援金の受付は，①下記口座への払い込み　②学術集会等の会場における募金によって受け付ける。
ご協力を宜しくお願い致します。

①口座への支援金の払い込みは１口2,000円以上，何口でも可能。（払い込み料は本学会が負担します。）

| |
|---|
| 口座番号：00150－5－362391<br>加入者名：日本看護研究学会大規模災害支援事業委員会 |

②第37回学術集会のほか，各地方会会場に募金箱を設置。

## HPにおける情報提供

・以上の詳細については，日本看護研究学会HPをご参照ください。

・申請書（様式１）についてもダウンロードができます。ご記入のうえ，印刷し，ご署名・押印して事務局まで郵送して下さい。
（学会誌に挟み込みの（様式１）用紙をご使用いただいてもかまいません。）

# 会　　告（4）

学会員の皆様へ

３月11日に発生いたしました東日本大震災の影響により，今回の学術集会の準備におきましても種々の支障がございました。できうる限りの努力をしておりますが，皆様に例年とおりの時期に抄録集号をお届けすることは困難な状況でございます。どうぞ事情をご理解いただき，ご容赦いただきますよう，お願いいたします。

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

第37回一般社団法人日本看護研究学会学術集会を下記のとおり開催いたします。

平成23年６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：「研究結果を現場に還元するための看護研究」
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）
シェリル・タタノ・ベック博士（Connecticut大学看護学部教授）
座長：新道　幸恵（日本赤十字広島看護大学学長）

招聘講演Ⅱ：「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）
シェリル・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：「質的研究は研究する人間をエンパワーできるか：グラウンデッド・セオリー・アプローチの多様化をとおして」
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：「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Ⅱ：「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Ⅲ：「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）

教育講演Ⅳ：「看護の独自性を位置づける他学との協調」
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）

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（帝京科学大学医療科学部看護学科設置準備室）
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（名古屋大学大学院教授）
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（聖路加看護大学，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）
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：「もうひとつの看護の流れを求めて－遠隔授業方式によるホリスティックナーシング講座の試み－」

ファシリテータ：小板橋　喜久代（群馬大学大学院保健学研究科教授）
柳　奈津子（群馬大学大学院保健学研究科講師）
田渕　祥恵（群馬県民健康科学大学看護学部講師）
渡辺　岸子（新潟大学医学部保健学科准教授）
定方　恵美子（新潟大学医学部保健学科准教授）
内山　美枝子（新潟大学医学部保健学科助教）
尾崎　フサ子（佐久大学看護学部教授）

交流集会Ⅲ：「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（滋賀県立大学看護学部准教授）

交流集会Ⅳ：「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Ⅴ：「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Ⅵ：「新任期保健師の現任教育について考える－新任期保健師の活動計画と評価能力育成プログラムの開発から－」

ファシリテータ：桝本　妙子（前・明治国際医療大学教授）
植村　小夜子（滋賀県立大学准教授）
田中　小百合（明治国際医療大学准教授）
三橋　美和（京都府立医科大学講師）
堀井　節子（京都府立医科大学講師）
徳重　あつ子（明治国際医療大学准教授）
神原　　惠（神戸常盤大学教授）

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－国際看護協力ガイドライン（Ethical guideline for Nursing Research）から」

委員：石井　トク 他

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

ファシリテータ：紙屋　克子（静岡県立大学大学院教授）
林　　裕子（北海道大学大学院准教授）
日高　紀久江（筑波大学大学院准教授）
福良　　薫（北海医療大学看護福祉学部講師）

奨学会研究発表：「特定高齢者対象の転倒予防教室における運動前の足浴の転倒予防効果の検討」

発表者：本多　容子（大阪大学大学院医学系研究科）
座長：泉　キヨ子（帝京科学大学医療科学部看護学科設置準備室）

看護研究倫理問題　よろず相談コーナー：研究倫理委員会企画
Nursing Science Cafe：中木　高夫（日本赤十字看護大学教授）
永田　　明（愛媛大学大学院助教）
大石　朋子（神奈川県立保健福祉大学助教）

【ランチョンセミナー】
日　　時：平成23年８月７日　12時10分～13時05分

ランチョンセミナーⅠ：「看護における測定用具開発のプロセス」
主催・株式会社　医学書院
講師：舟島　なをみ（千葉大学看護学部教授）
会場：第５会場（311・312）

ランチョンセミナーⅡ：「災害看護学はどう生きるか：東日本大震災が投げかけるもの」
主催・株式会社　照林社
講師：酒井　明子（福井大学医学部看護学科教授）
会場：第７会場（411・412）

★当日朝，整理券をお配りする予定です。各セミナー定員144名で，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
会　　費：6,000円

【参加費】

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

※学生には，大学院生及び看護師資格を有する研修学校生などは含みません。

・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】

一般社団法人第37回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。

【学会前日：プレカンファレンスセミナー】

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）

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」

黒田　裕子（北里大学大学院クリティカルケア看護学教授）

時間：13時30分～15時

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－」

柏木　公一（国立看護大学校准教授）

時間：15時15分～16時45分

募集人数：スクール形態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。１つだけ受講の場合も料金は同じです）

＜プレカンファレンスの申し込み方法＞

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。

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

＜プレカンファレスセミナー参加費の振込方法＞

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。

【第37回一般社団法人日本看護研究学会学術集会事務局】

〒252-0829　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

以上

# 会　　告（5）

第37回日本看護研究学会学術集会開催中に下記の通り，一般社団法人日本看護研究学会平成23年度会員総会を開催いたします。

日　時：平成23年８月７日（日）13：10～14：10
会　場：パシフィコ横浜会議センター　第１会場（メインホール）

平成23年６月20日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長　山　口　桂　子

# 会　　告（6）

日本看護研究学会雑誌34巻１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　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

正　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
山形大学医学部看護学科　叶　谷　由　佳

⑵　以下の通り訂正いたします。

## P117 執筆者

誤


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


正


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[3)]　Yuka Kanoya


⑶　以下の通り訂正いたします。

## P129 要旨

誤


### 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。


正


### 要　　旨

本研究の目的は，訪問看護ステーションの収益と管理者の経営能力との関連を明らかにすることである。全国のステーション管理者を対象に質問紙調査を行い，有効回答数64ヶ所のデータを集計分析した。

その結果，次のことが明らかとなった。管理者が収支を予測したり，経営戦略の策定，経理・財務を理解している割合や他職種にステーションの過去の実績を示す，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が低かった。一方，従事者数や利用者数が中央値より多い，管理者が経営学を学んでいる，経営戦略や経営計画を策定し，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ステーションは，有意に収益が高かった。

以上より，ステーションの経営の安定化には，計画に基づいた事業の実施とその評価，利用者だけではなく，医師や介護支援専門員等の専門職を顧客と位置づけて営業活動を実施していくことの重要性が示唆された。

(4) 以下の通り訂正いたします。

## P129 Abstract

誤

### 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.

正

### Abstract

This study aimed to clarify the relationship between a manager's administrative abilities, including his/her business activities while visiting nursing stations, and the stations' profits. A nation-wide survey with self-questionnaires was administered to station managers, and 64 valid answers were analyzed.

The results were as follows. The proportion of profits at stations were low where the managers predicted profits, planned the business policy, understood accounting and financing, presented their stations' results to other professionals, and evaluated their activities in order to increase the number of users. On the other hand, the profits were significantly higher at stations with more staffs and clients than those with a median number of staffs and clients, those with managers who had learned business administration, those with a business policy and plan, those evaluating financial profits, and those collecting and using information needed by the managers.

On the basis of these results, it was suggested that conducting business based on a certain plan and its evaluation and business activities that positioned customers as not only users but also professionals, including doctors and care managers, are important for the stabilization of the management of stations.

# 目　　次


－原　著－

回復期にある脊髄損傷者の障害受容についての看護師の捉え方に関する研究 …… 21
茨城県立医療大学保健医療学部看護学科　堀　田　涼　子
茨城県立医療大学保健医療学部看護学科　市　村　久美子

糖尿病腎症から透析となった患者における障害受容の因子とその構造 …… 31
群馬大学大学院保健学研究科　恩幣(佐名木)宏美
滋賀医科大学医学部看護学科　瀧　川　　薫
群馬大学大学院保健学研究科　岡　　美智代

後頸部温罨法による自律神経活動と快−不快の変化
— 40℃と60℃の比較 — …… 39
東京女子医科大学　加　藤　京　里

－研究報告－

入院患者における自覚症状ならびにストレス認知と心理的状態の関係 …… 49
兵庫医科大学病院　林　　陽　子
鳥取大学医学部保健学科　森　本　美智子
神戸大学病院　神　原　千比呂
鳥取大学医学部附属病院　中　村　珠　恵
鳥取大学医学部保健学科　谷　村　千　華

地域在住の前期高齢者における日常記憶とその関連要因 …… 57
名古屋市立大学看護学部　山　田　紀代美
立正大学心理学部　西　田　公　昭

高齢の配偶者が介護老人保健施設に通いながら夫婦としての生活を続けるプロセス
— 介護を行う配偶者の視点から — …… 65
名古屋市立大学　原　沢　優　子
名古屋市立大学　山　田　紀代美

看護の専門職的自律性測定尺度中国語版の作成と信頼性および妥当性の検討 …… 75
大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻　劉　　筱　丹
大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻　阿　曽　洋　子

「看護教員としての自己」の様相に見る看護教員養成講習会の教育的意義
— 看護教員養成講習会の学習経験の語りから（第１報）— …… 85
兵庫医療大学看護学部　山　田　千　春

配偶者を亡くした高齢遺族のスピリチュアリティに関する質的研究 …… 97
山口県立大学大学院健康福祉学研究科健康福祉学専攻博士後期課程　生　田　奈美可

連携する他職種が捉える保健師像
— 保健師教育の方向性を探る — …… 109
広島大学大学院保健学研究科　金　藤　亜希子
広島大学大学院保健学研究科　宮　腰　由紀子
九州大学大学院医学研究院保健学部門　小　野　ミ　ツ

在宅で老いを生きる要介護高齢者の自己意識 …… 119
島根大学医学部看護学科　沖　中　由　美

子ども虐待事例検討会の実践による保健師の意識と支援の変化
— アクションリサーチを用いて — …… 131
新潟大学医学部保健学科　小　林　恵　子

－技術・実践報告－
看護における複数クーリングの現状と課題 …… 143
秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻基礎看護学分野　工　藤　由紀子

－資料・その他－
多床室における患者の間仕切りカーテン使用に対する認識と使用状況 …… 151
弘前大学医学部附属病院　石　田　芳　子
弘前大学医学部附属病院　石　川　千鶴子
弘前学院大学看護学部　阿　部　テル子

－奨学会助成金研究報告－
味刺激が成人の下行性痛覚調節系に及ぼす影響 …… 163
川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科　掛　田　崇　寛

－資料・その他－
日本看護研究学会雑誌掲載論文の分析 …… 171
千葉大学大学院看護学研究科　田　中　裕　二
元日本赤十字北海道看護大学　石　井　ト　ク
筑波大学大学院人間総合科学研究科　江　守　陽　子
日本赤十字秋田看護大学　尾　岸　恵三子
三重大学医学部看護学科　中　野　正　孝
茨城県立医療大学保健医療学部看護学科　松　田　たみ子
筑波大学大学院人間総合科学研究科　三　木　明　子

# CONTENTS

## Original Papers

Nurses Perception of Acceptance of Disability with the Convalescent Spinal Cord Injury Patients ..... 21
Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Ibaraki Prefectual University of Health Sciences：Ryoko Hotta
Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Ibaraki Prefectual University of Health Sciences：Kumiko Ichimura

Factors Affecting Acceptance of Disability in Hemodialysis Patients with Diabetic Nephroparhy and their Structure ..... 31
Graduate School of Health Sciences, Gunma University：Hiromi (Sanaki) Onbe
School of Nursing, Faculty of Medicine, Shiga University of Medical Science：Kaoru Takigawa
Graduate School of Health Sciences, Gunma University：Michiyo Oka

Changes in Autonomic Nerve Activity and Pleasure-Displeasure during Hot Compresses to the Posterior Region of the Neck — A Comparison between 40 and 60 Degrees Centigrade — ..... 39
Tokyo Women's Medical University：Kyori Kato

## Research Reports

The Relationships among Subjective Symptoms, Stress Cognition and Psychological Status in Inpatients ..... 49
Hyogo College of Medicine Hospital：Yoko Hayashi
School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Tottori University：Michiko Morimoto
Kobe University Hospital：Chihiro Kanbara
Tottori University Hospital：Tamae Nakamura
School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Tottori University：Chika Tanimura

Everyday Memory and its Related Factors in Community-dwelling People aged 65-74 ..... 57
Nagoya City University School of Nursing：Kiyomi Yamada
Rissho University Faculty of Psychology：Kimiaki Nishida

Process by which Spousal Caregivers can Continue the Conjugal Relationship Through their Partner's Move to an Institutional Setting: Determined Through Spouse Interviews ..... 65
Nagoya City University School of Nursing：Yuko Harasawa
Nagoya City University School of Nursing：Kiyomi Yamada

Reliability and Validity of the Chinese Version of the Scale for Professional Autonomy in Nursing: Scale Development ..... 75
Osaka University Graduate School of Medicine, Division of Health Sciences：Xiaodan Liu
Osaka University Graduate School of Medicine, Division of Health Sciences：Yoko Aso

The Educational Significance of a Nursing Teacher Ttraining Program
— From the Narratives about Learning Experiences in the Class（the First Report）— ..... 85
Department of Nursing, Hyogo University of Health Sciences：Chiharu Yamada

A Qualitative Study of Spirituality of the Elderly Bereaved who have Lost their Spouse ..... 97
Graduate Schools of Yamaguchi Prefectural University：Namika Ikuta

Views of Public Health Nurses Held by other Profession in Inter-Professional Teams :
Improving Training for Public Health Nurses ..... 109
Graduate school of Health Sciences, Hiroshima University：Akiko Kanefuji
Graduate school of Health Sciences, Hiroshima University：Yukiko Miyakoshi
Faculty of Medical Science, Kyushu University：Mitsu Ono

Self Awareness of Elderly Living at Home who needs Nursing Care ..... 119
Shimane University Faculty of Medicine School of Nursing：Yumi Okinaka

Changes in Awareness and Care Practices on the part of Public Health Nurses through
Participation in an Action Research-based Case Study Group on Child Abuse and Neglect ..... 131
School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Niigata University：Keiko Kobayashi

## Techinical Report

Issues and Present Status Concerning Multiple Cooling in Nursing Practice ..... 143
Department of Basic Nursing, Akita University Graduate School of Health Sciences：Yukiko Kudoh

## Preliminary Sessions

Situation of Patients in a Multiple-Bed Ward and their Use of Privacy Curtains ..... 151
Hirosaki University School of Medicine and Hospital：Yoshiko Ishita
Hirosaki University School of Medicine and Hospital：Chizuko Ishikawa
Faculty of Nursing Hirosaki Gakuin University：Teruko Abe

## JSNR “Shogaku-kai” Scholarship Report

Effects of Taste Stimuli on the Descending Pain Modulation System in Human Adults ..... 163
Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare：Takahiro Kakeda

## Preliminary Sessions

Analysis of Published Papers in Journal of Japan Society of Nursing Research ..... 171

Chiba University Graduate School of Nursing：Yuji L. Tanaka
Former the Japanese Red Cross Hokkaido College of Nursing：Toku Ishii
Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba：Yoko Emori
The Japanese Red Cross Akita College of Nursing：Emiko Ogishi
School of Nursing, Faculty of Medicine, Mie University：Masataka Nakano
Ibaraki Prefectural University of Health Sciences：Tamiko Matsuda
Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba：Akiko Miki

－原　著－

# 回復期にある脊髄損傷者の障害受容についての看護師の捉え方に関する研究

Nurses Perception of Acceptance of Disability with the Convalescent Spinal Cord Injury Patients

堀　田　涼　子　　市　村　久美子
Ryoko Hotta　　Kumiko Ichimura

キーワード：障害受容，回復期，脊髄損傷者，看護師
Key Words：acceptance of disability, the convalescent stage, spinal cord injury patients, nurse

## Ⅰ．はじめに

障害受容をリハビリテーション（以下，リハビリ）における問題解決の鍵となる概念のひとつと位置づけ，価値転換論と段階論の統合モデルを提唱した上田[1]の理論が，臨床現場や研究において広く活用されている[2]。しかし近年，障害者個々の多様性や複雑性を描くことには限界がある[3)-6)]ことが指摘され，社会との相互作用や，患者個々のありのままの体験に焦点が当てられている。社会との相互作用については，障害受容は自己受容と社会受容からなるとした相互作用モデル[7)8)]や，周囲の状況により揺らぎながら自己のアイデンティティを再構築していく過程であるとする振り子理論[9)]が提唱されている。また高山[10]は，脳疾患患者の語りを通して，「障害認識変容プロセスは従来の障害受容論のような時間的経過の中で自然に変化していく過程ではなく，時間や周囲の人間，行動との関係性の中でダイナミックに変容する力動的な過程」であるとしている。このように，患者を取り巻く周囲の人間は，患者の障害への意味づけに影響を与える要因のひとつであると考えられる。これについて細田[11]は，「援助ケアの諸主体が，当事者の気持ちや目標を知り，その人のためにチームで取り組むことが，障害への心理社会的適応・調整のためには不可欠である」としている。また廣町[12]は，看護師は受容の過程を一貫して支持し続ける必要性を指摘している。しかし，看護師が障害受容の過程に及ぼす影響について，障害受容に対する看護師の理解は患者が現実を考えられるようになるのを助ける[13]とする一方で，障害受容を促しても逆に反発が生じる[14]ことが指摘されるなど，相反する影響を及ぼし得ることが考えられる。脊髄損傷（以下，脊損）者が経験している障害受容に焦点を当てて行った研究[15]においては，自分と対等に接してくれる者との関わりや他者の些細な言動を通して，感情や自己の意味づけが揺れ動いていることが明らかとなった。このように，看護師は，自らの言動や態度が障害受容の過程に影響を及ぼし得ることを自覚するとともに，その過程を支える看護のあり方を検討していく必要があると考える。そして，そのためには，まず看護師自身が患者に求めている障害受容の本質を見つめ直すことが必要であると考える。

しかし，障害受容の過程や意味づけは障害の種類や程度によって異なる[16]ことが指摘されているため，本研究では，障害受容の理論を構築する際に対象となった後天性の肢体不自由であり，学際的な分野での研究がなされている脊損者の障害受容に焦点を当てることとした。藤代ら[17]は，脊損者が自分の存在を肯定し，受傷を意味のある体験とするためには，第二の人生の存在を抱える場，身近なモデルの存在，ある程度の準備期間が必要であることを指摘している。そして，特に回復期のリハビリテーション過程では患者の自己の捉え直しや，自らの身体への気づきが日々変化している可能性[18]が指摘されていることから，自己と向き合う中で揺れ動くありのままの患者を受け入れ，障害受容の過程を支えることが，回復期の看護において求められていると考える。そこで本研究では，受傷直後の医療依存度の高い時期を経て，リハビリ目的で次の病院に転院してから在宅復帰に至る，回復期にある脊損者へのケアに関わる看護師に焦点を当てることとした。

本田[19]は，臨床で用いられている障害受容の意味合いについて，「障害の認知，回復の断念，適応的な行動，社会的な自覚，価値観の変化」という５つに整理している。しかし，障害受容についての看護師の捉え方に焦点を当てた研究はほとんどなされておらず，脊損者の障害受容をテーマとした研究[20)-31)]においても，障害受容の定義や障害を受容できたか否かを評価している基準を論じているものは少ない。これについて梶原[32]は，障害受容の概念が明確でなく，受容の程度の判断が看護師個々の基準や価値観に負うところが大きいことを指摘している。このよう

茨城県立医療大学保健医療学部看護学科　Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Ibaraki Prefectual University of Health Sciences

に，臨床現場で用いられている障害受容の用語が表象している意味合いや，評価の基準は明らかにされていないのが現状である。そこで本研究では，回復期にある脊損者へのケアに関わる看護師の障害受容についての捉え方に焦点を当てることとした。

## Ⅱ．研究目的

回復期にある脊損者へのケアに関わっている看護師は，脊損者の障害受容についてどのように考え，捉えているのかを明らかにする。

## Ⅲ．研究方法

### 1．研究参加者

リハビリ病院等の病院長，看護部長，病棟看護師長に研究内容を説明し，①１年以内に脊損者の看護に携わった経験があること，②プライマリーナースとして脊損者を受け持った経験があること，③対象病棟での経験年数が３年以上であることの３つの基準を満たす看護師の選定を依頼し，研究協力の承諾を得られた者を対象とした。

### 2．データ収集方法

脊損者の障害受容についての考えや理解について，半構成的面接を行った。具体的な内容は，①障害受容に対する理解や考えおよび現場で実際に使用している意味合い，②受容の評価の基準，③看護師が果たす役割および影響である。

### 3．分析方法

本研究の研究デザインは，内容分析に基づいた質的記述的研究デザインとした。

まず，ICレコーダーで録音した語りから逐語録を作成し，文脈・記録単位に分割した後，共通性を検討しながら，コード，サブカテゴリー，カテゴリーを形成した。文脈単位の抽出からカテゴリー作成の一連の過程において，研究者と４名の指導・助言者と検討を繰り返し行うこと，参加者に回答内容や解釈の確認を行うことで，データ解釈の妥当性と分析の真実性の確保に努めた。

### 4．倫理的配慮

参加者に対し，文書および口頭にて，研究目的，研究内容，研究への参加は自由意思に基づく旨，参加拒否・途中辞退の権利の保障，データの管理方法，論文作成時のプライバシーの保護について説明した。なお，本研究はＡ大学倫理委員会の承認を得て実施した。

## Ⅳ．結　　果

### 1．参加者の特性

参加者はリハビリ専門病院，一般病院の回復期リハビリ病棟および脊損専門病棟に勤務する看護師22名で，概要は表１に示す通りである。対象病棟での経験年数は３～９年，プライマリーナースとして受け持った人数は１～30人であった。調査期間は2008年８月から同年10月であり，面接回数は１回，時間は30分から64分であった。

表１　研究参加者の概要

| 氏名 | 性別 | 病院・病棟 | 経験年数（年） | | プライマリーナースとして受け持った人数（人） |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 看護師 | 対象病棟 | |
| a | 男性 | リハビリ病棟 | 14 | 6 | 11 |
| b | 女性 | リハビリ病棟 | 11 | 6 | 20 |
| c | 女性 | リハビリ病棟 | 10 | 4 | 6～7 |
| d | 女性 | リハビリ病棟 | 13 | 3 | 30 |
| e | 女性 | リハビリ病棟 | 7 | 7 | 10 |
| f | 男性 | リハビリ病棟 | 24 | 8 | 20 |
| g | 女性 | リハビリ病棟 | 6 | 6 | 10 |
| h | 女性 | リハビリ病棟 | 3 | 3 | 4～5 |
| i | 女性 | リハビリ病棟 | 6 | 3 | 10 |
| j | 女性 | リハビリ病棟 | 26 | 3 | 5 |
| k | 女性 | 回復期リハビリ病棟 | 15 | 6 | 1 |
| l | 女性 | 回復期リハビリ病棟 | 8 | 6 | 3 |
| m | 女性 | 回復期リハビリ病棟 | 14 | 5 | 1 |
| n | 女性 | 回復期リハビリ病棟 | 15 | 9 | 2 |
| o | 女性 | 回復期リハビリ病棟 | 4 | 4 | 1 |
| p | 男性 | 回復期リハビリ病棟 | 10 | 7 | 1 |
| s | 女性 | 回復期リハビリ病棟 | 19 | 5 | 1 |
| t | 女性 | 回復期リハビリ病棟 | 6 | 6 | 3 |
| u | 女性 | 回復期リハビリ病棟 | 13 | 5 | 8 |
| v | 女性 | 回復期リハビリ病棟 | 12 | 8 | 4～5 |
| w | 女性 | 脊損専門病棟 | 10 | 4 | 20 |
| x | 女性 | 脊損専門病棟 | 5 | 5 | 20～30 |

### 2．分析結果

脊損者の障害受容についての看護師の捉え方は，１人当たり４個から24個の全222個の記録単位として抽出され，類似する内容ごとにまとめると，表２に示すように34のサブカテゴリーと13のカテゴリーが導き出された。以下に，カテゴリーごとに代表的な具体例を示していく。なお，カテゴリーを【 】，サブカテゴリーを＜ ＞，参加者の発言を「 」，参加者名を（ ）の記号で表す。

１）【障害とその影響についての認知】

脊髄を損傷したという自分の身に起きた状況，身体機能やできる事の範囲，生活などが変化した現状を認識し理解することである。

表２　回復期にある脊損者の障害受容についての看護師の捉え方

| カテゴリー | サブカテゴリー |
|---|---|
| 障害とその影響についての認知 | 自分の身に起きた事や状況を理解する |
| | 疾患に興味を持ち，知ろうとする |
| | 障害の程度や身体機能の変化を理解する |
| | できる事，できない事を理解する |
| | これ以上動けるようにならないことに気づく |
| | 生活が変化せざるを得ないことを理解する |
| 自己から周囲への関心の拡がり | 自分のことだけでなく，周りにも目が向けられるようになる |
| | 他の脊損者の姿を見るようになることで，自分の状況に気づく |
| | 他の脊損者を気にかけ，比べることで自分はまだマシだと思える |
| 過去から現在への視点の切り替え | 仕方がないと諦め，一応の区切りをつける |
| | 今の自分に合った目標やするべき事に目が向けられる |
| | 回復の期待は抱きながらも，今の現状に即した対応がとれる |
| マイナス思考からプラス思考への転換 | 否定的な捉え方からできる事に目を向け，肯定的に見られるようになる |
| | 今の自分にも果たせる家族内の役割がある事に気づく |
| 自己の容認 | 今の自分を認め受け入れる |
| 生活の再構築 | 漠然とした状況から，徐々に今後の生活を考えられるようになる |
| | 体の変化に合わせた生活の仕方を具体的に考える |
| | 生きがいをもって楽しく過ごしていける |
| 新たな価値観の確立 | どんな状況であろうと，今もこれからも自分は自分だと思える |
| | 障害が気にならなくなる |
| | 自分のことを人に語れるようになる |
| 受容の評価の困難さ | 何をもって受容とするのか評価する基準や枠組みはない |
| | 表面的なサインで判断すると評価を誤りやすい |
| | 段階論通りには進まないので，評価が難しい |
| | 看護師個々の経験や力量，考え方によって評価は異なる |
| | 一連の流れを通して見ないと評価できない |
| | 回復期では受容過程の途中の段階での評価でしかない |
| 受容の評価は主観的なもの | 受容の意味合いは患者個々の考え方や経験によって異なる |
| | 受容は他者が評価してよいのか疑問 |
| 非現実的な希望への固執による受容の困難さ | 現実とかけ離れた希望に固執している間は受容するのは困難 |
| 受容は不可能 | 障害があっても全然気にならないと思えることはない |
| | 受容することは一生かかってもできない |
| 回復期は受容過程の通過点 | 回復期は通過点に過ぎず，退院後も続いていく |
| 期待と諦めとの間で葛藤し続ける過程 | 回復への期待と諦めとの間で葛藤し続ける |

(1) ＜自分の身に起きた事や状況を理解する＞

障害受容の過程は，まず自分の身に起こった状況を理解することからスタートすると考えていた。

*「障害を持ってしまったこと，自分の置かれた状況を理解するぐらいだと思うんですよね。」(w)*

(2) ＜疾患に興味を持ち，知ろうとする＞

脊髄の損傷という自分の身に起こった病態に興味を持ち，積極的に理解しようとすることであると捉えていた。

*「良くなっていきたいと思ったら，まず自分の病気って，どういう病気なんだろうとか，調べると思うんですよね。」(l)*

(3) ＜障害の程度や身体機能の変化を理解する＞

自分の負った障害の程度，身体機能の変化や体の状態について理解し，少しでも現実的な認識に歩み寄ることができるようになることであると捉えていた。

*「認めたくないとか，自分ではなかなか障害を正しく認識できないところを，少し現実の認識に歩み寄れるようになる。自分はここが動かないんだ，ここが障害されてるんだっていうのは，知っておかなければいけないことだとは思ってますけど。」(a)*

(4) ＜できる事，できない事を理解する＞

今の自分にできる事，できない事を理解することであると捉えていた。

*「まだ足が動かないっていうことにこだわっているようだったら，動かなくても日々が過ぎていくから，できる事とできてない事を見つけていかなくちゃいけない。」(e)*

(5) ＜これ以上動けるようにならないことに気づく＞

歩くことを目標にしていたとしても，日々の生活やリハビリを通して，これ以上は動けるようにならないかもしれないという回復の限界を患者自身が自覚し，理解していくことであると捉えていた。

*「日々リハビリとかしながら，やっぱり自分はどうしても動かないんだって思って受け入れていってるっていう感じはします。」(x)*

(6) ＜生活が変化せざるを得ないことを理解する＞

身体機能の変化や置かれている状況を実感していく中で，生活は変化せざるを得ないこと，元通りには戻らないことを理解することであると捉えていた。

*「生活って変化せざるを得ないですよね。元通りになりたいって思ってるけど，元通りにならないんだっていうところが受容だと思うんで。」(v)*

２）【自己から周囲への関心の拡がり】

自分だけに向けられていた関心が周囲にも拡がっていくことである。そして，特に自分と同じ障害を有する脊損者の姿を目にしたり，気にかけるようになることを通して，自己の障害についての理解を一層深めていくことである。

(1) ＜自分のことだけでなく，周りにも目が向けられるようになる＞

自分が一番重症だ，死んだ方がいいなど，自分にしか目が向けられず殻に閉じこもっていた状態から，他の患者に関心を持ったり，家族を心配するなど，目を向けられる範囲が自分から周りに拡大していくことであると捉えていた。

*「一番重症だ，手をかけて欲しいとか，最初は自分のことで一杯だったのが，テレビを見るでも，奥さんとか娘さんの心配するでも，他にチラッといけるって。いつまでも自分の殻にいたのが，他人に気がいった時って，それも受容ですよね。」(v)*

(2) ＜他の脊損者の姿を見るようになることで，自分の状況に気づく＞

歩けるようになるという過度な期待を抱いていたり，逆に自分の身体状況を卑下して捉えるなど，自分の体の状態や障害の程度についての認識は患者個々によって異なる。そうした中で，自分よりも先に入院している脊損者の姿に目が向けられるようになり，自分の状況に気づくことであると捉えていた。

*「歩けるようになるっていうプラス過ぎる人と，こんな体になってしまってっていうマイナス過ぎる人といるんですけど。それが周りを見て，これから自分はああいう風な形になるのかっていう自分の状況に気づく人いると思うんですけど，それがきっかけ。」(w)*

(3) ＜他の脊損者を気にかけ，比べることで自分はまだマシだと思える＞

他の脊損者を気にかけるようになるにつれて，障害の程度や現状について相手と自分とを比較する。そして，自分の方がマシだと評価することが頑張ろうという意欲に繋がり，気持ちや行動が変わるきっかけになると考えていた。

*「あの人より俺はいいかなっていうのは，あるみたいですね。あの人大変だなって，俺は多少でも杖ついて歩けるからいいんだよなって言ってくれたりとか。あっちよりはいいから下ではないみたいな，現状の認識，そう…レベルなんですよね。」(t)*

３）【過去から現在への視点の切り替え】

自己を否定的に捉えたり，回復への期待を抱き続けることもある。しかし，それにとらわれて落ち込んだり，何も手につかなくなる状態から脱し，過去とは一応の区切りをつけて，現在に視点を切り替え，するべき事や目標を見出せるようになることである。

(1) ＜仕方がないと諦め，一応の区切りをつける＞

何もできなくなったなど，自己に対する否定的な思いにとらわれるのではなく，過去の自分や回復への期待に一応の区切りをつけ，仕方がないと諦めることもひとつの受容の形であると捉えていた。

*「諦めとは違う，仕方がないって納得してく部分て多いと思うんですよね。仕方がないからこれやるか，ここら辺でいいとしとこうかっていう前向きな語源だと思ってるんです。だから，悪い意味の諦めじゃなく，いい意味の仕方がない，しょうがないっていうところが受容なのかなって思うんですけど。」(v)*

(2) ＜今の自分に合った目標やするべき事に目が向けられる＞

回復の限界や自分の置かれている現状を悟りながらも，納得がいかず，奇跡が起きて欲しいと願う。しかし，そうした思いを抱いていてもしょうがないと考えを切り替え，今の自分に合った目標や，するべき事に目を向けられるようになることであると捉えていた。

*「自分は装具をつけても杖を使わなきゃ歩けないとか，メインは車椅子になるんだろうっていうところを目標に，じゃーどうする？っていうのが出た時に受容なのかなと*

*は。」(o)*

(3) ＜回復の期待は抱きながらも，今の現状に即した対応がとれる＞

歩くことに固執するが故に落ち込んだり，車椅子の練習はしないといった考え方や行動は，リハビリを進める上での阻害要因になり得ると考えていた。しかし，回復の期待を抱くこと自体は否定するべきことではなく，期待を抱き続けながらも，まずは今行うべきリハビリや生活に取り組むといった，今の現状に即した対応がとれることであると捉えていた。

*「いつか歩けるって思ってる人が，だから車椅子の練習はしないじゃなくて，でも今はできないからやるよっていう風な気持ちが表出されてたら，現状を受け止めて，それに対応する行動ができてる，障害受容してるって思いますかね。」(i)*

4）【マイナス思考からプラス思考への転換】

障害を負ったことによる変化を否定的にしか捉えることができなかった状態から，今の自分にもできる事に目を向けたり，果たせる役割を見つけるなど，肯定的に捉えられるようになることである。

(1) ＜否定的な捉え方からできる事に目を向け，肯定的に見られるようになる＞

できなくなった事だけに目を向け，それを否定的に評価するのではなく，些細なことでもできるようになった事に気づき，肯定的に捉えられるようになることであると捉えていた。

*「人によって，これしかできないって思う人もいれば，これだけのことができるって思う捉え方もあるので。本当は，そういう風に少しのことでも良かったって思いながら，生活していければいいかなって思いますけど。」(d)*

(2) ＜今の自分にも果たせる家族内の役割がある事に気づく＞

受傷前に果たしてきた家族内の役割の変更を余儀なくされるものの，障害を負ったことで見えることや，以前とは異なる形でのバックアップなど，今の自分にも果たすことのできる役割があることに気づくことであると捉えていた。

*「家族内での役割も，ちょっと前とは違ってるかもしれないけど。逆に言ったら見守ったり，今まで見れなかったところが見れるのかもしれないし，もっと違う意味でのバックアップはできる。だから本当に，考え方をちょっと変えて見ていく必要もあるかなって思いますね。」(j)*

5）【自己の容認】

障害を負うことによって変化してしまった今の自分を受け入れ，自己を肯定的に捉えられるようになることである。

(1) ＜今の自分を認め受け入れる＞

障害を負った自分，車椅子の自分といった今の自分を認め，受け入れることであると捉えていた。

*「今ある自分を受け入れるっていうことが障害受容かなとは思うんですけど。」(d)*

6）【生活の再構築】

先の見えない漠然とした状況から，徐々に今後の生活に目を向け，自分のするべき事を具体的に考えられるようになる。そして，障害をもちながらも楽しく生活ができるように生活を立て直していくといった，生活を再構築していく過程である。

(1) ＜漠然とした状況から，徐々に今後の生活を考えられるようになる＞

置かれている現状にしか目が向けられないといった，先の見えない漠然とした状況から，徐々に今後どのように生活していけばよいのかを考えられるようになることであると捉えていた。

*「家に帰ったら，どう過ごしましょうか？って話をしたら，電話も出れないけど，留守番して，テレビ見て待ってるからいいんだよみたいな。なんか先が見えない状態から，自分はどうすればいいかみたいなのを，少し考えられるようになってきたのかな。」(b)*

(2) ＜体の変化に合わせた生活の仕方を具体的に考える＞

障害が体や健康に及ぼす影響を考慮しながらの生活を再構築していくためには，自分は何をするべきか，どういった点に注意する必要があるのかを具体的に考えられるようになることであると捉えていた。

*「障害があることによって生活にも支障が出てくるから，どんな点に注意しながら，どういう風に生活をしていかなくちゃいけないとか考えられるようになるってとこですかね。」(l)*

(3) ＜生きがいをもって楽しく過ごしていける＞

今後の生活への不安を抱きつつも，楽しみや生きがいを見つけながら活き活きと楽しく過ごしていくことができることであると考えていた。

*「障害を持った中で活き活きと生活できることですかね。」(w)*

7）【新たな価値観の確立】

受傷後のつらい体験を乗り越えていく中で，障害を負った今の自分も自分であり，障害も個性のひとつであるという新たな価値観を築き上げていく。そして，さらにそうした過程や自分のことを他者に語れるようになることである。

(1) ＜どんな状況であろうと，今もこれからも自分は自分だと思える＞

どんな身体・精神的状況であったとしても，障害はひとつの個性に過ぎず，今までの自分も，これからの自分も自分であると思えるようになることであると捉えていた。

*「別に今までも自分は自分だし，これからも自分は自分*

*っていう感じで，自分を考えられた時に，初めて受容っていう感じになるのかなっていうイメージですね。」(h)*

(2) ＜障害が気にならなくなる＞

車椅子が自分の一部だと思えるなど，障害があっても全く気にならないというレベルに達することであると捉えていた。

*「麻痺があっても全く障害が気にならない，障害にならない，そのレベルに達することが本当の障害受容なのかな。」(a)*

(3) ＜自分のことを人に語れるようになる＞

これまでに乗り越えてきた過程や，障害に対する考え方など，自分のことを人に語れるようになる段階に達することであると捉えていた。

*「やっぱ（り）最終的には，障害を持ってても，自分のことを人に語れるような段階までいければいいと思うんですけど。」(d)*

8）【受容の評価の困難さ】

障害を受容しているか否か，障害受容の過程のどの段階であるのかを評価することは困難であるとするものである。これには，段階論通りには進まないといった評価する枠組みの曖昧さや，看護師間での評価の相違，回復期は通過点に過ぎないなどの要因が含まれている。

(1) ＜何をもって受容とするのか評価する基準や枠組みはない＞

受容しているか否かを判断する基準や枠組みはないため，評価することは困難であると感じていた。

*「これ（を）したから受け入れたとか，受け入れてないっていう枠組みって，ちょっとないと思うんで。」(f)*

(2) ＜表面的なサインで判断すると評価を誤りやすい＞

笑顔が見られる，自分の体のことを話せるなど，一見すると受容できたように判断するものの，本当に受容しているとは限らない。そのため，表面的な反応や言動のみで判断しようとすると，患者のサインを逃し，評価を誤ることもあると感じていた。

*「一概に否認って言っても，全てを否認してるわけじゃなくて，テレビ見て笑ってたり，その中でも楽しいと思う事もあったりするので，枠に当てはめて考えたら，本当に患者さんのサインは逃しちゃうなって思ってるので。」(e)*

(3) ＜段階論通りには進まないので，評価が難しい＞

障害受容の過程は，症状の変化に伴って行きつ戻りつを繰り返したり，段階を飛び越えて進むなど，理論通りには進まないと感じていた。そのため，障害受容に関する知識を共通理解として持つことは大事であると考える一方で，今どの段階であるのかを明確にアセスメントすることの難しさを感じていた。

*「障害受容って本当一人ひとり違うし，スピードも違ければ，何回も行ったり来たりするんだなって思う。今はこういう段階なのかなっていうのがあれば，みんな統一してケアしていけると思うんで，受容の段階を看護者として知ってることは大事だとは思うんです。ただ，今，どこっていう捉え方は人によって若干ずれてくるのかなと思うので。」(o)*

(4) ＜看護師個々の経験や力量，考え方によって評価は異なる＞

個々の看護師が障害受容の段階をアセスメントし，ケアを展開していくことが重要であると考えていた。しかし，経験や得られる情報などによって評価に相違が生じるため，どこまでが共通理解であるのかは曖昧であると感じていた。

*「基準って何だろう，分かんない。こういう発言があるのでって言うんですけど，本とかあるわけじゃないし，どこまでが共通理解なのか。みんな考え方とか捉え方がちょっと違ったり，得た情報によっても若干は違うし。」(o)*

(5) ＜一連の流れを通して見ないと評価できない＞

患者自身が今描いている目標に達することができたとしても，障害を受容できたとは限らない。このように，ある一時点ではなく，一連の流れを通して見ない限り評価はできないという困難さを抱いていた。

*「人それぞれパターンがあって。でもそれが分かるのが，結局ずっと通して見て…なんですよね。最後になってみると，あの時は受け入れてたのかな，あの時はちょっと落ち込んでたのかな，あの時頑張ってたのかな，だったりする時もあるんですよね。」(i)*

(6) ＜回復期では受容過程の途中の段階での評価でしかない＞

障害受容は退院後も続いていく長期的な過程であるが故に，回復期は通過点に過ぎず，途中の段階での評価しか行うことができないと感じていた。

*「ここは本当に通過点にしかならないと思うので。だから，（評価は）とりあえずのっていう感じですよね。」(h)*

9）【受容の評価は主観的なもの】

障害受容の意味合いは，患者個々の考え方やこれまでの経験によって異なる。それ故に，障害を受容できたか否かを第三者である看護師が評価することに疑問を抱いており，それは患者本人にしか分からないとするものである。

(1) ＜受容の意味合いは患者個々の考え方や経験によって異なる＞

どこをもって受容とするのか，その意味合いは患者個々の年齢や人生観，過去に乗り越えてきた困難などによって異なると考えていた。そして，例え同じ障害であったとしても，受け止め方は全く異なるものであり，患者の人数分だけ障害受容のパターンがあると捉えていた。

*「（障害受容の意味合いは）違うと思う。年齢とか生き*

*てきた過程，生活状況とか経済状況だったり，一人ひとり性格が違うのと同じだと思う。例えば，手が動かないっていう同じ障害を持ってる人が２人いても，結局今までの生い立ちとか人生観が違うと，全然受け止め方だったり，考え方は違うと思う。」(m)*

(2) ＜受容は他者が評価してよいのか疑問＞

障害受容の意味合いは患者個々によって異なるため，他者から見れば受容できたように見えても，患者自身が本当に受容できたと感じているとは限らない。そのため，第三者が障害受容できたか否かを評価することは思い込みに過ぎないと感じており，看護師が評価すること自体に疑問を抱いていた。

*「入院期間３，４か月の中で，あれができたから受容できたんじゃないかとか，区別しようとするのは，こちらの思い込みだけじゃないかなって思うんですけどね。」(f)*

10)【非現実的な希望への固執による受容の困難さ】

障害が完全にない状態を望むなど，非現実的な希望を抱き続ける限り，障害を受容することは困難であるとするものである。

(1) ＜現実とかけ離れた希望に固執している間は受容するのは困難＞

障害が完全にない状態を望むなど，現実とかけ離れた希望にとらわれている間は，障害を受容することは困難であると捉えていた。

*「障害が完全にない状況を希望する思いは，ずっと持ち続けると思っているので，完全に受容するって本当にあるのかなっていうイメージは持ってるんですね。」(a)*

11)【受容は不可能】

障害があっても全く気にならないと思えるようになることは不可能であり，一生かかっても障害を受容することはないとするものである。

(1) ＜障害があっても全然気にならないと思えることはない＞

障害受容を，障害があっても全然気にならなくなることであると捉えていた。しかし，そうした状態に至ることはないと考えており，それ故に障害を受容することはないと捉えていた。

*「僕はこの障害をもっていても本当にいいんだよって，全然気にならずに言えるっていうところまでは，いけないだろうなとは思ってるんですけど。」(a)*

(2) ＜受容することは一生かかってもできない＞

活き活きと生活していたり，自分のことを話せるようになるなど，表面的には受容しているように見えたとしても，受傷前と全く生活が変わってしまうため，障害を受容することは一生かかってもできないと捉えていた。

*「全然生活が変わっちゃうわけだし，たぶん，一生受け入れられないことだと思うんです。」(n)*

12)【回復期は受容過程の通過点】

障害受容の過程は退院後も続いていく長期的な過程であり，回復期は通過点であるとするものである。

(1) ＜回復期は通過点に過ぎず，退院後も続いていく＞

障害受容の過程は退院後も続いていく長期的な過程であり，それ故に回復期は通過点に過ぎないと捉えていた。

*「完璧な障害受容には至ってないですよね，まだ通過点に過ぎないっていうか。少し障害者としての生活に入ってるっていう感じですかね。まだ本当は歩くっていう健常者としての希望，目標があるのかなって思うんで。」(u)*

13)【期待と諦めとの間で葛藤し続ける過程】

回復の限界について，ある部分では納得し，受容することができたとしても，希望はずっと抱き続けるものであると捉えている。障害受容とは，そうした諦めと回復への期待との間で葛藤し続ける過程であるとするものである。

(1) ＜回復への期待と諦めとの間で葛藤し続ける＞

回復の限界について頭では理解しているが故に，ある部分では諦め，受け入れながらも，それでも元通りに戻りたいといった回復への期待を抱き続ける。そうした葛藤の中で行ったり来たりし続けるため，ここがゴールだという到達点はないと捉えていた。

*「本当はもう足が動かないのは，自分で感じて分かってきているんだけど。もちろん諦めたくない気持ちもあるし，本当に辛いんだよって涙流して。だから，心の中では分かってる，でも諦めたくないっていう，本当に葛藤で。何かをきっかけにコロッと受容したとか，しないとかっていう云々じゃないんだなって思ったんですよ。」(x)*

## Ⅴ．考　　察

### １．障害受容の多角的な捉え方

障害を受容している状態を具体的に明示するとともに，障害を受容することは困難もしくは不可能であると捉えるなど，障害受容を多角的に捉えていることが明らかとなった。

１）障害を受容している状態像

障害受容の過程は，【障害とその影響についての認知】が深まると共に，【自己から周囲への関心の拡がり】【過去から現在への視点の切り替え】【マイナス思考からプラス思考への転換】が相互に作用し合いながらダイナミックに変化していく。そして，【自己の容認】【生活の再構築】へ向かえるようになり，その後の長い人生の中で【新たな価値観の確立】をしていく。こうした長期にわたるプロセスの中に位置づけて，障害受容を捉えていることが推察される。

上田[1]は，「障害の受容はあきらめという消極的なものと全く異なり，むしろ障害の心理的克服という積極的なものである」としている。しかし本研究においては，【過去

から現在への視点の切り替え】が示すように，諦めることは前に向かって進んでいくための過去の自分との一応の区切りであり，それ故に諦めもまた障害受容のひとつの形であると捉えていることが推察される。

また本田ら[3]は，障害受容を「回復の断念に伴う価値体系の変化に限定すべきである」と指摘している。本研究においては【非現実的な希望への固執による受容の困難さ】【期待と諦めとの間で葛藤し続ける過程】が導き出され，元に戻りたいという希望を抱き続ける限り受容できないとする一方で，それが時に生きる意欲に繋がると捉えていた。これについて田垣[33]は，回復の断念が単なる後悔や悲嘆から生じているものか，生活を改善するためのものか，回復を望む目的を考慮することの必要性を指摘している。本研究においても，回復への期待は否定するべきことではなく，【過去から現在への視点の切り替え】ができることも，障害受容のひとつであるとする捉え方が明らかとなった。

以上のことから，看護師は個々の患者の体験や変化を通して，障害を受容している状態のイメージを描き，捉え方を構築していたことが推察される。そして，障害の認知といった短期的でスタティックな捉え方，思考や視点の転換といったダイナミックな変化としての捉え方，新たな価値観の確立といった長期的な捉え方など，多様な切り口での捉え方がなされていることが明らかとなった。また，障害受容をどのような切り口で捉えるか，どこに重点を置いて捉えるかによって，障害を受容していく過程における看護の役割への認識に影響を及ぼすことが考えられる。そのため，脊損者一人ひとりの障害受容の過程を支える看護を展開していくためには，個々の看護師が有する障害受容についての捉え方や考え，目指す目標を共有していくことで，看護ケアの視点が広がっていくと考える。

2）障害を受容することは困難もしくは不可能であるとする捉え方

【新たな価値観の確立】が示すように，障害を負おうとも過去も現在も，将来も変わらずに自分であり続けるといった自己の価値に気づくことであるとする捉え方が導き出された。これは，上田[1]が障害受容の最終段階として位置づけている価値の転換と類似した捉え方であると解することができる。しかし，一方で【受容は不可能】が示唆するように，価値観の転換は理想的な障害受容像であるものの，そうした境地に達することは不可能であると捉えていることが明らかとなった。こうした背景には，受容と障害受容の概念を区別している可能性がうかがえた。つまり，自己に起こった障害を認知しながらも，できる事や果たせる役割に気づくなど，ポジティブな思考で物事を見られるようになるといった積み重ねが，自己の容認や自分らしい生活の再構築に繋がっていく。このように障害受容とは，受傷後の人生の様々な段階で受容を積み重ねていくプロセスであり，障害受容の本質とされる価値の転換といった最終的なゴールとしての障害受容に至ることはないと捉えていることが推察される。

### 2．障害受容を評価することの困難さおよび疑念

【受容の評価の困難さ】として，評価する上での技術的な困難さ，タイミングの困難さが語られていた。また，そもそも障害受容は誰が評価するべきであるのかといった疑念を抱いており，【受容の評価は主観的なもの】とするカテゴリーが抽出された。

1）評価する技術的な困難さ

段階論通りには進まないといった評価する基準の曖昧さや，表面的な反応だけでは図れない心の問題を扱うことの難しさ，看護師個々の経験や考え方による評価の相違などが語られた。これは，これまでに指摘されてきた段階論に当てはめようとする傾向[34]や，障害受容すべきとする固定観念[35]とは相反する語りであり，臨床現場では評価する基準に疑問を抱いている現状がうかがえた。こうした問題を解決していくためには，単に障害受容しているか否かといった抽象的な表現を用いるのではなく，障害受容とは患者がどのような状態になることを指すのかを具体的に描くことが必要である。そして，カンファレンスなどを通して，一人ひとりが描いた状態像を具体的に言語化し，共有していくことが大切であると考える。

2）評価するタイミングの困難さ

【回復期は受容過程の通過点】が示唆するように，障害受容の過程は退院後も続いていく長期的な過程であるが故に，回復期では途中の段階での評価でしかないと捉えていた。そのため，看護師は障害受容の一連の流れを通して見ないと評価できないといった，評価するタイミングの困難さにつながっていたと推察される。しかし一方では，人生という長期的な過程の中で積み重ねられていく受容の状態像を描いていることも明らかとなった。このことから，最終段階とされる価値の転換という唯一無二の障害受容が存在するのではなく，障害受容の過程で積み重ねられていく受容の意味合いを明確にすることが必要であると考える。

3）看護師が障害受容を評価することへの疑問

【受容の評価は主観的なもの】とする捉え方がなされていた。障害受容の意味合いは患者個々の考え方や経験によって異なるため，第三者である看護師が評価してよいのかといった疑念を抱いていると解することができる。これは，「障害受容は患者自身が自分なりの試行錯誤を経て自らの状況を納得できるようになってゆくといった，その人が掴み取るものであり，後になってから受容している自分に気づくものである」[12]とする指摘や，「障害を受容して

いるというのはあくまで援助者の評価であって，当事者の現実世界とは別の次元に存在している」[36] ことを理解しているからこその葛藤ではないかと考える。そのため，看護師の客観的な評価のみで判断しようとするのではなく，患者個々の主観的な体験として捉え，患者自身の評価を尊重するのは無論のこと，患者と看護師との間で目指す状態像や，そこに至るための過程について，相互に理解を深めていくことが重要であると考える。

## Ⅵ. 結　　語

回復期にある脊損者の障害受容についての看護師の捉え方を検討した結果，13のカテゴリーが導き出された。看護師は障害受容を，【障害とその影響についての認知】が深まっていく中で，【自己から周囲への関心の拡がり】【過去から現在への視点の切り替え】【マイナス思考からプラス思考への転換】【自己の容認】【生活の再構築】などの変化を経て，【新たな価値観の確立】がなされていくといった，長いスパンの中に位置づけて捉えていた。しかし一方で，【非現実的な希望への固執による受容の困難さ】【受容は不可能】【期待と諦めとの間で葛藤し続ける過程】といった，障害を受容することは困難もしくは不可能であるとする捉え方や，【受容の評価の困難さ】【受容の評価は主観的なもの】【回復期は受容過程の通過点】といった看護師が障害受容の可否を評価することへの困難さや疑問を抱くなど，様々な角度から障害受容を捉えていることが示唆された。

## Ⅶ. 限界と今後の課題

本研究における対象は，回復期に関わる看護師のみであり，なおかつ経験年数や受け持ちの人数にも差がみられたため，今後は急性期および退院後に関わる看護師へと対象を広げるとともに，経験年数や病院の看護方針など，対象条件の相違が及ぼす影響について検討していくことが課題であると考える。また，受容は積み重ねていくものの，障害を受容することは不可能であると捉えるといった，障害受容と受容の概念を区別して捉えている可能性が推察された点についても検討していく必要があると考える。そして，抽出されたカテゴリーの客観性を検証していくことで，看護師の捉える障害受容の言語化や，自己と向き合い揺れ動く脊損者の看護への示唆につなげていくことができると考える。

## 謝　　辞

本研究を進めるにあたり，快くご協力いただきました参加者の皆様に深く感謝いたします。なお，本研究は茨城県立医療大学修士論文の一部を加筆修正したものであり，本論文は日本看護研究学会第35回学術集会で報告した。

## 要　　旨

本研究の目的は，回復期にある脊髄損傷者の障害受容についての看護師の捉え方を明らかにすることである。研究方法は，リハビリテーション病院等に勤務する看護師22名に対する半構成的面接を実施し，内容分析を行った。その結果，【障害とその影響についての認知】【自己から周囲への関心の拡がり】【過去から現在への視点の切り替え】【マイナス思考からプラス思考への転換】【自己の容認】【生活の再構築】【新たな価値観の確立】【受容の評価の困難さ】【受容の評価は主観的なもの】【非現実的な希望への固執による受容の困難さ】【受容は不可能】【回復期は受容過程の通過点】【期待と諦めとの間で葛藤し続ける過程】の13のカテゴリーが導き出された。参加者は，脊髄損傷者が障害を受容している状態像を明示すると共に，障害受容の可否を評価することの困難さや障害受容の概念自体への疑問を抱くなど，様々な角度から障害受容を捉えていることが示唆された。

## Abstract

The purpose of this study was to determine how nurses perceive acceptance of disability with the convalescent spinal cord injury patients. Semi-structured interviews were conducted with 22 nurses working at rehabilitation hospitals and other facilities and interview contents were analyzed. The following 13 categories were extracted from the analysis: acknowledging disability and its influence, expanding interest from self to surroundings, switching perspective from past to present, changing from negative to positive thinking, self-acceptance, rebuilding life, establishing new values, difficulty of evaluating acceptance, subjective nature of evaluating acceptance, difficulty of acceptance as a result of clinging to unrealistic hope, acceptance as an impossibility, recovery phase as a step in the acceptance process, and a process of continuing to struggle between anticipation and resignation. Participants perceived patients' acceptance of their disability from various angles. While participants presented a clear image of spinal cord injury patients in a state of accepting their disability, they also indicate the difficulty of evaluating whether a disability is accepted or not and a doubt of the very concept of accepting disability.

## 文　献


1）上田　敏：障害の受容―その本質と諸段階について，総合リハビリテーション，8(7)，515-521，1980.
2）本田哲三，南雲直二，他：障害受容の概念をめぐって，総合リハビリテーション，22(10)，819-823，1994.
3）本田哲三，南雲直二：障害の「受容過程」について，総合リハビリテーション，20(3)，195-200，1992.
4）水島繁美：障害受容再考，リハビリテーション医学，40(2)，116-120，2003.
5）Kelly C，Keany MH，他：Disability and Value Change -An Overview and Reanalysis of Acceptance of Loss Theory, Rehabilitation Psychology, 38(3), 199-210, 1993.
6）藤野高明：手と光を失っても―生きるよろこび，働くよろこびを求めて，障害者問題研究，30(3)，247-251，2002.
7）澤俊二：障害受容と情緒的支援ネットワーク―支えられていると実感すること，総合リハビリテーション，31(9)，827-835，2003.
8）柏倉秀克，南雲直二：自己受容と他者の相互作用（ズレ）の関連―視覚障害事例を通して，総合リハビリテーション，31(9)，837-842，2003.
9）Karen K.Yoshida: Reshaping of self-a pendular reconstruction of self and identity among adults with traumatic spinal cord injury, Rehabilitation Psychology, 15(2), 217-245, 1993.
10）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.
11）細田満和子：「障害の受容」再考，総合リハビリテーション，37(10)，899-902，2009.
12）廣町佐智子，新井治子：患者ケアのための基礎知識　障害の受容―心理的リハビリテーション，臨床看護，23(14)，2216-2219，1997.
13）渡辺俊之：ケアを受ける人の心を理解するために，171-180，中央法規，東京，2005.
14）細田満和子：リハビリテーション・アプローチ―障害受容，総合リハビリテーション，35(10)，1247-1250，2007.
15）堀田涼子，市村久美子：脊髄損傷者である当事者が経験する障害受容に関する研究，茨城県立病院医学雑誌，26(2)，33-39，2009.
16）古牧節子：リハビリテーション過程における心理的援助―障害受容を中心として，総合リハビリテーション，14(9)，719-723，1986.
17）藤城有美子，平部正樹：面接法による「語り」研究，熊倉伸宏，矢野英雄（編）：障害ある人の語り，205-214，誠信書房，東京，2005.
18）粟生田友子：看護師の立場から　看護ケアのなかで見える対象の障害受容とケアのありよう，リハビリナース，1(6)，590-594，2008.
19）本田哲三：障害受容，渡辺俊之，本田哲三（編）：リハビリテーション患者の心理とケア，14-25，医学書院，東京，2000.
20）野川道子：脳や脊髄に障害を受けた患者の障害受容とその援助，看護，43(6)，172-185，1991.
21）下斗米淳子，野川道子，他：術後予期せぬ頸髄損傷となった２事例の障害受容と自立への援助，臨床看護，10(13)，1866-1874，1984.
22）平本榮子，橋本幸子，他：頸髄損傷患者の看護―急性期の管理と障害受容をめぐって，臨床看護，10(13)，1891-1900，1984.
23）西村奈由美，宮下礼子，他：頸髄損傷患者の障害受容に影響を与える要因について―23例の検討結果から，Brain Nursing，7(9)，821-825，1991.
24）田中初美，福永いずみ，他：スポーツによる頚椎外傷患者の看護―障害を受容する過程での看護を振り返って，臨床看護，22(9)，1273-1279，1996.
25）堺亜香，立花千代他：交通外傷により脊髄損傷に至った患者の看護―母親との関わりを通して障害受容を考える，日本看護学会論文集　成人看護Ⅱ，32，36-38，2001.
26）岡田千佐子，本間小百合，他：障害受容が困難であった四肢麻痺患者の一事例，北海道リハビリテーション学会雑誌，31，139-142，2003.
27）平石　彩，井上由美子：脊髄損傷患者の心理的危機の分析と介入，臨床看護，32(1)，38-46，2006.
28）朝倉香織：障害受容における看護の役割―背景が異なる二人の患者様を通して，京都中央看護専門学校紀要，13，51-56，2006.
29）三沢伸明：脊髄損傷者の障害受容過程で起こる心理的変化とその影響要因，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録，331-336，22，1997.
30）坂本雅代，前田智子：脊髄損傷の受傷による苦悩から立ち直りに向け意識が変化する要因，看護研究，35(5)，439-449，2002.
31）米山加葉，三宅陽子，他：突然の発症によりリハビリテーションを行う患者の心理的変化について，日本リハビリテーション看護学会学術大会集録，16，212-214，2004.
32）梶原睦子：「ストーマの受容」という概念の再考，山梨医大紀要，18，55-60，2001.
33）田垣正晋：「障害受容」における生涯発達とライフストーリー観点の意義―日本の中途肢体障害研究を中心に，京都大学大学院教育学研究科紀要，48，342-352，2002.
34）藤田智香子，川口晴美，他：「障害受容」という言葉はリハビリテーション専門職種によってどのように使われているか？―症例報告の分析から，青森保健大学紀要，2(1)，17-26，2000.
35）酒井郁子，佐藤弘美，他：脳血管障害を持つ患者の障害受容およびその周辺概念―研究動向と実践上の課題，臨床看護研究の進歩，10，10-21，1998.
36）小杉真智子：障害受容論の再検討―当事者に経験される現実世界からの考察，日本保健医療行動科学会年報，17，149-160，2002.


［平成21年10月15日受　　付］
［平成22年10月21日採用決定］

－原　著－

# 糖尿病腎症から透析となった患者における障害受容の因子とその構造

Factors Affecting Acceptance of Disability in Hemodialysis Patients with Diabetic Nephroparhy and their Structure

恩幣（佐名木）宏美[1)]　瀧　川　　薫[2)]　岡　　美智代[1)]
Hiromi (Sanaki) Onbe　Kaoru Takigawa　Michiyo Oka

キーワード：糖尿病腎症，血液透析患者，障害受容
Key Words：diabetic nephropathy, hemodialysis patients, acceptance of disability

## Ⅰ．はじめに

近年，我が国の透析患者数は増加の一途を辿り，特に糖尿病腎症から透析となる患者（糖尿病腎症 diabetic nephropathy：DNによる血液透析 hemodialysis：HD）（以下，「DNHD患者」と略す）は，2006年現在で14,968人（透析導入患者全体の42.9%）と透析導入原疾患の第１位となっており，今後も増加が予測される[1)]。DNHD患者の特徴として，非糖尿病腎症から透析となった患者よりも様々な合併症を有していることが挙げられる。その合併症は，生命に危険を及ぼす心血管系合併症から，日常生活動作に影響を及ぼす視力・神経障害など様々である。視力障害においては，透析導入時には既に失明に近いまたは失明状態の患者も見受けられる。

透析室に勤務する看護者は，様々な障害を有するDNHD患者に対し，患者が管理行動と日常生活を少しでも円滑に行う援助として患者教育を実施している。しかし，障害を有するDNHD患者にとっては，一般的な透析患者に必要な管理行動を日常生活に統合することが難しく，DNHD患者は透析治療に対する管理に加えて，さらに糖尿病治療に対する管理も必要となるため，この両者の管理を日常生活に統合することは難しい。このことから，障害を有するDNHD患者が透析と糖尿病治療を日常生活に統合しながら生活する上で，患者が障害をどのように捉えているのかは，日常生活を送る上で何らかの影響があるのではないかと考えた。また，看護者は障害の程度に合わせた患者教育を行うだけでなく，患者がその障害をどのように捉えながら日常生活を営んでいるのかを把握した上で，患者教育を実施することは個別性の重視と患者理解のために重要な問題であるともいえる。

患者の障害を捉えるという考えの一つに障害受容という概念がある。障害受容の定義として，南雲は障害受容を前向きに捉え，「障害のために変化した身体的条件をこころから受け入れること」と述べている[2)]。障害受容に関する研究は看護学を問わず，理学・作業療法学，社会福祉やリハビリテーション学など幅広い学問分野で概念の紹介や研究が行われている[3～5)]。看護学においても障害受容の研究があるが，難病や脳血管障害後，在宅酸素療法施行患者の障害受容に対する研究が多くなされている[6)～9)]。それらの研究では，不安・絶望感のなかから疾病を受容し，人生の再設計をしていくためには患者自身の意識や価値観の変容はもちろん，患者を取り巻く家族，地域の支援が大きな力となることが明らかとされていた。透析・糖尿病患者での障害受容に対する研究はなく，疾病や透析受容をテーマとした研究があったのみであった[10~11)]。また，先行研究を見ても，DNHD患者の障害に焦点を当てた論文は見られない。近年のDNHD患者の増加から考えても，看護者が障害受容を把握した上での具体的な患者教育の方策を考案するためにも，DNHD患者の障害受容を分析する必要がある。

そこで，筆者らは本研究の先行研究として，DNHD患者と非DNHD患者の障害に対する思いを明らかにする質的研究を実施した[12)]。結果，DNHD患者は透析導入前から視力障害などの日常生活動作に大きな影響を及ぼす障害を否定的に捉えており，このことが治療や生活に影響を及ぼしている可能性が示唆された。非DNHD患者は不可逆的な腎機能障害を持ったものの，身体障害者として社会からの恩恵を受けられることや第３者の存在を感じながら生活することが，治療や生活に対して肯定的な影響を及ぼしている可能性が示唆された。このことから，DNHD患者の障害受容は，「障害」「日常生活」「否定的」という変数が関係していると考えられた。

そこで，この質的研究で得られた知見から，DNHD患者の障害および日常生活状況，否定的な状況の把握と障害受容の因子構造モデルを明らかにしたいと考えた。本研究

１）群馬大学大学院保健学研究科　Graduate School of Health Sciences, Gunma University
２）滋賀医科大学医学部看護学科　School of Nursing, Faculty of Medicine, Shiga University of Medical Science

でDNHD患者の障害受容の因子構造を明らかにすることで，障害受容を構成する要素間の関係の解明を試みることができ，そのことから障害を有するDNHD患者の患者理解に繋げていきたい。

以上より，本研究では糖尿病腎症から透析となった患者における，障害受容の因子とその構造を明らかにすることを目的とした。

用語の操作的定義

障害：障害とは，WHOの国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF）で「機能障害（構造障害を含む），活動制限，参加制約のすべてを含む包括用語として用いる。」と定義される。本研究で対象となる患者が日常生活で制限を受ける障害は，多くがじん臓や視力・神経障害などの機能障害であることから，本研究における障害とは，「じん臓や視力・神経障害という機能障害により，日常生活に支障を来している状態」と定義する。

障害受容：受容とは，広辞苑では「受け入れて取り込むこと」であることから[13]，本研究における障害受容は，「じん臓や視力・神経障害を有する患者が障害を受け入れ取り込み，日常生活で行動すること」と定義する。本研究で日常生活での行動も把握したいと考えているため，定義内に行動することも入れた。

## Ⅱ．研究方法

### １．調査対象

近畿圏内の10透析施設で透析を受ける患者で，原疾患が糖尿病腎症で外来通院中の慢性維持血液透析患者（透析導入６カ月以上経過）212名である。また，認知症・高次脳機能障害（意思疎通が不可能・読み書きができない）・80歳以上の高齢の患者は除外とした。認知機能や高次脳機能に障害のある患者を除外基準としたのは，本研究が自記式質問紙調査法によりデータ収集を行うため，データの信頼性を確保しようと考えたためである。また，80歳以上の高齢者を除外した理由は，潜在的な認知機能や高次脳機能に障害がある可能性があり，質問紙調査の回答に影響が出ると考えたからである。

### ２．調査期間

2006年４月～12月。

### ３．調査方法及び調査内容

１）調査方法

自記式質問紙調査を用いた調査方法で，データ収集を行った。しかし，対象者の状況や希望によっては，例外として研究者が聞き取りを行う他記式とした。その場合は，患者に聞き取り場所を確認することで，患者の希望に応じてプライバシーの確保に配慮しながら実施し，その場で質問紙を回収した。自記式質問紙は，透析中または自宅での記入を依頼し，透析後または後日に回収した。

２）調査内容

⑴ 人口学的特性と治療状況

人口学的特性と治療状況は，性別，年齢，就業の有無および職業，透析歴，社会参加の有無について質問した。社会参加の有無は，対象者が社会参加しているかどうかを自己評価で確認する質問内容とした。

⑵ 障害の程度の把握

障害に関する調査内容は，視力・神経障害の有無，障害による日常生活への支障の有無であり，対象者の主観的な考えを確認した。

⑶ 障害受容

障害受容は，中司が開発した「障害受容度診断検査」を使用した。障害受容度診断検査は人格検査の一つで，１因子構造であり，妥当性は行動観察と文章完成法による心理検査で確かめられており，15歳から59歳まで50名の脳性マヒ，脳血管障害，脊髄損傷，切断などの不可逆的な障害を持つ肢体不自由者で標準化している[14]。本研究における障害受容の定義は，じん臓や視力・神経障害を有する患者が障害を受け入れ取り込み，日常生活で行動することであり，不可逆的な障害を有するDNHD患者の障害受容を捉えるにあたり，妥当な内容であると判断した。そのことから，障害受容度診断検査は，筆者が明らかにしたい障害受容をある程度保証できる内容であり，内容妥当性が確保されていると考えた。質問項目は31項目で，「はい」「いいえ」「わからない」の３件法で構成されている。尺度の信頼性は，クーダーリチャードソンの信頼度係数がr=0.868と，信頼性が確認されている。なお，本研究では，透析患者において使用するのには問題があると判断した質問，例として「手足の不自由だけでなくほかにもからだの悪いところがあって元気がないですか」など，必ずしも四肢に不自由をもたないDNHD患者にとって必要ないと判断した４項目について削除し，最終的に27項目を採用した。

### ４．分析方法

人口学的特性は，記述統計を実施した。障害受容度診断検査の分析は探索的因子分析を実施し，因子数と因子名を確認し，その後の探索的因子分析から明らかとなった因子に対して，確認的因子分析を実施した。モデルの全体的評価は，データ数に左右されず，一般的に使用されている GFI（Goodness of Fit Index），AGFI（Adjusted Goodness of Fit Index），CFI（Comparative Fit Index），RMSEA（Root Mean Square Error of Approximation）の適合度指標を使用した[15] [16]。

モデルの部分的評価は，パス係数および検定統計量（Critical Ratio: 以下CRと略す）で評価し，パス係数は0.3以上，CRは有意差５％水準の標準化得点の値1.96以上を満たしていることを基準とした[17～19]。また，障害受容度診断検査の信頼性係数は，Cronbach α係数で算出した。統計パッケージソフトは，記述統計や信頼性係数，探索的因子分析はSPSS16.0 J for Windowsを使用し，確認的因子分析は共分散構造分析専門ソフトAmos16を使用した。

### ５．倫理的配慮

倫理的配慮は，滋賀医科大学倫理委員会で審査を受け承認された（承認番号：17-96）。また，対象施設の倫理委員会での審査や施設長の許可を得た後に調査を実施した。対象者への倫理的配慮は，本研究の目的・方法と，研究への参加の有無により治療および看護に影響がないことを説明した。回答は無記名であるが，検査データとの照合作業のため調査用紙に通し番号をつけることを説明した。また，検査データと調査用紙を照合し，カルテからデータを閲覧する際，一時的に対象が特定されるが，その情報は研究者以外は知り得ず，データ収集後は数量化することで最終的には個人が特定されないことを説明した。得られたデータと研究結果は，個人が特定できないようにプライバシーの尊重，保護に配慮すること，特に研究対象者の検査データとカルテ閲覧で得たデータは，匿名性を保つとともに研究目的以外に使用せず，保管に際しては細心の注意を払うことを各施設の責任者および患者に対して書面と口頭で説明し，同意書により同意の意思を確認した。

## Ⅲ．結　　果

調査用紙を212名に配布し，回収数は181名（回収率85.3%）で，有効回答数は150名（有効回答率70.7%）であった。また，他記式で収集した回収数は17名であった。

### １．対象者の記述統計（表１）

対象者の属性を表１に示す。対象者は男性105名（70%），女性が45名（30%）と男性が多く，平均年齢は63.41±9.56歳（34～79歳）であった。就業の有無は，有職が37名（24.7%），無職が113名（75.3%）で，無職が多かった。社会参加の有無は，参加しているが35名（23.3%），していないが115名（76.7%）であった。

視力障害は，有りが108名（72%），無しが41名（27.3%）であり，視力障害を有している割合が高かった。視力障害による日常生活の支障は，有りが54名（36%），無しが92名（61.3%）であり，支障を来している割合が低かった。神経障害は，有りが61名（40.7%），無しが86名（57.3%）であった。神経障害による日常生活の支障は，有りが28名（18.7%），無しが117名（78%）であった。

表１　対象者の概要（N=150）

| | Mean ± SD（range） |
|---|---|
| 年　齢（歳） | 63.41±9.56（34～79） |
| 透析歴（年） | 4.62±3.95（0.5～21） |
| | n（%） |
| 性別 | |
| 男性 | 105（70.0） |
| 女性 | 45（30.0） |
| 職業 | |
| 無職 | 113（75.3） |
| 有職 | 37（24.7） |
| 社会参加しているか | |
| はい | 35（23.3） |
| いいえ | 115（76.7） |
| 視力障害 | |
| 有り | 108（72.0） |
| 無し | 41（27.3） |
| 不明 | 1 |
| 視力障害による日常生活の支障 | |
| 有り | 54（36.0） |
| 無し | 92（61.3） |
| 不明 | 4 |
| 神経障害 | |
| 有り | 61（40.7） |
| 無し | 86（57.3） |
| 不明 | 3 |
| 神経障害による日常生活の支障 | |
| 有り | 28（18.7） |
| 無し | 117（78.0） |
| 不明 | 5 |

### ２．障害受容度診断検査の探索的因子分析の結果（表2.3）

障害受容度診断検査の信頼性係数（Cronbachのα係数）は，0.84であった。因子分析の実施前に，得点分布の歪みを確認のため，フロア・天井効果を確認した結果，８項目に天井効果を認めたため，これらの項目を削除した後に19項目で分析を開始した。初回の因子分析で，固有値１以上の因子は６因子抽出されたが，前後の因子間の固有値を算出すると，前後の差が大きいのが第３因子と第４因子の間であった。また，スクリープロットの傾きにおいては，第３・４因子の間で傾きが強くなり，以後第４因子で傾きが平坦になることから，因子数を３と４に設定し，プロマックス回転にて因子分析を行った。結果，４因子の累積寄与率は44.6%であり，３因子と４因子を比較して因子負荷量0.35以上の項目の解釈を行ったところ，解釈がしやすいことからも，４因子解とすることとした。因子の解釈の際，因子負荷量0.35以上である項目を抽出したため，19項目から５項目を削除した。そのため，最終的には表２のDNHD患者の障害受容の探索的因子分析の結果に示した14項目の４因子構造となった。因子の命名は，質問項目から，第１因子は障害を否定的に捉え，対峙できないことによる気持ちと行動を示すため「障害と対峙できないことに

表２　DNHD患者の障害受容の探索的因子分析の結果

| 因子名 | 質問項目 | 質問項目 | 抽出因子 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 第1因子 | 第2因子 | 第3因子 | 第4因子 |
| 障害と対峙できないことによる気持ちと行動 | 14 | 少しのことでふくれたりすねたりしますか。 | 0.822 | 0.007 | -0.265 | -0.098 |
| | 19 | からだのことでぐちをこぼしますか。 | 0.427 | -0.050 | 0.236 | 0.155 |
| | 7 | からだのことで何かいわれると，じきに涙が出ますか。 | 0.425 | 0.000 | 0.183 | -0.063 |
| | 13 | からだが不自由なため，ちょっとしたことでも人に頼ってしまうことがありますか。 | 0.423 | 0.108 | 0.168 | -0.041 |
| | 12 | もし，よい先生の治療や訓練を受けていたらもっとからだがよくなったと思いますか。 | 0.357 | -0.319 | 0.164 | 0.173 |
| 障害があることでの負い目 | 17 | 人に先立ってやらなければならないことはなるべくさけていますか。 | -0.067 | 0.697 | 0.086 | -0.054 |
| | 10 | なるべく人から目立たないようにしていますか。 | -0.014 | 0.517 | 0.090 | 0.088 |
| | 3 | からだが不自由なので人前に出るのが気がひけますか。 | 0.168 | 0.478 | 0.058 | -0.054 |
| 自尊心の低下 | 11 | 自分は不幸な人間だと思うことがありますか。 | -0.07 | -0.064 | 0.599 | -0.021 |
| | 4 | もっと違う境遇に生まれればよかったと思うことがありますか。 | -0.048 | 0.181 | 0.449 | -0.141 |
| | 21 | からだについて何かいわれるとくやしく思う ことがありますか。 | -0.004 | 0.100 | 0.44 | 0.131 |
| | 16 | ものごとがうまくいかない時，自分はつまらないものだと思いますか。 | 0.300 | 0.140 | 0.365 | -0.079 |
| 他者との関係における行動 | 2 | 他の人のことが気になりますか。 | -0.038 | -0.120 | -0.036 | 0.779 |
| | 20 | ちょっとしたことで大げさにいうくせがありますか。 | -0.068 | 0.389 | -0.107 | 0.465 |

表３　障害受容度診断検査における因子分析の４因子間の相関（N=150）

| | 障害と対峙できないことによる気持ちと行動 | 障害があることでの負い目 | 自尊心の低下 | 他者との関係における行動 |
|---|---|---|---|---|
| 障害と対峙できないことによる気持ちと行動 | | 0.286** | 0.398** | 0.178* |
| 障害があることでの負い目 | 0.286** | | 0.376** | 0.166* |
| 自尊心の低下 | 0.398** | 0.376** | | 0.055 |
| 他者との関係における行動 | 0.178* | 0.166* | 0.055 | |

**. 相関係数は $p<0.01$　*. 相関係数は $p<0.05$

よる気持ちと行動」，第２因子は障害という負い目により積極的に行動できないことを示すため「障害があることでの負い目」とした。また，第３因子は障害をもつ自分の価値を低く捉えていることを示すため「自尊心の低下」，第４因子は他者との関係や比較から自分を評価した行動を示すため「他者との関係における行動」とした。また，それぞれの因子の相関関係の結果を表３の障害受容度診断検査における因子分析の４因子間の相関に示したが，因子間で有意差があるも，0.166から0.398と無相関または低い相関であった。

### ３．障害受容度診断検査の確認的因子分析の結果（図１）

確認的因子分析の結果は，図１に示した。探索的因子分析で，因子間に相関があるという前提でプロマックス回転を実施したため，４因子にはそれぞれ相関があるというモデルを作成し，データへの適合度を検討した。結果，４因子ではモデルが成立せず，モデルの変更を行った。最終的に３因子となり，GFI=0.90，AGFI=0.90，CFI=0.90，RMSEA=0.000で，すべて統計学的な許容水準を満たした。各観測変数のパス係数は，すべて0.3以上あり，CRもすべて1.96以上であったため，このモデルを採用した。確認的因子分析では，３因子構造（障害と対峙できないことによる気持ちと行動・障害があることでの負い目・自尊心の低下）が確認された。

## Ⅳ．考　　察

### １．対象者の属性と障害の状況との関連

本研究対象者の性別は男性が多かったが，全国平均における透析年数別での性別分布も，男性が多いことから逸脱した対象ではないと考える[20]。また，今回の研究対象者の平均年齢は，63.41±9.56歳であり，全国の透析患者全体の平均年齢が64.38±12.75歳であることからほぼ同年齢であった。現疾患を糖尿病腎症に限ると全国平均年齢は65.37±10.92歳で，本研究対象者は63.41±9.56歳であることから，低い傾向が認められた。日本透析医学会の調査は母集団の結果であるが，本研究は対象者を80歳以下と限定したため，この差異が生じたと考える。しかし，母集団との差は約２歳であり，母集団より著しく逸脱した対象ではないと考える。

視力障害では有している割合が高かったが，視力障害による日常生活への影響はそれほど大きくないことがわかっ

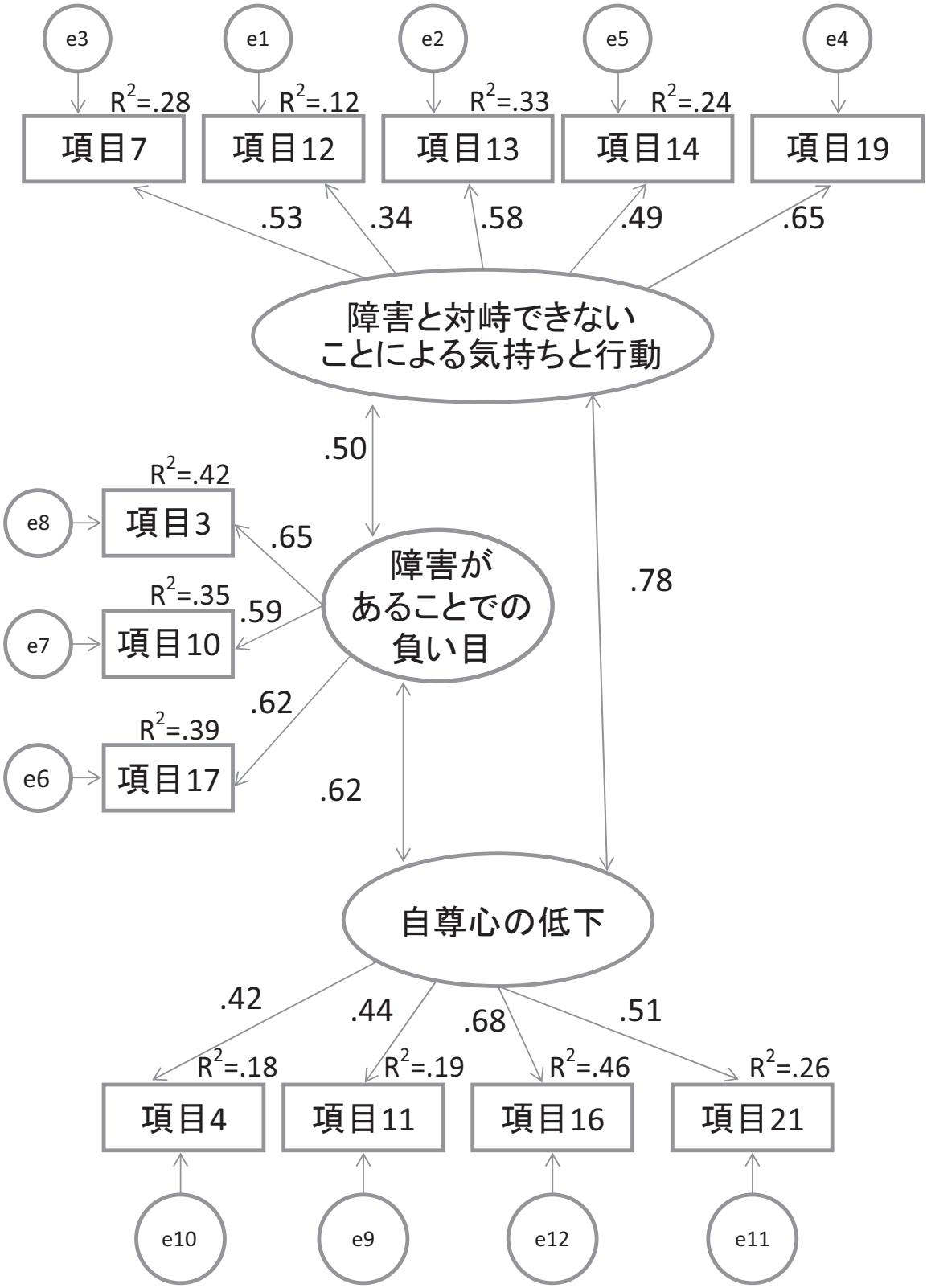



図１　障害受容の構造－確認的因子分析結果－

e1～ e12: 誤差変数
GFI 0.900
AGFI 0.900
CFI 0.900
RMSEA 0.000
パス係数はすべて $p<0.01$

た。視力障害の程度も個人差があるものの，看護者は患者の視力障害が日常生活にまで影響を及ぼしている場合にはロービジョンに対するケアが必要であり，日常生活に影響が至ってない場合には，悪化や進行に対する予防的ケアが必要となる。看護者は患者理解の一つとして，視力障害の程度と日常生活の把握は重要である。

また，本研究対象者は平均年齢が63歳前後と生産年齢にあるにもかかわらず，健常者と比し，就業率が低かった。日本透析医学会の統計調査を元にした報告では，透析患者の就業率は男性の非DNHD患者で61.2%にあるのに対し，DNHD患者は35.9%にとどまっている[21]。本研究対象者においても就業率が24.7%であることから，全国的な非DNHD患者と比較しても就業率が著しく低いことが明らかとなった。本研究では，就業率の低下の要因は把握できていないが，高率で見られる視力障害やそれに伴う日常生活での支障が考えられる。

### 2．探索的因子分析による対象者の障害受容の因子

探索的因子分析を行った結果，「障害と対峙できないことによる気持ちと行動」「障害があることでの負い目」「自尊心の低下」「他者との関係における行動」の４因子が抽出された。

「障害と対峙できないことによる気持ちと行動」の因子では，質問項目から，身体に不自由さを感じていることで，障害に対して向き合えず，後悔の念を持って行動していると判断できる。南雲は，患者によっては障害を受容することができず，心的外傷という症状として現れることもあると述べている[22]。このことから，患者によっては障害をもつことで心的外傷が生じ，前向きな考えが持てず，後悔の念を持って行動している可能性も考えられる。看護者は，障害を持つ患者が潜在的な心的外傷を有している可能性も考慮し，看護ケアを考えていくことが重要である。また，「他者との関係における行動」という因子からも，DNHD患者は健常者である他者との関係を気にしていることが理解できる。この状況下において，患者自身に変容を求めるだけでなく，障害者を取り巻く社会自体の変容も必要である。南雲が社会受容という定義として，「社会が障害者を心から受け入れることが必要である」と述べており，患者の障害受容を患者自身に求めるのではなく，社会自体の変容により障害受容を促進することの必要性を述べている[23]。このことからも，看護者を含めたDNHD患者を取り巻く他者や強いては社会が，個人に障害受容と変容を求めるのではなく，看護者を含めた社会が障害をもつDNHD患者をこころから受け入れることが重要である。

また，「障害があることでの負い目」の因子から，健常者と対等に生活できない思いを示していることが明らかとなった。南雲[24]はゴフマンのスティグマと自己アイデンティティの考えから，「障害を負った人がそれまでどおりに，元の集団の中で前と同じように振舞うと，他のメンバーとの溝を深くする。そのため，外集団との調整を学ばなければならない」と述べている。このことから，障害があることでの負い目から，「障害と対峙できないことによる気持ちと行動」と「他者との関係における行動」という行動が起こっている可能性があり，DNHD患者が外集団との調整を行っているのではないかと考える。患者が障害に対するスティグマを感じることなく，自己アイデンティティを保ちながら生活できるかが重要であり，看護者はそのスティグマを理解することが重要であろう。

「自尊心の低下」では，障害のある自分を受容できず，健康なときと現在の自分との間で葛藤している可能性があるのではないかと考える。これは，“自分が不幸な人間である”や“違う境遇に生まれればよかった”などの質問項目から推察できる。自分が目標とする自分でなくなったこと，すなわちアンビバレントな思いから，現実を受け入れられない可能性がある。そのことから，患者は自己評価を低く見積もっているのではないかと考える。自尊心は，「自己評価の水準として自尊心がある。自尊心は，自分自身を基本的に価値あるものとする感覚」と言われている[25]。また，自尊心と同義語で扱われる自尊感情では，「他者が好意的な認知を示してくれることは，自尊感情を高める」と言われている[26]。すなわち，自分を価値あるものと判断する基準が，他者との比較からであるため，患者の自尊感情は他者との関係がかかわってくる。このことから，他者が患者に対して好意的な認知を示すことが自尊感情の上昇にも繋がり，障害受容にも影響すると考える。

### 3．確認的因子分析による対象者の障害受容の因子と構造

確認的因子分析の結果，探索的因子分析では４因子であったが，最終的に３因子構造が最も適合度のよい構造となり，その３因子は，「障害と対峙できないことによる気持ちと行動」「障害があることでの負い目」「自尊心の低下」であった。この３因子から考えられることは，患者は他者との関係から比較して障害のある自分を見ているのではなく，障害を自分自身の観点から評価していると考えられる。看護者は障害を負い目と感じ，その障害と対峙できず自尊心が低下しているDNHD患者を看護する際，自尊心を高める看護を行うことも重要といえる。

また，自尊感情は，「障害のような経験や長期のストレスは自尊感情を引き下げるが，一貫した成功の経験は，自己概念を積極的に変化させ，自尊感情にも影響する」と言われている[27]。そのことから，患者が，成功体験を経験できるかどうかも重要になると考える。成功体験は，自己効力に影響する情報でもあり，自己効力は患者教育に効果があることはすでに明らかなことである。透析に勤務する看

護者が，患者への看護を行う際に最も多いのが患者教育である。セルフマネジメントが必要な患者にとって，成功体験を重視した患者教育を行うことは，患者教育への効果をもたらすだけでなく，障害受容の変化にも繋がるものと考える。そのことからも，看護者は患者理解の際，障害などの否定的な部分に着眼するだけでなく，患者のできる部分や強みなどの肯定的な部分に着眼することが重要であると思われる。

今回，糖尿病腎症から透析となった患者の障害受容という視点から研究を行ったことで，障害を受け入れられるためのケアとして，心的外傷も視野に入れたメンタルケアの重要性が示唆された。また，障害受容のためには，患者を取り巻く社会の変容，すなわち社会受容の視点が重要であることからも，社会受容が行いやすくするため，国や行政の制度の充実や制定に対して，看護者が働きかける活動が求められると考える。

### 4．本研究の限界と今後の課題

今回，使用した障害受容度診断検査は，透析患者用の尺度でないため，DNHD患者の障害受容の因子と構造を検証するには限界があった。今後，DNHD患者の障害受容を明らかにする尺度を作成することにより，DNHD患者の障害受容という患者理解に繋げていきたいと考える。

近年は，障害者自立支援法の制定もあり，社会はこれまで以上に障害者への関心が高まりつつある。看護者が日々看護する透析患者も，障害者としての位置づけがされるからには，障害者の自立支援という視点も含めて，患者の生活とその支援について共に考えていくことが責務であろう。

## V．結　論

糖尿病腎症から透析となった患者の障害受容の因子とその構造を明らかにするために，212名を対象に属性や障害受容度診断検査を使用し調査を行った。その結果，以下のような知見が得られた。

1．対象者は視力障害を有し，就業率や社会参加が低い状況であった。
2．対象者の障害受容の因子は，「障害と対峙できないことによる気持ちと行動」「障害があることでの負い目」「自尊心の低下」「他者との関係における行動」あった。
3．対象者の障害受容の構造は３因子構造であり，障害を負い目と感じ，また障害と対峙できないこと，さらに自尊心の低下をもたらしていた。

## 謝　辞

本研究を行うにあたり，本研究の趣旨をご理解いただき，貴重な時間を割いて快く調査に応じてくださいました対象者の皆様に心より感謝申し上げます。

本研究は，滋賀医科大学大学院医学系研究科修士課程に提出した論文の一部であり，加筆修正を加えたものである。本研究の一部は，第１回日本慢性看護学会学術集会（2007年８月）にて発表した。

## 要　旨

【目的】本研究の目的は，糖尿病腎症から透析となった患者における，障害受容の要因とその構造を明らかにすることである。

【方法】原疾患が糖尿病腎症の外来通院中の慢性維持血液透析患者212名に対して，障害受容度診断検査を使用し，調査を実施した．分析方法は，障害受容度診断検査の結果を使い，探索的因子分析で因子を抽出し，確認的因子分析にて構造を確認した。

【結果】有効回答数は150名(回答率70.7%)であり，男性105名，女性45名で平均年齢は63.41±9.56歳であった。探索的因子分析では，「障害と対峙できないことによる気持ちと行動」「障害があることでの負い目」「自尊心の低下」「他者との関係における行動」の４因子が抽出された．確認的因子分析では３因子構造となった。

【結論】対象者の障害受容の因子は４因子であり，構造では３因子構造となった。

## Abstract

[Objective]

The purpose of this study was to identify factors affecting acceptance of disability in hemodialysis patients with diabetic nephropathy and their structure.

[Methods]

We selected 212 chronic maintenance hemodialysis outpatients with diabetic nephropathy as a primary disease, and conducted a diagnostic test for disability adjustment. Then, we performed an exploratory factor analysis of the results of the diagnostic test to identify factors, and carried out a confirmatory factor analysis to clarify the structure.

[Results]

Valid answers were obtained from 150 patients (70.7%), consisting of 105 males and 45 females with a mean age of 63.41 ±9.56 years. Exploratory factor analysis identified four factors: "feelings and behaviors derived from difficulty in facing the disability", "negative feelings attributed to the disability", "decrease in self-esteem", and " behaviors regarding relationships with others". Confirmatory factor analysis demonstrated a three-factor structure.

[Discussion]

Since a "decrease in self-esteem" strongly affects feelings towards the disability, it is important to provide care based on the social model of disability and enhance self-esteem.

[Conclusion]

Four factors were identified acceptance of disability in hemodialysis patients, whereas a three-factor structure was demonstrated.

## 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（2006年12月31日現在），日本透析医学会雑誌，41(1)，1-28, 2008.
2）南雲直二：障害受容　意味論からの問い，５，荘道社，東京，1998.
3）小嶋由香：脊髄損傷者の障害受容過程　受傷時の発達段階の関連から，心理臨床学研究　22(4)，417-428, 2004.
4）細田満和子：障害受容，総合リハビリテーション，35(10)，1247-1250, 2007.
5）寺島　彰：米国および英国の障害モデル，国立身体障害者リハビリテーションセンター研究紀要，22号，1-7, 2001.
6）梶谷佳子：脳卒中患者の障害受容プロセスと関連要因，神戸市看護大学短期大学部紀要，16, 113-125, 1997.
7）鐵井千嘉，松岡　緑，他：在宅酸素療法施行患者の障害受容の促進要因と阻害要因，九州大学医学部保健学科紀要，5, 1-12, 2005.
8）登喜和江，高田早苗：壮年期脳卒中患者の障害引き受けに向けての歩み，日本看護学会誌，15(2)，2-14, 2006.
9）藤田佐和，森口美奈，他：身体に不自由な障害をもと生活再編成に向かう人の経験世界，高知女子大学紀要，45, 137-152, 1997.
10）大本眞由美：外来血液透析患者の病いの体験に関する研究，日本赤十字広島看護大学紀要，3, 103-108, 2003.
11）シェリフ多田野亮子，大田昭英：血液透析患者の心理的適応（透析受容）に影響を与える要因について，日本看護科学学会誌，23(1)，1-13, 2003.
12）佐名木宏美，瀧川　薫：糖尿病腎症から透析となった患者の障害に対する思い－非糖尿病腎症の透析患者との比較－，滋賀医科大学看護学ジャーナル，5(1)，13-18, 2007.
13）新村　出編:広辞苑第５版，岩波書店，東京，1995.
14）中司利一：心理テスト（3），総合リハビリテーション，3(6)，65-70, 1975.
15）豊田秀樹，前田忠彦，他：原因をさぐる統計学　共分散構造分析入門，174－177, 講談社，東京，1992.
16）山本嘉一郎，小野寺孝義：Amosによる共分散構造分析と解析事例（第２版），16-18　36-42, ナカニシヤ出版，京都，2002.
17）15）再掲書，　174－184.
18）涌井良幸，涌井貞美：図解でわかる共分散構造分析，56-58, 104, 日本実業出版社，東京，2003.
19）15）再掲書，36-42.
20）１）再掲書，1-28.
21）中井　滋：わが国の糖尿病性腎症の透析患者の現況－日本透析医学会統計調査から－，臨床透析，21(1)，7-12, 2005.
22）２）再掲書，５.
23）南雲直二：社会受容［障害受容の本質］，43, 荘道社，東京，2002.
24）20）再掲書，126.
25）梶田叡一：自己意識の心理学　第２版，94-96, 東京大学出版会，東京，1998.
26）遠藤辰雄，井上祥治，他：セルフエスティームの心理学　自己価値の探求，79-88, ナカニシヤ出版，京都，1992.
27）23）再掲書，20.

［平成22年２月22日受　　付
平成22年11月11日採用決定］

－原　著－

# 後頸部温罨法による自律神経活動と快−不快の変化

## ― 40℃と60℃の比較 ―

Changes in Autonomic Nerve Activity and Pleasure-Displeasure during Hot Compresses to the Posterior Region of the Neck
― A Comparison between 40 and 60 Degrees Centigrade ―

加　藤　京　里
Kyori Kato

キーワード：罨法，自律神経系，快
Key Words：compress, autonomic nervous system, pleasure

## Ⅰ．はじめに

看護の臨床において，温罨法は相手の状態やその時の状況に合わせて様々な方法で実施されている。温罨法の文献レビュー[1]において，温熱が加えられる部位が異なっても「加温した局所だけではなく末梢の皮膚温や皮膚血流量が上昇」し，「腸蠕動が亢進」する可能性が示唆され，「温熱」に共通する効果が示されたが，温罨法の効果的な方法についてはまだ明らかになっていないことが多い。湿熱のほうが乾熱よりも皮膚温と感覚において温まりの度合いが高いことが報告[2]されているが，方法の確立においては，適用部位，温罨法の温度，適用時間によって効果が異なるのかについて明らかにしていく必要がある。

ホットパックを用いた温罨法のリラクゼーション効果を頸部と腰部で比較した研究において，腰部よりも頸部のほうが副交感神経活動を亢進させ，主観的評価では，被験者である７名の女性全員が頸部温罨法のほうが気持ちいいと評価したことが報告されている[3]。また温罨法の適用部位について頸部，腰背部，足部の３カ所で，コントロールをおいて比較した研究[4]では，全ての温罨法でストレス指標とされる唾液アミラーゼが減少し，快適感が上昇したことが報告された。これらから，後頸部への温罨法は気持ちよくストレスを軽減する可能性が示唆されるが，従来の熱布による温罨法で用いられるような比較的高い温度の60℃と，穏やかな温度の40℃ではその効果が異なるのかはまだ明らかになっていない。入浴については，高温浴では交感神経活動が優位となり，微温浴では副交感神経活動が有意になる[5]といわれている。腰部温罨法については，60℃10分間と40℃５時間の貼用での比較がなされ，ともに便秘の症状を緩和させるが，効果が異なる点がある[6]ことが示されており，温罨法の目的によって温度を調整する必要性が考えられる。背部温罨法の温度の相違については深田ら[7]が，そして約45℃の後頸部温罨法については中納ら[8][9]が報告しているがこれらの研究ではコントロールが設定されていなかった。コントロールを設定し，介入の有無で比較可能なデザインでの検証が必要である。菱沼[10]は，看護技術が成り立つには，①その技術が目的とする効果を現す作用機序がわかっていること，②その技術の目的に対する臨床効果が証明されていること，③目的とする効果が得られる確率がわかっていること，④安全性が保障されていること，⑤簡便かつ確実な手技が確立されていること，⑥受け手が気持ちよいと感じること，の６項目が必要であると述べている。本研究では，今後臨床での後頸部温罨法の効果を検証するにあたって手技を確立するために，40℃と60℃の温罨法による皮膚温の変化を記述し安全性を確認する。そのうえで生理学的な指標と主観的な指標を用いて，２種類の温度による後頸部温罨法の効果を比較する。温罨法では腰部，腰背部における研究結果が集積されているが，後頸部温罨法についてはまだエビデンスレベルの高い研究結果の報告は少ない。後頸部温罨法は，貼用部位が頸部であるため衣服の着脱が不要であり，簡便で短時間に実施でき，自分一人でも実施可能という点が上げられる。異なる温度の後頸部温罨法による心身の変化が明らかになれば，後頸部温罨法という看護ケアのアウトカムを示すことになり，本研究は安全で目的に沿った方法の確立のために重要な資料となると考える。

## Ⅱ．研究目的

60℃の蒸しタオルと40℃の蒸気温熱シートを用いた後頸部温罨法による自律神経系と快感情の変化を記述し，比較することを研究の目的とした。

東京女子医科大学　Tokyo Women's Medical University

## Ⅲ．用語の操作的定義

本研究において「後頸部温罨法」とは，湿熱による刺激を，後頸部の皮膚表層に対して与える方法とする。

また，「快感情」とは，感情を構成する基本次元の一つとしての快−不快の感情に含まれ，生体への刺激に対して感じる気持ちよさとする。そして「快−不快」「覚醒度」の２つの視点をあげ，Russell[11) 12)] の「快（pleasure）−不快（displeasure）」「覚醒（arousal）−眠気（sleepiness）」の直交する二次元の平面上で感情を表す円環モデル（circumplex model）の考え方を参考に「快−不快」と「覚醒度」から「覚醒度の高い快」「覚醒度の低い快」「覚醒度の高い不快」「覚醒度の低い不快」の視点で温罨法によって生じる快の感情をとらえる（図１）。よって，「活動的快」とは，覚醒度が高く気持ちがいいすっきりとした快の感情，「休息的快」とは，覚醒度が低く気持ちの良い眠気のある快の感情とする。

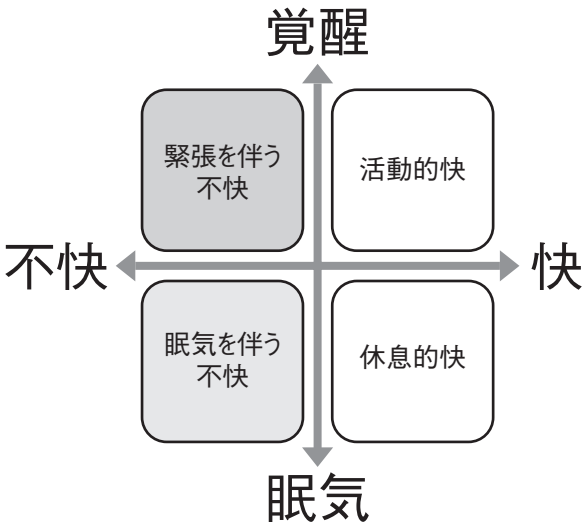



図１　快−不快と覚醒度の２軸による快感情の定義

本研究では，覚醒度が高い快を活動的快，覚醒度が低い快を休息的快とし，これら両者を快感情と定義する。

## Ⅳ．方　　法

### １．被験者と募集の方法

被験者は心疾患，高血圧，糖尿病や皮膚疾患がない閉経後の女性12名とした。若年成人に対する温罨法の知見は先行研究[13) 14)] にて集積していること，また更年期は自律神経指標の測定において変動が激しく効果の判断が難しい[15)] ことから，更年期症状がなく，また閉経後であることが確認された女性を被験者とした。

地域の婦人会に出向き，会の許可を得て，研究の趣旨，協力いただきたい内容について説明文書に沿って書面と口頭で説明し同意書に署名を得た。

### ２．実験条件

実験は室温，湿度を一定に保った実験室にて，午前９時から10時に実施した。蒸しタオルと温熱シートは，肩にかからないように頸部後方から頸部側方まで包むようにして貼用した。貼用後は枕を使用し頭部を保持したため，後頸部は枕と頸部の重みで密着し固定された。枕の上には蒸気による濡れを防ぐため防水シートを使用した。

60℃の温罨法のための蒸しタオルは，清拭車（TALK-S，近藤医科工業社製）を用いて70度設定でウォッシュクロス（30㎝×30㎝，綿100％）を保温し３つ折りで使用した。保温庫から取り出し，貼用するまでに60度まで低下したことを非接触型温度計（放射温度計，AD－5611A，エーアンドデイ社製）にて確認した。貼用時には被験者に熱くないか確認し，気持ちの良い実施になるよう調整したため，厳密には60℃を若干下回る温度になっていると考えられる。40℃の温罨法は，温熱シート（花王株式会社製）を密封容器から取り出して，非接触型温度計で表面温度が40℃に達したことを確認して使用した。当該温熱シートは，蒸気を含む約40℃の温熱が発生する８㎝×20㎝のシートである。

実験の被験者は前日は通常通りに十分な睡眠をとり，自律神経系に影響を与える条件を一定にするために当日朝より禁酒・禁煙，運動は避けることを条件として設定した。また実験前の２時間は食事は控え，自律神経活動の日内変動を考慮して，実験は３回の実験を同一時間帯に設定して行った。実験中の服装は，研究者が用意した綿100％の患者衣（両肩脇開閉型，アメジスト社製）の上着と，ジャージ素材のハーフパンツで統一した。

### ３．測定指標

#### １）被験者の属性

年齢，身長，体重について聴取し，体温，血圧，脈拍の測定をした。自律神経に影響を与える飲酒・喫煙・運動・食事・睡眠時間について確認し体調を確認した。

#### ２）表面皮膚温

表面皮膚温は，後頸部・手掌・足背の３か所で表面皮膚温測定用プローブ（MLT409／A，ADI社製，測定可能範囲０～50℃，精度±0.15℃，φ9.6×2.8㎜）を接続したサーミスタポッド（ML309, ADI社製）を用いて測定した。１秒間に1,000ポイントのサンプリングを行い，10秒ごとに平均値を算出し，分析にはさらに，後頸部については１分ごと，手掌・足背については10分ごとの平均値を使用した。

測定値はすべてデータ解析用システムPowerLab（ADI社製）を接続したコンピュータに入力し，記録，表示，解析を行った。またPowerLabをマルチチャンネルレコーダとして使用するための専用アプリケーションChart 5.5 for

Windowsを使用した。

後頸部表面皮膚温は，実際に温熱刺激が加わる部位の表面皮膚の温度変化を記述するために，第７頸椎横で測定した。また，手掌，足背の表面皮膚温は，手足の末梢部位に存在する動静脈吻合部の血管収縮の程度を反映すると考えられる温度データを得るために，母指球の手掌中央よりの部位と，足背中央で測定した。

**３）深部温**

深部温は，前額中央（深部温プローブPD1，テルモ社製，測定可能範囲０～50℃，精度±0.1℃，φ43×8.5㎜）・足底中央（深部温プローブPD3，テルモ社製，測定可能範囲０～50℃，精度±0.1℃，φ25×8.5㎜）の２か所で深部体温計（コアテンプCM-210，テルモ社製）を使用した。１分ごとにサンプリングを行い，分析には10分ごとの平均値を使用した。

前額深部温は一般的に肺動脈血温とよく相関が認められるため体温の変化のデータとして，足底深部温は末梢の循環動態データとして測定した。

**４）心拍変動解析**（Heart Rate Variability：HRV）

胸部電極から，３線リードワイヤ（MLA0313, ADI社製）を接続したバイオアンプケーブル（MLA1340，ADI社製）を使用し，双極誘導で心電図測定を行った。R-R間隔は，心拍数の変動性モジュール（MLS310，ADI社製）で解析した。測定は１秒間に1,000ポイントのサンプリングを行い，１分毎に平均値を算出し，分析にはさらに10分毎の平均値を使用した。

本研究では，５分間心電図を基準とする短時間心拍変動であり，ゆらぎ現象を高周波成分（high-frequency component：HF，>0.15Hz）と低周波成分（low-frequency component：LF，0.04～0.15Hz）の周波数に分けて[16]，スペクトル分析を行った。スペクトルの計算には，Fast Fourier Transform（FFT）を用いた。LFとHFの比（LF／HF）で交感神経活動を，HFで副交感神経活動を評価した。HRVにおけるHF成分の周波数，すなわち呼吸の周波数を交感神経の伝達可能周波数限界である0.15Hz以上に保つため，呼吸数が９回／分以上，心拍呼吸比が２以上，であること[16]を確認するためにピエゾ呼吸ピックアップ（MLT1132，ADI社製）を胸郭に巻いて使用し，呼吸に伴う胸郭運動から呼吸回数をカウントした。測定は呼吸の非統制下で行い，機器装着後，実験終了まで連続して測定した。

**５）皮膚電気伝導水準**（Skin Conductance Level：SCL）

皮膚電気活動（Galvanic Skin Response：以下GSRと記す）は，生理学的な方法として，体性－自律神経反射を利用し，皮膚の汗腺機能を指標とした皮膚交感神経活動の評価法である。発汗は，気化熱によって体表面温度を低下させることを目的とする温熱性発汗と，交感神経が興奮したときだけに手掌，足底にみられる精神性発汗とに分けられ，後者を測定するのにGSRが用いられる。記録は通常，精神性の発汗を示す部位である手からの導出によることが多い。

GSRには通電法と電位法があり，通電法は皮膚電気抵抗変化（Skin Resistance Change：SRC）と皮膚電気伝導変化（Skin Conductance Change：SCC）に分けられる。通電法は皮膚に微弱な電流を流したときに生じる変化を測定したもので，簡単な装置によって測定できるため多くの分野で用いられている方法である。SRCの逆数であるSCCは，統計的分析に必要とされる測定値の正規分布に合致しやすく，生体の覚醒水準や活動水準が高い程増大するという分かり易い指標[17]のため，本研究ではSCCを測定する。またSCCでも，特定の刺激に対する反応に伴って生じる短時間の変化を示す皮膚電気伝導反応（Skin Conductance Response：SCR）ではなく，比較的長い時間の分析に用いる皮膚電気伝導水準（Skin Conductance Level：以下SCLと記す）を用いる。

皮膚電気活動はGSRアンプ（ML116，ADI社製）を使用し，データ解析用システムPowerLabを接続したコンピュータにデータを入力して記録，解析を行った。利き手ではない手の第２，３指で測定した。１秒間に1,000ポイントのサンプリングを行い10秒毎に平均値を算出し，分析にはさらに10分ごとの平均値を使用した。

**６）快－不快，覚醒度**

研究者作成の９段階のリッカート尺度，快－不快スケールと眠気スケール（図２）を用いた。先行研究にて，温罨法の気持ちよさをとらえるうえで有用であることが示されている[14]。RussellのAffect Gridに準じた対概念が一直線上に両端に表示されたツールであり，被験者には「両端を“快：９点”から“不快：１点”（もしくは，“眠い：１点”から“起きている：９点”）とします。今の（もしくは温罨法中の）あなたに合っている所に印をいれてください。真ん中はどちらともいえない中間ということになります。」と説明した。被験者は，測定機器装着前に「実験前」の状態を，測定機器取り外し後に「実験後」の状態と，温罨法実施中の10分間を想起して「温罨法中」の状態を記載した。

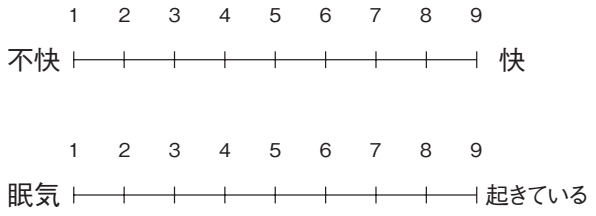



図２　快－不快と覚醒度のスケール

### ４．実験デザイン（図３）

実験は，同一被験者で蒸しタオル条件，温熱シート条件，コントロール条件の３回，日を変えて実施した。３条件の実施順序についてのサンプルの大きさを等しくするために順次登録の方法で割り当てた。

体温，血圧，脈拍の測定をし，飲酒・喫煙・運動・食事・睡眠時間，体調を確認した。実験への参加が可能であることが確認されてから実験衣に着替えた。更衣後は実験用の各指標のプローブを装着し，実験終了までベッド上仰臥位とした。

| | 20分 | 10分 | 20分 |
|---|---|---|---|
| 蒸しタオル群 | 基準値 | 約60度の蒸しタオル | 安静 |
| 温熱シート群 | | 約40度の温熱シート | |
| コントロール群 | | 常温のタオル | |

図３　実験デザイン

生理学的指標は，50分間を通して測定し，質問紙記載は実験の前後で実施した。
被験者は50分間を通してベッド上仰臥位とした。

実験前後で快−不快・眠気スケールを記載した。表面皮膚温，深部温，HRV，SCLの連続測定を開始し，20分間（０〜19分）の基準値測定の後，60℃（蒸しタオル），40℃（温熱シート），コントロール（温罨法なし）の３つの各設定で後頸部温罨法（コントロールは乾いたタオル）を10分間（20〜29分）実施し，温罨法後の経過を20分間（30〜49分，計50分間）測定した。温罨法終了後は乾いたタオルで水分をふきとり，気化熱による表面皮膚温低下を最小限に抑えた。ただし，基準値０分以前に20分間の測定機器装着，プローブ順化の時間が確保され値の安定を確認の上，０分から基準値とした。

### ５．データの分析方法

正規性の検定を行い，数量化された被験者の属性と測定結果については，一元配置分散分析にて３条件の等質性を確認した。また，異なる温度の温罨法による心身の変化を明らかにするために条件間の比較，時間の推移をみるために反復測定の分散分析を行った。

パラメトリックデータであることが確認された指標については，３条件の比較には一元配置分散分析，介入と時間の交互作用には二元配置分散分析，Dunnettの多重比較を行った。ノンパラメトリックデータのHFについては，Wilcoxon検定を行った。

快−不快，覚醒度については，１−９点の間隔尺度としてそれぞれを取り扱い，「快−不快」，「覚醒度」共に高い場合を「活動的快」，「快−不快」が高く，「覚醒度」が低い場合を「休息的快」とみなした。

すべての統計には統計解析ソフトSPSS14.0 for Windowsを使用し，$p$値は.05未満を統計学的に有意とみなした。検定はすべて両側検定である。結果の記載は，p値が.001未満の場合には$p<.001$と不等号を用いて小数点以下３桁まで表示し.001以上の場合には$p$値を正確に記載した。

## Ⅴ．倫理的配慮

被験者には，調査の趣旨，匿名性の確保，協力に関する自由意思，データは学会で発表し，論文として公表することについて口頭と紙面にて説明を行い，研究へ協力する場合には同意書に署名を得た。

被験者の匿名性は個々にコード番号を付け保護し，データとコード番号を記載したリストは施錠できる場所で管理した。

使用する生理学的指標はすべて非侵襲的な測定によるものである。温熱シートは，シートと皮膚の間の温度が約40℃となり，温熱と蒸気が発生するシート[18]であり，安全性が確認されたうえで市販されているものである。

なお，本研究は東京女子医科大学倫理委員会，聖路加看護大学研究倫理審査委員会の承認を得たうえで実施した。

## Ⅵ．結　　果

研究は2008年９〜11月に同意の得られた12名の閉経後の女性を被験者として実施した。

被験者の年齢は60.9±4.2歳（平均値±標準偏差，以下同様），身長は150±４㎝，体重は52.4±5.9kg，BMIは23.4±3.1であった。室温は，25.3±0.8℃，湿度は49±７％であった。

各測定指標の基準値を一元配置分散分析にて比較したところ，３条件とも同一被験者であり，ノンパラメトリックデータであるHF以外のすべての指標において正規性と等分散が確認され，有意差はみられなかった。よって基準値時点における３条件の等質性が確認された。

またHRVの測定上の信頼性の確認のために測定された呼吸数は，全被験者共に実験を通して交感神経の伝達可能周波数限界である0.15Hz以上，つまり９回／分以上を保てていた。

### １．後頸部表面皮膚温の推移

温罨法貼用部位である後頸部表面皮膚温の１分毎の経時的変化（n＝12，平均値）を図４に示した。蒸しタオル条件は，蒸しタオル使用後２分で平均38.3℃に達し，取り外した後１分間38℃台を維持した。温熱シート条件は温熱シート使用後５分で平均38.0℃に達し，取り外した後１分間38℃台を維持した。より高温（60℃の蒸しタオル）のほうが迅速に後頸部表面皮膚温を上昇させたが，除去後の保温時間は同じであった。被験者12名中の最高温度は蒸しタオル条件は41.2℃（蒸しタオル貼用４分時点）で，温熱シート条件では41.3℃（温熱シート貼用10分時点）であ

り，40℃も60℃も最高温度はほとんど変わりないが最高温度に到達するのにかかる時間は40℃温熱シートが２倍以上長くかかった。温罨法除去後ゆるやかに表面皮膚温はコントロール条件と同様のレベルまで低下し，皮膚の異常はなかった。

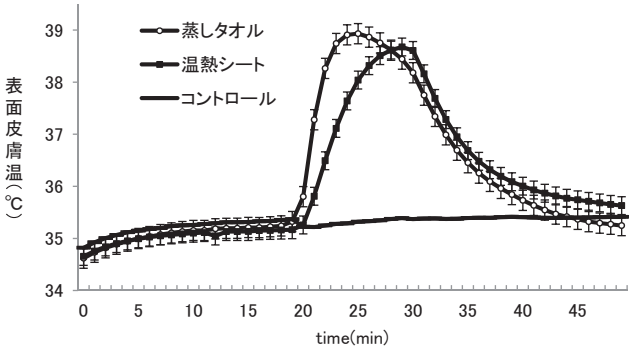



図４　後頸部表面皮膚温の経時的変化（n＝12）

Time20分〜30分（10分間）に温罨法を実施した。
代表値は平均値（±標準誤差）である。

## ２．SCL

SCL（図５）は，反復測定の二元配置分散分析において温熱シート条件とコントロール条件で，「介入の有無」と「時間」の間に交互作用が存在した（Huynh-Feldt：F＝3.587，df＝2.247，$p$＝.038）。コントロール条件が徐々に上昇するのに対して，温熱シート条件はSCLの上昇はほとんどみられず，後頸部温罨法の有無で変化のパターンが異なっていた。蒸しタオル条件はコントロール条件と温熱シート条件のほぼ中央に位置し，統計学的有意差は得られなかった。コントロール条件のみ，基準値と実験終了時に有意差がみられ，精神的ストレスの指標とされるSCLが有意に上昇した（Dunnett，$p$＝.004）。

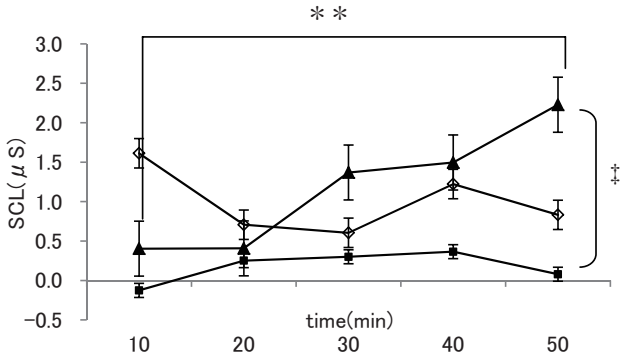



図５　皮膚電気伝導水準（SCL）の経時的変化（n＝12）

◇は蒸しタオル条件，■は温熱シート条件，▲はコントロール条件である。
横軸の時間は0-9min:10，10-19min：20，20-29min：30（温罨法実施），30-39min：40，40-49min：50で表記した。
代表値は平均値（±標準誤差）である。
**：$p$＜.01：time10を対照としたDunnettの多重比較
‡：$p$＜.05：反復測定の二元配置分散分析

## ３．HRV

HRV（表１，２）は有意差はみられなかった。交感神経活動を示すLF/HFは，終了時（40〜49分）にはコントロール条件は基準値から徐々に上昇しているのに比べ，蒸しタオル条件と温熱シート条件は大きな変化はみられなかった。そして副交感神経活動を示すHFは，温熱シート実施中にのみ一時的に上昇した。

表１　交感神経活動（LF／HF）の経時的変化（n＝12）

| 時　間 | 最小値 | 最大値 | 平均値 | 標準偏差 |
|---|---|---|---|---|
| 蒸しタオル条件 | | | | |
| 0- 9分 | 0.13 | 2.64 | 1.00 | 0.18 |
| 10-19分 | 0.16 | 2.82 | 1.32 | 0.23 |
| 20-29分 | 0.30 | 2.23 | 1.07 | 0.19 |
| 30-39分 | 0.25 | 2.21 | 0.90 | 0.19 |
| 40-49分 | 0.25 | 3.20 | 1.07 | 0.25 |
| 温熱シート条件 | | | | |
| 0- 9分 | 0.19 | 5.33 | 1.17 | 0.40 |
| 10-19分 | 0.28 | 3.46 | 1.19 | 0.30 |
| 20-29分 | 0.33 | 3.41 | 1.04 | 0.30 |
| 30-39分 | 0.32 | 2.97 | 0.94 | 0.21 |
| 40-49分 | 0.38 | 3.56 | 0.98 | 0.25 |
| コントロール条件 | | | | |
| 0- 9分 | 0.15 | 3.60 | 0.97 | 0.26 |
| 10-19分 | 0.38 | 3.68 | 1.15 | 0.27 |
| 20-29分 | 0.12 | 4.87 | 1.35 | 0.34 |
| 30-39分 | 0.09 | 2.55 | 1.03 | 0.22 |
| 40-49分 | 0.12 | 5.95 | 1.62 | 0.45 |

表２　副交感神経活動（HF）の経時的変化（n＝12）

単位（msec2）

| 時　間 | 最小値 | 最大値 | 中央値 |
|---|---|---|---|
| 蒸しタオル条件 | | | |
| 0- 9分 | 64.6 | 55423.3 | 314.9 |
| 10-19分 | 56.8 | 157221.0 | 559.9 |
| 20-29分 | 71.0 | 3725.5 | 706.5 |
| 30-39分 | 66.7 | 29557.6 | 423.4 |
| 40-49分 | 165.3 | 27038.4 | 441.5 |
| 温熱シート条件 | | | |
| 0- 9分 | 39.8 | 6608.3 | 789.5 |
| 10-19分 | 44.7 | 4484.6 | 957.3 |
| 20-29分 | 51.3 | 5818.0 | 2253.6 |
| 30-39分 | 53.5 | 12357.2 | 880.7 |
| 40-49分 | 50.4 | 32812.5 | 682.3 |
| コントロール条件 | | | |
| 0- 9分 | 36.6 | 4339.9 | 359.2 |
| 10-19分 | 103.6 | 2050.6 | 611.9 |
| 20-29分 | 46.9 | 4510.2 | 440.4 |
| 30-39分 | 97.1 | 138406.0 | 370.3 |
| 40-49分 | 110.7 | 174455.5 | 780.1 |

## ４．足背部と手掌部の表面皮膚温の変化

手掌表面皮膚温（図６）は３条件とも50分の時点で基準値より有意に低下していた（３条件ともにDunnett，

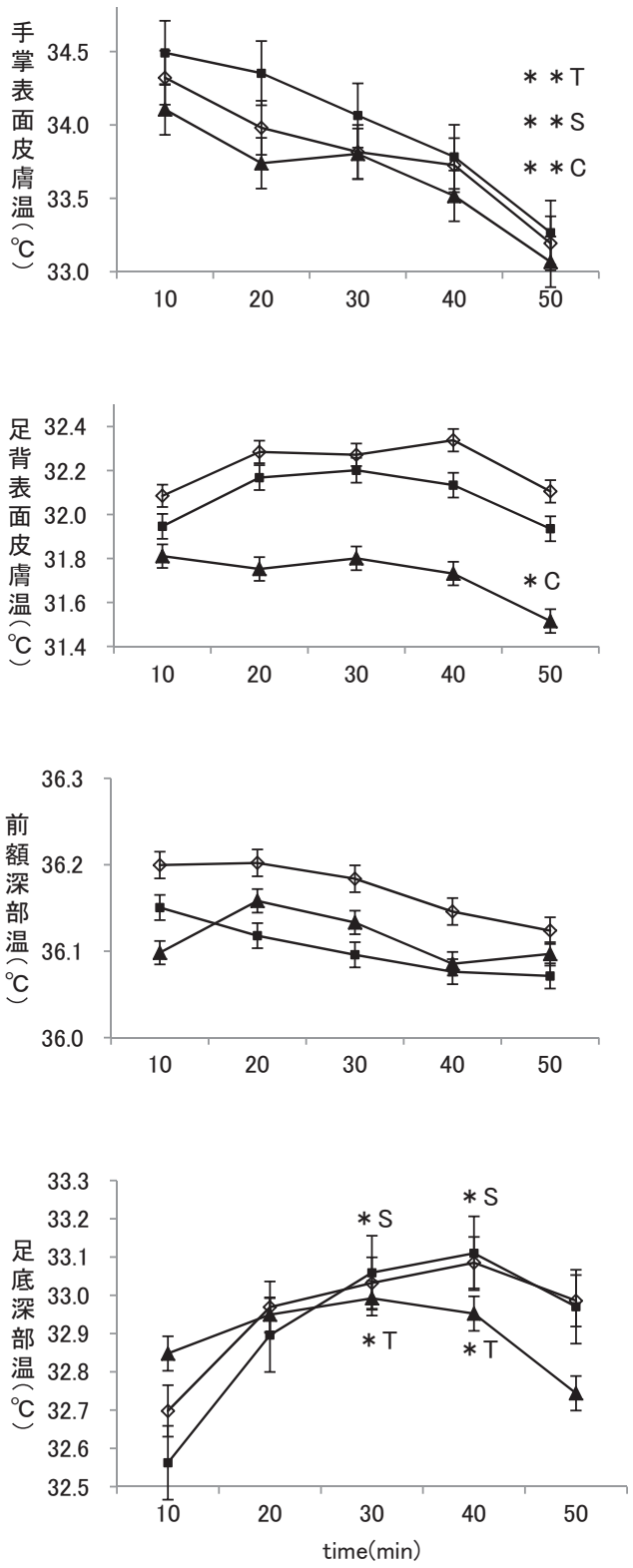



図６　表面皮膚温，深部体温の経時的変化（n＝12）

◇は蒸しタオル条件，■は温熱シート条件，▲はコントロール条件である。

横軸の時間は0-9min：10，10-19min：20，20-29min：30（温罨法実施），30-39min：40，40-49min：50で表記した。

代表値は平均値（±標準誤差）である。

*：$p<.05$，**：$p<.01$:time10を対照としたDunnettの多重比較（蒸しタオル＊T，温熱シート＊S，コントロール＊C）

$p<.000$）。

足背表面皮膚温（図６）は，コントロール条件が基準値から実験終了時にかけて低下する（Dunnett，$p=.036$）のに比べ，蒸しタオル条件と温熱シート条件は有意な低下はみられなかった。

### ５．深部温

前額深部温（図６）については，有意な差はみられなかった。蒸しタオル条件と温熱シート条件は基準値と50分経た時点を比較すると低下する傾向がみられた。

足底深部温（図６）は，蒸しタオル条件は基準値と30分（Dunnett，$p=.045$），基準値と40分（Dunnett，$p=.016$）で，温熱シート条件は基準値と30分（Dunnett，$p=.045$），基準値と40分（Dunnett，$p=.024$）で有意に上昇し，終了時には基準値より温度が上昇した。コントロール条件は終了時には基準値より温度が低下し，変化に有意差はみられなかった。

### ６．快−不快と覚醒度（図７）

快−不快の感情については，蒸しタオル条件も温熱シート条件も同じ１名がやや不快（タオルは熱すぎる，シートは機械的な感じがするという理由で）であったが，その他11名は蒸しタオルも温熱シートも快と評価した。

快−不快については，実験前，温罨法中，実験後の３時点で条件別に一元配置分散分析を行うと，蒸しタオル条件（Mauchlyの球面性の検定，F＝8.425，df＝２，$p=.002$），温熱シート条件（Huynh-Feldtの修正，F＝9.911，df＝1.377，$p=.004$）で有意差がみられたが，コントロール条件に関しては有意差はみられなかった。よってコントロール条件は実験前，温罨法中，実験後において快感情に違いがあるとはいえないことが示された。Dunnettによる多重比較を行うと，蒸しタオル条件は実験前−温罨法中（$p=.001$），実験前−実験後（$p=.019$）において，そして温熱シート条件は実験前−温罨法中（$p=.001$）において有意に快が上昇した。よって温罨法による介入のある２条件は，介入によって快感情が高まったことが示された。

眠気についても同様に，実験前，温罨法中，実験後の３時点で条件別に一元配置分散分析を行うと，蒸しタオル条件（Mauchlyの球面性の検定，F＝6.217，df＝２，$p=.007$），温熱シート条件（Mauchlyの球面性の検定，F＝9.376，df＝２，$p=.001$）で有意差がみられたが，コントロール条件に関しては有意差はみられなかった。よってコントロール条件は実験前，温罨法中，実験後において眠気に違いがあるとはいえないことが示された。Dunnettによる多重比較を行うと，蒸しタオル条件は実験前−温罨法中（$p=.011$）において，温熱シート条件も実験前−温罨法中（$p=.001$）において有意に眠気が強くなった。よって温罨法による介入のある２条件は，介入によって眠気が強くなっ

たことが示された。つまり，温罨法の２条件は「眠気」のある「快」である「休息的快」であったが，コントロール条件は温罨法２条件と同様の「眠気」や「快」への有意な変化はなかった。

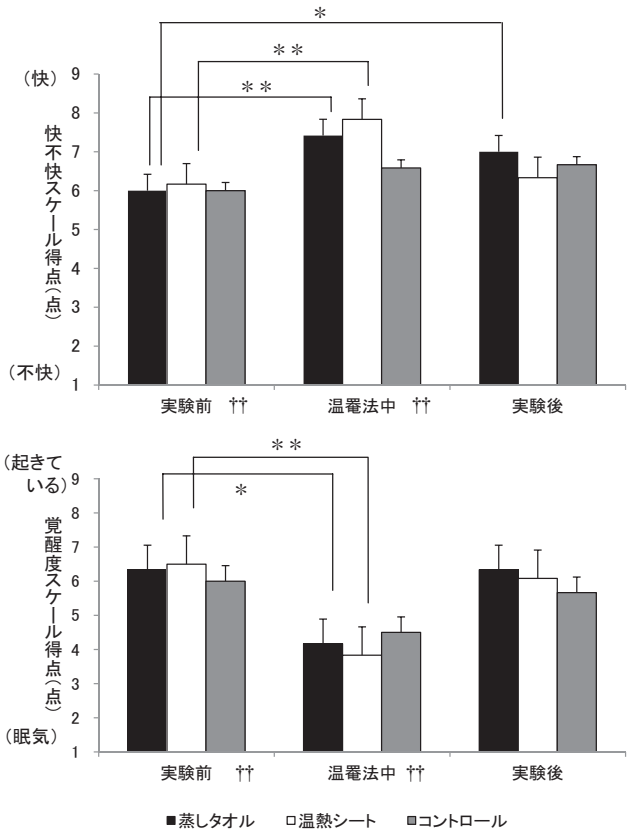



図７　快不快スケールと覚醒度スケールに関する経時的変化の３群比較

††：$p<.01$：一元配置分散分析による３群の比較
＊：$p<.05$，＊：$p<.01$：実験前を対照としたDunnettの多重比較
代表値は平均値（＋標準誤差）である。
快−不快スケール（１：不快−９：快，５点はどちらでもない）は得点が高いほど快を示し，覚醒度スケール（１：眠い−９：起きている，５点はどちらでもない）は得点が高いほどしっかり起きていることを示す。

## Ⅶ．考　　察

### １．温熱貼用部位の表面皮膚温の推移と後頸部温罨法の安全性

温熱貼用部位（後頸部）の表面皮膚温度上昇については，軸索反射によって周囲の血管拡張が引き起こされたもの[19]であると考えられる。後頸部表面皮膚温上昇に関しては60℃の蒸しタオルは，高温で急速に表面皮膚温を上昇させた後はタオルの温度が徐々に低下するため，60℃の蒸しタオルと40℃の温熱シートでは，最高温度や平均温度にはほとんど違いがみられなかった。しかし伝導による熱移動においては，温熱刺激の温度が高いほどその温熱源と接触している領域の皮膚温は急速に上昇する[19]ため，温度上昇の速度に違いがあった。

入來[20]は温度受容器の温度刺激により引き起こされる感覚のうち，体性感覚の温覚・冷覚によるものを「温度感覚」とし，皮膚温度感覚の興奮を引き起こすのに必要な閾値は主に絶対温度，温度変化速度，刺激される面積，に左右されると述べている。同じ面積を同じ温度の皮膚温まで温めたとしても，40℃よりも60℃の温熱を用いた方が素早く上昇させたことは，身体への刺激として異なるものであったと考えられる。

皮膚温が約43℃以上になると，侵害受容器が関与し温度刺激が痛みとして感じられる[20]が，両者とも温熱刺激を当てた部位の最高表面皮膚温は41℃であり，有害となるような温度には達しなかった。60℃の蒸しタオルについては，貼用直後は熱布の温度を感じるが徐々に表面温度は低下し，10分後には皮膚温に近づくため，先行研究においても10分間[13) 14) 21)]，15分間[22]の実施での安全性が報告されている。

皮膚温度が約36〜43度に変化する範囲は，適応して温度を感じられなくなることがなく，温覚が長く持続するような持続性温覚を得られる[20]。60℃の蒸しタオルと40℃の温熱シートは両者とも温熱除去後10分間はこの持続性温覚を保持できていたと考えられる。

### ２．後頸部温罨法の温度の違いによる自律神経活動と快−不快の変化

#### １）自律神経活動

温熱による刺激のない常温の乾いたタオルを後頸部に使用し，安静臥床を保持したコントロール条件の生理学的な変化では，皮膚交感神経活動を示すSCL上昇とともに手足の表面皮膚温が低下した。交感神経性の皮膚血管収縮神経線維（cutaneous vasoconstrictor:CVC）の活動性が亢進すると皮膚温低下，皮膚血流量低下がみられ，この線維は主として手足などの四肢末端に存在する動静脈吻合を調節する[23]。つまりコントロール条件は単に安静臥床を強いられた状態がストレスとなり，交感神経活動亢進による末梢部位の動静脈吻合部の血管収縮，血流減少により表面皮膚温低下が生じていたと考えられる。このコントロール条件の変化をもとに２種類の温熱条件を比較するため，コントロール条件と各介入の指標の差について明らかにし，異なる温熱による心身の変化の特徴を明らかにする。

ストレス指標とされるSCLは，コントロール条件と蒸しタオル条件の比較で有意差がなく，コントロール条件と温熱シート条件の比較では有意差があった。手掌の発汗は，温熱性発汗とは区別され精神性発汗を反映している。よって第２，３指で測定したSCLの値は温熱性発汗に影響されていない，精神的なストレスの増減を示している。表面皮膚温度上昇が迅速に行われた蒸しタオル条件ではコントロール条件と有意な差はみられなかったが，ゆっくりと表面皮膚温を上昇させた温熱シートでは，コントロー

ル条件のSCLが上昇したのに比べて上昇をみせなかった。これは，ただ臥床を強いられた状態（コントロール条件）ではストレスが上昇するのを，温熱シートによって臥床安静の苦痛を和らげたことでSCLの上昇がみられなかったためと考えられる。

足背部表面皮膚温については，コントロール条件に対し，蒸しタオルと温熱シートのどちらの温熱刺激も足背部表面皮膚温を低下させずに維持し，下肢の血流を反映する足底深部温は基準値よりも有意に上昇した。この結果は先行研究における温罨法（様々な部位）による下肢末梢皮膚温の上昇[14]とも一致する。身体への温熱刺激に対する体温調節機能が働き，また気持ちいいという快感情がリラクゼーション効果を生じさせ，交感神経活動が低下することで下肢の血管が拡張したと考えられる。よって自律神経の失調などで下肢末梢の冷えなどの自覚をともなうような末梢の循環障害のある対象者にとっては，症状の緩和が期待される。前額深部温が蒸しタオル条件と温熱シート条件において，コントロール条件に比べて，基準値と実験終了時を比較すると低下する傾向にあったのは，両条件にみられた下肢末梢からの放熱が関わっていた可能性があるが，統計的な有意差はみられていないため，眠気と体温低下の関連も含め更なる検討が必要である。

手掌表面皮膚温が介入の有無で差はなく，３条件共に低下したことは，先行研究の結果と矛盾する。これまでに行ってきた若年成人男性[24]，若年成人女性への腰背部温罨法[14]や後頸部温罨法[8）9]では，安静保持で温熱による介入を受けない対照群の手掌部の表面皮膚温が低下するのに比較し，温罨法による介入を受けた実験群の表面皮膚温が上昇した。先行研究では，温罨法による皮膚温上昇は，気持ちよさによるリラックスと，温熱に対する体温調節の反応と考えられたが，本研究の高齢の対象者は気持ちよさを感じていたが，上肢表面皮膚温は温熱刺激に対して上昇する変化をみせなかった。先行研究との比較において本研究の特徴的なところは，一連の先行研究は20〜30歳の年齢層を被験者としていたが，本研究は被験者の年齢が50〜60歳であったという点である。Grassiら[25]は熱刺激への反応を若年者，成人，高齢者について皮膚交感神経を指標に記録し，高齢者は熱刺激に対する皮膚交感神経活動の減少の度合いが有意に少ないことを示した。つまり“熱刺激に対する末梢部位の皮膚交感神経活動の抑制により血管拡張，熱放散する”ような体温調節機能の低下を示唆した。今回の被験者は閉経後の高齢の女性であるため，先行研究の若年成人の結果と異なり，上肢末梢の皮膚交感神経活動の抑制による体温調節，熱放散が少なかったため温熱への反応はみられなかったことが考えられる。ただし，温熱刺激による体温の異常な上昇などはみられていない。また，２条件の温熱刺激において四肢末端部位（手足）の表面皮膚温が同様の変化を見せたことについては，以下のことが考えられる。外界の温度受容の場合，末梢感覚神経が温度刺激を電気信号に変換してその情報が中枢へと伝達されると考えられているが，温度受容に関わる分子として，哺乳類では６つのTRPチャネルが知られており，それぞれに活性化温度閾値が存在する（TRPV1＞43℃，TRPV2＞52℃，TRPV3＞32℃‐39℃，TRPV4＞27℃‐35℃，TRPM8＜25‐28℃，TRPA1＜17℃）[26]。温刺激受容体であるTRPV3は皮膚の角質細胞と末梢感覚神経細胞に発現しており[26]，40℃と60℃の温熱が加えられた後頸部の表面皮膚温が最高で41℃であったことをふまえると同じTRPV3が機能したと考えられる。

環境温を上昇させると，まず手の指の皮膚温が上昇し，その後足趾の皮膚温が上昇する[27]とされるが，今回は手掌は低下し，足背の表面皮膚温が上昇するという変化をみせたことについては，本研究では加温部位が後頸部のみであったということに加え，被験者が単に温熱刺激に対する体温調節を行ったのではなく，気持ちいいという快感情による影響を受け複雑な反応を見せたことが考えられる。今後の課題として，上下肢の末梢表面皮膚温の変化の違いが何を原因として生じるのか明らかにする必要がある。

HRVについては，条件間の有意な差がみられなかった。加齢とともに循環調節機能としての副交感神経活動が低下し，交感神経活動は亢進する[28]が，本研究の被験者は閉経後の女性に限定し，自律神経失調症状のない状態であり，一般化には限界がある。

### ２）活動的快と休息的快

２種類の温罨法中は，コントロール条件と比較して有意な快の感情と眠気が生じた。40℃の温熱シート条件については，さらにSCLがコントロール条件に比べて有意に低く抑えられていた。先行研究[14]において，60℃ 10分間の腰背部温罨法（蒸しタオル）では，コントロールと比較してSCLは有意な変化は認められなかったが，本研究の60℃の蒸しタオルによる後頸部温罨法と同様に有意な快と眠気が生じるという休息的快が生じることを経時的に明らかにした。つまり60℃という温度は，後頸部，腰背部と部位は異なっても眠気のある気持ちの良い休息的快の感覚を生じさせるが，皮膚交感神経活動で示されるようなストレス指標を低下させるものではないことが明らかになった。コントロール条件との比較において，SCLを有意に低下させた40℃の温熱シートによる刺激は，主観的なリラクゼーション効果のみでなく，身体的にも効果が示唆された。病に向き合いながら日々を送る患者は，痛みや不安，緊張を抱え，交感神経が興奮してカテコールアミンが高値に分泌されている状態にあると考えられる。交感神経系が

異常に活性化されると，疼痛が増大し，交感神経活動亢進の徴候や症状，たとえば血管運動や発汗の反応が過剰に現れる[29]。緊張を解き，エネルギーを補給するときがないと，消耗の一途をたどることになるため，人間は緊張の合間にほっとしてエネルギーをためる時間を過ごす必要がある[30]。このような悪循環を断ち切る一つの方法として，ほっと一息つくような休息的快を生じさせる40℃の後頸部温罨法を位置づけることはできないだろうか。コントロール条件のように，人は安静臥床を強いられた状態で何の介入もない状況では，主観的には「不快である」と認識していなくとも，その身体においては，交感神経活動が亢進し，手足の血液循環が低下し冷たくなることが起こりうる。実際に本研究のコントロール条件下では，主観的指標は不快や緊張には傾いていなかったが，SCLが上昇し手足は冷えていた。しかし，そのような対象者に対し，60℃の蒸しタオルによる後頸部への温罨法貼用という看護援助は，より眠気のある，より気持ちのよい臥床時間を提供し，さらに40℃の温熱シートによる後頸部への温罨法貼用という看護援助は，精神面の休息に加えSCL低下という，ストレスを軽減し身体を休める効果ももたらしうる可能性があることが示された。

## Ⅷ. 結　論

閉経後の健康な女性12名に対して後頸部に40℃と60℃の温罨法を貼用し，２通りの温罨法による心身の変化について記述しコントロール条件と比較した結果以下のことが明らかになった。

1．40℃と60℃の後頸部温罨法は，後頸部表面皮膚温を最高で41℃まで上昇させるが，身体に有害となる温度には至らない安全な方法である。
2．コントロール条件と比較して，60℃の蒸しタオルと40℃の温熱シートは有意に休息的快をもたらした。
3．コントロール条件と比較して，60℃の蒸しタオルと40℃の温熱シートは有意に足背表面皮膚温，足底深部温を高く保持した。
4．コントロール条件と比較して，40℃の温熱シートは，ストレス指標といわれるSCLを有意に低く維持した。

## 謝　辞

研究にご協力いただいた対象者の皆様に感謝いたします。またご指導くださいました聖路加看護大学の菱沼典子教授，本研究を実施するにあたりご尽力くださいました東京女子医科大学の山元由美子教授に深謝いたします。温熱シートは花王株式会社からご提供いただきました。

本研究は科学研究費補助金（若手研究（B）課題番号19791670）の助成を受けて行い，研究の一部は第35回一般社団法人日本看護研究学会学術集会で発表しました。

## 要　旨

本研究では60度の蒸しタオルと40度の蒸気温熱シートの２通りの方法を用いて，後頸部温罨法による心身の変化を比較した。閉経後の女性12名に対し，蒸しタオル条件，温熱シート条件，コントロール条件の３回，日を変えて実験を行った。実験前後で快−不快と眠気スケールを記載し，表面皮膚温（後頸部，手掌，足背），足底深部温，前額部深部温，心拍変動解析，皮膚電気活動は連続して測定した。20分間の基準値測定の後，後頸部温罨法（コントロールは乾いたタオル）を10分間実施し，温罨法後の経過を20分間（計50分間）測定した。40℃と60℃の後頸部温罨法は，後頸部の皮膚温を最高で41℃まで上昇させるが，身体に有害となる温度には至らず安全な方法であることが示された。どちらの方法も共に眠気のある快をもたらし，下肢末梢の温度を高く保持した。更に40℃では，コントロール条件に比べ皮膚電気活動を有意に低く維持しストレスを軽減させることが示唆された。

## Abstract

For this study, we compared autonomic nerve activity changes and the pleasure-displeasure sensation during hot compresses to the posterior region of the neck (PRN) using two temperatures (40 and 60 degrees centigrade). In 12 postmenopausal women the PRN was warmed for 10 minutes. Each subject, experienced: 1) PRN warming with a hot towel of 60 degrees centigrade, 2) PRN warming with a heat and steam generating sheet of 40 degrees centigrade, and 3) no warming (control). We measured skin temperature (PRN, dorsalis pedis and palm), deep temperature (sole and forehead), heart rate variability (HRV) and skin conductance level (SCL). Subjects responded to the pleasure-displeasure scale and the degree of sleepiness scale.

The PRN skin temperature safely increased to a maximum of 41 degrees centigrade with the 40 and the 60 degree centi-

grade hot compresses. Both methods brought pleasurable drowsiness and maintained the foot temperature. Moreover, the 40 degree centigrade hot compress maintained SCL significantly less than the control. It was suggested that the 40 degree centigrade hot compresses relieved psychosomatic stress.

## 文　献

1）江上京里：温罨法の統合的文献レビュー，日本看護技術学会誌，7(2)，4-11，2008.
2）Oda, H., Igaki, M. et al. : Effects of warming the lower back with a heat and steam generationg sheet on thermoregulatory responses and sensation, Jpn. J. Biometeor, 43(1), 43-50, 2006.
3）有田広美，大島千佳，他：自律神経活動からみたホットパック温罨法のリラクゼーション効果－頸部と腰部の施行部位を比較して－，日本看護研究学会雑誌，29(3)，254，2006.
4）藤田直子，山勢博彰，他：頸部温罨法が与えるリラクゼーション効果，日本看護技術学会第９回学術集会講演抄録集，95，2010.
5）植田理彦：第一特集入浴百科事典ほんとうはとっても大切な入浴の話，臨床看護，32(5)，686-689，2006.
6）菱沼典子，山崎好美，他：腰部温罨法の便秘の症状緩和への効果，日本看護技術学会誌，9(3)，4-10，2010.
7）深田順子，鎌倉やよい，他：背部温罨法の温度の相違による効果の検討，日本看護研究学会雑誌，30(4)，75-83，2007.
8）中納美智保，水田真由美，他：後頸部温罨法が深部温・四肢末梢表面温度・肩部の筋硬度に及ぼす影響，日本看護学会論文集看護教育，39号，439-441，2008.
9）中納美智保，山根木貴美代，他：後頸部温罨法による生体反応についての基礎的研究　脳血流，血圧，体温の変化，和歌山県立医科大学保健看護学部紀要，５巻，9-15，2009.
10）菱沼典子：研究による経験知の実証－筋が通った看護技術を確立するために－，日本看護技術学会誌，8(3)，4-9，2009.
11）Russell, J.A. (1980): A Circumplex Model of Affect, Journal of Personality and Social Psychology, 39(6), 1161-1178.
12）Russell, J.A., Weiss, A., (1989): Affect Grid − A Single Item Scale of Pleasure and Arousal − , Journal of Personality and Social Psychology, 57(3), 493-502.
13）江上京里：腰背部蒸しタオル温罨法ケアと交感神経活動及び快さの関連，聖路加看護学会誌，6(1)，9-16，2002.
14）加藤京里：腰背部温罨法の快の性質－負荷からの回復過程における快不快と自律神経活動の変化から－，日本看護技術学会誌，9(2)，4-13，2010.
15）加藤京里：後頸部温罨法による自律神経活動と快－不快の変化　更年期女性３事例からの検討，日本健康医学会雑誌，19(2)，64-69，2010.
16）早野順一郎：心拍変動による自律神経機能解析，井上博（編）：循環器疾患と自律神経機能，71-109，医学書院，東京都，2001.
17）Andreassi, John L.: Psychophysiology; human behavior and physiological response, 辻敬一郎（訳）：心理生理学　ヒトの行動と生理的反応，167，ナカニシヤ出版，京都，1985.
18）永嶋義直，井垣通人，他：両眼への蒸気温熱シート装着による自律神経活動への影響，自律神経，43(3)，260-268，2006.
19）生駒一憲：温熱療法　寒冷と温熱，渡部一郎（監訳）：普及版EBM物理療法 原著第２版，141-167，医歯薬出版，東京，2006.
20）入來正躬：体温生理学テキスト～わかりやすい体温のおはなし～，79-99，文光堂，東京，2003.
21）菱沼典子，平松則子，他：熱布による腰背部温罨法が腸音に及ぼす影響，日本看護科学学会誌，17(1)，32-39，1997.
22）塚越みどり，菱沼典子：熱布による背部温罨法が自律神経活動，背部皮膚温に及ぼす影響，聖路加看護学会誌，3(1)，11-18，1999.
23）前掲書20)，204-207.
24）江上京里：腰背部蒸しタオル温罨法ケアと交感神経活動及び快さの関連（第２報）部位別皮膚温，日本看護技術学会第４回学術集会講演抄録集，104，2005.
25）Grassi, G., Seravalle, G. et al.: Impairment of thermoregulatory control of skin sympathetic nerve traffic in the elderly, Circulation, 108(6), 729-35, 2003.
26）富永真琴：温度受容の分子機構－TRPチャネル温度センサー－，日薬理誌，124，219-227，2004.
27）前掲書20)，62.
28）Kawamoto A, Shimada K, et al.: Cardiovascular regulatory functions in the elderly patients with hypertension, Hypertension, 13, 401-407, 1989.
29）前掲書19)，52-53.
30）秋元典子：第５章　闘病の合間にほっとする時間を提供している，菱沼典子，井上智子，他（編）：看護の原理　ケアすることの本質と魅力，171-185，ライフサポート社，横浜市，2009.

平成22年７月16日受　　付
平成23年３月８日採用決定

－研究報告－

# 入院患者における自覚症状ならびにストレス認知と心理的状態の関係

The Relationships among Subjective Symptoms, Stress Cognition and Psychological Status in Inpatients

林　陽子[1)]　Yoko Hayashi
森本美智子[2)]　Michiko Morimoto
神原千比呂[3)]　Chihiro Kanbara
中村珠恵[4)]　Tamae Nakamura
谷村千華[2)]　Chika Tanimura

キーワード：入院患者，自覚症状，ストレス認知，心理的状態
Key Words：inpatients, subjective symptoms, stress cognition, psychological status

## Ⅰ．緒　言

患者には，病気や入院に伴い種々のストレス反応が多発することが指摘されている[1)]。入院患者にとって，病気に関連する症状，検査や治療，入院生活は多大なストレス状況と想定できることから，それらがストレッサーとなり，抑うつ，不安，焦燥，思考力の低下といった心理的なストレス反応が生じるものと考えられる。特に，抑うつや不安といった心理的なストレス反応は，多くの研究で検討されており，入院患者の４割以上が抑うつ傾向であるとの報告もある[2～4)]。しかし，ストレッサーをどのように捉えるかという個人の認知とストレス反応の関係を扱った研究[5～8)]は少なく，しかも，そのほとんどが外来通院で特定の治療を受けている患者を対象としたものであり，入院患者について検討した報告は稀少であった。

森本ら[9, 10)]は，病気や障害をもちながら生活する一般の入院患者のストレッサーやストレス認知を評価できる指標を開発し，入院患者の病気や生活に関する不安認知（ストレス認知）と精神的健康との関係を検討し，精神的健康に対してストレス認知が有意な影響を与えるという結果を示している[10)]。このストレス認知が精神的健康に有意な影響を与えるという結果は，ストレッサーへの認知的評価が心理的ストレス反応に影響するというLazarusら[11)]の理論に合致するものであり，病気や障害をもちながら生活するうえで一般的に患者が抱くストレス認知が精神的健康に影響を及ぼしていることを示すものである。またこの結果は，入院患者の精神的な健康を維持あるいは向上するためには，病気や生活に関する不安認知をアセスメントし，個々の患者が抱える不安認知に介入していくことの必要性を示唆するものである。しかし，この研究では不安認知を高めるストレッサー（ストレス源）のひとつとして考えられる自覚症状については扱っていない。患者の精神的苦悩の要因としては，患者が自覚する症状が最も強いとの報告[12)]や，自覚症状のある患者には有意に不安が高かったとの報告[13)]もある。そこで，本研究では，自覚症状をストレッサーとして加え，ストレス認知と心理的ストレス反応（心理的状態）の関係を検討することにした。心理的なストレス反応には，情動的反応，認知・行動的反応などがあるが，ストレス反応（心理的状態）のなかでも“抑うつや不安”は，患者の生活の質に悪影響を及ぼすだけでなく，生命予後の悪化[14, 15)]や入院の長期化に繋がる[16)]とされている。また，抑うつや不安が，治療や療養行動を阻害することも指摘されている[17)]。このような指摘を考えると，抑うつや不安といった心理的なストレス反応（心理的状態）を予防することが，入院患者において介入すべき重要な課題のひとつであると考えられる。抑うつと不安は，多くの研究で同時にしばしば存在することが示唆されているが，抑うつ傾向は病気の重症度とは必ずしも一致しないとの報告もある[18)]。患者が経験している症状は，ストレス認知，心理的状態にどのように影響を与えているのか，本研究では，そのメカニズムを検討する。一般的に症状をもつ患者に対しては，症状マネジメントが必要とされているが，メカニズムを解明することは，患者の精神的な健康を維持あるいは向上するうえでどこに焦点をあてればよいのか，症状に焦点をあててよいのか，入院患者の抑うつや不安を予防するうえでの看護に有用な示唆を与えると考える。

患者のストレス研究においては，特定の状況にある患者のストレッサーやストレス認知を明らかにすることが，実際的な介入の足掛かりになると言われている[19)]。しかし，

１）兵庫医科大学病院　Hyogo College of Medicine Hospital
２）鳥取大学医学部保健学科　School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Tottori University
３）神戸大学病院　Kobe University Hospital
４）鳥取大学医学部附属病院　Tottori University Hospital

入院患者を対象とした報告が少ないことを鑑みると，まず一般の入院患者を対象として，自覚症状とストレス認知，心理的状態の関係性について明らかにすることが必要であろう。また，看護師は志向する専門性にかかわらず，まずジェネラリストとしての看護実践能力を身につけ，医療に貢献することが求められている[20]。抑うつは，見逃されやすいことが指摘されているが[17]，一般の入院患者を対象として，自覚症状がどのように抑うつや不安といった心理的状態に影響しているのかを検討することは，一般の入院患者に対する精神的な健康管理における看護師の理解を助け，看護介入に貢献できるものと考える。

本研究の目的は，総合病院の一般の入院患者を対象として，自覚症状ならびにストレス認知と心理的状態の関係を検討し，患者が経験している症状がストレス認知，心理的状態にどのように影響を与えているのかを明らかにすることである。

## Ⅱ．本研究の枠組み

本研究では，入院患者が精神的な不健康状態に陥るメカニズムとして，ストレッサーを自覚症状とし，自覚症状が直接心理的状態に影響を与える場合と，自覚症状が病気や生活に関するストレス認知（認知的評価）に影響を与え，それを介して心理的状態に影響を与える場合の２つのプロセスを想定した（図１）。なお，本研究では心理的なストレス反応のうち，患者においてその占める割合が高いとされ，生活の質，生命予後，入院の長期化に影響を及ぼすとされている“抑うつ，不安”に焦点を当て，これを心理的状態とした。

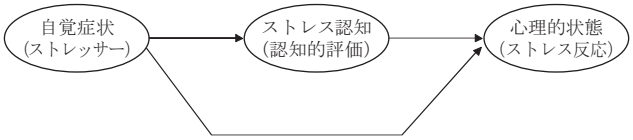



図１　本研究の枠組み

## Ⅲ．方　　法

### １．対象

調査対象は，平成19年６月～９月の３ヶ月間に，鳥取県内の総合病院で病床数300床以上の２施設と250床の１施設に入院している満20歳以上の患者で，調査研究の実施に同意を得られた自己回答可能な者とした。ただし手術予定の患者，出産のため入院している者，緊急の入院患者，精神疾患治療薬を使用している患者，視力・聴力に障害があり調査票の理解を妨げる患者，認知障害のある患者は，結果の解釈を複雑にすると考え，あらかじめ調査対象から除外した。サンプルサイズについては，検出力分析を行い算出した。推定された効果（$r$）を0.40とし，両側検定で有意水準を0.05，検出力を95％として分析を行い，必要対象者数は75と算出された。

### ２．調査内容

調査内容は，性別，年齢，就業の有無，入院経験の有無，入院期間，入院目的の傷病名，罹患期間，サポートの有無・人数，自覚症状，ストレス認知，心理的状態に関する項目で構成した。

自覚症状については，Illness Perception Questionnaire（以下「IPQ」と略す）の12項目[21]にCornell Medical Index（以下「CMI」と略す）[22,23]を参考にした13項目を組み合わせ，計25項目の質問項目を作成した。CMIを参考とした13項目（動悸，胸やけ，痰，便秘，下痢，微熱，咳，耳鳴り，頭が重い，汗が多い，食欲不振，胃痛，腹痛）は，外来患者ではあるが，特に患者が多く経験している自覚症状[23]とされているものである。なお，IPQの12項目は症状に対する単語ではあるが，日本語化にあたっては，英語のネイティブスピーカー２名に日本語訳を依頼し，２者に訳の相違がないことを確認し，日本語を母国語とする看護大学に所属する研究者２名の訳との間にも相違がないことを確認した。回答は，25項目それぞれについて，現在の症状の頻度を「いつも」「しばしば」「たまに」「全くない」の４件法で求め，「いつも；３点」，「しばしば；２点」，「たまに；１点」，「全くない；０点」とする得点化を行った。ストレス認知については，病気関連不安認知尺度15項目[9,10]を使用した。病気関連不安認知尺度は，患者が病気や障害を持ちながら生活するうえで持つ不安（ストレス認知）を示し，病気・症状悪化，医療の質の不確実性，生活制限・縮小，家族・友人関係の変化，目的・価値喪失の５因子から構成されており，「不安認知」を測定する指標として交差妥当性ならびに因子不変性が確認されている[10,24]。回答は15項目それぞれについて現在の不安や心配の程度を「常に心配」「時々心配」「心配していない」の３件法で求め，「常に心配；２点」，「時々心配；１点」，「心配していない；０点」とする得点化を行った。

心理的状態については，Hospital Anxiety and Depression Scale（以下「HADS」と略す）[25,26]を使用した。HADSは様々な身体症状の影響を受けることなく，不安や抑うつを評価することができる自己記入式の尺度であり，不安に関する７項目と，抑うつに関する７項目の14項目で構成されている。入院患者にも多く用いられており，信頼性および妥当性が認められている。回答はそれぞれについて４件法で求め，３点，２点，１点，０点とする得点化を行った。得点が高いほど不安・抑うつ度が高いことを示す。

### ３．倫理的配慮およびデータ収集方法

対象者には，調査に対して説明書と看護職員による口頭で，研究の目的，方法，参加は自由意思であること，参加

の有無によって不利益を受けないこと，個人は特定されないこと等を説明した。また各個人の秘密を厳守するため，調査票とともに封筒を配布し，厳封のうえ提出するように説明した。回収にあたっては，病棟毎に回収箱を設置し，調査の同意が得られた者のみ自由意思で回答がなされるように配慮した。調査票の回答をもって研究協力の受諾とした。なお，本研究は鳥取大学医学部における医学研究倫理審査委員会で承認を得たうえで実施した。

### ４．分析方法

まず自覚症状について項目分析を行い，探索的因子分析を基礎とする因子構造モデルの構築を試み，構成概念妥当性の検討を目的に，構造方程式モデリングによる確証的因子分析を行った。次に，自覚症状およびストレス認知と心理的状態それぞれの尺度項目の単純加算得点を尺度（変数）得点として，相関関係を確認した。そのうえで従属変数を心理的状態とし，自覚症状が直接的またはストレス認知を介して影響するとする因果モデルを設定し，そのモデルのデータへの適合性と要素間の関係性を検討した。モデルの適合度の判定には，$\chi^2$値/df比，Comparative Fit Index（以下「CFI」と略す），Root Mean Square Error of Approximation（以下「RMSEA」と略す）を用いた。モデル受容の目安として$\chi^2$値/df比は２ないし３未満，CFIは１に近いほど，RMSEAは0.08以下であれば，そのモデルがデータをよく説明していると判断されている[27]。各推定値の有意性は，推定値をその標準誤差で除いた値（以下「t値」とする）で評価し，その絶対値が1.96（５％の有意水準に相当）以上を有したものを統計学的に有意と判断した。統計解析には，SPSS Version 12.0 J for WindowsとAmos 5.0を使用した。

なお，本研究で使用した自覚症状25項目には，通常，不安・抑うつで現れやすいとされている症状[28, 29]も含まれている。しかし，うつ病症候群に含まれる心理学的症状と身体疾患による症状を区分することは難しい[30]とされていること，本研究においては精神疾患治療薬を使用している患者を研究対象から除外していることから，25項目すべてを用いて自覚症状に対する因子構造の構築を試みることにした。

## Ⅳ．結　　果

### １．分析対象者の背景

140名に調査票を配布し，調査票が回収されたのは122名であった（回収率87.1％）。分析対象は，調査票が回収された122名のうち，自覚症状および病気関連不安認知とHADSの全項目に記入漏れがなく有効回答の得られた81名とした。分析対象者81名の背景は表１に示した。性別は男性50名（61.7％），女性31名（38.3％），年齢は22－81歳で平均55.1歳（SD＝15.9）であった。今回の入院以前に入院の経験のある者は60名（74.1％）で，調査時点での入院期間は５日以内が30名（37.0％），６日以上10日以内が26名（32.1％）であった。入院目的の傷病名は，新生物が17名（21.0％），筋骨格系及び結合組織の疾患が11名（13.6％）で，罹患期間は１ヶ月未満の者が29名（35.8％），１ヶ月以上１年未満の者が28名（34.6％）であった。

表１　分析対象者の背景

（n＝81）

| 属性 | 区分 | 人（％） |
|---|---|---|
| 性別 | 男性 | 50（61.7） |
| | 女性 | 31（38.3） |
| 年齢（歳） | 平均値±標準偏差 | 55.1±15.9 |
| | （範囲） | （22-81） |
| 就業の有無 | 有職 | 49（60.5） |
| | 無職 | 32（39.5） |
| 入院経験の有無 | あり | 60（74.1） |
| | なし | 21（25.9） |
| 入院期間 | ５日以内 | 30（37.0） |
| | ６日以上10日以内 | 26（32.1） |
| | 11日以上24日以内 | 9（11.1） |
| | 25日以上 | 15（18.5） |
| | 不明 | 1（ 1.2） |
| 入院目的の傷病名[a] | 新生物 | 17（21.0） |
| | 内分泌，栄養及び代謝疾患 | 2（ 2.5） |
| | 神経系の疾患 | 4（ 4.9） |
| | 耳及び乳様突起の疾患 | 2（ 2.5） |
| | 循環器系の疾患 | 9（11.1） |
| | 呼吸器系の疾患 | 5（ 6.2） |
| | 消化器系の疾患 | 8（ 9.9） |
| | 皮膚及び皮下組織の疾患 | 1（ 1.2） |
| | 筋骨格系及び結合組織の疾患 | 11（13.6） |
| | 腎尿路生殖器系の疾患 | 3（ 3.7） |
| | 損傷，中毒及びその他の外因の影響 | 10（12.3） |
| | 健康状態に影響を及ぼす要因および保健サービスの利用 | 3（ 3.7） |
| | 不明 | 6（ 7.4） |
| 罹患期間 | １ヶ月未満 | 29（35.8） |
| | １ヶ月以上１年未満 | 28（34.6） |
| | １年以上５年未満 | 14（17.3） |
| | ５年以上 | 10（12.3） |
| サポートの有無 | いる | 80（98.8） |
| | いない | 1（ 1.2） |
| サポート人数 | 平均値±標準偏差 | 4.0±2.7 |
| | （範囲） | （1-10） |

a：傷病名は厚生労働省の傷病分類（ICD-10準拠）によって区分した

### ２．自覚症状に関する一次元性の確認（因子的妥当性，信頼性の検討）

まず自覚症状に関する因子構造モデルの構築にあたり，回答頻度に着目したが，通過率80％以上の偏りのある項目はなかった。内部一貫性を高めるための項目選択として，各項目の相関係数Corrected Item-Total Correlationを算

出し，0.4以下の７項目を削除した。残った18項目に対し，確証的因子分析を行った。１因子18項目モデルの適合度は，$\chi^2$/df比＝3.063，CFI＝0.593，RMSEA＝0.161で，統計学的な許容水準に達していなかった。そこで，修正指標にもとづきモデルを修正し，１因子８項目モデルで$\chi^2$/df比＝1.281，CFI＝0.945，RMSEA＝0.069とほぼ許容水準を満たす適合度に改善された。また，このときのパス係数はいずれも正値で，t値はすべて1.96以上であった。８項目のCronbachの$\alpha$信頼性係数は0.804であった。８項目からなる自覚症状の構造が，本研究データにおいては妥当であり，一次元性の性質を持つ概念として測定できることを確認した。

### ３．自覚症状ならびに病気関連不安認知と心理的状態の関係の検討

各変数（尺度得点）の平均値と標準偏差については，表２に示すとおりであった。各変数に極端な偏りはみられなかった。各変数をPearsonの積率相関係数で検討した結果は表３に示すとおりで，すべて１％水準で有意であった。

### ４．自覚症状ならびに病気関連不安認知と心理的状態の関連性の検討

#### １）自覚症状ならびに病気関連不安認知と心理的状態の関連性

心理的状態を従属変数とし，自覚症状と病気関連不安認知の関連性を検討した結果を図２に示した。モデルの適合度は，$\chi^2$/df比＝1.536, CFI＝0.902, RMSEA＝0.082であり，RMSEAは0.080を若干上回ったが，$\chi^2$/df比，CFIの値はモデル受容の目安を満たしていた。また，推定値はt値1.96以上で全て有意であった。変数間の関連性をパス係数でみると，病気関連不安認知と心理的状態のパス係数は0.683（t＝6.085，p＜0.01），自覚症状と心理的状態のパス係数は0.399（t＝3.398，p＜0.01）であり，心理的状態に自覚症状，病気関連不安認知は中程度の強さで関連していた。さらに，自覚症状ならびに病気関連不安認知が心理的状態に与える影響を詳細に検討すると，自覚症状が心理的状態に与える影響は直接効果が0.399，間接効果が0.258，総合効果が0.657であり，病気関連不安認知が心理的状態に与える影響は直接効果が0.683，総合効果が0.683であった（表４）。総合効果の差はわずかであったが，病気関連不安認

表２　各変数の分布

（n＝81）

| | 得点範囲 | 平均値±標準偏差 | 尖度 | 歪度 |
|---|---|---|---|---|
| 自覚症状 | (0-24) | 5.8±4.1 | .317 | .853 |
| 病気関連不安認知 | (0-30) | 7.8±6.6 | .286 | .572 |
| 心理的状態 | (0-42) | 10.5±6.6 | -.833 | .286 |

表３　各変数の相関分析の結果

（n＝81）

| | 自覚症状 | 病気関連不安認知 | 心理的状態 |
|---|---|---|---|
| 自覚症状 | 1.000 | | |
| 病気関連不安認知 | .309** | 1.000 | |
| 心理的状態 | .516** | .658** | 1.000 |

Pearsonの積率相関係数　**p＜0.01

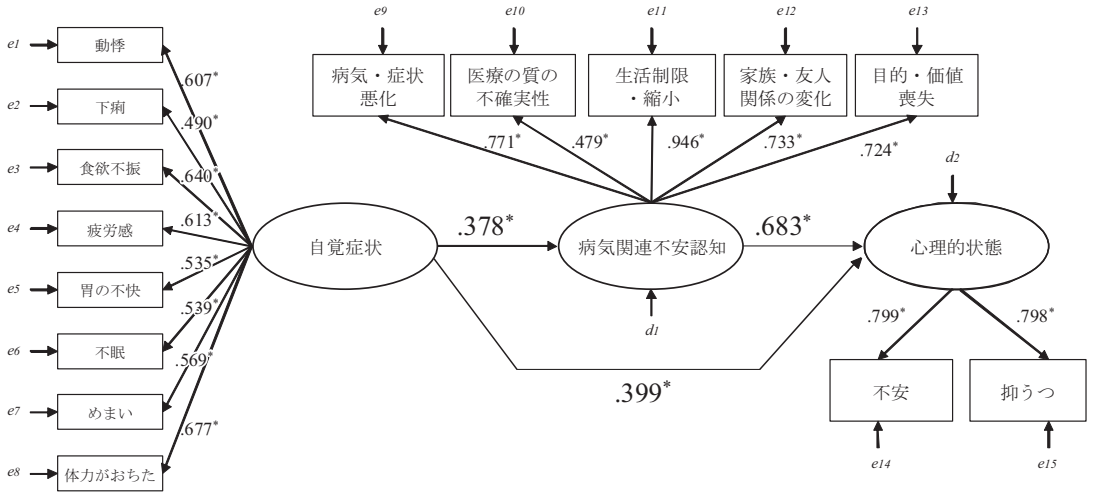



図２　自覚症状ならびに病気関連不安認知と心理的状態との関連性

$\chi^2$/df比＝1.536，CFI＝.902，RMSEA＝.082

*d*：攪乱変数（disturbance variable），*e*：誤差変数（error variable）

注１：病気関連不安認知，心理的状態についてはサンプルサイズを考慮し，各下位因子の単純和得点を，観測として用いた

注２：統計的に有意なパス係数（t＞1.96，p＜0.05）にはアスタリスク（＊）を付記した

注３：図中，四角形は「観測係数」，楕円形は「潜在変数」を意味している

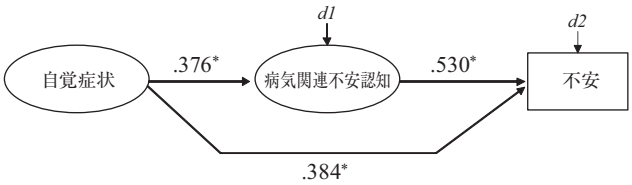
知は自覚症状よりも直接的により強く心理的状態に影響を与えていた。

２）心理的状態の下位因子（不安・抑うつ）との関連性

心理的状態を不安と抑うつの下位因子別にみてみると，不安については図３に示すとおりであった。自覚症状が不安に与える影響は直接効果が0.384，間接効果が0.199，総合効果が0.583であり，病気関連不安認知が不安に与える影響は直接効果が0.530，総合効果が0.530であった。抑うつについては図４に示すとおりであった。自覚症状が抑うつに与える影響は直接効果が0.249，間接効果が0.214，総合効果が0.463であり，病気関連不安認知が抑うつに与える影響は直接効果が0.566，総合効果が0.566であった。抑うつは不安に比べ，病気関連不安認知からより直接的に強く影響を受けることが示された。

表４　心理的状態への影響度（総合効果，直接効果，間接効果）

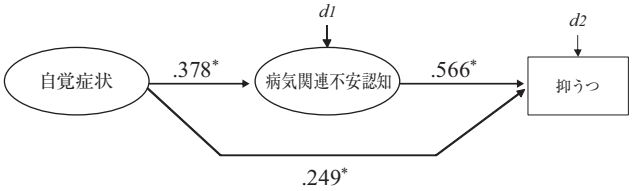
| 従属変数 | 独立変数 | 総合効果 | 直接効果 | 間接効果 |
|---|---|---|---|---|
| 心理的状態 | 自覚症状 | .657 | .399 | .258 |
| | 病気関連不安認知 | .683 | .683 | — |




$\chi^2$/df比=1.609，CFI=.892，RMSEA=.087

| 従属変数 | 独立変数 | 総合効果 | 直接効果 | 間接効果 |
|---|---|---|---|---|
| 不安 | 自覚症状 | .583 | .384 | .199 |
| | 病気関連不安認知 | .530 | .530 | − |

図３　自覚症状ならびに病気不安認知と不安との関連性，および影響度




$\chi^2$/df比=1.615，CFI=.888，RMSEA=.088

| 従属変数 | 独立変数 | 総合効果 | 直接効果 | 間接効果 |
|---|---|---|---|---|
| 抑うつ | 自覚症状 | .463 | .249 | .214 |
| | 病気関連不安認知 | .566 | .566 | − |

図４　自覚症状ならびに病気不安認知と抑うつとの関連性，および影響度

## Ⅴ．考　　察

本研究では，入院患者の精神的な健康を維持あるいは向上するためにどこに看護介入すればよいのか，看護介入の焦点を明らかにしていくために，自覚症状ならびに病気関連不安認知と心理的状態の関係について検討した。

分析対象の81名は，平成17年厚生労働省患者調査[31]と比べると，男性の比率がやや多い傾向にあったが，入院患者の年齢比は類似していた。傷病分類に基づく疾病の種類では，循環器系の疾患の比率が少なく，筋骨格系及び結合組織の疾患の比率が多い傾向にあったが，新生物，損傷・中毒及びその他の外因の影響の比率は，病院の一般病床での調査結果[31]に類似していた。本研究の分析対象は，病院の一般病床における入院患者の特徴をある程度備えているものと推察された。本研究で使用した自覚症状については，一次元の性質を持つ概念として測定できることを確認した。研究目的の達成のためには，計量学的検討に耐えうる妥当性と信頼性を備えた自覚症状の測定指標が不可欠である。構成概念妥当性の検討によって，因子的妥当性が統計学的に保証され，測定指標として内的整合性を有していることを確認できたことは，変数間の関連性を検討することを可能にしたと考える。

本研究では，入院患者が心理的な不健康状態に陥るメカニズムとして，２つのプロセスを想定し，因果モデルを仮定した。仮定したモデルのデータへの適合度は，統計学的にほぼ受容できる水準を満たしており，この結果は，入院患者にとって自覚症状というストレッサーの頻度が，ストレス認知および抑うつや不安などの心理的状態と密接に関係することを示すものであった。また，自覚症状ならびにストレス認知と心理的状態のパス係数は，すべて統計学的に有意であった。これは，入院患者が抑うつや不安などに至るプロセスとして，自覚症状の頻度が，直接心理的状態に影響を与えるだけでなく，自覚症状があることで生活に変化や喪失をもたらすのではないかというネガティブな解釈（ストレス認知）が心理的状態に影響を与え，抑うつや不安を引き起こしていくプロセスがあることが，本データにおいて確認されたことを意味する。

変数間の関連性に着目すると，自覚症状と心理的状態の関連性は，パス係数0.399と中程度の正の関連性が認められた。これは自覚症状の頻度が高いほど，患者の心理的な状態が悪化している傾向にあることを示している。一般的に，痛みと抑うつには関係があると指摘されているが[32]，本研究の結果は，痛みに限らず，患者の自覚症状が心理的状態に影響することを示していた。和田[33]は，癌患者において，各種の身体症状や疼痛から抑うつなどが生じているのではないかと絶えず考えておかなければならないと述べているが，癌患者以外の入院患者においても，同様の傾

向にあるのではないかと考えられた。さらに，自覚症状の心理的状態への影響を，病気関連不安認知（ストレス認知）を介する間接的な影響を含めた総合効果でみると，その値は0.657と比較的強いものであった。この結果は，自覚症状がある患者への症状マネジメントが，患者の心理的なストレス反応を予防するうえで重要である可能性を示しているといえよう。そして，自覚症状が病気関連不安認知（ストレス認知）を介して心理的状態に影響する間接効果や，ストレス認知の心理的状態に及ぼす影響が自覚症状より強いことにも着目する必要があるだろう。これらの結果は，入院患者の心理的安寧を維持し，抑うつや不安といった心理的なストレス反応を予防していくためには，症状に対して介入するだけではなく，症状を抱える患者の認知への介入がより重要となることを示唆している。宮松ら[34]は，本態性高血圧患者を対象とした報告であるが，単にリラクゼーションを行うだけでなく，患者のストレス反応を減じるためには，状況に対する個人の認知評価を把握し，介入していくことが必要であると述べている。本研究で用いた病気関連不安認知（ストレス認知）は，病気や症状の悪化，生活の制限や縮小，家族・友人関係の変化，目的・価値喪失などに対する心配や不安認知の程度を評価するものである。‘心配’とは，個人が能動的に外界に意味づけし，対処しようとする過程が制御困難となり，苦痛をもたらすようになったものと考えられている[35]。患者が自覚症状をどのように捉え，解釈しているのか，病気や生活に関してどのように捉え，解釈しているのか，その認知に歪みはないのか，患者の抱える心配や不安に感じていることを看護者が捉え，状況に応じた援助を行っていくことが患者の心理的な健康状態の維持にとって重要であると推察される。

また，心理的状態を下位因子ごとに分け，自覚症状およびストレス認知との関連性に違いがあるかを検討したところ，異なる傾向が認められた。不安は，総合効果でみるとストレス認知よりも自覚症状からより強く影響を受け，抑うつは，ストレス認知からより強く影響を受けていた。不安は，恐怖感や予期懸念によって交感神経が緊張した一過性の状態である[30]と言われている。患者の自覚症状が強い場合は，ストレス認知を介さずとも直接的に不快情動が惹起され，一過性の不安状態が生じやすくなる傾向にあるのではないかと考える。一方，抑うつは対象を喪失した結果生じるより持続的な状態である[30]と言われている。病気や障害を持って生活していくことに対するストレス認知が強い場合は，持続する抑うつとしてその反応が生じやすい傾向にあるのであろう。不安はネガティブ情動の亢進とともに生理的覚醒が高まった状態であり，抑うつはネガティブ情動の亢進とともにポジティブ情動が低下した状態であるとされている[36]。関連性に対する異なる傾向は，このような抑うつと不安の違いを反映しているのではないかと考える。

以上，本研究の結果は，入院患者が自覚症状を訴えた場合，症状マネジメントを図ることが必要となるが，不安や抑うつといった心理的なストレス反応を予防するためには，自覚症状に対する症状マネジメントのみならず，患者が自覚症状をどのように解釈しているのか，病気や障害を持ちながら生活するうえでもつ，患者のストレス認知にも焦点をあて看護介入を行うことが必要であることを示唆するものであった。

本研究では，一般的に入院している患者における自覚症状ならびにストレス認知と心理的状態の関係を検討するために，自覚症状の測定指標を検討し，分析に用いた。しかし，本研究で用いた自覚症状が，疾患によって生じた身体症状であると断定することは難しい。心理的状態によって引き起こされた精神症状が含まれていることも考えられ，変数間の関連性を強めた可能性もある。時系列的な過程を含んだ縦断調査や独立変数を操作する介入研究デザインで，変数間の因果関係を確認していくことが今後は必要であると考える。

## Ⅵ. 結　論

本研究では，患者が経験している自覚症状がストレス認知，心理的状態にどのように影響を与えているのかを検討した。その結果，自覚症状は心理的状態に対して直接影響を与えるとともに，ストレス認知を介しても心理的状態に影響を与えていた。この結果は，自覚症状が直接心理的状態に影響を与えるだけでなく，症状があることで生活に変化や喪失をもたらすのではないかというネガティブな解釈（ストレス認知）が心理的状態に影響を与え，心理的状態を悪化させていくプロセスがあることを示している。さらに，心理的状態への影響度は，自覚症状に比べストレス認知がより強く影響を与えていることが明らかになった。このことから，患者の心理的なストレス反応を予防するためには，自覚症状に対する症状マネジメントのみならず，個々のストレス認知にも焦点をあて看護介入していくことの必要性が示唆された。

## 謝　辞

本研究の調査に快くご協力いただきました患者の皆様方に心よりお礼を申し上げます。また，研究の場を提供いただき，ご協力いただきましたスタッフの皆様に謹んで感謝の意を表します。

## 要　　旨

本研究の目的は，自覚症状ならびにストレス認知と心理的状態の関係を明らかにすることであった。対象は満20歳以上の入院患者81名であった。自覚症状の測定にはIPQの12項目にCMIを参考にした13項目を組み合わせて用い，ストレス認知の測定には病気関連不安認知尺度，心理的状態の測定にはHADSを用いた。まず自覚症状の因子妥当性と信頼性を確認し，自覚症状，ストレス認知，心理的状態の相関関係を確認した。次に従属変数を心理的状態とし，自覚症状が直接的またはストレス認知を介して影響するとする因果モデルを設定し，関連性を検討した。結果，自覚症状はストレス認知および心理的状態に影響を与えており，ストレス認知は心理的状態により強い影響を与えることが明らかになった。これは，看護師が入院患者の心理的な健康状態を維持するうえで，自覚症状のマネジメントのみならず，ストレス認知についても把握し，介入することの重要性を示唆している。

## Abstract

The purpose of this study was to clarify these relationships among subjective symptoms, stress cognition and psychological status in inpatients. The subjects were eighty one inpatients (age, >20 years). The data were collected using questionnaire based on the following scales: the Illness Perception Questionnaire (IPQ) and the Cornell Medical Index (CMI), the Cognition Scale of Illness-related Anxiety, and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Collected questionnaire data were first used to confirm the reliability and factorial validity of subjective symptoms and identify correlations among subjective symptoms, stress cognition and psychological status. Subsequently, we applied a causality model that defined psychological status as the dependent variable and assumed subjective symptoms directly affect the dependent variable or have an indirect influence through stress cognition. As a result of our analysis, it was found that subjective symptoms affected both stress cognition and psychological status. Furthermore, it was discovered that stress cognition have greater effect on psychological status. Therefore, these findings indicated that nurse must not only manage patients' subjective symptoms but also recognize their stress cognition in order to intervene with appropriate care that maintains the psychological status of inpatients.


## 文　　献


1）飛騨　操，高良美樹：入院患者のストレスと支援，岡堂哲雄（編）：ヒューマン・ケア心理学シリーズ患者の心理，178-191，至文堂，東京，2000.

2）Härter, M., Reuter, K., et al.: Comorbid psychiatric disorders in cancer patients in acute inpatient treatment and medical rehabilitation, Die Rehabilitation, 39(6), 317-323, 2000.

3）Härter, M., Baumeister, H., et al.: Epidemiology of comorbid mental disorders in rehabilitation patients with musculoskeletal and cardiovascular disease, Die Rehabilitation, 41(6), 367-374, 2002.

4）Love, A.W., Kissane, D.W., et al.: Diagnostic efficiency of the Hospital Anxiety and Depression Scale in women with early stage breast cancer, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 36, 246-250, 2002.

5）Oberst, M.T., Hughes, S.H., et al.: Self-Care Burden, stress appraisal, and mood among persons receiving radiotherapy, Cancer Nursing, 14, 71-78, 1991.

6）Carey, M.P., Jorgensen, R.S., et al.: Reliability and validity of the appraisal of diabetes scale, Journal of Behavioral Medicine, 14(1), 43-51, 1991.

7）中西健二，山下　仰，他：腎移植後のストレッサーに対する認知評価が精神的健康に与える影響，心身医学，42，504-511，2002.

8）Taylor-Piliae, R.E., Molassiotis, A.: An exploration of the relationships between uncertainty, psychological distress and type of coping strategy among Chinese men after cardiac catheterization, Journal of Advanced Nursing, 33(1), 79-88, 2001.

9）森本美智子，高井研一，他：病気に関連した不安認知尺度の開発，岡山県立大学保健福祉学部紀要，8(1)，11-19，2001.

10）森本美智子，高井研一，他: 病気や生活に関する不安認知が入院患者の精神的健康に及ぼす影響，日本看護研究学会雑誌，28(2)，51-58，2005.

11）Lazarus, R.S., Folkman, S.：本明　寛，春木　豊，他訳：ストレスの心理学－認知的評価と対処の研究－，実務教育出版，東京，1998.

12）Noyes, R. Jr., Kathol R.G., et al.: Distress associated with cancer as measured by the illness distress scale, Psychosomatics 31, 321-330, 1990.

13）舘山光子，高橋章子：虚血性心疾患患者の回復期における不安状態とその関連要因，北日本看護学会誌，5(1)，17-25，2002.

14）Ang, D.C., Choi, H., et al.: Comorbid depression is an independent risk factor for motality in patients eith rheumatoid arthritis, J. Rheumatol, 32, 1013-1019, 2005.

15）Gudmundsson, G., Gislason, T., et al.: Risk factors for rehospitalisation in COPD：role of health status, anxiety and depression, Eur. Respir. J., 26, 414-419, 2005.

16）中田淳子，中村明彦：関節リウマチ患者の抑うつは生活の質や合併症と密接な関係がある，臨床リウマチ，20，284-290，2008.

17）田中美和，大井敬子，他：薬剤師の立場から見た，外来化学療法患者における抑うつ・不安の評価，Jpn. J. Pharm. Health Care Sci., 34(12), 1086-1090, 2008.
18）Silverstone, P.H.: Depression increases mortality and morbidity in acute life-threatening medical illness, Journal of Psychosomatic Research, 34, 651-657, 1990.
19）佐藤昭夫，朝長正徳編：ストレスの仕組みと積極的対応，287-291，メディカグローブ，弘前，1993.
20）草間朋子：看護師臨床研修必修化推進検討委員会報告と日本看護協会の考え方，看護，59(14)，16-23，2007.
21）Weinman, J., Petrie, K.J., et al.: The illness perception questionnaire, A new method for assessing the cognitive representation of illness, Psychology and Health Psychology and Health, 11, 431-455, 1996.
22）Brodman K., Erdman, A., et al.: The Cornell Medical Index: an adjunct to medical interview, JAMA, 140, 530-534, 1949.
23）金子卓也，深町　建，他：CMIコーネルメディカルインデックス，その解説と資料，28-29，三京房，京都，1983.
24）谷村千華，森本美智子：「病気関連不安認知尺度」の因子不変性に関する検討，日本看護研究学会雑誌，31(1)，67-73，2008.
25）Zigmond A.S, Snaith, R.P.: The Hospital Anxiety and Depression Scale, Acta psychiatr scand, 67, 361-370, 1983.
26）北村俊則：Hospital Anxiety and Depression Scale，精神科診断学，4，371-372，1993.
27）山本嘉一郎，小野寺孝義：Amosによる共分散構造分析と解析事例，ナカニシヤ出版，京都，2002.
28）高橋三郎，大野　裕，他訳：DSM-Ⅳ-TR精神病疾患の分類と診断の手引き，医学書院，東京，2003.
29）西村　建，播口之朗訳：老年期のうつ病　一般内科患者におけるうつ病身体症状の発現率，25，西村書店，東京，1995.
30）貝谷久宣，中山　学，他：不安と抑うつ－パニック性不安うつ病の疾病概念，日本女性心身医学会雑誌，7(1)，108-114，2002.
31）厚生統計協会編：国民衛生の動向2007，厚生統計協会，東京，2007.
32）アイリーン・モロフ・ラブキン，パマラ　D．ラーセン，黒江ゆり子監訳：クロニックイルネス人と病いの新たなかかわり，65-72，医学書院，東京，2007.
33）和田　信：埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科の取り組み－精神医の立場から，精神医学，49(9)，939-942，2007.
34）宮松直美，徳川早知子：本態性高血圧患者におけるストレス認知過程の特徴，滋賀医科大学看護学ジャーナル，3(1)，70-74，2005.
35）杉浦義典：ストレス対処からみた心配の認知的メカニズム，4-7，風間書房，東京，2003.
36）佐藤　徳，安田朝子，他：３要因モデルに基づく，抑うつならびに不安症状の分類－多次元抑うつ不安症状尺度の作成，性格心理学研究，10(1)，15-26，2001.

［平成21年12月24日受　　付
平成22年12月15日採用決定］

－研究報告－

# 地域在住の前期高齢者における日常記憶とその関連要因

Everyday Memory and its Related Factors in Community-dwelling People aged 65-74

山　田　紀代美[1)]　　西　田　公　昭[2)]
Kiyomi Yamada　　Kimiaki Nishida

キーワード：日常記憶，前期高齢者，地域在住高齢者
Key Words ：everyday memory, people aged 65 to 74 years old, community-dwelling elderly

## Ⅰ．はじめに

人口の高齢化の中で，認知症高齢者数は2002年の169万人から，2035年には約376万人まで増加すると予測されている[1)]。しかし，認知症の根本的治療法は未だ解明されておらず，社会における認知症に関するイメージも誤解や偏見を伴っている場合が多く[2)]，高齢者自身および高齢者を取り巻く家族が認知症に気づいたり，疑いをもっても適切な治療に結びつかないケースも報告されている[3)]。特に，認知症は本人の病識が欠如することが多く，症状に気づいた家族により相談・受診が行われるケースがほとんどで，実際に受診に結びついたのは家族が気づいていたうちの４割程度であり，しかも受診までに年単位の時間を要することもあったと述べられている[4)]。このような中，ここ数年Mild Cognitive Impairment（MCI）の概念[5) 6)]が関心を集めている。MCI とは，研究者によりその定義は異なるものの，おおむね正常から認知症に移行する非常に初期の段階という捉え方がほとんどであることから，認知症に至る前のより早い段階で発見し，予防介入を行うことで認知症への移行を防止する介護予防の考えに合致している。それゆえ認知症に至る可能性をもった者をいかに早期に発見するのかは重要な課題である。

認知症の発見について，認知症は認知機能の低下に伴い記憶障害が発生することから，高齢者自身が記憶障害を自覚する記憶愁訴を手がかりにした研究が行われている[7)]。この方法は，現在の日常生活において記憶に関する事柄で困った経験の頻度を評価してもらうもので「現在の生活の中で，『もの忘れ』で困っていることがありますか」という単一項目による調査であり，その割合は40.2～52.9%という結果となっている[7) 8)]。また，認知症を記憶障害以外からも捉えようとした寺岡らの研究[9)]では，「物忘れ自覚症状」として５クラスター21項目をあげ，認知症の早期発見に関係する要因を明らかにしているものの，その信頼性，妥当性までは評価されていない。

一方，認知症の早期発見には，高齢者の主観ではなく客観的なスクリーニング検査法として，Mini Mental State Examination（MMSE），改訂長谷川式簡易知能評価スケール，かなひろいテストなどが使用されてきた[10)]。特に，MMSEは認知機能の量的評価法として検出率も高く，国内外で平準的に使用されている。しかし，MMSEなどの心理検査は，記憶などの高齢者自身が苦手なことを強いるためしばしば緊張や不安，防衛を引き起こす[11)]こと，さらに，MCIやごく初期の認知症では，そのカットオフポイントをクリアしてしまう場合[12)]もあり，早期の認知症のスクリーニング尺度としての使用には適していない可能性もある。

それに対して展望記憶とは，ある手がかりをきっかけにして，予定した行動をタイミングよく行うための記憶である。たとえば，「後で親戚に電話をかけよう」「明日，切手を買おう」など意図した行動を覚えて実行する能力を指し，日常生活を遂行するために不可欠なものである[13)]。展望記憶はMCIの段階でも障害が出現するとの報告[14)]もあることから，認知症の早期発見に適応が可能であると考える。展望記憶の測定には，イギリスで開発され日本においても信頼性・妥当性が確立されているリバーミード行動記憶検査（Rivermead Behavioral Memory Test：RBMT）がある[15)]。しかし，RBMTは様々な日常記憶を測定することから複数の道具を必要とし，さらに実験室での課題等が組み込まれていることから，集団を対象にして行うには困難が多い。それに対して，Memory checklist は，Wilsonらによる[16)] RBMTの標準化の過程で同時に開発された尺度であり，RBMTと非常によく相関し，その後の数井らが翻訳した日本版の日常記憶チェクリスト（Everyday Memory

１）名古屋市立大学看護学部　Nagoya City University School of Nursing
２）立正大学心理学部　Rissho University Faculty of Psychology

Checklist: EMCという)[17) 18)] において，認知症本人の自己申告内容および家族による客観的評価とRBMT との相関を検討した結果，本人の結果には有意差がみられないものの家族による評価では高い相関がみられたと報告されている。前島ら[14)] も家族によるEMC評価は障害の有無により有意差が認められたと同様の報告をしていることから，EMCは展望記憶の把握も含め認知症の評価に使用できる尺度であると考えられた。しかしながら，EMCの研究は，筆者の知る限りもの忘れ外来，脳損傷を有する患者やその家族を対象にした報告しか見あたらない[14) 19)]。今後，本尺度における認知症の早期発見の意義を明らかにするためには，地域在住の認知症に至っていない一般の高齢者およびその家族に対して本尺度を用いた調査を実施し，その差異の有無および他の評価尺度との比較，検討を行う必要がある。そこで，本研究は，その第１段階として高齢者自身によるEMC を用いた日常生活に関する記憶についてその実態を把握するとともに，それらに関連する要因について検討することを目的とする。

## Ⅱ．研究方法

### １．対象

愛知県名古屋市Ａ区の選挙人名簿抄本の地区分類から無作為に５地区を抽出し，65歳以上75歳未満の家族と暮らしていると思われる前期高齢者1,560人を2008年11月時点の選挙人名簿抄本から無作為抽出し調査対象者とした。本研究は，今後３年間の日常記憶に関する継続調査を予定していること，さらにその後の調査では家族間調査も計画していることから，対象者を家族と暮らしている前期高齢者に限定した。2009年３月～４月にかけて自記式調査票を用いた郵送法を実施し，914人から回答があった。名古屋市は，愛知県のほぼ中央に位置し，2008年11月時点での人口は224万7,752人であり，65歳以上人口45万1,930人，高齢者人口割合20.1%，その内75歳未満の前期高齢者人口は25万3,430人，前期高齢者割合は11.3％であった[20)]。この中でＡ区は名古屋市のほぼ中央に位置し，精密・金属加工の工場や事務所と古くからの住宅とが混在した地域，さらには，公園や博物館，大学等の教育施設も多く所在し文教地域の側面ももっている。Ａ区は名古屋市人口の4.7％を占め，65歳以上人口割合は21.9%，前期高齢割合11.4％と名古屋市全域よりも若干高齢化が進んでいる地区といえる。

### ２．調査項目

#### １）「日常記憶チェックリスト（Everyday Memory Checklist: EMC）」

EMCは，記憶の障害による日常生活上の支障の程度を評価するために作成されたMemory Checklist[16)] を，数井ら[17) 18)] が日本版のRBMTの標準化研究に際して本邦の実情に合うように若干の改変を加えて翻訳を行ったものである。本尺度は，記憶の障害による実生活で起こりうる問題あるいはそのような場面を13項目設定し，０点（まったくない）から３点（非常にそうである）の４段階で評価し，その合計得点（０点から39点，以後EMC得点という）が高いほど障害が強いことになる。なお，本尺度は，すでに数井らにより自己評価および介護者評価による信頼性ならびに自己評価を除く介護者評価による妥当性は確認されている。

#### ２）老研式活動能力指標[21)]

本指標は，高齢者の高次の生活活動能力を評価するためのもので，「手段的ADL（Activity of Daily Living）（５項目）」「知的能動性（４項目）」「社会的役割（４項目）」の３因子13項目から構成されている。各項目に対して，「できる」に１点，「できない」に０点を配点し，その合計得点を算出した。

#### ３）うつ傾向

うつ傾向の評価には，鳥羽ら[22)] がGDS（Geriatric Depression Scale）短縮版として日本語訳の信頼性と妥当性を検討したGDS5を用いた。このGDS5は，GDS15との高い正の相関が認められ，感度，特異度，正診度においても同等との結果を得ている。各項目に「はい」「いいえ」で回答をもとめ，５点満点中２点以上で抑うつ傾向があることを疑うと言われているものの，GDS5では抑うつ状態の判別はできないことから，本研究では合計点をそのまま用いることとした。

#### ４）時計描画テスト：Clock Drawing Test（CDT）

認知機能の評価には，Clock Drawing Test（CDT）の一つであるShulman変法[23) 24)] を用いた。これは，あらかじめ円が描かれた紙に時計の文字盤の数字を記入した後11時10分を指す針を記入する方法である。結果は数字と針の記入により０～５点に分類し，４～５点は正常，３点以下は認知障害が示唆される。

#### ５）その他

高齢者の性別，年齢，家族構成，教育歴を確認した。教育歴は，先行研究において認知症発症との関連が指摘されている[25)] ことから，「中学」「高校」「専門学校・短期大学」「大学以上」で把握した。現在の健康状態に関する主観的健康感は「まったく健康（１点）」から，「まったく健康でない（５点）」の５段階で評価した。また，食事，排泄，入浴等のADL自立度についても，「できる」「介助が必要」「全くできない」の３段階で質問した。

### ３．分析方法

分析にあたり，量的変数の分析には相関係数や対応のないｔ検定を，質的変数には$\chi^2$検定を用いた。EMC得点に関連する要因を探索するため，単相関係数でその関連性

を確認し，その後関連がみられた変数については最も当てはまりのよいモデルによって従属変数に影響する変数を探索するため，重回帰分析のステップワイズ法を行った。なお，EMC得点に関連する要因の検討においては男女別に解析を行った。以上の分析には統計ソフトSPSS 17.0 J for windowsを用いた。

### ４．倫理的配慮

倫理的配慮は，依頼文に今後の継続調査の趣旨およびそれに伴うID番号の付与，さらに個人情報の保護，調査を拒否または中断する権利，またそれらを行った場合にもなんら不利益を被らないこと，データの保管・管理方法等を紙面にて十分に説明した上で，回答をもってこれらを承諾したものとすることとした。本調査は名古屋市立大学看護学部研究倫理審査委員会にて承認を受けた。

## Ⅲ．結　　果

調査票は，914人（58.6%）から回収することができた。ただし，EMCの全ての項目に回答し，認知症とそれらと関連する脳血管疾患やパーキンソン病等の既往の可能性のある高齢者を除くために，CDTが４点以上でしかもADL項目の全項目を「できる」とした高齢者を本研究における対象者とした。有効回答率は88.0%（804人）であった。

### １．対象者の状況（表1）

対象者は，男性315人（39.2%），女性489人（60.8%）で，平均年齢は，男性70.71±2.34歳，女性69.53±2.91歳であり，女性が有意（$p$<0.001）に若かった。家族構成は夫婦のみが男性および女性で６割以上と最も多く，ついで夫婦と子どもであった。教育歴は高校卒業が男性115人（36.5%），女性218人（44.7%）でともに最も多かった。ついで男性では中学，大学以上が３割程度であったものの，女性では大学卒業は１割強であるなど，教育歴には男女差が認められた（$p$<0.001）。主観的健康感は，「ふつう」が男性，女性ともに最も多いものの，男性では「まあまあ健康」が続くのに対し，女性は「あまり健康でない」であり，男女間で有意差がみられた（$p$<0.01）。GDS5は性差による違いはみられなかった。老研式活動能力指標については，手段的ADL，社会的役割，知的能動性の全てにおいて，女性の得点が有意に高かった。

### ２．EMC得点について

EMCの項目ごとおよび合計得点の平均（標準偏差も含む）を性別に示したものが表２である。EMC得点の平均値は，男性7.97±5.11点，女性7.29±4.36点であり，差がある傾向が伺えた。項目ごとでは，最も平均点の高い項目は，男女ともに「８．以前に会ったことのある人たちの名前を忘れていることがありますか」であった。一方，「７．前

表１　対象者の状況

| 項　　目 | | 男　性 315人（39.2%） | 女　性 489人（60.8%） | 統計学的検定 |
|---|---|---|---|---|
| | | 人　(%) | 人　(%) | |
| 家族構成 | 夫婦のみ | 192（61.0%） | 295（60.3%） | n.s. |
| | 夫婦と子ども（既婚・独身） | 82（26.0%） | 128（26.2%） | |
| | 夫婦と老親 | 8（ 2.5%） | 12（ 2.5%） | |
| | その他 | 33（10.5%） | 54（11.0%） | |
| 教育歴 | 中学 | 98（31.1%） | 177（36.2%） | $\chi^2$=52.04 $p$<0.001 |
| | 高校 | 115（36.5%） | 218（44.7%） | |
| | 専門学校・短大 | 3（ 1.0%） | 35（ 7.2%） | |
| | 大学以上 | 93（29.5%） | 58（11.9%） | |
| 主観的健康感 | まったく健康 | 23（ 7.3%） | 36（ 7.4%） | $\chi^2$=13.57 $p$<0.01 |
| | まあまあ健康 | 71（22.5%） | 80（16.4%） | |
| | ふつう | 146（46.3%） | 285（58.3%） | |
| | あまり健康でない | 66（21.0%） | 82（16.8%） | |
| | まったく健康でない | 7（ 2.2%） | 4（ 0.8%） | |
| 項　　目 | | 平均値±標準偏差 | 平均値±標準偏差 | 統計学的検定 |
| 平均年齢　（歳） | | 70.71±2.34 | 69.53±2.91 | t=6.54　$p$<0.001 |
| GDS5　（５点） | | 0.78±1.12 | 0.69±1.07 | t=1.13　n.s. |
| 手段的ADL（５点） | | 4.66±0.78 | 4.94±0.42 | t=-5.73　$p$<0.001 |
| 社会的役割（４点） | | 3.33±1.04 | 3.54±0.80 | t=-2.95　$p$<0.01 |
| 知的能動性（４点） | | 3.73±0.59 | 3.82±0.47 | t=-2.02　$p$<0.05 |

註1）　n.s.：not significant

表２　EMC項目及び合計得点の性別による比較

| | 項目 | 平均値±標準偏差<br>上段：男性<br>下段：女性 | t 値 | 有意水準<br>*p*値 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 昨日あるいは数日前に言われたことを忘れており，再度言われないと思い出せないことがありますか？ | 0.78±0.61<br>0.61±0.56 | 4.089 | .000 |
| 2 | つい，その辺りに物を置き，置いた場所を忘れてしまったり，物をなくしたりすることがありますか？ | 0.84±0.63<br>0.86±0.53 | -.538 | .591 |
| 3 | 物がいつもしまってある場所を忘れて，全く関係のない場所を探したりすることがありますか？ | 0.59±0.63<br>0.50±0.57 | 2.051 | .041 |
| 4 | ある出来事が起こったのがいつだったか忘れていることがありますか？ | 0.89±0.63<br>0.73±0.59 | 3.546 | .000 |
| 5 | 必要な物を持たずに出かけたり，どこかに置き忘れて帰ってきたりすることがありますか？ | 0.49±0.59<br>0.39±0.50 | 2.558 | .011 |
| 6 | 自分で「する」といったことを，し忘れることがありますか？ | 0.47±0.53<br>0.43±0.52 | 1.126 | .260 |
| 7 | 前日の出来事の中で，重要と思われることの内容を忘れていることがありますか？ | 0.37±0.52<br>0.27±0.48 | 2.585 | .010 |
| 8 | 以前に会ったことのある人たちの名前を忘れていることがありますか？ | 1.03±0.66<br>0.92±0.61 | 2.362 | .018 |
| 9 | 誰かに言ったことの細部を忘れたり，混乱して理解していることがありますか？ | 0.53±0.59<br>0.51±0.55 | .335 | .738 |
| 10 | 一度，話した話や冗談をまた言うことがありますか？ | 0.80±0.66<br>0.80±0.56 | .034 | .973 |
| 11 | 直前に言ったことを繰り返し話したり，「今，何を話していましたっけ」などと言うことがありますか？ | 0.40±0.60<br>0.42±0.53 | -.480 | .632 |
| 12 | 以前，行ったことのある場所へ行き方を忘れたり，よく知っている建物の中で迷うことがありますか？ | 0.37±0.58<br>0.40±0.60 | -.714 | .475 |
| 13 | 何かしている最中に注意をそらす出来事があった後，自分が何をしていたか忘れることがありますか？ | 0.43±0.57<br>0.46±0.55 | -.599 | .549 |
| | 合計得点 | 7.97±5.11<br>7.29±4.36 | 1.832 | .051 |

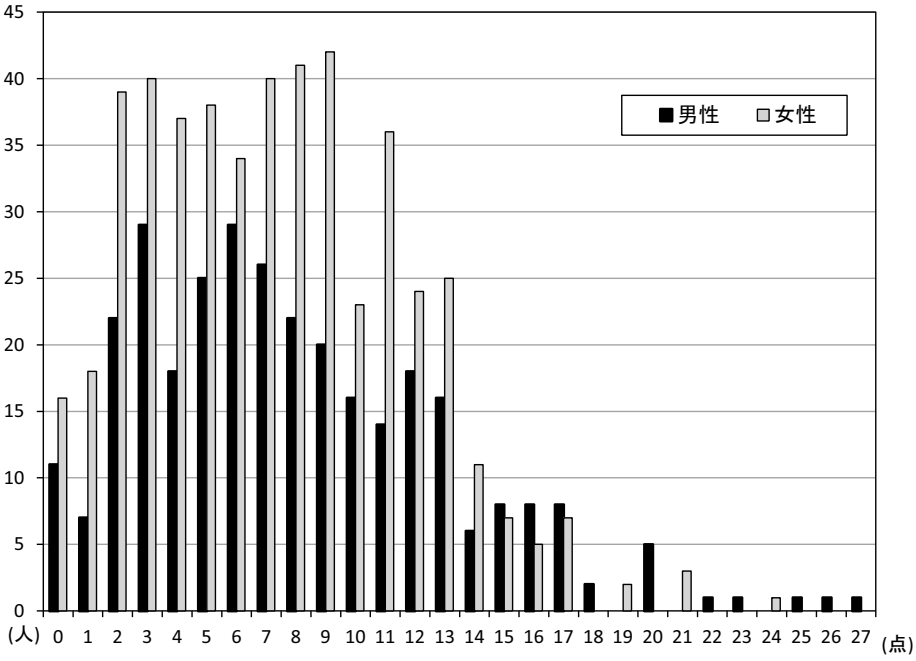



図１　EMC得点分布の性別による比較

日の出来事の中で，重要と思われることの内容を忘れていることがありますか」は，男女ともに最も平均点が低かった。項目平均点に性差が認められたのは，「１．昨日あるいは数日前に言われたことを忘れており，再度言われないと思い出せないことがありますか」など６項目であった。EMC 得点の分布を男女別で表したものが図１である。13項目全てにおいて，まったくないと回答した者すなわち０点の者は男性11人（3.5%），女性16人（3.3%）であった。逆に最も高い得点は男性27点，女性は24点であった。

### ３．EMC得点に関連する要因

EMC得点と各要因と相関関係について性別でみたところ，男性は主観的健康感（r=.194, $p$<0.01），年齢（r=.178, $p$<0.01），GDS5（r=.174, $p$<0.01）に有意差がみられ，手段的ADL（r=-.133）は５％で有意差が認められた（表３）。女性は，GDS5（r=.230, $p$<0.01），知的能動性（r=-.173, $p$<0.01），主観的健康感（r=.107, $p$<0.05）に有意差がみられた。続いて，男女別にEMC得点を従属変数として関連のみられた変数を重回帰分析のモデルに投入した（ステップワイズ法）。その結果，表４のように調整済決定係（$R^2$）は男性において.052 を示し４変数でEMC合計得点の5.2％を，女性は.060であり３変数で6.0％が説明された。男性で影響力がみられたのは，年齢（$\beta$ =.128, $p$<.05），GDS5（$\beta$ =.111, $p$<0.1）であり，女性ではGDS5（$\beta$ =.200, $p$<0.001），知的能動性（$\beta$ =-.122, $p$<.01）であった。すなわち，男性は年齢が高く，抑うつ傾向がみられるほど，女性は抑うつ傾向で知的能動性が低下するほど記憶低下を自覚する頻度が増すという結果であった。

表３　性別によるEMCと他の変数との相関

| | 年齢 | 教育歴 a) | 主観的健康感 a) | GDS5 | 手段的ADL | 社会的役割 | 知的能動性 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 男性 | .178** | -.040 | .194** | .174** | -.133* | -.093 | -.073 |
| 女性 | -.006 | -.046 | .107* | .230** | -.052 | -.081 | -.173** |

註1）**：$p$<.01，*：$p$<.05
註2）a) はspearmanの相関係数，その他はpearsonの相関係数

表４　重回帰分析によるEMCに関連する要因

| | 標準偏回帰係数（$\beta$） | | | | | 調整済み $R^2$ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 年　齢 | 主観的健康感 | GDS5 | 手段的ADL | 知的能動性 | |
| 男性 | .128* | .103 | .111† | -.047 | | .052 |
| 女性 | | .013 | .200*** | | -.122** | .060 |

註）***：$p$<0.001，**：$p$<0.01，*：$p$<0.05，†：$p$<0.1

## Ⅳ．考　　察

### １．日常記憶低下の自覚について

本研究は，地域在住前期高齢者の日常記憶に関する自覚の程度とそれらに関連する要因を明らかにすることを目的に行った。その結果，前期高齢者における日常記憶について，13項目すべてにおいてまったくなしと回答した者の割合は男性，女性ともにおよそ３％程度であり，残りの97％にあたる高齢者は何らかの日常記憶の低下を自覚しているという結果であった。同じ調査票を用いた数井[17) 18)]による全国各地の63の医療機関から集められた60歳以上の器質的脳障害および精神疾患，認知機能に影響を及ぼしうる身体疾患の既往がない，記憶障害を含む認知機能障害を本人およびその家族がともに自他覚しておらず日常生活が自立している，MMSE得点が24点以上でかつ３単語の遅延再生テストで少なくとも一つ以上を再生できた者という条件をクリアした62人を対象とした結果は，該当項目がまったくないすなわち０点の高齢者は０％であった。本調査と対象者の年齢分布，人数，男女比，選出方法等の違いを考慮する必要があるもののほぼ類似の結果とみてよいであろう。

一方，寺岡ら[9)]の地域在住高齢者3,067人のうち，物忘れ自覚症状21項目にまったく該当しない高齢者は19.6％であった。品川ら[8)]の主観的もの忘れの調査では，単一の調査項目である「記憶力が落ちたと思いますか」に対して自覚のある高齢者が52.9％，ない高齢者47.1％，岩佐ら[7)]の都市部の健康診査を受けた高齢者の記憶愁訴の調査では，何らかの自覚のある高齢者は40.2％でまったくない者は59.8％であったと報告している。このように高齢者自身が捉えている記憶低下の自覚については，40.2％から本調査の97％を含む数井の100％までと幅が見られる。これは，対象者が地域高齢者といってもスクリーニング検査により認知症の疑い者を除外したか否かの違い，さらには日常記憶，記憶愁訴，主観的物忘れなど，調査で用いる言葉の違い，調査項目が単一項目か複数項目の尺度かなど，対象や質問の仕方などの調査方法が異なるためであろう。この点については，今後の継続調査において，EMCとは異なる記憶低下の自覚を問う質問を加えるなど検討を重ねていきたいと考えている。

### ２．EMCの回答傾向について

本研究で用いたEMC得点の平均点について，数井ら[17) 18)]の60歳以上の健常群の11.6±5.4点と比較すると，今回の対象者の平均点（男性7.97点，女性7.29点）ははるかに点数が低い，すなわち記憶低下の主観的頻度が少ないという結果であった。地域在住の高齢者におけるEMC得点を明らかにしたのは本研究が最初であるため，その他の結果と比較ができないことからその高低を判断することは難しいがいくつかの視点でこれらの違いについて考察して

みたい。本研究は郵送法であり回答は自由であることから，記憶の問題に関心があるないしは自分の記憶力に自信がある高齢者が回答したと考えることができる。特に本研究の対象者の教育歴において大学卒以上が男性では30％以上であった。教育歴の長さは認知症の発症リスクを軽減する[25]と言われており，本研究対象が18歳時の大学進学率はほぼ10％程度[26]であったことを考慮すれば，その３倍以上の大学卒の教育歴を有していることも記憶低下の訴えが低かった要因と考えられる。あるいは，認知機能には家族と暮らす高齢者の方がその低下が緩和されるという研究結果[27]もあることから本研究における対象者が家族と暮らしている高齢者を選択していることも影響しているかもしれない。一方，本研究の対象者は，数井ら[17][18]の認知障害の有無に関する明確な条件をクリアした対象に比べ，選挙人名簿抄本から無作為に抽出した対象で，しかもCDTによる認知機能検査スクリーニングを１種類実施したのみであることから，認知機能が多少低下している者も含まれている可能性がある。数井の調査結果[17][18]では，EMCの回答傾向は，60歳以上では健常群よりも患者群（MMSE23.5点）の方が低く回答するという結果を報告していることから，本調査の対象者においても認知機能の低下した者が含まれているため回答がより得点の低い方にシフトした可能性も否めない。今後，調査対象者の認知機能をより多面的に把握するなどの調査方法の検討および対象者の選定方法等の工夫が求められる。

### ３．EMC得点に関連する要因について

EMC得点に関連する要因として，男性は年齢が，女性はGDS5と知的能動性に関連がみられ，男性ではGDS5に関連の傾向が伺えた。年齢と記憶低下の関連については，これまでも年齢が高くなるほど認知機能は低下すると言われ，岩佐ら[28]の認知機能の縦断変化に関する研究において年齢は男女ともに，MMSE得点やうつ傾向の交絡因子を調整してもなお有意であったと報告されている。ただし，本研究においては女性については年齢が関連要因とはならなかった。これには本調査の対象が前期高齢者に限定していることが影響していると考える。村田ら[29]の調査では，後期高齢者と前期高齢者では後期高齢者で認知機能の低下が有意であったとの報告や認知症の年代別出現率[30]においても女性は男性よりも80歳以上にその割合が急激に高くなることから，前期高齢者に限定した年齢区分において女性では年齢の影響は余り受けなかったのかもしれない。

女性は，EMC得点低下と抑うつとの関連が認められ，男性も関連の傾向が伺えた。認知症と抑うつとの関連は，これまでの研究においてもすでに認められている[31]。さらに，初期の認知症やMCIのある者にも抑うつの存在が指摘されていることから，認知症の早期発見においては抑うつの存在も同時に調査し，その因果関係を明らかにしつつ適切な治療を行うことが求められる。また，女性においては，知的能動性得点がEMC 得点に関係していた。知的能動性とは，「新聞を読んでいますか」「本や雑誌を読んでいますか」「年金などの書類がかけますか」というように認知機能を主として使用する活動の能力を問う項目である。記憶は認知機能の主要な要素であることから，岩佐ら[32]の研究における高次生活機能の中で知的能動性が認知機能と最も明瞭な関係性が認められたという結果からみても，EMC得点に知的能動性が関係したことは納得できる結果である。高齢者の知的能動性に関する活動の様子は，高齢者の周辺にいる者には，記憶の低下そのものよりも気づきやすいかもしれないことから，今後アセスメント指標としての可能性を検討していくことが望まれる。

## Ⅴ．EMC使用の可能性と今後の課題

主観的な物忘れや記憶力低下の自覚とMCI や認知機能低下との関連を考えた場合，今回使用したEMCは，これまで認知機能の低下と関連することが明らかになっている，年齢，抑うつ症状，そして知的能動性などとの関連が認められたことから，本尺度の地域在住高齢者への適用の妥当性が一部認められたものと考える。さらに，MMSEなどに比べ，EMCは高齢者の日常生活に関する質問項目で構成されていることから高齢者にも違和感は少ないであろう。

また，本研究は横断調査であったことから，個々の要因の因果関係までは明らかにはできなかった。今後は縦断的にデータを集め，加齢に伴う生理的な得点の変化と項目毎の特徴，認知症への移行の判別となるカットオフポイント，要因の因果関係などを明らかにできるように検討する必要がある。

## Ⅵ．結　　論

１．地域在住前期高齢者の日常記憶チェックリスト（EMC）の回答状況は，男女ともに「以前に会ったことのある人の名前を忘れていることがありますか」の項目平均点が最も高かった。一方，「前日の出来事の中で，重要と思われることの内容を忘れていることがありますか」は，男女ともに最も平均点が低かった。

２．EMCの平均得点は男性7.97±5.11点，女性7.29±4.36点で，性差がみられる傾向であった。

３．EMC 得点に関連する要因を検討するために重回帰分析（ステップワイズ法）を行った結果，男性は，年齢（$\beta$=.128, $p$<.05）が，女性はGDS5（$\beta$=.200, $p$<.001），知的能動性（$\beta$=-.122, $p$<.01）が関連していた。

以上より，前期高齢者における日常記憶低下の自覚は程度の差があるものの誰にも見られ，その自覚の程度に性差がある傾向が伺えた。また，自覚の程度に関連する要因には性によって異なることから，記憶低下の自覚のアセスメントにはそれらの要因を加味することが求められる。

## 謝　辞

本研究を承諾し，回答をお寄せ頂きました高齢者の皆様に心よりお礼申し上げます。また，EMCの使用にあたりご配慮いただきました綿森淑子先生（広島県立保健福祉大学名誉教授）に深く感謝申しあげます。

本研究は平成20年度科学研究費補助金（基盤研究C）の助成を受けて実施したものの一部である。なお，本研究の一部を第14回日本老年看護学会学術集会において報告した。

## 要　旨

本研究の目的は，地域在住の前期高齢者における日常記憶の実情とその関連要因を検討することである。名古屋市A区の選挙人名簿から無作為に抽出した前期高齢者を対象に，性，年齢，家族構成，教育歴，ADL（Activity of Daily Living），老研式活動能力指標，GDS（Geriatric Depression Scale）５得点，日常記憶（Everyday Memory Checklist: EMC）等を調査し，以下の結果を得た。有効回答は，男性315人，女性489人の804人であり，EMC平均得点は，男性7.97±5.11点，女性7.29±4.36点であった。EMC得点を従属変数に重回帰分析（ステップワイズ法）を行った結果，男性は年齢（$\beta$=.128, $p$<0.05），女性はGDS5（$\beta$=.200, $p$<0.001），知的能動性（$\beta$=-.122, $p$<0.01）が関連していた。

## Abstract

This study was designed to examine actual conditions of everyday memory and its related factors in community-dwelling people aged 65 to 74 years old. We conducted a survey of old people who had been randomly selected from an extract of the voter registration list for A Ward, Nagoya City. The survey items were sex, age, family structure, and highest attained educational level, as well as scores of ADL (Activity of Daily Living), GDS (Geriatric Depression Scale) 5, and the Everyday Memory Checklist (EMC).

We obtained valid responses from 804 people: 315 men and 489 women. The average EMC scores were 7.97±5.11 points for men and 7.29±4.36 points for women. To investigate factors related to EMC scores, we scrutinized the results using multiple linear regression analysis (stepwise method). Results showed that everyday memory in men was associated with age ($\beta$=0.128, $p$<0.05), although that in women was related to GDS5 ($\beta$=0.200, $p$<0.001) and "intellectual Activity "($\beta$=−.122, $p$<0.01).

## 文　献

1）厚生労働省高齢者介護研究会報告：「2015年の高齢者介護」補論３痴呆性高齢者ケア，2010-03-23, http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3.html
2）本間　昭：地域住民を対象とした老年期痴呆に関する意識調査，老年社会学，23(3)，340-351，2001.
3）本間　昭：痴呆性高齢者の介護者における痴呆に対する意識・介護・受診の現状，老年精神医学雑誌，14(5)，573-591，2003.
4）奥村由美子，久世淳子，他：要介護認定者の介護者における痴呆症についての認識と相談・受診の状況，老年精神医学雑誌，16，229-242，2005.
5）朝田　隆：軽度認知障害（MCI）の概念，老年精神医学雑誌，20，251-257，2009.
6）仲秋秀太郎，三村　將：初期記憶障害の特徴と評価法：老年精神医学雑誌，20，1071-1081，2009.
7）岩佐　一，鈴木隆雄，他：地域在宅高齢者における記憶愁訴の実態把握，要介護予防のための包括的健診（「お達者健診」）についての研究(3)，日本公衆衛生雑誌，52，176-185，2005.
8）品川俊一郎，池田　学，他：地域在住高齢者における主観的もの忘れの背景因子の検討，老年精神医学雑誌，18，313-320，2007.
9）寺岡佐和，小西美智子，他：地域高齢者の日常・社会生活の状況と物忘れ自覚症状との関連性 認知症のリスクスクリーニングとして，日本公衆衛生雑誌，52，853-864，2005.
10）大塚俊男，本間　昭：高齢者のための知的機能検査の手引き，ワールドプランニング，東京，35-38，1991.
11）橋本　衛，森　悦朗：アルツハイマー型痴呆の初期診断に必要な高次機能検査・画像検査，臨牀と研究，79，913-918，2002.
12）植田　恵，高山　豊，他：ごく軽度アルツハイマー病およびMCI検出のための日常生活に関する質問項目の検討　もの忘

れ外来問診表から，脳と神経，58, 865-871, 2006.
13）梅田　聡，小谷津孝明：展望記憶研究の理論的考察，心理学研究，69, 317-333, 1998.
14）前島伸一郎，種村　純，他：高齢者における展望記憶の検討とくに存在想起と内容想起の違いについて，リハビリテーション医学，43, 446-453, 2006.
15）江藤文夫監訳：記憶のリハビリテーション，医歯薬出版，東京，91-106, 1990, Barbara A.Wilson: Rehabilitation of Memory, The Guilford Press; 1 edition, 1988.
16）Wilson B, Cockburn J, et al: The development and validation of a test battery for detecting and monitoring everyday memory problems. J Clin Exp Neuropsychol, 11, 855-870, 1989.
17）数井裕光，綿森淑子，他：日本版リバーミード行動記憶検査（RBMT）の有用性の検討，神経進歩，46, 307-317, 2002.
18）数井裕光，綿森淑子，他：日本版日常記憶チェックリストの有用性，脳神経，55, 317-325, 2003.
19）羽生春夫，佐藤友彦，他：老年期認知症患者の病識 －生活健忘チェックリストを用い，介護者を対照とした研究－，日本老年医学会雑誌，44, 463-469, 2007.
20）名古屋市ホームページ：名古屋市の人口，年齢別人口（全市・区別），2010.5.23, http://www.city.nagoya.jp/shisei/toukei/web/jinkou/suikei01/nagoya00012659.html
21）古谷野亘，柴田　博，他：地域老人における活動能力の測定老研式活動能力指標の開発，日本公衆衛生雑誌，34, 109-114, 1987.
22）鳥羽研二監修：高齢者総合的機能評価ガイドライン，108-114, 厚生科学研究所，東京，2003.
23）Richardson HE., Glass JN.: A Comparison of Scoring Protocols on the Clock Drawing Test in Relation to Ease of Use, Diagnostic Group, and Correlations with Mini-Mental State Examination, J of Am Geriatr Soc, 50, 169-173, 2002.
24）山中　崇：大都市における高齢者総合機能評価と認知症疾患の鑑別診断，老年精神医学雑誌，19, 767-774, 2008.
25）武地　一：認知症の危険因子，Modern Physician, 28, 1445-1451, 2008.
26）文部科学省編：文部科学統計要覧，平成21年版（2009），入学者数，30-31, 2009.
27）Fratiglioni L, Wang HX, et al: Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study, Lancet. 15, 355（9212）, 1315-1319, 2000.
28）岩佐　一，鈴木隆雄，他：地域在宅高齢者における認知機能の縦断変化の関連要因　要介護予防のための包括的健診（「お達者健診」）についての研究，日本老年医学会雑誌，43, 773-780, 2006.
29）村田　伸，大山美智江，他：在宅高齢者における身体・認知・精神心理機能の年代差と性差，日本在宅ケア学会誌，12（2），44-51, 2009.
30）大塚俊男，柄澤昭秀，他：わが国の痴呆老人の出現率，老年精神医学，3: 432-439, 1992.
31）山縣　文，三村　將：高齢者のうつ病と認知機能障害，Geriatric Medicine, 47, 1439-1444, 2009.
32）岩佐　一，鈴木隆雄，他：地域在宅高齢者における高次生活機能を規定する認知機能について，要介護予防のための包括的健診（「お達者健診」）についての研究（2），日本公衆衛生雑誌，50, 950-958, 2003.

［平成22年６月11日受　　付］
［平成23年１月７日採用決定］

－研究報告－

# 高齢の配偶者が介護老人保健施設に通いながら夫婦としての生活を続けるプロセス
## ―介護を行う配偶者の視点から―

Process by which Spousal Caregivers can Continue the Conjugal Relationship Through their Partner's Move to an Institutional Setting: Determined Through Spouse Interviews

原　沢　優　子　　山　田　紀代美
Yuko Harasawa　　Kiyomi Yamada

キーワード：配偶者，介護者，施設，高齢者
Key Words：spouse, caregiver, institution, elderly

## Ⅰ．はじめに

### 1．研究背景

1980年頃の日本は，65歳以上の高齢者の半数が三世代世帯で暮らしていた。しかし，現在は，夫婦のみ世帯，単独世帯が増加しており，時代は変容してきている。特に，65歳以上の夫婦のみ世帯は，現在，最も多い世帯層であり，今後もこの傾向は続くと予測されている[1)]。このような家族形態の変化は，家族が直面する課題にも影響を及ぼすといえる。例えば，高齢者の日常生活に関する意識調査[2)]では，夫婦のみ世帯の72.8%が「将来の日常生活に不安を感じる」と回答し，その不安理由（複数回答）として，「自分や配偶者の健康や病気のこと（83.9%）」，「自分や配偶者が寝たきり等，介護が必要な状態になること（59.5%）」などを挙げている。このことから，現在の夫婦のみ世帯が抱える課題の一つは，健康障害や介護によって夫婦で過ごす生活の基盤が揺らぐこと，もしくは，崩れることへの不安であると考えられる。

高齢者夫婦と介護に着目すると，65歳以上の者が介護を頼みたい相手は，「配偶者」が65.2%と第一位[3)]であり，実際に要介護者を介護する配偶者も25.0%とその割合は，現在最も多い[1)]。つまり，現実として介護が必要になる時は，夫婦の一方が健在ならば，配偶者が主な介護の担い手となる傾向があるといえる。このことは，高齢者夫婦の夫婦関係の満足度の高さと関連していると考えられる。60～79歳の夫婦関係の満足度は，「満足している」が34.5%であり，40～49歳（30.6％），50～59歳（26.8%）の世代と比べて高い[4)]ことがわかる。関係がうまくいっている夫婦は，互いを自己開示しており心理的共有領域が大きい[5)]といわれ，また，高齢者は個人としてだけでなく夫婦の関係性に基づくアイデンティティを形成している[6)]といわれる。つまり，高齢者にとって配偶者は，自分と心理的な共有部分を持ち，支え合うことができる唯一の存在である可能性がある。実際に，在宅介護を行う夫婦は，「介護する側－される側」の「支配－依存」関係ではなく，互いを気遣う補完関係を築く[7)]と言われ，特に介護をする妻に至っては，介護をすべて生活として捉える感覚をもつ[8)]など，介護というよりはむしろ，それまでの夫婦としての支え合いの生活の延長上に捉えられている。その上，在宅介護を行う高齢の配偶者は，今後も二人で生活を続けたい，共に健康を持続したいと希望している[9)]のである。

前述の高齢者夫婦の介護に関する研究は，在宅介護者を対象としたものであるが，介護サービス利用者の27.0%は，施設に入所している[10)]。介護する側の負担が限界を超えている場合に施設への入所が選択される[11)]といわれているが，高齢の配偶者が介護を続けていく場合，身体的な負担を軽減するために施設の利用は有効な手段の一つといえる。しかし，要介護者を施設に入所させても家族の役割や責任は消失するわけでなく，要介護者への絶え間ない気遣い[11)]や新しく生じるストレスがある[12)]ため，家族へのサポートは欠かせない。ところが，日本は他国を抜く後期高齢者の増加を迎えているにも関わらず，施設を利用する介護家族に関する研究が乏しい上に，介護家族という括りの中に埋もれて高齢者夫婦に関する研究はさらに少ない。配偶者を施設に入所させて介護する高齢配偶者の経験する介護や，このような状況での夫婦の生活はほとんど明らかにされていない。

これからの後期高齢者の増加や夫婦のみ世帯の増加を鑑みた場合，後期高齢者夫婦間の介護は増加すると予測され

名古屋市立大学　Nagoya City University School of Nursing

る。そして，その場合の介護は，介護する側の健康や体力の限界から，在宅介護だけで終結するケースが少なくなり，最終段階では，施設入所へ移行すると予測される。高齢者夫婦が，施設入所という介護サービスを利用しながらも，彼らの強みである，互いに支え合いながら生きるという夫婦としての生活を維持できることは，要介護者と介護者の双方への支援につながる重要な視点といえる。

以上のことより，本研究は，介護老人保健施設（以降，老健）に配偶者を入所させて介護を続ける高齢の配偶者が介護をしながら夫婦としての生活を維持するプロセスを明らかにすることを目的とした。

### ２．用語の定義と便宜的命名

「夫婦としての生活」の定義

生活とは広範囲な概念であり，これまでの看護研究で扱われてきた「生活」の概念分析から「居住環境における社会・文化・地理的特性や個々人の病状・ADL，価値観・習慣によって影響をうける関係的存在である人間の日常生活活動や日常的な姿勢や動きを規定するものまたは，生きる営みであり，結果として自己の存在意味の見出し，自己受容，関心，問題への対峙，確信，再構築を示す現象が見出されるもの」[13] と定義される。本論の「夫婦としての生活」は，「配偶者が要介護となり居住場所を異にしつつ，個人が日常を生きる活動の中に配偶者との相互的な関わりがあり，その関わりからの影響を受けて日常の営みがある生活」とした。また，便宜的命名として，夫婦のうち介護者側を「配偶者介護者」，要介護者側を「要介護配偶者」とし，両者を含める時に「高齢者夫婦」，介護側や要介護側を想定しない一方について述べる時に「配偶者」とした。

## Ⅱ．研究方法

### １．研究デザイン

配偶者介護者の介護が始まってから，二人の生活が落ち着くまでの出来事やその折々の心境に関する体験を思い出してもらい，その語りのデータを分析する質的記述的研究とした。

### ２．調査方法

１）対象者

要介護配偶者がＡ老健に入所している65歳以上の配偶者介護者10名のうち同意が得られた９名。対象者の属性は表１に示した。

２）データの収集方法

対象者の希望日に調査者が施設を訪問し，施設内の個室を利用して面接を実施した。インタビューガイドに基づき半構成的面接を行った。半構成的質問は，(1)「介護を行うことになった当初の様子とその時の気持ちはどのようなものであったか。」(2)「これまでの介護生活において，どのような良い点，困難点があったか。その時々にどのような思いをしてきたか。」(3)「配偶者が介護をすることは，子どもが介護することと比べてどのように思うか。」(4)「これからの介護生活についてどのような見通しをもっているか。どのような思いがあるのか。」である。面接時間は，一人につき40分～70分であった。インタビュー内容は許可を得てICレコーダーに録音した。また，面接日に配偶者介護者と要介護配偶者との関係を観察した内容と施設スタッフからの情報をフィールドノーツに書き留めて分析する際の参考に利用した。データ収集期間は2007年３月～４月であった。

表１　調査対象者の属性

| | 年齢 | 性別 | 介護年数 | 要介護配偶者の介護度 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 68 | 男 | 5 | 4 |
| 2 | 90 | 男 | 1 | 4 |
| 3 | 85 | 女 | 7 | 4 |
| 4 | 74 | 女 | 11 | 4 |
| 5 | 65 | 男 | 7 | 3 |
| 6 | 70 | 女 | 7 | 3 |
| 7 | 75 | 女 | 3 | 4 |
| 8 | 72 | 女 | 10 | 5 |
| 9 | 84 | 男 | 8 | 2 |

３）倫理的配慮

看護管理者へ研究の概要と対象者への倫理的配慮を説明した。対象者へは，看護管理者が調査と施設入所に利害関係が無いこと，参加は自由意思であること，拒否による対象者への不利益がないことが説明されるように配慮した上で，研究への参加についての意向を確認した。調査者は，仮同意を得た対象者の都合に合わせて施設を訪問し，施設内の個室で対象者と面会した。対象者へは調査の概要，目的，方法，参加の自由意思，中途辞退ができること，インタビューの録音，プライバシーの保護方法と匿名性の保持，データ保存方法と期間，研究結果の公表について文書で説明し，同意書に署名を得た。なお，本調査は，名古屋市立大学の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

### ３．分析方法

インタビューのデータ化と分析は，次の順に行った。１）逐語録を作成し，２）逐語録から配偶者介護者自身の生活に関連すると思われる内容を抽出した。３）データを読み込み，意味や内容が一つのまとまりとなるように区切り単位化，それを一つのコードとした。４）コード化した内容を類似性や相違性を吟味しながら分類し，まとまりをサブカテゴリーとした。５）さらに，類似性をもとにサブカテゴリーを集約しカテゴリー化した。６）カテゴリーの抽象度を吟味しながら４）から６）の過程の再検討を繰り返し，

最終的に７）時間的な流れを組み入れて吟味し，コアカテゴリーの抽出とカテゴリーを構造化した。これらの分析過程において，高齢者看護学領域の指導者に確認を受けながら信頼性を確認した。

## Ⅲ．結　　果

### １．対象者の概要

表１に示したとおり，対象者９名（男性４名，女性５名）の平均年齢は75.9歳（男性76.7歳，女性75.2歳）であり，介護年数は１～11年，要介護配偶者の介護度は２～５であり，脳血管疾患を中心とした既往疾患に加え軽度から重度の認知機能低下が見られていた。

配偶者介護者自身は，すべて何らかの健康障害を抱え入院歴があり，何らかの内服治療中であった。

### ２．夫婦としての生活を続けるプロセス

配偶者介護者が夫婦としての生活を続ける意思決定を行うプロセスを構成していたカテゴリーとサブカテゴリーを表２に示した。次に，コアとなるカテゴリーを『　』，カテゴリーを「　」，サブカテゴリーを【　】，これらを代表する語りを〈ゴシック体〉で示した。なお，代表する語りは個人の特定につながる表現や文意のわかりやすさに配慮して修正し，補足が必要な個所は（　）で示した。

配偶者介護者が夫婦としての生活を続けるプロセスは，要介護配偶者を施設へ入所させ，老健に通いながら夫婦としての生活を続ける「覚悟を決める」までの意思決定のプロセス（第一段階）とその後の生活の中で，その覚悟が揺らぎながら夫婦としての生活を続ける円環型プロセス（第二段階）の二段階構造で示すことができた。

今回の配偶者介護者の多くは要介護配偶者の緊急で重篤な発病を体験していた。要介護配偶者が生命の危機を脱する過程は，**〈初めは，なるしかない（なるようにしかならない）と思った〉**など，今後の生活に関する十分な情報収集と選択がないまま自分たちなりの夫婦としての生活を続ける「覚悟を決める」意思決定であり，今回の対象者の意思決定は最終的に変化しておらず基盤のプロセスとした。また，ほぼ全員の配偶者介護者が「覚悟を決める」語りの際に，「これまでの夫婦生活を振り返り，配偶者・自分自身の評価をする」や「自分の配偶者としての役割を意識する」言動を併存させた。配偶者介護者が，「覚悟を決める」意思決定には，自身が納得できる動機付けが不可欠であったと捉えられ，これらのカテゴリーは『動機の探索』とまとめられた。

この配偶者介護者の意思決定のプロセスは，生活の中で揺らぎながら維持されているものであった。介護を続ける生活の中で配偶者介護者の覚悟が揺ぐときは，**〈70歳を越して体力がなくなってしまった。日に日に自分の方の力も**

表２　配偶者介護者が夫婦としての生活を続けるプロセスを構成するカテゴリー

| コアカテゴリー | カテゴリー | サブカテゴリー |
|---|---|---|
| 動機の探索 | これまでの夫婦生活を振り返り相互を評価する | 【償いの気持ち】【感謝の気持ち】 |
| | 配偶者としての役割を意識する | 【人として果たしたい責任がある】【配偶者として当たり前】 |
| | 覚悟を決める | 【やるしかない】【やれることをやるだけ】 |
| | 覚悟が揺らぐ | 【いやになる】【辞めたい】 |
| 夫婦生活を持続する原動力 | 自分が一番望まれている | 【寂しがられる】【要介護配偶者を見送らなくてはいけない】<br>【夫婦と親子は違う】【甘えられる】【言いやすい】【安心している】 |
| | 夫婦としてのつながりを実感する | 【励ましあう】【夫婦としての一体感を自覚する】<br>【要介護配偶者が自分を思いやる態度を感じる】【反応が得られない】<br>【要介護配偶者の辛さを感じる】【自分の存在が消えていく】 |
| | 一緒にいると安心する | 【逢えることが楽しみ】【二人でいることに意味がある】<br>【顔をみると落ち着く】 |
| | 要介護配偶者への情愛 | 【できるだけのことをしてあげたい】【自分の気持ちが落ち着かない】 |
| 生活する意欲を減退させる要因 | 自分の介護力の限界を感じる | 【身体がついていかない】【思うような介護ができない】 |
| | これからの生活に展望がもてない | 【良くなったことの発見】【二人でやりたいことがある】<br>【さらに回復させたい】【思うように回復しない】【生活が安定しない】<br>【どちらが先に逝くかわからない】【先のことを考えたくない】 |
| 両方に影響する要因 | 子との関係 | 【介護に無関心】【介護に協力する姿勢】【迷惑をかけたくない】 |
| | 社会とのつながり | 【人付き合いを続けていきたい】【生活を干渉されたくない】<br>【他者には要介護配偶者を抱える生活が理解されないと思う】<br>【他者と心の距離を感じる】【相談しづらい】【自分で孤独をつくってしまう】 |
| | 自分自身の人生 | 【自分の楽しみが制限される】【自分の人生を生きたい】 |

無くなる〉など，「自分の介護力の限界を感じる」ときや，〈これから先どうなるかということは考えたくない〉という現実逃避的態度の裏側で〈(自分が）動けなくなったらどうなるんだろう〉と，「これからの生活に対する展望が持てない」現実を感じるときであった。これらは，配偶者介護者に解決できる課題ではなく，かつ，生活を続ける中で離れていくことのない『生活意欲を減退させる要因』として，一旦は決めた意思決定の「覚悟が揺らぐ」契機となっていた。しかし，要介護配偶者との関わりの中で〈返事がないようなら１日ぐらいすっぽかしてもと思うけれど返事がちゃんとあるから毎日きます〉と「夫婦としてのつながりを実感する」とき，〈施設に来るのが嫌なときもある。もうやめようかなと思うけれど，待っていると思うと行こうかという気になる〉など「自分が一番望まれている」存在であることを実感するとき，〈家でどうしているかなぁと思っているより，ここに来るのがストレスにならないんです。顔をみて落ち着くもので〉など，要介護配偶者と「一緒にいると安心する」と自覚する時，〈逢うのを楽しみにきて帰ると疲れたと思うが，また，次の日には行かないとという感じ〉など，若い頃の愛情とは異なる熟年夫婦ならではの「要介護配偶者への情愛」を自覚することなどを『夫婦生活を持続する原動力』に，この覚悟の揺らぎを乗り越えていた。また，「子との関係」，「社会とのつながり」，「自分自身の人生」は，夫婦としての生活を続ける「覚悟が揺らぐ」ことに影響する場合と，覚悟を維持することに影響する場合があり，詳細は後述するが，これらは，この円環プロセスにおいて『両方に影響する要因』であった。

夫婦としての生活を続けるプロセスの構造は，生きる過程で避けることができない『生活する意欲を減退させる要因』によって覚悟が揺さぶられることがあるが，意思決定の第一段階に下支えされ，また，要介護配偶者との関わりから『夫婦生活を維持する原動力』を得ることで「覚悟が揺らぐ」状況を乗り越えることを繰り返している構造であった。また，夫婦間以外の第三の要因によっても揺らぎ，また，勇気づけられて夫婦としての生活を続けていた。これら二段階のプロセス概念図を図１に上下で示した。

### ３．夫婦としての生活を続けるプロセスを構成していた要素

#### １）『動機の探索』

（1）「これまでの夫婦生活を振り返り相互を評価する」

要介護配偶者と夫婦として生活を続ける「覚悟を決める」にあたり，配偶者介護者は，これまでの夫婦生活を振り返り，要介護配偶者と自分自身の双方を評価していた。評価は，家庭内の役割や人物評価の観点で行われていた。【償いの気持ち】は，主に男性が，家事手伝いや子育ての参加を振り返り，評価した結果の気持ちであった。【感謝の気持ち】は，妻の場合は，夫が仕事を熱心に行い家計に貢献したこと，子育てに協力的であったことが評価され，夫の場合は，妻が家庭を守り，子育てを熱心に行い，自分のサポートをしてくれたことが評価された。

〈私も罪滅ぼしだ。子どもの面倒みたことなかった〉，〈すごく良くがんばって働いてくれた人だった〉

（2）「配偶者としての役割を意識する」

前述の過去の互いの役割を評価することと同時に，これからの自身の配偶者としての役割を再認識していた。【人として果たしたい責任がある】，【配偶者として当たり前】であるという表現で示された。

〈絶えず，義務を果たさないといけないというのが人間として一番にある〉，〈ずっとやってきた生活の中で，あれがこういうふうになったから俺がやらないかん。それだけのこと〉

#### ２）『生活する意欲を減退させる要因』

（1）「自分の介護力の限界を感じる」

長い介護生活の中で，自分自身の自宅での生活と施設に通い，要介護配偶者との夫婦としての生活を続ける中で「覚悟が揺らぐ」ことはしばしばあった。配偶者介護者は，自分自身の疾病や老いからくる体力的な問題に直面することで【身体がついていかない】気持ちが年々，強くなることを多く語った。同時に，要介護配偶者の状況に見合った介護知識や技術を提供したいが，身体的にも【思うような介護ができない】と感じていた。

〈自分が元気なうちはいいが身体がいつまで続くかなと思う〉，〈妻が（自力で）食べられない事も辛いが，かゆいところに（自分の）手が届かないことも辛い〉

（2）「これからの生活に展望がもてない」

要介護配偶者の状態をよく観察し【良くなったことの発見】をしながら，【二人でやりたいことがある】と二人の希望を芽生えさせていた。希望を叶えるために【さらに回復させたい】気持ちが沸くが，現実は【思うように回復しない】。そのサイクルを繰り返す過程で，自分自身が身体的に老いていくことも実感する。【どちらが先に逝くかわからない】状況の中で，回復できるのか，経済的に続けていけるのか，【生活が安定しない】だけでなく，先の見えない介護生活に【先のことを考えたくない】という態度で対処していた。

〈“ほんとにあんた良くなったねー。頭の方もピッときく（頭の反応が良い）”と話すと表情が違う〉，〈車椅子でまた，旅行につれてってやりたい〉，〈今の状態では（家に）連れて帰れん。もうちょっと本人にも頑張ってもらってね〉，〈僕が先に逝ったら・・・という不安がある〉，〈金銭面も心配はある〉，〈これから先どうなるかということは考えたくない〉

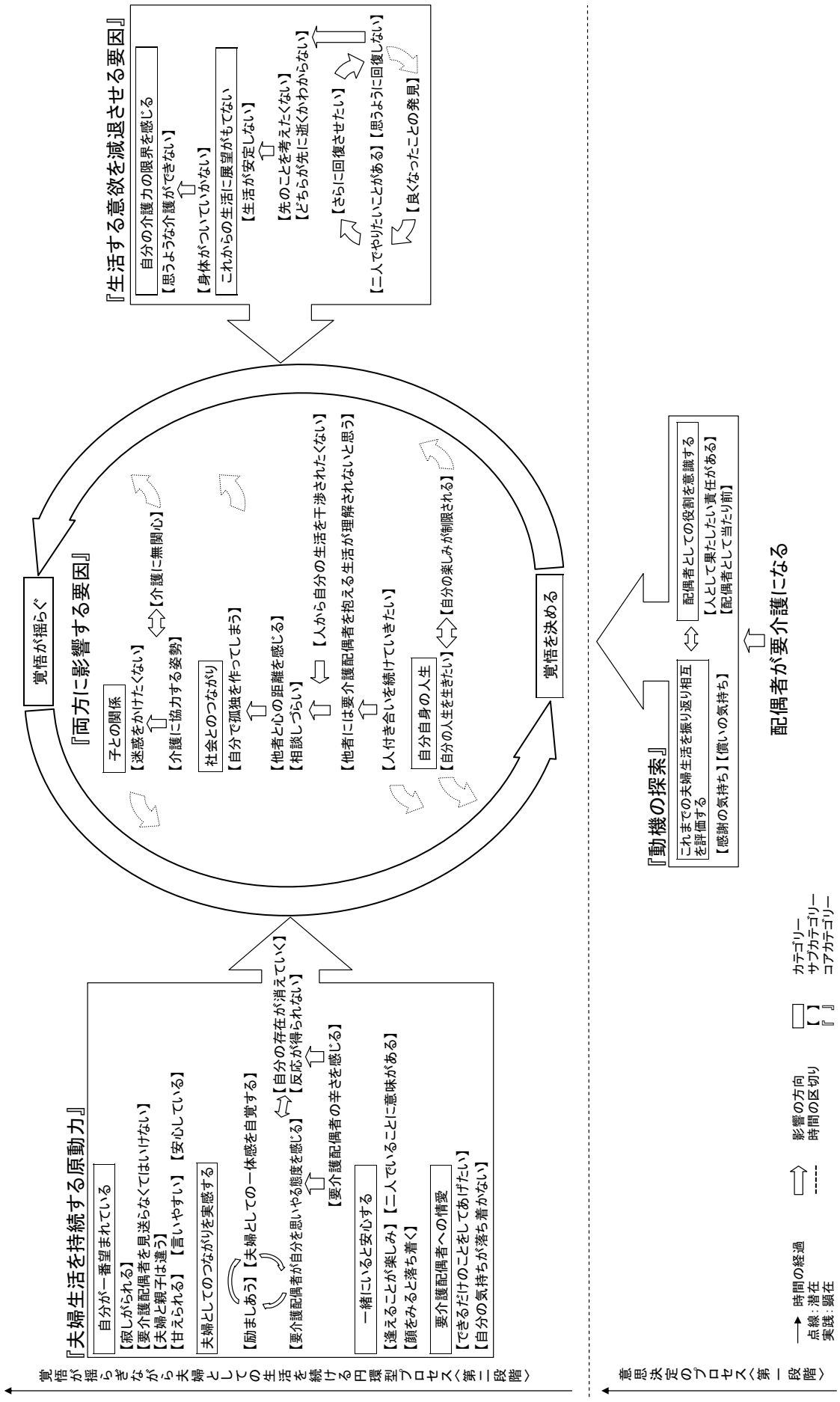



図1　配偶者介護者が夫婦としての生活を続けるプロセスの概念図

3）『夫婦生活を持続する原動力』

（1）「夫婦としてのつながりを実感する」

配偶者介護者は，【要介護配偶者の辛さを感じる】ことで，思いやりのある介護を行うが，要介護配偶者とのコミュニケーションを通して【要介護配偶者が自分を思いやる態度を感じる】ことができると，より一層の【夫婦としての一体感を自覚する】様子があった。互いに介護生活を【励ましあう】ことで夫婦としてのつながりを実感し，夫婦としての生活を続ける力にしていた。

〈イライラしているときに　何かあったの？と聞いてあげる〉，〈自分はやってもらうだけで迷惑をかけると考えるんだね，頭では〉，〈夫婦はね，一心同体みたいもの〉，〈夫ももう帰れないとあきらめているが，どこかアパートに行って一緒に暮らせるといいね，と話すと，そうだなと言っています〉

しかし，要介護配偶者が認知症状を呈している場合は，相手の【反応が得られない】，【自分の存在が消えていく】ことを感じるため，夫婦としてのつながりを実感できない辛さがあった。しかし，その様なケースは過去の要介護配偶者を想起することで代償されていた。

〈来ても何も言ってもらえない，一生懸命やっても，帰るねっていっても，何も言ってもらえない〉，〈妻の頭は半分空白〉，〈もともと，しゃべらない人だったからね〉

（2）「自分が一番望まれている」

配偶者介護者が，要介護配偶者から自分が介護者として一番に望まれていると感じていること，また自分もそうありたい気持ちが見られた。自分がいないと【寂しがられる】。自分には，【要介護配偶者を見送らなくてはいけない】という気持ちがあるからと毎日のように施設に通っていた。要介護配偶者は自分がいることで【安心している】様子や，自分には意見を【言いやすい】ようだと感じること，自分も相手に甘くなるから，要介護配偶者も自分に【甘えられる】と感じることなど，介護者として【夫婦と親子は違う】と感じることが，毎日の夫婦としての生活を続ける力になっていた。

〈寂しがるから来ないわけにはいかない〉，〈嫁さんでは駄目だから自分が病気をしないようにして主人を見送らないと〉，〈自分に介護をしてもらったほうがいいとかそういう風に絶えずいわれる。安心が一番大きいんじゃないかな〉，〈旦那は子どもより何でも言いやすいでしょう〉，〈私は，相手の身が自分の身になる様な気がして，それでいかんと言われてもすぐに手伝ってしまう。子どもは強いが，夫婦では甘える〉，〈親子の関係とね，夫婦の関係は全然違うから。娘が来るとよろこぶ。よろこぶけども違うんだよな〉

（3）「一緒にいると安心する」

配偶者介護者は，要介護配偶者と一緒に時間を過ごすことで自分自身が安心でき，【逢えることが楽しみ】，【二人でいることに意味がある】，【顔をみると落ち着く】などの意味づけをしながら，要介護配偶者の傍にいることは，自分自身の心の安寧のためでもあることを自覚していた。

〈逢うのを楽しみにきて帰ると，“疲れたー”と思うが，また次の日には行かないとという感じ〉，〈やっぱりね。2人でいると違うところがある〉，〈家でどうしているかなぁと思っているより，主人のところにきていた方が安心できるし〉

（4）「要介護配偶者への情愛」

要介護配偶者への情愛は，若い世代の性愛的な様相ではなく，長く連れ添った相手への慈しみとして【できるだけのことをしてあげたい】，何かしなくては【自分の気持ちが落ち着かない】という形で表現された。

〈私にできることは一生懸命やってあげようという気持ちになって（毎日きています）〉，〈私のことも分からなくなったんじゃないかと思いますが，自分の気が済まないから顔を見るだけでもと思って（来ています）〉

4）『両方に影響する要因』

状況次第で，夫婦としての生活を持続する力にもなり，生活意欲を減退させることにもなる要因に「子との関係」「社会とのつながり」「自分自身の人生」があった。

（1）「子との関係」

子が【介護に協力する姿勢】を見せることは夫婦生活を持続する力になり得るが，直接的ではなかった。子の協力姿勢に満足を示し，それを甘受せず，子に【迷惑をかけたくない】という気持ちに発展させていた。一方で，子がまったく【介護に無関心】であると，配偶者介護者の夫婦二人で生活を続けようとする意欲は減退した。

〈心配しなくていいよと子ども達が言ってくれる。そう言ってくれるだけで，まずまず〉，〈誰しも子どもの世話になるのはね。余程でないと嫌だなと感じるのではないでしょうか〉，〈息子はね・・・。女なら少しは話がわかるだろうが，男は通じないと思います。話ができなくて〉

（2）「社会とのつながり」

社会とのつながりとして【人付き合いを続けていきたい】気持ちが，うまく行動に結びつく場合は，夫婦二人で生活する力になっていたが，自分の過去を振り返り，かつて自分が理解できなかったように【他者には要介護配偶者を抱える生活が理解されないと思う】気持ちが先行する場合や，自分たちの【生活を干渉されたくない】気持ちがあった。社会とのつながりは，【相談しづらい】，【他者と心の距離を感じる】ために少なくなると，結果として【自分で孤独を作ってしまう】ことにもなっていた。

〈結局，何もできなくなってくると人が寄ってこなくなるから辛い。自分から寄っていくのも疲れるので辛い〉，〈同世代であっても，（介護している）経験がなければ，気持ちは分からないわね〉，〈自分の生きざまを近所では見せたくないという気持ちもあるのかもしれない〉，〈もうちょっと勇気を持って，ご近所とか，町内の役やっていらっしゃる方に相談できたらなとも思うよね〉，〈兄弟も遠くなるよね，心の距離がという意味で〉，〈人はみんな孤独を持っているが，自分で孤独を作っている〉

（3）「自分自身の人生」

配偶者が要介護になったことで，配偶者介護者のそれまでの生活は一変した。しかし，【自分の人生を生きたい】気持ちが消えるわけではない。介護により【自分の楽しみが制限される】ことが続くと生活意欲が減退するが，【自分の人生を生きたい】気持ちがある程度，叶えられている場合には，今の生活を維持することに対して明るい様子がみられた。

〈毎日，介護にくる人もいるが私は自分のこともやりたいなと思う〉，〈あの人が定年になったら，ちょっとは楽しくなると思っていたのに旅行にも行けない〉，〈用事があると嘘を言って旅行なんかも実は行っている〉

５）「覚悟を決める」，「覚悟が揺らぐ」

夫婦としての生活を続ける「覚悟を決める」時，配偶者介護者は，【やるしかない】，【やれることをやるだけ】と思っており，選択肢がない状況であった。意思決定の際により多くの情報を集め，取捨選択した様子はなかった。また，【いやになる】，【辞めたい】という感情が生じて「覚悟が揺らぐ」ことがあったが，結果的に，今回の対象者はそれぞれの形で夫婦としての生活を継続していた。

〈夫婦間の問題は夫婦でやるしかないと思う〉，〈ただ今を，できることをするだけ〉，〈（介護に通うことが）嫌な時もある，もうやめようかなーと思うけれど〉，〈この状態が続いたら・・・考えるよね〉

## Ⅳ．考　　察

### １．配偶者介護者が夫婦としての生活を続けていくプロセスの構造

配偶者介護者が施設に通いながら夫婦としての生活を続けていく二段階のプロセスの構造は，第一段階の意思決定プロセスを基盤としながら，第二段階の円環型プロセスに移行していた。

配偶者介護者が夫婦としての生活を続けていくプロセスは，円環型プロセスに象徴されるように「覚悟が揺らぐ」，「覚悟を決める」状態を揺れ動くプロセスであった。そこで，このような構造となる背景を意思決定理論から考察する。

意思決定とは，「一群の選択肢の中から，ある選択肢を採択する行為の選択」[14] と定義され，時間経過を含むプロセスである。その決定プロセスは，新行動主義において刺激Sに対する反応Rとその中間に媒介する各種の概念Oの反応過程（S-O-R説）であり，この媒介概念Oの集合体は「習慣」と「動機づけ」と捉えられている[15]。「動機」とは，人が行動や行為を決定する意識的，無意識的原因のうち目的や目標と関連したものを呼ぶ[16]。これらに照らして配偶者介護者の意思決定プロセスを解釈すると，配偶者が要介護になることを刺激S，その事態を受け入れて介護を含めた夫婦の新しい生活を模索する行動を反応Rとした場合，「これまでの夫婦生活を振り返り評価する」，「配偶者としての役割を意識する」であらわされたカテゴリーは意思決定の動機づけOとなる。本論では，これらのカテゴリーに対して『動機の探索』と命名した。一方で，S-O-R説にはO=「習慣」という説もあった。「生活」の定義には，個々人の価値観や習慣が含まれている。配偶者介護者は，過去の夫婦生活と互いの役割達成を評価し，過去を統合しながら，これからの要介護配偶者との関係性を構築していた。このことは，夫婦としての生活をこれまでの「習慣」として続けていこうとする態度と捉えて矛盾しない。従って，夫婦としての生活を続ける「覚悟を決める」プロセスは，動機の探索過程とこれまでの習慣を継続する過程という両者を含むものであり，理論的にも意思決定のプロセスと捉えることに矛盾がないと思われた。

しかし，次の第二段階にみられる円環型プロセスでは，要介護配偶者を老健に入所させながら夫婦としての生活を続ける「覚悟を決める」意思決定を行ったにも関わらず，その覚悟は揺れ動いていた。竹村[17] は，緊急的状況下において人の意思決定は情報処理負荷を軽減する傾向があることを指摘している。本論の要介護配偶者のほとんどが，急性の罹患によって要介護状態になっており，配偶者介護者が要介護配偶者と夫婦としての生活を続ける選択をする場合，緊急に多くの情報を集めて処理しなくてはならない状況にあったと推察された。例えば，住む場所，経済的な見通し，介護力，サポート，自分自身の体力，相手の人生の責任などである。今回，配偶者介護者の「覚悟を決める」サブカテゴリーは，【やるしかない】，【やれることをやるだけ】のみであり，多くの情報を処理した形跡は見当たらなかった。これらから，配偶者介護者の意思決定は，緊急的状況の中であまりに多い情報処理を求められて，無意識に情報処理負荷を軽減する対処をとったものであると考えられた。情報処理負荷が高い意思決定プロセスは，決定解の最適性が保証される[17] といわれている。その反対に情報処理負荷を軽減した意思決定の場合は，その決定の最適性が保証されないことを意味する。夫婦としての生活を続

ける意思決定の後，配偶者介護者が，様々な要因の影響を受けて夫婦で生活する覚悟を決める・揺らぐことを数年にわたり繰り返している原因は，意思決定が緊急かつ性急に求められたその代償であると思われた。急性の疾患に罹患し病院から老健へ移動してきた施設入所者の配偶者介護者は，介護を担うことになっただけでなく，このような状況の中で自分たちなりの夫婦としての生活を模索していることに援助者が気付く必要があると思われた。

### ２．生活する意欲を減退させる要因
### －夫婦間介護者に必要な援助の視点－

ほぼ全員の配偶者介護者が，「自分の介護力の限界を感じる」ことを語った。本研究参加者の平均年齢は75.9歳，介護年数は平均6.6年であり，後期高齢者における夫婦間介護は，施設に要介護配偶者を入所させていても身体的な介護負担がないとは言い難い状況であった。特に，配偶者介護者は，【身体がついていかない】と老化を自覚しても，介護を休むわけにはいかないといった自己拘束的な態度を強固にした。それだけでなく，身体的な老化の自覚は，要介護配偶者に対して【思うような介護ができない】歯がゆさを強くしていた。配偶者介護者による介護は，【どちらが先に逝くが分からない】，要介護配偶者が【思うように回復しない】状況で，「これからの生活に展望がもてない」介護でもあった。一般的に介護者の身体的負担は抑うつと関連がある[18]と言われており，身体的負担の軽減は重要である[19]。しかし，配偶者介護者は，老健に通うことにたいして身体的な負担を感じても休みを取らず，むしろ，休むわけにはいかないと自己を拘束する傾向を強める傾向にあった。唐沢[18]の研究結果においても介護により自分の時間が拘束されるようになったと感じる人に介護を継続する意志が強いことが示されており，負担を感じても休息を取らないでむしろ介護へ献身する傾向は類似していた。以上のことより，配偶者介護者への援助の視点は，単純な介護負担の軽減ではなく，介護によって自己を拘束する姿勢を緩和させる視点が重要であると考えられた。

また，【二人でやりたいことがある】という希望を持ち互いに影響し合う関係は夫婦関係への良好な傾向にも関わらず，配偶者介護者は，要介護配偶者を【さらに回復させたい】と気持ちが先行し，結果として【思うように回復しない】現実を受け止めなくてはいけない事態に陥り易かった。これが，【生活が安定しない】気持ちと重なり，大きな疲弊につながっていた。【先のことを考えたくない】という逃避的な態度は，「これからの生活に展望が持てない」ことへの対処の一つであると捉えられるが，配偶者介護者は要介護配偶者との心の距離が近いことが関連していると思われた。配偶者介護者へは，要介護配偶者の回復以外の実現可能なことに，これからの生活展望につながる何かを見つける援助が必要ではないかと考えられた。これに関して，配偶者介護者自身の人生に着目することは重要であった。要介護配偶者を施設に入所させている場合，在宅介護者に比べると自分の時間がある。【自分の楽しみが制限される】ことは，夫婦としての生活を続ける覚悟にネガティブな影響を示していた。配偶者介護者は，介護そのものを肯定的に捉え，自身の生きがいにつなげる傾向[20]があるが，これを支援する援助だけでなく，配偶者介護者の【自分の人生を生きたい】気持ちを支援することが大切ではないかと考えられた。

また，介護者の抑うつは，家族のネガティブな態度に影響される[18]といわれるように，本論でも『子との関係』において，子が介護に無関心であることは，配偶者介護者の生活を続ける意欲に負の影響がみられた。反対に，子が介護に協力する姿勢を見せていることは，配偶者介護者を満足させており，夫婦としての生活を続ける原動力になっていた。この結果は，高橋[19]のサポートの多さではなく，サポートに対する満足感が精神的健康に関連するという結果と類似していた。つまり，子が直接的に介護をサポートしているか否かではなく，子の介護への関心の姿勢を把握することで，配偶者介護者の抑うつ状態を予測できる可能性が示唆された。

さらに，配偶者介護者は容易に社会的に孤立しやすい状況にあった。【自分で孤独を作ってしまう】という言葉に象徴されるように，近隣者を含めた社会とのつながりを維持する気力は脆弱であった。夫婦間の絆や繋がりが強くなり夫婦二人で孤立することもあり，社会的な孤立から自発的に相談することや自分を社会に開いてゆくことの困難さが浮き彫りとなり，この点の対策をどのようにするかが課題であると思われた。

### ３．夫婦生活を維持する原動力　－夫婦間介護者の強み－

配偶者介護者は，夫婦としての生活を続ける過程で「覚悟が揺らぐ」ときがあるが，これに抵抗する力として，「自分が一番望まれている」と確信すること，「夫婦としてのつながりを実感する」ことで支えられていた。また，自分自身も要介護配偶者と「一緒にいると安心する」気持ちを持ち，「要介護配偶者への情愛」を抵抗する力にしていた。

山本[20]は，介護を行う妻・夫ともに介護への肯定的認識傾向と介護者の心理的QOLの良好さ，介護者の生き甲斐感，介護継続意思の強さに関連があることを示した。そして，この肯定的認識には，被介護者への愛着，介護についての自信が含まれている。本調査における「自分が一番望まれている」，「要介護配偶者への情愛」，「一緒にいると安心する」は，この肯定的認識の項目に類似していた。つまり，これらのカテゴリーは，夫婦としての生活を維持する原動力になるだけでなく，夫婦の両方に良好な影響があ

る強みの部分であると捉えられた。さらに，要介護配偶者から【寂しがられる】,【甘えられる】態度を受けることや，自分に自由に意見すること【言いやすい】，要介護配偶者が【安心している】態度から，自分の存在価値を認識し，自分が【要介護配偶者を見送らなくてはいけない】としていた。このような「自分が一番望まれている」感覚は，配偶者介護者の自尊心に肯定的な影響と責任感を与えていると推察された。

これまでの日本の中高年の夫婦に関する研究では，夫婦必ずしもコミットメントが良いとは限らないと示されている[22]が，介護関係にある夫婦の場合,「自分が一番望まれている」,「夫婦としてのつながりを実感する」,「一緒にいると安心する」,「要介護配偶者への情愛」などが,『夫婦生活を維持する原動力』となり，夫婦関係の良好さが窺えた。

赤澤[23]は，夫婦関係の満足度について，社会的交換理論モデルから，夫婦間の投入（input）と成果（output）の比が等しいと認知される均衡な関係において，夫婦関係満足度が高いことを説明している。本調査において，配偶者介護者が【要介護配偶者の辛さを感じる】上で行う介護行為（input）が，要介護配偶者に伝わり,【要介護配偶者が自分を思いやる態度を感じる】（output）ようにフィードバックされていることから，配偶者介護者は，自身の投入と成果の均衡を認知でき,【夫婦としての一体感を自覚する】など，夫婦関係について満足している可能性が高かった。反対に，要介護配偶者の認知症症状が進行している場合，配偶者介護者は，介護や会話をするが【反応が得られない】,【自分の存在が消えていく】体験をした。このような体験をした配偶者介護者は,「夫婦としてのつながりを実感する」機会にめぐまれないが，自分自身の「要介護配偶者への情愛」や過去の夫婦生活の記憶を辿り，つながりの実感を見出していた。しかし，夫婦の相互作用がある場合に比べると夫婦の関係は弱くなっていた。また，清水[24]は，相互に相手に影響を与えあうことが安定した関係を生み出すと述べているが，夫婦が互いに【励ましあう】ことは，お互いに相手に影響を与えあうことであり，この行為は，安定した夫婦関係の形成につながっていると考えられた。このように，夫婦としての生活を維持する原動力に含まれるカテゴリーは，高齢者夫婦間の情緒的な側面を支えていた。配偶者介護者の強みは，介護継続の良好さだけでなく，家族以外の援助者には担えない情緒的サポートの提供があげられた。

### ４．本研究の限界と今後の課題

本研究の限界は，研究手法に二点見出せる。一つ目は，帰納的に分析した点である。この手法では，長い介護期間を把握できるが，配偶者が要介護になった直後の心境の詳細を把握するという点で演繹的な分析よりは劣ると考えられた。二つ目は，各カテゴリーの構造化に対する確証である。今回のインタビューにおいては構造を明確に示す発言が十分とは云えず，研究者が語りを解釈した中での構造化であった。今後は，この構造について実証的な検証を進めたい。また，結果の利用範囲としての限界点として，今回の対象は，夫婦関係が良好なケースが多かった。従って，夫婦関係が破綻したケースについては検討できていないことが挙げられる。

## Ⅴ．結　　論

配偶者介護者が介護老人保健施設に通いながら夫婦としての生活を続けるプロセスは，夫婦として生活する覚悟を決める意思決定のプロセスと，気持ちが揺れながらもその決定を維持しようとする円環型プロセスの総体であった。配偶者介護者の意思決定プロセスは，緊急的な状況で夫婦としての生活を続ける覚悟を決めたため，その覚悟の最適性が保証されず，第二段階において「覚悟が揺らぐ」「覚悟を決める」を繰り返すプロセスとなり，その覚悟は介護年数に関係なく揺れ動き続けていた。配偶者介護者は，身体的負担を感じても献身的な介護を辞めない傾向にあり，子や社会との繋がりの脆弱性から容易に「自分で孤独を作ってしまう」傾向が窺えた。一方で，配偶者介護者は，このプロセスを繰り返す過程において，要介護配偶者との絆を深めながら夫婦としての生活を維持していた。


## 要　　旨

本研究の目的は，配偶者介護者が介護老人保健施設に通いながら夫婦としての生活を続けるプロセスを明らかにすることであった。配偶者が施設介護を受けている65歳以上の介護者９名を対象に，半構成的面接法を用いて質的帰納的に分析した。その結果，夫婦としての生活を続けるプロセスは二段階で構成されていることが明らかになった。第一段階は，自分自身の『動機を探索する』ことで，施設を利用してでも夫婦としての生活を続ける「覚悟を決める」意思決定のプロセス。第二段階は，介護生活の中で『生活する意欲を減退する要因』により「覚悟が揺らぐ」,『夫婦生活を持続する原動力』によってそれを乗り越え再度,「覚悟を決める」循環を繰り返す円環型プロセスであった。また，その 『両方に影響する要因』もあった。配偶者介護者は，このような生活を過ごしながらも，施設に入所している要介護配偶者と夫婦としての生活を続けていた。

## Abstract

The purpose of this study was to clarify the process by which spousal caregivers can continue the conjugal relationship through their partner's move to an institutional setting. The participants were 9 former spousal caregivers, aged over 65 years, whose partners now resided in a geriatric health service facility. Data were collected by semi-structured interview, and were analyzed qualitatively and inductively. The findings revealed that the process is constructed of two steps. The first step is the decision-making process in which the spousal caregivers ask themselves what their motivation to care for their partner is and ultimately prepare to continue forward with their life by utilizing a care facility. The second step is a circular type process in which their preparation to continue forward circulates between two states: "sluggish preparation" owing to a factor which makes them 'disinclined to live', and "re-preparation" owing to a factor which 'motivates them to continue their conjugal life', A third factor affects both states. The spousal caregivers led an erratic life, but the option for their spouse to move into an institutional care setting enabled them to continue their conjugal life.


## 文　献


1）内閣府共生社会政策統括官：平成22年版高齢社会白書，2010-06-10，http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2010/zenbun/pdf/1s2s_1_1.pdf
2）内閣府共生社会政策統括官：平成21年度高齢者の日常生活に関する意識調査，2010-06-10，http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h21/sougou/zentai/index.html
3）内閣府共生社会政策統括官：平成19年度高齢者の健康に関する意識調査，2010-06-10，http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h19/kenko/zentai/pdf/2-4.pdf
4）内閣府国民生活局：平成18年度国民生活選好度調査，2010-06-10，http://www5.cao.go.jp/seikatsu/senkoudo/senkoudo.html
5）諸井克英：夫婦関係学への誘い，26-27，ナカニシヤ出版，京都，2003.
6）岡本佑子：中年からのアイデンティティ発達の心理学，217，ナカニシヤ出版，京都，1999.
7）松村剛志：介護関係の発生による夫婦関係の変化－夫婦間介護をめぐる語りの分析を通じて－，保健医療社会学論集，16(1)，25-36，2005.
8）林　葉子：夫を在宅で介護する妻の介護役割受け入れプロセスにおける夫婦関係の変容－修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチによる33事例の分析－，老年社会科学，27(1)，43-54，2005.
9）安藤恵美，大野真理子，他：高齢夫婦のみの世帯で介護を行う配偶者のニード，家族看護，3(2)，112-122，2005.
10）厚生労働省：平成21年度介護給付費実態調査結果の概況，2010-06-10，http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/09/kekka1.html
11）深堀浩樹，山本則子，他：特別養護老人ホームの入居者に面会する家族が行う"施設家族介護"，家族看護学研究，14，(1)，10-19，2008.
12）深堀浩樹，須貝佑一，他：特別養護老人ホーム入所者の家族介護者における精神的健康とその関連要因，日本公衛誌，52，(5)，399-410，2005.
13）中木高夫，谷津裕子，他：看護学研究論文における「体験」「経験」「生活」の概念分析，日本赤十字看護大学紀要，21，42-54，2007.
14）竹村和久：意思決定現象と行動意思決定論，知能と情報（日本知能情報ファジィ学会誌），17(6)，646-654，2005.
15）吉田正昭，村田昭治，他：消費者行動の理論，77-81，丸善株式会社，東京，1969.
16）木村　駿，相場　均：行動科学としての心理学，29，芸林書房，東京，1970.
17）竹村和久，高木　修：順社会的行動の意思決定過程の分析，社会心理学研究，(1)，35-44，1985.
18）唐沢かおり：家族メンバーによる高齢者介護の継続意思を規定する要因，社会心理学研究，22(2)，172-179，2006.
19）高橋和子，小林淳子：高齢者夫婦世帯における介護のインフォーマルサポートの実態と精神的健康の関連，老年看護学，8(1)，5-13，2003.
20）山本則子，岩垣和子他：高齢者の家族における介護の肯定的認識と生活の質（ＱＯＬ），生きがい感および介護継続意思との関連：続柄別の検討，日本公衛誌，49(7)，660-671，2002.
21）高橋（松鵜）甲枝，井上範江，他：高齢者夫婦二人暮らしの介護継続の意思を支える要素と妨げる要素，日本看護科学会誌，26(3)，58-66，2006.
22）宇都宮　博：高齢期の夫婦関係に関する発達心理学的研究，49-63，風間書房，東京，2004.
23）赤澤淳子：夫婦の関係満足度および生活充実感における規定因の検討，社会心理学研究，21(2)，147-159，2005.
24）清水裕士・大坊郁夫：恋愛関係の相互作用構造と関係安定性の関連：カップルデータへのペアワイズ相関分析の適用，社会心理学研究，22(3)，295-304，2007.



［平成22年８月19日受　　付
平成23年１月15日採用決定］

－研究報告－

# 看護の専門職的自律性測定尺度中国語版の作成と信頼性および妥当性の検討

Reliability and Validity of the Chinese Version of the Scale for Professional Autonomy in Nursing: Scale Development

劉　筱丹　　阿曽洋子
Xiaodan Liu　　Yoko Aso

キーワード：看護師，専門職的自律性尺度，中国語版，信頼性，妥当性
Key Words：nurse, the scale for professional autonomy, Chinese version, reliability, validity

## Ⅰ．はじめに

自律性とは，主に哲学，倫理学，発達心理学，教育学，社会学等の研究領域に用いられ，それぞれの観点で定義づけされている多面的な概念である。特に，社会学においては，自律性は二つの異なる定義がされている。ひとつは，産業場面における運営管理の面からみた自律である。組織を運営管理する立場では，自律性は労働者の意欲的，動機づけのある行動として注目され，組織効率の向上につながるマネジメント変数と考えられている[1)]。もうひとつは，プロフェッションの立場からみたものであり，規範に従った行動・判断・選択といった職業上の意思決定を，専門職が自ら行なうことといわれている[2)]。後者における「自律」は，職業的な実践活動において，専門的な知識や技術をもたない他者の介入と圧力を排除するという職業的自立ということの他，職業規範や職業倫理に則って，職務に自己規制と責任をもつという両方の意味がある。この「専門職としての自律」は，ある職業がどの程度専門職として社会的に評価されるかの指標であり，専門職として存立するには必要不可欠な条件といわれている[3)]。

看護の専門職的自律性をめぐる研究は，1970年代に米国で最初に行なわれた[4)]。日本では，1980年代半ばから，看護職における自律性獲得への意識が徐々に高まり，米国の尺度の翻訳版を用いて看護職の自律性に関連する要因の調査研究が数多く行われてきた[5～8)]。1997年，菊池らは，自律性は看護過程の診断・実践・評価といったプロセスの中で形成されるとし，看護職の職務上自律を「自主的，主体的判断と適切な看護実践における専門的な能力の発揮」と考えて，看護の専門職的自律性を測定する尺度を開発した[9)]。以後，経験年数・教育課程・所属・職位といった基本的属性，また職務満足度，離職意図といった内的属性と自律性の関連に関する調査研究が進められてきた[10～15)]。

一方，中国では，1920年に西欧諸国の看護教育者や伝道師によって，日本よりも早く看護の大学教育が始まったが，1966年から始まる文化大革命の10年間には，看護教育はほとんど機能を停止していた。1983年に大学での看護教育が再開され，1994年に看護師の国家資格に関する法律も規定された。近年，看護学の修士課程・博士課程の設置が図られ，看護の専門職としての条件は整いつつある。しかし，看護の専門職的自律性に関する議論や研究は未だに行なわれておらず，看護職は単なる医師の補助役，患者の身の回りの世話をする女性というイメージが根強く，専門職としての社会的評価は低い現状がある。

前述したように自律性という概念は非常に多面的である。研究者ごとに様々な操作的定義がなされている。また，尺度の開発は文化的背景や社会情勢の影響を受けるものであり，専門職的自律性のすべでの側面が測定できる用具は未だ存在しない。中国の看護職も，日本と同様，看護活動においては，情報の収集と分析を通し問題を判断し，判断された問題に対して目標と計画を立て，それを実施，評価するという一連のプロセスを行なっている。自律性がこのような看護活動のなかで形成されるものであるとすれば，日本も中国も，看護の専門職的自律性の本質は異なるものではないとの仮説が立てられる。これにより，本研究は，菊池らが開発した看護の専門職的自律性測定尺度を翻訳し，尺度中国語版の作成を試みた。

本研究は，中国において看護職の自律性に関するはじめての研究となる。自律性への認識を喚起し，看護の専門職化の促進に寄与すると考えられる。また，尺度中国語版の使用が可能であることを検証することで，今後の両国における，看護の専門職的自律性に関する比較研究の基礎資料になると考えられる。

## Ⅱ．研究目的

1．看護の専門職的自律性測定尺度（菊池ら，1997）の中国語版を作成し，信頼性と妥当性を検証する。
2．中国において，専門職的自律性と職位，経験年数との

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻　Osaka University Graduate School of Medicine, Division of Health Sciences

関係を明らかにする。

## Ⅲ．本研究に使用する看護の専門職的自律性測定尺度について

菊池らは，看護過程を大きく状況の認知，判断，実践の３つに分け，これら一連のプロセスのなかで，学習や経験の蓄積によって自律性が形成されると考えた[16]。開発された看護の専門職的自律性測定尺度（表１）は，第１因子認知能力（患者の状況を正確に知覚し，理解できるという力量），第２因子実践能力（判断した看護方法を主体的に実行し，的確に成し遂げる能力），第３因子具体的判断能力（訴えや症状などの具体的な手がかりに基づき対処方法を的確に判断する能力），第４因子抽象的判断能力（心理的状況を察知し，それに応じた看護方法を組み立てる力量），第５因子自立的判断能力（他に依存することなく自ら必要な看護方法を考察する力量）の47項目によって構成される。菊池らにより各因子のCronbach α 信頼係数は0.93，0.93，0.88，0.87，0.79で，５つの因子の累積寄与率は47.0%と報告された。

本研究に，菊池らの尺度を使用するにあたり，開発者本人から文書により尺度使用の許可を得た。

## Ⅳ．用語の操作的定義

看護の専門職的自律性：菊池らの定義に基づき，看護師が職務を遂行する過程において発揮する力量と定義する。

## Ⅴ．研究方法

### １．調査対象者

中国Ｈ省Ｈ医科大学附属病院に勤務する看護師928名から450名を無作為抽出した。本病院は，Ｈ省における中核的な医療施設であり，勤務する看護師集団は中国の平均的な看護師である。

### ２．看護の専門職的自律性測定尺度の中国語版の作成

尺度の翻訳に参加した中国人研究者の４人は中国での病院勤務および看護教育の経験をもっており，日本で看護分野において修士または博士課程を修了している。そのうちの３人は研究員として日本のＣ大学看護学部，Ｔ大学人間総合科学研究科に在籍している。研究者との間で，翻訳が正確であるかどうかを討論するとともに，尺度項目が概念を表わしているか，つまり翻訳尺度の内容妥当性を検討した。また，中国の調査先の看護師及びＨ医科大学看護学部教員15名によるパイロットスタディを実施し，わかりにくい表現について意見をまとめ，修正を加えた。さらに，修正を繰り返した尺度の中国語版を日本語版に逆翻訳をした後，尺度の開発者による確認も行なった。

### ３．調査内容

１）属性として，対象者の性別，年齢，所属，業務上職位，経験年数，教育課程を質問した。（註：日本のスタッフナース→主任→看護師長という職階級は，中国では「業務上職位」という表現がされる。護士→護師→主管護師→副主任護師→主任護師という順位で専門職としてのランクを意味する。また，中国の看護職に「看」はつかない。「護士」と「護師」は初級技術職のランクである。中級ランクの「主管護師」となるためには，大学以上の学歴や論文等の業績が必要である。）

２）看護の専門職的自律性測定尺度（５因子47項目）は，翻訳した中国語版を用いた。評定方法は尺度日本語版のままで，各項目に対して「かなりそう思う」から「全くそう思わない」までの５段階評価（５～１点得点化）とした。高得点ほど専門職的自律性は高い。

### ４．調査方法：留置調査

### ５．調査期間：2007年８月１日～８月17日

### ６．配布・回収方法

無作為抽出された対象者のナンバーを中国の共同研究者に伝え，Ｈ医科大学附属病院看護部を通じて調査票の配布を依頼した。看護部に回収ボックスを設置し，期間終了後に研究者本人が回収ボックス内の調査票を回収した。

### ７．分析方法

１）信頼性をCronbach α 係数で検証した。

２）構成概念妥当性を因子分析によって検証した。

３）看護の専門職的自律性測定尺度中国語版を用い，自律性と業務上職位，経験年数との関連をピアソンの相関係数を求めた。

４）業務上職位，経験年数による自律性の相違を明らかにするために，一元配置分散分析を行なった。有意差が認められた場合には，TukeyのHSD法（５％水準）による多重比較も行ない，どの下位尺度間に差がみられたかを検討した。なお，一元配置分散分析を行なう際に，以下のように分類した。

(1) 業務上職位：「護士」，「護師」，「主管護師」，「副主任護師」の４群（「主任護師」はn= １と絶対数が少なかったため，分析から除外した。）

(2) 経験年数：３年未満，３～５年，６～10年，11～20年，21年以上の５群

５）検定は両側検定，有意水準５％以下とした。

６）統計処理はSPSS12.0 J for Windowsを使用した。

### ８．倫理的配慮

調査時点において，中国では病院に倫理委員会がなかったため，まずは，中国の対象病院の看護部に対し，調査への協力依頼文を郵送し，協力の回答を得た。次に，各対象者への調査票に，研究の趣旨，参加の自由，個人情報保護

表１　看護の専門職的自律測定尺度　日本語版

| | | かなりそう思う | 少しはそう思う | どちらともいえない | あまりそう思わない | 全くそう思わない |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 第１因子：認知能力 | | | | | | |
| 1 | 私は治療が患者に及ぼす心理的影響を予測することができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2 | 私は患者に将来起こるであろう危機を予測することができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3 | 私は治療が患者に及ぼす身体的影響を予測することができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4 | 私は患者が内心抱いている不安を状況から推測することができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 私は患者の価値観を十分に理解することができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6 | 私は患者の言動から性格や生活習慣を読みとることができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7 | 私は患者の心理的問題を患者から直接聞き出すことができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8 | 私はこれまでの経過から患者の今後の行動を予測することができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4 | 私は患者が内心抱いている不安を状況から推測することができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 私は患者の価値観を十分に理解することができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6 | 私は患者の言動から性格や生活習慣を読みとることができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7 | 私は患者の心理的問題を患者から直接聞き出すことができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8 | 私はこれまでの経過から患者の今後の行動を予測することができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9 | 私は患者のニーズに直ぐに気づくことができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10 | 私は患者の言動と感情の不一致を理解することができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11 | 私は患者の言動に共感的理解を示すことができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12 | 私は患者の意識レベルの変化を正確に把握することができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13 | 私は患者の検査結果と症状の関連を理解することができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14 | 私は看護に必要な情報を直ぐに集めることができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 第２因子：実践能力 | | | | | | |
| 15 | 私は緊急時にも落ち着いて看護を行うことができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16 | 私は患者の急激な生理的変化 ( 吐血，意識喪失など ) に対応することができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17 | 私は手際よく看護ができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18 | 私は患者が落ち着いて看護が受けられるよう常に配慮ができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 19 | 私は患者の突然の求めにも躊躇せずに応じることができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 20 | 私は患者の社会生活に配慮した看護ができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 21 | 私は他職種 ( 栄養師，理学療法士など ) と連携を上手に取ることができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 22 | 私は看護の優先順位を立てて計画的に１日を過ごすことができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 23 | 私は患者の個別性を考慮した看護を実践することができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 24 | 私は看護の際に必要物品を過不足なく準備できる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 25 | 私は患者の情動の変化 ( 怒り，悲しみなど ) に対処することができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 26 | 私は患者の医療に対する不信感や不安を充分な説明を行うことによって和らげられる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 27 | 私は看護を常に創意工夫することができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 28 | 私は患者の社会的適応を促進するための指導ができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 第３因子：具体的判断能力 | | | | | | |
| 29 | 私は患者の多くの情報から必要な看護を選択することができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 30 | 私は患者の心理的変化 ( 不安，怒り，焦りなど ) に応じて看護方法を選択できる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 31 | 私は患者のニーズに一致した看護を選択することができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 32 | 私は突然の患者の生理的変化 ( 血圧低下，悪寒など ) に応じて看護方法を変更できる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 33 | 私は患者の多くの問題の中から最も優先すべき問題を選択できる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 34 | 私は看護方法を自分一人で選択できる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 35 | 私はカンファレンスで患者の問題を主体的に提供することができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 32 | 私は突然の患者の生理的変化 ( 血圧低下，悪寒など ) に応じて看護方法を変更できる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 33 | 私は患者の多くの問題の中から最も優先すべき問題を選択できる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 34 | 私は看護方法を自分一人で選択できる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 35 | 私はカンファレンスで患者の問題を主体的に提供することができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 第４因子：抽象的判断能力 | | | | | | |
| 36 | 私は看護モデルを用いて看護方法を決定することができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 37 | 私は看護研究の結果など最新の情報を活用し看護を決定できる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 38 | 私は将来起こるであろう問題に向けて看護方法を選択できる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 39 | 私は患者の変化 ( 結果 ) を予測して看護を選択することができる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 40 | 私は充分な情報がなくても現在の状況から適切な看護を予測できる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 41 | 私は立案した看護計画はいつもスタッフの承認が得られる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 42 | 私は患者の症状や検査結果を統合して適切な看護方法を選択できる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 第５因子：自立的判断能力 | | | | | | |
| 43 | 私は患者が心情を表現してこないと精神的援助を計画できない | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 44 | 私は患者の言動に惑わされて適切な看護方法を選択できない | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 45 | 私は他者の助言を受けなければ看護方法を選択することができない | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 46 | 私は患者の意志を尊重せずに看護方法を選択してしまう | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 47 | 私は患者の訴えがないと何を看護すべきかわからない | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

等の説明文を添付し，調査票の回収をもって本人からの同意を得られたものとした。

## Ⅵ．結　　果

調査票は研修や出産休暇等の理由で配布できない分を除き442名に配布した。回収は378人分（85.6%）であり，属性や尺度項目の記入漏れの78人分を分析対象から除外し，300人分（79.4%）を有効回答として本研究の分析を行なった。

### １．対象者の属性（表２）

性別は，男性６名（2.0%），女性294名（98.0%）であった。平均年齢は29.7（±8.0）歳で，20歳代が181名（60.3%）と最も多く，次いで30歳代が72名（24.0%），40歳代が35名（11.7%），50歳代が７名（2.3%），20歳未満が５名（1.7%）であった。

通算の看護経験年数は9.4（±8.1）年であった。その詳細については，３年未満は62名（20.7%）で，３～５年は70名（23.3%），６～10年は65名（21.7%），11～20年は67名（22.3%），21年以上は36名（12.0%）であった。

所属は，病棟勤務が212名（70.7%），外来勤務が41名（13.7%），ICU・CCU・手術室勤務が47名（15.7%），であった。

最終の看護教育課程は，看護系大学が131名（43.7%）で，看護系短期大学が123名（41.0%），看護中等教育課程が45名（15.0%），看護系大学院が１名（0.3%）であった。

そして，業務上職位は，護士が最も多く130名（43.3%）であった。次いで護師が86名（28.7%），主管護師が77名（25.7%），副主任護師が６名（2.0%），主任護師が１名（0.3%）の順であった。

表２　対象者の属性

| | | n=300　人数（%） |
|---|---|---|
| 性別 | 男性 | 6（ 2.0） |
| | 女性 | 294（98.0） |
| | 無回答 | － |
| 年齢 | 20歳未満 | 5（ 1.7） |
| | 20～29歳 | 181（60.3） |
| | 30～39歳 | 72（24.0） |
| | 40～49歳 | 35（11.7） |
| | 50～55才 | 7（ 2.3） |
| | 無回答 | － |
| 経験年数 | ３年未満 | 62（20.7） |
| | ３～５年 | 70（23.3） |
| | ６～10年 | 65（21.7） |
| | 11～20年 | 67（22.3） |
| | 21年以上 | 36（12.0） |
| | 無回答 | － |
| 業務上職位 | 護士 | 130（43.3） |
| | 護師 | 86（28.7） |
| | 主管護師 | 77（25.7） |
| | 副主任護師 | 6（ 2.0） |
| | 主任護師 | 1（ 0.3） |
| | 無回答 | － |

### ２．構成概念妥当性の検証

主因子法・プロマックス回転による因子分析を行なった結果，９つの因子が抽出された。しかし，固有値の変化をみていくと，第５因子までの累積が51.42%と，すでに50%を超えていた。そこで，固有値の変化と因子の解釈可能性を考慮し，因子負荷量0.4に達していなかった項目４，13，18，19，20，21，25，26を除外し，再度主因子法・プロマックス回転による因子分析を行なった。尺度日本語版の47項目５因子に対し，尺度中国語版には，39項目５因子構造を確認した（表３）。この因子構造は尺度日本語版の因子構造と異なるため，意味内容から新たに因子命名を行なった。

第１因子は，病態と検査結果の関連を理解し，患者を取り巻く状況を把握し，将来的な問題予測に基づき適切な看護方法を判断する能力を指し，「総合判断能力」と命名した。第２因子は，専門的知識に基づき具体的な看護手順を正確に実践する技能能力を指し，「実践能力」とした。第３因子は，患者の言動を読み取り，性格やニーズを認知しようとする力量を意味し，「認知能力」とした。第４因子は，看護活動のなかで，他者に依存せず，独自の的確な判断で援助方法を選択することを指し，「独自の援助判断能力」とした。そして，第５因子は，専門的理論や知識に基づき，治療を受ける患者に起こり得る問題や危機をイメージし，事前に感知する能力を意味し，「感知能力」と命名した。

なお，因子間の相関では，ピアソンの積率相関係数を求め，弱～中程度の正の相関がみられた（$p<0.01$）。

### ３．信頼性の検証

尺度中国語版に対し，信頼性指標として内的整合性は因子ごとにCronbach $\alpha$ 係数を求め，0.919, 0.889, 0.810, 0.816, 0.766であった。さらに，39項目の設問ごとに各々の項目を除外した際のCronbach $\alpha$ 係数を求めた。その結果，どの項目を除外した後も，因子の $\alpha$ 係数の上昇は示されなかった。

### ４．看護の専門職的自律性と基本的属性との関連

尺度中国語版においては，表４に示したように，下位尺度「総合判断能力」，「実践能力」，「認知能力」との間に，経験年数，業務上職位はそれぞれ１%水準で弱い正の相関がみられた。

### ５．業務上職位別にみた看護の専門職的自律性の違い（図１）

「認知能力」，「独自の援助判断能力」および「感知能力」においては，業務上職位と自律性の平均得点との間には有意差はなかった。

表３　看護の専門職的自律性測定尺度中国語版の因子分析結果（主因子法・プロマックス回転）

| 項目 | 因子 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 第１因子　総合判断能力 | | | | | |
| Q39 私は患者の変化(結果)を予想して看護を選択することができる | 0.818 | -0.131 | 0.033 | -0.052 | -0.058 |
| Q37 私は看護研究の結果など最新の情報を活用し看護を決定できる | 0.818 | -0.105 | -0.015 | -0.092 | 0.056 |
| Q38 私は将来起こるであろう問題に向けて看護方法を選択できる | 0.750 | 0.004 | -0.042 | -0.029 | -0.046 |
| Q36 私は看護モデルを用いて看護方法を決定することができる | 0.717 | 0.030 | -0.044 | 0.035 | -0.004 |
| Q42 私は患者の症状や検査結果を総合して適切な看護方法を選択できる | 0.712 | 0.082 | -0.020 | 0.034 | -0.086 |
| Q41 私は立案した看護計画はいつもスタッフの承認が得られる | 0.686 | 0.025 | 0.067 | -0.082 | -0.102 |
| Q35 私はカンファレンスで患者の問題を主体的に提供することができる | 0.628 | 0.156 | -0.067 | -0.044 | -0.028 |
| Q27 私は看護を常に創意工夫することができる | 0.620 | -0.199 | 0.004 | 0.065 | 0.244 |
| Q28 私は患者の社会的適応を促進するための指導ができる | 0.606 | -0.160 | 0.251 | 0.069 | 0.050 |
| Q40 私は充分な情報がなくても現在の状況から適切な看護を推測できる | 0.572 | -0.028 | 0.118 | 0.006 | -0.082 |
| Q29 私は患者の多くの情報から必要な看護を選択することができる | 0.530 | 0.083 | 0.021 | 0.136 | 0.071 |
| Q30 私は患者の心理的変化(不安、怒り、焦りなど)に応じて看護方法を変更できる | 0.465 | 0.194 | 0.063 | 0.004 | 0.080 |
| Q34 私は看護方法を自分一人で選択できる | 0.452 | 0.388 | -0.212 | -0.022 | 0.090 |
| Q31 私は患者のニーズに一致した看護を選択することができる | 0.409 | 0.376 | 0.018 | -0.033 | 0.011 |
| Q26 私は患者の医療に対する不信感や不安を充分な説明を行なうことによって和らげられる | 0.339 | 0.100 | 0.199 | 0.018 | -0.024 |
| 第２因子　実践能力 | | | | | |
| Q17 私は手際よく看護ができる | -0.079 | 0.841 | -0.065 | 0.077 | 0.009 |
| Q16 私は患者の急激な生理的変化(吐血、意識喪失など)に対応することができる | -0.049 | 0.833 | -0.027 | -0.031 | -0.020 |
| Q15 私は緊急時にも落ち着いて看護を行なうことができる | -0.165 | 0.803 | 0.093 | -0.084 | 0.010 |
| Q24 私は看護の際に必要部品を過不足なく準備できる | -0.041 | 0.775 | -0.062 | -0.069 | -0.005 |
| Q22 私は看護の優先順位を立てて計画的に１日を過ごすことができる | -0.006 | 0.696 | 0.033 | -0.153 | 0.042 |
| Q32 私は突然の患者の生理的変化(血圧低下、悪寒など)に応じて看護方法を変更できる | 0.216 | 0.651 | -0.172 | 0.068 | 0.047 |
| Q23 私は患者の個別性を考慮した看護を実施することができる | 0.283 | 0.507 | 0.004 | -0.036 | -0.080 |
| Q33 私は患者の多くの問題の中から最も優先すべき問題を選択できる | 0.266 | 0.478 | -0.156 | 0.086 | 0.038 |
| Q12 私は患者の意識レベルの変化を正確に把握することができる | -0.167 | 0.420 | 0.406 | 0.057 | -0.026 |
| Q14 私は看護に必要な情報を直ぐに集めることができる | 0.188 | 0.403 | 0.026 | 0.062 | 0.099 |
| Q21 私は他職種(栄養師、理学療法士など)と連携を上手に取ることができる | -0.048 | 0.301 | 0.109 | 0.154 | 0.173 |
| Q13 私は患者の検査結果と症状との関連を理解することができる | 0.154 | 0.265 | 0.247 | -0.066 | 0.145 |
| 第３因子　認知能力 | | | | | |
| Q10 私は患者の言動と感情の不一致を理解することができる | -0.002 | -0.111 | 0.734 | 0.010 | 0.073 |
| Q７私は患者の心理的問題を患者から直接聞き出すことができる | 0.147 | -0.218 | 0.682 | -0.029 | -0.078 |
| Q６ 私は患者の言動から性格や生活習慣を読み取ることができる | 0.018 | -0.074 | 0.604 | -0.042 | -0.017 |
| Q11 私は患者の言動に共感的理解を示すことができる | -0.182 | 0.143 | 0.600 | 0.081 | -0.061 |
| Q５ 私は患者の価値観を十分に理解することができる | 0.015 | 0.005 | 0.599 | -0.048 | 0.040 |
| Q９ 私は患者のニーズに直ぐに気づくことができる | 0.086 | 0.042 | 0.597 | 0.008 | 0.036 |
| Q８ 私はこれまでの経過から患者の今後の行動を予測できる | 0.114 | -0.041 | 0.470 | -0.087 | 0.146 |
| Q20 私は患者の社会生活に配慮した看護ができる | 0.241 | 0.077 | 0.390 | 0.001 | 0.048 |
| Q19 私は患者の突然の求めにも躊躇せずに応じることができる | 0.159 | 0.269 | 0.368 | 0.085 | -0.201 |
| Q４ 私は患者が内心抱いている不安を状況から推測することができる | -0.101 | 0.116 | 0.360 | 0.012 | 0.280 |
| Q18 私は患者が落ち着いて看護を受けられるよう常に配慮ができる | 0.093 | 0.338 | 0.342 | 0.041 | -0.153 |
| Q25 私は患者の情動の変化(怒り、悲しみなど)に対処することができる | 0.196 | 0.200 | 0.309 | -0.035 | -0.022 |
| 第４因子　独自の援助判断能力 | | | | | |
| Q45 私は他者の助言を受けなければ看護方法を選択することができない | 0.025 | -0.028 | -0.038 | 0.829 | -0.039 |
| Q47 私は患者の訴えがないと何を看護すべきかわからない | 0.015 | 0.080 | -0.052 | 0.794 | -0.062 |
| Q44 私は患者の言動に惑わされて適切な看護方法を選択できない | 0.032 | -0.147 | -0.017 | 0.763 | 0.129 |
| Q46 私は患者の意志を尊重せずに看護方法を選択してしまう | 0.070 | 0.012 | 0.006 | 0.696 | -0.107 |
| Q43 私は患者が心情を表現してこないと精神的援助を計画できない | -0.240 | -0.038 | 0.053 | 0.458 | 0.084 |
| 第５因子　感知能力 | | | | | |
| Q１ 私は治療が患者に及ぼす心理的影響を予測することができる | 0.097 | 0.063 | -0.082 | -0.099 | 0.724 |
| Q２ 私は患者に将来起こるであろう危機を予測することができる | -0.006 | -0.001 | 0.022 | -0.001 | 0.692 |
| Q３ 私は治療が患者に及ぼす身体的影響を予測することができる | -0.114 | 0.034 | 0.123 | 0.120 | 0.690 |

※注：灰色で表示した項目は因子負荷量が低いため削除される項目である

表４　中国における看護の専門職的自律性と基本的属性の相関

| | 総合判断能力 | 実践能力 | 認知能力 | 独自の援助判断能力 | 感知能力 |
|---|---|---|---|---|---|
| 経験年数 | 0.245* | 0.316* | 0.165* | 0.049 | 0.034 |
| 業務上職位 | 0.213* | 0.309* | 0.153* | 0.054 | 0.076 |

*p<0.01

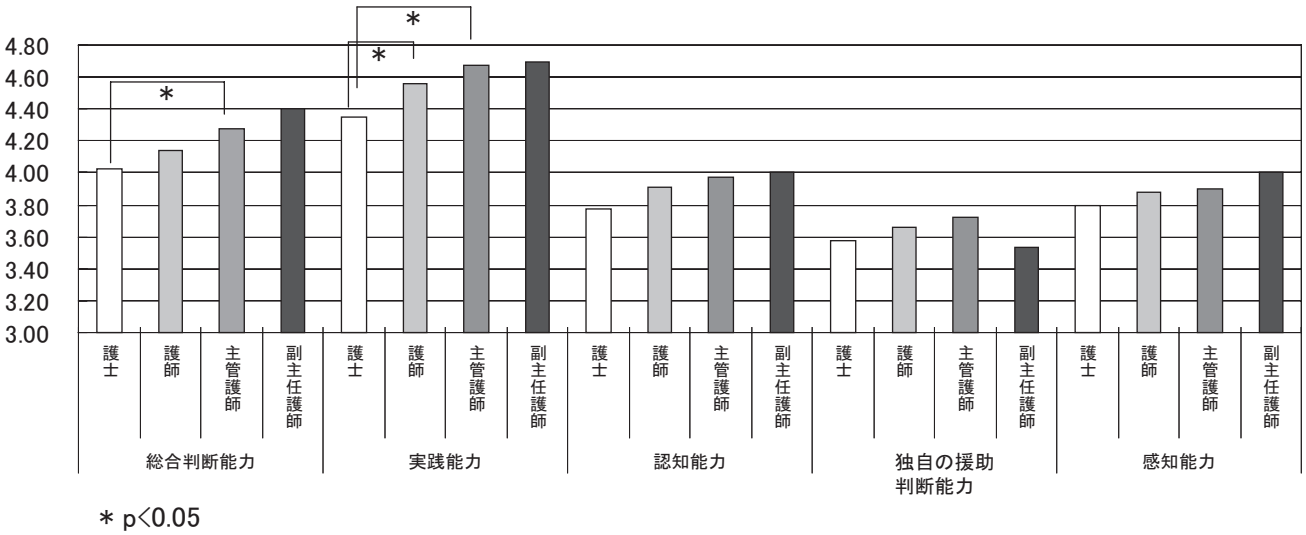



図１　中国における業務上職位別看護の専門的自律性の平均得点

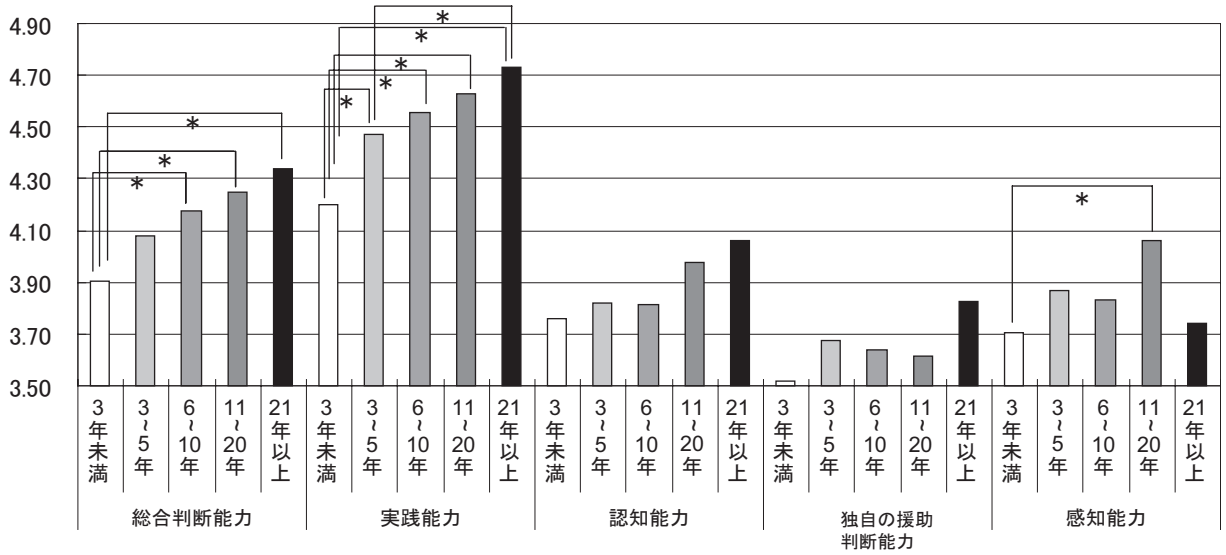



図２　中国における経験年数別看護の専門職的自律性の平均得点

「総合判断能力」の得点においては，「護士」（平均得点4.0±0.5）と比べ，「主管護師」（平均得点4.3±0.5）の方が有意に高かった（p<0.05）。「実践能力」においては，「護士」（平均得点4.4±0.5）と比べ，「護師」（平均得点4.6±0.4）と「主管護師」（平均得点4.7±0.3）のほうが有意に高かった（p<0.05）。

**６．経験年数別にみた看護の専門職的自律性の違い**（図２）

「総合判断能力」については，３年未満群（平均得点3.9±0.6）と比較して，６～10年（平均得点4.2±0.5），11～20年（平均得点4.2±0.5），21年以上（平均得点4.3±0.5）の群では有意に得点が高かった（p<0.05）。また，「実践能力」については，３年未満群（平均得点4.2±0.5）と比較して，他のすべての群の得点が有意に高かった（p<0.05）。「総合判断能力」も「実践能力」も経験年数が増えるにつれて得点は上昇し続け，21年以上群の得点が最も高い様相がみられた。この他に，「感知能力」において，３年未満

群（平均得点3.7±0.5）と比較して，11～20年群（平均得点4.0±0.4）の方が得点は有意に高かった。

## Ⅶ．考　　察

### １．回答者の属性について

性別に関して，男性が６名含まれているが，人数が少ないため，本研究では男女を区別せずに分析を行なった。平均年齢は29.7歳で，20～29歳の対象者が調査全体の６割を占めていた。また，勤務経験が10年未満の対象者は６割以上であり，看護系短期大学卒者と大学卒者をあわせると８割を超えていた。今回の調査対象者は比較的若年で高学歴の集団だと考えられる。したがって，結果を中国の看護師全体の傾向として単純に一般化することはできず，今後さらなる調査の継続が必要であると考える。

### ２．看護の専門職的自律性測定尺度中国語版信頼性の検証

菊池らの報告によれば，看護の専門職的自律性測定尺度日本語版の信頼性は，因子ごとのCronbach α 係数が0.79～0.93という結果であった[17]。尺度中国語版の信頼性について検証した結果，因子ごとのCronbach α 係数は0.766～0.919であり，新たに得られた因子構造の尺度中国語版においても高い内的整合性が保たれたと考える。このことから，看護の専門職的自律性測定尺度中国語版は，信頼性の高い測定用具であるといえる。

### ３．看護の専門職的自律性測定尺度中国語版妥当性の検証

１）内容妥当性の検証

尺度中国語版の作成過程においては，複数のバイリンガルの看護研究者が参加したうえで，パイロットスタディを実施し，検討を重ねた。さらに逆翻訳の結果も尺度開発者に確認が得られたことから，尺度中国語版の内容妥当性は充分に得られたと考える。

２）構成概念妥当性の検証

尺度中国語版の第１因子として，知識や情報を統合し，適切な看護方法を見出す総合判断能力を意味する項目が抽出された。これらの項目は日本語版において，主に第３因子「具体的判断能力」，第４因子「抽象的判断能力」に含まれていた。

中国では，市場経済が導入されて以来，地域間の経済水準は著しく異なり，それにともなって医療水準格差も拡大している。都市と農村の医療保健制度は異なり，人口の大多数を占める農村地区の医療制度はまだ不完全であり，治療費を払えないために受診を躊躇し，入院しても早々に退院する患者は少なくない。こうした背景下で，看護師は，看護の観点から必要というだけでなく，患者の加入している医療保険の内容や支払い能力を考慮して看護方法を判断しなければならない実情がある。本研究において，第１因子として「総合判断能力」が抽出されたのは以上のような社会的要因もあると考えられる。

次に，尺度中国語版の第２因子には，日本語版と同じく「実践能力」と命名した。Ernestine Wiedenbachによると，臨床看護実践の基礎として「看護手順の技能」と「コミュニケーションの技能」という二つの技能に大別されている[18]。このうち，「看護手順の技能」とは，看護師が患者のニーズを見きわめ，それを満たすために必要な手順を実施するに要する専門的能力である。清拭や移動といった生活上の援助から，採血や注射といった治療上の処置，心電図計等の医療器械の操作などまで，手順に則る動作は看護目標の達成を保証するものである。この「看護手順の技能」は実践能力として中国ではとりわけ重視され，全国統一の手順があるほどである。看護師の国家試験は筆記試験のほかに実技試験も行なわれる。尺度の日本語版と同様に，中国語版においても「実践能力」が第２因子として確認されたのは，実践能力が看護の専門職的自律性の重要な構成要素であることと解釈できる。Q12，Q14は，尺度日本語版では第１因子に含まれていたが，尺度中国語版では第２因子に含まれた。尺度中国語版では，Q12は第２因子と第３因子に対し，それぞれ0.420と0.406の負荷が見られた。Q12において，患者の意識レベルの変化を正確に把握するためには，元々の患者の状態を知ること，意識レベル判定のための神経学的所見のとりかたを知っていることに加え，意識障害患者の看護の実際に関する経験が必要である。このように項目内容を解釈すると，第３因子よりも第２因子に含まれることが妥当だと考えられた。Q14においても，看護に必要な各情報を収集するという点では認知能力と解釈することもできるが，複数の情報を「直ぐに」収集するという点で適切な手順の習得や経験が必要であると考えられたため，これも実践能力に含まれることが妥当だと考えた。

尺度日本語版においては，Q１からQ14までの項目群が第１因子として抽出され，「認知能力」と命名されていた。それに対し，尺度中国語版では，これらの項目がそれぞれ第３因子と第５因子として確認された。第３因子に含まれる項目は「私は患者の言動と感情の不一致を理解することができる」，「私は患者のニーズに直ぐに気づくことができる」といった患者側から現れたサインを読み取り，認知しようとする行動を表わしている。一方，第５因子として抽出されたQ１「私は治療が患者に及ぼす身体的影響を予測することができる」といったような項目に関しては，専門的知識や理論に基づき，看護問題をイメージし感知する表現といえる。これらの項目群が尺度中国語版のなかで，２つの別々な因子として抽出されたのは，中国の看護師が目に見える問題を認知することと，潜在する問題をイメージし感知し，予測につなげることを別の概念として捉えて

いると解釈できる。

尺度日本語版では第５因子とされていた項目群は，中国語版では第４因子として抽出された。看護活動のなかで，他者に依存せず，惑わされず，独自の判断で援助内容を決定する能力は，看護の専門職的自律性の構成要素として，日本でも中国でも確認できた。

尺度中国語版の第３因子のなかには，因子負荷量が0.4未満の５つの項目が含まれていた。この５項目は，質問内容の意味が他の項目と類似すると考えられ，尺度中国語版から削除することが妥当であると判断した。

以上のように，看護の専門職的自律性測定尺度中国語版は日本語版と異なる因子構造が示され，構成概念妥当性が十分に得られなかった。2004年に中村らは，手術室に勤務する看護師を対象とした専門職的自律性と看護実践の検討を報告した[19]。この研究報告においても，37項目５因子を抽出し，負荷量と意味内容から新たに因子の命名が行なわれた。第１因子から「情報および知識の統合能力」,「緊急時の対応能力」,「対象のニーズに対する認知能力」,「独自の状況判断能力」,「手術の影響に対する予測能力」という順であり，この構造は，本研究の結果と類似していた。中村らの研究対象は手術室の看護師に限定されているという点で本研究とは対象が異なる部分もあるが，尺度の翻訳版の内容妥当性はあると考えられた。また，日中両国の看護職において，業務を遂行する過程における自律性の構造が類似していることも示唆された。

### ４．看護の専門職的自律性と基本的属性の関連について

尺度中国語版においては，下位尺度「総合判断能力」,「実践能力」,「認知能力」との間に，経験年数，業務上職位はそれぞれ１％水準で正の相関がみられた。菊池らの研究においても，専門職的自律性と経験年数の間に相関があり，経験年数が多いほど看護職の自律性が高いと報告した[20]。両国において，このような結果がともに得られたことは，経験年数が専門職的自律性と大きく関わっていることを示唆している。

### ５．業務上職位による看護の専門職的自律性の違い

中国においては,「総合判断能力」,「実践能力」において,「護士」よりも「主管護師」の得点が高かった。これは，看護業務を遂行するうえで，専門職としての職位が高いほど自律性も高いことを示唆している。

中国では，看護師登録の有効期間は２年と決められている。1994年からは，全国的に免許更新制度と継続教育が統合されるようになり，免許更新の条件として，継続教育による単位取得が義務づけられている。国が継続教育の一環として，業務上職位を取得するようなシステムを確立したため，中国の看護師にとって，業務上職位というのは，免許更新を目標に継続教育を受けるうちに，必然的に伴ってくるものである。また，このようなシステムの存在は，同年代の看護師の間で競争心を働かせ，互いに能力を向上する動機づけにもなる。中国における看護の専門職的自律性の形成および拡大には，こうした免許更新と継続教育を組み合わせたシステムの存在が寄与している可能性がある。

菊池らの研究においても，主任や師長に就く看護師はスタッフナースよりも自律性が高いと報告している[21]。その理由は，主任や師長に就く看護職は，職務経験が豊富で看護活動における専門的能力が高いことに加え，管理者としての責任や統制力の拡大によって，より自律的な行動が求められると考察している。菊池らの研究が行なわれた時代では，主任や師長といった看護管理者を養成するための教育コースを除き，専門職に必要な継続教育は主に各施設を中心に個人の自助努力によって行なわれてきた。しかし，1990年代以降，看護の専門職化が推し進められ，４年制大学の増加，専門学校から大学への編入制度，および大学院博士課程の設置などの教育制度が充実してきた。また，施設によっては，看護部門が主体となって施設内外の研修システムを拡大し，研修終了後に看護実践指導者や業務改善推進者等の役割を与える場合もみられるようになってきた。より高度な教育を受ける機会が増加することや，研修制度の充実とその結果としての役割が与えられることは，自己啓発の意欲につながり，それが自律性の促進につながると考えられる。さらに，1996年から専門看護師や認定看護師といった看護における専門分野志向が推奨され，看護師の専門的能力が評価されるようになってきた。専門看護師や認定看護師資格を取得する看護師は，全体からみれば，ごく一部ではあるが，看護師の専門的能力が，認定制度によって公に認められるようになってきたという事実は，看護師が自らの専門性を再認識し，自律性を醸成する契機となった可能性がある。

上述した日中両国の現状からは，自律性は職位や継続教育システムとともに発展すると考えられる。

### ６．経験年数による看護の専門職的自律性の違い

菊池らは，看護の専門職的自律性は就業後３年を境に大きく高まり，その後一時低下あるいは安定するが10年を超えるとまた上昇する現象がみられたと報告した[22]。この結果と同様，2003年に辻も中堅看護師（臨床経験６～９年）の専門職的自律性のプラトー現象について報告した[23]。しかし，本研究においては，看護の専門職的自律性の「総合判断能力」と「実践能力」は，経験年数の増加に伴って高くなる傾向がみられた。これは，日中両国の社会的背景が影響していると考えられる。菊池らは,「臨床経験６年から10年を経過した看護師では年齢的に結婚して，家事や育児という役割を担うことが社会的期待されている年代である。この時期にある看護師は，家庭や育児という役割負担

が重く，充分に専門性を発揮し自律性を高めるための条件を作ることが厳しい。」と分析している[24]。これに対して，中国では，夫婦共働きは当然という社会風潮があり，さらに，一人っ子政策の影響で，一世帯に子供の数が少なく，育児に祖父母も協力する昔からの慣習がある。日本で働く看護師と比べ，中国の看護師は仕事に専念できる環境にあり，そのために，自律性の一部を継続的に高め続けやすい可能性があると考えられる。

## Ⅷ．研究の限界と今後の課題

本研究では，尺度中国語版を作成する過程において，内容妥当性と因子分析による構成概念妥当性を検証した。これ以外の手法としては，基準関連妥当性や弁別的妥当性等を検討する方法もある。しかし，これらの方法を用いるためには，あらかじめ外的基準として，妥当性が確認されている指標が必要であるが，これを見つけることができなかったため，妥当性の検証方法が限定されたと考える。今後，検証方法を工夫することで，尺度中国語版の妥当性を高めていきたい。

また，調査対象者の母集団は一大学付属病院に勤務する看護師であり，得られた結果を中国の看護師全体の傾向として評価する限界がある。業務上職位と経験年数による看護の専門職的自律性の相違を明らかにするため，一元配置分散分析と多重比較により検討を行なった。しかし，有意差が得られたのは一部の結果に限られた。今後，さらに対象数を増やして検討を重ねる必要がある。

## Ⅸ．結　　論

本研究は，看護の専門職的自律性測定尺度の中国語版を作成し，その信頼性と妥当性を検証した上で，中国における看護職の自律性の検討を行なったはじめての研究である。本研究における主な新知見を以下に述べる。

1．尺度中国語版の信頼性を，Cronbach α 係数より確認した。
2．翻訳過程を通して内容妥当性を認めた。構成概念妥当性においては，尺度日本語版と異なる因子構造が示され，尺度日本語版の５因子47項目に対し，中国語版では５因子39項目が確認できた。これら39項目を新たに因子命名することで，尺度中国語版として使用可能であると考えられた。
3．尺度中国語版の一部の下位尺度は，職位と経験年数の間に正の相関が認められた。専門職的自律性の一部は職位とともに発展し，経験年数が増えるにつれ高められると考えられた。

これらの結果が，今後，中国における看護師の自律性の発展に寄与することを期待したい。

## 謝　　辞

本研究の実施にあたり，多くの有益なるご助言を下さり，現地調査にご協力いただいた中国側の共同研究者，ハルビン医科大学看護学部の趙秋利教授をはじめ，ご協力とご指導を賜りました皆様に心より感謝を申し上げる。本論文は，大阪大学大学院医学系研究科に提出した修士論文の一部を修正したものである。

## 要　　旨

本研究は，看護の専門職的自律性測定尺度の中国語版を作成し，中国Ｈ省Ｈ市医科大学付属病院の臨床看護師450名を調査対象者として，信頼性と妥当性の検証を行なった。また，中国における職位および経験年数と自律性の関係を明らかにした。尺度の中国語版と日本語版では因子構造に違いがみられた。専門職的自律性の平均得点は，職位の高いものは専門職的自律性も高い傾向がみられた。また，経験年数が増えるにつれて，専門職的自律性の平均得点が上昇する傾向もみられた。

中国においては，看護師の免許は２年毎の更新制であることに加え，高い業務上職位を得るためには，継続教育を受ける必要がある。このようなシステムが自律性の形成に寄与している可能性がある。経験年数増加に伴う自律性平均得点の上昇傾向は，仕事を続けやすい社会的背景が一因と考えられた。

## Abstract

The present study examined the reliability and validity of the Chinese language version of the Scale for Professional Autonomy in Nursing aimed at 450 clinical nurses working in a Chinese university hospital, and clarified the relationship between autonomy and position and years of experience. Several differences in some factor structures associated with decision-making, clinical practice and recognition were noted between China and Japan. Although the scale score was significantly higher in the high duty position group, such as chief nurses, than in the low duty position group, such as staff nurses, the scale score increased with the number of years of experience.

Chinese nurses must renew their license every two years. In addition, those who wish to obtain a higher duty position are obligated to receive continuous education. This system contributes to development of professional autonomy. It should also be noted that Chinese social background supporting career might account for the increasing tendency of the scale score accompanied by years of experience.

## 文　献


1）田尾雅夫：自律性の測定―看護婦の場合，Japanese Journal of Applied Psychology, 2, 1-10, 1979.
2）Gloria V. Engel: Professional Autonomy and Bureaucratic Organization, Administrative Science Quarterly, 15, 12-21, 1970.
3）前掲論文２), 15, 12-21, 1970.
4）小谷野康子：看護専門職の自律性に関する概念の検討と研究の動向，聖路加看護大学紀要，26(3), 50-58, 2000.
5）香春知永：看護基礎教育課程における専門職的自律性に関する研究，看護研究，23(1), 78-88, 1990.
6）志自岐康子：看護婦の専門職的自律性と関連する因子の分析，東京都立医療技術短期大学紀要，11, 75-82, 1998.
7）吉野幸美：看護職の専門職的自律性に関する研究　看護過程の実態との関連について，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録，307-314, 2000.
8）江口裕美子：看護師の専門職的自律性の調査―専門職的自律性に影響する要因の検討―，看護管理，188-190, 2002.
9）菊池昭江，原田唯司：看護の専門職的自律性に関する一研究，静岡大学教育学部研究報告（人文・社会学篇），47, 241-254, 1997.
10) 菊池昭江，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・内的属性との関連，看護研究，30(4), 23-35, 1997.
11) 菊池昭江：看護専門職における自律性と職場環境および職務意識との関連　経験年数ごとにみた比較，看護研究，32(2), 2-13, 1999.
12) 大島千佳：看護職の専門職自律性に影響を及ぼす要因，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録，322-329, 2000.
13) 菊池昭江，岡本恵理：看護婦の職務上の自律性と研究活動との関連，日本看護研究学会雑誌，24(3), 336, 2001.
14) 井辺ひとみ，赤眞絵美他：卒後３年間の看護専門職としての自律性，看護教育，48-50, 2004
15) 丹山直人，隈本伸夫他：急性期特定・地域医療支援病院における看護師の人間関係と自律性の関連―職場環境と人材育成を考える―，看護管理，208, 2005.
16) 前掲論文９), 47, 241-254, 1997.
17) 前掲論文９), 47, 241-254, 1997.
18) アーネスティン・ウィーデンバック著，外口玉子，池田明子訳：臨床看護の本質―患者援助の技術，改訳第二版，44, 現代社，2003.
19) 中村恵，長谷部佳子他：手術室に勤務する外回り看護師の専門職的自律性と看護実践，日本看護研究学会雑誌，27(4), 35-44, 2004.
20) 前掲論文10), 30(4), 23-35, 1997.
21) 前掲論文10), 30(4), 23-35, 1997.
22) 前掲論文９), 47, 241-254, 1997.
23) 辻ちえ：中堅看護師の専門職の自律性に関与するプラトー要因，2003年度大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻看護学領域修士論文.
24) 前掲論文９), 47, 241-254, 1997.


［平成21年11月26日受　　付
平成23年１月17日採用決定］

－研究報告－

# 「看護教員としての自己」の様相に見る看護教員養成講習会の教育的意義

## ―看護教員養成講習会の学習経験の語りから（第１報）―

The Educational Significance of a Nursing Teacher Ttraining Program
― From the Narratives about Learning Experiences in the Class（the First Report）―

山　田　千　春
Chiharu Yamada

キーワード：看護教員養成講習会，看護教員，学習経験
Key Words ：nursing teacher training program, nursing-teacher, learning experiences

## Ⅰ．緒　　言

近年，医療技術の進歩，患者の高齢化・重症化，平均在院日数の短縮化等により，看護師の役割は複雑多様化している。また，医療に対する国民のニーズの拡大や多様化，さらに直接的ケア提供者である看護師に求められる社会的責任の増大により，一層質の高い看護師の育成が求められている。2008年度の看護師の卒業状況をみると，68.5%が専門学校（専修学校専門課程）および各種学校（両者を以下，看護学校とする）の卒業者であり[1)]，近年看護系大学が増加傾向にある中でも，未だ看護師の大多数が看護学校で養成されている。この養成状況から，看護学校が社会に対して果たす役割は大きく，その教育を担う看護教員にも一層の期待が寄せられているといえる。

そこで，看護学校の看護教員に着目すると，教員の要件は「看護師等養成所の運営に関する指導要領（以下，指導要領とする）」で規定され，「専任教員として必要な研修（以下，講習会とする）」を修了することとなっている。講習会の受講の状況はどうかというと，看護学校の看護教員の90%以上の者が教員として就業する前，もしくは就業して初期の段階にこの講習会を受講していることが報告されている[2)～4)]。教育内容についても指導要領の中でその標準が規定されていることもあり，看護学校の教育に携わる者にとってこの講習会は，教育に必要な基礎的な知識，技術を修得する重要不可欠な機会といえる。

しかし近年，看護教員養成機関の閉講や定員数の削減など，全国的に講習会の縮小傾向が進んでいる。これは，看護系大学の増加により，講習会を修了することと同等要件として規定されている「大学において教育に関する科目を４単位以上履修して卒業している」という点を満たす看護師が増えたことが影響しているという見方もなされている[5)]。この看護教員の養成制度は，占領期に始まりその後拡張しながら看護基礎教育を支えてきたが，1998年の日本看護協会看護研修学校の看護教員養成学科の廃止を境に，縮小に転じるという歴史的転換期を迎えている。また，昨今の法改正においては，看護基礎教育が益々高等教育化の方向にあるその一方で，以前から課題となっていた看護師養成教育の複雑さについての議論は積み残されたままである。このような看護教育全体が大きく変換しつつある時期に，複雑な看護師養成教育を支えている看護教員にとっての講習会の教育的意義を再度確認しておくことは，今後の看護教員養成制度のあり方を検討する上でも重要であろう。

その視点に立って先行研究を見ると，教育カリキュラムの検討を行った報告や，受講者の学習経験として，「視野の拡大」，「教育への関心の増大」など自己の外側に向けた見方の広がりや，「自己反省」，「自己洞察」「自分自身への理解」など内側に向けた見方の広がりなどが報告されている[6)～12)]。また，自己に影響をもたらしたものが，講習会の講義内容や学習プロセス，講習会で出会う他者など多様であることが明らかにされている。これらの結果から，受講した時点における学びや影響が一定程度に示唆されている。また，どういう看護教員を育てたいのかという主催者側の目標が一定の基準に達していることを評価することができる。

しかし，坪倉が報告しているように，看護教員は，講習会修了後も教員として就業する中で自己の模索をするなど，その時々に看護教員としての発達課題と向き合い，乗り越えていく経験をする[13)]。したがって，講習会の教育評価は，講習会でのできごとが今も看護教員を続けている自分にどのように生きているのかを，講習会受講前から現在に至る経験を一つの経験として区切り，内面化し，そこで認識される「看護教員としての自己」の視点でも行う必要

兵庫医療大学看護学部　Department of Nursing, Hyogo University of Health Sciences

がある。教育が教育者と学習者の相互作用であることを踏まえれば，講習会を主催する側の評価とともに，受講した側の視点からも，講習会の教育的意義を検討する意義は大きいと考える。

## Ⅱ．研究目的

本研究の目的は，講習会での学習経験の語りに表われてくる「看護教員としての自己」の特徴を明らかにし，それをもとに講習会の教育的意義を検討することである。

## Ⅲ．研究方法

### １．研究デザイン

本研究では，講習会の学習経験を経て形成された「看護教員としての自己」の様相から講習会の教育的意義を明らかにする。そのため，研究参加者の語りを自己物語[14]と捉え，語りを引用しながら解釈を加え，その意味を読み解く質的方法を用いた。

### ２．研究参加者

研究参加者は，過去に講習会を受講し，現在も看護学校において看護教員として就業している者で，年齢や受講した講習会，所属する看護学校などができるだけ異なる者とした。

### ３．研究期間

2006年６月～2006年９月

### ４．データ収集方法

研究参加者に対して，半構造的インタビューを行い，１回のインタビュー時間は60分程度，面接回数は１～２回を想定した。インタビューは個室で行い，内容は承諾を得てＭＤ（ミニディスク）に録音し，録音による記録が不可能なデータはメモをとる，適宜内容の確認を行うなどの方法を計画した。

### ５．質問内容

インタビューでの主な質問内容は，研究参加者の特性（年齢，性別，現在の役職，修了した看護基礎教育課程，臨床経験年数，受講前後の看護教員経験年数），講習会を受講した動機，印象深く残っている出来事と学習内容，講習会の受講前後を通した自分自身の変化についてである。

### ６．分析方法

研究参加者の語りを自己物語と捉え，各々が語りの中で描いている講習会での学習経験と，それに連関する特徴的な出来事を拾い上げる。過去から現在に至る時系列の中でそれらの経験がどのように意味づけられているのかを解釈する。これらの解釈や分析を行うことで，講習会での学習経験の連関によって形成される「看護教員としての自己」の様相を表現した。

具体的には，参加者の語りから「講習会の経験と学び」，「講習会前後の自己の変化」という点に注目し，それを示す特徴的な語りを抽出した。その抽出した語りを，登場する人物や起こった出来事がどのように描かれているか，出来事同士がどのような順序立てで語られているか，また語り手が示した意味のつながりはどうなっているかなどをもとにして解釈し，そこから見えてくる語り手が自分についてもっている，看護教員として認識する自己の姿を「看護教員としての自己」の様相として表現した。

なお，本研究における信頼性，妥当性は，信用可能性，移転可能性，明解性[15) 16)]の確保により保障した。そのために，研究参加者に逐語録を見てもらい，語りが正確に記述されていることを確認してもらうとともに，解釈や結論が語りから引き出され，そのプロセスが明解であることや他の看護教員にも移転可能であることを確保できるよう，適宜看護キャリア開発の専門家である研究指導教員１名，質的研究の専門家２名のスーパービジョンを受け，内容の精選に努めた。

### ７．倫理的配慮

研究参加者に対しては，研究の主旨を説明するとともに，研究の参加に対する自己決定の権利，今後の学習や業務の継続に不利益を受けない権利，情報を知る権利，プライバシー・匿名性・機密性確保の権利を保障するなどの倫理的配慮を行った。また，研究参加者の話しの中に登場する個人，ならびに講習会主催者，所属施設などの諸機関に対しても同様の配慮を行った。

研究中，ＭＤレコーダーを使用する際には，研究参加者の了解を得るとともに，研究に関するデータは，パスワードをかけ電子媒体類へ保存した。また，データの記録された紙面および電子媒体類については，鍵のかかる保管庫に厳重に管理するとともに，これらのデータは，研究終了後速やかに破棄もしくは消去することを約束した。

なお，本研究は神戸市看護大学倫理審査委員会の承認を得た研究計画書に基づき実施した。

## Ⅳ．結　　果

### １．研究参加者の特性の概要

過去に講習会を受講し，現在，看護学校において看護教員として就業している者に研究の説明を行ったところ，依頼した８つの看護学校の看護教員の中から，異なる７つの看護学校に就業する15名の協力が得られた。研究参加者の年齢は，30歳代前半が２名，30歳代後半が５名，40歳代前半が５名，40歳代後半が３名であった。性別は，女性が14名，男性が１名であった。管理職の者は２名であった。

受講した講習会の期間は，１年が２名，８ヶ月が12名，６ヶ月が１名であった。

また，６ヶ月以上の長期休暇や研修（講習会も含む）

を除いた講習会受講前の教育経験期間は，１年未満が２名，１年以上２年未満が４名，２年以上３年未満が４名であった。講習会受講前に教育経験を持たない者は５名だった。前記と同条件による講習会修了後の教育経験期間では，１年未満が３名，１年以上２年未満が１名，２年以上３年未満が２名，３年以上４年未満が２名，４年以上５年未満が３名，７年以上８年未満が４名であった。

### ２．インタビューの状況

研究参加者に対し半構造的インタビューを行った結果，１回のインタビュー時間は25 ～ 75分（平均57分）で，インタビュー回数は１回実施した者が７名，２回実施した者が８名だった。

### ３．「看護教員としての自己」の様相の三つの特徴

研究参加者15名の語りを繰り返し読み，前述した解釈や分析を行ったところ「看護教員としての自己」の様相に，三つの特徴が浮かびあがってきた。これらの特徴は，「看護教員としての自己」の様相に示されている意味あいの違いから《学生に看護を教えることの意味を深めていく》《看護職者としての歩みを問い直す》《自分を支えている価値，信念を確認する》と表わすことができた。以下に，三つの特徴のそれぞれの内容を示す意味あいが比較的明瞭に描かれている語り部分を取り上げて述べる。なお，《　》は「看護教員としての自己」を表わす三つの特徴，〈　〉は三つの特徴を具体的に示す意味あい，「　」内の太文字ゴシックは語り部分を示している。語り内の（　）で表記された太文字ゴシック部分は，内容を補足するための加筆である。

#### １）学生に看護を教えることの意味を深めていく

第一の特徴である≪学生に看護を教えることの意味を深めていく≫という様相は，その内容に〈学生の個別性に合わせて看護を教える〉〈自分の看護観を伝えながら看護を教える〉〈教育理念に基づきつつ個性的に看護を教える〉という三つの意味あいを含んでいた。これらは，教育実践の内容を追求することで看護教員としての自分を表現している語りであった。ここでは，この三つの意味あいを比較的明瞭に表現しているＡ教員，Ｂ教員，Ｃ教員の語りを一部取り上げながら説明する。

(1) 学生の個別性に合わせて看護を教える

Ａ教員は，講習会で**「教育の基本は，学生の話しを聞くこと」**であると学び，受講後その学びを行動に移そうとする。Ａ教員は，講習会修了後すぐの頃の様子を**「学生は，何とか患者さんに安楽に，とか，回復に向けて努力していたけれど，私は“（患者にとって必要な看護は）もっともっとある”と言っていた」，「全員に“ここまで上がってきて”“ここが達成ラインよ”と何とかして（目標まで引き上げよう）という感じだった」**と語った。Ａ教員は，学生の話しを聞くどころか自分の思いが先行し，学生に自分の考える看護を求め，規定の目標を一律に達成させようとしていたのである。しかし，教育実践を重ねる中で学生と自分の思いにずれを感じたＡ教員は，学生の反応をもとに振り返った。そして，「学生の話しを聞く」ということの意味は**「その子（看護学生）にはその子（看護学生）なりの能力だったり，理由だったり，いろんな背景がある」**ということに気づくことだと理解する。Ａ教員は**「学校で決められているところは達成できなくても，その人にとってのいいところを伸ばして，達成に向かえるような関わりが大事と考えられるようになった」**と語り，講習会での学びを〈学生の個別性に合わせて看護を教える〉と読み解き直し，看護教育に取り組んでいた。

(2) 自分の看護観を伝えながら看護を教える

Ｂ教員は，講習会で**「看護を教えるには明確な看護観がなければならない」**と学び，ものごとを多角的に見ることの重要性を確認したと言う。そして，その後の教育実践を通して**「突き詰めて考えれば，患者の当たり前の生活をサポートできるようにすることが看護師の仕事。（学生が）一般常識のある日常生活を送れるようになれば，患者の生活のサポートも自分で考えられる。看護の原点はまず自分の生活を整えること。だから自分自身がちゃんとした（常識ある）生活者でないと学生には教えられない」**と語った。Ｂ教員は，看護と生活を密着させた看護観に行き着くとともに，自らも**「ちゃんとした（常識ある）生活者」**として学生と関わり，〈自分の看護観を伝えながら看護を教える〉という独自の教育観を見出すに至っていた。

(3) 教育理念に基づきつつ個性的に看護を教える

Ｃ教員は，講習会で教育の理念や全体構造，授業の作り方などを学んだ。この学びをもとにＣ教員は日々の授業案作成時に教育理念を意識するようになった。さらに新設校の準備に携る機会を得て，**「科目の到達目標は何にしたらいいのか，それの教育内容を帰納的に，演繹的に抽出していって，シラバス，講義概要と（作っていった）。（中略）いろんな機会をもらうことで，より講習会で学んだことが少しずつ自分の身体の中にすっと入ってきている」**と感じるようになった。今では教育実践にあたり**「失敗した経験もこうしたらもっと面白いだろうなとその経験をばねにしてポジティブに考えられる」**ようになったと語り，その理由を**「教育の核となるもの，これだけは絶対はずせない，出発点はここなんだというものが自分の中で持てたから」**と述べている。講習会での学びは，教育における理論と実践のつながりを実感する経験を経て，〈教育理念に基づきつつ個性的に看護を教える〉という独自の教育スタイルを創造することにつながっていた。

2）看護職者としての歩みを問い直す

第二の特徴である≪看護職者としての歩みを問い直す≫という様相は，その内容に〈看護職者として再出発する〉〈納得できる自分へ変容し続ける〉の二つの意味あいを含んでいた。これらは，看護教育の実践も看護職者の役割の一つと捉え「教育」に取り組む中で，これまで社会通念，あるいは看護の世界の慣習に意識的，無意識的にとらわれていた自分の看護に対する向き合い方を問い直す語りであった。ここでは，この二つの意味あいを比較的明瞭に表現しているD教員，E教員の語りの一部を順に取り上げ説明する。

(1) 看護職者として再出発する

D教員は，確たる動機を持たずに看護職についたことに後ろめたさを感じていた。しかし，同じような経緯をもつ受講者が気持ちを切り換え，看護と向き合っていることを講習会で知り，看護に対する自分の向き合い方を問い直している。D教員は**「私のような形で看護の道に入ってきた人もわりといるんです。講習会に行って，他の人から“(看護の道に）入った以上は頑張らないと”という気持ちの決定みたいなものを聞くことで，“自分も同じだな”と実感した。“逃げていても仕方がない”とそこで自分に言い聞かせられた気がしました**」と語った。こうして，これを機に**「看護の世界でやっていこうって決心できて，自分もこれでやっていくんだという決心ができた**」と話し，青年期にやり過ごしてしまった職業選択の課題と向き合い，〈看護職者として再出発する〉と覚悟を決めた。その時の揺るぎない意志は，今もD教員を支えている。

(2) 納得できる自分へ変容し続ける

E教員は，講習会を受講する前は職場の中で自分が停滞していると感じていた。その反面**「これでいいんや**」と自分の置かれている環境に身を任せていた。E教員は，**「臨床にいるときは自分の何ができていなかったのかもわからなかった。自分では“これではあかん”という感覚はあったが，何があかんと言われることはなかった。でも，研修に行くと周りの人がわかっていたり，出来ていたり，いろんな知識をもっていたりする中で，自分を振り返ったときに“これじゃあかん”と思った**」と語り，講習会で出会う他の受講者の真剣な看護や教育への向き合う姿勢に，改めて自分のものの見方や考え方を問い直したという。そこで，これまでの自分が看護を狭く捉えてきたことに気づき，そのような自分を**「これじゃあかん**」と評価し，**「変わりたい**」と考えるようになった。また，その後の教育実践を通して，変化する自分を実感する中でE教員は，**「(これからも自分は）変化していくだろうし，変化させたいと思う。今の自分が最終であるとは思っていない。深めたいとか，まだ見えていない部分があるんと違うやろうか，もっと違う見方があるんと違うやろうかと（感じる)」**と話し，講習会を通して，〈「納得できる自分」へ変容し続ける〉状態になっていった。

3）自分を支えている価値，信念を確認する

第三の特徴である《自分を支えている価値，信念を確認する》という様相は，〈自分らしくあることの善さを確信する〉と〈自分を規定するものから自由になる〉の二つの意味あいを含んでいた。これは自分の所属する組織や，同僚から影響を受けている自分に気づく語りであった。

この第三の特徴は，先行研究では明らかにされなかった新たな結果であった。そこで，〈自分らしくあることの善さを確信する〉〈自分を規定するものから自由になる〉という意味あいを比較的明瞭にうち出して話しているF教員，G教員の語りを取り上げ，解釈を添えながら，詳しく示していくこととする。

(1) 自分らしくあることの善さを確信する

F教員は，授業案のような教育方法の細かい部分はあまり記憶に残っていないが，社会学や心理学の中で繰り返し話されていた「その人らしくあればいい」ということが確認できたことが一番勉強になったと話した。それは，F教員の次の語りに表れている。

> **「臨床も含めてそれまで気づかなかったが，去年研修に行って，先生の講義を聞いて，自分が一番重きを置いていたところはこの部分だったんだろうということに気づいたんです。(中略）簡単に言えば，一人一人メンバーも含めて，楽しくその人らしさが出せるような職場にするには，自分はどう行動すればいいんだろうって。自分がそういう行動を今までとっていたんですよね。ここに来ても，学生が言えるような場の雰囲気っていうのを知らず知らずのうちにとっていたことに，“間違いではなかった”って（思った)。それは大きかったです**」

F教員は，臨床の頃からずっと「自分らしさ」が発揮できる場づくりを心がけていたと話している。看護学校に就職してからも「その人らしくあればいい」という考えを知らず知らずのうちに行動に表していたという。F教員は，臨床や学校という場を問わず，その人らしさを発揮できることが，人が生きていく上で大事だということを講習会で確認している。

このことにF教員が関心を寄せた背景には，講習会受講前に勤務していた看護学校での次のような経験があった。

> **「自分はね，あなたがいて，自分がいて，いろんな人がいていいって思うんですよね。でも，それは，周りの人の思うような反応ではないんですよね**」

F教員にとっては，人がその人らしく振舞うことは当

たり前のことだった。しかし，当時の勤務先では，それが周囲の人に受け入れられていないとF教員は感じていた。そのことに気づいたF教員は，自分の信念とするところは看護学校では通用しないのではないかと疑心暗鬼になった時期もあったと言う。

しかし，講習会へ行き，その人らしさが発揮されることで場は活性化されることを学ぶ。その経験をF教員は，次のように話している。

**「社会学や教育学や心理学の先生，いろんな先生がいましたけれども，やっぱりそこは（自分と）同じ考えだった。例えばブレーンストーミングのような何でも言える雰囲気で，誰がリーダーだとか誰が云々ではなくて，しかもそこで生産性も出てくる場っていうのは大事なんだって。どの先生もそれが言いたいのかなって，自分なりに解釈して聞いていた」**

F教員は，看護学以外の分野の講師から，誰かに従って自分のあり方を規制する必要はなく「その人らしくあればいい」ということを確認したのである。それによってF教員は，それまでの自分のモットーにしていたことをこれからも貫いていいと確信することにつながったと思われる。それはF教員が，講習会修了後の学生に関わる様子を話している中で，**「意図的に学生がリラックスして実習ができるようにしている」**と話していることからも推察される。

このように，講習会で「その人らしくあればいい」ということを確信したF教員は，それまで自分の方が間違っているのではないかとの思いに至った看護学校での実際の教育場面を振り返り，点検している。それは，F教員から次のように語られている。

**「寝てもさめても看護，看護って，看護のことばかり考えていたら，ろくなことない」**

**「講習会に行く前には，“こんな職場あるわけないだろう”っていう感じ。（中略）仕事の量が半端じゃないんです。仕事をこなせないんです。（自分は）教員に向いていないのかなって思いますよ。今までの20年間は，自分でここまでやってきた。若い方からお年寄りまで看護してきて，いつ何時命が（危ない）ということもある職場でしたけど，自分のやるべきことはやって，自分の時間もしっかりとって休むことができていたけれど，今は全然ないですから。バランスが保てないんです」**

**「正解の考え方っていうのを自分は知らないですよ。でも，周りからいろいろ言われてね，聞かなきゃいけないんでしょうけど，聞けない自分があるんです。だから教員には向いてないんですよ。（中略）それは，知識がないからです。“考えていることを書け”と言われても書けないですもの。文章がかけないんです。いくら講習会に行っても」**

F教員は，周囲の看護教員が理論中心に看護を教えていくことや，経験よりも言語表現を優先することに，抵抗感を抱かずにはいられなかった。しかし，講習会で，自分らしく振舞っていいということを確認したことで，自分らしさを認めようとしない看護学校の職場風土の方がおかしいと感じていく。F教員は，看護とはあらかじめ正解があるようなものではないし，そのような規範を押し付けるような画一的なものでもないと見極めている。また，看護にばかり没頭することもよいとは思っていない。F教員は，再度自分が身を置く看護学校の職場を眺めた時に，その社会が規範に縛られ，その人らしさを受け入れない風土や慣習があるように感じられ，その社会を批判的に捉えるようになっている。F教員がインタビューの中で繰り返していた，**「自分が間違っている」「（自分は）看護教員に向いていない」**と自分を否定するような発言の真意は，自分が職場の中で逸脱しているのではなく，多様な価値観を認めようとしない看護学校の職場風土の方が，自分の考えには合致しないということを示していたのだと思われる。

「自分らしくていい」と強い確信を持ち続けてきたF教員であったが，講習会での経験を通して，今の自分はさらに多様な価値を認められるようになったと驚いている。F教員は次のように話す。

**「1年前の自分と比べて，人間として幅ができたと思う。特に，価値観が変わりました。よく言われるんですけど，数値で測れるような価値観であったのが，そうじゃないところを大事に思うようになった。どれくらいって測れるものだけではないじゃないですか。数値に表せないものって大事なのかなって。それって本当に研修に行かせてもらって，納得する部分があります。これってすごい変化ですよ」**

F教員は，「その人らしさ」を尊重することを大事に思い，いろいろな価値があっていいと考えてきた自分でさえ，数値で測るような画一的な基準に縛られてきたことに気づく。そして，もっと多様なその人らしさを発揮して，自由に振舞っていいと理解したのである。

F教員は現在，講習会を修了後，勤務していた看護学校に戻り看護教員を続けている。F教員は改めて自分の教育のあり方を振り返るとともに，受講前と変わらぬ画一的な看護教育を行う職場風土の中でどのように自分らしさを表しながら教育を行っているのかを次のように話している。

**「自分はしてきたことを伝えていくのは嫌いじゃないんですけどね。学生の指導は好きなんです。教員で教えていくというよりかね，自分が今までやってき**

**た部分を伝えていくという感じでね。自分は知識もないですし，理論も知らないですしね。職業人として患者さんにこう声をかけたことが患者さんにとって力になっただとか，それって全然感覚でやっているだけなんですもの」**

**「人は変わらないですから，ずるい言い方ですけど，自分らしさをどこで出したらいいのかを考えて，（他の）教員の目がないところで出している。学内では出せないですね。実習場で出している」**

Ｆ教員は，理論に偏る教育ではなく，それまで通り，自分の経験やその中で培ってきた看護師としての感覚をもとに教育を行っている。しかし，そのような自分が周囲とは異質であることもＦ教員は理解していた。それでも，自分らしい教育を行うことを止めようとは思っていない。それは，周囲に同僚の看護教員の目がない実習場で，自分らしさを発揮していることからも推察される。この時のＦ教員にとって，「その人らしくていい」という信念を講習会で確認できたという経験は，同僚の看護教員からは理解されていないと感じながらも，その職場の中で生きていきながら，自分らしさを発揮していこうとしている自分の心の支えになっていたといえる。

Ｆ教員は，現在も看護教員を続け「その人らしさ」を貫き通している自分にとって，講習会での学びがどのように生きているのかについて，次のように話している。

**「こんな人間おってもいいだろうなって。多分，学校でいろいろあるでしょ。それで自分の気持ちが下がっていくところをこう（上向きに）するために…だと思うんです。こんな人間この世の中におってもいいだろう。自分でもＯＫかなっていうところですかね」**

**「開き直りかもしれませんが，これで自分を保てているって感じです」**

Ｆ教員は，現在でも**「こんな人間おってもいい」**と，自分らしさを崩そうとはしていない。それでも周囲から理解されないまま今の職場で看護教員を続けていると，落胆することもあるという。その時に，講習会で「その人らしくあればいい」ということに確信をもてたことが，自分で自分を肯定するときの支えになったのである。

現在のＦ教員は，どんなに周囲に理解されなかったとしても，理論や正解など規範をもとにした画一的な教育では人は育たないという考えのもとに，実際の教育場面でも自分らしい教育を崩そうとはしない。このようなＦ教員の姿から，「その人らしさ」を貫き通す自分に肯定感を持ちながら，「看護教員としての自己」を築いていると解釈できる。

Ｆ教員は，講習会の学習経験を振り返る中で，「看護教員としての自己」を肯定する支えを確認することができたといえるのだろう。

⑵ 自分を規定するものから自由になる

Ｇ教員は講習会で，学生にはもともと自ら学んでいく力があることを知り，今までの自分が行っていた教育のあり方を見直す機会を得たという。それについてＧ教員は，次のように話している。

**「学校のやり方は，どちらかというと教員主導型だった。一言で言うと「引っ張って導いていく」という方法を１年目に入ってきた時に感じた。“ああ，こうしなければいけないんだ”って上の先生方を見てそう思ったんです。逐一，日常生活から髪型から服装から挨拶の仕方から，“あれ？そこまで言うんだろうか”って…。臨床実習に行ってもそうだった。“ああ，こうやって学生を指導していくんだな”と思っていたのが，実際，講習会に行ってみて成人教育という講義の中で，成人とは何かというところを学んだり，他の学校の指導しているところをみたり，学生を見たりする中で，“果たして教員主導型の指導がいいのか”，“よい面もあるけど，でもそれだけじゃない”と分かった。学生達は自分で学んでいく力を持っている。それを引き伸ばしていかないといけないっていうところが，すごく学びになりました」**

Ｇ教員は，講習会に行き，自分が今まで行っていた教育が教員主導型であったという捉え方を初めてするようになる。そして，病院から看護学校へ異動したばかりの頃に，どのように教育を行っていけばよいのかわからず，まずはそこで行われていた教育方法に合わせていたことに気づき，反省している。また，当時は高校を卒業している学生に髪形や服装の指導までするのかという疑問を抱いていたが，同僚の看護教員がどの場面でも一貫して同じ指導をしていたため，深く追求することもせず周囲に同調していた。しかし，講習会で，学生にはもともと学んでいく力があることを知り，教育方法は自分が行ってきた教員主導型だけではないことに気づいたのである。

また，Ｇ教員は，自分が周囲に巻き込まれ同調していただけではなく，自らもそう考えていたことに気づいている。それはＧ教員の次の語りに表れている。

**「実際，自分も子育てをしていて，“わからないことは教えてあげないとわからないだろう”っていう気持ちがどこかにあったんです。高等教育まで受けて職業教育に近い学校に来ている学生や，今，社会人入学の学生が多い中での学生の理解が，研修に行く前は，“義務教育を受けているこども”，“何も知らないから，知らないんだったら教えてあげないとわからない”っていうような考え方だった」**

Ｇ教員は，学生と幼い我が子への見方を重ね合わせ，

教えないとわからないだろうと考えており，講習会に行くまで，学生には自ら学んでいく力があるとは，思いもよらなかったようである。

教員主導の教育に対する捉え方に変化をもたらした講習会の経験を，G教員は二つあげている。その一つは，教員主導による教育を自らが受けたという経験であった。それについて，G教員は，次のように話している。

**「自分が学生の立場になれたというのは大きかった。（中略）“あなたたちは教員なんだからこうしなければならないわよ”と教員主導で授業をされる先生方もおられましたけど，その時はやっぱりしんどかったですね。言われた通りにやらなければならない自分がいて。自分が教員で，学生が今の自分の立場だと思ったら“教員が今これを求めているからこうしなければならない”というところにつながっているんじゃないかな。その場は，教員は満足して“学生もやってくれてよかった”で終わるけれど，果たしてそれが続くだろうかと思えたのは，自分が学習者の立場になって，30歳過ぎて学生の視点に返れたというところが大きいかな」**

G教員は自らが学生となった講習会で，教員主導で講義を行う講師の教育を受け，講師の考える教育方針に自分を合わせて思考を制限していかなくてはいけないという経験をしている。そのとき，教員主導による教育が，講師にとっては自分の思う通りに講義を展開でき，満足だとしても，学生にとっては主体性を発揮しにくいのだとわかる。G教員は，教育がもたらしうる拘束感や抑圧感を体験し，教育の捉え方を再度見直している。

自分が行っていた教育のあり方を振り返ることになった二つ目の経験として，G教員は，教育実習先で行われていた教育やその教育を受けていた学生の様子を知ったときのことをあげている。G教員は，そのときの経験を次のように語っている。

**「教育実習に行った学校で出会った学生達が，すごく自由だなと思ったんです。それの善さも悪さもあるとは思ったんですけど。（中略）学生達から“先生を頼りにしている”，“信頼している”という話しを聞いた。（中略）看護技術演習を見学した時に，なんて伸び伸びしているんだろうって思った。学生達が考えられる環境，学生達が素の状態でいろんな発想ができる環境を整えていくということも必要だと思った。もちろん大事なことは大事だと押さえないといけないし，時には緊迫したムードも必要だが，教育ではその辺の中身を組み合わせていったらいいんじゃないかと，実際授業風景を見学したり，学校の学生と話しをした時に思ったんです」**

G教員は，教育実習先の学校で，看護教員が主導しなくても学生は教員を信頼し，伸び伸びと学習に取り組んでいる姿を目の当たりにする。自由に学んでいる学生の様子は，自分が今まで教育のあり方を深く考えなかったことを見直すきっかけとなっている。G教員はこのとき，学生が看護教員と信頼し合える関係が築け，自由に考えることができる環境さえ保障されれば，学生は自ら学んでいく力を持っていることを理解する。

講習会を通して学生の捉え方に変化があったことは，G教員の中で，単に学生観の変化や教育のあり方への気づきをもたらしただけではなかった。自分が講習会に行くまで，学生や教育方法について既成の知識にとらわれていたことを見直すことにつながっていたのである。G教員は，それについて次のように語っている。

**「“自分自身が知っていなければならない”，そう，ならないですよね。“教えなければならない”，“やらなければならない”っていう肩の荷の重さとか，自分の無力さというのをすごく感じていたので，ある意味，“教員として私はここにいてはいけないのではないのだろうか”というところまで思ったこともあった。それだけ“自分には力がない”と思っていた。学生達に自分は何を伝えられるんだろうかという考え方だった」**

**「何をするにしても“これでいいんだろうか”っていうところがずっと付きまとっていた。（中略）みんなに完璧に分かってもらわないと私の役割は果たせてないんじゃないかというところでしんどかった」**

**「自分の中で教員像を作りあげていたんでしょうね。“それにならないといけない”というところにしんどさがあったのかもしれないです。それに周りの先生方をみていても，“わぁすごい”って感じで自分に劣等感もあったし…。“そんなこと，できないわ”とか，“そんなところまで（学生を）導いていけない”っていうところもあったと思うんです」**

G教員は，「教えなければならない」「やらなければならない」と，自分に対して厳しい基準を作り上げ，それを自分に課すことで自分を追い込んでいた。また，教育経験のある他の看護教員と自分を比較し，看護教員としての役割を果たせていない自分に対して無力感を抱き，看護教員としての存在の意味さえも疑っていったといえるだろう。それと同時に，周囲の同僚の様子から作り上げた看護教員の理想像にとらわれ，それに近づけるように真面目に取り組んだことが，結果的に看護教員としての自分に限界を感じることにつながったと思われる。

教員主導の教育に一生懸命に取り組めば取り組むほど，看護教員としての自分に限界を感じていたG教員であった

が，講習会の受講はそのような自分に変化をもたらしていた。それは，Ｇ教員の次の語りに表れている。

**「どうしても枠に当てはめてしまうという考え方から，講習会に行って，自由な発想が大事に思えるようになった」**

**「例えが悪いかもしれないですけど，がんじがらめだった教員が，少しずつ解き放たれていったというような表現ですかね。“こうあらねばならない”というところから，“こういう方法もあってＯＫ”だし，こういう方法をやっていって“上手くいったな”“ダメだったな”，“そしたらまた積み重ねていかないといけない”ってやっている中で，自分の中で教員としての考え方が大きく変化してきている」**

Ｇ教員にとって講習会は，今までの自分に対して課していた厳しい枠組みから自分を解放させる転機だったと言えよう。それまで，Ｇ教員は，常に看護教員としての役割を十分果たせない自分の能力に限界を感じ，無力感を募らせていたが，自分を自由にしたことで，教育の方法もその結果ももっと自由に，長い目で捉えていけばいいと前向きに考えられるようになっている。

また，Ｇ教員は，自由な発想をすることができなかった自分を，遠い過去の記憶の中にも見出していくが，この自分の性質の捉え方にも変化があったことを次のように語っている。

**「どちらかというと，苦手なんです，企画とか。もっと違った発想というのがなかなか自分の中で思い浮かばないんです。それは小さいときから美術で絵を描いても作品を作っても独特の癖のある人達がうらやましかった。ありきたりのことなら考えられるけれど，“いやいやこういう考え方もあるよ”っていう見方ができないというのも分かっています。逆に，知っているだけに教育はいろいろな発想が必要だし，気になるところは変えていかないといけないというところでマイナスになるところはある。その辺はなかなかすぐには変えられない部分とは思うが，“また枠にはまっていないかな”というところで立ち止まることは少しできるようになったと思う。自由に学んだり，自由に考えるというのは，まだ難しいところなのかなって思う。教育というのは一つじゃなくて，自由な学ばせ方がある。学生達がさまざまな発想をして学んでいくということがすごく大事なんだなと思うようになりました」**

Ｇ教員は，「こうあらねばならない」と一方向で思い込んでしまう自分の性質は，幼少時から同じだったと気づく。そして，長年の性質はすぐに変えられるものではないが，自由な学ばせ方があることに気づいたことで，自らの思考や行動を立ち止まって点検できるようになった自分の変化も感じている。この時にＧ教員は，教育で大事なのは，学生が自由に発想できることであり，その環境を整える教育の方法も「こうあらねばならない」というものではなく，自由でいいと理解したといえよう。

学生を新たな見方で捉えられるようになったＧ教員は，現在，学生の自由な発想を大事にしながら教育に取り組んでいるが，その難しさについても実感している。それについて，Ｇ教員は次のように話している。

**「今は，学生主体の教育をするけれど，でも評価もしていかないといけないだろうし，やらせっぱなしでどうでもいいわっていう方向にもなりかねないですよね。自由にやらせたけど，後はどうなの？っていうところもあるのかなという落とし穴もあると思うので，その辺は自分の課題です」**

Ｇ教員は，教育を続けていく中で，学生の自由な発想を大事にして教育を行うことは，単に学生任せにするということではないと見極めている。だからこそ，評価をしていかなければならないと感じるとともに，今まで以上に看護教員としての責任の重さを実感している。

そして，自由な教育を続けてきた自分のこの変化を次のように話している。

**「去年３年生を担当させてもらって無事卒業していって，（中略）この前同窓会をしているところを見て，“元気にやっているよ”とか“少し面白さも見出してやっているよ”とか，学生がまとめた論文が雑誌に載ったりしているのを見て，教育の結果っていうのはよく10年しないと分からないというけれど，なんだかそういうのもいいもんだなと。ずっと教員をしていくのとは別に，無事卒業してよかったと思ったし，また元気にしているところを見れてよかったと思える。こういうのが教育の面白さなのかなと。教員としてずっとやっていこうと思っている人は，きっとこういう経験を多くされているのかなと思った」**

**「教員をやって５年目ですけど，自分の中での変化もあって，（中略）“教員なんて絶対いや”というのでもなく，“自分にはできない”というのでもない。学生達は自分で学んでいく力を持っているし，自分一人ではなく多くの人々の力添えがあって卒業していったし，立派に仕事もしているところを見ていたら，自分一人が教えるのではないのはわかっていたつもりですけど，どこかでやっぱり自分がいっぱいいっぱい背負っていた思いに押しつぶされそうになっていたのかな。（学生は）知識や技術が未熟だったとしても，そこでの環境でこれからもまた学習していくし，その土台をキチンと作っていけば，きっ**

**とこの子達は大丈夫かなと思えた。少しは，そう考えられるようになった自分を受け入れられるようになったというのもあるのかな。少しは，認められるというか，（自分に）ＯＫを出せるところも出てきたのかなと思いますね」**

Ｇ教員は，卒業した学生の成長した姿を目の当たりにし，看護教員としての喜びを感じている。そして，その経験は，看護教員に対する自分の認識を変えていった。Ｇ教員は，学生の学ぶ力を信じることで，看護教員として何をすることが教育なのかということを見極めたのである。**「（自分に）ＯＫを出せる」**というのも，自分の考える教育をきちんと理解し，納得のいく教育が行えているからこその発言といえるだろう。このように，講習会での学びをもとに教育を実践したり，学生の姿から教育の評価をすることで，自分も学生も自由であればいいと理解し，自分を認められるようになったことは，Ｇ教員の「看護教員としての自己」を確かなものにしたと思われる。

Ｇ教員は，学生には自ら学んでいく力があると学んだ講習会の経験を通して，所属する職場文化などに影響を受けてきた自分を発見した。その認識をしたことで，Ｇ教員は，改めて自分を支えている価値，信念は何かと向き合うとともに，たとえ同じ職場に居続けたとしても，自分に影響を与えているものから自らを解き放ち，変わろうという意志決定をした。Ｇ教員は，自分を規定したり，自分に影響を与えているものから自由になろうとしながら「看護教員としての自己」を築いていた。

## Ｖ．考　　察

これまでの結果を総括し，「看護教員としての自己」の様相の中で，看護教員にとって講習会はどのような教育的意義を持っていたのかを考察する。

### １．看護教員のキャリアを支える初期的教育の意義

講習会の経験を通して，《学生に看護を教えることの意味を深めていく》自己の様相を示していた参加者らの語りからは，看護教員が講習会後の経験の中で自分自身の問い直しをしながら，講習会当時の学びを再度意味付け直していたことが明らかとなった。参加者らは，講習会で学んだ「教育の基本は学生の話しを聞くこと」という意味を，その後の学生との関わりの中で〈学生の個別性に合わせて看護を教える〉ことであるとその意味を読み解き直したり，「看護の原点は生活を整えることである」と見極め，その実践として〈自分の看護観を伝えながら看護を教える〉ことの重要性に気づかされたり，教育原理や教育方法などの教育の基本的な部分の学びを，その後の授業を通して，教育理念と実践をつなぐような授業を創造するよう意識していき，〈教育理念に基づきつつ個性的に看護を教え〉ていた。このように，参加者らが理論的知識を実践的知識に変換させていった歩みの過程からは，現在掴んでいる意味をその後の経験の中で，変換させ続けていき，さらに発展させていくことを予感させた。講習会で学んだ理論的知識は，その後の経験を通して，実践的知識に変換されながらその意味が深化されていくだけではなく，看護教員が将来を見据え，自分の行動や意志を方向づけて歩んでいくような長期的な変化をもたらすことにもつながっていたのである。その意味において，講習会は看護教員にとって，これから看護教員として歩んでいくための基盤をなす教育であるといえる。つまり，講習会には，看護教員のキャリアを歩み始めるための基礎づけをする初期的教育の意義があるといえるだろう。

### ２．看護職者としての成長を支える継続教育の意義

講習会の経験を経て，《看護職者としての歩みを問い直す》自己を形成していた参加者らの語りからは，看護教員が講習会で出会った他者の生き方を知ったことを通して，看護の世界に生きることの覚悟を決めかねていた自分に気づき，〈看護職者として再出発する〉決断をする過程が明らかにされた。また，講習会で出会う他者の存在が，看護を狭くとらえていたこれまでの自分に気づかせてくれるとともに，〈納得できる自分へ変容し続ける〉というその後の自己のあり方にまで影響していた。

看護教員にとって講習会での他者との交流は，これまで意識していなかった他者の看護に対する向き合い方や捉え方をいやがおうにも知らしめられる機会であった。講習会の場で看護教員は，慌ただしく仕事に追われる日々から一旦学習者の立場となり，これまでの自分の看護への向き合い方や看護のとらえ方を，初めて立ち止まって考えるのである。そして，このような経験の中で，看護教員はこれからも看護職者として生きていくことを自らの意志で選択している。これらの変化が講習会から派生していることを考えると，看護教員にとって講習会は，看護職者としての自分の看護に対する向き合い方を問い直し，改めて，看護職者として歩んでいこうとする意志を確認する機会であるという意味において，継続教育の意味を含んでいるといえるだろう。つまり，講習会は，名称や本来の目的とするところは看護教員の養成教育ではあるが，受講する者にとっては，それまでの自分の看護への向き合い方を問い直しながら「看護職者としての自分」を再構築していく継続教育としての側面を持っていると考えられる。

### ３．「看護教員としての自己」の尊厳を発現させる教育の意義

講習会の経験から《自分を支えている価値，信念を確認する》自己を形成していた参加者らの語りからは，所属する組織やそこでの同僚との関係の中で，看護教育の慣習

とされる文化的空気に同調することを周囲の同僚から求められていると認識しつつも，〈自分らしくあることの善さを確信する〉自己の姿が描かれていた。また，たとえ組織内で同調することを求められなかったとしても，初めて教育の世界に入ってきた看護教員にとって先輩教員達が創り上げてきた教育や，それを「善いもの」として受け継ぐ組織風土は，その「善いもの」を自らで吟味する意識の現われを妨げ，あまりに自然に，教員の中に受け入れさせるだけの威力を持っていることを示していた。講習会での学びや人々との出会いは，知らず知らずのうちに自分を規定しているものの正体に気づき，そこから自由になり，本来の自分の価値に照らして教育を吟味，そして選択していくことに立ち戻る機会となっていた。

Ｆ教員とＧ教員の語りに特徴的に描かれていたように，講習会は自分が所属している組織やそこでの同僚との関係の中で自分が向き合ってきたものに改めて自覚的になり，それが意識的，無意識的に自分らしさを抑圧するよう働いていたことを認識するとともに，そこで自らの信念や考えに改めて気づく機会となっていた。初めて看護教員になった者にとって，長年に渡り組織や同僚が創り上げてきた風土や文化は，同調や同質性を要求されているように映り，個々の自立性や創造性を抑圧するような影響力を持っているようであった。

しかし，この状況に身を置き続けている看護教員は，所属する看護学校の組織文化やそこでの同僚の価値等が，すぐに変わるものでも，変えられるものでもないということを了解している。それゆえ，教員は，自分らしさを抑圧するものから逃げたり，傾倒するのではなく，自分を規定するものの価値が，たとえ，自分の価値や信念と相容れないものだったとしても，それらと共存しつつ，自分が自分らしくあり続けることを選んでいくのである。

組織文化やそこでの同僚の価値に同調することが要求されるにも関わらず，教員自身が自分の価値や信念を貫き，自分らしさにこだわる理由として，浅田は，「教師の自己概念は，子どもの成長・発達に大きく影響する」[17]と述べ，教育における教師と子どもの相互作用の重要性を述べている。講習会を通して看護教員は，自分らしくあることが教える学生の個性にも気付くようになることや，尊重しようとする意識につながることを知ったのであろう。講習会で，看護を実践もしくは教える立場から，学生としての立場を体験したことや，看護について違う見方をする他者との出会いは，看護を教える者としての自分自身への深い省察を引き起こさせ，他者とは違う価値や信念を持つ自分を自覚的にさせていたのである。それだけでなく，その経験は，自分らしくあることの善さに気づかせてくれ，看護教員としての自分の生き方を選択していく過程において，自分らしくあり続けようとする意志を支えたのではないだろうか。

看護教員にとって講習会は，所属する看護学校の教員であり続ける以上，自分が関係していかなければならない組織文化やそこでの同僚の価値等，自分の価値，信念とは相違えるものの多様性をも受け入れ，共存して生きていかなければならない中で，自分らしく生きようとする意志を支えてくれるための礎としての意義があると考えられる。

### ４．講習会の教育的意義

15名の看護教員の語りに示された「看護教員としての自己」の様相からは，講習会には看護教員として歩むための初期的教育としての意義や，看護職者としての継続教育の意義，「看護教員としての自己」の尊厳を発現させる教育の意義があることが示唆された。

前述の二つの意義については，先行研究[18)～24)]の中で「看護や看護教育についての知識の深化」や「看護職者としての自己の振り返り」など講習会修了時の受講者の学びをまとめたものがあり，本研究結果と類似した結果が報告されている。しかし，今回，講習会修了後も講習会の学習経験が看護教員を続ける者の中に生き続け，「看護教員としての自己」の形成につながっているという新たな結果が示されたことは意義深いといえる。また，第三の意義については新たな知見であり，講習会の学習経験が看護教員の価値や信念の確認の機会にもなるなど，自己の内面深くまで影響することが明らかにされたことは注視したい結果である。これらの結果からは，講習会で学習経験として蓄積されたものは，それぞれの看護教員の中で生き続け，その後の教育実践を通して対峙する「看護とは何か」「看護教育とは何か」「看護教員としての自己を支える価値，信念とは何か」という内省を伴う問いによって再考され，その意味を深めながら，「看護教員としての自己」の形成に影響していることが読み取れる。経験の意味づけは学習である[25)]というデューイの考えに照らしてみると，講習会の学習経験は，その後の教育実践の積み重ねを通して，看護教員に繰り返し学習の機会をもたらすと捉えることができる。すなわち，講習会には「看護教員としての自己」の発展を可能にする教育的意義があることが示唆された。

## Ⅵ．研究の限界と今後の課題

本研究の結果は，研究参加者の看護教員として生きる人生全体から見れば，ごく一部にすぎない。今後，さらに長期的に追跡調査し，看護学校の看護教員として生きていく過程で講習会の学習経験がどのように意味変容していくのかその過程を明らかにしていくことで，さらに長期的に影響する講習会の教育的意義を表わすことができると考える。

## Ⅶ. 結　　論

講習会における学習経験をはじめとする15名の看護教員の語りの解釈から，以下の結果が得られた。

１．参加者の語りには，「看護教員としての自己」の多様な様相が描かれていた。その中から，いくつかの意味あいが浮かびあがった。〈学生の個別性に合わせて看護を教える〉〈自分の看護観を伝えながら看護を教える〉〈教育理念をもとに個性的に看護を教える〉という意味あい，〈看護職者として再出発をする〉〈「納得できる自分」へ変容し続ける〉という意味あい，〈自分らしくあることの善さを確信する〉〈自分を規定するものから自由になる〉という意味あいであった。これらを「看護教員としての自己」の物語と捉えると，順に《学生に教育を教えることの意味を深めていく》，《看護職者としての歩みを問い直す》，《自分を支えている価値，信念を確認する》という３つの特徴として表すことができた。

２．「看護教員としての自己」の様相の中に見出された講習会の教育的意義には，看護教員の歩みを支えるキャリアの初期的教育の意義，看護職者としての成長を支える継続教育の意義，「看護教員としての自己」の尊厳を発現する教育の意義の３点が示唆された。それにより，講習会は「看護教員としての自己」の発展を可能にする教育的意義を有すると捉えることができた。

## 謝　　辞

本研究にご協力いただきました看護教員の皆様に深く感謝申し上げます。

なお，本研究は神戸市看護大学大学院博士前期課程の学位論文に，一部加筆修正したものである。

## 要　　旨

**目的；**本研究の目的は，看護教員の看護教員養成講習会での学習経験の語りに表われる「看護教員としての自己」の様相を明らかにし，そこから講習会の教育的意義を検討することである。

**方法；**15人の看護教員へ半構造化インタビューを行った．彼らの語りを自己物語と捉え，語りを引用しながら解釈を加え，その意味を読み解く質的研究デザインで分析した。

**結果；**語りに表われた「看護教員としての自己」の様相から《学生に看護を教えることの意味を深めていく》，《看護職者としての歩みを問い直す》，《自分を支えている価値，信念を確認する》の３つの特徴が明らかとなった。また，この特徴から講習会には，教員の歩みを支えるキャリアの初期的教育の意義，看護職者としての成長を支える継続教育の意義，教員としての自己の尊厳を発現する教育の意義があるといえ，これらは「看護教員としての自己」の発展を可能にする教育的意義であると捉えることができた。

## Abstract

**Objective:** This study aimed to examine the educational significance in a nursing teacher training program. For this purpose the characteristic of “self–recognition as a nursing-teacher”, which appeared in discussions about learning experiences in the class, was examined.

**Methods:** Data were gathered using a semi-structured interview with 15 class attendees. This was then analyzed by a qualitative study method that construes talk as a narrative by quoting the actual words.

**Results:** The data analyses showed 3 significances in the nursing-teacher training program. 1）The initial education to support the career as a nursing teacher. 2）Continued education to support growth as nurses. 3）Education to develop dignity through “self–recognition as a nursing teacher”. These significances were found through 3 characteristics; deepened meaning of teaching nursing to students, reflecting on a career as a nurse, and confirming the value and faith of self-support. These characteristics appeared in their participants’ narratives about how they came to recognize themselves as a nursing teacher. From results, the educational significance in a nursing teacher training program is the development of “self– recognition as a nursing teacher”.

## 文　献


1）日本看護協会出版会：平成20年看護関係統計資料集，日本看護協会出版会，東京，2009.
2）二宮一枝：岡山県看護教員養成講習会の５年間を振返って，看護教育，23(8)，475-478，1982.
3）箕浦とき子，上田規子，他：看護教員養成課程卒業生の就業状況および継続学習の実態―神奈川県立看護教育大学校・看護教員養成課程卒業生と東京都立医療技術短期大学教員養成講座修了者の比較から―，神奈川県立看護大学校紀要，19，99-112，1996.
4）小山眞理子，大串靖子，他：看護教師の資質の発展に関する研究―その１教師調査―，日本看護学教育学会誌，10(3)，63-199，2000.
5）屋宜譜美子：看護教員という存在―日本の看護教員養成制度の変遷から―，看護教育，48(11)，950-956，2007.
6）佐藤みつ子：看護教員養成に関する教育内容の研究，看護教育，26(3)，151-164，1985.
7）前　隆代，箕浦とき子，他：看護教育学科（看護教員養成教育）卒業生の動向（第２報），神奈川県立看護大学校紀要，12号，12-35，1989.
8）大石喜久代：受講者の立場で考えられた指導体制　静岡県の実践，看護教育，35(5)，356-361，1994.
9）佐藤みつ子，木下静香，他：看護教員養成講座修了者の研修内容に対する認識とその要因，東京都立医療技術短期大学紀要，９号，169-179，1996.
10）冨田幸江，徳本弘子：看護教員養成講習会受講前後の看護教育に対する認識の変化（その１）―イメージマップからの分析を通した講習会プログラム評価の試み―，日本看護科学学会学術集会講演集，20号，263，2000.
11）冨田幸江，徳本弘子：看護教員養成講習会前後の看護教育に対する認識の変化（その２）―受講者が学んだ教育内容―，日本看護学教育学会11回学術集会講演集，200，2002.
12）徳本弘子，冨田幸江：看護教員養成講習会前後の看護教育に対する認識の変化（その３），―イメージマップによる講習生の自己評価からみた教育評価―，日本看護学教育学会11回学術集会講演集，201，2002.
13）坪倉繁美，和賀徳子：看護教師の成長に影響する因子―変容の契機についてのインタビューの分析―，日本看護科学学会学術集会講演集，20号，264，2000.
14）鳶野克己：物語ることの内と外，矢野智司　鳶野克己編：物語の臨界―「物語ること」の教育学，3-25，世織書房，神奈川，2003.
15）Immy Holloway & Sally Wheeler ／野口美和子監訳：ナースのための質的入門，第２版，246-261，医学書院，東京，2006.
16）Egon G.Guba & Yvonna S.Lincoln: NATURALISTIC INQUIRY, 289-331, SAGE Publications, Newbury Park, 1985.
17）浅田　匡：自分の授業を見直す，浅田　匡他編，：成長する教師，教師学への誘い，147-160，金子書房，東京，2003.
18）江崎フサ子：看護教員の能力・資質形成の契機，日本看護学教育学会誌，8(1)，29-39，1998.
19）新村洋未，細田泰子，他：埼玉県看護教員養成講習会受講生の受講後の就業に関する傾向および講習内容に関する評価，埼玉県立大学紀要，２号，65-70，2000.
20）阿部洋子：自己を拓き，他者を照らす教育をめざして―宮城県の場合―，看護教員養成講習会　これからの課題，看護教育，35(5)，346-349，1994.
21）中山君子：看護教員養成講習会の意義―受講生の自己変革を求めて―，看護教員養成講習会　これからの課題，看護教育，35(5)，335-339，1994.
22）森　千鶴，佐藤みつ子，他：看護者の“自己教育力に対する意識―看護教員養成課程受講生の調査より―，看護展望，16(8)，67-75，1991.
23）大下静香：東京都主催看護教員養成講習会修了者の実態―自己変容度と継続学習状況―，第13回日本看護学会看護教育集録，133-136，1982.
24）細田泰子，新村洋未，他：看護教員養成講習会における看護観の明確化に関する研究，埼玉県立大学紀要，6，19-30，2004.
25）Dewey, J: Experience and Education: The 60 th Anniversary Edition. West Lafayette, Kappa Delta Pi, 1938.
26）藤岡完治：教師の成長と授業研究，第４章，関わることへの意志―教育の根源―，138-189，東京，国土社，2002.
27）向山浩子：教職の専門性，序章，教職の専門性―教員養成改革論の再検討―，13-25，明治図書出版，東京，1987.


［平成22年１月14日受　　付
平成23年１月20日採用決定］

－研究報告－

# 配偶者を亡くした高齢遺族のスピリチュアリティに関する質的研究

A Qualitative Study of Spirituality of the Elderly Bereaved who have Lost their Spouse

生　田　奈美可
Namika Ikuta

キーワード：スピリチュアリティ，配偶者，死，喪失，高齢遺族
Key Words：spirituality, spouse, death, loss, the elderly bereaved

## Ⅰ．はじめに

スピリチュアリティとは，英語のスピリット（spirit）の派生語で，ラテン語のspititus（風，息）がその語源である。英語のスピリットには人間の霊的部分，精神，生命の息，生気（精気）などの意味がある。旧約聖書には「人間は神によって命の息を吹き入れられ，生きるものとなった」と記されている[1]。よってスピリチュアリティとは，人間を越えて人を生かす力や土台を与えるものであるといえる[2]。つまり終末論的生を生きている人間にとって，スピリチュアルは，人生の問いが生じた時や危機的状況に陥ったときから始まるのではなく，人間は神の像に創造されたがゆえに誕生した瞬間からすでに霊的存在なのである[3]。このようなスピリチュアリティの伝統的理解は，歴史的にキリスト教の伝統のなかで捉えられてきたものである。このような理解からいえば，霊的問題は，患者だけの問題ではなく，また，死を前にした時期に限ったことでもなく，すべての人間に共通するものである。

諸外国において，スピリチュアリティに関する研究は，1980年代より英国のホスピス活動と北米の癌患者の精神的ケア，スピリチュアルケアの発展の中で，一般的なスピリチュアリティ概念の検討[4][5][6][7][8]，看護におけるスピリチュアリティ用語の検討[9][10][11][12]，緩和ケアにおける癌患者のスピリチュアリティやケアに関する研究[13][14][15]，など数多く行われており，The JAREL Spiritual Well-Being Scale[16]やThe Spiritual Care Scale[17]等，アセスメント尺度の開発もなされている。

我が国においては，終末期がん患者を対象にしたスピリチュアリティに関する研究が主であり，スピリチュアリティ測定尺度についての研究や，スピリチュアリティ概念の分析が行なわれている。終末期患者に焦点をあてた研究において今村ら[18]は，海外のスピリチュアリティに関する先行研究から，終末期がん患者のスピリチュアリティ概念構造の検討を行っている。そのなかで，スピリチュアリティは，探求の方向性と統合のレベルという要素からなり，探求の方向性の対象は，超越的なもの，他者や環境事象そして内的自己をあげており，それぞれには統合レベルの高低がある，と述べている。スピリチュアリティ測定尺度について，比嘉[19]は，スピリチュアリティを「何かを求めそれに関係しようとする積極的な心の持ち様と自分自身やある事柄に対する感じまたは思い（以下，意気・観念）」と定義し，女子大学生385名を対象にスピリチュアリティ評定尺度である「ＳＲＳ（Spirituality Rating Scale）を開発し，その信頼性・妥当性を検討している。また，一般的なスピリチュアリティ概念について田崎ら[20]は，WHOQOL/SRPB（Spirituality，Religiousness and Beliefs）プロジェクト（WHOの健康概念に関する改訂の動きに応じた国際比較調査）の一環として，日本におけるスピリチュアリティを質的に検討調査している。その結果，日本人におけるスピリチュアリティの概念が曖昧な上に，WHOの提示した概念の下位構造にも合致しないと報告をしている。彼らは，日本人のスピリチュアリティの特徴として，個人差が大きいこと，他者から見られることで自己の存在を確認する「相対的価値観」を持つこと，自然との対比における人の小ささや自然への畏敬の念，祖先との関わりや個人の内的な強さが強調されていることを挙げている。また対象を高齢者に絞った研究で竹田ら[21]は，文献等の検討から日本人高齢者のスピリチュアリティ概念が，「生きる意味・目的」「死と死にゆくことへの態度」「自己超越」「他者との調和」「よりどころ」「自然との融和」の６つの下位概念から構成されていることを提示している。また，この研究で，「死と死にゆくことへの態度」は，高齢者において特に重要な概念であることが示唆された。しかしこの研究は，数少ない高齢者のスピリチュアリティ研究をもとに行った文献による概念分析であり，体系的に得られたデータをもとに分析された結果ではない。

このようにみてみると，わが国におけるスピリチュアリ

山口県立大学大学院健康福祉学研究科健康福祉学専攻博士後期課程　Graduate Schools of Yamaguchi Prefectural University

ティ研究は，終末期がん患者をはじめとした死に直面する人々がもつスピリチュアリティや一般的なスピリチュアリティ構造に焦点をあてたものが多い。しかしながら，国が異なればスピリチュアリティの構造が異なると同様に，年齢やその人が置かれた状況において，顕著となる下位概念や下位概念の具体的様相が異なることが予想される。また，その構造パターンは時間とともに変化する可能性がある。したがって，今後は，発達段階や様々な状況に応じたスピリチュアリティの具体的様相やその変化を明らかにすることも必要になると考える。

スピリチュアリティが顕著となる状況の１つとして，愛する家族の死がある。窪寺[22]は，スピリチュアリティについての定義の説明のなかで，「人が思いがけない人生の危機（突然の病，死，愛するものとの離別など）に直面すると，それまでの人生の基盤が崩れたり，頼るものを失ったりする。希望や目的が消えてしまうこともあり，激しい心の動揺（不安，恐怖，苛立ち，悲嘆など）を経験する。その状態から立ち直るために，人は自分の外にある絶対的存在や，人間的限界や有限性をもたない世界に，新たな“生きる力”や“希望”を求める。また，自分にとってもっとも重要なものは何かという視点から，隠れていた真の自己と出会うことで危機を乗り越えて生きるための新たな“人生の意味”や“目的”をつかもうとする。」と述べている。愛する身近な人の死は，まさにスピリチュアリティが覚醒し，力を発揮する状況であるといえる。

身近な家族の死のなかでも配偶者を亡くすことは，重大な生活上の変化として位置づけられており[23]，最も適応が困難な出来事である[24]。配偶者の死に直面した遺族は，それまで宗教的関心があろうがなかろうが，故人が今どうなっているのだろうかと思いをはせ，死後の生命を問題にしたり，長年連れ沿った愛する人の亡き後，人生をどのように生きていけばいいのかと途方にくれる。その際遺族は，様々なスピリチュアルな問題に直面し，スピリチュアリティを自らが感じながら，また無意識のうちに表出しながら，そこからの人生を生きていこうとする。

ところで高齢期は，身体機能の低下，家族構造の変化や社会的な役割からの離脱，引退などにより，自らの存在の意味を問い直す時期であり，身近な人の死を体験することが多く，自らの死についても問うなど，スピリチュアリティへの関心が高まる時期であるといえる。そのような高齢期において，配偶者を亡くすことは，ある人にとっては二重にスピリチュアリティの覚醒と苦悩を体験することを意味するが，なかにはスピリチュアルな危機をうまく克服することができる人もいる。どのような状況においてスピリチュアリティの課題が克服されるのかについて明らかにすることは，高齢者の健康や生活の質を考える上で重要な示唆を与えると予想される。しかし，配偶者を亡くした高齢遺族のスピリチュアリティについて，実際に聞き取り調査を行い，質的に分析を行った研究はない。

本研究の目的は，配偶者を亡くした高齢遺族のスピリチュアリティに焦点をあて，その内容を明らかにすることである。それを明らかにすることで，配偶者を亡くした高齢遺族のスピリチュアルな問題についての理解が深まり，高齢遺族者のケアへの発展の一助となると考える。

## Ⅱ．用語の定義

Spirituality（スピリチュアリティ）：人間が人間であることによって生まれながらにして持っているもので，人間に生きる力や存在の意味，心の安寧をもたらす暗黙の認知的な枠組み，あるいは拠り所に関する領域

Spiritual Pain（スピリチュアルペイン）：上記の枠組みや拠り所に障害をきたした状態

## Ⅲ．研究方法

### １．研究対象者の選定

配偶者が死亡した後，５ヶ月～１年６ヶ月の高齢遺族を研究参加者とした。施設側責任者に条件に該当する対象者紹介の依頼を口頭と文書にて行った。その後，施設責任者より，研究参加者の紹介を受け，後日研究者から，研究目的，方法，倫理的配慮についての同意を文書にて得た。

研究参加者は，男性２名，女性11名の合計13名であった。研究参加者の平均年齢は72.1歳（60～80歳　SD=5.5），死別からの平均期間は10.5ヶ月（５ヶ月～18ヶ月　SD=5.1），平均介護期間は，11.3ヶ月（３ヶ月～３年）であった。現在の家族構成については，独居９名，子供や孫との同居が２名，親との同居が２名であった（表１）。

### ２．調査方法

データ収集期間は平成16年４月～平成18年７月である。面接は半構成的面接であり，配偶者を亡くした後の体験と心の安寧を得られた体験について，研究参加者に自由に話をしてもらった。研究参加者全員から録音の了解を得て録音した。面接時間は，１人につき約１時間30分程度であった。面接は，対象者が落ち着いて話すことができるように，病院の面談室，デイルームもしくは対象者の自宅で行った。

### ３．分析方法

分析は，スピリチュアリティの定義に基づいて質的帰納的に分析した。データの文脈に沿って，スピリチュアリティについての意味内容が含まれる部分を抽出・コード化し，コード化したデータを類似性に基づいて分類し，さらに抽象化をすすめ，サブカテゴリ，カテゴリとした。また，各カテゴリについて，カテゴリ間の関連を表すための構造

表１　面接を行った遺族の概要

N＝13

| 事例 | 年齢 | 性別 | 死別からの期間 | 介護期間 | 現在の家族構成 | 宗教活動 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| No. 1 | 77歳 | 女 | ６ヶ月 | ３ヶ月 | 娘と同居 | なし |
| No. 2 | 77歳 | 女 | １年６ヶ月 | １年 | 独居 | なし |
| No. 3 | 75歳 | 女 | 10ヶ月 | ３年 | 独居 | あり |
| No. 4 | 73歳 | 女 | ５ヶ月 | ４ヶ月 | 独居 | なし |
| No. 5 | 71歳 | 女 | ５ヶ月 | ７ヶ月 | 独居 | なし |
| No. 6 | 80歳 | 女 | ７ヶ月 | １年 | 独居 | なし |
| No. 7 | 69歳 | 女 | ７ヶ月 | ５ヶ月 | 独居 | なし |
| No. 8 | 71歳 | 女 | 11ヶ月 | １年 | 独居 | なし |
| No. 9 | 60歳 | 女 | ８ヶ月 | １年 | 実母と同居 | なし |
| No. 10 | 67歳 | 女 | １年 | ８ヶ月 | 義母と同居 | なし |
| No. 11 | 78歳 | 男 | 10ヶ月 | １年６ヶ月 | 長男・孫と同居 | なし |
| No. 12 | 74歳 | 男 | １年６ヶ月 | ６ヶ月 | 独居 | なし |
| No. 13 | 65歳 | 女 | １年６ヶ月 | １年 | 独居 | なし |

化を行った。

なお，本研究では，10名のデータを収集した段階で分析を行い，カテゴリを抽出した。その後１名増えるごとに分析を行い，サブカテゴリを追加し，新たなサブカテゴリを形成できなくなった段階で分析を終了した。また，分析の信頼性を高めるために，分析のプロセスごとに質的研究法に精通している教員，及び老年看護学の研究をしている博士課程修了者よりスーパーバイズを定期的に受けた。データに関する解釈やカテゴリについては常に仮説的なものとし，常に懐疑的な態度を持ち続けるとともに，データを精読して常にデータに立ち返り，また対象者に確認をした。コード化，カテゴリやサブカテゴリの生成段階，及びカテゴリ間の構成の段階で共同研究者と話し合い，信頼性を高めた。

### ４．倫理的配慮

面接に際しては，研究参加は自由意思であり，一旦承諾した後も，いつでも拒否できること，苦痛に感じることは話す必要がないことを説明した。さらに参加者のプライバシーの保持に関しては厳守し，口頭と文書にて研究参加者に同意を得た。面接は承諾を得た後録音し，面接記録については，匿名性が守れるように記号化し，研究終了後に破棄することを対象者に伝えた。なお，研究に際して，調査病院の倫理委員会の承認を得て実施した。

## Ⅳ．結　　果

### １．配偶者を亡くした高齢遺族のスピリチュアリティの全体構造

配偶者を亡くした高齢遺族のスピリチュアリティは，８つのカテゴリと20のサブカテゴリで表現された（表２）。以下の文章においては，カテゴリを１）～８），サブカテゴリを〈　　〉，で表し，高齢遺族の代表的な生データ・言葉は「　　」で例示する。

表２　配偶者を亡くした高齢遺族のスピリチュアリティ

| カテゴリ | サブカテゴリ |
|---|---|
| スピリチュアルペイン | 生きる意味や目的が見いだせない |
| | 夫婦でなくなることの喪失感 |
| 存在の意味の探究 | 自分の存在について問う |
| | 生死について考える |
| ひとりで生きる | 今，自分にできることをする |
| | これから生きていく覚悟をする |
| 繋がりの実感 | 他者との繋がりの実感 |
| | 子孫との繋がりの実感 |
| | 命の繋がりを実感する |
| 感謝の気持ち | 他者に感謝する |
| | 子孫に感謝する |
| 自己を超越したものへの関心 | 縁がある |
| | 自然への畏敬の念をもつ |
| | 宗教への関心 |
| | あの世について考える |
| 超越した存在への故人の配置 | 故人が成仏するよう願う |
| | 故人を再配置する |
| 新たな「わたし」意識 | 夫婦としての「わたし」の統合 |
| | 今の自分を認める |
| | 自分の内なる変化 |

見出されたカテゴリは，１）スピリチュアルペイン，２）存在の意味の探求，３）ひとりで生きる，４）繋がりの実感，５）感謝の気持ち，６）自己を超越したものへの関心，７）超越した存在への故人の配置，８）新たな「わたし」意識，の８つであった。

配偶者の死を経験した高齢遺族においては，自らの存在基盤が揺らぐという１）スピリチュアルペイン，が生じた。遺族はその喪失感や痛みのなかで，２）存在の意味の探究，を行うとともに，３）ひとりで生きる，ための行動をし始めていた。それは，自己の存在の意味と夫婦であった配偶

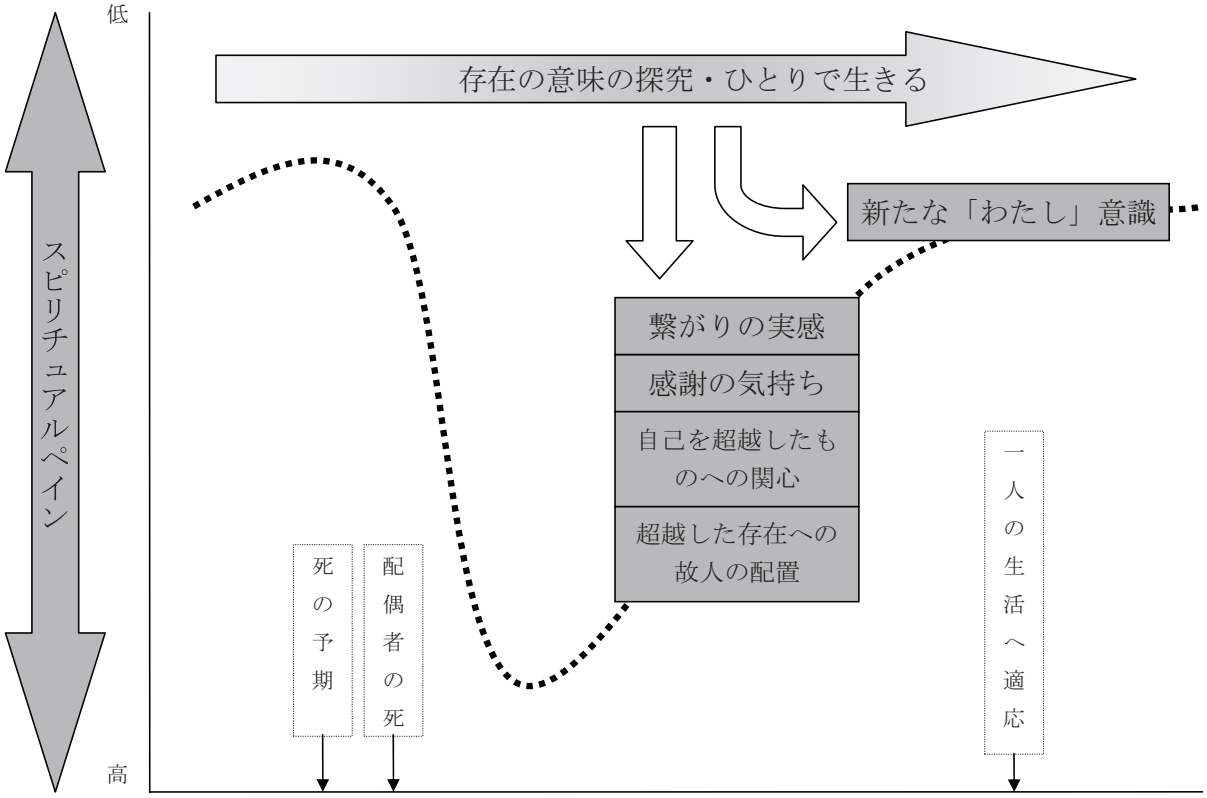



図１　配偶者を亡くした高齢遺族のスピリチュアリティ

者の存在の意味を模索するなかで，遺族が個人としてひとりで生きる道を探求している姿であった。そのような遺族がもつ苦しみのなかで，少しずつ周りの環境との関係を取り戻し，命あるものや人との４）繋がりの実感，を得て，５）感謝の気持ち，６）自己を超越したものへの関心，を持ちながら，７）超越した存在への故人の配置，をすることで，自己，他者，超越的なもの，それに故人との関係の調和を見出していった。そこから最終段階として８）新たな「わたし」意識，が出現していた（図１）。

## ２．配偶者を亡くした高齢遺族のSpirituality概念

### １）スピリチュアルペイン

このカテゴリは，高齢遺族が，長年夫婦として連れ添ってきた配偶者の死に直面したことで，生きる意味や目的を喪失し，答えのない問いに立ち止まっている状況であった。夫婦という１つの単位から，ひとりの個人として生きていくという苦悩であり，高齢遺族はその苦悩において，身体的・精神的・社会的な痛みが生じるのと同様，スピリチュアルな痛みを感じていた。この痛みは夫婦でなくなることによる絶望感を含んだ悲しみや孤独感の痛みであり，このカテゴリは，〈生きる意味や目的が見出せない〉，〈夫婦でなくなることの喪失感〉という２つのサブカテゴリで構成されていた。

〈生きる意味や目的が見出せない〉

高齢遺族は，人生を支えてきた配偶者の喪失によって，生きる意味や目的が脅かされる苦痛を表現していた。

「老人会の幹事なんかしてて，女房が亡くなったら，もう少し本気で取り組もうと言っていたのに。女房がなくなったらすべてにやる気がなくなってしまって。あれ（妻）がおるから生きておれた。ひとりで生きたいと思わん。寂しかったらいつでも迎えにきてもええぞと。おまえが死んでもう何もない。今もそういう気持ち。たよりになるのは金だけ。あれ（妻）が迎えにこんかなと。」「なんのために生きているのか。朝起きて（食事を）なににしようかって考える。主人の食事を作るのが，ひとつの生き甲斐でしたから。（夫が）亡くなるっていうのは，なんともいえませんよ，いるときはなんとも思わなかったのに。亡くなったら自分が主人にあれもしてあげたい，これもしてあげたいっていうのがなくなるでしょう。」「外に出るように，皆に言われるんですけど，当分出るのがいやでした。出ると主人に申し訳ないような。出てなにになるのかなと。どこにも行く気がしません。生きるといってもなんの希望もありません。」

〈夫婦でなくなることの喪失感〉

高齢遺族は，この世で夫婦であった幸せを思い起こし，同時に，配偶者が生きていた頃の夫婦という関係が喪失したことと，これからひとりの個人として生きていく自分を受け止められずにいた。

「いくつになっても夫婦が別れることはつらいもの。そ

ういう人（夫）が亡くなるっていうのはなんともいえませんよ。いるときはなんとも思わなかったけど。なんなんでしょう。夫婦っていうのは不思議ですね。夫婦一体という意味では，ほんと支えを失った感じ。」

「やっぱりふたりでおればこそ幸せなんですよ。ひとりでは幸せというものはない。いくら喧嘩してもね。夫婦が最高の幸せ。」

２）存在の意味の探求

このカテゴリは，配偶者喪失体験からスピリチュアルペインが生起されたのち，その痛みの緩和とともに，自分の存在意味や生死についての問いなど，答えのない問いを自らに問うていた状況であった。このカテゴリは，〈自分の存在について問う〉，〈生死について考える〉の２つのサブカテゴリで構成された。

〈自分の存在について問う〉

遺族は，配偶者の死を経験することによって，自らの死に思いを巡らせるとともに，配偶者がいなくなった自分の存在の意味を問うていた。

「年をとると死について考えます。いつか誰でもそうなります。自分が亡くなった後はどうなるのだろうか，こうなるのだろうか，どういうふうにしてもらえるのだろうか，そういうことを考えます。」「（配偶者がいなくなった）自分はどういう人間なんだろうか」

〈生死について考える〉

遺族は，人生に必ず死があることを意識することで，生と死について疑問をもつようになり，その答えを探そうとするが，答えを見つけることができないで苦しんでいた。

「本当に不思議なんですよ。どう表現したらよいのかわからないんですけど。言葉ではなんと言ったらよいのか。未だにわからないんですけど。人間って不思議だなって。なんなんだろうって。人が死ぬっていうことが本当によくわかりました。お酒を飲んでばかりで家にはいないし，主人がいなくても絶対困らないって思ってた。だけど本当に人が死ぬってこういうことなんだなって思いましたね。なんのために生活しているのか。なんのために生きているのか。結局死ぬために。今までは考えたことあまりなかったなあ。こうなってみてしっかり意識させられた。」

３）ひとりで生きる

高齢遺族は，配偶者の死を経験し，スピリチュアルペインを感じ，その痛みのなかで模索しながら，ひとりで生きていく覚悟をし，そのための行動を開始していた。このカテゴリは，配偶者を亡くすことによるスピリチュアルペインがある程度軽減してから，遺族に出現するカテゴリである。このカテゴリは〈今，自分にできることをする〉，〈これから生きていく覚悟をする〉という２つのサブカテゴリで構成された。

〈今，自分にできることをする〉

配偶者を亡くした高齢遺族は，これからなにができるのか，ということを考え，毎日の生活を送ることができることや，小さな出来事に満足していた。そのなかには，病気で入院している人や介護している人のために，同じことを経験した同じ境遇をもつ自分になにかできることはないか考え，生きていく自分の務めとして捉えようとしていた遺族もいた。

「自分ではひとつひとつのことをこなしていくというか，目の前にあることをひとつひとつやっていくというか，その日その日を生活していくこと，そのことだけで今は十分満足かなって。」「入院されている方，同じような状態の方，先の見えない方，そういう方達の力になってあげられればと思っています。そうすることが私の務め，私の仕事だと思っています。それくらいしかできないけど。」「自分が暴言をはいても，生きている間は主人がかばってくれたとか。それが今はないでしょう。子供に対しても，周りに対しても自分が言ったことには責任をもたないと。主人はもういないから。」

〈これから生きていく覚悟をする〉

高齢遺族は，配偶者の死を経験した喪失体験のなかで，自分の健康を願ったり，自分の人生を振り返ったりなど，ひとりになった自分の今後を思っていた。そして自分の家族のため，亡くなった人の願いに思いを寄せて生きていく覚悟をするようになった。

「なにをするにしても自分のため。私がこれから生きていくためにするみたいな。後は私に任せていてって，見ていてって。」「生きている限りは私が健康でないと周りが困るし。これからはできるだけ健康でいたいなと思います。」「お父さんはしっかりと仏様のところにいる。だから私は残された命で，お浄土に行くまでの後何年かわからないけど，しっかり生きよう，楽しく生きよう，明るく生きよう，それだけを思っていますね。」「自分のしたいことが，今までのお稽古事とかございますから。これから始めようかと思います。私もひとりになって，落ち込まないで。主人もそれを喜ぶのではないかって。本当に亡くなったのは寂しいし，これからの人生やっていけるのかなって。でもそのうち落ち込んでも仕方ないなって。まず運転を，そしてそのうちお茶とか絵とか。」「これからは，（介護をしている母の）食事を作ったり介護したり大変ですけど。でもそのことが私の生きがい，目的でしょうね。」

４）繋がりの実感

高齢遺族は，家族，友人，医療従事者，自分のまわりにいるすべての人々との繋がりがあることを感じ，また故人が闘病生活中にできた人間関係，出会いがその後の遺族の生活において重要な繋がりであると思っていた。遺族に

とってそのことは，ひとりではないということを実感でき，これから生きていくための支えとなっていた。また遺族は，無限の時間や空間など，無限にあり続けるものに関心をもち，自分は限りある命をもつ存在ではあるが，子供や孫など子孫へと続く永遠の命を，故人と自分が生きてきた証として大切なものと感じていた。このカテゴリは〈他者との繋がりの実感〉，〈子孫との繋がりの実感〉，〈命の繋がりを実感する〉という３つのサブカテゴリで構成された。

〈他者との繋がりの実感〉

遺族は友人，医療従事者，故人からもらった繋がりを実感していた。

「亡くなるということも，出会いっていうのですかね，他の家族の方，スタッフの方，主人には出会いをもらったって思っています。」「主人の兄弟ともほとんど交流がなかったのですけど，今回のこと（主人の死）がきっかけで。主人の弟が浄土真宗のお寺にいて，その奥さんとこれをきっかけに，会ったことはないですけど，文通させていただいています。」「妹がいろいろと，公民館に行こうって。妹とふたりでそういうふうなことに参加して。」「何かあったときは，親戚よりは仲のいい友達かな。何かっていうとすぐにとんできてくれる。周りに支えられながらっていう気持ち。」

〈子孫との繋がりの実感〉

配偶者とふたりで育てた子供，そしてその子供である孫の存在，そして子供や孫との繋がりを感じ，支えとしていた。

「主人から３人の宝物を授かったこと。そのことが一番の支えになっています。」「そのときの亡くなるときのあり方，家族の気持ちの持ち方，そういうものが後までも繋がるものですね。それは子供や孫に伝わるものでしょう。」

〈命の繋がりを実感する〉

遺族は，命と命のつながりは，人間に限らず生あるものすべてにあることを実感し，そして有限である人間の命ははかなく短いものであるが，子孫へと繋がる永遠の命を想っていた。

「命というのは命と命の繋がりがあるということ。すべての命がなければ私たちは生きられない。お米も野菜も。ご先祖さまがなかったら，私たちは生きられない。それと同じように一本の草でもなかったら私の命はないのです。すべてのものに命はある。そしてそれは繋がっている。そういうことじゃないですかねえ。」「お父さんは亡くなっても子孫に繋がっていく。お父さんは亡くなったのではないって。私たちも仏様の世界から来て，お浄土へ帰っていく。だから帰っていくという安らかな気持ちがある。」

５）感謝の気持ち

友人，医療従事者，家族，子孫など，周囲の人々に感謝し，その感謝の気持ちをもつことが，高齢遺族の方々にとって支えとなっていた。このカテゴリは〈他者に感謝する〉，〈子孫に感謝する〉という２つのサブカテゴリから構成された。

〈他者に感謝する〉

友人や医療従事者，様々な人への感謝の気持ちを表していた。

「周りの皆さんからですよ。こんな大きな力を頂いたのは。だからこんなに楽しい。本当感謝ですよ。看取ってくださった方，おしめをかえてくださった方，病棟の２ヶ月の生活ほど私の中で忘れがたいものはないです。ありがたいという気持ちでいっぱいです。」

〈子孫に感謝する〉

遺族にとって子供や孫は，配偶者と一緒に慈しみ育ててきた宝物であり，その子供や孫が助けてくれたり，支えとなってくれたりすることに感謝していた。

「ここまでこれたのはお父さんのおかげです。子供にも通じている。残してくれたんです。娘が毎週孫を連れて日曜日には来てくれるんですよ。孫もいろいろと手伝ってくれるんです。それがありがたいですね。」

６）自己を超越したものへの関心

遺族は配偶者の死に直面し，その喪失感のなかで，人間の有限性など自分の力ではどうにもならない無力感を感じていた。そのなかで，縁や自然など自己を超越したものの存在に関心をもち，今までとることがなかった行動をとったり，今まで意識しなかったものへ関心をよせたりするようになった。このカテゴリは，〈縁がある〉〈自然への畏敬の念をもつ〉〈宗教への関心〉〈あの世について考える〉という４つのサブカテゴリから構成された。

〈縁がある〉

遺族は，今までは感じたことがなかった縁を感じるようになり，その縁を自分の力ではない超越したものとして捉えるようになった。

「主人とは何かの縁だったと思います。亡くなった主人が縁をつくってくれた。お酒を飲んで，何もしないですけど。それを我慢する私が馬鹿みたいっていうか。何もない。ただ縁があっただけ。」「縁は大切だなって。主人との縁があって，ここの病院の人との縁もある。それが縁。受け継いでいくものです。」

〈自然への畏敬の念をもつ〉

いつまでもかわることのない自然への畏敬の念を表現し，自分の力を越えた存在を認識するようになっていた。

「ここには海があるでしょう。潮の満ち干きを感じることができる。そういう自然のなかはすごいなって。自然の

なかで生活しているという。自然っていいですよね。自然を見ているから気付くことがあるのです。」

〈宗教への関心〉

祈ったり，拝んだりすることは，故人の生前は，日常において行うことがなかった行為であった。その行為を，配偶者を亡くすことをきっかけに，高齢遺族は行うようになった。

「私，無宗教って言いましたけど，朝晩お線香をあげて，チンと鳴らして拝みますよ。無宗教ですが，わらをもつかむ気持ちになりました。宗教は信仰していなかったけど。一生懸命手を合わせて拝むんですよ。こういうことがあるのかなって。宗教ってなんにも思ってなかったのにね。」

〈あの世について考える〉

高齢遺族は，故人のいるあの世はどんなところなのか，いつか自分もいくあの世はどのようなところなのかという思いを抱くようになった。

「やっぱりひとりで死なせるのはかわいそうかなって。主人はなんにもできない人だったから。今どうしているかなって。いつか私も行くから待っててねって。」「あの世はどんなところなのって主人に聞きたい。」

7）超越した存在への故人の配置

高齢遺族は故人に語りかけ，自分や家族のことを守ってもらうように頼んだりすることで，配偶者であった故人について，家族を守る超越した存在として再配置していた。このカテゴリは，〈故人が成仏するよう願う〉〈故人を再配置する〉という2つのサブカテゴリから構成された。

〈故人が成仏するよう願う〉

高齢遺族は，故人が安らかに成仏するように願い，故人に語りかけ，話かけていた。

「今は（主人が）成仏するようにと，そういった気持ちで語りかけております。それしか心の支えようがないですから。」「私が生きている間は，法事もしてやろうと思います。それも生きている人間の気慰めと思う。まあ私がそういったことをすることで，死んだ女房が安らかになってくれればいいと。」

〈故人を再配置する〉

高齢遺族は，自分や家族の健康や仕事などについて故人に守ってもらうように拝み，頼み，そのことを心の支えにしていた。そのようなことを繰り返し，配偶者であった故人は，遺族にとって守ってもらう存在へと再配置されていった。

「いつも守ってくれているって思います。私ひとりじゃなにもできないけど。主人が守ってくれるから。」「お願いするのは，子供たちのこと，健康のこと。今の私の支えというのは，そのことを亡くなった主人に頼むこと。それが私の目的でしょうね。心の支えでしょうね。あっちのほうから見守ってほしいと思っています。」

8）新たな「わたし」意識

このカテゴリは，高齢遺族が配偶者を亡くし，生きる意味や目的を失いそうになりながら，さまざまなスピリチュアリティの局面を経験した後に表現された最終局面であった。満足のいく介護ができたこと，故人が苦しまずに逝ったことを思い返し，夫婦としての「わたし」だからできたこと，夫婦としてやってきた自信や，長い間連れ添ってきた夫婦の歴史を想い，そのなかで，自分自身の変化を感じ，自分を認めるようになった。そして遺族は，夫婦として生きてきた「わたし」への満足感と自分自身への信頼をもつようになり，これから個人として生きていくための新たな「わたし」の存在に気づいていった。このカテゴリは，〈夫婦としての「わたし」の統合〉，〈今の自分を認める〉〈自分の内なる変化〉の3つのサブカテゴリから構成された。

〈夫婦としての「わたし」の統合〉

長年連れ添い，最後を看取ることで，自分自身への自信へとつながり，夫婦として生きた自分を大切に想い，誇りに想っていた。夫婦として生きてきた「わたし」は満たされ，完結され，統合されていった。

「私が手取り足取りみてやって。楽に逝って，何も苦しまずに送ってやった。気持ちのうえで私には亡き夫の気持ちが手に取るようにわかります。妻やったですから。」「やっぱり（娘より）私のほうがよかったみたい。夫婦ですね。一番安心するみたい。」

〈今の自分を認める〉

高齢遺族は，これからの自分のことを考えるなかで，過去の自分や，今の自分自身の価値を認めるようになった。

「教え子たちが私のことを覚えていてくれた。そういうことがものすごく私に元気をくれるし，慰めにもなる。40年も経っているのに，私のことをそういうふうに思ってくれていると思うとありがたいというか。自分史を書きたいなって。自分の生きてきたというか，それをたどってみたい。このような生き方をしたのだと。」「なにをやっても私。ご飯を作ったり，仕事したり。それが全部私。だから仕事でもとにかく慎重に。そしてこんなふうになる（配偶者の死を経験する）のも私なのかなって。」

〈自分の内なる変化〉

配偶者がいたときには，ふたりで考え，行い，助けてもらっていたことも，配偶者がいなくなったあとは，自分で考えたり，自分で始末したり，決断したりといった行為をしなければならない。そのなかで遺族は，自分の内なる成長を感じるようになっていた。

「主人が亡くなって，悲しいですけど，自分の内で成長していくっていうか，そういう気持ちがします。」「亡くなってから手を合わせるっていう気持ちの変化はありま

す。そして自分も変わったっていうか。いろいろな人が言うことを素直に聞き入れられるようになったんです。自分でも不思議なような気がするのです。今まではそんなことあるのかなって思ったこともね。今はいろいろなことを受け入れることができるようになったのです。」

## V．考　　察

### 1．夫婦でなくなること－個人として生きていくこと－

夫婦でなくなることは，単にひとりの人間の喪失という以上に，ひとつの単位としての夫婦でなくなることに対する危機である。遺族はそれまで，自分の行動パターンには配偶者がいて，アドバイスをしてくれたり，共に考えたりといった作業をしていた。しかし配偶者はいない。パークスは，夫婦の同一化として，「結婚している人々は，お互いに相手から学習するし，次第に相手の見解を知って，それを自分のものとしてゆく。」[25] と述べ，死別体験後も「自分の配偶者という他者を含めて考える習慣とその人の存在によって意味を持つ物事の大きさに気づく」[26] と述べている。このように長い時間をかけて夫婦の同一化が行われた高齢夫婦は自分と配偶者との間に言わなくてもわかってくれている安心感や，自分にとっての理解者といった同志のような存在として，お互いを捉えるようになるのである。遺族は配偶者の死によって，日頃の行動パターンにおいても，配偶者という他者を含めて考える習慣があったことや，配偶者がいたからこそもつ事柄の意味や，自分の存在の意味に気づかされる。また，配偶者との死別においては，配偶者の喪失という事実に加えて，高齢遺族自らの今後の生活の問題，生活パターンの変更，精神的な支えを失ったという種々の脅威がある。「いくつになっても夫婦が別れる（死別する）ことはつらいもの」とあるように，長年連れ添った相手の死は，夫婦であった自分の存在をも揺るがすものとなると考えられる。また，そのなかで遺族は，「なんのために生活しているのか。なんのために生きているのか。」と答えのない問いに苦しむ。このような問いに遺族は苦しみながら，配偶者であったという自分の存在を肯定的に受け入れるプロセスを経て，自分なりの答えを見つけだす。同時に，個人として生きていくための言動や行動が見られるようになり，配偶者という他者を含めて物事を捉え，考えていたことから，一個人の立場から物事を捉えるようになる。これらは新しい「わたし」意識が形成される第一歩である。

### 2．超越性とスピリチュアリティ

WHOはスピリチュアルという用語の定義のなかで，身体感覚的な現象を超越して得た体験を表す言葉である，としている[27]。この定義によると，スピリチュアリティとは，五感で体現される現実世界を超えたレベルでの体現や思考であり，特別な人間の特殊な能力を指すものではない。窪寺[28] は，「日本人のスピリチュアリティの特徴は，自然や人間関係に強い影響を受けている点であるとし，自然，文化，慣習などは，すべての人にもっとも無意識的に影響している。自然の偉大さや，幼いときに身についた風習がもつ世界観や思考方法は，日本人が危機に直面したときに表出してくる。」と述べている。また，田崎ら[29] は，日本人に共通してみられるSpirituality観について，自然との対比における人の小ささと，自然への畏敬の念，祖先との関わりを挙げている。本研究においても対象者は，「自然っていいですよね。こうなっても自然のなかにいると思うといろいろ気付くんです。」「いつもなにかするたびに手を合わせて拝むんです。」のように，自然や日常の慣習のような無意識に行うもののなかにスピリチュアリティを感じていた。また，「（主人が死んで）どんなにつらくてもイチゴを育て続けました。イチゴも生きているんだからって。命というのは，命と命のつながりがあるということ。すべての命がなければ私達は生きられない。」とあるように，関わった人との繋がりや，命の繋がりを感じるという体験をしていた。このように日本人にとっての超越性は，特別な神や究極のものではなく，日常生活のなかに溶け込んでいる自然や命あるものを畏敬や崇拝の対象として位置づけることに特徴があると考えられる。

また高齢遺族は，亡くなった配偶者との応答のなかからその人を，超越的な存在へと位置づけている。今回の研究において遺族は，故人に守ってもらっている感覚を表現し，「一生懸命手を合わせて拝むんですよ。」「見守ってほしいと頼むことが私の支えです。」「毎日，仏壇に話しかけてます。今日こんなことがあったよって。うまくいったときはありがとうって。うまくいかなかったときは，守ってねって。」と，故人に守ってもらうよう頼むことを支えとしていた。このように，身近な存在であった故人を再配置し，日常生活での出来事において，守ってもらったり支えてもらったりというように，心の中で配偶者であった故人との新たな関係を築くことに高齢遺族の超越性の特徴がある。

### 3．人と人との関係性にあるスピリチュアリティ

西村ら[30] は，「この世に唯一無二の尊いいのちの証をするのが，その人のSpiritualityなのである。」と述べている。高齢遺族は，亡くなった配偶者が残してくれたものに想いをはせ，それが自分にとっての支えになると表現していた。繋がりの実感がそこにはあり，特に子供や孫へつながっていくことを，故人が残したこの世の務めと感じていた。それは自分と故人との共同作業でもあり，故人が生きていた証でもある。このように共に生きていた証としての出来事が，遺族にとってかけがえのない故人の遺産となっていた。子供や孫の他にも，この世で故人が生きていた証

は，故人が関わってきた他者との人間関係にもある。故人が入院中の医療従事者との出会いや，故人が亡くなったことで出会った人たちとの繋がりがその後も続くことを実感していた。

また，遺族は，自らの成長や変化を感じ，周囲との関わりをもつことで自分が必要とされていることを実感するなかで，生きる意味や目的を見出していた。配偶者の死という危機的な状況にあって，自分の価値を見出すことができるのは，そこに人と人との繋がりがあるからである。田崎ら[31]は，「日本人は他者から見られることで自己存在を確認する『相対的価値観』を常に持っている。周囲の人と関わっている中で，人の役にたったり，何かしら存在感を与えたりしていることが，個人の精神の拠り所ではないか」と述べている。人は他者との関わりのなかで，自分自身のスピリチュアルなニーズを満たすことができると考えられる。

### 4．高齢遺族へのスピリチュアルケアへの提示－新たな「わたし」の探求

高齢遺族は，スピリチュアルニーズをもつなかで，他者や超越的なものとの繋がりをもちながら，「わたし」意識を確立していた。喪失感の中にあっても自分だから出来たことが，生きていくうえでの支えになっていた。自分が精一杯看病したから，「故人は闘病中も安心だった。思い残すことがなく逝くことができたのだ」と遺族は思う。それは妻・夫としての「わたし」だからできたことなのである。故人の最期を共に過ごし，共に戦い，精一杯看病できた。その思いが，これまでの「わたし」に対する満足感を与え，これからの「わたし」意識の基盤となる。つまり，ケアにおいては，家族が精一杯看病できたと思うような環境を整えること，そしてその最期に患者のそばに寄り添うことを，家族とともに共有し，配偶者喪失後の個人としての「わたし」意識の確立へむけて支援することが大切なのである。

長年連れ添った配偶者との死別を経験した高齢遺族は，スピリチュアルな危機に直面する。それは，自分の存在をも揺るがすような大きな危機であり，その状況のなかでも生きていこうとする遺族は，まさにスピリチュアリティの覚醒を経験し，人間の“生”の全体が開示される。つまり，人間として生きることに関連した経験的一側面[32]としてのスピリチュアリティが覚醒するといえる。窪寺[33]は，スピリチュアルケアは，主観的で，本人の生き方と密接しているとし，自分の人生の意味をつかむための援助であるとしている。そしてその援助者としてカウンセラー，精神科医，宗教家に限らず，看護師もその援助者になり，関わることができるとしている。遺族ケアにおけるスピリチュアルケアにおいては，ひとりの人間としてその生き方を遺族と一緒に考え，探し求めていく姿勢が必要である。そして，患者の生前，死後を通して家族のスピリチュアルな苦悩を理解し，家族や友人などとの繋がりの実感が得られるような働きかけや，遺族が自らの新しい自分を再構築することができるような関わりが重要である。そうすることで，遺族は自分の在るべき場所，そして新たな自分自身への位置づけを行い，そこから歩んでいくことができるようになると考えられる。

## Ⅵ．結　　論

本研究の結果，配偶者を亡くした高齢遺族のスピリチュアリティに関わる体験に関して以下の点が明らかとなった。

1．配偶者との死別体験後，高齢遺族は，自らの存在基盤が揺らぐという1）スピリチュアルペイン，を体験する。そして，ペインの増大と緩和という大きな揺らぎの中で遺族は2）存在の意味の探究，や3）ひとりで生きる，ための行動的模索を続けていた。

2．夫婦であったことや個人として生きることの意味の探求を通して，高齢遺族は自己，他者，超越的なもの，故人との関係の調和を見出していた。即ち，4）繋がりの実感，5）感謝の気持ち，6）自己を超越したものへの関心，7）超越した存在への故人の配置，などを体験するとともに，個人として生きていくという8）新たな「わたし」意識，を獲得していた。

3．本研究における高齢者も，日常生活のなかに溶け込んでいる自然や命あるものを畏敬や崇拝の対象とし，祖先とのつながりや縁を自覚するなど，超越性に関して，日本人の特徴とされるスピリチュアルな体験を語っていた。

## Ⅶ．本研究の限界と今後の課題

本研究における研究参加者は，緩和ケア病院を含む病院施設での闘病後，亡くなられた方のご遺族である。そのため，在宅で看取られたご遺族や，事故などの突然の出来事により死別を経験されたご遺族は対象としていない。一般化に向けて今後は，対象を拡げていく必要があると同時に，個別の状況に応じたスピリチュアリティの体験があるのかを今後は検討していく必要がある。

さらに本研究の結果を基に今後は，配偶者を亡くした高齢遺族のスピリチュアリティ尺度の開発を行うことで，このような生きる意味や目的の喪失といった実存的な苦悩に陥っている高齢者へのアセスメントを行い，どのような働きかけが有効であるのかを検討していく必要がある。

## 謝　　辞

研究にご協力下さいました対象者の皆様に御礼申し上げます。本研究は第34回日本看護研究学会学術集会にて発表した。

## 要　　旨

本研究の目的は，配偶者を亡くした高齢遺族のスピリチュアリティの内容を明らかにすることである。配偶者を亡くした高齢遺族13名（女11名，男２名）に対し半構造化面接法を行い，質的帰納的に分析した。その結果，配偶者を亡くした高齢遺族のスピリチュアリティに関わる経験として，８つのカテゴリと20のサブカテゴリが見出された。配偶者の死の喪失感や痛みは，高齢遺族に，１）スピリチュアルペイン，を発動させ，２）存在の意味の探求，３）ひとりで生きる，という行動的探究を引き起こしていた。遺族は，このような人生の意味や目的を探求していくなかで，４）繋がりの実感，５）感謝の気持ち，６）自己を超越したものへの関心，７）超越した存在への故人の配置，という体験をしていた。最終的に，自己，他者，超越的なもの，故人との関係の調和を見出し，８）新たな「わたし」意識，を持つようになっていた。

## Abstract

The purpose of this study was to elucidate the spirituality of elderly people who were bereft of their husbands or wives. Semi-structured interviews were conducted for 13 bereaved（11 women and 2 men）and the verbatim records were analyzed qualitatively and inductively. Through analysis of the spiritual experience of the elders who had lost their spouse, 8 categories and 20 sub-categories were discerned. Sense of loss or the pain of the spouse's death put the bereaved into a category of 1）spiritual pain, which drove them to 2）search for the meaning of existence, and behavioral search of 3）living by oneself. Through searching for the meaning and the purpose of life, the bereaved have experienced 4)actual feelings of connection, 5）gratitude, 6）awareness of transcendent existence, and 7）allocation of the deceased to the transcendent existence. In the final phase, the bereaved found a harmony in relation to self, others, The transcendent and the deceased, and consequently acquired 8）consciousness of a new "self".


## 文　　献


1）生方　薫：身体の客体性とスピリチュアリティ－ニュー・カウンセリングの視点から－人間性心理学研究　21(2)，231-241，2003.

2）田村恵子：トータルペインって何だ？その３スピリチュアルな痛みを理解する，ターミナルケア　6，469-474，1996.

3）山本美津子，渡辺俊彦：「スピリチュアル」の伝統的理解と医療界におけるとらえ方，聖母女子短期大学紀要，16，37-44，2003.

4）Jane Dyson, Mark Cobb, et al : The meaning a spirituality : literature review, Journal of Advanced Nursing, 26, 1183-1188, 1997.

5）Deborah F. Greenwald, David W. Harder : The dimension of spirituality, Psychological Report, 192, 975-980, 2003.

6）Y. Joel Wong, Lynn Rew, et al : A systematic review of recent research on adolescent religiosity/spirituality and mental health, Issues un Mental Health Nursing, 26, 161-183, 2006.

7）Wilfred McSherry, Keith Cash : The language of spirituality : an emerging taxonomy, International Journal of Nursing Study, 41, 151-161, 2004.

8）Barry McBrien : A concept analysis of spirituality, British Journal of Nursing, 15(1), 42-45, 2006.

9）Donia Baldacchino, Peter Draper : Spiritual coping strategies : a review of the nursing research literature, Journal of Advanced Nursing 34(6), 833-841, 2001.

10）Aru Narayanasamy : A review of spirituality as applied to nursing, International Journal of Nursing Studies, 36, 117-125, 1999.

11）Peter Greasley, Lai Fong Chiu : The concept of spiritual care in mental health nursing, Journal of Advanced Nursing, 33(5), 629-637, 2001.

12）Bernice Golberg : Connection : an exploration of spirituality in nursing care, Journal of Advanced Nursing, 27, 836-842, 1998.

13）Nancy L. Conrad : Spiritual Support for the Dying, Nursing Clinics of North America, 20(2), 415-426, 1985.

14）Liwliwa R.Villagomeza : Spiritual Distress in adult Cancer Patients, Holistic Nursing Practice, 285-294, 2005.

15）Marjory Byrne : Spirituality in palliative care: what language do we need?, International Journal of Palliative Nursing, 8(2), 67-74, 2002.

16）Joann Hungelmann , Eileen Kenkel-Rossi, et al : Focus on Spiritual Well-Being : Harmonious Interconnectedness of Mind-Body-Spirit-Use of the JAREL Spiritual Well-Being Scale, Geriatric Nursing, 17(6), 262-266, 1996.

17）KC Carrigg, Ruth Weber : Development of the Spiritual Care Scale, Journal of Nursing Scholarship, 29(3), 293, 1997.

18）今村由香，河　正子他：終末期がん患者のスピリチュアリティ概念構造の検討，ターミナルケア，12(5)，425-434，2002.

19）比嘉勇人：Spirituality評定尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討，日本看護学会誌，22(3)，29-38，2002.

20）田崎美弥子，松田正巳他：スピリチュアリティに関する質的調査の試み－健康およびQOL概念のからみの中で－，日本医事新報　4036，24-32，2001.

21）竹田恵子，太湯好子：日本人高齢者のスピリチュアリティ概念構造の検討，川崎医療福祉学会誌，16(1)，53-66，2006.

22）窪寺俊之：スピリチュアルケア入門，三輪書店，21，2000.

23）小此木啓吾：対象喪失，中央新書，28，1979.

24）岡堂哲雄，鈴木志津枝：危機的患者の心理と看護，中央法規，14-15，1996.

25）C.M.パークス，桑原治雄，三野善央（訳）：死別　遺された人たちを支えるために，メディカ出版，187，2002.

26）前掲著書，164.

27）世界保健機関（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－がん患者の生命のよき支援のために－，金原出版，5，1993.
28）窪寺俊之；スピリチュアル学序説，三輪書店，26，2004.
29）前掲論文　20）.
30）西村哲郎，堀内成子他：生命倫理研究会の活動報告　スピリチュアルケアを探る，聖路加看護大学紀要　30，46－56，2004.
31）前掲論文　20）.
32）前掲著書　27），48.
33）前掲論文　28），65.

［平成22年４月２日受　　付
平成23年２月２日採用決定］

－研究報告－

# 連携する他職種が捉える保健師像

## ― 保健師教育の方向性を探る ―

Views of Public Health Nurses Held by other Profession in Inter-Professional Teams : Improving Training for Public Health Nurses

金　藤　亜希子[1)]　宮　腰　由紀子[1)]　小　野　ミ　ツ[2)]
Akiko Kanefuji　Yukiko Miyakoshi　Mitsu Ono

キーワード：保健師，他職種，保健師像
Key Words：public health nurses, other professions, views of public nurses

## Ⅰ．緒　　言

### １．研究の背景

保健師は，保健師助産師看護師法において「保健師の名称を用いて保健指導に従事することを業とする」と定義されており，これまで結核等の感染症対策をはじめ，社会のニーズに応じた様々な公衆衛生活動を行ってきた。こうした保健師の役割は「人々の健康並びに疾病・障害の予防，発生，回復および改善にあたり，社会的条件の中で関ること」[1)]と表現されている。

しかし現在では，医療福祉関連の法律や制度の多様化や，市町村合併等による保健師が対応すべき対象や地域の拡大化に加え，個人の価値観の複雑化と相まって，的確なニーズの把握が困難となってきた。一方，厚生労働省は，1995年と2004年の保健師の就労状況の比較において，総数は１万人以上増加しているものの，行政機関への就業割合は4.1％減少していると報告している。

こうした状況を踏まえ，厚生労働省は2004年に地域保健従事者に求められる能力を発表し[2)]，続いて保健師の必須能力を明らかにした[3, 4)]。そして，2009年には，これらの能力を保持する保健師の養成を目的に，保健師助産師看護師法に示される教育期間が改正された。このように保健師は，公衆衛生を担う人材の中でも重要な役割を担う職種として大いに期待されており，その期待に応えるべく，教育方法や内容について活発に検討が行われている。

保健師の能力・専門性に関する研究は1990年代から増加していたが，大半が保健師の一部の能力や活動，あるいは対象者に限定されていた[5, 6)]。保健師の能力を広く捉えた少数の研究[7～9)]の中で，岡本ら[10)]は，特にいま保健師が強化すべき専門能力を５つ提言している。これらの研究により，保健師にとって，連携は専門職の職能として特徴的であり，業務遂行上重要な活動として位置づけられていることが明らかとなった。

そこで，保健師と連携に関する研究を概観すると，連携の成果や，その促進または阻害要因の分析[11, 12)]が見られた。Polivka[13)]は，効果的な連携のためには，他職種の役割や相互の連携ニーズの把握が必要だと示しているが，他職種からの期待内容や，保健師の評価に関する文献[14)]はごく少数であった。この理由として，保健師が，これまで社会の健康に関するニーズに応じ，役割や業務内容を変化させてきたために，業務内容の端的な説明が困難な職業である事が予測される。加えて，保健師活動が数値化しにくく，他職種や行政職からの理解が得られにくいことも考えられている[15)]。しかし一方で，地域保健活動において連携する様々な職種が捉える保健師像を把握することは，他職種との連携を深め，より効果的に社会の健康課題へアプローチしていくために，とても重要であると考える。

### ２．研究の目的

本研究では，今後の保健師教育の方向性の検討に資するために，保健師と連携経験のある他職種が認識する保健師と今後連携において期待する内容を明らかにすることを目的とする。

### ３．用語の定義

本研究において頻出する「連携」であるが，地域看護分野において他職種との連携という意味で用いられるようになったのは1990年代以降であり，明確に定義づけている論文[17)]はごく少数であったことから，連携に対する解釈は地域保健活動に携わる個々人の裁量に任されている現状が示唆された。そこで本研究では，「連携」を，「援助対象の健康に関するニーズを充足するため，地域の機関や人と連絡，協力して活動すること」と定義する。

１）広島大学大学院保健学研究科　Graduate school of Health Sciences, Hiroshima University
２）九州大学大学院医学研究院保健学部門　Faculty of Medical Science, Kyushu University

## Ⅱ．方　　法

### 1．調査対象

政令指定都市で管理職を担う保健師の紹介をもとに，保健師と連携経験のある他職種の中から①保健師と連携経験がある者，②保健師と５年以上関わりがある者，③調査協力に同意が得られた者という条件を満たす者とした。

他職種とは，唯一の既存文献である筒井ら[16]の研究において保健師との連携頻度が高い医師・福祉業務に従事する事務職員（以下，行政職とする）・栄養士・歯科衛生士・保育士・民生委員とした。

### 2．対象数

各職種２人以上とし，内容が飽和するまで調査を行った。飽和しない場合は，同職種へ紹介を依頼し，スノーボールサンプリングにより人数を確保した。上記の条件を満たす医師２人，行政職５人，栄養士３人，歯科衛生士３人，保育士２人，民生委員３人の計18人からデータを得た。

### 3．調査方法

次項に示す調査項目をもとに，半構成面接法を用いた。面接は，面接内容を統一するために，同一の研究者１名が行い，対象者の了承を得て録音した。面接場所は対象者の希望する自宅もしくは対象者が指定した場所とし，面接日時は対象者の希望に沿い設定した。面接時間は１時間以内とした。

### 4．調査項目

先行研究を参考に，次に示す項目を半構成面接により調査することとした。

①対象者の属性
②保健師との連携事業において，印象深い事例とその理由
③保健師の性格的特徴
④保健師という職業に対する評価
⑤保健師への要望，不満に感じた事例とその理由
⑥保健師に今後期待すること

### 5．分析方法

データ分析は，内容分析の手法を参考に次のように行った。

1）録音したインタビューを逐語録に起し，調査項目の問いに当たる部分および保健師について語られている部分を抽出する。
2）抽出したデータの意味内容を解釈し，ラベルを作成する。
3）作成したラベルの類似性に従い，職種ごとに分類し，得られたサブカテゴリー，カテゴリーの関連性を図解し，各職種が捉える保健師像のストーリーラインを作成する。
4）各職種から抽出されたサブカテゴリー，カテゴリーを再度見直し，数回反復し，最終的に得られた大カテゴリーの関連性を図解し，他職種が捉える保健師のストーリーラインを作成する。

### 6．調査期間

調査は，2007年２月～６月に行った。

### 7．信頼性と妥当性の確保

1）収集したデータの信頼性と妥当性

質的研究と看護の専門家２人が，面接の方法や内容の適切さについて評価し，データの信頼性と妥当性を確保できたものを分析対象とした。研究対象者には，面接終了後に調査内容の確認，後日に解釈結果の再確認を依頼した。

2）分析結果の信頼性と妥当性

1)項に示した専門家よりスーパーバイズを受けた。

### 8．倫理的配慮

研究協力依頼時には，研究候補者へ，プライバシーの保護，心身への負担等への配慮・結果の公表の仕方や取り消しの自由について説明し，同意が得られたものを対象者とした。記録物は全て鍵のかかる場所に保管し，対象者の身元の特定予防にコード番号で対象者を識別した。なお，広島大学大学院保健学研究科看護開発科学講座倫理審査委員会の倫理審査を受け，承認を得た（承認番号169）。

## Ⅲ．結　　果

### 1．対象の概要

対象の概要は表１に示すように，男性５人，女性13人であった。これまでの連携において，保健師と関わった平均年数は12.7±6.0年であった。これまでに保健師と行なった主な連携事業は職種によって異なり，行政職は福祉業務，栄養士は老人保健・母子保健，歯科衛生士は母子保健・介護保険，保育士は母子保健，民生委員は老人保健・母子保健であった。なお，医師は管理職という立場上，すべての事業に関与していた。

表１　対象の概要

| 職種 | 人数（人） | 性別 男／女(人) | 保健師と関った平均年数(年) | 主な連携事業 |
|---|---|---|---|---|
| 医師 | 2 | 2／0 | 11．0 | 全般（管理職的立場） |
| 行政職 | 5 | 3／2 | 9．6 | 福祉業務 |
| 栄養士 | 3 | 0／3 | 20．0 | 老人保健・母子保健 |
| 歯科衛生士 | 3 | 0／3 | 9．0 | 母子保健・介護保険 |
| 保育士 | 2 | 0／2 | 6．0 | 母子保健 |
| 民生委員 | 3 | 0／3 | 16．3 | 老人保健・母子保健 |

### 2．各職種が捉える保健師像

18人から得た合計843のデータを，類似性に従いまとめた結果，301のラベルを得た。各職種が認識する保健師像を探索するために，さらにこれらのラベルを職種ごとに再構成し，46のカテゴリーと148のサブカテゴリーを得た（表２）。そして，これらの関連図を作成するとともに，各職種が認識する保健師を忠実に反映するストーリーラインを

表2　職種ごとのラベル・サブカテゴリー・カテゴリー数

| 職　種 | ラベル(数) | サブカテゴリー(数) | カテゴリー(数) | 職　種 | ラベル(数) | サブカテゴリー(数) | カテゴリー(数) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 医　　師 | 53 | 24 | 7 | 歯科衛生士 | 62 | 22 | 5 |
| 行 政 職 | 68 | 30 | 11 | 保 育 士 | 42 | 26 | 9 |
| 栄 養 士 | 54 | 28 | 8 | 民 生 委 員 | 22 | 18 | 6 |

構成した。なお，文中では，ラベルを「　」，サブカテゴリーを〈　〉，カテゴリーを【　】で示す。

### 1）医師が捉える保健師像

医師は，保健師にはもともと〈前向きで明るく，しっかりしている〉特質により，保健師業務が円滑に行われていると認識していた。また，医師と同じ医療職であることから〈共有できる感覚があり，意思疎通しやす〉く，連携において〈保健師がリーダーシップを発揮する〉ことで，**【いつの間にか自分たちが動かされている】**と感じながらも，そうした保健師の行動を肯定的に捉えていた。

業務に関しては，〈個へも公へも対応する責任があ〉り，この役割を遂行するために，保健師は「日ごろから足で情報収集」することで，〈地域の情報をよく把握しており，住民との距離が近い〉存在だとされていた。つまり，地域における保健師は**【住民にとって身近で家庭訪問できる貴重な存在】**として，課題の分析・判断能力とコミュニケーション能力があると評価されていた。一方，課題を解決する際には，〈個の課題を地域の課題に結びつけ，解決する資源（ネットワーク）につなげる〉役割を担っているため，結果として**【地域の課題を解決する毎にネットワークが拡大】**し，経験の蓄積とともに〈総合相談窓口として地域・職種間のコーディネートをする〉役割を担えるようになると考えていた。さらに，これらの役割遂行には〈先輩（保健師）からの伝承〉が大きく影響していると捉えており，保健師の成長にとって職場の雰囲気や先輩の存在はとても重要な要素だと考えていた。つまり，保健師とは，豊かな経験を蓄積し，先輩や同僚保健師から保健師としての姿勢や対応方法を学び，吸収することで，コミュニケーション能力をはじめとした成長が促され，専門職として自立できる職業であると認識していた。

しかし昨今では，**【人手不足で組織的に動けない】**状態を指摘し，地域においても〈継続した関りが出来ず，住民との間に距離が出来た〉と危惧していた。さらに，これらの影響で〈仕事への意欲が減退した〉保健師の存在を目にし，憂えていた。管理職の立場にある医師としては，この状況に理解を示しながらも，職場における〈現任教育が必要〉であると強く感じていた。また，保健師を志す若い世代に対して〈人間関係が乏しく，資質は高いが生かせていない〉人が増えていると感じており，〈コミュニケーション能力不足により，関係性が作りにく〉くなっていると指摘している。医師は，保健師とは豊かなコミュニケーション能力を基盤に，ネットワークを広げ，地域住民との信頼関係を構築する職業であると認識しているため，これらを養うために，**【資質向上のための自己研鑽が必要】**だと認識していた。

これらのことから，医師は，保健師とは，就職後の成長が必要不可欠な専門職であると考えていた。そして，その成長には，職場環境や，継続した自己研鑽が大いに影響するため，保健師を志望する学生には，学生時期から人間関係を含めた社会へ興味を持ってもらいたいと望み，保健師の成長に責任を有する立場として，保健師基礎教育から現任教育へと継続的な教育や環境整備の必要性を感じていた。

### 2）行政職が捉える保健師像

保健師は〈人間味豊かな個性を活かして仕事をして〉おり，特に〈職場の和を大切にする〉ことを評価していた。また，**【勉強に裏付けられた知識と技術】**を備えているため，保健師の判断や対応が迅速であると考えている。このことが，〈優れた面接技術〉に繋がり，行政職の連携相手として，保健師は〈相談しやす〉く，**【頼れて役に立つ】**と認めていた。

一方，業務については，**【行政事務の知識も持つ専門職】**であると同時に〈少ない社会資源の中で調整しながら潜在的な課題へも対応し，住民を守る〉ことが一番の業務であり，それを遂行するためには，〈住民が相談しやすい身近な存在〉であることが大切だと捉えていた。すなわち，保健師は，〈他の職種では代わりになれ〉ず，〈仕事に終わりがない〉職業として，専門業務に専念して欲しいという思いを持っており，この様な職業は**【誇るべき仕事である】**と評価していた。

しかし，昨今は「仕事内容が変化し，複雑化して」おり「様々な場所に分散配置されている」ため，**【人手不足で組織的に動けない】**現状があるという認識に変化してきた。この人手不足が，〈外勤をあまりしない〉保健師の出来を招き，**【仕事内容の変化で，住民との間に距離が出来】**ると同時に**【聞き上手で人間味のある保健師が減った】**と捉えていた。これらが相まって，昨今の保健師は全体的に**【目的を見失っている】**と感じ，危惧していた。

すなわち行政職は，現在の保健師とは「連携しにくくなった」と憂えており，「職場研修や人との関りを増やし

て，経験を積んで欲しい」と考えていた。

### 3）栄養士が捉える保健師像

保健師は**【人間味豊かで相手を受容する】**姿勢を有している特徴があり，**【勉強熱心さに裏付けられた知識と技術を持つ】**と評価していた。地域では〈住民の健康を守る身近な存在〉であり，〈家庭訪問等個別指導を行う〉貴重な立場にある者として，様々な情報に触れる機会が多いため，〈個人情報の管理に配慮する〉必要があるとともに〈課題が解決するまで手放せない〉責任も伴うと考えていた。この様な業務を遂行する保健師を**【やりがいがある】**職業であると感じていた。

しかし現在は，課題に対して〈対応の効果を確認するまで関れない〉場合も多く，マネジメント等を含めた一連の経験を積めない保健師が増加し，その結果**【住民や連携相手との間に距離が出来た】**と捉えていた。さらに，**【(人手不足で)能力以上の仕事を分担され，処理し切れていない】**保健師の存在を危惧していた。これらの状況が，個々人の〈仕事への意欲に差がある〉保健師集団を形成していると考えていた。

この対策として栄養士は，業務の〈適切な役割分担が必要〉だと主張しており，特に専門職として「栄養士の存在を認め，役割分担して欲しい」と，保健師が業務を担いすぎている現状を指摘していた。加えて，保健師全体の〈コミュニケーション能力の不足〉を感じ，〈職場の和に対する配慮の不足〉や〈人と接する自覚の不足〉に繋がる可能性を危惧していた。今後の保健師には「人と接する職業である」という自覚を持ち，**【経験を積み，コミュニケーション能力を養って欲しい】**と願っていた。

### 4）歯科衛生士が捉える保健師像

保健師は〈視野が広く，的確な判断〉ができるうえに，**【人間味豊かで和を大切に】**する特質があると捉えていた。そのため，保健師との連携では**【相談できて助かった】**と感じていた。このような経験から，保健師は〈もっと一般に広く認知されるよう努力してほしい〉と望んでいた。

地域住民の身近な存在としての相談業務と，他機関・他職種との連携業務を主な業務としており，〈総合相談窓口役割〉を担える〈やりがいがある〉職業であるとともに，地域にとって「必要な存在」であると認識していた。

しかし現在は，保健師の人手不足が，保健師の成長に様々な影響をもたらしていると指摘している。課題に対して〈一時的な関りしかできない〉ため，〈必要な経験が積めていない〉保健師が出来し，他職種と共有すべき情報の選別が曖昧となっていることに不安を感じていた。また，保健師の「コミュニケーション能力は現場で身につける」物であるが，〈先輩からの伝承がなく，育っていない〉とし，特に新任保健師の〈コミュニケーション能力不足〉を憂えていた。これらの状況に対して，歯科衛生士は，保健師が「仕事を全て抱える必要はない」とし，保健師１人が抱える業務量および内容について検討する必要性を感じていた。

### 5）保育士が捉える保健師像

保健師は**【個性的で和を大切にする】**特質があり，「頭が良」く，**【知識の裏付けの基に課題の早期発見と適切な対応が出来る】**と評価していた。さらに，他機関・他職種の〈職種ごとの視点の違いを把握し，チームで対応する〉ことを得意としており，各職種の業務内容の範囲を正確に把握しているため，保健師が関ることで〈連携がスムーズ〉になると感じていた。

業務については，「人を育て，人と関り，指導する」のが主な仕事であり，**【住民に身近で，時には指導的立場も担う】**役割を持つと捉えていた。そのため，住民や他機関・他職種との対応の際に〈専門職〉として〈発言に責任が伴う〉「難しい仕事」という一面も備えていると考えていた。これらのことから，保健師は〈オールマイティーで，関る対象によってイメージが変わ〉り，業務内容の幅広さを感じるとともに，難しさも含めて**【誇るべき仕事】**という職業観を持っていた。

しかし，昨今の保健師は〈仕事に追われて〉おり，〈組織上の動きにくさ〉と相まって，他機関・他職種と〈うまく連携できていない〉と指摘している。保健師が主体的に〈連携せず，忙しいのは当然〉であるとしながらも，地域への〈対応が遅れ，ニーズとずれる〉可能性を危惧していた。また，特に新任保健師は**【個性的でコミュニケーション能力が豊かな保健師が減った】**うえに，経験から得られる〈知識が不十分〉であるため，**【連携しにく】**くなったと感じていた。

保育士は，保健師を志望する学生は，就職前から〈人との関り方を学〉び，人間味を培って欲しいと望んでいた。

### 6）民生委員が捉える保健師像

保健師は**【教育と経験に裏付けられた豊富な知識】**と**【人間味豊かで和を大切にする】**特徴があり，特に，地域住民や連携する他機関・他職種へ対応する際，**【傾聴し，相手の立場で判断する】**姿勢を備えているため，保健師を**【頼れて相談しやすい】**存在だと評価していた。さらに，保健師と関わることで民生委員自身が〈住民との距離が縮まった〉という効果を実感しており，専門職として〈60歳で退職するのは勿体ない〉と考えるほど**【やりがいがあり，自立した】**職業として尊敬の念を抱いていた。

しかしその反面，このような保健師の姿から，**【忙しくて大変なので代わりは出来ない】**と考えていた。特に最近の保健師は，常に忙しそうに見えるため，「深い所まで話したことは無い」など，保健師との間に〈距離ができた〉ように感じていた。

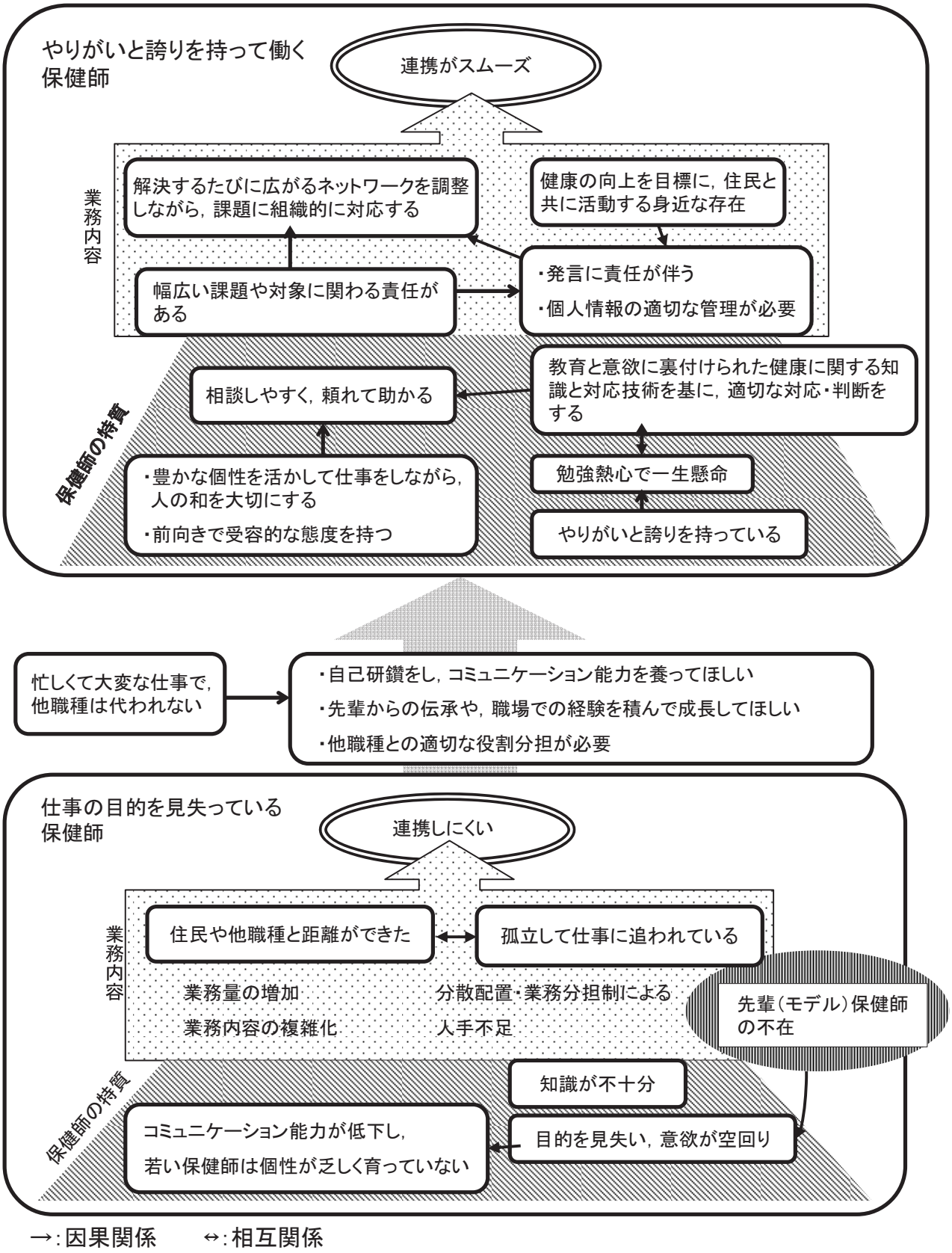



図１　他職種が捉えた保健師像

### ３．他職種が捉える保健師像

次に，他職種全体が捉える保健師像を探索にするために，２で得られた46のカテゴリーと，148のサブカテゴリーを更に数回反復し，類似性に従い分類した結果，22の大カテゴリーに統合された。これらの大カテゴリーの関連図（図１）を作成し，大カテゴリーを【　】で表したストー

リーラインを次のように得た。

他職種は，保健師は**【豊かな個性を活かして仕事をしながら，人の和を大切に】**し，**【前向きで受容的な態度を持つ】**特徴があると捉えていた。さらに，**【勉強熱心で一生懸命】**であるため，**【教育と意欲に裏付けられた健康に関する知識と対応技術を基に，適切な対応・判断】**ができると評価していた。これらの評価から，他職種は連携における保健師を**【相談しやすく，頼れて助かる】**存在だと感じていた。

また，業務に関しては，地域によく出向き，住民個々に関わる機会が多いため，**【健康の向上を目標に，住民と共に活動する身近な存在】**であると同時に**【幅広い課題や対象に関わる責任】**がある職業だと捉えていた。また，**【個人情報の適切な管理が必要】**であり，行政職として**【発言に責任が伴う】**としていた。さらに，介入の必要な課題に対して，**【ネットワークを調整しながら，課題に組織的に対応する】**と見ており，連携時のパイプ役を担うと評価していた。

他職種は，この様な特徴と役割を担う保健師を，保健師がいると（他機関・他職種との）**【連携がスムーズ】**になると歓迎しており，職業に**【やりがいと誇り】**を感じながら働く保健師を捉えていた。

しかし昨今は，人手不足で**【孤立して仕事に追われている】**保健師の様子を捉えていた。特に新任保健師は，行政職全体の人員削減や，業務や対象の多様化により，膨大かつ複雑な業務をこなす中で，保健師としての知識や技術，仕事への姿勢等を学べる先輩保健師の存在を身近に得られにくく，職場での成長が困難であるとされていた。このことが影響し，**【知識が不十分】**で，**【目的を見失い，意欲が空回り】**している保健師が出来していると捉えていた。さらに，**【コミュニケーション能力が低下し，若い保健師は個性が乏しく育っていない】**ことで，地域保健活動でも**【住民や他職種と距離が出来】**てしまい，**【連携しにく】**さを感じていた。他職種は，保健師とは**【忙しくて大変な仕事で，他職種は変われない】**と認めており，従来の保健師との関係性を再構築し，効率的な連携活動を行うために，**【適切な役割分担が必要】**だと認識していた。そして，保健師自身が**【自己研鑽をし，コミュニケーション能力を養】**うとともに，**【先輩からの技術の伝承や，職場での経験を積んで成長してほしい】**と強く望んでいた。

## Ⅳ．考　　察

本研究で得られた結果をもとに，他職種が認識する従来の保健師像と現状との相違，およびその差が生じている要因を考察し，行政機関で働く専門職として備えておくべき能力とその獲得方法について，養成機関や現場の方向性から検討した。

### 1．他職種が認識する保健師

#### 1）保健師の性格及び行動特性

面接の結果より，従来の保健師は，明るく個性的で，仕事に対して熱心であり，優れたコミュニケーション能力と知識を基盤とした判断力のある〈すばらしい仕事〉だと評価されていた。

性格的特性や仕事への意欲的な姿勢を備える背景には，従来の保健師の自発的な職業選択が影響していると推察される。この意識を土台とした継続的な自己研鑽を怠らない従来の保健師が，他職種から既述の高い評価を得ることで，職業的アイデンティティを確立し，保健師としての成長につながっていると考える。この働きはグレッグ[18]の看護職の職業的アイデンティティの確立は，自己の行動の結果を他者に承認されることにより強化されるという主張とも一致する。

また，優れたコミュニケーション能力は，地域住民でもある民生委員が，**【（保健師は）人間味豊かで和を大切にする】**と賞賛しており，保健師が専門職でありながら，生活者としての感性や態度を備えていることを評価した発言だといえる。これは，日本看護協会[19]が示すとおり，保健師に必要な基本的能力であるとともに，地域住民と密に関わることでより一層強化される，公衆衛生活動に携わる保健師に特徴的な能力であると考える。

このような性格的特性や態度，能力を保持しているゆえに，従来の保健師は，連携する他機関・他職種及び住民から頼られる存在となり，社会の様々なニーズに主体的に対応する役割を果たしてきたと考える。

さらに保育士等住民に近い立場にいる職種ほど，安心感を持って総合相談窓口としての保健師を強くイメージしており，他職種の連携場面も目にする行政職は，パイプ役としての役割を捉えている。このような評価は，各職種と保健師の関係性を表すと同時に，保健師の行動の一部分を捉えたものだと考える。住民や他機関・他職種との連携による地域の健康増進は，保健師業務の重要な位置を占めるが，連携する他者への配慮は，学生時期から保健師に必要な能力として，講義や実習など様々な場面で意識づけがなされる[20～23]。さらに，現場経験の蓄積とともに保健師自身がその重要性を自覚することで，より一層行動に反映されていると考える。保健師に必要な能力に関する多くの研究[1，9，10，14，15]も，これらの能力の重要性を主張しているが，本研究の結果から，従来の保健師は，他職種からこれを保持していると認められて来たことが明らかとなった。即ち，今後も保健師として失ってはならない重要な能力および特質であると考える。

### 2）保健師の現状と今後の期待

他職種は，昨今の保健師のコミュニケーション能力の低下は，円滑な連携に支障をきたすと危惧していた。コミュニケーション能力は，先行研究において「対人関係構築能力」や「親和性」などと表現され，大野ら[7]をはじめ，多くの研究者が保健師の必須能力として挙げている。平野[24]は，この能力低下の一因として統合カリキュラムを挙げていた。統合カリキュラムは看護師と保健師の免許が同時に取得可能であるため，確固たる信念や意欲を持たず保健師を選択する学生が存在する可能性が示唆される。それが，宮本[25]も主張するように，新任期に膨大で複雑な業務に単独で向かわなければならない状況と相まって，自己の専門性への疑問を生じ，自信喪失や意欲低下に繋がる危険性を有している。

また，昨今の保健師は経験不足で余裕が無く，連携しにくいとも評価されていたが，既述のように，連携は重要な保健師活動の一つであることから，このような評価があることは問題といえる。保健師の未熟さについて，保健福祉領域で管理的立場となる医師は，保健師の成長を阻む一因は組織体制にあるとして責任を感じていた。保健師を取り巻く状況を，筒井[26]は，業務量の増加と健康政策の例年の変革により，個別支援を行う時間が削減されていると指摘している。つまり，職場環境により，先輩や同僚保健師からの非言語的な知識や技術の伝承を十分得られないまま，新任期から単独で事業を担当せざるをえない状況が推察される。このことはすなわち，これまで保健師が蓄積してきた現場のノウハウを失う危険性を有しており，ひいては保健師全体の質の低下を招くことも危惧される。

しかし，他職種は，このような昨今の保健師の質の低下を保健師の責任とせず，職場体制や社会的影響によるものであるという見方をしていることは，今後の保健師への期待の表れであろう。このような期待を寄せられることは，これまで地域で生き生きと誇りを持って働いていた先輩保健師の活動の賜物であると考える。

## 2．保健師の能力向上のために

従来の優れた保健師の活動と現在の保健師の状態について，6職種の評価をもとに，現在の問題点を概観した結果，保健師は今後，コミュニケーション能力の向上および保健師としての姿勢など，非言語的な要素を含めた知識・技術の伝達方法の検討が必要であると考える。そこで，現状を踏まえ，保健師基礎教育を担う養成機関と現場での取り組みの可能性を検討した。

### 1）養成機関での取り組み

#### ①コミュニケーション能力の向上

他職種は，特に新任保健師について，個性の乏しさを危惧していた。この様な認識を持たれる背景には，昨今の日本を反映したコミュニケーション能力の低下も一因だと考える。

経済協力開発機構が2006年に行ったProgramme for International Student Assessment調査において，日本人は年々「考える力」と「イメージ力」が低下しているという結果が示された。また，文部科学省は，2007年の全国学力・学習状況調査結果について，小・中学生共に，文章から人物の人間関係や心情を読みとる力や，複数の情報を整理し，自分の考えをまとめ，表現する力に課題があると報告した。これを受けて学校で読書時間の確保など様々な取り組みがなされている。このことは，本稿において人間の成長過程に深く関わる職種である保育士が，「若い人は，経験不足のため人間関係を築くのが下手で個性が乏しい」と，他の5職種より強く新任保健師の人間的な未熟さを危惧していた結果と一致する。

豊かなコミュニケーション能力の教育を求められる保健師養成機関の責務として，表面的な知識や技術の獲得だけでなく，対人能力を培う教育方法を検討する必要があると考える。現在出版されている地域看護関連のテキストを概観した結果，保健師に必要なコミュニケーション能力について明記されたものは見あたらなかった[20~23]。それは，看護職を目指す学生にはすでに備わっており，領域別講義に改めて取り上げる能力ではないためだと考えられる。しかし，現状を踏まえ，保健師に特化したコミュニケーション能力の向上を意識したカリキュラムの検討は今後の課題だと考える。

#### ②保健師としての専門的知識・技術の習得

厚生労働省は，2005年に新任期の地域保健従事者の到達目標および教育方法，さらに指導者に必要な能力等に言及し[3]，次いで2007年に保健師基礎教育終了時の到達目標等を明示[4]したことにより，現在養成機関で教育方法の検討がなされている。この報告書では，他職種が保健師に期待していた他機関・他職種との調整役割を，卒業時に「知識としてわかる」レベルを求め，現場で培われるべき高度な技術と捉えていた。一方，個別指導や家庭訪問技術は，保健師基礎教育で獲得すべき能力にあげられていた。つまり，基礎教育卒業時の到達度レベルは，新任期の活用頻度を考慮した設定だと推察されるが，本研究の結果から，それらの習得が十分とはいえない可能性が示唆された。行政職と専門職の二役を担う保健師として，地域住民から問題の本質をつかむ情報収集力と判断力，および明確な目的のある行動力が必要である。これらの能力を保持するための教育方法や内容を，現場と共に検討していく必要があると考える。

#### ③職業意識と責任感による自己研鑽の意識強化とその支援

日本の保健師と類似した活動を行うイギリスでは，2004年からSCPHN（Special Community Public Health Nurse）として，これまで産業・学校・地域および一部の地域で

各々活動していた４つの地域看護職を統合した。そして，資格取得のための専門能力について，現場の声を取り入れた到達基準[27]を設け，現場と養成機関が連携し，１年間の教育を行っている。これによると，SCPHNは，日本と共通する「地域の健康増進」「危機管理」「企画・立案・施策化」の他に，「公平性の推進」「リーダーシップ」「健康増進に関する地域の資源やシステムの評価と質の管理」を担う役割が明言されている。日本でも他職種との連携において，これらの技術は期待されているものの，特に明文化はされていない。つまり，日本の保健師は，地域の健康課題に共に対応していく他機関・他職種を対等な関係と捉えており，他機関・他職種の知識や技術などを補いながらマネジメントする指導的立場としての意識が薄いことを表していると考える。しかし，本研究の結果より，他職種から情報収集能力を評価され，調整・組織化のリーダーシップを求められていることを自覚し，必要時には新しい社会資源を形成し，その質管理までを主体的に行う意識も必要だと思われる。これらを学生時代から意識付けることで，地域の健康増進への責任感が強まり，主体的な自己研鑽の努力に繋がるのではないかと考える。

２）現場での取り組み

①職業意識の強化と自己研鑽の啓発

医師が**【資質向上のための自己研鑽が必要】**と指摘する通り，専門職である行政保健師は，情報収集力と判断力，高度な実践技術を養うべく，常に成長が必要な職業である。しかし，現在は主体的な自己研鑽への意欲低下が否めない。これは，岡本ら[10]が示す通り，職業選択時の意識や先述した疲弊に加え，保健師数の減少や業務の多様化により，モデルとなる先輩保健師の不在も一因と思われる。専門職特有の知識や技術は，同職種から得るものが大きい。特に，他職種が期待する連携時のマネジメント役割の遂行には，社会的資源や人材の把握が重要となる。それらの習得には，個々人が技術向上の必要性を自覚し，職場を超えた保健師同士のネットワーク拡大を継続的かつ自主的に行う必要があると考える。さらに，プライバシー保護や仕事への熱意など，行政職としての意識や姿勢は，医師をはじめとする上司や同僚からも学び得るものである。周囲からの学びを意識して活動する事も成長に不可欠な姿勢だと考える。田中ら[28]は，専門職意識は，学生時期の実習体験が大きく影響すると述べているが，養成機関と現場の双方から，行政保健師としての責任や生涯学習の必要性を啓発する必要がある。

②保健師同士のネットワークの強化

医師や歯科衛生士の認識通り，保健師は，国家資格取得後，現場の経験による成長が必要不可欠な職業である。本来は，保健師の目指す方向やネットワークを広げる関り方等の技術は，先輩保健師との日常的な交流の中から意識化されることで成長が促進される[28]と考える。しかし，配属先が多様化している現状では，職場の枠を超えた保健師同士のネットワーク化を促進するなど，現場の教育体制の整備が急務と考える。地域保健法が示すように，地域保健従事者である保健師の人材育成は，行政職の理解・協力の基，組織内で推進されるべきと考える。現在，その内容や時期について既に複数の都市で検証が行われつつあり[29]，今後その結果が待たれる。

③メンタルヘルス対策

保健師のメンタルヘルスも，重要な体制整備の一環である。昨今では，地域の多様化，複雑化したニーズへの自己の対応の不十分さを自覚し，不全感を持つ保健師も多い。医師や栄養士が**【意欲に差がある】**と認識した背景には，職業選択時の意識低下だけでなく，このような状況も一因と推察する。これまで保健師のメンタルヘルスは，あまり注目されなかったが，今井ら[30]は，保健師のバーンアウト有病率は50％を超えており，小児救命救急医師より高値と指摘しており，対策が必要と思われる。

保健師よりも早くこの状況を招いた看護師は，プリセプター制度等の導入や日本看護協会による看護職確保定着推進事業等により既に対策が取られている。2010年の保健師助産師看護師法の改正により看護職の卒後臨床研修が努力義務化されたこともふまえ，保健師も同職種の熟練者による支援が求められる。

④業務分担の検討

他職種は，保健師の質の低下の一因に多忙さを指摘していた。保健師活動は，1994年の保健所法から地域保健法への変更や，1997年の保健所と市町村保健センターの具体的な業務分担の見直しにより，従来の住民への直接的支援に加え，地域保健施策への積極的な参入を求められている。これにより，保健師の配属部署や業務内容の多様化が進み，十分な検討・分析の上での対応が困難な状況も推察される。現在，保健師が担う業務は，時代背景を反映した新規事業等が増加する一方，優先度が低下した事業は残存し，不要な事務量が増加して，保健師の専門性が活かせる業務や臨地での仕事を圧迫している[31]との指摘があるが，この状況が保健師の疲弊を助長している可能性も否めない。これまで保健師は，持ち前の熱意と責任感により，業務を抱え込みやすく，他職種との効率的な業務分担をしてきたとは言いがたい。保健師業務の優先順位の見直しや，保健師と他職種の役割分担内容を再検討するなど，工夫を重ねることも重要と思われる。

今回の調査対象は，先行研究から得られた連携頻度が高い６職種に限定したうえ，各々の対象数も少ない。そのた

め，保健師と連携する全ての他職種から認識される保健師について十分把握したとはいえない。また，政令指定都市で働く保健師についての認識であるため，市町村や県，その他の行政機関に勤務する保健師の特性とは異なる可能性がある。今後は，保健師と関係するより多くの職種や人数に対して調査を行い，保健師が自覚する必須能力の中でも，特に求められている能力を明らかにし，保健師教育に役立てていきたいと考える。

## Ⅵ. 結　　語

本研究では，他職種への面接調査により，他職種が捉える保健師像と，今後保健師に期待される内容が明らかとなった。他職種は保健師に絶大な信頼を寄せており，地域の健康を向上させるために重要な役割を果たす職種であると期待する一方，成長過程における人間関係の希薄化に関連したコミュニケーション能力の低下と，仕事への意欲の低下を感じ，これらが円滑な連携へ支障を来すと危惧していた。しかしそうした保健師に対し，他職種が変わらぬ期待を寄せていたことは，これまでの保健師活動の賜物だと考える。

これからの保健師は，この様な他職種の期待に応え，公的な対応が求められる行政機関で働く専門職として，日頃から人間関係を意識し，コミュニケーション能力を磨くとともに，医療や福祉に関する幅広い知識や技術，さらに責任感と態度を培う主体的な努力を継続して行う必要がある。また，これをサポートするために，保健師基礎教育を担う養成機関と，雇用する行政機関がともに体制を整えていく必要があると考える。

## 謝　　辞

本研究に快く協力してくださった対象者の皆様とＨ市職員の皆様に厚く御礼申し上げます。

本研究は金藤の修士論文に加筆・修正を加えたものであり，結果の一部を第11回日本地域看護学会学術集会で発表した。

## 要　　旨

【目的】保健師教育の方向性の検討に資するため，他職種が捉える保健師像を明らかにする。

【方法】保健師と連携経験のある計18人への半構成面接調査の内容を分析した。

【結果】６職種の内容を統合した結果，22の大カテゴリーを得た。他職種は，従来の保健師は「前向きで受容的な態度を持つ」特徴を持ち，「住民と共に活動する身近な存在」であるため，保健師がいると「連携がスムーズ」になると評価していた。しかし「目的を見失い，意欲が空回り」している保健師の増加により，「住民や他職種と距離ができ」「連携しにく」くなったと危惧していた。今後は「先輩からの伝承や，職場での経験を積んで成長してほしい」と切望していた。

【結論】他職種が捉える保健師像が明らかとなった。今後は，円滑な人間関係を築き，幅広い知識と責任感を主体的に培える保健師の育成が必要であり，教育・行政機関が相互にサポートする事が重要だと考える。

## Abstract

[Purpose] To clarify other professions' views on public health nurses (PHNs) in order to improve professional training for PHNs.

[Methods] A semi-structured interview was conducted with 18 people from other professions who worked with PHNs. The results were subjected to content analysis.

[Results] The contents obtained from all subjects representing six professions were integrated and classified into 22 major categories. The subjects tended to think highly of conventional PHNs by expressing that their character includes "having a positive and receptive attitude", and that "they work closely with local residents", and that thus including PHNs "makes inter-professional teamwork smoother". However, they are concerned that PHNs "have lost sight of their goal, and their enthusiasm is misdirected", resulting in "a gap forming between them and local residents" and "making inter-professional teamwork more difficult". They want PHNs to "learn from tradition handed down by their senior PHNs and their own experiences at work".

[Conclusions] This survey clarified other professions' views of PHNs. A goal of PHN training should be developing PHNs who have good interpersonal skills and who can actively acquire extensive knowledge and develop a sense of responsibility. To achieve this goal, educational and administrative personnel must work together.

## 文　献


1）永池京子：今，看護に求められる役割と教育　看護基礎教育４年制化の必要性，インターナショナルナーシングレビュー，29(5)，16-22，2006.
2）厚生労働省：地域保健従事者の資質向上のための検討会報告書，2004.
3）厚生労働省：新任時期の地域保健従事者の現任教育に関する検討会報告書，2005.
4）厚生労働省：看護基礎教育の充実に関する検討会報告書，2007.
5）佐伯和子，和泉比佐子，他：行政機関に働く保健師の専門職務遂行能力の測定用具の開発，日本地域看護学会誌，6(1)，32-39，2003.
6）半澤節子，羽田久美子：保健師の現任教育と市町村に対する保健所の後方支援の課題，精神科臨床サービス，5(1)，75-80，2005.
7）大野昌美，佐伯和子，他：現任教育プログラム導入による新任保健師の対人支援能力の発達（第１報）－事例体験及び能力の自己評価からの検討－，北陸公衆衛生誌，31(1)：11-17，2004.
8）大野昌美，佐伯和子，他：現任教育プログラム導入による新任保健師の対人支援能力の発達（第２報）－事例体験及び能力の自己評価からの検討－，北陸公衆衛生誌，31(1)，18-23，2004.
9）大倉美佳：行政機関に従事する保健師に期待される実践能力に関する研究－デルファイ法を用いて－，日本公衆衛生誌，51(12)，1018-1027，2004.
10）岡本玲子，塩見美抄，他：今特に強化が必要な行政保健師の専門能力，日本地域看護学会誌，9(2)，60-67，2007.
11）伊藤千加子，杉田清美，他：介護保険下において看護職が感じている「連携を阻害する要因」と「今後の課題」－交流会参加へのアンケート調査の分析より－，日本看護学会論文集，96-98，2003.
12）朱膳寺さつき，杉山　静，他：産業保健と地域保健の連携についての検討－産業看護職の実態調査を通して，産業衛生学雑誌，42，228-236，2000.
13）Polivka: A conceptual Model for Community Interagency Collaboration, Journal of Nursing Scholarship, 27, 110-115, 1995.
14）柳澤尚代，吉本照子，他：行政事務職が認識した行政保健婦・士の専門能力と活動，および今後の役割への期待－４自治体の介護保険システム導入課程における協働の事例から－，日本地域看護学会誌，4(1)，100-105，2002.
15）麻原きよみ：保健師活動を説明する新たな視点－組織的知識創造理論に基づく活動モデルの提案，日本看護科学会誌，26(4)，3-10，2006.
16）筒井孝子，東野定律：全国の市区町村保健師における「連携」の実態に関する研究，日本公衆衛生雑誌，53(10)，762-776,2006
17）石井康子：保育所・学校との連携を意図した母子保健活動の地区活動としての意味，千葉看護学会会誌，8(1)，40-46，2002.
18）グレッグ美鈴：看護における１重要概念としての看護婦の職業的アイデンティティ，Quality Nursing，6(10)，873-878，2000.
19）日本看護協会（編）：平成17年度版看護白書，88-125，日本看護協会出版会，東京，2005.
20）津村智恵子（編）：改訂地域看護学，中央法規出版，東京，2005.
21）平野かよ子（編）：最新保健学講座地域看護学総論①，メヂカルフレンド社，東京，2007.
22）平野かよ子（編）：最新保健学講座地域看護学総論②，メヂカルフレンド社，東京，2007.
23）奥山則子，松田正己，他：地域看護学概論，医学書院，東京，2006.
24）平野かよ子：これからの公衆衛生看護のあり方，公衆衛生研究，49(2)，116-124，2000.
25）宮本ふみ：保健師の援助方法を考える…Part 1 保健師の専門性はどこにあるのか，保健婦雑誌，59(5)，440-444，2003.
26）筒井孝子：健康フロンティア戦略における保健師配置基準の策定に関する研究－保健師活動の実態分析－，厚生労働科学研究特別研究事業，2006.
27）Nursing and Midwifery Council(NMC): Standards of proficiency for specialist community public health nurse, London, NMC, 2004.
28）田中美延里，大西美智恵，他：行政機関で働く新任保健師の力量形成に向けたニーズ関連要因に関する研究，日本保健福祉学会，12(1)，43-56，2005.
29）関　美雪，山田芳子，他：埼玉県・さいたま市における保健師人材育成システムの構築～保健師人材育成プログラムの開発に焦点を当てて～，埼玉県立大学紀要，8，125-131，2006.
30）今井博久，本山厚子，他：保健師のメンタルヘルス，保健師ジャーナル，9(1)，60-65，2007.
31）今井博久，本山厚子，他：保健師のメンタルヘルス，保健師ジャーナル，63(2)，146-150，2007.


［平成22年11月２日受　　付
平成23年２月３日採用決定］

－研究報告－

# 在宅で老いを生きる要介護高齢者の自己意識

Self Awareness of Elderly Living at Home who needs Nursing Care

沖　中　由　美
Yumi Okinaka

キーワード：自己意識，要介護高齢者，在宅，老い
Key Words：self awareness, elderly who needs nursing care, living at home, aging

## Ⅰ．緒　　言

日本では昭和前半まで，人は家で生まれ，家で老い，家で病み，家で死を迎えており，今から約50年前の高度経済成長以降，生老病死の風景は家から病院や施設に移行するようになった[1)]。時代の変遷とともに，現在の高齢者は，人の生老病死を病院や施設ではなく身近な場で体験し，その体験を通して病気になることや老いることについて感じ，考え，その意味や価値観も自己に意識づけてきたと考えられる。人の価値観や理想は，生まれてからの様々な経験を重ねる中で形成され，自らがこうありたいと思う理想自己であっても，社会的規範や他者から与えられている価値によって影響を受けている[2)]。また，意識は常に流動的なものであり，様々な活動や体験の一部が意識化されて自己意識となる。そして自己意識のうち重要な一部は記憶され，関連する活動や体験の記憶や意味づけ等により自己概念が成立していく[3)]。つまり，老いることや身体障害をもつことについての高齢者の意識は，要介護状態にある自分自身についての意識のあり様を構成するものとして考えることができる。一方，老いは肯定的側面を含む多面的な経験であり，人生後半における発達は老いとの相互作用の中で生じる[4)]。したがって，要介護高齢者が老いることや身体障害をもつことについてどのように意識しているのかを明らかにすることは，老いを生きる要介護高齢者の今を支えることにつながる。

これまでに，施設に入所している高齢者の自己意識については，家族や施設入所者，ケア提供者などの人との関係性や，集団生活に伴う規制された空間，家の存在といった居場所や，地域性に特徴があることが見出されている[5－7)]。一方，在宅で生活している高齢者に対する研究では，介護負担感[8, 9)]や介護継続[10)]など家族介護者に焦点があてられてきた。在宅療養者に関しては，慢性呼吸不全にある高齢者やがん終末期にある高齢者の生活体験について調査したもの[11, 12)]，身体機能の変化の時期や要因について調査したもの[13－15)]，在宅で生活している高齢者の主観的健康観や生活満足度や主観的幸福感との関連について調査したもの[16, 17)]などがあるが，障害をもつ高齢者が自らの老いをどのように捉えているのかについては言及されていない。また，健康な高齢者が上手に幸せに老いる過程[18)]，在宅高齢者のQOLと症状との関係[19)]，ケアのあり方による退院後の在宅高齢者の自己概念への影響[20)]についての調査では，要介護高齢者にとっての老いには触れられていない。「老いという経験は当事者によって語られてきたことが少ない」[21)]と言われるように，要介護状態にある高齢者が在宅で老いを生きる自分自身についてどのように意識しているのかについては，これから明らかにされていく課題であると言えよう。

近年の在宅志向政策や高齢者自身の在宅での生活意向，今後の要介護高齢者の増加の予測を受け，在宅で生活する要介護高齢者の自己意識のあり様を見出すことは，要介護高齢者が自分に潜む能力を見出し活用しながら自分が納得できる生活が送れるようなケア提供者の支援のあり方を検討する上で意義深い。

そこで本研究は，在宅で生活している要介護高齢者が，身体障害をもつことや老いることについてどのような自己意識をいだいているのかを明らかにする。

## Ⅱ．用語の定義

本研究では，自己意識を，「自分自身についての意識や記憶，感情や価値づけ等の経験に支えられ，現実に今ここで意識されているもの」とする。また，身体障害は，国際障害分類（International Classification of Functioning, Disabiliy and Health, ICF）の生活機能構造モデルの心身機能・構造（body functions and structure），活動（activity），参加（participation）における相互作用モデルを参考に[22)]，「疾病や加齢による身体機能の低下により，生活行為や人生の様々な状況での役割遂行など日常生活動作や様々な人生場面への

島根大学医学部看護学科　Shimane University Faculty of Medicine School of Nursing

参加が困難な状態」とする。

## Ⅲ．研究方法

本研究は，在宅で老いを生きる要介護高齢者がどのような自己意識をいだいているのかを明らかにする探索的記述型の質的記述的研究デザインである。

### １．研究協力者

研究協力者は，中国地方にある通所リハビリテーション施設１か所を利用している高齢者のうち，会話が可能で重度の記憶障害がなく同意の得られた要介護高齢者で，男性７名，女性６名の合計13名（平均年齢77.0±4.9歳）であった。調査対象の地域は，第一次産業が中心で，高齢化率は約26％（平成21年），人口流動が少ない地域である。また，研究協力者が利用している通所リハビリテーション施設は，老人保健施設および介護予防リハビリテーションセンターが併設されており，研究協力者は通所時にリハビリテーションセンター等でセラピストによるリハビリテーションを受けている。

研究協力依頼の手続きは，通所リハビリテーション施設の管理者と介護支援専門員に文書と口頭で研究協力への同意を得た後，介護支援専門員から要介護高齢者の紹介を受け，研究者が要介護高齢者に研究趣旨を文書と口頭で説明し同意を得た。研究協力者の選定にあたっては，同居，独居，高齢者夫婦のみの世帯や性別に偏りがないようにした（表１）。また，夫が要介護１であるA氏以外の夫婦では，配偶者は要介護認定を受けていなかった。

### ２．データ収集方法

データ収集は半構成的面接法により，（１）要介護状態になるまでに老いることや身体障害をもつことをどのように思ってきたか，（２）身体障害をもつ今の自分についてどのように思うか，（３）これから先どのように生きていきたいと思うか，についてのインタビューガイドを作成し個別面接を実施した。面接時，語り手の自然な話の流れに沿い，無理に聞き出すのではなく語り手の今の思いを傾聴しながら自由に語れるように進め，一回につき約30分から60分実施した。面接回数は概ね１人当たり２回，１人当たりの面接総時間は50分～100分であった。データ収集期間は2009年５月～８月であった。面接場所は研究協力者と相談のうえ施設の個室で行い，面接内容は同意を得て録音し，語られた内容や観察記録を逐語化しデータとした。

### ３．分析方法

データ分析は，継続比較分析により，（１）研究協力者毎に逐語録から老いることや身体障害をもつことに関する自己意識についての内容を意味が分かるセグメントで取りだし，（２）データを繰り返し読みながらコード化し，（３）これらのコードを他のコードとの共通性と相違性を検討し

表１　研究協力者の概要

| 研究協力者 | | | 世帯 | 要介護度 | 移動手段 | 通所リハ利用頻度 | 主な疾患 | 身体障害をもつ期間 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | 70歳代前半 | 女性 | 夫婦のみ | 1 | 車椅子 | 週２日 | 右視床出血後遺症（左上下肢不全麻痺）<br>脳梗塞 | 約12年 |
| B | 80歳代前半 | 女性 | 夫婦のみ | 2 | 車椅子 | 週２日 | 左大腿骨部転子部骨折<br>脳梗塞後遺症 | 約10年 |
| C | 70歳代前半 | 女性 | 夫婦のみ | 1 | 杖 | 週２日 | 右延髄小脳梗塞後遺症 | 約８年 |
| D | 80歳代前半 | 男性 | 夫婦のみ | 1 | 杖 | 週２日 | 気管支喘息<br>誤嚥性肺炎 | 約５年 |
| E | 80歳代前半 | 男性 | 夫婦のみ | 3 | 杖 | 週２日 | 脳梗塞後遺症（左不全麻痺，歩行障害）<br>高次脳機能障害，パーキンソン症候群 | 約２年 |
| F | 70歳代後半 | 男性 | 夫婦のみ | 4 | 車椅子 | 週２日 | 多発性脳梗塞 | 約４年 |
| G | 80歳代前半 | 男性 | ３世帯同居 | 3 | 手引き歩行 | 週３日 | 脳梗塞後遺症<br>右急性硬膜下血腫 | 約７年 |
| H | 70歳代後半 | 男性 | ２世帯同居 | 2 | 杖 | 週２日 | 脳梗塞後遺症<br>左内頸動脈狭窄 | 約６年 |
| I | 70歳代後半 | 男性 | ３世帯同居 | 1 | 杖 | 週２日 | 交通事故による脳出血後遺症<br>（右片麻痺，失語症，構音障害） | 約２年 |
| J | 80歳代前半 | 女性 | 同敷地内別居 | 3 | 杖 | 週２日 | 脳梗塞後遺症（右片麻痺）<br>両膝関節症 | 約６年 |
| K | 70歳代前半 | 女性 | 独居 | 1 | 杖 | 週２日 | 脳梗塞後遺症（右片麻痺） | 約11年 |
| L | 60歳代後半 | 女性 | 独居 | 2 | 車椅子 | 週２日 | 脳膿瘍（左上下肢麻痺） | 約１年 |
| M | 70歳代後半 | 男性 | 独居 | 2 | 杖 | 週２日 | 脳梗塞後遺症（右不全麻痺） | 約６年 |

ながら分類し，（４）研究協力者間での共通性や相違性も同時に検討しながらサブカテゴリー，カテゴリーを抽出した。最後に，（５）Glaserの理論コードを参考にカテゴリー間の文脈，条件，原因の関連を検討し図式化した[23) 24)]。

### ４．信頼性と妥当性の確保

研究者は，研究協力者から語られた内容を次回の面接時に確認した。研究協力者と研究者がこれ以上語る内容がないと確認した時点で面接を終了した。面接終了時は，語られた内容から研究者が解釈した内容を研究協力者に確認し，適宜修正を受けることによりデータの信頼性を高めた。また，抽出されたカテゴリーやカテゴリー間の関係性について常にデータに立ち返りながら検討を重ね，さらに高齢者看護の専門家に助言を受けることにより分析の妥当性を確保した。

### ５．倫理的配慮

紹介を受けた要介護高齢者に，研究者が，研究の趣旨，研究参加の自由意志と途中辞退の自由，プライバシーと個人情報の保護，結果公表における匿名性の遵守について文書と口頭で説明し，署名による同意を得た。本研究は島根大学看護研究倫理委員会の承認を得た研究計画書に基づいて実施した。

## Ⅳ．結　　果

### １．在宅で老いを生きる要介護高齢者の自己意識

在宅で老いを生きる要介護高齢者の自己意識として，【人生に立ちはだかる老い】【老いに立ち向かう力】【家族の絆と地域とのつながり】の３つのカテゴリーが抽出された（表２）。以下，これらのカテゴリーの説明を代表的な語りを用いて記述する。なお，サブカテゴリーは『　』，コードは《　》，語りは「　」で示し，（　）内に補語を加えた。アルファベットは研究協力者を示す。

#### １）人生に立ちはだかる老い

要介護高齢者は，今の自分が人生のライフステージの最期を生きていることを意識しながら，体力の衰えとともに思い通りに生きられないと感じることや積極的な気持ちに向かない自分を意識していた。また，身体障害をもち機能回復を目指す要介護高齢者は，動かない身体をもちながら老いる自分を受け入れようと大きく揺らいでいた。この自己意識は，『老いた自分が情けない』『どんなに頑張っても回復には限界がある』で構成された。

#### （１）『老いた自分が情けない』

これは，病気や老いにより《思い通りに動かない》自分の身体を意識する中で，《年はとりたくない》と理想とする老いの生き方と現実とのギャップに戸惑いながら，《身体は動きにくくても理想の生き方を諦めきれない》と身体の衰えとともに自らの老いを自覚し，自分なりの人生を前に進んで生きていくことを諦めきれないという意識である。

「10年前と言ったら70歳ですね。70歳ぐらいまでは現役で（仕事を）しようと思ってましたから。だけど，身体が

表２　在宅で老いを生きる要介護高齢者の自己意識

| カテゴリー | サブカテゴリー | コード |
|---|---|---|
| 人生に立ちはだかる老い | 老いた自分が情けない | 思い通りに動かない<br>年はとりたくない<br>身体は動きにくくても理想の生き方を諦めきれない |
| | どんなに頑張っても回復には限界がある | 頑張りにも限界がある<br>動かぬ身体に諦めがつく |
| 老いに立ち向かう力 | 「心の杖」が老いた自分の支えとなる | 誰にも負けないつよさ<br>「心の杖」が今でも支え<br>老いを受け入れ振り返らない |
| | 外に出れば広がる世界 | 同じ痛みを分かりあえる者同士だから生きる希望がわいてくる<br>外に出れば生活が変わる<br>頑張れば自分でできることがある |
| | 成り行きにまかせ静かに人生を終えたい | 成り行きにまかせて生きる<br>静かに人生の幕を閉じたい |
| 家族の絆と地域とのつながり | 家で暮らせる幸せ | 家族がいる<br>施設に入るのはみじめ<br>家での平凡な生活が今は幸せ |
| | 夫婦の歯車 | 妻がいるから生きていられる<br>妻として生きる |
| | 子どもとの距離感 | 子どもがいるから頑張れる<br>子どもに期待しすぎない |
| | 地域の中で生きる | ひとりで生きる<br>隣近所や仲間との交流でつながる<br>近所の人に引け目を感じる自分 |

ついていかなくなってきてね。(D)」や,「もう体力が衰えてね。今が人生の終着駅。(そう思うきっかけは)別にないけど。自分のことを,自分勝手にしていたことを,やりたかったけどね。昔みたいに。(D)」と,体力が衰え,自分の思い通りの生活が送れなくなった頃から次第に自分の老いを意識するようになっていた。一方,「みんなとお茶飲んでね。心がけのいいお婆さんでね。(J)」と,94歳まで元気に働いていた姑を見て,年老いても元気で働くものだと意識してきたことから,要介護状態にある今の自分を受け入れきれずにいた。また,「年はとりたくないって人は言うけど,やっぱりそうだなあと思う。(M)」と,客観的な他者の老いがまさに今自分の体験として意識されていた。他方,「先のことは考えてないわ。夢みたいな事ばかり考えていても駄目だ。(G)」や,これまでの家畜や山林の仕事を続けたいという気持ちはあると語りながら,「だけど今は夢ですわ。今はね。(H)」と,家庭内役割や肉体労働を通して自分が自分でいられると意識していた要介護高齢者は,以前のようには動かない身体で,これから先の人生も今までの生き方を貫く姿勢をもつことに負の意識をいだいていた。しかし,「年をとることはしょうがないと思ってます。やるだけのことはやったからね。そろそろお迎えが来てもいいかなと思いますけどね。でも本当は早いこと逝きたくない。(D)」と,お迎えが来てもいいという言葉には自分らしい生き方を諦め妥協するのではなくむしろ生きたいという生に対する前向きな願いが込められていた。そして,「この先何年生きられるか分からないけど,今からが大変だ。もう82歳だからね。転ばないようにしないと。(J)」,「目が悪くなるし,耳が聞こえなくなるし。歩くことが怖いわ。ひっくり返るから。(G)」と,転倒しないことが夢を持ち現実を見て生きていくための方略と意識していた。

### (2)『どんなに頑張っても回復には限界がある』

これは,機能回復を目指しリハビリに励んできた要介護高齢者が《頑張りにも限界がある》ことを意識する中で,時間の経過とともに元に戻らない自分の動かぬ身体を否応なしに認めざるを得ない現実を受けとめ,《動かぬ身体に諦めがつく》と意識するものであった。

「私ね,限界だなと思いました。一生懸命やりさえすれば身体がよくなると思いました。一生懸命で,性格もあるでしょうけど,リハビリに励みました。とうとうこの手は動かないままですから。(K)」と,動かない身体を意識するとともに回復や自分の頑張りにも限界があることを意識していた。また,「身体が動かなくなったことに,こんなもんだと諦めがついた。人に当たり散らすより,自分のなかで思っていればいいわと思って。もう今一人だからね,時間がかかっても(何事も自分で)すればいいわと思ってね。(M)」と,動かない身体にやりきれない思いをもつ自分に,行動に時間がかかっても,そのことで他人に迷惑をかけないという理由づけをすることで自分を納得させようとしていた。

## 2)老いに立ち向かう力

要介護高齢者は,病気や障害をもつことによって,身体が動きにくくなり老いた自分を意識していた。その一方,何十年と生きてきた人生の中で,家族や仕事を通して他者から期待される成果を遂げてきた要介護高齢者は,今までの自分の人生を振り返り,築き上げてきた大事な生き方や考え方があることを意識し,自らの老いを受け入れ自然な流れに沿って老いを生きようとしていた。「老いに立ち向かう力」は,前向きに突き進む力を意味するだけでなく,若い人とは違う高齢者だからこそ身体障害をもちながら老いることが自然なものであると受け止め,流れに逆らって進むのではなく流れに沿うように生きることもまた高齢者にとっての力であり,この先の人生を生き抜く上での知恵でもある。この自己意識は,『「心の杖」が老いた自分の支えとなる』『外に出れば広がる世界』『成り行きにまかせ静かに人生を終えたい』で構成された。

### (1)『「心の杖」が老いた自分の支えとなる』

これは,子どものころから家族を守るために働いてきた自分を振り返ることで《誰にも負けないつよさ》を意識し,仕事が自分の楽しみでもあり自分の役割を果たしてきたことを肯定的に評価するものであった。「心の杖」は,自己を支える成功体験であり,雇用労働などの仕事を通して他者から認められてきた自分が,困難を乗り越えてきた体験の中で得た行動目標や指針を意味するものである。要介護状態となった高齢者は,要介護状態になる前にもっていた《「心の杖」が今でも支え》と意識し,老いた今の自分や老いゆく自分を認めた上で《老いを受け入れ振り返らない》と,これからの人生を意識していた。

要介護高齢者は,「生活の責任が自分にかかってくるから,自分がしっかりしないといかんなと思って。(G)」と自分が家族を支えてきたことを評価し,「人に負けちゃいけないという気がする。人のすることは何でもしないといけない。そう思って今まで生きてきたんだからね。(G)」と,年を重ね,要介護状態になった今でも変わらない価値ある人間として自分を意識していた。また,「自分が主人公になったつもりで一生懸命やれば,自分の存在感を示すことができるということを『心の杖』としてもっていたんです。それが今日につながっているのであってね。(G)」と語り,身体障害をもつ今も仕事で貫き通してきた自分の信念を持ち続けることで今の自己を支えていた。一方,「身の回りのことをするのには,こっちの手(健側の左手)で片手で何でも持ちます。スイカは転がして袋に入れてね。

そういう知恵ですかね。」(K) と，知恵や宗教（K）もまた自己を支えるという「心の杖」であった。他方，「年をとるから，（手を斜め下に線を描くように動かしながら）こうして下がっていくのは当たり前ですから。なるべくなら下がらないようにまっすぐに平行に行けばいいかなと思ってます。(C)」と動きにくくなる自分の身体を自覚するとともに，「人間，頑張れないということはないから，頑張らないといけないと思って。そればっかりです。もう後ろを振り返って見ても，もうどうにもなりませんし。(C)」と，自分の老いを受け入れ，前をみて生きていこうと意識していた。

（2）『外に出れば世界が広がる』

これは，身体障害をもつ苦悩や限界といった同じ体験をもつ人との交流を通して，《同じ痛みを分かりあえる者同士だから生きる希望がわいてくる》と意識するものであった。また，通所リハビリテーションでの機能回復・維持訓練や，外出を通して《外に出れば生活が変わる》と意識するものでもあった。さらに，女性にとっての家事や男性にとっての子どもへの仕事の継承など《頑張れば自分でできることがある》と，今の自分にできることを正に意識するというものであった。

「年はとらないといけないからね，順番に。(L)」と語る要介護高齢者は，通所リハビリテーションで，「こういう人（要介護状態の人）ばかり４人ほど練習してるのよ。足が痛いね，痛いねって。何にも悪いことしたわけじゃないけどねって言って。何でこんなになるのかなって話して。頑張らないといけないと思うんだけどね，頑張りも限界だね。ま，そんなこと言ったって仕方ないしね。生かされてるんだからね。いつでも死ねるものなら，とうに死んで楽になるか，何か知らないけどそうしたいけどね。(L)」と，今の自分は生かされていると感じており，死を選んだとしても楽になれるかどうかという思いのなかで一生懸命リハビリに取り組んでいた。また，「身体が悪くない人が来て，頑張るんだよって言っても，何があんたに分かるのかって思う。はっきり言って。なってみた者にしか分からない。前頃はそんなんでね，毎日死ぬことばっかり頭にあった。だけどね，ここ（通所リハビリテーション）に来てからね，全然そんなことがないからね。それだけでありがたいと思って。(L)」と語り，同じ障害をもち，同じ経験をして，同じ苦しみが分かる人からの励ましと，自分より先にリハビリを進めている人を見ることによって，自分の将来に回復への期待がもてたことが前向きに生きる力となっていた。さらに「職員さんがいろんな話をして聞かせてくれて。最高に充実した気分ですね。感謝しないといけないわ。(H)」や，「（家から外に）出て行くところがないんだから。お医者さんと温泉ぐらいしか。息子が連れて行ってくれることはあるけど，もう大儀になってね。(D)」と，一人で外出することができず楽しみがもちにくい要介護高齢者にとっては，外出が自己を安定させる一つの方法となっていた。

また，夫婦世帯の女性の中には，「片手片足で台所のことをしようと思っても，半身だから半分だけ自由が利かないと思うでしょうけど，半分どころかもっともっと利きませんからね。(A)」と，日常生活動作や家庭内役割の人生参加の場面で大きく障害を受けている体験を語った。さらに，「私病気になってから精一杯やってるつもりですからね。これ以上のことを望まれてもどうにもならない。（夫は）昔の男でしょ。だから台所に入って自分がこんなことまでしないといけないのかって言われるとね，自分ができることはやらないといけないわ。(C)」と，健康な頃から夫を立てて生きてきた夫婦関係において，妻としての役割を必死で遂行しようとしていた。一方，「よくなったら炊事しようと思って頑張って（病院から）帰りました。病院にいるよりは安心して家にいられます。私はまだ食事の支度はしませんから。主人が食事の支度をして，食べさせてもらって，ごちそうさまって言って。私もなるべく早く足が立って炊事でもしたいと思って。(B)」と，妻役割の意識の仕方は夫婦関係で異なっているが，自分が担ってきた家事役割を取り戻すために，動きにくくても頑張っている自分を承認し前向きに生きていた。「暇につけて習字とか手紙とかユーキャンで取り寄せてしてますけど。私の実の父親が絵が好きだったんですよ。自分もそんな遺伝子的なことがあるのかな。ちょっと書いてます。私の兄弟に残しておかないと，と思ってね。(A)」と，親の老いや人生の終焉を見届けてきた要介護高齢者にとっては，習字や絵を描くことは，身体機能を維持するための運動としてだけでなく，身体が動きにくい自分ができる人生最期に残したい仕事としての意識からくる行動であった。そして，「やかましく言う人や小言を言う人もいないんです。(C)」と，自分の行動を制止されることなく遂行できていることによって思い通りに生きられると意識しており，これが前向きな老いの生き方を支えていた。

（3）『成り行きにまかせ静かに人生を終えたい』

これは，今までの生き方や自然に訪れる老いに逆らうことなく，《成り行きに任せて生きる》ことを意識し，《静かに人生の幕を閉じたい》と人生の終焉を意識するものであった。これは，身体障害をもつ高齢者がこれから先の人生を見据えて老いを生き抜こうとする力である。

独居の要介護高齢者は，「家がホッとできても，動かなくなったら特養にでも入れさせてもらわないといけない。お父さんのときにあちこちして難儀したから。なったらなったように生きるっていうことが一番。人間にとっては

ね，楽天的な生き方ができると思います。(K)」や，「自分で欲を出してもつまらないからね。普通に，ストレスがかからないように気楽に（生活していきたい)。(M)」と，老いを受け容れ前向きに生きようとしていた。また，夫婦で生活している男性の要介護高齢者は，「年をとるにつれ，悪くなるにしても良くはならないだろうと思います。生きてみないと分からない。(H)」と，将来の生活に明るい見通しが立たない今，自分の生き方は「求めずに自然体でね。(夫婦で）お互いにできるだけ健康で長く生きるように。病気したときは天命だと思って諦めたらいいんですよ。(E)」や「(これからのことは）今の自分の体力が回復した時点で考えたらいい。(F)」と意識することで安定させようとしていた。また，「静かに人生の幕を閉じていかないとね。悔いのないように。人に迷惑をかけずにね，心豊かに。いろんなことをまだまだ学ぶことを学んで。いつかはあの世に行かないといけないんだから。(E)」と，生きる意欲をもつことで自己を安定させながら老いを生きていた。

### 3）家族の絆と地域とのつながり

自宅で生活している要介護高齢者は，確固たる居場所があると意識することで自己を安定させており，このような居場所を通して意識する自己は，夫婦や子ども，近隣者との関係性によって支えられていた。この自己意識は，『家で暮らせる幸せ』『夫婦の歯車』『子どもとの距離感』『地域の中で生きる』で構成された。

#### （1）『家で暮らせる幸せ』

これは，要介護状態になり自由に外出することができにくくなったために以前の仲間との交流が少なくなった今，《家族がいる》ことが要介護高齢者の揺れる自己を支える一方，《施設に入るのはみじめ》と施設入所高齢者に対する悲哀を抱きながら，自分が自分でいられる場所である《家での平凡な生活が今は幸せ》と意識するものであった。

普段の生活について，「平凡（G, I)」や「当たり前の生活（H)」と意識する要介護高齢者は，家で暮らすことについて，「なんだかんだ言っても我が家っていうのは一番いいところですよ。大の字になって寝たり，何も忘れて気を許したからそんなことができるんです。(H)」や，今の自分について「本当にね，幸せだなと思って。子どもや孫が寄ってくれる。(I)」と，要介護状態になって以前のような仲間との交流が途絶えたとしても，気を許しあえる家族がいる家を通して自己が安定する心地よさを意識していた。また，「自分のことさえできずに食べるだけ（の状態）で施設に入ったら，もう死ななきゃ出られないでしょ。可哀想だなと思いましたよ。(B)」と，身体障害をもつ他者が施設に入所することに対する悲哀を抱いていた。要介護高齢者は，施設に入所することに負の意識をもつからこそ，家で暮らせる幸せを一層意識していた。

#### （2）『夫婦の歯車』

これは，夫婦が家庭の基本であり《妻がいるから生きていられる》と妻を支えに生きている夫と，《妻として生きる》ことを意識する妻が，夫婦関係のなかで自己を意識するものであった。

妻と二人で生きてきたと語る夫婦のみで生活する男性の要介護高齢者は，「家庭が基盤。生活が基盤です。(E, F)」や，大黒柱として家族を支えてきたことを「当然ですね。男として，(D)」と意識していた。そして，今まで家族を支えてきた自分が今頼りにしているのは「家内です。選手交代。息子は息子なりの考えでいるでしょうけどね。(D)」と妻を頼りに生き，「これ以上悪くなったら妻に迷惑というか，世話をかけますから。(D)」と妻に世話をかけない生き方をしたいと考えていた。子どもと同居している男性の要介護高齢者も，「あれ（妻）がいるから生きていられる。(G)」と，妻の存在によって自分が支えられていると意識していた。

#### （3）『子どもとの距離感』

これは，《子どもがいるから頑張れる》と子どもや孫とのつながりが要介護高齢者にとって生きる支えになっている一方，要介護高齢者の老親扶養意識が実子や嫁と異なることから先行きの不安をかかえながらも《子どもに期待しすぎない》と，介護に関する子どもとの目に見えない距離を保って老いを生きようとする意識であった。要介護高齢者自身が子どもとの距離感をコントロールしながら老いを生きている自己意識のあり様は，子どもへの期待が高く，距離を縮めたいと願う施設入所高齢者の自己意識とは異なる点で特徴的であった。

「子どもはやっぱりいた方がよかったなと思います。(B)」と語る要介護高齢者は，「病院にいても何の心配もありませんでした。早く歩けるようになりたいと思って一生懸命頑張りました。」と，子どもの存在が前向きに生きる意欲を高めていた。一方，老いて要介護状態になったとき「子どもが助けてくれると思っていたけど，駄目だな。(G)」や，「トイレに行きたいと思ってもすぐ行けないから。ベッドのところに夜はおまるをもってきて。自分がいつまでできるか分からない。嫁さんも親子じゃないから，どうですかっていいませんよね。(J)」と，子どもが期待に応えてくれないと感じていた。他方，「子どもをあてにすると，裏切られたときにしっぺ返しが怖い。しっかりしないといけないと思ってね。(K)」と，子どもに頼らない自立した老いの生き方を理想としていた。さらに，「子どもが親を見るのは当たり前だけど，この頃の世の中では若い者がとことんまで親の面倒を看ることはできない。(D)」と老親扶養の意識が時代とともに変化していること

を感じ取り，今の高齢者にとっても，「子ども夫婦と孫が一緒に暮らしているところに年寄りがズカズカと入るわけにはいかないと思うしね。向こうも嫌がるだろうけど，こちらも嫌ですよ。(D)」と意識していた。また，遠距離に住んでいる子どもが「(地元に) 帰ると，結局余計苦労すると思う。家で一緒に生活していると気を遣ったり。だから，県外でも電話で声が聞こえるからね。一人だと気楽にのんびりできる。(M)」と，子どもとは近すぎず，つながりを感じられる程度でいることが気楽に生きられる心地よい距離感であると意識していた。

（4）『地域の中で生きる』

これは，家のなかの仕事や支えてくれる人がいることや安心できる居場所を通して《ひとりで生きる》ことを意識し，《隣近所や仲間との交流でつながる》自己を意識する一方，要介護状態になった今，長年付き合いのあった《近所の人に引け目を感じる自分》と負に意識するものであった。

独居の要介護高齢者は，「身体が動かなくなるから年はとりたくないと思っていた。(L, M)」と語り，これからの生き方について「仕方ないわね。一人だから誰かに頼るしかないと思っているけどね。だからボケとかにならないように一生懸命やろうかなと思って，洗濯でも掃除でも何でもして動いてるけど。(L)」と，一人で生きていくために自分でできる限りの対処行動をとり，ホームヘルパーや子ども，きょうだい，友人が自分の理想の生活に近づけてくれると意識していた。また，「家にいるとボロの家でも安心していられる気がする。家にいてみんなが来るとね。(L)」と，一人で暮らしていても人が集まってできる自分の居場所を意識していた。夫婦世帯の女性は，今の生き方について「人に迷惑をかけないようにね，娘や息子にもそうですけど，周りの人にも。部落のことで色々と世話になることもありますしね。仲良く暮らさないとね。(C)」や，要介護状態になってから「温泉友だちもできて。ここ（通所リハビリテーション）に来ても友だちができて楽しい。(B)」と，近隣者との付き合いが今の自分を支えていると意識していた。一方，子ども世帯と同居している男性の要介護高齢者は，「(昔の仕事仲間や近所との) 交流はあるけど，病気してからはちょっと遠慮してますね。友だちを呼ぶわけにもいけないし，来ても面白くないでしょ。家以外は話しすることはないですからね。(I)」と，要介護状態になる前までは家族以外の仲間との関係のなかで自己を見出していたが，今は家の外との交流が少なくなり，家以外の社会との関係が途絶えがちになったため，唯一家が自分の居場所であると意識していた。また，脳梗塞後，「(近隣者に) 私のことがわかるかね？って聞かれた。自分のことをぼけていると思われたかもしれない。そのとき，何を言ってるんだろう，自分はぼけていると思われたんだろうかと思いました。そんなにぼけてないぞって。(H)」と語り，家では「(近隣者は) 遠慮して来ない感じですね。道端で会っても，今までだったら話す人も，向こうも避けるような感じ。するとこっちも引け目を感じて喋らない。(H)」と，今までの自分と違う自分に負の意識をいだき，他者も同じように自分を負に価値づけしていると意識していた。そのため，長年暮らしてきた地域だからこそ，馴染みの人との関わりのなかで不安定な自己をいだくようになり，「家にいたら，周囲の人は病人がいないからね。まともな人ばかりだから。まともな人にはとてもたてつけないな。(H)」と要介護状態にある人が近隣にいないと思うことがさらに自己を不安定にさせていた。しかし，通所リハビリテーションで他の要介護状態の人を見て，「あの人より自分のほうが多少いいからな。世の中には自分より悪い人もいるからなと思ったりしたとき，自分は自分なりの安堵感がある様な感じがする。(H)」と，自分の方が身体状態や知的に高い能力があると意識することで不安定な自己を支えていた。

2．在宅を生活基盤とする要介護高齢者の自己を支える力

在宅の要介護高齢者は，【人生に立ちはだかる老い】と【老いに立ち向かう力】の相互のバランスをとりながら老いを生きている。【人生に立ちはだかる老い】を意識する要介護高齢者は，【老いに立ち向かう力】で乗り越えようとする。しかし，【老いに立ち向かう力】を強く意識している要介護高齢者であっても，【人生に立ちはだかる老い】を負に意識する。この２つの自己意識を支えるのが，【家族の絆と地域とのつながり】である。【家族の絆と地域とのつながり】が安定している要介護高齢者は，【人生に立ちはだかる老い】と【老いに立ち向かう力】とのバランスが保てるため自己が安定している。(図１)。

## Ⅴ．考　　察

### 1．家族との関係性の中で意識する自己

#### 1）高齢者夫婦の力

高齢者夫婦は，同居世帯でも夫婦のみの世帯でも，家で暮らせる幸せを感じながら，二人だから生きていけると意識していた。高齢者夫婦の関係性については，必ずしもお互いに相手を人格的に尊重し成熟した関係を築いているわけではなく，人生の中で夫婦として長い期間過ごしてきた夫婦のあり方が問い直される転機があり，夫婦としていかに対応するかによってその後の相互の理解は大きく異なってくる[25] と言われている。高齢者夫婦のどちらかが要介護状態になったときは，まさしく夫婦としての関係を問い直されている転機であると言えよう。『夫婦の歯車』のように《妻がいるから生きていられる》や《妻として生きる》

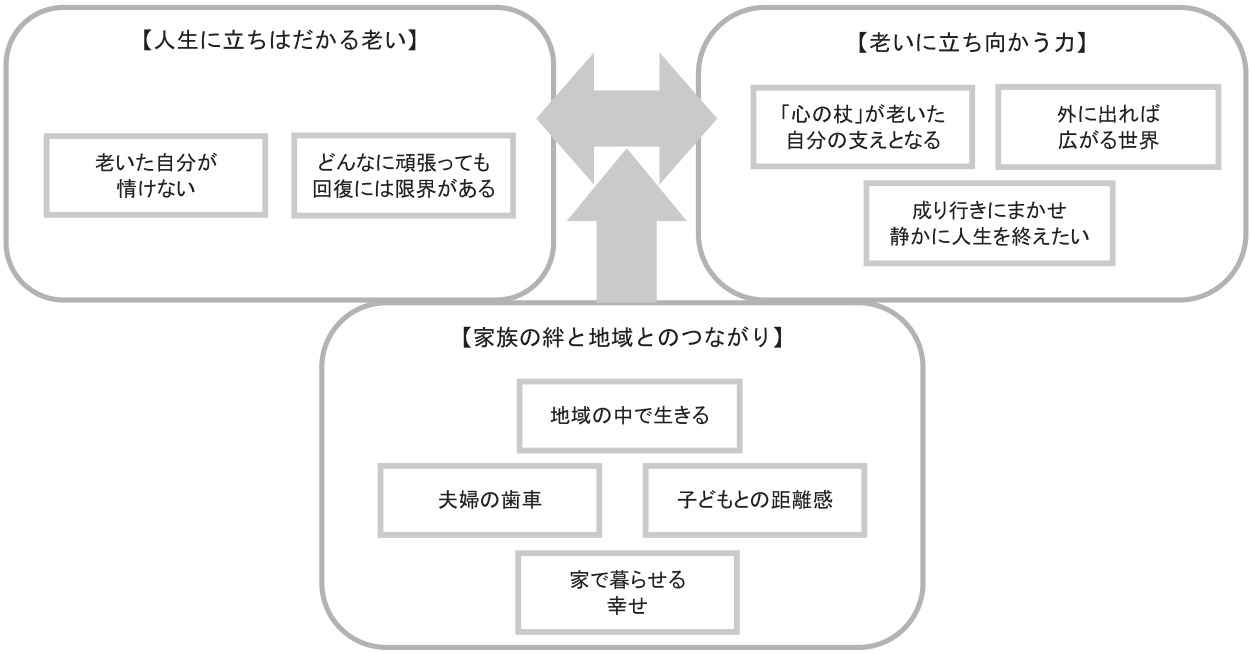



図１　在宅で老いを生きる要介護高齢者の自己意識の構造図

注：【人生に立ちはだかる老い】と【老いに立ち向かう力】の両方に向かう矢印は，これらの自己意識の力が相互に関係し合っていることを表している。
【家族の絆と地域とのつながり】は【人生に立ちはだかる老い】と【老いに立ち向かう力】を支えている自己意識であり，両者のバランスに影響している。

といった意識は，それまでの夫婦の関係性を見直し，お互いを尊重し合い夫婦で積極的に老いを生きているプロセスである。このような夫婦としての転機をいかにうまく乗り切れるかを支援していくことが，要介護高齢者のQOLを高めることにつながると考えられる。

また，夫と妻の別に自己意識の様相をみると，夫婦世帯の男性に特徴的なのは，以前の仕事を通して得た成果である《「心の杖」が今でも支え》であるのに対し，女性にとっては過去の栄光よりもむしろ現実を受けとめ，《老いを受け入れ振り返らない》と意識している点であった。男性の多くは，家の外で仕事をしてきたが，家の中の仕事は女性が担い仕切ってきた。定年後，男性は女性が主導する家で生活することになり，家族を守ってきた夫にとっては，今は妻が大黒柱であり，性別による自己意識の相違も伺える。江原は，元気で一人で何でもできる時は自分のことは自分で決められるつもりでいても，身体の自由が利かず病気になると，他人に迷惑をかけるためわがままを言うべきではないと思い，他人もそう考えるべきだと要求する。この自立イメージが患者や障害者の自己決定権を否定してきた[26]という。要介護状態になった夫は，家族を守ってきたことを肯定的に自己評価し，家族にも同じように評価されていると意識することによって，要介護状態になった今の自分には他者に要求することができないというように自己決定権を自ら否定してしまっているのではないだろうか。一方，《妻がいるから生きていられる》や《妻として生きる》のように，夫婦間で頼られる存在と意識する妻は，要介護状態になっても生き方や生活の仕方を他者に依存することなく自分で決定していることが前向きに老いを生きることに影響していると考えられる。夫も要介護状態にあるA氏は，訪問介護や訪問看護を利用しながら，お互いができない部分を助け合いながら生活し，片麻痺があってもまだ自分にできることがあることを意識しており，夫を自分が看取るまで頑張らないといけないと奮起することが今の自己を支え前向きに生きる力となっていた。高齢者夫婦世帯の夫を介護する妻の体験では，妻は夫には自分しかいないという義務感や責任感をもち，夫がいることが妻の生活に張りを与えており，介護を継続していく中で何らかの支えをもっている[27]。妻や夫が介護する側か，される側かによって役割転換の受け止め方や自己の支え方が異なるとしても，高齢者夫婦が要介護状態となったとき，自分たちで夫婦関係を捉え直すことができるように支援していくことが，積極的に老いを生きるための支援につながるのではないかと考えられる。

### ２）要介護高齢者のひとり暮らしのつよさ

独居の要介護高齢者は，『どんなに頑張っても回復には限界がある』のように，努力を重ねてリハビリをしても以

前のように自由に動く身体を取り戻すことにはできず，一定以上の回復は望めない現実を受け入れていた。これは，自分の身体障害を受け入れられない苦悩ではなく，現実と向き合い前向きに生きようとするつよさであることがうかがえる。特に，ひとり暮らしの高齢者は家族に対して自らの生活方針を主張する主体的な高齢者像が見出されている[28]。独居高齢者が自らの回復の限界を感じながらも生きることに前向きになれるような負から正に転換する力は，《同じ痛みを分かりあえる者同士だから生きる希望がわいてくる》のように，家族ではない，痛みを共有できる人との関わり合いがあるからこそ得ることができると考えられる。そしてこの力に，自分を支えてくれる近隣者との関わりがさらに前向きな力として加わっている。人との関わり合いは，かつて井戸端会議のように身近な体験を日常的に話してきた高齢女性にとって，前向きな力に転換できる有効な手段であるといえよう。

子どもとの関係性の視点から要介護高齢者をみると，夫婦のみの世帯では，「やっぱり子どもがいてよかったな。何の心配もありません。(B)」や，「(孫に) 何もなくてつまらないでしょと言うと，おばあちゃんがいるから楽しいって。(C)」のように，子どもや孫がいること自体が要介護高齢者にとっての生きる原動力となっているだけでなく，子どもや孫が自分の存在価値を認めてくれることによって自己を安定させていた。一方，別の視点からみると，独居高齢者の中には，できあがっている子ども世帯の生活に入り込むことはできないと語る人がいた。これは，子どもと同居することによって新たに家族関係を形成し生活を再構築しなくてはならないために，要介護高齢者が，子ども世帯にとっても自分にとってもお互いに避けたい事態と考えているためである。しかし，今は一人で生活していても，さらに要介護状態が進行し日常の生活が困難になると，要介護高齢者は子どもにいずれは頼らなくてはならない，そのときは頼りたいという密かな思いがある。要介護高齢者が，高齢者世代と子ども世代とでは子どもが老親を看ることを当たり前とする老親扶養意識が変化していると考えてはいても，それを自身の子どもに確認しているわけではない。独居の要介護高齢者は子どもが自分の介護のことを本当のところはどのように思っているのか牽制しつつ一定の距離をとりながら生きている。一人で生きる覚悟を決めた独居の要介護高齢者の覚悟を支えるのは，ホームヘルパーや，同じ世代のきょうだいが助けとなってくれること，そして古くからの友人が自分の理想の生活に近付けてくれているという意識であり，そこに独居高齢者のつよさが窺える。独居の要介護高齢者にとって，家は自己を安定させる基盤であり，通所サービスを利用し，近隣者に支えられているからこそ，今，自分なりに生活できていると前向きに老いを捉えることができると考えられる。ケア提供者は，こうした前向きな自己意識をもつ独居の要介護高齢者の力を活かした支援を行っていく必要がある。

### 2．自己を支える／脅かす地域

在宅の要介護高齢者にとっては，家がコミュニティの基盤であり，通所サービスを利用することにより自己が外部に開かれ，同じ痛みを共有できる仲間との交流が老いを前向きに生きる支えとなっていた。特に，人口流動の少ない地域では，『周りからの期待を果たしてきた自分』を近隣者に認められてきたことが自己を支えていた。要介護状態になっても自己を支える基盤は簡単には変更することができないため，馴染みの『地域の中で生きる』要介護高齢者にとっては，身近で昔からの知り合いに身体障害をもつ今の自分を知られたくない見られたくないという意識が働いていた。それは，近隣者から自分がぼけていると思われていることを知ったときのH氏の中で特徴的にみられる。H氏は，ぼけることに対する自分自身がもつ負の価値意識を自分にラベリングし，さらに，近隣者との関わり合いのなかで，家から外に出ることは自己を脅かすことになると意識するようにもなっていた。日本社会に多くみられる農村型コミュニティを基盤とした人と人との関係性のあり方は，情緒的つながりの感覚をベースに，一定の「同質性」を前提として凝集性の強い形で結びつく[29]。しかし要介護高齢者は，農村型コミュニティの中で，情緒的つながりで結び付いていたはずの近隣者との関係が，要介護状態になった途端に壊れてしまったと意識していた。日本社会は集団の内部では過剰なほど周りに気を遣ったり同調的な行動が求められる一方，一歩集団を離れると誰も助けてくれる人がいないと言った「ウチとソト」との落差が大きな社会であり，生きづらさや閉塞感の根本的な背景となっている[29]といわれる。これが要介護高齢者を取り巻く地域で作用すると考えれば，馴染みの地域で暮らし，家の外との交流が少なくなった要介護高齢者にとって，今，自分を支えてくれるのは家族であり，自分の居場所を何とか確保できるのは家である。そのため，自分にとって心地よい家に引きこもりやすくなることも考えられる。在宅で生活する要介護高齢者が自己を安定させて老いを生きられるのは，家の中に自分の役割があること，地域での身近な人との良好な関係が保てていることであった。在宅の要介護高齢者と子どもとの関係では，子どもにある程度の期待をもちながらも，要介護高齢者が子どもとの一定の距離を意識的に保つことで自己を安定させていた。家や子どもとの距離感，近隣者との関係といったコミュニティのもつ作用がプラスに働けば，家にいることや家族の存在，在宅サービスを利用している要介護高齢者との語り合いやケアスタッフとの関わりを通して，一人ひとりの要介護高齢者が自分の

老いに向き合い，立ちはだかる老いを乗り越えられるようエンパワーメントしていくことができると考えられる。ケア提供者は，老いを生きる要介護高齢者の自己を支えるために，個々の要介護高齢者の老いの意識を引き出し，地域にある肯定的な力を使って，要介護状態にある高齢者が在宅で老いを生きることについての負の意識から正の意識に転換できるよう働きかけていく必要がある。

## Ⅵ．本研究の限界と今後の課題

本研究は，中国地方の１か所の通所リハビリテーションを利用している要介護高齢者から得られたデータのため，異なる地域で生活している要介護高齢者を対象として調査を重ねる必要がある。また，通所リハビリテーションを利用していない在宅の要介護高齢者において，家族や地域との双方向性のあり様が，老いの自己意識にどのような影響を及ぼすのか検討することが課題である。今後，要介護高齢者が，身体障害をもちながら老いることや地域で老いを生きることについて，その体験を語ることや，要介護高齢者が語りあえる場を設定し共有することの有用性を検証する必要がある。

## Ⅶ．結　　論

在宅で老いを生きる要介護高齢者の自己意識は，年を重ねるなかで様々な経験を通して，要介護状態となった今の【人生に立ちはだかる老い】を意識し，目の前に立ちはだかる自分の老いに対して今までの成功体験や自身の考え方や価値観，同じ苦しみや痛みが通じ合う仲間との交流を通して【老いに立ち向かう力】をもっていた。この意識が相互に向かい合いながら老いを生きており，家を基盤とした自分の居場所が支えとなり，家族，近隣者との関係性のなかで【家族の絆と地域とのつながり】を意識していた。施設入所高齢者の自己意識と比較すると，在宅の要介護高齢者は，夫婦や子どもなど家族との関係性の中で自己を安定させる一方，馴染みの地域だからこそ近隣者との関係の中で自己を脅かし得ることもある中で老いを生きていると考えられた。

## 謝　　辞

本研究にご協力いただきました研究協力者の皆様，通所リハビリテーション施設関係者の皆様に深く感謝いたします。また，データ分析にあたりご助言いただきました島根大学の原祥子教授，岡山大学大学院の西田真寿美教授に感謝いたします。

## 要　　旨

本研究の目的は，在宅で老いを生きる要介護高齢者の自己意識を明らかにすることである。研究協力者は，通所リハビリテーション利用者の男性７名，女性６名の要介護高齢者13名であった。調査は，半構成的面接法によりデータ収集を行い，継続比較分析を行った。その結果，在宅で老いを生きる要介護高齢者の自己意識として，【人生に立ちはだかる老い】【老いに立ち向かう力】【家族の絆と地域とのつながり】が見出された。要介護高齢者は，思い通りに動かない身体をもつ自分に回復の限界を感じていたが，老いる自分が人生を前に進んで生きていくことを諦めきれないでいた。一方，人生での成功体験や，同じ苦しみや痛みが通じ合う仲間との交流を通して，要介護高齢者は自分の老いに立ち向かって生きていた。在宅の要介護高齢者にとっては家が自己を支える基盤であり，家族や近隣者との関係性の深さが自己を安定させていたが脅かすこともあると考えられた。

## Abstract

The purpose of this study was to clarify how elderly citizens in need of nursing care while living at home were self aware about aging. I used semi-structured interviews for thirteen elderly people (seven males and six females) who were receiving ambulatory rehabilitation. Data was analyzed using comparative analysis. The results showed three categories: “difficulties of old age presented new problems which needed to be solved,” “power to fight against difficulties of old age,” “the bond of family and community relationships.” Elderly people in need of nursing care couldn’t give up living for the future, while they were depressed because their bodies couldn’t move like before and there was a limit to recovering. At the same time, they were challenging to get over their aging through making use of successful life experiences and by communicating with others who had experienced the same hardships and pain. I found they were living positively because of their home life as well as close relationships with family and community, but sometimes there were still problems.

## 文　献


1）立川昭二：文化としての生と死，6-9，日本評論社，東京，2006.
2）本間玲子：自己形成過程に関する理論的考察－理想自己の問題を中心に－，梶田叡一編：自己意識研究の現在２，53-76，ナカニシヤ出版，京都，2005.
3）梶田叡一：自己意識の心理学　第２版，78-94，東京大学出版会，東京，1988.
4）若本純子，無藤　隆：中高年期のwell-beingと危機－老いと自己評価の関連から－，心理学研究，77(3)，227-234，2006.
5）沖中由美：身体障害とともに老いを生きる施設入所高齢者の自己意識，日本看護科学科会誌，26(4)，19-29，2006.
6）沖中由美：身体障害をもちながら老いを生きる高齢者の自己ラベリング，日本看護研究学会雑誌，29(4)，23-31，2006.
7）沖中由美：農村部の施設入所高齢者に特徴的な老いの意識，島根大学医学部紀要，31，37-44，2008.
8）倉澤茂樹，吉益光一，他：訪問看護を利用する要介護高齢者における家族の介護負担感の地域差，老年精神医学雑誌，18，771-780，2007.
9）工藤節美，佐藤美佳，他：在宅療養中の認知症高齢者と寝たきり高齢者の主介護者が感じる介護負担感の構成要素とその相違－高齢女性主介護者への半構成的面接とZarit介護負担尺度日本語版（J-ZBI)を用いた調査結果から，看護技術，55(11)，89-96，2009.
10) 村田　伸，安田直史，他：軽度要介護高齢者における居宅生活の継続要因に関する前向き研究－５年後の追跡調査より－，理学療法科学，23(4)，487-490，2008.
11) 神津朋子：在宅酸素療法と在宅非侵襲的陽圧換気療法を受ける慢性呼吸不全患者の生活体験，上武大学看護学部紀要，4，1-16，2008.
12) 繁澤弘子，安藤詳子，他：高齢な終末期がん患者と家族の在宅における療養体験，日本看護医療学会雑誌，8(1)，31-39，2006.
13) 加藤基子：在宅脳血管障害者が寝たきり状態になる時期と要因，老年看護学，11(2)，103-111，2007.
14) 和泉京子，阿曽洋子，他：「軽度要介護認定」高齢者の要介護度の推移の状況とその要因，老年社会科学，29(4)，471-484，2008.
15) 森田久美子，島内　節，他：在宅要介護高齢者の自立度と健康状態の経時的変化　利用者条件によるアウトカムの評価，日本在宅ケア学会誌，9(2)，38-46，2005.
16) 村田　伸，津田　彰：在宅障害後期高齢者の家庭内役割とQOLとの関連，行動医学研究，12(1)，8-14，2006.
17) 増田公香：肢体不自由障害をもつ高齢者の主観的幸福感－“参加”の影響に焦点をあてて－，老年社会科学，26(3)，340-350，2004.
18) 谷垣静子，黒沢洋一，他：上手な老い方と生活状況の関連，厚生の指標，52(15)，26-30，2005.
19) Randers, I., Mattiasson, A.: The Experiences of Elderly People in Geriatric Care with Special Reference to Integrity, Nursing Ethics, 7(6), 503-519, 2000.
20) Hellstrom, Y., Persson, G., et al.: Quality of life and symptoms among older people living at home, Journal of Advanced Nursing, 48(6), 584-593, 2004.
21) 上野千鶴子：老いる準備　介護することされること，38，朝日新聞出版，東京，2008.
22) 上田　敏：ICFの理解と活用－人が「生きること」「生きることの困難（障害)」をどうとらえるか，萌文社，東京，2005.
23) グレッグ美鈴，麻原きよみ，他編：質的研究の進め方・まとめ方　看護研究のエキスパートをめざして，54-72，医歯薬出版，東京，2007.
24) 樋口康子，稲岡文昭監訳：グラウンデッド・セオリー　看護の質的研究のために，医学書院，東京，1992.／W.C.Chenitz, J.M.Swanson：From practice to grounded theory qualitative research in nursing
25) 岡本祐子：中年からのアイデンティティ発達の心理学－成人期・老年期の心の発達とともに生きることの意味，198-204，ナカニシヤ出版，京都，1997.
26) 江原由美子：自己決定権とジェンダー，195-213，岩波書店，東京，2002.
27) 百瀬ちどり：高齢者夫婦世帯の夫を介護する妻の体験－自宅介護の後に介護老人保健施設を利用した妻の意識の分析－，介護福祉学，12(1)，126-135，2005.
28) 松田ひとみ：要介護のひとり暮らしの女性高齢者におけるルサンチマン体験とその形成過程，老年社会科学，28(1)，3-11，2006.
29) 広井良典：コミュニティを問いなおす－つながり・都市・日本社会の未来，9-65，ちくま新書，東京，2009.


平成22年６月25日受　付
平成23年２月22日採用決定

－研究報告－

# 子ども虐待事例検討会の実践による保健師の意識と支援の変化
## ―アクションリサーチを用いて―

Changes in Awareness and Care Practices on the part of Public Health Nurses through Participation in an Action Research-based Case Study Group on Child Abuse and Neglect

小　林　恵　子
Keiko Kobayashi

キーワード：子ども虐待，保健師，事例検討会，アクションリサーチ，家族支援
Key Words ：child abuse and neglect, public health nurse, case study group, action research, family support

## Ⅰ．はじめに

アメリカの小児科医Kempeらによれば，子ども虐待（以下，child abuse and neglectをこのように呼ぶ）は「親や保護者や世話をする人によって引き起こされた子どもの健康に有害なあらゆる状態」と定義されている[1)]。虐待による子どもへの影響で，最も悲惨で最悪な結果は「死」である。死亡に至らない場合でも，子どもの心や体を傷つけるだけでなく，重度の障害が残ったり，知的発達の遅れや成長に伴い情緒障害や人格障害などを引き起こしたりする。子ども虐待は子どもの生命を脅かす問題であると同時に，子どもの心や体を傷つけ，ときには回復できないほどの発育や発達の障害をもたらす。また，被虐待児が長じて自身が子どもを育てるときに，今度は虐待者となるという世代間連鎖は，被虐待児の約３割といわれており[2)]，過去から未来へ世代を超えて引き継がれていくという深刻な家族，社会の病理である[3－4)]。このように，成長が著しいときに親から繰り返される虐待は，子どものみならず社会にとって重大な問題であり，早急に解決されなければならない。

一方，日本は母子保健システムが整備されているとともに，全国の自治体に保健師が配属されていることなど，世界に類がないといわれるような優れたシステムを有している[5)]。このなかで，保健師は家庭訪問，健康診査や予防接種などの保健事業をとおして，乳幼児期のほとんどの親子と出会うことができ，自然な関係で親の相談に応じたり，家庭訪問を行うことができるという立場にいる。そのため，地域保健の第一線で住民の身近な立場にいる保健師への子ども虐待防止および対応への期待は，ますます大きくなっている。

子ども虐待は家族の関係性の病理であり，親の生育歴や被虐待経験，親の精神疾患や性格特性，子どもへの愛着形成不全，夫婦家族関係等多くの家族要因が絡んでいる[3)4)6)]。これに加えて，経済状況，住宅や生活環境，社会的孤立などの生活背景が複雑に絡み合って生じており，長期，多岐にわたる支援が必要である。そのため，支援者は支援の方向性や効果がみえず，支援する支援者自身が無力感，不全感に陥ることも多い[7)]。このように，支援者である保健師が無力感に陥った状態では，虐待の問題の多くが解決に至らないのは必定であり，無力感の改善を目指す必要がある。また，家庭内暴力や性的虐待の問題の家族アプローチを行うワーカーにとっては，その仕事が強いストレスとなったり，外傷体験となるため，バーンアウトの予防やスーパービジョンを受けることが重要であるとされている[8)9)]。それにもかかわらず，虐待事例を支援する者にとって，ストレスマネジメントについての対策は十分でなく，研究としての取り組みもほとんどなされてこなかったという現状がある。

以上から，困難感や無力感等をもつ保健師が自分の潜在的な力に気づき，子ども虐待が起こっている家族に主体的に支援できるような取り組みが必要である。

## Ⅱ．研究目的

本研究の目的は，アクションリサーチの手法を用いて，子ども虐待事例検討会を保健所および市町村保健師とともに実施することにより，参加者の意識と支援の変化を促し，虐待が生じている家族を主体的に支援していくことができるようにし，その変化を記述することである。

## Ⅲ．研究方法

本研究は，アクションリサーチの方法を用いた。アクションリサーチは，実践と研究と理論に橋を架ける研究方法といわれている[10)]。Hart & Bond[11)] は，アクションリサーチが住民にとって最も本質的な研究戦略であるとし，

新潟大学医学部保健学科　School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Niigata University

Meyer[12] は，アクションリサーチの強みは現実の問題を解決することをめざしている点にあり，また，研究への参加やその後の展開を通じて現場で業務に携わっている人たちのエンパワメントが可能な点であるとしている。

具体的にはヘルスケアのアクションリサーチの手順を示しているHart & Bond[11]，Morton-Cooper[13] を参考に，次の手順で進めた。その手順とは①問題の明確化と子ども虐待事例検討会の提案，②子ども虐待事例検討会の企画周知と実施，③子ども虐待事例検討会の評価とデータフィードバックである。また，研究参加者と共に研究を共有し，合意しながら進めていくアクションリサーチの原則でもあるように，各研究プロセスにおいて，得られた研究データを参加者にフィードバックし，参加者と共に検討することによって，参加者の合意を得ながら柔軟に進めた。

### 1．研究期間

研究期間は2004年７月から2007年３月までの２年９カ月である。

なお，2004年７月から2005年４月までは，予備的フィールドワークとフィールドへの交渉期間，2005年５月から2006年11月までは実践期間，2006年12月から2007年３月までは結果のフィードバックとフォローアップの期間とした。

### 2．研究参加者

研究参加者は，Ａ保健所保健師１名，およびＡ保健所管内のＢ市とＣ町の市町保健師10名の計11名であった。参加者の背景について表１に示した。

### 3．事例検討会の進め方とファシリテーターの役割

子ども虐待事例検討会において，研究者である私はファシリテーターとして参加し，表２のとおり進行した。検討

表１　参加者の背景

| 保健師（仮名） | 年代 | 所属 | 参加回数 |
|---|---|---|---|
| 藤田保健師 | 30歳代 | Ａ保健所 | 14 |
| 滝山保健師 | 40歳代 | Ｂ市福祉部門 | 14 |
| 田中保健師 | 30歳代 | Ｂ市保健部門 | 8（１年目のみ参加） |
| 丸山保健師 | 40歳代 | Ｂ市保健部門 | 13 |
| 山本保健師 | 30歳代 | Ｂ市Ｄ支所 | 11 |
| 佐藤保健師 | 20歳代 | Ｂ市Ｅ支所 | 8（１年目のみ参加） |
| 青木保健師 | 20歳代 | Ｃ町保健部門 | 14 |
| 今野保健師 | 30歳代 | Ｂ市福祉部門 | 6（２年目から参加） |
| 中村保健師 | 20歳代 | Ｂ市保健部門 | 6（２年目から参加） |
| 小沢保健師 | 20歳代 | Ｂ市保健部門 | 6（２年目から参加） |
| 高原保健師 | 40歳代 | Ｃ町保健部門 | 6（２年目から参加） |

＊保健師の氏名は全て仮名である

表２　事例検討会の進め方

(1) 事例提供のしかた
参加者が主体となって継続支援をしている事例を提供する。

(2) 検討会の進め方
① 事例提供者は事例の概要，援助目標，援助経過，検討して欲しい内容と，援助をする際の葛藤や困難感についても紹介する。
② 質疑応答によってグループのメンバーがその事例がどんな事例であるのか，全体的イメージを描き，事例をイメージ化，共有できるようにする。
③ 検討会参加者はその事例を自分の事例のように置き換えたうえで検討する。
④ 検討内容は次のとおりである。
「事例提供者は事例のニーズをどのようにとらえているか」
「援助目標や援助計画をどのように立てているか」
「援助のプロセスはどうか（働きかけの根拠，適切な時期か，相手の反応・変化の観察）」
「今後の援助方針（事例提供者が活用している技術，資源や今後活用できる技術，資源について検討する）。」

(3) 検討会での留意点
① 自主的なグループ学習の形態をとり，できるだけ自由な雰囲気の中で，あらゆる角度から発言できるようにする。
② 討論が行き詰まった場合には，話し合いの焦点を明らかにして，頭の中を整理し，発想の転換を図る。
③ 事例，周辺の人々，参加者，関係者がそれぞれどういう考え（判断）をもっているのかというように，広い視野であらゆる立場や角度から，それぞれに考えられる点をあげるように努める。そのことによって，問題や解決の糸口が見えてくる。
④ 事例提供をした参加者がこれまで行ってきた援助のすぐれた点，効果的と思われる点に注目し，グループ全員の学びとする。

(4) 記録，報告
① 記録係を設けるが，その記録をもとに事例提供者はもう一度記録を整理し，検討会での検討結果，学び，実践に生かすことをまとめて参加者に配付する。
② 検討会での意見を生かし，実践し，その結果を次回事例検討会で報告していく。
報告はＡ４版，１枚程度で，前回の検討結果，実践したこと，その結果と課題を報告する。

(5) 個人情報保護，倫理的配慮
情報はすべて匿名とし，配付内容によってはその場で回収する。
情報の公開は，所属長の許可した範囲とする。
持ち帰った資料は，保管に留意する。

場面においては，参加者一人ひとりが自分の感情や考えを表出し，主体的参加を促進することと，グループメンバーの強みを認め合い，相互作用が活性化され，互いにサポートできるように働きかけた。さらに，事例検討会の前後においても参加者の相談に応じるとともに，文献や関係機関など必要な資源にアクセスできるような情報提供も行った。

### 4．分析方法

データ源は，参加観察の記述と，事例経過報告書，会議録，個別およびグループインタビューの記録等である。参加観察した参加者の言動，研究者の思いや解釈などをフィールドノートに記載し，事例検討会およびインタビューは参加者の許可を得てICレコーダーに録音し，逐語録に書き起こした。得られたデータを，事例検討会，研究参加者，研究者，研究参加者の職場等のデータを時系列に並べ，収集したデータから文脈を検討しながら，①参加者，②グループ，③職場・関係機関，④事例の変化について，研究者のアクションを関連づけながら解釈した。その後，保健師の意識と支援の変化に焦点を当ててテーマを導き，そのテーマに従って記述した。

### 5．倫理的配慮

研究参加者および参加者の所属長に対して，研究の趣旨およびいつでも研究への参加辞退が可能であること，個人情報およびプライバシー保護を保障すること等について，文書および口頭で説明し，承諾書を得た。事例の家族から承諾を得ることは虐待という問題の性質上，困難であるため，個人が特定されないよう氏名，生年月日，住所を伏せ，検討に必要な情報のみとして，所属長の許可を得た範囲とした。参加者に分析結果を配付し，事実の記載や解釈に誤りがないか確認し，データの公表可能な範囲，内容について確認し承諾を得るとともに，研究成果を希望者に配付した。なお，本研究計画書は，日本赤十字看護大学の研究倫理審査委員会に提出し承認を得た（2006年10月30日，承認番号研倫委第2006-50）。

### 6．信憑性の確保

研究データの解釈に当たっては，一次データと研究者の解釈とを対照させて，質的研究で実績のある看護学教授からスーパービジョンを受けた。同様に，子ども虐待の研究実績や保健師経験のある研究者らに一次データと研究者の解釈を提示し，検討する機会をもち解釈について意見を得た。また，研究参加者に一次データと解釈を提示し，事実や解釈に誤りがないか確認してもらい修正することをとおして信憑性を確保した。

## Ⅳ．結　　果

### 1．具体的な実践プロセス

予備的フィールドワークとフィールドへの交渉の10カ月を経て，事例検討会を１年７カ月の間，14回実施し，終了後４カ月間はフォローアップと研究結果のフィードバックを行った。以下の名前はすべて仮名である。

#### 1）問題の明確化と子ども虐待事例検討会の提案

私はＡ保健所から依頼を受け，「乳幼児虐待従事者研修」で事例検討を担当した。 そこに参加した保健師たちは虐待の疑われる事例に出会うものの，多忙な業務に流されたりし，互いに相談する機会を無くしており，相談し合う場を求めていた。事例検討を実施したあと参加者は「検討することで問題がクリアになり，とてもすっきりした」「子ども虐待の事例検討をすると重い気持ちで過ごすことが多いが，今日は，次にすることが見えて自分自身が元気になったような気がする」「久しぶりに目の覚めるような事例検討に参加することができた。先生が強く引っ張っていく研修ではなく，参加者が対話しながら自然に自分の問題に気づいていくというプロセスが心地よかった」と感想を述べていた。

そこで，私は継続的な子ども虐待事例検討会の必要性を強く感じ，参加者やその職場の賛同を得て準備を進めた。

#### 2）子ども虐待事例検討会の企画周知と実施

事例検討会のねらいを「参加者が子ども虐待事例の問題解決に取り組み，支援の意欲と自信を高めていくこと」とし，保健所が参加者を募集し，応募した７人の保健師で事例検討会をスタートした。

初回の事例検討会では，参加者ミーティングを導入し，ブレーンストーミングの方法を用いながら，参加者が自由な発想で日頃，参加者自身があまり意識していなかった自分の思いを表現し，参加者がもつ問題と事例検討会の方向性をメンバーで共有した。まず，参加者が付箋紙に書いた自分の「子ども虐待を支援する上での問題」を参加メンバーで確認したのち，問題の構造を明らかにするために，類似のカテゴリに分類して関連図を作成した。関連図に整理されたものは「虐待への苦手意識，不安，ためらい」「虐待への意識が低い，知識不足，技術不足」「事例を変化させにくいという関わりの困難さ」「虐待支援について相談できる体制の不備」「関係機関との連携のしかたがわからない」「スーパーバイザーが欲しい」などであった。次に，関連図に示した「子ども虐待を支援していく上での問題」の解決に向けた取り組みの方向性を，参加者と話し合いながら次のように整理した。『子ども虐待事例検討会で行うこと』として，「子ども虐待に関わるときの不安，ためらいを共有していく」「一人で事例を抱え込まず，助言を受ける場とする」「虐待事例特有の問題とその対応のしかたを具体的に学ぶ」「関係機関とどのように連携をとっていくかを具体的に学ぶ」とした。以上により，参加者と事例検討会の進むべき方向性が示された。

2005年５月から開始した事例検討会は，１～２か月に１回程度開催し，2006年11月まで14回開催し，参加者全員が事例を提供し検討した（表３）。２年間の事例検討会参加者は実人員で11人であった。事例を提供した保健師は検討した結果を基に，「検討結果」「事例検討後の実践内容と結果」をまとめて，次の事例検討会で報告した。これをモニタリングと称し，事例検討会の場で，再度，実践内容を検討し，支援内容を評価していき，これを毎回繰り返していくことで支援者の困難だと感じている状況を検討し，支援内容の改善を目指していくという主旨である。

### ３）子ども虐待事例検討会の評価とデータフィードバック

事例検討会は毎回参加者の意見を聞き修正するとともに，３～６カ月毎に参加者ミーティングとして，事例検討会によって参加者の課題がどのように変化したかについて話し合った。さらに事例検討会の実施状況および評価について，参加者および参加者の同意　を得た職場のリーダー保健師に報告し，意見を求めた。このように評価と修正を加えながら継続し，結果を参加者にフィードバックした。

## ２．事例検討会実践過程における保健師の意識と支援の変化

2005年５月から2006年11月までの14回にわたる事例検討会の逐語録及びフィールドノート等を分析した結果，参加者の変化として以下の内容が見出された。

### １）「その場で止まってしまう私」から「一歩踏み出す私」へ

市町村合併により支所に異動になって間もない山本保健師は，３回目の事例検討会で初期対応について悩んでいた

表３　子ども虐待事例検討会の実施概要

＊保健師の名前は全て仮名である。

| 回 | 実施年月日 | 検討事例 | モニタリング事例 | 参加者ミーティング | 参加者 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2005. 5.20 | ・青木保健師：「父親からしつけと称する身体的虐待を受ける小学生きょうだいの事例」（A） | | 子ども虐待の対応での問題と課題 | 保健師７名 |
| 2 | 2005. 7. 4 | ・佐藤保健師：「保護者の不注意による転倒から頭部外傷の後遺症が残る乳児の事例」（B） | A | | 保健師７名 |
| 3 | 2005. 8.22 | ・山本保健師：「保育園から虐待（擬）の連絡があったにも関わらず支援につながらない事例」（C） | A B | | 保健師７名 |
| 4 | 2005.10. 7 | ・滝山保健師：「子どもの不登校等から DV と虐待が疑われる外国人の母親をもつ家族」（D） | A B C | | 保健師７名 |
| 5 | 2005.11.10 | ・丸山保健師：「両親が精神的な疾患をかかえ不登校からネグレクトが疑われる小学生の事例」（E） | A，B，C，D | | 保健師７名 |
| 6 | 2005.12. 9 | ・田中保健師：「乳幼児健診場面でマルトリートメントが疑われ，相談対応に困った場面の再構成」（F） | A，C，D，E | 事例検討による課題達成状況 | 保健師７名 |
| 7 | 2006. 1.20 | | A，D，E | 事例検討から考える必要な支援システム | 保健師７名 |
| 8 | 2006. 2.17 | | A，D | 事例検討から考える必要な支援システム | 保健師６名 |
| 9 | 2006. 5.12 | ・丸山保健師：「両親が精神的な疾患をかかえ不登校からネグレクトが疑われる小学生の事例（継続）」（E） | | 子ども虐待の対応での問題と課題 | 保健師９名 |
| 10 | 2006. 7.12 | ・小沢保健師：「父親からの虐待が疑われる発達障害をもつ幼児の事例」（G） | A，E | | 保健師９名 |
| | | ・藤田保健師：「生活環境が整わず発達の遅れが心配されるネグレクト事例（H） | | | |
| 11 | 2006. 8.21 | ・中村保健師：「母親に虐待歴があり，出産病院から連絡があったが転居により支援につながらない事例」（I） | A，E | 事例検討会の運営，進め方について | 保健師８名 |
| 12 | 2006. 9.19 | ・高原保健師：「一人親家庭で母親からの心理的虐待が疑われる保育園児の事例」（J） | A，G，H，I | | 保健師８名 |
| | | ・滝山保健師：「両親が精神的な疾患をかかえ，不登校からネグレクトが疑われる小学生の事例（丸山保健師からの引継）」（E） | | | |
| 13 | 2006.10.23 | ・今野保健師：「母親の心理的虐待から引きこもりを始めた障害のある高校生の事例」（K） | E，G，I，J | | 保健師８名 |
| | | ・青木保健師：「父親からしつけと称する身体的虐待を受ける小学生きょうだいの事例（継続）」（A） | | | |
| 14 | 2006.11.17 | ・丸山保健師：「未婚で出産し，アルコール依存症の祖母に育児協力を求めている母親の事例」（L） | A，E，H，J，K | 事例検討会をとおして学んだこと，出来るようになったこと，課題 | 保健師９名 |

事例を発表した。それは２か月前に保健師に連絡が入り，訪問しても不在のため支援につなげることができずに困っていた事例であった。２歳と４歳のきょうだいの身体に傷が目立つようになり，保育所で健診をした医師から「虐待ではないか」という言葉が聞かれ，数日後には目の下に青アザが見られるようになった。アザのことを保育士が母親に尋ねると，母親は「二人とも階段から落ちた。今はやりの虐待ではないから…」と話していたという。

職場の保健師３人と対応方針を話し合ったところ，山本保健師は「これは虐待事例としてすぐに訪問すべきではないか」と感じていたが，他の保健師は違った。山本保健師が同僚保健師の考えに疑問を持ちながらも自分の判断に自信がもてず，揺れ動く気持ちを語った。

***山本：私はやっぱり早く家庭訪問をした方がいいと思ったんです。でも２人の保健師は，「あのお母さんだから（子どもを叩くことを）やりかねないよね」というように，（母親のパーソナリティや行動の特性が）わかるからこそ（緊急性を感じられず），「そんなに早く動かなくても（健診まで待って確認したらいい）…」というか。自分はそこで，「じゃ，（家庭訪問は）しなくていいのか」みたいな感じになってしまって。***

これを聞いて参加者は頷き，佐藤保健師も同じような職場での状況を話し出した。

***佐藤：うちの支所なんかも，これまでの経過を知っていると，「きっと，大丈夫なんじゃないの」とそういうところがあったりして…。そういう面では，山本さんみたいに，これまでの事例を知らない人が違う目で事例を見ることもすごくいいことなのかなと思いました。***

保健師が以前から事例の背景や経過を知っていると，その情報にとらわれ，客観的に事例を見ることができなくなってしまい虐待と認識されにくいことが話題になった。私はこれに加え，訪問目的が曖昧なのではないかと考え，山本保健師に確認した。

***私：（連絡を受け）確認しようとしたんですよね。それは，何を確認しようとしたのですか。***

***山本：この傷（アザ）というか。家庭で何を…（言葉が続かない）。***

***私：もし家庭訪問するとしたら，行って何をしてくるか，目的がすごく大事なような気がするんです。訪問していったい何をしてくるという…。***

***（山本保健師は答えられず，しばらく，間があく）***

***山本：（家庭訪問で保健師が）することをちゃんと（考えて訪問しないと…）。***

***私：もっと具体的に計画を立ててから訪問しないと，ただ「訪問に行きましょう」だと…。虐待事例だとしたら，何を確認しなければいけないのか。さっき，滝山さんが言われたように虐待の事実なのか，もし，虐待の起こる背景を確認し支援に結びつけるということだったら，今，お母さんが一番困っているのは何かとか（確認すべきではないか）…。***

山本保健師の事例から，虐待の通告があったとき，先の見通しを立てないまま，直ちに家庭訪問するというパターンになりがちな保健師の傾向が見えてきた。検討会に参加した丸山保健師は「当初から具体的な支援の方策を持って訪問することが大事だとわかった」と語り，青木保健師も「最初のかかわりのときに，それからの事例が進む方向のイメージをもって，質問をしたりとか，話を聞いたりすることが大切だ」と感想を述べた。検討を終えて，山本保健師は次のように自分の気持ちを語った。

***山本：今日，事例検討をして，今までもやもやしていたものがちょっと晴れたというか…。これからどうやって動けばいいのかなというのが具体的にみえました。自分たち３人の（保健師の）なかには虐待事例という認識が曖昧で，何かそこら辺で方針が止まっていたのかなという感じ…。本当に初期対応が大切だということに気づきました。今後の支援に，ちゃんと生かせていけるかどうかということがちょっと自分のなかではまだ心配な部分もあるんですが…。***

私は発言が前向きでありながら，「今後，支援にちゃんと生かせるか心配」と自信のなさそうな山本保健師の様子が気になった。そこで，山本保健師は自分の判断の根拠をもつことができれば行動を起こせるのではないかと考え，資料と一緒に手紙を送った。子ども虐待相談の初期対応については，手引き書に記載されている「相談受付から支援までのながれ」にそって見直してみるように山本保健師に勧めた。

「こんなに（私に）心配してもらったらやるしかない」と言いながら，山本保健師は事例検討会の検討結果をもとに職場内で実践したことを４回目の事例検討会で報告した。

***山本：前回の事例検討会の後で，これまでの関わりを，この指針にそって３人の保健師で振り返りをしました。相談から初期面接までの対応は遅かったし，家に訪問に行っても会えなかったということで…。ただ，そこで引き下がってしまって。やっぱり「意識が低かった」と職場で話し合いました。保健師は地域にいて，事例を知っているという気持ちが強くて，「大丈夫だろう」みたいな，そういう意識もあった。その後，担当保健師がやっと家庭訪問できて，今の状態を確認し，定期的な訪問をしていく予***

*定になっています。また，保育園ともお母さんの気分転換のためにも延長保育などの話し合いをしています。*

事例検討での気づきを実際に行動に移した結果について少し自信を交えた表情で語った山本保健師の姿は，前に踏み出せずに迷っていた保健師たちへの追い風となり背中を押した。次の（５回目）の事例検討会では，検討後もあまり実践を変化させようとしないように見えた青木保健師と佐藤保健師が，それまで滞っていた訪問や医師連絡をする等，実践を変化させた結果を報告し，事例検討会での気づきを行動に移す動きが見られた。併せて，職場のリーダー保健師からは「事例検討会に参加するようになってからは，積極的に訪問し，支援方法についても，リーダー保健師に相談をしてくるようになった」という声が聞かれるようになった。

２）「強み」への着眼

（1）虐待が生じている家族の「強み」への着眼

参加者が提供する事例は「家族の問題が山積みでどこから手をつけたらいいか分からない」という場合が多い。

しかし，本研究において事例を検討する際には，家族の問題のみに着眼せず，「食事や清潔などの世話ができている」ことなど，家族の「強み（能力や資源）」にも着眼するようにした。家族の「強み」に着目する理由は，桐野[14]やZerwekh[15]の文献から，家庭訪問で家族に支援している看護職は，親が自信・自尊心を築き上げるために，親のよい側面に焦点をあてて支援をし，看護職が家族と信頼関係を築き，家族の能力を発展させていくためには現在ある能力（「強み」）を見つけ出すことから始めていることによる。また，私の保健師としての実践経験から，家族の問題から入っていくよりも，その家族のできているところ，うまくいっているところに着目し，それを伝えていくことで対象との信頼関係を築きやすく，支援が受け入れられやすいと考えたからでもある。

次に，家族の「強み」に着眼して検討したことによって生じた参加者の変化を藤田保健師の例（第10回事例検討会）で示す。

藤田保健師が提供した事例は，未熟児で発育発達の遅れも指摘されているネグレクト事例であった。訪問すると，食事の偏りや不衛生な生活環境が目に入り，「育児環境の悪いこの家庭を見て，両親を責めてしまう気持ちと諦めの気持ちが湧いてしまっていた」と語る家族であった。そこで，事例検討会では黒板を用いて，この家族の「強み」を見つけるために「育児のできているところ」と「できていないところ」を整理することにした。

*私：では，みんなで，まず育児する力をアセスメントしてみませんか。育児で「できていること」は何で，「できていないこと」は何でしょうか（以下黒板に表を作成し，皆の発言を整理する）。*

*藤田：育児する力。それははっきり言って，「全く無い」のかもしれない。*

家族の「強み」はないと言い切る藤田保健師であったが，まずは，発言をそのまま受け入れ整理を始めた。

*私：「育児でできていること」は何？*

*藤田：洗濯はしないで，そのまま。*

*私：（板書をしながら）衣類は相当汚れているの？*

*藤田：若干汚れている。*

*私：若干というのは全然洗濯をしないの？それともたまにはするの？*

*藤田：（洗濯を）たまにはします。汚れた衣服を着たまま保育園に行っている。あと，お風呂に入らないで保育園に行ったり，顔を洗わない。*

*私：（板書をしながら）風呂はずっと入ってないってこと？その頻度とかどうなんですか？*

*藤田：２～３日に一回で毎日入らない。あと顔を洗わない。清潔面「できてないこと」が結構ある。*

家族が客観的に見えるように情報を整理し始めたが，どうしても問題ばかりが目が行き，家族の「強み」がなかなか見えてこなかった。

*私：「できていること」はどんなことなんですか，「できていること」を聞いているのに，出てくるのはできてないことばっかり（笑）。*

*藤田：「できるってこと」言えないような家だと思うな。*

*私：でも生きてるんだよね（笑）。*

*滝山：生きてる。*

*私：確かに「できていないこと」はいっぱいある，でも「できている」って言えばできているよね，見方を変えれば２回に１回でもできている。*

*藤田：あと…。ちゃんとお便り帳とか読んだりしているってこと。*

*私：大事ですね。*

*藤田：それでコメントも母は書いてくれている。「バスタオル渡せなくてすいませんでした」とか。*

私の家族への見方を変えるように促した発言と滝山保健師の反応も受け，藤田保健師もこの家族の育児ができている面に気づき始めた。そして，できていることを整理した板書を見て「何か，そこそこ，こう，生きて行けているかな」と感想を述べ，参加者からも「生きていく上での最低のラインは保障されているって感じ」という言葉が聞かれた。

検討前はネグレクトの問題のみに目がいき，支援の糸口が見つからなかった藤田保健師であったが，参加者と一緒に情報を整理することで少しずつ客観的に状況を捉えるこ

とができ，虐待が生じている家族の「強み」に着目し，育児のできているところをさらに伸ばしていくことができるような働きかけの重要さに気づいていったように思われた。このあと，藤田保健師は訪問を行い，事例検討会で話し合って整理した育児行動について確認してみた結果を次の事例検討会で報告した。「食事や清潔などネグレクトと思い込んでいたことについて，意外にも家族なりに努力をしていることが確認できました。家族だけでは難しいこと，たとえば洗面や排泄トレーニングなどは保育園の協力を得られるような働きかけが必要であるということがわかりました」と報告した。

このように，虐待が生じている家族の問題ばかりに目がいき，支援が行き詰まっていた事例について，家族の「強み」に着眼するように検討を行ったところ，家族の見方が変わり，家族のできているところを認め，それを伸ばそうとするように参加者は支援内容を変化させていった。

（2）参加者の「強み」への着眼

事例検討会では，虐待が生じている家族の「強み」だけではなく，保健師の支援の「強み」（優れたところ）にも着眼して，互いに学びながら支援意欲を高めていった。

最後の事例検討会（第14回）でそれぞれ参加者同士が自分や参加者の「強み」について語り合った。「思ったことをすぐに行動に移す（山本保健師）」「逃げずにその場に立ち向かう（青木保健師）」「相談を求めるのが上手（小沢保健師）」など，自分の「強み」や他の参加者の「強み」を認め合った。「相手の『強み』を見つけるということは，相手をよく観察するとか，尊敬の思いで見るということですね」と藤田保健師が語ったが，「強み」に着眼しようとすることで，参加者それぞれが互いに敬意を表し，理解しようとするようになったのではないか。

3）虐待予防の視点の乳幼児健康診査への連結

事例検討会では，どの事例においても必ず出会いの場がある乳幼児健康診査での対応を振り返った。対応困難な事例を前に，「このような深刻な問題にまで発展する前に，乳幼児健診等で発見する機会はなかったか」「相談場面でもう少し親の育児に耳を傾けていたらどうだっただろうか」と，参加者それぞれが自分自身に問い直す場面が見られた。

当初，事例検討会で，青木保健師は「健診で気になる親子を見つけても支援につなげていけない思い」を語り，山本保健師は「１人の保健師が虐待のハイリスクを疑っても，その思いが健診スタッフに伝わっていかないもどかしさ」を語っていた。私は，事例検討会がそのような健診のあり方を見直すことができるきっかけになってほしいと考え，６回目の検討会で，健診時の対応場面の記録を用いて参加者で検討を行った。

*田中：問診で，「育児でイライラが多い」っていう項目があるんですけれども，「育児をしていれば，イライラは当然だよな」みたいな感じでとらえてしまって，「どんなときですか？　そういうときはどうしてますか？」とか聞いて終わっているんですけど。それでいいのか，本当はどうしていったらいいのかなっていうのを悩んでいます。*

田中保健師の説明のあと，私の提案によって，参加者の一人が母親役になって問診での対話の記録を読んでみた。

*田中：育児でイライラするときは，どういうときですか。そのときはどうしていますか。*

*母親：下の子が居たりすると言うことを聞かなくて，そんなときは我慢をするぐらいでしょうか。*

*田中：大変ですね。困ったことがあったら，いつでも相談してくださいね。*

対話を再現してみた田中保健師は「母親に『困ったことがあったらいつでも相談してくださいね』っていうような話しかけが多いのですほとんど相談に来ることはないかなと思っています。本当にどういうふうにかかわっていったらいいのかなというところで，悩んでいます」と語った。田中保健師はどこか育児のサポートが必要だと思いながら，それをどのようにサポートしていったらいいか分からずにやり過ごしていることに悩んでいた。そこで，私は参加者に母親の立場に立って想像してみることを促した。

*私：皆さん。どういう言葉をかけられたら，ほっとしますか？こういうとき。*

*山本：（保健師に）そばに来てもらいたいなって気がするんです。「イライラする」っていう，誰にも分かってもらえないその気持ちを，「分かってもらえた」という感じがきっと欲しいんだなと思う。*

*私：そうだよね。「お母さん，困ってらっしゃいますね」とかね。*

*山本：それだけでも，ああ，何か，それでほっとして（健診から）帰れる。*

*私：自分の気持ちが分かってもらえたら，お母さんはうれしいですよね。「この保健師さん，分かってくれたから，相談に行ってみようかな」とか。「その人を本当に心配している」っていうのは，パターン化した問診だったり，指導だと伝わりにくいかなと思います。親の育児を認めてあげることが大事，例えば「お母さんは上手に育児をされていますよ」とかね。*

*田中：そうですね。*

*藤田：ほめられた気がする。*

乳幼児健康診査で出会う気になる親子にできる支援はないかとそれぞれが悩みながらも，対応策が見つからないで

いた参加者たちが，日頃の健診での対話場面を振り返って見ることで，健診場面での親の気持ちを考え，親が保健師のどのような対応を求めているかを考えた。田中保健師はそれを乳幼児健康診査に取り入れ，「健診の場面で，親に『上手に育てていますね』というポジティブな言葉をかけるようになりました。健診で『おやっ』と思った気づきをそのままにせず，他のスタッフに確認したり，カンファレンスで報告するようになった」と次の事例検討会で報告した。

そして，最後の事例検討会では，参加者から健診等の対応を変えていった様子が報告された。

小沢保健師は「問診で気になるときは，虐待を防ぐために親に社会資源を紹介し，一人で悩まないように声をかけるようになった。そして，やっぱり前よりも，（健診）全体のカンファレンスで，そういう気になる事例が話題に上ってくるようになったと思う。スタッフ全体の気持ちをそういう方向にきているような気がする」と関係者にも虐待予防の意識が高まっている様子を報告した。

事例検討会で示されるような深刻な状況を未然に防ぎたいという参加者の思いから，虐待事例への支援だけではなく，予防を重視した日頃の健診や日常業務にも波及していった。

***滝山：保育所の調査票を見ていると，家族構成とかいろんな情報があるんですけれども，「この人はもしかしたら，ちょっと子育てとか，そういったことに対して何か必要なんじゃないかな」というふうに思えるようになってきたというか，前はただ子どもの発達を見て「何ともないな」というか，そういった確認でおしまいだったけど。***

以前は調査票というあまりケアの対象としての意味を持たない情報が，事例検討会に参加し，さまざまなリスクをもつ事例の背景を実感することで，調査票からケアのニーズを読み取れるような意味をもった情報へと変換させる力が滝山保健師に備わってきたからではないだろうか。

### 4）支援ネットワークの広がりと職場，地域への波及

第４回目に検討した滝山保健師の事例は，外国人の母親をもつ子どもへの性的虐待が発覚し，当初，小学校教頭と児童相談所で父親への指導を行うことを計画していた。事例検討会でその報告を受けた私は，外国人女性のDVや虐待について支援経験豊富なNPOの協力が必要と判断し，滝山保健師に提案した。これを受けて，滝山保健師はNPOの相談員に関係者会議にも参加してもらうよう働きかけ，母親と子どもの保護に向けて大きく動き出すことになった。滝山保健師はその経過を次のように語った。

***滝山：（2006年１月開催の）関係者会議では子どもたちの健全な成長発達を考えると，保護をして環境を早急に変えていかなければならないということになりました。また，父親から「（家族を）皆殺して，俺も死んでもう終わりだ」と言われ，母親は逃げたい意思ははっきりしているのだけれど・・・。結局，NPOの相談員の方が，母親の意向を一番よく聞けて，また，保護する方法にも熟知していて，その日のうちに保護しました。***

***私：でも，ここで一区切りついてよかったですね。あのまま行っていたら…。***

***滝山：（保健師が）混乱したまま，何年か支援を引きずって，あげくは事例の家族は亡くなっていたかもしれない…。***

***私：大きな事件になっていたかもしれませんね。***

***（参加者は皆，深刻な顔で大きく肯く。）***

滝山保健師が提供した事例は，外国人女性の相談機関であるNPOに支援チームに入ってもらうよう働きかけたことで早急な解決へとつながっていった。NPOの相談員もこれまで保健師と協働した経験は少なかったが，「保健師と一緒に活動することで，警察，学校，児童相談所との連携がよりスムーズにできた」と語っていたという。このように支援チームも学校や児童相談所から，NPOや警察と協働した支援に広がっていった。

事例検討会のもう一つの広がりは，この地域での事例検討会そのものの波及である。

2005年10月から，Ｂ市支所の山本保健師が職場で保育士や事務担当職員と一緒に抄読会や事例検討会を始め，2006年５月から，Ｃ町では本事例検討会の報告を兼ねて保健師６人で事例検討会を始め，事例を題材にロールプレイをしたり，対応困難事例では保健師長の同行訪問が実施されるようになった。2007年３月から，Ｂ市でも，保健師長と相談しながら，事例検討会参加保健師が中心となり，独自の事例検討会の企画を進めている。

## Ⅴ．考　　察

### 1．「問題の解決」から「強みを生かす」という思考枠組の変更

これまで，家族への支援は，「歴史的に社会的サービス・アセスメントは家族の能力ではなく，家族の欠陥に焦点を合わせてきた」[9]といわれている。事例検討会の参加者たちは乳幼児健康診査や家庭訪問においても，子どもの成長発達のスクリーニングや育児上の問題を把握し支援につなげるという，その家族の「強み」よりも問題に着眼した活動を行う傾向があった。特に，子どもの安全確保を最優先する子ども虐待の支援においては，虐待行為を来たす家族問題を早期に発見してそれを解決していくという支援が行われている。そのため，支援者は虐待が生じている家族の問題を抽出することに多くの注意を払い，家族のもつ

「強み」はあまり意識してこなかった。「強み」とは，個人の内面のもつ強さ（技能・知識・熱望・能力・自信）とその人を取り巻く外的環境の強さ（資源・社会関係・機会）である[16]。

虐待が起こっている家族の多くは，そもそも親が虐待を認めず，問題解決に向けた協力も得られにくい。そのため，問題に焦点を当てた支援では，問題を指摘して改善を求めるなど，否定的な働きかけによって，ますます親はストレスを高めることになり，支援者を受け入れず，結果として，問題は浮き彫りになっても，打破することはできず支援の見通しが立ちにくい。さらには，支援者が無力感や自信のなさをもつことにつながっていく。

また，虐待の背景には複数の要因があり，地域で保健師が継続的に支援していく子ども虐待の事例のほとんどが，親子が一緒に暮らしており，保育所，学校等と連携しながら長期的視点での支援が必要である[5]。そのため，家族のもつ力を引き出しながら親子の生活を支えていくという支援が求められる。

結果で記述したように，「強み」に着眼することによって，虐待する親を責める指導から，親の努力を認めたり，親に寄り添う支援に変化させることになり，親も支援を受け入れるという連鎖が生じていった。虐待をしている親は自身が虐待されて育ったり，自分の親に愛されなかったという思いがある場合，自尊心が低い[5]。また，虐待が起こっている家族は周りから否定された扱いを受け，肯定的な評価をほとんど受けていないことが多い。

子ども虐待が生じている家族に対し「強み」に焦点を当てて支援することは，親が自信・自尊心を築き上げる[14]ことや，家族と信頼関係を築き，家族の能力を発展させること[15]につながる。Kaplan & Girard[9]は，ハイリスク家族に対するソーシャルワーク実践において「強み」を志向することを強調し，支援者が家族の変化を信じ，家族成員の「強み」を認めて支援する必要性を述べている。それは，人々が自分たちの能力を確信できるように援助し，家族の強さと資源を支え，拡げることに焦点をおくことである。子ども虐待が起こっている家族の問題に着眼していた保健師が，虐待が生じている家族への見方を肯定的に変えることによって，問題に着目し，家族のストレスを高めてしまう関わりから，虐待している親のストレスを弱め，自尊心を高め，自信につながるような関わりに変化が生じてくる。人々は自分たちの強さが支援されるとき，より多く変化への意欲を高める[9]。また，よく誉められたことによる態度の変化は，次第にその人の普段の態度の大きな部分を占めるようになり，好ましくない態度は見られなくなる[16]といわれている。保健師が相手の努力しているところに関心を示し，それを相手に伝えること，つまり，「強い面」を映し出す肯定的な映し鏡を用いることで，相手もさらにその「強い面」を自覚し，さらに伸ばそうと努力するようになったと考える。

さらに，私は前述のように，支援する家族の「強み」を見ることを促すと同時に，保健師が行った支援の良かったところ，優れているところを意識することも促した。「ハイリスク家族に取り組むことは多くのストレスを伴い，バーンアウトの予防は，スタッフが自分たちの取り組みが高く評価され，承認されていると感じられることによって始まる」[9]といわれている。子ども虐待事例では支援によって明確な改善がみられにくいことなどから，支援者自身が自信を無くし，支援への意欲を継続できにくい。子ども虐待事例は，保健師の支援によって虐待の改善がみられるということは容易ではない。そこで，事例検討会で提供された事例について，虐待の改善という支援の成功という結果ではなく，「諦めずに事例と向かい合っている」「関係者とよく連携している」など，支援そのものの優れているところを参加者同士に語り合ってもらうことによって，自分自身の潜在的な力に気づいていったと考えられる。「強さに焦点を当てることは，動機を高めることになる」[16]というように，自分の支援の優れているところ（「強さ」）に焦点を当てられることによって，自分のもつ力を信じ，再び支援に向かうという動機づけが高まっていったと考える。

### 2．事例検討会というグループの力

参加者の意識と支援の変化をもたらしたのは，ファシリテーターが介入し，発展させた事例検討会というグループの力が大きいと思われる。いったい，グループのどのような力が参加者を動かしたのであろうか。

保健師にとって，子ども虐待支援の歴史はまだ浅く，実践経験の蓄積や有効な支援方法の研究も十分とはいえない。子ども事例検討会に参加した保健師は，虐待支援場面において，一人では「親から拒否されないか」「支援が失敗しないか」と躊躇してしまう場面で，「事例の前に立ったときに自分を後押ししてくれる参加者の声」によって，日頃の自分から一歩前に踏みだし，虐待事例の支援を変化させることができていた。

事例検討会で，自分の思いが支持され，漠然としていた根拠や支援方法が明確になったことで，参加者は支援の必要性を強く感じ，実践につなげることができたのである。柳ら[17]が「一人ではだめであっても，『仲間と一緒なら問題解決に立ち向かうこともできる』という勇気を与えてくれる経験をする場がグループである」と述べているように，事例検討会に参加した仲間の声によって背中を押され，一人ひとりが問題に立ち向かうことができたと考える。

また，私は，子ども虐待事例検討会を継続することに

よって，保健師同士が支援を助言，相談し合えるようなピア・サポート・グループとして維持していくことも意図した。そのため，「先生（私）が強く引っ張っていく研修ではなく，対話の中で自然に自分の問題に気づいていくというプロセスが心地よかった」（A保健所課長）というように，参加者の相互作用を活用し，力を引き出しながら解決の糸口を考えていくようにした。また，Zander[18] は，グループ成員の相互作用を高める方法として，「成員の規模を小さく抑えること」と「討議すべき事項に時間をかけて意見を求めること」をあげている。本研究では毎回，固定した小規模のグループであること，かつ，検討時間を十分確保したことにより，グループメンバー同士の相互作用を高めることができたと考える。「自分の思いや悩みが話せる場が欲しい」「支援について相談にのってくれる場が欲しい」と初回事例検討会に期待していた参加者たちが，あたかも自分の事例のように熱心に対応を話し合ったり，互いに事例検討後も支援を相談，助言し合う様子も見られるようになっていった。集団の目標が自分の個人目標と一致する場合，集団内に支持的相互作用が生じるとされている[18] が，ここでは，参加者個人の目標とグループの目標が相互影響的に働いたため，私が提案した事例検討会が終了してからも，参加者が中心となって，職場の上司や保健師に働きかけ，保健所および各市町で事例検討会を継続していくという行動を起こしていったと思われる。

### 3．ファシリテーターの働き

このようにグループの力を活用しながら参加者の変化を促すために，私がファシリテーターとしてどのような働きをしたかを考察する。

#### （1）肯定的感情の高揚と支援の問い直し

私は，まずは自由な発言を保証することを心がけた。私は「職場や地位に捉われない自由な発想」ができるようにと考え，「参加者の思いや悩みを聴きたい」という姿勢で，参加者の発言を傾聴しながら事例検討会を進行した。このことにより，参加者は「自分の意見を自由に言うことができる雰囲気」を感じ取っていったと思われる。「自分の悩みを聞いてもらうことができる」「悩んでいるのは自分だけではない」という安心感，連帯感が生まれ，参加した保健師たちは，職場の地位や立場にとらわれず，お互いの切実な「思い」を語り，かつ受け止めようとしていった。

このような，自由で気楽な雰囲気を基本に置きながらも，私は時には，参加者にとっては厳しい指摘をしていった。吉田[19] はグループメンバーが相互成長するためには，「肯定的感情」ばかりではなく，「厳しい指摘」も同時に必要であると述べている。厳しい指摘は，一方で参加者の失敗を公にさらけ出し，ときには支援についてのイメージをもつことができないまま事例検討を終了してしまうこともあった。そのため，毎回，事例検討会の終わりに参加者や事例提供者の感想を求め，必要なサポートをしたいという思いを伝えるようにしたことにより，「こんなに心配してもらったらやるしかない」と参加者は気づきを実践につなげていった。ファシリテーターのサポートは逆に重圧として感じたこともあったかもしれない。その点について，私は参加者の反応を注意深く観察するとともに，私と参加者のコーディネーター的な役割を果たしてくれていた藤田保健師に，参加者の反応をフィードバックしてもらうように依頼した。また，私以外の者がサポートした方がよいと思ったときは，両者の同意を得た上で他の参加者にそのサポートを依頼し，参加者同士が互いに支援し合えるような関係づくりを意図して進めていった。

#### （2）気づきを実践に変える仕組み

私は「事例検討会が実践と切り離された研修ではなく，是非，実践に還元してほしい」という思いから，検討を実践につなげるため次のような仕組みを考え実践した。

まず，毎回，事例検討会の終わりに事例提供者に，次の支援に向けての具体的な行動と，その結果についてのイメージを語ってもらった。現実につまずいている自己の問題を見つめることと，行動変容した前向きな自分をイメージするという２つのアプローチを組み合わせることで，現在の自分から一歩踏みだし，未来の肯定的な自分に向けて歩み出すように[20]，具体的な成功のイメージをもつことで行動を起こすことができると考えたからである。たとえば，「これから具体的にどんなことがやれそうですか」と問いかけることによって，参加者から具体的な行動計画を引き出せるようにした。また，検討結果の記録のポイントを絞り，実践に生かしやすいように工夫を加えた。具体的には，検討結果に優先順位をつけて箇条書きにし，留意点を強調し，図を用いてイメージしやすいようにした。

併せて，私は，検討会終了後に気になった参加者に電話やＥメール，手紙などで，「必要なサポートをしたい」という思いを伝えるようにした。事例検討会での貴重な気づきを継続させ，気づきを実践に変えるための後押しをしようとしたのである。

一方，「気づきをどう実践に移していけばいいのか分らない」という参加者には，実践のヒントとなるような参考資料を送付し，それを参考に実施し次のモニタリングで報告してほしいことを伝えた。さらにモニタリングにおいても，事例検討結果と実践結果を結びつけて報告してもらうように提案した。

このように，気づきが実践につながるような重層的な仕組みをつくっていった。

同時に，私は参加者の職場組織を巻き込んだサポート体制づくりを意図的に進めた。支援が難しいと思われる事例

を担当していた保健師には，保健師長等，職場のサポートを得ながら支援を進めていくように，話合いの場を設定し，職場ぐるみの支援へと変化させた。このように，事例の困難度と参加者の力量を見極め，支援者をサポートする体制を共に考え，それを整えていったことが更に参加者の実践を促進することになったと考える。

## Ⅵ．研究の限界と課題

本研究ではデータ源として事例検討会での参加者の発言や検討資料と職場の上司等からの情報収集について，可能な限り，多角的かつ複数人からの情報を得る努力をしたが，子ども虐待という問題の特殊性や倫理的側面を考慮し，実際の訪問場面や関係者会議での観察は行なっていない。そのため，参加者に記述したデータを返却し，信憑性の確認や追加を行なったが，この点が本研究で得られる情報の質と量の限界といえる。

また，事例検討会に参加した保健師の支援の変化によって事例にどのような変化をもたらしたかということについては長期的な視点に立って検証していく必要がある。

本研究は，日本赤十字看護大学大学院看護学研究科博士論文の一部を加筆・修正したものである。

## 要　　旨

**目的**：子ども虐待に対応する保健師が主体的な支援ができるようになることを目指し，研究者が保健師とともに事例検討会を実践し，参加した保健師の意識と支援の変化を記述することである。

**方法**：アクションリサーチを用いて，事例検討会を実施し，11名の変化を記述，分析した。

**結果**：研究は①事例検討会の提案，②企画周知と実施，③評価とフィードバックという手順で進めた。検討会で保健師たちは互いに支援策を提案し合い，一歩前に踏み出す実践をするようになった。「問題」から「強み」に着眼するように検討したことにより，家族の見方や支援が変化した。これらは虐待予防の視点の高まりや支援ネットワークの広がりに影響を及ぼした。

**考察**：このような変化はファシリテーターの参加者一人ひとりの思いの傾聴や参加者の相互作用を促進したことと，強みに着眼するよう思考枠組の変更を促し，一人ひとりのサポートをしたことによると考える。

## Abstract

**Purpose:** To establish a case study group composed of public health nurses and describe changes in awareness and support on the part of the nurses participating in the group, with the aim of making public health nurses who deal with child abuse and neglect.

**Method:** Utilizing action research, the author established a case study group, described the changes noted in 11 public health nurses and analyzed the result.

**Result:** The study proceeded as follows:

1. Proposal to establish a case study group,
2. Pre-establishment publicity and implementation,
3. Evaluation and feedback.

In the course of expressing themselves in the case study group, participants became able to tackle their tasks in advanced ways. They changed their way of looking at the family and the content of their support by shifting the focus of their attention from “problems” to “strengths”, thereby strengthening the prevention of abuse and neglect and promoting the spread of the support network.

**Discussion:** The above changes resulted from the author’s role as facilitator, listening closely to each participant’s thoughts, promoting interactions among the participants and supporting each individual participant by promoting the changes in their thinking so as to enable them to focus more closely on “strength”.

## 文　献


1）Kempe, C.H., Silverman, F.N., et al: The battered-child syndrome, Journal of the American Medical Association, 181(1), 105-112, 1962.
2）西澤　哲：子どもの虐待 子どもと家族への治療的アプローチ，誠信書房，東京．1994.
3）Whitfield, C.L.／鈴木美保子，斉藤　学訳：内なる子どもを癒す－アダルトチルドレンの発見と回復－，誠信書房，東京，1997.
4）信田さよ子：DVと虐待「家族の暴力」に援助者ができること，医学書院，東京，2002.
5）佐藤拓代：子ども虐待予防のための地域保健活動マニュアル－子どもに関わるすべての活動を虐待防止の視点に－，社会保険研究所，東京，2002.
6）吉川晴美：家庭における人間関係－児童虐待．日本家政学雑誌，51(6)，81-87，2000.
7）津崎哲郎：児童虐待家族支援のあり方.ソーシャルワーク研究，26(3)，11-16，2000.
8）David, N.J.／鈴木敦子，小林美智子，他：児童虐待防止ハンドブック，医学書院，東京，1995.
9）Kaplan, L.,& Girard, J.L.／奥田啓子・鈴木孝子・他訳：ソーシャルワーク実践における家族エンパワメント ハイリスク家族の保全をめざして，中央法規出版，2001.
10）嶺岸秀子，遠藤恵美子，看護におけるアクションリサーチ 総説，看護研究，34(6)，451-463，2001.
11）Hart E., & Bond M.: Action research for health and science care a guide to practice. Buckingham, Open University Press, 1995.
12）Meyer, J. E.: Using qualitative methods in health-related action research, In C. Pope, & N. Mays(Eds.), Qualitative research in health care, 59-74, London; BMJ, 1996.
13）Morton-Cooper, A.／岡本玲子，関戸好子，他訳：ヘルスケアに活かすアクションリサーチ，医学書院，東京，2005.
14）桐野由美子，家庭訪問支援プロジェクトチーム編著：子ども家庭支マニュアル－地域の子育て支援と児童虐待防止のために－，明石出版，東京，2003.
15）Zerwekh, J.V.／萱間真美，玉置夕起子訳：家族の自助能力を支える基礎作りとしての訪問ケア 家族を見つける，信頼関係を構築する，そして強さを育む，看護研究，32(1)，15-24，1999.
16）Rapp, C. A .／江畑敬介監訳：精神障害者のためのケースマネージメント，金剛出版，東京，1998.
17）柳　義子，増田一世，他：グループ活動入門　グループ活動の理論と実践　あなたにもできるグループづくり，やどかり出版，さいたま，2002.
18）Zander, A.／黒川正流，金川智恵，他訳：集団を活かす，北大路書房，京都，1996.
19）吉田道雄：人間関係のグループ・ダイナミックス，ナカニシヤ出版，京都，2001.
20）Prochaska, J.O., Norcross, J.C., et al／中村正和 監訳：チェンジング・フォー・グッド，法研，東京，2005.


［平成22年10月12日受　　付
平成23年３月４日採用決定］

－技術・実践報告－

# 看護における複数クーリングの現状と課題

Issues and Present Status Concerning Multiple Cooling in Nursing Practice

工　藤　由紀子
Yukiko Kudoh

キーワード：看護，複数クーリング
Key Words：nursing, multiple cooling

## Ⅰ．はじめに

臨床現場において，クーリングは患者の発熱時によく用いられている技術である。患者が発熱を呈した場合，看護師は安楽を目的として氷枕等を用いたクーリングを実施することが多い[1－4]。一方，患者が高熱を呈した場合，後頭部・腋窩・鼠径部・背部・頸部などの体幹付近または表在性に大きな動脈がある部位に複数のクーリングが実施される場合がある。この方法は患者の解熱を期待して昔から習慣的に実施されてきた方法であり，わが国においては解熱剤と併用して複数クーリングで対応する状況が多く見受けられる。複数クーリングの有用性については，患者を対象としてクーリングの解熱効果を検証した研究[5－8]があるが，解熱に関して効果があるという研究者がいる一方，効果が認められないとする研究者もおり，そのエビデンスに関しては統一した見解が得られていないのが現状である。

またクーリングは臨床において古くから日常的に用いられている看護技術であるが，低温の氷水やゲルを用いる技術であること，氷枕には頭部や顔面付近に怪我をしやすい金属製の留め金があることから，インシデントやヒヤリハットがときどき報告されている[9]。特に複数クーリングはクーリング用具を複数個利用し，さらに体幹付近を強力に冷やす技術であるため，看護師によるクーリング実施中の頻回な観察が必要であると考えられるが，複数クーリングのリスクマネジメントや看護師のアセスメントに関する研究は見あたらない。安全・安楽に複数クーリングを提供するためには，看護基礎教育や現任教育において原理原則や危険性などを十分に教育する必要があると考えられるが，複数クーリングに関してはその実際が明らかになっていないのが現状である。

本研究の目的は，日常の看護業務で行われている複数クーリングの実施状況，クーリング方法の教育，リスクマネジメントの実際から複数クーリングの現状を明らかにし，今後の課題を検討することである。

## Ⅱ．用語の定義

本研究における「複数クーリング」とは，一般病棟に入院している患者の後頭部・腋窩・鼠径部・背部等に用いられる３個以上のクーリングとし，体温調節機能が未熟で外部刺激により体温が変動しやすい小児や，循環動態が不安定な手術期の患者に用いられる低体温療法等の冷却とは区別するものである。

## Ⅲ．研究方法

### １．対象

病院要覧（2003－2004）[10]の情報を可能な限り最新の情報に更新し，都道府県別に総病院数の割合を算出し，そのうち200床以上の病院，計400ヶ所を抽出した。看護部長，総看護師長，看護局長などの看護管理者に調査の主旨を明記した文書を送付し，調査への協力を募った。署名により看護管理者から同意が得られた143ヶ所の病院に対し，後日看護師を対象とした調査用紙を送付した。調査用紙の送付数は１施設あたり３部とした。対象は看護基礎教育を修了して２年以上，かつ日常の業務においてクーリングを行っている看護師（新入職員は除く）とした。

### ２．調査方法

調査は無記名とし，自記式質問紙の郵送法により実施した。対象者に研究目的や方法を文書で説明し，同意した場合に返送するよう依頼した。

### ３．調査項目

質問紙は，過去の研究[9]をもとに構成した。調査項目の内容や記述方法を検討するため看護師５名に対してプレテストを行った。この結果をもとに調査用紙上の記述や，複数クーリングの実施状況についての質問を修正した。調査項目は以下のとおりである。

１）看護師の属性：看護師経験年数，主に担当する診療科，使用している看護基準（または看護手順）における複数クーリングの項目の有無，看護基礎教育で複数クーリン

秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻基礎看護学分野　Department of Basic Nursing, Akita University Graduate School of Health Sciences

グを学んだことがあるか，職場で複数クーリングのリスクについて教育を受ける機会があるか

2）複数クーリングの実施状況：日常実施している複数クーリングの方法は誰から学んだものか，複数クーリングを実施する状況はどのような時か，最近複数クーリングを実施した患者１名について，その患者の状態・実施目的・貼用部位・観察ポイント・使用物品・クーリング後の体温測定部位など

3）所属病棟における複数クーリングに関するヒヤリハットやインシデントの有無とその事例（１事例）の詳細について，およびその後のクーリングの取り扱い

4）複数クーリングの効果があったかどうかを判断する観察項目について

5）その他，自由記述

### 4．分析方法

調査項目毎に単純集計を行った。属性では看護基礎教育における複数クーリング教育の有無別に看護師経験年数を対応のない t 検定で比較した。また施設による複数クーリングのリスク教育の有無とクーリング実施後の評価との関連を $\chi^2$ 検定で検討した。自由記述は１人の回答者の記述した内容が単一要素になるように文脈を区切り，内容の類似したものを集めて単純集計を行った。統計には SPSS11.0 J for Windows を用いた。

### 5．倫理的配慮

調査で得られたデータは本研究の目的以外に用いないこと，匿名性の確保，データの管理に十分配慮することを文書にて確約した。看護管理者の同意が得られた場合でも，看護師個々の自由意思および研究協力拒否の権利を保証するため，同意した場合のみ返信するように文書に明記し，回答内容が第３者に漏れることがないようシールで密封できる返信用封筒を使用して対象者への不利益が生じないように配慮した。本研究は対象施設の看護管理者，看護部，倫理委員会の何れかの承認を得た。

## Ⅳ．結　　果

調査用紙の配布429名のうち回収は314名（回収率73.2%），有効回答は307名であった（有効回答率97.8%）。

### 1．看護師の属性（図１）

看護師経験年数の平均は12.0±8.3年であった。主に担当する診療科は，単科・混合科ともに単純集計（複数回答）を行ったところ，心臓外科や整形外科などの急性期が174名（56.7%），消化器内科や循環器内科などの慢性期が154名（50.2%），その他が７名（2.3%）であり，ほとんどの診療科を網羅していた。

所属施設の看護基準または看護手順に複数クーリングの項目があるかについて，「ある」が113名（36.8%），「ない」が175名（57.0%），無回答が19名（6.2%）であった。また看護基礎教育において複数クーリングを学んだことがあるかについて，「ある」が179名（58.3%），「ない」が122名（39.7%），無回答が６名（2.0%）であった。職場で複数クーリングのリスクについて教育を受ける機会があるかについて，「ある」が14名（4.6%），「ない」が291名（94.8%），無回答が２名（0.6%）であった。

看護基礎教育における複数クーリング教育の有無別に看護師経験年数を比較した結果，教育を受けたことが「ある」11.5±8.2年，「ない」12.5±8.5年で有意差はなかった（$t=-1.008$，$p=0.314$）。

また，日常の業務の中で複数クーリングを実施している看護師は307名中304名（99.0%），複数クーリングを実施していない看護師は３名（1.0%）であり，殆どの看護師が複数クーリングを実施していることが明らかとなった。以下，複数クーリングを日常的に実施している304名を対

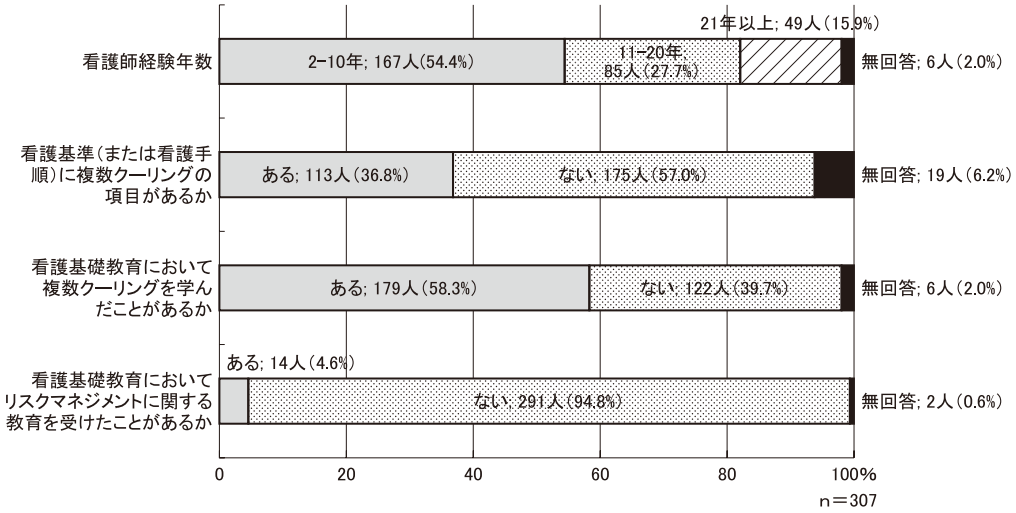



図１　対象の属性

象として分析する。

### 2．日常の業務における複数クーリングの実施状況

現在病棟において実施している複数クーリングの方法は誰から学んだものか，複数回答でたずねた。その結果，就職後の「師長や先輩看護師からの指導」が最も多く236名（58.6%），以下「看護学生の時」154名（38.2%），「病院の研修会」40名（9.9%），その他９名（2.2%）であった。看護師の自由記述では「教育も受けたが印象は残っておらず，どちらかといえば代々先輩からの口伝えのほうが強い。クーリングは当たり前のように行っているが，病院が違えばやり方も違っていた」という意見があった。

また複数クーリングを実施する状況について複数回答でまとめたところ，「38.0－38.5℃で医師から解熱剤の指示があるが，指示以下の体温では複数クーリングをしている」「高熱であれば解熱剤と併用で複数クーリングも実施」「一度解熱剤を使用してからあまり時間が経っておらず，次回の解熱剤使用時まで時間を置かなくてはいけない時」「全身状態が悪く血圧も低くなっており，解熱剤を使用することが出来ない場合」「発熱の原因探索のため熱型を見る必要があり，医師からクーリングで様子を見るとの指示があったとき」「医師が常駐していないため解熱剤使用の前にまずはクーリングで様子を見る」「医師から38.5℃で解熱剤使用の指示が出ているが，その体温に上昇する前にクーリングで体温を下げる」などの記載があった。

さらに最近複数クーリングを実施した患者１名について，患者の発熱などの症状および状態，実施目的，用具の貼用部位，観察項目，使用物品，クーリング後の体温測定部位，クーリング後の評価の有無（例：実施後の体温を測定しているか等）について詳細に検討した。その結果，患者の発熱などの症状および状態では，ほとんどが38.0－40.0℃の高熱を呈しており，そのうち人工呼吸器装着中で鎮静下にある患者や意識障害の患者は304名中139名（45.7%）であった。意識レベルはJapan Coma Scale（JCS）でⅠ－１～Ⅰ－３は20名（14.4%），Ⅱ－10～Ⅱ－30は34名（24.5%），Ⅲ－100～Ⅲ－300は64名（46.0%），記載内容から判断できないもの（例「意識障害あり」「意識レベル低下」など）は21名（15.1%）であった。複数クーリング実施の目的（複数回答）は「解熱」が最も多く263名（86.5%），以下「体熱感の緩和」35名（11.5%），「気持ちよさ」32名（10.5%），その他９名（3.0%），無回答15名（4.9%）の順であった。

クーリング用具の貼用部位は，「頭部・両腋窩」「頭部・腋窩・鼠径部」「頭部・腋窩・鼠径部・背部」の組み合わせが多かったが，患者の麻痺側や点滴挿入部位，体位等を鑑みて様々な組み合わせがあった。中には「発熱39.0度，顔面紅潮，体熱感あり，傾眠」の患者に対し「両頸部，両腋窩，両鼠径，両膝窩部の計８点をクーリング」を実施した記述もあった。また複数クーリング実施後でも腋窩検温ができるよう片方の腋窩を冷やさずに残しておき，他部位を３点以上クーリングしているもの（例えば右腋窩，鼠径部，背部など）は156名（51.3%）であった。

複数クーリング実施後の評価の有無では，体温などの再検をしているものが254名（83.5%），「見なかった」など評価をしていないものは38名（12.5%），無回答が11名（3.6%）であった。クーリング実施後の評価の有無と施設による複数クーリングのリスク教育との関連を検討したところ，有意な関連は認められなかった（$\chi^2$値＝.018，$p$＝.893）。クーリング実施後の体温測定部位は，前述したように冷やさずに残しておいた片方の腋窩が156名（51.3%）のほか，実施していた腋窩のクーリングを外して10～30分後に同部位で測定したものが55名（18.1%），クーリング部位でない他の部位を腋窩検温の代用として測定したものが74名（24.3%），無回答19名（6.3%）であった。代用したほかの部位とは，両腋窩を冷やした場合は鼠径部，両鼠径部を冷やした場合は腋窩との回答が多かったが，一方で「背部とシーツの間」，「膝窩（膝の下）」，「陰嚢の後ろ」，「腹部とオムツの間」のような特殊な部位の記載もあった。

### 3．複数クーリングのヒヤリハット・インシデントの現状

所属病棟における複数クーリングに関するヒヤリハットやインシデントの有無と，その事例（１事例）の内容およびその後のクーリングの取り扱いについてたずねた。その結果，有効回答304件中，複数クーリングによるインシデントやヒヤリハットの記載があったものは70名であった（22.8%）。具体的な内容は複数回答で78件が抽出された（表１）。「氷枕の金具がはずれて寝具や患者が水びたしになった」が最も多く45件（57.7%），「循環不良，チアノーゼ，凍傷」12件（15.3%），「氷枕やアイスノンの劣化による中身のもれ」11件（14.1%）の順であり，ヒヤリハットやインシデントのみならずアクシデントの事例も認められた。この中には，極少数であったが「複数クーリングのアイスノンを外し忘れて透析に行き，その分透析液を引かれてしまった」という場面も見られた。インシデントやヒヤ

表１　複数クーリングに関するインシデントやヒヤリハットの内訳

n＝78

| | |
|---|---|
| 氷枕の金具がはずれて寝具や患者が水びたし | 45（57.7） |
| 循環不良，チアノーゼ，凍傷 | 12（15.3） |
| 氷枕やアイスノンの劣化による中身のもれ | 11（14.1） |
| 氷枕の金具による顔面のけが | 5（ 6.4） |
| 結露によるシーツ・寝衣汚染 | 2（ 2.6） |
| 氷枕の水を盗飲 | 2（ 2.6） |
| アイスノンを外し忘れて透析に行き，その分透析液を引かれてしまった | 1（ 1.3） |

件（%）

リハットがあった後の対策としては，「物品の事前チェック」「氷枕の金具が外れないよう２本を互い違いに使用」「氷枕を袋で包む」「けがをしないようにバスタオルで包む」「クーリング部位の頻回な観察」等の記載があった。

### ４．複数クーリング時の観察項目

複数クーリングの効果があったかどうかを判断する観察項目としては，熱型，患者の顔色，患者の体熱感，末梢の皮膚色，患者の反応（言動），表情，脈拍・心拍・呼吸数・血圧の変化，$SpO_2$（経皮的動脈血酸素飽和度）などが挙げられていた。

### ５．その他，自由記述の内容

自由記述は計83件の記述が抽出された（表２）。内容の類似したものを集めて単純集計を行った結果，多い順に「科学的根拠を求める」34件（41.0％），「複数クーリングの解熱効果を期待」21件（25.3％），「複数クーリングの解熱効果への疑問」21件（25.3％），「リスクに関連した観察の重要性」７件（8.4％）の４つの内容に分類された。詳細を以下に示す。

#### １）「科学的根拠を求める」の意見の内容

「科学的根拠を求める」は34件あり最も多かった。その内容は「複数クーリングの有効性はどこまであるのか知りたい」「明らかなエビデンスがないため，本当に良いのか分からない。また褥瘡のリスクも高くなるためなかなか勧めにくいところもある」など，複数クーリングの有用性に関する科学的根拠を求める記載内容であった。

#### ２）「複数クーリングの解熱効果を期待」の内容

「複数クーリングの解熱効果を期待」は21件あり，その内容は「新人教育時，クーリングに対する知識を持った看護師が少ない……クーリングは基礎的で，医師の指示なく実施できる援助であることを知ってほしい」「３～５点クーリングで動脈を冷やすことで血管内血液も冷え，体温下降に繋がると信じている」「鼠径部・両腋窩などは効果があると思う」など，看護師の経験上，複数クーリングの解熱効果を感じており，その効果に期待しているものであった。

表２　複数クーリングに関する自由記述の回答例

n ＝83

| | |
|---|---|
| 科学的根拠を求める（34件） | 複数クーリングの有効性はどこまであるのか知りたい |
| | 明らかなエビデンスがないため，本当に良いのか分からない。また褥瘡のリスクも高くなるためなかなか勧めにくいところもある |
| | 実際に効果が得られるのか，どの部位が効果的なのか |
| | どのくらい効果があるのか？鼠径部に当てて，アルコール消毒をしているが不潔ではないのか？ |
| | 普段特にクーリングに関して何の不安もなく行っていましたが，安全性や科学的根拠はと聞かれるとこうですとはいえない。あらためて根拠を知りたいと思った |
| 複数クーリングの解熱効果を期待（21件） | 新人教育時，クーリングに対する知識を持った看護師が少ない。どんなものを使うか，またどの部位を冷却するのか，何でその部位なのか。基礎的で，医師の指示なく実施できる援助であることを知ってほしい |
| | ３～５点クーリングで動脈を冷やすことで血管内血液も冷え，体温下降に繋がると信じている |
| | 鼠径部・両腋窩などは効果があると思う |
| | 高熱時は体の広い面で冷やす必要があり，特に脳外科では高熱は脳浮腫を増悪させるので必須 |
| | 38.0度以上アセトアミノフェンの解熱剤指示のみでは不安で，発熱の患者にはやはりクーリングをするのが以前からのパターンとなっている |
| 複数クーリングの解熱効果への疑問（21件） | 発熱時鼠径部のクーリングで効果があるのか疑問がある。意識のしっかりした人には鼠径部，腋窩には行わない |
| | 効果があるのかは不明瞭。家族が熱が高い状態だと不安が大きいので，家族の安心のための部分が大きい |
| | 太い動脈が通っているから解熱効果があると聞いたが，発熱する原因を取り除かなければ根本的には解熱しないと思うので，何点クーリングしても気持ちが良いかどうかという域を超えないのではと思う |
| | 基本的にクーリングは必要ないと思うが，前勤務者が実施していた場合は，止められない。患者や家族は，まだまだ熱が出たら冷やすものだと思っているので，なかなか効果がないとは言えない。クーリングは気持ちよさが得られるだけだと思う |
| | 正直あまり複数にしたからといって急激な体温の低下の症例は実感したことがない |
| リスクに関連した観察の重要性（７件） | 複数クーリングで解熱を図るのは良いが，私の病院では訴える事ができない患者さんが多いので，クーリング後の観察は大切だと思う |
| | リスク面について，忘れがちだと思った。確かに凍傷や末梢への循環動態への影響があると感じた |
| | リスクについてまたその観察点については病棟内であまり話したことがない。調べて注意していきたい |

### 3）「複数クーリングの解熱効果への疑問」の内容

「複数クーリングの解熱効果への疑問」は前項２）と同数の21件であった。その内容は「発熱時鼠径部のクーリングで効果があるのか疑問がある。意識のしっかりした人には鼠径部，腋窩には行わない」「家族が熱が高い状態だと不安が大きいので，家族の安心のための部分が大きい」「太い動脈が通っているから解熱効果があると聞いたが，発熱する原因を取り除かなければ根本的には解熱しないと思う」など，複数クーリングの解熱効果に疑問を抱いている意見であった。また「基本的にクーリングは必要ないと思うが，前勤務者が実施していた場合は，止められない。患者や家族は，まだまだ熱が出たら冷やすものだと思っているので，なかなか効果がないとは言えない」など，看護師自身のジレンマが感じられる記載もあった。

### 4）「リスクに関連した観察の重要性」の内容

「リスクに関連した観察の重要性」は７件あり，その内容は「複数クーリングで解熱を図るのは良いが，私の病院では訴える事ができない患者さんが多いので，クーリング後の観察は大切だと思う」「リスク面について，忘れがちだと思った。確かに凍傷や末梢への循環動態への影響があると感じた」など，複数クーリング実施後の観察の重要性について述べているものであった。

## Ⅴ．考　　察

日常の業務の中で行われている複数クーリングに関して，実施状況・クーリング方法の教育・リスクマネジメントの実際から，複数クーリングの現状と課題について考察する。

### 1．複数クーリングの実施状況

最近複数クーリングを実施した患者１名に関する調査の結果，複数クーリング実施の目的は「解熱」が263名（86.5％）と最も多かった。自由記述でも「複数クーリングの解熱効果を期待」する意見が認められた。複数クーリングは昔から習慣的に実施されてきた技術であるが，現在においても多くの看護師が「解熱」を期待して実施していることが明らかとなった。また複数クーリングの貼用部位は，後頭部や腋窩，鼠径，頸部，背部などを様々に組み合わせて実施されており，患者の麻痺側や点滴挿入部位，体位によって貼用部位を替えるという看護師の経験による工夫が本調査から明らかとなった。また日常の業務の中で複数クーリングを実施する状況についてまとめた結果，「一度解熱剤を使用してからあまり時間が経っておらず，次回の解熱剤使用時まで時間を置かなくてはいけない時」「全身状態が悪く血圧も低くなっており，解熱剤を使用することが出来ない場合」「発熱の原因探索のため熱型を見る必要があり，医師からクーリングで様子を見るとの指示があったとき」「医師が常駐していないため解熱剤使用の前にまずはクーリングで様子を見る」などの回答があった。このことから，日常の業務の中で複数クーリングが行われている背景にはすぐに解熱剤が使用できない場合が多いことが明らかとなった。

また複数クーリング実施後の評価に関して，クーリング実施後の体温測定部位は結果に示したように「冷やしていない片方の腋窩」が51.3％と半分以上にものぼったことから，クーリング後の体温測定の方法に関しては「片方の腋窩を冷やさないで体温測定のために残しておく」という看護師の経験上による工夫が明らかとなった。しかし腋窩での体温測定については，背部・腋窩・鼠径部クーリング時の体温変化を患者10名の診療記録から後ろ向きに検討した研究[7]では，クーリングによって腋窩温は下降したように見えても肺動脈温（核心温）の下降はみられなかったと報告している。また腋窩温は病床環境の変化に左右されやすく，腋窩を開いた状態で室内環境にいると，腋窩温が最高になるには時間がかかる[11]と言われているため実際の体温よりも低く測定される可能性が考えられる。また田中ら[12]は体温を正しく測定することに関して，鼓膜温は氷枕による影響を強く受け，腋窩温は背部冷却の影響を強く受けたことから，冷罨法中の体温評価は適切な方法での測定が必要であると考察しており，クーリング後の体温測定に関しては評価法が一定ではないことが示されている。さらに本調査では，実施していた腋窩のクーリングを外して10－30分後に同部位で測定したものが18.1％，クーリング部位でない他の部位を代用して測定したものが24.3％であった。クーリングで一度冷やした部分の体温を測定すれば「見かけ上の解熱」となるのは当然のことであるが，クーリング部位でない他の部位に関しても「背部とシーツの間」，「腹部とオムツの間」のような特殊な部位の記載もあり，クーリング実施後に正しく体温を評価できているかについては疑問が残る結果となった。また看護師の自由記述にも「腋窩・鼠径などを含めて５点クーリングした場合，どこで体温を測るのか？」など看護師自身も疑問を抱いている記載が認められていた。このことから複数クーリングによって解熱がはかられているかを正しく評価するためには，体温測定以外でも評価できる観察項目について検討する必要があると考えられる。体温測定以外で評価できる観察項目としては本調査の結果，看護師が日常の業務において複数クーリングの効果があったかどうかを判断する観察項目として熱型，患者の顔色，体熱感，末梢の皮膚色，患者の言動，表情，脈拍・心拍・呼吸数・血圧の変化，$SpO_2$などが挙げられていた。このことから，これらの観察項目の中から複数クーリングの評価に利用できる指標を検証することが出来るのではないかと考えられる。

### 2．複数クーリング方法の教育

病棟において実施している複数クーリングの方法は誰から学んだものかたずねた結果，就職後の「師長や先輩看護師からの指導」が最も多く58.6%，次が「看護学生の時」で38.2%であった。属性において看護基礎教育における複数クーリング教育の有無別に看護師経験年数を比較した結果有意差がなかったことから，複数クーリングに関する方法については看護基礎教育の影響よりも，就職後の病院における先輩看護師の指導または病棟の習慣での影響が強いことがうかがわれた。また自由記述において「科学的根拠を求める」意見が最も多かったことも考え合わせると，複数クーリングは科学的根拠が曖昧なまま習慣的に実施されている現状が明らかとなった。近年国内において看護技術のエビデンスに関する研究が盛んに行われていることも考え合わせると，先輩の指導や病棟の習慣だけに頼らない教育体制を整える必要があり，看護学生の看護基礎教育のうちから複数クーリングのエビデンスに関する教育を充実させることが重要であると考える。現在，複数クーリングは体温を下げる[5-6]と主張した研究がある一方，複数クーリングが体温を下げる根拠はないと主張している研究者もおり[7-8]，統一した見解が見られていない。このことから複数クーリングの有用性についてはさらなるエビデンスの蓄積が求められると考えられる。

### 3．複数クーリングとリスクマネジメント

複数クーリングによるインシデントやヒヤリハットは78件が抽出され，「氷枕の金具がはずれて寝具や患者が水びたしになった」が最も多く45件（57.7%），その他「循環不良，チアノーゼ，凍傷」12件（15.3%），「氷枕やアイスノンの劣化による中身のもれ」11件（14.1%），「氷枕の金具による顔面のけが」５件（6.4%）の順であった。過去の研究[9]によると，冷罨法では物品破損による水漏れが15件（16.0%），氷枕の金具による怪我が３件（3.2%），冷罨法による局所の発赤や凍傷が２件（2.2%）であった。一概に比較できるものではないが，複数クーリングの場合はクーリング用具を複数にわたって使用することもあり，リスクが多く潜む可能性があると考えられる。特に複数クーリングを実施した患者の中で，人工呼吸器装着中で鎮静下にある患者や意識障害の患者が304名中139名（45.7%）にも上ったことから，複数クーリングには多くのリスクが潜んでいる可能性があると考えられる。一方で，複数クーリング実施後の評価を行っていない看護師の割合が12.5%もあったことから，複数クーリング実施後の評価は看護師自身が必ず実施するべきであり，看護師への啓発を促す必要性が示唆されたと考えられる。

## Ⅵ．結　　論

全国の看護師に日常の業務の中で行われている複数クーリングに関して調査した結果，複数クーリングの実施状況・クーリング方法の教育・リスクマネジメントの実際から以下の結果が得られた。

1．複数クーリングの目的は複数回答で「解熱」が263名（86.5%），「体熱感の緩和」35名（11.5%），「気持ちよさ」32名（10.5%）であり，「解熱」が最も多かった。
2．複数クーリングを実施した患者304名のうち，人工呼吸器装着中で鎮静下にある患者や意識障害の患者は139名（45.7%）であった。
3．複数クーリング実施後の評価の有無では，体温などの再検をしているもの254名（83.5%），評価をしていないものは38名（12.5%）であった。
4．複数クーリング方法の教育については，看護基礎教育よりも就職後の教育や病棟の習慣の影響が強いことがうかがわれた。また自由記述において最も多かった意見が「科学的根拠を求める」であったことも考え合わせると，複数クーリングは科学的根拠が曖昧なまま習慣的に実施されていることが明らかとなった。
5．複数クーリングによるインシデントは「氷枕の金具がはずれて寝具や患者が水びたしになった」が最も多く（57.7%），実施後の体温測定など評価をしていない看護師は12.5%であった。

## Ⅶ．本研究の限界と今後の課題

本研究は研究協力の得られた病院の看護師を対象とし，看護師の視点から調査した結果である。このため全国の病院で行われている複数クーリングの全容を現すものではなく，また患者から直接の意見が反映された結果と言えないことが本研究の限界であると考えられる。しかし調査の結果，複数クーリングは科学的根拠が曖昧なまま習慣的に実施されていること，複数クーリングによるインシデントが起きていることが明らかとなった。今後の課題として，複数クーリングのエビデンスの追求と複数クーリング実施後の評価は看護師自身が必ず実施するべきであることを啓発する必要があることが示唆された。

## 謝　　辞

本研究にご協力いただきました看護師の皆様に深く感謝申し上げます。

## 要　　旨

病棟で行われている複数クーリングの現状を明らかにし，今後の課題を検討することを目的に，看護師を対象に郵送法で調査を実施した。調査用紙の配布429名，回収314名（回収率73.2％），有効回答307名であった。複数クーリングの実施目的は「解熱」が最も多く263名（86.5％）であったが，自由記述では「科学的根拠を求める」という意見が最も多かったことから，複数クーリングは科学的根拠が曖昧なまま習慣的に実施されている現状が示唆された。また意識障害等のある患者に実施されている割合が45.7％に上ったこと，複数クーリング実施後の体温測定などの評価を行わないものが12.5％であったこと，複数クーリングによるインシデントが発生していることから，複数クーリング実施後の評価は看護師自身が必ず行うべきであることを啓発する必要がある。


## 文　　献


1）斎藤やよい：罨法，坪井良子（編）：考える基礎看護技術Ⅱ看護技術の実際，第２版，473-490，ヌーヴェルヒロカワ，東京，2004.

2）岡田淳子：体温・循環調節の援助，深井喜代子（編）：新体系看護学18基礎看護学③基礎看護技術，278-284，メヂカルフレンド社，東京，2003.

3）小玉香津子：罨法の貼用，薄井坦子（編）：系統看護学講座専門２基礎看護学⑵基礎看護技術，第13版，245-246，医学書院，東京，2004.

4）杉田久子：冷罨法，川島みどり（編）：看護技術スタンダードマニュアル，816-818，メヂカルフレンド社，東京，2006.

5）高須貴和子，徳永典子，他：意識障害患者へのクーリング方法の検証　当病棟のクーリング方法の解熱効果に着目して．厚生連尾道総合病院医報14，63-66，2004.

6）玉山浩一郎，高鳥眞理子，他：冷罨法が発熱患者の生体におよぼす影響．日本看護学会論文集（看護総合）39，330-332，2008.

7）増田由美，尾山玲子，他：肺動脈カテーテル挿入中患者における体温の変化とクーリングの効果．日本看護技術学会第２回学術集会講演抄録集，51，2003.

8）安永さゆり，萩田絢子，他：冷罨法による冷却効果の検討．香川労災病院雑誌13，89-91，2007.

9）工藤由紀子：罨法におけるリスクマネジメントと卒後継続教育の実態に関する研究．秋田大学医学部保健学科紀要15⑵，34-43，2007.

10）医療施設政策研究会（編）：病院要覧2003－2004年版，医学書院，東京，2003.

11）氏家幸子，井上智子：体温測定の方法，氏家幸子（編）：基礎看護技術Ⅰ第６版，108-110，医学書院，東京，2009.

12）田中裕美，他：各種冷罨法下における腋窩温，鼓膜温測定の問題点．ICUとCCU17，臨時増刊，309，1993.



［平成22年９月10日受　　付
平成23年２月15日採用決定］

－資料・その他－

# 多床室における患者の間仕切りカーテン使用に対する認識と使用状況

Situation of Patients in a Multiple-Bed Ward and their Use of Privacy Curtains

石　田　芳　子[1)]　　石　川　千鶴子[1)]　　阿　部　テル子[2)]
Yoshiko Ishita　　Chizuko Ishikawa　　Teruko Abe

キーワード：間仕切りカーテン，多床室，生活環境，個人空間，個人の尊厳
Key Words ：privacy curtain, multiple-bed ward, living ehrironment, personal space, individual dignity

## Ⅰ．はじめに

従来，多床室における個々のベッドを取り囲むように設置された間仕切りカーテン（以下カーテン）は，処置時などに他者の視線を遮断するいわゆるプライバシー保持，保温，遮光などの目的で使用され，使用時以外は開放されていることが多かった。また，カーテン開閉の判断や実施は，看護師によって行われることが多かった。ベッドおよびベッド周りは，患者にとって療養の場であると同時に生活の場でもあり，カーテンは生活環境を構成する重要な一要素である。患者は24時間この環境下で生活することから，カーテン使用に関しては患者の気持ちを理解し，開閉を調整する必要がある。しかし，近年，Ａ大学医学部附属病院の多床室では，終日カーテンを閉めている患者が多く，カーテン使用に対する患者の意識や使用状況が従来とは変わってきた。そこで，多床室におけるカーテンの使用に対する患者の認識とカーテンの使用状況について調査を行った。

病院のカーテンに関する研究を医中誌で検索すると，過去10年間で59件報告されており，それらは，カーテンに関する患者と看護師の意識の違い[1～5)]，カーテン使用とプライバシー意識の関係[5～11)]，カーテン使用に関する患者の思い[12), 13)]，カーテンで仕切られた空間や物品についての専有意識[14)]，カーテン使用に関する同室者との人間関係[10)]，隣同士共有するカーテンに注目した研究[6), 11)]などである。しかし，患者が終日あるいは長い時間カーテンを閉めていることに着眼した研究は見当たらなかった。山内ら[1)]は，昼間カーテンを閉めて過ごしている患者にカーテンを閉めている理由を調査し，落ち着く・昼寝をする・一人になりたいなど，患者は個人の空間を確保するためにカーテンを閉め，プライバシーを重視していると報告している。この研究は，我々の研究動機と類似しているが，対象者の職業が限定されており，対象者数も少ない。そこで，本研究では，対象者数を増やし，年齢，性別，ベッド位置も加味して分析し，また，川口[15)]の提示した個人空間の視点を加えて結果を考察した。

## Ⅱ．目　　的

本研究は，多床室におけるカーテンの使用状況と，患者が夜間および日中カーテンを閉める理由，カーテンの開閉を自分の思い通りにできているか，カーテンの開閉に関して看護者に望むことは何かを明らかにすることを目的とした。

＜用語の定義＞

本研究では，過去の研究者の定義を参考に，プライバシーおよび個人空間の用語を次のように定義した。

プライバシー：自分に関する情報について，他人に干渉されずに自由に統制できる状態のこと[8)]で，個人個人に保証されている権利。

個人空間：個人が与えられた環境の中で，物的な環境の要素を操作的に扱いながら，“privacyの容器”として自らの生活空間を得るために空間化したもの[16)]。プライバシーを侵害されることなく生活することができる自分だけの空間。

## Ⅲ．研究方法

### １．研究デザイン

質問紙による留め置き法無記名自己記入式の調査研究である。

### ２．調査対象

Ａ県内Ａ大学医学部附属病院の一般病棟多床室（小児科，神経科精神科を除く４人床室）に入院中の18歳以上の成人患者で，調査に関する説明を理解し同意が得られ，か

１）弘前大学医学部附属病院　Hirosaki University School of Medicine and Hospital
２）弘前学院大学看護学部　Faculty of Nursing Hirosaki Gakuin University

つ調査用紙に記入可能な患者を対象とした。

### 3．調査期間

2009年１月15日～同年１月21日である。

### 4．調査方法

各病棟の看護師長に研究の趣旨・目的・方法・対象の条件を説明し，対象の選定，対象者への調査目的・方法の説明，調査同意用紙・調査用紙の配布を依頼した。調査用紙は調査への同意が得られた後に配布してもらい，任意の時間・場所で記入してもらった。記入後の調査用紙を患者本人が回収用封筒に入れて封をし，病棟内に設置した回収袋に投入してもらった。調査用紙，回収用封筒は無記名とした。回収袋の設置期間は７日間とし，研究者が回収した。

### 5．調査内容

調査用紙は７つの設問，15の項目で構成し，回答は該当する番号・記号を○で囲む，あるいは（　）に数字又は語句を記入する方法とした。調査内容は，属性，夜間および日中のカーテンの開閉状況とその閉め方，カーテンを閉めた理由，カーテンの開閉は自分の思い通りにできているか，カーテンの開閉に関して看護者に望むこととした。属性に関する内容として，性，年代，入院している診療科，入院病日，ベッド位置を設定した。

夜間のカーテンの開閉状況に関する設問は，「昨夜はカーテンを閉めてお休みになりましたか」とし，（はい・いいえ）の選択肢で回答を求め，（はい）を選択した場合にはその理由を自由記述してもらった。またその時のカーテンの閉め方は，（１．頭側のみ，２．足元まで，３．壁（窓）側以外，４．全部）の４件法で回答を求めた。

日中のカーテンの開閉状況については，「今日の日中はカーテンを閉めていますか？開けていますか？」と設問し，（１．ほとんど閉めている，２．どちらかといえば閉めている，３．あけたり閉めたり半々，４．どちらかといえば開けている，５．ほとんど開けている）の５件法で回答を求めた。また，（１．ほとんど閉めている）あるいは（２．どちらかといえば閉めている）を選択した場合には，「カーテンを閉めていたいと思った理由」について自由記述してもらい，さらに，「そのときのカーテンの閉め方」は，（１．頭側のみ，２．足元まで，３．壁（窓）側以外，４．全部）の４件法で回答を求めた。夜間及び日中のカーテンの閉め方に対する回答の各選択肢には，Ａ大学医学部附属病院一般病棟多床室のベッドとカーテンの位置関係をもとに作成した図（図１，図２）を添付した。

「カーテンを閉めたいときや開けたいときに自分の思い通りにできていますか？」は，（１．ほとんどできている，２どちらかといえばできている，３．できたりできなかったり，４．どちらかといえばできていない，５．ほとんどできていない）の５件法で回答を求め，３～５を選択した場合は，「自分の思い通りに開けたり閉めたりできない」理由を一つ自由記述してもらった。

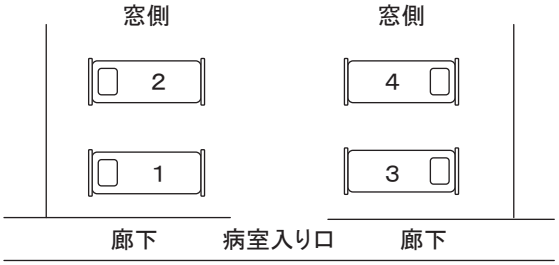



図１　ベッドの位置

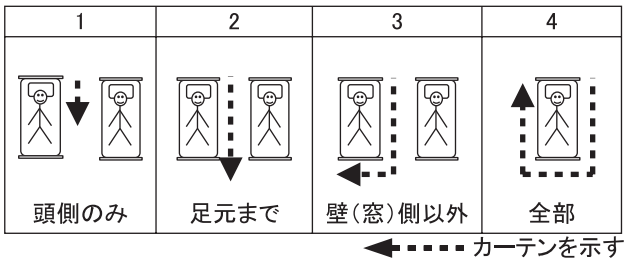



図２　カーテンの閉め方

「カーテンの開閉について看護者に望むこと」は，対象者全員に自由記述してもらった。

なお，調査用紙は，設問が調査したい内容を適切に表現しているか，回答欄は回答しやすく設定されているかを予備調査で確認し，修正を加えて作成した。

### 6．分析方法

本調査において，データ記載がなかった場合は，欠損値とした。対象者の属性，各設問項目の有効回答を単純集計し，属性によるカーテンの開閉状況・閉め方を比較した。また，カーテンを閉める理由については記述内容の意味を基準に単文に分け，その意味に沿って類似性と差異性を検討しながらコード化した。さらにコードの類似性によってサブカテゴリー，サブカテゴリーの類似性によってカテゴリーとし，分類されたコード，サブカテゴリーの意味内容に基づいてサブカテゴリー名，カテゴリー名を命名した。次に，抽出されたカテゴリー別にコード数を集計し，性，年代，夜間と日中で比較した。記述内容の意味解釈，コード化，サブカテゴリー・カテゴリーの分類は，研究者４名で解釈や分類にズレがないように分析を繰り返し行い，信頼性・妥当性を高める努力をした。

統計処理には統計解析ソフトSPSS 15.0J for Windowsを使用した。検定には$\chi^2$検定を用い，両側検定で有意水準は５％未満として解析した。

なお，属性によるカーテンの開閉状況，閉め方，カーテンを閉める理由の比較に当たっては，有効回答235名の内，比較する項目の回答が記述されていたものを分析対象とした。

### 7．倫理的配慮

本研究はＡ大学大学院医学研究科倫理委員会の審査を受け，承認を得て実施した（承認番号：2009010）。また，対象者には以下のことを口頭と文書で事前に説明し，同意が得られた者を対象とした。

1）本研究の主旨及び目的。
2）調査は無記名であり，結果は統計的に処理するので，個人のデータが外部に漏れることはない。
3）調査への協力・拒否は自由である。
4）調査への協力を拒否しても，不利益を被ることはない。
5）協力に同意した後，調査用紙を回収袋に投入する前であれば，同意を撤回することができる。
6）調査結果を学術集会において公表する。

## Ⅳ．結　　果

調査用紙配布数は278枚，回収数は237枚（回収率85.3%），有効回答数235枚（99.2%）であった。

### 1．対象の背景

男性133名（56.6％），女性96名（40.8％），無回答６名（2.6％）であり，年代別では10～20代20名（8.5％），30～40代40名（17.0％），50～60代112名（47.7％），70代以上61名（26.0％），無回答２名（0.9％）であった。平均在院日数は19.2（±29.4）日であった。ベッド位置は廊下側118名（50.2％），窓側113名（48.1％），無回答４名（1.7％）であった（表１）。

表１　対象者の背景

n＝235（％）

| 区分 | 項目 | 人数 |
|---|---|---|
| 性別 | 男性 | 133 (56.6) |
| | 女性 | 96 (40.8) |
| | 無回答 | 6 (2.6) |
| 年代 | 10～20代 | 20 (8.5) |
| | 30～40代 | 40 (17.0) |
| | 50～60代 | 112 (47.7) |
| | 70代以上 | 61 (26.0) |
| | 無回答 | 2 (0.9) |
| ベッド位置 | 廊下側 | 118 (50.2) |
| | 窓側 | 113 (48.1) |
| | 無回答 | 4 (1.7) |

平均在院日数　19.2（±29.4）

### 2．夜間就寝時のカーテン使用状況

「昨夜，カーテンを閉めて休みましたか」の設問に対する回答は，「閉めた」211名（89.8％），「閉めなかった」19名（8.1％），無回答５名（2.1％）で，閉めた人が多かった。

カーテンの開閉状況を性，年代，ベッド位置で比較したところ有意差はなく，いずれも閉めた人が多かった。カーテンを閉めた人の内訳は，性別では男性115名（88.5％），女性90名（95.7％），年代別では10～20代19名（95.0％），30～40代37名（92.5％），50～60代97名（90.7％），70代以上56名（91.8％），ベッド位置別では廊下側110名（94.0％），窓側98名（89.1％）であった（表２）。

また，カーテンを「閉めた」と回答した211名の閉め方をみると，「壁（窓）側以外」をＬ字型に（以下「Ｌ字型」）が最も多く113名（53.6％），次いでベッド周囲を囲むように「全部」（以下「全部」）80名（37.9％），「足元まで」８名（3.8％），「頭側のみ」３名（1.4％），無回答７名（3.3％）であった（表２）。

カーテンの閉め方を性，年代で比較すると有意差はなく，男女ともに，また，いずれの年代においても「Ｌ字型」，「全部」が多く，「足元まで」「頭側のみ」は少なかった。「Ｌ字型」「全部」の内訳は，男性が「Ｌ字型」62名（55.9％），「全部」40名（36.0％），女性「Ｌ字型」48名（54.5％），「全部」38名（43.2％）であった。年代別では10～20代は「Ｌ字型」12名（66.7％），「全部」５名（27.8％），30～40代は「Ｌ字型」16名（44.4％），「全部」16名（44.4％），50～60代は「Ｌ字型」56名（58.9％），「全部」35名（36.8％），70代以上「Ｌ字型」28名（52.8％），「全部」23名（43.4％）であった。しかし，ベッド位置では窓側と廊下側で有意差があり（$p<0.01$），窓側は「Ｌ字型」64名（67.4％），「全部」25名（26.3％）で「Ｌ字型」が多く，廊下側は「Ｌ字型」49名（45.8％），「全部」54名（50.5％）で「Ｌ字型」と「全部」はほぼ同数であった（表２）。

### 3．日中のカーテン使用状況

「今日の日中はカーテンを閉めていますか？開けていますか？」の設問に対する回答は，「ほとんど開けている」79名（33.6％），「どちらかといえば開けている」49名（20.9％），「開けたり閉めたり」42名（17.9％），「どちらかといえば閉めている」33名（14.0％），「ほとんど閉めている」26名（11.1％），「無回答」６名（2.6％）であった（表２）。

「ほとんど開けている」「どちらかといえば開けている」を『開けている』，「どちらかといえば閉めている」「ほとんど閉めている」を『閉めている』として，カーテンを『開けている』人（128名，54.5％），「開けたり閉めたり」している人（42名，17.9％），『閉めている』人（59名，25.1％）を，性，年代，ベッド位置で比較した結果，有意差はなく，男性・女性ともに，またいずれの年代においても，ベッド位置に関わりなく『開けている』人が最も多く，次いで『閉めている』「開けたり閉めたり」の順であった。カーテンを開けている人の内訳は，性別では男性66名（50.4％），女性60名（64.5％）であり，年代別では10～20代11名（55.0％），30～40代19名（50.0％），50～60代69名（63.3％），70代以上28名（46.7％），ベッド位置別では廊下

表２　夜間と日中のカーテン使用状況

（%）

| 項目 | | 全体 | 性別 | | 年代別 | | | | ベッド位置別 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 男性 | 女性 | 10～20代 | 30～40代 | 50～60代 | 70代以上 | 廊下側 | 窓側 |
| 夜間 開閉状況 | 閉めた | 211 (89.8) | 115 (88.5) | 90 (95.7) | 19 (95.0) | 37 (92.5) | 97 (90.7) | 56 (91.8) | 110 (94.0) | 98 (89.1) |
| | 閉めなかった | 19 (8.1) | 15 (11.5) | 4 (4.3) | 1 (5.0) | 3 (7.5) | 10 (9.3) | 5 (8.2) | 7 (6.0) | 12 (10.9) |
| | 無回答 | 5 (2.1) | | | | | | | | |
| | 合計 | 235 (100) | 130 | 94 | 20 | 40 | 107 | 61 | 117 | 110 |
| | P値 | | | 0.0915 | | | | 0.9228 | | 0.1804 |
| 夜間 閉め方 注1) | 全部 | 80 (37.9) | 40 (36.0) | 38 (43.2) | 5 (27.8) | 16 (44.4) | 35 (36.8) | 23 (43.4) | 54 (50.5) | 25 (26.3) |
| | L字型 | 113 (53.6) | 62 (55.9) | 48 (54.5) | 12 (66.7) | 16 (44.4) | 56 (58.9) | 28 (52.8) | 49 (45.8) | 64 (67.4) |
| | 足元まで | 8 (3.8) | 7 (6.3) | 1 (1.1) | 1 (5.6) | 3 (8.3) | 3 (3.2) | 1 (1.9) | 3 (2.8) | 4 (4.2) |
| | 頭側のみ | 3 (1.4) | 2 (1.8) | 1 (1.1) | 0 (0) | 1 (2.8) | 1 (1.1) | 1 (1.9) | 1 (0.9) | 2 (2.1) |
| | 無回答 | 7 (3.3) | | | | | | | | |
| | 合計 | 211 (100) | 111 | 88 | 18 | 36 | 95 | 53 | 107 | 95 |
| | P値 | | | 0.2373 | | | | 0.8224 | | 0.0085** |
| 日中 開閉状況 | 閉めている | 59 (25.1) | 37 (28.2) | 20 (21.5) | 8 (40.0) | 13 (34.2) | 22 (20.2) | 16 (26.7) | 34 (29.1) | 24 (21.8) |
| | （どちらかといえば閉めている） | 33 (14.0) | | | | | | | | |
| | （ほとんど閉めている） | 26 (11.1) | | | | | | | | |
| | 開けたり閉めたり | 42 (17.9) | 28 (21.4) | 13 (14.0) | 1 (5.0) | 6 (15.8) | 18 (16.5) | 16 (26.7) | 21 (17.9) | 21 (19.1) |
| | 開けている | 128 (54.5) | 66 (50.4) | 60 (64.5) | 11 (55.0) | 19 (50.0) | 69 (63.3) | 28 (46.7) | 62 (53.0) | 65 (59.1) |
| | （ほとんど開けている） | 79 (33.6) | | | | | | | | |
| | （どちらかといえば開けている） | 49 (20.9) | | | | | | | | |
| | 無回答 | 6 (2.6) | | | | | | | | |
| | 合計 | 235 (100) | 131 | 93 | 20 | 38 | 109 | 60 | 117 | 110 |
| | P値 | | | 0.1040 | | | | 0.0967 | | 0.4537 |
| 日中 閉め方 注2) | 全部 | 12 (20.3) | 7 (20.0) | 5 (27.8) | 1 (12.5) | 2 (16.7) | 5 (25.0) | 4 (26.7) | 9 (28.1) | 2 (9.1) |
| | L字型 | 33 (55.9) | 21 (60.0) | 10 (55.6) | 7 (87.5) | 7 (58.3) | 11 (55.0) | 8 (53.3) | 16 (50.0) | 17 (77.3) |
| | 足元まで | 9 (15.3) | 7 (20.0) | 2 (11.1) | 0 (0) | 2 (16.7) | 4 (20.0) | 3 (20.0) | 6 (18.8) | 3 (13.6) |
| | 頭側のみ | 1 (1.7) | 0 (0) | 1 (5.6) | 0 (0) | 1 (8.3) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (3.1) | 0 (0) |
| | 無回答 | 4 (6.8) | | | | | | | | |
| | 合計 | 59 (100) | 35 | 18 | 8 | 12 | 20 | 15 | 32 | 22 |
| | P値 | | | 0.4721 | | | | 0.7736 | | 0.2169 |

$\chi^2$検定　***：p<0.001，**：p<0.01，*：p<0.05

注１）夜間のカーテンの閉め方は，「閉めた」と答えた者について，閉め方を算出した。

注２）日中のカーテンの閉め方は，「閉めている」と答えた者について，閉め方を算出した。

側62名（53.0%），窓側65名（59.1%）であった（表２）。

また，「どちらかといえば閉めている」「ほとんど閉めている」を合わせた「閉めている」59名について，その「閉め方」みると，多い順に「Ｌ字型」33名（55.9%），「全部」12名（20.3%），「足元まで」９名（15.3%），「頭側のみ」１名（1.7%），無回答４名（6.8%）であった。性，年代，ベッド位置で比較した結果有意差はなく，いずれも「Ｌ字型」が多かった（表２）。

## ４．終日カーテンを閉めている人の夜間と日中の閉め方の比較

日中カーテンを「閉めている」人59名の内，日中と夜間両方の閉め方を回答した53名について，その「閉め方」を見ると，夜間は「Ｌ字型」が38名（71.7%），次いで「全部」14名（26.4%），「足元まで」１名（1.9%）で，「頭側のみ」はいなかった。日中は「Ｌ字型」が32名（60.4%），「全部」11名（20.8%），「足元まで」９名（17.0%），「頭側のみ」１名（1.9%）であった。終日カーテンを閉めている人の夜間と日中の閉め方を比較した結果，有意差があり（p<0.05），夜間は多い順に「Ｌ字型」，「全部」，「足元まで」であり，日中は「Ｌ字型」が最も多かったが，「全部」と「足元まで」はほぼ同率であった（表３）。

表３　終日カーテンを閉めている人の閉め方

n＝53（%）

| | 全部 | L字型 | 足元まで | 頭側のみ | P値 |
|---|---|---|---|---|---|
| 夜間 | 14 (26.4) | 38 (71.7) | 1 (1.9) | 0 (0) | 0.0444* |
| 日中 | 11 (20.8) | 32 (60.4) | 9 (17.0) | 1 (1.9) | |

$\chi^2$検定　***：p<0.001，**：p<0.01，*：p<0.05

## ５．カーテンを閉めた理由

### １）夜間就寝時カーテンを閉めた理由

夜間「カーテンを閉めた」と回答した211名中，理由記述があった188名の記述内容を分析した。抽出されたコードは222，サブカテゴリーは19，カテゴリーは６に分類された。以下カテゴリーを【　】，サブカテゴリーを〈　〉で示す。

コード数の多い順にカテゴリーを見ると，〈みられたくない〉〈プライバシー保持〉〈自分の空間の確保〉を含む【プライバシー】64（28.8％），〈安心〉〈落ち着く〉〈寝やすい〉などを含む【安心感】60（27.0％），〈周りの人が閉めていたから〉〈他者への配慮〉〈他者の行動が気になる〉を含む【他者とのかかわり】50（22.5％），【照明・温度】26（11.7％），〈いつもそうしている〉〈普通・当然〉などを含む【閉めるのが当然】15（6.8％），【その他】７（3.2％）であった。

性別にコード数の多いカテゴリーを見ると，男性，女性ともに【プライバシー】【安心感】【他者とのかかわり】【照明・温度】【閉めるのが当然】の順であった。年代別では，10～20代は【安心感】【プライバシー】，30～40代は【プライバシー】【他者とのかかわり】【安心感】，50～60代は【プライバシー】【安心感】【他者とのかかわり】，70代以上は【安心感】【他者とのかかわり】【プライバシー】の順でコード数が多かった。

各カテゴリーのコード数を性，年代で比較した結果，有意差はなかった（表４）。

２）日中カーテンを閉めた理由

日中カーテンを「閉めている」と回答した59名中，理由記述のあった56名の記述内容を分析した。コード数は58，サブカテゴリーは22，カテゴリーは５であった。カテゴリーをコード数が多い順に見ると【プライバシー】25（43.1％），【他者とのかかわり】16（27.6％），【安心感】12（20.7％），【閉めるのが当然】２（3.4％），その他３（5.2％）であった。

性別にコード数の多いカテゴリーを見ると，男性，女性ともに【プライバシー】【他者とのかかわり】【安心感】の順であった。年代別では，10～20代，30～40代，70代以上は【プライバシー】，50～60代は【安心感】が多かった。

各カテゴリーのコード数を性，年代で比較した結果，有意差はなかった（表５）。

３）夜間と日中のカーテンを閉める理由の比較

夜間と日中でカーテンを閉める理由を比較すると，【照明・温度】は夜間のみに見られた。また，夜間は，【プライバシー】【安心感】【他者とのかかわり】のコード数が20％台でほぼ同率であった。日中は【プライバシー】が43.1％であり，【他者とのかかわり】【安心感】はコード数が20％台でほぼ同率であった。さらに【安心感】【他者とのかかわり】のコード数は，夜間と日中でもほぼ同率であった。

### ６．自分の思い通りにカーテンを開閉できているか

「カーテンを閉めたい時，開けたい時に自分の思い通りにできているか」の設問に対し，『できている』と回答した人が202名（86.0％），『できていない』と回答した人が28名（11.9％），無回答が５名（2.1％）であった。『できている』の内訳は「ほとんどできている」151名（64.3％），「どちらかといえばできている」51名（21.7％）であり，『できていない』の内訳は「できたりできなかったり」17名（7.2％），「どちらかといえばできない」５名（2.1％），「ほ

表４　夜間カーテンを閉めた理由

（％）

| カテゴリー | サブカテゴリー | カテゴリー別コード数 | 性別コード数 | | 年代別コード数 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 男性 | 女性 | 10～20代 | 30～40代 | 50～60代 | 70代以上 |
| プライバシー | 見られたくない<br>プライバシー保持<br>自分の空間の確保 | 64（28.8） | 34（28.1） | 30（31.3） | 5（23.8） | 14（36.8） | 35（32.7） | 10（18.2） |
| 安心感 | 安心<br>落ち着く<br>寝やすい<br>なんとなく<br>ゆっくり休める<br>安全のため | 60（27.0） | 30（24.8） | 28（29.2） | 6（28.6） | 9（23.7） | 27（25.2） | 17（30.9） |
| 他者とのかかわり | 周りの人が閉めていたから<br>他者への配慮<br>他者の行動が気になる | 50（22.5） | 29（24.0） | 20（20.8） | 3（14.3） | 10（26.3） | 24（22.4） | 13（23.6） |
| 照明・温度 | 照明<br>温度 | 26（11.7） | 18（14.9） | 7（7.3） | 3（14.3） | 1（2.6） | 14（13.1） | 8（14.5） |
| 閉めるのが当然 | いつもそうしている<br>普通・当然<br>閉めるものだと思っていた<br>病院のルールだと思っていた | 15（6.8） | 9（7.4） | 6（6.3） | 3（14.3） | 3（7.9） | 4（3.7） | 5（9.1） |
| その他 | その他 | 7（3.2） | 1（0.8） | 5（5.2） | 1（4.8） | 1（2.6） | 3（2.8） | 2（3.6） |
| 合計 | | 222（100） | 121（100） | 96（100） | 21（100） | 38（100） | 107（100） | 55（100） |
| P値 | | | | 0.1940 | | | | 0.6026 |

$\chi^2$検定　***：p＜0.001，**：p＜0.01，*：p＜0.05

表５　日中カーテンを閉めた理由

（%）

| カテゴリー | サブカテゴリー | カテゴリー別コード数 | 性別コード数 | | 年代別コード数 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 男性 | 女性 | 10～20代 | 30～40代 | 50～60代 | 70代以上 |
| プライバシー | 他者に見られたくない<br>プライバシー保持<br>自分の空間の確保 | 25（43.1） | 16（39.0） | 8（50.0） | 4（50.0） | 8（61.5） | 6（25.0） | 7（53.8） |
| 他者とのかかわり | 隣が閉めていた<br>周囲へ配慮<br>周りに気を使いたくない<br>隣に迷惑をかけないように<br>わずらわしい<br>したいことを邪魔されたくない<br>干渉されたくない<br>他者と関わるのが苦手<br>他者とかかわるのが面倒 | 16（27.6） | 11（26.8） | 5（31.3） | 1（12.5） | 4（30.8） | 7（29.2） | 4（30.8） |
| 安心感 | ゆっくりしたい<br>安心感<br>気が楽だ<br>どちらでも<br>なんとなく<br>落ち着く<br>眠るため | 12（20.7） | 9（22.0） | 3（18.8） | 3（37.5） | 0　（0） | 9（37.5） | 0　（0） |
| 閉めるのが当然 | 病院のルールだと思っていた<br>普通・当然 | 2　（3.4） | 2　（4.9） | 0　（0） | 0　（0） | 1　（7.7） | 1　（4.2） | 0　（0） |
| その他 | その他 | 3　（5.2） | 3　（7.3） | 0　（0） | 0　（0） | 0　（0） | 1　（4.2） | 2（15.4） |
| 合計 | | 58　（100） | 41　（100） | 16　（100） | 8　（100） | 13　（100） | 24　（100） | 13　（100） |
| P値 | | | | 0.6831 | | | | 0.0517 |

$\chi^2$検定　***：p＜0.001，**：p＜0.01，*：p＜0.05

表６　自分の思い通りにカーテンを開閉できているか

（%）

| 項　目 | | 人　数 | |
|---|---|---|---|
| できている | ほとんどできている | 151 | （64.3） |
| | どちらかといえばできている | 51 | （21.7） |
| | 小計 | 202 | （86.0） |
| できていない | できたりできなかったり | 17 | （7.2） |
| | どちらかといえばできない | 5 | （2.1） |
| | ほとんどできない | 6 | （2.6） |
| | 小計 | 28 | （11.9） |
| 無回答 | 無回答 | 5 | （2.1） |
| 合計 | | 235 | （100） |

表７　自分の思い通りにカーテンを開閉できない理由

（%）

| カテゴリー | サブカテゴリー | コード数 |
|---|---|---|
| 同室者への気遣い | 同室者に気を遣う<br>隣を考えて<br>考えが違うかも<br>隣の人が閉める<br>同室者に倣って | 16　（76.2） |
| 身体的理由 | 動けない<br>体調が悪い | 5　（23.8） |
| 合計 | | 21　（100） |

とんどできない」６名（2.6%）であった（表６）。

自分の思い通りにカーテンを開閉できない理由についての記述は21コードで，７つのサブカテゴリーと２つのカテゴリーに分類された。その内訳は，〈同室者に気を遣う〉〈隣を考えて〉〈考えが違うかも〉〈隣の人が閉める〉〈同室者に倣って〉などの【同室者への気遣い】16（76.2%），〈動けない〉〈体調が悪い〉などの【身体的理由】５（23.8%）であった（表７）。

### ７．カーテンの開閉について看護者に望むこと

「カーテンの開閉について看護者に望むこと」の記述はコード数が37あり，15のサブカテゴリーと７つのカテゴリーに分類された。その内訳は，カーテンを開けたらきちんと〈元に戻して〉閉めてほしい，〈静かに開閉して〉ほしい，〈開閉時声がけして〉ほしいを含む【開閉時配慮して】22（59.5%）や，カーテンの開閉時は隣り合う患者〈双方に聞いて〉から行ってほしい，窓側の患者がカーテンを閉めると暗くなるため〈廊下側は明るさがほしい〉〈看護師が声がけを〉したり〈看護師の判断で〉開けたりしてほしいなど，看護者がカーテンの【開閉を調整して】ほしい６（16.2%），さらに，【プライバシーを守って】ほしい２（5.4%）【個別性を考慮】してほしい２（5.4%）【設備を整えて】ほしい２（5.4%）【昼は開けて】ほしい２（5.4%）【ルールを設けて】ほしい１（2.7%）であった（表８）。

表８　看護者に望むこと

（%）

| カテゴリー | サブカテゴリー | コード数 |
|---|---|---|
| 開閉時配慮して | 元に戻して<br>静かに開閉して<br>開閉時声がけして | 22（59.5） |
| 開閉を調整して | 双方に聞いて<br>廊下側は明るさがほしい<br>看護師の判断で<br>看護師が声がけを | 6（16.2） |
| プライバシーを守って | 着替えるときは閉めて<br>プライバシー | 2（5.4） |
| 個別性を考慮 | ケースバイケースで対応<br>部屋の雰囲気で対応 | 2（5.4） |
| 設備を整えて | カーテンレールの位置<br>カーテンを切り離す | 2（5.4） |
| 昼は開けて | 昼は開けたほうがよい | 2（5.4） |
| ルールを設けて | 統一して | 1（2.7） |
| 合計 | | 37（100） |

## Ⅴ．考　　察

### １）カーテンの使用状況

カーテンの開閉については，夜間は「開けていた」人が8.1％，「閉めていた」人が89.8％，日中は「開けている」人が54.5％，「閉めている」人が25.1％であった。すなわち，睡眠が中心となる夜間はほとんどの患者がカーテンを閉めており，覚醒している日中は約半数の患者がカーテンを開けているといえた。また，日中でも25.1％の患者，すなわち４人床多床室の場合，平均的に一人の患者はカーテンを閉めていることが示された。

カーテンの閉め方をみると，夜間は「Ｌ字型」と「全部」が計91.5％で，「足元まで」「頭側のみ」の人は少なかった。「Ｌ字型」はベッド周りに添って左右のどちらか一側と足元をカーテンで閉める閉め方である。廊下側の患者は枕元側と廊下側の２方が壁になっているため，隣接している窓側患者との間と足元の２方をカーテンで閉めると「Ｌ字型」に閉めることになる。窓側の患者は，廊下側の患者が「Ｌ字型」にカーテンを閉めている場合，窓側と足元の２方をカーテンで「Ｌ字型」に引くことによって「全部」，また足元のカーテンだけを引くことによって「Ｌ字型」にカーテンを閉めることができる。このようにカーテンを引くことで，廊下側の患者も窓側の患者も，同室患者や廊下を通行する人の視線を遮ることができる。このことから，４人床室の場合，夜間，患者はベッド周りを取り囲むように「全部」あるいは「Ｌ字型」にカーテンを引くことによって，物理的に他者の視線を遮り，隔離された空間すなわち個人空間を作り，睡眠のための安心できる空間を確保しているのではないかと推察された。

日中は，カーテンを開けている人が54.5％で，カーテンを閉めている人より多かった。しかし，25.1％の患者がカーテンを閉めており，その閉め方は「Ｌ字型」と「全部」が計76.2％であった。これは，平均的に４人に一人の患者がカーテンを閉めていることになる。また，25.1％（59名）の内53名は，夜間も日中も，すなわち終日カーテンを閉めていた。今回調査したＡ大学医学部附属病院の多床室は４人床であったため，狭い病室の中で一人の患者が終日カーテンを閉めていると病室全体に閉塞感が生まれる。筆者らが，近年，終日カーテンを閉めている患者が増えたような印象をもったのは，上記の状況から受けた印象であったのかもしれない。

筆者らはまた，病棟や病院によってはほとんどの患者が日中もカーテンを閉めている現実を日常経験している。川口は，多床室に入院している患者は健康を回復するために自己抑制しながら治療環境を受け止めているとして，プライバシー保持の観点から病室環境は必ずしも快適な状況ではないことを報告し，病床環境の理解に個人空間の概念を導入することの重要性と有用性を述べている[7)16)]。日中のカーテン使用状況に関する上記の状況は，個人空間の確保，プライバシー保持に対する患者のニードの表現とその実現のために患者がとった行動，現代人の自己意識，ライフスタイルの反映と捉えることもできる。プライバシー保持の欲求，快適な生活環境確保の欲求は，誰もが持つ普通の欲求であり，生活環境の不快が24時間持続するとすれば，患者が苦痛を感じるであろうことは容易に理解できる。日中，ベッドを取り囲んでカーテンを閉めている患者が25.1％いることは，そのような患者のニードを理解した看護上の配慮の必要性を示唆していると考えられる。

カーテンの開閉や閉め方には夜間，日中ともに性，年代によって有意差はなかったことから，夜間は性，年代を問わずほとんどの患者がカーテンを閉め，その閉め方は他者の視線が届かないようにベッド周りを取り囲んで「Ｌ字型」，または「全部」閉めていることが示された。また，日中は性，年代を問わずほとんどの患者がカーテンを開けているが，カーテンを閉めている患者の場合の閉め方は，夜間と同じように「Ｌ字型」が多いことが示された。しかし，夜間・日中ともに終日カーテンを閉めている患者の場合，日中は「足元まで」閉める人が「全部」閉める人とほぼ同じ割合であった。これは，夜間「Ｌ字型」または「全部」閉めていた患者の中に，日中はその一部であるが，足元側を開放する患者が増えたためと考えられる。

ベッド位置では夜間の閉め方に有意差があり，窓側は「Ｌ字型」が多く（67.4％），廊下側は「Ｌ字型」（45.8％）と「全部」（50.5％）が半々であった。これは，施設のカーテン設置状況から，廊下側の患者が自分のベッド周りを全部カーテンで囲もうとすると，隣接する窓側の患者との間のカーテンをベッドの足元まで引き，さらに足元から廊下

側内側へ約30㎝カーテンを引いて閉めることになる。一方，窓側の患者が自分のベッド周りを全部カーテンで囲もうとすると，自分の自由にできる窓側のカーテンをベッドの足元まで引き，さらに足元から頭側へ約30㎝カーテンを引いた他に，隣接する廊下側の患者との間のカーテンを引かなければならない。廊下側の患者と窓側の患者の間のカーテンは，構造上，廊下側の患者に使用の優先権があるように思われているので，窓側の患者がベッド周りを「全部」カーテンで囲もうとしても，自由に引くことはできず，廊下側の患者に気遣いをしなければならない。これは窓側の患者にとっては不自由なことである。また廊下側の患者も両者間のカーテン開閉に際し，その都度，窓側患者への配慮が必要となり，廊下側の患者にとっても不自由なことである。ベッド位置による閉め方の違いはこのことを反映しているのではないかと推察された。また，夜間はほとんどの患者がカーテンを閉めているため，窓側の患者は自分の側にあるカーテンを「L字型」に閉めるだけでベッド周りを全部囲むことができる。このことも，ベッド位置による夜間の閉め方の違いに影響を与えたのではないかと推察される。

2）カーテンを閉める理由

カテゴリーを基に患者がカーテンを閉める理由をみると，【プライバシー】【安心感】【他者とのかかわり】【閉めるのが当然】などが上げられていた。現代社会において人々は家庭においても自室を持っていることが多く，自分だけの空間を持っている。家庭や自室は「Privacyの入れ物としての自らの生活空間」であり，寛いで，安心して，落ち着いていることができる空間である。近年，患者のプライバシー保護を重視した病室構造が病院建築に取り入れられるようになった。しかし，一般的には多床室が多く，ベッド上の患者は同室患者と場を共有しなければならず，また，カーテン以外には他者の視線を遮るものがない環境に置かれている。患者にとってはベッドを中心とした領域だけが自分だけの領域（テリトリー）であり，カーテンを閉めることによって，かろうじて他人に煩わされない自分だけの個人空間に身をおくことができる。つまり，ベッド周りをカーテンで物理的に遮蔽することによって，患者は個人空間の境界を明確にできるとともに，プライバシーの侵害，他者の介入を拒むことができる。このことを先述のカーテンの開閉状況，閉め方と合わせて考えると，夜間はほとんどの患者が，日中においても４人に一人の患者は個人空間の確保を望み，またカーテンを閉めるという行動でその空間を確保していると推察された。

患者がカーテンを閉めることで個人空間を確保したいと考えていることは，山内ら[1]，浪下ら[4]も述べている。しかし，入院環境ではそのような空間はほとんど保証されず，薄いカーテン一枚でかろうじて仕切られた狭い空間が，個人空間を形成しているだけである。その上，不用意にカーテンを開けられることがあれば簡単に失われてしまう，不確実な個人空間である。川口は，病床環境における患者の個人空間はかなり狭いものとなっており，患者にとっては決して居心地のよいものではないこと，看護者が患者の生活の場である個人空間を尊重することなく無造作に行動するのであれば，患者からの信頼を失うことを指摘している[16]。多くの入院患者にとって，どうにか他者からの介入を拒みつつ個人の尊厳を守ることができるのは，カーテン一枚で仕切られた空間であり，この個人空間は患者にとって必要不可欠な空間だということを，看護者は充分に理解し配慮する必要があると考える。このことについては村田も，患者の療養環境である病室をプライバシーの尊重という方向に整えるのは，そこに勤務するナースのプライバシー感覚と人間尊重の姿勢に依存するところが大きく，看護者は患者のプライバシーの権利を守ることを自分の責務として自覚し，看護実践において心がけなければならないと述べている[17]。

カーテンを閉める理由で記述が最も多かったのは，夜間・日中いずれも【プライバシー】であり，夜間は男性と女性の割合がほぼ同率であった。しかし，【プライバシー】を構成するサブカテゴリーを見ると，夜間男性は〈プライバシー保持〉のためにカーテンを閉めたと記載した人が多かったが，女性は他の人には〈見られたくない〉のでカーテンを閉めたと記載した人が多かった。このことは，アンケートが自由記載であったことから，他人に干渉されたくない・他者の介入を受けたくない・プライバシーを侵害されたくないという思いを，男性は「プライバシー保持」と記載し，女性は中でも特に他者に寝姿を「見られたくない」からとより具体的に記載したものが多く，【プライバシー】の表現方法に性差が表れたものと推察される。

川口は，男性より女性が，高齢者より若年者のほうがプライバシー意識が高く，性別や年齢の違いにも十分に考慮して援助を行うことが重要であると述べている[7]。また，浪下らも男性より女性が，高齢層より若年層がカーテンをより閉めたいと考えていたと述べている[4]。これらは属性による意識の程度の違いを述べているものであるが，カーテンを閉める理由を調査した本調査結果では性，年代による差はないことが示された。

カーテンを閉める理由のカテゴリー・サブカテゴリーに挙げられていることは，村田[17]が述べているプライバシーのカテゴリー，①他人に見られたくない身体部分や行動を他人に見せないでいられる（身体・行動の秘匿），②自分が自由に使える物品や場所を確保し，無断で他人に触られたり進入されたりしない（自己領域の確保），③他人の監

視や干渉を受けずに自由に振舞うことができ，欲すれば独りでいることができる（監視・干渉の排除と独居）と同様の内容であり，日常生活ではごく当たり前の個人空間を，入院環境の中にも求めようとする患者の気持ちを表現しているのではないかと考えられた。このことは，夜間のカーテンを閉める理由に【閉めるのが当然】という理由があったことからもうかがえる。すなわち，夜間は自室のドアを閉めて寝るのと同じようにカーテンは【閉めるのが当然】であり，カーテンを閉めると〈落ち着く〉〈寝やすい〉〈ゆっくり休める〉など，【安心感】が持てることから，休むときにはそうすることが当然であると考えていることがうかがえる。

また，日中は【他者とのかかわり】を理由にカーテンを閉めている人が27.6％であった。これらの日中【他者とのかかわり】を理由にカーテンを閉めている患者は，「隣が閉めていた」から，「周囲へ配慮」してなど，カーテンの開閉においても周囲に気遣いをする一方で，「周りに気を遣いたくない」，「他者の行動が気になる」「他者とかかわるのが面倒」などを挙げており，他者との関わりを避けたいという理由からカーテンを閉めていると推察された。入院生活，特に多床室では，患者は病気に伴う苦痛だけではなく他者への気づかいを余儀なくされ，入院中は仕方がないと観念しながらも「わずらわしい」と感じ，できれば「周りに気を遣いたくない」，また，自分も他者に「邪魔されたくない」「干渉されたくない」と考え，カーテンを閉めていることが示された。日中カーテンを閉めている人への配慮については前述したが，カーテンを閉める理由からも，日中カーテンを閉める行為が他者に介入せず，他者からも介入されない自由を望む患者の意思の表われであると推察することができ，看護実践においてはこのことを考慮したカーテンの開閉，患者の気持ちへの配慮が必要であると考える。

カーテンを閉める理由を夜間と日中で比較すると，夜間のみに見られた理由として【照明・温度】があり，また，「見られたくない」は日中（27.6％）が夜間（15.3％）より多かった。これはそれぞれの時間帯の特徴を現しているといえる。夜間，患者はカーテンで明るさを調整して睡眠環境を整えていると考えられ，看護における睡眠環境の整備の観点からの示唆を含んでいると言える。【温度】は，本調査の実施期間が冬季であったことから，カーテンによる温度調整が必要であったものと考えられる。

カーテンを閉める理由の【プライバシー】は，日中43.1％で夜間28.8％より高率であったことから，日中カーテンを閉めている人は，プライバシー保持の要求からカーテンを閉めている人が夜間より多いと考えられる。このことは，人目の多い日中は他者の視線が夜間より多くなる時間帯であり，他者からの視線を避けたいとする患者の願望を表していると考えられる。

３）カーテン開閉に関して看護者に望むこと

カーテンの開閉を思い通りにできていない人（11.9％）や，開閉に関して看護者に望むことのコード数（37）は少なかったことから，カーテンの開閉に関して不自由を感じている患者は少ないと推察された。浪下らは，患者は遠慮や気兼ねなく閉めたいときに閉められるカーテンを望んでいると報告している[4)]。本研究の結果では，少数ではあるが，自分の思い通りにカーテンを開閉できないと答えた患者がいた。それらの患者では，同室患者の状態や考えを気遣ったり，自分の意思とは関わりなく〈隣の人が閉める〉からとか，〈同室者に倣って〉閉めるなど，同室者との人間関係を重視し，他者に合わせてカーテンを開閉していることがうかがえた。そのことはカーテンの開閉について看護者に望むことの【開閉を調整して】にも現れていると推察された。すなわち，カーテンの開閉に不自由や不便を感じているが，生活を共にする同室患者と良い関係を維持するためには自分で行動を起こすことはできない。そこで看護者が双方に希望を聞いたり，声がけしてほしい，または，患者の意見を聴くのではなく看護者が判断して開閉してほしいという意見として表現されているのではないかと考えられた。

カーテンを開閉したら〈元に戻してほしい〉〈静かに開閉してほしい〉〈開閉時声がけしてほしい〉など【開閉時配慮して】は，看護者に望むことの中でコード数の最も多かったカテゴリーであった。看護者は気づかすに配慮に欠けるカーテンの開閉をしている可能性があることを意識し，日常の看護実践において注意しなければならないことを示唆する意見であると考える。

藤島は，患者はカーテンを閉めても医療者からの視線は遮れないと感じており，カーテン一枚ではプライバシーが守られにくいと報告している[8)]。しかし，多床室という状況下では，患者はカーテンを閉める以外に個人空間の確保やプライバシーの保持を得る手段がない。そのカーテンを必ずしも自由に開閉できない患者が少数ではあるが存在することが示されたことから，このような患者の気持ちに一層配慮したカーテンの使用を考える必要があると思われる。

本研究は，結果の信頼性を高めるために対象数を増やして実施した。しかし，統計処理，とりわけ属性との関連を検討するには対象数が少なかった。また，調査施設が地方の１施設に限られていたこと，調査期間が冬季に限られていたことなどの限界があり，より信頼性の高い結果を得るためには，さらに条件を整えて調査する必要がある。また，カーテン使用に関する看護を検討するには，看護者側の

カーテン使用に対する認識や行動の把握が不可欠であり，今後，看護者を対象とした調査も必要であると考える。

## Ⅵ．結　　論

Ａ県内Ａ大学医学部附属病院の一般病棟多床室に入院している成人患者を対象に，カーテン使用に対する患者の認識とカーテンの使用状況について調査し，有効回答235名のデータを分析した結果，以下の所見が得られた。

1．夜間・日中のカーテンの開閉状況は，性，年代，ベッド位置によって差はなく，夜間は閉めている人が，日中は開けている人が多かった。

2．カーテンの閉め方は，夜間・日中ともに「Ｌ字型」「全部」が多かった。夜間の閉め方には性，年代による差はなかったが，ベッド位置では，廊下側は「全部」，窓側は「Ｌ字型」が多かった。日中の閉め方には性，年代，ベッド位置による差はなかった。

3．日中カーテンを閉めていた25.1％（59名）の患者の内53名は終日カーテンを閉めていた。終日カーテンを閉めている患者のカーテンの閉め方には，夜間と日中で差があった。

4．カーテンを閉めた理由は，性，年代によって差がなかった。

5．夜間カーテンを閉めた理由は，19のサブカテゴリーと６カテゴリーに分類された。日中カーテンを閉めた理由は，22のサブカテゴリーと５カテゴリーに分類された。カーテンを閉める理由で最も多かったものは，夜間・日中ともに【プライバシー】保持であり，他に【安心感】，【他者とのかかわり】が挙げられていた。

6．カーテンの開閉を思い通りにできていない人は，少数であった。思い通りにできない理由は，【同室者への気遣い】，【身体的理由】であった。

7．カーテン開閉に関して看護者に望むことは，少数であった。看護者に望むことで最も多かったことは，カーテンの【開閉時配慮して】ほしいであった。

## 謝　　辞

本調査にご協力いただきました対象者お一人おひとりおよび，調査に快く協力してくださった医療機関の皆様に心よりお礼申し上げます。また，平成21年３月の退職時まで，共同研究者としてともに活動し，ご助言を頂きました元弘前大学医学部附属病院千葉由起子様に深く感謝申し上げます。

なお，本研究は第35回日本看護研究学会学術集会において，第１報および第２報として発表したものである。

## 要　　旨

本研究は，多床室における間仕切りカーテン使用に対する患者の認識と使用状況を明らかにすることを目的とした。方法は，質問紙による無記名自己記入式の調査である。一般病棟４床室に入院している成人患者278名を対象に，カーテンの使用状況，カーテンを閉める理由，カーテンの開閉を思い通りにできているか，看護者に望むことについて調査した。有効回答235名のデータを分析した結果，夜間は約90％，日中は約25％の患者がカーテンを閉めていた。カーテンの閉め方は，終日閉めている患者は時間帯で差異を認め，一方夜間はベッド位置により差異を認めた。カーテンを閉める理由は，夜間は６カテゴリー，日中は５カテゴリーに分類され，コード数が最も多かった理由は【プライバシー】保持であった。患者にとって他者からの介入を拒みつつ個人の尊厳を守ることができるのはカーテン一枚で仕切られた空間であり，患者の個人空間に配慮した看護の重要性が示唆された。

## Abstract

The present study aimed to clarify the situation of patients in multiple-bed wards and their use of privacy curtains. An anonymous, self-completed questionnaire was administered to 278 patients staying in 4-person rooms in a general hospital ward. The questionnaire surveyed patients' individual situations, reasons for drawing the curtain around the bed, whether patients were able to open and close the curtain as they wished, and what patients required from nurses. Valid responses were obtained from 235 patients. The results revealed that 90% and 25% of patients closed the curtain at night and during the day, respectively. Whether patients closed the curtain at night depended on the position of the patient's bed in the ward. Among patients who kept the curtain closed all day, the extent to which the curtain was closed varied with the time of day.

Patients' reasons for closing the curtain were classified into six categories for use at night and five categories for use during the day. The most frequent reason was to maintain privacy: the curtain creates personal space within which patients can refuse intervention from outside and protect their individual dignity. The present results suggest that nursing care should take into consideration patients' personal space.

## 文　献


1）山内百合子・梅垣眞奈美，他：多床室の間仕切りカーテンに関する意識調査，防衛衛生学会看護研究収録，No. 21　5-7, 2004.

2）玉田陽子・阿達伸美，他：間仕切りカーテンの使用状況と患者・看護師間の望むカーテンの位置に対する意識の違い，第37回日本看護学会収録，看護総合，451-453, 2006.

3）高島裕子・川浪万希子，他：床上安静を強いられる患者の意向に沿った間仕切りカーテンの使用方法－看護者・患者の認識の差の比較検討から，第32回日本看護学会収録　看護総合，169-171, 2001.

4）浪下和子・團　寛子：４人床室のカーテン使用に対する患者と看護師の認識の差に関する調査研究（第２報），第28回看護管理，73-75, 1997.

5）前田瑞穂・中村恵美，他：入院生活のプライバシーに関する患者・看護師の意識，第37回日本看護学会収録　看護総合，363-365, 2006.

6）玉置雅代・中林貢眸，他：多床室における間仕切りカーテンの意義，第27回日本看護学会収録，看護総合，94-96, 1996.

7）川口孝泰，松岡淳夫：病室におけるテリトリー及びプライバシーに関する検討－多床室における患者の意識調査－，日本看護研究学会雑誌，Vol. 13　No. 1, 82-94, 1990.

8）藤島和子：病室のカーテンに関する患者のプライバシー意識－カーテンとプライバシーの関係から－，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究収録，No. 27, 78-85, 2002.

9）田中千紗子・楠村香織，他：病室におけるプライバシーの検討－多床室における患者の意識調査と看護行為の実態より－，三重県看護研究発表会収録，Vol. 25, 28-30, 2004.

10）平岡　翠・肆矢磨理，他：多床室におけるカーテンの有用性－患者のプライバシー保護の観点から－，名古屋市立大学病院看護研究収録，93-95, 1996.

11）浪下和子・津田真里，他：４人床総室入院患者のカーテン使用の平等性に関す調査研究（第１報）－共有カーテンの観点から－，大阪大学看護学雑誌，Vol. 3　No. 1, 26-36, 1997.

12）飯島美登・高田久美子，他：入院生活における間仕切りカーテンの使用に対する患者の思い，第16回埼玉看護研究学会，45-47, 2004.

13）勝部雅子・野津敦子：多床室で過ごす血液疾患患者のカーテンへの思い，第36回日本看護学会収録　看護総合，70-72, 2005.

14）佐々野みゆき・宇都宮美江，他：多床室患者のカーテンで仕切られた空間と物品の専有意識，臨床看護研究の進歩，Vol. 7, 96-102, 1995.

15）川口孝泰：ベッドまわりの環境学，医学書院，36-54, 2003.

16）川口孝泰：患者の病床環境の理解に向けて　Proxemic Theory の立場から，看護研究，Vol. 24　No. 2, 41-48, 1991.

17）村田明子：よい入院環境をいかに作るか　現代人のプライバシー意識と病室空間，看護展望，Vol. 12　No. 4, 406-410, 1987.


［平成22年４月５日受　　付
平成23年１月13日採用決定］

－奨学会助成金研究報告－

# 味刺激が成人の下行性痛覚調節系に及ぼす影響

Effects of Taste Stimuli on the Descending Pain Modulation System in Human Adults

掛　田　崇　寛
Takahiro Kakeda

キーワード：疼痛，鎮痛，甘味，ヒト
Key Words：pain, analgesia, sweet, human

## Ⅰ．緒　　言

採血や注射などの医療行為は侵襲を伴うが，本邦の医療従事者はこうした痛みを認識しつつも積極的な疼痛緩和対策を講じてはいない。これに対して，米国や豪州などの一部の国では，こうした痛みに対する甘味の痛覚抑制効果を利用した緩和手段の応用が新生児領域で試みられている。そもそも，味覚は甘味，塩味，酸味，苦味，うま味の５つの基本味で構成されているが，このうち痛みを一時的に抑制すると報告されているのは甘味である。

甘味による痛覚抑制機序については主に新生ラットを用いた検討によって，単に痛覚が甘味という味覚刺激によって紛れる効果（distraction効果）ではなく，甘味を感じることによって内因性鎮痛機構が賦活されることによって発現する効果であると考えられている[1)]。その根拠は，代表的な甘味物質である蔗糖水をラットの口腔内に与えることによって視床下部から脳脊髄液中に内因性オピオイド物質である$\beta$-エンドルフィンが分泌されること[2)]や，熱痛に対する甘味の痛覚抑制効果が麻薬拮抗薬によって抑制されること[3)]，新生ラットの視床下部腹内側核の破壊によって同様に鎮痛効果が消失すること[4)]に由来する。

ヒトにおいては新生児を対象に多くの検証が行われており，甘味水を口腔内に投与することによって採血や注射，割礼時の痛みに対する啼泣時間の短縮や心拍数上昇の抑制，苦痛表情の軽減などが実証されている[5－10)]。また，胃管カテーテルを用いて，蔗糖の甘味水を直接胃に注入しても鎮痛効果は現れないことから[11)]，甘味を味として感じることを契機に鎮痛効果が発現すると考えられている。鎮痛作用時間については長時間の効果は期待できず，甘味を感じて２分後にピークを迎えて，５分程度で消失する[12)]。そのため，甘味の鎮痛緩和手段は痛みを生じることが明らかで，かつ短時間に消失するような，注射や採血時痛などの医療行為の侵襲に対して応用が期待されている。よって，蔗糖などの甘味物質を用いた，こうした鎮痛手段は甘味誘発鎮痛Sweet substance-induced analgesia（SIA）と呼ばれている。

しかしながら，SIAの効果は新生ラットおよびヒト新生児が成長するにつれて減弱することが明らかにされている[13, 14)]。そのため，それ以外のヒトを対象にした研究は，検証自体が国内外を通じて極めて少なく，成人では甘味摂取によって実験的に生じさせた圧痛刺激を痛みとして受容するまでの潜時が延長すること[15)]と，蔗糖による痛覚抑制効果は低血圧者に限定されること[16)]，喫煙による鎮痛効果を蔗糖の甘味刺激が増強すること[17)]が報告されているにすぎない。また，Pepinoらは逆に，甘味による痛覚抑制効果は成人では期待できないという報告をしており[18)]，成人領域におけるSIAは未だ確かなコンセンサスが得られていない。そこで，我々の研究グループは健康成人を対象にSIAの検証に近年着手し，蔗糖の甘味刺激が痛覚潜時を有意に延長させることを実証した[19, 20)]。また，最近，我々は成人でのSIAの鎮痛機序を明らかにするため，機能的磁気共鳴画像診断法functional magnetic resonance imaging（fMRI）を用いて脳科学的な検証を開始した。その結果，甘味刺激は実験的冷痛に対する脳内の両側島部，帯状回前部，後頭頂円蓋部などの痛覚関連脳領域の脳活動をいずれも抑制することを実証し，甘味刺激が成人の痛覚受容を抑制できることを初めて明らかにした[21)]。ヒトが痛みを感じるには侵害受容情報が脳に伝達される必要があるが，痛覚受容には痛覚外側系と痛覚内側系の２経路があるとされている。痛覚外側系は外側視床から第一次及び第二次体性感覚野へ収束する神経経路で，主に侵害受容の強度や部位の識別に関与する。これに対して，痛覚内側系は内側視床から帯状回などの大脳皮質の広範囲に及ぶ経路で，高次機能の最高中枢である前頭皮質とともに痛覚刺激に対する不快感情や記憶などに関与する。つまり，成人におけるSIAの効果は少なくとも痛覚内側系での痛覚伝達を抑制することをfMRIによる結果は示しており，新生児での鎮痛機序とは異なるもの

川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科　Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare

の，結果的には成人でもSIAが期待できることを示唆していた。さらに，この実験の際に，我々は被験者の中に甘味を感じることによって前脳の眼窩前頭野や腹側線条体などの，いわゆる報酬系とよばれる部位の脳活動が亢進している者がいることも確認した。また，報酬系の一部である中脳腹側被蓋野は快刺激に対してドーパミン分泌を生じるとともに，前脳の側坐核への線維連絡や中脳水道灰白質，大縫線核といった下行性痛覚調節系を制御する部位との関連も示唆されている[22]。下行性痛覚調節系とは内因性に痛みの抑制および促通を調節している，文字通り生体内の痛覚調節機構をいう。下行性痛覚調節系にはセロトニン系とノルアドレナリン系の２系統があるが，著者らはセロトニン系が縫線核を介して前脳からの入力を受けることに着目した。すなわち，成人でのSIAの鎮痛機序に，甘味受容を契機に下行性痛覚調節系の１つであるセロトニン系が賦活されることによって鎮痛に寄与しているのではないかと仮説立てた。よって，本研究では甘味による下行性痛覚調節系への影響について，血清セロトニンおよび尿中セロトニン代謝物質を指標にして検証した。つまり，本研究の目的は成人を対象に，採血時の穿刺痛に対する甘味刺激によって鎮痛効果が発現するかどうかを検証するとともに，甘味刺激が下行性痛覚調節系のセロトニン系にどのような影響を及ぼすのかを明らかにすることである。

## Ⅱ．研究方法

本研究はクロスオーバーデザインを用いた，Single-masked blindによる無作為化比較試験で実施した。

### １．被験者

本研究では現存する痛みや味覚異常がない，20～35歳までの健康な成人男女を対象とした。被験者はいずれも非喫煙者で継続的な薬物治療を行っておらず，かつ自律神経系疾患，循環器系疾患，中枢及び末梢神経疾患，感覚異常を伴う疾患の既往をいずれも有さない者とした。また，女性被験者に関しては月経周期に関連した痛覚感受性への影響を考慮して，最終月経から５日以内の者とした。また，被験者には実験開始24時間以内の飲酒を控えてもらった。

### ２．溶液

本研究では24％ weight/volume（w/v）蔗糖水と蒸留水（control）の２つの溶液を使用した。蔗糖水の濃度については24％が新生児領域では有効とされており[23]，成人を対象にわずかに行われた研究においても同じ濃度で検証されていることから同様の濃度とした。また，溶液量についても成人を対象にした研究を参考に[18－20]，１回あたりの使用溶液量は30mLとした。蔗糖水の調合については研究者が注射用蒸留水（Ohtsuka Co., Ltd.）に蔗糖粉末（C12H22O11 特級Sucrose, Kanto Chemical Co., Inc）を希釈して作成した。各溶液はいずれも無色であるためガラスカップに入れ，実験ではクロスオーバーデザインを用いて被験者に無作為に割付した。被験者は無作為に与えられた溶液を採血前から口腔内で保持し，採血終了後に吐き出した。本研究では溶液を予め告げられることによって生じる期待効果を排除するために，被験者には割付られる各溶液の味質を実験終了後まで伝えなかった。

### ３．測定指標

#### １）血清セロトニンおよび尿中セロトニン代謝物

本研究では甘味刺激による下行性痛覚調節系のセロトニン系に及ぼす影響を検証するために，血清セロトニン5-hydroxytryptamine（5-HT）および尿中セロトニン代謝物質5-hydroxyindole acetic acid（5HIAA）を指標とした。セロトニンは生体内に広く分布する生理活性アミンであり，大半が消化管に存在する。また，末梢の5-HTは痛覚受容器に作用して痛みを惹起させるのに対して，中枢神経系では5-HT作動性ニューロンの伝達物質として鎮痛に関与するという特徴がある。また，従来までは脳内の5-HTは脳脊髄関門Blood brain barrier（BBB）を通過することができないと考えられていたが，BBBにセロトニントランスポーターの存在が既に明らかにされ[24, 25]，一定量を越えた脳内5-HTはBBBを介して体循環に移行する。また，血液中の5-HTは血流にのって肝臓で速やかに5HIAAに変換され，ほぼ全量が尿中に排泄される。そのため，本研究では蔗糖の甘味受容を契機に脳内の5-HT作動性ニューロン（セロトニン系）が影響を受けるかどうかを，血清5-HTおよび尿中5HIAAを指標に検討した。なお，１回あたりの採取検体量は血液および尿ともに5mL採取した。被験者から得られた検体は血液に関しては－20℃で凍結保存し，尿に関しては４℃の冷所保存をした後，いずれも高速液体クロマトグラフィー High performance liquid chromatography（HPLC）法を用いて分析した。その際，尿中5HIAAに関しては検体の分析数値の安定性を保持するために，クレアチニン補正を行った上で分析した。また，本研究では採血実施者の手技的能力を均一化させるために，１人の研究者が一貫して被験者の採血を行なった。

#### ２）唾液中α-アミラーゼ

唾液中α-アミラーゼは急性ストレスや身体負荷等に伴う交感神経系の活動亢進を契機に，短時間のうちに唾液腺で合成・分泌される。また，α-アミラーゼの分泌は同じストレス指標とされるステロイドホルモンに比べて，ストレスを感じてから速やかに反応して分泌に至る。また，唾液中のアミラーゼ活性は不快な刺激下では亢進するのに対して，快刺激下では逆に低下する[26]。そのため，本研究では採血時痛の急性ストレスに対する各溶液による効果を，唾液アミラーゼモニター酵素分解装置（NIPRO社）を用

いて，唾液中のα-アミラーゼ活性を解析・評価した。この方法は非常に簡便で，専用の唾液採取チップを被験者の舌下に挿入し，非侵襲的に唾液を吸着採取した後に数値化できる。なお，α-アミラーゼ値は実験前の値を基準とし，採血実施２分後に再びチップを介して唾液採取を行い，その前後の数値を溶液別に比較した。

### ３）痛みと味の各主観的評価

本研究では採血時の穿刺痛に対する痛覚強度を０～100までの範囲の痛みのVisual analogue scale（VAS）（痛みは全くないが０，耐えられない痛みを100）で測定した。同様に，各溶液の味の心地よさについても０～100までの範囲（全く心地よくないを０，最高に心地よいを100）の味のVASで測定した。被験者は痛覚強度と味の心地よさの各評価を，記録用紙の直線スケールにいずれもペンで斜線を引いて評価した。

### ４）情動反応

痛覚感受性はヒトの感情や気分などの情動によっても影響を受けることから，本研究では日本語版Profile of Mood States-Brief Form（POMS）短縮版[27]を用いて，実験中の被験者の情動反応を評価した。日本語版POMS短縮版は緊張－不安，抑鬱，怒り－敵意，活気，疲労，混乱の６つの下位尺度（30項目）で構成されており，対象者の気分や感情などの情動反応を測定できる。また，POMS短縮版では得点が高いほど，その項目の精神活動が亢進していることを意味する。本研究では被験者によって回答されたPOMS短縮版を下位尺度ごとに得点を算出した後，各項目を溶液別に実験前後で比較した。さらに，POMS短縮版では対象者の総合的な気分状態を，総得点Total Mood Disturbance（TMD）でも評価できる。TMDは下位尺度の緊張－不安，抑鬱，怒り－敵意，疲労，混乱の５各項目の合計得点を，活気の得点で減じた点数である。そのため，本研究ではTMDに関しても溶液別に実験前後で比較した。

## ４．実験手順

本研究は空調設備が整備された実験室で実施した（気温26.18±0.39℃，湿度29.15±0.56％）。また，実験は２日間連続で，かつ同一時間帯に行った。被験者は実験開始２時間前に研究者から提供された牛乳250mLとバナナ１本をそれぞれ両日摂取した上で実験に参加した。これは，被験者が事前に摂取する食事内容を同一条件にすることで，血清5-HT量および尿中5HIAA量への被験者間での数値差を最小限にしておくとともに，セロトニンの前駆物質であるトリプトファンを多く含有する食物を予め多く摂取することで指標としての感度を高めておくという２つの目的を意図としていた。実験は，まず被験者に対して研究説明を十分に行ない，研究の同意が得られたものを被験者とした。また，実験当日，本研究の被験者基準に一致しているかどうかを問診によって把握するとともに，バイタルサインの測定および評価によって実験への参加に問題が無いかを最終確認した。次に，被験者は実験室へ入室し，肘付きの安楽な椅子に20分間着座して安静を保った。20分経過後，被験者はPOMSへの回答を依頼されるとともに，研究者によって唾液，末梢血をそれぞれ採取された。尿に関しては実験室近くのトイレで被験者が自らカップに中間尿を採取し，検体容器に入れた上で提出させた。こうして得られた各指標のデータは，いずれも実験前の基準値データとした。その後，被験者は再び実験室に戻り，安楽椅子に着座して実験に備えた。次いで，被験者は無作為に割付けられた蔗糖水または蒸留水のどちらか一方を提供され，飲み込まずに口腔内に３分間保持した。溶液の保持の時間設定については，SIAの効果が甘味を感じてから２分後に最大となった後，５分程度で消失するという新生児領域で得られた知見[12]を参考に，血液中の5-HTの体循環への反映および拡散時間を考慮して３分とした。口腔内に溶液を３分含んだ後，被験者は前腕部より採血された。末梢血の検体採取が終了後，被験者はガーグルベイスンに口腔内に保持していた溶液を吐き出した。次に，被験者はPOMSの回答をおこなうとともに，採血時の穿刺痛の痛覚強度と口に含んだ溶液の味の心地よさを各VASで評価した。また，採血から２分経過した時点で，被験者は唾液採取用チップを用いて再び唾液を採取された。これらの各指標が得られて20分経過した時点で，被験者は再度採尿した。こうして，本研究は研究プロトコールに沿って，すべての実験操作および各指標のデータ収集が完了することで終了とした。翌日，サーカディアンリズムによるα-アミラーゼ値の変動を考慮して，実験時間は前日と同様，同一時間帯で，かつまったく同様の方法によって再度実施した。ただし，味覚刺激用の溶液に関してはクロスオーバーデザインによって前日に提供されなかった，もう一方の溶液を被験者に割り付けた。なお，本研究に要した実験時間は両日ともそれぞれ約１時間30分であった。

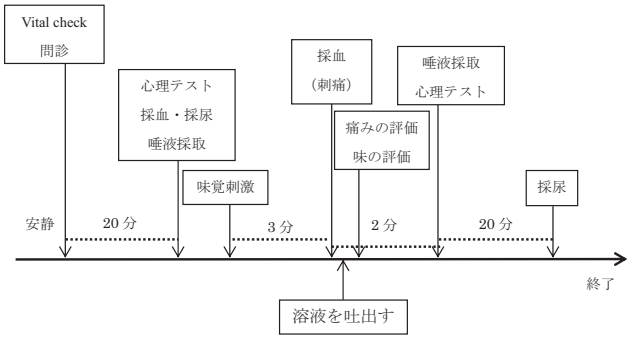



図１

## ５．統計解析

本研究では5-HT，5HIAA，α-アミラーゼ，POMSの

指標は実験前後で，痛覚強度と味の心地よさの各VAS値に関しては溶液間でそれぞれ比較した。各指標のデータ解析は統計ソフトSPSS 15.0 J for Windowsを使用して，いずれもpaired-t検定を用いて統計解析した。本研究の有意水準はいずれも危険率両側５％未満とした。なお，本研究のデータに関しては，いずれも平均値±標準誤差で示した。

### ６．倫理的配慮

本研究の実施に際しては山口大学医学部附属病院医薬品等治験・臨床研究等審査委員会で承認を得て行った。被験者に関しては大学内掲示版を利用し，研究案内を示すことによって募集した。研究への賛同が得られた者に対しては実験前に口頭および書面での十分な説明を行った後，同意書への署名及び捺印をもって被験者とした。その際，研究者は研究協力の有無にかかわらず不利益は生じないことと，実験途中でも同意撤回ができることを被験者に申し伝えた。実験データは同意書による被験者登録がされた段階でデータ番号を付してコード化し，個人を特定できないようにした。また，収集データと被験者個人を特定できるコード番号を記した実験ノートは研究者の自室にて管理した。さらに，データ収集用紙およびデータ保存されたノートパソコンは実験室の保管ボックスに施錠して保管し，データの漏出防止を徹底した。

## Ⅲ．結　　果

### １．対象の属性

被験者は健康な成人男女12名（男性８名24.6 ± 1.03歳；女性４名 24.9 ± 1.40歳）であった。また，本研究では全ての被験者が実験を最後まで実施でき，実験途中での辞退者はいなかった。なお，本研究の被験者は実験終了まで割り付けられた各溶液の味質については知らされなかったが，口に含んだ各溶液の味質を全被験者が正しく認識できていた。

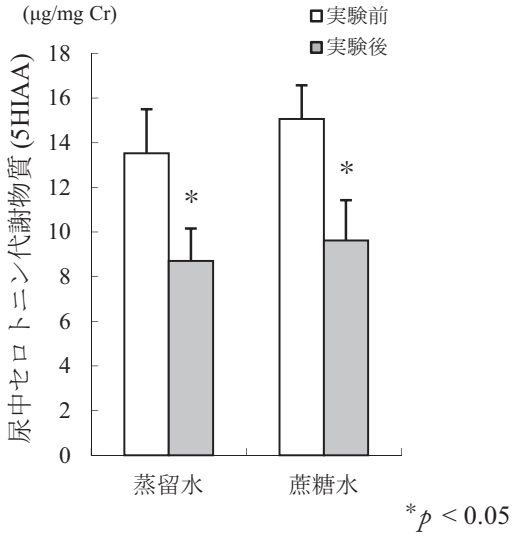



図３

### ２．血清5-HT値および尿中5HIAA値の変動

血清5-HT値は各溶液の刺激前後でいずれも変化しなかった（蒸留水実験前132.6 ± 9.56ng/ml，蒸留水実験後131.2 ± 8.72 ng/ml，$p$ = .544；蔗糖水実験前132.0 ± 9.74 ng/ml，蔗糖水実験後130.4 ± 9.87 ng/ml，$p$ = .311）。これに対して，尿中5HIAA値は各溶液による刺激後にいずれも有意に低下した（蒸留水実験前13.5 ± 1.98 μg/mg Cr，蒸留水実験後8.71 ± 1.45 μg/mg Cr，$p$ = .01；蔗糖水実験前15.1 ± 1.51 μg/mg C，蔗糖水実験後9.6 ± 1.80 μg/mg Cr，$p$ = 0.001）。

### ３．痛覚強度のVAS値と唾液中α-アミラーゼ値の変化

採血による穿刺痛の痛覚強度のVAS値は有意な差は認められなかったが，蔗糖水を口に含んだときの方が蒸留水を含むよりも低く評価されていた（蔗糖水3.99 ± 0.67；蒸留水 3.34 ± 0.81，$p$ = .43）。また，急性ストレス指標である唾液中α-アミラーゼ値は各溶液で異なっていた。す

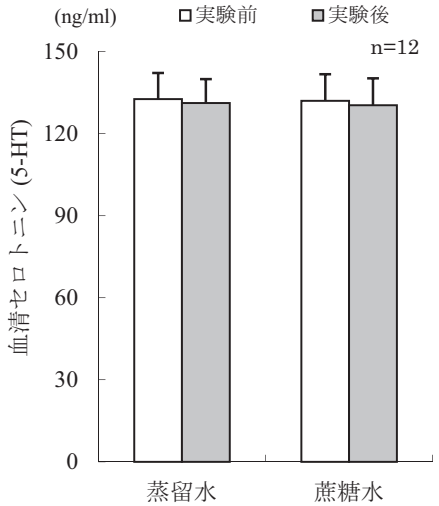



図２

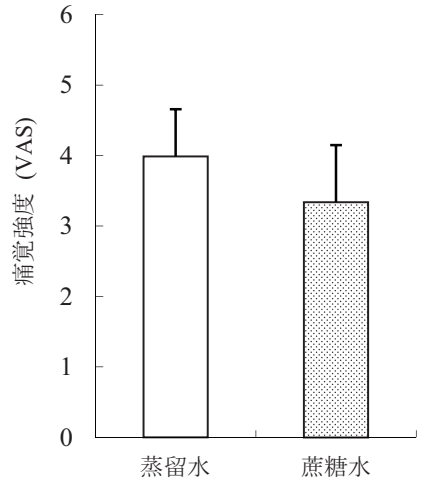



図４

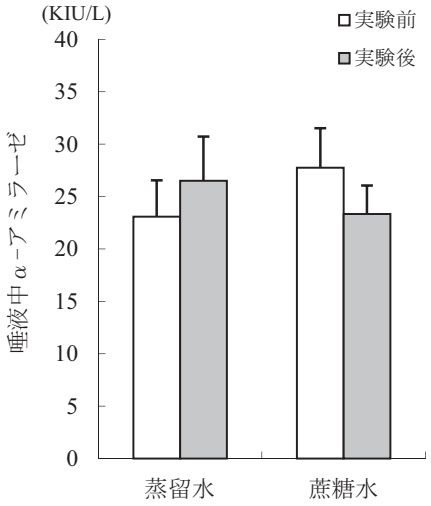



図５

なわち，蒸留水を含んだ場合では実験後のα-アミラーゼ値は上昇したのに対して（蒸留水実験前23.08 ± 3.47，蒸留水実験後26.50 ± 4.23，$p$ = .28），蔗糖水を口に含んで採血した場合には実験後のα-アミラーゼ値は逆に低下した（蔗糖水実験前27.75 ± 3.77，蔗糖水実験後23.33 ± 2.73，$p$ = .25）。

### ４．味の心地よさの評価とPOMSによる情動変化の測定

蔗糖水は蒸留水に比べて味の心地よさが有意に高く評価されていた（蔗糖水6.45 ± 0.85；蒸留水 3.05 ± 0.66，$p$ = .02）。また，POMSを用いた情動変化は各溶液で異なっていた。すなわち，蒸留水では実験前後で緊張-不安と活気の項目で各値が有意に低下していたのに対して（$p$ < .05），蔗糖水では抑鬱，活気，疲労，混乱の項目で各値が有意に低下した（$p$ < 0.05）。

総合的な気分状態を示すTMDに関しては，有意でないものの，蔗糖水の方が蒸留水に比べて実験後にTMDが

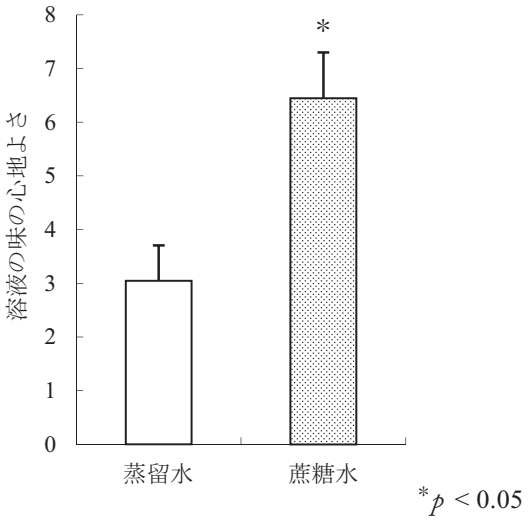



図６

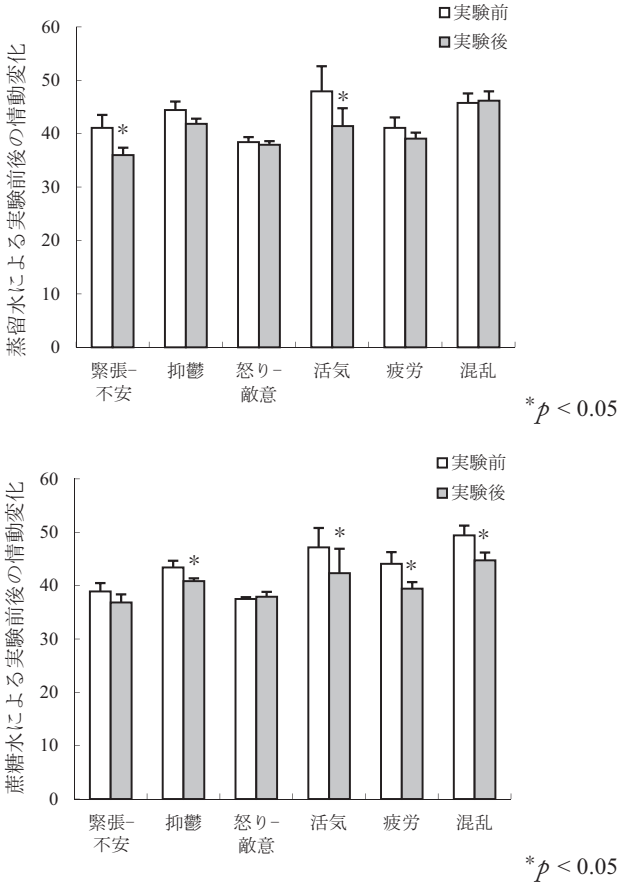



図７

低下した（蔗糖水実験前5.50 ± 2.80蔗糖水実験後2.08 ± 2.83，$p$ = .18；蒸留水実験前4.00 ± 3.08，蒸留水実験後2.66 ± 2.03，$p$ = .52）。

## Ⅳ．考　　察

本研究では甘味による痛覚抑制機序に下行性疼痛調節系が関与しているのであれば，少なくとも尿中5HIAAは甘味刺激後に上昇すると推察して検証した。しかしながら，本研究では甘味および無味の各味覚刺激前後で血清5-HT値及び尿中5HIAA値は相反するような結果は得られなかった。むしろ，甘味刺激後の尿中5HIAA値は上昇を確認できないだけでなく，無味同様，有意に低下していた。この5HIAAの低下を来した原因は明らかではない。しかしながら，研究仮説とはまったく異なる反応を示しており，本研究では穿刺痛に対する甘味刺激によるセロトニン系への影響は実証することができなかった。セロトニンを指標とした本研究同様，新生児を対象に血清βエンドルフィンを指標に検討した研究はこれまでもあるが，甘味刺激後の有意な血清βエンドルフィン量の増加を立証するには至っていない[28]。よって，ラットなどの動物実験では採取可能な検体を全量採取した上で事象を評価できるのに対して，ヒトを対象とした実験では対象者の安全を確保す

るとともに倫理的観点から採取できる検体およびその採取量が限定されてしまうことが確証的な根拠の実証を困難にしていると考えることもできる。しかし，被験者や対象者の安全を擁護することは研究を遂行する上で必須であり，研究者としても全うすべき責務である。よって，fMRIなどの非侵襲的検査の実験活用は，特にヒトを対象とした研究においては今後の研究展開を考慮しても有用であるといえる。また，ラットと比較してヒトでは個体の大きさもさることながら，中枢神経系での反応を末梢から得られる限られた検体量で評価すること自体に限界があり，必ずしも中枢レベルの反応が鋭敏に反映されるとは限らない。しかしながら，本研究では１つの興味深い事実が明らかになった。それは，血液および尿の各検体を実験前後で採取し，同じ保存方法の下，同時にHPLC法によって分析を行ったにも関わらず，尿中5HIAA値は有意に低下していたことである。各溶液は採血終了後にいずれも被験者が吐き出しており，セロトニン系が痛み刺激自体には影響を受けないことを考慮すると，尿中5HIAA値の変動は溶液の味覚刺激によって変動を来たしたと言える。つまり，甘味による鎮痛という研究主旨とは離れるものの，少なくとも口腔内に何らかの物質を含んでいる，あるいは味を感じている際は中枢のセロトニン系の機能が一時的に低下もしくは停止することが示唆される。以上から，下行性痛覚調節系のセロトニン系は成人におけるSIAの鎮痛機序には直接的に関与しない可能性が考えられる。

次に，急性ストレス指標である唾液中α-アミラーゼ値は有意差こそ認めないものの，蒸留水と蔗糖水では全く異なる変動を示した。つまり，甘味を予め感じておくことは無味に比べて，採血時痛による侵襲的ストレスを限定的ではあるが抑える可能性がある。α-アミラーゼはヒトが何らかのストレスを感じて数分後にピークを迎えることから，本研究では味覚刺激用の溶液を吐き出して２分後に唾液中α-アミラーゼ値を測定した。また，採血による穿刺痛に対するVASによる痛覚強度の評価に関しても，甘味を感じている時のほうが無味に比べて低く評価されていた。我々は実験的冷痛に対する甘味刺激の有意な鎮痛効果を本研究と同等の研究規模で立証したが[19, 20]，本研究では有意な効果を示すには至らなかった。よって，穿刺痛に対する甘味の鎮痛効果は冷痛に対する効果よりも低く，鎮痛効果の発現は痛覚刺激別に異なることが示唆される。また，本研究では実際の採血に伴う穿刺痛を被験者は評価していたが，同じ痛覚刺激でも冷痛と穿刺痛では痛覚伝達に関与する神経線維は異なる。すなわち，穿刺痛は髄鞘を有して脳への伝達速度の速いAδ線維が脳への伝達に関与するのに対し，冷痛刺激は無髄で伝達速度の遅いC線維がこれに関与する。これまで報告されている成人での甘味による鎮痛効果の報告は冷痛や圧痛に対する効果であり[15-17, 19, 20]，いずれもC線維由来の痛覚刺激である。つまり，成人における甘味刺激による痛覚抑制効果はAδ線維由来の伝達速度の速い痛みよりも，C線維を介する伝達速度の遅い痛みに対して効果が高く発現する可能性が高い。

POMSによる情動変化の測定結果は各溶液で異なっていた。このうち，無味の蒸留水では緊張－不安と活気の項目で有意に低下していたのに対して，甘味の蔗糖水では抑鬱，活気，疲労，混乱の各項目値がいずれも有意に低下していた。この結果について厳密に解釈することは難しいが，蔗糖水の方が蒸留水に比べて下位尺度の得点が低下しやすい傾向にあることは注目したい。また，６つの下位尺度から算出された総得点のTMD値では，蔗糖水による味覚刺激後はTMD得点が蒸留水に比べて低くなる傾向を認めた。つまり，ヒトの情動は少なくとも味質によって異なる影響を受けることが示唆されるとともに，甘味は無味に比べてポジティブな情動変化を来たすといえる。また，活気に関しては両溶液でそれぞれ有意に低下していたことから，実験への参加自体が被験者の精神的な負担として認識されていた可能性もある。

本研究では被験者に各溶液の心地よさをVASで測定するように依頼していたが，蔗糖水は蒸留水に比べて有意に心地よいと評価されていた。この結果は，我々が冷痛に対する甘味の鎮痛効果を実証した際の結果と一致している[19, 20]。同様に，味の心地よさを感じることによって眼窩前頭野の活動が亢進することは，これまでも報告されている[29]。よって，推測の域は脱していないものの，成人での甘味の受容および心地よいという快情動が痛覚受容の調節に関与する可能性も考えられる。

本研究ではいくつかの研究限界が存在していた。まず，本研究は我々が以前行なった冷痛に対する甘味の痛覚抑制効果を実証したのと同等の規模で行なった。しかしながら，穿刺痛に対する甘味刺激の効果は冷痛に対する効果に比べて小さく，有意な効果を実証することができなかった。そのため，被験者数をさらに確保して検証することも必要であった。次に，本研究では男女で同等数の被験者の確保が出来ていなかった。私の研究グループは最近男性の方が女性に比べて実験的疼痛（冷痛）に対する甘味刺激による鎮痛効果が得やすいことを新たに明らかにした[30]。そのため，今後の研究においては穿刺痛に対する甘味刺激の効果を性差に着目して検討する。さらに，本研究では味覚刺激用の溶液に甘味と無味しか用いていない。そのため，今後はその他の味質も実験プロトコールに加えた上で，複数味質による痛覚刺激に対する効果について検証していく必要がある。甘味による鎮痛手段は，既成の看護的疼痛ケア手段である罨法やマッサージ，音楽療法，芳香療法等に比べて現

時点では周知されていない。しかし，鎮痛にいたるメカニズムに関しては，ある程度系統的に鎮痛根拠が明らかにされてきているのも事実であり，理論的構築がなされつつある鎮痛手段といえる。また，蔗糖などの甘味物質は本邦では非常に安価で，かつ入手が容易なことから臨床応用することができれば，その恩恵は計り知れない。また，この鎮痛手段は従来のケア手段と同様，対象者に対して非侵襲的に且つ比較的安全に用いることができることから，臨床応用にむけて詳細な検討を今後もおこなう必要がある。

## V．結　論

本研究では採血の穿刺痛に対する甘味刺激による有意な鎮痛効果を立証することはできなかった。また，血清5-HT値及び尿中5HIAA値の結果からは甘味刺激による下行性痛覚調節系への明らかな賦活作用についても立証することはできなかった。しかしながら，甘味刺激は無味に比べて快い情動変化と心地よさをもたらすだけでなく，穿刺痛の痛覚強度や急性ストレスをいずれも抑えていた。つまり，甘味刺激は少なくとも無味に比べて痛覚刺激下の情動状態に対してポジティブな作用をもたらすとともに，限定的ではあるが痛覚受容を抑制的に修飾する可能性がある。

## 謝　辞

本研究は平成19年度日本看護研究学会奨学会より助成を受けて実施した。

## 要　旨

本研究は甘味刺激による穿刺痛への鎮痛効果と下行性痛覚調節系に及ぼす影響を明らかにするため，Single-masked blind による無作為化比較試験で検証した。実験は健康成人12名を対象に，24％蔗糖水と蒸留水（control）の２つを準備し，クロスオーバーデザインによって被験者に無作為に割り付けた。指標には血清セロトニン，尿中セロトニン代謝物質，唾液中α-アミラーゼ，Profile of mood states，痛覚強度と味の心地よさの各主観的評価を採用して，甘味による鎮痛効果と下行性疼痛抑制系への影響を多角的に検討した。

しかしながら，甘味刺激による穿刺痛への効果と下行性疼痛抑制系への賦活作用については，いずれも実証することはできなかった。ただし，甘味刺激下では無味に比べて穿刺痛の痛覚強度や唾液中α-アミラーゼ値がいずれも低値になるだけでなく，Profile of mood states や溶液の味の心地よさの各評価に関してはポジティブな情動的変化がもたらされた。よって，限定的ではあるものの，甘味刺激は成人の痛覚受容を抑制的に修飾する可能性がある。

## Abstract

This aim of study was to examine the analgesic effect of sucrose stimulus on pricking pain and examine the impact of sweet taste on the descending pain modulation system in adults. This study performed as a randomized control trial, single-masked, with crossover design. Subjects comprised 12 young adults. Prior to and during blood sampling, subjects held either 24% sucrose solution or distilled water as a control in the mouth. Reactivity was evaluated using blood level of 5-hydroxytryptamine, urine 5-hydroxyindole acetic acid, α-amylase in saliva, emotional evaluation from the profile of mood state and visual analogue scales of pain intensity and taste pleasantness. Blood level of 5-hydroxytryptamine values after taste stimuli did not differ between sucrose and distilled water conditions before taste stimuli. The level in urine 5-hydroxyindole acetic acid after taste stimuli were significantly decreased under both conditions. Each value of pain intensity and α-amylase under the sucrose condition was decreased, compared to the distilled water condition. Moreover, the score for taste pleasantness was higher in sucrose condition than in distilled water condition.

These findings show that sucrose stimulus might have no obvious influence on the descending pain modulation system. Additionally, sucrose administration might not induce analgesia on pricking pain in adults.

## 文　献

1）Gibbins, S., Stevens, B.: Mechanisms of sucrose and non-nutritive sucking in procedural pain management in infants, Pain Res. Manag, 6, 21-28, 2001.

2）Dum, J., Gramsch, C., et al.: Activation of hypothalamic beta endorphin pools by reward induced by high palatable food, Pharmacol. Biochem. Behav., 58, 443-447, 1983.

3）Segato, F. N., Castro-Souza, C., et al.: Sucrose ingestion causes opioid analgesia, Braz. J. Med. Biol. Res., 30, 981-984, 1997.

4）Dutta, R., Mukherjee, K., et al.: Effect of VMH lesion on sucrose-fed analgesia in formalin pain, Jpn. J. Physiol., 51, 63-69, 2001.

5）Blass, E.M., Hoffmeyer, L.B.: Sucrose as an analgesic for newborn infants, Pediatrics, 87, 215-218, 1991.

6）Haouari, N., Wood, C., et al.: The analgesic effect of sucrose in full term infants: a randomized controlled trial, BMJ, 310, 1498-1500, 1995.

7）Herschel, M., Khoshnood, B., et al.: Neonatal circumcision. Randomized trial of a sucrose pacifier for pain control, Arch. Pediatr.

Adolesc. Med., 152, 279-284, 1998.
8）Ramenghi, L.A., Wood, C.M., et al.: Reduction of pain response in premature infants using intraoral sucrose, Arch. Dis. Child. Fetal. Neonatal Ed., 74, F126-F128, 1996.
9）Acharya, A.B., Annamali, S., et al.: Oral sucrose analgesia for preterm infant venepuncture, Arch. Dis. Child. Fetal. Neonatal Ed., 89, F17-F18, 2004.
10）Stevens, B., Taddio, A., et al.: The efficacy of sucrose for relieving procedural pain in neonates - a systematic review and meta-analysis, Acta Paediatr., 86, 837-842, 1997.
11）Ramenghi, L.A., Evans, D.J., et al.: "Sucrose analgesia": absorptive mechanism or taste perception? , Arch. Dis. Child. Fetal. Neonatal Ed., 80, F146-F147, 1999.
12）Blass, E.M., Shah, A.: Pain-reducing properties of sucrose in human newborn, Chem. Senses, 20, 29-35, 1995.
13）Barr, R.G., Quek, V. et al.: Effects of intra-oral sucrose on crying, mouthing and hang-mouth contact in newborn and six-week-old infants, Dev. Med. Child Neurol., 36, 608-618, 1994.
14）Anseloni, V.C., Weng, H.R., et al.: Age-dependency of analgesia elicited by intraoral sucrose in acute and persistent pain models, Pain, 97, 93-103, 2002.
15）Mercer, M.E., Holder, M.D.: Antinociceptive effects of palatable sweet ingesta on human responsivity to pressure pain, Physiol. Behav., 61, 311-318, 1997.
16）Lewkowski, M.D., Ditto, B., et al.: Sweet taste and blood pressure-related analgesia, Pain, 106, 181-186, 2003.
17）Kanarek, R.B., Carrington, C.: Sucrose consumption enhances the analgesic effects of cigarette smoking in male and female smokers, Psychopharmacology, 173, 57-63, 2004.
18）Pepino, M.Y., Mennella, J.A.: Sucrose-induced analgesia is related to sweet preferences in children but not adults, Pain, 119, 210-218, 2005.
19）Kakeda, T., Ito, M., et al.: The evidence for sweet substance-induced analgesia in adult human, Pain Res., 23, 159-166, 2008.
20）Kakeda, T.: Potential of sucrose-induced analgesia to relieve pain in male adults: A preliminary study, Jpn. J. Nurs. Sci., 7, 169-173, 2010.
21）Kakeda, T., Ogino, Y., et al.: Sweet taste induced analgesia: an fMRI study. Neuroreport, 21, 427-431, 2010.
22）Bandler, R., Shipley, M.T.: Columnar organization in the midbrain periaqueductal gray: modules for emotional expression? , Trends Neurosci., 17, 379-389, 1994.
23）Stevens, B., Yamada, J., et al.: Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures, Cochrane Database Syst. Rev., CD001069, 2010.
24）Terasaki, T., Hosoya, K.: The blood-brain barrier efflux transporters as a detoxifying system for the brain, Adv. Drug Deliv. Rev., 36, 195-209, 1999.
25）Wakayama, K., Ohtsuki, S., et al.: Localization of norepinephrine and serotonin transporter in mouse brain capillary endothelial cells, Neurosci. Res., 44, 173-180, 2002.
26）Takai, N., Yamaguchi, M., et al.: Effect of psychological stress on the salivary cortisol and amylase levels in healthy young adults, Arch. Oral Biol., 49, 963-968, 2004.
27）横山和仁：POMS短縮版手引と事例解説，金子書房，東京，2006.
28）Taddio, A., Shah, V., et al.: β-endorphin concentration after administration of sucrose in preterm infants, Arch. Pediatr. Adolesc. Med., 157, 1071-1074, 2003.
29）O' Doherty, J., Rolls, E.T., et al.: Representation of pleasant and aversive taste in the human brain, J. Neurophysiol., 85, 1315-21, 2001.
30）Kakeda, T., Ishikawa T.: Gender differences in pain modulation on nociception by sweet stimulus in adults: a randomized study, Nurs. Health Sci., 13, 34-40, 2011.

平成23年１月14日受　　付
平成23年４月11日採用決定

－資料・その他－

# 日本看護研究学会雑誌掲載論文の分析

Analysis of Published Papers in Journal of Japan Society of Nursing Research

田　中　裕　二[1)]　Yuji L. Tanaka
石　井　ト　ク[2)]　Toku Ishii
江　守　陽　子[3)]　Yoko Emori
尾　岸　恵三子[4)]　Emiko Ogishi
中　野　正　孝[5)]　Masataka Nakano
松　田　たみ子[6)]　Tamiko Matsuda
三　木　明　子[3)]　Akiko Miki

（学会誌発行30周年記念事業実行委員会）

キーワード：原著論文，看護大学，看護研究，研究領域，研究デザイン
Key Words：original article, nursing university, nursing research, research field, research design

今日，看護師養成教育は大学教育に移行しつつあり，看護系大学は180校を超えている。それとともに研究成果を公表する場である看護系学会の数も増加してきている。その中でも本学会の設立は早く，その発端は1974年（昭和49年）10月にさかのぼる。当時，４国立大学（熊本大学，徳島大学，弘前大学，千葉大学）の教育学部に高等学校衛生看護科の教員を養成する特別教科（看護）教員養成課程が設置（熊本大学：1966年（昭和41年）設置，徳島大学：1967年（昭和42年）設置，弘前大学：1968年（昭和43年）設置，千葉大学：1969年（昭和44年）設置）されており，その現職教員の研究協議会がこの４大学の持ち回りで毎年定期的に開催されていた。そして，1974年10月に千葉大学で開催された第５回四大学研究協議会で，看護学確立のための看護学会設立の必要性が討議され，研究会準備委員会が発足した。1975年（昭和50年）９月の第６回四大学研究協議会は徳島大学が主催し，同時に第１回四大学看護学研究会が徳島大学で開催された。翌1976年（昭和51年）９月には第２回四大学看護学研究会が弘前大学で開催された。研究会開催とともに，その研究内容を公表する雑誌（学会誌）が1978年（昭和53年）３月に，「四大学看護学研究会雑誌」として創刊された。1981年（昭和56年）９月28日の第７回四大学看護学研究会総会（熊本で開催）で，日本看護研究学会と名称が変更され，それに伴い，４巻２号（1981年10月20日発行）から学会誌名が「日本看護研究学会雑誌」と変更された[1),2)]。そして，2007年（平成19年）には学会誌発行30周年を迎えた。2008年に発刊された日本看護研究学会雑誌発行30周年記念誌は，これまでに発刊された学会誌や編集委員会および学術集会の足跡を振り返ることで，本学会の学術的な蓄積を明らかにすることを目的として企画された[3)]。その中で，過去29年間（1978年度～2006年度）に本学会誌に掲載された論文の分析結果の概略を紹介し，本学会の特徴や30年間の研究内容の推移について記述したが，ここでは詳細な分析結果を報告するとともに今後の看護学研究の展望について考える。

## Ⅰ．方　　法

### １．分析対象論文

分析に用いた学会誌数は，本学会誌の前身である「四大学看護学研究会雑誌」１巻１号（1978年３月）～４巻１号（1981年６月）の８冊および現在の名称に変更された「日本看護研究学会雑誌」４巻２号（1981年10月）～29巻５号（2006年12月）までの92冊の合計100冊とし，これらの学会誌に投稿された原著論文364編を分析対象とした。

### ２．分析方法

分析に際しては，学会誌に掲載された原著論文のタイトルおよび要旨から研究領域および研究デザインを判断した。また，研究領域別原著論文数の推移をみるために，本分析では１巻～５巻を第１期（発行年月：1978年３月～1983年３月），６巻～10巻を第２期（1983年４月～1988年３月），11巻～15巻を第３期（1988年６月～1992年12月），16巻～20巻を第４期（1993年３月～1997年12月），21巻～25巻を第５期（1998年３月～2002年12月），残り26巻～29

１）千葉大学大学院看護学研究科　Chiba University Graduate School of Nursing
２）元日本赤十字北海道看護大学　Former the Japanese Red Cross Hokkaido College of Nursing
３）筑波大学大学院人間総合科学研究科　Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba
４）日本赤十字秋田看護大学　The Japanese Red Cross Akita College of Nursing
５）三重大学医学部看護学科　School of Nursing, Faculty of Medicine, Mie University
６）茨城県立医療大学保健医療学部看護学科　Ibaraki Prefectural University of Health Sciences

巻の４年間を第６期（2003年４月～2006年12月）とした。

### ３．研究領域

掲載された論文を分類するために研究領域を15に分け，この研究領域にあてはまらないものは「その他」に分類した。15領域は次のとおりである。

① 看護理論　② 看護管理　③ 看護技術
④ 看護教育　⑤ 看護倫理　⑥ 精神保健看護
⑦ 母性・周産期看護　⑧ 家族看護
⑨ 小児看護　⑩ 急性期看護・クリティカルケア
⑪ 慢性期看護・リハビリテーション看護
⑫ 緩和ケア・ホスピスケア・がん看護
⑬ 高齢者看護　⑭ 地域看護・在宅看護
⑮ 感染看護　⑯ その他

### ４．研究デザイン

研究デザインは，①質，②量，③実験・準実験，④混合，⑤その他，の５つに分類し，研究デザインを明確に分類できないものは「不明」とした。実験・準実験研究は量研究に含まず，別に分類した[4)]。また混合は，質研究と量研究の２つのデザインを含むものとした。

実験研究および準実験研究については下記のように定義した。

実験研究：現象にかかわる多くの要因の中から，いくつかの要因だけを選び出して，それ以外の要因は同じ状態に保つようにコントロールした状態で，選び出した要因間の関係性を検証していく研究

準実験研究：実験操作を行うが，実験に伴う統制群の設定や無作為化などは強く規定しないで行う研究

## Ⅱ．結　果

### １．研究領域別原著論文数

最も多かった研究領域は「看護技術」の71編で，以下，「看護教育」（57編），「慢性期看護・リハビリテーション看護」（32編），「地域看護・在宅看護」（31編），「精神保健看護」（24編）であり，この５領域で全体の59.1％を占めた（表１）。

### ２．５年ごとの研究領域別原著論文数の推移

学会誌は年度によって，１号と２号，または，３号と４号を合併号として発行した年度があったため，分析した学会誌数は第１期：13冊，第２期：12冊，第３期：19冊，第４期：19冊，第５期：20冊，第６期（４年間）は16冊の合計100冊であった。

第１期の掲載論文数は52編であった（表２）。領域別では「看護技術」と「看護教育」がそれぞれ８編で，続いて「小児看護」および「感染看護」がそれぞれ５編であった。この４領域の掲載論文数は26編で，全体の半数を占めていた。

第２期の掲載論文数は70編で，「看護技術」18編，「感染

表１　研究領域別原著論文数

| | | | |
|---|---|---|---|
| 看護理論 | 8 | 小児看護 | 13 |
| 看護管理 | 22 | 急性期・クリティカルケア | 7 |
| 看護技術 | 71 | 慢性期看護・リハビリテーション看護 | 32 |
| 看護教育 | 57 | 緩和ケア・ホスピスケア・がん看護 | 15 |
| 看護倫理 | 3 | 高齢者看護 | 16 |
| 精神保健看護 | 24 | 地域看護・在宅看護 | 31 |
| 母性・周産期看護 | 15 | 感染看護 | 22 |
| 家族看護 | 6 | その他 | 22 |

表２　５年ごとの研究領域別原著論文数の推移

| 研究領域＼年 | 1978－1982 | 1983－1987 | 1988－1992 | 1993－1997 | 1998－2002 | 2003－2006 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 看護理論 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| 看護管理 | 0 | 2 | 6 | 3 | 7 | 4 | 22 |
| 看護技術 | 8 | 18 | 22 | 8 | 8 | 7 | 71 |
| 看護教育 | 8 | 4 | 9 | 17 | 12 | 7 | 57 |
| 看護倫理 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 |
| 精神保健看護 | 2 | 0 | 2 | 4 | 8 | 8 | 24 |
| 母性・周産期看護 | 4 | 5 | 3 | 1 | 2 | 0 | 15 |
| 家族看護 | 0 | 2 | 0 | 0 | 3 | 1 | 6 |
| 小児看護 | 5 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 13 |
| 急性期・クリティカルケア | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 | 7 |
| 慢性期看護・リハビリテーション看護 | 3 | 4 | 5 | 3 | 11 | 6 | 32 |
| 緩和ケア・ホスピスケア・がん看護 | 4 | 0 | 5 | 2 | 0 | 4 | 15 |
| 高齢者看護 | 3 | 4 | 2 | 1 | 4 | 2 | 16 |
| 地域看護・在宅看護 | 2 | 7 | 5 | 8 | 6 | 3 | 31 |
| 感染看護 | 5 | 9 | 0 | 2 | 4 | 2 | 22 |
| その他 | 2 | 6 | 3 | 4 | 4 | 3 | 22 |
| 合　計 | 52 | 70 | 66 | 54 | 72 | 50 | 364 |

看護」９編，「地域看護・在宅看護」７編であった。この３領域の掲載論文数は34編で，全体の約半数を占めた。

第３期は66編で，「看護技術」22編，「看護教育」９編，「看護管理」６編であった。この５年間では，「看護技術」に関する論文が全体の１/３を占めた。

第４期は54編で，第３期の５年間と比較して12編減少していた。領域別では，「看護教育」が17編と増加し，「看護技術」および「地域看護・在宅看護」がそれぞれ８編であった。この３領域の掲載論文数は33編で，全体の掲載論文数の６割を占めた。

第５期の掲載論文数は72編で，第４期の５年間と比較して18編増加した。領域別では，「看護教育」12編，「慢性期看護・リハビリテーション看護」11編，「看護技術」および「精神保健看護」が各々８編で，この４領域の掲載論文数は39編であった。

第６期はこれまでの結果とは異なり，領域間に投稿数の差がなく，「精神保健看護」８編，「看護技術」と「看護教育」７編，「慢性期看護・リハビリテーション看護」６編であった。また，この４領域の掲載論文数は28編で，過半数を占めていた。

## ３．研究デザインによる分類

量的研究は192編（52.7％），実験・準実験研究は118編（32.4％）であり，この両者を合わせると全体の約85％を占めていた（表３）。また，質的研究は39編で，全体の10.7％であった。

表３　研究デザイン別原著論文数

| | |
|---|---|
| 質 | 39 |
| 量 | 192 |
| 実験・準実験 | 118 |
| 混　合 | 9 |
| その他 | 3 |
| 不　明 | 3 |

## ４．５年ごとの研究デザイン別論文数の推移

各期における研究デザイン別の論文数とその割合については表４，図１のとおりである。

量的研究は第１期から第４期までは20編（38.5％），28編（40.0％），38編（57.6％），37編（68.5％）と増加し，第４期では全掲載論文数の約７割を占めていた。しかし，その後は第５期45編（62.5％），第６期24編（48.0％）に減少した。

実験・準実験研究は，第１期13編（25.0％）であったが，第２期30編（42.9％），その後は27編（40.9％），16編（29.6％），18編（25.0％）と徐々に減少傾向を示し，第６期では14編（28.0％）とわずかに増加した。

質的研究は，第１期は11編（21.2％）であったが，第２期では９編（12.9％）に減少し，第３期では０％であった。その後，第４期では１編（1.9％），第５期では７編（9.7％），第６期では11編（22.0％）となった。

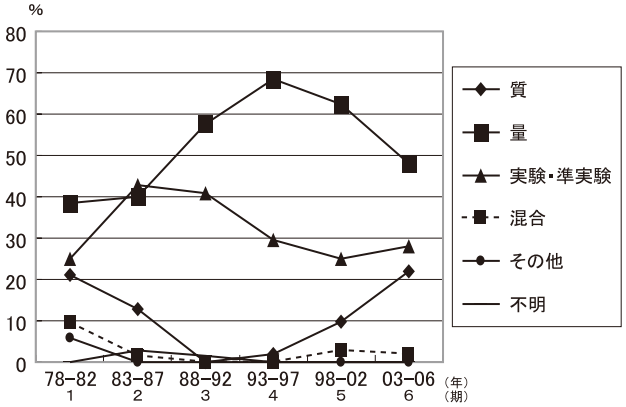



図１　５年ごとの研究デザイン別論文割合の推移

表４　５年ごとの研究デザイン別原著論文数の推移

| 種類＼年 | 第１期 1978－1982 | 第２期 1983－1987 | 第３期 1988－1992 | 第４期 1993－1997 | 第５期 1998－2002 | 第６期 2003－2006 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 量 | 20 (38.5) | 28 (40.0) | 38 (57.6) | 37 (68.5) | 45 (62.5) | 24 (48.0) | 192 (52.7) |
| 実験・準実験 | 13 (25.0) | 30 (42.9) | 27 (40.9) | 16 (29.6) | 18 (25.0) | 14 (28.0) | 118 (32.4) |
| 質 | 11 (21.2) | 9 (12.9) | 0 (0) | 1 (1.9) | 7 (9.7) | 11 (22.0) | 39 (10.7) |
| 混合 | 5 (9.6) | 1 (1.4) | 0 (0) | 0 (0) | 2 (2.8) | 1 (2.0) | 9 (2.5) |
| その他 | 3 (5.7) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 3 (0.85) |
| 不明 | 0 (0) | 2 (2.8) | 1 (0.5) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 3 (0.85) |
| 合　計 | 52 (100) | 70 (100) | 66 (100) | 54 (100) | 72 (100) | 50 (100) | 364 (100) |

（％）

## Ⅲ．考　　察

看護研究の動向分析では，学術集会講演集の抄録内容の分析を行った研究[4),5)]も散見されるが，本研究は学会誌に掲載された原著論文のタイトルおよび要旨から研究領域および研究デザインを判断した。したがって，分析対象となった論文は，学会の主旨をよりよく反映していると考えることができる。以下，掲載論文の動向について考察する。

### １．原著論文数から見た研究領域

分析した364論文で最も多い研究領域は「看護技術」の71編で，次いで「看護教育」の57編であった。「看護技術」の論文数は全体の19.5％，「看護教育」は15.7％であった。看護技術に関する論文数が多いのは，本学会には看護の最も基本的な看護技術を研究対象とする教育者や研究者が多いことや，また，看護技術の評価を数値として示しやすいことが関係しいているのではないかと思われる。

次に多かった研究領域は「看護教育」であるが，この理由としては本学会員の多くは教育者であるため，看護学生や教員を対象にした研究が多くなったのではないかと思われる。また，本学会の設立母体が四大学（弘前大学，千葉大学，徳島大学，熊本大学）の教育学部特別教科（看護）教員養成課程の先生方が主体になっていることも影響していると思われる。

毎年，10編～14編の論文が掲載されているのに第４期は原著論文が大きく12編も減少したのは，この時期に看護大学の急激な増加による教員の移動などによる時間的な制約が関係していたのではないかと思われる。

### ２．領域別論文数の動向

第４期では，分類された研究領域は「その他」を含めて12領域あり，その他の時期（第１期～第３期，第５期，第６期）では13領域に及んでいた。このことは，本学会誌には多くの研究領域からの投稿があり，看護学全般の総合的な学術雑誌といえるのではないかと思われる。研究領域を詳しく分析すると，「看護技術」と「看護教育」は全期間に渡って多くの論文掲載がみられた。これは，本学会員の多くが教員であることが関係しているのではないかと思われる。

そのほかに，第１期，第２期では，「感染看護」や「地域看護・在宅看護」に関する論文が多くみられたが，第５期および第６期では，「慢性期看護・リハビリテーション看護」，「精神保健看護」や「看護管理」など違った研究領域からの掲載論文が増加していた。このことは，疾病構造の変化や関心領域の変化などによってその時期の特徴が示されていると思われる。

### ３．研究デザイン別論文数の動向

掲載された364論文のうち質的研究は39編と少なく，量的研究が192編と多いことが本学会誌の特徴といえる。また，量的研究とは区別した「実験・準実験研究」を主体とした原著論文は118編あり，両者を合わせると310編となり，１期と６期以外は全体の80％以上の割合になっていた。このような量的な研究論文が多いことが他の学会誌に比べて本学会誌の大きな特色であろう。研究において，人に関する種々のデータを数値化して示すことは，多くの人が理解しやすい手法であることに加え，本学会員は看護職者と限定せず，学際領域の研究者や教育者，臨床実践者が多数加わっていることも関係していると思われる。

反対に，質的研究は少なく，これは量的研究や実験・準実験研究が多いことの裏返しによるものであるが，本学会員の研究手法が質的な研究ではないことを示している。本学会が看護系の総合的な学術団体を目指すのであるならば，今後はもっと質的な研究の論文投稿が増加するような方策を考える必要があると思われる。

## 要　　旨

本学会誌の１巻１号(1978年；昭和53年）から29巻５号（2006年；平成18年）に掲載された原著論文364編の内容分析を行った。掲載された原著論文の研究領域を分析すると，「看護技術」が全体の19.5％，「看護教育」が15.7％であり，５年毎に分析を行ってもすべての年代でこの２領域が上位を占めていた。この理由としては，本学会の会員には看護ケアに必要な看護技術を研究対象とする教育者や研究者が多いことや，本学会の設立母体が教育学部ということも関係していると思われる。

一方，研究デザイン別の論文数では，量的研究が192編，実験・準実験研究が118編と多いのに対して，質的研究は39編と少なかった。量的・実験的研究が主流であるとはいえ，研究領域が多岐に及んでいるところからも本学会誌は看護学全般の学術雑誌といえる。

## 文　献


1）山元重光：第３回四大学看護学研究会記事－会長演説　看護研究について，日本看護研究学会雑誌，1(1)，3-6，1978.

2）日本看護研究学会設立20周年記念事業－20年のあゆみ－，日本看護研究学会雑誌，18(1)，9-18，1995.

3）学会雑誌発行30周年記念事業実行委員会：投稿論文の分析，日本看護研究学会雑誌発行30周年記念誌，38-42，2008.

4）川口孝泰：看護研究ガイドマップ，医学書院，東京，2002.

5）川口孝泰，田島桂子，他：看護学教育研究の動向，その１．「日本看護学教育学会」学術集会講演集の経年的分析から．日本看護学教育学会誌，15(3)，59-64，2006.



［平成22年12月24日受　　付
平成23年１月27日採用決定］

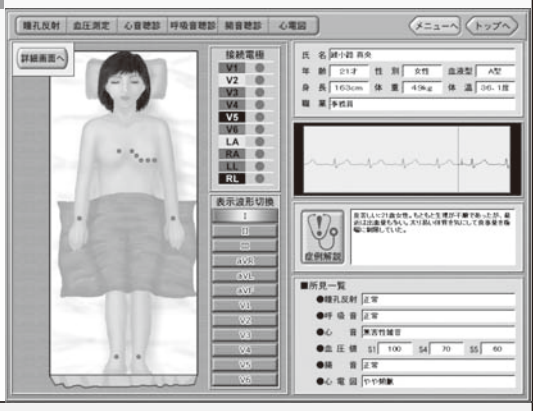
# M55
# フィジカルアセスメント トレーニングモデル "Physiko"

## 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、基本的に習得す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

### MW 1　浮腫触診モデル

重症度の異なる圧痕性浮腫を触診検査

### MW 7 血圧測定トレーナ "あつ姫"

習熟度に応じたモード変更で効果的に学習

### MW 8　経管栄養シミュレータ

経管栄養法の手順を総合的にトレーニング

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　〒113-0033　東京都文京区本郷三丁目26番6号
NREG本郷三丁目ビル 2階
TEL.03-3817-8071（直通）　FAX.03-3817-8075

# 日本学術会議の動き

## 幹事会報告

**第117回幹事会**

日時　平成23年3月17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の決定について承認されました。

○分野別委員会運営要綱の一部改正及び委員の決定について承認されました。

○大学教育の分野別質保証の在り方検討委員会設置要綱の一部改正及び委員会等の委員の任期の延長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委員の決定について承認されました。

○報告「大学院における高度人材育成に向けて―化学系大学院を中心として―」の決定について承認されました。

○「日本学術会議分野別委員会及び分科会等について」の一部改正について承認されました。

○「補欠の会員の選考手続きについて」の一部改正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。

・日本感性福祉学会
・日本アロマセラピー学会
・日本国際著作権法学会
・九州体育・スポーツ学会
・日本ウォータージェット学会

○平成23年度代表派遣実施計画及び代表派遣（4～6月分）について承認されました。

○国際科学会議第104回理事会出席に係る会員の派遣について承認されました。

○持続可能な社会のための科学と技術に関する国際会議2011の開催について承認されました。

○平成25年度開催国際会議の共同主催候補について承認されました。

○公開シンポジウム等1件の主催及び国内会議1件の後援が承認されました。

○補欠の会員の候補者の決定及び所属部について本人の意向を確認することについて承認されました。

○京都大学数理解析研究所運営委員会及び専門委員会委員候補者の推薦について承認されました。

○ICSU World Data System-International Program Officeに対する支援について承認されました。

**第118回幹事会（持ち回り）**

日時　平成23年3月23日（水）

**会議の概要**

**審議事項**

○幹事会附置委員会（東日本大震災対策委員会）の設置及び委員の決定について承認されました。

平成23年5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5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。

**◆「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

**◆「観る、測る、そして知る―最先端計測・分析技術が拓く世界―」**

日時　平成23年5月20日(金)13時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　「先端計測・分析技術による知的創造基盤の強化」二瓶好正
「質量分析で医療・創薬に貢献する」田中耕一
「電子の波で見る量子の世界」外村 彰
「1分子計測技術でDNAを観る生」川合知二
「最先端計測分析で挑む「はやぶさ」採集試料の分析」圦本尚義

**◆「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
「加齢黄斑変性」石橋達朗
「加齢と難聴」加我君孝
「補聴器の最先端」細井裕司

**◆「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6月8日(水)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

# 日本学術会議の動き

## 幹事会報告

**第119回幹事会**

日時　平成23年4月5日（火）

**会議の概要**

**審議事項**

○選考委員会における分科会委員の決定について承認されました。

○若手アカデミー委員会等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の決定について承認されました。

○人間の安全保障とジェンダー委員会設置要綱及び委員の任期の延長の決定について承認されました。

○東アジア共同体の学術基盤形成委員会設置要綱の一部改正及び委員の任期の延長の決定について承認されました。

○東日本大震災対策委員会分科会の運営要綱の一部改正及び委員の決定について承認されました。

○提言「持続可能な長寿社会に資する学術コミュニティの構築」の決定について承認されました。

○提言「労働・雇用と安全衛生に関わるシステムの再構築を―働く人の健康で安寧な生活を確保するために―」の決定について承認されました。

○スリランカ学術機関等との会合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9件の主催及び国内会議1件の後援が承認されました。

**第120回幹事会（持ち回り）**

日時　平成23年4月8日（金）

**会議の概要**

**審議事項**

○東日本大震災対策委員会における分科会の運営要綱の一部改正の決定について承認されました。

**第121回幹事会（持ち回り）**

日時　平成23年4月13日（水）

**会議の概要**

**審議事項**

○公開シンポジウム等1件の主催及び国内会議1件の開催が承認されました。

**第122回幹事会（持ち回り）**

日時　平成23年4月15日（金）

**会議の概要**

**審議事項**

○東日本大震災対策委員会分科会委員の決定について承認されました。

平成23年6月中旬以降に開催されます公開講演会・シンポジウム等の詳細につきましては、Information Plaza又は日本学術会議ホームページをご覧ください。

## Information Plaza
## 情報プラザ

**学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ**

今回は、平成23年6月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

**◆「安全安心社会の構築に向けて―電気電子工学からの提言―」**

日時　平成23年6月10日(金)13時30分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　「安全・安心社会の構築にかかわる電気エネルギーの役割と将来への提言」大久保 仁
「震災復興とICT」谷脇康彦
「大規模災害に強い携帯電話ネットワークを目指して」村瀬 淳
「デバイス・電子機器工学分科会からの提言」石原 宏
「制御・パワー工学分科会からの提言」福田敏男
「通信・電子システム分科会からの提言」青山友紀

**◆日本学術会議主催学術フォーラム「『災害・復興と男女共同参画』6.11シンポ」**

日時　平成23年6月11日(土)10時00分～16時45分
場所　日本学術会議講堂
次第　「東日本大震災を理解する上でのポイントと男女共同参画の視点で見た課題」大原美保
「災害と男女共同参画をめぐる国際的潮流」池田恵子
現地報告
パネルディスカッション「復興と男女共同参画」

**◆「遺棄及び老朽化学兵器廃棄処理のリスク管理」**

日時　平成23年6月13日(月)13時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　「化学兵器禁止機関（OPCW）の活動につい」秋山一郎
「中国における遺棄化学兵器の処理状況」稲垣克芳
「爆発と化学剤の拡散に対する保安対策」藤原修三
「暴露レベルと除染濃度の基準」水野光一
「水中のヒ素の安全対策」山内 博
「諸外国における化学兵器処理の実情」朝比奈 潔
「処理事業に伴うパブリックアクセプタンス」岸田伸幸

**◆日本学術会議主催学術フォーラム「アジア・太平洋地域におけるトランスナショナリズムの展開―社会科学からの展望」**

日時　平成23年6月18日(土)13時30分～17時30分
場所　日本学術会議講堂
次第　「日本のガラパゴス化をどう捉えるか」末廣 昭／園田茂人
「途上国化する日本を国際化が救う」戸堂康之
「日本の30万人留学生計画の現状」横田雅弘
「EPAインドネシア人看護師の日本体験：マイクロ・マクロ連携モデルの視覚から」

浅井亜紀子／箕浦康子／宮本節子
「アジアの学術交流の現状：事例報告」
西原和久

**◆「分類学は旧くて新しい—国立自然史博物館の設立に向けて」**

日時　平成23年6月18日(土)13時30分～16時30分
場所　北海道大学総合博物館「知の交流コーナー」
次第　「クニマス—大正時代の標本が契機となった生存確認」中坊徹次
「ヒトの博物学的知能と分類学、人間性、環境」長谷川眞理子
「日本列島人の自然史」斎藤成也
「博物館標本の重要性」大原昌宏
「分類体系は変遷する」馬渡駿介

**◆「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

**◆「歯周病の予防が全身の健康を守る！—医科と歯科の立場から」**

日時　平成23年6月18日(土)16時00分～17時30分
場所　東京大学山上会館
次第　「歯周病と心臓の病気との関係」松原達昭
「歯周病はなぜ全身の病気に関連するのか」島内英俊
「歯周病と糖尿病の関連性—内科医の立場から」成瀬桂子
「歯周病と糖尿病の関連性—歯科医の立場から」野口俊英

**◆中部地区会議学術講演会**
**「人間らしさと精神—脳の健康をめざして」**

日時　平成23年6月24日(金)13時00分～16時00分
場所　富山大学五福キャンパス 黒田講堂会議室
次第　「脳とこころの科学—人間らしさを求めて—」金澤一郎
「人間らしさと精神—脳の健康をめざして」松井三枝

**◆「若手研究者の考える、震災後の未来—学術に何ができるのか」**

日時　平成23年6月26日(日)13時00分～18時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　セッション①震災時，私たちはどう行動したか
セッション②学術知をどのように社会と共有するか
セッション③未来への希望となる学術

**◆「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7月5日(火)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

◆「安全工学シンポジウム2011」
日時　平成23年7月7日(木)～7月8日(金)
場所　機械振興会館
次第　特別講演
「『事故調査体制のあり方』小委員会」松岡 猛
「『行き及び老朽化学兵器の廃棄技術に関するリスク検討』小委員会」古崎新太郎
「『事故死傷者ゼロを目指すための科学的アプローチ検討』小委員会」長井正夫

◆「若者問題への接近―若者政策のフォローアップと新たな展開」
日時　平成23年7月9日(土)13時30分～17時00分
場所　浜離宮朝日ホール 小ホール
次第　「高校中退者の中退後支援の課題について」宮崎隆志
「高校生の現実を踏まえたキャリア教育・労働法教育とキャリア支援センター」吉田美穂
「自治体は若者支援をどう展開してきたか―実践と課題」関口昌幸
「『若者統合型社会的企業』の可能性と課題」堀有喜衣

◆「中国・四国地区会議主催講演会」
日時　平成23年7月23日(土)14時00分～17時00分
場所　愛媛大学 南加記念ホール
次第　「愛媛大学先端研究―拠点化の歩み―」

◆「第30回混相流シンポジウム」
日時　平成23年8月7日(日)9時00分～12時00分
場所　京都工芸繊維大学松ヶ崎キャンパス
次第　「主催者講演」池田駿介
「主催者総括」菱田公一
「高圧水素の熱物性測定」高田保之
「砂塵嵐の観察・物理・モデリング」三上正男
「バイオますからバイオ液体燃料への新変換技術―アーミング技術の環境への展開」植田充美

◆「科学・技術の過去・現在・未来―ゆめロードマップ―」
日時　平成23年8月24日(水)
場所　日本学術会議講堂
次第　特別講演「戦後の科学・技術の発展をささえたもの（仮題）」小林 誠
「科学・技術アクションプラン（仮題）」和泉 紳一郎
「科学・技術のゆめロードマップ」後藤俊夫
パネルディスカッション
「わが国の科学・技術を真に強くする方策と展望」

# 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開催のご案内

このたびの東北・関東大地震で被災された方々に心よりお見舞い申し上げます。また，東北・関東地方の一刻も早い復旧，復興を祈念しております。

本年度の第16回日本看護研究学会九州・沖縄地方会は大分県立看護科学大学が担当校となり，大分で開催することとなりました。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。実践の場で活用される（つかえる）研究成果を発信していく（つくり，つたえる）ことが，看護研究には求められております。看護の質を向上させ，看護が社会のニーズに的確に応えていくために，特に若い会員のみなさまにとって，地方学術集会の場が実践現場での課題や経験を，エビデンスとして可視化していくプロセスの基本を学ぶ場として役立つことを期待しております。

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学会としたいと準備を進めております。テーマセッション別に発表いただくよう予定しています。

日頃の研究の成果を共有し，これからの看護研究について意見交換ができ，参加して良かったと思って頂けるような学会となることを願っております。

多くのみなさまのご参加を心よりお待ち申し上げます。

学会長　草間　朋子
（大分県立看護科学大学）

## 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

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」－

開 催 日：平成23年11月12日（土）

会　　場：大分県立看護科学大学

演題申込み：学会HP　ホームページ（http://www.qo-kango.oitacity.jp/）より様式をダウンロードしてE-mail，又はFAXでお申し込み下さい。

演題募集：平成23年6月20日（月）～7月29日（金）

学術集会参加の事前申込み：平成23年9月5日（月）

参 加 費：会員事前参加申込み　3,500円　当日 4,000円，学部生　無料（抄録代別）
非会員事前参加申込み　4,000円　当日 4,500円，大学院生 1,000円（抄録代含）

問い合わせ先：大分県立看護科学大学
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
E-mail: takano@oita-nhs.ac.jp　TEL: 097－586－4420～4422

# 一般社団法人日本看護研究学会
# 第25回　近畿・北陸地方会学術集会のご案内

## テーマ：「看護実践に紡ぐケアの専門性」

日本看護研究学会第25回近畿・北陸地方会学術集会を平成24年３月３日（土）に大阪万博公園横の大阪大学吹田キャンパスにある保健学科棟で開催することになりましたので，ご案内申し上げます。

高度医療に伴う患者の多様なニーズに応えるために，看護職のみならず他職種も含めた専門性をうまく織り込んだ看護ケアの充実が必要です。そこで，本地方会では，「看護実践に紡ぐケアの専門性」のテーマで，午前には臨床心理士，医療ソーシャルワーカー，患者体験のある看護師による講演を，午後には専門的ケアを実践されている看護職によるさまざまな看護セミナーを企画しました。

多数ご参加して下さいますよう心より願っております。

学術集会会長　藤原千恵子
（大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻）

◆日　　時：平成24年３月３日（土）　10:00～16:00
◆会　　場：大阪大学医学部保健学科棟
　　アクセス：http://sahswww.med.osaka-u.ac.jp/www/access/index.html
◆プログラム
　◇講　　演：10:05～11:15　３つの講演のうち１つを当日選択
　　①「臨床心理士が捉える入院している患者家族の支援」
　　吉津　紀久子氏（阪大病院　保健医療福祉ネットワーク・臨床心理士）
　　②「地域連携の変遷と展望～医療ソーシャルワーカーの視点から～」
　　福森　優司氏（阪大病院　保健医療福祉ネットワーク・医療ソーシャルワーカー）
　　③「患者体験を“語る”～患者として，看護師として」
　　菊池　素子氏（元　阪大病院　看護師長）
　◇地方会総会：11:40～12:30
　◇一般演題発表（ポスターのみ）：12:40～13:50
　◇看護セミナー：14:00～15:30　５つのセミナーのうち１つを希望（事前登録者は希望を受付）
　　①外来での化学療法時のケア（①がん）：田墨　恵子氏（阪大病院　がん看護専門看護師）
　　②糖尿病看護教育（②糖尿）：瀬戸　奈津子氏（阪大大学院保健学専攻）
　　③リンパ浮腫ケア（③リンパ）：井沢　知子氏（京大病院　がん看護専門看護師）
　　④ポジショニングの基本（④ポジ）：宮嶋　正子氏（和歌山医大　皮膚・排泄ケア認定看護師）
　　⑤肺炎予防の口腔ケア（⑤口腔）：池　美保氏（阪大歯学部附属病院）
◆演題申込み期間：2011年９月１日（木）～11月15日（火）消印有効
　　郵送にて受付（詳細は学会HPにてご確認下さい）
◆事前参加申込期間：2011年９月１日（木）～2012年１月13日（金）　当日参加もできます
　参加費振込先：郵便振込　口座番号　00930－5－312589
　加入者名　日本看護研究学会第25回近畿北陸学術集会
　　通信欄　①会員の有無　②看護セミナーの第３希望までのセミナー記号　③弁当事前予約の有無
◆参 加 費：会員事前登録4,000円（当日5,000円），非会員事前登録5,000円（当日6,000円）
　　学　生：1,000円（学生証をお示し下さい・院生は含みません）
◆問い合わせ先：大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻　藤原　千恵子 研究室
　　〒565-0871　大阪府吹田市山田丘1-7
　　連絡用E-mail：kinki-hoku25@sahs.med.osakau.ac.jp
　　学会HP：http://www.jsnr.jp/kinki_hokuriku/index.php

# 一般社団法人日本看護研究学会
# 第13回　近畿・北陸地方会看護研究継続セミナー
# 第24回　近畿・北陸地方会学術集会（近畿）

今年度は，第24回学術集会の中止に伴い，近畿地区・北陸地区に分かれて発表を午前に行い，午後に継続セミナーを実施します。北陸地区ともに，第24回学術集会用に印刷された抄録集を用います。ふるってご参加ください。

日　時：平成23年10月１日（土）午前10時10分～午後５時　（受付）午前９時30分～

場　所：京都府立医科大学医学部看護学科　看護学学舎　１階（会議室・第１講義室）

【午前】第24回日本看護研究学会近畿・北陸地方会学術集会（近畿）（発表）18演題
午前10時10分～12時

【午後】継続セミナー

継続セミナープログラム

13:00～14:30：【第１講義室】
「日々の実践をデータで示すことで広がる静脈穿刺と輸液管理についての研究」
大阪大学医学部保健学科　井上　智子 先生
14:30～14:45：休憩
14:45～17:00：グループワーク

## 第13回近畿・北陸地方会看護研究継続セミナー〈参加者の方へ〉

１）会費：会員　2,000円，非会員　2,500円（学生1,000円）　当日にお支払い下さい。

２）申込み方法：下記の項目を記入の上，メールかFaxで９月20日までにお申し込み下さい。
○所属，連絡先（TEL/FAX，mail），グループワーク参加の分野（関心ある分野・テーマ）
（基礎看護・看護技術・看護教育・急性期看護・慢性期看護・難病看護・老年看護・精神看護・小児看護・母性看護・地域看護・継続看護・家族看護・感染看護・癌看護・ターミナル・看護管理・その他）

３）申し込みお問い合わせ先：

〒606-8507　京都市左京区聖護院川原町53
京都大学医学部人間健康学科　若村智子
Fax：075－751－3909㈹　メール：wakamura@hs.med.kyoto-u.ac.jp

［交通のご案内］

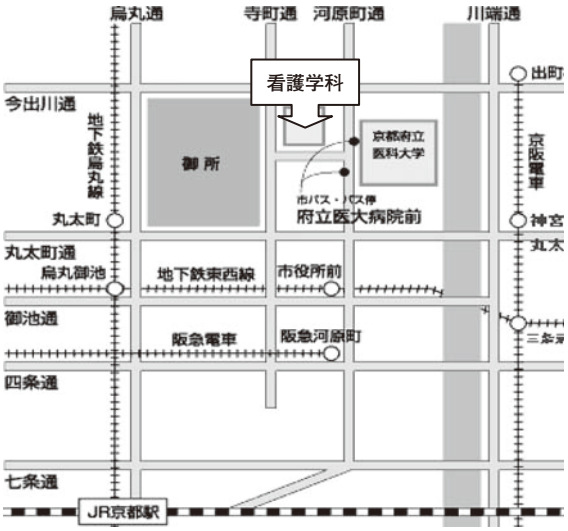
◆JR「京都駅（正面）」から市バス４，17，205系統→「府立医大病院前」下車

◆阪急電鉄「河原町駅」から市バス３，４，17，205系統→「府立医大病院前」下車

◆京阪電鉄「三条駅」から市バス37，59系統→「府立医大病院前」下車
または　京都バス23，43系統→「府立医大病院前」にて下車

◆京阪電鉄「神宮丸太町駅」下車　徒歩10分

◆京阪電鉄「出町柳駅」下車　徒歩15分



# 一般社団法人日本看護研究学会
# 第14回　近畿・北陸地方会看護研究継続セミナー
# 第24回　近畿・北陸地方会学術集会（北陸）

日　時：平成23年11月12日（土）午前10時～午後５時　（受付）午前９時15分～
場　所：福井大学医学部附属病院　臨床教育研修センター２階白翁会ホール
【午前】第24回日本看護研究学会近畿・北陸地方会学術集会（北陸）（発表）11演題
午前10時～12時
【午後】継続セミナー

継続セミナープログラム

13:00～14:00：富山大学大学院医学薬学研究部　八塚　美樹 先生
フットケアの理論
14:00～15:30：フットケアの実際　日本フットケア協会　師範　室谷　良子 先生
15:30～15:40：休憩
15:40～17:00：グループワーク

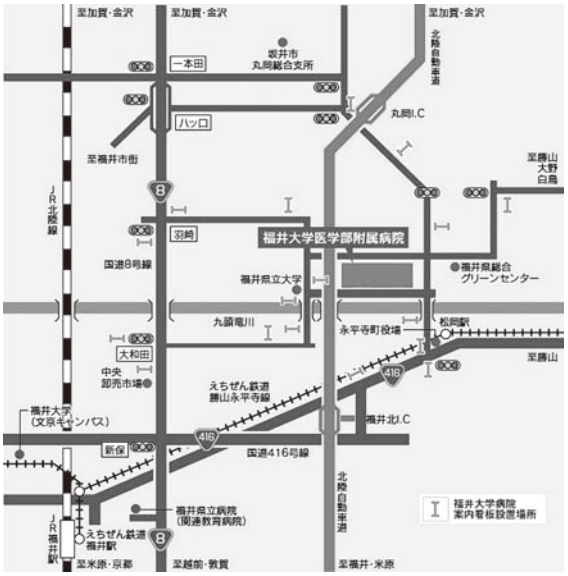
## 第14回近畿・北陸地方会看護研究継続セミナー〈参加者の方へ〉

1）会費：会　員　2,000円
（ただし，第13回看護研究継続セミナー（京都）ご参加で抄録集ご持参の方は1,000円）
非会員　2,500円（学生1,000円）　＊当日にお支払い下さい。
2）参加登録は，下記の項目を記入の上，メールかFAXで11月４日（金）までにお申し込み下さい。所属，連絡先（TEL/mail），看護継続セミナーグループワーク時の分野（関心のある分野やテーマ等：第13回セミナー参照）
3）申し込みお問い合わせ先：

〒910-1193　福井県吉田郡永平寺町松岡下合月23の３
福井大学医学部看護学科基礎看護学　上野　栄一
電話およびFax：0776－61－8544　メール：eiichiu@u-fukui.ac.jp

［交通のご案内］
1）JR福井駅よりタクシーで30分
2）えちぜん鉄道　福井から「勝山」行き乗車（JR福井駅より１分），松岡駅下車後（所用時間20分），その後，タクシーにて５分。
3）北陸高速道路：丸岡あるいは福井北インターチェンジから約10分。

開催場所：
臨床教育研修センター２階
セミナー室（病院玄関より徒歩２分ほど）



# 一般社団法人日本看護研究学会雑誌投稿規程

## １．投　稿　者

本誌投稿者は，著者及び共著者すべて本学会員とする。ただし編集委員会により依頼したものはこの限りではない。

## ２．投稿の種類と内容

投稿内容は，看護に関する学術・技術・実践についての論文とする。投稿者は，投稿時に以下の原稿種別のいずれかを申告する。投稿論文は未発表のものに限る。また，人および動物が対象の研究は，倫理的配慮がされていること，およびそのことが本文中に明記されなくてはならない。

---

**■原著論文（カテゴリーⅠ：量的研究，カテゴリーⅡ：質的研究，カテゴリーⅢ：その他）**

学術上および技術上価値ある新しい研究成果を記述した論文。

投稿時にカテゴリーⅠ，Ⅱ，Ⅲ，のいずれかを選択する。

**■研究報告**

学術上および技術上価値ある新しい研究成果で，前掲「原著論文」ほどまとまった形ではないが，これだけでも早く発表する価値のある論文。

**■技術・実践報告**

技術的な問題についての実践結果の報告で，その手段あるいは得られた成果が大きな波及効果を期待できる記事。

**■総　　説**

特定の問題に関する文献を集めて分析検討した論文。

---

## ３．原稿の送付

投稿原稿は，所定の表紙（学会誌最終頁に綴じ込まれている）に必要事項を記入の上，本文，図表，写真等，を綴じたオリジナル原稿，およびオリジナル原稿のコピー３部（査読用なので，著者が特定できる部分（謝辞も含む）を削除したもの），および電子媒体（フラッシュメモリ，ＦＤ，ＣＤのいずれか，ラベルには著者，表題，使用ＯＳ，使用ソフトウェアを明記する）を添えて下記に送付する。

〒260-0015　千葉市中央区富士見２－22－６　富士ビル６階

一般社団法人日本看護研究学会　編集委員会　委員長　中木　高夫　宛

（封筒の表には，「日看研誌原稿」と朱書し，書留郵便で郵送すること。）

事務局に到着した日を原稿受付日として誌上に明記する。なお著しく執筆要項を逸脱したものは事務的に返却し，形式が整った時点を受付日とする。

## ４．原稿の受付

原稿の受付は，随時行っている。投稿規程および原稿執筆要項に沿わない原稿は，受理できない。

## ５．投稿の採否

投稿の採否は，規程の査読を経たうえで本誌編集委員会が決定する。場合により著者に内容の追加あるいは短縮を求めることがある。また著者に承認を求めたうえで投稿の種類を変更することがある。

査読の結果，「再査読」の場合には修正された原稿について改めて査読を行う。査読の結果が「不採用」の場合で，その「不採用」の理由に対して論文提出者が明らかに不当と考えた場合には，不当とする理由を明記して本会編集委員長あてに異議申し立てをすることができる。

なお原稿は原則として返却しない。

なお原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

| | 原著論文 | 研究報告 | 技術・実践報告 | 総　　説 | 資料・その他 |
|---|---|---|---|---|---|
| 独　　創　　性 | ○ | ○ | ○ | | |
| 萌　　芽　　性 | | ○ | ○ | | |
| 発　　展　　性 | | ○ | ○ | ○ | |
| 技術的有用性 | | | ○ | ○ | |
| 学術的価値性・有用性 | ○ | ○ | | ○ | |
| 信　　頼　　性 | ○ | | | ○ | |
| 完　　成　　度 | ○ | | | | |

〔凡例〕○：評価の対象とする，空欄：評価するが過度に重視しない。

## 6．原稿の校正

校正にあたり，初校は著者が，２校以後は著者校正に基づいて編集委員会が行う。

なお校正の際の加筆は一切認めない。

## 7．原稿掲載料・別刷料

原稿が刷り上がりで，10頁以下（800字詰原稿用紙30枚（図表含む））の場合は，掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は，所定の料金を徴収する。超過料金は，刷り上がり超過分１頁につき実費とする。

図表は，Ａ４判用紙にトレースした原図を添える事。印刷業者でトレースが必要になった時はその実費を徴収する。

別刷については，印刷ファイル（pdf）の形で無料で配布する。刷紙媒体で必要な著者は，直接印刷業者に依頼すること。刷紙体は有料で，料金は，30円×刷り上がり頁数×部数（50部を単位とする）。ただし本会より執筆を依頼したものについてはこの限りではない。

## 8．著 作 権

会員の権利保護のために，掲載された原稿の版権は本会に属するものとする。他者の版権に帰属する資料を引用するときは，著者がその許可申請手続きを行なう。

## 9．原稿執筆要項

別に定める。

この規程は，昭和59年12月１日より発効する。

付　　則

1）平成５年７月30日　一部改正実施する。
2）平成９年７月24日　一部改正実施する。
3）平成12年４月22日　一部改正実施する。
4）平成15年７月23日　一部改正実施する。
5）平成16年７月28日　一部改正実施する。
6）平成17年７月21日　一部改正実施する。
7）平成21年８月２日　一部改正実施する。

# 原　稿　執　筆　要　項

## 1．原稿の書き方

原稿は簡潔でわかりやすいように重点を強調して記述すること。書籍・雑誌などの図，表を引用するときには必ず出典を明記すること。

1）所定の表紙（学会誌最終頁に綴じ込まれているものをＡ４判にコピーして使用）に，原稿の種類，和・英（JAMAの書式（URL:http://jama.ama-assn.org/））の論文題名，およびキーワード（５語以内シソーラスで確認する），著者氏名，所属団体・部署とその英訳，原稿枚数，和文抄録文字数，英文抄録使用語数，別刷部数を明記する。

2）原則としてデータ入稿とし，英文抄録，和文抄録はそれぞれ別の用紙に印刷する。本文の書式はＡ４判の用紙に文字数800字（40字詰め20行），左右余白30㎜，上下余白50㎜とする。本文には必ず中央下にページ数（本文のみ）を記すこと。本文（題名とはじめにの間などに）には著者名，所属を記入しない。

3）英文抄録は200語以内をＡ４判の用紙に，原則としてTimes New Romanの12フォントを用いて，シングルスペースで印字する（原著論文，研究報告のみ）。英文についてはネイティブチェックの確認書を同封すること。

4）和文抄録は400字以内とする。

5）図表は一つずつＡ４用紙に配置し，それぞれに通し番号を付して図１，表１などとする。

6）図はWord・Excel・Power Point，表はWord・Excelで作成し，本文データとは別のファイルで，それぞれオリジナルデータのまま入稿する。

7）図表は，原稿本文とは別にまとめて巻末に添える事。図表を原稿に挿入する箇所は，原稿の右側余白に図表番号を朱書きする。

8）文献は，本文の引用箇所の肩に１），２）のように番号で示し，本文原稿の最後に一括して引用番号順に整理して記載し，書式は本文と同じとする。文献著者が３名以上の場合は筆頭者２名のみをあげ，○○他とする。文献の記載方法は以下の通りである。

①雑誌の場合：

番号）著者名：表題，雑誌名，巻（号），始ページ－終ページ，発行年（西暦）.

※ただし，「巻」の通しページの場合は「(号)」の表示は必要ない（以下，例２））。

－例－

1）日本太郎，看護花子，他：社会的支援が必要なハイリスク状態にある高齢入院患者の特徴，日本看護研究学会雑誌，2(1)，32-38，1998.

2）Nihon, T., Kango, H. et al.: Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service, J. Nursing, 5, 132-138, 2000.

②書籍の場合：

番号）著者名：書名，引用箇所の始ページ－終ページ，出版社，出版地，発行年（西暦）.

－例－

3）研究太郎：看護基礎科学入門，23-52，研究学会出版，大阪，1995.

③編集者の場合：

番号）著者名：表題，編集者名（編）：書名，始ページ－終ページ，出版社，出版地，発行年（西暦）.

－例－

4）研究花子：不眠の看護，日本太郎，看護花子（編）：臨床看護学Ⅱ，123-146，研究学会出版，東京，1998.

5）Kimura, H.: An approach to the study of pressure sore, In: Suzuki, H., et al. (Eds): Clinical Nursing Intervention, 236－265, Nihon Academic Press, New York, 1996.

④電子文献の場合：

番号）著者：タイトル，入手日，URL

－例－

6）ABC看護学会：ABC看護学会投稿マニュアル，2003-01-23，
http://www.abc.org/journl/manual.html

なお，雑誌略名は邦文誌では医学中央雑誌，欧文誌では，INDEX MEDICUSおよびINTERNATIONAL NURSING INDEXに従うものとする。

９）用字・用語は，現代かなづかいとする。アラビア数字を使い，SI 単位系（m，kg，S，Aなど）を用いる。

## ２．原稿用紙および原稿の長さ

800字詰め原稿用紙３枚が刷り上がり１ページに相当する。刷り上がりが下記のページ数を超過しないように配慮すること。ただし，表題，図表等の一切を含むものとする。図表を仕上がり寸法（原版の2/3で大まかに見積る）で，Ａ４サイズの用紙に配置した場合に必要となるページ数を下記のページ数から差し引いたページ数に，2400文字を乗じた数が本文及び引用文献に使用できる文字数になる。

⑴　原著論文　　10ページ
⑵　研究報告　　10ページ
⑶　技術・実践報告　　７ページ
⑷　総　　説　　７ページ

## ３．原稿の電子媒体での提出

原則として，原稿の内容を電子媒体（フラッシュメモリ，ＦＤ，ＣＤの，いずれか）で提出する。ラベルには著者，表題，使用OS，使用ソフトウェアを明記すること。

この要項は，昭和59年12月１日より発効する。

付　　則

１）平成５年７月30日　一部改正実施する。
２）平成９年７月24日　一部改正実施する。
３）平成10年７月30日　一部改正実施する。
４）平成12年４月22日　一部改正実施する。
５）平成15年７月23日　一部改正実施する。
６）平成17年７月21日　一部改正実施する。
７）平成21年８月２日　一部改正実施する。
８）平成21年11月５日　一部改正実施する。

# 事　務　局　便　り

## 1．平成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・２号を送付いたしております。

平成23年度会費未納の方は，お早めに同封の振り込み用紙または，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。尚，第37回学術集会で演題発表（共同研究含む）を予定されている方につきましては，平成23年度会費未納の場合，発表が取消しになりますのでご留意下さい。

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，ご連絡先の記述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．送付先等ご変更についてのお願い

送付先ご変更の場合は，本誌巻末の**変更届**に新しい送付先を楷書でお書きいただき，難しい読みにはフリガナを付記の上，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．送付先不明者のご確認

学会誌34巻１号および平成22・23年度会費未納者への会費請求文書を送付後に，下記の方々が転居先不明等で事務局に戻ってきました。ご存知の方は，ご本人，または事務局までご連絡下さいますようお願いいたします。

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| あ0089 | 安達慈由子 | い0992 | 池本あすみ | お0743 | 長内志津子 | お1030 | 岡本　麻美 |
| か0644 | 加藤　久子 | か0662 | 梶原　京子 | か0677 | 神原千比呂 | か0773 | 風間　栄子 |
| き0199 | 木村美智子 | き0306 | 菊池　由恵 | こ0407 | 浅野　早苗 | さ0203 | 澤田　成子 |
| さ0464 | 佐佐木智絵 | さ0559 | 原田亜樹子 | し0315 | 柴田　京子 | す0170 | 長牛　由美 |
| た0720 | 多田　貴志 | た0989 | 武田　美希 | な0666 | 仲尾　香織 | ひ0253 | 平野　真紀 |
| ひ0293 | 平井　亜弥 | ま0134 | 松尾ひとみ | ま0304 | 増田　元香 | み0450 | 皆川　尚子 |
| も0048 | 元田真由美 | も0180 | 森下　典子 | も0234 | 本村　和也 | や0529 | 藪下　八重 |
| や0594 | 山本　奈奈 | わ0194 | 渡邉　佳世 | | | | |

**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　２号

会員無料配布

平成23年６月20日　印刷
平成23年６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<br>（番号に○） | 1．原著（a. カテゴリーⅠ，b. カテゴリーⅡ，c. カテゴリーⅢ）　2．研究報告<br>3．技術・実践報告　　4．総　説　　5．資料・その他（　　） |
| 原稿投稿年月日 | 年　　月　　日 |

| 和文題目 |
|---|
| |

| 英文題目 |
|---|
| |

| キーワード（5語以内，日本語／英語） | | |
|---|---|---|
| 1．　　／ | 2．　　／ | 3．　　／ |
| 4．　　／ | 5．　　／ | |

| 原稿枚数 | | | |
|---|---|---|---|
| 本文：　　枚 | 図：　　枚 | 表：　　枚 | 写真：　　点 |

| 著者 | | |
|---|---|---|
| 会員番号 | 氏　名（日本語／ローマ字） | 所　属（日本語／英語） |
| | | |

| 連絡先住所・氏名 |
|---|
| 住所：〒　　<br>氏名：<br>Tel：　　Fax：　　E-mail： |

| 別刷希望部数<br>（※投稿規定7．参照） | 和文抄録文字数 | 英文抄録使用語数 |
|---|---|---|
| 部 | 字 | 語 |

＊受付年月日：　　年　　月　　日

# よくわかる 看護研究の進め方・まとめ方 第2版

## 量的研究のエキスパートをめざして

編集／横山美江
執筆／大木秀一・岡本悦司・樋口京子・彦 聖美
深井喜代子・宮島朝子・横山美江

B5判・204頁・定価3,465円（本体3,300円 税5%）

ISBN978-4-263-23549-2

- 看護研究の基礎知識を中心に，看護学の領域で用いられる主な研究方法を紹介し，研究を進めていくプロセスに沿って，研究テーマの設定から研究成果の発表，論文の作成に至るまでの留意事項を解説．
- 論文(査読システムのある雑誌に掲載されるような)作成を目標に研究を行うことを主眼に構成．
- 看護研究における倫理的配慮も詳しく解説．改訂版では，倫理審査委員会への申請に関する課題を加えた．
- 巻末で，研究に関してよく聞かれる疑問点を問題別に取り上げQ＆A欄としてまとめた．

# よくわかる 地域看護研究の進め方・まとめ方

## 保健事業の企画立案から評価への効果的な活用をめざして

編集／横山美江
執筆／石井美由紀・大木秀一・岡本悦司・朽木悦子・河野あゆみ
田高悦子・都筑千景・野口 緑・松田宣子・松本珠実・宮﨑美砂子

B5判・206頁・定価3,780円（本体3,600円 税5%）

ISBN978-4-263-23542-3

- 地域保健活動と研究の方法を解説．人間集団における健康事象の数量的観察方法の疫学研究，個別事例において観察された事象から物事の本質をとらえる質的研究，地域保健分野でも重要な経済的評価などを概説．研究を保健師活動にどう活かすかについても具体的に解説した．

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