

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 34 Number 5 December 2011 ISSN 0285-9262

日本看護研究学会雑誌

[34巻 5号]

作業手順に沿って内容を再構成。使いやすさが倍増!

APA

[第2版]

論文作成マニュアル

著 アメリカ心理学会 (APA)

訳 前田樹海 東京有明医療大学教授

江藤裕之 東北大学大学院准教授

田中建彦 前・長野県看護大学教授

■本書の特徴

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

■目次

第1章 論文執筆にあたって

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

第2章 論文原稿の構成と内容

学術論文報告基準／論文を構成する各セクション／論文原稿のサンプル

第3章 文章を簡潔・明瞭に書く技術

論文の構成／文章スタイル／偏見のない文章表現／偏見のない文章表現のための基本的ガイドライン／偏見のない文章表現のための項目別ガイドライン／文法と語法

第4章 論文スタイルの技巧

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

第5章 結果の表示

表と図の一般的な手引き／表／図／電気生理学、放射線学、その他の生物学的データの提示

第6章 引用と出典

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

第7章 引用文献の表記例

参考資料(文献)の種類／タイプ別の用例／付録 7.1 法的資料の引用

第8章 学術論文の出版プロセス

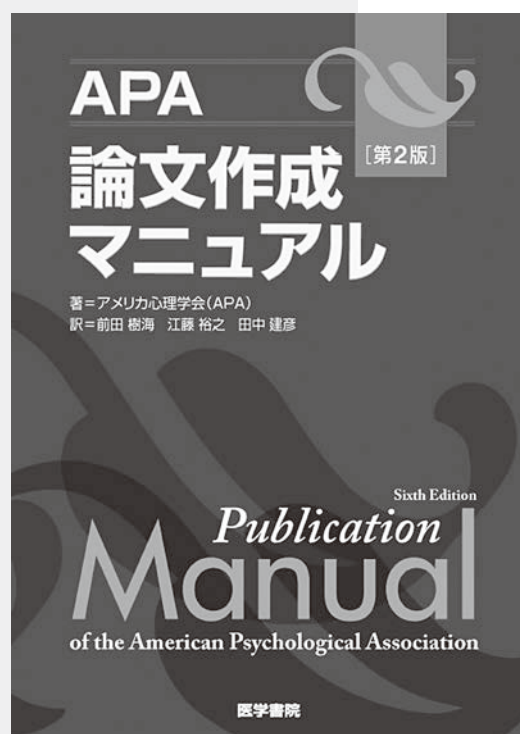
編集のプロセス／著者の責任

●B5 頁328 2011年

定価3,990円(本体3,800円+税5%)

[ISBN978-4-260-01220-1]

消費税率変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。



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）

投稿規程と原稿執筆要項が変わります!!

編集委員会では、昨年から一般社団法人日本看護研究学会の機関誌「日本看護研究学会雑誌」の投稿規程ならびに原稿執筆要項の見直しを課題に活動してきました。

ようやくAPA方式を採り入れた規程ならびに要項ができましたのでお知らせします。

移行期間を約１年間設けますので、現在査読中の論文を新規程・要項に改めていただく必要はありません。また、旧規程・要項で執筆中の論文も平成25年３月31日まではそのまま受付いたします。

移行期間：平成24年度内

完全移行：平成25年４月１日から

平成23年12月20日

一般社団法人日本看護研究学会

編集委員長 中 木 高 夫

理 事 長 山 口 桂 子

一般社団法人日本看護研究学会雑誌投稿規程

1. 投 稿 者

本誌投稿者は、著者および共著者のすべてが本学会員でなければならない。ただし、編集委員会により依頼したものは非会員であってもかまわない。

2. 著者資格および研究貢献者

1) 著者資格

「著者」(Author)とは、通常、投稿された研究において大きな知的貢献を果たした人物と考えられている。

著者資格 (Authorship) は以下の三点に基づいているべきであるとともに、そのすべてを満たしていなければならない。

- 研究の構想およびデザイン、データ収集、データ分析および解釈に、実質的に寄与した
- 論文の作成または重要な知的内容に関わる批判的校閲に関与した
- 出版原稿の最終承認を行った

資金の確保、データ収集、研究グループの総括的監督に携わっただけでは著者資格を得られない。

産学協同研究など、多施設から相当数の研究者が研究に関わっていた場合、投稿原稿についての直接の責任者が明らかになっていなければならない。この責任者は、上述の著者資格の基準を完全に満たしている必要があり、編集委員会は責任者に対して「投稿原稿執筆者および利益相反開示*」を要求することがある。

2) 研究貢献者

著者資格の基準を満たさない研究貢献者は、すべて「謝辞」の項に列挙する。研究貢献者には貢献内容を明示する。たとえば、「学術的助言者として貢献」「研究デザインの批判的校閲」「データ収集」「研究参加者の紹介ならびにケア」などのように貢献内容を付して記述するとわかりやすい。

3. 投稿の内容と種別

編集委員会が扱う投稿論文の内容は、「広く看護学の研究に携わる者を組織し、看護に関わる教育・研究活動を行い、看護学の進歩発展に寄与するとともに社会に貢献する」という日本看護研究学会の設立趣旨にかなった、看護に関する学術・技術・実践についての「論文」とする。趣旨に沿わない場合は原稿を受付ない場合がある。

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。

投稿論文は学術雑誌に未発表のものに限る。学術雑誌に未投稿の学位論文はそれ自体を論文とはみなさず、従って所属機関のリポジトリへの収載等は公表と見なさない。また、学術集会での発表も、学術雑誌への論文収載ではないので未発表と見なす。

編集委員会による査読過程を経て、採用が許諾された段階で、投稿者には未発表の内容であることを誓約する文書を要求する。

■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もの。

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」と比較すると論文としての完成度にはやや難があるが、早く発表する価値があるもの。

* 産学連携による研究には、学術的・倫理的責任を果たすことによって得られる成果の社会への還元(公的利益)だけではなく、産学連携に伴い研究者個人が取得する金銭・地位・利権など(私的利益)が発生する場合がある。これら2つの利益が研究者個人の中に生じる状態を「利益相反」と呼ぶ。産学連携を推進するには、利益相反状態が生じることを避けることはできないが、利益相反事項の開示を要求することによって、研究成果の信憑性の喪失、社会からの信頼性の喪失、研究参加者への危険性などの弊害を生じることなく、研究結果の発表やそれらの普及・啓発を中立性と公明性を維持した状態で適正に推進させ、研究の進歩に貢献するものである。

■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もの。エビデンスレベルは「根拠に基づく実践 Evidence-Based Practice」に準じて判断する。

■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。メタシンセシスやシステマティックレビューは、そのレベルにより原著もしくは研究報告に相当する。

■資料・その他

上記のいずれにも相当しないが、公表する価値がある。

4. 研究倫理

本誌に投稿する原稿の元になった研究は、本学会が定めた倫理綱領をはじめ、日本看護協会（2004）の「看護研究のための倫理指針」、厚生労働省（2008）の「臨床研究に関する倫理指針」、文部科学省・厚生労働省（2008）の「疫学研究に関する倫理指針」等にならなければならない。

人および動物が対象の研究は、投稿者所属の施設もしくは研究参加者が所在する施設の研究倫理審査委員会で承認されたものでなければならない。投稿者の周辺に適切な研究倫理審査委員会がない場合は、本学会で研究倫理審査を受けることができる。また、承認された倫理的配慮がその通りになされていることも必要条件であり、具体的に行われた倫理的行動と研究倫理審査承認番号を本文中に明記しなくてはならない。

それに加えて、以下の行為が疑われた場合、①理事会が聞き取り調査を行う、②実際に不正であると判断された場合はその旨を公告する、③公刊後に不正が明らかになった場合は当該論文を削除する公告を行う、④不正を行った投稿者に対しては理事会の議を経て、会員資格を剥奪する。なお、二重投稿の場合は該当する他学会の編集委員会に通知する。

■ミスコンダクト

研究上の「ミスコンダクト」とは、「研究上の不正行為」とほぼ同義で、捏造（Fabrication）、改竄（Falsification）、盗用（Plagiarism）（FFP）を中心とした、研究の遂行における非倫理的行為のことである。「不正行為」が不法性、違法性を強調するのに対して、「ミスコンダクト」はそれに加えて倫理性、道徳性を重視する（日本学術会議「科学におけるミスコンダクトの現状と対策 ― 科学者コミュニティの自律に向けて ―」より。内容を変えることなく文章を一部改変）。

■二重投稿

本誌に投稿した原稿と同じものを他学術雑誌へ同時期に投稿することを二重投稿と呼ぶ。ほぼ同じデータ群、結果、考察から構成されている場合は二重投稿とみなす。

■不合理な投稿の取り下げ

正当な理由なく原稿の投稿を取り下げることである。投稿論文を取り下げる場合は、取り下げざるをえない正当な理由を添えて、編集委員長宛に願ひ出なければならない。理由が正当でないと編集委員会が判断した場合、この取り下げの背後になんらかの問題行為が行われているものとみなす。

5. 原稿の送付

投稿原稿は、Microsoft社のWord、Excel、およびPowerPointを使用して作成し（ExcelまたはPowerPoint以外のソフトで作表した図表は、JPEGまたはPDF形式でのみ受領可能）、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（著者が特定できる部分〔謝辞も含む〕を削除した）オリジナル原稿のコピー3部、および電子媒体（フラッシュ・メモリー、CD-R（RW）、DVD-R（RW）、のいずれかで保存し、ラベル（面）には著者氏名、論文表題を明記する）を添えて下記に送付する。

なお、図表については以下の点に留意されたい。

Word …… Excelの表をWord上に貼付して画像化させている場合は、もとのExcelのデータも提出すること

JPEG …… 解像度が350dpi以上の低圧縮の状態で提出すること（可能であればTIFF形式が望ましい）

PDF …… パスワードはかけず、フォント埋め込みの状態で提出すること

〒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、書留郵便もしくはレターパックで郵送すること。

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。

6. 英文抄録のネイティブ・チェック

英文抄録については、英語を母国語とする人にチェックしてもらい、間違いがないことを証明する確認書を提出する。とくに様式は定めない。

7. 投稿前チェックリスト

投稿する前には、投稿論文チェックリスト（学会ホームページから入手可）で「投稿規定」および「原稿執筆要項」に合致していることを確認のうえ署名し、投稿論文とともに送付する。

8. 原稿の受付

原稿は随時受けつけているが、投稿規程および原稿執筆要項に沿わない原稿は受付できない。

9. 投稿論文の採否

投稿論文の採否は、本学会編集委員会による査読過程を経たうえで、編集委員会が最終決定を行う。場合により、投稿者に内容の修正・追加あるいは短縮を求めることがある。また、採用の条件として、論文種別の変更を投稿者に求めることがある。

査読の結果が「修正のうえ再査読」の場合、所定の期間内に修正された原稿については、改めて査読を行う。

「不採用」と通知された場合で、その「不採用」という結果に対して投稿者が明らかに不当と考える場合には、不当とする理由を明記して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。

10. ゲラ刷りの校正

採用が決定すると、ひとまず投稿原稿はテクニカル・エディター（編集技術者）の手にわたる。その際、本誌全体の統一をはかるために、著者に断りなく仮名遣いや文章を整え、語句を訂正することがある。

ゲラ刷り（校正用の試し刷り）の初回校正は著者が行う。なお、校正の際、著者による加筆は一切認めない。第2回目以降の校正は著者校正に基づいて編集委員会が行う。

11. 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。図表の目安は、通常の大きさの場合は仕上がりで1/2頁、大きな図表は1頁である。

10頁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頁につき所定の超過料金（実

費)とする。

図表は、製版原稿として使用可能な原図を添えること。印刷業者で新たに作成し直す必要が生じたときは、その実費を徴収する。

別刷については、基本的には提供しない。代わりに刷り上がりページのPDFファイルを無料で配布する。

紙媒体の別刷が必要な場合は、投稿者が直接印刷業者と交渉する。

12. 著作権

会員の権利保護のために、掲載された原稿の著作権は本会に属するものとする。他者の著作権に帰属する資料を引用するときは、著者がその許可申請手続きを行なう。

所属機関のリポジトリ等に収載する場合は、その都度理事長の許諾が必要である。

13. 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。
- 8) 平成22年5月23日 一部改正実施する。
- 9) 平成23年9月30日 一部改正実施する。

原稿執筆要項

一般社団法人日本看護研究学会編集委員会

原稿の内容は日本看護研究学会の設立趣旨「広く看護学の研究に携わる者を組織し、看護に関わる教育・研究活動を行い、看護学の進歩発展に寄与するとともに社会に貢献する」にかなったものとする。趣旨に沿わない場合は原稿を受付ない場合がある。

また、本学会の編集スタイルは、原則的に米国心理学会（American Psychological Association, APA）が発行している『Publication Manual of the American Psychological Association, 6th ed.』（2009）／『APA 論文作成マニュアル第2版』（2011, 医学書院）に準拠する。

1. 投稿の際の電子書式等について

- 1) 原稿は電子ファイルを納めたフラッシュ・メモリー、CD-R (RW)、DVD-R (RW) のいずれか、およびA4判白色用紙にプリントアウトしたハードコピーの両方を投稿する（ハードコピーの部数は「投稿規程」に示してある）。
- 2) 本文はMicrosoft社のWordを使用し、図はWord・Excel・Power Pointのいずれか、表はWord・Excelのいずれかで作成する。ExcelまたはPowerPoint以外のソフトで作表した図表は、JPEGまたはPDF形式で保存する。

なお、図表については以下の点に留意されたい。

Word …… Excelの表をWord上に貼付して画像化させている場合は、もとのExcelのデータも提出すること

JPEG …… 解像度が350dpi以上の低圧縮の状態で提出すること（可能であればTIFF形式が望ましい）

PDF …… パスワードはかけず、フォント埋め込みの状態で提出すること

- 3) 本文の文字の大きさはMS明朝体の10.5ポイントを使用し、書式は左右余白30mm、上下余白50mm、文字数は40字×20行となるように設定する（「文書のレイアウト」で40字×20行と設定すると、10.5ポイントの場合、1行の数が40字以上になる。35字×20行という設定で指定の文字数となることが多いので、実際に1ページあたりの字数と行数を確認すること）。
- 4) 本文には必ずページ数を中央下に挿入する。
- 5) 1ページ目の最上段に論文タイトルを記載し、1行空けて本文を開始する。著者名および所属など投稿者を特定できる情報を書いてはいけない。

2. 文体ならびに句読点について

- 1) 文章は簡潔でわかりやすく記述する。看護学は理系・文系にまたがるところがあるが、文体は「である調」を基本とする。
- 2) 論文は横書き2段組で印刷するため、読点は縦書きの際に通常使用する「、」ではなく「,（全角コンマ）」とし、句点は読点との区別を明瞭にするために「。（全角句点）」とする。
- 3) 漢字の使用については、原則的に「常用漢字表」に則るものとする。なお、専門用語に類するものについてはその限りではない。ただし、接続詞や副詞の多くと名詞や動詞、助動詞などの一部には「ひらがな書き」が定着していることに配慮する。

[例] 「さらに…」 「ただし…」 「および…」 「または…」 「すぐに…」 「ときどき…」 「…すること」 「…したとき」 「…ている」

- 4) 本文や図表中（文献は除く）で用いられる数字（「二者択一」や「一朝一夕」のような数量を表す意味で用いられているのではないものを除く）および欧文については、原則として半角文字を使用する。ただし、1桁の数字および1文字のみの欧文（例：A施設、B氏、方法X、など）の場合は全角文字とする。また、量記号（サンプル数の n や確率の p などの数値すなわち量を表す記号）に対しては、欧文書体のイタリック体（斜体）を使用する。
- 5) 整数部分が0で理論的に1を超えることのない数値は、例えば「.28」のように小数点以下だけを表現し、縦に揃える場合は小数点の位置で揃える。

3. 見出しについて

論文の構成をわかりやすく提示するために見出しを効果的につける。

- 1) 見出しは「MSゴシック」体を用い、外国語・数字には**Times New Roman Bold**を用いる。
- 2) 見出しのレベルは第1レベルから第7レベルまでとする。
- 3) 第1レベルは論文タイトルで、見出しに数字やアルファベットを付けない。論文タイトルは印刷時には中央揃えになる。
- 4) 本文の見出しは、以下に示す第2レベルから第7レベルまでの6つのレベルから構成する。見出しに付ける数字・記号、およびピリオドは全角を使用する。
第2レベル：Ⅰ．Ⅱ．Ⅲ．……………：中央揃え
第3レベル：A．B．C．……………：左端揃え
第4レベル：1．2．3．……………：左端揃え
第5レベル：a．b．c．……………：見出しのみ、本文左端より1字下げる
第6レベル：(1)(2)(3)……………：上位の見出しより1字下げる
第7レベル：(a)(b)(c)……………：上位の見出しより1字下げる
- 5) 「はじめに」や「序論、序説または緒言」および「おわりに」や「結語」、「謝辞」を使用する場合は第2レベルではあるが、本文中では見出し数字・記号は使用せず、単に中央揃えとする。
- 6) 論文の中で使用する見出しのレベルが3レベルまでの場合は数字記号、すなわち第2レベルと第4レベルと第6レベルを使用する。
- 7) 4レベル以上になる場合は上位から順に使用する。
- 8) あるレベルに下位レベルをつくる場合、下位レベルの項目は必ず2つ以上の項目をつくる。項目が1つしかない場合には、下位レベルの項目とはしない。

4. 表について

- 1) 効果的な表のレイアウトを下に示す。

表X. 若年者と高齢者の課題達成の割合

課題の困難さ	若年者			高齢者		
	数	平均(標準偏差)	信頼区間	数	平均(標準偏差)	信頼区間
軽度	12	.05(.08)	[.02, .11]	18	.14(.15)	[.08, .22]
中等度	15	.05(.07)	[.02, .10]	12	.17(.15)	[.08, .28]
高度	16	.11(.10)	[.07, .17]	14	.28(.21)	[.15, .39]

- 2) 表はひとつずつA4判用紙に配置し、最上段左端に、出現順に「表1.」のように通し番号を振り、そのあとにタイトル名を簡潔に示す。
- 3) 表は、それ自体が結果のすべてを語る力をもっている。本文中での表の説明は要点を示すのにとどめなければならない。すべての内容について論じるのなら、その表は不要である。
- 4) 表の罫線は必要な横罫線だけにとどめ、縦罫線は使用しない。縦罫線のかわりに十分な空白を置く。
- 5) 整数部分が0で理論的に1を超えることのない数値は、例えば「.28」のように小数点以下だけを表現し、縦に揃える場合は小数点の位置で揃える。

5. 図について

- 1) 図はひとつずつA4判用紙に配置し、最下段左端に、出現順に「図1.」のように通し番号を振り、そのあとにタイトル名を簡潔に示す。
- 2) 図表は、原稿本文とは別にまとめて巻末に添える。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。

6. 引用について

論文の中で、自己の主張に関連づけて他の著作者の文章や図表の一部を使用する場合は、出所を明示すれば著作権保有者の許諾を得ることなく「引用」することができる。根拠となる法律は以下のとおり（漢字、仮名遣いを一部変更）。

著作権法

第三十二条 公表された著作物は、引用して利用することができる。この場合において、その引用は、公正な慣行に合致するものであり、かつ、報道、批評、研究、その他の引用の目的上、正当な範囲内*で行なわれるものでなければならない。

2 国もしくは地方公共団体の機関、独立行政法人または地方独立行政法人が一般に周知させることを目的として作成し、その著作の名義の下に公表する広報資料、調査統計資料、報告書、その他これらに類する著作物は、説明の材料として新聞紙、雑誌、その他の刊行物に転載することができる。ただし、これを禁止する旨の表示がある場合は、この限りでない。

図や写真は著作者が独創性を持って作成した著作物として保護される。したがって、上記のような「引用」の範囲を越える場合、著作権者の許諾がなければ勝手に「転載」することはできない。ただし、誰が作成しても同じになると考えられる図表は、創意や工夫が反映されていないので自分で作成しても同じ物となる。したがって許諾がなくても転載利用としない。

7. 引用形式について

本学会は米国心理学会（American Psychological Association, APA）発行の『Publication Manual of the American Psychological Association』に準拠するが、原著が英語文献のためのマニュアルであるところから、一部学会独自の工夫を行っている。

■本文中の引用

1) 本文中の引用箇所には「(著者の姓, 西暦文献発行年)」を付けて表示する。

— 例 —

- a. 山口 (2011) によると「……は……である」。
- b. 「……は……である」と山口は述べている (2011)。
- c. 山口は, ……は……である, と主張している (2011)。

2) 2名の著者による単独の文献の場合、その文献が本文に出現するたびに常に両方の著者名を表記する。

— 例 —

- a. 山口と黒田 (2011) によると「……は……である」。
- b. 「……は……である」と山口と黒田は述べている (2011)。
- c. 山口と黒田は, ……は……である, と主張している (2011)。

3) 著者が3, 4, 5名の場合、文献が初出の時点ですべての著者名を表記する。それ以降の引用では、最初の著者の後ろに「他」(欧文の場合はet al.)を付ける。例外として、最初の著者1名では論文の区別がつかない場合、区別がつくまで著者名を列記する。

— 例 —

- a. ……であることが明らかにされている (山口・福岡・佐賀・熊本・宮崎他, 2011)。
- c. ……であることが明らかにされている (Mason, Lee, Draper, Roper, Smith, et al., 2011)。

4) 複数文献を引用した場合には、(黒田, 2011; 山口・長崎, 2010) というように筆頭著者のアルファベット順に表示する。

5) 同一著者による、同じ年に発行された異なる文献を引用した場合は、発行年にアルファベットを付し、これらの文献を区別する。

— 例 —

山口 (2009a) によると…である。また、別の研究では…であることが明らかにされている (山口, 2009b)。

* 引用に際しての「正当な範囲内」とは、①主従関係：引用する側とされる側は、質的量的に主従の関係が明確である、②明瞭区分性：本分と引用文は明確に区分されている、③必然性：それを引用するのか必然性が存在している、④引用された著作物の出典が明示されている、など条件をクリアしていることである。

6) 同一文献の異なるページを引用した場合には、発行年の後ろにページ数を書き添えて引用箇所を明確にする。

— 例 —

山口 (2010) によると…である (p.10)。さらに、…であることも明らかにされている (山口, 2010, p.14)。

7) 翻訳本を引用した場合には、原出版年／翻訳本出版年を表示する。

— 例 —

Walker & Avant (2005/2008) によると……

■本文末の文献リスト

本文の最後には、【文 献】として、引用した文献の書誌情報を、著者名のアルファベット順の一覧表として表示する。

1) 和文名と欧文名は同一基準で取り扱い、和文名をヘボン式ローマ字で記載したものとの比較で順序を定める。文献著者名は原著にあがっている全員をあげる。

2) 稿末文献リストは、和文原稿の場合にはローマ字および数字は半角文字を使用し、半角文字に挟まれる「-」や「()」「」は半角記号とする。「,」「.」は全角とする。欧文原稿の場合はすべて半角文字を使用し、雑誌名および書籍名をイタリックで表示する (注意: 和文の場合は斜字体にしない)。

3) 雑誌名は原則として省略しない。誌面の都合等で省略しなければならない場合は、邦文誌では医学中央雑誌、欧文誌では、INDEX MEDICUSおよびINTERNATIONAL NURSING INDEXの雑誌略名に従う。

① 雑誌の場合:

必要な書誌情報とその順序: 著者名 (西暦発行年). 表題, 雑誌名, 巻(号), 開始ページ-終了ページ.

※ただし、「巻」の通しページの場合は「(号)」の表示は必要ない (以下の例2))。

— 例 —

日本太郎, 看護花子, 研究二郎 (1998). 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.

Nihon, T., Kango, H., Kenkyu, J. (2000). Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service, *Journal of Nursing*, 5, 132-138.

② 書籍の場合:

必要な書誌情報とその順序: 著者名 (西暦発行年). 書籍名, 引用箇所の開始ページ-終了ページ, 出版社名, 出版地.

— 例 —

研究太郎 (1995). 看護基礎科学入門, 23-52, 研究学会出版, 大阪.

Kenkyu, T. (2000). *Introduction to Nursing Basic Sciences*, 23-52, Research Press, Osaka.

③ 翻訳書の場合:

必要な書誌情報とその順序: 原著者名 (原著発行年)／訳者名 (翻訳書発行年). 翻訳書名 (版数). 引用箇所の開始ページ-終了ページ数, 発行地: 出版社名.

— 例 —

Walker, L.O., & Avant, K.C. (2005)／中木高夫・川崎修一訳 (2008). 看護における理論構築の方法. 77-79, 東京: 医学書院.

④ 分担執筆の文献で著者と書籍に编者 (監修者) が存在する場合:

必要な書誌情報とその順序: 著者名 (西暦発行年). 表題, 編集者名 (編): 書籍名, 引用箇所の開始ページ-終了ページ, 出版社名, 出版地.

— 例 —

研究花子 (1998). 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.

Kenkyu, H. (2008). A nursing approach to disturbed sleep pattern, In: *Clinical Nursing II*, 123-146, Kenkyu Press, Tokyo.

⑤ 電子文献の場合:

必要な書誌情報とその順序: 著者 (入手年月日). タイトル, URL.

— 例 —

ABC看護学会 (2003-01-23). ABC看護学会投稿マニュアル.

<http://www.abc.org/journal/manual.html>

8. 投稿原稿表紙への記入について

- 1) 学会誌の最終頁, および学会ホームページの「論文投稿」のところに「投稿原稿表紙」があるので, 必要事項を記入のうえ, 投稿しようとする原稿の表紙とする。
- 2) 原稿の種類は「投稿規定」の中の表に示された特徴から, 自己判断して適切なものを選択する。査読者および編集委員会の審議の結果, 希望する種別では不採用となったり, 採用可能な別の種別を勧告する場合がある。
- 3) 和・英の論文タイトル, およびキーワード (5語以内, 医中誌WebおよびCINAHLのシソーラスであることを確認すること), 本文枚数, 図枚数 (用紙1枚につき1つ), 表枚数 (用紙1枚につき1つ), 写真点数 (用紙1枚につき1点で, 図としてタイトルをつける), 著者氏名 (著者全員の会員番号, 氏名〔日本語, その下にローマ字〕, 所属・部署〔日本語, その下に英文〕, 連絡先住所 (連絡者氏名, 住所, 電話番号, ファクシミリ番号, E-mailアドレス), 別刷部数 (別刷はなく, 紙面のPDFファイルを無料で投稿者に配布することを原則とする。必要な場合は印刷業者に依頼することができるが, その場合は全額実費負担となる), 和文抄録文字数, 英文抄録使用語数を明記する。

9. 抄録について

- 1) 英文抄録, 和文抄録はそれぞれ別の用紙に印刷する (ページ数をうつ必要はない)。
- 2) 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ポイントを用いて, シングルスペースで印字する (原著論文, 研究報告のみ)。英語抄録に間違いがないことを証明するネイティブ・チェック (英語を母国語とする人によるチェック) の確認書を必要とする。
- 3) 和文抄録は400字以内とする。

10. 原稿用紙および原稿の長さ

800字詰用紙3枚が刷り上がり1ページに相当する (2,400字)。原稿種別の刷り上がりページ数の最大目安は以下のとおり, いずれも10ページ以内とする。このなかには, タイトル, 発表者氏名・所属, 図表, 引用文献リスト等の一切を含む。図表の目安は, 通常の大きさの場合は仕上がりで1/2頁, 大きな図表は1頁である。

投稿規定に「原稿が刷り上がりで10頁以下の場合は, 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」と定められている。

- | | |
|------------|-------|
| 1. 原著論文 | 10ページ |
| 2. 研究報告 | 10ページ |
| 3. 技術・実践報告 | 10ページ |
| 4. 総説 | 10ページ |
| 5. 資料・その他 | 10ページ |

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。
- 9) 平成23年9月30日 一部改正実施する。

一般社団法人日本看護研究学会《投稿論文チェックリスト》

投稿する前には、このリストに沿って原稿を点検し、本学会の『雑誌投稿規定』および『原稿執筆要項』に準じていることを確認・保証したうえで、原稿に添付して提出して下さい。下記の項目が充足されていない場合は、投稿を受領しないことがあります。

- ☐ 1. 著者は全員が本学会員である。
- ☐ 2. 原稿の内容は未発表、あるいは他の出版物に投稿されていない。
- ☐ 3. 原稿枚数は本文、文献、図表を含めて『投稿規程』の制限範囲内である。
- ☐ 4. 原稿には『表紙』をつけ、以下の内容が記入してある。
 - ☐ 原稿種別
 - ☐ 和文題目
 - ☐ 英文題目
 - ☐ 5語以内のキーワード（日本語／英語）
 - ☐ 本文、図表等の枚数
 - ☐ 別刷希望部数
 - ☐ 和文抄録文字数および英文抄録使用語数
 - ☐ 著者全員の会員番号、氏名、所属
 - ☐ 著者連絡先（氏名、住所、電話、Fax、メールアドレス）
- ☐ 5. 倫理的配慮を要する研究では、その内容が記載されている。
- ☐ 6. 原稿はA4判縦位置横書きで、1行40字、1ページ20行に設定している。
- ☐ 7. 本文原稿内、もしくは右欄外に図、表、写真の挿入希望位置を示している。
- ☐ 8. 本文中の文献の引用では、該当箇所につづけて（ ）内に「著者の姓、西暦文献発行年」を記述している。
- ☐ 9. その他、文献の表記および引用の形式は『原稿執筆要項』に準じている。
- ☐ 10. 文献に関する情報は原典と相違ない。
- ☐ 11. 文献リストは、本文の最後に一括して著者名のアルファベット順に記載している。
- ☐ 12. わかりやすく簡潔で、読み手に確実に内容が伝わる文章で記述されている。
- ☐ 13. 主語が明確であり、複数とおりに解釈できる文章はない。
- ☐ 14. 誤字、人名のスペルミス、文献記載の不備等の誤りはない。
- ☐ 15. 句読点は「，」および「。」で統一されている。
- ☐ 16. 和文抄録は400字以内、英文抄録は200ワード以内としてつけている。
- ☐ 17. 抄録には、原則として目的・方法・結果・結論の項目をつけ、それぞれにつき簡潔に記述している。
- ☐ 18. 英文抄録と和文抄録の内容は符合している。
- ☐ 19. 英文抄録はネイティブ・チェックを受けている。
チェック者・機関名
- ☐ 20. 『表紙』を除き、原稿には投稿者を特定できるような事項を取り外してある。

以上

会 告（2）

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程に基づいて、平成24年度奨学会研究の募集を行います。応募される方は、規程および次頁募集要項に従って申請して下さい。（第2回公告）

平成23年12月20日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 山 口 桂 子

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程

第1条（名 称）

本会を一般社団法人日本看護研究学会奨学会（以下、奨学会）とする。

第2条（目 的）

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

第3条（資 金）

本会の資金として、前条の目的で本会に贈与された資金を奨学金に当てる。

会計年度は、4月1日より翌年3月31日迄とする。

第4条（対 象）

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

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

3) 単独研究、もしくは共同研究の責任者であること。

4) 推薦の手続きや様式は別に定める。

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

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

第5条（義 務）

この奨学金を受けた者は、対象研究課題の1年間の業績成果を2年以内に、日本看護研究学会学術集会において口頭発表し、その学術集会号に奨学会報告を掲載する義務を負うものとする。

2) 奨学会研究の成果を原著レベルの論文として誌上発表する義務を負うものとする。

第6条（授与者の報告）

日本看護研究学会理事長が授与者を会員総会で報告する。

第7条（罰 則）

奨学金を受けた者が義務を怠り、また日本看護研究学会会員として、その名誉を甚だしく毀損する行為のあった場合は、授与された奨学金の全額を返還しなければならない。

第8条

奨学金を授与する者の募集規程は、委員会において別に定め、会員に公告する。

附 則

この規程は、平成22年3月26日より実施する。

この規程は、平成23年8月6日に一部改正し、実施する。

一般社団法人日本看護研究学会奨学会 平成24年度奨学研究募集要項

1. 応募方法

- 1) 当奨学会所定の申請用紙に必要事項を記入の上、鮮明なコピー 6 部と共に一括して委員長宛（後記）に書留郵便で送付のこと。
- 2) 申請用紙は学会ホームページからダウンロードして使用する。または、申請用紙は返信用切手80円を添えて委員長宛に請求すれば郵送する。
- 3) 機関に所属する応募者は所属する機関の長の承認を得て、申請者の当該欄に記入して提出すること。

2. 応募資格

- 1) 日本看護研究学会会員として3年以上の会員歴がある者。研究活動を継続している者。
- 2) 日本看護研究学会学術集会において少なくとも1回以上の発表をしている者。
- 3) 単独研究もしくは共同研究者の責任者であること。

3. 応募期間

平成23年11月1日から平成24年1月20日の間に必着のこと。

4. 選考方法

日本看護研究学会奨学会委員長（以下奨学会委員会と略す）は、応募締切後、規程に基づいて速やかに審査を行い当該者を選考し、その結果を理事長に報告、会員に公告する。

5. 奨学会委員会

奨学会委員会は次の委員により構成される。

委員長	深井喜代子	理事	（岡山大学大学院保健学研究科）
委員	紙屋克子	理事	（静岡県立大学大学院看護学研究科）
	新道幸恵	理事	（日本赤十字広島看護大学）
	松岡緑	理事	（学校法人福岡女学院看護大学）
	良村貞子	理事	（北海道大学大学院保健科学研究院）

6. 奨学金の交付

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

7. 応募書類は返却しない。

8. 奨学会委員会の事務は、下記で取り扱う。

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

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

会 告 (3)

平成23年12月20日

第38回一般社団法人
日本看護研究学会学術集会
会長 宇 座 美代子

記

第38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 文化に根ざす看護研究の道 ― 沖縄から発信 ―

会 場：沖縄コンベンションセンター

〒901-2224 沖縄県宜野湾市真志喜 4 - 3 - 1

URL：http://www.oki-conven.jp/access.html

期 日：平成24年 7 月 7 日（土）， 8 日（日）

会長講演：「沖縄の文化に根ざした看護研究 ― ユイマールからヌジファまで ―」

宇座 美代子（琉球大学医学部保健学科 教授）

座長：黒田 裕子（北里大学大学院 教授）

教育講演：Ⅰ．「臨床看護研究のスターティングポイントと研究デザインの決定

― エビデンスとなるような研究を行っていくために ―」

操 華子（国際医療福祉大学大学院 教授）

座長：大池 美也子（九州大学大学院医学研究院 教授）

教育講演：Ⅱ．「シミュレーション教育の実践」

Deborah D. Naved PhD, CPNP, CNE

(Massachusetts General Hospital of Institute of Health Profession)

座長：砂川 洋子（琉球大学医学部保健学科 教授）

特別講演：Ⅰ．「琉球舞踊と看護の技能」

大城 ナミ（親泊本流親扇照志野の会「親泊ナミ琉舞研究所」）

座長：嘉手苺 英子（沖縄県立看護大学 教授）

特別講演：Ⅱ．「コミュニティと音楽」

中村 透（琉球大学教育学部 教授）

座長：金城 祥教（名桜大学人間健康学部 教授）

シンポジウム：Ⅰ．沖縄の文化が織りなす看護と看護研究

當山 富士子（沖縄県立看護大学 教授）

仲村 美津枝（名桜大学人間健康学部看護学科 教授）

古謝 安子（琉球大学医学部保健学科 講師）

照屋 恵子（沖縄県中部福祉保健所 副参事兼地域保健班長）

座長：泉 キヨ子（帝京科学大学医療科学部看護学科 教授）

小笹 美子（琉球大学医学部保健学科 講師）

シンポジウム：Ⅱ．日本文化におけるドメスティック・バイオレンス

友田 尋子（甲南女子大学看護リハビリテーション学部 教授）

長江 美代子（日本赤十字豊田看護大学 教授）

名嘉 知恵理（更生保護法人がじゅまる沖縄DV加害者更生相談室 嘱託研究員）

座長：山口 桂子（愛知県立大学看護学部 教授）

國吉 緑（琉球大学医学部保健学科 教授）

特別交流集会：Ⅰ．国際活動推進委員会企画「日本の看護を伝える方策 — 実践者・研究者の立場から」

小川 正子（聖マリア学院大学 国際看護学 講師）

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」

調整中

交流集会：Ⅰ．「シミュレーション教育を支えるエビデンスの構築

— シミュレーション教育の実践をいかに研究のまな板にのせるか？ —」

世話人：阿部 幸恵（琉球大学医学部附属病院 地域医療教育開発講座 准教授）

Deborah D. Naved PhD, CPNP, CNE

(Massachusetts General Hospital of Institute of Health Profession)

交流集会：Ⅱ．「新人看護師育成 — 教育・臨床における Empowerment —」

世話人：砂川 洋子（琉球大学医学部保健学科 教授）

照屋 典子（琉球大学医学部保健学科 助教）

看護研究倫理に関するよろず相談：研究倫理委員会企画

【参加費】

- | | |
|---------------------------|---------|
| ① 事前参加登録（5月25日（金）まで）（会員） | 10,000円 |
| ② 事前参加登録（5月25日（金）まで）（非会員） | 11,000円 |
| ③ 当日（会員） | 11,000円 |
| ④ 当日（非会員）（抄録集代を含む） | 12,000円 |
| ⑤ 学生（当日のみ）（一律） | 3,000円 |

★大学院生及び看護師資格を有する研修学校生などは学生に含まれません。

★会員の方全員に抄録集が郵送されます。

★事務処理上、事前参加申し込みは、平成24年5月25日（金）で締め切らせていただきます。上記期日までに申し込みを済ませ、入金確認ができた方には参加証を別郵にて郵送します。

〈事前参加登録方法〉

第38回一般社団法人日本看護研究学会学術集会ホームページ（<http://www.okinawa-congre.co.jp/jsnr38/>）よりご登録ください。ご登録の際は、画面に表示されます参加登録番号をお忘れにならないよう、ご登録画面を印刷するか、メモに書き記してお控えください。

参加費の支払い方法は、「郵便局払い込み」、「ネット決済」、「コンビニ決済」のいずれかになります。ご登録時に画面の指示に従って参加費のお支払い方法をお選びください。

【第38回一般社団法人日本看護研究学会学術集会運営事務局】

〒900-0015 沖縄県那覇市久茂地3-1-1 日本生命那覇ビル6F

TEL：098-869-4220／FAX：098-869-4252

E-mail：jsnr38@okicongre.jp

〈学会前日：プレカンファレンスセミナー〉

「日本最大級のおきなわクリニカルシミュレーションセンターツアー」

会 場：おきなわクリニカルシミュレーションセンター

募集人数：30名／1回のツアー人数（定員になり次第，締切りとなります）

参 加 費：5,000円

日 程：7月6日（金）（全5回）

時 間：第1回 10：00～11：00

第2回 11：15～12：15

第3回 13：15～14：15

第4回 14：30～15：30

第5回 15：45～16：45

講 師：阿部 幸恵（琉球大学医学部附属病院 地域医療教育開発講座 准教授）

【お申込み方法】

本セミナーのお申込みは，本学術集会の事前参加登録と同時にホームページ上にて行えます。

★事前参加申込締切は，平成24年5月25日（金）です。ご登録は定員となり次第，締め切らせていただきます。お早めのお申込みをよろしくお願いいたします。

【プレカンファレンスセミナー参加費のお支払い方法】

ホームページ上よりプレカンファレンスセミナーへのご参加をお申込みいただく際に，画面の指示に従って参加費のお支払い方法をお選びください。参加費のお支払い方法は，学術集会の事前参加登録同様「郵便局払い込み」，「ネット決済」，「コンビニ決済」のいずれかとなります。

第38回一般社団法人日本看護研究学会学術集会一般演題及び交流集会の募集

第38回一般社団法人日本看護研究学会学術集会一般演題を下記の要領で募集いたします。開催地は沖縄県宜野湾市で、開催日は平成24年7月7日（土）、8日（日）です。

発表形式は口演または示説です。多数の皆様のご応募をお待ちいたしております。

平成23年12月20日

第38回一般社団法人日本看護研究学会学術集会

会長 宇 座 美代子

【演題募集要項】

演題募集期間 平成23年12月15日（木）正午～平成24年2月8日（水）正午まで
--

■演題募集の受付

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

■演題登録資格

- 筆頭発表者、共同研究者も含め、すべて本学会会員であることが必要です。
- 発表者の方は、発表者自身を含め共同研究者全員の会員番号及び平成24年度の会費納入をご確認ください。未入会の方は、演題申し込みまでにあらかじめ、入会手続き（入会金の納入）と発表年度（平成24年度）年会費の納入を済ませて下さい。なお、会員であっても、学会発表時までに平成24年度会費未入金の方がおられますと発表できません。

【入会申し込み方法】

- 会員番号の問い合わせ及び入会申し込み等に関しましては、日本看護研究学会事務局にお願いします。（TEL：043-221-2331／FAX：043-221-2332）

■演題登録方法

- 第38回一般社団法人日本看護研究学会学術集会ホームページ（<http://www.okinawa-congre.co.jp/jsnr38/>）よりリンクしていますUMIN（大学病院医療情報ネットワーク）オンライン演題登録システムからご登録ください。
- 筆頭発表者の他に共同研究者は10名まで掲載できます。共同研究者の所属機関は最大5機関までとします。

■発表形式

- 演題は発表当日の時点で未発表のものに限ります。他学会への二重発表は認められません。
- 筆頭発表者としての申し込みはお一人様1演題に限ります。
- 発表形式は口演、示説のいずれかを選択して下さい。なお、発表形式の決定は学術集会事務局に一任願います。ご希望に添えない可能性もありますことをあらかじめご了承ください。
- 口演：発表時間は1演題10分（発表7分、質疑3分）を予定しております。
会場に準備するPCのOSは、Windows 7、アプリケーションソフトは、「Windows版PowerPoint 2003, 2007, 2010」となります。USBフラッシュメモリーを持参し、PCセンターでご確認の上、発表会場ではご自身で操作して発表していただきます。
動画は使用できません。
- 示説：発表時間は1演題8分（発表5分、質疑3分）を予定しております。発表者は準備したポスターを所定の位置に時間厳守で掲示してください。
ポスターサイズは、縦200cm×横90cmです。演題番号は運営事務局が準備しますので空けておいてください。

■使用ブラウザ

- UMIN オンライン演題登録システムでは、Internet Explorer, Netscape, Safari [ver.2.0.3 (417.9.2) 以降], Firefox以外のブラウザでは演題登録できません。演題登録には、Internet Explorer, Netscape, Safari [ver.2.0.3 (417.9.2) 以降], Firefoxにてお願いします。

■文字数制限

- 抄録本文は、あらかじめご自身のワードプロセッサで作成ください。
- 演題名は全角48文字以内とします。著者名等を含む抄録本文の文字数は、全角1,200文字以内（図表なし）、もしくは全角840文字以内（図表あり）とします。

■登録可能な所属機関、共著者の数

- 筆頭著者の他に登録可能な共著者は10名です。登録画面では、まず「共著者6」までの登録ができます。共著者を増やす場合は、「共著者を増やす」をクリックしてください。
- 登録可能な所属機関は5施設です。
- 会員番号の入力を求められますので、あらかじめ各共著者の会員番号（X-XXX）をご準備下さい。会員申請中は「99」をご入力ください。

■演題区分

●申し込み演題の区分を以下から選択してください。(第2希望まで)

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

■図表の挿入

- 図、表、図版、写真は1つのみ掲載できます。図表がある場合は本文の文字数は840字になります。
- 図表のフォーマットは、JPEGまたはGIFに限ります。ExcelやWordで作成した図表は、登録前に指定のフォーマットにご変換ください。図表のサイズは10MBまでとなります。
- 抄録集に載る図表は、最大でA7横(7.4cm×10.5cm)となります。大きさを考慮の上、読めるようご作成ください。
- 図表の登録は、抄録本文などを入力後のアップロード画面でご登録ください。抄録本文には図表を入れないようご注意ください。
- 演題登録に関するお問い合わせは、運営事務局にお問い合わせ下さい。

■パスワードと登録番号

- 演題登録完了の際に発行される登録番号と任意入力頂いたパスワードを必ず控えてください。セキュリティの関係からパスワードのお問い合わせには応じられません。紛失しないようご注意ください。
- オンラインの演題登録をした後は、確実に登録されているか、確認修正画面にて登録番号とパスワードを用いてご確認ください。

■登録内容の確認・修正

- 登録期間内であれば登録した内容(抄録本文を含む)の修正や削除が何度でも可能です。学術集会ホームページの演題登録画面から変更・確認・削除を行って下さい。
- 演題登録の受付通知は、E-mailにてお送りいたします。受付通知がない場合、ご登録されていない可能性がございます。ご登録後、1日を過ぎても連絡がない場合には、運営事務局にお問い合わせください。

■採否の通知

- ご応募いただいた演題については査読の上、採否を決定いたします。
- 査読の結果、原稿の修正をお願いする場合があります。最終的な採否の結果は、学術集会事務局に一任願います。ご希望に添えない場合がありますことをあらかじめご了承ください。
- 最終的な採否の結果、一般演題プログラム番号、発表時間等は学術集会ホームページ上に掲載します。

■個人情報について

ご登録いただいた個人情報は、第38回一般社団法人日本看護研究学会学術集会の準備・運営目的以外には使用いたしません。また、ご入力いただいた個人情報は、必要なセキュリティー対策を講じ、厳重に管理いたします。

■演題登録のお問い合わせ

第38回一般社団法人日本看護研究学会学術集会 運営事務局

株式会社 沖縄コングレ内

〒900-0015 沖縄県那覇市久茂地 3 - 1 - 1 日本生命那覇ビル 6 F

TEL : 098 - 869 - 4220 FAX : 098 - 869 - 4252 E-mail : jsnr38@okicongre.jp

【交流集会募集要項】

募集期間 平成23年12月15日（木）正午～平成24年 2月 8日（水）正午まで
--

■応募資格

- 本学会会員であること

■演題申し込み方法

- 交流集会の主題、発表者全員の氏名（所属、会員番号）、1,200文字以内の抄録のすべてを Windows 版 Word 2003、2007版で作成した文書 A4版 1 枚に納めて、下記宛てにメールで送付してください。

なおファイル名は「JSNR38交流集会応募：代表者氏名」としてください。

〈交流集会申し込み先〉 jsnr38@okicongre.jp

■実施方式

- 交流集会は、代表者を中心に、それぞれのテーマで自由な形式で発表及びフロア参加者とのディスカッションを行っていただきます。

決定した交流集会の代表者には、担当者より会場・方法等の詳細をお知らせいたします。

■採否の結果

- 申し込み受付後、採否結果、日時等の連絡は、すべて代表者の E-mail 宛てに送付いたします。
- E-mail アドレスが変更になった場合は、運営事務局 E-mail アドレス（jsnr38@okicongre.jp）宛または、FAX（098-869-4252）までご連絡ください。

■お問い合わせ

第38回一般社団法人日本看護研究学会学術集会 運営事務局

株式会社 沖縄コングレ内

〒900-0015 沖縄県那覇市久茂地 3 - 1 - 1 日本生命那覇ビル 6 F

TEL : 098 - 869 - 4220 FAX : 098 - 869 - 4252 E-mail : jsnr38@okicongre.jp

目 次

ー原 著ー

『学習ニードアセスメントツール ― 助産師用 ―』の開発 ― 助産師のキャリア発達に向けた看護継続教育の提供 ―	1
千葉大学大学院看護学研究科	中 山 登志子
千葉大学大学院看護学研究科	舟 島 なをみ

ー研究報告ー

嗜好品へのニーズを制限される患者が我慢を繰り返すプロセス	11
香川大学医学部看護学科	金 正 貴 美
香川大学医学部看護学科	當 目 雅 代
香川大学医学部看護学科	野 口 英 子
香川大学医学部附属病院看護部	竹 内 千 夏
乳房の異常を自覚し手術に臨む乳がん患者のがんの認知プロセス	21
群馬パース大学保健科学部	萩 原 英 子
群馬大学大学院医学系研究科	二 渡 玉 江
統合失調症患者の禁煙認識と禁煙阻害因子 ― 禁煙支援のための課題を考える ―	31
前・国立看護大学校看護学部	新 田 真由美
弘前医療福祉大学保健学部看護学科	板 山 稔
国立看護大学校看護学部	天 谷 真奈美
認知症高齢者の家族介護者の介護評価と対処方法	41
山梨大学大学院医学工学総合研究部	菅 沼 真由美
了徳寺大学健康科学部看護学科	佐 藤 みつ子
緩和ケア病棟における動物介在活動に参加したがん患者の体験	51
日本保健医療大学保健医療学部看護学科	熊 坂 隆 行
徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部	片 岡 三 佳
筑波大学大学院人間総合科学研究科	升 秀 夫
2 型糖尿病患者のインスリン療法に対する心理的行動的反応の変遷	59
宝塚大学看護学部	中 馬 成 子
兵庫医療大学看護学部	土 居 洋 子
安全な浣腸カテーテル挿入の長さ ― 成人下部消化管造影画像を用いての検討 ―	71
愛知医科大学看護学部	春 田 佳 代
愛知医科大学看護学部	山 幡 朗 子
愛知医科大学看護学部	篠 田 かおる
愛知医科大学看護学部	伊 藤 眞由美
愛知医科大学医学部	春日井 邦 夫
愛知医科大学看護学部	鈴 村 初 子

透析療法選択に対する患者の受容過程

— 腹膜透析を実施している患者をととして — 77

梅花女子大学看護学部看護学科 山 口 曜 子

松島医院 有 吉 玲 子

奈良県立医科大学医学部附属病院 堀 口 陽 子

— 技術・実践報告 —

簡易版漸進的筋弛緩法の作成とがん患者への介入の効果 87

信州大学医学部保健学科 近 藤 由 香

群馬大学大学院保健学研究科 小板橋 喜久代

群馬大学大学院保健学研究科博士後期課程 金 子 有紀子

群馬大学大学院保健学研究科 小 林 し の ぶ

— 総 説 —

質的研究の基礎としての《体験》の意味

— Dilthey解釈学の伝統を継ぐドイツ語圏の哲学者の文献検討とその英語・日本語訳の比較から — 95

日本赤十字看護大学 中 木 高 夫

日本赤十字看護大学 谷 津 裕 子

— 資料・その他 —

児童養護施設職員が被虐待児とのかかわりを進展させるプロセス 105

山形大学医学部看護学科 佐 藤 幸 子

山形大学医学部看護学科 佐 藤 志 保

山形大学医学部看護学科 山 口 咲奈枝

山形大学医学部看護学科 古 瀬 みどり

— 奨学会助成金研究報告 —

認知症のある高齢者の施設生活環境における転倒に関する主観的事象の言語化の試み 115

金沢大学医薬保健研究域保健学系 加 藤 真由美

— 地方会たより —

地方会の歩みと看護研究

— さらなる発展に向けて — 123

日本看護研究学会名誉会員 野 島 良 子

CONTENTS

Original Paper

Development of a Learning Needs Assessment Tool for Midwives

- To Offer Continuing Education Programs for Professional Development — 1
- Graduate School of Nursing, Chiba University : Toshiko Nakayama
Graduate School of Nursing, Chiba University : Naomi Funashima

Research Reports

Process by Which Patients Repeatedly Endure Restrictions on Consumption of Favorite Items 11

School of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa University : Takami Kinsho
School of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa University : Masayo Toume
School of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa University : Eiko Noguchi
Division of Nursing, University Hospital, Kagawa University : Chinatsu Takeuchi

The Cognitive Processes of Breast Cancer Patients Who Are Aware of Their Condition and

- Scheduled for Surgery 21
- Faculty of Health Science, Gunma Paz College : Eiko Hagiwara
Graduate School of Health Sciences, Gunma University : Tamae Futawatari

Awareness of Smoking Cessation and Smoking Cessation Inhibitory Factors in Schizophrenia Patients

- On the Problems of the Smoking Cessation Support — 31
- Formerly, Faculty of Nursing, National College of Nursing, Japan : Mayumi Nitta
Department of Nursing, Faculty of Health, Hirosaki University of Health and Welfare : Minoru Itayama
Faculty of Nursing, National College of Nursing, Japan : Manami Amagai

Caregiving Appraisal and Coping Strategies for Family Caregivers of Persons with Dementia 41

Interdisciplinary Graduate School of Medicine and Engineering University of Yamanashi : Mayumi Suganuma
Department of Nursing, Faculty of Health Science, Ryotokuji University : Mitsuko Sato

Experiences of Cancer Patients Who Participated in Animal-Assisted Activities at a Palliative Care Unit 51

Department of Nursing Sciences, School of Health Sciences, Japan University of Health Sciences : Takayuki Kumasaka
Graduate School of Health Biosciences, The University of Tokushima : Mika Kataoka
Postgraduate School of Human Comprehensive Science, University of Tsukuba : Hideo Masu

Transition of Psychological and Behavioral Reactions to Insulin Treatment in Patients with Type 2 Diabetes 59

School of Nursing, Takarazuka University : Nariko Chuman
School of Nursing, Hyogo University of Health Sciences : Yoko Doi

Safe Length for Enema Catheter Insertion:

- Estimation Based on Lower Gastrointestinal Series Imaging Findings in Adults 71
- College of Nursing, Aichi Medical University : Kayo Haruta
College of Nursing, Aichi Medical University : Akiko Yamahata
College of Nursing, Aichi Medical University : Kaoru Shinoda
College of Nursing, Aichi Medical University : Mayumi Ito
School of Medicine, Aichi Medical University : Kunio Kasugai
College of Nursing, Aichi Medical University : Hatsuko Suzumura

Patient's Acceptance Process to Selection Dialysis Treatment: Analysis of the Patients Who Have Peritoneal Dialysis	77
Department of Nursing, Faculty of Nursing, Baika Women's University : Yoko Yamaguchi Matsushima Clinic : Reiko Ariyoshi Nara Medical University Hospital : Yoko Horiguchi	
 Technical Report	
Development of Simplified Progressive Muscle Relaxation Method and Efficacy of Its Application to Cancer Patients	87
School of Health Sciences, Shinshu University : Yuka Kondo Graduate School of Health Sciences, Gunma University : Kikuyo Koitabashi Doctoral Course, Graduate School of Health Sciences, Gunma University : Yukiko Kaneko Graduate School of Health Sciences, Gunma University : Shinobu Kobayashi	
 General Remark	
The Implications of "TAIKEN" as the Foundation of Qualitative Research — A Review of the Hermeneutical Traditions After Dilthey and a Comparison between the German Originals and their Translational Variations in English and Japanese —	95
The Japanese Red Cross College of Nursing : Takao Nakaki The Japanese Red Cross College of Nursing : Hiroko Yatsu	
 Preliminary Session	
Processes Used by Staff of Children Protection Institution to Develop Relations with Abused Children	105
School of Nursing, Faculty of Medicine, Yamagata University : Yukiko Sato School of Nursing, Faculty of Medicine, Yamagata University : Shiho Sato School of Nursing, Faculty of Medicine, Yamagata University : Sanae Yamaguchi School of Nursing, Faculty of Medicine, Yamagata University : Midori Furuse	
 JSNR "Shogaku-kai" Scholarship Report	
Attempt to Describe Subjective Phenomena Related to Falls of Elderly Persons with Dementia in a Long-term Care Facility	115
School of Health Sciences, College of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University : Mayumi Kato	
 "Chihou-kai" Report	
The Past, Present, and Future of Chugoku-Shikoku Chapter of Japan Society of Nursing Research — Toward Further Developments in Nursing Research —	123
Honorary Member of JSNR : Yoshiko Nojima	

『学習ニードアセスメントツール — 助産師用 —』の開発

— 助産師のキャリア発達に向けた看護継続教育の提供 —

Development of a Learning Needs Assessment Tool for Midwives
— To Offer Continuing Education Programs for Professional Development —

中 山 登志子 舟 島 なをみ
Toshiko Nakayama Naomi Funashima

キーワード：学習ニード，アセスメントツール，助産師，看護継続教育

Key Words：learning needs, assessment tool, midwives, continuing education in nursing

I. 緒 言

日本の助産師を取り巻く環境は、周産期医学の進歩、助産師数の不足や偏在、少子化・産科医不足による出産場所の集約化など、大きく変化している。また、性と生殖に関連する健康問題の多様化に伴い、その解決に向けて、助産師に対する社会のニーズは高まりつつある¹⁾。助産師が、これらの変化やニーズに対応し、専門職として自律的に活動するためには、助産師個々による学習活動に加え、看護継続教育の機会が不可欠である。

助産師が勤務する病院の多くは、そこに就業する看護職者全員を対象に「院内教育」と称した看護継続教育を提供している。しかし、院内に少数である助産師を対象に固有の教育プログラムを提供している病院はきわめて少ない。このような状況は、助産師が院内において少数であることに加え、周産期医療や看護を中心に固有の学習ニード²⁾をもつことに起因する。そのため、院内における助産師への教育は、個々の病棟において独自に行われている現状³⁾がある。一方、診療所や助産所など小規模施設に就業する助産師は、院外の研修以外に教育を受ける機会はほとんど皆無であり、少数であるがゆえに院外の研修でさえも受講が困難な状況である⁴⁾。このような現状を反映し、多くの助産師は、自施設の継続教育機会の不足を理由に看護継続教育機関による研修を希望し、個々に受講している⁵⁾。

助産師の継続教育に関する実態調査⁶⁾は、助産師が、日進月歩する産科医療に遅れをとらないよう日々の実践に必要な教育を定期的に受けられる制度や、キャリア発達に向けて継続的に受講できる研修への参加を希望していることを明らかにした。これらは、助産師が自己のキャリア発達に向けて、系統的な教育の機会を要望していることを示す。しかし、先に述べたとおり、助産師が就業する施設は、

助産師を対象に固有の教育プログラムを提供することがきわめて困難であり、個々の病棟や院外の研修等に委ねている状況である。

以上は、助産師の多くがキャリア発達に向けて継続教育の機会を要望しているにもかかわらず、実際には個々の状況に応じて個別に教育の機会を確保しており、系統的な教育が行われていない状況を示す。同時に、助産師を対象とする系統的な看護継続教育の提供が不可欠であることを示唆する。

日本型看護職者キャリア・ディベロップメント支援システム⁷⁾は、学習ニード・教育ニードを診断し、その結果に基づき看護職者が自律的な学習へと動機づけられる魅力的な教育プログラムを効率よく提供できる体系的方法である。また、このシステムは、看護職者の学習ニード・教育ニードを診断する測定用具を中核に据える。教育ニードアセスメントツール⁸⁾は、看護専門職者としての望ましい状態と現状の乖離の程度を明らかにし、その乖離を小さくするために教育を要する側面を特定する測定用具である。また、学習ニードアセスメントツール⁹⁾は、看護職者の学習への要望の高さと要望の高い学習内容を特定する測定用具である。

筆者らは、このシステムの助産師への適用を目指して、助産師の教育ニードを診断する「教育ニードアセスメントツール — 助産師用 —」¹⁰⁾を開発した。本研究は、これに続き、助産師の学習ニードの診断に活用可能な『学習ニードアセスメントツール — 助産師用 —』の開発を目指す。

国内外の文献を検討した結果、病院に就業する看護師¹¹⁾、保健師¹²⁾、看護学教員¹³⁾のおおのの学習ニードを測定するアセスメントツールが既開発されていることを確認した。しかし、助産師の学習ニードを測定するためのアセスメントツールは開発されていない。

先述したように、助産師は看護師と異なる固有の学習ニーズをもつため、助産師の学習ニーズを反映した教育プログラムの提供に向けては、助産師固有の学習ニーズを測定できるアセスメントツールが不可欠である。そこで、学習ニーズアセスメントツールの開発に向け、第1段階として、助産師の知覚を反映し、学習ニーズの全容を解明する質的帰納的研究¹⁴⁾を実施した。本研究は、尺度開発の第2段階に位置づけ、第1段階の研究結果「助産師の学習ニーズ30種類」を基盤にアセスメントツールの開発を試みる。

本研究が開発を目指すアセスメントツールは、看護継続教育機関や病院の教育担当者が、教育対象となる助産師集団の学習への要望の高さと要望の高い学習内容を特定することを可能にする。これを通して、看護継続教育機関や病院の教育担当者は、対象集団である助産師の現状に適合し、かつ助産師の専門性を反映した教育プログラムを立案できる。このことは、学習ニーズに基づく助産師への系統的教育提供を促進し、助産師個々のキャリア発達に貢献する。

Ⅱ. 研究目的

助産師の学習ニーズアセスメントツールを作成し、その信頼性・妥当性を検証する。

Ⅲ. 用語の概念規定

学習ニーズ (learning need)：学習ニーズとは、学習者の興味・関心、もしくは、学習者が目標達成に必要であると感じている知識・技術・態度であり、これは、学習経験により充足または獲得可能である¹⁵⁾。

Ⅳ. 理論的枠組み

信頼性・妥当性を備えたアセスメントツールの開発に向けて、本研究と同様に質的帰納的研究の成果を基盤に看護職者の学習ニーズアセスメントツールを開発した研究^{16), 17)}を検討し、理論的枠組みを構築した(図1)。

質的帰納的研究成果である助産師の学習ニーズ30種類

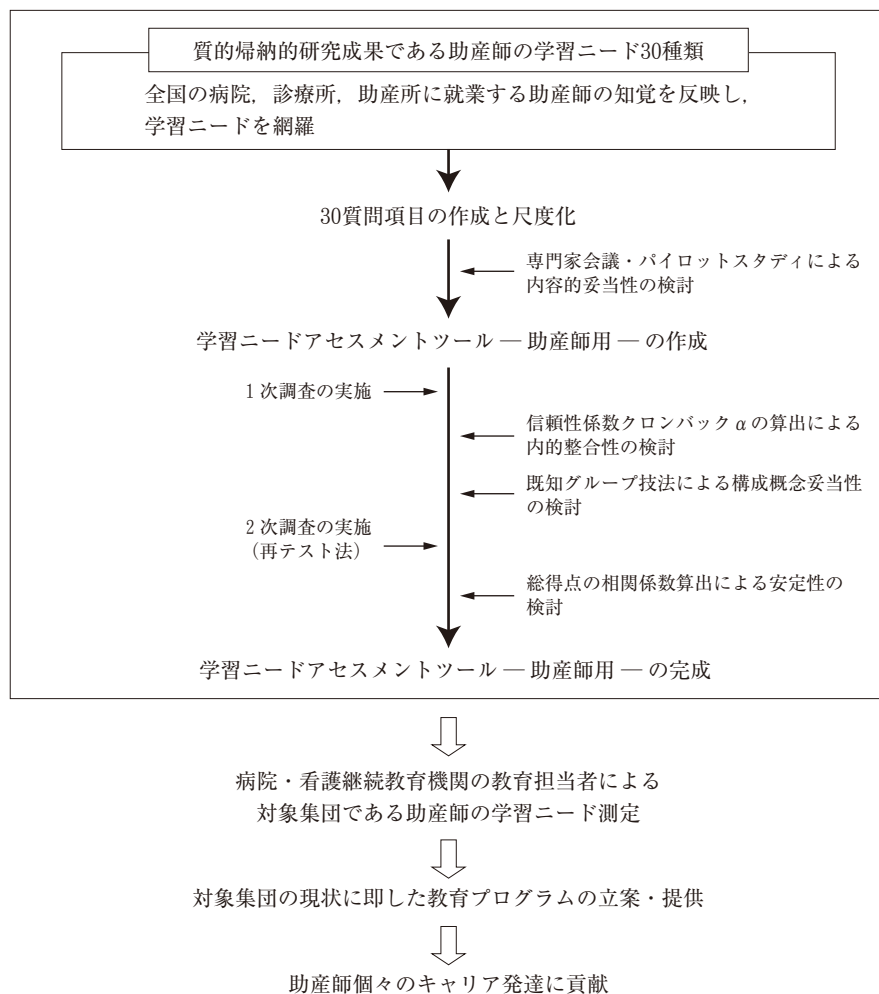


図1 「学習ニーズアセスメントツール — 助産師用 —」開発のための理論的枠組み

は、助産師の知覚を反映し、学習ニーズを網羅している。これら30種類の学習ニーズを基盤に、質問項目の作成・尺度化とレイアウト、専門家会議・パイロットスタディによる内容的妥当性の検討を通し、助産師の学習ニーズアセスメントツールを作成できる。

作成したアセスメントツールを用いて1次調査を実施し、信頼性係数クロンバック α （以下、 α 係数）の算出により内的整合性を検討できる。また、既知グループ技法により構成概念妥当性を検討できる。さらに、再テスト法による2次調査を実施し、総得点の相関係数を算出することを通して、アセスメントツールの安定性を検討できる。

以上の過程を経て完成したアセスメントツールは、信頼性・妥当性を確保しており、助産師の学習ニーズの測定を可能にする。看護継続教育機関や病院の教育担当者は、このアセスメントツールを用いて対象集団の学習ニーズを診断し、現状に即した教育プログラムを立案・提供できる。このことは、助産師個々のキャリア発達に貢献する。

V. 研究方法

1. 助産師の学習ニーズの解明

アセスメントツールの第1段階として、助産師の学習ニーズを解明する質的帰納的研究を実施した。この研究の対象は、全国の病院、診療所、助産所に就業する助産師1,043名であった。質問紙調査を行い、「学習したいと思う内容」に関する記述をデータとして収集し、Berelson Bの方法論を参考にした看護教育学における内容分析¹⁸⁾を用いて質的帰納的に分析した。その結果、助産学の知識・技術・態度、安全・安楽な分娩や母乳栄養確立に向けた支援に必要な知識・技術・態度など、助産師の学習ニーズを表す30カテゴリー、すなわち30種類の学習ニーズ¹⁹⁾が明らかになった。

2. 質問項目の作成・尺度化とレイアウト

本研究は、助産師の知覚を反映し、学習ニーズを網羅したアセスメントツールの開発を目指す。そのため、第1段階で解明した助産師の学習ニーズすべてに対して、おのおの質問項目を作成した。また、質問項目に対する回答者の理解のしやすさ、回答のしやすさを考慮し、質問項目を配置した。

次に、各質問項目を6段階リッカート法により尺度化した。その理由は、次のとおりである。リッカート法に最も頻繁に用いられる選択肢数は、3件法から7件法である。選択肢数が3件法から7件法の範囲にある場合、結果にほとんど相違がない²⁰⁾。また、選択肢数が奇数の場合、中央に中立的な選択肢を設定することが必然であり^{21), 22)}、学習ニーズを明瞭に識別できない。本研究は、看護継続教育機

関や病院の教育担当者の意思決定に役立つ尺度の開発を目指す。そのため、学習への要望の高さを明瞭に識別できる偶数の選択肢数、すなわち6件法を採用した。

選択肢の表現には、次の理由により現実の程度量表現用語²³⁾を用いた。成人学習者である助産師は、その時々状況において直面する問題の解決に向けて学習し、その成果を即応用する傾向にある²⁴⁾。そのため、助産師が現に感じている学習への要望の高さを明確に表し、質問項目が表す内容に対する学習の必要性の程度を問う表現を用いた。そこで、尺度の選択肢を「とても必要（6点）」から「全く必要なし（1点）」と設定した。

3. 内容的妥当性の検討

前項の過程を経て作成した各質問項目の内容的妥当性、表現の適切性を検討するために、病院の産婦人科病棟に勤務する助産師（副看護師長）1名、助産所に勤務する助産師1名、助産師経験をもち、現在、看護系短期大学に勤務する教員1名を対象に専門家会議を開催した。会議の結果をもとに、助産師が質問内容をより理解しやすいように質問項目の表現を一部修正するとともに、回答のしやすさを考慮し質問項目の順序を一部変更した。

専門家会議を経て修正したアセスメントツールを用いて、便宜的に抽出した病院、診療所、助産所に勤務する助産師43名を対象にパイロットスタディを実施した。その結果、返送のあった17名（回収率39.5%）全員が全質問項目に回答しており、30項目が助産師にとって回答可能な内容であることを確認した。また、回答には6段階すべての選択肢が用いられており、選択肢が適切に設定され、かつ識別力をもつことを確認した。

4. 調査

a. 1次調査

学習ニーズアセスメントツールの内的整合性、構成概念妥当性の検討を目的とし、郵送法を用いて1次調査を実施した。

(1) 測定用具

測定用具には、作成した学習ニーズアセスメントツールと特性調査紙を用いた。特性調査紙は、所属施設および看護単位、職位、助産師経験年数などの助産師の個人特性を問う自作質問紙であり、標本の代表性を確認するために使用した。専門家会議とパイロットスタディにより、その内容的妥当性を確保した。

(2) 調査方法

第1段階の調査に協力の得られた病院、診療所、助産所、合計133施設の看護管理責任者に、第1段階の研究成果とともに研究協力依頼状、返信用葉書を同封し、第2段階の調査への協力を依頼した。また、新たに合計181の病院、

診療所、助産所の看護管理責任者宛に研究協力依頼状、返信用葉書を送付し、調査への協力を依頼した。承諾の得られた合計121施設に就業する助産師1,185名に対し、看護管理責任者を通して研究協力依頼状、質問紙、返信用封筒を配布した。回収には、対象者が個別に投函する方法を用いた。調査期間は、2009年1月26日から3月9日であった。

(3) 分析方法

統計解析プログラムSPSS (13.0J for Windows) を使用し、次の分析を行った。

① 信頼性の検討

尺度の信頼性には、内的整合性、安定性、同等性という側面がある²⁵⁾。これらのうち、本研究は、次の理由により内的整合性および安定性の検証を行った。

内的整合性とは、尺度を構成する項目が互いに同じものを測定しているかを示す²⁶⁾ 概念であり、 α 係数の算出により検証可能である。 α 係数は、信頼性係数の算出に最もよく用いられ²⁷⁾、複数の質問項目の得点を合計するようなタイプの尺度に適している²⁸⁾。本研究が開発を目指すアセスメントツールは、総得点を用いて助産師の学習への要望の高さを測定する。そのため、アセスメントツールの内的整合性の検討に α 係数の算出を採用した。

また、安定性は、同じ尺度による測定を同一対象に期間において同一条件のもとに複数回実施したとき、どの程度同じ測定値が得られるかを示す²⁹⁾ 概念であり、再テスト法を用いて検証可能である。再テスト法は、同一尺度による測定を同一対象者に一定期間において繰り返し実施し、最初の得点と2回目の得点の相関係数を求める方法³⁰⁾ である。本研究が開発を目指す尺度の構成概念は、助産師の学習ニーズである。学習ニーズは、測定時の助産師の状況が比較的安定していれば、1回目と2回目の期間における変動はそれほど大きくないため、尺度の信頼性検証に向け、再テスト法の実施が可能である。そこで、本研究は、1回目と2回目の測定時における対象者の状況に変化がないことを確認³¹⁾ したうえで、アセスメントツールの安定性検討に再テスト法を採用した。

一方、同等性は、同じ尺度を用いて2人以上の観察者が独立して同時に同じ現象を測定したとき、どの程度一致した測定値が得られるかを示す³²⁾ 概念であり、評定者間信頼性を用いて検証可能である。これは、評定者間信頼性が他者評価の視点をもつことを示し、学習に対する要望の高さを助産師自身による回答を通して把握する本アセスメントツールには適合しないことを示す。

② 妥当性の検討

尺度の妥当性には、内容的妥当性、構成概念妥当性、基準関連妥当性という側面がある³³⁾。これらのうち、本研究は、「V. 研究方法」の項において既に述べた内容的妥当

性と、既知グループ技法による構成概念妥当性の検証を行った。

構成概念妥当性とは、測定用具の測定結果が、あらかじめ計画された構成概念から理論的に推定される事柄と一致しているかを示す³⁴⁾ 概念である。また、構成概念妥当性の検証には、因子分析や既知グループ技法が用いられる。

本研究が開発を目指す学習ニーズアセスメントツールの構成概念は、助産師の学習ニーズである。本研究は、第1段階として、質的帰納的研究を実施し、助産師が要望する学習内容の全容を表す30種類の学習ニーズを解明し、これを基盤に質問項目を作成した。そのため、学習ニーズアセスメントツールを構成する30質問項目は、助産師が要望する異なる種類の学習内容、すなわち学習ニーズを示しており、助産師の学習ニーズをすべて網羅している。また、学習ニーズアセスメントツールは、看護職者の学習への要望の高さと要望の高い学習内容の特定³⁵⁾ という機能をもつ。これらは、学習ニーズアセスメントツールが、異なる種類の学習ニーズをすべて網羅する必要があることを示し、本アセスメントツールの構成概念が下位概念をもたないことを示す。同時に、下位概念をもたない本アセスメントツールが、構成概念妥当性の検証に因子分析を用いることが不可能であり、既知グループ技法を用いる必然性を示唆する。

既知グループ技法は、既知の特性や理論をもとに差が出ることが予測されるグループに対し、その測定用具により区別できる程度を分析する方法³⁶⁾ である。本研究は、看護職者の学習ニーズに関する先行研究の結果³⁷⁾ と成人教育学の知見³⁸⁾ に基づき、次の2仮説を設定し、検証した。仮説1は、「助産師経験年数が20年以上25年未満の者が、5年未満の者よりも学習ニーズアセスメントツール総得点が高い」、仮説2は、「仕事上の目標をもっている助産師が、目標をもっていない助産師よりも学習ニーズアセスメントツール総得点が高い」である。

一方、緒言で述べたように、文献検討の結果、助産師の学習ニーズを測定できるアセスメントツールが存在しないことを確認した。これは、基準関連妥当性の検証に必要な他の基準測度³⁹⁾ がないことを意味しており、本研究が開発を目指すアセスメントツールの妥当性検証に基準関連妥当性が適合しないことを示す。

b. 2次調査

アセスメントツールの安定性の検討を目的とし、再テスト法による2次調査を実施した。

(1) 測定用具

1次調査と同様の測定用具を用いた。

(2) 調査方法

便宜的標本である3病院に就業する助産師130名を対象

に、口頭および文書を用いて研究協力を依頼し、質問紙、返信用封筒を郵送した。回収には、1次調査と同様の方法を用いた。調査期間は、第1回が2009年1月26日から3月9日、第2回が2009年3月26日から4月22日であった。再テスト法は、同一尺度による測定を時間をおいて2回実施するため、その間に対象者の特性が変化していないこと、また、結果に記憶の影響がないことが前提となる⁴⁰⁾。しかし、その期間については一致した見解がなく、2週間から1年までさまざまである^{41)~43)}。本研究は、記憶の影響を排除できる期間を考慮し、第1回調査の1か月から2か月後に第2回調査を実施した。また、第1回調査実施後から第2回調査までに、所属看護単位の異動や新たな役割の追加等、学習ニードに影響を及ぼすような変化があった場合は、それを記載するよう依頼した。

(3) 分析方法

2度の調査にわたり、学習ニードアセスメントツールの全質問項目に回答のあったデータを分析対象とし、総得点に関し相関係数の算出と検定を行った。有意水準は.01とした。

5. 倫理的配慮

病院、診療所、助産所の看護管理責任者と対象者には、往復葉書、依頼文を通し、研究目的、調査内容、倫理的配慮について説明し、組織および個人の自己決定の権利を保障した。また、これらの内容に加え、調査に関する問い合わせ先を明記し、情報を得る権利を保障した。無記名、個別投函による質問紙の回収、コード化等によるデータ分析を通して、対象者の匿名性と任意による参加を保証した。なお、本研究における倫理的配慮は、平成19年10月18日、国立国際医療センター倫理委員会の承認を得た。

VI. 結 果

1次調査において送付した質問紙1,185部のうち、返送された質問紙は672（回収率56.7%）であった。このうち、学習ニードアセスメントツールの全質問項目に回答のあった618部を分析対象とした。

1. 1次調査の対象者の特性

1次調査の対象となった助産師の年齢は平均36.3歳（SD = 9.7）、助産師としての経験年数は平均11.2年（SD = 8.4）であった。また、対象者が所属する施設は、病院542名（87.7%）、診療所18名（2.9%）、助産所43名（7.0%）、不明15名（2.4%）であった。職位は、看護師長30名（4.9%）、副看護師長・主任93名（15.0%）、スタッフ467名（75.6%）、助産所の管理責任者23名（3.7%）、その他・不明5名（0.8%）であった。

2. 学習ニードアセスメントツールの得点状況

a. 総得点の得点分布

助産師618名が獲得した『学習ニードアセスメントツール — 助産師用 —』の総得点は、105点から180点の範囲にあり、平均149.2点（SD = 15.9）であった。Kolmogorov-Smirnovの検定結果は、総得点分布が正規分布であることを示した（ $z = 1.352$, $p > .05$ ）。

b. 各質問項目の得点分布

全30質問項目中9項目（30.0%）は、1点（全く必要なし）から6点（とても必要）の範囲に分布していた。また、14質問項目（46.7%）は、2点（必要なし）から6点（とても必要）、残る7質問項目（23.3%）は、3点（あまり必要なし）から6点（とても必要）の範囲に分布していた。

また、30質問項目の項目平均得点は3.90点から5.56点の範囲であり、標準偏差は.63から1.14の範囲であった。

3. 『学習ニードアセスメントツール — 助産師用 —』の信頼性

a. 内的整合性

助産師618名から得た回答を用い、『学習ニードアセスメントツール — 助産師用 —』の α 係数を算出した。結果は、30質問項目が構成する尺度全体の α 係数が.942であり、各質問項目を除外した場合の α 係数が.742から.750であった。

b. 安定性

『学習ニードアセスメントツール — 助産師用 —』の安定性の検討を目的とし、2次調査を実施した。その結果、第1回調査は70名（回収率53.8%）から回答を得た。また、第2回調査への回答者は33名（回収率25.4%）であり、33名全員に第1回調査以降、学習ニードに影響を及ぼすような変化が生じていないことを確認した。そこで、2回の調査ともに全質問項目に回答した29名のデータを有効回答とし、分析した。その結果、第1回調査と第2回調査のアセスメントツール総得点の相関係数は.736（ $p < .001$ ）であった。

4. 『学習ニードアセスメントツール — 助産師用 —』の妥当性

a. 構成概念妥当性

既知グループ技法による構成概念妥当性の検討に向け、まず、仮説1の検証を試みた。助産師経験年数によるグループ間の総得点の平均値を比較した。総得点の平均値は、助産師経験年数5年未満の群が147.7点（SD = 14.7）、助産師経験年数20年以上25年未満の群が154.5点（SD = 15.8）であった。また、助産師経験年数20年以上25年未満の群は、助産師経験年数5年未満の群よりも学習ニードアセスメントツール総得点が有意に高かった（ $t = -3.033$, $p = .003$ ）（表1）。

表1 助産師経験年数と学習ニードアセスメントツール総得点

$n = 232$			
助産師経験年数	n (%)	平均値	標準偏差
1. 5年未満	171 (73.7%)	147.7	14.7
2. 20年以上25年未満	61 (26.3%)	154.5	15.8

t 検定 $t = -3.033$ $df = 230$ $p = .003$ (等分散の検定: $F = 1.039$, $p = .309$)

表2 仕事上の目標の有無と学習ニードアセスメントツール総得点

$n = 593$			
仕事上の目標の有無	n (%)	平均値	標準偏差
1. 目標をもっている	532 (89.7%)	150.3	15.7
2. 目標をもっていない	61 (10.3%)	142.1	15.2

t 検定 $t = 3.863$ $df = 591$ $p = .001$ (等分散の検定: $F = .081$, $p = .776$)

次に、仮説2の検証を試みた。仕事上の目標の有無によるグループ間の総得点の平均値を比較した。総得点の平均値は、仕事上の目標をもっている助産師群が150.3点 (SD = 15.7)、仕事上の目標をもっていない助産師群が142.1点 (SD = 15.2) であった。また、仕事上の目標をもっている助産師群は、目標をもっていない助産師群よりも学習ニードアセスメントツール総得点が有意に高かった ($t = 3.863$, $p = .001$) (表2)。

以上、学習ニードアセスメントツールの信頼性・妥当性を検証し、『学習ニードアセスメントツール — 助産師用 —』を完成した (図2)。

VII. 考 察

1. データの適切性

本研究の結果は、『学習ニードアセスメントツール — 助産師用 —』の総得点分布が正規分布であることを示した。これは、対象者の総得点が平均値を中心に低得点から高得点の全範囲にわたっており、本研究のデータがアセスメントツールの信頼性および妥当性の検証に用いることのできる偏りのない適切なデータであることを示す。

2. 各質問項目の得点分布

『学習ニードアセスメントツール — 助産師用 —』の全30質問項目中、9項目 (30.0%) は1点 (全く必要なし) から6点 (とても必要)、14項目 (46.7%) は2点 (必要なし) から6点 (とても必要) の範囲に分布していた。また、30質問項目の項目平均得点は3.90点から5.56点、標準偏差は.63から1.14の範囲であった。これらは、全質問項目の約80%が2点から6点、あるいは1点から6点のすべてにわたり分布していることを示し、助産師が6段階の選択肢を用いて、『学習ニードアセスメントツール — 助産師用 —』を構成する各質問項目をおおむね識別できることを示唆する。

3. 『学習ニードアセスメントツール — 助産師用 —』の信頼性および妥当性

a. 信頼性

(1) 内的整合性

一般に、測定用具の内的整合性を判定する基準には α 係数.7を用いる^{44), 45)}。30質問項目が構成する尺度全体の α 係数は.942であった。また、各質問項目を除外した場合の α 係数は.742から.750であり、各質問項目を除外した場合の値が尺度全体の値を上まわる質問項目はなかった。これらは、『学習ニードアセスメントツール — 助産師用 —』が内的整合性による信頼性を確保していることを示す。

(2) 安定性

安定性に関する判定は、同一対象に対する2度の測定結果の相関係数を信頼性係数とし、一般に、係数値.7⁴⁶⁾を判定の基準とする場合が多い。1次調査と2次調査のアセスメントツール総得点の相関係数は.736 ($p < .001$) であり、この結果は、アセスメントツールが安定性を確保していることを示す。

b. 妥当性

(1) 内容的妥当性

『学習ニードアセスメントツール — 助産師用 —』開発の基盤となった助産師の学習ニード30種類は、質的帰納的な分析を通して解明されており、助産師の学習ニードを網羅している。また、多様な背景を持つ助産師による専門家会議を開催するとともに、病院、診療所、助産所に勤務する助産師を対象にパイロットスタディを行い、質問項目の検討と修正を経てアセスメントツールを作成した。

これらの内容的妥当性確保に必要な手続き⁴⁷⁾を経て開発された『学習ニードアセスメントツール — 助産師用 —』は、助産師が知覚する学習ニードの全容を測定することが可能であり、このことは、アセスメントツールが一定の内容的妥当性を確保していることを示す。

(2) 構成概念妥当性

構成概念妥当性の検討に向け、既知グループ技法を用いて、助産師経験年数、仕事上の目標の有無を既知グループの変数とし、次の2つの仮説の検証を試みた。

仮説1は、「助産師経験年数が20年以上25年未満の者が、5年未満の者よりも学習ニードアセスメントツール総得点が高い」である。分析の結果、助産師経験年数20年以上25年未満の群は、助産師経験年数5年未満の群よりも学習ニードアセスメントツール総得点が高いことが示された。これは、仮説1が支持されたことを示す。

仮説2は、「仕事上の目標をもっている助産師が、目標をもっていない助産師よりも学習ニードアセスメントツール総得点が高い」である。分析の結果、仕事上の目標をもっている助産師群は、目標をもっていない助産師群より

あなたは、次の30項目に関する学習を現在どの程度必要としていますか。日々の仕事をふり返り、該当する番号に○をつけてください。

	全く必要なし	必要なし	あまり必要なし	少し必要	必要	とても必要
1. 助産診断と実践の基盤となる助産学の知識・技術・態度	6	5	4	3	2	1
2. 保健指導を効果的に行うために必要な知識・技術・態度	6	5	4	3	2	1
3. 超音波機器を用いて助産診断を行うために必要な知識・技術	6	5	4	3	2	1
4. 安全・安楽な分娩に向けた支援に必要な知識・技術・態度	6	5	4	3	2	1
5. 自然分娩に向けた支援に必要な知識・技術・態度	6	5	4	3	2	1
6. 産婦の要望にかなった分娩に向けた支援に必要な知識・技術・態度	6	5	4	3	2	1
7. 母乳栄養確立に向けた支援に必要な知識・技術	6	5	4	3	2	1
8. 周産期の異常への対応に必要な知識・技術・態度	6	5	4	3	2	1
9. 周産期の救急看護に必要な知識・技術・態度	6	5	4	3	2	1
10. 科学的根拠に基づく実践に活用可能な看護学・医学・薬理学・栄養学の知識	6	5	4	3	2	1
11. 助産活動に活用可能な代替療法の知識・技術	6	5	4	3	2	1
12. 母子と家族の健康支援に必要な専門的知識・技術	6	5	4	3	2	1
13. 性と生殖に関わる健康教育に必要な知識・技術	6	5	4	3	2	1
14. 不妊治療と不妊女性の支援に必要な知識・技術・態度	6	5	4	3	2	1
15. 生殖に関わる喪失体験をもつ女性の支援に必要な知識・技術・態度	6	5	4	3	2	1
16. 日々の助産活動に必要な倫理的配慮	6	5	4	3	2	1
17. 助産師の経験を通して蓄積された知識・技術	6	5	4	3	2	1
18. スタッフ教育や学生指導に必要な知識・技術・態度	6	5	4	3	2	1
19. 助産業務管理に必要な知識・技術・態度	6	5	4	3	2	1
20. 現状の問題解決に必要な看護研究の方法	6	5	4	3	2	1
21. 周産期医療チームメンバーとの協働に必要な対人関係の知識・技術	6	5	4	3	2	1
22. 医療機関と地域の連携を図るために必要な知識・技術	6	5	4	3	2	1
23. 自立して助産活動を行う場を管理するために必要な知識・技術	6	5	4	3	2	1
24. 助産師としての実践能力を高めるために必要な最新の知識・技術	6	5	4	3	2	1
25. 海外の母子保健の現状と助産師の活動	6	5	4	3	2	1
26. 助産活動に活用可能な保健医療福祉制度	6	5	4	3	2	1
27. 豊かな人間性を備えた助産師となるための知識・教養	6	5	4	3	2	1
28. 助産師の専門性を理解するための知識	6	5	4	3	2	1
29. 助産活動の質向上に必要な自己評価の方法	6	5	4	3	2	1
30. 自己の健康を管理するための方法	6	5	4	3	2	1

図2 「学習ニードアセスメントツール — 助産師用 —」

※「学習ニードアセスメントツール — 助産師用 —」の使用を希望する方は、著者までご連絡ください。

も学習ニーズアセスメントツール総得点が有意に高かった。これは、仮説2が支持されたことを示す。

以上は、『学習ニーズアセスメントツール — 助産師用 —』が構成概念妥当性を確保していることを表す。

4. 『学習ニーズアセスメントツール — 助産師用 —』の活用方法

本研究は、学習ニーズアセスメントツールの開発に向けて、第1段階として助産師の知覚を反映した学習ニーズの全容を解明し、この成果を基盤に質問項目を作成した。このような過程を経て開発された『学習ニーズアセスメントツール — 助産師用 —』は、助産師の学習ニーズを網羅していることを示す。また、完成した『学習ニーズアセスメントツール — 助産師用 —』は、次の質問項目が示すように既に実用化されている『学習ニーズアセスメントツール — 臨床看護師用 —』⁴⁸⁾と異なる質問項目から構成される。それは、〈1. 助産診断と実践の基盤となる助産学の知識・技術・態度〉、〈5. 自然分娩に向けた支援に必要な知識・技術・態度〉〈7. 母乳栄養確立に向けた支援に必要な知識・技術〉〈13. 性と生殖にかかわる健康教育に必要な知識・技術〉〈14. 不妊治療と不妊女性の支援に必要な知識・技術・態度〉〈19. 助産業務管理に必要な知識・技術・態度〉等である。これらは、『学習ニーズアセスメントツール — 助産師用 —』が助産師の専門性を反映し、助産師に固有の学習ニーズを測定できることを示す。同時に、『学習ニーズアセスメントツール — 助産師用 —』は助産師の現状を反映した学習ニーズの診断が可能であり、高い活用可能性を備えていることを示唆する。

次に、『学習ニーズアセスメントツール — 助産師用 —』の活用可能性について述べる。看護継続教育機関や病院の教育担当者は、対象集団である助産師の学習への要望の高さを測定したり、要望の高い学習内容を特定したりする際に『学習ニーズアセスメントツール — 助産師用 —』を活用できる。教育担当者は、調査に先立ち、対象となる助産師に調査結果を教育プログラムの立案や改善に用いること、無記名で調査することを説明し、アセスメントツールへの回答を求める。

『学習ニーズアセスメントツール — 助産師用 —』の質問項目は、助産師が要望する学習内容を表す。6点から1点を配する選択肢は、各質問項目が表す学習内容への要望の程度を示しており、得点が高くなるほど該当項目が表す学習内容に対する要望が高いことを意味する。また、『学習ニーズアセスメントツール — 助産師用 —』の総得点は、学習ニーズの全体的な傾向を表す。

たとえば、A県看護協会が教育担当者が、県内の病院、診療所、助産所に就業する助産師を対象に研修を計画す

るため、『学習ニーズアセスメントツール — 助産師用 —』を用いて調査を実施したとしよう。アセスメントツールへの回答を集計し、各質問項目の平均得点を算出した結果、得点の高い質問項目が次の順であることが明らかになったと仮定する。すなわち、質問項目〈9. 周産期の救急看護に必要な知識・技術・態度〉が最も高く、続いて〈8. 周産期の異常への対応に必要な知識・技術・態度〉〈4. 安全・安楽な分娩に向けた支援に必要な知識・技術・態度〉〈6. 産婦の要望にかなった分娩に向けた支援に必要な知識・技術・態度〉であった。これは、A県内の助産師が「周産期の救急看護や異常への対応に必要な知識・技術・態度」にかかわる学習内容を強く要望しており、続いて「安全・安楽かつ産婦の要望にかなった分娩に向けた支援に必要な知識・技術・態度」にかかわる学習内容を要望していることを示す。A県看護協会の教育担当者は、これらの学習内容を含む研修を計画することにより、対象集団である助産師の現状に適合した教育プログラムを提供できる。また、研修終了後、一定期間を置き、再度、アセスメントツール得点の推移を把握することは、研修の対象となる助産師集団の学習ニーズの変化を理解することに役立つ。

緒言に述べたように、日本型看護職者キャリア・ディベロップメント支援システムは、看護職者に高品質な看護継続教育を提供し職業的発達を支援することを通して、看護実践・教育の質向上を目的とする⁴⁹⁾。このシステムの中核は2種類のアセスメントツールであり、このアセスメントツールの活用により対象集団の教育ニーズと学習ニーズの診断が可能となる。本研究の独創性は、助産師の学習ニーズを測定できるアセスメントツールを開発した点にあり、助産師の学習ニーズ・教育ニーズ両者を診断できる測定用具の完成は、日本型看護職者キャリア・ディベロップメント支援システムの助産師への適用を実現に導く。このことは、対象集団である助産師の実情に即した教育プログラムの提供を可能にし、助産師個々のキャリア発達を促進するとともに、看護実践の質向上につながる。

VIII. 結 論

1. 質的帰納的研究の成果を基盤として作成した『学習ニーズアセスメントツール — 助産師用 —』は、30質問項目から構成される。
2. 『学習ニーズアセスメントツール — 助産師用 —』は、内的整合性および安定性による信頼性を確保している。
3. 『学習ニーズアセスメントツール — 助産師用 —』は、内容的妥当性および構成概念妥当性を確保している。
4. 『学習ニーズアセスメントツール — 助産師用 —』は、助産師の専門性を反映し、助産師固有の学習ニーズを測

定できる。

立案および提供に貢献する。

5. 『学習ニードアセスメントツール — 助産師用 —』は、看護継続教育機関や病院の教育担当者が対象集団である助産師の学習ニードを測定する際に活用でき、現状に適合し、かつ助産師の専門性を反映した教育プログラムの

なお、本研究は、「日本学術振興会科学研究費補助金〔基盤研究（B）課題番号19390546〕の助成を受け実施した。

要 旨

本研究の目的は、助産師の学習ニードアセスメントツールを開発することである。質的帰納的に解明した助産師の学習ニードを基盤に質問項目の作成と尺度化を行い、内容的妥当性の検討を経て30質問項目からなる尺度を作成した。これを用いて、助産師1,185名を対象に調査を実施した。

質問紙回収数は672（回収率56.7%）であり、有効回答618を分析した。結果は、信頼性係数クロンバック α が.942、再テスト法における尺度総得点の相関係数が.736（ $p < .001$ ）であり、尺度が内的整合性および安定性を確保していることを示した。また、助産師経験年数が20年以上25年未満の者が5年未満の者よりも（ $t = -3.033$, $p = .003$ ）、仕事上の目標をもっている者がもっていない者よりも（ $t = 3.863$, $p = .001$ ）、尺度総得点が有意に高く、尺度が既知グループ技法による構成概念妥当性を確保していることを示した。

Abstract

The purpose of this study was to develop a Learning Needs Assessment Tool for Midwives, which had well-established reliability and validity. Thirty items of the assessment tool were made based on the results of a qualitative study that showed the learning needs perceived by midwives. Content validity of the assessment tool was established by a panel of experts and a pilot study. The instrument packets, including the assessment tool and a demographic questionnaire, were distributed to the total of 1,185 midwives who work at hospitals, clinics and maternity homes in Japan.

Sixty hundred and seventy two (56.7%) midwives responded of which 618 valid data were analyzed. Cronbach's alpha, a reliability coefficient of the assessment tool was .942. Test-retest reliability was .736 ($p < .001$). These results supported the internal consistency and the stability of the assessment tool. Midwives with clinical experiences from 20 years to 24 years had learning needs higher than midwives with clinical experiences under 5 years ($t = -3.033$, $p = .003$). Midwives with a clear and focused job objective had learning needs higher than midwives without a clear and focused job objective ($t = 3.863$, $p = .001$). These results supported the construct validity of the assessment tool by the known-group method.

文 献

- 鈴木幸子, 渡部尚子他: 社会のニーズから考える助産師教育. 母性衛生, 47(3), 209, 2006.
- 中山登志子, 舟島なをみ: 助産師の学習ニードに関する研究. 第40回日本看護学会抄録集 (母性看護), 20, 2009.
- 平成21年度千葉県看護協会助産師職能委員会: 千葉県内における助産師の継続教育に関する実態調査. 20-23, 2009.
- 前掲3), 20-23.
- 前掲3), 20-23.
- 厚生労働科学研究 医療技術評価総合研究事業 助産ケアの提供システムに関する研究班 (17-医療-036): 中堅助産師のキャリア開発からみた職場異動に関する研究 平成17年度研究報告書, 50-51, 2006.
- 舟島なをみ: 看護教育学研究の累積による看護継続教育の実現. 看護教育学研究, 14(2), 1-2, 2005.
- 舟島なをみ編: 院内教育プログラムの立案・実施・評価 — 「日本型看護職者キャリア・ディベロップメント支援システム」の活用 —. 40, 医学書院, 東京, 2007.
- 前掲8), 42.
- 中山登志子, 舟島なをみ: 「教育ニードアセスメントツール — 助産師用 —」の開発. 看護教育学研究, 21(1), 8-18, 2011.
- 三浦弘恵, 舟島なをみ: 学習ニードアセスメントツール — 臨床看護師用 — の開発. 看護教育学研究, 15(1), 7-19, 2006.
- 三浦弘恵, 舟島なをみ: 保健師の学習ニードアセスメントツール開発. 第36回日本看護学会抄録集 (地域看護), 133, 2008.
- 舟島なをみ 監修: 看護実践・教育のための測定用具ファイル — 開発過程から活用の実際まで — (第2版). 250-257, 医学書院, 東京, 2010.
- 前掲2), 20.
- 杉森みどり, 舟島なをみ: 看護教育学 (第4版増補版). 335, 医学書院, 東京, 2010.
- 前掲11), 7-19.
- 前掲12), 133.
- 舟島なをみ: 看護教育学研究 — 発見・創造・証明の過程 — (第2版). 227-261, 医学書院, 東京, 2010.
- 前掲2), 20.
- 塩見邦雄, 金光義弘, ほか編: 心理検査・測定ガイドブック. 74, ナカニシヤ出版, 京都, 2000.
- 前掲20), 74.

- 22) 石井京子, 田尾清子: ナースのための質問紙調査とデータ分析 (第2版). 29, 医学書院, 東京, 2002.
- 23) 織田揮準: 日本語の程度量表現用語に関する研究. 教育心理学研究, 18(3), 166-176, 1970.
- 24) Knowles M S : The Adult Learner; A Neglected Species. Third Edition, 51-62, Gulf Publishing Company, Houston, 1984.
- 25) 前掲20), 161-162.
- 26) 前掲13), 5.
- 27) 堀 洋道, 山本真理子, ほか編: 心理尺度ファイル — 人間と社会を測る —. 644, 垣内出版, 東京, 1996.
- 28) 河口てる子: 看護調査研究の実際 — 尺度の信頼性検討 —, 看護研究, 30(6), 531, 1997.
- 29) 前掲13), 5.
- 30) 塩見邦雄, 千原孝司, ほか: 心理検査法. 99, ナカニシヤ出版, 京都, 1991.
- 31) 前掲20), 161.
- 32) 前掲13), 5.
- 33) 前掲27), 631-635.
- 34) 前掲13), 5.
- 35) 前掲8), 42.
- 36) Polit D F, Beck C T : Nursing Research; Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 8th ed, 756-757, Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business, Philadelphia, 2008.
- 37) 三浦弘恵, 亀岡智美, ほか: 病院に就業する看護職者の学習ニードと臨床経験年数・職位との関連. 日本看護科学学会学術集会講演集, 21, 84, 2001.
- 38) Knowles M S : The Modern Practice of Adult Education; From Pedagogy to Andragogy. Revised and Updated, 84-85, CAMBRIDGE Adult Education, Cambridge, 1980.
- 39) 前掲30), 73.
- 40) 村上宣寛: 心理尺度のつくり方. 35, 北大路書房, 京都, 2008.
- 41) 前掲27), 644.
- 42) 前掲28), 530.
- 43) 前掲30), 68.
- 44) 前掲27), 643.
- 45) 前掲36), 456.
- 46) Polit D F, Beck C T : Nursing Research; Principles and Methods. 7th ed, 418, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2004.
- 47) 前掲36), 458-459.
- 48) 前掲13), 233-241.
- 49) 前掲8), 38.

[平成23年2月1日受付]
[平成23年8月2日採用決定]

嗜好品へのニーズを制限される患者が我慢を繰り返すプロセス

Process by Which Patients Repeatedly Endure Restrictions on Consumption of Favorite Items

金正貴美¹⁾
Takami Kinsho

當目雅代¹⁾
Masayo Toume

野口英子¹⁾
Eiko Noguchi

竹内千夏²⁾
Chinatsu Takeuchi

キーワード：嗜好品, 我慢

Key Words: favorite items, endurance

I. 序 論

たばこ, アルコール, そしてコーヒーなどカフェインを含む飲料は嗜好品とよばれ, 日常生活に密着した摂取行動の一つとなってきた。また, 塩分は味覚を満足させる物質として食事に多く使われるようになり, 疲れたときに塩辛い食品を摂取するなど, 生活には欠かせない。塩分もまた「栄養摂取を目的とせず, 刺激や快感を与えるための飲食物」(広辞苑第六版)であることから嗜好品としての要素を持つ。

こうした嗜好品の身体的心理的影響については, 長年にわたる研究報告により, 喫煙や飲酒は悪性腫瘍や臓器障害などの悪影響を及ぼすことが明確になり^{1), 2)}, 疾病予防の観点から厳しく制限されるようになった。また塩分も, 高血圧による動脈硬化, さらに脳や心臓の血管障害を引き起こす。

本研究では, 嗜好品のなかでも, 身体に害を及ぼすことが明瞭であるため医療上の目的で制限されるたばこ, 塩分, アルコールに限定してとりあげる。患者の病状悪化を予防するために, 嗜好品の制限を教育していくことは重要である。そこで介入研究としては, ヘルス・ビリーフ・モデルを用いた禁煙の関心度の分析³⁾, 行動変容モデルや禁煙プログラムを用いた研究が報告されている^{4)~7)}。しかし, 嗜好品が発病や病気の悪化という自分の生命を脅かしているにもかかわらず嗜好品に慣れ親しんだ者にとっては, 生活習慣や意識, 社会復帰などの要因で嗜好品を我慢していくことは難しい^{8)~11)}。その理由として, 嗜好品に求めているリラクセス効果やおいしさ, コミュニケーションとしての空間の共有や「間がもてる」といった意味まで失う覚悟が必要だからである。また, 嗜好品を制限することで生じる離脱症状およびストレスにも耐える必要がある¹²⁾。医療現場では, 病気をきっかけに嗜好品の制限を自分の意思に基づ

いて我慢しセルフケアできる者がいる。一方, 医療者の指示によって身体的影響を考慮するが, 嗜好品の制限への決心はつかない者がいる。つまり, 嗜好品への欲求と葛藤しながら我慢しきれず, 嗜好品を再開, あるいは制限の動機を忘れて嗜好品を摂取する口実を探し再開してしまう人たちである^{13), 14)}。身体的な離脱症状は誰しも我慢しなければいけないが, 嗜好品が楽しみであることや習慣といった心理的な依存に対する我慢は, 自分自身の意思で葛藤の程度に違いが生じる。我慢に伴う葛藤はセルフケア継続の可能性を左右する。嗜好品へのニーズを制限される患者が, どのように我慢し何に気づくのかそのプロセスを明らかにすることは, 我慢に伴う葛藤の程度やその人の嗜好品の制限の可能性を理解するための示唆を得ると考える。しかし, これらの嗜好品を制限するうえでの保健行動および依存¹⁵⁾といった視点からの報告はみられたが, 嗜好品を制限され, 我慢という視点での報告はみあたらない。

嗜好品を摂取したいという欲求を抑えることで生じる欲求不満は, さらに欲求を増強させ, 筋肉の緊張, 脈拍数の増加, 攻撃性や焦燥感の増大など生理的・心理的な変化をもたらす場合がある¹⁶⁾。生活のなかで嗜好品への欲求を抑え我慢し, それが継続できるかどうかは, 個人の欲求不満耐性によって異なる。また個人により『できる我慢』と『できない我慢』があり, 我慢に伴う葛藤の程度も異なる。本研究では, 嗜好品が身体に影響する疾患を有する, 患者の我慢に着目し概念化することで, 患者のセルフケアの状況に対する新たな知見を得ることができると考えた。

II. 研究目的

医療上の目的で嗜好品へのニーズを制限されている患者が, 我慢を繰り返すプロセスを明らかにする。

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

2) 香川大学医学部附属病院看護部 Division of Nursing, University Hospital, Kagawa University

Ⅲ. 用語の定義

嗜好品：栄養摂取を目的とせず、香味や刺激を得るための飲食物である。酒・茶・コーヒー・たばこの類を示している。本研究では嗜好品の中でも、病気の際に身体に害を及ぼすことが明瞭であるため医療上の目的で制限されるたばこ、塩分、アルコールに限定する。

嗜好品の我慢：嗜好品を制限された結果生じる、離脱症状や欲求不満などを自分なりにこらえようとする状態である。

Ⅳ. 研究方法

1. 対象

虚血性心疾患・腎臓疾患・消化器内科疾患のため、内科的または外科的治療目的で、入院あるいは外来通院しており、比較的多く喫煙・塩分摂取・飲酒をしており、医師からそれらの嗜好品を制限されている患者である。

2. 調査方法

調査期間は、2006年7月～9月である。インタビューは、対象者の了解が得られた場合は録音し、得られない場合は筆記した。また属性として、年齢・疾患名・制限されている嗜好品（医師の指示と本人の認識も含めて）・嗜好品を制限した回数・制限への関心と取り組みを聴取した。嗜好品の習慣や生活のなかでの必要性、我慢についての半構成的質問紙を作成し、インタビューガイドとした。インタビューの場所は、個人情報を守秘される個室において行った。外来通院中患者の場合には外来相談室を、入院中患者の場合には病棟面接室を利用した。

3. 倫理的配慮

研究計画書を香川大学医学部倫理委員会に提出し、委員会での面接で研究計画について説明し、患者への影響を吟味されたのち承認された（平成18-6）。また主治医と患者への紹介の方法を話し合った。看護部を通して看護師長に研究協力を依頼し、インタビューの前後で患者の状態について情報交換を行った。患者へインタビューを依頼する場合には、倫理的配慮を基本として文書と口頭で説明しながら行った。またインタビューの際には、許可を得てICレコーダーに録音した。

4. 分析方法

嗜好品を摂取している患者は、嗜好品を、個人の好みだけでなく、社会環境や周囲の人との相互作用を受けながら摂取していると考えられる。そのため入院中は制限できても、退院すると周囲に誘われ、それらの嗜好品を再開する。こう

した現象に着目したため、分析は『修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ』（木下、2003）¹⁷⁾を用いた。これは社会的相互作用に関係し、人間行動の予測と説明に優れた方法である。以下のような特徴を持つデータの分析に適している。①研究対象とする現象がプロセス的性格をもっている。②社会的相互作用が、特定の目的文脈で関係付けられている。具体的な手順は、①データの切片化は行わず、データとの最初の分析的接点にこだわり、分析焦点者と合わせて分析テーマとの関連でデータをみる。②関連する箇所に着目して分析ワークシートによる概念生成を進める。この方法は分析焦点者を中心に文脈の理解を重視した体系的な分析方法であり、人間の嗜好品への我慢という行動や環境との相互作用の変化、動きの説明に適していると判断した。

分析の実際は、録音した内容から逐語録を作成した。全体を何度も繰り返し読み、分析テーマに照らしながら、分析焦点者（嗜好品を摂取している人）の立場で、嗜好品について語っている箇所に着目し解釈した。分析ワークシートに、類似する着目箇所を具体例として記入していき、具体例から読み取れる解釈を仮の定義とした。さらに類似例と対極例を比較検討しながら、解釈が恣意的に偏る危険を防いだ。これらの具体例を読みながら浮かんできた解釈を分析ワークシートの理論的メモに記入し、採用する解釈は具体例の意味内容が凝縮されるか検討したうえで定義とした。同時並行で、他の具体例をデータから探し、1分析ワークシートごとに1概念を生成した。次に、生成した概念と他の概念との関係を個々の概念ごとに検討し、関係図にしていくな。複数の概念の関係からなるカテゴリーを生成し、カテゴリー相互の関係から分析結果をまとめ、その概要を簡潔に文章化し（ストーリーライン）、さらに結果図（プロセス）を作成した。

分析の妥当性の確保については、分析ワークシートからカテゴリー化までの解釈について、3名の研究分担者に示し妥当性の検討を行った。

5. 概念生成と分析ワークシートの例示

分析ワークシートの1例をあげると、研究対象者に嗜好品を制限した後の離脱症状やストレスについて聞いてみると、「(やっぱりもう一つ我慢できんと思うときはどうされるんですか?) いや、あの一、そういうときは、まあ、妙に、こう辛抱できるものや。『あ、もう2日やめたら、3日目がきたら飲みたいからね、1週間も10日も、もう、せっかくやめたんだから、もったいない、もったいない』そのうちに、8年間になった」「自分から禁煙を言って、人から監視してもらおうようなところはある」といった発言が得られた。対極例として「あれ、パッと吸うときってそんなんやないんやね。ゆるんでしまつたら(笑)。やっぱり駄目やろうけど。で、吸ってみるつたら、うん、吸ってみ

よとかって（笑）」「外食も行ってもやっぱり、なんか、おまえそんなん食べていいのとか、せっかく行っても、やっぱりそうやって言われるからイライラするし、けんかも」

表1 分析ワークシートの例

概念名	嗜好品への飢えを絶えず意識する
定義	嗜好品への飢えに対して緊張感をもって自分の意思を強化する
具体例	・（やっぱりもう一つ我慢できんと思うときはどうされるんですか？）いや、あの一、そういうときは、まあ、妙に、こう辛抱できるものや。 ・あの、もう1日やめたら、3日目きたら飲みたいからね、1週間も10日も、「もう、せっかくやめたんだから、もったいない、もったいない」。そのうちに、8年間になった。 ・ええ、言い聞かせてねえ。この1か月やめたときも、もったいない言い聞かせて、やめたんだ。 ・自分から禁煙を言って、人から監視してもらうようなところはある。 ・主治医の先生にもだいたい言われたしな。たばこ悪い悪いって。大きいですよ。たばこだけはやめてくださいって。家まで行っていうてあげたいけど、そうもいかんので（笑）。
	(対極例) ・あれ、パツと吸うときってそんなんやないやね。ゆるんでしもたら（笑）。やっぱり駄目やろうけど。で、吸ってみたら、うん、吸ってみよとかって（笑）。 ・外食も行ってもやっぱり、なんか、おまえそんなん食べていいのとか、せっかく行っても、やっぱりそうやって言われるからイライラするし、けんかも。 ・やっぱり一日中誰にも監視されへん、ねえ。日中仕事ですから11時ぐらいに〇〇〇〇。もう外へ出たら自分一人しかないわけ、そうしたらやっぱり……。
理論的メモ	●自分では我慢しているが、緩んでしまうことになる。 ●いままでの我慢を支えにしている。 ●自分の意思がないところで制限されると逆効果になる。 ●一日中だれかに監視されないと摂取してしまう。

といった発言が得られた。自分の意思で緊張感が保てる方法を選び、嗜好品を制限した離脱症状が続いていることを意識していることから、〈嗜好品への飢えを絶えず意識する〉という概念を生成した。また定義は、嗜好品への飢えに対して緊張感をもって自分の意思を強化する、とした。さらに分析を進めていき、類似例や対極例の具体例を追加していった。これらの分析を表1に示す。

V. 結 果

1. 対象者の概要

インタビューの協力が得られたのは15名（男性14名、女性1名）であり、主として治療が行われている疾患とその患者数は、虚血性心疾患9名、アルコール性肝硬変2名、喘息2名、ネフローゼ2名であった。平均年齢は60.6歳（24～79歳）であった。概要を表2に記す。対象者1名あたりの面接時間は約60分であり、面接回数は1～2回であった。14名の対象者から面接内容の録音の承諾が得られ、1名は筆記での承諾が得られた。

2. 嗜好品へのニーズを制限される患者が我慢を繰り返して気づくプロセス

分析の結果は、カテゴリーを【 】、概念〈 〉、インタ

表2 対象者の概要

番号	病名	年代	性別	面接	嗜好品	医師からの制限 (本人も認識)	喫煙 年数	ブリックマン 指数	嗜好品を 制限した回数	禁煙・禁酒・減塩への取り組み
A	アルコール性肝硬変, 食道静脈瘤	70	男	病棟	酒, たばこ	酒	不明	不明	なし	関心はあるが, 飲んでいる
B	アルコール性肝硬変, 食道静脈瘤, 糖尿病	50	男	病棟	酒, たばこ	酒	40	1,200	なし	関心もなく, 飲んでいる
C	心筋梗塞, 慢性心不全, 肺水腫, 膀胱癌	70	男	病棟	たばこ, 塩分	たばこ, 塩	61	1,830	不明	関心あり, 現在禁煙中
D	心筋梗塞, 心不全	50	男	病棟	たばこ, 酒, 塩	たばこ, 塩	34	850	1回	関心あり, 今回で禁煙している
E	進行性狭心症	70	男	病棟	たばこ, 酒, 塩	たばこ, 塩	50	750	なし	関心あり, 今回禁煙しようとしている
F	ネフローゼ症候群	20	女	外来	たばこ, 塩	塩, 蛋白	4	80	1回	制限しているが, 塩分摂取多い
G	拡張型心筋症, 心房細動	50	男	外来	たばこ, 酒	たばこ, 塩	36	1,440	3回	関心あり, 禁煙中
H	急性心筋梗塞, 閉塞性動脈硬化症	60	男	病棟	たばこ, 酒	たばこ	49	1,470	1回	関心あり, 禁煙中
I	喘息, 慢性気管支炎, 心房細動	60	男	病棟	たばこ, 酒	たばこ	49	2,020	1回	関心あるが, 吸っている
J	心房細動, 糖尿病, 高血圧	60	男	外来	たばこ, 塩	たばこ	50	980	4回	関心あるが, 吸っている
K	急性心筋梗塞, 高血圧, 高脂血症	60	男	病棟	たばこ, 塩	たばこ, 塩	41	820	1回	関心あるが, 吸っている
L	慢性肺気腫, 急性心筋梗塞, 糖尿病, 高尿酸血症	50	男	病棟	たばこ, 酒, 塩	たばこ, 塩	32	1,720	なし	関心ないが, 倦怠感強く, 吸えない
M	塵肺, 肺炎, ネフローゼ症候群	70	男	病棟	たばこ, 酒, 塩	たばこ, 塩	62	1,080	2回	関心あり, 今回禁煙しようとしている
N	肺気腫, 気管支喘息	70	男	外来	たばこ	たばこ	49	980	1回	関心あるが, できない
O	冠動脈狭窄性狭心症	40	男	外来	たばこ, 酒, 塩	たばこ	29	580	2回	関心あるが, できないし, これでもいいと思っている

ビューデータを「 」で表す。概念は16個、カテゴリーは4個が生成された。

本研究の対象者は、病気や医療者・家族のすすめがきっかけになって、嗜好品を制限しようと考え、【嗜好品を制限するための我慢】を行うが、〈嗜好品を制限した後の離脱症状、ストレス、欲求制限の反動に耐える〉ことは難しく、〈自分に合った方法を探してやり過ごす〉ことや〈嗜好品への飢えを絶えず意識する〉ことで気を緩ませないようにしていた。また〈嗜好品のない環境に身を置きあきらめる〉ことで、抑制できない自分を嗜好品から遠ざけようとしていた。また一部の患者は、病気や医療者・家族のすすめがきっかけと受けとめても、嗜好品を全面的に制限しようとする意思は形成されず【病気の悪化や入院などの環境による一時の我慢】を行っていた。〈ある時間・場所だけだと思えば耐えられる〉〈入院環境を利用して、自分の限界まで頑張る〉といったように、全面的に制限はできないが、一時の制限に試みようとする我慢はみられた。また病状悪化や入院によって〈我慢したくないが規制されている〉や〈体がしんどいときには摂取しない〉といったように、制限しようとする自分の意思が伴わない我慢もあった。嗜好品を制限しても、離脱症状を耐えることが難しく、気持ちの緩みによって嗜好品を再開してしまっていた。嗜好品を再開すると、全面的に嗜好品を制限することが難しくなったため【病気の悪化や入院などの環境による一時の我慢】を行っていた。嗜好品の再開により「自分がなぜ嗜好品をやめられないのか、嗜好品が本当に自分にとって害といえるのか」という問いかけを行い、〈意思が弱い〉〈病気を忘れる〉といった自分を認め、〈環境に浸透

しており耐えられない〉と自分の限界を超えたことを話し、嗜好品を摂取したい体の欲求を重視し〈自分への利害を比較し利をとる〉〈嗜好品が自分の生活には必要〉と考え【嗜好品をやめられないことに気づく】という嗜好品を再開したことへの意味づけを行っていた。しかし、嗜好品の誘惑に負けたことを認め〈再開したことを後悔し、最終的にはやめたい〉という思いを抱き、病状の悪化で死を意識した経験から〈長生きがしたい〉〈家族のために生きたい〉と自分の希望を見出し、【嗜好品をやめたい思いが生まれる】といった嗜好品を制限する方向に進んでいきたい思いが現れていた。このプロセスを図1に示す。

3. 嗜好品を制限するための我慢

【嗜好品を制限するための我慢】は〈嗜好品を制限した後の離脱症状、ストレス、欲求制限の反動に耐える〉〈自分に合った方法を探してやり過ごす〉〈嗜好品への飢えを絶えず意識する〉〈嗜好品のない環境に身を置きあきらめる〉と4つの概念から生成された。

(1) 〈嗜好品を制限した後の離脱症状、ストレス、欲求制限の反動に耐える〉

離脱症状として、落ち着かない・いらいら・そわそわ・怒り・夢でもたばこへの強迫感でうなされるなどの症状が現れたことで、正常な思考ができなくなりながら耐えている状態である。

「それまあ、やめようとしてるときに、暇なとき一番困る。今日はちょっと午前中、なんか手が空いてるなっていったら、もうイライライライライラ、たばこ吸って〈笑〉。みんな、あっこいってたばこ吸ったり、もう、あっち行っ

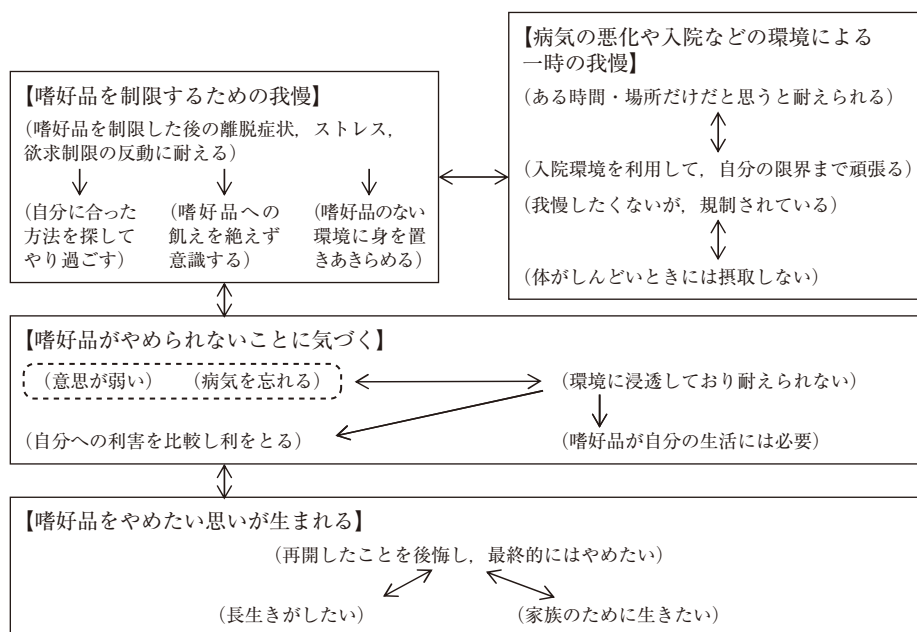


図1 嗜好品へのニーズを制限される患者が我慢を繰り返して気づくプロセス

たりこっち行ったり、もう、熊みたい（笑）」（事例G）

(2) 〈自分に合った方法を探してやりすです〉

離脱症状のいらいらを鎮めながら、何かに集中して取り組むことで気をそらせることや、早めに寝ることで症状を意識しないように取り組んでいた。こうした方法を組み合わせることで、なんとか時間をつないで耐えている状態である。

「冷たい水を飲んだらな、やっぱりいらいらとするのが止まる。いまはのう、結局もう何もせずに過ごしとるやろ。このときはやっぱり仕事をしてたんや。何かに打ち込んだらやめられるような気がするけどな。だらだらの生活をしとったらな。なかなかこうやめにくい」（事例I）

(3) 〈嗜好品への飢えを絶えず意識する〉

嗜好品への飢えに対して、摂取するといままでの努力がもったいないと自分に言い聞かせることで、気が緩んで無意識に吸うということがないよう自分の意思を強化するような方法である。

「あの、もう2日やめたら、3日目がきたら飲みたいからね、1週間も10日も、「もう、せっかくやめたんだから、もったいない、もったいない」「そのうちに、8年間になった。ええ、言い聞かせてねえ。この1か月やめたときも、もったいない言い聞かせて、やめたんだ」（事例M）

(4) 〈嗜好品のない環境に身を置きあきらめる〉

入院すると治療食が出ていることや敷地内禁煙であることで、自分の嗜好をあきらめざるをえなくなった。また社会の傾向として喫煙場所が激減しており、吸いたいと思っても吸えない環境になってきており、我慢してあきらめざるをえない状況になり、嗜好品への欲求行動に歯止めがかかるようになった状態である。

「病院のなかでね、吸える場所があれば、早速、吸うと思いますね。だから禁煙もね、自発的にせえへんかったら難しいけど、喫煙できないような環境にすればね。相当程度のやっぱり、あきらめが。ええ。環境からね、まず押さえていけばね」（事例E）

4. 病気の悪化や入院などの環境による一時の我慢

【病気の悪化や入院などの環境による一時の我慢】は、嗜好品の制限はできないが、病状の悪化や入院といった環境による一時のみと考えての我慢として現れていた。このカテゴリーは〈ある時間・場所だけだと思うと耐えられる〉〈入院環境を利用して、自分の限界まで頑張る〉〈我慢したくないが、規制されている〉〈体がしんどいときには摂取しない〉の4つの概念から生成された。

(1) 〈ある時間・場所だけだと思うと耐えられる〉

列車や飛行機などの禁煙場所、または制限されていることを知っている家族のいる場所の前で、ある時間帯だけだと思うことで、意外と長時間耐えられた。嗜好品がないと

もたないと思い込んでいたが、ある時間帯だけと思うことで耐えられる状態である。

「海外旅行で飛行機に乗ったら、ヨーロッパだったら10時間乗っとるんですよ。で、最近吸えないでしょう？

だから、なかでは吸ってる人はいるみたいやけど、あの、トイレの中で。僕、そんなこと一切しないで、もつんですよ。で、着いて、入管手続きで、吸う場所がまたないんです。それでもバスが来てここも禁煙で。で、結局1日近く吸ってないんです全然。ホテル入って、ああ、吸えた吸えた、みたいな感じで（笑）。結局は、長時間は、もとうと思うたらもたせられるんです。その気になれば」（事例G）

(2) 〈入院環境を利用して、自分の限界まで頑張る〉

自宅では嗜好品の摂取を誰にも止められないので自由にしているが、病院なら監視の目があるため、もう一つ我慢をすることができ、自分の限界まで頑張ることができていた。入院環境を利用して、自分の限界をもう一つ頑張ることのできる状態である。

「それで、あれ。あの、そのほれ。やめる言うたらびしゃっとやめたら何なんやけど、なかなか減らすいうのはできんのや。ここだったらもう入院しとったらもう、事だから（笑）。吸いよったら。もう退院してくれ言われるわ」（事例I）

(3) 〈我慢したくないが、規制されている〉

嗜好品を規制されたが、嗜好品が病気の原因ではなく自分にとっては必要であり、やめようと思っていなかったため、規制するように言われることを我慢し、またそのストレスで怒りが沸いていた。自分の意思や欲求とは逆に規制されることを耐える状態である。

「たばこは原因じゃないと言うんよ。たばこをやめさす、そのストレスをためるんが病気のあれやと言うん。だから悪いことしちよると思うで。先生。ほんま。ストレスの元をつくっちゃるんだから。なあ。だんだんと追いやられて、外へ出ていきよる。それが、果たしてええかいうたら、わしはええとは思わんで。まことにたばこが悪いんだったら、売るなと言うんや。売っておいてな、これが、お前、やれ、売って覚えさせてからに、覚えたものを一気にやめや言うて、こないなばかな話がどこにあるんや言うんだ。まして自分の体や、なあ。自分が責任取るやろ」（事例L）

(4) 〈体がしんどいときには摂取しない〉

症状のため倦怠感が強い場合は、摂取への欲求が低下し控えるといった行動がみられた。摂取するかどうかは自分の意思ではなく、体の欲求にまかせているために、体がしんどいときには摂取しないようにしている状態である。

「たばこは吸いますよ。（吸いますよって、安静のため

に喫煙所に行けないじゃないですか) いや、ここはな、いまはな。そういうことなんよ。(もっと体が楽に、治療が効いてきてよくなったらすか) まだ吸わんわ。いま、吸うたらあほやろ。えらいのに」(事例L)

5. 嗜好品がやめられないことに気づく

【嗜好品がやめられないことに気づく】は、〈意思が弱い〉〈病気を忘れる〉〈環境に浸透しており耐えられない〉〈自分への利害を比較し利をとる〉〈嗜好品が自分の生活には必要〉の5つの概念から生成された。

これは、病気で嗜好品を制限する必要が出てきても、嗜好品を摂取したい気持ちに駆られ摂取し意思が弱い自分を認めていた。また死につながるような病気をしても、回復し病気を忘れていた。嗜好品が社会に浸透しているため、制限しようと思うと職場をやめざるをえないことになるため、嗜好品に耐えられないと自分の限界を超えていた。さらに嗜好品を摂取したいという体の欲求を重視し、自分への利害を比較し利をとっていた。

(1) 〈意思が弱い〉

嗜好品の害がわかっていても、嗜好品に手を出してしまう心の弱さに気づき、そういう自分を認め、嗜好品を制限することはできないことを悟っている状態である。

「心では、(断酒を)心がけているんです。このままなら生きていくことはできないだろうと。だけど、いざとなったら手が出る。本当に困ってしまう。精神的な弱さかな。女房にも、もうちょっと長く入院していたほうが良いと言われる。結局は気が弱いんだろうね。病院では止まっているのだから」(事例A)

(2) 〈病気を忘れる〉

病氣も回復すると、過去のことになり、やめるきっかけや覚悟ができなくなっている状態である。

「100メートルくらい行くと、胸が締めつけられるようになって、その苦しさといったら、先生に入院しないといけないって言われた。ちょっと深く考えたら、死ぬのかもわからないなって。(中略)あの心電図とったんですよ。元に戻ったという。そう言われたら、たばこ欲しいというふうになるんですよ」(事例E)

(3) 〈環境に浸透しており耐えられない〉

会社や家庭のなかで嗜好品が日常として浸透しているため、嗜好品を制限することが難しい。嗜好品を制限しようと思うと、職場をやめざるをえないことになるため、嗜好品に耐えられない状態である。

「環境が悪いな。うちの会社というのは、ものすごく人間が多いんです。自分の部屋は別室だけれども、作業員の部屋があって、そこにいったらたばこの煙がすごい。端から端まで煙が流れ込んでいる。そこを行ったり来た

りするから、完全に切るというのは、会社行くのをやめなければいけないくらい」(事例G)

(4) 〈自分への利害を比較し利をとる〉

嗜好品が自分に及ぼす害と嗜好品がもたらすよさを天秤にかけて考え、嗜好品のよさを再度気づき、選択している状態である。

「私は酒が大きな原因。食道静脈瘤という病気で来ているのですけどね。それは酒や刺激物が大きな原因を占めているのですけどね。やっぱりなかなかやまらない。酒、たばこは一生の長い友だちや、わたしにとっては。(中断) ちよびりちよびりやりながら、大丈夫か確かめて、自分の体は自分でわかるから」(事例B)

(5) 〈嗜好品が自分の生活には必要〉

友人とのつきあいや遊び、仕事のために嗜好品が必要であり、嗜好品を規制されると、生きがいがなくなるように感じている状態である。

「(塩分のある) 食べものを食べたらいけない。これを食べたらいけないというように、ただ生きているだけなら、生きがいはない」(事例C)

6. 嗜好品をやめたい思いが生まれる

【嗜好品をやめたい思いが生まれる】は、嗜好品の誘惑に負けたことを認めながらも自分の生きる希望を見出し、嗜好品を制限する方向へと進んでいきたいことが現れていた。このカテゴリーは〈再開したことを後悔し、最終的にはやめたい〉〈長生きがしたい〉〈家族のために生きたい〉の3つの概念から生成された。

(1) 〈再開したことを後悔し、最終的にはやめたい〉

嗜好品の誘惑に負けて、嗜好品を再度摂取してしまったことを後悔し、誘惑されることがあってもやめる方向に向かいたい、と思いを新たにしている状態である。

「自分では買ってないんやで。結局どう? 勧められたりするわけですよ。バツと吸ってしもうた。いままでの努力なんだったんだろう(笑)。だけど、たばこは、どう考えてもプラスにはならないと思って、どうにかして今回の場合は、最終的にはやめたいなって感じがあるのやけど」(事例G)

(2) 〈長生きがしたい〉

嗜好品の制限を失敗し、難しいことだとわかって、そのなかで自分の希望を見出し、嗜好品の制限を我慢していくことへの気力となっている状態である。

「ばくも(嗜好品をやめられなくて) 半分居直ってるっていうか(笑)。どうしようもないんよな。だけどな。なんでかなー。長生きしたい」(事例G)

(3) 〈家族のために生きたい〉

病状の悪化で死を意識し、このまま死ぬよりも家族のた

めに生きたいと願っている状態である。

「若いときは、まだどんどん前向いて行くけどな。体もついてくるやろうっていう感じですね、ちょっと多少無理してもね。もう60過ぎたらいかんな。この間の自分の意識がなくなったのを、自分の頭に残っておりますからね。やっぱり、自分がこうなったらさ、一番家族に迷惑かけるからな。いらん心配をかけるしな」(事例H)

VI. 考 察

1. 嗜好品を制限されている患者の我慢の特徴

嗜好品を制限されている患者の我慢は、嗜好品を制限するための我慢と、病気の悪化や入院などの環境による一時的我慢がみられた。嗜好品を制限されている患者は、嗜好品を制限したことで出現する離脱症状とそれに伴うストレス、嗜好品への飢え、制限されることに対して我慢をしていた。このように嗜好品そのものへの飢えだけでなく、二次的に起こる離脱症状、三次的に起こるストレスといったように連鎖反応への対応が必要であることが示唆された。また、我慢のあり様として、離脱症状については、症状に耐える段階から、自分に合った方法を探してやりすごすといったように前向きに取り組む段階までみられた。嗜好品の飢えについては、気分の高まりに対して代替となる他の嗜好品に目を向けて我慢せず摂取することや、何かを食べて紛らわせて満腹感を得て落ち着かせていた。また、意識して粘り強く抗うことやまわりの人に監視してもらうといったように意識の強化もみられた。嗜好品に対してさらに渴望しないように嗜好品の置かれている場所を避け、禁煙場所があることであきらめの気持ちを抱くようになっていた。塩分の制限への我慢は、調味料の工夫といった知識を必要とするものであった。

これらの我慢のなかで特に、禁煙してから出現する離脱症状やそのストレスに耐えているときは、「いらいら」や“そわそわ”といった落ち着きのなさや怒り、喫煙すれば解消されるので吸いたいという気持ちとの葛藤が強く現れていた。そのため我慢するためには強い忍耐が必要であると思われた。これらの離脱症状は1～2か月続くといわれており¹⁸⁾、患者にとってはかなり強い葛藤のなかで長期間の我慢が強いられる。虚血性心臓発作の入院患者における退院後のニコチン依存度と禁煙に関する研究では、TDS: The Tobacco Dependence Screener (たばこ依存症スクリーニング) 得点が高い群では禁煙率が有意に低く、依存度が高ければ高いほど離脱症状が出現する可能性は高く、離脱症状に耐えられず禁煙率が下がると報告している^{19), 20)}。これらから離脱症状は喫煙を再開する契機になりやすく、離脱症状をどのように軽減させていくかが禁煙を成功させ

る鍵ともいえる。

離脱症状に耐えられず、嗜好品を再開した人でも、病気の悪化や病気の悪化のための入院などの環境による一時的我慢をしていた。これらの人々は、嗜好品を制限することについて関心がない場合とある場合があった。しかし、きっぱり嗜好品を制限することについては意思決定できず、嗜好品を摂取し続けており、嗜好品を断つための我慢でみられたようなフラストレーションは低かった。また嗜好品の制限をするという意思に基づいて行われている我慢に比べると、その方策は少なく、他の我慢は受け入れ難いものであった。これらの結果から、嗜好品をやめるといふ本人の意思は行動変容をもたらす重要な要因であるが、何をどのくらい我慢できるかといった個人の耐性も考慮すべきだと考える。すべての対象者がやめるといふ意思のもとに行動を起こしているわけではなく、動機づけが曖昧である場合や病気の脅威と嗜好品を関連して考えられない場合もあり、そのようなときは特に欲求を抑えるために我慢をする必要があるからである。

2. 我慢を繰り返して気づく嗜好品への依存と生きる希望

ニコチン依存症は、再発しやすいが、繰り返し治療することにより完治しうる慢性疾患ととらえられてはいる。しかし、その禁煙の成功率は低い。本研究の対象者も禁煙や減塩、禁酒を試みていたが、気の緩みによって再開していた。【嗜好品がやめられないことに気づく】は、病気によって身体が脅かされ嗜好品を制限しなければいけない状況であるにもかかわらず、嗜好品を摂取したい欲求を抑えることのできない認知とも解釈できる。しかし、本研究により、嗜好品をやめられない理由と、嗜好品に対する気づきの変化のプロセスを見出すことができた。このプロセスでは、何のために我慢をしなければいけないのかという目標が明確に現れることなく、病気の脅威も〈自分への利害を比較し利をとる〉〈病気を忘れる〉というような過程をたどり【嗜好品がやめられないことに気づく】ことになっていた。また、自分が嗜好品を制限することがどのような意味があるのか思考し、何が生活にとって重要なのか考え〈嗜好品が自分の生活には必要〉〈意思が弱い〉という判断を行っていた。これらから、患者にとって、病気の脅威は忘れ去られやすいものであり、嗜好品を制限する目標への動機にはならず、嗜好品を制限する我慢から摂取へと揺らがせていることがわかる。

嗜好品を制限されている患者は、なぜ嗜好品を制限していくことができないのかを、生活に密着した嗜好品との場面を通して熱心に語った。そして、嗜好品をやめられない気づきがあり、嗜好品を再開してしまった自分を後悔していると認めながら、病状の悪化によって死を意識すること

で嗜好品をやめたい思いが生まれていた。【嗜好品をやめられないことに気づく】では、嗜好品への依存に抗することができない意思の弱さが強調されていた。しかし、【嗜好品をやめたい思いが生まれる】では、たとえ嗜好品の制限の取り組みに失敗しても最終的にはやめたいというような我慢の特徴をとらえたうえでの決意や、何のために生きるのかという本質的な希望〈長生きがしたい〉〈家族のために生きたい〉が表出された。これは、我慢が成功という結果を導くとは限らないが、再度努力できるという先を見越した決意や死を感じる病気になったことによる素直な思いであると考えられる。このことより嗜好品のニーズが制限されている患者への看護援助として、何のために生きるのかという本質的な希望を引き出し失敗しても繰り返し我慢できる粘り強さへの力にし、嗜好品への欲求を耐えることができるような方策を豊富に備えていけることが重要になる。

行動変容のトランスセオレティカル・モデルは、時間の経過とともに5つの変容ステージがあり、行動変容に向かって1方向で表されている²¹⁾。本研究で示されたように、嗜好品の制限という課題を前に、嗜好品を制限するための我慢と病状悪化などによる一時の我慢を繰り返し自分にとって何が必要なのか気づいていくプロセスは、嗜好品を制限できない患者を理解するにあたって有用なモデルになるといえる。本研究の対象者をトランスセオレティカル・モデルで考えると、何度も行動を変えようとして変わらないとあきらめた患者は前熟考期とし、治療やヘルスプロモーションを受け入れられる状態ではない、とみなされている²²⁾。

本研究で得られたプロセスから、我慢だけで嗜好品を制限していくことは難しい。しかし、我慢は嗜好品を制限するかどうかという思考のプロセスに位置づいており、対象者も嗜好品をやめられない理由について気づいていた。医療者が行動変容を促すためには、患者がどうして嗜好品をやめられないのかといった自分の傾向を知ることや、やめることができなかった自分を認め、自分が何を大切に思っているのか見出すことが重要な過程といえる。

嗜好品を制限されている患者にとって、嗜好品を制限していくことはまさに我慢であり、できない我慢を医療者が知り援助していくことや、我慢をしながら自分にとって何が必要なのか思考していくときに、嗜好品を摂取して何のためになるのか、本当にその嗜好品でなければ楽しむことができないのか、医療者とともに取り組むことで、依存に導かれて気持ちが変わる前に、本当に自分に必要なことは何

なのか気づくことができる。また医療者は、患者が我慢できている行動を肯定的にとらえ、自信につなげる援助もできると考えられる。

VII. 結 論

1. 嗜好品を制限されている患者の我慢は、【嗜好品を制限するための我慢】と【病気の悪化や入院などの環境による一時の我慢】が抽出された。【嗜好品を制限するための我慢】は、〈嗜好品を制限した後の離脱症状、ストレス、欲求制限の反動に耐える〉〈自分に合った方法を探してやりすごす〉〈嗜好品への飢えを絶えず意識する〉〈嗜好品のない環境に身を置きあきらめる〉といった4つの概念が生成された。【病気の悪化や入院などの環境による一時の我慢】は、〈ある時間・場所だけだと思いと耐えられる〉〈入院環境を利用して自分の限界まで頑張る〉〈我慢したくないが、規制されている〉〈体がしんどいときには摂取しない〉の概念が生成された。
2. 【嗜好品をやめられないことに気づく】は、嗜好品のニーズに抗することができない弱い自分に気づくことであったが、【嗜好品をやめたい思いが生まれる】は病状の悪化により再度振り返り嗜好品の誘惑に負けたと認めることで自分の本質的な生きる希望を見出すものであった。

VIII. 本研究の限界と今後の展望

本研究は、医療上の目的で嗜好品のニーズを制限されている患者が、どのように我慢をしているのかを明らかにしたものであり、行動変容という視点で我慢がどのように位置づいているのかとは異なる。我慢をせずに行動変容できる人がいる一方で、フラストレーションの高い我慢をしながらも行動変容できずにいる人もいる。嗜好品への欲求に抗することができずに我慢をする人が、いかにフラストレーションの少ない我慢を続けていけるのかの看護介入を今後検討していく必要がある。

謝 辞

本研究にご協力いただきました対象者の皆様、病院関係者の皆様に心より感謝申し上げます。また、本研究は財団法人たばこ総合研究センターの研究助成金を受けて実施したものです。

要 旨

本研究の目的は、嗜好品のニーズを制限されている患者が我慢を繰り返すプロセスを明らかにすることである。嗜好品とは、身体に害を与えるため制限されることの多いたばこ・アルコール・塩分とした。虚血性心疾患・

ネフローゼ・アルコール性肝硬変・喘息の患者15名に、半構成的面接を実施し、木下の『修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ』を用いて比較分析を行った。その結果、患者は【嗜好品を制限するための我慢】や【病気の悪化や入院などの環境による一時の我慢】を繰り返し、【嗜好品をやめられないことに気づく】ことで、【嗜好品をやめたい思いが生まれる】といったプロセスが抽出された。嗜好品を制限する我慢を繰り返し、生活のなかで嗜好品に依存していることに気づきながらも、病状の悪化で死を意識し、嗜好品をやめたいという生きる希望が生じる経験であることが明らかになった。

Abstract

The objective of the present study was to elucidate the process by which patients repeatedly endure restrictions on consumption of their favorite items, specifically cigarettes, alcohol, and salt, which are often restricted due to their harmful effects on health. Semi-structured interviews were conducted on 15 patients with ischemic heart disease, nephrosis, alcoholic liver cirrhosis, or asthma, and data were analyzed using Kinoshita's modified grounded theory approach. The results revealed a process in which patients repeatedly "endured restrictions on consumption of favorite items" and "temporarily endured restrictions following exacerbation of illness, hospitalization, or other environmental factors", and thereby "realized that they were unable to quit consuming their favorite items" and then "developed a wish to quit consumption of favorite items". These findings indicate that even as patients repeatedly endure restrictions on favorite items and realize their dependence on these items in daily life, they develop a desire to quit consuming their favorite items and to continue living after their conditions deteriorate and they realize that failure to restrict consumption could be fatal.

文 献

- 1) 猪野亜郎：アルコール性臓器障害と依存症の治療マニュアル — 急増する飲酒問題への正しい対処法。星野書店, 1996.
- 2) Uesima H, et al: Cigarette smoking as a risk factor for stroke death in Japan: NIPPON DATA80. Stroke, 35: 1836-1841, 2004.
- 3) 榎本妙子, 小笹晃太郎, ほか：禁煙の関心度を規定する要因 — 行動科学的検討。日本公衆衛生学会誌, 52(5), 375-385, 2005.
- 4) 中村裕之, 萩野景規, ほか：喫煙習慣に関連する心理社会的因子の評価と職場の禁煙プログラムの開発。産業医学ジャーナル, 27(2), 67-71, 2004.
- 5) 宮崎 愛, 内山麻里子, ほか：循環器疾患患者における禁煙パンフレットの有効性 — 行動変容ステージモデル移行の実態。東京医科大学病院看護研究集録25回号, 34-38, 2005.
- 6) 川田由香里, 飛岡わかえ, ほか：禁煙の成功不成功に関する要因検討の試み — PRECEDE-PROCEEDモデルを用いた一考察。北海道公衆衛生学雑誌, 16(2), 56-62, 2003.
- 7) 赤松利恵, 武見ゆかり：トランスセオレティカルモデルの栄養教育への適用に関する研究の動向。日本健康教育学会誌, 15(1), 3-18, 2007.
- 8) Ohta Y, Tsuchihashi T, et al: Relationship between the awareness of Salt Restriction and the Actual Salt Intake in Hypertensive Patients. Hypertension Research, 27(4), 243-246, 2004.
- 9) 稲葉佳江, 大日向輝美, ほか：女性の嗜癖行動とその関連要因に関する研究 — 地域別にみた飲酒・禁煙習慣に関する社会文化的側面からの検討。第6回「健康文化」研究助成論文集, 1-13, 2003.
- 10) 蓮尾聖子, 田中英夫, ほか：虚血性心疾患の男性患者における退院後の喫煙行動とその関連要因。厚生指標, 52(6), 7-14, 2005.
- 11) 蓮尾聖子, 田中英夫, ほか：喫煙がん患者における入退院に関連した喫煙行動の変化と退院後の喫煙行動に関連する要因。49(10), 1053-1061, 2002.
- 12) 河野由理, 三木明子, ほか：病院勤務看護婦における職業性ストレスと喫煙習慣に関する研究。日本公衆衛生学会誌, 49(2), 126-131, 2002.
- 13) Allen Carr/阪本章子 訳：読むだけで絶対やめられる禁煙セラピー (原題: Allen Carrs Easy Way to Stop Smoking). 103-114, KKロングセラーズ, 1996.
- 14) Allen Carr/阪本章子 訳：読むだけで絶対やめられる禁酒セラピー (原題: Allen Carrs Easy Way to Control Alcohol. 2001). 82-90, KKロングセラーズ, 2002.
- 15) 河野由理, 三木明子, ほか：看護婦における喫煙習慣とタバコ依存度に関する研究。精神科治療学, 16(8), 835-839, 2001.
- 16) Janis I L/秋山俊夫 訳：ストレスと欲求不満 — こころの健康のために (原題: Stress and frustration, 1918). 北大路書房, 京都, 1984.
- 17) 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 — 質的研究への誘い。弘文堂, 東京, 2006.
- 18) 中村正和, 田中善紹 編：禁煙外来マニュアル — 全臨床医必携。日経メディカル開発, 東京, 2005.
- 19) Kawakami N, Tnakatsuka N, Shimizu H, Taki A: Life-time prevalence and risk factors of tobacco/nicotine dependence in male ever-smokers in japan. Addiction, 93, 1023-1032, 1998.
- 20) Ota A, Mino Y, Mikouchi H, Kawakami N: Nicotine dependence and smoking cessation after hospital discharge among inpatients with coronary heart attacks. Environmental Health and Preventive Medicine, 7, 74-78, 2002.
- 21) 竹中晃二：トランスセオレティカル・モデル：TTMの概要。心療内科, 8(4), 264-269, 2004.
- 22) Karen G, Barbara K R, Frances M L/曾根智史, 湯浅資之, 渡辺基, ほか訳：健康行動と健康教育 — 理論, 研究 (原題: Health Behavior and Health Education Theory, Research, and Practice. 3rd ed, 2002). 実践, 医学書院, 121-135, 2006.

〔平成22年4月23日受 付〕
〔平成23年7月26日採用決定〕

乳房の異常を自覚し手術に臨む乳がん患者のがんの認知プロセス

The Cognitive Processes of Breast Cancer Patients Who Are
Aware of Their Condition and Scheduled for Surgery

萩原 英子¹⁾
Eiko Hagiwara

二 渡 玉 江²⁾
Tamae Futawatari

キーワード：乳がん，認知，プロセス

Key Words：breast cancer, cognition, process

I. はじめに

医療技術の進歩とともに日本のがんの治療法は年々高度化、複雑化してきている。また、インフォームド・コンセントの考え方も医療の現場に普及してきており、さまざまなかたちでの患者の治療参加が求められるようになっていく。がんと診断された患者は、告知後、さまざまな衝撃や不安を抱えながら、自分自身の病気を理解し、向き合うことが必要となる。人間は、身体の異常を知覚したときに、それが何であるのかを判断し、解釈するという心理的認知プロセスをたどることで、自分自身の病気を正しく認知することができる。患者は、自分のがんを理解できてはじめて、現存する脅威に向き合うことや、治療にかかわる事柄を自分で決めることが可能になる¹⁾ことから、患者が危機的状況に対処し、適応するには、状況をどのように認知して対処するのが重要である²⁾。つまり、がん罹患という危機的状況に対する適応もまた、患者の認知の状況により変化していくものと考えられ、患者のがん適応を促す看護援助を検討するうえでも、患者の認知について理解することは重要である。

これまで、がんの告知後の患者の心理的变化については多く研究がなされており^{3)~5)}、個人差はあるが、プロセス的な要素をもつコーピングスタイルで適応に至ることが示されている。しかし、告知以前のがん患者の心理的变化について検討した研究はほとんどない。乳がんは、他のがんとは異なり、唯一、乳腺に発生した腫瘍であるしこりを患者自身が触知できるがんであるため、患者自身が乳房の異常として発見することが多い。乳がん患者は、しこりを自覚してから乳がんが確定するまでの間が、がんではないかという不安やがんであった場合の予後、手術の不安などに脅かされ、最も心理的ストレスが高まる時期である⁶⁾

とされている。さらに、乳がんと告知された女性は不安が増加し、それに伴う集中力の減退を感じ⁷⁾、女性がん患者は告知後から治療開始前までに顕著な不眠や倦怠感、集中力の低下を経験する⁸⁾。よって、乳房の異常を自覚できる乳がん患者が、乳房の異常に気づいてから手術を受けるまでの連続的な過程において、どのような心理的認知プロセスをたどるのかを理解することが、この時期における看護支援を検討するうえで重要であると考えられる。

これまでの、患者のがん適応に重要な役割を果たすがん患者の認知に関する研究としては、告知や化学療法に関するもの^{9)~11)}が散見され、患者は、がん告知について、脅威的ながんによる衝撃や運命的ながんとの直面ととらえていることが示されている¹²⁾。しかし、これらの多くは、がん罹患したことが確定したなかでの認知を明らかにしたものである。特に乳がん患者のがんの認知については、ストレス・コーピング¹³⁾や心理的適応¹⁴⁾の一部として考察されているに過ぎず、ボディ・イメージ¹⁵⁾や創部の受容¹⁶⁾といった観点からの評価が報告されているものの、これらは乳がん患者に起こる変化の一部分に焦点を当てたものである。乳がん患者に特徴的な、異常を自覚し、がんかもしれないが、そうではないかもしれないという不確定な時期に、患者が乳房の異常をどのように認知し、さらには、がんという病気そのものを認知していくプロセスについては報告されていない。

よって、乳房の異常に気づいた時点から、手術施行までのストレスフルな時期に着目し、この時期における患者の認知を明らかにすることは、乳がんと向き合う乳がん患者の病気の理解を助け、心理的適応を促す看護援助への示唆を得ることができる。

1) 群馬パース大学保健科学部 Faculty of Health Science, Gunma Paz College

2) 群馬大学大学院医学系研究科 Graduate School of Health Sciences, Gunma University

Ⅱ. 研究目的

乳がん患者が乳房の異常に気づいた時点から、どのような過程を経て乳がんであることを認知し、治療に至っているのかを明らかにすることにより、心理的適応を促進する看護援助のあり方について検討することである。

Ⅲ. 用語の定義

1. 認知

ある出来事に会ったとき、個人がそれを意味づけたり、あるいは意義づけたりしながら知ることであり、知覚、記憶、思考、言語などの心理的活動を含む心の働きである¹⁷⁾。よって、本研究における認知とは、患者自身がこれまでの経験や知識、記憶に基づいた思考をすることにより、知覚した乳房の異常について解釈し、理解すること、と定義する。

2. プロセス

一定の秩序性を前提にした変化の状態を意味し、その本質的要素は時間である¹⁸⁾。本研究においては、乳房の異常に気づいたときからはじまり、手術の施行に至るまでにおける、がんの認知の経時的な変化の段階をプロセスと定義する。

Ⅳ. 研究方法

1. 研究デザイン

『修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ』を用いた質的帰納的研究とする。

2. 調査対象

乳腺外科を有するA病院にて乳がんと診断され、告知を受けて手術を受けた女性で、以下の条件を満たす10名を対象とした。

- ① 20～64歳以下であること
- ② 過去にがん罹患経験がなく、初発の乳がん患者である者
- ③ 乳房の異常に自分で気づき、受診した者
- ④ 精神疾患の既往がなく、コミュニケーションに障害がない者
- ⑤ 他臓器に転移がみられないこと
- ⑥ 研究の目的、方法を理解し、同意が得られた者であり、Performance States (PS) がgrade 1 以下である者

3. 研究期間

平成20年4月～平成21年3月

4. 調査方法

(1) データ収集方法

① 半構成的面接調査の実施

乳房の異常への気づきから告知、手術に至る過程での患者の体験に基づくがんの認知について明らかにするため、インタビューガイドを作成し、半構成的面接調査を実施した。面接実施時期は、心身の状態が安定する術後2～4日目の1回とし、乳房の異常への気づきから告知、手術に至る過程での認知の振り返りを行った。面接は、プライバシーの保てる個室にて、1名の研究者が実施し、面接内容は、対象者の承諾を得た後、ICレコーダーに録音した。録音が不可能な場合は、フィールドノートに記録した。また、面接中は対象者が思いを自由に表現できるよう促し、傾聴の姿勢をとった。得られたデータの信頼性については、面接時、面接内容を対象に確認することで確保した。

② 診療記録調査の実施

対象の年齢、職業、既往歴、家族構成、診断名、病期、受診および治療経過、医師からの説明内容や病状に関する正確な情報を得ることを目的に、面接調査実施日に診療記録調査もあわせて実施した。また、この調査を行うことで、時間の経過による対象者の記憶のあいまいさを補うこととした。

(2) 調査内容

乳がん患者の心理的適応過程やQOLに関する看護援助を検討した多くの文献において、情報の重要性が述べられている^{19), 20)}。また、心理的適応にソーシャルサポートが強い関連をもつ²¹⁾ことも示されており、心理的適応につながる認知という心理的活動を含む心の働き²²⁾について明らかにするため、これらの側面からのアプローチは有効であると考えた。したがって、インタビューガイドは、患者自身の病気および治療についての認識、気持の変化、周囲からのサポート状況、自覚している心身状態および環境の変化、乳がんおよび治療に関する情報認識に関する質問で構成した。

5. データの分析方法

経時的に変化する認知の過程を理解するため、面接調査、診療記録調査で得られたすべてのデータを分析対象とした。分析方法は、本研究が乳がんという健康問題を抱えた人々に専門的援助を提供するヒューマンサービス領域の研究であること、また、乳がん患者ががんであるということを知るといふ変動するプロセス的な要素をもっていること、さらに、研究者自身が面接や分析を実施するため、研究者自身の視点を重要視していることより、『修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (以下、M-GTA)』の方法を用いることが適切と判断し、質的帰納的に分析した。

(1) 分析の手順

M-GTAによる分析の方法²³⁾は以下のとおりである。

まず、録音またはフィールドノートに記載された面接内容から逐語録を作成し、データとした。バリエーション豊富な1例のデータの全体に目を通し、分析テーマである“がんの認知プロセス”に関連がありそうな語りの部分に数行ずつ着目しながら熟読して着目した部分について解釈し、定義、概念名をつけた。1概念につき、1つの分析ワークシートを作成し、概念名、定義、具体例を記載した。2例目以降のデータからは、1例目との類似比較、対極比較を行いながら分析を進め、既に概念化されている具体例に類似的なデータは、具体例として分析ワークシートに追加し、対極的データについては、概念を生成する作業を継続した。定義、概念生成の段階で浮かんだアイデアについては、理論的メモとして分析ワークシートに記録した。個々の概念ごとに、生成した概念の説明範囲と概念間の関係を検討し、その意味のまとまりに基づきまとめ、カテゴリーを生成した。さらに、生成したサブカテゴリー間と概念間の関係を検討し、その意味のまとまりに基づきまとめ、コアカテゴリーを生成した。最後に、概念、カテゴリー、コアカテゴリーの関係性をまとめ、関係図およびストーリーラインを作成した。

分析過程においては、適宜、がん看護研究者のスーパーバイズを受けながら実施することで、分析の妥当性を確保した。

(2) 概念生成プロセスの例示

本研究における概念生成プロセスの具体例を示す。以下の『 』は、対象者の語りの一部である。

『対象者B：なにげなく自分の胸を触ったらコリコリしたものがあつたんです。授乳していたときは、よく左の乳腺が詰まってしまって、病院へ行ったりしていたんですよ。そのときもこんな感じだったなあって思ったので、また乳腺が張ってるんだろうなあくらいにしか考えませんでしたね』

研究者は、患者が自分の乳房の異常について、「かつての乳腺炎罹患の経験から、乳がんや他の疾患である可能性を全く疑わず、乳腺炎であると理解すること」と解釈・定義し、概念名〈しこりは乳腺炎である〉という概念を生成した。

6. 倫理的配慮

調査開始に先立ち、対象者に、研究分担者の身分、研究の目的・方法・内容、個人特定を避けることに関する配慮、研究参加および中止についての自由の保証と内容の守秘、辞退してもその後受ける医療に影響がないこと、資料およびデータの廃棄方法等について、文書と口頭で説明

し、同意書への署名をもって調査参加への同意とみなした。研究者も同一紙面上の同意書へ署名を行い、対象者の権利を遵守することを約束した。

また、本研究では術後2～4日目の患者に面接調査を行うため、面接当日の面接開始前、病棟看護師に当日の対象者の体調について確認をし、異常があった場合には面接を中止した。面接中は適時体調について対象者に確認し、身体状態の悪化や心理的負担の訴えがみられた場合は、直ちに面接を中止し、病棟看護師および主治医に報告し、対応していただけるよう依頼した。

なお、本研究は群馬大学臨床倫理委員会の承認を得て、実施した（GU07026）。

V. 結 果

1. 対象者の概要（表1）

調査期間中に10名の患者から同意が得られ、研究対象となった。対象者の平均年齢は49.1歳（標準偏差6.1）であり、右乳がん5名、左乳がん5名であった。病期は、Stage I 6名、stage II 1名、stage IIA 3名であり、全対象者が自分で乳房腫瘍に気づき、受診していた。対象者は全員、既婚者であり、術前治療は行っていなかった。

面接所要時間は40～85分、平均56.7分（標準偏差14.8）であり、体調不良による面接の中断、中止はなかった。

表1 対象者の概要（n=10）

事例	年齢	病名	病期	術 式
A	50歳代	右乳がん	IIA	右乳房温存術+SLNB
B	40歳代	左乳がん	I	左乳房温存術+SLNB
C	50歳代	左乳がん	I	左乳房温存術+SLNB
D	50歳代	左乳がん	I	左非定型乳房切除術
E	50歳代	右乳がん	I	右乳房温存術+SLNB
F	40歳代	左乳がん	IIA	左乳頭温存乳腺全切除術+SLNB
G	50歳代	右乳がん	II	右乳房温存術+SLNB
H	50歳代	右乳がん	IIA	右乳房温存術+SLNB
I	40歳代	左乳がん	I	左乳房温存術+SLNB
J	30歳代	右乳がん	I	右乳房温存術+SLNB

2. 乳がん患者のがんの認知プロセス

以下、【 】はコアカテゴリー、[]はカテゴリー、〈 〉は概念を示す。

がんの認知プロセスは、【がんである可能性を否定しながらも意識し続ける】【がんである事実と向き合い、意味づける】の2つのコアカテゴリー、7つのカテゴリー、23の概念から構成された（図1）。

(1) ストーリーライン

がんの認知プロセスは、乳房の異常に気づいた後、がんであってほしくないという思いからがんである可能性を否定し

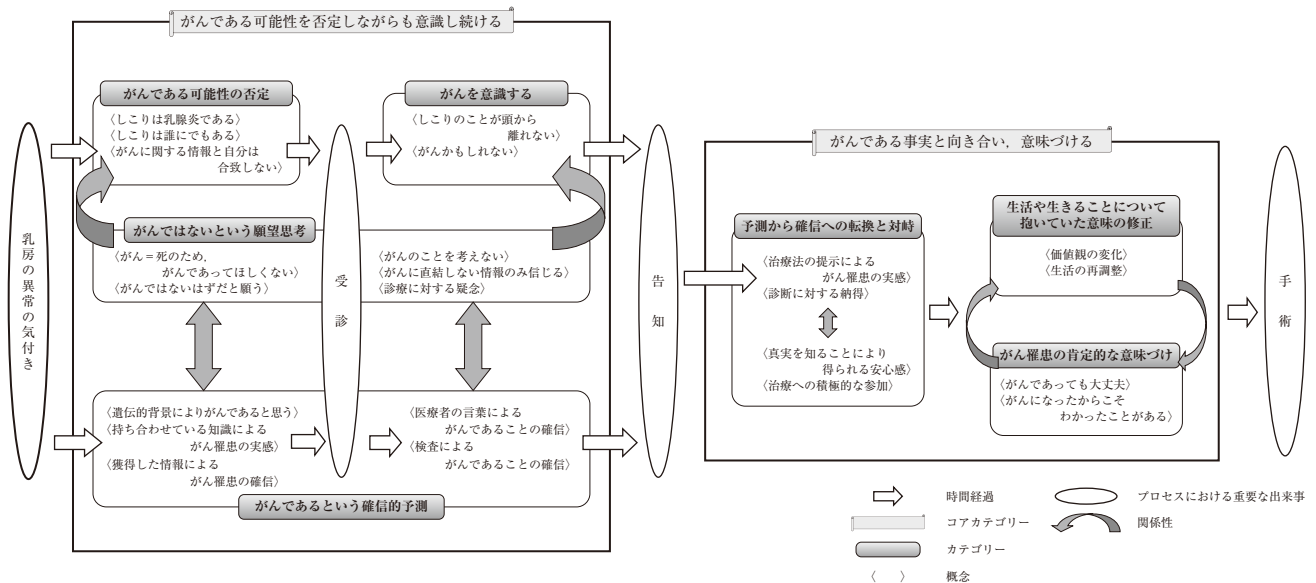


図1 乳がん患者のがんの認知プロセス

ながらも、がんを意識し続けるという心理的葛藤のなか、告知を契機に、がんに向き合い、自分なりにがんを意味づけることで、がんであることを認知していくプロセスであった。

【がんである可能性を否定しながらも意識し続ける】では、乳房の異常に気づいた患者はその異常について、これまでの経験から〈しこりは乳腺炎である〉〈しこりは誰にでもある〉のものであると理解し、[がんである可能性の否定]をしていた。この根底には、〈がん＝死のため、がんであってほしくない〉という強い[がんではないという願望思考]があった。その一方、〈遺伝的背景によりがんである〉と考えたり、乳房の異常についてさまざまな情報源を活用することで〈獲得した情報によるがん罹患の確信〉を抱き、自分はほぼ確実にがんであると思い、[がんであるという確信的予測]をしていた。

がんである可能性を否定する一方で、がんであるという確信を抱く心理的葛藤のなか、患者は乳房の異常の原因を明らかにする決意をして受診をしていた。受診以前は、[がんである可能性の否定]をし続けてきたが、医師の診察やさまざまな検査を受けていくなかで、〈しこりへの意識の集中〉がみられ、徐々に[がんを意識する]ようになっていった。しかし患者は、受診後も、〈診療に対する疑念〉や〈がんに直結しない情報のみ信じる〉といった、がんに関連する医療や情報をあえて遠ざけることにより、自分はがんではないと信じ込もうとする[がんではないという願望思考]を抱き続けていた。また受診し、医療者とかかわり、次々と検査を受けることにより、〈医療者の言葉によるがんであることの確信〉や〈検査によるがんであることの確信〉を抱き、[がんであるという確信的予測]をより確固たる確信へと変化させ、抱き続けていた。

患者は、がんを意識し、またはがんであることを確信しながら告知に臨んでいた。【がんである事実と向き合い、意味づける】では、告知を受けることにより、これまで感じていたがんである可能性や抱いていた確信的な予測が紛れもない真実であったと〈診断に対する納得〉をし、さらに、医師からの具体的な〈治療法の提示によるがん罹患の実感〉をしていた。このように、予測が確信に転換したことを契機に、また、あいまいだった自分が置かれた状況が明確になることにより、〈真実を知ることにより得られる安心感〉を得て、〈治療への積極的な参加〉ができるようになり、がんであることについて[予測から確信への転換と対峙]が行われていた。がんであるということが現実であることを知り、がんに対峙すると、乳がん患者は自分の人生や生活を振り返り、これまで抱いていた〈価値観の変化〉等、[生活や生きることについて抱いていた意味の修正]を行っていた。この変化により、患者は、がんに対して〈がんであっても大丈夫〉であると思えるようになり、[がん罹患の肯定的な意味づけ]をすることにより、がんであることに向き合っていた。さらに、[がん罹患の肯定的な意味づけ]をすることは、患者に〈価値観の変化〉等の発展的な[生活や生きることについて抱いていた意味の修正]をもたらしていた。

(2) がんの認知プロセスを構成するコアカテゴリー

以下、乳がん患者のがんの認知プロセスの2つのコアカテゴリーを構成するカテゴリーや概念、バリエーションについて、図1の結果図に沿って述べる。

(a) がんである可能性を否定しながらも意識し続ける

コアカテゴリー【がんである可能性を否定しながらも意

識し続ける】は、がんであってほしくないという強い思いによりがんである可能性を否定しながらも、その一方で、さまざまな情報等からがんであることを確信するという心理的葛藤のなか、受診し、これを契機に、徐々にがんを意識し始め、そしてがんであるという確信をより強くするという局面を示す、以下の4つのカテゴリーの総括として生成された。

カテゴリー「がんである可能性の否定」は、がんであるかもしれない可能性を全く考慮しない、または思いも及ばないことであり、以下の概念より生成された。

〈しこりは乳腺炎である〉の定義は、患者が自分の乳房の異常について、かつての乳腺炎罹患の経験から、乳がんや他の疾患である可能性を全く疑わず、乳腺炎であると判断することである。

『対象者B：なにげなく自分の胸を触ったらコリコリしたものがあつたんです。授乳していたときは、よく左の乳腺が詰まってしまって、病院へ行ったりしていたんですよ。そのときもこんな感じだったなあって思ったので、また乳腺が張ってるんだらうなあって思っていましたね』
 〈しこりは誰にでもある〉の定義は、周囲の人々に相談し、健康な他者にも同じ症状があることを知り、自分の乳房は一般的な状態であり異常ではないと判断することである。

『対象者B：夏に、なにげなく自分の胸を触ったらコリコリしたものがあつたんです。乳がんとは全く思いませんでした。いままでMMGを受けたことがなかったので受けてみようかなと思って、姉に相談したんです。「おっぱいに固いものがある？」って聞いたら、姉にもあると言って、「全然大丈夫だよ」って言ってたんです。姉は検診してたから、自分も大丈夫って思ったんです』

〈がんに関する情報と自分は一致しない〉の定義は、乳がんに関する情報を獲得するが、得られた情報と自分の状況の相違点に着目し、やはり自分はがんではないと判断することである。

『対象者D：乳がんになった友だちは、しこりはゴリゴリだったって言うから、私は違うなって思ったんですよ。だから、病気とかは思いませんでしたよね。まさか、がんなんて考えもしませんでした』

カテゴリー「がんではないという願望思考」は、乳房の異常ががんでなくてあってほしいと強く願うことであり、以下の概念から生成された。

〈がん＝死のため、がんであってほしくない〉の定義は、がんは死と直結する、または不治であるというイメージにより、がんであってほしくないと切に願うことである。

『対象者A：がん＝死と考えていたので、もしがんならって、死のことばかり考えていましたね。がんなら、すぐ死んじゃうんじゃないかって。私はいま、何をして

おかなくちゃいけないんだろうとか……。がん＝死と直結と思っていたので……。がんだったらまずいなあって』
 〈がんではないはずだと願う〉の定義は、がんである可能性も感じてはいるが、検査等をしたとしても、結果はきっとがんではないだろう、がんであってほしくないと願うことである。

『対象者F：かすかにがんとは思ったけど、やっぱり違うと言われるんじゃないかなって期待したりして……。心のどこかで違うといいな、っていつも思っていました。なんとなく自分ではもしかしたらって思っていたけど、違うって言うて欲しいじゃないですか』

〈がんのことを考えない〉の定義は、仕事などに集中することにより、がんについてあえて考えないようにすることで、がんである可能性を一時でも忘れ、がんでない自分を維持しようとすることである。

『対象者A：仕事では忘れられましたね。仕事行って帰ってきてからがねえ。家帰ってくると頭から離れないですよ。乳がんって痛いわけでもないし、生活に支障がないから、しらばくることができるんですよ。だから、仕事中はがんかもしれないってことも忘れられて、しこり云々の前と一緒にしたよ』

〈がんに関係しない情報のみ信じる〉の定義は、得られたさまざまな情報のなかで、がんには結びつかない情報にのみ着目することで、がんとは自分には関係がないと思おうとすることである。

『対象者I：本で調べたんですよ。学生時代に使っていた本で。そしたらやっぱりがんみたいなことが書いてあつたんですよ。でも信じられなかったですけどね。良性腫瘍のことも書いてあつたんで、自分はきっとそっちだろうって思っていましたね』

〈診療に対する疑念〉の定義は、さまざまな検査を行っているが、その理由をすぐには受け入れられず、自分はがんであるはずがないのだから、行っている診療自体が間違いであったり、不要のものであると考えることである。

『対象者B：若い女性の先生だったので、経験的にもまだねえ、そんなじゃないと思うし、がんだって、先生が間違えたのかもと思いましたね。自分ががんになるとは全く思っていなかったんで、誤診かな、なんて。たぶん信じてなかったのだと思います。いろいろ検査していても、がんではないのになあって思っていました』

カテゴリー「がんであるという確信的予測」は、さまざまな情報や環境要因により、きっと自分はがんであると考えることであり、以下の概念から生成された。

〈遺伝的背景によりがんであると思う〉の定義は、家族背景を振り返ったときに、がん罹患者が多いことにより、遺伝的にがんである可能性が高いと思うことである。

『対象者G：実家のおじとおばもがんで亡くなってね、いくらかそういう家系っていうのもあるのかなあなんてね。おじとおばみたいに、もしかしたらがんかもなかった……』

〈もっている知識によるがん罹患の実感〉の定義は、乳房の異常に気づいたとき、もっている知識や情報を根拠に、乳房の異常ががんであることを確信することである。

『対象者A：TVで乳がんのことを放送していたのを見て、自己検診とかしていたんです。だから、しこりに触れたときに、これはがんかもしれないと思ったんです。がんだとピーンと思ったんです。乳腺炎とか他の病気とは全く思わなかったですね。絶対間違いはないって思っちゃったんですね』

〈獲得した情報によるがん罹患の確信〉の定義は、乳房の異常に気づいたことにより、自分自身の置かれた状況を知るために情報を得て、得られた情報により、ほぼ間違いなく自分はがんであると考えることである。

『対象者C：私は気楽に考えていたけれど、妹にいろいろ調べたほうがいいよって言われて、本とかいろいろ見て、本当は大変な病気なんだって思いましたね。これはがんなんだって。そういう知識って自分にはいままでなかったから、のんきに構えてたんですね』

〈医療者の言葉によるがんであることを確信〉の定義は、医療者のさりげない一言が自分ががんであろうことを連想させ、自分は確かにがんであるのだと思うことである。

『対象者H：検査中とか、先生といろんな話するでしょ。その会話のなかで、なんとなく、がんかな？って思ったことがあって。先生の話す内容がなんとなく気を遣って話してるというか、がんだっていう雰囲気だったんです。だから、私はがんなんだって思っていました』

〈検査によるがんであることを確信〉の定義は、多くの検査を実施することにより、自分のいまの状態は正常ではないことを感じ、検査の特殊性からがんであろうと考えることである。

『対象者G：いろいろ検査していくなかで、どんどん悪いほうに考えてしまって。これだけ検査するんだから、がんなんだろうなあと思いましたね。あれだけの検査をするんですから』

(b) がんである事実と向き合い、意味づける

コアカテゴリー【がんである事実と向き合い、意味づける】は、告知を受けることにより、これまで感じていたがんである可能性や抱いていた確信的な予測が紛れもない真実であったと確信し、あいまいだった自分が置かれた状況について明確になることにより、がんという真実と対峙していた。がんに対峙すると、乳がん患者は自分の人生や生活を振り返り、これまで抱いていた価値観を修正し、がん

を肯定的に意味づけることで、がんの認知に至るという局面を示していた。この局面は、以下の3つのカテゴリーの総括として生成された。

〔予測から確信への転換と対峙〕は、告知を契機にこれまで感じていたがんである可能性や確信的予測が確固たる確信へと変化し、それにより、がんであるという真実と向き合うことを意味する。

〈治療法の提示によるがん罹患の実感〉の定義は、告知時に、医師から具体的に手術や術後療法の話聞くことにより、がんであることが現実味を帯び、真実であると実感することである。

『対象者B：手術の話とか、手術した後は、ホルモン剤とか放射線とかいう話を聞いて、そこで初めて受け止めなくちゃ、現実なんだと思いましたね。手術の話をされたときに、「受け止めなくちゃ」って思ったんです』

〈診断に対する納得〉の定義は、もしかしたらがんかもしれない、きっとそうではないという葛藤のなかで、主治医から「がんである」と明確に告げられることにより、自分ががんであることを確信し、納得することである。

『対象者H：告知されても、やっぱりそうですかっていう感じで。やっぱりねって感じが大きかったですね。(中略)がんになってしまったんだから、すべてこれからだと思いましたね』

〈真実を知ることにより得られる安心感〉の定義は、告知を受けることに不安はあったが、真実を知らないで悩むよりは真実を知ることにより気持ちを整理し、切り替えることである。

『対象者E：告知を受けて、ある程度安心できた部分もありますよ。がんかどうかわからないときのほうが、不安でしょうがなかったですね。どうなっちゃうんだろうって。ちゃんと聞いてからは、がんなんかに負けていけないなって思いましたね』

〈治療への積極的な参加〉の定義は、真実を知ることにより、がんと戦うために治療に対しても前向きに頑張ろうと思うことである。

『対象者D：おっぱいを全部取らなくちゃいけなかったら、再建っていうこともあるかなって最初は考えてたんです。でもね、あえてそれをしなくても耐えられるかなって思ったんですね。結局現実だから。これをお客さんたちにもちゃんと伝えていかなくちゃいけないわけですよ。だから、自分ももっと強くなって、がんに立ち向かわなくっちゃって思ったんです』

〔生活や生き方について抱いていた意味の修正〕は、がん罹患したことにより、これまで抱いていた自分自身の生活や生き方の意味について再考することにより、がんと正面から向き合おうとすることであり、以下の概念から生

成された。

〈価値観の変化〉の定義は、がんであることを知ったことにより、一日の大切さを実感したり、自分自身の健康や身体、生き方に対する考え方や見方が変化するものである。

『対象者A：いままでは思ったこともなかったんですが、「今日は有意義に過ごせたなあ」と思えた日がありました。眼に入るものがすべて心に染みたりすることもありましたね。もういつまでも元気でいられる歳じゃないんだな、ああもう無理はできないんだなって。一日の時間がすごい貴重だと思うこともありましたよ。今日はしっかりこれができたなあとか、ちゃんと過ごせたなあとか。毎日そう思うわけじゃないですけど、そう思う日がありましたね』

〈生活の再調整〉の定義は、がんである事実と直面したことにより、日常生活のあり方などについて考え、自らの日常生活を変化させることである。

『対象者E：脂っぽいものがもともと好きだったんです。でも、がんってわかってから、油ものを少なく、野菜を多く摂るようにしていますね。油はがんになりやすいって言うから、気をつけなくちゃと思って。カロリーも低いものをとるようにしようと思って。またがんになったら困るでしょ』

〔がん罹患の肯定的な意味づけ〕は、がんと直面したことにより、がん罹患することやその意味を前向きにとらえようとする、または前向きにとらえることを意味する、以下の2つの概念から生成された。

〈がんであっても大丈夫〉の定義は、がんであると告知を受けたが、早期発見であったり、治療さえしっかりすれば命に別状はなく、これまでと同様の人生や生活を送ることができると思うことである。

『対象者C：TVでも早期発見は切れば治るって言うじゃないですか。だから大丈夫なのかなって思って。半年に1回検診も受けてたし、がんになったって自分はきっと早期発見だし大丈夫かなって思いましたね』

〈がんになったからこそわかったことがある〉の定義は、自分ががんに罹患したからこそ、新たな気づきがあったり、感じられたことがある、とがんに罹患したことを前向きにとらえようとするものである。

『対象者J：乳がんで治療している妹のほうが進行していたから、妹よりも自分のほうが楽なはずって思ったんです。だから、頑張って早く治して、私が頑張る姿を妹に見せなくちゃって思ってるんです。乳がんになって、それが一番、妹を勇気づけてあげられることなんじゃないかなって思って』

VI. 考 察

1. 乳がん患者のがんの認知プロセス

本研究において、乳がん患者のがんの認知プロセスは、【がんである可能性を否定しながらも意識し続ける】【がんである事実と向き合い、意味づける】の2つの局面から構成されていることが明らかになった。

【がんである可能性を否定しながらも意識し続ける】では、乳房の異常に気づいた後、がんであってほしくないという強い思いにより、がんであるかもしれないという可能性を否定しながら、受診に至っていた。がんであってほしくないという思いと、きっとがんであるという思いの狭間で葛藤や困惑する患者の思いを看護師は察知し、その言葉に耳を傾ける必要がある。人は、がんについて「死」や「苦痛」といった恐怖を抱いている²⁴⁾。患者は、がん＝死と直結させるがゆえに、がんを忌み嫌い、がんであってほしくないという強い思いを抱き、がんである可能性を否定していた。しかし、受診を契機にその思いを、〈がんのことを考えない〉ことや〈がんに関結しない情報のみ信じる〉ことに変化させ、告知まで継続して抱えており、乳房の異常ががんである可能性を示すかもしれない情報や診療を意図的に避けようとしていることが示された。乳房の異常をがんであってほしくないと思う患者にとって、がんであるかもしれない可能性を目前に提示されるかもしれない受診は避けたいことであり、また、そこで得られる情報は聞きたくないことであったため、その心理的な苦痛から逃れる手段として、得たい情報のみ得るという、意図的な情報選択を行っていたと推察される。しかし、その一方で、患者はがんである可能性を避けようとするあまり、〈しこりのことが頭から離れない〉ことや〈がんかもしれない〉という思いが増幅し、受診後は、これまで以上に〔がんを意識する〕ことが多くなったものと考えられる。

患者は〔がんではないという願望思考〕を抱く反面、自分がもっている知識や情報などから、自分の乳房の異常は、乳がん間違いなしと確信し、受診に至っていた。近年、わが国でも乳がん患者の増加により、乳がんの予防や早期発見を目的に、多くの知識や情報が広く伝えられている。本研究において、患者が、自分の乳房に見つけたしこりをがんであると判断するに至った根底には、これらの知識や情報の普及があったものと考えられる。知識や情報は、異常の早期発見や早期受診にもつながるが、患者は乳がんという現実と直面するなかで、さまざまな情報に対して適切な判断ができにくく、情報に翻弄されているような場合もあり²⁵⁾、患者の不安や混乱を助長する可能性もはらんでいる。したがって、情報提供に際しては、適切な内容、量、方法が必要である。

また患者は、受診中、医療者と接するなかでかけられたさりげない言葉やこれまで経験したことのない検査を経験することにより、この乳房の異常がいままでの病気とは何かが違うことを感じ、これまで抱いていたがんであるという確信をより確固たる確信に変化させていた。患者にとって受診し、医療者とかかわり、さまざまな検査を経験することは、乳房の異常＝がんという自己判断を、客観的にとらえ直し、より確かな判断としてくれる機会であったものと考えられる。

【がんである事実と向き合い、意味づける】局面に移行する契機となっているのは、告知であった。がんの告知は、病名を正しく告げることであり、患者は乳がんと伝えられたことで、たとえ少なからず覚悟していたとはいえショックを受ける²⁶⁾場面である。その一方、患者にとって告知は、自分がどのような病気に罹患しており、どのような状態にあるのかという正しい情報を告げられることで初めてがんと直接対面する重要な機会でもあり、今後自分がどう生きていくかを考えるスタートラインでもある。本研究において患者は、乳房の異常に気づいてから抱いていた、がんであってほしくないという思いと、きっと自分はがんであるという思いを、告知時に告げられる診断名や治療法の提示により、自分は紛れもなくがんであるという確信に転換させていた。乳がんは乳腺に発生し、患者自身がしこりを触知できるという特徴をもつ。本研究対象者は、自分自身で乳房の異常に気づいて来院しており、告知以前もわずかながらがんであることを意識したり、確信的な予測ができていた。そのため、実際にがんであると告げられても、告知による衝撃は受けるが、比較的冷静に考えることができ、告知内容について納得し、自分の置かれた状況を実感することで、がんであることの確信への転換をスムーズに行い、がんに対峙することができていたと考える。

また、Person Lら²⁷⁾は、「がんとの戦いやがん罹患経験はがん患者にとって意味深いものであり、患者自身を変化、成長させるものである」と述べている。本研究でも、患者はがん罹患することにより、自分の生活や生きることについて深い思索をし、これまでの価値観を変化させ、生活を再調整していた。がん患者が生活や生きることについて、これまで抱いていた意味を修正することは、がん＝死という理解までも変化させ、〈がんであって大丈夫〉だと思えるようになり、さらに〈がんになったからこそわかったことがある〉とがん罹患経験を肯定的にとらえることを可能にしていた。尾沼ら²⁸⁾は、「手術を受ける乳がん患者は、病状の認知が確定せずに不確実な状態が続くとネガティブな感情が生じる」ことを明らかにしている。本研究においても、自分は紛れもなくがんであると

いう確信が、事実を知ることができたという安心感やポジティブな感情と思考をもたらしただものと考えられ、がん患者ががんに向き合うための重要な要因となっていた。

また、Moch²⁹⁾は、「乳がん患者は、乳がん罹患経験を通して人生における目的を熟考することにより、がん罹患経験を肯定的にとらえ、人生に新しい観点を見出している」ことを述べている。本研究でも、がん罹患したことを肯定的に意味づけることが、生活や生きることの意味を変化させていることが明らかになり、Mochの知見と一致した。このようにがんに向き合い、意味づけることは、自分なりのがんを納得し、がんとともに生きるための方略を見出すことであり、患者が、自分はがん患者であることを認知するうえで、重要な局面となっていた。

2. 患者のがんの認知を促進する看護支援

患者自身が乳がんであることを認知することを促進するための看護支援を、本研究で明らかとなった2つの局面に沿って考察する。

a. 【がんである可能性を否定しながらも意識し続ける】局面における看護支援

患者は、〈がん＝死のため、がんであってほしくない〉ことから、乳房の異常をがんではないと考えながらも、〈もっている知識によるがん罹患の実感〉をするという葛藤のなかで受診に至っていた。受診後は、〈がんに直結しない情報のみ信じる〉ことで、がんかもしれない恐怖感から逃れようとするあまり、〈しこりのことが頭から離れない〉といった困惑を経験していた。

この時期は、乳房の異常はがんではない、またはきっとがんであるという不確実な状況の狭間で葛藤し、また、がんを避けようとするあまりに、がんを意識してしまうといった困惑のなかにいる患者の思いを理解し、患者が揺れる自分の思いを十分に表出できるよう支援することが重要である。これまでの段階に培った多様な能力を基盤として、自分らしい人生を送るためのまとめの時期³⁰⁾にある患者が、乳房の異常に気づき、がんであってほしくないが、きっとがんであると思うという葛藤を経験することは、患者がこれまでの人生で培ってきた経験を揺るがし、心理的危機に陥る可能性がある。外来受診日に合わせて、患者がその体験や思いを話すことができる面接の場を設定したり、外来相談窓口を活用することが有用である。周囲を気にすることなく、何でも話せる環境のなかで、患者の感情表出を促し、患者の言葉に耳を傾け、共感的、支持的にかかわることにより、心理的危機を回避することが可能になると考える。

また、受診前後の葛藤や困惑は、〈獲得した情報によるがん罹患の確信〉や〈がんに関する情報と自分は合致しな

い)など、もっている、または獲得した情報に翻弄された結果、発生していることが推察された。正確な知識や情報は、不確実性がもたらす恐怖感を低減し³¹⁾、患者のニーズに即した情報提供は患者の不安の軽減に有効である³²⁾ことから正しい情報を適切に提供することが重要である。配慮のない情報提供は、患者に悪影響を与える恐れがある³³⁾ため、まず、患者がもつ知識と情報の内容と患者が求めている知識と情報の両面をアセスメントし、患者の認知状況を把握する必要がある。

b. 【がんである事実と向き合い、意味づける】局面における看護支援

患者は告知を契機に、がんを確信し、がんと対峙していた。これは、〈真実を知ることによる安心感〉をもたらし、〈がんになったからこそ分かったことがある〉とがん罹患経験を肯定的にとらえることを可能にしていた。そして、この〔がん罹患の肯定的な意味づけ〕は〈価値観の変化〉や〈生活の再調整〉をもたらし、患者ががんとともに生きるための方略を見出すことの一助となっていた。そのため、患者がこれまでの経験に意味を付与することができるよう、その体験を“語ること”ができる場を提供することが必要である。患者は自らの体験を語ることで、その経験を意味づけることができる³⁴⁾。よって、患者が自分自身について語ることができる面談やライフレビューを行う場を設定することが必要である。また、患者にとって同病者とのサポート関係は肯定的ながんの理解に効果的である³⁵⁾ことより、同病者とともに語り、そして語りを聞くことができるナラティブ・コミュニティを提供することも効果的である。患者が語るにより、その経験を意味づけ、がんとともに生きる方略を見出すことは、がんの前向きな認知を促進できると考える。

VII. 本研究の限界と課題

本研究は1施設に限定してサンプリングを行っており、サンプル数が少ないことにより理論的飽和化に至ったとは

言い難く、さらに、研究実施施設の医療環境による影響がある可能性が否定できない。今後は多施設において、サンプル数を増やして検討し、理論的飽和化に至ったことを確認する必要がある。

また、本研究における結果を踏まえて、乳房の異常に気づき、さまざまな思いを抱えて受診し、手術に至る患者に対する実践的看護支援方法の構築を目指して、さらに議論を進めていく必要がある。

VIII. 結 論

本研究の結果、乳がん患者のがんの認知プロセスは、【がんである可能性を否定しながらも意識し続ける】局面と【がんである事実と向き合い、意味づける】局面から構成されていた。

【がんである可能性を否定しながらも意識し続ける】は、[がんではないという願望思考]により、[がんである可能性の否定]をし、受診を契機に[がんを意識する]反面、自分の乳房の異常はきっとがんであると思う〔がんであるという確信的予測〕をする局面であった。

また、【がんである事実と向き合い、意味づける】は、告知を契機に、[予測から確信への転換と対峙]をすることにより、相互に影響する[がん罹患の肯定的な意味づけ]と[生活や生きることについて抱いていた意味の修正]を行う局面であった。

がんの認知を促進するための看護支援として、患者の葛藤や困惑を理解し、患者の揺れる思いの表出を促すこと、正しい情報を提供し、状況の正確な理解を促すこと、患者が自らの体験を語ることで整理し、新たな価値観の形成を支援することの必要性が示唆された。

謝 辞

本研究に際し、快くインタビューにご協力くださいました対象者の皆様、ご支援をいただきましたA病院スタッフの皆様に心より感謝申し上げます。

要 旨

乳がん患者が、乳房の異常の気づきからどのように乳がんであることを認知し、治療に至るのかを明らかにすることを目的に、乳がん患者10名に対して半構成的面接調査を実施し、『修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ』を用いて分析した。がんの認知プロセスは、次の2つの局面から構成された。【がんである可能性を否定しながらも意識し続ける】局面では、がんではないと願うことによりがんである可能性を否定しながらも、自分はきっとがんであると予測していた。【がんである事実と向き合い、意味づける】局面では、告知を契機に、がんであるという予測が確信に転換することにより、がんと向き合い、がん罹患や生き方についての意味を修正していた。患者の葛藤や困惑を理解し、患者の思いの表出をうながすこと、正しい情報を提供し、状況の理解をうながすこと、自らの体験を語ることで整理し、新たな価値観の形成を支援することの必要性が示唆された。

Abstract

We conducted semi-structured interviews of 10 patients with breast cancer by using the modified grounded theory approach (M-GTA) to clarify how the patients become aware of a breast cancer, how they identify it, and how they arrive at a treatment decision. The cognitive process consists of 2 aspects. (1) Being aware of, but negating, the possibility of a cancer: the patients estimate that they have a cancer, but they negate the possibility and hope that they do not have a cancer. (2) Facing the fact that they have a cancer and giving it due consideration: the patients are convinced that they have cancer once they are notified; as a result, their perception about the disease changes and they alter their way of life accordingly. Therefore, understanding the patients' conflicts and annoyances, persuading the patients to express their feelings, providing the patients with accurate information, promoting an understanding of the situation, putting the experiences in order by speaking out, and supporting the patients to establish a new value are very important.

文 献

- 1) 阿部恭子, 佐藤禮子, ほか: 手術療法を受ける乳がん患者の治療への納得を構成する要素. 日本看護科学学会学術集会講演集, 18, 62-63, 1998.
- 2) 尾沼奈緒美, 鎌倉やよい, ほか: 手術を受ける乳癌患者の治療に関する意思決定の構造. 日本看護研究学会雑誌, 27(2), 45-57, 2004.
- 3) 須田利佳子: がん告知後に手術療法を受ける患者のストレス体験とその変化. 上武大学看護学部紀要, 3, 1-15, 2008.
- 4) 白尾久美子, 山口桂子, ほか: がん告知を受け手術を体験する人々の心理的過程. 質的心理学研究, 6, 158-173, 2007.
- 5) Jefferies H, Clifford C: Searching: the lived experience of women with cancer of the vulva. Cancer Nursing, 32(6), E30-36, 2009.
- 6) 阿部恭子: 細胞診・組織診. 射場典子, 長瀬慈村 (監): 乳がん患者へのトータルアプローチ, 145-148, PILAR PRESS, 東京, 2005.
- 7) Lehto R H, Cimprich B: Anxiety and directed attention in women awaiting breast cancer surgery. Oncology Nursing Forum, 26(4), 767-772, 1999.
- 8) Bernadine C: Pretreatment symptom distress in women newly diagnosed with breast cancer. Cancer Nursing, 22(3), 185-194, 1999.
- 9) 鈴木久美, 小松浩子: 初めて病名告知を受けて手術に臨む壮年期がん患者の認知評価とその変化. 日本がん看護学会誌, 16(1), 17-27, 2002.
- 10) 網島ひづる, 高見沢恵美子, ほか: 化学療法を初めて受ける肺がん患者の認知的評価, 臨牀看護, 30(8), 1309-1317, 2004.
- 11) Vetto I P, Vetto J T: Cognitive dysfunction in cancer patients: an educational needs area improved by a single intervention. Journal of Cancer Education, 22(3), 197-201, 2007.
- 12) 前掲9).
- 13) 田村正枝: 乳がんと診断され, 乳房切除術を受ける (術前) 患者のストレス認知とコーピング行動 — ラザルス (Lazarus) のストレス・コーピング理論からの分析 —. 看護技術, 36(7), 15-22, 1990.
- 14) 松木光子, 三木房枝, ほか: 乳癌手術患者の心理的適応に関する縦断的研究(1) — 術前から術後3年にわたる心理反応 —. 日本看護研究学会雑誌, 15(3), 20-28, 1992.
- 15) 松田好美, 森田敏子, ほか: ボディイメージに変化を受ける患者への看護と看護者の意識. 日本看護科学会誌, 17(3), 124-125, 1997.
- 16) 今川詢子, 中山久美子, ほか: 乳房切除患者の創の受容とそれに影響を及ぼす要因の検討. 第27回日本看護学会集録 (成人看護学 I), 11-13, 1996.
- 17) 長田久雄: 看護学生のための心理学. 68-72, 医学書院, 東京, 2002.
- 18) 木下康仁: グラウンデッド・セオリーアプローチ — 質的実証研究の再生. 91-94, 弘文堂, 東京, 1999.
- 19) 大谷英子, 松木光子, ほか: がん患者の Quality of Life (QOL) と臨床看護の方向性 — 乳がん手術患者の心理的適応に関する縦断的研究を通して. がん看護, 1(1), 16-22, 1996.
- 20) 尾沼奈緒美, 佐藤禮子, ほか: 乳がん患者の自己概念の変化に即した看護援助. 日本看護学会誌, 19(2), 59-67, 1999.
- 21) 渡辺孝子: 乳がん患者の心理的適応に関連する要因の研究. 日本がん看護学会誌, 15(1), 29-39, 2001.
- 22) 前掲17).
- 23) 木下康仁: ライブ講義M-GTA 実践的質的研究法 — 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて. 132-229, 弘文堂, 東京, 2007.
- 24) 浅野茂隆, 大木桃代, ほか: ガンという言葉の心理的な意味. 浅野茂隆, 大木桃代, 谷憲三朗 (編): ガン患者ケアのための心理学 — 実践的サイコオンコロジー. 14-21, 真興交易医書出版部, 東京, 1997.
- 25) 嶺岸秀子, 千崎美登子: ナーシング・プロフェッション・シリーズ (がん看護の実践2) 乳がん患者への看護ケア. 36-41, 医歯薬出版株式会社, 2008.
- 26) 前掲24).
- 27) Persson L, Hallberg I R: Lived experience of survivors of leukemia or malignant lymphoma. Cancer Nursing, 27(4), 303-313, 2004.
- 28) 前掲2).
- 29) Susan, Diemert, Moch: Health within the experience of breast cancer. Journal of Advanced Nursing, 15, 1426-1435, 1990.
- 30) 舟島なをみ: 看護のための人間発達学 (第2版). 142-158, 医学書院, 東京, 2000.
- 31) 小西敏子, 佐藤禮子: 乳がん患者の手術に臨む姿勢とそれに影響を及ぼす要因. 千葉看会誌, 7(1), 67-73, 2001.
- 32) Kinta, Beaver, Debbie, Tysver-Robinson, et al: Comparing hospital and telephone follow-up after treatment for breast cancer; randomized equivalence trial. British Medical Journal, 338(7690), 337-40, 2009.
- 33) 浅野茂隆, 大木桃代, ほか: ガン患者の種々の要求. 浅野茂隆, 大木桃代, 谷憲三朗 (編): ガン患者ケアのための心理学 — 実践的サイコオンコロジー. 82-137, 真興交易医書出版部, 東京, 1997.
- 34) 前掲27).
- 35) Helgson V S, Cohen S: Social support and adjustment to cancer; Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. Health Psychology, 15, 135-148, 1996.

平成22年8月23日受 付
平成23年7月26日採用決定

統合失調症患者の禁煙認識と禁煙阻害因子

— 禁煙支援のための課題を考える —

Awareness of Smoking Cessation and Smoking Cessation Inhibitory Factors in Schizophrenia Patients

— On the Problems of the Smoking Cessation Support —

新 田 真由美¹⁾

Mayumi Nitta

板 山 稔²⁾

Minoru Itayama

天 谷 真奈美³⁾

Manami Amagai

キーワード：統合失調症，喫煙，禁煙，半構造化面接，質的研究

Key Words：schizophrenia, smoking, smoking cessation, semi-structured interview, qualitative study

I. 緒 言

喫煙ががんや呼吸器疾患，循環器疾患等の罹患率を高めることは知られている。タバコ煙には4,000種類以上の化学物質，約200種類の有害物質，69種類の発がん物質が含まれる。肺がんのリスクの増加は顕著であり，喫煙者が肺がんになった際，喫煙に起因する割合は90%に達すると見積られている¹⁾。

精神疾患をもつ患者の喫煙率は健常者の2～3倍であり²⁾，近年，精神科病院でも喫煙者に禁煙指導を行うようになってきた^{3), 4)}が，その数は少ない⁵⁾。それは，ニコチンがドパミン分泌を促進する作用があり，抗精神病薬の副作用である錐体外路症状を軽減する働きがある⁶⁾ことや，陰性症状や認知機能障害に対して自己治療的に働いている^{7), 8)}ためと考えられる。しかし，禁煙を望む統合失調症患者に対して，医療者は禁煙を支える必要がある。統合失調症であっても，禁煙治療の対象になっている昨今の現状から考えると，統合失調症患者の効果的な禁煙支援のあり方を考えることは重要である。

禁煙行動を起こすための行動変容については多くの研究がなされており，とくにトランスセオレティカルモデル⁹⁾や保健信念モデル⁹⁾を使用した研究が，国内外で報告されている。

トランスセオレティカルモデルとは，変容のステージを利用して，介入に関する主要な理論から変化に関するさまざまなプロセスと原理を統合させた理論である⁹⁾。変容のステージは，無関心期（6か月以内に行動を起こそうという気がない），関心期（6か月以内に行動を起こそうという意図がある），準備期（30日以内に行動を起こそうとい

う意図があり，その方向ですでにいくつかの行動段階を経ている），実行期（顕在的行動が変化してから6か月未満である），維持期（顕在的行動が変化してから6か月以上経っている），終末期（いかなる状態でも誘惑に負けないステージ）である。そして，これらの変容のステージを進展させることが，すなわち，健康行動の促進となるのである。榎本らの研究¹⁰⁾によると，日本人男性の喫煙者の行動変容ステージは，無関心期が39.3%，関心期が48.1%，準備期が12.6%であると報告している。

保健信念モデル（Health Belief Model: HBM）とは，50年以上にわたり，健康行動における理論的枠組みとして使われてきたモデルの1つである。自分が病気に罹りやすく（脆弱性がある），病気になれば重大な結果を引き起こしかねない（重大性がある）と考え，自分で実行できる一連の行動をとれば病気にかかりやすくなることも，病気による重大な結果も軽減できる利益があると信じ，その行動によってもたらされる利益が，行動をとることで生じる障害・損失を上まわると信じているとき，健康行動をとるようになる，という考えである⁹⁾。また，環境要因ではなく，個人の認識に焦点を当てたモデルであるため，統合失調症患者に積極的な禁煙指導を行っていない医療の現場でも，環境の良し悪しにとらわれることなく，個人の認識を明らかにすることができる。

保健信念モデルを使用した研究では，榎本ら¹⁰⁾が日本の健常者を対象に行っており，禁煙への関心度の高い者ほど，重大性の認識が有意に高い，と報告している。

統合失調症患者の喫煙の理由は，これまでの研究により，田中ら²⁾は精神神経科に入院中または通院中の統合失調症（ $n = 39$ ）と躁うつ病（ $n = 19$ ）の喫煙患者58名に

1) 前・国立看護大学校看護学部 Formerly, Faculty of Nursing, National College of Nursing, Japan

2) 弘前医療福祉大学保健学部看護学科 Department of Nursing, Faculty of Health, Hirosaki University of Health and Welfare

3) 国立看護大学校看護学部 Faculty of Nursing, National College of Nursing, Japan

対して、喫煙の動機（気持ちが休まる、手持ち無沙汰、気分転換になる、何となく習慣）の4項目を調査した。その結果、統合失調症患者と躁うつ病患者とでは、喫煙の動機に違いがあることがわかった。喫煙の動機を“気持ちが休まる”とする統合失調症患者は躁うつ病患者に比べて有意に高く、“手持ち無沙汰”とする躁うつ病患者は統合失調症患者に比べて有意に高かった。しかし、この研究は喫煙動機を4項目に絞っているため、それ以外の喫煙動機については明確になっていない。

統合失調症患者の認識に焦点を当てた研究は少ない。唯一、Lawn, S Jら¹¹⁾の研究では、喫煙中の精神障がい者24名に対して、喫煙の意味や禁煙に対する思いについてグラウンデッドセオリーを用いて調査し、精神障がい者が喫煙を継続する6つのテーマが導き出された。6つのテーマとは、「コントロールシンボルとしてのタバコ」「精神疾患に罹患したという絶望と見込みのなさ」「セルフメディケーションとしてのタバコ」「アイデンティティとしてのタバコ」「周囲の承認」「信念」である。Lawn, S Jらの研究は、統合失調症患者のみを対象としたものではなく、躁うつ病、大うつ病や人格障害等の患者が含まれているため、統合失調症患者の認識に絞ることはできない。また、標本数も少なく、研究を深める必要があると考えられる。そこで、統合失調症患者の禁煙支援を検討するためには、統合失調症患者のみを対象として認識を解明することにより、統合失調症患者の禁煙への行動変容に必要なことは何であるか、を推察することができると考えられる。

現在、わが国において、統合失調症患者自身の語りから禁煙に対する思いをとらえた研究は少ないため、まず、統合失調症患者がどのように禁煙をとらえているのか、禁煙を阻害している因子は何なのか、を理解すべきと考える。

そこで本研究では、その第一段階として、統合失調症患者個人の認識のあり方に焦点を当て、禁煙をどのようにとらえているのか、禁煙への阻害因子は何なのかを解明していきたい。統合失調症患者個人の禁煙認識と禁煙阻害因子を解明することにより、健康行動変容の一助となりうると考える。

Ⅱ. 用語の定義

禁煙認識：禁煙に対する全般的なとらえ方。禁煙に対する各個人の、自分なりのとらえ方。

禁煙阻害因子：禁煙を隔てて邪魔する要因。

Ⅲ. 研究方法

1. 対象者

調査期間は、平成20年5月7日から平成20年5月31日

ある。研究対象者は一般病院の外来、およびデイケアに通院する、喫煙中の統合失調症患者16名であった。

2. 調査方法

a. データ収集手順

筆者は、面接調査開始前に、研修期間として1週間を目安に実施施設でデイケアプログラムへの参加や環境整備を行いながら、面接調査実施施設利用者とコンタクトをはかった。対象者候補の選出にあたっては、統合失調症患者が通院する病院の外来診療を行う医師またはデイケア担当医師に研究の主旨を説明し、統合失調症で喫煙している患者の紹介を受けた。面接調査について、研究参加依頼の文書を示しながら口頭で説明依頼した。面接調査の承諾の得られた人に、面接日時・場所に関して都合のよい日時を尋ね、その時間にインタビューを行った。インタビュー中、必要であれば質問をわかりやすく別の言葉で言い換えた。インタビュー中でもインタビュー後でも、随時質問や疑問に答えることを伝えた。様子や疲労度を考慮し、対象者の了解を得て、回数を分けて面接を行った。

b. 調査内容

- ① 属性（疾患、性別、病歴など）：カルテより収集した。
- ② 行動変容ステージ：トランスセオレティカルモデルの行動変容のステージに準じて査定した。査定の対象となった質問は、インタビューガイドにある、「タバコをやめようと思ったことはありますか」という問い

付録1 インタビューガイド

【喫煙歴・喫煙本数を問う質問】
・あなたが喫煙を始めたのは何歳ですか。喫煙を始めて何年になりますか。 ・喫煙を始めたきっかけは何ですか。 ・1日の喫煙本数を教えてください。
【喫煙する意味を問う質問】
・タバコを吸いたいと感じるときはどのようなときですか。 ・タバコを吸いたいと感じる場面はどのような場面ですか。 ・タバコを吸いたいと感じるときはどのような気分のときですか。 ・あなたにとってタバコとはどういう存在ですか。
【禁煙の認識を問う質問】
・禁煙に対してどのようなイメージをもちますか。 ・タバコをやめようと思ったことはありますか。 ・禁煙を試みたことはありますか。※ ・どのようなことをして禁煙をしたのですか。（※の問いで“はい”の場合） ・禁煙を試みない理由をお教えてください。（※の問いで“いいえ”の場合） ・禁煙中、何かサポート（禁煙外来や援助、禁煙補助剤）を受けましたか。 ・禁煙をサポートする治療や方法、グッズについてどの程度知っていますか。 ・タバコを再び吸ったきっかけ、原因は何ですか。 ・このままタバコを吸い続けた場合、身体にはどのような影響があると思いますか。 ・禁煙に成功した場合、身体にはどのような影響があると思いますか。

である。たとえば、対象者が「まったく禁煙しようと思ったことはないし、今後も禁煙するつもりはない」と答えた場合は「無関心期」と査定した。

- ③ 禁煙認識・禁煙阻害因子：オリジナルに作成したインタビューガイド（付録1参照）に基づいた半構造化面接により聴取した。
- ④ 対象者の言動等：筆者は、研究対象者らが通うデイケアに3週間参加し、参加観察した内容をフィールドノートとした。参加観察した場面は、スポーツ（ソフトバレーボールやバドミントンなど）や映画鑑賞、調理などのデイケアプログラムの様子や休憩や昼食時の様子であった。研究対象者の禁煙や喫煙に関する発言内容や、喫煙の様子を交流しながら観察した。参加観察で得られた内容は、インタビューで語られた内容より的確にするための補助的なデータとして用いた。

3. 分析方法

禁煙認識と禁煙阻害因子に関する半構造化面接を行い、分析には質的研究法であるKJ法¹²⁾の手法を用いた。分析結果の信用性の確保のために、研究開始前にKJ法セミナーを受講し、KJ法の手法を用いた分析に関する演習を受け、また分析の各段階においても、精神科看護の教育者と、統合失調症の看護実践がある熟練看護師からスーパーバイズを受けた。

4. 倫理的配慮

本研究は、某センター倫理委員会の承認を得た。かつ研究協力機関の倫理委員会の承認を得た。某センターとは、筆者が所属し研究対象者が通院している施設である。研究の目的、内容、個人の人権擁護について、書面および口頭で説明した。対象者には、いつでも同意を撤回できることを説明した。インタビューはプライバシーを確保できる個室で行い、対象者の匿名性を保証した。

a. 対象者に対する人権擁護

- ・本研究の対象者は、統合失調症患者であり、主治医の判断により、疎通性、同意能力があるとされた者、とした。
- ・研究の目的、内容、個人の人権擁護について、筆者が書面ならびに口頭で説明した。
- ・面接はプライバシーを確保できる個室（面接室）にて筆者が行った。
- ・常に対象者の安全・安楽を守るように配慮した。研究対象者の不利益、不自由、リスクなどを最小にすることを念頭におき、行動した。
- ・対象者には、いったん同意した場合でも、対象者が不利益を受けることなく同意を撤回することができることを説明した。また参加同意後、調査中いつでも研究につい

て筆者に質問、意見をを行うことができることを説明し、書面での同意が得られた対象に対して調査を実施した。

b. 研究参加への自由意志の尊重と、同意を得る方法

- ・対象者候補の選出にあたっては、統合失調症患者が通院する病院の外来診療を行う医師またはデイケア担当医師に研究の主旨を説明し、統合失調症で喫煙している患者の紹介を受けた。この時点では、対象者候補の個人情報については閲覧しなかった。
- ・対象候補者には、初めに、研究の目的、内容、手順、研究参加により期待される利益、および研究参加に伴う不自由、不利益、リスクについて、文書を用いて説明した。
- ・研究への参加に同意するか同意しないか、本人の意志を確認した。
- ・自由意志に基づく判断を保障するために、十分な時間をあけてから署名による同意を求めた。研究への参加はすぐに決める必要はなく、返事はいつでもよいことを伝えた。
- ・可能な限り文書による同意を得た。文書による同意を得ることが困難な場合には、口頭にて同意を得た。
- ・説明文書は対象者に渡した。

IV. 研究結果

1. 研究対象者の属性

研究対象者16名中、男性は14名（87.5%）、女性は2名（12.5%）であった。16名中、外来通院のみの患者は10名で、デイケア利用者は6名だった。デイケア利用者6名は、外来通院し、なおかつデイケアを利用している者だった。研究対象者の年齢は28歳から63歳までで、平均は44.8歳（標準偏差9.1）であった。喫煙本数は5本／日から60本／日で、平均は28.8本／日（標準偏差12.6）であった。喫煙歴は11年から43年であり、平均は24.3年（標準偏差9.2）であった。

研究対象者の行動変容のステージは、「無関心期」が14名（87.5%）、「関心期」が1名（6.3%）、「準備期」が1名（6.3%）であった。

2. 統合失調症患者の禁煙認識と禁煙阻害因子の10のグループについて

インタビューの逐語録から、禁煙と喫煙に関する発言内容について意味内容のまとまりのあるデータを1ラベルとして、禁煙・喫煙に関するラベルは合計316ラベルであった。それらの316ラベルは、5回のグループ編成を繰り返し、10のグループに分かれた。そして図解化（図1参照）を行った。グループ編成の過程の一例として、グループ1の【日常生活を送るなかで、タバコが日々の営みの支えや、潤い、楽しみ、さらには達成感を与える役割を果たしている】の分析過程を表1に示した。

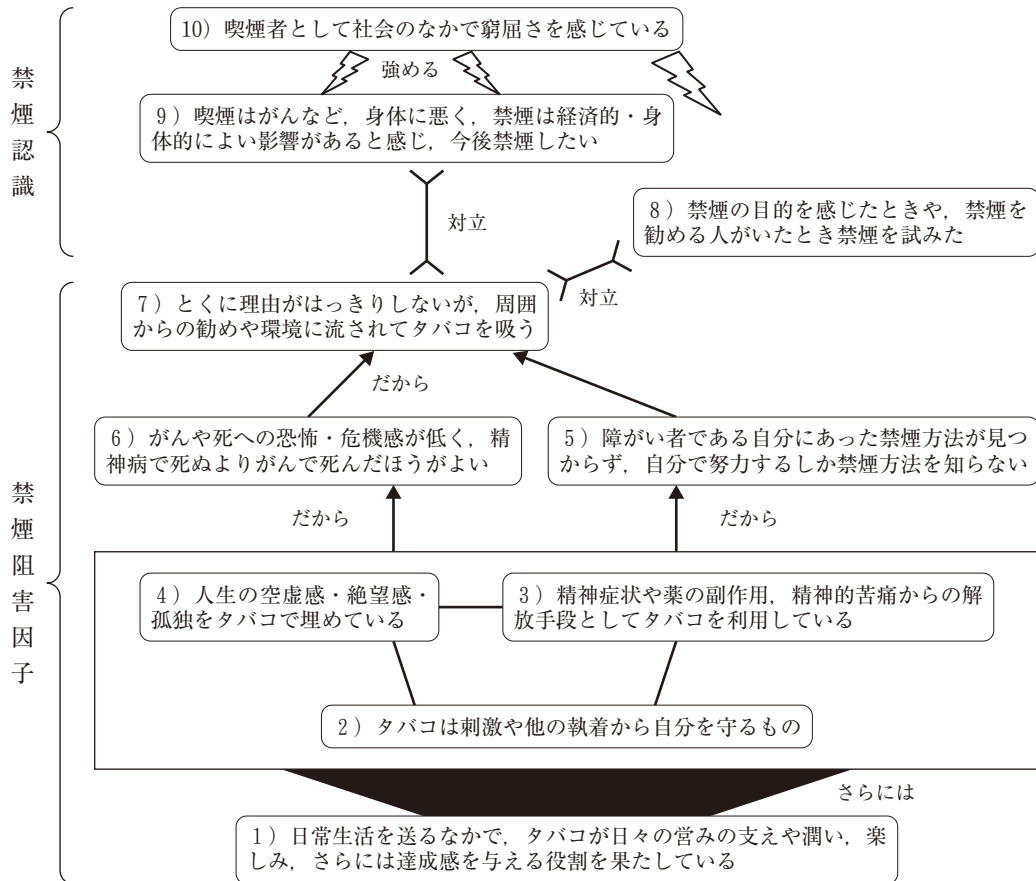


図1 統合失調症患者の禁煙認識と禁煙阻害因子

表1 対象者の発言内容と分析過程の例

第5段階	第4段階	第3段階	発言内容の例
日常生活を送るなかで、タバコが日々の営みの支えや、潤い、楽しみ、さらには達成感を与える役割を果たしている	タバコは日常生活の営みの維持・支えである	食後や仕事の休憩時間など、日常生活の節目の習慣としてタバコを吸う	・「食後にタバコが吸いたくなる」など
		タバコをダイエットに役立てている	・「空腹時に、満腹にするため・減量のためにもタバコを吸う」など
		タバコは、頭の回転や集中力の改善、眠気覚ましをするもの	・「眠気を覚ますためにタバコを吸う」など
	作業後のタバコは美味しく、1日の達成感を感じる	作業後のタバコは美味しく、1日の達成感を感じる	・「作業後のタバコは美味しく、1日の達成感を感じる」など
		趣味も仕事もお金もないなか、タバコを楽しみとしている	・「趣味も仕事もなく、お金もなく、ギャンブルもできず、人生の楽しみはタバコくらいなもの」など
	タバコは、生活の質を高める潤い・楽しみ	タバコは、自由が制限された入院中、自分に許される楽しみの一つ	・「前に入院していた病院では、自由に散歩にも行けず、売店もなく、病院から支給されるタバコしか楽しみがなかった」など
		喫煙はアクセサリーのようなもの	・「昔の映画に出てくるタバコのシーンがカッコよく思え、アクセサリーの要因が大きい」など
		タバコは嗜好品のようなもので、一服の清涼剤、美味しさを感じるもの	・「はじめはカッコつけてタバコを吸っていた」など
		タバコで時間つぶし・退屈しのぎをしている	・「タバコは一服の清涼剤」など
			・「他の嗜好品のように美味しいタバコが好き」など
			・「退屈なときにタバコを吸いたくなる」など

以下の文中では、5段階で得られた10のグループ名を【 】内に、関連する発言内容を「 」内にそれぞれ記した。

統合失調症患者の禁煙認識と禁煙阻害因子に関する10のグループとは、【1】日常生活を送るなかで、タバコが日々の営みの支えや、潤い、楽しみ、さらには達成感を与える役割を果たしている】【2】タバコは刺激や他の執着から自分を守るもの】【3】精神症状や薬の副作用、精神的苦痛からの解放手段としてタバコを利用している】【4】人生の空虚感・絶望感・孤独をタバコで埋めている】【5】障がい者である自分にあった禁煙方法が見つからず、自分で

で努力するしか禁煙方法を知らない】【6】がんや死への恐怖・危機感が低く、精神病で死ぬよりがんで死んだほうがよい】【7】とくに理由がはっきりしないが、周囲からの勧めや環境に流されてタバコを吸う】【8】禁煙の目的を感じたときや、禁煙を勧める人がいたとき禁煙を試みた】【9】喫煙はがんなど、身体に悪く、禁煙は経済的・身体的によい影響があると感じ、今後禁煙したい】【10】喫煙者として社会のなかで窮屈さを感じている】であった。統合失調症患者の禁煙認識と禁煙阻害因子を説明する10のグループの内容を表2で示した。

表2 禁煙認識と禁煙阻害因子の10グループの内容

【1】日常生活を送るなかで、タバコが日々の営みの支えや、潤い、楽しみ、さらには達成感を与える役割を果たしている】 1-1 タバコは日常生活の営みの維持・支えである ・食後や仕事の休憩時間など、日常生活の節目に習慣としてタバコを吸う ・タバコをダイエットに役立てている ・タバコは、頭の回転や集中力の改善、眠気覚ましするもの 1-2 作業後のタバコは美味しく、1日の達成感を感じる 1-3 趣味も仕事もお金もないなかや、入院中など、いろいろな制限のなかの唯一の楽しみ ・趣味も仕事もお金もないなか、タバコは唯一の楽しみ ・タバコは入院中の暇つぶし 1-4 タバコは生活の質を高める潤い・楽しみ ・喫煙はアクセサリのようなもの ・タバコは嗜好品のようなもので、一服の清涼剤、美味しさを感じるもの ・タバコで時間つぶし・退屈しのぎをしている	【5】障がい者である自分にあった禁煙方法が見つからず、自分で努力するしか禁煙方法を知らない】 5-1 自分で努力するしか禁煙方法は知らず、禁煙治療への知識や興味はない ・禁煙補助剤・治療への知識・興味の低さ ・禁煙は、補助剤を使うものではなく、自分の意志と我慢で吸わないようにするもの ・禁煙することにより、身体によい影響はない・よい影響があるかわからない 5-2 精神障がいのある自分にあった禁煙方法が見つからず、禁煙に自信がもてない ・過去に禁煙に失敗していたり、禁煙は難しい、辛いと考え、自分にはできないと考えている ・禁煙しようと思い、行動したが、病気を理由に拒否されてショックだったが、禁煙方法を考えている
【2】タバコは刺激や他の執着から自分を守るもの】 2-1 酒や異性に執着しないようにタバコで対処している 2-2 タバコは自分を守るお守りのような存在	【6】がんや死への恐怖・危機感が低く、精神病で死ぬよりがんで死んだほうがよい】 6-1 身体に悪く、他者への害になることはわかっているが、禁煙しない ・喫煙を続けたらがんに影響するとわかっているが、やめられない ・タバコの煙は他の人の害になるとわかっているが、禁煙の意思はない 6-2 がんや死への恐怖感・危機感は低い ・肺がんになったらタバコをやめようと考えている ・肺がんで死ぬなら死んでもいいと考えている 6-3 精神疾患の悪化で死ぬよりがんで死んだほうがよい
【3】精神症状や薬の副作用、精神的苦痛からの解放手段としてタバコを利用している】 3-1 喫煙が精神症状の改善になるとは限らない。安定剤でも対処できる ・精神症状で、タバコの火さえ気になり、吸えないときもある ・精神状態が悪いときは、精神安定剤をもらい、対処している ・精神状態・症状が悪くなるとタバコの本数が増えるが、症状の改善につながる実感はない 3-2 精神症状や精神科薬の副作用への対処・セルフメディケーション ・タバコは精神症状を緩和・コントロールしてくれるもの ・禁煙が精神疾患や精神状態の悪化につながる懸念から禁煙しづらくなっている ・タバコは、精神科薬の副作用を改善してくれるもの ・病気になったショックと苦しみから抜けるためタバコを吸いだした ・タバコは精神症状による強い緊張状態を休ませてくれるもの ・世間や他者の言動が気になり、ストレスを溜めこんだときにタバコを吸いたくなる	【7】とくに理由がはっきりしないが、周囲からの勧めや環境に流されてタバコを吸う】 7-1 周囲からの勧めや環境に流されてタバコを吸う ・周囲から勧められたり、人づきあいではタバコを吸う ・周囲の人がタバコを吸っていると、タバコを吸う ・タバコを吸いだしたきっかけは、精神科に入院し、周囲の人がタバコを吸ってる環境で、好奇心があった 7-2 いつの間にか、たまたまとくに理由もなくタバコを吸っていた ・タバコを吸いだしたきっかけは、仕事中、目の前にタバコがあったから ・いつの間にか、たまたま再喫煙していた
【4】人生の空虚感・絶望感・孤独をタバコで埋めている】 4-1 タバコは、対人関係でのストレスや、間の持たなさ、手持無沙汰を埋めてくれる ・人と話すことにストレスがあるのか、話が途切れると間を持たせるためにタバコを吸う ・タバコは、他者とのコミュニケーションの際、間の持たなさや口下手さ、手持無沙汰を埋めてくれるもの 4-2 人生や生活の楽しみがなく、空虚感や絶望感、孤独をタバコで埋めている ・タバコを吸いだしたきっかけは、心の虚しさ・心の隙間を何かで埋めたかった ・生活のなかで、もてあました時間をタバコを吸うことで埋めている ・タバコを吸うことで、孤独感を埋めている ・タバコを吸うことで、空虚感を埋めている	【8】禁煙の目的を感じたときや、禁煙を勧める人がいたとき禁煙を試みた】 8-1 禁煙の目的を感じたとき、禁煙を試みた ・テニスの試合に向けて、呼吸機能の改善のために禁煙を試みた ・禁煙をする目的を感じないため、禁煙していない 8-2 禁煙を勧める人がいたとき、禁煙を試みた ・好きな人がタバコを吸わない人だったので、禁煙を試みた ・好きな人が自分に興味がないと思うと、再喫煙した ・禁煙を勧める人がいないため、禁煙していない 【9】喫煙はがんなど、身体に悪く、禁煙は経済的・身体的によい影響があると感じ、今後禁煙したい】 9-1 喫煙は、がんなど身体に悪いため、身体のために今後、禁煙したいと考えている 9-2 禁煙には、経済的・身体的によい影響があると感じている ・禁煙に成功すると、呼吸機能の回復など、身体によい影響があると考えている ・禁煙には経済的メリットがあると感じている
【10】喫煙者として社会のなかで窮屈さを感じている】 10-1 社会の禁煙化で、肩身が狭く感じている 10-2 寝タバコをしない・携帯灰皿を持つなど、喫煙マナーを心がけている 10-3 喫煙者であるため、家族から煙たがられたり、文句を言われ、肩身が狭い ・喫煙者であるため、家族から煙たがられて肩身が狭いと感じている ・喫煙者であるため家族に文句を言われるが、隠れて吸う	

3. 統合失調症患者の禁煙認識に関する3つのグループ

10グループのうち、統合失調症患者の禁煙認識に関するグループは、【8）禁煙の目的を感じたときや、禁煙を勧める人がいたとき禁煙を試みた】【9）喫煙はがんなど、身体に悪く、禁煙は経済的・身体的によい影響があると感じ、今後禁煙したい】【10）喫煙者として社会のなかで窮屈さを感じている】であった。

【8）禁煙の目的を感じたときや、禁煙を勧める人がいたとき禁煙を試みた】は、「息切れ予防のため、テニスの試合前に1週間禁煙したことがある」などの発言内容であった。喫煙している統合失調症患者にとって、禁煙の目的や禁煙を勧める人の存在が、禁煙へ行動変容するきっかけとなることが示された。

【9）喫煙はがんなど身体に悪く、禁煙は経済的・身体的によい影響があると感じ、今後禁煙したい】は、「タバコは身体に悪いし、お金もかかるから、本当はやめたいと考えている」などの発言内容が含まれた。このグループは喫煙の害を理解し、禁煙のメリットを感じており、今後禁煙したいと感じていた。いまは禁煙を行っていないが、より健康的で充実した毎日を送るために禁煙を前向きにとらえていた。

【10）喫煙者として、社会のなかでの窮屈さを感じている】は、「いまは禁煙ブームなので、タバコを吸っているのは格好悪いと言われるのは当たり前と考えている」などの発言内容が含まれた。このグループは、【9）喫煙はがんなど身体に悪く、禁煙は経済的・身体的によい影響があると感じ、今後禁煙したい】のように喫煙の害・禁煙のメリットを理解し、禁煙化が進む社会のなかでの自分の立場が窮屈であると感じていた。この“社会”とは、家族や職場などを含んでいた。禁煙化が進む現代社会では、いままでのように喫煙行動が承認されにくくなってきていることを実感しており、喫煙を継続することが社会の流れに反していると感じていた。

4. 統合失調症患者の禁煙阻害因子に関する7つのグループ

第5段階の10グループのうち、統合失調症患者の禁煙阻害因子に関するグループは、【1）日常生活を送るなかで、タバコが日々の営みの支えや、潤い、楽しみ、さらには達成感を与える役割を果たしている】【2）タバコは刺激や他の執着から自分を守るもの】【3）精神症状や薬の副作用、精神的苦痛からの解放手段としてタバコを利用している】【4）人生の空虚感・絶望感・孤独をタバコで埋めている】【5）障がい者である自分にあった禁煙方法が見つからず、自分で努力するしか禁煙方法を知らない】【6）がんや死への恐怖・危機感が低

く、精神病で死ぬよりがんで死んだほうがよい】【7）とくに理由がはっきりしないが、周囲からの勧めや環境に流されてタバコを吸う】であった。

【1）日常生活を送るなかで、タバコが日々の営みの支えや、潤い、楽しみ、さらには達成感を与える役割を果たしている】は、「食後にタバコが吸いたくなる」「閉鎖病棟では麻雀や将棋しか遊ぶことがなく、タバコを吸いながら麻雀や将棋をしていた」などの発言内容が含まれた。このグループは、統合失調症患者が日々の生活を送るなかで、喫煙が日常生活の一部として組み込まれていることを示した。この禁煙阻害因子は、生活リズムに組み込まれ、喫煙の役割の前提となるもので、喫煙中の統合失調症患者の生活を支える基盤としてはたらいっていた。

【2）タバコは刺激や他の執着から自分を守るもの】は、「禁煙をすると酒や異性にはしるような気がするので、タバコで対処している」という、ちょうどよい依存対象としてタバコを選択している内容などが含まれた。統合失調症をもちながら日常生活を送るなかで、自分を外からの刺激や執着から守ってくれるものとしてタバコを活用していた。

【3）精神症状や薬の副作用、精神的苦痛からの解放手段としてタバコを利用している】は、「禁煙すると、イライラして落ち着かなくて、病状が悪くなるという心配があるため、健常者よりやめにくい」「薬の副作用である喉の渇きを紛らわすために、タバコを吸う」などの発言が含まれた。このグループから、統合失調症を抱えて生活を送るなかで、自分の精神症状や薬の副作用に悩み、自分なりの解決策としてタバコを活用していることが示された。

【4）人生の空虚感・絶望感・孤独をタバコで埋めている】は、「タバコを吸いだしたきっかけは、デイケアのバレーのあと、虚しさ・心の隙間があり、それを何かで埋めたいと思ったのが吸い始めたきっかけ」「前途がなく、夢がない気分になるとタバコが吸いたくなり、タバコを常時吸いたいと感じる」という発言内容が含まれた。

【2）タバコは刺激や他の執着から自分を守るもの】【3）精神症状や薬の副作用、精神的苦痛からの解放手段としてタバコを利用している】【4）人生の空虚感・絶望感・孤独をタバコで埋めている】のグループは、タバコが、統合失調症を抱える自分の充足できていない部分を埋め、守り、苦痛から解放する役割を果たしていた。

【5）障がい者である自分に合った禁煙方法が見つからず、自分で努力するしか禁煙方法を知らない】は、「禁煙するつもりもなく、禁煙サポートグッズ・治療などの興味はない」「禁煙サポートグッズについて、詳しくは知らない。買うと高いのではないかと想像している」などの発言内容が含まれた。

【6）タバコの害はわかるが、がんや死への恐怖・危機

感が低く、精神病で死ぬよりがんで死んだほうがよい】は、「このままタバコを吸い続けたら肺がんになると考えているが、自殺や他殺より、がんになったほうが良いと思っている」などの発言内容があった。このグループは、統合失調症を抱えて生活するなかでタバコの役割が大きいいため、タバコの有害さは理解していても喫煙を継続していた。

【7）とくに理由がはっきりしないが、周囲からの勧めや環境に流されタバコを吸う】は、「デイケアでみんながタバコを吸っているのを見ると、タバコが吸いたくなり、禁煙は難しいと感じる」「精神科閉鎖病棟に入院した際、みんなタバコを吸っていて、そこがタバコを吸うきっかけとなった」などの発言内容が含まれた。このグループはさまざまな禁煙のメリットはわかっているが、【5）障がい者である自分にあった禁煙方法が見つからず、自分で努力するしか禁煙方法を知らない】【6）がんや死への恐怖・危機感が低く、精神病で死ぬよりがんで死んだほうがよい】という禁煙阻害因子のグループによって、禁煙に踏み切れず、その場の流れで結局喫煙を続けているという内容であった。このグループと、【8）禁煙の目的を感じたときや、禁煙を勧める人がいたとき禁煙を試みた】や【9）喫煙はがんなど、身体に悪く、禁煙は経済的・身体的により影響があると感じ、今後禁煙したい】の禁煙認識のグループとの間には葛藤が生じていた。

V. 考 察

1. 統合失調症患者に特徴的な禁煙認識と禁煙阻害因子

本研究で明らかとなった統合失調症患者の禁煙認識と禁煙阻害因子について、喫煙している健常者との相違点を以下に考察する。

【1）日常生活を送るなかで、タバコが日々の営みの支えや、潤い、楽しみ、さらには達成感を与える役割を果たしている】は、ニコチンの身体依存形成⁷⁾と大きく関係していると考えられる。喫煙者は体内のニコチンが分解され血中濃度が低下してくると、イライラや不安などの離脱症状が生じてくる⁷⁾。これを防ぐために喫煙者は定期的に喫煙を繰り返し、体内のニコチン濃度を保とうとする。本研究の対象者は、日常生活のなかに喫煙を取り込むことにより、体内のニコチン濃度を保ち、生活を維持していた。これは統合失調症患者に限らず、喫煙している健常者にも当てはまると考えられる。

【6）がんや死への恐怖・危機感が低く、精神病で死ぬよりがんで死んだほうがよい】は、統合失調症患者の抑うつが影響していることが考えられるが、「タバコは身体に悪いが、ニコチンの離脱症状でストレスがたまるのはもっと身体に悪い」というように、喫煙している健常者同様に

喫煙行為を合理化¹⁾しようとする姿勢がうかがえる。

【7）とくに理由がはっきりしないが、周囲からの勧めや環境に流されてタバコを吸う】は、統合失調症患者の特徴である「断るのが下手である」「変化にもろい」¹³⁾という行動パターンに影響され、周囲の勧めに従い喫煙を継続している可能性が考えられる。しかし、健常者と同様にニコチンによる身体的依存、心理的依存¹⁾によって、喫煙が習慣化しているため、自然とタバコに手がのびるのではないかと考えられる。

【8）禁煙の目的を感じたときや、禁煙を勧める人がいたとき禁煙を試みた】も、喫煙している健常者と同じと考えられる。禁煙できるという自己効力感は「親友の禁煙成功」や「信頼できる人の説得」「禁煙仲間の支援」と有意な相関があったという健常な大学生を対象とした先行研究¹⁴⁾と一致している。その他の統合失調症患者以外を対象とした先行研究¹⁵⁾でも、禁煙の意味づけや周囲のサポートが重要であることは示唆されており、統合失調症患者に特有とは言えない。【9）喫煙はがんなど、身体に悪く、禁煙は経済的・身体的により影響があると感じ、今後禁煙したい】【10）喫煙者として社会のなかで窮屈さを感じている】という禁煙認識も、統合失調症患者に限った内容ではなく、喫煙している健常者と同じであると考えられる。

本研究で明らかとなった禁煙認識と禁煙阻害因子のなかで統合失調症患者に特徴的なものは、【2）タバコは刺激や他の執着から自分を守るもの】【3）精神症状や薬の副作用、精神的苦痛からの解放手段としてタバコを利用している】【4）人生の空虚感・絶望感・孤独をタバコで埋めている】【5）障がい者である自分にあった禁煙方法が見つからず、自分で努力するしか禁煙方法を知らない】であると考えられる。

【2）タバコは刺激や他の執着から自分を守るもの】という内容の背景には、タバコがなければ自分が刺激や他の執着に負けてしまう、という思いがある。これは、自己が不安定であることを示しており、統合失調症患者が抱えるアイデンティティや自尊感情の課題であると考えられる。南雲¹⁶⁾は、障害者は障害をもつことによって自己アイデンティティの障害を起こしており、その回復のためには自己受容と社会受容が重要であると述べている。國方¹⁷⁾は、統合失調症患者の自尊感情の特徴として、脳梗塞発症後の患者や男子学生の自尊感情（平均値）と比較して、統合失調症患者の自尊感情は低い、と述べている。また、統合失調症患者自身が抱くセルフスティグマは、患者の自尊感情を低下させ、治療からの脱落や社会適応を悪化させることが指摘されている¹⁸⁾。以上の先行研究のように、統合失調症患者は健常者と比べてアイデンティティの形成や自尊感情の向上に課題があることが考えられる。本研究で明らか

となった、【2）タバコは刺激や他の執着から自分を守るもの】という内容は、統合失調症患者がタバコを吸うことによって、安定した自己をつくろうとしているのではないかと考えられる。

【3）精神症状や薬の副作用、精神的苦痛からの解放手段としてタバコを利用している】は、先行研究^{6)~8)}でも明らかになっているとおり、タバコが統合失調症患者にとってセルフメディケーションとして機能していることを表しており、先行研究と一致する内容となった。

【4）人生の空虚感・絶望感・孤独をタバコで埋めている】の発言内容には「前途がなく、夢がない気分になるとタバコが吸いたくなり、タバコを常時吸いたいと感じる」や「しゃべる相手もおらず、友人も働いている状況のなかでタバコを時間つぶしとして用いている」などがあつた。これは、統合失調症患者が人生を充実させることができず、孤独感をもちながら生活している姿であり、QOLやウェルビーイングの問題であるとも考える。國方ら¹⁹⁾は、統合失調症者の平均QOL値はその家族員や一般住民よりも低い、と報告している。また、山本ら²⁰⁾は、統合失調症外来患者は自己の精神疾患を意識する頻度が抑うつと主観的ウェルビーイングに対して大きな影響を与え、精神疾患の医学的・合理的理解を促すだけでは、かえって患者の苦痛の増加を促すことになりかねない、と指摘している。タバコに含まれるニコチンはドパミンの分泌を促す働きがあるため、タバコを吸うと不安感を取り除いたり、多幸感が得られる。それにより、喫煙している統合失調症患者は自分が抱える満たされない思いを、タバコという“身近な友人”で埋めているのではないかと考えられる。

【5）障がい者である自分にあつた禁煙方法が見つからず、自分で努力するしか禁煙方法を知らない】は、統合失調症患者に禁煙を勧めてこなかった医療者にも原因があるのではないだろうか。そもそも、入院中の喫煙している統合失調症患者にとって、タバコは数少ない娯楽のような面がある。隔離中の患者も、治療が進み行動のコントロールができるようになってくると、決められたタバコの時間だけは鍵が開き喫煙することができる病院もある。統合失調症患者の入院生活に寄り添う看護師自身も喫煙率が高い²¹⁾中、喫煙している統合失調症患者に積極的に禁煙を勧めてこなかった。統合失調症患者が禁煙方法を知らないのは、医療者の問題でもあると考えられる。

2. 禁煙を望む統合失調症患者への支援と社会からの介入の視点

本研究対象者は、喫煙者として社会のなかで窮屈さを感じていた。これは、禁煙化が進む社会環境のなかで、自分の喫煙が承認されにくくなっていることを認識していると

いうことである。また、本研究の対象者は、喫煙者が社会から受ける窮屈さや禁煙のメリットを感じており、禁煙の目的を感じるときや禁煙を勧める人がいることが禁煙のきっかけとなることが明らかとなった。社会では禁煙化がますます進み、喫煙できる場所は減ってきているが、いまだ精神科病院には各病棟に喫煙室が設けられていたり、食堂やホールに灰皿が置いてあったりと、禁煙・分煙が遅れている。最近では、敷地内禁煙にした精神科病院もあるが、その数は少ない。本研究では、精神科病院に入院したときにタバコを吸いだしたという対象者もいた。精神科病院が喫煙の始まりの場所とならないよう、精神科病院でも喫煙の有害性や禁煙のメリットを提示したり、分煙化をはかっていくことは重要と考える。

医療者は、統合失調症患者が行動変容ステージの無関心期から関心期への一步を踏み出すための支援をする必要がある。統合失調症患者個人の生活環境を考慮し、個人の意思を尊重しながら禁煙の目的を患者とともに見つける作業を始めることが必要である。

3. タバコ以外の対処法をみつけること、そしてQOLの向上

本研究対象者は、精神症状や薬の副作用、精神的苦痛からの解放手段としてタバコを利用していた。しかし、それは健康的な対処法とはいえない。統合失調症患者の禁煙支援を行う際は、個人個人の精神状態を把握し、タバコ以外の方法で精神症状をコントロールできるような対処方法を検討していく必要があると考える。

また、統合失調症患者の禁煙支援への課題としては、統合失調症患者の抱える苦痛や辛さ、空虚感や絶望感への対処であると考えられる。精神保健医療福祉の改革ビジョン²²⁾による「入院生活中心から地域生活中心へ」という基本政策に伴い、地域で生活する精神障がい者の支援は重要課題の一つとなった。地域生活への復帰が促進され、精神障がい者の地域生活の質の向上が望まれる。本研究の対象者は、自分の人生に空虚感や絶望を感じ、症状や薬の副作用に悩み、自分を守って欲しいと願い、タバコにその役割を見つけていると考える。その行為は治療的ではないが、彼らにとってタバコは他には代えられない“恩恵・益”となっているのである。そのような彼らの禁煙を支援するためには、空虚感や絶望感、孤独感を改善し、タバコに頼らずとも充実感が得られ、生き生きとした生活ができるような援助が必要であると考えられる。禁煙という一面だけに焦点を当てるのではなく、全人的に対象者を把握し、生活の質を高める看護介入が必要であると考えられる。

統合失調症患者のQOLやウェルビーイングに関する研究は主に海外で多くされており^{23), 24)}、国内でも統合失調症

患者のQOLに関する研究は増えてきている¹⁷⁾。國方ら¹⁷⁾は、統合失調症患者のWHOQOL-26尺度で高い点を得るためには、自尊感情を高めたり維持することが有効、と述べている。また、統合失調症患者自身が抱くセルフステイグマが自尊感情を低下させること¹⁸⁾、「自尊心の回復」と「障害のある自分の受容」が社会参加自己効力感を促進する1つの要因であること²⁵⁾などが報告されており、統合失調症患者のQOL評価尺度の開発も行われている²⁶⁾。統合失調症患者の禁煙を支援するため重要なことは、禁煙の無理強いをしたり、禁煙の失敗を非難し、自尊感情を傷つけることがあってはならないと考える。そして、禁煙支援者は患者と信頼関係を築き、患者の主体性を大事にして自尊感情を維持・高める働きかけが重要と考えられる。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究の対象者数は16名と少なく、ある一施設で調査したため、一般化することは限界があると考えられる。また、属性が広いが属性別での結果は出していない。属性別で結果をみられないところは本研究の限界である。今後の研究で、それぞれの属性の傾向や特徴を理解することにより、個別性に沿った認識や要因の把握になると考えられる。

VII. 結 語

1. 喫煙している統合失調症患者の禁煙認識は、【喫煙者として社会のなかで窮屈さを感じている】【喫煙はがんなど、身体に悪く、禁煙は経済的・身体的によい影響があると感じ、今後禁煙したい】【禁煙の目的を感じたときや、禁煙を勧める人がいたとき禁煙を試みた】であった。

2. 喫煙している統合失調症患者の禁煙阻害因子は、【日常生活を送るなかで、タバコが日々の営みの支えや、潤い、楽しみ、さらには達成感を与える役割を果たしている】【タバコは刺激や他の執着から自分を守るもの】【精神症状や薬の副作用、精神的苦痛からの解放手段としてタバコを利用している】【人生の空虚感・絶望感・孤独をタバコで埋めている】【障がい者である自分にあった禁煙方法が見つからず、自分で努力するしか禁煙方法を知らない】【がんや死への恐怖・危機感が低く、精神病で死ぬよりがんで死んだほうがよい】【とくに理由がはっきりしないが、周囲からの勧めや環境に流されてタバコを吸う】であった。

3. 統合失調症患者の禁煙支援への大きな課題は、「統合失調症患者の抱える苦痛や辛さ、空虚感や絶望感への対処」であると考えられる。統合失調症患者の禁煙行動を支えるためには、患者がタバコを吸わざるを得ない思いをくみ取り、QOLやウェルビーイングを視野に入れた働きかけが重要と考える。

4. 統合失調症患者の禁煙を支えるためには、QOLやウェルビーイングを高める働きかけだけではなく、精神症状や薬の副作用に喫煙以外の方法で対処すること、喫煙の有害性や禁煙から得られる有益性を訴えるような社会からの働きかけや、禁煙の目的を設定すること、看護師や家族などが禁煙継続を支持することが重要であると考えられる。

謝 辞

本研究にかかわっていただきました皆様に心からお礼を申し上げます。また、研究協力機関の皆様にお礼申し上げます。

要 旨

精神疾患をもつ患者の喫煙率は健常者より多いにもかかわらず、積極的な禁煙指導は少ない現状がある。本研究は、統合失調症をもつ患者の禁煙認識や禁煙阻害因子に着目し、よりよい禁煙支援方法を考察するための研究である。研究期間は平成20年5月7日から平成20年5月31日。研究対象者は病院の外来およびデイケアに通院する喫煙中の統合失調症患者16名であった。半構造化面接を行い、分析にはKJ法の手法を用いた。結果、統合失調症患者の禁煙認識と禁煙阻害因子を説明する10のグループが導き出された。統合失調症患者の禁煙認識は、「喫煙者として社会のなかで窮屈さを感じている」などであった。また、禁煙阻害因子は、「日常生活を送るなかで、タバコが日々の営みの支えや、潤い、楽しみ、さらには達成感を与える役割を果たしている」などであった。禁煙を支援する際には、QOLを高める介入や社会からのほたらきかけ、禁煙の目的の設定などが重要であると考えられた。

Abstract

The rate of smokers in patients with psychiatric diseases is higher than in healthy individuals. However, currently, there is no active guidance available for them on smoking cessation. The objective of this study is to discuss what will be the most effective method to support smoking cessation in schizophrenia patients with the focus on their awareness of smoking

cessation and smoking-cessation inhibitory factors. The study was conducted during the period from May 7 to May 31, 2008. The subjects included 16 schizophrenia patients who are smoking and treated at outpatient clinics in hospitals or day-care centers. A semi-structured interview was performed, and the KJ method was used for analysis. The study revealed that there are 10 groups that account for awareness of smoking cessation and smoking-cessation inhibitory factors in schizophrenic patients. The awareness of smoking cessation included the following: “the patient feels uncomfortable in society as a smoker”. The smoking-cessation inhibitory factors included the following: “cigarette smoking provides a reason for living, enrichment, joy and even the feeling of achievement in his/her daily life”. It was thought important to make interventions to improve their QOL, to involve society to support them, and to establish purposes of smoking cessation.

文 献

- 1) 日本禁煙学会：禁煙学. 2-67, 南山堂, 東京, 2007.
- 2) 田中いずみ, 神郡 博：精神疾患患者の喫煙の実態. 富山医科大学看護学会誌, 2, 161-167, 1999.
- 3) 川合厚子：精神障害者におけるニコチン依存症管理下の短期禁煙治療成績. 日本禁煙学会雑誌, 2(6), 85-88, 2007.
- 4) 八代樹依, 望月吉勝, ほか：精神科病院入院患者およびデイケア利用者を対象とした禁煙プログラムの試み. 北海道公衆衛生学雑誌, 20, 122-126, 2007.
- 5) 山下美根子, 出口聡美：精神疾患をもつ患者の喫煙について — 日本と主要国との比較 —. 埼玉県立大学紀要, 7, 81-87, 2005.
- 6) Yang, Y K, Nelson, L, et al: Nicotine Decreases Bradykinesia-rigidity in Haloperidol-treated Patients with Schizophrenia. Neuro-psychopharmacology, 27(4), 684-686, 2002.
- 7) 渡邊博幸：統合失調症と嗜好品 — 薬との相互作用や留意すること. 精神科看護, 35(2), 37-41, 2008.
- 8) Sacco, K A, Termine, A, et al: Effect of cigarette smoking on spatial working memory and attentional deficits in schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 62(6), 649-659, 2005.
- 9) Glanz, K, Rimer, B K, et al. (曾根智史, 湯浅資之, ほか 訳)：健康行動と健康教育. 医学書院, 東京, 2006.
- 10) 榎本妙子, 小笹見太郎, ほか：禁煙の関心度を規定する要因 — 行動科学的検討 —. 日本公衆衛生雑誌, 52(5), 375-385, 2005.
- 11) Lawn, S J, Pols, R G, et al: Smoking and quitting: a qualitative study with community-living psychiatric clients. Social Science & Medicine, 54(1), 93-104, 2002.
- 12) 川喜多二郎：発想法. 25-150, 中央公論新社, 東京, 1967.
- 13) 遠山照彦：統合失調症はどんな病気かどう治すのか. 76, 萌文社, 東京, 2006.
- 14) 鈴木幸子, 小牧宏一, ほか：保健医療福祉系大学における敷地内全面禁煙施行前の学生の喫煙に関する調査結果. 埼玉県立大学紀要, 8, 45-49, 2006.
- 15) 松本泉美：20～30歳代女性喫煙者の喫煙の意味と禁煙の意思の構造. 日本看護研究学会雑誌, 34(1), 61-72, 2011.
- 16) 南雲直二：社会受容. 33-47, 荘道社, 東京, 2002.
- 17) 國方弘子, 三野善央, ほか：在宅生活をしている統合失調症患者のWHOQOL-26尺度に影響を与える要因の検討. 日本公衆衛生雑誌, 53(4), 301-309, 2008.
- 18) 下津咲絵, 堀川直史, ほか：統合失調症におけるセルフステイグマとその対応. 精神治療学, 20, 471-475, 2005.
- 19) 國方弘子, 中嶋和夫, ほか：統合失調症者, 精神障害者家族会員, 一般住民のQuality of lifeの比較. 日本保健科学学会誌, 10(4), 249-255, 2008.
- 20) 山本裕美子, 石垣琢磨, ほか：統合失調症の病識と抑うつおよび社会心理学的要因との関連. 精神医学, 52(11), 1079-1086, 2010.
- 21) 河野由理, 三木明子, ほか：看護婦における喫煙習慣とタバコ依存度に関する研究. 精神科治療学, 16(8), 835-839, 2001.
- 22) 厚生労働省精神保健福祉対策本部：精神保健医療福祉の改革ビジョン. 2004-9-2.
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>
- 23) Bettazzoni, M, Zipursky, R B, et al: Illness intrusiveness and subjective well-being in schizophrenia. Journal of Nervous and Mental Disease, 196(11), 798-805, 2008.
- 24) Rohland, B M, Langbehn, D R: Self-reported life satisfaction. The American Journal of Psychiatry, 154(10), 1478-1479, 1997.
- 25) 天谷真奈美, 鈴木麻揚, ほか：統合失調症者の社会参加自己効力感を促進する要因. 国立看護大学校研究紀要, 7(1), 1-8, 2008.
- 26) 高松桃子, 橋本健志, ほか：統合失調症における新しいQOL評価尺度の開発. 病院・地域精神医学, 49(3), 263-265, 2006.

〔平成22年12月6日受 付〕
〔平成23年8月11日採用決定〕

認知症高齢者の家族介護者の介護評価と対処方法

Caregiving Appraisal and Coping Strategies for Family Caregivers of Persons with Dementia

菅 沼 真由美¹⁾
Mayumi Suganuma

佐 藤 みつ子²⁾
Mitsuko Sato

キーワード：認知症高齢者，家族介護者，介護評価，対処方法

Key Words：persons with dementia, family caregivers, caregiving appraisal, coping strategies

I. はじめに

2007年に出生した厚生労働省の将来推計人口¹⁾（中位）によると、65歳以上の人口は、2008年には22.1%であり、2030年には31.8%、2055年には40.5%に増加する、とされている。また、要介護（要支援）認定者の認知症性老人自立度・障害老人自立度に関する推計では、居宅にいる要介護（要支援）認定者の3人に1人が「何らかの介護・支援を必要とする認知症がある高齢者」、8人に1人が「一定の介護を必要とする認知症がある高齢者」である²⁾。さらに、要介護（要支援）認定者で「一定の介護を必要とする痴呆がある高齢者」のうち、3人に1人は「運動能力の低下していない者」で、そのおよそ6割は居宅にいる²⁾、とされている。これらのことは、認知症高齢者の介護の多くを家族が担うことを表し、認知症による行動・心理症状（Behavioral and Psychological symptoms of Dementia：以下、BPSDと略す）のある患者は、家族介護者に多大な負担をもたらすことが多くの研究^{3)~9)}で報告されている。したがって、家族介護者への支援は重要な課題となっている。

高齢者の家族介護者の介護評価に関する研究は、1980年代に始まり、米国では介護によるBurden（負担）や、Stress/Strain（過労、ストレス）として、日本では、介護の負担として、否定的な側面に関する研究^{10)~15)}が報告されている。その後、高齢者（認知症を含む）の家族介護者の肯定的な側面に関する研究^{16)~20)}が報告されるようになっていく。

認知症高齢者の家族介護者の否定的介護評価に関する研究は、研究者らが独自に開発した尺度を用いて、家族介護者が多くの介護負担感を感じていることが報告^{21)~26)}されている。家族介護者の介護負担感に関連する要因は、要介護者の認知症の重症度、認知機能障害^{8), 27)}とBPSDの発症頻度^{3)~9)}、ADLの低下・依存性^{8), 27)}などであり、家族

介護者側の要因としては、年齢²⁷⁾、女性、教育レベル⁶⁾、1日の介護時間や健康状態²³⁾、うつ状態や不安、家族関係⁸⁾、家族や友人からのサポート⁵⁾等である、と報告されている。さらに、家族介護者の介護負担感やうつ状態は老人ホーム入所の主な要因である⁴⁾との報告もある。

一方、高齢者の家族介護者の肯定的評価に関する研究としては、Lawtonら^{16), 28)}は、介護過程や、介護の満足感や介護負担感のさまざまな認知的評価を表現する用語として、「caregiving appraisal」という言葉を使用し、「主観的介護負担」「介護の影響」「介護の満足感（caregiving satisfaction）があり、介護の満足感が肯定的感情に関連していることを明らかにしている。わが国においても、佐々木²⁹⁾は、介護満足度尺度（Carers' Assessment of Satisfaction Index³⁰⁾）を用いた調査において、「介護により高齢者が入院・入所せずにすむ」「介護により必要とされていたり、望まれていると感じる」など介護の満足感を感じていることを報告している。さらに、右田ら¹⁹⁾小澤ら⁵⁾がそれぞれ独自の尺度を用いて肯定的評価の構成因子を抽出している。家族介護者の肯定的評価に関連する要因は、年齢、訪問看護の利用頻度、家族会満足度、インフォーマルサービスの満足度、抑うつと要介護者との親密の程度、家族・友人からのサポートである^{5), 18), 31)}とされているが、認知症高齢者の家族介護者に限定して調査されている報告は少ない。また、介護の肯定的評価は、負担感を軽減し¹⁸⁾、介護の継続意思に関連する^{20), 32), 33)}ことが報告されている。さらに、肯定的・否定的評価の両側面から測る介護評価尺度も開発されている^{20), 34), 35)}。

家族介護者の対処方法に関する研究は、翠川³⁶⁾（和気³⁷⁾）は、在宅での障害老人を介護する家族介護者の「対処スタイル」について調査し、「問題解決型」「接近・認知型」「回避・情動型」があることを明らかにしている。岡林ら³⁸⁾は、翠川³⁶⁾の在宅障害者の家族介護者の対処スタイルと

1) 山梨大学大学院医学工学総合研究部 Interdisciplinary Graduate School of Medicine and Engineering University of Yamanashi

2) 了徳寺大学健康科学部看護学科 Department of Nursing, Faculty of Health Science, Ryotokuji University

して、「介護におけるペース配分」「介護役割の積極的受容」「気分転換」「私的支援追求」「公的支援追求」の16項目5因子の対処方略を抽出し、家族介護者の対処方法は障害の程度やソーシャルサポートの影響を受け、負担感およびバーンアウトと関連することを明らかにしている。さらに、鹿子ら³⁹⁾は、岡本ら³⁸⁾の対処方略の構造を用いてアルツハイマー型認知症患者の家族介護者を調査し、バーンアウト群では健康な状態と比べ、「ペース配分」「積極的受容」「気分転換」「私的支援追求」が低いことを報告している。

上述の先行研究では、家族介護者の介護評価と対処方法の関連について検討されている研究は少なく、また認知症高齢者の家族介護者のみに限定して研究しているものが少ない。認知症高齢者の家族介護者の介護評価および対処方法は、看護師の援助により変化し得る可能性があり、本研究の目的は、認知症高齢者の家族介護者の看護援助に示唆を得るために、認知症高齢者の家族介護者の介護評価と対処方法の特徴と関連を明らかにすること、とした。

Ⅱ. 用語の操作的定義

1. 介護評価：認知症高齢者の家族介護者（以下、介護者とする）が介護体験から感じる介護充足感、肯定的感情、自己成長感等の肯定的評価、および精神的負担感、社会生活負担、関係性負担等の否定的評価、と定義する。
2. 対処方法：認知症高齢者の介護者の介護の時間配分や、介護役割の受け止め、気分転換、私的・公的支援の受け入れ、と定義する。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究デザイン

質問紙法による量的研究、関係探索型研究。

2. 対象者

Y県内の29通所介護施設に通所している認知症症状（認知症高齢者の自立度判定基準Ⅰ以上）のある高齢者（以下、要介護者とする）と同居し、日常生活介助をしている主介護者401名である。

3. 調査期間

2008年6月～9月。

4. データ収集方法

通所介護施設の施設長に依頼し、了解の得られた施設に、施設を通して調査依頼文、調査票を渡す。調査票に回答後、介護施設に留め置き法で回収した。調査票の回収を

もって同意を得られたものとした。

5. 調査項目

a. 要介護者の属性と関連要因

属性としては、年齢、性別、要介護度、日常生活自立度、サービス利用状況。なお、要介護度、日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準、健康障害および治療状況については、施設の職員より情報を得た。

認知症症状の程度については、認知症高齢者のスクリーニング・重症度評価のためのチェックリスト16項目⁴⁰⁾を用いた。これは、認知症高齢者に比較的多くみられる症状あるいは行動を介護者が簡便にチェックすることによって、「在宅での認知症の疑いのある高齢者」をスクリーニングする、および認知症の疑い重症度を評価するためのチェックリストである。本調査では介護者が質問紙回答時にチェックした。それぞれの項目は、可能な限り性差およびADLを含む日常生活状態に影響を受けず、認知症にしばしば認められる精神症状あるいは行動障害で構成されている。16項目中で1～2個の項目に当てはまる場合を「軽度認知症の疑い」、3～7個に当てはまる場合を「中等度認知症の疑い」、8個以上に該当する場合を「高度認知症の疑い」としている。クロンバックの α 係数=.873であり、妥当性、specificity .80である。本研究におけるクロンバックの α 係数は、.852であった。

b. 介護者の属性と関連要因

属性：年齢、性別、続柄、同居家族数、就労状況、介護期間、支援家族、家族外支援者、相談相手。

関連要因：疾病・症状への対応は、質問項目「認知症症状に対して適切な対応できる」に対して「そう思う」～「思わない」の4件法で回答を求め、得点が高いほど適切な対応ができることを示す。

要介護者との関係性：質問項目「現在介護している人との関係性はいかがですか」に対して、「非常によい」～「非常に悪い」の4件法で回答を求め、得点が高いほど関係性がよいことを示す。

健康状態：「健康は悪い」～「健康はよい」の5件法で回答を求め、得点が高いほど身体的健康が高いことを示す。

c. 介護者の介護評価について

介護者の介護評価は、広瀬ら³¹⁾の「認知的介護評価」を用いた。本尺度は、Lawton¹⁶⁾の「介護評価」をモデルに作成され、介護に対する肯定的評価（介護満足感）と否定的評価（介護負担感）の両側面が測定できる。『精神的負担感』『社会生活負担』『介護充足感』『肯定的感情』『関係性負担』『自己成長感』の6因子34項目で構成されている。回答選択肢は「とてもそう思う（4点）」から「まったくそう思わない（1点）」の4段階評価法、点数が高くなる

ほど負担感、満足感ともに高いと解釈する。妥当性は、高齢者福祉を専門とする大学教員のエキスパートレビューを受け、調査項目の内的妥当性を有すると判断され、クロンバックの α 係数が.75～.92と報告されている。なお、本研究におけるクロンバックの α 係数は、介護評価尺度全体.823であり、各下位尺度・肯定的評価『介護充実感』.862,『肯定的感情』.892,『自己成長感』.827,否定的評価『精神的負担感』.916,『社会生活負担』.845,『関係性負担』.689であった。

d. 介護者の対処方法について

介護者の対処方法は岡林ら³⁸⁾の「対処方略」を使用した。本尺度は、「介護におけるペース配分」(以下「ペース配分」とする)「介護役割の積極的受容」(以下「積極的受容」とする)「気分転換」「私的支援追求」「公的支援追求」の5因子16項目で構成され、選択肢は「全然できていない」(1点),「あまりできていない」(2点),「少しできている」(3点),「よくできている」以下と(4点)の4件法である。なお、本尺度では、上記の対処方法に該当しない場合、「必要ないのでしていない」も選択肢にあり、これは「全然できていない」とみなし1点と採点するようになっている。クロンバックの α 係数は.62～.74であり、本研究におけるクロンバックの α 係数は、介護者の対処方略尺度全体.909,各下尺度「ペース配分」.661,「積極的受容」.854,「気分転換」.823,「私的支援追求」.773,「公的支援追求」.784であった。

以上の測定用具を用いて、認知症高齢者の介護者2名にプレテストを実施し、回答しにくい表現は修正した。

6. データの分析方法

データ分析にはSPSS 11.0 for Windowsを使用した。各設問項目は、基本統計量を算出し、対象者の特性は、属性および関連要因との関連は χ^2 検定、属性・関連要因と介護評価、対処方略の関連は、 t 検定によって平均値の差を検定した。さらに、介護評価と対処方略の関係は、ピアソンの積率相関係数を求め、関連性を明らかにした。

7. 倫理的配慮

本研究は、Y大学倫理委員会の審査および通所介護施設の管理責任者に承諾を受けた。研究対象者には、研究目的、方法等の概要を説明し、研究参加は個人の自由意志に基づき、一度承諾しても途中で辞退できる、参加を拒否しても、サービス上の不利益を受けることはない、プライバシーと匿名性の厳守、研究以外にはデータは使用しない、結果は公表することを文書で説明し、調査書の返信をもって研究参加の同意とした。データは研究者が保存し、個人が特定されないよう研究終了後にシュレッダーにかけ廃棄した。

IV. 結 果

分析の対象は、回答の得られた311名(回収率77.5%)のうち、要介護者が65歳以上で認知症高齢者の自立度判定基準Ⅰ以上であり、介護者と同居していることが明確で、データの欠損値の少ない242名(有効回答率60.3%)とした。

1. 対象者の特性

a. 要介護者

要介護者は、表1に示すように、女性73.6%(178名)、平均年齢は85.9 $\pm$ 6.8歳であった。要介護度は、要介護3が31.3%(75名)で最も多く、ついで要介護2が24.6%(59名)、日常生活自立度はランクA55.4%(134名)、認知症高齢者の日常生活自立度は、Ⅱが38.8%(94名)、Ⅲが29.3%(71名)であった。認知症高齢者のスクリーニングチェックリストでは、中等度認知症43.3%(105名)、高度認知症26.9%(65名)であった。

表1 基本的属性(要介護者)

人数 (%)		人数 (%)	
$n = 242$		$n = 242$	
性別		日常生活自立度	
男性	64 (26.4)	自立	44 (18.2)
女性	178 (73.6)	ランクA	134 (55.4)
		ランクB	48 (19.8)
年齢	$n = 242$	ランクC	16 (6.6)
平均年齢 $\pm$ SD	85.9 $\pm$ 6.8歳		
		認知症日常生活自立度	$n = 242$
要介護度	$n = 240$	日常生活自立度Ⅰ	30 (12.4)
要支援1	4 (1.7)	日常生活自立度Ⅱ	94 (38.8)
要支援2	3 (1.3)	日常生活自立度Ⅲ	71 (29.3)
要介護1	40 (16.7)	日常生活自立度Ⅳ	43 (17.8)
要介護2	59 (24.6)	日常生活自立度M	4 (1.7)
要介護3	75 (31.3)	認知症高齢者のスクリーニング	$n = 242$
要介護4	46 (19.2)	認知症なし	33 (13.6)
要介護5	13 (5.4)	軽度認知症	39 (16.1)
		中等度認知症	105 (43.3)
		高度認知症	65 (26.8)

[注] n は欠損値を除いた数

b. 介護者

介護者は、表2に示すように女性が80.5%(194名)を占め、平均年齢は61.2 $\pm$ 10.9歳、平均介護期間は5.7 $\pm$ 4.9年であった。続柄は、嫁38.9%(93名)が最も多く、支援家族のいる者81.8%(193名)、相談相手のいる者92.7%(217名)であった。介護者と要介護者の関係は、「よい」ものが49.4%(119名)であった。認知症の理解、対応の仕方は、「認知症は病気である」は84.8%(200名),「認知症の症状がわかる」は86.5%(205名),「認知症の症状に対して適切な対応ができる」は61.9%(143名)であった。

表2 基本的属性（介護者）

人数 (%)	人数 (%)
性別 $n=241$	要介護者との関係 $n=241$
男性 47 (19.5)	非常に良い 31 (12.9)
女性 194 (80.5)	よい 119 (49.4)
	どちらでもない 77 (32.0)
年齢 $n=238$	悪い 14 (5.8)
平均年齢 $\pm$ SD 61.2 $\pm$ 10.9歳	非常に悪い 0 (0)
介護期間 $n=227$	認知症は病気である $n=236$
平均介護期間 $\pm$ SD 5.70 $\pm$ 4.93歳	そう思う 171 (72.5)
	まあそう思う 29 (12.3)
続柄 $n=239$	あまりそう思わない 31 (13.1)
妻 36 (15.1)	思わない 5 (2.1)
夫 13 (5.4)	認知症の症状がわかる $n=237$
嫁 93 (38.9)	よくわかる 70 (29.5)
娘 62 (25.9)	まあわかる 135 (57.0)
息子 32 (13.4)	あまりわからない 26 (11.0)
支援家族の有無 $n=234$	わからない 6 (2.5)
有 193 (81.8)	症状に対して適切な対応ができる $n=231$
無 43 (18.2)	そう思う 68 (29.4)
相談相手 $n=234$	まあそう思う 75 (32.5)
有 217 (92.7)	あまりそう思わない 70 (30.3)
無 17 (7.3)	思わない 18 (7.8)

[注] n は欠損値を除いた数

2. 「認知症の症状への対応」に関連する要因

「認知症の症状に対応できない」介護者は、認知症の症状がわからない ($n=24$, 80%) が、わかる ($n=64$, 31.8%) より多く (表3-1)、相談相手がいない ($n=10$, 12%) が、いる ($n=6$, 4.3%) より多かった (表3-2)。相談相手の有無と属性をみると、相談相手のいない介護者は、男性 ($n=7$, 15.2%) が、女性 ($n=10$, 5.4%) より多く (表3-2)、支援家族のいない ($n=9$, 22.5%) が、いる ($n=8$, 4.3%) (表3-2) よりも多かった。

3. 介護評価の特性

介護評価の項目別得点の平均値、標準偏差は表4に示した。肯定的評価の高得点項目は、『介護充足感』の「自分は〇〇さんのために必要なことを行っている」「私は介護することは価値のあることだと思う」、『肯定的感情』の「ささいなことに〇〇さんが喜んでくれると自分もうれしくなる」であった。肯定的評価の低得点項目は、『介護充足感』の「〇〇さんのお世話を引き受けることは自分の評価を高める」、『肯定的感情』の「〇〇さんと一緒にいると楽しいと感じる」であった。

否定的評価の高得点項目は、『精神的負担感』の「今後お世話することが私の手に負えなくなるのではないかと不安になる」「この先、〇〇さんの状態がどうなるのかわから

表3-1 認知症症状の理解と対応の関連

	認知症症状の理解			p
	わかる n (%)	わからない n (%)	合計 n (%)	
症状への対応				
できる	137 (68.2)	6 (20)	143 (61.9)	
できない	64 (31.8)	24 (80)	88 (38.1)	
合計	201 (100.0)	30 (100)	231 (100.0)	.000

 χ^2 検定

表3-2 介護者の性別、支援家族の有無、認知症症状への対応と相談相手の関連

		相談相手		p
		有 n (%)	無 n (%)	
性別 $n=234$	男性	39 (84.8)	7 (15.2)	.05
	女性	177 (94.6)	10 (5.4)	
支援家族 $n=230$	有	182 (95.7)	8 (4.3)	.001
	無	31 (77.5)	9 (22.5)	
認知症への対応 $n=224$	できる	134 (95.7)	6 (4.3)	.032
	できない	74 (88.0)	10 (12.0)	

 χ^2 検定

ないのが不安である」「お世話しているとイライラしたりストレスを感じる」「この先ずっとお世話が続けていかなければならないことが不安になる」であった。否定的評価の低得点項目は、『関係性負担』の「〇〇さんのことで近所に気兼ねしている」「家族、親族が自分の気持ちをわかってくれない」、『社会生活負担』の「お世話の仕方がわからなくて困る」であった。

4. 介護者の対処方法

対処方法の項目別得点の平均値、標準偏差は表5に示した。対処方法の高得点項目は、「ペース配分」では「できる範囲で無理しないようにお世話する」「自分が倒れては困るので自分自身の健康管理に気をつける」、 「公的支援追求」の「医師・看護師・ケアマネジャーなどの専門家に相談する」であった。一方、低得点項目は、「私的支援追求」の「お世話している人同士で励ましあう」、 「公的支援追求」の「お世話に役立つ情報を集める」であった。

5. 認知症の症状への対応と介護評価

(1) 肯定的評価

認知症の症状への対応と肯定的評価との比較は表6に示した。肯定的評価の全体および『介護充足感』『肯定的感情』『自己成長感』のすべての項目において、認知症の症状への対応ができない介護者のほうが、対応できる介護者より有意に低値であった。

(2) 否定的評価

認知症症状への対応と否定的評価との比較は表7に示した。否定的評価の全体および『精神的負担感』『社会生活

表4 介護者の介護評価（項目ごとの平均点・標準偏差）

		<i>n</i> = 242	
項	目	平均点	SD
介護充足感			
1)	〇〇さんのお世話を義務感というより自分の意思でしている	2.64	.76
2)	私は介護することは価値のあることだと思う	2.78	.77
3)	自分は〇〇さんのために必要なことを行っている	2.96	.56
4)	お世話することは「やりがい」を感じる	2.30	.76
5)	自分が介護してよかったと思う	2.60	.81
6)	〇〇さんのお世話を引き受けることは自分の評価を高める	2.12	.76
7)	世話の苦労はあっても前向きに考えていこうと思う	2.92	.69
肯定的感情			
8)	〇〇さんはあなたが世話していることに感謝していると思う	2.67	.76
9)	お世話することで〇〇さんと気持ちが通じ合うように感じる	2.53	.75
10)	〇〇さんが家族によって介護されていることをうれしく思う	2.70	.77
11)	〇〇さんと一緒にいると楽しいと感じる	2.15	.74
12)	ささいなことに〇〇さんが喜んでくれると自分もうれしくなる	2.73	.74
自己成長感			
13)	介護をすることは自分の老後のためになると思う	2.59	.83
14)	介護のおかげで人間として成長したと思う	2.55	.74
15)	〇〇さんのお世話をすることで学ぶことがたくさんある	2.8	.73
精神的負担感			
16)	この先ずっとお世話を続けていかなければならないことが不安になる	2.96	.81
17)	今後お世話することが私の手に負えなくなるのではないかと不安になる	3.02	.82
18)	この先、〇〇さんの状態がどうなるのかわからないことが不安である	3.00	.82
19)	お世話しているとイライラしたりストレスを感じる	3.00	.76
20)	〇〇さんのそばにいと気が休まらない	2.70	.82
21)	自分でお世話できる限界まできたと感じる	2.29	.79
22)	お世話が毎日精神的にとっても疲れてしまう	2.53	.81
23)	お世話を代わってくれる親族がいたら代わってもらいたい	2.60	.87
24)	〇〇さんの行動に対し、困ってしまう	2.59	.84
社会生活負担			
25)	趣味や社会活動などの自由時間が取れなくて困る	2.39	.77
26)	親戚、近隣、友人との付き合いに支障をきたして困る	2.16	.64
27)	〇〇さんのことが気になって昼間あなたが思うように外出できないので困る	2.33	.72
28)	その他のことが手につけられなくて困る	2.13	.63
29)	〇〇さんが家にいるので友達を呼びたくても自宅に呼べないので困る	2.09	.78
30)	お世話の仕方がわからなくて困ることがある	2.05	.67
31)	私の伝えたいことが〇〇さんに伝わらないことがつらい	2.56	.90
関係性負担			
32)	〇〇さんの介護のことで家族や親族と意見が食い違うことがある	2.12	.79
33)	家族、親族が自分の気持ちをわかってくれない	2.03	.81
34)	〇〇さんのことで近所に気兼ねしている	1.85	.81

表5 介護者の対処方法（項目ごとの平均点・標準偏差）

		<i>n</i> = 242	
項	目	平均点	SD
介護におけるペース配分			
1)	できる範囲で無理しないようにお世話する	3.26	.71
2)	自分が倒れては困るので自分自身の健康管理に気をつける	3.01	.83
3)	希望を捨てずに毎日を明るくすごす	2.97	.84
介護役割の積極的受容			
4)	意思の疎通をはかり〇〇さんの気持ちを尊重する	2.80	.78
5)	〇〇さんに対してやさしく真心をこめて接する	2.87	.82
6)	〇〇さんに頼まれたことは後回しにせずすぐに実行してあげる	3.01	.83
7)	とにかく精一杯頑張ってお世話する	3.00	.81
気分転換			
8)	友人と会ったり自分の好きなことをして気分転換する	2.89	.94
9)	お世話に振り回されず意識的に自分自身の時間をもつ	2.80	.89
私的支援追求			
10)	お世話している人同士で励まし合う	2.14	.94
11)	お世話にまつわる苦労や悩みを家族やまわりの人に聞いてもらう	2.73	.89
12)	ひとりで何でもやろうとしないで家族やまわりの人に協力を頼む	2.71	.89
公的支援追求			
13)	医師・看護師・ケアマネジャーなどの専門家に相談する	3.03	.88
14)	お世話に役立つ情報を集める	2.43	.90
15)	在宅サービスを積極的に利用する	2.64	1.14
16)	〇〇さんの状態が急変した場合に備えて対応策を立てる	2.46	.95

表6 認知症症状への対応と肯定的評価の比較

<i>n</i> = 231			
	認知症症状への対応		<i>p</i>
	対応できる (<i>n</i> = 143)	対応できない (<i>n</i> = 88)	
	M ± SD	M ± SD	
全体	40.48 ± 7.73	35.44 ± 6.97	.000 ***
各下位尺度			
介護充足感	19.05 ± 4.22	16.48 ± 3.36	.000 ***
肯定的感情	13.22 ± 3.32	11.60 ± 2.93	.000 ***
自己成長感	8.20 ± 2.04	7.35 ± 1.93	.002 **

t 検定: **p* < .05 ***p* < .01 ****p* < .001

負担』『関係性負担』のすべての項目において、認知症の症状に対応できない介護者のほうが、対応できる介護者より全項目において有意に高値であった。

6. 認知症の症状への対応と対処方法

認知症症状の対応と対処方法の比較は表8に示した。対処方法全体および「ペース配分」「積極的受容」「気分転換」「私的支援追求」「公的支援追求」のすべての項目において、認知症の症状に対応できない介護者のほうが、対応ができる介護者より全項目において有意に低値であった。

表7 認知症症状への対応と否定的評価の比較

n = 231

	認知症症状への対応		p
	対応できる (n = 143)	対応できない (n = 88)	
	M ± SD	M ± SD	
全体	44.57 ± 10.08	49.21 ± 9.48	.001 **
各下位尺度			
介護充足感	23.88 ± 5.99	25.94 ± 5.63	.01 **
肯定的感情	15.06 ± 3.95	16.65 ± 3.49	.002 **
自己成長感	5.62 ± 1.95	6.61 ± 1.85	.000 ***

t検定: *p < .05 **p < .01 ***p < .001

表8 対処方法と認知症症状の対応との比較

n = 231

	認知症症状への対応		p
	対応できる (n = 143)	対応できない (n = 88)	
	M ± SD	M ± SD	
全体	47.06 ± 8.57	39.82 ± 9.17	.000 ***
各下位尺度			
介護におけるペース配分	9.62 ± 1.71	8.44 ± 2.10	.000 ***
介護役割の積極的受容	12.27 ± 2.45	10.15 ± 2.88	.000 ***
気分転換	5.88 ± 1.74	5.19 ± 1.65	.003 **
私的支援追求	8.00 ± 2.34	6.79 ± 2.01	.000 ***
公的支援追求	11.28 ± 2.99	9.23 ± 2.90	.000 ***

t検定: *p < .05 **p < .01 ***p < .001

表9 介護評価と対処方法の関連

n = 242

項 目	対処方法	p	ペース配分	p	積極的受容	p	気分転換	p	私的支援追求	p	公的支援追求	p
肯定的評価	.489	**	.396	**	.529	**	.211	**	.296	**	.429	**
否定的評価	-.278	**	-.330	**	-.296	**	-.272	**	-.067		-.079	

r: Pearsonの積率相関係数 *p < .05 **p < .01

7. 介護評価と対処方法との関連

介護評価と対処方法との関連は、表9に示すように、肯定的評価と対処方法はやや強い正の相関が、肯定的評価と対処方法の因子別の関連では、「積極的受容」「公的支援追求」とやや強い正の相関が、「ペース配分」「私的支援追求」「気分転換」と弱い正の相関が認められた。否定的評価と対処方法は弱い負の相関が、否定的評価と対処方法の因子別の関連では、「ペース配分」「積極的受容」「気分転換」と弱い負の相関が認められた。

V. 考 察

1. 要介護者および介護者の特徴

本研究の要介護者は、90～100歳未満、要介護度3の人が多かったが、年齢構成や性別は先行研究^{5), 35)}と同様の傾向であった。介護者は女性が8割を占め、続柄は嫁、娘が多く、近年の男性介護者が28.2% (2004年)と男性の比重が高い⁴²⁾傾向とは異なる結果であった。その理由としては、調査対象の地域が地方都市の周辺部であり、介護に対する考えが、従来の女性介護者が主流を占める形態になっているからと推察される。8割以上の介護者が、認知症を病気としてとらえ、認知症の症状がわかると考え、さらに6割の介護者が認知症の症状に対して適切な対応ができると考えていた。これらの結果から、介護者の認知症の病気、症状、対応に対する理解も深まっているが、まだ介護者の2割の者が認知症の症状をとらえられない、介護者の4割の者が十分に対応できないと考えていることが明らかになった。

2. 「認知症や症状に対応できない者」に関連する要因

認知症の症状に対応できない介護者は、認知症の症状がわからない、相談相手のいない者に多かった。要介護者の認知症の症状に対応できるようにするためには、認知症および認知症の症状が理解できていることが必要であり、また、認知症の症状に対応できるためには、相談相手の存在が重要であることが明らかになった。相談相手のいない介護者は男性、支援家族のいない者に多かった。上田ら⁴³⁾は、介護者が息子である場合は、多くが仕事をもっている年齢であること、他の家族の身体的・精神的な支えが得にくい、と述べている。このようなことから、相談相手、支援家族のいない男性介護者は、認知症症状に対応できていないことが推察される。相談相手のいない男性介護者には、認知症、症状への対応の仕方、支援者の紹介、介護に対する情報提供、話し合いの場の提供の必要性が示唆された。

3. 介護者の介護評価の特性

介護者は、肯定的評価の介護活動や介護能力および介護役割に対する『介護充足感』、要介護者との親近感や喜びである『肯定的感情』、介護による学びや成長である『自己成長感』を得ていた。小澤⁴⁴⁾の103名の認知症高齢者の介護者に対する調査においても、「優しくなれる」「相手と親密になれる」「介護に喜びを感じる」「介護から学ぶことが多い」など肯定的評価をしていることが報告されており、介護者は介護を通して、満足感、喜びや学びも実感していることが明らかになった。本調査および先行研究⁴⁴⁾においても、否定的評価が肯定的評価よりも高い傾向が認められているものの、介護者が肯定的評価も実感していることは、家族介護者の看護支援を考えるうえで意義のある

ことと考える。

一方、世話に対する不安や精神的疲労である『精神的負担感』、介護で時間の配分や付き合いに支障をきたすこと、要介護者とのコミュニケーションがとれない困惑である『社会生活負担』、家族・親族・近所における人間関係の葛藤である『関係性負担』など、精神的負担感を強く感じている傾向が認められた。とくに、「この先ずっとお世話が続いていかなければならないことが不安になる」「今後お世話することが私の手に負えなくなることが不安になる」「この先、〇〇さんの状態がどうなるかわからないことが不安である」「お世話しているとイライラしたり、ストレスを感じる」と負担を感じている介護者が多く、介護者は、介護者自身や要介護者の状態に対する介護継続への不安を強く抱えていることが明らかになった。この理由としては、今回の調査によれば、女性介護者が多く、加齢とともに世話にあたる体力的な問題から将来に対する不安を強く感じていると推測される。新名ら¹²⁾は「将来の心配」が抑うつ気分、不安、怒りなどのストレスと関連することを報告しており、介護者には、介護や生活の調整の仕方、介護者の将来等、精神的負担が軽減するような働きかけが必要であることが示唆された。

4. 介護者の対処方法

介護者は、介護時間と介護者自身の健康とのバランスを考える「ペース配分」や、認知症高齢者の気持ちを尊重し、介護役割を積極的に行う「積極的受容」をしながら対処している傾向が認められた。鹿子ら³⁹⁾の調査と比較すると、アルツハイマー型認知症高齢者の介護者でも「ペース配分」は類似した傾向を示し、長期間介護している介護者は、健康管理の重要性を認識していることが推察された。一方、「私的支援追求」の友人と会い、気分転換や、家族やまわりの人に心配事を聞いてもらい、協力を頼む等は、低い傾向が認められた。この理由は、今回の調査が通所介護施設利用者の介護者を対象にしていたため、「公的支援追求」の「医師・看護師・ケアマネジャーなどの専門家に相談する」が多い傾向が認められ、介護者間の交流は少ないためであると考えられる。しかし、認知症高齢者の介護では、介護負担感やうつ状態とともに孤独感⁴⁵⁾や生活のハリ、心理的安定感が低い²⁶⁾ことも報告されており、看護者は、介護者自身が気持ちを安定させて介護が継続できるように、介護者同士の交流がもてるように支援していくことも必要であると考えられる。

5. 認知症の症状への対応と介護評価・対処方法との関連

認知症の症状への対応と介護評価の関連では、認知症の症状に対応できない介護者では、肯定的評価が低く、否

定的評価が高かった。認知症の認知機能低下やBPSDが、介護者の介護負担感やうつ状態に影響していることが報告^{3)~9)}されていることから、介護者が認知症の症状に対応できるようになることで、介護負担感やうつ状態が軽減することが考えられる。一方、認知症の症状に対応できることは介護者の肯定的評価を高めることにつながりうることも示唆された。介護者が認知症症状に対応でき、介護に対して肯定感が得られるように支援することが必要である。

認知症の症状への対応と介護の対処方法の関連では、認知症の症状に対応できない介護者では、すべての対処方法ができていないとらえていることが明らかになった。このことから、介護者は要介護者の認知症の症状に対応することが精一杯で、介護と介護者自身の生活のバランスが保たれないでいることが推察される。介護者が、認知症の症状を理解し、対応できるように支援することが、介護者の介護と生活を両立していくうえで重要であることが示唆された。

6. 介護評価と対処方法の関連

肯定的評価と対処方法との関連では、要介護者の気持ちを尊重し、介護役割を積極的に行い、専門家との相談や在宅サービスの利用し、介護と自分の生活のペース配分をする、気分転換をするなど多様な対処方法を活用している介護者は、介護の喜びや満足感、学びが高かった。介護者の介護に対する満足感や肯定感などの肯定的評価は介護継続意思に影響している^{20), 32), 33)}ことが明らかにされており、介護に対して積極的に受容し、公的サービスを利用し、介護と自分の生活のペース配分をする、気分転換をすることは、介護を継続するうえでも必要であることが示された。

否定的評価と対処方法の関連では、介護者自身の健康とのバランスを考え、要介護者を受け止めて介護役割を積極的に行い、自分自身の時間をもつなどの気分転換できる介護者は、世話に対する不安や精神的疲労、介護で時間の配分や付き合いに支障をきたす、要介護者とのコミュニケーションがとれない困惑、家族・親戚における人間関係の葛藤が低かった。介護者の介護負担感などの否定的評価は、施設入所の主な要因⁴⁾となり、岡林ら³⁸⁾は、介護という長期間続く見返りの少ないストレス事態は、主介護者が精神的に頑張るだけでは乗りきれず、ストレスに対処するためには、介護から距離をおいたり、あるときは接近するなど、バランスをとっていくことが必要である、と述べている。本調査の結果からも、介護と自分の生活のペース配分ができる介護者では否定的評価が低く、先行研究と同様の結果であった。

先行研究^{38), 39)}において、介護者の対処方法と介護負担感の関連は認められているが、さらに本調査では、対処方法と肯定的評価の間の関連も認められた。介護者の否定的評価を軽減し肯定的評価を高めるためには、多様な対処方

法を活用できることが必要であることが示唆される。看護者は、介護者の否定的評価を軽減し肯定的に評価して長期的に継続できるようにするため、介護者自身が介護を積極的に受容し、在宅介護サービスが活用でき、介護と自分自身の生活とのバランスをとり、うまく気分転換がはかれるよう支援する必要があることが示唆された。

VI. 結 論

1. 認知症の症状に対応できない介護者は、認知症の症状が理解できていない、相談相手のいない者に多かった。また要介護者は日常生活自立度の低い、認知症の軽度の段階の人が多かった。
2. 介護者の介護評価は、肯定的評価の「介護充実感」「肯定的感情」「自己成長感」が高得点であり、また否定的評価の「精神的負担感」が高得点であった。
3. 介護者の介護の対処方法は、『ペース配分』『積極的受容』『公的支援追求』を実践している傾向が認められた。

4. 認知症症状に対応できない介護者は、肯定的評価が低く、否定的評価が高く、対処方法の活用が少なかった。
5. 介護評価と対処方法との関連では、『積極的受容』『公的支援追求』の対処方法を取り入れている介護者は、肯定的評価が高かった。一方、『ペース配分』『積極的受容』『気分転換』の対処方法が活用できる介護者は、否定的評価が低かった。
6. 看護者は、介護者の肯定的評価を高め、否定的評価を軽減する支援としては、介護者が『ペース配分』『積極的受容』『公的支援追求』『気分転換』などの対処方法を活用できるよう援助する必要があることが明らかになった。

VII. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、横断研究であり、対処方法と介護評価の因果関係は特定できない。今後ますます増加が予測される認知症高齢者と介護家族に対して、さらに研究を継続し、さまざまな支援体制システムを開発し確立することが課題である。

要 旨

本研究の目的は、認知症高齢者の家族介護者（以下介護者と略す）の支援への示唆を得るために、介護者の介護評価と対処方法の特性について検討した。介護施設に通所している認知症の症状のある高齢者と同居している主介護者401名に質問紙調査を行い、回収率は60.3%（242名）であった。その結果、認知症の症状に対応できる介護者は肯定的評価が高く（ $p = .000$ ）、否定的評価が低く（ $p = .001$ ）、さまざまな対処方法を活用していた（ $p = .000$ ）。認知症の症状に対応できない介護者は、認知症の症状がわからない（ $p = .000$ ）、相談相手がいない（ $p = .032$ ）介護者に多かった。介護評価と対処方法の関連は、肯定的評価と対処方法はやや強い正の相関（ $p < .01$ ）、否定的評価と対処方法は弱い負の相関（ $p < .01$ ）が認められた。このことから、肯定的評価を高め否定的評価を軽減するためには、認知症の症状に対応できること、多様な対処方法がとれるように支援する必要性が示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to investigate the characteristics of caregiving appraisals and coping strategies for family caregivers of persons with dementia. The method used to assess 401 primary caregivers who live with and care for the relatives with dementia was a questionnaire administered by day-care centers. The response rate was 60.3% ($N = 242$).

The result showed that the caregivers who were able to cope with persons with dementia had high positive appraisal ($p = .000$), low negative appraisal ($p = .001$), and were utilizing various coping strategies ($p = .000$). The caregivers who were unable to manage the symptoms of dementia responded mainly by answering "do not understand the symptoms of dementia" ($p = .000$), and "do not have a person to consult" ($p = .032$). As for the relation between caregiving appraisals and the coping strategies, the positive appraisal had relatively positive correlation with the coping strategies ($p < .01$), and the negative appraisal had rather negative correlation with such strategies ($p < .01$).

These findings suggest that in order to increase positive appraisals and diminish negative appraisals, it is needed to assist caregivers to become capable of handling the symptoms of dementia, and to utilize various coping strategies.

文 献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口。2008. 5. 7.
<http://www.ipss.go.jp>.
- 2) 高齢者介護研究会：2015年の高齢者介護 ― 高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて。2003.
- 3) 丸山将浩，丹治治子，ほか：痴呆性疾患をもつ介護者における介護負担感と介護サービスの利用状況。日本老年医学会雑誌，42，192-194，2005.
- 4) Meiland, F J, Kat, M G, et al: The emotional impact of psychiatric symptoms in dementia on partner caregivers: do caregiver, patient, and situation characteristics make a difference?. Alzheimer Dis

- Assoc Disord, 19(4), 195-201, 2005.
- 5) 小澤芳子, 戸村成男: 認知症高齢者の介護者による介護評価。プライマリ・ケア, 28(3), 149-154, 2005.
- 6) Papastavayou, E, Kalokerinou, A, et al: Caring for a relatives with dementia: family caregiver burden. Journal of Advanced Nursing, 58(5), 446-457, 2007.
- 7) Savundranayagam, M Y, Hummert, M L, et al: Investigating the effects of communication problems on caregiver burden. The Journals of Gerontology, 60B(1): S48-S55, 2005.
- 8) Tremont, G, Davis J D, et al: Unique contribution of family functioning in Caregivers of patients with mild to moderate dementia. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 21, 170-174, 2006.
- 9) 大西文二, 梅垣宏行, ほか: 痴呆の行動・心理症状 (BPSD) および介護環境の介護負担に与える影響。老年精神医学雑誌, 14(4), 465-472, 2003.
- 10) 前田大作, 冷水 豊: 障害老人を介護する家族の主観的困難の要因分析。老年社会学, 19, 3-17, 1984.
- 11) 中谷陽明, 東條光雅: 介護者の受ける負担 — 負担感の測定と要因分析 —。社会老年学, 29, 27-36, 1989.
- 12) 新名理恵, 矢富直美, ほか: 痴呆性老人の在宅介護者のストレスと負担感に関する心理学的研究。痴呆の神経科学: 痴呆の臨床と社会科学, 東京都老人総合研究所編, 131-144, 1989.
- 13) 新名理恵, 矢富直美, ほか: 痴呆性老人の在宅介護者の負担感に対するソーシャルサポートの緩衝効果。老年精神医学雑誌, 2, 655-653, 1991.
- 14) 坂田周一: 在宅痴呆性老人の介護者の介護継続意思。社会老年学, 29, 37-43, 1989.
- 15) 冷水 豊: 痴呆性老人の家族ケアにおける諸困難と負担。笹川医学医療研究財団研究業績年報, 7, 81-89, 1991.
- 16) Lawton, M P, Kleban, M H, et al: Measuring caregiving appraisal. J of Gerontology, 44, 61-71, 1989.
- 17) 櫻井成美: 在宅要介護老人の介護者の介護経験 — 負担感, 肯定感とその関連要因の検討 —。学校教育学研究論集, 創刊号, 21-30, 1998.
- 18) 櫻井成美: 介護肯定感がもつ負担軽減効果。心理学研究, 70(3), 203-210, 1999.
- 19) 右田周平, 服部ユカリ: 痴呆性高齢者の家族介護の肯定的側面に関する因子構造とその関連要因。老年看護学, 6(1), 129-137, 2001.
- 20) 山本則子, 石垣和子, ほか: 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, 統制別の検討。日本公衆衛生雑誌, 49(7), 660-671, 2002.
- 21) Zarit, S H, Reeve, K E, et al: Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. The Gerontologist, 20, 649-655, 1980.
- 22) 小林裕人: 認知症高齢者を介護する家族自身の受診ニーズをとらえる — 日本語版 Zarit 介護負担感尺度短縮版 (J-ZBI 8) を用いた検討。老年精神医学雑誌, 19(6), 681-686, 2008.
- 23) 佐伯あゆみ, 大坪靖直: 認知症高齢者を在宅で介護する家族の家族機能と主介護者の介護負担感に関する研究。家族看護学研究, 13(3), 132-142, 2008.
- 24) 武地 一, 山田裕子, ほか: もの忘れ外来通院中のアルツハイマー型痴呆症患者における行動・心理学的症候と認知機能障害, 介護負担感の関連について。日本老年医学会雑誌, 43(2), 207-216, 2006.
- 25) 檜木てる子, 内藤佳津雄, ほか: 在宅における認知症の行動・心理症状と介護への自己評価が介護負担感に及ぼす影響。日本認知症ケア学会誌, 6(1), 9-19, 2007.
- 26) 遠藤 忠, 蝦名直美, ほか: 要支援ならびに要介護高齢者を居宅で介護している家族介護者の介護負担と主観的 QOL に関する検討 — 要介護度別と認知症の有無による違いについて —。厚生指針, 56(15), 34-41, 2009.
- 27) Lim, Y M, Son, G, et al: Factors affecting burden of family caregivers of community-dwelling ambulatory elders with dementia in Korea. Archives of Psychiatric Nursing, 22(4), 226-234, 2008.
- 28) Lawton, M P, Moss, M, et al: A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. J of Gerontology, 46, 181-189, 1991.
- 29) 佐々木明子: 在宅療養高齢者の介護者の肯定的介護意識と体験に関する研究。埼玉県立大学保健医療福祉学部, 3, 1-50, 2001.
- 30) Nolan, M R, Grant G, et al: The carers act: realizing the potential. British Journal of Community Health Nursing, 1(6), 317-322, 1996.
- 31) 広瀬美千代, 岡田進一, ほか: 介護者の介護に対する肯定的評価に関連する要因。厚生指針, 52(8), 1-7, 2005.
- 32) 斉藤恵美子, 國崎千春, ほか: 介護者の介護に対する肯定的側面と継続意向に関する検討。日本公衛誌, 48, 180-189, 2001.
- 33) 梶原弘平, 横山正博: 認知症高齢者を介護する家族の介護継続意向の要因に関する研究。日本認知症ケア学会, 6(1), 38-45, 2007.
- 34) 広瀬美千代, 岡田進一, ほか: 介護者の介護に対する認知的評価と要介護高齢者の ADL との関係 — 介護に対する肯定・否定両側面からの検討。生活科学研究誌, 3, 227-236, 2004.
- 35) 橋本栄理子: 介護者の束縛感・孤立感・充実感尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討。病院管理, 42(1), 7-18, 2005.
- 36) 翠川純子: 在宅障害老人の介護者の対処 (コーピング) に関する研究。社会老年学, 39, 16-27, 1993.
- 37) 和気純子: 介護者の対処スタイルとその特性 — 在宅介護におけるソーシャルワーク実践の視点 — (東京都老人総合研究所社会福祉部門 編: 高齢者の家族看護と介護サービスニーズ). 307-329, 光生館, 1996.
- 38) 岡林秀樹, 杉澤秀博, ほか: 在宅障害高齢者の主介護者における対処方略の構造と燃えつきへの効果。心理学研究, 69(6), 486-493, 1999.
- 39) 鹿子供宏, 上野伸哉, ほか: アルツハイマー型老年認知症を介護する家族の介護負担に関する研究 — 介護者の介護負担感, パーミアウトスケールとコーピングの関連を中心に —。老年精神医学雑誌, 19(3), 333-341, 2008.
- 40) 本間 昭: 精神障害者 (認知症) の評価法と実態 (東京都老人総合研究所社会福祉部門 編: 高齢者の家族介護と介護サービスニーズ). 123-129, 光生館, 1996.
- 41) 岡林秀樹, 杉澤秀博, ほか: 障害高齢者の在宅介護における対処方略のストレス緩衝効果。心理学研究, 74(1), 57-63, 2003.
- 42) 津山正敏, 斉藤真緒: 男性介護者白書 — 家族介護者への提言。かもがわ出版, 27-38, 2007.
- 43) 上田照子, 荒井由美子, ほか: 在宅要介護高齢者を介護する息子の虐待に関する研究。老年社会科学, 29(1), 37-47, 2007.
- 44) 小澤芳子: 家族介護者の統制別にみた介護評価の研究。日本認知症ケア学会誌, 5(1), 27-34, 2006.
- 45) 仲秋秀太郎: アルツハイマー型痴呆における介護者の social support と介護負担について。老年精神医学雑誌, 15, 95-101, 2004.

〔平成23年3月10日受 付〕
〔平成23年9月6日採用決定〕

緩和ケア病棟における動物介在活動に参加したがん患者の体験

Experiences of Cancer Patients Who Participated in Animal-Assisted Activities at a Palliative Care Unit

熊坂 隆行¹⁾ 片岡 三佳²⁾ 升 秀夫³⁾
Takayuki Kumasaka Mika Kataoka Hideo Masu

キーワード：動物介在活動，緩和ケア病棟，終末期がん患者，患者の体験，看護介入

Key Words：animal-assisted activity, palliative care unit, terminal cancer patients, patients' experiences, nursing intervention

I. はじめに

わが国では，がんによる死亡者が年々増加し，1981年以降，死亡原因の第1位を占めている現状がある。それに伴い，政府はさまざまながん対策に取り組み，2006年には『がん対策基本法』が制定され，より一層がん対策を推進していくための環境が整備された¹⁾。

がん患者の多くは，疼痛などの身体的苦痛以外にも，がんと診断された時点から不安や抑うつなどの精神的な苦痛を抱えることになり，さらに家族も患者と同様にさまざまな苦痛や課題を抱えることとなる。また，がんと診断される前の日常生活と異なる体験と折り合いをつけながら日常を過ごすことにもなってくる。このようなことから，がん患者にとって，普段の生活を重視した看護介入は，患者のみならず，その家族の心身の苦痛の軽減および生活の質の維持・向上に役立つものと考えられた。

そこで，「家族の一員」としての存在が重視されている動物を介在した看護介入によって，がん患者の生活の質（Quality Of Life；QOL）が向上できないか考えた。わが国の人間と動物の関係は，2000年12月「動物の愛護及び管理に関する法律」が改正され，動物，とくにイヌやネコなどのペットが，単なる愛玩動物ではなく，家族の一員，人生の伴侶であるとの認識が高まっている。とくに緩和ケア病棟に入院している終末期がん患者にとって，病室で過ごす時間は貴重となるため，看護師は患者のQOLを高めるためにも環境を整えることが重要である。ゆえに入院中であっても，動物とのふれあいを希望している終末期がん患者にとって，動物とふれあう環境を整えることは，患者のQOLを高めることに直結すると考えられる。

動物介在に関する文献検討について，文献データベース

『医学中央雑誌』を使用し，キーワード「動物介在活動」で検索したところ，2004年～2009年で24件の報告があった。その対象は，小児（幼稚園），精神疾患患者，高齢者（施設入所者）であり，介在する動物はイヌやネコであった^{2)～6)}。

わが国では，諸外国のように医師が動物介在プログラムを計画し，治療の一環として動物介在を行っている病院は少なく，ボランティアによって動物介在活動が実施されている。その多くは介護・福祉施設で，病院での実施はごくわずかである。しかしながら，動物介在活動を実施している病院からは入院患者のQOLの向上の報告がされており^{7)～13)}，緩和ケア病棟入院中の患者を対象にした場合でも有効であると考えた。

そこで，本研究では，緩和ケア病棟に入院している終末期がん患者のQOLの向上を目指して，緩和ケア病棟において動物介在活動を実施し，参加した入院患者の体験から，入院中に動物とのふれあうことの意味を見出し，ターミナルケアにおける動物介在活動を活用した看護援助を検討することを目的とした。

II. 用語の定義

動物介在活動（Animal Assisted Activity；AAA）：AAAは，動物とのふれあい活動である。対象の，生活の質の向上，情緒的な安定，レクリエーション等を目的として実施される。多くはボランティアとして行われる¹⁴⁾。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究では，横断的・記述的デザインを用いた。

1) 日本保健医療大学保健医療学部看護学科 Department of Nursing Sciences, School of Health Sciences, Japan University of Health Sciences

2) 徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部 Graduate School of Health Biosciences, The University of Tokushima

3) 筑波大学大学院人間総合科学研究科 Postgraduate School of Human Comprehensive Science, University of Tsukuba

2. 調査対象者（研究参加者）

研究参加者は、A総合病院緩和ケア病棟に入院中の患者で、動物に恐怖心がなく、ふれあう動物にアレルギーがなく、苦痛症状が軽減しており、15～30分程度の面接が可能であって、動物介在活動に参加した患者のうち、研究協力の同意が得られた者10名を対象とした。

3. データ収集方法

a. 調査期間：2006年7月から10月の間に実施した。

b. 方法：緩和ケア病棟において月1回、B市獣医師会が行っている動物介在活動に同行し、終了後に面接を行った。

- ① 動物介在活動の方法：B市獣医師会が患者との接触に問題がないと診断し、社会的しつけがなされている動物（イヌ、ネコ、ウサギ）を用い、毎月1回、30分間程度、患者は自由に病室やラウンジで動物とふれあう。
- ② 面接方法：動物とのふれあい活動後に半構成的面接を行った。緩和ケア病棟責任者と協議のうえ、参加者の疲労状況を考慮し1回の面接は30分以内とした。参加者の体調に十分留意し、不調を訴えた場合は面接を延期あるいは中断する、などの配慮をした。面接は、病室において、参加者が受ける医療や看護に直接には関与がなく、病棟看護師ともかわりのない大学教員が1名で行い、(1)動物への思い、(2)動物とふれあった感想、(3)動物がいる入院環境などについて語ってもらった。面接内容は、参加者の承諾を得てICレコーダに録音し、面接内容をすべて逐語録として記述した。

4. 分析方法

Giorgi^{15) 16) 17)}を参考に、以下の手順で行った。

- ① 参加者の言葉どおりに書き写された逐語録を、全体の意味が理解できるまで精読する。
- ② 参加者の体験をなるべく歪めることなく文脈を探り、動物とのふれあいについて語られている部分を抽出した。同じ状況について語られている部分を1つの意味単位として、前後の文脈や体験全体と関連づけながら、参加者にとってどのように意味づけられているかを把握した。
- ③ 各参加者の記述から意味単位を取り出し、それを特徴づける参加者の言葉で表した。
- ④ 記述された参加者の言葉を研究者の言葉に置き換えながら、意味単位ごとに記述を行い、それぞれの中心となるテーマを見出した。
- ⑤ 全体を眺め、中心となるテーマを整理し、参加者のパースペクティブから動物とのふれあいにおける参加者の体験、その意味を明らかにしていった。

5. 分析の真実性

真実性の確保として、質的研究を行っている研究者を含む研究者間で、繰り返し分析結果を検討した。その後、分析結果を動物とのふれあい活動を実際に行っている看護師に、得られた意味が了解可能かどうかの視点で確認を得た。

IV. 倫理的配慮

研究参加の依頼は、調査対象の候補者に対して医療や看護に直接に関与しない研究者が個別に行い、研究の目的と意義、方法、研究への参加は自由であり、拒否することや途中でも中断できること、その場合でも不利益は一切生じないこと、データは個人が特定されないこと、結果は研究目的以外には使用しないこと、学会・論文発表の公表などについて文書および口頭で説明し、同意書に署名を得た。

対象者は緩和ケア病棟に入院中であり体力の消耗が考えられるため、調査を行う際には対象者の体調に常に注意を払い、できる限り負担がかからないように配慮した。

なお本研究は、静岡県立大学倫理審査部会の承認を得、その後、調査対象病院倫理委員会の承認を得て実施した。

V. 結 果

1. 研究参加者

A総合病院側責任者から12名の患者が紹介され、全員から参加の承諾が得られた。しかし、2名が動物とのふれあい直前に容態が悪化したため、10名（男性4名、女性6名）が研究参加者となった。参加者の概要は表1に示すとおりである。参加者の平均年齢66.9（SD 13.8）歳（最高83歳、最低43歳）、面接時の平均入院期間47.4（SD 114.8）日、動物とのふれあい活動への参加回数は、2回が3名、1回が7名であった。

参加者全員が動物の飼育歴があり、飼育動物との面会を希望していた。

面接回数は2回が3名、1回が7名で、面接総所要時間は平均12.0（SD 9.4）分（最長38.4分、最短3.2分）であった。全員から面接録音の了解が得られた。最短3.2分をデータに加える理由は、短時間であっても意味深い言葉が表出されたからであった。

2. 面接内容

動物とのふれあい活動に参加した体験は、個性がある一方で、共通のテーマが見出された。それには、【動物の存在から得た安心感】【生きている動物自体から得る癒し】【苦痛からの解放】【ゆとりの創出】【生きていることの確認】があった。

表1 研究参加者の概要

患者	性別	年齢	疾患名	動物への 関心	動物の 好き嫌い	動物の 飼育歴	動物の 飼育年数 (年)	飼育動物 の種類	初回面接時 入院期間 (日)	面接 回数
A	女	58	肝細胞がん 骨転移 リンパ節転移	どちらとも いえない	どちらとも いえない	ある	.1	イヌ	28	2
B	女	46	右乳がん 脳転移	ある	好き	ある	10	イヌ インコ	373	2
C	女	43	乳がん 肺・肝・骨転移	どちらとも いえない	好き	ある	5	ハムスター	2	2
D	男	83	大腸がん 胃がん	ある	好き	ある	83	イヌ ネコ 鳥 ウサギ	11	1
E	男	73	肝細胞がん	ある	好き	ある	25	イヌ オウム	29	1
F	女	77	肺がん	ある	好き	ある	35	イヌ	8	1
G	男	69	肺がん	ある	好き	ある	59	イヌ ネコ	8	1
H	女	67	直腸がん 肺転移、脳転移 小脳出血後	ある	好き	ある	.3	ネコ	2	1
I	男	81	中咽頭がん	ある	好き	ある	7	イヌ	11	1
J	女	72	肝細胞がん	ある	好き	ある	11	イヌ	2	1

テーマを構成する意味単位を〔 〕、参加者の語りを「 」で表した。なお、語りのなかでの（ ）は補足した部分である。

a. 動物の存在から得た安心感

【動物の存在から得た安心感】には、「家族の一員としての動物の存在」〔語り相手としての動物の存在〕〔通じ合える動物の存在〕〔ほっとする存在〕が語られていた。参加者にとって動物が、家族の一員として、語り相手となり参加者の気持ちを汲み、通じ合える存在として体感され、人間の精神の安定に影響する重要他者として存在することで、安心感を得ていたことを以下のように語っていた。

参加者E氏は、「家族以上ですね。じいさん、ばあさん、おやじ、嫁さん、そのなかへ犬が1匹入って、かわいがって……。散歩に連れて行った犬は、たまたま具合悪くて入院した後、犬がいないと心配するからね。そういうときに会わせたら喜ぶわね。だから、そういう心と心の触れ合いというのは、決して犬と人間と差別をつけられない」と〔家族の一員としての動物の存在〕について語っていた。

また参加者B氏は、「(動物に) 語りかけると、何か返事をしてくれるような感じがあるんで、そこも何かいいなと思って」と〔語り相手としての動物の存在〕について語り、参加者F氏は、「(動物は) かわいがっていると素直なんですよ。うん、素直です。そうですね。通じますね。かわいがればかわいがただけのことはわかっています」と〔通じ合える動物の存在〕について語り、動物の存在から安心感を得ていた。

b. 生きている動物自体から得る癒し

【生きている動物自体から得る癒し】には、「動物自体の癒し」〔接触・体温を感じることで癒し〕〔会うことでの癒し〕が語られていた。実物の動物を見たり接触したりするなど動物に対する参加者の知覚を通して、参加者は癒される体験をしていたことを以下のように語っていた。

参加者J氏は、「いま、こんな動けない状態だから、車椅子で行ったりしなきゃならないけど、そういう犬とか猫がいれば、やっぱりいいかなと思うんです。やっぱり親しみがわくというか……」、また参加者A氏は、「犬だって人間がいるから生きていられる。人間だって癒される犬であれ、猫であれ、そういうものがあって、私は癒される部分があるんだから、だから(他の人も) 同じだと思う。ただ、それがあまり興味ない、あるというのはあるかもしれないけど、でも全然嫌いじゃない、寄せ付けないという人はいないと思う。これで2回目ですけど、やっぱり答えるとなると、やっぱり難しいですね。お会いしていくたびに、やっぱり難しくなっていく」など、動物の表情やしぐさによって得られる親しみや和みに関連した〔動物自体の癒し〕とそれを具体的に表現することの難しさを語っていた。

また、参加者B氏は、「触ったりすると、とくに癒される感じはします。(それは体温などを感じるからですか?) そうだと思います。(それはぬくもりなんですかね?) はい」と、〔接触・体温を感じることで癒し〕を語っていた。

c. 苦痛からの解放

【苦痛からの解放】には、〔緊張感からの解放〕〔頑張りからの解放〕〔痛みからの解放〕〔好きな動物がいる喜び〕〔日常と異なる時間・空間〕〔考え込みからの解放〕〔気が紛れる〕〔穏やかに感じる時〕〔楽しみの創出〕〔心身が楽になる〕が語られていた。参加者は、好きな動物とふれあうことで、病気による心身の痛みや緊張感、それらに蔓延した日常空間との対峙から一時的にしる解放され、動物介在活動を通して動物とふれあう楽しみができるとともに穏やかな時間が流れ、心身が楽になる体験をしていたことを以下のように語っていた。

参加者C氏は、「明日がね、手術なんで、すごい緊張してるっていうのがあったんだけど、なんかすごい、それが楽になった。かわいかった、すごく。だからやっぱりね、結構、緊張して。で、熱がね、7度3分あったんですよ、はじめ。で、うち帰ってみたら、6度7分に下がってたの。“ナンダコレ”とか言ってる。だから、緊張がほぐれたからだと思う。熱が下がったんだと思うんだけど。ああよかったーと思いました」と〔緊張感からの解放〕について語り、「力が抜けるって言ったらいいのかな。ただ頑張りなきやというのが、ちょっと力が抜けて、“うわあ、かわいい”って、単純にかわいいっていうふうになる」と〔頑張りからの解放〕を語っていた。さらに「心のリハビリって言ったら大げさだけど、そういうのが必要だと思うから、だから和むということは、気持ちが楽になることだから、とてもいいと思いますけどね。だから、やっぱり楽になるというか、心身とも楽になるような感じ」と、〔心身が楽になる〕ことを語っていた。

参加者G氏は、「(動物とのふれあいの間は、痛みとか)忘れちゃいますね。それは好きだからでしょうけれども、好きな間中は、神経がそっちへ行っちゃっていますもんですから。それはいまも、そろそろ痛み止めを飲んでおいたほうが無難かなと思って、終わってからそんなことを。見ているときはそんなことは忘れちゃっていますから」と動物介在活動中には痛みを忘れていた状況である〔痛みからの解放〕を語っていた。

参加者B氏は、「病院は動物とかいないものだと思っていたので、すぐそばに(動物が)いるっていうのが何かうれしくて、それで最初ちょっと涙が出ました」と、〔好きな動物がいる喜び〕を語っていた。

参加者A氏は、「私はいま自分の命が、どうのこうのってとこまで、段階から止まっているから。余裕をもって人のこと見れるもんで。でもいずれ私もああいうふうになって、それがいつになるか、先になるか、それはね、誰にもわからないから。先生にもわかんないことだし。その日が来るまでね、一日一日がんばるだね。今日もルイちゃんとねえ、

あの子が来て、また違った一日が過ごせました。いつもやっぱりもう、一人でテレビ見ているか、もう寝ちゃうか。薬強いの使ってるもんで、ひどいときはもう、ほとんど寝るときが多いですよ。短い時間だったけど、また違った時間を過ごせたかなって」と、動物の名前を出しながら、動物たちと過ごすいつもと異なる時間があるからこそ一日一日を頑張れること、がんと向き合っている〔日常と異なる時間・空間〕を過ごすことの重要性を語っていた。

参加者J氏は、「みんなおとなしくて、すごく静かな感じで、抱いているといつまでも抱いていたいっていう、そういう気分です」とおとなしい動物たちの静かに過ごす時間、〔穏やかに感じる時〕を語っていた。

d. ゆとりの創出

【ゆとりの創出】には、〔他者への関心〕〔動物・飼イヌへの関心〕〔自己の振り返り〕が語られていた。動物とのふれあい活動を通して、他者、動物や自分が飼育していた動物などに関心をもったり、自己を振り返る時間ができたり、病気や生死に関すること以外のゆとりの時間が創出される体験であったことを以下のように語っていた。

参加者A氏は、「今日来てた人でも、一番先に部屋に帰っちゃった人なんか、入ってきたときと出て行くときの表情が全然違ったもんね。おじいちゃんは最初にネコ抱いていたけど、あのおじいちゃん、ネコのほうが好きなのかな。ネコずっと抱いていたから。最初イヌだったけど。好きな人はね、多分あの人あたりも、おうちで飼ってるんじゃないのかな」と〔他者への関心〕を示す発言や、参加者G氏は、「あまりこのごろ動いていなかったもんですから……(中略)私も少し歩いてって言われているもんですから、それも何もなければ、それこそ普通の機械的な散歩みたいになっちゃう。それこそ、その先にワンちゃんいるよって言えば、それは遠くても出かけちゃいますから、いい運動になると思いますけどね」と動物がいるからこそいつもより歩行ができるなど、〔動物・飼イヌへの関心〕を示すような語りがあった。

e. 生きていることの確認

【生きていることの確認】には、〔再会の喜び〕〔動物の体重増加による変化の実感〕〔温かみの実感〕〔動物がなついてくれることで必要とされる実感〕〔大事なものの・好きなことと過ごす充足感〕が語られていた。参加者が、動物の体重増加や温かみという生体の変化や再会というときの变化、動物がなついてくれることで自分が必要とされる実感をもつこと、人間にとって大事なもののや好きなことと過ごす充足感によって、生を実感する体験となっていたことを以下のように語っていた。

複数回、動物介在活動に参加している参加者A氏は、「たまたまね、ぽっと来たなかに、前に来たのと同じ子が

2匹来てたから、再会でできてうれしかった。だからやっぱり、すぐに抱いてやれたし。だから、うーん、だから、会う前と会った後ではやっぱり、全然違うね。うーん、だから、全然知らないのばっかだったら、あれだろうけど。多少気分的に癒されたかなあって。再会できたことによって」と、〔再会の喜び〕を語っていた。また、「ずうっと最後まで、あれして（抱いて）いたら腰痛くなっちゃった。重かった、うん。体重増えてた。前はね、もっとね、軽かったもん」と、動物の成長を実感し、その変化の間、自分が生きていたことを実感するかのように〔動物の体重増加による変化の実感〕を語っていた。

参加者B氏は、「生きているものなので、しゃべることはできないですけど、やっぱり温かみがあっていいと思います。（そうですね。やっぱり温かみがあるから、いいですね）はい。（何かぬくもりとか、ひざの上へ上げると感じますよね）はい」と、生きている動物の〔温かみの実感〕を語っていた。

参加者A氏は、「こういう病棟ってのは、一般病棟と違うわけじゃないですか。だからそういう面ではもうちょっと、本当に好きな人には、もっとオープンになってあげてもいいんじゃないかなって感じますけどね。それで、その人が1日でも長く生きられればね」と、〔大事なもの・好きなことと過ごす充足感〕が語られていた。

VI. 考 察

1. 緩和ケア病棟における動物介在活動に参加したがん患者の体験

病気は、通常の社会生活を断念させる等の理由ばかりでなく、人間存在そのものを脅かし¹⁸⁾、病床の最も基本的な特徴の一つとして患者の孤立がある¹⁹⁾が、とくに緩和ケア病棟に入院している患者の孤立感は表現しがたい深さがあると思われる。そのなかで、患者が緩和ケア病棟で行われる動物介在活動に参加し、動物とのかかわりや関係性、そこに参加している人々とのかかわりを通して、【動物の存在から得た安心感】【生きている動物自体から得る癒し】【苦痛からの解放】【ゆとりの創出】【生きていることの確認】を体験していた。

緩和ケア病棟での入院患者は、自身の緩和ケア病棟への入院を機に、がんを診断されたときより短くなった残された時間を予測することになり、いま現在をいかに自分らしく過ごすかが問われることになる。そのため、自分の生命といままで歩んできた人生に絶えず向き合わざるを得ない状況となり、その根底に絶え間ない緊張感と孤独感のあることが推測される。そのような状況にある人間にとって、有史以前から人類がともに暮らしを楽しんできた動物は、

家族の一員であったり、語り相手として、ほっとするような感覚を得ることのできる存在であり、【動物の存在から得た安心感】があったと考えられた。また、人間と動物との関係において重要なことに、人間は動物に自分の考えや感情を投影できる点がある²⁰⁾。言葉にはしない動物への語りかけは、緊張感や孤独感を抱えている参加者にとって、安心して語れる存在となり、参加者B氏や参加者F氏の語りにもあったように通じ合う感覚を得て、安心感が得ることができていたと思われた。

また、参加者C氏の語りでは、手術を明日に控え緊張し微熱もあったが、動物介在活動に参加したことで緊張がほぐれたことを述べていた。さらに、上述の安心感を得られたことが動物とかかわっているときの痛みの解放感（参加者G氏）や、「ただ頑張らなきゃというのが、ちょっと力が抜けて……」（参加者C氏）とあるように、緊張感、孤独に考え込んでいる状況など【苦痛からの解放】につながっていたように考えられる。動物はストレスを和らげ、この世の面倒なことから一時的に逃れさせてくれ、批判することなく延々と話を聞いてくれる忠実な仲間となってくれる²¹⁾。その動物とのかかわりにより、喜び、楽しみ、穏やかな時間を得るなど、病気になる前の参加者の普段の生活を取り戻す時間となり、それが心身の苦痛からの解放をより強化していた。それとともに、動物介在活動を通して、参加しているほかの患者や動物、自分が飼育していた動物などにも関心をもつ【ゆとりの創出】につながっていた。

自らの余命時間と向き合い、日々の時間の重みを実感しているであろう緩和ケア病棟に入院しているがん患者にとって、動物との再会や動物の体重増加による変化の実感、生き物の温かみを実感すること、動物がなついてくれることで必要とされる実感により、参加者自身が【生きていることの確認】を体感し、さらに、それらが関与しあって『自己存在』の強化になっていったと考えられた。

つまり、緩和ケア病棟における動物介在活動に参加したがん患者にとって、さまざまな人間の欲求を満たす包容力のある動物²²⁾は、その存在そのものにより【動物の存在から得た安心感】【生きている動物自体から得る癒し】を得ていた。さらに動物とのかかわりや動物介在活動を通して他者とのかかわりにより【苦痛からの解放】【ゆとりの創出】から【生きていることの確認】となり、『自己存在が強化され、与えられた生を主体的に生きる』体験になっていると考えられた。

2. ターミナルケアにおける動物介在活動を活用した看護援助

緩和ケア病棟における動物介在活動は、がん患者にとって心身の苦痛などから緊張感や孤立・孤独感を抱えている

患者を解放し、自己存在が強化され、与えられた生を主体的に生きる体験となっていた。これらの効果ある介入を、さらにQOLの向上やスピリチュアリティケアに発展するためには、①動物介在活動における看護師の具体的なかわりとその効果の検討、②動物への関心が高くない患者に対する動物介在活動方法の検討、の必要性が示唆された。

① 動物介在活動における看護師の具体的なかわりとその効果の検討

動物介在活動を通して得られたがん患者の『自己存在が強化され、与えられた生を主体的に生きる』体験を、動物介在活動時間のみならず、たくさんあるとはいえない貴重な日々の生活のなかに、いかに意味づけていくのかが看護援助として重要なことではないかと思われる。一つの援助として、動物介在活動中やその前後における看護師の声かけや、患者が体験したことを語る場や家族との共有する場や機会を意図的に設定することなどが重要であると考えた。動物介在活動を実施している病院が少ない現状では、まずは病院においても実施することが優先課題であるが、今後、動物介在活動における看護師の具体的なかわりとその効果を検討する必要性が明らかになった。

② 動物への関心が高くない患者に対する動物介在活動方法の検討

参加者の多くは入院前より動物に関心があり、飼育体験をもっていた。入院前の個人の嗜好性や体験が、動物介在活動への有効性に影響するのではないかと考えられる。活動への参加は主体性が重んじられることは周知のことであるが、参加者J氏での語りにも関連するが、動物への関心が高くない患者への活用方法の検討も必要と思われた。今回の参加者の語りでは、直接、動物と触れることの重要性が示唆されたが、たとえ動物に触れなくても、その患者個人に応じた動物介在活動があるように思われる。例えば、

動物や活動場面の写真やビデオなどの視覚体験、患者個人に負担にならないような活動のアナウンスや看護師の声かけなども、今後、看護援助を検討する際に必要なことになるのではないかと考えられた。

入院期間が短い緩和ケア病棟だからこそ、介在する動物のあり方を検討する必要があると思われた。動物介在活動に複数回、参加していた参加者A氏は、動物との再会や動物の成長の変化を実感していた。そのことは、まさしく参加者が生きていることを実感する時であり、貴重な時間となっていた。しかしながら、入院中に動物介在活動に複数、参加できることが少ない緩和ケア病棟においては、入院患者にとっては1回1回が貴重な場面であるため、それに携わる看護師の支援が重要となる。

Ⅶ. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、参加者の体力の消耗などを考慮すると面接時間が限定され、参加者の体験や思いが十分に語られたとはいえない。しかし、ターミナル期という貴重な時期においてその体験を語っていただけたことの意義は深い。緩和ケア病棟での患者のQOLをさらに向上するためには、面接方法および記述を検討し、ターミナル期における患者の深遠な体験により近づく必要がある。今後は、動物介在活動におけるその後の患者および家族の変化を明らかにし、動物介在活動がより効果的な看護援助になるように検討を重ねることが課題である。

謝 辞

本研究の実施にあたり、貴重な時間を割いて体験を語ってくださいました皆様、多大なご配慮をくださいました緩和ケア病棟職員の皆様に心より感謝申し上げます。

要 旨

緩和ケア病棟に入院している終末期がん患者のQOLの向上を目指して、緩和ケア病棟において動物介在活動を実施し、参加した入院患者の体験から、入院中に動物とのふれあうことの意味を見出し、その意味をとらえた看護援助を検討した。横断的・記述的方法を用いて、動物介在活動終了後に半構成的面接を行った。動物介在活動に参加し、動物とのかかわりや関係性、そこに参加している人々とのかかわりをとおして【動物の存在から得た安心感】【生きている動物自体から得る癒し】【苦痛からの解放】【ゆとりの創出】【生きていることの確認】を体験していた。さらに、これらを通して自己存在が強化され、与えられた生を主体的に生きる体験となっているように考えられた。

緩和ケア病棟における動物介在活動は、心身の苦痛などから緊張感や孤立・孤独感を抱えている患者を解放し、自己存在を強化し、QOLを向上するためには効果がある介入であることが示唆された。

Abstract

In the present study, animal-assisted activities were conducted for terminal cancer patients hospitalized in a palliative care unit with the objective of improving their QOL, and the patients' experiences were investigated to determine the meaning of interacting with animals during hospitalization as well as nursing assistance that incorporates this meaning. Semi-structured interviews were conducted following the end of animal-assisted activities using a cross-sectional descriptive design. Patients who participated in animal-assisted activities experienced the following through the human-animal bond as well as interactions with animals and other participants: "gaining a sense of comfort through the presence of animals", "healing from the live animals themselves", "release from pain", "feeling more at ease", and "confirmation that they are alive". In addition, through these experiences, patients appeared to gain a stronger sense of their own existence.

These results suggest that animal-assisted activities in palliative care units are an effective intervention for releasing patients from the tension and feelings of isolation and loneliness that arise from physical and emotional pain, strengthening their sense of existence, and improving their QOL.

文 献

- 1) 財団法人 厚生統計協会 編：国民衛生の動向2009. 厚生指標（臨時増刊），56(9)，151-154,2009.
- 2) Le Roux, M C, Kemp, R: Effect of a companion dog on depression and anxiety levels of elderly residents in a long-term care facility. *Psychogeriatrics*, 9(1), 23-26, 2009.
- 3) 内田朋子：認知症高齢者に対する動物介在活動導入への試み — 笑顔の絶えない安らぎの環境づくり. *日本精神科看護学会誌*, 51(3), 387-391, 2008.
- 4) 三上崇徳，木場有紀，ほか：広島県下の私立幼稚園における動物飼育に関するアンケート調査. *Animal Nursing*, 13(1), 55-61, 2008.
- 5) Uetake, K, Otsuka, N, et al: Stress response of dogs repeatedly participated in animal-assisted activities at special nursing homes for elderly people. *Animal Behavior and Management*, 43(4), 192-198, 2007.
- 6) 熊坂隆行，升 秀夫，ほか：特別養護老人ホームでの動物介在実習前後における動物看護科学生「気分」の変化. *Animal Nursing*, 12(1), 64-68, 2007.
- 7) 箕浦とき子，新田静江：特別養護老人ホーム入所高齢者に対する「動物との触れ合い活動」の健康への影響. 第6回「健康文化」研究助成論文集，129-135, 1998.
- 8) 熊谷彰芳，小林美智子，ほか：QOL評価を用いたアニマル・アシスティッド・セラピーの効果判定方法に関する研究. 第4回「健康文化」研究助成論文集，37-43, 1998.
- 9) 加藤謙介，渥美公秀：老人病院におけるドッグ・セラピーの効果 — 集合性の変容 —. *看護展望*, 24(4), 503-507, 1999.
- 10) 佐久川肇，保住芳美：老人とペットの関わりについて. *川崎医療福祉学会誌*, 9(2), 145-148, 1999.
- 11) 金森雅夫，鈴木みずえ，ほか：痴呆性老人デイケアでの動物介在療法の試みとその評価方法に関する研究. *日本老年医学会雑誌*, 38(5), 659-664, 2001.
- 12) 鈴木みずえ，山本清美，ほか：痴呆性老人を対象とした動物介在療法（Animal Assisted Therapy: AAT）の個別の効果と経過の分析. *保健の科学*, 44(8), 639-646, 2002.
- 13) 真野充弘，内苑まどか，ほか：痴呆性高齢者に対するドッグセラピーの試み. *日本痴呆ケア学会*, 2(2), 150-157, 2003.
- 14) 柴内裕子：厚生労働省平成13年度老人保健健康増進等事業 — 高齢者福祉施設等における動物介在活動／療法実施のための施設伴侶動物同居マニュアル. 参考資料8，社団法人日本動物病院福祉協会，東京，2002.
- 15) Giorgi, A: *Phenomenology and the Foundations of Psychology*. University of Nebraska Press, Nebraska, 1976; *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology*, 1(1970), Duquesne University Press, Pittsburgh, 1971（早坂泰次郎 監訳：心理学の転換 — 行動の科学から人間科学へ. 勁草書房，東京，1985）.
- 16) Giorgi, A: *Psychology as a human science*. Harper and Row Publishers, New York, 1970（早坂泰次郎 監訳：現象学的心理学の系譜 — 人間科学としての心理学. 勁草書房，東京，1981）.
- 17) Giorgi, A（吉田章宏訳）：看護研究への現象学的方法の適用可能性. *看護研究*, 37(5), 49-57, 2004.
- 18) Berg J H van den: *Psychology van het Ziekbed*. American edition, 1975（早坂泰次郎，上野 轟 訳：病床の心理学. 109，現代社，東京，1975）.
- 19) 前掲13)，84.
- 20) Gunter, B: *Pets and People The Psychology of Pet Ownership*. Whurr Publisher Ltd, 1999（安藤孝敏，種市康太郎，ほか 訳：ペットと生きる — ペットと人の心理学. 49，北大路書房，京都，2006）.
- 21) 前掲20)，23.
- 22) 前掲20)，48.

〔平成22年9月30日受 付〕
〔平成23年9月22日採用決定〕

2 型糖尿病患者のインスリン療法に対する心理的行動的反応の変遷

Transition of Psychological and Behavioral Reactions to Insulin Treatment in Patients with Type 2 Diabetes

中 馬 成 子¹⁾

Nariko Chuman

土 居 洋 子²⁾

Yoko Doi

キーワード：2 型糖尿病，インスリン療法，心理的行動的反応の変遷

Key Words：type 2 diabetes, insulin treatment, transition of psychological and behavioral reactions

I. はじめに

糖尿病実態調査によると、インスリン療法を受けている患者は、糖尿病の治療を受けている患者のうち、1997年は8.0%の17.4万人であったが、2002年では、11.4%の26.0万人に増加している^{1), 2)}。2 型糖尿病において、経口血糖降下薬による二次無効が確認された場合、合併症の進展阻止のために、早い段階からインスリン療法が開始されつつある³⁾。また、注射針、注入器などの改良が進んだこと、インスリン製剤の効能も多様化したことなどから、患者の病態や生活に応じた選択が可能となった。これらの背景から、2 型糖尿病の診断後さらに早期からインスリン療法が導入され、生涯継続する患者が増加すると考えられる。

日常の診療場面では、インスリン療法の必要性を十分に納得したうえで、長期間継続している患者がある一方で、抵抗感をもちながら継続している患者、治療を中断する患者があり、その治療に対する態度はさまざまである。糖尿病を発症し、食事療法や運動療法によるストレスに加え、生涯においてインスリン療法を実施し、継続することはさらなる苦痛や苦悩を伴うと推測される。インスリン療法に対する患者の体験の報告では、インスリン抵抗感^{4), 5)}、インスリン処方への拒否⁶⁾といった否定的反応を示すものが多い。一方では、インスリン療法は良好な血糖コントロールをもたらす、健康状態を向上させるととらえている患者が約10%あるという報告もある⁷⁾。インスリン療法に対し負担感をもたずに、悠々と継続できれば、患者のクオリティ・オブ・ライフ（Quality of life：以後、QOLと略記）の維持向上や合併症の予防に大きく影響するであろう。

そこで、本研究では、インスリン療法の導入時から現在に至るまでの心理的行動的反応を明らかにすることにより、反応に応じた看護介入への示唆を得ることを研究目的とした。

II. 研究方法

本研究はインスリン療法を1年以上継続している2 型糖尿病患者を対象に、インスリン療法に対する思いについて、半構成的面接法により得たデータをもとに継続比較分析する帰納的因子探索研究である。なお、本研究における思いとは、インスリン療法に対して感じる心のあり方および考えをいう。

1. 研究対象者

大阪府下にある総合病院の糖尿病専門医がいる外来を研究フィールドとした。定期的に外来通院している2 型糖尿病をもつ患者で、インスリン療法を1年以上継続している患者のうち、認知障害および言語障害がない者、という条件を設定した。

2. データ収集方法

インタビューガイドに沿って半構成的面接を行った。データ収集期間は、2006年6月13日～8月30日であった。面接は個室で実施した。面接回数は1名1回で、インタビューの所要時間は16～54分間、中央値38分間であった。また、対象者の同意を得て面接内容をICレコーダに録音し、糖尿病発症からの経過、治療内容、既往歴、検査データについては施設の手続きに従って診療記録より情報を得た。主なインタビューガイドは、①インスリン療法の開始時から現在に至るまでにどのような思いがありましたか、②インスリン療法を継続するなかで、最も苦痛であったときはどのようなでしたか、③その後、どのようにして、現在に至りましたか、であった。①から③のうち、本研究では①について報告する。

1) 宝塚大学看護学部 School of Nursing, Takarazuka University

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

3. 倫理的配慮

本研究は、2 型糖尿病患者を対象に面接を行うため、患者の内面に深く関与するものである。したがって、十分な倫理的配慮が必要であると考え、大阪府立大学研究倫理委員会の承認を受けて研究を開始した。

診療科部長と主治医、看護部長および副看護部長に研究の趣旨と概要について事前に了承を得た。主治医にインスリン療法についての思いについて研究者がインタビューするという説明を依頼し、同意を得られた患者に対し、研究者が具体的な研究目的・方法、対象者の権利保障について、文書を用いて説明した後、署名による同意を得て研究の対象者とした。さらに、プライバシーを保護するため、データは無記名で取り扱うこと、本研究の目的以外に使用しないこと、研究終了後にデータを廃棄すること、公表をするときには個人を特定できないようにすることを説明した。また、診療録の閲覧は対象者の同意を得て施設の手続きに沿って行った。面接実施に関する配慮として、場所は個室とし、面接内容の録音は対象者の了解を得たうえで行った。

4. データ分析方法

録音テープから逐語録を起こし、意味のある 1 文ずつをデータとし、コード化し、ラベル名をつけた。1 例ずつコード化したものを比較検討しながら、ラベルの修正や変更を行なった。ラベル名が共通しているものを集約し、概念化したものを構成内容とし、順次サブカテゴリー、カテ

ゴリーを導き出した。

構成内容、サブカテゴリー、カテゴリーの抽出の過程では、データに戻り確認し、類似性と相違性を検討した。さらに、研究対象者のカルテから得たデータと、聞き取りした結果得られたデータを照合しながら、体調や自己管理状態とインスリン療法についての思いと行動とを関連づけた。全事例の比較分析が終了した後、最終的なサブカテゴリーおよびカテゴリーを決定した。さらに、カテゴリー同士の関係を検討して、体系的に関係づけた。

分析過程では、糖尿病認定看護師および慢性看護学を専攻している院生数名と検討を重ね、さらに質的研究および継続比較分析に熟知した指導者からスーパーバイズを随時受け、検討することで、分析内容の妥当性に努めた。

5. 用語の操作的定義

心理的行動的反応：インスリン療法に対する認識・感情・意思とその変化、およびインスリン療法により変化した日常生活上の活動および就業を含む社会的活動

III. 結 果

1. 対象者の概要

研究に同意した対象者は総計20名（男性10名、女性10名）であった。表1に対象者の属性を示す。

対象者の年代は、50歳代前半～80歳代前半であった。糖

表1 対象者の属性

対象者	年齢 (代)	性別	同居家族	診断された 年齢 (歳)	インスリン 治療期間 (年)	調査時のインスリンのタイプ (朝, 昼, 夕, 就寝前の単位数)	調査時の HbA1c (%)	BMI (kg/m ²)	糖尿病性 網膜症	糖尿病性 神経障害	糖尿病性 腎症 (Ⅲ期以上)	低血糖の 経験
A	60代後半	男性	妻	34	16.0	中間型 (8, 0, 6)	7.9	20.4	○	○	○	×
B	70代前半	男性	妻	30	14.0	速攻型 (13, 0, 6)	8.1	22.3	○	不明	×	○
C	70代前半	女性	1 人暮らし	56	1.3	持続型 (0, 0, 0, 18)	8.5	27.5	○	不明	×	×
D	50代後半	女性	夫 息子	39	12.0	超速攻型 (16, 10, 16), 持続型 (0, 0, 0, 20)	8.8	24.0	○	○	×	○
E	60代後半	男性	妻	51	12.0	混合型 (20, 0, 16)	10.4	24.7	○	○	×	○
F	70代前半	女性	夫	45	1.1	速攻型 (14, 8, 0) 混合型 (0, 0, 8)	8.4	19.6	○	○	○	×
G	80代前半	女性	夫 娘	60	7.0	速攻型 (9, 9, 9)	7.9	26.2	×	○	×	×
H	50代前半	女性	夫 娘 2 人	46	7.0	速攻型 (4, 14, 10), 中間型 (0, 0, 0, 20)	9.0	24.9	○	○	○	○
I	50代前半	男性	母 子供	41	3.0	超速攻型 (32, 22, 0), 混合型 (0, 0, 32)	10.0	25.4	×	×	○	○
J	50代後半	男性	妻	54	4.0	速攻型 (10~16, 10~16, 10~16) 中間型 (0, 0, 0, 16)	8.8	28.2	○	○	○	○
K	60代前半	女性	夫	43	12.0	混合型 (18, 2, 8), 中間型 (2, 0, 2)	8.6	20.5	○	○	×	○
L	50代前半	男性	妻 子供 2 人	35	3.0	混合型 (14, 0, 10)	6.9	26.0	○	不明	×	○
M	60代後半	男性	妻	43	6.0	速攻型 (20, 8, 10), 中間型 (0, 0, 0, 6)	7.5	23.3	○	不明	×	×
N	70代後半	女性	一人暮らし	63	8.0	速攻型 (24, 24, 20), 中間型 (0, 0, 0, 40)	9.8	36.0	○	不明	×	×
O	60代前半	男性	妻	32	20.0	速攻型 (6, 8, 8)	6.5	21.7	○	○	○	○
P	70代前半	女性	息子夫婦	58	9.0	混合型 (16, 0, 20)	8.7	21.4	○	○	○	○
Q	60代後半	男性	妻	29	26.0	混合型 (12, 0, 6)	7.9	20.8	○	×	×	○
R	60代後半	女性	娘	42	6.0	超速攻型 (6, 6, 0) 中間型 (0, 0, 10)	7.4	22.3	○	○	○	○
S	60代前半	男性	妻	35	25.0	混合型 (20, 0, 8)	6.6	20.6	○	×	×	○
T	60代後半	女性	夫 娘家族	62	5.0	混合型 (28, 0, 14)	7.4	24.7	×	×	×	○
平均 (SD)					9.9 (±7.3)		8.3 (±1.1)	24.0 (±3.8)	85%	55%	40%	70%

○：有 ×：無

尿病の罹病期間は3～44年間、インスリン療法歴は1年～26年間であった。調査時のHbA1cの中央値は8.3%、BMIの中央値は23.7であった。同居家族がいる者が18名、2名が一人暮らしだった。主治医の判断により糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経症の合併症のいずれかに罹患している者が19名、1名はいずれの合併症も併発していなかった。低血糖の体験者は14名で、その他の者は経験していなかった。使用していたインスリンのタイプは表1に示すとおりであり、注射回数は1日2～4回であった。

2. 2型糖尿病患者のインスリン療法に対する心理的行動的反応

インスリン療法を開始した当初もしくは継続するなかで、衝撃、逃避、後悔、恐怖・不安、抵抗感、煩わしさ、不信感、悲しさ、辛さ、困難さという【インスリン療法に対する否定的感情】を抱いていた。その後、インスリン療法についての肯定的情報を入手し、インスリンの効果の理解とインスリン療法への偏見の是正がなされ、【インスリン療法の知識による認識の変化】が起こっていた。その結果、インスリン療法の必要性を納得し、自らの意志により【インスリン療法の開始を決意】していた。その後、一部の停滞していた対象者を除き、インスリン自己注射への肯定的な体験と、血糖コントロールによる苦痛や症状の軽減およびインスリン療法への不安の軽減がなされ、徐々に【インスリン療法に対する安心感の獲得】がみられた。その結果、【インスリン療法を維持する意志と行動】をとっていた。表2にカテゴリー、サブカテゴリー、構成内容を示した。5つのカテゴリーの相互関連と変遷について図1に示した。

カテゴリー、サブカテゴリー、サブカテゴリーを説明する構成内容、および特徴的なインタビューデータを以下に抜粋して述べる。なお、カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは《 》、引用データは小文字で記述する。

a. インスリン療法に対する否定的感情

【インスリン療法に対する否定的感情】のカテゴリーは、《インスリン療法を告知されたときの衝撃》《インスリン療法からの逃避》《インスリン療法に対する後悔》《インスリン療法による恐怖・不安》《インスリン療法に対する抵抗感》《インスリン療法の煩わしさ》《インスリンの効果に対する不信感》《インスリン療法を行ううえでの悲しさ》《インスリン療法中の人間関係上の辛さ》《インスリン療法を継続するうえでの困難さ》という10のサブカテゴリーで構成されていた。インスリン療法開始直後は衝撃を受けており、インスリン療法を避けていたことを後悔していた。その後、社会生活を送りながら、周囲の人々とかかわるなかで、抵抗感、煩わしさ、辛さ、困難さという感情をもっていた。また、インスリンそのものに対して恐怖・不安、不

信感を持ち、1年以上継続しながらもインスリン療法をしていることに悲しさをもち続けている者がいた。

《インスリン療法を告知されたときの衝撃》

- ・注射になったときには、ドキッとしましたね。いよいよ病気だなと、飲み薬のときには、なーんだと言う感じで、腹痛でも薬飲むやんいうて（中略）。注射打つなったらドキッとしましたね。（対象者E）

《インスリン療法からの逃避》

- ・先生から（インスリン療法の）話はありましたけど、僕がずっと蹴ってました。（対象者L）

《インスリン療法に関する後悔》

- ・もっと早く（インスリンを）しておけばよかったですね。眼科で眼底検査をした後から予約日がずれて、行かなかったんですよ。だから余計悪くなったんですよ。後悔はしましたね。（対象者L）
- ・（眼が悪くなると予測していたか、の質問に対し）逃げですよ。わかっているんだけど、わかっていない。わかることから逃げようとしていたんです。（対象者L）

《インスリン療法による恐怖・不安》

- ・（インスリン注射を開始すると言われて）そうとう進んでいと思った。（対象者A）
- ・1人でいるときに（低血糖起こしたことが）一番困りますね。だいたい誰かのところでなれば、すぐ救急車でつれていってくれるからいいんだけどね。（対象者K）
- ・たまに、こんなにずっとインスリン打ち続けていって、体がどないなるのかなと思って。（対象者M）
- ・老後とかどうなるのかなという不安があるんですね。70、80（歳）になって自分で（注射が）できるのかなという不安はあります。（対象者H）
- ・先月から（インスリンが）また増えて、先生そんな増えていいですか、て聞いたぐらいだから。大丈夫や、て言うてはるけど。（対象者N）

《インスリン療法を行ううえでの抵抗感》

- ・薬だったらね、みんなの前で出して飲めるんだけど、注射だからね、見られるの嫌ですよ。（対象者D）
- ・いつも行っているきれいなトイレならいいけど、偶然入ったトイレで鼻つまみたくなるようなトイレもあるし、そこで打ったりせなあかんし。（対象者I）
- ・15（単位）に行く前の12（単位）か14（単位）のときは、いきなり7（単位）から増えたからな。（注射回数）2回になったからな。（低血糖を）心配したけど、どうもなかったからね。（対象者A）
- ・知ってる人で、喫茶店のトイレかなんかでインスリン打っててね。麻薬と勘違いされて、警察を呼ばれたことがあったらしよね。だから、大っぴらにそんなところで打てない

2 型糖尿病患者のインスリン療法に対する心理的行動的反応の変遷

表2 2 型糖尿病患者のインスリン療法に対する心理的行動的反応

カテゴリー	サブカテゴリー	構成内容
1. インスリン療法に対する否定的感情	1) インスリン療法を告知されたときの衝撃	(1)インスリン療法を告げられたときの驚き
	2) インスリン療法からの逃避	(1)インスリン療法説明時のインスリン療法開始の拒否
	3) インスリン療法に対する後悔	(1)インスリン療法を遅らせたことへの後悔 (2)糖尿病の悪化を知ることから逃避した後悔
	4) インスリン療法による恐怖・不安	(1)インスリン療法の開始により糖尿病が重症化したとみられる不安 (2)低血糖の出現への恐れ (3)インスリンの長期使用による身体への悪影響への恐れ (4)高齢になって自分で注射ができるか不安 (5)インスリン量の増量への恐れ、注射時間のずれ
	5) インスリン療法に対する抵抗感	(1)人目につくところでの自己注射は嫌 (2)不潔なところでの注射は嫌 (3)インスリンの回数・量の増加は嫌 (4)麻薬注射と間違われやすいのは困る (5)インスリン療法を公表するのは嫌 (6)自身による注射は嫌
	6) インスリン療法の煩わしさ	(1)インスリン注射そのものが煩わしい (2)外出先での自己注射の煩わしさ (3)決められた時間・回数のインスリン自己注射
	7) インスリン療法の効果に対する不自信	(1)インスリン療法の効果が期待どおりでなかったことによる不自信 (2)インスリン療法を開始しなかった治療方針への不自信
	8) インスリン療法を行ううえでの悲しさ	(1)インスリンの注射をするたびに悲しい (2)インスリン注射を継続するために職場を変更した悲しさ
	9) インスリン療法中の人間関係上の辛さ	(1)低血糖・合併症のために人に迷惑をかけるのが辛い (2)人からインスリン療法をしている重症な人と思われるのが辛い (3)友人と同時に食事ができないことが辛い
	10) インスリン療法を継続するうえでの困難さ	(1)注射時間の確保が困難 (2)人目につかない注射する場所の確保が困難
2. インスリン療法の知識による認識の変化	1) 信頼できるインスリン療法に関する情報	(1)インスリン療法経験者からの情報 (2)インスリン療法についての医師からの情報 (3)自らの学習による最新のインスリン療法の情報
	2) インスリン療法についての効果の理解	(1)糖尿病の進行に伴うインスリン療法の必要性の理解 (2)インスリン療法の効能の理解
	3) インスリン療法についての偏見の是正	(1)医師によるインスリン療法に対する偏見の是正
3. インスリン療法開始の決意	1) インスリン療法は生きていくために不可欠であるという判断	(1)インスリン療法は避けられないという自らの判断 (2)糖尿病の悪化の実感
	2) インスリン療法の必要性に納得	(1)医師によるインスリン療法の勧めに納得
4. インスリン療法に対する安心感の獲得	1) インスリン自己注射に対する不安の解消	(1)教育による注射技術の習得 (2)注射時の周囲の人の協力 (3)同病者との情報交換
	2) 血糖コントロールによる体調の安定	(1)高血糖症状の消失 (2)血糖コントロールによる食事のしやすさ
	3) インスリン自己注射への慣れ	(1)注射による痛みの弱さの体験 (2)注射手技の慣れ
5. インスリン療法を維持する意志と行動	1) インスリン療法を継続する意志	(1)インスリン自己注射を欠かさないとする意志 (2)糖尿病の合併症を予防しようとする意志 (3)インスリン療法について学習しようとする意志
	2) インスリン療法への信頼	(1)インスリン療法に対する安心感 (2)インスリン療法に対する抵抗感の消失 (3)インスリン療法は自然な存在 (4)医師のインスリン療法の指示の遵守
	3) インスリン療法の習慣化	(1)痛みの軽い注射の部位の選択 (2)外出・外泊時の時間と場所の確保 (3)注射の忘れ予防、忘れたときの工夫 (4)災害時用のインスリンの準備 (5)インスリン療法に伴う体調の自己分析 (6)低血糖の回避行動 (7)合併症予防のための行動 (8)注射時間に合わせた生活の送り方
	4) インスリン療法経験の社会への還元	(1)インスリン療法の開始を遂げる人への奨励 (2)インスリン療法の体験の伝達
	5) インスリン療法による機能回復の期待	(1)インスリン療法により人並みの生活への願望 (2)インスリン療法による延命の願望 (3)インスリンを分泌できる身体への回復

し。(対象者J)

- ・(インスリン注射を)打ってる、ていうのはあまり言いたくない。注射はしてるとは、思っていないかもしれないけど、思ってる人もいるかもしれない。(対象者D)

- ・自分ですするというのが、病気がたいそうというよりは、それが一番嫌やった。(対象者A)

《インスリン療法の煩わしさ》

- ・邪魔くさいわな。お腹すいて、打つ前に食べちゃったてこともあるもんね。(対象者P)
- ・旅行とか、外へ行くときには持っていけない。(内服)薬は

持って行くけどインスリンは持って行かない。(持っていけない理由を問うと)忘れたいのかな。(対象者A)

- ・旅行のときに困る、いまは4回打たならんでしよう。(対象者N)

《インスリン療法の効果に対する不自信》

- ・インスリンでもっと飲み薬に比べたら効果あるんかなと、思っていたんですが、ほとんど飲み薬と変わりませんからね。いま飲み薬に変えても同じような数値が出てくると違うかな、と思うときもある。なんのために病院へ来てるんかなあと思うて。(対象者I)

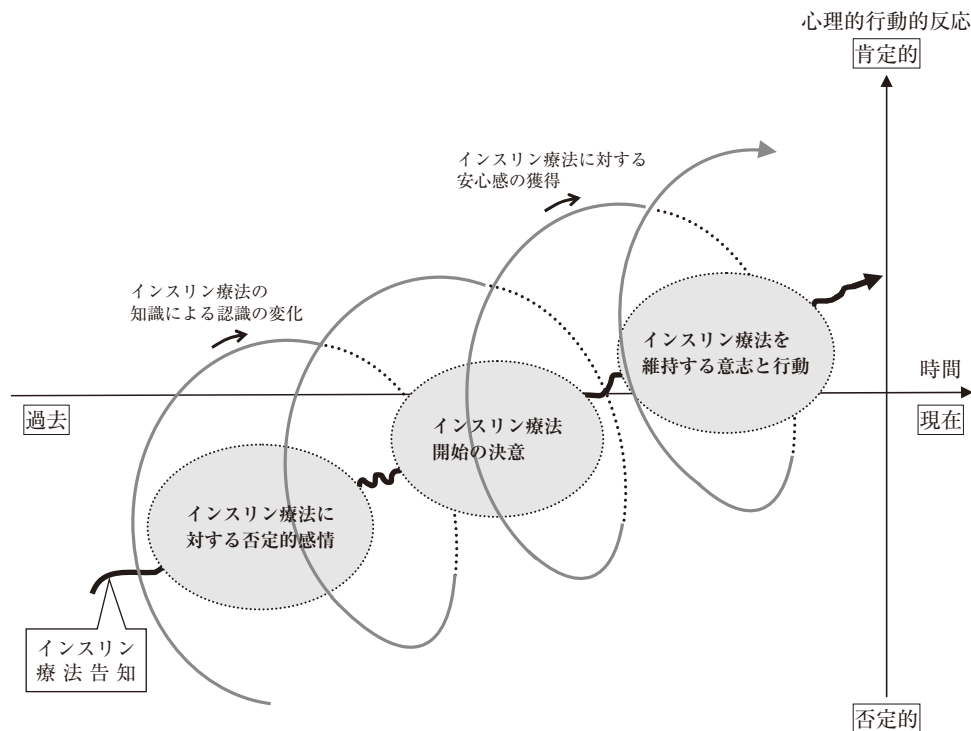


図1 インスリン療法に対する心理的行動的反応の変遷の例

- ・インスリン打ったら体の中になんか変化があるんですか。副作用があるとか。インスリンを打つことによって、わずかしかな自分のインスリンが出なくなることってあるんですか。普通インスリンのほうがよく効いて、病気に効果があるのであれば、初期の段階から、使うのが普通でしょう。それを内服薬で済まそうとするのはなぜなのでしょう。（対象者I）

《インスリン療法を行ううえでの悲しさ》

- ・1回1回（インスリン注射を）打つたびに悲しい気持ちです。（対象者H）
- ・退院したてのころは、前の仕事も辞めましたし、長時間働いているとインスリンを打つのが無理かなと思って、長時間のパートの時間を減らして、そういうときは悲しかったですね。（対象者H）

《インスリン療法中の人間関係上の辛さ》

- ・（辛かったのは何でしたか、という質問に対し）やはり低血糖ですね。まわりの人に迷惑かけるからね。（対象者K）
- ・見かけは元気なのに病気だっていうのが嫌ですね。（糖尿病についての）知識がある人に、重病なんやと思われるのが嫌で、大丈夫なんかなと変な心遣いされるのが嫌ですね。（対象者H）
- ・一番辛かったことは、お友達と会って、半時間後に食べるゆうこと。友達に誘われても友達も気を遣うし、私だけ食べれなかったら、待ってるわで。誘われてもあまり外へ出たくない。（対象者R）

《インスリン療法を継続するうえでの困難さ》

- ・3回（注射）しだしてね、お昼食べる時ありますやんか、

そのときには忘れた、言うてしてないです。（対象者G）

- ・最近、こういう病気で失礼しますというて、ほんとやる。しかし、場所がないと困りますけど。ぱっと言えるタイミング、環境が一番難しい。（対象者E）

b. インスリン療法の知識による認識の変化

【インスリン療法の知識による認識の変化】のカテゴリーは、《信頼できるインスリン療法に関する情報》《インスリン療法についての効果の理解》《インスリン療法への偏見の是正》の3つのサブカテゴリーで説明された。インスリン療法に対する認識は、インスリン療法についての肯定的情報と治療の効果およびインスリン療法に対する偏見の是正により、否定的な認識が肯定的なものへ変化していた。

《信頼できるインスリン療法に関する情報》

- ・わかりかし症状がないんで、インスリン打っては方からね、血糖値が下がるへんのやったらインスリンやったほうが楽よというのは聞いてたんです。（対象者C）
- ・インスリンする前に血糖値がお薬でなかなか下がらなくてですね、それで先生に入院してインスリンをしたほうがいいと言われて、入院してインスリンに替えたんですよ。（対象者G）
- ・いろんな新種類のインスリンも知ってますしね。すぐ打てるゆうのもね。（対象者R）

《インスリン療法についての効果の理解》

- ・自分のインスリンを出す力がなかったら、補わんと、合併

症がでると言われたんで、ちょっと怖くなって、それやったらインスリンを補ってもらおうかなと思ってはじめました。(対象者C)

- ・最初からインスリンがどうのこうのとして始まってなくて、治療の一環として始まっているから、抵抗はない(対象者J)

《インスリン療法についての偏見の是正》

- ・主治医の先生が、自分の親もインスリンを使っているから、インスリンを嫌と思っているのは偏見やおっしゃってね。インスリンをそういう偏見の眼で見たらいかんといわれて、そういわれたら、そうなんかなと思うて。(対象者H)

c. インスリン療法開始の決意

【インスリン療法の開始の決意】のカテゴリーは、《インスリン療法は生きていくために不可欠であるという判断》《インスリン療法の必要性に納得》という2つのサブカテゴリーで説明された。経口血糖降下薬の継続をあきらめ、インスリン療法の開始へ抵抗することをやめ、開始を決意していた。糖尿病の病状悪化の実感や医師による勧めから経口血糖降下薬による治療をあきらめ、インスリン療法の必要性和開始のタイミングを理解し、インスリン療法を選択しなかった場合の合併症の発症を回避するためにもインスリン療法を開始することを決意していた。

《インスリン療法は生きていくために不可欠であるという判断》

- ・生き延びなきゃいかんでしょう。インスリンしなかったら、えらいことになるっていうか、生きていくためには必要でしょう。(対象者O)
- ・病院にいる間に(血糖値が)100 (mg/dL)とか90 (mg/dL)切れるときもあったんです。その間はいいいというてくれはったんですけどね。でも最後去年入院したときは下がらなかったんです。(対象者C)

《インスリン療法の必要性に納得》

- ・自分は大丈夫やろみたいなことがあって、先生にこうやって言うてもらったね。早いとこ自分で打つ練習をしとかなと、80(歳)もなったら打たれへんし、いちいち家族にも余計嫌やろしね。そやからいまやとってくれはったんです。(対象者C)

d. インスリン療法に対する安心感の獲得

【インスリン療法に対する安心感の獲得】のカテゴリーは、《インスリン自己注射に対する不安の解消》《血糖コントロールによる体調の安定》《インスリン自己注射への慣れ》の3つのサブカテゴリーで説明された。インスリン療法を実際に体験することにより、身体的心理的苦痛が予想よりも軽かったことが、安心感につながっていた。インスリン自己注射と

いう行為を日常の生活で目にし経験することはほとんどないことから、実施前は不安も募っていた。しかし、実際に行ってみると痛みが軽い、体調がよいという、予想外の経験により、不安が解消され安心感をもち自信を得ていた。

《インスリン自己注射に対する不安の解消》

- ・入院したけど、自分のお腹には針がささなくて、明日退院という日に看護婦さんから、いっぺん自分で試してみても言われて、してみたら、なんということはないかったです。(対象者C)
- ・友人やったら、トイレ立たんでええのって、言ってくれますからね。(対象者I)
- ・飯食ってから風呂入らないかんぞ。前に入ったら、ひどい目にあうぞ、いうてね。(対象者E)

《血糖コントロールによる体調の安定》

- ・インスリンを打って辛いということはなかったですね。かえって安定してきて、体が楽になりました。体がだるいというのがなくなりました。(対象者G)
- ・食事の前に測るから、血糖が高いなあ思うたら控えるし、インスリンも打つから下がるし、そやからこれでよかったんかなと。(対象者F)

《インスリン自己注射への慣れ》

- ・すぐここで(病院)慣れて、家帰ってもするようになりしましたね。(対象者K)
- ・打てました。針は慣れてるんですよ。(対象者R)

e. インスリン療法を維持する意志と行動

【インスリン療法を維持する意志と行動】のカテゴリーには、《インスリン療法を継続する意志》《インスリン療法への信頼》《インスリン療法の習慣化》《経験したことの社会への還元》《インスリン療法による機能回復の期待》の5つのサブカテゴリーで説明された。インスリン療法を経験しているうちに、心理的行動的反応には、インスリン療法を継続しようとする意志をもちながら、日常生活のなかで継続している行動を見受けるようになっていた。インスリン療法を継続するなかで、インスリン療法が生活の一部として存在し、習慣化していた。さらにはその経験をインスリン療法未経験者へ話し還元していた。また、これまでの長年にわたるインスリンの効果を実感しているためか、インスリン療法による延命に期待を寄せていた。

《インスリン療法を継続する意志》

- ・外出するときは、ちゃんと持っていますよ。ポケットに入れたり、かばんに入れたりして、トイレで食べる前にします。(対象者L)
- ・失明して、白内障が進んだりと聞いたり、心臓が悪くなっ

て、心臓バイパスを入れたりとかいう人とかね。私かて、こんなん（元気にみえる）やけど、神経は眼とかね、それなりに気はつけてるんよ、て言うたんですけどね。（対象者C）

- ・血糖が下がってきたらね、気分が悪くなってね、測ったら70いくらでね、先生に話したら、70ぐらいではね、低血糖のうちに入らんと言われた。朝起きてみると180ぐらいあるんですね。あれがどういうことかなと思って。（対象者M）

《インスリン療法への信頼》

- ・嫌とは思いませんでした。これが命の綱やと思うたらね。（対象者C）
- ・いまは家にいてるから、インスリンを打ってることに抵抗はないです。（対象者S）
- ・すぐ慣れますけどね、それが一つの仕事みたいな感じですから。（対象者K）
- ・（インスリンの）量は（医師の）言われたとおりしますよ。（対象者M）

《インスリン療法の習慣化》

- ・今日は（腹を指して）ここやったら、明日はこっちといふうに、ぐるぐるまわしている。（対象者B）
- ・カラオケも夜行くときがあるんです。トイレとか、カウンターの向こう側に入らせてもらって、打たしてもらったりしています。インスリンは絶対欠かしたことがありません。（対象者C）
- ・先生に相談して、注射針を2本準備しまして、職場の2か所に置いて、あるいは週に1回家に帰りますから、家に置いたり、仮に忘れても融通が利く。最近は薬箱に針を並べておいて、朝と晩、使い終わったら封を切って手前に入れ替えてますから。1週間後に入れ替えてます。（対象者E）
- ・災害でね、地震とかあると私たちはたちまち困るでしょう。予備に1箱2本入っているから、2週間もつからストックに持っている。（対象者P）
- ・朝12単位で夕方6単位で打ってるわけね。朝はこのくらいの推移でいいけれども、朝天気ときは農作業、みかんの木が100本ほどあって、体を動かすさかいに、昼前になったら低血糖を起こす。（対象者B）
- ・前は震えがきたときなんか、きたきた、いうて悪いけど缶コーヒーかなんか買ってきてっていうてね。最近この迎くときは砂糖を持ってくるけれども、車乗るときには缶コーヒー置いたりとかしてね。（対象者J）
- ・（インスリン注射を）やらなかったら怖いと思うので、これまで1回も欠かしたことはないです。（対象者P）
- ・寄り合いがあるときは、俺は先に帰るぞ、言うて帰る。うちは俺の関係で6時と早いけどね。インスリン打ってくるよ、言うてね。（対象者B）

《経験したことの社会への還元》

- ・その人も（糖尿病の状態が）悪くて、インスリンが出えへ

んかったら、インスリン打ってもいいよ、て勧めるようになった。（対象者C）

- ・自分が体験したことを、みんなのためにもなるし、わからない人がいっぱいいるんだからね。体験したことを知らない人に教えないといけない。（対象者Q）

《インスリン療法による機能回復の期待》

- ・要は自分の体が大事なんだけど、自分で管理ができんから、注射とかお薬でお手伝いしてもらって、少しでも普通の生活ができればね。（対象者C）
- ・いま70（歳）ですけどね、あと10年も生きられればいいかな、インスリンで10年生きてはる人いてはりますもんね。（対象者F）
- ・インスリンを出す体にしてくれるんだったら、いくらでも出していいと思うけどねえ。（対象者K）

IV. 考 察

インスリン療法を告知され開始し継続するなかで、社会生活を送りながらさまざまな心理的行動的反応を示していた。心理的行動的反応は時間の経過に伴い違いがみられた。その違いは、①インスリン療法当初の否定的感情から始まり、②肯定的認識へと変遷する過程を経て、③前向きな療養行動と習慣化に至る結果が示されたので、以下に順次考察する。

1. インスリン療法当初の否定的感情

インスリン療法当初は、《衝撃》《逃避》《後悔》《恐怖・不安》《抵抗感》《煩わしさ》《不信感》《悲しさ》《辛さ》《困難さ》といった否定的感情をもっていた。

患者にとっては、糖尿病と診断されたことがすでに大きな衝撃であり、さらにインスリン療法を告知されたことは受け入れ難いことであった。しかも、注射を自分自身で行うことは、《衝撃》を強化した。その結果、インスリン自己注射を行うことに《抵抗感》をもち、病状の進行を実感し、低血糖を起こすかもしれないという《恐怖》にかられ、注射を実施する場所と時間の確保に《困難さ》を感じ、老後にインスリン自己注射を行えなくなるのではないかという《不安》を抱いた。治療効果について《不信感》をもっていた患者もいた。なかには、インスリン療法をもっと早く始めておけばよかったと《後悔》し、インスリン療法に対する否定的感情とは相反する思いをもちながら生活している複雑な心境が明らかになった。また、インスリン療法を先送りにして《逃避》したり、日々の生活のなかで定時に欠かさず実施しなければならないことに《煩わしさ》も感じていた。以上に述べた衝撃、抵抗感、恐怖、困難さ、不安、不信感、後悔、煩わしさは、Russell⁸⁾に

よれば、不快から派生した否定的感情である。インスリン療法に関する否定的感情の先行研究について、福西⁹⁾は衝撃を、Polonsky^{10), 11)}は抵抗感を、Gentiliら¹²⁾は不信感を、Alberti¹³⁾は後悔を報告しており、上述した内容を裏づけるものである。

多くの否定的感情のなかでも、先行研究にはみあたらず、今回の研究で明らかになった感情として、《悲しさ》《辛さ》があった。それは、インスリン療法は常に社会生活を送りながら継続されることから、他者しかも身近にいる友人との食事や職場の変更など、これまでの良好な関係性が崩れることによる《悲しさ》と《辛さ》であった。これまでの平穏な日常生活が、インスリン療法という非日常的な治療の導入により、否定的感情がもたらされていたようにみえた。しかしながら、北村ら¹⁴⁾によれば、感情は環境と生体が交じり合う場において生じる現象であり、環境と個人のどちらか一方に原因が帰されるものではないことから、インスリン療法を組み入れた生活を送ろうとするなかで、環境の一つである人とのかわりにおいて生じた感情として、否定的な感情の反応があった。なかには、インスリン療法の必要性は理解しているものの、インスリン注射そのものが未だに受け入れられず、注射のたびに《悲しい》と感じる者もいた。

慢性疾患患者は社会生活を送りながら療養生活を送っていることから、社会生活の違いによって、その反応は個々異なる様相を示すことも考えられる。そこで、インスリン療法開始当初において、看護者は患者の生活状況と情緒的準備状況を正しく判断することが求められる。患者が感情を表出できる環境を設定することと、石井^{14)~16)}、石井と岡崎¹⁷⁾の指摘するように糖尿病治療とインスリン治療に関する情緒的な問題を焦点化することが重要である。また【インスリン療養に対する否定的感情】は、告知される以前に、つまりインスリン療法について初めて知るときから始まると推察される。インスリン治療は先人が見つけた叡智であり、注射手技も簡便になっており、その恩恵を早期に受けることが賢明である。初めて知るときに、肯定的な認識がもてるように啓発する必要がある。

2. インスリン療法に対する認識が肯定的認識へと変遷する過程

インスリン療養を継続するなかで、インスリン療法に対する否定的な感情は肯定的な方向へ変化していた。【インスリン療法の知識による認識の変化】により【インスリン療法を開始することを決意】し、徐々に【インスリン療法に対する安心感の獲得】がみられた。

注射を体験すると痛みは思っていたよりも弱かったことを体感し、自己注射の回数を重ねることで注射手技が巧み

になり、注射にかかる時間も短くなっており、インスリン自己注射に対する不安は軽減されていた。またインスリン注射時および注射に関して情報提供してくれる協力者は、食事の雰囲気や壊したくないという社会性を重視してしまいがちな場面で、場所と時間の確保を後押ししていた。

【インスリン療法の知識による認識の変化】は、《信頼できるインスリン療法に関する情報》《インスリン療法についての効果の理解》《インスリン療法についての偏見の是正》から構成されていた。信頼できるインスリン療法についての情報は、医師とインスリン療法の経験者から得ており、対象者自らも入手していた。獲得した情報は、インスリン療法を行うと体が楽である、兄弟がインスリン注射をしていて話をよく聞いていたから違和感がなかった、というインスリン療法に対する抵抗感を払拭させる情報であり、これらによりインスリン療法に対する否定的な偏見が是正され、肯定的なものへと変化した。また、医師から対象者の病態の悪化と高齢であるということを踏まえて、早期のインスリン療法の開始を勧められていた。その説明でインスリン療法の必要性を理解し、納得して開始していた。また自ら測定した血糖値からインスリン分泌が低下したことを実感し、高血糖から合併症を引き起こすことに恐怖を感じ、インスリン療法の必要性を理解していた。

以上のように、インスリン療法に対してもっていた否定的な認識は、向井¹⁹⁾の報告と同じく医療従事者および同病者からの支援により肯定的情報を含む正しい知識を得ることにより変化していた。その後、インスリン療法の《必要性に納得》し、自分の体を守るため、治療だから、生き延びるため、糖尿病の改善のために《不可欠であると判断》したことから【インスリン療法の開始の決意】をしていた。【インスリン療法に対する安心感の獲得】は《自己注射に対する不安の解消》、《血糖コントロールによる体調の安定》、《インスリン自己注射の慣れ》によるものであった。インスリン療法により血糖値が安定することから高血糖症状が消失していた。さらには、インスリン注射前に血糖値を把握することで、食後に血糖値が上がることを懸念して必要以上の食事量の制限をすることがなくなったことから、食事量に対して以前よりも気楽に考えられていた。これらの肯定的体験がインスリン療法の受け入れに寄与したと考えられる。また、人目が気になるという理由から、注射の場所や時間の確保が難しいという声があったように、外出先で注射することは対象者にとって困難なことだった。したがって、注射時の家族や友人らによる協力は、安心感につながったと考えられる。

Polonsky²⁰⁾は、心理的なインスリン抵抗感を示している患者には、患者それぞれのインスリン療法に対する抵抗感の原因となる障害を特定することを指摘している。患者そ

それぞれの心理的な問題に対処することがインスリン療法導入時の心理的負担感を軽減できると考えられる。また、可能な限り早い時期にインスリン注射を経験したうえで、効果を実感し、自己効力感も高めることも提案している。朝倉²¹⁾は、実際に自己注射を体験することでインスリン注射への印象がよくなったことを指摘している。

以上のことから、個人によって時間の差はあるものの、インスリン療法に対する苦痛状況を乗り越えていた。土方²²⁾、陣内²³⁾も、インスリン療法導入時には、知識、技術、心理的な受け入れの3側面に対し看護援助する必要がある、なかでも心理的援助を重視するとしている。早期におけるインスリン療法についての正しい知識および肯定的情報を提供し、インスリン自己注射の体験を設定し、患者自身がその効果を体感し安心感を獲得する援助が必要である。

3. 前向きな療養行動と習慣化

インスリン療法に対する思いは、【インスリン療法を維持する意志と行動】に至っていた。意志と行動には、《インスリン療法を継続する意志》《インスリン療法への信頼》《インスリン療法の習慣化》《インスリン療法経験の社会への還元》《インスリン療法による機能回復の期待》があった。

《インスリン療法を維持する意志》は、インスリン自己注射を欠かさないようにしようとする意志、合併症を予防したいという意志およびインスリン療法について学習しようとする意志で、これらは宗像²⁴⁾のいう保健欲求でもあり、より健康に生きたいという欲求、症状の辛さや苦しから逃れたいという欲求、病気による社会的・身体的犠牲から逃れたいという欲求とも考えられる。また、《インスリン療法を信頼》することにより、命をつないでいるという思いから安心感を得て、抵抗感もなくインスリン自己注射は実施され、《生活のなかで習慣化》していた。できるだけ痛みのない部位を探すこと、外出時に時間と場所を確保すること、注射忘れの予防策を考えていること、体調の自己分析、低血糖の回避、合併症予防のための行動、近所で寄り合いがあっても先に帰宅するなど、注射時間を中心にした生活を送るために多方面にわたる対策を考え実践していた。

中野ら²⁵⁾は、外来インスリン療法導入のゴールは技術の習得ではなく習慣化であると述べている。本研究においても1年以上インスリン療法を経験している患者は、インスリン療法が習慣化していた。さらにはその経験を未経験者に話すという行動を起こし、社会貢献していた。しかしながら、インスリン注射をするたびに悲しいという発言があったように、習慣化という行動はとっていても、インスリン療法がなかったころの生活に戻りたいという思いがあり、インスリン療法に適応しながらも完全な受容とはいえ

ない状況のなかで療養生活を送っている者もあった。インスリン療法の開始を迷っている人へ開始を奨励するという行動は、インスリン療法に対する抵抗感が消失しインスリン療法を受け入れていたことを裏づけている。またインスリン療法の体験を語るという《社会への還元》は、人の役に立ち、患者にとっては心の仲間が生まれるといった生きがいにもなり、保健行動への動機づけとなっていた。

V. 研究の限界と今後の課題

本研究は、対象者の過去の経験の想起したことをデータにした。また、1施設から20名に対する1回の面接より得られたデータを使用した。変遷もしくは受容のプロセスをさらに明確にするためには、複数の施設においてインスリン療法後の経過年数ごとに縦断的にインタビューを行い、その時々での患者の思いや経験をとらえることが必要である。

VI. 結 論

2型糖尿病患者のインスリン療法に対する心理的行動的反応を明らかにするために、インスリン療法を1年以上継続している20名を対象として、半構成的面接法により情報を得た。得た情報をデータ化して継続比較分析し、帰納的に因子を探索し、5つのカテゴリー【 】と23のサブカテゴリー《 》を得た。

1. インスリン療法当初は、《衝撃》《逃避》《後悔》《恐怖・不安》《抵抗感》《煩わしさ》《不信》《悲しさ》《辛さ》《困難さ》などの【インスリン療法に対する否定的感情】をもっていた。
2. その後、【インスリン療法の知識による認識の変化】がもたらされ、【インスリン療法の開始を決意】し、インスリン自己注射を実施し体験する過程を経て、【インスリン自己注射に対する安心感を獲得】していた。
3. 当初の【インスリン療法に対する否定的感情】は、完全には消失しなかったものの、上述2の過程を経て、【インスリン療法を維持する意志と行動】という肯定的な態度へと変遷していた。
4. 肯定的態度への変遷は、【インスリン療法の知識による認識の変化】と【インスリン自己注射に対する安心感の獲得】によるものと考えられた。したがって、これらはインスリン療法に対する肯定的態度を促進させる看護介入となりうるであろう。インスリン治療を開始するときには心理的行動的問題を焦点化したうえで、早期から正しい知識と安心感を得る情報を提供し、肯定的な認識と態度がもてるための支援が重要である。

謝 辞

本研究への参加を快く承諾し、インタビューに応じて下さった対象者の皆様に心より感謝申し上げます。そして、研究の場を提供してくださり、御多忙の中、惜しみなく御

協力いただきました前大阪府立急性期・総合医療センターの鈴木正昭主任部長をはじめ主治医の方々および牧野恵子前看護部長、藤本陽子現看護部長、春岡登志子看護師長、診療科の看護スタッフの皆様に深謝申し上げます。

要 旨

2 型糖尿病患者のインスリン療法に対する心理的行動的反応を明らかにするために、インスリン療法を1年以上継続している20名を研究の対象とした。インタビュー内容から逐語録を作成し、データ化したうえで、継続比較分析することにより5つのカテゴリーを抽出した。インスリン療法の告知時は、【インスリン療法に対し否定的感情】をもっていた。その後、【インスリン療法の知識による認識の変化】がもたらされ、【インスリン療法の開始を決意】し、インスリン自己注射を実施し体験する過程を経て、【インスリン自己注射に対する安心感を獲得】しており、【インスリン療法を維持する意志と行動】という肯定的な態度へと変遷していた。治療開始時の心理的行動的問題を焦点化したうえで、早期から正しい知識と安心感が得られる情報を提供し、肯定的な認識と態度がもてる援助が重要である。

Abstract

To investigate the psychological and behavioral reactions of type 2 diabetes patients to insulin treatment, 20 patients who were treated with insulin for more than 1 year were enrolled in the study. The contents of those interviews were recorded and verbatim transcripts were prepared. Five categories were extracted using continuous comparative analysis for each sentence. Patients initially had a “negative feeling about insulin treatment” upon hearing they would be undergoing such treatment. Later on, patients came to possess a feeling of “a change in understanding insulin treatment through obtaining knowledge on the treatment” and made a “decision to initiate insulin treatment”. Through the experience of insulin self-injections, patients developed a feeling of “obtaining confidence on the self-injection of insulin” and their attitude switched to a more positive tone by expressing “will and action of continue insulin treatment”. Through focusing on psychological and behavioral problems at the initial stage of treatment, it is important to provide patients with information that is both accurate and that builds confidence, and to provide the necessary support that brings about a positive association of patients’ recognition and attitude toward treatment.

文 献

- 厚生労働省健康局：平成9年度糖尿病実態調査報告．2006-2-15.
http://www.kenkouinippon21.gr.jp/kenkouinippon21/database/data_1/11_tounyou/
- 厚生労働省健康局：平成14年糖尿病実態調査報告．2006-2-15.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s0318-15.html>
- 河盛隆造：インスリン療法最前線 — 2 型糖尿病へのアプローチ．19-22, 日本医事新報社, 東京, 2005.
- Snoek, F: Psychological insulin resistance what do patients and providers fear most? Diabetes Voice, 46, 26-28, 2001.
- Koerbel, G, Korytkowski, M: Insulin-therapy resistance-another form of insulin resistance in type 2 diabetes. Practical Diabetology, 22, 36-40, 2003.
- Okazaki, K, Goto, M, Yamamoto, T, et al: Barriers and facilitators in relation to starting insulin therapy in type 2 diabetes (Abstract). Diabetes, 48 (Suppl. 1), A319, 1999.
- Polonsky, W H, Fisher, L F, et al: Psychological insulin resistance in patients with type 2 diabetes. Diabetes Care, 28(10), 2543-2545, 2005.
- Russel, J A: A circumplex model of affect. Journal of Personality and Social Psychology, 39(6), 1161-1178, 1980.
- 福西勇夫, 秋元倫子：糖尿病患者への心理学的アプローチ．13-16, 81-91, 学習研究社, 東京, 1999.
- Polonsky, W H, Jackson, R A: What's so tough about taking insulin? Addressing the problem of psychological insulin resistance in type 2 diabetes. Clinical Diabetes, 22(3), 147-150, 2004.
- 前掲7).
- Gentili, P, Maldonado, A, et al: Personality variables and compliance with insulin therapy in Type 2 diabetic subjects. Diab Nutr Metab, 13, 1-6, 2000.
- Alberti, G: The DAWN (Diabetes Attitudes, Wishes and Needs) study. Pract Diab Int, 19(1), 22-24a, 2002.
- 北村英哉, 木村 晴：感情研究の新展開．3-13, ナカニシヤ出版, 京都, 2006.
- 石井 均：PAID（糖尿病問題領域質問表）を用いた糖尿病患者の感情負担度の測定．糖尿病, 42, S262, 1999.
- 石井 均：糖尿病治療満足度質問票（DTSQ）の日本語訳と評価に関する研究．医学のあゆみ, 192, 809-814, 2000.
- 石井 均：インスリン治療に関するQOL 質問票（ITR-QOL）の開発．糖尿病, 44, 9-15, 2001.
- 石井 均, 岡崎研太郎：インスリン導入時における心理面でのサポート．PRACTICE, 16(6), 630-634, 1999.
- 向井淳治, 石坂敏彦, ほか：情報提供によるインスリン自己注射に対する抵抗感の変化．医療薬学, 31(7), 553-558, 2005.
- 前掲10).
- 朝倉俊成, 清野弘明, ほか：糖尿病入院患者を対象としたイ

2 型糖尿病患者のインスリン療法に対する心理的行動的反応の変遷

- ンスリン自己注射の印象に関する調査．日本病院薬剤師会誌，40(7)，839-841，2004.
- 22) 土方ふじ子：インスリン自己注射，自己血糖測定指導のコツ，総合臨床，56(1)，129-134，2007.
- 23) 陣内秀昭，梶原敬三，ほか：糖尿病専門クリニックでの外来インスリン治療の実際．診断と治療，97(2)，358-366，2009.
- 24) 宗像恒次：最新行動科学からみた健康と病気．84-114，メジカルフレンド社，東京，1996.
- 25) 中野裕子，原 和子，ほか：外来におけるインスリン療法の導入方法と看護婦の役割 — 61例のインスリン療法導入患者の分析より．日本糖尿病教育・看護学会誌，5(1)，24-34，2001.

〔平成22年10月15日受 付〕
〔平成23年 9 月22日採用決定〕

安全な浣腸カテーテル挿入の長さ — 成人下部消化管造影画像を用いての検討 —

Safe Length for Enema Catheter Insertion:
Estimation Based on Lower Gastrointestinal Series Imaging Findings in Adults

春 田 佳 代 ¹⁾	山 幡 朗 子 ¹⁾	篠 田 かおる ¹⁾
Kayo Haruta	Akiko Yamahata	Kaoru Shinoda
伊 藤 眞由美 ¹⁾	春日井 邦 夫 ²⁾	鈴 村 初 子 ¹⁾
Mayumi Ito	Kunio Kasugai	Hatsuko Suzumura

キーワード：浣腸，カテーテル，基礎看護技術，下部消化管造影画像

Key Words：enema, catheter, basic nursing techniques, lower gastrointestinal series imaging

I. はじめに

2005年に日本医療機能評価機構の医療事故防止センターが『医療事故情報収集第3回報告書』を公表した。それによると、グリセリン浣腸により直腸などに穿孔を起こした事例は1年間に4件発生しており、浣腸にさらなる関心が寄せられるようになった。

基礎教育では、書籍のなかで“浣腸”は排泄の援助の一環として記述されており、2008年に厚生労働省が発表した『看護師教育の技術項目と卒業時の達成度』では「モデル人形にグリセリン浣腸を実施できる」ことが求められている。浣腸の技術における身体侵襲は、腸粘膜の損傷や血圧の変動といったことがあげられ、直腸の穿孔の危険性もはらんでいる。このように身体侵襲の可能性がある浣腸は、その危険性から医師の指示のもとに行われる医療行為ではあるが、その施行については看護師に任されている実情がある。

2007年に香春ら¹⁾が看護職者を対象に行った浣腸の実態調査では、浣腸時のカテーテル挿入の長さは、62.6%の者が6～10cm挿入すると回答していた。8cm以上や10cm以上と回答した者もあり、個人によりさまざまであることが報告されている。その要因として、基礎教育で学んだ方法を状況に応じて変化させていることが考えられるが、経験知のみで方法を変化させることは、医療事故を起こす危険が増すと考えられる。

浣腸による直腸穿孔の医療事故は近年多数報告されている^{2)～7)}。この原因のうち齊藤ら⁸⁾は、直腸内挿入部分となるポリ塩化ビニル製レクタールチューブが、直腸粘膜を穿

孔していることに気づかれずにグリセリンが注入された、としており、浣腸時のカテーテル挿入操作によっては直腸穿孔の危険があることを指摘している。このことは、カテーテル挿入の長さが過度であったがために生じた、と考えられる。

さらに、カテーテル挿入の長さに関する研究^{9)～11)}はなされているものの、基礎看護技術の多くの書籍には研究結果が反映されず6～10cmとの記載もあり、安全なカテーテル挿入の長さに関する明確な根拠も記載されていない。カテーテル挿入の長さの根拠として、肛門管の長さをあげている書籍もあるが、肛門管の長さは書籍によりさまざまであり、根拠としては明確でない。

直腸の形態については、ホルマリン固定された組織での肛門管の粘膜上皮の形態調査¹²⁾はなされているものの、成人生体では藤崎ら¹⁰⁾による1984年の調査以来、近年ではほとんどなされていない。山崎ら¹³⁾によると、注腸二重造影のフィルム面上の長さは、実際の大腸の長さを推察する手段となり得る、としている。このことから、下部消化管造影の画像を活用することは、ホルマリンによる影響もなく有効である。そこで、われわれは下部消化管造影による画像を用いて、浣腸施行時の体位である左側臥位での成人生体による肛門縁から直腸前壁までの長さを調査し、安全なカテーテル挿入の長さを検討した。

II. 研究方法

1. 対 象

愛知県内A大学病院において、2003年から2007年の間に

1) 愛知医科大学看護学部 College of Nursing, Aich Medical University

2) 愛知医科大学医学部 School of Medicine, Aich Medical University

撮影された成人生体の下部消化管造影画像のうち、直腸に病変がなく、肛門管直腸部が明確であるもの、さらに、測定方法でカテーテルが直腸前壁に達する37例を、撮影時の体位が左側臥位であったものとみなし対象とした。性別は男性18例、女性19例、年齢は27歳から77歳で、平均年齢は 58.4 ± 13.6 ($M \pm SD$) 歳であった。

2. 測定方法

下部消化管造影は、硫酸バリウム（バリウム濃度は75W/V%）を300mL逆行性に注入し、充満像を撮影してから、空気を注入して二重造影像を撮影する方法である。直腸の歯状線より上部を円錐にとらえ、肛門括約筋が直腸に均等に分布、収縮するとすれば、挿入されたカテーテルは円錐の中心部を通過すると仮定される。そこで、下部消化管造影画像上で以下の内容（図1）を実測した。

- 1) 解剖学的肛門管直上部である歯状線の中点をA点とし、任意の条件としてA点から半径2 cmの弧を描く。
- 2) 半径2 cmの弧と直腸前壁との交点をB点、後壁との交点をC点とする。
- 3) B点とC点の中間の点をD点とし、A点とD点を結んだ延長線上の直腸壁との交点をE点とする。
- 4) A点とE点の長さを肛門管直上部から直腸前壁までの長さとし測定する。また、現像において縮小・拡大がある場合には、実測値に換算した。

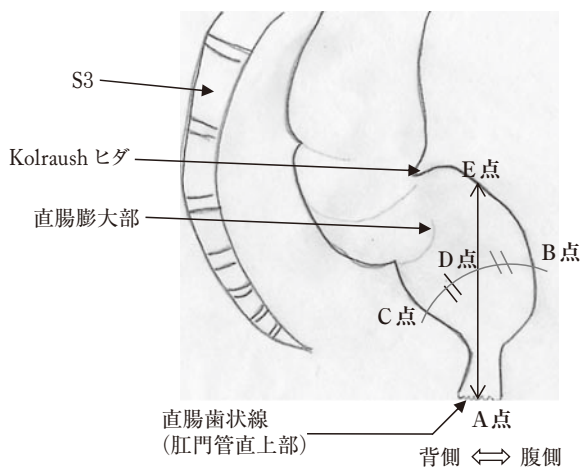


図1 肛門から直腸部の測定部位模式図（左側臥位）

3. 分析方法

37例の肛門管直上部から直腸前壁までの長さを、年齢別および性別に算出した。性別と肛門管直上部から直腸前壁までの長さの関連には t 検定を行った。同様に年齢に関してはPearsonの積率相関分析を行い、有意水準 $p < 0.01$ としてPASW Statistics 18.0 for Windowsを用いて分析した。

4. 倫理的配慮

本研究は、研究開始前に愛知医科大学看護学部倫理委員会の承認を受け実施した。また、文部科学省および厚生労働省による『疫学研究に関する倫理指針』（平成20年12月1日一部改正）¹⁴⁾に則り、研究内容や目的などを研究開始に先立ちA大学病院ホームページ上に3週間掲載し、研究対象者への説明に代えた。なお、申し出がない場合、研究協力の承諾が得られたと判断した。

本研究で得た個人データは、本研究独自のコード化した番号と施設で使用しているID番号で管理し、ネットワークで接続されたコンピュータを使用しないことで情報の漏洩が起こらないように配慮した。データは鍵のかかる場所で管理し、使用したデータは解析後直ちにシュレッダーにかけ、個人の特性を防止するよう配慮した。

Ⅲ. 結 果

図2は、37例の肛門管直上部から直腸前壁までの長さを散布図で示したものである。下部消化管造影画像上における肛門管直上部から直腸前壁までの長さは、最小値2.9cm、最大値7.4cmであり、年齢が高くなるにつれて長くなる傾向が示された ($r = .651$, $p < .01$)。肛門管直上部から直腸前壁までの長さの平均値は、 4.8 ± 1.2 ($M \pm SD$) cmであった。性別では、男性は 4.7 ± 1.1 ($M \pm SD$) cm、女性は 4.8 ± 1.2 ($M \pm SD$) cmであり、有意差は認められなかった。

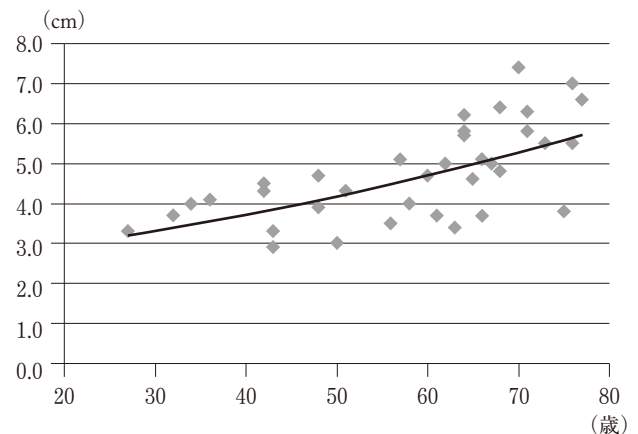


図2 年齢別の肛門管直上部から直腸前壁までの長さ ($n = 37$)

表1は年齢層別による、肛門管直上部から直腸前壁までの長さの最小値と最大値を示したものである。これによると、最小値と最大値の差は30歳代 ($n = 3$) では0.4cm、40歳代 ($n = 6$) では1.6cm、50歳代 ($n = 5$) では2.1cm、60歳代 ($n = 14$) では3.0cm、70歳代 ($n = 8$) では3.6cmであり、その差は年齢層が高くなるほど大きくなる傾向がみられた。

表1 年齢層別による肛門管直上部から直腸前壁までの長さの最小値と最大値

		N=37					
年齢	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	
最小値 (cm)	3.5	3.7	2.9	3	3.4	3.8	
最大値 (cm)		4.1	4.5	5.1	6.4	7.4	
差 (cm)		0.4	1.6	2.1	3.0	3.6	

IV. 考 察

今回われわれは、安全な浣腸のカテーテル挿入の長さを検討するため、下部消化管造影画像を用いて、肛門管直上部から直腸前壁までの長さの測定を行った。その結果、37例の下部消化管造影画像上における肛門管直上部から直腸前壁までの長さは、性別での有意差は認められなかったが、年齢が高くなるにつれて長くなる結果であった。

山崎¹³⁾は、直腸の長さは性別や年齢による有意差は認められないと述べている。性別による長さについては、われわれの結果においても同様であった。しかしながら、年齢による長さについては、不一致であった。これは、われわれの結果が直腸の一部、また下部消化管造影画像上における左側臥位での肛門管直上部から直腸前壁までの長さに限定したことによると推察される。

辻ら¹⁵⁾は、機能的肛門管長について、20歳代と比較し他の年齢層が長い理由として、加齢により肛門周囲の内括約筋や連合縦走筋の筋力が低下するため、と述べている。したがって、直腸の長さが年齢により変化するのではなく、肛門周囲の内括約筋や連合縦走筋の筋力の低下により肛門柱が長くなるため、肛門管直上部から直腸前壁までの長さは、年齢が高くなるにつれて長くなったのではないかと予測できる。

今回の結果から安全なカテーテル挿入の長さについて鑑みると、性別においては肛門管直上部から直腸前壁までの長さには有意な差は認められなかった。よって、性別によりカテーテル挿入の長さを変える必要性はないと考えられる。また、37例の下部消化管造影画像上における肛門管直上部から直腸前壁までの長さの平均値は、 4.8 ± 1.2 ($M \pm SD$) cmであった。肛門縁から肛門管直上部までにあたる解剖学的肛門管を $2.5 \sim 3.0$ cm¹⁶⁾とすると、肛門縁から直腸前壁までの長さは、今回の結果から得た平均値4.8cmに解剖学的肛門管の長さを加えた7.3~7.8cmとなる。しかし、今回測定した結果では肛門管直上部から直腸前壁までの長さは2.9cmの最小値が存在した。この最小値に解剖学的肛門管の長さ2.5cmを加えたとしても、肛門縁から直腸前壁までの長さは最短で5.4cmとなる。このことから、平均値を用いたカテーテル挿入の長さ7.3~7.8cmでは、直腸前壁に穿孔を引き起こす恐れのある症例が存在することになる。

また、肛門管直上部から直腸前壁までの長さは、年齢が高くなるにつれて長くなるとの結果であったため、年齢が高くなるにつれて挿入できるカテーテルの長さを長くできるとも考えられた。しかしながら、辻ら¹⁵⁾は、機能的肛門管長について、30歳代から70歳代までは年齢層間で有意差を認めなかったとしており、今回の結果でも肛門管直上部から直腸前壁までの長さが最も長くなると予測される70歳代においても、最小値3.8cmが存在した。さらに、70歳代の最小値と最大値の差は3.6cmあり、年齢層別では最も大きな差がみられた。このように差が大きいということは、年齢が高くなるほど個人差が大きくなることを示しており、年齢が高いからとカテーテル挿入の長さを長くすることには、危険が伴うと考えられた。したがって、安全性を考慮すると年齢が高くなるにつれて挿入できるカテーテルの長さを長くするという考えは否定される。以上のことを考えると、肛門管直上部から直腸前壁までの長さは、年齢が高くなるにつれて長くなるが、直腸前壁にカテーテルが当たらないようにするための最も安全なカテーテルの挿入の長さは、全症例の最小値を考慮した5.4cm未満であることが示唆された。藤崎¹⁰⁾は、左側臥位での成人身体での検証として、32例による注腸結果を10cm群、7cm群、5cm群を比較検討し、安全な浣腸のカテーテル挿入の長さは、5~7cmが適切ではないかとしている。高屋¹¹⁾は6cm以上挿入する必要がないとしている。これらの報告と最も安全と考えた5.4cmとは、5cm以上6cm未満の点でほぼ一致していた。

さらに、解剖学的に言えば、直腸は初め仙骨に沿って後方凸に湾曲するが(仙骨曲)、骨盤隔膜を通過する際、恥骨直腸筋に引かれ前方凸に鋭く屈曲する(会陰曲)¹⁷⁾。会陰曲には、コールラウシュヒだといわれる中直腸弁が位置している。コールラウシュヒだは直腸の3つの横ひだのうちの中にあるひだであり、肛門縁から $8 \sim 9$ cm¹⁶⁾に位置するといわれている。今回の測定結果の平均値 4.8 ± 1.2 ($M \pm SD$) cmに解剖学的肛門管の長さを加えた7.3~7.8cmは、下限ではNetter¹⁶⁾の示す8cmという数値と近似であった。これらのことから、今回最も安全と考えた5.4cmは妥当な数値であると考えられ、左側臥位においては5.4cmを超えると直腸前壁にカテーテルがあたる症例もあり危険であるといえる。このように、5.4cm以上挿入した場合で、直腸前壁損傷の危険性があると考え、基礎看護技術書籍には、「5.0cm以上のカテーテル挿入は危険である」との記載が適切ではないかと考えられた。

今回のわれわれの結果からは、年齢が高くなるにつれて、肛門管直上部から直腸前壁の長さが長くなる傾向がみられた。さらに、最小値と最大値の差は年齢が高くなるほど大きくなる傾向がみられた。年齢層別の対象数に違いがある

ため、直接比較することは困難であると考え。しかしながら、加齢とともに何らかの要因が影響し、年齢層別の肛門管直上部から直腸前壁までの長さに差が生じたことは推察できる。今回はその要因について、加齢によるものか、生活習慣によるものか、体格によるものか断定できないが、これらの要因が直腸の長さに関連することも考慮し、浣腸のカテーテル挿入の長さについても一律の長さとするのではなく、要因を加味した検討の必要があると考えられる。今後はこの結果をもとに、更なる検証を重ね、より安全で効果的なカテーテル挿入の長さを明らかにしたい。

V. 研究の限界と今後の課題

今回の調査対象では、50歳以上は全体の72%であり、そのうち60歳代が48%を占めていた。また、後ろ向き調査のために撮影時の体位を指定できない状況の調査であったため、左側臥位の画像を選択した結果、検証例が37例と少なくなってしまった。

今後は、調査対象の年齢層を加味することと、撮影時の体位の協力も事前に得る必要がある。そのうえで、成人期ならびに老年期にあり、直腸疾患や糖尿病などの腸にかかわる疾患や炎症、器質的変化のない者を対象とし、下部消化管造影下にてカテーテル挿入の長さを検証することで、より安全で効果的なカテーテルの長さが明らかになると考えられる。

また、下部消化管造影画像上での肛門管直上部から直腸前壁までの長さを検証したが、この状況下では空気が直腸に充満しており、便が全くない状態であり、通常の浣腸する条件とは異なる。そのため、下部消化管造影画像上での判断では実測とは誤差が生じる点で限界がある。

VI. まとめ

浣腸による直腸穿孔例が報告され、カテーテル挿入の長さにおける臨床現場の調査や研究もなされているが、その知見はあまり書籍に反映されず、カテーテル挿入の長さについての記述はさまざまである。看護技術の安全性を高めるためには、その方法を検証し、その知見を積極的に発信することが必須である。そのことが浣腸にかかわる医療事故の減少にもつながり、教育の場においても従来の方法を踏襲することなく、エビデンスを探索する姿勢を育むと考える。

今回、われわれは下部消化管造影による画像を用いて、左側臥位での成人の生体による肛門縁から直腸前壁までの長さを調査し、次の点が明らかとなった。性別による肛門管直上部から直腸前壁までの長さには有意な差は認められないため、性別によりカテーテル挿入の長さを変える必要性はないと考えられた。また、年齢が高くなるにつれて、肛門管直上部から直腸前壁の長さが長くなる傾向がみられたが、年齢層別の最小値と最大値に大きな差がみられた。これは、年齢が高くなるほど個人差が大きくなることを示しており、年齢が高いからとカテーテル挿入の長さを長くすることは、危険が伴うと考えられた。よって、左側臥位でカテーテル挿入時に直腸前壁に損傷を与えない安全な長さは、測定最小値の2.9cmに解剖学的肛門管2.5cmを加えた5.4cm以下といえるため、基礎看護技術の書籍においては「5.0cm以下」とすることが安全であると考えられた。

これらの知見は、安全な浣腸に活用できると考える。今後はこの結果をもとに、さらなる検証を重ね、より安全で効果的なカテーテル挿入の長さを明らかにしたい。

要 旨

浣腸による直腸損傷事例は、年間数例報告されている。一要因として、カテーテル挿入の長さが考えられるが、基礎看護技術の書籍に記載されている長さはさまざまである。そこで、下部消化管造影の画像を用いて、浣腸時の体位である左側臥位での成人の生体による肛門縁から直腸前壁までの長さを調査し、安全なカテーテル挿入の長さを検討した。

その結果、性別による肛門管直上部から直腸前壁までの長さには有意な差は認められないため、性別によりカテーテル挿入の長さを変える必要性はないと考えられた。また、年齢が高くなるにつれて、肛門管直上部から直腸前壁の長さが長くなる傾向がみられたが、年齢層別の最小値と最大値に大きな差がみられた。したがって、左側臥位でカテーテル挿入時に直腸前壁に損傷を与えない安全な長さは、測定最小値の2.9cmに解剖学的肛門管2.5cmを加えた5.4cm以下であり、基礎看護技術の書籍では5.0cm以下とすることが安全である、と考えられた。

Abstract

Several cases of rectal injury due to enema catheter insertion are reported annually. Such injuries may be related to the length of catheter insertion. Books on basic nursing techniques provide varying descriptions of catheter insertion. In this study, a picture of the lower digestive tract was used to estimate the distance between the anal verge and rectum in an adult lying in the left lateral recumbent position, the posture used during enema administration. Moreover, we assessed the safe length for catheter insertion.

Gender-based differences were not observed in the distance between the anal verge and rectum; therefore, we concluded that gender-based variations should not be considered. The distance between the anal verge and rectum tended to increase with age; the maximum and minimum values for this distance differed for each age group. Catheter insertion beyond 5.4 cm (sum of the anatomical length of the anal canal [2.5 cm] and the minimum measured distance [2.9 cm]) in the left lateral recumbent position can cause rectal injury. Therefore, we suggest that books on basic nursing techniques can assertively state 5.0 cm or less as the safe length for catheter insertion that does not harm the rectum.

文 献

- 1) 香春知永, 大久保暢子, ほか: 臨床およびテキストからみたグリセリン浣腸の実施方法の現状と課題. 日本看護技術学会誌, 6(2), 34-44, 2007.
- 2) 月岡雄治, 尾山勝信, ほか: グリセリン浣腸によると考えられた直腸穿孔に起因する骨盤直腸窩膿瘍の1例. 日本大腸肛門病学会雑誌, 55(4), 184-188, 2002.
- 3) 島田能史, 松尾仁之, ほか: グリセリン浣腸により直腸穿孔と溶血をきたした一症例. 新潟医学会雑誌, 118(1), 17-20, 2004.
- 4) 安部達也, 岩重弘文, ほか: グリセリン浣腸による外傷性直腸穿孔の1例. 臨床と研究, 82(3), 494-496, 2005.
- 5) 米川 力, 鎌田敦志, ほか: グリセリン浣腸により直腸潰瘍および溶血尿をきたした1例. 日本臨床救急医学誌, 8, 337-340, 2005.
- 6) 村上晶子, 安田忠伸, ほか: グリセリン浣腸による血色素尿の1症例. 麻酔, 56, 689-691, 2007.
- 7) 大城望史, 福田康彦, ほか: グリセリン浣腸後に直腸穿孔, 直腸周囲膿瘍を来した維持血液透析患者の1例. 日本大腸肛門病学会雑誌, 61(3), 127-131, 2008.
- 8) 斉藤征史, 兎澤晴彦, ほか: グリセリン浣腸による直腸潰瘍および穿孔の1例. 消化器内視鏡, 10(10), 1325-1329, 1998.
- 9) 遠藤早苗, 川島みどり: 浣腸時のカテーテル挿入の長さと注入量の解剖学的検討 — 注腸造影15例を通して —. 昭和57年度神奈川県立看護教育大学校看護教育学科看護研究集録, 33-39, 1982.
- 10) 藤崎直子, 川島みどり: 浣腸時のカテーテル挿入の長さに関する一考察 — 注腸造影32例の検討を通して —. 昭和59年度神奈川県立看護教育大学校看護教育学科看護研究集録, 37-42, 1984.
- 11) 高屋尚子: 浣腸による事故 — 穿孔を例として. Nursing Today, 13(9), 13-15, 1998.
- 12) 下高原理恵, 島田和幸, ほか: 肛門管の粘膜上皮の形態・形態・機能, 5(1), 17-22, 2006.
- 13) 山崎震一, 山崎健二, ほか: 日本人大腸の長さと言内径に関するX線学的検討. 日本大腸肛門病学会誌, 47, 31-39, 1994.
- 14) 文部科学省・厚生労働省: 疫学研究に関する倫理指針, 2010-10-9, http://www.lifescience.mext.go.jp/files/pdf/37_139.pdf
- 15) 辻 順行, 高野正博, ほか: 性別・加齢による直腸肛門機能の変化. 日本大腸肛門病学会雑誌, 48, 1026-1032, 1995.
- 16) Netter, F H (相磯貞和 訳): ネット解剖学アトラス (原書第4版). 図393, 南江堂, 東京, 2007.
- 17) 河原克雅, 佐々木克典: カラー図解 人体の正常構造と機能Ⅲ — 消化管. 67, 日本医事新報社, 東京, 2000.

[平成22年5月10日受 付]
[平成23年9月27日採用決定]

透析療法選択に対する患者の受容過程 — 腹膜透析を実施している患者をととして —

Patient's Acceptance Process to Selection Dialysis Treatment:
Analysis of the Patients Who Have Peritoneal Dialysis

山口 曜 子¹⁾ 有 吉 玲 子²⁾ 堀 口 陽 子³⁾
Yoko Yamaguchi Reiko Ariyoshi Yoko Horiguchi

キーワード：腹膜透析，受容過程

Key Words：peritoneal dialysis, acceptance process

I. はじめに

腎不全による透析療法を受ける患者は、1967年の血液透析の保険適応から急増し、現在約29万人に達している¹⁾。1998年にその原疾患として糖尿病性腎症が第1位になり、それによる透析患者数は全体の44.5%を占め¹⁾ている。糖尿病の罹病率が年々増加している今日、糖尿病性腎症による透析導入患者は、今後ますます増加する²⁾ことが予想される。

透析療法は、血液透析と腹膜透析に分けられ、糖尿病性腎症が原疾患を占める治療法の割合は血液透析が35.3%、腹膜透析が28.5%、併用が24.9%と報告されている¹⁾。その中の腹膜透析は、1985年に保険適応となり2009年にはその診療ガイドラインが出された³⁾。このことより、糖尿病性腎症の患者はその合併症による心機能低下や内シャント作成とその後の管理の困難性⁴⁾から、循環動態の変動が少ない腹膜透析の選択がますます予想される。さらに、在宅での実施による時間的束縛や食事・水分制限が緩やかで生活に支障が少ないという利便性からも腹膜透析を選択する患者の増加が予想される。

透析療法は生涯続く治療法であり、保存期にある慢性腎不全患者は、透析療法に対する医学的な説明と透析導入後のライフスタイルについて十分な情報提供を受け、自己の生活の質を考慮しその治療法を選択する必要がある。しかし、透析療法導入に向けた患者の適切な援助内容やその時期に関する研究報告はほとんどない。近い将来、透析療法の選択を迫られる糖尿病性腎症の腎不全期にある患者に対し、どのような時期にその選択に向けた援助を行うべきかを明らかにする必要がある。そのためには、個々の患者の

症状と治療の苦痛や生活への影響を理解⁵⁾し、その時期に応じた適切な心理面への援助や情報提供への援助につなげるために、治療法選択に対する患者の受容過程を明らかにする必要があると考える。

今回、透析療法導入に向けたその選択における患者への援助の方向性を見出すことを目指し、腹膜透析を選択した患者の受容過程を明らかにすることを目的とした。

II. 用語の定義

受容過程：透析療法を受けることで、身体的にどう変化するかと自分の生活全般が低下しないことを理解し、その療法に伴う制限と治療の一部を担う^{5), 6)}ことを受け入れて行く過程とする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

半構成面接による質的帰納的法である。

2. 研究対象者

大学付属病院で慢性腎不全により腹膜透析を在宅で実施している透析療法初期の患者7人を対象とした。

3. データ収集方法

面接は、2009年7月～8月にかけて外来で実施した。面接内容は、①透析療法を導入するまでの経過と医療者の説明について、②腹膜透析を選択する際の医療者の説明について、③腹膜透析を選択した理由について、とした。面接

1) 梅花女子大学看護学部看護学科 Department of Nursing, Faculty of Nursing, Baika Women's University

2) 松島医院 Matsushima Clinic

3) 奈良県立医科大学医学部付属病院 Nara Medical University Hospital

は、外来診察の待ち時間を利用し、対象のプライバシーの保護のため個室を使用した。所要時間は、1人約20分でその内容は対象の了承を得てテープに録音した。

4. 分析方法

録音した面接内容から逐語記録を作成し、逐語記録から得られた患者の言動を腹膜透析「導入前」「導入直前」「導入後」の3つの時期に分類した。これらの時期に分類した言動を透析治療に関連のある内容を抽出しデータとした。さらに、データを切片化し、「透析療法導入に向けた説明の受け留めと理解」と「腹膜透析を選択した影響要因」という視点で内容を整理しコード化し、対象ごとに類似していると判断したコードを集めた。次に全対象のコードから類似と差異の視点で比較検討を行いサブカテゴリーを抽出し、カテゴリーを形成した。分析内容の客観性と信頼性を高めるために、慢性疾患看護学の研究者のスーパーバイズを定期的に受け、透析療法患者に対する看護の知識と経験が豊富な看護師から分析結果に対する助言を受けた。

5. 倫理的配慮

本研究は、研究者の属する施設の倫理委員会の承認を得て実施した。研究協力施設の管理者および主治医に口頭と文章で、研究目的とその内容および倫理面を説明し同意を得た。主治医より許可を得た対象に、文章と口頭で研究の趣旨とその目的、内容について説明し、研究への参加および不参加の自由意志と不参加や途中での参加のとりやめであっても提供される医療や看護に一切影響しないこと、匿名性の保障を説明した。協力の承諾を得た対象者に対して面接を行った。

IV. 結 果

1. 対象の属性

対象は、男性3名、女性4名、平均年齢は 63 ± 15.1 歳、腹膜透析の導入期間は 13.0 ± 3.5 か月であった(表1)。

表1 患者の背景

患者	年齢(歳)	性別	原因疾患	腹膜透析歴(月)
A	40	女	腎症	12
B	59	男	糖尿病、高血圧	9
C	66	女	高血圧	11
D	54	女	糖尿病	14
E	85	女	糖尿病	10
F	77	男	高血圧	17
G	59	男	糖尿病	18

2. 分析結果

対象の言動をそれぞれの時期に分類し、整理した結果184個のコードが得られた。これらを比較分析した結果、導入前期は2つのカテゴリー、導入直前期は3つのカテゴリー、導入後は5つのカテゴリーが抽出された。患者の受容過程のカテゴリー(以下、【 】はカテゴリーを示す)とそのサブカテゴリー(以下、[]はサブカテゴリーを示す)の説明は表2に示した。

a. 導入前期

(1) 【現在の腎機能の認識不足と加療中の安堵感】

このカテゴリーは、透析療法について医師から腎機能の状態の説明を受けていたが、自分のこととして現実的にとらえきれず、加療中であるから大丈夫と腎不全状態を安易にとらえていたことである。サブカテゴリーは、[専門医受診と透析療法の必要性の認識不足][かかりつけ医受診中の安堵感][疲労が腎機能悪化と理解]から構成されていた。患者は、透析療法と専門医受診の必要性の説明を受けていたが、加療中の安堵感からその必要性の認識が不足し、現実的にとらえきれず、腎不全の増悪症状を日常生活の疲労で生じたと理解していた。

例1: [専門医受診と透析療法の必要性の認識不足]

「ちょっと貧血があるよーって、言うてくれて。(略)その先生がね2年ほど前から、あの透析せんなんかもわからんでーって。気づけなあかんよーって、ずっと言うてくれてはって。大っきい病院行かなあかんてーって言うてくれてはってんけど……」

例2: [かかりつけ医受診中の安堵感]

「まあ、診てもーてて、あの薬もあれしてたら、先生ちょっと腎臓あの弱ってるでーって言うて。まあー、ずっと診てもらってるしねー、その先生にずっとかかってきたんですよ」

例3: [疲労が腎機能悪化と理解]

「初めはそんなにきつなかったんですけど、だんだんきつなってきて。あのお爺ちゃんやお婆ちゃんの世話してて、ほんで家の主人が倒れて、それからあの病院へ運ばれてからずっと3か月付きっきりでしたから。多分それと違わかって、先生、〇〇先生という先生も言うてくれはったんですよ」

(2) 【急変による透析療法の必要性とその認識】

このカテゴリーは、尿毒症の出現で透析療法の必要性を認識していくことである。サブカテゴリーは、[現疾患の安易な認識による急変]と[症状出現から透析療法選択の必要性の認識]から構成されていた。現在の病状を安易にとらえ、症状の急変で自分の腎機能が限界であり透析療法を行わなければならないと認識し、目前にその選択を迫られたことであった。

表2 腹膜透析を選択する患者の受容過程のカテゴリーとサブカテゴリーの説明

時 期	カテゴリー	サブカテゴリー	サブカテゴリーの説明
導入前期	現在の腎機能の認識不足と加療中の安堵感	専門医受診と透析療法の必要性の認識不足	専門医への受診と透析療法の必要性を主治医から説明を受けていたがその認識が不足していたこと
		かかりつけ医受診中の安堵感	腎機能障害があるが、かかりつけ医に受診中であるから大丈夫という安心感を言う
		疲労が腎機能悪化と理解	生活上で身体的な疲労が重なり、それが腎機能障害の悪化につながったと理解していたこと
	急変による透析療法の必要性和その認識	現疾患の安易な認識による急変	病状はよくないと聞いていたがそんなに悪いとは思っておらず、日常生活もとくに療養せずに急変に至ったこと
導入直前期	腹膜透析の説明とその選択の緊急性の理解	症状出現から透析療法選択の必要性の認識	尿毒症を経験し、医師から透析療法の必要性の説明を受けその必要性を現実のこととして認識したこと
		腎の残存機能から腹膜透析適応の理解	腎の残存機能から腹膜透析の適応と医師から治療法の説明を受け、その理解を言う
	腹膜透析選択の影響要因	腹膜透析療法の理解	腹膜透析療法の原理や手技に対する説明内容の理解を言う
		医師の腹膜透析を勧める理由	医師が腹膜透析を推進するいくつかの理由を言う
		透析療法の知識不足による不安	透析療法そのものに対する知識がなく、それによる不安を言う
		血液透析の日常生活へのマイナスイメージ	近親者に血液透析者がいて、その様子から大変そう・辛そうという感想を抱き、さらに入院中に同室患者の透析後の身体変化を目の当たりにし、抱いたマイナスイメージを言う
		身体的負担と時間的拘束が少ない腹膜透析のイメージ形成	医師や看護師から腹膜透析の説明を受け、血液透析よりも腹膜透析のよいイメージが徐々に形成されたこと
		医療者の腹膜透析のわかりやすい説明とそのサポート	腹膜透析の原理や手技をわかりやすく図示し説明を受けたことと、医療者や業者のサポートが常にあるということ
	腹膜透析の自己決定	自宅でできる療法	自宅で自分で実施できる療法であること
		病院への通院条件	自宅から病院への交通アクセスが悪く、定期的な通院回数が少ないこと
導入後	腹膜透析によるQOLの低下	腹膜透析による日常生活上の行動制限	次のバック交換までの時間を気にしながら行動をしなければならぬこと
		腹膜透析実施の心理的負担と不安	バック交換の回数の負担感とそのとき実施する場所で上手くできるかどうかの不安を言う
	腹膜透析によるQOL維持の努力	腹膜透析とともに余暇を楽しむ工夫とその知識の獲得	業者のサポートを利用して海外旅行にいく工夫を行ったり、余暇を楽しむ知識を自ら獲得し努力を行っていたこと
		腹膜透析を生活の一部にする決意	腹膜透析を行うことで生活上で困ることもあるが、慣れるしか仕方がないという決意を言う
	腹膜透析の経験による満足感	食事制限の緩和	腎臓治療食より、制限する食事内容が緩やかなこと
		腹膜透析適応の満足感	血液透析患者を目の当たりにし、その辛さしんどさを知ったこと
		腹膜透析の説明内容と実際の一致	入院中、機械の操作や注意事項の説明で、看護師や業者の内容に誤りがなかったこと
		操作に対する自信	操作手技に対して完璧にできていることへの自信を言う
		操作上のトラブルの対処方法の獲得	どういうときに機械に支障が出るかを体験し、その対処方法を見つけ対処できていること
		業者のサポートの存在	操作上で不安なときは、業者に電話でサポートをしてもらえること
	血液透析移行への不安	腹膜透析から血液透析に移行する不安	腹膜透析ができなくなり、血液透析を行わなければならないことへの不安を言う
		腹膜透析の経験から血液透析に対する知識獲得	腹膜透析を行うことで、血液透析の情報が周囲から入り、その知識を獲得していること
	腹膜透析の合併症の心配	操作上のミスによる合併症の発症	機械の操作上の不手際や誤りで生じる合併症の心配を言う
		排液量に対する心配	日による排液量のばらつきで生じる合併症の心配を言う
		出口部感染の心配	入浴で腹部の出口部洗浄を適切に行えたかどうかのその処置による感染の心配を言う

例1：[現疾患の安易な認識による急変]

「何とこのうしんどかったけど、いつものことやしね。妹がご飯食べに行こーって言うて、(略) なんかね、あの

ちょっと食べたらね、もお何か眠たくなってきたんですよ。ほんで椅子でこうもたれてね、してたらもおそれっきり気づきやしませんでしてね」

例 2：[症状の出現から透析療法の選択の必要性の認識]

「それでしたら、あの一、尿毒症の一步手前という状態やから、ただあの、腎臓機能がゼロじゃないから腹膜透析という方法で十分だと。ということであら一応、腹膜透析にしようかということになって今年から透析が開始されたら、まあそういうことです」

b. 導入直前期

(1) 【腹膜透析の説明とその選択の緊急性の理解】

このカテゴリーは、医師から腎臓の状態で腹膜透析を勧めると説明を受け、患者は透析の選択の緊急性を理解していったことである。サブカテゴリーは、[腎の残存機能から腹膜透析適応の理解]と[腹膜透析療法の理解]から構成されていた。医師から腎機能の説明を受け、腹膜透析適応とその具体的な治療方法と自分の身体状況の理解ができたことである。

例 1：[腎の残存機能から腹膜透析適応の理解]

「しかし、まだまだその十分機能しているんやから、そこまで（血液透析）する必要はないと」

例 2：[腹膜透析療法の理解]

「もうちゃんと先生も、あの図も書いていただいて、もうあのお腹の図も書いていただいて、わかりやすく説明していただきました」

(2) 【腹膜透析選択の影響要因】

このカテゴリーは、【腹膜透析の自己決定】を行うまでに受けた影響要因である。サブカテゴリーは、[医師の腹膜透析を勧める理由] [透析療法の知識不足による不安] [血液透析の日常生活へのマイナスイメージ] [身体的負担と時間的拘束が少ない腹膜透析のイメージ形成] [医療者の腹膜透析のわかりやすい説明とそのサポート] から構成されていた。患者は、血液透析に対するマイナスイメージに加え、その知識不足からの不安があった。しかし、医師から強く腹膜透析を勧められたことで、腹膜透析のイメージ形成がされ、さらに入院中に他の医療者からわかりやすい説明を受け、サポート体制もあることを理解していた。

例 1：[医師の腹膜透析を勧める理由]

「〇〇先生かってね、腹膜透析をしといたら楽やねって。食べるもんかってね、炊いたりそんなすることいらへんからね、腹膜透析しときって。まあ、〇〇先生言うてくれはってん」

例 2：[透析療法の知識不足による不安]

「そのきちっと、血液透析と腹膜透析の医学上の違いというのは僕にはわかりません……」「いやーあの、こんなあの冊子みたいなん。だからわかってるけど……その、頭から、私らは初歩的なあれは腹膜から入るっていうふうに思ってたわけで……」

例 3：[血液透析の日常生活へのマイナスイメージ]

「心配で、こっち（血液透析）やったら、また通って病院通いせなあきませんやんか。そうになったらまたね難儀やしなあ。あれしんどいしんどいって、みんな言わはるねん。ほんで親戚の人もな、あれしてきたらもう一日おいたら、また明るる日行かんなんからね、しんどいの続いて行かんなんって言うからね」

例 4：[身体的負担と時間的拘束が少ない腹膜透析のイメージ形成]

「腹膜透析やったら家でもできるし。で、話聞くと、えっと、水分と、で、ちょっと果物とかその制限が少し緩やかで……で、腹膜透析のほうが血液透析よりは、その、ちょっと体に負担がかからないってことを聞いたので。じゃあやっぱり、その自由になれる時間が多いのと、ちょっと病院に縛られないということを考えて……やっぱり、腹膜のほうがいいかなと思いました」

例 5：[医療者の腹膜透析のわかりやすい説明とそのサポート]

「そんな大丈夫ですよ。ちゃんと説明していただいたのは理解できました。入ってすぐのころも、看護師さん教えてくれたから、割とスムーズに」

(3) 【腹膜透析の自己決定】

このカテゴリーは、[自宅でできる療法]と[病院への通院条件]のサブカテゴリーから構成されていた。

例 1：[自宅でできる療法]

「あの、仕事をしてるので、私も続けていきたくったから。あの、血液透析やったら1日4～5時間か何かやらんなあかんくて。そういうことはずっと聞いてたんです前から。それで、腹膜透析だったら自宅で4回、もういままでどおり。まあ軽くしていけるかなと思ったから、もう鼻からそっちしかなかったです」

例 2：[病院への通院条件]

「1週間に3回病院に通うのもちょっと辛いかな、と思って」「私、その通われへんしね。うーん、ほんで近くやったら、まああの行ってる所近いからね、自転車でも乗って行けてんけど。ここまでちょっと出て来ようと思たらね、やっぱり車で連れてってもらわな。私、方向音痴やからよう来ませんねやんか」

c. 導入後

(1) 【腹膜透析によるQOLの低下】

このカテゴリーは、日常生活に戻りその生活上の行動制限や腹膜透析を行う心理的な負担と不安を感じていたことを言う。サブカテゴリーは、[腹膜透析による日常生活上の行動制限]と[腹膜透析実施の心理的負担と不安]から構成されていた。

例 1：[腹膜透析による日常生活上の行動制限]

「買い物に付き合っ行ってもらうたら透析の時間があるから。透析してから行っても今度の透析までに帰ってこなきゃっていうのがあるからね。んー、なんか割とバタバタしてる感じ……」

例 2：[腹膜透析実施の心理的負担と不安]

「自分でできるんだけど、3回～4回しなきゃならない。うーん、その場所場所でちゃんとできるかっていう不安もあるしね……」

(2) 【腹膜透析による QOL 維持の努力】

このカテゴリーは、透析と生活をしなければならぬことを受け止め、透析を行う以前の生活にできるだけ近づける努力を行っていることを言う。サブカテゴリーは、[腹膜透析と共に余暇を楽しむ工夫とその知識の獲得]と[腹膜透析を生活の一部にする決意]で構成されていた。

例 1：[腹膜透析とともに余暇を楽しむ工夫とその知識の獲得]

「まだ自由っていうか、そういう行動（旅行）ができるということで、まあやってるんですけど。やっぱり海外旅行ですね。そのときもあの一 B さん（業者）のほうからそこやったら配達できると、透析液を。あの行ってきたんですよ」「こう分厚いほうの本をいただいていますんで。そこにその詳しい説明っていうか、どこの国に行けばそういう液が調達できるということが書いたものを一応もらってますからね」

例 2：[腹膜透析を生活の一部にする決意]

「で、その時間帯はできるだけ同じ時間でしてると思いますから、それを守るということ。その生活習慣の一部になってしまえばね、別に慣れたもんですけど。最初はやっぱり、なかなかね……生活習慣の一部として、その自分が慣れ生活のなかにとけ込むのに若干苦労しましたね」

(3) 【腹膜透析の経験による満足感】

このカテゴリーは、これまでの腎症の食事療法に比べ食事制限が緩やかであることや、血液透析の患者と入院中に接し不均衡症候群を目の当たりにしたことで、自分が腹膜透析の適応であったことに満足を感じていたことである。サブカテゴリーは、[食事制限の緩和] [腹膜透析適応の満足感] [腹膜透析の説明内容と実際の一致] [操作に対する自信] [操作上のトラブルの対処方法の獲得] [業者のサポートの存在] から構成されていた。患者は、日常生活に戻り医療者の説明内容が腹膜透析の実際の手技と一致していたことを実感し、業者のサポートもあり、操作上のトラブルの対処方法を獲得し、操作に対する自信をもつようになった。

例 1：[食事制限の緩和]

「でも最初はやっぱり、誰だって怖がってる。でも、そ

れやってから食べ物の制限もないしなあ」

例 2：[腹膜透析適応の満足感]

「せやけど、どうにか、まあいけたさかいね、よかったんですねん。助かりました。(略) もうね、もうこっち（血液透析）にならんとね。どーしようかなー、どうしようかなー、思てね。そうそうそう。ほんでまあそれでいけたからね。よかったよー思てね」

例 3：[腹膜透析の説明内容と実際の一致]

「それはその、B さん（業者）にも看護師さんにも別に誤りっていうのはないですね。といいますと、ちゃんとやられたとおりに状態を維持できてるから。まあ正しかったんじゃないですか？ と思いますよ」

例 4：[操作に対する自信]

「完璧ですよ。ははは、もうほとんどね」

例 5：[操作上のトラブルの対処方法の獲得]

「そう、その、そんなしょっちゅうはないです。(略) もうよっぽどトラブルあって動かんときは、あの、その、ホームセンターかなんかのランプつきますねん。ほんで電話かけたら電話で対応しながら、あれする……そういうなんは一度もないです」「慣れてきたらね、あの何かしゃべってんねんけど（機器）それを待たんと次の操作したらエラー出ます。だからちゃんと終わってから、あの一（操作）したらそんなことないです」

例 6：[業者のサポートの存在]

「後はもうどうしても怖いときは、B さん（業者）にかけて（電話）、で、こここうなんですけど、どうしたらいいですかって言って、教えてくれるんで、それで助かります」

(4) 【血液透析移行への不安】

このカテゴリーは、腹膜透析を経験していくなかで血液透析の知識を得、それに移行する不安を抱えていることを言う。サブカテゴリーは、[腹膜透析から血液透析に移行する不安]と[腹膜透析の経験から血液透析に対する知識獲得]で構成されていた。

例 1：[腹膜透析から血液透析に移行する不安]

「いや、血液透析が今度は逆にどういうふうに関身に負担がかかってくるか、全然味わってないからわかりませんわ……」

例 2：[腹膜透析の経験から血液透析に対する知識獲得]

「ほんで血液透析って、よう耳にするから聞いてみたら、まあ、血液……1 週間に 2 回くらいか？ うん？ 血液全部変えるんやと。そういうような、耳に入ってきます。透析しとったら」

(5) 【腹膜透析の合併症の心配】

このカテゴリーは、排液量の不足や入浴で出口部から感

染を起こすことの心配と、機械の操作上のミスでさまざまな合併症を起こさないかという心配である。サブカテゴリーは、[操作上のミスによる合併症の発症][排液量に対する心配][出口部感染の心配]で構成されていた。

例1：[操作上のミスによる合併症の発症]

「それと、この入れ替えたりしたら、バイ菌とか入るリスクがね……」

例2：[排液量に対する心配]

「その日の排液量はやっぱりバラバラで……あの、1回のお出る量が少なかったら、その次の日は若干、とかそういうのはトータルでいったらそんなに心配することはないよって、そうおっしゃってたんですけど……」

例3：[出口部感染の不安]

「お腹の、あのお腹洗うパッチ、初めに貼ったとき、どうやって洗おうかって……はは、ちょっと怖かったけどね。うん」

V. 考 察

腹膜透析実施中の患者に対して、その療法を選択した受容過程を分析した結果、導入期は【現在の腎機能の認識不足と加療中の安堵感】から腎不全状態を安易にとらえ、その増悪で症状が出現し、腎機能障害と透析療法の必要性の説明を受け【急変による透析療法の必要性とその認識】がなされていた。

導入直前期には、2つの療法からの選択を短期間で迫られる状況下であり、医師から腹膜透析を勧める説明を受け【透析の説明とその選択の緊急性の理解】ができていった。しかし、患者の透析療法に対するイメージは悪く、透析療法適応と宣告された衝撃と不安が入り乱れた精神状態であったにもかかわらず、この時期に集中して医療者から治療法の説明と透析の情報提供の【腹膜透析選択の影響要因】を受けながら【腹膜透析の自己決定】を行っていた。

導入後は、その利便性を十分に考慮し選択を行ったはずであったが、実際の日常生活に戻り【腹膜透析によるQOLの低下】を実感していた。しかし、患者は透析療法とともに生活をしなければならぬため【腹膜透析によるQOL維持の努力】を行い【腹膜透析の経験による満足感】を得ていた。一方、【腹膜透析の合併症の心配】とあわせ、腹膜透析には限界時期があるという【血液透析移行への不安】も抱えていた。

今回、明らかになった腹膜透析へのそれぞれの時期の患者の受容過程を基盤に、治療法選択への援助のあり方について考察する。

1. 透析療法の受容を基盤とした導入期の治療法選択への援助

今回、腹膜透析を選択した患者は、透析療法適応になるまでに医師から現在の腎機能状態の説明を何らかのかたちで受けていた。しかし、【現在の腎機能の認識不足と加療中の安堵感】である【かかりつけ医受診中の安堵感】と【専門医受診と透析療法の必要性の認識不足】から、腎不全状態を自分のこととして現実的にとらえきれていなかった。さらに、腎不全の増悪で出現した症状に対して【疲労が腎機能悪化と理解】し安易にとらえ、尿毒症の出現で【急変による透析療法の必要性とその認識】をするという過程をたどっていた。これは、【原疾患の安易な認識による急変】から【症状の出現から透析療法の選択の必要性の認識】をし、透析療法の選択を目前に迫られたことであった。

腎不全には特徴的な症状が少なく、初期は風邪の延長という認識が多いため、患者は安易にとらえていたと思われる。医師からは、透析療法の導入に向けた説明がたびたび行われていたようであるが、それが間近な状況下にあることを含めた適切な情報の提示が少なく⁷⁾、またその説明が計画的に行われていなかったことも患者の【現在の腎機能の認識不足と加療中の安堵感】につながったと考えられた。一般に、透析療法の適応の説明は尿毒症期や導入期に行われていることが多く⁸⁾、今回の患者も症状が出てから透析療法の必要性の説明を具体的に受けていた。しかし、身体面や精神面で苦痛を伴う時期の説明は、十分にその内容を理解し納得をしての治療法選択は難しいと思われる。この時期の患者の心理状態は、ショック期と否認期⁶⁾が入り乱れ、肉体的な症状はあるがまだ回復への期待とただならぬ状態と気づき始めた悲嘆的な気持ちの混乱期⁶⁾もが一時に押し寄せていたと思われる。

このショック期と否認期という患者の心理状態を理解し、この時期の患者の治療法選択の対する受容過程の援助として、尿毒症期であること、透析療法に対するイメージやその療法への拒否的な感情を十分に受け留める必要がある。さらに、透析療法導入段階にある患者の身体的苦痛を把握し、現症状の改善の援助と疾患の現状を十分に理解できるように計画的な情報提供を行うかわりが重要であると考えられる。本来は、患者が実生活に即した療法の決定を行うためには、説明の時期を身体症状が伴わない腎不全の保存期が望ましい⁹⁾と言われている。しかし、自覚症状のない時期に透析療法の説明や情報提供を行うことは、その療法への拒否的な感情を考えると非常に難しいと思われる。したがって、顕著な身体症状が出る前に、患者が心理的にも透析療法を少しずつ受け入れられるように、透析療法の開始をある程度予測⁷⁾して、保存期の食事療法や日常生活上の指導や情報の提供時に透析療法の情報提供を行

う援助が必要である。そのためには、日ごろから患者の身体状況を的確に把握し、精神状態も考慮しながら患者との信頼関係を築くことが大切であると考えられた。

2. 透析療法の受容を基盤とした導入直前期の治療法選択への援助

この時期の患者は、身体症状の出現で生命予後のために短期間でどちらかの透析療法の選択を迫られた状況下にあった。医師からは、腎臓の残存機能から腹膜透析を勧める説明がされ、それによって患者は【透析の説明とその選択の緊急性の理解】ができ、腎機能の説明で【腎の残存機能から腹膜透析適応の理解】ができ、具体的な治療法の説明で【腹膜透析療法の理解】から自分の身体が現在どのような状態にあるかを認識したと思われる。

しかし、患者の透析療法に対するこれまで培われてきたイメージは悪く、精神的な動揺と身体的な苦痛があるこの時期の治療法選択の決定には、さまざまな影響因子が認められた。その【腹膜透析選択の影響要因】には、患者の【血液透析の日常生活へのマイナスイメージ】に加え、【透析療法の知識不足による不安】があった。しかし、腹膜透析の具体的な説明を含めた【医師の腹膜透析を勧める理由】から、【身体的負担と時間的拘束が少ない腹膜透析のイメージ形成】がされた。さらに、【腹膜透析のわかりやすい医療者の説明とそのサポート】を受け、【腹膜透析の自己決定】を行っていた。その自己決定の大きな理由は、【自宅でできる療法】であること、患者の【病院への通院条件】であった。

この時期の患者は、身体的苦痛と精神的動揺、悲嘆的な感情を抱え、否認と悲嘆の気持ちが強い否認期と混乱期⁶⁾であったと思われる。しかし、混乱した精神状態であっても、医療者からは透析療法に対する説明や情報の提供が次々にされ、そのかわりを集中して受けていた時期でもあった。

この時期は、医師の治療方針も踏まえながら、患者に自己の透析生活がイメージできるようにかかわる必要がある。しかし、今回の患者から看護者のかかわりについての言動はなく、医師とのかかわりから腹膜透析を選択したという言動が多かった。患者の感情は、透析療法に対し否定的であるが身体的には受け入れざる得ない状態であったと思われる。実際に、医師が腹膜透析を勧めてくれたことでそれを選択した患者や、医師からの説明で最初は腹膜透析から始めるものだと思っただけで受け取った患者もいた。これまでの報告でも、透析療法を決めた一番の理由に「医師の勧め」が自己決定の大きな因子となり¹⁰⁾、さらに、医師の説明だけでは十分な理解ができず、医師の推奨する治療をそのまま選択する患者が多い¹¹⁾と言われている。

患者の身体状況で治療方針の決定に緊急性を要し、身体的苦痛と精神的動揺が強いこの否認期と混乱期⁶⁾である受容過程では、その限られた期間で患者の混乱した気持ちを緩和し、患者がいまの状況とこれからの状況を受容できる援助が必要と思われる。そのためには、患者が生活で重要としていることの情報収集と透析療法を行うことで社会的・経済的に生活が変化する¹²⁾という情報提供が必要である。患者が生活するうえで何を優先させたいか、患者本人が自己決定できるような援助^{13), 14)}が大切である。これらの援助を限られた期間内に行い、患者が透析療法をスムーズに受容できるためには、これまで患者が疾患とともに生活してきた経験を振り返りながら、新たな透析療法に必要な正確な知識と的確な技術獲得に向けた援助と、新たな生活をスタートすることを意識してもらうように精神的な援助が大切であると考ええる。

3. 透析療法の受容を基盤とした導入後の治療法選択への援助

治療方針が決定され腹膜透析を行うことになった患者は、入院中に医師と看護師からわかりやすく腹膜透析の説明を受け、実際にそれを実施して手技上の困難性は感じていなかった。しかし、時間に自由が利き、食事制限が緩やかという利点を十分に考慮し選択を行ったにもかかわらず、実際の生活に戻り【腹膜透析による日常生活上の行動制限】と【腹膜透析の実施による心理的負担と不安】という【腹膜透析によるQOLの低下】を実感していた。これは、導入前の患者に透析によって変化する生活のなかで、何を優先させたいかを十分に考えてもらえなかったこと、またそのかわりが十分に行えなかったことが考えられた。しかし、患者は、透析とともに生活をする必要があるために【腹膜透析とともに余暇を楽しむ工夫とその知識の獲得】と【腹膜透析を生活の一部にする決意】をし【腹膜透析によるQOL維持の努力】を行い、腹膜透析を自分なりに受け容れ生活に適応する努力を行っていた。

さらに、患者は入院中に血液透析を実施していた患者と接したこと、尿毒症の身体的苦痛が緩和されたこと、これまでの食事療法に比べ【食事制限の緩和】を経験したこと、腹膜透析の適応であったことの【腹膜透析適応の満足感】を感じていた。また、日常生活に戻り、腹膜透析の手技に対して【腹膜透析の説明内容と実際の一致】を実感し、透析を自宅で行うという不安は、【業者のサポートの存在】と【操作上のトラブルの対処方法の獲得】から【操作に対する自信】をもつようになり【腹膜透析の経験による満足感】を得ていた。一方、腹膜透析には限界¹⁵⁾があることから、患者は【腹膜透析の経験から血液透析に対する知識獲得】を行うことで【腹膜透析から血液透析に移行

する不安」という【血液透析移行への不安】も表現していた。さらに、[排液量に対する心配]や、とくに入浴による[出口部感染の心配][操作上のミスによる合併症の発症]という【腹膜透析の合併症の心配】も抱いていた。

この時期は、腹膜透析の実際を生活で体験したことで、患者は受け容れがたい現実との葛藤のなかで、新たな生活を行うために腹膜透析との生活に折り合いをつけ適応していく解決への努力期⁶⁾であった。患者は、腹膜透析とともにある自分の生活のあり方を調整し受け容れ、自分の生活全般が低下しないと認識しつつある時期と考えられた。

したがって、この時期は、腹膜透析による合併症の予防とこれまでの生活を変更し適応している努力を受けとめ認める共感的な関係性の確立を目指し、精神的なサポートを重視する必要がある。さらに次の治療への移行を踏まえた外来でのフォローが大切である。看護者は、その合併症予防とともに導入前期と同様に血液透析への移行も視野に入れ、予測⁷⁾をもって計画的に援助する必要がある。

透析療法の選択に至るまでの患者は、身体的にも精神的にも急変・安定・維持の繰り返しを経験し、自分のなかでさまざまな感情と葛藤しながら治療法の決定を行い、実施においてはこれまでの生活に折り合いをつけ受容し適応していた。看護者は、患者のこの身体的、精神的な変化を十分に把握し、その時期その時期の患者の受容過程に応じた援助を行う必要がある。そのためには、常に治療に対し予測をもちながら患者との信頼関係を確立することが重要であると思われた。今回の結果から、透析療法導入前の腎不全期にある患者に対して、患者の心理的な受容過程を踏まえ、次の治療への移行を予測し計画的に行う援助がとくに必要であり、重要である、と考えられた。

腹膜透析の導入前期から導入後までの患者の受容過程を明らかにした。これらの時期の受容過程を知ることで、今後増加が予想される糖尿病性腎症患者への腹膜透析選択における援助の方向性が示唆された。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究は、1施設の腹膜透析を実施している患者であり、さらに透析を開始した初期という対象の希少性から7人であった。したがって、その施設の特徴が患者の受容過

程に反映している可能性があり、腹膜透析患者全般の受容過程を十分に反映しているとは言い切れない。今後、患者数や異なる組織の対象に調査を重ね、腹膜透析を選択した患者の受容過程をより明確にしていく必要がある。

VII. 結 論

腹膜透析を選択した患者の各時期の受容過程が、以下のように明らかになった。

1. 導入期は、【現在の腎機能の認識不足と加療中の安堵感】から、その増悪での症状出現で【急変による透析療法の必要性和その認識】がなされ、精神的にはショック期を経験していた。
2. 導入直前期は、2つの透析療法からの選択を短期間で迫られ、医師から現状の説明を受け【透析の説明とその選択の緊急性の理解】ができ、多くの【腹膜透析選択に対する意思決定の影響要因】を受けながら【腹膜透析の自己決定】を行っていた。患者は、身体的苦痛と精神的動揺の否認期と強い悲嘆の混乱期を一時に経験していたが、短期間で【腹膜透析の自己決定】を行わなければならなかった。
3. 導入後は、日常生活に戻り【腹膜透析によるQOLの低下】を実感しながら、透析療法とともに生活を送るために【腹膜透析によるQOL維持の努力】を行い【腹膜透析の経験による満足感】を得ていた。その一方で、【腹膜透析の合併症の心配】と【血液透析移行への不安】も抱えていた。患者は、身体と心の葛藤のなかで折り合いをつける解決への努力期を経験し腹膜透析の生活に適応していた。

透析療法の選択において、各時期の患者の精神的・身体的な変化に対する受容過程を理解し、常に治療に対する予測をもち、計画的にかかわっていく必要があることが示唆された。

謝 辞

本研究実施にあたり、研究への参加を快く承諾してくださった対象者の皆様、ならびに研究のデータ収集を快く受け入れご協力をしてくださった外来診療の医療スタッフの皆様にご心より感謝いたします。

要 旨

透析療法を迫られる糖尿病性腎症の患者の援助の方向性を見出すことを目指して、腹膜透析（PD）を選択した患者からその受容過程を明らかにすることを目的とした。PDを経験している7人に半構成面接を実施した。その結果、導入期は【現在の腎機能の認識不足と加療中の安堵感】があり、尿毒症から【急変による透析療法の必要性和その認識】がなされていた。導入直前期は、PDを勧める説明を受け【透析の説明とその選択の緊急性

の理解】ができ【腹膜透析選択の影響要因】を受けながら【腹膜透析の自己決定】を行っていた。導入後は、日常生活に戻り【腹膜透析によるQOLの低下】を実感しながら【腹膜透析によるQOL維持の努力】を行い【腹膜透析の経験による満足感】を得、【腹膜透析の合併症の心配】と【血液透析移行への不安】も抱えていた。これらの患者の受容過程を知ること、PD選択における援助の方向性の示唆が得られたと考える。

Abstract

The objective is to elucidate the acceptance process of patients who selected peritoneal dialysis (PD), subsequently to find the standpoint for assisting the patients the diabetic nephropathy. 7 patients who treated with PD had semi-constructed interviews. During the introductory period there was “lack of awareness of their current renal function but relief of being treated” and after the appearance of uremia, it changed to “the awareness of the necessity for dialysis treatment due to abrupt change”. During the period before introduction, they received an explanation for recommending PD and “understood the explanation for dialysis and urgency for the selection” and made “self-elected PD” while being “influenced to select PD”. After the introduction, they felt “a decrease in QOL due to PD” while “putting effort in maintaining QOL due to PD” and “satisfied with experiencing PD” while “worrying about complications from PD” and “worrying about changing to renal dialysis”. It is thought that the suggestion of the directionality of care in the PD selection was obtained by knowing these patient's acceptance processes.

文 献

- 1) 日本透析医学会：図説 わが国の慢性透析療法の現状. 2010.
- 2) 松尾清一：CKD（慢性腎臓病）対策の新たな展開. 透析雑誌. 42(4), 317-323, 2009.
- 3) 日本透析医学会：2009年版「腹膜透析ガイドライン」. 日本透析医学会雑誌, 42(4), 285-315, 2009.
- 4) 根木茂男, 美馬 亨, ほか：糖尿病合併症CKDと透析療法. ブラクティス, 27(3), 295-301, 2010.
- 5) 堀川直史：透析を受ける患者の心理とその特徴. 臨床透析, 24(10), 1363-1368, 2008.
- 6) 上田 敏：障害の受容. 総合リハビリテーション, 8(7), 515-521, 1980.
- 7) シェリフ多田野亮子, 大田明英：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.
- 8) 児玉知子, 瀧澤佳子, ほか：慢性腎不全患者の透析療法選択時の支援. 日本農村医学会雑誌, 54(3), 582, 2005.
- 9) 原 茂子：糖尿病患者の腎不全・透析管理の進めかた. Medical Practice, 15(1), 171-175, 1998.
- 10) 清水宏子, 馬淵弥生, ほか：透析療法時選択時における自己決定因子を探る. 磐田市総合病院誌, 5(1), 71-75, 2003.
- 11) 高橋由美, 山脇典子, ほか：末期腎不全患者における情報接触と療法決定過程の比較. 日本透析医学会雑誌, 39(1), 695, 2006.
- 12) 大西孝宏, 野村信介：透析導入で何が変わるの？透析導入後の変化. 透析ケア, 15(2), 151-156, 2009.
- 13) 石川弘子：透析看護 腎代替療法選択時の看護. ナーシング・トゥデイ, 25(2), 9-11, 2010.
- 14) 森 貴美, 神保洋子, ほか：腹膜透析・血液透析の両方を体験した患者の意識調査と看護師の役割. 腎と透析, 66, 別冊腹膜透析2009, 422-424, 2009.
- 15) 水政 透, 平方秀樹：腹膜透析導入前の準備. 透析ケア, 15(2), 114-150, 2009.

〔平成23年6月13日受付〕
〔平成23年10月21日採用決定〕

簡易版漸進的筋弛緩法の作成とがん患者への介入の効果

Development of Simplified Progressive Muscle Relaxation
Method and Efficacy of Its Application to Cancer Patients

近 藤 由 香¹⁾ 小 板 橋 喜 久 代²⁾ 金 子 有 紀 子³⁾ 小 林 し の ぶ²⁾
Yuka Kondo Kikuyo Koitabashi Yukiko Kaneko Shinobu Kobayashi

キーワード：リラクセーション，がん患者，簡易版漸進的筋弛緩法

Key Words：relaxation, cancer patients, simplified progressive muscle relaxation

I. はじめに

リラクセーション技法の1つである漸進的筋弛緩法（Progressive Muscle Relaxation：以下、PMRとする）はJacobsonによって開発された技法で、ストレスマネジメントの方法として広く用いられており¹⁾、心身コントロールの必要な患者の生活支援に欠かせない介入法としても評価されている^{2)~4)}。とくにがん患者は、身体的・精神的・社会的・霊的苦痛など多くの困難を生じやすい状況にある⁵⁾ため、PMRの活用をはかることによって、がん患者のストレスを軽減させ自律神経のバランスを整えていく²⁾ことは重要であるといえる。

近年、がん患者を対象としたPMRに関する研究^{4), 6)~12)}が増加し報告されているが、長期的効果を評価した縦断的研究はほとんど行われていない。さらに、PMRに関するいままでの研究は16筋群のPMRによって介入されている。しかし、筆者らが行った先行研究⁷⁾では、がん患者は16筋群のPMRの実施後、身体的負担を生じていることが明らかになり、がん患者にはより負担の少ない簡略化したPMRの必要性が示唆された。16筋群より部位が少なく短時間で実施することができる簡易版PMRは、すでに海外の先行研究¹³⁾で紹介されている。PMRなどのリラクセーション法を行う際は、手順を誘導する声や音楽が吹き込まれたテープを利用するほうが実施しやすいといわれている^{10), 14)}が、国内では日本語版の簡易版PMRの作成については報告されていない。したがって、今回、がん患者に負担のより少ない簡略化したPMRのプログラムとCD教材を作成し、実践していくことが必要であると考えた。以上より、本研究の目的はPMRの簡易版を作成すること、がん患者にPMRの簡易版を導入し有効性を評価すること、とした。

II. 研究方法

1. 簡易版漸進的筋弛緩法のプログラムの作成

a. 簡易版漸進的筋弛緩法の作成に至った経緯

筆者らは、先行研究⁷⁾で15名の入院がん患者に2週間の期間、16筋群のPMR介入を行った。得られたインタビューのデータを分析した結果、患者からは、多くの肯定的な意見があげられた一方、約2割の患者からは否定的な意見があげられた。その具体的な内容として「練習の後に疲れがある」などのPMR実施後の不快症状や「時間は長いと感じる」などのPMRプログラムについての意見であった。また、この研究では、がんの進行や治療による症状のために継続できず中断した者もみられた。これらの結果より、実施部位や時間を短くした簡易版PMRプログラムを作成していくことが、がん患者の負担軽減につながっていくと考えた。

b. 簡易版漸進的筋弛緩法のプログラムとCDの製作

PMRの基本技法は16筋群による緊張弛緩法であり³⁾、①前腕、②上腕、③下腿・大腿部の前面、④下腿・大腿部の後面、⑤殿部（肛門部）、⑥腰部、⑦腹部、⑧胸部、⑨肩、⑩首（後頸部）、⑪首（右頸部）、⑫首（左頸部）、⑬首（前頸部）、⑭顔の上側（前額部）、⑮顔の中央（眉間と眼のまわり）、⑯顔の下側（下顎・舌・口唇）で構成されている。この部位には、人が緊張を生じやすい部位（大腿四頭筋、前腕屈筋、上腕三頭筋、僧帽筋、前頭筋、顔輪筋、オトガイ筋・咬筋など）が組み込まれている³⁾。しかし、16筋群をすべて行うには約30分の時間を要するうえに、骨格筋を緊張させることは生体にわずかながらでも負荷を与えることになり、患者の集中力や体力にも影響する³⁾といわれている。また海外においても、簡易版はマスターす

1) 信州大学医学部保健学科 School of Health Sciences, Shinshu University

2) 群馬大学大学院保健学研究科 Graduate School of Health Sciences, Gunma University

3) 群馬大学大学院保健学研究科博士後期課程 Doctoral Course, Graduate School of Health Sciences, Gunma University

るまでの時間が短く、リラクセーション反応を得ることができると報告されており、臨床では実用性が高いと評価されている¹⁴⁾。ここでは、反復練習することにより無用な緊張を取り除いたリラックスした状態が習慣化することの効果を重要と考へて、短縮版を活用する方法を検討することとした。

以上より、今回、先行研究⁷⁾とBernstein¹³⁾および五十嵐¹⁴⁾の文献を参考にして、プログラム内容の整理・簡略化と練習時間の短縮化をはかり、7筋群のプログラムとCD教材¹⁵⁾を作成した。

プログラムの整理・簡略化にあたっては、四肢および体幹部のいくつかをひとまとめにブロック化することで、人が緊張しやすい部位については16筋群同様に網羅することとした。その結果、①前腕・上腕、②下腿・大腿部（前面）、③下腿・大腿部（後面）、④胸部、⑤肩、⑥顔の上側（前額部）、⑦顔の下側（目のまわり・下顎）の7筋群となった。

なおCD教材製作においては、ナレーションはプロのアナウンサーに依頼し、声の集録とBGMの編集は音楽業者に依頼した。

2. 簡易版漸進的筋弛緩法のプログラムの介入

a. 対象

①がんの告知を受けている、②精神状態が安定している、③PMRの自己練習を継続できる体力と意思があると本人が意思表示している、④身体症状が落ち着いている、⑤条件を満たした入院中の患者で、主治医および病棟師長の許可を得た者、とした。

b. PMR指導前の準備

研究者は、リラクセーションの教育・研究・指導を実践している指導者よりPMRの指導を受け、PMRの技法について獲得した。また研究者は、いままでにがん患者にリラクセーションの指導を実践していた。

c. PMRの指導手順

(1) 指導内容

PMRの実施時の注意点とPMRおよび腹式呼吸の方法について独自に作成したパンフレットを用いて説明を行った。調査者は対象者とPMRを一緒に行いながら方法を指導した。対象者にはベッドで仰臥位またはセミファウラー位になってもらい、ポータブルCDプレイヤー（イヤホン付き）を使用してPMRを実施してもらった。また、PMRの実施は、食後は2時間以上あけること、1日1～2回実施するよう指導した（退院後は体調が悪い時は無理にしないでよいことを伝えた）。研究者はPMRの実施状況や困っている点などの確認のために、開始から1週間は毎日対象者を訪問し、再指導を行った。

(2) PMRの実施期間

①開始から1週間（入院中）

②退院から（開始より）1年間

d. 測定項目

測定項目は、①唾液中分泌型免疫グロブリンA（以下：S-IgA）、②唾液中コルチゾール、③血圧値、④脈拍数、⑤PMRの反応についてのインタビュー（許可を得て、ICレコーダで録音）、⑦基本的調査：カルテより患者の病名、罹患期間、治療などの情報収集、であった。①のS-IgAと②の唾液中コルチゾールは免疫機能を非侵襲的に測定するために、また③の血圧値、④の脈拍数はリラクセーション反応によって変化するといわれているために測定した。⑤のインタビューは、対象者の心身や生活に与える影響を明らかにするために実施した。

e. データ収集時期と方法

データ収集時期は、①S-IgA、②唾液中コルチゾール、③血圧値、④脈拍数については、開始日と1週間後（入院中）のPMR実施前後に測定した。なお測定時間は、午後2時から5時の間であった。⑤のPMRの反応についてのインタビューは、開始から1週間後と1か月、3か月、6か月、12か月後の外来受診日に面接を行った（1年間）。インタビューは半構成的面接を行った。「リラクセーションをして何か変わった点はありますか」「リラクセーションを体験しての気持ちはいかがですか」と問いかけ、自由に語ってもらった。なお、インタビュー実施者は、PMR指導者と同様の研究者であった。

f. 分析方法

S-IgA、唾液中コルチゾール、血圧値、脈拍数については、PMR実施前後の変化の値のパターンをみた。インタビューの内容については、対象者がPMRの体験によって影響を受けたと思われる部分を抽出し、Berelson¹⁶⁾の内容分析を行った。また内容分析の結果はPMR開始後の経過ごとに記述した。

g. 倫理的配慮

本研究は、信州大学医学部附属病院の倫理審査委員会の承認を得て実施した。対象者には研究の趣旨と研究方法について文書と口頭にて説明した。研究参加は自由意志であり途中で辞退することも自由であること、研究によって得られたデータのプライバシーの保護、また研究に協力することによって起こりうる身体的負担とそれが生じた場合の対処法についても説明した。研究開始時、対象者には1年間の協力を依頼したが、本人から調査協力について終了したいとの意志が示された時点で終了とした。

Ⅲ. 結 果

1. 簡易版漸進的筋弛緩法の作成について

先行研究^{7), 13), 14)}の文献を参考にして簡易版PMRのプログラムとCD教材¹⁵⁾を作成した。具体的なプログラム内容については表1に示した。簡易版PMRの目標は、①身体的負荷（疲労感など）が軽減できる、②リラックス感を得ることができる、③継続意欲を持続できる、であった。

今回作成した簡易版PMRは、①前腕・上腕、②下腿・大腿部の前面、③下腿・大腿部の後面、④胸部、⑤肩、⑥顔の上側、⑦顔の中央・下側の7筋群で構成された。CD教材は2トラックで前半に簡易版PMR、後半に16筋群

PMRを組み込んだ。

2. 簡易版漸進的筋弛緩法の介入について

a. 対象の基本的概要

研究協力が得られた6名を分析の対象とした。しかし、1年間の研究協力が得られた者は6名のうち2名であったため、インタビューの結果についてはこの2名のみを分析の対象とした。対象者は6名全員が女性であり、平均年齢は 50.8 ± 7.2 歳であった。疾患名は全員が乳がんであり、退院後は、全員が術後補助療法（化学療法、ホルモン療法、放射線療法）を受けていた（表2）。事例A、Bは開始から1年間、事例C、Dは開始から3か月間の研究協力が得

表1 簡易版漸進的筋弛緩法プログラムとCDの概要

プログラム	目標	1. 身体的負荷（疲労感など）が軽減できる 2. リラックス感を得ることができる 3. 継続意欲を持続できる
	内容・方法	*実施部位（7部位の筋肉） ①前腕・上腕、②下腿・大腿部（前面）、③下腿・大腿部（後面）、④胸部、⑤肩、⑥顔の上側（前額部）、⑦顔の下側（眼のまわり・下顎） *体の骨格筋に意識を向けて1つずつ筋肉を緩めることで、リラックスした身体感覚を高めていく 1. 息を吸うときに筋肉に力を入れる 2. 息を吐くときに力を緩めて、リラックスした心地よい感覚を味わうような気持ちで行う 3. 筋肉に力を入れるときは、力を入れすぎず6～7割程度の力を入れる 4. 筋肉に力を入れたときと抜いたときの感覚の違いを比べながら進める（筋肉の収縮と弛緩は2回ずつ行う〔②下腿・大腿部の前面のみ1回行う〕）
	注意点	・食前か食後約2時間経過後に実施する（食事の直後は避ける） ・体を締めつけない衣服を着用する。また眼鏡や時計ははずしたほうがよい ・効果に期待をしすぎない ・やり方がうまくできたかどうかを気にしすぎない
CD	使用目的	・リラックスしたいとき ・疲労感、不眠などの不快な症状を改善したいとき
	時間	約17分
	内容	*実施の流れ 1) 腹式呼吸（数回） 2) 7部位の筋肉の収縮と弛緩 ①前腕・上腕 ②下腿・大腿部（前面） ③下腿・大腿部（後面） ④胸部 ⑤肩 ⑥顔の上側（前額部） ⑦顔の下側（眼のまわり・下顎） 3) 腹式呼吸（数回） 4) 消去動作

表2 対象者の概要

	年齢	性別	職業	配偶者	疾患名	ステージ	罹患月数	外来での治療	PMR練習頻度 (退院後)	研究協力期間
A	50代	女	有 (自営業)	有	乳がん（右）	ⅡA	2か月	化学療法	1回/週 (化学療法中は中断)	1年間
B	40代	女	有	有	乳がん（右）	I	3か月	ホルモン療法	約2～3回/週	1年間
C	50代	女	有 (パート)	有	乳がん（左）	I	2か月	化学療法	ときどき (化学療法開始後中断)	3か月
D	40代	女	主婦	有	乳がん（右）	ⅡB	2か月	化学療法	ときどき (化学療法開始後中断)	3か月
E	40代	女	主婦	有	乳がん（左）	ⅡA	3か月	化学療法	退院後研究参加中止	1週間
F	60代	女	有 (パート)	有	乳がん（左）	I	4か月	放射線療法	退院後研究参加中止	1週間

表3 PMR実施前後におけるS-IgA、唾液中コルチゾール、収縮期血圧値、脈拍数の変化 (n=6)

事例	測定時期	S-IgA ($\mu\text{g/mL}$)		唾液中コルチゾール ($\mu\text{g/dL}$)		収縮期血圧値 (mmHg)		脈拍数 (回/分)	
		開始日	1週間後	開始日	1週間後	開始日	1週間後	開始日	1週間後
A	PMR実施前	327.8	135.8	.26	.40	140	150	57	62
	PMR実施後	222.5	214.0	.23	.29	145	140	60	58
B	PMR実施前	195.3	282.5	.12	.14	105	100	60	63
	PMR実施後	483.5	746.0	.09	.13	94	101	68	64
C	PMR実施前	137.5	182.0	.09	.23	104	110	65	64
	PMR実施後	230.9	127.6	.10	.20	116	108	66	65
D	PMR実施前	67.9	237.7	.21	.12	102	104	61	59
	PMR実施後	141.5	233.4	.23	.11	92	87	61	64
E	PMR実施前	70.0	88.5	.11	.14	120	130	76	72
	PMR実施後	46.0	97.7	.30	.30	126	117	74	63
F	PMR実施前	280.2	461.2	.30	.30	130	137	64	57
	PMR実施後	389.0	363.8	.30	.30	127	120	64	62

PMR：漸進的筋弛緩法、S-IgA：唾液中分泌型免疫グロブリンA

られたが、事例E、Fは開始から1週間（入院中）の研究協力であった（転院等のため）。

事例A、B、C、Dの生活状況については、事例Aは夫とともに自営業を営んでおり、事例Bは常勤で仕事をしていました。事例Cはパート勤務であり、事例Dは専業主婦であった。

PMRの実施状況は、全員が開始から1週間（入院中）は毎日1から2回実施していた。退院後は、事例Aは週に1回、Bは週に2～3回実施していた。事例C、Dはときどき（眠りたい、リラックスしたいと思ったとき）に実施していた。しかし、事例C、Dからは開始から3か月後に、化学療法の副作用による身体的負担のため、研究協力終了の申し出があった。そのため事例C、Dの研究協力期間は3か月で終了した。

b. 簡易版漸進的筋弛緩法介入の効果

(1) 唾液中分泌型免疫グロブリンA、唾液中コルチゾール、血圧値、脈拍数について

対象者6名のPMR実施前後の値を表3に示した。S-IgAはPMR実施前後で測定した全12回のうち7回実施後に上昇がみられ、唾液中コルチゾールは6回実施後低下がみられた。収縮期血圧値はPMR実施前後で測定した全12回のうち8回実施後低下、脈拍数は全12回のうち7回実施後上昇した。

(2) インタビューについて

（以下：カテゴリは【 】、サブカテゴリは〈 〉、記録単位は「 」とする）

インタビューの内容分析の結果は表4に示した。【心身の心地よさを感じる】【不快な症状が緩和する】【PMRプログラムに対する肯定的な気持ちをもつ】【自分の生活の

なかで役立つ】【PMR継続への意欲をもつ】の5カテゴリがあげられた。

【心身の心地よさを感じる】は「体のなかからリラックスできる」「体が温くなる」「すっきりしていいかと思う」「やると気持ちが落ち着きます」などの発言から形成された。【不快な症状が緩和する】は「やるとすぐ眠れるので助かっている」や「背中が痛みがとれたような気がする」「だるさがとれてきた気がする」「これをやったら手のむくみがとれた」など不快な症状が緩和された発言から形成された。

【PMRプログラムに対する肯定的な気持ちをもつ】では「PMRを学ぶことができてよかったと思う」「負担ではない」「PMRは自分の大切なものになっている」などPMRプログラムに対しての肯定的な気持ちの発言から、【自分の生活のなかで役立つ】では「仕事でドキドキするときに、腹式呼吸を思い出してやると気持ちが落ち着きます」「このような方法を知っていることによって気持ちが安心します」「とても自分の生活のなかで役に立っています」など、PMRが自分の心身を整えたり日々の生活のなかで役に立っている発言から形成された。また【PMR継続への意欲をもつ】は、「いつも短いほうをやっています」「これからもやっていきたいと思っています」など、今後もPMRを継続していく意欲の発言から形成された。

ほとんどのカテゴリは、開始から1年間にわたって抽出されていた。しかし、【自分の生活のなかで役立つ】は主に3か月以降に抽出された。

表4 PMR開始からの経過別のカテゴリー、サブカテゴリー

() 記録単位数 $n=2$

経過別 カテゴリー	1 週間	1 か月	3 か月	6 か月	12か月
	サブカテゴリー				
心身の心地よさを感じる	リラックスできる(2) 体が温かくなる(3) 体が軽くなる(1) 体が楽になる(1)	リラックスできる(1)		リラックスできる(1) 体が温かくなる(1)	リラックスできる(1)
		気持ちがよい(2)		体が楽になる(1) 気持ちがよい(1)	体が楽になる(2) 気持ちがよい(1) 気分がよい(1)
不快な症状が緩和する	すっきりする(1)			気持ちが落ち着く(1)	気持ちが落ち着く(1)
	ぐっすり眠れる(1)	ぐっすり眠れる(4)		入眠効果がある(1)	入眠効果がある(1)
	痛みが改善する(3) 倦怠感が改善する(1) 手のむくみが改善する(4)				
PMRプログラムに対する肯定的な気持ちをもつ	体を動かすのが好きである(1) 興味がある(1) 集中しやすいので自分に向いていると感じる(1) PMRで体験したことを活かしていきたいと思う(1)				気に入っている(1)
	PMRを学ぶことができよかったと思う(1)	PMRは負担でない(2) PMRは自分の大切なものになっている(1)		効果を感じることができ るのでよいと思う(1) PMRで自分をセルフマネジメントすることは大切なことだと思う(1) PMRを学ぶことができ よかったと思う(2)	PMRを学ぶことができ よかったと思う(1) PMRは負担でない(2)
		PMRの実施時間はちょうどよい(1)		部分的でも実施することはよいと思う(1) 毎日実施することは身体によいと思う(1) PMRプログラムはよくできていると思う(1)	
自分の生活のなかで役立つ		生活のなかで役立っている(1)	緊張を緩和させたいときに実施している(3) リラックスしたいときに実施する(2)	何かのときに役に立つと思う(1) 緊張を緩和させたいときに実施している(1) 体調を管理したいときにPMRを行っている(1) PMRの方法を知っていることによって気持ちが安心できる(1)	生活のなかで役立っている(1) 緊張を緩和させたいときに実施している(1) リラックスしたいときに実施する(1)
PMR継続への意欲をもつ		短縮版PMRは継続できる(1)	短縮版PMRは継続できる(1)	短縮版PMRは継続できる(1) 今後もPMRを行ってみたい(1)	短縮版PMRは継続できる(1) 今後もPMRを行ってみたい(1)
	PMRができる時間を自分で工夫する(2)	PMRができる時間を自分で工夫する(2) 家族と一緒にやっている(1)	家族と一緒にやっている(1)	身体が落ち着いてきたので今後行える(1)	

IV. 考 察

1. 簡易版漸進的筋弛緩法介入の効果について

S-IgAは呼吸器、胃腸管、尿路系などの粘膜と粘膜下組織に大部分が存在し、局所免疫による防御機構に重要な役割を担う¹⁷⁾。またコルチゾールは副腎皮質から合成・分泌され、ストレスによって増加する¹⁸⁾といわれている。精神神経免疫学の研究によると、人の気持ちや感覚は免疫細胞に影響をもたらすといわれており、ストレスや不安など

により免疫力は低下する¹⁹⁾といわれている。今回、PMR実施後、S-IgAはPMR実施前後で測定した全12回のうち7回実施後上昇がみられ、唾液中コルチゾールは全12回のうち6回実施後低下が認められた。今回の結果が認められたのは、PMRによって筋肉などの過剰な緊張状態を軽減され、リラックス状態となり、その結果、心理的に安定した情緒状態になったためでないかと考える。

また、今回、収縮期血圧値はPMR実施前後で測定した全12回のうち8回実施後低下、脈拍数は全12回のうち7回

実施後上昇した。一般的に16筋群のPMRなどリラクゼーション技法の実施後は副交感神経が優位となり収縮期血圧値と脈拍数は減少する^{2), 3)}といわれているが、今回の結果では実施後、脈拍数に減少の傾向が認められなかった。これは、PMR実施後に末梢血流量の増加がみられる³⁾ことが影響したと推測されるが、本研究は対象数が少なかったこと、測定期間が開始日と1週間後と開始から短い期間であったため、リラクセス反応が十分現れていなかったことも要因と考えられる。

またインタビューからは【心身の心地よさを感じる】【不快な症状が緩和する】などもあげられたが、これは16筋群のPMRの効果を明らかにした先行研究と同様の結果^{3), 4), 6)~12)}であった。このように今回、7筋群からは16筋群と同様の反応がみられた。これは7筋群のPMRは実施部位（上肢、下肢、胸、肩、顔）が覚えやすく短時間であったため対象者はPMRを継続しやすくなり、その結果、繰り返し実施することによって骨格筋の緊張傾向をもつ習慣を減弱でき、リラクゼーション反応を得ることができたためと推測される。Bernsteinら¹³⁾は、リラクゼーション反応を感じるために大切なことは筋肉の緊張と弛緩の違いを感じとることである、と述べている。このことより、部位が16から7部位と減少しても、筋肉の緊張と弛緩の違いを感じとれるように指導していくことによって、対象者はリラクゼーション反応を得ることができると考える。

2. 簡易版漸進的筋弛緩法の継続と日常生活への活用について

対象者からは【PMRプログラムに対する肯定的な気持ちをもつ】【自分の生活のなかで役立つ】【PMR継続への意欲をもつ】のカテゴリーも抽出された。

今回の対象者のうち、1年間PMRを継続でき、継続への意欲があげられた者は6名中2名であった。この理由は、先に述べたように簡易版PMRが簡単で単時間であり負荷が少なかったこと、対象者の治療による副作用が比較的落ち着いていたこと、またリラクセス感などのPMRの効果を実感し、PMRプログラムに対して肯定的にとらえていたことが要因であると考えられる。

対象者からは【自分の生活のなかで役立つ】〈緊張を緩和させたいときに実施している〉〈生活のなかで役立っている〉〈PMRの方法を知っていることによって気持ちが安心できる〉などが抽出されたが、このことよりPMRはがん患者の生活に役立っていることも示唆された。荒川⁴⁾は、がん患者がリラクゼーション技法を体験することは、

長期にわたってうまく生活をするための有効な対処法となる可能性がある」と報告しているが、本研究においても同様の結果が得られた。がん患者は再発、転移などの不安を抱えながら長い療養生活を送っているが、がん患者がリラクゼーション技法を習得しておくことは、不安や不眠など何かあったときに自分自身をセルフコントロールするために有効な手段になる。そして、このことは、がん患者にとって、残された人生を少しでも有意義に過ごす手段となると考える。

リラクゼーション技法は毎日継続することが大切である³⁾といわれている。しかし、がん患者のように症状進行や治療などで体力が低下しやすい者の場合、継続を強調するより、本人が取り入れたいときに実施するよう指導することのほうが、本人はストレスを感じる方が少ないのではないかと考える。筆者らは、このような対象者の気持ちを尊重しながら無理な場合はPMRを毎日継続しなくてよいことを伝えた。その結果、対象者は長期間にわたりリラクゼーションを継続でき、活用していくことにつながったのではないかと考える。

今回、3か月以上PMRを継続できなかった者もみられた。継続できなかった要因としては、化学療法の副作用が強いなどの体調不良を生じていたことがあげられるが、本人の性格やリラクゼーションの好みなども影響している可能性も考えられる。PMRの継続を可能にする要因については今後検討していく必要があると考える。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究は対象数が少なかったこと、本人の意思を尊重したために実施回数が統一できなかったことより、結果を普遍化することはできない。また、約1週間の入院期間にPMRの指導を行ったため、対象者の動機づけが不十分であったことも推測される。今後は対象数を増やすこと、外来中もよりフォローできる体勢をつくることが課題である。

謝 辞

本研究にご協力いただきました対象者の皆様、関係施設の職員の皆様に感謝申し上げます。

本研究は平成19～20年度科学研究費補助金基盤研究(C)一般 課題番号-19592549の助成の一部である。また本研究の一部は第34回日本看護研究学会学術集会で発表した。

要 旨

本研究の目的は、漸進的筋弛緩法（PMR）の簡易版を作成すること、がん患者にPMRの簡易版を実施し有効性を評価すること、である。先行研究を参考に7筋群の簡易版PMRを作成し、がん患者6名に実施した。6名の対象者に2回ずつ全12回測定したうち、唾液中分泌型免疫グロブリンAは実施後7回増加、唾液中コルチゾールは実施後6回低下がみられ、収縮期血圧値は実施後8回低下が、脈拍数は実施後7回上昇がみられた。1年間PMRを継続できた2名の半構成的面接の内容分析の結果からは【心身の心地よさを感じる】【不快な症状が緩和する】【PMRプログラムに対する肯定的な気持ちをもつ】【自分の生活のなかで役立つ】【PMR継続への意欲をもつ】が抽出された。以上より、簡易版PMRはがん患者の心身を整える効果をもたらすことが示唆された。

文 献

- 1) Mariah, S, Elizabeth, P, et al: Progressive muscle relaxation. In: Mariah, S, Ruth, L (Eds): Complementary alternative therapies in nursing. 310-319, Springer Publishing Company, New York, 2002.
- 2) 荒川唱子：リラクセーションの歴史と最近の動向（荒川唱子，小板橋喜久代 編：看護にいかすリラクセーション技法－ホリスティックアプローチ）。2-15, 医学書院，東京，2001.
- 3) 小板橋喜久代：漸進的筋弛緩法（荒川唱子，小板橋喜久代 編：看護にいかすリラクセーション技法－ホリスティックアプローチ）。30-51, 医学書院，東京，2001.
- 4) 荒川唱子：がん化学療法患者のWell-beingに及ぼすリラクセーション技法の長期的影響。平成11年度～平成12年度科学研究費補助金（基盤研究C）研究成果報告書，1-31, 2002.
- 5) 井上大輔：がんの痛みの特徴とトータルペイン（田村恵子 編：がんの症状緩和ベストナッシング）。34, 学研メディカル秀潤社，東京，2010.
- 6) Kwekkeboom, K L, Hau, H, et al: Patients' perceptions of the effectiveness of guided imagery and progressive muscle relaxation interventions used for cancer pain. Complementary Therapies in Clinical Practice, 14, 185-194, 2008.
- 7) 近藤由香：がん患者に対する漸進的筋弛緩法の継続介入の効果に関する研究。日本がん看護学会誌，22(1)，86-97, 2008.
- 8) Devine, E C: Meta-analysis of the effect of psychoeducational interventions on pain in adult with cancer. Oncology Nursing Forum, 30(1), 75-89, 2003.
- 9) 吉田亜紀子：がんの痛みに対する漸進的筋弛緩法とイメージ法の効果。高知女子大学看護学会誌，7(1)，51-58, 2002.
- 10) 荒川唱子：癌化学療法による副作用軽減に及ぼすリラクセーション効果の比較。H 9 年度～H10年度科学研究費補助金（基盤研究C）研究成果報告書，1-40, 2000.
- 11) Arakawa, S: Use of Relaxation to reduce nausea vomiting and anxiety induced by chemotherapy in Japanese Patients. Cancer Nursing, 20(5), 342-349, 1997.
- 12) Sloman, R, Brown, P, et al: The use of relaxation for the promotion of comfort and pain relief in persons with advanced cancer. Contemporary Nurse, 3(1), 6-12, 1994.
- 13) Bernstein, D A, Borkovec, T D: Progressive relaxation training - A manual for the helping professions. 25-38, Research Press, Illinois, 1973.
- 14) 五十嵐透子：リラクセーション法の理論と実際－ヘルスケア・ワーカーのための行動療法入門。54-74, 医歯薬出版株式会社，東京，2005.
- 15) 小板橋喜久代 監修：漸進的筋弛緩法CD. プレムプロモーション株式会社，2008.
- 16) Belerson, B (稲葉三千男，金 圭煥譯訳)：内容分析。1-57, みすず書房，東京，1957.
- 17) 河合 忠：免疫血清検査（河合 忠，尾形 稔，ほか 編：LABORATORY MEDICINE 異常値の出るメカニズム）。303-304, 医学書院，東京，2005.
- 18) 中村正夫：新訂版 ナースに必要な臨床検査マニュアル。73-74, 学研，東京，2002.
- 19) Eliot, S D (吉田和弘訳)：PNI－心と体をつなぐもの。Image, 3(13)，50-59, 1992.

〔平成22年9月6日受 付〕
〔平成23年9月22日採用決定〕

質的研究の基礎としての《体験》の意味

— Dilthey 解釈学の伝統を継ぐドイツ語圏の哲学者の文献検討と
その英語・日本語訳の比較から —

The Implications of “TAIKEN” as the Foundation of Qualitative Research

— A Review of the Hermeneutical Traditions After Dilthey and a Comparison between the German Originals and
their Translational Variations in English and Japanese —

中 木 高 夫 谷 津 裕 子
Takao Nakaki Hiroko Yatsu

キーワード：質的研究，体験，経験，解釈学

Key Words：qualitative research, Erlebnis/lived experience, Erfahrung/experience, hermeneutics

I. 問題提起

『看護研究入門』（Burns & Grove, 2009）によると，質的研究とは life experience を記述し，それらに意味を与えるために用いられる，系統だった主観的なアプローチであり，米国で看護学研究として注目されるようになったのは 1970 年代の終わりである（p.52）。質的看護研究は，日本には Grounded Theory Approach の提唱者の 1 人である Strauss の共同研究者の Fagerhaugh（1982）によって，参加観察法のかたちですぐに紹介されている。しかし，実際に日本で質的看護研究論文が急増してきたのはここ数十年のことといえるだろう。

質的看護研究の対象となる《life experience》に対して思いつく訳としては「経験」と「体験」がある。事実，質的看護研究のテーマに「経験」と「体験」がよく用いられている。中木・谷津・神谷（2007）は，1995年から2005年の間に看護学会誌に掲載された質的研究デザインの論文を取り上げ，日本の看護学領域において「経験」と「体験」という語がどのような意味で用いられているかを Simultaneous Concept Analysis 法を用いて分析した。その結果，「経験」と「体験」という語を定義して使用している論文は希少であること，そして「経験」と「体験」がいずれも〈不確かな状況で出会った印象に残る出来事とそのときの心身の状態〉という意味で用いられているにもかかわらず，「体験」を明らかにすることを目的とした研究の数が「経験」のそれの 2.5 倍以上に上り，「体験」の概念の属性，先行要件，結果を表わす語彙はいずれも「経験」のそれより豊富であることが明らかになった。

「経験」と「体験」という語を明確には定義せず，しか

し「経験」と「体験」を巧妙に使い分ける日本の看護学研究論文の現状は，いったい何を物語っているのだろうか。こうした現状の背景に，中木らは，看護学における主たる研究対象が〈身体性〉を備えた人間であり，かつ漢字という表意文字を用いる日本語の特性上，「体験」の語を構成する「体」という文字が〈身体性〉のイメージを喚起させることがあると考察している（p.52）。が，そればかりではなく，「経験」や「体験」という概念に深くかかわる哲学の側面から，これらの概念の定義を加味し，質的看護研究における「経験」や「体験」の意味について検討することが必要性であると考えた。

そこで本稿では，《体験》を自己の哲学の鍵概念としているドイツ語圏の哲学者たちの著作の中から《体験》について言及している箇所を抽出し，その哲学的意味を明らかにするとともに，ドイツ語から英語，そして日本語への翻訳を比較することによって，今後の看護学論文の中で「体験」と「経験」をどう峻別して使用すべきかを明らかにした。この試みを通して，質的看護研究で「体験」と「経験」の語を用いる際に留意すべき点について示唆を得ることができると考える。

対象とする文献は、『岩波哲学・思想事典』の《体験》の項にあげられている Dilthey から Schütz までをつなぐドイツ現象学／解釈学の系譜の代表的な哲学者 5 名（Dilthey, Husserl, Heidegger, Schütz, Gadamer）による著作の一部である。『岩波哲学・思想事典』の《体験》の項は，Dilthey による《体験》の説明の根拠となる文献として『精神科学序説』を挙げているため，Dilthey に関しては『精神科学序説』の目次と索引を頼りに言及箇所を抽出した。あわせて Dilthey の主著である『解釈学の成立』と『体験と創作』

からも目次と索引を手掛かりに言及箇所を抽出した。また、Schützの唯一のドイツ語による著書である『社会的世界の意味構成』には、HusserlとHeideggerの《体験》を通してSchütz自身の《体験》を導き出す詳細な検討があることから、これを参考にHusserlは『イデーン』と『内的時間意識の現象学』、Heideggerは『存在と時間』の言及箇所を抽出した。Gadamerについてはその著書『真理と方法』の中でDiltheyの解釈学を論じていることから、『真理と方法』の目次と索引を頼りに言及箇所を抽出した。

なお、本稿では、ある概念を強調するときには《 》を、語として扱うときには「 」を、一塊の意味として扱うときには〈 〉を付して表記する。

II. 《体験》と《経験》の哲学的意味

以下、Dilthey, Husserl, Heidegger, Schütz, Gadamerの哲学における《体験》の意味を生年順に検討する。また、合わせて英語および日本語への翻訳についても吟味し、翻訳による意味の伝承についても検討する。

1. デイルタイ Wilhelm Dilthey (1833-1911)

Diltheyは、生の哲学や解釈学で知られるドイツの哲学者である。『岩波哲学・思想事典』で《体験》の項を引くと、まずDiltheyの名と思想があがることから、Diltheyがこの語に関して後の哲学者たちに大きな影響を与えていることがわかる。

質的看護研究の方法がいずれも解釈を基盤にしていることから、Diltheyの《体験》について考察する前に、まず解釈学の前提となる《理解》について触れたい。Diltheyは《理解》を「外から感覚的に与えられた記号から、ある内的なものを認識する過程」と『解釈学の成立』のなかで定義している(1900/2003, p.845)。この《理解》にはいくつかの段階があり、まず《関心》によって制限されている。語り手の内面に関心をもたない性急な理解から、一つ一つの表情や言葉を通して真剣に語り手の内面に迫ろうとする理解までさまざまである。どんなに緊張した注意であっても、検証可能な程度の客観性が獲得されているような技巧的な過程になることができるのは、生の表出が固定されていて、私たちが繰り返しその表出に立ち返ることができる場合だけである。このような永続的に固定された生の表出を対象とする技巧的な理解を《解釈》と呼ぶ(p.846)。

従来の解釈学は、文法的解釈・歴史的解釈・美的解釈・事實的解釈に区別されていたが、そのような区別は解釈をはじめるときに文法的知識・歴史的知識・美学的知識・事實的知識が必要であることを示しているのにすぎない。これに対してDiltheyは〈心理的解釈〉を主張し、そのプロ

セスを、著者の内面の創造的な過程に身を置くことから出発して作品の内的形式や外的形式へと前進し、しかもこの形式からさらに、著者の作品間の統一を、それらを生み出した著者の精神的特性や発展のなかで把握することへと進むことだと述べた。このような解釈学的方法の究極の目的について、Diltheyは「著者が自己自身を理解したよりもよく著者を理解することである」と結論した(1900/2003, p.861)。

Diltheyはまた、生の哲学(Lebensphilosophie)と結びつけて知られている。上記の《理解》や《解釈》の説明でも「生の表出」(Lebensäußerung)という語がみられ、また「心的生」(Seelenleben)もDiltheyの哲学を解説する際によく使用される語である。「生の表出」の原語である「Lebensäußerung」は、「Leben」と「äußerung」が結合した語で、「Leben」は既出のlebenという動詞の名詞形で〈生命〉〈生涯〉〈生活〉の意味である。「äußerung」は、外に出す、言葉に表す、表出するという意味の動詞「äußer」に、行為それ自体を示す名詞にするための接尾辞「-ung」が結びついた語である。「心的生」の「Seelenleben」は、こころや魂の意味のSeeleに〈生命〉〈生涯〉〈生活〉の意味のLebenが結合した言葉である。Lebenを日本語では〈生命〉〈生涯〉〈生活〉のように訳し分けているが、原語ではこうした意味が一体となった概念であることに注意が必要である。したがって、哲学においては、このことを意識した場合には「生」という語があてられていると考えられる。

さて、《体験》であるが、Diltheyは「記述的分析的心理学」という論文のなかで次のように述べている(1894/2003, p.675)。

心的状態の把握は、体験から生まれ出て、つねに体験と結びついている。体験においては、全心情の諸過程が協働している。感覚においては個々の事象が雑多に与えられているにすぎないけれども、体験においては、連関が与えられている。体験におけるそれぞれの過程は、心的生の総体に支えられており、つねに連関の内にあり、心的生の全体と連関している。(中略)理解にさいしては、われわれに生き生きと与えられている全体的連関から出発し、この全体的連関にもとづいて個々の部分が把握できるようにする。われわれは全体的連関の意識において生きているのであり、まさにこのことによって、個々の文章・身振り・行為などを理解することができるわけである。(p.675)

Diltheyは、《体験》が《理解》の要であり、《心的生》の全体的連関から出発して、その全体的連関にもとづいて個々の部分を把握するという独自の解釈学を発展させて

いる。晩年の著作『体験と創作』（1905b/1961）は《理解》の手続きを実証してみせた解釈学的著作であり、序論と4つの論文（エッセイ）から成り立っている。そのなかの論文「ゲートと詩的想像力」の第4章である、本の題名と同じ表題が付された「体験と創作 Erlebnis und Dichtung」でも以下のように述べている。

それ（詩〔文学〕）は事件や行為の因果の連鎖を明らかにすることによって、同時に、生の連関においてある事象なりその個々の部分なりに与えられる価値を追体験せしめる。（中略）詩的創造の出発点はつねに個人的体験としての生活経験であり、もしくは、過去現在を問わず他の人間およびそれらの人間がともにあずかっている事件に対する理解としての生活経験である。（上巻p.230）

心理学における「心的生」の理解だけでなく、詩（文学）の理解においても、同様の理解の方法を示している。

翻訳について目を向けるために、『体験と創作』からの抜粋の部分のドイツ語原文（Dilthey, 1905a）とRodieによる英語訳（Dilthey, 1905c/1985）（なぜか表題が『Poetry and Lived Experience』というように原題とは順序が逆転して訳されている）および日本語訳を表1に示す。

Rodieによる英語訳では、《体験》の原語である「Erlebnis」

は「lived experience」と訳されている。英語では「Erlebnis」と「Erfahrung」を区別する単語がない（張江, 1999）ために、どちらも「experience」の語があてられることになる。この英訳版ではそれを避けるために、Dilthey理解の鍵概念である「Erlebnis」を他の語から峻別して、あえて「lived experience」の語が選択されている。英語のliveはドイツ語のlebenと同じく〈生きている〉〈暮らしている〉〈住んでいる〉という意味の動詞で、同じくDiltheyの鍵概念である生の哲学に通じるものでもある。

〈生活経験〉は、原著（ドイツ語）の「Lebenserfahrung」の「Lebens」を「生活」、 「Erfahrung」を経験とし、名詞を連結させるというドイツ語の特徴（日本語の特徴でもある）から単純に訳されている。英語は名詞を連結させるという特徴がないために、英語版では「life-experience」と2つの名詞をハイフンで結合させている。なお、動詞ではlebenに対応していたliveは名詞として用いることができないために、lifeが用いられている。

〈生の連関〉は、原著では「Zusammenhang des Lebens」で、英語では「context of life」となっている。解釈学においてはさまざまなコンテクスト（文脈、背景）から解釈する必要があるが、そこが見えてくる翻訳である。

〈追体験する〉はドイツ語の「nacherleben」のほうを理解しやすい。すなわち、「nach」は〈後で〉の意味で、「erleben」はErlebnisの動詞形で〈体験する〉であるが、英語訳の「re-experience」では「re」は〈再び〉、「experience」は〈経験する〉で、〈再経験する〉と日本語にはない言葉になり、追体験するというニュアンスはなくなる。

このように、《Erlebnis = lived experience = 体験》《Erfahrung = experience = 経験》という図式が明確に守られているといえる。

2. フッサール Edmund Gustav Albrecht Husserl (1859-1938)

「現象学」の提唱者であるHusserlは、諸学問の基礎づけとして、これまでとはまったく異なる新しい対象へのアプローチである現象学を打ち立てた。Husserlの影響は限りなく大きく、Martin Heideggerをはじめとする20世紀の哲学者に多くの影響を与え、質的看護研究の哲学的基盤として看護学にも強い関連がある。Husserlは主著『イデーン』のなかで、以下のように体験について述べている（Husserl, 1913b/1979）。

体験といえどもやはりまた、完全に知覚されてしまっているものではない。いや、決してそうなるものではない。体験はその全き統一においては、十全的には把握されえない。体験はその本質上、一つの流れであって、この流れの方に反省的目差しを向けながら、

表1 Diltheyの《体験》

・日本語訳

それ（詩〔文学〕）は事件や行為の因果の連鎖を明らかにすることによって、同時に、生の連関においてある事象なりその個々の部分なりに与えられる価値を追体験せしめる。（中略）詩的創造の出発点はつねに個人的体験としての生活経験であり、もしくは、過去現在を問わず他の人間およびそれらの人間がともにあずかっている事件に対する理解としての生活経験である。（上巻p.230）

・原著（ドイツ語）

Indem es eine ursächlich Verkettung von Vorgängen oder Handlungen sichtbar macht, lässt es zugleich die Werte nacherleben, die im Zusammenhang des Lebens einem Geschehnis und dessen einzelnen Teilen zukommen.....Der Ausgangspunkt des poetischen Schaffens ist immer die Lebenserfahrung, als persönliches Erlebnis oder als Verstehen anderer Menschen, gegenwärtiger wie vergangener, und der Geschehnisse, in denen sie zusammenwirkten. (p.125)

・英語訳

At the same time that it makes a causal chain of processes or actions visible, it allows us to re-experience the values that belong to an event and its individual parts through their relation to the context of life.....The point of departure for poetic creation always is life-experience, whether as personal lived experience or as understanding of others in the present or from the past, and of the events in which they interact. (p.251)

われわれは、今の時点から遡って泳いでいてこの流れの跡を追うことはできるが、しかしその際、流れ去った過去の流れの部分は、知覚にとってはもう失われてしまっているのである。ただ過去把持の形式においてのみ、われわれは直接的に流れ去ったものの意識を持つ。もしくはまた、振り返って目差す意識的想起の形式において、直接的に流れ去ったものの意識を持つ (p.192)。

Husserlによると、体験は一つの流れであって、流れ去った過去の流れは知覚にとっては失われてしまったものであるが、反省的眼差しで「注意を向けられ把握されることによって体験は新しい存在様式を獲得し、『区別され』、『際立ったherausgehoben』体験となるのである (Husserl, 1928/1967)。このような考え方は、後述するように、後年 Schütz の思想に大きな影響を与えている。

翻訳に目を向けるために、『イデー』からの引用部分の原文 (Husserl, 1913a [2002]) および Gibson による英語訳 (Husserl, 1913c/1931) を表 2 に示す。

表 2 Husserl の《体験》

・日本語訳

体験といえどもやはりまた、完全に知覚されてしまっているものではない。いや、決してそうなるものではない。体験はその全き統一においては、十全的には把握されえない。体験はその本質上、一つの流れであって、この流れの方に反省的目差しを向けながら、われわれは、今の時点から遡って泳いでいてこの流れの跡を追うことはできるが、しかしその際、流れ去った過去の流れの部分は、知覚にとってはもう失われてしまっているのである。ただ過去把持の形式においてのみ、われわれは直接的に流れ去ったものの意識を持つ。もしくはまた、振り返って目差す意識的想起の形式において、直接的に流れ去ったものの意識を持つ。(p.192)

・原著 (ドイツ語)

Auch ein Erlebnis ist nicht, und niemals, vollständig wahrgenommen, in seiner vollen Einheit ist es adäquat nicht faßbar. Es ist seinem Wesen nach ein Fluß, dem wir, den reflektiven Blick darauf richtend, von dem Jetztpunkte aus nachschwimmen können, während die zurückliegenden Strecken für die Wahrnehmung verloren sind. Nur in Form der Retention haben wir ein Bewußtsein des unmittelbar Abgeflossenen, bzw. in Form der rückblickenden Wiedererinnerung. (p.82)

・英語訳

Even an experience (Erlebnis) is not, and never is, perceived in its completeness, it cannot be grasped adequately in its full unity. It is essentially something that flows, and starting from the present moment we can swim after it, our gaze reflectively turned towards it, whilst the stretches we leave in our wake are lost to our perception. Only in the form of retention or in the form of retrospective remembrance have we any consciousness of what has immediately flowed past us. (p.127)

原文の「Erlebnis」は「experience」と訳されているが、その直後に括弧を置いて原文を併記している。しかも、強調のためにイタリック字体にしている。このことは、「experience」が「Erfahrung」でないことを示すためのものであることは明らかである。

3. ハイデガー Martin Heidegger (1889-1976)

Patricia Benner の著作『現象学的人間論と看護』を通して看護では親しいものになっている Heidegger は、その著書『存在と時間』のなかで、現存在について論じる準備として人間学や心理学、そして生物学を展望するなかで、Dilthey の《体験》について触れている (Heidegger, 1927b/2003)。

W. デイルタイの諸研究は、〈生〉を不断に問いたずねることによって息つくひまもない。この〈生〉の〈諸体験〉を彼は、それらの諸体験の構造連関と発展連関にしたがって、この生自身の全体のほうから了解しようとしてとめる。(p.119)

こう述べたあと、Dilthey の〈生の哲学〉にみられるような「人格性についてなされた現象学的な学的解釈は、原則的にはいっそう徹底的でいっそう見通しのきくものではあるが、そうした現象学的な学的解釈も、現存在の存在への問いという次元のうちへは入りこんでいない」と結論している。

『存在と時間』の別の部分ではこう述べている。

この存在者 (現存在) がそのつど誰であるのかという問いに対する答えは、現存在のいくつかの根本規定性が形式的に暗示されたさいに、一見すでに与えられたように思われる。現存在は、そのつど私自身がそれである存在者なのであり、その存在はそのつど私のもののなのである。この規定は一つの存在論的機構を暗示しているが、しかしまたそのことだけを暗示するものである。ところが同時にこの規定は、現存在というこの存在者がそのつどそれぞれの自我であって他者ではないという存在的な——たとえ粗雑なものではあるにせよ——申し立てを含んでいるわけである。そうだとすれば、誰かは、自我自身、「主体」、「自己」にもとづいて解答されるということになるであろう。誰かは、態度や体験が変化しても同一のものとしておのれを持ちこたえているところのもの、それでいてそのさいこうした態度や体験の多様性に関係づけられているところのものということになるであろう。(p.297)

ここにはHeideggerの《体験》に関する2つの異なる見方があらわれているといえる。すなわち、(1) 体験は孤立した一過性の経験である、(2) 体験は本質的には身体および外界から分離された、内的で心的な出来事である、というものである。

翻訳を比較してみよう。日本語訳から引用した文章(Heidegger, 1927b/2003, p.119)とその原著(Heidegger, 1927a [2001]), およびMacquarrieとRobinsonの英語訳(Heidegger, 1927c/1962)とStambaughによる英語訳(Heidegger, 1927d/1996)を表3に示す。

MacquarrieとRobinsonによる英訳版は、ドイツ語固有の意味を表現すべくさまざまな工夫がされているほかに、巻末にドイツ語の表現の語彙解説(glossary)がついている。「erfahrenはexperienceと訳され、意味はundergoである。erlebenとErlebnisはExperienceと訳され、同属の語にErlebenがあり、その意味はliving-throughであり、詳細はp.72の脚注を参照のこと」と書かれている。脚注のほうは、「Erlebnisはどのようなexperience(Erfahrung)であるわけではなく、私たちが深く感じ、生き抜いた経験のことである。Erlebnisとerlebenを訳すときには大文字のEのExperienceを用いることで、Erfahrungとerfahrenと区別する」というものである。つまり、ExperienceはErlebnisかerlebenの英語訳であり、experienceはErfahrungかerfahrenである。

Stambaugh訳にはあまり脚注がない。前訳で脚注があった強調のための括弧記号付きの「Erlebnisse」も単に「experiences」とされているだけで、ErlebnisとErfahrungの区別はない。しかし、この訳書にも用語集(lexicon)が

ついている。この用語集は英語表現からの索引で、Experience(大文字から始まっていることにはとくに意味はない)はErlebnisで、意味はlived experienceであることが示されている。Experienceはもう一つあって、それはErfahrungで、意味はlearning encounterである。Life, living, liveはひとかたまりでLeben, lebenであることが示されている。

原・渡邊による邦訳と合わせると、《Erlebnis = Experience(living-through) = 体験》もしくは《Erlebnis = experience(lived experience) = 体験》という図式ができあがる。

4. シュッツ Alfred Schütz (1899-1959)

オーストリア出身で、後に米国に渡った現象学的社会学者のSchützは、その主著である『社会的世界の意味構成』のなかで独自の行為理論を展開している。そのなかで《体験》は重要な位置を占める(Schütz, 1932b/1982)。Schützは時間の概念の導入によって〈有意味的な体験〉と〈意味のない体験〉とを区別している。

持続の流れの方向のなかで素朴に生を送る場合、そこにはただ流動的で、境界のない、相互に絶えず移行し合っている体験が見られるだけである。(p.67)

体験された体験に注意を向けることによって、私は反省作用において純粹持続流から、流れのなかで素朴に生を送ることから外に出る。そのようにして体験は、把握され、区別され、際立たされ、境界づけられる。位相的に体験作用のなかで持続経過の方向において構成された体験が、今度は構成された体験として眼差しのなかに捉えられるのである。位相的に構築されたものが、今度は反省もしくは再生(素朴な把握における)いずれかの配慮によって、「既成の」体験として他のあらゆる体験から鋭く境界づけられるようになるのである。(p.68)

経過し生成したある体験に配慮しつつ、これを持続のなかの他のあらゆる体験からはっきりと区別したものととして際立たせるような反省的眼差しが、この体験を有意味的なものとして構成する。(p.97)。

Schützのいう「意味のある体験」とは、時間の流れのなかで素朴に構成されていく体験が反省的な眼差しによって区別されて、構成された体験としてとらえなおされた体験のことであり、この意味のある体験(〈有意味的な体験〉)が行為につながるということは、質的研究のデータを分析することに対する極めて重要な示唆である。

翻訳を比較するために佐藤による日本語訳(Schütz, 1932b/1982, p.68)とそれに対応する原文(Schütz, 1932a)およびWalshとLehnertの英語訳(Schütz, 1932c/1967)を

表3 Heideggerの《体験》

・日本語訳

W. デルタイの諸研究は、〈生〉を不断に問いたずねることによって息つくひまもない。この〈生〉の〈諸体験〉を彼は、それらの諸体験の構造連関と発展連関にしたがって、この生自身の全体のほうから了解しようとつとめる。(p.119)

・原著(ドイツ語)

W. Diltheys Forschungen werden durch die ständige Frage nach dem »Leben« in Atem gehalten. Die »Erlebnisse« dieses »Lebens« sucht er nach ihrem Struktur- Entwicklungszusammenhang aus dem Ganzen dieses Lebens selbst her zu verstehen. (p.46)

・英語訳(Macquarrie & Robinson)

The researches of Wilhelm Diltthey were stimulated by the perennial question of 'life'. Starting from 'life' itself as a whole, he tried to understand its 'Experiences' in their structural and developmental inter-connections. (p.72)

・英語訳(Stambaugh)

W. Diltthey's investigations are motivated and sustained by the perennial question of "life". Starting from "life" itself as a whole, he attempts to understand its "experiences" in their structural and developmental interconnections. (p.44)

表4 Schützの《体験》

・日本語訳

持続の流れの方向のなかで素朴に生を送る場合、そこにはただ流動的で、境界のない、相互に絶えず移行し合っている体験が見られるだけである。(p.67)

経過し生成したある体験に配慮しつつ、これを持続のなかの他のあらゆる体験からはっきりと区別したものとして際立たせるような反省的眼差しが、この体験を有意味的なものとして構成する。(p.97)

・原著（ドイツ語）

Das schlichte Hinleben in der Richtung des Dauerflusses findet nur fließende, unabgegrenzte, ineinander stetig übergehende Erlebnisse vor. (p.145)

Der reflexive Blick, der sich einem abgelaufenen, entwordenen Erlebnis zuwendet und es so als ein von allen anderen Erlebnissen in der Dauer wohlunterschiedenes heraushebt, konstituiert dieses Erlebnis als sinnhaftes. (p.173)

・英語訳

If we simply live immersed in the flow of duration, we encounter only undifferentiated experiences that melt into one another in a flowing continuum. (p.51)

The reflective glance singles out an elapsed lived experience and constitutes it as meaningful. (p.71)

表4に示す。

前者の引用ドイツ語文では、Erlebnisse (Erlebnisの複数形) という単語が用いられているが、それを論ずる文脈からはただ時間の経過に合わせて、そのときそのときに経験している意味のない体験であるところから、英語訳では experiences という言葉が当てられている。後者では、反省的な眼差しによって有意味な体験となることを述べているところから lived experience と訳されている。Erlebnis の本来の意味を生かした、丁寧な翻訳といえよう。

佐藤による邦訳と合わせると、《Erlebnis = lived experience = (有意味な) 体験》という図式ができあがる。

5. ガダマー Hans-Georg Gadamer (1900-2002)

ドイツにおける「Erlebnis」という語について、独自の〈哲学的解釈学〉で現代思想界に大きな影響を与えたGadamerが、その著書である『真理と方法』のなかで詳述している(1960b/1986)。

「体験 Erlebnis」という語がドイツ語の文献のなかに出現する事例を調べてみると、「体験する Erleben」という語の場合と違って、19世紀も70年代になってようやく普通に用いられるようになったという、驚くべき結果が得られる。18世紀においては、「体験」という語はまだ現われておらず、シラーやゲーテもこの語を用いていない。(p.86)

「体験する」という動詞は名詞の「体験」よりもずっと古くから用いられ、ゲーテ時代において多く見られるものであるが、ここでは、「erleben 体験する」という動詞から派生した「Erlebnis 体験」という語が問題であるから、この新しい造語を行なった動機を「erleben」という語の意味分析をすることによって考えなければならない。(pp.86-87)

ところで、〈erleben〉とは、なによりもまず、「なにかあることが起きるときに、まだ生きていてその場に居合わせること」をいう。(中略)つまり、体験されたものはつねに自ら体験したものなのである。(p.87)

しかしながら同時に、「体験されたもの das Erlebte」という表現形式は、そこで体験されることの持続的な内実をそのような表現によって表示する意味で用いられる。この内実とは、体験という過ぎ去っていくものから、持続や、重さや意味を獲得した成果(Ertrag)ないし結果(Ergebnis)のようなものである。したがって、「Erlebnis」という造語の根底には、明らかに、いま述べたふたつの意味の方向がある。すなわち、あらゆる解釈や咀嚼や媒介に先立って、解釈には手がかりのみを、咀嚼には素材のみを提供する直接性という意味と、その直接性をもとに追求された成果ないし、その直接性の持続的な結果というふたつである。(p.87)

このようにGadamerは、歴史的にみるとErlebnisという語は造語されたものであり、造語したのは、その場において経験するという意味だけでなく、そこから獲得した重さや意味を含んだ語であることを示す必要があったからであることを明らかにしている。

表5 Gadamerの《体験》

・日本語訳

「体験 Erlebnis」という語がドイツ語の文献のなかに出現する事例を調べてみると、「体験する Erleben」という語の場合と違って、19世紀も70年代になってようやく普通に用いられるようになったという、驚くべき結果が得られる。18世紀においては、「体験」という語はまだ現われておらず、シラーやゲーテもこの語を用いていない。(p.86)

・原著（ドイツ語）

Die Untersuchung des Auftreten des Wortes »Erlebnis« im deutschen Schrifttum führt zu dem überraschenden Resultat, daß es im Unterschied zu »Erleben« erst in den 70er Jahren des 19. Jahrhunderts üblich geworden ist.

・英語訳

It is surprising to find that, unlike the verb erleben, the noun Erlebnis became common only in the 1870s. In the eighteenth century it is not to be found at all, and even Schiller and Goethe do not know it. (p.53)

翻訳についての考察のために引用箇所最初の部分の日本語訳と原文（1960a）およびWeinsheimerとMarshallによる英訳を表5にあげる（1960c/1975）。

英語訳ではGadamerの主著の鍵概念の語である「Erlebnis」については、その類縁語も含めて原語のままで取り扱っている。これに対して轡田他による邦訳は、原語と対応する日本語とを併記することによって、理解を促進するとともに、いま論じられている「体験」の語がドイツ語の「Erlebnis」であることもはっきりと指示している。この原語主義は、娯楽小説の類ではない、哲学的著作の翻訳のひとつのあり方を示しているといえる。

Ⅲ. 《体験》と《経験》の文献的考察

ここまで長い引用を付して検討してきた哲学者たちの《経験》および《体験》の意味を、整理し、質的看護研究に示唆することについて考察する。

Diltheyの哲学において《体験》は、「心的生」（Seelenleben）の個々の事象の連関に支えられ、全体と連関しており、この全体的連関にもとづいて個々の部分を把握するものであった。そのようなものとしての《体験》は、Husserlにおいては一つの流れであり、過ぎ去った流れは知覚にとっては失われたものであるが、反省的目差しをもって注意を向けると、区別され際立った《体験》となるものとされていた。《体験》を一つの流れとみる点はHeideggerの哲学も類似していたが、Heideggerにおいては《体験》が孤立した一過性の経験であるとともに、身体および外界から分離された内的で心的な出来事と捉える点が特徴的であった。一方、Gadamerは、何かあることが起きるときにまだ生きていてその場に居合わせることを《体験》と呼び、《体験》における身体や精神のはたらきを重視するとともに、ただ過ぎ去っていかうとする流れに持続や重さや意味を獲得することを《体験》の特徴とみる点で、DiltheyやHusserlに類似していた。また、DiltheyやHusserl、Gadamerが指摘した《体験》における反省的目差しの重要性は、Schützの哲学においても同様に確認された。すなわち、《体験》は〈意味のない体験〉と〈有意味的な体験〉とに区別されており、〈有意味的な体験〉とは、時間の流れのなかで素朴に構成されていく体験（意味のない体験）が、反省的な目差しによって把握され、区別され、際立たされ、境界づけられて構成された体験としてとらえなおされた体験のことであった。

これらの知見に基づき、質的研究における《体験》の意味について改めて考えてみる。質的看護研究が明らかにしようとする患者・家族や看護師の《体験》とは、環境との相互作用を通して精神も身体も変化し続けながら存在して

いる患者・家族や看護師の生きざま、すなわちDiltheyがいうところの「心的生」であると考えられる。この「心的生」は、時間の経過に沿って過ぎ去る過程とは異なり、患者・家族や看護師が反省的な目差しによってとらえなおした〈有意味的な体験〉であるという特徴を有すると考えられる。

こうした意味での〈心的生〉や〈身体性〉、〈反省性〉を重視した《体験》観をもつ研究では、その理論的基盤に（意識的か無意識的かは研究者次第だが）DiltheyからHusserl、Gadamer、Schützに引き継がれてきた生の哲学や解釈学を置いている可能性が考えられる。一方で、身体および外界から分離された内的で心的な一過性の出来事を重視した《体験》観をもつ研究では、その理論的基盤にHeideggerの哲学を置くか、〈体験〉という語を用いずに、その語意により近い〈経験〉という語を用いている可能性が考えられる。

しかし、看護学の主たる対象が〈身体性〉を備えた人間存在である点から鑑みるに、純粹に〈経験〉的な現象を取り扱うことは困難であると考えられる。そうした事情が、日本の看護学研究論文では「経験」よりも「体験」を明らかにすることを目的とした研究が圧倒的に多いこと（中木・谷津・神谷、2007）の一つの理由なのかもしれないし、また、看護学が現象学や解釈学の影響力を強く受けていることのあらわれとも考えられる。

ところで、日本語で「経験」と「体験」と訳されている「Erfahrung」と「Erlebnis」は、ドイツ語では意味内容が区別して使用されていた。「Erfahrung」という語は、〈走る〉や〈進む〉、〈通り過ぎる〉という意味の動詞「fahren」に、〈獲得〉や〈創出〉、〈結果〉の意味を付与する接頭辞「er-」がついて〈経験する〉と訳される動詞「erfahren」の名詞形である。一方、「Erlebnis」は、英語の「live」にあたる動詞「leben」に接頭辞「er-」がついて〈体験する〉と訳される動詞「erleben」の名詞形である。動詞「leben」は〈生きている〉〈暮らしている〉〈住んでいる〉という意味であるので、「Erlebnis」はそれらを通して獲得されるものを指していることは容易に納得できる。

張江（1999）は「反省作用を仲立ちに峻別することによって行為論における意味問題を基礎づけようとしたSchützの主著の英訳版では、《Erfahrung = 経験 = experience》に対して、《Erlebnis = 体験 = lived experience》とされている」と、これらの語が英語に翻訳される時点で工夫があったことを示唆している。

看護研究論文などで見られる「生きられた経験」は英語の「lived experience」の直訳であることは容易に想像がつくが、この「lived experience」という術語がドイツ語の単語からきていることが明らかになったいま、《体験》と《生

きられた経験》が同じドイツ語から発した言葉であること
を理解したうえで用語を定義する必要がある。

と同時に, lived experienceの直訳語と思われる「生きら
れた経験」が論文中に用いられることで, Erlebnisという
語の概念のもつ〈ひとかたまり〉(cluster)としての意味
伝達が失われる危険性を自覚することも必要である。「生
きられた経験」という語はいかにも引っかかりのある語感
で, この引っかかりの効果を生かして, あえて脚注もなく
使用してこの鍵概念を印象づけるのは確信犯的手法といえ

よう。

日本の看護研究で用いられる質的研究方法は, 上述した
ドイツ語を用いる哲学者たちに端を発する現象学や解釈学
を学んだ米国の看護学者からの影響が大きく, その著作で
ある英語文献ならびに邦訳文献が主たる情報源となるた
め, いきおい概念伝達の不備が助長されるとともに, なか
でも邦訳文献においては日常語との区別があいまいになり
がちであるため, 注意が必要と考える。

要 旨

本研究の目的は, 《体験》(ドイツ語の《Erlebnis》の日本語訳)を自己の哲学の鍵概念としているドイツ語圏
の哲学者たちが用いる《体験》という語の哲学的意味を明らかにし, 日本の質的看護研究において使用する「体
験」と「経験」を考察することである。

Dilthey, Husserl, Heidegger, Shütz, Gadamerの文献を検討した結果, 質的看護研究が追究しようとする《体
験》の多くは, Diltheyがいうところの〈心的生〉であり, かつ研究の対象となる患者・家族や看護師が, 自ら
の体験を反省的な眼差しによってとらえなおした〈有意味な体験〉であると考えられた。さらに, そうした研究
は, その理論的基盤をDiltheyからHusserl, Heidegger, Shütz, Gadamerに引き継がれてきた生の哲学や解釈学に
置いていることが示唆された。

Abstract

The objectives of this paper include, first, clarifying philosophical significance in “TAIKEN” (a traditionally translated
Japanese word of German “Erlebnis”) that German-speaking philosophers used as a key concept of their philosophy. The
second objective is to discuss the meaning of “TAIKEN” and “KEIKEN” in nursing qualitative researches in Japan.

As a result of the literature-review written by Dilthey, Husserl, Heidegger, Shütz, and Gadamer, it was thought that “TAI-
KEN”, the nursing researchers often explored in a qualitative way, means “SIN-TEKI-SEI” what Dilthey calls “Seelenleben”,
and “YUU-IMI-NA-TAIKEN” (Erlebnis als sinnhaftes) that was apprehend in retrospect by patients or nurses as research
subjects. Furthermore, it was suggested that the researches which explored “TAIKEN” had the theoretical base in philosophy
of life (Lebensphilosophie) and/or hermeneutics carried from Dilthey to Husserl, Heidegger, Shütz, and Gadamer.

文 献

- Burns, N. & Grove, S.K. (2009). The Practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence. 51. Saunders/Elsevier.
- Dilthey, Wilhelm/丸山高司. (1894/2003). 記述的分析の心理学. 大野篤一郎・丸山高司編集: デルタイ全集第3巻「論理学・心理学論集」. 637-756. 法政大学出版会.
- Dilthey, Wilhelm/外山和子. (1900/2003). 解釈学の成立. 大野篤一郎・丸山高司編集: デルタイ全集第3巻「論理学・心理学論集」. 841-872. 法政大学出版会.
- Dilthey, Wilhelm (1905a). Das Erlebnis und die Dichtung. Teubner Verlagsgesellschaft.
- Dilthey, Wilhelm/柴田治三郎. (1905b/1961). 体験と創作 (上). 岩波書店 (岩波文庫).
- Dilthey, Wilhelm/Rodig, C. (1905c/1985). Goethe and the Poetic Imagination. Poetry and Lived Experience. 235-302. In Makkreel, R. A., & Rodig, F. (eds). Poetry and Experience. Wilhelm Dilthey Selected Works Volume V. Princeton Academic Press.
- Fagerhaugh, Shizuko Yoshimura. (1982). 看護研究における参加観察法, 看護研究. 15(3). 246, 1982.
- Gadamer, Hans-Gerog/Weinsheimer, J. & Marshall, D.G. (1960a/1975).

Truth and Method. Continuum.

- Gadamer, Hans-Gerog/轡田 収・他. (1960b/1986). 真理と方法 I. 法政大学出版会.
- Gadamer, Hans-Gerog (1960c [1990]). Wahrheit und Methode, Bd. 1. Hermeneutik. J. C. B. Mohr (Paul Siebeck) Tübingen.
- 張江洋直 (1999). 経験とメディア, メディア研究の基礎論のために. 稚内北星学園短期大学紀要. 12: 17-28.
- Heidegger, Martin (1927a [2001]). Sein und Zeit. Max Niemayer Verlag Tübingen.
- Heidegger, Martin/原 佑・渡邊二郎. (1927b/2003). 存在と時間. I. 中央公論新社 (中公クラシックス).
- Heidegger, Martin/Macquarrie, J. & Robinson, E. (1927c/1962). Being and Time. Blackwell Publishing.
- Heidegger, Martin/Stambaugh, J. (1927d/1996). Being and Time. State University of New York Press.
- Husserl, Edmund Gustav Albrecht (1913a [2002]). Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Max Niemayer Verlag Tübingen.
- Husserl, Edmund Gustav Albrecht/渡辺二郎. (1913b/1979). イデーン. I - I. みすず書房.
- Husserl, Edmund Gustav Albrecht/Gibson, W. R. Boyce (1913c/1931).

- Idea, General Introduction to Pure Phenomenology. George Allen & Unwin.
- Husserl, Edmund Gustav Albrecht/立松弘孝 (1928/1967). 内的時間意識の現象学. みすず書房.
- 中木高夫, 谷津裕子, 神谷 桂. (2007). 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.
- Schütz, Alfred (1932a [2004]). Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt, Eine Einleitung in die verstehende Soziologie. In Alfred Schütz Werkausgabe Band II. UVK Verlagsgesellschaft.
- Schütz, Alfred/佐藤嘉一 (1932b/1982). 社会的世界の意味構成. 木鐸社.
- Schütz, Alfred/Walsh, G. & Lehnert, F. (1932c/1967). The Phenomenology of the Social World. Northwestern University Press.

〔平成22年5月31日受付〕
〔平成23年12月1日採用決定〕

児童養護施設職員が被虐待児とのかかわりを進展させるプロセス

Processes Used by Staff of Children Protection Institution to Develop Relations with Abused Children

佐藤 幸子
Yukiko Sato

佐藤 志保
Shiho Sato

山口 咲奈枝
Sanae Yamaguchi

古瀬 みどり
Midori Furuse

キーワード：養護施設，虐待，子ども，かかわり，プロセス

Key Words：children protection institution, abuse, child, relations, process

緒 言

日本において、子どもの虐待に関する相談は平成10年頃より急激に増加し、いったん横ばい傾向が見られたものの、その後依然として増加している¹⁾。また、子どもの安全を守るために、母子分離を余儀なくされる子どもも増えている。この母子分離の受け入れ先として、養護施設が重要な役割を果たしている。近年では、児童養護施設における被虐待児の入所児童に占める割合が60%を超える状態となっており、児童養護施設が被虐待児の保護施設としての性格をますます強めている²⁾。虐待を理由に養護施設に入所する子どもにおいては、虐待が深刻なケースが多く、身体的な負傷や発育不良などとともに、心理的な影響も大きく受けている。石³⁾は養護施設に入所している子どもの行動特徴を、子どもの行動チェックリスト(CBCL 4-18)を用いて調査し、入所中の子ども39人中15人が何らかの心理的な治療が必要な臨床群であることを明らかにしている。大原⁴⁾もCBCL 4-18を用いた調査において、施設入所中の子どもは対照群に比べ「身体的訴え」を除くすべての下位尺度で行動特徴が高いことを報告しており、これらの行動特徴は、虐待の心理的影響を表していると考えられる。また、ウェクスラー知能検査(WISC III)において発達検査を行った調査では、言語性知能指数(VIQ)が施設入所群のほうが低く、動作性知能指数(PIQ)よりもVIQのほうが低いことが報告され⁵⁾、発達面における影響も生じていると考えられる。虐待の対策として予防活動を推進するとともに、様々な影響を受けている子どもに心理的なケアを提供することが重要であり、心理的なケアが効果を発揮すれば、虐待の世代間伝達を遮断し、将来の虐待予防につながることも期待できると考える。

小児看護における被虐待児の心理的ケアの重点課題は、子どもの権利を守り⁶⁾、子どもが基本的な信頼感を取り戻し、安定した人間関係を築くことであり⁷⁾、それらを基盤

にして、子ども本来の発達を促すことである。被虐待児の心理的ケアを行ううえでは、心理療法とともに、毎日の生活のなかでこれらの課題を達成することが重要であると指摘されており^{8)~10)}、これは、環境療法という概念と共通性が高い。

環境療法とは、子どもの心理的・行動的問題を、日常生活における子どもの具体的な行動によって理解し、また、それらの解決に向けた援助を、子どもの生活環境内で生じるさまざまな日常的局面に即しながら、子どもとの日常的なやり取りを通して行おうとするもので¹¹⁾、施設の生活場面全体を治療環境としてとらえて活用する⁹⁾。環境療法は、施設の生活場면을捉えて活用するものではあるが、子どもにとって重要な心理的ケアとなるという側面から、福祉だけでなく看護や保健においても活用できる重要な概念である。そして、この環境療法のなかで、子どもがストレスへの対処を学ぶことが重要である^{12), 13)}。なぜなら、ストレス対処法等の社会的スキルはさまざまな生活の局面で学ぶことができるものであり、人間関係のなかで適応していくうえで必要になるからである。欧米ではこの環境療法が入所型施設のケアの基礎として位置づけられている¹⁴⁾。わが国においても重要性が指摘され¹¹⁾、養護施設における被虐待児の増加に伴い、今後ますます重要になってくると思われる。この環境療法を行ううえでは、恐ろしいことが起こらない平凡な毎日の繰り返しのなかで、良好な人間関係の形成が重要⁷⁾である。生活のなかで心理的発達を遂げるためには、通常は良好な親子関係のもとで安定した生活をする必要があるからである。子どもの場合は24時間の生活は他者からの保護的環境のなかで、通常は保護的母子関係のなかで整えられ、その結果として健全な心理的発達が促されるため、良好な人間関係形成は、環境療法としての心理的ケアの中核となると考えられる。精神的な健康を向上させるために24時間の生活を整えることは小児看護の重要な目標でもあるため、被虐待児と良好な人間関係を形成

することは看護においても同様に重要になってくる。

しかしながら、虐待を受けてきた子どもは関係性の形成に不安をもち、拒否や怒りの行動を表してくるなど、人間関係形成が難しいことが多い。実際、被虐待児の心理的被害の中核は一時的対象関係形成の失敗に由来するため、その病理は新たな養育者となる職員との関係に展開され、職員はその関係性に巻き込まれることが多く、これらに対処しなければならないため、疲弊も大きいと言われている¹⁵⁾。また、職員の対応困難の要因として、子どもの理解の困難、自分自身の感情への対処、疲労感などがあげられている¹⁵⁾。さらに、職員の対応の仕方が不適切であると、二次的な外傷体験を経験することも指摘されている¹⁶⁾。また、これらの職員の困難感、入院中の被虐待児とのかかわりにおいても同様に見られることである。

I. 研究目的

そこで、これらの対応困難なかわりを進展させるプロセスを明らかにすることが、環境療法に取り組む際に重要になると考えられるが、これまでにそのような研究は見当たらない。本研究の目的は、養護施設職員が被虐待児とのかかわりを進展させるプロセスを明らかにし、環境療法を行う基盤形成に必要な被虐待児とのかかわりを推進させるための方法について考察することである。

なお本研究において、養護施設職員と被虐待児とのかかわりとは「養護施設の職員が被虐待児に対して行う生活支援上の態度や行動」と定義する。

II. 研究方法

1. 研究対象

東北地方の県庁所在地にある児童養護施設に勤務し、生活の支援（保育）にかかわる職員18名中同意の得られた11名を対象とした。今回、児童養護施設の職員を対象としたのは、被虐待児と新たなかわりを始めることが日常的に行われている施設であるためである。また、施設は、入所の半数以上が被虐待児である施設を選択した。

2. 調査期間

調査は平成20年8月から9月に行った。

3. 調査方法

調査は半構成的面接を実施した。調査は勤務直前や勤務終了後の職員の都合に合わせて行った。面接時間は45分から60分とし、面接の場所は、施設の一室を借りて、プライバシーを守るため他者が入室しない条件下で実施した。面

接内容は以下のインタビューガイドを作成し、ガイドに基づいて実施した。

- ① 子どもたちにかかわって気づくこと
- ② 子どもたちにどのようにかかわっているか
- ③ 子どもたちの変化について

なお、インタビューの内容は承諾を得てからICレコーダーに録音した。録音の同意が得られなかった場合は、メモをしながらインタビューを行った。

4. 分析方法

データ分析は『修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、M-GTAとする）』^{17), 18)}に基づき実施した。職員の子どもへのかかわりはさまざまな人との相互作用を通したプロセス的要素があると考え。そのため、人間の行動、他者との相互作用の変化を説明できるM-GTAが分析に適していると判断した。

M-GTAでは分析焦点者と分析テーマを設定する。本研究では分析焦点者を養護施設職員とし、分析テーマを被虐待児とのかかわりとした。

分析の手順は、まずインタビューした内容から逐語録を作成し、逐語録を熟読した。分析テーマと関連の強い文脈に注目し、データを説明する概念を生成した。そして、データ分析が恣意的に進まないように、継続的比較分析を行った。次に、生成された複数の概念間の関係性からサブカテゴリーを生成した。次のサブカテゴリー間の関係性からさらなるカテゴリーを生成した。生成された概念、サブカテゴリー、カテゴリーを構成要素とする結果図ならびにストーリーラインを作成し、研究テーマである『養護施設職員が被虐待児とのかかわりを進展させるプロセス』について説明した。

なお、本研究では質的研究の信用可能性を確保するために、専門家間審議を実施した。専門家間審議は母子看護学を専門とする大学教員で行い、また、M-GTAに精通する大学教員のスーパービジョンを継続して受けた。また、解釈、定義、概念名がデータに密着しているかの検討を繰り返し行った。

5. 倫理的配慮

本研究は、山形大学医学部倫理委員会の審査を受け承認を得た。対象施設の施設長から承諾を得たのち、対象者には書面と口頭により、研究目的、調査内容を説明し同意書をもって同意を得た。インタビューは匿名で行い、対象者のプライバシーは守られること、そして研究への協力は自由意思であり、調査の協力で同意した後でも、途中で中止することは可能であることを保証し、インタビューを実施した。また、あらかじめインタビュー内容をテープに録音

すること、分析後は録音内容を破棄すること、分析結果は論文としてまとめ、学会等で発表することを説明した。録音についても同意書にて同意を得ることとし、同意が得られない場合はメモの許可を得た。

Ⅲ. 結 果

1. 施設および対象者の概要

児童養護施設の入所者数は40名弱であり、そのうち約75%の入所理由が虐待であった。虐待の種類で最も多いのはネグレクトであった。保育体制はユニット制であり、食事や入浴などはユニットごとに運営されていた。

対象の内訳は保育士が3名、生活指導員7名、施設長1名で男性3名、女性8名であった。また、対象者の平均年齢は 38.1 ± 7.7 歳、専門職としての平均経験年数は 6.7 ± 4.4 年であった。心理療法士は今回の対象のなかにはいなかった。今回は、施設長についても、日常的に被虐待児とのかかわりをもって接していたことから、対象に含めた。また、児童養護施設の勤務年数の少ない職員も含まれていたが、その職員の経験も一連の分析プロセスに包含されると考え、分析対象とした。

2. 分析結果

インタビューのデータを分析した結果、3つのカテゴリーと8つのサブカテゴリー、そして21の概念が生成された。分析の最小単位である概念を〔 〕で示す。カテゴリーは《 》で示し、サブカテゴリーは〈 〉で示す。また、具体例については「 」で示す。まず、分析の結果であるストーリーラインとそれを説明する結果図（図1）を示した。

a. ストーリーライン

《かかわり進展》カテゴリーでは〔試し行動へのかかわりの難しさ〕〔生活習慣作りの難しさ〕〔いじめや喧嘩への対応〕〔おびえや不安へのかかわり〕などの〈子どもとの困難なかかわり〉から、〈子どもを個別に理解する〉、そして〈方針を持った子どもへのかかわり〉へと推移していた。〈子どもを個別に理解する〉には〔その子らしさの理解〕〔子どものサインの読み取り〕が含まれ、〈方針を持った子どもへのかかわり〉には子どもに〔普通の生活体験をさせる〕〔大事にされている体験をさせる〕〔大切なことを言葉で伝える〕があった。

〈子どもとの困難なかかわり〉は《かかわりを進展させる原動力》カテゴリーに影響していた。このカテゴリーには3つのサブカテゴリーが含まれていた。〈子どもの行動の解釈〉には子どもの〔行動と育ってきた生活をつなげる〕

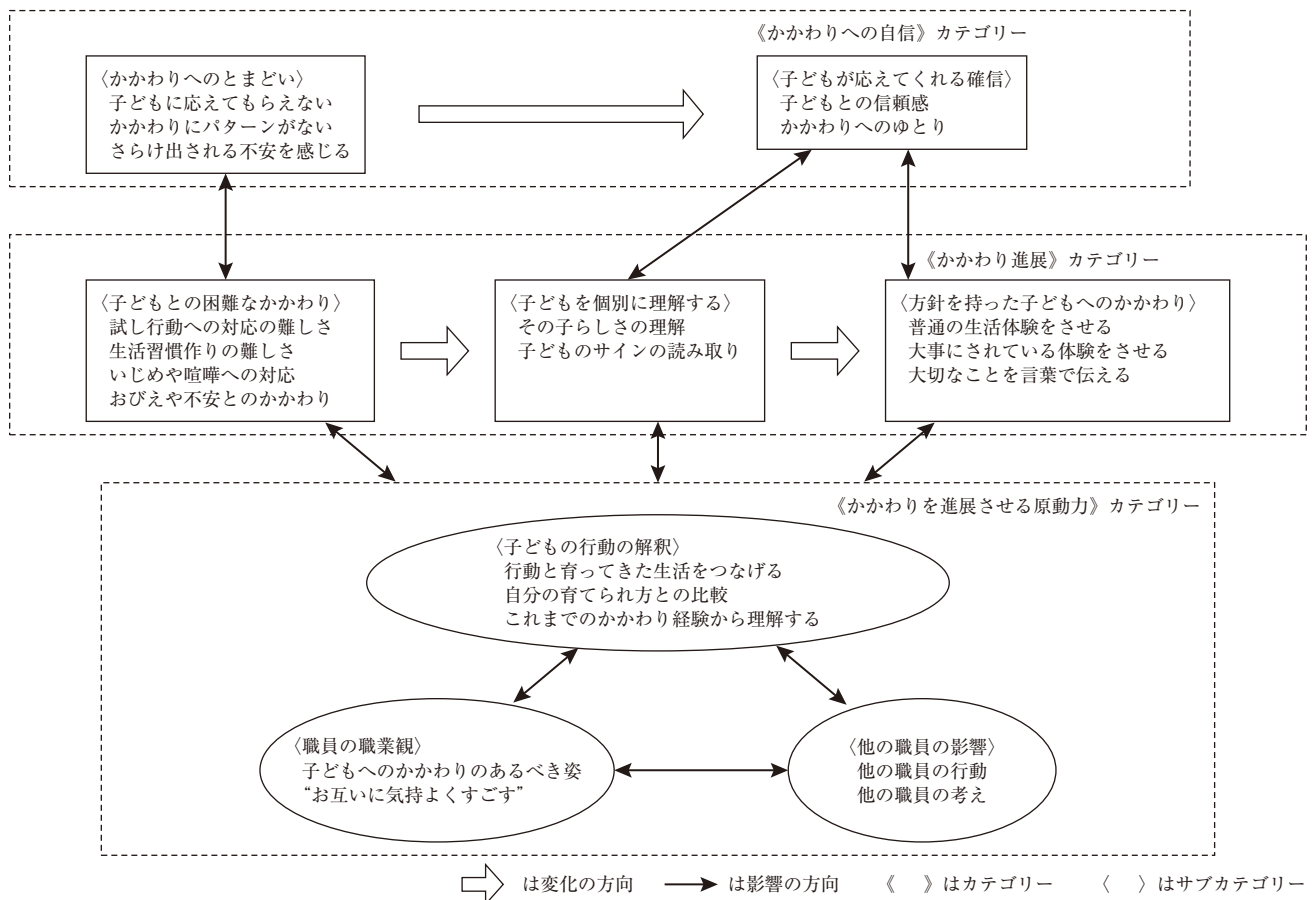


図1 養護施設職員が被虐待児とのかかわりを進展させるプロセス

や、子どもの行動と「自分の育てられ方との比較」、そして「これまでのかかわり経験から理解する」が含まれていた。〈職員の職業観〉には「子どもへのかかわりのあるべき姿」、職員と子ども「お互いに気持ちよく過ごす」があり、〈他の職員の影響〉には「他の職員の行動」「他の職員の考え」が含まれていた。この3つのサブカテゴリーは相互に影響しあい、さらに《かかわり進展》カテゴリーの〈子どもとの困難なかかわり〉と影響しあっていた。

また、《かかわりを進展させる原動力》の影響を受け、《かかわり進展》カテゴリーの〈子どもとの困難なかかわり〉から、〈子どもを個別に理解する〉、そして〈方針を持った子どもへのかかわり〉へと推移していた。

〈子どもとの困難なかかわり〉から《かかわりへの自信》カテゴリーの「子どもに伝えてもらえない」「かかわりにパターンがない」「さらけ出される不安を感じる」など子どもに対する〈かかわりへのとまどい〉が生じていた。また、〈子どもを個別に理解する〉や〈方針を持った子どもへのかかわり〉の影響を受け「子どもとの信頼感」「かかわりへのゆとり」などの職員の〈子どもが応えてくれる確信〉へと推移していた。

b. 各カテゴリー、サブカテゴリーと概念

各カテゴリーとサブカテゴリーを構成する概念と具体例について以下に示す。

(1) 《かかわり進展》カテゴリー

子どもに対する態度や行動に関するカテゴリーである。〈子どもとの困難なかかわり〉と〈子どもを個別に理解する〉と〈方針をもった子どもへのかかわり〉の3つのサブカテゴリーからなる。

〈子どもとの困難なかかわり〉には「試し行動へのかかわりの難しさ」「生活習慣づくりの難しさ」「いじめや喧嘩への対応」「おびえや不安へのかかわり」の4つの概念が含まれていた。

① 「試し行動へのかかわりの難しさ」

定義：自分の言動をよく見ていて、自分がどのような場面でもどのような反応を取るのか、子どもが試してくると感じ、対応するのが難しいこと。

具体例としては、「虐待で入ってきた子は職員を信用できない。で、ためしで子どもたちが職員にかかわっていることが多い。たとえば、素直に聞かないで『いやだ』とか『なにになににせに』とか、で、それに対して職員がどう反応するか、自分をどう受け入れてくれるのか（略）わざと反対の言葉を言ったりとか。それに対して職員がどうかかわってくれるんだろうか、というのを見ている。職員も人間なので、感情が先になる。何でそんなこというんだ、とか言ったりします。だから、駆け引き、お互いに駆け引きをしてるかなという感じはします」や「イメージ的には

暴力的な子とか、愛情に飢えていると思っていたが、言動とかすべてにおいて試される。すべてはね返されてくる」などがあつた。

② 「生活習慣づくりの難しさ」

定義：年齢に応じた生活習慣が身についておらず、習慣づくりが難しいこと。

具体例としては、「お風呂に入るとしますよね。体の洗いが雑だったり、毎日お風呂入るっていうことを知らなかったり、体の洗い方とかわからない子が結構多い。お風呂とか、あと汚れた服着てても気にならない。小学校低学年ぐらいだと、職員と一緒に入って洗いを教えるっていうこともできるんですけど、大きくなると一緒に入ることを拒むので、なかなか難しいですね」や「例えば鼻をかんて、ごみ箱に入らなくて、そのままにしても気にならない、とか。整理整頓もできない」などがあつた。

③ 「いじめや喧嘩への対応」

定義：年下の子どもがいじめられたり、喧嘩が大きくならないように調整することが難しいこと。

具体例として「私は泣き声で駆け寄ったときに、3歳ぐらいの男の子が、殴る蹴るされてたときに、やっぱりその現場しか見ていないので、『何やってんの』ってかばったときに、その子が私がかばったことでますますハイになっちゃって、そのときの力っていったらすごかったので、ま、私に対してだったんだろうけども、すごかったです」や「私は、腕相撲しようといわれたら絶対負けないようにしていた。自分より強い人がいると（子どもは他の子に）何もしないし、いなくなるといういじめ」などがあつた。

④ 「おびえや不安へのかかわり」

定義：おびえや不安が強い子どもとかかわるのが難しいこと。

具体例として「その子は怒られるのにすごく敏感で、ブルブル震えちゃったりして、はい、高校生のお兄ちゃんに怒られてもブルブル震えてきて」や「5月ぐらいに、話しかけてきて『僕ね、小さいころにね、お父さんにね、首こうやってつかまれてね、こうやって上にあげられたんだよ』って、中学1年生の子が私に言ってきて、そして「暗いと寝れないとか、1人ではいやだとか、高学年になると1人部屋なんて子ども、私寝てから電気消してとか」などがあつた。

〈子どもを個別に理解する〉は、子どもの行動を解釈することによって子どもの行動の個別の背景を理解し、個々の子どもが何を望んでいるのかを理解することで、「その子らしさの理解」「子どものサインの読み取り」の2つの概念が含まれていた。

⑤ 「その子らしさの理解」

定義：子どもをとる言動や過去の体験から、子ども1人

1人を個別に理解し、その子どもらしい対応の仕方が理解できること。

具体例としては「(学校や幼稚園で何かあったとき)その子は帰ってきた瞬間にわかります。顔見たらもうわかります。それは勘です。聞いてほしいオーラっていうのは、私のまわりをうろろうしていたり、そういうときは、何かあったか、って聞くんですけど」や「彼の場合はPTSDも入っていた子なので、人の気持がわからなく、こうされたら嫌だっていうのがわからない。理解できなくて、この子叩いたら相手は痛いとか、っていうのがわからなかったりとか、普通の生活のことでもものすごく『あれっ』て思うことがあったんですけど。わかってくと話しが通じるようになる」などがあつた。

⑥ [子どものサインの読み取り]

定義：子どものちょっとした行動や発言から、いま子どもが何を望んでいるのかを読み取って対応しようとする事。

具体例としては、「聞いてほしいオーラっていうのは、私のまわりをうろろうしていたり、そういうときは、何かあったか、って聞くんですけど、完全に引きこもったりしているときは、自分からは行かない。暗い顔をしていても、リビングにいるときは、ア一話聞いてほしいのかなって思う」や「普通の会話のなかで子どもが出してきたこと、いろんなサインを出してくると思うので、それに対してかかわったりとか、しています」などがあつた。

〈方針をもった子どもへのかかわり〉には「普通の生活体験をさせる」[大事にされている体験をさせる][大切なことを言葉で伝える]の3つの概念が含まれていた。

⑦ [普通の生活体験をさせる]

定義：自分たちが育ったように普通の生活を体験させてあげること。

具体例としては、「自分たちが育ったみたいに普通に育ててあげたいと思う。運動会や行事だったら、ちゃんと応援に行ったりとか、普通の生活、歯磨きするときになったら歯磨きしたかとか、おねしょしたら洗濯機とかなんとか、そういう普通の家でできるようなことはちゃんと体験してないので」や「職員と洗濯物、小さい子なんかこういうふうにするんだって、一緒にたたみながらやると、一緒にたたみますし、それだけでも全然違うと思いますね」などがあつた。

⑧ [大事にされている体験をさせる]

定義：子どもを受け入れて、大事にされているという体験をさせること。

具体例としては、「本気で心配してあげて、うれしいときは一緒に喜んで、泣きたいときは泣いてって感じで、はい、感情をともにするって言うか、その子のために一生懸命になってあげられるように」や「子どもとかかわると

きって、うわべだけかわっていたら、子どもは見抜きますんで、あとは、どれだけ職員が本気でぶつかれるか、あと、ぶつかってもそれをフォローするっていう。怒ってもそれで終わりじゃなくて、たとえばちっちゃい子だったら、怒ってそのあと抱っこしたりとか、わたしは好きだになって」などがあつた。

⑨ [大切なことを言葉で伝える]

定義：正しいことや悪いこと、自分が子どもを大事に思っていること、などの大切なことを言葉に出して伝えること。

具体例としては、「そうですね、生活はきちんとさせたいので、生活が乱れていたり、悪いことをしたときは、ちゃんと悪いことは悪いと、はい、言うようにしている」や「伝えることは本当にシンプルなこと。ありがとう、ごめんなさいなど。おはようとか、行ってきますとかできないことが多いので、それを伝えたい」などがあつた。

(2)《かかわりを進展させる原動力》カテゴリー

職員の子どもへのかかわりを進展させる原動力になるカテゴリーであり、〈子どもの行動の解釈〉〈職員の職業観〉〈他の職員の影響〉の3つのサブカテゴリーからなる。

〈子どもの行動の解釈〉は、子どもが職員に伝えてくれないさまざまな行動をどうしてとるのか理由を探索し、解釈するもので、[行動と育ってきた生活をつなげる]や子どもの行動と[自分の育てられ方との比較][これまでのかかわり経験から理解する]が含まれていた。

① [行動と育ってきた生活をつなげる]

定義：子どものとる言動を、子どもが過去にどのような体験をしてきたのか、育ってきた生活をつなげて考えることによって解釈しようとする事。

具体例としては、「その親御さんっていうのは、その子をなでたりしなかったんですね。スキンシップをしない。そういうの(スキンシップ)は、やっぱり、してもらったことないんだとわかるし、抱っこしようとしても嫌がったりします」や「生活のなかでも、やっぱり歯磨きしないで育ってきている子は、しないものねやっぱり中高生になってしまうと」などがあつた。

② [自分の育てられ方との比較]

定義：自分の育てられ方(一般的なもの)と比較して、子どもの育ってきたうえでの体験が不足していることからさまざまな行動をとっていると解釈すること。

具体例としては「『見て、見て、見て』とか子どもはよく言うじゃないですか。できたのを見てほしい。普通だったら親は学校で見ていなくても、帰ってきて話を聞いている。自分が小さいときもそうだった。だから頑張れた」や「普通の家庭にいたらお母さんとお風呂に入ったり、やっぱりおっぱいも飲むだろうし、なんかそういうのを

本能的っていうか、そういうのを求めているんだろうなと思って」や「普通の家庭でも、親から愛されていると思って育った子と、私なんかどうでもいいんだと思っている子はぜんぜん違う。子どもが育っていく環境は、普通の家庭でもどこでも愛してくれてる人がいるって思うことが、一番大きいんじゃないかな。私もやっぱり愛されて育ってきたからいまがあるんであって、いまはすごく親に感謝しています」などがあった。

③ 【これまでのかかわり経験から理解する】

定義：自分がこれまで子どもとかかわってきた経験や、他施設での経験を思い起こして子どもの行動を理解しようとする事。

具体例としては、「暗い顔をしていても、リビングにいるときは、話聞いてほしいのかなって思う。まだ私はあんまり長くないんですけど、1, 2か月してから、だんだん、あーこの子はこういう子なんだとわかってくる」や「心を開かない子もいるし、挨拶しても『ふん』でする子もいるし、何も言わない子もいるし、『ご飯おいしかった?』と言うと、何も言わない子もいるし、おいしかったって素直に出す子もいるし、でも全部食べたってことはおいしいって言うことなんだから（と理解する）」、などがあった。

〈職員の職業観〉は子どもに対して、職員としてどうあるべきか、人間としてどうありたいかを考えるものであり、[子どもへのかかわりのあるべき姿] [“お互いに気持よく過ごす”] が含まれていた。

④ 【子どもへのかかわりのあるべき姿】

定義：命の大切さや社会のルール、伝統行事など、子どもに伝えておくべきものがあり、子どもを育てていかなければならないなど職員としてどうすべきかを考えること。

具体例としては、「職員として正しいことは正しいと伝えていかなければならない。自分はまだ関係ができていない。親代わりになりたいと思ったが、職員として。つらい過去とかあるが親は1人なのだが、しつけとか思ったが、職員として伝えていかなければならない」や「でもこれは、柏餅っていうのをただのおやつじゃなくて、五月の行事食だと思ったら、伝統行事、伝えていくものとして柏餅があると思えば、子どもの日とか、桃の節句とか、そういう意味づけを考えて、やらなければ」があった。

⑤ 【“お互いに気持よく過ごす”】

定義：子どもと職員のお互いが気持よく生活したいと思うこと。

具体例としては、「(子どもに) 言ったらすぐやってほしい、いい返事を期待してしまっていた。いまは、数回声かけをしてもやってくれないときはその子の行動を待つ。そのようにしたほうが、お互い気持よく生活できる。お互いに気持よく生活するにはっていうことを考えると、無理

に急がせたりすることはないのかなあって考えられるようになってきた」や「私が心がけているのは、とにかく私が笑って、笑って笑わせてあげてっていう雰囲気づくりは、いつも心がけているんですけど」などがあった。

〈他の職員の影響〉は自分の考えに他の職員の言動が影響を及ぼしていることで、[他の職員の行動] [他の職員の考え] があった。

⑥ 【他の職員の行動】

定義：他の職員の行動や子どもへのかかわりを見て、自分のかかわりについて考えること。

具体例としては、「ああいう年代の先生たちは（外で野球をしている若い先生）子どもたちと身体ぶつかって遊べるんだけど、私なんかこわくて、かけっこ負けちゃうので、自分のできることってなると、（手芸など）経験があるので、その経験を利用したほうがいいかなと思って」などがあった。

⑦ 【他の職員の考え】

定義：他の職員の考えや話し合いから子どもの見方や対応の仕方を考えること。

具体例としては、「職員1人だけの問題ではないので、皆で話して、心理療法を受ける子もいるし、あと、児童相談所からの調書がくるので、どういうふうな生育歴をもってきたのか、そんなのを見て（参考にする）」や「先輩から『あせっているような気がする、もっとゆっくりしないと子どもはついてこないよ』と言われ、新採ではないので、自分なりのスタイルでやっていこうかなと思った」などがあった。

(3) 《かかわりへの自信》カテゴリ

子どもへの自分のかかわりに対する自信に関するカテゴリであり、〈かかわりへのとまどい〉と〈子どもが応えてくれる確信〉のサブカテゴリからなる。

〈かかわりへのとまどい〉は、子どもへのかかわり方に自信がなく難しさを感じ戸惑っているものであり、[子どもに伝えてもらえない] [かかわりにパターンがない] [さらけ出される不安を感じる] の概念で構成された。

① 【子どもに伝えてもらえない】

定義：拒否や無視、試し行動などがあり、子どもが何を考えているのか理解できず、職員のほうが子どもに伝えてもらえないと感じること。

具体例としては、「新しい職員は試しているし。ゲームの時間は夕食後何分ねと決めているが、この先生は大丈夫だかなと思うと、どこまでも（時間を引き延ばして）くる。読まれたなと思う」や「たとえば子どもに話しても、理解してくれなくて反発ばかりしていると、職員のほうで何したらいいんだろうと自分が情けなくなることもある」、そして「喜怒哀楽も表現しない、その子も私が怒る

とじーっと私の眼を見て、何か考えてる眼を、考えてって
いうか思っているっていうか、じーっと見てる」などで
あった。

② [かかわりにパターンがない]

定義：子どものかかわり方は子どもに合わせる必要が
必要で、その対応は個別的で、パターンがあるわけではない
こと。

具体例としては、「一方的に強く言えばいいというもの
ではない。対人なんだと思うところが多くて、こういう
ことだからこう当てはまるというのではなく、パターンで
はないんだな」や「かかわり方は千差万別っていうか、で
すね。だから幅が広いから幼児さんは幼児さんで、学童は
学童だし、中高生は中高生で、段階がある」などがあつた。

③ [さらけ出される不安を感じる]

定義：子どもへのかかわり方を通して、自分の考え方や
育ちがさらけ出されるようで不安があること。

具体例としては、「自分自身のことがさらけ出してしま
うというんですか、非常に怖い気もするし、あるいは、私
なんかは、たくさんの職員を見てて、多分この方は、小さ
いころに、こういうふうには育ったんじゃないかとか、この
方の親御さんっていうのが、どういう方かって言うのが、
ある程度、想像できたりするので、だから自分の育ちって
いうのが（略）、それぞれの職員が出さざるを得ない、あ
るいは自然に出てしまう、そういうことが、すごく大きな
あつて、思います」や「知らず知らずの生活のうちに、
掃除の仕方とか、ご飯の出しかたとか、そういうところが、
職員によって違ったりするわけですね」などがあつた。

〈子どもが応えてくれる確信〉は、自分がかわれば子
どもは必ず応えてくれるというかわりに対する自信をも
つことで、[子どもとの信頼感][かかわりのゆとり]の概
念で構成された。

④ [子どもとの信頼感]

定義：お互いの本当の気持を理解しあい、お互いにいた
わる関係になって子どもとの信頼感が生じること。

具体例としては、「年齢が重なって成長していくととも
に、子どもさんもわかって理解していつてくれるようにな
る。お互いをいたわるというか、そういう（お互いにいた
わる）関係になれるまでが難しい。徐々に変わって
いくっていうのは感じられます」や「職員のほうでもかわ
りを多くもてば、試し行動も減ってくるし、やっぱり信頼
関係もできてくるし、うわべだけではダメだと思うんです
ね。本気で怒るときに怒るとかしないと、伝わらないって
言うかな。だと、この人は考えてくれているんだと伝わる
こともあるし」などがあつた。

⑤ [かかわりへのゆとり]

定義：子どもとのかかわりが気持の負担にならずゆとり

が出てくること。

具体例としては、「以前に比べれば気持的には負担には
ならないかなあ、と」や「長年過ごしてきた子どもさんが
多いため、就職を決めて、安定した生活を送れるよう、職
員として子どもを送り出せたときに、考え方のなかに余裕
ができた」などがあつた。

IV. 考 察

今回、養護施設の職員を対象にインタビューを行い、養
護施設職員が被虐待児とのかかわりを進展させるプロセス
を明らかにすることを試みた。そのストーリーラインに
沿って考察する。

1. 職員の〈子どもとの困難なかかわり〉について

被虐待児は心理的なケアを行い、人間関係を形成しよう
とすると、激しい行動化や情緒的問題を生じ、施設職員の
不安や無力感などを生じさせることがある。治療開始時
に起こるものは治療的ショックとも呼ばれている¹⁹⁾。すな
わち、関係を形成する際に、どこまで許されるのか試して
いるようにも見える破壊的で敵対的な衝動行動を示したり、
これまでの親子関係のなかで築いてきたような、懲罰的な
行動を大人にとらせたり、逆に幻想と思えるほどなんでも
受け入れてくれると思い、自分の言いなりになることを求
めてくるものである。このように、対人関係形成に困難が
ある子どもに対応するのは、職員としても困難感の大きい
ことが考えられる。[試し行動へのかかわりの難しさ][生
活習慣作りの難しさ][いじめや喧嘩への対応][おびえや
不安へのかかわり]などのとまどいをもつのはごく自然な
ことである。加藤¹⁵⁾は、被虐待児の心理的被害の病理は
現在の養育者となる職員との関係に展開され、職員はその
関係性に巻き込まれることが多く、疲弊も大きいことを述
べている。このような困難感をもつなかで、ケアを進展さ
せることが環境療法につながり心理的なケアになると考え
られるため、どのようにかかわりを進展させることができ
るのかを明らかにしていくことが重要である。

2. 《かかわりを進展させる原動力》カテゴリーについて

〈子どもとの困難なかかわり〉から、かかわりが進展す
る際に職員の思いのなかにあつたのは、子どもの「行動と
育ってきた生活をつなげる」や行動と「自分の育てられ方
との比較」[これまでのかかわり経験から理解する]であつ
た。子どもへの対応が困難な場合、なぜ子どもはこういう
行動をとるのかを知りたいと考え、模索していると思われ
る。その際に子どもが体験してきたこれまでの生活と現在の
行動をつなげて考えていた。また、それと自分の体験を

対比させ、このような体験をすれば、現在のような行動をとるのも理解できると、行動の理解に進んでいた。植原²⁰⁾は「子どもが親のことを理想化し、事実と異なる嘘を語った場合も、「そうあってほしい」という子どもの気持や事実と異なることを言わざるをえない必然性をくみ取り、子どもの語りに聞き入り、日常をともにするうちに、語られる内容が少しずつ変化していくこともある」と述べている。このように、子どもが嘘を言った場合でも、子どもの育ってきた背景を考え、子どもが嘘をつかなければならない理由を理解していくことが、子どもの嘘を子ども自らが修正していくことにつながる場合もあり得る。また、西澤¹⁴⁾は「たとえば、子どもが暴力的なあるいは挑発的な言動を示してきたときに「叱責」や「指導」などの通常の「養育」の枠組みで子どもにかかわることは、ほとんど効果がないばかりではなく、虐待的人間関係の再現となりうる。その行動の本当の意味を理解しつつ、行動を修正するという治療的なかかわりが要求される」と述べている。このように子どもの行動の本当の意味や必然性を理解することは被虐待児への対応にとって重要であると思われるが、そのためにも、子どもがこれまでどのような体験をしてきたのかを考えることは意味があると思われる。また、自分の体験との比較をすることは、相手の立場に立って物事を考える、すなわち追体験をして、子どもの体験を感情的・感覚的に理解することに役立っていると考えられる。そのようなプロセスを通して、個別の子どもに対する深い理解ができることが、子どもとのかかわりを進展させる原動力になるものと思われる。

一方、安田¹⁹⁾は「行動の解決策として行動をすぐに虐待経験と結びつけたりトラウマとして解釈したりするのではなく、一つの行為として事実から解決策を考えたほうがよい」と述べている。これは、職員の子どもへの追体験が進むと、その衝撃が大きく、過去にとらわれすぎて解決策がとれない場合もあることを示唆している。篠崎²¹⁾は養護施設の職員の共感疲労が高いことを指摘している。すなわち、トラウマを負った患者をケアする際に、二次的にトラウマに曝される、というのである。そのようなことから、職員の衝撃が大きい場合は、子どもの行動の理解が進むことのみでは、かかわりを進展させる原動力にはならない場合もあり得るのではないだろうか。

本研究では、《かかわりを進展させる原動力》カテゴリーのなかに、〈職員の職業観〉として、職員としてどうあるべきか、人間としてどうありたいかを考える、[子どもへのかかわりのあるべき姿] [“お互いに気持よく過ごす”]が含まれていた。このサブカテゴリーは、職員の追体験の衝撃が大きく、解決策に進展していかない場合に、ケアを推進するうえで欠くことのできないものと考えられる。[子

どもへのかかわりのあるべき姿]は、自分の感情から少し客観的になり、子どもの欲求をどこまで受け入れるかについて、また、何を伝えていくのかなど、人間として社会で生きていくための根本にかかわる考えや方針をもつことの重要性がうかがわれる。また、[“お互いに気持よく過ごす”]からは、職員の子どもとのかかわりのなかで気持よく過ごせない、という苦悩がうかがわれる。この苦悩から職員は「お互いに気持よく過ごせたほうがいいのではないかと」気持を切り替えていく必要があると思われる。また、職員は[これまでのかかわり経験から理解する]という経験を通して培ったものを活用しながら、子どもの理解を進めていた。これは子どもを個別に理解していくうえでの多様性や複雑性を表していると思われる。

3. 《かかわり進展》カテゴリーについて

かかわりを推進させる原動力から、子どもを理解することができるようになると、比較的スムーズに〈方針をもった子どもへのかかわり〉に推移していた。そのなかで大切にされていたことは[普通の生活体験をさせる][大事にされている体験をさせる][大切なことを言葉で伝える]であった。子どもたちは生活習慣の確立が遅れており²²⁾、手洗いや入浴、着替えなどの習慣ができていないものが多い。また、芝田ら²³⁾は要保護児童にう歯率が高く、生活習慣の形成が低いことを指摘している。生活習慣の形成も重要な課題である。また、どこまで許されるか試しているような破壊的で敵対的な衝動行動をコントロールする場合にも、規則と日課を与えて安定した同じ生活の繰り返しを行うことは、生活に枠組みを与える点で環境療法の一つの重要な概念になっており、妥当性のある方針であると考えられる。

被虐待児は愛着に問題があり、自己評価が低い、といわれている⁶⁾。愛着の形成や自尊心を高めるために、称賛を用いたり、子ども自信が受け入れられているという安心感が必要である。[大事にされている体験をさせる]ことは自尊心を高め、愛着を形成していくうえで重要と思われる。

[大切なことを言葉で伝える]は、特に、子どもを叱らなければならないときなど、必ずしも子どもの欲求に沿えない場合に、悪いことは悪いことと説明したうえで、自分が子どものことを大事に思っていることを言葉で伝える、などであった。言葉で伝えることにより、大事にされているという体験につながると同時に、言葉を使うことの重要性を伝えることにもなると思われる。田中ら²⁴⁾は被虐待児の特徴として、「全学年に共通して、話し言葉と社会的行動に関する能力の低さが示された。経験を話す能力や課題を理解し処理する能力や手筈を整える能力が著しく低い」と報告している。また、丹羽ら⁵⁾もWISC IIIにおい

て、施設入所群でVIQが低いことを報告しており、被虐待児では言語による自己表現の能力が育っていないことが考えられる。それまでの養育体験から、親に対して自分の気持ちを十分話す機会が得られなかったこともその要因の一つであると推察される。言葉によるコミュニケーションを十分にとれるように配慮するとともに、職員が大切なことは言葉で示すモデルとなることも重要と考える。

以上のような〈方針をもった子どもへのかかわり〉を、日常生活のケアを行う枠組みのなかで実施することが、環境療法として心理的な治療効果を表してくると思える。日常生活を整えることが子どもの心のケアそのものであり、これは健康な心理的発達を支援する看護ケアを行ううえにおいても重要な概念である。

4. 《かかわりへの自信》カテゴリーについて

〈かかわりへのとまどい〉はかかわりが進展するに伴い〈子どもが応えてくれる確信〉へと推移していった。子どもを個別に理解し、子どものサインを読みとって、子どもに何を伝えるべきか考えながら、本気でぶつかっていく職員に対して、子どもは次第に応えてくれるようになり、職員のなかに、子どもは必ず応えてくれるという確信が生まれ、かかわりへのゆとりが生じるものと思われる。すなわち、子どもが応えてくれるという子どもの反応を受け止めることで、職員の心のなかにゆとりが生まれてくるものと思われる。有村ら²⁵⁾は、子どもへの情緒や行動への対応は精神的負担の大きな項目であり、組織として培ってきたノウハウや経験や個人のコンピテンシーが重要である、と報告している。負担の大きな「かかわりへのとまどい」が自信に変わっていくのは、職員自身の真剣な子どもへの対応の模索から生じ、子どもの理解や対応の方針に基づいて子どもとかかわった結果として生じるものであり、職員はこのようなかかわり進展のプロセスを通して、コンピテンシーを高めていくと同時に自信やゆとりが生まれてくるものと思われる。そして子どもへの対応の質に直結することが考えられる。また、心理療法における精神科治療者の第一の治療道具は自らの余裕である²⁾と言われており、さらに職員は環境療法のためによく訓練を受ける必要があると言われており²⁶⁾、職員の自信から生じるゆとりは子どもによい影響をもたらすものと思える。

5. 環境療法を行う基盤形成に必要な、被虐待児とのかかわりの進展について

被虐待児の心理的ケアを考える際には、生活習慣の獲得や情動調整能力の発達など、常に子どもの発達という視点で、中長期的な展望をもつことが不可欠である。また、生

活のなかで心理的発達を遂げるためには、通常は良好な親子関係のもとで安定した生活をする必要がある。施設に入所する被虐待児の場合は、職員との良好な関係を形成することなく有効な環境療法を行うことは困難である。したがって、職員が被虐待児とのかかわりを進展させることは、環境療法を行ううえでの基盤となると考える。

本研究の結果から、かかわりを進展させる原動力カテゴリーにより、子どもとの困難なかかわりから、かかわりが進展することにより職員にもかかわりへの自信が生まれていく構造が明確化された。職員は子どもとのかかわりに困難を感じているかどうかを自覚し、子どもの行動を解釈したり職員としての職業観を明確にすることにより子どもを個別に理解して、方針をもったかかわりをしていくことが、かかわりの進展に必要であると考えられる。職員はこれらの理論的な理解をしたうえでかかわることが、関係形成につながり、環境療法へとつながっていくと思われる。そして、被虐待児の環境療法は、児童養護施設で意識的・積極的に取り組まれることにより効果が期待できるため、今後、保健・医療と福祉の両者によって取り組む必要があると考える。

V. 結 語

今回、養護施設の職員を対象にインタビュー調査を行い、養護施設職員が被虐待児とのかかわりを進展させるプロセスを検討し、以下の結果を得た。

1. 3つのカテゴリーと8つのサブカテゴリー、そして21の概念が生成された。
2. 《かかわりを進展させる原動力》カテゴリーには〈子どもの行動の解釈〉〈職員の職業観〉、そして〈他の職員の影響〉のサブカテゴリーが含まれ、《かかわり進展》カテゴリーの〈子どもとの困難なかかわり〉から〈子どもを個別に理解する〉、そして〈方針をもった子どもへのかかわり〉への推移に影響していた。
3. 〈子どもを個別に理解する〉や〈方針を持った子どもへのかかわり〉が《かかわりへの自信》カテゴリーの〈かかわりへのとまどい〉から〈子どもが応えてくれる確信〉への推移に影響していた。

以上の結果より、職員が子どもへのかかわりにとまどいのある場合には《かかわりを進展させる原動力》への働きかけが必要であることが示唆された。

謝 辞

最後に、本調査にご協力いただきました施設職員の皆様に心より感謝申し上げます。

要 旨

児童養護施設職員が被虐待児とのかかわりを進展させるプロセスを明らかにする目的で、施設職員11名を対象に半構成的面接を実施し、『修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ』で分析した。その結果、『かかわりを進展させる原動力』カテゴリーには〈子どもの行動の解釈〉、〈職員の職業観〉、そして〈他の職員の影響〉のサブカテゴリーが含まれ、『かかわり進展』カテゴリーの〈子どもとの困難なかかわり〉から〈子どもを個別に理解する〉、そして〈方針をもった子どもへのかかわり〉への推移に影響していた。また、〈子どもを個別に理解する〉や〈方針をもった子どもへのかかわり〉が『かかわりへの自信』カテゴリーの〈かかわりへのとまどい〉から〈子どもが応えてくれる確信〉への推移に影響していた。以上の結果より、職員が子どもへのかかわりにとまどいのある場合には『かかわりを進展させる原動力』への働きかけが必要であることが示唆された。

Abstract

Semi-structured interviews were conducted on 11 staff members of children protection institution, with the aim of identifying processes used by staff to develop relationships with children who have been abused. Interview data were analyzed using the modified grounded theory approach. The category “driving force to develop relationships” emerged from ‘uneasiness concerning relationships’, and included the subcategories, ‘interpretation of the child’s behavior’, ‘view of occupation of the staff member’ and ‘influence of other staff members’. In the category of staff members’ “confidence in relationships”, there was a shift from ‘uneasiness concerning relationships’ to ‘conviction that the child will respond’. Influenced by the “driving force to develop relationships”, the category “development of relationships” involved a shift from ‘understanding the child’ to ‘relationship with the child based on principled policy’. This resulted in staff members’ ‘conviction that the child will respond’. These findings suggest that it is necessary to coordinate the “driving force to develop relationships” in cases where there is uneasiness regarding relationships with children.

文 献

- 1) 厚生労働省：平成18年度児童相談所における児童虐待相談対応件数等。2010-11-15。
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv16/index.html>
- 2) 伊達直利：児童養護施設の養育環境と援助過程。心の科学, 137, 30-35, 2008.
- 3) 石 曉玲：児童養護施設における子どもの情緒的・行動的問題アセスメント。臨床教育心理学研究, 32(1), 1-8, 2006.
- 4) 大原天青, 楡木満生：児童自立支援施設入所児童の行動特徴と被虐待経験の関係。発達心理学研究, 19(4), 353-363, 2008.
- 5) 丹羽健太郎, 宮本信也：児童養護施設に在所する児童の認知特徴 — WISC-IIIを用いた分析。小児の精神と神経, 49(4), 307-316, 2009.
- 6) 奥山真紀子：被虐待児虐待児の治療とケア。臨床精神医学, 26(1), 19-26, 1997.
- 7) 伊東ゆたか, 犬塚峰子, ほか：児童養護施設で生活する被虐待児に関する研究(2) — ケア・対応の現状と課題について。子どもの虐待とネグレクト, 5(2), 367-379, 2003.
- 8) 大迫秀樹：ネグレクトを背景に非行傾向を示すようになった児童に対する入所施設での環境療法。心理臨床学研究, 21(2), 146-157, 2003.
- 9) 大迫秀樹：虐待を受けた子どもに対する環境療法 — 児童自立支援施設における非行傾向のある小学生に対する治療教育。発達心理学, 14(1), 77-89, 2003.
- 10) Albert E T, James K W, et al. / 西澤 哲 訳：生活の中の治療 — 子どもと暮らすチャイルド・ケアワーカーのために (原題：The other 23hours-child Care work with emotionally disturbed children in a therapeutic milieu-. 1969). 中央法規, 東京, 1992.
- 11) 西澤 哲：トラウマの臨床心理学。金剛出版, 東京, 1999.
- 12) Delaney K R : Nursing in child psychiatric milieus. Journal of Child and Adolescent Psychiatric and Mental Health Nursing, 5, 10-19, 1991.
- 13) Oles T P : Complementing the therapist: Child care work with sexually abused youth. Journal of Child and Youth care, 5, 43-50, 1991.
- 14) 西澤 哲：虐待を受けた子どもの心理とケア。月刊福祉, 87(7), 40-43, 2004.
- 15) 加藤尚子：虐待を受けた子どもの支援者への心理コンサルテーションの機能とプロセスに関する研究。社会福祉学, 50(1), 5-15, 2009.
- 16) Lyon E : Hospital staff reactions to accounts by survivors of childhood abuse. American Journal of Orthopsychiatry, 53, 410-441, 1993.
- 17) 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチ。弘文堂, 東京, 1999.
- 18) 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践。弘文堂, 東京, 2003.
- 19) 安田 勉：虐待を受けた子どもへの児童養護施設での心理社会的支援。青森保健医療大学雑誌, 6(1), 1-10, 2004.
- 20) 植原真也：児童養護施設の子どもの自己形成のための援助, 子どもの虐待とネグレクト, 10(3), 344-351, 2008.
- 21) 篠崎智範：児童養護施設職員の共感疲労とその関連要因。子どもの虐待とネグレクト, 9(2), 246-255, 2007.
- 22) 庄子未希子, 佐藤幸子, ほか：養護施設職員が捉えた被虐待児の行動特徴と職員の対応。山形県受託研究報告書「児童養護施設における被虐待児の心理的な治療環境に関する研究」, 2010.
- 23) 芝田登美子, 羽根司人, ほか：要保護児童のう蝕と生活習慣の状況。子どもの虐待とネグレクト, 10(1), 25-34, 2008.
- 24) 田中陽子, 永友真実, ほか：児童養護施設における虐待児への心理的ケアに関する研究(2)。九州保健福祉大学研究紀要, 7, 103-112, 2006.
- 25) 有村大士, 才村 純, ほか：児童養護施設における職員の業務負担に関する分析。日本子ども家庭総合研究所紀要, 41, 247-255, 2005.
- 26) Louanne L : Milieu Management of Traumatized Youngsters. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 11(3), 99-106, 1998.

〔平成22年6月21日受付〕
〔平成23年7月29日採用決定〕

認知症のある高齢者の施設生活環境における 転倒に関する主観的事象の言語化の試み

Attempt to Describe Subjective Phenomena Related to Falls of Elderly Persons
with Dementia in a Long-term Care Facility

加 藤 真由美
Mayumi Kato

キーワード：転倒，言語化，施設高齢者，生活環境，主観的事象

Key Words：fall, Description, institutionalized elderly persons, living environment, subjective phenomena

I. はじめに

わが国の過去20年間の施設高齢者の転倒に関する文献検討¹⁾によると、施設高齢者の転倒率は5.0～54.5%であり、うち19.4～65.0%は複数回転倒しており、施設高齢者の転倒リスクは非常に高いといえる。骨折率は0.5～8.4%と報告¹⁾があり、骨密度は前期・後期高齢者ともに骨粗鬆症の危険域である25%以下²⁾であり、施設高齢者の骨折の95%は転倒により起こっており³⁾、転倒による易骨折状態にある。高齢者にとっての転倒や骨折は、多大な身体的精神的苦痛ならびに生活機能障害により生活の質を低下させるため、転倒・骨折の予防は重要である。

施設高齢者はさまざまな転倒要因を重複して有している⁴⁾ため、個人の転倒リスクを見極め、それぞれのリスクに応じた介入が必要⁵⁾である。施設高齢者に多要因からアプローチする転倒予防プログラムを導入⁶⁾したところ、介入群の対1,000日転倒率は対照群に比較して7.6%から5.0%に減少し、損傷率は22.6%から9.7%に減少した。しかし、その際に、身体拘束を解除したが十分な対策が立てられず、転倒者率は35.5%から45.2%に増加した。認知症病棟¹⁾では、転倒率は22.6～54.5%であり、うち55.0～65.0%は複数回転倒しており、骨折率は2.8～6.3%であり、認知機能が低下した施設高齢者の転倒・損傷予防に課題がある。安全な生活を送るために必要とされるさまざまな心身機能を施設高齢者は重複して障害されており、かつ照度などさまざまに変化する環境要因も絡んでいる⁷⁾ことから、転倒予測・予防が難しい現状にある。認知症のある施設高齢者が日々の生活において、1人1人の取り巻く環境と何らかの意思のもとから生じる生活行動の相互の視点から転倒につながる事象をとらえなければ、十分な転倒予測・予防は困難である。

しかし、行動している高齢者と刻々と変化する環境の相互関係のなかで、転倒についての主観的事象をどうとらえるかが課題としてある。主観的事象とは、生活の場において行動している高齢者の言語的に表現が困難な転倒につながる現象のこと、と研究者は定義している。例えば、熟練看護師による転倒リスクの判断に、「ふらつき」の言葉が用いられている。「ふらつき」とは客観的にどのようなことを表しているのかが言語化されていない。このような現象を感覚的認知から言語化した表現にできれば、看護技術としての転倒予防のためのアセスメントがより確実に行えると考える。また、瞬時に変化するモーションと環境との相互関係を包括的にとらえ、言語化することは、看護技術力の向上にかかわると期待できる。

II. 研究目的

本研究の目的は、転倒につながる主観的事象を言語的にアセスメントできるレベルに表現できることを目指し、認知機能が低下している施設高齢者の生活環境における生活行動をととした転倒に関する主観的事象を描写し、言語化を試みることであった。

III. 研究方法

1. 対象者

対象者は、本研究に書面により同意が得られた介護老人保健施設の入所者2名であった。対象者の選定基準は、寝たきり状態にない、認知機能に低下がある高齢者とした。

2. 用語の定義

転倒とは、身体の足底以外の部分が床についた状態であ

り、ベッドからずり落ちるから転落までを含むが、失神（脳血管疾患、心臓病、一過性脳虚血発作、メニエール氏病などの発症）による転倒は除くとした。転倒者とは、研究期間中に1度でも転倒した者とした。

3. 調査方法

調査方法は主に観察と聞き取りにより行い、承諾が得られた際はビデオ撮影を行った。観察と聞き取りで得られたことは、その場でフィールドノートに詳細に記録した。観察（ビデオ撮影を含む）は行動分析における行動観察法^{8), 9)}を参考に、「転倒・転落ハザード」⁷⁾を転倒につながる生起として掲げ、ハザードが現れるもしくはその可能性を場面として選択し、フィールド全般の描写的試験観察を行った後に、生活行動の動線を中心に行った。なお、「転倒・転落ハザード」とは転倒を発生させる危険な事象のことであり、身体環境要因（施設構造・状態、用具の整備やスタッフの対応など）、機能要因（高齢者がその生活の場でいかに安全に器機・用具を使用するか）、個人・行動要因（高齢者がさまざまな環境に対してどのように適応しているか）のことである⁷⁾。行動観察は巨視的にとらえた。巨視的とは「その範囲が広く、行動の機能や目的を包含する」^{8), 9)}ことをいう。なお、転倒に関することとは、転倒リスクのみならず、転倒回避となることもデータ収集に含めた。加えて、行動と環境の相互作用があることを考慮し、照度や高さなど環境について客観的データを得た。照度（Lux, Lx）の測定にはフォト・レコーダー「照度データロガーPHR-51（株式会社ティアンドディ）」を用い、対象者の目の高さにセンサーを合わせ測定した。高さの測定は、下腿長（cm）とベッド・車椅子・ポータブルトイレ・日頃使用している椅子のそれぞれの座面の高さ（cm）などであり、下腿長（cm）は腓骨頭部から日頃履いている履物の足底部までの長さとし、その差（cm）を算出した。そのほかに、物の位置間の距離などを測定した。

対象者の概要は年齢、性別、障害、入所期間、過去1年間の転倒経験、運動機能、認知機能についてであった。年齢、性別、入所期間、障害は施設の診療記録から、転倒経験は転倒・転落事故報告書から情報を得た。運動機能の評価はBarthel Index改訂版¹⁰⁾により、認知機能はN式老年者用精神状態評価尺度（NMスケール）¹¹⁾を用いて、施設の言語聴覚士に評価してもらった。なお、Barthel Index改訂版は0～100点満点、NMスケールは0～50点満点であり、NMスケールの境界域は43～47点である。

4. 分析

分析手順は、①各場面について言語的（発言）・非言語的（直接の観察・ビデオから得た観察）データをできるだ

けていねいに描写し、次に②それを「転倒・転落ハザード」ごとに単位化し、他の客観的データと統合しさらに詳細に描写し、③統合した描写から主観的事象を考察し、④最終的に仮説段階ではあるがアセスメントを言語化した。ビデオ映像がある場面は、何度も見返して逐語録を完成させた。データがモーションであるため、分析は運動学の専門家から助言を得た。

IV. 倫理的配慮

本研究は、平成20年1月10日に新潟大学医学倫理委員会から承認（受付番号643）を得て行った。高齢者および家族には本研究の目的、方法、予測されるリスク、施設記録の参照、ビデオ録画、学会での公表の承諾、研究協力は任意であり、拒否しても何ら療養上の不利益とならない、研究期間中であっても研究協力は辞退できる、途中で辞退しても何ら療養上の不利益とならない、個人情報守秘する、個人が特定されない配慮を行う、口外しない、本研究以外にデータは使用しないなど、倫理的配慮を書面により説明し、書面による同意を得た。同意までのプロトコルは、施設に倫理委員会がなかったため、施設管理者から本研究の承諾を書面により得たのち、心身が不安定な状態にあるまたは不安定になる可能性のある高齢者を除き紹介してもらい、研究協力の強制力がかからないように研究者が高齢者および家族に書面により研究依頼を行い、書面による同意を得た。予測されるリスクとして観察時の羞恥心やプライバシーの干渉が考えられたため、肌を露出するシーンは撮影しないことなどを約束した。撮影はそのつど了解を得て行ったが、了解が得られなかったときは撮影せずに、記述によりデータを得た。下腿長の測定は、測定時に再度意思確認を行い、了解を得てから行った。その際には、安全のため座位の姿勢で測定した。

V. 結果

1. 対象者の概要

対象者の概要（表1）は、A氏は90歳代後半、女性、入所期間12か月、老人性認知症の診断を受けていた。B氏は90歳代後半、女性、入所期間32か月、脳卒中を2度発症していた。運動能力は、A氏のBarthel Index改訂版の得点は67点であり、移乗は自立しているが、四肢の筋力低下があり移動は車椅子自乗であった。B氏は73点であり、麻痺はないが四肢に筋力低下とふらつきがあるため、歩行時はシルバーカーを使用することになっていた。認知機能は、A氏はNMスケール27点、B氏は23点であり、両者ともに中等度の機能低下があった。

表1 対象者の概要

事例	年齢	性別	入所期間	障害	ADL自立度* ¹⁾	認知機能* ²⁾
A氏	90歳代後半	女性	12か月	老人性認知症 高血圧症	67	27
B氏	90歳代後半	女性	32か月	ラクナ脳梗塞 皮質下出血 夜間せん妄 筋緊張型頭痛	73	23

* 1) ADL自立度: Barthel Index改訂版

* 2) 認知機能: N式老年者用精神状態評価尺度

表2 対象者の転倒状況

事例	転倒回数* ¹⁾		転倒時の行動の意図	発見時の様子	損傷状況
A氏	6	1回目	居室に入る際	車椅子より滑り落ちて転倒していた	右前腕皮下出血
		2回目	共同トイレで排尿後に拭こうと立ち上がった際	「ふらついた」 便器と介助パーの間に転倒していた	右腰部・右前胸部・両手背打撲
		3回目	車いすとソファの移動間	フットレストに右足首をはさまれて転倒していた	右足首に発赤
		4回目	車いすとソファの移動間	車椅子より左を下にして転倒していた	背中・後頭部打撲
		5回目	「トイレに行こうとして滑った」	車椅子から転倒していた	左肘擦過傷
		6回目	(不明)	トイレ使用中、前のめりに転倒していた	打撲(部位不明)
B氏	2	1回目	ホールのシルバーカーに座っており、椅子に移ろうとした際	後ろに転倒した	後頭部打撲
		2回目	ホールのシルバーカーに座っており、椅子に移ろうとした際	「足がもつれた」 椅子ごと転倒した	左前頭部打撲

* 1) 過去1年間の転倒回数

転倒状況(表2)は、A氏は転倒回数6回、B氏は2回であり、両者ともにすべての転倒で損傷していた。A氏は車椅子からの転倒・転落が4件、排泄時の転倒が2件であり、車椅子からの転倒のうち2件はソファとの移動の際に発生していた。B氏は2件ともホールでシルバーカーの蓋上に座位をしばらくとり、その後に横にある椅子に移ろうとした際に転倒し頭部を打撲していた。

2. 転倒に関する主観的事象の言語化

2名から計15場面が得られ、言語化した(表3)。「生活用具の高さと下腿長と座面の高さの差」の測定結果は表4に、「時間経過における場所ごとの照度」は表5に示した。

A氏の場面①における〈アセスメントの言語化〉では、〈移動先への関心のみで、車椅子のブレーキの忘れはないか〉〈フットレストを転倒の原因となる障害物として判断しているか〉〈歩行の方向は前向き以外となっていないか〉〈歩行時、身体の重心が支持基底面からはずれてい

いか〉〈車椅子を止める適切な位置の目安がわかるか〉〈車椅子の停車位置がよくないと、身体が不安定となっても自分で直してしまうことはないか〉〈日頃使用している物を手に持つため、手がふさがりつかまらないで歩行することはないか〉〈高齢者が座る用具は高さに極端な差がないか〉〈ソファの端の形状が大きく弧を描き、滑りやすすくないか〉〈ソファは滑りやすい素材となっていないか〉〈浅く座っていないか〉が得られた。A氏の日頃使用しているソファ周囲の照度は、日中では(歩数ごと)120~121→182~186→246~258→351~363→458~464→321~326(Lx)とわずかの数歩で大きく変化していた。場面①の〈歩行の方向は前向き以外となっていないか〉と〈歩行時、身体の重心が支持基底面からはずれていないか〉の言語化における《人の下肢関節の運動方向から、横方向への歩行は不安定にもかかわらず行っており、さらに、重心を保つための支持基底面を横に越えて歩行していることは危険である》の描写は、単に「横方向への不安定な歩行」という表現か

表3 対象の転倒に関する主観的事象の言語化

	アセスメントの言語化	考えられる転倒の主観的事象		アセスメントの言語化	考えられる転倒の主観的事象
A氏	移動先への関心のみで、車いすのブレーキのかけ忘れはないか	車いすから降りる際は、ブレーキよりも移動先に関心があり、ブレーキをしない	⑦	フットレストが上がった状態での乗降は転倒の原因になると認識しているか	A氏にとって転ぶ原因はフットレストによる「つまづき」ではなく、「滑る」ことと捉えているため、フットレストをまたいだ可能性がある
	フットレストを転倒の原因となる障害物として判断しているか	フットレストにつまづくことを転倒と認識していないため、フットレストを上げなくてもいいと思う		前傾姿勢保持を安定して行えないときがあるか	ドアの開閉時に支持基底面を越える前傾姿勢で重心移動を行っていたが、体調不良時などはその姿勢を保持できない
	歩行の方向は前向き以外となっていないか	人の下肢関節の運動方向から、横方向への歩行は不安定にもかかわらず行っており、さらに、重心を保つための支持基底面を横に越えて不安定な歩行をする	⑧	他者を意識すると、安全の手本となるようフットレストを上げて乗降するのか	他者に見本を見せることを意識したため、フットレストを上げて車椅子からベッドに移る行動をした
	歩行時、身体の重心が支持基底面からはずれていないか			立位保持時間延長による膝折れの可能性はないか	筋力低下があるにもかかわらず立位時間が長く、その状態での歩行は筋疲労による膝折れの可能性がある
	車椅子を止める適切な位置の目安が分かるかどうか	車椅子を止める位置が遠いため、移動先まで歩かなければならない分、膝折れや身体が不安定になる	⑩	短い距離での車いす方向転換を行っていないか	短い距離での車いすの方向転換は、他者との衝突や車いすごと力の働く方向に倒れる可能性がある
	車椅子の停車位置がよくないと、身体が不安定となっても自分で直してしまうことはないか	車椅子の停留した位置が自分が納得した位置でないと、身体が不安定になっても位置修正をする			
	日頃使用している物を手に持ったため、手がふさがりつかまらないう歩行することはないか	日頃使用している物はそばに置きたい思いがあり、片方の手がふさがり危険であってもそれを持って歩行してしまう	⑪	移動経路の照度は適切か	自動照明がつくことで、車いす位置を正確に停車できた
	高齢者が座る用具は高さに極端な差がないか	肘あての高さはほぼ同じであったが、車椅子とソファの座面の高さに10cmもの差があるため、座る際に高さ感覚にずれが生じる		照度が低い状態で移動していないか	照度の低い状態で、不必要に車いすからソファに移れば転倒の可能性が高くなる
	ソファの端の形状が大きく弧を描き、滑りやすい素材となっていないか	ソファの端が大きく弧を描いているため、十分に深く座らないと（また、スムーズな素材の下衣を着用しているようであれば）、座位時または座っている際にソファから臀部が滑り落ちる可能性がある	⑫	条件が変わることで、重心が身体の支持基底面をはずれることはないか	お膳を把持しているため重心は支持基底面前方となっており、前方向への転倒の可能性はある
	ソファは滑りやすい素材となっていないか			周囲の状況を捉えながら歩行しているか	移動先に集中すると、周囲からの予期せぬ声に安全に対応できない
B氏	浅く座っていないか		⑫	要介助であっても、自分がしなければと行動していないか	歩行能力は低下しており要介助状態であるが、自分がしなければならぬと思ひ下膳している可能性がある
	姿勢の崩れを自覚できるかどうか	ジュースが飲みにくい姿勢だったのか、長時間の同一姿勢で臀部・背部に痛みが生じたのか、姿勢の崩れを自覚できれば、修正する行動をとる		すり足歩行の場合、靴底の摩擦力は低いものになっているか	すり足歩行の場合、溝の深い床への摩擦力の高い靴底はつまづきやすく、かえって転倒しやすい
	③ 相手を来客とみなした場合、危険であっても移動するという判断をし、行動することはないか	相手を来客として礼儀正しく話したい思いなのか、移動に危険が伴うにもかかわらず不必要に車椅子から椅子に移動する	⑬	声かけに戸惑うことはないか	突然の言葉かけは、どこに行ったらいいのか、場所自体が分からないのか、歯磨きという言葉が聞き取れずどうしていいのかわからず戸惑う
	④ 体が不安定と感じる、または判断できた場合は物につかまり歩行できるか	立位時に身体が不安定と認識すれば、移動先にある椅子の背もたれを自ら把持し、身体を安定させて移動する		羞恥心や社会的礼儀のため、洗面台底を手でかき出すことはないか	羞恥心か他者への礼儀なのか、口からはき出した水が洗面台底にたまっていることを気にして手でかき出すことにより、前方に滑り込む可能性がある
	④ 危険な行為であっても、慣れにより転倒リスクを意識せずに行動してしまうことはないか	フットレストを両方とも上げずにまたぎ、かつフットレストも見ないで動作を続けたことは、いつもの行為として慣れがあり、転倒を意識していない	⑭	活動と休息のバランスは自分で判断できるか	休息が不足し、疲労により歩行途中で休憩が必要となった
	ちよつとのことと思うと、危険でも行動してしまうのか	椅子をずらすことで瞬間でも身体が不安定となるが、自分で行ってしまふ		歩行途中で、安全に休憩できる場はあるか	休憩とはいえ、他者の背もたれにつかまり、手を払いのけられ危険となった
	⑤ 身体機能の調子が良いため、転倒リスクを意識しないことはないか	身体機能の調子が良いと認識していると、転倒経験がないと感じたり、転倒リスクを低く捉える	⑮	他者への危険行動はみられないか	女性として他者の身だしなみを気にし、相手が立位で麻痺があることを認識しないで上衣を下から引っ張り、転倒させそうになった
	靴の中で足が滑らないか	靴内の底がスムーズな綿製となっているため、サイズが大きすぎたり滑り止めの付いていない靴下では靴の中で滑りやすい		不安があるため出歩いていないか	お金のことをとても気にしており、職員に相談したいが相手にしてもらえないため不安が残る、何とか伝えたいと出歩いてきた可能性がある
	⑥ サイズの不適合やゆるさで靴が脱げやすいか	サイズが大きすぎたり、足背のかぶりの締め方がゆるいと、靴内で足部が動き、脱げやすい	⑮	職員は高齢者の生活過程を捉えて転倒リスクを予測しているか	歩行経路の照度は十分にないと錯覚を起こしたり、障害物が分からずに転倒する可能性がある
	靴を踵まで履いているか	踵まで履かないと足部の安定性は低下する		歩行経路の照度は移動に十分な明るさか	
	家族はサイズの合う滑り止め付きの靴を購入しているか	家族が転倒の発生を懸念すると、適切な履物を準備してくれる			

表4 生活用具の高さと下腿長と座面の高さの差 (cm)

高さ (cm)	下腿長 ^{*1)}	ベッドの床面	移動用具の座面	ポータブルトイレの座面	日頃使用トイレの座面	日頃使用する座面
A氏	40	47	41 ^{*2)}	34	38	30 ^{*4)}
B氏	39	47	40 ^{*3)}	—	38	39 ^{*5)}
高さの差 (cm)						
A氏		7	1	-6	-2	-10
B氏		8	1	—	-1	± 0

衣装ケース：100cm 1段目床から取っ手まで20cm, 2段43cm, 3段68cm, 4段90cm

*1) 日頃使用している靴を履いている状態での長さ

*2) 車椅子の座面の高さ

*3) シルバーカーの付属椅子の高さ

*4) 日頃使用している廊下にあるソファの高さ

*5) 日頃使用しているホールにある椅子の高さ

表5 時間経過における場所ごとの照度 (Lx) の比較

場所	時間帯	11:00 ~ 12:00	17:30 ~ 18:30	23:45 ~ 0:45
看護室		1,292 ~ 1,341	1,010 ~ 997	276 ~ 281
廊下	最も暗い	77 ~ 88	18 ~ 19	0 ~ 1
	天井蛍光灯下	458 ~ 464	179 ~ 186	86 ~ 88
	通路(トイレ)前	297 ~ 318	186 ~ 193	48 ~ 50
	居室入口前	259 ~ 265	143 ~ 153	19 ~ 21
トイレ	通路	388 ~ 398	311 ~ 317	270 ~ 278
	カーテン完全に閉める・立位	111 ~ 122	108 ~ 111	109 ~ 117
	カーテン完全に閉める・座位	130 ~ 134	55 ~ 57	65 ~ 70
	カーテン半分閉める・立位	211 ~ 213	85 ~ 89	145 ~ 148
	カーテン半分閉める・座位	174 ~ 182	56 ~ 57	152 ~ 153
居室	カーテンが閉まっている	360 ~ 366	178 ~ 182	0
	ベッドから窓に向く立位	931 ~ 957	182 ~ 186	0
	ポータブルトイレ眼の高さ座位	1,241 ~ 1,305	177 ~ 179	0
	ベッド端座位(窓背中)	849 ~ 863	184 ~ 186	0
	ベッド端座位から立位	717 ~ 724	218 ~ 220	0
	窓背に側臥位	668 ~ 689	180 ~ 182	0
ホール	廊下側	908 ~ 917	320 ~ 340	0 ~ 1
	窓側	3,103 ~ 3,333	30 ~ 32	0

ら、運動学の専門家の助言からそのように描写できた。場面②では〈姿勢の崩れを自覚できるかどうか〉、場面③では〈相手を来客とみなした場合、危険であっても移動するという判断をし、行動することはないか〉を得た。場面③では、研究者を来客とみなし、『車椅子だと離れているので、あなたと話せない。』と述べ、より身体を接近し迎えて対話したい思いが読みとれた。場面④では〈体が不安定と感じる、または判断できた場合は物につかまり歩行できるか〉〈危険な行為であっても、慣れにより転倒リスクを意識せずに行動してしまうことはないか〉〈ちょっとしたことと思うと、危険でも行動してしまうことはないか〉、場面⑤では〈身体機能の調子が良いため、転倒リスクを意識しないことはないか〉、場面⑥では〈靴の中で足が滑らないか〉〈サイズの不適合やゆるさで靴が脱げやすすくない

か〉〈靴を踵まで履いているか〉〈家族はサイズの合う滑り止め付きの靴を購入しているか〉、場面⑦では〈フットレストが上がった状態での乗降は転倒の原因になると認識しているか〉、場面⑧では〈前傾姿勢保持を安定して行えないときがあるか〉、場面⑨では〈他者を意識すると、安全の手本となるようフットレストを上げて乗降するのか〉、場面⑩では〈立位保持時間延長による膝折れの可能性はないか〉〈短い距離で車椅子方向転換を行っていないか〉、場面⑪では〈移動経路の照度は適切か〉〈照度が低い状態で移動していないか〉が得られた。場面⑧の〈前傾姿勢保持を安定して行えないときがあるか〉における《ドアの開閉時に支持基底面を越える前傾姿勢で重心移動を行っていたが、体調不良時などはその姿勢を保持できない可能性がある》は、運動学専門家から指摘された。

B氏は、場面⑫では〈条件が変わることで、重心が身体の支持基底面をはずれることはないか〉〈周囲の状況をとらえながら歩行しているか〉〈要介助であっても、自分がしなければと行動していないか〉〈すり足歩行の場合、靴底の摩擦力は低いものになっているか〉を得た。場面⑬では、B氏が両手を両膝の上に置いて歩行している姿は、看護師としての研究者の視点からは、視線は前方を見ているものの、上体は前屈姿勢で歩幅は狭く、すり足歩行であり、転倒につながる危険があるとみなした。しかし、運動学専門家の視点からは、前屈姿勢であっても重心は支持基底面内にあるため安定しており、すり足歩行であっても靴底が摩擦の少ないものであればまずく可能性は低く、歩行に問題はないとみなした。そのため、お膳を持ての歩行については、〈条件が変わることで、重心が身体の支持基底面をはずれることはないか〉とした。場面⑭では〈声かけに戸惑い姿勢を崩すことはないか〉〈羞恥心や社会的礼儀のため、洗面台底を手でかき出すことはないか〉、場面⑮では〈活動と休息のバランスは自分で判断できるか〉〈歩行途中で、安全に休憩できる場はあるか〉〈他者への危険行動はみられないか〉、場面⑯では〈不安があるため出歩いていないか〉〈高齢者が不安に思っていることを職員は受け止めているか〉〈職員は高齢者の生活過程をとらえて転倒リスクを予測しているか〉〈歩行経路の照度は移動に十分な明るさか〉が得られた。場面⑯（図1）では、B

氏は消灯後就寝するまで8回ホールに出ており、『お金がね。お金が。ここは広いからお金がかかってね。どうしたらいい？ お金がかかってどうしたらいい？』と何度も言い、職員に近づいていた。《お金のことをとても気にしており、職員に相談したいが相手にしてもらえないため不安が残り、何とか伝えたいと出歩いていた可能性がある》があった。その際には、自室から職員のところまですべて暗いホールを横切って会いに行っていた。ホール内の経路は0～1 Lxであった。B氏は同じ位置から遠くとも、明るいスタッフステーションにある青いバケツは認識できたが、暗いホールの机を指し「材木」と認識した。ステーションの照度は276～281 Lxであり、指さしたホールは0 Lxであった。これらのことから、《歩行経路の照度は十分ないと錯覚を起こしたり、障害物がわからずに転倒する可能性がある》を得た。なお、B氏は意図があるため何度もホールに出ていたことから、徘徊ではなく、〈不安があるため出歩いていないか〉という表現にした。

VI. 考 察

B氏は、遠くとも明るいスタッフステーションにある青いバケツは認識できたが、その手前にあった暗いホールの机を指し材木と認識した。《歩行経路の照度は十分ないと錯覚を起こしたり、障害物がわからずに転倒する可能性がある》を得た。照度が低いと一部分しか見えず、見えたものを過去の記憶と結びつけ認識することがわかった。その錯覚により〈高齢者が不安のため出歩いていないか〉の現象がみられた。認知機能の低下した高齢者の行動について、危険行動という名称が使われることがあるが、高齢者の長い生活過程から続くその人なりの価値観や経験から発した行動が危険とみなされる可能性のあることが示唆された。さらに、A氏の〈車椅子の停車位置がよくないと、身体が不安定となっても自分で直してしまうことはないか〉〈相手を来客とみなした場合、危険であっても移動するという判断をし、行動することはないか〉、B氏の〈羞恥心や社会的礼儀のため、洗面台底を手でかき出すことはないか〉からは、女性高齢者の特性として周囲の人々への気遣いのための配慮としての行動と受け取れた。アセスメントの言語化の際には、単に危険行動という表現となるよりも、以前の生活過程やその人としての思い、考え、価値観を含めることが重要と考えられた。

言語化には、ビデオを何度も何度も観察し、フィールドノートをつき合わせていねいに記述し、測定結果や対象者の言動を環境との相互関係のなかで統合することにより実現できた。このことをとおして、人の何らかの意思が周囲の環境ともかかわりながらその人の動作として連続的に

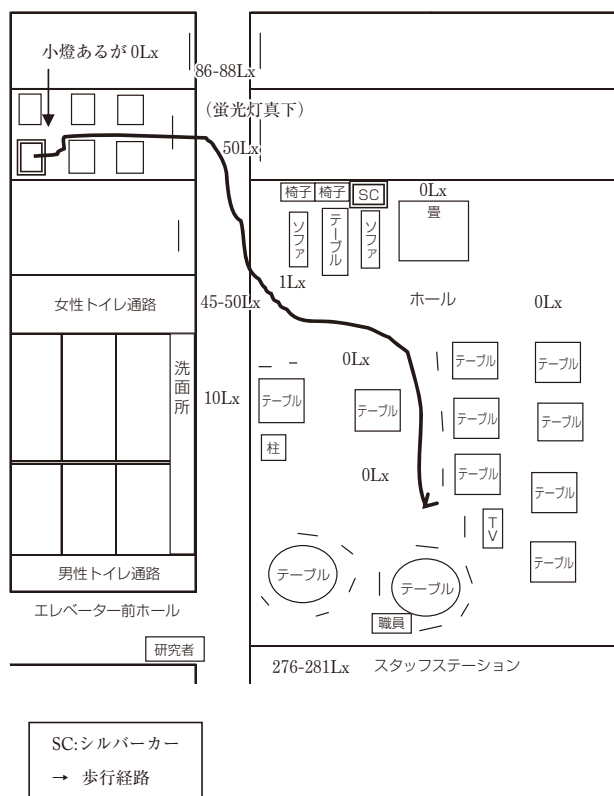


図1 B氏の歩行経路と照度の状況（場面⑯）

可視的に現れていることを一瞬にして言語化することの難しさがわかった。臨床判断レベルでのアセスメントの指標の言語化が確立されていれば、一瞬の行動に関する観察であっても環境との相互関係も網羅して言語的にアセスメントできると考える。転倒予測を目的に行動分析を活用した研究^{12), 13)}や看護師の転倒予防を決定するまでの臨床判断の構造について明らかにした研究¹⁴⁾はあるが、個別性まで踏み込んだ転倒予防の臨床判断に関する研究は行われていない。看護師の転倒リスク判断に「ふらつき」があがっている¹⁵⁾が、「ふらつき」とはどのような状態であるのか言語化されていない。高齢者の転倒予防のための看護師の臨床判断についてグラウンデッドセオリーアプローチ法により探求されているが、“intuition (直感)” “feeling (感覚)” “sense (知覚)”を使用するという表現にとどまっており¹⁶⁾、活用レベルまで至っていない。看護師が危険と思ってもそれを言語化できなければ、他のケア従事者に具体的に伝えることができないため、具体的にその個人に対応した転倒予防は難しいといえる。今回のことから、一部ではあるがA氏から得られた〈歩行の方向は前向き以外となっていないか〉〈歩行時、身体の重心が支持基底面からはずれていないか〉のアセスメントの言語化は、看護師の「ふらつき」として認知される現象ではないかと考えられた。これらの表現が「ふらつき」を表しているのか、今後検証していきたい。

一般的に、靴底の摩擦力が低下した履物は転倒要因になると考えられている。しかし、A氏は靴底のしっかりした溝が“滑って”の転倒を予防し、反対にB氏ではすり足歩行のため溝の浅い靴底が“つまずき”による転倒を予防している可能性があることがわかった。このことから、アセスメントにおいて、個人の動作特性に応じた環境の見極めの言語化が必要であることが確認された。B氏の両手を両膝に乗せて歩行することは、前屈姿勢であっても重心は支持基底面内にあるため安定しており、すり足歩行であっても靴底が摩擦の少ないものであればつまずく可能性は低く、〈条件が変わることで、重心が身体の支持基底面をはずれることはないか〉を留意すれば、歩行に問題はないことを言語化した。これらは、運動学専門家の助言により言語化したことであり、モーションの言語化には特定の専門的知識が必要であることがわかった。

今回のアセスメントの言語化の試行は、環境への適応力が低下している高齢者の行動や心情を変えることにより転倒予防を行うのではなく、物理的環境や職員を含めた人的環境など周囲の生活環境を調整することでその人らしく安全に生活できるようにするためのアセスメント技法を開発する手がかりを得る、という位置づけである。看護師のアセスメントは的確さが要求され、その根底には臨床判断が

かかわっている。臨床判断レベルを深くとらえる研究方法は少なく、行動分析法^{8), 9)}においても限界があり、今回の言語化において分析の信頼性の保障に限界があるといえる。今回は、観察と言動に加え高さ・距離・照度・表面のスムーズさをデータに加えてそれらを統合し、主観的事象の言語化を試みた。それらのデータ以外にも、主観的事象をとらえたり検証するために必要とするデータの種類があると思われる。今後、それらを特定し、さらに対象に接近した事象をとらえ、より正確な言語化を行いたい。

VII. 結 論

A氏からは〈相手を来客とみなした場合、危険であっても移動するという判断をし、行動することはないか〉を得た。B氏からは、明るいところにあるバケツは正確に見えたが、暗いとテーブルの線が入所前の記憶と結び付き、それらを材木と認識し、『お金がかかる』ことを心配し、何度もホールにいた職員のところに訪れたため、〈高齢者が不安のため出歩いていないか〉〈高齢者が不安に思っていることを職員は受け止めているか〉〈職員は高齢者の生活過程を捉えて転倒リスクを予測しているか〉〈歩行経路の照度は移動に十分な明るさか〉を得た。これらのことから、高齢者の長い生活過程から続くその人なりの価値観や経験から発した行動が危険とみなされる可能性があり、アセスメントの言語化の際には、単に危険行動という表現とするよりも、個人の生活特性に応じた言語化が必要である、と考えられた。

A氏から《人の下肢関節の運動方向から、横方向への歩行は不安定にもかかわらず行っており、さらに、重心を保つための支持基底面を横に越えて歩行していることは危険である》を得た。行動観察をとおしてアセスメントに向けた言語化をするには、映像を何度も見直したり、専門的知識の提供がなければ困難であり、また信頼性をとれない言語化するには、課題が多いといえる。

謝 辞

今回の調査にご協力をいただきました高齢者の方とご家族様、ならびに調査にご協力をいただきました言語聴覚士の方に心より感謝いたします。また、本研究の分析に多大なご協力を賜りました、浅川康吉 准教授（群馬大学医学部保健学科理学療法科学）に感謝いたします。

本研究は日本看護研究学会奨学会の助成を受けて行い、研究成果は第35回日本看護研究学会学術集会にて発表しました。このような機会を与えてくださいました日本看護研究学会に感謝いたします。

要 旨

本研究は、転倒につながる主観的事象をアセスメントできるレベルに表現できることを目的に、認知機能が低下している施設高齢者の生活環境における転倒に関する主観的事象の言語化を試みた。対象者は女性高齢者2名であった。研究方法は、行動と環境の相互作用があることを考慮し行動分析法を活用した観察と聞き取り、および照度や高さなどの客観的データも収集した。結果、A氏からは〈歩行の方向は前向き以外となっていないか〉〈歩行時、身体の重心が支持基底面からはずれていないか〉などが、B氏からは〈不安があるため出歩いていないか〉〈歩行経路の照度は移動に十分な明るさか〉などが言語化された。B氏においては0～1 Lx程度の照度のホールで、食事用の机を「材木」と錯覚した。これらのことから、言語化の際には運動学の専門的知識、ならびに個人の生活過程や価値観を含める必要があることがわかった。

Abstract

The aim of this study was to describe subjective phenomena related to falls of elderly persons with dementia in a long-term care facility. The participants were two elderly women. The research was an observational study, but some objective data, such as degree of illumination and height of chair, were measured to gain additional explanations for subjective phenomena. Analyses were carried out based on an observational study of behavior, with advice from a mobility expert. Case A showed unstable sidesteps, indicating that the center of gravity was lateral to the body. Case B, who was wandering, mistook dining tables for logs in a dark hall where the degree of lux was zero to one. She might have experienced an optical illusion. The results of the study indicate that knowledge of not only human mobility as a science but also a perspective based on individual experience is required in order to describe subjective phenomena related to falls.

文 献

- 1) 松井典子, 須貝佑一: わが国における施設高齢者の転倒事故に関する文献的検討 — 認知症高齢者の転倒事故防止対策構築への考察 —. 老年精医誌, 17(1), 65-74, 2006.
- 2) 加藤真由美, 泉キヨ子, ほか: 入院高齢者の下肢筋力と骨量に関する在宅高齢者との比較研究 — 入院高齢者の転倒に関する基礎的研究 —. 金沢大保健紀, 22, 173-177, 1998.
- 3) Cali C M, Kiel D P: An epidemiological study of fall-related fractures among institutionalized older people. J Am Geriatr Soc, 43, 1336-1340, 1995.
- 4) Rubenstein L Z, Robbins A S, et al: The value of assessing falls in an elderly population A randomized clinical trial. 113(4), 308-316, 1990.
- 5) Feder G, Cryer C, et al: Guideline for the prevention of falls in people over 65. BMJ, 321, 1007-1011, 2000.
- 6) Kato M, Izumi K, et al: Development of a fall-prevention program for elderly Japanese people. Nursing & Health Sciences, 10(4), 281-290, 2008.
- 7) 加藤真由美, 泉キヨ子, ほか: 施設高齢者の捉える転倒・転落につながるハザード. 日看管理会誌, 11(2), 47-58, 2008.
- 8) Sturmey P(高山巖監訳): 心理療法と行動分析. 71-154, 金剛出版, 東京, 2001.
- 9) Altman J: Observational study of behavior: Sampling methods, Behavior. 49, 227-267, 1974.
- 10) Shah S, Vanclay F, et al: Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. J Clin Epidemiol, 42, 703-709, 1989.
- 11) 小林敏子, 播口之朗, ほか: 行動観察による痴呆患者の精神状態評価尺度(NMスケール)および日常生活動作能力評価尺度(N-ADL)の作成. 老年精医誌, 17(11), 1653-1668, 1988.
- 12) Richard J K, Thies S B, et al: Gait analysis in a challenging environment differentiates between fallers and nonfallers among older patients with peripheral neuropathy. Arch Phys Med Rehabil, 86, 1539-1544, 2005.
- 13) 島田裕之, 太田雅人, ほか: 痴呆高齢者の転倒予測を目的とした行動分析の有用性. 理学療法学, 31(2), 124-129, 2004.
- 14) 丸岡直子, 泉キヨ子, ほか: 看護師が転倒防止策を決定するまでの臨床判断の構造. 日看管会誌, 9(1), 22-29, 2005.
- 15) 加藤真由美, 泉キヨ子, ほか: 入院高齢者の転倒要因についての研究 — 3種類の施設の前向き調査から —. 金沢大保健紀, 24(1), 127-134, 2000.
- 16) Turkoski B, Pierce L L, et al: Clinical nursing judgment related to reducing the incidence of falls by elderly patients. Rehabilitation Nursing, 22(3), 124-130, 2004.

〔平成23年5月18日受 付〕
〔平成23年7月19日採用決定〕

— 地方会たより —

本稿は一般社団法人日本看護研究学会中国・四国地方会第24回学術集会（平成23年3月6日・川西千恵美実行委員長）特別セミナーでの講演の全文である。地方会の歩みを辿ったものであるが、講演の前半で、本学会が四大学看護学研究会として発足した当時の事情と日本の看護教育の状況が扱われている。こうした内容は全国の会員で共有した方が良いのではないかと考え、講演者の了解を得て、中国・四国地方会たよりとして、ここに報告することにした。（日本看護研究学会中国・四国地方会運営委員長、山勢博彰）

地方会の歩みと看護研究

— さらなる発展に向けて —

The Past, Present, and Future of Chugoku-Shikoku Chapter of Japan Society of Nursing Research
— Toward Further Developments in Nursing Research —

野 島 良 子
Yoshiko Nojima

キーワード：地方会，看護研究

Key Words：Chapters of Japan Society of Nursing Research, nursing research

はじめに

一般社団法人日本看護研究学会（以下、日本看護研究学会）の前身、四大学看護学研究会が1975年に徳島大学で初めて開催されてから、35年が経過しました。その間に、四大学看護学研究会は6,000人になんなんとする会員を擁する日本看護研究学会へと発展してきました。また、日本看護研究学会のC地区地方会から発展的に分離独立して設立された中国・四国地方会は、今年で第24回学術集会を開催するまでに発展してきています。ここで改めて、四大学看護学研究会がどのような理念のもとに、何を目指して設立されたのかを振り返ってみたいと思います。中国・四国地方会の今後の発展の方向を一層確かなものにしていくための一助になればと思います。

I. 四大学の由来

日本看護研究学会について語る際には、どうしても触れておかなければならない事柄が一つあります。「四大学」という言葉です。本学会会員のみなさんは、この言葉をどこかで、一度か二度は耳にされたことがおありだと思います。が、この言葉が何を指しているかご存知の方は、そう多くはないと思います。

「四大学」というのは、弘前大学、千葉大学、徳島大学、熊本大学の4つの国立大学（現、国立大学法人）を指して

います。かつて、これら4つの大学には教育学部があり、特別教科（看護）教員養成課程が設置されていました。高等学校の衛生看護科で看護を教える資格、つまり高等学校教員の免許をもった教員を養成する目的で、1966年にはじめて設置された課程です。教育学部は本来、小・中学校で義務教育を担当する教員免許をもった教員を養成する学部ですが、なぜ、これら4つの大学は高等学校で看護を教えるための教員免許をもった教員を養成することになったのでしょうか？ これは、当時のわが国の社会状況下における看護教育制度と深い関係があります。

中学校を卒業すると、99%以上の生徒たちが高校へ進学する現在とは異なり、高度経済成長期以前の日本では、中学校卒業後、高校へ進学する生徒の数は男女あわせても全生徒の約1/3にすぎなかったことをご存知でしょうか。看護教育も、学校教育法上の学校ではなく、いわゆる各種学校と位置づけられた専門学校で行われておりましたが、高校卒業後、専門学校に進学して看護婦（士）資格を取得する女子の数は限られており、多くが、中学校卒業後、働きながら准看護婦（士）を養成する専門学校へ通って、准看護婦（士）免許を取得していました。つまり、当時の日本では義務教育を終えただけで、看護の仕事に携わることができたわけです。

こうした状況をなんとか改善し、医療機関で看護の仕事に従事する看護婦（士）の養成を普通教育のなかでレベルアップし、最低でも高校卒業以上にするために、1963年に

厚生省医療制度調査会から「看護教育の振興のため、その教育機関を学校教育法上の学校、すなわち、大学・短大・高専・高校のいずれかに包含する必要がある」とした答申が出されました（松岡、内海、鶴沢、1976）。それに呼応して、高等学校教育において教職員免許法に基づく高等学校教諭の免許をもち、看護の授業を担当し得る資格をもった教員を養成する目的で、「医学部と教育学部を併せ持つ国立大学のうち、教育学部と医学部との連携が比較的良好とされていると考えられる大学に」（山元、1977）特別教科として、（看護）教員養成課程が設置されることになったわけです。高等学校衛生看護科は、1963年に神奈川県下で最初の衛生看護高校が設置されて以来、各県の高校に設置され、時代のニーズに合わせて変革を繰り返しながら、今日に至っております。

こうした経緯からわかりますように、国立大学教育学部の特別教科（看護）教員養成課程は、あくまでわが国の普通教育である高等学校教育の目的を達成するなかで、看護の職業教育を担当する教員を養成する課程であったわけです。しかし一方で、高等学校衛生看護科の「卒業生の2/3が2年コースの看護婦学校に進学する」（第1回四大学看護研究会研究報告5、1976）のが実情でありました。そのため、高校の看護教員たちは、看護を高等学校教育の一環として教えると同時に、職業人の養成としての教育をしなければならないという、非常に難しい課題を背負わされていたわけです。そして、こうした非常に難しい課題をよくこなすことのできる看護の人材を養成する役割を担っていたのが、教育学部特別教科（看護）教員養成課程であったわけです。通称「特看」と呼ばれておりましたこの課程は、4つの国立大学で1966年から2000年までの34年間存続しました。この課程から巣立たたれた多くの優れた人材が、現在、わが国の看護系大学で教育と研究の中心的役割を担っておられることは、皆さんご存知のとおりです。

Ⅱ. 日本看護研究学会の誕生まで

さて、このようにして4つの国立大学に設置された特別教科（看護）教員養成課程で、わが国に前例のないかたちで四年制大学での看護教育にあたっておられた方々は、看護について、また看護教員の備えるべき能力について、どのような考えをもっておられたのでしょうか？

当時、教授として、四大学看護学研究会と日本看護研究学会の設立と発展に尽くされた先生方の幾人かは、残念ながらすでに故人になられましたから、直接お話をうかがうことはできません。が、幸いなことに、設立の経緯は、最初の2回分が「四大学看護研究会報告」というかたちで、雑誌『看護研究』（医学書院）の第17巻第8号と第9号

（1976年）と第18巻第5号（1977年）に残されています。ちなみに、『日本看護研究学会雑誌』は『四大学看護学研究会雑誌』として1978年（昭和53年）3月に創刊されておりますが、この創刊号は実質的には第3巻といってもいいかと思います。第3回四大学看護学研究会が1977年9月に熊本大学で開催されましたあと、この研究会の内容をどのような方法で記録に残していくかということが、虎ノ門共済会館で開催された四大学協議会世話人会で議題になりました。自前の学会誌をもつだけの経済的余裕は全くないので、前年・前々年同様、『看護教育』にお願いしようという流れになりかけましたが、日本の看護学の将来のことを考え、世話人たち自身で費用を負担することになったとしても、やはり「自分たちの学術雑誌をもちたい、もとう」ということになり、日本における看護の最初の学術雑誌として、『四大学看護学研究会雑誌』が創刊されたわけです。

当時、四大学で教授職についておられたのは、全員が男性で、医師でした。ある方は基礎医学を、ある方は臨床医学を専門としておられました。このことはここで申しあげるほどのことではないのですが、後に地方会を設立する際にちょっとしたかわりがでてまいりましたので、あえて申しあげておきます。私が四大学協議会と看護学研究会を通して出会ったこうした先生方が、看護について実に熱く、真剣に議論され、看護教育のあるべき姿を真摯に追求されている姿は、とても印象的でした。私の個人的な思い出話をお許しいただきたいと思いますが、いまはもう故人になられた徳島大学の教授であられた村田栄教授も福井公明教授も、ゼミナール室で何気ない雑談をしているときなどに、話の節々から、ナイチンゲールの『看護覚え書』を熟読されているなあと感じたことがたびたびありました。あるとき、ビニール袋に入った野菜がテーブルの上に置かれているのを見て、一人の教官がつとハサミを手にとって、ビニール袋のあちこちにパチパチと小さな穴を開け始めました。その行動を見て、福井教授が「あ、それが看護や」と。生きている緑の野菜が新鮮な空気を吸えるように手助けすること、それはまさしくナイチンゲールの言う「看護であるもの」そのことに他ならない。そういう意味です。何が看護であり、何が看護ではないか。看護婦（士）以上に看護の本質について熟考しながら、やがて看護の教師になる学生たちの教育にあたられていたのではないかと。いまも、そう思っております。

四年制大学で看護の教師を養成するという、わが国の大学教育に前例のない、画期的な仕事を担当する。これは当事者にとって、海図のない海に艀一本で漕ぎ出していくような仕事であったに違いありません。しかし、四大学の教育学部でこの教育を担当されていた方々の胸中には、大学における看護教育と看護研究というものに対する一つの熱

い思いが沸々としてあったのです。そうした彼らの思いは、『看護教育』の第17巻と第18巻に残された看護学研究会の報告から、よくうかがい知ることができます。まず、看護教育について、彼らは次のように考えておられたのです。看護教育のカリキュラムは：

最も基本的には、……看護の概念から導き出されるものであり、教育においては、その目的や目標を明確にすると同時に、その哲学によって支えられながら内容や方法、あるいは評価などが方向づけられるものであると考えられる。(山元, 1977)

教育のこの根本的な理念に照らして考え合わせると、当時のわが国の四年制大学で、大学教育にふさわしいレベルにおいて看護を教えることがいかに難しい課題であったか。当時の熊本大学の山元重光教授は、次のように述べておられます：

大学における現在の看護教育のひとつの弱点は、看護の概念とそれを結びつける看護研究の弱さであり、実践やその研究の成果としての科学的資料の乏しさである。(山元, 1977)

また看護学について、それは未だ、

……科学的に整理された知識や技術の体系が学問として未熟であるという点であろう。学問の特質を決定する場合の基本的条件は、その学問の目的であり、研究する対象とは何か、ということである。(山元, 1977)

わが国の看護研究の状況については：

従来ともすれば身近な医学とか社会学とか心理学などのなかで模倣しやすいものを取り入れて、いわゆる‘看護研究’といわれるものがなされていたと言える。これらのことは手段としておおいに学び、とり入れる必要があると考えられるが、これらの研究は手段から出発して、看護における問題の認識から出発したものとは必ずしも言えないことが多い。(山元, 1977)

と認識しておられます。

学問のいずれの分野でも、その分野固有の研究目的、研究対象、研究方法、そして研究成果を記述する学術用語をもってします。しかし、1960年代の後半から70年代の前半にかけて、看護は国際的にみても、何を、どのような方法で研究し、その結果をどのような言葉で記述・説明するの

か、誰も明確に語ることはできませんでした。せいぜい、臨床看護実践のなかで慣習的に使われてきた用語がそのまま学術用語として用いられていたのが実情であった、と言えるでしょう。まして、わが国の当時の看護においておやです。このように、学問としての基盤が未だ確立していないにもかかわらず、また、看護とは何かということを明確に説明する言葉を誰ももっていないにもかかわらず、看護を一つの独立した教科として高校生たちに教えることになる教師を育てる。こう考えたとき、彼らは彼らの学生たちを、

今後の看護学の発展のためには、学生教育のなかで、看護の現象をどのようにとらえ、これらの現象を分析し、原因を探り総合された看護実践とその効果などについて追求し、そのなかから普遍性を導き出す能力を養うことである。(山元, 1977)

という方向性をもって教育しようとされた。そして、この方向性を実現に移す場が必要であるということを協議会で何年かかけて話し合われた結果、四大学看護研究協議会から独立して四大学看護学研究会が設立されたわけです。その第1回研究会がその年の協議会の当番校であった徳島大学において開催されています。1975年（昭和50年）9月のことです。看護学と看護教育に対するこうした彼らの理念と方向性を反映してか、毎年の研究会で発表される卒業生たちの研究をめぐる質疑は実に活発で、各大学の教授方から投げかけられる指摘や助言は、ときに厳しく、ときに温かく、具体的な示唆に富んで、とても楽しいものであったことが今思い起こされます。

Ⅲ. 地方会の誕生

— C地区地方会第1回学術集会は、なぜ京都市で開催されたのか？ —

このようにして発足した四大学看護学研究会は、1981年（昭和56年）には熊本市で開催された総会で会名を日本看護研究学会と改め、1986年（昭和61年）には全国4つの地区の先陣をきって、C地区（近畿・四国）に地方会が設立されました。

今日の特別セミナーのテーマは、「地方会の歩みと看護研究」ということになっておりますので、ここからが本日のテーマということになります。しかし、1993年には、本学会の会員増加等によって地方会組織の再編成が必要となり、C地区地方会は近畿・北陸地方会と中国・四国地方会に分かれました。それ以後の両地方会の目覚ましい活動に

については、皆さんがすでによくご承知のとおりですから、ここでは話をもう一度出発時点に戻して、C地区地方会誕生の経緯のなかに、地方会のその後の発展の芽を探してみたいと思います。

C地区地方会の第1回学術集会は、京都市左京区の京大医学部附属病院の真向かいにあります京都教育文化センターで、当時の京大医療技術短期大学部の近田敬子先生が実行委員長となって、1986年3月16日に開催されています。

前年の秋から冬にかけて、有志が京都駅前のセンチュリーホテルのロビーの喫茶室に何度か集まって、わいわいと気楽に話し合いながら、地方会の設立と学術集会の開催準備の相談をいたしました。事務局をどこにおいて、誰が世話人代表になるか？ 第1回学術集회를どこで開催するか？ 本来ならば四大学ゆかりの徳島大学に事務局をおき、徳島大学から出ておりますC地区理事2人のうち、どちらかが最初の実行委員長を引き受けるだろうと、世話人の誰もが思っておられました。

しかし、この2人の理事のうちの1人として、私の心にはありましたことは、この地方会をぜひ成功させたい、そのためには、この際「四大学ゆかりの徳島大学」という色あいを地方会から払拭しなければならないだろう、という思いでした。日本看護研究学会は確かに四大学看護学研究会から出発しました。しかし、それは四大学に縁のある人々だけの学会ではなく、看護と看護研究について真摯な関心をもつ人であれば、誰にでも開かれている看護の学会であるということを、広く印象づける必要があると思っていたからです。

当時、日本の看護界では日本看護研究学会に対して、どちらかといえば冷ややかな視線が注がれていました。いわく、准看護教育に加盟している四大学を母胎としている学会は正統な「看護」の学術団体ではない；いわく、医師や心理学者など看護婦（士）免許をもたない研究者たちが会員として加わっている学会は、「看護」の学術団体ではない；というものです。こうした冷ややかな視線は、教育学部特別教科（看護）教員養成課程は日本の看護教育を普通教育のなかへ組み込んで、最低でも高校卒業を基準とするレベルへ引き上げようという、日本の看護界全体の長年の悲願から生まれた教育課程であること、そこで行われているのは、上にみたように、本来の看護と看護研究のあり方を、その根本理念を問うところから出発している看護教育だということが理解されていないところに、その原因があるのではないかと、かねてから私は思っていました。

C地区地方会設立にあたって、私が、この学会に対する誤解を払拭し、看護研究者すべてに開かれた自由な学会であるという実像をぜひお見せしなければという気持ち

が、一層強くなっていた理由が、ほかにもあります。1981年（昭和56年）に日本看護科学学会が設立され、その第1回学術集会在東京の国立公衆衛生院で開催されています。この学会はいわゆる看護系6大学（聖路加看護大学、千葉大学、東京大学、名古屋保健衛生大学、高知女子大学、琉球大学）からなる「日本看護系大学協議会」がその設立を準備された学会ですが、この学会の設立世話人会議のメンバーの1人として私が呼ばれました。準備会議を頻回にもつ必要があるということで、世話人には東京を中心とする大学等の方々が加わっておられましたが（林，1982）、というわけか徳島大学から私が呼ばれました。設立準備のための会議はいつも、聖路加看護大学の気品のある古い建物の一室で行われました。ここで時間をかけて議論されたことの一つは、会員資格です。正会員と準会員に分けられております。正会員は「看護婦、看護師、保健婦、助産婦で看護学を研究する者」とされております。世話人会の中心になられた林滋子氏は「学会発足までの経過」のなかで、次のように述べておられます：

看護に関することが、これまで医師など他分野の人々によって著しく影響を受けながら進められてきたというわが国の看護界の実情をふまえ、ここに看護職自身の力で看護独自のものをつくり出していくことが、看護学の将来の正しい発展および看護専門職の独立のためにより望ましい方向である……そのためには、学会運営、学会誌編集、対外的発言について看護職の者が決定権をもつべきであるとの考えが強調され……（林，1982）

その結果、定められたのが上の資格基準です。言外に日本看護研究学会を強く意識した会員資格であったと思います。もちろん皆様ご存知のとおり、会員資格を職能資格によって規定したこの条項は、現在の日本看護科学学会の規約にはありません。こうした準備会議に参加する機会を得たことによって、私は日本の看護学が発展していくためには、看護の研究者たちは、研究ということに対して、開かれた真に自由な精神を養う必要があるのではないかと、ますます強く考えるようになっていました。

C地区地方会の世話人代表を徳島大学以外の方に担当していただいて、その第1回学術集会を徳島以外の地で願っている理由を、実は私は誰にもお話ししたしませんでした。ただ、新しく発足する地方会を成功させるためには、何をおいても大勢の方々に参加していただく必要がある、そのためには京都のようなアクセスのよい地で、ただけお願いし続けました。アクセスのよさは大勢の参加者を得るための必須条件です。当時はまだ、関西と四国は本四連絡橋で結ばれてはいませんでした。大阪からフェリーに

乗って3時間かけて、あるいはJRで岡山・高松を経由するというのが交通手段でした。もし第1回の学術集会を徳島で開催していたら、参加者は極めて限られた人数になっていたでしょう。事実、第3回学術集会（1987年）と第5回学術集会（1989年）を徳島で開催したときも、参加者の数は限られており、第1回の京都での120名には遠く及びませんでした。

結局、実行委員長を京都大学医療技術短期大学部の近田敬子先生がお引き受けくださり、京都市で開催することになりました。が、ここでちょっとした問題が生じました。会員歴がどちらかというと長くはない一般会員の方に、新しく発足する地方会の学術集会の実行委員長をお願いすることに対して、理事会のご理解が得られるかどうかという問題です。そこで、本学会の理事会で、近田先生を理事推薦のC地区評議員としてお認めいただくという手続きをとったうえで、学術集会の実行委員長をお願いすることにしたわけです。

学術集会を開催するにあたって、これからの地方会の組織や運営方針のようなことも、あまり固く決めておかないで、その時々状況に合わせて誰でもかかわることができる、柔らかな組織にしておきました。地方会の世話人は、会員歴や所属を超えて、その日出席した者がみな世話人となって運営してゆこう。また、学術集会ではいわゆる会長講演は行わないことにしよう、その代わり実行委員長は慣習にとらわれず、その人のまったく自由な発想で学術集会を企画・準備・進行させよう、そして世話人たちは会場の設営や受付など、すべての役割や役務などを協力して担当し、実行委員長を助けよう、と。

このようにしてスタートしたC地区地方会の第1回学術集会で、世話人たちは朝から会場設営に追われましたが、椅子を運んでも、運んでも追いつかないほど参加者が詰めかけ、通路まで立錫の余地のないほどでした。第2回学術集会も京都市で開催しましたが、参加者はさらに増えました（180名）。第3回になって、初めて徳島市で開催いたしました。参加者数は、残念ながら予想していませんでしたが、第1回、第2回の半数にも届きませんでした。しかし、私は第1回と第2回が成功裏に開催されたことで、日本看護研究学会とC地区地方会が、開かれた、自由な精神で看護を研究する人々の学会であるというメッセージは、すでに伝わり始めているという感触を得ていました。四大学以外のある大学から参加された世話人の方がこんなふうに感嘆されたのを、側で聞いていたのです。「この地方会って、まあ、なんと自由な学会でしょう！」と。

第6回を神戸市で、第7回を滋賀県大津市で開催するころには、C地区地方会はNEW看護学セミナーの開催と合わせ、ますます活気を帯びてきていました。そして、日本

看護研究学会を四大学と結びつけて云々する声は聞かれなくなっていたように思います。その後、C地区地方会が近畿・北陸地方会と中国・四国地方会に分離してからも、学術集会は両地区で交互に担当し、参加人数も演題数も、そして何よりも学会に所属している両地区の会員数そのものが、増加してまいりました。これは1991年6月に大学設置基準が改正され、看護系大学数が急速に増加してきたことにもその一因があります。長い間、日本の看護系大学数は10校で固定していました。それがわずか数年で、1995年には40校に、1997年には52校に増加しています。この間に、四大学の特別教科（看護）教員養成課程は1校ずつ、その歴史を閉じてゆきました。日本看護研究学会は現在6,000人余りの会員を擁する学会に発展してきています。本学会や地方会が発展するにつれて、この学会が四大学から生まれてきたことを知っている会員が逆に次第に少なくなっていることは、歴史の皮肉と言わなければならないでしょう。

IV. いまは、ベンチタイム

ところで、ここでちょっと、地方会から私の個人的な生活へ脱線することをお許しいただきたいと思います。最近、私は天然酵母を使った酵母パンを焼いて食しております。十数年間使ってきたパン焼き器が故障して、新しいのを買いたいと思っていたのですが、お米のパンも焼けるという新しい機種はものすごい人気だそうで、予約しても入荷するまでに長く待たなければならないとか。どうしよう……と迷っていたとき、手づくりの天然酵母パンが美味しいということを耳にしました。そこで、つくり方をインターネットで調べて、挑戦してみることにしました。作り方は次の通りです。

まず、リンゴやニンジンで天然酵母をつくります。約一月かかります。元気な天然酵母ができれば、小麦粉250g、塩、砂糖、スキムミルク、バターを決められた量だけ準備して、水130mLと天然酵母を加え、20分ほどかけて、手でゆっくり、力強くこね上げます。すると、心地よい弾力性のあるパン生地ができますから、ここから12時間ほどかけて、第一次発酵の過程に入ります。パン生地がもとの量の2～3倍に膨らんできたら、これをいったんこね板の上に取り出し、両手の平で押さえて、発酵した生地の中に溜まった余分なバブルを潰します。そして小さくなったパン生地の形を整え直してから、30分ほど寝かせます。これを「ベンチタイム」と言うのだそうです。次の活動に入るまで、ベンチで静かに待機する、という意味なのでしょう。一次発酵から直ちに二次発酵に入らないで、このベンチタイムをとることが、美味しく、大きく膨らんだパンに

仕上げるための秘訣なのだそうです。なぜだか理由はわかりません。で、ベンチタイムが終わったところで、今度は二次発酵に入ります。4～5時間ほどかけて二次発酵が完了したら、あらかじめ180度に熱しておいたオーブンで27分間焼き上げます。すると、エスキモーの氷雪の家（イグルー）のように丸く大きく膨らんだ、見事なパンが焼き上がります。

パン生地をこねながら、私はいつも、地方会のみならず日本の看護研究全体が、いまはベンチタイムをとるべき時期にさしかかっているのではないだろうか、と考えたりしております。1990年代の中頃以降、今日まで、看護系大学・大学院、看護系学会は年をおって増加し、学会誌等へ投稿される論文数と学会で発表される演題の数も、急カーブで増加してきています。発表される演題も研究論文も、過去のそれらと比べますと、形式が整い、格段に洗練されてきています。これらは疑いようのない、喜ばしい変化です。しかし、問題はこうした研究の質です。先に紹介いたしました四大学看護学研究会を設立された先生方が投げかけられた看護研究に対するあの根本的な問い、すなわち、この研究は「看護における問題の認識から出発しているのだろうか?」、この研究は「手段から出発しているのではないだろうか?」と思わずつぶやきたくなるような研究が多いように感じられます。

20世紀の後半、看護科学がまず「研究とは何か?」と問うところから出発して、大学院を設立して看護研究者を育て、関連諸科学の分野ではなく、看護科学の分野で研究に取り組み、看護学で学位を取得することができるまでに成長してきた時点で、看護研究が大きな曲がり角に直面した例があります。1980年代後半から1990年代前半にかけてのアメリカ社会における看護科学です。この時点で、アメリカの看護科学者たちは、看護科学が学問として一応の成熟段階に到達しているという自信をもっていました。しかし、看護の研究論文が学術雑誌に数多く投稿される割には、採択率は高くありませんでした。研究の質と研究者のモラルが低下していました。当時、レーガン政権は市場経済の競争原理のもとに規制緩和をすすめ、一方で福祉関連予算を削減していました。こうした流れにそって、大学でもまず学位と研究業績が重視される空気が広がるなかで、多くの看護研究が、まだよく訓練されていない研究者によって、急いでなされるということが原因の一つであったと思われます。

さらに、マネージド・ケアを中心に、新しいヘルスケア・ビジネス文化が広がっていった90年代前半のクリントン政権の時代にも、苦しい国家財政のもとで高等教育の再編が進行し、多くの大学が予算の縮小と組織の改編に苦しんでいました。そうした状況下で、看護の大学院と院生の

数は「劇的」に増加していましたので、研究に必要な外部資金を導入する手立てをもたない看護学部の教員たちは、新しい知識の創出を第一義的使命とするアカデミズムの競争世界で、研究と教育の質をどのように維持していくか、非常に苦慮していました。

では、アメリカの看護科学者たちは、どのようにしてこの苦境を切り抜けていったのでしょうか? それは、看護実践の将来像を明確に描いて、目標指向的行動へと看護を導いてくれる新しい展望を、自らの力で開いていく必要があることを自覚することによってです。看護科学者は、現実社会で、いま、人々がどのように生きているかを、直視すること;そして、いままで当たり前と思って見てきた現象を、健康の消費者のニーズを中心にすえて、新しい見方と、新しい考え方で再構築すること;つまり、世界を新しい観点から見つめることができる能力を養うことの大切さを認識することによってです。

V. 自分の世界観を確認すること

少子高齢化を軸とする急激な社会状況の変化と政治経済的困難のなかで、変革を迫られている現在の日本の大学等で、看護研究者がおかれている状況は、私には、アメリカの看護科学者たちが80年代後半から90年代前半にかけて経験した困難な状況と、二重写しになって見えます。だからこそ、ここで、ひととき、私たちはベンチタイムをとってみてはどうでしょうかと、提案したいと思います。

四大学看護学研究会の草創期が天然酵母づくりの時期であったとすれば、四大学看護学研究会が日本看護研究学会へと名称を変え、全国組織へと発展してきた時期は、天然酵母を用いてパン生地をこね、一次発酵に入った時期であったように思います。天然酵母がもつ発酵力に、看護系大学と大学院の早いテンポでの増加を促す大学設置基準の改正と大綱化という社会的条件が発酵を促す「適温」として加わることで、看護研究は着実に量的発展を遂げてきました。地方会も、その流れのなかで発展してきました。はんなりした京都の雰囲気に包まれて、自由な精神で活発な活動を開始したC地区地方会の時代。C地区から分離独立し、規約を整えなおし、新しい体制で活動を始めてからの中国・四国地方会の時代。この間に4半世紀が経過しています。ここで、いったんベンチタイムをとって、自分の研究は「手段から出発してはいないだろうか?」「看護における問題の認識から出発しているだろうか?」と、自分自身に問いかけてみてはどうでしょうか?すると、案外、いままで研究方法だと信じていたものが、実は単に研究の手順をなぞっていたに過ぎなかったのだということが見えてくるかもしれません。

研究方法と研究の手順をなぞることとは、一体何が異なるのでしょうか？ それは研究方法をその基底で支えている世界観を理解しているか、理解していないか、その差だと私は考えています。各々の研究方法には、その開発者の世界観が反映されています。世界／人間をどのようなものとして観ているか？ 社会というものをどのように観ているか？ リアリティというものをどのように観ているか？ 言葉や概念というものをどのように観ているか？ これらの違いによって、同じ分野であっても研究方法は異なっています。ですから、その研究方法を基底で支えている世界観、あるいは哲学的基盤を理解し、自分の研究目的と十分すり合わせてみる。なぜ、この研究方法を用いるのか？ なぜこの方法でデータを収集するのか？ なぜ、この方法でデータを解析するのか？ こうした作業が必要です。使いやすいように見える手順の部分だけを切り取って利用したのでは、研究目的との間に明白なズレが生じてきます。そうした研究は、研究論文、あるいは抄録としての形式が仮に整っているとしても、それは研究という名の着ぐるみを着ているだけにすぎません。こうした着ぐるみ研究がいくら沢山蓄積されても、看護実践を支える力にはなり得ないように私には思えます。

いま、ベンチタイムをとって、しっかりと自分の世界観を確かめ、深めること。それから、もう一つ。いま、ベンチタイムをとって、言葉の力を磨いてみてはどうでしょうか。まず古典に親しむこと。そして専門的知識は解説書からではなく、原典にあたって、原典から得る習慣を身につけること。こうすることによって論理的な思考力も深い世界観も養うことができるように思います。そして最後に、外国語。とりわけ英語で書かれた専門書と研究論文に親しむこと。地球規模で情報交換が進行している時代、異なった国、異なった文化のなかで進行している看護研究や実践

を直接知ることによって、日本の看護実践の本質が一層よく見えてくるように思います。

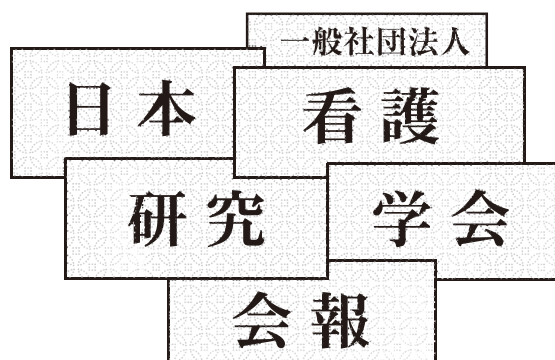
また、地方会としてもベンチタイムをとって、本学会とは違う、また、プチ本学会ではない、地方会独自のあり方について、しばし考えを巡らせてみてはどうでしょうか。幸い中国・四国地方会はC地区地方会の開かれた、自由な精神を受け継ぎ、今日まで軽やかな足取りで発展してまいりました。しかし、組織というものは、大きくなるにつれて、また歴史が重なってくるにつれて、形骸化してくる危険性をはらんでいるのが世の常です。この先さらに発展して、人々の健康と穏やかな生活の維持に研究をとおして貢献できる学会に発展していくためには、絶えず大胆に自己変革を遂げていく必要があります。そのためには、研究の発表形式を形骸化させない工夫も必要ではないでしょうか。人間の生活や病いのなかに潜む苦痛や安堵といった普遍的な体験を表象するのに、現在の形式は適しているでしょうか？ 詩や語り、音楽、ダンスといった形式を採り入れることも可能ではないでしょうか？

実際、第5回学術集会で、発表形式は問いません、と明記して演題を募集しましたところ「ぜひ、自分の病い体験を語らせて欲しい」と言ってこられた方がありました。看護師として勤務中に窓から転落して頸椎を損傷された、滝野澤直子さんとおっしゃる方です。大勢のボランティアに支えられて徳島市での学術集会に参加され、ご自分の体験を語られました。これこそナラティブです。これをきっかけに、彼女は『看護学雑誌』にご自分の生活や看護について連載されました。地方会だからこそできる知的冒険があるように思います。ベンチタイムをとって、考えてみてはいかがでしょうか。第二次発酵の段階を経て、地方会から量も質も充実した研究が生み出されていくに違いありません。

文 献

松岡敦夫、内海 滉、鶴沢陽子、(1976)、高等学校衛生看護科学生の実態と動向について、看護教育、17(8)、479-486。
山元重光、(1977)、熊本大学教育学部特別教科（看護）教員養成課程の10年を振り返って、看護教育、18(5)、297-302。

第1回四大学看護研究会研究報告5（1976）、シンポジウム追加発言・討議、看護教育、17(9)、558-562。
林 滋子、(1982)、学会発足までの経過、日本看護科学会誌、2(1)、50。



第 86 号
(平成23年12月20日発行)

一般社団法人日本看護研究学会事務局

目 次

第37回一般社団法人日本看護研究学会学術集会を終えて……………	1
第37回学術集会をふりかえって……………	3
ベック博士の招聘講演の座長を経験して……………	4
招聘講演……………	5
第37回一般社団法人日本看護研究学会学術集会会務報告……………	7

第37回一般社団法人日本看護研究学会学術集会を終えて

北里大学看護学部

黒 田 裕 子

平成23年8月7日(日)、8日(月)の2日間、天候にも恵まれ暑くはありましたが、多くの参加者にパシフィコ横浜・会議センターへ足を運んでいただき、お陰様で無事に終えることができました。会場へおいでくださった皆様、本当にありがとうございます。

集会の参加者総数は、会員1,404名、非会員402名、学生47名、計1,853名でした。展示企業17社、巻末広告掲載企業7社、ランチョンセミナー2社よりご協力いただくことができました。さらに、一般演題は口演194題、示説468題と計662題のご発表をいただきました。主要プログラムは、招聘講演Ⅰ・Ⅱ、会長講演、特別講演Ⅰ・Ⅱ、シンポジウムⅠ・Ⅱ、教育講演Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ、交流集会Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ・Ⅵ、パネルディスカッションと、すべての演者及び座長の方々においでいただき、素晴らしいご講演をいただくことができました。本当にありがとうございました。

さて、本集会は無事に開催できたことが、そして、盛会のうちに終えることができたことが未だに謎と思わずにはいられないほどにいろいろな事態に直面することになりましたことも付け加えさせていただきたいと思います。

平成23年3月11日に発生した東日本大震災はわが国最大の未曾有の事態でした。多くの犠牲者と行方不明者、そしてなおも避難所で生活されていらっしゃる方々も数多いなか、集会を開催しても良いのだろうか、開催は難しいかもしれないと何度も理事長や理事とのやりとりや励ましをいただきながら、何とか開催を決意するにいたりしました。

しかし、招聘講師の来日が中止となったことや一般演題のエントリーが第1回目の締切までにきわめて少ない等、乗り切らなくてはならない難題が次々と山積みとなっていたことも事実でした。スタッフとともに、1つ1つの問題に対して取り組みながらも、最後には抄録集が参加者のお手元に届かないという最大の事態が起こり、開催前日は2名のスタッフが徹夜で各会場に配置する抄録を印刷する対処をいたしました。

そしてこの集会ではパシフィコ横浜側の多くのスタッフの方々に助けられました。最も大きなことは、パシフィコ横浜始まって以来のTV会議システムを介して、リアルタイムで招聘講師が米国所属大学の講義室でご講演されるのを映写して第1会場のメインホールに放映するというものでした。事前リハーサルでは失敗し、当日の成功を祈る気持ちで臨みました。このシステムを介して招聘講師の顔を直接拝見した時には涙が出るほど嬉しかったことを、そして全身が震えるほど感激したことを思い出します。2日間ともに招聘講演は素晴らしい内容であったと同時に、このシステムが最高に機能し映像は全く乱れることもなく、ご講演の音声も正確に明確に同時通訳で聞くことができ、参加者にとって満足するご講演だったことが何よりでした。

抄録集がお手元に届いていない事態を受け、集会長自らもひたすら受付で参加者に頭を下げてお詫び申し上げ、臨時で作成した抄録集の目次冊子をお渡ししました。文句ひとつ言われる参加者もなく、参加者の暖かな反応にかえって励まされました。

本集会の主要プログラムは満席に近い会場が多かったことから参加者には満足していただいたのではないかと自負しております。そして、2日間一生懸命に会場の運営を笑顔で行ってくださった約150名の拡大実行委員の方々に心より感謝申し上げます。

2011年11月吉日

第37回学術集会をふりかえって

一般社団法人日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

第37回学術集会は、さまざまな意味でわれわれ会員にとって記憶に残る学術集会になりました。改めて言うまでもなく、本年3月11日に発生した東日本大震災は、国内はもとより、国外にまでもその余波を及ぼし、学会活動にも大きな影響を及ぼしました。

折しも、3月19日には、本学術集会長でもある黒田裕子先生をプランナーとする東海地方会の開催を控えておりましたが、時間経過とともに明らかにされていく想像を絶する被害の大きさと、さらにはその先に何が起こるのか予測のできない事態を前に、即刻の中止を決断せざるを得ませんでした。しかし、さらなる懸念は8月に横浜で開催を予定する第37回学術集会の準備を予定どうりに進めることについて、現実の問題として開催は可能なのか、また、このような状況にあるさなか、通常の学会活動が許されるのかということでした。多くの方から学術集会の開催について、ご心配やご提案をいただきましたが、学術集会長 黒田裕子先生と同事務局スタッフの的確なご判断と実行力、多くの皆様のサポートによって、いくつかの障害はあったものの、無事、予定どうりの開催に至りました。まずは、関係者の皆様に心よりの尊敬と感謝の念を述べさせていただきたいと思います。開催当日の朝、黒田学術集会長自らが、参加者おひとりおひとりに声をかけてお迎えする姿には、本当に頭の下がる思いでした。

そして、“エビデンスに基づいた看護実践を！ — 現場の研究熱を高めよう —”をテーマに始まった学術集会は、まさに“看護研究”の原点に立ち返る、楽しい時間になりました。学術集会に参加して、楽しい……は適切な表現なのかと自らも思います。研究を行う中で、もう一度じっくり考えなくてはと思っていた基本的な考え方やもう少し深く学びたいと思っていた方法論などが、次々にプログラムに登場し、タイトルを見ただけでも逸る気持ちがわいてくる……そんな2日間でした。

中でも、本学会の名誉会員でいらっしゃる野島良子先生の特別講演Ⅰ「看護科学のパラダイム転換と今後の課題」では、看護研究に関わるわれわれが常に認識していなければならない基本的な、しかし、奥の深い丁寧な検証に基づくご講演を拝聴させていただきました。野島先生は本学会の創設時からの中心メンバーでいらっしゃいますが、やや難解な内容を明解に整理して説明をしていただけたことがわれわれにとっての大きな財産です。少し時間が足りなかったようでしたので、学会誌への投稿を（勝手に）お願いしてしまいました。

2日目はGTAの第一人者でいらっしゃる木下康仁先生（立教大学）の「質的研究は研究する人間をエンパワーできるか」の特別講演Ⅱの司会をさせていただきました。ご講演の前には、M-GTAの看護研究における普及が目覚ましいことの一方で、各研究者の勝手な解釈の元、間違ったかたちでの独り歩きを危惧されているとも話されていましたが、ご講演では、M-GTAの基礎的知識とともに、研究者がテーマとする領域や研究の問いと真摯に向き合うことの大切さを述べておられました。質的研究を行っているすべての人に、あらためて聞いてほしいと思うご講演でした。

思いつくままに第37回の学術集会を振り返ってきましたが、全体を通しての印象は、やはり、黒田学術集会長の“看護研究を見渡す力の確かさ”でした。プログラムの重なりで、会長講演を拝聴することができず残念でしたが、「研究学会が研究そのものについて語りつくすことは当たり前のこと」という納得を得た学術集会でした。

最後に、学術集会の場において、本学会の大規模災害支援事業への募金をさせていただきましたが、多くの方からのご協力をいただきましたことに、深く感謝申し上げます。

ベック博士の招聘講演の座長を経験して

日本赤十字広島看護大学

学長 新 道 幸 恵

今年、8月7日から8日まで横浜のコンベンションセンターで開催された第37回日本看護研究学会は、今年3月11日に発生した東北地方太平洋沖地震の影響を大きく受けたことがうかがわれました。この地震は、マグニチュード9.0の大地震であり、大規模な津波と福島原発を誘発し、東日本大震災と呼ばれる大規模で長期間の被害をもたらしました。それ以降に予定されていた学術集会はキャンセル或いは規模の縮小が余儀なくされました。その背景には、被災者の多さ、被災地への支援活動の優先、放射能汚染の不安などがあります。

2,000人以上の参加者が例年集う学術集会である当該学会は、地震発生から約5ヶ月経過しようとする時期の開催でしたが、メインプログラムとして予定されていた招聘講演の演者であるCheryl Tatano Beck博士が放射能汚染の危惧から来日の許可が得られないという事情が発生しました。その危機的状況に対して、黒田裕子会長のリーダーシップの下で、学会事務局の担当者は、遠隔システムを使用して、コネカット大学とコンベンションセンターとをつないで講演を予定通り実施するという見事な対応をされました。その結果、会場に集まった参加者は、2日間共に、予定通りの時間に会場の大きな画面に美しいC.T. Beck教授の姿が映し出され親しみを込めた挨拶から始まって、英文と日本語とで記述されたパワーポイントの画面を見ながらBeck教授の講演を拝聴することが出来ました。この成功は、Beck教授のご厚意によるところが大きいことと、先方の大学の担当者との綿密な事前協議や試行を繰り返された関係各位の縁の下のご尽力に寄るところが大きいと思われます。今回の遠隔システムによる海外の講師による招聘講演はグローバル化が進む21世紀における学術集会の開催のあり方に大きな一石を投じたといえましょう。Beck博士は産後うつの研究を長年行っておられ、それらの研究をメタ・シンセシスによって統合し、新たな知見を示しておられる著名な研究者であることから是非にと、講演を楽しみにしていました。また、「看護研究 ― 原理と方法」第2版の執筆者の一人として、EBPやシンセシスについて書いておられるのでこの講演に期待して参加された方も少なくは無いでしょう。第1日目の講演「メタ・シンセシス：質的研究をエビデンス改装の正しいレベルに位置づけるのに役立つ方法」はメタ・シンセシスについて、ご自分の産後うつに関する研究例を基にわかりやすく、この研究方法への理解を深めることが出来ました。

本学会は、Beck博士の講演を含めて「研究を実践につなげること」への熱意がプログラムに満ちており、これからの研究の方向性を示すものとなったと思われます。

招 聘 講 演

日本医科大学付属病院

榊 由 里

1. ファーストコンタクト

第37回一般社団法人日本看護研究学会学術集会開始約1年半前（2010年4月ごろ）、黒田大会長より、招聘講演担当を仰せつかった。集会の中心的な講演となる招聘講演講師に、University of ConnecticutのCheryl Tatano Beck博士が候補として挙がっていた。Beck博士は、本邦の多くの看護系大学で頻用されている邦訳もされているNursing Researchの著書を執筆しており、その明快でわかりやすい記述からも本学術集会の講師としてまさしく適任であることが考えられた。本学会とBeck博士はこれまでオフィシャルな交流はなく、University of Connecticutのホームページに公開されている博士のアドレスへファーストコンタクトとしてメールを送付した。本学会の概要、第37回学術集会のテーマ・日程・場所・その他講演料や宿泊／旅費等の概要をお伝えした。数回の細かい条件のやり取りのあと、講演を引き受けてくださることを快諾いただいた。最終的には、公式な依頼文を郵送し契約成立となった。

2. 準備

全ての準備・交渉は、黒田大会長の指示の下メールで行った。講演は2回、Beck博士の専門領域と学術集会テーマを合わせ講演テーマを決定した。講演は逐語訳で行うこと、その他娘様同伴で来日されること、旅程・宿泊・横浜滞在中の予定など詳細を決定していった。その中で、広報の効果も狙い、看護研究誌にも寄稿いただけることになり、出版社とも協働し出版に至っている。またこの機会に国内での看護大学での講義等も企画された。

3. 東日本大震災の影響 — ライブ中継講演への変更 —

その折2011年3月11日、あの大震災が起こった。多くの看護系または他領域の学会等で海外からの招聘がキャンセルとなる状況を耳にする中、Beck博士においては震災をいたむメール、励ましのお言葉を多くいただき、来日の予定も変更なしとの連絡をいただいていた。

2011年4月中旬になり、米国において日本への渡航自粛エリアについて新聞報道が発表になりその中に横浜が含まれていた。Beck博士は苦渋の選択として来日取りやめの意思を表明された。

学会一同この知らせには非常に衝撃を受けたが、黒田大会長の英断にてすぐさまビデオ上映または中継による講演の可能性について交渉を開始した。Beck博士もできれば日本の看護師達と直接意見交換ができる中継を希望されており、4月の時点からネットを使用したライブ講演の準備を開始することとなった。

4. ライブ中継講演の準備の実際

日米間のライブ中継講演については、学会でも経験がなく時間も迫っている中、多くの方に協力をいただいた。Beck博士サイドは、所属大学内のTechnology Centerの技術者の方を紹介いただいた。日本側はパシフィコ技術スタッフの方の全面的な協力をいただきリハーサルも数回行った。通訳に関しても当初予

定していた逐語訳ではなく、トップレベルの同時通訳者を依頼し万全の体制を整えた。しかしリハーサルは全て順調にいったわけではなく、本番まで実現できるかどうか不安な状況で当日を迎えた。

5. 学会当日の講演の実際

当日は1時間以上前から通訳者・パシフィコスタッフの方と打ち合わせを行い、学会スタッフも英語の堪能な人員の配置を行った。本番10分前に無事モニター向こうのBeck博士とつながったときは、スタッフ一同歓喜したのは言うまでもない。講演は邦訳のスライドを使用しながら順調に進んだ。Beck博士がかねてから希望されていた質疑応答についても充分と言えないまでも時間を取り、深いディスカッションをすることができた。2日目も順調に講義が行われ、最後に大会長よりモニターを通して御礼を伝え終了した。

6. 所感

本招聘講演の最も大きな特徴は、日米中継によるライブ講演であった。これは知る限り本学会初めての試みであり、Beck博士の熱意とご好意もあり成功に至ったと考えられる。もちろん、直接に来日されない中継講義には限界もある。直接意見交換ができないこと、日本の看護を肌で感じ取り理解いただくこと、共に同じ時を共有し相互理解することなどである。しかし今回、中継講義の利点も発見することができた。まず予算面であるが、直接来日する場合の旅費、宿泊費、その他送迎や接待に関することを含めると、大掛かりな技術機器や技術者・通訳者の費用を含めても選択に値するのではないだろうか。詳細な試算は別に譲るとして今後の学会のあり方にひとつの新しい方法を提示できたと考える。また、これだけ情報通信が発達している現在、多忙な講師に講演を依頼する場合には、今回のような中継講義というスタイルは新たな方法として実現可能と思われる。

今回の中継講義は、東日本大震災という禍から致し方なくとった手段ではあったが、実際に成功し考えてみると、今後の学術集会の新たなあり方としてひとつの重要な試みを提示できたと考える。

第37回一般社団法人日本看護研究学会学術集会会務報告

1. 会 期：平成23年8月6日（土），7日（日），8日（月）
2. 会 場：パシフィコ横浜・会議センター
3. 参加者：総数 1,853名（内訳 一般1,806名，学生47名）
プレカンファレンス 186名
4. 内 容：一般演題 665題（うち，口演196題，示説469題）
 招聘講演 2 題
 特別講演 2 題
 教育講演 4 題
 シンポジウム 2 題
 パネルディスカッション 1 題
 交流集会 6 題
 特別交流集会 3 題
 ランチョンセミナー 2 題
 ナーシングサイエンスカフェ
 プレカンファレンスセミナー
 会長講演

但し，以下の演題は，発表を取り消されました。

口演・第21群・85 放射線治療を受ける口腔癌患者の口内炎と食事摂取に関する研究

○廣澤 茜，西沢義子，小倉能理子，山辺英彰

口演・第44群・184 体温管理に関する認識調査

○清水孝宏

示説・第27群・328 地域の小児科医院に勤務する看護師の難病児とその家族への看護援助

○田崎知恵子，久保恭子，川野雅資

以上，報告いたします。

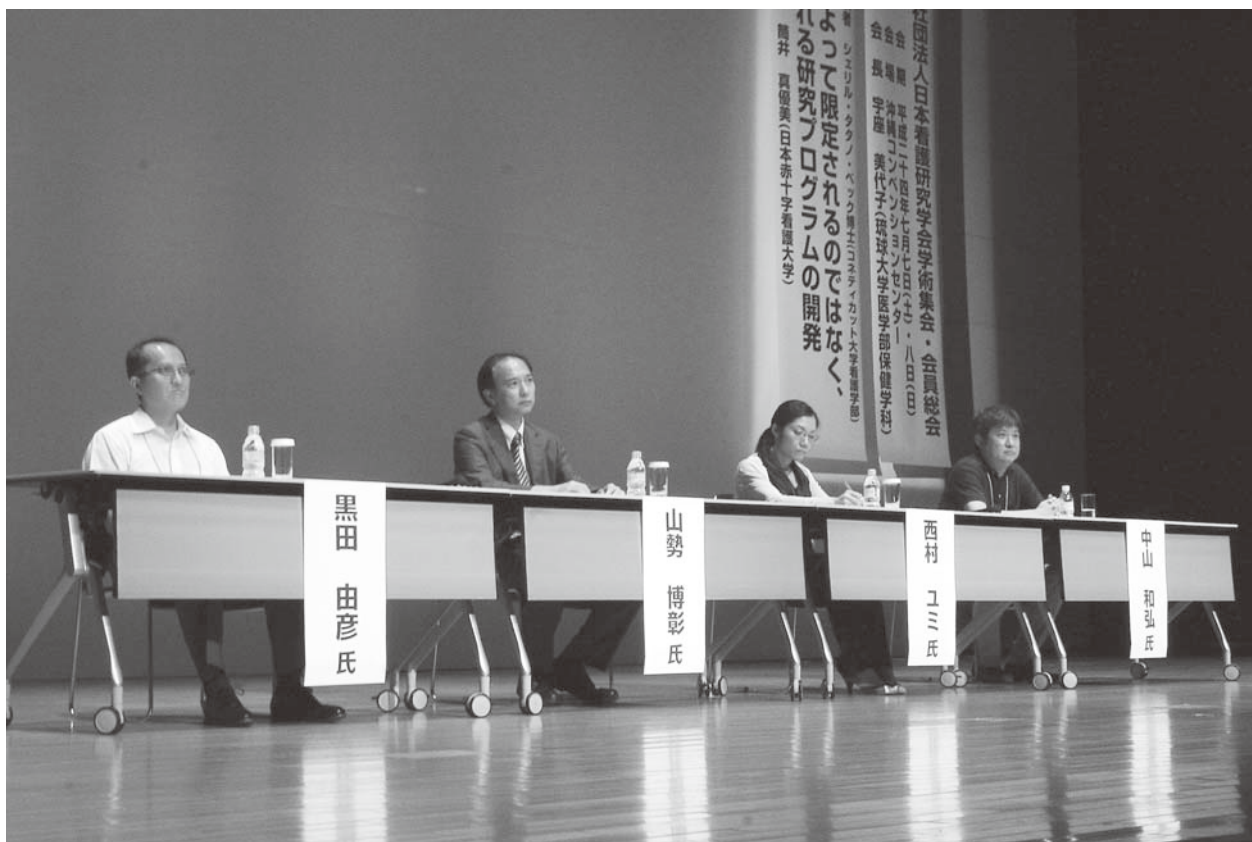
平成23年11月20日

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



黒田裕子会長講演



シンポジウム質疑応答時の様子
シンポジスト（左から 黒田由彦氏，山勢博彰氏，西村ユミ氏，中山和弘氏）

一般社団法人日本看護研究学会

第16回 東海地方会学術集会のご案内

テーマ：看護実践能力を高める ― 体験から学び・培う

2009年4月、改正看護教育カリキュラムがスタートしました。改正カリキュラム検討の過程で看護教育に携わる者や教育を受ける者に求められる能力として「創造的な発想ができる能力」が挙げられ能力開発の必要性が示されました。しかし、看護職や看護教育者の発想が必ずしも柔軟でないことも指摘されています。こうした背景を受け、近年学術集会などで看護と創造性に関するテーマが取り上げられ、ディスカッションも盛んに行われています。

今回の学術集会では、看護実践能力を高めるための能力開発に関する考え方や能力開発のための具体的な技法を共に学ぶ機会として、各分野の専門家による講演とワークショップを計画いたしました。

第16回一般社団法人日本看護研究学会
東海地方会学術集会プランナー 佐藤 道子

◆日 時：2012年2月12日（日）

◆会 場：アクトシティ浜松 コンgressセンター 4 階

〒430-7790 浜松市板屋町111-1

アクセス JR浜松駅より徒歩5分

◆プログラム

◇基調講演：組織マネージメントに求められるコンピテンシー（仮称）

朴 在鏞先生（韓国 嶺南大学心理学部教授）

◇教育講演：今求められている看護師としての力量をいかに形成するか

山本 加枝子先生（医療法人弘遠会 すずかけ新病院準備室）

◇ワークショップ1：学生が生き活きする「ラベルワーク技法を用いたカンファレンス」

青山 誘子・夏目 みつ子先生（浜松市立看護専門学校 看護教員）

◇ワークショップ2：看護職者に求められる資質としての“個性的能力”と“創造性”を伸ばすほめ言葉

弓野 憲一先生（日本創造学会会長）

◇ワークショップ3：創造的会話を自然に引き出す「プレスター」と「アイデア専用ホワイトボード」を使ったブレインストーミング体験

石井 力重先生（アイデアブラント代表）

◇ワークショップ4：実践し省察する―実践の展開を語り／プロセスを聴きとる

渋江 かさね先生（静岡大学教育学部准教授）

◇一般演題（口演・示説）

◆演題及び参加申し込み

◇一般演題の募集

◎申し込み期限：平成23年11月30日（水）

◎申し込み方法：東海地方会のHPをご覧ください

◎学術集会参加申し込みについて

事前参加申し込み期限：平成24年1月31日（火）

（当日は混雑が予想されます。事前申し込みをお勧め致します）

参 加 費：会員 3,000円，非会員 4,000円

◎演題発表者と共同研究者について

発表者および共同研究者は全て日本看護研究学会員に限ります。

非会員の方は、日本看護研究学会事務局（千葉）で入会手続きを完了してからご応募下さい。

◇参加費振り込み先

口座番号：00850－7－142916

加入者名：日本看護研究学会東海地方会

<お問い合わせ及び申し込み先>

〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町3453

聖隷クリストファー大学看護学部 第16回日本看護研究学会東海地方会学術集会事務局

Mail：16toukai-c@seirei.ac.jp

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。

多数ご参加下さいますようお願いしております。

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・教授)

◆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 演：10:05～11:15 3つの講演のうち1つを当日選択していただきます。

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（大阪大学医学部附属病院 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（大阪大学医学部附属病院 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（元大阪大学医学部附属病院 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（大阪大学医学部附属病院 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（大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻）

③リンパ浮腫ケア（③リンパ）：井沢 知子氏（京都大学医学部附属病院 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（和歌山県立医科大学 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（大阪大学歯学部附属病院）

◆事前参加申込期間：平成23年9月1日（木）～平成24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

※通信欄に記入事項：①会員の有無 ②希望セミナーの第3希望までのセミナー記号 ③弁当予約の有無

◆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）

弁当・お茶：1,000円（事前申込のみ・会場周辺には食事場所がほとんどありません）

お弁当申込の場合、1,000円を参加費に追加して振込んで下さい。

◆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/district/kinki-hokuriku/meeting/>

一般社団法人日本看護研究学会 北海道地方会 特別講演会の報告

今年度の特別講演会では、平成23年10月8日（土）、「高度実践看護師への期待－特定看護師をめぐる動向」と題し講演会を開催しました。講師として、北海道医療大学看護福祉学部教授 野川道子さんをお迎えし、昨今にわかに現実味を帯びてきている特定看護師養成への動き、専門看護師（CNS）や診療看護師（NP）との関連について、最新の情報を交えご講演いただきました。現在、日本では、専門看護師をはじめ、診療看護師や特定看護師など種々の高度実践看護師の養成が議論されています。講演内容として印象的だったことは、高度実践看護は、あらゆる健康状態の人々を視野に、総合的かつ全人的なアプローチにより保健医療サービスを提供する、その1点にあるということでした。現時点では名称こそ複数存在しますが、改めて、careとcureの視点をもちながら、看護としての軸がぶれることなく、より自律した専門性を発揮できるよう教育課程や制度が整備されることが重要だと実感した次第です。

講演会の参加人数は43人でしたが、看護職、CNSコースの大学院生と修了生、看護管理者、CNSコース教育に携わっている方など幅広くご参加いただきました。参加者一同、高度実践看護への期待とともに、新たな潮流に流されることなく自分たちの立ち位置を確認できた講演会となりました。

地方会会長 平 典子

一般社団法人日本看護研究学会

第21回 北海道地方会学術集会を終えて

平成23年6月4日（土）、旭川医科大学医学部看護学科棟大講義室において、日本看護研究学会第21回北海道地方会学術集会を開催させていただきました。長い歴史のある北海道地方会学術集会の開催地は札幌でしたが、この度はじめて道北地域の旭川での開催でした。周辺地域に果たして充分にご案内が行き届くか気になるところでしたが、参加者は105名（うち非会員54名）で盛会のうちに、無事終えることができましたので、簡単に内容についてご紹介させていただきます。

学会のテーマは、「地域で育む看・看連携」とさせていただきシンポジウムと研究発表で構成いたしました。今回の学術集会の取り組みにあたり、最近の診療報酬改定等において看護職への役割拡大が大きく期待されていること、病院・施設内の看護と施設外の看護を区切ることなく地域で生活している人々という視点に立って常に考えることが重要ではないかと日頃から感じ、地域の生活者に根ざした看・看連携のヒントを得て明日への看護実践につなげていくことができれば幸いであると考えました。さらに、シンポジウムのテーマは、「現実の課題から看・看連携の具体的な方法を模索しよう」とし、座長を旭川医科大学医学部看護学科藤井智子准教授と同大学病院看護部澤田裕子師長が務め、シンポジストとテーマは、同大学病院入退院センター辻崎ゆり子副看護部長「入退院センターにおける看・看連携」、旭川厚生病院がん相談支援科児玉かおり主任「地域と病院をつなぐ立場からーがん相談支援センターにおける地域連携の実践とその効果ー」、訪問看護ステーションめぐみ白瀬幸絵所長「医療依存度の高い療養者の質に考慮した支援・連携」でした。3人の発表と討論をとおして、人々が安心して生活できるためには、病院・施設内と地域の看護職同士が関わりのある患者家族の入院前・中・後の生活上の情報、あるいは看護の目標を共有できる顔と顔の見える関係を構築することにより、看護と看護の連携が容易になるであろう、ということを実感する機会になったように思われます。また、一般演題は12題の応募がありました。テーマとしては、退院調整部門における連携、地域連携クリティカルパス導入後の評価と課題、看護師が捉える退院支援の課題、退院支援における家族の看護、外来患者の看護師の支援、通院治療の継続、合同カンファレンスの成果と課題など、日頃、実践している看・看連携について丁寧にまとめ、課題を整理しているものが多く、その他に看護教育の実践報告もありましたが、まさに本学術集会のテーマ、ねらいとしたことの実践を報告し合い深めることができた研究発表会でした。

最後に、本学術集会の運営にあたりご尽力をいただきました学会発表者・参加者の皆さま、ならびに事務局を担当して下さった旭川医科大学病院看護部、同大学看護学科教員および大学関係者の皆さま、本部事務局の皆さまに心よりお礼申し上げます。

学術集会長 北村久美子

平成 23 年 11 月 7 日

日本人間工学会第 53 回大会長
九州大学 教授 栃原 裕



日本人間工学会第 53 回大会開催に伴う協賛のお願い

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

一般社団法人日本人間工学会（Japan Ergonomics Society, JES）は、人間工学に関する諸研究ならびに関連事業の促進を目的として 1964 年に設立され、2009 年 7 月にはこれを母体として一般社団法人日本人間工学会が設立されました。現在、大学、研究機関、企業など幅広い領域から研究者や専門家など約 1,900 名が会員として参加し、賛助会員 36 社のご支援をいただきながら、人間の機能と特性に根ざした、安全で使いやすい機器のデザインや、快適で生活しやすい環境の創造などに尽力し、それらの成果の社会への還元、普及に努めております。

さて、私ども日本人間工学会では、毎年 1 回の全国大会を開催しております。次回大会（53 回大会）は下記の通り、2012 年 6 月 9 日（土）、10 日（日）の両日、九州大学大橋キャンパス（芸術工学研究院）において開催する運びとなりました。

つきましては、貴団体の協賛名義の使用承認等についてご協力をお願い申し上げます。

なお、協賛名義の使用承認の諾否につきましては、恐縮ですがこの旨ご回報をお願い申し上げますとともに、ご承認のうえは、貴学会の機関誌やホームページ等による大会開催のご案内についてご高配賜りましたら幸いです。また、この大会開催に要する経費等につきましては、日本人間工学会の責任において運営し、一切ご負担をおかけしないことを申し添えます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

敬 具

記

大会名 日本人間工学会第 53 回大会
主 催 一般社団法人日本人間工学会
後 援 九州大学大学院芸術工学研究院
大会長 栃原 裕（九州大学大学院芸術工学研究院 人間工学教室 教授）
期 日 2012 年 6 月 9 日（土）～10 日（日）
場 所 九州大学大橋キャンパス（芸術工学研究院）〒815-8540 福岡市南区塩原 4-9-1
交 通 西鉄大橋駅から徒歩 5 分
参加費 会員・協賛学会員 10,000 円、会員外 12,000 円、学生 5,000 円（事前割引あり）
大会 Web ページ <http://jes2012.jp/>
問い合わせ先 日本人間工学会第 53 回大会 事務局
九州大学大学院芸術工学研究院 人間工学教室 村木里志
〒815-8540 福岡市南区塩原 4-9-1 E-mail: info@jes2012.jp

【協賛依頼に関する問い合わせ先】

日本人間工学会第 53 回大会 事務局 西野 綾
〒815-8540 福岡市南区塩原 4-9-1 九州大学大学院芸術工学研究院村木研究室
TEL: 092-553-4457 FAX: 092-553-4569 E-mail: jes2012@design.kyushu-u.ac.jp

M55

フィジカルアセスメント トレーニングモデル

"Physiko"

新・看護師教育 カリキュラムに対応

Physiko はフィジカルアセスメント技術を向上させ、看護の臨床実践能力を高める学習に適した全身モデルです。

■ 実習項目

問診・コミュニケーション
目の視診
血圧測定
心電図シミュレーション
脈診
心音の聴診
呼吸音の聴診
腸音の聴診

Physiko を用いた看護師教育現場での活用

- 3種のプログラムモード設定で、レベルに応じた段階的な学習が可能
- 12人の疾患患者のシミュレーションで、看護師の臨床実践能力を向上
- 任意の疾患患者が設定でき、効果的な教育プログラムに活用が可能
- 豊富な症例設定で、基本的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 2 男女導尿・浣腸シミュレータ



新開発の導尿用弁で耐久性が向上、交換も簡単に

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131回幹事会（持ち回り）

日時 平成23年8月4日（木）

会議の概要

審議事項

- 東日本大震災対策委員会被災地域の復興グランド・デザイン分科会の地方開催について承認されました。

第132回幹事会（持ち回り）

日時 平成23年8月11日（木）

会議の概要

審議事項

- 報告「理学・工学分野における科学・夢ロードマップ」について承認されました。
- 平成23年度代表派遣（平成23年9月（追加））の決定について承認されました。

第133回幹事会

日時 平成23年9月1日（木）

会議の概要

審議事項

- 幹事会附置委員会（東日本大震災に係る学術調査検討委員会）の設置及び運営要綱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推進委員会における分科会の設置及び分科会委員の決定について承認されました。
- 分野別委員会運営要綱の全部改正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。

- 回答「河川流失モデル・基本高水の検証に関する学術的な評価」について承認されました。
- 提言「地域で暮らす高齢者を支援する専門職の連携教育に向けて」について承認されました。
- 提言「持続可能社会における国土・地域の再生戦略」について承認されました。
- 提言「若手アカデミー設置について」について承認されました。
- 提言「我が国の健康の社会格差の現状理解とその改善に向けて」について承認されました。
- 報告「我が国の子どもの育成環境の改善に向けてー「成育空間の課題と提言（2008）」の検証と新たな提案」について承認されました。
- 報告「学術における男女共同参画の加速に向けて」について承認されました。
- 報告「歯学分野の展望 課題とアクションプラン」について承認されました。
- 報告「歯学教育改善に向けて」について承認されました。
- 報告「農業を活用した環境教育の充実にに向けて」について承認されました。
- 報告「アイヌ政策のあり方と国民的理解」について承認されました。
- 提言「科学的根拠にもとづく事情聴取・取調べの高度化」について承認されました。
- 報告「未来を創る技術力発展のための科学・技術研究システムのあり方ー材料工学を中心とした工学基盤技術を例としてー」について承認されました。
- 報告「グリーン・イノベーション実現に向けての研究課題と展望ー材料研究を中心としてー」について承認されました。
- 提言「わが国の公衆衛生向上に向けた公衆衛生大学院の活用と機能強化」について承認されました。

- 報告「我が国の都市・建築の景観・文化力の向上をめざして」について承認されました。
- 提言「植物保護科学の展望―農業生産の向上と生物多様性―」について承認されました。
- 提言「病院勤務医師の長時間過重労働の改善にむけて」について承認されました。
- 提言「福祉職・介護職の専門性の向上と社会的待遇の改善に向けて」について承認されました。
- 提言「21世紀における電気電子工学のあり方と果たすべき役割」について承認されました。
- 提言「生物多様性の研究・教育ネットワークとしての大学フィールド施設の活用に関する提言」について承認されました。
- 国際会議関係について、「南アフリカにおける国際シンポジウムに係る派遣について」及び国際会議3件の後援が承認されました。
- 地区会議がそれぞれの地域固有の問題に関し、提言または報告の案を提案することを可能にするための日本学術会議の運営に関する内規の一部改正について承認されました。
- 規則関係について、次の幹事会決定案及び幹事会申し合わせ案が承認されました。
 - ・日本学術会議栄誉会員の称号の授与に関する幹事会決定
 - ・会長補佐の指名等に関する幹事会決定
 - ・幹事会と地区会議の連携に関する幹事会申合せ
 - ・「緊急型」及び「早期型」の助言・提言活動に関する幹事会申合せ
- 公開シンポジウム等5件の主催及び国内会議5件の後援が承認されました。
- 広渡会長より「日本学術会議の機能強化に向けた課題項目（第22期への引き継ぎとして）」についての報告がありました。

第134回幹事会（持ち回り）

日時 平成23年9月5日（月）

会議の概要

審議事項

- 公開説明会「河川流出モデル・基本高水の検証に関する学術的な評価」について承認されました。

Information Plaza 情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成23年10月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆「第7回構造物の安全性・信頼性に関する国内シンポジウム」

日時 平成23年10月12日(水)～14日(金)

場所 日本学術会議講堂

次第 12日「地震リスクマネージメントのツールとしての性能設計」R. K. McGuire

13日「不確実な将来のためのモデルベース計

画：インフォ・ギャップ理論」

Yakov Ben-Haim

パネルディスカッション

「数千年に一度の事象に対する巨大複雑システムの安全性確保について」

◆「第1回大規模計算科学国際シンポジウム―局地災害と地球・宇宙シミュレーション―」

日時 平成23年10月17日(月)10時00分～18時10分

場所 日本学術会議講堂

次第 「地震リスク低減と構造安全性向上に関する

日本学術会議の動き

計算科学と実験科学：欧州の動向

Gabriela M. Atanasiu

「大規模なモデリング、シミュレーション、アニメーション援用による人々とのコミュニケーション法」 J-B. Choi

「気候研究に向けた渦解像海洋モデリング」

Matthew Hecht

「ADCIRC プログラムを用いた高潮と洪水の高解像度、高精度モデリング」 Rick Leutlich

「観測された海面水温条件を用いた高解像度全球モデルによる熱帯擾乱とそれに伴う地域性降水シミュレーション」 Jaiho Oh

「海洋炭素循環モデリング：21 世紀の予測に重要なスケールとプロセスとは？」

Keith Rodgers

「地震の物理と数値シミュレーション及び時空間地震活動パターン解析による予測」

John B. Rundle

◆「口腔顎顔面領域における再生医療の現状と課題」

日時 平成 23 年 10 月 18 日(火)14 時 30 分～16 時 30 分

場所 名古屋国際会議場

次第 「骨軟骨再生医療の現状と展望」 高戸 毅

「歯周組織再生療法の現状と課題」 村上伸也

「未来の歯科治療としての歯科再生医療」

辻 孝

◆原子力総合シンポジウム 2011

「原子力安全の再構築—東日本大震災を踏まえて—」

日時 平成 23 年 10 月 19 日(水)10 時 00 分～17 時 00 分

場所 日本学術会議講堂

次第 「原子力事故とその対応」 成合英樹

「原子力事故評価と今後の対応」 澤田 隆

「地震と津波評価」 入倉孝次郎

「航空事故事例から原子力発電所の安全を考える」 垣本由紀子

「放射線の分布と影響」 柴田徳思

「放射線・放射能と除去回復」 田中 知

パネルディスカッション「原子力安全の再構築」

◆「第 55 回材料工学連合講演会」

日時 平成 23 年 10 月 19 日(水)～21 日(金)

場所 京都教育文化センター

次第 基調講演 「バルクナノメタルの特異な力学特性」 辻 伸泰

「グリーンフォトリソ用セラミックス蛍光体材料の設計」 田部勢津久

「高分子材料の表面・界面ナノ構造・物性制御」 高原 淳

「金属ガラスの接合技術」 中田一博

特別講演 「超電導リニアによる中央新幹線計画について」 宇野 護

◆「わが国のパブリックヘルス領域の緊急課題の解決に向けて」

日時 平成 23 年 10 月 19 日(水)15 時 50 分～17 時 40 分

場所 秋田県民会館 アトリオン音楽ホール

次第 「日本学術会議提言『健康食品に関する法制度整備の必要性について—パブリックヘルスの立場から—』と今後のアクション」

大濱宏文

「病院勤務医師の長時間過重労働の改善にむけて」 高野健人

「わが国の健康の社会格差の現状理解とその改善に向けて」 川上憲人

「わが国の公衆衛生向上に向けた公衆衛生大学院の役割と今後のアクション」 小林廉毅

◆「アジアの現代史と歴史教育」

日時 平成23年10月22日(土)13時30分～17時00分

場所 学習院大学北2号館10階大会議室

次第 「中国現代史をどう考えるか」久保 亨

「戦中・戦後のビルマ史」根本 敬

「『辛亥革命からワシントン体制』の授業実践」

駒田和幸

◆日本学術会議東北地区会議主催講演会

「東日本大震災からの復興と科学・技術」

日時 平成23年11月11日(金)13時00分～17時00分

場所 岩手大学教育学部北桐ホール

次第 「東北地方太平洋沖地震による津波発生のメ
カニズム」今村文彦

「津波被害とまちづくり」南 正昭

パネルディスカッション「被災地に寄りそう
支援活動と科学・技術」

◆「第1回計算力学シンポジウム」

日時 平成23年11月11日(金)13時00分～18時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「マルチエージェント交通流シミュレーショ
ンにおける交通事故モデリング」吉村 忍

「離散変分法の非一様格子への拡張」

杉原正顕

「さまざまな時空間スケールの地球流体」

高橋桂子

◆「サイエンスアゴラ2011」

日時 平成23年11月18日(金)～20日(日)

場所 日本科学未来館 他

次第 シンポジウム「科学・技術でわかること、わ
からないこと」、体験展示「mini セルフESTA」

◆「科学・技術フェスタ in 京都 2011」

日時 平成23年12月17日(土)～18日(日)

場所 国立京都国際会館

日本学術会議の動き

幹事会報告

第135回幹事会

日時 平成23年9月22日（木）

会議の概要

審議事項

- 東日本大震災に係る学術調査検討委員会の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運営要綱の一部改正について承認されました。
- 科学者委員会運営要綱の一部改正について承認されました。
- 国際委員会運営要綱の一部改正について承認されました。
- 提言「法学的研究者養成の危機と打開の方策—法学教育・研究の再構築をめざして—」について承認されました。
- 提言「高等教育における環境教育の充実に向けて」について承認されました。
- 報告「学術の大型施設計画・大規模研究計画マスタープラン2011」について承認されました。
- 報告「もの作り分野におけるスーパーコンピューティングの推進」について承認されました。
- 提言「高度実践看護師制度の確立に向けて—グローバルスタンダードからの提言—」について承認されました。
- 提言「博士研究員（ポストドク）及び任期制助教ならびに任期制助手等の現状と課題」について承認されました。

- 提言「アジア学術共同体の基盤形成をめざして」について承認されました。
- 平成23年度代表派遣（平成23年10月～12月）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について、次の2団体の称号の取消しが承認されました。
 - ・アイリス英語教育学会
 - ・日本獣医鍼灸学研究会
- シンポジウム等6件の主催及び国内会議1件の後援が承認されました。
- 幹事会声明「東日本大震災からの復興と日本学術会議の責務」について承認されました。
- 日本学術会議榮譽会員の候補者の決定について承認されました。
- 第22期における委員会に関する幹事会申し合わせについて承認されました。
- 「日本学術会議における活動の手引き」について承認されました。
- 「日本学術会議の活動状況等に関する年次報告（平成22年10月～平成23年9月）」について承認されました。

第136回幹事会（持ち回り）

日時 平成23年9月28日（水）

会議の概要

審議事項

- 「日本学術会議における国際活動の手引き」について承認されました。

第137回幹事会

日時 平成23年10月4日(火)

会議の概要

審議事項

- 幹事会附置委員会の委員の決定について承認されました。
- 機能別委員会の委員の決定について承認されました。
- 分野別委員会の委員の決定について承認されました。

第138回幹事会

日時 平成23年10月5日(水)

審議事項

- 国際委員会における小分科会委員の決定について承認されました。
- 幹事会附置委員会(東日本大震災対策委員会(仮))の設置及び委員の決定について承認されました。
- 平成23年度代表派遣(10～11月・追加分)について承認されました。
- スイス連邦における国際会議に係る派遣について承認されました。
- 国内会議の後援2件について承認されました。
- 分野別委員会分科会等における委員の決定について承認されました。

Information Plaza 情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成23年11月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆日本学術会議東北地区会議公開学術講演会

「東日本大震災からの復興と科学・技術」

日時 平成23年11月11日(金)13時00分～17時00分

場所 岩手大学教育学部 北桐ホール

次第 「東日本大震災からの復興における日本学術会議としての取組」石川幹子

「東北地方太平洋沖地震による津波発生メカニズムと被害実態」今村文彦

「岩手県沿岸での小中学校の津波防災教育と東日本大震災における避難行動」堺 茂樹

パネルディスカッション「被災地に寄りそう支援活動と科学・技術」

◆日本学術会議中部地区会議公開学術講演会

「東日本大震災からの復興と科学・技術」

日時 平成23年11月11日(金)13時00分～16時00分

場所 静岡大学静岡キャンパス 大学会館ホール

次第 「“フェアリーリング(妖精の輪)”の化学的解明とその“妖精”の農業への応用の可能性」
河岸洋和

「熱水を用いる東日本大震災のがれきの燃料化技術」佐古 猛

日本学術会議の動き

◆「第 1 回計算力学シンポジウム」

日時 平成 23 年 11 月 11 日(金)13 時 00 分～18 時 00 分

場所 日本学術会議講堂

次第 「LES における乱流構造に基づく SGS モデルの開発」小林宏充

「高精度近似解を生成する Block Krylov 部分空間反復法とその安定化」多田野寛人

「流体構造連成解析を軸に国内外へ

Contribution のある研究を目指して」澤田有弘

「GPU によるデータ並列とタスク並列：大脳基底核モデルの実時間実行への応用」五十嵐 潤

「計算バイオメカニクスの GPU 計算への展開」今井陽介

「大規模構造解析の高速化とその応用」

萩野正雄

◆「第 19 回かがわけん科学体験フェスティバル」

日時 平成 23 年 11 月 12 日～13 日

10 時 00 分～16 時 00 分

場所 香川大学教育学部体育館・研究交流棟

次第 「ミニ講演」柴田徳思

◆「大震災後の復旧から復興に向けた水産海洋の課題」

日時 平成 23 年 11 月 13 日(日)9 時 00 分～16 時 00 分

場所 函館市公民館

次第 1. 漁船漁業と増養殖業の復興へ向けての問題点

「漁業の水揚げ状況と問題点 (カツオ・サンマ)」中園博雄／二平 章

「漁業の水揚げ状況と問題点 (サケ、タ

ラ類)」後藤友明

「三陸沿岸の養殖業の準備状況と問題点」

酒井敬一

「北海道におけるホタテガイ養殖場の被害状況と復興」宮澤晴彦

2. 海洋環境の回復過程とモニタリング

「仙台湾における震災後の海洋環境」

伊藤進一／寛 茂穂

「沿岸環境の回復過程」吾妻行雄／青木 優和／遠藤 光

「練習船を活用した復興支援教育・研究活動の提案」高津哲也

3. 社会科学からの提言

「北まき受け入れ体制の回復・復興過程」

牧野光琢

「漁村・水産業の復興と地域資源の持続的利用」山尾政博

◆「サイエンスアゴラ 2011」

日時 平成 23 年 11 月 18 日(金)～20 日(日)

場所 日本科学未来館 他

次第 19 日 15 時～シンポジウム「科学・技術でわかること、わからないこと」他

◆日本学術会議九州・沖縄地区会議学術講演会

「生命科学から見た健康長寿への道」

日時 平成 23 年 11 月 25 日(金)14 時 00 分～16 時 30 分

場所 大分全日空ホテルオアシスタワー

次第 「ピロリ菌感染の長寿・健康に及ぼす影響」山岡吉生

「健康長寿のための医療機器開発—東九州メ
ディカルバレー構想関連—」野口隆之
中尾一和／米井嘉一／広橋説雄

◆「脳と睡眠」

日時 平成23年12月10日(土)13時00分～17時40分
場所 日本学術会議講堂
次第 「睡眠と覚醒をあやつる機構と脳内物質」
櫻井 武
「時間の生命科学」上田泰己
「睡眠リズム発生のメカニズム」本間さと

「夢の発現機構—レム睡眠行動異常症(RBD)
の臨床経験から考える—」立花直子
三島和夫／井上雄一

◆「科学・技術フェスタ in 京都 2011」

日時 平成23年12月17日(土)～18日(日)
場所 国立京都国際会館

日本農学アカデミー・(財)農学会主催 公開シンポジウム

「集中豪雨と山地災害—表層崩壊と深層崩壊—」

日時 平成23年12月18日(日) 13:30～17:30 (開場 13時～)

場所 東京大学農学部弥生講堂 一条ホール (地下鉄南北線東大前駅 徒歩1分)

プログラム

「近年の集中豪雨について」 鬼頭昭雄 (気象研究所気候研究部長、日本学術会議連携会員)

「豪雨と地震による斜面災害」 佐々恭二 (京都大学名誉教授、ICL理事長)

「表層崩壊と深層崩壊について」 太田猛彦 (東京大学名誉教授、日本農学アカデミー会員)

「平成23年台風12号による紀伊半島の山地崩壊」 大丸裕武・落合博貴 (森林総合研究所)

総合討論

主催：日本農学アカデミー・(財)農学会
共催：森林・木材・環境アカデミー・(財)林学会
後援：東京大学大学院農学生命科学研究科
協賛：ワールドウォッチジャパン

参加費
無料

電話・FAX・メールでお申し込みください。
先着300名で締め切らせていただきます。

■問い合わせ先 (財)農学会事務局 TEL 03-5842-2210 FAX 03-5842-2237 E-mail: zaidan@nougakkai.or.jp

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、著者および共著者のすべてが本学会員でなければならない。ただし、編集委員会により依頼したものは非会員であってもかまわない。

2. 著者資格および研究貢献者

1) 著者資格

「著者」(Author)とは、通常、投稿された研究において大きな知的貢献を果たした人物と考えられている。

著者資格 (Authorship) は以下の三点に基づいているべきであるとともに、そのすべてを満たしていなければならない。

- 研究の構想およびデザイン、データ収集、データ分析および解釈に、実質的に寄与した
- 論文の作成または重要な知的内容に関わる批判的校閲に関与した
- 出版原稿の最終承認を行った

資金の確保、データ収集、研究グループの総括的監督に携わっただけでは著者資格を得られない。

産学協同研究など、多施設から相当数の研究者が研究に関わっていた場合、投稿原稿についての直接の責任者が明らかになっていなければならない。この責任者は、上述の著者資格の基準を完全に満たしている必要があり、編集委員会は責任者に対して「投稿原稿執筆者および利益相反開示*」を要求することがある。

2) 研究貢献者

著者資格の基準を満たさない研究貢献者は、すべて「謝辞」の項に列挙する。研究貢献者には貢献内容を明示する。たとえば、「学術的助言者として貢献」「研究デザインの批判的校閲」「データ収集」「研究参加者の紹介ならびにケア」などのように貢献内容を付して記述するとわかりやすい。

3. 投稿の内容と種別

編集委員会が扱う投稿論文の内容は、「広く看護学の研究に携わる者を組織し、看護に関わる教育・研究活動を行い、看護学の進歩発展に寄与するとともに社会に貢献する」という日本看護研究学会の設立趣旨にかなった、看護に関する学術・技術・実践についての「論文」とする。趣旨に沿わない場合は原稿を受付ない場合がある。

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。

投稿論文は学術雑誌に未発表のものに限る。学術雑誌に未投稿の学位論文はそれ自体を論文とはみなさず、従って所属機関のリポジトリへの収載等は公表と見なさない。また、学術集会での発表も、学術雑誌への論文収載ではないので未発表と見なす。

編集委員会による査読過程を経て、採用が許諾された段階で、投稿者には未発表の内容であることを誓約する文書を要求する。

■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もの。

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」と比較すると論文としての完成度にはやや難があるが、早く発表する価値があるもの。

* 産学連携による研究には、学術的・倫理的責任を果たすことによって得られる成果の社会への還元 (公的利益) だけではなく、産学連携に伴い研究者個人が取得する金銭・地位・利権など (私的利益) が発生する場合がある。これら2つの利益が研究者個人の中に生じる状態を「利益相反」と呼ぶ。産学連携を推進するには、利益相反状態が生じることを避けることはできないが、利益相反事項の開示を要求することによって、研究成果の信憑性の喪失、社会からの信頼性の喪失、研究参加者への危険性などの弊害を生じることなく、研究結果の発表やそれらの普及・啓発を中立性と公明性を維持した状態で適正に推進させ、研究の進歩に貢献するものである。

■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もの。エビデンスレベルは「根拠に基づく実践 Evidence-Based Practice」に準じて判断する。

■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。メタシンセシスやシステムティックレビューは、そのレベルにより原著もしくは研究報告に相当する。

■資料・その他

上記のいずれにも相当しないが、公表する価値がある。

4. 研究倫理

本誌に投稿する原稿の元になった研究は、本学会が定めた倫理綱領をはじめ、日本看護協会（2004）の「看護研究のための倫理指針」、厚生労働省（2008）の「臨床研究に関する倫理指針」、文部科学省・厚生労働省（2008）の「疫学研究に関する倫理指針」等にならなければならない。

人および動物が対象の研究は、投稿者所属の施設もしくは研究参加者が所在する施設の研究倫理審査委員会で承認されたものでなければならない。投稿者の周辺に適切な研究倫理審査委員会がない場合は、本学会で研究倫理審査を受けることができる。また、承認された倫理的配慮がその通りになされていることも必要条件であり、具体的に行われた倫理的行動と研究倫理審査承認番号を本文中に明記しなくてはならない。

それに加えて、以下の行為が疑われた場合、①理事会が聞き取り調査を行う、②実際に不正であると判断された場合はその旨を公告する、③公刊後に不正が明らかになった場合は当該論文を削除する公告を行う、④不正を行った投稿者に対しては理事会の議を経て、会員資格を剥奪する。なお、二重投稿の場合は該当する他学会の編集委員会に通知する。

■ミスコンダクト

研究上の「ミスコンダクト」とは、「研究上の不正行為」とほぼ同義で、捏造（Fabrication）、改竄（Falsification）、盗用（Plagiarism）（FFP）を中心とした、研究の遂行における非倫理的行為のことである。「不正行為」が不法性、違法性を強調するのに対して、「ミスコンダクト」はそれに加えて倫理性、道徳性を重視する（日本学術会議「科学におけるミスコンダクトの現状と対策 ― 科学者コミュニティの自律に向けて ―」より。内容を変えることなく文章を一部改変）。

■二重投稿

本誌に投稿した原稿と同じものを他学術雑誌へ同時期に投稿することを二重投稿と呼ぶ。ほぼ同じデータ群、結果、考察から構成されている場合は二重投稿とみなす。

■不合理な投稿の取り下げ

正当な理由なく原稿の投稿を取り下げることである。投稿論文を取り下げる場合は、取り下げざるをえない正当な理由を添えて、編集委員長宛に願ひ出なければならない。理由が正当でないと編集委員会が判断した場合、この取り下げの背後になんらかの問題行為が行われているものとみなす。

5. 原稿の送付

投稿原稿は、Microsoft社のWord、Excel、およびPowerPointを使用して作成し（ExcelまたはPowerPoint以外のソフトで作表した図表は、JPEGまたはPDF形式でのみ受領可能）、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（著者が特定できる部分〔謝辞も含む〕を削除した）オリジナル原稿のコピー3部、および電子媒体（フラッシュ・メモリー、CD-R（RW）、DVD-R（RW）、のいずれかで保存し、ラベル（面）には著者氏名、論文表題を明記する）を添えて下記に送付する。

なお、図表については以下の点に留意されたい。

Word …… Excelの表をWord上に貼付して画像化させている場合は、もとのExcelのデータも提出すること

JPEG …… 解像度が350dpi以上の低圧縮の状態で提出すること（可能であればTIFF形式が望ましい）

PDF …… パスワードはかけず、フォント埋め込みの状態で提出すること

〒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、書留郵便もしくはレターパックで郵送すること。

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。

6. 英文抄録のネイティブ・チェック

英文抄録については、英語を母国語とする人にチェックしてもらい、間違いがないことを証明する確認書を提出する。とくに様式は定めない。

7. 投稿前チェックリスト

投稿する前には、投稿論文チェックリスト（学会ホームページから入手可）で「投稿規定」および「原稿執筆要項」に合致していることを確認のうえ署名し、投稿論文とともに送付する。

8. 原稿の受付

原稿は随時受けつけているが、投稿規程および原稿執筆要項に沿わない原稿は受付できない。

9. 投稿論文の採否

投稿論文の採否は、本学会編集委員会による査読過程を経たうえで、編集委員会が最終決定を行う。場合により、投稿者に内容の修正・追加あるいは短縮を求めることがある。また、採用の条件として、論文種別の変更を投稿者に求めることがある。

査読の結果が「修正のうえ再査読」の場合、所定の期間内に修正された原稿については、改めて査読を行う。

「不採用」と通知された場合で、その「不採用」という結果に対して投稿者が明らかに不当と考える場合には、不当とする理由を明記して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。

10. ゲラ刷りの校正

採用が決定すると、ひとまず投稿原稿はテクニカル・エディター（編集技術者）の手にわたる。その際、本誌全体の統一をはかるために、著者に断りなく仮名遣いや文章を整え、語句を訂正することがある。

ゲラ刷り（校正用の試し刷り）の初回校正は著者が行う。なお、校正の際、著者による加筆は一切認めない。第2回目以降の校正は著者校正に基づいて編集委員会が行う。

11. 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。図表の目安は、通常の大きさの場合は仕上がりで1/2頁、大きな図表は1頁である。

10頁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頁につき所定の超過料金（実

費)とする。

図表は、製版原稿として使用可能な原図を添えること。印刷業者で新たに作成し直す必要が生じたときは、その実費を徴収する。

別刷については、基本的には提供しない。代わりに刷り上がりページのPDFファイルを無料で配布する。

紙媒体の別刷が必要な場合は、投稿者が直接印刷業者と交渉する。

12. 著作権

会員の権利保護のために、掲載された原稿の著作権は本会に属するものとする。他者の著作権に帰属する資料を引用するときは、著者がその許可申請手続きを行なう。

所属機関のリポジトリ等に収載する場合は、その都度理事長の許諾が必要である。

13. 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。
- 8) 平成22年5月23日 一部改正実施する。
- 9) 平成23年9月30日 一部改正実施する。

原稿執筆要項

一般社団法人日本看護研究学会編集委員会

原稿の内容は日本看護研究学会の設立趣旨「広く看護学の研究に携わる者を組織し、看護に関わる教育・研究活動を行い、看護学の進歩発展に寄与するとともに社会に貢献する」にかなったものとする。趣旨に沿わない場合は原稿を受付ない場合がある。

また、本学会の編集スタイルは、原則的に米国心理学会（American Psychological Association, APA）が発行している『Publication Manual of the American Psychological Association, 6th ed.』（2009）／『APA論文作成マニュアル第2版』（2011, 医学書院）に準拠する。

1. 投稿の際の電子書式等について

- 1) 原稿は電子ファイルを納めたフラッシュ・メモリー、CD-R (RW)、DVD-R (RW) のいずれか、およびA4判白色用紙にプリントアウトしたハードコピーの両方を投稿する（ハードコピーの部数は「投稿規程」に示してある）。
- 2) 本文はMicrosoft社のWordを使用し、図はWord・Excel・Power Pointのいずれか、表はWord・Excelのいずれかで作成する。ExcelまたはPowerPoint以外のソフトで作表した図表は、JPEGまたはPDF形式で保存する。

なお、図表については以下の点に留意されたい。

Word …… Excelの表をWord上に貼付して画像化させている場合は、もとのExcelのデータも提出すること

JPEG …… 解像度が350dpi以上の低圧縮の状態で提出すること（可能であればTIFF形式が望ましい）

PDF …… パスワードはかけず、フォント埋め込みの状態で提出すること

- 3) 本文の文字の大きさはMS明朝体の10.5ポイントを使用し、書式は左右余白30mm、上下余白50mm、文字数は40字×20行となるように設定する（「文書のレイアウト」で40字×20行と設定すると、10.5ポイントの場合、1行の数が40字以上になる。35字×20行という設定で指定の文字数となることが多いので、実際に1ページあたりの字数と行数を確認すること）。
- 4) 本文には必ずページ数を中央下に挿入する。
- 5) 1ページ目の最上段に論文タイトルを記載し、1行空けて本文を開始する。著者名および所属など投稿者を特定できる情報を書いてはいけない。

2. 文体ならびに句読点について

- 1) 文章は簡潔でわかりやすく記述する。看護学は理系・文系にまたがるところがあるが、文体は「である調」を基本とする。
- 2) 論文は横書き2段組で印刷するため、読点は縦書きの際に通常使用する「、」ではなく「,（全角コンマ）」とし、句点は読点との区別を明瞭にするために「。（全角句点）」とする。
- 3) 漢字の使用については、原則的に「常用漢字表」に則るものとする。なお、専門用語に類するものについてはその限りではない。ただし、接続詞や副詞の多くと名詞や動詞、助動詞などの一部には「ひらがな書き」が定着していることに配慮する。
[例]「さらに…」「ただし…」「および…」「または…」「すぐに…」「ときどき…」「…すること」「…したとき」「…ている」
- 4) 本文や図表中（文献は除く）で用いられる数字（「二者択一」や「一朝一夕」のような数量を表す意味で用いられているのではないものを除く）および欧文については、原則として半角文字を使用する。ただし、1桁の数字および1文字のみの欧文（例：A施設、B氏、方法X、など）の場合は全角文字とする。また、量記号（サンプル数の n や確率の p などの数値すなわち量を表す記号）に対しては、欧文書体のイタリック体（斜体）を使用する。
- 5) 整数部分が0で理論的に1を超えることのない数値は、例えば「.28」のように小数点以下だけを表現し、縦に揃える場合は小数点の位置で揃える。

3. 見出しについて

論文の構成をわかりやすく提示するために見出しを効果的につける。

- 1) 見出しは「MSゴシック」体を用い、外国語・数字には**Times New Roman Bold**を用いる。
- 2) 見出しのレベルは第1レベルから第7レベルまでとする。
- 3) 第1レベルは論文タイトルで、見出しに数字やアルファベットを付けない。論文タイトルは印刷時には中央揃えになる。
- 4) 本文の見出しは、以下に示す第2レベルから第7レベルまでの6つのレベルから構成する。見出しに付ける数字・記号、およびピリオドは全角を使用する。
第2レベル：Ⅰ．Ⅱ．Ⅲ．……………：中央揃え
第3レベル：A．B．C．……………：左端揃え
第4レベル：1．2．3．……………：左端揃え
第5レベル：a．b．c．……………：見出しのみ、本文左端より1字下げる
第6レベル：(1)(2)(3)……………：上位の見出しより1字下げる
第7レベル：(a)(b)(c)……………：上位の見出しより1字下げる
- 5) 「はじめに」や「序論、序説または緒言」および「おわりに」や「結語」、「謝辞」を使用する場合は第2レベルではあるが、本文中では見出し数字・記号は使用せず、単に中央揃えとする。
- 6) 論文文中で使用する見出しのレベルが3レベルまでの場合は数字記号、すなわち第2レベルと第4レベルと第6レベルを使用する。
- 7) 4レベル以上になる場合は上位から順に使用する。
- 8) あるレベルに下位レベルをつくる場合、下位レベルの項目は必ず2つ以上の項目をつくる。項目が1つしかない場合には、下位レベルの項目とはしない。

4. 表について

- 1) 効果的な表のレイアウトを下に示す。

表X. 若年者と高齢者の課題達成の割合

課題の困難さ	若年者			高齢者		
	数	平均(標準偏差)	信頼区間	数	平均(標準偏差)	信頼区間
軽度	12	.05(.08)	[.02, .11]	18	.14(.15)	[.08, .22]
中等度	15	.05(.07)	[.02, .10]	12	.17(.15)	[.08, .28]
高度	16	.11(.10)	[.07, .17]	14	.28(.21)	[.15, .39]

- 2) 表はひとつずつA4判用紙に配置し、最上段左端に、出現順に「表1.」のように通し番号を振り、そのあとにタイトル名を簡潔に示す。
- 3) 表は、それ自体が結果のすべてを語る力をもっている。本文中での表の説明は要点を示すのにとどめなければならない。すべての内容について論じるのなら、その表は不要である。
- 4) 表の罫線は必要な横罫線だけにとどめ、縦罫線は使用しない。縦罫線のかわりに十分な空白を置く。
- 5) 整数部分が0で理論的に1を超えることのない数値は、例えば「.28」のように小数点以下だけを表現し、縦に揃える場合は小数点の位置で揃える。

5. 図について

- 1) 図はひとつずつA4判用紙に配置し、最下段左端に、出現順に「図1.」のように通し番号を振り、そのあとにタイトル名を簡潔に示す。
- 2) 図表は、原稿本文とは別にまとめて巻末に添える。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。

6. 引用について

論文の中で、自己の主張に関連づけて他の著作者の文章や図表の一部を使用する場合は、出所を明示すれば著作権保有者の許諾を得ることなく「引用」することができる。根拠となる法律は以下のとおり（漢字、仮名遣いを一部変更）。

著作権法

第三十二条 公表された著作物は、引用して利用することができる。この場合において、その引用は、公正な慣行に合致するものであり、かつ、報道、批評、研究、その他の引用の目的上、正当な範囲内*で行なわれるものでなければならない。

2 国もしくは地方公共団体の機関、独立行政法人または地方独立行政法人が一般に周知させることを目的として作成し、その著作の名義の下に公表する広報資料、調査統計資料、報告書、その他これらに類する著作物は、説明の材料として新聞紙、雑誌、その他の刊行物に転載することができる。ただし、これを禁止する旨の表示がある場合は、この限りでない。

図や写真は著作者が独創性を持って作成した著作物として保護される。したがって、上記のような「引用」の範囲を越える場合、著作権者の許諾がなければ勝手に「転載」することはできない。ただし、誰が作成しても同じになると考えられる図表は、創意や工夫が反映されていないので自分で作成しても同じ物となる。したがって許諾がなくても転載利用としない。

7. 引用形式について

本学会は米国心理学会（American Psychological Association, APA）発行の『Publication Manual of the American Psychological Association』に準拠するが、原著が英語文献のためのマニュアルであるところから、一部学会独自の工夫を行っている。

■本文中の引用

1) 本文中の引用箇所には「(著者の姓, 西暦文献発行年)」を付けて表示する。

— 例 —

- a. 山口 (2011) によると「……は……である」。
- b. 「……は……である」と山口は述べている (2011)。
- c. 山口は, ……は……である, と主張している (2011)。

2) 2名の著者による単独の文献の場合、その文献が本文に出現するたびに常に両方の著者名を表記する。

— 例 —

- a. 山口と黒田 (2011) によると「……は……である」。
- b. 「……は……である」と山口と黒田は述べている (2011)。
- c. 山口と黒田は, ……は……である, と主張している (2011)。

3) 著者が3, 4, 5名の場合、文献が初出の時点ですべての著者名を表記する。それ以降の引用では、最初の著者の後ろに「他」(欧文の場合はet al.)を付ける。例外として、最初の著者1名では論文の区別がつかない場合、区別がつくまで著者名を列記する。

— 例 —

- a. ……であることが明らかにされている (山口・福岡・佐賀・熊本・宮崎他, 2011)。
- c. ……であることが明らかにされている (Mason, Lee, Draper, Roper, Smith, et al., 2011)。

4) 複数文献を引用した場合には、(黒田, 2011; 山口・長崎, 2010) というように筆頭著者のアルファベット順に表示する。

5) 同一著者による、同じ年に発行された異なる文献を引用した場合は、発行年にアルファベットを付し、これらの文献を区別する。

— 例 —

山口 (2009a) によると…である。また、別の研究では…であることが明らかにされている (山口, 2009b)。

* 引用に際しての「正当な範囲内」とは、①主従関係：引用する側とされる側は、質的量的に主従の関係が明確である、②明瞭区分性：本分と引用文は明確に区分されている、③必然性：それを引用するのか必然性が存在している、④引用された著作物の出典が明示されている、など条件をクリアしていることである。

6) 同一文献の異なるページを引用した場合には、発行年の後ろにページ数を書き添えて引用箇所を明確にする。

— 例 —

山口 (2010) によると…である (p.10)。さらに、…であることも明らかにされている (山口, 2010, p.14)。

7) 翻訳本を引用した場合には、原出版年／翻訳本出版年を表示する。

— 例 —

Walker & Avant (2005/2008) によると……

■本文末の文献リスト

本文の最後には、【文 献】として、引用した文献の書誌情報を、著者名のアルファベット順の一覧表として表示する。

1) 和文名と欧文名は同一基準で取り扱い、和文名をヘボン式ローマ字で記載したものとの比較で順序を定める。文献著者名は原著にあがっている全員をあげる。

2) 稿末文献リストは、和文原稿の場合にはローマ字および数字は半角文字を使用し、半角文字に挟まれる「-」や「()」「」は半角記号とする。「,」「.」は全角とする。欧文原稿の場合はすべて半角文字を使用し、雑誌名および書籍名をイタリックで表示する (注意: 和文の場合は斜字体にしない)。

3) 雑誌名は原則として省略しない。誌面の都合等で省略しなければならない場合は、邦文誌では医学中央雑誌、欧文誌では、INDEX MEDICUSおよびINTERNATIONAL NURSING INDEXの雑誌略名に従う。

① 雑誌の場合:

必要な書誌情報とその順序: 著者名 (西暦発行年). 表題, 雑誌名, 巻(号), 開始ページ-終了ページ.

※ただし、「巻」の通しページの場合は「(号)」の表示は必要ない (以下の例2))。

— 例 —

日本太郎, 看護花子, 研究二郎 (1998). 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.

Nihon, T., Kango, H., Kenkyu, J. (2000). Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service, *Journal of Nursing*, 5, 132-138.

② 書籍の場合:

必要な書誌情報とその順序: 著者名 (西暦発行年). 書籍名, 引用箇所の開始ページ-終了ページ, 出版社名, 出版地.

— 例 —

研究太郎 (1995). 看護基礎科学入門, 23-52, 研究学会出版, 大阪.

Kenkyu, T. (2000). *Introduction to Nursing Basic Sciences*, 23-52, Research Press, Osaka.

③ 翻訳書の場合:

必要な書誌情報とその順序: 原著者名 (原著発行年)／訳者名 (翻訳書発行年). 翻訳書名 (版数). 引用箇所の開始ページ-終了ページ数, 発行地: 出版社名.

— 例 —

Walker, L.O., & Avant, K.C. (2005)／中木高夫・川崎修一訳 (2008). 看護における理論構築の方法. 77-79, 東京: 医学書院.

④ 分担執筆の文献で著者と書籍に编者 (監修者) が存在する場合:

必要な書誌情報とその順序: 著者名 (西暦発行年). 表題, 編集者名 (編): 書籍名, 引用箇所の開始ページ-終了ページ, 出版社名, 出版地.

— 例 —

研究花子 (1998). 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.

Kenkyu, H. (2008). A nursing approach to disturbed sleep pattern, In: *Clinical Nursing II*, 123-146, Kenkyu Press, Tokyo.

⑤ 電子文献の場合:

必要な書誌情報とその順序: 著者 (入手年月日). タイトル, URL.

— 例 —

ABC看護学会 (2003-01-23). ABC看護学会投稿マニュアル.

<http://www.abc.org/journal/manual.html>

8. 投稿原稿表紙への記入について

- 1) 学会誌の最終頁, および学会ホームページの「論文投稿」のところに「投稿原稿表紙」があるので, 必要事項を記入のうえ, 投稿しようとする原稿の表紙とする。
- 2) 原稿の種類は「投稿規定」の中の表に示された特徴から, 自己判断して適切なものを選択する。査読者および編集委員会の審議の結果, 希望する種別では不採用となったり, 採用可能な別の種別を勧告する場合がある。
- 3) 和・英の論文タイトル, およびキーワード (5語以内, 医中誌WebおよびCINAHLのシソーラスであることを確認すること), 本文枚数, 図枚数 (用紙1枚につき1つ), 表枚数 (用紙1枚につき1つ), 写真点数 (用紙1枚につき1点で, 図としてタイトルをつける), 著者氏名 (著者全員の会員番号, 氏名〔日本語, その下にローマ字〕, 所属・部署〔日本語, その下に英文〕, 連絡先住所 (連絡者氏名, 住所, 電話番号, ファクシミリ番号, E-mailアドレス), 別刷部数 (別刷はなく, 紙面のPDFファイルを無料で投稿者に配布することを原則とする。必要な場合は印刷業者に依頼することができるが, その場合は全額実費負担となる), 和文抄録文字数, 英文抄録使用語数を明記する。

9. 抄録について

- 1) 英文抄録, 和文抄録はそれぞれ別の用紙に印刷する (ページ数をうつ必要はない)。
- 2) 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ポイントを用いて, シングルスペースで印字する (原著論文, 研究報告のみ)。英語抄録に間違いがないことを証明するネイティブ・チェック (英語を母国語とする人によるチェック) の確認書を必要とする。
- 3) 和文抄録は400字以内とする。

10. 原稿用紙および原稿の長さ

800字詰用紙3枚が刷り上がり1ページに相当する (2,400字)。原稿種別の刷り上がりページ数の最大目安は以下のとおり, いずれも10ページ以内とする。このなかには, タイトル, 発表者氏名・所属, 図表, 引用文献リスト等の一切を含む。図表の目安は, 通常の大きさの場合は仕上がりで1/2頁, 大きな図表は1頁である。

投稿規定に「原稿が刷り上がりで10頁以下の場合は, 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」と定められている。

- | | |
|------------|-------|
| 1. 原著論文 | 10ページ |
| 2. 研究報告 | 10ページ |
| 3. 技術・実践報告 | 10ページ |
| 4. 総説 | 10ページ |
| 5. 資料・その他 | 10ページ |

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。
- 9) 平成23年9月30日 一部改正実施する。

(注)

1. 論文目録

日本看護研究学会雑誌に掲載された原著論文および研究報告等，全ての論文について原稿種類別，巻号別，掲載順にまとめた。

著者名：標題，英文標題，巻（号），掲載頁，発行年（西暦）の順に掲載した。

2. 著者索引

原著論文および研究報告等，全ての論文の著者名をあいうえお順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。なお，筆頭著者の巻（号）はゴシック体にした。

3. 事項索引

論文ごとに，その標題より若干の用語を選定した。配列は邦文をあいうえお順，次に欧文をアルファベット順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。

1. 論文目録

第34巻

〔原著〕

魚尾淳子，河野保子：脳血管障害患者の日常生活活動拡大に関する研究 — 意欲，自己効力感，自己効力感形成の情報源との関係に焦点をあてて —， Research on the Expansion of Activities of Daily Living Stroke Patients Focusing on the Relationship to will, Self-Efficacy and Sources to form Self-Efficacy, 34(1), 47-59, 2011.

松本泉美：20～30歳代女性喫煙者の喫煙の意味と禁煙の意思の構造， The Meaning of Smoking and the Attitude to Quit Smoking Among Female Smokers in Their 20s and 30s, 34(1), 61-72, 2011.

橋本晴美，神田清子：呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者の体験， The Experiences of Patients with Advanced Lung Cancer Having Dyspnea During the Treatment Period, 34(1), 73-83, 2011.

荒川千秋：女性看護師の離職に関連する要因 — 関東地域一般病床200床以上の病院勤務看護師の縦断研究から —， Factors Affecting the Resignation of Female Nurses: Longitudinal Study of Nurses Working at Hospitals with more than 200 Beds in the General Ward in the Kanto Region, 34(1), 85-92, 2011.

高林範子，村上生美：コミュニケーションにおける看護学生の感受性および非言語メッセージと患者満足度の関係 — 模擬患者とのコミュニケーション場面を通して —， The Relationship of the Sensitivity and the Nonverbal Message in Nursing Students to the Satisfaction of the Patient in the Communication between the Students and the Patient — An Analysis of the Communication Scene between the Students and the Simulated Patient —， 34(1), 93-100, 2011.

堀田涼子，市村久美子：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, 34(2), 21-30, 2011.

恩幣（佐名木）宏美，瀧川薫，岡美智代：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 Nephropathy and their Structure, 34(2), 31-38, 2011.

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 — 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 —， 34(2), 39-48, 2011.

門田耕一，田中輝和：気管挿管患者の口腔ケアにおけるグリセロールを含む希釈イソジン液の殺菌効果と持続時間の延長， Glycerol Prolongs the Duration of the Bactericidal Effect of Isodine in the Oral Care of Patients with Tracheal Intubation, 34(4), 1-9, 2011.

菅原（阿部）裕美，森 千鶴：統合失調症の病識の構造， Structure of Illness Insight in Patients with Schizophrenia, 34(4), 11-22, 2011.

佐藤志保，佐藤幸子，塩 飽仁：採血を受ける子どもの非効果的対処行動の関連要因の検討， Factors Associated with Children's Ineffective Coping Behavior during Blood Sampling, 34(4), 23-31, 2011.

中山登志子, 舟島なをみ:『学習ニードアセスメントツール — 助産師用 —』の開発 — 助産師のキャリア発達に向けた看護継続教育の提供 — , Development of a Learning Needs Assessment Tool for Midwives — To Offer Continuing Education Programs for Professional Development — , 34(5), 1-10, 2011.

〔研究報告〕

安藤満代, 谷多江子, 小笠原映子:精神障害者のスピリチュアリティ, 気分および病気の意味, Spirituality, Mood, and Meanings of Illness of Mental Disorders, 34(1), 101-106, 2011.

羽畑正孝, 鈴木ひとみ, 畑下博世:溺水による低酸素性脳症児の母親の心理的プロセス, The Psychological Process for Their Mothers of Children With Hypoxic Encephalopathy After Near Drowning, 34(1), 107-115, 2011.

藤井千里, 赤間明子, 大竹まり子, 鈴木育子, 細谷たき子, 小林淳子, 佐藤千史, 叶谷由佳:訪問看護ステーション管理者の営業を含めた経営能力と収益との関連, The Relation Between the Manager's Administrative Abilities Including Business Activities in Visiting Nursing Stations and the Station's Financial Profits, 34(1), 117-130, 2011.

新野峰子:使用後紙おむつの臭気に対する発酵資材の消臭効果の検討, Examination of Removed Odor of Fermented Materials to Stench of Paper Diaper after Use, 34(1), 131-135, 2011.

守田恵理子, 太田勝正:看護退院サマリーの他施設への送付の実態と問題について — A県の実態調査より — , Current Status of Nursing Discharge Summaries in One Prefecture, 34(1), 137-147, 2011.

長山有香理, 白尾久美子, 野澤明子:集中治療室へ配置転換した看護師が直面する困難, Difficulties Encountered by Nurses Transferred to Intensive Care Units, 34(1), 149-159, 2011.

林 陽子, 森本美智子, 神原千比呂, 中村珠恵, 谷村千華: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, 34(2), 49-56, 2011.

山田紀代美, 西田公昭: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 Communitydwelling People aged 65-74, 34(2), 57-64, 2011.

原沢優子, 山田紀代美: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, 34(2), 65-74, 2011.

劉 筱丹, 阿曾洋子: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, 34(2), 75-84, 2011.

山田千春:「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) — , 34(2), 85-96, 2011.

生田奈美可：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, 34(2), 97-107, 2011.

金藤亜希子, 宮腰由紀子, 小野ミツ：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, 34(2), 109-118, 2011.

沖中由美：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, 34(2), 119-129, 2011.

小林恵子：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, 34(2), 131-142, 2011.

新美綾子：新卒看護師の看護技術に対する看護教員と看護実践者の評価の視点と到達基準 — 輸液ラインのある患者の寝衣交換技術の観察を通して —, Evaluation Viewpoints and Attainment Benchmarks Used by Nursing Teachers and Nursing Practitioners in Evaluating the Nursing Skills of New Graduate Nurses — Through the Observation of Changing Night Clothes Skills for Patients with Infusion Lines —, 34(4), 33-44, 2011.

鬼澤典朗, 松永保子：新卒看護師の蓄積的疲労徴候と離職願望の関連 — 新卒保健師および新卒歯科衛生士との比較 —, Comparative Study of the Cumulative Fatigue Symptoms and It's Relation with Motivation to Leave Employment between Three Groups of New Graduates: General Practice Nurses, Public Health Nurses and Dental Hygienists, 34(4), 45-53, 2011.

藤野成美, 岡村 仁：長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度の作成とその信頼性・妥当性の検討, Construction of Assessment Criteria for Suffering of Long-Term Inpatients with Schizophrenia and its Reliability and Validity, 34(4), 55-63, 2011.

吉田えり, 山田和子, 森岡郁晴：卒後2～5年目の看護師における自己効力感とストレス反応との関連, Relationship between Self-Efficacy and Stress Reaction among Nurses with 2-5 Years of Job Experience, 34(4), 65-72, 2011.

野口英子, 當目雅代, 金正貴美, 竹内千夏, 小笠美春：新卒看護師の看護技術習得の実態と指導者・看護師長の期待に関する研究, State of Nursing Skill Acquisition among Newly Graduated Nurses and Expectations of Instructors and Chief Nurses, 34(4), 73-82, 2011.

古賀佳代子：水俣病補償制度の申請に至るまでの心理的プロセス — 水俣病患者の語りを通して —, The Psychological Process Leading to Patient's Application for Minamata Disease Compensation: A Study through Narrative, 34(4), 83-93, 2011.

金正貴美, 當目雅代, 野口英子, 竹内千夏：嗜好品へのニーズを制限される患者が我慢を繰り返すプロセス, Process by Which Patients Repeatedly Endure Restrictions on Consumption of Favorite Items, 34(5), 11-19, 2011.

萩原英子, 二渡玉江：乳房の異常を自覚し手術に臨む乳がん患者のがんの認知プロセス, The Cognitive Processes of Breast Cancer Patients Who Are Aware of Their Condition and Scheduled for Surgery, 34(5), 21-30, 2011.

新田真由美, 板山 稔, 天谷真奈美: 統合失調症患者の禁煙認識と禁煙阻害因子 — 禁煙支援のための課題を考える — , Awareness of Smoking Cessation and Smoking Cessation Inhibitory Factors in Schizophrenia Patients — On the Problems of the Smoking Cessation Support — , 34(5), 31-40, 2011.

菅沼真由美, 佐藤みつ子: 認知症高齢者の家族介護者の介護評価と対処方法, Caregiving Appraisal and Coping Strategies for Family Caregivers of Persons with Dementia, 34(5), 41-49, 2011.

熊坂隆行, 片岡三佳, 升 秀夫: 緩和ケア病棟における動物介在活動に参加したがん患者の体験, Experiences of Cancer Patients Who Participated in Animal-Assisted Activities at a Palliative Care Unit, 34(5), 51-57, 2011.

中馬成子, 土居洋子: 2型糖尿病患者のインスリン療法に対する心理的行動的反応の変遷, Transition of Psychological and Behavioral Reactions to Insulin Treatment in Patients with Type 2 Diabetes, 34(5), 59-69, 2011.

春田佳代, 山幡朗子, 篠田かおる, 伊藤真由美, 春日井邦夫, 鈴木初子: 安全な浣腸カテーテル挿入の長さ — 成人下部消化管造影画像を用いての検討 — , Safe Length for Enema Catheter Insertion: Estimation Based on Lower Gastrointestinal Series Imaging Findings in Adults, 34(5), 71-75, 2011.

山口曜子, 有吉玲子, 堀口陽子: 透析療法選択に対する患者の受容過程 — 腹膜透析を実施している患者をととして — , Patient's Acceptance Process to Selection Dialysis Treatment: Analysis of the Patients Who Have Peritoneal Dialysis, 34(5), 77-85, 2011.

[技術実践報告]

工藤由紀子: 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, 34(2), 143-149, 2011.

長谷川美津子, 鈴木加乃, 菊地京子: 特定機能病院看護職の退院支援活動に事例検討会が及ぼした効果, The Effect of Case Studies on Discharge Support Activity by Nurses in a Special Functioning Hospital, 34(4), 95-101, 2011.

近藤由香, 小板橋喜久代, 金子有紀子, 小林しのぶ: 簡易版漸進的筋弛緩法の作成とがん患者への介入の効果, Development of Simplified Progressive Muscle Relaxation Method and Efficacy of Its Application to Cancer Patients, 34(5), 87-93, 2011.

[総説]

立野淳子, 山勢博彰, 山勢善江: 国内外における遺族研究の動向と今後の課題, The Trend of Research About Bereaved Family and the Further Subjects in Japan and Overseas, 34(1), 161-170, 2011.

高瀬美由紀, 寺岡幸子, 宮腰由紀子, 川田綾子: 看護実践能力に関する概念分析: 国外文献のレビューを通して, A Concept Analysis of Nursing Competence: A Review of International Literature, 34(4), 103-109, 2011.

中木高夫, 谷津裕子: 質的研究の基礎としての《体験》の意味 — Dilthey解釈学の伝統を継ぐドイツ語圏の哲学者の文献検討とその英語・日本語訳の比較から — , The Implications of “TAIKEN” as the Foundation of Qualitative Research — A Review of the Hermeneutical Traditions After Dilthey and a Comparison between the German Originals and their Translational Variations in English and Japanese — , 34(5), 95-103, 2011.

[資料・その他]

武内奈緒子, 村嶋幸代: 透析歴 3 年以上の血液透析患者の特性・信念およびセルフケアの 1 年後の変化, One-Year Follow-Up of Characteristics, Beliefs and Self-care Among Patients Receiving Hemodialysis over Three Years, 34(1), 171-179, 2011.

金子史代: 看護師が認識する療養している高齢者のセルフケアとセルフケアに関連する要因, The Self-Care and Factors Related to the Self-Care of Elderly People who Undergoing Medical treatment Recognized by Nurses, 34(1), 181-189, 2011.

谷田恵子, 楊箸隆哉, 本田智子, 柴田真志: 1 分間区分における各睡眠段階の心拍変動パワースペクトル指標値の比較, Comparisons of Power Spectral Indices of Heart Rate Variability at Each Sleep Stage Using One-minute Segment Analysis, 34(1), 191-198, 2011.

石田芳子, 石川千鶴子, 阿部テル子: 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, 34(2), 151-161, 2011.

田中裕二, 石井トク, 江守陽子, 尾岸恵三子, 中野正孝, 松田たみ子, 三木明子, (学会誌発行30周年記念事業実行委員会): 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, 34(2), 171-175, 2011.

大塚有希子, 尾岸恵三子: 終末期の患者が食べることの意味, The Meaning of the Eating Behavior for Terminally Ill Patients, 34(4), 111-120, 2011.

佐藤幸子, 佐藤志保, 山口咲奈枝, 古瀬みどり: 児童養護施設職員が被虐待児とのかかわりを進展させるプロセス, Processes Used by Staff of Children Protection Institution to Develop Relations with Abused Children, 34(5), 105-114, 2011.

[奨学会助成金研究報告]

掛田崇寛: 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, 34(2), 163-170, 2011.

加藤真由美: 認知症のある高齢者の施設生活環境における転倒に関する主観的事象の言語化の試み, Attempt to Describe Subjective Phenomena Related to Falls of Elderly Persons with Dementia in a Long-term Care Facility, 34(5), 115-122, 2011.

[地方会たより]

野島良子: 地方会の歩みと看護研究 — さらなる発展に向けて —, The Past, Present, and Future of Chugoku-Shikoku Chapter of Japan Society of Nursing Research — Toward Further Developments in Nursing Research —, 34(5), 123-129, 2011.

2. 論文著者検索

あ

赤 間 明 子 34(1) 117
阿 曾 洋 子 34(2) 75
阿 部 テル子 34(2) 151
天 谷 真奈美 34(5) 31
荒 川 千 秋 34(1) 85
有 吉 玲 子 34(5) 77
安 藤 満 代 34(1) 101

い

生 田 奈美可 34(2) 97
石 井 ト ク 34(2) 171
石 川 千鶴子 34(2) 151
石 田 芳 子 34(2) 151
板 山 稔 34(5) 31
市 村 久美子 34(2) 21
伊 藤 真由美 34(5) 71

う

魚 尾 淳 子 34(1) 47

え

江 守 陽 子 34(2) 171

お

太 田 勝 正 34(1) 137
大 竹 まり子 34(1) 117
大 塚 有希子 34(4) 111
岡 美智代 34(2) 31
小 笠 美 春 34(4) 73
小笠原 映 子 34(1) 101
岡 村 仁 34(4) 55
尾 岸 恵三子 34(2) 171, 34(4) 111
沖 中 由 美 34(2) 119
鬼 澤 典 朗 34(4) 45
小 野 ミ ツ 34(2) 109
恩幣(佐名木)宏美 34(2) 31

か

掛 田 崇 寛 34(2) 163
春日井 邦 夫 34(5) 71
片 岡 三 佳 34(5) 51

加 藤 京 里 34(2) 39

加 藤 真由美 34(5) 115

金 子 史 代 34(1) 181

金 子 有紀子 34(5) 87

金 藤 亜希子 34(2) 109

叶 谷 由 佳 34(1) 117

川 田 綾 子 34(4) 103

河 野 保 子 34(1) 47

神 田 清 子 34(1) 73

神 原 千比呂 34(2) 49

き

菊 地 京 子 34(4) 95

金 正 貴 美 34(4) 73, 34(5) 11

く

工 藤 由紀子 34(2) 143

熊 坂 隆 行 34(5) 51

こ

小板橋 喜久代 34(5) 87

古 賀 佳代子 34(4) 83

小 林 淳 子 34(1) 117

小 林 恵 子 34(2) 131

小 林 しのぶ 34(5) 87

近 藤 由 香 34(5) 87

さ

佐 藤 志 保 34(4) 23, 34(5) 105

佐 藤 千 史 34(1) 117

佐 藤 みつ子 34(5) 41

佐 藤 幸 子 34(4) 23, 34(5) 105

し

篠 田 かおる 34(5) 71

柴 田 真 志 34(1) 191

白 尾 久美子 34(1) 149

塩 飽 仁 34(4) 23

す

菅 沼 真由美 34(5) 41

菅原(阿部)裕美 34(4) 11

鈴 木 育 子 34(1) 117

鈴 木 加 乃 34(4) 95

鈴 木 ひとみ 34(1) 107

鈴 村 初 子 34(5) 71

た

高 瀬 美由紀 34(4) 103

高 林 範 子 34(1) 93

瀧 川 薫 34(2) 31

竹 内 千 夏 34(4) 73, 34(5) 11

武 内 奈緒子 34(1) 171

立 野 淳 子 34(1) 161

田 中 裕 二 34(2) 171

田 中 輝 和 34(4) 1

谷 多江子 34(1) 101

谷 田 恵 子 34(1) 191

谷 村 千 華 34(2) 49

ち

中 馬 成 子 34(5) 59

て

寺 岡 幸 子 34(4) 103

と

土 居 洋 子 34(5) 59

當 目 雅 代 34(4) 73, 34(5) 11

な

中 木 高 夫 34(5) 95

中 野 正 孝 34(2) 171

中 村 珠 恵 34(2) 49

中 山 登志子 34(5) 1

長 山 有香理 34(1) 149

に

新 野 峰 子 34(1) 131

新 美 綾 子 34(4) 33

西 田 公 昭 34(2) 57

新 田 真由美 34(5) 31

の

野口英子 34(4) 73, 34(5) 11
野澤明子 34(1) 149
野島良子 34(5) 123

は

萩原英子 34(5) 21
橋本晴美 34(1) 73
長谷川美津子 34(4) 95
畑下博世 34(1) 107
羽畑正孝 34(1) 107
林陽子 34(2) 49
原沢優子 34(2) 65
春田佳代 34(5) 71

ふ

藤井千里 34(1) 117
藤野成美 34(4) 55
二渡玉江 34(5) 21
舟島なをみ 34(5) 1
古瀬みどり 34(5) 105

ほ

細谷たき子 34(1) 117
堀田涼子 34(2) 21
堀口陽子 34(5) 77
本田智子 34(1) 191

ま

升秀夫 34(5) 51
松田たみ子 34(2) 171
松永保子 34(4) 45
松本泉美 34(1) 61

み

三木明子 34(2) 171
宮腰由紀子 34(2) 109, 34(4) 103

む

村上生美 34(1) 93
村嶋幸代 34(1) 171

も

森千鶴 34(4) 11

森岡郁晴 34(4) 65

守田恵理子 34(1) 137

森本美智子 34(2) 49

門田耕一 34(4) 1

や

谷津裕子 34(5) 95
楊箸隆哉 34(1) 191
山口咲奈枝 34(5) 105
山口曜子 34(5) 77
山勢博彰 34(1) 161
山勢善江 34(1) 161
山田和子 34(4) 65
山田紀代美 34(2) 57, 34(2) 65
山田千春 34(2) 85
山幡朗子 34(5) 71

よ

吉田えり 34(4) 65

り

劉筱丹 34(2) 75

3. 事 項 索 引

あ		看護教員養成講習会		34(2)	85
アクションリサーチ	34(2)	看護継続教育	34(5)	1	
アセスメントツール	34(5)	看護研究	34(2)	171,	34(5) 123
罨法	34(2)	看護師	34(1)	85,	34(1) 137,
			34(1)	149,	34(1) 181,
			34(2)	21,	34(2) 75,
			34(4)	65	
い		看護師長	34(4)	73	
遺族	34(1)	看護実践者	34(4)	33	
遺族ケア	34(1)	看護実践能力	34(4)	103	
意味	34(1) 61,	看護大学	34(2)	171	
意欲	34(1)	患者の体験	34(5)	51	
インスリン療法	34(5)	感受性	34(1)	93	
		浣腸	34(5)	71	
		甘味	34(2)	163	
		管理者	34(1)	117	
		緩和ケア病棟	34(5)	51	
え					
営業活動	34(1)				
	117				
お					
古い	34(2)				
	119				
か		き			
快	34(2)	気管挿管患者	34(4)	1	
介護者	34(2)	聴き取り	34(4)	83	
介護評価	34(5)	基礎看護技術	34(5)	71	
解釈学	34(5)	期待	34(4)	73	
概念分析	34(4)	喫煙	34(5)	31	
回復期	34(2)	気分	34(1)	101	
かわり	34(5)	虐待	34(5)	105	
学習経験	34(2)	禁煙	34(1)	61,	34(5) 31
学習ニード	34(5)				
家族介護者	34(5)	く			
家族支援	34(2)	苦悩	34(4)	55	
語り	34(4)	グリセロール	34(4)	1	
カテーテル	34(5)				
下部消化管造影画像	34(5)	け			
我慢	34(5)	経営能力	34(1)	117	
簡易版漸進的筋弛緩法	34(5)	経験	34(5)	95	
がん患者	34(5)	血液透析患者	34(1)	171,	34(2) 31
看護	34(2)	研究デザイン	34(2)	171	
看護介入	34(5)	研究領域	34(2)	171	
看護学生	34(1)	健康状態	34(1)	161	
看護技術	34(4)	言語化	34(5)	115	
看護技術評価	34(4)	原著論文	34(2)	171	
看護教員	34(2)				
	85,				
	34(4)				
	33				

こ

口腔内細菌	34(4)	1
高齢遺族	34(2)	97
高齢者	34(1)	181, 34(2) 65
呼吸困難	34(1)	73
国際視点	34(4)	103
個人空間	34(2)	151
個人情報保護法	34(1)	137
個人の尊厳	34(2)	151
子ども	34(4)	23, 34(5) 105
子ども虐待	34(2)	131
コミュニケーション	34(1)	93

さ

採血	34(4)	23
在宅	34(2)	119
在宅看護	34(4)	95

し

死	34(2)	97
自覚症状	34(2)	49
自己意識	34(2)	119
嗜好品	34(5)	11
自己効力感	34(1)	47, 34(4) 65
施設	34(2)	65
施設高齢者	34(5)	115
質的研究	34(5)	31, 34(5) 95
指導者	34(4)	73
尺度	34(4)	55
収益	34(1)	117
重回帰分析	34(4)	65
臭気	34(1)	131
従業員の配属	34(1)	149
縦断研究	34(1)	85
集中治療室	34(1)	149
終末期がん患者	34(5)	51
終末期患者	34(4)	111
主観的事象	34(5)	115
受容過程	34(5)	77
障害受容	34(2)	21, 34(2) 31
使用後紙おむつ	34(1)	131
消臭	34(1)	131
情報共有	34(1)	137
情報源	34(1)	47

職業性ストレス	34(4)	65
助産師	34(5)	1
女性喫煙者	34(1)	61
自律神経系	34(2)	39
事例検討	34(4)	95
事例検討会	34(2)	131
寝衣交換技術	34(4)	33
進行肺がん	34(1)	73
新人看護師	34(4)	33
新卒看護師	34(4)	45, 34(4) 73
新卒歯科衛生士	34(4)	45
新卒保健師	34(4)	45
信念	34(1)	171
心拍変動	34(1)	191
信頼性	34(2)	75
心理的行動的反応の変遷	34(5)	59
心理的状態	34(2)	49

す

睡眠評価	34(1)	191
ストレス認知	34(2)	49
ストレス反応	34(4)	65
スピリチュアリティ	34(1)	101, 34(2) 97

せ

生活環境	34(2)	151, 34(5) 115
精神科	34(4)	55
精神障害者	34(1)	101
脊髄損傷者	34(2)	21
セルフケア	34(1)	171, 34(1) 181
前期高齢者	34(2)	57
専門職的自律性尺度	34(2)	75

そ

喪失	34(2)	97
----	-------	----

た

退院支援	34(4)	95
退院時サマリー	34(1)	137
体験	34(1)	73, 34(5) 95
対処行動	34(4)	23
対処方法	34(5)	41
多床室	34(2)	151
他職種	34(2)	109

妥当性	34(2)	75	半構造化面接	34(5)	31
食べること	34(4)	111			
ち			ひ		
地域在住高齢者	34(2)	57	非言語メッセージ	34(1)	93
蓄積的疲労徴候	34(4)	45	悲嘆	34(1)	161
地方会	34(5)	123	ヒト	34(2)	163
中国語版	34(2)	75	病気の意味	34(1)	101
治療期	34(1)	73	病識	34(4)	11
鎮痛	34(2)	163			
つ			ふ		
追跡調査	34(1)	171	複数クーリング	34(2)	143
			腹膜透析	34(5)	77
て			服薬態度	34(4)	11
低酸素性脳症児	34(1)	107	プライバシー	34(1)	137
溺水	34(1)	107	不慮の事故	34(1)	107
転倒	34(5)	115	プレパレーション	34(4)	23
			プロセス	34(5)	21, 34(5) 105
と			ほ		
統合失調症	34(4)	11, 34(4) 55,	訪問看護ステーション	34(1)	117
	34(5)	31	保健師	34(2)	109, 34(2) 131
疼痛	34(2)	163	保健師像	34(2)	109
糖尿病腎症	34(2)	31	ポビドンヨード	34(4)	1
動物介在活動	34(5)	51			
に			ま		
2 型糖尿病	34(5)	59	間仕切りカーテン	34(2)	151
ニコチン依存	34(1)	61			
日常記憶	34(2)	57	み		
日常生活活動	34(1)	47	水俣病患者	34(4)	83
入院患者	34(2)	49	水俣病補償制度	34(4)	83
乳がん	34(5)	21			
認識	34(1)	181	も		
認知	34(5)	21	模擬患者	34(1)	93
認知症高齢者	34(5)	41			
の			よ		
脳血管障害患者	34(1)	47	要介護高齢者	34(2)	119
			養護施設	34(5)	105
は			り		
配偶者	34(2)	65, 34(2) 97	離職	34(1)	85
発酵資材	34(1)	131	離職願望	34(4)	45
母親の心理	34(1)	107	療養中	34(1)	181
			リラクセーション	34(5)	87

欧文

A

abuse	34(5)	105
acceptance of disability	34(2)	21, 34(2) 31
acceptance process	34(5)	77
act on the protection of personal information	34(1)	137
action research	34(2)	131
activities of daily living	34(1)	47
administrative ability	34(1)	117
advanced lung cancer	34(1)	73
aging	34(2)	119
analgesia	34(2)	163
animal-assisted activity	34(5)	51
assessment tool	34(5)	1
autonomic nervous system	34(2)	39

B

bacteria in the oral cavity	34(4)	1
basic nursing techniques	34(5)	71
Beliefs	34(1)	171
bereaved family	34(1)	161
bereavement care	34(1)	161
blood sampling	34(4)	23
breast cancer	34(5)	21
business activities	34(1)	117

C

cancer patients	34(5)	87
caregiver	34(2)	65
caregiving appraisal	34(5)	41
case studies	34(4)	95
case study group	34(2)	131
catheter	34(5)	71
changing night clothes skills	34(4)	33
Chapters of Japan Society of Nursing Research	34(5)	123
chief nurses	34(4)	73
child	34(5)	105
child abuse and neglect	34(2)	131
children protection institution	34(5)	105
children with hypoxic encephalopathy	34(1)	107
Chinese version	34(2)	75
cognition	34(5)	21
communication	34(1)	93
community-dwelling elderly	34(2)	57

compress	34(2)	39
concept analysis	34(4)	103
continuing education in nursing	34(5)	1
coping behavior	34(4)	23
coping strategies	34(5)	41
cumulative fatigue symptoms	34(4)	45

D

death	34(2)	97
Description	34(5)	115
diabetic nephropathy	34(2)	31
discharge summary	34(1)	137
drug-taking attitude	34(4)	11
dyspnea	34(1)	73

E

eating behavior	34(4)	111
elderly	34(1)	181, 34(2) 65
elderly who needs nursing care	34(2)	119
endurance	34(5)	11
enema	34(5)	71
Erfahrung/experience	34(5)	95
Erlebnis/lived experience	34(5)	95
evaluation of nursing skills	34(4)	33
everyday memory	34(2)	57
expectation	34(4)	73

F

fall	34(5)	115
family caregivers	34(5)	41
family support	34(2)	131
favorite items	34(5)	11
female smokers	34(1)	61
fermented materials	34(1)	131
financial profit	34(1)	117
Follow-up study	34(1)	171

G

glycerol	34(4)	1
grief	34(1)	161

H

health condition	34(1)	161
heart rate variability	34(1)	191

Hemodialysis patients	34(1)	171	multiple-bed ward	34(2)	151
hemodialysis patients	34(2)	31			
hermeneutics	34(5)	95	N		
home care nursing	34(4)	95	narrative	34(4)	83
human	34(2)	163	near drowning	34(1)	107
			new graduate dental hygienists	34(4)	45
I			new graduate general practice nurses	34(4)	45
illnessinsight	34(4)	11	new graduate nurses	34(4)	33
individual dignity	34(2)	151	new graduate public health nurses	34(4)	45
information sharing	34(1)	137	newly graduate nurses	34(4)	73
inpatients	34(2)	49	nicotine dependence	34(1)	61
institution	34(2)	65	nonverbal message	34(1)	93
institutionalized elderly persons	34(5)	115	nurse	34(1)	85, 34(1) 137,
instructors	34(4)	73		34(1)	149, 34(1) 181,
insulin treatment	34(5)	59		34(2)	21, 34(2) 75,
intensive care units	34(1)	149		34(4)	65
International perspectives	34(4)	103	nursing	34(2)	143
interviewing	34(4)	83	nursing competence	34(4)	103
intubated patients	34(4)	1	nursing intervention	34(5)	51
			nursing manager	34(1)	117
J			nursing practitioners	34(4)	33
job stress	34(4)	65	nursing research	34(2)	171, 34(5) 123
			nursing skills	34(4)	73
L			nursing student	34(1)	93
learning experiences	34(2)	85	nursing teacher training program	34(2)	85
learning needs	34(5)	1	nursing teachers	34(4)	33
living at home	34(2)	119	nursing university	34(2)	171
living chrironment	34(2)	151	nursing-teacher	34(2)	85
living environment	34(5)	115			
longitudinal study	34(1)	85	O		
loss	34(2)	97	odor	34(1)	131
lower gastrointestinal series imaging	34(5)	71	original article	34(2)	171
			other professions	34(2)	109
M					
meaning	34(1)	61, 34(4) 111	P		
meaning of illness	34(1)	101	pain	34(2)	163
mental disorders	34(1)	101	palliative care unit	34(5)	51
midwives	34(5)	1	patients' experiences	34(5)	51
Minamata disease compensation	34(4)	83	people aged 65 to 74 years old	34(2)	57
Minamata disease patient	34(4)	83	peritoneal dialysis	34(5)	77
mood	34(1)	101	personal space	34(2)	151
motivation to leave employment	34(4)	45	persons with dementia	34(5)	41
multiple cooling	34(2)	143	pleasure	34(2)	39
multiple regression analysis	34(4)	65	povidone-iodine	34(4)	1

preparation 34(4) 23
 preschool children 34(4) 23
 privacy 34(1) 137
 privacy curtain 34(2) 151
 process 34(5) 21, 34(5) 105
 psychiatric 34(4) 55
 psychological state of mothers 34(1) 107
 psychological status 34(2) 49
 public health nurse 34(2) 131
 public health nurses 34(2) 109

Q

qualitative research 34(5) 95
 qualitative study 34(5) 31

R

recognize 34(1) 181
 relations 34(5) 105
 relaxation 34(5) 87
 reliability 34(2) 75
 removed odor 34(1) 131
 research design 34(2) 171
 research field 34(2) 171
 resignation 34(1) 85

S

scale 34(4) 55
 schizophrenia 34(4) 11, 34(4) 55,
 34(5) 31
 self awareness 34(2) 119
 self-care 34(1) 171
 Self-Care 34(1) 181
 self-efficacy 34(1) 47, 34(4) 65
 semi-structured interview 34(5) 31
 sensitivity 34(1) 93
 simplified progressive muscle relaxation 34(5) 87
 simulated patient 34(1) 93
 sleep assessment 34(1) 191
 smoking 34(5) 31

smoking cessation 34(5) 31
 smoking cessation 34(1) 61
 sources 34(1) 47
 spinal cord injury patients 34(2) 21
 spirituality 34(1) 101, 34(2) 97
 spouse 34(2) 65, 34(2) 97
 staffing 34(1) 149
 stress cognition 34(2) 49
 stress reaction 34(4) 65
 stroke patient 34(1) 47
 subjective phenomena 34(5) 115
 subjective symptoms 34(2) 49
 suffering 34(4) 55
 supported discharge 34(4) 95
 sweet 34(2) 163

T

terminal cancer patients 34(5) 51
 terminally ill patient 34(4) 111
 the convalescent stage 34(2) 21
 the elderly bereaved 34(2) 97
 the scale for professional autonomy 34(2) 75
 transition of psychological and behavioral reactions 34(5) 59
 treatment period 34(1) 73
 type 2 diabetes 34(5) 59

U

undergoing medical treatment 34(1) 181
 unforeseen accidents 34(1) 107
 used paper diaper 34(1) 131

V

validity 34(2) 75
 views of public nurses 34(2) 109
 visiting nursing station 34(1) 117

W

will 34(1) 47

事務局便り

1. 平成24年度会費のご案内について

今回お送りしました、学会誌34巻5号は、平成23年度最終号ですので、平成24年度会費振込用紙を同封いたしております。皆様には平成24年度も会費を継続して下さいようお願い申し上げます。平成24年度会費7,000円をお納めくださいますようお願いいたします。

2. 平成23年度会費未納の方へのお願い

平成23年度会費納入が未だお済みでない会員の場合は、平成23年度会費・平成24年度会費とあわせて金額14,000円をお振り込みくださいますようお願いいたします。定款第3章第8条第9条のとおり、年度末までに「次年度退会」のお申し出のない限り、会員資格は自動的に継続されます。今年度は、すでに34巻1号から4号を送付し、本日5号をお送りしております。年度末も迫っておりますので、お早めに平成23年度会費をお納めくださいますようお願いいたします。なお平成23年度会費納入の上、「平成24年度から退会」を希望される方は、振込用紙のご回答欄に記入し、平成23年度内（平成24年3月31日まで）にお振込ください。電話による「退会申出」は、受理できませんのでよろしくお願い申し上げます。

会費・振込先は下記のとおりです。

記	
会費	7,000円
郵便振込 口座番号	00100-6-37136
加入者名	一般社団法人日本看護研究学会

会員には同姓・同名の方がいらっしゃいますので、お振込の際、必ず会員番号をご記入下さい。

ATMによるお振込の場合、お名前、ご連絡先の記述がない場合があります。

必ずご記入の上、お振込下さいますようお願いいたします。

会員番号は、雑誌送付封筒のラベルに明記してあります。

ラベル見本

260-0015 千葉市中央区富士見2丁目22-6 富士ビル6F 千葉 花子 (3)(ち9999)(2011) 平成24年度会費をお支払い下さい。	①：地区番号 ②：会員番号 ③：会費最終納入年度
---	--------------------------------

3. 送付先等ご変更について

送付先変更の場合、本誌巻末の「変更届」に新しい送付先等を楷書でお書きいただき、難しい読みの場合は、フリガナを付記の上、FAX（043-221-2332）またはメール（info@jsnr.jp）でお知らせ下さい。

4. 送付先不明者のご確認

学会誌34巻4号を送付後に下記の方が送付先不明で戻ってきました。ご存知の方は、ご本人、または事務局までご連絡下さいますようお願いいたします。

か0766 柏木とき江 き0355 桐明 輝迪 こ0462 國府 英恵 し0112 椎橋 依子 な0526 永井奈津美 ま0429 松原みゆき
み0442 宮城 千秋

事務所の開所曜日と開所時間

開所曜日	月・火・木・金	電 話	043-221-2331
開所時間	10:00~15:00	F A X	043-221-2332

日本看護研究学会雑誌

第34巻 5号

会員無料配布

平成23年12月20日 印刷

平成23年12月20日 発行

編集委員
委員長
委員

中木 高夫	(理 事)	日本赤十字看護大学
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
山口 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)	相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 山 口 桂 子
責任者

印刷所 (株) 正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

入会を申し込まれる際は、以下の事項にご留意下さい。(ホームページ上において入会申込書を作成し、仮登録することが出来ます。この手続きにより入会登録を迅速に処理することが出来ますのでできるだけそ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。ご注意ください。

3. 入会申込書の送付先: 〒260-0015 千葉市中央区富士見2丁目22番6号 富士ビル6階
一般社団法人日本看護研究学会

4. 理事会承認後, その旨通知する際に入会金3,000円, 年会費7,000円, 合計10,000円の郵便振込用紙を送付します。振込用紙到着後14日(2週間)以内にお振込み下さい。
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下さい)

入 会 申 込 書

一般社団法人日本看護研究学会理事長 殿

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	氏名	専門区分	看護学・医学・その他 ()
氏名	性別	年 月	性 別
性別	年 月	性 別	性 別
TEL	FAX	TEL	FAX
自宅・所属 (いずれかに○)	〒	〒	〒
E-mail	TEL	FAX	FAX
自宅	TEL	FAX	FAX
評議員	TEL	FAX	FAX
推薦者氏名	TEL	FAX	FAX
推薦者所属	TEL	FAX	FAX
理事会承認年月日	〒	〒	〒
局	受付番号	〒	〒
入	受付日	〒	〒
欄	通知番号	〒	〒

地区名	都 道 府 県 名
1 北海道	北海道
2 東北	青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島
3 関東	千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟
4 東京	東京, 埼玉, 山梨, 長野
5 東海	神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重
6 近畿・北陸	滋賀, 京都, 大阪, 兵庫, 奈良, 和歌山, 福井, 富山, 石川
7 中国・四国	高根, 鳥取, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 香川, 愛媛, 高知
8 九州・沖縄	福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄

変 更 届

一般社団法人日本看護研究学会事務局 宛 (FAX 043-221-2332)

下記の通り変更がありましたので、お届けいたします。

年 月 日

会員番号

フリガナ

氏 名

変更する項目にご記入ください。

自宅住所の変更

〒

電話及びFAX

TEL

FAX

勤務先の変更

所 属 名：

所属住所

〒

電話及びFAX

TEL

FAX

Eメール：

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 ()

※ご入会申込時に送付先を「ご所属」として登録の場合、ご自宅住所は会員データに登録しておりません。送付先を「勤務先」から「自宅」に変更の場合は、ご自宅住所を明記してお知らせ下さるようお願いいたします。

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では、ご登録の個人情報を慎重に取扱、本会の運営目的のみに使用いたしております。

一般社団法人日本看護研究学会 投稿原稿表紙

原稿種別 (番号に○)	1. 原著 (a. カテゴリーⅠ, b. カテゴリーⅡ, c. カテゴリーⅢ) 2. 研究報告 3. 技術・実践報告 4. 総説 5. 資料・その他 ()		
原稿投稿年月日	____年 ____月 ____日		
和文題目			
英文題目			
キーワード (5語以内, 日本語/英語)			
1. /	2. /	3. /	
4. /	5. /		
原稿枚数			
本文: ____ 枚 図: ____ 枚 表: ____ 枚 写真: ____ 点			
別刷希望部数	和文抄録文字数	英文抄録使用語数	
部	字	語	
著者			
会員番号	氏名 (日本語/ローマ字)	所属 (日本語/英語)	
連絡先住所・氏名			
住所: 〒 _____			
氏名: _____			
Tel: _____ Fax: _____ E-mail: _____			

*受付年月日: ____年 ____月 ____日

●2012年新学期からのテキスト・参考書に最適な新刊図書！

人体の構造と機能 第3版



◆佐藤昭夫(元人間総合科学大学教授) 佐伯由香(筑波大学大学院教授) 原田玲子(宝塚医療大学教授) 編
●B5判 2色刷 418頁 定価2,940円(本体2,800円 税5%) ISBN978-4-263-23559-1

わかる！ 解剖生理用語チェック1000



◆飯島治之(東京女子医科大学准教授) 編著
●新書判 2色刷 228頁 定価2,100円(本体2,000円 税5%) ISBN978-4-263-23558-4

基本からわかる 看護疫学入門 第2版



◆大木秀一(石川県立看護大学教授) 著
●B5判 2色刷 184頁 定価3,150円(本体3,000円 税5%) ISBN978-4-263-23560-7

ナーシング・ポケットマニュアル

基礎看護技術

好評発売中



■岡本恵里(三重県立看護大学看護学部教授)
玉木ミヨ子(埼玉医科大学短期大学看護学科教授) 編著
■A6判 2色刷 288頁 定価2,520円(本体2,400円 税5%) ISBN978-4-263-23971-1

- ヘンダーソンの14の基本的欲求を充足する行動(生活行動)を助けるための看護技術を柱に、診療の補助技術を組み入れて解説した、看護学生の臨地実習や卒後の現場でも活用しやすいハンディなテキスト。
- 看護技術を活用して援助する時の手順(準備から実施方法、実施時の留意点)に沿って記述。また、援助時のポイントと根拠を簡潔に明示している。さらに、患者の状態によって、基本的な援助技術だけでは対応できない場合の援助方法についても、わかりやすく解説している。

●アセスメントの方法と中範囲理論の使い方がわかるわかりやすい解説書！

事例展開でわかる

看護診断をアセスメント

好評発売中

■黒田裕子(北里大学看護学部教授) 編
■B5判 2色刷 178頁 定価2,520円(本体2,400円 税5%) ISBN978-4-263-23553-9

- 看護診断の基本からアセスメントの方法、NANDA-I看護診断の使い方までが学べ、看護計画が立てられる。わかりやすく簡潔にまとめられた内容は、学生のテキストとしてはもちろん、日常の臨床に臨む看護師の入門書としても最適。
- 第一線で臨床に当たる看護師の、現場体験に基づく困難な事例、失敗や成功事例をヒントにし、アセスメントの方法と、看護診断、NOC、NIC、中範囲理論をわかりやすく解説。

◆本書の主要目次

第1章 看護診断の基本

看護診断とは何か 看護成果と看護介入

第2章 看護診断をアセスメント

外傷性脊髄損傷の患者の看護診断—急性期の事例 特発性間質性肺炎の患者の看護診断—慢性期の事例 高齢の乳がん患者の看護診断—終末期(緩和ケア)の事例 統合失調症の患者の看護診断—精神科

経科の事例 ハイリスク妊婦の看護診断—母性領域の事例 急性糸球体腎炎の患児の看護診断—小児領域の事例

第3章 NANDA-I看護診断・NOC・NICを用いた看護支援システムの構築と監査

看護支援システムの構築 看護記録の監査法

■看護診断を提案する方法



