

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 35 Number 2 June 2012 | ISSN 0285-9262

日本看護研究学会雑誌

[35巻2号]

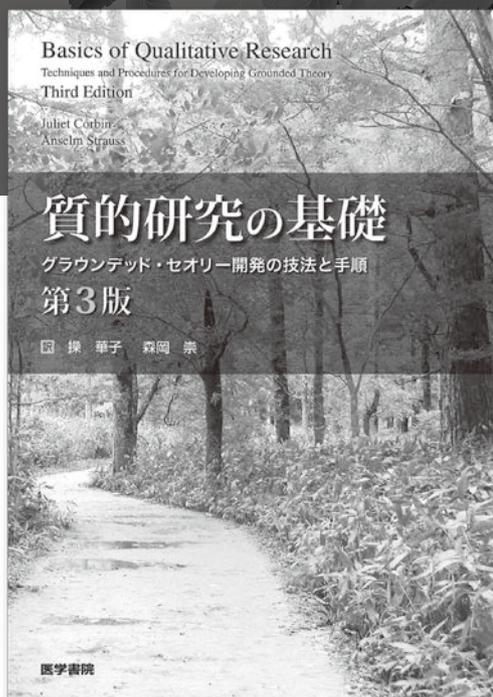
Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory

質的研究の基礎

グラウンデッド・セオリー開発の技法と手順 第3版

著 Juliet Corbin・Anselm Strauss

訳 操 華子 国際医療福祉大学大学院教授
森岡 崇 慶應義塾志木高等学校教諭



グラウンデッドセオリーによる 研究プロセスを具体的な 実例をもとに紹介した基本的文献

1999年3月発行の初版、2004年12月発行の第2版に引き続く翻訳第3版。著者の1人Strauss博士の逝去後、共著者のCorbin博士が引き続き改訂を行い、グラウンデッドセオリーの研究への適応プロセスを、具体的な実例を示しつつ紹介している。社会学から心理学、看護学へと広がった質的研究法の1つ、グラウンデッドセオリーに関する基本的文献。

●A5 頁560 2012年
定価4,515円(本体4,300円+税5%)
[ISBN978-4-260-01201-0]
消費税率変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。

目次 CONTENTS

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 1章 はじめに | 10章 文脈に基づくデータ分析 |
| 2章 研究を行ううえでの検討事項 | 11章 分析へのプロセスの取り込み |
| 3章 分析へのプレリュード | 12章 カテゴリーの統合 |
| 4章 質的データ分析の戦略 | 13章 学位論文とモノグラフの執筆、研究発表 |
| 5章 文脈、プロセス、理論的統合への導入 | 14章 評価のための規準 |
| 6章 メモとダイアグラム | 15章 質問と答え |
| 7章 理論的サンプリング | 付録A 4章と6章のための演習 |
| 8章 概念開発のためのデータ分析 | 付録B 研究協力者No.1: 退役軍人の研究 |
| 9章 分析の精緻化 | 付録C 研究協力者No.2 |
| | 付録D 研究協力者No.3 |



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)

平成23年度事業 評議員 (社員) ・理事選挙の結果、下記の方々が選出されました。

任期は、平成24年定時社員総会の日より平成28年社員総会の前日まで。(ただし、理事として選出された評議員の任期は、平成28年社員総会終結のときまで。)

平成24年 3 月31日

一般社団法人

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

記

選挙会告時の地区登録による所属です。但し、それ以降本人より所属変更の申出があった場合、所属は変更しております。

評 議 員 地 区 別 名 簿

(敬称略)

北海道地区 (4 名)

氏 名	所 属	氏 名	所 属
石垣 靖子	医療法人東札幌病院	中村 恵子	公立学校法人札幌市立大学看護学部
佐藤 洋子	北海道大学大学院保健科学研究院	林 裕子	北海道大学大学院保健科学院

東北地区 (5 名)

氏 名	所 属	氏 名	所 属
阿部テル子	弘前学院大学看護学部	高橋みや子	宮城大学看護学部
遠藤 芳子	宮城大学看護学科	古瀬みどり	山形大学医学部看護学科
工藤せい子	国立大学法人弘前大学大学院保健学研究科		

関東地区 (5 名)

氏 名	所 属	氏 名	所 属
江守 陽子	筑波大学医学医療系	田中 裕二	千葉大学大学院看護学研究科基礎看護学講座機能・代謝学教育研究分野
尾崎フサ子	佐久大学	舟島なをみ	千葉大学看護学部
小泉美佐子	新潟県立看護大学		

東京地区 (9 名)

氏 名	所 属	氏 名	所 属
金井バック雅子	東京有明医療大学	出口 禎子	北里大学 看護学部
グライナー智恵子	日本赤十字看護大学	前田 樹海	東京有明医療大学看護学部
小西恵美子	看護倫理研究所	松下 年子	横浜市立大学医学研究科・医学部看護学科
高田 早苗	日本赤十字看護大学	和賀 徳子	(旧) 厚生労働省看護研修研究センター
竹尾 恵子	佐久大学看護学部		

東海地区 (12名)

氏名	所属	氏名	所属
石黒 彩子	中部大学生命健康科学保健看護学科	篠崎恵美子	聖隷クリストファー大学
太田喜久子	慶應義塾大学看護医療学部	鈴木みずえ	浜松医科大学
岡田 由香	岐阜医療科学大学看護学科	深田 順子	愛知県立大学看護学部
久保 五月	北里大学看護学部	百瀬由美子	愛知県立大学看護学部
小山真理子	日本赤十字広島看護大学	山田紀代美	名古屋市立大学看護学部
坂田 五月	聖隷クリストファー大学	綿貫恵美子	北里大学看護学部

近畿・北陸地区 (16名)

氏名	所属	氏名	所属
赤澤 千春	京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻	高見沢恵美子	大阪府立大学看護学部
東 ますみ	兵庫県立大学大学院応用情報科学研究科	高山 成子	石川県立看護大学
江川 隆子	関西看護医療大学	泊 祐子	大阪医科大学看護学部
大野ゆう子	大阪大学大学院医学系研究科数理保健学教室	楢木野裕美	大阪府立大学看護学部
勝田 仁美	近大姫路大学看護学部	沼本 教子	神戸市看護大学
北島 謙吾	京都府立医科大学医学部看護学科	平河 勝美	京都市立看護短期大学
紺家千津子	金沢医科大学看護学部	牧本 清子	大阪大学医学部保健学科看護学専攻
須釜 淳子	金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻	道重 文子	大阪医科大学看護学部

中国・四国地区 (10名)

氏名	所属	氏名	所属
秋山 智	広島国際大学看護学部	祖父江育子	広島大学大学院医歯薬保健学研究科
大森美津子	香川大学医学部看護学科	多田 敏子	徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部地域看護学分野
掛田 崇寛	川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科	津島ひろ江	川崎医療福祉大学
梶本 市子	高知学園短期大学看護学科	乗松 貞子	愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻
陶山 啓子	愛媛大学医学部看護学科	太湯 好子	

九州・沖縄地区 (9名)

氏名	所属	氏名	所属
岩本テルヨ	西南女学院大学保健福祉学部看護学科	谷口まり子	熊本大学医学部保健学科
大名門裕子	宮崎県立看護大学	原田 広枝	福岡大学医学部看護学科
川本利恵子	九州大学大学院医学研究院保健学部門看護学分野	藤田 君支	佐賀大学医学部看護学科
佐藤 香代	福岡県立大学看護学部	分島るり子	佐賀大学医学部看護学科
竹熊 千晶	熊本保健科学大学		

(合計 70名)

理事地区別名簿

(敬称略)

地区	氏名
北海道	中村 恵子
東北	工藤せい子
関東	江守 陽子
東京	小西恵美子
	高田 早苗
東海	小山真理子
	鈴木みずえ
近畿・北陸	泊 祐子
中国・四国	祖父江育子
九州・沖縄	川本利恵子

会 告 (2)

一般社団法人日本看護研究学会平成24年度定時社員総会が平成24年5月13日(日)午後2時から、東京工科大学医療保健学部新校舎 蒲田キャンパス12号館3階 多目的実習室において開催され、以下について報告・審議・承認されましたので、お知らせいたします。

理事会および役員構成について

会告(1) 一般社団法人日本看護研究学会定款第5章役員第12条(役員)第13条(役員を選任)により、黒田裕子理事(北里大学看護学部)が理事長に決定いたしました。

平成24年5月13日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 黒田裕子

会 告 (3)

1. 一般社団法人日本看護研究学会定款第5章役員第12条(役員)第13条(役員を選任)2.により、理事長指名の理事に、林みよ子氏、山田律子氏が決定いたしました。

平成24年5月13日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 黒田裕子

会 告 (4)

3. 一般社団法人日本看護研究学会定款第5章役員第12条(役員)第13条(役員を選任)および理事・監事選出規程第9条により下記の方を監事に決定いたしました。

平成24年5月13日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 黒田裕子

記

監事 道重文子 氏

会 告 (5)

2. 一般社団法人日本看護研究学会定款第5章役員第12条（役員）第13条（役員を選任）により、理事会を下記のとおり構成しました。

理 事 役 職 名	氏 名
理 事 長	黒 田 裕 子
副 理 事 長	小 板 橋 喜 久 代
副 理 事 長	中 村 恵 子
理 事	井 上 智 子
理 事	宇 佐 美 し お り
理 事	江 守 陽 子
理 事	叶 谷 由 佳
理 事	川 本 利 恵 子
理 事	工 藤 せ い 子
理 事	小 西 恵 美 子
理 事	小 山 眞 理 子
理 事	新 道 幸 恵
理 事	鈴 木 み ず え
理 事	祖 父 江 育 子
理 事	高 田 早 苗
理 事	近 田 敬 子
理 事	泊 祐 子
理 事	中 木 高 夫
理 事	林 み よ 子
理 事	深 井 喜 代 子
理 事	山 田 律 子
理 事	良 村 貞 子
監 事	金 井 一 薫
監 事	道 重 文 子

平成24年 5 月13日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 黒 田 裕 子

会 告 (6)

一般社団法人日本看護研究学会定款第10 委員会第33条 (委員会) により下記のとおり委員会を構成しました。

平成24年 5 月13日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 黒 田 裕 子

記

理事役職名・委員会名	氏 名
理 事 長	黒 田 裕 子
副理事長・総務担当理事 (長) 〈兼任〉	中 村 恵 子
総務担当理事	林 みよ子
副理事長・渉外担当理事 (長) 〈兼任〉	小 板 橋 喜久代
渉外担当理事	泊 祐 子
渉外・広報 (ホームページ) 担当委員	塩 飽 仁
会計担当理事 (長)	叶 谷 由 佳
会計担当理事	山 田 律 子
会計担当理事	鈴 木 みずえ
編集委員会委員 (長)	中 木 高 夫
編集委員会委員	宇 佐 美 しおり
編集委員会委員	川 本 利 恵子
編集委員会委員	浅 野 美 礼
編集委員会委員	井 手 知 恵子
編集委員会委員	片 岡 純
編集委員会委員	勝 山 貴 美子
編集委員会委員	川 口 孝 泰
編集委員会委員	北 素 子
編集委員会委員	佐 藤 政 枝
編集委員会委員	柴 山 健 三
編集委員会委員	杉 浦 太 一
編集委員会委員	谷 津 裕 子
奨学会委員会委員 (長)	深 井 喜 代子

理事役職名・委員会名	氏 名
奨学会委員会委員	新 道 幸 恵
奨学会委員会委員	良 村 貞 子
奨学会委員会委員	工 藤 せい子
奨学会委員会委員	祖父江 育 子
学会賞・奨励賞委員会委員（長）	新 道 幸 恵
学会賞・奨励賞委員会委員	深 井 喜代子
学会賞・奨励賞委員会委員	良 村 貞 子
学会賞・奨励賞委員会委員	工 藤 せい子
学会賞・奨励賞委員会委員	祖父江 育 子
将来構想検討委員会委員（長）	黒 田 裕 子
将来構想検討委員会委員	小 板 橋 喜久代
将来構想検討委員会委員	中 村 恵 子
将来構想検討委員会委員	林 みよ子
研究倫理委員会委員（長）	江 守 陽 子
研究倫理委員会委員	近 田 敬 子
研究倫理委員会委員	高 田 早 苗
研究倫理委員会委員	小 西 恵美子
国際活動推進委員会委員（長）	井 上 智 子
国際活動推進委員会委員	小 山 眞理子
国際活動推進委員会委員	石 川 陽 子
国際活動推進委員会委員	森 山 ますみ
医療技術評価ワーキング委員会委員（長）	黒 田 裕 子
医療技術評価ワーキング委員会委員	小 板 橋 喜久代
医療技術評価ワーキング委員会委員	泊 祐 子
大規模災害支援事業委員会（長）	山 口 桂 子
大規模災害支援事業委員会	黒 田 裕 子
大規模災害支援事業委員会	宮 腰 由紀子
大規模災害支援事業委員会	叶 谷 由 佳
大規模災害支援事業委員会	中 西 純 子
監 事	金 井 一 薫
監 事	道 重 文 子

会 告 (7)

定時社員総会において、報告、審議事項について、報告、審議、決定いたしました。

平成24年 5 月13日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 黒 田 裕 子

記

- 報 告 事 項： 1. 会員数の動向について
2. 評議員選挙（2011年）・役員選挙について
3. 各委員会活動実績報告および平成24年度活動計画について
4. 第38回学術集会について
5. 第39回学術集会について
6. 奨励賞受賞論文の推薦について
7. 名誉会員の推薦について
8. その他
 ・日本学術会議について
 ・日本看護系学会協議会の活動について
 ・看護系学会社会保険連合（看保連）の活動について
 ・地方会の活動について

- 審 議 事 項： 1. 平成23年度事業報告
2. 平成23年度決算報告
 1) 会計報告
 2) 監査報告
3. 役員の選任について
4. 年会費について
5. 社員の定年制について
6. 定款・細則・評議員選出規程の変更について
7. その他

- 理事会報告： 1. 平成24年度事業案について
2. 平成24年度予算案について
3. 奨学会研究費授与について
4. 大規模災害支援事業について
5. その他

会 告 (8)

下記のとおり平成24年度奨学会研究が決定いたしました。

平成24年 4 月15日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 黒 田 裕 子

記

1. 松村 千鶴 氏 大学講師 (大学院博士後期課程在籍中)
研究課題「不織布を用いた清拭効果の実証研究－新たな清拭技術の確立を目指して」
2. 山下美智代 氏 大学院博士後期課程在籍中
研究課題「開腹手術後の患者を対象とした「安楽感尺度」の開発」

会 告 (9)

平成24年 5 月13日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 黒 田 裕 子

大規模災害支援事業 継続実施に伴う支援金ご寄附のお願い

一般社団法人日本看護研究学会は、去る 5 月13日に平成24年度社員総会を無事に終了し、一般社団法人としての 3 年間を無事に終了することができました。この間の会員の皆様の研究活動へのご努力に敬意を表するとともに、さまざまなご協力に深謝いたします。

さて、昨年 3 月11日に発生した東日本大震災から 1 年以上が経過しましたが、その有形無形の被害に関わる報道が後を絶ちません。今なお、被災生活を強いられている多くの方々に対し、心よりお見舞い申し上げます。

さて、本学会では、震災直後から学会としての支援のあり方について検討を重ね、昨年来、大規模災害支援事業委員会による継続的な社会貢献事業を行ってまいりました。昨年度、趣旨にご賛同をいただいた本当に多くの皆様からの心温まる支援金をいただきましたことに、まずは心より感謝申し上げます。そのお志により69名の看護学生への支援を行うことができましたことをご報告させていただきます。皆様の思いを今年度も大切にして、活動を続けていきたいと思っております。

さて、先の社員総会でお認めいただきましたが、平成24年度も昨年度と同様に、東日本大震災で被災された看護学生等への支援金の給付を行ないたいと思っております。その詳細につきましては、別紙およびホームページをご覧いただきたいと存じますが、現在、看護を学んでいるわれわれの後輩に少しでも支援できたらと考えております。

払込書を同封させていただきますが、1口でも結構ですので、皆様のご協力をよろしくお願い申し上げます。

また、上記の支援対象者（実施要領では受給候補者としております）については、会員の皆様のご推薦によって申請できるものです。身近に被災された看護学生の方がいらっしゃる場合には、どうぞご遠慮なくご推薦いただきたいと存じます。

平成23年度大規模災害支援事業 実績報告

収 入		支 出			
		申請回	推薦会員数	申請件数	支援金総額
定時社員総会時募金	569,000	第 1 回目	2	5	650,000
学術総会時募金	175,852	第 2 回目	2	30	2,480,000
振込による募金	3,846,858	第 3 回目	5	34	2,250,000
第37回学術総会からの寄附	3,005,794	振り込み手数料			73,230
合 計	7,597,504	合 計			5,453,230
平成24年 3 月31日残					2,444,274

<平成24年度 大規模災害支援事業実施要領>

平成24年度は、委員会規程第4条（活動事項）1）2）に基づき、平成23年3月に発生した東日本大震災による被災者を対象に、大規模災害支援事業支援金給付について下記のとおり実施する。

◆実施要領

申請の方法

- ・災害発生時にすでに会員であった本学会会員からの推薦により申請する。
- ・別紙申請書（様式1）に必要事項を記入し、推薦者、受給候補者とも署名・押印のうえ、以下の必要書類を添えて事務局（本委員会委員長あてに）郵送で申請する。

添付書類

- (1) 在学（職）証明書
- (2) 居住地証明書
- (3) 罹災証明書または罹災届出証明書（保護者に関する証明書でも可）被災証明書または被災届出証明書でもよい。
- (4) 本学会平成24年度年会費、本学会第38回学術集会の参加費等については、支払いを証明する書類

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

支給額と申請の締め切り

- ・修学支援金：被災状況に応じて最高額を20万円として、委員会が決定する。
- ・年会費・学術集会参加費：原則として、それぞれの全額とする。
- ・締切日：7月・8月の各月20日を締切とする。

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

受給者の選考と決定

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

支援金の受付

- ・支援金の受付は、下記のとおりです。ご協力を宜しくお願い致します。

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

口座番号：00150-5-362391

加入者名：日本看護研究学会大規模災害支援事業委員会

- (2) 第38回学術集会等の会場における募金によって受け付ける。

HPにおける情報提供

- ・以上の詳細については、一般社団法人 日本看護研究学会HPをご参照ください。
- ・申請書（様式1 / PDF）についてもダウンロードができます。ご記入のうえ、印刷し、ご署名・押印して事務局まで郵送してください。

会 告 (10)

日本看護研究学会雑誌35巻1号掲載を下記の通り訂正いたします。

(1) 以下の通り訂正いたします。

目次

誤	Current State of and Issues in Research Related to the Use of Gloves for Protection against Infection: 1994-2008	153
	Yokohama City University School of Medicine College of Nursing : Setsuko Watabe	
	International University of Health and Welfare Graduate School of Health Sciences : Izumi Osada	
	Tokyo Medical and Dental University Graduate School of Health Care Sciences : <u>Imazu Satou</u>	
	Yokohama City University School of Medicine College of Nursing : Kazue Gokita	
正	Current State of and Issues in Research Related to the Use of Gloves for Protection against Infection: 1994-2008	153
	Yokohama City University School of Medicine College of Nursing : Setsuko Watabe	
	International University of Health and Welfare Graduate School of Health Sciences : Izumi Osada	
	Tokyo Medical and Dental University Graduate School of Health Care Sciences : Yoko Imazu	
	Yokohama City University School of Medicine College of Nursing : Kazue Gokita	

(2) 以下の通り訂正いたします。

P153 氏名

誤	渡 部 節 子 ¹⁾ Setsuko Watabe	長 田 泉 ²⁾ Izumi Osada	今 津 陽 子 ³⁾ <u>Imazu Satou</u>	五木田 和 枝 ¹⁾ Kazue Gokita
正	渡 部 節 子 ¹⁾ Setsuko Watabe	長 田 泉 ²⁾ Izumi Osada	今 津 陽 子 ³⁾ Yoko Imazu	五木田 和 枝 ¹⁾ Kazue Gokita

目 次

—原 著—

在宅非侵襲的陽圧換気療法を行っている慢性呼吸不全患者のセルフケア獲得プロセス	1
宮城大学看護学部 霜 山 真	
山形大学医学部看護学科 古 瀬 みどり	

—研究報告—

介護者自身が最期を迎えたい場所の選択に関連する要因	11
富山福祉短期大学看護学科 荒 木 晴 美	
富山大学医学部看護学科老年看護学 新 鞍 真理子	
富山福祉短期大学看護学科 炭 谷 靖 子	
大学附属病院の看護職における Sense of Coherence と労働環境満足度・看護臨床能力との関連	19
京都府立医科大学医学部看護学科 眞 鍋 えみ子	
京都府立医科大学医学部看護学科 小 松 光 代	
京都府立医科大学医学部看護学科 和 泉 美 枝	
京都府立医科大学看護実践キャリア開発センター 倉ヶ市 絵美佳	
京都府立医科大学附属病院 橋 元 春 美	
京都府立医科大学医学部看護学科 北 島 謙 吾	
京都府立医科大学医学部看護学科 岡 山 寧 子	
半側空間無視を有する在宅脳卒中療養者の家族が療養者の障害を意識化するプロセス	27
黒 田 充 里	
山形大学医学部看護学科 古 瀬 みどり	
ターミナルケアを実践している一般病棟看護師のとまどいの乗り越え方	35
了徳寺大学 岡田(北村)奈津子	
東京女子医科大学 山 元 由美子	
蛍光色素を用いた口腔内細菌の可視化と口腔ケア評価への活用について	47
日本赤十字北海道看護大学 山 本 美 紀	
日本赤十字北海道看護大学 村 林 宏	
日本赤十字北海道看護大学 大 森 行 雄	
亀田医療大学 休 波 茂 子	
看護師におけるメンタリング機能尺度の開発と信頼性・因子的妥当性の検証	55
岡山大学病院 妹 尾 鮎 美	
筑波大学医学医療系 三 木 明 子	

一般病棟に勤務する男性看護師が女性患者の看護ケアをする体験	63
やわたメディカルセンター 小 藤 祐 子	
やわたメディカルセンター 野 村 香	
やわたメディカルセンター 中 山 周 子	
金沢医科大学看護学部 山 崎 松 美	
母子健康手帳交付時から3歳児健康診査時までの母親の 不安、うつ傾向、子どもへの愛着の経時的変化の検討	71
山形大学医学部看護学科 佐 藤 幸 子	
山形県立保健医療大学 遠 藤 恵 子	
山形大学医学部看護学科 佐 藤 志 保	
Failed Back Surgery Syndromeの患者の手術や痛みの体験と生活の意味づけ	79
学校法人浅ノ川学園金沢看護専門学校 山 口 恵 子	
金沢大学医薬保健研究域保健学系 稲 垣 美智子	
『‘1-2-3マジック’英国子育て支援プログラム』の日本導入と効果の検討	91
金沢医科大学看護学部 北 岡 和 代	
金沢医科大学看護学部 落 合 富美江	
金沢医科大学看護学部 内 田 真 紀	
金沢医科大学看護学部 橋 本 智 江	
金沢医科大学看護学部 寺 井 孝 弘	
中年期にあるパーキンソン病患者の生活体験	103
福井医療短期大学看護学科 出 村 佳 美	
城西国際大学看護学部 岩 田 浩 子	
女性看護師の腰痛の有無と身体・心理・社会的姿勢に関連する因子とその様相	113
日本福祉大学健康科学部 武 田 啓 子	
聖隷クリストファー大学看護学部 渡 邊 順 子	

第37回一般社団法人日本看護研究学会学術集会講演記事

特別講演Ⅱ

M-GTAとエンパワーメント

— 質的研究の新たな可能性に向けて —	125
---------------------------	-----

立教大学社会学部 教授 木 下 康 仁

CONTENTS

Original Paper

- Process of Attaining Self-care for Chronic Respiratory Failure Patients
Receiving Home Noninvasive Positive Pressure Ventilation Therapy 1
School of Nursing, Miyagi University : Makoto Shimoyama
School of Nursing, Faculty of Medicine, Yamagata University : Midori Furuse

Research Reports

- Factors Related to the Caregiver's Preferred Place of Death 11
Department of Nursing, Toyama College of Welfare Science : Harumi Araki
Department of Gerontological Nursing, Faculty of Medicine, University of Toyama : Mariko Niikura
Department of Nursing, Toyama College of Welfare Science : Yasuko Sumitani

- Correlation between Sense of Coherence and Satisfaction and Work Environment and
Nursing Clinical Skills among Nurses at University Hospitals 19
School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine : Emiko Manabe
School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine : Mitsuyo Komatsu
School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine : Mie Izumi
Career Development Center for Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine : Emika Kuragaichi
Kyoto Prefectural University Hospital : Harumi Hashimoto
School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine : Kengo Kitajima
School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine : Yasuko Okayama

- The Process of Awareness Development of Disability among Families Who Were Providing Care for
Patients with Unilateral Spatial Neglect following Cerebral Stroke 27
Misato Kuroda
School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine : Midori Furuse

- Way of Overcoming the Nurses' Confusion in Terminal Care of A General Ward 35
Ryotokuji University : Natsuko (Kitamura) Okada
Women's Medical University : Yumiko Yamamoto

- To Evaluate the Use of Visualization and Oral Care Oral Bacteria Using Fluorescent Dye 47
The Japanese Red Cross Hokkaido College of Nursing : Miki Yamamoto
The Japanese Red Cross Hokkaido College of Nursing : Hiroshi Murabayashi
The Japanese Red Cross Hokkaido College of Nursing : Yukio Omori
Kameda College of Health Sciences : Shigeko Yasunami

Development of Mentoring Function Scale for Nurses, and Evaluation of Its Reliability and Factorial Validity	55
Okayama University Hospital : Ayumi Senoo Faculty of Medicine, University of Tsukuba : Akiko Miki	
General Duty Male Nurses Experience Providing Care to Female Patients	63
Yawata Medical Center : Yuko Kofuji Yawata Medical Center : Kaori Nomura Yawata Medical Center : Chikako Nakayama School of Nursing, Kanazawa Medical University : Matsumi Yamazaki	
Longitudinal Study of Anxiety, Depression and Bonding of Mothers Followed Up from Issuance of Maternal and Child Health Handbook to 3-Year-Old Infant Health Checkups Examination	71
School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine : Yukiko Sato Yamagata Prefectural University of Health Sciences : Keiko Endo School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine : Shiho Sato	
The Meaning of Failed Back Surgery Syndrome Patients Attach to Their Experience of Surgery, Pain, and Subsequent Life	79
Incorporated Educational Institution Asanogawa, Kanazawa Nursing School : Keiko Yamaguchi Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University : Michiko Inagaki	
The Effects of '1-2-3 Magic' British Parenting Support Program Applied to Japanese Families	91
School of Nursing, Kanazawa Medical University : Kazuyo Kitaoka School of Nursing, Kanazawa Medical University : Fumie Ochiai School of Nursing, Kanazawa Medical University : Maki Uchida School of Nursing, Kanazawa Medical University : Tomoe Hashimoto School of Nursing, Kanazawa Medical University : Takahiro Terai	
Middle-Aged Parkinson's Disease Patients' Life Experiences	103
Fukui College of Health Sciences Department of Nursing : Yoshimi Demura Josai International University Faculty of Nursing : Hiroko Iwata	
Factors Related to Low Back Pain, Physical Posture, Psychological Attitude, and Social Attitude in Female Nurses	113
Nihon Fukushi University Faculty of Health Sciences : Keiko Takeda Seirei Christopher University School of Nursing : Yoriko Watanabe	

在宅非侵襲的陽圧換気療法を行っている慢性呼吸不全患者の セルフケア獲得プロセス

Process of Attaining Self-care for Chronic Respiratory Failure Patients
Receiving Home Noninvasive Positive Pressure Ventilation Therapy

霜 山 真¹⁾ 古 瀬 みどり²⁾
Makoto Shimoyama Midori Furuse

キーワード：非侵襲的陽圧換気療法，慢性呼吸不全，セルフケア，半構成的面接法，
修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ

Key Words：noninvasive positive pressure ventilation therapy, chronic respiratory failure, self-care,
semi-structured interviews, the modified grounded theory approach

I. 緒 言

非侵襲的陽圧換気（Noninvasive Positive Pressure Ventilation, NPPV）療法は、肺泡低換気を主たる原因とするⅡ型慢性呼吸不全、高二酸化炭素血症を伴う慢性呼吸不全患者に導入されることが多く、鼻マスクもしくはフェイスマスクを用いて陽圧換気を行う方式である¹⁾。通常は患者自身の理解と協力を得ながら意識下で導入されるため、マスクを外せば会話や飲食も可能で、日常生活も在宅酸素療法（Home Oxygen Therapy, HOT）患者とほぼ同様に営むことができる。NPPV療法の導入により、患者の生命予後の改善、著しいQOLの改善が得られるようになった¹⁾。

これまでに各国でNPPV療法の生存率やNPPV療法の継続率を調査した研究が行われており、疾患により異なる^{2)~4)}。坪井の報告によれば、3年および5年後の継続率は肺結核後遺症でそれぞれ80%、65%前後であり、HOT単独治療症例の3、5年生存率の74%、58%と比較すると良好である⁵⁾。一方、慢性閉塞性肺疾患におけるNPPV療法継続率は、3、5年後で54%、24%とHOT利用者の生存率と比較しても大差がない⁵⁾が、高二酸化炭素血症を伴う病態においては改善が認められるため、病態に合わせた使用が行われている状況である。

在宅NPPV療法の処方時間は15時間未満が94%であり⁶⁾、NPPV療法使用者のほとんどが夜間のみ、夜間と昼間の一部の間歇的な使用で呼吸状態が安定し、自らの意思でNPPV療法の管理を行いながら療養生活を営みQOLを良好に保っている。

一方、急性増悪や基礎疾患の悪化によりNPPV療法によ

る生活が破綻した場合には、本人や家族の意向を確認したうえで気管挿管を行う侵襲的陽圧換気への移行を検討することとなる。移行後は大半が入院を強いられベッド周囲の生活となり、QOLや生命予後が不良となることが多い⁷⁾。そのため、療養者自らが急性増悪を防ぎ、いかに在宅療養生活を長期に継続できるかがNPPV療法成功の鍵⁸⁾とされている。

神津⁹⁾は、在宅酸素療法とNPPV療法を受ける慢性呼吸不全患者の生活体験として、NPPV療法中の出来事や思いを明らかにしている。竹川ら¹⁰⁾は、NPPV療法中の慢性呼吸不全患者は他者からのソーシャルサポートが自尊心や気力の維持につながり、アンビバレントな認知や感情を抱きながらも生活していることを明らかにしている。Petitjeanら¹¹⁾は、慢性呼吸不全の患者がNPPV療法を中止することは1~2日以内に呼吸不全を招くと述べており、療養生活の継続のためにNPPV療法を継続することの重要性を明らかにした。

しかし、NPPV療法を使用する際の合併症には、マスクを使用すること特有の不快感¹²⁾や口喝感⁶⁾、腹部膨満感¹³⁾などがあることから、これらの身体的苦痛や意識下でマスクを装着している患者自身の心理的苦痛が増強することでセルフケアが障害され、療養生活の継続が困難となる可能性が考えられる。

セルフケアとは、その人自身の機能と発達を調整するために、自分自身や自分の環境に向けた活動を自発的に開始し実践することであり、生命、健康、安寧の維持を目的としている¹⁴⁾。NPPV療法を行っている患者の心理的感情や認知に焦点を当てた研究は散見されるが、患者のセルフケ

1) 宮城大学看護学部 School of Nursing, Miyagi University

2) 山形大学医学部看護学科 School of Nursing, Faculty of Medicine, Yamagata University

アに関しては十分に研究がなされているとは言いがたく、病状の悪化を防止するためにどのようにセルフケアが行われ、療養生活が継続されているのかについては明らかにされていない。

そこで、本研究はNPPV療法を行っている慢性呼吸不全患者が在宅療養生活を継続していくために、退院後どのようにセルフケアを獲得しているのかを明らかにすることを目的とする。

II. 研究方法

1. 対象者および対象者の抽出

対象者は、A病院に外来通院し、NPPV療法を行いながら在宅療養生活を送っている、慢性呼吸不全の呼吸器疾患患者10名である。認知症等でコミュニケーションに支障がある場合は、対象者から除外した。条件に該当する患者を外来通院時に主治医より紹介してもらい、研究参加に同意が得られたものを対象者とした（対象者の概要は表1を参照）。

A病院は病床数300床であり、B県南部の二次医療を担う病院である。呼吸器内科の外来通院者数は年間延べ3,680名であり、在宅NPPV療法を行っている患者数は13名であった。なお、B県内で在宅NPPV療法を行っている慢性呼吸不全患者は100名程度であった。

2. 研究期間

平成22年5月から同年12月。

3. データ収集方法

対象者に対して研究者が本研究の趣旨について説明し、同意の得られた対象者に対して半構成的面接法により面接調査を行った。面接の内容は、対象者の同意を得てICレコーダーに録音した。面接内容は、医師からNPPV療法の

説明をされてから現在に至るまでの療養生活の様子についてであり、主に以下の2つについて具体的に話してもらった。

- ① NPPV療法を開始してどのようなことに困ったか、またそれに対してどのように対処したか
- ② NPPV療法を使用している生活のなかで、どのようなことに気をつけているか

面接時間は60分程度とし、面接場所はプライバシーが保護される病院内の個室を利用した。また、自宅での面接を希望した場合には、都合のよい日時を調整後に自宅で行った。なお、対象者の疾患や治療経過は診療録を閲覧し、情報を得た。

4. 分析方法

データの分析は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach : M-GTA)^{15),16)}に基づき実施した。

M-GTAは、人間の相互作用を明らかにすることに適している。在宅NPPV療法を行っている患者は、自らの呼吸状態を悪化させないようにNPPV療法を行いながら、療養生活を営んでいる。その背景には、患者を取り巻く家族、医療者やNPPV機器業者など、さまざまな人間との相互作用があると考えられる。そのため、人間の行動、他者との相互作用を説明できるM-GTAが分析に適していると判断した。

M-GTAでは分析テーマと分析焦点者を設定する。分析テーマの設定とは、データに密着した分析を行うために、研究テーマをGrounded on dataの分析がしやすいところまで絞り込むことである。本研究の分析テーマは『病気を悪化させないために、どのような日常生活を送っているか』とした。本研究の分析焦点者は『在宅NPPV療法を行っている慢性呼吸不全患者』とした。

具体的な分析手順は次のとおりである。

- ① ICレコーダーに録音した面接内容から逐語録を作成

表1 対象者の概要

事例番号	年齢	性別	疾患名	NPPV療法継続期間	NPPV療法処方時間	マスクの種類	HOT併用の有無	要介護認定の有無	同居家族の有無
1	78	男	COPD	1年	夜間8時間	口・鼻	有	無	有
2	85	女	肺結核後遺症	8年10か月	夜間8時間	口・鼻	有	無	有
3	83	男	膿胸後の胸郭形成術後	2年1か月	夜間8時間	鼻	無	無	有
4	81	男	睡眠時無呼吸症候群	7か月	夜間8時間	口・鼻	有	無	有
5	88	女	肺胞低換気	5年7か月	夜間8時間	鼻	無	無	有
6	60	男	脊椎カリエス後の後側彎症	2年	夜間8時間	鼻	無	無	有
7	73	男	COPD	10年4か月	夜間8時間	口・鼻	有	要介護4	有
8	70	女	肺結核後遺症	9か月	夜間8時間	口・鼻	有	無	有
9	68	女	肺胞低換気	6年1か月	夜間8時間	口・鼻	無	無	有
10	88	女	肺結核後遺症	1年8か月	夜間8時間	口・鼻	有	無	有

した。

- ②作成した逐語録から分析テーマに関係のありそうな部分に着眼し、分析の最小単位である概念を生成した。分析ワークシートを使用し、概念、概念の定義、ヴァリエーション、理論的メモを記載した。
- ③概念や定義は、追加されるヴァリエーションとの関係で的確に表現されるよう補足修正、または削除し、新たな概念生成を行った。
- ④解釈が恣意的に進まないよう、他の面接データとの類似、対極の視点で継続的比較分析を実施した。解釈、定義、概念名がデータに密着したものであるかを検討し、概念を決定した。
- ⑤13程度の概念生成がされたところで、新たな概念生成と平行し、概念間の相互関係を考え、カテゴリーを生成した。
- ⑥概念とカテゴリーを用い、『在宅NPPV療法を行っている慢性呼吸不全患者のセルフケア獲得プロセス』を説明するための結果図を作成した。

なお、本研究では理論的飽和化を目指し、データの分析を行いながら対象者を追加した。対象者10名のデータを分析し終えた時点で、新しい概念が生成されないと判断したため、対象者の追加を終了した。

5. 真実性の確保

質的研究の真実性を研究者がチェックし立証するための方法には、『反対の事例あるいは代わりの解釈を探すこと』『専門家による検討』『監査のためのあしあとあるいは決定に至るあしあと』『濃密な記述』『振り返り』がある¹⁷⁾。

『反対の事例あるいは代わりの解釈を探すこと』については、データの解釈が恣意的に進まないように、他のデータとの類似・対極の視点での継続的比較分析を行った。

『専門家による検討』については、分析テーマの設定、概念生成、結果図やストーリーラインの作成において、M-GTAに精通した成人看護学を専門とする大学教員によるスーパービジョンを得た。

『監査のためのあしあとあるいは決定に至るあしあと』『濃密な記述』『振り返り』については、概念生成中に気づいたことや疑問、概念修正の理由などを分析ワークシートの理論的メモに残した。また、分析ノートを作成し、対象者の語った内容の意味や自らのアイデアを整理し、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。

6. 倫理的配慮

本研究は、C大学医学部倫理委員会による承認を得てから実施した。対象者には書面と口頭にて本研究の趣旨や内

容について説明し、研究参加に同意する場合は同意書に署名を得た。研究への参加は対象者の自由意思によるもので、質問に答えたくない場合は答えなくてよいこと、研究参加の拒否や途中辞退も可能であること、拒否によって診療上何ら不利益を生じないことを説明した。得られたデータは、他者が目にするにはないように厳重に保管し、本研究以外で使用することはないことを説明した。また、録音データは研究終了次第、すべてを消去することを説明した。学会および論文等で発表する際は、個人および施設が特定されないよう匿名化することを説明した。

Ⅲ. 結 果

本文中では、【 】はカテゴリーを示した。〈 〉は概念を示し、“ ”はデータ中の言葉や表現そのものを概念とするin-vivo概念に使用した。また、「 」はヴァリエーションを示した。在宅NPPV療法を行う慢性呼吸不全患者10名の面接データを分析した結果、5つのカテゴリーと13の概念が生成された。分析結果を文章化した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。

1. ストーリーライン

在宅NPPV療法を行う慢性呼吸不全患者のセルフケア獲得プロセスには、【NPPVの困難性】【主体的行動促進】【主体的行動】【積極的NPPV使用認識】【NPPV使用譲歩認識】があった。

【NPPVの困難性】には〈導入時の抵抗感〉と〈マスク装着の困難感〉があり、NPPV療法の医師からの説明の際、患者がNPPV療法に対し〈導入時の抵抗感〉を示し、その後、実際にNPPV療法を行い顔にマスクを当てることで〈マスク装着の困難感〉へと変化した。同時に、患者は以前の生活と比較し呼吸状態の悪化に伴う〈行動範囲の狭まり〉を感じていた。〈マスク装着の困難感〉や〈行動範囲の狭まり〉があることで家族から助けを受けたが、NPPVマスクの取り扱いにおいて〈“自分でする”〉ことを認識し、徐々に〈独自のマスク調整〉を見出していた。また、〈独自のマスク調整〉からNPPV療法を行うことは自分にしかできないと〈“自分でする”〉認識を再確認していた。さらに〈“自分でする”〉認識は〈呼吸悪化防止の工夫〉へ影響しており、患者自らが試行錯誤しながら〈呼吸悪化防止の工夫〉を行っていた。〈独自のマスク調整〉を行うことでNPPV療法の〈効果を自覚〉し、より〈独自のマスク調整〉を促進していた。

【主体的行動促進】は〈“自分でする”〉〈効果を自覚〉から成り立ち、〈呼吸悪化防止の工夫〉〈独自のマスク調整〉〈毎晩の装着習慣〉からなる【主体的行動】に至るまでの

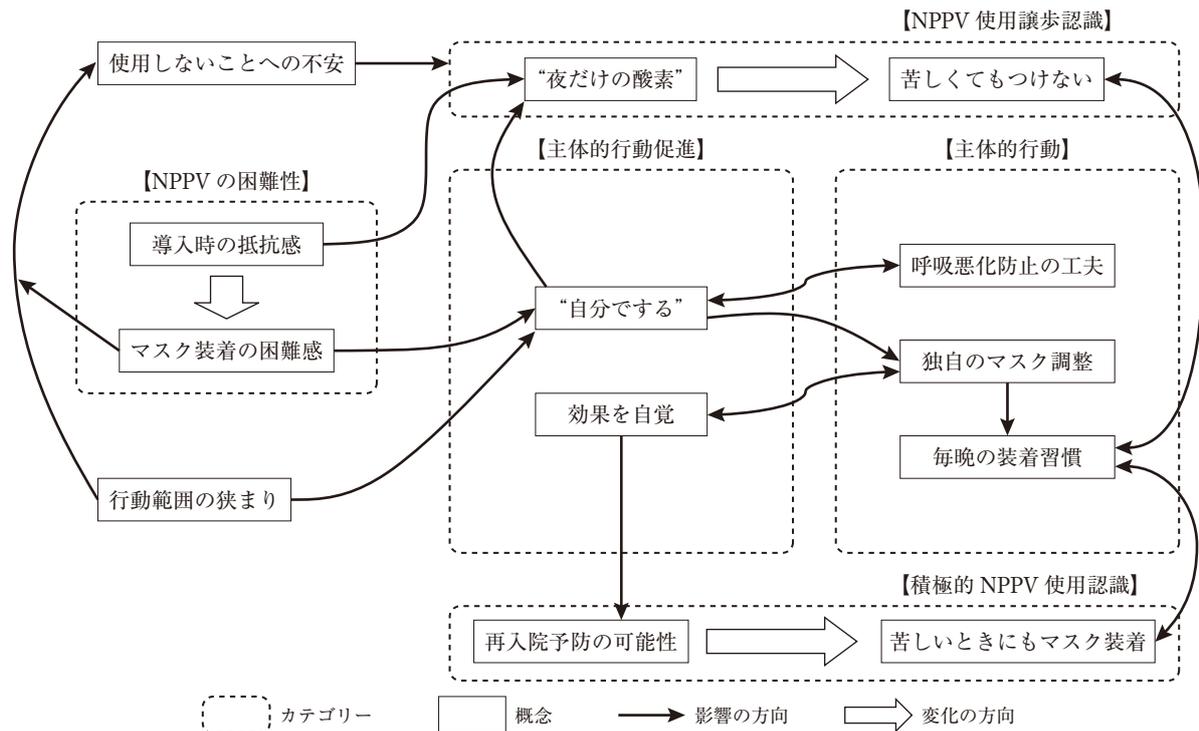


図1 在宅非侵襲的陽圧換気療法を行っている慢性呼吸不全患者のセルフケア獲得プロセスに関する結果図

要因となる認識であった。

【積極的NPPV使用認識】はNPPV療法の〈効果を自覚〉から影響を受けていた。【積極的NPPV使用認識】には〈再入院予防の可能性〉と〈苦しいときにもマスク装着〉があり、NPPV療法を行うことで〈再入院予防の可能性〉を認識し、日中であるにもかかわらずNPPVを使用する〈苦しいときにもマスク装着〉する認識へと変化していた。一方、〈行動範囲の狭まり〉は〈マスク装着の困難感〉を感じることで〈使用しないことへの不安〉を認識していた。

【NPPV使用譲歩認識】では、〈使用しないことへの不安〉と〈導入時の抵抗感〉〈自分でする〉から自分の気持ちに折り合いをつけ、NPPV療法を〈夜だけの酸素〉と認識して、〈苦しくてもつけない〉という認識へと変化していた。〈苦しいときにもマスク装着〉と〈苦しくてもつけない〉の根底には〈毎晩の装着習慣〉があり、異なる両者に共通して影響しあっていた。

2. 各カテゴリーと概念

a. NPPVの困難性カテゴリー

【NPPVの困難性】は、導入の説明時から実際にNPPV療法を行い、療養生活を過ごすなかで生じる困難を示す。〈導入時の抵抗感〉〈マスク装着の困難感〉の2概念からなる。

〈導入時の抵抗感〉は、NPPV療法を行う前の医師からの説明時においてNPPV療法に対して受け入れたくない感

情を抱いていたこと、と定義した。

「だいたい4年ぐらい前かな、やり始めたの。(先生から言われたときは)嫌だ、やっかいだなあと、困ったなあと思ったのね」(事例2)

「俺はね、お医者さんにこれ(NPPV)をするって言われたときにね、『あー、そんなの俺いらないんでないか』って。でも、するって言うからさ」(事例3)

「鼻酸素するより、このほう(NPPV療法)が時間短くていいんだから、使ったほうがいいんだって言うのよ。だけど、最初はやっぱりマスク酸素なんて言われると、なんだか恐ろしいような感じしさ」(事例5)

〈マスク装着の困難感〉は、NPPV療法を行う療養生活ではとくにNPPVマスクの装着に関するさまざまな困難を感じていること、と定義した。

「あー、そうだねえ。慣れるまでは大変だったね。要領下手だね。やっぱ、慣れるまで。相当苦労したね。最近でもないけども、やっぱり、1か月ぐらいは。いやー、この辺(鼻根部のあたり)痛くなって」(事例1)

「痛かったの。後々まで痕がついてたから、起きたときに一生懸命こんなこと(マッサージ)したけど、やっぱり痕消えなかったね。ぎゅーっとしてたからね」(事例2)

「やっぱりなんとなく苦しいのね。この辺(マスク周囲)が圧迫されっから、苦しいのね。だから、場合によってはね、あまりに夢の中で苦しくて、(マスクを)

外してしまうことがあるのね。全然、意識してないんだけど」(事例3)

「(機械と)なんとなく呼吸が合わないんだね。(マスクを)着けてて痛いのはここだ(鼻根部)、穴が開くくらいだ」(事例7)

b. 主体的行動促進カテゴリー

【主体的行動促進】は、【主体的行動】に至るまでに促進要因としてみられたさまざまな認識のことを示す。〈“自分でする”〉(効果を自覚)という2概念から成り立つ。

〈“自分でする”〉は、NPPV療法を行う操作は自分以外の者にはわからないため、できるだけ自分のことは自分で管理しようという気持ちをもって生活していること、と定義した。

「ただね、機械の調子が悪いつうと、甥っ子がいろいろ直してくれたりしたけど、かぶることにしては誰も手伝いはもらわなかった。だから、甥っ子はね、あいつは自分の係だと思ってるから」(事例2)

「こちらへん(口の周辺)に、ヨダレっていうのかなんていうのか、付いたみたいになってるから。糸が腐れる、糸か何かかわかんないけどはがれるんだ。だから、毎日使ったあとは掃除しとくの。自分で。毎日、自分でやると造作ないからね」(事例5)

「自分の身体だからね、自分で守らないと。誰もわかんないからね」(事例8)

〈効果を自覚〉は、NPPV療法を行うことで呼吸状態が安定することを自覚し、NPPV療法を行うことが必要だと感じていること、と定義した。

「(設定を変更する前は)なんとなく吸い込むときに、あの、前が詰まってるような感覚が最近なってきたのね。でも、(設定を変更して)ずっと抜けるような気がするの、ぐーって引っ張られるようなね。だから、あー、ちょっといいかなって感じはするんです。楽な感じ。あと、そうやって落ち着いてくると、少々急いで歩いたりしても、そんなにどうのこうのって」(事例6)

「慣れてきたね。最初はおかしいなと思ってしてたけど。だんだん慣れてきて身体も調子いいし。しない前はちょっとおかしかったけど。呼吸だって、ほら、よくなってきて。私の身体にあってきてる」(事例8)

c. 主体的行動カテゴリー

【主体的行動】は、【主体的行動促進】内の概念から影響を受け、療養生活のなかで患者自らが自分のために行っている行動である。〈独自のマスク調整〉〈呼吸悪化防止の工夫〉〈毎晩の装着習慣〉の3概念からなる。

〈独自のマスク調整〉は、NPPV療法のマスクの困難性に徐々に慣れてきて、他者にはわからない自分だけのマスクの締め加減を確立していること、と定義した。

「そう、自分で。あれ、人にやってもらったのでは調整できないもんね。やっぱり自分でなくて。んで、微妙なとこなんだ。加減が難しいんだ。やってもらったんで、だめだな。やれるうちはよいけども、やれなくなっただけからはだめだな」(事例1)

「ああ、うん。自分で。自分で慣れてから帰ったから。でも、してくれる人ないし、看護婦さんもこの締め具合はわかんないでしょ。あの、どっから漏れるかわかんないから。だから、最初は順序だけはね、してもらって。あと、こういうところ、どうしたら漏れないかというのを。やっぱり慣れるまで、半年ぐらいかかったかな」(事例2)

〈呼吸悪化防止の工夫〉は、自らの呼吸に対してよいと客観的または主観的に実感し、呼吸状態が悪くならないように取り組んでいる行動、と定義した。

「俺は毎日、あの一、腹式呼吸。朝に50回はするんだ。ええ、毎朝するんだ。腹式呼吸。腹式呼吸やったらば、今度、6時30分に必ず体操するの。ええ、ラジオ体操。ラジオ体操ね。365日、欠かしたことはない。必ず、体操するの。昔から。体操するとね、酸素うんと上がるの。酸素が100になるんだよ。ええ、そんなとき、こっち(酸素濃縮器)もね、3にアップしてやってるけどもね。体操するとね、うんと酸素上がるんだよ。あのね、こうやって、息吸って吐いて、吸って吐いてやってるからね。これ、上がるんだね。早く吐くから。ふうーっと体操して」(事例1)

「ワクチンだけは早め早めに行って。自分でわかりますから、あー、これ風邪引いたら一発だなと思ってね。とくに、あの、風邪引くと痰が詰まるっていうのは大変なんです、これは。喉に詰まって、出すのがですね。で、そのね、痰って言ってもね、なんていうのかな、ゴムみたいになってるんですね。最終的に」(事例4)

〈毎晩の装着習慣〉は、苦痛を感じずに毎晩の決まりごととしてNPPVマスクの装着を行っていること、と定義した。

「(先生は)毎日、着けてるねと言うけど、みんな着けてないのかな。寝てるときは100%着けてるから、俺。必ず」(事例6)

「休んだりしない。ちゃんと時間にはやるんだ。一晩中、休んだなんてないの。毎晩だ、これ」(事例5)

「時間は正確に決まっています。いまは早めになって20時か21時ごろになると、横になってマスク着けるまでに音楽を聴いてて。それで、21時半ごろにマスクを着けて。そして、朝に目が覚めるんです」(事例4)

d. 積極的NPPV使用認識カテゴリー

【積極的NPPV使用認識】は、NPPVを積極的に使用する

ることで自らの呼吸状態を良好に保とうとする認識を示している。〈再入院予防の可能性〉〈苦しいときにもマスク装着〉の2概念からなる。

〈再入院予防の可能性〉は、以前の入院の経験を踏まえて、現在よりも症状が悪くなるようなら入院を考えているが、NPPV療法の効果を自覚し、自らでNPPV療法を「うまく使用すれば再入院を防げる」と実感していること、と定義した。

「ああいうのではやっぱり。ああいうふうにはひどいと入院しなきゃいけないもんね。入院することないもん、かければおさまるから」(事例1)

「自分ではそう思ってるのね。こいつ(NPPV)しないと、また病院に行くようになるかなと思ってね。着けとくと呼吸もよくなるって言われてるからね」(事例8)

〈苦しいときにもマスク装着〉は、呼吸器症状の出現時の対処としてNPPVマスクを装着しようと認識していること、と定義した。

「ええ、楽なの。うんと息切れしてるときね。すぐに行って、マスクするとね。そうすると、5分ぐらいでおさまるの。うん、とてもいいのね」(事例1)

「いろいろ。そのときによってだけでも、少し着けようかなと思ったり。たまにあんまりひどいと、日中、私、人を使ってやってるもんだから、自由に時間はとれるんです。だから、ちょっと30分ぐらいと思って着けたりすることもあるんです。日中。まあ、いくらかは落ち着くのかな」(事例6)

e. NPPV使用譲歩認識カテゴリー

【NPPV使用譲歩認識】は、NPPVをできるだけ使用したくないという思いから夜間みの装着にとどまり、呼吸器症状の出現時には使用しない認識を表す。〈“夜だけの酸素”〉と〈苦しくてもつけない〉の2概念からなる。

〈“夜だけの酸素”〉は、NPPV療法を行うことが夜間のみであれば、自分のQOLを低下させずに使用できると感じていること、と定義した。

「嫌なんだけど、やっぱり、まあ、割に短い時間でよって言うんだ、俺には。だからね、これ一日やるんでは俺、嫌なんけどもさ」(事例3)

「だいたい俺やってる酸素(NPPV)なら、そんなにひどいことないよ。やっぱり夜だけの酸素だから、そんなにひどくないのかわかんないけど。日中もやってるのはひどいかなんとかは、それもわかんないけど」(事例5)

「長めになんかしない。夜のマスク。何があっても普段どおり」(事例10)

〈苦しくてもつけない〉は、呼吸困難時にNPPV療法を行わずに、呼吸を整えたり安静にしていることが対処法と認識していること、と定義した。

「うん。とにかく寝ることだね。あー、どこでも。縁側でよし、はなはだしとお風呂のタイルの上で。タイル固いと思うけど、ともかく横になりましょう」(事例2)

「そんなに強く歩かないから。苦しいなと思ったら、立って3分か何分か立ったままいると、まだ少しね、よいかなくて感じ」(事例9)

f. 行動範囲の狭まり

〈行動範囲の狭まり〉は、以前は積極的に活動していたが、息切れや呼吸困難感などの身体症状の悪化により、活動量低下や行動範囲の狭まりが生じていること、と定義した。

「なるべく、なるべく寝る工夫ばかりしてる。暇あれば。ほんとにね、寝るわね。寝るより楽はなかりけりで。だけど、寝てばかりいるとね、動かなくなっから、茶の間とあそこ(寝室)だけは歩くように、家の中。外も少し歩けばいいのかな、お天気よければね。動いてればよっぽどいいんだけど、止まってしゃがんだ瞬間、ハアハアハアってなんのね」(事例2)

「しゃがんで、草とったりすると、ちょっと息切れるんだね。歩くときもあんまりね、長いこと歩ったりね、息切れたりするね。やっぱり歩くのはね、前はどんどん歩いたんだけど、いまはだめだね。ここからどこまで歩くの？ まあ、300mか400mぐらい歩くといい加減嫌だね。あんまり歩けなくなったもん。やっぱり足が弱ってくるんだろうね。やっぱり息が続かないのかな」(事例3)

g. 使用しないことへの不安

〈使用しないことへの不安〉は、もしNPPV療法を行わないのならば、自らの呼吸不全の症状が悪化する可能性があることと不安を感じ、NPPV療法を使用しないことにためらいを感じていること、と定義した。

「これ(NPPV)、やらないんだったらどうなんのかなと思って。また、八カ八カになんのかなあと思ってんだけどね。それも心配だけだね」(事例3)

「たとえば、私もできなくなった、お父さんもできなくなった、呼吸器着けられなくなったら、すぐにここ(喉)に穴開けられるのかな」(事例9)

IV. 考 察

1. NPPVの困難性カテゴリーについて

【NPPVの困難性】では、患者が医師から説明を受けた際に抱いた〈導入時の抵抗感〉が、実際にNPPV療法を行うことで〈マスク装着の困難感〉へと変化していた。竹川ら¹⁰⁾は、内的体験のカテゴリーとしてNPPV療法導入に

伴う苦痛感を明らかにしている。また、神津⁹⁾は、生活体験のカテゴリとして機器との格闘をあげている。本研究では、患者の抱くNPPVに対する認識には変化が伴うことを新たに明らかにすることができた。また〈マスク装着の困難感〉は、患者本人がNPPV療法を受け入れようとする取り組みなかで感じる認識であり、〈導入時の抵抗感〉から変化する一つの過程であると考えられる。

ラザルスはストレスとコーピング理論において、ストレスフルな出来事は潜在的ストレスラーであり、それをどのように解釈するかによってストレスラーとなるかどうかが決まると述べている¹⁸⁾。本研究では、NPPV療法を開始するという医師からの説明が、患者自身の理解度によってその説明をどうとらえるかによりストレスフルな出来事となり、NPPV療法に立ち向かうことができるか決まってくると考えられる。

説明の内容がうまく理解できない場合には〈導入時の抵抗感〉が強くなり、NPPV療法を受け入れられず、最低限の使用にとどめる〈夜だけの酸素〉に影響すると考えられる。そのため、医師からの説明後には理解度や受け入れ状況を把握し、〈導入時の抵抗感〉に対して早期から不安な点や疑問点に対して情報提供などを行うことが、患者にとってNPPV療法の速やかな受け入れへとつながると考えられる。

また〈マスク装着の困難感〉では、患者は鼻根部の痛みやマスクの圧迫、呼吸の不一致などのマスクに関する不具合を強く語っていた。患者にとって〈マスク装着の困難感〉は、看護師に関心を寄せてもらいたい重要な事柄であることがわかる。鈴木ら¹⁹⁾によると、合併症に対して患者の訴えに耳を傾け困難であることを的確に察知し援助することが重要、とされている。看護師は〈マスク装着の困難感〉に関心をもち、患者ごとの困難感に対処していくことで、患者は〈独自のマスク調整〉を速やかに獲得できると考えられる。

2. 主体的行動カテゴリーと主体的行動促進カテゴリーについて

患者は過去に【NPPVの困難性】を抱いていたが、現在は【主体的行動】として〈呼吸悪化防止の工夫〉〈独自のマスク調整〉〈毎晩の装着習慣〉を行っていた。

〈呼吸悪化防止の工夫〉として、感染予防のための含嗽や毎日のラジオ体操といった行動が語られていた。NPPVを使用している患者は、高二酸化炭素血症を伴う慢性的な呼吸不全状態であり、呼吸状態の悪化は生命に対して危機的な影響を直ちに与えると考えられる。呼吸不全の急性増悪の原因としては気道感染が最も多く、感染予防と早期の治療が重要とされている⁸⁾。患者は生命の危機の可能性に

備え、呼吸状態が悪くならないようにしたいという独自の信念から、〈呼吸悪化防止の工夫〉に取り組んでいると考えられる。

〈独自のマスク調整〉として、自分にしかわからないマスクの装着具合を見つけ出していることが患者から語られており、〈“自分でする”〉認識が影響をしていることがわかった。〈マスク装着の困難感〉から、療養生活のなかで家族とのかかわりをもちながら、〈“自分でする”〉ことを認識し、〈独自のマスク調整〉を獲得していた。〈“自分でする”〉は、NPPV療法を行う操作は自分以外の者にはわからないため、できるだけ自分のことは自分で管理しようという認識であり、【主体的行動】の〈独自のマスク調整〉〈呼吸悪化防止の工夫〉に影響していた。〈“自分でする”〉認識を強めることは【主体的行動】を促進することが考えられるため、【主体的行動促進】の一つとして考えた。

その一方で、〈“自分でする”〉認識において、患者はNPPV療法の使用に関して家族のうながしや考えに従わずに過ごすことがあることを語っていた。NPPV療法の使用については自分以外にはわからないため、自分で管理しようとするあまり家族などの他者からの助言を軽視し受け入れることを困難とする場合があると考えられる。その結果、治療に関し自己判断ばかりを優先し、自分の都合のよい解釈で治療を行う可能性も否定できないと考えられる。〈“自分でする”〉認識を強めることは【主体的行動】を促進する働きがあるが、一方で誤った解釈から治療に関して異なるセルフケアを行う可能性をもつことが示唆された。

デニス²⁰⁾は、セルフケアの特性の一つとして、治療的(効果的)であるかもしれないし治療的(効果的)でないかもしれないこと、をあげている。セルフケアは患者自身で行われるため、行う治療に関する正しい認識が必要であり、認識の違いにより異なるセルフケアに至ると考えられる。したがって、患者の〈“自分でする”〉認識は【主体的行動】を促進するために重要であるが、看護師は〈“自分でする”〉認識を強めることのみならず、患者が家族等からの意見にも耳を傾けて、正しい知識を得てセルフケアを考え選択できるように援助することが重要であると示唆された。

患者は〈独自のマスク調整〉から影響を受け、NPPV療法の〈効果を自覚〉を認識していた。〈効果を自覚〉の内容としては、NPPV療法を行うことで呼吸状態が安定することを自覚し、NPPV療法を行うことが必要だと感じていることが患者から語られていた。〈効果を自覚〉は〈独自のマスク調整〉と相互に影響し合い、お互いを強化していることがわかった。〈効果を自覚〉することで〈独自のマスク調整〉の意欲を高め、促進していると考えられる。

〈毎晩の装着習慣〉では、NPPVの装着が毎晩の決まり

ごととして生活のなかに組み込まれていることが、すべての患者から語られていた。患者は、療養生活のなかでNPPVを装着することを考え、〈独自のマスク調整〉から影響を受けながら、医師から指示された範囲で自らが時間を決めて装着していることがわかった。NPPV療法の必要性を感じているかどうかにかかわらず、どのような患者でも行われていることがわかった。

3. NPPV使用譲歩認識カテゴリーと積極的NPPV使用認識カテゴリーについて

【NPPV使用譲歩認識】は〈“夜だけの酸素”〉と〈苦しくてもつけない〉で成り立っていた。〈“夜だけの酸素”〉は医師から指示された夜間の装着であれば自分自身のQOLを低下させないで生活できるという認識であり、〈使用しないことへの不安〉〈導入時の抵抗感〉〈“自分です”〉から影響を受けている。

Ruth²¹⁾は、病氣行動の一つとして、活動を起こさないことをあげており、病気の苦しみに積極的に直面することができなかつたり、活動が嫌になることを、その原因として説明している。本研究では〈導入時の抵抗感〉がNPPVの積極的な使用を阻害する一因となっていた。その結果、夜間のみでの使用で十分であり日中はできるだけ使用しないという自己判断を行い、〈“夜だけの酸素”〉が〈苦しくてもつけない〉という認識へ変化していたと考えられる。〈苦しくてもつけない〉では、呼吸困難時にNPPV療法を行わずに、呼吸を整えたり安静にしていることが対処法と認識していることが語られていた。

先行研究においても、慢性呼吸器疾患患者は呼吸困難のマネジメント方略として呼吸調整や動作調整を行っている²²⁾ことが明らかにされている。しかしながら、NPPVガイドライン⁸⁾によると、在宅NPPV療法は通常、慢性呼吸不全症例に使用されるが、使用目的は睡眠時呼吸障害、呼吸筋負荷、呼吸調節系の障害などによる呼吸困難や高二酸化炭素血症の改善である。また、NPPV療法使用の短期目標として、呼吸器症状や呼吸仕事量の軽減があげられている。NPPV療法を行っている患者にとっては、呼吸困難時にNPPV療法を使用することで速やかな改善が期待できると考えられる。そのため、医師との合意のもとに、入院中から呼吸困難時のNPPV使用を促し、呼吸状態悪化の防止ができるという認識をもてるようなかかわりをすることが重要だと考えられる。

また、〈“自分です”〉という認識から消極的なNPPV療法の使用方法を自分のみで判断し、家族からのNPPV使用の促しを軽視することが【NPPV使用譲歩認識】に至っている要因と考えられる。したがって、患者に対して自己判断のみでなく家族の意見にも耳を傾けるように説明を加

えることも重要な援助である。

一方、医師からの説明により、患者自身がNPPVの使用を必ず夜間だけに留めなくてはならないと解釈し、【NPPV使用譲歩認識】を抱いている可能性も否定できない。そのため、夜間のみでなければならないという誤解を解くような医療者からの説明も必要となる。

呼吸困難時のNPPV使用についての認識には、【NPPV使用譲歩認識】とは異なる【積極的NPPV使用認識】があることがわかった。【積極的NPPV使用認識】の促進要因として、NPPV療法の〈効果を自覚〉することがあげられた。神津⁹⁾は、良好な体調の変化の自覚はNPPV療法を必要な存在と認知することに影響していると述べている。また、亀田ら²³⁾は、プラスのイメージをもつ患者ではNPPV療法は身体にとってよいものだとして認識しており、自宅でも積極的に使用していると述べている。

一方、慢性疾患患者のセルフマネジメントを支援するための構成要素の一つとして、自己効力感があげられている²⁴⁾。本研究では、NPPV療法の〈独自のマスク調整〉を行って〈効果を自覚〉することが、自己効力感として【積極的NPPV使用認識】へと影響していたと考えられる。佐藤ら²⁵⁾によると、患者の行動変容を促すためには自己効力感を高めることが必要であり、そのために成功体験や言葉による励ましが必要である。患者自身がNPPVを使用して症状改善の体験をすることや医療者からの病状に関する良い評価を耳にすることで、NPPV療法の〈効果を自覚〉でき、自己効力感を向上させることができると考えられる。したがって、【積極的NPPV使用認識】を高めるためには、NPPV療法の〈効果を自覚〉できるように、入院中から患者の訴えを聴き入れながら、一緒に呼吸のしやすさを確認することや日中の体調変化を伝えるといった援助が重要である。

4. NPPV使用を促進させるための看護実践への示唆

本研究では、【NPPVの困難性】は患者自身がNPPV療法を受け入れようとする過程の一つであることがわかった。〈マスク装着の困難感〉には、困難に耳を傾けるだけでなく〈独自のマスク調整〉が獲得できるよう、マスクの締め付け具合をともに考える援助が看護師に求められていることが示唆された。

また、呼吸困難があっても日中はNPPVを使用しないという【NPPV使用譲歩認識】、日中の呼吸困難時にも積極的にNPPVを使用していこうとする【積極的NPPV使用認識】のNPPV使用に関するセルフケアの認識が明らかになった。NPPV療法の〈効果を自覚〉することが【積極的NPPV使用認識】へと影響していることから、NPPV療法の〈効果を自覚〉できるように、患者に対して呼吸のしや

すさの確認や日中の体調変化を伝えていくという援助が重要であると示唆された。

5. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、在宅NPPV療法を行っている慢性呼吸不全患者のセルフケアという限定した範囲でのみ説明力をもつ方法論的限定性がある。そのため、本研究結果は「在宅NPPV療法を行っている慢性呼吸不全患者のケア」に応用可能と考える。また、本研究の分析において、在宅NPPV療法期間の長短によって、セルフケア概念に影響を及ぼすことは確認されなかった。

本研究結果から、在宅NPPV療法を行っている慢性呼吸不全患者の認識とそれに伴う行動が明らかとなり、入院中および外来通院時の患者指導への具体的な示唆が得られた。本研究で得られた知見をもとに、在宅NPPV療法を行う慢性呼吸不全患者に対して、NPPV療法の使用法や効果の自覚を促す援助を実践し、その支援の成果を分析することが今後の課題となる。

V. 結 論

1. 在宅NPPV療法を行っている慢性呼吸不全患者のセ

ルフケア獲得プロセスには、【NPPVの困難性】【主体的行動促進】【主体的行動】、呼吸困難があっても日中はNPPV療法を使用しない【NPPV使用譲歩認識】、呼吸困難時にもNPPV療法を積極的に使用していこうとする【積極的NPPV使用認識】があった。

2. 【NPPVの困難性】は、NPPV療法を受け入れる過程の一つであった。NPPV療法の受け入れがうまくできないと〈導入時の抵抗感〉が【NPPV使用譲歩認識】に影響していた。

3. 〈“自分でする”〉は〈独自のマスク調整〉の獲得に影響する一方で、【NPPV使用譲歩認識】を抱く誘因の一つになっていた。

4. NPPV療法の〈効果を自覚〉することは【積極的NPPV使用認識】に影響していた。

以上のことから、在宅NPPV療法を行っている慢性呼吸不全患者に対して、入院中から〈効果を自覚〉できるように援助することが、NPPVを積極的に使用するという認識を生み出すことにつながると示唆された。

謝 辞

本研究にあたり、快くご協力いただきました対象者の皆様、またA病院職員の皆様に心より感謝申し上げます。

要 旨

非侵襲的陽圧換気療法を行っている慢性呼吸不全患者が、在宅療養生活を継続するために退院後どのようにセルフケアを獲得しているのかを明らかにする。対象者は在宅非侵襲的陽圧換気療法中の慢性呼吸不全患者10名である。半構成的面接法による調査を実施し、データは修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチにて分析した。その結果、セルフケア獲得プロセスには【NPPVの困難性】【主体的行動促進】【主体的行動】、呼吸困難があっても日中はNPPVを使用しない【NPPV使用譲歩認識】、NPPVを積極的に使用する【積極的NPPV使用認識】があった。〈導入時の抵抗感〉が続くと【NPPV使用譲歩認識】が引き起こされた。NPPVの〈効果を自覚〉することは【積極的NPPV使用認識】に影響していた。NPPVを積極的に使用しようという認識を生み出すためには、入院中から〈効果を自覚〉できるように援助することが重要と示唆された。

Abstract

The objective of this study was to investigate how chronic respiratory failure (CRF) patients on noninvasive positive pressure ventilation (NPPV) therapy attain self-care in order to continue home care following hospital discharge. Participants were 10 CRF patients receiving home NPPV therapy. Semi-structured interviews were conducted and data were analyzed using the modified grounded theory approach. The results revealed the following factors in the process of attaining self-care: 1) 'difficulties associated with NPPV', 2) 'facilitation of independent behavior', 3) 'independent behavior', 4) 'awareness of controlled NPPV use' where NPPV was not used during the daytime even when the patient had dyspnea; and 5) 'awareness of proactive NPPV use' where NPPV was proactively used. 'Awareness of controlled NPPV use' was triggered when "resistance at the start of NPPV" was prolonged. "Understanding the effectiveness" of NPPV influenced 'awareness of proactive NPPV use.' The study indicated the importance of assisting the patients before discharge to understand the effectiveness of NPPV in developing motivation of its proactive use.

文 献

- 1) 角 謙介, 坪井知正: 在宅人工呼吸の適応と臨床効果. 呼吸と循環, 55(8), 859-866, 2007.
- 2) Leger, P, Bedicam, J M, et al: Nasal intermittent positive pressure ventilation; long-term follow-up in patients with severe chronic respiratory insufficiency. Chest, 105, 100-105, 1994.
- 3) Simonds, A K, Elliott, M W: Outcome of domiciliary nasal intermittent positive pressure ventilation in restrictive and obstructive disorders. Thorax, 50, 604-609, 1995.
- 4) 坪井知正, 大井元晴, ほか: 鼻マスク陽圧換気法を長期人工呼吸療法として導入した慢性呼吸不全41症例の検討. 日本胸部疾患学会誌, 34, 959-967, 1996.
- 5) 坪井知正: NPPVの予後への影響のEvidence. 呼吸と循環, 51(1), 47-56, 2003.
- 6) 日本呼吸器学会在宅呼吸ケア白書作成委員会 編: 在宅呼吸ケア白書. 文交堂, 東京, 2005.
- 7) 大井元晴: NPPVの歴史とその実際. 呼吸と循環, 51(1), 7-14, 2003.
- 8) 日本呼吸器学会NPPVガイドライン作成委員会 編: NPPV(非侵襲的陽圧換気療法)ガイドライン. 南江堂, 東京, 2006.
- 9) 神津朋子: 在宅酸素療法と在宅非侵襲的陽圧換気療法を受ける慢性呼吸不全患者の生活体験. 上武大学看護学部紀要, 4, 1-15, 2008.
- 10) 竹川幸恵, 土居洋子: 非侵襲的陽圧換気療法と共に生きる慢性呼吸不全患者の内的体験. 日本呼吸管理学会誌, 14(2), 310-315, 2004.
- 11) Petitjean, T, Phlit, F, et al: Sleep and Respiratory Function After Withdrawal of Noninvasive Ventilation in Patients With Chronic Respiratory Failure. Respiratory Care, 53(10), 1316-1323, 2008.
- 12) 久保田勝, 相馬一亥: NPPVの合併症, 問題点. ICUとCCU, 29(3), 215-220, 2005.
- 13) Mehta, S, Hill, N S: Noninvasive Ventilation. Am J Respir Crit Care Med, 163, 540-577, 2001.
- 14) ドロセア・E・オレム/小野寺杜紀 訳: オレム看護論 — 看護実践における基本概念 (第3版). 医学書院, 東京, 1998.
- 15) 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. 弘文堂, 東京, 2007.
- 16) 木下康仁: グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 — 質的研究への誘い. 弘文堂, 東京, 2003.
- 17) ホロウエイ, ウィーラー/野口美和子 監訳: ナースのための質的研究入門 研究方法から論文作成まで (第2版). 171-179, 医学書院, 東京, 2006.
- 18) リチャード・S・ラザルス/本明寛 監訳: ストレスの心理学 — 認知的評価と対処の研究. 313-359, 実務教育出版, 東京, 1991.
- 19) 鈴木晃代, 加藤里美, ほか: 急性呼吸不全例における非侵襲的陽圧換気法施行時の合併症 — 看護師用チェックリストによる検討. 日本呼吸管理学会誌, 14(2), 302-305, 2004.
- 20) コニー・M・デニス/小野寺杜紀 監訳: オレム看護論入門 — セルフケア不足看護理論へのアプローチ. 40-44, 医学書院, 東京, 1999.
- 21) Ruth Wu/岡堂哲雄 監訳: 病気と患者の行動. 医歯薬出版, 東京, 1975.
- 22) 今戸美奈子, 池田由紀, ほか: 慢性呼吸器疾患患者における呼吸困難のマネジメント方略とADLの関連. 日本看護科学会誌, 30(1), 14-24, 2010.
- 23) 亀田静江, 和田直美, ほか: 在宅におけるNIPPV療法中断に至る患者の心理状態の分析. 日本看護協会論文集(看護総合), 34, 144-146, 2003.
- 24) 小松浩子, ほか: 成人看護学総論. 系統看護学講座 専門分野Ⅱ 成人看護学[1], 医学書院, 東京, 2010.
- 25) 佐藤榮子 編: 中範囲理論入門 (第2版), 日経研出版, 東京, 2009.

平成23年7月29日受 付
平成24年4月12日採用決定

介護者自身が最期を迎えたい場所の選択に関連する要因

Factors Related to the Caregiver's Preferred Place of Death

荒木 晴美¹⁾ 新 鞍 真理子²⁾ 炭 谷 靖 子¹⁾
Harumi Araki Mariko Niikura Yasuko Sumitani

キーワード：介護者，最期の場所，介護体験

Key Words：caregivers, place of death, care experience

I. はじめに

高齢者の増加により日本は多死社会を迎え、看取りの問題は大きな課題となっている¹⁾。厚生労働省²⁾は「患者の意志を尊重した適切な終末期医療を提供する」ことを目標に、在宅などでの死亡割合を2025年までに4割にする、としている。また、2008年度の診療報酬改定においても、訪問看護ターミナル療養費の引き上げや24時間対応の体制加算の新設など居住系サービスの充実を指向し、わが国の施策は最期を迎える場所として在宅を重視する流れにある³⁾。

これまでの在宅死の研究では、療養者または家族から在宅で最期を迎えたいという意向が示されていた場合には、療養者が在宅で死を迎える割合が高いことが報告されている^{4), 5)}。介護者の意識では、在宅で看取りを経験した介護者の満足感が高いが^{6), 7)}、その反面、在宅での看取りには不安や介護者の身体的・精神的負担なども伴うことが指摘されている^{8)~13)}。また、在宅で最期を迎えることを可能にする要因として、「往診医の存在」「24時間体制の訪問看護」「療養者と介護者の双方が在宅での死を望むこと」などが報告されている^{14), 15)}。

一方、2010年の一般国民を対象とした厚生労働省の「終末期医療に関する調査」¹⁶⁾によると、治る見込みがなく死期が迫っている場合の療養場所について、在宅で最期まで療養したいと回答した者は10.9%であった。また、66.2%の国民が在宅での療養は実現困難としており、その理由として、「介護してくれる家族に負担がかかる」79.5%、「症状が急変したときの対応が不安である」が54.1%と上位を占めている。籾野¹⁷⁾の調査では、家族に迷惑はかけられないと考え、在宅での最期を望みながら「どこで最期を迎えてもよい」と答える割合が多い、と報告している(1993)。つまり、在宅での看取りを困難と考えている者は、介護者の負担を考えての回答であり、在宅での看取

りを望みながらも諦めているととらえることができる。また、在宅での看取りは病院のように急変時に対応ができないことによる不安をもっている、と言える。

以上のことから、今後、療養者の意志を尊重した適切な終末期医療を提供するためには、在宅での最期を迎えたいと思う者がその思いを諦めることなく、在宅で最期を迎えたいという思いを遂げることのできる地域づくりを推進することが求められる。そして、実際に在宅で介護している介護者が、介護をしていく過程でどのように看取りについて考えているか、介護の問題も含めて検討していく必要がある。また、在宅での看取りは満足感が高い^{18), 19)}との報告もあるように、介護者の介護体験のあり方によっては、在宅で最期を迎えたいと思う意識が広がると考えられる。しかし、介護者の介護体験が介護者自身の最期を迎えたい場所にどのような影響を及ぼすかについては、まだ明らかにされていない。

そこで、本研究では、介護を体験している者が自分自身の最期を迎えたい場所の選択をどのように考えているか、また、介護者自身の最期を迎えたい場所の選択に関連する要因は何かを明らかにし、介護への支援のあり方について検討することを目的とした。

II. 方 法

1. 調査対象

A県内全域38か所の訪問看護ステーションのうち、研究の趣旨に同意が得られた30か所の訪問看護の利用者(本研究では療養者を指す)1,060人の介護者(本研究では主介護者を指す)に調査票を配布し、651人(回収率61.4%)から回答を得た。本研究の目的に沿って分析するため、そのなかから、40歳以上であれば、自分自身の最期を迎えたい場所を身近なこととして考えやすいのではないかと考

1) 富山福祉短期大学看護学科 Department of Nursing, Toyama College of Welfare Science

2) 富山大学医学部看護学科老年看護学 Department of Gerontological Nursing, Faculty of Medicine, University of Toyama

え、分析対象者を40歳以上とした。介護者は40歳以上で、療養者との続柄が配偶者、子、嫁であり、療養者は40歳以上であることの条件を満たし、必要項目に回答があった375人（有効回答率35.4%）を分析対象とした。

なお、本研究は訪問看護ステーション利用者の満足度調査の一環として行った。

2. 調査方法

調査は2009年8月、各訪問看護ステーションを通じて看護師が調査票を配布した。回答は無記名とし、介護者が記入したあと、郵送による研究者への直接回収とした。

療養者についての調査内容は、年齢、性、要介護度、訪問看護利用期間、主疾患、認知症の有無、サービス利用の有無とした。

介護者については、最期を迎えたい場所、年齢、性、続柄、仕事の有無、介護期間、日中および夜間の介護の程度、介護協力者の有無、主観的健康感、看取り体験の有無、介護に対する思い（「将来への不安」と「介護負担」、肯定的質問として「療養者と過ごす楽しさ」と「介護やりがい感」について5段階で回答）、訪問看護サービスに対する効果（4段階）および満足（4段階）とした。そして、将来への不安は「いつも思う」「よく思う」「ときどき思う」を「思う」群、「思わない」「たまに思う」を「それ以外」群の2群にした。介護負担感「かなり負担だと思う」「非常に大きな負担である」を「重度負担」群に、「全く負担ではない」「多少負担に思う」「世間並みの負担だと思う」を「それ以外」群の2群にした。「療養者と過ごす楽しさ」と「介護やりがい感」は、「とても思う」「少し思う」を「思う」群、「思わない」「あまり思わない」を「思わない」群の2群にした。

訪問看護サービスに対する効果・満足は、4段階で回答を得たが、効果、満足度が高いため「とても思う」を「あり」群、「思わない」「あまり思わない」「少し思う」を「それ以外」群の2群にした。

本研究における「介護体験」とは、介護者が介護を実施することにより感じている心理的状況・身体的状況および介護の状況を含めた体験とした。

3. 分析方法

介護者自身が最期を迎えたい場所を「在宅」「わからない」「病院・施設」の3群に分類し、各調査項目との関連については χ^2 検定を行った。

さらに、介護者の最期を迎えたい場所を従属変数とし、調整変数として独立変数には χ^2 検定において10%の有意水準で差がみられた介護体験の項目と療養者・介護者の性、年齢を強制投入し、多項ロジスティック回帰分析を行い、

介護体験が介護者の最期を迎えたい場所に関連するオッズ比を算出した。なお、従属変数においては「在宅」を基準とした。その際、投入した項目間の相関係数は $\pm .502$ の範囲内であった。解析には統計ソフトSPSS 18.0 for windowsを使用した。

4. 倫理的配慮

調査票は、無記名による回答とし、研究者宛の返信用封筒を用い郵送にて回収し、匿名性を確保した。また調査に際し、書面にて調査の趣旨や調査票の返送をもって調査協力の同意が得られたと解釈すること、回答を拒否してもその後のサービス利用において不利益を生じないこと、途中で回答を拒否する場合は、調査票を返送する必要がないことを説明した。なお、本研究は富山福祉短期大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。

Ⅲ. 結果

1. 介護者自身が最期を迎えたい場所の割合

介護者自身の最期を迎えたい場所は、「在宅」が109人（29.1%）、「わからない」が149人（39.7%）、「病院・施設」が117人（31.2%）であった。

2. 介護者自身が最期を迎えたい場所と療養者の属性との関連（表1）

療養者は、平均年齢 79.8 ± 10.8 歳、男性が170人（45.3%）、要介護度の重度の者が227人（60.5%）、脳血管疾患の者が156人（41.6%）であった。介護者自身が最期を迎えたい場所と療養者の属性には、3群間の分布に有意な差はみられなかった。

3. 介護者自身が最期を迎えたい場所と介護者の属性との関連（表2）

介護者の年齢は、平均 65.8 ± 10.2 歳で、男性が104人（27.7%）であった。 χ^2 検定の結果、介護者の最期を迎えたい場所3群の分布に違いがみられた項目は、「介護者の年齢」「続柄」「仕事の有無」「介護協力者」「看取り体験」であった。

65歳未満の介護者では、最期を迎えたい場所として「わからない」と回答した者が46.6%と最も多く、65歳以上の介護者では、「在宅」と回答した者が35.5%で最も多かった。続柄では、「配偶者」の場合、最期を迎えたい場所として「在宅」と回答した介護者は34.7%と多く、「子供」と「嫁」は「わからない」と回答した介護者が最も多かった。「仕事あり」の介護者の場合、最期を迎えたい場所として「わからない」と回答した者は、48.6%と多かった。「介護協力者あり」の介護者では、最期を迎えたい場所と

介護者自身が最期を迎えたい場所の選択に関連する要因

表1 介護者自身が最期を迎えたい場所と療養者の属性との関連

n = 375 単位：人 (%)

項目・カテゴリー	総数	介護者自身が最期を迎えたい場所			χ ² 検定
		在宅	わからない	病院・施設	
総数	375 (100.0)	109 (29.1)	149 (39.7)	117 (31.2)	
年齢	79.8±10.8 (46~103)				
65歳未満	33 (100.0)	9 (27.3)	16 (48.5)	8 (24.2)	n.s.
65歳以上	342 (100.0)	100 (29.2)	133 (38.9)	109 (31.9)	
性					
男	170 (100.0)	51 (30.0)	61 (35.9)	58 (34.1)	n.s.
女	205 (100.0)	58 (28.3)	88 (42.9)	59 (28.8)	
要介護度					
重度	227 (100.0)	65 (28.6)	94 (41.4)	68 (30.0)	n.s.
それ以外	148 (100.0)	44 (29.7)	55 (37.2)	49 (33.1)	
訪問看護利用期間 [†]					
2年未満	181 (100.0)	56 (30.9)	66 (36.5)	59 (32.6)	n.s.
2年以上	194 (100.0)	53 (27.3)	83 (42.8)	58 (29.9)	
主な疾患					
脳血管疾患	156 (100.0)	45 (28.8)	66 (42.3)	45 (28.8)	n.s.
脳血管疾患以外	219 (100.0)	64 (29.2)	83 (37.9)	72 (32.9)	
認知症					
あり	90 (100.0)	27 (30.0)	32 (35.6)	31 (34.4)	n.s.
なし	285 (100.0)	82 (28.8)	117 (41.1)	86 (30.2)	

[注] n.s. : notsignificant

[†] : 訪問看護利用期間は中央値で2区分にした。

表2 介護者自身が最期を迎えたい場所と介護者の属性との関連

n = 375 単位：人 (%)

項目	カテゴリー	総数	介護者自身が最期を迎えたい場所			χ ² 検定
			在宅	わからない	病院・施設	
総数		375 (100.0)	109 (29.1)	149 (39.7)	117 (31.2)	
介護者の年齢		65.8±10.2 (40~89)				
	65歳未満	178 (100.0)	39 (21.9)	83 (46.6)	56 (31.5)	**
	65歳以上	197 (100.0)	70 (35.5)	66 (33.5)	61 (31.0)	
介護者の性						
	男	104 (100.0)	36 (34.6)	42 (40.4)	26 (25.0)	n.s.
	女	271 (100.0)	73 (26.9)	107 (39.5)	91 (33.6)	
続柄						
	配偶者	196 (100.0)	68 (34.7)	67 (34.2)	61 (31.1)	**
	子供	114 (100.0)	28 (24.6)	55 (48.2)	31 (27.2)	
	嫁	65 (100.0)	13 (20.0)	27 (41.5)	25 (38.5)	
仕事の有無						
	あり	109 (100.0)	27 (24.8)	53 (48.6)	29 (26.6)	#
	なし	266 (100.0)	82 (30.8)	96 (36.1)	88 (33.1)	
介護期間 ^{†1}						
	4年未満	184 (100.0)	59 (32.1)	64 (34.8)	61 (33.2)	n.s.
	4年以上	191 (100.0)	50 (26.2)	85 (44.5)	56 (29.3)	
日中介護の程度 ^{†2}						
	常時介護	262 (100.0)	75 (28.6)	98 (37.4)	89 (34.0)	n.s.
	それ以外	113 (100.0)	34 (30.1)	51 (45.1)	28 (24.8)	
夜間介護の程度 ^{†2}						
	常時介護	225 (100.0)	66 (29.3)	90 (40.0)	69 (30.7)	n.s.
	それ以外	150 (100.0)	43 (28.7)	59 (39.3)	48 (32.0)	
介護協力者						
	あり	290 (100.0)	95 (32.8)	111 (38.3)	84 (29.0)	**
	なし	85 (100.0)	14 (16.5)	38 (44.7)	33 (38.8)	
主観的健康感						
	健康	267 (100.0)	78 (29.2)	110 (41.2)	79 (29.6)	n.s.
	不健康	108 (100.0)	31 (28.7)	39 (36.1)	38 (35.2)	
看取り体験						
	あり	90 (100.0)	41 (45.6)	31 (34.4)	18 (20.0)	***
	なし	285 (100.0)	68 (23.9)	118 (41.4)	99 (34.7)	

[注] # : p < .1, ** : p < .01, *** : p < .001, n.s. : notsignificant

^{†1} : 介護期間は中央値で2区分にした。

^{†2} : 介護の程度の「それ以外」は「ときどき」「まれ」「しない」とした。

して「わからない」と回答した者が38.3%と多かった。「看取り体験あり」の介護者の場合、最期を迎えたい場所が「在宅」45.6%と最も多く、「看取り体験なし」の介護者の場合、「わからない」と回答した者は、41.4%であり最も多かった。

介護者自身の最期を迎えたい場所と「介護者の性」「介護期間」「日中介護の程度」「夜間介護の程度」「主観的健康感」には3群間の分布において有意な差はみられなかった。

4. 介護者自身が最期を迎えたい場所とサービスの利用状況との関連 (表3)

「訪問入浴の利用あり」の場合、最期を迎えたい場所に「在宅」と回答した介護者は38.2%と最も多かった。「訪

問入浴の利用なし」の場合は、「わからない」と回答した介護者が41.6%であり、最も多かった。「短期入所の利用」の有無では、最期を迎えたい場所として「わからない」と回答した介護者が最も多く、「短期入所の利用あり」41.5%、「短期入所の利用なし」38.9%であった。介護者自身の最期を迎えたい場所と他のサービス利用には3群間の分布において有意な差はみられなかった。

5. 介護者自身が最期を迎えたい場所と介護に対する思いとの関連 (表4)

「療養者と過ごす楽しさを思う」場合では、最期を迎えたい場所として「在宅」と回答した介護者が36.2%と最も多く、「療養者と過ごす楽しさを思わない」場合では、「わ

表3 介護者自身が最期を迎えたい場所とサービスの利用状況との関連

n=375 単位:人 (%)

項目・カテゴリー	総数	介護者自身が最期を迎えたい場所			χ ² 検定
		在宅	わからない	病院・施設	
総数	375 (100.0)	109 (29.1)	149 (39.7)	117 (31.2)	
訪問介護					
あり	121 (100.0)	41 (33.9)	48 (39.7)	32 (26.4)	n.s.
なし	254 (100.0)	68 (26.8)	101 (39.8)	85 (33.5)	
訪問入浴					
あり	89 (100.0)	34 (38.2)	30 (33.7)	25 (28.1)	#
なし	286 (100.0)	75 (26.2)	119 (41.6)	92 (32.2)	
訪問リハビリ					
あり	99 (100.0)	30 (30.3)	41 (41.4)	28 (28.3)	n.s.
なし	276 (100.0)	79 (28.6)	108 (39.1)	89 (32.2)	
通所介護					
あり	173 (100.0)	42 (24.3)	75 (43.4)	56 (32.4)	n.s.
なし	202 (100.0)	67 (33.2)	74 (36.6)	61 (30.2)	
通所リハビリ					
あり	72 (100.0)	23 (31.9)	30 (41.7)	19 (26.4)	n.s.
なし	303 (100.0)	86 (28.4)	119 (39.3)	98 (32.3)	
短期入所					
あり	118 (100.0)	26 (22.0)	49 (41.5)	43 (36.4)	#
なし	257 (100.0)	83 (32.3)	100 (38.9)	74 (28.8)	
訪問診療					
あり	173 (100.0)	53 (30.6)	70 (40.5)	50 (28.9)	n.s.
なし	202 (100.0)	56 (27.7)	79 (39.1)	67 (33.2)	
訪問薬剤管理指導					
あり	9 (100.0)	2 (22.2)	4 (44.4)	3 (33.3)	n.s.
なし	366 (100.0)	107 (29.2)	145 (39.6)	114 (31.1)	
配食サービス					
あり	8 (100.0)	2 (25.0)	2 (25.0)	4 (50.0)	n.s.
なし	367 (100.0)	107 (29.2)	147 (40.1)	113 (30.8)	
住宅改修					
あり	58 (100.0)	18 (31.0)	17 (29.3)	23 (39.7)	n.s.
なし	316 (100.0)	91 (28.8)	132 (41.8)	93 (29.4)	
福祉用具					
あり	276 (100.0)	77 (27.9)	114 (41.3)	85 (30.8)	n.s.
なし	99 (100.0)	32 (32.3)	35 (35.4)	32 (32.3)	

[注] #: p<.1, n.s.: not significant

からない」と回答した介護者が43.4%と最も多かった。

「介護やりがい感」の有無では、最期を迎えたい場所として「わからない」と回答した介護者が最も多く、「介護やりがい感を思う」36.8%、「介護やりがい感を思わない」43.6%であった。介護者自身の最期を迎えたい場所と「将来への不安」「介護負担」には3群間の分布において有意な差はみられなかった。

6. 介護者自身が最期を迎えたい場所と訪問看護サービスの効果・満足との関連

介護者自身の最期を迎えたい場所と訪問看護サービスの効果および満足感には、3群間の分布において有意な差はみられなかった。

7. 介護者自身が最期を迎えたい場所の選択に関連する要因 (表5)

関連がみられた項目は、「在宅」に比べて「わからない」を選択した者では「介護協力者の有無」と「看取り体験の有無」の2項目であり、「病院・施設」を選択した者では「療養者の性」「介護協力者の有無」「看取り体験の有無」の3項目であった。

「介護協力者なし」の介護者の場合、最期を迎えたい場所として「在宅」に比べて「わからない」と回答した者のオッズ比は2.475 (95%信頼区間 [1.196, 5.128])であった。また、「在宅」に比べて、「病院・施設」と回答した者のオッズ比は2.646 (95%信頼区間 [1.250, 5.587])であった。

「看取り体験なし」の介護者の場合、「在宅」に比べて「わからない」と回答した者のオッズ比は2.198 (95%信頼

表4 介護者自身が最期を迎えたい場所と介護に対する思いとの関連

n=375 単位:人 (%)

項目・カテゴリー	総数	介護者自身が最期を迎えたい場所			χ ² 検定
		在宅	わからない	病院・施設	
	375 (100.0)	109 (29.1)	149 (39.7)	117 (31.2)	
将来への不安					
思う	203 (100.0)	64 (31.5)	75 (36.9)	64 (31.5)	n.s.
それ以外	172 (100.0)	45 (26.2)	74 (43.0)	53 (30.8)	
介護負担					
重度負担	135 (100.0)	37 (27.4)	52 (38.5)	46 (34.1)	n.s.
それ以外	240 (100.0)	72 (30.0)	97 (40.4)	71 (29.6)	
療養者と過ごす楽しさ					
思う	163 (100.0)	59 (36.2)	57 (35.0)	47 (28.8)	*
思わない	212 (100.0)	50 (23.6)	92 (43.4)	70 (33.0)	
介護やりがい感					
思う	212 (100.0)	75 (35.4)	78 (36.8)	59 (27.8)	**
思わない	163 (100.0)	34 (20.9)	71 (43.6)	58 (35.6)	

[注] *: p<.05, **: p<.01, n.s.: notsignificant

表5 介護者自身が最期を迎えたい場所の選択に関連する要因

n=375

項目	在宅に比べて「わからない」	オッズ比	95%信頼区間		p値	在宅に比べて「病院・施設」	オッズ比	95%信頼区間		p値
			下限	上限				下限	上限	
療養者の年齢	65歳未満 / 65歳以上	1.605	0.521	4.945	n.s.	65歳未満 / 65歳以上	0.804	0.229	2.826	n.s.
療養者の性	男 / 女	1.390	0.737	2.621	n.s.	男 / 女	2.133	1.079	4.217	*
訪問入浴の利用	なし / あり	0.611	0.328	1.138	n.s.	なし / あり	1.512	0.782	2.926	n.s.
短期入所の利用	なし / あり	1.211	0.661	2.217	n.s.	なし / あり	0.717	0.382	1.344	n.s.
介護者の年齢	65歳未満 / 65歳以上	1.250	0.583	2.676	n.s.	65歳未満 / 65歳以上	1.246	0.553	2.811	n.s.
介護者の続柄	子供 / 配偶者	0.463	0.165	1.299	n.s.	子供 / 配偶者	0.357	0.121	1.051	n.s.
	嫁 / 配偶者	1.007	0.430	2.355	n.s.	嫁 / 配偶者	0.571	0.233	1.403	n.s.
介護者の仕事の有無	なし / あり	0.779	0.416	1.456	n.s.	なし / あり	1.179	0.589	2.364	n.s.
介護協力者の有無	なし / あり	2.475	1.196	5.128	*	なし / あり	2.646	1.250	5.587	*
看取り体験の有無	なし / あり	2.198	1.263	4.000	*	なし / あり	3.484	1.764	6.849	***
療養者と過ごす楽しさ	思わない / 思う	1.655	0.927	2.954	n.s.	思わない / 思う	1.252	0.679	2.307	n.s.
介護やりがい感	思わない / 思う	1.268	0.695	2.314	n.s.	思わない / 思う	1.591	0.844	3.000	n.s.

[注] *: p<.05, ***: p<.001, n.s.: notsignificant
多項ロジスティック回帰分析 (強制投入法)

区間 [1.263, 4.000]) であった。また、「在宅」に比べて「病院・施設」と回答した者のオッズ比は3.484 (95%信頼区間 [1.764, 6.849]) であった。

「療養者が男性」を介護している介護者の場合、「在宅」に比べて「病院・施設」と回答した者のオッズ比は2.133 (95%信頼区間 [1.079, 4.217]) であった。

IV. 考 察

1. 介護者自身が最期を迎えたい場所

本研究では、介護者が望む最期の場所は、「在宅」と「病院・施設」がそれぞれ約3割、「わからない」が約4割だった。

厚生労働省が一般市民を対象に行った「終末期医療に関する調査」²⁰⁾では、最期の場所として「在宅」を希望する者が10.9%、「わからない」と回答した者は4.4%であった。質問の意味が異なるので単純に比較することはできないが、本研究の対象者は現在、介護を行っている者であったため、「在宅」を希望する者が多かったのではないかと考えられる。また、荒木ら²¹⁾が2005年に行った調査では、最期を迎えたい場所として45%の介護者が「在宅」と回答していた。2005年の調査では、最期を迎えたい場所の選択肢は「在宅」「病院・施設」しか設定されていなかった。そのため、本研究では「わからない」の選択肢を設けたことにより、「在宅」や「病院・施設」がよいと思っても迷いがある場合や返答に困り無回答とした者が「わからない」を選択した可能性がある。ゆえに、本研究では、「在宅」で最期を迎えたい者の割合が少なくなったと考えられる。

アルフォンス・デーケン²²⁾は、死への準備教育の必要性について述べている (1986)。また、宮崎²³⁾は「居住系施設における看取りのキーワードは覚悟である。いずれ死が訪れるなら、それまでの期間をどうやって過ごそうか、周囲の間は自己実現することを応援することが役割である」と述べている (2008)。今後、介護支援専門員やサービス提供者をはじめ介護にかかわるすべての人びとには、療養者のみの支援ではなく、介護者自身の死への準備として、介護者自身が介護体験のなかで、自分の人生をどう生き、どう死にたいか真剣に考え、話し合い、明確にして家族などに意思表示していく過程にもかかわることが求められるのではないかと考えられる。

2. 介護者自身が最期を迎えたい場所の選択に関連する要因

本研究では、介護者自身の最期を迎えたい場所として「在宅」に比べて、「わからない」を選択した者では、介護協力者がいない者、看取り体験のない者が多く、「病院・

施設」を選択した者では、療養者が男性、介護協力者がいない者、看取り体験のない者が多かった。

本研究では、まず、介護協力者がいることが在宅で最期を迎えたいと思えるための重要な要素であることが明らかとなった。上田²⁴⁾は「介護保険施行後においても家族の介護による疲労は依然高く、在宅介護が家族の介護力に依存している部分が多い。」(2004)、また、鷺尾²⁵⁾は「介護者の抑うつ割合は介護保険導入後5年を経過してもあまり改善されていない。」と報告しており (2005)、介護保険制度導入後の介護負担は軽減されていないと考えられる。本研究では、最期の場所の選択には、「介護負担」や「不安」との関連はみられず、介護協力者の存在との関連が強かった。

今後、ますます核家族化が進み、一人暮らしや夫婦世帯のみの家族構成が増加することが予想される。村松²⁶⁾は、「家族だから看護しなさい、一人ではいられないから施設に入るといのはいまの時代に合わない。空き家などを利用して仲間に住む助け合いの家を設け、近所の人や看護師、ボランティアがときどき訪れるような場があればいい」と提案している (2006)。このように、市民の意識が「与えられる医療・福祉」から脱却し、自分自身の最期をどのようにしていくかを考える意識の変化が必要である。また、介護者が自分自身で地域の資源を活用できるようなネットワークが整備され、介護協力者が確保しやすくなる地域づくりが必要であると考えられる。

これらのことをふまえて、介護サービスの使い勝手の検討や、家族や親族に介護協力者がいなくても、安心して在宅で最期を迎えたいと思えるような体制づくりが重要であると考えられる。

さらに、本研究では、看取り体験は在宅での最期を希望するための重要な要素であることが明らかとなった。看取りを経験した介護者は、介護負担も大きい^{27)~32)}が、満足感も高いこと^{33), 34)}から、看取りを経験することは介護者自身の死のあり方を考える重要な機会となったのではないかと考えられる。このことから、看取りの体験があれば介護者自身が在宅での看取りを選択する割合が多くなるということが示唆された。今後、家族の看取りの体験が充実するように支援することが必要であると考えられる。

そして、男性を介護している介護者の場合、介護者自身の最期を迎えたい場所に「病院・施設」を選択する者が多かった。男性を介護しているのは主に女性であり、妻・娘・嫁である。男性を介護している介護者は、「どちらともいえない」と迷うのではなく、明確に「病院・施設」を選択するのは、在宅で最期を迎えることの困難さを強く感じているためではないかと考えられる。また、本研究では、男性を介護している介護者に、冒頭で言及した厚生労働

働省³⁵⁾の調査の在宅での終末期療養は実現困難とした理由の「介護してくれる家族に負担がかかる」「症状が急変したときの対応が不安である」が関連しているとも考えられるが、今回の研究では明らかにできなかった。今後、男性を介護することが、なぜ、介護者自身の在宅での最期を迎えたいという意識を低くするのか、について検討することが必要である。

V. 結 論

介護者自身の最期を迎えたい場所は、約3割が「在宅」、約4割が「わからない」だった。介護体験により、「在宅」

を希望する者の割合が増えるが、「わからない」と迷う者の割合も増える可能性があることが示唆された。

「介護協力者がいないこと」「看取り体験のないこと」「療養者が男性であること」が、最期を迎えたい場所として「在宅」に比べ「わからない」や「病院・施設」を選択する要因になっていた。したがって介護者が、介護体験中から在宅での看取りの意識がもてるように支援していくこと、介護協力者がいなくても安心して在宅介護ができる体制の整備や、在宅での看取りについて理解を深める機会をもつための援助が重要であると考えられる。

なお、本研究は「日本興亜福祉財団ジェロントロジー研究助成」を受けて実施した。

要 旨

本研究は、介護を体験している者の最期を迎えたい場所の選択と関連する要因を明らかにし、よりよい支援のあり方について検討することを目的とした。2009年、A県内訪問看護ステーション利用者の介護者にアンケート調査を実施し、375人を分析対象とした。結果、最期を迎えたい場所は、「在宅」109人(29.1%)、「わからない」149人(39.7%)、「病院・施設」117人(31.2%)であった。「在宅」希望者に比べて「わからない」を選択した者では、介護協力者がいない者、看取り体験のない者が多く、「病院・施設」を選択した者では、療養者が男性、介護協力者がいない者、看取り体験のない者が多かった。したがって、介護者が介護体験中から在宅での看取りの意識をもつためには、介護協力者がいなくても安心して在宅介護ができる体制の整備や、在宅での看取りについて理解を深める機会を持つための支援が重要であると考えられる。

Abstract

This study aims to clarify the factors related to the choice of the place where a person giving nursing care wishes to die and to examine better ways of supporting such persons. In 2009, a questionnaire survey was performed among caregivers of patients who used a home-visit nursing station in prefecture A, and 375 caregivers were selected as the subjects of the study. In this survey, 109, 149, and 117 subjects answered “at home” (29.1%), “not sure” (39.7%), and “in hospital or facility” (31.2%) as their preferred place of death. In contrast to the subjects who answered “at home,” many subjects who answered “not sure” had no collaborator or no experience of terminal care at home. Moreover, many subjects who answered “in hospital or facility” had male patients and had no collaborator or no experience of terminal care at home. Therefore, to ensure that caregivers were aware of terminal care at home during their care experiences, a system by which home-visit nursing services can be easily pursued without collaborators should be established, and opportunities to increase the understanding of terminal care at home should be provided.

文 献

- 1) 厚生労働省：人口動態統計. 2009-09-04
<http://www.mhlw.go.jp/index.html>
- 2) 厚生労働省：第17回社会保障審議会医療保険部資料. 2006-08-20
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0729-9c.html>
- 3) 大道千秋：2008年度診療報酬改定の解説とポイント. 訪問看護と介護, 13(6), 464-465, 2008.
- 4) 秋山明子, 沼田久美子, ほか：在宅医療専門機関における在宅での高齢者の看取りを実現する要因に関する研究 — 療養者の遺族を対象とした調査による検討 —. 日老医誌, 44(6), 740-746, 2007.
- 5) 佐々木恵, 新井明日奈, ほか：要介護高齢者における死亡場所の希望と実際 — 訪問看護師による把握 —. 日本老年医学会雑誌, 45(6), 622-626, 2008.
- 6) 小林奈美：要介護者を看取り終えた介護者の感想とその満足に関連する要因の検討. 日本地域看護学会誌, 1(1), 30-31, 1998.
- 7) 樋口京子, 近藤克則, ほか：在宅療養高齢者の看取り場所の希望と「介護者の満足度」に関する要因の検討. 厚生指針, 48(13), 8-15, 2001.
- 8) 新城拓也, 伊藤しげ子, ほか：在宅死を支援するには. ホスピスケアと在宅ケア, 10(1), 33-36, 2002.
- 9) 張 恩敬, 濃沼信夫, ほか：在宅緩和ケアにおける介護負担に関する研究. 死の臨床, 26(1), 77-83, 2003.
- 10) 日野原重明, 紅林みつ子, ほか：在宅での看取りに不安のある家族への支援を考える. コミュニティケア, (2), 62-65, 2004.
- 11) 山口小百合, 柳原清子：在宅ケアにおける家族の「死の看取りのプロセス」. 新潟大学医学部保健学科紀要, 9(1), 45-56, 2008.

介護者自身が最期を迎えたい場所の選択に関連する要因

- 12) 石井和子, 安達悦子, ほか: 在宅で看取る介護者を支える精神的要因に関する調査. 癌と化学療法, 35, 48-50, 2008.
- 13) 荒木晴美, 新鞍真理子, ほか: 介護者が抱く病院・自宅での看取りのイメージ. 日本看護学会論文集 (地域看護), 37, 199-201, 2006.
- 14) 中村陽子, 人見裕江, ほか: 在宅死を可能にする要因 — 都市部・郡部の比較研究から —. ホスピスケアと在宅ケア, 10(3), 263-269, 2003.
- 15) 荒木晴美, 新鞍真理子, ほか: 介護者が自宅での看取りを希望することに関連する要因の検討. 富山大学看護学会誌, 7(2), 51-60, 2008.
- 16) 厚生労働省: 終末期医療のあり方に関する懇談会「終末期医療に関する調査」結果. 2010-10-28
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000vj79-att/2r9852000000vkcw.pdf>
- 17) 簇野脩一: 人はどのように死にたいか. 公衆衛生, 57(9), 604-609, 1993.
- 18) 前掲6).
- 19) 前掲7).
- 20) 前掲16).
- 21) 前掲15).
- 22) アルフォンス・デーケン: 死への準備教育. 1-62, メヂカルフレンド社, 東京, 1986.
- 23) 宮崎和加子: 居住系施設における看取り. 佐藤 智 (編): 在宅での看取りと緩和ケア. 240-255, 太洋社, 東京, 2008.
- 24) 上田照子: 介護保険制度下における在宅要介護高齢者の家族の介護負担. 流通科学大学論集, 人間・社会, 16(3), 175-180, 2004.
- 25) 鷺尾昌一, 荒井由美子, ほか: 介護保険導入後の介護負担と介護者の抑うつ. 臨床と研究, 82(8), 1366-1370, 2005.
- 26) 村松静子: 自分らしく生きその時は家で. 在宅ターミナルケアを考えるフォーラム, 2006.
- 27) 前掲8).
- 28) 前掲9).
- 29) 前掲10).
- 30) 前掲11).
- 31) 前掲12).
- 32) 前掲13).
- 33) 前掲6).
- 34) 前掲7).
- 35) 前掲16).

〔平成23年3月10日受 付〕
〔平成24年2月21日採用決定〕

大学附属病院の看護職における Sense of Coherence と 労働環境満足度・看護臨床能力との関連

Correlation between Sense of Coherence and Satisfaction and Work Environment and
Nursing Clinical Skills among Nurses at University Hospitals

眞 鍋 えみ子¹⁾ 小 松 光 代¹⁾ 和 泉 美 枝¹⁾ 倉ヶ市 絵美佳²⁾
Emiko Manabe Mitsuyo Komatsu Mie Izumi Emika Kuragaichi
橋 元 春 美³⁾ 北 島 謙 吾¹⁾ 岡 山 寧 子¹⁾
Harumi Hashimoto Kengo Kitajima Yasuko Okayama

キーワード：看護実践，臨床能力，SOC（Sense of Coherence），労働環境，看護師

Key Words：nursing practice, clinical skills, sense of coherence (SOC), work environment, nurse

I. はじめに

高度かつ専門的な知識・技術が要求される医療現場において、より対象の視点に立った質の高い看護を提供するためには、看護臨床能力を生涯にわたって発展させることが重要である。われわれは、平成21年度より文部科学省大学改革推進事業のなかの「看護職キャリアシステム構築プラン」の助成を受け、『循環型教育システムによる看護育成プラン』をスタートさせた。本プランでは、近接する大学附属病院に卒業生を輩出する教育機関の特性を生かし、看護基礎教育と卒後教育をリンクさせたシームレスな継続教育のシステム構築を目指している。このなかの課題の一つが、看護基礎教育卒業時およびジェネラリスト看護師の看護実践能力の向上である。

そこで、看護基礎教育卒業時の看護実践能力経験到達状況に影響する要因を検討したところ、臨地実習での経験に加え、内発的達成動機、不安・苦悩等の感情を言葉にして表現する接近型の情動的なストレス対処行動や情緒的支援ネットワークの影響を明らかにした^{1), 2)}。すなわち、看護実践能力の向上には時と場に応じて内側にある内的資源と外側の外的資源が柔軟に選択されることが重要、と考えられる。そこで、ストレス対処資源の原動力である Sense of Coherence（首尾一貫感覚；以下、SOC）に着目した。これは、生活や人生に存在するストレスやライフクライシスを成功的に処理し、人間の成長促進可能性を実現する個人あるいは集団の能力である。

労働者のSOCに関する研究では、SOCの高い労働者は

ど仕事上の疲労感が少ない、バーンアウトを起こしにくい、職務満足感が高い、抑うつや不安感が低い、欠勤が少ない等、精神健康を良好に維持しながら労働を継続できる³⁾といったSOCの直接効果が示されている。また、SOCの高い人ほど職場の良好な人間関係がストレスを軽減する傾向が高い、とその緩衝効果³⁾も報告されている。同じようなストレスに遭遇した場合もSOCの高低によって心身への影響が異なり、その効果はストレスの多い環境ほどSOCによる影響が顕著である⁴⁾。

次に、看護師を対象としたSOCに関する国内の研究では、バーンアウト^{5), 6)}、職務満足度⁷⁾、仕事ストレス^{8), 9)}、身体的・精神的健康¹⁰⁾との関連が明らかにされ、その予測因子としての有効性が示された。また、work-family conflict¹¹⁾との関連やSOCの高さへの関連を認められた要因として、婚姻、職位、仕事の自由裁量度などが報告¹²⁾されている。そして、新人看護師を対象とした1年間の縦断調査では、職場配属前のSOCが高い人は配属1年後の精神健康度が良好¹²⁾であり、SOCは健康状態予測に加え、個人の能力や特性を測定する概念であることが示された。

「7：1看護」が平成18年に開始され、その後の国立大学病院の看護労働の調査¹³⁾によると、看護師は極度の疲労、ストレス状態におかれていること、その原因は、長時間の実働超勤時間・始業前業務時間・終業後超勤時間・時間外会議超勤時間、短時間の昼間休憩時間・交替勤務があげられた。これは、看護体制導入前の調査と同様の結果であり、労働環境の変化は認められず、臨床現場は非常にストレスフルな状況が続いている。

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

2) 京都府立医科大学看護実践キャリア開発センター Career Development Center for Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine

3) 京都府立医科大学附属病院 Kyoto Prefectural University Hospital



図1 本研究のモデル

そこで本研究では、SOCの直接および緩衝効果や、それが個人の能力や特性を測定できる概念であること、ストレスの多い状況ほどに機能することに着目した。そして、SOCは労働環境満足度に直接的な効果を及ぼし、さらに看護臨床能力に影響すると推測し、これら3要因間の関連を検討した(図1)。

II. 研究方法

1. 対象者

近畿圏のA大学附属病院(以下A病院)に勤務する看護師657名であった。

2. 調査期間

平成22年3月～4月

3. 調査方法

所属単位ごとに看護師長から対象者にID番号の付記された封筒と質問票を配布し、記入後、封筒に入れ、回収箱への投函により回収した。

4. 調査内容

a. 属性

年齢、経験年数、教育背景、取得資格、職位

b. SOC^{14), 15)}

Antonovskyによって開発され、戸ヶ里ら¹⁶⁾によって日本語版の信頼性と妥当性を検証された『SOC-13日本語版』を用いた。

本尺度は、次の3下位尺度から構成されている。

①**有意味感**：将来直面する問題や困難のうち、少なくともいくつかは、エネルギーを投入するに値する挑戦になりうる感覚(4項目)

②**把握可能感**：将来直面することになる問題や困難を、ある程度予測することができる感覚(6項目)

③**処理可能感**：将来、人生の大事な場面で問題や困難に直面したとき、乗り越えるために必要な資源を自由に使える感覚、自分の直面する問題を何とか処理できるという感覚(3項目)

回答は7件法(1～7点)で求め、項目の素点の合計から下位尺度点を算出した。得点が高いほどストレス対処能力が高いことを示す。

c. 看護臨床能力

本研究では、看護臨床能力を看護実践能力、役割遂行能力、自己教育・研鑽能力の3つから構成されていると考え、三浦らにより開発された『教育ニードアセスメントツール-臨床看護師用-』¹⁷⁾と上田らにより開発の『看護実践の卓越性自己評価尺度-病棟看護師用-』¹⁸⁾により測定した。なお、両尺度の使用については尺度開発者の承諾を得た。

(1) 教育ニードアセスメントツール

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の教育の必要性を測定する尺度であり、内的整合性と再テスト法による信頼性および内容的妥当性と構成概念妥当性が検証され、7下位尺度、35項目から構成されている。下位尺度は以下のとおりである。

- ①成熟度の高い社会性を示しながら職業活動を展開する
- ②信念に従い目標達成に向けてその責務を全うする
- ③看護師・社会人として複数の役割を十分に果たす
- ④問題の本質を見極め、計画的に効率よく独創的な発想により目標の達成を目指す
- ⑤専門的な知識・技術を活用し、クライアントの個別性と人権に配慮しながらあらゆる事態に対処する
- ⑥看護職・病院・病棟全体の発展を考慮し、その機能の維持・向上に努める
- ⑦主体的に学習・研究を行い、看護専門職者としての発達を志向する

4段階(非常にあてはまる：1点～ほとんどあてはまらない：4点)で回答を求め、素点の合計から総得点(以下、教育ニード得点とする)を算出した。得点範囲は35～140点であり、得点が高くなるほど教育の必要性が高いこと、すなわち理想と現実との乖離が大きいこと示している。69点以下は「看護専門職者として望ましい状態」、70～97点は「平均的な状態」、98点以上は「相当な教育を要する状態」である。

(2) 看護実践卓越性自己評価尺度

個人の看護実践の質を査定できる尺度である。以下の7下位尺度(35項目)から構成される。

- ①連続的・効率的な情報の収集と活用
- ②臨床の場の特徴を反映した専門的知識・技術の活用
- ③患者・家族との関係の維持・発展につながるコミュニケーション
- ④職場環境・患者個々のもつ悪条件の克服
- ⑤現状に潜む問題の明確化と解決に向けた創造性の発揮
- ⑥患者の人格尊重と尊厳の厳守
- ⑦医療チームの一員としての複数役割発見と同時進行

5段階(ほとんどあてはまらない：1点～かなりあては

まる：5点）で回答を求め、各項目の素点の合計を看護実践卓越性得点（得点範囲35～175点）として算出した。得点が高くなるほど看護実践の質が高いことを意味し、141点以上は「看護実践の質が高く卓越している」、104～140点は「標準的」、103点以下は「低い」、と分類される。本尺度は、内的整合性による信頼性および内容的妥当性と構成概念妥当性が確認されている。

d. 労働環境満足度

労働環境や職務満足度を測定するために、本調査のために作成した。同僚・チーム内の他職種・上司との関係性、職務満足度、給与、休暇の取得、福利厚生、ワーク・ライフ・バランスの8項目で、回答は11段階（不満足：0～満足：10）である。

5. 倫理的配慮

対象者には書面で調査の目的・方法、データは調査の目的以外には使用しないこと、協力の有無により不利益は生じないこと、今後の縦断調査のためデータはID番号によって個人の特定は可能であるが、個人を特定されないかたちで結果を公表することを説明した。質問票には調査への協力および結果の公表に関する同意欄を設け、「同意する」へのチェックを付した被験者のデータのみを分析に用いた。

6. 分析方法

SOCと労働環境満足度の関連には、Pearson積率相関係数を算出した。看護実践能力の特徴では、教育ニード得点と看護実践卓越性得点を標準化した後、K-means法によるクラスタ分析を行った。SOC、労働環境満足度と看護臨床能力との関連では、所属クラスタを独立変数、SOC下位尺度点および労働環境満足度を従属変数として一元配置分散分析を行い、多重比較はBonferroni法を用いた。統計処理は“SPSS for Windows 17.0J”を使用し、統計的有意水準は5%とした。

Ⅲ. 結 果

615名（93.6%）より回答が得られた。調査への協力と結果の公表に関する同意の得られた回答は589（89.6%）であった。そのなかから、SOC下位尺度点および教育ニード得点と看護実践卓越性得点に欠損のない509名（77.4%）のデータを有効回答とし、分析対象とした。

1. 対象の背景

対象の平均年齢は34.9（SD=9.5）歳、女性495名（97.2%）、男性14名（2.8%）であった。臨床経験は平均13.2（SD=

9.7）年、A病院での経験は1～3年152名（30.0%）、4～10年103名（20.2%）、11～20年135名（26.5%）、21年以上117名（22.9%）であった。教育背景は専門・専修学校249名（48.9%）、大学148名（29.1%）であった。助産師27名（5.3%）、看護職以外の取得資格を有する者は27名（5.3%）でケアマネジャーが5名と最も多かった。職位では、看護師長と副看護師長以上56名（11.0%）であった（表1）。

家庭生活に関しては、配偶者あり117名（23.0%）、扶養児童あり133名（26.1%）であった。

表1 対象者の属性・特性

n = 509	
年齢（歳）	34.9±9.5
女性	495 (97.2)
男性	14 (2.8)
看護師経験年数（年）	13.2±9.7
1～3年	152 (30.0)
4～10年	103 (20.2)
11～20年	135 (26.5)
21年以上	117 (22.9)
回答なし	2 (0.4)

教育背景（人）	
専門・専修学校	249 (48.9)
短期大学	111 (21.8)
大学	148 (29.1)
大学院	1 (0.2)

職位（人）	
看護師長	29 (5.7)
副看護師長	27 (5.3)
職位なし	453 (89.0)
配偶者あり（人）	117 (23.0)
扶養児童あり（人）	133 (26.1)

SOC下位尺度点	
有意味感	17.4±2.3
把握可能感	24.2±4.6
処理可能感	13.6±2.3
教育ニード得点	76.6±14.7
看護実践卓越性得点	127.7±21.5

労働環境満足度	
同僚との関係性	6.7±2.3
他職種との関係性	6.2±2.1
上司との関係性	6.3±2.4
職務満足度	5.8±2.1
給与	5.2±2.4
休暇の取得	4.1±2.6
福利厚生	4.5±2.3
ワークライフバランス	4.3±2.3

[注] 数値は平均±標準偏差または人（%）である

2. SOC と労働環境満足度の関連

SOCの3下位尺度の平均は、「有意味感」17.4 (SD = 2.3), 「把握可能感」24.2 (SD = 4.6), 「処理可能感」13.6 (SD = 2.3) であった。竹内らの、母親および妻役割を果たす看護職138名 (平均年齢36.2歳, 経験年数12.5年) を対象とした調査結果 (平均値は順に18.6, 21.8, 16.3)¹⁹⁾ と比較すると、本調査対象者のほうが「把握可能感」は若干高く、「処理可能感」は低かった。

SOCと労働環境満足度の関連を明らかにするために、SOC下位尺度点と労働環境満足度のPearson積率相関係数を算出した (表2)。その結果、同僚との関係性、他職種との関係性、上司との関係性、職務満足度、ワーク・ライフ・バランスとSOCの「把握可能感」の間に弱い正の相関を確認した (相関係数は順に .29, .33, .27, .32, .28, ともに $p < .01$)。「有意味感」や「処理可能感」と労働環境満足度には相関関係は認められなかった。すなわち、日常生活や人生において自分の直面する出来事について理解や予測のできる人ほど、職場での人間関係や職務、仕事と家庭と両立に関する満足度が高いことが確認された。

3. SOC ・労働環境満足度と看護臨床能力との関連

a. 看護臨床能力の特徴

看護実践能力の特徴を明らかにするために、教育ニード得点と看護実践卓越性得点をもとにクラスタ分析を行った。結果、解釈可能な3つのクラスタが抽出された (図2)。第1クラスタ (136名, 26.7%) は、教育ニード得点は高く、看護実践卓越性得点は低いことから低看護臨床能力群 (以下、低群とする)、第2クラスタ (236名, 46.4%) は、教育ニード得点、看護実践卓越性得点ともに平均な平均看護臨床能力群 (平均群)、第3クラスタ (137

名, 26.9%) は、教育ニード得点は低く、看護実践卓越性得点は高いことから高看護臨床能力群 (高群) と考えられ、これら3つに分類が可能であった。3つのクラスタ別に平均年齢を算出したところ、低群32.3 (SD = 9.1), 平均群35.1 (SD = 9.6), 高群37.3 (SD = 9.5) 歳であった。

b. SOC と看護臨床能力の関連

両者の関連をみるために、3つのクラスタを独立変数、SOC下位尺度点を従属変数にして一元配置分散分析を行った。その結果を表3に示した。

ストレス対処能力の「把握可能感」において有意差 ($p < .01$) がみられ、多重比較の結果、低群の平均22.8, 平均群24.2, 高群25.7の順に有意に高得点を示した (すべて $p < .05$)。「有意味感」と「処理可能感」では有意差は認められなかった。

これらから、看護臨床能力の高い看護師ほど、直面した出来事や問題を把握したり予測したりできる力を兼ね備えていることが明らかにされた。

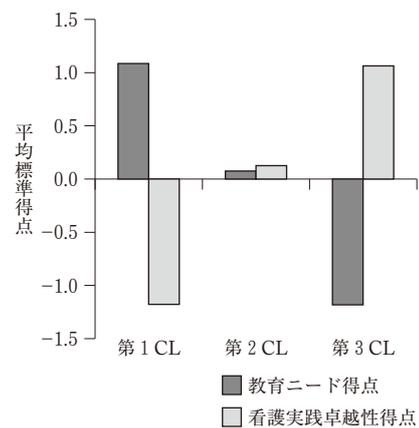


図2 看護臨床能力のクラスタパターン

表2 SOCと労働環境満足度の相関係数

	同僚との関係性	他職種との関係性	上司との関係性	職務満足度	給与	休暇の取得	福利厚生	ワークライフバランス
有意味感	-.062	-.024	-.091	-.075	-.019	-.039	-.051	-.052
把握可能感	.294 **	.331 **	.265 **	.317 **	.146 **	.097	.050	.278 **
処理可能感	.021	-.025	.083	-.046	.065	.104	.094	0.00

[注] **: $p < .01$

表3 SOCと看護臨床能力の関連

	低群 [n = 136]	平均群 [n = 236]	高群 [n = 137]	F値	多重比較
有意味感	17.2 (2.3)	17.5 (2.3)	17.5 (2.3)	0.76	
把握可能感	22.8 (4.3)	24.2 (4.4)	25.7 (4.8)	13.99 **	低 < 平均 * < 高 **
処理可能感	13.9 (2.2)	13.6 (2.4)	13.4 (2.4)	1.3	

[注] () 内は標準偏差. **: $p < .01$, * : $p < .05$

表 4 労働環境満足度と看護臨床能力の関連

	低群 [n = 136]	平均群 [n = 236]	高群 [n = 137]	F値	多重比較
同僚との関係性	6.5 (2.5)	6.5 (2.4)	7.1 (2.0)	2.93 †	
チーム内の他職種との関係性	6.0 (2.2)	6.0 (2.0)	6.9 (1.9)	9.57 **	低, 平均<高**
上司との関係性	6.0 (2.4)	6.1 (2.4)	6.9 (2.3)	5.98 *	低, 平均<高**
職務満足度	5.2 (2.2)	5.7 (2.0)	6.6 (2.1)	15.78 **	低, 平均<高**
給与	5.4 (2.3)	4.9 (2.5)	5.6 (2.3)	3.64 *	平均<高*
休暇の取得	4.3 (2.5)	3.9 (2.5)	4.2 (2.9)	1.09	
福利厚生	4.7 (2.2)	4.3 (2.3)	4.5 (2.4)	1.12	
ワークライフバランス	4.2 (2.0)	4.2 (2.3)	4.6 (2.4)	1.43	

[注] () 内は標準偏差. ** : $p < .01$, * : $p < .05$, † : $p < .10$

c. 労働環境満足度と看護臨床能力の関連

同様に、3つのクラスタを独立変数、労働環境満足度を従属変数として一元配置分散分析を行った(表4)。

その結果、チーム内他職種との関係性、上司との関係性、職務満足度、給与(順に、 $F=9.6, 6.0, 15.8, 3.6, p < .01, .05, .01, .05$)で有意差がみられた。多重比較を行ったところ、チーム内他職種との関係性では、低群6.0;平均群6.0;高群6.9というように、高群は低群や平均群に比べて有意に高得点であり($p < .01$)、低群と平均群は差を示さなかった。上司との関係性でも、低群6.0;平均群6.1;高群6.9と高群は低群や平均群に比べて有意に高得点であった($p < .01$)。職務満足度も同様に、低群5.2;平均群5.7;高群6.6と、高群は低群や平均群に比べて有意に高得点であった($p < .01$)。給与では、低群5.4;平均群4.9;高群5.6と、平均群に比べ高群のほうが有意に高得点である($p < .05$)が、低群と高群の差はなかった。その他、同僚との関係性、休暇の取得、福利厚生、ワーク・ライフ・バランスでは有意差は認められなかった。

これらから、看護実践能力の高い看護師ほど、仕事をすすめるうえでの同僚以外との人間関係も良好に構築でき、現在の職務や給与に対する満足度も高いことが明らかとなった。

IV. 考 察

大学病院の看護職509名を対象に、SOCと職場内の労働環境満足度、看護臨床能力との関連を検討した。結果、「把握可能感」である直面した出来事や問題の把握や予測できる人ほど、職場での人間関係や職務、仕事と家庭と両

立に関する満足度が高いこと、そして看護臨床能力も高いことが明らかとなった。さらに、労働環境満足度と看護臨床能力の関連が確認された。

「把握可能感」と職場での人間関係や職務、仕事と家庭と両立に関する満足度の関係については、SOCが高い人ほど職場や家庭でも他人の力を借りるのが上手で、周囲との良好な人間関係を築くことができ、その結果ストレスが軽減されると思われる。これはまさにSOCの緩衝効果を示していると考えられる。

SOCは、とくに乳幼児期から思春期にかけての家庭環境、成功体験を中心とする人生経験、思春期から成人初期における社会関係や職業が、重要な形成・発達要因としてあげられている²⁰⁾。すなわち、良好な環境下における人生経験を経て徐々に形成される。とくに、成人期における「把握可能感」の形成強化には、調和した物ごと、未知のことに関する満足のいく説明、秩序だったパターンの経験の反復が必要であり、職場の社会関係と仕事の保障が重要である²¹⁾。したがって、看護臨床能力の高い看護師において「把握可能感」が高かったのは、クラスタ別の平均年齢が示すように職場での専門職としてのキャリアの蓄積、さらには後続するスタッフの教育や看護組織を牽引する中心的な存在としての経験からも、相乗的に高められたと推察される。

このように、SOCと看護実践能力との関係が明らかにされたことは、SOCがバーンアウトの予防やメンタルヘルスの向上に寄与すること、病棟単位での問題や課題の解決にはその病棟における個々の看護師の質だけではなく、潜在的な対処能力が求められる²²⁾ことから、これらを向上させる職場環境の整備の必要性が示唆された。とくに

学生や新人が、看護師としての職業アイデンティティを形成していく時期において、価値観が共有でき集団帰属感を高められるような職場の関係性に加え、明確な規範や評価基準の整備が重要と思われる。

看護臨床能力と職務環境との関連では、医療チームでコミュニケーションを図り職務を遂行する看護師においては、人間関係構築における調整能力は看護実践能力の一部である、とも言える。そしてよい人間関係のもとでは、個人のもつ能力を十分に発揮できるというプラスの相乗効果が得られていると予測される。さらに、職務および給料の満足度は、能力を存分に発揮できているという充実感、そして正当な評価を受けているという認識から、さらなる能力向上意欲の高揚も期待できる。すなわち、看護実践能力には職場内の良好な人間関係や労働の対償性の保障の影響

が示唆され、それらが保障されてこそ現任教育や研修、経験により看護実践能力の向上が期待される、と考える。

最後に、本研究の限界として、一施設の大学病院の看護職を対象としており、本研究結果を大学病院や施設勤務の看護師全体のこととして一般化するには限界がある。そして、SOCや内発的動機づけなどの個人の内的要因を如何に向上させるか、その具体的な方略の検討は今後の課題である。

謝 辞

調査にご協力頂きました対象者の皆様に深謝いたします。なお、本研究は文部科学省平成21年度助成事業「看護職キャリアシステム構築プラン」による調査研究の一環として実施した。

要 旨

大学病院の看護職509名を対象にSense of Coherence (SOC) と職場内の労働環境満足度、看護臨床能力との関連を検討した。調査内容は、『SOC-13日本語版』(有意味感、把握可能感、処理可能感)、労働環境や職務満足度、看護臨床能力(『教育ニードアセスメントツール』と『卓越性自己評価尺度』)であり、自記式質問紙調査を行った。その結果、「把握可能感」と職場での人間関係、職務やワーク・ライフ・バランスに関する満足度との弱い正の相関が確認された。さらに看護臨床能力の高い看護師ほど「把握可能感」が高く、労働環境満足度も高かった。これらから看護臨床能力の向上には、価値観が共有でき集団帰属感を高められるような職場の関係性や労務対償性の保障に加え、明確な規範や評価基準が整備された環境での経験の蓄積の重要性が示唆された。

Abstract

A study was conducted of the correlation between sense of coherence (SOC) and satisfaction with the work environment in the workplace and nursing clinical skills targeted at 509 nurses employed at university hospitals. The contents of the survey consisted of the Japanese language version of SOC-13 (*meaningfulness, comprehensibility, manageability*), satisfaction with the work environment and duties, and nursing clinical skills (educational needs assessment tool and excellence self-evaluation scale), and the survey was conducted using a self-administered questionnaire. As a result, a weak positive correlation was observed between *comprehensibility* and personal relationships in the workplace as well as degree of satisfaction with duties and balance between work and personal life. Moreover, nurses having higher nursing clinical skills demonstrated higher *comprehensibility* as well as higher satisfaction with the work environment. Thus, in addition to assuring personal relationships in the workplace and proper compensation for work performance so as promote a shared sense of values and enhance the sense of belonging to a group, the accumulation of experience in an environment provided with well-defined norms and evaluation criteria was also suggested to be important for improving nursing clinical skills.

文 献

- 1) 小松光代, 和泉美枝, ほか: 看護学士課程卒業前のストレスコーピングと看護実践能力経験到達状況との関連. 日本看護研究学会雑誌, 33(3), 212, 2010.
- 2) 和泉美枝, 小松光代, ほか: 看護学士課程卒業前における看護実践能力経験到達状況(3) — 情緒的支援ネットワークとの関連 —. 日本看護学教育学会誌, 20(Jul), 196, 2010.
- 3) 竹内朋子, 戸々里泰典, ほか: 看護師のSOCと職場のあり方. 看護研究, 42(7), 517-526, 2009.
- 4) 戸々里泰典, 山崎喜比呂, 坂野淳子: ストレス対処SOC. 196-197, 有信社, 東京, 2008.
- 5) 尹 敏愛, 赤澤千春, ほか: ターミナルケアにかかわる看護師のバーンアウトとSOCとの関係について. 健康科学, 6, 9-14, 2010.
- 6) 枝さゆり, 辰巳有紀子, ほか: 救急看護師のSense of Coherenceとストレスのバーンアウトとの関連. 日本救急看護学会雑誌, 8(2), 32-42, 2007.
- 7) 久保陽子, 永松有紀, ほか: 精神科看護師職務満足度の影響要因検討 — ストレス対処行動と性格傾向による分析. 産業医科大学雑誌, 29(2), 169-181, 2007.
- 8) 大場美穂, 向井律子, ほか: 循環器内科・内科系HCUに勤務する看護師が抱えるストレスの分析. 第35回日本看護学会論文集 — 看護管理 —, 3-5, 2005.
- 9) 桑田 響, 森 明子: がん病院に勤務する看護師のSOCとス

- トレスの関連について. 第40回日本看護学会論文集 — 看護管理 —, 315-317, 2010.
- 10) 内海文子, 氏田美知子, ほか: 看護師長のQOLとその影響要因. *Quality of Life Journal*, 11(1), 91-98, 2010.
- 11) Takeuchi, T, Yamazaki, Y: Relationship between work-family conflict and a sense of coherence among Japanese registered nurses. *Japan Journal of Nursing Science*, 7(2), 158-168, 2010.
- 12) 前掲4), 205.
- 13) 全国大学高専教職員組合病院協議会: 国立大学病院の看護師は疲れきっている —「7:1看護」移行後の国立大学病院の看護労働の実態調査(2009年9月)結果. 2010-10-1. <http://zendaikyo.or.jp/katudou/byoin/2009-report-findings-2.pdf>
- 14) Antonovsky, A (山崎喜比呂, 吉井清子, 監訳): 健康の謎を解く — ストレス対処と健康保持のメカニズム. 有信堂高文社, 東京, 1987/2001.
- 15) 山崎喜比呂: ストレス対処力SOC (Sense of Coherence) の概念と定義. *看護研究*, 42(7), 478-490, 2009.
- 16) 戸々里泰典, 山崎喜比呂: 13項目5件法版Sense of Coherenceの信頼性と因子的妥当性の検討. *民族衛生*, 71(4), 168-182, 2005.
- 17) 三浦弘恵, 舟島なをみ: 教育ニードアセスメントツール — 臨床看護師用 — の開発. *千葉看護学会誌*, 11(1), 25-30, 2005.
- 18) 上田貴子, 亀岡智美, 舟島なをみ, ほか: 「看護実践の卓越性自己評価尺度 — 病棟看護師用 —」の開発過程に関連する研究. *看護教育学研究*, 14(1), 37-50, 2005.
- 19) 前掲3).
- 20) 戸々里泰典: 20~40歳の成人男女における健康保持・ストレス対処能力sense of coherenceの形成・規定にかかわる思春期及び成人期の社会的要因に関する研究. 東京大学社会科学研究所パネル調査プロジェクトディスカッションペーパーシリーズ, 5, 2008. http://ssjda.iss.u-tokyo.ac.jp/panel/dp/PanelDP_005togari.pdf
- 21) 前掲14), 132.
- 22) 戸々里泰典: 看護学領域におけるSOC研究の動向と課題. *看護研究*, 42(7), 491-503, 2008.

[平成23年10月11日受 付]
[平成24年2月29日採用決定]

半側空間無視を有する在宅脳卒中療養者の家族が 療養者の障害を意識化するプロセス

The Process of Awareness Development of Disability among Families Who Were Providing
Care for Patients with Unilateral Spatial Neglect following Cerebral Stroke

黒田 充里 古瀬 みどり¹⁾
Misato Kuroda Midori Furuse

キーワード：半側空間無視，脳卒中，在宅療養，適応

Key Words：unilateral spatial neglect, cerebral stroke, home care, adaptation

I. 緒 言

半側空間無視は、損傷大脳半球と反対側の刺激を無視する病態であり、患側にいる人に気づかない、患側の食事を食べ残す、患側の壁にぶつかるなどの症状を呈する高次脳機能障害の一つで、右大脳半球損傷に伴い生じることが多い^{1), 2)}。高次脳機能障害は脳卒中患者の約7割が有しており、種類別の頻度は、2005年に実施された全国調査の結果では失語症56.9%、注意障害29.8%、記憶障害26.2%、半側空間無視20.2%、遂行機能障害16.0%、失行症11.1%、半側身体失認5.9%である³⁾。脳卒中の後遺症のなかでも、運動機能障害に対しては社会資源の利用や介助用具の使用など、在宅療養生活における援助が確立されている^{4)~6)}。一方、高次脳機能障害は発現の機序も明らかになっておらず、社会支援も確立されていない^{1), 2), 7)}。

高次脳機能障害のなかでも左大脳半球損傷の症状である失語症に関する先行研究は多く、療養者を介護する家族の介護負担やコミュニケーションに関する研究が多くみられる。言語機能の回復はみられないものの、家族が療養者との日常生活のなかで言語以外のコミュニケーション方法を確立し、生活に適応していることが報告されている^{8), 9)}。しかし、右大脳半球損傷の症状を有する在宅療養者と家族についての先行研究は少ない。山岸らは、左大脳半球損傷者よりも、右大脳半球損傷者、なかでも半側空間無視を有する患者の配偶者は心理的不適応に陥りやすいことを示した。その要因として、右半球損傷者は病態失認に加え、半側空間無視をもっているために、患者の自己評価と実際の行動能力との間にかなりの差が生じ、家族は患者の反応に対して「あてにならない」「口先ばかり」といったマイナスの評価を下すことになると指摘している¹⁰⁾。半側空間無視を有する患者の機能的予後については、半側空間無視は

発症直後から慢性期においても日常生活活動、セルフケア能力、リハビリテーションへのリスク因子であることが示唆されているが^{11)~15)}、対象のほとんどが入院患者であり、在宅療養者における生活への影響や家族の対応は明らかにされていない。

脳卒中患者の急性期病院入院から2週間後の転機は、自宅退院が約14%であり、その他は長期入院によるリハビリテーションを有する¹⁶⁾。高次脳機能障害については臨床的に解明されていない点も多く、医師にも具体的な診断や予後予測は困難であり、長期にわたる入院期間中にも、患者や家族に対して高次脳機能障害に関する十分な病状説明は行われていない¹⁷⁾。また、左半側空間無視を有する療養者が在宅生活を営む際に具体的に何が生じるのか、無視という症状以外に家族は具体的に何に困るのかについて臨床家が十分に把握していないことから、患者の退院時に臨床家が行う症状説明と家族が体験する生活上の困りごととの間には大きなギャップが生じている^{18), 19)}。また、半側空間無視に対して看護師は、無視側からの刺激づけを行い、認識を促進することや、移動時は転倒や外傷予防のために左側に付き添うことなど、入院中のかかわりについて報告はされているが^{20), 21)}、退院時の指導や退院に向けた援助についての報告はない。

以上より、半側空間無視を有する在宅脳卒中療養者の家族が療養者の障害に気づき適切な援助を見出す過程には運動機能障害や失語症とは異なる特徴があるのではないかと考えた。半側空間無視という症状を家族が日常生活のなかでどのように障害として意識化し援助への糸口を見出すのか、そのプロセスを明らかにすることは、入院中から在宅療養生活を見据えた具体的な患者や家族指導の方法の示唆が得られると思われる。

そこで本研究は、半側空間無視を有する在宅脳卒中療養

1) 山形大学医学部看護学科 School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine

者の家族が療養者の障害を意識化するプロセスを明らかにすることを目的とする。

II. 研究方法

1. 対象者

対象者は、A施設を退院し、リハビリテーション科外来に現在通院している、あるいは過去に通院していた在宅療養者の家族で、医師より半側空間無視ありと診断を受けている右半球損傷の脳卒中療養者10名の主介護者である。療養者と同居しており、療養者の発症当時から現在の状況について会話が可能なもの、また療養者が同名半盲、認知症を有していないものを条件とした。

本研究は、半側空間無視という症状を家族が日常生活のなかでどのように障害として意識化し援助への糸口を見出すのかに焦点を当てているため、条件に該当する多くの対象者から、これまでの療養生活について語ってもらうことが重要と考えた。そのため、対象者の性別、年齢、続柄は限定していない。対象者と療養者の関係は、妻6名、夫2名、娘1名、息子1名、在宅療養期間は6か月から1年未満が4名、1年から3年未満が4名、3年以上が2名であった。療養者の脳卒中の内訳は、脳出血8名、脳梗塞1名、くも膜下出血1名であり、年齢は50代が2名、60代が6名、70代が2名、性別は男性が6名、女性が4名であった。入院期間は6か月から9か月であった。退院時の要介護度は、要支援が1名、要介護1が1名、要介護2が3名、要介護3が4名、要介護4が1名であった。退院時の療養者の麻痺の程度は、Dejong分類²²⁾で左上肢3（お腹まで上肢をもっていける）が8名、4（挙上できるがゆっくり落ちる）が2名、左下肢3（膝立て保持ができる）が6名、4（挙上できるがゆっくり落ちる）が4名であった。

A施設は病床数308床であり、日本リハビリテーション医学会認定基準に合格した研修施設となっており、神経・筋疾患、呼吸器疾患、重症心身障害者、脳卒中リハビリテーションを中心に診療している。また、高次脳機能障害の専門の相談窓口となる高次脳機能障害者支援センターが平成20年12月に設置されており、B県内における高次脳機能障害の拠点病院である。

2. 対象者抽出および調査の手続き

A施設長と診療科長に、書面および口頭にて調査の主旨、内容、方法を説明し、協力依頼を行った。上記条件に該当する療養者の家族を主治医より紹介してもらい、研究参加に同意が得られた対象者に面接調査を実施した。調査は対象者の都合に合わせて実施し、療養者も面接調査への同席を希望した場合は同席のもと実施した。また自宅での

面接を希望した場合は、自宅訪問にて調査を行った。面接時間は60分程度とした。

3. 調査期間

平成21年5月から同年12月

4. データ収集方法

半構成的面接法²³⁾による調査を行った。会話の内容は対象者の同意を得てICレコーダに録音した。面接内容は、退院後の療養者の様子と療養者へのかかわりについてであり、主として以下の3項目について尋ねた。また、“半側空間無視”という用語を知らない対象者には、半側空間無視症状の有無を尋ねてから面接を実施した。

- ・脳卒中発症当時から現在までの生活状況
- ・半側空間無視による障害の具体例
- ・半側空間無視による療養者の行動に対してどのように対処してきたか

なお、療養者の疾患および治療経過は診療録を閲覧し、情報を得た。調査の日時や場所は対象者の都合をうかがい調整し、面接場所はプライバシーが保護される施設内の面談室や個室を利用した。面接を始める前に、会話の内容を録音することについて説明し、同意が得られた場合のみICレコーダに会話の内容を録音した。

5名分の面接データを収集した時点で、集まったデータ内で理論的サンプリングを行った。生成しつつある概念と収集中のデータ、あるいは今後収集する予定のデータを比較し、どの部分のデータが不足しているか検討し、データ収集を継続した。

5. 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 (Modified Grounded Theory Approach: M-GTA) に基づき実施した^{24), 25)}。M-GTAは、研究対象がプロセス的特徴をもつ研究に適しており、研究テーマによって限定された範囲内において説明力にすぐれた理論を生成し、実践への活用を促すといった特徴をもつ。半側空間無視を有する在宅脳卒中療養者の家族が療養者との生活のなかで障害を意識化する過程には、療養者のみならず、その他の家族、療養者や家族を取り巻く医療者など、さまざまな人との相互作用を通じたプロセス的要素がある。そのため、本研究にはM-GTAが分析に適していると判断した。

M-GTAでは分析テーマと分析焦点者を設定する。分析テーマの設定とは、データに密着した分析を行うために研究テーマをGrounded on dataの分析がしやすいところまで絞り込むことである。本研究では『家族が半側空間無視にどのように気づき療養者にかかわっているか』とした。次

に、分析焦点者とは分析結果の中心となる人間のことであり、データを解釈するときに、その人間からみればこれはどういう意味になるのかという観点で考えていくことになる。本研究の分析焦点者は『半側空間無視を有する療養者の主介護者』である。

具体的な分析手順は次のとおりである。

- ・まず5名分のデータ収集を行い、その逐語録のなかから最も内容の豊富なデータを選び出し、そのデータから分析を開始した。分析テーマに照らして、家族の半側空間無視に対する気づきとその対応に関係のありそうな部分²⁶⁾に着眼し、分析の最小単位である概念を生成した。分析過程の記述にはワークシートを使用し、概念、概念の定義、概念生成のための生データであるヴァリエーション、理論的メモを記載していった。そのなかで生じた疑問、関心、解釈、概念候補、概念に関連する内容は理論的メモに記載した。
- ・継続的比較分析を行い、概念名や定義は追加されるヴァリエーションとの関係で的確に表現されるよう補足修正、または削除し、新たな概念生成を行った。
- ・10個程度の概念生成ができたところで、新たな概念生成と平行し、概念同士のまとまりであるカテゴリーを生成した。
- ・これまでの分析のなかで生じた疑問、関心を解消するためにデータ収集を追加し、半側空間無視による障害のより詳細な具体例を対象者から引き出すことに努めた。
- ・10名分の分析を終えたところで、新たな概念生成はされず、半側空間無視を有する在宅脳卒中療養者の家族が療養者の障害を意識化するプロセスを説明するための結果図が完成したため、飽和化したと判断し、分析終了とした。

6. 真実性の確保

質的研究の真実性を研究者がチェックし立証するための方法に、「専門家による検討」「反対の事例あるいは代わりの解釈を探す」「決定に至るあしあと」「濃密な記述」「振り返り」がある²³⁾。

本研究において、「専門家による検討」については、半側空間無視症状の解釈を高次脳機能障害専門医によるスーパービジョンを得た。また、医療依存度の高い在宅療養者の家族ケアを専門とする大学教員らと協議を繰り返し、分析視点の明確化と解釈・定義・概念名がデータに密着しているか検討した。

「反対の事例あるいは代わりの解釈を探す」については、データの解釈が恣意的に進まないように、他のデータとの類似、対極の視点で継続的比較分析を行った。

「決定に至るあしあと」「濃密な記述」「振り返り」につ

いては、概念生成の段階で気づいたこと、疑問、概念修正の理由等は分析ワークシートの理論的メモに残しながら進めた。また、解釈、定義、概念名がデータに密着しているかの検討と振り返りの作業を、繰り返し重ねた。

7. 倫理的配慮

本研究は、山形大学医学部倫理委員会ならびにA施設倫理委員会による倫理審査を受け承認を得た。対象者には書面と口頭にて研究の趣旨および内容について説明し、研究参加に同意する場合は同意書に署名を得た。研究への参加は対象者の自由意志によるもので、研究参加の拒否や途中辞退も可能であること、質問に対し答えたくないことは答えなくてもよいこと、また拒否によって診療上、何ら不利益を生じないことを説明した。得られたデータは、研究者のみが取り扱い、その他の者が目にすることはないように厳重に保管し、本研究以外で使用することはないことを説明した。また、研究結果を学会および論文等で発表する際は、個人および施設が特定されないよう匿名化することを説明した。

Ⅲ. 結 果

1. ストーリーライン

半側空間無視を有する在宅脳卒中療養者10名の主介護者の面接データを分析した結果、3つのカテゴリーと10の概念が生成された。分析の最小単位である概念は〈 〉で示し、概念から構成されるカテゴリーは【 】で示す。結果を文章化した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。

半側空間無視を有する在宅脳卒中療養者の家族が療養者の障害を意識化するプロセスには、〈“軽い”障害〉〈家族には理解できない不思議な言動〉〈“まひ”との誤解〉からなる【障害への認識】、〈障害の改善に気づく〉〈障害を発見する〉〈医療者の説明と一致させる〉からなる【障害の意識化】、〈試行錯誤のケア〉〈障害への気づかい〉と半側空間無視による障害だと気づかずに援助している〈悪循環を生む手助け〉からなる【障害への対応】、〈性格変化へのとまどい〉があった。

家族は療養者の半側空間無視を〈家族には理解できない不思議な言動〉としてとらえていた。これが〈医療者の説明と一致させる〉こと、在宅療養生活での〈障害を発見する〉ことに影響し〈試行錯誤のケア〉を促進していた。家族は〈試行錯誤のケア〉を行う中で〈障害の改善に気づき〉が得られ、【障害への対応】の仕方が〈障害への気づかい〉へと変化していた。また【障害への対応】を〈障害への気づかい〉をすることとしている家族は、半側空間無

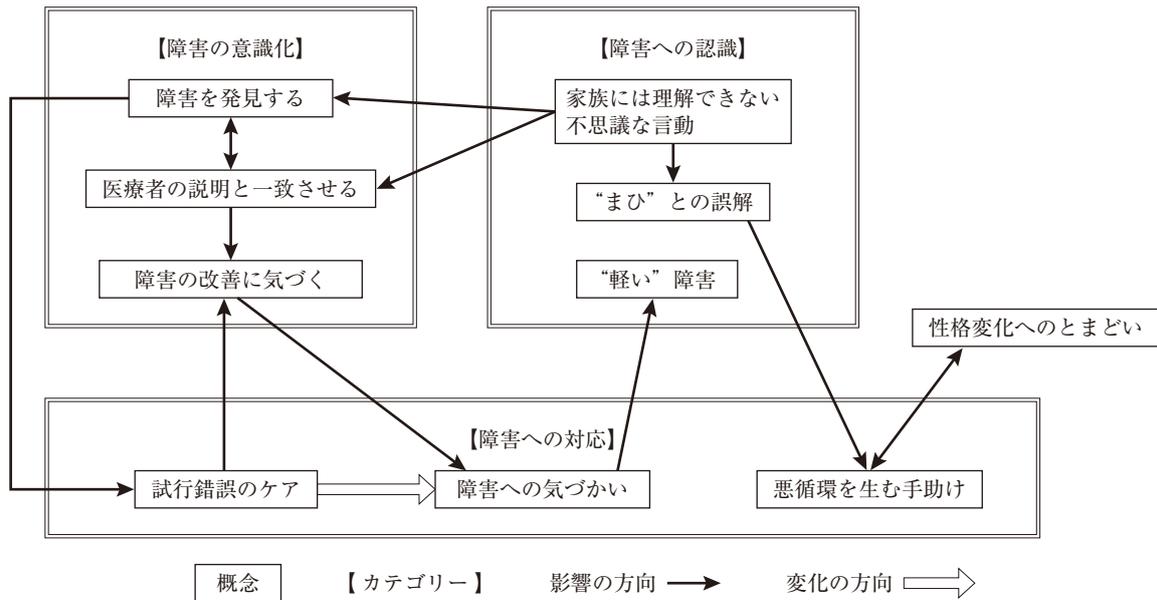


図1 結果図（半側空間無視を有する在宅脳卒中療養者の家族が療養者の障害を意識化するプロセス）

視を〈“軽い”障害〉ととらえていた。

しかし、半側空間無視は〈家族には理解できない不思議な言動〉ととらえられているように、障害を〈医療者の説明と一致させ〉たり〈障害を発見する〉ことができなかつた場合、半側空間無視は不思議な言動という認識に留まっていた。一方、右半球損傷患者に出現する特有の症状である〈性格変化にとまどう〉家族は、〈悪循環を生む手助け〉を行い戸惑いを助長させていた。

2. 各カテゴリーと概念

a. 障害への認識カテゴリー

このカテゴリーは、半側空間無視に対する家族のとらえ方で、無視の症状出現を明確な機能障害ととらえているものと、症状の認識に留まっているもの、また他の障害と誤解しているものがあつた。〈“軽い”障害〉〈家族には理解できない不思議な言動〉〈“まひ”との誤解〉の3つの概念からなる。

〈“軽い”障害〉は、家族が半側空間無視は運動機能障害や失語症といった他の脳卒中後遺症と比べて軽いととらえていること、と定義した。この概念名は対象者の言動をそのまま引用する in vivo 概念である。

「うちは軽いからね。他の人はね、寝たきりになつたり、言葉しゃべれなくなつたりね。だから、うちはよかつたと思つて、歩けるんだから」

「左側を意識するのが難しくなつていてるだけで。困るほどの後遺症つていうのはなかつたもんだから」

〈家族には理解できない不思議な言動〉は、家族が療養者の異常を認識しているが、それが半側空間無視によるものだとはわかつておらず、患者がどうしてこのような言動

をとるのか理解できず不思議な言動ととらえること、と定義した。

「左側がみな悪くなつたつて言うの。病気してから。こぼしたりしてもわかんないし、よだれ出てくるんだけど、垂れてくるのもわかんないんだつて」

「あと一口だつていうとき、もう左手に持つてること忘れるんだね。茶碗落とすの。いつも最後のほうになるとだもんね。持つててことを忘れるんだと思うんだな」
 〈“まひ”との誤解〉は、半側空間無視による障害を半側空間無視ではなく、運動機能障害である片麻痺としてとらえていること、と定義した。この概念名は対象者の言動をそのまま引用する in vivo 概念である。

「左側にぶつかつたりしますけど、それはね、手足が弱いせいからかなと思つてた」

「後ろ向くときに左側あんまり振り向かないなあと思つてただけど。本人は左肩痛いからだつて。左の手足がまひして動かないから、それで向きにくいつていうか、痛くなつたりしてゐるのかなつて」

「(更衣動作) 左手動かないから、左手通すのすんごく時間かかるよね」

b. 障害の意識化カテゴリー

意識化カテゴリーは、家族が半側空間無視による障害をどのように意識しているか、である。家族による半側空間無視意識の仕方には、〈障害の改善に気づく〉〈障害を発見する〉〈医療者の説明と一致させる〉の3つの概念が認められた。

〈障害の改善に気づく〉は、入院中にみられていた障害が在宅療養生活の経過のなかで改善していることに気づくこと、と定義した。

「最初は（歩いていると左側に）ぶつかったりしてましたけど、でも最近……そんなにぶつかることもないよね」

「入院中は体がいつも左側に傾いてたよね。……（略）……本人に言っても斜めになってるのわからなくてね。いまは気にするほどでもないんだけど」

〈障害を発見する〉は、在宅療養生活開始後、半側空間無視による障害が身近な日常生活動作のなかに現れ、家族が半側空間無視を新たな障害と認識すること、と定義した。

「（食事のときに左側を食べ残すこと）気になったのはやっぱり家に帰ってきてからかな。見えないんだろうなと思った」

「電話が前みたいにかけれなくなった。ボタン探すのに時間かかる」

〈医療者の説明と一致させる〉は、家族が感じていた障害が医療者の障害の説明と一致したことで、半側空間無視による障害に家族が気づくこと、と定義した。

「リハビリの先生に言われて、行動を見てたらやっぱりそうなのかなって。何回トイレにいっても場所がわからなくなるんだね。普通1、2回行けばわかるでしょ」

「左のほう食べ残したりしますね。眼底出血もしたので、眼科の先生にもみてもらってたんですけど、そのときに（半側空間無視と）言われたような気がします」

c. 障害への対応力カテゴリー

このカテゴリーは家族の介護行動を示すもので、半側空間無視の障害を家族が意識化し援助している〈試行錯誤のケア〉〈障害への気づかい〉と半側空間無視による障害だと気づかずに援助している〈悪循環を生む手助け〉という概念からなる。

〈試行錯誤のケア〉は、家族が半側空間無視による障害に対し、経験や失敗を重ねながら、援助方法を習得すること、と定義した。

「左側のものにぶつかったりするから、自分の後ろついてくるようになってゆっくり前を歩いてただけ。そしたら閉まってきた自動ドアに左側の顔バーンってぶつかけちゃって。これじゃだめだと思って、いま一緒に歩くときは、むしろ後ろを危なくないようにいつたり、左側を手で押さえて歩くようにしてます」

〈障害への気づかい〉は、家族が半側空間無視による障害の内容を理解しており、その対処方法を見出し、あたり前のこととして在宅療養生活のなかで実践していること、と定義した。

「（左側に食事が）残ってたりすると、もう食べないの？って一応声はかけて。それで、食べるようだと、こう見えるところに、前に置いたりして。それくらいですかねえ」

「左のものにぶつかったり、ひっかかったりしないように、出かけるときは私たちも注意してます」

〈悪循環を生む手助け〉は、家族が半側空間無視による障害だと気づかずに援助し、本人ができる行動を阻害することや、日常生活への適応を妨げていること、と定義した。この援助を行うとき、家族は負担、面倒くさいといったマイナスな感情を抱いていた。

「一人でもできないんだと思うんですよ。できないんです、本当は。練習したもんね。でもやっぱり、面倒くさくなって。こっちもああってしちゃうから。だって、時間はかかるでしょう。後ろ間違ったりするし。だとかえって時間かかるから」

「（左側の壁にぶつかり退院直後に転倒経験あり）かえって歩き回ったり転ぶと思って。最初はあまり動かなかったのよね、本人も危ないからって。ほとんど家に戻ってきててもベッドですっとラジオ低くして寝てたから。俺らも本人が動きたくないみたいだからいいかなと思って」

d. 〈性格変化へのとまどい〉

この概念は、療養者の病前・病後の性格変化が家族にとって困りごと、とまどいの要因になっていること、と定義した。

「自分でできるって。何でも自分でしたがるんだけど、こっちとしてはかえって危なくてね。なんか頑固になっちゃって」

「前はね、ゴルフしたり、旅行に行ったり、何でもする人だったんです。いまは、できないっていうのもあるんだと思うんですけどね。何にもしないんです。やる気がないっていうか。何でもやる気になってもらえるといいなと思ってんですけど」

IV. 考 察

1. 家族が半側空間無視を意識化する重要性

家族は、療養者の半側空間無視を〈家族には理解できない不思議な言動〉としてとらえていた。これが〈医療者の説明と一致させる〉こと、在宅療養生活での〈障害を発見する〉ことに影響し〈試行錯誤のケア〉を促進していた。

安東らは、無視に気づいていない患者や無視を否認する患者を治療することが半側空間無視のリハビリテーションと述べていることから²⁷⁾、半側空間無視を有する患者にとって障害の意識化は重要であることがわかる。

本研究では対象が患者本人ではなく、その家族であり、家族の半側空間無視による障害への気づきが【障害への対応】へつながっていた。そのため、家族においてもまずは半側空間無視に気づくことが重要であると示された。家族

が半側空間無視に気づいているかどうかは在宅療養生活の安定化につながる鍵となっていることは、運動機能障害や失語症など明確な障害が見える脳卒中患者の家族^{28), 29)}の場合とは明らかに異なる点であった。

また、半側空間無視患者は病態失認をあわせてもっていることが多く^{30), 31)}、本人の意識化を促すことは困難である。実際のリハビリテーションの場においても、左側に注意が向かず「左側を向きなさい」と言っても患者は執拗だと思っただけであり、「左側を見落とした」と指摘されても認識できないと言われている¹⁾。よって、家族が障害を【意識化】し、日常生活のなかで対応できるような援助をしていくことが、本人の障害の意識化を促すアプローチとして重要と考える。

2. 家族が【障害への対応】に至るまでのプロセスと対応の方法

家族が半側空間無視を意識化できた場合、【障害への対応】へとつながるが、意識化できなかった場合、家族は半側空間無視を不思議な言動であると認識するに留まり、〈悪循環を生む手助け〉を行っていた。半側空間無視は、〈家族には理解できない不思議な言動〉ととらえられているように、正確な知識がないかぎり、一般人には理解しがたい病態である。また、半側空間無視による障害を麻痺と誤解する家族は、本人のできる行動を援助したり、日常生活への対応を阻む〈悪循環を生む手助け〉を行っていた。運動障害や失語症などの合併がある場合、半側空間無視による障害を見逃しやすいことが指摘されていることから³⁰⁾、半側空間無視による障害があっても、家族が障害を知らなかったり、気づけなかった場合、単なる運動機能障害としてとらえるのも当然と考える。

また、人格変化や意欲低下、記憶障害、病識や状態認識の悪さ、情動的側面の無理解などの心理学的障害が、半側空間無視のある患者の家族の負担感を高めている、と指摘されている^{18), 32), 33)}。家族は、これらの右大脳半球損傷患者に出現する特有の精神症状へと目が向くあまり、半側空間無視の障害に気づきにくい場合もあり、〈性格変化へのとまどい〉が〈悪循環を生む手助け〉へと影響していたと考える。

半側空間無視を意識化した家族のなかには、障害を“軽い障害”としてとらえているものがあり、この認識は【障害への対応】に影響していた。家族が在宅療養生活で見出した援助方法は、必ずしも労力を要するものではなく、療養者の欠けた認識を補うという〈障害への気づかい〉として、日常生活のなかで自然に行われていることがわかった。つまり、半側空間無視に対する家族の援助は、負担を伴う介護行為というよりも、患者の日常生活行動時に

ちょっと手を差し伸べる、というものであった。

3. 家族による【障害への意識化】を促す医療者の援助

〈医療者の説明と一致させる〉が家族の半側空間無視の意識化につながっていたことから、医療者からの情報提供は重要であることがわかる。しかし先行研究では、半側空間無視に関する医療者の説明と家族が体験する実生活上の困りごとには大きなギャップが生じている、と指摘している¹⁸⁾。本研究においても、入院中と在宅療養生活では生活環境の変化や日常生活動作の拡大によって出現する障害が異なり、在宅療養生活のなかで新たに〈障害を発見すること〉として、家族が半側空間無視を意識化していた。また【障害への対応】においても、在宅療養生活での経験、失敗を重ねながら援助方法を見出す〈試行錯誤のケア〉がみられた。よって、入院中から具体的な援助方法の指導、障害の説明が重要であり、入院中と在宅療養生活でみられる障害の差異を考慮した説明内容でなければならぬことが示唆された。そのために看護師は、無視側からの刺激づけ、認識を促進させる声かけ、左側に付き添う援助といった、これまでの本人に対する援助に加え、家族の意識化が重要であることを認識し、家族が半側空間無視症状と運動機能障害とを誤解しないような説明、在宅での生活を考慮した具体的な援助方法の指導とともに、半側空間無視に対する援助は本人の認識を補う声かけから行えることを理解してもらい負担感の軽減をはかる、といった家族への援助も重要である。また、右大脳半球損傷者にみられる特有な精神症状も考慮し、家族の理解を得ながら、在宅療養生活にむけた継続的な指導を行うことも必要となる。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、半側空間無視を有する在宅脳卒中療養者の家族による障害の意識化という限定した範囲でのみ説明力をもつ、方法論的限定性がある。

在宅脳卒中療養者のなかでも半側空間無視を有する療養者への対応は明らかにされておらず、今回は半側空間無視を有する在宅療養者の家族による障害の意識化に限定したことにより、他の脳卒中後遺症をもつ療養者への対応との相違点を明確にできた。また、家族による障害への対応に至るまでのプロセスを分析することで、家族がどのように援助の糸口を見出しているかも明らかにできた点に意義がある。

しかしながら、半側空間無視を有する在宅療養者のなかには、少数ながらも後遺症として運動機能障害がないものもあり、その場合、家族の意識化のプロセスに何らかの相違があることが予想される。今回対象とした在宅療養者は、

入院時において全員が運動機能障害を有していた。したがって、今後は調査のフィールドを広げ、運動機能障害のない半側空間無視を有する療養者の家族に対しても調査を実施し、得られたデータを比較分析することが課題となる。

VI. 結 論

1. 半側空間無視を有する在宅脳卒中療養者の家族が療養者の障害を意識化するプロセスには、〈“軽い”障害〉〈家族には理解できない不思議な言動〉〈“まひ”との誤解〉からなる【障害への認識】、〈障害の改善に気づく〉〈障害を発見する〉〈医療者の説明と一致させる〉からなる【障害の意識化】、〈試行錯誤のケア〉〈障害への気づかい〉と半側空間無視による障害だと気づかずに援助している〈悪循環を生む手助け〉からなる【障害への対応】があった。
2. 家族は半側空間無視を〈家族には理解できない不思議

な言動〉ととらえており、〈医療者の説明と一致させる〉【障害の意識化】により【障害への対応】を行っていた。療養者の言動をおかしいと感じても〈医療者の説明と一致させる〉〈障害に気づく〉ことができない場合は、半側空間無視を〈“まひ”と誤解〉し、〈悪循環を生む手助け〉を行っていた。

3. 〈試行錯誤のケア〉を行うなかで〈障害の改善に気づき〉が得られた家族は、【障害への対応】の仕方が〈障害への気づかい〉へと変化していた。また【障害への対応】として〈障害への気づかい〉を行っている家族は、半側空間無視を〈“軽い”障害〉ととらえていた。

謝 辞

本研究に快く参加・ご協力いただきました対象者の皆様、また調査機関のスタッフの皆様にご心より感謝申し上げます。また、ご指導いただきました山形大学医学部附属病院高次脳機能科講師丹治和世先生にご心より感謝申し上げます。

要 旨

本研究は、半側空間無視を有する在宅脳卒中療養者の家族が療養者の障害を意識化するプロセスを明らかにすることを目的とする。半側空間無視を有する脳卒中療養者10名の主介護者を対象に半構成的面接法による調査を行い、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチにて分析を実施した。その結果、家族による障害の意識化のプロセスには、〈“軽い”障害〉〈家族には理解できない不思議な言動〉〈“まひ”との誤解〉からなる【障害への認識】、〈障害の改善に気づく〉〈障害を発見する〉〈医療者の説明と一致させる〉からなる【障害の意識化】、〈試行錯誤のケア〉〈障害への気づかい〉と半側空間無視による障害だと気づかずに援助している〈悪循環を生む手助け〉からなる【障害への対応】があった。家族による半側空間無視の意識化を促すには、入院中と在宅療養生活でみられる障害の差異を考慮した説明が重要である、と示唆された。

Abstract

The present study was performed to elucidate the process of awareness development of disability among families who were providing care for patients in the convalescent stage with unilateral spatial neglect following cerebral stroke. A survey was administered to the primary caregivers of 10 patients with unilateral spatial neglect following cerebral stroke, using a semi-structured interview. The data were analyzed based on the modified grounded theory approach. The results indicated that families' processes of awareness development of the disability were marked by the following: "view of disability", comprising 'rather mild disability', 'strange speeches and actions beyond the understanding of the family' and 'mistaking spatial neglect for paralysis'; "awareness development of disability", comprising 'noticing improvement in the disability', 'discovery of disability', and 'congruence with medical personnel's explanations'; and "response to disability", comprising 'providing care by trial and error' and 'having consideration about disability'. The results of the present study indicate that, for family members to aware the disability of home-care patients with unilateral spatial neglect following cerebral stroke. It is important to provide family members with clear and specific explanations with consideration about the difference of disabilities between in hospital and at home.

文 献

- 1) 前田真治：半側空間無視．高次脳機能研究，28(2)，214-223，2008.
- 2) 石合純夫：高次脳機能障害学．121-145，医歯薬出版，東京，2008.
- 3) 稲村 純，伊藤元信，ほか：高次脳機能障害全国実態調査報告．高次脳機能研究，6(2)，209-218，2006.
- 4) 新田静江：脳血管障害による歩行障害のある成人・高齢者の身体的・心理社会的適応と家族介護者の介護負担感と満足感の関係．看護研究，36(1)，41-50，2003.
- 5) 小池純子：脳卒中に対する下肢装具療法 — 装具の値段の構成，申請時の社会資源の活用法や制限事項．Monthly Book

- Medical Rehabilitation, 48(12), 70-81, 2004.
- 6) 美ノ谷新子, 佐藤裕子, ほか: 脳卒中退院患者からみた在宅療養生活開始時の現状と課題. 順天堂医学, 54(1), 73-81, 2008.
 - 7) 進士恵実, 中村考一, ほか: 高次脳機能障害と社会福祉施設の利用に関する研究. 厚生指針, 53(6), 34-39, 2006.
 - 8) 渡邊知子: 在宅失語症者の介護者の「言葉の障害への対応」の特徴. 日本在宅ケア会誌, 10(1), 68-75, 2006.
 - 9) 渡邊知子, 小山善子, ほか: 在宅失語症のコミュニケーション能力が介護負担感に及ぼす影響. 家族看護学研究, 9(3), 80-87, 2004.
 - 10) 山岸すみ子, 宮森孝史, ほか: 脳血管障害患者の配偶者の心理的適応について. 失語症研究, 11(4), 256-261, 1991.
 - 11) 大島浩子, 村嶋幸代: 半側空間無視を有する脳卒中患者の機能的予後に関する文献検討. 日本看護科学会誌, 28(2), 62-69, 2008.
 - 12) 石合純夫: 半側空間無視へのアプローチ. 高次脳機能研, 28(3), 247-256, 2008.
 - 13) 高橋景子: 脳外傷患者の高次脳機能障害看護に関する研究の動向と課題. 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録, 18, 155-157, 2006.
 - 14) 樋口淳子, 田中京子, ほか: 脳腫瘍患者の高次脳機能障害とADLとの関連性. Brain Nursing, 22(3), 99-105, 2006.
 - 15) Anita, M, Nicol, K, et al: Occupational therapists' identification, assessment, and treatment of unilateral spatial neglect during stroke rehabilitation in Canada. Stroke, 38, 2556-2562, 2007.
 - 16) 大内崇裕, 箕輪良行, ほか: 病院前救急搬送が地域の脳卒中診療に与える影響. 日本救急医学会雑誌, 18, 78-85, 2007.
 - 17) 渡邊真実: 高機能機能障害者の家族の生活と展望. 国際リハビリテーション看護研究会誌, 3(1), 27-35, 2004.
 - 18) 高畑進一, 太田篤志, ほか: 左半側無視のある患者を介護する主介護者の「困り事」. 作業療法, 22(6), 545-559, 2003.
 - 19) 山田規敏子: 高次脳機能障害者と世界. 80-88, 協同医書出版社, 東京, 2009.
 - 20) 工藤さおり: 半側空間失認を持つ左片麻痺患者の看護 — 車椅子駆動自立に向けて. 日本リハビリテーション看護学術大会集録, 15, 136-138, 2003.
 - 21) 藤本秀美: 半側空間無視のある患者の看護 — 無視側を認識する為の効果的アプローチ. 日本リハビリテーション看護学術大会集録, 18, 61-63, 2006.
 - 22) 橋本信夫: ナースのための脳神経外科 (改定第2版). 113-120, メディカ出版, 大阪, 2004.
 - 23) 黒田裕子: 黒田裕子の看護研究step by step (第3版). 156-166, 学習研究社, 東京, 2008.
 - 24) 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, 2003.
 - 25) 木下康仁, 小倉啓子: ケア現場における心理臨床の質的研究 — 高齢者介助施設利用者の生活適応プロセス. 弘文堂, 東京, 2007.
 - 26) 大島浩子, 村嶋幸代, ほか: 半側空間無視 (Neglect) を有する脳卒中患者の生活障害評価尺度 — the Catherine Bergego Scale (CBS) 日本語版の作成とその検討. 日本看護科学会誌, 25(4), 90-95, 2005.
 - 27) 安東圭彦, 八田達夫, ほか: 半側空間無視を有する患者における“自発的解決を促す介入”の効果の検討. 広島大学保健学ジャーナル, 3(1), 13-20, 2003.
 - 28) 小林久子, 綿森淑子, ほか: 失語症家族の介護負担感. 老年社会科学, 28(4), 487-496, 2007.
 - 29) 百田武司, 西亀正之: 脳卒中患者の回復過程における主観的体験 — 急性期から回復期にかけて —. 広島大学保健学ジャーナル, 2(1), 41-50, 2002.
 - 30) 杉原勝直, 新舎規由, ほか: リハビリテーション. 総合リハビリテーション, 29(1), 23-28, 2001.
 - 31) 濱田知美, 佐保郁恵, ほか: 脳血管障害における半側空間無視とAwarenessについて. 鹿児島高次脳機能研究会誌, 15(1), 16-19, 2004.
 - 32) Ohshima, H, Murashima, S, et al: Assessments and nursing care for right brain-damaged stroke patients; Focusing on neglect and related symptoms. Nurs Health Sci, 6, 115-121, 2004.
 - 33) 今野るみ, 稲村久美子, ほか: 右脳損傷者のリハビリテーションにおける問題点. 北海道理学療法, 19(10), 9-13, 1992.

平成23年1月27日受 付
平成24年3月7日採用決定

ターミナルケアを実践している一般病棟看護師の とまどいの乗り越え方

Way of Overcoming the Nurses' Confusion in Terminal Care of A General Ward

岡田(北村)奈津子¹⁾ 山元由美子²⁾
Natsuko (Kitamura) Okada Yumiko Yamamoto

キーワード：ターミナルケア，一般病棟，看護師，とまどい，乗り越え
Key Words：terminal care, general ward, nurse, confusion, overcoming

I. はじめに

平成22年に行われた終末期医療に対する国民意識調査¹⁾によると、ターミナルにおける療養場所の希望として約60%の日本国民が自宅と回答している。しかし、実際に自宅で死を迎えているのは12.4%であり、78.4%の国民が病院で死を迎えている²⁾。柏木ら³⁾は、ターミナルは人生の総決算の場であり、その場にいる医師や看護師の患者への接し方がいわばその患者の人生の総決算の仕方を決定するため、医療従事者の責任は大きい、と述べている。とくに、患者や家族との接触時間の長い看護師の働きは重要であり、看護師の提供するターミナルケアの質が患者のQOLに大きく影響している。

近年、わが国においてホスピスや緩和ケア病棟は急激に増加しているが、その数は十分とはいえず、専門病棟でターミナルケアを利用できる患者はごく一部に過ぎない。多くの患者が一般病棟で最期を迎えているのが現状である。種市ら⁴⁾や名越ら⁵⁾は、一般病棟では病期過程のあらゆる段階の人々が混在しており、各期の看護が同一の場所で同時に展開されるため、検査や治療など医療処置の多い患者や家族のケアが優先され、ターミナル期の患者への看護が十分展開できない状況でいらだちや矛盾を感じていることを明らかにしている。近年、緩和ケアチームによる一般病棟におけるコンサルトが行われている施設もあるが十分浸透しておらず、一般病棟で働く看護師はターミナル患者とのかかわりにおいて多くのとまどいを感じながら働いている。このようなとまどいは看護師の仕事に対する満足感の低下や早期離職の要因の一つとなると考えられる。早期離職が頻発し、経験年数の長い看護師が少なくなることは、ターミナルにおける看護の質を低下させるだろう。

岡本ら⁶⁾は、看護師の職務継続につながる内的要因と

して「看護体験からの自己の成長」「看護体験から得た看護の喜び」「看護するなかで得られるやりがいや満足感」「看護に対する思い入れ」があることを報告している。また、星野ら⁷⁾は、先輩看護師の肯定的なかかわり方が理想の自己の形成につながり、成長動機につながっていることを明らかにした。これらは、看護師の業務に対する満足度を向上させ、離職を抑制する要因について検討した研究である。一方、とまどいに関する研究で山本ら⁸⁾は、「患者に対しての対応方法の迷い」「患者と家族の思いのギャップ」「患者へのマイナスの働きかけ」といった3つのとまどいの場面を明らかにしたうえで、とまどいとは看護師が勇気をもって、患者・家族の思いを理解しようと働きかけるために抱かなければならない感情でもある、とした。また、奥出⁹⁾はとまどいの場面を7つに分類し、患者・家族に対するとまどいの場面と医師に対するとまどいの場面の2つに大別した。そして経験年数別では、4年以上の看護師は自分の知識に基づいてとまどいを早期に解決し、自分のケアや行動変容を行っていたことを明らかにした。これらの研究は、とまどいは看護業務上抱かなければならない重要な感情であるものの、早期離職を防止するためにはとまどいと向き合い乗り越えることが重要である、と示唆している。しかし、とまどいの乗り越え方に関する研究はこれまでにない。そこで、早期離職の防止やそれにつながる看護業務の満足感の向上には、とまどいの解決方法まで明らかにする研究が必要である。そのため、これまでとまどいを乗り越え勤務を継続してきた看護師に、どのように乗り越えてきたかを語ってもらうことで、乗り越え方の検討をすることができると考えた。またこれらにより、ターミナルにおける患者・家族に対するケアへの質の向上をはかることができると考え、研究を実施した。

1) 了徳寺大学 Ryotokuji University

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

II. 目 的

一般病棟でターミナルケアを実践している看護師が、患者とのかかわりにおいてどのようなとまどいを感じ、そのとまどいをどのように乗り越えるのかを明らかにすることによって、ターミナルケアにおける今後の方向性の示唆を得る。

III. 用語の定義

とまどい：とまどいは手段や方法が思いつかないでまごつくこと¹⁰⁾とされている。本論文では、一般病棟でターミナルケアを実践するなかで、患者のニーズを満たすために、看護問題を解決するための手段や方法が思いつかず、どのようにかかわったらよいのか、困ってまごつく状況とする。

乗り越え：看護師がとまどいに対してある出来事をきっかけに解決することができ、自分の看護に自信をもってターミナルケアを遂行することができる状況とする。

IV. 研究方法

1. 研究参加者

研究参加者は、一般病棟でターミナルケアに従事している看護師6名である。研究参加者の条件は、過去のとまどいを振り返り、現在までにどのように乗り越えてきたかを語ることで、経験年数5年以上の看護師とした。

2. データ収集方法

「ターミナルケアにおいて、患者とのかかわりでもまどった場面とまたそのとまどいをどのように乗り越えたか」について、患者とのかかわりのなかにおいて具体的な場面やそのときの思いや気持ちを自由に語ることができる“半構成的面接”とした。インタビューガイドの内容は、①初めてとまどいを感じた場面、②いままででいちばん印象に残っているとまどいの場面、③患者は自分の予後について告知されていたか、④患者の家族背景、⑤とまどいの場面で患者に対してどのような感情を抱いたか、⑥とまどいを「いつ」「どんな場面」「どのようなきっかけ」で乗り越えたか、⑦とまどいを乗り越えた経験をどのように看護場面で活かすことができているか、とした。1回の面接時間は60分とし、プライバシーが守られる個室で個別面接を行った。面接内容は承諾を得てICレコーダに録音し、面接時の様子について観察したことをメモに記録した。

3. 分析方法

分析には質的統合法(KJ法)を用いた。質的統合法(KJ

法)はKJ法創案者である川喜多によって発案され、その後、山浦が長年のKJ法の実践・指導を通じて独自に探求した手法である¹¹⁾。対象者のさまざまな思いや気持ちが入り混った語り自体をデータとして扱うKJ法¹²⁾は、本研究に合っている。また、「複数の個別群の集合に内在する論理を発見し、理論を構築する作業」である質的統合法(KJ法)¹³⁾は、6人の対象者の事例のなかから結果を抽出する本研究の目的に合っていると考え、採用した。具体的な分析方法は以下のとおりであった。

a. データの単位化

研究参加者の語りから得られた逐語録を原文前後の文脈に沿って、なるべく語られた表現のまま、1つの意味ごとに区切り単位化した。このとき、1つの単位化したデータに1つの意味にしか取れない文章にするために精読し、単位化した文章だけで対象者が発言した状況が思い描けるように配慮して作成した。元ラベルは《 》で表記することとした。

b. データの統合化

単位化したデータをカードにして読みやすく並べ、ラベルの内容の類似性に着目し、似た内容のカードを集めてグループ化した。類似グループごとのカードの全体感から、グループの内容を表す一文を考え表札をつけた。グループ編成段階ラベルは〔 〕で表記し、グループ編成段階が上がるごとに表札にはA001～、B001～、C001～、D001～とアルファベットの通し番号でカード管理を行った。残ったラベルは、元の番号のままグループ編成に使用し、どの段階で集められたかが常に検討できるようにした。グループ編成を繰り返し行い、最終ラベル〈 〉を作成した。

c. データの構造化

次に、最終ラベルの関係性に着目し、カードの内容間の論理的関係を発見する作業(空間配置)を行い、シンボルマークを記入し図解化した。シンボルマークは【 】で表記した。

4. 信頼性と妥当性の確保

本研究を実施するにあたり、インタビューの内容や方法についての内的妥当性を保証するためにプレテストを2名で実施した。それにより、得られたデータからインタビューガイド・面接方法が適切であったか評価し、修正をした。なお、研究者は研究参加者と同じ看護師であるため、研究参加者があいまいに表現した内容を研究者自身の経験と照らし合わせとらえてしまう可能性があった。データの妥当性を確保するため、研究参加者が語りのなかであいまいな表現をしていれば、具体的に語ってもらえるように質問し、インタビュー中に研究者がとらえた解釈が、研究参加者の伝えたい内容と一致しているかそのつど確認を行っ

た。また、分析の信頼性と妥当性の確保をするために、研究者自身が質的統合法（KJ法）の研修会を受講し、基礎訓練を受けた。分析過程においては、質的統合法（KJ法）の確立者である山浦のスーパーバイズを受け、データ収集・分析結果は看護研究指導者からアドバイスを受けた。

5. 倫理的配慮

本研究は、当該施設倫理審査委員会の承認を得て実施した。看護師長から紹介された対象者に、本研究の目的と方法について文書と口頭にて説明を行った。また、対象者のプライバシーには十分配慮したデータ収集を行い、面接内容のICレコーダへの録音また筆記による記録とそのデータは研究終了後責任をもって破棄すること、全研究過程で匿名性が保障されること、個人の秘密が守られること、いったん同意しても撤回は自由であること、上司からの紹介であるが参加を拒否しても勤務成績やその他の不利益を受けないこと、研究結果の公表方法を説明し、同意書への署名により研究参加への同意を得た。

データ収集の際は、静かな落ち着いた空間を確保しプライバシーを保持した。そして、対象者の変化に十分注意して受動的な態度で臨み、質問をした場合も回答を強要することがないように配慮した。

V. 結果

研究参加者6名の年齢は 31.7 ± 5.0 歳（平均値 \pm 標準偏差）、一般病棟での経験年数は 8.5 ± 2.3 年（平均値 \pm 標準偏差）であった。研究参加者の属性は表1に示す。すべての研究参加者は、糖尿病教育入院から回復期、急性期、ターミナル期と、さまざまな段階の患者が入院している病棟に勤務していた。またすべての研究参加者が、大学や院内教育、研修会等でターミナルケアに関する教育を受けていた。

研究参加者6名の総ラベルは324枚であり、6段階までグループ編成し6枚の最終ラベルとなった。最終ラベル同士の関係性を吟味し、シンボルマークを使用して見取り図を作成した（図1）。また、各シンボルマークと最終ラベルがどのような段階を経て編成されたのかを明確にするために、中間の細部図を作成した（図2～図7）。

表1 研究参加者の属性

研究参加者	A	B	C	D	E	F
性別	女性	女性	女性	女性	女性	女性
年齢	20代	40代	30代	30代	20代	20代
経験年数	7年	12年	10年	10年	6年	6年
経験病棟	内科	外科 内科	消化器 透折 内科	内科外来 内科	内科	内科

その結果、とまどいは【経験が浅いことにより生じるとまどい】から、経験を重ねることで【自分の看護への限界】へと変化していた。とまどいの乗り越え方には以下の2つがあった。1つは、患者とのかかわりのなかで【患者・家族との気持ちの通じ合いによる乗り越え】と【患者との相互作用による乗り越え】を繰り返すことで、患者との信頼関係がより強化され乗り越えることができる“患者・家族に目を向けた打開の道”であった。2つめは、【自分の看護の振り返りによる乗り越え】と【看護師のチームよる乗り越え】の両方が互いに影響し合うことで乗り越えられる“看護師自身と看護チームに目を向けた打開の道”であった。そして、“患者・家族に目を向けた打開の道”と“看護師自身と看護チームに目を向けた打開の道”は、互いに基盤となりながらとまどいを乗り越えていることが明らかになった。

1. 【経験が浅いことにより生じるとまどい】

最終ラベル〈経験の浅いころはターミナル患者とのかかわり方がわからず、十分な看護ができずにとまどいを感じた〉は、74枚の元ラベルから成立した4つのグループ編成ラベルによって構成された（図2）。

〔新人のころは怒鳴られたときの恐怖心から患者のところに行くことができなくなってしまい、どのようにかかわればよいかわからなくなってしまった〕や《怒鳴る患者のところに行くのにしっかりとした気持ちをもっていないと負けてしまいそうでストレスになった》と、経験が浅いころは〔病気を死を受け止められず、寂しさや不安によりイライラし怒鳴る患者とのかかわり方へのとまどい〕があった。そのような言動は《その人の気質だけではなく病気に対する不安によってイライラしていたのだと思う》や《いままで全部のことを自分でやっていたから、それができない、思うように動けないことに対して苦しい気持ちをどこにぶつけてよいのかわからなかったのだと思う》《治療をしても劇的によくなったりする段階ではなかったので、やってもらってもよくなるというイライラもあっただろう》など、患者とのかかわりのなかで怒鳴る原因を理解するようになっていた。

また、《患者がつらくて「もういいよ」とか「死にたい」と1対1で言われたときに、どのように声をかけてよいかとまどった》〔「死にたい」と口にする患者に対して、本当につらいという思いが伝わってくればくるほど簡単に言葉が返せず、患者の前で沈黙してしまい病室から足が遠のいてしまった〕と〔患者から死に関する発言が出たときのとまどい〕が明らかになった。

2つは看護師自身が患者の死を受け止められず、どのように対応をすればよいかかわらないとまどい、として通

底していた。そして、これらのとまどいを経験することで、《面会の人誰も来なくて、子どもはいるが何十年も連絡をとってなくて、友達に連絡は取るけど面会に来てもらえなかったりする》患者や〔妻に先立たれ、自分は誰の世話にもなりたくない、子どもにも迷惑をかけたくな

いから連絡もとっていない一人暮らしの患者〕に対して、〔もっと時間をかけて話を傾聴し精神的な支えになれるような看護をしたいという思いがあるが、忙しい業務のなかで時間を取れないという現実がある〕《家族のいないターミナル患者の側にいる時間を増やしかかりたいという思

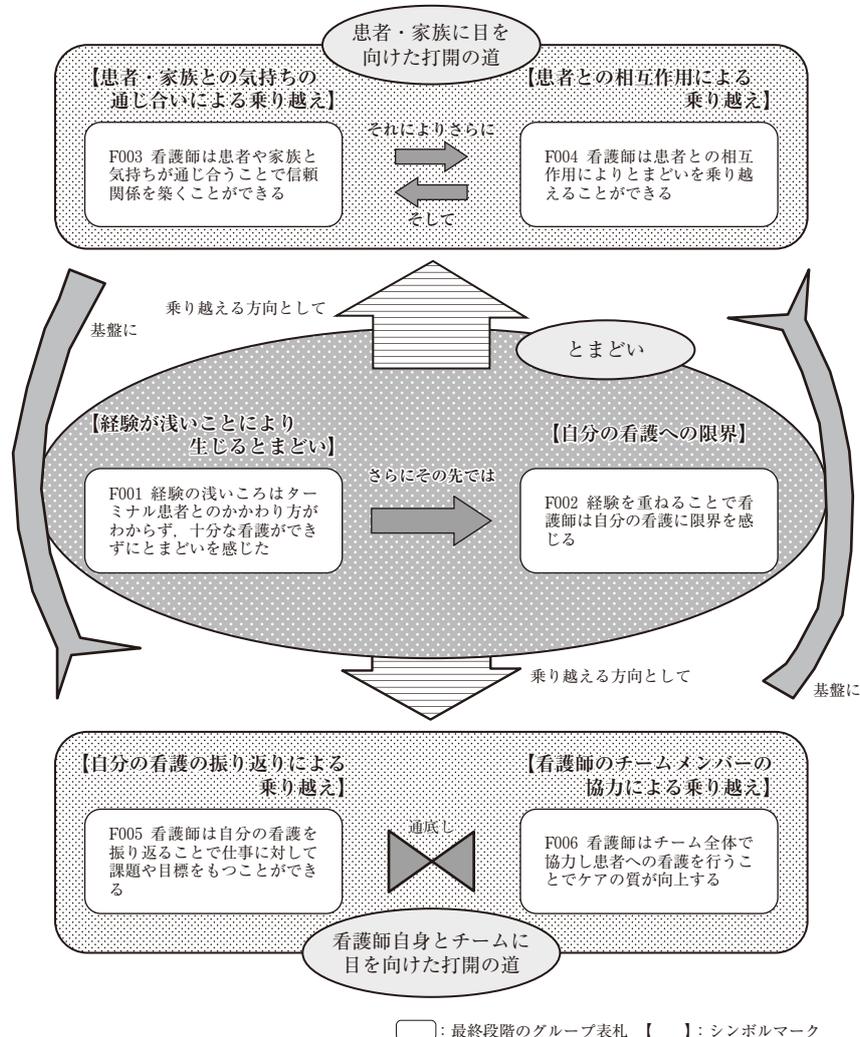


図1 ターミナルケアを実践している一般病棟看護師のとまどいの乗り越え方（見取り図）

【経験が浅いことにより生じるとまどい】
 F001 経験の浅いころはターミナル患者とのかかわり方がわからず、十分な看護ができずにとまどいを感じた

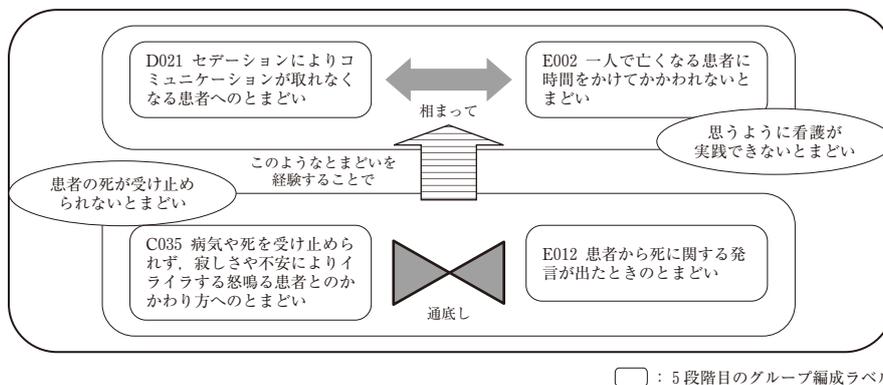


図2 【経験が浅いことにより生じるとまどい】の細部図

いはあったが、若いころは仕事を覚えることが精一杯でそこまで手がまわらなかった」と患者の側にいたいという思いがあるにもかかわらず、自分の技術の未熟さにより「一人で亡くなる患者に時間をかけてかかわれないとまどい」を感じていた。

また、《患者がセデーションをかけるその瞬間に、本当にこれでよかったのかとまどい。私たちは客観的にしか評価できないので、セデーションをかけた患者が本当はどう感じているのかはわからない》や「セデーションをかけることによって痛みは取れたかもしれないが、「痛い」や「苦しい」と自分で訴えることができなくなりコミュニケーションが取れなくなったことが本当によかったのか、患者本人には確認することができない」。家族は激しい痛みを訴える患者を見てセデーションを希望するが、《セデーションを使うことによって患者は、家族ともコミュニケーションが取れなくなるため、本当にそれでいいのかというとまどいがあった》《いまならセデーションを行うと患者さんがどういう状況になるか家族へ説明しているが、新人のころはできなかった》と患者と家族の狭間で葛藤し、〔セデーションによりコミュニケーションが取れなくなる患者へのとまどい〕を感じていた。

このように、2つのとまどいは患者に対して何かしたいという思いはあるが、経験が浅いことにより思うように看護が実践できないとまどいとして、互いに相まっていた。

2. 【自分の看護への限界】

最終ラベル〈経験を重ねることで、看護師は自分の看護に限界を感じる〉は36枚の元ラベルから成立し、5つのグループ編成ラベルによって構成された(図3)。

〔経験を重ねることで、患者のベットサイドにいる時間が減りコミュニケーションがとれないとまどい〕では、《新人のころはとまどいも多かったが、患者のベットサイドにいる時間も多かった》《リーダー業務をするようになり、頭のなかに早くナースステーションに帰って業務を終わらせなくてはという思いが強くなり、患者の話をゆっくり傾聴できずにベッドサイドにいる時間が減った》と、仕事量が増えることで一人ひとりの患者に時間をかけてかかわれないことへのとまどいがあった。

また、《末期がんの小さい子どもが2人いる患者さんの悩みを聞くことはできても、自分には子どもがいないため、具体的な助言や解決はできなかった》や《結婚や仕事をしていない子どもを置いて死ぬことはできないと訴える患者など、本人にとっては大きな悩みだが、看護師には実際話を聞くことしかできない問題が多くある》と〔悩みを解決したいという思いから患者の話を傾聴するが、本当の意味で理解することはできないとまどい〕があった。

【自分の看護への限界】
F002 経験を重ねることで、看護師は自分の看護に限界を感じる

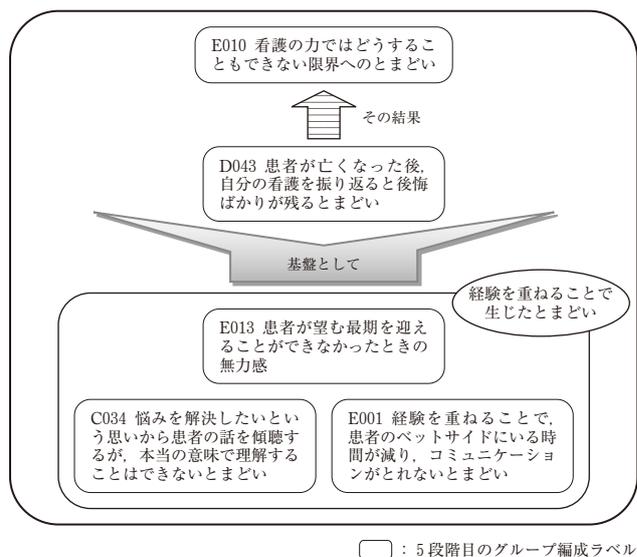


図3 【自分の看護への限界】の細部図

そして、《故郷に帰って最期を過ごしたいと希望する患者さんに対して、訪問看護師や医師と連絡を取り合って帰れるよう動いていたが、その前に亡くなってしまった。なぜ、もっと早く返せなかったのか何年か経ったいまでもずっと後悔している》や《一度でいいから家に帰りたいと訴える患者さんの状態が一時よくなり、チームで外泊の方向で話しを進めていた。しかし医師の許可が下りずに、その後直ぐに容態が悪くなり亡くなってしまった。なぜ、あのタイミングで家へ帰してあげられなかったのかと何度も何度も思った》と〔患者が望む最期を迎えることができなかったときの無力感〕が生じていた。

これらの経験を重ねることで生じた3つのとまどいを基盤にし、《患者さんが亡くなった後「あのとき、ああすればよかった」や「なぜ、あのようにならなかったのか」と申し訳ない思いでいっぱいになる。そういう後悔をもう二度と患者さんにさせたくない」と〔患者が亡くなった後、自分の看護を振り返ると後悔ばかりが残るとまどい〕となっていた。

その結果、《看護師の経験を積んでいくうちに、患者さんにはこうしたいという意思があるにもかかわらず、いまの医療ではどうすることもできない現状や看護師の私の力では何もできないことがわかった》など〔看護の力ではどうすることもできない限界へのとまどい〕となっていた。

3. 【患者・家族との気持ちの通じ合いによる乗り越え】と【患者との相互作用による乗り越え】

【患者・家族との気持ちの通じ合いによる乗り越え】の最終ラベル〈看護師は、患者や家族とのコミュニケーション

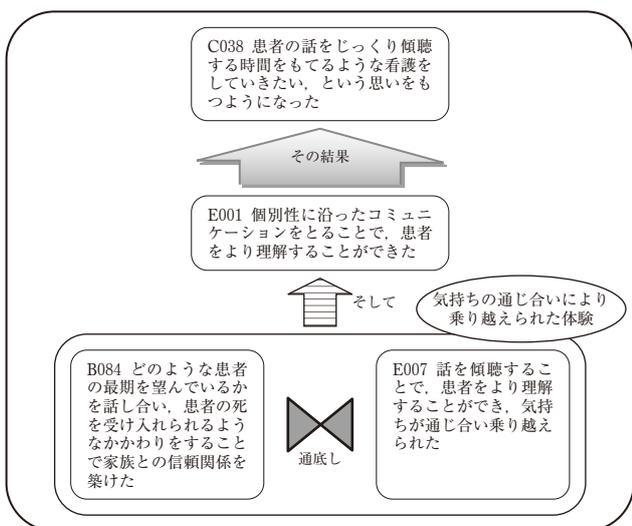
ンにより気持ちを通じ合い、とまどいを乗り越えられる)は、56枚の元ラベルから成立した4つのグループ編成ラベルによって構成された(図4)。

とまどいが生じたとき、看護師は患者と向き合えなくなり病室から足が遠のいてしまう。しかし《どんな患者さんでも看護師に話を聞いてもらい、自分のことをわかってもらうだけで救われる部分があると感じた》と患者から逃げずに向き合い〔話を傾聴することで、患者をより理解することができ、気持ちを通じ合い乗り越えられた〕。また、急変により状態が悪くなった患者の状況を受け入れられない家族に対して、〔どのような患者の最期を望んでいるかを話し合い、患者の死を受け入れられるようなかかわりをするので家族との信頼関係を築けた〕とし、この2つのラベルは気持ちを通じ合いにより乗り越えられた体験として通底していた。

そして、これらの経験によって《話を聞きながら、この患者さんは励ましたほうがいいのか、この患者さんは聞くことで気持ちが落ち着くとか、患者さんによって違うので、よく見てないと判断できない》ことを学び、〔個別性に沿ったコミュニケーションをとることで、患者をより理解することができた〕としていた。その結果、〔患者の話をじっくり傾聴する時間をもてるような看護をしたい、という思いをもつようになった〕と、とまどいを乗り越えることで看護に対する考え方に変化が見られ目標へとつながっていた。

【患者との相互作用による乗り越え】の最終ラベル〈看護師は、患者との相互作用によりとまどいを乗り越えるこ

【患者・家族との気持ちの通じ合いによる乗り越え】
F003 看護師は、患者や家族とのコミュニケーションにより
気持ちが通じ合い、とまどいを乗り越えられる



□ : 5段階目のグループ編成ラベル

図4 【患者・家族との気持ちの通じ合いによる乗り越え】の細部図

とができる)は、62枚の元ラベルから成立した3つのグループ編成ラベルによって構成された(図5)。

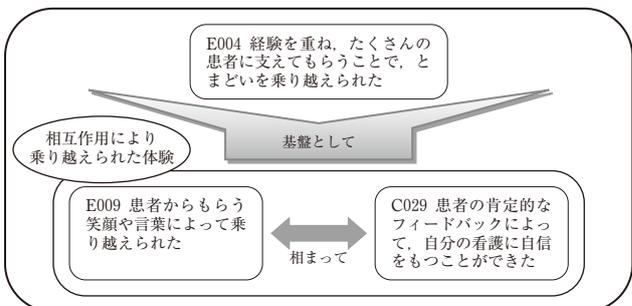
【患者・家族との気持ちの通じ合いによる乗り越え】により患者との距離が近くなったこと、また看護に対する考え方の変化によって、《退院した患者さんが病棟に来てくれ元気な姿を見ると、つらいこともたくさんあるけれど自分は看護師を続けていてよかったと感じる》《患者さんから「人生最後の場面であなたに出会い、私は幸せでした」との言葉をもらい、それまで自分の看護に自信がなく看護師としてやっていくことに悩んでいたが、その一言で救われいままでの悩みを乗り越えられた》と、〔患者の肯定的なフィードバックによって、自分の看護に自信をもつことができた〕としていた。

また、《患者の清拭や洗髪をして「ありがとう」や「気持ちがいい」と言われたときが看護師でよかったと思う瞬間。看護業務として当たり前のことをやっているのに、患者から言われるとうれしい一言です》《リーダー業務が増え患者へのケアが減ったため、久しぶりにケアに入り患者の笑顔を見ると自分は看護師だと実感する。私は看護が好きだと思う瞬間です》と〔患者からもらう笑顔や言葉によって乗り越えられた〕ことが明らかになった。

これら患者との相互作用により乗り越えられた体験を基盤として、〔経験を重ね、たくさんの患者に支えてもらうことで、とまどいを乗り越えられた〕とターミナルケアに携わることはつらさや悲しみといった苦悩だけを与えられるのではなく、多くの患者から看護師自身も支えられケアされていた。

【患者・家族との気持ちの通じ合いによる乗り越え】と【患者との相互作用による乗り越え】は、さまざまな患者との出会いのなかで2つの乗り越えがお互いに促進し合うことで、看護師としてまた人間的な成長につながっていた。したがって、この2つの乗り越えを“患者・家族に目を向けた打開の道”とした。

【患者との相互作用による乗り越え】
F004 看護師は、患者との相互作用によりとまどいを乗り越えることができる



□ : 5段階目のグループ編成ラベル

図5 【患者との相互作用による乗り越え】の細部図

4. 【自分の看護の振り返りによる乗り越え】と【看護師のチームによる乗り越え】

【自分の看護の振り返りによる乗り越え】の最終ラベル〈看護師は、自分の看護を振り返ることで、仕事に対して課題や目標をもつことができる〉は、40枚の元ラベルから成立した3つのグループ編成ラベルによって構成された(図6)。

〔研修会に参加し、自分がチームリーダーとして果たすべき役割やチームの課題を認識することができた〕には《患者に対する対応など、自分の欠点に対して目をつぶっていた部分を院内研修で振り返ることができた》《研修会に参加していままでの自分のリーダーとしてのあり方を振り返ることで、自分の経験年数や立場から課題や目標を考えるようになり、リーダーとして自分がチームを変えていこうと意識が変わった》というように、院内研修や外部の研修会に参加し、自分のこれまでの看護を客観的に振り返ることでとまどいを乗り越えられていた。

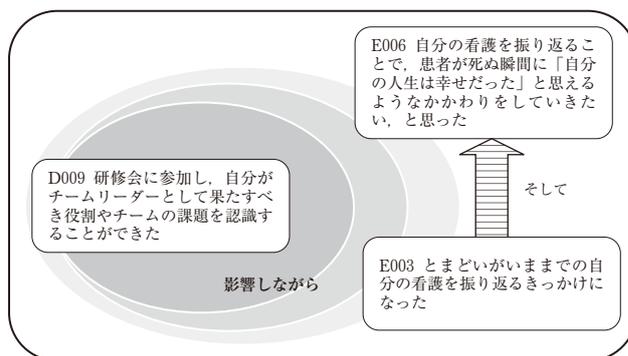
また、この乗り越えに影響を受けながら〔とまどいが、いままでの自分の看護を振り返るきっかけとなった〕ことで、〔自分の看護を振り返ることで、患者が死ぬ瞬間に「自分の人生は幸せだった」と思えるようなかわりをしていきたい、と思った〕と看護に対する目標を見つけ出し、乗り越えていることが明らかになった。

【看護師のチームによる乗り越え】の最終ラベル〈看護師は、チーム全体で協力し患者への看護を行うことでケアの質が向上する〉は、56枚の元ラベルから成立した4つのグループ編成ラベルによって構成された(図7)。

《暴言を吐きかわりが困難な患者に対して、チームメンバーで患者はどのような場面でイライラし攻撃的になるのか、どのようにかわってあげればよいかを話し合い、チームで統一した看護を提供するよう努めていった》、それにより《患者からケアした後に「ありがとう」という最初には聞かれなかった言葉が聞かれるようになった》。そして、《ボソボソと「俺は天涯孤独なんだ」などの本音や体調がいいときに昔の仕事の話をしてくれるようになり、イライラすることが少なくなった》。

このように、〔患者とのかかわりをチームで情報交換しかわることで、患者にとって最良のケアを提供することができた〕。また、《患者からケアを拒否されたときや怒鳴られたとき、この場から消え去りたいという思いが強くなり逃げたくなる。でも、チームメンバーに話を聞いてもらい気持ちを共有することで、また患者と向き合おうという気持ちになれる》〔とまどいにより患者のところへ行けなくなってしまったとき、自分の気持ちや患者の気持ちをクールダウンするためチームメンバーに代わってもらう〕など、〔患者とのかかわりでとまどいが生じたとき、チー

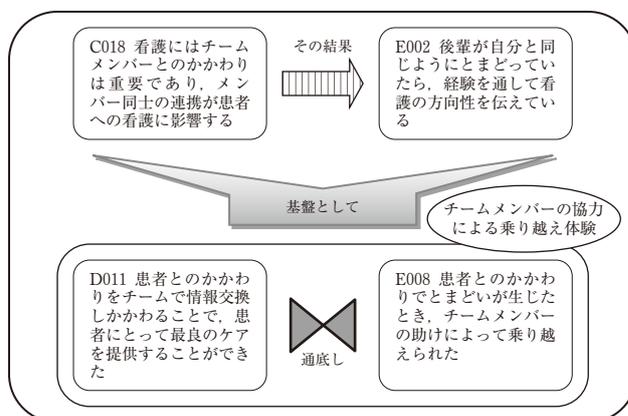
【自分の看護の振り返りによる乗り越え】
F005 看護師は、自分の看護を振り返ることで、仕事に対して課題や目標をもつことができる



□ : 5段階目のグループ編成ラベル

図6 【自分の看護の振り返りによる乗り越え】の細部図

【看護師のチームメンバーの協力による乗り越え】
F006 看護師は、チーム全体で協力し患者への看護を行うことでケアの質が向上する



□ : 5段階目のグループ編成ラベル

図7 【看護師のチームメンバーの協力による乗り越え】の細部図

ムメンバーの助けによって乗り越えられた)。

そして、チームメンバーの協力による乗り越え体験を基盤として、《二交代をやっているので患者とかかわる時間は本当に短い。自分のいない時間に患者とかかわっているチームメンバーの時間のほうが多いので、その情報は私にとって患者を理解するための重要な情報である。そのため、チームメンバーで患者への看護を話す時間は私にとって大きな意味もっている》《家族による患者への精神的な支えと、医療者チームのかかわりによって、いちばんいい入院生活を送ることができ、本人が満足した最期を迎えられるのだと思う》と〔看護にはチームメンバーとのかかわりは重要であり、メンバー同士の連携が患者への看護に影響する〕ことを認識するようになっていた。

また、〔後輩が自分と同じようにとまどっていたら、経験を通して看護の方向性を伝えている〕と、乗り越えた経

験をもとに後輩育成を行っていた。

看護師は【自分の看護の振り返りによる乗り越え】と【看護師のチームによる乗り越え】のどちらか一方により乗り越えているのではなく、両方がお互いに影響し合うことで乗り越えられることが明らかになった。したがって、この2つを“看護師自身と看護チームに目を向けた打開の道”とした。

VI. 考 察

1. 経験年数を重ねることにより変化するとまどい

【経験が浅いことにより生じるとまどい】では、看護師自身が患者の死を受け止められずどのように対応をすればよいのかわからないとまどいと、患者にこうかかわりたいという思いはあるが、技術やコミュニケーションの未熟さにより思うようにかかわれないとまどいがあった。

岡本ら¹⁴⁾は、看護師が抱く患者が死ぬことへの恐怖は、患者から逃避的になり、ターミナル患者に向き合い、最期を支えるケアを行うことができなくさせると考えられるため、ターミナルケアを行う看護師は死生観をもつべきである、と述べている。経験の浅い看護師には死生観が確立しておらず、それに加え一般病棟はとくに目まぐるしく変わるあらゆる病期過程の患者への対応など即実践力を期待されるため、未熟な技術やコミュニケーションは仕事に対する無力感を生み出し、こうしたとまどいが生じると考えられる。

技術やコミュニケーションは経験を重ねることで培われていくことができるが、患者の死を受け止めることから逃げてしまうと、看護師を続けていくなかで精神的な負担はますます大きくなり、継続困難となるだろう。

緩和ケア病棟の看護師の特徴として、他科の看護師に比べ患者との死別を受容し克服している傾向が高いとされている。なぜなら、毎日多くのターミナル患者と時間をかけてかかわることで、看護師と患者の間に質の高いコミュニケーションが行われ、死や死別に対する看護師の心の準備が整っているからである¹⁵⁾。したがって、一般病棟で患者が残された人生に希望を持てるような援助するためには、経験年数が浅い看護師に対して、患者の死を受容し克服できるようなサポート体制を組織全体で支援していくことが必要であると考えられる。

そして、看護師は経験を重ねることでとまどいが【自分の看護への限界】へと変化していた。原因として、まず、経験を重ねることで任される業務が増え、患者のベッドサイドにいる時間が少なくなり、コミュニケーションが減ることへのとまどいがあった。3～5年目の看護師が退職を考える要因には「仕事上の責任への負担」「残業の多さ」「休日に会議や研修会への出席を求められる」「勤務外でも

自分の時間を使って仕事をしなければならない」等の具体的内容がこれまでに報告されている¹⁶⁾。

現代の医療現場では限られた時間と人員で高度な医療の提供をしなくてはならず、経験を重ねることで求められる仕事量は増すのが現状である。経験を重ねることで任されるリーダー業務は、医師からの指示受けやチームメンバーの動きを見ながらの業務調整、後輩指導、他職種との連携など多岐にわたり、病棟の中心的存在として多くの役割を担うため、余裕のない状況となって患者に関心を寄せることが難しくなってしまうと考えられる。

そして、もう一つに看護師は患者が亡くなった後、自己の看護を振り返ることで、後悔の念に苛まれていた。経験を積んだ看護師でさえも、死の前で何もできない自分自身を知ることもある¹⁷⁾。経験を重ね技術やコミュニケーション力を兼ね備えたとしても、実際に看護師の力ではターミナル患者の悩みを完全に解決したり、望む最期を迎えさせることができないことで限界を感じ、自身の無力感を感じてしまうこともある。医療の現場では患者中心の看護を考えるあまり、看護師のこうした感情はなおざりにされてしまうことが多い。

坂口ら¹⁸⁾は、一般病棟の7割前後の看護師が看取りのあとに「自責の念」や不安感を経験し、「敗北感」のある人も半数みられた、と報告している。また、看護は“感情労働”であると言われるが、見取りの看護に伴って多くの看護師が「悲しみ」「疲労感」「無力感」「不安感」「自責の念」等の感情体験をしていることも明らかにしている¹⁸⁾。自分に沸き上がったすべての感情を自分の感情としてきちんと受け止めることが必要である。

武井¹⁹⁾は、看護師が自分の感情に気づくことは、感情の対称性を通して患者の感情に気づくことである、と述べている。自分の感情を大切にすることは、患者の感情も大切にすることにつながると考えられる。そして、患者を一人の人間として尊重するためにも、まず看護師が自己の存在価値を知り、自分を価値のある人間として認めることが必要である。

2. とまどいを乗り越える2つの方法について

乗り越えとは、看護師がとまどいに対してある出来事をきっかけに解決することができ、自分の看護に自信をもってターミナルケアを遂行することができる状況、とした。本研究で看護師は、数々のとまどいを経験するなかで“患者・家族に目を向けた打開の道”と“看護師自身と看護チームに目を向けた打開の道”により乗り越え体験ができていたと考えられる。

a. “患者・家族に目を向けた打開の道”

【患者・家族との気持ちの通じ合いによる乗り越え】で

は、多くの看護師が傾聴などの良好なコミュニケーションによって患者や家族との信頼関係ができ、気持ちを通じ合うことでとまどいを乗り越えていた。

ターミナル患者やその家族が悔いのない最期を迎えるために必要な看護援助を追及した結果、コミュニケーションの成立があってこそ患者の最期の場面で見守る看護が達成でき、そのためには傾聴を目的とした面接が最も効果的である、との報告もある^{20), 21)}。看護師がターミナル患者の話を傾聴することは、患者の混沌とした考えを整理し、生きる意欲や患者の存在を支える大きな力となる、と考える。そして、そのような患者とのかかわりが、看護師自身の理想とする看護観を模索するきっかけとなる。このように、看護師は患者とのかかわりのなかでとまどいを乗り越え、またそのなかで学び、日々成長していることが明らかになった。

【患者との相互作用による乗り越え】では、【患者・家族との気持ちの通じ合いによる乗り越え】により信頼関係が確立したことで、看護師と患者ではなく、一人の人間として向き合うことでとまどいを乗り越えることができたと考え。看護師と患者とがお互いに知り合ったり、あるいは知ろうと努力しあったりするプロセスを進むとき、看護師と患者との関係性は良好な相互作用をもたらす方向へ進展する²²⁾。

大西²³⁾は、ターミナルケアにおいて、どんな困難な状況下であっても、看護師がケアを続けられる要因として、患者から力を与えられたり、癒しを与えられたりする相互関係があることを明らかにしている。本研究でも、経験を重ねている看護師のなかでは、さまざまな患者と出会い、患者の笑顔や「ありがとう」などの肯定的フィードバックが支えとなっていた。看護師は患者をケアするだけでなく、看護師自身も患者によってケアされる一人の人間であるということの理解が、とまどいを乗り越える一つのきっかけとなると考える。

これらにより、“患者・家族に目を向けた打開の道”では傾聴などのコミュニケーションによって患者と気持ちが通じ合い、それにより、患者からのフィードバックが増えたことにより患者との良好な相互作用が確立したことが示唆された。2つの乗り越えは相互に関係しており、この乗り越えを繰り返すことにより患者との信頼関係はより一層深まり、とまどいを乗り越えられていた。

b. “看護師自身と看護チームに目を向けた打開の道”

【自分の看護の振り返りによる乗り越え】では、研修会への参加やとまどいそのものが自分の看護を振り返る機会となり、課題や目標をもつことでとまどいを乗り越えていることが明らかになった。

看護師は院内研修により、他の研修生や指導者からの

フィードバックを受け、自己の看護を振り返り、自己の課題を明確にすることができる²⁴⁾。そして、その研修の学びを現場において次の事例に生かすことで、自分自身の看護への達成感を生み出し、とまどいを乗り越えることができたと考える。組織の一員として役割を果たしていくための個人の成長を支援することを意義とする院内研修は²⁵⁾、とまどいを乗り越える重要な役割を果たすことができると考える。

また殿城²⁶⁾は、ターミナル患者に対して後悔が生じ、看護師が自分自身のケアを振り返って今後のケアに活かしていこうとする経験は、看護師が成長する機会となっている、と述べている。本研究においても、とまどい自身が自分の看護を振り返るきっかけとなり、とまどいを乗り越えていた。つまり、看護師にとってはとまどいを振り返ることが、自己成長するきっかけとなっている、と言える。

一般病棟のターミナルケアにおける看護師の役割は多岐にわたり、身体的・精神的に大きな負担となっている。そのなかで、自分の看護を振り返り、自己と向き合うことには、時間的な難しさだけでなく、大きな痛みや苦しみに伴うであろう。しかし、自己と向き合うことで、新たな自己の看護観の確立や人間的に成熟することができると考える。自分の看護を振り返ることは、患者の気持ちを見極めたいという考えに強く基づいたものであり²⁷⁾、こうした振り返りや自己分析はより質の高い看護を提供したいという強い思いから行われるもの、と考えられる。

【看護師のチームによる乗り越え】では、チームメンバーの協力や話し合いなどによってとまどいを乗り越えられることがわかった。看護は一人で行うものではなくチームの協力によって成り立つ。成功しているチームには、オープンで効果的なコミュニケーション・メンバーの関与・明確に定義された目標・信頼の4つの性質があるとされている²⁸⁾。

看護師もよりよいチームを構築するために、チームの一員としての目的と役割を明確化する必要があると言える。上司や同僚のサポートが高い場合は職務ストレスが職場適応に及ぼす影響は弱いことが示されている²⁹⁾ことから、働きやすい看護チームとはメンバー間の信頼と協力がある組織と考えられる。経験の浅い看護師も、経験を重ねた看護師も自分のとまどいを共有し、互いにフィードバックし合うことにより患者への看護の質が向上するだろう。ここでは職場での良好な人間関係もとまどいを乗り越える要因になっていると考察した。

“看護師自身と看護チームに目を向けた打開の道”では、2つの乗り越えはどちらか一方だけで乗り越えているのではなく、互いが補い合うことによって乗り越えられていた。つまり、自己の振り返りと他者のサポートは、それぞ

れがとまどいを乗り越える方法として独立していながら、相互に影響を与え合っていることが明らかとなった。

3. 看護師が一般病棟でとまどいを乗り越えるための示唆

本研究から、一般病棟でターミナルケアを行っている看護師は、2つの乗り越え方を基盤にしてとまどいを乗り越えていることが明らかになった。とまどいを乗り越えるということは、看護専門職業人として新たな自分の存在価値に気づき、自己成長するきっかけになっていると推測される。そのために、組織は一般病棟の看護師がとまどいを乗り越えられるような支援体制をつくる必要がある。それによって看護業務の満足度の向上、質の高い看護サービスの提供、ひいては早期離職の抑制につながると考える。ここでは、一般病棟の看護師へどのような支援が必要であるか、組織と個人の両側面から考察する。

a. コミュニケーション能力向上への支援

とまどいを乗り越える要因として、患者の話の傾聴などのコミュニケーションスキルの重要性が明らかになった。

患者・家族の病状説明に対する配慮やコミュニケーションについて、経験年数が多い者ほど「よくできている」と回答していることが明らかにされている⁴⁾。これは、看護業務上の知識・技術だけではなく、コミュニケーション能力の差も含まれていると考える。経験の浅い看護師は、患者・家族と信頼関係を築くコミュニケーション能力を身につけることで、“患者・家族に目を向けた打開の道”の乗り越えにつながるのではないと考える。

そして、チーム間でのコミュニケーションを向上させることも重要である。たとえば、定期的にカンファレンスを開き、メンバーのとまどいをチーム全体で振り返り、乗り越えられるようなサポートを積極的に行う。それにより、看護師は自分の看護を振り返るきっかけともなり、“看護師自身と看護チームに目を向けた打開の道”の乗り越えにつながると思われる。

b. 看護師への死生観確立への支援

患者の死に直面したときに、看護師がそれを受け入れられず、とまどいが生じていた。死への準備教育のより一層の充実が必要、と言える。とくに一般病棟においては病気の回復に重点がおかれ、多忙な業務のなかでは死を深く考える機会が少なくなると思われる。

米国では1960年より「死の教育」が盛んとなり、日本においても1982年に上智大学のAlfons Deeken³⁰⁾が「死の準備教育」を提唱している。今後、基礎看護教育等において「死への準備教育」をさらに浸透させ、人間の生と死について考える機会や、死を迎える患者とのかかわり方を学ぶことで死生観をもち、患者から死に関する問いかけがあったときのとまどいを軽減させることができると考える。

c. 院内教育プログラムの充実

看護師は、研修会や勉強会などに参加して自分の看護を振り返ることで、とまどいを乗り越えていることが明らかとなった。まずは最も参加しやすいであろう院内教育において、質の高い看護に向けて自己の課題を明確化できるようなプログラムの充実が望まれる。

また、看護師が病院外の研修会や勉強会などに参加しやすい職場環境にすることで、自分の看護に自信をもち、生き生きと働けるようになると考えられる。これらは病院組織全体でつくり上げることが必要である。それにより、とまどいを乗り越え、自信をもってよりよい看護サービスを提供できると考えられる。

VII. 結 論

一般病棟でターミナルケアを行っている看護師のとまどいには2つあり、【経験が浅いことにより生じるとまどい】から、経験を重ねることによって【自分の看護への限界】へと変化することが明らかになった。

とまどいの乗り越え方にも2つの方向が見出された。

まず、“患者・家族に目を向けた打開の道”では患者・家族と良好なコミュニケーションをとることで信頼関係を築くことができ、【患者・家族との気持ちの通じ合いによる乗り越え】となり、それにより気持ちが通じ合うことで信頼関係を築くことができ、【患者との相互作用による乗り越え】となっていた。この2つの乗り越え方を看護師は患者とのかかわりのなかで交互に繰り返すことによって、信頼関係がより強化され乗り越えていることが明らかとなった。

また、“看護師自身と看護チームに目を向けた打開の道”では、院内研修等に参加することによって【自分の看護の振り返りによる乗り越え】となり、そしてチームメンバーとの話し合いや協力により【看護師のチームメンバーの協力による乗り越え】となっていた。ここでも2つの乗り越え方が互いに影響し合いつながりながら、とまどいを乗り越えていることが明らかになった。とまどいの乗り越え方を共有し、院内教育や職場環境の改善に活かすことで、看護業務の満足度向上や質の高い看護サービスの提供につながると考察した。

VIII. 本研究の限界と課題

本研究の結果は6名の対象者の語りに基づくものであるため、すべて一般病棟の看護師に一般化できるものではない。また、面接も1回のみであったことから、データの量と質、抽出された分析結果の説明力には限界がある。その

ため、今後この結果を一般化するためには、対象者と対象施設を拡大した調査を継続していくことが必要である。

謝 辞

研究への参加を承諾し、ご協力いただきました研究参加者の皆様に心から感謝いたします。また、分析過程におい

てご指導いただきました、質的統合法（KJ法）の確立者である山浦晴男先生に深謝致します。なお、本論文は平成21年度東京女子医科大学看護大学院博士前期課程に提出した岡田（北村）奈津子の修士論文（指導：山元由美子教授）の一部に加筆修正したものであり、第35回日本看護研究学会学術集會にて発表しました。

要 旨

一般病棟でターミナルケアを実践している看護師のとまどいの乗り越え方を明らかにすることを目的とし、看護師6名に半構成的面接を行い、質的統合法（KJ法）を用いて分析した。とまどいには2つあり、【経験が浅いことにより生じるとまどい】から、経験を重ねることによって【自分の看護への限界】へと変化することが明らかになった。乗り越え方も2つあり、“患者・家族に目を向けた打開の道”と“看護師自身と看護チームに目を向けた打開の道”とがあった。前者では、【患者・家族との気持ちの通じ合いによる乗り越え】と【患者との相互作用による乗り越え】を患者とのかかわりのなかで繰り返すことで、信頼関係がより強化され、乗り越えていることが明らかになった。後者では、【自分の看護を振り返ることによる乗り越え】と【看護師のチームメンバーの協力による乗り越え】の2つがともに影響し合うことで、乗り越えていることが明らかとなった。

Abstract

The purpose of this study was to clarify the occasion when nurses become confused while engaging in terminal care of a general ward and ways of overcoming the confusion. Semi-structured interviews with six nurses were conducted. The analysis of the data was based on the qualitative synthesis method (KJ method). There were two cases of confusion as follows: “the confusion by having little experience” and “the confusion by recognizing the limitations of their care”. Also, two ways were extracted as the results in overcoming the confusion. In ‘the way focused on the patients and the family’, it was important to build relationship of mutual trust between the nurses and the patients “by communicating with the patients and the family” and “by interacting with the patients” for overcoming the confusion. In ‘the way focused on the nurses and the care team’, we confirmed that the nurses interacted with two components “by looking back on their care” and “by cooperating with other members of the team” to overcome the confusion.

文 献

- 厚生労働省：終末期医療のあり方に関する懇談会「終末期医療に関する調査」結果について。2010-10-28。
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000vj79-att/2r9852000000vkcw.pdf>
- 厚生労働省：死亡の場所別にみた都道府県（19大都市再掲）別死亡数・構成割合（人口動態統計年報：死亡第6表）。2010-2-8。
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii09/deth6.html>
- 柏木哲夫、藤腹明子：ターミナルケアとは（系統看護学講座別巻10：ターミナルケア）。48-49, 医学書院, 東京, 1995.
- 種市悦子、佐藤悦子、ほか：一般病院における癌終末期患者・家族に対する看取りのケア — 看護師を対象としたケアの実態調査から。日本看護学会誌, 16(1), 215-222, 2006.
- 名越恵美、掛橋千賀子：終末期がん患者にかかわる看護師の体験の意味づけ — 一般病院に焦点を当てて。日本がん看護学会誌, 19(1), 43, 2005.
- 岡本衣代、井上富美、ほか：看護師の職務継続につながる内的要因 — 看護体験からの自己の成長に焦点をあてて。日本看護学会論文集（看護管理）, 34, 3-5, 2004.
- 星野磨利子、堀江香織、ほか：臨床経験4・5年目の自己成長を動機付ける先輩看護師の関わり。日本看護学会論文集（看護管理）, 34, 3-35, 2004.
- 山本摂子、藤澤結子、ほか：ターミナル期の患者を看護する看護師のとまどい・心の葛藤とは何か。日本看護学会論文集（成人看護Ⅱ）, 37, 189-191, 2006.
- 奥出由香子：ターミナルにおける看護婦のとまどいに関する研究。順天堂医療短期大学紀要, 10, 31-40, 1999.
- 新村 出：広辞苑（第4版）。424, 岩波書店, 東京, 1995.
- 正木治恵：看護学研究における質的統合法（KJ法）の位置づけと学問的価値。看護研究, 41(1), 3-10, 2008.
- 川喜多二郎：続・発想法。中公新書, 東京, 1970.
- 山浦晴男：科学的質的研究のための質的統合法（KJ法）と考察の理論の技術。看護研究, 41(1), 11-32, 2008.
- 岡本双美子、石井京子：看護師の死生観尺度作成と尺度に影響を及ぼす要因分析。日本看護研究学会雑誌, 28(4), 53-60, 2005.
- 永田美和子、小山英子：新人看護師の看護実践上の困難の分析。桐生短期大学紀要, 16, 31-36, 2005.
- 比嘉みゆき：中堅看護師が退職を考える要因についての一考察 — 看護師のストレスに関する調査から。北里看護学会誌, 7(1), 33-37, 2005.
- 藤腹明子：看護学生のためのターミナルケア入門。57-64, メカルフrend社, 東京, 1996.
- 坂口幸弘、野上聡子、ほか：一般病棟で看取りの看護における看護師のストレスと感情体験。看護実践の科学, 32(2), 74-80, 2006.
- 武井麻子：感情と看護。259-261, 医学書院, 東京, 2001.

- 20) 富永和代：ターミナル期の患者を抱える家族がくいのない看取りをするために ― 面談を取り入れた家族看護への取り組み ―. 徳島市民病院医学雑誌, 15, 2001.
- 21) Hiroi, T, Miyasita, M, et al: Good Death in Japanese Cancer Care: A Qualitative Study. Journal of Pain and Symptom Management, 31(2), 140-147, 2006.
- 22) Joyce Travelbee (長谷川浩 訳)：人間対人間の看護. 医学書院, 東京, 1971.
- 23) 大西奈保子：ターミナルケアに携わる看護師の態度と悲嘆・癒しとの関連. 東洋英和大学院紀要, 2, 89-100, 2006.
- 24) 稲田美和, 池田 朋, ほか：継続教育. 日本看護協会出版会, 東京, 1994.
- 25) 山田敬子：「魅力のある院内教育」実現への新プロジェクト始動. 看護展望, 4, 31-5, 2006.
- 26) 殿城友紀：一般病棟でターミナルケアに携わる看護師の思い. 日本赤十字看護大学紀要, 23, 66-75, 2009.
- 27) 梅野奈美：臨床経験10年以上の看護師が語る死生観 ― 面接で語られた内容の分析と考察. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究収録, 29, 9-16, 2004.
- 28) Deborah Antai-Otong：医療施設におけるチームづくり. インターナショナルナーシングレビュー, 22(5), 54-59, 1999.
- 29) 吉田美栄, 池田ひろみ, ほか：看護教育と職場適応との関連性についての検討職務ストレスが職場適応に及ぼす影響とソーシャル・サポートの関連 (第2報). 日本看護学会抄録集 (看護教育), 34, 76, 2003.
- 30) Alfons Deeken：死を教える. メヂカルフレンド社, 東京, 1986.

[平成23年4月21日受 付]
[平成24年3月7日採用決定]

蛍光色素を用いた口腔内細菌の可視化と 口腔ケア評価への活用について

To Evaluate the Use of Visualization and Oral Care Oral Bacteria Using Fluorescent Dye

山本美紀¹⁾ 村林 宏¹⁾ 大森行雄¹⁾ 休波茂子²⁾
Miki Yamamoto Hiroshi Murabayashi Yukio Omori Shigeko Yasunami

キーワード：口腔ケア，口腔内細菌
Key Words：oral care, oral bacteria

I. 緒 言

口腔ケアは、高齢者や意識障害者、人工呼吸管理等の重症患者にとっては、誤嚥性肺炎を予防するために重要なケアのひとつである^{1), 2)}。老人性肺炎の病原菌としては、真菌、肺炎桿菌、黄色ブドウ球菌、緑膿菌などがあり³⁾、これらは口腔ケアが不十分であると、歯周病原性細菌として慢性呼吸器感染症を起こす。経口摂取ができない場合も口腔の自浄作用が減弱し、これら起炎菌が誤嚥（吸引）され肺炎を発症する危険性が高くなる⁴⁾。高齢者や重症患者などの易感染者にとっては、通常では病原性を示さない口腔内常在菌が呼吸器感染症を引き起こすため、口腔ケアによって口腔内細菌を減らすことが必要である。

したがって、実施した口腔ケアの有効性や効果を評価するためには、口腔内の細菌学的検討が欠かせない。しかし、細菌研究では細菌の培地培養、細菌同定は煩雑で時間がかかることから、高齢者や慢性期患者を対象とした報告が少なく、口腔ケアのエビデンスが明らかになっているとはいえない。このような問題点を解決するためには、口腔内細菌の存在や増減を簡便な方法で把握する必要がある。

細胞や微生物の核染色に用いられてきた4', 6-diamidino-2-phenylindole（以下DAPI）⁵⁾が、口腔内細菌の存在、数や形態を簡便にかつ短時間に顕微鏡下で観察および計測することが可能であることが明らかになった。さらに、以前われわれが行った研究により、DAPI蛍光染色による細菌の可視化条件が決められ、検体中の細菌の存在、数や形態を簡便にかつ短時間に顕微鏡下で観察および計測することが可能となった⁶⁾。

そこで本研究では、細菌のDNAを蛍光染色する色素DAPIを用い、細菌の存在を簡便に可視化することによって、口腔内細菌数とその変動を調査し、口腔ケアの評価と

して活用の可能性について検討を行った。

II. 研究方法

本研究は、蛍光色素による口腔内細菌数の可視化が口腔ケアの評価に活用できるかどうかを検証するため、以下のように口腔内細菌数の日内変化と口腔ケア前後の口腔内細菌数を調査する2つの方法を行った。

1. 口腔内細菌の日内変化

a. 対象者

被験者は、健康な成人10名と高齢者10名の計20名とした。

b. サンプルの採取方法

各被験者の口腔内3か所（舌の上、頬の内側、上下歯の表面）をそれぞれ清潔な綿棒で拭いた後、固定液（4%パラホルムアルデヒド）入りの瓶に入れて保存した。採取は被験者自身に行ってもらったが、方法に大きな差がないように、採取方法のパフレットをもとに研究者がデモンストラクションを行い、さらに被験者の手技を確認して実施した。

これらのサンプリングは、被験者の口腔内細菌の日内変化を観察するため夜（就寝前）、朝（起床後）、昼（昼食前）の順に行った。また、口腔内状況や生活習慣との関連をみるために、被験者に歯科疾患の「有/無」、義歯の「有/無」、歯磨きの習慣等についての調査も行った。

c. 細菌数の算出方法と可視化

採取したサンプルは、シリンジフィルター（商品名：ミニザルト、ポアサイズ：5.0μm、ザルトリウス・ステディム・ジャパン）でろ過し、大きな異物やはがれた粘膜細胞を除去した後、その中から10μLを採取、スライドグラス

1) 日本赤十字北海道看護大学 The Japanese Red Cross Hokkaido College of Nursing

2) 亀田医療大学 Kameda College of Health Sciences

に滴下し、10分ほど室温で乾燥させた。これらの操作は、すべてクリーンベンチで行った。

水洗後、10 μ g/mL DAPI水溶液（リン酸緩衝生理食塩水pH7.4, シグマ アルドリッチ ジャパン）にて染色を30分行い、水洗しカバーガラスを載せ、蛍光顕微鏡（filter No. 2, Zeiss Axioplan 2, Zeiss）で観察した。さらにその結果をコンピュータに取り込み、細菌数を計測した。細菌数の計測は、1視野（0.013 mm²）あたりのすべての細菌数を計測し、1サンプルあたり5視野（0.065 mm²）の合計を算出した。

d. 分析方法

データとしての細菌数は「平均 \pm 標準偏差」で表し、統計にはMann-Whitney *U*検定を用いた。有意水準は5%とした。

e. 倫理的配慮

被験者には、研究の目的と方法、研究への参加は自由意思であること、個人が特定されないことを説明し、同意を得たうえで実施した。なお、本研究は日本赤十字北海道看護大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。

2. 口腔ケア前後の口腔内細菌数

a. 対象者

被験者は、A看護大学の日常生活援助技術演習を受講する1年生11名を対象とした。

b. サンプルの採取方法

学生同士で実施する口腔ケア演習（含嗽、ブラッシング）の前後に、口腔内細菌の採取を行った。採取方法は、口腔内3か所（舌の上、頬の内側、上下歯の表面）をそれぞれ清潔な綿棒で拭いた後、固定液（4%パラホルムアルデヒド）入りの瓶に入れて保存した。採取は、教員がデモンストレーションを見せた後、学生同士で練習して手技を確認し行った。

c. 細菌数の算出方法と可視化

採取したサンプルの処理方法については、前述の「1. 口腔内細菌の日内変化」と同様に行った。

d. 分析方法

細菌数は「平均 \pm 標準偏差」で表し、被験者ごとに口腔ケア前後の細菌数を比較した。

e. 倫理的配慮

被験者には、研究の目的と方法、研究への参加は自由意思であること、個人が特定されないことを説明し、同意を得たうえで実施した。とくに本実験は被験者が学生であり、授業中に実施するため、授業に支障のないように十分配慮し、さらに成績や評価に無関係であること、不参加により不利益を生じないことを説明し、同意を得た。

Ⅲ. 結 果

1. 口腔内細菌の日内変化

採取したサンプルに欠落などなく、対象者全員のデータを分析対象とした。

a. 口腔内細菌数

(1) 被験者の年代と口腔内状況

被験者は20~30代が10名、70代が10名であり、女性14名、男性6名であった。義歯の「有/無」については、「有」が20~30代では1名、70代では5名であり、歯科疾患の「有/無」では、「有」が20~30代で6名、70代では2名であった。

歯磨きの習慣については1日1回または2回は20~30代で8名、70代では9名であり、1日3回以上は20~30代で2名、70代では1名であった。

口腔で気になることでは、20~30代では「無」が6名、70代では4名であり、「有」と回答した20~30代では舌の汚れや口臭、口腔内乾燥やその他があり、70代では食物が歯や義歯に残存することや口臭、口腔内乾燥をあげていた（表1）。

(2) 蛍光顕微鏡による口腔内細菌の可視化

口腔内の細菌をDAPIで染色後、蛍光顕微鏡で観察した結果、細菌の大きさは約数 μ mで、球状ときには連鎖状に

表1 被験者

被験者No.	年代	性別	義歯	歯科疾患	歯磨きの習慣 (回/日)	気になること*
1	20	女性	無	無	2	無
2	20	女性	無	無	2	4, 5
3	20	女性	無	無	2	無
4	20	女性	無	有	1	無
5	20	女性	無	有	3	2
6	30	男性	無	有	1	無
7	20	男性	無	無	2	無
8	20	男性	有	有	1	無
9	30	男性	無	有	2	2, 3, 4
10	20	男性	無	有	3	1
11	70	女性	有	無	2	1
12	70	女性	有	無	1	1
13	70	女性	有	無	4	無
14	70	女性	無	有	2	3
15	70	女性	無	有	1	3
16	70	女性	有	無	1	4
17	70	女性	無	無	2	4
18	70	女性	有	無	2	無
19	70	男性	無	無	2	無
20	70	女性	無	無	2	無

*気になること

1. 食物が歯・義歯に残存
2. 舌の汚れ
3. 口臭
4. 口腔内乾燥
5. その他

見られ、単独あるいは集合して認められた。20～30代の被験者（No.7）と70代の被験者（No.14）の蛍光顕微鏡による口腔内細菌の1日の変化写真を図1に示す。このように、どの被験者においても口腔内細菌がDAPI染色により蛍光を発し、可視化された。

(3) 1日の口腔内細菌数の変動

各被験者の1日の口腔内細菌数の変動を図2、図3に示

す。20～30代と70代ともに、ほとんどの被験者において1日の口腔内細菌数は、朝がもっとも多く、次に夜、昼と減少していた。20～30代で1名、70代で1名において、変化が他の多くと逆転している被験者がいた。また、20～30代の1名は細菌数が昼にもっとも多い状況だった。

1日の口腔内細菌数の変化を年代別で比較すると、20～30代の多くは、朝の細菌数が夜と昼に比べて平均2倍から

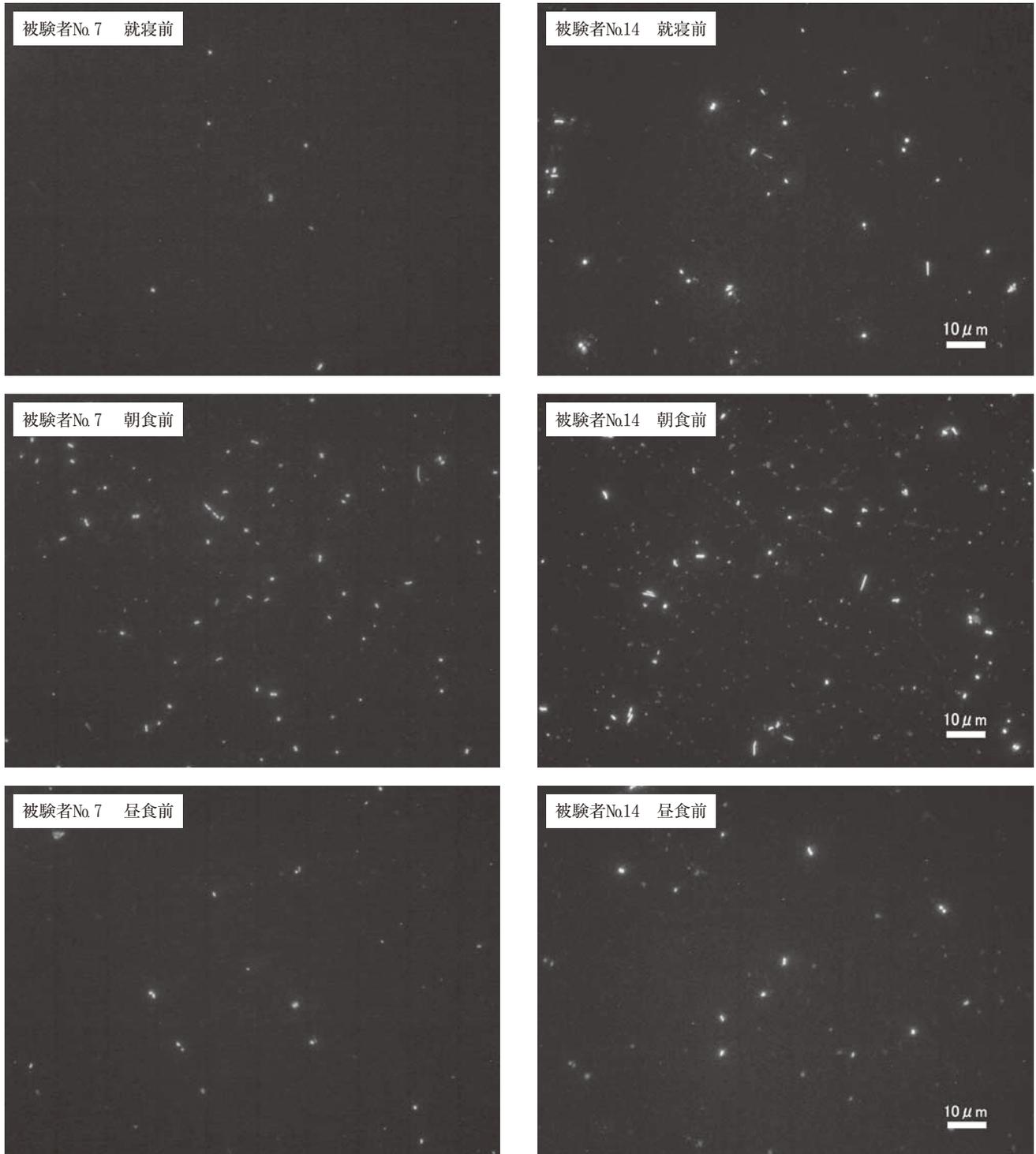


図1 蛍光顕微鏡による口腔内細菌の可視化

3倍, 最大では5倍以上と多いが, 70代では朝の細菌数は夜と昼に比べて平均1.7倍から1.9倍と20~30代ほど増加がなく, 1日を通して細菌数が多い傾向にあった。

(4) 年代別細菌数の比較

年代別の平均細菌数を図4に示す。20~30代は夜は 67.1 ± 45.4 , 朝は 138.3 ± 95.7 , 昼は 62.5 ± 57.8 , 70代では夜は 113.6 ± 69.5 , 朝は 184.5 ± 115.0 , 昼は 122.2 ± 86.8 であった。夜, 朝, 昼のすべてにおいて, 20~30代より70代の被験者のほうが細菌数が多く, 夜および昼では有意に70代のほうが口腔内細菌数が多かった ($p < .05$)。

(5) 口腔内状況別の細菌数

70代被験者の義歯の有無別平均細菌数を図5に示す。義歯「有」の平均細菌数は, 夜は 58.4 ± 24.6 , 朝は $102.6 \pm$

38.0, 昼は 110.6 ± 119.2 , 義歯「無」では夜は 168.8 ± 51.5 , 朝は 266.4 ± 107.4 , 昼は 133.8 ± 48.8 であった。夜, 朝, 昼のすべてにおいて, 義歯「有」より義歯「無」の被験者のほうが細菌数が多く, 夜および昼では有意に義歯「無」のほうが口腔内細菌数が多かった ($p < .05$)。

歯科疾患の有無別平均細菌数を, 20~30代と70代に分けて図6に示す。歯科疾患については, 20~30代では「有」が6名, 「無」が4名, 70代では「有」が2名, 「無」が8名であった。検定による有意差はなかったが, 20~30代および70代ともに歯科疾患が「有」のほうが「無」に比べて細菌数が多い傾向を示した。

口腔で気になることの有無別平均細菌数を, 20~30代と70代に分けて図7に示す。気になることについては, 20~

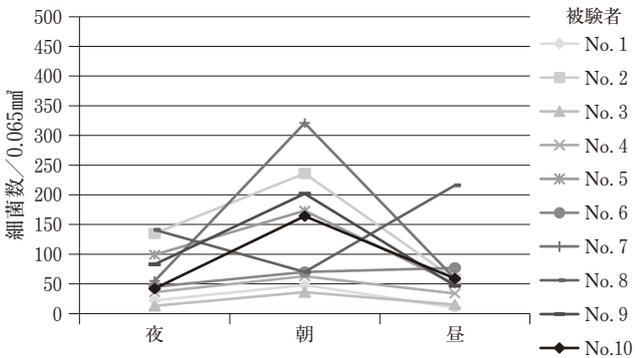


図2 口腔内細菌数の日内変動 (20~30代)

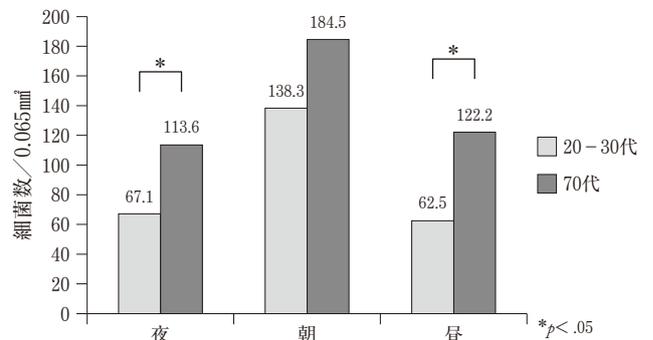


図4 年代別の平均口腔内細菌数

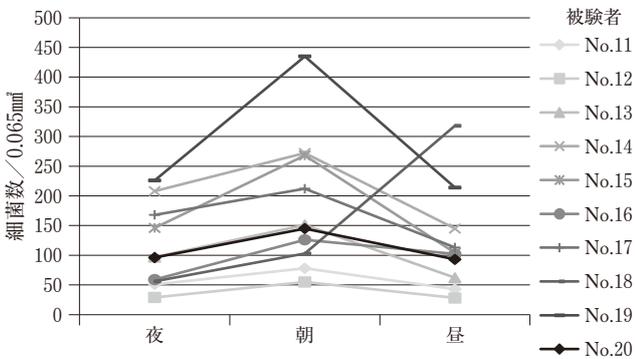


図3 口腔内細菌数の日内変動 (70代)

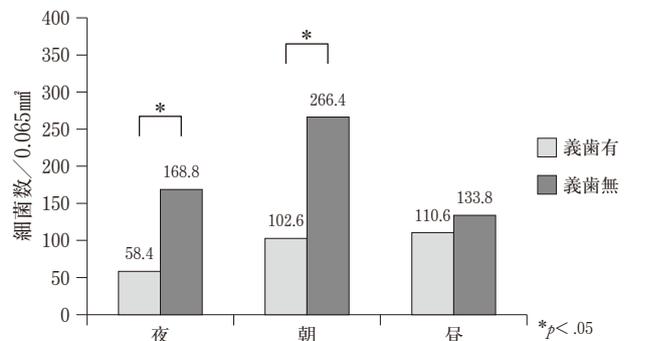


図5 義歯の有無別の平均口腔内細菌数

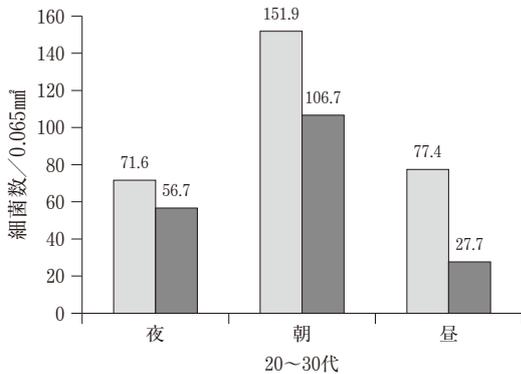
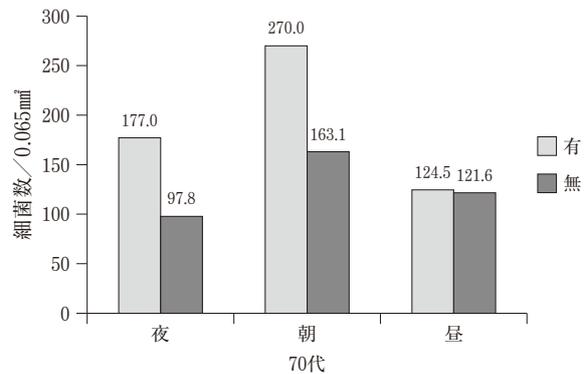


図6 歯科疾患の有無別 平均口腔内細菌数



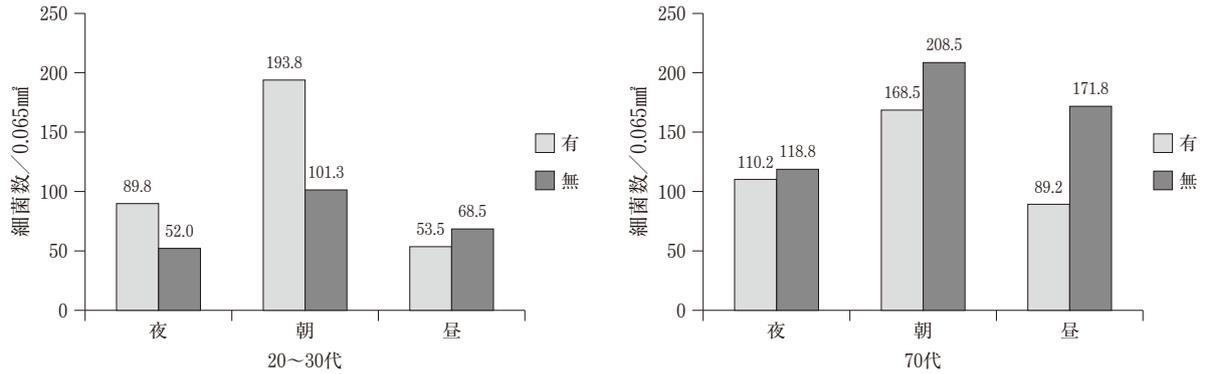


図7 口腔の気になることの有無別 平均口腔内細菌数

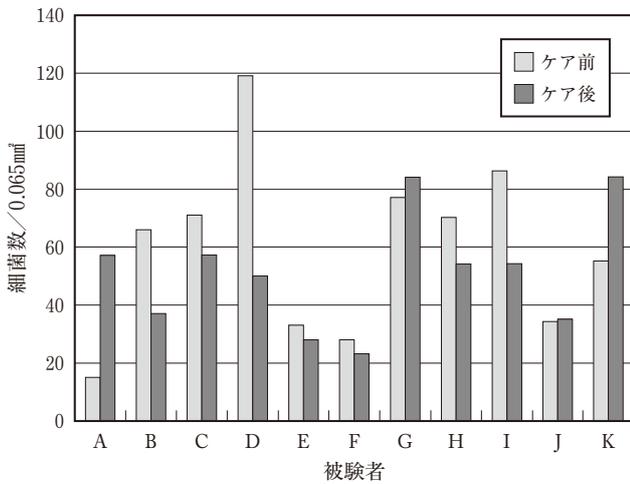


図8 口腔ケア前後の口腔内細菌数

30代では「有」が4名, 「無」が6名, 70代では「有」が6名, 「無」が4名であった。検定による有意差はなかったが, 20~30代では夜および朝において気になること「有」のほうが「無」より細菌数が多く, 70代では気になること「無」が「有」より細菌数が多い傾向を示した。

2. 口腔ケア前後の口腔内細菌数

採取したサンプルに欠落などなく, 対象者全員のデータを分析対象とした。

被験者はA看護大学の学生11名で, 20~30代の女性であった。口腔ケア前の細菌数は15~119の範囲であり, 平均 59.5 ± 9.1 であった。口腔ケア後の細菌数は23~84の範囲であり, 平均 51.2 ± 6.1 であった。口腔ケア後に細菌数が減少した学生は7名, 増加した学生は4名であった(図8)。

口腔ケア前後の蛍光顕微鏡による口腔内細菌の変化写真例を図9に示す。このように, 口腔ケア前後での細菌数および増減が可視化された。

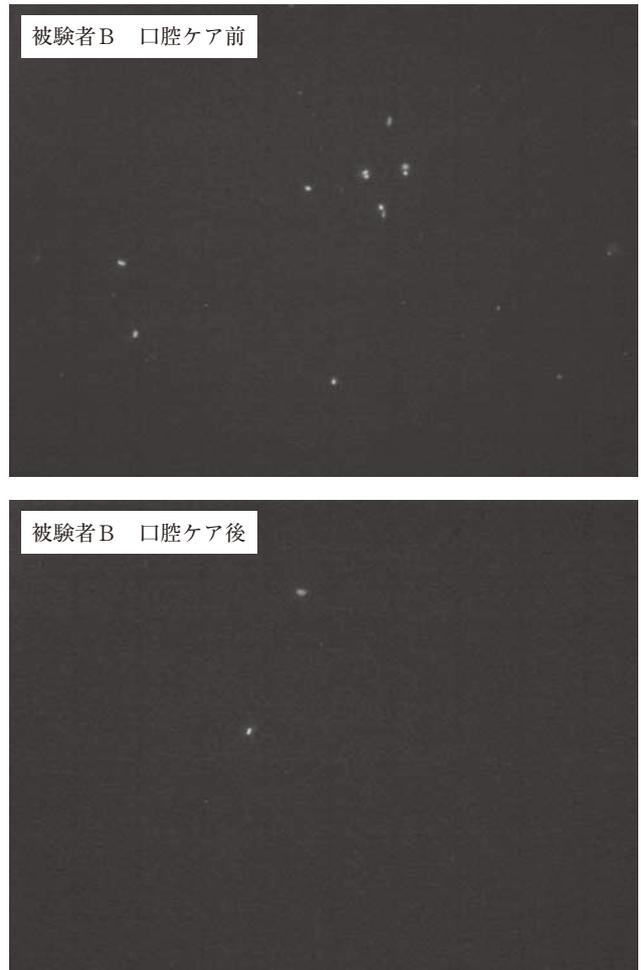


図9 口腔ケア前後の蛍光顕微鏡による口腔内細菌

IV. 考 察

口腔ケアは口腔内の清潔だけにとどまらず, 口腔機能や嚥下機能, さらにはADLにまで影響を及ぼすとされている。このように重要なケアの一つであるが, その技術や手順の標準化は難しく検討がされている。

さらに, 口腔ケアの必要性やその評価をするためのアセスメントも, 統一されたものがないのも現状である。口腔

内アセスメントについてはいくつかの指標があるが、主観的評価に頼らざるを得ないものが多い。主観的評価によるアセスメントでは、看護師と歯科衛生士という職種・専門の違いによる評価の差や信頼性について報告したもの⁷⁾があり、看護の現場では活用が難しい現状にあると言える。客観的評価としての細菌培養は時間もコストもかかるため、研究では多く使用されているが、実際の口腔ケアの評価として使用はほとんど不可能であった。

そこで本研究では、口腔ケアの評価のために活用できる客観的評価として、細菌を簡便に可視化して計測することのできる蛍光染色色素 4', 6-diamidino-2-phenylindole (DAPI) を用い検討を行った。

1. 口腔内細菌の日内変化

口腔内細菌の日内変化については、20～30代および70代の健康な対象者の口腔内細菌の存在を調査した。その結果、口腔内の細菌を蛍光色素である DAPI で染色し、蛍光顕微鏡を使って細菌の存在を確認し、計測することが可能であった。また、口腔内のほとんどすべての細菌において細菌 DNA の蛍光が見られ、その形状や相対的な数が観察および計測でき、1日の口腔内細菌数の増減を的確に表すことも可能であった。口腔内細菌は食事前が最も多く、食後は減少し次第に増加していくというサイクルをとること、夜間に増加し起床時が最も細菌数が多くなるという結果は、これまでの細菌培養法と同様であった⁸⁾。

さらに、高齢者のほうが若年者より細菌数が多くなったことは、高齢になると唾液分泌の低下に伴う自浄作用が減弱するからであると考えられる。

高齢者に多い義歯については、義歯「無」のほうが「有」に比べて細菌数が多かった。義歯は菌のリザーバーになる危険性が高く、要介護者を対象にした報告では義歯に誤嚥性肺炎、日和見感染、心内膜炎の起炎菌が存在することが明らかになっており⁹⁾、今回の調査でも義歯「有」のほうが細菌数が多いことが予測された。しかし、今回の健康な対象者は食後に義歯の洗浄を行っており、さらに睡眠前に義歯を外して入眠する方が多かったことから、起床時の細菌数が義歯がなく残存歯の対象者に比べて細菌数が有意に少なかったことが考えられる。

歯科疾患の有無別の細菌数の変化では、若年者および高齢者ともに歯科疾患が「有」のほうが「無」より細菌数が多い傾向にあった。齲歯や歯周病などの歯科疾患は主に歯周病菌によって起こるため¹⁰⁾、歯科疾患がある対象者のほうが細菌数が多い結果になったと考えられる。

口腔の気になることの有無別の細菌数の変化では、若年者において気になることが「有」のほうが「無」に比べて細菌数が多い傾向にあった。口臭や舌の汚れ、口腔内乾燥

といった状況は、口腔内の清潔が保たれていないことや唾液による自浄作用の低下が推測され、口腔内細菌数が多かったと考えられる。しかし、実際の口腔内状況を確認したのではないため、細菌数との関連は明らかではない。

若年者および高齢者を対象にした口腔内細菌の存在や細菌数、日内変化から、DAPI を使って細菌を蛍光染色する方法は、細菌の存在と相対的な数を簡便に迅速に判定できる方法であり、口腔内の状況を細菌学的に評価することに活用可能であると考ええる。

2. 口腔ケア前後の口腔内細菌数

看護学生を対象に行った口腔ケア前後の細菌数の変化からは、口腔ケアによる細菌数の増減が確認できた。適切な方法で実施するブラッシングと含嗽は口腔内を清潔にし、口腔内の細菌数を減少させる。

しかしながら、ケア後に細菌数が増加した対象者がいた。これはブラッシングにより歯の表面の獲得被膜や歯垢といったバイオフィームが剥離し、その後の含嗽が十分行われていないためと考えられる。この結果は、著者らと同じく看護学生を対象に口腔ケア効果評価を細菌培養法を用いて行った迫田ら¹¹⁾と同様であった。このことから、口腔ケアの効果を DAPI を使って細菌学的に評価することが可能と考えられる。

さらに本研究で用いた評価方法は、細菌を可視化した蛍光顕微鏡の写真を撮影しパソコン画面でも観察できることから、看護教育における口腔ケアの効果的な手技の確認にも活用できることがわかった。

3. 研究の意義と看護への適応

今回の研究によって、DAPI を用いた細菌観察は簡便で細菌の存在を可視化できることから、口腔内の状況と口腔ケアの効果を客観的に評価できることが明らかになった。

細菌の培地培養、細菌同定は煩雑で時間がかかり、そのときの口腔内の状況を反映しないため、臨床でのケアに生かすことが困難であった。しかし、DAPI を用いた細菌観察では細菌の存在とケアにおける細菌数の増減が短時間で確認でき、口腔ケアの評価、さらには方法や手技の検討にも活用できることが示唆された。

高齢者や重症患者の呼吸器疾患感染を予防するためにも、効果的な口腔ケアの実施とその評価は重要であり、口腔アセスメントの客観的評価法として簡便な細菌学的評価は意義が大きいといえる。

4. 研究の限界と今後の課題

今回の口腔内細菌の観察では、多くが球状ないしは連鎖状をしていたことから球菌や連鎖球菌と推測される。しか

し、菌の種類についての明確な同定ができない、というのは本研究の限界であり、今後の課題である。

さらに今後は、実際に臨床現場で行っている口腔ケアの前後における細菌数の変動を明らかにすることで、その評価の根拠に適應することを検討していきたいと考える。

V. 結 論

蛍光色素 DAPI を用いて、口腔内細菌を調べた結果、短時間に検体中の細菌の存在を可視化することができ、さら

に数を計測することが可能となり、口腔ケアの評価として活用できることが明らかとなった。

謝 辞

研究の実施にあたりご協力いただきました被験者の方々、関係各位の皆様へ深くお礼を申し上げます。

本研究の一部は、第8回日本赤十字看護学会学術集会(2007年6月、愛知)および第33回日本看護研究学会学術集会(2007年7月、岩手)にて発表した。

要 旨

本研究の目的は、細菌のDNAを蛍光染色する色素4',6-diamidino-2-phenylindole (DAPI)を用い、細菌の存在を簡便に可視化することによって、口腔内細菌数とその変動を調査し、口腔ケアの評価として活用の可能性を検討することである。同意の得られた健康な成人10名と高齢者10名を対象に、口腔内細菌の日内変化と口腔内状況や生活習慣を調査した。さらに、A看護大学の学生11名を対象に、口腔ケア演習の前後の口腔内細菌数を調べた。細菌は、口腔内3か所(舌の上、頬の内側、上下歯の表面)を清潔な綿棒で拭って採取した。結果、DAPIは短時間に検体中の細菌の存在を可視化することができ、さらに数を計測することが可能となり、口腔ケアの評価として活用できることが明らかとなった。

Abstract

The aim of this study was to determine whether 4',6-diamidino-2-phenylindole (DAPI), a fluorescent dye used to stain bacterial DNA, can visualize oral bacteria and therefore be used for assessing oral care. We examined the oral conditions of ten healthy young adults and ten elderly persons who consented to participate in this study, and recorded the diurnal variation of the number of oral bacteria in their mouths. We also collected oral bacteria from eleven students at a nursing college and quantified bacteria levels before and after they learned oral care. The bacteria were collected with sterile cotton swabs from three different locations in the mouth: the upper surface of the tongue, the inside of the cheek, and the surface of the teeth. DAPI was able to visualize oral bacteria in a short period of time, which means that the dye can be used to determine the number of bacteria present in the mouth. This finding indicates the usefulness of DAPI as a tool for assessing oral care.

文 献

- 1) 米山武義, 吉田光由, ほか: 要介護高齢者に対する口腔衛生の誤嚥性肺炎予防効果に関する研究. 日本歯科医学会誌, 20, 58-68, 2001.
- 2) 妙中信之: ICUにおける人工呼吸管理とオーラルケアの必要性. 6-13, メディカ出版, 大阪, 2000.
- 3) Barlet, J G, et al: The bacteriology of aspiration pneumonia. Am J Med, 56, 202-207, 1974.
- 4) 静岡県歯科医師会 編集: EBMに基づいた口腔ケアのために. 医歯薬出版, 東京, 2002.
- 5) Schnedl, W, Mikelsaar A V, Breitenbach, M, Dann, O: DIPI and DAPI: Fluorescence banding with only negligible fading. Human Genetics, 36(2), 167-172, 1977.
- 6) 村林 宏, 山本美紀, ほか: 蛍光色素 Diamidino-2-phenylindole (DAPI) を用いた口腔内細菌の可視化に関する基礎的研究. 日本赤十字北海道看護大学紀要, 第8巻, 35-38, 2008.
- 7) Andresson, P, et al: Inter-rater reliability of an oral assessment guide for elderly patients residing in a rehabilitation ward. Spec Care Dentist, 22(5), 181-186, 2002.
- 8) 中垣晴男, 神原正樹, ほか編著: 改訂版・臨床家のための口腔衛生学. 永末書店, 京都, 2000.
- 9) 角 保徳, 永長周一郎, ほか: 要介護高齢者の義歯と咽頭微生物叢に関する研究. 老年歯科医学, 16(2), 171-177, 2001.
- 10) 岸本裕充編著: よくわかる! 口腔ケア. メヂカルフレンド社, 東京, 2007.
- 11) 迫田綾子, 長谷川浩子, ほか: 口腔ケアの効果評価に関する細菌学的検討. 日本看護学会抄録集(看護総合), 36巻, 208, 2005.

〔平成23年9月20日受付〕
〔平成24年3月9日採用決定〕

看護師におけるメンタリング機能尺度の 開発と信頼性・因子的妥当性の検証

Development of Mentoring Function Scale for Nurses, and
Evaluation of Its Reliability and Factorial Validity

妹尾 鮎美¹⁾ 三木 明子²⁾
Ayumi Senoo Akiko Miki

キーワード：メンター、メンタリング機能、看護師、信頼性、人材育成
Key Words：mentor, mentoring function, nurse, reliability, human resources

I. 緒 言

近年、企業においてメンター、メンタリングによる人材育成が注目を集めている。海外では1970年代から、日本では1990年代ごろから研究が盛んになり、その概念の定義は多岐にわたるが、どの研究においても、年長で豊富な経験をもつ熟練者であるメンターと呼ばれる人が、未熟練者であるメンティと呼ばれる人に対して、キャリア支援を中心とした機能を与えることをメンタリングとして定義している^{1)~4)}。

メンタリングによる人材育成が注目される理由として、その効果があげられる。経営学領域において、メンターがいる人はキャリア・サクセスが高く、組織や現在の仕事に魅力を感じる傾向があること⁵⁾、20歳代で社内にメンターをもつことが職業的アイデンティティ形成に重要であること⁶⁾、などが示されている。久村³⁾は、経営学領域におけるメンタリング効果に関するレビューを行い、メンティへの効果を「学習の促進」「高い職務満足、業績、意欲」「組織内影響力の強化」「自己イメージの確認」「自己洞察力と自信の向上」「組織コミットメントの向上」「有用な情報収集手段の獲得」「組織社会化の成功」としてまとめている。また、小野⁷⁾は、メンターの存在とメンタリングはキャリア満足感や職務満足感だけでなく、働く人々の人生の肯定感に影響を与える、としている。

先行研究^{4), 8), 9)}によって、看護師の約6~8割にメンターが存在し、内訳として先輩や直属の師長、主任などの上司があげられていることを考えると、メンタリングによる支援は看護の領域でも行われている、と言える。しかし、人材育成の方法として多くの病院ではプリセプターシップ^{10), 11)}が取り入れられており、メンターやメンタリ

ングについてはほとんど言及されてこなかった。

プリセプターシップは、新卒者を対象にリアリティショックの緩和や技術力の強化をはかることを目的としたOn the Job Training (OJT) であり、その対象や期間、目的にメンタリングとの相違点がある。これまでの看護の領域ではメンターやメンタリングに関する研究はさきわめて少なく、メンターの存在が職務満足感を高める要因となること⁸⁾、現在メンターがいる人は職務満足度が高く自己教育力が高いこと⁹⁾、職場におけるメンターの存在が成熟性に大きな影響を与えること¹²⁾、専門職的自律性の獲得にはメンタリングが有効であること¹³⁾など、メンターの存在による効果の検証が行われているのみで、具体的なメンタリング機能による効果については不明である。

また、経営学領域で示されているメンタリング機能について考えてみると、看護の領域にそのまま当てはめられるかどうかは疑問である。Kram²⁾は、メンタリング機能を「キャリア的機能」と「心理・社会的機能」に分け、その下位概念としてキャリア的機能の下に「支援」「推薦と可視性」「訓練」「保護」「やりがいのある仕事の割り当て」、心理・社会的機能の下に「役割モデル」「受容と承認」「カウンセリング」「友好」をあげている。しかし、「キャリア的機能と心理・社会的機能との2つの分類は、機能が不足していたり、反対にかなり雑多でまとまりのないものもあったと思われる」と合谷¹⁾が指摘しているように、心理・社会的機能における概念が広い。また、「役割モデル」が下位概念に該当するが、役割モデルは知識や技術、仕事に対する姿勢などのモデルとなる別機能と考えられ¹⁴⁾、その分類の仕方には問題があると思われる。これらを踏まえると、看護師におけるメンタリング機能は、Kram²⁾のキャリア的機能と心理・社会的機能の2つでは説明できな

1) 岡山大学病院 Okayama University Hospital

2) 筑波大学医学医療系 Faculty of Medicine, University of Tsukuba

い部分がある、と言える。

また、合谷¹⁾はメンタリング機能を技術や知識、経験、昇進などの向上を促進する機能である「仕事」、キャリア開発をスムーズにするための機能である「人間関係」、目指すべき方向性の決定を促進する機能である「目標」の3つに分類し、そのなかでも直接的に影響を与えるものと間接的に影響を与えるものとに分けて質問紙を作成した。「人間関係」という新しい機能と、「目標」というかたちで役割モデルとしての機能を加えているが、看護師の「仕事」はとくに人間関係を基盤としており、患者や家族、職場内の人間関係に関する機能は必要不可欠である。ただ、相談やよき理解者となる、といった精神的な支援機能がすべて「人間関係」に入れ込まれており、直接的・間接的に影響を与える機能とを厳密に分類することはむずかしい、と考える。

現在、国内において、看護師を対象にメンタリング機能を測定した先行研究では、小野^{15),16)}が作成した尺度が使用されている。小野は、メンタリング機能を「キャリア機能」「管理者の行動機能」「受容・承認機能」「情緒的機能」の4つに分類しているが、看護師を対象にした尺度は54項目と項目数が多く、臨床現場で使用するには簡便でない。また、因子分析の結果、4つのどの因子にも属さない項目や因子負荷量が.35を下まわる項目が見受けられ、因子的妥当性として不十分である、と言える。また、小野の尺度を用いている研究¹⁷⁾では、小野の尺度と因子内の項目内容に差異があり、再現性がある尺度とは言いがたい。これらを踏まえると、現段階において、看護師のメンタリング機能を十分に表現している機能はなく、また測定できる尺度も存在しない。

以上より、看護師のメンタリング機能尺度を作成し、その信頼性と因子的妥当性を検証することを目的とした。

II. 方 法

1. 用語の定義

a. メンター

本研究においては、「①豊富な知識や経験をもち、指導・教育をする、②あなたとスタッフや患者・家族との関係を調整する、③看護師としての見本・モデルとなる、④あなたを認め、精神的に支えている」といった具体例をあげたうえで、メンターを「キャリア（生涯にわたる職業生活）に影響を与えている上司・先輩」とした。

b. メンティ

本研究においては、メンティを「メンターからメンタリング機能を受けていると認識している人」とした。

2. 研究対象

関東近郊の一般病院であるA病院（約500床）を対象施設とした。A病院は、救命救急センター、災害拠点病院、がんセンターなど地域医療の中核的役割を担っており、急性期～亜急性期の患者が多い。看護師数は約400人で、看護体制を7対1としている病院である。

本研究では、看護管理職（看護部長、副看護部長、看護師長）と、臨床経験21年目以降、また50歳以降を除いたキャリア中期までの看護師をメンティと想定し、研究対象とした。

3. データ収集方法

2008年8月に、無記名の自記式質問紙にて調査を実施した。対象施設の全19部署に調査を依頼した。各部署の看護師長を通じて対象者に配布を依頼し、回収袋を設置して約1か月の留め置き期間後に研究者が回収した。

4. メンタリング機能尺度の原案の作成

a. 項目作成

まず、小野の尺度^{15),16)}を一部参考にして20項目を作成した。小野の尺度における、昇進や昇格といった企業就業者向けの項目は、内容から除外した。次に、実際の臨床現場にて、メンターとしての役割を果たす機会が多いと考えられる師長や専門看護師の業務に同行し、日々の業務や実際の部下の教育場面においてどのようなメンタリング機能が与えられているかという視点をもって参加観察を行い、項目内容を確認した。

また、作成した項目の表現妥当性の確保のため、臨床経験3年以上の看護師10名と、メンタリング研究に詳しい専門家2名に、意味内容が理解できるかどうかや、回答可能かどうか、看護師におけるメンタリング機能を表現できているかどうかなどについて意見をもらい、項目の表現を修正した。

b. プレテスト

作成した20項目を用い、ストレスマネジメント研修会に参加したA県内の看護師93名を対象にプレテストを行った。対象者の平均経験年数は13.8（SD=8.2）年であった。

1点や4点に回答が偏っていないか、また無回答者が多い項目がないかどうかを確認した後に、全項目にて主因子法、プロマックス回転による因子分析を行った。その結果、2つの因子に同程度の負荷量を示した項目や、どの因子にも低い負荷量を示した項目があったため、1つの項目内に2つ以上の意味内容が含まれていると考え、それらは項目の文章を意味ごとに2項目に分けた。

また、参加観察では、現場において医師や患者・家族と部下との間に立つことや、話しかけやすい雰囲気をもつこ

と、相談を受けること、見本を提示することなどがメンタリング機能として重要であることを認めたが、項目に欠けていたと判断し、「患者や家族との人間関係で困ったときに、間に入って調整している」「職場内の人間関係がうまくいくよう配慮している」「話しかけやすい雰囲気である」「仕事の相談にのってくれる」「まず見本を示してくれる」の5項目を追加して、計30項目の尺度を作成した。

5. 調査項目

a. 基本属性

性別、年齢、看護師経験年数、婚姻状況、勤務形態、職位、最終学歴について質問した。

b. メンターに関する項目とメンタリング機能

まずメンターがいるかどうかを判断するために、具体例を示したうえで、メンターを「キャリア（生涯にわたる職業生活）に影響を与えている上司・先輩」と表記し、「いる」「いない」の選択肢にて回答を求めた。メンターが「いる」と回答した人に対し、メンタリング機能尺度30項目と、メンターとして想起した人を重複回答にて尋ねた。

メンタリング機能尺度に回答する際には、最もメンタリングを受けているメンターを想起するよう指示し、各項目で最もあてはまる番号を答えるよう求めた。

メンタリング機能尺度は、「十分あてはまる：4点」「少しあてはまる：3点」「あまりあてはまらない：2点」「全くあてはまらない：1点」の4件法で、得点が高くなるほどメンタリング機能を受けていることを示す。

6. データ分析方法

統計学的分析を行ううえで、有意水準は5%と設定した。また、データの分析には統計解析パッケージソフト“SPSS16.0J for Windows”を用いた。

作成した看護師のメンタリング機能尺度の因子的妥当性を検討するため、因子分析を行った。検定には、主因子法、プロマックス回転を用いた。固有値1.00以上、因子負荷量.40以上を基準として項目選択を行った。

信頼性の検討には、Cronbachの α 信頼性係数を算出した。

7. 倫理的配慮

研究協力機関の看護管理責任者に対しては、本研究の目的、方法、研究への参加は自由意思であり、研究に参加しなくても不利益を被ることはないこと、いつでも参加を取り消すことができること、プライバシーの保護について、学会発表や論文投稿の際には機関名や個人が特定されないこと、データの保存方法と破棄の方法についてなどを説明し、同意書に署名を得た後に研究を実施した。

研究対象者に対しては、調査票に研究への参加は自由意思であり、研究に協力しなくても不利益を被ることはないこと、調査票は無記名であり個人の特長はされないこと、データの取り扱い方法についてなどを明記し、回収をもって同意が得られたものと判断した。また、調査票は封筒にて厳封を依頼し、直属の上司ではなく利害関係の発生しない研究実施者が回収し、強制力が発生しないよう配慮した。

本研究は、筑波大学大学院人間総合科学研究科研究倫理委員会にて承認を受けた後に実施した。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の特徴

436人に調査票を配布し、回収した368人（回収率84.4%）のうち、対象数の少なかった男性18人と、無回答10人、「メンターがいない」と回答した73人（21.5%）を除外し、267人を最終分析対象とした（有効回答率72.6%）。

対象者の基本属性を表1に示した。平均年齢は27.8歳（SD=5.6）歳で、経験年数は1～5年目が156人（58.4%）であった。197人（73.8%）が未婚者であり、247人（92.5%）が常勤であり、250人（93.6%）がスタッフであった。また、176人（65.9%）が専門学校卒であった。

表1 基本属性

	(N=267)	
	n	(%)
経験年数		
1～5年目	156	(58.4)
6～10年目	75	(28.1)
11～20年目	36	(13.5)
婚姻状況		
既婚	70	(26.2)
未婚	197	(73.8)
勤務形態		
常勤	247	(92.5)
非常勤	19	(7.1)
無回答	1	(0.4)
職位		
係長 or 主任	17	(6.4)
スタッフ	250	(93.6)

2. メンターの内訳

メンターの内訳では、上位から「第1位：直属の先輩（168件）」「第2位：直属の看護師長（123件）」「第3位：直属の主任（57件）」「第4位：直属の係長（55件）」「第5位：直属以外の先輩（48件）」の順であった（表2）。

表2 メンターの内訳

(N = 267)

項目 (重複回答)	件数
看護部長	21
副看護部長	8
直属の看護師長	123
直属以外の看護師長	30
直属の係長	55
直属以外の係長	13
直属の主任	57
直属以外の主任	13
直属の先輩	168
直属以外の先輩	48
その他	16

3. 尺度の信頼性, 因子的妥当性の検討

まず, 30項目について, 項目ごとに回答の偏り, 平均, SDを算出した。各項目の回答は, 最小値1点から最大値4点の範囲にあり, 天井効果・フロア効果はみられなかった。次に, 全項目を用いて因子分析を行った。探索的に因子数を限定せず, 主因子法後, プロマックス回転にて因子分析を実施したところ, 固有値1.00以上を示した因子は5個であった。

因子数を5と決定し, 再度同様の因子分析を行った結果, 因子負荷量.40を下まわったのは「新しい技術や能力を習得できるような場を提供している」「患者や家族との人間関係がうまくいくよう配慮している」「プライベートな相談にのってくれる」「その人がもっているような知識

表3 看護師のメンタリング機能尺度の因子分析

(N = 267)

項目	平均	SD	共通性	因子負荷量				
				因子1	因子2	因子3	因子4	因子5
指導・教育機能：7項目 (α = .92)								
仕事に関する有益な情報を提供している	3.38	0.62	0.74	.92	.01	-.09	.03	-.03
適切な助言をしている	3.42	0.59	0.76	.80	.01	.06	-.05	.07
知識や技術を伸ばすような教育や指導をしている	3.30	0.63	0.73	.80	.06	.09	-.04	-.02
まず見本を示してくれる	3.18	0.70	0.62	.70	-.09	.13	.10	-.04
仕事上でできていない点を指摘している	3.24	0.70	0.48	.67	.05	-.12	.06	.05
働く姿勢を見習いたいと思う	3.42	0.63	0.71	.52	-.06	.40	-0.00	.04
対応に困る看護場面において, その方法やコツを教えている	3.35	0.66	0.65	.47	-.11	-.06	.13	.43
受容・応援機能：6項目 (α = .89)								
あなたの将来を楽しみにしている	2.81	0.80	0.63	-.10	.83	.00	.14	-.12
あなたのことを気にかけ, 精神的に支えている	3.19	0.70	0.78	.02	.83	.02	-.07	.11
あなたを励まし, 応援している	3.29	0.71	0.75	.08	.74	.02	-.01	.10
あなたを認め, よき理解者となっている	3.17	0.68	0.72	0.00	.57	.06	-.03	.32
仕事上のよい点を認めてくれる	3.26	0.63	0.73	.00	.45	.14	.00	.36
あなたの人脈を広げている	2.70	0.80	0.29	.04	.41	.02	.37	-.29
役割モデル機能：5項目 (α = .86)								
仕事上, 尊敬できる人である	3.55	0.58	0.67	-.15	-.10	.86	.03	.14
看護師としてのモデルとなっている	3.50	0.57	0.56	.09	.22	.72	-.05	-.23
目標となる実践能力をもっている	3.51	0.58	0.60	.23	.16	.65	-.15	-.10
看護観や職業観を見習いたいと思う	3.33	0.66	0.64	.02	-.07	.55	.24	.15
向上心やモチベーションを見習いたいと思う	3.43	0.63	0.57	-.01	-.06	.50	.15	.24
人間関係調整機能：4項目 (α = .84)								
他職種との人間関係で困ったときに, 間に入って調整している	3.18	0.75	0.70	.05	-.07	.07	.85	-.07
職場内の人間関係で困ったときに, 間に入って調整している	3.02	0.79	0.68	.02	.18	-.17	.77	.04
職場内の人間関係がうまくいくよう配慮している	3.14	0.75	0.63	-.04	.15	.05	.65	.05
患者や家族との人間関係で困ったときに, 間に入って調整している	3.11	0.80	0.44	.14	-.06	.14	.47	.04
傾聴・相談機能：4項目 (α = .87)								
話をきちんと聞いてくれる	3.45	0.62	0.75	-.03	-.06	.07	-.12	.96
仕事の相談にのってくれる	3.38	0.67	0.66	.16	.10	-.19	.07	.69
話しかけやすい雰囲気である	3.45	0.61	0.53	.02	.14	.06	-.05	.60
あなたの意見や行動を尊重している	3.25	0.68	0.64	.01	.18	.02	.13	.58
			固有値	13.29	1.80	1.30	1.12	0.97
			因子の寄与率 (%)	51.11	6.94	4.99	4.31	3.71
			累積寄与率 (%)	51.11	58.05	63.03	67.34	71.06

や技術を自分ももちたいと思う」の4項目であった。これらを除外し、最終的に26項目にて同様の因子分析を行った(表3)。各因子の寄与率は第1因子から51.11%, 6.94%, 4.99%, 4.31%, 3.71%であり、これらの因子の累積寄与率は71.06%であった。

次に、各因子の意味内容を解釈し、命名を行った。第1因子は、仕事に関する情報の提供や、助言、見本の提示、コツの伝授など、メンティへの指導・教育を行う機能を示す7項目で構成され、「指導・教育機能」と命名した。

第2因子は、メンティの将来への期待、精神的な支え、認める、理解する、人脈を広げるといった、メンティを受容し応援する機能を示す6項目で構成され、「受容・応援機能」と命名した。

第3因子は、能力や看護観の目標・役割モデル機能を示す5項目で構成され、「役割モデル機能」と命名した。

第4因子は、患者や家族とメンティとの関係や職場内での人間関係を調整・配慮する機能を示す4項目で構成され、「人間関係調整機能」と命名した。

第5因子は、話を聞き、相談にのり、意見を尊重する機能を示す4項目で構成され、「傾聴・相談機能」と命名した。

年代、経験年数、婚姻状況、勤務形態、職位、最終学歴別によって看護師のメンタリング機能尺度の下位尺度の得点差があるかどうかを判断するために、Mann-WhitneyのU検定を行った結果、どの下位尺度にも有意差は認められなかった。

各因子の内的整合性を検討するためにCronbachの α 信頼性係数を算出したところ、第1因子.92、第2因子.89、第3因子.86、第4因子.84、第5因子.87であった。また、全項目の α 係数は.96であった。

IV. 考 察

1. メンターの概要

本研究では、7割以上の看護師にメンターが存在した。今回、メンターに同僚を含めず、上司・先輩に限定したため一概には比較できないが、小野の研究¹⁸⁾では、メンターは「直属の上司」「職場の同僚」「社内の先輩」の順で、斎藤らの研究⁹⁾では「病院内の先輩」「職場の同僚」「就職時公式指導者」の順であげられ、上司のなかでも直属の師長や先輩が上位にあがっていた。今堀らの研究¹³⁾において、身近な上司や先輩が支援者として果たす役割が大きいとされているが、日ごろの仕事のなかで身近な存在である直属の先輩や師長といった存在からメンタリング機能を受けやすく、メンターとして認識しやすいことが本研究でも示された。

2. 看護師のメンタリング機能尺度の信頼性・因子的妥当性

本研究では、因子分析の結果5因子が抽出された。信頼性を検討するために算出したCronbachの α 信頼性係数は.84~.92と高い値を示し、因子負荷量は.40以上、第5因子までの累積寄与率が71.06%だったことから、信頼性、因子的妥当性ともに確保されていると考えた。また、今回作成した尺度は26項目と少なく、簡便に使用できると考えられた。

3. キャリア中期までの看護師のメンタリング機能

今回、キャリア中期までの看護師のメンタリング機能は、「指導・教育機能」「受容・応援機能」「役割モデル機能」「人間関係調整機能」「傾聴・相談機能」の5因子によって構成された。

「指導・教育機能」は、仕事に関する有益な情報提供、助言、見本、方法やコツの伝授などの7項目で構成され、メンティへの指導・教育を行う機能を示す。“適切な”助言をすることや、“対応に困る”看護場面における方法やコツの伝授などは、若年者のプリセプターが提供するような指導のみを指しているとは考えにくい。これは、池内ら¹⁹⁾が指導・教育技術は経験5年目でも「できる」レベルには到達しておらず自信のなさがうかがえた、としていることから推察できることである。また、池内らは基本的な援助技術や人間関係技術は経験5年目くらいで「できる」レベルになるとも示しており、指導・教育機能は比較的若いメンティに対して提供される機能と考えられた。

「受容・応援機能」は、メンティの将来への期待、精神的な支え、認める、理解する、人脈を広げるなどの6項目で構成され、メンティを受け入れ、応援する機能を示す。この機能は、Kram²⁾の心理・社会的機能のなかの肯定的な関心をもち相手を信頼する「受容と承認」や、小野⁴⁾が示している「情緒的機能」「受容・承認機能」と共通する要素をもつ。大林ら²⁰⁾の研究では、看護職を継続できた理由として、部下の成長を支援してくれる上司の存在や先輩の応援、励まし、勇気づけ、支えなどが影響していたことを示している。また、原田²¹⁾によると、中堅看護師は先輩看護師に“先輩から声をかけてほしい”“自分の頑張りを認めて欲しい”など、「承認」を求めていることを明らかにしており、これらのことから「受容・応援機能」は看護師にとって重要なメンタリング機能であると考えられる。

「役割モデル機能」は、尊敬できる、目標となるなどの5項目で構成され、能力や看護観の目標・役割モデルを示す機能である。本研究においては、他因子に取り込まれることなく別因子として抽出され、Burke¹⁴⁾や合谷¹⁾の研究を支持するものであった。先行研究ではモデルの有無

がキャリア形成に影響を及ぼすこと¹²⁾、経験4～5年目看護師の成長動機にモデルとしての先輩の存在が影響すること²²⁾、中堅看護師は実践の場でモデルとなる看護師を意識し、ケアを模倣しながら成長していたこと²³⁾、などが明らかとなっている。これらのことから、看護師において「役割モデル機能」は、Kram²⁾が示したように心理・社会的機能の下位概念としてではなく、他機能と同等に独自の機能として重要であると考えられる。

「人間関係調整機能」は、患者や家族とメンティとの関係や職場内での人間関係を調整・配慮する機能を示す4項目で構成される。これまでのメンタリング研究においては構成されなかった機能である。合谷¹⁾が示している「人間関係」と比較すると、精神的な支援は含まれず、人間関係の調整のみを行う機能であるという点が特徴的である。看護師はスタッフ、患者、家族といった人との関係性を重視する職業であり、上司や先輩が人間関係の調整を行うことは必要不可欠である。先行研究²⁴⁾において、人間関係と職務満足度には関係があると示されており、職場内でメンティが働きやすく、よりよい関係性を築くことができるよう人間関係の調整を行うことは、看護師にとって重要なメンタリング機能であると言える。

「傾聴・相談機能」は、話を聞き、相談にのり、意見を尊重する機能である。Kram²⁾の心理・社会的機能、小野⁴⁾の情緒的機能や受容・承認機能、合谷¹⁾の分類する人間関係に含まれる項目と類似し、尺度作成時には「受容・応援機能」と同じ因子に含まれると想定していたが、別因子となった。一方的に指導をしたり、相手をただ受け入れたるだけでなく、相手を尊重し話し合えるといった要素がこの機能には含まれており、看護師のメンタリング機能として重要であると考えられる。

4. 研究の限界と今後の展望

本研究の限界として、まず対象施設が1施設であり、メンタリング機能は施設において取り組んでいる人材開発の方法の違いなどによって変化することも考えられ、サンプルバイアスは否めない。

今回作成したメンタリング機能尺度には、既存の「推薦と可視性」や「保護」「昇進や昇格」といった内容を含んでおらず、さらに、本研究では既存の外的基準の尺度との相関など、基準関連妥当性を検討していない。また、「働く姿勢を見習いたいと思う」「対応に困る看護場面に

て、その方法やコツを教えている」「あなたの人脈を広げていると思う」の3項目は、2つの因子に同程度の因子負荷量を示した。

加えて、管理者やキャリア後期の看護師、男性を対象から除外したが、メンティとしての経験があると予測されるため、幅広い年齢や経験年数、男性などを含めた対象者において調査を実施し、尺度の内容的妥当性を検討していく必要がある。今後はさらに対象施設およびサンプル数を増やして尺度の信頼性・妥当性を検討し再現性のある尺度にしていくことが望まれる。

本尺度を用いることで、キャリア中期までの看護師がどのようなメンタリング機能を受けているのかを把握することができ、病院内のメンター教育ならびにキャリア支援のための基礎資料として利用できる。現在、取り入れられているプリセプターシップのみで新卒看護師を支えることはむずかしく、またプリセプター自身にも何らかの支援が求められている。現行のプリセプターシップのみに頼るのではなく、メンタリング機能による支援を取り入れていくことが望まれる。

現在、企業においては自然発生的なメンターやメンタリングによる支援に加え、プログラムとして公的に取り入れる動きが広がっているが、メンタリング機能による人材育成は長期的な関係性によって行われるべきであり、看護の領域においても公的プログラムを導入すべきか、検討していく必要がある。

V. 結 論

本研究で作成した看護師のメンタリング機能尺度は、「指導・教育機能」「受容・応援機能」「役割モデル機能」「人間関係調整機能」「傾聴・相談機能」の5因子で構成される。項目数が多くなく簡便に使用できる尺度であり、尺度の信頼性は高く、因子的妥当性が認められたことから、看護師のメンタリング機能を十分に測定できると考えられた。

謝 辞

本研究にあたり、ご協力頂きました対象施設の看護部長、各部署の師長ならびに看護師の皆様にご心より感謝申し上げます。また、尺度作成の際に多くのご助言、ご指導を賜りました亜細亜大学経済学部の小野公一教授、筑波大学特任教授の渡辺三枝子先生に厚く御礼申し上げます。

要 旨

本研究は看護師に適したメンタリング機能尺度を開発し、信頼性と因子的妥当性を検証することを目的とした。A病院の看護師に無記名自記式質問紙調査を実施した結果、メンターがいると回答したのは267人（78.5%）であった。作成した尺度では、「指導・教育機能」「受容・応援機能」「役割モデル機能」「人間関係調整機能」「傾聴・相談機能」の5因子が抽出された。Cronbachの α 信頼性係数は.84～.92と高い値を示し、因子負荷量は.40以上、第5因子までの累積寄与率が71.06%だったことから、信頼性、因子的妥当性ともに確保されていると考えられた。また、26項目という簡便に使用できる尺度であり、看護師のメンタリング機能を十分に測定できると考えられた。今後は、本尺度を活用し、現行のプリセプターシップのみに頼るのではなく、メンタリング機能による人材育成の方法を検討していく必要がある。

Abstract

This study aimed to develop a mentoring function scale suitable for nurses, and evaluate its reliability and factorial validity. An anonymous questionnaire survey was conducted among nurses working for A Hospital, of whom 267 (78.5%) answered that they had mentors. From their answers based on the scale developed, five factors, each representing a mentoring function, were extracted: "guidance/education", "acceptance/support", "role model", "human-relations adjustment", and "listening/counseling" functions. Both the reliability and factorial validity were considered to be ensured because Cronbach's alpha coefficient of reliability was high enough, ranging from .84 to .92, the factor loading was .40 or greater, and the cumulative contribution rate up to the fifth factor was 71.06%. This scale, consisting of 26 items, was considered to be convenient enough to measure the mentoring functions of nurses. In the future, this scale should be used to explore methods to develop human resources focusing on mentoring functions, rather than relying only on the current preceptorship.

文 献

- 1) 合谷美江：女性のキャリア開発とメンタリング. 22-37, 文真堂, 東京都, 1998.
- 2) Kram, K E/渡辺直登, 伊藤知子訳：メンタリング—会社の中の発達支援関係—. 27-58, 白桃書房, 1988/2003.
- 3) 久村恵子：メンタリングの概念と効果に関する考察—文献レビューを通じて—. 経営行動科学, 11(2), 81-100, 1997.
- 4) 小野公一：キャリア発達におけるメンターの役割—看護師のキャリア発達を中心に. 55-82, 白桃書房, 2003.
- 5) 柴田雅仁, 関本昌秀：メンタリングのキャリア・サクセス, 組織, 仕事の魅力, 職務遂行意欲への影響. 第9回産業・組織心理学会大会論文集, 126-128, 1993.
- 6) 児玉真樹子：キャリア段階別に見た, 企業就業者の職業的アイデンティティの形成に及ぼすメンタリングの効果. 産業ストレス研究, 12(3), 221-231, 2005.
- 7) 前掲4), 189-202.
- 8) 井上ルミ子：卒後1～5年目看護師の自己効力感・職務満足感に影響するメンタリング—自立を支援する対人関係のあり方. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター教員養成課程看護教員養成コース看護教育研究集録, 30, 168-175, 2005.
- 9) 齋藤一美, 森岡由起子：中堅看護師におけるメンター（良き相談相手）の実態—メンターと職務満足度及び自己教育力の関係—. 北日本看護学会誌, 9(2), 8-17, 2007.
- 10) 上泉和子：プリセプターシップの理解と運用. 看護, 53(2), 24-29, 2001.
- 11) 中根 薫, 出羽澤由美子, ほか：プリセプターシップの現状分析—プリセプターへの支援体制に焦点を当てて—. 日本看護管理学会誌, 4(2), 46-53, 2001.
- 12) 林 有学, 米山京子：看護師におけるキャリア形成およびそれに影響を及ぼす要因. 日本看護科学会誌, 28(1), 12-20, 2008.
- 13) 今堀陽子, 作田裕美, ほか：看護師の専門職的自律性獲得とメンタリング. 日本看護研究学会雑誌, 31(2), 55-63, 2008.
- 14) Burke, R J: Mentors in Organizations. Group & Organization Studies, 9(3), 353-372, 1984.
- 15) 小野公一：メンタリング尺度の信頼性と妥当性の検証. 亜細亜大学経営論集, 35 (1・2合併号), 1-20, 2000.
- 16) 小野公一：キャリア発達をもたらす生きがい感に関する研究—看護師のメンター調査を用いたモデルの検証—. 41(1), 1-25, 2005.
- 17) 今堀陽子, 作田裕美, ほか：非管理職看護師が受けるメンタリング. 第38回日本看護学会論文集（看護管理）, 309-311, 2007.
- 18) 前掲4), 103-137.
- 19) 池内佳子, 阿曾洋子, ほか：新卒看護婦の就職後5年間における自立過程からみた継続教育の検討. 看護展望, 25(5), 27-38, 2000.
- 20) 大林末子, 橋口智子, ほか：看護師の成長・発達の育成に影響する要因の構造化（第2報）. 第35回日本看護学会論文集（看護管理）, 345-347, 2004.
- 21) 原田香菜子：中堅看護師の職務継続に関する要因—中堅看護師が受けてきた人的支援からの分析. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター教員養成課程看護教員養成コース看護教育研究集録, 32, 196-203, 2007.
- 22) 星野磨利子, 堀江香織, ほか：臨床経験4・5年目看護師の自己成長を動機付ける先輩看護師の関わり. 第34回日本看護学会論文集（看護管理）, 33-35, 2003.
- 23) 川崎敬子, 大納庸子, ほか：モデルとなる看護師の存在様式と中堅看護師に与えた影響. 第33回日本看護学会論文集（看護管理）, 82-84, 2002.
- 24) 竹内広子, 石川恵美, ほか：看護職の職務満足度の現状と今後の課題. 第34回日本看護学会論文集（看護管理）, 133-135, 2003.

〔平成22年4月26日受 付〕
〔平成24年3月23日採用決定〕

一般病棟に勤務する男性看護師が女性患者の看護ケアをする体験

General Duty Male Nurses Experience Providing Care to Female Patients

小藤 祐子¹⁾ 野村 香¹⁾ 中山 周子¹⁾ 山崎 松美²⁾
Yuko Kofuji Kaori Nomura Chikako Nakayama Matsumi Yamazaki

キーワード：男性看護師，女性患者，看護ケア，看護教育

Key Words：male nurses, female patients, nursing care, nursing education

I. はじめに

近年，男性看護師は増加しており，平成10年の男性看護師数は17,807人であったのに対し，平成20年では44,884人と約2.5倍となっている¹⁾。それに伴って，働く場が精神科領域や手術室，ICU以外の一般病棟など，多様な領域へ拡大してきている。そのため，日常的に男性看護師が身体接触を伴う看護ケアをする機会が増えている現状がある。

しかし，女性患者は，ケアの提供者には女性看護師を望む傾向があり²⁾ 羞恥心を伴うケアにおいては，男性という理由で拒否することが多いことが明らかになっている³⁾。実際に，現場では男性看護師が女性患者に看護ケアを断られ，女性看護師に看護ケアの交代を依頼することがしばしば見受けられる。

歴史的にみると，日本では昔から男尊女卑の考え方が根づいており，男女の権力差が存在していた。かつ，看護や介護などは“女性的職業”と認識されていた。これらの背景が，男性看護師が看護ケアをすることに違和感が生じる一因となっていると考えられる。また，学生時代から男性看護師は性別違和感を経験しているとの報告があり，これらの違和感は周囲だけでなく男性看護師自身も学生時代から感じていると言える⁴⁾。そのような状況におかれているにもかかわらず，看護基礎教育では看護ケアに伴う羞恥心・プライバシーの配慮に関して男女一様に教育されており，男子学生への教育方法について検討していく必要があると考えられる。

一方で，“看護士”から“看護師”へ名称が変わった時代は，男性看護師に焦点を当て，男性看護師が直面している問題や苦悩を調査した研究や文献が多くみられた^{5), 6)}。近年では男性看護師に関連した研究は激減し，逆に男性看護師の増加に伴い女性患者への対応を自然に行えるとの指摘がされている⁷⁾。

しかし，現場において男性看護師は，どこか女性患者の看護ケアになると女性患者とかわりにくいようにみえることがあり，女性患者に対し看護ケアをしようとする姿はどこか積極性が薄らいでいるようにみえる。そこで，積極性が薄らいでいるようにみえる現象を手がかりに，男性看護師が女性患者に看護ケアをする体験を明らかにし，卒前・卒後における男性看護師の教育について検討した。

II. 用語の定義

看護ケア：対象への直接的な援助行為のうち，主に身体接触を伴うケアとし，日常生活における清潔・排泄介助，医療処置の介助も含んだ。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は，Giorgiによる現象学的アプローチの手法⁸⁾を参考にした記述的研究である。Giorgiの記述的現象学的方法は，意味的体験世界をありのままに理解し認識するための方法として用いられる⁹⁾。「男性看護師は，女性患者に対し看護ケアをしようとする姿はどこか積極性が薄らいでいるようにみえる」という研究者が感じた現象が何なのか，その体験を明らかにするためにこの方法を参考にした。

2. 研究参加者

A病院の一般病棟で勤務する男性看護師11名である。参加者の概要は表1に示す。

1) やわたメディカルセンター Yawata Medical Center

2) 金沢医科大学看護学部 School of Nursing, Kanazawa Medical University

表1 参加者の概要

	年齢	経験年数	現病棟の経験年数	個人面接時間
A氏	43歳	9年目	9年目	1回目 45分 2回目 120分
B氏	33歳	2年目	2年目	1回目 35分 2回目 145分
C氏	30歳	9年目	1年目	1回目 30分 2回目 40分
D氏	28歳	6年目	3年目	1回目 60分 2回目 90分
E氏	28歳	7年目	3年目	30分
F氏	32歳	11年目	3年目	35分
G氏	49歳	13年目	10年目	
H氏	32歳	11年	7年目	40分
I氏	30歳	9年	1年目	30分
J氏	35歳	3年目	3年目	
K氏	34歳	13年目	4年目	

3. データの収集方法

(1) フォーカス・グループ・インタビュー

男性看護師それぞれが体験話を共有することで相互作用を高め、思いや意見を表出しやすくする目的で、11名の参加者を無作為に3～4名のグループに分け、フォーカス・グループ・インタビューを行った。そのなかでは「女性患者から断られた体験はありますか?」という質問を皮切りに、お互いの体験を自由に語ってもらった。

語られた内容は参加者の同意を得て、テープレコーダに録音した。それを一語一句書き起こし逐語録とし、参加者ごとに特徴を描き出した。

(2) 非構造化面接

フォーカス・グループ・インタビューの参加者11名の一人ひとりの特徴を描き出し、そのうち異なる特徴をもった8名を対象に、非構造化面接を行った。面接は1人ずつ個室で行い、フォーカス・グループ・インタビューでの語りが深まるような質問を投げかけ、面接途中では基本的に参加者の自由な語りの流れに沿うように努めた。

面接内容は、参加者の同意を得てテープレコーダに録音し、一語一句書き起こし逐語録とした。また、面接時に観察された雰囲気、表情や仕草なども書きとめた。

データ収集期間は平成21年5月～11月であった。

4. データの分析方法

Giorgiの現象学的アプローチの手法⁸⁾を参考にし、以下の手順で女性患者とのかかわりの体験を抽出し、それらが意味することを分析した。

逐語録を何度も読み返し、体験全体の意味をとらえた。男性看護師が女性患者に看護ケアをする体験、を明確にした。同じ状況について語られている部分を一つの意味単位

とし、前後の文脈の流れ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。各参加者の記述から共通する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。参加者の言葉を抽象化して研究者の言葉や概念に置き換えながら、意味単位ごとに記述を行い、それぞれの中心的なテーマを見出した。体験全体とテーマ間の本質的な関係を洞察しながら、現象の全体構造を統合し、ストーリーとしていねいに記述した。

5. 真実性の確保

真実性の確保¹⁰⁾のため、分析過程において現象学の知識と実践に富むスーパーバイザーから指導を受けた。また、テーマが描き出された時点で参加者に提示し、フィット性を確認した。

6. 倫理的配慮

参加者には研究の趣旨を文書と口頭で説明し、研究の参加は自由意思に基づくもので、一度承諾しても途中で辞退できること、工作上に不利益が生じないこと、話したくないことは話さなくてよいことを保証した。また、時間は本人の希望に合わせ、業務への支障がないように配慮し、看護管理者にも承諾を得た。またプライバシーと匿名性を厳守することを約束し、書面による同意を得た。データは鍵のかかる場所に保管し、不要となった時点で速やかに処分した。

なお、本研究は研究計画書の段階で「やわたメディカルセンター倫理委員会」の承認を得て行った。

IV. 結果

男性看護師が女性患者に看護ケアをする体験の意味として、6つのテーマが導かれた。以下、意味単位は【】で、参加者の語りは「」で提示した。

1. 看護師としての成長に、どうしようもない性差が立ちあがる

男性看護師は、看護師としての経験を積むことで成長したいと望みながらも、男性というだけで看護ケアを断られる現実に直面していた。看護師として成長したいが、一方で看護師だからこそ性差が際立たされ、成長が妨げられることに、どうしようもないとわかりながらも、どこか理不尽な思いを抱いていた。

a. 【患者を知るための観察は大事であり自分でしたい】

「観察が必要なら、看たい思いが強いです。清拭だったら、全身状態が問題なければ他の人にケアだけなら依頼で

きると思うけど。観察はやっぱりその人のことを知るわけだから、ケアよりはしなないとけないって思いは強い」と語り、観察は看護師しかできないことだ、という思いを抱いていた。また、「全身清拭とかで褥瘡があればやっぱり観察したいから、できることなら自分がケアして観察したいじゃないですか」と自分が看護師として観察をしたい気持ちを持って語っていた。

b. 【看護師だからこそ性差が際立たされることで生じる、不合理さと理不尽な思い】

「ただ『男だから』っていうだけで、断られるのが腑に落ちない。結局、医師は患者さんにオープンにできるけど『看護師がダメ』ってどういう事だろう」「先生は“先生”で、看護師はまだ“男”の世界」と語り、看護師だけ「男性だから」と断られることに対しておもしろくないと感じていた。また「乳がんを受け止めきれない不安な状態の患者さんが手術を受けるって言う情報があって、たまたま男性看護師が外まわりについていたら、その人に『外まわりに男をつけるのはやめよう』ってなったんです。その手術を受け止めきれないことと、男子禁制っていうのは別問題。『男が嫌』って言うわけじゃないから。手術を受け止めきれなくて不安になってるのに『男がダメ』って言うのはなんでだろうって」と、「男性だから」という医療スタッフの配慮や考え方に対する不満を語った。

さらに「自分がケアをしようと思うときに、患者さんがいまできるかって状況を見極めて、いまのタイミングでしようって行くわけだから、それで断られるってことは、よほどそれがしたくないのか、自分が男だから断られてるのか、という部分を強く感じる」「いくら仕事とはいえ、計画を立ててその人のためにしようと思っていることはいちおう好意。仕事なんだけど、その人に対してよかれ、と思ってしていることじゃないですか。それを断られて、私がして嫌で、他の人がやればOK、ってそんな理不尽なことはないでしょ」と語り、男性というだけでケアを断られる理不尽さを思いながら、自分も傷ついていた。男性看護師は、風潮、医療スタッフや患者の言動から、自分の置かれた環境に不満を持ち、看護師としての仕事ができない状況に置かれていた。

c. 【情報を拾うことが大事だとわかりながらも、簡単なことではないと思う】

「新人だと、たとえば『ちゃんと情報拾ってきなさい』とか上の人に言われたりとかして、そういうことしなないとけないって感覚が強いのは初めのころはあった。大事な情報はとらなければいけないけど、そのもっと前のこととして、本人が嫌ならするべきじゃないし、嫌なことはしないほうがいいかな、っていう思いがある」「確認するのも大変。忙しいときは時間がかかるし、けど嫌がることをさせるの

は嫌なんですよ」と語り、新人時代から患者の情報を収集することが重要であると教えられてはいるが、男性看護師として介入することは大変なことであると感じていた。

2. 患者に気をつかわせないように配慮することが最優先であると悟る

男性看護師は、患者から断られる経験を積み重ねるうちに、その理由を改めて考え、男である自分が看護ケアをすることが患者を不快にさせてしまうことである、とわかりはじめる。そして「看護ケアがしたい」という思いと、「患者の思いを優先したい」「患者の嫌がることはしたくない」という相反する思いを抱いていた。そのなかで自分が看護ケアをしたい気持ちより、患者に気をつかわせない配慮こそが看護である、という考えにたどりつく。そしてそのためには、あきらめて女性看護師に依頼することも自分なりの精一杯の仕事である、と思えるようになっていった。

a. 【看護ケアの提供者である自分が男であることで不快にさせたくない】

「人にされるのは嫌っていう人は、誰にされても嫌じゃないですか。だから男性か女性かって部分だけでみるならば、私がしなければ別にその人はそういうことを感じなかったかもしれないし。なんかその人自身も多分葛藤してるんです。ああ男が来た、どうしようみたいな。だからそういうことを思わずに済むのがいちばんいいと思う」と、自分が男であることで患者に不快な思いをさせたくない、と感じていた。

b. 【患者に気をつかわせないことが看護であると思えるようになった】

「女性看護師ではなく自分が入ったことで、患者さんにづらい思いをさせてしまっているんじゃないか、っていうふうになることが増えましたね。自分が看護師としてケアできないことに対する葛藤というよりも、自分が入ったことで苦痛を与えたんじゃないか、もっと満足度の高い保清ができたのに、それを引き下げてしまったんじゃないか、っていう自己嫌悪でもないけど、そっちの方面に考えてしまう変化が現れはじめたかなって気がする」。

また、女性患者のケアができないことに対して「何で他のスタッフを呼びに行かないといけないのか、って気持ちのなかでは思いますよ。でも、だんだんやっているうちに、そんなこと言ってもだめだなって。それが患者さんにとっていいことか、っていうとそうではないんで。気をつかわせない、というのもやっぱり看護だと思うので」と語り、経験を積み重ねることで、患者にとってのいちばんよいケアとは何かと考えるようになり、それが看護であると悟った。

c. 【あきらめて女性看護師に頼むことも、自分なりの精一杯の仕事である】

「褥瘡があるってわかっていたり、清拭のケアのときしめられないようなものがあるって明らかにわかっている場合は、後から聞いたりします。そこで看護師として働いていないと思うことはないです。代わりにしてもらって、そこから情報をとることでもできると思うので、自分で引けるところは引く。それが自分なりの精一杯の仕事だと思うから」と、患者のことを考えて、女性看護師に依頼することも自分の仕事である、と自信をもって語っていた。

3. 仕方がないと割り切る

男性看護師は、患者から断られるたびにどこかおもしろくない感情を覚えてしまっていた。そのうちに学生時代から、女性患者と接するときに男性として立ち入れない領域があったことを思い起こす。男性看護師は“患者は自分のことを異性として認識しているので、恥ずかしいのは当然である、どんなに努力しても男性と女性の壁は歩み寄れるものではない”と、自分に言い聞かせて割り切ることで、おもしろくない感情が納められていった。

a. 【考えてみれば、以前からあった立ち入れない領域を思い起こす】

「看護学生の実習で、まずこれ以上立ち入らないで下さいね、と指導者から言われているので、そういう考え方が必要なんだなって、そのときにインプットされている。だから、女性に対するときは、看護師でもあるけど一男性としての立場もある、っていうのを感じながら、常に1年目から接するようにはしていた。それが男性看護師があるべき姿なんだな、っていうのが根底にあるかもしれない」「学生って勉強している身分だから。それがなぜって言うのを知りたいのはやまやまで、どういう状況なのか観察したいし、観察だけじゃないけど、そのケアの程度を見たりとか回復の程度とか全部。要は患者に接すること全てにおいて看護なわけじゃないですか、それができないって、つまり『あなたじゃ看護できませんよ』って言われてるようなものです」「授業で、女性は男性にここを触られると何%の人が嫌、っていうのが書いてあったんです。“タッチ”の面でやっぱりそうなんだって。なんとなくそういう気はしてたけど、やっぱり女の人は触られたら嫌なところがあるんだなって」と、それぞれ学生時代に自分は女性看護師とは同じようにはいかないということを意識させられる経験があった。

b. 【患者は自分のことを異性として認識しているので、恥ずかしいのは当然である】

「断られるのは、ショックって言うよりも当然かな、っていうのはあります。やっぱり異性ということもあって

嫌っていうことで、拒絶される方がいると思う」「私が男だから断られているので。そんなことを人にされるのは嫌だって人でも、じゃあ女性の方がしますよって言ったら、じゃあそれならしますって言う人が何人もいたので、そうならこの人は根底に私が男だからっていうのがある、っていう経験を何度もしている」と、男性看護師を患者が異性として認識していることを当たり前だと受け止めていた。

c. 【男性と女性の壁は歩み寄れるものではないと割り切る】

「男性と女性の差っていう壁だけは歩み寄れるものじゃない、っていう考え方はいまも根本にあるから、断られるのは仕方ないって割り切れる」「断られるの前提っていうか、こういう場合もあることを予測してやっています。だから、何を言われてもショックとか驚きはないですね」「拒否や断られて、最初はショック、とへこんだことも多少ありました。いまはなんとも思わないです。多分慣れというか、仕方がないこと、という自分への言い聞かせかな」と「男やからって断られたら、って思うことで自分は楽になる。それで解釈すると楽です。逃げ道なんだと思います。そう思わないとやっていけないですよ」と、歩み寄れるものでないという考えがあり、ショックじゃないと感じ、自分の気持ちをコントロールしていた。

4. 困難だからこそ身についた技術に対するちょっとした誇り

男性看護師は、少しでも女性患者に嫌な思いをさせたくない願っていた。そのため女性患者の反応を敏感にとらえ、嫌な程度を読み取りながら、嫌な思いが軽減できないか自分なりに試行錯誤していた。そのようにして、看護ケアに入ることが困難な男性看護師だからこそ身につけてきた技術は、看護師として当たり前と思いつつも、ちょっと誇らしげであった。

a. 【嫌な程度を読み取る術が身につけてきた】

「自分なりに患者さんの言い方でとらえます。どれだけ嫌か、っていう基準があるんですよ。そのときの言い方とか間とか、表情とかいろんな種類があって。それ全部合わせて僕なりに決めています」「僕なりに判断しますね。看護ケアを自分がすることに対して『はい』って言ったけども、いろんな反応があるじゃないですか。よしOKって言う人もいれば、嫌々OKって言う人もいて。そんなことは皆さん見ていてわかるじゃないですか」と語り、患者とかかわるなかで、嫌がる程度を感じ取る方法を身につけてきた。

b. 【相手に応じて嫌な思いを軽減する方法を講ずる】

「看護ケアを『していいですか?』って言えば、患者側にも考えるゆとり、選択肢があって、ストレスなくできる

方法を選んでもらえばいいと思うので」「男だけど大丈夫ですか？ って言うと、もっと断られる率が高くなる気がする。それで、男というくくりではなく、一人の人間としてみて欲しいから『俺ですけどいいですか？』って言葉を考えているんだと思う」と嫌な思いが軽減できないか、自分なりの方法をもっていた。また、男性看護師としてではなく、一人間として患者のことを考えていると、自信をもって語っていた。

5. 女性看護師がいると思うことでわだかまりがとける

男性看護師は、女性患者に看護ケアを断られるのではない、断られれば女性看護師に代わりを頼まなければならない、看護ケアを頼めば女性看護師の負担が増える、という思いを抱き、どこか踏みとどまってしまう自分を経験していた。しかし、快く交代してくれる女性看護師がいると思うことで、看護ケアに挑む足取りが軽くなった。

a. 【快く看護ケアを交代してくれる女性看護師がいる、という安心感がある】

「女性スタッフはケアを依頼するとすぐ受け入れてくれる。そこで忙しいっていう雰囲気を感じたことは、いままで一度もないかもしれません。結構スツと受け入れてくれたから、こっちとしては気持ちがとても楽だったかな」「事前に患者さんの情報収集をするわけじゃないですか。その人にはどんな援助が必要なのかを知っているわけです。ズボンの上げ下げを介助しないとイケないとか。その人のところに行って『手伝いますのでナースコールして下さいね』とか言うけど、それは誰か女性看護師がしてくれるだろうという思いがあって、後ろ盾があるから言いやすくなる。そこをためらうと患者さんも頼みにくくなって、ナースコールもしてくれないかもしれない」と、女性看護師の存在について語った。

b. 【男性だからできることを見つけて、お互い様と思う】

「逆に、男の人じゃないとできないってところでフォローすればいいかな。たとえば、単純に重いものを運ぶとか、大きい患者さんの移動をすとか、そこでフォローしあえばあんまり問題ないかなって思う」「たまに男性じゃないと嫌って言う人もいるので、そういうときにケアを手伝いに行ったり、入浴介助に行ったりしている」「男性の清拭入った後の男性の顔を見ると、自分でよかったなって思う」と、男性看護師ならではの仕事を見つけ、女性看護師と対等に働いている思いを語った。

6. 医療処置は看護師として介入できるため、こころが軽くなる

男性看護師は、医療処置になるとなぜかこころが軽くな

る自分を感じており、それはまるでチャンスに出会ったような感覚であった。このとき、自分は男ではなく看護師になることができていた。

a. 【医療処置はチャンスである】

「緊急の場合は男女関係なく、患者さんっていう対象で見るから特別です」「ガーゼ交換の担当でしたが、それは業務なんですよ。業務上、見に行かざるをえない。私が手を出さざるをえないときもあるけど、他のスタッフもいるから、その人にやってもらいつつもチラ見する。チャンスだからやっぱり見たい。私が踏み込んでいなくても見れるチャンス。交渉しなくても見れるチャンスが目前にあるわけだから」「(処置は)必要なことだしね。そこは男、女って言えないでしょ、っていう世界。(緊急や手術で)出血したとかだったら『私が見ていいですか？』って言うている場合じゃないので。そこには、仮に嫌でも恥ずかしいって気持ちがあったとしても、それ以上にあなたのいまの状態、大きく言えば命を管理しなきゃいけない、観察しなきゃいけないっていうことで、説明すれば引く人はいない。それでも嫌だって暴れる人はいない」と、医療処置は“男性”というくくりではなく、医療者としてかかわれるよい機会と感じていた。

b. 【医療処置は気持ちが楽になる】

「あなたは治しに来てるんでしょ、あなたは動けないから仕方ないでしょ、みたいな感覚でやらないと、自分が迷いの心でやると相手にも伝わるので、それはもう業務だから仕方ないから私やりますね、っていう感じの雰囲気をつくってやります」「処置になってしまうと先生も一緒に入ったりもするし、まとめてみられてるからまあいい、って感じになってしまうのではないかなと思う。患者さんのなかでも心の切り替えはあるだろうけど。なるべく、先生だからまあいいわ、って諦めの境地にいかせるような感じがかかっています」と、医療処置は男性である自分が介入することは仕方がないことだ、と自分に言い聞かせ、女性患者に気兼ねせずかかわることができるので気持ちが楽である、と語っていた。

V. 考 察

1. 看護師として成長したい思いと葛藤

男性看護師は、看護師として成長したい思いがあるが実際には看護ケアに入ることができず、情報一つとることも困難であり、理不尽な思いを抱いていた。しかし、異性である自分が看護ケアに入ることが、患者にとって嫌なことである、という思いに至る。男性看護師は、看護師としての成長ができない体験をしながらも、患者とかかわったり、断られる経験を重ねていくうちに、患者に気をつかわせな

いように配慮することが最優先である、と悟っていた。

これらより男性看護師は、経験が浅いうちは看護師としての成長したいという思いと、患者に嫌な思いはさせたくないという、相反する2つの感情で戸惑っていることがわかる。それゆえに、自らの看護の質向上に熱心であればあるほどこの葛藤は大きくなると考えられ、経験の浅い男性看護師に対してこの戸惑いや葛藤を理解し、周囲からサポートすることが必要であると考えられた。

2. 積極性が薄らいでいるようにみえる現象について

経験を経た男性看護師は、仕方がないと割り切ることで戸惑いなく女性患者の看護ケアに挑むことができていた。しかしここに至っても“男性看護師である自分が看護ケアを行おうとすること自体が患者に気をつかわせてしまうことにつながる”そして“看護師である自分が患者に気をつかわせてもよいのか”という思いが大前提にあり、それゆえにどこか積極性が薄らいでいるようにみえたのだ、と考えられた。また経験を経た男性看護師は、同時に自分なりに患者の嫌な思いを軽減する技術を生み出していた。先行研究においても、男性看護師が女性患者に看護ケアを行う際にはいくつかの方策を使用していることが明らかになっている¹¹⁾。本研究においては、それらの技術に男性看護師が誇らしい気持ちを抱いていることが明らかになった。よって、積極性が薄らいでいるのではなく、むしろ積極的に女性患者のことを考えた現象である、と言えた。

3. 教育への示唆

現在の看護基礎教育では、技術教育においても男女一様に行われており、男性に性差を意識した特別な教育がされているわけではない。実際の現場において、男性看護師は女性看護師と比較し、女性患者に看護ケアを断られることが多く、男性看護師は女性看護師に看護ケアを依頼しなければいけない現実がある。本研究では、快くケアを交代してくれる女性看護師の存在が男性看護師の救いとなっていたことが明らかとなった。しかし、それは女性看護師との

関係性が成り立っているからこそであり、男性看護師の職場の人間関係が看護ケアに影響を及ぼす、と考えられる。

また、女性看護師ではあたり前に行われている観察が、男性看護師にとっては容易なことではなく、このように、男性看護師が看護ケアを行ううえで、性差による葛藤や困難は明らかに存在していた。これに対し、看護基礎教育のうちから、このような困難は男性看護師の誰もが経験することだと伝えることが、男性看護師の葛藤を和らげる可能性が考えられた。

以上より、男子学生に対する特別教育を看護基礎教育カリキュラムへ組み入れる必要性、また、どのような教育が効果的であるかについて、今後明らかにしていく必要がある。

VI. 結 論

1. 男性看護師は、看護師として成長するために女性患者の看護ケアをしたい思いと、女性患者の嫌がることはしたくないという、相反する思いを抱いていた。
2. 男性看護師は、女性患者に看護ケアを断られる経験を繰り返すうちに、女性患者に気をつかわせない配慮こそが看護であるという考えにたどりつき、仕方がないと割り切ることで気持ちを納めていた。
3. 男性看護師は、女性患者に嫌な思いをさせたくないと思うがゆえに、自分なりの技術を身につけていた。
4. 男性看護師が女性患者に看護ケアをする体験は、女性患者に断られる経験を繰り返すうちに成長していく、むしろ積極的に女性患者のことを思ったゆえの体験であった。

謝 辞

研究を進めるにあたり、分析段階においてご指導いただきました金沢大学医薬保健研究域保健学系の稲垣美智子教授に心より御礼を申し上げます。

本稿は、第36回日本看護研究学会学術集会にて発表した内容に加筆したものである。

要 旨

本研究の目的は、男性看護師が女性患者に看護ケアをする体験を明らかにすることである。現象学的アプローチを用いて男性看護師11名にフォーカス・グループ・インタビュー、そのうち8名に非構造化面接を実施した。その結果、《看護師としての成長に、どうしてもない性差が立ちはだかる》《患者に気をつかわせないように配慮することが最優先であると悟る》《仕方がないと割り切る》《困難だからこそ身についた技術に対するちょっとした誇り》《女性看護師がいると思うことでわかまりがとける》《医療処置は看護師として介入できるため、こころが軽くなる》の6つのテーマが導かれた。男性看護師にとって看護ケアを行うことは、「看護師としてケアをしたい」という思いと「患者のことを思うがゆえにケアに入れない」という相反する感情が入り交じった体験であった。

Abstract

This study was carried out to clarify the experience of male nurses providing care to female patients. Focus group interviews employing a phenomenological approach were conducted with eleven male nurses, and unconstructive interviews were conducted with eight of the eleven. As a result, six themes were extracted: “Gender difference interferes with growth as a nurse”; “Understanding the importance of placing priority on reducing patient worry”; “Practical approaches to gender difference”; “Pride in skills mastered because of the difficulty involved”; “The ability to ask for help from female nurses is reassuring”; and “Providing medical treatment as a nurse lightens the spirit”. Nursing care creates a conflicting experience between two feelings, the desire to provide care and the impossibility of providing care out of consideration for patient feelings.

文 献

- 1) 日本看護協会：看護白書〈平成22年版〉. 167, 日本看護協会出版会, 東京, 2008.
- 2) 井出 彩, ほか：一般病棟における男性看護師のイメージに関する調査. 共済医報, 52(3), 246-249, 2003.
- 3) 百田武司, 鈴木正子：男子看護者の抱える問題. 看護学雑誌, 62(3), 280-283, 1998.
- 4) 矢原隆行：看護教育の場におけるジェンダー構築. 看護教育, 42(1), 34-37, 2001.
- 5) 石井俊行, 坪井敬子：男性看護師の羞恥心を伴うケアへの思いと実施状況. 第39回日本看護学会論文集（看護総合）, 110-112, 2008.
- 6) 新山英和, ほか：一般病棟における男性看護師の関わりと患者の認識の変化, 第35回日本看護協会論文集（看護管理）, 369-370, 2004.
- 7) 齋藤直志：男性看護師の職場におけるセクシュアリティ — 患者対応と役割認識の問題. 季刊ナースアイ, 22(3), 18-27, 2009.
- 8) Giorgi, A: The Descriptive Phenomenological Method in Psychology: A Modified Husserlian Approach. 87, Duquesne University Press, Pittsburgh, 2009.
- 9) 榎原哲也：現象学的看護研究とその方法 — 新たな研究の可能性に向けて. 看護研究, 44(1), 5-16, 2011.
- 10) Holloway, I, Wheeler, S/野口美和子 訳：ナースのための質的研究入門 — 研究方法から論文作成まで. 246-261, 医学書院, 東京, 2006.
- 11) Inoue, M, Chapman, R, Wynaden, D: Male nurses' experiences of providing intimate care for women clients. J Adv Nurs, 55(5), 559-567, 2006.

〔平成23年 8月13日受 付〕
〔平成24年 3月23日採用決定〕

母子健康手帳交付時から 3 歳児健康診査時までの母親の不安, うつ傾向, 子どもへの愛着の経時的変化の検討

Longitudinal Study of Anxiety, Depression and Bonding of Mothers Followed Up from Issuance of Maternal and Child Health Handbook to 3-Year-Old Infant Health Checkups Examination

佐藤 幸子¹⁾ 遠藤 恵子²⁾ 佐藤 志保¹⁾
Yukiko Sato Keiko Endo Shiho Sato

キーワード：母親, 不安, うつ傾向, 愛着, 経時的変化

Key Words : mother, anxiety, depression, bonding, change over time

I. 緒 言

日本において, 子どもの虐待に関する相談は平成10年ごろより急激に増加し, いったん横ばい傾向がみられたものの, その後は依然として増加している¹⁾。虐待は身体的発達のみでなく, 言語発達や心理的な発達に大きな影響を与え, また, 良好な人間関係形成も妨げる^{2)~7)}。また, 虐待者では実母によるものが半数以上を占める¹⁾ため, 母親に対する早期からの予防的かかわりが重要である。母親に対して適切な支援を行うためには, 妊娠期から産後の母親の心的特性を把握することが求められる。

先行研究で, 虐待の要因となる心的特性として不安やうつ傾向, 子どもへの愛着などがあげられている^{8)~11)}。これらの特性は虐待の予測因子ともなるため, 妊娠期から子育て期にかけた継続的な変化を把握する必要がある。これまで, 不安については妊娠初期, 中期, 後期に継続的に測定し, 妊娠初期が不安が高まることが明らかになっている¹²⁾。また妊娠末期から産後3~4か月まで測定したものの^{13), 14)}や, 胎児告知を受けた母親の不安を子どもの年齢が3歳まで追跡した報告がみられるが, 妊娠初期から3歳児健診まで長期に縦断的に調査したものは見当たらない。うつ傾向や愛着についても, 乳児期の母親を中心に調査され^{15)~19)}ており, 3歳まで追跡した報告²⁰⁾もみられるものの, 対象数が少なく十分なデータの蓄積にはなっていない。

そこで, 本研究では, 母子健康手帳交付から3歳児健康診査まで母親を対象に追跡調査を行い, 不安, うつ傾向, 子どもへの愛着の経時的変化を明らかにし, 母親に対する予防的支援について検討することを目的とした。

II. 方 法

1. 対 象

東北地方にある A 保健所管内で, 新生児の全件訪問を行っている 5 市町に在住する女性で, 2005年10月から2006年3月までの間に母子健康手帳の交付を受けた全数598名のうち, 研究の主旨を理解し賛同の得られた519名中, 出産後から3歳児健診まで有効回答が得られた315名(追跡率60.7%)を本研究の対象とした。有効回答率は100%であった。

2. 調査方法

本研究は, 質問紙法にて母子健康手帳交付時と新生児訪問時, 乳児健診時, 1歳6か月児健診時, 3歳児健診時の計5回の調査を行った。本研究のデータ収集は, 市町の保健師16名, 看護師2名が行った。データ収集の前に研究者が集まり, 質問紙の内容やデータ収集の方法について検討を行い, 方法の手順を統一した。

母子健康手帳交付時, 母親が母子健康手帳を受け取りに来た際に, 市町の保健師が文書および口頭で縦断研究に関する説明を行い, 同意を得たうえで自己記入式によりその場で質問紙の回答を得た。市町の保健師による新生児訪問時は, 保健師の聞き取りまたは対象自身にその場で質問紙に回答してもらった。母子保健法において, 新生児とは「出生後28日を経過しない乳児」と定義されている。児の長期入院や保健師側の都合等の理由によって新生児期以降の訪問が多数を占めており, 厳密には新生児訪問とは言えないが, 本研究では乳児期の訪問も含めすべて「新生児訪問」という語で統一している。乳幼児健診時は事前に調査用紙を郵送で配布し, 健診受診時に回収した。

1) 山形大学医学部看護学科 School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine

2) 山形県立保健医療大学 Yamagata Prefectural University of Health Sciences

3. 調査期間

調査期間は2005年10月から2010年6月までとした。

4. 母子健康手帳交付時の調査項目

a. 対象者の属性

年齢、妊娠週数、職業の有無、治療している疾患の有無について調査した。

b. 妊娠に関連する状況

出産経験、家族計画および妊娠の希望の有無、妊娠に対する気持ち、気軽に相談できる人の有無、ストレス解消の方法の有無、児の父親（以下、パートナー）による家事協力の有無、パートナーの理解の有無、経済面での不安の有無、喫煙の有無、飲酒の有無について調査した。

c. 母親の不安

不安は、既存の尺度『State-Trait Anxiety Inventory』（以下、STAI）を用いて測定した。STAIはSpielberger, C.D.らによって開発された「一時的な情緒状態」である“状態不安”と「比較的安定した個人の性格傾向」を示す“特性不安”の両面から測定する不安尺度で、本研究では水口²¹⁾らが翻訳した『日本版STAI』を使用した。各項目に「いつもある」から「ほとんどない」の4段階で回答する。それぞれ合計は80点満点である。今回は母親の性格に関する“特性不安”のみを用いた。

5. 新生児訪問時以降の調査項目

a. 出産、児に関する項目

出産に関する項目として定期妊婦健診の受診状況、出産時の異常の有無を調査した。児に関する項目として出生時体重、疾患の有無を調査した。

b. 愛着および抑うつのスクリーニング尺度

本研究では、児童虐待に関連する因子として、愛着および抑うつを以下の尺度を用いて測定した。

(1) 愛着

愛着の測定は、『赤ちゃんへの気持ち質問票』（以下、愛着質問票）を使用した。原著者はMarks, M.N.であるが、未発表である。翻訳された『日本語版愛着質問票』については、鈴宮ら²²⁾が臨床的妥当性を検討している。全10項目で「ほとんどいつも強くそう感じる」から「全然そう感じない」の4段階で回答し、それぞれ0～3点で得点化する。合計が30点満点で、得点が高いほど児への否定的な感情が強いことを示す。

(2) うつ傾向

うつ傾向は『エジンバラ産後うつ病質問票』（Edinburgh Postnatal Depression Scale：以下、EPDS）を用いて測定した。Cox, J.L.ら²³⁾がイギリスで開発した産後うつ病のスクリーニングスケールであり、岡野ら²⁴⁾が信頼性・妥当性

を確認した『日本版EPDS』が国内で広く使用されている。全10項目からなり、各項目に4段階で回答し、それぞれ0～3点で得点化する。合計は30点満点であり、わが国では産後うつ病の判断基準である区分点を9点以上としている。児との相互作用の障害は産後うつ病がない場合にも存在しうるため、EPDS単独では判断しかねるという問題が指摘されているが、EPDSで推測される産後うつ病が愛着障害とも関連があることが明らかにされており、児童虐待のスクリーニングの指標としても効果を期待されている。

c. 不安

不安は、母子健康手帳交付時と同様にSTAIを用いて測定した。1歳6か月児健診時および3歳児健診時に調査した。新生児訪問時、乳児健診時は、母親の負担を考慮し測定しなかった。

6. 分析方法

統計ソフト『Statistical Package for the Social Science (SPSS) 18.0J for Windows』を使用して分析を行った。3群間以上の比較には一元配置分散分析を行い、その後“Bonferroniの多重比較”を行った。

7. 倫理的配慮

山形大学倫理審査委員会に研究計画書を提出し、承認を得た。対象者には、市町の保健師が紙面で研究の主旨について説明した。その際、調査者は対象者が断りにくい立場の者であることを配慮し、調査への協力は自由意思であること、途中でも放棄可能であること、協力の拒否による不利益は一切生じないこと、個人情報に確実に保護されること、調査内容は本研究のみに使用すること、研究結果を学会等で発表することも同時に伝え、参加の了承を得た者のみ同意書に署名を依頼した。回収した質問紙には調査者が記号および番号を付けて匿名化し、分析者に個人が特定できないように配慮した。

Ⅲ. 結 果

1. 母子健康手帳交付時の調査結果

a. 対象の属性（表1）

母子健康手帳交付時の対象の平均年齢は、最小値19歳、最大値41歳で平均 28.8 ± 4.3 歳であった。「妊娠週数」は、最小値5週、最大値25週で平均 10.3 ± 1.9 週であった。「職業」は、「あり」が202名（64.1%）、「なし」は113名（35.9%）であり、有職者が半数以上を占めていた。「疾患」は、「あり」が32名（10.1%）、「なし」が281名（89.2%）であった。

b. 妊娠に関連する状況 (表2)

「喫煙」は、「する」と回答した者は15名 (4.8%), 「しない」と回答した者は294名 (93.3%) であった。「飲酒」は、「する」と回答した者は15名 (3.2%), 「しない」と回答した者は300名 (95.2%) であった。「ストレス解消の方法」では、「あり」と回答した者は164名 (53.2%), 「どちらでもない」と回答した者は136名 (43.2%), 「なし」と回答した者は8名 (2.5%) であった。「パートナーの家事協力」では、「あり」と回答した者が238名 (75.6%), 「どちらでもない」と回答した者が59名 (18.7%), 「なし」と回答した者が12名 (3.8%) であった。「パートナーの理解」では、「あり」と回答した者が250名 (79.4%), 「どちらでもない」と回答した者が54名 (17.1%), 「なし」と回答した者が5名 (1.6%) であった。「経済的不安」で、「あり」と回答した者が86名 (27.3%), 「どちらでもない」と回答した者が126名 (40.0%), 「なし」と回答した者が98名 (31.1%) であった。

表1 対象の属性

項目	回答別	人 (%)	平均 ± SD
年齢			28.8 ± 4.3歳
妊娠週数			10.3 ± 1.9週
職業	あり	202 (64.1)	
	なし	113 (35.9)	
疾患	あり	32 (10.1)	
	なし	281 (89.2)	
	無回答	2 (0.6)	

表2 妊娠に関連する状況

項目	回答別	人 (%)
喫煙	する	15 (4.8)
	しない	294 (93.3)
	無回答	6 (1.9)
飲酒	する	15 (3.2)
	しない	300 (95.2)
	無回答	5 (1.6)
ストレス解消の方法	あり	164 (53.2)
	どちらでもない	136 (43.2)
	なし	8 (2.5)
パートナーの家事協力	あり	238 (75.6)
	どちらでもない	59 (18.7)
	なし	12 (3.8)
パートナーの理解	あり	250 (79.4)
	どちらでもない	54 (17.1)
	なし	5 (1.6)
経済的不安	あり	86 (27.3)
	どちらでもない	126 (40.0)
	なし	98 (31.1)

2. 新生児訪問時の調査結果

a. 出産, 児, 産後の環境に関する項目 (表3)

妊婦健診は無回答を除き, 294名 (93.3%) が受診していた。出産が正常であった者が260名 (82.5%), 異常出産であった者が39名 (12.4%) であった。異常出産の内容は, 帝王切開, 吸引分娩, 微弱陣痛, 会陰裂傷, 弛緩出血, 癒着胎盤, 等であった。

児の出生時体重は最小値494g, 最大値4826gで, 平均3048.7 ± 405.0gであった。疾患がない児は284名 (90.2%), 何らかの疾患がある児は24名 (7.6%) で, 無回答の児は7名 (2.2%) であった。疾患の内容は, 二分脊椎症, 動脈管開存症, 甲状腺機能低下症, 高ビリルビン血症, 陰嚢水腫, 臍ヘルニア, 右下肢血管腫, 脂腺母斑, 貧血, 尿路感染症, 湿疹, 等であった。

出産から新生児訪問までの日数は最小値12日, 最大値180日で平均65.8 ± 21.5日であり, 約2か月後の訪問となっていた。

3. STAI, EPDS, 愛着質問票の平均得点の推移 (図1 ~ 図3)

STAIの平均得点は, 母子健康手帳交付時は45.5 ± 8.7であり, 1歳6か月児健診時は41.3 ± 10.0であり, 3歳児健

表3 出産に関する項目

項目	回答別	人 (%)	平均 ± SD
妊婦健診	受診	294 (93.3)	
	未受診	0 (0.0)	
	無回答	21 (6.7)	
出産状況	正常	260 (82.5)	
	異常	39 (12.4)	
	無回答	16 (5.1)	
児の疾患	あり	24 (7.6)	
	なし	284 (90.2)	
	無回答	7 (2.2)	
児の出生時体重			3,048.7 ± 405.0 g

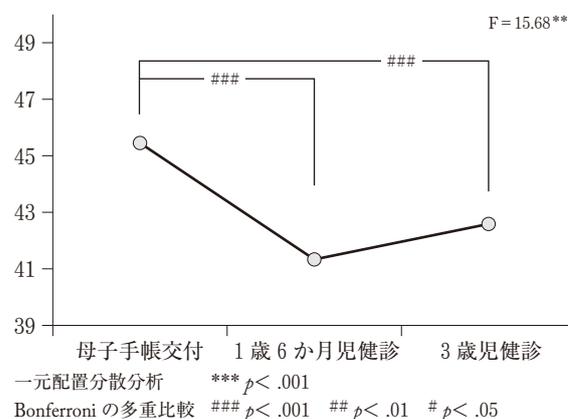


図1 STAI平均得点

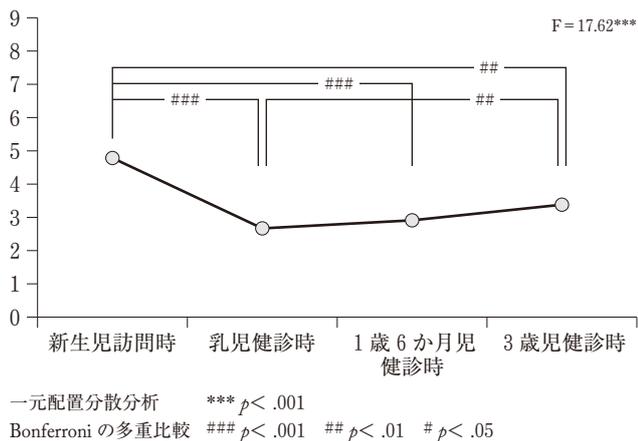


図2 EPDS平均得点

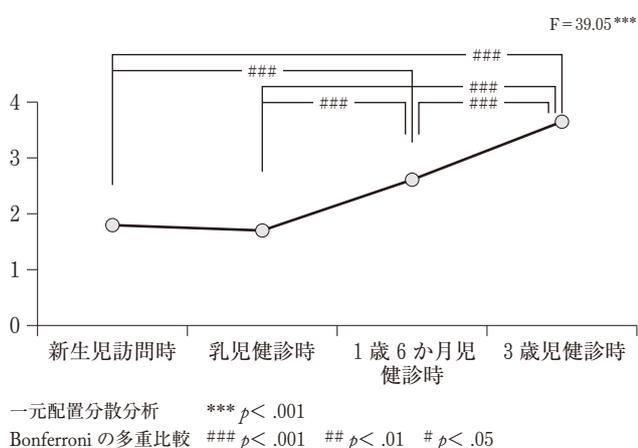


図3 愛着質問票平均得点

診時は 42.6 ± 10.6 であった。一元配置分散分析により差がみられ ($p < .001$)、多重比較により母子健康手帳交付時のほうが1歳6か月、3歳児健診時よりSTAIの得点が高く ($p < .001$, $p < .001$)、不安が高かった。

EPDSについては、新生児訪問時は 4.8 ± 3.6 であり、乳児健診時は 2.7 ± 3.2 、1歳6か月児健診時は 2.9 ± 3.7 、3歳児健診時は 3.4 ± 4.1 であった。一元配置分散分析により差がみられ ($p < .001$)、多重比較により新生児訪問時が乳児健診 ($p < .001$)、1歳6か月児健診 ($p < .001$)、3歳児健診時 ($p < .01$) のそれぞれよりも有意に高かった。また、乳児健診時と3歳児健診時に差がみられ、3歳児健診時のほうが高かった。すなわち、新生児訪問時のEPDS得点が最も高く、乳児健診時に低下したうつ傾向が3歳児健診時に再度上昇がみられた。

愛着質問表については、新生児訪問時は 1.8 ± 2.2 であり、乳児健診時は 1.7 ± 2.1 、1歳6か月児健診時は 2.6 ± 2.3 、3歳児健診時は 2.7 ± 2.9 であった。一元配置分散分析により差がみられ ($p < .001$)、多重比較において新生児訪問時と乳児健診時との間には差がみられなかったが、新生児訪問時と1歳6か月健診時 ($p < .001$)、3歳児健診時 ($p < .001$)

との間に差がみられ、新生児訪問時の得点が低かった。また、乳児健診時と1歳6か月健診時 ($p < .001$)、3歳児健診時 ($p < .001$) とに差がみられ、また、1歳6か月健診時と3歳児健診時にも差がみられ ($p < .001$)、幼児期になるとともに愛着が低くなった。

IV. 考 察

本研究では、母子健康手帳交付から3歳児健康診査まで母親を対象に追跡調査を行い、児童虐待のハイリスク要因である不安、うつ傾向、子どもへの愛着の経時的変化を調査した。本研究の特徴として、1保健所管内の5市町で母子健康手帳の交付を受けた妊婦の悉皆調査であることがあげられる。先行研究では、一病院を受診した妊婦などを対象とするものや対象人数も少ないもの、横断調査や追跡期間の短いものなどがあったが、本研究では3年半以上に及ぶ追跡調査で追跡率も高く、信頼性の高いデータになったと思われる。母親の心的特性のそれぞれの項目について考察し、母親に対する予防的支援について検討する。

1. 不安の経時的変化について

STAI²¹⁾では通常、特性不安と状態不安を測定するが、本研究ではその瞬間の不安を測定する状態不安ではなく、3週間くらいの不安傾向を反映する特性不安を測定した。状態不安では、測定する場面の影響が大きいと思われるためである。STAIの平均得点は、母子健康手帳交付時は45.5、1歳6か月児健診時は41.3、3歳児健診時は42.6と推移した。香取¹²⁾らの妊娠中のSTAIの特性不安の結果では妊娠初期が43.2であり、本研究の妊娠初期のSTAIの値よりも低かった ($t = 2.95$, $p < .01$)。香取らの調査は対象が一大学病院の正常産の妊婦であった。1歳6か月、3歳児健診時のデータを、堀田ら²⁵⁾の健常児の母親のデータと比較すると、42.9程度で同程度の不安であった。堀田らの調査は対象が市町の母親学級参加者であり、本研究と同じような対象であったことが考えられる。対象の集団特性により、STAIの平均得点も偏移することが考えられた。

妊娠初期から1歳6か月児健診、3歳児健診の変化としては、母子健康手帳交付時のほうが1歳6か月、3歳児健診時より不安が高かった。香取ら¹²⁾の調査において、妊娠中期や末期よりも妊娠初期が高い傾向が認められた。また、堀田ら²⁵⁾の調査や橋本ら¹³⁾の調査において、出産後の特性不安に変動はみられなかった。以上のことから、一般に妊娠初期には不安傾向が高まり、出産後は大きな変動はないことが推察された。妊娠初期は状態も不安定で、つわりによる体調の変化やマイナートラブルも多く、また、体型の変化や胎動などの胎児の実感も少ないことなどから

不安が高まるものと思われる。

これらの不安傾向の高まりは、妊娠に伴う初期の変化²⁶⁾に関する身体的な苦痛、その他職業上、家族状況、経済面などの妊娠に伴う変化を妊婦にもたすためと考えられる。母子手帳交付時にはこれらの不安をアセスメントし、その結果に応じて、家庭訪問指導や母親学級、個別相談の機会を上手に活用することが効果的である、と考えられる。

よりきめ細やかなアセスメントや支援のためには、STAIとその他の関連要因の検討を行う必要があり、また、今回は周囲の家族、専門職のサポート等のソーシャルサポートとの関連は検討していないため、これらの検討も行う必要があり、今後の課題である。

2. うつ傾向の経時的変化について

EPDSは産後うつ病のスクリーニングスケールであるため、今回は妊娠中は測定しなかったため、産後における検討のみ行った。

本調査においてEPDSは、新生児訪問時は4.8、乳児健診時は2.7、1歳6か月児健診時は2.9、3歳児健診時は3.4と推移した。先行研究においても出産直後（5日目程度）が最も高く、平均得点は4.5～6.6と幅がみられている^{14),15),18),27)}。本調査においても4.8と同様の結果であった。産後の推移については、経過を追跡したいずれの調査も1か月、3か月と経過のなかでEPDSは低下する傾向がみられている。新生児訪問は、子どもの虐待のみならず家庭内暴力（DV）の割合を削減することにも効果があると言われており²⁸⁾、早期の家庭訪問が重要であると考えられる。

齊藤ら²⁰⁾は3歳児健診時まで追跡しており、各時点における差について明確な検討はしていなかったが、乳児期よりも3歳児で得点が高くなる傾向はみられなかった。今回の調査では新生児訪問時のEPDS得点が最も高く、乳児健診時に低下したうつ傾向が3歳児健診時に再度上昇がみられた。川井ら^{29),30)}は、育児困難感が3歳以降で高まることを報告しており、また、佐藤も³¹⁾子どもの行動に葛藤が生じてくるほど育児困難感が高まり、これは3歳ごろより著明になってくることを明らかにしている。

以上のように、子どもの自己主張が強くなり、母子間の葛藤も生じてくるため、育児困難感も高まると考えられている。育児困難感とは育児不安の中核的概念であり、この育児困難感の高まりにより母親のストレスがこうじ、母親のうつ傾向が高まることは容易に考えられることである。また、最初EPDSが高い人はさらに高くなり、EPDSが低い人はさらに低くなるという傾向を示す報告もあり¹¹⁾、それらの推移によっても平均得点が影響される可能性がある。虐待予防の観点からは、EPDSの高い人の経過を育児困難

感の高まる2～3歳過ぎまで継続的にみていく必要がある。

3. 子どもへの愛着の経時的変化について

産後の愛着については原田ら²⁷⁾が産後4か月まで追跡調査をしており、産後5日目よりも4か月後のほうが得点が低下しており愛着の形成が進んでいることを報告している。本研究でも、平均得点は新生児訪問時よりも乳児健診時のほうが低かったが有意差はみられなかった。これは、新生児訪問が平均産後2か月後になっていたことにより、3～4か月健診時とは差がみられなかったものと思われる。

その後、1歳6か月児、3歳児健診時になるとともに愛着が低くなった。EPDSと愛着については相関が認められており²⁷⁾、EPDSが3歳児健診時に高まるとともに、愛着も新生児ほどには強くなっていないことが推察された。また、愛着に関する質問項目で、「～どうしていいかわからなくなる」「～腹立たしくなる」等の項目は、母子間の密着や葛藤が高まっていることを示すものでもあり、育児困難感と愛着の関係も影響していると思われる。子どもが1歳6か月から3歳前後の母子間の密着や葛藤に対する支援が必要と思われる。

不安、うつ傾向、子どもへの愛着の経時的変化の考察から、母親支援の必要性として、考えられることをあげる。まず、母子健康手帳交付などの妊娠早期のかかわりの機会をとらえて不安などの把握を行い、妊娠初期に生じるさまざまな変化に対する母親の不安に対応することにより、母親支援と同時に母親との支援関係を形成することが必要である。これは、虐待予防には何でも相談できる関係性が重要であり、母親が不安が高まっているときは、関係を築く一つの機会ともなりえるからである。

次に、新生児期のうつ傾向が高まる時期が虐待予防においても重要な時期であることから、早期に訪問等により状態を把握することが望まれる。うつ傾向が高じている際は受診を進めたり、ソーシャルサポート体制を構築する支援が必要であるためである。さらに、育児困難感の高まる1歳6か月時ごろからの、育児困難感や母子間の葛藤に対する支援方法を確立する必要がある。

本研究は、東北地方の一地域を対象としているため、全国に一般化するには限界があり、今後さらに検討する必要がある。

V. 結 語

母親を対象に母子健康手帳交付から3歳児健康診査までの追跡調査を行い、不安、うつ傾向、子どもへの愛着の経時的変化を調査した結果、以下のことが明らかになった。

1. STAIの平均得点は、母子健康手帳交付時のほうが、

- 1歳6か月、3歳児健診時よりも不安が高かった。
 2. EPDSの平均得点は、新生児訪問時が最も高く、乳児健診時に低下したうつ傾向が3歳児健診時に再度上昇した。
 3. 愛着質問表の平均得点は、時間の経過とともに高くなり、愛着は低まった。
- 以上の結果より、母子健康手帳交付時は特性不安が高

く、出産前からの支援が重要である。また、新生児期においてはうつ傾向が高く、虐待予防として重要な時期であることが示唆された。さらに、育児困難が高まると言われている幼児期の支援も重要である。

最後に、本調査にご協力いただきました皆様に心より感謝申し上げます。

要 旨

母親を対象に母子健康手帳交付から3歳児健康診査までの追跡調査を行い、児童虐待のハイリスク要因である不安、うつ傾向、子どもへの愛着の経時的変化を質問紙により調査した結果、以下のことが明らかになった。STAIの平均得点は、母子健康手帳交付時のほうが、1歳6か月、3歳児健診時よりも不安が高かった。EPDSの平均得点は、新生児訪問時が最も高く、乳児健診時に低下したうつ傾向が3歳児健診時に再度上昇した。愛着は、時間の経過とともに低くなった。

以上の結果より、母子健康手帳交付時は特性不安が高く、出産前からの支援が重要である。また、新生児期においてはうつ傾向が高く、虐待予防として重要な時期であることが示唆された。さらに、育児困難が高まると言われている幼児期の支援も重要である。

Abstract

We conducted a longitudinal study of mothers during the period from the delivery of the maternal and child health handbook to the completion of the three-year-old health examination. During the study period, factors that indicate a high risk for child abuse, such as anxiety, depressive tendency, and bonding, were studied using self-report questionnaires. The following results were obtained. The mean STAI score at the delivery of the maternal and child health handbook was higher than that at the completion of the three-year-old health examination. The mean EPDS score was the highest when we visited the newborn child. Furthermore, the mean bonding score increased over time.

To prevent abuse, it is important to help mothers before they give birth. The delivery of the maternal and child health handbook provides an opportunity to begin providing such support. Mothers are most likely to become depressed in the neonatal period, suggesting that this is a critical period for abuse prevention. It is also important to provide support in early childhood as the increasing difficulty of child care in this period is considered to increase the likelihood of abuse.

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) 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.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) 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.
- 6) Schatz, J N, Smith, L E, et al: Maltreatment risk, self-regulation, and maladjustment in at-risk children. Child Abuse & Neglect, 32, 972-982, 2008.
- 7) Berlin, L J, Appleyard, K, et al: Intergenerational Continuity in Child Maltreatment: Mediating Mechanisms and Implications for Prevention. Child Development, 82(1), 162-176, 2011.
- 8) 八重樫牧子, 小河孝則, ほか：乳幼児を持つ母親の子育て不安に影響を与える要因 — 子育て不安と児童虐待の関連性 —。厚生学の指標, 55(13), 1-9, 2008.
- 9) 穴井己理子, 関野敬子, ほか：虐待をする母親への治療的介入 — FIS-Jを用いたチーム医療について —。子どもの虐待とネグレクト, 8(1), 72-79, 2006.
- 10) Choi, H, Yamashita, T, et al: Factors associated with postpartum depression and abusive behavior in mothers with infants. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 64, 120-127, 2010.
- 11) Yoshikawa, N, Konno, Y: Reduction of Feelings of Insecurity about Pregnancy and Enhancement of Maternal-Fetal Attachment Through Perception of Fetal Movement During Dohsa-hou Relaxation. The Japanese Association of Special Education, 45(6), 405-422, 2008.
- 12) 香取洋子, 高橋真理：妊婦の不安が産褥早期の母子関係に及ぼす影響。女性心身医学, 10(3), 154-162, 2005.
- 13) 橋本美幸, 江守陽子：効果的な家庭訪問指導を目的とした訪問指導時期の検討 — 出産後~12週までの母親の育児不安軽減の観点から —。小児保健研究, 67(1), 47-56, 2008.
- 14) 佐藤喜根子：妊産褥期にある女性の不安の程度とその要因。日本助産学会誌, 20(2), 74-84, 2006.
- 15) 佐藤喜根子, 佐藤祥子：妊娠期からの継続した心理的支援が

- 周産期女性の不安・抑うつに及ぼす効果. 母性衛生, 51(1), 215-225, 2010.
- 16) 佐藤牧子, 小鍛治桃子, ほか: 母親のメンタルヘルスに影響を与える要因の検討 — 妊娠届出と新生児・妊産婦訪問の記録の分析から —. 福島県立医科大学看護学部紀要, 10, 31-46, 2008.
- 17) 堀 智子, 住田恭子, ほか: 地域における乳児期早期の子どもを抱える家族に対する支援のあり方についての提言 — エジンバラ産後うつ病スクリーニングを利用した検討と実践 —. 地域保健, 37(11), 82-89, 2006.
- 18) Yamakawa, Y, Fukuzawa, Y: Changes in the Mental State of Mothers after Giving Birth. *Kawasaki Journal of Medical Welfare*, 11(1), 35-43, 2005.
- 19) Kim, Y K, Hur, J W, et al: Prediction of postpartum depression by sociodemographic, obstetric and psychological factors: A prospective study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 331-340, 2008.
- 20) 齊藤弓絵, 村山伸子: 母親の産後うつ状態と児の発育との関連に関する縦断的研究. *小児保健研究*, 67(4), 648-655, 2008.
- 21) 水口公信, 下仲順子, 中里克治: 日本版STAI使用手引き. 三京房, 京都, 1991.
- 22) 鈴宮寛子, 山下 洋, 吉田敬子: 出産後の母親にみられる抑うつ感情とボンディング障害 — 自己質問紙を活用した周産期精神保健における支援方法の検討 —. *精神科診断学*, 14(1), 49-57, 2003.
- 23) Cox, J L, Holden J M, Sagovsky, R: Detection of Postnatal Depression Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786, 1987.
- 24) 岡野禎治, 村田真理子, 増地聡子, ほか: 日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票 (EPDS) の信頼性と妥当性. *精神科診断学*, 7(4), 525-533, 1996.
- 25) 堀田法子, 種村光代, ほか: 胎児異常の告知から産後36カ月までの母親の不安と抑うつの縦断的研究 — 健常児をもつ母親との比較から —. 母性衛生, 48(1), 29-37, 2007.
- 26) Yoshikawa, N, Konno, Y: Reduction of Feelings of Insecurity about Pregnancy and Enhancement of Maternal-Fetal Attachment Through Perception of Fetal Movement During Dohsa-hou Relaxation. *The Japanese Association of Special Education*, 45(6), 405-422, 2008.
- 27) 原田なをみ, 片平起句, ほか: 産後の抑うつ感情の変化と愛着形成・被養育体験との関連 — 産褥早期から産後3~4カ月までの縦断的調査より —. 母性看護, 40, 114-116, 2010.
- 28) Bair-Merritt, M H, Jennings, J M, et al: Reducing Maternal Intimate Partner Violence After the Birth of a Child: A Randomized Controlled Trial of the Hawaii Healthy Start Home Visitation Program. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(1), 16-23, 2010.
- 29) 川井 尚, 庄司順一, 千賀悠子, ほか: 育児不安に関する臨床的研究(Ⅲ) — 育児困難感のアセスメント作成の試み. 日本総合愛育研究所紀要, 33, 35-56, 1997.
- 30) 川井 尚, 庄司順一, 千賀悠子, ほか: 育児不安に関する臨床的研究(Ⅱ) — 育児不安の本態としての育児困難感について. 日本総合愛育研究所紀要, 32, 29-47, 1996.
- 31) Sato, Y, Shiwaku, H: A Study of Difficulty in Child-Care during Rapprochement Crisis. *International Journal of Nursing Study*, 39, 51-58, 2002.

〔平成23年10月11日受 付〕
〔平成24年3月29日採用決定〕

Failed Back Surgery Syndromeの患者の手術や痛みの 体験と生活の意味づけ

The Meaning of Failed Back Surgery Syndrome Patients Attach to
Their Experience of Surgery, Pain, and Subsequent Life

山口 恵子¹⁾ 稲垣 美智子²⁾
Keiko Yamaguchi Michiko Inagaki

キーワード：Failed Back Surgery Syndrome, 外来患者, 手術, 痛み, 生活
Key Words：failed back surgery syndrome, outpatient, surgery, pain, life

I. はじめに

Failed Back Surgery Syndrome (以下FBSSとする)^{1), 2)}は、椎間板ヘルニアや脊椎症、腰部脊柱管狭窄症、変性すべり症、分離すべり症など、腰仙椎部退行性疾患由来と考えられる病態に対し手術療法が選択され、手術後に腰痛・下肢痛・しびれなど症状が残存または再発した状態である。これは腰椎の手術の10～30%に起こる^{3), 4)}。その原因として、FBSSの病態把握は画像診断などの形態学的診断だけでは限界があるため、手術適応の誤認などがある、と言われる^{5), 6)}。また、症状形成に仕事・ストレス・個人の性格などの心理社会的要因やうつ病などの精神医学的問題も関連している^{7), 8)}。

治療として、この成績不良 (failed back surgery) に対し再手術が可能な場合は手術が行われるが、手術回数が増える (multiply operated back: 多数回腰椎手術例) に従い病態はいつそう複雑となり、癒着や癒着のためさらなる成績不良を引き起こす⁹⁾。再手術が難しい場合、神経根あるいは硬膜管周囲組織の癒着や炎症に対してエピソードコピーが有効であるという報告¹⁰⁾もあるが、適応基準はまだまだ検討段階である。

精神医学的問題が原因と考えられる場合、リエゾン精神医学的アプローチ^{11), 12)}が必要であるが、患者自身は身体症状に精神医学的問題が関与していることに気づいていない場合が多い。また、整形外科と精神科の連携が十分な施設も少ないため、精神科へのコンサルテーションを行わずに、外来で経過をみることが多い現状にある。

このように、FBSSは原因となる疾患や病態が多様であり、発症してからの罹病期間が長く、慢性化して病態が固定しているため、他に有効な治療がなく、鎮痛薬や鎮痛補

助薬 (抗うつ薬など) の内服で経過をみていることが多い^{13), 14)}。しかし、薬物療法でも効果は期待できない場合が多く、がん性疼痛とは性質を異にする。

腰痛治療の新たな視点として、従来の鎮痛を目的とした治療だけではなく、患者の生活上の障害に視点を当て生活をサポートしていく医療システムの構築が重要である、と言われている¹⁵⁾。この医療システムは、患者の生活上の障害に対する医療者側からの介入により、鎮痛は目的ではなく手段となり、患者のQuality of Lifeや幸福度の改善を期待できるものである。

FBSSの患者は、手術後、痛みなどの症状を残したままの退院となり、退院後の生活への不安も大きい。退院後、患者は痛みなどの症状と生活することを強いられる。痛みなどの症状が続き、痛みのコントロールがなされないと、もともと精神医学的問題がない患者でも、痛みが慢性的な不安、不眠、怒り、抑うつ状態を引き起こし¹⁶⁾、患者のQuality of Lifeが低下すると考えられる。しかし、現在の看護においても、このような患者への有効な援助の方策は見出されていない。

FBSSの患者の生活を改善するためには、生活上の障害に視点を当て生活をサポートしていく医療システムの構築はとても重要である。しかし、FBSSの患者の生活は未だ明らかにされていない。FBSSの患者の生活は、手術で症状が完治しなかったことや、痛みの体験のなかから意味づけされると考える。

そこで本研究では、FBSSの患者が、手術や痛みの体験と生活をどのように意味づけているか、を明らかにすることを目的とする。このことにより、患者が痛みなどの症状と付き合いながら生活していく意味を理解し、援助の方策を見出すことができると考える。

1) 学校法人浅ノ川学園金沢看護専門学校 Incorporated Educational Institution Asanogawa, Kanazawa Nursing School

2) 金沢大学医薬保健研究域保健学系 Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University

II. 研究方法

1. 研究参加者

参加者は、A病院の整形外科外来または麻酔科外来に通院し、その時点では手術療法の適応がなく、痛みなどの症状があっても日常生活行動が自立したFBSSの患者、とした。その理由は、FBSSは有効な治療法がない難治性の疾患であり、手術療法が適応でない場合が多い。また、手術で症状が完治しなかったことと痛みの体験を通して、生活に何らかの意味づけをしている、と考えたからである。

研究参加への依頼は、A病院の整形外科診療部長および麻酔科診療部長を通じ、紹介のあったFBSSの患者のうち、研究参加への同意が得られた10名を研究参加者とした。研究参加者の概要を表1に示す。

2. データ収集方法

a. 半構成的面接法

2006年5月から10月にかけて、外来受診日に、参加者の体調に合わせて面接日を設定し、プライバシーが確保できる個室で、半構成的面接を行った。面接回数は1人につき1回であり、所要時間は痛みなどの症状も考慮した結果、30分から90分となった。面接内容は承諾を得てテープに録音し、面接と同時に参加者の表情や行動、研究者が受けた印象なども記録した。

面接内容は、「どんな期待をもって手術を受けたか」「手術後、痛みがよくなると聞いたときは、どんな気持ちだったか」「生活していくのに、不都合なことはどんなことか」「どんなことを期待して病院に通っているか」「どんな希望をもって生活しているか」「痛みを和らげるために、生活のなかで工夫していることはどんなことか」を視点に、参加者に自由に語ってもらった。

b. 診療録による情報収集

参加者の背景として、年齢、性別、疾患名、手術の時期と回数、現在の症状、同居家族の有無、仕事の有無、初回

手術から経過した期間を、診療録から情報収集した。

3. データ分析方法

データ分析には、Modified Grounded Theory Approach (M-GTA)^{17),18)}を用いた。その理由は、FBSSの患者の生活は、手術や痛みなどの症状の体験に影響を受けていると考え、M-GTAの特徴である「データを切片化せず、意味をもったまとまりとしてとらえる」ことが適切である、と判断したからである。

M-GTAでは、分析焦点者と分析テーマを設定する。本研究の分析焦点者は、「A病院の整形外科外来または麻酔科外来に通院し、その時点では手術療法の適応がなく、痛みなどの症状があっても、日常生活行動が自立したFBSSの人」である。分析テーマは「FBSSとなった人が、自分の体験にどのように意味づけし、痛みとともに生活しているのか」とした。

データは、M-GTAの分析方法に基づき次のように分析した。

- ①分析テーマと分析焦点者に照らして、データの関連箇所に着目し、それを一つの具体例とし、そのデータの解釈による概念を生成する。
- ②データ分析を進めるなかで、新たな概念を生成し、分析ワークシートは個々の概念ごとに生成する。
- ③同時並行で、他の具体例をデータから探し、ワークシートの具体例欄に追加記載していく。
- ④複数の概念の関係からなるサブカテゴリー、カテゴリーを生成し、結果図、ストーリーラインを完成させる。

4. 真実性の確保

信用可能性¹⁹⁾を高めるに、参加者へ結果を説明し、現実との適合性を確認した。さらに、整形外科病棟で3年以上臨床経験のある看護師5名に結果を説明し、現実との適合性、理解のしやすさについて確認した。

表1 研究参加者の概要

研究参加者	性別	年齢	診断名	手術回数	初回手術から経過した期間	最後の手術から経過した期間	同居家族	仕事
A氏	女性	50歳代	腰椎椎間板ヘルニア	2回	8年	3年	有	無
B氏	男性	70歳代	腰部脊柱管狭窄症	3回	12年	2年	有	有
C氏	女性	70歳代	腰椎すべり症	2回	14年	9年	有	無
D氏	女性	70歳代	腰部脊柱管狭窄症	3回	8年	2年	有	無
E氏	男性	60歳代	腰椎椎間板ヘルニア	3回	26年	23年	有	無
F氏	女性	70歳代	腰部脊柱管狭窄症	2回	18年	7年	有	無
G氏	女性	60歳代	腰椎椎間板ヘルニア	2回	24年	7年	有	有
H氏	女性	70歳代	腰椎すべり症	1回	6年	/	有	無
I氏	男性	70歳代	腰部脊柱管狭窄症	1回	3年	/	有	無
J氏	女性	40歳代	腰椎椎間板ヘルニア	3回	4年	1年	有	無

また、本研究の全過程を通じ、研究領域における知識と実践に富み、質的研究方法論のスーパーバイザーから指導を受けた。

5. 倫理的配慮

本研究は、参加者の所属する病院が組織する倫理審査委員会の承認を得て実施した。研究への参加は自由であり、途中で辞退しても不利益は被らないこと、得られた情報は研究の目的以外に使用しないこと、データ処理には細心の注意を払うこと、結果の記述は個人が特定されないよう配慮すること、などを文書と口頭で説明し、同意書の署名にて研究参加の承諾を得た。

Ⅲ. 研究結果

M-GTAによる分析で生成した34の概念と、カテゴリーなどを簡潔に文章化したストーリーラインと結果図(図1, 図2)を作成した。

1. ストーリーライン

本研究の結果、FBSSの患者の手術や痛みの体験と生活の意味づけには2つあることがわかった。一方は『だましだまし付き合う』手術や痛みの体験と生活の意味づけであり、もう一方は『治療を探す』手術や痛みの体験と生活の意味づけであった。

『だましだまし付き合う』手術や痛みの体験と生活の意

味づけと『治療を探す』手術や痛みの体験と生活の意味づけは、両方とも《手術が振り出し》という意味づけから始まる。《手術が振り出し》という意味づけは、強烈な痛みや症状から逃れる方法は、医師の説明で〈手術しかない〉と思い手術を受けるが、手術直後は痛みに加えて安静に伴う苦痛があり、〈手術直後の痛みは忘れられない体験〉となる。そして、〈症状が残ったままの退院〉を迎える。その結果、手術をしても痛みなどの症状がとれず苦痛だけが残る、〈手術はもう受けたくない〉と思う。

『だましだまし付き合う』手術や痛みの体験と生活の意味づけは、手術の結果について、痛みなどの症状が残ったのは〈執刀医の話から自分の身体をわかり語る〉。そして〈自分の身体にも非があった〉と思う。それから〈身体が動かなくなることが恐怖で、痛みを耐えてリハビリテーションを一生懸命にする〉。そして、痛みなどの症状は残っても、歩けなかったのが歩けるようになり、症状もしは和らいだと思うことで〈術前よりはよい状態なのでこれでよしとする〉。その後の生活でも、痛みなどの症状に思いわずらうときは〈術後の状態の最もよいときが支え〉とすることができ、これは、手術の結果を【とりあえず納める】意味づけである。

その後《痛みと取引しながらの生活》が始まる。その生活は〈生活行動と痛みとの関連を熟知し、〈痛みはがまんしない〉を基本に〈天候に左右される症状への自分なりの工夫〉〈体操は生活スタイルにあわせて取り入れる〉〈お喋りで痛みを紛らわす〉〈身体に負担かもしれないと思うこともリハビリテーションと考えると生活に支障がないように行う〉〈症状も生活の工夫も十人十色〉〈生活の工夫は自分にあう方法を自分で考えて行う〉〈自分にあった治療を取り入れる〉〈これ以上悪くならないための通院〉

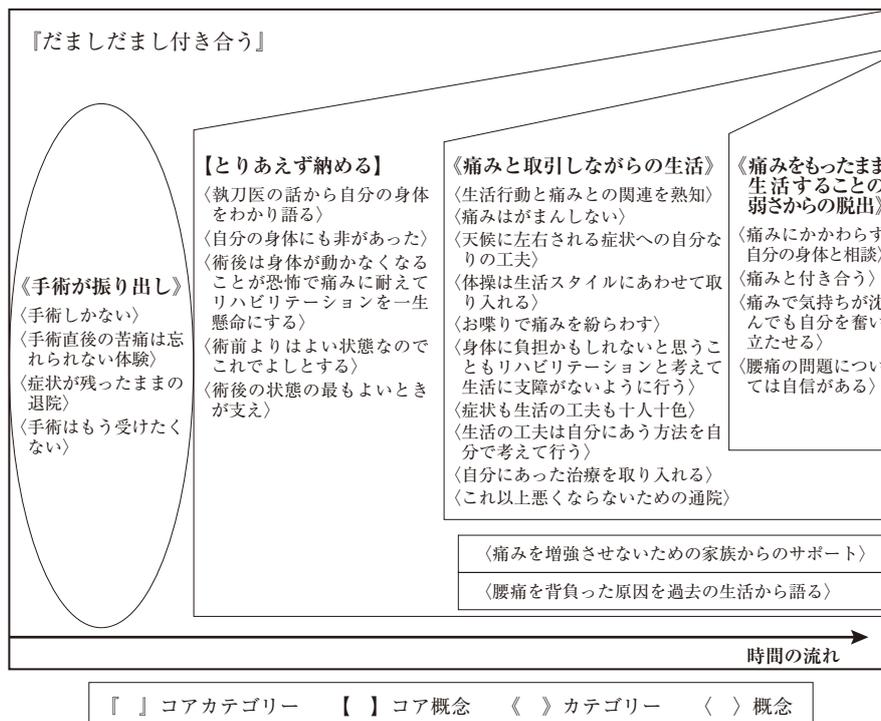


図1 『だましだまし付き合う』手術や痛みの体験と生活の意味づけ

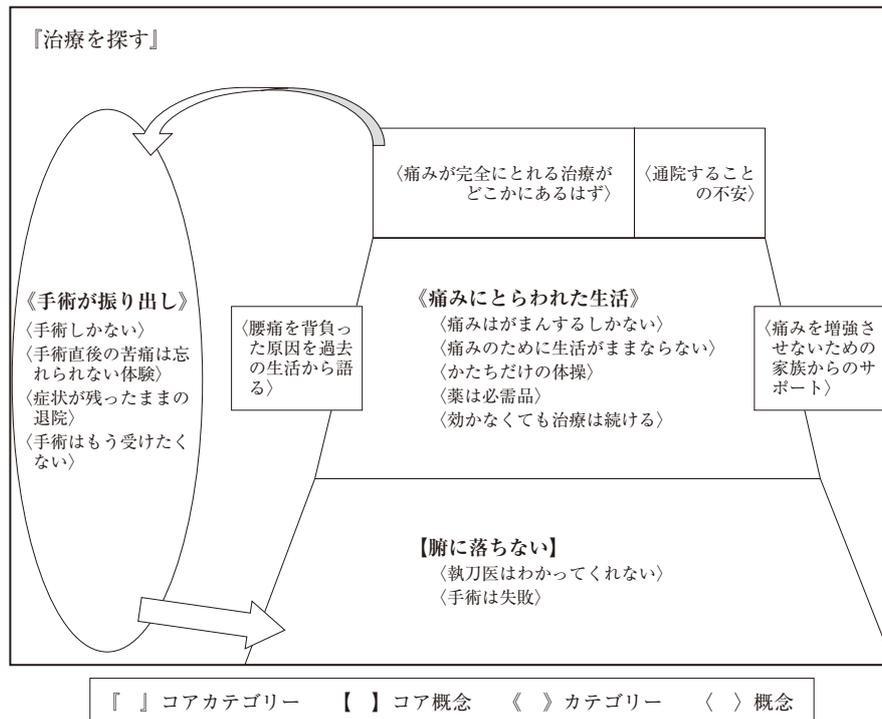


図2 『治療を探す』手術や痛みの体験と生活の意味づけ

うことも、リハビリテーションと考えると生活に支障がないように行う)。そして〈症状も生活の工夫も十人十色〉とわかり、〈生活の工夫は自分にあう方法を自分で考えて行う〉ことがとても重要だと思えるようになる。治療に対しても〈自分にあった治療を取り入れる〉ようになり、〈これ以上悪くならないための通院〉と考え、医療者とのつながりで支えられる。

このプロセスを経て、〈痛みにかかわらず自分の身体と相談〉しながら〈痛みと付き合う〉ようになる。また、〈痛みで気持ちが沈んでも自分を奮い立たせる〉ことができるようになり、〈腰痛の問題については自信がある〉と思うようになる。これが《痛みをもったまま生活することの弱さからの脱出》である。

《だましだまし付き合う》は、時間の流れとともに生活の幅が広がるという意味づけである。そのなかで〈痛みを増強させないための家族からのサポート〉は重要であり、〈腰痛を背負った原因を過去の生活から語る〉ことも現在の生活に十分に生かされている。

一方『治療を探す』は、《手術が振り出し》の意味づけから始まるが、執刀医は痛みや症状が残ったことについて、画像上は問題がなくそれらの症状は理解できないと話し、〈執刀医はわかってくれない〉〈手術は失敗〉と思い、【腑に落ちない】となる。これらが根底にあるため《痛みにとらわれた生活》を送ることになる。

その生活は〈痛みはがまんするしかない〉と考え、〈痛みのために生活がままならない〉と意味づける。そして、

体操も行うが〈かたちだけの体操〉と思い、痛みへの対処は鎮痛薬が中心で〈薬は必需品〉になる。その薬も効かないときがあり、ブロック注射も痛みを止めるためには完全ではないと思うが、他に方法がないので〈効かなくても治療は続ける〉。

しかし、一向に症状がよくなることで〈通院することの不安〉が出てきて他の治療や病院を探そうとするが、その病院から離れることも不安でできない。そして、〈痛みが完全にとれる治療がどこかにあるはず〉といつも考え、とにかく痛みがとれるのならどんな治療でも受けたいと思い、あれほど嫌だと思っていた手術をまた受けるということも起こる。

また、痛みの軽減は治療以外にないと思っているので〈痛みを増強させないための家族からのサポート〉はそれほど生活のなかで大きな位置を占めておらず、〈腰痛を背負った原因を過去の生活から語る〉ことはあるが、〈手術は失敗〉が根底にあるのでその語りは生活に生かされていない。『治療を探す』は、【腑に落ちない】から積み上がり、次の治療や病院を探してはいるが結局その状態に留まる、という生活の意味づけである。

2. 各カテゴリの定義と説明および具体例

a. コアカテゴリ『だましだまし付き合う』

『だましだまし付き合う』は、【とりあえず納める】をコア概念とし、カテゴリ《手術が振り出し》《痛みと取引しながらの生活》《痛みをもったまま生活することの弱さ

からの脱出》と概念を総括するコアカテゴリーとして生成された。

(1) カテゴリー《手術が振り出し》

FBSSの患者の体験は、手術から始まる。そして、その後も常に何かあれば手術に立ち戻って考え、あるいは、また手術を受けるということもある。そのため、このカテゴリーは、コアカテゴリー『だましだまし付き合う』と『治療を探す』の両方に含まれ、以下4つの概念より生成された。

(a) 概念〈手術しかない〉の定義と実例

定義は、医師から手術が必要であると説明を受け、強烈な痛みやしびれなどの症状から逃れる方法は、患者自身も手術しかないと思うこと、である。

実例：いきなり、ハンマーで人の足を誰かが、殴ってるって感覚。ヘルニアの痛みってお産より痛みひどいよ。とりあえず、MRI診たら、もう手術しかないよ。

実例：それはもう、歩けなくて、泣いて、ふとんかぶって寝た。ここ（右足）なんか、斬りつけられるような痛さになって。どうしても歩けないんで、病院に行って。その場で検査して、これはもう手術しないとダメだって（医師から）言われたから。

(b) 概念〈手術直後の苦痛は忘れられない体験〉の定義と実例

定義は、床上安静で身体を自由に動かせないという治療による苦痛と、術後も続く痛みやしびれなどの症状がとても辛い体験だったので、それを忘れることができないこと、である。

実例：やあ、忘れないと思う。もう身にしみているから、これはちょっと忘れないと思う。一生忘れないと思えますね。もう本当にああいうことは、もう2度と嫌だと思えるほど辛かったです。（手術後）1か月間、もう大変でした。天井見たままで横にも向けられないわね。あれはもう忘れない。

(c) 概念〈症状が残ったままの退院〉の定義と実例

定義は、痛みなどの症状が完治すると思いき手術を受けたが、症状は残り、その症状が残ったまま退院することはとても苦痛であること、である。

実例：私が、この3回目に入院したときは、何でもがまんするけど、痛いのは嫌だって言ったのね。これ（痛み）を何でもったまま退院しなきゃいけないのというのが、すごい苦痛だったね。

(d) 概念〈手術はもう受けたくない〉の定義と実例

定義は、手術後も痛みなどの症状は残っており、今後手術をしてもいまの症状が完治するという保証もないので、もう手術は受けたくないことである。

実例：手術。（治ると思って手術されて）ほや、わしは治ると思ってしたんだけど。それがやっぱり医者のおも

くどおりいかなかった。うん、もうこりこりや。（手術して必ず治るんだったらするけど）本当に保証がないからね。

実例：いま、もう絶対（手術）したくない。これだけなら、こうやっていれるから、（手術）したくない……。その気持ちがもういっぱい。

(2) コア概念【とりあえず納める】

コア概念【とりあえず納める】は、手術をしても痛みなどの症状が残ったという結果についていったん受け止める、とりあえずは心に納めるという意味である。また、次に続くカテゴリー《痛みと取引しながらの生活》《痛みをもったまま生活することの弱さからの脱出》にも関係があり、納めたものをことあるたびに振り返るという意味もある。このコア概念は、以下5つの概念より生成された。

(a) 概念〈執刀医の話から自分の身体をわかり語る〉の定義と実例

定義は、手術に執刀した医師から手術の結果や自分の身体のどこが弱いかを定期的に話してもらうことで、いまの痛みなどの症状に納得できる。そのことにより自分の身体の様子がわかり、具体的に自分の脊椎の様子がどうなっているかを自分の言葉で語るができるようになること、である。

実例：あのときは、写真撮るとね、この骨と骨の間がね、こうやってずれて、こうやって動いて。下はボルト6本入ってるでしょ。そして、今度は（背骨の）上のほうがこうやって緩くなって（動く）。そんなものなのかしらね。こう（骨が）揺れて、あの黒いのに隙間が空いている、これがこの分がこうくるもので、痛いのもって（医師に）言われたんです。

実例：背中に金が2本入ってるってことでね。それで2本入ってるこの上のほうの骨がぐらついてきてるから、しびれが出てきた。まあ要は、腰の、手術したその上のほうがぐらついてるもので、それが影響して足がしびれてるって。だから、（いま）急に手術ということはないけど。体にまだ力があるから、まだそんな心配もないけど。まあ、徐々にだましながら生活していってくださいって、（先生が）言った。

(b) 概念〈自分の身体にも非があった〉の定義と実例

定義は、手術後に痛みなどの症状が残ったのは、医師からの説明を受け、いくつも病名があり自分が重症だったこと、病気の種類や病巣の部位、術式にもよるので、自分の身体にも非があったと受けとめること、である。

実例：そのときは、狭窄症とそれから椎間板ヘルニアとすべり症と3つあったんですね。後から聞いたら3つ言われたもので、はあっと思って。（それで手術の後の治

りが悪いと思われた)初めはそう思いました。もどおりの身体にならないなあと思いました。そこは、ああ手術の後って、やっぱり脊髄の手術って大変なんだなあと思って。そればかり思ってましたね。

実例：もう、完璧に治らんというのは、まあ、わかっているから。3回も切られたから、ここはもう、神経なんか、切らにやむをえんとこで切つとるから。それで足が痛くなってこう悪くなっていくんだらうと、わし自身、そう思っているから。

(c) 概念〈術後は身体が動かなくなることが恐怖で、痛みに耐えてリハビリを一生懸命にする〉の定義と実例

定義は、手術後は床上安静で身体を自由に動かすことができず、このまま寝たきりになることを恐怖に感じ、痛みなどの症状はかなり強かったが、自ら進んでリハビリテーションを一生懸命に頑張ったこと、である。

実例：手術の後は全然動けなかったでしょう。本当に全然右も左も動けないで、天井見て暮らしてたんだから。このまま身体固まったらどうしようと思ったんです。半身不随よりまだわけ悪いと。寝たきりになってしまうとそれが嫌だったんです。それで、少しでもリハビリ行って、それを一生懸命やって、身体固まらんようにしようというのが自分の考えだったです。

(d) 概念〈術前よりはよい状態なので、これによしとする〉の定義と実例

定義は、手術前はかなり強烈な痛みやしびれなどの症状があり、歩行障害などもあったが、手術後は術前に比べれば歩ける、また、痛みなどの症状も術前より弱くなっている。痛みなどの症状が完全にとれたわけではないが、とりあえずはこの状態でよしとすること、である。

実例：私、やっぱり自分が手術していただく前、がまんしてがまんして動けなくなるまでがまんしてたんです。そのがまんしていたそのときのひどさ、っていうのを知ってるもんで。だから、いま少しでも手術の後でもね、少しでも楽になるとうれいすよね。気持ちももう、陽気っていうか、楽家なんすね、要するに。それで、いいほうにいいほうになって、考えるもので。

(e) 概念〈術後の状態の最もよいときが支え〉の定義と実例

定義は、現在痛みなどの症状はあるが、手術後ずっとこれらの症状に悩まされていたわけではなく、痛みがないときや普通の生活に近い状態のときもあったので、それが気持ちの支えであること、である。

実例：いまはこれで、すっきりしてるほうだけど。手術やって1年ほど経ったときからしばらくが、いちばんいいと思います。1年ほど経った時分が、いまよりもっと

よかったと思います。それこそ、ころびもしないでよくなっていたから。すっきり(症状がとれた)っていうか、少しは仕方ないけど、いまよりもよかったです。

(3) カテゴリー《痛みと取引しながらの生活》

【とりあえず納める】と意味づけた患者は、自分の痛みの状況をよく把握し、それをコントロールしながら生活の組み立てをするようになる。このカテゴリーは、以下10の概念より生成された。

(a) 概念〈生活行動と痛みとの関連を熟知〉の定義と実例

定義は、日常生活のなかでどういう動作が症状を出現させたり増悪させたりするのかについて、具体的かつ詳細に把握していること、である。

実例：疲れもあるし、ボルト入ってるもので重いんですよ。重いのとだるいのと、やっぱり、ときどき、ぴりっとくるのとで、(何かをしようと思って)1ペんに1時間はできませんね。やっぱり、30分くらいで休むとか。そして、ちょっと腰かけたりなんかして、一服してはまたやってみる。そんな感じ。

(b) 概念〈痛みはがまんしない〉の定義と実例

定義は、痛みはがまんするとより痛くなるので、痛みを取るために薬や生活を工夫し、痛みをがまんしないことが大事であると思うこと、である。

実例：がまんするから、がまんして何でもするから、なお痛いですよ。そうだから、がまんしないでね。もう痛いということをしてしない生活に入ろうと思って。そりゃ、トイレ行ってもどこ行っても痛いよ。そうだけど、最低限の痛さに抑えた。歩くのもやめて、車椅子買って。痛いのをがまんしないで歩かないとね。そこで発想を転換したら痛みがとれたんです。

(c) 概念〈天候に左右される症状への自分なりの工夫〉の定義と実例

定義は、天候に左右される痛みなどの症状は人それぞれ違うので、その痛みなどの症状に対して自分なりの工夫があることである。

実例：春先はホットパック。私、ここを退院するとき、小さい布のホットパック買った。それがあつたもので。蒸し釜の古いので、カタカタと煮るんです。それをナイロンの袋に入れてパスタオル巻いて。その痛いところに1時間くらい(巻いて)。

(d) 概念〈体操は生活スタイルにあわせて取り入れる〉の定義と実例

定義は、痛みをとるための体操を生活のなかに継続可能な方法として、それぞれの生活スタイルに合わせて取り入れること、である。

実例：退院してしばらくしてから、主人と、毎朝起きて

いちばんにできることはラジオ体操じゃないかという話になって。日曜日と祭日はお休みしますけど。朝の6時前に起きて、少しウォーミングアップしながらラジオ体操を、これで8年間続けています。ええ、それで、A先生に話したら、いいことだと思うって、おっしゃってくださって。まあ、そんな毎日ですね。ほとんどね。

(e) 概念〈お喋りで痛みを紛らわす〉の定義と実例
定義は、痛みなどの症状が気になるとき、誰かと話したり一緒に何かをすることで気分が紛れ、気が晴れてくること、である。

実例：家にいてチーンとしてるよりも、やっぱり、あそこに（デイサービス）行って皆さんとお話して、しびれがひどかったり、腰が痛かったりしても紛れる。

(f) 概念〈身体に負担かもしれないと思うこともリハビリテーションと考へて行い、生活に支障がないように行ふ〉の定義と実例

定義は、日常生活で家事など行わなければならないことは、少し身体に負担かと思うこともあるが、気持ちを切り替え、リハビリテーションだと思つて、生活に支障がないように行ふこと、である。

実例：ええ、いまのところ生活に支障がないように努力しています。まあ、後は、家の中にいて片づけものするとかね。なにしろ、家は洗濯場が4階にあるんです。それで、普段生活する場所が2階なもので、3階と4階を上がつて。そして、階段の上がり降りがありますから、いちおう膝のリハビリだと思つて、上がったたり降りたりしています。

(g) 概念〈症状も生活の工夫も十人十色〉の定義と実例

定義は、同じ病名でも痛みなどの症状がどのようなときにどう感じるのかなど人それぞれ違うので、その人の痛みをとるための工夫も人それぞれ皆違うと思ふこと、である。

実例：（同じような病気の人の生活を）私は気にしようと思いません。もう、それ、一人ひとりみんな違うでしょう。手術も違うし痛みも違うでしょうし、全部全部、私と同じということはないと思ひますから。十人十色でしょうから。

(h) 概念〈生活の工夫は自分にあう方法を自分で考へて行ふ〉の定義と実例

定義は、痛みをとるための生活の工夫は、自分にあう方法を自分がいちばんわかっているので、自分で考へて行つていくことが重要であること、である。

実例：誰も教えてくれないし、自分で考へるしかない。それだけ間違ひない。

実例：たとえば、生活での工夫しかないの。台所すると

きには、それもリハビリの人にちょっと教わつたことなんだけど、片足をつらないように、なんか段差をつくらつて言われたんだね。だから、風呂の椅子を持ってきて、右足をその椅子に上げてするとか、そんなようなこと。それで、その痛みをなくすんじゃなくて、楽にする方法をずっとやつた。

(i) 概念〈自分にあつた治療を取り入れる〉の定義と実例

定義は、自分にあつた治療を見つけ工夫していることである。

実例：鍼をしていただくと、ものすごく楽なんです。腰に鍼をして、痛いところ。足から身体全身マッサージしてもらいます。そうして、お風呂入つてから、マッサージしてもらつと、こう、本当にうそみたいに。あら、昨日の痛かつたがどうやつたろうというくらいに、ああ治つたのかなと思ふくらい。

(j) 概念〈これ以上悪くならないための通院〉の定義と実例

定義は、痛みなどの症状を軽減させる画期的な治療を期待するわけではなく、完全に治るとも思わないが、これ以上症状が悪くならないようにと思つて通院していること、である。

実例：やっぱり（再診の）日が近づくにしたがつて。やっぱり、これだつたら行つたほうがいいわつて、自分で。これだけだつたら、行つたほうがいいなつて。

(4) カテゴリー《痛みをもつたまま生活することの弱さからの脱出》

患者は《痛みと取引しながらの生活》を送るうちに、痛みをもちながら生活することに少しずつ余裕が出てくる。そして、《痛みをもつたまま生活することの弱さからの脱出》に向かい、さらに生活の幅が広がっていく。このカテゴリーは、以下の4つの概念より生成された。

(a) 概念〈痛みにかかわらず自分の身体と相談〉の定義と実例

定義は、痛いと思ふ気持ちを自分の身体に問ひかけながら、痛みにかかわらず自分の身体と相談しながら、だましだまし生活していくこと、である。

実例：そんな、悪いよう悪いように思つたら、なお悪くなるからね。なんとかして、だましだましね。治らなくても、動けなくならないように、自分でも（これ以上悪くならないで）おりたいわと思つて。

実例：いい方法だつたら、やっぱり、あれ、自分の身体をだましだましね。昼間、あんまり自分でひどいなと思つたら休むとか。だましだまし使うように。

(b) 概念〈痛みと付き合ふ〉の定義と実例

定義は、痛みなどの症状が苦の字にならないように生活

のなかで付き合い合おうと思うことであり、その付き合い方は、仕方がない、細く長く付き合う、うまく付き合う、生涯付き合うこと、である。

実例：まあ、これで生涯、これと付き合うことになるだろうなあと思います。まあ、それをなんて言うか、苦の字にならないように努力しながら。

実例：やっぱり2度目の手術をしてから、もうこうしてすっきりしないですから。まあ、その時点で細く長く、これと付き合い合っていかなければなあと思います。

実例：やっぱり付き合い合っていないと、自分の身体やから。痛いわ、痛いわと思ってたら、なお痛くなるもんね、気持ちがね。だから、これとうまいこと付き合い合。

(c) 概念〈痛みで気持ちが沈んでも自分を奮い立たせる〉の定義と実例

定義は、痛みがあると気持ちが沈み込むことがあるが、そのようなときは自分の気持ちを奮い立たせること、である。

実例：そうそうそう、沈むときもあったけど、やっぱり沈んどったら、なお損やからねえ。

(d) 概念〈腰痛の問題については自信がある〉の定義と実例

定義は、痛みをとるためにいろいろなことを自分で考えて実践してきた結果、腰痛をかなり治すことができたと思っているので、腰痛の問題については自信があること、である。

実例：実際、ここまで治ったのは、自分でもびっくりするくらいよくなってから。ここまで治るのに、こんだけの時間しかかからなかったからね、僕自身もびっくりしてる。僕、自信もって言えるわ。この問題に関しては、本当やって。仕事もしないで、これを治すために一生懸命にやる。

(5) 概念〈痛みを増強させないための家族からのサポート〉の定義と実例

定義は、日常生活行動や家事などで痛みを増強させるようなことに関しては、家族に助けをもらうことが必要であること、である。

実例：この2度目の手術してから、主人だけが頼りなんです。お友達とどこかに行くってことは、私は迷惑かけるから。

(6) 概念〈腰痛を背負った原因を過去の生活から語る〉の定義と実例

定義は、いま自分が腰痛などの症状に悩まされているのは、自分自身の過去の生活に問題があったと語ること、である。

実例：いままで、ずっと腰に負担がかかるような仕事の仕方をしてたから、突然爆発したんだと思う。いまはそ

れをしないようにしている。

b. コアカテゴリー『治療を探す』

『治療を探す』は、【腑に落ちない】をコア概念とし、カテゴリー《手術が振り出し》《痛みにとらわれた生活》と概念を総括するコアカテゴリーとして生成された。

(1) コア概念【腑に落ちない】

【腑に落ちない】は、手術の結果を【腑に落ちない】とし、コアカテゴリー『治療を探す』の根底に位置し、カテゴリー『痛みに捕らわれた生活』に大きな影響を与えている。このコア概念は、以下2つの概念より生成された。

(a) 概念〈執刀医はわかってくれない〉の定義と実例

定義は、手術をした医師が、手術後の結果について、画像上は全く問題なく、痛みなどの症状があるのは理解できないと話し、自分の症状をわかってくれないこと、である。

実例：「先生、痛くて治らないし、先生、これ、あれのことじゃないんですか。失敗とは言わないけど。これ、治ってないわ、再発したじゃないですか」って言うと、「だら（バカ）、だらん（ばかな）こと言うな。」て、（先生に）叱られたわ。「そんな、だらん（ばかな）ことはない、ない、ない、なんともないって」。CT撮ってもMRI撮っても、診てもどうもないって。そんなだらん（ばかな）ことはない、再発しているという、そんなだらん（ばかな）ことはないって。そんなこと言ったって、わしは痛くて。

(b) 概念〈手術は失敗〉の定義と実例

定義は、手術後に手術をした医師が現在の痛みの原因を説明できないということは、手術が失敗したということだと思ひ、手術をして痛みなどの症状が悪くなったと思うこと、である。

実例：わしの（手術）失敗したがや、癒着しとるがや。骨がくちゃくちゃになって、4番5番がだめになって、それを手術してきれいにしたんだろ。それでも、全然、よくならんし。しまいには今度は右坐骨神経痛になってしもうて。

(2) カテゴリー《痛みにとらわれた生活》

手術の結果は【腑に落ちない】、失敗だと思っているので痛みのことが頭から離れず、痛みにとらわれた生活を送る。このカテゴリーは、以下5つの概念より生成された。

(a) 概念〈痛みはがまんするしかない〉の定義と実例

定義は、痛みを完全にとる治療が見つからない以上、自分の気持ちをごまかして痛みをがまんしていくしかないと思っていること、である。

実例：ただ、自分の気持ちごまかしとるだけや。そうや、そうでないといれないもの、痛くて。ごまかすって、た

だ、がまんしているだけや。

(b) 概念〈痛みのために生活がままならない〉の定義と実例

定義は、薬で痛みが少し楽というときもたまにあるが、すぐに痛みが襲ってくるため、自分の生活が痛みで支配されており、食べて寝るのがやっとという状態のこと、である。

実例：痛いだろう、一日中。夜の飯食うまで痛い。朝起きたら、すぐ、痛い痛い。本当に痛いけど、いちばんひどいときが夕方なんや。いまでもずっと。それで、痛くて、顔しかめて、ごはん食っとるんや。

(c) 概念〈かたちだけの体操〉の定義と実例

定義は、痛みをとるために体操がいいと聞いたから行っているが、体操をするとすぐに痛くなるので、効き目があるか疑っており、痛みをとるために何もしないよりはましだと思ひ、体操をしていること、である。

実例：朝、体操してるんや、軽く。子どもらが学校で覚えた体操、軽くね。結構な足踏みしたり、家の中で少し屈伸運動したり。痛くなってきたら、すぐ止めんなんし。そんなもの、ただしてるようなもんや。なんにもしないより、いいかなあと思うて。

(d) 概念〈薬は必需品〉の定義と実例

定義は、鎮痛薬で一時でも痛みを軽減させ、睡眠薬で睡眠中は痛みがない時間を過ごし、自分の薬をととも意識して使っていること、である。

実例：ただ、本当の唯一の楽しみは、麻酔、麻酔、眠り薬。あれなら、すぐ効いてくる。

(e) 概念〈効かなくても治療は続ける〉の定義と実例

定義は、鎮痛薬やブロック注射など効果があるときもあるが、完全に痛みを止められるものではないが、他に治療がないのでそれを続けること、である。

実例：ここで、また入院して、痛み止めの点滴したり。それでも、全然、一緒だわ、よくならん。それでも、いまもその治療をずっとやってる。

(3) 概念〈痛みが完全にとれる治療がどこかにあるはず〉の定義と実例

定義は、痛みをとる治療がどこかにないかいつも考えており、痛みがとれるならどんな治療でも受けたいと思っていること、である。

実例：なんか、いい治療ないですか。もっと楽になる、100%と言わないけど。せめて、70か80%に楽にならないものかなあ。そういうのが、せめて、そういうのがあってくれたら、そんで安心やろうなあと思うけど。

実例：いいから、この痛みをとってほしい。この痛みをとる方法をなんかないのかなあって思う。痛みをとるためになんかできる入院とか、治療とかあるんだったら、

本当は受けたいんで、それはずっと。

(4) 概念〈通院することの不安〉の定義と実例

定義は、治療のために通院しても症状は変わらないので、このまま通院してもいいの不安に思うこと、である。

実例：いつまでも、ずっと通っているということについて、先生もどう思っているのかなあと思う。先生は、一進一退だというけど。やっぱり、成果というものがほしいじゃないですか。自分も仕事をしていて、やったことに対する成果というものがほしいと思うし。ずっと通院することについて、先生がどう思っているのか、とても、気になる。

IV. 考 察

A. 『だましだまし付き合う』生活のしくみ

『だましだまし付き合う』は、【とりあえず納める】をコア概念としている。この【とりあえず納める】は、手術の結果をいったん受け止め、結果は期待どおりにいかなくてあきらめきれないが、とりあえずは心に納める、という状況である。そのため、この【とりあえず納める】は、その後の生活のプロセスで、ことあるごとに手術のことを思い出し、手術の結果は決して満足のいくものではなかったが、自分の身体がわかる信頼できる医師にめぐり会えたことは、決して無駄ではなかったと思えること、である。

『だましだまし付き合う』には、【とりあえず納める】という最初から手術の結果をある程度受け入れるという時期がある。それは、参加者も自覚していたように、神経などが複雑に関係している脊髄を手術するということはそれなりのリスクが伴うということと関係していると考えられる。

【とりあえず納める】のなかで、とくに重要なのが〈執刀医の話から自分の身体をわかり語る〉という概念である。山崎他²⁰⁾は、腰椎変性疾患の術前のインフォームド・コンセントで、症状の悪化、症状の残存、FBSSも含めての術後の合併症についての詳しい説明を患者も望んでいるので、それをすべきであるとしている。術後も術前と同様に、手術の結果について詳しく説明する必要がある。このとき、画像上は異常がなくても、患者が痛みなどの症状を訴えるのであればそれに意味づけをすることが重要となる。

腰痛は、現在、従来の“脊椎の障害”という考え方から“生物・心理・社会的疼痛症候群”という概念でとらえようとする動きがある²¹⁾。術後であれば、画像検査という形態学的異常の探索だけでなく、目に見えない機能障害という視点からも腰痛を把握し説明する必要がある、ということである²²⁾。また、医師を含めた医療提供者側と患者との信頼関係等を含む人間関係が、腰痛の治療効果に大きく

影響しているという事実がある²³⁾。ゆえに、医師が患者に one of onlyとして対応してくれている、という思いを抱かせることが重要である²⁴⁾。

術後のインフォームド・コンセントでは、患者が、自分の身体の弱さを身体の構造からイメージし、納得できるような説明が必要である、と今回の結果から示唆された。そして、その説明は、術後1回ではなく、定期的に行うことが必要である。それは、患者の痛みの体験は、生活とともに変化すると考えられるからである。器質的疾患の存在を説明されることで、患者は、痛みの原因と脊髄や神経がどう関連しているのかという、まるで患者自身も自分の身体の中を見たことがあるように自分の身体を語れるようになる。そして、自分の身体の弱い部分をイメージし、痛みについて少しでも納得することができるのである。それが〈自分の身体にも非があった〉である。

このように、〈自分の身体にも非があった〉と思えるようになるためには、自分の身体のことをいちばんよくわかっているのは手術をした医師だ、という安心感がもてるような信頼関係の成立が重要である。【とりあえず納める】ためには、これら2つの概念〈執刀医の話から自分の身体をわかり語る〉〈自分の身体にも非があった〉が成立するように働きかけることが重要となる。これらが成立すれば、〈術後は身体が動かなくなることが恐怖で、痛みを耐えてリハビリテーションを一生懸命にする〉〈術前よりはよい状態なので、これでよしとする〉〈術後の状態の最もよいときが支え〉とつながっていく。この【とりあえず納める】があって、初めて次のステップに進める。

《痛みと取引しながらの生活》は、痛みなどの症状が毎日続き、それらの症状が頭から離れることのない生活ではあるが、痛みのコントロールを中心とした生活の組み立てができること、である。それには、まず一日の流れのなかで自分の痛みがどのように変化するか、その痛みの変化と日常生活行動がどのように関連しているかを熟知していることが必要である。これは、長い間痛みと生活するなかで、患者自身が体得していたことが、今回の結果から明らかになった。

その人にしかわからない痛みの体験であるからこそ、その人の日常生活行動と痛みの関連は、その人自身が確実に把握していくことができる。そして、〈痛みはがまんしない〉という痛みに対する基本的な考え方が、この生活を支えている。Stephan²⁵⁾は、脳は疼痛の経験によって学習し、反面、疼痛を維持するばかりか、永久にその症状を促進し続ける、と述べている。つまり、痛みをがまんするとその痛みが脳に記憶されて、組織に障害がなくても痛みが続くということである。ゆえに、痛みはがまんしない、がまんしてはいけないのである。

このように、〈生活行動と痛みとの関連を熟知〉し〈痛みはがまんしない〉を基本として、〈天候に左右される症状への自分なりの工夫〉〈体操は生活スタイルに合わせて取り入れる〉〈お喋りで痛みを紛らす〉〈身体に負担かもしれないと思うことも、リハビリテーションと考えて生活に支障がないように行う〉〈症状も生活の工夫も十人十色〉〈生活の工夫は自分にあう方法を自分で考えて行う〉と、あくまでも自分で考えて生活の工夫をしていくという姿勢が貫かれる。

そして、もう1つ重要であることは、〈自分にあった治療を取り入れる〉である。菊池²⁶⁾は、腰痛の治療は患者自身が参加して治療方針を決定し実施することが、治療成績を上げ、治療についての患者の満足度を上げるのに有効である、と述べている。今回の結果から、鎮痛目的の治療はかなり多いが、そのなかで1つでも、自分が受けて楽だと思える治療を、患者自身が主体的に選び取り入れていくことが重要であることが示された。このように、自分にあった治療が1つでもあるということは、これを支えとして生活していくことにもつながる、と考える。

最後に〈これ以上悪くならないための通院〉であるが、菊池²⁷⁾は、“外来での経過観察は、往々にして何もしないというふうを受け取られるが、そういうことではない。外来での経過観察は、医療提供側に行動療法的な問いかけとfollow-upが求められている。前回受診時との違い（達成度）などを医師が指摘することによって、患者に希望を与えることができ、患者は自分の医師の存在を確認できる”と述べている。本研究において、患者自身が通院を〈これ以上悪くならないための通院〉と位置づけ、医療者とつながっていることで現在の症状と生活を少しでも安定させ、いつまた増悪するかもしれない痛みなどの症状への不安に対処していたことが示された。

これらのプロセスを経て《痛みをもったまま生活することの弱さからの脱出》は、〈痛みにかかわらず自分の身体と相談〉しながら〈痛みと付き合う〉ことができるようになり、痛みはゼロにならなくても生活は改善される。そして、〈痛みで気持ちが沈んでも自分を奮い立たせる〉ことができ〈腰痛の問題については自信がある〉と思えるようになる。

以上のカテゴリと概念が、実際の生活の知恵としてつくり上げられたものであったことは重要であった。

B. 『治療を探す』生活のしくみ

FBSSの患者は、慢性疼痛が続く難治性疾患であるので、“痛みの悪循環”²⁸⁾という痛みによる慢性的な不安、不眠、怒り、抑うつ状態を引き起こしやすい、といわれている。

本研究で明らかになった『治療を探す』生活のしくみは、【腑に落ちない】をコア概念としており、〈執刀医はわかってくれない〉と術後の症状や合併症について、患者が納得するような説明を受けることができず、執刀医と信頼関係を築けなかったことが大きく影響している。【腑に落ちない】が土台にあり、その思いが変わらない限り、《痛みにとらわれた生活》となり、まさに『治療を探す』ことだけが中心の生活となっている。『治療を探す』生活のしくみは、痛みの悪循環となっている人がどのような生活をしているかを具体的に示すものである。

C. 『治療を探す』生活が『だましまし付き合う』生活となるように

2つの生活のしくみは、期待どおりにいかなかった手術の結果を【とりあえず納める】とするか【腑に落ちない】とするかで、その後が決まる。手術後にその結果を【とりあえず納める】とした人も、痛みが悪化したり、思うようにいかないことがあると、手術に立ち戻って考え、そのたびに執刀医に自分の身体の状態を尋ねる。そして、そのときの説明から自分の身体の状態を理解し、自分でそのときの状況をとりあえず納めようとする。とりあえず納めて、だましまし生活しようとしている。

このように考えると、手術の結果を【腑に落ちない】とした人々も、その後、執刀医に継続して診てもらうことができなくても、外来通院時に、そのときの担当の医師から自分の身体の状態と今後の治療の方向性について本人が納得のいくように説明を受け、信頼関係をつくることができれば、その時点で、【とりあえず納める】とすることができるのではないかと考える。

【腑に落ちない】とした人々は、執刀医との信頼関係がない。医療者のかかわりにより、『だましまし付き合う』のコア概念である【とりあえず納める】とすることができれば、『治療を探す』生活を『だましまし付き合う』生活にできるのではないかと考える。

D. 看護実践への適用

『だましまし付き合う』のカテゴリーと概念は、FBSSの患者の体験から生活の知恵としてできたものであり、今後、FBSSの患者教育の内容として発展していく可能性がある、と考える。現在、FBSSの患者へは「FBSSと付き合うための退院後の生活」についての情報提供がほとんどされていない。そこで、本研究で明らかになった《痛みと取引しながらの生活》の10の概念と、患者の退院後の生活を具体的に結びつけることができれば、『だましまし付き

合う』生活をする事への援助につながると考える。

さらに、『だましまし付き合う』のカテゴリーと概念を熟知した看護師がこれらを活用して、コメディカルとともに『治療を探す』人々を援助していくことが必要と考える。

E. 本研究の限界と課題

本研究の結果、『だましまし付き合う』生活と『治療を探す』生活のコア概念である【とりあえず納める】と【腑に落ちない】に影響する要因は、執刀医との関係が大きいと考えられた。しかし、患者本人の背景など、ほかに細かな要因がかかわっている可能性がある。そこで、今後、さらに、事例をていねいに追うことでその実態を明らかにし、本研究の結果を検証していくことが必要である。

V. 結 論

FBSSの患者の手術や痛みの体験と生活の意味づけを明らかにすることを目的に、外来通院のFBSSの患者10名を対象に半構成的面接を実施し、M-GTAで分析した結果、以下のことが明らかになった。

1. FBSSの患者の手術や痛みの体験と生活の意味づけには、『だましまし付き合う』と『治療を探す』の2つがあった。
2. 『だましまし付き合う』は、《手術が振り出し》という意味づけから始まり、手術の結果を【とりあえず納める】をコア概念として、《痛みと取引しながらの生活》〈痛みを増強させないための家族からのサポート〉〈腰痛を背負った原因を過去の生活から語る〉〈痛みをもったまま生活することの弱さからの脱出〉という意味づけがあった。
3. 『治療を探す』は、《手術が振り出し》の意味づけから始まり、【腑に落ちない】をコア概念とし、《痛みにとらわれた生活》〈痛みを増強させないための家族からのサポート〉〈腰痛を背負った原因を過去の生活から語る〉〈痛みが完全にとれる治療がどこかにあるはず〉〈通院することの不安〉という状況に留まる、という意味づけがあった。

謝 辞

本研究を行うにあたり、快くインタビューに応じてくださいました参加者の皆様と調査の場を提供してくださいました病院関係者の皆様に厚くお礼申し上げます。

なお、本論文は、山口恵子の金沢大学大学院医学系研究科修士論文（指導：稲垣美智子教授）に一部加筆・修正を加えたものであり、その論旨は、第27回日本看護科学学会学術集会にて発表したことを記します。

要 旨

本研究の目的は、FBSSの患者が手術や痛みの体験と生活にどのような意味づけをしているのかを明らかにすることである。外来通院のFBSSの患者10名を対象に半構成的面接を実施し、M-GTAで分析した。

その結果、手術や痛みの体験と生活の意味づけには『だましだまし付き合う』と『治療を探す』の2つがあった。『だましだまし付き合う』は、《手術が振り出し》から始まり、手術の結果を【とりあえず納める】、そして《痛みと取引しながらの生活》《痛みをもったまま生活することの弱さからの脱出》と時間の流れとともに生活の幅が広がる意味づけであった。『治療を探す』は、《手術が振り出し》の体験から始まり、痛みや症状が残ったことで【腑に落ちない】と考え、《痛みにとらわれた生活》に留まる意味づけであった。生活の知恵としてできた『だましだまし付き合う』は、今後、FBSSの患者教育の内容として重要であることが示唆された。

Abstract

This study wanted to clarify what meaning of Failed Back Surgery Syndrome (FBSS) patients attach to their experience of surgery, pain, and subsequent life. A semi-structured interview of 10 FBSS outpatients was conducted; the data was analyzed using M-GTA.

The results clarified two meanings; the first being “*trying every trick in the book*” and the second being “*searching for treatment*”. The first meaning starts with the patient undergoing surgery; then, regarding the results of surgery, the patient thinks “For the time being I will accept it”; they then think “I will live my life dealing with the pain”; ultimately, they think “Although I will remain in pain, I will leave behind the weakness in the way I live”. So, these patients experienced that the scope of the way they lived their lives was expanding with time. The second meaning starts with “the start of surgery”; when pain and symptoms remain postoperatively, the patient thinks “I cannot understand this”; they then attached the meaning “I am a prisoner to my pain.” The results of the interviews suggest that “trying every trick in the book” as a profound way of experiencing life may be important in educating future FBSS patients.

文 献

- 1) 菊池臣一：腰痛。医学書院，2003。
- 2) 花岡一雄：エンドラスコピー。誠堂出版，2002。
- 3) Caspar, W, Campbell, B, et al: The Caspar microsurgical discectomy and comparison with a convention standard lumbar disc procedure. Neurosurgery, 28, 78-86, 1991.
- 4) Tullberg, T, Isacson, J, et al: Does microscope removal of lumbar disc herniation lead to better results than the standard procedure? Results of a one-year randomized study. Spine, 18, 24-27, 1993.
- 5) 前掲1)。
- 6) 伊東 学, 笠 邦芳, ほか：Failed Back Surgeryの病因と治療。骨・関節・靭帯, 16(8), 1074-1081, 2003。
- 7) Krishnan, K R, France, R, et al: Chronic pain and depression classification of depression in chronic low back pain patients. Pain, 22, 279-287, 1985.
- 8) Long, D M, Filtzer, D L, et al: Clinical features of the failed back syndrome. J Neurosurg, 69(1), 61-71, 1988.
- 9) 金村在哲, 原田俊彦, ほか：腰椎多数回手術症例の検討。整形外科, 52(10), 1256-1260, 2001。
- 10) 大谷晃司：Failed back syndromeの病態 — エンドラスコピーによる評価と限界。日本ペインクリニック学会誌, 12(2), 59-68, 2005。
- 11) 佐藤勝彦, 菊池臣一, ほか：脊椎・脊髄疾患に対するリエゾン精神医学的アプローチ（第1報）— 脊椎退行性疾患の身体症状に影響する精神医学的問題の検討。臨整外, 34, 1499-1502, 1999。
- 12) 佐藤勝彦, 菊池臣一, ほか：脊椎・脊髄疾患に対するリエゾン精神医学的アプローチ（第3報）— 腰椎手術成績に関与する精神医学的問題の検討。臨整外, 34, 1145-1150, 2004。
- 13) 伊達 久：Failed back surgery に対するエビドラスコピーの効果。ペインクリニック, 25(1), 41-47, 2004。
- 14) 伊達 久, 村上 守：疼痛性障害を疑われた鬱病を合併したフェイルドバック症状群の一例。慢性疼痛, 23(1), 95-99, 2004。
- 15) 前掲1)。
- 16) Siddall, P J, Cousins, M J: Introduction of pain mechanisms In Neural Blockade. 3rd ed. (pp. 675-713), Lippincott-Raven, Philadelphia, 1988.
- 17) 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。弘文堂, 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, 2003。
- 19) Hollyway, I, Wheel, S/野口美和子 監訳：ナースのための質的研究入門 — 研究方法から論文作成まで（第2版）。医学書院, 2006。
- 20) 山崎隆志, 松平 浩, ほか：腰椎変性疾患における術前インフォームド・コンセント。別冊整形外科, 40, 190-196, 2001。
- 21) 菊池臣一：腰痛概念の革命 — 生物学的アプローチから心理・社会的アプローチへの転換。心身医, 42(2), 106-110, 2002。
- 22) 前掲21)。
- 23) 前掲21)。
- 24) 前掲1)。
- 25) Stephan, M：ひとたび始まるとずっと続いてしまう苦しみ — 慢性疼痛と中枢性感作症候群の悪夢。The Journal of Clinical Psychiatry, 64(8), 863-864, 2003。
- 26) 前掲21)。
- 27) 前掲21)。
- 28) 前掲16)。

〔平成23年9月2日受 付〕
〔平成24年4月16日採用決定〕

『‘1-2-3マジック’ 英国子育て支援プログラム』の 日本導入と効果の検討

The Effects of ‘1-2-3 Magic’ British Parenting Support Program Applied to Japanese Families

北岡和代 落合富美江 内田真紀
Kazuyo Kitaoka Fumie Ochiai Maki Uchida
橋本智江 寺井孝弘
Tomoe Hashimoto Takahiro Terai

キーワード：子育て支援プログラム, 自己効力感, 子育て, ストレス, 1-2-3マジック

Key Words: parenting support program, self-efficacy, parenting, stress, 1-2-3 magic

I. 緒言

近年、家族や地域における育児機能が低下し、周囲からの支援が得られにくい状況で親は育児を行っている。そのなかで、育児ストレスや育児不安を抱える親も少なくなっている。親が適切な養育方法を学び、安定して育児を行えるよう支援する場が必要である。このような場づくりにより、親の育児困難感が軽減され、児童虐待や子どもの逸脱行動等の問題発生を予防することができると考える。

子育て支援プログラム (Parenting Support Program) の効果について文献レビューしたBarlowら^{1)~3)}の報告を見ると、母親の心理社会面の健康に短期的ではあるが有効な影響を与える、プログラムを受けた親の乳幼児の情緒や行動が改善される、10代の若い親では子どもとの関係が短期的にも長期的にも改善される、と結論している。行動障害児をもつ親を対象としたプログラムについて文献レビューしたDretzkeら⁴⁾の報告においても、効果的な手段であると結論している。

日本でも、地域のなかで参加可能な子育て支援プログラムがある。米国のGordonによって始められた親業訓練協会による親業訓練講座やノーバディーズ・パーフェクト・ジャパン (Nobody's Perfect Japan) によるカナダで開発された親支援プログラムなどである。これらのプログラムは1セッション2~3時間を数セッション行うように構成されており、北米やヨーロッパ諸国で実施されている子育て支援プログラムに準じている。それらの効果を検討した報告も見られる^{5)~7)}。

しかし、日本では子育て支援は市町村の保健師たちが事業の一環として行っていることがほとんどであり、事業報告はされているが、その効果を研究的視点で評価されるこ

とは少ない⁸⁾。他方、研究者らによって行われるものは一度のみの単発であることが多く^{9),10)}、プログラムも1セッション約90~120分という内容が多い¹¹⁾。現場の保健師と研究者とが連携し、有効とされる子育て支援プログラムを親に提供することが求められる。

私たちは、英国University of Hertfordshireの研究チーム (Kendall, S. 代表) および地域保健師 (Petrie, J) との共同により、日本でも適用可能と考えられる子育て支援プログラムを導入し、効果を検討する研究プロジェクトを立ち上げた。日本の地域において、効果的な子育て支援プログラムを定着させることが、本プロジェクトの目標とするところである。本プロジェクトにおいて導入したのは、以下に述べる‘1-2-3マジック’という養育方法をもとに開発された子育て支援プログラムである。

‘1-2-3マジック’はもともと、米国の心理学者Phelan博士によって開発された養育方法であり、2~12歳の子どもにも適用できる。博士は注意欠陥障害児の治療を専門としているが、それらの子どもには簡単明瞭に対応することが必要であることに気づき、‘1-2-3マジック’という養育方法を編み出した。子どもがとっているよい行動の伸ばし方、問題行動のやめさせ方、自尊心の育み方などについて、それらの原則を親ばかりでなく子どもにとってもわかりやすくするため、単純明快に示しているのが特徴である。「123と段階を踏んでいくと、まるでマジックのように子どもが変わっていく」と驚いた親の言葉に由来して、‘1-2-3マジック’と命名された。その後、健常児にも適用され同様に効果があることが確認されたため、博士は一冊の書籍¹²⁾を発行した。これが契機となって‘1-2-3マジック’は世に知れわたり、書籍は現在13か国語に翻訳されている。英国では、地域で活躍している保健師Petrieが

この博士の養育方法をもとに、個ではなく親グループに適用できるようなかたちにプログラム化した『1-2-3マジック』子育て支援プログラム』を開発した。このプログラムはKendallらによって評価されており、親の子育て自己効力感が上がることが検証されている^{13),14)}。ただし、行動変容の先行要因である自己効力感の上昇により育児ストレスが軽減され、さらには子どもの情緒や行動にまで影響を及ぼすものであるかを検討することが、今後の課題となっている。

Phelan博士の書籍『1-2-3マジック』は日本でも翻訳¹⁵⁾されているが、Petrieによる『1-2-3マジック』子育て支援プログラム』は日本に導入されていない。そこで、私たちはこのプログラムが日本においても有効な子育て支援プログラムとなりうると考え、効果を検討することにした。

本研究における目的を次に示す。『1-2-3マジック』子育て支援プログラム』を日本の親に適用し、①介入後の親の子育て自己効力感の上昇度と、プログラム終了3か月後の持続の程度を調べる。②子育て自己効力感の上昇により、育児ストレスが軽減されるかを検討する。また、子どもの情緒や行動に変化が見られるのかを検討する。なお、追跡期間は英国University of Hertfordshireの研究チームが行う英国での調査に合わせて、3か月と設定した。

II. 研究方法

1. 『1-2-3マジック』子育て支援プログラム』の日本版作成

- ①第1著者を含む研究者3名とプログラムのファシリテーターとなるA町保健センター所長（保健師）、ならびに子育て支援担当保健師が訪英し、PetrieとKendall両名からプログラムの説明や資料提供等を受けた。また、プログラムを実施している地域を視察し、関係者らとの意見交換を行った。
- ②Petrieが開発したプログラム用教材本は、子育て経験のある英国在住の日本人が翻訳した後、数年の滞米経験をもつ第1著者が手直した。プログラム運営ガイドラインは、第1著者が翻訳した。その後、研究者および保健師間で検討を加え、日本版とした。
- ③A町にある7公立保育所に協力を依頼し、3～5歳の子どもをもつ母親7名に参加してもらい、パイロット・スタディ^{16),17)}を実施した。プログラムは英国と同様、週に1回2時間のセッションを6回で構成し、訪英した2名の保健師とその保健師より教育を受けた保健師と子育て支援センター保育士がファシリテーターを務めた。研究者らは交代で参加観察を行った。全セッション終了後に意見集約をはかり、よりわかり

やすくするために教材本や運営ガイドラインの修正を行い、最終の日本版とした。

2. 介入対象

A町にある7公立保育所および1私立幼稚園において、対象者を募集した。付録1に示した『1-2-3マジック』子育て支援プログラム』に参加して下さるお母様方募集」と題した説明書に、「ご協力していただきたいこと」と題した実際の協力内容を述べた文書をつけて、参加を募った。結果、53名の母親から研究同意を得た。しかし、プログラム実施中、3名が諸事情（出産2名、里帰り1名）により脱落した。また、質問紙への回答に漏れがあった母親1名を除外した結果、49名を分析対象とした。

表1に、介入対象者の特徴を示す。年齢は28～42歳で平均年齢35.1±13.8（平均±標準偏差）歳だった。子どもは1人（3～5歳）の者12名、2人（+3歳未満児）の者21名、2人（+5歳以上児）の者10名、3人（+3歳未満児と5歳以上児）の者6名であった。33名が核家族、12名が夫の両親と同居していた。7名が常勤の仕事をもっていたが、18名はパートタイム、24名が無職であった。また、母親すべてが高校以上を卒業していることが確認できた。なお、これらの情報は質問紙を作成し、プログラム開始時に記入を依頼して得た。

表1 介入対象者の特徴

	n	(%)
年齢（歳）		
28-29	4	(8.2)
30-39	38	(77.6)
40-42	6	(12.2)
未回答	1	(2.0)
子どもの数・年齢構成		
1人（3～5歳児）	12	(24.5)
2人（+3歳未満児）	21	(42.9)
2人（+5歳以上児）	10	(20.4)
3人（+3歳未満児、5歳以上児）	6	(12.2)
家族形態		
核家族	33	(67.3)
同居（妻の両親）	2	(4.1)
同居（夫の両親）	12	(24.5)
その他	2	(4.1)
現在の職業		
常勤	7	(14.3)
パートタイム	18	(36.7)
無職	24	(49.0)
教育歴		
高校卒業	22	(44.9)
短大卒業	16	(32.7)
大学卒業	11	(22.4)

3. 介入方法

53名の母親を保育所ごとに5～8名の7グループに分け、最初の3グループは2009年5～6月、残りの4グループは7～8月にプログラムへ参加した。実施場所は保育所、近くの公民館、またはA町保健センターであった。プログラムは6セッションからなり、母親は毎週（水曜日）行われる2時間（16:00～18:00）のセッションにそれぞれ参加した。母親がセッションに参加している間、子どもたちは保育士や保健センターの保健師により託児された。

表2に、各セッションの主な内容を示す。最初のセッション1では、望ましくない子どもの行動をやめさせるための明確な手法（カウント、タイム・アウト）を紹介した。グループ内で話し合い、ロールプレイをしてその手法

表2 『1-2-3マジック』子育て支援プログラム』内容

セッション1：'1-2-3マジック' へようこそ
子どもにやめさせたいこと・させたいこと
親が犯す2つの大きな過ち：しゃべりすぎる・感情的になりすぎる
子どもは小さな大人ではありません
「カウント」と「タイム・アウト」の仕方
ロールプレイ①
宿題①
セッション2：さあ、始めましょう
子どもは親を試しています
始めるにあたってのプラン
ロールプレイ②③④
'1-2-3マジック' への疑問・質問
タイマーの使い方
宿題②
セッション3：よい行いをほめ励ます
子どもに'させる'大作戦
よいことをしたときはごほうびを習慣づける
私のさせたいこと実行プラン
宿題③
セッション4：子どもをよく見る
ロールプレイ⑤⑥
子どもが'ウソ'をつくとき
宿題④
セッション6：平常心を保つ
子どもとの争いバスターズ
親と子どもの力関係
完全なママになれなくたってかまわない
育児に自信がもてないときのつぶやき
家族での話しあい
兄弟姉妹
宿題⑤
セッション6：前向きに
子どもの自尊心
ママのタイム・アウト：自分自身を大切にす

が効果的に働くことを体得してもらった。

セッション2では、その手法を用いた場合の起こりうる子どもの反応について出し合い、ロールプレイをしてどのような対応が適切なのかを考えてもらった。そして家で試みることを宿題とした。

セッション3では、家で試してみようであったかを話し合った。その後は、逆に望ましい子どもの行動をとらせるためのアイデアを提示し、実行プランを立ててもらい、家で実践してみることを宿題とした。

セッション4になると、より複雑な子どもの問題にどのように対応していけばいいのかについて、その対処法を具体的に考えてもらった。

セッション5では、子どもとのコミュニケーションの取り方について話し合い、平常心を保っていくためのポイントを示した。また、完全なママになれなくてもOKであることを伝え、確認し合った。

最終のセッション6では、子どもの自尊心を育む10のポイントを提示し、よりよい子育てへのヒントを学んでももらった。同時に、母親も自身を大切にしながら過ごしていくために、いくつかのメッセージを届けた。すべてのセッションにおいて、グループ内の母親同士の話し合いを重要視した。そのために「互いに尊重しあう、秘密を厳守する、共感しながら聴く、決めつけないで取り組む、失敗しても許される、時間を守る」ことを約束事とした。

セッションは、パイロット・スタディに参加した保健師3名と保育士1名によりファシリテートされた。また、毎回、1～2名の研究者がファシリテーターの補助についた。ファシリテーターはプログラム運営ガイドラインに沿いながらも、母親たちの状態や場の雰囲気等を判断し、臨機応変にセッションを運営した。

4. 介入効果の評価

以下に述べるツールを用いて、介入効果を測定した。

a. Tool to Measure Parenting Self-Efficacy (TOPSE)

英国における子育て支援プログラムを評価する尺度として開発されているTOPSE¹³⁾を用いて、子育て自己効力感を測定した。開発プロセスのなかで異なる文化、教育、社会的背景等をもつ親を対象としており、日本人への適用も可能である¹⁸⁾。第1著者は『TOPSE 82項目版』を日本語に翻訳した米田ら¹⁸⁾の研究に加わっていたため、研究代表者の許可を得て『TOPSE 48項目短縮版』の翻訳版を作成し、本研究に用いた。

『TOPSE短縮版』は8つの下位尺度、すなわち“愛情と情緒的表現”、“遊びと喜び”、“共感と理解”、“コントロール”、“しつけ”、“プレッシャー”、“自己受容感”、“知識と学び”をもつ。各尺度は6項目からなり、合計48項目であ

る。10歳までの子どもをもつ親に適用できる。“愛情と情緒的表現”は「子どもに対して愛情を表現することができる」、 “遊びと喜び”は「子どもと楽しく過ごすことができる」、 “共感と理解”は「子どもの立場に立って考えることができる」、 “コントロール”は「困難に直面しても冷静でいられる」、 “しつけ”は「しつけるときのやり方は一貫している」、 “プレッシャー”は「他の親と比較する必要はないと思う」、 “自己受容感”は「よい親であると思う」、 “知識と学び”は「子どもにどう対応するかについて新しいやり方を学び、 やってみることができる」が質問項目の一例である。

各項目への回答は0：「全くあてはまらない」から10：「完全にあてはまる」の11段階となっている。0回答=0点、10回答=10点に得点化するが、逆転項目がある。各項目の総計が尺度得点となり、それらを合計したTOPSE総得点もある。点数が高いほど、当該概念に対する子育ての自己効力感が高い、と解釈できる。

b. The Parenting Stress Index (PSI)

Abidin¹⁹⁾のPSIを使用して、育児ストレスを測定した。兼松ら²⁰⁾が日本版を作成し、出版している。本研究では『PSI短縮版36項目』を用いた。12歳以下の子どもをもつ親に適用できる。“親の苦悩”“親-子相互作用の機能不全”“むずかしい子ども”の3つの下位尺度からなり、各尺度12項目である。“親の苦悩”は「私は親としての責任にとらわれていると感じる」、 “親-子相互作用の機能不全”は「私の子どもは、私が喜ぶことはほとんどしない」、 “むずかしい子ども”は「私の子どもは、他の子どもよりずっと泣きやすくむずかりやすい」が質問項目の一例である。

各項目への回答は「全くそのとおり」から「全く違う」の5段階となっており、「全くそのとおり」=5点、「全く違う」=1点と得点化する。逆転項目はない。回答者の自己防衛的な態度が回答に影響を与えていないことを確認した後（項目1～3および7～9と11の合計得点が10点以上の場合、自己防衛が強いと判断され、回答の信頼が損なわれる）、項目得点の合計を尺度得点とするが、それらを合計した育児ストレス総得点もある。点数が高いほど、当該概念に対する育児ストレスが高いと解釈できる。

c. The Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Goodman²¹⁾が開発したSDQを用いて、子どもの気になる行動等を測定した。SDQは親が回答するため、親の目から見た子どもの情緒や行動と解釈できる。SDQはweb (<http://www.sdqinfo.org/>) 上において公開されており、日本語版もある。

5つの下位尺度（“情緒面での問題”“行動面での問題”“落ちつきのなさ”“友だちとの問題”“他者への気づかい”）をもち、各尺度5項目で、合計25項目である。“情緒面での問題”は「心配ごとが多く、いつも不安なようだ」、 “行動面での問題”は「よく他の子とけんかをしたり、いじめたりする」、 “落ちつきのなさ”は「落ちつきがなく、長い間じっとしてられない」、 “友だちとの問題”は「一人でいるのが好きで、一人で遊ぶことが多い」、 “他者への気づかい”は「他人の気持ちをよく気づかう」が質問項目の一例である。

「あてはまらない」「まああてはまる」「あてはまる」から回答を行う。項目得点は「あてはまらない」=0点、「まああてはまる」=1点、「あてはまる」=2点とするが、逆転項目がある。項目得点の合計が尺度得点となり、点数が高いほど、親は子どもに問題があると感じている、と解釈できる。ただし、“他者への気づかい”については、点数が高いほど、親は子どもが気づかいてくれるよい子であると感じている、と解釈できる。この“他者への気づかい”得点を除いた4つの尺度得点の合計がSDQ総得点とされている。

「あてはまらない」「まああてはまる」「あてはまる」から回答を行う。項目得点は「あてはまらない」=0点、「まああてはまる」=1点、「あてはまる」=2点とするが、逆転項目がある。項目得点の合計が尺度得点となり、点数が高いほど、親は子どもに問題があると感じている、と解釈できる。ただし、“他者への気づかい”については、点数が高いほど、親は子どもが気づかいてくれるよい子であると感じている、と解釈できる。この“他者への気づかい”得点を除いた4つの尺度得点の合計がSDQ総得点とされている。

d. 測定時期

本研究の目的と分析方法に沿い、TOPSEは介入前（セッション1開始時）、介入後（セッション6終了後）とその3か月後に、PSIとSDQは介入前と3か月後に測定した。介入前における調査票の回答時間はおおむね15～20分と予測し、セッション1内に組み入れた。介入後のそれはおおむね10分前後と予測し、セッション6に組み入れた。3か月後の調査票は保育所と幼稚園を通して各母親に配布し、自宅で回答した後、保育所および幼稚園で回収した。

e. 各ツールの本研究における信頼性

表3に、本研究における各ツールの“Cronbachの α 信頼性係数

	介入前	介入後	3か月後
TOPSE 1: 愛情と情緒的表現	.854	.835	.896
TOPSE 2: 遊びと喜び	.916	.901	.897
TOPSE 3: 共感と理解	.908	.885	.890
TOPSE 4: コントロール	.814	.837	.859
TOPSE 5: しつけ	.848	.904	.881
TOPSE 6: プレッシャー	.714	.771	.712
TOPSE 7: 自己受容感	.839	.859	.891
TOPSE 8: 知識と学び	.836	.909	.894
TOPSE 総得点	.964	.967	.969
PSI: 親の苦悩	.845		.814
PSI: 親-子相互作用の機能不全	.818		.787
PSI: むずかしい子ども	.881		.853
PSI 総得点	.920		.900
SDQ: 情緒面での問題	.566		.437
SDQ: 行動面での問題	.580		.562
SDQ: 落ちつきのなさ	.711		.647
SDQ: 友だちとの問題	.470		.666
SDQ: 他者への気づかい	.605		.598
SDQ 総得点	.683		.717

信頼性係数”を示した。TOPSEはどの測定時期においても.71以上の値が得られており、十分と言えた。PSIについても.79以上で十分であった。他方、SDQの“友だちとの問題”尺度については、介入後は.67であったが、介入前は.47と低い値であった。その他の下位尺度についても全体的に低い値が見られた。Goodman²²⁾による英国データでは、SDQのCronbachの α 信頼性係数の平均値は.73と報告されている。

5. 分析方法

最初に、TOPSE得点の継時的変化をみるため“測定時期を被験者内要因とした分散分析”を行い、測定時期の主効果について傾向検定を実施した。また、PSIとSDQの「介入前-3か月後」の変化を見た。これには“対応のある t 検定”を用いた。次に、介入前のTOPSEとPSIおよびSDQの相関をみるために“ピアソンの積率相関係数”を求めた。最終的に次の分析を実施した。

「介入前-介入後」のTOPSE総得点の変化の平均値(34.14 \pm 35.28)を算出し、この平均値をもとに介入後の変化が大きい、すなわちTOPSE変化大群(25名)と介入後の変化が小さい、すなわちTOPSE変化小群(24名)に分けた。各グループのPSIとSDQの「介入前-3か月後」の変化値を“ t 検定”を用いて比較した。さらに“介入前の値を共変数とする共分散分析”も実施して、比較検討した。統計処理には統計解析用ソフト『SPSS 15.0 J』を用いた。

6. 倫理的配慮

対象者には、研究の趣旨、協力への自由意思の尊重、不参加により不利益を被らないこと、中断の自由、個人情報とプライバシーの保護等について文書で説明し、文書で同意を得た。回答された質問紙は対象者が封印した後、回収した。また、各対象者に調査番号を付し、質問紙に氏名が残らないようにした。収集したデータは匿名性を保証する

方法で入力し、パスワードをつけて保管した。本研究は著者が属するB大学疫学研究倫理審査の承認を受けて行った(審査番号37)。

Ⅲ. 結 果

1. TOPSE, PSIおよびSDQ得点の変化

表4に、各測定時期におけるTOPSE得点を示した。介入後、8つの尺度得点および総得点のすべてが上昇を示していた。3か月後の測定を含めた3時点での傾向検定の結果、“愛情と情緒的表現”(F(2,96)=5.629, $p < .01$), “共感と理解”(F(2,96)=18.926, $p < .001$), “コントロール”(F(2,96)=27.921, $p < .001$), “プレッシャー”(F(2,96)=7.154, $p < .01$), “自己受容感”(F(2,96)=13.655, $p < .001$), “知識と学び”(F(2,96)=15.688, $p < .001$)の測定時期の主効果はすべて有意を示し、「介入前-介入後-3か月後」にかけて直線的に上昇している、と言えた。また、“遊びと喜び”(F(2,96)=26.888, $p < .001$), “しつけ”(F(2,96)=28.137, $p < .001$), TOPSE総得点(F(2,96)=38.686, $p < .001$)の測定時期の主効果もすべて有意を示し、「介入前-介入後」で上昇し、その得点が3か月後にも維持されている、と言えた。

表5に、PSIおよびSDQの得点を示した。PSIの“むずかしい子ども”得点と総得点が有意に下がっていた。“親子相互作用の機能不全”得点は下がる傾向にあったが、有意ではなかった。“親の苦悩”得点の変化は有意ではなかった。SDQについては、“行動面での問題”“落ちつきのなさ”と総得点がありに下がっていた。しかし、“情緒面での問題”“友だちとの問題”“他者への気づかい”得点に有意な変化は認められなかった。

2. TOPSE, PSIおよびSDQの相関

表6に示したように、TOPSEのすべての下位尺度と

表4 TOPSE得点の変化(介入前-介入後-3か月後)

	介入前		介入後		3か月後		
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
TOPSE 1: 愛情と情緒的表現	46.18	8.25	47.88	7.21	48.78	7.55	**
TOPSE 2: 遊びと喜び	39.67	9.84	44.65	8.69	44.69	8.42	***
TOPSE 3: 共感と理解	37.86	9.34	42.00	8.42	43.69	7.72	***
TOPSE 4: コントロール	29.33	8.41	34.35	8.73	35.57	8.31	***
TOPSE 5: しつけ	32.57	8.48	39.29	9.23	39.14	9.28	***
TOPSE 6: プレッシャー	36.10	7.93	39.80	8.29	38.37	8.66	**
TOPSE 7: 自己受容感	36.00	8.75	39.33	8.94	40.37	8.61	***
TOPSE 8: 知識と学び	42.10	7.92	46.67	7.90	46.16	7.82	***
TOPSE総得点	299.82	55.98	333.96	54.98	336.78	54.94	***

$n = 49$, 差の検定: 傾向検定, ***: $p < .001$, **: $p < .01$

PSIの下位尺度に有意な負の相関を認めた。SDQの“他者への気づかい”とはおおむね正の相関、SDQ総得点と“行動面での問題”とはおおむね負の相関を認めた。しかしながら、“情緒面での問題”と“友だちとの問題”についてはTOPSEのどの下位尺度とも相関を認めなかった。

3. 介入後のTOPSE変化値の大小によるPSIとSDQ得点変化値の比較

表7に、結果を示す。共分散分析の結果を見ると、PSI

ではTOPSE変化大群と変化小群の間に、“親の苦悩”得点変化値の有意な差を認めた。PSIの“親-子相互作用の機能不全”においても傾向を見たが、有意な差ではなかった。“むずかしい子ども”においては有意な違いは見られず、総得点についてもTOPSE変化大群と変化小群の間に有意な差は認められなかった。SDQについてはTOPSE変化大群と変化小群の間に、“他者への気づかい”得点変化値に有意な差が見られた。“情緒面での問題”得点変化値でも有意な差を認めたが、TOPSE変化小群のほうが有意

表5 PSIおよびSDQ得点の変化（介入前-3か月後）

	介入前		3か月後		
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
PSI：親の苦悩	30.16	6.81	29.63	6.40	ns
PSI：親-子相互作用の機能不全	22.41	5.36	21.33	4.58	ns
PSI：むずかしい子ども	31.73	7.84	28.96	6.74	***
PSI総得点	84.31	16.67	79.92	14.43	**
SDQ：情緒面での問題	2.24	1.73	1.88	1.52	ns
SDQ：行動面での問題	3.22	1.78	2.80	1.67	*
SDQ：落ちつきのなさ	4.04	2.21	3.31	2.00	**
SDQ：友だちとの問題	2.39	1.68	2.00	1.85	ns
SDQ：他者への気づかい	5.82	1.76	6.02	1.71	ns
SDQ総得点	11.90	4.52	9.98	4.54	**

$n = 49$, 差の検定：対応のある t 検定, ***: $p < .001$, **: $p < .01$, *: $p < .05$, ns: not significant

表6 TOPSEとPSIおよびSDQの相関

	PSI：親の苦悩	PSI：親-子相互作用の機能不全	PSI：むずかしい子ども	PSI総得点	SDQ：情緒面での問題	SDQ：行動面での問題	SDQ：落ちつきのなさ	SDQ：友だちとの問題	SDQ：他者への気づかい	SDQ総得点
TOPSE 1：愛情と情緒的表現	-.397 **	-.419 **	-.295 *	-.436 **	-.002 ns	-.234 ns	-.257 ns	-.154 ns	.300 *	-.275 ns
TOPSE 2：遊びと喜び	-.517 ***	-.531 ***	-.394 **	-.567 ***	-.009 ns	-.279 ns	-.156 ns	-.131 ns	.468 **	-.238 ns
TOPSE 3：共感と理解	-.518 ***	-.429 **	-.300 *	-.491 ***	-.102 ns	-.267 ns	-.291 *	-.182 ns	.311 *	-.354 *
TOPSE 4：コントロール	-.487 ***	-.533 ***	-.545 ***	-.627 ***	-.001 ns	-.413 **	-.299 *	-.040 ns	.364 *	-.324 *
TOPSE 5：しつけ	-.405 **	-.407 **	-.425 **	-.496 ***	-.030 ns	-.447 **	-.180 ns	-.112 ns	.382 **	-.317 *
TOPSE 6：プレッシャー	-.505 ***	-.371 **	-.390 **	-.510 ***	-.227 ns	-.289 *	-.282 *	-.122 ns	.164 ns	-.384 **
TOPSE 7：自己受容感	-.566 ***	-.625 ***	-.468 ***	-.652 ***	-.088 ns	-.411 **	-.170 ns	-.031 ns	.206 ns	-.290 *
TOPSE 8：知識と学び	-.325 *	-.374 **	-.326 *	-.406 **	.036 ns	-.233 ns	-.278 ns	-.111 ns	.306 *	-.255 ns
TOPSE総得点	-.576 ***	-.571 ***	-.484 ***	-.647 ***	-.064 ns	-.396 **	-.292 *	-.137 ns	.390 **	-.374 **

相関係数：Pearson's r , ***: $p < .001$, **: $p < .01$, *: $p < .05$, ns: not significant

表7 介入によるTOPSE変化大群と変化小群のPSIとSDQ得点の変化値（介入前-3か月後）

	TOPSE変化大群		TOPSE変化小群		a	TOPSE変化大群		TOPSE変化小群		b
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		推定平均値	標準誤差	推定平均値	標準誤差	
PSI：親の苦悩	-2.00	4.74	1.00	3.04	*	-1.95	0.73	0.95	0.75	**
PSI：親-子相互作用の機能不全	-1.44	4.64	-0.71	3.74	ns	-1.92	0.69	-0.21	0.71	ns
PSI：むずかしい子ども	-2.92	4.96	-2.63	4.15	ns	-2.62	0.80	-2.93	0.81	ns
PSI総得点	-6.36	10.64	-2.33	8.43	ns	-6.31	1.67	-2.39	1.70	ns
SDQ：情緒面での問題	0.20	1.76	-0.96	1.76	*	0.07	0.28	-0.82	0.28	*
SDQ：行動面での問題	-0.60	1.58	-0.25	1.19	ns	-0.54	0.25	-0.32	0.26	ns
SDQ：落ちつきのなさ	-0.80	1.61	-0.67	1.66	ns	-0.77	0.29	-0.70	0.29	ns
SDQ：友だちとの問題	-0.16	1.65	-0.63	1.81	ns	-0.22	0.32	-0.56	0.33	ns
SDQ：他者への気づかい	0.60	1.61	-0.21	1.50	ns	0.65	0.27	-0.26	0.28	*
SDQ総得点	-1.36	4.02	-2.50	4.28	ns	-1.40	0.75	-2.46	0.76	ns

$n = 49$, a: t 検定, b: 共分散分析（介入前の当該変数値を調整）, **: $p < .01$, *: $p < .05$, ns: not significant

に低くなっていた。その他の下位尺度得点と総得点の変化値に有意な違いはなかった。

IV. 考 察

1. 『‘1-2-3 マジック’ 子育て支援プログラム』と子育て自己効力感

本研究における介入前のTOPSE得点を英国University of Hertfordshireの研究チーム（代表：Kendall, S.）による報告²³⁾と比較してみる。“コントロール”“しつけ”“プレッシャー”についてはほぼ同じ得点であるが，“愛情と情緒的表現”“遊びと喜び”“共感と理解”“自己受容感”“知識と学び”については日本より英国の親のほうが4～8点高くなっている。しかし、この結果から、日本より英国の親のほうが子育てに対する自己効力感が高いと早急に断定を下すことはできないと考える。

TOPSEは48の質問項目をもつが、そのうち自己効力感と同方向のポジティブな状態を示す項目が42項目であり、ネガティブな状態を示す逆転項目は6項目のみである。このようにポジティブ項目が多い尺度の場合、日本を含む東アジアでは欧米諸国での調査に比べ、低く得点されるといふ独特の回答バイアスが認められるからである^{24), 25)}。国際比較の際の留意点であり、数値の解釈に慎重さが求められる。

英国ではBloomfield & Kendall¹⁴⁾により、親の子育てに対する自己効力感が子育て支援プログラム終了後に有意に上がり、4か月後も維持されていた、と報告されている。また、英国University of Hertfordshireの研究チーム（代表：Kendall, S.）による報告²³⁾においても、プログラム終了後はTOPSE得点が4～7点と有意に上昇し、3か月後においても維持されていた、という結果であった。日本の親を対象とした本研究においても、プログラム終了後にTOPSEのすべての得点が3～6点と同程度に有意に上昇した。

TOPSEは、親の子育て自己効力感を構成している下位概念を“愛情と情緒的表現”“遊びと喜び”“共感と理解”“コントロール”“しつけ”“プレッシャー”“自己受容感”“知識と学び”としており、これらすべてが高まったことを意味する。母親たちがグループとなって受けた6回のセッションを通して「わが子が愛しい（愛情と情緒的表現）」「新たに学んだ養育方法をやってみよう（知識と学び）」「子どもと楽しく遊ぼう（遊びと喜び）」「子どもの立場に立って考えてみよう（共感と理解）」「親として悪くはない（自己受容感）」「他の親と比較する必要はない（プレッシャー）」「子どもをきちんとしつけよう（しつけ）」「落ち着いていこう（コントロール）」などの子育てに必要

とされる自己効力感が高まったことが伺われる。

これらの子育て自己効力感が、プログラムの終了した3か月後の時点においても、英国と同様に維持されていたことが注目される。プログラム終了直後の単なる一過性の効果ではなく、それぞれの母親が家庭に戻った後も子育てへの自信がすべて維持されていたのではないかと解釈できる。英国で開発された『‘1-2-3 マジック’ 子育て支援プログラム』は、日本の親に対しても効果があることが示唆された。

2. 子育て自己効力感と育児ストレスとの関係

親の育児ストレスについては、『‘1-2-3 マジック’ 子育て支援プログラム』の介入前より3か月後のほうが、母親は子どもの情緒や行動面での問題に由来するストレスを有意に軽減しており、全体としての育児ストレスを有意に減じていた。本研究では、この育児ストレスの軽減が子育てに対する自己効力感の上昇と因果の関係にあるかを検討した。そのため、『‘1-2-3 マジック’ 子育て支援プログラム』により自己効力感がより上昇した母親のほうが、3か月後の育児ストレスがより軽減していると仮定した。

結果として、育児をする親としての苦悩との関係は認められたが、その他との関係は見られなかった。子育て自己効力感と育児ストレスとは関連があるという報告^{26), 27)}がある。本研究においては、横断面での分析では子育て自己効力感と育児ストレスとの間にすべて相関が認められた。しかし、縦断面による分析により因果関係があるとは言いきれない結果を得た。母親の子育て自己効力感と育児ストレスがどのような関係にあるかについて、今後のさらなる検討が求められる。

3. 子育て自己効力感と子どもの情緒・行動との関係

子どもの情緒面や行動面での問題については、『‘1-2-3 マジック’ 子育て支援プログラム』の介入前より3か月後のほうが、子どもの“行動面での問題”と“落ちつきのなさ”が母親から見ると有意に軽減していた。そして、情緒面や友だち関係をも含めた全体としての子どもの問題を有意に減じていた。

上記と同様、本研究では、この子どもの情緒や行動面での問題の軽減が子育てに対する自己効力感の上昇と因果関係にあるかを検討した。『‘1-2-3 マジック’ 子育て支援プログラム』により自己効力感がより上昇した母親のほうが、3か月後の子どもの問題がより軽減していると仮定した。

結果、“他者への気づかい”については、自己効力感との関係を認めた。しかし、“情緒面での問題”については、逆に、自己効力感の変化が小さかった母親のほうが有意に

低くなっていた。その他の“行動面での問題”“落ちつきのなさ”“友だちとの問題”については関係は認められなかった。SDQは子どもの抱える問題をアセスメントするために広く使用されている尺度であるが、本研究では日本版の信頼性は十分とは言えず、このことが結果に影響を及ぼしている可能性は否定できない。

また、横断面での分析では子育て自己効力感との相関は弱く、縦断面での関連も論理的な説明ができない結果を得た。3か月という追跡期間が短く、子どもの変化を敏感にとらえることができなかつた、とも考えられる。より長期の追跡を行い、検討する必要がある。

4. 『‘1-2-3マジック’ 子育て支援プログラム日本版』

ノーバディーズ・パーフェクト・ジャパン (Nobody's Perfect Japan) による親支援プログラムは、参加者である親自身が自分のやり方で子育てがしていけるように、自信をもたせることを目的としている⁶⁾。親業訓練協会による親業訓練講座においては、親としての役割を効果的に果たすための子どもとのコミュニケーション訓練を行っている。

『‘1-2-3マジック’ 子育て支援プログラム』の特徴は、子どもとのコミュニケーションの取り方にとどまらず、望ましくない子どもの行動のやめさせ方や望ましい行動のさせ方などについて、具体的にわかりやすくそれらの手法を提示していることである。子どもと実際どのように接していけばいいのかに困っている親にとっては、大きな助けになりうるものである。

自己効力感是人間の行動の最も重要な決定因であると考えられているが^{28), 29)}、『‘1-2-3マジック’ 子育て支援プログラム』を終了した母親は子育て自己効力感を高め、3か月後も維持していた。すなわち、母親に子育てへの自信をもたせることができたのではないかと考えられる。さらに、これにより養育行動もよい方向に変容したことが示唆され、『‘1-2-3マジック’ 子育て支援プログラム日本版』の有効性が伺える。

5. 本研究の限界

最後に、本研究の限界について述べたい。本研究は『‘1-2-3マジック’ 子育て支援プログラム』の効果の時系列分析により検討しており、対照群を設定した研究デザインによる介入の効果を検討していない。そのため、‘1-2-3マジック’ という特異な子育て支援プログラムによる介入効果というよりも、6週間にわたって週1回濃密に保育専門家や保健師のサポートを受ける機会や母親同士の交流の効

果、という解釈もできる。また、研究への参加と募った対象者であり、新しい子育て法に参加しているという高揚感の影響、すなわちホーソン効果 (Hawthorne effect) もあると考えられる。

このように、他の要因が交絡している可能性もあり、有効性については慎重でなければならない。プログラムの効果について、今後さらに検討しつづけていくことが課題である。日本の他の地域における効果についても検討する必要がある。

V. 結 論

英国で普及している『‘1-2-3マジック’ 子育て支援プログラム』を日本の親に適用し、介入後の親の子育て自己効力感の上昇度とプログラム終了3か月後の持続の程度を調べた。また、諸外国においても課題となっている子育て自己効力感と育児ストレスおよび子どもの情緒や行動との関連を検討した。本研究においては、以下の結論を得た。

1. 英国と同様、『‘1-2-3マジック’ 子育て支援プログラム』の実施後、母親の子育て自己効力感はすべて有意に上昇し、3か月後もそれらをすべて維持していた。
2. 横断面での分析では、子育て自己効力感と育児ストレスとの間にすべて相関が認められた。しかし縦断面の分析では、子育て自己効力感と育児ストレスとの間の関係が一部認められたものの、明らかな因果関係は認められなかった。
3. 横断面での分析でも、子育て自己効力感と子どもの問題との間の相関は弱く、縦断面での関連も明らかとは言えなかった。

謝 辞

本研究は、British CouncilによるPMI2 Connect-Research Co-operation Awardの研究助成ならびにB大学共同研究助成を受けて行われた研究プロジェクトの一部である。本研究の遂行に際しては、A町町長に全面的に支援していただき、保健センター、子育て支援センター、保育所および幼稚園等からの協力を得ることができた。深く感謝いたします。また、『‘1-2-3マジック’ 子育て支援プログラム』に参加していただいた母親の皆さまに厚くお礼申し上げます。

なお、本研究終了の翌年2010年から、『‘1-2-3マジック’ 子育て支援プログラム』は事業化され、継続的に実施されることになった。事業化に向けて、熱心に働きかけをしてくださったA町保健センター所長に重ねて感謝いたします。

要 旨

本研究の目的は、日本の親に『1-2-3マジック 子育て支援プログラム』を適用し、その効果を検討することである。そこで、英国で開発された『1-2-3マジック 子育て支援プログラム日本版』を作成した。このプログラムは、望ましくない子どもの行動のやめさせ方と望ましい行動のさせ方を教えることに焦点を置いたものである。

3～5歳の子どもをもつ母親49名を対象に、子育ての自己効力感を測定するTOPSE、育児ストレス尺度PSI、子どもの気になる情緒や行動を見るSDQを用いて、プログラムの効果を評価した。

介入後、TOPSEの全8尺度が有意に上昇していた。また、3か月後もそれらを維持していた。プログラム介入前から3か月後にかけて、PSIの3尺度のうち1つと総得点が、SDQの5尺度のうち2つと総得点が、有意に低下していた。さらに、TOPSEとPSI、SDQの関係を検討した。しかし、本研究においてははっきりした関係は認められなかった。

Abstract

'1-2-3 Magic' is well-known as effective discipline for children and was originally developed by Dr. Phelan. A public health nurse in the UK, Petrie, adapted '1-2-3 Magic' to develop a group-based parenting support program. We developed a Japanese version of the program in collaboration with Petrie. The aim of the study is to examine the effects of the program when applied to Japanese parents.

Participants were 49 mothers of children aged 3-5. Mothers were mainly taught how to stop bad behaviors and encourage good behaviors of children. The Tool to Measure Parenting Self-Efficacy (TOPSE), the Parenting Stress Index (PSI) short form, and the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) were used to evaluate the program.

All the subscales in the TOPSE significantly increased at the end of the program. The increase achieved at the end of the program was maintained at a three-month follow-up. One out of three PSI scales and the total PSI score showed a significant decrease from pre-program to three-month follow-up. Two out of five SDQ scales and the total SDQ score significantly decreased from pre-program to three-month follow-up. The causal relationship between TOPSE and PSI/SDQ was examined. However, we found no definite relationships between TOPSE and PSI/SDQ.

文 献

- 1) Barlow, J, Coren, E, et al: Parent-training programs for improving maternal psychosocial health; Review. Cochrane Database of Systematic Reviews, 4, 1-140, 2009.
- 2) Barlow, J, Smailagic, N, et al: Group-based parent-training programs for improving emotional and behavioral adjustment in children from birth to three years old; Review. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3, 1-91, 2010.
- 3) Barlow, J, Smailagic, N, et al: Individual and group-based parenting programs for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children; Review. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3, 1-97, 2011.
- 4) Dretzke, J, Davenport, C, et al: The clinical effectiveness of different parenting programs for children with conduct problems; A systematic review of randomized controlled trials. Child Care, Health and Development, 35(4), 589-590, 2009.
- 5) 柴田俊一：親教育プログラム Nobody's Perfect の短期的効果について。子どもの虐待とネグレクト, 8(1), 114-118, 2006.
- 6) 岸田泰子, 井上幸代, 田村 毅：太子町における親支援プログラム Nobody's Perfect の展開。甲南女子大学研究紀要 (看護学・リハビリテーション学編), 2, 119-128, 2009.
- 7) 谷口るり子：親教育プログラム「Nobody's Perfect (NP)」の効果について。沖縄の小児保健, 36, 42-45, 2009.
- 8) 藤原映久：子育て支援プログラム (H-MPO) の試み：児童虐待の予防に向けて。子どもの虐待とネグレクト, 11(2), 218-229, 2009.
- 9) 寺本妙子, 廣瀬たい子, ほか：NCASTに基づく育児支援プログラムの評価：母親の育児ストレスと子どもの発達からの検討。小児保健研究, 65(3), 439-447, 2006.
- 10) 前原邦江, 大月恵理子, ほか：乳児をもつ家族への育児支援プログラムの開発：出産後1～3カ月の母子を対象とした家族支援プログラムの評価。千葉看護学会誌, 13(2), 10-18, 2007.
- 11) 清水嘉子, 関水しのぶ, ほか：母親の育児幸福感を高めるプログラムの実施と評価。日本看護科学会誌, 29(1), 41-50, 2009.
- 12) Phelan, T W: 1-2-3 Magic; Effective discipline for children 2-12 (1st edition). Children Management Inc., USA, 1984.
- 13) Kendall, S, Bloomfield, L: Developing and validating a tool to measure parenting self-efficacy. Journal of Advanced Nursing, 51, 174-181, 2005.
- 14) Bloomfield, L, Kendall, S: Testing a parenting program evaluation tool as a pre- and post-course measure of parenting self-efficacy. Journal of Advanced Nursing, 60(5), 487-493, 2007.
- 15) Phelan, T W / 嶋垣ナオミ 訳：「させる」「やめさせる」しつけの切り札 — 2歳から12歳までの1-2-3方式。東京書籍, 東京, 2003.
- 16) Kitaoka, K, Kendall, S, et al: Effect of parenting support program 123 Magic applied to Japanese families. The 1st International Nursing Research Conference of World Academy of Nursing Science Abstract, 178, 2009.
- 17) 北岡和代, 津田朗子, ほか：英国子育て支援プログラム

- ‘1-2-3マジック’を日本の家族に適用した効果について. 第29回日本看護科学学会学術集会講演集, 459, 2009.
- 18) 米田昌代, 北岡和代, ほか: TOPSE (子育ての自己効力感尺度) の日本における信頼性・妥当性の検討. 第48回日本母性衛生学会抄録集, 48(3), 142, 2007.
- 19) Abidin, R R: Parenting Stress Index. Pediatric Psychology Press, 1986.
- 20) 兼松百合子, 荒木暁子, ほか: PSI育児ストレスインデックス手引. 雇用問題研究会, 東京, 2006.
- 21) Goodman, R: The Strengths and Difficulties Questionnaire; A research note. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38, 581-586, 1997.
- 22) Goodman, R: Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40, 1337-1345, 2001.
- 23) Kendall, S, Bloomfield, L, et al: A comparative study of the effect of group-based parenting support on parental stress and outcomes for children in both the UK and Japan. Going Global 4 The UK's International Education Conference, GG4 Proceedings, 2010.
- 24) Wong, N, Rindfleisch, A, et al: Do Reverse-Worded Items Confound Measures in Cross-Cultural Consumer Research? The Case of the Material Values Scale. Journal of Consumer Research, 30(1), 72-91, 2003.
- 25) 増田真也, 北岡和代, ほか: 心理尺度における項目の方向性とグループ化の影響. 健康心理学研究 (印刷中).
- 26) Jones, T, Prinz, R: Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment; A review. Clinical Psychology Review, 25(3), 341-363, 2005.
- 27) Seigny, P R, Loutzenhiser, L: Predictors of parenting self-efficacy in mothers and fathers of toddlers. Child Care, Health and Development, 36(2), 179-198, 2009.
- 28) Bandura, A: Self-efficacy; Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191-215, 1977.
- 29) 三好昭子, 大野 久: 人格特性的自己効力感研究の動向と漸成発達理論導入の試み. 心理学研究, 81, 631-645, 2011.

[平成24年1月6日受付]
[平成24年4月16日採用決定]

付録1

『1-2-3マジック' 子育て支援プログラム』に 参加して下さるお母様方募集

研究代表者
●●大学看護学部 ●● ●●

近年、育児に悩み、不安やストレスを抱きながら子育てをしているお母様方が増えていると言われており、国や各自治体でもさまざまな子育て支援が展開されております。

私どもは、このたび、英国ハートフォードシャー大学と共同して『1-2-3マジック' 子育て支援プログラム（日本版）』を創りました。このプログラムをお母様方に提供し、実際に役立つものかどうかを調べる研究を考えています。

このプログラムは、良好な親子関係を築き、子どもの自尊心を高める効果的な育児方法として、アメリカ、イギリスをはじめ、さまざまな国々ですでに広く浸透し活用されているものです。

日本で取り入れられている例が見当たらないため、●●町の保健センターの協力の下で、日本版のプログラムを創りました。プログラムの実施は保健センター、子育て支援センター、保育所等々からの協力を得て、保健師や保育士が中心になって行います。プログラムの効果を見るために、アンケート調査も行います。

なお、プログラム実施および調査では、以下のことに配慮いたします。

- ☆ 参加を強制することはありません。
- ☆ 参加しなくても皆様が受ける保健・福祉サービスに不利益を被ることは一切ありません。
- ☆ 参加に同意をいただいた後であっても、ご希望により中断することができます。
- ☆ 皆様の個人情報やプライベートな事柄は研究の目的のみに使用し、関係者以外の人に漏らすことは決してしません。

お母様方に協力していただきたいことの詳細は、別紙にお示ししています。私たちの主旨にご理解いただき、プログラムへの参加および調査へのご協力をいただきますよう、よろしくお願ひ申し上げます。

なお、ご質問等は下記宛にご連絡ください。

〒 ●●県●●●●●●
●●大学看護学部 ●● ●●
TEL :
e-mail :
〒 ●●県●●●●●●
●●町保健センター ●● ●●
TEL : 076-286-6101

ご協力していただきたいこと

- ① 2-6歳のお子様を持つお母様方を募集しています。
- ② 『1-2-3マジック' 子育て支援プログラム』への参加
 - ・プログラムは6回シリーズで、1週間に1回（2時間）行いますが、できれば全てに参加していただきたい。
 - ・その間にお子様を預かる人がいない場合等は、保育所の保育士等が安全にお預かりいたします。
- ③ プログラムの効果を見るためのアンケート調査への協力
 - ・プログラム初回時：合計約100項目のアンケート調査に回答をしていただきたい。
 - ・プログラム終了時：合計約60項目のアンケート調査に回答をしていただきたい。
 - ・終了3ヶ月後：合計約100項目のアンケート調査に回答をしていただきたい。
 - ・アンケートはほぼ全てチェックするだけの様式になっています。

④ 研究成果を世に発信するための同意

- ・本研究の成果を今後、さまざまな形（研究成果報告書、研究論文、学会発表）で世の中に発信していくつもりです。その際には、あらゆる情報は数値化あるいはコード化されており、お母様方が特定されるようなことはありませんので、同意をいただきた

同意書は、お配りしました封筒の中に入れて、封をして、お渡しく下さい。

中年期にあるパーキンソン病患者の生活体験

Middle-Aged Parkinson's Disease Patients' Life Experiences

出村 佳美¹⁾

Yoshimi Demura

岩田 浩子²⁾

Hiroko Iwata

キーワード：パーキンソン病，生活，体験，中年期

Key Words：Parkinson's disease, life, experiences, middle-aged

I. はじめに

パーキンソン病は、厚生労働省が『特定疾患』として指定する神経難病の一つであり、わが国における有病率は人口10万人に対して100～130人と推定されている¹⁾。発症の多くは50～60歳であるが、有病率は60歳以降に急増しており、高齢になるほど患者数が多い²⁾。

本疾患の中核症状は、振戦・固縮・無動症・姿勢反射障害等の運動症状であることから、病状の進行に伴い患者は日常生活動作が困難となる。これらの運動症状に対してはL-DOPAが奏功するものの、長期服用は症状の日内変動や不随意運動をきたし³⁾、とくに日内変動は不安や抑うつとの関連性もある⁴⁾。そのため、治療はドパミンアゴニストから開始するが、L-DOPAに比べ運動症状の改善効果は劣り、消化器症状や精神症状を惹起しやすいという問題点もある³⁾。患者は多様な症状に煩わされるものの治療は対症療法にすぎず、緩徐ながらも病状は確実に進行することから、生活への影響が危惧される。

このような疾病特性から、パーキンソン病患者の疾病受容は時間的経過と関連がなく⁵⁾段階的な受容プロセスを経ないこと、自己概念は特徴的な様相を示し⁶⁾ self-esteemは5年以上で低下する可能性がある⁷⁾ことが報告されている。さらに主観的QOLにも影響しており⁸⁾、パーキンソン病が患者の心理的側面にもたらす深刻な影響がうかがえた。こうした影響は、Toombs⁹⁾が、身体の機能不全は世界と具体的な意味が内在化した意識との間の様々な相互作用を必ず混乱させる、と述べていることを裏づけると言えよう。

また、本疾患の発症年齢である50～60歳は、Levinson¹⁰⁾によると中年期に位置づく。中年期は、社会的役割や責任を担う時期であり、岡本¹¹⁾によると、青年期に獲得したアイデンティティが再吟味される時期でもある。それゆえ

中年期のパーキンソン病患者は、疾病により役割の停滞が強められ、否定的なアイデンティティの再吟味となることも考えられる。したがって、中年期にあるがための生活上の支障から苦悩を抱え、生活展望がもてなくなると推測された。

生活における患者の体験に焦点をあてた先行研究としては、病い体験^{12)~15)}や日常生活行動における対処方法¹⁶⁾等がある。これらの研究では、神経難病患者は病む体験において生きる意味を見失う一方で、肯定的な意味付与により積極的な生き方ができる¹³⁾こと、苦悩の領域と緩和的支援のあり方¹⁴⁾、パーキンソン病患者の対処行動の種類¹⁶⁾が報告されている。しかし、生活体験そのものをテーマにした先行研究は少なく、しかも、多くの研究対象者は老年期にあった。中年期はパーキンソン病が発症する時期でありながら、中年期にある患者の生活体験の検討は十分ではない。

黒江¹⁷⁾は、慢性疾患をもつ人をサポートする時には、日常における生活体験とそこにおける感情が極めて重要な意味をもつ、と述べている。さまざまな体験が自己概念の形成に影響を及ぼしている^{6),18)}ことから、佐々木⁶⁾が述べる肯定的な自己概念を支えるためにも、生活体験を知る意味は大きい。中年期にあるパーキンソン病患者の生活体験を明らかにすることは、看護師の対象への理解を深め、病いをもちながらもよりよく生きることを支援する看護を見出す一助になると考える。

II. 研究目的

研究の目的は、中年期にあるパーキンソン病患者の生活体験を明らかにすることである。

1) 福井医療短期大学看護学科 Fukui College of Health Sciences Department of Nursing

2) 城西国際大学看護学部 Josai International University Faculty of Nursing

Ⅲ. 用語の定義

生活：生命を維持し、よりよく生きるという目的に向かって、他者との相互作用をもち感じ考えながら行動する絶え間ない営み、とする。

体験：生活における時間的経過のなかで、自己と現実との間の相互関係を直接的に知るプロセス、とする。単なる出来事ではなく、個々人のその時々感情や考えを内包する。感情の彩りが濃く当事者への深甚な影響をもつという意味で、経験とは区別してとらえた。

Ⅳ. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、シンボリック相互作用論¹⁹⁾を理論的背景とする Grounded Theory Approach²⁰⁾を木下が改良した修正版 Grounded Theory Approach²¹⁾(以下M-GTA)に基づく質的帰納的研究である。M-GTAは、限局した範囲に関する人間の行動、他者との相互作用の変化を説明できる特徴をもつ研究方法である。そのため、他者との相互作用のなかでの多様なプロセスが共存する生活体験を明らかにするのに適している、と考えた。また、データを切片化せず深い解釈を重視した概念化を特性とすることから、体験世界とのつながりを示す方法としての概念化が可能であり、生活体験における感情や考え、行動を検討できると考えた。

2. 研究対象者

A県内3つの医療機関に通院する40～59歳のパーキンソン病患者。Hoeh-Yahr分類はⅡ～Ⅲ度で、診断後1年以上経過した、強いつのない会話可能な対象者に限局した。

3. データ収集方法

半構成的面接により①発症から現在までの生活、②その時々で感じ考えたことを自由に語ってもらい許可を得て会話を録音した。1回の面接は1時間程度とするが、対象者に確認し、必要があれば追加面接または面接時間の延長をすることにした。また、診療録より年齢、病状、治療情報を得た。期間は2007年6月～10月の5か月間であった。

4. データ分析方法

逐語録を作成し、M-GTAの手順に基づき以下のように分析した。

①データ解釈にあたり、分析焦点者を「中年期にあるパーキンソン病患者」と定め、分析テーマを「発症から現在まで、進行する病気とともに生活するなかで何を感じ考えてきたのか」と設定した。

②1例目のデータの文脈を重視しながら精読し、分析テーマと分析焦点者に照らしデータの関連箇所に着目した。それを一つのヴァリエーションとし、類似のヴァリエーションをも説明できると考えられる概念を生成した。2例目以降は、それまでに生成された概念のヴァリエーションを確認するとともに、新たな概念を生成した。

③概念生成の過程では、解釈が恣意に偏らないよう類似例と対極例を確認し、概念ごとの分析ワークシート用いて継続比較分析を行った。概念の有効性は、ヴァリエーションの豊富さで判断した。

④概念の生成と同時並行で概念間の関係を検討して理論的メモに書き残し、時間との関連も図示した。複数の概念の関係からなるカテゴリーを生成して、カテゴリー相互の関係から分析結果をまとめた。

⑤分析結果の概要を文章化した後、検討を重ねて結果図を完成させた。

5. 真実性を確保するための努力

研究者は、インタビュートレーニングを受けてから面接に臨み、対象者が真実を語るができるように努めた。また、語りの意味を解釈するためには、面接時の様子や研究者が感じたことも、録音によるデータとは区別して記す必要があると考えたので、記憶が鮮明な面接当日から翌日のうちに逐語録を作成した。研究過程においては、質的研究、成人看護学、パーキンソン病患者の看護に精通する複数の研究者よりスーパーヴィジョンを得た。

6. 倫理的配慮

対象者の通院する医療機関、および福井大学医学部倫理審査委員会の承認後に実施した。研究目的、内容、方法、自己決定の権利、不参加や同意後の撤回時に不利益がない旨、匿名性確保、結果公表等を文書と口頭で説明し同意書に署名を得た。面接は個室で行い、プライバシーや体調に配慮しながら進めた。また、情報の漏洩防止に努めた。

V. 結果

1. 対象者の概要

対象者は10名(A～J)となり、年齢は45～59歳(平均53.4歳)、男性7名、女性3名であった。全員が家族と同居しており、有職者6名、離職者4名であった(表1)。

2. 中年期にあるパーキンソン病患者の生活体験

24の概念と8のカテゴリーが生成された。以下、カテゴリーは【 】、概念は〈 〉、主要な語りはゴシック体、会話中の沈黙は……、語りの中略や補足は()で示す。

パーキンソン病は、初期の診断が難しいことや緩徐に運動障害が進行することから、中年期にある患者の気持ちは混沌としており、【診断・治療への揺らぎ】が続いていた。揺らぎの根底には【動かなくなる身体への苦悩】が存在し、この苦悩は、さらに【人とかかわることの苦悩】や【生き

る価値を喪失する恐怖】を派生させる源になっていた。

一方、患者は【動かなくなる身体への苦悩】が存在するなかでも、【“本来の私”でありたい願望】により自己を奮い立たせ、他者との相互作用のなかで【仕事の意味の転換】を遂げていた。また、【病いの伴走者としての家族を実感】していた。このような体験は、その時々における患者の【自己価値の発見】を可能にしていた。

表1 対象者の概要

対象	年代	性	Stage分類	病歴(年)	職業	家族構成	面接時間
A	50代後半	女	Ⅲ	10	自営業	夫・子 嫁・孫	70分
B	50代後半	男	Ⅲ	7	元自営業	子	92分
C	50代後半	男	Ⅱ	8	自営業	妻・子	30分
D	50代後半	男	Ⅲ	8	元教師	妻・子	60分
E	40代後半	男	Ⅱ	5	会社員	妻・子	40分
F	50代後半	女	Ⅲ	9	元サービス業	夫・子 嫁・孫	80分
G	50代前半	男	Ⅱ	3	土木建築業	妻・子 父・母	55分
H	40代後半	男	Ⅲ	13	公務員	妻・子	52分
I	50代前半	男	Ⅱ	1	自営業	妻・子 父・母	68分
J	50代前半	女	Ⅱ	4	元和裁	夫・子 父	48分

しかし、【自己価値の発見】の体験プロセスをたどっていても、症状の変化や病状の進行によって【動かなくなる身体への苦悩】が増幅すると、再び【生きる価値を喪失する恐怖】の体験プロセスに移り行く。【動かなくなる身体への苦悩】が体験全体の中核となり、患者は長い経過のなかで【生きる価値を喪失する恐怖】に駆られる体験と【自己価値の発見】となる体験を繰り返し、これらのプロセスを行きつ戻りつしていた(図1)。

a. 【診断・治療への揺らぎ】

このカテゴリーは、診断や治療を受ける経過において、緩徐に進行する症状と薬が聞き合うことで生じた不信、怒り、焦り、不安、苦痛、恐怖、期待などのさまざまな感情が混沌とする、患者の不安定な心理状態を示す。〈診断・治療を求めての揺らぎ〉〈それでも薬に頼るしかない〉〈薬が効かなくなったらという強い不安〉〈進行しないことへの期待〉の4つの概念から生成された。

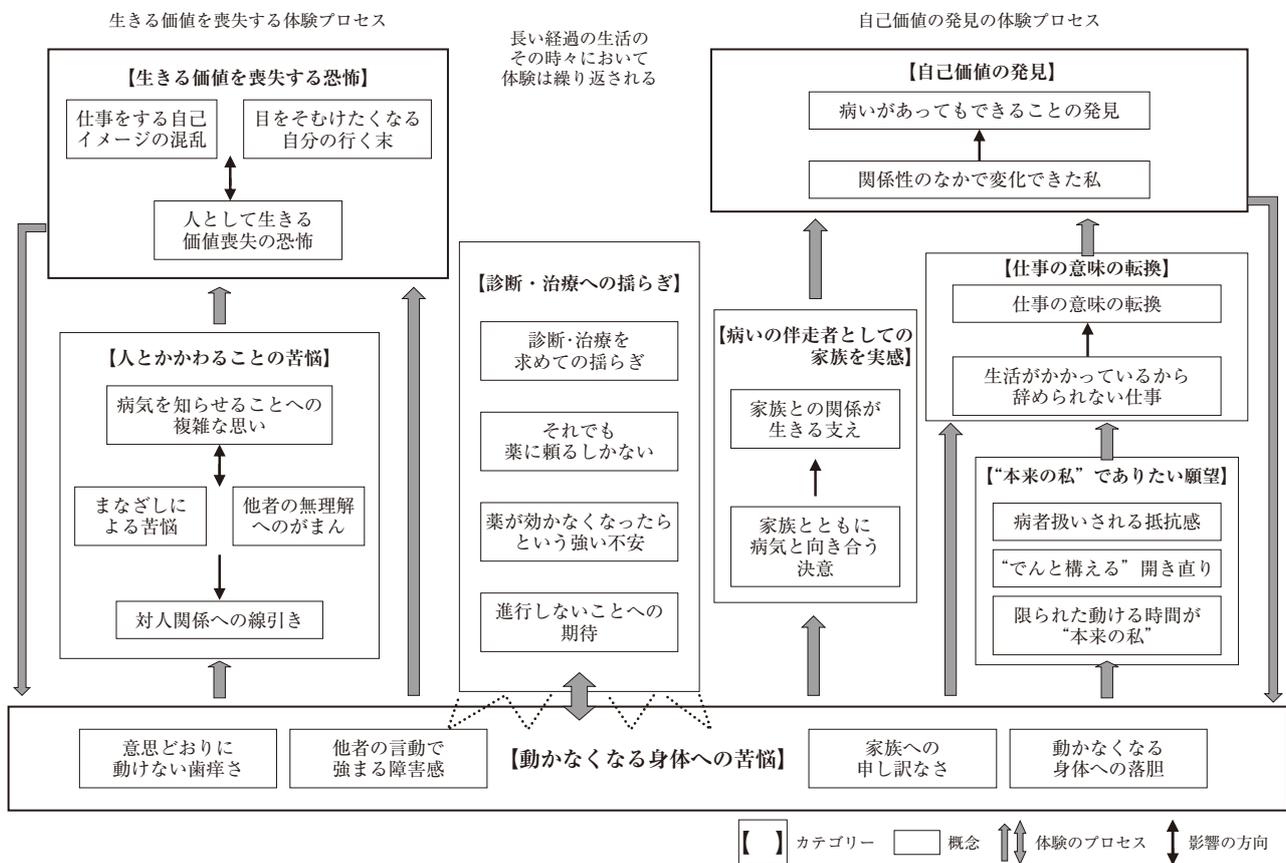


図1 中年期にあるパーキンソン病患者の生活体験

患者は、身体の異変を感じて病院を移り行くが、確定診断されずに落胆し、診断後もまた病気を否認し落胆していた。さらに、診断や治療をめぐる医師との気持ちの相違から、不信や怒りが募っていた。その心底にはどうかして治りたいという^{すが}縋る思いがあり、〈診断・治療を求めての揺らぎ〉となっていた。

B：A県の病院、俺、全部回ったけど、B病院ではもっとひどくなったら来てください]って言われたんですよ。あれもちょっとカチンってきたんですけどね。(中略)何かだるいってというか、虫が歩いているみたいなムズムズと嫌な感覚して、たまに震えがちょっと。すると「わかかんないな」って(医師に言われた)。(中略)でも最初に「やっぱりパーキンソン病かもしれないね」って言われたときにはショックでしたね。

I：(病院を転々と変わることに対し)なんとかいい病院ないかっていう思いやった。

また、患者は、薬物療法を行っても治癒は見込めないように副作用にも悩まされていたが、病気の進行を防ぐためには〈それでも薬に頼るしかない〉という心情であった。一方、日内変動が出現する状態では、〈薬が効かなくなったらという強い不安〉が生じていた。これは、服薬により動きが左右されるため、薬がないと生きていけないという切実な思いと、病気が進行して薬が効かなくなったら動けなくなるという強い不安を意味している。患者は、このような心情にありながらも服薬遵守、運動、飲酒制限などの健康的な生活を心がけ、病気が〈進行しないことへの期待〉をもち続けていた。

B：A病院でこれ(薬)を最初飲まれたとき、気持ち悪かったんで。「飲みたくない」って言ったら頑張って6錠飲んで欲しいんだって。で、6錠飲まされて。それで目がかなり眩しくて。(中略)これ飲まなくなったらどうなるだろう。やっぱり完璧に悪くなるかね。くそっ。F：これ(薬)がなくちゃ私は生きていけない。だから、それ(薬)を飲んでるから私がこんだだけ仕事ができるし、他の人みたいに家にこもっていたりとかしなくてもいいし。(中略)でも、これ(薬の効果)切れたら……私って何もできなくなるんでないかなって。

b. 【動かなくなる身体への苦悩】

このカテゴリーは、パーキンソン病により進行性の運動機能障害をきたす患者が、身体という自己を徐々に喪失する苦悩の体験を示す。〈意思どおりに動けない歯痒さ〉〈他者の言動で強まる障害感〉〈家族への申し訳なさ〉〈動かなくなる身体への落胆〉の4つの概念から生成された。

患者は生活のなかで、自分の身体が意思どおりに動かなかったり勝手に動いたりすることに対し、苛立ちやもどかしさがあり〈意思どおりに動けない歯痒さ〉を感じてい

た。また、他者の気づかいや否定的言動、社会参加の制約から自己の障害を痛感し、徐々にその思いが募るといった〈他者の言動で強まる障害感〉を感じていた。

B：それ(振戦)がいちばんイライラしちゃって。ああ時間がないって焦れば焦るほど手が。

I：手を振ろうと思っても意識はあるんやけどできない。左手だけ。右はできたんやけど。それがもう悔しくて。もう……。意識はあるんやけど、やれるっていう。

B：(内職の話があったとき)「実はパーキンソン病なんです」って言ったら「ああ、それはちょっと困る。できない。細かい仕事ですから」って言ってきたから。

J：主人はもう。2階に住んでいたのに、全部変えるって1階に降りました。お風呂もバリアフリーにしました。トイレもなんですか、みんな車椅子でできるように……もうしました。(中略)それも、ちょっと早いような感じがするんですけどね。(中略)やっぱり、自分は障害者になろうとしているんで。

さらに、患者は症状をコントロールしながら生活するものの〈動かなくなる身体への落胆〉をきたしていた。これは、以前できたことができなくなり、病気がひたひたと水面下で進行していると思い知ったときの失望、動きのコントロール感を喪失したと感じるときの強い落ち込みと不安など、動かなくなるなかで不確かな将来を不安に思う非常につらい心情である。そして、患者は自立して生活したくとも将来は世話にならざるを得ないことで、家族の負担を予期し〈家族への申し訳なさ〉を感じていた。

C：(ペットボトルを持ち)こんな、たかが蓋をとることも。少しずつあれですね。進行していくというか。日々はわからない。でも半年前はこうだったことでも、はい。1年前にできたことができない。半年前のいまごろは。10年後、20年後に駄目になっていく。

A：飛行場で一人で帰るときにちょっとストップしてしまって。それをちょっとカートで送ってもらったりとか。(涙ぐみ唇震わせ)すごく(病気が)進行していると感じて。(中略)薬飲む時間がだんだん短くなってきたんですね。だからそれ見ても進行しているのが自分でわかりますね。自分でコントロールできないっていうのが……何か。いちばんつらいですけど。

J：(将来について)自分がどうなるかわからないので。20年経ったときに申し訳ないなあって思うのと、子供にも迷惑をかけたなら悪いなって思ってるんです。

【動かなくなる身体への苦悩】は、日々の運動症状とその変化や長期経過における病状の進行によって深まり、それにより【診断・治療への揺らぎ】の振幅が増大していた。また、【人とかわかることの苦悩】【生きる価値を喪失する恐怖】を派生させる源になっていた。

c. 【人とかがわかることの苦悩】

このカテゴリーは、患者が人とかがわかることの苦悩の体験を示す。パーキンソン病による運動症状や外観の変化から、患者は自分に対する他者のまなごしを自分自身へと差し向けて、スティグマを負っていた。そして他者との関係性に影響を及ぼしていた。〈まなごしによる苦悩〉〈他者の無理解へのがまん〉〈病気を知らせることへの複雑な思い〉〈対人関係への線引き〉の4つの概念から生成された。

患者は、他者の視線や眼の様子から、自分は違和感がある、奇異である、変貌していると思われているのではないかと、と相手の主観を感じ取っていた。それを偏見や恥辱として自分に差し向け、傷つき悩み苦しんでおり、他者の〈まなごしによる苦悩〉があった。

F：怖いっていうのは、自分の動きの鈍いとかちょっとみっともない姿を見せたくないっっちゃう感じですね。(中略) それを見られたときに皆さん何か……言葉を発するより「あっあああっ」っっちゃう感じで終わったんですね。だから……。身体とか全体像を見てですね。そんなとき、私は気をつけて普段と変わらない状態で歩いて、ちゃんとしたつもりなんだけど。(中略) やっぱ私の身体とか歩きとか血相は人と違うんだわっと思って。

F：歩くのはベビーカーでこう散歩がてら、お婆ちゃん(自分)が行くんだけど、ちょっと子ども(孫)貸してって。それで連れて散歩して歩くんです。(中略) (報恩講の手伝いのときに)「すごうつむき加減に歩くんでない」って言われたら、「私、いま腰が痛くて」ってそういう感じで言っているんですね。私、人の目を気にするからかもしれない。(中略) だから、なるべくなら外に出たときは、わからないようにしようとかするんですね。

また、患者は〈他者の無理解へのがまん〉を重ねていた。これは、意思どおりに動けない身体感覚や症状の変化などを他者から理解されないと感じ、本当に病気なのかと非難されることも耐えるしかないと思うつらい気持ちである。〈まなごしによる苦悩〉と〈他者の無理解へのがまん〉は〈病気を知らせることへの複雑な思い〉と関係し合い、人とかかわりへの思いが錯綜し悶々とする状態になっていた。

D：病気のこと……公表して。でも、先生方(職場の同僚)からは「さっき歩くの見たら正常ですよ」って。

H：動けるときは動けるんで。1日のうちでコロコロ変わるんで。本当に身体悪いんかって思われることもあるやろう。直接言われますね。まあ、がまんしているだけです。

C：病気を公表することがいいのかという葛藤がある。自分の気持ちのなかの葛藤があるんですよ。(中略) この病気になって、自分の人生にとってマイナスというか。

そして、これらの体験は〈対人関係への線引き〉へとつながっていった。つまり、患者は他者から病気について聞

かれること、奇異だというまなごしを向けられること、自分は失敗する恐れがあること、他者に迷惑をかけることを考えると憂鬱な気持ちになり、人とかがわかることに自ら境界線を引いていたのである。

C：筋力が低下しているし、動作がおかしい。それに対人関係に引くということ。自分からしようということが、失敗を恐れるという部分で、こう躊躇する。前だったら精神的な高揚があったけど。最近引く。(中略) 経営者なので、気苦労が多い。金策とか。憂鬱になるので、自分ではそんなふうな気持ちにならないよう、自分で自分の身体に線を引く。(表情暗い) 人間って対人関係があるし。そういうの大いにある。ここまでってね……。

d. 【生きる価値を喪失する恐怖】

このカテゴリーは、パーキンソン病である自分の将来像の予期、身体が動かないことによる無力感、喪失感、絶望感により、患者が生きる価値を喪失する恐怖に駆られる体験を示す。【動かなくなる身体への苦悩】と【人とかがわかることの苦悩】から派生しており、〈目をそむけなくなる自分の行く末〉〈仕事をする自己イメージの混乱〉〈人として生きる価値喪失の恐怖〉の3つの概念から生成された。

患者は、自分の将来が気になる一方で、歩けなくなることへの恐怖感やつらさから、将来のことは見たくも考えたくもないというアンビバレントな気持ちや行動があった。また、〈仕事をする自己イメージの混乱〉をきたし、職業で自分の能力を発揮できない悔しさや、あたり前のことができない情けなさ、自己実現を果たせない絶望的な気持ちにより、自己が揺るがされていた。さらに、動けなくなると一人では何もできないという無力感から、〈人として生きる価値喪失の恐怖〉に駆られ、自己の存在価値が脅かされる体験をしていた。〈目をそむけなくなる自分の行く末〉や〈仕事をする自己イメージの混乱〉は〈人として生きる価値喪失の恐怖〉を強め、その恐怖感は〈目をそむけなくなる自分の行く末〉への思いと〈仕事をする自己イメージの混乱〉をより強めていた。

A：(患者会に対し) ああいうの行くの嫌なんですよ。なんか、自分の何年か先が見える。

D：こんな手では細かな顕微鏡の操作もできない。化学の実験では火もつけられない。それで実験助手に入ってもらうようになって。なんか、つらいね……。最終にね(仕事を)辞めるようになったのはマグネシウムの実験だった。実験のときにね、火……ついてるものを、下に落としてしまった……。まわりに人がいるから火は消してもらえた。終わったと思った。こんなでは理科の先生としては失格だと思った。失格だってね。それでも、まだ続けていて。実験はやめて、ビデオでやるようにして。(中略) 自分も、教師を続けたいって思いがあったし。

だから、ここまでやってきた。でも、あの実験でもう無理だって思ったんです……。

D：(職場の) トイレでね。(衣類を) 上げ下げできなくなって……。で、他の人に手伝ってもらって。自分のことで泣いたことはやっぱりトイレ。(中略) でも動かないと……。動かないと紙おむつ、あれをするのは、かなりきつかった……。 (中略) 恐怖体験でしたよ。トイレのたびに……。Offの時は人間ではない。人間だとすれば赤ちゃん。

e. 【“本来の私” でありたい願望】

このカテゴリーは、患者がアイデンティティを再吟味し、パーキンソン病をもちながらも自分らしい生活を再構築しようとする体験を示す。〈病者扱いされる抵抗感〉〈“でんと構える” 開き直り〉〈限られた動ける時間が“本来の私”〉の3つの概念から生成された。

患者は〈病者扱いされる抵抗感〉を感じていたが、これは、他者の過度な気づかいにより、自分ができることまで援助されることを負担に感じる気持ちと、そこまで病者として対応されなくても大丈夫という前向きな気持ちであった。また、ストレス、不安、困難な状況などに対して、一つひとつ気にすることなく前向きな気構えで「なるようになるさ」と覚悟し、〈“でんと構える” 開き直り〉を見せていた。さらに、思うように動くことのできる限られた時間に物事をこなすことで、充実感や満足感を得ており、その時間を精一杯に生きるなかで〈限られた動ける時間が“本来の私”〉と感じていた。このように、患者は【“本来の私” でありたい願望】をもち、自分らしい生活に努めていた。

J：主人がもう、わいのわいのって言うてくるんですよ。もう、それのほうが苦痛で。医療解剖とか、色んなことしてくれるのはありがたいんですけど。

E：精神的ストレスが症状に出やすいんで。ストレスに対してストレスを受けないよう自分で気持ちをコントロールしなきゃあかんって思ってます。病気のせいだけじゃないですけど。いろいろと仕事がありますから。方法はないですけど開き直るぐらいです。(中略) “でんと構えて” やるような心の持ち方をすることで、多少は自分の気持ちのコントロールがね。

F：(薬の効果が) 切れるときはなんか落ち込むような感じがする。でも、また動けるって感じがすると、なんかウキウキするっていうか。そうするとまたいろいろなことをするわけね。で、完璧にできた、って思うと自分で「ああやったあ」っていう満足感があるの。

f. 【仕事の意味の転換】

このカテゴリーは、患者が従来どおりに仕事をするのが困難になっても、他者との相互作用を通して仕事への新たな意思が芽生え、仕事の意味の転換を遂げた体験を示

す。〈生活がかかっているから辞められない仕事〉〈仕事の意味の転換〉の2つの概念から生成された。

〈生活がかかっているから辞められない仕事〉とは、自分や家族の生活、周囲の人への影響を考えると、病気は進行しているが何とかして仕事を継続したいという気持ちのことである。患者は、適性や能力を十分に発揮できないが、仕事を継続できること、自然体ですること、周囲の人に支えられともにできることに価値があると感じ、仕事への思いが変化する〈仕事の意味の転換〉をなし得ていた。

H：警察官なんです。(中略) 病名がついてしばらくして上司に言って。事務系の仕事に転換して……。まあ、やるしかないんで。家族いますから。妻と子供2人いますから。

G：仕事もいよいよ辞めなあかんって思って、社長に話した……。そしたら、もうちょっとやってみたらということで。給料は大分落としてもらったんですけど。いままでどおりの仕事はできないですから……。辞めるつもりでいたんで、まだ会社で少しでも仕事して給料もらえるってことで。まあ、仕事を辞めると大変なことになるので、少しでも仕事をできるってことはありがたいなあって思います。

g. 【病いの伴走者としての家族を実感】

このカテゴリーは、病いとともに生きる患者のかたわらに伴走者のように添い、一緒に闘病生活を送る家族の存在を患者が実感する体験を示す。〈家族との関係が生きる支え〉〈家族とともに病気と向き合う決意〉の2つの概念から生成された。

家族は病気をもつ患者を理解し、まるごと受け止めてくれる存在であることから、患者にとって〈家族との関係が生きる支え〉になっていた。患者は家族とともに情報を活用し、自分が納得できるように病気と向き合おうとしており、〈家族とともに病気と向き合う決意〉を固めていた。

C：自分のことを理解してサポートする人間がいるんで。女房ですね。そのぶんではずいぶん助かっているというか。精神的に、自分の人格の半分以上あれですね。女房。健康的なときも知っているし、病気になってからの話もして、ずいぶん精神の支えというか。同病の生活人格……。

F：なんか積極的に、新聞に載ってると一生懸命見るとか。そういう関係のテレビなると、そこビデオ撮っておいて。あそこの先生はいい先生だから、もし何かあったらそこ連れてってとか。やっと3年くらい前かな。それくらいなってから、自分でこれでは駄目だって思って。

h. 【自己価値の発見】

このカテゴリーは、患者が他者との相互作用のなかで、病気をもつ自己の努力や内面に意識を向け、苦悩のなかに

あっても自己が存在する意味を見出す体験を示す。〈関係性のなかで変化できた私〉〈病いがあるけれどもできることの発見〉の2つの概念から生成された。

〈関係性のなかで変化できた私〉とは、病気になって相手の気づかいを感じられるようになり、また自分も相手を気づかうことができるようになるなど、人との関係性のなかで新たな自分に変化できたことをうれしく思う気持ちである。患者はこのような自己を感じることで、〈病いがあるけれどもできることの発見〉をしており、新たな自己価値を見出していた。

E：部下とかに対して相手の気持ちを考えられる部分とか。病気になるとまわりの人の気づかなかった心づかいとか、何となく伝わってくるんで。そういう意味で改めて身のまわりの人のこと考えると、相手の立場に立った考え方とか多少できるようになったと思うんです。

F：私も変わったし、息子、娘らも私に対して変わってきた。常に心配しなくてもいいことでも、心配してくれているというか、常に目をかけてくれているというか。

A：(仕事上の) イベントがあったりすると、皆一生懸命ね、できることをする。私もできることをする。で、向こうもできることしてくれるっていうか。そういう関係ですね。お互いに一つの目的に向かって、私の病気のことを言いつつ、一緒に行動して頑張ってる。

このように【仕事の意味の転換】や【病いの伴走者としての家族を実感】することは、パーキンソン病ともに生活する中年期の患者の【自己価値の発見】を可能にしていた。

VI. 考 察

中年期にあるパーキンソン病患者の生活には、進行性の運動機能障害をきたす身体や、従来の自己意識、価値観が深く関係していた。そこで、本稿では、日常生活行動から浮かび上がる身体の体験、中年期のアイデンティティへの影響、自己価値の移行という3つの観点から考察する。

1. 日常生活行動から浮かび上がる身体の体験

パーキンソン病は初期の診断が困難で、緩徐進行性の運動機能障害をきたす難病である。そのため、中年期の患者は療養生活において不信、怒り、焦り、不安、苦痛、恐怖、期待などの多様な感情が入り乱れる混沌のなかであり、【診断・治療への揺らぎ】を体験していた。

岸田¹⁵⁾は、老年期の患者を対象にした研究で、患者は納得できる診断を得るまで行動し、症状に悩まされる一方で期待も抱き揺らいでいると報告していることから、これは疾病特性からの体験として特徴づけられた。そして、その根底には【動かなくなる身体への苦悩】があることが明

らかになった。

このような生活体験は、佐々木⁶⁾の述べる自己概念のうち、薬に操られコントロールが不可能な「病に揺さぶられる自己」や「縮んで小さくなる自己」と類似した体験と考えられる。しかし、本研究で生成した【診断・治療への揺らぎ】では揺さぶられるという受動的な体験ではなく、揺らぐ主体は患者自身であり、不信、怒り、焦りをはじめとした多様な感情が混沌としている状況にあることを明らかにできた。

日常生活行動はあらゆる動きにより構成されているが、人間は自分の身体や動きを常に意識しているわけではない。しかし、患者はパーキンソン病であるために、ペットボトルの蓋をとるようなささいな動作や、何気に手足を動かすことでさえも意識を向ける状態であった。

Toombs²²⁾は、それまで意識せずして単に生き生きと働いていた身体が病気になると、身体は招かれざる客体になり、注意を向けざるをえなくなる、と述べている。非反省的な意識の次元においては身体の意識は存在しない²³⁾はずだが、患者は、日常生活行動において注意を向けざるをえない客体としての身体を体験していた、と言える。さらに、Toombs²⁴⁾は、身体の客観化は自己統一の深い喪失を生む、身体のコントロール喪失は自分の尊厳と自尊感情を絶えず脅かすものとなる、と述べている。すなわち、これまで無意識だった日常生活行動の不便さやできなさからあらわになった身体の体験は、患者にとって自尊感情を脅かされる体験であった、と考える。

楢垣¹³⁾は、神経難病患者が身体機能喪失に伴う生活行動などの「変化した世界」と、困惑・不安・恐怖などの「情緒の世界」を同時に語ったことから、これら2つの体験世界は一体として存在する、と考えている。本研究では、日常生活行動から浮かび上がった身体の体験は【動かなくなる身体への苦悩】【診断・治療への揺らぎ】として存在しており、前述の体験世界を一体として示すことができた。

【動かなくなる身体への苦悩】は、【診断・治療への揺らぎ】の根底であり、【人とかかわることの苦悩】や【生きる価値を喪失する恐怖】をも派生させる。したがって、看護師は、症状増悪時や日内変動時、薬の変更時には、患者の身体の体験に関心を寄せてかわり、苦悩を理解する必要がある。また、発症早期から患者と医師との調整役になり、十分な治療が受けられるようにする必要がある。さらに、日常生活の不便に対する環境調整や、患者自身ができることに目を向けられるようにかかわる必要がある。

2. 中年期のアイデンティティへの影響

「パーキンソン病は思うように動けない病気である」という理解を得られずに、患者は職業生活において〈他者の無理解へのがまん〉を重ねていた。佐々木⁶⁾が述べる「わ

かってもらえない自己」「健常者と見間違われる自己」という、自己概念の背後に存在する他者の目を明らかにした、と言える。

また、患者は従来どおりの仕事の継続が困難になると〈仕事をする自己イメージの混乱〉をきたしていた。岡本²⁵⁾は、中年期に体験される心身の変化によってアイデンティティは揺らぎ組み替えられていく、と述べている。つまり、パーキンソン病である患者は、この揺らぎがさらに増幅し職業的アイデンティティの危機に直面していたと考える。しかし、一方では【“本来の私”でありたい願望】により自己を奮い立たせ、【仕事の意味の転換】を遂げていたことは新たなものであった。伊藤²⁶⁾は、人間はだれでもその得意とする才能や適性があり、それを現実の社会のなかで生かすことにより、なにがしかの賃金を得て生活の糧を得ている活動が職業である、と述べている。職業生活を営む患者は、仕事の内容を変更しても、もてる力を最大限に発揮しながらできる仕事をして、社会に貢献し賃金を得るという意味において中年期の役割を遂行している。つまり、患者は他者との相互作用を通して【仕事の意味の転換】を遂げることが可能であり、これにより、職業それ自体は縮小するものの職業的アイデンティティは肯定的な自己としてとらえられている、と考えられる。

先行研究^{5)~8),12)~16)}では、仕事に関する体験の検討は十分とは言えない。しかし、本研究の結果から、仕事は中年期の患者にとってアイデンティティへの影響が大きく、自分らしく生きることの価値づけにおいて重要な意味をもつことが示唆された。

また、患者は、自分の身体像を見て言葉を発せないほど驚く他者の様子から〈まなざしによる苦悩〉があり〈対人関係への線引き〉をするなど、【人とかかわることへの苦悩】を体験していた。Sartre²⁷⁾は、まなざしの体験において、私は顕示されない対象存在としての私を体験することによって、他者のとらえがたい主観性を、直接的に私の存在とともに体験する、と述べている。患者は、他者が自分を見つめるとき、外観や行動が変化した事実を認識し、対象存在となる苦悩を体験していた、と考える。さらに、Sartre²⁸⁾が、相手の眼があらわしているまなざしは、まったく私自身への差し向けであると述べるように、他者のまなざしが患者の内面に入り込み、患者は苦悩していたと考える。

こうしたセルフスティグマや社会的スティグマが、孫を散歩させていると見せかけベビーカーを押して歩く、人前で動かなくてよい役割を選択する、腰が悪いと偽るなど、さまざまなパッシング（病気を隠すこと）による生活につながったのであろう。Kleinman²⁹⁾は、他者の反応を予期する患者はスティグマが内面化され、深い羞恥心と傷つい

たアイデンティティになっていると述べており、パッシングによる生活を続ける患者のアイデンティティへの侵害は深いものと言える。

先行研究^{6),13),16)}においても他者との交流に関する報告がなされているが、対象者のほとんどが老年期であった田所¹⁶⁾の研究では、患者は交流が切れてきたことを「それでよし」ととらえて継続していく、と報告されている。本研究の対象者は、〈対人関係への線引き〉をしつつもパッシングによる社会生活を継続しており、この相違は社会的役割や果たすべき責任が大きい中年期の発達特性によるものと考えられる。

以上のように、他者との相互作用は、中年期にあるパーキンソン病患者のアイデンティティに大きな影響を及ぼす要因になっている。したがって、患者のアイデンティティの再編成を支えるためには、最も身近なところで患者にかかわる他者としての家族および看護者が、よき理解者となり温かいまなざしを向けてかかわる必要がある。また、患者との新たな関係構築に向けた家族支援を検討する必要があると考える。

3. 自己価値の移行

神経難病患者は「不確かな今後への不安」があり、夢でも行く末にうなされる¹⁴⁾という報告がある。本研究においても中年期にあるパーキンソン病患者は〈目をそむけなくなる自分の行く末〉に悩まされていた。とくに、患者会の参加に対しては、病状が進行した自分の将来像を予期する恐怖感や、高齢者と一緒にはたたくたくないという抵抗感がある、と考えられた。しかし、患者会に参加している高齢者を対象とした先行研究¹⁵⁾では、患者会が支えになっているとの報告がある。他者との関係は重要な意味をもつ^{6),13),15)}と報告されるように、それは【自己価値の発見】においても非常に重要である。

したがって、中年期の患者が他者との新たな関係を築ける体験ができる場の拡大が望まれる。看護師は、患者会が中年期の患者の期待に沿う場となるように参加ニーズを把握し、患者支援における参加者の反応への留意や環境調整のあり方を検討する必要がある。

また、患者は生活のその時々において【生きる価値を喪失する恐怖】に駆られる体験をしていた。理科の教師を務めるDさんは、失敗を重ねながらも仕事を継続していたが、ある失敗を機に「終わった……」と力を落とし離職を決意していた。Toombs³⁰⁾は、障害はほとんど障害者の生産能力に影響を及ぼし、それが自己価値と社会的地位を低下させる原因になる、と述べている。患者は職業上の成果を上げられずに生産能力の低下を痛感し、自己価値の低下を招いていた、と推測する。

さらに、「恐怖体験でしたよ。トイレのたびに……。Offのときは人間ではない。人間だとすれば赤ちゃん」との語りからも、中年期の患者が排泄介助を受けることは恥辱を伴う体験となり、自己価値の低下を招いていたと推測する。すなわち、働き盛りの中年期であるがゆえに【生きる価値を喪失する恐怖】に駆られる過酷な体験になっていた、と言える。しかし、その一方では【自己価値の発見】となる体験をしていることから自己価値は移行することが明らかとなり、先行研究¹³⁾の結果を支持するものとなった。また、老年期の患者を対象とした岸田¹⁵⁾の研究では、患者が役割と生きがいを見出すうえで家族は重要な存在とされており、重要他者として位置づく点で類似の結果となった。

しかし、本研究において注目すべき知見は、【仕事の意味の転換】や【病いの伴走者としての家族を実感】する体験が、中年期の患者にとって肯定的な意味付与となり【自己価値の発見】が可能となることである。また、佐々木⁶⁾の述べる「成長していく自己」「保ちたい自己」といった肯定的な自己概念を支える生活体験として明らかにできたことである。

Blumer³¹⁾は、ものごとの意味は、個人がその仲間と一緒に参加する社会的相互作用から導き出され、発生すると述べている。すなわち、患者は他者との相互作用や自己の振り返りにより、新たな意味を吟味できるとともに内面に意識を向けられ、苦悩のなかにあっても自己価値を見出すことが可能であった、と考える。

しかし、パーキンソン病は進行性の運動機能障害をきたすため、中年期の患者は不確かな将来に希望がもてず、肯定的な自己への移行が困難となる恐れもある。Selder³²⁾は、不確かさを軽減するためには、自分は何ができて何ができないのかを知ること、“その日その日を受け止める”ことが重要だ、と述べている。さらに、野川³³⁾は、Selderの人生移行モデルを病気や障害に適用すると、繰り返し訪れる喪失体験のなかで、人はそのつど、新しい現実を組み立てながら、新しい自分へと移行していく、と考えている。

したがって、看護師は患者の生活体験を聴くなかで、患者ができることや日々の努力に目を向けられるようにかかわり、自己価値の移行を支援する役割を担うことが重要だ、と考える。また、患者にとって重要他者であり、ともに伴走

する家族に対する看護を充実させる必要がある、と考える。

Ⅶ. 研究の限界と課題

本研究の対象は、重症度がStageⅡ～Ⅲにある中年期の患者に限定した。今後は重症度や病態の特徴による生活体験の違いを明確にし、看護の方法を具体化する必要がある。また、若年性パーキンソン病患者、老年期のパーキンソン病患者との比較検討を重ね、中年期の特徴をより明確にする必要がある。

Ⅷ. 結 語

1. 【診断・治療への揺らぎ】の根底には、動かなくなる身体への苦悩】があり、この苦悩は、さらに【人とかかわることの苦悩】や【生きる価値を喪失する恐怖】を派生する源となっていた。
2. 患者はさまざまな苦悩のなかにあっても、【“本来の私”でありたい願望】により自己を奮い立たせていた。【仕事の意味の転換】や【病いの伴走者としての家族を実感】する体験は、患者の【自己価値の発見】を可能にしていた。
3. 患者は生活のその時々において【生きる価値を喪失する恐怖】に駆られる体験と【自己価値の発見】となる体験を繰り返し、これらのプロセスを行きつ戻りつしていた。
4. 看護師は患者の身体的苦悩の緩和をはかるとともに、発症早期から患者と医師との調整役になり十分な治療が受けられるようにすること、患者ができることや日々の努力に目を向けられるように支援すること、家族支援の充実をはかることが重要である、と示唆を得た。

謝 辞

本研究にご協力いただきました対象者の皆さま、医療機関の皆さま、ご助言をいただきました先生方に深くお礼申し上げます。なお、本論文は、出村佳美の福井大学大学院医学系研究科修士論文（指導：岩田浩子教授）の一部を第34回日本看護研究学会学術集会で発表し、さらに加筆修正したものである。

要 旨

本研究の目的は、中年期にあるパーキンソン病患者の生活体験を明らかにすることである。中年期のパーキンソン病患者10名を対象に半構成的面接を行い、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチに基づき継続比較分析を行った。その結果、【動かなくなる身体への苦悩】【診断・治療への揺らぎ】【人とかかわることの苦悩】【生きる価値を喪失する恐怖】【“本来の私”でありたい願望】【仕事の意味の転換】【病いの伴走者としての家族を実感】

感】【自己価値の発見】の8つのカテゴリーが生成された。また、【生きる価値を喪失する恐怖】と【自己価値の発見】となる体験は行きつ戻りつしていることが明らかになった。

看護師は患者の身体的苦悩の緩和をはかるとともに、発症早期から十分な治療を受けられるよう調整的役割を担うこと、患者ができることや日々の努力に目を向けられるよう支援すること、家族支援の充実をはかることが重要である、と示唆を得た。

Abstract

The purpose of this study was to clarify the life experiences of middle-aged Parkinson's disease patients. Semi-structural interviews were conducted with ten middle-aged Parkinson's disease patients, using a constant comparative method of analysis, which utilized a modified grounded theory approach. In consequence, the following eight different categories were formed: "Anguish arising from loss of motor ability", "Agitation of mind over diagnosis and treatment", "Distress arising from interaction with others", "Fear of their future lives having no meaning", "Desire to be themselves", "Changing the meaning of work", "Family as the patients' escorts", "Finding value in themselves".

The interviews revealed that patients constantly seesaw between a fear of their future lives having no meaning and finding value in themselves. The research also suggests that it is important for nurses to try and solace the distress patients feel about their physical affliction, and to provide a coordinating role for the appropriate treatment of patients from the early stages of sideration onwards. It is also suggested that nurses support patients in their attempts to concentrate on what they can actually achieve in their daily efforts, and to facilitate family support.

文 献

- 1) 久野貞子：パーキンソン病の歴史と疫学と予後。水野美邦（編）：パーキンソン病のすべて。207-215, 永井書店, 大阪, 2005.
- 2) 田代邦雄：よくわかるパーキンソン病のマネジメント。4-5, 医薬ジャーナル, 東京, 2006.
- 3) 長谷川一子：パーキンソン病の治療。水野美邦（編）：パーキンソン病のすべて。100-119, 永井書店, 大阪, 2005.
- 4) Menza, M A, Sage, J, et al : Mood Changes and "On-Off" Phenomena in Parkinson's Disease. Movement Disorders, 5(2), 148-151, 1990.
- 5) 今村美葉, 正木治恵, ほか：パーキンソン病患者の疾病受容過程と看護援助について。千葉大学看護学部紀要, 19(4), 79-87, 1997.
- 6) 佐々木栄子：壮年期にあるパーキンソン病患者の自己概念の様相。日本難病看護学会誌, 8(2), 114-123, 2003.
- 7) 藤原瑞穂, 西岡江理子, ほか：脳血管障害患者とパーキンソン病患者の self-esteem に関する研究。大阪府立看護大学医療技術短期大学部紀要, 4, 37-44, 1998.
- 8) 竹内博明, 三野満子, ほか：パーキンソン病患者の主観的 QOL 評価。日本看護研究学会雑誌, 22(4), 17-26, 1999.
- 9) Toombs, S K / 氷見勇 訳：病いの意味 — 看護と患者理解のための現象学。129, 日本看護協会出版会, 東京, 1992/2001.
- 10) Levinson, D J / 南博 訳：人生の四季 — 中年をいかに生きるか。67-98, 講談社, 東京, 1978/1980.
- 11) 岡本祐子：中年からのアイデンティティ発達の心理学。79-81, ナカニシヤ出版, 京都, 1997.
- 12) 野川道子：難病と生きる体験。日本難病看護学会誌, 11(2), 123-128, 2006.
- 13) 檜垣由佳子, 鈴木正子：神経難病患者の病む体験。日本難病看護学会誌, 6(2), 136-146, 2002.
- 14) 牛久保美津子：神経難病とともに生きる長期療養者の病体験 — 苦悩に対する緩和的ケア。日本看護科学会誌, 25(4), 70-79, 2005.
- 15) 岸田恵子：前向きに生きているパーキンソン病患者の「病い」の体験に関する研究。日本難病看護学会誌, 12(2), 125-135, 2007.
- 16) 田所良之：パーキンソン病患者が日常生活行動に対して用いている対処方法について。千葉看護学会誌, 6(2), 39-46, 2000.
- 17) 黒江ゆり子：病いの慢性性 Chronicity と個人史。看護研究, 35(4), 27, 2002.
- 18) 梶田毅一：まなごしのダイナミクス。現代のエスプリ。307, 72-82, 1993.
- 19) Blumer, H / 後藤将之 訳：シンボリック相互作用論 — パースペクティブと方法。劉草書房, 東京, 1969/1991.
- 20) Glaser, B G, Strauss, A L / 後藤隆, 大出春江, ほか訳：データ対話型理論の発見 — 調査からいかに理論をうみだすか。新曜社, 東京, 1996.
- 21) 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, 2003.
- 22) 前掲9), 180.
- 23) Sartre, J P / 松波信三郎 訳：存在と無 [下] — 現象学的存在論の試み。655, 人文書院, 京都, 1956/1999.
- 24) 前掲9), 162-165.
- 25) 前掲11), 103.
- 26) 伊藤一雄：職業と人間形成の社会学 — 職業教育と進路指導。2, 法律文化社, 京都, 1998.
- 27) 前掲23), 475-476.
- 28) 前掲23), 456.
- 29) Kleinman, A / 江口重幸, 五木田紳, ほか訳：病の語り — 慢性の病をめぐる臨床人類学。210, 誠信書房, 1996.
- 30) 前掲9), 107.
- 31) 前掲19), 2.
- 32) Selder, F: Life Transition Theory: The Resolution of Uncertainty. Nursing & Health Care, 10(8), 437-451, 1995.
- 33) 前掲12), 127.

〔平成23年7月28日受 付〕
〔平成24年4月23日採用決定〕

女性看護師の腰痛の有無と身体・心理・社会的姿勢に 関連する因子とその様相

Factors Related to Low Back Pain, Physical Posture, Psychological Attitude, and
Social Attitude in Female Nurses

武田 啓子¹⁾ 渡邊 順子²⁾
Keiko Takeda Yoriko Watanabe

キーワード：女性看護師，腰痛，身体的姿勢，心理的姿勢，社会的姿勢

Key Words：female nurses, low back pain, physical posture, psychological attitude, social attitude

I. はじめに

看護師の腰痛有訴率は52.6～91.9%と理学療法士などの多職種よりも高い^{1)～5)}。工作中に初めて腰痛を発症した割合は78～79.2%^{6), 7)}であり，初発時期は就労直後に集中している²⁾。従来，腰痛は「生物学的損傷」モデルが主流であり，看護師の腰痛に関する先行研究も，それに基づいた身体的・人間工学的な内容が多数を占めていた。

その後，医学界はEBM (Evidence-Based Medicine) の考え方を導入し，『イギリス版・腰痛診療ガイドライン2001』⁸⁾，『ヨーロッパ版・腰痛診療ガイドライン2004』^{9), 10)}等では，心理・社会的要因が深く関与している腰痛疾患を「生物・心理・社会的疼痛症候群」ととらえるようになった。腰痛患者の自覚症状と理学所見や画像所見との関連性が低く，原因を明確に特定できるのは全腰痛患者の15%にも満たない¹¹⁾など，腰痛の発症要因を生物学的損傷モデルのみで解明することに限界をきたしている。つまり，腰痛は身体的姿勢のみではなく，心理・社会的な姿勢も発症要因となりうる。欧米では作業関連性腰痛に関連した多くの疫学研究において，前かがみ動作などの作業要因や振動など環境要因のほかに，仕事への低い満足度，職場の支援不足などの心理・社会的要因も腰痛の発症に影響していることが示唆された^{12), 13)}。

日本では，厚生労働省が職業性腰痛の予防のため，1996年に『職場における腰痛予防対策指針』¹⁴⁾を通知し，2001年に『日本版・腰痛診療ガイドライン』¹⁵⁾を作成したが，看護師の職業性腰痛のリスクファクターに心理・社会的要因の記述はない。2008年に心理・社会的要因に考慮したコホート研究が行われ，中腰・前かがみ姿勢や腰の捻り動作などの身体的・人間工学的要因，狭く窮屈な環境など作業

環境要因に加え，労働者が感じている仕事の適正度や働きがい，満足度の低さを含む複数の心理・社会的要因などのストレス要因も関連している可能性を示した¹⁶⁾。さらに，小林¹⁷⁾は看護師の職業性腰痛に関して，労働姿勢の生体力学因子だけでなく，勤務状況と精神状態など心理社会的因子も関与している，と報告している。看護師の腰痛実態を把握するには，身体的・心理的・社会的側面からとらえていく必要がある。

身体的姿勢について渡會¹⁸⁾は，人の身体は動くためにできていて上手に動かすために必要なことは，AAA (Anatomy：構造と機能，Alignment：骨関節の並び方，Awareness：身体を認識する)であり，身体をよく知り，うまく使うことである，と述べている。その視点からとらえると，ボディメカニクスなどの知識を活用するためには，看護師自身が身体的姿勢を認識し，知識と動きと感覚を一体化することで，身体をうまく使いこなす技術の修得ができる。不適切な姿勢は，安全，安楽な看護を妨げるだけでなく，腰痛や頭痛など多彩な症状を呈す「不適切姿勢症候群」の原因にもなる¹⁹⁾。よって，自分で身体的姿勢を認識し調整できるような姿勢教育が必要となる。

心理的姿勢についてJohn E. Sarno²⁰⁾は，肩や腰の疼痛症候群の大半は，心理状態によって引き起こされたプロセスの結果であり，身体症状は不安の身体的表現である，と述べており，精神的プレッシャーやストレスは腰痛などの筋骨格系の症状の危険因子である^{12), 13)}，との報告もある。一方で，腰痛と心理的危険因子の関連性に関して，スクリーニング法が確立していないことや横断的研究が少ない²¹⁾など，検討すべき課題は残されている。

社会的姿勢についてPam Smith²²⁾は，患者から思いやりや尽くすなどの情緒的な属性を看護師は求められている，

1) 日本福祉大学健康科学部 Nihon Fukushi University Faculty of Health Sciences

2) 聖隷クリストファー大学看護学部 Seirei Christopher University School of Nursing

と述べおり、それがしばしば不安やストレスとなるとし、感情労働の概念を看護師にも適用している。片山²³⁾は、看護師の感情労働は他の職業性ストレスと同等に看護師の陰性の心理的ストレス要因、としている。

看護師の腰痛について、明確な原因や危険因子が解明され有効な対策法が確立されたとは言い難い。近年、腰痛と関連する身体・心理・社会的要因の報告はある²⁴⁾が、腰痛予防の視点から腰痛のない看護師を対象とした調査は見当らない。そのため、看護師の腰痛改善に向けて、腰痛の病態を「生物・心理・社会的疼痛症候群」ととらえ、腰痛のある女性看護師と腰痛のない女性看護師の身体的姿勢・心理的姿勢・社会的姿勢に関連する因子を抽出する意義は高い。

II. 研究目的

本研究では、腰痛のある女性看護師と腰痛のない女性看護師の双方にアプローチし、身体的姿勢・心理的姿勢・社会的姿勢に関連する因子を抽出し、その様相を明らかにすることを目的とする。

III. 用語の操作的定義

1. 腰痛とは、WHO（世界保健機構）が定義する労働関連性疾患に包括される作業性関連性腰痛（職業性腰痛）を言い、本人が腰背部に痛みを感じる状態とする。
2. 姿勢とは、身体的姿勢、心理的姿勢および社会的姿勢を含むものとする。

IV. 研究方法

本研究の予備調査として、4年制看護系大学卒業後1年目の女性看護師41名および5年目の女性看護師23名の計64名を対象とし、腰痛要因について、最近1か月の腰痛の状態と作業姿勢およびボディメカニクス活用状況等との関連を明確にすることを目的に、質問紙調査を行った²⁵⁾。

対象者は性差および基礎教育内容によるバイアスを避けるため、4年制看護系大学卒業の女性看護師とし、年代は腰痛発症率が最も高いとされる卒業後1年目および就労者数が多い5年目の看護師とした。最近1か月の腰痛の状態は、VAS（Visual analog scale）を参考に、100mmの直線を示しその左端を「腰痛はない」状態、右端を「仕事に支障をきたすくらいの腰痛」状態として、直線上に自分の状態を示してもらった方法を用いた。

結果、5年目の看護師は、ボディメカニクス利用率および腰痛予防やメンテナンス実施率は1年目より高かつ

たが、腰痛有訴率は1年目の看護師の63.4%よりも高く69.6%であった。

1. 研究参加者

研究参加者は、女性看護師の腰痛の有無における特徴を抽出するため、予備調査の対象者のうち、腰痛既往歴があり最近1か月の間にも腰痛のある看護師4名と、腰痛既往歴および最近1か月の腰痛のない看護師4名の2グループに分け、各グループには1年目の看護師および5年目の看護師各2名の構成とした。

2. データ収集の方法

本研究は、予備調査で行った質問紙調査の単純集計結果を提示し、それに対する意見および腰痛の要因について、半構成的面接法によるインタビューを行った。その際、調査者は研究者の立場でインタビューを行い、参加者に意図的な介入を行わないよう留意した。

インタビューは参加者の勤務に支障のない時間を設定し、各グループに対して40～50分程度の調査を1回行った。その際、参加者の承諾を得たうえでICレコーダに録音し、逐語録を作成しデータとして使用した。調査期間は2010年12月～2011年2月であった。

3. 分析方法

作成した逐語録から、腰痛に関する因子を抽出するにあたり、テキストマイニングの手法を用いた。テキストマイニングとは、テキストデータを解析し情報を抽出する手法の一つである²⁶⁾。樋口らが開発したテキストマイニングのソフトウェアである『KH Coder』は、質的データにある種の数値化操作を加えることで、計量的に分析する²⁷⁾。内容分析を行う目的は主に2つで、客観性の向上とデータの探索である。つまり、計量的な分析と原文解釈とを循環的に行き来しながら分析を深める、という方法である。

筆者ら²⁸⁾はKH Coderを用いて、腰痛の発症から治癒過程の実体験を記した自叙伝『腰痛放浪記－椅子がこわい』²⁹⁾のテキストについて、階層的クラスター分析を行った。階層的クラスター分析は、出現パターンが互いに似通っていた語の組み合わせにはどのようなものがあつたのかを探索することができる。そのため、データのなかでそれぞれの語がいかにかに用いられていたのかを想像するためのヒントが得られる。『腰痛放浪記－椅子がこわい』の著者は、医師から「あなたの腰痛は“夏樹静子”という存在にまつわる潜在意識が勝手につくりだした“幻の病気”にはほかならない」²⁹⁾と、心身症に伴う腰痛であると言われても容認できず、3年間にわたって拒否しつづけた。しかし、医師の言葉を受け入れることで激痛は消失し、再発するこ

ともなかった。その経過を記述したテキストを分析した結果、腰痛に関連する因子として症状や治療、および腰痛要因としてペンネームなど心理的・社会的要因を抽出することができた。それにより、腰痛の関連因子を可視化する研究手法として、文字としての単語の出現頻度などに影響されやすいという限界はあるが、KH Coderを用いた内容分析の妥当性が確認できた。

本研究では、作成した逐語録をテキストデータとし、KH Coderを用いて内容分析を行った。形態素解析を行い、分析対象となる文章を単語の単位に区切り、各単語の品詞を判別した。その結果について、単語頻度分析で出現回数を分析した。さらに、出現回数6回以上の特徴語を対象に単語と単語の結びつきを探るため、腰痛のある女性看護師とない女性看護師について、共起ネットワーク分析を用いて腰痛に関連する因子を抽出し、その様相を明らかにした。

4. 倫理的配慮

本研究の調査目的および概要を説明後、同意書の提出をもって同意を確認した。参加者に対して、回答は自由意志によるものであり回答しないことによる不利益はないこと、調査は無記名で行われるため所属病院や個人が特定されないこと、およびデータは使用後に速やかに処分することなど、文書を用いて口頭で説明した。なお、本研究は聖隷クリストファー大学倫理委員会の承認（認証番号10043）を得て行った。

V. 結果

1. 腰痛の有無による特徴語の違い

腰痛のある看護師と腰痛のない看護師の逐語録について、どのような単語が何回出現するかを把握するため、それぞれ6回以上出現した特徴語を一覧にした（表1）。腰

表1 腰痛の有無による特徴語の相違

腰痛を有する看護師				腰痛のない看護師			
順位	抽出語	品詞	出現数	順位	抽出語	品詞	出現数
1	姿勢	名詞	29	1	思う	動詞	52
2	思う	動詞	27	2	意識	名詞	40
3	腰痛	名詞	26	3	腰痛	名詞	32
4	人	名詞	24	4	姿勢	名詞	31
5	気	名詞	22	5	自分	名詞	24
6	言う	動詞	17	6	人	名詞	21
6	痛い	形容詞	17	7	言う	動詞	18
8	腰	名詞	15	8	患者	名詞	17
8	自分	名詞	15	8	緊張	名詞	17
10	多い	形容詞	14	10	多い	形容詞	16
10	子	名詞	14	11	感じ	名詞	14
12	患者	名詞	12	12	ボディメカニクス	名詞	13
12	心	名詞	12	12	気	名詞	13
14	ストレス	名詞	10	12	先輩	名詞	13
14	プレッシャー	名詞	10	15	腰	名詞	12
14	治る	動詞	10	16	使う	動詞	11
17	感じ	名詞	9	17	慣れる	動詞	10
17	感じる	動詞	9	17	見る	動詞	10
17	分かる	動詞	9	19	身体	名詞	9
17	聞く	動詞	9	19	負担	名詞	9
21	意識	名詞	8	19	聞く	動詞	9
21	違う	動詞	8	22	プレッシャー	名詞	8
21	出る	動詞	8	22	逆	名詞	8
21	身体	名詞	8	22	持つ	動詞	8
21	痛み	名詞	8	22	出る	動詞	8
26	看護師	名詞	7	22	新人	名詞	8
26	対応	名詞	7	22	分かる	動詞	8
26	負担	名詞	7	27	環境	名詞	7
26	要因	名詞	7	27	看護師	名詞	7
30	緊張	名詞	6	27	自信	名詞	7
30	見る	動詞	6	27	先生	名詞	7
30	猫背	名詞	6	27	猫背	名詞	7
				27	病棟	名詞	7
				27	要因	名詞	7
				34	イメージ	名詞	6
				34	経験	名詞	6
				34	少ない	形容詞	6
				34	心理	名詞	6
				34	痛い	形容詞	6
				34	聞ける	動詞	6

*塗りつぶし：そのグループのみに抽出された単語

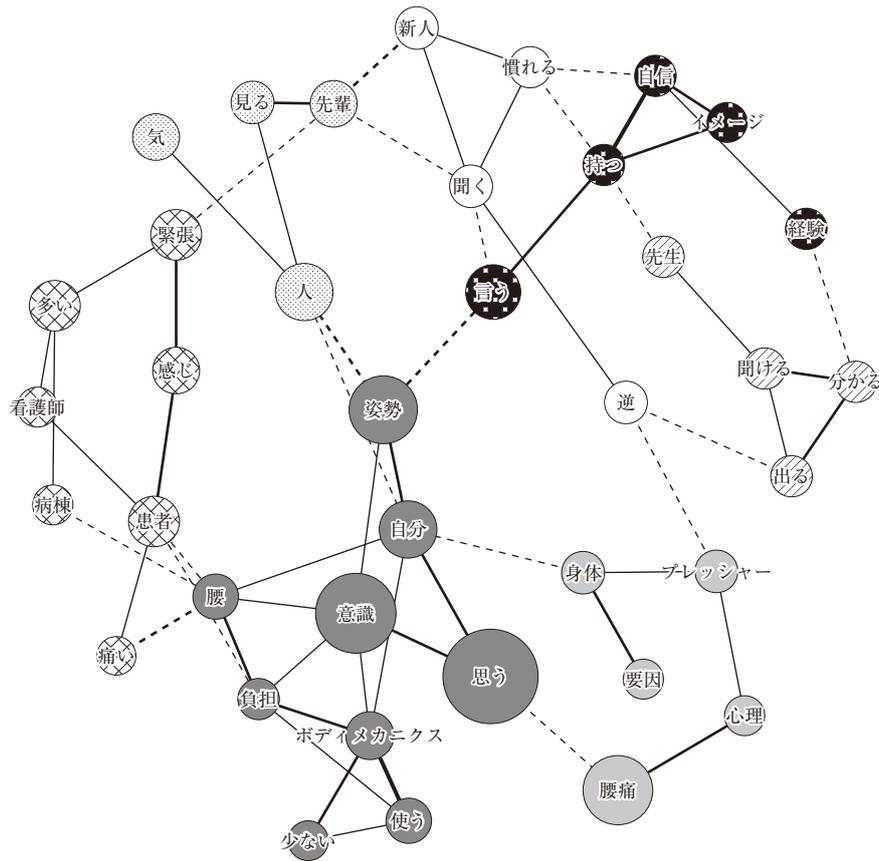


図2 腰痛のない看護師の共起ネットワーク

表2 腰痛のある看護師の因子

因子	特徴語
腰痛の要因	腰痛 要因 身体 心 緊張 プレッシャー ストレス 感じる 看護師 多い
腰痛の状態：主観	腰 痛い 違う 痛み 子 聞く
身体的姿勢を意識しても優先できない	自分 姿勢 意識 見る 思う
他者の腰痛や姿勢	人 気 感じ
患者対応	患者 対応 言う
腰への負担	負担 出る 治る

表3 腰痛のない看護師の因子

因子	特徴語
姿勢を意識する	意識 ボデイレカニクス 使う 腰 負担 少ない 姿勢 自分 思う
緊張やプレッシャーへの対処方法	自信 イメージ 経験 持つ 言う
腰痛の要因	腰痛 要因 身体 心理 プレッシャー
緊張	緊張 多い 感じ 看護師 病棟 患者 痛い
聞き方	先生 聞ける わかる 出る
先輩を見て腰痛予防を意識する	先輩 見る 人 気
新人看護師のプレッシャーと対処方法	新人 慣れる 聞く 逆

である。後者の3語は「腰痛」や「要因」と同じ因子であり、腰痛との関連を示した。各因子の関連する特徴語を逐語録より抽出し以下に示す。

(1) 因子1「腰痛の要因」

腰痛の要因として、「身体的な要因というのが、かなり占めている」「腰痛はそういった姿勢、無理な作業姿勢というのが要因としてあげられる」など、身体的姿勢を言葉にしていた。そのような身体的姿勢をとる背景として、「私の腰が痛くなったのも、たまたまそのとき寝たきりになった子を受け持った。その子の体が重くて、抱えて体重測定したりとか、ケアするのも、お母さんの背に合わせたベッドの高さにして、やるから。やっぱりこつちと高さが違うから、負担が出ちゃう」「どうしても寝たきりで、体重をこつちが持ち上げて測ったりとかしなければいけないような子は、上の年数の人しか受け持たないの。だから逆に、新人さんとか若い人たちは腰が痛いとか聞いたことないです」など、患児の母親の背に合わせたベッドの高さで援助する、自分の重心の高さに合わせるのではなく他者を優先する姿勢がうかがえた。さらに、経験年数を重ねることで必要とする援助も高度化することから、さらに負担感が増える様相を示した。

ストレスの内容として、「技術的なもの以外のストレスがかなりある」「クレームとかきた患者さんに、実際、受け持ちになって行こうとするだけですごいプレッシャーだし、扉を開ける前に本当にひと呼吸していかなくちゃいけないぐらいのストレスは感じている」など、技術や患者対応について述べていた。

また、腰痛要因として身体的要因を述べていたが、「本当に急変時のときは、別に患者さんに心マしたりとか、薬剤つないだりとかなので、そんな腰には負担はかからないはずなんですけど、本当に、なんだろう。精神的なのかな。ほっとした途端に、こう、スコンと腰が抜けそうなくらいくる」「過度のプレッシャーがかかると、そういうこと（腰痛）もあるのかなあと」など、緊張感の強いときは腰への負担を感じていないが、緊張が解けると同時に感じるなど、緊張と腰へ負担感の関連について述べていた。

(2) 因子2「腰痛の状態：主観」

「同じ腰痛でも全然違う」「すごい、いまもずっと痛いんです」「腰が痛いのも、みんな結構感じ方が違うので、どういった痛みで、ずっとしびれて常に電気が走っているという人もいるし。私実際はそうなんですけど」など、自分が当事者の立場となり、腰痛について主体的に表現していた。

(3) 因子3「身体的姿勢を意識しても優先できない」

「腰痛があるから自分の姿勢を気にするようになった」「人に言われて意識をするときがある」など、自分の姿勢を能動的あるいは受動的に意識している様子を述べていた。

しかし、姿勢を意識していても、「自分の姿勢に気づくよりも、まず考えないといけないとか、やらないといけないことがあるから、そこまで手がまわらない」「自分の姿勢を気にするよりも、やるのがたくさんあって。ほかにやることかあって、優先順位が低い」など、姿勢を正すことよりも仕事や時間などを優先してしまう姿勢が現れていた。

(4) 因子4「他者の腰痛や姿勢」

「常に痛くて、何をしても。でもやっぱりこうやって治るといふ人もいるから、感じ方の違いというか、あっても気にならない人と、常にずっと感じている人と」「姿勢を意識する場面が多いから気にする人が多い」など、他者に対する腰痛や姿勢について述べていた。

(5) 因子5「患者対応」

ストレスの一つである患者対応の状況を具体的に述べていた。「やっぱり対応注意のときとかは、だんだん慣れるときもあるんですけど、『わあー』って怒って来る人とかは、『はいはい』って自分のなかで思えばいいんですけど、気むずかしい人が一番ストレス……」それに対して、「対応に困る患者さんとかだったら、『まだ新人だから私が行くよ』って先輩が言ってくれたりするので。そういった面では、まだあんまりストレス感じない。経験もないですから。これからたぶんそういう人にも対応していけないといけなくなっちゃうので、今後はストレスになると思いますけど」など、技術同様に患者対応についても、先輩看護師が新人看護師を配慮する姿勢を述べていた。

(6) 因子6「腰への負担」

「負担は感じる作業をしているけど、ときがたてば治る」「その子の体が重くて、抱えて体重測定したりとか、ケアするのも、お母さんの背に合わせたベッドの高さにして、やるから。やっぱりこつちと高さが違うから、負担が出ちゃう」と、腰への負担が出る状況と治る状況を述べていた。

以上より、腰痛のある看護師の特徴をまとめると次のようになる。

- ①腰痛の要因は身体的姿勢である。
- ②腰に負担がかかる状況は把握しており、身体的姿勢を意識しているが、適切な姿勢をとるよりも他者や仕事、時間を優先する傾向がある。
- ③経験年数を経るごとに技術や患者対応など新人へ配慮する姿勢がみられ、新人看護師よりも身体的・心理的・社会的な負担が大きい。
- ④腰痛の状態は個々により異なり、自分自身と姿勢に関して主観的に、あるいは他者の視点から客観的に表現している。

b. 腰痛のない看護師

腰痛のない看護師で分析対象となった語は38、線は60、および密度は0.085であった（図2）。分析より7因子を抽

出し、以下のように特徴づけられた。共起の最も強い単語は「ボディメカニクス」「使う」および「自信」「持つ」である。前者は「姿勢」「意識」などと同じ因子であり、ボディメカニクスの活用は姿勢を意識することと関連を示した。各因子の関連する特徴語を逐語録より以下に示す。

(1) 因子1「姿勢を意識する」

ボディメカニクスを活用せず腰への負担を感じることで、自分の身体的姿勢を感覚から意識する過程を述べていた。「痛みとか負担がかかったときは意識する」「実際に働いてみると、うまくボディメカニクスを使えていないことがはじめは多かったの、それで痛みが出てきちゃう原因なのかなって、少しずつ自分の身体でわかってきて、2年目ぐらいからは、新人も入ってくるので新人さんと一緒にベッドメイキングをすることもあって。もう一度、改めて意識するようにはなってる。たぶん腰痛とかも感じなくなりましたってんですけど。意識自体はあるのかなあと思うんですけど」などである。また、「いい人を見たりとか、自分の姿勢を見て、そういうときに気をつけるのかなあと思います。とくに意識して気をつけたりはしてないんですけど。ああ、無意識のうちに意識をしているみたい」など、他者の身体的姿勢を見て自分の身体的姿勢を意識する。そして、意識しているうちに無意識化していく様子も述べていた。

(2) 因子2「緊張やプレッシャーへの対処方法」

緊張やプレッシャーへの対処方法として、「プラスのイメージじゃないですけど、できたのをイメージして。点滴でも失敗するかも、と思うと失敗しちゃうので、絶対入るなあと思ってやってみるとかして。あとはもう実行するのみ、みたいな感じで、自信をもって。自信がなくても自信をもったフリをしてやったんですかね」「プレッシャーは時間を経て経験することに。……経験して減っていった」「いままでたくさん同じことを経験しているケースだったら、自信をもっていままではできる」など、プラス思考的な姿勢や経験を積むことでプレッシャーは減ると述べていた。さらに「自分の腰にきちゃうので、腰にくるのがたぶん何回かやっているうちに、自分のなかでわかっているの、たぶん覚えてなくても、確かそんなこと言われたなあみたいな感覚で。……できてない部分がもう感覚として身につくようになっていた。……経験積んで」など、経験を積むことで感覚から意識して行動できるようになる様子も伺えた。

(3) 因子3「腰痛の要因」

腰痛要因について、「看護師の患者さんを動かすとか、そういう行動に対しての腰痛というのは、すごいイメージとしてはあります」など、身体的要因のイメージは強く、「緊張感とかで肩こりとかはたぶんつながると思うんですけど、腰痛までは」など、心理的要因は認知していなかった。また、身体的要因の背景には「人員が多いと、容易に

普段から体交できる環境がある」「患者さんの人数よりも看護師の人数のほうがもちろん多いところだったので、体交するときも、何をするときも、力を入れるときは2人でやっていた」「実施する回数も、腰痛を持っている人と比べると少ない」など、人的環境が整っていると作業動作の負担が軽くなり、身体的姿勢への負担も軽減するとした。

同じ因子である「プレッシャー」については、「異動してきたというのもあって、やっぱり一から教えてもらうわけにもいなくて、新しい処置にいつてらっしゃいとなるのがすごくプレッシャーで」など、異動先の間関係などを述べていた。

(4) 因子4「緊張」

「緊張する機会は多いかなあと思います」と、患者さんや医師との対人関係において緊張すると述べていた。「対人関係でも緊張した」「外来のときは、患者さんにもやはりすごく緊張する」「病棟とかだと、やっぱり先輩とかに見られているというのですごく緊張した」「やっぱり新しい処置とかになると、時間外とかで全く知らない患者さんが運ばれて来たりとなると、やっぱりお手伝いするのも慣れてなかったりというのもあるので」「外来のときは、患者さんにもやはりすごい緊張するんですけど、やっぱり先生とのコミュニケーションがすごく重要になってくるので。いろいろな先生がいるので、その先生に対して、自分の対応を変えたりとかするんですけど。やっぱりそういうのも慣れて、向こうの先生も慣れてくるので、慣れるまでと思って」などである。

(5) 因子5「聞き方」

聞き方について、「新人のときは聞くことすら怖かったですけど」と、新人のときは聞くことに怖い感情も抱いていた。しかし、「だいたい想像もつくし、わかんなかったら先生に、『次、何が欲しいんですか』って処置のときとかも聞けるずうずうしさなんですかね、が出てきた」「大事なところだけ聞ける。聞けるというか確認できる」「全体のなかで何を押さえないといけないというポイントがわかって、そこを聞ける」など、経験することで先の見通しを立て全体を把握する傾向や、状況に応じて聞き方が変容してく様子がみられた。

(6) 因子6「先輩を見て腰痛予防を意識する」

腰痛を患う先輩の様子を見ることで、あらためて腰痛予防の意識を高めていく様子を述べていた。「はじめは腰痛もそんなに出るものじゃないと思っていたんですけど、実際先輩とかを見てみると本当につらそうなので、やっぱりはじめからきちとした体位ができてないと、もうそれで固定化していつちゃうと。面倒くさかったりして、ベッド上げないままやっちゃったりとかも、やっぱり仕方ないと思うんですけど、それが続くとうなっていかかというの

も、先輩が教えてくれるので、たぶん意識をしないといけないなあとは思うようになったと思うんです。たぶん、認知できるようになってきた」「腰にきている先輩もやっぱりいるので、そういった面でも先輩から助言をいただいたりして、やっぱり大事だなあというのはたぶん教えてもらったり、自分でも意識して動いているのかなあなんて思いますね」など、身体的姿勢と同様に、他者の腰痛の状態を見て腰痛をとらえ、予防を意識していく様子を述べていた。

(7) 因子7「新人看護師のプレッシャーと対処方法」

新人看護師のプレッシャーとして、「新人のころは先輩へのプレッシャーがいちばん大きかった」「患者さんとはうまく話せるんですけど、後ろに先輩がいると無言の圧力みたいな感じで。しっかり見てはくださっているんですけど、私としてはすごく緊張して、うまくいくのもいかなかったりとか」「新人のときは、新しいことが多いので、初めてやることとかだと、最初のほうは大丈夫かなあと思うときとかは、すごく緊張して」「(緊張することは)人間関係がいちばん、あとは技術、新人のころは」と、先輩などとの人間関係や技術を述べていた。その対処方法として「もう回数こなして、逆に先輩に経験積みば積むほど気軽に聞けるようになって。逆に」「つらいといっても慣れるまでだして、どんどんみんなと話をしたりしているうちに、だんだん慣れてきたので」など、経験を重ねるなかで慣れていく様子が伺えた。

以上より、腰痛のない看護師の特徴をまとめると次のようになる。

- ①腰痛の要因は身体的姿勢と認知し、人的環境がよいと作業動作の負担が軽くなり、身体的姿勢への負担を軽減させている。
- ②自分自身の身体的姿勢について、腰の負担を自覚しており、他者の身体的姿勢を見て自分自身の身体的姿勢を無意識化していく。
- ③先輩など他者の腰痛の状態をとらえ、その予防を意識する。
- ④先輩、医師、患者、異動先の人間関係などが緊張やプレッシャーとなる。
- ⑤緊張やプレッシャーへの対処方法は、プラス思考的な姿勢をもち、意識して経験から学ぶことである。

VI. 考 察

1. 腰痛の有無と身体的姿勢との関連

腰痛の有無にかかわらず、腰痛の要因は従来から言われている身体的姿勢をあげていた。看護師の人数が多い病棟では2人介助をする、体位変換の実施回数は腰痛をもっている人に比べると少ない、など病棟や人的環境によって異

なる作業動作の負担が身体的姿勢に影響を及ぼしている。

腰痛のある看護師は腰に負担がかかる身体的姿勢であると認識していても、他者や仕事、時間を優先する内容を示した。また、「身体」と共起関係があるのは「腰痛」「要因」のほかに「プレッシャー」「緊張」など、8語と多かった。

身体的姿勢は、腰痛や緊張などとの関連が深く、不適切な身体的姿勢の背景に心理的姿勢および社会的姿勢が存在する様相となった。適切な身体的姿勢をとるための知識や技術を修得しても、他を優先せざるを得ない環境や姿勢があり、そのことが40年以上ボディメカニクスの教育がなされても腰痛が改善されない理由の一つとも考えられる。それゆえ、身体的姿勢に影響している心理的姿勢や社会的姿勢も踏まえて検討することが必要と言える。

対して、腰痛のない看護師は、自分自身の腰の感覚や他者の姿勢を見ることによって、自分の身体的姿勢を内面と外面の両面から意識する内容を示した。「身体」と共起関係があったのは「要因」「プレッシャー」などの腰痛の要因と関連する因子のほかに、「自分」を含む姿勢を意識する因子とも関連があった。さらに、先輩看護師の腰痛の状況を見ることで、自分に反映し腰痛予防の意識を高めるなど、他者を意識することで何をどのようにすればよいのか自己評価し調整する傾向が伺えた。これらは、看護師自身が身体的姿勢を認識し知識と動きと感覚を一体化することで身体をうまく使いこなす技術の修得であり、渡會¹⁸⁾のいう「Awareness」の概念に相当すると考えられる。腰痛のない看護師は、腰痛や身体的姿勢を多角的にとらえて調整することで、腰痛を効果的に予防していると考えられる。

2. 腰痛の有無と心理的姿勢との関連

腰痛の有無にかかわらず、看護師は人間関係や不慣れた技術などを緊張やプレッシャーとした。腰痛のある看護師では、緊張やプレッシャーの両方に共起関係がみられた「ストレス」は10回と頻出した。対して、腰痛のない看護師は3回のみであった。腰痛のある看護師は、緊張やプレッシャーがストレスになりやすい。

さらに、先輩看護師は新人看護師に配慮することで、技術とともに患者対応のレベルも高くなり、身体的姿勢だけでなく心理的姿勢や社会的姿勢の負担も重くなる傾向を示した。腰痛を発症することにより、心理的な負荷はかかりやすい。反面、精神的プレッシャーやストレスは腰痛などの危険因子である^{12), 13)}、との報告に準ずる内容となった。今後も、看護師の腰痛と心理的姿勢との関連について詳細な分析が必要といえる。

対して、腰痛のない看護師は緊張やプレッシャーに対して、全体をとらえて現時点のポイントを理解して聞く、意識して経験から学ぶ、など対処行動に関する因子が7因子

中3因子を占めた。さまざまな対処行動を取る姿勢は、心理的・社会的な負担が軽減するだけでなく、それらに伴う身体的負担も軽減する。腰痛のない看護師は、プレッシャーやストレスを軽減する対処行動をとることで、腰痛を効果的に予防していると考えられる。腰痛のある看護師は対処行動に関する因子は1つもないが、腰痛のない看護師は、自らの腰痛経験から腰痛予防を意識する内容が多くなったと考えられる。腰痛の要因ではなく、腰痛を認識し予防する因子として、対処行動は重要な因子と考えられる。

3. 腰痛の有無と社会的姿勢との関連

腰痛のある看護師は、時間的制約のため自分の姿勢にまで気がまわらない、2人介助のほうが楽とわかっているのに1人で無理して行う、など他者に遠慮したり仕事や時間を優先したりするなどの感情労働を示した。さらに、腰痛のある看護師は部屋に入る前に一呼吸おいてから入室するなど、患者対応によるストレスが高い傾向を示した。そのため、患者に対する感情労働の程度も高いと推察できる。

このような感情労働を行う姿勢は、ボディメカニクスなどの知識の有無にかかわらず周囲の環境から受ける影響が大きい。そのため、時間や環境、人間関係など個々の看護師では対応しにくい状況について、必要に応じて看護管理的な視点での取り組みも必要といえる。

対して、腰痛のない看護師は移動介助などを2人介助で行うことが多い。人間関係などで感情労働が働くが、経験することで全体を把握し状況に応じた対応や聞き方をするなど、自分自身の負担が軽減するよう対処する姿勢がみられた。この点は、社会的姿勢での対処行動と同じ傾向といえる。

4. 腰痛のある看護師と腰痛のない看護師の特徴

腰痛のある看護師の腰痛要因は身体的姿勢との関連が高く、自分自身と姿勢に関して主観的あるいは客観的に表現し姿勢を意識している。しかし、腰に負担のかからない姿勢をとる術を修得しているにもかかわらず、他者や仕事、時間を優先する傾向がある。先輩看護師は新人看護師へ配慮する姿勢も加わり、困難な技術や患者対応などが増え、身体的姿勢だけでなく心理的姿勢や社会的姿勢の負担が重

くなる様相を示した。

腰痛のない看護師は、自分や他者の姿勢や腰痛、腰への負担感を意識することで、自分自身の姿勢や行動を評価し調整するなど腰痛を予防する因子が多く抽出できた。さらに、緊張やプレッシャーに対しても意識して経験から学ぶ姿勢をとることで、自信につなげていくなど、心理・社会的姿勢に対する意識が高く、適切な対処行動をとることで腰痛を予防していると考えられる。ストレスなど心理社会的因子によりドパミンシステムの活性化が低下することで痛みを感じやすくなる³⁰⁾ことから、看護師の腰痛を改善する因子として、ストレスなどへの対処行動についてさらに検討する必要性が示された。

VII. 本研究の限界と課題

今回、腰痛を有する女性看護師と腰痛のない女性看護師の語る内容を看護系大学卒業1年目と5年目に限定したため、それぞれの腰痛に関連する因子を可視化できたが、一般化までには至らないことが本研究の限界ともいえる。

社会的責任が重く心理的負担の多い看護師の腰痛問題を改善するため、身体的姿勢とともに腰痛にかかわる複雑化した心理的姿勢・社会的姿勢を詳細に分析することが課題である。

VIII. 結 論

1. 腰痛を有する女性看護師の腰痛は、緊張やプレッシャーを要因としないとしながらも、腰痛に関連する因子として身体的姿勢の背景に心理的姿勢および社会的姿勢が関連していた。
2. 腰痛のない女性看護師は、心理的姿勢および社会的姿勢に対する意識が高く、適切な対処行動をとることで腰痛を予防していると考えられる。

謝 辞

本研究にご協力いただきました看護師の皆さま、および病院関係者の皆さまに感謝いたします。

要 旨

女性看護師の腰痛の有無と身体・心理・社会的姿勢に関連する因子を抽出し、その様相を明らかにすることを目的とした。4年制看護系大学卒業後1年目と5年目の女性看護師8名を対象に腰痛の有無別グループに各2名ずつ配置し、半構造化グループインタビューによりデータ収集し、テキストマイニング分析と共起ネットワーク分析により質的データを可視化した。結果、腰痛のある看護師は、腰痛の要因は身体的姿勢に重きをおき、自分自身の身体的姿勢に関して主観的あるいは客観的に意識しているが、他者や作業効率を優先し身体的姿勢だけでなく心理・社会的姿勢の負担が重くなる様相を示した。腰痛のない看護師は、自分自身の身体的姿勢や腰への負

担感および他者への姿勢や腰痛を意識することで、自分の姿勢を評価、調整し対処行動も高い様相を示した。心理・社会的姿勢に対する意識が高く、適切な対処行動をとることで腰痛を予防していることが示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to identify factors related to low back pain, physical posture, psychological attitude, and social attitude in female nurses.

We adopted a total of eight female nurses in their first or fifth years of employment after graduating from a four-year nursing university were allocated in pairs to groups with or without low back pain, and data were collected using semi-structured group interviews. Qualitative data were obtained by performing text mining analysis and co-occurrence network analysis.

As a result, nurses with low back pain considered physical posture to be the main cause of low back pain. Although they were subjectively or objectively aware of their physical posture, they prioritized others or work efficiency and had a heavy burden not only in terms of physical posture but also psychological and social attitudes. Nurses with no low back pain assessed and adjusted their posture by being aware of their physical posture and burden on the low back as well as attitude toward others and low back pain. They also had a strong awareness of not only physical posture, but also psychological and social attitudes related to low back pain prevention, as well as a high level of coping behaviors.

These results suggested that nurses had prevented low back pain by they took the appropriate coping action with consciousness for the psychological attitude, and social attitude.

文 献

- 1) 佐藤正夫, 四戸隆基, ほか: 医療従事者における腰痛有訴率. 中部日本整形外科学会雑誌, 51(2), 207-208, 2008.
- 2) 木口大輔, 田内秀樹, ほか: 急性期病院における腰痛実態調査 — 看護師と事務職員の比較を中心に —. 理学療法学, 34(2), 529, 2007.
- 3) 房野絹可, 久保千恵子, ほか: 当院における腰痛実態調査. 日本腰痛学会雑誌, 13(1), 113-120, 2007.
- 4) 木村庸子, 福島里美, ほか: 看護職員の腰痛の実態調査. 交通医学, 60(1-2), 67, 2006.
- 5) 磯野富美子: A病院における腰痛の状況と関連要因. 聖母大学紀要, 4, 25-32, 2008.
- 6) 木田明子, 野口さなえ, ほか: 病棟看護師のボディメカニクスの意識と腰痛に関する調査. 福島労災病院医誌, 7, 54-58, 2004.
- 7) 長島太郎, 宮川修一, ほか: 医療従事者の腰痛について — アンケート調査の解析. 東北整形災害外科学会雑誌, 49(1), 17-20, 2005.
- 8) Royal College of General Practitioners: Clinical Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain. Royal College of General Practitioners, London, 1996 and 1999.
http://www.chiro.org/LINKS/GUIDELINES/FULL/Royal_College/
- 9) European Guidelines for the Management of Acute Nonspecific Low Back Pain in Primary Care. 2004.
http://www.backpainurope.org/web/files/WG1_Guidelines.pdf
- 10) European Guidelines for the Management of Chronic Non-specific Low Back Pain. 2004.
http://www.backpainurope.org/web/files/WG2_Guidelines.pdf
- 11) 長谷川淳史: 腰痛ガイドブック. 春秋社, 東京, 2009.
- 12) Smith, D R, Wei, N, Zhao, L, Wang, R S: Musculoskeletal complaints and psychosocial risk factors among Chinese hospital nurses. Occup Med, 54(8), 579-582, 2004.
- 13) Violante, F S, Fiori, M, Fiorentini, C, et al: Associations of psychosocial and individual factors with three different categories of back disorder among nursing staff. J Occup Health, 46(2): 100-108, 2004.
- 14) 厚生労働省: 職場における腰痛予防対策指針. 基発題547号, 1996.
http://www.rikusai.or.jp/public/horei/yotsu_shisin.pdf
- 15) 日本医療機能評価機構医療サービスセンター: 腰痛診療ガイドライン2001. 2001.
- 16) 町田秀人: 勤労者の腰痛の実態 — 職場における心理・社会的要因の関与 — (第2報). 独立行政法人労働者健康福祉機構勤労者筋・骨格系疾患研究センター, 2008.
<http://www.research12.jp/h13/pdf/05.pdf>
- 17) 小林和彦, 辻下守弘, ほか: 職業性腰痛の発症と心理社会的因子との関連性 — 看護職の腰痛実態調査を通しての検討 —. 理学療法学, 27(2), 294, 2000.
- 18) 渡會公治: 美しく立つ — スポーツ医学が教える3つのA. 文光堂, 東京, 2009.
- 19) 橋内 勇, 大塚吉則: 大学生における猫背, 腰痛・肩凝りの発現率とその対策についての調査. 北海道大学大学院教育学研究紀要, 104, 205-211, 2008.
- 20) Sarno, J E / 長谷川淳史, 浅田仁子 訳: 心はなぜ腰痛を選ぶのか — サーノ博士の心身症治療プログラム —. 春秋社, 東京, 1984/2003.
- 21) 紺野慎一: 腰痛の社会的背景と精神医学的問題. 日本腰痛学会雑誌, 10(1), 19-22, 2004.
- 22) Smith, P / 武井麻子, 前田泰樹 訳: 感情労働としての看護. ゆみる出版, 東京, 1992/2000.
- 23) 片山はるみ: 感情労働としての看護労働が職業性ストレスに及ぼす影響. 日本衛生学会雑誌, 65, 524-529, 2010.
- 24) 松平 浩: 職場での腰痛には心理・社会的要因も関与している — 職場における非特異的腰痛の対策 —. 産業医学ジャーナル, 33(1), 60-66, 2010.
- 25) 武田啓子, 渡邊順子: 女性看護師の腰痛有訴率に対する身体的姿勢とボディメカニクス活用との関連. 第31回日本看護科学学会学術集会講演集, 335, 2011.
- 26) 服部兼敏: テキストマイニングで広がる看護の世界. ナカニシヤ出版, 京都, 2010.
- 27) 樋口耕一: KH Coder 2.x リファレンス・マニュアル. 2010-11-01.
http://jaist.dl.sourceforge.net/project/khc/Manual/khcoder_manual.pdf
- 28) 武田啓子, 渡邊順子: 腰痛の発症から治癒過程の様相 — テキストマイニングによる「腰痛放浪記 椅子がこわい」の分析 —. 第15回一般社団法人日本看護研究学会東海地方会学術集会, 2011.
- 29) 夏木静子: 腰痛放浪記 — 椅子がこわい, 新潮社, 東京, 2003.
- 30) 紺野慎一: ドパミンシステムと痛み. 臨床整形外科, 46(4), 343-346, 2011.

〔平成23年9月12日受 付〕
〔平成24年4月25日採用決定〕

第 37 回

一般社団法人日本看護研究学会学術集会

講演記事(2)

2011年8月7日(日)・8月8日(月)

会長 黒田裕子

於 パシフィコ横浜・会議センター

◆特別講演Ⅱ◆

M-GTAとエンパワメント

— 質的研究の新たな可能性に向けて —¹

立教大学社会学部 教授 木下 康 仁

1. 課題設定

二つの大きな視点がひとつにつながる。それもただつながるということではなく、つながることによって取り組むべき新たな課題がみえてくる。もっとも、そういうことは特段珍しいことではないかもしれないし、聞かされても特別な感想をもつことはないかもしれない。しかし、こうした経験は本人にとっては大きな気付きというか着想であり、霧が晴れてチャレンジすべき山がはっきり目の前に確認できたような感じなのである。最終的な結果ないしは着地点がどうなるかはわからないが、自分の研究を一步進められる予感のようなものがある。この種の着想はひらめきであり直観ののだが具体的に課題に取り組もうとすると、ここに至るなかば必然的とも思える流れが自分の中にあったことが確認できるものでもある。つまり、ひらめきといっても突然思いつくわけではなく、モヤモヤとした状態がしばらくの間あったからで、その状態が重要であると思われる。

さて、本稿で取り上げる二つのものとは、M-GTA（修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ：Modified Grounded Theory Approach）とエンパワメントである。M-GTA自体についてはこれまでの検討から質的研究法としての体系化はほぼ終わっていると考えているが、エンパワメントという概念を照射したときに、両者に基本的な考え方の共通性が確認でき、その確認を媒介として、エンパワメントを構成する主要な概念特性からM-GTAをみることでこの研究法の可能性をさらに深く検討できるのではないかと、さらにそこから質的研究に固有の新たな可能性が見いだせるのではないかと考えるようになった。本稿ではこの課題に探索的に取り組んでみたい。

2. ふたつの軌跡

(1) M-GTA

はじめに筆者にとっての二つの軌跡を簡単に説明しておこう。筆者はGTAについて20年ほど前に最初の解説論文（木下、1990）を書き、10数年前からオリジナル版GTAに

独自の修正を加えたM-GTAを体系化し提唱してきた（木下、1999、2003、2005、2006、2007、2009）。『データ対話型理論の発見』（Glaser and Strauss, 1967=1996）を原著で最初に読んだのは1970年代後半、カリフォルニア大学（ロサンゼルス校）の修士課程の時であったが、その時からこれは実践的社会学論、すなわち、社会学は何をすべき学問なのかという問いに対するテーゼであると受け止めていた（木下、1999）。

その後、帰国した1984年から約10年間高齢者ケアの現場で実務についていたこともあり「実践」は自分を支える柱であった。そのむずかしさとやりがいは、複雑な問題を抱える高齢者に対してどう関わることが「正解」であるかわからない状況にあって、しかし、何らかの対応をしなくてはならないという現実責任を背負ったりアリティにあって。倫理的、理論的、技術的なすべての視点を動員してその段階でベストと考えられることをケアとして社会的相互作用において実践する経験から、個別の人間理解を前提とした作業仮説としてのケアプランを検討するシステムを構築していった（木下、1989、1993、1997）。一言でいえば、ケアする側の当事者として自分を研究のインスツルメントとしながら実践と未分化の形で研究者として受けた訓練を活用していたように思える。そうした経験の圧倒的な影響は、あるときPh. D.とは何の略かを問われてすぐに答えられなかったというエピソードで伝わるであろう。むろんDoctor of Philosophyの略で博士号のことである。カリフォルニア大学（サンフランシスコ校）でそれを目標に厳しい留学生活を送ったのであるからまさか忘れるはずはないことを、忘れていたのである。現場のもつ魅力であり圧倒する迫力である。その経験は逆に実践の側からの研究の必要性という問題を自分につきつけてきた。実務の世界の強力な吸引力と没頭する自分、それが在るべき状態であるという立場もあろうが、一定の距離をとることの必要性とそのためのものである研究の方法（論）の必要性を考えるに至り、実践と研究の関係に具体的な場を越えて成立しうる知、つまり、経験知にとどまらず共有可能な知の生成と蓄積を導入することの必要性とを学んだ。ケアの関係が自己閉塞しないためにはオープンな知的状況が重要で、それを支える活動として研究の役割を再認識する。このことが、

¹ 本稿は、第37回日本看護研究学会における特別講演での問題提起を発展させたものである。特別講演の内容を含む論考はすでに発表してあるのでそちらを参照されたい（木下、2011b）。

後に実践的質的研究法としてM-GTAという具体的な形にまで体系化していく動機となる。

一方、1999年からM-GTAを用いて研究を行う人たちへの相互の助言や批判的検討の場として研究会の活動を続けてきている²。定例研究会が中心であるが、修論報告会、公開研究会、合宿などの形態をとりながら、経験的学習の機会を提供している。10年を超えた活動からM-GTAを用いた研究が実践との関係を重視した“運動”としてさまざまなヒューマン・サービス領域で定着してきていると感じている。

(2) エンパワーメント

他方、エンパワーメントに関しては主に社会福祉の新しい援助理念、サービス利用との関連で漠然と理解していたにすぎなかったのだが、2009年にバングラデシュのNGO、BRAC（旧名Bangladesh Rural Advancement Committee、現在の正式名称はBRAC）を対象に福祉社会論の理論枠組みから共助型自律社会システムの研究を開始し、同年と2010年にフィールドワークを実施したことで新たな概念として浮上してきた（木下、2011a）。バングラデシュは近年目覚ましい経済発展を遂げているが、世界的には最貧国の範疇に分類されている国である。私は途上国の開発発展支援については専門外であるためその方面からのアプローチではないが、BRACというNGOに衝撃を受けた。専門ではなかったがゆえに新鮮な学びとなったのだが、その具体的組織体制や活動を理解するキーワードとしてエンパワーメントの概念に至ったことは、おそらく文献で理論的に学ぶだけであつたら得られなかったであろうインパクトを与えることになった。

BRACは非常に特異なNGOと思われる。その特性は他の多くのNGOにも共通するのであるが、BRACほど成功したケースはない。貧困軽減、保健、教育、女性の人権擁護など人々の日常生活と関連する多様な分野で国家機能の一部分を代替ないしは補完するまでに成長した世界最大規模のNGOである。ここで詳しい説明をする余裕はないのだが、BRACはパキスタンからの独立戦争後の1973年に設立されたのであるが、2008年現在で約12万人を雇用し国内全体に独自の活動網をめぐらし総予算6億米ドル、しかもその7割強を自己財源でまかなっている。先進国からの資金援助を財源とするNGOがほとんどである中でこの点だけでも驚異的な事実であり、中小企業向け融資のためのBRAC銀行（国内第5位の規模）を設立し農村部の女性が製作した手工芸品などを集中販売する事業も行っておりAarong（アーロン）の店舗名でバングラデシュを代表するブランドにもなっている。また、BRAC大学も設立し短期

間に同国内での主要私大の高ランキングを獲得し、大学院では上級公務員の教育や研修も提供している。さらには、アフガニスタンやアフリカ諸国において包括的なBRACモデルで支援するという南々支援でも画期的な役割を果たしている。

換言すると、NGOでありながら資本主義的活動により収益を確保し、それを非営利の事業に投下し、拡大成長路線をひた走っているわけで21世紀の世界状況で考えるとNGOであつてNGOを越えたような不思議な組織である。そして、BRACの理念とシステムの中心にエンパワーメントの考えがおかれているのである。現実の困難な問題に直面している当事者たちが自分たちの力で改善に取り組む力をいかにして身につけていけるかが支援目標であり、その活動は組織やシステムの先にある「人」に収斂していく。

BRACの組織論は中央集権型ではなく権力分散型で全国を機能分節のネットワークでつないでいる。また、研修制度を緻密なレベルまで徹底している。本稿との関連からBRACの組織特性を示す一例を紹介すると、本部に「研究・評価部門Research and Evaluation Division、略称RED」という部署がありBRAC設立直後の1975年にはすでに設置されている。REDはそれ自体が研究テーマに値するほどユニークなのであるが、現在担当分野別に60名ほどのスタッフを有し、単体のNGOが抱える研究機関としては屈指の規模と活動内容を誇る。REDは実施中の事業の実践評価や新規事業の開発とその実現可能性などを検討している。アカデミックな研究よりも実践研究を重視している。この部門は現業部門とは利害関係にもなりやすいので研究活動の独立性を保持するため組織的には理事会直属である。また、評価研究の結果は公表されるだけでなく、改善案とともに関連部署に報告される。ただし、強制力はないとされている。また、REDは当初からBRACの総予算の1.5%を配分されており、この比率はBRACの予算規模が拡大した現在でも変更されていない。一言でいえば、この部署全体が実践的研究をしており、素朴な形ではあるが質的研究法も活用されている。

さて、BRACを通してエンパワーメントの概念が見えてきたのであるが、自然な流れとしてBRACの活動理念の中核にあるフレイルの教育論（Freire, 1970=1979）を学ぶことになる。途上国の開発支援の分野では基本中の基本とされる彼の理論を遅まきに学習することになるのだが、そこから身近な関心領域にもこの概念がつながるようになっていく。例えば、保健活動を中心としたアクションリサーチとの関連（Kiefer, 2007=2010）や、現在継続中のケアラー（Carer：家族、友人、近隣者などの非報酬介護者）支援の研究プロジェクトの重要な視点となっていく（概要は、木下、2012）。例えば、多様な活動に共通するも

² M-GTA研究会の詳しい活動内容は、<http://www2.rikkyo.ac.jp/web/MGTA/index.html>を参照されたい。

のとして「答え／解決策は教えない」という指針がカギであることに気付く。答えが与えられれば依存してしまうが、それを自力で求め実践していける力をつければその人は自律／自立へと歩み始められる。援助は、与えるのではなく、答えを見出す力を培うために行われる。

こうした過程を経て筆者はエンパワーメントとは何であるのかを理解できるようになったのであるが、その過程でM-GTAの主要特性とエンパワーメントの考えが、社会状況や背景は大きく異なっているにもかかわらず、本質的なところで重なる部分が多いことに気付くことができたのである。すなわち、最終的に目標としているのが「人」についてであること、判断と行動において自律的力量をつけることは共通している。後述するようにM-GTAの考案過程においても技法を明確化してもそれに偏らず基本的な考え方とセットで、しかも、経験的に、どのように学習するのが効果的であるかを検討し提案してきたのであるが、エンパワーメントの考えにより今まで以上に学習する側に力点をおいた組み直しという工夫が必要であることがわかった。

これは実際には微妙でむずかしいのだが、単に理解しやすいように教えるのでは十分ではなく、自律的に実践できる力を習得できる学習方法の開発が必要となり、M-GTAについても「教える」から「学ぶ」へと視点を切り替えたらどようになるのかを検討してみたい。教える側、学ぶ側という分け方をすると前者から後者への方向が一般的だが、主客の比重を逆転させ前者はそれを支える役割とする形を考案すべきではないかということである。少し誇張した言い方をすると、M-GTAは教えてもらうものではなく学ぶものとなる。自分たちの学習で理解し習得していく方法の開発である。分析の方法にただ手順的に従うだけでは適切な分析結果が得られる保証はないこと、【研究する人間】の視点、解釈の選択的判断は自分しかできないこと、経験的学習の重要性、機能としてのスーパーヴィジョン、分析結果の実践的活用、等々、M-GTAの説明で強調してきた基本特性を学習側から再編する足場を得た。

本稿はこの課題についての基礎作業であるが、最初にエンパワーメントの概念についてそのエッセンスを確認しておこう。なお、この論文ではM-GTAの解説自体が目的ではないので詳細に関しては筆者の他の文献を参照されたい。

3. エンパワーメントの概念的要点

エンパワーメントの概念のエッセンスは、とりあえず次の5点にまとめることができよう。

(1) 人間観……人間の能力に対する基本的な信頼である。絶対的信頼と言ってもよいかもしれない。それほど強固な

立場で、エンパワーメントのすべてはここに立脚する。どのような困難な（powerless）状況にあっても人間には本来的にその状況を理解し働きかけていく能力がある。

(2) 教育と「意識化」……自分の置かれた状況を理解することが意識化であり、それを目標に行われるのが教育である。フレイルによって提示された立場で、ここでの教育とは制度化された学校教育を越えた拡がりがあり、すべての社会関係の基軸といえる位置におかれる。意識化は言葉や知識を増やすのではなくそれらを使って自分の直面している現実を理解できるようになることで、分析的、論理的思考が組み込まれている。エンパワーメントは意識化から始まり、援助はその教育から始まる。読み書きの学習が根幹になる。

このダイナミズムはフレイルが、母国ブラジルで取り組んだ識字教育のプログラムで典型的に示されている（Freire, 1979, pp.255-305）。詳しい説明の余裕はないので、簡単にみておこう。識字教育から連想するのは、英語でいけばA, B, Cからの学習であろう。子どもが学習するのと同じように考えやすい。しかし、現実には過酷な現実におかれた成人が対象であり、過重な労働や貧困生活の中で学習意欲すら期待できない。こうした状況下での識字教育は、例えば、クワを持った農夫や井戸、家や樹木が描かれた絵を使って、自然と文化をテーマに次のようなやり取りをする。

調整者（教育者）は、「だれが井戸を掘ったのか」「なぜそうしたのか」「どのように掘ったのか」「クワを作り出した力と木を生じさせた力とは同じだろうか」「違うとすればどのように違うのか」などの質問を発しながら、自然と文化の違いや、労働をとおして現実を変えてゆく創造的な存在としての人間や、人間の必要性とそれを満たすための労働の役割について、民衆自身が確認し、理解してゆく方向へと議論を導いていく。（p.268）

単に読み書きを教えるのではなく、日常的経験に関連させながら考えさせ、気づかせ、知ること、理解することに意味を実感として見出せるように働きかけているのである。そして、「音節が豊かで発音が比較的難しく、民衆の日常経験から切り離しえない言葉」（同, p.271-272）が選択され、その言葉の意味や背景が理解できるよう絵や写真などが活用される。こうしてひとつの意味のある言葉が学習される。だから例えば「スラム」という言葉の場合には、関連して「住宅、食糧、衣服、保健、教育などの問題」（同, p.273）が課題であることが理解されていく。このようにひとつの言葉の学習は単語ひとつの暗記ではなく自分の置かれている現実の理解と不可分に行われ、意識化

とはそうした力の習得とされる。

(3) グループによる活動……エンパワーメントの展開では、当事者たちで構成される比較的少人数のグループの形がとられる。学びあう関係を重視しており、グループワークの効果が組み込まれている。むろん、当事者だけではなく、ここに専門的に訓練を受けた人間が対等の立場で参加する。実際に問題解決に向けて何らかのアクションを起こしていくには、個人よりもグループの方が力を発揮できるためでもある。

(4) 学習する組織……グループは実際の活動レベルに対応するが、そこから発展してより大きな規模で組織化を図る場合があるが、その組織論的特性としてこの点が挙げられる。学習する組織の「学習」とは何か。失敗から学ぶという姿勢とその実践である。つまり、中央集権的、上意下達的組織ではなく、権力分散的、機能分節的組織で、それぞれの部署が一定の自律性をもつ。失敗が能力評価や懲罰対象とされれば萎縮して失敗しないことに関心が向くが、失敗から学ぶ組織であれば常に新たな試みに取り組むオープンさと失敗からの教訓の共有も促進される。運動体的組織と言ってもよいだろう。

(5) エンパワーメントの3類型……上記の4特性とは異なる視点からになるが、個人のエンパワーメント、コミュニティのエンパワーメント、専門職のエンパワーメントに分けて考えることができる (Sedan, 2004)。個人のエンパワーメントとはアイデンティティや自己効力感と関係するが、ソーシャルワークを専門とするSedanはこれら3類型のうちコミュニティ・エンパワーメントとその過程における専門職のエンパワーメントを強調する立場をとっており本稿でも踏襲したい。コミュニティ・エンパワーメントは住民たちが協力して地域の生活上の問題や課題に対して解決や改善のために取り組む活動を指している。エンパワーメントの概念には本来的に個人のレベルだけで完結するという意味はもともと希薄であり、他者との関係性とその拡がりも含意されている。このことは、人々がなぜpowerlessな状態におかれるかを考えれば自然に理解しやすいのであり、そこには社会的な背景があるからである。しかも彼女はコミュニティを地域社会だけに限定するのではなく「不可欠の共有特性critical common characteristics」によりつながる人々の集団をもコミュニティと規定しているから、地域社会という空間を超えてさまざまな社会状況におかれた人々にまでエンパワーメントの概念が拡張される。これによりヒューマン・サービス領域の現場が射程域に入るのである。

3類型の中でとりわけ重要となるのが、専門職のエンパワーメントである。一般には専門職はpowerlessな状況におかれた人々が自分たちの力を組織して問題に取り組むの

を援助する立場にあると考えられているから、専門職自身がエンパワーメントの対象であるとはどういうことであろうか。援助者-被援助者という関係を前提として成り立つ専門性とは異なる専門性が要請されているということであり、言うなれば専門性の特権性を抑制し対等な立場で自分の専門的能力を発揮できるようになることである。専門職にとっては、これはむずかしい課題でありエンパワーメントの観点が重要となる。主語は常にコミュニティのメンバーであり専門職は彼/彼女らが自分たちの力で問題解決にあたるのを支援する位置にたつ。触媒のようであるが、受け身とも違い、側面から不可欠の働きかけを継続する。「答えは教えない。解決法を見つけられるように手助けする」というエンパワーメントのテーゼを思い起こすと理解しやすいだろう。「教えない」には「答えはわかっている」という前提があるわけで、専門職にとっては忍耐と一定の期間にわたる継続的な関わりが必要となる。

M-GTAは研究結果の実践的活用、現場での応用を不可欠の要素としており、それは研究の在り方としての立場だけでなく、質的研究法としての独自性を方法論的に確保するためでもある。M-GTAとエンパワーメントの関係は3タイプの中の専門職のエンパワーメントに焦点がおかれ、エンパワーされた専門職がヒューマン・サービス領域のそれぞれの「コミュニティ (不可欠の共有特性によるつながり)」において、自分たちを含めた当事者たちの問題対応力の形成に向けて援助的な関わりをするという構図となる。当面は専門職のエンパワーメントを課題とする。換言すると、誰が何のためにその研究を行うのかという【研究する人間】の視点、そして、答えではなく答えを見出すための問いの設定である【分析テーマ】の視点と誰に焦点をおいて解釈するかを示す【分析焦点者】の視点、すなわち、M-GTAにとっての根幹部分は専門職のエンパワーメントの考えとほとんど重なるのであり、したがってそこからコミュニティのエンパワーメントへとつながるのである。このプロセスの中に個人のエンパワーメントに関わる部分も含まれると考えられる。

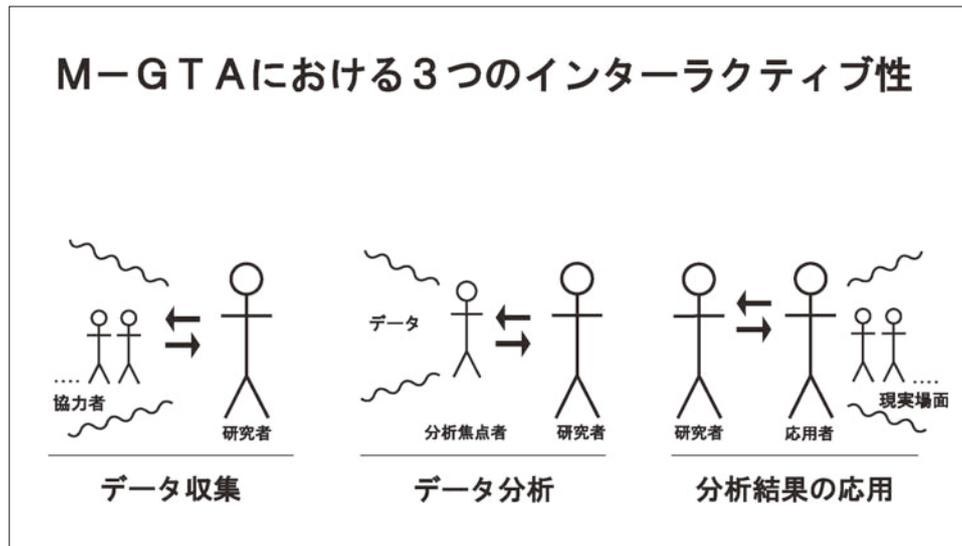
4. M-GTAの基本特性

もう少し詳しくM-GTAの基本特性を説明すると、ここまでの議論が理解しやすいであろう。

(1) M-GTAにおけるインターラクティブ性 (木下, 2007, pp.88-99)

この図はM-GTAの基本的立場を理解しやすく示している。

まず、主要な特性が二つあり、ひとつは研究をデータ収集段階、データ分析段階、そして、分析結果の応用の3段階に分けるという考え方、もうひとつは、それぞれの段階



図

において研究する人間を他者との社会関係に位置づけるという考え方である。この二つの組み合わせにより独自の立場を設定することができる。研究活動をそれ自体で成立するという立場はとらず現実との関係で考えると、その接点は一方向ではデータ収集、他方では分析結果の応用のところとなる。M-GTAは実践との関係を強調し、問題解決型、課題解決型の研究に適している研究法であり、同時に、研究結果の実践的活用を重視する研究法である。むろん、問題や課題をどう捉えるか、活用とはどのような意味においてかをめぐる議論はありえるが、それを含めて基本的な立場はこのようになる。研究が研究者の世界だけの活動となることの問題性については質的研究方法を始めとして研究方法に関する議論の中で確認されているが、どうしてもデータ収集と分析の段階に偏る傾向があり、分析結果の応用段階についての議論は希薄である。この点を正面から受け止めるべきである。

ヒューマン・サービスの領域が重要なのは、研究と実践の関係を分離することが他のどの領域よりも本質的に困難だからであり－現実と分離されているとすれば研究の側による偽装と解釈すべきである－、自然な形で研究がこの3段階を経ていきやすいからである。ヒューマン・サービス領域にとって重要なだけでなく、そうした研究の展開は社会科学系など他の領域に対して、新しい研究活動のあり方を提示していくという、ヒューマン・サービス領域を超えた可能性を示すことにもなる。そして、この文脈で、質的研究法が重要な役割を果たせる。

ところで、図が示しているのはデータ収集から分析結果の応用まで段階的に一方向に進むということではない。研究と現実世界との関係は、応用から新たな研究計画に発展してデータ収集の段階へとつながる循環的、あるいは、螺

旋的な一種の運動的なうごき、プロセスの中に位置づけられる。

第二の特性はインターラクティブ性、相互関係性で、研究する人間をそれぞれの段階において社会関係の中に位置づけることを意味する。社会的活動としての研究を行う人間として、また、意味の選択的判断であるデータの解釈を行う主体として【研究する人間】の視点を重視するのであるが、図は、研究者をその研究において一定の社会関係に“ロック (lock: 固定)”するという考え方を示しており、段階ごとにみれば、データ収集段階では調査に協力してくれる人たちと研究者との関係があり、結果をまとめた先にはその内容を理解、評価、そして、応用してもらう相手の存在がある。協力者と応用者は現実世界にいる人たちである。

対照的に、データ分析の段階の他者である分析焦点者は実在するのではなく、解釈のために研究者の中に設定される内的他者である。データを解釈するとき分析焦点者からみれば、あるいは、その人にとってはどういう意味になるのかという視点から検討していく。研究者が自分の視点だけでデータの解釈をするのではなく、他者である分析焦点者を介してしていく。

インターラクティブ性は研究者の特権性に対する反省的態度を具体的に実践する考え方である。研究の特権性に無自覚であると、結果としてそれを行使する危険は常にあるわけで、そうならないためにインターラクティブ性の確認はどの研究であれ、また、いかなる研究法をもちいるとしても重要なのだが、M-GTAはとくにこの点を強調する。しかも、社会関係に研究者を組み込んでいるから、常に明確な他者の存在が視点の中におかれる。態度の表明としてだけでなく研究において実践しやすいように技法化したわ

けで、M-GTAの独自の工夫である。

研究者との社会関係に置かれる他者の側についても確認しておこう。当事者による研究のように協力者の側にいる人が研究者になることもありうるし、分析結果の応用者がサービス提供の実務者であることもあればサービス利用の当事者の場合もありうる。共同研究であれば、当然研究者は複数になるしその背景も異なることもあり、インタラクティブ性はある程度のバリエーションで考えることができる。

それぞれの段階とそこでのインタラクティブ性の特徴は次のようにまとめられる。まず、データ収集におけるインタラクティブ性とは、研究者とデータ提供者との関係、語られた内容、観察したことがらをデータという形に置き換えるところでの相互関係性を指す。データは研究遂行上不可欠であるが、数量的であれ質的であれデータとはそもそも不完全性なものである（木下，1999，2003）。一方では、研究対象とする現実をできるだけ忠実に反映したものであることが期待されるのだが、それが完全に行われることはありえないし、他方では、数量的研究法に特徴的なように分析方法からデータの形態が規定される面もある。この確認がまず必要で、研究の内容よりも分析方法を重視する傾向が強いとデータ自体の不完全性は見逃されたり、軽視されかねない。言うまでもなく、質的データはデータが現実をより忠実に反映できることを重視する立場と共に、研究対象が多様性や複雑さを特徴とする場合に適している。半構成的面接法が用いられることが多いが、インタビューガイドをもとにできるだけ自由に語ってもらい、ディテールの豊富な内容を確保しようとするためである。それでもデータに本来的に内在する不完全性は残るので、そのことは認識しておく必要がある。

数量的データはもっと乱暴に現実をデータの形に置き換えるわけで、データ化の段階で回答者の負担が大きくなりやすい。ただ、それによりさまざまな解析法で分析を行える。対照的に、質的データは、インタビューであれば直接話してもらえるので詳しい内容が確保できるが、解釈の負担は分析者に重くなる。

次のデータ分析の段階についてであるが、M-GTAではインタビューの場合であればデータとして逐語化したところから始まる。そこからは、研究者とデータの関係に切り替え、分析作業は研究者自身の責任において行う。分析に入る前にデータ化した内容を協力者に戻して確認してもらうという手続きは望ましいが、分析自体には協力者は直接には参加せず、分析に参加する場合には協力者ではなく共同研究者という位置づけが適切となる。また、分析結果を発表する前に協力者あるいは関連する立場にある人たちに報告して反応をもらうことも具体的な確認方法として検討

されてもよいが、ただし、あくまで自分の分析結果の確認のための方法であって、反応は評価とは異なるので混同しないよう注意が必要である。

最後の分析結果であるグラウンデッド・セオリーは、図にあるようにひとつの社会的関係とそこでの相互性の世界に委ねられていく。ここで示している応用者が誰であるかが重要になるのだが、一義的には実務者が想定される。研究結果はここで現実の世界とつながることになる。

エンパワーメントは、何よりも図に一貫して登場する研究者がこのプロセスを的確に経験できるようになることである。それは、データ収集においては調査協力者をエンパワーできるものでなくてはならないし、データ分析では解釈行為に責任を負うことであり、分析結果の応用において応用者をエンパワーし関係の拡がりへとつながることと同義である。自身がエンパワーされると同時に関係にある他者をもエンパワーするという相互的ダイナミズムが専門職に期待されるのであり、M-GTAが技法としてそこを支えようと考えている。領域に密着した説明モデル（グラウンデッド・セオリー）という知の生成と実践的活用のプロセスであるから、こうした拡がりが可能となる。

(2) グループワークによるM-GTAの分析学習方法

さて、指導や教育ではなく学習促進の視点にたつと、M-GTAで現実的にもっとも重要となるのはデータの分析方法の習得である。経験的学習の有効性は言を俟たないから、この研究法に習熟した人間からの直接指導への期待は大きい。しかし、仮にそうであるとすれば限られた範囲でしか成立しないことになるから、これまでの検討においてはスーパーヴィジョンを機能として明確化するという立場をとってきた。エンパワーメントの概念からみると、それは教える関係を前提としていることになるから、学習する側に視点を置いてく見直す作業が求められる。

カギとなるのは、グループワークを活かした学習形態と、スーパーヴァイザーの力量をもちながらもファシリテーターとして対等な関係で参加する専門職が考えられる。

イメージ的に言うと、データ提供者が研究概要とデータ（インタビューの逐語録）をグループメンバーに事前に提示し、分析テーマと分析焦点者を確認の上各自がワークシートの作業をしたものをもちよる³。その際に、グループの人数分をコピーし、全員が全部の資料を受け取ってからグループでの検討を始める。最初の発表者が自分が最初に作り始めたワークシートの説明をするが、そこで指摘された具体例（ヴァリエーション）と同じかほぼ同じ部分に

³ これは、水戸美津子氏（前自治医大）が大学院の授業で実施され、また、水戸氏が会員でもあるM-GTA研究会がワークショップで試行した方式の簡略な紹介である。

着目したメンバーがいるかどうかをファシリテーターが問いかけ、いる場合にその個所と着目理由、解釈などについて発言してもらおう。複数いたら全員が同じ方式で報告する。すると、メンバーは他の人がどういう判断で当該部分に着目したのかを理解でき、相互に自分の解釈を説明しながらディスカッションを始めやすい。つまり、解釈内容を多角的に検討でき、解釈上のアイデア出しが活性化されるから深い解釈の力が付いていく。手本を示してもらい学習するのではなく、同じ立場で話し合うことで学習でき、ファシリテーターはグループのディスカッションがM-GTAの分析方法から外れていかに注意し、必要に応じて軌道修正する。

学習モデルの開発はまだ途上だが、指導から学習への視点の移行を徹底しガイドラインの形にはまとめるのは可能と考えている。そうすれば、グループに参加した人たちがファシリテーターとして新たな学習グループを始めることができるであろう。学習者が学習の結果自身に力量がつくだけでなく支援的な役割をとれるようになるという、人に収斂するエンパワーメントの概念が具体的に活かせるのである。

参考文献

Freire, Paulo, 1970 *Pedagogia do Oprimido*, Brazil (=1979『被抑圧者の教育学』小沢他訳, 亜紀書房)

Glaser, Barney and Anselm Strauss 1967 *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine Publishing Company, New York (=1996『データ対話型理論の発見』後藤他訳, 新曜社)

Kiefer, Christie W, 2007 *Doing Health Anthropology*, Springer Publishing Company (=2010『文化と看護のアクションリサーチ: 保健医療への人類学的アプローチ』木下康仁訳, 医学書院)

木下康仁 1989『老人ケアの社会学』医学書院.

————— 1990「Grounded Theoryの理解のために」*看護研究*, vol.23, no. 3, pp.2-19.

————— 1993『老人ケアの人間学』医学書院.

————— 1997『ケアと老いの祝福』勁草書房.

————— 1999『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』弘文堂.

————— 2003『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.

————— (編著) 2005『分野別実践編 グラウンデッド・セオリー・』弘文堂.

————— 2006「グラウンデッド・セオリーと理論形成」*社会学評論*, vol. 57, no. 1, pp.57-73.

————— 2007『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』弘文堂.

————— 2009『質的研究と記述の厚み: M-GTA, 事例, エスノグラフィー』弘文堂.

————— 2011a「マイクロファイナンス利用者のエンパワーメント過程: BRACに関する福祉社会論的研究」『AIIC ジャーナル』, pp.43-55.

————— 2011b「質的研究は研究する人間をエンパワーできるか: グラウンデッド・セオリー・アプローチの多様化を通して」『看護研究』 vol. 44, no. 4, pp.418-437.

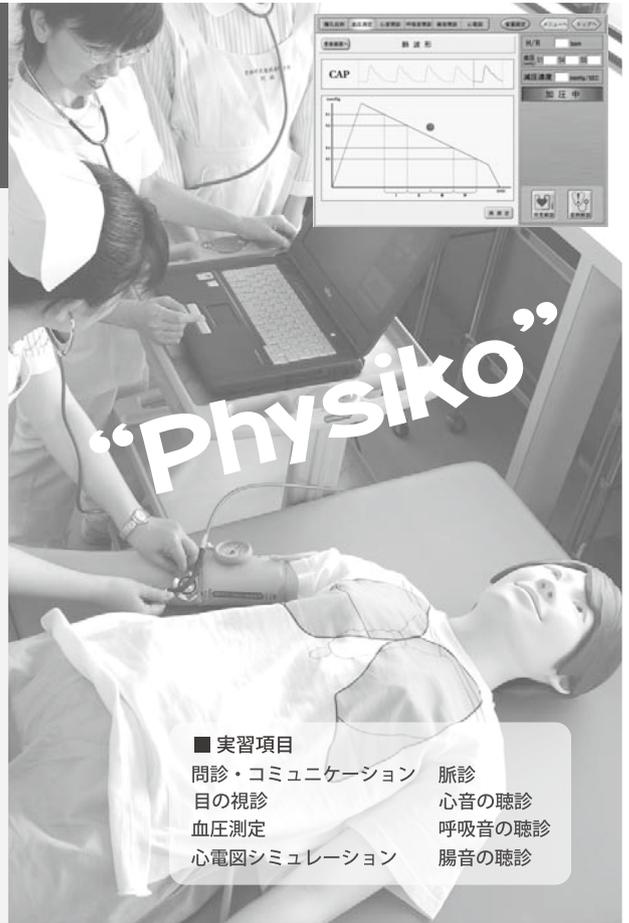
————— 2012「ケアラー学に向けて」*Dia News*, No. 68, pp. 3-6.

Sedan, Elisheva 2004 *Empowerment and Community Planning: Theory and Practice of People-focused Social Solutions*, Tel Aviv.

フィジカルアセスメント トレーニングモデル M55 “Physiko”

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トレーニングが可能です。

- 3種のプログラムモード設定で、レベルに応じた段階的な学習が可能
- 12人の疾患患者のシミュレーションで、看護師の臨床実践能力を向上
- 任意の疾患患者が設定でき、効果的な教育プログラムに活用が可能
- 豊富な症例設定で、基本的でおさえるべきアセスメントを繰り返し学習
- 人体と同様に可動し、問診のできる全身モデル



“Physiko”

■ 実習項目

- | | |
|--------------|--------|
| 問診・コミュニケーション | 脈診 |
| 目の視診 | 心音の聴診 |
| 血圧測定 | 呼吸音の聴診 |
| 心電図シミュレーション | 腸音の聴診 |

MW 2 導尿・洗腸シミュレータ 男性・女性



新開発の導尿用弁で耐久性が向上、交換も簡単に

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

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が可能

M50B 採血・静注シミュレータ “シンジョーII”



採血・静脈内注射法のトレーニングに

実習用アンプル・実習用バイアル 新製品

KNG-1~KNG-4 12023-100~400 (1セット各100本入り)
注射法の実習に必要な模擬アンプルと模擬バイアルを製品化!



KNG-1 12023-100
実習用アンプル 2mL
(注射液タイプ)
¥25,000 (税込 ¥26,250)

KNG-2 12023-200
実習用アンプル 5mL
(注射用蒸留水タイプ)
¥25,000 (税込 ¥26,250)



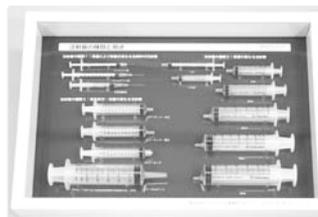
KNG-3 12023-300
実習用バイアル
(注射液タイプ)
¥30,000 (税込 ¥31,500)

KNG-4 12023-400
実習用バイアル
(溶解薬剤タイプ)
¥30,000 (税込 ¥31,500)

注射針 / 注射器の実習用サンプルセット 新製品

MY-5 12022-500 ¥110,000 (税込 ¥115,500)

注射法の学習用に注射関連器具の実習用サンプルセットを製品化!



● セットの構成

- No.1 注射器の種類と用途
- No.2 注射針の種類と用途
- No.3 輸液ラインの取り扱い
- No.4 注射針 / 注射器 使用方法確認セット

2012-13 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148回幹事会

日時 平成24年3月16日(金)

会議の概要

審議事項

- 東日本大震災復興支援委員会運営要綱の一部改正(分科会名称の変更)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(新規に1分科会設置)、委員及び分科会委員(学術の未来検討分科会)の決定について承認されました。
- 科学者委員会における分科会委員(知的財産検討分科会)の決定について承認されました。
- 国際委員会における分科会委員(持続可能な社会のための科学と技術に関する国際会議2012分科会)の決定について承認されました。
- 分野別委員会運営要綱の一部改正及び委員会等委員の決定について承認されました。
- 大学教育の分野別質保証推進委員会運営要綱の一部改正及び分科会委員等(数理科学分野の参照基準検討分科会、機械工学分野の参照基準検討分科会)の決定について承認されました。
- 日本学術会議協力学術研究団体規定の一部改正について承認されました。
- STSフォーラム評議員会出席に係る会員の派遣について承認されました。
- ミャンマー学術機関等との会合に係る会員の派遣について承認されました。
- 平成24年度代表派遣実施計画及び代表派遣者(4～6月分)の決定について承認されました。

- 平成26年度開催国際会議の共同主催候補の決定について承認されました。
- 補欠の会員の候補者の選定及び総会への提案について承認されました。
- 会員の辞職について総会の議決を求めることが承認されました。
- 補欠の連携会員候補者の決定について承認されました。
- ブルガリア科学アカデミー(Bulgaria Academy of Sciences)との友好協定について承認されました。
- 外部委員候補者の推薦の決定について承認されました。
- シンポジウム等7件の主催及び国内会議4件の後援が承認されました。

第149回幹事会

日時 平成24年4月9日(月)

会議の概要

審議事項

- アジアの大都市制度と経済成長に関する検討委員会の設置及び設置要綱の決定について承認されました。
- 課題別委員会に係る指針等の一部改正について承認されました。
- 平成24年度代表派遣の派遣者の変更について承認されました。
- 第13回ICSUアジア・太平洋地域委員会(Thirteenth Meeting of the ICSU Regional Committee for Asia and the Pacific)出席に係る派遣について承認されました。
- 連携会員の辞職の同意について承認されました。

○シンポジウム等5件の主催及び国際会議1件の後援について承認されました。

平成24年5月中旬以降に開催されます公開講演会・シンポジウム等の詳細につきましては、Information Plaza又は日本学会会議ホームページをご覧ください。

Information Plaza 情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成24年5月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆「大都市改革の新たな展開」

日時 平成24年5月12日(土)13時30分～16時45分

場所 日本学会会議講堂

次第 「都区制度の現状と課題」大杉 覚

「大阪都構想の実践と課題」上山信一

「大都市と特別自治市構想」林 文子

パネルディスカッション

「大都市改革の新たな展開を考える」

◆「新しい遺伝子組換え技術の開発と植物研究・植物育種への利用—研究開発と規制を巡る国内外の動向—」

日時 平成24年5月14日(月)13時00分～17時00分

場所 日本学会会議講堂

次第 「植物RNAウイルスベクターを用いた遺伝子

発現と植物育種への利用」吉川信幸

「人工スクレアーゼを基盤とする動物におけるゲノム編集」山本 卓

「植物における標的遺伝子改変技術の展開」

土岐清一

「RdDMを含む植物におけるエピジェネティック

変異の誘導と後代への伝達」木下 哲

「植物の接ぎ木を利用した接ぎ木相手の形質転換」原田竹雄

「遺伝子組換え農作物の開発および規制に関する国際状況」立川雅司

「New Plant Breeding Techniques (NBT) を巡る国際動向」鎌田 博

◆「生体医工学フォーラム2012 in Aizu」

日時 平成24年5月14日(月)13時00分～17時00分

場所 会津稽古堂 多目的ホール

次第 「基礎医学としての生体医工学研究教育の現状について」大隅典子

「医療画像による心臓弁の運動の解析について」岡 隆一

「手術ロボット開発の現状について」

佐久間一郎

「震災対応医療機器の開発について」田村俊世

「厚生労働省における医療機器開発支援について」関野秀人

「日本初の医療機器の開発～PMDAができることは何か」鈴木由香

「東北大学医工学研究科の研究教育と震災復興への関与について」松木英敏

「東北大学医学部・医学系研究科の震災復興

日本学術会議の動き

への取組」大内憲明

「東北大学工学部・工学研究科の震災復興への寄与」金井 浩

◆日本地球惑星科学連合 2012 年大会国際セッション

「東日本大震災からの復興に向けて—地球惑星科学と社会との関わりを考える—」

日時 平成 24 年 5 月 20 日(日)9 時 00 分～15 時 15 分

場所 幕張メッセ 301 A 号室

次第 「予測されたにもかかわらず、被害想定から外された巨大津波」島崎邦彦

「2011 年東北地方太平洋沖地震の発生メカニズム—何が分かり、何が分かっていないか」

長谷川 昭

「原発震災と大気 model の役割」渡邊 明

「福島第一原発事故により降下した放射性物質の陸域の水土砂流出に伴う移行」恩田裕一

「プレート境界型地震予測における変動地形学研究的意義」中田 高

「東北地方太平洋沖地震から南海地震の防災を考える」岡村 眞

「東日本大震災の教訓を生かした地理・防災教育—関西の中高校・大学の教育現場から」

野間晴雄

「東日本大震災の教訓を次の「想定外」の地震・津波に活かす」河田恵昭

◆「Global Land Project(全球陸域プロジェクト)」

日時 平成 24 年 5 月 21 日(月)9 時 00 分～12 時 15 分

場所 幕張メッセ 102 A 号室

次第 「SLUAS and the Great East Japan Earthquake

Disaster」氷見山幸夫

「Natural disaster triggered by landuse change on the former river course」春山成子

「Land Use/Cover Changes in Puncak Area (Upstream of Ciliwung River)」Ernan Rustiadi

「Recent Regional Changes in the Urban and neighboring Rural Areas of Wuxi City」

土居晴洋

「Climate change and changing glacial landscape in Garhwal Himalaya, India」

R.B. Singh

「The Relationship between Outbreak of Asian Dust and Ground Condition in East Asia」Feifei Cui

「Land degradation in the Alai region, the Kyrgyz Republic, before and after the 1991 independence」Jie Liu

「Evaluating human impacts on tree diversity and ecosystem functions in East Asia from forest inventory database」Masae Ishihara

「Land use scenarios for evaluation of ecosystem services - A case study in the Kushiro watershed」庄山 紀久子

◆「International Human Dimensions

Programme (地球環境変化の人的側面研究計画)」

日時 平成 24 年 5 月 21 日(月)13 時 45 分～17 時 00 分

場所 幕張メッセ 102 A 号室

次第 「Agricultural vulnerability to climate change in the dry region of Haryana, India」

氷見山幸夫

「昆山市の住宅開発」土居晴洋
 「黄河全流域における水資源需給構造の類型化」
 一ノ瀬俊明
 「インドにおける土壌収奪の現況」木本浩一
 「ザンビア南部における環境変動と食料安全保障への農民のレジリエンス」梅津千恵子
 「季節的消費平準化における野生食物の役割：ザンビア農村部の事例」櫻井武司
 「Recent development of Jabodetabek (Jakarta Megacity): the dynamics of population, economic hegemony and LUCC」Ernan Rustiadi
 「Assessing resilience of household food security in Zambia」Lekprichakul Thamana
 「21世紀における持続可能性のためのガバナンス」蟹江憲史
 「IHDP 研究戦略についての総合討論」
 氷見山幸夫

◆「科学と実践との対話 — 自然再生と震災復興 —」

日時 平成24年5月20日(日)13時30分～17時00分
 場所 一関市知勝院講堂
 次第 「震災復興と自然再生」一ノ瀬友博
 「震災復興と湿地の自然再生」高村典子
 「樹木葬と震災復興」池邊このみ
 「樹木葬とイーハトーブの自然再生」
 千坂げんぼう
 「イーハトーブの外来種対策」
 久保川イーハトーブ自然再生研究所
 「第三・第四の極の今」幸島司郎
 「蘇った自然を生かし活かすために」
 鷺谷いづみ

◆「イギリス理想主義と政治哲学」

日時 平成24年5月27日(日)16時10分～17時50分
 場所 国学院大学
 次第 「自由社会主義、政治史とロックの所有権理論：D. G. リッチーとイデオロギー批判」
 コリン・タイラー
 「T. H. グリーンと国家の諸条件」
 アンドリュー・ヴィンセント
 「理想主義と政治の変容」デイヴィッド・ブーシェ
 「理想主義と進化論の調停：リッチー・ボザンケ、ホブハウス」寺尾範野

◆「3.11 福島第一原子力発電所事故をめぐる社会情報環境の検証 — テレビ・ジャーナリズム、ソーシャル・メディアの特性と課題 —」

日時 平成24年6月9日(土)14時00分～17時30分
 場所 日本学術会議講堂
 次第 伊藤 守／遠藤 薫／毛利嘉孝／西田亮介／
 正村俊之／藤垣裕子／林 香里

◆「若者は社会を変えるか — 新しい生き方・働き方を考える —」

日時 平成24年6月30日(土)13時30分～17時00分
 場所 日本学術会議講堂
 次第 「若者の生き方と意識の変化 (仮)」本田由紀
 「若者の働き方と意識の変化 (仮)」堀 有喜衣

日本学術会議の動き

幹事会報告

第150回幹事会

日時 平成24年4月27日（金）

会議の概要

審議事項

- 科学者委員会における分科会委員の決定について承認されました。
- 分野別委員会運営要綱の一部改正及び委員の決定について承認されました。
- 分野別委員会における分科会委員及び小委員会委員の決定について承認されました。
- アジアの大都市制度と経済成長に関する検討委員会における委員の決定
- 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。
- 平成24年度代表派遣について実施計画の一部変更及び5月（追加分）・7～9月期派遣者の決定について承認されました。
- WSF（ワールドサイエンスフォーラム）運営委員会出席に係る会員の派遣について承認されました。
- 補欠の会員の候補者を推薦する部の決定について承認されました。
- 連携会員の辞職の承認について承認されました。
- 外部委員候補者の推薦の決定について承認されました。
- 原子力発電所事故の影響に関する国際会議（仮称）の開催について承認されました。
- 平成24年度各地区会議事業計画について承認され

ました。

- シンポジウム等13件の主催及び国内会議1件の後援が承認されました。

第151回幹事会（持ち回り）

日時 平成24年5月14日（月）

会議の概要

審議事項

- 賞候補者の推薦について承認されました。

平成24年6月中旬以降に開催されます公開講演会・シンポジウム等の詳細につきましては、日本学術会議ホームページをご覧ください。

一般社団法人日本看護研究学会 第17回 九州・沖縄地方会学術集会のご案内

テーマ：人が育つ・看護を育てる ― 経験の意味を問う ―

第17回日本看護研究学会九州・沖縄地方会学術集会を長崎で開催させていただくことになりました。私たち看護師は対象者との関わりを通して多くのことを学ばせていただいております。人は成熟するにつれ経験を蓄積し、それは人が育つ力になります。日々の実践で蓄えられる経験が豊かな資源となり、そのことが看護の質の向上につながるものと考え、学会のテーマとしました。特別講演は「関わりの中からのからだ―身体経験に学ぶ―」のテーマで長崎大学大学教育機能開発センター評価・FD研究部門長の山地弘起先生にご講演いただき、研究・実践へのご示唆をいただく予定です。

長崎はご存じのように西洋医学発祥の地であり、1857年、オランダ医ポンペらによって医学教育が始まり、その約50年後の1903年に看護教育も始まりました。歴史を誇るこの地での学会が看護学の教育・研究・実践への実りある機会となりますことを願い、企画委員一同準備を進めております。多くの皆様のご参加をお待ちしております。

学術集会長 浦田 秀子
(長崎大学大学院医歯薬学総合研究科)

- ◆日 時：平成24年11月17日（土） 9:00～16:00
- ◆会 場：長崎大学医学部 医学部記念講堂・良順会館・ポンペ会館
長崎市坂本1-12-4 坂本キャンパス
- ◆演題申し込み：学会ホームページより様式をダウンロードしてE-mail, 又はFAXでお申し込み下さい。
- ◆一般演題受付期間：平成24年6月18日（月）～7月30日（月）
- ◆事前参加登録締め切り日：平成24年9月28日（金）
- ◆学術集会参加費

	事前参加申し込み	当日参加申し込み
会員	3,500円	4,000円
非会員	4,000円	4,500円
学生	大学院生1,000円（抄録代含）、学部生無料（抄録代別）	

- ◆問い合わせ先
一般社団法人日本看護研究学会 第17回九州・沖縄地方会学術集会事務局
〒852-8520 長崎市坂本1-7-1 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 楠葉洋子
TEL・FAX 095-819-7926 E-mail kyushuokinawa17@ml.nagasaki-u.ac.jp
- ◆学会HP：<https://conv.toptour.co.jp/shop/evt/17kangokyushu/>

一般社団法人日本看護研究学会 第26回 近畿・北陸地方会学術集会のご案内

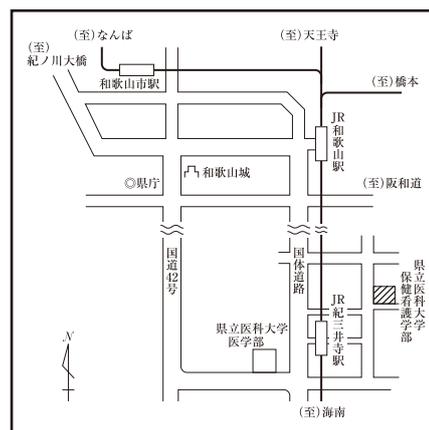
テーマ：臨床と教育との協働 — 実践で活用できるエビデンスを求めて —

医療技術が高度化、専門分化する中、看護実践も複雑・専門化し、確かな看護実践あるいはエビデンスの創成の必要性が言われています。確かな実践あるいはエビデンスの創成には、臨床と教育の看護職が協働して行うことがより有効と考えられます。そこで、本地方会の特徴を活かして、臨床、教育のお互いの顔が見え、今後協働してより良い看護ケアを目指していく意気込みをこめて「臨床と教育との協働 — 実践で活用できるエビデンスを求めて —」をテーマに掲げました。

本学会において初めて和歌山での開催となり、多くの皆様のご参加をお待ちしています。

学術集会長 山田 和子
(和歌山県立医科大学保健看護学部長)

- ◆日 時：平成25年3月2日(土) 10:00～16:00
- ◆会 場：和歌山県立医科大学保健看護学部
〒641-0011 和歌山市三葛580
[アクセス]
JR紀三井寺駅東口から徒歩10分、
JR和歌山駅からタクシー15分(1,600円程度)



◆プログラム

特別講演：「臨床と教育との協働」

講師：上野 栄一先生(福井大学医学部看護学科教授)

シンポジウム：「実践で活用できるエビデンスを求めて — 実践・研究・教育の立場から —」

一般演題(口演・示説)

- ◆一般演題受付期間：平成24年10月1日(月)～平成24年12月10日(月)
- ◆事前参加申し込み期間：平成24年10月1日(月)～平成25年1月10日(木)
- ◆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(学生証をご提示ください)

◆問い合わせ先

一般社団法人日本看護研究学会 第26回近畿・北陸地方会学術集会事務局

〒641-0011 和歌山市三葛580 和歌山県立医科大学保健看護学部 事務局担当 水田真由美

FAX：073-446-6718 E-mail：kinho26@wakayama-med.ac.jp

学会HP：http://www.jsnr.jp/district/kinki-hokuriku/

一般社団法人日本看護研究学会 第17回 東海地方会学術集会のご案内

テーマ：看護における感性の大切さ ― 感性を育むということ ―

看護は本来、対象をとりまくさまざまな事象を見つめ、気づき、感じながらそれを日々援助に生かし自らも成長していく専門職であるともいえます。しかしながら、IT化や情報化社会等、看護をとりまく環境もめまぐるしく変化し、看護にとって必要な気づきや感性が十分に生かされているのだろうかと危惧される現状があります。そんな素朴な疑問から、もう一度看護にとっての「感性」の大切さを見つめ直したいと思い企画いたしました。

そこで、基調講演では柳田邦男先生に「専門化社会と職業人の感性」についてご講演いただき、専門化の進む現代社会においてどのような感性が求められるのかをお話いただく予定です。また、教育講演では陣田泰子先生に「看護現場学 ― いのちの現場のいのちの学び ―」というテーマで、看護現場における看護師たちの感性についてご示唆をいただく予定です。さらに、交流セッションでは、さまざまな切り口から感性の大切さを参加者とともに掘り下げる予定で現在調整中です。今後は会員の皆様による一般演題も募集いたします。一人でも多くの方々にご参加いただければと願っております。

一般社団法人日本看護研究学会
第17回東海地方会学術集会プランナー 城戸 滋里

◆日 時：2013年3月16日（土）

◆会場：北里大学相模原キャンパス L1・L2号館

〒252-0373 神奈川県相模原市南区北里1-15-1

アクセス

- ・小田急線「相模大野」駅（北口）下車、神奈川中央交通バス1番乗り場より北里大学病院行、北里大学経由相模原駅南口行で約25分「北里大学」下車
- ・JR「相模原」駅（南口）下車、神奈川中央交通バス2番乗り場より相模大野駅行等で約25分「北里大学」下車

◆プログラム

◇基調講演：「専門化社会と職業人の感性」

柳田 邦男先生（ノンフィクション作家）

◇教育講演：「看護現場学 ― いのちの現場のいのちの学び ―」

陣田 泰子先生（済生会横浜市南部病院 病院長補佐）

◇交流セッション：「感性と共感のコミュニケーション ― 言語障害の知識の土台の上に」

石坂 郁代先生（北里大学医療衛生学部 准教授）

◇交流セッション：「看護場面の再構成を読み解く」

吉村 恵美子先生（川崎市立看護短期大学 教授）

◇交流セッション：「感性を磨くパラレル・チャート ― 臨床における物語的記述の実践」

森 真喜子先生（北里大学看護学部 准教授）

◇一般演題（示説のみ）

◆演題及び参加申し込み

詳細については、日本看護研究学会東海地方会ホームページ上に掲載予定です。

ホームページでご確認ください。

<お問い合わせ及び申し込み先>

〒252-0329 神奈川県相模原市南区北里2-1-1

北里大学看護学部 一般社団法人日本看護研究学会 第17回東海地方会学術集会事務局

Mail：tokai17@nrs.kitasato-u.ac.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、編集委員会には責任者に対して「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掲載等は公表と見なさない。また、学術集会での発表も、学術雑誌への論文掲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、編集委員長宛に願い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）に必要な事項を記入の上、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提出すること

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ならない。

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, 発行地: 出版社名.

— 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, 東京: 研究学会出版.

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

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。

理事会承認の上、24巻5号会報57号でお知らせしましたように、任期終了に伴い査読者のご氏名については、本号で以下のように公表させていただきます。

日本看護研究学会査読委員

(アイウエオ順)

(平成22年4月1日～平成24年3月31日)

青木きよ子	青山ヒフミ	青山美智代	朝倉 京子	浅野みどり	麻原きよみ	東 ますみ
畦地 博子	阿曾 洋子	阿蘇品スミ子	天津 栄子	天野 瑞枝	網島ひづる	安藤 幸子
安藤 詳子	飯村 直子	池田 敏子	石井 トク	石井 範子	石川ふみよ	泉 キヨ子
市江 和子	一戸とも子	市村久美子	稲吉 光子	井上 悦子	井上 智子	井上 範江
井上真奈美	猪下 光	岩瀬 信夫	上田 順子	上野 栄一	上野 恭子	上野 まり
宇座美代子	宇佐美しおり	内田 宏美	浦田 秀子	江波戸和子	江守 陽子	遠藤 淑美
大池美也子	大石 杉乃	大石 朋子	大島 弓子	太田 勝正	大津 廣子	大西 文子
大淵 律子	小笠原知枝	岡田 佳詠	岡谷 恵子	岡部 恵子	岡山 寧子	尾岸恵三子
尾崎フサ子	小田 正枝	小幡 光子	柿川 房子	掛橋千賀子	柏木 公一	片岡 純
片岡 万里	勝田 仁美	勝山貴美子	角濱 春美	門間 晶子	金井 一薫	金子 仁子
加納 尚美	叶谷 由佳	鎌倉やよい	亀岡 智美	川口 孝泰	川西千恵美	川野 雅資
川畑いづみ	川原由佳里	神田 清子	岸田 泰子	北川 公子	北川真理子	北島 謙吾
北村久美子	國方 弘子	国武 和子	グライナー智恵子	黒田 裕子	小坂橋喜久代	小西美和子
小林 康司	小林 淳子	小林 敏生	小松万喜子	小山 幸代	近藤 裕子	斉藤恵美子
齋藤 真	齋藤ひさ子	齋藤やよい	佐伯 由香	坂上 晶代	坂田 五月	坂梨 薫
阪本 恵子	佐久間えりか	佐々木美奈子	佐藤 和子	佐藤 正美	佐藤みつ子	真田 弘美
潮田千寿子	柴田 真志	柴山 健三	澁谷 幸	渋谷 優子	白尾久美子	塩飽 仁
新道 幸恵	杉浦 太一	鈴木 啓子	鈴木みづえ	鈴木 由美	關戸 啓子	瀬戸屋 希
千田 好子	高田 早苗	高田 昌代	高橋 眞理	高山 成子	滝内 隆子	武田 利明
武村 雪絵	田中 幸子	田中マキ子	田中美智子	田中 裕二	田中 洋子	田辺けい子
谷口 千絵	田淵 紀子	津島ひろ江	土屋八千代	坪倉 繁美	登喜 和江	長江 弘子
中木 高夫	中島紀恵子	中西 純子	永野みどり	中山 和弘	永山くに子	成田 伸
西沢 義子	西田 直子	西村 ユミ	新田 真弓	任 和子	野口 眞弓	野崎真奈美
野澤美江子	葉久 眞理	橋本 和子	長谷川雅美	簀持知恵子	服部 律子	鳩野 洋子
濱田 由紀	早川 和生	林 直子	東 サトエ	日高紀久江	人見 裕江	樋之津淳子
兵藤 慶子	平 典子	平元 泉	深井喜代子	深谷 基裕	藤井 徹也	藤田 倫子
藤原千恵子	星 和美	堀井たづ子	前田ひとみ	真嶋由貴恵	榎本 妙子	町浦美智子
松岡 知子	松岡 緑	松澤 洋子	松下由美子	松田たみ子	松田 宣子	松田 光信
眞鍋えみ子	丸岡 直子	三重野英子	三上 れつ	三木 明子	三河内憲子	水寄 知子
水田真由美	水谷 幸子	光木 幸子	宮内 環	宮腰由紀子	宮崎 文子	宮下 光令
宮本 有紀	村上 生美	桃井 雅子	百瀬由美子	森 一恵	森 千鶴	森下 妙子
森下 利子	森田 敏子	森田 夏実	安田 智美	谷津 裕子	楊箸 隆哉	柳吉 桂子
矢野 正子	山口 桂子	山勢 博彰	山勢 善江	山田 律子	山内 一史	山本 直美
山本 恭子	横手 直美	吉田みつ子	良村 貞子	米田 昌代	李 節子	若村 智子
渡邊 淳子	渡邊 順子	綿貫 成明				

(敬称略) (241名)

事務局便り

1. 平成24年度会費納入のご案内について

平成23年度会費をお納めの上、平成24年3月31日までに、平成24年度から「退会」のお申し出のない会員の皆様に学会誌35巻1・3・2号を送付いたしております。

平成24年度会費未納の方は、6月7日付けでお送りしました、振り込み用紙または、下記の納入方法でお振込下さいますようお願いいたします。尚、第38回学術集会で演題発表（共同研究含む）を予定されている方につきましては、平成24年度会費未納の場合、発表が取消しになりますのでお急ぎください。

記	
会費	7,000円
郵便振込 口座番号	00100-6-37136
加入者名	一般社団法人日本看護研究学会

会員の中に同姓・同名の方がおります、お振込の際、会員番号は、必ずご記入下さい。

ATMによるお振込の場合、氏名、ご連絡先の記述がない場合があります。必ずご確認の上、お振込下さいますようお願いいたします。

会員番号は、学会誌をお送りした封筒宛名ラベルに明記してありますので、ご確認下さい。

ラベル見本

260-0015 千葉市中央区富士見2丁目22-6 富士ビル6F 千葉 花子 (3)(ち 9999)(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
--	-----------------------------------

2. 送付先等ご変更についてお願い

送付先ご変更の場合は、本誌巻末の**変更届**に新しい送付先を楷書でお書きいただき、難しい読みにはフリガナを付記の上、FAX(043-221-2332)またはEメール(info@jsnr.jp)で事務局までお知らせ下さい。

3. 送付先不明者のご確認

学会誌35巻1号を送付後に、下記の方々か転居先不明等で事務局に戻ってきました。ご存知の方は、ご本人、または事務局までご連絡下さいますようお願いいたします。

あ0464 村岡 博美	か0631 笠原 大吾	か0749 加来 恵里	か0798 葛西 泰香	し0471 新垣 洋美	す0323 蘇 静
す0479 杉山香奈子	た0932 高橋 清子	た1014 高橋 祐佳	と0212 通山由美子	な0118 浪下 和子	は0512 原口 美穂
ひ0296 広瀬 真奈	ま0492 松並 みほ	ま0497 松田 由記	も0181 森下 浩子	や0446 山崎裕美子	わ0134 和田 典子
わ0159 渡邊 弥生	わ0178 渡邊 敦子				

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35巻 2号

会員無料配布

平成24年6月20日 印刷

平成24年6月20日 発行

編集委員
委員長
委員

中木 高夫 (理事)	天理医療大学
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
川口 孝泰 (会員)	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 (会員)	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)	椋山女学園大学看護学部看護学科
杉浦 太一 (会員)	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

発行者 黒田裕子

印刷所 (株)正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

入会を申し込まれる際は、以下の事項にご留意下さい。(ホームページ上において入会申込書を作成し、仮登録することができます。この手続きにより入会登録を迅速に処理することができますのでできるだけ早めにご利用下さい。)

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な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は、専門区分のいずれかかか○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. 送付先については、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は、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ち、お知らせいたします。
- * 個人情報の管理について
一般社団法人日本看護研究学会にご登録いただいている個人情報については、慎重に取り扱い、本会運営の目的のみに使用しております。

(切り取り線より切ってお出しください)

入 会 申 込 書

一般社団法人日本看護研究学会理事長 殿

貴会の趣旨に賛同し会員として西暦 年より入会を申し込みます。(入会年度は、必ずご記入下さい。)

申込年月日 年 月 日

フリガナ	氏名	専門区分	看護学・医学・その他()
TEL	FAX	生年	西暦
自宅・所属 (いずれかに○)	〒	性別	男・女
E-mail	TEL	FAX	会員番号
評議員 推薦者氏名	TEL	FAX	〒
推薦者所属	TEL	FAX	〒
理事会承認年月日	受付番号	年度入会会員番号	号～
局	受付日	巻	号～
記入欄	通知番号	送付日	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ありません。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

説明責任を果たせる患者記録

看護実践を証明する

フォーカス チャーティング®



最新刊

◆川上千英子(日本フォーカスチャーティング®協会理事長) 編著
◆B5判 2色刷 216頁 定価2,940円(本体2,800円 税5%)

ISBN978-4-263-23566-9

●本書の主な内容

- 個人情報保護法、第五次医療法の改正などで、より医療の透明性が求められている現在、記録による実践の証明および説明責任を果たすことが重要になっている。看護記録においても、診療報酬上、重症度・看護必要度の測定が義務化されるなど、看護記録の方法も変貌しており、重要性が増大している。
- 本書は、いま求められている記録とは何かを、説明責任を果たせる看護(介護)記録とは、倫理と法と記録の関係性などを踏まえて説明している。後半では、フォーカスチャーティング®による12事例の記録例を通して、説明責任を果たす記録の内容・方法を、具体的にわかりやすく解説した。
- 看護必要度との記録の連動方法、災害時の記録と説明責任、介護施設における記録による説明責任などのカレントトピックス、医療界の変化にも対応した内容。また、臨床でのフォーカスチャーティング®記録に関する疑問を解決できるように巻末に用語例を収載した。

●本書の目次

1. 変革する医療情勢と看護記録の重要性
2. 病院電子情報の個人情報保護と安全管理
3. 説明責任と法と記録
4. 説明責任と看護師の役割
5. フォーカスチャーティング®の基本原則と活用の実例
6. 各シート類との連動方法の実例
①入院基本料等の各シート類との連動の必要性 ②地域連携計画を含めた患者参画型看護計画 ③患者参画型看護計画とのフォーカスチャーティング®の連動記載方法 ④ヒヤリハット、事故・過誤発生時のフォーカスチャーティング®記載方法 ⑤看護必要度とのフォーカスチャーティン

グ®連動記載方法 ⑥クリニカルパスとのフォーカスチャーティング®の連動方法

7. 説明責任を果たせるフォーカスチャーティング®による看護記録の実際例

看護必要度との連動記録 看護サービス実施の証明とその評価～看護必要度との連動 暴言・暴力にかかわる記録の実際 行動制限(隔離・拘束)の記録の実際(紙カルテ編) 同(電子カルテ編) 転倒・転落時の説明責任の果たせる看護記録 転倒・転落を繰り返す患者の記録 急性期病棟においてがん告知を受け、治療のため入院が長期化した患者の事例記録 介護福祉士とともに、ケアサービス

を提供したことを証明する記録の実際 訪問看護記録のあり方—実態調査の結果から考える— 標準看護計画から、個別性のある患者参画型看護計画立案とフォーカスチャーティング®との連動を目指して 助産録の意義とクリニカルパスとの連動方法

8. 電子情報と記録

電子カルテを取り入れる前に—導入の際の注意点— 電子カルテ上での看護記録の現状

9. 記録の評価・監査とその教育の実例

付録 患者・利用者記録として表現できない用語、熟語

急性期編 精神科編

Column 災害時の診療情報の管理とは

