

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

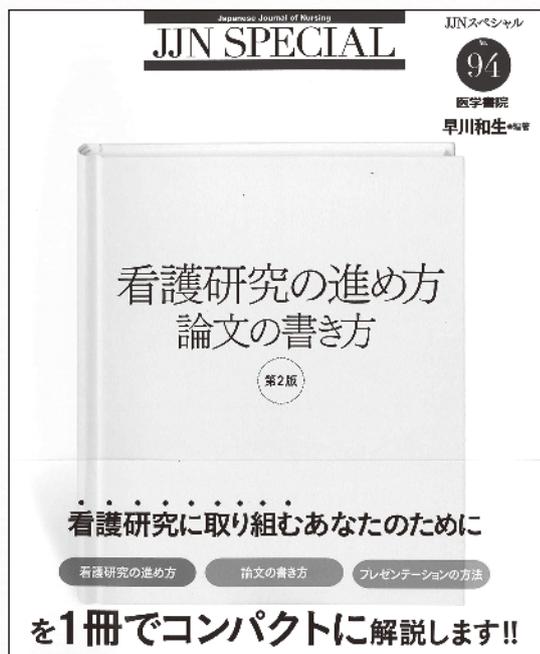
Volume 35 Number 5 December 2012 ISSN 0285-9262

日本看護研究学会雑誌

[35巻 5号]

看護研究の進め方、論文の書き方、 プレゼンテーションの方法をコンパクトに凝縮!

ベストセラーの第2版。「研究テーマを探す」「研究を実際に進める」「論文や口頭発表で成果をまとめる」という看護研究の一連のプロセスを、この1冊でしっかりサポート。カラー化し、理解を助ける図表・イラストも豊富に盛り込み、入門書として最適の1冊。基礎教育のテキストとしても活用しやすいよう、基本事項を網羅し、読者に語りかけるような解説で、親しみやすさをめざしました。



目次

- 第1章 ようこそ、看護研究のワンダーランドへ!
- 第2章 研究全体の流れを知り、
リサーチクエストを決定する
- 第3章 文献の探し方・検討の仕方
- 第4章 研究デザインと研究手法
- 第5章 具体的な研究の進め方
- 第6章 具体例で学ぶ研究のポイント
- 第7章 研究成果を発表する
- 第8章 研究成果を論文にまとめる

JINスペシャル

No.
94

看護研究の進め方 論文の書き方

第2版

編者 早川和生 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻・教授

●AB判 頁192 2012年 定価2,520円(本体2,400円+税5%) [ISBN978-4-260-01683-4]
消費税率変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23

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

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

携帯サイトはこちら



会 告 (1)

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程に基づいて、平成25年度奨学会研究の募集を行います。応募される方は、規程および募集要項に従って申請して下さい。(第2回公告)

平成24年12月20日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 黒 田 裕 子

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程

第1条（名 称）

本会を一般社団法人日本看護研究学会奨学会（以下、奨学会）とする。

第2条（目 的）

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

第3条（資 金）

本会の資金として、前条の目的で本会に贈与された資金を奨学金に当てる。

会計年度は、4月1日より翌年3月31日迄とする。

第4条（対 象）

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

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

3) 単独研究、もしくは共同研究の責任者であること。

4) 推薦の手続きや様式は別に定める。

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

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

第5条（義 務）

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

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

第6条（授与者の報告）

日本看護研究学会理事長が授与者を会員総会で報告する。

第7条（罰 則）

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

第8条

奨学金を授与する者の募集規程は、委員会において別に定め、会員に公告する。

附 則

この規程は、平成22年3月26日より実施する。

この規程は、平成23年8月6日に一部改正し、実施する。

一般社団法人日本看護研究学会奨学会 平成25年度奨学研究募集要項

1. 応募方法

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

2. 応募資格

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

3. 応募期間

平成24年11月1日から平成25年1月20日の間に必着のこと。

4. 選考方法

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

5. 奨学会委員会

奨学会委員会は次の委員により構成される。

- | | | | |
|-----|-------|----|--------------------|
| 委員長 | 深井喜代子 | 理事 | （岡山大学大学院保健学研究科） |
| 委員 | 工藤せい子 | 理事 | （弘前大学大学院保健学研究科） |
| | 新道幸恵 | 理事 | （NPO法人看護アカデミア幸） |
| | 祖父江育子 | 理事 | （広島大学大学院医歯薬保健学研究科） |
| | 良村貞子 | 理事 | （北海道大学大学院保健科学研究院） |

6. 奨学金の交付

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

7. 応募書類は返却しない。

8. 奨学会委員会の事務は、下記で取り扱う。

〒260-0015 千葉市中央区富士見2-22-6 富士ビル6階

一般社団法人 日本看護研究学会

奨学会委員会 委員長 深井喜代子

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

会 告 (2)

平成24年12月20日

一般社団法人日本看護研究学会
第39回学術集会

会長 石 井 範 子

記

一般社団法人日本看護研究学会第39回学術集会

メインテーマ 看護の質を支える看護職の健康

【会 場】 秋田県民会館

〒010-0875 秋田市千秋明德町 2 - 52 TEL : 018 - 834 - 5055

アトリオン

〒010-0001 秋田市中通 2 - 3 - 8 TEL : 018 - 836 - 7865

秋田キャッスルホテル

〒010-0001 秋田市中通 1 - 3 - 5 TEL : 018 - 884 - 1141

【期 日】 平成25年 8 月22日 (木)・23日 (金)

【プログラム】

会長講演 : 「看護職の健康管理を研究の視点から探る」

石井 範子 (秋田大学大学院医学系研究科 教授)

座長 : 宇座 美代子 (琉球大学医学部保健学科 教授)

特別講演 I : 「やる気のでる職場環境」

金井 Pak 雅子 (東京有明医療大学看護学部 教授)

座長 : 泉 キヨ子 (帝京科学大学医療科学部看護学科 教授)

特別講演 II : 「入院して知った看護師の力」

内館 牧子 (脚本家)

座長 : 浅沼 義博 (秋田大学大学院医学系研究科 教授)

教育講演 I : 「疫学研究からみた女性看護職の健康」

林 邦彦 (群馬大学大学院保健学研究科 教授)

座長 : 平元 泉 (秋田大学大学院医学系研究科 教授)

教育講演Ⅱ：「生命への介入はどこまで許されるのか ―倫理学徒が考えていること」

銭谷 秋生（秋田大学教育推進センター 教授）

座長：一戸 とも子（弘前大学大学院保健学研究科 教授）

シンポジウムⅠ：「看護におけるもう一つのリスクマネジメント」

シンポジスト：伊丹 君和（滋賀県立大学人間看護学部 教授）

「看護職の腰痛とその要因となる動作姿勢改善への試み」

三木 明子（筑波大学医学医療系 准教授）

「看護師が患者から受ける暴力とその健康影響 ―院内暴力防止対策の取り組み―」

矢上 晶子（藤田保健衛生大学皮膚科学 准教授）

「ラテックスアレルギーにおけるリスクマネジメント」

佐々木 真紀子（秋田大学大学院医学系研究科 教授）

「抗がん剤の職業性曝露による健康影響とその対策」

座長：西沢 義子（弘前大学大学院保健学研究科 教授）

座長：武田 利明（岩手県立大学大学院看護学研究科 教授）

シンポジウムⅡ：「看護職の自尊感情と実践のありよう」

シンポジスト：村松 静子（在宅看護研究センター LLP 代表）

「今、必要だから」の一心

遠藤 俊子（京都橘大学看護学部 教授）

「臨床指導者・教員の人事交流による専門看護師教育」

小山 珠美（東名厚木病院摂食嚥下療法部 課長）

「“口から食べたい”を支える看護実践」

座長：大島 弓子（京都橘大学看護学部 教授）

座長：上田 順子（旭川医科大学病院 副病院長・看護部長）

シンポジウムⅢ：「看護職の生活の質を豊かにする働きかた」

シンポジスト：緒方 泰子（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 教授）

「看護職が働き続けるために必要な職場環境のあり方

― マグネット病院の特性を反映した尺度による調査から見えてきたこと ―」

佐々木 司（労働科学研究所慢性疲労研究センター センター長）

「夜勤のリスク軽減による看護師の生活の質の向上」

眞野 恵子（藤田保健衛生大学病院 看護部長）

「12時間の交代制勤務と柔軟性のある勤務シフト」

*他、シンポジスト1名調整中

座長：田中 幸子（山形大学医学部 教授）

座長：高島 幹子（秋田大学医学部附属病院 副病院長・看護部長）

特別交流集会：国際活動推進委員会企画（開催予定）

ナーシング・サイエンス・カフェ

【懇親会】

日 時：平成25年8月22日（木） 18：30～20：30

会 場：秋田キャッスルホテル

会 費：5,000円

【事前参加登録】

事前参加申し込みの期間は、平成25年1月10日（木）から6月20日（木）までです。

一般社団法人日本看護研究学会第39回学術集会ホームページ（<http://www.procomu.jp/jsnr39/>）よりご登録下さい。

ご登録時の「申込受付番号」を忘れないようにメモしておいてください。

参加費の支払いは「郵便局払い込み」になります。ご登録画面の指示にしたがって参加費をお払い下さい。

【参加費】

- | | |
|------------------------|---------|
| ① 事前参加登録（6月20日まで）（会員） | 10,000円 |
| ② 事前参加登録（6月20日まで）（非会員） | 11,000円 |
| ③ 当日（会員） | 11,000円 |
| ④ 当日（非会員）（抄録集込み） | 13,000円 |
| ⑤ 学生（事前登録なし） | 3,000円 |

★「学生」には、大学院生および看護師資格を有する研修学校生などは含みません。

★当日（非会員）以外の参加費には学術集会抄録集を含みません。

★会員の方全員にプログラム集と抄録のCD-ROMが郵送されます。

★事前参加申し込みは、事務処理上6月20日（木）で締め切らせていただきます。それ以降は、当日受付となります。6月20日（木）迄に事前参加申し込みをされた方の入金最終締切は6月24日（月）です。

★6月20日（木）迄に申し込みされ、入金確認ができた会員の方、非会員の方には参加証を郵送致します。また非会員の方には、プログラム集と抄録のCD-ROMも郵送致します。

【学会前日：プレカンファレンスセミナー】

セミナーⅠ：「看護研究を始めるためのA・B・C」

講師：藤井 徹也（聖隷クリストファー大学看護学部 教授）

座長：佐々木 久長（秋田大学大学院医学系研究科 准教授）

日時：平成25年8月21日（水） 14：30～16：00

セミナーⅡ：「質的研究においてリッチなデータを得るための入門講座」

講師：秋元 典子（岡山大学大学院保健学研究科 教授）

座長：伊藤 登茂子（秋田大学大学院医学系研究科 教授）

日時：平成25年8月21日（水） 14：30～16：00

■会場：アトリオン

■会費：3,000円

■募集人数：セミナーⅠ；100名，セミナーⅡ；300名（定員になり次第，締切になります）

注）セミナーⅠとセミナーⅡは同時開催です。

〈申し込み方法〉

申し込みは，ホームページ上で事前参加登録と同時に行うことができます。

事前参加登録の締切は，平成25年6月20日（木）です。先着順に登録しますので，定員となった場合は，その時点で締め切らせていただきます。お早めの申し込みをお願い致します。

〈プレカンファレンスセミナー参加費の振り込み方法〉

ホームページでプレカンファレンスセミナー参加をご登録いただいた際に，画面の指示に従って参加費をお支払い下さい。

参加費の支払い方法は「郵便局払い込み」です。

【一般社団法人日本看護研究学会第39回学術集会 運営事務局】

株式会社 プロコムインターナショナル

〒135-0063 東京都江東区有明三丁目6番地11 TFFビル東館9階

電話：03-5520-8821 FAX：03-5520-8820

E-mail：jsnr39@procomu.jp

<http://www.procomu.jp/jsnr39/>

一般社団法人日本看護研究学会第39回学術集会 一般演題の募集

一般社団法人日本看護研究学会第39回学術集会一般演題を下記の要領で募集いたします。開催地は秋田市で開催日は平成25年8月22日（木）、23日（金）です。

発表形式は口演、または示説です。多数の方々のご応募をお待ちしております。

平成24年12月20日

一般社団法人日本看護研究学会
第39回学術集会
会長 石井 範子

[一般演題募集要項]

■募集期間

平成25年1月10日（木）～平成25年2月20日（水）正午まで

■演題募集の受付

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

■演題登録資格

- ・筆頭発表者、共同研究者を含め、すべて本学会会員であることが必要です。
- ・発表者の方は、発表者自身を含め共同研究者全員の会員番号および平成25年度の会費納入をご確認ください。未入会の方は、演題申し込みまでにあらかじめ、入会手続き（入会金の納入）と発表年度（平成25年度）年会費の納入を済ませてください。なお、会員であっても、学会発表時までに平成25年度会費未入金の方がおられますと発表できません。

■入会申し込み方法

会員番号の問い合わせ及び入会申し込み等に関しましては、一般社団法人日本看護研究学会事務局にお願いいたします。

(Tel : 043-221-2331 / Fax : 043-221-2332)

■演題登録方法

- ・一般社団法人日本看護研究学会 第39回学術集会ホームページ (<http://www.procomu.jp/jsnr39/>) よりリンクしているUMIN（大学病院情報ネットワーク）オンライン演題登録システムからご登録ください。
- ・筆頭発表者の他に共同研究者は10名まで掲載できます。共同研究者の所属機関は最大5機関までとします。

■発表形式

- ・演題は発表当日の時点で未発表のものに限ります。他学会への二重発表は認められません。
- ・筆頭発表者としての申し込みはお1人様1演題に限ります。
- ・発表形式は口演、示説のいずれかを選択して下さい。なお、発表形式の決定は学術集會事務局に一任願います。ご希望に添えない可能性もありますことをあらかじめご了承ください。
- ・口演：発表時間は1演題10分（発表7分、質疑3分）を予定しております。
会場に準備するPCのOSは、Windows 7、アプリケーションソフトは、「Windows版PowerPoint 2003, 2007, 2010」となります。USBフラッシュメモリーを持参し、PCセンターでご確認の上、発表会場ではご自身で操作して発表していただきます。
動画は使用できません。
- ・示説：一定時間を設け、討論のみとします。座長はおかず、発表者を中心にポスターを囲んで自由に討論して頂きます。発表者は準備したポスターを所定の位置に時間厳守で掲示してください。パネル上でポスターが貼れる範囲は、縦210cm×横90cm（A3版横の用紙なら10枚程度入ります）です。パネル左上のスペース（20×20cm）は空けておいて下さい。事務局サイドで演題番号を貼っておきます。

■使用ブラウザ

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

■文字数制限

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

■登録可能な所属機関数、共著者の数

- ・筆頭著者の他に登録可能な共著者は10名です。
- ・登録可能な所属機関数は筆頭著者の所属の他5施設です。
- ・会員番号の入力を求められますので、あらかじめ各共著者の会員番号（X - XXX）をご準備ください。会員申請中は「99」とご入力ください。

■演題区分

- ・申込み演題の区分を以下から選択してください。（第2希望まで）

- | | | | | | | |
|----------------|----------------|---------------|----------|----------|----------|---------|
| 1. 基礎看護 | 2. 看護技術 | 3. 看護教育 | 4. 看護管理 | 5. 急性期看護 | 6. 慢性期看護 | 7. 老年看護 |
| 8. 精神看護 | 9. リハビリテーション看護 | 10. 小児看護 | 11. 母性看護 | 12. 地域看護 | 13. 家族看護 | |
| 14. 継続看護・在宅看護 | 15. 健康増進・予防看護 | 16. 放射線看護 | 17. 感染看護 | 18. がん看護 | | |
| 19. 終末期ケア・緩和ケア | 20. 看護行政・政策・経済 | 21. 看護診断・看護過程 | 22. 看護倫理 | | | |
| 23. 看護理論・看護哲学 | 24. 看護情報 | 25. 国際看護 | 26. 看護史 | 27. その他 | | |

■図表の挿入

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

■パスワードと登録番号

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

■登録内容の確認・修正

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

■採否の通知

- ・ご応募いただいた演題については査読の上、採否を決定いたします。
- ・査読の結果、原稿の修正をお願いする場合があります。最終的な採否の結果は、学術集会事務局に一任願います。
- ・最終的な採否の結果、一般演題プログラム番号、発表時間等は学術集会ホームページ上に掲載します。

■個人情報について

ご登録いただいた個人情報は、一般社団法人日本看護研究学会第39回学術集会の準備・運営目的以外には使用いたしません。また、ご入力いただいた個人情報は、必要なセキュリティ対策を講じ、厳重に管理いたします。

■演題登録のお問い合わせ

一般社団法人日本看護研究学会 第39回学術集会 運営事務局

「株式会社 プロコムインターナショナル」

〒135-0063 東京都江東区有明三丁目6番地11 TFTビル東館9階

電話：03-5520-8821 FAX：03-5520-8820 E-mail：jsnr39@procomu.jp

<http://www.procomu.jp/jsnr39/>

[交流集会募集要項]

■募集期間

平成25年1月10日（木）～平成25年2月20日（水）正午まで

■応募資格

- ・本学会会員であること

■演題申し込み方法

- ・交流集会の主題，発表者全員の氏名（所属，会員番号），1,200文字以内の抄録のすべてをWindows版Word 2003，2007，2010で作成した文書A4版1枚に納めて，下記宛てにメールで送付してください。
なおファイル名は「JSNR39 交流集会応募：代表者氏名」としてください。

■流集会申し込み先

一般社団法人日本看護研究学会 第39回学術集会 運営事務局

「株式会社 プロコムインターナショナル」

〒135-0063 東京都江東区有明三丁目6番地11 TFTビル東館9階

電話：03-5520-8821 FAX：03-5520-8820 E-mail：jsnr39@procomu.jp

<http://www.procomu.jp/jsnr39/>

■実施方法

- ・交流集会は，代表者を中心に，それぞれのテーマで自由な形式で発表及びフロア参加者とのディスカッションを行っていただきます。
- ・決定した交流集会の代表者には，担当者より会場・方法等の詳細をお知らせいたします。

■採否の結果

- ・申込み受付後，採否結果，日時等の連絡は，全て代表者のE-mail宛てに送付いたします。
- ・E-mailアドレスが変更になった場合は，運営事務局E-mailアドレス（E-mail：jsnr39@procomu.jp）宛または，FAX（03-5520-8820）までご連絡ください。

会 告 (3)

日本看護研究学会雑誌35巻 4号掲載を下記の通り訂正いたします。

P15 表 1

誤

表 1 FTDの臨床症状と自閉症臨床症状の診断類似点

FTDの臨床症状	自閉症臨床症状
The Lund and Manchester Groups (1994). Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia. <i>J Neurol Neurosurg Psychiatry</i> , 57, 416-418. より抜粋引用	DSM-IVより, 類似項目を記載
1) 行動障害 <ul style="list-style-type: none"> ● 潜行性の症状と緩徐な進行 ● 早期からの自己に対する関心の喪失 (自己の衛生や身なりの無視) ● 早期からの社会に対する関心の喪失 (社会性の喪失, 万引きなどの軽犯罪) ● 早期からの脱抑制症候 (抑制の効かない性衝動, 暴力行為, 場にそぐわないふざけなど) ● 精神の硬直化と柔軟性のなさ ● 口唇傾向 (食嗜好の変化, 過食など) ● 常同行動と保持的行動 (周遊行動, 型にはまった行動, 収集, 身支度への儀式的没頭) ● 使用行動 (周囲にある道具への抑制のきかない探究) ● 注意緩慢, 衝動性, 維持困難 ● 早期からの病識の欠如 (自己の変化を客観的に見ることができない) 	1) a) b) c) d) 3) a) 3) a) b) c) 1) a) b) c) d) 3) a) b) c) 3) a)
2) 感情障害 <ul style="list-style-type: none"> ● 抑うつ, 不安, 過度の感傷, 希死念慮, 執着観念, 妄想, 心気症, <u>奇妙な自己身体への執着</u>: これらは早期にみられ, 消えやすい ● 感情面での無頓着さ (無関心, 共感の欠如など), 無表情 (不活発, 自発性低下) 	3) a) b) c) 1) a) b) c) d)

正

表 1 FTDの臨床症状と自閉症臨床症状の診断類似点

FTDの臨床症状	自閉症臨床症状
The Lund and Manchester Groups (1994). Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia. <i>J Neurol Neurosurg Psychiatry</i> , 57, 416-418. より抜粋引用	DSM-IVより, 類似項目を記載
1) 行動障害 <ul style="list-style-type: none"> ● 潜行性の症状と緩徐な進行 ● 早期からの自己に対する関心の喪失 (自己の衛生や身なりの無視) ● 早期からの社会に対する関心の喪失 (社会性の喪失, 万引きなどの軽犯罪) ● 早期からの脱抑制症候 (抑制の効かない性衝動, 暴力行為, 場にそぐわないふざけなど) ● 精神の硬直化と柔軟性のなさ ● 口唇傾向 (食嗜好の変化, 過食など) ● 常同行動と保持的行動 (周遊行動, 型にはまった行動, 収集, 身支度への儀式的没頭) ● 使用行動 (周囲にある道具への抑制のきかない探究) ● 注意緩慢, 衝動性, 維持困難 ● 早期からの病識の欠如 (自己の変化を客観的に見ることができない) 	1) a) b) c) d) 3) a) 3) a) b) c) 1) a) b) c) d) 3) a) b) c) 3) a)
2) 感情障害 <ul style="list-style-type: none"> ● 抑うつ, 不安, 過度の感傷, 希死念慮, 執着観念, 妄想, 心気症, <u>奇妙な自己身体への執着</u>: これらは早期にみられ, 消えやすい ● 感情面での無頓着さ (無関心, 共感の欠如など), 無表情 (不活発, 自発性低下) 	3) a) b) c) 1) a) b) c) d)

目 次

—原 著—

要支援一人暮らし男性高齢者のサポート獲得プロセス	1
浦郡市立ソフィア看護専門学校	山 根 友 絵
愛知県立大学看護学部	百 瀬 由美子
愛知県立大学看護学部	松 岡 広 子
日本の一医療機関で生体肝移植ドナーを体験した人々の「口を閉ざす行動」の背景にある文化	13
金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程	永 田 明
金沢大学医薬保健学域保健学系	長谷川 雅 美
アルコール性肝障害入院患者が断酒を決意し断酒を継続するプロセス	25
岡山大学大学院保健学研究科	山 田 隆 子
岡山大学大学院保健学研究科	秋 元 典 子

—研究報告—

自閉症スペクトラム障がいの子どもをもつ母親たちの支え合い —「仲間を勇気づけるレッスン」—	35
名古屋大学大学院医学系研究科博士課程後期課程, 岐阜県立看護大学看護学部	山 本 真 実
名古屋市立大学看護学部	門 間 晶 子
日本赤十字豊田看護大学看護学部	古 澤 垂矢子
中部大学生命健康科学部保健看護学科	大 橋 幸 美
名古屋医療センター	森 阿紀子
名古屋大学大学院医学系研究科	浅 野 みどり
離島在住高齢者のQOLへのインフォーマルサポート等の関連	45
聖マリア学院大学	濱 野 香 苗
長崎県立大学	堀 内 啓 子
インターフェロン療法を提案されたC型慢性肝炎患者の意思決定とその要因	57
京都大学医学部附属病院	片 山 泰 佑
大阪府立大学地域保健学域看護学類	簾 持 知恵子
中堅看護師のセルフマネジメントとその関連要因	67
島根県立大学短期大学部	梶谷(柴)麻由子
島根大学医学部看護学科	内 田 宏 美
島根大学医学部看護学科	津 本 優 子
強化インスリン療法以降の糖尿病児童生徒に対する養護教諭の支援に関する現状分析： 埼玉県における調査から	75
埼玉県立常盤高等学校	榎 本 聖 子
東京医科歯科大学大学院在宅ケア看護学分野	松 下 祥 子
首都大学東京地域看護学領域	河 原 加代子

精神科病棟看護師の諸葛藤の解析結果が示す精神科看護の現状とその改善のための方策	87
東亜大学大学院総合学術研究科臨床心理学専攻 木村 克典	
東亜大学大学院総合学術研究科臨床心理学専攻, 大阪薬科大学薬物治療学研究室 松村 人志	

一般訪問看護師による精神疾患をもつ利用者と家族への防御ラインを察知した接近法	97
岡山県立大学 渡邊 久美	
国際医療福祉大学 野村 佳代	
香川県立保健医療大学 國方 弘子	
岡山大学大学院保健学研究科 折山 早苗	
岡山赤十字看護専門学校 村上 礼子	

—技術・実践報告—

看護技術教育のブレンディッドラーニングにおけるeラーニングシステム活用に関する研究	105
福岡大学医学部看護学科 吉川 千鶴子	
福岡大学医学部看護学科 中嶋 恵美子	
福岡大学医学部看護学科 須崎 しのぶ	
福岡大学医学部看護学科 山下 千波	
国際医療福祉大学福岡看護学部 川口 賀津子	

—資料・その他—

一般病床患者と看護師による療養環境評価の特性	117
東北大学大学院医学系研究科看護教育・管理学分野 渡邊 生恵	
東北福祉大学健康科学部保健看護学科 杉山 敏子	

外来がん化学療法を受ける患者の心理的側面に関する文献検討

—対象論文を和文献に限定して—	129
福岡県立大学看護学部 八尋 陽子	
福岡県立大学看護学部 中井 裕子	
福岡県立大学看護学部 東 あゆみ	

—奨学会助成金研究報告—

「特定高齢者」対象の『転倒予防教室』における運動前の足浴の転倒リスク軽減効果の検証	137
藍野大学医療保健学部看護学科 本多 容子	
大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 阿曾 洋子	
大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 伊部 垂希	
神戸大学大学院保健学研究科 片山 恵	
摂南大学看護学部 田丸 朋子	

CONTENTS

Original Papers

- How Elderly Men that Live Alone and Are Certified in the Tow Lowest Levels of
Required Care under the Long-Term Care System Obtain Support 1
Gamagori Municipal Sofia Nursing College : Tomoe Yamane
School of Nursing, Aichi Prefectural University : Yumiko Momose
School of Nursing, Aichi Prefectural University : Hiroko Matsuoka
- Culture Behind “Clam Up Behavior” among Donors Who Received
Living Liver-Transplantation at a Hospital in Japan 13
Doctoral Course, Division of Health Sciences, Graduate School of Medical Science,
Kanazawa University : Akira Nagata
Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences,
Kanazawa University : Masami Hasegawa
- The Process for Inpatients with Alcoholic Liver Diseases to Decide to
Stop and Continue Abstaining from Drinking 25
Graduate School of Health Sciences, Okayama University : Takako Yamada
Graduate School of Health Sciences, Okayama University : Noriko Akimoto

Research Reports

- Mutual Support in the Narratives of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder:
The Lesson of Encouraging Other People 35
Doctoral Course, Graduate School of Medicine, Nagoya University, Gifu College of Nursing : Mami Yamamoto
Nagoya City University School of Nursing : Akiko Kadoma
Japanese Red Cross Toyota College of Nursing : Ayako Furuzawa
Department of Nursing College of Life and Health Sciences, Chubu University : Yukimi Ohashi
Nagoya Medical Center : Akiko Mori
Graduate School of Medicine, Nagoya University : Midori Asano
- Relevance of Informal Support and Other Services to the Quality of Life of
the Elderly Population on a Remote Island 45
St. Mary's College : Kanae Hamano
The University of Nagasaki : Keiko Horiuchi
- Decision-making for Interferon Therapy and Their Factors in Patients with Chronic Hepatitis C 57
Kyoto University Hospital : Taisuke Katayama
College of Health and Human Sciences, Osaka Prefecture University : Chieko Hatamochi
- Self-management Ability and its Influence Factors in Knowledgeable Nurses 67
The University of Shimane Junior College : Mayuko (Shiba) Kajitani
Shimane University Faculty of Medicine Department of Nursing : Hiromi Uchida
Shimane University Faculty of Medicine Department of Nursing : Yuko Tsumoto
- An Analysis of Support for Diabetic School Children by Yogo Teachers since the Adoption of
Intensive Treatment: Investigation in Saitama Prefecture 75
Saitama Prefectural Tokiwa High School : Seiko Enomoto
Home Care Nursing, Graduated School of Health Care Science,
Tokyo Medical and Dental University : Sachiko Matsushita
Division of Nursing Science, Tokyo Metropolitan University : Kayoko Kawahara

Nursing in Psychiatric Hospital Inpatient Wards: An Analysis of Nurses' Conflicts in the Present Situation and a Proposal for Improvement	87
<p style="text-align: center;">Division of Clinical Psychology, Graduate School of Integrated Science and Art, University of East Asia : Katsunori Kimura</p> <p style="text-align: center;">Division of Clinical Psychology, Graduate School of Integrated Science and Art, University of East Asia, Laboratory of Pharmacotherapy, Osaka University of Pharmaceutical Sciences : Hitoshi Matsumura</p>	
Strategies to Overcome the Perceived 3-Stage Defense Line between General Visiting Nurses and Both Psychiatric Patients and their Families	97
<p style="text-align: center;">Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University : Kumi Watanabe International University of Health and Welfare School of Nursing and Rehabilitation Science at Odawara : Kayo Nomura</p> <p style="text-align: center;">Department of Nursing, Faculty of Health Science, Kagawa Prefectural College of Health Sciences : Hiroko Kunikata</p> <p style="text-align: center;">Graduate School of Health Science, Okayama University : Sanae Oriyama The Japanese Red Cross Okayama School of Nursing : Reiko Murakami</p>	
Technical Reports	
Study of the Utilization of an e-Learning System with a Blended Learning Approach for Nursing Skills Education	105
<p style="text-align: center;">School of Nursing, Fukuoka University : Chizuko Yoshikawa School of Nursing, Fukuoka University : Emiko Nakasima School of Nursing, Fukuoka University : Shinobu Suzaki School of Nursing, Fukuoka University : Chinami Yamashita</p> <p style="text-align: center;">School of Nursing at Fukuoka, International University of Health and Welfare : Kazuko Kawaguchi</p>	
Preliminary Session	
Differences in the Inpatients' and Nurses' Evaluation of the Hospital Environment	117
<p style="text-align: center;">Division of Nursing Education and Administration, Tohoku University Graduate School of Medicine : Ikue Watanabe</p> <p style="text-align: center;">Department of Nursing, Faculty of Health Science, Tohoku Fukushi University : Toshiko Sugiyama</p>	
A Literature Review of Studies Examining the Psychological Aspects of Cancer Patients Receiving Outpatients Chemotherapy — References Limited to Only Japanese Literature —	129
<p style="text-align: center;">Faculty of Nursing, Fukuoka Prefectural University : Yoko Yahiro Faculty of Nursing, Fukuoka Prefectural University : Yuko Nakai Faculty of Nursing, Fukuoka Prefectural University : Ayumi Higashi</p>	
JSNR "Shogaku-kai" Scholarship Report	
A Study of Effects of Foot Bath before Exercise on Fall Prevention	137
<p style="text-align: center;">Aino University Department of Nursing Faculty of Nursing and Rehabilitation : Yoko Honda Osaka University Graduate School of Medicine Course of Health Science : Yoko Aso Osaka University Graduate School of Medicine Course of Health Science : Aki Ibe Kobe University Graduate School of Health Science : Megumi Katayama Setsunan University Faculty of Nursing : Tomoko Tamaru</p>	

要支援一人暮らし男性高齢者のサポート獲得プロセス

How Elderly Men that Live Alone and Are Certified in the Tow Lowest Levels of
Required Care under the Long-Term Care System Obtain Support

山根友絵¹⁾ 百瀬由美子²⁾ 松岡広子²⁾
Tomoe Yamane Yumiko Momose Hiroko Matsuoka

キーワード：一人暮らし，要支援，男性高齢者，サポート獲得プロセス

Key Words：living alone, frail, elderly men, process of establishing support mechanisms

I. はじめに

人口の高齢化に伴い、65歳以上の高齢者のいる世帯は増加を続け、2009年現在、全世帯の41.9%を占めている。世帯構造別の構成割合でみると、1980年では三世帯世帯の割合がいちばん多く、全体の半分程度を占めていたが、2009年では単独世帯と夫婦のみ世帯で半数を超える状況である。一人暮らし高齢者は今後も増加を続け、女性と比べてとくに男性で一人暮らし高齢者の伸び率が大きいことが予測されている。また、一人暮らし高齢者では、他の世帯と比べ健康や生活費など「心配ごとや悩みごとがある」人が多いことも指摘されている（内閣府、2011）。

先行研究において、一人暮らし高齢者のうち孤立状態に該当する高齢者は、男性の比率が高いこと（齊藤・冷水・山口・武居、2009）や、男性のほうが女性よりも家族や友人とのつながりが弱いこと（板東・河野・津村、2008）が指摘されており、一人暮らし高齢者のなかでも、とくに男性はインフォーマルなサポートが得られにくい対象であると考えられる。

一人暮らし高齢者に焦点を当てた研究（林・岡田・白澤、2006；林・岡田・白澤、2008；松本・東條、2001；松坂、2004；長江・千葉・中村・柳澤、2001；田中・小西、2004）がいまままでに行われているが、一人暮らし高齢者に占める女性の割合が高いことから、対象者の多くは女性が占めているのが現状である。最近では、一人暮らし男性高齢者に対する支援の重要性が認識され、セルフケアの確立に焦点を当てた研究（河野・田高・岡本・国井・山本、2009）や、地域で行われたプログラムの報告（河野・丸尾・藤田・田高・国井、2010）など、一人暮らし男性高齢者を対象とした研究が徐々に行われてきているものの、一人暮らし男性高齢者のサポートに焦点を当てた研究は見当たらず、その特徴や獲得のプロセスについてはまだ明らか

にされていない。

今後増加が予測される一人暮らし男性高齢者への支援は、さらに重要になると考えられるが、とくに、住み慣れた自宅での生活を継続するうえで、サポートを実際に必要としている自立度の低下した一人暮らし男性高齢者に対する支援は、専門職にとって優先度の高い課題である、と言える。そこで、本研究では、介護度がまだ軽度な状態である一人暮らしの男性高齢者に焦点を当て、在宅生活継続を可能にしているサポートの状況とその獲得プロセスを探索することを目的とした。介護度がまだ軽度な状態である一人暮らし高齢者のサポートの現状を知ることで、予防的な観点での支援のあり方を検討するため、本研究では、要支援認定を受けている一人暮らし男性高齢者を対象とした。

II. 用語の定義

野口（1991）は、ソーシャルサポートの測定を念頭に置き、操作概念の定義を行っている。本研究では、野口の概念を参考に、高齢者の一人暮らし継続を可能にするという視点から、高齢者が他者と結ぶ関係の機能的側面をとらえ、高齢者個人にとって援助的であるととらえられる他者の行為に着目した。

本研究において「サポート」とは、高齢者が他者と結んでいる関係のうち、在宅生活継続のために重要であると高齢者自身が認識する他者の援助的行為とし、フォーマルおよびインフォーマルの両者を含むもの、とした。

III. 研究方法

1. 研究参加者

中部地方にある地方都市を研究場所とし、研究参加者は、

1) 蒲郡市立ソフィア看護専門学校 Gamagori Municipal Sofia Nursing College

2) 愛知県立大学看護学部 School of Nursing, Aichi Prefectural University

介護保険制度における要支援1または2の認定を受けている65歳以上の一人暮らし男性高齢者のうち、何らかのサービスを利用しながらも現在一人暮らしが継続できている人、とした。

2. データ収集

データ収集は、2010年2月から6月の期間に実施した。研究参加者の募集については、地域包括支援センターを運営しているA市社会福祉協議会に研究の主旨を口頭と文書を用いて説明し、協力を依頼した。承諾が得られた後、地域包括支援センター職員に情報提供者の要件を満たす研究参加候補者の選定を依頼した。担当職員から研究参加候補者に対し、口頭で研究者への紹介についての同意を得た後、研究者から直接、研究参加候補者に電話連絡し、研究参加者の自宅において、1人約40～80分の半構造的面接を行った。要支援一人暮らし男性高齢者が、在宅生活継続のなかで感じた困難な状況から、現在の状態に至るまでに、どのようなサポートを受け、それをどう受け止めているのかという視点から、インタビューガイドを用いて「過去の一人暮らしが困難であると感じたときの体験から現在のサポートを獲得するまでの過程」「現在のサポートの状況とその受け止め方」「一人暮らし継続の可能性についての認識」などについてインタビューを行った。インタビューの内容は、研究参加者の許可を得てICレコーダに録音し、録音内容から逐語録を作成した。

3. 分析方法

本研究では、木下が開発した『修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ』（以下、M-GTA）を用いて分析を行った。この分析方法は、データを切片化せず、データのなかに表現されている文脈の理解を重視し、データの深い解釈から概念を生成するという特徴があり、適している研究として、人間と人間とが直接的にやりとりをする社会的相互作用にかかわる研究であること、研究対象とする現象がプロセス的性格をもっていることがあげられており（木下、2003）、限定された範囲内における説明力に優れた成果を導き出すとされている（木下、1999）。

本研究は、一人暮らし男性高齢者とサポート提供者が直接やりとりをする社会的相互作用に焦点を当てており、サポートの状況が変化するプロセスを分析対象としている。また、「要支援認定を受けている一人暮らしの男性高齢者」という限定された対象者に対する支援に適用可能な結果が得られるという点からも、本研究に適した分析方法であると考えた。

M-GTAでは、分析テーマの設定により、データに対してどのような角度で分析に入るかを定める。本研究におい

ては、分析テーマを「要支援一人暮らし男性高齢者における日常生活維持のためのサポート獲得プロセス」とした。次に、特定の人間に焦点をおいてデータを解釈していくため、分析焦点者を設定する。本研究では分析焦点者を「サービスを利用しながら生活する要支援一人暮らし男性高齢者」とした。分析テーマと分析焦点者に照らして、データの関連個所に着目し、それを1つの具体例とした。その具体例の意味する内容について検討し、他の類似具体例をも説明できると考えられる概念を生成した。作成した概念の有効性は、具体例が豊富に出てくるかどうかを基準として判断した。また、類似例だけでなく、対極例についての比較の観点からデータを見ていくことで、解釈が恣意的に偏る危険性を排除した。次に、生成した概念と他の概念との関係を比較検討し、意味の類似したものはカテゴリーとしてまとめた。生成したカテゴリーは、カテゴリー相互の関係から結果図を作成し、その概要を簡潔に文章化してストーリーラインとした。

分析の厳密性を確保するため、研究参加者数名と地域包括支援センター職員に分析結果を示し、内容が妥当なものになっているかを確認した。また、分析過程において、老年看護学を専門とする研究者数名で定期的にディスカッションを行った。

4. 倫理的配慮

研究参加候補者への電話連絡の際、研究者から直接口頭で研究の目的と方法、依頼したい内容、プライバシーの保護、参加の自由、研究に参加しなかった場合や途中で参加を取りやめた場合でも、今後のサービス利用において不利益がないことについて説明し、同意が得られた場合に面接の約束をした。面接時に、改めて口頭と文書により説明を行い、参加の意思が確認できた場合に、文書による同意を得たうえでインタビューを行った。なお、本研究は愛知県立大学研究倫理審査委員会による承認を得て実施した。

IV. 結果

1. 研究参加者の概要

研究参加者は14名、年齢は69～93歳（平均79.6歳）、一人暮らしの期間は6か月～50年であった。また、要介護度は要支援1が6名、要支援2が6名であり、平成18年の介護保険制度改正以前から認定を受けていた者も含まれた（表1）。

以下にストーリーラインを示し、結果図に沿って内容を詳細に説明する。なお、文中の【 】はカテゴリー、〈 〉は概念、『ゴシック文字』はデータの引用を表す。

表1 研究参加者の概要

ケース	年齢	独居期間	要介護度	主な疾患・症状	利用しているサービス	キーパーソン
A	79	7年	要支援1	脳梗塞	介護予防通所介護	妻の妹夫婦
B	73	13年	要支援2	脊椎疾患・心疾患	介護予防訪問介護	妹
C	86	10年	要支援1	腰痛	介護予防通所介護	長女
D	82	6年	要支援1	糖尿病・高血圧・難聴	介護予防訪問介護	弟の長男
E	82	1年6か月	要支援1	糖尿病・C型肝炎・腎不全	介護予防通所介護・介護予防訪問介護	長女
F	76	50年	要支援1	大腿骨頸部骨折	介護予防訪問介護	弟
G	93	7年	要支援2	腰椎圧迫骨折・心疾患	介護予防訪問介護	姉の長男
H	76	6年	要支援2	緑内障・高血圧・腰痛	介護予防訪問介護・給食サービス	次女
I	89	1年	要支援2	特になし	介護予防通所介護	長男
J	73	20年	要支援2	脳梗塞・腎不全	介護予防訪問介護・給食サービス	長女
K	81	1か月	要支援2	糖尿病・前立腺がん・過呼吸症候群	介護予防訪問介護	長女
L	69	28年	要支援2	脳梗塞	介護予防通所リハビリテーション・給食サービス	長女
M	75	30年	要支援2	肺気腫・高血圧・糖尿病	介護予防訪問介護	兄
N	80	2年	要支援2	変形性膝関節症・大腸がん・不整脈	介護予防通所リハビリテーション・介護予防訪問介護	長女

2. ストーリーライン

要支援認定を受けている一人暮らし男性高齢者は、一人暮らしを継続するなかで【日常生活上の困難】を感じることもあるが、【人はあてにできない】という気持ちから、自分自身の【家事を行う能力】を活用し、【生活に必要な行為の負担を減らす工夫】や【現状維持のための対処】をすることにより、できる限り自分自身で対処しようとしていた。そして、自分自身での対処が困難となったときには、【周囲の人との交流の減少】【限られた交流関係の継続】【活動範囲の縮小】があるなかで、【援助が得られる条件】が整ったことを認識した場合には、親族や地域の人からの援助を受けるようになっていた。

親族からの援助の内容としては、実質的な援助として【日々必要とする親族からの援助】や【親族から得られる安心感】といった精神的な援助もあった。また、自分にとっては好ましくない【意向にあわない親族からの助言】も含まれていた。地域の人からの援助には、【自分を気づかしてくれる友人・ボランティアからの援助】【亡くなった妻が築いた近隣関係からの継続的な援助】があり、生活の安定を支えていた。さらに、親族、地域の両者からの【定期的な見守り】も受けていた。

親族や地域の人など、周囲の人からの援助を受けるなかで【援助者に任せておけば安心】と思い、【援助が得られるという期待】をもちながらも【対等な援助関係を意識】することで、援助を受けることを正当化していた。また援助してくれる親族への遠慮から【親族の事情への配慮】を行っていた。

一方、【援助が得られる条件】が整わず、周囲の人からの援助が得られない場合や、周囲の人からの援助だけでは【日常生活上の困難】への対処が十分にできない場合、【身近な人からのサービス利用の勧め】があったり、【サービス利用の必要性を実感】することで、サービスを利用する

ようになっていた。サービス利用の決定には【サービスに関する情報の不足】から【サービス利用に対する抵抗感】が影響していたが、抵抗感をもちながらも、【親族の事情への配慮】から【受動的にサービス利用を決定】したり、自ら【主体的にサービス利用を決定】していた。【サービスの利用】をするなかでは、【サービス内容の肯定的な評価】【サービス内容の否定的な評価】を行い、【サービスと自分の生活との調和】をはかっていた。

そして、一人暮らしを続けるなかで高齢者は、【一人暮らしを支える安心感】【自分の生活ペースを守りたい】【家長としての役割を果たしたい】【いまは自立できているという自負心】【自立していたいという望み】といった一人暮らし継続への意志を強める思いと、【一人で暮らす辛さ】【緊急時の不安】【さらなる自立度低下への不安】【一人暮らしの限界感】【先の見通しの不確かさ】といった、一人暮らし継続に不安を感じる思いとの間で常に揺れ動き、そのなかでも【前向きな気持ちをもつ努力】を続けることで、一人暮らし継続の意志を保っていた。

これらのサポート獲得のプロセスと心理的な側面は互いに影響しあっており、サポートを獲得するプロセスが心理的な揺れを大きくしたり、心理的な状況がサポートを獲得するプロセスの動きを促進したり抑制したりしていた(図1)。

3. 周囲の人からの援助を獲得するプロセス

研究参加者が、日常生活上の困難を感じてから、周囲の人からの援助を獲得していくプロセスである。【日常生活上の困難】は、〈身体機能の低下〉〈生活上の不自由〉〈家事が億劫〉の概念で構成された。それは老化や疾患の影響によって引き起こされるものだった。いままでできていた、ちょっとしたことができなくなったり、できる能力があっても、負担感を強く感じるようになる、などの変化がみられた。

要支援一人暮らし男性高齢者のサポート獲得プロセス

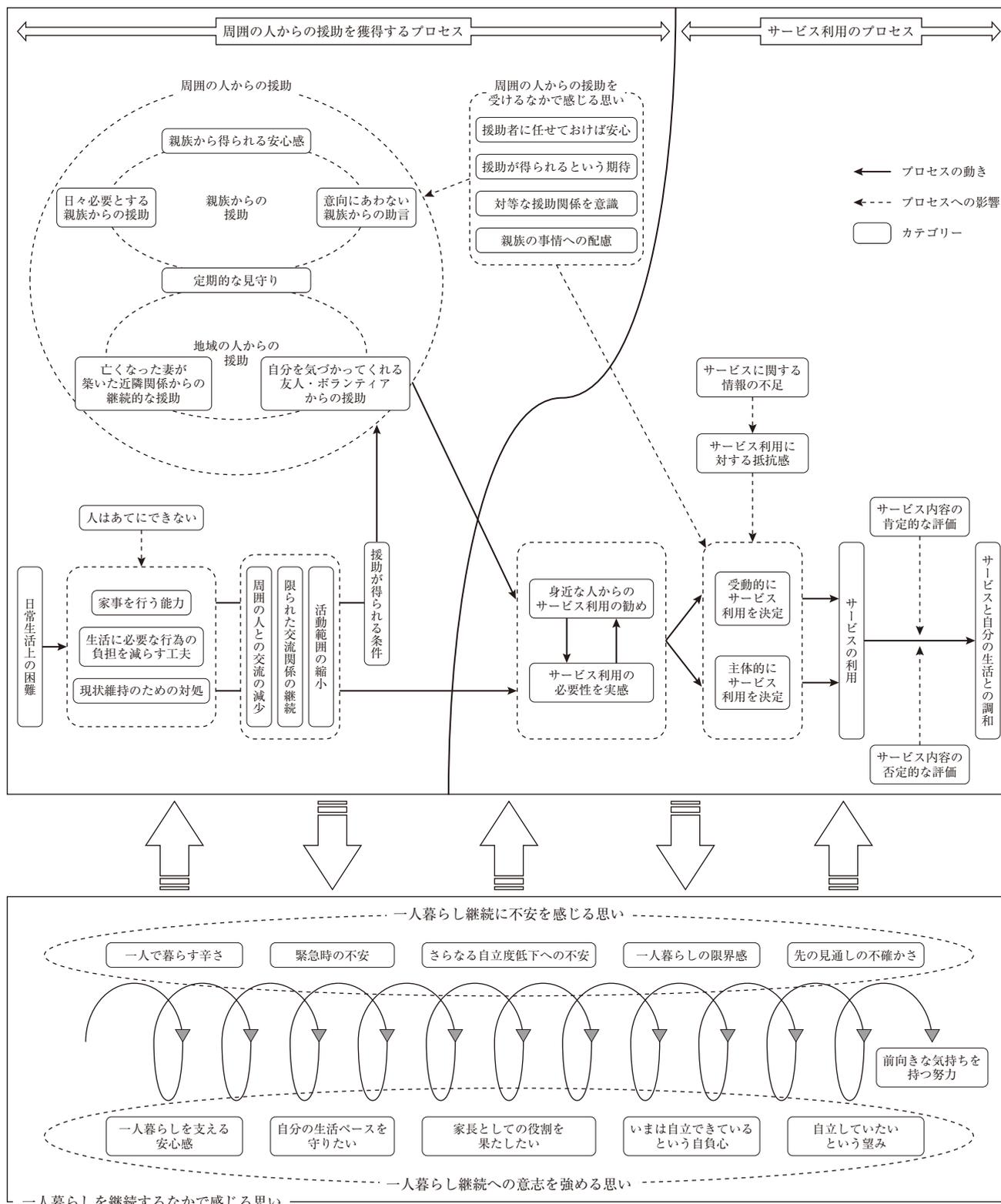


図1 サポート獲得のプロセス

『(腰痛があるので) 買い物とか、重いものは持てない。うちのなかのこう、何つうんだろ、物を動かしたりするね。ま、これ(マッサージ器を動かすこと)なんかそのくちだけど。そういうこととかね』(ケースC)
 研究参加者は、【日常生活上の困難】に対して、できる

限り自分自身の能力を使って対処しようとしていた。それは、【家事を行う能力】【生活に必要な行為の負担を減らす工夫】、【現状維持のための対処】の категорияで表わされ、【人はあてにできない】という気持ちが影響していた。【家事を行う能力】で示されたように、研究参加者は、男

性であっても日常生活の維持に必要な家事の能力を身につけていた。そして【生活に必要な行為の負担を減らす工夫】には、〈調理の手間を省く〉〈日常生活動作の工夫〉の概念が含まれた。家事や日常生活上のちょっとした行為に負担や不自由があっても、すぐに人に頼むということはず、自分でできるようにさまざまな工夫をしていた。

『靴べらの大きいのは、本当に役に立ちますよ。まず、痒いとこ手が届くでしょ。靴下でも、脱ぐときにね、こっちから(靴べらを)ぎゅーっと入れて、ここ通り越させて、ほいでスーッと脱ぐんですよ。靴べら1つでできるんです』(ケースB)

【現状維持のための対処】は〈身体機能維持のための活動〉〈自分の身体にあわせた体調管理〉などで表わされ、研究参加者は、いまよりも動けなくなることに強い不安を抱き、できる限りいまの状態を保っていきたいと感じていた。

そして、自分自身での対処が困難となったときには、【周囲の人との交流の減少】【限られた交流関係の継続】【活動範囲の縮小】といった周囲の人との交流関係の縮小があるなかで、【援助が得られる条件】が整ったことを認識した場合には、親族や地域の人からの援助を受けるようになっていた。【周囲の人との交流の減少】には〈希薄な近所づき合い〉〈仕事仲間との交流の減少〉〈友人との交流の減少〉などの概念が含まれた。研究参加者は、高齢になり身体機能が低下するにつれ、近所の人や仕事関係の仲間、友人、親族など、周囲の人との交流が困難になることを感じていた。

『いまはだんだん(将棋仲間が)減ってきたねえ。割合、あの亡くなった人から、いろいろ。いつも、週に2、3回、ここへ、わしんとこへ、将棋をやりに来た人も、亡くなったし、みんな結構亡くなった人が、うん』(ケースM)

しかし、【限られた交流関係の継続】で表わされるように、周囲の人との交流が減少していくなかでも、近隣やきょうだいなど限られた一部の人とは交流関係が継続している場合もあった。【活動範囲の縮小】は、自分が自由に外出できる範囲が徐々に狭くなっていくことを意味する。

【援助が得られる条件】は、〈援助者との距離〉〈援助依頼に対する反応〉〈援助者の数が多いほうが助かる〉〈親族との過去の援助関係〉の4つの概念で構成された。〈援助者との距離〉は、援助者との物理的な距離を表わしているが、研究参加者は、援助者が近くにいるほうが援助を受けやすいと感じていた。また、〈援助依頼に対する反応〉は援助を依頼したときの相手の反応を表わしているが、援助を依頼したときの相手の反応が肯定的であると、援助を依頼しやすいと感じていた。

『そりゃあ頼んだときに、(親族が)「忙しいときに」っ

て言うときありますけどね。「悪いなあ」って言やあ「まあ、いいわ、いいわ、いいわ」って、そうは言いながらもやってくれる』(ケースB)

〈援助者の数が多いほうが助かる〉は、援助者の人数が多いほうがたくさんの援助を受けられるということであり、〈親族との過去の援助関係〉は、親族との過去の援助関係が現在の援助関係に影響するということである。親族とは、長い付き合いの歴史があり、その付き合いの延長として現在の援助関係がある。昔から親しく交流のあった親族からは援助が受けられると感じ、過去に関係のよくなかった親族からは援助が受けられないと感じていた。D氏は昔からきょうだいと疎遠になっている状況を以下のように語り、きょうだいに援助を求めようとは考えていなかった。

『結局、まあ何ちゅうかなあ、本家の兄貴で威張ったもんで、そういう(きょうだいが遠慮して来なくなった)とこがあったじゃないかなあとも思うけど』(ケースD)

研究参加者は、これらの【援助が得られる条件】が整うことで、周囲の人からの援助を受けやすいと感じていた。周囲の人からの援助とは、【日々必要とする親族からの援助】【親族から得られる安心感】【意向に合わない親族からの助言】【自分を気づかってくれる友人・ボランティアからの援助】【定期的な見守り】であり、親族からの援助と地域の人からの援助があった。

親族からの援助は、子どもやきょうだいなど、血縁関係の人から得る援助である。【日々必要とする親族からの援助】は〈親族からの食事の援助〉〈親族からの家事援助〉〈ニーズを予測した親族からの援助〉といった日々の生活のなかで必要とされる援助である。とくに家事は日常生活を継続するうえで必要不可欠な行為であり、それが自分でできなくなったとき、生活を維持するためには、何らかの援助が必要となる。また、自分自身である程度の家事ができる場合でも、負担を軽減したり不足を補うために援助を受けているケースもあった。

『惣菜なり、何かおかずを持ってきてくれるとかねえ。それはきょうだいが、女きょうだいのほうがね、やる程度なんだけど』(ケースH)

また、研究参加者は、親族から日常生活に必要な援助を受けるとともに、【親族から得られる安心感】で表わされる精神的な安心感も得ていたが、その反面、親族の助言が研究参加者を不快にさせているという状況がみられた。【意向にあわない親族からの助言】は〈意向に合わない親族の助言に反発〉〈親族の都合を優先した助言〉の概念で構成され、親族が、研究参加者のためと考えると助言をしていても、それが研究参加者にとっては不愉快なものとなっている場合があった。

『娘たちに、施設へ入れて、（施設のほうが）いいとか（言われて）。昔のなあ、姥捨て山だとか、あれと一緒にじゃないか、そのほうが手がかからんで、入れて言うだらあって（思っ）』（ケースK）

地域の人からの援助には、近所の親しい友人や地域のボランティアからの援助である【自分を気づかってくれる友人・ボランティアからの援助】とともに【亡くなった妻が築いた近隣関係からの継続的な援助】が含まれた。若いころ、仕事中心で生活してきた男性高齢者にとって、近所付き合いは妻が中心となっていることが多いが、妻が親密な近所付き合いをしていたことで、妻が付き合いをしていた近所の人々が、妻が亡くなってからも継続して援助してくれるという状況があった。

『隣の奥さんもあれだ、わしはあんまりあれじゃない（親しくしていない）けど、うちのやつ（妻）は付き合いがよかったもんでねえ、おかげでね、まあいろいろ持ってきてくれたりするけどねえ』（ケースK）

そして、親族、地域の人々の両方から【定期的な見守り】を受けていた。

4. 周囲の人からの援助を受けるなかで感じる思い

研究参加者は、周囲の人からの援助を受けるなかでさまざまな思いを感じていた。それは、【援助者に任せておけば安心】【援助が得られるという期待】【対等な援助関係を意識】【親族の事情への配慮】の категорияが含まれた。【援助者に任せておけば安心】は、親族など援助してくれる人の言うことを聞いていれば、自分にとっていいように取り計らってくれると認識することであり、【援助が得られるという期待】は、何かあったら周囲の人から援助が受けられるのではないかと期待である。【対等な援助関係を意識】は、〈援助に対する報酬〉〈過去の援助の報い〉の概念で構成されており、援助の対価としてお金や物を渡す場合と、過去に自分が援助を提供してきたから、現在自分が援助を受けるのは正当であると認識する場合があった。研究参加者は、周囲の人からの援助を受けるとき、相手に迷惑をかけるという意識から、少なからず引け目を感じている。しかし、援助を受けなければ日常生活の維持が困難となるため、援助を受けないという選択はできず、援助を受けることを自分のなかで正当化し、自尊心を保つための対処を行っていた。

『わしは世話になることはおん、絶対タダじゃ済まさんもんだいおん。これをお金（を）あげるわけだ。—中略—世話になりゃ、これ（お金）はあげるのが当たり前だもんで』（ケースG）

また、親族から援助を受けるなかでは、常に【親族の事情への配慮】を行っていた。【親族の事情への配慮】は

〈親族の家庭の事情に配慮〉〈親族は仕事が優先〉〈女性親族は自分の家族が優先〉などの概念で構成されたが、研究参加者は、親族の家庭の事情がよくわかっており、できるだけ負担をかけたくないという思いを抱いていた。親族は仕事をもっているため、十分援助してもらえないのは仕方がないと考えたり、とくに娘や妹など女性の親族に対しては、嫁ぎ先の家族の世話という役割があるので、自分のことばかりしてもらわなければならないという気持ちをもっていた。

『ほいでもまあ、（娘は）4時から5時ごろに来て遅くも7時までには帰ってくもんだいね。まあ自分のうちのこともやらにゃあならんもんだいね』（ケースE）

5. サービス利用のプロセス

サービス利用のきっかけから、サービスと自分の生活との調和に至るプロセスである。【援助が得られる条件】が整わず、周囲の人からの援助が得られない場合や、周囲の人からの援助だけでは【日常生活上の困難】への対処が十分にできない場合、【身近な人からのサービス利用の勧め】があったり、【サービス利用の必要性を実感】することが、サービス利用のきっかけとなっていた。身近な医師や親族が必要性を感じ、研究参加者にサービス利用を勧めたり、入院など身体機能の低下が起るようなアクシデントがあることで、自分自身がサービス利用の必要性を実感していた。

『先生（主治医）にも言われて、一人だもんだい、ま、そういう手続き（介護保険の申請）をとって、そのほうがいいって言われたもんだいね』（ケースE）

そして、サービス利用の決定には【受動的にサービス利用を決定】と【主体的にサービス利用を決定】の2つのタイプがあった。【受動的にサービス利用を決定】は、自分自身はサービスを利用したくないという気持ちを持ちながらも、周囲の人の意向を受け入れてサービス利用を決定することである。〈援助者の意向を優先したサービス利用の受け入れ〉〈親族によるサービス利用の決定を受け入れる〉の概念で構成された。

『なんで俺がこんなとこ（デイサービス）行かなきゃいかなのかなあと思ったけど、子どもも勤めるし、ね、その〇〇さん（包括職員）も言うし、まあ、行きましようって思っ』（ケースC）

【主体的にサービス利用を決定】は自らの意志でサービスの利用を決定するというものであり、〈サービス利用のために自ら行動を起こす〉〈デイサービスを比較検討し利用を決定〉の概念で構成された。また、サービス利用の決定には、【親族の事情への配慮】と【サービス利用に対する抵抗感】が影響しており、サービス利用に抵抗感をも

ちながらも、親族に負担をかけたくないという思いから、サービス利用を決定しているケースもあった。

また、【サービス利用に対する抵抗感】にはサービスの情報が影響しており、【サービスに関する情報の不足】が、【サービス利用に対する抵抗感】を大きくしていた。

『迷ったって、(介護保険のことが)最初よくわからなんだもんでね。なんてったって、生まれて初めてかかるんですから』(ケースB)

サービス利用の決定をした後、【サービスの利用】に至っていたが、サービスを利用するなかで、サービス内容についての主観的な評価が行われ、【サービス内容の肯定的な評価】【サービス内容の否定的な評価】を行うなかで【サービスと自分の生活との調和】がはかられていた。【サービス内容の肯定的な評価】は、利用しているサービスに満足している、サービスを利用することでよい影響があると認識することである。〈サービス利用によるプラスの評価〉〈通所サービス職員からの気配り〉で構成され、サービスに対する肯定的な評価があることで、利用の継続につながっていた。

『いま(デイサービスに)行っててねえ、ああ、うちにぼかーんとしてねえ、テレビ見るよりも、動いてね、デイサービス行って仲間と会話したほうが身のためにはなった。行ってよかったと思うよね』(ケースC)

【サービス内容の否定的な評価】は、利用しているサービスに不満がある、サービスがあわないと感じることである。〈制度・サービスへの不満〉〈デイサービスはあわない〉の概念で構成され、否定的な評価となり利用が中止される場合と、否定的な評価をしながらも利用を継続している場合があった。

『(デイサービスに)行ったら、やあ、こんな年寄りばっかのところで、おれが何で来んならんだらあって、そう思っただけだね』(ケースA)

そして、自分にあったサービスの選択やサービス内容の調整を行うことで【サービスと自分の生活との調和】に至っていた。【サービスと自分の生活との調和】は、〈サービスに合わせた生活の調整〉〈サービス利用への慣れ〉の概念から構成された。研究参加者にとって、サービスの利用は日常生活の一部となっていた。

『ヘルパーさんが来てもらうときに、(食材が)何にもなくちゃああれだぞと思っちゃあ、あの、(自分で)買って来るだけ』(ケースK)

『日曜日に1回、コンビニ行って買って来て。ほいで、木曜日までもたして。ほいで今度、木曜日に(ヘルパーが)来たら、ヘルパーさんに行って来てもらうと。それの繰り返しをいまやっとならね』(ケースN)

6. 一人暮らしを継続するなかで感じる思い

研究参加者は、一人暮らしを継続するなかで、さまざまな思いを抱えていた。それは、一人暮らし継続への意志を強める思いと、一人暮らし継続に不安を感じる思いに分けられた。

一人暮らし継続への意志を強める思いには、【一人暮らしを支える安心感】【自分の生活ペースを守りたい】【家長としての役割を果たしたい】【いまは自立できているという自負心】【自立していたいという望み】のカテゴリーが含まれた。これらの思いが、一人暮らしを続けたい、続けることができるという気持ちにつながっていた。

【一人暮らしを支える安心感】は、〈生活のなかでの楽しみ〉〈経済的な支え〉〈神仏の支え〉〈健康が支え〉の概念で構成された。研究参加者は、これらの支えがあることで安心感を得ることができており、その安心感があるからこそ一人暮らしを継続することができていた。

『私はどっちかっていうと、丈夫なほうだね。いままで見ると。その何つうんだ、大きな病気っていうかなあ、入院したとかってことは、やったことない』(ケースC)

【自分の生活ペースを守りたい】は、一人で生活することで、自分の好きなことが自由にできると感じ、その自由な生活を守りたいという思いである。【家長としての役割を果たしたい】は、〈家を守るという義務感〉〈遺言を子どもに伝える〉の概念で構成された。研究参加者は、自分が受け継いできた家を何とかして守っていきたいと考え、自分の亡きあと、誰に家や墓を守ってもらうのかという心配を抱えていた。そして、自分の守るべき家を捨て、施設や子どものもとに行くことは簡単にはできないことであり、家長として家を守るという意識は、一人暮らし継続への思いを強くしていた。

『まあこのうちも何代続いとるだねえ。まあ、平安時代からの、あれだもんでね。-中略-まあ残った古いのがうちだけになっちゃつとるもんで、よけいこう、そいじゃあ守らにゃしょねえと、こうなってそういう気持ちが強くなっちゃうだね』(ケースD)

【いまは自立できているという自負心】とは、先のことはわからないが、いまのところ大部分のことは自分でできているという自信である。【自立していたいという望み】は〈できる限り自分でしたいという望み〉〈人に頼りたくない〉などの概念が含まれ、研究参加者は、老化や疾病の影響により身体機能が低下し、徐々にできないことが増えていくなかで、できる限り人に頼らず自立していたいという強い希望をもっていた。そういった強い自立心が一人暮らしを継続するための力になっていた。

『(子どもに)頼りすぎたら、お互いに迷惑だ。向こうもね。まあ、自分であれだ、やっていけるうちは、自分で

やっていけばいいだもんでね。何も、頼る必要ないだもんで。健康でおるうちはね』(ケースI)

そして、一人暮らし継続に不安を感じる思いには【一人で暮らす辛さ】【緊急時の不安】【さらなる自立度低下への不安】【一人暮らしの限界感】【先の見通しの不確かさ】の категорияが含まれた。一人で生活していく現実の辛さや、さまざまな不安が大きくなることは、この先一人暮らしを続けていくことは困難であるという思いにつながった。

【一人で暮らす辛さ】は、〈楽しみの喪失〉(経済的にゆとりがない)〈一人暮らしの寂しさ〉などの概念で構成された。研究参加者は、一人暮らしを続けるなかでさまざまな精神的苦痛を感じていた。

『まず、寂しいね。ときに、昼間はまあ、あの人この人と接触して、少しは人と挨拶したりしてね。まあ紛らわせるけど、夜は、話をしようにもないもんだい。ありやあ寂しいなあとつくづく思うね』(ケースE)

【緊急時の不安】は、〈急変時の不安〉(急変時の連絡方法を考えておく)〈孤独死を危惧〉の概念で構成された。研究参加者は、体調が急に悪化したときや孤独死など、何かあったときの不安を常に抱えていた。そして、何かあったときにそれを周囲の人にどのように知らせるか、対処方法を模索していた。

『さて、それこそいちばん不安なのはねえ、やっぱ、連絡することがいちばん不安になっちゃうだよ。あの、もし、こうやとってさあ、ちょっと気持ち悪くなったなあなんていうときにねえ、さてどこへ電話しましょうかねえ』(ケースK)

【さらなる自立度低下への不安】は、体調が悪化すること、動けなくなることで、いま以上に援助を受けなければ生活できなくなることに對する不安である。【一人暮らしの限界感】は〈一人暮らしの限界を予測〉(一人暮らしの限界感)〈親族との同居を希望〉の概念で構成され、研究参加者は身体機能の低下から、一人暮らしの継続可能性を考えていた。また、すでに限界を感じながら生活しているケースもあった。

『ずっと本当は、(一人で暮らすことは)できることじゃないもんで、無理だったんだけど、まあ、やむなくですわねえ。うーん、頼るところがないっちゃうことですかねえ。まあ言うならねえ』(ケースH)

しかし、研究参加者は、【先の見通しの不確かさ】で表わされるように、いまは何とか一人で生活できているものの、今後の生活については、確かな見通しをもっていなかった。

研究参加者は、一人暮らし継続への意志を強める思いと一人暮らし継続に不安を感じる思いの間を常に揺れ動きながら生活していたが、そのなかでも【前向きな気持ちをも

つ努力】を行うことで、一人暮らし継続への意志を保っていた。【前向きな気持ちをもつ努力】は、〈自分はまだ恵まれている〉(前向きな気持ちをもって生活する)の概念で構成された。研究参加者は、辛いことがあっても、できるだけ明るいこと、楽しいことを考えるように心がけることで、前向きな気持ちに切り替えていた。

『明るい、いいことばかり考えておればね、そうなりやなくていくし、暗いことを考えたらそのようになっていく。だからまあ、なるべく明るい気持ちをもってね』(ケースI)

V. 考 察

要支援認定を受けている一人暮らし男性高齢者が、日常生活のなかで感じた困難な状況から、自分自身の能力をできる限り活用し、周囲の人からの援助を受けることやサービスを利用することで、安定した生活に至るプロセスが明らかにされた。以下に、要支援認定を受けている一人暮らし男性高齢者のサポート獲得プロセスの特徴を明らかにするとともに、実践への適用を述べる。

1. 周囲の人からの援助を獲得するプロセス

先行研究において、一人暮らしの男性は、女性と比べ子どもとのサポート授受が少ないこと(金・甲斐・久田・李, 2000; 林ほか, 2008)や、友人からの受領サポートが少ないこと(流石, 2001)が指摘されているが、本研究における一人暮らし男性高齢者は、大部分が子どもなどの親族や地域の人からの援助を受けていた。これは本研究が、一人暮らしを継続できている男性高齢者を対象としているため、周囲の人からの援助に恵まれている高齢者が対象になったことが考えられる。しかし、これらの高齢者が【援助が得られる条件】として、〈援助者との距離〉(援助依頼に対する反応)〈援助者の数は多いほうが助かる〉(親族との過去の援助関係)の概念が見出されており、援助者が物理的に近い距離に住んでいることや、援助を依頼したときに相手の反応が肯定的であること、援助者の人数が多いこと、親族との過去の関係がよいことなどが、サポートの受領に影響していると言える。

また、とくに一人暮らしの男性高齢者のサポートにおいて特徴的であると言えたのは、【亡くなった妻が築いた近隣関係からの継続的な援助】であった。先行研究において、女性高齢者は多面的な交流関係をもっているのに対し、男性高齢者は配偶者が中心であるため、男性にとって配偶者の喪失はネットワークの縮小に直結する可能性があることが指摘されている(西村・石橋・山田・古谷野, 2000)。しかし本研究から、女性である妻の交流関係が、妻の亡き

後も継続し、妻の築いた交流関係から援助を受けることができるという状況が明らかにされた。一般的に男性高齢者は、若いころ、仕事中心の生活を送り、地域での付き合いは妻が中心となることが多いため、近隣との交流が希薄であると言われる。しかし、男性高齢者自身は近隣との交流がなくても、妻が親しくしている近隣の人と妻を通して交流することができ、妻が亡くなってからも、妻を通じた近隣との交流関係が継続する可能性がある、と言える。

2. 周囲の人からの援助を受けるなかで感じる思い

一人暮らしの男性高齢者は、周囲の人からの援助を受けるなかでさまざまな思いを抱えていた。それは、【親族の事情への配慮】といった、援助してくれる親族への気づきからもたらされる思いが含まれていた。女性の一人暮らし高齢者が主な研究対象となっている先行研究（松坂、2004）からも、「家族への遠慮や気遣い」といった、カテゴリーが見出されており、本研究の結果と類似している。性別に関係なく一人暮らし高齢者は、親族に迷惑をかけることに価値をおいており、身体機能が低下し、援助を受けなければ生活の維持が困難となった状況でも、できる限り親族の迷惑にならない方法で援助を受けようとしていたり、親族の事情への配慮から、十分援助してもらえないのは仕方がないと考えたりしていた。

また、地域在住の高齢者においては、サポートを受けるだけよりも、むしろサポートを提供することが主観的幸福感を高めることが示されている（金ほか、2000）。しかし、本研究参加者は、要支援認定を受けており、日常生活を営むうえで何らかの困難をもっている高齢者である。周囲の人からの援助を受けなければ、日常生活の維持が困難な状況では、サポートを提供することは容易ではない。サポートの提供よりも受領が増える状況のなかで、本研究参加者はサポートの受領と提供のバランスをとり、【対等な援助関係を意識】するために、お金や物を他者に提供している状況が明らかになった。援助が得られる条件が整っても、一方的に援助を受けるだけの状況は自尊心の低下を招き、精神的健康がおびやかされる恐れがある。身体機能の低下があっても、何らかのかたちで周囲の人に援助を提供できるような方法を検討することも必要である。そして、高齢者のケアマネジメントにかかわる専門職は、一人暮らし高齢者が親族などの他者に迷惑をかけずに生活したいという思いをもっていることや、サポートの受領が多くなることにより、自尊心の低下を招く恐れがあることを認識したうえで、サポート体勢の構築を行っていく必要がある。

3. サービス利用のプロセス

一人暮らし高齢者がサービスを利用し、【サービスと自

分の生活との調和】に至るまでのプロセスを記述した研究は見当たらず、これは本研究で得られた新たな知見であると考えられる。一人暮らしの男性高齢者は、インフォーマルなサポートが十分に得られない場合にサービス利用に至っていたが、サービスを利用することが帰結ではなく、サービス利用を開始してから、サービスと自分の生活を適合させ、【サービスと自分の生活との調和】がはかられていくというプロセスが明らかにされた。

菊澤・澤井・藤井・松原（2007）の研究において、軽度要介護者には、訪問介護の家事援助や通所介護等のサービスが、状態悪化・死亡リスクの軽減に寄与していることが示されている。しかし、男性高齢者は地域で行われる介護予防事業への参加割合が低いことが指摘されていること（大久保ほか、2005）などから、サービス利用への働きかけが重要であると考えられる。本研究では、サービスを利用している一人暮らしの男性高齢者を対象としているが、サービス利用のきっかけとして【身近な人からのサービス利用の勧め】のカテゴリーが見出されており、身近な親族や定期的に診察を受けている主治医からの勧めが、サービス利用に至るきっかけとなることが明らかにされた。男性高齢者にサービス利用への働きかけを行う際には、高齢者が信頼を置いている人を見極めたうえで、そういった人物を通じた働きかけを行っていくことが有効であると考えられる。

4. 一人暮らしを継続するなかで感じる思い

一人暮らし高齢者が生活のなかで感じる思いについて記述した研究は見られるものの、研究対象者となっているのは大部分が女性である。しかし、本研究で見出されたカテゴリーと共通するものもみられた。一人暮らし継続への意志を強める思いのなかに含まれた【自分の生活ペースを守りたい】【いまは自立できているという自負心】【自立していたいという望み】のカテゴリーは先行研究（松坂、2004；田中・小西、2004）のカテゴリーと類似していた。また、一人暮らし継続に不安を感じる思いのなかに含まれた【緊急時の不安】や【さらなる自立度低下への不安】も、先行研究（松坂、2004）で見出されたカテゴリーと類似していた。これらの思いは、男性にも女性にも共通するものであると言える。

しかし、本研究の対象者である一人暮らし男性高齢者に特徴的であったのは【家長としての役割を果たしたい】という思いである。一人暮らし男性高齢者は、自分の親世代が大切にしてきた「イエ」を受け継ぎ、一人暮らしとなつたいま、家長としてその「イエ」をどのように守っていくかということに心を砕いていた。【家長としての役割を果たしたい】という思いは、一人暮らし男性高齢者の一人暮

らし継続への意志を強くしていると考えられた。

要支援認定を受けている一人暮らし男性高齢者は、日常生活のなかでさまざまな事柄の影響を受け、一人暮らしを続けたいという気持ちは日々変化していることが予測される。高齢者にかかわる専門職は、日ごろから高齢者の希望を把握するよう努め、意向に沿った方向で援助を行っていく必要がある。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究結果は、一地域の一人暮らし男性高齢者を対象に収集したデータに基づく結果であり、また、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチの特性である方法論的限定により、サービスを利用しながら生活する要支援一人暮らし男性高齢者に対してのみ説明力をもつ、という限界がある。今回、研究対象としていない、サービスを利用せずに生活している一人暮らし高齢者のなかには、サービスの利用を拒否している高齢者や、サービスのニーズを把握されていない高齢者が含まれている可能性がある。それら的高齢者は、特に専門職の介入が困難な対象であることが予測されるため、そういった高齢者への援助の方法を検討するためにも、今後はさらに対象者を拡大し、データを追加して分析を行っていく必要がある。また、高齢者自身の視点だけでなく、援助している別居親族などにも調査を行い、それぞれの立場における認識の違いについても検討する必要があると考える。

VII. 結 論

要支援認定を受けている一人暮らし男性高齢者14名に半構造的面接を行い、在宅生活継続を可能にしているサポートの状況とその獲得プロセスについて、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチの手法を用いて分析を行っ

た結果、以下の内容が得られた。

1. 本研究参加者は、大部分が親族や地域の人からの援助を受けていたが、援助が得られる条件として、援助者が物理的に近い距離に住んでいることや、援助を依頼したときに相手の反応が肯定的であることなどが見出され、これらのことが周囲からのサポートの受領に影響することが明らかにされた。
2. 自身が提供するサポートよりも受領するサポートが増える状況のなかで、本研究参加者は、対等な援助関係を意識するためにお金や物を他者に提供し、サポートの受領と提供のバランスをとっている状況があった。一方的に援助を受けるだけの状況は自尊心の低下を招く恐れがあることを認識したうえで、サポート体勢の構築を行っていく必要がある。
3. 一人暮らしの男性高齢者は、インフォーマルなサポートが十分に得られない場合にサービス利用に至っていたが、身近な人からのサービス利用の勧めがサービス利用のきっかけになっていることが見出された。またサービスを利用することが帰結ではなく、サービス利用を開始してから、サービスと自分の生活を適合させ、サービスと自分の生活との調和がはかられていくというプロセスが明らかにされた。
4. 一人暮らしを継続するなかで感じる思いとして、男性高齢者に特徴的であったのは、家長としての役割を果たしたいという思いであり、その思いが一人暮らし継続への意志を強くしていると考えられた。

謝 辞

本研究の実施にあたり、多大なご配慮をいただきました地域包括支援センター職員の皆様には深くお礼申し上げます。そして、早くインタビューにご協力いただきました高齢者の皆さまに心より感謝いたします。

要 旨

本研究は、要支援認定を受けている一人暮らし男性高齢者に焦点を当て、在宅生活継続を可能にしているサポートの状況とその獲得プロセスを探索することを目的とした。要支援一人暮らし男性高齢者14名を対象に半構造的面接を行い、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析を行った結果、要支援一人暮らし男性高齢者が、日常生活のなかで感じた困難な状況から、自分自身の能力をできる限り活用し、他者の援助を受けることやサービスを利用することで、現在の生活に至るプロセスが明らかにされた。高齢者は一人暮らしを継続するなかで、さまざまな不安や不確かさと欲求や展望などを感じており、それらの思いはサポート獲得プロセスと影響しあっていた。なかでも家長としての役割を果たしたいという思いは特徴的であり、一人暮らし男性高齢者にかかわる専門職は、親族・交友関係や希望の把握に努め、意向に沿った方向で援助していく必要がある。

Abstract

The purpose of this study was to determine how support mechanisms are established for elderly men who live alone and are certified in the two lowest levels of required care under the Long-Term Care System. We conducted semi-structured interviews with fourteen elderly men that lived alone and analyzed the data based on the modified grounded theory approach. Individuals who used their own capability as much as possible in difficult situations in addition to receiving some assistance/services from others had acquired a higher quality of life. The elderly men felt various levels of anxiety, uncertainty, desire, and life prospects while they continued single living. These thoughts influenced how they obtained support, particularly, the desire to want to assume the role of husband. It is important that specialists dealing with elderly men that live alone try to understand the patient's relationships with relatives and friends, as well as the patient's hopes, and it is necessary to support the patient's intentions.

文 献

- 板東 彩, 河野あゆみ, 津村智恵子 (2008). 独居虚弱高齢者の身体的機能, 心理社会的機能, 生活行動における性差の比較. 日本地域看護学会誌, 11(1), 93-99.
- 菊澤佐江子, 澤井 勝, 藤井恭子, 松原千恵 (2007). 軽度要介護者(軽度者)における介護保険サービス利用の効果 — パネルデータによる要介護状態の変化の分析. 老年社会科学, 29(3), 375-383.
- 金 恵京, 甲斐一郎, 久田 満, 李誠國 (2000). 農村在宅高齢者におけるソーシャルサポート授受と主観的幸福感. 老年社会科学, 22(3), 395-404.
- 木下康仁 (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 —. pp.80-91, 東京: 弘文堂.
- 木下康仁 (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 —. pp.89-91, 東京: 弘文堂.
- 河野あゆみ, 丸尾智実, 藤田俱子, 田高悦子, 国井由生子 (2010). 独居男性高齢者のための地域交流促進をめざしたグループワークにおけるプロセス. 日本地域看護学会誌, 12(2), 45-50.
- 河野あゆみ, 田高悦子, 岡本双美子, 国井由生子, 山本則子 (2009). 大都市に住む一人暮らし男性高齢者のセルフケアを確立するための課題 — 高層住宅地域と近郊農村地域間の質的分析. 日本公衆衛生雑誌, 56(9), 662-673.
- 林 暁淵, 岡田進一, 白澤政和 (2006). 大都市独居高齢者の子どものサポート授受のパターン — 基本属性, 生活満足度との関連からみた特徴 —. ケアマネジメント学, 5, 56-64.
- 林 暁淵, 岡田進一, 白澤政和 (2008). 大都市独居高齢者の子どものサポート授受パターンと生活満足度. 社会福祉学, 48(4), 82-91.
- 松本清子, 東條光雅 (2001). 一人暮らし高齢者へのソーシャルサポートと精神的健康の関連性. 日本保健福祉学会誌, 7(2), 81-89.
- 松坂由香里 (2004). 訪問看護サービスを利用する一人暮らし高齢者の生活感情に関する研究. 日本地域看護学会誌, 6(2), 86-92.
- 長江弘子, 千葉京子, 中村美鈴, 柳澤尚代 (2001). 生活障害を持ちながら地域で暮らす一人暮らし女性高齢者に関する研究 — 「生活の折り合い」の概念構造 —. 日本地域看護学会誌, 3(1), 123-130.
- 内閣府 (2011). 平成23年度版高齢社会白書 — 平成22年度高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況. 13-20.
- 西村昌記, 石橋智昭, 山田ゆかり, 古谷野亘 (2000). 高齢期における親しい関係 — 「交遊」「相談」「信頼」の対象としての他者の選択 —. 老年社会科学, 22(3), 367-374.
- 野口裕二 (1991). 高齢者のソーシャルサポート: その概念と測定. 社会老年学, 34, 37-48.
- 大久保豪, 斎藤 民, 李賢情, 吉江 悟, 和久井君江, 甲斐一郎 (2005). 介護予防事業への男性参加に関連する事業要因の予備的検討 — 介護予防事業事例の検討から. 日本公衆衛生雑誌, 52(12), 1050-1058.
- 齊藤雅茂, 冷水 豊, 山口麻衣, 武居幸子 (2009). 大都市高齢者の社会的孤立の発現率と基本的特徴. 社会福祉学, 50(1), 110-122.
- 流石ゆり子 (2001). 障害をもつ在宅高齢者の生活の質への影響要因 — ソーシャル・サポート授受の視点より —. 日本在宅ケア学会誌, 4(3), 32-39.
- 田中昭子, 小西美智子 (2004). ひとり暮らし虚弱高齢者の在宅生活継続の対処方法. 老年看護学, 8(2), 63-72.

〔平成24年4月2日受 付〕
〔平成24年9月28日採用決定〕

日本の一医療機関で生体肝移植ドナーを体験した人々の 「口を閉ざす行動」の背景にある文化

Culture Behind “Clam Up Behavior” among Donors Who Received
Living Liver-Transplantation at a Hospital in Japan

永田 明¹⁾ 長谷川 雅美²⁾
Akira Nagata Masami Hasegawa

キーワード：生体肝移植ドナー，口を閉ざす行動，生体肝移植，文化

Key Words : living liver transplant donor, clam up behavior, living liver plantation, culture

I. 緒 言

生体肝移植は、1987年、ブラジルのRaiaらによって世界で初めて施行された (Raia, Nery, and Mies, 1989)。日本では、1989年に永末らが胆道閉鎖症の患児に施行 (Nagasue, et al., 1992) して以来、全国で5,000例以上が施行され、末期肝不全患者の最終治療手段と位置づけられるようになった。

一方、脳死者からの臓器提供に基づく肝移植（以下、脳死肝移植）については、日本では1997年に臓器移植を前提とした場合にのみ脳死を人間の死と認める『臓器の移植に関する法律』（臓器移植法）が制定され、脳死臓器移植の第一歩が始まった。しかし、脳死下で臓器提供が行われることはきわめてまれで、2011年6月までは137例に過ぎず、そのうち肝移植は115例で日本の肝移植総数の1%にすぎない (日本医師会, 2006)。世界的にみると脳死臓器提供数は、人口100万人あたりでスペイン35.1人、米国25.2人、オーストラリア24.6人であるのに比べ、日本は0.07人という現状にある (臓器移植ネットワーク, 2011)。

2010年7月、『イスタンブール宣言』（後述）を受けて、本人が生前に同意していなくとも、家族の同意があれば臓器提供を可能とすることを骨子とする『改正臓器移植法』が施行された。しかし、その後の脳死肝移植者数の増加は微増に過ぎず、今後も当分の間、日本での肝移植は生体移植が中心であろう、と予測できる。

さらに、日本の生体肝移植で特異的であるのは、生体肝移植ドナーからの臓器摘出術が医療行為に位置づけられないことである。すなわち、ドナーは健常者であり、「健常者にメスを入れることは医療法で認められない」からである。

他国の例をみると、生体ドナーに対する手術行為を法律

で認めている国があり、その条件は、インフォームド・コンセントを徹底したうえでのドナーの自発的意思が前提であり、臓器売買につながる金銭の授受を禁止し、それらに対して罰則規定までも用意している。さらに術後ケアについても規定している国がいくつかある。一方で、生体ドナーに対する手術行為を法律で規定していない国は、日本やアメリカを含めて少数である (米本, 2005)。

2008年5月、国際移植学会が中心となって、「自国での脳死・心停止ドナーの普及、臓器売買の全面禁止、渡航移植の制限、生体ドナー保護」などを骨子とする『イスタンブール宣言』を発表した (国際移植学会, 2008)。この「生体ドナーの保護」項目は、日本の生体肝移植ドナーに対する医療者の向き合い方を見直すよい機会と考えられたが、これを受けての新たな取り組みは見られていない。

生体肝移植ドナーを対象にした研究は、国内外とも、非常に少ないのが特徴である。

米国では、生体肝移植ドナーを対象にした質問紙調査で、生体肝移植後に出血、無気肺、胆汁漏、ヘルニア、イレウスなどの合併症が10~15%に生じている (Diaz, et al., 2002)。この合併率は、日本肝移植研究会が行った調査 (2005) においても同様である。ドナーの肝臓摘出術による身体的侵襲を最小限にし、安全性を高めるために、小切開手術が取り組まれている (曾山ほか, 2011)。

また、子どもに肝臓を提供したドナーには、夫婦関係、経済状況、他の子どもの問題など、心理社会的な側面の問題を抱えていることが明らかにされている (Crowley-Matoka, Siegler, and Cronin, 2004)。それだけにとどまらず、生体肝移植ドナーは身体的・精神的・社会的な苦痛に耐えていることが明らかにされている (Forsberg, Nilsson,

1) 金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程

Doctoral Course, Division of Health Sciences, Graduate School of Medical Science, Kanazawa University

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

Krantz, and Olausson, 2004)。前述の日本肝移植研究会が行った調査(2005)においても、「今後の健康に不安を感じる」と回答した者が38.9%に及んだ、と報告している。

日本での生体肝移植ドナーの心理社会的側面の研究は、藤田・赤林(2006)が行ったような臓器提供をする意思決定を取り上げたような倫理的問題に関するものが多く、術後の心理社会的なケアの側面の問題を取り上げたものとしては、ドナーとなった母親の体験に関する研究(田村・稲垣, 2007)や、臓器提供後のquality of lifeの構成要素に関する調査(師岡・梅下・萩原・小川, 2011)などが散見される程度である。

筆者は、生体肝移植ドナーの体験の意味を明らかにする目的で、父親に肝臓を提供した男性を対象にインタビューを行った(永田, 2005)。この研究では、「移植のために抑えなければならない思い」「もつれていく家族の関係」そして「変化する自分の役割と価値」という体験が明らかになった。この研究では1名の研究参加者の固有性を掘り下げたと考えている。

本研究においては、前述の研究(永田, 2005)で明らかになった要素である「移植のために抑えなければならない思い」は「口を閉ざす行動」をもたらしていることから、「口を閉ざす行動」を取り巻く文化に焦点を当てることで、ドナー体験の多様性と普遍性を浮かび上がらせたいと考えた。ここで文化という言葉を用いたのは、米国の文化人類学者Geertz(1983/1991, p.6)が「人間は自分自身が張り巡らした意味の網の中にかかっている動物である」と私は考え、文化をこの網としてとらえる」と述べていることから想起されたからである。

その結果、臓器提供の意思決定を行う際の家のなかでの葛藤や自らの手術の不安に対する対処行動、そして、移植のために口を閉ざす行動など、生体肝移植ドナーの体験の本質に迫る新たな発見が多く得られた。すなわち、生体肝移植ドナーにみられた「口を閉ざす行動」の背景にある文化を明らかにし、それらに対策を講じることが、今後の生体肝移植ドナーに対するケアの中核になると考えられるものであった。

II. 研究目的

日本のある一つの医療機関で生体肝移植ドナー体験である『口を閉ざす行動』の背景にある文化を明らかにする。

III. 主要概念と定義

1. 生体肝移植ドナー

生体肝移植が必要となった三親等以内の家族・配偶者の

ために、自発的意思に基づいて生きながらして自らの肝臓を提供した者。

2. 口を閉ざす行動

生体肝移植ドナーが、「移植のために抑えなければならない思い」(永田, 2005)から、ドナー体験を秘密にして他者に意識的・無意識的に^{かんもく}緘黙する行動。

3. 文化

生体肝移植ドナーを取り巻く人々との関係のなかでドナーが見せる行動の背景にある「意味の網」(Geertz, 1983/1991, p.6)。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究では、米国の人類学者Geertz(1983/1991)の提唱する解釈人類学に基づく『Hermeneutic Phenomenology Research / 解釈学的現象学による看護研究』(Cohen, Kahn, and Steeves, 2000/2005)の方法を用いた。この研究法の根幹は、研究対象である人たちの行為や社会的対話のなかで「語られたこと」の「解釈」であり、表面的には不可解である社会的表現を解釈することによって解き明かし、文化(意味の網=概念構造)を明らかにすることである。

生体肝移植ドナー体験者たちは、なぜドナーとなることを志願したのか、そのことによって家族や周囲の人間関係のなかで自分がどういう役割や地位を獲得したのか、そして自分がどう変化したのかということ明らかにすることだが、野間(2007)が「移植医療においては患者が自分の本音を語ることが難しく受動的になりがちである」と指摘するように、ドナーが明示的にこれらの行動を示すことはない。「すべては移植のために」という闇のなかに埋もれている。したがって、表面的には不可解なドナーの社会的表現を、面接や観察によって解き明かす解釈人類学的方法が本研究には最も適切であると考えた。

2. 研究参加者

本研究の参加者は、日本のある一つの医療機関の生体肝移植ドナーの体験者とそのレシピエントである。研究者がその医療機関の患者を中心にした生体肝移植患者会に参加し、研究の趣旨や目的を説明して研究の参加を募った。研究の参加に関心をもったドナー体験者が患者会の会長に連絡をし、会長から研究者が連絡を受けて面接の日時・場所などを研究参加者の都合を優先しながら調整を行った。

参加者の選定は以下の条件で行った。

①参加者自身が本研究の趣旨を理解し研究協力に同意し

ている。

- ②意志の疎通が可能で、自らの体験を語るができる。

さらに、ドナー体験者自身が合併症を抱えていたり、レシピエントが不幸な転機をたどっていたりすると、それらの体験に引き寄せられてデータに偏りが生じると考えたため、

- ③生体肝移植の手術に関連した合併症による通院の継続がない。
- ④レシピエントが生存している。

という2つの条件も含めた。

また、ドナー体験者を取り巻く文化を明らかにするために、レシピエント自身にも、ドナー体験者の同意のもとにインタビューを行った。

3. データ収集期間およびデータ収集場所

2007年12月から2009年12月にかけて、研究参加者の都合を優先して、日時と場所の選定を行った。

4. データ収集方法

可能な限り non-directive な面接技法を用い、ひたすらドナーやレシピエントの自発的発言を促すことに努めた。ただし、最低限漏らしてはいけないデータを確保するために、「移植をすることを決めてからいまままでに印象に残っているエピソードを教えてください」「そのときあなたはどんな気持ちになりましたか?」「どんな解決策をとりましたか?」「その気持ちを誰かに打ち明けたことはありますか?」「(打ち明けたり、打ち明けなかったりしたことに対して)それはなぜですか?」等を含むインタビューガイドを作成し、半構成的面接を行った。

さらに面接中は、参加者が伝えようとしている体験について、研究者がとらえた内容を参加者に確認し、体験をより理解するために文脈に合わせた質問をした。

面接内容は、参加者の許可を得て録音し、それを逐語録として整理した。また、インタビュー終了後に、言語では表現されない面接中の参加者の表情や口調、録音している以外の場面で語られた内容についても参加者の了解を得てメモし、逐語録に加えた。

面接時間は、参加者の負担を最小限にするために1回60分を目安とした。

5. データ分析方法

データ分析方法として用いた『解釈学的現象学による看護研究』(Cohen, et al., 2000/2005)は、Geertzの解釈人類学をもとに、データ分析に「解釈学的循環 hermeneutical cycle」を重視した分析方法を採用している。分析は、逐語録とメモをデータとして、研究参加者の行動の背景にある

文化を明らかにするために、研究参加者が語ったことを解釈した。そこからドナーの体験を記述し、とらえたドナーの体験とデータとの間の緊密性を保証するために、解釈学的循環に留意した。

分析は以下の手順で分析を行った。

- ①研究参加者が語った内容を十分に理解するまで、繰り返し読んだ。読むときは必ず最初から最後まで読み、インタビューの全体を理解するように努めた。読む姿勢としては、先入見をもたず、研究参加者の語りのすべてを受け入れた。
- ②生体肝移植ドナーの体験を物語る「意味」のまとまりを示す文節を取り出した。研究参加者の語りのなかで、生体肝移植ドナーの体験を特徴的に示す文節に下線を引き、そのまま取り出した。取り出した文節がどのような意味をもつのか、逐語録の余白に研究者の解釈を書き加えた。研究参加者の語りの特徴を損なわないように注意しながら、明らかな余談や繰り返しは削除した。
- ③取り出した文節に、生体肝移植ドナーの体験に関連するコードをつけた。おのおのの文節は、研究疑問に照らしあわせたうえ、コードとして名づけた。コードは研究参加者の特徴的な語りの一部を使用した。
- ④おのおののコードの関係を検討し(パターンを見出す)、サブテーマを導き出した。さらに、それぞれのサブテーマの意味と背景となっている脈絡(図と地)との関係を検討し、テーマを導き出した。
- ⑤分析の妥当性を高めるために、生のデータと研究者の解釈を、博士号を有し質的研究を研究手法とする研究を行っている移植看護の研究者、精神看護の研究者、さらに質的研究を専門とする研究者との間で共有し、話し合いをもったあと再構成することを繰り返した。

6. 倫理的配慮

- ①研究への参加は参加者の自由意思であり、いつでも辞退することが可能であり、辞退してもまったく不利益が生じないことを保証した。
- ②面接時に会話を録音し、そこから逐語録の作成をして分析を行うことを文書と口頭で説明し、署名によって同意を得た。
- ③逐語録作成の段階から匿名処理を施し、分析をとにもする他の研究者に対しても匿名であることを保証した。
- ④データは研究を目的とする場合以外に使用しないこと、データの保管は厳重に行うことを確約した。
- ⑤研究結果は学会や研究会、および専門学術雑誌に公表する。
- ⑥公表の際には、第三者には個人を特定できないように表現し、あわせて研究協力者の居住する地域や手術を

受けた施設名が特定できないように配慮することを確約した。

以上のすべてに対して了解を得たうえで、同意書を交わした。

本研究は、上記の条件のもとに金沢大学医学倫理委員会の承認を得ている（承認番号：保74）。

V. 結 果

1. 研究参加者の概要

研究参加者の内訳は、ドナー体験者が男性3名、女性7名の計10名で、平均年齢42.9歳（標準偏差10.5歳）、また、研究に参加したドナー体験者から肝臓の提供を受けたレシピエントの3名である。ドナー体験者からの肝臓の提供を受けたレシピエントの続柄は、配偶者（夫3名）、親（母親3名、父親3名）、子（娘1名）である。レシピエントの原疾患は、B型肝炎・C型肝炎からの肝硬変4名、肝がん3名、原発性胆汁性肝硬変2名、そして原因不明の肝不全1名であった。

移植手術を行ってからインタビューを受けるまで平均5.4年（標準偏差2.1年）が経過していた。インタビュー時点で、全員が移植に関連した合併症のために通院を要する健康問題を抱えていなかった。また、研究参加者（ドナー）が肝臓を提供したレシピエント全員が、移植に関連した合併症がなく生存していることを確認した。

研究参加者へのインタビューはin-depth interviewとなることを心がけ、1回あたり61～94分で、1～3回実施した。逐語録の分量は本誌の1頁で換算すると、1人1回あたり14頁分（約34,000文字）～18頁分（約43,000文字）となった。インタビューを行った場所は、研究参加者の自宅5名、患者会会長宅3名、研究参加者の地元の喫茶店2名であった。レシピエントのインタビューは、研究参加者の自宅2名、地元の喫茶店1名であった。研究参加者の自宅、患者会会長宅では、研究参加者と研究者が2人になれる部屋で実施した。喫茶店の場合は、他の客から離れており研究参加者がインタビューに集中できる場所を選定して実施した。

2. 生体肝移植ドナーの『口を閉ざす行動』の背景にある文化

各参加者の語りから抽出された口を閉ざす行動を示すコードから7つのサブテーマが生じ、サブテーマの意味と背景となっている脈絡との関係を検討して、ドナーの口を閉ざさせる背景にある文化を表す「家族を助ける崇高な存在としてのドナー像の再生産」と「移植医療で置き去りにされるドナー」の2つのテーマが明らかになった（表1）。

表1 ドナーの口を閉ざす背景にある文化の様相

テーマ	サブテーマ
家族を助ける崇高な存在としてのドナー像の再生産	家族の“美しい物語”のなかでドナーをとり続ける苦悩
	「家族全体を救う存在としてのドナー」になる演出
	「移植」と「家」で区別される秘密の開示の有無
移植医療で置き去りにされるドナー	当事者不在のドナーの安全神話
	「自発的意思」という権力装置
	肝臓を提供することだけを要求する医師
	生体肝移植ドナーに対する世間の無理解

以下に、明らかになった2つのテーマについて説明する。なお、文中の〈 〉はテーマに内包されるサブテーマを示す。また、2字下げた「 」に典型的な研究参加者の語り、()内には語りの補足を示す。

a. 家族を助ける崇高な存在としてのドナー像の再生産

研究参加者（ドナー）は、周囲から肝臓の疾患によって死が間近に迫った家族を救う存在として扱われていた。ドナーは、家族への愛と勇気に基づいた崇高な決断をした者と位置づけられており、本人自身もドナーという役割をとり、そのイメージを再生産していた。しかし、移植の経過のなかでさまざまな葛藤を抱えることとなり、移植にかかわる人々中で自らのさまざまな葛藤を秘密にして開示と緘黙の選択をしていた。

これには〈家族の“美しい物語”のなかでドナー役割をとり続ける苦悩〉〈「家族全体を救う存在としてのドナー」になる演出〉〈「移植」と「家」で区別される秘密の開示の有無〉の3つのサブテーマが存在していた。

(1) 〈家族の“美しい物語”のなかでドナー役割をとり続ける苦悩〉

研究参加者（ドナー）は、周囲から生体肝移植は家族のなかで生まれた美しい物語としてのイメージがつけられ、生きながらに肝臓を提供する者の愛と勇気を讃えるという期待に応えるべく、緘黙行動をとっていた。

手術前は、ドナー自身も肝臓の大部分を切除するという手術を控えて、合併症の出現や死の可能性などの不安を抱えていたが、その感情すら秘密にして緘黙した。それぞれの夫に提供したAさんとGさんは、手術前の自分の行動を以下のように振り返っている。

「入院前の職場の人との飲み会で、（中略）『私は頑張るからね』って必死の覚悟を伝えました。でもドナーで亡くなった方がいらっちゃったし、あんなことをいうなんて、自分なりに意外と、緊張するんだって思いました」

【Aさん】

「知り合いにも夫の病気のことや移植の話はしました。が、怖いという気持ちはあったけど話さなかったですね。」

(夫の状態がよくないので) それよりも早く移植をして欲しかった」 【Gさん】

同じく夫に提供したJさんは、夫の移植手術の費用を周囲の人々から募金というかたちでの支援を受けていた。その結果、さらに強い義務感が生じて、術前の不安なども無意識のうちに封印していたようである。しかし、それは入院したことをきっかけに、いままで体験したことがない身体症状として現れていた。それを以下のように振り返っている。

「明日が手術だという日に、私はあまり頭が痛くなるほどじゃないんですけど、頭が痛くなったんですよ。なんで、頭が痛くなったのかな? って、あのときはわからなかったんですけど、やっぱり、たぶん気持ちが悪かったんじゃないかなって、いまは思うんですけどね」

【Jさん】

手術後、研究参加者(ドナー)は腹部に大きく残った手術創の痛み、引きつれ感、そして倦怠感、などによって身体的な影響を受けていた。さらに、移植することによって体験したさまざまな苦悩を周囲の人々には秘密にしていた。母親に提供したDさんと娘に提供したEさんは、以下のように振り返っている。

「まわりから家族の愛情とか美談にされると、現実的なことが言えなくなって戸惑う。(中略) ほんとは率直にそのあたりを話せると、もっと楽になると思うが、家族のことを考えると、なかなかできないですよ」 【Dさん】
「どのように自分がドナーになったのかということは、こじれるだけだし、誰にも言っていない。(中略) 自分がどんな思いをしたか、言えたら楽になるんだろうなあと思うけど、言えません」 【Eさん】

(2) 〈「家族全体を救う存在としてのドナー」になる演出〉

研究参加者(ドナー)たちは、肝臓の疾患によって死が間近に迫った患者だけではなく、その患者の家族全体を救う存在として期待に応じていた。そのために、その人々に対しては自らが理想的なドナーであり続けるための演出を行っていた。親に提供したBさんとIさんは、以下のように振り返っている。

「あんまり自分の不安なところを見せると、母もなおさら『やっぱり止めよう』って言うと思ったので、その辺は、『大丈夫』っていうふうに話しをしていました」

【Bさん】

「お母さんもドナーになるって言ってたんですけど、やっぱりリスクとかお互いの負担を考えると私のほうが絶対よく決まってるし、『じゃあ、お母さんがやろうか』なんてことを思わせなくなかったし、お父さん(レシピエント)には自分のことだけ考えて欲しかった」 【Iさん】

Iさんから臓器提供を受けた父親は、以下のように語っていた。

「嫁入り前の娘の身体に大きな傷をつけたことを申し訳ないと思っています。いつも“大丈夫”っていうだけで、本当はどう思っているのかわからない」

【I-Lさん】

Iさんは、レシピエントに対して自らの秘密を緘黙^{かんもく}することで、理想的なドナー役割をとりきったことが確認された。

すべての研究参加者(ドナー)が、手術後は腹部に大きく残った手術創の痛み、引きつれ感、そして倦怠感などを体験しながらも、レシピエントや家族が負い目を感じないように配慮し、身体症状の有無を秘密にして打ち明けることをしていなかった。移植後から歳月が経過するにつれて、その傾向は強くなっていった。夫に提供したAさんと父親に提供したHさんは以下のように振り返っている。

「(身体症状の話題を) あえて避けてたというわけではなかったんですけど、もう何年もたったのに、私から話をしたら、恩着せがましいかなと思って、主人も体調が悪いときもあつたし……」

【Aさん】

「(身体症状の話題を) 両親に言えない理由というのは、やっぱり心配をかけたくない。それだけです。実際、『大丈夫なの? 大丈夫なの?』って聞いてきますけど、『心配ない』と言っていました」

【Hさん】

(3) 〈「移植」と「家」で区別される秘密の開示の有無〉

研究参加者(ドナー)は、移植によって生じたさまざまな秘密を自ら抱え込むだけではなく、「移植」と「家」という共有体験を基準にして、秘密を開示するか否かの選択を行いながら、前述のドナーとしてのイメージを保持していた。「移植」の共有体験によって、身体の体験に関する秘密を開示するか否かの選択を行っていることが明らかになった。また、「家」という共有体験によって、自らの感情の体験と家のなかで生じた葛藤に関する秘密の非開示という選択を行っていることが明らかになった。

生体肝移植によって家族内に生じた“移植”という共有体験による秘密を開示するか否かの選択基準は、「ドナー候補者になり得るか否か」ということである。ドナー候補者は、レシピエントと三親等以内の血縁者または配偶者と決められているため(日本肝移植研究会, 2011)、ドナー候補者になった家族とレシピエントに対しては、自らの秘密の開示をしないという選択をしていた。

レシピエントが血縁家族の場合、家族全員がドナー候補者の可能性があるため、自分と同じ体験をする者として位置づけられる。しかし、ドナーに配偶者がいる場合は、その配偶者はドナー候補者とはなり得ないため「移植の部外

者」, 日本の慣用句にある『蚊帳の外』に位置づけられ、秘密を開示する対象となっていた。自らの親に提供したBさんとCさんは、『蚊帳の外』に位置づけた夫に対して秘密の開示を行ったことを以下のように振り返っている。

「不安は夫には話したけど、父や妹に言ってないですね。ただでさえ、娘からもらうという引け目を感じているのに、それ以上、感じさせる必要はないので……」

【Bさん】

「自分がきついことを母に言うと思わせたと思わせるけど、夫は部外者だから言えますよね」

【Cさん】

レシピエントが血族で、ドナーに配偶者がいない場合、もしくはレシピエントが配偶者の場合は、家族の全員が移植という体験を共有する者と位置づけられ、ドナーは自らの秘密を家族に対して緘黙^{かんもく}することとなった。その際は、自分の家族の状況がわかる友人や恋人が秘密の開示の対象となった事例もある。親に提供したDさんとHさんは、以下のように振り返っている。

「自分の辛いことを言えるのは友人くらいで、聞いてもらってリセットされていました。(中略) いろんな深いことを相談されて友達も困ってるだろうと思うけど、自分の思いを聞いてもらってました」

【Dさん】

「彼女には話したが、両親には一切話していません。手術の後の体調も心配をかけるので話していません。(中略) 話す内容は、彼女と両親では意図的に分けて話してしていました」

【Hさん】

Hさんから臓器提供を受けた父親は、以下のように語っていた。

「うちの息子は、とくに(ドナーになることに)問題はなかったですよ。手術の前もとくに不安はなかったみたいだし、退院してから直ぐに仕事にでていきましたからね」

【H-Lさん】

この語りからわかるように、Hさんはレシピエントに対して自らの秘密を緘黙^{かんもく}することで、理想的なドナー役割をとりきったことが確認された。

また、医師は生体肝移植という治療を提供する存在として、“移植”を共有する者のなかに位置づけられる。しかし、医師はドナー自身やその家族のことをよく知らない“家の部外者”であるため、ドナーは開示の範囲を移植によって影響を受けた身体に限定させ、家族に関係することや自らの感情についての秘密は緘黙^{かんもく}した。父親に提供したHさんとIさんは以下のように振り返っている。

「医療者への相談は、父と自分の身体についての相談だけでした。(中略) そして医師に聞かれて答えていたのは、「痛み」のことだけでした。他のことを言ってもわからないと思ったんですね」

【Hさん】

「医師とは頻りに会うことがなく、看護師は誰が担当か

もわからなかったの、話す対象ではなかった。(中略)

また、医師は職場のこととか、いままでの自分を知ってるわけじゃないから話せないでしょ」

【Iさん】

Iさんの語りのように、私たち看護師は生体肝移植ドナーが秘密を開示する対象とはなっていなかった。Iさん以外の研究参加者(ドナー)のなかにも同様の語りが見られたことを考えると、生体肝移植ドナーのなかで看護師は“移植の部外者”と“家の部外者”の両方に位置づけられたと考えられる。

b. 移植医療で置き去りにされるドナー

生体肝移植ドナーとなった自分を取り巻く人々や制度によって、ドナーの秘密の開示と緘黙^{かんもく}の選択がされていた。国内の高度な医療技術によりドナーに対する手術の安全性が強調されることや、生体肝移植ドナーの臓器提供は“自発的意思”という前提によって、「ドナーとなったのは自分自身が決めたことだ」とその状況を引き受けるしかなかった。さらに、ドナーを取り巻く人々からドナーについての十分な理解を得ることができず、秘密の開示を諦めていた。

これには〈当事者不在のドナーの安全神話〉〈自発的意思〉という権力装置〈臓器を提供することだけを要求する医師〉〈生体肝移植ドナーに対する世間の無理解〉の4つのサブテーマが存在していた。

(1) 〈当事者不在のドナーの安全神話〉

日本の高度な医療技術の恩恵によってドナーの手術に対しては安全性がアピールされ、術前の説明においては、研究参加者(ドナー)の多くが「自分は大丈夫。問題が起こるはずがない」という認識をもっていた。これは術前の不安を抑制する材料として機能していた。母親に提供したBさんと父親に提供したFさんは、以下のように振り返っている。

「ドナーには危険はほとんどないと聞いていたので、(自分に合併症が起こることに)ピンとこなかったし、多少の後遺症はがまんしようと思っていた。自分は死ぬわけにはいかないと思っていたながら、自分の情報収集まで気がまわらなかった」

【Bさん】

「ドナーは死ぬ確率が少ないということだったので、全然気にしなかった。(中略) 数字も自分が悪くなるほうは5%くらいで、親はもう90%くらいのレベルだったので、段違いだった。(中略) 5%なんか、自分は引かないと思っていた」

【Fさん】

しかし、この“健康体のドナーが安全な手術を受ける”という神話は、ドナーに対して手術の後に正常に回復することを強い、術後に身体的苦痛があっても医療者には理解されない、という体験をさせることにつながっていた。母

親に提供したCさんと娘に提供したEさんは、以下のよう
に振り返っている。

「若くて健康だから早く退院できるはずだ、と（医師から）責められたのが辛かった。（中略）会うたびに言われて、そんな最短の入院期間を目指さなくてもいいじゃないかと、心のなかで思いつついたんですけど……」

【Cさん】

「術後に痛みがなかなかとれなかったけど、（医師や看護師に）甘えて痛いと言っているとわかって、と思いましたが。あの痛みはもうちょっとわかって欲しかったなあ、というのが実際ありました」

【Eさん】

(2) 〈「自発的意思」という権力装置〉

日本肝移植研究会（2011）は、ドナーの「自発的意思に基づく提供」という前提を肝臓提供の条件として取り決めている。しかし、この前提はドナーに対して、これから起こるすべてが自己責任である、ということを実感させるのに十分なほどの権力装置として機能していた。

研究参加者（ドナー）の多くが、手術に対する不安と家族を助けたいという思いの葛藤を体験していた。そして、その葛藤を解決する手段として「自分で決めたことだから」ということを言い聞かせていたのである。母親に提供したCさんとDさんは、以下のように振り返っている。

「自分で言った以上、しかたがないと思った。（中略）まわりの段取りがどんどん進んでいるなかで、『いやだ』って言ったらどうなるんだろうって。逃げ場のない状態に追い詰められていましたね」

【Cさん】

「『迷ったらやめていい』と言うけど、やめると家族が助からないわけで、責任転嫁されているようだった。入院したときにはドナーになるのは自分と決まっているわけだから、迷えないですよ」

【Dさん】

さらにドナーは、手術後に体験することになった身体的・精神的な苦痛についても、「自分で決めたことだから」と自らに言い聞かせて秘密にしていた。このことによって、レシピエントや家族に対して負い目を感じさせないように配慮し、あくまでも「理想的なドナー」であり続ける。前述した理想化の行動を引き続きとっていたのである。夫に提供したAさんと母親に提供したDさんは、以下のように振り返っている。

「腹がしびれて自分の身体じゃないみたいだったけど、しょうがないと思って受け入れていた。（中略）本当は話したいと思ったことを話していなかったり、あえて話してなかったりしていた」

【Aさん】

「自分で決めてやったことだからと思って、自分の気分の落ち込みを話すことはしなかった。（中略）合併症の原因も（ドナーになることを決めて手術を受けたことを）自分で決めたことだから、誰にあたるわけにいかず、自

己完結しかなかった」

【Dさん】

(3) 〈肝臓を提供することだけを要求する医師〉

移植を行う医師たちは、ドナーに対して、患者を助けるために肝臓を提供する存在としてのみの期待をしているような態度を示していた。ドナーは、医師たちのこのような態度を敏感に察知し、医師に対して自らのことを意図的に秘密にし、緘黙する行動をとっていた。

術前の不安を抱えていたAさんは、その思いを医師に打ち明ける行動をとったが、以下のような医師の反応に対して驚き、戸惑いながら秘密にし、緘黙する選択をした。

「（医師は）話しをする対象ではなかったですね。手術が怖くなって医師に『手術をしたくない』と言ったが、無視された。（中略）医師はドナーの私に対しての配慮が感じられず、話をする対象にはできませんでした」

【Aさん】

ドナーが手術を受けることによって当然起こりうる術後の疼痛ですら、医師たちに取りあってもらうことができず、ドナーたちは口を閉じることを強要されていた。母親に提供したCさんと夫に提供したGさんは、以下のように振り返っている。

「手術の後、痛みが辛くて医師に訴えたのですが、『手術をしたのだから痛いんです』と返されて、言いたくなくなった。（中略）術後は精神も体も弱ってるけど、医師は弱い人の痛みがわからないんだと思った」

【Cさん】

「医師に手術後の痛みのことを話したら、『痛みはあるものだから様子を見て欲しい』と言われた。（中略）『手術したんだから痛い』って感じて対応されて、もっと説明して欲しかった」

【Gさん】

(4) 〈生体肝移植ドナーに対する世間の無理解〉

生体肝移植ドナーになると決めたときから現在に至るまで、世間の生体肝移植ドナーに対する無理解のために、自らの体験を秘密にすることを強いられていた。生体肝移植ドナーの手術を受ける入院に必要な休暇を得るために、会社と交渉するなかで、Dさんは法整備の不備によるドナーへのしわ寄せを体験することとなった。

「入院前に職場との調整があつて、前例がなかったので『健康な身体なんだから年休を使うように』と言われて、事務とのやりとりがあつた」

【Dさん】

ドナーは退院した社会復帰後も、世間の無理解のために、周囲の人々に対して腹部の傷の引きつれや倦怠感を秘密にしながら社会生活を送っていた。親に提供したDさんとHさん、そしてIさんは、以下のように振り返っている。

「仕事に疲れやすくて、『ドナーだからダメなんです』とは言えないから辛い。（中略）辛くても外見上は普通の人なので、自分から『ドナーだ』って言うわけにはいかないですよ」

【Dさん】

「仕事では、自分のことを言えないときもあって、無理をしていたこともある。(中略) 社会復帰しても辛くて、違和感なく働くようになったのは2年くらい経ってからだった」 【Hさん】

「移植は特殊だと思って、他の人とこの話題について同じ温度で話せない、と思った。(中略) 移植をしたこととか、自分の家族のこととかを話題にされたくないから、絶対に言いたくない」 【Iさん】

ドナーに対する無理解は、一般の人々だけではなく医師のなかにも存在しており、手術後に受診した医療機関で、医師から心ない言葉を聞かされる体験をした研究参加者(ドナー)もいた。夫に提供したAさんとGさん、そして父親に提供したIさんは、以下のように振り返っている。

「手術の後、(身体が) 心配になったので、検査をしてもらいたくて内科に行ったときは『なにしに来た?』と言われて、ドナーは来たらダメなんだ、と思って行きたくなくなりました」 【Aさん】

「いままで誰にも言わずにいて、初めて話しますが、病院でドナーになったと話したときに『自慢ですか?』と言われてびっくりして、悲しい気持ちになりました」

【Gさん】

「保険の切替えや病院の診察の際に、自分がドナーであることを説明することが苦痛ですね。(中略) 興味本位で聞いてくる医師もいて、そういう場合はすごくいやな気分になります」 【Iさん】

VI. 考 察

1. 生体肝移植ドナーに「口を閉ざさせる」文化

本研究に参加した生体肝移植ドナーの世界には、レシピエントとなった家族、ドナー候補者になりながらドナーにならなかった「ノン・ドナー」の家族、他の血縁家族と配偶者、友人、医師・看護師を含む医療職者などが登場した。その人たちの間で繰り広げられる舞台の上で「家族を助ける崇高な存在としてのドナー像」を演じ、そのイメージを再生産していた。

前述したように、Geertz (1983/1991, p.6) は「人間は自分自身が張り巡らした意味の網の中にかかっている動物であると私は考え、文化をこの網としてとらえる」と述べている。本研究の研究参加者(ドナー)も「生体肝移植ドナー」に張り巡らされたさまざまな意味にがんじがらめになり、口を閉ざさざるを得なくなっていた。本研究で明らかにしたサブテーマは、Geertzのいう「意味の網」の1本1本の糸にあたり、それらの糸が紡ぎ出す「意味の網」によって生体肝移植ドナーの「口を閉ざす行動」を強いる文化が社会的に構成されていた、と考えられる。

本研究で明らかにした結果に内包されるサブテーマが、生体肝移植ドナーに口を閉ざさせる「意味の網」を形成する1本1本の糸である。

Geertz (1983/1991) の「意味の網」という表現は、網を構成する多くの糸が入り組んでいる様子を想起させる。したがって、糸をほぐして1本1本にするとそれはもはや網ではなく、文化本来の意味が失われることになる。そこで、糸であるいくつかのサブテーマ間の関係性(入り組み方)を保持したまま、生体肝移植ドナーの行動を規定した「意味の網」を検討していく。

a. 〈家族の“美しい物語”のなかでドナー役割をとり続ける苦悩〉〈「家族全体を救う存在としてのドナー」になる演出〉、そして〈「移植」と「家」で区別される秘密の開示の有無〉が示す意味の網

家族のためにドナーが生きながらにして肝臓を提供することを「尊い人道的な行為」と認識することに疑いの余地はない。しかし、周囲からこのような意味づけがなされることによって、ドナーとなった研究参加者は「家族を助けるために自己犠牲を選択した者」という目で周囲から見られることとなる。そのことによって、周囲の期待に応えるべく「よいドナー」役割をとるために口を閉ざすこととなる。

米国の社会学者のGoffman (1958/1974, p.54) が提唱した「ドラマツルギー：Dramaturgy」では、「パフォーマーは理想化された自己自身ならびにパフォーマンスの結果に背馳するような活動・事実・動機を隠したり、あるいは目立たないようにする傾向がある」と指摘されている(Goffman, 1958/1974, p.166)。ドナーの場合では、「よいドナー」という理想化された姿に背かないように、自らのさまざまな体験を秘密にし緘黙^{かんもく}することが「口を閉ざす行動」と解釈することができる。ドナーのもつ秘密は、Goffman (1958/1974, pp.197-206) が説明する「部内の秘密 (Inside Secrets)」であり、その秘密の所有が個人をある集団の構成員として特徴づけ、当該集団を“事情に通じて”いない人々とは別の違った者であると感じさせる秘密である、と述べられている。「よいドナー」という特徴づけを行うために、事情に通じていない人々には本来とは違った印象を与えるために緘黙行動をとっていたと言える。

ドナーは、肝臓を提供すると決めた時点から、「家族のために臓器を提供する」という行為は、周囲の人々から「家族愛」などという言葉が象徴する美談と見なされることによって、手術前の不安などによって惹起される葛藤を抑え込まなければならなくなっていた。さらに、生体肝移植のドナーになりうるのは、前述のように三親等以内の血族または配偶者でなければならない。本来ならドナーにとっていちばん近い存在であり、ドナーが抱える不安などの気持ちを開示する対象であるはずの家族が、レシピエン

トを助けるだけでなく、「家族全体を助けるドナー」の役割をとるために、もっとも強固に口を閉ざす行動を行う対象になっていた。術前の不安などの気持ちを家族に開示することで、レシピエントが「移植をやめる」とか、自分以外の他の家族ドナー候補者から「身代わりになる」と言い出されないよう、たとえ手術が怖くて逃げ出したいと思っても「よいドナー」役割をとり続ける必要があったのである。

このことから、ドナーはレシピエントを助けるだけでなく、家族全体も含めて助ける存在として機能していた。「よいドナー」の役割をとることに徹底した例で、手術費用に近隣の人々から募金による援助を受けたために、非常に強い役割の期待を感じとり、自らの感情を無意識のなかに封じ込めた、という行動も理解できる。

Goffman (1958/1974, pp.197-206) は、個人が彼らの聴衆との状況に応じて異なる役割を実行することを指摘している。そして、異なる役割に起因する矛盾があるときに「役割葛藤」となるので、今後起こる可能性のある自らの死を含めた出来事に対する不安を抱えているが、周囲の「よいドナー」という理想化に応じるために、それを開示できないことの間で「葛藤」を抱いていた。ドナーは、その葛藤から脱するために、特定の人々に自らの「秘密」を開示することで葛藤を和らげ、課された役割を遂行していたと考えられる。

ドナーは、特定の人々に対して「移植」と「家」という根拠によって、秘密を開示するか、しないかの選択を行っていた。

「移植」を根拠とする者とは、ドナーとともに「生体肝移植」体験を共有しうる者であり、レシピエントとドナー候補となり得る家族、そして移植医療にかかわる医師や看護師が含まれる。

「家」を根拠とする者は家族と血族である。「家」は、川島 (1957, p.33) が定義するように、世帯の共同とは関係のない血縁集団であって、構成員の死亡・出生・結婚等による変動はあっても、その同一性を保持して存続していくのだという信念を伴うところのもの、と解釈することができた。さらに「家」というものは、世帯を共同する「家族」とは異なり、日本の特殊な慣行と位置づけられたものである (川島, 1957, p.33)。

ドナーは、この「移植」と「家」との2つの根拠を共有をする者へは緘黙行動を行い、「理想的なドナー」役割をとる選択を行った。

反対に、ある研究参加者 (ドナー) が「部外者」と表現する「秘密」の開示を行う対象として選ばれた者がいた。この「部外者」と呼ばれる存在は、たとえば親に肝臓を提供するドナーの場合、ドナーの配偶者と幼なじみ、そして

恋人が該当した。これらを「移植」と「家」という2つの関係から検討すると、「移植」という視点ではドナーになり得ず、「家」という視点では血族ではないが「家」の状況がわかる者もいる。「移植」と「家」にまったく関係がない存在ではなく、ある程度の内情がわかる存在、といえる。日本の慣用句で、物事に関与できない位置に置かれるという意味で「蚊帳の外」という表現があるが、部外者は当事者として蚊帳の中には入れてもらえないが、蚊帳は外から内情がわかる程度の透過性をもつものである。これによって区切られた者であると解釈できた。このことからドナーが「秘密」を開示する選択基準は、「移植」と「家」という2つの局域 (region) が重なりであり、さらにこれらの局域は蚊帳のような透過性があるものであるといえる。

もう一つの登場人物である医療職者は、「移植」にかかわる者としてドナーとの関係を形成することとなるが、「家」という基準には合致せず、開示される情報は移植によって影響を受けた身体の秘密に限局されていた。そのなかでも、看護師はドナーが秘密を開示する対象ではなかった。そこで、「顔」という概念を基本概念として哲学を築いたフランスの哲学者 Lévinas (1961/2001) の考えを援用すると、患者にとって看護師は、日替わりで変わり、かつ他者の表象として患者に侵入してこない存在であり、また忙しさを示す表象としての存在であることから、「移植」を共有体験する者として位置づけられていない、「顔」のない存在である可能性が示唆された。

b. 〈当事者不在のドナーの安全神話〉〈「自発的意思」という権力装置〉〈肝臓を提供することだけを要求する医師〉、そして〈生体肝移植ドナーに対する世間の無理解〉が示す意味の網

日本では、これまでに5,000例以上の生体肝移植が行われているが、そのなかにはドナーにとって不幸な例として、2003年に右葉グラフトを用いた緊急再移植でドナーが死亡した報告がされている (清澤ほか, 2004)。日本肝移植研究会が行った合併症に関する生体肝移植ドナーの全数調査によると、その発生率は8.4%であった。その内訳は、術中合併症としての輸血、胆管狭窄、術後合併症として胆汁漏、創部感染などが含まれていた (Hashikura, et al., 2010)。これらは入院の延長もしくは追加治療が必要な合併症であり、移植にかかわる医師の関心はこれらの合併症に向けられていることがわかる。

しかし、本研究の研究参加者 (ドナー) が語った気になった術後の症状としては、疼痛、腹部の引きつれ、そして倦怠感などであった。生体肝移植ドナーが、術後に同様の症状によって、術前の健康な身体から病気に変化したと知覚していることが明らかされている (Forsberg, et al.,

2004)。これらの症状は肝臓の切除術を受ければ必ず生じるものであるため、移植にかかわる医師にとっては“あって当たり前の症状”であるのに対し、ドナーにとっては、いままでは何の症状もない健康な身体だったのが、手術を受けることによって不快な症状が出現するようになった、と感じているのだと考える。この両者の考え方のギャップから、ドナーは「(医師には) 取りあってもらえないから、言ってもしょうがない」「言ってもわかってもらえない」という感情を抱く結果となっていると解釈できた。

ドナーは健康であり、医療を目的とした手術を必要としない身体の持ち主である。そのため、生体肝移植が成立するための唯一無二のよりどころは、ドナー本人の自発的な提供意思である。そのために厳密な医学的評価を行うとともに、インフォームド・コンセントが徹底し、外圧ではなく自らの意思で肝臓の提供に同意したことが確認される。しかし、本研究の参加者のほとんどがドナーとなる意思決定をする際に、何かしらの背景があったとしても、移植を必要とする家族への強い愛情から、何が何でも助けたいという一心で臓器提供に同意するという無条件の同意 (unconditional consent) であった、と振り返った (藤田・赤林, 2006)。自発的同意は、ドナーに対して「自己責任」であることを強力に自覚させ、移植の経過で起こるさまざまなことを諦めて受け容れさせていた。田村・稲垣 (2007) は、移植が必要となったときから流れに乗って移植を決め、自分を納得させて臓器提供を行った母親の体験を明らかにしている。本研究においてもドナーは、移植を行うことが決定してからは前に進むしかなく、自らが不安を訴えることで移植のプロセスが滞ることを恐れていた。これらによって、「言っではいけない」「言いたくても言えない」という状況が外的にも内的にも生じることで、口を閉ざすこととなっていた。

ドナーが自分を理解してくれていると実感できる存在は、さほど多くなかった。非常に残念なことであるが、無理解者のなかには移植医療にかかわる医師や看護師が含まれていた。本研究の結果では、医師や看護師は「移植」という体験を共有する存在として位置づけられ、せめて移植によって起こる身体症状に対する医療やケアを提供してもらうことのみをドナーは期待していた。医療チームや周囲の人々から、ドナーは健康体であるという前提で対応されるために、ドナー自らが“ドナーは患者ではない”という知覚を抱かされていたという報告 (Crowley-Matoka, et al., 2004) がある。本研究でも同様に、研究参加者 (ドナー) は医師からとりあってもらえず、医師へ期待をもつことなく、「言っでもしかたがない」という心境になっていた。家族を助けるために自らの肝臓を提供したが、術前の不安や術後の疼痛なども十分にケアを受けることができずにいた。

日本では、生体肝移植を移植実施施設の自主規制で行っているため、身体的には好成績を残していても、生体移植ドナーの保護、生体移植を受けた家族のメンタルケアの不足があり、水田や武藤はそれらの整備の必要性を訴えている (水田, 2010; 武藤, 2007)。現在の生体肝移植医療は、肝不全となった患者の救命が優先されている。「健康体」であるドナーに対して、移植にかかわる医療は、侵襲が少なくなるような小切開手術の方法の開発など (曾山ほか, 2011)、身体面の安全性の向上について努力は行っていた。しかし、ドナーは生きた人であり、心理社会的な側面にも注目し、それらへの対策が確立されていないことが日本の生体肝移植医療の問題点である。

研究参加者 (ドナー) は、生体肝移植や生体肝移植ドナーに対するサポート体制の不備や周囲の無理解も訴えていた。骨髄・末梢血幹細胞を提供する場合には、「ドナー休暇」や「ボランティア休暇」を認めている企業や団体が存在している。しかし、生体肝移植ドナーには、これらの制度は適応されず、仕事をしていた研究参加者 (ドナー) は有給休暇を使用するか、場合によっては退職する者もいた。また、師岡ほか (2011) は、術後に理解されにくい不健康感や周囲の理解のない対応などによってドナーが影響を受けていることを明らかにしている。本研究においても、「健康」であった生体肝移植ドナー体験者の研究参加者 (ドナー) が、臓器提供を契機に腹部の創の引きつれや倦怠感を抱えながら生活するなかで、外見的には健康な人々と区別がつかず、自らの症状を隠しながら社会復帰をしたことが明らかになった。また、世間一般の人々だけではなく、生体移植に対する無理解は医療者にも存在しており、ドナーは精神的に傷つく体験をしていた。そのため、末期肝不全患者の最終治療手段として、生体肝移植を行うためには、生体肝移植ドナーのための法整備や、世間の認知を高めるための広報活動を行う必要があると考えられる。

2. 研究の意義と看護実践への示唆

本研究で得られた研究参加者 (ドナー) の語りには、生体肝移植にかかわる看護師のドナーへのかかわりを見直す内容を含んでいた。すなわち、日替わりで担当看護師が変わることによって看護師の“顔”が判別できなくなることや、ドナーのそばにいる時間がきわめて短いことから、「看護師は忙しい」という遠慮を生ませていることである。これらによって、看護師はドナーにとって“顔をもたない存在”であり、秘密を開示する対象とはなっていなかった。

では、どうすればドナーとの間に信頼を築き、看護を提供することができるか。そのヒントは、この研究を行っているなかで研究者が研究参加者 (ドナー) に行ったアプ

ローチそのものである、と言える。特定の看護師が、生体肝移植ドナーの役に立ちたいということと言葉と態度で示しながら、ドナーの体験が唯一無二のもので誰も想像することができず、ドナーしか知らないという「無知の姿勢」でじっくりと腰をすえ、ドナーの語りに耳を傾けることである。日々の看護実践の場で、このような態度でドナーと向き合うことによって始めて、看護師は“移植”と“家”を共有する存在と認められ、彼らのなかに入ることができる。このことで、生体肝移植ドナーが抱える秘密を開示する対象となり、ドナーが受けることができなかったケアを提供できる可能性が開かれる考える。

Ⅶ. 研究の限界と今後の課題

本研究は、研究参加者（ドナー）がこれまで心のなかに抱え込み、口を閉ざし続けてきた移植にかかわる体験に迫り、Sandelowski (1996) が説明する“ケースに結びついた一般化”である個性記述的一般化 (idiographic generalization) については達成されていると考える。今後求められるのは、研究参加者の内訳でわかるように生体肝移植ドナーは女性になることが多い。このことは何を意味するのかを、最新のフェミニズム理論から分析する必要がある。また、生体肝移植は保険適応となったとはいえ、多額の費用がかかるため、移植を受ける人々が受ける経済的負担について分析する必要がある。さらに日本の生体肝移植を倫理原則の視点でとらえたときに、倫理的に担保されているのかどうかを問う生命倫理学的および法学的な視点での分析が必要である。

また、本研究ではドナー体験者とレシピエント双方が順

調に回復した方々に参加していただいた。しかし、不幸にもレシピエントを亡くしたドナー体験者、合併症を抱えたドナー体験者に焦点を向けることも必要である。

Ⅷ. 結 語

本研究の結果、生体肝移植ドナーは、「家族を助ける崇高な存在としてのドナー像の再生産」のために、〈家族の“美しい物語”のなかでドナー役割をとり続ける苦悩〉し、〈「家族全体を救う存在としてのドナー」になる演出〉をしながら、〈「移植」と「家」で区別される秘密の開示の有無〉の選択をしていた。

また、「移植医療で置き去りにされるドナー」として、〈当事者不在のドナーの安全神話〉と〈「自発的意思」という権力装置〉によって感情の開示を抑圧され、〈肝臓を提供することだけを要求する医師〉や〈生体肝移植ドナーに対する世間の無理解〉から張り巡らされた意味の網によって「口を閉ざす行動」を強いられていた。この研究から、看護師を含めた医療者はドナーの体験に対して真摯に耳を傾け、ドナーと信頼関係を築いてドナーの「移植」と「家」という体験を共有しながらケアを行う必要がある、という示唆を得た。

謝 辞

本研究に参加していただいた生体肝移植ドナー体験者の皆さま、そして、さまざまな調整をしてくださった患者会会長さまには深く感謝申し上げます。本研究は第6回日本移植・再生医療看護学会学術集会（宮城県）において発表したものを、再分析を加え、修正加筆したものである。

要 旨

日本の一医療機関で生体肝移植ドナーを体験した人々の『口を閉ざす行動』を背景にある文化を明らかにする。ドナー経験者10名とレシピエント3名に対して、半構成的面接で調査し、Geertzの解釈人類学をもとに分析した。「家族を助ける崇高な存在としてのドナー像の再生産」のために、〈家族の“美しい物語”のなかでドナー役割をとり続ける苦悩〉をし、〈「家族全体を救う存在としてのドナー」になる演出〉をしながら、〈「移植」と「家」で区別される秘密の開示の有無〉の選択をしていた。

また、「移植医療で置き去りにされるドナー」として、〈当事者不在のドナーの安全神話〉〈「自発的意思」という権力装置〉〈肝臓を提供することだけを要求する医師〉、そして〈生体肝移植ドナーに対する世間の無理解〉によって口を閉ざすことを強いられていた。この研究から、医療者はドナーの体験に対して真摯に耳を傾けるケアを行う必要がある、という示唆を得た。

Abstract

The objective of this study is to clarify what cultural factors lead live liver transplant donors to exhibit 'clam up behavior'. A qualitative research method was conducted with the semi-structured interviews with 10 donors and 3 recipients, followed by data analysis within Geertz' hermeneutical anthropological framework. It was revealed that transplant donors were often motivated by purposes of idealization (i.e. saving the patient's family and the resultant sense of nobility and increased

self-esteem) and compliance with the regulations (e.g. disclosure and discretion) concerning the patient, their family, and the transplantation itself. On the other hand, they suffered from the pretense of being a “wonderful donor”; a savior to the patient and their family. Also revealed was that they maintained silence about being a donor for the following reasons: they were denied due postoperative care and attention, myths abound regarding the safety of donors, voluntarism, as well as doctors eager in live liver transplantation, and the general ignorance regarding live liver donors and transplantation. It is suggested that it is necessary to listen with careful consideration.

文 献

- Cohen, M. Z., Kahn, D. L., and Steeves, R. H. (2000) / 大久保功子 訳 (2005). 解釈学的現象学による看護研究 — インタビュー事例を用いた実践ガイド. pp.106-110, 東京: 日本看護協会出版会.
- Crowley-Matoka, M., Siegler, M., and Cronin, D. C. (2004). Long-term quality of life issues among adult-to-pediatric living liver donors: A qualitative exploration. *Am J Transplant*, 4(5), 744-750.
- Diaz, G. C., Renz, J. F., Mudge, C., Roberts, J. P., Ascher, N. R., Emond, J. C., and Rosenthal, P. (2002). Donor health assessment after living-donor liver transplantation. *Ann Surgery*, 236(1), 120-126.
- Forsberg, A., Nilsson, M., Krantz, M., and Olausson, M. (2004). The essence of living parental liver donation--donors' lived experiences of donation to their children. *Pediatr Transplant*, 8(4), 372-380.
- 藤田みさお, 赤林 朗 (2006). 成人間生体肝移植における三つの自発的同意のあり方 — ドナーを対象としたインタビューから —. *心療内科*, 10(3), 207-211.
- Geertz, C. (1983) / 梶原景昭, 小泉潤二, 山下晋司, 山下淑美 訳 (1991). ローカル・ノレッジ — 解釈人類学論集. 東京: 岩波書店.
- Goffman, E. (1958) / 石黒毅訳 (1974). 行為と演技 — 日常生活における自己呈示. 東京: 誠信書房.
- Hashikura, Y., Ichida, U., Umeshita, K., Kawasaki, S., Mizokami, M., Mochida, S., Yanaga, K., Monden, M., Kiyosawa, K., and Japanese Liver Transplantation Society (2009). Donor complications associated with living donor liver transplantation in Japan. *Transplantation*, 88(1), 110-114.
- 川島武宜 (1957). イデオロギーとしての家族制度. 東京: 岩波書店.
- 清澤研道, 市田隆文, 梅下浩司, 川崎誠治, 溝上雅史, 持田 智, 矢永勝彦, 米本昌平, 中沼安二 (2004). 生体肝移植ドナーが肝不全に陥った事例の検証と再発予防への提言. *移植*, 39(1), 47-55.
- 国際移植学会 (2008). 臓器取引と移植ツーリズムに関するイスタンブール宣言. *移植*, 43, 368-377.
- Lévinas, E. (1961) / 合田正人 訳 (2001). 全体性と無限 — 外部性についての試論. 東京: 国文社.
- 水田耕一 (2010). 移植医療と子どもの生体肝移植: 現状と今後の課題. *小児看護*, 33(6), 702-705.
- 師岡友紀, 梅下浩司, 萩原邦子, 小川 馨 (2011). 生体肝移植ドナーの術後 quality of life を構成する要素. *移植*, 46(2), 147-153.
- 武藤香織 (2007). いま, 考えて欲しい倫理の問題 (10) 生きている提供者からの臓器移植. *臨牀看護*, 33(2), 273-276.
- Nagasue, N., Kohno, H., Matsuo, S., Yamanoi, A., Uchida, M., Takemoto, Y., and Nakamura, T. (1992). Segmental (partial) liver transplantation from a living donor. *Transplant Proc*, 24(5), 1958-1959.
- 永田 明 (2005). 生体肝移植ドナーの体験. 日本赤十字看護大学大学院修士論文.
- 日本医師会 (2006). 「ふたたび終末期医療について」の報告. 平成16・17年度日本医師会第IV次生命倫理懇談会資料.
- 日本肝移植研究会 (2011-08-18). 生体肝提供手術に関する指針. <http://jlts.umin.ac.jp/donor.html>
- 日本肝移植研究会ドナー調査委員会 (2005). 生体肝移植ドナーに関する調査報告書. https://docs.google.com/viewer?url=http://jlts.umin.ac.jp/donor_survey_full.pdf&pli=1
- 野間俊一 (2007). 生体肝移植医療における精神科のかかわり. *移植*, 42(4), 323-328.
- Raia, S., Nery, J. R., and Mies, S. (1989). Liver Transplantation from live donors. *Lancet*, 334(8661), 497.
- Sandelowski, M. (1996). One is the liveliest number: The case orientation of qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 19(6), 525-529.
- 曾山明彦, 江口 晋, 高槻光寿, 日高匡章, 朝長哲生, 村岡いづみ, 兼松隆之 (2011). 生体肝移植ドナーにおける右季肋小切開による右葉グラフト採取術: その利点と欠点. *小切開・鏡視外科学会雑誌*, 2(1), 97-100.
- 田村幸子, 稲垣美智子 (2007). 小児生体肝移植においてドナーとなった母親の経験. *金沢大学つるま保健学会誌*, 30(2), 193-201.
- 米本昌平 (2005). ドナーをめぐる諸問題: 生体肝移植 — その法規制と倫理的課題. *肝胆膵*, 50(1), 147-153.
- 臓器移植ネットワーク (2011-06-9). 移植に関するデータ: 脳死での臓器提供. http://www.jotnw.or.jp/datafile/offer_brain.html

〔平成23年12月2日受 付〕
〔平成24年10月29日採用決定〕

アルコール性肝障害入院患者が断酒を決意し 断酒を継続するプロセス

The Process for Inpatients with Alcoholic Liver Diseases to Decide to
Stop and Continue Abstaining from Drinking

山田 隆子 秋元 典子
Takako Yamada Noriko Akimoto

キーワード：アルコール性肝障害，断酒，修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ
Key Words：alcoholic liver diseases, abstaining from drinking, M-GTA

I. はじめに

アルコール性肝障害とは、長期間にわたる過剰の飲酒が原因となって引き起こされる肝障害の総称¹⁾である。日本酒換算で毎日3合以上で5年以上、またはそれに相当する積算飲酒量の飲酒家、すなわち常習飲酒家で発症する¹⁾。初期障害であるアルコール性脂肪肝から進行した障害であるアルコール性肝硬変まで、その病型は多彩であり、日本では6病型に分類¹⁾されている。このようなアルコール性肝障害の肝疾患に占める割合は、日本においては年々増加傾向にある^{2), 3)}と報告されている。

アルコール性肝障害の原因である長期間にわたる過剰の飲酒とは、日常の生活に組み込まれた生活習慣である。したがって、アルコール性肝障害は、好ましくない生活習慣によって引き起こされた生活習慣病といってよい。堀江ら³⁾も同様の見解を示している。このことが、アルコール性肝障害は、長期間にわたる過剰の飲酒という生活習慣の是正、すなわち断酒なくしては解決し得ない健康問題である⁴⁾といわれる理由である。

看護は、人々の健康的な生活を支援することを職責としている。したがって、増加傾向にあるアルコール性肝障害患者が断酒して健康な暮らしを取り戻せるよう支援することは、看護に課せられた役割であり責任である。この役割と責任を果たすためには、アルコール性肝障害患者が断酒決意に至るプロセス、および断酒を継続する要因などについての知見が必要である。しかし、アルコール性肝障害患者に関するこれまでの研究をみると、アルコール性肝障害に関連した食道静脈瘤からの緊急性出血に対する看護⁵⁾、アルコール性肝障害の病態・管理と合併症⁶⁾、肝臓移植レシピエントの再飲酒⁷⁾などの報告があるが、断酒の決意と断酒の継続に関する報告は見当たらない。一方、

同じく飲酒に起因する健康障害であるアルコール依存症患者に関する研究は、禁酒・断酒に関する研究^{8)~13)}、入院患者の在宅療養への移行¹⁴⁾、回復のための支援^{15), 16)}など多様な視点から行われている。

アルコール依存症患者の禁酒・断酒に関する先行研究知見は、アルコール依存という点で共通項のあるアルコール性肝障害患者の禁酒・断酒に関する看護に一部適用できると考える。しかし、アルコール性肝障害はアルコール依存症とは治療内容において共通項もあるが異なる点もある。すなわち、アルコール依存症においては、本人の意思ではどうすることもできず、抗酒薬・抗不安薬などの薬物療法および個人的・集団的精神療法が主たる治療とされる¹⁷⁾が、アルコール性肝障害においては、アルコール依存症と同様に薬物療法や精神療法が適応される場合もあるが、主として肝治療が行われる。このことから、アルコール依存症患者と共通項もある一方で異なる側面も持つアルコール性肝障害患者の断酒の決意と継続については、現時点で明らかにされていないといえる。そこで、本研究では、アルコール性肝障害治療目的で入院し断酒を継続している患者は、どのようなプロセスを経て断酒を決意し断酒を継続しているのかを明らかにする。

本研究が解明をめざすプロセスは、生活習慣と化した長期間の過剰な飲酒を断つ決意をする契機、および断酒を継続する要因の解明を可能とする。これらが明らかになれば、患者の断酒および断酒の継続を支援するにはどのような看護支援が有効であるかについて示唆を得ることができる。このことは、増加傾向にあるアルコール性肝障害患者が、長期間にわたる過剰な飲酒という生活習慣を抱えていても、看護支援によって断酒およびその継続が可能となり、健康的な生活を取り戻すことに貢献する。

II. 研究目的

アルコール性肝障害入院患者が、断酒を決意し、断酒を継続するプロセスを明らかにし、断酒の決意と断酒の継続を可能にする看護支援について検討する。

III. 用語の定義

本研究では、断酒を、患者が意思を持って飲酒を断つことと定義し、禁酒を、医師など医療者が飲酒を禁ずることと定義する。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、これまで研究がほとんど行われていない領域の知識を得ようとする研究である。したがって研究問題は、これは何であるか？ という問題となるため、因子探索型研究デザイン¹⁸⁾を用いた。

2. 研究対象者

対象者は、次の3条件をすべて満たす患者である。

- ①研究協力の得られたA病院でアルコール性肝障害と診断されていたが断酒できず肝機能障害が進行し、担当医から入院治療の必要性が伝えられ、治療目的で入院している患者
- ②担当医から禁酒を指示され、入院後断酒を継続している患者
- ③認知・言語障害のない患者

A病院の病棟看護師長および担当医から対象候補者の紹介を受け、研究者が研究の主旨を文書と口頭で対象候補者に説明した後、署名による研究参加の同意が得られた患者を対象者とした。

3. データ収集方法

研究目的に基づき、入院・治療・飲酒に対する考え、断酒のきっかけ、断酒継続の要因、などの質問で構成した研究者作成の面接ガイドを用いて、自由回答法による半構造化面接を行った。面接は、担当医が断酒継続と判断し対象候補者を研究者に紹介した当日に手続きを踏んで、対象者1人につき1回、個室で行った。面接内容は許可を得て録音し、逐語録として紙媒体に起こした。対象者の理解を得たうえで、診療記録から疾患名、年齢、現病歴、アルコール性肝障害の診断を受けてから入院に至るまでの期間、入院後の症状と治療内容などの情報を得た。データ収集期間は、2008年12月～2009年2月であった。

4. データ分析方法

a. データ分析方法

本研究は、因子探索型研究デザインを用いて、アルコール性肝障害入院患者が断酒を決意し断酒を継続するプロセスを解明することを目的としている。そのためには、患者の現象をあるがままに詳細に記述し、記述されたものをデータとして分析し、起きていることの本質を明確にしなが、個々の起きていることの関係性を見出し、説明できる枠組みをつくる必要がある。したがって、実証的に新しい理論を生成する方法であるグラウンデッド・セオリー・アプローチの手法を用いることが適切であると判断した。

グラウンデッド・セオリー・アプローチの手法は複数ある。木下¹⁹⁾は、GalserとStraussの主張²⁰⁾をふまえたうえで分析方法をよりわかりやすく、また活用しやすいように開発した「修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(以下、M-GTA)」を提唱した。木下²¹⁾は、M-GTAを用いるのに適した研究とは、人間と人間が直接やりとりする社会的相互作用にかかわる研究であり、かつヒューマンサービス領域の研究であり、対象とする現象がプロセス的性格をもっていること、と述べている。本研究で取り扱う現象は、アルコール性肝障害入院患者が断酒を決意し断酒を継続するプロセスであり、健康問題に対する本人の意識や心身の変化、家族や禁酒を指示する医療者など、患者を取り巻く人々との相互作用というプロセスである。また、生成されたグラウンデッド・セオリーを実践現場すなわち看護実践現場に戻し、そこでの応用的検証がもっとも自然に成り立つヒューマンサービス領域の研究である。これらのことから、M-GTAが本研究の分析手法として適していると判断した。

b. データ分析の実際

逐語録をデータとし、M-GTA¹⁹⁾の手法を用いて分析を行った。分析焦点者を「アルコール性肝障害治療目的で入院した後、断酒を決意し、意思をもって断酒が継続できている入院患者」とし、分析テーマを「分析焦点者は、アルコール性肝障害に対する入院治療を受けながら、入院・治療をどのように受け止め、飲酒についてどのように考え、入院後どのような経過をたどって断酒を決意し、入院中のいま、どのようにして断酒を継続しているのか、その一連のプロセス」とした。

分析の手順は、次の通りである。

- ①分析テーマに照らしてディテールが豊富な1例目のデータを選ぶ。その1例目の全データを熟読し、分析テーマに関連する個所に着目する。それらのデータが分析焦点者にとって何を意味しているかを解釈し、その意味を忠実に表現できるように命名し、概念を生成

する。概念ごとに分析ワークシートを作成し、概念名、定義、具体例、理論的メモを記載する。具体例とは着目したデータである。

- ②生成し始めた概念の側からデータを見て、すでに生成した概念の具体例となる場合には、当該の分析ワークシートの具体例欄に追記する。生成し始めた概念と類似していないデータや対極のデータがある場合にはその意味を解釈し、その意味を忠実に表現するように命名し、新たな概念を生成する、と同時に概念間の関係性を検討し図式化していく。
- ③1例目の分析終了後、2例目以降も②の手順で分析を行い、全例の概念生成を行う。
- ④全対象者の分析終了後、②および③で図式化していた概念間の関係性をふまえて、さらに概念と概念の関係性を検討・確認し、意味内容が同類の概念同士を集めて概念のまとまりをつくっていく作業をする。この作業によってカテゴリーを生成する。カテゴリーとしてまとまる相手のいない概念はそのまま概念とし、カテゴリーと同等の説明力をもつものとする。
- ⑤生成されたカテゴリーおよびカテゴリーと同等の説明力をもつ概念が、意思をもって断酒を決意し、断酒を継続するプロセスのどこに位置づけるのか、そのプロセスのどのような動きの説明になるのかを検討し、その関係性を包括する結果図を作成するとともに、その関係性を簡潔に文章化してストーリーラインを作成する。なお、概念の生成から結果図の作成までの過程では、M-GTAに精通した質的研究者のスーパービジョンを受けながら、2名の研究者間での繰り返しによる分析内容の一致性を確認することで分析の真実性(trustworthiness)の確保に努めた。

5. 倫理的配慮

岡山大学大学院保健学研究科看護学分野倫理審査委員会(D05-008)および研究協力施設の倫理審査委員会の承認を得た後に、対象候補者に対して研究の目的と方法、研究参加の任意性と中断の自由、個人情報保護、不利益の回避、データの保管と管理および研究終了後の全データの適切な方法による破棄、本研究に限ったデータの使用、診療

録の閲覧、結果の公表について研究者が説明し、署名による研究参加の同意を得た。

V. 研究結果

1. 対象者の概要

研究参加の同意が得られた対象者は6名で、その概要は表1に示すとおりである。全対象者が担当医から入院当日に禁酒を指示され、その後現在までの入院期間中断酒を継続していた。入院から面接までの期間は8~19日であったが、アルコール性肝障害と診断されてから入院に至るまでの期間は1か月~6年であった。面接時間は平均38.1分、全対象者から診療録の閲覧および面接内容録音の承諾が得られ、全逐語録はA4版42文字×20行で114ページ、70,271字であった。

2. 分析結果

生成された概念は、19概念であった。そのうち14概念からは、意味内容の同類性から4カテゴリーが生成され、残り5概念はカテゴリーと同等の説明力をもつ概念であった。4カテゴリーおよびカテゴリーと同等の説明力をもつ5概念との関係性を包括的に示す結果図を作成し、アルコール性肝障害入院患者が断酒を決意し断酒を継続するプロセスとして図1に示した。なお、【 】はカテゴリー、[]はカテゴリーと同等の概念、〈 〉は概念とした。ストーリーラインは以下のとおりである。

対象者は、アルコール性肝障害治療目的で入院した時点で3とおりの受け止め方をした。[いつか肝臓を痛めると思っていた][アルコールが欲しいと思わなくなる][アルコールで肝臓を痛めるとは思わなかった]の3とおりである。このうち、[いつか肝臓を痛めると思っていた]対象者は、[医師に見放されてしまうと怯える]がこれは[自分でまいた種だと思ふ]ことで納得した。[自分でまいた種だと思ふ]と納得した対象者および[アルコールで肝臓を痛めるとは思わなかった]対象者は、【アルコールに飲み込まれていった自分を振り返る】過程をたどり始めるが、常に[自分でまいた種だと思ふ]気持ちが頭をもたげ、振り返る過程をたどりつつ同時に【多量飲酒がもたら

表1 対象者の概要

対象者の記号	年代	性別	疾患名	入院から面接までの期間	アルコール性肝障害の診断を受けてから入院に至るまでの期間
A	50歳代	男性	アルコール性肝硬変	19日	3年
B	60歳代	男性	アルコール性肝硬変	8日	3年
C	70歳代	男性	アルコール性肝硬変	9日	6年
D	50歳代	女性	アルコール性肝硬変	19日	1か月
E	50歳代	男性	アルコール性肝硬変	15日	2年
F	20歳代	男性	アルコール性肝炎	10日	1か月

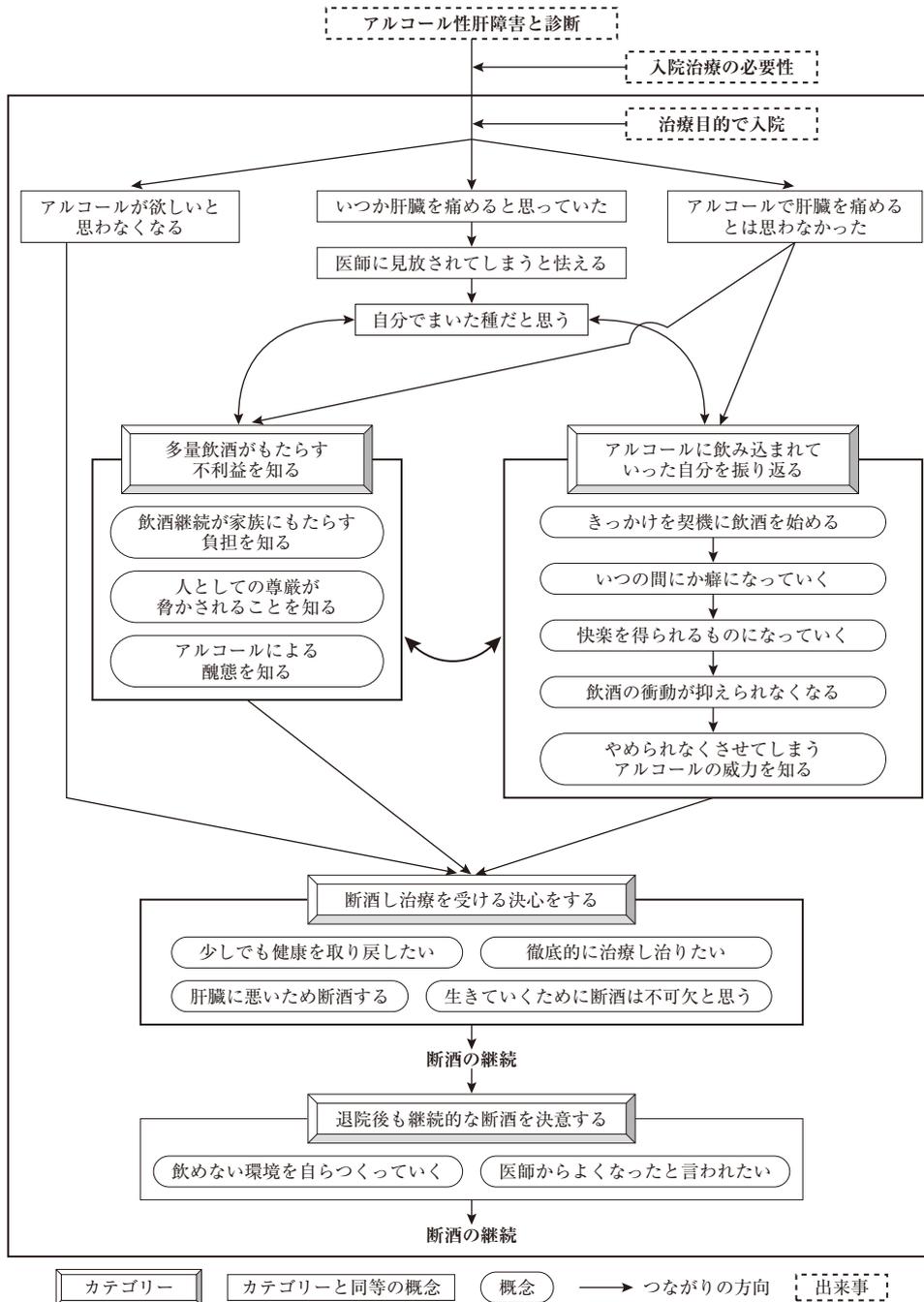


図1 アルコール性肝障害入院患者が断酒を決意し断酒を継続するプロセス

【多量飲酒がもたらす不利益を知る】体験が始まり、それが「自分でまいた種だと思う」気持ちをより強めていった。一方、【多量飲酒がもたらす不利益を知る】過程をたどり始めた対象者においても、常に「自分でまいた種だと思う」気持ちが頭をもたげ、【多量飲酒がもたらす不利益を知る】過程をたどりつつ同時に【アルコールに飲み込まれていった自分を振り返る】体験が始まり、「自分でまいた種だと思う」との納得をより強めていった。このように、「自分でまいた種だと思う」【アルコールに飲み込まれていった自分を振り返る】【多量飲酒がもたらす不利益を知る】は、対象者の意

識のなかで行ったり来たりという相互に関連し循環する関係にあった。循環しつつ最終的に【アルコールに飲み込まれていった自分を振り返る】ことができ、【多量飲酒がもたらす不利益を知る】ことができた対象者は【断酒し治療を受ける決心をする】ことをもって断酒し、それを継続し、その実績を背景に【退院後も継続的な断酒を決意する】と決意していた。

一方、入院とほぼ同時に「アルコールが欲しいと思わなくなる」体験をした対象者は、即日【断酒し治療を受ける決心をする】ことで飲酒をやめ、翌々日には【退院後も継

続的な断酒を決意する】と決意し、入院中のいま、断酒を継続していた。

次に、生成した4カテゴリーおよびカテゴリーと同等の説明力をもつ5概念の定義を説明する。なお、具体例を2字下げた「 」内に示し、具体例中の()には研究者による補足、各末尾の()には対象者の記号を記入した。

(1) 【いつか肝臓を痛めると思っていた】

【いつか肝臓を痛めると思っていた】は、このままだときっと肝機能障害が起き入院することになるだろうと予感していたことが現実になってしまったことから、入院したという現実には納得していることを示している。

「肝臓が悪いのはわかっとなった。いつか壊れるぞと言われ続けてきた。みんなからな。自分でも、いつか入院、肝硬変でね。だから、先生から(アルコール性肝硬変で入院が必要であることを)聞いたら、そりゃあもう、ありゃ、来たなー(入院することになるだろうと予感していたことが現実になった)という感じで。わや(無茶)しとるからな、お酒で(E)」

(2) 【医師に見放されてしまうと怯える】

【医師に見放されてしまうと怯える】は、体調不良で受診した際、医師から飲酒を繰り返すならもう診ないこともあると言われ、命の綱が断ち切れ、命の存続が危うくなったと感じていることを示している。

「もう、動けんから、兄が先生のところに行って、(医師から)このままだと死にますよ言うて、これだけ飲みよったら、もううちでは診ません(と医師が)言ったかな。もう(あなたは)おんなじことを繰り返す言うて。まあ、それは、ショックでしたけどね(E)」

(3) 【自分でまいた種だと思う】

【自分でまいた種だと思う】は、肝臓が悪くなったのは自分が多量飲酒を繰り返したためであり、誰のせいでもなく自分自身が原因だと思っていることを示している。

「なんでこんな病気になったんかなってというのはあるけど、なった者が悪い(A)」

(4) 【アルコールで肝臓を痛めるとは思わなかった】

【アルコールで肝臓を痛めるとは思わなかった】は、アルコールによる肝臓への悪影響などあるはずがないと思込んでいたことを示している。

「いやあー、自分は(肝炎には)ならないというぐらいにしか思っていなかった。まだ若いし、的な感じがあるんで(F)」

(5) 【アルコールが欲しいと思わなくなる】

【アルコールが欲しいと思わなくなる】は、飲酒への意欲が消失することを示している。

「完璧にやめる。もう完璧にやめるよ。それはもう絶対

にやめるよ(B)」

「肝臓の病気になったら死の宣告を受けたように思うから(飲酒を)やめる(C)」

(6) 【アルコールに飲み込まれていった自分を振り返る】

【アルコールに飲み込まれていった自分を振り返る】は、アルコールから離れられなくなっていったこれまでの経緯を自分自身でたどってみることを示している。

このカテゴリーは、5つの概念の意味の同類性から生成された。対象者は、離婚による虚しさや仕事上の必要性など〈きっかけを契機に飲酒を始める〉。それが〈いつの間にか癖になっていく〉ことで、飲酒という行為が無意識のうちに、あるいはとくに強く意識することなく行う習慣的な行為になってしまっていた。習慣化した飲酒はやがて〈快楽を得られるものになっていく〉。結果として〈飲酒の衝動が抑えられなくなる〉ことで飲酒を続けていたが、入院に至ったことで、〈やめられなくさせてしまうアルコールの威力を知る〉ことになった。対象者は、このような自分自身のこれまでの経緯を振り返っていた。

「私、26(歳)のときにね、(妻と)別れたんですわ。それでね、虚しくなってしまうてね。それからどっと、どっと飲みよってね、毎日ちょっと度が過ぎてね。結構ね、気持ちよう、酔えりゃあええ、いう感じ(E)」

「ずっと、25歳まで夜の商売していたんで。飲むときには、瓶ビール1ケース。最初は一滴も飲めなかったんですけど、徐々に、だんだんと飲めるように。吐いては飲んで、吐いては飲んで、だったんで(F)」

(7) 【多量飲酒がもたらす不利益を知る】

【多量飲酒がもたらす不利益を知る】は、多量の飲酒をしてしまうことは、人に見せられないほどの恥ずかしい言動をしてしまうこと、ぶざまで情けない自分をさらけ出すことなどを引き起こし、さらには家庭の崩壊すら起こしかない事態になることを知り、自分を否定する気持ちになっていることを示している。

このカテゴリーは、3つの概念の意味の同類性から生成された。対象者自身が飲酒を続けることで、治療が長期化し家族に経済的な負担がかかることを認識し、対象者は〈飲酒継続が家族にもたらす負担を知る〉体験をしていた。また、多量飲酒により排泄の世話をうける事態にまでなり自尊心を傷つけられた体験から〈人としての尊厳が脅かされることを知る〉体験や、自分が遭遇したアルコール依存症患者の姿から〈アルコールによる醜態を知る〉ことで、多量飲酒に対し嫌悪に近い感情をもつようになり、多量飲酒が好ましくない結果をもたらすことを知るに至っていた。

「お葬式挙げる費用と、それから石塔とお墓と、それだ

けは家族の、息子とか子どもたちには負担かけたくないから (B)』

「歩けん (歩けない)、もう、手も動かん (動かない)、身体が、足腰が動かんのじゃけん。それから尻 (排泄) のこと。こんなことになるんじやったらもう、やめにやおえん (飲酒をやめないといけない) (E)」

(8) 【断酒し治療を受ける決心をする】

【断酒し治療を受ける決心をする】は、アルコールの恐ろしさやもたらされる不利益を知ること、健康を取り戻すため、自らの意思で断酒を決意し、肝機能改善の治療に専念する決意を示している。

このカテゴリーは、4つの概念の意味の同類性から生成された。対象者は、〈少しでも健康を取り戻したい〉と願い、そのためには〈徹底的に治療し治りたい〉、それなら〈生きていくために断酒は不可欠と思う〉ことから〈肝臓に悪いため断酒する〉と決意して断酒し、治療を受け健康を取り戻すと決意していた。

「もう絶対 (飲酒を) やめるわ。そうせん (そうしな) かったら、2～3年のことが言えんが (命が絶たれてしまうことを意味)。先生が (断酒が必要と) と言われるんじやから (B)」

(9) 【退院後も継続的な断酒を決意する】

【退院後も継続的な断酒を決意する】は、退院後も断酒を続けると決めていること示している。

このカテゴリーは、2つの概念の意味の同類性から生成された。退院後も継続して断酒できるように、一人暮らしをやめて家族との同居により他者による監視の環境をつくることで〈飲めない環境を自らつくっていく〉努力をし、また、継続的な断酒により肝機能改善をめざし、〈医師からよくなったと言われたい〉と願い、断酒を継続すると決心していた。

「親一人、子一人だから。頑張らなくちゃあ (D)」
 「先生に、うわー、こりゃよくなるとるわ、おお、よく頑張ったな、言うてほしいから、頑張ります (C)」
 「(両親から) 言われたり、監視されたら、飲みづらいで (F)」

VI. 考 察

1. 【アルコールに飲み込まれていった自分を振り返る】および【多量飲酒がもたらす不利益を知る】が、断酒の直接の契機となった理由

対象者が断酒を決意し、それを継続した直接の契機は【アルコールに飲み込まれていった自分を振り返る】こと、および【多量飲酒がもたらす不利益を知る】ことであった。このことは、長期にわたって過剰飲酒してきた自分の

経緯を自分自身でたどり自己を省みたこと、および長期にわたる過剰飲酒が引き起こす好ましくない現実を知ったことによる自己否定感情を体験し、このままではいけないと断酒に対するやる気が起き、そのやる気が【断酒し治療を受ける決心をする】ことを可能とし、断酒行動を導いたことを意味していると考えられる。

やる気とは、人の内側の欲求や意志であり達成動機²²⁾とも言われる。達成動機がなければ行動は起きないが、達成動機と行動は必ずしも直結しないため、行動に至るには強い動機が必要であると言われている²³⁾。保健行動の実行においても、保健行動に伴う負担を凌駕するだけの強い動機づけが必要²⁴⁾と言われている。

人間が自分の内面を振り返ることは、他者からの指摘ではなく自分自身の思考力によって、そのときの自分の意識や状態を自ら明らかにしていくことである。この振り返りによって、対象者はアルコールに対するコントロール感覚を失っていった自分を自覚することができ、アルコールがもつ恐ろしい性質を実感に伴って知ることができた。このことが、対象者にコントロール感覚の喪失は生活崩壊を招くという危機感を感じさせ、その危機感が断酒を決意させる強い動機づけになった、と考えられる。山崎²⁵⁾は、患者自身による療養生活の振り返りが患者の知識を深めていくことを明らかにしているが、本研究結果は山崎らの報告を支持していた。また、越智ら⁹⁾、Yeh¹⁵⁾らは、アルコール依存症患者が立ち直る契機は自己の内面に向かう意識である、と述べている。研究対象の違いはあるが、過剰飲酒という共通項において、本研究結果は越智ら⁹⁾、Yeh¹⁵⁾らの見解と一致していた。

一方、家族を含めた他者との関係性においてアルコールが引き起こした不利益に気づくことができたことも、断酒を決意する強い動機づけになっていた。他者との関係性のなかで生きていくことは人間の根源的あり方である。他者との関係性における不利益を知ることは自己否定感情を引き起こしており、それが他者との関係性の断絶への怯えとなる。対象者は、生きる基盤をなす他者との関係性における損失がきわめて大きいことに自分で気づき、納得し、損失を食い止めるためには断酒しかないと決意したのではないかと推察できる。松本²⁶⁾は、禁煙継続者は喫煙がもたらす不利益を明確化し禁煙を実行していた、と述べている。本研究の対象者も、常習性をもつ喫煙行動同様、アルコール性肝障害患者自身が長期にわたる過剰飲酒がもたらす不利益、本研究の場合は自己否定感情を、実感をもって知ることを機に断酒しており、喫煙者の禁煙の契機と一致していた。また、越智ら⁹⁾の、アルコール依存症患者の断酒には自己否定感情が不可欠である、との提言と一致していた。

また、[自分でまいた種だと思ふ]【アルコールに飲み込

まれていった自分を振り返る】【多量飲酒がもたらす不利益を知る】は、対象者の意識のなかで行ったり来たりという相互に関連し循環する関係にあった。このことは、最終的に【アルコールに飲み込まれていった自分を振り返る】ことができ【多量飲酒がもたらす不利益を知る】ことができるまでの対象者の内面は、自責の念を含んだ混沌とした状況にあることを示していると同時に、断酒の契機が1つとは限らないことを意味している、と考える。これは、三井ら¹³⁾の報告と一致していた。

対象者が断酒を決意し、それを継続した直接の契機は【アルコールに飲み込まれていった自分を振り返る】こと、および【多量飲酒がもたらす不利益を知る】ことであったが、最終的に【アルコールに飲み込まれていった自分を振り返る】ことができ、【多量飲酒がもたらす不利益を知る】ことができる前に、対象者は「医師に見放されてしまうと怯える」体験をしていた。このことは、断酒決意には、医師の存在がきわめて大きい影響力をもっていることを示している。対象者は「飲酒を繰り返すなら今後は診ない」と医師から言われたことではじめて、命の存続すら危うい状況に自分があることを知り、医師から見放されることは死を意味する、と愕然としたと考えられる。患者は、医師を、命を預けられる絶対的存在ととらえている^{27), 28)}との報告があるが、本研究の対象者も医師に対して同様の受け止め方をしていた。医師の言動により過剰飲酒の継続が命の存続を脅かすほどの一大事を引き起こしている現実を突き付けられ、「自分でまいた種だと思ふ」一方で、死を予感させられたことによって生への欲求がにわかに関立ち始め、迷うことなく生を選択したと考える。このような文脈において【アルコールに飲み込まれていった自分を振り返る】および【多量飲酒がもたらす不利益を知る】ことが、断酒に伴う困難さよりも断酒の決意への強い動機になったために、【断酒し治療を受ける決心をする】ことができたといえよう。

「アルコールが欲しいと思わなくなる」[アルコールで肝臓を痛めるとは思わなかった]においても、すべて命と関連している。アルコール性肝障害治療目的で入院したことにより、肝臓が悪くなって命が脅かされている状況にあると認識できたこと、すなわち「命の脅かし」が断酒の決意に重要な影響を及ぼしていたと考えられる。

以上のような対象者の姿は、アルコール性肝障害患者が抱え込んでいるきわめて深刻な問題、すなわち、要入院・要治療と判断されるほどの身体状況の悪化、経済的負担による家庭崩壊、醜態をさらすことで人間関係における信用を失う可能性、などを突き付けられなければ立ち直れない、あるいは生命の危機にまで追い詰められなければ癖や習慣の変容の契機にはならないことを示している。

アルコールの化学名であるエタノールは、長期間の摂取(飲酒)により耐性が生まれるためエタノールへの身体的反応が減弱され飲酒量が増えていき、生活習慣化し、精神的依存が形成される²⁹⁾。このため、常習性の高いアルコール依存が形成される³⁰⁾。常習化し依存が形成された飲酒行動の是正はきわめて困難な課題である。したがって、本人の明確な意思のない状況下での他者から断酒の勧めや、本人が漠然と飲酒をやめたいと思っている程度のあいまいな意思では、とうてい断酒の決意および継続的な断酒は困難である。宗像²⁴⁾も、禁煙などの予防的保健行動、さらには健康増進行動となると、それらが他の生活行動に優先することはむしろ少ない、と述べている。宗像の提言からも、生命の危機にまで追い詰められなければアルコール性肝障害患者の転機にはならないことを説明できると考える。

2. 【退院後も継続的な断酒を決意する】ことにより断酒継続ができた背景

対象者は、【断酒し治療を受ける決心をする】という断酒決意に続いて【退院後も継続的な断酒を決意する】と意思表示していた。このことは、対象者が習慣として組み込まれた過剰飲酒行動を断ち切り、入院という特別な環境下とはいえ断酒を継続できている実績をもって、自分は、おそらく退院後も断酒できるだろうと感じられていることを意味している、といえよう。「できる」もしくは「きっとできる」という感覚は自己効力感といわれている³¹⁾。とりわけ特定の課題に対する自己効力感、よりコントロールできるといわれている。また、自己効力感は最初からあるものではなく自分自身でつくっていくものといわれ、うまくいった達成体験がこの感覚をつくる1つの源泉である、とされている。本研究の対象者も、断酒継続の時間の長短とは無関係に、実際に断酒できた達成体験が断酒への自信を高め、【退院後も継続的な断酒を決意する】ことにつながったと考えられる。とりわけ対象者B、Cにおいては複数年にわたって断酒できなかった状況から、連続した複数日の断酒は大きな達成感をもたらしたと考えられる。

また、対象者にとって断酒できている事実は、自分ですら見失っていた自分のコントロール力に気づく新鮮な感覚であったと推察する。しかし対象者は、自力のみのコントロールでは長年の習慣の変容は困難と予測し、自ら意図的に〈飲めない環境を自らつくっていく〉努力をしていた。このことは、対象者が自分だけではどうにもならないことを自覚し、他者の力、すなわち外的環境の力を借りてでも立ち直ろうとする対象者の覚悟を意味している。対象者によるコントロール力の活用の仕方の1つであると考えられる。

対象者は、〈医師からよくなったと言われたい〉と医師による言語的賞賛を得たいと願って、退院後も断酒を継続

すると決意していた。命を預けられる医師から認められほめられることは、入院当初に体験した「医師に見放されてしまうと怯える」気持ちの払拭であり、生命存続の保証を意味していると考えられる。対象者の年齢をみると青年期、壮年期、前期高齢者であり、人生における役割をもっている年代である。6名中5名の対象者がアルコール性肝硬変であり進行した肝機能障害を抱えていたが、まだまだ死ぬわけにはいかないと考えた対象者の生きる術ではないかと推察する。

対象者は、「できる」という感覚をもった時点よりも一つ前の前段階で【断酒し治療を受ける決心をする】過程を経て断酒行動を続けていた。カテゴリー【断酒し治療を受ける決心をする】は、〈少しでも健康を取り戻したい〉〈徹底的に治療し治りたい〉〈生きていくために断酒は不可欠と思う〉〈肝臓に悪いため断酒する〉という4つの概念の意味の同類性から生成されていた。このことは、対象者がこの段階に至って、健康に生きていきたいという人間本来の願いを取り戻すことができたことを意味しているといえる。人間には、恒常性の維持能力や自然治癒力がもともと備わっているように、誰もが健康に生きていきたいと願うものである。各対象者にとっての何らかのきっかけで長期間にわたる過剰の飲酒が習慣化する以前は、健康に生きていきたいと願っていたはずである。このような前提に立てば、対象者は、自分を振り返ったことや自分にもたらされている不利益を他者との関係性において知ったことで、人間としての自然の願いである健康に生きていきたいの思いを取り戻し、それが断酒継続につながったと考えられる。アルコール依存症患者の断酒継続に関する研究において、断酒継続は、断酒者自身の断酒を継続していきたいという意識があって初めて可能となる⁸⁾と報告されている。本研究の対象者は、アルコール依存症患者ではないが、きっかけがありさえすれば断酒できるのではなく、当事者の断酒に対する明確な意識がなければ断酒は実現しないという岡田⁸⁾の報告を支持する結果であった。

3. アルコール性肝障害入院患者の断酒の決意と断酒を継続するための看護支援について

アルコール性肝障害患者の断酒および断酒の継続を支援するには、本研究で明らかになった断酒の契機となる体験を患者ができるような支援が有効であると考えられる。

まずは、アルコール性肝障害入院患者が、自分を振り返ることや自分に起きている不利益を自覚できるよう、肝障害の原因が長期にわたる過剰な飲酒であるとの正しい知識をもてるような患者教育を行う。それをふまえて、自分の飲酒について振り返る場をつくることである。振り返りは患者自身が行うが、看護師は傍にいて「あのときはどうで

したか」「どのような気持ちでしたか」など、患者自身が自分のこれまでの状態をたどることができるような問いかけをし、患者が語るができるよう支援する。このとき、患者を否定したり評価したりせず、患者がありのままを話せるよう留意する。

また、患者自ら多量飲酒を継続することが不利益につながることを自覚できる場をつくる必要がある。過剰飲酒が原因で困った体験をしたことがあるか、それはどのような体験であったか、家族にとってはどういうことだったか、というような問いかけをして、患者自身が飲酒を継続することで受けてきた不利益について語るができるようにする。これによって、これではいけないと適度な自己否定感情が湧くことを期待する。

しかし、看護師が一方的に禁酒を勧めるだけでは、行動変容につながらない。行動変容が起きるためには、自分を支える責任を自分自身が持つ³²⁾ が必要である。そのためには、入院中に断酒ができていることを認め、肯定的フィードバックをする。これによって、断酒し、それを継続できるという自己効力感がより高まると考える。さらに、この高められた自己効力感が退院後に真に発動され、退院後も断酒が継続できているかどうかをフォローアップすることが必要である。そのためには、退院後の外来受診時に、看護師はかならず患者に声をかけ、断酒の継続状況に関心を向けて、入院中に感じた自己効力感が消失しないよう継続的に支援する必要がある。

以上のような看護支援を行うことで、増加傾向にあるアルコール性肝障害患者が、長期間にわたって習慣化した過剰の飲酒という生活習慣を抱えていても、看護支援によって断酒およびその継続が可能となり、健康的な生活を取り戻すことが可能になると考えられる。

アルコール性肝障害の予防および治療は、継続した断酒である。本研究は、アルコール性肝障害入院患者が断酒を決断し、断酒を継続するには、これまでの長期間にわたる過剰の飲酒の経緯を患者当事者が自分自身で振り返ること、および飲酒による不利益を具体的に知り自己否定感情を抱くという体験が不可欠であり、これらが強い動機となって断酒を決意し断酒を継続することを明らかにした。アルコール性肝障害入院患者の断酒決意と断酒継続のプロセスに関する看護については、これまで明らかにされていなかったが、本研究はこのプロセスを解明し、看護支援への示唆を提示することができたことから、本研究は、新規性および社会的意義のある結果を提示したと考える。

Ⅶ. 結 論

1. アルコール性肝障害入院患者が断酒を決意し断酒を継

続するプロセスは、[いつか肝臓を痛めると思っていた] [アルコールが欲しいと思わなくなる] [アルコールで肝臓を痛めるとは思わなかった] の3とおりの受け止めから始まり、【アルコールに飲み込まれていった自分を振り返る】ことや【多量飲酒がもたらす不利益を知る】ことで、【断酒し治療を受ける決心をする】を経て断酒し、その実績をもって【退院後も継続的な断酒を決意する】ことにより、断酒を継続するプロセスであった。

2. 上記のうち、[アルコールが欲しいと思わなくなる] 体験をした場合には、明らかな断酒の契機といえるものがなくても【断酒し治療を受ける決心をする】を経て【退院後も継続的な断酒を決意する】ことで断酒を継続していた。
3. 【アルコールに飲み込まれていった自分を振り返る】ことや【多量飲酒がもたらす不利益を知る】ことが、断酒を決意する強い動機づけになっていた。
4. 断酒を継続する要因は、入院中という環境下であっても断酒できている現実から断酒への自信が生まれ、自分にもできるという感覚をもつことができ、【退院後も継続的な断酒を決意する】ことであった。
5. [医師に見放されてしまうと怯える] ことで、命の存続への危機感をいただくことが、断酒の決意と断酒の継続に関与していた。

6. 看護師は、入院に至るまでの経過を患者自身が振り返り、自分の言葉で語るができるよう支援すること、および多量飲酒を継続することが自分にとっても家族にとっても不利益につながることを自覚できるように支援する必要があることが示唆された。

VIII. 研究の限界と今後の課題

本研究は、対象をアルコール性肝障害治療目的入院患者に限定して、結果の一般化をめざした。今後は、入院中断酒を決意し継続させている患者の退院後の断酒継続状況を追跡調査する課題があると考えている。また、入院後も断酒ができない患者、アルコール性肝障害と診断されて地域で生活しながら断酒に至ることができている患者、あるいはできていない患者にまで範囲を拡大し、理論生成を目指す必要があると考えている。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、ご協力くださいました対象者の皆様、施設の医師・看護師の皆様にご心より感謝申し上げます。なお、本研究は平成19～20年度文部科学省科学研究費補助金若手研究（B）（課題番号：19791715）の助成を受けて行った研究の一部である。

要 旨

本研究は、アルコール性肝障害入院患者が断酒を決意し、断酒を継続するプロセスを明らかにし、断酒の決意と断酒の継続を可能にする看護支援について検討することである。

入院中のアルコール性肝障害患者6名を対象とし半構造化面接を行い、M-GTAの手法で分析した結果、アルコール性肝障害入院患者が断酒を決意し断酒を継続するプロセスは、【アルコールに飲み込まれていった自分を振り返る】ことや【多量飲酒がもたらす不利益を知る】ことが強い動機づけとなって【断酒し治療を受ける決心をする】を経て断酒し、その断酒の実績から【退院後も継続的な断酒を決意する】ことで断酒継続の決意をより強めて、入院中の断酒を継続するプロセスであることが明らかになった。

看護師は、アルコールに飲み込まれていった自分を患者自身が振り返ること、および多量飲酒がもたらす不利益を自覚できるように支援する必要があることが示唆された。

Abstract

This study aimed to clarify the process for inpatients with alcoholic liver diseases to decide to stop and continue abstaining from drinking in order to review nursing support to effectively help the patients.

We conducted semi-structured interviews involving six inpatients with alcoholic liver diseases and analyzed the results by the modified grounded theory approach (M-GTA). As the result, we observed, in the process for inpatients with alcoholic liver diseases to decide to stop and continue abstaining from drinking, [reviewing one's own addiction to alcohol] and [learning about the drawbacks of heavy drinking] strongly motivated the patients to [decide to abstain from drinking and receive treatment], and the achievement of abstinence from drinking further motivated them to [decide to continue abstaining from drinking even after leaving the hospital] and actually do so.

The results suggest the need for nurses to help the patients review how they became addicted to alcohol and learn about the drawbacks of heavy drinking.

文 献

- 1) 林 紀夫, 日比紀文, ほか: 標準消化器病学, pp.426-428, 東京: 医学書院, 2009.
- 2) 堀江義則, 石井裕正, ほか: わが国のアルコール性肝障害の現状についての検討. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 39, 505-510, 2004.
- 3) 堀江義則, 山岸由幸, ほか: アルコール性肝障害. 日本医師会雑誌, 140(9), 1864-1868, 2011.
- 4) 藤田尚己, 竹井謙之: アルコールによる臓器障害. 医学のあゆみ, 233(12), 1159-1163, 2010.
- 5) Smith, M. M.: Emergency: Variceal hemorrhage from esophageal varices associated with alcoholic liver disease. *American Journal of Nursing*, 110(2), 32-41, 2010.
- 6) Sargent, S.: The aetiology, management and complications of alcoholic hepatitis. *British Journal of Nursing*, 14(10), 556-562, 2005.
- 7) Newton, S. E.: Alcohol relapse and its relationship to the lived experience of adult liver transplant recipients. *Gastroenterology Nursing*, 30(1), 37-42, 2007.
- 8) 岡田ゆみ: 長期断酒体験で築かれた断酒への意識. 日本看護研究学会雑誌, 29(2), 73-79, 2006.
- 9) 越智百枝, 酒井由紀子, ほか: 断酒会に参加しているアルコール依存症者のどん底体験とそれに至るプロセス. 香川大学看護学雑誌, 11(1), 57-64, 2007.
- 10) 岡本隆寛: アルコール・リハビリテーション・プログラム参加者の入院期間中の意識変化: アンケートによる追跡調査の結果より. 順天堂医療短期大学紀要, 13, 21-30, 2002.
- 11) 塩谷育子, 宗像恒次: アルコール依存症者に対するSAT療法による介入効果. ヘルスカウンセリング年会年報, 14, 101-109, 2008.
- 12) 塩谷育子, 宗像恒次: アルコール依存症者の自己イメージとメンタルヘルスとの関連について. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 44(5), 554-568, 2009.
- 13) 三井由美子, 竹下順子, 他: 断酒への思いに関する研究 — そのきっかけと支えに焦点を当てて —, 病院・地域精神医学, 51(2), 55-57, 2009.
- 14) Williams, S.: Introducing an in-patient treatment for alcohol detoxification into a community setting. *Journal of Clinical Nursing*, 10(5), 635-642, 2001.
- 15) Yeh, M. Y., Che, H. L., Lee, L. W., and Horng, F. F.: An empowerment process: successful recovery from alcohol dependence. *Journal of Clinical Nursing*, 17(7), 921-929, 2008.
- 16) Cooper, D. B. and Cooper, P. D.: Helping people with alcohol problems. *Professional Nurse*, 16(8), 1276-1280, 2001.
- 17) 大熊輝雄: 現代臨床精神医学 (改訂第11版). pp.233-244, 東京: 金原出版株式会社, 2008.
- 18) ドナ・ディアー (小島通代, 岡部聡子, ほか訳): 看護研究 — ケアの場で行なうための方法論. pp.167-172, 東京: 日本看護協会出版会, 1984.
- 19) 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. 東京: 弘文堂, 2003.
- 20) Glaser, B.G. and 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. 東京: 新曜社, 1996.
- 21) 前掲19), pp.89-91.
- 22) 宮本美佐子: やる気の心理学. p.8, 大阪: 創元社, 1981.
- 23) 前掲22), p.25.
- 24) 宗像恒次: [最新] 行動科学からみた健康と病気. pp.107-109, 東京: メダカルフレンド社, 1996.
- 25) 山崎松美, 稲垣美智子: 2型糖尿病患者が運動療法を継続する仕組み. 日本看護研究学会雑誌, 33(4), 41-50, 2010.
- 26) 松本泉美: 20~30歳代女性喫煙者の喫煙の意味と禁煙の意思の構造. 日本看護研究学会雑誌, 34(1), 61-72, 2011.
- 27) 山本直美, 津田紀子, ほか: 不確実性の中での決断: 無症候性脳血管障害患者の診断から予防的手術への決断のプロセス. 日本看護学会誌, 25(1), 13-22, 2005.
- 28) 秋元典子, 森 恵子, ほか: 若年子宮頸がん患者の手術決意過程. 日本がん看護学会誌, 24(2), 5-14, 2010.
- 29) 岩田伸生: アルコール関連障害の現状と対策: アルコールの薬理. 日本医師会雑誌, 140(9), 1860-1863, 2011.
- 30) 山崎喜比古, 朝倉隆司: 生き方としての健康科学 (第五版). p.61, 東京: 有信堂高文社, 2011.
- 31) Bandura, A.: Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215, 1977.
- 32) 黒江ゆり子: 病の慢性性Chronicityと生活者という視点 — コンプライアンスとアドヒアランスについて. 看護研究, 35(4), 287-301, 2002.

平成24年5月8日受 付
平成24年10月30日採用決定

自閉症スペクトラム障がいの子どもをもつ母親たちの支え合い —「仲間を勇気づけるレッスン」—

Mutual Support in the Narratives of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder:
The Lesson of Encouraging Other People

山本真実 ¹⁾ Mami Yamamoto	門間晶子 ²⁾ Akiko Kadoma	古澤亜矢子 ³⁾ Ayako Furuzawa
大橋幸美 ⁴⁾ Yukimi Ohashi	森阿紀子 ⁵⁾ Akiko Mori	浅野みどり ⁶⁾ Midori Asano

キーワード：自閉症スペクトラム障がい，母親，ピアサポート，子育て支援
Key Words：autism spectrum disorder, mother, peer support, child care support

I. 研究背景

自閉症スペクトラム障がい（以後、ASDとする）を抱える子どもやその親への支援のあり方が注目されるようになって久しい。障がいの早期発見と発達支援、自立と社会参加など生活全般にわたる支援をはかることを目指した発達障害者支援法が平成17年に施行され、ASDの子ども当人への支援は体系化され整えられてきた。一方で、子育てをする親への支援については、さまざまに模索されている状況にある。ADHD（注意欠陥／多動性障がい：Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder）の子どもの子育てにおける行動療法の一つであるペアレントトレーニングなど、教育的な要素を取り入れながら親を支えるプログラムが一定の効果を上げている（富澤，2007）。しかしながら、親の子育てにおける不安や心理的な負担への癒しや気持ちの回復に焦点を当てたケアが十分に行われているとは言い難い。

乳幼児健康診査における障がいの早期発見・早期療育のシステムが整うなかで、家族に必要な支援の両輪である「子どもへの支援」と「保護者への支援」のうち、内藤・蔦森・松岡（2008）は生涯ケアの入り口としての「保護者への支援」のあり方がその後の家族の歩みにつながっていくとし、保護者の気持ちが揺れ動く時期のていねいな支援によって、保護者自身が家族やわが子にとって必要なサー

ビスを選択し、活用できるようになる、と述べている。

障がいをもつ子どもを育てる親の気持ちやそこへの介入方法に焦点を当てた研究としては、統合保育との関連からの検討（三井・遠藤，2008）、知的発達障がい児を抱える家族の悲哀感情とそこへの介入に焦点を当てた研究（入江，2006）等がある。牛尾・郷間・佐藤（2000）は、主たる養育者となりがちな母親のストレスに注目し、在宅重症心身障がい児の母親支援としてグループづくりや交換ノートを取り入れた研究を行っている。その結果、短時間で解決できない悩みを抱えている母親にとって、グループが自己の体験を共有できる安全な場所となり、孤立を救う仲間づくりの役割を果たしており、交換ノートが自己の感情や気づきの言語化を助け、自己を見つめ、自己変革の重要な契機となっていることを報告した（牛尾ほか，2000）。田邊・北村・飯室（2005）もまた、家族と看護師の情報交換やコミュニケーションの一手段として連絡帳を導入し、それが子どもの健康維持や成長発達を支える家族ケア能力の向上、家族の不安・悩みの軽減と精神的安定、家族の子育てに対する努力への支え、家族関係・親子関係の維持についての家族支援になり得ることを示唆した。また入江（2006）は、知的発達障がい児を抱える4家族へのファミリーレジリエンスを育成する家族介入モデルを適用した「感情表出」を促す介入研究から、家族が悲哀感情を表出することが対処行動に対して否定的に働くのではなく、対

- 1) 名古屋大学大学院医学系研究科博士課程後期課程 Doctorial Course, Graduate School of Medicine, Nagoya University
岐阜県立看護大学看護学部 Gifu College of Nursing
- 2) 名古屋市立大学看護学部 Nagoya City University School of Nursing
- 3) 日本赤十字豊田看護大学看護学部 Japanese Red Cross Toyota College of Nursing
- 4) 中部大学生命健康科学部保健看護学科 Department of Nursing College of Life and Health Sciences, Chubu University
- 5) 名古屋医療センター Nagoya Medical Center
- 6) 名古屋大学大学院医学系研究科 Graduate School of Medicine, Nagoya University

処行動を導くことを示唆した。また多胎妊婦への妊娠期からのピアサポートの効果として、先輩からの情報提供、体験の共感的共有等が報告されている（福島・野口・蛸崎・角川・遊田・橋本・杉原・古城・阿部・加藤・森・浅野，2009）。

これら先行研究における連絡帳や交換ノート（三井ほか，2008；内藤ほか，2008）は、母親と看護職者との関係を軸にしており、多胎妊婦への先輩母親によるピアサポート（福島ほか，2009）は、特定の妊婦と特定の先輩母親との1対1の関係を軸にしている。発達障がいをもつ子どもを育てる親に焦点を当て、複数の人々が言葉を重ねることによる子育て経験やピア同士の関係性について研究したものはほとんどない。

われわれは、自閉症をはじめとする広汎性発達障がいの子どものもつ家族の研究を通して、育児ライフスキル促進プログラムである“すきっぷママプログラム”を開発し、ASDの子どもの行動特性と家族機能、母親の育児ストレスおよびQOLとの関連を調査してきた。その結果から、ASDの子どものもつ母親の育児ストレスのうち、子どもの行動にかかわるストレスよりも、自分が物ごとをうまく扱えないと感じたり、孤独だと感じるといった母親自身にかかわるストレスのほうが、QOLや家族機能との関連が大きいことが明らかとなった（浅野・古澤・大橋・吉田・門間・山本，2011）。このことから、母親自身にかかわるストレスを緩和するため、母親の心身のリフレッシュや仲間から支えられているという感覚、物ごとのよい面を見つけられるようになる力など、子育てに対する母親の認知的な変化を促す支援の必要性が示唆された（浅野ほか，2011）。

“すきっぷママプログラム”には、参加者一人一人が配布された用紙に「辛かったこと」「悩んでいること」に関するエピソード（以後、『辛かったエピソード』とする）を書き、それに対して他の参加者が用紙の余白に励ましや勇気づけのメッセージ（以後、『励ましのメッセージ』とする）を書いて他の参加者に送るというセッション（以後、「仲間を勇気づけるレッスン」とする）がある。このセッションは、『辛かったエピソード』を記入した用紙で紙飛行機を折って室内を飛ばし、『励ましのメッセージ』を追加するというやりとりによって進められる。セッションの進め方については後で詳述する。2009年4月までに行われた「仲間を勇気づけるレッスン」について、紙飛行機に記入された内容を検討したところ（山本・浅野・吉田・門間・大橋・古澤，2009）、『辛かったエピソード』が生じた領域は、家族内システムが67.5%、家族システムと社会との関係が32.5%であった。そして家族内システムの『辛かったエピソード』は、母親自身、母・子関係、母・祖父関係、夫婦関係、きょうだい関係、さらに家族全体の関係で生じていた。また家族システムと社会との関係で生じ

る『辛かったエピソード』は、子育てをしているほかの母親、保育園や学校、近隣住民との関係等から生じていた。これらの『辛かったエピソード』に対して届けられた『励ましのメッセージ』の要素は、「共感・体験の共有」「励まし」「事象をとらえる別の視点の提案」「多様な対処方法とアイデアの紹介」「賞賛や承認」であった。『辛かったエピソード』に対して、複数の母親が『励ましのメッセージ』を重ねていくという独特なやりとりは、母親たちの関係性や子育てに向かう姿勢にどのように影響するのだろうか。本報告では、このことを検討するために、前述した「仲間を勇気づけるレッスン」の場面を取り上げる。

本報告では、ASDの子どものもつ母親の「仲間を勇気づけるレッスン」において、紙飛行機を飛ばし合いながら、悩みや困りごとを言語化して仲間に伝え、それに対し他の母親たちが、相手に対する気持ちを言語化し、さらに記載された内容を参加者全員が共有するといった複数の母親のやりとりが、母親たちのあいだの関係性や子育てに向かう姿勢にどのように影響するかを検討する。

II. “すきっぷママプログラム”の紹介

“すきっぷママプログラム”は、母親の育児ライフスキルの促進を目指している。ライフスキルとは、日常生活で生じるさまざまな問題や要求に対して、建設的かつ効果的に対処するために必要な能力（Division of Mental Health World Health Organization, 1994/1997）であり、ライフスキルプログラムでは、問題についてグループメンバー同士で検討するという姿勢が強調される。“すきっぷママプログラム”においても、グループメンバーが自ら解決のヒントを見つけ出すことを重視している。“すきっぷママプログラム”は、幼児期以上の広汎性発達障がいの子どものもつ母親を対象としており、プログラム参加者の募集は、日本自閉症協会A県支部、保健所・市町村保健センターなどの公共施設、子育て関連のNPO、インターネット等を通じて行った。

“すきっぷママプログラム”のスケジュールの概要を表1に示す。このプログラムは、通常6回1クールで行われ、1回目から6回目へと回が進むにつれ、話し合いやセッションのテーマが、自分自身や子どもとの関係から家族関係、そして近隣や地域との関係へと視野を広げていくよう構成されている。おおむね月に1回開催し、1回の実施時間は午前中の2時間程度であり、1回に5人～8人の母親が参加している。ボール等を用いたストレッチに始まり、途中ティータイムをはさみ、自分や子ども、家族などのテーマに沿って考え、話し合うような内容、情報提供的な内容を含み、毎回最後は自分自身や仲間同士、スタッフ

表1 “すきっぷママプログラム”の概要

1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目
介入前質問紙調査	バランスボール	バランスボール	中間質問紙調査	バランスボール	バランスボール
自己紹介のための 仲間発見ビンゴゲーム	発達障害の子どもの バリアフリー	I'm OK, You're OK (自分の基本的な 構えを知る)	癒しの小箱 -自分を癒す-	仲間を勇気づける レッスン	テーマ; これまでを振り返って -子育て・家族の変化-
ハーブティー	ハーブティー	ハーブティー	ハーブティー	ハーブティー	
テーマ; 出会い いま、困っていること 知りたいこと -他の人のやり方- 今後話し合いたいこと	テーマ; 安全 (多様性の尊重) 家族の価値, 強み	テーマ; 子どもの行動 子どもの行動のとらえ方 肯定的な注目 wantとmust	テーマ; 親の生活 夫婦/家族の コミュニケーション	テーマ; 家族の生活 社会生活, 近隣との関係	エクササイズと リラクゼーション Ceremony
エクササイズと リラクゼーション バランスボール 腹式呼吸	エクササイズと リラクゼーション アロマハンドマッサージ 腹式呼吸	エクササイズと リラクゼーション アロマフットマッサージ 腹式呼吸	エクササイズと リラクゼーション アロママッサージ 腹式呼吸	エクササイズと リラクゼーション アロママッサージ 腹式呼吸	Tea Party 最終調査質問紙の配布 (郵送回収)

[注] プログラムは、おおむね1か月に1回の頻度で開催し、1クールは、全6回の場合には6か月、全4回の場合には4か月である。全4回の場合には、1回目に「自己紹介のための仲間発見ビンゴゲーム」「家族の価値、強み」のセッションを行い、2回目、3回目、4回目には、それぞれ全6回のプログラムの3回目、4回目、5回目と同様の内容を行う。また4回目は「Ceremony」と「最終調査質問紙の配布」も行っている。プログラム内で実施する3回の質問紙調査は、育児ストレス (PS-SF)、QOL (WHO-QOL)、家族機能 (FAI) の尺度によりプログラムの効果を測るものであり、本報告の「仲間を勇気づけるレッスン」とは直接の関連はない。

と行うアロマオイルを用いた手足等のマッサージで締めくくる。開催場所は、基本的には大学の一室であるが、参加者の希望によって、道具等を持ち込んでの出張にて実施し、その場合は1クールを4回とした。参加者は全くの初対面の場合もあるが、同じ通所施設に子どもを通わせているなど、偶然を含め以前からの顔見知りの場合もあった。“すきっぷママプログラム”は、2007年10月から実施され、2011年7月までに11クールが終了している。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究では、複数の母親のやりとりが、母親たちのあいだに生じる関係性や子育てに向かう姿勢にどのように影響するかを検討する。そのため、紙飛行機の『辛かったエピソード』と『励ましのメッセージ』の記載内容を分類することではなく、母親同士のやりとりを1つのまとまりとし、『辛かったエピソード』と『励ましのメッセージ』のつながり、またセッション全体に生じる関係性を解釈しながら質的に分析する方法を用いた。

2. 「仲間を勇気づけるレッスン」の概要

“すきっぷママプログラム”の一部として行われる「仲間を勇気づけるレッスン」は、プログラムが全6回の場合には5回目に、全4回目の場合は4回目に実施されるセッションである。このセッションでは、そのままの自分が受け入れられる安心感や信頼関係がグループ内に築かれていることが重要となる。そのため“すきっぷママプログラ

ム”の後半に組み込まれている。

「仲間を勇気づけるレッスン」の進め方は以下のとおりである。まずセッションで用いるA4サイズの用紙が1人1枚ずつ配布される。そして母親たちは10分ほどかけて『辛かったエピソード』を無記名で書く。このとき部屋の中は静かで、話す者はいない。全員が書き終わると、『辛かったエピソード』を記載した用紙で紙飛行機を折り、「いち、にの、さーん!」と皆で掛け声をかけ、一斉に紙飛行機を飛ばす。このとき部屋は明るい雰囲気となり、全員が笑顔になる。その後、近くに飛んできた紙飛行機をそれぞれが拾い、黙読し、今度はそこに書かれた『辛かったエピソード』に対して勇気づける言葉や共感の気持ちを『励ましのメッセージ』として記載する。再び部屋は静かになり、母親たちは、真剣な表情で時間をかけて考えながらメッセージを書く。そして再び紙飛行機を折り、一斉に飛ばす。このようにして『励ましのメッセージ』を別の人が書き加えるということを繰り返す。

1つの『辛かったエピソード』に対する『励ましのメッセージ』の数は、当日の人数や時間等によって異なるが、2~3件であり、最終的には『辛かったエピソード』とそれに対する2~3件の『励ましのメッセージ』が1枚の用紙に綴られることとなる。このようなやりとりの後、再度、紙飛行機を飛ばし、受け取った人が紙飛行機の『辛かったエピソード』と『励ましのメッセージ』を全員の前で声に出して読みあげる。全員に向けて声に出して読むことによって、『辛かったエピソード』や『励ましのメッセージ』を記載した書き手の気持ちだけでなく、それを読む声の調子などから読み手の気持ちも伝わる。さらに読

み上げられる内容にうなずいたり、涙を流したり、笑い合うという聞き手の反応によって、聞き手の気持ちもグループ内に伝わる。『辛かったエピソード』『励ましのメッセージ』の書き手、記述を読み上げる読み手、そして聞き手の気持ち重なり、参加者全員に共有される。『辛かったエピソード』と『励ましのメッセージ』を読み上げた後、母親たちが感想を言うことや研究者らも参加して会話が続く場合もある。『辛かったエピソード』を記載した本人から、紙飛行機を持ち帰りたいなどの申し出があった場合には、本人の希望を優先している。

3. 研究参加者

研究参加者は、本研究グループが主催する“すきっぷママプログラム”の1セッションである「仲間を勇気づけるレッスン」のうち、ASDの子どものもつ母親で構成されたセッションに参加した母親8人で、全4回のプログラムで行われたクルールの参加者である。“すきっぷママプログラム”には、ASD以外の障がいをもつ子どもの母親も参加する場合があります。また「仲間を勇気づけるレッスン」には、看護職者であるスタッフも『辛かったエピソード』や『励ましのメッセージ』を書いて参加する場合があります。ASDの子どもの育てる母親同士が言葉を重ね合うことによって生じる特徴に迫るため、スタッフが参加したセッションを除き、また参加者のほとんどがASDの子どもの母親であったセッションを取り上げた。

4. 手続き

「仲間を勇気づけるレッスン」における母親たちの『辛かったエピソード』と『励ましのメッセージ』は、以下の導入の文言（説明文）によって記載された。

『辛かったエピソード』：あなたにとって、「とっっても辛かったこと」や「悩んでいること」「みんなに聴いてほしいこと」などを何でも自由に書いてください。

『励ましのメッセージ』：上のエピソードを書いてくれた方への「共感・励ましの言葉や応援メッセージ」など。

このように収集した母親たちの『辛かったエピソード』と『励ましのメッセージ』をデータとした。また著者らは「仲間を勇気づけるレッスン」において、レッスンの進行や音楽をかけるなどを行いながら、常にその場に同席していた。著者らが感じとった母親たちの反応やセッションの雰囲気もデータに含めた。

5. データ分析の方法

1枚の用紙（紙飛行機）に記載された『辛かったエピソード』と『励ましのメッセージ』、またセッション全体のやりとりを1つのまとまりとして分析した。まず8枚の

紙飛行機について『辛かったエピソード』と、それに対する『励ましのメッセージ』がどのような視点から記載されているのかを概観した。その後、『辛かったエピソード』と『励ましのメッセージ』のつながりや仲間同士の関係性について検討するため、典型的な変化を読み取りやすい3枚の用紙（紙飛行機）を選定した。そして3枚の用紙について『辛かったエピソード』と『励ましのメッセージ』のつながり、母親たちが順に言葉を書き加えるやりとりや参加者全員で内容を共有するといった複数の母親のやりとりによって生じる関係性、子育てに向かう姿勢について解釈しながら分析を行った。「仲間を勇気づけるレッスン」では、『辛かったエピソード』や『励ましのメッセージ』の記入者を明かさないことにより、参加者が気持ちを自由に記載できる環境を保障している。そのため、メンバー・チェックなどにより参加者の意見を求め、分析結果の妥当性を確認することが困難であった。そこで、分析結果については、質的研究について経験のある複数の研究者で検討し、分析結果の妥当性を研究グループで吟味した。

6. 倫理的配慮

名古屋大学大学院医学系研究科生命倫理審査委員会の承認（承認番号434）を受けた。“すきっぷママプログラム”の参加にあたっては、セッションの内容や質問紙調査の内容は研究のデータとして用いられることをプログラム初日に参加者に説明した。そして“すきっぷママプログラム”における研究の目的、内容、研究参加は自由であること、途中で研究参加をやめることが可能であることを研究者らが文書を用いて説明し、署名による同意を得た。また、データは鍵のかかる部屋に保管すること、個人が特定できないための配慮等についても同様に説明した。

IV. 結 果

1. 研究参加者の概要

今回分析対象とした「仲間を勇気づけるレッスン」は、全4回で行われた“すきっぷママプログラム”のなかの1セッションである。参加した母親8名は、すべて30歳代であった。この8名のうち4回すべてに参加した者は6名であり、3回出席した者、2回出席した者は各1名であった。母親の身体の調子や精神状態については、心身ともに快調と回答した母親は1名であり、心身ともに調子が悪いと回答した母親は4名、身体的あるいは精神的のどちらかが不調と回答した母親は3名であった。子どもはすべて男児で、年齢は4歳から5歳であり、そのうち1組は双子であった。診断を受けている子どもは8名であり、1名は診断を受けていなかった。診断を受けた8名の診断名は、知

的障がいを伴う自閉症が4名であり、そのうち1名は運動障がいを伴っていた。また広汎性発達障がいと診断を受けた子どもが2名、多動症候群が1名、ソトス症候群とてんかんをもつ子どもが1名であった。

2. 『辛かったエピソード』と『励ましのメッセージ』に生じる関係性や姿勢

3つの紙飛行機を取り上げ、『辛かったエピソード』と『励ましのメッセージ』の記載内容を提示し、『辛かったエピソード』と『励ましのメッセージ』を書き加え、それを共有するというやりとりにより、母親たちのあいだに生じた関係性や姿勢について述べる。

a. 紙飛行機1の『辛かったエピソード』と『励ましのメッセージ』

紙飛行機1の内容を表2に示す。紙飛行機1のやりとりでは、病院に行かなくてはいけないと思いつつも、「いつかは他の子と同じようになるはず」という心の支えが崩れることを恐れ、受診できずにいる、という迷いが記載された。そして受診していないことがよいとも思えず、親失格なのではないか、という不安が記載された。

それに対し『励ましのメッセージ1』は、病院受診をめぐる迷いに相手の気持ちがよくわかる、と共感を示した。そして親失格なのではないかという不安に対し、相手には子どもを心配する姿勢があることを強調し、親失格ではない、と承認した。その後、親失格という不安の原因である受診できない現状について、受診しようと思うときが来る

表2 紙飛行機1に記載された『辛かったエピソード』と『励ましのメッセージ』

辛かったエピソード
子どもの発育が気になるんだけど、「いつかは他の子と同じくらいになるはず」と信じているのもあるし、病院で何か言われるのを恐れて、病院には行かずじまいです。そんな自分でもいいのかな……親失格かな……。
励ましのメッセージ1
すごく気持ちわかります。きちんと子どもの心配をしているし、親失格なんかじゃないよ。いますぐ病院に行かなくても、時期が来たら「よし病院に行こう!」そんなふうに思えるときがいつかきっと来るよ!!
励ましのメッセージ2
信じているなら大丈夫。自分なりのやり方でいいと思うよ。うちなんて、立派に障がいだけど、全然いろいろやってないの。病院とか行くの、やっぱりイヤだね!! 私、先生とか苦手で。
励ましのメッセージ3
親が子どもを信じることで、とても大事だと思います。うちは一応A病院に4か月に1度通っていますが、全然役立たずです。本人のことをよく知らないの、一般的なことしか言ってくれません。病院とつながっていただけなので。園の先生のほうがよっぽど頼りになります。よくメモを先生に書いては相談しています。誰かに聞いて欲しいという思いも含んでいます。思い続け、信じ続ければ、きっと明るい未来が。

ことを信じ、気持ちの変化を待つこと、を提案していた。

次に『励ましのメッセージ2』は、「信じているなら大丈夫」と、子どもを信じるという視点から悩んでいる相手を励ました。そして障がいがあっても積極的に行動しないと自分の子育てを紹介し、受診を迷う相手の気持ちに共感しながら、「自分なりのやり方でいいと思う」と相手の子育てを承認していた。

最後の『励ましのメッセージ3』は、『励ましのメッセージ2』の「信じているなら大丈夫」という言葉に強く賛同し、「子どもを信じるのが重要だ」と述べ、親失格なのではないかという相手の不安に対し、子どもを信じる気持ちがあるからこそ受診について悩んでおり、その姿勢は親として十分である、と承認した。そして受診にまつわる自分の経験、受診する理由をあげ、病院が本当に役立つのか、受診することが最善策ではないかもしれないという意見を伝え、頼りになる人、話を聴いてくれる人がいることが自分の子育てを支えている、と伝えていた。そして最後に「思い続け、信じれば、きっと明るい未来が」と、漠然と明るい未来が開かれることを願い、メッセージは締めくくられた。

3つの『励ましのメッセージ』は、共感の視点は異なるものの3名とも相手の『辛かったエピソード』に共感を示した。共感により1枚の紙飛行機にかかわる4名のあいだに、辛い経験をわかり合える仲間、辛い経験を乗り越えていく運命共同体といった一体感が生まれ、一体感をもったやりとりのなかで、「子どもを信じる」という子育てに向かう重要な姿勢が表現された。子どもの何をどのように信じるのかは4名とも異なるが、「子どもを信じる」は合言葉となり、「子どもを信じる姿勢が明るい未来につながる」という希望が複数の母親のメッセージを重ねるなかで言葉として表現された。

b. 紙飛行機2の『辛かったエピソード』と『励ましのメッセージ』

紙飛行機2の内容を表3に示す。紙飛行機2のやりとりでは、『辛かったエピソード』として降園時の辛い体験が具体的に記載され、降園時の壮絶な状況とこの状況が継続することへの苦労が伝えられた。その後、どうすればいいのかわからないという切羽詰まった気持ち、子どもに手を上げ怒鳴ってしまったという告白、そしてそれに対する深い自責が綴られた。

それに対し『励ましのメッセージ1』は、子どもに手を上げた経験が自分にもあることを伝え、自己嫌悪とそのときの自分の気持ちを表現し、相手の気持ちに共感した。そして最後は「一緒に泣きましょう!!」そして泣いたあとと一緒に歩きましょう!!と、「一緒に」前に進んでいこうと呼びかけていた。

次に『励ましのメッセージ2』は、『励ましのメッセージ1』と同様に、自分も同じ経験があることを真っ先に伝えた。そして現在の困りごとは改善されていくという見通しと、「あとはきっと明るい未来が待っているよ!!」と未来への期待を伝えた。

最後の『励ましのメッセージ3』は、状況は違うものの「気が狂うほど」大変だった経験が自分にもあり、子どもを怒鳴ったことがあると伝え、相手の辛い気持ちに共感した。そして「成長するまでの辛抱」「いつか落ち着く日が来ることを信じている」と、『励ましのメッセージ2』の内容に具体的な見通しを加え、いまの困難さが解消することを伝えた。そして最後は、「きっと楽しく過ごせる日が来る♥」という希望でメッセージは締めくくられた。

3つの『励ましのメッセージ』は、相手の「子どもに手を上げる」という経験に共感し、『辛かったエピソード』を書いた相手の自責を軽くしようと試みていた。そして3名とも「一緒に泣いて、一緒に歩こう!!」「明るい未来が待っている!!」「きっと楽しく過ごせる日が来る♥」と、苦しいいまの子育てを乗り切るための言葉を送っていた。『励ましのメッセージ』を重ねることで、文章の最後の「!!」が「♥」へと変わっていくなか、「未来に向かって“進む”」から「未来が“やって来る”」という未来に対する感覚的な変化を読みとることができる。切羽詰まった

表3 紙飛行機2に記載された『辛かったエピソード』と『励ましのメッセージ』

<p>辛かったエピソード</p> <p>降園の際、なかなか部屋から出ようとせず、出てきても靴を履こうとせず、強引に履かせて暴れる子を抱きかかえて、門を出て、車へ行き、車にも乗ろうとしない。このころには泣き始め、車の中で号泣。家に着いても車から降りない。玄関まで強引に連れてきて、そこでさらに1時間くらい泣き続けること。12月から2か月間、ほぼ毎日続いた。</p> <p>私も毎日泣きながら、ときには子どもに手を出し、怒鳴って、上の子にもあたってしまいとても辛かった。</p>
<p>励ましのメッセージ1</p> <p>私も子どもにあたってしまい、手を出してしまいます(T-T)、自己嫌悪ですよネ。辛かったですネ。私も一緒です。自分の子どもがわからなくて、いつも泣いてばかりいました。一緒に泣きましょう!! 泣いて、泣いて、泣いたあとに、一緒に歩きましょう!!</p>
<p>励ましのメッセージ2</p> <p>私も一緒です。子どもにあたってしまい、手が出ることもしばしば……。でも少しずつ大きくなって、ほんのちょっとずつだけ怒る回数も減ってきました。いますぐ、というわけにはいかないかもしれないけど、きっとよくなってくるよ。いまがいちばん底底!</p> <p>あとはきっと明るい未来が待っているよ!!</p>
<p>励ましのメッセージ3</p> <p>うちの子も内容は違うけど、聴覚過敏がひどくて、下の子が声を出すたびに奇声を発して、私の気が狂うほど……。私も怒りで叩いたり、ときには蹴ったりで。辛いよね。でもいつか成長するまでの辛抱だよ。いまはほんとに辛いときだけど、いつか落ち着く日が来ることを信じているよ。きっと楽しく過ごせる日が来る♥</p>

降園時の出来事を長期的な視野で眺める余裕、柔軟さが生じている。また紙飛行機1と同様に、“悩みながら日々を過ごすうち、気づけばそれが悩みではなくなる日がやって来る”という、子育てを支える希望が表現されていた。

c. 紙飛行機3の『辛かったエピソード』と『励ましのメッセージ』

紙飛行機3の内容を表4に示す。紙飛行機3には、『辛かったエピソード』に3つの内容が記載された。まず1つ目は、辛くもがいている子どもを目の前にして、子どもの気持ちを汲むことができなかったことへの後悔と自責が、具体的に場面を紹介しながら記載された。そして2つ目は、悩みすぎると自分の癖を直したいこと、3つ目は、おおらかに過ごすヒントを知りたい、という気持ちが記載された。

それに対し『励ましのメッセージ1』では、「私も同じ思いをしています」と共感が示され、落ち込んだときの自分の対処方法を紹介していた。

次に『励ましのメッセージ2』では、張り裂けそうな親の気持ちという点から共感を示し、そのうえで「いつもあなたの味方だよ。大好きだよ」という子どもに向ける親の姿勢を提案した。そして「悩みすぎる癖を直したい」とい

表4 紙飛行機3に記載された『辛かったエピソード』と『励ましのメッセージ』

<p>辛かったエピソード</p> <ul style="list-style-type: none"> ・大好きな幼稚園に行くことはできても、みんなと楽しく遊べなくて、辛くもがいている子どもを目の前にして、何もあげられない、もどかしい思いを汲んであげられなかった自分が情けなかったこと。 ・いい意味で楽観的になりたくてもなれない。すぐに悩みすぎてしまう癖を直したい。 ・おおらかに過ごすヒントを教えてほしい。
<p>励ましのメッセージ1</p> <ul style="list-style-type: none"> ・私も同じ思いを毎日しています。私は気分が落ち込んだときは、少しでも自分の時間をつくって、自分の好きなことをして、元気な気持ちにしています。
<p>励ましのメッセージ2</p> <ul style="list-style-type: none"> ・子どもが悩んでいる姿を見る親の心は、張り裂けんばかりですよネ。「お母さんは、いつもあなたの味方だよ。大好きだよ」と子どもさんを信頼し、大好きでいればいいのではないのでしょうか? ・悩みすぎるのは、いい癖だと思います。私は悩まないので問題点が見つからないからです。悩んだら次どうすればいいのかを考えるワンステップが必要かな? ・ソマリアやルワンダなど、苦しんでいる人達を見れば、自分達がどれほど幸せか実感できると思います。
<p>励ましのメッセージ3</p> <ul style="list-style-type: none"> ・思わず駆け寄って、ハグしてしまいたくなる場面です。しかしながら、親はこの先、子どもにそういう場面がいくつか出てくるなかで、立ち向かわなければならず、それも親と一緒になってもがいているのですよネ。帰宅したら安心できるよう、家族、おうちでリラックスできる場をつくってあげると、「いつもあなたを見てますよ」という一言を子どもに投げかけてあげるとよいと思います。 ・天気がよい日に外に出かけると楽しくなるかも……。夜一人ストレッチもしてます(皆が寝静まったころ)。

う2つ目のエピソードに対しては、悩まない自分の性格を引き合いに出し、相手の悩みすぎる癖を“よいこと”として肯定し、全く異なる視点を提案した。また悩んでいる状態に留まるのではなく、どうするかを考えることを勧めた。3つ目の『辛かったエピソード』に対しては、他の苦しみをもつ人と対比することで、自分の状況を相対的に考えることを提案していた。

それらを受け、『励ましのメッセージ3』では、相手が辛かった場面を想像し、「ハグしたくなる」と具体的に自分の気持ちを表現し、相手の辛い気持ちに共感した。また今後も類似した場面に出会うことを予期させながら、親も子どもと一緒にいるのだ、と相手を承認した。そして「いつもあなたを見ている」という子どもに対する親の姿勢を提示し、具体的な方法として、子どもが家庭でリラックスできる場をつくることを提案した。2つ目、3つ目のエピソードについては、自分の気分転換の方法を紹介していた。

紙飛行機1(表2)紙飛行機2(表3)と同様に、3つの『励ましのメッセージ』では、相手の『辛かったエピソード』に対する共感が示された。その後は、自分自身の対処方法の紹介、別の視点の提案、辛い出来事の予期といった多様なメッセージが記載された。とくに『励ましのメッセージ2』では、共感だけに留まらず、全く異なる考え方、他者との比較により相手の経験を相対化する意見が記載された。このメッセージは、『辛かったエピソード』に書かれた困難さとソマリアルワンダにおける困難さが異なっていることから、相手への非難や他人事な提案と受け取られる可能性があった。しかし、その後続く『励ましのメッセージ3』が、『辛かったエピソード』に記載された相手の気持ちに深く共感し、相手を承認したうえで、『励ましのメッセージ2』で提案した内容を含め子どもに対する親の姿勢を提示したことによって、3つの『励ましのメッセージ』が重なり、“考え方の多様さ”というメッセージとして提案された。

セッションの最後に、この紙飛行機3の内容も全員の前で読み上げられた。『励ましのメッセージ2』に書かれたソマリアルワンダとの比較により自分の幸せを実感するという提案には、『辛かったエピソード』の書き手と『励ましのメッセージ2』の書き手の困難さに対する視点の違いがあり、このメッセージが読まれたとき、グループの雰囲気はこれまでの共感や承認という和やかな雰囲気から、やや固い緊迫した雰囲気となった。しかし、『励ましのメッセージ3』が読み上げられ、参加者がうなずきながら聴き、“考え方の多様さ”というメッセージとして伝わったことで、グループの雰囲気がざわつくといったことはなくセッションは落ち着いて進行した。

V. 考 察

「仲間を勇気づけるレッスン」では、複数の母親が、紙飛行機を用いて自分の経験や相手への気持ちを言語化して伝え、全員でその内容を共有する。こうした複数の母親のやりとりが母親たちのあいだの関係性や姿勢にどのように影響したのかを考察する。

1. 複数の母親のやりとりにより生じる関係性と子育てに向かう姿勢

ピアサポートの効果として、情報を得る場、寂しい思いが減り、前向きになれる場、仲間の存在を確認できる場、現実を確認する場、将来の自分の子どものモデル、見通しを得る場、本音を言える場、具体的な日常レベルでの育て方を知る場、などが報告されている(新谷, 1998)。これらに加え「仲間を勇気づけるレッスン」において特徴的だったことは、紙飛行機1、紙飛行機2が示すように、子育てに向かう姿勢が表現されたことである。子育ての状況や困りごとはそれぞれ異なるものの、複数の母親が『励ましのメッセージ』を重ねることで、子育てに向かう共通の姿勢を母親たち自身の言葉で語ることにつながった。このような特徴は、複数の人々が意見を重ねることによって生じたと考える。

紙飛行機3では、『励ましのメッセージ』として、全く違う考え方が記載された。内藤ら(2008)は、同じ悩みをもつ保護者が出会い、継続的に集まり“語る”という関係をもつなかで、悩みや不安を率直に出し合う段階から、さまざまな考え方や子育てがあることを知って新たな価値観をもち、子育ての方向性を見出したりわが子に合う選択ができるようになったりするように、保護者らの意識が変化していく、と述べている。また広汎性発達障害をもつ子どもの母親たちには、子どもとの関係性を変える契機として、“子どもとの向き合い方を探しなおす”という経験があり、そのためには子育てにおける出来事を母親が他者とともに意味づけていくことが重要である(山本・門間・加藤, 2010)。自分と異なる考え方に出会い新たな価値観を見つけるため、また子育てにおける出来事を他者とともに意味づけるためには、考え方や価値観の多様性が伝わること、多様であることが受け入れられる関係性が必要となる。「仲間を勇気づけるレッスン」は、“すきっぷママプログラム”の終盤に行われるセッションであり、このセッションまでに、参加者は時間をともにする機会を継続的にもつ。そのためグループ内に安心して語ることのできる関係が構築されやすい。それに加え、「仲間を勇気づけるレッスン」では、複数の母親が言葉を重ねることが多様な考え方を受け入れる関係づくりを促したと考える。自分と

は異なる全く別の考え方が提案されることは、新たな視点の発見につながる反面、非難や批判として伝わる可能性もある。しかし、紙飛行機3の『励ましのメッセージ2』と『励ましのメッセージ3』のように、次に記載する母親が共感や一体感を伝え、さらに紙飛行機の書き手、それを読みあげる読み手、それを聴く仲間という多層的な共感によって、多様な考え方が受け入れられる関係性が生じた。これにより、全く別の考え方や見方が非難や批判ではなく、考え方の多様さとして相手に伝わったことが推察される。1対1ではなく、複数の仲間が言葉を重ねることは、多様な考え方を受け入れる関係性づくりに役立つと考える。

2. 問題の考え方に変化を生む母親たちのやりとり

「仲間を勇気づけるレッスン」では、『辛かったエピソード』と『励ましのメッセージ』を書くだけでなく、それを紙飛行機として飛ばす、拾って書き足すという行動、そして他者の声で記載内容が読み上げられるという一連のやりとりを伴った。この一連のやりとりのプロセスが、問題であるとする考え方そのものを変えるきっかけとなったと考える。3枚の紙飛行機の『辛かったエピソード』には、「病院に連れていけないのは親として失格」「子どもに手を出し、怒鳴ってしまう情けない自分」「悩みすぎてしまう悪い癖」という記載があった。この記載では、母親としての役割が十分に果たせない自分、社会的・一般的によくない行動をとってしまう自分というように、自分自身に問題があると考えられている。このように問題が自分に内在する考え方では、こんな自分ではいけない、自分は変わるべきだというように、自分が変わることでしか問題を解決することはできない。このような自分と問題の関係が、紙飛行機を“飛ばす”という行動、そして複数の母親が言葉を重ねるやりとりにより変わっていったのではないだろうか。紙飛行機を飛ばすことによって、視覚的にも感覚的にも『辛かったエピソード』は自分の手元を離れていき、自分と問題は切り離される。そして3名の仲間の『励ましのメッセージ』が他者の声を通じて自分に返ってくる。この一連のやりとりにより、問題を自分から切り離して客観的に見るなど問題と自分の関係性に変化が生じ、問題は対処可能なものであり、人と人との関係性のなかで生じる一つの見方であると考えることによって、問題であるとする考え方そのものが変化したのではないだろうか。

David EpstonとMichael White (1992/1997) は、自分を困らせている問題を自分から引き離して客観化することを“問題の外在化”と表現している。彼らは、意味を制約する物語をドミナント・ストーリー^{注1)}と表現し、“問題の外在化によりこれまで自分が支配されていたドミナ

ント・ストーリーから自分を切り離して考えることができる”と述べている。またドミナント・ストーリーのなかからは見出せない経験の側面があるとし、それを“ユニークな結果”と表現している。紙飛行機として『辛かったエピソード』を飛ばすという行動が自分と問題の関係を変えるきっかけとなり、社会的・一般的な見方にとらわれない新たな見方が仲間から提案されることによって、問題であるとする考え方そのものに変化が生じたと考える。また野口(2002)は、“ユニークな結果”に気づくだけでは、それは単なる例外としてすぐに忘れられてしまうとし、“ユニークな結果”は仲間と共有されることで、独り言ではなく仲間が知っている共通の出来事、「社会的な出来事」となり、それによって“ユニークな結果”は無視することのできない存在感を獲得する、としている。紙飛行機の内容を参加者全員が共有することによって、1枚の紙飛行機のやりとりにおける気づきは、偶然生じた物事の見方ではなく仲間のあいだで共通の見方の手助けとなったと考える。

VI. 結 論

本報告では、ASDの子どもをもつ母親たちが行う「仲間を勇気づけるレッスン」というセッションを取り上げ、紙飛行機を飛ばし合いながら、母親たちが悩みを言語化して仲間に伝え、それに対し他の母親たちが相手に対する気持ちを言語化し、さらに記載された内容を参加者全員が共有するという複数の母親のやりとりが、母親たちのあいだの関係性や子育てに向かう姿勢にどのように影響するのかを検討した。その結果、複数の母親のやりとりは、①子育てに向かう姿勢が仲間である母親たちの言葉で表現されること、②多様な考え方が受け入れられる関係性をつくること、そして③問題と自分の関係を切り離すことによって、問題が対処可能なものと感じられるようになることや問題であるとする考え方そのものが変化すること、に影響する可能性が考えられた。今後、複数の人々が言葉を重ね合うことで生じる関係性や考え方の変化について検討を続けることは、複数の仲間によるサポートやナラティブという視点からの支援の可能性を広げると考える。

謝 辞

本研究にご協力いただき、また私たちと多くの時間をともに過ごし、子育ての悩みや喜びを語って下さった皆さま、”すきっぷママプログラム”の運営に協力いただいた皆さまに感謝いたします。なお、本研究は文部科学省科学研究費補助金(基盤研究(C))課題番号21592801 研究代表者:浅野みどり)を受けて実施した研究の一部です。

要 旨

本報告では、自閉症スペクトラム障がいの子どものもつ母親が、紙飛行機を飛ばし合いながら、悩みや困りごとを言語化して仲間に伝え（『辛かったエピソード』）、それに対し他の母親たちが、相手に対する気持ちを言語化し（『励ましのメッセージ』）、さらに記載された内容を参加者全員が共有するといった複数の母親のやりとりが、母親たちのあいだの関係性や子育てに向かう姿勢にどのように影響するのかを検討した。

研究参加者は8名の母親であり、複数の母親のやりとりによって生じる関係性や子育てに向かう姿勢について解釈しながら質的な分析を行った。その結果、複数の母親によるやりとりは、①子育てに向かう姿勢が仲間である母親たちの言葉で表現されること、②多様な考え方が受け入れられる関係性をつくること、そして③問題と自分を切り離すことによって問題そのものの考え方が変化すること、に影響する可能性が考えられた。

Abstract

The purpose of this study was to determine how a paper airplane exchange exercise by mothers of children with autism spectrum disorder (ASD) would influence their relationship with other mothers, as well as their stance toward child-rearing. Participants were eight mothers of children with ASD. The exchange exercise involved participants writing about their “difficult experiences” in child-rearing on paper, followed by making paper airplanes out of these. They then simultaneously threw the paper airplanes into the air and randomly picked up an airplane. Participants read the difficult experiences written on the airplanes and wrote “encouraging messages” on them. The process of writing encouraging messages was repeated, and finally all participants shared their episodes and messages. Relationships among the mothers and stance toward child-rearing were documented during the exchange, and the contents were qualitatively analyzed.

The analysis revealed that the exchange exercise may have influenced: 1) the stance of mothers toward child-rearing, 2) building of relationships in which diversity is accepted, and 3) changes in perspective by altering the relationship between problems and oneself.

文 献

- 浅野みどり, 古澤亜矢子, 大橋幸美, 吉田久美子, 門間晶子, 山本真実 (2011). 自閉症スペクトラム障害の幼児をもつ母親の育児ストレス, 子どもの行動特徴, 家族機能, QOLの現状とその関連. 家族看護学研究, 16(3), 157-168.
- Epston, D., & White M. (1992)/野口裕二・野村直樹 訳 (1997). 書きかえ療法 — 人生というストーリーの再著述. McNamee, S., & Gergen, K.J. (編): ナラティブ・セラピー 社会構成主義の実践. 139-182, 東京: 金剛出版.
- 福島裕子, 野口恭子, 蛸崎奈津子, 角川志穂, 遊田由希子, 橋本扶美子, 杉原和子, 古城悦子, 阿部貴子, 加藤 忍, 森 智美, 浅野英利子 (2009). 妊娠期からの多胎児妊婦ピアサポートの効果. 岩手県立大学看護学部紀要, 11, 43-58.
- 入江安子 (2006). 知的発達障害児を抱える家族の悲哀感情と家族援助に関する検討. 奈良県立医科大学医学部看護学科紀要, 2, 48-57.
- 三井幸恵, 遠藤芳子 (2008). 統合保育を実施している幼稚園に通園させている障碍児を持った母親の思い. 北日本看護学会誌, 10(2), 21-31.
- 内藤寿子, 葛森武夫, 松岡幸枝 (2008). 広汎性発達障害の幼児を持つ保護者への支援. 精神科治療学, 23, 1173-1179.
- 野口裕二 (2002). 物語としてのケア — ナラティブ・アプローチの世界へ. 東京: 医学書院.
- 新谷優子 (1998). 母親にとってのPEERとの接触 — 親の会の意味. 看護研究, 31, 407-414.
- 牛尾禮子, 郷岡英世, 佐藤典子 (2000). 在宅重症心身障害者をもつ母親支援 — グループづくり, 個別相談, 交換ノートを試みて —. 小児保健研究, 59, 508-513.
- 田邊千夏, 北村愛子, 飯室みさ子 (2005). 発達障害児の療育の場における家族支援 — 連絡帳の記載内容の分析から —. 山梨県立看護大学短期大学部紀要, 11(8), 81-95.

- 富澤弥生 (2007). ペアレントトレーニングの取り組み. 小児看護, 30, 1323-1329.
- Division of Mental Health World Health Organization (1994)/川畑徹朗・西岡伸紀・高石昌弘・石川哲也 監訳 (1997). WHO・ライフスキル教育プログラム. 11-30, 東京: 大修館書店.
- 山本真実, 浅野みどり, 吉田久美子, 門間晶子, 大橋幸美, 古澤亜矢子 (2009): 広汎性発達障害の子どもをもつ母親の悩みと仲間による癒しの効果. 日本家族看護学会第16回学術集会講演集, 79.
- 山本真実, 門間晶子, 加藤基子 (2010). 自閉症を主とする広汎性発達障害の子どもをもつ母親の子育てのプロセス. 日本看護研究学会雑誌, 33(4), 21-30.

注 1)

ドミナント・ストーリーとは、私たちの人生を制約する物語、人生の下敷きとなるような物語、という意味である(野口, 2002, p.80)。物語には、現実の組織化と現実の制約という2つの作用がある。野口(2002)は、物語の作用について以下のように述べている。

「物語は、一方で、不可解な現実を組織化し一定のまとまりをもったものとして理解させてくれる。しかし、他方で、すでに出来上がった物語、人々によく知られた物語がモデルとして参照されるとき、わたしたちの現実理解は一定の方向づけを受ける。物語は現実理解を助けると同時に制約もする」(p.27)

この一定の方向づけを与えるストーリーがドミナント・ストーリーであり、ドミナント・ストーリーにはおさまらない経験が「ユニークな結果」と表現されている。

〔平成24年1月10日受 付〕
〔平成24年9月3日採用決定〕

離島在住高齢者のQOLへのインフォーマルサポート等の関連

Relevance of Informal Support and Other Services to the Quality of Life of
the Elderly Population on a Remote Island

濱野香苗¹⁾
Kanae Hamano

堀内啓子²⁾
Keiko Horiuchi

キーワード：高齢者，離島，QOL，インフォーマルサポート，経済力

Key Words：elderly people, remote island, quality of life, informal support, financial ability

I. はじめに

日本の老年人口割合は、平成21年には22.7%であり、平成27年には26.9%と予測されており、介護を含めた高齢者問題は避けて通れない状況になっている。また、高齢化が進んだ現代社会では、幸福な老い (successful aging) と言われるように、単なる長寿よりも人生をいかに充実したものにするかという生活の質 (Quality of Life, 以下QOLと略す) に重点をおくようになってきた。

A県北方海上にあるA島は周囲約4kmの小島で、島内の公共交通機関はなく、本土との交通手段は1日4往復の船のみであり、医療環境や生活環境は恵まれていない状況にある。しかしA島では、従来から冠婚葬祭のときの隣近所の手伝い、宗教に関連した行事への協力、日々の生活における野菜や魚の相互扶助、島独特の講組織などで島民が互いに助け合ってきた。A島の高齢者は、都会の子どものところに行くよりも住み慣れた島で生活したいと希望する人が多い。高齢者を地域で支えるしくみとして介護保険が導入されたが、A島のような離島では受けられる介護保険サービスに限界がある。そこで、従来からのA島内での相互扶助がどのようにA島在住高齢者のQOLに関係しているのか明らかにすることにより、離島在住高齢者のQOLを維持し高める方策に示唆が得られると考える。

II. 研究の背景

日本のQOL研究は、1980年代以降に医療の現場で行われ、最近では介護や保健の場でもQOL研究が進められている (土井, 2004)。WHOは、QOLを「個人が生活する文化や価値観のなかで、目標や期待、基準または関心に関連した自分自身の人生の状況に関する認識」と定義し (田崎・

中根, 2007)、QOL調査表を開発した。QOLと関連要因に関して、健康度自己評価とQOLの関係 (石津ほか, 2004; 森山ほか, 2004)、幸福感と社会活動の関連 (浜崎・佐伯・城戸, 2007; 浜崎・佐伯・塚崎・城戸, 2007)、主観的健康感と社会とのかかわり (山下・宮本・村山・志水, 2007)、QOL関連要因に関する介護度別検討 (伊藤・武田, 2006)、主観的幸福感と生活満足度の関連要因 (栗盛・星・長谷川, 2004; Hamano, 2007) などがあった。

古谷野 (2004) は、QOLに関連する社会的環境要因としてソーシャルサポート (社会的支援) とソーシャルネットワークがある、としている。ソーシャルサポートについて、富樫 (2007) は「他者との間で取り交わされるもろもろの支援・援助」と定義している。Caplan (1974/1979) は、ソーシャルサポートは情緒的負荷軽減のための支援、仕事の分担、経済・物質・技術提供といった要素から成り立っている、としている。ソーシャルネットワークやソーシャルサポートは米国で1970年代から社会福祉分野で発展し、日本においては在宅福祉の対策・実践が模索されるようになるに応じて発展してきた (マグワイア, 1991/1994)。QOLとソーシャルサポートに関して、Hyodo, Murata, Murata, Kurokawa, and Inaba (2009) は、長期療養生活を送る女性高齢者の活力ある療養生活のためには精神的サポートや活力支援プログラムの実践、それを支援する社会基盤の構築の必要性をあげている。西村 (2004) は、サポートネットワークの構造と特質について居住形態、性別、主観的QOLの関連を報告し、一人暮らし男性の生活課題として「関係能力」に着目する必要性をあげている。讃井・三木 (2003) は、介護老人保健施設入所中の要介護状態にある高齢者の生きがい感には人とのつながりが関係する、と述べている。久保田・永田・杉山 (2007) は、高齢者のQOLは加齢とともに低下すること、QOLの

1) 聖マリア学院大学 St. Mary's College

2) 長崎県立大学 The University of Nagasaki

変化が少なかった要素は人的サポート満足感と経済的ゆとり満足感であった、と報告している。

ソーシャルサポートにはフォーマルサポート（公的支援）とインフォーマルサポート（非公的支援）がある。高見・忠津・中野・水子・長尾（2005）は、フォーマルサービスの介護保険サービス利用は通所系サービスが86.7%であり、介護保険サービスに関するケアマネジャーからの説明、サービス提供者、ケアプランに関する満足度、サービス利用による変化と生活満足度に有意な関連がある、と述べている。インフォーマルサポートの効果について齋藤・小林・服部（2005）は、地域にみられる「お茶飲み」が友人・隣人・知人からの情緒的サポートと手段的サポートや交流の充実感に影響を及ぼしている、と報告している。小田・高田（2004）は、農村居住高齢者の手段的サポート、情緒的サポート、情動的サポートは親族ネットワークが核になっており、近隣や友人ネットワークはそれを補完するかたちで形成されている、と報告している。三上（1996）は、高齢者のサポートは公的機関や民間組織によって提供されるフォーマルなサポートと家族、隣人、友人、ボランティアなどによって提供されるインフォーマルなサポートがあり、どちらのサポートも互いに代替としてではなく、補完しあうものとして提供されるべき、と述べている。

先行研究を通して、離島在住高齢者のQOLとインフォーマルサポートに焦点をあてた研究は認められなかった。離島という生活環境や高齢社会の進展からインフォーマルサポートのあり方が注視される状況にある。このような状況において、どのようなインフォーマルサポートが重要となるのか、インフォーマルサポートの影響が色濃く反映されるであろう離島高齢者を例に考察し、社会全体に対する示唆とする。

Ⅲ. 研究目的

A島在住の65歳以上の高齢者のQOLへのインフォーマルサポート等の影響要因を明らかにする。

Ⅳ. 用語の定義

QOL：生活の質のことで、身体的側面、心理的側面、社会的側面、物質的側面、生産的側面の多面的な要素から構成される包括的概念である。

フォーマルサポート：専門職による支援とする。

インフォーマルサポート：非専門職による支援とする。本研究においては家族・友人などによる支援の他、老人会、母の会、信徒会、観音講などの組織における支援も含める。

サポートネットワーク：相互扶助機能が働く人的つながりとする。

V. 研究方法

1. 研究枠組み

本研究では2段階の調査を計画した（図1）。1次調査として、A島在住の高齢者のQOLをWHO/QOL26尺度を用いて客観的に把握し、QOLにどのような要因が関連しているかを量的に明らかにする。さらに、1次調査の結果を基礎データとして、2次調査として、A島の高齢者のQOLに関連している要因の内容を詳細に明らかにするために、身体的側面、心理的側面、社会的側面、物質的側面、生産的側面について半構成的質問紙を用いて量的質的に把握する計画をした。

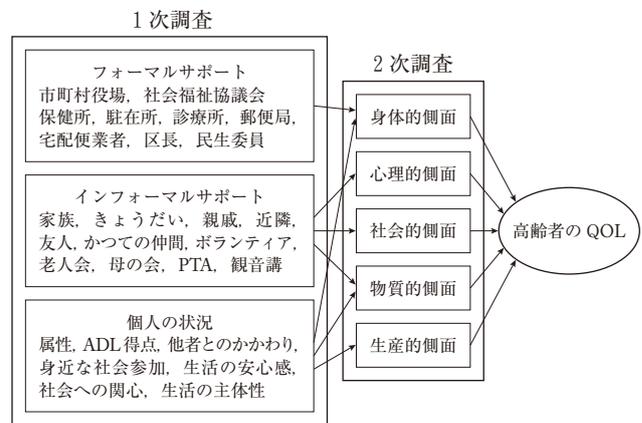


図1 研究枠組み

2. 1次調査

対象：A島在住の65歳以上のコミュニケーションがとれる高齢者100名。

調査期間：平成21年12月から平成22年5月。

調査方法：対象者の自宅を訪問し、構成的質問紙を用いた面接調査を行った。

調査内容：属性、QOL、活動能力（Activity of Daily Living、以下、ADLと略す）、フォーマルサポートに関する10項目、インフォーマルサポートに関する12項目、社会関連性20項目である。QOLの測定にはWHO/QOL26尺度をA島の実情に合うように一部改変して用いた。活動能力測定は老研式活動能力指標（古谷野・柴田・中里・芳賀ほか、1987）（13項目）を用いた。フォーマルサポートは、介護保険の認定の有無、介護保険サービス受給の有無、社会福祉協議会主催の高齢者の集い（以下、サロンと略す）参加の有無、保健所・駐在所・郵便局・診療所・宅配便業者の利用頻度、区長・民生委員と話す頻度を聞いた。インフォーマルサポートは、家族・兄弟姉妹・親戚・友人・か

つての仕事仲間・母の会の仲間・PTAの仲間・老人会の仲間・ボランティアの仲間と話す頻度、近所づきあいの程度、困った時に相談にのってくれる人・緊急時に助けてくれる人の有無を聞いた。社会関連性は社会関連性指標（安梅，2000）（20項目）を一部改変して用いた。

分析方法は、単純集計を行い、 χ^2 検定、重回帰分析を用いた。有意水準は5%未満とした。

3. 2次調査

対象：A島在住の65歳以上のコミュニケーションがとれる高齢者で、1次調査でQOL得点が高かった10名、および低かった10名とした。

調査期間：平成22年7月から平成22年9月

調査方法：対象者の自宅を訪問し、半構成的質問紙を用いた面接調査を行った。その際、対象者の承諾を得て録音またはメモをとった。

調査内容：身体的側面9項目、心理的側面10項目、社会的側面8項目、物質的側面10項目、生産的側面8項目である。身体的側面は、治療状況と治療費、治療による経済的影響、保険の種類、健康維持・向上のために心がけていること、健康面で助けられていること、診療所の意義、介護保険サービスについての思い、健康面で希望すること、とした。心理的側面は、情緒的サポート状態、心の面で支えや助けられていると感じること、生活の充実感、とした。情緒的サポート状態（ポジティブサポート、ネガティブサポート）は、野口（1991）が開発した測定尺度を一部改変して用いた。ポジティブな情緒的サポートは、心配事や悩みごとがあるときの相談相手、気を配ったり思いやりたりしてくれる人、元気づけてくれる人、くつろいだ気分にしてくれる人、いちばん頼りにしたり信頼している人、の有無の程度を質問した。ネガティブな情緒的サポートは、いらいらさせる人、怒らせる人、の有無の程度を質問した。社会的側面は、家族・親戚・友人・観音講仲間・趣味の仲間との人間関係、島内・島外の組織参加状況、島外へ出かける機会の有無、情報収集方法、とした。物質的側面は、手段的サポート状態、島内で物質的に助けられていることおよび助けていること、収入状態と収入満足度、生活費、とした。手段的サポート状態は、留守やちょっとした用事を頼める人、まとまったお金を貸してくれる人、短期間の病気のときに看病してくれる人、長期間の病気の時に看病してくれる人、の有無の程度を質問した。生産的側面は、趣味、生活を楽しむ工夫、家族や島民に対して役立っていること、いきがい、大切にしていること、今後の希望、とした。

分析方法は、面接内容を量的および質的に分析した。

VI. 倫理的配慮

A島の区長および対象者に研究の目的、方法、プライバシーへの配慮、自由意思による調査協力、途中中断が可能なこと、研究目的以外のデータ不使用、統計的・質的なデータ処理をするため個人が特定されないことを文書と口頭で説明し、同意書に署名を得た。平成21年12月28日、長崎県立大学シーボルト校の倫理委員会の承認（承認番号114）を得た。

VII. 結果

1. 1次調査

a. 属性

A島在住の65歳以上の全高齢者123名の内、94名から協力が得られた（表1）。

性別は男性31.9%、女性68.1%、年齢は65歳～92歳、平均年齢77.2歳であった。同居家族は、独居21.3%、高齢者2人暮らし36.2%、2世代同居26.6%、3・4世代同居16.0%

表1 1次調査属性 (N=94)

項目		度数	割合 (%)
性別	男性	30	31.9
	女性	64	68.1
年齢	65～74	33	35.1
	75～84	51	54.2
	85～89	8	8.5
	90～	2	2.1
同居家族	独居	20	21.3
	高齢者2人暮らし	34	36.2
	2世代同居	25	26.6
	3・4世代同居	15	16.0
同居人数	1人	20	21.3
	2人	43	45.7
	3～5人	23	24.5
	6～8人	8	8.5
学歴	小学校卒業	43	45.7
	中学校卒業	47	50.0
	高校・女学校卒業	4	4.3
職業	あり	5	5.3
	なし	89	94.7
年金	あり	90	95.7
	なし	1	1.1
	その他	3	3.2
病気の治療	あり	85	90.4
	なし	9	9.6
病気の種類	高血圧	67	71.3
	骨・関節疾患	46	48.9
	眼疾患	20	21.3
	高脂血症	12	12.8
移動手段	徒歩	58	61.7
	バイク	23	24.5
	電動車椅子	10	10.6
	車を運転	3	3.2

であった。学歴は、小学校卒業45.7%、中学校卒業50.0%、職業なし94.7%、年金あり95.7%であった。90.4%は治療中の病気があり、病名は高血圧71.3%、骨・関節疾患48.9%、眼疾患21.3%などであった。移動手段は徒歩61.7%、バイク24.5%、電動車椅子10.6%などであった。

b. 介護保険の認定とサービス受給状況

認定を受けているのは9.6%、介護保険サービスを受けているのは13.8%、サロンに参加しているのは40.4%であった。

c. QOL得点 (図2)

5点満点で1.62点~4.35点、平均3.29±0.54点であった。

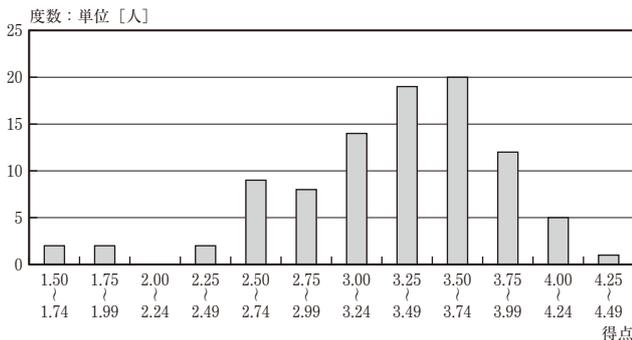


図2 QOL得点

平均得点は、女性3.22点、男性3.46点であった。

d. ADL得点

ADL得点(活動能力)は、13点満点で0~13点、中央値10.0点であった。

e. 社会関連性

家族や兄弟姉妹、親戚、友人などとの会話の程度を示す他者とのかかわりは、5点満点で0~5点、平均値3.39点、中央値4.0点であった。A島の高齢者の約半数が兄弟姉妹や親戚との会話は月に1度以下であると答えていた。地区の行事への参加や近所付き合いなどの身近な社会参加は、4点満点で0~4点、平均値2.93点、中央値3.0点であった。新聞や本・雑誌を読む、趣味を楽しむ、携帯やビデオを利用するなどの社会への関心は、5点満点で0~5点、平均値1.71点、中央値2.0点であった。困ったときの相談相手や緊急時に駆けつけてくれる人がいる生活の安心感は、2点満点で1~2点、平均値1.99点、中央値2.0点であった。健康に気を配る、生活を規則的に送るなどの生活の主体性は、4点満点で0~4点、平均値3.56点、中央値4.0点であった。

f. QOL得点高群と低群の比較 (表2)

QOL得点上位10名と下位11名を χ^2 検定で比較し、QOL得点の違いによって有意差がみられた項目は、「ADL得

表2 QOL得点高群と低群の比較

項目		QOL高群 (N=10)	QOL低群 (N=11)	χ^2 検定	p値
日常生活動作得点 (ADL得点)	0~4	0	6	8.244	0.016
	5~9	2	2		
	10~13	8	3		
介護認定	受けている	0	4	4.492	0.034
	受けていない	10	7		
サービス受給	受けている	0	4	4.492	0.034
	受けていない	10	7		
診療所の利用頻度	週1度くらい	0	3	6.033	0.049
	2週に1度くらい	7	8		
	月1度以下	3	0		
ボランティア仲間との交流	週2度くらい	3	0	9.307	0.025
	週1度くらい	2	0		
	月1度以下	0	4		
	関係していない	5	7		
行事への参加頻度	月1度くらい	4	0	5.435	0.035
	3か月に1度以下	6	11		
新聞を読む	ほぼ毎日	5	0	7.219	0.012
	ほとんど読まない	5	11		
趣味を楽しむ	とても	6	0	9.908	0.019
	まあまあ	1	1		
	あまり	1	2		
	とくに趣味はない	2	8		
物ごとに積極的に取り組む	とても	7	0	12.848	0.005
	まあまあ	2	3		
	あまり	1	5		
	取り組まない	0	3		

[注] 期待度数が5未満ではFisherの直接法を使用した。

点」「介護認定の有無」「介護保険サービス受給の有無」「診療所の利用頻度」「ボランティア仲間との交流頻度」「行事への参加頻度」「新聞を読む程度」「趣味を楽しむ程度」「物ごとへの積極的な取り組みの程度」であった。従属変数をQOL得点とし、 χ^2 検定で有意であった項目を独立変数として重回帰分析を行ったが、QOL得点に有意な項目は認められなかった。

1次調査の結果から、QOL得点に影響している要因を身体的側面、心理的側面、社会的側面、物質的側面、生産的側面から詳細に検討するため、QOL高群、低群に対して面接調査を行った。

2. 2次調査

a. 属性

QOL得点上位10名中8名（以下、高群）、QOL得点下位11名中9名（以下、低群）から協力が得られた（表3）。

性別は高群男性5名、同女性3名、低群男性2名、同女性7名、年齢は高群74歳～86歳、平均年齢78.1歳、低群66歳～90歳、平均年齢77.3歳であった。同居家族は、高群は独居2名、高齢者2人暮らし・3世代同居3名、低群は独居1名、高齢者2人暮らし5名、2・3世代同居3名であった。学歴は、高群は小・中学校卒業7名、高校卒業1名、低群は小・中学校卒業9名であった。職業は全員なし、年金は高群は全員あり、低群はあり8名、生活保護1名であった。疾患は高群はあり6名、なし2名、低群は全員ありであった。移動手段は、高群は徒歩4名、バイク4

名、低群は徒歩5名、バイク1名、電動車椅子2名、車を運転1名であった。

b. 疾患の種類と治療状況

高群は疾患なし2名、高血圧のみ2名、高血圧と1疾患3名、眩暈と難聴1名、低群は高血圧と骨・関節疾患5名、高血圧と腸の手術後1名、骨・関節疾患と眼疾患2名、脳卒中後遺症1名であった。

治療は、高群は島内の診療所のみ5名、低群は診療所と島外の病院で治療しており、疾患があっても島外への通院はできない・しない人もみられた。保険は、高群は国民健康保険7名、社会保険1名、低群は国民健康保険6名、社会保険1名、生活保護2名であった。1回の治療費は、高群は2千円以下、低群は千円から2万円、治療による経済への影響は高群は全員なし、低群は全員ありであった。

c. 介護保険の認定とサービス受給状況

介護保険認定と介護保険のサービスは、高群は全員受けておらず、低群は受けている2名、受けていない7名であった。サロンへは、高群は参加3名、不参加5名、低群は参加3名、不参加6名であった。

d. 収入と収入満足度

1か月の収入は、高群は6～9万円2名、10～14万円1名、15～19万円2名、20万円以上1名、低群は3万円1名、4～5万円4名、6～9万円3名であった。収入満足度は、高群は大変満足1名、まあ満足4名、どちらとも言えない1名、不満足1名、低群はやや不満足2名、不満足6名、わからない1名であった。

e. 社会への関心

島内の組織とのかかわりは、高群は老人会、食品加工場、サロン、入浴ボランティア、カラオケの会、馬渡節練習会などに参加しており、1人で多くの組織に参加している人がいた。低群は老人会、サロン、入浴ボランティア、デイサービスなどに参加していた。島外の組織に参加していたのは高群1名のみであった。趣味の仲間との交流は、高群は囲碁、ゲートボール、カラオケ、ラン同好会などであり、低群は全員趣味の仲間はいなかった。島外へ出る機会は、高群・低群とも2週間に1回～半年に1回で、高群は散髪や買い物、低群は受診であった。低群の3名はほとんど島外へ出かけていなかった。世間の情報収集方法は、高群はテレビ6名、友だち3名、新聞・市報2名、低群はテレビ6名、友だち3名、市報1名、教会・デイサービス・診療所各1名であった。

f. 情緒的サポートの状況

ポジティブな情緒的サポートは、高群は4～6点12.5%、10～12点50.0%、13～15点37.5%、低群は4～6点11.1%、10～12点11.1%、13～15点77.8%であった。ネガティブな情緒的サポートは、高群は0点85.7%、1～2点14.3%、

表3 2次調査高群と低群の属性

項目	高群 (N=8)		低群 (N=9)		
	度数	%	度数	%	
性別	男性	5	62.5	2	22.2
	女性	3	37.5	7	77.8
年齢	65～74	2	25	2	22.2
	75～84	5	62.5	6	66.7
	85～90	1	12.5	1	11.1
同居家族	独居	2	25	1	11.1
	高齢者2人暮らし	3	37.5	5	55.6
	2・3世代同居	3	37.5	3	33.3
学歴	小学校卒業	4	50	4	44.4
	中学校卒業	3	37.5	5	55.6
	高校卒業	1	12.5	0	0
職業	なし	8	100	9	100
年金	あり	8	100	8	88.9
	その他	0	0	1	11.1
治療中の疾患	あり	6	75	9	100
	なし	2	25	0	0
移動手段	徒歩	4	50	5	55.6
	バイク	4	50	1	11.1
	電動車椅子	0	0	2	22.2
	車運転	0	0	1	11.1

低群は0点44.4%，1～2点11.1%，3～4点11.1%，5～6点33.3%であった。

g. 手段的サポートの状況

手段的サポートは、高群は4～6点14.3%，7～9点42.9%，10～12点42.9%，低群は4～6点33.3%，7～9点44.4%，10～12点22.2%であった。他の島民からもらっているものは、高群は魚4名、野菜4名、おかず4名、低群は魚7名、野菜3名、おかず2名、花1名であった。1名は、家族に気がねしてもらわない、であった。

自分が他人の助けになっていることは、高群は魚をあげる2名、野菜をあげる2名、会合に食べものを持っていく1名、デイサービス時の入浴ボランティア2名、教会の植木の手入れ1名、なし2名、低群は野菜をあげる2名、折り紙の花をあげる1名、花をあげる1名、なし5名であった。

面接調査の結果から、QOL高群と低群における身体的側面、心理的側面、社会的側面、物質的側面、生産的側面の差異やQOLとの関連を可視的に表現するために、福祉分野で用いられている生活構造図に表した(図3, 図4)。各群の高齢者の生活における要素を四角で表し、本研究で要素との関連を明らかにしたいQOL, フォーマルサポート, インフォーマルサポートを丸枠で表した。要素間の関係やQOL, フォーマルサポート, インフォーマルサポートとの関係は矢印で示し、線の太さで関係の強さを表した。

h. QOL高群の生活構造図(図3)

高群の健康状態は、疾患なし2名、高血圧のみ2名、残り4名は2疾患をもっていた。しかし病気になった場合、年金が十分にあるため、診療所や島外の病院の受診や積極的な治療が可能であり、疾患の重症化の遅延につながっていた。疾病が重症化せずADLが維持できれば、家事労働の継続ができ、生活圏の維持につながる。それは経済的安定であるとともに、趣味を楽しむなどの自律した行動が

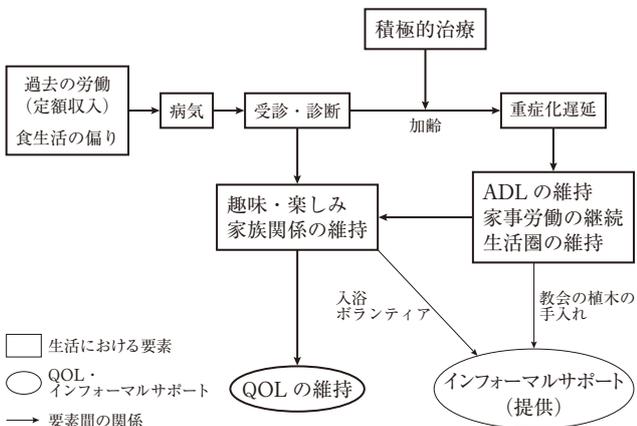


図3 QOL高群の生活構造図

可能となっていた。また、QOL高群は家族関係が良好な人が多く、それもQOLの高さにつながっていた。高群は、送迎バスやデイサービスなどのフォーマルサポートを利用している人はいなかった。インフォーマルサポートはあまり受けておらず、逆にデイサービス時の入浴ボランティア、教会の植木の手入れなど、高齢者自身がインフォーマルサポートに貢献する役割を担っていた。

i. QOL低群の生活構造図(図4)

低群は全員が2～5疾患をもっており、とくに脳卒中後遺症や骨・関節疾患で移動動作が不自由な人が8名いた。診療所へは送迎バスを利用する、家族が車で送るなどの支援がなければ、受診できない状態であった。さらに、治療には診療所だけでなく島外の専門病院の受診が必要であったが、交通不便な条件が重なり、受診のために1泊しなければならない状況も生じる。低群は年金が5万円以下の人が多く、1回の治療費が千円～2万円かかれば、負担がでず、受診を抑制して重症化する人も出てきていた。疾病が重症化しADLが低下すると、家事労働の低下や行動範囲が狭くなり、生活圏の狭小化が起こる。いままで家の周囲で野菜等をつくって家計を補っていたものができなくなり、家計はますます苦しくなる。また低群では、家族に対していらいらしたり、怒ったりネガティブな気持ちをもっている人がみられた。このような家族関係の不和、身体的な不調、少ない年金による生活の不自由が、QOLの低下につながっていた。そこにインフォーマルサポートである隣近所、親戚などから野菜や魚、おかずの提供があると、食べることは何とかできる状態になる。また多くの血縁関係者や友人がいる高齢者では、悩みごとを聞いてもらうなどのポジティブな情緒的サポートを得ていた。フォーマルサポートは、受診時の送迎バスや訪問介護、介護保険のデイサービスがあった。

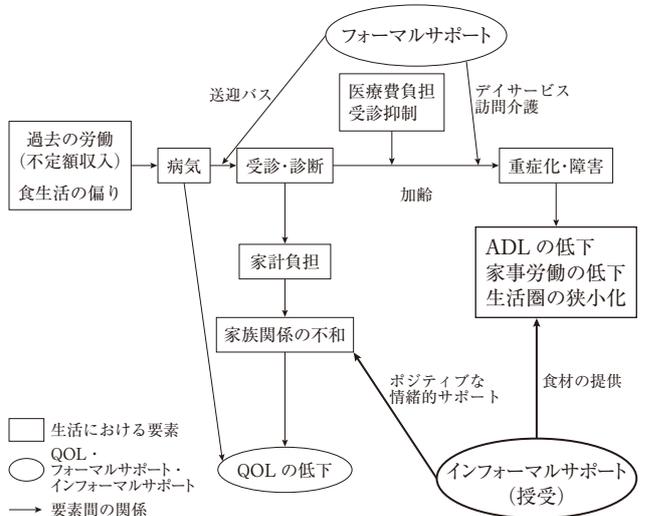


図4 QOL低群の生活構造図

VIII. 考 察

1. A島在住高齢者の属性

A島の老年人口割合は30.9%と高く、独居と高齢者2人暮らしを合わせると57.5%であった。高齢者の学歴は95.7%が義務教育修了であり、A島では漁業以外の産業がないため、高等学校や大学に進学した高学歴者がA島を離れていくことが影響していると考えられる。健康状態は、90.4%が何らかの病気治療を行っていた。71.3%は高血圧であったが、これは味つけが濃く塩分が多い食生活の影響と考える。また骨・関節疾患が多く、とくに女性では腰痛、膝痛、O脚が多く、10.6%は電動車椅子を利用していた。骨・関節疾患の原因は、高齢者が働き盛りのころの島の整備されていない道路事情も影響していると考えられる。しかし、介護保険の認定を受けていたのは9.6%と少なく、介護保険サービスを受けている人は13.8%であった。またADL得点(13点満点)の中央値が10点であることから明らかに、A島の高齢者は何らかの疾患をもちながらも「寝たきり状態」で介護を受ける状態の人はほとんどいなかった。これは、A島では「寝たきり状態」になった場合はたいてい島外の病院に入院するためであると考えられる。

2. A島在住高齢者のQOL得点

QOL得点の平均値は3.29で、性別による差異はみられず、対象者の得点は中央より高いほうに山がみられているのは、A島の高齢者は何らかの疾患をもちながらも、「寝たきり状態」で介護を受ける状態の人はほとんどいないためではないかと考える。しかし、加藤ほか(2005)が2003年に全国6か所の60歳以上の高齢者189名(平均年齢69.4歳)に行った結果の3.64よりは低い結果であった。これは、対象者の平均年齢が77.2歳と高齢であること、また社会への関心が低いと言う結果を加味すると、離島という地理的条件が影響していると考えられる。

3. A島在住高齢者のQOLへの関連要因(図5)

a. 身体的側面

1次調査でQOL得点の高かった高齢者は、身体的に良好でADL得点が高く、非介護認定者や非介護サービス受給者であり、診療所を利用することも少なく、日常生活を人に頼らずに送れる人達であった。また、生活の主体性である健康に気を配る、生活を定期的に送るなどに心がけて生活していた。これはA島には診療所が1つだけであり、専門的治療は島外へ行かなければできないという医療環境の乏しさも影響していると考えられる。石津ほか(2004)は、久高島の女性はQOL得点が身体的領域で有意に低値を示し、戦後の過酷な労働条件により、多くの女性高齢者が膝

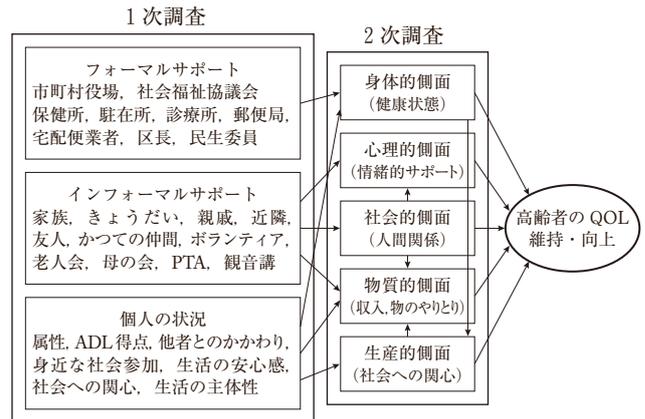


図5 A島の高齢者のQOL維持・向上への関連要因

関節痛を訴えていることが背景にある、と報告していた。A島の女性高齢者に腰痛・変形性膝関節症が多いことは、久高島の女性同様、若いころの重い荷物を担いでの舗装されていない坂道の上下りや点在する田畑での農作業等の過酷な労働条件(佐賀県教育委員会, 1974; 彌富, 1935)も影響していると考えられる。また、高血圧の人が多くは、A島の主要産業である漁業による肉体労働に伴って、長年、塩分の多い食生活であったことが影響していると考えられる。

QOL高群と低群の比較から、高群のように健康状態がよいことは、ADLの維持や家事労働の継続、生活圏の維持につながり、自律して生活し、十分に趣味などの余暇を楽しむことにつながっていた。低群では、治療のために診療所や島外の病院の受診が必要になるが、低収入と不便な交通条件、高額な医療費負担ができず、受診の抑制がみられた。その結果、疾病の重症化、ADLの低下につながり、家事労働の低下や生活圏の狭小化が起こる。大川(2004)は「歩行困難などの活動制限が起こると、外出しなくなるなどの社会的な参加制約が起こる。それによってますます生活は不活発になり、活動と参加の悪循環が起こる。参加制約が悪化すると生きがい(人生の目標)の喪失につながっていく」と述べている。A島の高齢者においても、低群のように活動と参加の悪循環が起こるとQOLを低下させると考える。石津ほか(2004)の沖縄久高島の調査では、健康自己評価とWHO/QOL26との正の相関が報告されているが、A島においてもADL得点が高く身体的健康状態がよいことが島に住み続ける条件であり、QOL維持により影響を与えていることが示唆された。医療や介護保険サービスなどのフォーマルサポートに制限があるA島の高齢者のQOL向上にとって、安全面での転倒予防を含めて、個人の状況である健康状態を良好に維持することは必要不可欠なことであると言える。

b. 心理的側面

1次調査から、困ったときの相談相手や緊急時に駆けつ

けてくれる人がいる生活の安心感は、2点満点で1.99と高得点であった。安梅（2000）は75～79歳では1.7～1.9と報告しているが、A島の高齢者のほうが高かった。A島では、ごく最近まで家に鍵をかけたことがないのが一般的であった。その理由は、「たどっていけば皆親戚」というように島民間の血縁関係が強く、島民同士が皆知り合いであるための信頼感によると考える。これは、A島のよいところであり、高齢者にとって兄弟姉妹、親戚、隣近所が助けしてくれるという安心感につながっている。

情緒的サポートにはポジティブサポートとネガティブサポートがあるが、2次調査で明らかのように、ポジティブな情緒的サポートは高群も低群もほぼ同じように受けていた。しかし、ネガティブサポートは低群に多く認められ、人間関係で悩んでいる人がいた。それに対し、友人が相談相手になって愚痴を聞くなどのインフォーマルサポートがあり、精神的健康が保たれていた。齋藤ほか（2005）は、地域の「お茶飲み」で友人・隣人・知人からの情緒的サポートと手段的サポートを受けている、と報告している。生活圏が狭く島外への外出の機会が少ない低群では、外出の機会となるデイサービスにおいて、仲のよい友人やボランティアの人たちと話をすることで気分転換、ポジティブな情緒的サポート、ネガティブな情緒的サポートの緩和ができていけると言える。高群は、毎日充実感があると答えた人が多く、それがQOLを高めていると考える。

ストレスが少なく精神的健康が保たれている、島民間のインフォーマルサポートによって、心の面で支えや助けられていると感じる、生きがいや充実感があることが高齢者のQOL向上には必要である。

c. 社会的側面

安梅（2000）は、家族や兄弟姉妹、親戚、友人との会話の程度を示す他者とのかわり、75～79歳では2.8～2.9と報告している。A島では2.03と低い結果であった。これは「たどっていけば皆親戚」というように親戚が多い高齢者では頻りに人的交流があるが、兄弟姉妹や親戚が島内にいない高齢者では交流が少なくなるためと考える。

高群低群の比較から、離島のような生活環境においては家庭内、友人や親戚とのよい交流があることがQOL維持・向上に必要である。鈴木（2008）は、社会関係の把握の1つの側面として社会的信頼をあげている。地域での人々の信頼性を、A島においては家族や近隣同士の信頼度としてとらえることができる。家族や隣近所とのネガティブな関係は、島内における人々の信頼性を低下させることになる。また小田・高田（2004）は、農村居住高齢者では親族ネットワークが核になっており、近隣・友人ネットワークはそれを補完している、と報告している。A島では血縁関係が強く、それを基盤としてのネットワークが代々築かれ

ており、冠婚葬祭時、行事への協力、日々の野菜や魚の相互扶助など、インフォーマルサポートが提供されている。しかしそれは、血縁関係が少ない人にとってはネットワークが弱いことにもなる。またその結びつきがポジティブに働いているときはよいが、ネガティブに作用した場合はストレスとなる。家族や隣近所との人間関係の良否もQOLに影響していると考えられる。

またA島では、老人会、母の会、PTA、信徒会、観音講などの組織に参加することで、血縁に関係しない人間関係が形成されている。たとえば、対象者たちはすでに観音講は終了し参加していないが、「かつての観音講仲間は絆が強い」という言葉が示すように、組織や趣味の仲間との交流からのインフォーマルサポートは、A島の高齢者のQOL向上に寄与していると考えられる。

d. 物質的側面

『国民生活基礎調査』（厚生労働省、2010）によると、65歳以上の1人当たりの平均年間所得金額は189.5万円である。また、『家計調査』（総務省、2010）の「世帯属性別の家計収支」によると、世帯主が65歳以上の無職世帯では、1か月の実収入は約18万円、実支出は約21万円である。高群の収入は1月当たり6～9万円以上から20万円以上あり、収入に対する満足度も高かった。高群では、収入が多いことで病気の治療を十分に受けることができ、健康の維持につながり、趣味などに使用することもできていた。低群では、年金が5万円以下や生活保護受給者が認められた。収入が少なくても一定額的生活費は必要であることから、苦しい経済状態と言えらる。A島には2軒の雑貨商しかなく、食品の種類に制限がある、収入の少なさから買い物を控えている状況もあり、栄養のバランスのとれた食事の点でも問題がみられた。それを補填していたのが、野菜を自分で育てる自宅周辺での農業であった。しかし、健康状態が不良になると家事労働や野菜づくりができなくなる。それを、島民間の魚や野菜の相互扶助が補っている状況がみられた。年金の少なさを補填するインフォーマルサポートはA島の高齢者にとってなくてはならないネットワークであった。小田・高田（2004）は、農村居住高齢者の手段的サポート、情緒的サポート、情動的サポートのいずれも親族ネットワークが核になっており、近隣や友人ネットワークはそれを補完するかたちでネットワークが形成されていると報告しているが、A島のネットワークは親族に限定されていないことが特徴であった。

野菜等をもらうなどいつでも助けられる隣人との交流があること、家族などによる診療所への送迎などの輸送手段が確保されていることは、物質的良好状態を維持ことに寄与しており、A島の高齢者におけるインフォーマルサポートの重要性が示唆された。

e. 生産的側面

安梅（2000）は、社会への関心は75～79歳では2.4～3.5と報告しているが、A島の高齢者では1.71と低かった。これには離島という地理的条件の影響が大きいと考える。A島では新聞講読をしている人が少なく、理由は、天候不良時は船の欠航で新聞が届かないこと、新聞がなくてもテレビで事足りること、新聞代が払えないことなどであった。本雑誌も購入する機会が少なく、読む人が少なかった。

高群では、地域の行事に参加し、島外へ出かけて散髪や買い物をしたり、趣味やボランティア活動を通して人との交流があった。物ごとに積極的に取り組んでいる状況や新聞を購読して世の中の情報を得ていることから、社会的関心が高いと言える。また自分のもてる能力を十分に発揮して、家族の世話をしたり、趣味を楽しんだり、充実した生活を送っていた。大川（2004）が報告しているように、活動の向上が生活全般を活発化し、積極的に機会をとらえてさまざまな場所へ出入りする頻度が増す結果へとつながる。つまり、活動と参加の良循環が起こっており、それが生きがいのある人生をもたらす。星（2009）は、男性の高年齢者では地域活動への参加によって、非親族や近くに住む人と高い頻度で接触する人が増え、女性も高い頻度で接触する人が増える、と述べている。しかしA島の低群では、趣味なしが多く、島外への外出や趣味を楽しむ余裕はほとんどない状態であった。この原因には健康状態不良や収入の少なさも影響していると思われるが、どれくらい自分の能力を認識し活用しようと思うか、高齢者自身の意識も関係すると考える。鈴木（2008）は、地域に自分が貢献している度合いが高いほど、地域で生活することに対する地域生活満足度が高く、それが生活全体の満足度につながる、と述べている。A島の高齢者においても、地域の行事などに参加すること、入浴の補助などのボランティア活動で地域に貢献することは地域生活満足度につながり、生活全般の満足度を高め、QOL向上につながると考える。自分のもてる力をどのように活用するかは高齢者のQOLにとって重要である。

f. 身体的側面、心理的側面、社会的側面、物質的側面、生産的側面の関連

1次調査および2次調査の結果から、A島におけるフォーマルサポートは、市町村役場の委託を受けて社会福祉協議会が行っている送迎つきのデイサービス、訪問介護、サロン、見守りと種類が少ない現状であり、診療所によって身体的側面へのサポートが行われていた。フォーマルサポートや個人の状況は身体的側面に関連していた。

家族・親戚・友人・島内組織によるインフォーマルサポートは、人間関係に関連した社会的側面、野菜等の相互扶助などの物質的側面、情緒的サポートなどの心理的側面

に関連していた。

属性・ADL得点・他者とのかかわり・身近な社会参加・生活の安心感・社会への関心・生活の主体性などの個人の状況は、健康状態の維持などの身体的側面、他の島民への野菜などを提供するという物質的側面、社会への関心もち自分のもてる力を発揮する生産的側面に関係していた。

A島の高齢者では、社会的側面（島民間の人間関係）が基盤になり、物質的側面（食材の提供や手段的サポート）や心理的側面（情緒的サポート）に影響していた。身体的側面（健康状態が良好）は高齢者がA島に住み続けるためには非常に重要で、健康状態が良好であれば生産的側面（趣味や社会への関心、家族や島民に対する貢献）を高めることができる。生産的側面（家族や島民に対する貢献ができること）は物質的側面に影響し、経済的支援につながっていた。

A島の高齢者のQOL維持・向上にとって、身体的側面、心理的側面、社会的側面、物質的側面、生産的側面すべてが影響していると言える。とくに離島の特徴である医療環境や福祉サービスの不利な条件下では、身体的側面すなわち転倒予防に気をつけて健康状態を維持することは、島に住み続けるための必須条件である。また、都会では失われつつある近隣との人間関係が島内では維持されており、これは離島のよい特徴である。人間関係を基盤においたインフォーマルサポートは、物質的側面・心理的側面へも影響している重要なネットワークである。つまり、島内で行われている野菜や魚の相互扶助などが、収入が少ないという物質的側面を補い、家族・親戚・友人による情緒的サポートなどの心理的側面により影響を与えている。これが、離島在住高齢者が島内でいつまでも生活したい、島外では生活できないと考える要因であると考えられる。しかし、A島外の生活に眼を向けることが少ない状態もみられるため、QOL高群にみられるように、自分の能力を活かして何らかの社会貢献をするなどの高齢者自身の意識を高めることも必要である。

離島高齢者のQOL維持・向上にとって、社会的側面（島民間の人間関係）が基盤になった物質的側面（食材の提供や手段的サポート）や心理的側面（情緒的サポート）のインフォーマルサポートが重要な役割を果たしている。しかし、インフォーマルサポートでフォーマルサポートを代替するのではなく、インフォーマルサポートとフォーマルサポートとを補完しあうように組み合わせ活用することが重要である。

謝 辞

本研究にご協力下さいました、A島在住の高齢者の皆さま、各地区の区長さまに厚くお礼申し上げます。

要 旨

A島在住高齢者のQOLへのインフォーマルサポート等の影響要因を明らかにする目的で、平成21年12月～平成22年9月、1次調査(QOL測定)、2次調査(QOL関連要因)を行った。

1次調査は、94名、平均年齢77.2歳、QOL得点は 3.29 ± 0.54 点であった。

2次調査は、QOL高群男性5名、女性3名、平均年齢78.1歳、低群男性2名、女性7名、平均年齢77.3歳。両群の生活構造の違いは、疾患の有無、治療への経済力の影響、人間関係の良否、フォーマルサポート・インフォーマルサポートの授受であった。フォーマルサポートや個人の状況は身体的側面、インフォーマルサポートは心理的側面・社会的側面・物質的側面、個人の状況は物質的側面・生産的側面に関連していた。

A島の高齢者のQOLには、良好な身体的健康、血縁関係を基盤としたネットワークやインフォーマルサポートの維持、高齢者自身の能力活用が関連していた。

Abstract

Objective: This study aimed to clarify the effects of informal support and other services on the QOL of the elderly population living on A Island.

Method: Surveys were conducted twice between December 2009 and September 2010.

Results: The QOL score was 3.29 (actual range = 2.75–3.83) in the first survey for the 94 elderly people surveyed, whose mean age was 77.2 years. The second survey was conducted for five men and three women in the higher QOL-scoring group, whose mean age was 78.1 years, and for two men and seven women in the lower QOL-scoring group, whose mean age was 77.3 years. Differences between the two groups' lifestyles were caused by the following factors: health condition, financial ability to obtain treatment, quality of human relationships, and formal or informal support. Formal support is concerned physical aspects of an individual's condition, while informal support refers to psychosocial and material aspects. Individuals' conditions include both what they possess and what they can do.

Conclusion: Good physical condition, a network of family-based informal support, and utilization of one's own potential are all required for a high quality of life among the elderly population on A Island.

文 献

- 安梅勅江 (2000) : エイジングのケア科学 — ケア実践に生かす社会関連性指標. 川島書店.
- Caplan, G. (1974) / 近藤喬一, 増野 肇, 宮田洋三訳 (1979) : 地域ぐるみの精神衛生. 星和書店.
- 土井由利子 (2004) : 総論 — QOLの概念とQOL研究の重要性. 保健医療科学, 53(3), 176-180.
- Hamano, Kanae (2007) : The life satisfaction, and relating factors, of elderly residents of a remote island in Saga Prefecture. *Journal of Nursing Investigation*, 5(2), 69-76.
- 浜崎優子, 佐伯和子, 城戸照彦 (2007) : 地方中核都市における高齢者の社会活動と幸福感に関する研究 (第1報) — 自立高齢者の社会活動の実態 —. 北陸公衆衛生学会誌, 33(2), 80-85.
- 浜崎優子, 佐伯和子, 塚崎恵子, 城戸照彦 (2007) : 地方中核都市における高齢者の社会活動と幸福感に関する研究 (第2報) — 後期高齢者の主観的幸福感の関連要因. 北陸公衆衛生学会誌, 33(2), 86-91.
- 星 敦士 (2009) : 高齢者の地域活動参加と社会的ネットワーク. 甲南大学紀要・文学編, 156, 107-128.
- Hyodo, H., Murata, K., Murata, S., Kurokawa, J., and Inaba, R. (2009) : Factors Influencing the Vitality of Elderly Women Undergoing Long-term Medical Treatment. *JJOMT*, 57(1), 17-23.
- 石津 宏, 豊里竹彦, 太田光紀, 森山浩司, 大城和久, 與古田孝夫, 津田 彰, 矢島潤平, 兪 峰, 吉田 延 (2004) : 沖縄県久高島の高齢者の健康状態と関連要因に関する心身医学的研究 — 神事(“祭り”)と唾液中免疫関連物質等の変化を指標として —. 心身医学, 44(9), 671-680.
- 伊藤菜緒, 武田 文 (2006) : 地域高齢者のQOL関連要因に関する介護度別検討. 日本健康教育学会誌, 14巻特別号, 80-81.
- 加藤芳朗, 畑中けい子, 田崎美弥子, 石井八重子, 海老原良典, 高山美智代, 広瀬信義, 角間辰之, 国吉 緑, 鈴木千智, 長谷川恵美子, 松田正巳, WHOQOL-OLD調査票日本語版開発グループ (2005) : WHOQOL-OLDフィールド調査票による量的調査 — 社会背景因子と既存QOL調査票との関連について —. 老年精神医学雑誌, 16(9), 1057-1067.
- 厚生労働省 (2010-12-23) : 平成21年国民生活基礎調査の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa09/>
- 古谷野亘 (2004) : 社会老年学におけるQOL研究の現状と課題. 保健医療科学, 53(3), 204-208.
- 古谷野亘, 柴田 博, 中里克治, 芳賀 博, ほか (1987) : 地域老人における活動能力の測定 — 老研式活動能力指標の開発 —. 日本公衆衛生雑誌, 34(3), 109-114.
- 久保田晃生, 永田順子, 杉山真澄 (2007) : 高齢者におけるQuality of Lifeの縦断的变化に関する研究 — 静岡県高齢者保健福祉圏域別の検討を中心として —. 厚生指針, 54(7), 32-40.
- 栗盛須雅子, 星 旦二, 長谷川卓志 (2004) : IADLの自立した在宅高齢者の主観的幸福感と生活満足度の関連要因の検討. 日本健康科学学会誌, 20(3), 265-274.
- マグワイア, L. (1991) / 小松源助・稲沢公一訳 (1994) : 対人援助のためのソーシャルサポートシステム. 241-252, 川島書店.
- 三上美美子 (1996) : 地域福祉におけるインフォーマル・サポート・ネットワークの位置づけ. 季刊社会保障研究, 31(4), 368-379.
- 森山浩司, 石津 宏, 與古田孝夫, 豊里竹彦, 太田光紀, 大城和久, ほか (2004) : 高齢者の健康状態とメンタルヘルスに関する研究 — 沖縄の久高島と北中城村における実地調査研究.

- 心身医学, 44(9), 661-669.
- 西村昌記 (2004) : 一人暮らし高齢者の生活課題 — サポート・ネットワークの観点から — . 老年精神医学雑誌, 15(2), 184-191.
- 野口裕二 (1991) : 高齢者のソーシャルサポート : その概念と測定 . 社会老年学, 34, 37-48.
- 小田利勝, 高田佳奈 (2004) : 農村居住高齢者の親族ネットワークとソーシャル・サポート — 兵庫県村岡町を対象として — . 人間科学研究, 11(2), 1-31.
- 大川弥生 (2004) : 高齢者の地域生活を支えるリハビリテーション — 生活機能 (ICF) の向上に向けて — . 社会福祉研究, 89, 39-47.
- 佐賀県教育委員会編 (1974) : 東松浦郡鎮西町馬渡島新村 — 佐賀県の民俗 (上巻). 367-391, 歴史図書社.
- 齋藤美華, 小林淳子, 服部ユカリ (2005) : 前期高齢者の「お茶飲み」がソーシャル・サポートと主観的幸福感および交流の充実感に及ぼす影響 . 日本地域看護学会誌, 7(2), 41-47.
- 讃井真理, 三木喜美子 (2003) : 介護老人保健施設入所中の要介護状態にある高齢者の生き甲斐とサポートネットワークの現状 . 看護学総合研究, 5(1), 28-39.
- 総務省 (2010-12-23) : 家計調査年報 (家計収支編) 平成21年 家計の概況 . <http://www.stat.go.jp/data/kakei/2009np/gaikyo/>
- 鈴木征男 (2008) : 社会関係資源と地域生活 — ソーシャル・キャピタルの地域生活へのインパクト — . Life Design Report, 9(10), 4-15.
- 高見千恵, 忠津佐和代, 中野美幸, 水子 学, 長尾光城 (2005) : 在宅高齢者の介護保険サービスに対する評価 . 川崎医療福祉学会誌, 14(2), 297-304.
- 田崎美弥子, 中根充文 (2007) : WHO QOL26 手引改訂版 . 金子書房.
- 富樫ひとみ (2007) : 高齢者の社会関係に関する文献的考察 — 社会関係の構造的特質の検討 — . 立命館産業社会論集, 42(4), 165-183.
- 山下匡将, 宮本雅央, 村山くみ, 志水 幸 (2007) : 主観的健康感と社会とのかかわりに関する研究 . 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 3(1), 29-34.
- 彌富忠六 (1935) : 馬渡島 . 馬渡尋常小學校, 1-58.

〔平成23年12月20日受 付〕
〔平成24年 9月20日採用決定〕

インターフェロン療法を提案されたC型慢性肝炎患者の 意思決定とその要因

Decision-making for Interferon Therapy and Their Factors in Patients with Chronic Hepatitis C

片山 泰佑¹⁾ 箕持 知恵子²⁾
Taisuke Katayama Chieko Hatamochi

キーワード：C型慢性肝炎，インターフェロン療法，意思決定

Key Words：chronic hepatitis C, interferon therapy, decision making

I. はじめに

わが国のC型肝炎ウイルス（HCV）の持続感染者数は約200万人と推定されている。C型慢性肝炎から15年後における肝癌の発生頻度は約11～53%であること（Ikeda, et al., 1998）から，C型慢性肝炎に対する治療の目標はHCVの排除と肝発癌の予防（林・小瀬・平松，2008）とされている。わが国のC型慢性肝炎に対する治療法に関して，C型肝炎疾患が患者の予後を規定し，薬剤の副作用への対処が可能な症例はインターフェロン（interferon；IFN，以下IFN）療法の対象とすることが一般的（西口ほか，2009）である。しかし，医師の診察を受けたHCV抗体陽性患者のうち，IFN療法を受ける患者は約30%とする報告（小池，2008）がある。また，2008年度における肝炎インターフェロン治療費助成制度（以下，治療費助成制度）の利用申請件数は国の目標値の半数以下であり，IFN療法の適応のある患者のなかには，「治療を受けない」という意思決定をする患者も少なくないと推察される。

意思決定は，複数の選択肢のなかから1つを採択すること（久田，2006）であり，決定における患者自身および医療者を含む他者の意見の反映度（常盤，2005）を示す側面もある。また，意思決定は選択肢における利益と負担の認識により行われる（Janis & Mann, 1977；Prochaska & Velicer, 1997）とされている。がん患者における治療法の選択には通院距離と時間，経済的負担（平井・所・中・小原・河原，2005），病状および治療効果や副作用に対する認識（尾沼・鎌倉・長谷川・金田，2004）が，糖尿病患者におけるインスリン療法の導入には医療者による十分な説明の有無や社会生活への影響（Karter, et al., 2010）等が考慮されていることが報告されている。C型肝炎患者のIFN療法の選択においては通院距離が影響する（Witkos,

Yi, Heathcote, Kapral, & Krahn, 2006）ことが報告されている。しかし，IFN療法を受けることの意味決定において，決定における患者本人や医療者を含む他者の意見の反映度の観点と，治療の有無と治療に伴う利益および負担に関する認識や医師による治療に関する説明の関連の観点では，十分な数量的調査は行われていない。IFN療法を受けるかどうかの意思決定にかかわる要因を十分に理解し，患者の意思決定を支援することは，医療者の重要な責務であると考える。

II. 研究目的

本研究は，医師よりIFN療法を提案されたC型慢性肝炎患者の治療を受けるかどうかの意思決定について，その決定における患者本人および医療者を含む他者の意見の反映度と，治療の有無と治療に伴う利益および負担の認識や医師による治療に関する説明等の影響要因との関連を明らかにすることを目的とした。

III. 用語の定義

1. 意思決定

本研究における意思決定とは，医師よりIFN療法を提案されたC型慢性肝炎患者が治療を受けるかどうかを決定することであり，患者本人および医療者を含む他者の意見の反映度を示す側面をもつもの，とする。

2. 影響要因

本研究における影響要因とは，IFN療法の意思決定にかかわる要因であり，患者の属性や療養状況等の背景因子，医師による治療の説明に対する認識，治療に伴う利益およ

1) 京都大学医学部附属病院 Kyoto University Hospital

2) 大阪府立大学地域保健学域看護学類 College of Health and Human Sciences, Osaka Prefecture University

び負担の認識を示す。このうち、治療に伴う利益と負担はC型慢性肝炎患者に対するIFN療法の実施に伴って生じる利益と負担であり、利益はIFN療法を受けることに対して促進的に作用し、負担はIFN療法を受けることに対して抑制的に作用するものである。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は回顧的実態調査研究である。

2. 対象者

本研究は、自治体により肝炎専門医療機関に選定された4医療機関に通院するC型慢性肝炎患者で、治療費助成制度の運用が開始された2008年4月以降に医師よりIFN療法を提案され、治療を受けるかどうかの意思決定を行った患者を対象とした。このうち、IFN療法を提案された当時の患者自身の状況や認識を問う質問紙への回答が可能であると施設担当者が判断した患者を対象とした。ただし、肝硬変と診断されている患者、治療を受けるかどうか検討中の患者は除外した。

3. 調査方法

a. データ収集方法

2010年6月～11月に、自記式質問紙調査および診療録調査を行った。質問紙調査は自記式として、対象者の外来診察時における待ち時間に質問紙を配布したうえで回答を依頼し、回答後の質問紙はその場での回収、または郵送による回収とした。診療録調査は、研究協力施設担当者の立ち会いのもとで、診療録より転記または担当者より情報提供を受けた。

b. 本研究における調査の枠組み

本研究の調査の枠組みを図1に示す。本研究では、意思決定にはIFN療法を受けるかどうかを決定する側面と、

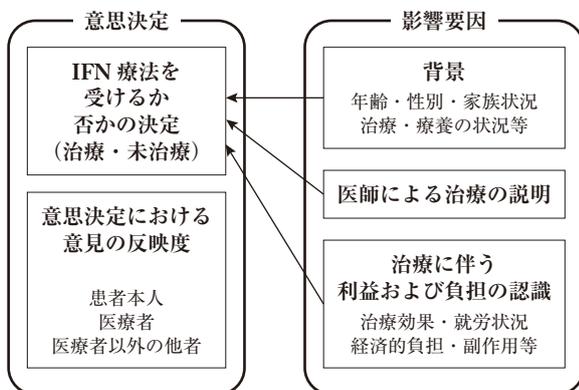


図1 本研究における調査の枠組み

決定における患者本人、医療者、それ以外の他者の意見の反映度(常盤, 2005)を示す側面がある。先行研究から年齢、家族状況等の背景因子、医師による治療法の説明内容(Strauss, et al., 1984/1987; 平井ほか, 2005; 尾沼ほか, 2004)、治療に伴う利益と負担の認識(Janis & Mann, 1977; Prochaska & Velicer, 1997)を意思決定の影響要因として考えた。

c. 調査内容および質問紙

先行研究(Janis & Mann, 1977; Strauss, et al., 1984/1987; 平井ほか, 2005; 尾沼ほか, 2004; 常盤, 2005)をもとに、研究者の作成した以下の内容の質問紙調査および診療録調査を行った。

(1) 患者背景

- ①属性：年齢、性別、同居家族の有無、就労の有無、1日の平均労働時間、自宅から通院する医療機関までの平均所要時間に関する6項目
- ②治療や療養の状況：罹患期間、IFN療法を提案した医師への受診年数、治療費助成制度の認知の有無、意思決定を行う前に利用した肝疾患に関する情報源を問う4項目、HCVセロタイプ(この項目のみ診療録調査)

(2) 医師によるIFN療法の説明

治療期間に関する説明の有無とその期間、治療のための通院頻度の説明の有無とその頻度、治療開始時期における入院の提案の有無について問う項目、また治療効果および副作用について十分に説明を受けたかどうかについて「非常にそう思う」～「全くそう思わない」の5段階順序尺度で問う項目計7項目

(3) IFN療法に伴う利益および負担の認識

- ①治療に伴う利益(疾患の治癒の可能性と疾患の進展予防に関する利益の認識)
- ②治療に伴う負担(仕事・家事・趣味活動への支障、経済的負担、通院期間や頻度、通院に関する負担、副作用に関する負担の認識)
- ③治療に伴う負担の軽減(職場での配慮、治療費助成制度の利用などによる負担の軽減、副作用への対処の可能性に対する認識)など「非常にそう思う」～「全くそう思わない」の5段階順序尺度で問う計13項目
- ④自分にも起こるのではないかと考えた副作用の内容(1項目の自由記述)
- (4) 意思決定にあたり最も考慮したこと(1項目の自由記述)
- (5) 意思決定内容

- ①治療の有無を問う1項目
- ②意思決定における意見の反映度を問う1項目(意思決定において誰の考えがどの程度反映されたかについて、患者本人・医療者・家族等の医療者以外の他者の

おのおのの意見の反映度を、合計100%となるよう数値で回答を求めた。

4. 倫理的配慮

本研究の実施にあたり、大阪府立大学看護学部研究倫理委員会（番号22-12）および研究協力施設における倫理審査委員会による審査またはこれに準ずる手続きを受け、承認を得た。対象者より得られたデータはすべて無記名・記号化し、対象者の氏名および記号について照合表を作成のうえ、データと異なる施錠可能な場所で厳重に管理した。

5. 分析方法

統計分析には統計パッケージソフトSPSS v.17.0を使用し、以下の手順で分析を行った。

- ①IFN療法に対する意思決定における意見の反映度は、患者本人、医療者、医療者以外の他者のそれぞれの数値の平均値を算出し、記述統計として示した。
- ②意思決定における影響要因の分析では、5段階順序尺度により得た回答をIFN療法を受けることに対して促進的に働くか否かの観点で2値化し、以下の手順で統計的分析を行った。まず、医師よりIFN療法を提案され、治療を受けるかどうかを決定し、治療を受けた患者を治療群、治療を受けなかった患者を未治療群とした。各調査項目を独立変数とし、名義尺度は χ^2 検定（度数5未満のセルを含む場合はFisherの直接法）、比率尺度はデータに正規性を認めなかったためMann-WhitneyのU検定により群間比較を行った。
- ③単変量解析の結果において $p < .2$ を満たす変数を独立変数として、ステップワイズ法（尤度比を用いた変数減少法）による多重ロジスティック回帰分析を行った。ただし、 χ^2 検定における四分表で度数5未満のセルを含む項目は、投入する独立変数から除外した。多重ロジスティック回帰分析における従属変数は治療ありとし、オッズ比 > 1 を満たす変数を「治療を受けることに対する促進要因」とした。
- ④自由記述により回答を得た「自分にも起こると思った副作用」と「意思決定にあたり最も考慮したこと」については、質問項目ごとに内容分析し、カテゴリー化した。

V. 結果

本研究の条件を満たす患者107名に対して研究への協力を依頼し、98名（回答率91.6%）より研究協力の同意および質問紙への回答を得た。このうち、欠損値のあるデータを除いた89名（有効回答率91.8%）を分析対象者とした。

医師からIFN療法を提案された結果、IFN療法を受けていた者（治療群）は66名（74.2%）、IFN療法を受けていなかった者（未治療群）は23名（25.8%）であった。

1. IFN療法を受けるかどうかの意思決定における意見の反映度の実態（図2）

IFN療法を受けるかどうかの意思決定において、患者本人、医療者、医療者以外の他者の意見の反映度がそれぞれの程度であるかを調査した。患者本人の意見の反映度は未治療群79.1±24.1%、治療群64.1±33.7%であり、両群とも患者本人の意見の反映度が最も高かった。医療者の意見の反映度は、治療群（25.5±31.2%）と未治療群（10.4±19.9%）で異なる傾向を認めた。医療者以外の他者の意見の反映度は、両群で同程度であった。

2. 意思決定における影響要因

a. 対象者の背景：治療群および未治療群の比較（表1）

治療群および未治療群の対象者の背景を比較した。その結果、平均年齢は両群間でほぼ同様であった。性別では、男性は治療群27名（40.9%）、未治療群14名（60.9%）であっ

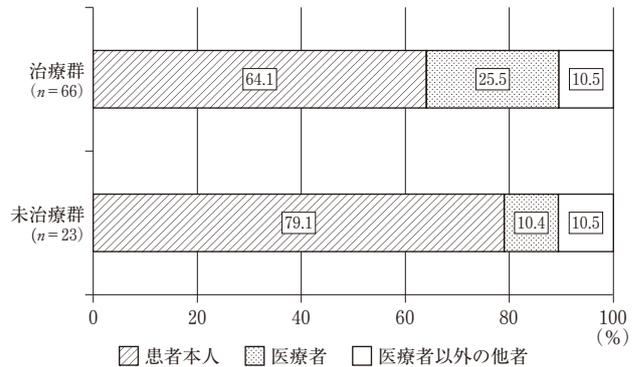


図2 IFN療法の開始にかかわる意思決定における意見の反映度

表1 患者背景：治療群・未治療群の比較

項目	人 (%), Mean ± SD			p 値
	全体 n = 89	治療群 n = 66	未治療群 n = 23	
年齢 (歳)	59.2 ± 9.3	58.5 ± 9.1	61.0 ± 7.0	.484
男性	41 (46.1)	27 (40.9)	14 (60.9)	.098
女性	48 (53.9)	39 (59.1)	9 (39.1)	
同居家族あり	79 (88.8)	61 (92.4)	18 (78.3)	.117
なし	10 (11.2)	5 (7.6)	5 (21.7)	
就労あり	51 (57.3)	37 (56.1)	14 (60.9)	.688
なし	38 (42.7)	29 (43.9)	9 (39.1)	
平均労働時間 (時間)	7.9 ± 2.5	7.6 ± 2.2	8.5 ± 3.1	.267
平均通院時間 (分)	36.3 ± 21.2	33.6 ± 19.7	44.1 ± 23.5	.053

[注] 1) 性別と同居家族の有無は χ^2 検定。その他はMann-WhitneyのU検定
2) 平均労働時間は就労者のみに対する調査項目 (n = 51)

た。また、同居家族のあった者は治療群61名(92.4%)、未治療群18名(78.3%)であり、有職者は治療群37名(56.1%)、未治療群14名(60.9%)であった。自宅からIFN療法を提案した医療機関までの平均通院時間は、未治療群で長い傾向にあった。しかし、これらすべての項目において両群間に有意差を認めなかった。

b. 治療や療養に関する状況：治療群および未治療群の比較(表2)

治療群および未治療群の治療や療養の状況を比較した。肝疾患への平均罹患期間は、両群間に有意差を認めなかった。IFN療法を提案された当時における治療費助成制度の認知の有無では、治療群(71.2%)より未治療群(91.3%)のほうが制度を認知している傾向にあった。HCVタイプは、両群ともに、日本人の約70%を占め著効率が低いとされるセログループ1(日本肝臓学会, 2007)の患者が80%以上であり、有意差を認めなかった。意思決定より前に利用した肝疾患に関する情報源では、医師、看護師、他の患者、肝臓病教室等の講演、パンフレットやポスター、インターネットの利用率は両群間で有意差を認めなかったが、テレビや新聞を利用した者は治療群(36.4%)と比較して未治療群(69.6%)に有意に多かった。

表2 治療や療養に関する状況：治療群・未治療群の比較

n = 89

項目	回答	人(%)		p値
		治療群 n = 66	未治療群 n = 23	
〈療養状況〉				
肝疾患の罹患期間(年)	Mean ± SD	12.0 ± 10.7	16.4 ± 10.1	.064
治療費助成制度の認知の有無	あり	47 (71.2)	21 (91.3)	.051
	なし	19 (28.8)	2 (8.7)	
HCVタイプ	group 1	53 (80.3)	20 (87.0)	.753
	group 2	13 (19.7)	3 (13.0)	
〈肝疾患に関する情報源の利用状況〉				
医師	あり	39 (59.1)	17 (73.9)	.205
	なし	27 (40.9)	6 (26.1)	
看護師	あり	5 (7.6)	3 (13.0)	.421
	なし	61 (92.4)	20 (87.0)	
他の患者	あり	21 (31.8)	8 (34.8)	.794
	なし	45 (68.2)	15 (65.2)	
肝臓病教室	あり	6 (9.1)	3 (13.0)	.690
	なし	60 (90.9)	20 (87.0)	
パンフレット・ポスター	あり	26 (39.4)	9 (39.1)	.982
	なし	40 (60.6)	14 (60.9)	
テレビ/新聞	あり	24 (36.4)	16 (69.6)	.006
	なし	42 (63.6)	7 (30.4)	
インターネット	あり	28 (42.4)	8 (34.8)	.520
	なし	38 (57.6)	15 (65.2)	
その他	あり	7 (10.6)	0 (0.0)	.183
	なし	59 (89.4)	23 (100.0)	

[注] 肝疾患の罹患期間はMann-WhitneyのU検定、その他は χ^2 検定・Fisherの直接法

c. IFN療法に関する説明の状況：治療群および未治療群の比較(表3)

治療群および未治療群のIFN療法に関する医師による説明に対する認識の状況を比較した。医師よりIFN療法を提案された際に、治療期間の説明を受けたと回答した者は未治療群(43.5%)と比較して治療群(95.5%)に有意に多く、通院頻度説明を受けたと回答した者も未治療群(21.7%)と比較して治療群(97.0%)に有意に多かった。治療導入時における入院の提案の有無は、両群間で有意差を認めなかった。医師による治療効果と副作用の説明に対する認識について、治療効果に関して十分に説明を受けたと回答した者は治療群(87.9%)に有意に多かったが、副作用に関しては両群間に有意差を認めなかった。

d. 治療に伴う利益および負担の認識：治療群および未治療群の比較(表4)

(1) 治療に伴う利益に関する項目の比較

治療を受けることで病気が治ると思った者は、未治療群(21.7%)と比較して治療群(71.2%)に有意に多かった。病気の進行を止めたり遅らせたりできると思った者も、未治療群(78.3%)と比較して治療群(93.9%)に有意に多かった。HCVタイプにより治療成績が異なるため、HCVタイプとこれら2項目の関連について χ^2 検定を行った結果、2項目ともにHCVタイプとの有意な関連を認めなかった。

(2) 治療に伴う負担およびその軽減に関する項目

治療を受けることによる仕事への支障および職場での勤務条件に対する認識は、いずれも両群間に有意差を認めなかった。また、趣味活動や家庭内での役割に対する認識も両群間に有意差を認めなかった。治療期間および頻度に対する認識に関して、治療期間を長いと思わなかった者は未治療群(8.7%)と比較して治療群(34.8%)に有意に多

表3 医師によるIFN療法の説明に関する状況：治療群・未治療群の比較

n = 89

項目	回答	人(%)		p値
		治療群 n = 66	未治療群 n = 23	
治療期間の説明	あり	63 (95.5)	10 (43.5)	.000
	なし	3 (4.5)	13 (56.5)	
通院頻度説明	あり	64 (97.0)	5 (21.7)	.000
	なし	2 (3.0)	18 (78.3)	
治療開始時における入院の提案	あり	58 (87.9)	18 (78.3)	.308
	なし	8 (12.1)	5 (21.7)	
治療効果について十分な説明を受けたか	はい	58 (87.9)	14 (60.9)	.011
	いいえ	8 (12.1)	9 (39.1)	
副作用について十分な説明を受けたか	はい	53 (80.3)	14 (60.9)	.091
	いいえ	13 (19.7)	9 (39.1)	

[注] 1) χ^2 検定、Fisherの直接法

2) 回答の「いいえ」には「どちらともいえない」と回答した者も含む。

表4 治療の利益および負担の認識：治療群・未治療群の比較

項目	回答	人 (%)		p値
		治療群 n=66	未治療群 n=23	
〈治療に伴う利益に関する項目〉				
病気が治ると思った	思った	47 (71.2)	5 (21.7)	.000
	それ以外	19 (28.8)	18 (78.3)	
病気の進行を止めたり、遅らせたりできると思った	思った	62 (93.9)	15 (78.3)	.002
	それ以外	4 (6.1)	8 (21.7)	
〈治療に伴う負担に関する項目〉				
仕事に支障が出ると思った	思わなかった	34 (51.5)	11 (47.8)	.761
	それ以外	32 (48.5)	12 (52.2)	
自分の趣味活動に支障が出ると思った	思わなかった	36 (54.5)	9 (39.1)	.203
	それ以外	30 (45.5)	14 (60.9)	
家庭内での役割に支障が出ると思った	思わなかった	30 (45.5)	7 (30.4)	.208
	それ以外	36 (54.5)	16 (69.6)	
経済的な負担が大きくなると思った	思わなかった	18 (27.3)	9 (39.1)	.287
	それ以外	48 (72.7)	14 (60.9)	
提案された治療期間は長いと思った	思わなかった	23 (34.8)	2 (8.7)	.016
	それ以外	43 (65.2)	21 (91.3)	
提案された注射頻度は多いと思った	思わなかった	55 (83.3)	4 (17.4)	.000
	それ以外	11 (16.7)	19 (82.6)	
通院にかかる時間が生活に影響すると思った	思わなかった	38 (57.6)	10 (43.5)	.243
	それ以外	28 (42.4)	13 (56.5)	
自分にも副作用が起こると思った	思わなかった	6 (9.1)	1 (4.3)	.672
	それ以外	60 (90.9)	22 (95.7)	
〈治療に伴う負担の軽減に関する項目〉				
勤務条件に配慮してもらえと思った	そう思った	51 (77.3)	14 (60.9)	.127
	それ以外	15 (22.7)	9 (39.1)	
治療費助成制度は役に立つと思った	そう思った	48 (72.7)	17 (73.9)	.912
	それ以外	18 (27.3)	6 (26.1)	
副作用に対処できると思った	そう思った	49 (74.2)	11 (47.8)	.020
	それ以外	17 (25.8)	12 (52.2)	

[注] 1) χ^2 検定, Fisherの直接法
2) 回答の「それ以外」には「どちらともいえない」と回答した者も含む。

かった。また、注射頻度を多いと思わなかった者も未治療群 (17.4%) と比較して治療群 (83.3%) に有意に多かった。経済的側面では、経済的負担が大きくなると思わなかった者は両群とも半数を下まわり、また両群とも70%以上が治療費助成制度を有用であると回答し、いずれも有意差を認めなかった。また、副作用に関する認識では、自分に副作用が起こると思わなかった患者は両群とも10%未満で有意差を認めず、副作用が起こると考えていた患者は治療群90.9%、未治療群95.7%であった。一方、副作用に対処できると思った患者は未治療群 (47.8%) と比較して治療群 (74.2%) に有意に多かった。

e. 多重ロジスティック回帰分析による意思決定における影響要因 (表5)

単変量解析の結果 $p < .2$ を満たし、 χ^2 検定における四分割表で度数5未満のセルを含む項目を除外した8項目 (同居家族の有無、通院時間、肝疾患に関する情報源であるテレビや新聞の利用の有無、治療効果について十分な説

表5 IFN療法を受けるかどうかにかかわる要因

独立変数	カテゴリー	オッズ比	95%信頼区間
年齢	1歳の増加に対して	.94	.86~ 1.02
	女性	-	
性別	男性	.25	.05~ 1.14
	なし	-	
同居家族の有無	あり	13.87	1.62~ 118.79
	なし	-	
通院時間 (分)	1分の増加に対して	.96	.92~ .99
肝疾患に関する情報源としてのテレビや新聞の利用	あり	-	
	なし	9.78	2.06~ 46.41
治療により疾患が治癒すると思った	思わなかった	-	
	思った	23.15	4.60~ 116.44

[注] 多重ロジスティック回帰分析 - Negelkerke R^2 : .579, Hosmer & Lemeshow検定 p 値 : .457

明の有無、治療の副作用について十分な説明の有無、治療を受けることで病気が治ると思ったか、治療開始後の勤務条件に配慮してもらえと思ったか、治療開始後の副作用に対処できると思ったか) はステップワイズ法 (尤度比を用いた変数減少法)、交絡因子として考慮すべき年齢と性別については強制投入法による多重ロジスティック回帰分析を行った。その結果、IFN療法を受けることの促進要因として、同居家族があること (調整済みオッズ比13.87)、通院時間 (1分の増加に対して、調整済みオッズ比0.96)、肝疾患に関する情報源としてテレビや新聞を利用していないこと (調整済みオッズ比9.78)、IFN療法により病気が治ると思うこと (調整済みオッズ比23.15) があげられた。また、このモデルの精度を判別分析表により分析した結果、的中精度は82.0%であった。

f. 自由記述による回答の結果

(1) 自分にも起こるのではないかと考えた副作用

IFN療法により自分にも副作用が起こると思ったかどうかの質問に対して、「非常にそう思う」または「ややそう思う」と回答した者のうち70名 (治療群50名、未治療群20名) より、具体的な副作用の症状の回答を自由記述により得た。両群ともに30%以上があげた症状は、倦怠感 (治療群40.0%、未治療群45.0%)、脱毛 (治療群36.0%、未治療群30.0%)、発熱 (治療群34.0%、未治療群30.0%) であった。この他、うつや不眠等の精神症状 (治療群18.0%、未治療群40.0%) と悪心・嘔吐 (治療群12.0%、未治療群45.0%) は、治療群と比較して未治療群から多くあげられた。

(2) IFN療法を受けるかどうかを決定するにあたって考慮したこと (表6)

患者がIFN療法を受けるかどうかを決定するにあたって考慮したことについての回答を自由記述により得た結果、回答は治療を受けることに対して促進的に作用する要因と阻害的に作用する要因に大別できた。促進的に作用する要因は治療群のみからあげられた。具体的には、C型肝炎

表6 治療の促進要因・阻害要因：治療群・未治療群の比較
(複数回答あり)

項目	人 (%)	
	治療群 n = 64	未治療群 n = 23
〈治療の開始に促進的に作用する要因〉		
治療効果 (治癒や発癌予防の可能性)	22 (34.4)	0 (0.0)
年齢が高くないこと	6 (9.4)	0 (0.0)
医療者の助言 (医師, 看護師, 講演など)	5 (7.8)	0 (0.0)
治療費の助成制度があること	4 (6.3)	0 (0.0)
家族への感染予防	3 (4.7)	0 (0.0)
他者からの勧め (家族, 知人, 他患者)	3 (4.7)	0 (0.0)
家族の協力の有無	2 (3.1)	0 (0.0)
自覚症状や検査値の異常があること	2 (3.1)	0 (0.0)
とくになし	3 (4.7)	0 (0.0)
その他	3 (4.7)	0 (0.0)
〈治療の開始に阻害的に作用する要因〉		
仕事	8 (12.5)	5 (21.7)
副作用の内容や程度	6 (9.4)	8 (34.8)
治療費が高額であること	2 (3.1)	1 (4.3)
介護を必要とする家族がいること	1 (1.6)	4 (17.4)
治療効果が高くないこと	0 (0.0)	13 (56.5)
治療の必要性を感じない	0 (0.0)	6 (26.1)
年齢が若くないこと	0 (0.0)	3 (13.0)
その他	0 (0.0)	7 (30.4)

炎ウイルスの排除や肝発癌予防等の治療効果があること、年齢が高くないこと、講演などを含む医療者の助言、治療費助成制度があること、家族への感染予防、医療者以外の他者からの勧め等であった。一方、阻害的に作用する要因は両群からあげられた。両群に共通する回答として、仕事、副作用の内容や程度、治療費が高額であること、介護を必要とする家族がいることがあげられたが、これらの項目をあげた患者の割合は治療群で1.6~12.5%であったが、未治療群ではやや高く4.3~21.7%であった。また、未治療群のみがあげた回答は、治療効果が高くないこと(56.5%)、治療の必要性を感じていないこと(26.1%)、年齢が若くないこと(13.0%)、その他、併存疾患があること、家族の意見、医師との信頼関係、ペットを飼育しており入院できない、等であった。

VI. 考 察

1. IFN療法を受けるかどうかの意思決定にかかわる要因とその特徴

a. 対象者の背景に関する要因

IFN療法を受けることに対する促進要因について多変量解析を行った結果、同居家族があること、通院時間が短いこと、肝疾患に関する情報源としてテレビや新聞を利用していないこと、IFN療法により病気が治ると思うこと、の4項目があげられた。同居家族の有無は、単変量解析で両

群間に有意差を認めなかったが、多変量解析でIFN療法を受けることに対する促進要因としてあげられ、先行研究(Moirand, Bilodeau, Brissette, & Bruneau, 2007)と同様、同居家族のある患者でIFN療法を受けている傾向があった。今回の調査では、配偶者の有無や扶養・介護家族の有無等、同居家族のより詳細な状況を把握しておらず、今後さらなる調査が必要であると考え。通院時間も単変量解析では両群間に有意差を認めなかったが、多変量解析でIFN療法を受けることに対する促進要因としてあげられた。先行研究では、通院距離の短い患者でIFN療法を受ける傾向があると報告(Witkos, et al., 2006)されており、IFN療法を受けるかどうかの決定において患者が通院の利便性を考慮している可能性があるという点では、本研究の結果はこれと同様であると考え。肝疾患に関する情報源としてのテレビや新聞の利用の有無について、これらを利用した患者でIFN療法を受けていない傾向があった。「客観的事実に反する信念や態度を自分がもっていることを認識すると、まるで不協和音を聞くかのような不快感を覚え、これを低減させるために自己の行動を正当化してくれる情報への『選択的接触』が起こる」(池田・唐沢・工藤・村本, 2010)と言われており、これは認知的不協和理論とされている。本研究における未治療群では、以前よりIFN療法に消極的であった患者が医師より治療を提案されたことで認知的不協和を生じ、これを低減させるためにテレビ・新聞への選択的接触が起こっていた可能性と、テレビや新聞より副作用等の不利益な情報を得た結果として治療を受けていない可能性があることが推察された。

b. IFN療法に対する患者の認識に関する要因

IFN療法を受けることで病気が治ると思うことが、IFN療法を受けることの促進要因としてあげられた。一方、IFN療法を受けることで肝硬変や肝癌等への進展予防が可能であると思った患者は治療群で93.9%、未治療群においても78.3%であった。未治療群の患者の多くがIFN療法の効果として肝硬変や肝癌の予防を認識しているにもかかわらずIFN療法を受けていない背景として、とくに未治療群の患者はIFN療法の治療効果としてHCVの排除を期待していることが示唆される。しかし、本研究において、IFN療法の治療効果に対する患者の認識について、治療抵抗性のあるHCVセログループ1の患者よりもHCVセログループ2の患者が治療効果を高く認識しているとは限らなかった。また、IFN療法を受けるかどうかの意思決定にあたり考慮したことを問う自由記述の質問に対して、治療群の33.4%がHCVの排除や肝硬変および肝癌を予防できること等の治療効果をあげる一方で、未治療群の56.5%は治療効果が高くないことをあげていた。このように患者間でIFN療法の治療効果に対する認識が異なる背景として、医

師より説明を受けたHCVを排除できる確率に対する患者の正確な認識の有無や、その確率に対する患者のとらえ方の違いが考えられた。ある選択肢における利益や負担は情報の送り手とのコミュニケーションによって情報の受け手に認識される（広田・増田・坂上，2006）ことから、IFN療法を受けることによるHCVの排除の可能性に対する患者の認識には、情報の送り手である医療者と受け手である患者の双方に要因が存在すると考える。医療者側の要因として、医療者による情報提供の内容や方法の偏りを考慮すべきであるが、本研究では各自治体より肝炎専門医療機関に指定された施設に通院する患者を対象としたことから、医師による患者に対するIFN療法の効果に関する説明の内容や方法の施設間格差は小さいと考えられる。一方、患者側の要因に関して、たとえ医療者が正確に情報提供したとしても合理的結論に至るとは限らず、医療者より提供された情報に対する患者の誤解や思い込みが存在する可能性（久田，2006）が指摘されている。本研究において、IFN療法によるHCVの排除の確率について医師より説明を受けた患者がその確率を正確に認識できていない場合や、その確率を十分であるにとらえるかどうかは患者間で異なると推察できる。

IFN療法に伴う副作用に関する項目について、医師より副作用に関する説明を十分に受けたかどうか、および治療を受けることにより副作用が起こると思ったかどうかは、治療の有無との関連を認めなかった。しかし、IFN療法に伴う副作用に対処できると思った患者は治療群に有意に多かった。未治療群の患者では、自身にも起こると思った副作用として、うつや不眠などの精神症状や悪心・嘔吐をあげた患者が治療群と比較して多かった。これらのことから、未治療群の患者では、とくに精神症状や悪心・嘔吐の副作用に対する不安により治療を受けていない可能性があることが推察される。

本研究における患者の就労状況に関する項目について、就労の有無や勤務時間等の属性および就労に対する認識について調査したが、治療の有無との関連を認めず、先行研究（Moirand, et al, 2007）と同様の結果であった。

IFN療法に伴う経済的負担に関する認識について、両群ともに60%以上の患者が治療に伴い経済的負担が大きくなると認識しており、IFN療法を受けるか否かの関連要因とはならなかった。しかし、国外では、医療保険への未加入者や低所得者においてIFN療法を受けていない傾向（Hann, et al., 2008）があり、他疾患の治療法の選択においても、治療に伴う経済的負担の増大に対する認識との関連（平井ほか，2005）が指摘されている。本研究において経済的負担に対する認識がIFN療法を受けるか否かの関連要因とならなかった背景について、本研究では、両群と

もに70%以上の患者が治療費助成制度を有用であると回答し、有意差も認めなかったことから、わが国では治療費助成制度で月額医療費の上限が定められていることにより、治療に伴う経済的負担感の患者間格差が小さくなったことが影響している可能性がある。しかし、本研究では対象者の経済的背景を十分に調査しておらず、さらなる検討が必要であると考ええる。

c. 医師によるIFN療法についての説明に対する患者の認識に関する要因

治療期間や通院頻度の説明に関する状況について、医師よりこれらの説明を受けた患者でIFN療法を受けている傾向があった。この要因として、未治療群の患者ではIFN療法に対する不安や抵抗感が強く、そのために医療者による治療に関する説明を十分に受けていないと認識している可能性や、治療群の患者では、これらについて意思決定後も治療に際して繰り返し説明を受けたことが回答に影響した可能性もある。

2. IFN療法を受けるかどうかの意思決定の特徴

本研究において、IFN療法を受けるかどうかの意思決定における意見の反映度は、両群ともに患者本人の反映度が最も高く、治療群 $64.1 \pm 33.7\%$ 、未治療群 $79.1 \pm 24.1\%$ であった。常盤（2005）は、慢性疾患患者におけるセルフケア行動、検査、治療等の一般的な決定機会における平均自己決定比率を57.9%と報告しており、本研究の対象者のほうがやや高い結果であった。医療者の意見の反映度は、治療群のほうが未治療群と比較して高い傾向があったことから、治療群の患者では患者本人が医療者とのコミュニケーションのうえで意思決定を行っている傾向がある、と推察できる。一方で、家族等を含む医療者以外の他者の反映度は両群とも低い傾向であった。同居家族の存在はIFN療法を受けるかどうかの意思決定の関連要因として重要であるが、治療を受けるかどうかの判断自体は家族に委ねられるのではなく、患者本人が行っている傾向がある、と推察できる。

3. IFN療法を受けるかどうかの意思決定を行うC型慢性肝炎患者に対する支援

具体的な支援の1点目として、とくにIFN療法によりHCVを排除できる確率について患者が正しく認識できるための医療者のかかわりが必要となる。前述のように、IFN療法によるHCVの排除の確率について、医師から同じ説明を受けたとしても、患者によって理解や受け止め方が異なっている可能性がある。石川・中尾（2007）は、「診察における医師-患者間のコミュニケーションの多くは両者ともに情報提供であり、患者による質問は少ない傾

向がある」ことを報告している。よって、本研究においても、医師より説明を受けたIFN療法の治療効果に関して、患者からの医療者への質問や、医療者による十分な確認が行われていない可能性がある。これらのことから、医師より説明を受けた治療効果を患者がどのように理解し受け止めているのかについて、医療者が確認する必要があると考える。

具体的な支援の2点目として、IFN療法に伴う副作用への対処方法に関する情報提供があげられる。本研究における未治療群の患者では、とくに精神症状や悪心および嘔吐といった副作用への不安により、治療を受けていない可能性があることが示唆された。このため、発熱に対する解熱剤の投与等だけでなく、不眠に対する早期の睡眠導入薬の投与によりうつ病の発症予防が行われること（梶原ほか、2008）、悪心や嘔吐に対しては消化管運動改善薬による対症療法が行われること（櫻井・加納・乾、2008）等の対処方法について、患者に対する詳細な説明が必要であると考える。

以上のことから、IFN療法を受けるかどうかの意思決定に対する支援において、看護師の果たすべき役割を確立することが重要であると考えられる。C型慢性肝炎患者に対するIFN療法の提案は外来診察時に行われることが多く、とくに外来担当看護師の果たす役割が重要になると考えられる。これまででも、意思決定における看護師の役割について、治療方法の説明時の同席（太田、2006）や医師および患者間の仲介、治療等に伴う利益やリスクに関する情報提供（Lubkin & Larsen, 2002/2007）の必要性が述べられている。しかし、本研究において、IFN療法を受けるかどうかの意思決定を行う以前に肝疾患に関する情報源として看護師を利用した患者は全体の9.0%であり、意思決定における看護師の役割を十分に果たせていない可能性がある。このため、C型慢性肝炎患者のIFN療法を受けるかどうかの意思決定において、とくに医師による治療効果に関する説明に対する患者の認識の確認やIFN療法の副作用への対処方法に関する情報提供等について、外来看護師を中心とした看護師による十分な支援体制の確立が必要であると考えられる。このような意思決定支援を行うことにより、C型慢性肝炎患者がIFN療法に伴う利益および負担を正しく評価したうえで治療を受けるかどうかの意思決定を行うことが可能になると考える。また、これにより、治療効果に対する理解が不正確な患者や治療効果を過小評価している患者、副作用の対処に関する情報が不足あるいは不正確な患者において、IFN療法を受けるといふ意思決定が促進される可能性もあると考える。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、限定された施設における患者を対象者としたことや、IFN療法を提案された当時の状況や認識を調査した回顧的研究である点で限界を有する。本研究において、医師より説明を受けた治療効果に対する理解や受け止め方に患者間で相違があることが示唆されたが、その実態については明らかにできなかった。このため、治療効果に関する医師の説明内容とこれに対する患者の理解や受け止め方の実態について、さらなる調査が必要と考える。また、意思決定における意見の反映度において医療者の割合を調査したが、この医療者の職種を本研究では把握しておらず、さらなる調査が必要であると考えられる。

VII. 結 論

1. 89名の患者に対して質問紙調査を行った結果、医師よりIFN療法を提案されたC型慢性肝炎患者は、治療を受けるかどうかの意思決定において、患者本人の意見を強く反映している傾向があった。
2. C型慢性肝炎患者がIFN療法を受けることに対する促進要因として、同居家族があること、通院時間がより短いこと、肝疾患やIFN療法についての情報源としてテレビや新聞を利用していないこと、IFN療法を受けることにより疾患が治癒すると思うことのほか、IFN療法に伴う副作用に対処できると思うことがあげられた。一方で、患者の就労状況やこれに関する認識およびIFN療法に伴う経済的負担に関する認識については、IFN療法を受けるかどうかの意思決定の関連要因とはならなかった。
3. 治療群の患者と比較して未治療群の患者では、IFN療法の治療効果としてHCVの排除を期待しており、IFN療法を受けることで疾患が治癒すると思うかどうかは、医師による治療効果に関する説明に対する患者の理解や受け止め方に影響を受けていることが示唆された。また、未治療群の患者では、とくに精神症状や悪心・嘔吐等の副作用への不安により治療を受けていない、と推察された。これらのことから、医師よりIFN療法を提案されたC型慢性肝炎患者が意思決定を自分自身で行えるよう、とくに医師による治療効果に関する説明に対する患者の認識の確認やIFN療法の副作用への対処方法に関する情報提供等について、外来看護師を中心とした十分な支援体制の確立が望まれる。

本論文は片山泰佑の大阪府立大学院看護学研究科修士論文（指導：簗持知恵子）の一部に加筆・修正したものである。

要 旨

【目的】 C型慢性肝炎患者のIFN療法の開始にかかわる意思決定における患者や他者の意見の反映度と、治療開始の意思の有無と治療に伴う利益および負担の認識の関連を明らかにすることを本研究の目的とした。

【方法】 質問紙と診療録調査を行った。

【結果】 分析対象者89名の治療開始の意思決定には、治療群・未治療群とも患者本人の意見が最も反映されていた。IFN療法の開始にかかわる要因について、単変量解析では治療の副作用に対処できると思った患者は治療群に有意に多かった。多変量解析では、治療開始の促進要因は同居家族があること、通院時間が短いこと、疾患に関する情報源としてテレビや新聞を利用していないこと、治療により疾患が治癒すると思うことであった。

【結論】 C型慢性肝炎患者自身がIFN療法を正しく評価し意思決定できるよう、治療効果に対する患者の認識の確認や副作用への対処に関する情報提供を看護師が行う支援体制の確立が必要であると考えられる。

Abstract

This study aimed to clarify the influence of other people and the understanding of the benefits and adverse costs of IFN therapy on the decision-making of chronic hepatitis C patients to receive this therapy. An analysis of questionnaire responses and medical recordings of 89 patients indicated that the patient's opinion was the main influence in deciding to receive IFN therapy in both the treated and untreated groups. Univariate analysis revealed that while deciding to receive IFN therapy, more patients in the treated group considered the side effects to be manageable. Multivariate analysis revealed that patients who were living with family members, had a short commuting distance to the hospital, were not using television or newspapers to obtain information about the disease, and patients who believed the therapy was curative tended to begin receiving the therapy. A support system should be established for the chronic hepatitis C patients to thoroughly understand IFN therapy and to decide whether to receive this therapy. Nurses should confirm the patients' understanding about therapy and provide them with information including treatment for the side effects.

文 献

- Hann, H.W., Han, S.H., Block, T.M., Harris, M., Maa, J.F., Fisher, R.T., and Atillasoy, E. (2008). Symptomatology and health attitudes of chronic hepatitis B patients in the USA. *Journal of Viral Hepatitis*, 15(1), 42-51.
- 林 紀夫, 小瀬嗣子, 平松直樹 (2008). C型慢性肝炎治療の変遷. *日本消化器病学会雑誌*, 105(2), 175-185.
- 平井 啓, 所 昭宏, 中 宣敬, 小河原光正, 河原正明 (2005). 肺がん患者の外来化学療法移行の意思決定に関する探索的研究. *肺癌*, 45(2), 105-110.
- 広田すみれ, 増田真也, 坂上貴之 (2006). 心理学が描くリスクの世界 — 行動的意思決定入門 (改訂版). 228-235, 東京: 慶応義塾大学出版会.
- 久田 満 (2006). 患者の意思決定と医療者の役割 — 認知心理学からの示唆. *医学のあゆみ*, 218, 719-722.
- 池田謙一, 唐沢 穰, 工藤恵理子, 村本由紀子 (2010). 社会心理学. 142-145, 東京: 有斐閣.
- Ikeda, K., Saitoh, S., Suzuki, Y., Kobayashi, M., Tsubota, A., Koida, I., Kumada, H. (2007). Disease progression and hepatocellular carcinogenesis in patients with chronic viral hepatitis: a prospective observation of 2215 patients. *Journal of Hepatology*, 28, 930-938.
- 石川ひろの, 中尾睦宏 (2007). 患者 — 医師間コミュニケーションにおけるEBMとNBIM: Roter Interaction Analysis Systemを用いたアプローチ. *心身医学*, 47(3), 201-211.
- Janis, I.L. and Mann, L. (1977). *Decision Making: a psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. 171-179, New York: Free Press.
- 梶原英二, 古庄憲浩, 高橋和弘, 野村秀幸, 田邊雄一, 佐藤文顕, 丸山俊博, ほか (2008). ベグインターフェロン・リバビリン併用療法の現況と工夫. *肝胆臍*, 57(5), 861-870.
- Karter, A.J., Subramanian, U.S., Saha, C., Crosson, J.C., Parker, M.M., Swain, B.E., Moffet, H.H., and Marrero, D.G. (2010). Barriers to insulin initiation: the translating research into action for diabetes insulin starts project. *Diabetes Care*, 33(4), 733-735.
- 小池和彦 (2008). ウイルス性慢性肝炎の実態: 世界の動向と本邦での問題点. *日本内科学会雑誌*, 97(1), 3-9.
- Lubkin, I.M. and Larsen, P.D. (2002) / 黒江ゆり子 訳 (2007). クロニックイルネス — 人と病いの新たななかかわり. 285-306, 東京: 医学書院.
- Moirand, R., Bilodeau, M., Brissette, S. and Bruneau, J. (2007). Determinants of antiviral treatment initiation in a hepatitis C-infected population benefiting from universal health care coverage. *Can J Gastroenterol*, 21(6), 355-361.
- 日本肝臓学会 (2007). 慢性肝炎の治療ガイド (2008). 2, 東京: 文光堂.
- 西口修平, 泉 並木, 日野啓輔, 鈴木文孝, 熊田博光, 伊藤 義, 朝比奈靖浩, ほか (2009). 日本肝臓学会コンセンサス神戸2009: C型肝炎の診断と治療. *肝臓*, 50(11), 665-677.
- 太田浩子 (2006). 告知を受けたがん患者の治療選択における看護師の役割に関する研究: 患者へのアンケート調査より. *新見公立短期大学紀要*, 27(6), 101-110.
- 尾沼奈緒美, 鎌倉やよい, 長谷川美鶴, 金田久江 (2004). 手術を受ける乳癌患者の治療に関する意思決定の構造. *日本看護研究学会雑誌*, 27(2), 45-57.
- Prochaska, J.O. and Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48.
- 櫻井美由紀, 加納久子, 乾 由明 (2008). 薬物治療の安全を高める薬剤管理指導のポイント — インターフェロン製剤. *薬事*, 50(1), 59-64.

- Strauss, A.L., Corbin, J., Fagerhaugh, S., Glaser, B.G., Maines, D., Suczek, B., and Wiener, C.L. (1984) / 南 裕子 監訳 (1987). 慢性疾患を生きる — ケアとクオリティ・ライフの接点. 45-63, 東京: 医学書院.
- 常盤文枝 (2005). 慢性病者の医療ケア上における自己決定に関する認識と行動および影響要因の検討. 日本看護科学会誌, 25(3), 22-30.
- Witkos, M., Yi, Q.L., Heathcote, J., Kapral, M.K., and Krahn, M.D. (2006). Predictors of antiviral therapy in a post-transfusion cohort of hepatitis C patients. *Can J Gastroenterology*, 20(2), 107-111.

[平成23年12月1日受付]
[平成24年9月25日採用決定]

中堅看護師のセルフマネジメントとその関連要因

Self-management Ability and its Influence Factors in Knowledgeable Nurses

梶谷(柴)麻由子¹⁾ 内田 宏美²⁾ 津本 優子²⁾
Mayuko (Shiba) Kajitani Hiromi Uchida Yuko Tsumoto

キーワード：中堅看護師，セルフマネジメント

Key Words：knowledgeable nurse, self-management

I. 研究背景

中堅看護師は、看護チームの中核としてチームを牽引する人である。ベナー（1984/1992）は、中堅レベルの臨床実践能力を「全体を見ながら最も重要な部分に焦点化してかわり、その場の状況を患者にとってよりよい方向へと導くことができることである」と述べている。つまり、中堅看護師は、自己の専門性を極めるだけでなく、管理の視点から後輩への指導やリーダーとしての役割を担うなど、看護の質を支える重要なポジションに立っている。そのため、仕事上の責任が増し、人間関係に関するストレスも受けやすい一方、看護職としてキャリアを形成するうえでの岐路に立たされるだけでなく、私生活でも数々のライフイベントの影響も強く受ける。草刈（1996）は、経験年数5年目前後に初期の離職が存在することを指摘している。寺本・北・山岡（2006）は、中堅看護師の離職要因として、仕事の満足感不足、自己存在のなさ、結婚と仕事の両立不可などがあったことを報告している。このように多くの課題と向き合い、ストレスにさらされている中堅看護師だが、心の健康を保持し、仕事と生活を両立できれば、当人の人生は充実したものとなるだけでなく、そのことがチームの安定と質の高い看護の実践につながる。

これまでに、看護師の心身の健康について、ストレス・コーピング能力の視点から職場適応に関する研究が数多くなされてきた。たとえば、ストレス・コーピング能力には職業的アイデンティティ、ソーシャルサポート、社会的スキルが関連すること（下方・多田・森，2004；田中・小杉，2003）や、通勤と睡眠時間との関連を明らかにした研究（加藤・鈴木・坪田・上野，2007）、コーピングパターンの職位による相違の報告（北條・加川，2005）がある。しかし、職場の風土や看護の質に強く影響を及ぼす中堅看護師が、生き生きと働くためには、意図的・主体的に自分

自身の感情をうまくコントロールすること、すなわち、セルフマネジメントすることがより重要だと考える。

二宮（1998）は「セルフマネジメントとは、組織の中における個人の活動を主体的にマネジメントすることで、目的を自律的かつ主体的に決定することである」と定義している。高橋・中村・木下・増居（2000）は、自分が望む行動を実現するうえで有効な認知的スキルを自己管理スキルと呼び、その豊富さを測定する尺度として自己管理スキル尺度（Self-Management Skill尺度、以下、SMS尺度）を開発し、SMS尺度を用いてShimizu et al.（2003）は、一般人を対象とした研究において年齢が高くなるとSMS得点も高くなること、自己管理スキルが高ければ、精神的健康度が高いことを明らかにしている。看護師においても、同様の傾向が推測されるがエビデンスはない。

看護学の分野においては、中村・宮本（2004）が、看護学生のセルフマネジメントの構築プロセスを質的記述的に分析し、その結果、セルフマネジメント能力の意思決定にかかわる「自分を知る」「役割認識」「役割を果たす」「自分の考えと現実とを照合し受け止める」「人間観」「発動力」「責任感」の7因子が絡みながら、セルフマネジメント能力として発展していくというプロセスを抽出している。また、吉井・八塚（2009）は、セルフマネジメントの構造は「看護職員として働き続けることへの身体的危惧」と「心の内を話せる人の存在・公私のバランス・研修を乗り越えてきた自信」の2面性と表現している。しかし、看護師のセルフマネジメント能力に関連する要因についてのエビデンスは得られていない。

中堅看護師のセルフマネジメント能力に関連する因子を明らかにすることは、セルフマネジメント能力を高めることにより、中堅看護師自身の心の健康の保持増進が期待できるだけでなく、チームの安定と質の高い看護の実践につながる効果的な支援に関する示唆を得ることができる。

1) 鳥根県立大学短期大学部 The University of Shimane Junior College

2) 鳥根大学医学部看護学科 Shimane University Faculty of Medicine Department of Nursing

II. 研究目的

中堅看護師のセルフマネジメント能力とそれに関連する要因を明らかにする。

III. 用語の定義

中堅看護師：ベナーの臨床看護実践の5段階の技能習得レベルで“中堅レベル”に達していると推測される看護師、経験年数4～10年の看護師。

セルフマネジメント能力：自分自身を知り、自己の成長・発展のために感情や行動を意図的・主体的に管理しコントロールする能力。

IV. 概念枠組み

ストレス・コーピング能力が高まれば、ストレスへの対処可能にして、バーンアウトの低下が期待できる、というストレスの一般的なモデルに基づき、ストレス反応を「心の健康」、調整要因を「セルフマネジメント能力」と設定した。中堅看護師の「セルフマネジメント能力」は、「年齢・経験年数等の属性」「勤務体制等の勤務状況」「ソーシャルサポート」「社会的スキル」「職業的アイデンティティ」と関連するという予測のもとに、セルフマネジメント能力が高まれば心の健康も高まる、という概念枠組みを作成した。

V. 研究方法

1. 調査対象

A県内の200病床以上の国公立・公的病院のうち、看護部長の了解の得られた10病院の看護師で、経験年数4～10年の女性中堅看護師564名。

2. 調査方法

無記名自己記入式質問紙調査法

3. 調査時期

平成22年5月～7月

4. 調査内容

a. 対象者の概要

年齢、配偶者の有無、経験年数、職位、そしてセルフマネジメント、アサーション、臨床実習指導者、あるいは看護管理者ファーストレベルなどの研修会への参加の有無、専門・認定看護師の教育研修受講の有無、平均的な通

勤・睡眠時間、勤務体制、短時間雇用制度導入の有無、有給・育児・介護休暇等のとりやすさ、とした。

b. 自己管理スキル尺度 (Self-Management Skill 尺度)

セルフマネジメント能力の測定には、高橋ほか(2000)が開発した自己管理スキル尺度 (Self-Management Skill 尺度、以下、SMS 尺度) の尺度作成段階の20項目を使用し、「当てはまる」4点～「当てはまらない」1点の4件法で、逆転項目には1～4点を配点とした。因子構造を確認後にSMS 尺度として使用した。

c. 心理的well-being 尺度

心の健康の測定には、Ryff and Keyes (1995) の概念化により西田(2000)が作成した心理的well-being 尺度を使用した。この尺度は、女性の成人期全般にわたる多様な心理的变化を肯定的側面から測定している。『人生における目的』『人格の成長』『自律性』『積極的な他者関係』『環境制御力』『自己受容』の6因子43項目。「非常に当てはまる」6点～「全く当てはまらない」1点の6件法で、逆転項目には1～6点を配点し、下位尺度ごとの平均点を算出した。得点が高いほど、当てはまる程度が高く心理的健康度が高いと判断する。

d. 職業的アイデンティティ尺度

(Professional Identity Scale of Nurses)

佐々木・針生(2006)によって開発された、20項目からなる職業的アイデンティティ尺度 (Professional Identity Scale of Nurses: PISN) を用いた。「当てはまる」5点～「当てはまらない」1点の5件法で、逆転項目には1～5点を配点し、20項目の合計点を算出した。合計点が高いほど職業によって形成される個人のアイデンティティが確立している、と判断する。

e. 社会的スキル尺度

(Kikuchi's Scale of Social Skills: 18items)

菊池(2007)が開発した社会的スキルの尺度 (Kikuchi's Scale of Social Skills: 18items, 以下、KiSS-18) の18項目を用いた。「いつもそうである」5点～「そうでない」1点の5件法。先行研究では、合計点を使用しているものや下位尺度の得点を使用しているものがあつた。合計点、下位尺度の得点いずれを使用しても、この尺度の内容を理解するのに役立つものであることが証明されている。よって、本研究では合計点を使用した。得点が高いほど、対人関係を円滑に運ぶスキルが豊かで自己認識している、と判断する。

f. ソーシャルサポート尺度

小牧・田中(2001)によって開発された、職場用ソーシャルサポート尺度の15項目を用いた。「そう思う」5点～「そう思わない」1点の5件法で、「上司・先輩のサポート」、「後輩のサポート」別の平均値を算出した。得点

が高いほどサポートを受けていることを認識している、と判断する。

5. 分析方法

- ①統計処理には統計解析プログラムパッケージSPSS Ver.17を使用した。
- ②SMS尺度について因子分析を行い、信頼性の検討後に尺度化し、因子別の平均値を下位尺度得点として算出した。
- ③SMS尺度の因子下位尺度得点と、心理的well-beingの下位尺度得点の関連を検証するため、Spearmanの順位相関係数を算出した。
- ④SMS尺度の因子別下位尺度得点と年齢、配偶者の有無、経験年数との関連を検証するため、Mann-WhitneyのU検定およびSpearmanの順位相関係数を算出した。
- ⑤SMS尺度の因子下位尺度得点と、職業的アイデンティティ合計平均得点、社会的スキル合計平均得点、ソーシャルサポート平均得点の関連を検証するため、各得点間でSpearmanの順位相関係数を算出した。
- ⑥職業的アイデンティティ合計平均得点、社会的スキル合計平均得点、ソーシャルサポート平均得点それぞれの因子間の関連を検証するため、各得点間でPearsonの相関係数およびSpearmanの順位相関係数を算出した。

なお、5%水準で有意とし、相関係数 $r < .2$ をほとんど相関がない、 $r = .2 \sim .4$ を弱い相関、 $r = .4 \sim .7$ を中等度の相関、 $r > .7$ を強い相関とした。

6. 倫理的配慮

質問紙調査は、病院の組織を通して事前に依頼書を送付し、病院組織の同意が得られた病院の看護師のみを対象とした。調査は無記名であるため個別の意思確認は不能であるので、調査への回答をもって同意があったものとみなした。回収は、封書による個別郵送法とした。また、所属する施設が特定されるような質問項目は設けていない。データは研究目的以外には使用しないこと、データは第三者の目に触れない場所に厳重に保管し、研究終了後は速やかにデータを破棄することを文書で説明した。なお、本研究は島根大学医学部看護研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

VI. 結 果

回収数249部（回収率43.2%）、有効回答数216部（有効回答率86.7%）であった。

1. 対象者の概要

平均年齢は28.6 (±2.7) (mean±SD) 歳、看護師の平均経験年数7.2 (±2.0) 年、配偶者ありが80名 (37.0%) だった。スタッフが205名 (94.9%) で、ストレスマネジメントなどの教育・研修を受けたものは1割、勤務体制は166名 (76.9%) が3交代制だった (表1)。短時間雇用制度の導入ありが65名 (30.1%)、有給休暇をおおむねとれると答えた者は42名 (19.4%)、育児休暇をおおむねとれると答えた者は140名 (64.8%)、介護休暇をおおむねとれると答えた者は60名 (27.8%) だった。1日当たりの平均通勤時間は28.9 (±23.2) 分、平均睡眠時間は6.5 (±1.0) 時間だった。

表1 対象者の概要

項 目		人数 (%)	
職 位	師長・副師長・主任	8 (3.7)	
	スタッフ	205 (94.9)	
	その他	0 (0)	
	無回答	3 (1.4)	
教育・研修歴	ストレスマネジメント研修	あり なし	15 (6.9) 201 (93.1)
	アサーション研修	あり なし	9 (4.2) 207 (95.8)
	臨床実習指導者研修	あり なし	10 (4.6) 206 (95.4)
	ファーストレベル研修	あり なし	1 (0.5) 215 (99.5)
	専門看護師	あり なし	0 (0) 216 (100)
	認定看護師	あり なし	0 (0) 216 (100)
	勤務体制	3交代	166 (76.9)
2交代		21 (9.7)	
3・2交代混合		21 (9.7)	
その他		8 (3.7)	

2. セルフマネジメント能力の因子構造

a. SMS尺度の因子分析

SMS尺度の20項目の平均値、標準偏差を算出した。すべての項目において天井効果やフロア効果はみられなかったため、20項目を用いて因子分析を行った。固有値の変化とスクリープロット、解釈可能性を考慮し、手法や回転法を変えて因子分析を繰り返した結果、主因子法・プロマックス回転後の因子パターンが3因子で解釈できた。なお、回転前の3因子で15項目の全分散を説明する割合は46.0%だった。

第1因子は「困ったときには、まず何が問題かを明確にする」などの7項目で構成されており、問題を明確にし分析することなどを表す項目が高い負荷量を示していた。そこで、『問題解決行動』因子と命名した。第2因子は「何をしたらよいかを考えないまま、行動を開始してしまう」

などの5項目で構成されており、一時的で急激な感情の動きや行動をなりゆきにまかせずコントロールすることを表す項目が高い負荷量を示していた。そこで、『情動のコントロール』因子と命名した。第3因子は3項目で構成されており、失敗や問題が起きたときに自分を責め、できないと思う気持ちをコントロールすることを表す項目が高い負荷量を示していた。そこで、『前向きな姿勢』因子と命名した(表2)。

b. 信頼性の検討

SMS尺度の内的整合性を検討するために各下位尺度のCronbachのα係数を算出したところ、『問題解決行動』α = .75, 『情動のコントロール』α = .60, 『前向きな姿勢』α = .62で信頼性が確認されたため、以後これを下位尺度として用いることとした。各因子の平均得点は、第1因子から順に2.9 (±0.4) (mean±SD), 2.8 (±0.4), 2.3 (±0.5)であった(表2)。

3. 心の健康

心理的well-beingの各因子の平均得点は、すべての項目で3.5以上だった。平均得点の高い順から『人格的成長』4.5 (±0.8), 『積極的な他者関係』4.2 (±0.8), 『人生における目的』3.9 (±0.9), 『環境制御力』3.7 (±0.6), 『自己受容』3.5 (±0.8), 『自律性』3.5 (±0.6)だった。細項目でみると、『人格的成長』のなかで高かった項目は、「新しい経験や知識は必要ないと思う(逆転)」5.2 (±0.9), 「自分らしさや個性を伸ばすために、新たなことに挑戦することは重

要だと思う」4.8 (±1.0)だった。得点が低かった項目は、「新しい経験を積み重ねるのが、楽しみである」3.9 (±1.1)だった。『積極的な他者関係』では、「これまで、信頼できる人間関係を築いてきた」4.5 (±1.1), 「温かく信頼できる友人関係を築いている」4.2 (±1.0)で得点が高く、「他者に強く共感できる」3.9 (±0.8)だった。『人生における目的』では、「人生は興味がわからない(逆転)」4.6 (±1.2), 「自分が生きていることの意味を見出せない」4.4 (±1.2)だった。『環境制御力』のなかで高かった項目は、「私のいまの立場は、さまざまな状況に折り合いをつけながら、自分でつくり上げたものである」3.8 (±0.9)で、得点が低かった項目は、「自分のまわりで起こった問題に、柔軟に対応することができる」3.5 (±0.8)だった。『自己受容』では「自分の性格をそのまま受け入れることができる」3.7 (±1.0)で得点が高く、「自分の性格について悩むことがある(逆転)」3.2 (±1.2)だった。『自律性』のなかで高かった項目は、「自分の行動は自分で決める」3.9 (±0.9)で、得点が低かった項目は「何かを決めるとき、世間からどう見られているか気になる」2.9 (±1.1)だった。

4. 職業的アイデンティティ (PISN)

PISNを用いて、職業によって形成される個人のアイデンティティ(20項目)を調査した。100点満点中、合計の平均得点は64.0 (±10.7)だった。細項目で平均得点が高かった順でみると、「この仕事は私の生涯を通しての大切な経済的基盤である」4.1 (±1.8), 「この仕事を通して、

表2 SMS尺度の因子分析結果

		n = 216			
項目内容		I	II	III	
第I因子：『問題解決行動』 α 係数 = .75					
17	困ったときには、まず何が問題かを明確にする	.713	-.088	.014	
5	何かを実行するときには、自分なりの計画を立てる	.634	-.045	-.044	
1	何かをしようとするときには、十分に情報を収集する	.618	-.100	-.072	
13	困難な問題に直面したときは、どこが難しいかを分析する	.548	.034	.092	
8	いやなことをするときには、そのことの良い面や終わった後のことを考える	.505	-.070	-.076	
16	落ち着かないときには、自分を落ち着かせる方法を探す	.485	.045	-.039	
9	何かを決めるときには、さらに良いやり方がないかと考える	.475	.041	.168	
第II因子：『情動のコントロール』 *：逆転項目 α 係数 = .60					
19	何をしたらよいかを考えないまま、行動を開始してしまう*	.089	.646	.060	
3	失敗した場合、どこが悪かったかを反省しない*	.132	.595	-.224	
7	計画を立てるときには、その結果についてはあまり考えない*	-.098	.513	-.007	
18	しなくてはならないことよりも楽しいことを先にしてしまう*	-.035	.424	.201	
10	感情的になりそうな時には、その気持ちにまかせる*	-.179	.354	-.064	
第III因子：『前向きな姿勢』 *：逆転項目 α 係数 = .62					
2	難しいことをするときには、できないかもしれないと考えてしまう*	.033	-.141	.709	
14	問題が起きたときには、自分をよく責める*	-.107	-.024	.679	
6	失敗すると次回もダメだろうと考える*	.081	.243	.425	
主因子法プロマックス回転後のパターン		因子相関行列	I	II	III
			-	.533	.229
				-	.127
					-

人間的に成長している」4.0 (±0.7) だった。一方、平均得点が低かった項目は、「私は生き生き働いていると感じる」2.8 (±1.1), 「患者と一体感を感じることがある」2.8 (±0.9) だった。

5. 社会的スキル (KiSS-18)

KiSS-18合計平均得点は、90点満点中55.6 (±8.9) だった。細項目で平均得点が高かった順では、「失敗したらすぐに謝ることができる」3.8 (±0.8), 「仕事をするとき何をどうやったらよいか決められる」3.5 (±0.7) だった。また、平均得点が低かった項目は、「まわりの人たちとのトラブルを処理できる」2.9 (±0.8), 「仕事の目標を立てるのに困難を感じない」2.8 (±0.9), 「相手から非難されたときにも、うまく片づけることができる」2.8 (±0.8) だった。

6. ソーシャルサポート

上司・先輩のサポート合計得点は51.3 (±10.7), 後輩のサポートは47.3 (±9.2) で、上司・先輩のサポート平均得点は3.4 (±0.7), 後輩のサポートは3.6 (±0.7) だった。細項目で得点が高かった項目は、上司・先輩の場合は「仕事に関して信頼できるアドバイスをしてくれる」4.0 (±0.8), 「仕事の問題で困っているときに相談にのってくれる」3.9 (±0.9) などの4項目だった。後輩の場合は「気軽に話をしてくれる」4.1 (±0.8), 「仕事の負担が大きいときに手伝ってくれる」4.0 (±0.8) などの6項目だった。

7. セルフマネジメント能力と心の健康との関連

SMSの『問題解決行動』と心理的well-beingの6つの下位尺度のうち、『自律性』を除く5因子との間に $r = .271 \sim .385$ の弱い正の相関がみられた。SMSの『情動のコントロール』と心理的well-beingの『環境制御力』との間に $r = .209$ の弱い正の相関がみられた。SMSの『前向きな姿勢』と心理的well-beingの6つの下位尺度のうち、『積極的な他者関係』以外のすべてに相関がみられ、とくに『自己受容』との間に $r = .470$ の中等度の正の相関がみられた ($p < .01$) (表3)。

表3 SMS尺度と心理的well-beingとの相関

$n = 216$

SMS	問題解決行動	情動のコントロール	前向きな姿勢	平均	(SD)
心理的well-being					
人格的成長	.271**	.052	.301**	4.5	(0.8)
人生における目的	.374**	.133	.274**	3.9	(0.9)
自律性	.168*	.027	.359**	3.5	(0.6)
自己受容	.324**	.089	.470**	3.5	(0.8)
環境制御力	.385**	.209**	.381**	3.7	(0.6)
積極的な他者関係	.329**	.119	.138*	4.2	(0.8)

[注] Spearmanの順位相関係数 * : $p < .05$, ** : $p < .01$

8. 各因子とセルフマネジメント能力との関連

a. 基本属性・勤務状況との関連

年齢、配偶者の有無、経験年数、平均的な通勤・睡眠時間、短時間雇用制度導入の有無、有給・育児・介護休暇のとりやすさ等とSMS下位尺度と間に相関はみられなかった。

b. 職業的アイデンティティとの関連

PISN合計平均得点とSMS下位尺度の因子別の平均得点の相関では、『問題解決行動』平均得点との間に $r = .358$, PISN合計平均得点と『前向きな姿勢』平均得点との間に $r = .347$ の弱い正の相関がみられた。PISN合計平均得点と『情動のコントロール』平均得点との間に相関はみられなかった (表4)。

c. 社会的スキルとの関連

KiSS-18合計平均得点と『前向きな姿勢』平均得点との間に $r = .444$ の中等度の正の相関がみられた。また、『問題解決行動』平均得点との間に $r = .368$, 『情動のコントロール』平均得点との間に $r = .219$ の弱い正の相関がみられた ($p < .01$) (表4)。

d. ソーシャルサポートとの関連

職業用ソーシャルサポートのうち、上司・先輩のサポート平均得点と『問題解決行動』平均得点との間に $r = .200$, 後輩のサポート平均得点との間に $r = .318$, 『情動コントロール』平均得点と後輩のサポート平均得点との間に $r = .255$ の弱い正の相関がみられた ($p < .01$) (表4)。

表4 SMSと職業的アイデンティティ、社会的スキル、ソーシャルサポートとの相関

$n = 216$

各因子	SMS	問題解決行動	情動コントロール	前向きな姿勢	平均	(SD)
職業的アイデンティティ		.358**	.162*	.347**	64.0	(11)
社会的スキル		.368**	.219**	.444**	55.6	(8.9)
上司・先輩のサポート		.200**	.164*	.083	3.4	(0.7)
後輩のサポート		.318**	.255**	.199**	3.6	(0.7)

[注] Spearmanの順位相関係数 * : $p < .05$, ** : $p < .01$

9. 職業的アイデンティティ、社会的スキル、ソーシャルサポート相互の関連

PISN合計平均得点とKiSS-18との間に $r = .590$, PISN合計平均得点と上司・先輩のサポート平均得点との間に $r = .477$, 後輩のサポート平均得点との間に $r = .444$ の中等度の正の相関がみられた ($p < .01$)。KiSS-18と上司・先輩のサポート平均得点との間に $r = .381$ の弱い正の相関がみられ、後輩のサポート平均得点との間に $r = .480$ の中等度の正の相関がみられた ($p < .01$) (表5)。

以上を結果図としてまとめた (図1)。

表5 職業的アイデンティティ, 社会的スキル, ソーシャルサポート間の相関

n = 216

	職業的 アイデンティティ	社会的 スキル	上司・先輩の サポート	後輩の サポート
職業的アイデンティティ	-			
社会的スキル	.590**	-		
上司・先輩のサポート	.477**	.381**	-	
後輩のサポート	.444**	.480**	-	-

[注] Spearmanの順位相関係数 * : $p < .05$, ** : $p < .01$
職業的アイデンティティと社会的スキル間はPearsonの相関係数

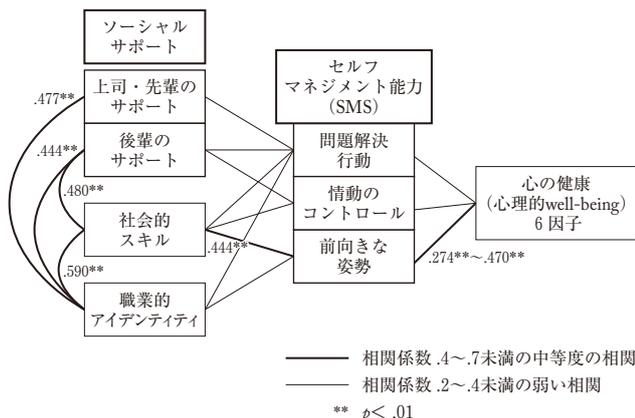


図1 セルフマネジメント能力とそれに関連する要因

Ⅶ. 考 察

1. 因子構造からみた中堅看護師のセルフマネジメント能力の特徴

中堅看護師のセルフマネジメント能力について因子分析を行った結果『問題解決行動』『情動のコントロール』『前向きな姿勢』の3因子が抽出された。この因子構造は、成人女子を対象にした高橋・竹鼻・佐見(2004)の調査で示された『問題解決的に取り組むスキル』『否定的志向をコントロールするスキル』『即座の満足を先延ばしにするスキル』と類似した因子構造であった。中堅看護師のセルフマネジメント能力の因子構造は、高橋らの示した因子構造と完全には一致していないため単純には比較できないが、本研究の各因子構造を構成する細項目を平均得点で比較すると、『問題解決行動』の項目は、成人女子では2.5~3.1点に対して、中堅看護師でも2.5~3.1点で同じだった。『情動のコントロール』の項目は、成人女子では1.9~3.2点に対して、中堅看護師では2.3~3.2点と高く、『前向きな姿勢』の項目は、成人女子では1.8~2.6点に対して、中堅看護師では2.1~2.6点だった。このことから、セルフマネジメントの際には、成人女子も中堅看護師も『問題解決行動』能力は高く発揮していることは同様だが、それに加え中堅看護師は、成人女子に比べ『情動のコントロール』も高く発

揮していることが特徴であるといえる。

中堅看護師のセルフマネジメント能力を構成する3つの因子の特徴を検討すると、最も能力が高かった『問題解決行動』は、問題に直面したときに問題を明確にするために情報を収集・分析し計画を立てる能力を示す。日本の看護基礎教育課程においては、看護過程の展開能力が問題解決能力として、質の高いケアを展開する目的で強調されてきた(永野・舟島・杉森, 1998)。そして、中堅看護師の『問題解決行動』は、就業後に厳しい臨床現場のなかで看護実践を積むことで鍛えられていく高い能力だと推測される。

次に高かった『情動のコントロール』は、看護師が仕事で抱く感情や行動をコントロールする能力である。高橋ほか(2004)の先行研究と比べ、本研究ではこの下位尺度を構成する項目数は多かった。項目内容を見ると、物事が起きたときに自身が抱く感情に流されるのではなく、自分自身の気持ちや行動を客観的にみて計画・見直しをしようとしている内容であることがわかる。看護は対人援助で感情労働であるがゆえに、中堅看護師は看護実践を積み重ねるなかで自身の感情や行動をコントロールしようと努力した結果、『情動のコントロール』が鍛えられるという看護師ならではの能力であることが考えられる。

『前向きな姿勢』は3つの因子のなかで点数が低かった。このことは、この能力が仕事では発揮しにくい能力であると同時に、看護師が自分自身を厳しく律していることが考えられる。その背景として、失敗が許されないことや責任を負う臨床現場で常に求められる完全志向によって、リスクを恐れないで新しいことに取り組むという態度が育ちにくいこと、それと同時に仕事に対して強い責任感をもってることが推測される。

2. セルフマネジメント能力とその関連因子

中堅看護師の心理的well-beingの因子別平均得点は、若い世代の看護師を対象とした酒井(2006)の研究や一般人女性を対象とした西田(2000)の研究の結果と同様の得点パターンを示したことから、中堅看護師は一般的な女性の心の健康状態である、といえる。一方、心理的well-beingの6因子とSMSの3因子との間には弱い~中等度の正の相関がみられたことから、中堅看護師のセルフマネジメント能力が高まれば、心の健康も高まる可能性が示された。また、中堅看護師のセルフマネジメント能力のうち、高い能力にもかかわらず心の健康と関連が弱かった『情動のコントロール』については、中堅看護師は看護実践を積み重ねるなかで感情に流されるのではなく、計画的に行動し冷静に自身をみることでできているため、単に『情動のコントロール』を発揮すれば心の健康も高まるとはいえな

いことが推測される。『情動のコントロール』を發揮しながら『前向きな姿勢』が高まるよう中堅看護師自身が自信をもって働くことが、中堅看護師の心の健康には重要であることが考えられる。

社会的スキルとセルフマネジメント能力の3因子すべては強く関連しあい、職業的アイデンティティ、ソーシャルサポートとセルフマネジメント能力とは、弱い関連があった。一方、社会的スキル、職業的アイデンティティ、ソーシャルサポート相互の関連が強かったことから、職業的アイデンティティを確立している人はソーシャルサポートを自覚しており、社会的スキルも高いことがわかる。これは、作業療法学生を対象に社会的スキルと職業的アイデンティティの間に正の相関があったことを明らかにした岩田・狩長・三宅・小林(2009)の報告や、田中(2009)が一般企業従業員を対象に社会的スキルが高い人はソーシャルサポートを多く得られていたことを明らかにした報告と同様の結果であった。

以上のことから、中堅看護師のセルフマネジメント能力は社会的スキルと職業的アイデンティティとソーシャルサポートが相互に作用し合うことで充実していき、心の健康の保持増進が期待できるのではないかと考えられる。

3. 中堅看護師のセルフマネジメント能力を高めるための支援

これまで述べてきたように、中堅看護師のセルフマネジメント能力には内的要因である社会的スキルと職業的アイデンティティ、外的要因であるソーシャルサポートが関連していた。また、中堅看護師のセルフマネジメント能力のうち、『前向きな姿勢』が仕事では發揮しにくいことや、『情動のコントロール』は高い能力にもかかわらず心の健康と関連が弱いことも明らかになった。その背景には、中堅看護師は一般成人に比べ自身に厳しく、仕事に対して強い責任感をもっていていると考える。また、本研究の中堅看護師のほとんどが、ストレスマネジメントやアサーティブ研修会等の教育・研修歴がなかったことが影響していると考えられる。とくに、アサーティブなコミュニケーション能力は、ソーシャルサポートを与えたり、受けたりするのに必要であり、そのことを通して看護専門職としてのアイデンティティの確立にもつながることが考えられる。さらに、アサーティブなコミュニケーション能力を高めれば、自身を素直に受け止め『情動のコントロール』や『前向きな姿勢』がより自然に發揮でき、中堅看護師の仕事に対する自信につながることが考えられる。

したがって、中堅看護師が課題と向き合いながら、心の健康にかかわるセルフマネジメント能力を高めるには、単に経験を積むだけでなく、看護実践や研修会等により社会的スキルや職業的アイデンティティを育成すること、ソーシャルサポートを受け取る力を高める必要性が考えられる。また、ソーシャルサポートが感じられる職場風土の調整、中堅看護師のアサーティブな能力を高める学習の重要性が示唆された。

VIII. 結 論

216名の中堅看護師のセルフマネジメント能力と関連因子を分析し、以下の結果を得た。

1. セルフマネジメント能力は、『問題解決行動』『情動のコントロール』『前向きな姿勢』の3因子で構成されていた。セルフマネジメント能力の各因子は心の健康と弱い～中等度の相関がみられ、心の健康と関連していた。
2. セルフマネジメント能力と社会的スキル、職業的アイデンティティ、ソーシャルサポートとの間には、弱い～中等度の相関がみられた。このことから、中堅看護師のセルフマネジメント能力は、社会的スキルと職業的アイデンティティとソーシャルサポートが相互に作用し合うことで充実していくことが推測される。

IX. 研究の限界と今後の課題

今回の調査は、対象がA県内の国公立・公的病院の女性看護師に限定した関連検証である。そのため、性差や職位、教育のセルフマネジメント能力への影響、因子間の因果関係については検討していない。今後は、調査対象者の性差や職位、教育背景、職場環境の違い、関連因子との因果関係についてさらなる検証を深めることが必要である。

謝 辞

本研究を行うにあたり、趣旨を理解し、忙しいなかご協力くださいました中堅看護師の皆さまに心より感謝申し上げます。また、研究を進めるにあたってご指導いただきました、島根大学医学部看護学科基礎看護学講座の皆さまに深く感謝いたします。

本研究は、梶谷麻由子の島根大学大学院医学系研究科(看護学専攻)修士論文(2011)(指導:内田宏美,津本優子)を一部加修正したものである。

要 旨

中堅看護師のセルフマネジメント能力の特徴とその関連因子を明らかにすることを目的に、女性中堅看護師(経験4~10年目)564名に無記名質問紙調査を実施した。使用した自己管理スキル(SMS)尺度は因子分析後、下位尺度化し、SMSと心の健康、職業的アイデンティティ、社会的スキル、ソーシャルサポートとの関連を分析した結果、中堅看護師のSMSは『問題解決行動』『情動のコントロール』『前向きな姿勢』の3因子構造で、先行研究と類似の因子構造だった。成人女子では低い『情動のコントロール』の得点だが、中堅看護師は高かった。SMSと他の因子間にそれぞれ弱い~中等度の相関が、社会的スキルと職業的アイデンティティおよびソーシャルサポートの各因子間に中等度の相関がみられた。中堅看護師のセルフマネジメント能力は、社会的スキルと職業的アイデンティティとソーシャルサポートが相互に作用し合うことで充実していくものと考えられる。

Abstract

The purpose of the present study was to clarify the characteristics and the influence factors of self-management skill (SMS) in knowledgeable nurses. The subjects were 564 female knowledgeable nurses (experience range: 4-10 years). Anonymous questionnaires were sent to the participants, and answers were collected by mail. After analyzing the SMS by the factors, its relationships with mental health (well-being), professional identity, social skill, and social support were investigated. The results indicated that the SMS of knowledgeable nurses are consisted of "problem-solving ability", "emotional control", and "positive mind", which were similar to the findings of the previous reports. Knowledgeable nurses had higher scores in "emotional control" than ordinary adult women. Intermediate correlations were found between the SMS and the social skill, professional identify, and social support, and weak to intermediate correlations were found between the SMS and other factors. The SMS of knowledgeable nurses is considered to be enriched through mutual effects with social skill, professional identity, and social support.

文 献

- ベナー, P. (1984) / 井部俊子 訳 (1992). ベナー看護論 — 達人ナースの卓越性とパワー. 東京: 医学書院.
- 北條 敬, 加川真弓 (2005). メンタルヘルス調査票による職業ストレスの分析 — 職位による検討 —. 日本心療内科学会誌, 9(3), 135-140.
- 岩田美幸, 狩長弘親, 三宅優紀, 小林隆司 (2009). 作業療法学生の職業的アイデンティティと社会的スキル. 吉備国際大学保健科学部研究紀要, 19, 79-84.
- 加藤麻衣, 鈴木敦子, 坪田恵子, 上野栄一 (2007). 看護師のストレス要因とコーピングとの関連: 日本版GHQ30とコーピング尺度を用いて. 富山大学看護学会誌, 6(2), 37-46.
- 菊池章夫 (2007). 社会的スキルを測る: KiSS-18ハンドブック. 東京: 川島書店.
- 小牧一裕, 田中國夫 (2001). 職場用ソーシャル・サポート尺度. 堀 洋道 監, 古田富士雄 編: 心理測定尺度集Ⅱ. 329-332, 東京: サイエンス社.
- 草刈淳子 (1996). 看護管理者のライフコースとキャリア発達に関する実証的研究. 看護研究, 29(2), 123-138.
- 永野光子, 舟島なをみ, 杉森みどり (1998). 臨床看護婦(士)の特性と問題解決行動の関係. 看護教育学研究, 7(1), 1-15.
- 中村雅子, 宮本千津子 (2004). 看護専門職におけるセルフマネジメントの意義とその構造. 岐阜県立大学 機能看護学講座 教育と研究, 2(1), 67-75.
- 二宮豊志 (1998). 組織マネジメントの基盤としてのセルフ・マネジメント. 東海大学政治経済学部紀要30, 167-182.
- 西田裕紀子 (2000). 成人女性の多様なライフスタイルと心理的well-beingに関する研究. 教育心理学研究, 48(4), 433-443.
- Ryff, C. D. and Keyes, C. L. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- 酒井淳子 (2006). 看護師の心理的Well-beingに対する職場におけるソーシャルサポートの効果 — 共分散構造分析を用いた検討. 日本看護学会誌, 26(3), 32-40.
- 佐々木真紀子, 針生 亨 (2006). 看護師の職業的アイデンティティ尺度(PISN)の開発. 日本看護学会誌, 26(1), 34-41.
- Shimizu, T., Takahashi H., Mizoue T., Kubota S., Mishima N., and Nagata S. (2003). Relationships among Self-Efficacy, Communication, Self-Management Skills and Mental Health of Employees at a Japanese Workplace. *JUOEH*, 25(3), 261-270.
- 下方友子, 多田貴志, 森 千鶴 (2004). 看護職者の職業的アイデンティティに関わる要因. 日本看護学会論文集 (精神看護), 35, 115-117.
- 高橋浩之, 中村正和, 木下朋子, 増居志津子 (2000). 自己管理スキル尺度の開発と信頼性・妥当性の検討. 日本公衆衛生学会誌, 47(11), 907-914.
- 高橋浩之, 竹鼻ゆかり, 佐見由紀子 (2004). 年齢段階による自己管理スキルの差に関する検討. 日本健康教育学会誌, 12(2), 80-87.
- 田中健吾, 小杉正太郎 (2003). 企業従業員のソーシャルスキルとソーシャルサポート・コーピング方略との関連. 産業ストレス研究, 10(3), 195-204.
- 田中健吾 (2009). ソーシャルスキルと職業性ストレス — 企業従業員の臨床社会心理学的研究. 87-153, 京都: 見洋書房.
- 寺元恭子, 北 逸子, 山岡琴美 (2006). 中堅看護師の離職原因を調査する — 中堅看護師の定着率を高めるために. 日本看護学会論文集 (看護管理), 37, 47-49.
- 吉井 忍, 八塚美樹 (2009). 看護職員のセルフマネジメントの構造. 日本看護研究学会雑誌, 32(2), 101-111.

平成24年2月27日受付
平成24年9月25日採用決定

強化インスリン療法以降の糖尿病児童生徒に対する養護教諭の 支援に関する現状分析：埼玉県における調査から

An Analysis of Support for Diabetic School Children by Yogo Teachers since the Adoption of
Intensive Treatment: Investigation in Saitama Prefecture

榎本 聖子¹⁾ 松下 祥子²⁾ 河原 加代子³⁾
Seiko Enomoto Sachiko Matsushita Kayoko Kawahara

キーワード：強化インスリン療法，糖尿病児童生徒，養護教諭
Key Words：intensive treatment, diabetic school children, Yogo teacher

I. 緒 言

1993年実施されたDCCT (Diabetes Control and Complications Trial)¹⁾ によって、よい血糖コントロールが合併症の発症と進行を明らかに抑制することが確認されて以降、強化インスリン療法は急速に一般化・低年齢化した²⁾。小児思春期の糖尿病治療は、低血糖を警戒して血糖値を高め維持したかつての血糖管理とは異なってきており、よいコントロールを目指す限りは避けられない低血糖リスクの増加にも対応した支援の必要性が増している。1型糖尿病児童生徒のほとんどが、学校でもインスリン自己注射、自己血糖測定、補食摂取等の療養行動を実施しており、児童生徒にとって、それらは学校生活においても欠かせない生活の一部である。よい血糖コントロールを維持するためには、日々正しい療養行動を遂行し、さらに体調や学校行事等に応じた調整が必要条件であり、学校は、療養行動を円滑に実施できる環境の提供と、低血糖リスクの増加にも対応した適切な支援が求められている。

養護教諭は、児童生徒の健康問題を最もよく理解し、心身の健康に何らかの問題を抱える児童生徒への支援において中核となる役割を担っており、「専門的立場から（中略）疾病や情緒障害、体力、栄養に関する問題等心身の健康に問題を持つ児童生徒の個別の指導にあたり（中略）一般教員の行う日常の教育活動にも積極的に協力する役割をもつ」³⁾とされる。糖尿病児童生徒が、よい血糖コントロールを保ち、健康な児童生徒と変わらない学習活動を行うためには、養護教諭を中核とした教職員による適切な支援が欠かせない。

ところで、強化インスリン療法一般化以降の糖尿病治療の変化に対応して、学校でどのような支援がなされているのかに関する報告はなく、現状は明らかになっていない。わが国は1型糖尿病の発症頻度が低く、欧米諸国の1/20～1/30⁴⁾と言われており、そのため、学校関係者の一般的な理解が不十分で、学校生活における療養行動に対する誤解や理解不足から生じるさまざまな問題⁵⁾が指摘されてきた。筆者らは、これらの問題を解決し、より適切な支援をするためには、学校における支援の提供者である養護教諭と看護職者の協働が重要な鍵になると考えている。本研究は、糖尿病児童生徒への支援に果たすべき看護職者の役割を検討するための基礎的資料を得ることを目的として実施した研究の一部である。本稿では、養護教諭の知識と判断、および学校における糖尿病児童生徒への支援の現状を中心に報告する。

II. 研究方法

1. 研究対象

2008年8月、全県規模で開催された「学校・地域保健連携推進研修会」に出席した埼玉県の公立学校に勤務する養護教諭997名を対象とした。

2. 用語の定義

①強化インスリン療法：インスリンの頻回注射または持続皮下インスリン注入療法に血糖自己測定を併用し、医師の指示に従い、患者自身がインスリン注射量を決められた範囲内で調整しながら、良好な血糖コントロールを目指す治療法⁶⁾。

1) 埼玉県立常盤高等学校 Saitama Prefectural Tokiwa High School

2) 東京医科歯科大学大学院在宅ケア看護学分野

Home Care Nursing, Graduated School of Health Care Science, Tokyo Medical and Dental University

3) 首都大学東京地域看護学領域 Division of Nursing Science, Tokyo Metropolitan University

- ②糖尿病児童生徒：糖尿病と診断され、医師の管理下にある児童生徒。
- ③療養行動：治療処方を家庭や学校で実施し、支障なく生活していくための行動⁷⁾。
- ④良好な血糖コントロール：日本糖尿病学会によって、空腹時血糖値、食後2時間の血糖値、ヘモグロビンA_{1c}値による血糖コントロール指標が示されている。通常、空腹時血糖値130mg未満/dL、食後2時間の血糖値180mg未満/dL、ヘモグロビンA_{1c} 6.5%未満が、良好な血糖コントロールと評価される⁸⁾。小児期は、やや緩和された目標が設定されている⁹⁾が、小児期であっても可能な限り正常に近い血糖値を目指すべきと考えられている¹⁰⁾。

3. データ収集方法

自記式質問紙を用いた集合調査とした。質問紙は、先行研究の知見をふまえ、強化インスリン療法以降の支援の現状をとらえるため、本研究用に独自に作成した。対象者には、入場受付時、依頼文と質問紙および封筒を配布した。記入済み質問紙は、封入し、退場経路に設置した回収箱に投入するよう依頼した。

4. 調査内容

質問紙は2部構成で、前半は全養護教諭を対象とし、「経験」や「資格」等の属性と、支援内容に関係があると考えられる個人特性として「糖尿病に関する専門知識」と「低血糖リスクへの判断」を質問した。

後半は、現在または過去10年間で糖尿病児童生徒を指導した経験のある養護教諭を対象として「糖尿病児童生徒への支援の実際」「医療機関等との連携」等を質問した。

なお、質問紙中の医学用語に関して、次の説明を付記した。

- ①1型糖尿病：かつて「インスリン依存型糖尿病 (IDDM)」 「若年型糖尿病」と呼ばれていた。
- ②2型糖尿病：かつて「インスリン非依存型糖尿病 (NIDDM)」 「成人型糖尿病」と呼ばれていた。
- ③重症低血糖：意識レベルの低下や昏睡を伴う低血糖をいう。

5. 分析方法

調査対象者の全員について、養護教諭の属性と糖尿病児童生徒の指導経験に関して記述統計処理を行った。経験年数は5年ごとに区分、学校規模は在籍児童生徒数200名ごとに区分した。専門職免許については、看護師免許、保健師免許、栄養士免許の所有ごとに集計した。「糖尿病に関する専門知識」および「低血糖リスクへの判断」について

は、 χ^2 検定を用いて「糖尿病指導経験の有無」「看護師免許の有無」「重症低血糖対処経験の有無」による差を分析した。「専門知識」と「低血糖リスクへの判断」との関連については、回答を集約して、Fisher直接確率検定を用いた。その他の変数間の関連は χ^2 検定を用いて分析し、期待度数が5以下または周辺度数が10未満の項目が存在する場合はFisher直接確率検定を用いた。有意水準は5%とした。

次に、実際に指導経験を有する養護教諭を対象に、「糖尿病児童生徒への支援の実際」「医療機関等との連携」に関して記述統計処理を行った。

分析には、統計解析パッケージソフトPASW Statistics 17を用いた。

6. 倫理的配慮

- ①埼玉県教育庁保健体育課長をととして、埼玉県教育委員会教育長に研究の目的と主旨について文書を提出し承認を得た。
- ②研究対象者に対しては、研究の目的と主旨、および研究への協力は任意であること、回答しないことによって不利益を被る心配はないこと、回答用紙は無記名でデータは統計的に処理して数値化し個人が特定されないこと、本研究内容は研究以外の目的で使用せず、学術論文として公表すること、回答済み質問紙の提出をもって研究協力への同意とみなすこと、を記載した依頼文を質問紙とともに配布した。回答済み質問紙は、退場経路に設置した回収箱への投入を依頼し、研究協力への自由意志を保障した。
- ③男性が極めて少ない集団であるため、個人が特定される危険を考慮し、性別は問わなかった。
- ④首都大学東京荒川キャンパス研究安全倫理委員会の承認を得た (受理番号08013号)。

Ⅲ. 結 果

2008年度、埼玉県の公立学校に勤務する養護教諭の総数は1,748名で、研修会の出席者数は997名 (女性995名、男性2名)、出席率は57.0%であった。研修会場入場時、質問紙を配布し、453名から回答を得た。回収率は45.4%であった。

2部構成の質問紙のうち、前半部分の糖尿病児童生徒の在籍の有無および指導経験の有無に関する質問に無回答のあった2名を除外し、451名 (45.2%) を分析対象とした。後半部分の質問は、現在または過去10年間で糖尿病児童生徒を指導した経験のある養護教諭を対象とした。回答のあった207名のうち、それ以前の経験について回答した3名については除外し、204名を分析対象とした。

1. 対象者の属性

対象者の属性を表1に示した。現任校の種別は小学校245名(54.3%)、中学校121名(26.8%)、高等学校67名(14.9%)、特別支援学校18名(4.0%)であった。一校当たりの在籍児童生徒数の平均は424±261名で、児童生徒数の総計は約202,000名であった。学校規模では、200名以上600名未満の中規模校が49.7%であった。養護教諭としての経験年数は平均18.9±10.9年で、「25年以上30年未満」が20.6%(93名)であった。一方、経験が5年未満の養護教諭が16.2%(73名)を占めた。

看護師免許を所有していたのは40名(8.9%)、うち14名(3.1%)は保健師免許をあわせ持っていた。管理栄養士は1名(0.2%)、栄養士は4名(0.9%)であった。看護師が配置されていたのは4校(0.9%)で、いずれも特別支援学校であった。

2. 糖尿病児童生徒の在籍状況

糖尿病児童生徒の在籍状況を表2に示した。現在糖尿病児童生徒が在籍している学校は79校(17.5%)で、うち4校には2名在籍していた。児童生徒の所属学年は、小学校低学年15名、小学校高学年24名、中学生21名、高校生23名の計83名であった。病型は、1型70名、2型10名、その他の型1名、不明が2名であった。

児童生徒数10万人当たりの有病率は41.09であった。

表1 属性と背景

		(n = 451)	
		人数(名)	%
現任校種別	小学校	245	54.3
	中学校	121	26.8
	高等学校	67	14.9
	特別支援学校	18	4.0
	学校規模	200名未満	61
	200名～400名未満	117	25.9
	400名～600名未満	107	23.7
	600名～800名未満	84	18.6
	800名～1,000名未満	39	8.6
	1,000名～1,200名未満	14	3.1
	1,200名以上	29	6.4
経験年数	5年未満	73	16.2
	5年～10年未満	47	10.4
	10年～15年未満	27	6.0
	15年～20年未満	54	12.0
	20年～25年未満	69	15.3
	25年～30年未満	93	20.6
	30年～35年未満	56	12.4
	35年～40年未満	21	4.7
	40年以上	2	0.4
	無回答	9	2.0
看護師免許	有	40	8.9
	無	411	91.1

3. 糖尿病児童生徒の指導経験

糖尿病児童生徒の指導経験について尋ねた(表3)。指導経験がないのは193名(42.8%)、指導経験をもっていたのは258名(57.2%)であった。現在指導しているのは79名(17.5%)、過去に糖尿病児童生徒を指導した経験があるとする回答は215名(47.7%)であった。また、過去の経験者のうち、強化インスリン療法が普及した過去10年以内の経験者は151名(33.5%)で、現在または過去10年以内に指導経験をもっていたのは204名(45.2%)であった。

重症低血糖に対処した経験のある養護教諭は36名で、糖尿病児童生徒の指導経験のある養護教諭258名のうちの14.0%、養護教諭全体の8.0%であった。

4. 糖尿病に関する専門知識

糖尿病に関する専門知識について尋ねた結果を図1に示した。「説明できる」「ある程度説明できる」と回答したのは、糖尿病の病態では331名(73.7%)、1型と2型の違いでは318名(70.7%)、低血糖症状と対処では323名(71.8%)、長期合併症では、235名(52.2%)、ヘモグロビンA_{1c}については102名(22.7%)であった。

回答を「できる」と「できない」に集約し、現在または過去10年の指導経験(以下、「指導経験」とする)の有無、

表2 糖尿病児童生徒の在籍状況

所属学年	人数(名)
小学校 1年生	4
2年生	6
3年生	5
4年生	4
5年生	9
6年生	11
中学校 1年生	2
2年生	8
3年生	11
高校 1年生	8
2年生	11
3年生	4
計	83

表3 糖尿病児童生徒の指導経験

		(n = 451)	
		人数(名)	%
糖尿病児童生徒指導経験	なし	193	42.8
	あり	258	57.2
	現在指導中	79	17.5
	過去の指導経験	215	47.7
	(うち過去10年の指導経験)	151	33.5
(現在または過去10年の指導経験)	204	45.2	
重症低血糖対処経験	なし	415	92.0
	あり	36	8.0

看護師免許の有無、重症低血糖対処経験の有無による違いをみた(表4)。糖尿病児童生徒の指導経験者群は、①糖尿病の病態、②1型糖尿病と2型糖尿病の違い、③低血糖症状と対処、④長期合併症、の4項目において、経験者が

非経験者より説明できると回答した者の比率が高く、有意差が認められた。看護師免許所有者群では、⑤ヘモグロビンA1cを加えた5項目すべてにおいて、非所有者より説明できると回答した者の比率が高く、有意差が認められた。ヘモグロビンA1cにおいては、非所有者で「説明できる」「ある程度説明できる」と回答したのは18.1%(411名中74名)であったが、所有者では70.0%(40名中28名)を占めた。重症低血糖の対処経験者群においても、5項目すべてで非経験者より説明できると回答した者の比率が高く、有意差が認められた。

経験年数、学校種別、学校規模による差は認められなかった。

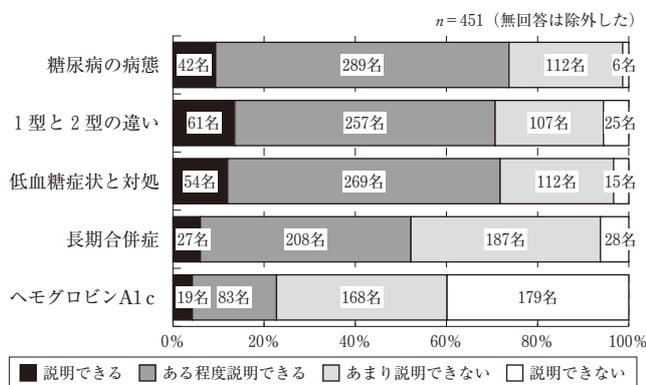


図1 糖尿病に関する専門知識

5. 低血糖リスクへの判断

糖尿病児童生徒の低血糖リスクへの対応についてどのように判断するか、を全員に質問した。結果を図2に示した。

表4 糖尿病に関する専門知識(属性別)

(n = 451)

説明事項	属性	回答数 (名)	説明できる		説明できない		p			
			人数(名)	%	人数(名)	%				
糖尿病の病態	糖尿病児童生徒の指導経験 (現在or過去10年)	無	244	156	63.9	88	36.1	.000***		
		有	204	175	85.8	29	14.2			
	看護師免許	無	409	292	71.4	117	28.6			
		有	40	39	97.5	1	2.5			
重症低血糖対処経験	無	412	297	72.1	115	27.9	.023*			
	有	36	33	91.7	3	8.3				
	1型2型の違い	糖尿病児童生徒の指導経験 (現在or過去10年)	無	245	147	60.0		98	40.0	.000***
			有	204	171	83.8		33	16.2	
看護師免許		無	410	281	68.5	129	31.5			
		有	40	37	92.5	3	7.5			
重症低血糖対処経験	無	413	287	69.5	126	30.5	.037*			
	有	36	30	83.3	6	16.7				
	低血糖症状と対処	糖尿病児童生徒の指導経験 (現在or過去10年)	無	245	148	60.4		97	39.6	.000***
			有	204	175	85.8		29	14.2	
看護師免許		無	410	285	69.5	125	30.5			
		有	40	38	95.0	2	5.0			
重症低血糖対処経験	無	413	288	69.7	125	30.3	.000***			
	有	36	34	94.4	2	5.6				
	長期合併症	糖尿病児童生徒の指導経験 (現在or過去10年)	無	245	109	44.5		136	55.5	.001***
			有	204	126	61.8		78	38.2	
看護師免許		無	410	197	48.0	213	52.0			
		有	40	38	95.0	2	5.0			
重症低血糖対処経験	無	413	206	49.9	207	50.1	.004**			
	有	36	29	80.6	7	19.4				
	ヘモグロビンA1c	糖尿病児童生徒の指導経験 (現在or過去10年)	無	244	50	20.5		194	79.5	.113
			有	204	52	25.5		152	74.5	
看護師免許		無	409	74	18.1	335	81.9			
		有	40	28	70.0	12	30.0			
重症低血糖対処経験	無	412	83	20.1	329	79.9	.000***			
	有	36	19	52.8	17	47.2				

[注] ***: $p < .001$, **: $p < .01$, *: $p < .05$, χ^2 検定

※無回答は除外した

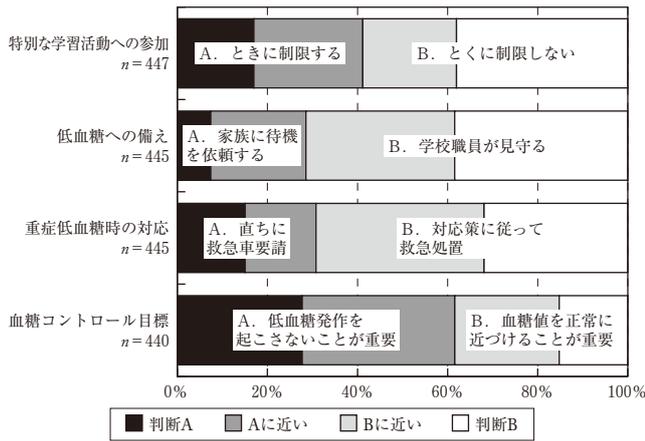


図2 低血糖リスクへの判断

「特別な学習活動への参加」では、「A. 安全を考え、参加の適否を検討・ときに制限する」（以下「ときに制限する」と略す）とその判断に近い者は184名（41.2%）であった。「B. とくに制限せず、可能な限り一般児童生徒と同じように参加させる」（以下、「とくに制限しない」と略す）とその判断に近い者は263名（58.8%）であった。特別な学習活動時の「低血糖への備え」としては、「A. 家族に同伴・待機を依頼する」（以下、「家族に待機を依頼」と略す）とその判断に近い者は127名（28.5%）であった。「B. 可能な限り養護教諭や担任教諭が様子を見守る」（以下「学校職員が見守る」と略す）とその考えに近い者は318名（71.5%）であった。「重症低血糖への対応」では、「A. 直ちに救急車を要請する」（以下「直ちに救急車要請」と略す）とその判断に近い者は137名（30.8%）であった。「B. 事前の対応策に従って救急処置し、必要があれば救急車を要請する」（以下「対応策に従って救急処置」と略す）とその判断に近い者は308名（69.2%）であった。「血糖コントロール目標」では、「A. 低血糖発作を起こさないことが重要」と考えているのは122名（27.7%）、その判断に近い149名（33.9%）を加えると271名（61.6%）であった。「B. 血糖値を正常に近づけることが重要」と考えているのは67名（15.2%）、その判断に近い102名（23.2%）を加えると169名（38.4%）であった。

これら低血糖リスクへの対応をどのように判断するかについて、「判断A」と「判断B」に集約し、糖尿病児童生徒の指導経験の有無、看護師免許の有無、重症低血糖対処経験の有無による違いを分析した（表5）。糖尿病児童生徒の指導経験者群では「とくに制限しない」「学校職員が見守る」「対応策に従って救急処置」と判断する者の比率が高く、経験の有無による有意差が認められた（ $p < .001 \sim .01$ ）。看護師免許の有無では、所有者群では「とくに制限しない」「学校職員が見守る」「対応策に従って救急処置」「血糖値を正常に近づけることが重要」と判断する

者の比率が高く、4項目すべてにおいて有意差が認められた（ $p < .001$ ）。重症低血糖対処経験の経験者群では「対応策に従って救急処置」「血糖値を正常に近づけることが重要」と判断する者の比率が高く、有意差が認められた（ $p < .05$ ）。

経験年数、学校種別、学校規模による差は認められなかった。

6. 「専門知識」と「低血糖リスクへの判断」の関係

「糖尿病に関する専門知識」と「低血糖リスクへの判断」との関係を見た。回答を2群に集約したうえで、Fisher直接確率検定を用いて分析した。いずれの専門知識においても、一般教諭に「説明できる」と回答した養護教諭は、支援において「とくに制限しない」「学校職員が見守る」「対応策に従って救急処置」「血糖値を正常に近づけることが重要」を選択する比率が高かった。逆に「説明できない」と回答した養護教諭は、支援において「ときに制限する」「家族に待機を依頼」「直ちに救急車要請」「低血糖発作を起こさないことが重要」を選択する比率が高く、専門知識5項目と低血糖リスクへの判断4項目の間にはすべての組み合わせにおいて、危険率.000～.019で有意差が認められた。

7. 糖尿病児童生徒への支援の実態

現在または過去10年以内に指導経験をもっている204名（45.2%）を対象に、糖尿病児童生徒の学校生活について尋ねた。複数名の指導経験がある場合は、最新の経験について、同時に複数の指導経験がある場合は、年少の児童生徒について回答するよう依頼した。

a. 病型と治療

病型については203名から回答が得られた。1型が172名、2型が23名、その他の型3名、不明との回答が5名であった。発病年齢について回答があった143名の内訳は、乳幼児期40名、小学校70名、中学校24名、高校9名であった。治療は、インスリン療法を受けている者186名、経口糖尿病薬を服用している者13名、うち6名はインスリン療法と経口糖尿病薬を併用していた。

b. インスリン注射とその実施者・実施場所

インスリン療法を受けている186名のうち、161名（86.6%）が学校でもインスリン注射をしていた。1型糖尿病児童生徒に限ると、172名中156名（90.7%）が学校でも注射していた。学校でも注射している161名のうち、149名（92.5%）が、自分自身で注射を行っていた。家族が実施しているのは9名（5.6%）、家族または看護師が実施している者が1名、看護師が実施している者が1名であった。家族が実施している9名のうち、7名が小学生で、中学生、高校生が各1名であった。看護師が関与している2名は、いずれも

表5 低血糖リスクへの判断（属性別）

(n = 451)

判 断	属 性	回答数 (名)	判断A		判断B		p	
			人数 (名)	%	人数 (名)	%		
特別な学習活動への参加	糖尿病児童生徒の指導経験 (現在or過去10年)	無	244	126	51.6	118	48.4	.000***
		有	202	58	28.7	144	71.3	
	看護師免許	無	408	175	42.9	233	57.1	.001***
		有	39	9	23.1	30	76.9	
	重症低血糖対処経験	無	410	168	41.0	242	59.0	.681
		有	36	15	41.7	21	58.3	
低血糖への備え	糖尿病児童生徒の指導経験 (現在or過去10年)	無	243	90	37.0	153	63.0	.000***
		有	201	37	18.4	164	81.6	
	看護師免許	無	406	124	30.5	282	69.5	.001***
		有	39	3	7.7	36	92.3	
	重症低血糖対処経験	無	409	114	27.9	295	72.1	.096
		有	35	12	34.3	23	65.7	
重症低血糖時の対応	糖尿病児童生徒の指導経験 (現在or過去10年)	無	242	80	33.1	162	66.9	.003**
		有	202	57	28.2	145	71.8	
	看護師免許	無	406	133	32.8	273	67.2	.000***
		有	39	4	10.3	35	89.7	
	重症低血糖対処経験	無	408	127	31.1	281	68.9	.014*
		有	36	10	27.8	26	72.2	
血糖コントロール目標	糖尿病児童生徒の指導経験 (現在or過去10年)	無	237	151	63.7	86	36.3	.052
		有	202	120	59.4	82	40.6	
	看護師免許	無	403	259	64.3	144	35.7	.000***
		有	37	12	32.4	25	67.6	
	重症低血糖対処経験	無	406	255	62.8	151	37.2	.017*
		有	33	15	45.5	18	54.5	

[注] *** : p < .001, ** : p < .01, * : p < .05, χ^2 検定

※無回答は除外した

特別支援学校に在籍していた。残る1名については、実施者が無回答であった。

注射の実施場所は、98名(60.9%)が保健室を利用、教室23名(14.3%)、特別に提供された部屋17名(10.6%)、トイレ12名(7.5%)、であった。その他、校長室3名、職員室2名、更衣室2名、部室2名等で注射していた。トイレで注射していたのは、高校生7名、中学生5名であった。

学校でもインスリン注射を行っている161名のうち58名(36.0%)については、インスリン注射薬の予備を預かっていた。

なお、現在在籍している1型糖尿病児童生徒70名に限ると、66名(94.3%)が学校でも注射していた。

c. 低血糖対策

低血糖対策として、何らかの糖質を預かるか準備していたのは159名で、インスリン療法あるいは経口糖尿病薬の薬物治療を受けている者196名中81.1%を占めた。学校

でもインスリン注射をしている者161名に限ると、154名(96.3%)が何らかの糖質を預かるか準備していた。糖質の種類は、飲料106名、菓子105名、ブドウ糖タブレット80名、ブドウ糖ゼリー飲料が22名あった。

なお、重症低血糖の対策としてグルカゴン注射薬を預かっている、とする回答は12名であった。

d. 医療的ケアを依頼された経験

医療的ケアに関連した支援を依頼された経験の有無、について尋ねた。インスリン療法を受けている186名の指導経験者のうち110名(59.1%)が、医療的ケアに関連した何らかの支援を依頼された経験をもっていた。

依頼されたケアの種類と同意したか否かを表6に示した。学校でインスリン注射をしている161名において、自己血糖測定の見守りは79名(49.1%)、インスリン注射の見守りは66名(41.0%)が依頼された経験があり、どちらも全員が同意していた。血糖測定の実施は24名(14.9%)

表6 医療的ケアを依頼された経験

医療的ケア	児童生徒数	依頼数	依頼率	否同意	同意数	同意率
① 血糖測定見守り	n=161	79	49.1%	0	79	100.0%
② インスリン注射見守り	n=161	66	41.0%	0	66	100.0%
③ 血糖測定実施	n=161	24	14.9%	9	15	62.5%
④ インスリン注射実施	n=161	20	12.4%	17	3	15.0%
⑤ グルカゴン注射実施	n=186	22	11.8%	18	4	18.2%

[注] ①～④学校でもインスリン注射している161名、
⑤インスリン療法を受けている186名

が依頼され、うち15名が同意、インスリン注射の実施は20名(12.4%)が依頼され、3名が同意したと回答した。インスリン療法を受けている186名のうち、グルカゴン注射の実施を依頼されたのは22名(11.8%)で、うち4名が同意していた。

なお、学校に家族が来てインスリン注射を実施していると回答した9名のうち、5名がインスリン注射の実施を依頼され同意しなかった経験がある、と回答した。

e. 学校内の情報共有

児童生徒が糖尿病であることをすべての教職員が知っているか、について尋ねた。回答のあった192名中、「はい」は178名(92.7%)、「いいえ」は14名(7.3%)であった。「いいえ」のなかで4名は、教職員すべてではないが担任、体育教諭、校長等、児童生徒に関係する主な教職員で情報共有ができていて、と回答した。養護教諭以外には、担任しか知らないのは7名(3.6%)、校長しか知らないのは3名(1.6%)であった。

学校内で児童生徒の疾患に関する情報の取り扱い基準がある、と回答したのは141名(73.4%)であった。

f. 連携の現状

糖尿病児童生徒を支える連携について、①医療機関との連携、②家庭との連携、③学校内の連携、④学校医との連携、の現状を尋ね、結果を図3に示した。医療機関との連携に関しては、連携の必要性についてもあわせて尋ねた。

医療機関との連携では、「十分できている」「ある程度できている」を合わせると53.6%、「あまりできていない」「できていない」を合わせると46.4%であった。医療機関との連携の必要性は、「強く感じる」97名(49.5%)、「ある程度感じる」90名(45.9%)を合わせると95.4%が必要を感じていた。「あまり感じない」は9名(4.6%)、「感じない」と回答した者はいなかった。「十分できている」「ある程度できている」を合わせて、家庭との連携では93.5%、学校内の連携では92.8%ができていてと回答した。学校医との連携では52.6%であった。

g. 医療機関との連携のきっかけと情報入手先

医療機関との連携について回答した192名に、連携のきっかけをつくったのは誰か、と尋ねた(図4)。最初に

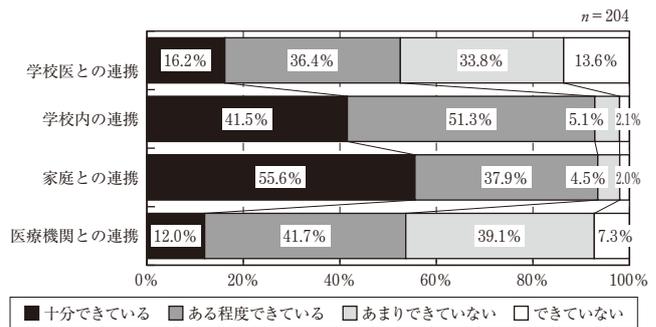


図3 医療機関・家庭・学校内の連携

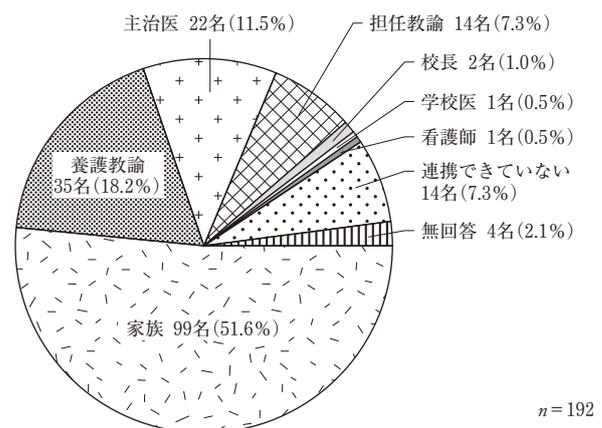


図4 医療機関との連携のきっかけ

連携のきっかけをつくったのは、家族99名(51.6%)、養護教諭35名(18.2%)、主治医22名(11.5%)、担任教諭14名(7.3%)、校長2名(1.0%)、学校医1名(0.5%)、医療機関の看護師がきっかけをつくったとする回答が1名(0.5%)であった。

児童生徒の病状や治療内容・ケアに関する情報入手先は、家族172名、本人69名、主治医36名であった。看護師から得る、とする回答はなかった。

医療機関からの情報の伝達手段は文書97名、口頭90名、連絡ノート22名、電子メール3名等であった。

IV. 考 察

1. 糖尿病児童生徒への支援の現状

a. 小児思春期糖尿病治療の動向と現状

過去10年以内の指導経験について尋ねた本調査結果では、学校でもインスリン注射を行っていたのは、1型糖尿病児童生徒の90.7%、現在在籍している1型糖尿病児童生徒に限ると、94.3%を占めた。小児糖尿病サマーキャンプ参加者を対象(n=74)にした2001年の63.5%(北海道)¹¹⁾の報告に比較して、強化インスリン療法がいっそう広く採用されていることを示す結果であった。強化インスリン療

法の基本は4回注射法であるが、何らかの理由で昼食時の学校での注射が難しい例では、やむを得ず2回注射法、3回注射法が選択されることもある。学校で注射していない例のなかには、自己注射ができない、注射に適した環境が整っていない等の理由で、4回注射法以外にせざるを得ない場合があると推測されるが、本調査結果では、家族が学校に出向いてインスリン注射を行っているケースが9名含まれ、自己注射ができなくても、強化インスリン療法を適用しているケースが少なくないことが示された。

なお、本結果から算出した有病者数は、児童生徒数10万人当たり41.1名であり、有病者数に関する既存の報告15.3名¹²⁾に比べ有病率が高かった。

b. 糖尿病児童生徒への支援の現状

低血糖対策として、何らかの糖質を準備していたのは、学校でもインスリン注射をしている161名に限ると、96.3%を占めた。児童生徒が糖尿病であることをほとんどの学校ですべての教職員が知っており、学校内の連携が十分、あるいはある程度とれているとする回答が大多数を占めた。自己血糖測定の見守りやインスリン自己注射の見守りに関して、保護者から依頼された経験者は全員がどちらも承諾していた。また、36.0%がインスリン注射薬の予備を預かっていた。注射の実施場所は、中学校・高等学校ではトイレで実施しているケースが現れるものの、保健室・教室・特別に提供された部屋など、ほとんどが注射に適した環境で実施できていた。

2007年から2008年にかけて世界13か国で、9,200人の小児思春期糖尿病患者、保護者、ならびに医療従事者を対象に実施されたDiabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Youth調査¹³⁾によれば、「糖尿病の子供たちの10人中9人は、学校で助けが必要になってもスクールナースに頼れない」と報告され、糖尿病児童生徒が学校でさまざまな課題に直面していることが明らかになった。一方日本では、「学校では、糖尿病の子どもを誰が助けてくれるか」の問いに対し、86%が「養護教諭の支援が得られる」と回答したと報告¹⁴⁾された。養護教諭は、欧米のスクールナースとは異なる日本独自の教育専門職者として、健康に何らかの問題を抱える児童生徒を支援している。養護教諭が常勤であるのに対し、スクールナースは複数の学校を兼務し、常駐ではないことが多いという実情¹⁵⁾もあり、海外の状況と一概に比較はできないものの、本調査結果から、日本の学校では糖尿病児童生徒に対する支援が比較的行き届いていることが明らかになった。

c. 「低血糖リスクへの判断」に関する現状と課題

糖尿病児童生徒の指導経験、看護師免許所有、重症低血糖対処の経験、糖尿病に関する専門知識が、糖尿病児童生徒への支援の判断に影響していた。実際に糖尿病児童生徒

の指導にかかわった経験をとおして、より確かな専門知識を獲得し、専門知識が支援における判断に影響していることが確かめられた。医療的ニードのある児童生徒への支援に関する報告¹⁶⁾では、半数以上の養護教諭が「医療機関との連携システムの構築」「養護教諭の研修機会の確保」「支援マニュアル(手引書)の整備」等の方策が必要と考えており、それらはいずれも、より専門的な判断と支援に直結する方策であると考えられる。養護教諭は、あらゆる情報源や個人ネットワークを活用して専門知識を入手しており¹⁶⁾、職務遂行上、医学・看護学の専門知識が不可欠であると考えられる。医療機関との連携の促進や採用後の現任研修の充実等、より専門的な判断ができるような方策の具現化が望まれる。

d. 家庭・医療機関・学校内の連携

連携が「できている」と回答したのは、家庭との連携では93.5%、学校内の連携は92.8%で、高い値であった。医療機関との連携では53.6%で、連携の必要性を感じているとする回答は95.4%であり、連携の必要性の高さに比べると、現状は十分ではなかった。

学校医との連携が「できている」のは52.6%で、十分とは言えない結果であった。学校医の協力に関して、岸ら¹⁷⁾は、学校保健に積極的に関与しようとする姿勢に乏しい学校医の存在や、多忙な学校医にどこまで期待してよいかかわからない学校側の現状を報告している。また、「学校医と協働すること」を難しいと感じている養護教諭が半数以上いる¹⁶⁾、とも報告されている。学校医の協力は養護教諭にとって、専門性の高い支援をするうえでの強力な支持基盤の一つであると推察され、今後の改善が期待される。

2. 医療的ケアへの支援と看護職との連携

a. 医療的セルフケアへの支援の現状

血糖測定の実施やインスリン注射、グルカゴン注射等の医療的ケアの実施を依頼された経験をもつ養護教諭は少なくなく、少数ながら同意していた。医療的ケア実施に対する養護教諭の考えは多様で、「法的環境の整備」が必要と考えている養護教諭も多く、肯定的意見と否定的意見が混在している現状¹⁶⁾が報告されている。また、その教育背景によって医療的ケア実施に対する考えに違いがある¹⁶⁾とされる。現状では、養護教諭による医療的ケアの実施に関する社会的コンセンサスはなく、医療的ケアを求められた場合の葛藤や不全感¹⁸⁾も報告されている。2004年の『盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の医学的・法学的整理に関する取りまとめ』¹⁹⁾により、養護学校等における教職員による痰の吸引等の医行為に対し、やむを得ないとする国の解釈が初めて示された。2008年には、文部科学省より『学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイド

ライン』²⁰⁾が示され、アナフィラキシーショックに対して、本人に代わって教職員らがエピネフリン注射を打つ場合、違法性は阻却される、とする見解が示された。救急時のグルカゴン注射についても同様の解釈が成立する可能性は大きい、公式な判断が示されていない状況にあって、グルカゴン注射に同意する決定は、保護者の要望に最大限寄り添って、難しい判断をした結果であろうと推察される。

一方、本調査では、家族が学校に出向いてインスリン注射を実施しているケースが9例あった。事情によって家族が来校できない場合には、注射を休むか学校を休まなければならない、血糖コントロールか学習活動のどちらかを犠牲にすることになる。また、校外学習や宿泊を伴う行事等では、家族に同行を依頼しなければならない可能性も出てくる。このように、医療的ケアを必要とする児童生徒のセルフケアが自立していない場合には、それらを誰が実施するかが大きな問題となる。また、低血糖が疑われる場合、可能であれば血糖値を測定することが有用であるため、意識レベルが低下した状況下では、本人以外の周囲の誰かが血糖測定できることは、糖尿病の療養環境としては望ましいと言える。重症低血糖が生じた場合のグルカゴン注射も、可能であれば学校でも対応できることが望ましい。

このように養護教諭は、特別な事情のある場合や緊急時などの特殊な状況下での医療的ケアを依頼される立場にある。同意するにしろ、しないにしろ、それらの依頼に対する決定は容易ではない。医療機関側にも、「教職員に血糖測定やグルカゴン注射の処置は依頼することはできない」²¹⁾ことを前提とした救急対応の考え方と、グルカゴン注射を含めた緊急時の対応システムを整備しておくことを勧める²²⁾見解とがあり、学校側にどこまで求められるのか、求めればよいのかについて、コンセンサスが得られていない。教職員による医療的ケアの実施については、今後の議論を待たなければならない部分もあるが、糖尿病児童生徒にとってのよりよい学校生活を考えると、目指すべき方向は明らかである。『糖尿病に関する青少年憲章』²³⁾に謳われている“安全でかつレベルの高いケア”を提供するためには、医療的ケアに関する介入が必要とされる。養護教諭と看護職との連携の実現によって、医療的ケアへの対応やより専門的な低血糖対策が可能となり、学校における支援の質を高めることができるのではないかと考える。

b. 養護教諭と看護職者の連携の現状

糖尿病児童生徒に限らず、看護師がイニシアチブをとった「学校と医療機関との連携」の報告は非常に少ない。学校・医療機関連携を主題にした多くの先行研究においても、医療機関側を意味する主体者は常に医師である。養護教諭($n=151$)の14%が看護職からの情報提供を望んでいるが、実際の情報提供者として看護師をあげたのは0%

であったと報告²⁴⁾されている。本研究でも、連携のきっかけをつくったのが看護師であるとする回答は1名で、家族99名、養護教諭35名、主治医22名に比べきわめて少なく、また、病状やケアに関する情報入手先に医療機関の看護師をあげた養護教諭は皆無であった。

このように、学校・医療機関連携のなかに看護師の存在はほとんど見えず、看護師は糖尿病児童生徒への学校生活支援に役割を果たしていないように思われる。場合によっては、医師ではなく看護師が対応すべき内容も少ないと思われる。1型糖尿病の発症率が世界一高いと言われているフィンランドでは、病院の糖尿病ナースがスクールナースからの問い合わせに応じたり、直接学校に出向いて指導するなどの対応がとられていると報告²⁵⁾されている。また、米国においても、CDE (Certified Diabetes Educator) 資格を持つCDEナースが、スクールナースから連絡を受け、電話相談に応じたり、スクールナースを対象にした研修会を開催して、新しい糖尿病治療の動向や学校での疾患管理について啓発活動を行っていると報告²⁶⁾されている。現在はほとんどかわりがない看護師と養護教諭の間に、今後独自のつながりでき、当然のこのように容易に連絡を取り合うことができるよう、看護の分野での連携推進が望まれる。

3. 研究の限界

1. 学校に糖尿病のことを知らせていないケースや担任教諭にしか知らせていないケースがあると報告¹⁸⁾されているが、本研究は、養護教諭が把握している糖尿病児童生徒の学校生活をデータとしており、そのような一部の児童生徒の実態を含んでいない。
2. 低血糖リスクのある児童生徒への学校生活支援に焦点化しているため、近年増加傾向にあり、通院の中断による長期合併症リスクが問題視されている2型糖尿病児童生徒の多くは分析対象になっていない。
3. 「連携」は、実践の場で多用されながら、その解釈には曖昧さを残す用語²⁷⁾である。本調査は、「連携」について説明や定義づけをして質問したものではなく、したがって、「連携できている」とする判断基準は、個々の養護教諭によってまちまちであった可能性がある。
4. 埼玉県の現状をとらえたものであり、地域差が存在すると考えられるため、一般化に限界がある。

V. 結 語

埼玉県の公立学校に勤務する養護教諭997名を対象に自記式質問紙調査を行い、有効回答451名のデータを分析した。質問内容は、①糖尿病に関する専門知識と低血糖リス

クへの判断、②学校での支援の実際、③医療機関との連携等であった。②と③は、強化インスリン療法一般化以降の指導経験者204名を対象にした。結果、以下の現状が明らかになった。

1. 養護教諭は、糖尿病に関する基本的な理解はできていたが、長期合併症やヘモグロビンA_{1c}に関する知識は不十分であった。
2. 「専門知識」「指導経験」の有無は、「低血糖リスクへの判断」に影響を与えており、知識、経験をもつ養護教諭は、低血糖リスクに対してより適切な判断をしていることが示唆された。
3. 学校・医療機関連携における養護教諭と看護職とのかわりはほとんどなかった。
4. 血糖測定やインスリン注射、グルカゴン注射などの医療的ケアの実施を依頼された経験のある養護教諭は指導

経験者の11～15%で、そのうちの一部は同意していた。

5. 看護職と養護教諭との協働の実現は、養護教諭の専門性と支援の質の向上につながると考えられた。

謝 辞

調査の場を与えてくださいました埼玉県教育委員会、埼玉県教育局県立学校部保健体育課の関係の皆さま、貴重な時間を割いて調査にご協力くださいました養護教諭の皆さま、臨床の場でさまざまなご指導を賜りました埼玉県立小児医療センター代謝内分泌科医長望月弘先生はじめスタッフの皆さまに心より感謝申し上げます。

本研究は、榎本聖子の2009年度首都大学東京大学院博士前期課程修士論文（指導：松下祥子、河原加代子）の一部に加筆・修正を加えたものである。

要 旨

【研究目的】 本研究の目的は、糖尿病児童生徒への支援の現状を分析することである。

【研究方法】 埼玉県の公立学校に勤務する養護教諭997名を対象に質問紙調査を行い、451名の有効回答を得た。質問内容は、①糖尿病に関する専門知識と低血糖リスクへの判断、②学校での支援の実際、③医療機関との連携等であった。②と③は、強化インスリン療法一般化以降の指導経験者204名を対象にした。

【研究結果】 1) 養護教諭は、糖尿病に関する基本的な理解はできていたが、長期合併症やヘモグロビンA_{1c}に関する知識は不十分であった。2) 専門知識、指導経験をもつ養護教諭は、低血糖リスクに対してより適切な判断をしていた。3) 養護教諭と看護職とのかわりはほとんどなかった。4) 医療的ケアの実施を依頼された経験のある養護教諭は指導経験者の11～15%で、そのうちの一部は同意していた。5) 看護職と養護教諭との協働は、学校における支援の質の向上につながる、と考えられた。

Abstract

Objective: To analyze the current situation of school support for diabetic children since the adoption of intensive treatment, and to obtain some insight into nursing practice.

Method: A questionnaire created by the researchers was given to 997 Yogo teachers (school nurses) in Saitama Prefecture. Included were (1) knowledge questions about diabetes, and how to judge the hypoglycemic risk, (2) how the school administration supports those children, and (3) the level of cooperation between schools and local hospitals. There were 451 valid responses. 204 Yogo teachers had experienced supporting diabetic children who had had intensive treatment.

Results: 1) While there was a basic understanding about diabetes, knowledge about long-term complications and hemoglobin-A_{1c} (HbA_{1c}) was insufficient. 2) Yogo teachers with proper expert knowledge and experience had made an accurate judgment to the hypoglycemic risk. 3) Yogo teachers and hospital nurses had rarely communicated with each other. 4) The proportion of Yogo teachers who had medical care treatment requested of them was 11-15%, and some of them consented to the request. 5) The cooperation of hospital nurses and Yogo teachers is believed to have led to the improvement of the quality of school nursing practices.

文 献

- 1) The Diabetes Control and Complications Trial Research Group: The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *The New England Journal of Medicine*, 329(14), 977-986, 1993.
- 2) 浦上達彦：1型糖尿病のインスリン治療。小児科診療, 68(10), 1853-1860, 2005.
- 3) 文部省保健体育審議会：児童生徒等の健康の保持増進に関する施策について—保健体育審議会答申(1973年)。p.30, 1973.
- 4) 清野 裕：認定機構公認 日本糖尿病療養指導士受験ガイドブック—糖尿病療養指導士の学習目標と課題。日本糖尿病療養指導士認定機構編：pp.11-12, 東京：メディカルビュー社, 2001.
- 5) 浦上達彦：1型糖尿病ってどんな病気?。チャイルドヘルス, 5(5), 332-335, 2002.

- 6) 日本糖尿病学会編：糖尿病治療ガイド〈2010〉. p.61, 東京：文光堂, 2010.
- 7) 兼松百合子, 中村伸枝：糖尿病児の療養行動質問紙の作成と活用. 千葉大学看護学部紀要, 19, 71-78, 1997.
- 8) 日本糖尿病学会編：科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン (改訂第2版). p.19, 東京：南江堂, 2007.
- 9) 日本糖尿病学会小児糖尿病委員会：小児・思春期糖尿病管理の手びき (改訂第2版). 日本糖尿病学会編：p.144, 東京：南江堂, 2007.
- 10) 前掲6), p.86.
- 11) 津村直子, 夏井明子：インスリン依存型糖尿病児の学校生活における現状と課題. 北海道教育大学紀要 (教育科学編), 54(2), 119-127, 2004.
- 12) 森本 彩：小児糖尿病 (1型・2型) の頻度は上昇しているか. プラクティス, 25(6), 634-641, 2008.
- 13) 糖尿病ネットワーク：Trend Research — 海外では学校で支援を得られていない糖尿病の子供が多い —. 医療者スタッフのための糖尿病情報BOX & Net, No.19, 2009-1-1.
<http://www.dm-net.co.jp/box/no19.pdf>
- 14) 社団法人日本糖尿病協会：日本糖尿病協会 DAWN Youth・鈴木財団アンケート調査. 2009-12-10.
http://www.nittokyo.or.jp/chousakenkyu_10002.html
- 15) 平賀ゆかり, 兼松百合子, 白畑範子, ほか：小児糖尿病児童生徒の管理におけるスクールナースや養護教諭への支援体制について — アメリカ, フィンランド, 日本での比較 —. 岩手県立大学看護学部研究紀要, 10, 63-72, 2008.
- 16) 榎本聖子, 大串靖子, 河原加代子：医療的ニーズのある児童生徒への支援に関する研究. 日本看護研究学会雑誌, 32(1), 79-89, 2009.
- 17) 岸 和子, 山根聖子, 河原仁志：学校医を中心とした医療教育連携の実態と問題点 — 島根県公立学校に対するアンケート調査から —. 日本医事新報, 3937, 42-47, 1999.
- 18) 片山美香：慢性疾患患児を取り巻く学校環境の現状と課題 — 米国でみた糖尿病患児への支援事例を含めて考える —. 小児保健研究, 66(2), 231-233, 2007.
- 19) 在宅及び養護学校における日常的な医療の医学的・法律学的整理に関する研究会：盲・聾・養護学校における痰の吸引等医学的・法律学的整理に関する取りまとめ. 平成16年度厚生労働科学研究費補助事業, 2004.
- 20) 平成19年度アレルギー疾患に関する調査研究委員会, 文部科学省監修：学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン. 財団法人日本学校保健会, 2007.
- 21) 稲田 浩：1型糖尿病の子供の教育支援プログラム. 小児看護, 30(11), 1550-1554, 2007.
- 22) 中村慶子：小児糖尿病患者の管理におけるコメディカルの役割. Diabetes Frontier, 18(2), 161-164, 2007.
- 23) ノボ ノルディスク ファーマ：「糖尿病に関する青少年憲章 (Diabetes Youth Charter)」発表プロジェクト概要 (日本語版). 2011-10-24.
<http://www.novonordisk.co.jp/media/youthcharter.pdf>
- 24) 山田紀子, 武智麻里, 小田 慈：慢性疾患を持つ児童・生徒の学校生活における医療と教育の連携. 小児保健研究, 66(4), 537-544, 2007.
- 25) 平賀ゆかり, 兼松百合子, 白畑範子：フィンランドにおけるナース, パブリックヘルスナース, スクールナースによる小児糖尿病管理活動. 岩手県立大学看護学部紀要, 9, 123-127, 2007.
- 26) 平賀ゆかり, 兼松百合子, 村上史子：米国におけるナースやスクールナースの小児糖尿病管理活動について — Children's Hospital Los AngelesおよびLos Angeles近郊小学校での研修報告. 岩手県立大学看護学部紀要, 7, 173-178, 2005.
- 27) 吉池毅志, 栄セツコ：保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理 — 精神保健福祉実践における「連携」に着目して. 桃山学院大学総合研究所紀要, 34(3), 109-122, 2009.

平成23年12月12日受 付
平成24年 9月28日採用決定

精神科病棟看護師の諸葛藤の解析結果が示す 精神科看護の現状とその改善のための方策

Nursing in Psychiatric Hospital Inpatient Wards: An Analysis of Nurses' Conflicts in
the Present Situation and a Proposal for Improvement

木村 克典¹⁾ 松村 人志^{1), 2)}
Katsunori Kimura Hitoshi Matsumura

キーワード：精神科病棟，看護師，葛藤，解析
Key Words：psychiatric ward, nurse, conflict, analysis

I. はじめに

人が組織に属し働く限り，葛藤は避けられないものである。葛藤は個人の内面に，また，個人間，個人と集団，集団間に起こり得るものである。現在，精神科医療は「入院医療中心から地域生活中心へ」の変革期にあり，精神科看護師は意識改革の必要に迫られている。また，患者のニーズは多様化し，医師，作業療法士，精神保健福祉士，薬剤師，栄養士等，多様な人々の協働を必要とする問題が多くなり，精神科看護師に高度な知識や技術が求められるようになった。このような背景のなか，精神科看護の現場においても，看護師個人の内面に，また看護師同士の間，看護師と医師など他職種との間に，あるいは看護師と患者や患者家族との間に葛藤が生じていることが考えられる。

1人の人の内部で生じる葛藤は個人内葛藤（または心理的葛藤）と言われ，2つ以上の人や集団の間で社会的な活動を通して生じる葛藤は社会的葛藤と言われている¹⁾。しかし，個人間，個人と集団，集団間の葛藤のなかに，個人としての自己がからみ込まれるときは，その葛藤はやがて個人の内面の葛藤に転じる²⁾。精神科看護師の場合，それぞれが価値観や信念をもち主体的に業務にかかわっていることを考えれば，社会的葛藤もやがて個人内葛藤に転じるものとして考えられる。したがって，個人内葛藤を知ることが社会的葛藤を知ることになる，ととらえることもできる。

ところで，これまで，職場で発生する葛藤は有害なものみなされ，できるだけ除去し，適切な対応により被害を食い止めようと考えられていた。しかし現代では，職場で発生する葛藤は有害なものではなく，肯定的な機能の側面も機能不全的な側面も有している中立なもの³⁾，としてみ

られるようになった。また，葛藤が増加していくことを阻止し，適切な量の範囲内にとどめるよう努力することは，組織の有効性をよりよいレベルに到達させるために必要である⁴⁾，とされるようになった。すなわち，葛藤自体に機能的側面があり，組織を有効に機能させるための働きがあるということである。葛藤のない組織は沈滞し，生産性や効率率は低下することになり，むしろ，組織が存続するためには葛藤は避けられないものである⁵⁾，と考えられている。

精神科病棟で働く看護師の葛藤に関する研究にはいくつかある。Stannard, D.L.⁶⁾は精神科病棟のなかで，患者が病気を発症した原因を患者自身の問題ととらえる看護スタッフと患者の生活環境に問題があるととらえる看護スタッフとの間で葛藤が生じていることを示した。Lützné, K.⁷⁾は，看護師の経験する多くの葛藤が，看護師・患者関係における看護師の道義的感覚を妨げていることを示唆した。わが国では，出口⁸⁾が，大学病院精神科看護師に生じる葛藤が仕事に対する不全感を看護師に抱かせ，また，葛藤を引き起こしている原因を看護師が自覚できないためさらに葛藤を深めている実情を述べた。前田⁹⁾は，患者の暴力に遭遇した場合など，新人看護師が自分の感情を自律的に整理することが難しい場面において，解決に至らずに葛藤を引き起こしていることを示した。また，前田¹⁰⁾は，患者対応において看護師に患者の立場を優先すべきか，管理的任務を優先すべきかという葛藤が生じたとき，患者の立場を優先して対応すれば人間らしいかわりが生まれ，的確な臨床判断が可能になり患者の回復につながるが，管理的任務を優先すれば患者との間にずれが生じ的確な判断の可能性を失うことになる，と述べている。柴田¹¹⁾は，身体的拘束中の患者の看護を行う精神科

1) 東亜大学大学院総合学術研究科臨床心理学専攻

Division of Clinical Psychology, Graduate School of Integrated Science and Art, University of East Asia

2) 大阪薬科大学薬物治療学研究室 Laboratory of Pharmacotherapy, Osaka University of Pharmaceutical Sciences

看護師の葛藤要因を示し、精神科看護師が重い責任感やネガティブな感情を背負っている状況を明らかにした。

さて、上記の先行研究のなかでは、前田¹⁰⁾が葛藤の中立性を述べているが、他の研究では看護に機能不全をもたらすことが示され、葛藤の機能的側面については言及されていない。また、上記はいずれも、参加観察や看護師のインタビュー内容、アンケート調査に書かれた自由回答に基づく質的研究や事例研究であった。そのため、葛藤と看護機能との関係は述べられているが、数量的関係までは解析されていない。

筆者らは、先行研究¹²⁾において、精神科看護師のインタビュー内容を質的に解析し、精神科看護師の抱く葛藤を6つのカテゴリーに分類し構造化した。その結果、「ビジョンのない看護」という中核要因を中心に「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」「患者尊重の欠如」という2つの内部要因と、「不十分な退院環境」「他職種との未熟な関係」「規則・法律と現実との乖離」という3つの外部要因が相互関係あるいは因果関係にあることを提示し、カテゴリー間に悪循環が生じていることを仮定した。そして、「ビジョンのない看護」という中核要因に含まれる要素を解決することでこれらの悪循環を解消できるのではないかと考えた。すなわち、精神科医療における看護業務の役割を明確化することがこれらの悪循環を解消することになる、と考えた。

しかし、質的研究であるため、葛藤間の関係の方向性や程度までは明らかでなかった。葛藤間の関係を数量的にとらえることで、葛藤をもたらしている現象の全体像を客観的に描写でき、葛藤を看護機能の向上のために有効に用いるうえで役立つと考えられた。これまで、看護師の葛藤を数量的に分析した研究には、田尾^{13)~16)}の研究があるが、精神科看護師のみを対象とした葛藤の数量的分析研究はみられない。

本研究では、著者らの先行研究¹²⁾で構築した葛藤モデルを使用し、精神科看護師の抱くさまざまな葛藤あるいは看護機能の関係を数量的にとらえることを通して、精神科看護の現状を合理的に理解し、看護機能を高めるための方策を得ることを目的とした。

II. 研究方法

1. 調査期間

平成21年6月10日～平成22年10月17日

2. 対象者

全国47都道府県の、400床前後の単科の私立精神科病院のなかから、1都道府県あたり2～4病院、計100病院を

抽出し、そこで働く精神科勤務経験3年以上の看護師・准看護師（以下、看護師とする）を対象に、アンケート調査を施行した。

私立の精神科病院の看護師を対象としたのは、公立の精神科病院や総合病院の精神科病棟とは、看護体制や病棟構造に違いがあるため、看護師が抱えている葛藤にも相違があるのではないかと考えたからである。また、日本の精神科病院の約80%が私立の病院¹⁷⁾であり、多くの精神科看護師が私立の精神科病院で働いていることも理由の一つである。

単科の精神科病院としたのは、単科でない場合、他科への勤務移動などで精神科の経験が中断され、精神科病棟での思いや考えが薄れている可能性が考えられたからである。

対象者の精神科経験年数を3年以上としたのは、質問項目の内容に、ある程度の年数の精神科看護経験がないと答えられない項目があるためである。

3. 調査方法

各病院の看護部長宛に、20名前後のアンケート調査の依頼をした。アンケートの回収方法は、アンケート記入後、各対象者に個別に投函してもらい、郵便局留めとし回収した。

4. 倫理的配慮

調査に協力してもらうことにより、個人に不利益が生じないこと、個人のプライバシーや守秘義務を守り個人が特定できないようにすること、調査票およびデータは本研究以外に使用しないこと、研究終了後に調査票およびデータはシュレッダーで処理をすること、データは分析され数量化および抽象化されたかたちで論文として発表すること、論文に関しても人権に十分配慮することを調査票に明記した。なお本研究は、東亜大学生命倫理委員会の承認を受けている。

5. 調査票の作成手順

本研究で使用する調査票の調査項目としては、筆者らの先行研究¹²⁾のなかで取り上げられている「看護師10名が述べた精神科入院医療現場における諸葛藤のまとめと分類」の70項目を最初に使用した。それら70項目の内容的妥当性を確認するため、ある単科の私立精神科病院に勤務する59名の看護師に6件法（1：全くそうでない、2：そうでない、3：あまりそうでない、4：ややそうである、5：そうである、6：非常にそうである）でアンケート調査を行い、54名（女性46名、男性8名、正看護師25名、准看護師29名）から有効回答を得た。全項目の平均値は3.0

から6.0の間にあり、精神科病棟看護師の葛藤としての妥当性が認められたため、これらの項目を調査票の原案として使用することにした。

また、質問項目の内的整合性を検討するためCronbachの α 係数を算出した結果、質問項目全体では.899となり、各要因では、「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」が.583、「患者尊重の欠如」が.771、「不十分な退院環境」が.725、「他職種との未熟な関係」が.656、「規則・法律と現実との乖離」が.576、「ビジョンのない看護」が.627であった。

なお、この調査では選択肢として「どちらでもない」という中間項を設けていないが、「あまりそうでない」という選択肢が中間項と逆転することが指摘されている¹⁸⁾。そのため「あまりそうでない」と「ややそうである」の距離間が近くなり、両者の間に明確な区別がつかなくなることが推測できる。そこで、より選択肢間の等距離性を保つため次回の調査では「あまりそうでない」という選択肢を「ややそうでない」という選択肢に修正した。

次に、天井効果がみられた項目を除外し、同じような内容をもつ項目を一つにし、さらに「学生実習の対象者が特定の患者に集中する」など、病院独自の問題である可能性のある項目を削除した。こうして筆者らの先行研究¹²⁾のなかで提案されている「精神科看護師がもつ葛藤の構造」原案の6カテゴリとサブカテゴリを維持したうえで、49項目の質問項目とした(表1および図1)。アンケート調査は6件法(1:全くそうでない, 2:そうでない, 3:ややそうでない, 4:ややそうである, 5:そうである, 6:非常にそうである)で行った。

また、対象者の属性を知るため、性別、年齢、職種、職位、精神科経験年数、保護室がある病棟での勤務経験の有無、勤務病院での退院施設の有無、勤務病院での家族教室の有無、勤務地の9項目を加えた。

6. 分析方法

葛藤が看護機能に及ぼす影響を調べるため、筆者らの先行研究¹²⁾の「精神科看護師がもつ葛藤の構造」を仮説モデルとした(図1)。筆者らの先行研究¹²⁾のモデルは、「ビジョンのない看護」という中核要因を中心に、「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」「患者尊重の欠如」という2つの内部要因と、「不十分な退院環境」「他職種との未熟な関係」「規則・法律と現実との乖離」という3つの外部要因が、相互関係あるいは因果関係にあることを示している。仮説モデルのなかの6つの要因は表1に示すようにサブカテゴリの内容をまとめたものであり、各サブカテゴリは質問項目の内容をまとめたものである。

また、「ビジョンのない看護」のビジョンとは、精神科

表1 質問項目

質問項目	パス係数
I 看護スタッフ間の相互理解の困難さ	
I-1 方針・スタンスの違い	
1. 病棟では、自分の考える看護はわかってくれる人にしか言わない。	.57
2. 自分の考える看護は理想にすぎない。	.54
3. 病棟では経験の長い看護師に従っている。	.46
4. 組織のなかの一員なので、他の看護師と異なった看護はしない。	.3
5. 患者に対し、規則に厳しい看護はしたくない。	-.12
6. 病棟に、看護に対する考え方のあわない看護師がいる。	.11
I-2 意見交換の不十分さ	
7. 私は、カンファレンスなどで、自分の意見や考えを言わない。	.78
8. 病棟では、自分の意見の言える場がない。	.71
9. 新任看護師に、精神科看護を理解してもらうのは難しい。	.04
II 患者尊重の欠如	
II-1 ネガティブな患者像	
10. 私は、患者の欠点ばかりが目につく。	.52
II-2 看護者中心の看護	
11. 私は、患者に感情的になる。	.75
12. 私は、患者に対して命令的になる。	.59
13. 私の患者対応は公平さに欠ける。	.55
14. 私は、患者を子供扱いしている。	.5
15. 自分の体調や精神状態の悪さが患者対応に出てしまう。	.62
16. 放尿や失禁など患者の失態に対して、私は原因を考えずに患者を批判する。	.53
17. 私は、入院の長い患者に対し、馴れ馴れしい態度になる。	.51
18. 私は暴力行為のある患者とかかわらないようにしている。	.41
19. 多忙のため、患者の話を最後まで聞けない。	.39
III 不十分な退院環境	
III-1 退院支援体制の不備	
20. 入院患者に社会経験できる機会が増えれば、退院できる患者は増える。*	.57
21. 入院患者に社会資源についての情報を知らせれば、患者の退院意欲は高まる。*	.5
22. 退院後の患者の受け入れ状況が不十分でも、退院をめざした積極的看護を行うべきだ。*	.24
III-2 家族の逃避的対応	
23. 患者と家族との関係を改善できれば、退院できる患者は多くなる。*	.77
24. 社会資源についての知識や情報が患者家族にあれば、家族は患者の退院に前向きになる。*	.64
25. 患者家族が疾患を理解すれば、退院できる患者は多くなる。*	.76
26. 患者の回復可能性について、患者家族が前向きに考えてくれれば、退院できる患者は増える。*	.7
IV 他職種との未熟な関係	
IV-1 医師との不十分な関係	
27. 私は、医師との間に隔たりを感じる。	.64
28. 患者や家族に関する情報交換を医師と行う機会がない。	.55
29. 患者とのトラブルを医師に連絡するが、状況の重大さが医師に伝わらない。	.62
30. 私は、医師の治療方針を理解し看護を行っている。*	.46
31. 医師の保護室の使用法に対して疑問はない。*	.24
IV-2 病院組織・体制のなかでの不明確な位置・役割	
32. 雑務が多く、看護師本来の仕事ができない。	.4
33. 現場の意見やアイデアが、病院の管理職に伝わっていない。	.4
34. 患者と看護師とのトラブルでは、看護師の責任にされやすい。	.32
V 規則・法律と現実との乖離	
V-1 患者処遇の必要性と問題点	
35. 私の働く病院から、患者隔離を失くすことはできる。*	.57
36. 私の働く病院から、身体拘束を失くすことはできる。*	.71
37. 病棟内の患者の生活環境を制限することで、自殺や自傷行為が防止できる。*	.08
38. 隔離室の使用には、懲罰的な意味合いがある。	.04
V-2 規則実行の難しさ	
39. 精神保健福祉法どりの看護は容易である。*	.26
40. 病院で決められたマニュアルどりに仕事することは容易である。*	.16
VI ビジョンのない看護	
VI-1 無力感に陥っている看護姿勢	
41. 私は、根拠もなく看護をしている。	.57
42. 自分もっている知識では、患者に十分な対応ができない。	.55
43. 私の患者に対する言葉づかいは、社会的にみて誤っている。	.53
44. 私は、患者に管理的になっている。	.37
45. 長期入院患者を退院させることは無理である。	.32
VI-2 不合理不公平な看護	
46. 患者に対する私の態度は、状況次第で一貫性なく変化する。	.5
VI-3 患者とのコミュニケーションの阻害	
47. 患者と看護師とのコミュニケーションを、どう看護に役立てていいかわからない。	.58
48. 私は患者から信頼されている。*	.47
49. 患者と看護師とのコミュニケーションは、治療上、重要でない。	.09

[注] ゴシック体: モデルで使用した項目, *: 逆転項目

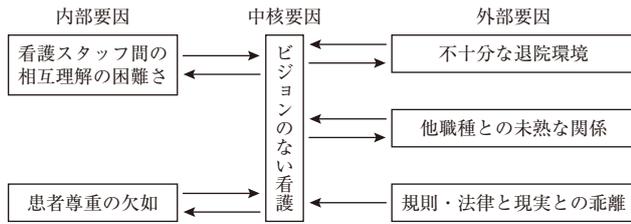


図1 仮説モデル：精神科看護師がもつ葛藤の構造

看護独自の役割とその効力に関する見通しという意味を含んでいる¹²⁾。したがって、「ビジョンのない看護」とは、看護師が精神科看護独自の役割と効力を明確に自覚して看護が行われていない状態である。言い換えれば、精神科としての看護が十分に機能していない状態、すなわち機能不全または機能低下の状態を表している。そして、精神科看護が機能している状態とは、精神科看護の役割とその効力を明確に自覚して看護が行なわれている状態と理解することができる。

そこで、「ビジョンのない看護」を看護機能の指標と考え、他の5つの要因すなわち「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」「患者尊重の欠如」「不十分な退院環境」「他職種との未熟な関係」「規則・法律と現実との乖離」との関係を保説モデルに基づき検討した。なお、「規則・法律と現実との乖離」の規則とは病院で成文化されたマニュアルであり、法律とは『精神保健及び精神障害者福祉に関する法律』（精神保健福祉法）のことである¹²⁾。分析は共分散構造分析で行った。統計ソフトはSPSS 19.0J, Amos 19.0Jを使用した。

Ⅲ. 結 果

調査依頼をした100病院のうち42病院（42%）から返答があり、32病院（32%）から承諾が得られた。調査票を、2010年8月4日より2010年8月26日まで、承諾が得られた病院に順次発送した。回収は10月17日を最後とした。その結果、計590名に調査票を送付し、453人（76.8%）より回答があった。無効解答は5名であった。

本研究の対象者は、経験年数の項目に記入がなかった人と、49の質問項目に1つでも答えてない人を除いた406人（68.8%）とした。

1. 対象者の概要（表2）

本研究の対象者は女性277人（68.2%）、男性129人（31.8%）で、年齢は20歳代31人（7.6%）、30歳代118人（29.1%）、40歳代118人（29.1%）、50歳代107人（26.4%）、60歳以上32人（7.9%）であった。

職種は看護師298人（73.4%）、准看護師108人（26.6%）

表2 対象者の概要

(N = 406)

属性	区分	人 (%)
性別	女性	277 (68.2)
	男性	129 (31.8)
年齢	20歳代	31 (7.6)
	30歳代	118 (29.1)
	40歳代	118 (29.1)
	50歳代	107 (26.4)
	60歳以上	32 (7.9)
職種	看護師	298 (73.4)
	准看護師	108 (26.6)
職位	管理職	140 (34.5)
	スタッフ	266 (65.5)
精神科経験年数	3年以上～10年未満	144 (35.5)
	10年以上～20年未満	161 (39.7)
	20年以上	101 (24.9)
保護室使用経験	ある	360 (88.7)
	ない	46 (11.3)
退院施設	ある	331 (81.5)
	ない	72 (17.7)
	知らない・無回答	3 (0.7)
家族教室	ある	256 (63.1)
	ない	125 (30.8)
	知らない・無回答	25 (6.2)
勤務地	東日本	253 (62.3)
	西日本	153 (37.7)

で、職位は管理職（副主任以上）140名（34.5%）、看護スタッフ266名（65.5%）であった。精神科経験年数は3年以上～10年未満144人（35.5%）、10年以上～20年未満161人（39.7%）、20年以上101人（24.9%）であった。

保護室使用の経験があると答えた人は360人（88.7%）、ないと答えた人は46人（11.3%）であった。また、勤務病院に退院施設があると答えた人は331人（81.5%）、ないと答えた人は72人（17.7%）、知らないと答えた人・無回答の人は3人（0.7%）であった。勤務病院に家族教室があると答えた人は256人（63.1%）、ないと答えた人は125人（30.8%）、知らないと答えた人・無回答の人は25人（6.2%）であった。

回答者の地域別では東日本（北海道・東北、関東、中部）253人（62.3%）、西日本（近畿、中国、四国、九州・沖縄）153人（37.7%）であった。

2. 仮説モデルの検証

a. 全項目を観測変数としたパス図の結果

まず、仮説モデル「精神科看護師がもつ葛藤の構造」¹²⁾に49項目を当てはめパス図を作成した。その結果、適合度指数はGFI=.795, AGFI=.776, CFI=.731, RMSEA=.052であった。また、「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」「患者尊重の欠如」「不十分な退院環境」「他職種との未熟な関係」「規則・法律と現実との乖離」の5要因から「ビ

ジョンのない看護」への関係にそれぞれ多重共線性が生じた。

なおCronbachの α 係数は、46項目全体では.846となり、6因子では、「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」が.620、「患者尊重の欠如」が.799、「不十分な退院環境」が.785、「他職種との未熟な関係」が.666、「規則・法律と現実との乖離」が.398、「ビジョンのない看護」が.665であった。

b. 観測変数へのパス係数と項目内容を吟味して作成したパス図の結果

次に、まずカテゴリーごとにパス図を作成した。パス係数は表1に示す。そして、原則として観測変数へのパス係数が.4未満の項目は除外し、内容の同じような項目は一つにまとめた。その際、仮説モデルに忠実になるよう、各サブカテゴリーの項目を少なくとも1つ、できれば2つ、観測変数に入れるようにした。

まず「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」では、係数.4未満の項目4、5、6、9を除外した。項目2、3は自分の考える看護ができないという内容にとらえ、項目2にまとめた。最終的に、項目1、2、7、8の4項目を観測変数とした。

「患者尊重の欠如」では、項目19は係数.4未満のため除外した。項目15、16、17、18は、項目11、12、13、14の内容に含まれていると判断し、項目11、12、13、14の4項目にまとめた。これらに項目10を加え、計5項目を観測変数とした。

「不十分な退院環境」では、項目22は係数.4未満のため除外した。項目23、25、26を患者と家族の問題と考え、項目23にまとめた。最終的に項目20、21、23、24の4項目を観測変数とした。

「他職種との未熟な関係」では、係数.4未満の項目31、34を除外し、項目27と29、項目28と30はそれぞれ同じ内容とみなし項目27、28にまとめ、項目32、33を加えた4項目を観測変数とした。

「規則・法律と現実との乖離」では、係数.4未満の項目37、38を除外した。項目39、40は係数が.4未満であったが、サブカテゴリーを忠実に現わすため観測変数とした。最終的に項目35、36、39、40の4項目を観測変数とした。

「ビジョンのない看護」では、パス係数が.4未満の項目44、45、49を除外した。項目43は項目41に内容が含まれると判断し、項目41にまとめた。最終的に項目41、42、46、47、48の5項目を観測変数とした。なお、項目49はフロア(床)効果を示した。

以上の過程を経て、26項目(表1に太字で示した)を観測変数とした。Cronbachの α 係数は26項目全体では.793となり、「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」が.734、「患

者尊重の欠如」が.713、「不十分な退院環境」が.723、「他職種との未熟な関係」が.571、「規則・法律と現実との乖離」が.474、「ビジョンのない看護」が.663であった。なお、「他職種との未熟な関係」では α 係数が.571、「規則・法律と現実との乖離」では.474と低かったが、潜在変数と観測変数の対応関係は統計的に有意であった。

これら26項目をもとに、再度、パス図を作成した(図2)。項目35の隔離の問題と項目36の拘束の問題は、ともに行動制限という共通要素をもっている。したがって、「規則・法律と現実との乖離」以外の要素(誤差)間には何らかの関係があることが考えられる。そこで、e18とe19に共分散を描いた¹⁹⁾。なお、図2における観測変数へのパス係数は26項目を抽出した後のものであるため、表1とは異なった値になっている。

パス図の適合度指標は、GFI=.920、AGFI=.903、CFI=.918、RMSEA=.038、となり、当てはまりがよくなった。カイ二乗適合度検定では.001水準以下($\chi^2=454.075$)でモデルが適合しているという仮説は棄却されたが、カイ二乗適合度検定は、標本数(n)が多くなると棄却されるという傾向がある。本研究は中標本であり、棄却されても他の適合度指標が良好であるため、適合モデルと判断できる²⁰⁾。

また、「ビジョンのない看護」と他の5要因間、すなわち「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」「患者尊重の欠如」「不十分な退院環境」「他職種との未熟な関係」「規則・法律と現実との乖離」間の単方向パスに因果係数を、e18とe19間の双方向パスに相関係数を示し、それぞれの係数に有意水準(*: $p < .05$, **: $p < .01$, ***: $p < .001$)を示した。それをまとめたものが表3である。表3では因果係数と相関係数をまとめてパス係数としている。パス係数と p 値は、Amos 19.0Jによるパス解析の結果から得られた数値である。なお、図中のeは誤差変数を表している。パス図の潜在変数から観測変数の対応関係は有意($p < .001 \sim .05$)な関係であり、構成概念と観測変数は適切に対応していることが示された。なお、パス係数を1に固定したところには有意水準を示すアスタリスク(*)は解析上つけていないが、各係数は.42~.62であった。

c. 「ビジョンのない看護」と他因子との関係(表3)

「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」から「ビジョンのない看護」への因果係数は.91と0.1%水準で有意になり因果関係が認められた。しかし、「ビジョンのない看護」から「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」への因果係数は-.11と負の値であり、有意な関係はみられなかった。

「患者尊重の欠如」から「ビジョンのない看護」への因果係数は.37と1%水準で有意であった。「ビジョンのない看護」から「患者尊重の欠如」への因果係数は.67と0.1%水準で有意であった。相互に正の因果関係が認めら

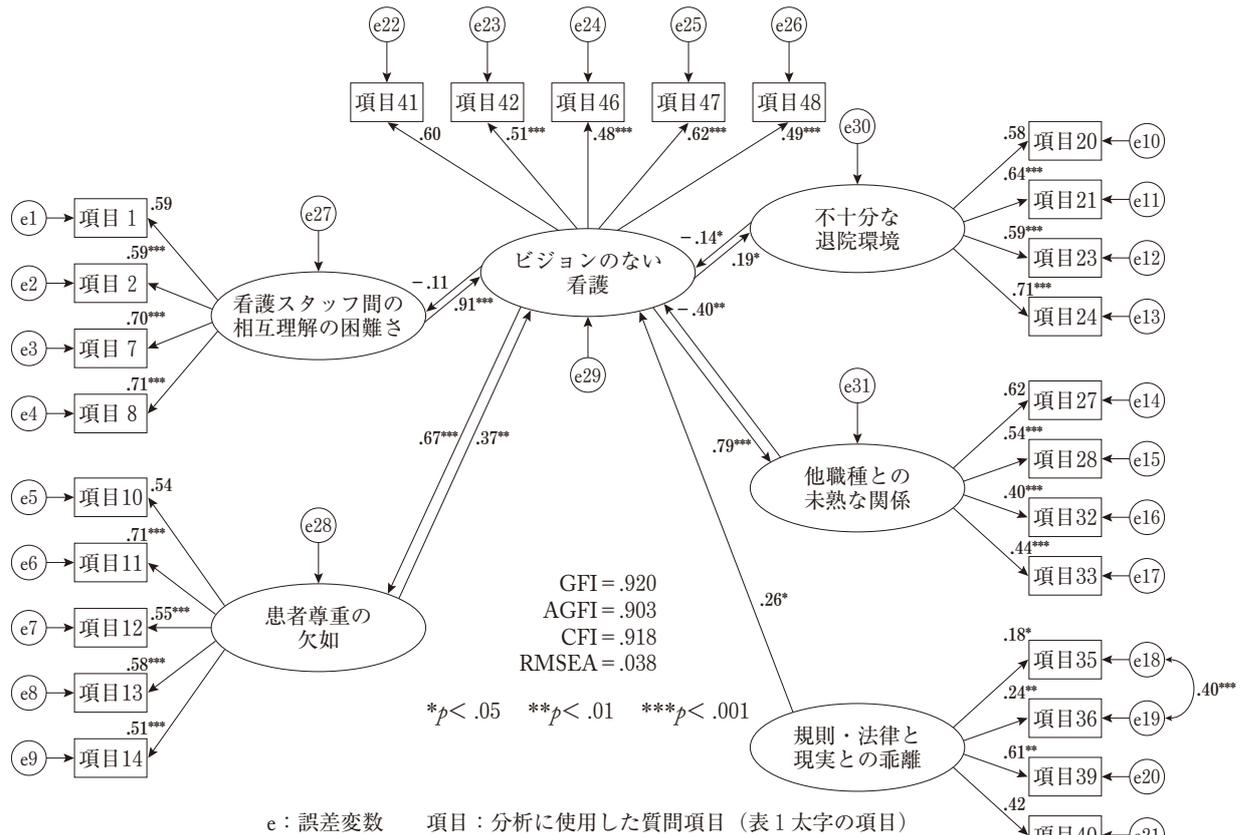


図2 パス図：精神科看護師のもつ葛藤の構造

表3 カテゴリー間および誤差変数間のパス係数と確率

カテゴリー間および誤差変数間の関係	パス係数	確率
看護スタッフ間の相互理解の困難さ → ビジョンのない看護	.91	.000***
ビジョンのない看護 → 看護スタッフ間の相互理解の困難さ	-.11	.748
患者尊重の欠如 → ビジョンのない看護	.37	.003**
ビジョンのない看護 → 患者尊重の欠如	.67	.000***
不十分な退院環境 → ビジョンのない看護	-.14	.044*
ビジョンのない看護 → 不十分な退院環境	.19	.022*
他職種との未熟な関係 → ビジョンのない看護	-.40	.006**
ビジョンのない看護 → 他職種との未熟な関係	.79	.000***
規則・法律と現実との乖離 → ビジョンのない看護	.26	.011*
e18 ↔ e19	.40	.000***

[注] * : $p < .05$, ** : $p < .01$, *** : $p < .001$

れた。

「不十分な退院環境」から「ビジョンのない看護」への因果係数は、 $-.14$ と負の値で、5%水準で有意となり、負の因果関係が認められた。「ビジョンのない看護」から「不十分な退院環境」への因果係数は $.19$ で、5%水準で有意であり、正の因果関係が認められた。

「他職種との未熟な関係」から「ビジョンのない看護」への因果係数は $-.40$ と負の値で、1%水準で有意となり、負の因果関係が認められた。「ビジョンのない看護」から「他職種との未熟な関係」への因果係数は $.79$ で、0.1%水準で有意であり、正の因果関係が認められた。

「規則・法律と現実との乖離」から「ビジョンのない看護」への

係数は $.26$ で、5%水準で有意となり、正の因果関係が認められた。なおe18とe19間の相関係数は $.40$ で、0.1%水準で有意な関係であった。

以上の結果をまとめると、「ビジョンのない看護」に最も影響を与えているのは「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」であり、次に「患者尊重の欠如」「規則・法律と現実との乖離」であり、「他職種との未熟な関係」と「不十分な退院環境」は負の影響を与えていた。また、「ビジョンのない看護」が最も影響を与えているのは「他職種との未熟な関係」と「患者尊重の欠如」であり、次に「不十分な退院環境」であった。有意な関係がみられなかったのは、「ビジョンのない看護」から「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」への関係であった。

IV. 考 察

まず、「ビジョンのない看護」と「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」「患者尊重の欠如」「不十分な退院環境」「他職種との未熟な関係」「規則・法律と現実との乖離」の5つの要因との関係について仮説モデルと本研究結果との比較検討を行い、看護機能に及ぼす5つの葛藤要因の特性について述べる。そして、看護の機能を高めるための方策について考えてみたい。なお、先に述べたように、「ビジョ

のない看護」とは精神科としての看護が十分に機能していない状態、すなわち機能不全または機能低下の状態、を表わしている。そして、看護が機能している状態とは看護師が精神科看護の役割と効力を認識し看護が行われている状態、を表わしている。

1. 「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」と「ビジョンのない看護」との関係

「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」から「ビジョンのない看護」へ非常に強い影響（.91）が認められ（表3）、仮説モデル（図1）と一致した。「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」という要因は、看護に機能不全をもたらす強い要因であることが示された。

他方、仮説モデルでは、「ビジョンのない看護」が原因で「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」が引き起こされると考えられたが、本研究では「ビジョンのない看護」から「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」へは有意な影響がみられなかった。このことは、少なくとも、看護が機能していないことが原因で「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」という問題が発生するのではないことを示している。すなわち、「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」は「ビジョンのない看護」とは別の問題から主に発生している、と予測される。

社会的葛藤で、個人間で生じる葛藤は対人葛藤と言われている²¹⁾。職場で起こる対人葛藤の発生要因は、「仕事上の問題」と、性格や価値観の相違等から生じる「個人的な問題」の2つに分けられる²²⁾が、大西²³⁾は、圧倒的に多いのは「仕事上の問題」である、と述べている。したがって本来ならば、精神科看護の役割やその効果が不明確であれば「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」という葛藤を生起させるはずである。しかし、本研究では、精神科看護の役割やその効果が不明確なことが「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」という葛藤の有意な原因にはなっていない。

このことは、「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」は、仕事上の「ビジョンのない看護」とは別の問題、すなわち「個人的な問題」から発生していると考えられる。しかし、精神科看護の現場における対人葛藤の原因に最も重要な「仕事に関する問題」、すなわち看護機能の問題が関与していないことは、精神科看護の現場に専門職としての意識が低く、機能が停滞していることが考えられ、重大な問題を提示していると考えられる。

さて現在では、対人葛藤の存在を否定し避けることは、その後により困難な問題を引き起こすことにつながるの、対人葛藤を建設的に克服することは、職場に活性化と変革をもたらす重要な契機となる²⁴⁾、と言われている。本

研究においても、「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」という葛藤が「ビジョンのない看護」という葛藤、すなわち看護の機能不全に非常に強い影響を及ぼしており、「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」という葛藤を建設的に解決することが、職場に変革をもたらす重要な要件であることが示された。

ところで、対人葛藤の解決のために人々が試みる行動（無行動も含む）は方略と呼ばれている。大西²⁵⁾は、職場で使用される方略を、支配方略、統合方略、消極的方略、第三者介入方略に分類し、そのなかで職場内での対人行動として有効な解決法は統合方略である、と述べている。統合方略とは、相互に満足できるような解決策を探る行動で、そのために必要な当事者間の情報交換や問題の明確化を含み、相手の自発的な変化をうながすような理性的な方略行動のことである²⁶⁾。

また田尾²⁷⁾は、対人葛藤を大きくしている要因として管理上の戦略が決定的に不足していることを指摘している。ゆとりや余裕を意図的に、つまり経営管理的に創出する制度的な施策が必須であり、その方策として職場集団を管理する上司のリーダーシップに期待されることは大きい、と述べている。

精神科看護師に統合方略の認識を高める教育を施行する一方で、看護の現場に話し合いや相互理解の余裕をもたらすような管理者の施策が必要である。

2. 「患者尊重の欠如」と「ビジョンのない看護」との関係

仮説モデルのとおり、「ビジョンのない看護」から「患者尊重の欠如」へ（.67）、「患者尊重の欠如」から「ビジョンのない看護」へ（.37）、それぞれに影響がみられた（表3）。したがって精神科看護においては、「ビジョンのない看護」すなわち看護の機能不全が解消して精神科看護の役割やその効果を認識できるようになることは、患者尊重の欠如を緩和することにつながり、患者を尊重した看護ができることが精神科看護におけるビジョンの欠如を緩和することになる。

看護師は患者一人ひとりのニーズを知り、それに応える必要がある。患者一人ひとりのニーズに気づくには、ベナー²⁸⁾の言う気づかい（caring）が患者に対してなされていなければならない。そして、気づかいとは、患者を尊重していないとできないことである。

これまでの精神科看護は、入院生活に張り合いと生活リズムをもたせ、患者同士の人間的交流や協調性を養おうというもので²⁹⁾、結果として集団管理の要素が強くなった。その過程で、看護師にとって望ましい患者、すなわちおとなしく、素直に従ってくれ、余分な負担をかけない患者を

意図的につくることで集団管理することが多くなった³⁰⁾。こうして、患者を気づかうことの少ない看護、すなわち「患者尊重の欠如」が生じてきたという歴史がある。

本研究では、この「患者尊重の欠如」が「ビジョンのない看護」を生じさせる要因の一つであることが示された。

3. 「不十分な退院環境」と「ビジョンのない看護」との関係

「不十分な退院環境」から「ビジョンのない看護」へは、弱い負の影響 (-.14) が認められた (表3)。仮説モデルでは、「不十分な退院環境」が「ビジョンのない看護」を強めると考えられたが、本研究では、逆に「ビジョンのない看護」という要因を弱める結果になった。ということは、「不十分な退院環境」という要因は看護に機能不全をもたらすのではなく、逆に精神科看護の役割に対する看護師の認識を高める働きをしていることになる。このことは、退院後の境遇に期待できない分、看護師に過剰な負担を強いていることを示唆している、とも言える。

また、仮説モデルのとおり、「ビジョンのない看護」から「不十分な退院環境」へ、弱い正の影響 (.19) が認められた。すなわち、看護の機能不全が退院環境の不備を招いていることが示された、と言える。ここでは、精神科看護師は患者の退院環境の調整や改善を精神科看護の役割と認識しているが、看護が機能していないために役割を果たせないでいる状況を示しているのかもしれない。

「不十分な退院環境」には、退院支援体制の問題と患者家族の問題が含まれる。

末安は、限られた人員や病院内の医療資源を活用しながらすでに回復期に移行している長期入院の人や、入院期間は1年以内だが退院のための条件が揃わないような人に対して、看護師のみによる退院支援計画の立案の実施は困難である³¹⁾とし、病院の管理者が退院支援の取り込みにどのようなかわり方をしているのか等の病院理念・方針が、その病院の退院支援体制確立の推進に影響を及ぼす³²⁾、と述べている。

福田³³⁾は、臨床において個々の看護師が家族にかかわる時間を確保するのは、チームの理解と協力がないと難しく、また、保護者となった家族は法律により義務を強いられるため、家族の負担に配慮した繊細なかかわりが必要である、と述べている。また、中井³⁴⁾は、家族を動かすことはたいていの場合に困難であり、好ましい方向に動かすことはさらに困難である、と述べている。

「不十分な退院環境」という状況を変えるためには、退院援助は看護師だけで解決できる問題ではないというビジョンを、看護師を含む精神科医療の関係者全員で共有する必要がある。

4. 「他職種との未熟な関係」と「ビジョンのない看護」との関係

「他職種との未熟な関係」から「ビジョンのない看護」へは、やや弱い負の影響 (-.40) が認められた (表3)。仮説モデルでは、「他職種との未熟な関係」が「ビジョンのない看護」を強めると考えられていたが、本研究では、逆に「ビジョンのない看護」という要因を弱めているという結果になった。裏返せば、「他職種との未熟な関係」という要因は看護機能を高める働きをしていることになる。つまり、「他職種との未熟な関係」という要因は、精神科看護師が看護の専門性、すなわち精神科医療のなかでの看護独自の機能を見出そうとする意欲を促している、ととらえることができる。

他方、仮説モデルのとおり、「ビジョンのない看護」から「他職種との未熟な関係」へ強い正の影響 (.79) が認められた。すなわち、看護師自らが精神科看護の役割や効果を認識できず、有効に機能できないために、他職種とのなかで看護独自の機能を発揮できない状況が示されている。

今日までの精神科看護師は、その専門性を患者に直接かわることに求めてきた。しかし、田尾³⁵⁾は、患者サービスにおいてサービスを取り巻く全体を見渡せる位置にあるのが看護師であり、多職種間の協働関係の要をなすのが看護師であるとし、これからは患者との関係だけではなく、多職種間の調整役であるコーディネーターとしての役割が看護師に期待されるようになる、と述べている。

一方、看護師の自立性あるいは自律性については、これまでは医師との関係においてのみ注目されてきた³⁶⁾が、入院中心医療から地域生活中心へと精神科医療が変革しているさなか、同問題が医師以外の職種との関係においても問われるようになってきている。

これらの現状から、精神科看護師は「他職種との未熟な関係」を強く感じているのではないだろうか。そしてこのことが、精神科看護師に精神科看護の役割やその効果をより明確に認識するよう刺激している、と考えられる。

5. 「規則・法律と現実との乖離」と「ビジョンのない看護」との関係

仮説モデルのとおり、「規則・法律と現実との乖離」から「ビジョンのない看護」へ、弱い正の影響 (.26) が認められた (表3)。すなわち、「規則・法律と現実との乖離」は看護師に看護機能における葛藤を生じさせていた。

マニュアルや精神保健福祉法は、本来患者の安全や人権を守るためのものであり、看護師は患者の安全や人権を守る義務を負っている。しかし、看護の現場では、規則や法律どおりには必ずしも看護ができないという問題が生じて

いる。患者のことを考えると、どちらを優先することがよいかわからなくなることもある。それでも看護師は規則や法律を守らなければならないし、また、規則や法律を守ることによって看護師も守られ、看護が正当化されることにもなる³⁷⁾。そこで、まずは自分たちの行っている看護を再検討することが必要ではあるが、そのうえで、規則・法律の不合理な部分、現実と合わない部分を改めていくことも必要だろう。

6. カテゴリー間の関係のまとめ

看護機能を高めるための方策、すなわち「ビジョンのない看護」という看護の機能不全あるいは機能低下の状態を打開する最も重要な方策は、「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」を解決することである、と示唆された。そして、精神科看護の役割と効果が明確に認識されつつ看護が行われることにより、「他職種との未熟な関係」「不十分な退院環境」も解消に向かうことが示唆された。また、「ビジョンのない看護」を打開することで「患者尊重の欠如」の問題が解消される可能性が生まれ、「患者尊重の欠如」が解消されることが「ビジョンのない看護」をさらに解消する、という良循環をもたらすと予測される。最後に、看護のあり方をチェックしたうえで、現行の規則・法律によりもたらされる矛盾を少なくする工夫をすることで、「ビジョンのない看護」をさらに解消させる方向に導くべきであろう。このようにして、精神科看護の現場の諸葛藤が解消される方向へ向かい、同時に精神科看護のあり方が進歩し向上していくことが期待される。

ところで、「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」という葛藤は個人的な葛藤なので、精神科看護師に統合方略の認識を高める教育、そして看護の現場に話し合いや相互理解の余裕がもてるような管理者の施策が必要である、と考えられた。さらに本来ならば、精神科看護の役割やその効果が不明確であれば「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」という葛藤を生起させるはずであるが、そうでなかったことから、精神科看護師の意識や意欲が低下しているこ

とが予想された。社会は、そしてとくに精神科医療にかかわる者は、このことに危機意識をもつべきであろう。

また、「ビジョンのない看護」と「不十分な退院環境」との関係からは、退院援助は看護師だけで解決できる問題ではないというビジョンを、看護師を含む医療関係者全員で共有する必要がある、と考察された。

V. 結 論

本研究から以下のことが結論として導き出された。

1. 看護機能を高めるための方策としては、「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」を解決することが重要である。
2. 「看護スタッフ間の相互理解の困難さ」は、看護機能とは別種の個人的な要因から影響を受けていると思われるので、精神科看護師に統合方略の認識を高める教育、そして看護の現場に話し合いや相互理解の余裕がもてるような管理者の施策が必要である。
3. 看護機能が高まることで、「他職種との未熟な関係」と「不十分な退院環境」の2要因の解消が促進される。ここで「不十分な退院環境」については、退院支援に関する病院としての理念や方針が必要であり、看護師だけで解決できる問題ではないというビジョンを看護師を含む関係者で共有すべきである。
4. 看護機能が高まることで「患者尊重の欠如」の解消が促進され、「患者尊重の欠如」が解消されることで、看護機能の低下が解消される。
5. 「規則・法律と現実との乖離」を少なくすることで、看護機能の低下が解消される。

謝 辞

本研究の趣旨をご理解いただき、調査にご協力いただいた皆さまに、心より深く感謝申し上げます。また、データ解析におきましては、東亜大学の古満伊里教授に貴重なアドバイスをいただきました。心よりお礼申し上げます。

要 旨

精神科入院病棟の看護機能を高めるための方策を追究することを目的に、われわれの先行研究をもとにアンケート調査を行い、全国の私立精神科病院に勤務する看護師406名から有効回答を得て、結果を共分散構造分析にて解析した。結果として得られたパス図は適合モデルと判断された。モデルは、看護スタッフ間の相互理解の促進が、現在さまざまな葛藤を抱えている精神科看護の機能の活性化のために重要であることを示していた(パス係数 = .91, $p < .001$)。しかし看護機能の問題が原因となって看護スタッフ間の相互理解を阻害しているわけではなかった。看護機能の問題の解決は、他職種との関係の向上や患者の退院環境の改善にも役立つことが示された。また、看護の問題を解決することと患者を尊重することは相互に促進的であった。さらに、現行の規則・法律が看護現場の現実と乖離していることの解決も看護機能を向上させることが示唆された。

Abstract

In order to find out a strategy to improve the nursing functioning of inpatients' wards of psychiatric hospitals, we carried out a questionnaire survey, which was prepared based on our previous work. The valid response was received from 406 nurses working for private psychiatric hospitals in various regions of Japan. The data was analyzed by the covariance structure analysis. The final path diagram was a statistically approved model. The model indicated that a promotion of mutual understanding among the nursing staff could improve the psychiatric nursing care (path coefficient = .91, $p < .001$), which is currently undergoing multiple confusions and conflicts. The confusions and conflicts in the nursing care activities, however, did not cause insufficient mutual understanding among the nursing staff. It was shown that an improvement in the nursing care was useful for the advancement of the relationship of nurses to other professions in the psychiatric hospitals and for the development of the patients' after-discharge environment. The model also indicated that esteeming patients and improving the nursing care are mutually correlated. Furthermore, it was advised to make hospital rules and provisions of the law to be realistic in regard to the daily nursing practice.

文 献

- 1) 大西勝二：職場の人間関係のマネジメント — 対人関係の有効活用 — . p.32, 埼玉：本の風景社, 2004.
- 2) 平野武夫：価値葛藤の場と道徳教育 — 道徳教育の構想 — . pp.55-56, 名古屋：黎明書房, 1967.
- 3) 前掲1), p. 9 .
- 4) 前掲1), p.30.
- 5) 桑田耕太郎, 田尾雅夫：組織論 (補訂版). p.256, 東京：有斐閣, 2010.
- 6) Stannard, D. L.: Ideological Conflict on a Psychiatric Ward. *Psychiatry*, 36(2), 143-156, 1973.
- 7) Lützn, K.: Moral Sensing and Ideological Conflict- Aspects of the therapeutic relationship in psychiatric nursing. *Scand J Caring Sci*, 4(2), 69-76, 1990.
- 8) 出口禎子：大学病院精神科病棟における看護師の葛藤状況 — 看護師への面接調査から — . 日本精神保健看護学会誌, 16(1), 60-66, 2007.
- 9) 前田由紀子, 立石和子, ほか：精神科看護師の職務能力と心理的葛藤. 日本看護研究学会誌, 31(3), 328, 2008.
- 10) 前田由紀子：精神科看護における葛藤と判断. 日本看護科学学会学術集会講演集, 29, 505, 2009.
- 11) 柴田真紀：身体拘束中の患者の看護を行う精神科看護師の葛藤 — 精神科臨床経験1～6年の看護師を対象として — . 日本精神保健看護学会誌, 18(1), 61-69, 2009.
- 12) 木村克典, 松村人志：精神科入院病棟に勤務する看護師の諸葛藤が示唆する精神科看護の問題点. 日本看護研究学会雑誌, 33(2), 49-59, 2010.
- 13) 田尾雅夫：看護婦におけるヒューマン・リレーションズについて — 患者との対人葛藤, 看護展望, 9(2), 49-56, 1984.
- 14) 田尾雅夫：看護婦におけるヒューマン・リレーションズについて — 医師との対人葛藤. 看護展望, 9(3), 60-67, 1984.
- 15) 田尾雅夫：看護婦におけるヒューマン・リレーションズについて — 上司との対人葛藤. 看護展望, 9(4), 55-62, 1984.
- 16) 田尾雅夫：看護婦におけるヒューマン・リレーションズについて — 同僚との対人葛藤. 看護展望, 9(5), 38-44, 1984.
- 17) 精神保健福祉研究会監修：我が国の精神保健福祉 (精神保健福祉ハンドブック) 平成18年度版. p.815, 東京：太陽美術, 2006.
- 18) 鎌原雅彦, 宮下一博, ほか：心理学マニュアル — 質問紙法. p.17, 京都：北大路書房, 2005.
- 19) 小塩真司：はじめての共分散構造分析 — Amosによるパス解析. p.93, 東京：東京図書, 2008.
- 20) 朝野照彦, 鈴木督久, 小島隆矢：入門 — 共分散構造分析の実際. pp.118-119, 東京：講談社サイエンティフィック, 2006.
- 21) 前掲1), p.32.
- 22) 山口裕幸, 金井篤子 (編)：よくわかる産業・組織心理学. p.116, 京都：ミネルヴァ書房, 2007.
- 23) 前掲1), p.66.
- 24) 岡村一成：産業・組織心理学入門. p.85, 東京：福村出版, 1996.
- 25) 前掲1), p.102, p.193.
- 26) 大淵憲一 (著), 高木 修 (監)：葛藤と紛争の社会心理学 — 対立を生きる人間のこころと行動 (シリーズ 21世紀の社会心理学12), p.42, 京都：北大路書房, 2008.
- 27) 田尾雅夫：ヒューマン・サービスの組織 — 医療・保健・福祉における経営管理. pp.111-113, 京都：法律文化社, 1995.
- 28) Benner, P. and Wrubel, J./難波卓志 (訳)：現象学的人間論と看護. pp.1-30, 東京：医学書院, 1989/1999.
- 29) 天賀谷隆：精神科看護師が果たしてきたこれまでの役割と今後の期待. 臨床精神医学, 36(2), 133-138, 2007.
- 30) 前掲27), pp.123-143.
- 31) 末安民生：退院支援の現状と課題 — 看護師に求められる役割. 精神科看護, 33(8), 12-16, 2006.
- 32) 末安民生：退院調整看護師の現状と課題. 精神科看護, 35(12), 12-17, 2008.
- 33) 福田亜紀：精神科医療の場で出会う関わり合いの難しい家族とそのアプローチ. 家族看護, 7(2), 75-80, 2009.
- 34) 中井久夫：個人とその家族 (中井久夫著作集6巻 — 精神医学の経験). p.6, 東京：岩崎学術出版社, 1992.
- 35) 田尾雅夫：看護マネジメントの理論と実際 — 人的資源論の立場から. pp.4-6, 東京：医療文化社, 2005.
- 36) 前掲35), p.7.
- 37) 仲地瑛明 (監)：法律・倫理と事故発生時の対応 (精神科看護QUESTION BOX 5). 序文, 東京：中山書店, 2008.

平成23年9月27日受付
平成24年10月11日採用決定

一般訪問看護師による精神疾患をもつ利用者と家族への 防御ラインを察知した接近法

Strategies to Overcome the Perceived 3-Stage Defense Line between General
Visiting Nurses and Both Psychiatric Patients and their Families

渡 邊 久 美¹⁾ 野 村 佳 代²⁾ 國 方 弘 子³⁾
Kumi Watanabe Kayo Nomura Hiroko Kunikata
折 山 早 苗⁴⁾ 村 上 礼 子⁵⁾
Sanae Oriyama Reiko Murakami

キーワード：精神科訪問看護，精神看護，関係形成，アプローチ，防御ライン

Key Words：psychiatric visiting nurses, psychiatric nursing, forming relationship, approach, defense line

I. 緒 言

精神科訪問看護の実施割合は，平成18年度の35.3%から平成19年度41.0%，平成20年度47.7%と着実に増加傾向を示しており，平成21年の調査では49.4%と約半数の訪問看護ステーションで実施されている（厚生労働省，2010）。「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（厚生労働省，2004）の策定以降，精神障害者に対する医療は入院中心から地域ケアへの移行に向けた取り組みが求められており，精神障害者の地域生活支援に対するニーズの高まりに伴って，精神科特化型の訪問看護ステーションだけでなく一般の訪問看護ステーションの需要は高まっているといえ，今後この傾向は増加していくことが予測される。

これまで，精神科訪問看護については困難感に関するいくつかの報告があり（萱間，2006；船越・宮本・萱間，2006），精神科病院併設型の訪問看護ステーションの訪問看護師を対象とした調査（林，2009）において，「契約遂行の困難」や「在宅での援助の困難」「関係者との連携の困難」などが明らかにされている。精神科経験をもつ訪問看護師においても困難感を伴うことから，精神科看護の経験をもたない一般訪問看護師の戸惑いは，なおさらであると言える。筆者らの調査では，3割近くの訪問看護ステーションが対応困難事例を有している状況があり，一般訪問看護師が遭遇する困難事例の特徴としては，身体管理を目的とする訪問における暴力や処置およびケアの受け入れ拒否などであった（渡邊ほか，2009）。また，利用者から看

護の評価を得難いために，一般訪問看護師が徐々に不全感を増す傾向にあることも示されている（村上ほか，2008）。一般訪問看護師は精神障害者の地域生活支援において一層の活躍が期待されており（萱間，2007），その訪問看護師の対応困難感を軽減していく取り組みは，今後の重要課題の一つであると言える。

精神科訪問看護で提供されるケア内容に関しては，瀬戸屋ら（2008）により「日常生活の維持／生活技能の獲得・拡大」「対人関係の維持・構築」「家族関係の調整」「精神症状の悪化や増悪を防ぐ」などのケア焦点が明らかにされ，また，萱間（1999）により，訪問ケアに用いられる熟練看護職の看護技術が明らかにされてきた。これらの精神科訪問看護技術の実践には，利用者・看護師間の関係性が基盤になると思われ，先の萱間らの研究においても「関係性を創る技術」が熟練看護職の看護技術として抽出されていた。しかし，精神科看護の経験豊富な熟練看護職による看護技術を，精神科看護の経験をもたない一般訪問看護師がそのまま活用することは難しい側面もあり，利用者・看護師関係の土台となる「関係性を創る」技術についても同様であると考えられる。中堅保健師の精神障害者支援に焦点をあてた調査においても「関係構築していくためのコミュニケーションへの苦手意識」が自信のなさの原因の一つとして明らかにされており，精神障害者との関係性を創ることがいかに困難であるかを表しているといえよう。しかし，一般訪問看護師が精神障害者の地域生活支援を担っていくためには，精神科看護の熟練者でない一般訪問看護師にお

1) 岡山県立大学 Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University

2) 国際医療福祉大学 International University of Health and Welfare School of Nursing and Rehabilitation Science at Odawara

3) 香川県立保健医療大学 Department of Nursing, Faculty of Health Science, Kagawa Prefectural College of Health Sciences

4) 岡山大学大学院保健学研究科 Graduate School of Health Science, Okayama University

5) 岡山赤十字看護専門学校 The Japanese Red Cross Okayama School of Nursing

いても対人関係障害を特徴とする精神疾患のある利用者と「関係性を創る」ことが求められることから、一般訪問看護師が活用可能な援助関係を形成する技術を明らかにしていく必要がある。

この訪問看護における精神疾患をもつ利用者との援助関係の形成については、精神科を専門とするスタッフによる精神科訪問看護においても受け入れ拒否が認められ（赤平・大山・藤井，2007）、ボランティア訪問で訪問を始めて関係形成に至る事例も報告されるところである（杉浦・山田・上久保・佐々木，2010）。このような関係形成が難しい対象との援助関係の形成に着目すると一般訪問看護師による精神疾患をもつ利用者への訪問看護が拒否されることなく継続されているということが、とりもなおさず利用者や家族による一般訪問看護師の受け入れを意味し、援助関係の形成を成立させている指標となると思われる。このような訪問の継続例に着目して、一般訪問看護師が精神疾患をもつ利用者とのようにして援助関係を形成していくのかそのプロセスが明らかにできれば、精神科看護経験を有さない一般訪問看護師の指針とすることができ、対応困難感の軽減につなげることが可能になると思われる。

在宅看護の場では利用者と家族は不可分であることから、家族を一つのユニットとしてとらえる家族看護の観点から訪問看護師のアプローチ方法を可視化していくことが望まれる。しかし、精神科訪問看護の困難として、精神症状に応じた対応の困難さのみならず、利用者や家族と援助関係を構築することの難しさがあげられており（新井・中野・梶原・大向，2011）、家族を含む利用者との関係構築に向けた援助関係形成の方略を明らかにできれば、より広範な訪問看護の場に資するものと考えた。

以上より、本研究では一般訪問看護師による精神疾患をもつ利用者とその家族との援助関係の形成の方略を明らかにし、一般訪問看護師が訪問を継続するためのかかわりのあり方を考察した。

II. 研究の目的

精神科看護経験を有していない一般訪問看護師が、精神疾患をもつ利用者とその家族との援助関係を形成するための方略を明らかにすることを目的とした。

III. 用語の定義

本研究において「精神疾患をもつ利用者」とは、精神症状によって自立した日常生活の営みに困難を生じている、認知症を含む訪問看護の利用者、とした。

「一般訪問看護師」とは、精神科看護の臨床経験を有し

ておらず、精神科訪問看護を専門としていない訪問看護師、とした。

IV. 方法

1. 対象および調査期間

A県の訪問看護ステーションへのアンケート調査にて、管理者より本研究への面接調査協力に承諾の得られた事業所において、個人面接への同意を得た一般訪問看護師10名を対象とした。調査期間は2006年12月～2007年3月とした。

2. データ収集方法

本研究の実施にあたり、A県訪問看護ステーション連絡協議会に調査の趣旨を説明し、承諾を得て行った。最初に、A県の116事業所の訪問看護ステーションに郵送法にて「訪問看護師が対応困難と感じる精神疾患をもつ利用者の有無」などの困難事例経験についてアンケート調査を行い、同時に面接調査への協力を尋ねた。面接調査協力への承諾が得られた6訪問看護ステーションの管理者より、紹介された訪問看護師に半構成的面接を実施した。

3. 面接内容

面接内容は、対応困難事例へのアプローチ方法において、うまくいったこと、工夫したこと、自己のかかわりの評価、手応えなどである。さらに、家族や利用者との関係性を発展させるためのかかわり方についての考えや、精神疾患をもつ利用者を理解していくプロセス、対象理解が深まったエピソード、精神看護領域の訪問事例が他の訪問事例と異なる点について尋ねた。

4. データ分析

面接データを逐語録として、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチにより、質的帰納的分析を行った。分析は、逐語録から分析の最小単位である概念を生成した。概念間の関係を継続的に比較分析しながら、カテゴリー化した。その後、カテゴリー間の比較分析をして、カテゴリー間の相互関係を示した関係図と、プロセスと構造についてのストーリーラインを作成した。これらの分析は共同研究者間で繰り返し討議し、合意が得られるまで行い、さらに結果について研究対象者に提示し、おおむね了承を得た。本研究ではコアカテゴリーを『 』で、カテゴリーを【 』で示す。

5. 倫理的配慮

本研究の実施にあたり、岡山県訪問看護ステーション連

絡協議会に調査の趣旨を説明し、承諾を得たうえで本調査を実施した。面接は、事業所の管理者から紹介を受けた対象者に、研究者から研究の趣旨と倫理的配慮を紙面および口頭で説明し、書面にて同意を得たうえで実施した。なお、面接データの録音は、対象者の了承を得て行った。

倫理的配慮として、調査協力は任意であること、質問内容によっては回答しなくてよいこと、途中撤回が可能であること、研究への不参加により何ら不利益を被らないこと、プライバシーを厳守することを伝え、紙面による同意を得て実施した。また、事例に関する情報について、利用者個人や家族が特定されないかたちで語るよう伝え、たうえで面接を実施するとともに、対象者の匿名性の確保やデータの保管に細心の注意を払った。

V. 結 果

訪問看護師10名の属性は、訪問看護師としての平均経験年数は 6.8 ± 2.8 年、それ以外の看護師等の平均臨床経験年数は 10.9 ± 5.3 年、勤務形態は常勤9名、非常勤1名であった。職位は、管理者が2名、その他はスタッフであった。全例に、精神科病棟における臨床経験はなかった。面接時間は1人あたり約1時間であった。

1. 一般訪問看護師が精神疾患をもつ利用者および家族との援助関係の形成プロセス

分析の結果、【精神科看護モードへの切り替え】【言動にあわせた対応】【関与の糸口の模索】【保清ケアの流れの引き寄せ】【支援要請への速やかな対応】【かけ込み寺としての存在】【家族との協働による探索ケア】【つかみきれないなかでの寄り添い】の8カテゴリーが抽出された。

(1) 【精神科看護モードへの切り替え】

一般訪問看護師は、対人関係障害をもつ利用者に向き合うには、他の訪問看護と比べて精神的余裕が必要であることを意識しており、訪問にあたり、じっくりとかかわれる態勢を整えて臨もうとしている。

「やっぱり、その、精神の方へは、ある程度時間を取る余裕がないと……やっぱり聞いてあげられないだろうなと思う」

(2) 【言動に合わせた対応】

一般訪問看護師は、利用者との接点を保つために、訪問時間内にも刻々と変わる利用者の言動を注意深く把握し、対象の情動に配慮した応対に徹することで、利用者自身との距離を保とうとしている。

「あ、いまちょっと機嫌が悪いので少し引いて黙ってみようかなと。あんまり視界に入らないところで待ってようかなと。そう思ってた、向こうから話しかけて、で、

もう結果的にまた話をするという形です。(中略) 機嫌の悪いときは、もう話しかければ話しかけるほど興奮しちゃいますので」

(3) 【関与の糸口の模索】

一般訪問看護師は、適切な距離を保ちながらかわれる関係をもととして、さらに利用者心に心を開いてもらうために、ときには自身に関する話題も活用するなど、利用者が関心もちそうな話題や利用者につながる手がかりを探し出そうとしている。

「そうですね、なるべくそういうふうに、何かきっかけを見つけようかなって、みんな常にしてると思うんです。あまりプライバシーを公にするのはあれですけど、(自分の) 子どもの話とか、みんな年齢が上の人が多いので、たいていいままでの(自分の) 経験の話とか子どもの話とかすると、家の孫がねって話になったりとか。そうですね、そういうことがあると、ちょっとしたことでも心を開いてもらえるきっかけに」

(4) 【保清ケアの流れの引き寄せ】

一般訪問看護師は、心を開くようになった利用者への次の段階のかかりとして、利用者が拒み続けていた身体接触を伴うケアを受け入れられる展開に持ち込もうと新たな手段で試み、利用者の身体に触れる清潔ケアを許される関係に進もうとしている。

「(自分でできるからと援助を断り続ける利用者が) 1年中ほとんど草取りをするので、結構あかざれが、っていうか、手も洗わないですし、ときどきあんまりひどいときはカットバンを貼ってあって、爪ももう真っ黒けで、足の踵も、お風呂も入ってないし、割と素足で歩くんで、こう、何層にも垢が出てる感じで。あかざれが切れてる時に、あかざれが痛々しかったんで、『(手を) ちょっと洗いましょうか』って。『いい薬を持ってきたんで、ちょっと薬を塗ってみましょう』って言ったら『ほんならしてもらおうか』というのがきっかけで、それから手を洗ってくれるようになって。それでずっと続けたんです」

(5) 【支援要請への速やかな対応】

利用者“身体に触れることを許される”関係へと持ち込んだことで、家族からの援助のニーズが表出され、急を要するニーズに迅速に対応することによって、家族の不安を軽減し、家族の強い信頼を獲得しようとしている。

「あの、(利用者が) 興奮したときに、ご主人からSOSがあって、『助けてくれ』って……(中略) ご主人は、そんなときでも看護婦さんが来て、少し『はい、はい』みたいなので話をしてくれると落ち着くから助かるって。ご主人も、あの、『どうしようか、どうしようかって思わんでええんじや』っていうふうには言ってくださって」

(6) 【かけ込み寺としての存在】

一般訪問看護師は家族から強い信頼を得たことで、家族全体が訪問看護師を頼みの綱として日常的な支えとするようになり、一般訪問看護師も家族の求めに応じて、家族の心の拠り所となるように寄り添っていきこうとしている。

「最初（訪問が週に）1回だったのを……。あの一、ご主人のほうから2回来てもらえるかっていうことで。もう、他人が入ってお母さんと話をしてくれればそれでいいというふうに思っておられて。それからあと、たとえば興奮状態になったときに自分の相談相手になってほしいよっていう。誰にも相談する場所がなかったんだ言うて」

(7) 【家族との協働による探索ケア】

家族との信頼関係の発展により、利用者へのケアの協力を家族に求めることが可能になった一般訪問看護師は、利用者の生活の質の向上につながるケアの展開に向けたケアを提案しやすい状態となり、地域における多職種とのコーディネートにまで波及した実践を行おうとしている。

「(町内会役員歴のある利用者) 新しい家が建ったので、会長さんとして家を見てもらえませんかと誘って、それがきっかけで、いまは週2回デイに行けるようになって。デイでは『さあ皆さん、これから歌を歌いますよ』とか、本人さんが皆をまとめる役をとってもらったら、わりと楽しく過ごせるようになったんです」

(8) 【つかみきれないなかでの寄り添い】

一般訪問看護師は一定のケアの成果を得て、利用者と家族に受け入れられた感覚をもっているにもかかわらず、利用者の情動によって異なる反応が示されるために、常に緊迫感をもって探りながら、ニーズに応じようとしている。

「やはり、どうとられるかっていうのが。そのときそのときで違ってくるから。とくに、安定している人は、べつにそこまで思わないですけど、やはり精神疾患の方と

か、認知症の人もそうです（中略）。自分の情緒とかが安定していないときとか、不安が強いきってというのは、どのようにでもとれるので……。こっちはよかれと思って言ったことが、反対にとられたりとか。で、不安もはっきりこれが不安とか、これに不安をもっているっていうことが、100%理解できて行ってるわけではないので、そのへんがすごく探りあい……。やっぱり落ち着いてる人はそんなに不安っていうのはないですけど」

2. 一般訪問看護師の精神疾患をもつ利用者と家族との援助関係形成の方略（ストーリーライン）

一般訪問看護師が、精神疾患をもつ利用者とその家族と援助関係の形成に至るためのプロセスと構造を図1に示す。8カテゴリーのプロセスが導かれ、そのプロセスはカテゴリーの関係性から段階を踏んで距離感を縮めていく構造であり、そのなかに利用者が他者から自分を護る3段階の境界線（以下、防御ライン。文中では〈 〉内のゴシック体文字で示す）が示された。防御ラインとカテゴリーの関係性をふまえ、以下にストーリーラインを述べる。

一般訪問看護師は、精神疾患をもつ利用者に訪問するための心的準備として【精神科看護モードへの切り替え】を行って臨んでいた。訪問当初は、自己のかかわりへの利用者の反応を探りつつ、柔軟に【言動に合わせた対応】により対象との距離感をはかっていた。さらに、利用者の防御ラインの外側から対象の警戒心を解くように【関与の糸口の模索】によって接近を試みていた。この段階を経ることで、利用者とのかけひきの関係から身体に触れるという関係性の変化に持ち込み、【保清ケアの流れの引き寄せ】で利用者へと接近していた。このことから、1次防御ラインは〈保清ケアによる身体接触〉であった。

利用者に身体接触を許される関係性への進展が、利用

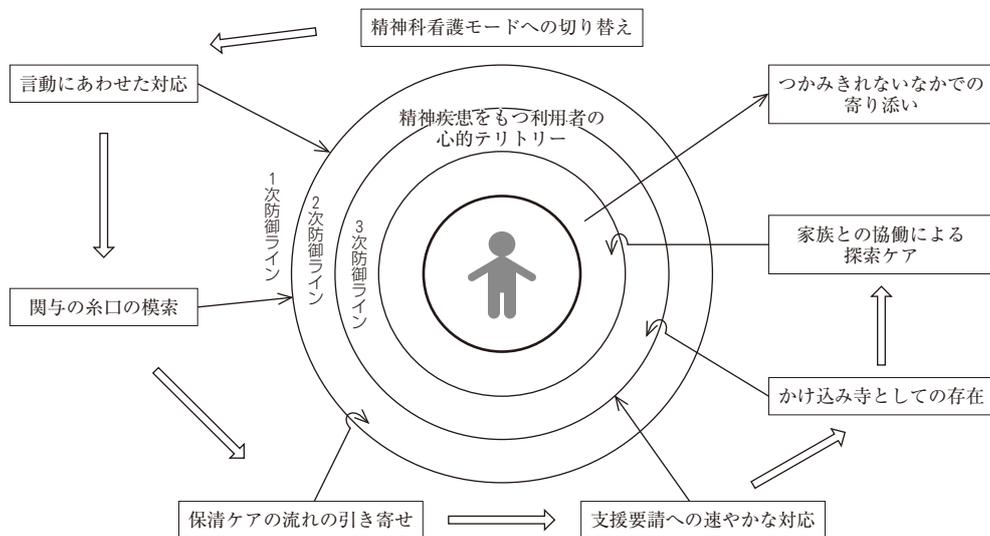


図1 防御ラインを察知した段階的接近

者・訪問看護師の1対1の関係から、家族の参入という変化をもたらし、家族の抱えている問題に【支援要請への速やかな対応】をしていた。さらに、危機介入を重ねることで、利用者との関係性から、新たに家族全体との関係の枠組みを築き、【かけ込み寺としての存在】と認められるまでに至っていた。このことから、2次防御ラインは〈家族の関与〉であった。

家族のニーズを持ち込むことを利用者自身に許されたことで、利用者のケアにおける家族との協力関係が成立し、【家族との協働による探索ケア】に到達していた。さらに、訪問看護師や家族以外の関係者がかかわることを許されるようになったことから、3次防御ラインは〈人々の関与〉であった。

ここまで段階的に距離を縮めているものの、一般訪問看護師は関係性を築いた後にも【つかみきれないなかでの寄り添い】という不全感を残していた。

一般訪問看護師が、利用者の防御ラインを見極め、段階を踏んで距離感を縮めていたことから、コアカテゴリーは『防御ラインを察知した段階的接近』とした。

VI. 考 察

精神疾患をもつ利用者とその家族と援助関係を形成するための一般訪問看護師の方略として8カテゴリーのプロセスが導かれ、一般訪問看護師が利用者の3段階の防御ラインを察知しつつ、段階を踏んで距離感を縮めている構造が示された。以下、一般訪問看護師による対象への接近法における各防御ラインとその越え方の特性を考察し、さらにプロセスの導入期と帰結の接近法について考察する。

1. 一般訪問看護師による精神疾患をもつ利用者との援助関係の形成に向けた接近法

利用者の1次防御ラインは〈保清ケアによる身体接触〉であった。精神疾患をもつ利用者への訪問看護においては、利用者自身の意思ではなく、家族の希望によりサービスが導入される場合があり、家族が保清ケアを希望していても利用者がその必要性を感じていないケースもある。この段階においては、訪問を継続するために利用者に訪問看護や看護行為を受け入れられること自体が最初の目標となり、利用者が訪問看護師にケアや関与を許す関係性へと、いかに持ち込むかが重要となると言える。精神科臨床において、保清ケアの拒否はしばしば生じる問題であり、セルフケアの自立度が低いにもかかわらず、その援助を拒む対象に対し、看護師は背景を考えながら対応している現状がある。患者にとって入浴時に自分の服を脱がされるという行為は、自らの存在をも否定される感覚につながるのと

指摘(越智, 2005)もあることから、看護者には患者の脅かされている自我を補助することが求められる(岩切, 2009)。本人の自尊心を傷つけないよう、本人が納得できる方法でのかわりが重要となる。一般訪問看護師は、清潔セルフケアの援助を他者に委ねられない対象者における自我の補助と自尊感情への配慮を成立させた高度な技術により、1次防御ラインを越えていた。

利用者の2次防御ラインは〈家族の関与〉であった。精神疾患患者を抱えた家族は、本人の病状悪化から家族の言葉に耳を貸さない状況となった場合、素人の家族では思うように説得できず感情的になる(良田, 2012)など、本人への関与が難しい状況となる。家族の関心が示されていることは、家族内の陰性感情が緩和し、利用者との関係が良好な方向に進み始めていることを表すと思われた。一般訪問看護師は、本人へのかかわりに困難を抱き膠着状態に陥っている家族を支援することで、利用者に向き合うという変化を生じさせつつ、2次防御ラインを越えていた。

利用者の3次防御ラインは〈人々の関与〉であった。精神障害をもつ利用者は、周囲とのかかわりが断たれ、社会から孤立しがちである。精神疾患をもつ利用者を、人とのかわりのなかで正常な脳の働きの幅を逸脱した人(薄井, 1987)ととらえると、対人交流のなかで治療的環境をつくり出すことが回復への支援となる。一般訪問看護師は、利用者や家族の信頼を得て日常生活を支援する関係性を活かし、利用者が人々とかかわりながら在宅での療養生活を継続できるよう、他職種との調整役として動くことで3次防御ラインを越えていた。

本モデルでは、一般訪問看護師の利用者との関係形成のための接近法において、防御ラインを察知しつつ、それを非侵襲的に越えることで、その後の利用者や家族との関係形成の進展につなげていくという方略が示された。このなかで、2次防御ライン以降は、精神疾患をもつ利用者には、通常の訪問看護におけるノウハウを用いた方略であると言える。ただし、2次防御ライン以降は、家族が利用者のケアに関心を示し、積極的に関与するケースに適応され、家族と利用者のケアにおける接点が乏しい場合には利用者との距離を縮められないという限界から、他の接近法の開発が必要となる。

2. 訪問看護の導入期における精神疾患をもつ利用者とのかわり

3段階の防御ラインを察知しながら対象に接近していく過程において、1次防御ラインを越えるまでに、一般訪問看護師のもつ技術を駆使して、家族や利用者との関係形成を進展させていた。ここでは、関係形成が難しい導入期に着目し、1次防御ラインを越えるまでの一般訪問看護師の

かかわりについて考察する。

まず、【精神科看護モードへの切り替え】によって自分の心を整え、【言動に合わせた対応】でそのときどきの状況にあわせて利用者との距離感をはかっていた。【精神科看護モードへの切り替え】は、精神科訪問看護を専門としない一般訪問看護師が他の訪問看護とは異なる精神疾患をもつ利用者に向き合う際につくり上げる意識的な姿勢であり、自身の心の安定化をはかる行為と思われた。精神科の専門職が行う「自分の心を整える技術」(高橋, 1997)に相当すると思われ、関係形成のための前提条件として自ら環境調整を行っていることが示された。【言動にあわせた対応】は、情動のコントロールが難しい精神疾患をもつ利用者の特徴をおさえたかかわりであるが、これは、一般訪問看護師が対象との間の適切な距離感を保ちながら、訪問看護の契約目的を達成できる機会やタイミングを、忍耐強く待つ姿勢の現れとも言え、焦らず優先順位を見極めたかかわりにより次の展開へとつないでいた。

次に、【関与の糸口の模索】で、利用者との距離感を保ちながらも、慎重に心理的距離を縮めていこうとしていた。心理的距離は二者間の親密度・親和性・親近感の度合いや程度を表す概念(山口・吉澤・原野, 1989)といえ、訪問看護師の自己開示が、利用者の警戒心を解いて情緒的交流をもつことで、親密性を高め、心理的距離を縮めたと思われた。自己開示は精神科医療に限らず医療現場や対人関係文脈において用いられ、患者・治療者間の関係性構築の促進や治療者自身のメンタルヘルス・治療的自我の成長に役立つ(中野, 2010)ことから、このかかわりを用いた接近が可能であったと思われた。

関係形成のキーポイントとなった一般訪問看護師のスキルとして【保清ケアの流れの引き寄せ】は注目される。保清ケアは一般訪問看護師の得意とする看護技術であるが、保清ケアのみならず「対象に触れるケア」を提供できることは看護の独自性の一つであり、看護師にとっても対象との相互補完的な関係によって援助による喜びと満足感を与えられるケアである(出口, 2009)。そこで、保清ケアによる看護実践のほかにも、対象の心理的負担感が比較的少ないと思われる手腕部へのマッサージや、脈拍測定時に手を触れる機会を意識的に大切にしていくことで、相互作用により距離感を縮めることに役立つと思われる。ハンドマッサージについては、心理的・生理的に安寧を引き起こすだけでなく、施術者に対する会話欲求度と親近感を増加させること(Kunikata, Watanabe, Miyoshi, and Tanioka, 2012)が報告されており、利用者とのコミュニケーションを促進する点で、より対象理解を深めていく看護実践として成果が期待される。

以上、訪問看護師が利用者へ、契約内容の保清ケアを許

す関係性へ持ち込む方略として、自己の心的準備を行い、対象者の情動にあわせて距離を保ちつつも関心を惹くことで、看護独自の機能として身体をケアする関係に持ち込む展開が示され、この導入期のかかわりは、今後の一般訪問看護師による活用が可能ではないかと思われる。

3. 一般訪問看護師による精神疾患をもつ利用者への新たな対応困難感について

利用者は、一般訪問看護師との1対1の関係のなかで基本的信頼感を得ることができ、その安心感から心を開き、より多くの関係者とかわることを許すようになっていた。しかし、一般訪問看護師は、利用者との心理的距離を縮めて、生活の質を向上させる看護実践を実現した後も、訪問当初とは異なるある種の心理的距離が残された。このことは、訪問看護師は3段階の防御ラインを越えてLewin(1948/1954)の言う「より内密な個人的な領域」に接しているものの、利用者が表出するそのときどきの情動面の変化を敏感に察知した対応を迫られる緊迫感がぬぐい去れない状況にあることを示している、と推測される。ここには利用者が訪問看護師から自分を護ろうとする境界線はなく、おそらく、一般訪問看護師と利用者との安定した信頼関係に基づく相互理解の感覚をもちにくいために生じている壁であると思われた。しかしながら、一般訪問看護師は、利用者のこころをつかみきれない状態にあっても、その苦悩に寄り添おうとし続けているために、対象との援助関係が維持されていると思われた。

これらの援助関係の形成プロセスは、一般訪問看護師の技術の高さをうかがわせるものであり、社会資源や制度が未整備のなかでの訪問を継続していることは評価される。一般訪問看護師は、精神疾患をもつ利用者の防御ラインを察知しながら寄り添い続けることで訪問看護を継続させていたが、これは精神障害者の地域生活支援において重視されている生活モデルのアプローチ方法と一致するものであった。すなわち、本人の生活のしづらさに問題の焦点をあて、「ともに歩む・支えとして」の関係性(谷中, 1996)を重視する本人を主体とするかかわりであったことから、訪問看護の継続を可能としていたと思われた。

今後、この継続のなかで生じる問題として、先行研究では、自立支援のゴール設定がわかりにくいことや、長期間支援しても大きな変化がみられないこと(林・渡邊, 2006)などが精神障害者への訪問ケアにおける援助者の困難として報告されている。援助関係が形成され、ケアを実践するなかで援助職の不全感を形成する要因についても、より詳細に検討していき、今後何らかの方法で軽減できる方策の開発が望まれる。

VII. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、症例数が少なく他領域との比較分析を行っていないことなどから、本研究結果を一般化することはできない。今後の課題として、本モデルの一般訪問看護師における有用性を検証していく必要がある。また、一般訪問看護師に残された【つかみきれないなかでの寄り添い】を構成する要素については、精神科訪問看護師との比較分析など、より詳細な分析を行う必要がある。

VIII. 結 論

一般訪問看護師の精神疾患をもつ利用者および家族とのかかわりにおける対応困難感を軽減していくために、利用者および家族と援助関係形成に至るプロセスと構造を明らかにし、以下の結果を得た。

1. 一般訪問看護師が利用者および家族と援助関係形成に至る8カテゴリーのプロセスが抽出され、それは3つの

防御ラインを察知しながら段階的に心理的距離を縮めていく構造として示された。

2. 一般訪問看護師が察知した精神疾患をもつ利用者の3つの防御ラインは、保清ケアによる身体接触、家族の関与、人々の関与であった。
3. 関係形成が成立していない訪問の導入期においては、一般訪問看護師は【保清ケアの流れの引き寄せ】を目標として利用者の1次防御ラインを非侵襲的に越えるかわりをもつことで、援助関係の形成を促進することが示唆された。

謝 辞

稿を終えるにあたり、快く研究に協力してくださいましたA県の訪問看護ステーションの訪問看護師の皆さまに深謝いたします。また本研究は、日本学術振興財団科学研究費若手研究(B)課題番号(18791723)の助成を受けて行った研究の一部をまとめたものである。

要 旨

本研究の目的は、一般訪問看護師による精神疾患をもつ療養者とその家族との援助関係の形成に向けた方略を明らかにすることである。精神疾患をもつ療養者の訪問を継続する一般訪問看護師10名を対象に半構成面接を行い、M-GTAによる分析を行った。方略として【精神科看護モードへの切り替え】【言動にあわせた対応】【関与の糸口の模索】【保清ケアの流れの引き寄せ】【支援要請への速やかな対応】【かけ込み寺としての存在】【家族との協働による探索ケア】【つかみきれないなかでの寄り添い】の8カテゴリーの接近法が抽出され、コアカテゴリー『防御ラインを察知した段階的接近』が導かれた。防御ラインは順に〈保清ケアによる身体接触〉〈家族の関与〉〈人々の関与〉であった。一般訪問看護師が利用者の防御ラインを見極め、段階を踏んで越えることを目標とすることで、援助関係の形成につながることを示唆された。

Abstract

The purpose of this research was to clarify the strategies used by general visiting nurses to build constructive relationships with psychiatric patients and their families. Semi-structured interviews were conducted with 10 general visiting nurses who had continued to visit psychiatric patients. An analysis of the data with M-GTA identified 8 categories: "mode switching to psychiatric nursing", "reacting to speech and behavior", "groping for cues of involvement", "developing a routine for helping with personal hygiene", "prompt reaction to a request for help", "acting as a refuge for the patient", "exploring family collaboration in patient care", and "caring for the patient without proper understanding". These categories led to one core category "A phased approach to the perceived defense line". The nurses' perceive a defense line consisting of three stages: being allowed to touch the patient for bathing and personal hygiene, being accepted by the family to participate in the patient's life and receiving assistance in caring for the patient from the people. These findings suggest that general visiting nurses may effectively build helping relationships by attaining the goal of breaking through the above described defense line in stages.

文 献

- 赤平雅子, 大山一志, 藤井博英 (2007). 統合失調症患者における精神科訪問看護受け入れ拒否の要因. 日本看護学会論文集(精神看護), 38, 93-95.
- 新井香奈子, 中野康子, 梶原理絵, 大向征栄 (2011). 管理者の認識する精神科訪問看護実践における困難. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, 18, 109-118.

- 出口禎子 (2009). ケーススタディ — 臨床場面に見る相互補完的關係. 精神看護学: 情緒発達と看護の基本 (ナーシンググラフィカ32). pp.46-47. 大阪: メディカ出版.
- 船越明子, 宮本有紀, 萱間真美 (2006). 訪問看護ステーションにおいて精神科訪問看護を実施する際の訪問スタッフの抱える困難に対する管理者の認識. 日本看護科学学会誌, 26(3), 67-76.

- 林 裕栄 (2009). 精神障害者を援助する訪問看護師の抱える困難. 日本看護研究会雑誌, 32(2), 23-34.
- 林 裕栄, 渡邊敦子 (2006). 精神障害者に対するホームヘルパーの支援経験. 第36回日本看護学会論文集 (地域看護), 46-48.
- 平野美千代 (2006). 地域保健活動における中堅保健師の自信のなさの原因 — 精神障害者支援を展開した保健所中堅保健師のインタビューをととして. 社会医学研究, 24, 11-18.
- 岩切真砂子 (2009). 入浴を拒否する患者がいます. どのように介入したらよいですか?. 仲地瑠明監修: 精神科看護の理解とよくある場面での看護ケア (精神看護QUESTION BOX 1). pp.46-47. 東京: 中山書店.
- 萱間真美 (1999). 精神分裂病者に対する訪問ケアに用いられる熟練看護職の看護技術 — 保健婦, 訪問看護婦のケア実践の分析. 看護研究, 32(1), 53-76.
- 萱間真美 (2006). ケースから学ぶ精神科訪問看護 — 精神科訪問看護の困難さと事例検討会の可能性. コミュニティケア, 8(8), 42-45.
- 萱間真美 (2007). 精神科訪問看護の現状とその可能性. コミュニティケア, 9(11), 14-17.
- 厚生労働省 (平成21年度障害者保健福祉推進事業 — 障害者自立支援調査研究プロジェクト) (2010). 精神科医療の機能強化に関する調査研究事業報告書. p.107, 社団法人全国訪問看護事業協会.
http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/cyousajigyou/jiritsushien_project/seika/research_09/dl/result/07-06a.pdf
- 厚生労働省精神保健福祉対策本部 (2004). 精神保健医療の改革ビジョン (概要).
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>
- Kunikata, H., Watanabe, K., Miyoshi, M., and Tanioka, T. (2012). The effects measurement of hand massage by the autonomic activity and psychological indicators. *The Journal of Medical Investigation*, 59(1-2), 206-212.
- Lewin, K./末永俊郎訳 (1948/1954). 社会的葛藤の解決 — グループ・ダイナミックス論文集. p.25, 東京: 創元新社.
- 村上礼子, 渡邊久美, 野村佳代, 折山早苗, 國方弘子, 岡本亜紀 (2008). 一般訪問看護師による精神疾患患者へのアプローチと対応困難感 (第2報). 第28回日本看護科学学会学術集会, 404.
- 中野良信 (2010). 治療的自我についての一療術科医の私見. 日本心療内科学会誌, 14(3), 153-157.
- 越智哲哉 (2005). 入浴を拒否する利用者への対応について. 高齢者のケアと行動科学, 10(2), 16-20.
- 瀬戸屋希, 萱間真美, 宮本有紀, 安保寛明, 林亜希子, 沢田 秋, 船越明子, 小市理恵子, 木村美枝子, 矢内里英, 瀬尾智美, 瀬尾千晶, 高橋恵子, 秋山美紀, 長澤利枝, 立石彩美 (2008). 精神科訪問看護で提供されるケア内容 — 訪問看護師へのインタビュー調査から. 日本看護科学会誌, 28(1), 41-51.
- 杉浦宗徳, 山田 創, 上久保真理子, 佐々木育 (2010). ACT実践から学ぶ — 包括型地域生活支援プログラム (ACT) を通しての理念と実践. 精神保健福祉, 41(3), 215-216.
- 高橋和巳 (1997). ころを知る技術. pp.45-55. 東京: 筑摩書房.
- 谷中輝雄 (1996). 生活支援 — 精神障害者生活支援の理念と方法. p.178, さいたま: やどかり出版.
- 薄井坦子 (1987). 看護の原点を求めて — よりよい看護への道. p.21, 東京: 日本看護協会出版会.
- 渡邊久美, 折山早苗, 國方弘子, 岡本亜紀, 茅原路代, 菅崎仁美 (2009). 一般訪問看護師が精神障害に関連して対応困難と感じる事例の実態と支援へのニーズ. 日本看護研究学会雑誌, 32(2), 85-92.
- 山口正二, 吉澤健二, 原野広太郎 (1989). 生徒と教師の心理的距離に関する研究. カウンセリング研究, 22, 26-34.
- 良田かおり (2012). 家族が求める家族支援. 精神保健福祉, 43(1), 8-11.

〔平成24年3月15日受付〕
〔平成24年10月22日採用決定〕

看護技術教育のブレンディッドラーニングにおける eラーニングシステム活用に関する研究

Study of the Utilization of an e-Learning System with a Blended Learning
Approach for Nursing Skills Education

吉川 千鶴子¹⁾ 中嶋 恵美子¹⁾ 須崎 しのぶ¹⁾
Chizuko Yoshikawa Emiko Nakasima Shinobu Suzaki
山下 千波¹⁾ 川口 賀津子²⁾
Chinami Yamashita Kazuko Kawaguchi

キーワード：看護技術教育, ブレンディッドラーニング, 学習活動, eラーニング, 評価
Key Words : nursing skills education, blended learning, learning activity, e-learning, evaluation

I. はじめに

2006年に出された内閣の「IT新改革戦略」のなかでeラーニングが推進され、教育におけるIT活用が普及している。筆者らが所属する大学は2009年度から、オープンソースでライセンス不要な“Moodle”を用いた学習管理システム（Learning Management System；LMS、以下「システム」と称する）を導入している。本看護学科は2010年度からシステムを利用しており、Webベースにより教材や学生の一元管理、授業資料のリソース配信、小テスト機能を利用した学習支援を行っている。

看護技術教育は、これまで講義と実技演習を組み合わせる授業を行ってきた。講義とDVD視聴で技術の全体像をつかみ、教員のデモンストレーションで“やってみせ”、実際に学生に“させてみる”という流れである。しかし、この方法は自ら学ぶという学習姿勢につながらなかった。看護技術教育は講義と実技演習だけで到達するものではない。予習－授業－復習を通じて知識や技術を身につける習得サイクル¹⁾の学習へ導く方略が必要である。

eラーニングを利用した学習形態の一つとしてブレンディッドラーニングがある。ブレンディッドラーニングは、2000年初頭から高等教育で普及している学習法である。「対面授業とeラーニングを融合させた学習」と定義され、情報学の分野で実践と評価に関する報告がなされている^{2), 3)}。看護教育分野では試行段階のものやWebベースでの授業資料の配信の報告が散見される^{4)~7)}。

筆者らは、2010年度より看護技術の「診療の援助技術」の授業で、システムを利用してWebベースの自学自習教

材と対面授業を組み合わせるブレンディッドラーニングを行っている。Webベースでテスト教材や演習課題などの教材を配信し、対面授業の予習や復習を行えるようにして、時間外の学生の学習活動を促進することをねらいとした。注射と採血の自作の動画教材コンテンツを配信し、予習テスト、動画教材コンテンツ、復習テストを授業前後で活用して講義と実技演習がつながる仕組みをつくった。

本稿は、「診療の援助技術」のなかで、注射と採血のユニットでの学生のシステム活用状況、アクセスログを調査し、学習評価としての「知識および技術の試験結果」との関連を検討したものである。これまで、看護技術教育の教育効果に関する報告は、ITを活用した場合も活用しない場合も、授業後のアンケート調査や学習内容に対する学生の自己評価から検討したもの^{8), 9)}が多く、アウトカムの知識・技術の学習評価とシステム利用の関係をみたものはない。

そこで、本研究は、看護技術教育でブレンディッドラーニングを行い、eラーニングシステムの利用状況とアクセスログの解析および知識・技術の試験結果を調査し検討した。eラーニングを活用したブレンディッドラーニングにおいて、看護学生の学習活動や学習評価の実際、およびそれらの相互の関係性を探ることを目的とした。

II. 研究目的

看護技術教育で行ったブレンディッドラーニングにおけるeラーニングシステムの利用状況、教育方法・教材としての学生の自己評価、および学習評価の実際を明らかに

1) 福岡大学医学部看護学科 School of Nursing, Fukuoka University

2) 国際医療福祉大学福岡看護学部 School of Nursing at Fukuoka, International University of Health and Welfare

し、それらの相互の関係性を検証する。本研究により、今後のeラーニングシステム、さらにはブレンディッドラーニングのさらなる活用に向けての知見が得られると期待できる。

Ⅲ. 用語の定義

- ①ブレンディッドラーニング：「対面授業とeラーニングを融合させた学習」とする。
- ②eラーニング：非同期分散型の自学自習コンテンツによる学習、オンラインで提供される小テストの受験、情報技術を活用したコンテンツ配信、情報のやりとりができる「学習環境」とした。
- ③学習活動：学習とは経験によって行動のしかたに変化が生ずる過程であり、学習活動は「学習を達成するためになされる活動」とした。
- ④予習・復習：まだ習っていないところを前もって学習・練習しておくことを「予習」とし、一度習ったことを繰り返して学習することを「復習」とした。
- ⑤自己学習：「自分の意志・判断によって学習の必要性を認識して学習すること」とした。

Ⅳ. 研究方法

1. ブレンディッドラーニングによる授業

Moodleで構成されたシステム上に作成したコースに、教師ロールでログインした画面を図1に示した。教師が管理ブロックからプロフィールを開くと、登録された学生の活動レポートページが表示され、テストの受験状況、動画教材コンテンツや授業資料の閲覧状況など学習活動に関するログを図2のように確認できる。活動レポートから取得したログは、テキストファイルとしてダウンロードし統計処理することもできる。

看護技術教育は、通常、講義と実技演習で構成される。学生は口頭による説明を聞き、ビデオ教材を視聴したり、教員によるデモンストレーションを見て、学生自身が体験して学ぶという学習法である。学生にとっては、どの技術も初めての体験なので、受け身的になりがちで主体的に学習できる学生は数少ない。主体的に学ぶ姿勢がなければ、一度きりの体験で終わり、時間とともに忘れてしまい看護実践能力の獲得につながらない。

そこで、いつでもどこでも繰り返して学習できる仕組みをつくることで、学習意欲を刺激して主体的な学習を喚起したいと考えた。対面授業の講義と実技演習の間にシステムによる予習・復習テスト、授業資料のリソース配信やフォーラムによるディスカッションを組み入れ、学生が継



図1 教師ロールでコースにログイン後の画面



図2 学生のプロファイルの活動レポートを開いた画面

続的にシステムを利用する仕組みをつくった。

2. 授業の概要

授業は2年次後期、2単位、必修の科目である。学生には第1回の授業時に、システムにログインする方法とコンテンツの場所や課題の提出方法、小テストの受験方法について説明した。ユニット別に予習・復習テスト、演習課題が搭載されているので、授業時間外に自由に予習・復習できること、実技試験を行うユニット(与薬・検査)は、注射と採血の動画教材コンテンツを事前に閲覧して授業に臨むことなどを説明し、自由に予習・復習できるようにした。

15週30回(60時間)の授業計画のうち、与薬と検査の授業は、講義6回、演習8回、実技試験4回で計18回(36時間)実施した。実技試験は授業で演習した後、2週間の自己練習期間を置いて実施した。実技試験の評価は、無菌操作、5R(医療行為実施時の安全確認項目としてのRight Patient, Right Drug, Right Dose, Right Route, Right Time)の確認、指示量の準備、注射部位の選択、注射方法、患者説明の20項目を評価した。筆記試験は想起型と解釈型の設問25項目について全授業終了後に実施した。Web上の小テストは、予習テスト2回、復習テストを3回行った。

3. ブレンディッドラーニングの授業設計

授業設計は図3のとおりである。Web上の予習テスト、

復習テストとして、多肢選択問題や穴埋め問題などを各ユニット別に5~10問出題した。予習テストは、形態機能学や病態学、薬理学などの既習知識を想起させる問題で構成した。公開後1週間の期限を設定し、授業開始前までに受験するように説明した。復習テストは、安全な技術を実施するための必須事項やエビデンスに関する問題を作成し、知識の確認や実技演習の振り返りができるような内容にした。多肢選択問題は、選択肢順序がランダムに表示されるように設定した。入力した解答を送信すると受験状況と問題ごとの正解・不正解が記録され、何度でも挑戦できる。復習テストは講義・実技演習後1週間に期限を設定した。

動画教材は、注射の準備編と実施編、採血は準備から実施までを作成した。注射準備編のシナリオは、指示の確認、必要物品の準備、注射器・注射針の滅菌状態の確認、開封のしかた、5Rの確認、アンプルカット、薬液の吸引、薬液量の調整の順に解説した。動画は6分37秒、静止画2分35秒、文字画面32秒とし全体で9分44秒に編集した。

注射実施編のシナリオは、筋肉内注射と皮下注射に分けて構成した。実施前後の5R確認、患者への説明と同意、注射部位の決定(中殿筋・三角筋、上腕後側)、皮膚消毒、注射部位の固定法、注射器の持ち方、注射針の刺入、薬液注入、注射針の抜針、実施後の観察、注射部位のマッサージ、後片づけ、医療廃棄物の分別、実施後の観察と記録に

ついて順に解説した。動画は10分20秒、静止画2分13秒、文字画面38秒とし、全体で13分11秒に編集した。

採血は真空採血管と注射器による方法に分けて、準備から実施までを通して作成した。指示の確認、必要物品の準備、説明と同意、静脈の選択、採血部位の確認、駆血帯の種類と巻き方、採血部位の消毒、採血管の持ち方・固定法、採血部位の皮膚の緊張、採血針の刺入角度、採血管の挿入と抜き方、駆血帯を外すタイミング、採血針の抜針、採血部位の止血確認、採血針の廃棄、採血管の転倒混和、後片づけ、実施後の観察と記録について解説した。動画は8分23秒、静止画4分14秒、文字画面40秒とし全体で13分17秒に編集した。

講義の次の授業では、チームティーチングによる実技演習を行った。学生には、実技演習の前に必ず動画教材を視聴して臨むように指示した。授業では、教員は学生に質問しながらデモンストレーションを示し、その後、学生は実技演習を行った。授業の後は、教員が学生の技術を見て感じたことや重要事項としてとくに押えておきたいことなど、演習時に直接学生に伝えられなかったことを図4のシステムのニュースフォーラムに投稿した。また、教員の投稿に対して学生からの応答を得るために、図5の活動モジュールのフォーラムディスカッションを開設した。学生がコース画面のトピックアウトラインのフォーラムをクリックすると、フォーラムディスカッションに投稿することができるようにした。

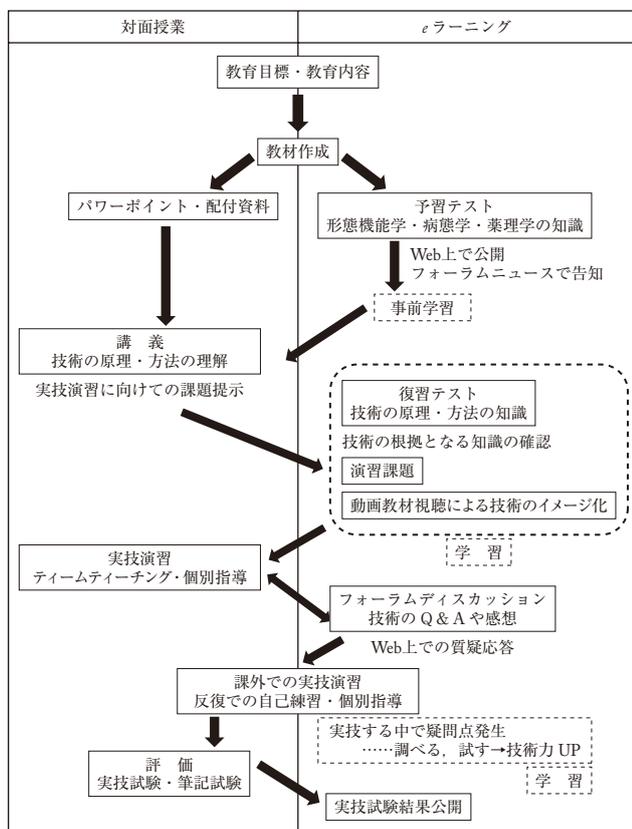


図3 ブレンディッドラーニングの授業設計



図4 ニュースフォーラム



図5 フォーラムディスカッション

4. 学習評価

評価割合は、実技試験30%、筆記試験50%、課題レポート20%とした。学生は実技試験に備えて課外に自己練習し、教員が指導体勢を組み個別指導を行った。課外の自己練習は全員5回ずつ行い、できるようになったと自己評価できたら担当教員にプレチェックを受けて本試験に臨むようにし、練習量の違いによる実技試験への影響を小さくする体勢を取った。

5. 調査方法

a. 対象

2010年4月にA大学看護学科に在学中の2年次生で、基礎看護技術（診療の援助技術）を履修中の学生97名。

b. 研究期間

2010年9月～12月

c. データ収集方法

システムに対する評価は、システムの利用状況と学生の評価に関する質問紙調査によりデータ収集した。ブレンディッドラーニングにおける学習活動、および学習評価を検討する指標としては、予習・復習テスト教材、コンテンツへのアクセスログのデータ、さらに筆記試験、実技試験、課題レポートを含めた総合評価得点の結果を用いた。

(1) システム利用状況と学生の自己評価

自記式質問紙調査は、28回目の授業終了時に対象に質問紙を一齐に配布し、指定の密閉式回収箱に1週間の期間に投函するよう依頼した。調査項目はシステムの①利用場所、②利用時間、③アクセス時間帯、④利用目的、⑤「小テスト」の適切性、⑥課題の適切性、⑦コンテンツの適切性・満足度など7項目と、⑧「システムを利用することの利点と問題点」を自由記載で求める内容で構成した。①～④は複数回答、⑤～⑦は「そう思う」から「思わない」までの4段階で回答を求めた。

(2) システムのアクセスログと知識・技術の習得に関するデータ収集

システムを利用した学習履歴を調べるため、活動レポートからシステムで提供する授業資料や小テスト、コンテンツへのアクセスログを収集した。そして活動レポートの統計画面の「閲覧」と「投稿」の総和の「すべての活動ログ」を総アクセス数とした。アクセスしてもただパソコンを開いているだけのこともあり、閲覧時間は指標にならない。そこで、実際に教材を利用した際のアクセス数を指標とした。演習課題への投稿数は、授業の参加条件としたので除外することにした。

個人の自主的な学習活動を反映するものとして、テスト受験回数と動画教材アクセス数を調査した。さらにテスト教材と動画教材の利用度を算出した。教材利用度は、「す

べての活動ログ」(システムログイン回数の総和)を分母として、テスト教材および動画教材へのアクセス数の和の百分率値として算出した。知識・技術の習得の評価は、筆記試験得点、実技試験得点、総合評価得点により判定した。

6. 分析方法

質問紙調査の結果は、記述統計で回答数に対する人数割合で比較した。「システムを利用することの利点と問題点」の自由記述の分析は、意味をなす文脈で区切り一記録単位としてコーディングし利点と問題点に分類して集計した。

また、活動レポートからアクセスログを取得し、学習履歴をテキストファイルとしてダウンロードした。システム活用と学習評価の関係は、学習履歴データの総アクセス数、教材利用度、評価得点の筆記試験得点、実技試験得点、総合評価得点を変数としてピアソンの積率相関係数を求めた。統計処理にはデータ分析ソフトPASW Statistics 18を用いた。

7. 倫理的配慮

調査は無記名で実施した。対象者には調査の目的および方法、参加は自由意思であること、調査は成績に影響しないこと、本調査は授業の評価と改善、教育研究のための資料として役立つこと、システム上のデータ処理はスクリーンコードを用い、個人が特定されないように配慮すること、研究成果の発表について文書と口頭で説明し、調査票の回答をもって研究協力の受諾とした。回収にあたっては、事務室の鍵のかかる機密キャビネットに1週間の期間を設定し自由意思で提出できるよう配慮した。

V. 結果

回収数は82(回収率84.5%)であった。回答された質問紙すべてに記載不備や欠損値はなかったため、有効回答率は84.5%であった。対象学生の平均年齢は20.1±0.7歳であった。

1. システムの利用状況

a. 利用場所

システムの利用場所を図6に示した。「自宅」が72名(87.8%)で最も多く、「情報センター」が47名(57.3%)、「情報センター以外の学部内のパソコン」6名(7.3%)であった。大学敷地内の他学部のパソコンでの利用者はいなかった。

b. 利用時間とアクセス時間帯

システムの利用時間を図7に示した。「21～30分」が最も多く29名(35.4%)、次いで「11～20分」が22名(26.8%)、

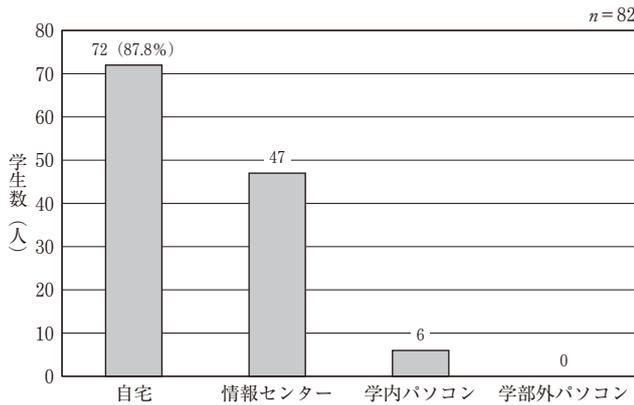


図6 システムの利用場所 (複数回答)

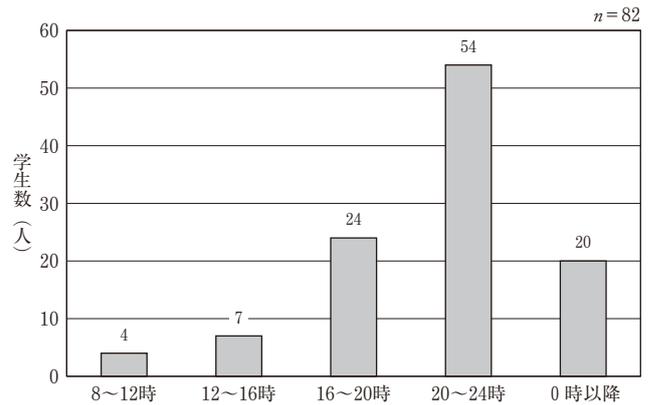


図8 システムの利用時間帯 (複数回答)

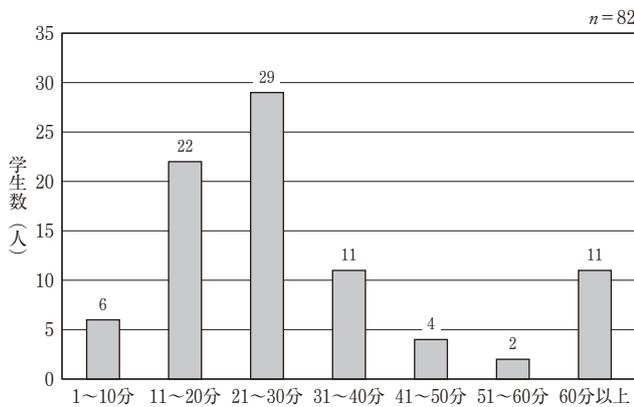


図7 システムの利用時間 (複数回答)

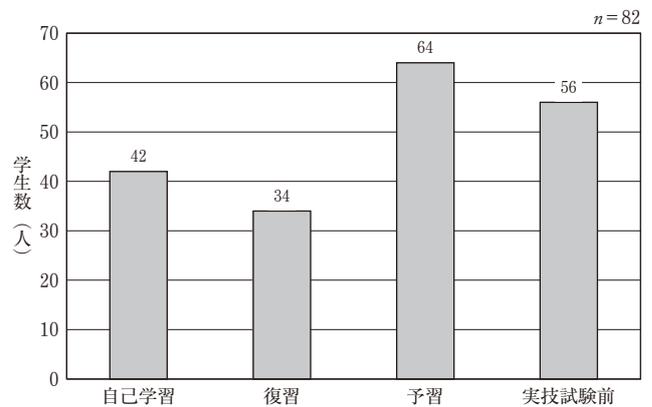


図9 システムの利用目的

「31~40分」と「60分以上」が同率で11名 (13.4%) であった。「10分以内」は6名 (7.3%) であった。

システムにアクセスした時間帯を図8に示した。「20時~24時」が54名 (65.9%) で最も多く、次いで「16時~20時」が24名 (29.3%)、「0時以降」が20名 (24.4%) であった。昼間の「12時~16時」は7名 (8.5%) であった。

システムの利用時間は、およそ6割が30分以内で短時間であった。アクセス時間帯は夜間が多く「20時~0時」と「0時以降」を合わせると9割を占めた。

c. 利用目的

システムの利用目的を図9に示した。「予習」が64名 (78%)、「実技試験前」56名 (58.3%)、「自己学習」42名 (51.2%)、「復習」34名 (41.5%) の順であった。

2. システムで提供した教材に対する学生の自己評価

a. 「小テスト」の適切性

システムで提供した教材に対する学生の自己評価を図10に示した。「ややそう思う」「そう思う」を肯定的回答とすると、授業の役立ち、テストの分量、内容の難易度に対して、それぞれ80名 (97.6%)、77名 (93.9%)、74名 (90.2%) が肯定的に評価していた。

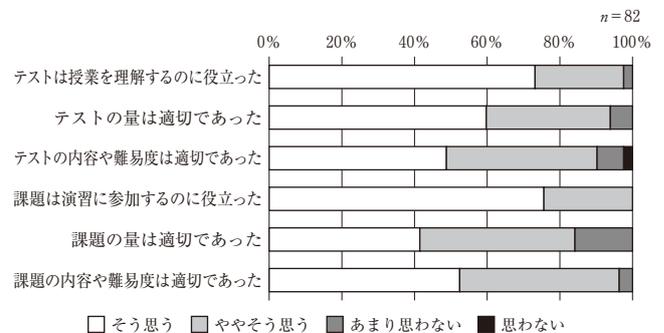


図10 システムで提供したテスト・演習教材の学生の自己評価

b. 演習課題の適切性

「そう思う」「ややそう思う」を肯定的評価とすると、演習の役立ち、課題の分量、内容の難易度に対して、それぞれ82名 (100%)、69名 (84.1%)、79名 (96.3%) が肯定的に評価していた。

c. 動画教材コンテンツの適切性・満足度

筋肉内注射・皮下注射の視聴回数の平均は 5 ± 3.0 で、最大16回、最低1回であった。採血の平均は 3 ± 1.7 で、最大7回、最低1回であった。

動画教材コンテンツに対する学生の評価 (図11) をみると、「理解しやすかった」「学習に役立った」「技術習得に

役立った」の設問に73名(90.2%)の学生が「そう思う」と回答していた。「文字の見やすさ」「映像内容」「映像時間」に関しては、「そう思う」の比率はやや低くなるものの「ややそう思う」と合わせると95%以上が「適切である」と評価していた。「今後もDVDコンテンツを活用したい」の肯定的評価は79名(96.3%)であった。

d. システムを利用することの利点と問題点

「システムを利用することの利点と問題点」の自由記述の集計結果を表1に示した。52名(63.4%)が記載していた。記録単位は全部で105であった。利点が81記録単位、問題点が24記録単位であった。利点は13項目で、そのうち出現頻度が多いものは、「動画コンテンツがわかりやすい」20記録単位、次いで「時間を選ばず学習できる」「必要と思ったときに学習できる」が17記録単位、演習の前に学習する設定にしたので「予習できる」9記録単位、「繰り返し見られる」と「技術がイメージしやすい」8記録単位と続いていた。「復習」や「課題学習」に関する記載は4記録単位であった。一方、問題点は5項目で、そのうち出現

頻度が多いものは「パソコンによって見られないときがある」14記録単位、「動画が重くてダウンロードに時間がかかる」6記録単位など、インターネット環境に関する内容であった。動画データのダウンロードに要する時間はインターネット環境によって違いがあり、コンテンツを開くに学内では2~3分、学外からは4~5分を要した。

3. システムによる学習状況と知識・技術の習得

a. アクセスログと教材利用度

アクセスログから集計した総アクセス数の結果を図12に示した。総アクセス数の最小が20回、最大が273回であった。51~100と101~150が最も多く、合わせて66名(68.8%)がこの間に分布していた。総アクセス数の平均は125.6±50.2であった。

教材利用度の度数分布の結果を図13に示した。また、各度数におけるテスト受験回数と動画教材アクセス数の結果を図14に示した。教材利用度は40~49.9%のデータ区間が22名(22.6%)で、最も多かった。この区間の学生は、テスト受験回数の平均4.9回、動画教材アクセス数平均6.9回で

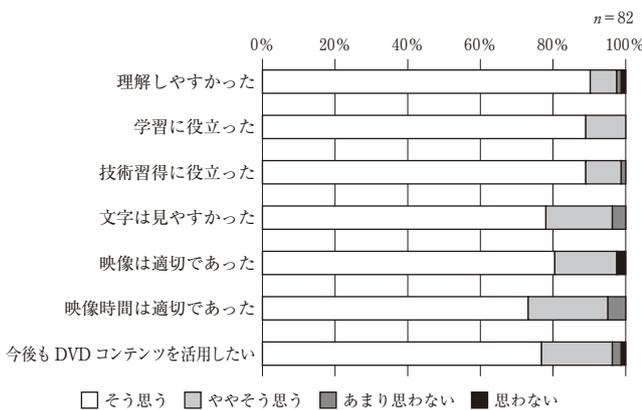


図11 動画教材コンテンツに対する評価

表1 「システムを利用することの利点と問題点」の記載内容

利点	記録単位	問題点	記録単位
動画がわかりやすい	20	パソコンによって見られないときがある	14
時間を選ばず必要と思ったときに学習できる	17	動画が重くてダウンロードに時間がかかる	6
予習できる	9	いちいちパソコンを開くのが面倒	2
繰り返しみれる	8	小テストの期限が切れているのに気づかなかった	1
技術がイメージしやすい	8	その場で質問できない	1
自宅で小テストができる 解説がついてわかりやすい	5		
復習できる	4		
自宅で簡単にできるので苦にならずに自己学習できる	4		
教員の技術を実際に見れるのでよい	2		
演習で使う同じ教材なのでわかりやすい	1		
質問ができる	1		
自己啓発になる	1		
授業の再確認ができる	1		
	81		24

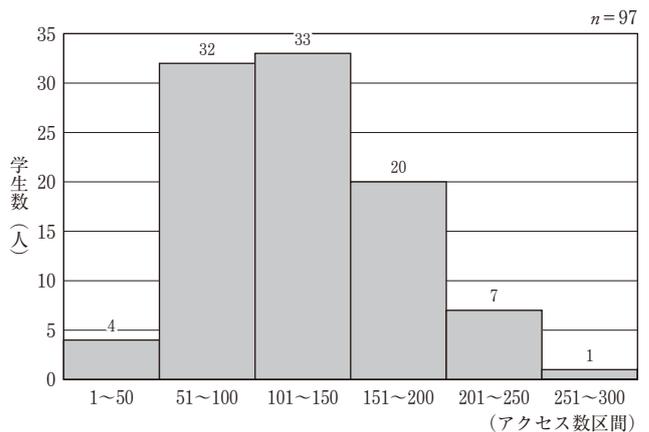


図12 総アクセス数の度数分布

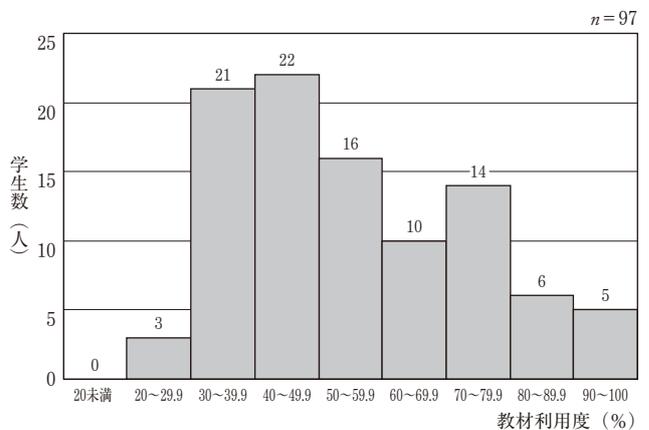


図13 教材利用度の度数分布

[注] 教材利用度 = 「テスト教材 + 動画教材」アクセス数 / システムログイン回数の総和 × 100

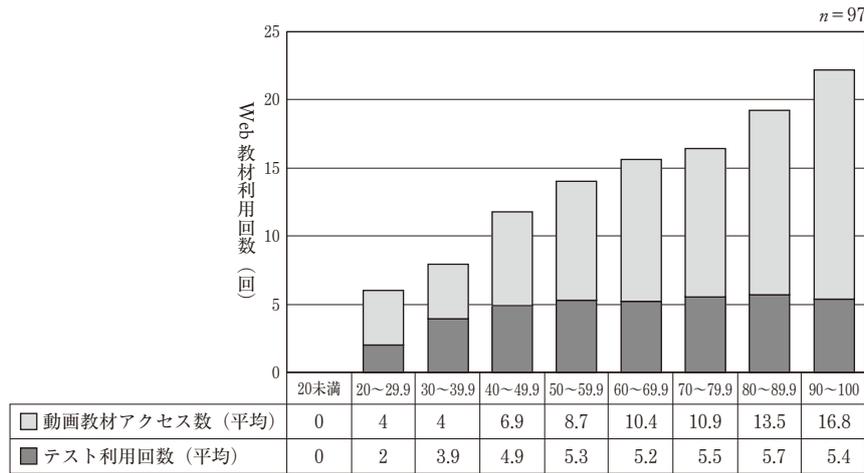


図14 教材利用度のテスト受験回数と動画教材アクセス数の内訳

[注] 注射の準備編, 実施編, 採血の3つの動画教材のアクセス数の平均9.6回

あった。次に多い30～39.9%の区間の学生は21名 (21.6%) で、テスト受験回数3.9回、動画教材アクセス数平均4回であった。その次に多いのは50～59.9%の区間が16名、70～79.9%の区間が14名であった。教材利用度が40%以上の学生は全体の75% (3/4) であり、テスト受験は5回以上、動画教材は7回以上視聴していた。

注射の準備編, 実施編, 採血の3つの動画教材のアクセス数の平均は9.6回であった。テストの受験件数をみると、2回の予習テストの受検率は平均94.9パーセント、3回の復習テストの受検率は平均92.8%であった。

フォーラムへの投稿数は、教員の23に対して学生の投稿数は11であった。

b. システムによる学習状況と知識・技術の評価得点の関連

学習履歴データの総アクセス数、教材利用度と学習評価の筆記試験得点、実技試験得点、総合評価得点を変数としたピアソンの積率相関係数は表2のようになった。アクセス数と総合評価得点は $r = .408$ ($p < .01$) で中程度の相関がみられ、アクセス数と実技試験得点は $r = .26$ ($p < .05$) で弱い相関がみられた。教材利用度は総合評価得点との間で $r = .257$ ($p < .05$) で弱い相関がみられ、その他は相関がなかった。

表2 システム利用状況と評価得点との関係

システム利用状況	相関係数	有意確率
アクセス数と総合評価得点	.408**	$p = .000$
アクセス数と実技試験得点	.26*	$p = .010$
アクセス数と定期試験得点	.059	$p = .563$
教材利用度と総合評価得点	.257*	$p = .011$
教材利用度と実技試験得点	.122	$p = .233$
教材利用度と定期試験得点	.128	$p = .212$

[注] **: $p < .01$ * : $p < .05$

VI. 考 察

看護技術教育において、eラーニングシステムと対面授業を融合させたブレンディッドラーニングを行い、学生によるシステム利用状況と自己評価、および筆記試験や実技試験による学習評価について検討した。その結果、ブレンディッドラーニングは、対面授業の前後の予習・復習、動画の視聴など授業時間外での学習活動を可能とすることが学生に肯定的に受け止められた。また、システム利用状況と学習評価との間の一部に有意な相関が見られた。これらのことから、システム利用状況と学習評価との因果関係を直接検証することはできないが、学生のシステムへの評価と合わせて考えると、ブレンディッドラーニングが学生の学習活動を促進し、学習評価を向上させる効果が期待される。

1. システム利用状況と学生の評価

システム利用状況は、およそ9割の学生が自宅で20時以降にアクセスし、30分以内の短時間の利用がおよそ6割を占めていた。看護学生対象に行った調査報告によると、看護学生が認識するeラーニングのメリットとして、「時間の有効性」「自分のペースでできる」「場所の自由度」をあげている¹⁰⁾。今回のシステム利用状況は、場所、時間を問わず繰り返し学習できることがeラーニングのメリット、と考えている人が多い¹¹⁾ことを裏づけた結果である。学習者は自分のライフスタイルに合わせて学習の自由度を求めている、と考える。

看護技術教育で、eラーニングで学習した時間を調査した先行研究によると、調査対象66名中、20分以内が32名 (48%) で最も多く、30分以上は18名 (27.3%) であったと報告している¹²⁾。そこで、好きなときに自分のペースで

できるように、短時間で学習できる教材作成を行った。予習・復習テストは10分程度でできる内容を設定し、動画教材コンテンツもそれぞれ13分程度に編集した。課題に取り組みやすいように短時間で学習可能な教材を作成したため、30分以内の利用者が多かったと考える。

利用目的は「予習」がおおよそ8割を占めた。先行研究で「予習」教材としての利用は少ない^{3),12)}という報告はあるが、多いという報告は見当たらない。講義前の予習テストや演習課題および動画教材コンテンツにより、講義や演習への事前のイメージができるようにしたことが、「予習」目的の利用を促したものと考える。動画教材コンテンツは短い時間で視聴できる。3つの動画教材の視聴回数の平均は9.6回なので、1つの動画教材を3～4回は繰り返し視聴していることがわかる。繰り返し視聴することで技術のイメージが形成される。新しい技術を習得する場合、技術全体のイメージを形成しておくことと上達が早いことが諸分野の研究で明らかにされている¹³⁾。講義に入る前に予習テストを受け、講義の後の実技演習前に動画教材コンテンツを見て、技術のイメージをつかんでから実技演習するというブレンディッドラーニングは、技術の実施を容易にする一方法であると考えられる。「実技試験前」が56名(68.3%)と多かったのは、先行研究⁷⁾でも示されており、試験前に技術のイメージをつかんで合格したいと思うからであろう。

一方、「復習」目的の利用は34名(41.5%)と最も少なかった。講義と演習をつなぐリソース配信を優先したため、次の授業に向けての準備学習が優先され、復習教材としての活用は少なかったと考える。先行研究によると、多くの学生がeラーニングは「自己学習用」「復習用」としての使用を希望している¹²⁾と報告している。本研究では、「自己学習」目的は42名(51.2%)で半数程度であった。自ら必要性を感じて学習したことを「自己学習」とすると、どのように利用したのか調査していないので詳細は不明である。本研究は、eラーニングを利用して主体的な学習を促すことを目指している。今後「自己学習」としてどのように利用したのかを明らかにする必要がある。

2. システムで提供した教材に対する学生の評価

予習・復習テスト、演習課題に対して9割以上の学生が「学習に役立った」「理解しやすかった」「適切であった」と回答し、利用件数の結果をみると、9割以上が「小テスト」を利用していた。対面授業の前後1週間をテスト受験の期限に設定したので、期限内に学生は受験せざるを得ない状況であり、それが利用率を高めたと考える。

看護学生はeラーニングに期待するテーマとして「看護技術」をあげる学生が多く、「看護技術」コンテンツへの

ニーズは高い¹²⁾とされている。動画教材コンテンツに対して9割以上の学生が学習に役立ったと肯定的な評価をしており、「今後もDVDコンテンツを活用したい」と期待していることは、学生のニーズを裏づける結果である。

自由記述では、動画教材の〈利点〉として「繰り返し見られる」「時間を選ばず学習できる、必要と思ったときに学習できる」ことをあげていた。注射の準備編、実施編、採血の3つのアクセス数の平均は9.6回であり、繰り返し視聴していた。看護技術を獲得するには繰り返し学習することが必要である。システムを利用することで、動画教材コンテンツをいつでもどこでも手軽に視聴できる環境が整えられ、学生にとって繰り返し学習する機会を提供したと考える。

看護系の教育機関でもLMSが普及しつつある。テスト機能やレポート機能、動画教材をeラーニングに搭載するようになってきた。しかし、動画教材はシステム上の問題で学内LANでの視聴に限られているところが多く、学生は「自宅」での利用を希望している^{9),12),14)}。今回、利用状況をみると、利用場所は「自宅」が87.8%で最も多く、20時以降の夜間に利用している学生が多かった。また、図14のテスト教材と動画教材のバランスを見ると、教材利用度の増減は動画教材の視聴回数によるところが大きい。したがって、Moodleシステムにより「自宅」で視聴できるようにしたことが、視聴回数に反映され活用度を高めたと考える。

一方、〈問題点〉として、動画教材コンテンツに対する不具合をあげる学生が20名(24.4%)いた。アプリケーション不備で「ダウンロードがうまくいかなくて自宅のパソコンで開けなかった」「音声だけで動画が見られなかった」などである。また、「動画が重くてダウンロードに時間がかかる」ことも難点であった。インターネット環境によって違いがあり、コンテンツを開くのに長い場合5分程度かかっていた。自宅で夜間に視聴する学生が多かったので、辛抱強く待つて開いていたと考える。

動画ファイル容量の大きいことが時間のかかる要因なので、現在はファイル形式を変更して105MB以下になるようにしている。23年度のコースから短時間(2～3秒)で開けるようになる予定である。

3. システムによる学習支援と学習活動の関連

本システムのアクセスログは、授業時間外の自学自習状況を知る手がかりになる。総アクセス数の度数分布を見ると、およそ3分の2の学生が51～150に分布し、50以下はわずか5名であった。看護技術教育で個人のアクセスログを集計した結果は見当たらない。かろうじて「清潔」の単元で1人当たり20という報告¹²⁾と、同じく「清潔」の

単元で70名の学生の総アクセス数が3,504（1人当たり50）という報告がある⁶⁾。それらと比較すると今回のアクセス数は多い。授業期間（9月～12月）の総アクセス数の平均が125.6なので、1人当たり1日1回以上アクセスしていた計算になる。総アクセス数からみて、自学自習への利用というシステムの利用目的は達成されたと考える。

教材利用度の度数分布と内訳から、およそ4分の3の学生が5回以上テストを利用し、動画教材コンテンツは7回以上視聴していた。講義と演習の間にシステムのWeb教材を繰り返し利用し、予習・復習しながら学習を進めていたことが推察される。質問紙調査の結果、予習目的が8割であったこと、同じ教材を繰り返し利用していることから、受動的な学習ではなく学生自身が必要性を感じて主体的に学習していることが推測される。

ブレンディッドラーニングの問題点として、講義の回数が進むにつれて学習者は授業時間外にeラーニングコンテンツを使用しなくなることが指摘され³⁾、eラーニングコンテンツを継続して利用するには、「学習者自身が動機づけや学習スキルを高める」必要があると報告されている¹⁵⁾。

今回のブレンディッドラーニングでは、Web教材が継続的に利用されていた。テスト教材や演習課題、動画教材コンテンツは、講義と演習を連動させる役割を果たしたといえる。看護学生は職業に対する目的意識が明確で、専門技術の習得に対するニーズは高い¹⁶⁾。学生にとって「わかりやすい」「技術がイメージしやすい」動画教材コンテンツは具体性があり、技術習得に対するニーズに応じた教材であったと考える。Web教材が継続して利用されたということは、学習の動機づけや学習スキルに影響を与える方法であることが期待された。

本研究により、システムの利用と学習評価の因果関係を明らかにすることはできない。しかし、ブレンディッドラーニングという教育方法が、授業時間外の学生の自学自習を促す可能性が考えられ、その結果として学習評価に影響を与えることは期待できる。そこで、システム利用と学習評価との関連について考察する。

教育システム情報学の分野の報告によると、アクセス数が高いほど試験得点が高く、試験得点が低い学生はアクセス数が低い、と述べている^{17),18)}。今回のアクセスログの分析では、総アクセス数が高い学生の総合評価得点は高い、総アクセス数が高い学生の実技試験得点は高い、総アクセス数と筆記試験とは関連がない、という結果であった。システムに積極的にアクセスした学生は、総合評価得点が高く、実技試験の結果もよいということになる。アクセスを頻繁にする学生はもともと学習意欲が高いので、総合評価得点も筆記試験得点も高いことが推測できる。一

方、看護技術の実技試験は技術のなかでも、器用・不器用、柔軟性、生活体験の有無など多様な要因に影響を受けやすく、システム利用との関連は小さいと考えていた。しかし、実技試験と総アクセス数には関連があり、筆記試験と総アクセス数には関連がみられなかった。評価割合は筆記試験50%、実技試験30%、レポート20%である。筆記試験とのみ関連がなかったことは、いずれかの評価結果に引っ張られている可能性があり今後の検討課題である。

教材利用度の分析では、教材利用度が高い学生は、総合評価得点のみ高く、実技試験や筆記試験とは相関しない、という結果であった。先行研究では、授業資料の閲覧と得点の関係について、提供コンテンツの利用状況と試験の点数の間には相関がない、とする結果が報告されている^{18),19)}。教材利用度と総合評価得点の関係に関しては、総アクセス数と総合評価得点の関係と同様、学生個々の学習意欲や学習への関心の高さとの関連と考える。一方、テスト教材や動画教材の利用度が筆記試験や実技試験と相関していなかったことに関しては、先行研究と一致していた。

次に、技術教育に必要な実技試験との関係について考察する。動画教材コンテンツは事前にイメージを形成して技術に臨む役割を果たす。しかし、イメージが技能面に効果を発揮するのは、ある程度練習を積んで技能にまとまりが生じた段階においてであり、初心者には種まきの状態に相当する、と言われている²⁰⁾。つまり、イメージを形成しただけでは技術習得は難しい。注射や採血の実技試験では、手順や段取りの習得だけでなく、巧緻性や皮膚感覚の鋭敏さ、緊張緩和など個人の特性に関係する能力が求められる。教材を繰り返し利用したからといって、複雑な技能で成り立つ技術の習得には結びつきにくいと考える。

今回、アクセスログと教材利用度を学習活動とみなして検討した。本研究における学習活動の定義は「学習とは経験によって行動のしかたに変化が生ずる過程であり、学習活動は、学習を達成するためになされる活動」としている。本来、学習活動は、聴く、観る、話す、記録する、調べる、体験するなど多様な活動をもとになされるものである。eラーニング上の学習活動は、自学自習教材の利用という限られたかたちの学習であるが、学習が継続されることにより、学習への関心を失わせない効果はあると考える。

本研究では、対面授業や課題に対する学習は受講生に共通する学習活動として位置づけ、ブレンディッドラーニングにより、それ以外の学習活動がどれだけ行われるかを明らかにすることを目指した。学習活動で可視化可能なeラーニング上のアクセスログと教材利用度を調査することで、授業時間外の学習活動が推察できた。アクセスログは、授業時間外の学習活動を知る手がかりとして有用であ

ることが示唆された。

フォーラムの投稿回数は、教員の23に対して学生は11と
きわめて少なかった。「投稿せず閲覧だけ」という活動ロ
グは膨大で調査できなかつたので分析できなかつた。「教
員とのやりとりは歓迎するが、他の学生に読まれるのは嫌
である」という意見もあり、今後はフォーラムの開示範囲
や活用方法を検討する必要がある。

技術習得には、知識・技術・態度の3側面の能力が求め
られる。テスト教材や演習課題で学習意欲が動機づけられ、
動画教材コンテンツで具体的なイメージを抱いて演習
に臨んだ学生は、知識・技術の習得に意欲的に取り組み、
スムーズに学習できたと推察される。

今回、看護技術教育において、Moodleシステムを利用
したブレンディッドラーニングを行い、Web教材が学習の
動機づけになって授業時間外の学習活動が促された。そこ
ではシステムの活用状況と学習評価の間に相関がみられ、
本システムの今後の可能性が期待された。

VII. 研究の限界と今後の課題

本研究では、eラーニングシステムにおける閲覧・投稿
といったアクセスログ（活動ログ）を学習活動とみなして
解析している。本来、学習活動は多様な活動をもとになさ
れるもので、eラーニング上の学習活動はその一部に過ぎ
ない。それを踏まえて学習活動を示す可視化できるデータ
として取り扱ったところに限界がある。

本来はIPアドレス別の活動状況が詳細にわかる「すべ
てのログ」をデータとしたいが、データが膨大で分析でき
なかつた。今後、学習活動を反映するデータを選別し検討
する必要がある。さらに、ブレンディッドラーニングによ
る学生の学習活動や学習評価の関連性を評価するだけで
は、システムそのものの有効性を推測することには限界が

ある。今後は、学生の普段の成績など交絡因子の影響を除
けるように対照群を設定し、従来のシステムにおける学習
活動、学習評価と比較することが検討課題である。

しかし、これまで看護技術教育でeラーニングのアクセ
スログ解析を行った報告はない。今回の調査結果は、今
後のeラーニングの活用を評価する基礎資料となると考え
る。

VIII. 結 論

看護技術教育の「診療の援助技術」の授業でブレン
ディッドラーニングを行い、質問紙調査による学生の主観
データとアクセスログによる客観データで授業の評価を行
い、以下のことが明らかになった。

1. Moodleを利用することは、「自宅」で好きな時間に自
学・自習できるという利便性をもたらした。
2. 学生の自学自習教材への欲求を使用目的であると仮定
するならば、自己学習（予習、復習、自己学習）のなか
で、半数を超える学生が申告した目的は、予習と実技試
験前であった。
3. Web教材のテスト教材や演習課題を肯定的に受け止め
ていた。動画教材コンテンツは、「わかりやすい」「技術
習得に役立った」と評価し、理由は「必要と思ったとき
に学習できる」「繰り返し見られる」ことをあげていた。
4. 学習履歴データと評価得点を解析した結果、総合評価
得点との相関がみられたのは総アクセス数と教材利用度
であった。実技試験得点との相関がみられたのは総アク
セス数のみであった。
5. Moodleを利用したブレンディッドラーニングは、講
義と演習の間にWeb教材を活用して自主的な学習活動
を促進した。今後、新しい教育方法として学習評価への
影響が期待できる。

要 旨

eラーニングを活用した看護技術教育において、学生の学習活動や学習評価の実際、およびそれらの相互の関
係性を探ることを目的とした。看護学科2年生97名を対象に、Moodleを利用して対面授業とeラーニングを融合
させたブレンディッドラーニングを行った。システムのアクセスログに基づく利用状況、教育方法・教材として
の質問紙調査に基づく学生の自己評価、および試験等に基づく学習評価の実際を明らかにし、相互の関係を検
証した。その結果、ブレンディッドラーニングは、対面授業の前後の予習・復習、動画の視聴など授業時間外で
の学習活動を可能とすることが学生に肯定的に受け止められた。学習評価との関連では、アクセス数と総合評価
得点は $r = .408$ ($p < .01$) で中程度の相関がみられ、アクセス数と実技試験得点は $r = .26$ ($p < .05$) で弱い相関
がみられた。教材利用度は総合評価得点との間で $r = .257$ ($p < .05$) で弱い相関がみられた。

本研究は相関関係研究デザインにとどまるため、因果関係を直接論じることはできないが、本授業におけるブ
レンディッドラーニングは、学生の学習活動を促進し、学習評価を向上させる効果が期待される。

文 献

- 1) 市川伸一：教えて考えさせる授業. 11-13, 東京：図書文化, 2009.
- 2) 安達一寿：ブレンディッドラーニングでの学習活動の類型化に関する分析. 日本教育工学論文誌, 31(1), 29-40, 2007.
- 3) 北澤 武, 永井正洋, ほか：ブレンディッドラーニング環境におけるeラーニングシステムの利用の効果に関する研究 — 学習者の動機づけと自己制御学習方略に着目して — . 日本教育工学論文誌, 32(3), 305-313, 2008.
- 4) 高橋由起子, 松田好美, ほか：試行的ブレンディッドラーニングシステムによる学習満足度. 日本看護研究学会雑誌, 33(3), 344, 2008.
- 5) 南雲秀雄, 菅原真優美, ほか：看護学生の動画eラーニング教材に対する意識. 新潟青陵大学紀要, 33-48, 2005.
- 6) 末次典恵, 大池美也子, ほか：基礎看護技術教育におけるWebCT教材の活用状況 — 平成17年度の実施状況から — . 第7回看護情報研究会論文集, 7, 83-86, 2006.
- 7) 末次典恵, 大池美也子, ほか：WebCTを用いた基礎看護技術学教育 — 平成16年度の学生の評価をふまえて — . 九州大学医学部保健学科紀要, 7, 103-110, 2006.
- 8) 奥野信行, 大納康子, ほか：フィジカルアセスメント教育におけるブレンディッドラーニングの実践と評価. 園田学園女子大学論文集, 44, 91-109, 2010.
- 9) 望月好子, 橘田節子, ほか：周産期看護に関するマルチメディア教材の作成と学習効果について — 授業での活用と今後の展望 — . 東海大学医療技術短期大学総合看護研究施設論文集, 14, 87-95, 2004.
- 10) 渡邊美幸, 小木曾加奈子：看護学生が認識するeラーニングのメリットデメリット. 岐阜医療科学大学紀要, 5, 53-57, 2011.
- 11) 特定非営利活動法人イーラーニングコンソーシアム編：eラーニング白書〈2008/2009年版〉. 東京電気大学出版局, 40-42, 2008.
- 12) 佐居由美, 豊増佳子, ほか：看護技術教材としてのE-learning導入の試み. 聖路加看護学会誌, 10, 85-92, 2006.
- 13) 仙田恭子, 中野栄子：ケア技術における効果的な教育内容の検討 — イメージトレーニングを用いた演習を通して — . 鹿児島大学医学部保健学科紀要, 11(1), 37-42, 2000.
- 14) 大池美也子, 末次典恵：e-learningの開発と活用「間違い探し」型と「お手本」型による基礎看護技術教材. 看護教育, 48(4), 292-297, 2007.
- 15) 向後千春, 野嶋栄一郎：eLearningにおける自己制御学習. 日本心理学会第68回大会発表論文集, 1157, 2004.
- 16) 中山和宏：Eラーニングは看護を変えるか — その効果と活用の可能性 — . 看護展望, 29(12), 17-24, 2004.
- 17) 糟谷咲子：Moodleの利用による学習効果の評価. 岐阜聖徳学園大学短期大学部紀要, 107-116, 2010.
- 18) 谷口るり子：Webを用いた学習支援方法の利用度と試験の点数による比較, 教育システム情報学会誌, 25(3), 321-328, 2008.
- 19) 宮地 功, 姚 華平, 吉田幸二：講義とeラーニングのブレンディッドによる授業実態と効果. 教育システム情報学会誌, 22(4), 254-263, 2005.
- 20) 勝部篤美：イメージトレーニング. サイエンス, 16(11), 76-86, 1986.

〔平成23年5月30日受 付〕
〔平成24年5月29日採用決定〕

一般病床患者と看護師による療養環境評価の特性

Differences in the Inpatients' and Nurses' Evaluation of the Hospital Environment

渡邊 生 恵¹⁾ 杉 山 敏 子²⁾
Ikue Watanabe Toshiko Sugiyama

キーワード：看護師，入院環境，入院患者，評価グリッド法

Key Words：nurses, hospital environment, inpatients, evaluation grid method

I. はじめに

入院患者にとって病院内の環境は、治療と生活にかかわる重要な要素である。入院患者のストレス要因に関する研究では、情報の欠如、家族への関心、物理的・化学的な環境、同室者との環境、他者からの独立、経済状況の不安、医療者側への不満、基本的生活習慣の充足という8因子が抽出されている(川口・阪口・田尻・佐藤・渡辺, 1994)。これらの多くは、病気である故に発生したものだけでなく、それまでの生活とは異なった情報環境、社会環境、物理的環境によるストレスであると言え、病院内の環境が患者に与える影響が非常に大きいことが示唆されている。患者による物理的環境に関する評価は、病院の質の評価や患者満足度に影響を与えていることも知られており(Gotlieb, 2000; Harris, 2002; 徳永, 2007)、療養環境の整備は医療者にとっても看過できない問題の一つである。

近年では、医療法改正による1床当たりの広さの拡大、病室の個室化あるいは個室的多床室化、洗面・トイレの分散化など病院における療養環境に変化がみられているが、より患者の療養生活に適した環境を提供していくためには、患者がどのような環境を求めているのかを明らかにしていくことが必要である。

そのため、療養環境のなかでの患者の生活の実態と患者による環境の評価については、看護学のみならず建築学領域においてさまざまな調査が行われてきた。ベッドまわりの広さの実態や適正なベッド間隔についての検証(筧, 1990; 上野・長澤・筧・尾形, 1990)や、病室内の家具配置と生活行為に関連があり、デイスペース等の共用空間が充実していると離室率が高くなるという報告(今井・犬飼・伊藤, 1992; 今井・前田, 1993; 今井・門池・中井・松原, 1996; 井上・外山・筧・上野, 1997; 井上・筧・竹

宮・上野, 1998)がある。プライバシーおよびテリトリーについては、多床室内のベッド位置(山元・草刈, 2004; 川口・松岡, 1990)やキュービクルカーテン(石田・石川・阿部, 2011)との関連や、従来型の多床室(四角形)と個室的多床室(各ベッドに窓が配置された変形型)での生活展開の違いについての報告(宍・谷口, 2005, 2010)がある。療養環境についての認知・評価では、年齢、性別、入院期間、重症度などの属性と環境評価との関連が明らかにされている(安藤ほか, 1997, 1998; 服部, 1991)。

看護学において患者の環境は、ナイチンゲール(Nightingale, 1859/2004)がその調整の重要性を述べて以来、看護が考慮すべき対象と理解されてきた。環境は看護における重要な概念であるが、看護師が実際の療養環境をどのように認識し評価しているのかを扱った報告は少ない。このうち、水野・佐野・若林(1996)、飯島・古谷・芳我・山崎(2010)は、質問紙調査により、看護師による療養環境の評価は患者による評価に比べ低い傾向であることを報告している。また高瀬・山田(2009)は、共分散構造分析によるモデル構築により患者と看護師の因子構造は同じであったが、空間内での行動・行為の違いによって因子間の関連が異なることを報告し、そもそも評価の視点が異なっている可能性を示唆している。看護師は援助を提供する立場であり、患者にはない専門職としての視点をもつと予測されるが、これまでに看護師の評価の視点は明らかにされていない。看護師がどのような専門的視点を持ち環境についての看護を実践しているのかを明らかにすることは、環境調整における看護師の専門性を見出すことにも寄与すると考えられる。

しかし質問紙による調査は、調査者が設定した項目について回答するため、回答者が他の要素を重視していたとしても、評価項目として示されないかぎり評価されないとい

1) 東北大学大学院医学系研究科看護教育・管理学分野

Division of Nursing Education and Administration, Tohoku University Graduate School of Medicine

2) 東北福祉大学健康科学部保健看護学科

Department of Nursing, Faculty of Health Science, Tohoku Fukushi University

う点で限界があり、何を重視しているのかを知るためには他の調査方法が必要である。そこで本研究では、看護師および患者が療養環境のどの要素をいかに評価しているのかという評価の視点を明らかにするため、建築環境の評価で使用されている評価グリッド法（讃井・乾，1986；讃井・丸山，2000）を用いた。これは、回答者にさまざまな環境の写真などを提示し、それらを比較しどれが好ましいかを判断させ、その評価判断の理由を尋ね回答を得る方法である。何を評価するかは回答者自身に委ねられている点が質問紙による調査と最も異なり、回答者の要求を抽出できる方法である。

本調査の対象は、1病院における内科系一般病床に入院する患者と同病棟の看護師を対象とした。病床は医療法により一般病床、療養病床、結核病床、精神病床、感染症病床に分類される。このうち一般病床は主に短期間の入院を目的とするが、他の4病床の疾患・病態がある程度定義づけられていることから、それらの入院患者とは疾患による影響や年齢などの属性が異なると推測される。そこで、1病院ではあるが一般病床入院患者の療養環境の評価の視点を明らかにすることは、多様な背景をもつ人々の要求に対し対応が可能な療養環境を提供するための重要な資料になると考えられる。

したがって本研究では、一般病床に入院する患者と看護師における療養環境についての評価の視点を比較することにより、両者の評価の特性を明らかにすることを目的とする。この結果は、第一に、患者が求める療養環境についての援助に関するエビデンスを構築すること、第二に環境調整における看護師の役割を見出すことに寄与すると考える。

Ⅱ. 方 法

1. 対 象

調査は東北地方の一般病床を有する病院（病床数400床以上）の内科系の1病棟で実施し、対象者は入院患者と看護師であった。入院期間が短く治療スケジュールが密であることと病棟の対象疾患の特性から、外科系や重症患者の多い病棟では調査対象者を選択することは困難であった。そのため、本調査では消化器および内分泌疾患の内科系病棟を対象とした。当該病棟では、各疾患の教育入院からターミナル期の患者の入院があり、日常生活動作レベルは多様であった。平均在院日数は約14日であった。本調査での対象入院患者は、2～3週間の入院予定であること、同病棟には初めての入院であること、調査方法の特徴上、視力障害がなく20～30分の面接が可能であることを適格基準とした。これに該当する対象者の選択は、病状に配慮するために病棟看護師長に依頼し、選択された患者に対し、研究者

が研究の趣旨と方法について文書と口頭で説明し同意を得た。看護師に対しては、研究者が病棟ナースステーションで口頭にて説明し、その後説明文書と同意書を設置した。同意書の提出があった看護師について調査を実施した。

対象とした病棟は築年数23年、病床数53床であり、個室7床、2床室1床、4床室11床であった。このうち4床室は、四角形の従来型の多床室であり、面積は27㎡、室内には窓側に洗面台が設置され、各ベッドにはいずれも可動式の床頭台、オーバーベッドテーブル、ロッカーとキュービクルカーテンが備え付けられていた。

2. 調査方法

病室の評価を得るために、評価グリッド法を用いた面接調査を行った。これは元来、建築環境の評価や商品開発の分野で用いられている調査手法であるが、看護学においても、多床室でのベッド位置の嗜好調査に使用している例がある（川口・勝田・櫻井，1996）。その特徴は、与えられた項目に対する評価ではなく、利用者の持つニーズを抽出することができるという点である（讃井・乾，1986；讃井・丸山，2000）。たとえばある環境を評価する際に、「窓が大きい－小さい」といった客観的かつ具体的な理解の単位を下位に、「開放感がある－ない」といった感覚的理解を中位に、さらに「快適な生活が送れる－送れない」といったより抽象的な価値判断を上位にもつ構造が明らかになる。本研究では、讃井・丸山（2000）の評価グリッド法の手順に従い、以下のように面接を行った（図1）。

- ①対象者に、さまざまな病院の病室、病棟食堂、デイルーム、浴室、ナースステーションの写真29枚を提示した（以下、比較対象物とする）。これらの写真は国内の建築雑誌から抜粋し、対象病院でも見られる従来型の病室や病棟内の設備の写真と、近年新たに試みられているタイプの病室などの写真とを取り混ぜた。
- ②以下の教示を行い、29枚の比較対象物を2つのグループに分類してもらった。

患者への教示：「今回の入院と同じような目的で入院する場合、これら29枚の写真を好ましいものと好ましくないものに分けてください」

看護師への教示：「これら29枚の写真を入院環境として好ましいものと好ましくないものに分けてください。その際、現在勤務する病棟での入院期間と内容を想定してください」

- ③分類された比較対象物を対象者の前に置き、以下の教示を行った。

教示：「このグループは、こちらのグループよりも好ましいということですが、そう判断した理由を教えてください。それはグループ全体にあてはまらなくて

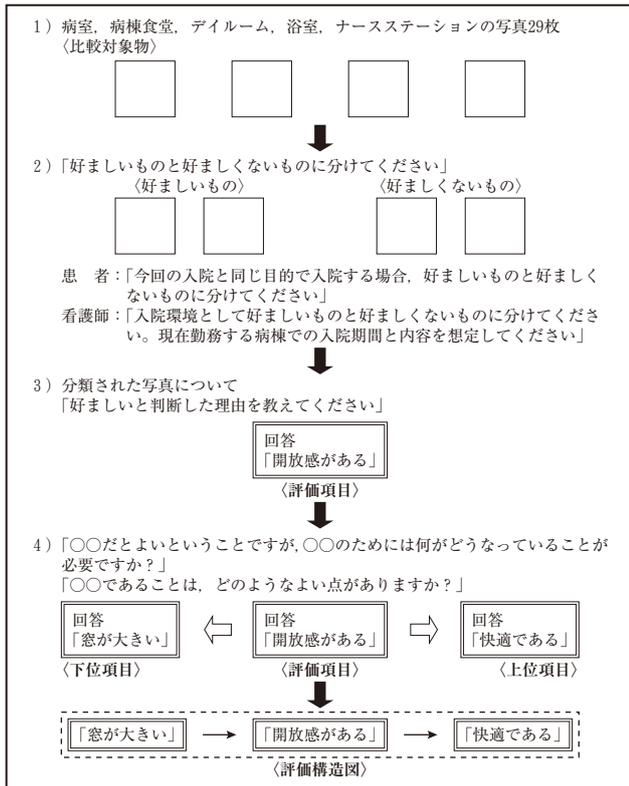


図1 評価グリッド法の手順

も結構です」

述べられた理由を、評価項目として記録した(図1:「開放感がある」)。

- ④次の教示を与え、下位、上位の評価項目(以下それぞれ、下位項目、上位項目とする)の誘導(以下、ラダーリングとする)を行い記録した。

下位項目を誘導するための教示:「○○だとよいということですが、○○のためには何がどうなっていることが必要ですか？」

上位項目を誘導するための教示:「○○だとよいということですが、○○であることはどのようなよい点がありますか？」

述べられた理由を評価項目として記録した(図1:下位項目「窓が大きい」、上位項目「快適である」)。

ここまで記録した結果を「評価構造図」と言い、対象者ごとに作成した。この際、同じ内容を表現していると判断できる評価項目をまとめ評価構造図を整理した。評価項目として、好ましい理由ではなく好ましくない理由が出てきた場合は、好ましくない環境として評価構造図に示した。

このほかに、患者に対しては年齢、疾患、入院経験の有無について、看護師に対しては他病棟・他病院での勤務経験について質問し回答を得た。

調査は、2005年3～5月、2006年10月～2007年3月に実施した。

3. 分析方法

各対象者の評価構造図から、患者全体、看護師全体の評価構造図を作成した。複数名において同じ内容を表現していると判断できる評価項目については、統一した評価項目名に置き換え、回答した人数を記載した。同じ評価項目から異なる上位・下位評価項目へラダーリングされていた場合、それぞれのラダーリングの評価項目を記載した。患者と看護師の評価構造図を比較し、両者に共通した評価項目と、一方でのみ回答された評価項目を抽出した。また両者に共通した評価項目については、そこからラダーリングされた上位項目についても、共通している項目と異なっている項目を抽出した。なお、この作業は2名で行った。

4. 入院日数に伴う評価の比較

環境評価の経時的な変化を確認するため、入院後1週目と2週目に調査が可能な患者について、同じ方法を用いて調査を繰り返した。

5. 倫理的配慮

本研究は、対象施設の倫理委員会の許可を得て行った。適格基準に該当する対象者に対し、研究者が研究目的、方法、参加の自由意志と拒否、プライバシーの保護について文書と口頭で説明し、文書により同意を得た。患者に対しては、入院期間内の治療・検査に差し支えない時間に、また看護師に対しては業務に支障のない時間に、施設内において他患者および医療者の出入りが少なく会話内容が他者に聞こえない部屋で調査を行った。

Ⅲ. 結果

表1に対象者の属性を示した。病棟看護師長から紹介のあった入院患者は25名であり、このうち2名(男性1名、女性1名)は同意が得られず、また同意が得られた患者のうち3名(男性1名、女性2名)は体調不良または日程の都合により調査は実施できなかった。このため最終的な対

表1 対象者の属性

	患者 (20名)				看護師 (20名)				
	性別		入院経験		性別		入院経験		他病棟・病院勤務
	男性	女性	あり	なし	女性	あり	なし		
20～29歳	1	1	1	1	14	5	9	7	7
30～39歳	1	1	2	0	6	4	2	5	1
40～49歳	2	1	2	1	0	0	0	0	0
50～59歳	1	4	3	2	0	0	0	0	0
60～69歳	3	1	3	1	0	0	0	0	0
70～79歳	2	1	1	2	0	0	0	0	0
80歳～	0	1	1	0	0	0	0	0	0
計	10	10	13	7	20	9	11	12	8

対象患者は20名（男性10名，女性10名）であった。疾患は肝疾患3名，糖尿病16名，不明1名であり，日常生活動作は自立していた。13名は以前に入院経験があり，7名は入院経験がなかった。調査実施時は個室および2床室入院患者は重症度が高く面接が困難と判断されたため，全対象者が4床室に入院中であり，以前に個室入院経験がある者は1名であった。また，調査は入院から2～14日目（平均6.3日目）に実施した。看護師は，対象病棟に勤務する看護師25名のうち20名（女性）から同意が得られた。9名は入院経験があり，11名は入院経験がなかった。他病棟・他病院での勤務経験がある者は12名，ない者は8名であった。面接の所要時間は約30分間であった。

1. 患者と看護師による評価の共通点と相違点

各対象者の評価構造図から，患者20名全体および看護師20名全体の評価構造図を作成した。評価項目は，病室とそ

他の場所に共通する評価を回答する場合と，病室以外の食堂などについて場所別に回答する場合があったため，それぞれについて評価構造図を作成した。患者の構造図は図2（病室とその他の場所に共通した評価），図3（場所別の評価），看護師の構造図は図4（病室とその他の場所に共通した評価），図5（場所別の評価）に示した。

看護師の評価項目は患者に比較し多岐にわたり項目数が多く，さらにいずれの項目も2人以上に共通していた。一方，患者では1人だけしか回答しなかった項目があり，全体の評価項目数は看護師に比較し少なかった。

患者・看護師間に共通していた下位項目とラダーリングは，以下のとおりであった。病室とその他の場所に共通する評価（図2，4）では，「広い」ことは「開放感」「プライバシーが保てる」「他者のことが気にならない」「気分がよい」へつながっていた。「窓が大きい」は「採光がよい」「眺めがよい」「明るい」につながり，「和室の要素が

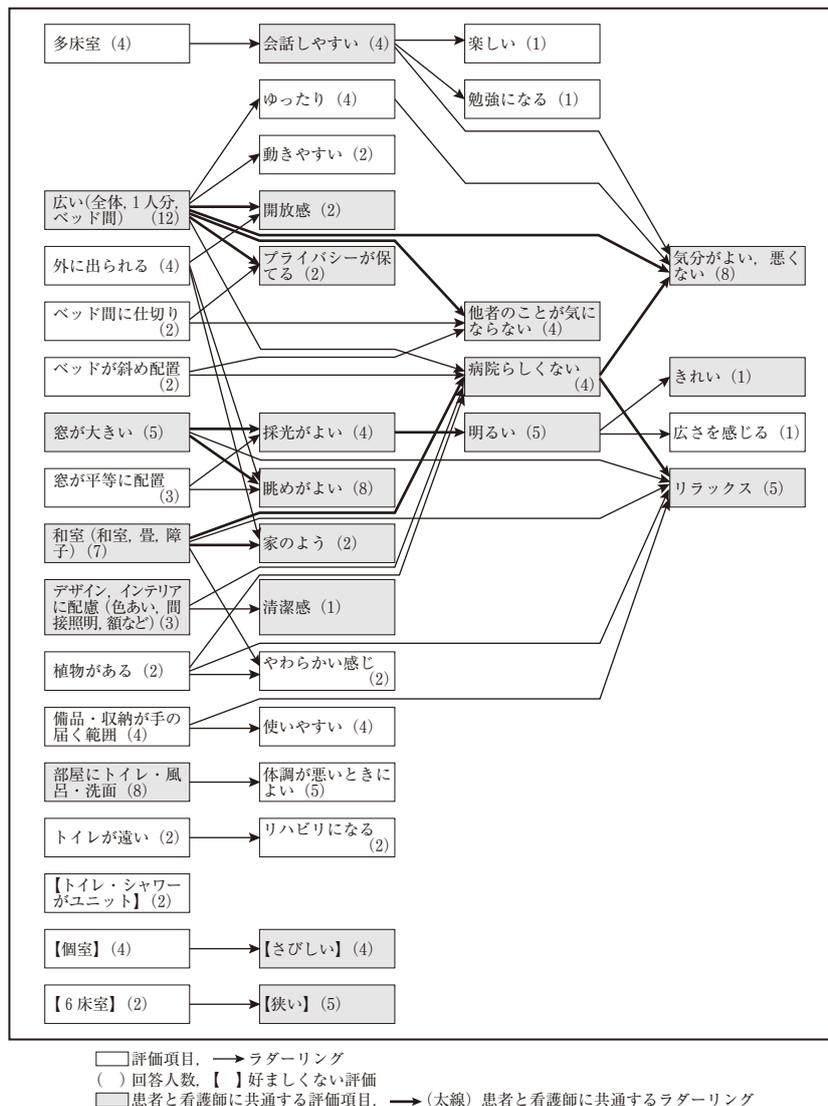


図2 患者20名の評価構造図（病室とその他の場所に共通した評価）

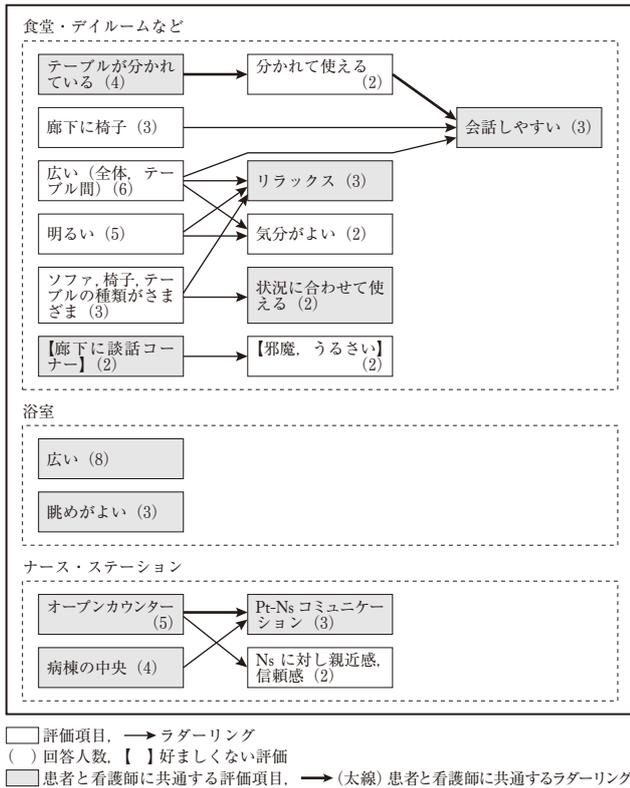


図3 患者20名の評価構造図(場所別の評価)

ある」ことは日常生活と同じであるとして「家のような」「病院らしくない」または「家のように病院らしくない」へつながっていた(評価構造図では「家のような」「病院らしくない」に分けて記載した)。さらに、「病院らしくない」は「気分がよい」「リラックス」につながっていた。病室以外の場所(図3, 5)では、「テーブルが分かれている」から「分かれて使える」「会話しやすい」につながっていた。また、ナースステーションが「病棟の中央に配置されている」「オープンカウンター」から「患者・看護師間のコミュニケーションがとりやすい」につながり、さらに患者では「看護師に対する親近感・信頼感」という評価へ、看護師では「目が届きやすい」「どの部屋にもすぐに行ける」という評価へつながっていた。

共通した下位項目から異なる上位項目へラダーリングが行われている場合もあった。「広い」は、患者では「ゆったりする」「動きやすい」「プライバシーが保てる」などにつながっていたが、看護師では「車椅子なども使える」「ケア・緊急時の対処がしやすい」につながっていた。「和室の要素がある」は、患者では「家のような」「病院らしくない」であったが、看護師では「ホテルのような」にもつながっていた。また、「病室内にトイレがある」は、患者では「体調が悪いときによい」につながっていたが、看護師では「安全」「便利・楽」、また「目が行き届かない」につながっていた。浴室については、両者で「広

い」と「眺めがよい」が評価されていたが、看護師では「ナースコールや手すりが少ない」ことが「危険」と評価されていた。

次に、上位項目が共通していても下位項目が異なる例としては、「気分がよい」につながる下位項目は、患者では「会話しやすい」があげられていたが、看護師では「ホテルのようである」があげられていた。また「病院らしくない」につながる下位項目は、患者では「広い」「デザインに配慮されている」などもあげられていた。「家のような」につながる下位項目として、患者では「外に出られる」もあった。ほかにも共通している評価項目として、「デザインに配慮されている」「会話しやすい」「さびしい」「狭い」、食堂などが「状況に合わせて使える」, 「廊下の談話コーナー」があったが、上位・下位へのラダーリングが異なっていた。

2. 患者に特徴的な評価

病室とその他の場所に共通する評価(図2)では、部屋の病床数が評価されており、「多床室(4床室または6床室)」を好ましい、「個室」または「6床室」を好ましくないと評価していた。「多床室」は「会話しやすい」につながり、「個室」は「さびしい」、また「6床室」は「狭い」につながっていた。「備品・収納が手の届く範囲にある」は「使いやすい」につながり、「病室からトイレが遠い」ことは「リハビリになる」につながっていた。好ましくないと評価されたものは、「トイレとシャワーがユニットタイプである」であった。

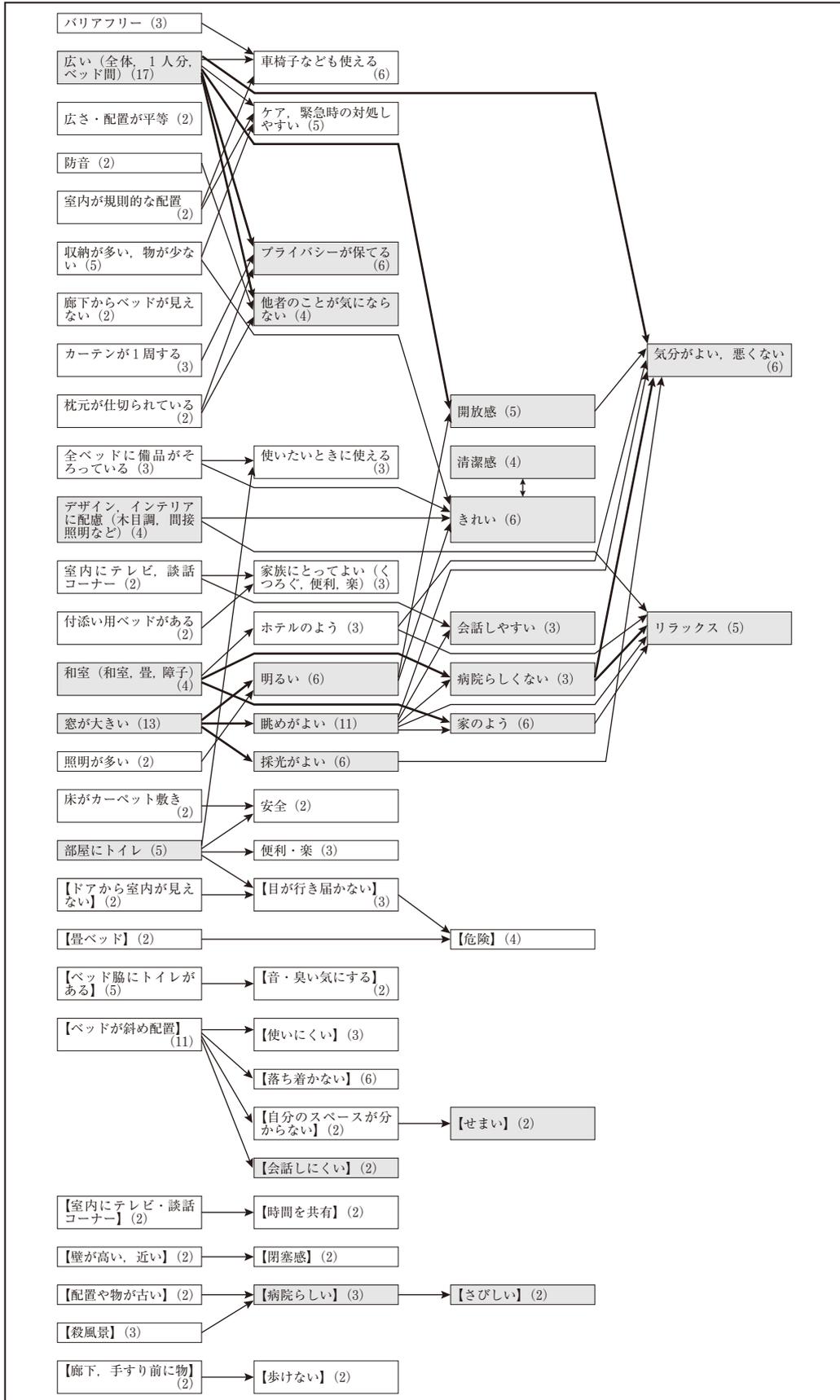
さらに上位の項目としては、「会話しやすい」「ゆったりする」などが「気分がよい」と「リラックス」につながっていた。

場所別の評価(図3)では、「廊下に談話コーナーがある」は「邪魔・うるさい」という評価につながっていた。

また、評価構造図の作成後に述べられた感想として、「(写真のような病室は)見たことがない、豪華すぎる」「長くいると、所詮、病院はホテルじゃないと思う」「部屋のことなど考えたことがない」などがあった。

3. 看護師に特徴的な評価

看護師による病室とその他の場所に共通する評価(図4)では、下位項目として「防音」「バリアフリー」「規則的な配置」「収納が多く、物が少ない」「廊下からベッドが見えない」「全ベッドに備品がそろっている」「付添い用ベッドがある」「照明が多い」「カーペット敷き」などが好ましいと評価されていた。一方、「ドアから室内が見えない」「ベッド脇にトイレがある」「ベッドが斜めに配置」「古い」「殺風景」などは好ましくないと評価されており、



□ 評価項目、→ ラダーリング
 () 回答人数、【 】 好ましくない評価
 □ 患者と看護師に共通する評価項目、→ (太線) 患者と看護師に共通するラダーリング

図4 看護師20名の評価構造図 (病室とその他の場所に共通した評価)

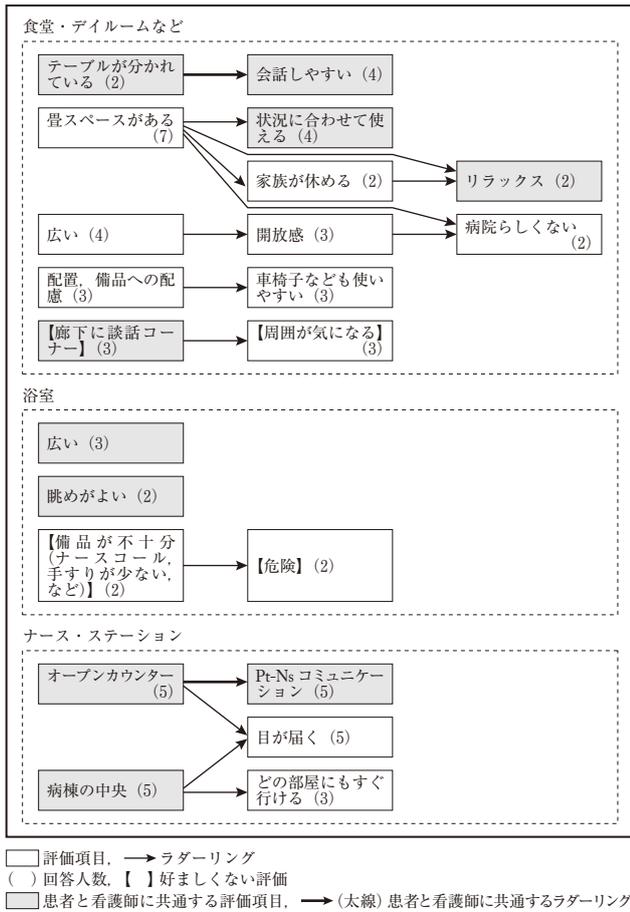


図5 看護師20名の評価構造図(場所別の評価)

「室内の談話コーナー」については好ましい評価、好ましくない評価があった。

上位項目へのラダーリングとしては、「室内の談話コーナー」「付添い用ベッド」などは「家族にとってよい」につながり、「全ベッドに備品がそろっている」「病室内にトイレがある」は「使いたいときに使える」「安全」「便利・楽」という評価につながっていた。しかし、「病室内にトイレがある」「ドアから室内が見えない」は「目が行き届かない」につながり、そこから「危険」という評価にもつながっていた。また「ベッド脇にトイレがある」ことは「音・臭いを気にする」につながり、「ベッドが斜めに配置」は「使いにくい」「落ち着かない」につながり、「古い」や「殺風景」は「(いかにも)病院らしい」という好ましくない評価につながっていた。また、部屋全体の雰囲気について「(豪華で)ホテルのよう」として好ましい評価をする回答があった。

場所別の評価(図5)では、「畳スペースがある」が「状況に合わせて使える」「家族が休める」「病院らしくない」「リラックス」につながっていた。「廊下の談話コーナー」は「周囲が気になる」という好ましくない評価につながっていた。

患者に比較し看護師では好ましくない環境の評価項目が多く、その評価は「危険である」「目が行き届かない」「使いにくい」「(いかにも)病院らしい」などであった。

評価構造図作成後の感想では、ベッド周囲の狭さ、ベッド位置、物音などについての苦情・意見を受けたことがあるという者が多かった。

4. 入院日数に伴う評価構造図の変化

環境評価の経時的变化を確認するために入院後1週目と2週目の調査を行った患者は6名(男性4名、女性2名、患者A~Fとする)であり、1週目は2~4日目、2週目は9~11日目であった。いずれの患者も、1回目と2回目の調査間に治療内容の変更や体調に影響する検査などは行われていなかった。患者Aは、1週目には好ましい評価項目をあげていたが、2週目には好ましくない評価項目が多くなった。患者B、Cは、1週目に比べ2週目では下位の評価項目がより具体的になり、項目数も多くなっていた。患者Dは、1週目は「個室」について「他者と会話がない」「他者が気にならない」「好きなように使える」と評価し、「ベッド間のカーテンが共有でない」ことを「隣に気をつかわない」と評価していたが、2週目には、「多床室」について「会話ができる」と評価していた。患者Eでは、2週目に「隣との間隔が広い」ことを「他者のことが気にならない(近いかかわらなければいけない気がする)」と評価していた。患者Fは、1週目、2週目とも評価項目は少なく、変化はみられなかった。

IV. 考 察

患者と看護師における評価グリッド法による環境評価の結果について、評価構造の特徴と、評価項目の特徴に分けて考察する。

1. 患者・看護師における評価構造の特徴

患者と看護師の評価構造の大きな違いとして、看護師の評価項目は多岐にわたっており、さらにいずれの項目も2人以上が共通して回答していたのに対し、患者では1人だけしか述べていない項目が多く、全体の評価項目数も少なかった点があげられる。

この原因としては、第一に看護師が教育と経験による環境評価の視点をもっている点が考えられる。看護基礎教育において教科書として用いられる書籍では、ナイチンゲールとその理論が紹介されており、病者にとっての環境とその調整の重要性を学ぶ。また各援助場面についての学習では、環境への配慮の重要性について学んでいる。このため、基礎教育の段階で患者の環境に対する一定の視点を獲

得していることは当然といえる。稲村・宮島（2009）による看護学生と建築学生による病院環境評価についての調査では、看護学生では建築学生に比較し構造面・機能面への注目が少なく、その環境にいることによる心理的側面への注目が多い点が指摘されている。さらに、看護師と看護学生の病床環境を整える看護についての意識を比較した調査では、学生では掃除の対象になる汚れに対する援助は意識づけできているが、空調、音、生活状況に応じた室内環境（排泄・食事・カーテンの利用など）への援助については看護師で意識が高かった、という結果が報告されている。ここから、看護師では24時間の生活に応じた環境調整をする意識が高いことが指摘されている（岩本・後神・都甲・江口、2005）。

このように、基礎教育の段階で得た環境に対する視点に加え、臨床現場で入院患者の生活に密に接することにより患者にとっての適切な環境を理解していること、さらに患者個々の使いやすさや危険な場面などを目の当たりにする機会など、経験による理解の深まりがあることが考えられる。

第二に、環境と接する時間の長さや情報量の違いが考えられる。患者の病院での生活は一過性の出来事であり、その間の自分にとって必要な環境を評価していると考えられる。また病院という環境についての情報量も看護師に比べ少なく、比較評価する材料が少ない。一方看護師は、病院で過ごすことは恒常的であり、その間に接する患者は、本研究の対象患者に比較し、より日常生活動作援助が必要な患者や重症患者も含まれることから、あらゆる患者を想定した評価が可能である。また病院という環境についての情報量も多いことから比較評価する材料が多く、その結果、評価項目数が多くなったと予測される。

第三に、本調査は同じ環境で仕事をしている看護師らによる評価であることから、使いやすさや使いにくさの評価が一致している可能性や、実際に患者から出される意見や要望を把握していたことによる評価の一致が考えられる。これに対し患者では、病院に対する評価の視点をもつ機会は少ないことから、生活者としての評価の視点が表れたと考えられる。また年齢、仕事、生活スタイルなど背景の多様性がより強く評価に影響を与えることにより、1人しか評価しない下位項目が多くなったと考えられる。さらに「部屋のことなど考えたことがない」という感想に代表されるように、基礎教育の段階から患者の環境について繰り返し学習する看護師とは、環境についての関心の程度が異なっているといえる。

以上、療養環境の評価において、看護師の評価項目は多岐にわたっており、さらにいずれの項目も2人以上が共通して回答していたのに対し、患者では1人だけしか述べて

いない項目が多く、全体の評価項目数も少ないことが明らかになった。その原因としては、看護師における基礎教育の効果および臨床での経験から、環境への高い関心と患者とは異なる環境への視点を獲得していること、病院環境に接している時間の長さや情報量が違うこと、一病院での調査であることによる回答傾向の一致が考えられた。

2. 患者・看護師における療養環境についての評価の相違

a. 人的環境について

患者20名の結果では、多床室について他患者と会話しやすく楽しい、勉強になると評価し、個室はさびしいと評価しており、他患者とのかかわりがあることを好ましく評価していた。今回の対象患者は全員4床室に入院中であり、以前に個室入院経験がある者は1名のみであったため、個室入院経験がある場合には結果が異なることも考えられる。しかしこれまでも、入院患者を対象とした調査によって、多床室については気がね・気づかいを必要とするものの同室者がいることで楽しい、安心する、気分転換ができる、励みになる、などのように好ましいと評価し、個室については他者への気がねがないものさびしいと感じていることが報告されている（菅・石中・大田・岡崎・廣保、2009；渡邊・柏倉・杉山、2008）。今回の結果では、同時に、1人当たりのスペースや隣ベッドとの間隔が広いこと、ベッド間の仕切りがあることなどによって、他者を気にせずプライバシーが保てる環境も評価していた。これらの結果から、患者はプライバシーを保ちつつ他者ともかかわっていききたいという要望をもっていることがうかがえる。

看護師では、患者と同様にプライバシーが保てる環境を評価していたが、多床室・個室という同室者の存在による効果は評価していなかった。一方、「家族にとってよい」という評価があり、患者-患者関係よりも患者-家族関係を重視した評価であったといえる。臨床場面においても、同室者で談笑したり、同じ治療を受ける患者同士が情報交換をしたりする場面に遭遇する。しかし、看護師は患者からこのような状況について「よかった」とあらためて評価される機会は少ない一方で、同室者の物音などについて苦情を受ける機会が多く、患者間の人間関係を利点として評価する視点は弱かったと考えられる。またプライバシーを保つことの重要性についての教育から、他者よりも家族との関係を重視した評価になったと考えられる。しかし、患者同士のエンパワメント効果や情報交換などの利点も大きいことを認識し、その効果が引き出せるような同室者の配置、あるいは先行研究（井上ほか、1997；宍・谷口、2005）で報告があるように、患者同士の交流の場を設けるなどの環境調整に意識的に看護師がかかわっていくことも必要といえる。

b. 物理的環境について

患者と看護師の評価項目では、次のような共通点および相違点もみられた。たとえば、「広い」ことについては、両者とも「気分がよい」「開放感」につながる点で評価していたが、患者では「ゆったり」「動きやすい」との評価もあり、看護師では「車椅子なども使える」「ケアしやすい」と評価していた。収納について、患者では「手の届く範囲にある」ことで「使いやすい」と評価し、看護師では「収納が多く、物が少ない」ことを「ケアがしやすい」と評価していた。また、患者では、和室の要素があることや外に出られる構造であることなどが日常生活にみられる要素であることから、「家のような」「病院らしくない」という好ましい評価につながっており、さらにそれらは「気分がよい」「リラックス」という上位項目につながっていた。つまり環境に対し、使いやすさや自分の家のようにリラックスしたいという要望をもっていることがうかがえた。一般病床では、短期間で検査や治療を行うことが目的であるため、患者は過密なスケジュールで入院期間を過ごしていることが多い。だからこそ、短期間であっても、気分よくリラックスして過ごせるような環境であることが求められている、と考えられる。

一方、看護師ではケアのしやすさを評価していることが多く、また「使いにくい」「目が行き届かない」「危険」であることを好ましくない評価理由としてあげている点も、患者と異なる点であった。看護師が常により日常生活動作援助が必要な患者や重症者を想定し、ケアのしやすさや安全性を考えながら環境を評価するケアの提供者としての視点がうかがえる。これに対し、患者の評価には「安全」または「危険」の項目はなかった。本研究と同じ方法を用いて住宅の評価を行った研究においても、同様に安全性の項目はあがっていない（讃井・乾，1986）。楨（2004）は、重要であってもすでに均一に満たされている項目は環境の評価において意識されない可能性を述べている。今回の対象者は日常生活動作レベルが高く、すでにその安全性を確保できる環境がケア提供者によって整えられていたことから、危険性を感じることはなかったと考えられる。一方、患者の評価にある、収納が「手の届く範囲にある」ことで「使いやすい」というような生活する場としての視点での評価は看護師ではあげられておらず、常に安全性に配慮している看護師にとっては、必要性を理解していても優先順位が下がっている可能性がある。この点は先行研究においても「看護師は、物理的環境や治療による制限が患者に与える不自由さや不快感、苦痛などにはあまり気づいていなかった」と指摘されている（岡谷，1995）。本調査の対象者のように日常生活動作の自立度が高い場合、物理的環境による不便に対し援助を必要とせず、また不便を医療者に

訴えることもないと推測される。しかし、病室は毎日の生活の場であることから、身のまわりの使いやすさなどは患者にとって重要な要素であり、このような点について配慮することは、患者にとっての快適性・利便性を大きく向上させると考えられる。

c. 療養環境への期待について

「病室内にトイレがある」ことは、看護師では「便利・楽」「安全」と評価されていたが、患者では「体調が悪いときによい」と評価され、さらに「病室からトイレが遠い」ことも「リハビリになる」と評価していた。また看護師では、「気分がよい」「リラックス」につながる下位項目には「家のような」「病院らしくない」だけではなく「ホテルのよう」もあげられていた。これは患者と看護師では、病院という療養環境に対する期待が異なるためではないかと考えられた。

患者は、前項で述べたような使いやすさや家のようにリラックスできる快適さ、「体調が悪いときによい」で表されるように自分の必要性に合った環境が整っていることを評価しており、それが療養環境に期待するレベルであると言ひ換えられる。つまり、入院生活を日常生活ととらえ、自分の生活が送りやすいかどうかを判断していると考えられる。これは「(写真のような病室は)見たことがない、豪華すぎる」「所詮、病院はホテルじゃない」という感想からもうかがえる。荒木らの報告（荒木ほか，2005）では、患者は病院環境に対し贅沢性のレベル（ホテル並みの環境）を望む者6%であり、快適性のレベル（普通の家庭並み）を望む者45%、必要性のレベル（少し暮らしにくくても生活ができ治療が受けられる）を望む者約46%であった。「癒し」を感じる病院デザインの調査（海藤・幹・金子，2004）では、社会的に癒しに影響すると考えられ贅沢感を示す「高級感・リゾート」という連想語は、実際には人々には受け入れられがたく癒しにつながっていない、という結果を示している。これに対し看護師は「(豪華で)ホテルのよう」に表れているように高いレベルの快適性が保たれていることを望んでいると推測され、入院は日常生活から移行してきた非日常ととらえ、日常より高いレベルの快適さを求めた結果である可能性が考えられる。

また、これまでに患者と看護師による入院環境や医療に対する評価には差がある、との報告もある（飯島ほか，2010；水野ほか，1996）。水野ら（水野ほか，1996）は入院生活満足度調査の結果から、患者は「治療のためにはその他のことには目をつぶって」意図的に要求水準を下げ「不満足か不満足でないか」で評価しており、一方、看護師は自身の日常生活を比較基準とし「不満足か満足か」で評価している、と指摘している。医療サービスという言葉が定着してきたとはいえ、患者は「病院とはこういうも

の」(水野ほか, 1996)と治療以外のことはがまんする姿が表れているとも考えられる。しかし看護師では、トイレなどについて、患者があげた「体調が悪いときによい」とは異なり、「便利・楽」というようにすべての患者に同じようによい環境が提供されることを評価しているといえる。以上のことから、病院という療養環境に対し患者という立場による特異的な要求水準が存在し、看護師の望む療養環境のレベルとは異なっている点についても認識しなければならない。

さらに物ごとの品質には、人々が「充足されないと不満だが、充足されてもとくにうれしくない」ととらえるあたり前品質、「充足されないと不満、充足されるとうれしい」一元的品質、「充足されなくても不満はないが、充足されるとうれしい」魅力的品質、「充足されてもされなくてもよい」無関心品質、「充足されると逆に評価を下げる」逆評価品質があることが知られている(狩野・瀬楽・高橋・辻, 1984)。看護師が望むホテルのような快適さは、患者が「見たことがない、豪華すぎる」と述べていることや贅沢性のレベル(ホテル並みの環境)を望む者が6%と少ないことから、逆評価品質になりうることも考えられる。むしろ患者の評価構造図にあげられた評価項目をあたり前品質の項目ととらえ、それらが充足されるよう環境の調整をはかることが重要であると考えられ、すべての患者に同じように提供されるべき環境あるいは患者に合わせて提供されるべき環境を判断する必要がある。

また、看護師ではこのようにホテルのような快適さを望む一方で、ケアのしやすさや安全かどうかを評価する項目が特徴的であった。今回の対象とした看護師は、全員20～30歳代の女性であった。入院患者による療養環境についての評価に関する先行研究(安藤ほか, 1997, 1998)では、男性に比べ女性において、また高齢者に比べ若い年代において、それらに対する評価が低くなったことが報告されている。このことから、看護師の評価のうちケアのしやすさや安全性を評価する項目は専門職としての視点が強く出たものであると考えられるが、「ホテルのよう」という評価は年齢・性別の属性の影響を強く反映した結果である可能性も考えられる。この点は本研究の限界であり、他の年齢層の看護師における検討や、対象数を増やし患者の年齢層ごとの分析が必要であり、実践の場においては、患者の年齢の影響も考慮した評価と環境改善を行っていくことが必要である。

3. 本研究の限界と残された課題

今回の調査では、質問紙では得られない評価の視点を明らかにすることができたが、以下のような限界もある。

第一に、入院期間の短縮化に伴い、患者のスケジュール

が密であったため、調査を実施した際の入院経過日数を一定にすることができなかった点である。入院後1週目と2週目の2度調査を行った対象者では、調査日によって他者との関係性を評価する視点の変化や、より具体的な評価項目をあげるという変化がみられた。このため、調査時期を一定にすることにより結果が異なってくる可能性もある。これは医療機関で実施されている満足度調査等において療養環境についての評価を得る際には留意すべき点である。

第二に、1病棟を調査対象としたため、患者の疾患、日常生活動作のレベルが似通っており、それが結果にも影響している可能性がある点である。看護師ではより日常生活動作に援助が必要な患者を想定した評価がみられており、日常生活動作レベルが低い患者を調査対象とした場合は、看護師の評価に近い可能性がある。また、疾患の種類や病状が異なる場合には今回見られなかった評価が出される可能性もあり、異なる対象者による検討が必要である。しかし一方で、今回の結果は、看護師が認識しにくい日常生活動作レベルの高い患者の評価の視点を明らかにすることができたともいえる。

V. 結 論

一般病床に入院する患者と看護師における療養環境についての評価を比較し、両者の特性について考察した結果、以下の点が明らかになった。

1. 看護師の評価項目は多岐にわたっており、さらにいずれの項目も2人以上が共通して回答していたのに対し、患者では1人だけしか述べていない項目が多く、全体の評価項目数も少なかった。これは、看護師における基礎教育の効果および臨床での経験により、環境への高い関心と患者とは異なる視点を獲得していること、病院環境に接している時間の長さや情報量が違うことによると考えられた。
2. 患者・看護師ともプライバシーを保つ環境を評価していたが、患者は多床室においてプライバシーを保ちつつ他者とかかわることができる点、看護師は患者と家族がより快適に過ごせる点を評価していた。看護師は、患者同士のエンパワメント効果や情報交換などの利点も大きいことを認識し、その効果が引き出せるような環境調整にかかわっていくことも必要といえる。
3. 物理的環境について、看護師は安全面を重視した援助を提供しており、それが充足されているために患者では意識されることがなかった。その一方で、患者の関心事である細かな生活面については、看護師では優先度が低い可能性が考えられ、日常生活の送りやすさという患者の視点を加えることにより、一層患者の求める療養環境

を提供する援助につながっていくことが示唆された。

4. 看護師はすべての患者に同じレベルの環境が提供され、家よりも高い快適性であることを評価していた。患者は自分の必要性にあった環境が整っていることを評価しており、自分の生活が送りやすいかどうかを判断していると考えられた。看護師は、すべての患者に同じように提供されるべき環境、あるいは患者に合わせて提供されるべき環境を判断し援助を行う必要があると考えられた。

謝 辞

入院中にもかかわらず調査にご協力くださった皆様、お忙しい中ご協力くださった看護師・病院の皆様、心より感謝申し上げます。また、ご指導・ご助言くださいました田多英興先生に心より感謝申し上げます。

本稿は文部科学省科学研究費補助金（若手研究(B)、課題番号16791343）による研究成果である。

要 旨

目的：患者と看護師における療養環境評価の視点の特性を明らかにする。

方法：一般病床入院患者20名と同病棟看護師20名に対し、評価グリッド法を用いて入院環境についての評価を調査した。

結果：①看護師は患者に比べ評価する項目が多かった。②患者は多床室でプライバシーを保ちつつ他者とかがかれる環境、看護師は家族とのプライバシーを重視していた。③患者は細かな生活のしやすさを評価していたが、看護師は安全性を評価していた。④患者は自分の必要性にあった環境が整っていることを評価していたが、看護師はすべての患者に同じレベルの環境が提供され、家よりも高い快適性であることを評価していた。

結論：看護師による環境評価には基礎教育および臨床での経験が反映されており、患者間のエンパワメント効果や日常生活の送りやすさという患者の視点を加えることで、より一層患者の求める環境を提供できる可能性が示唆された。

Abstract

Objectives: We evaluate the inpatients' and nurses' views of the hospital environment, and assess the differences therein.

Method: Twenty inpatients admitted to the internal medicine ward and 20 nurses working therein were interviewed using the Evaluation Grid Method. The participants' evaluation of 29 pictures of patient rooms and wards of various hospitals were recorded.

Results: 1. The nurses had more points of the evaluation than the patients.

2. Both inpatients and nurses preferred the environments where they could maintain privacy. While inpatients preferred multi-bed rooms where they could keep privacy and enjoy companionship with other inpatients, the nurses preferred the places where the inpatients could enjoy the company of their families.

3. The inpatients preferred environments that were utilitarian and relaxing, while the nurses preferred environments where the inpatients would be safe and can be easily provided care.

4. The inpatients valued environments where equipment is ready to be set up as required, while the nurses valued environments where equipment is always set up.

Conclusions: The differences in the inpatients' and nurses' evaluation of the hospital environment are indicative of the need to incorporate the inpatients' viewpoints when providing medical services.

文 献

- 安藤 祥子, 渡邊 憲子, 渡邊 順子, 水野 智, 小野 雄一郎, 谷口 元 (1997). 入院患者による病院生活環境評価 — (その1) 設備品に関して —. *病院管理*, 34(4), 43-48.
- 安藤 祥子, 渡邊 憲子, 渡邊 順子, 水野 智, 小野 雄一郎, 谷口 元 (1998). 入院患者による病院生活環境評価 — (その2) 施設に関して —. *病院管理*, 35(1), 39-46.
- 荒木 真壽美, 米澤 弘恵, 石津 みゑ子, 長谷川 智子, 上木 礼子, 上原 佳子, 島崎 直子, 三浦 愛 (2005). 入院患者の不安と環境認知との関連. *日本看護医療学会雑誌*, 7(1), 57-66.
- Gotlieb, J. B. (2000). Understanding the Effects of Nurses, Patients' Hospital Rooms, and Patients' Perception of Control on the Perceived Quality of a Hospital. *Health Marketing Quarterly*, 18(1), 1-14.

- Harris, P. B., McBride, G. and Ross, C. (2002). A place to heal: Environmental sources of satisfaction among hospital patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 1276-1299.
- 服部 朝子 (1991). 病室や病棟環境に対する患者の認知 — 環境認知と精神状態および日常生活行動との関係. *看護研究*, 24(2), 21-39.
- 飯島 純夫, 古谷 洋子, 芳我 ちより, 山崎 洋子 (2010). 病院の物理的環境に対する患者と看護師の認識. *山梨大学看護学会誌*, 9(1), 59-65.
- 今井 正次, 犬飼 直樹, 伊藤 雅俊 (1992). 離室率・行為率からみた施設生活者の生活行動要求 — 病院・療養施設の生活空間の計画に関する研究 1. *日本建築学会計画系論文報告集*, 442, 57-64.

- 今井正次, 前田芳弘 (1993). 病室内の生活空間形成の要求. 日本建築学会計画系論文報告集, 450, 57-62.
- 今井正次, 門池恵理子, 中井孝幸, 松原賢明 (1996). 余暇的生活行為から見た長期療養生活者の類型化と生活要求 — 病院・療養施設の生活空間の計画に関する研究 3. 日本建築学会計画系論文報告集, 479, 107-115.
- 稲村真史, 宮島朝子 (2009). キャプション評価法による看護学生と建築学生の病院環境に対する評価の違い. 日本建築学会大会学術講演梗概集, 231-232.
- 井上由起子, 外山 義, 笥 淳夫, 上野 淳 (1997). 入院患者の生活展開と療養環境の関連に関する考察 — 療養環境評価に関する研究 一. 病院管理, 34(2), 17-25.
- 井上由起子, 笥 淳夫, 竹宮健司, 上野 淳 (1998). 療養型病床群における患者の生活展開と看護・介護に関する考察 — 療養環境評価に関する研究 2 一. 病院管理, 35(2), 13-23.
- 石田芳子, 石川千鶴子, 阿部テル子 (2011). 多床室における患者の間仕切りカーテン使用に対する認識と使用状況. 日本看護研究学会雑誌, 34(2), 151-161.
- 岩本美代子, 後神珠代, 都甲裕美, 江口 瞳 (2005). 「生活」に視点をおいた病床環境を整える看護に関する意識 — 学生と看護師の比較 一. 旭川研究年報, 36(1), 16-21.
- 笥 淳夫 (1990). 病床周辺広さの実態とその意識についての考察 — 病床周辺環境の建築計画に関する研究 一. 日本建築学会計画系論文報告集, 411, 35-44.
- 海藤哲治, 乾 正雄, 金子弘幸 (2004). 癒しに注目した病院デザインのイメージ調査. 日本建築学会大会学術講演梗概集, 489-490.
- 狩野紀昭, 瀬楽信彦, 高橋文夫, 辻 新一 (1984). 魅力的品質と当り前品質. 品質, 14(2), 39-48.
- 川口孝泰, 松岡淳夫 (1990). 病室におけるテリトリー及びプライバシーに関する検討. 日本看護研究学会雑誌, 13(1), 82-94.
- 川口孝泰, 阪口禎男, 田尻后子, 佐藤永子, 渡辺秀俊 (1994). 入院患者のストレス要因に関する検討. 日本看護研究学会雑誌, 17(2), 21-29.
- 川口孝泰, 勝田仁美, 櫻井利江 (1996). 多床室の療養の場の特性に関する研究 — レバートリー・グリッド法によるベッド位置の嗜好調査より 一. 日本看護研究学会雑誌, 19(3), 13-20.
- 楨 究 (2004). 環境心理学 — 環境デザインへのパースペクティブ. 198-199, 横浜: 春風社.
- 宓曉雷, 谷口 元 (2005). 病院の療養環境と入院患者の生活展開 — 個室的多床室病棟と従来型多床室病棟との療養環境の比較研究 一. 日本建築学会計画系論文集, 594, 7-15.
- 宓曉雷, 谷口 元 (2010). 入院患者による病棟の生活環境の評価 — 個室的多床室病棟と従来型多床室病棟との療養環境の比較研究 一. 日本建築学会計画系論文集, 75(656), 2287-2295.
- 水野 智, 佐野幸子, 若林 満 (1996). 看護サービスと病院アメニティ. 東海病院管理学会年報, 平成7年度号, 7-28.
- Nightingale, F. (1859) / 小玉香津子, 小田葉子訳 (2004). 看護覚え書き — 本当の看護とそうでない看護. 東京: 日本看護協会出版会.
- 岡谷恵子 (1995). 看護ケアの質評価の日本的展開. インターナショナルナーシングレビュー, 18(3), 6-14.
- 讃井純一郎, 乾 正雄 (1986). レバートリー・グリッド発展手法による住環境評価構造の抽出 — 認知心理学に基づく住環境評価に関する研究(1). 日本建築学会計画系論文報告集, 367, 15-22.
- 讃井純一郎, 丸山 玄 (2000). 評価グリッド法. 日本建築学会(編): よりよい環境創造のための環境心理調査手法入門. 57-64, 東京: 技報堂出版.
- 菅知加子, 石中利枝, 大田由紀美, 岡崎志信, 廣保晴美 (2009). 多床室における入院環境調整の検討. 尾道市立市民病院医学雑誌, 25(1), 1-4.
- 高瀬大樹, 山田哲弥 (2009). 病院の施設・設備環境に関する施設利用者満足度の評価項目設定方法. 日本建築学会計画系論文集, 74(638), 823-829.
- 徳永 誠 (2007). 外来と入院で病院への満足度に最も影響する項目は何か, 変数選択重回帰分析による検討. 日本医療マネジメント学会雑誌, 8(2), 365-368.
- 上野 淳, 長澤 泰, 笥 淳夫, 尾形直樹 (1990). シミュレーション心理実験による病室の適性ベッド間隔に関する検討. 日本建築学会計画系論文報告集, 410, 65-76.
- 渡邊生恵, 柏倉栄子, 杉山敏子 (2008). 入院患者による療養環境の評価に関する定性的調査. 東北大学医学部保健学科紀要, 17(1), 37-47.
- 山元照美, 草刈淳子 (2004). 軽症・中等症病棟患者の多床室におけるベッド位置の嗜好. 日本看護研究学会雑誌, 27(1), 125-131.

〔平成23年11月11日受 付〕
〔平成24年7月24日採用決定〕

外来がん化学療法を受ける患者の心理的側面に関する文献検討

— 対象論文を和文献に限定して —

A Literature Review of Studies Examining the Psychological Aspects of
Cancer Patients Receiving Outpatients Chemotherapy
— References Limited to Only Japanese Literature —

八 尋 陽 子 中 井 裕 子 東 あゆみ
Yoko Yahiro Yuko Nakai Ayumi Higashi

キーワード：外来化学療法，がん患者，心理，文献検討

Key Words：outpatient chemotherapy, cancer patients, psychology, literature review

I. 緒 言

日本におけるがん化学療法は、従来、入院治療を中心に行われてきた。しかし、新規抗がん剤の開発や支持療法の進歩、さらに2002年に改定された診療報酬加算などを背景に外来通院治療へと移行し、今後も治療件数の増加が見込まれている。小林は、化学療法が外来通院に移行したことによって、がん患者はこれまでの生活を継続しながら長期的に治療を受けることが可能となり、QOLの維持・向上が期待できると述べている(2003)。

がん化学療法が外来通院となり患者のQOL向上が期待される一方で、患者は治療に関するセルフケアを担うことになる。さらに、社会的役割遂行と並行することで、身体的・心理的・社会的負担を抱えている、という報告もある(船橋・鈴木・岡光, 2011; 大野, 2005)。

これらのことから、外来がん化学療法看護に従事する看護師は、患者が安全・確実に治療を受けることができるように治療管理を行いながら、患者のセルフケア支援や身体的・心理的・社会的側面への支援を行わなければならない。また、医師も外来がん化学療法看護に従事する看護師には、スタッフ・システムの調整や入院から外来、そして緩和ケアへの円滑な移行支援など、多岐にわたる役割を期待しており(川崎・内布・荒尾・大塚・滋野, 2010)、チーム医療の中心となる役割が期待されている。

一方、外来がん化学療法看護をめぐる状況は、治療環境やシステムの未整備、看護師の知識・技術や人員の不足などの課題が指摘されている。治療が行われる環境によって看護師による患者のセルフケア指導や心理・社会的側面への支援の実践状況が異なること(石垣・濱口・手島・鈴木・小島, 2007)や、外来がん化学療法看護を実践する看

護師は患者の心理的なサポートをしたいと思っているが、時間や人員の不足によって実践できていないと認識していること(本間ほか, 2005)などである。これらの課題は、2002年の診療報酬改定によって、一定基準を満たせばどの施設においても外来がん化学療法が行われるようになり、治療環境やシステムが十分に整わないままに治療が行われ、患者の心理的側面へのケアに影響を及ぼしていると考えられる。

このように、外来がん化学療法を受ける患者の心理的側面へのケアには課題があり、その要因の1つである施設の治療環境や人員不足はすぐに解決することは容易ではない。しかし、このような課題に直面しながらも、看護師には職責を果たすことが求められる。

そこで、今後の外来がん化学療法患者の心理的側面に対する看護実践の示唆を得るために、これまで報告されてきた論文を概観し課題を明らかにすることは、今後の看護の発展につながるといえる。

本研究は、外来がん化学療法の診療報酬加算が改定された2002年から2011年の10年間に日本国内で発表された外来がん化学療法を受ける患者の心理的側面に関する看護研究を概観し、今後の看護実践への示唆と研究課題を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 分析対象論文

外来がん化学療法患者の心理的側面に関連する論文について、2002～2011年の10年間に日本国内で発表された原著論文を対象とした。研究論文の検索は医学中央雑誌Web版(ver. 5)を用い、“がん” and “外来” and “化学療法”

and “心理” and “看護”を検索式とし、速報・短報・会議録を除く原著論文を条件とした。検索の結果75件が該当し、そのうち研究の概要が記述されている要旨（要約あるいは抄録）が含まれた文献を採択した。また、研究目的が患者の心理的側面と関連のない論文15件を除き、最終的に60件の論文を対象とした。

2. 分析方法

- ①対象論文のリストを作成し、「テーマ」「掲載雑誌名」「掲載年」「研究の種類」「研究対象者の条件」「要旨」を項目としてあげた。
- ②前項①のリストのうち、掲載年ごとに集計を行った。研究の種類は、質的研究、量的研究、混合研究（質的研究と量的研究）に分類した。
- ③前項①のリストのうち、対象論文に記述されている調査対象の選定条件を「疾患に関する条件」と「治療に関する条件」とに分類した。
- ④研究内容の分析は、1論文のテーマを1コードとし、患者の心理的側面を端的に表すキーワードを抽出した。抽出したキーワードの類似性に沿ってサブカテゴリー化し、さらに内容の抽象度を高めカテゴリー化した。
- ⑤分析のすべての過程において看護系大学の教員3名で繰り返し検討を行い、分析結果の信頼性の確保につとめた。分析過程で研究者間の意見が分かれる場合には、対象論文を読み、繰り返し検討を行い決定した。
- ⑥倫理的配慮は、論文の著作権を侵害することがないよう留意した。

また治療に関する条件が記載されている論文は30件あり、治療の回数、治療時期、投薬方法、治療場所、治療目的に分類された（表4）。30件のうち、治療の回数を条件とした論文は11件、治療時期を条件とした論文は12件であった。また、投薬方法を条件とした論文が3件、その他、治療場所を条件とした論文1件、治療目的を条件とした論文が1件であった。

4. 研究内容

研究内容を分類した結果、60件のキーワードから23のサブカテゴリーが抽出され、それらはさらに5つのカテゴリー、すなわち、①外来がん化学療法を受ける患者の体験、②外来がん化学療法を受ける患者が抱える心理的問題、③外来がん化学療法を受ける患者のエンパワメント、④外来がん化学療法を受ける患者のニーズ、⑤外来がん化学療法

表1 年別研究数

年	件数
2002	2
2003	1
2004	3
2005	10
2006	2
2007	16
2008	6
2009	12
2010	3
2011	5
合計	60

Ⅲ. 結 果

1. 対象論文数

分析対象となった論文60件の掲載年は、2002年2件、2003年1件、2004年3件、2005年10件、2006年2件、2007年16件、2008年6件、2009年12件、2010年3件、2011年5件であった（表1）。

2. 研究の種類

質的研究は40件、量的研究が19件、混合研究が1件であった（表2）。

3. 研究対象者の条件

研究対象者の疾患に関する条件が記載されていた論文は20件あり、消化器がん6件、胃がん2件、大腸がん1件、消化器がんまたは呼吸器がんが1件、乳がん3件、肺がん2件、膀胱がん1件、婦人科悪性腫瘍1件、進行がん2件、固形腫瘍1件であった（表3）。

表2 研究の種類

種 類	件数 (件)
質的研究	40
量的研究	19
混合研究（質的研究と量的研究）	1
合 計	60

表3 研究対象者の疾患に関する条件

疾 患 名	件数
消化器がん	6
胃がん	2
大腸がん	1
消化器がん、または呼吸器がん	1
乳がん	3
肺がん	2
膀胱がん	1
婦人科悪性腫瘍	1
進行がん	2
固形腫瘍	1
合 計	20

を受ける患者・家族への影響、に分類された(表5)。以下、カテゴリーごとに対象論文の概要を述べる。また、カテゴリー1例の分析過程を例としてあげる(表6)。

なお、ゴシック体太字はカテゴリー、[]はサブカテゴリー、【 】は対象論文に記述されていた分析結果を示す。

a. 外来がん化学療法を受ける患者の体験

外来がん化学療法を受ける患者の体験に関する報告は16件であった。[治療によって生じる思い]が7件、[患者のQOL]が4件、[治療による体験]は4件、そして[治療による社会的影響]1件が含まれた。

[治療によって生じる思い]には、患者の治療継続に対

する思いを分析した結果が含まれた(鹿内ほか, 2007)。患者は治療継続に対して、【治療が長いことへの負担】【活動の範囲が狭まった感じ】【症状があっても耐えられないことに対する不安】【経験のある事柄に対する自信】という思いを抱いていることを明らかにしている。

[患者のQOL]では、光井・山内・陶山(2009)が患者のQOLと影響要因とを明らかにしている。他者との交流、外来治療生活への不安、役割遂行という心理・社会的

表5 研究内容の分類

カテゴリー	サブカテゴリー	文献数
外来がん化学療法を受ける患者の体験	治療によって生じる思い	7
	患者のQOL	4
	治療による体験	4
	治療による社会的影響	1
外来がん化学療法を受ける患者が抱える心理的問題	不安	6
	患者・家族の困難	4
	苦痛	4
	心理・社会的問題	3
	気がかり	1
	悩み	1
	ジレンマ	1
	不安定さへの対処	1
	懸念	1
	倦怠感が及ぼす影響	1
外来がん化学療法を受ける患者のエンパワーメント	患者のセルフケア行動	4
	自己効力感	2
	柔軟な対処	1
	前に向かう力	1
外来がん化学療法を受ける患者のニーズ	患者のニーズ	7
	ケアの満足度	2
	看護師に求める心理的援助	1
外来がん化学療法を受ける患者・家族への影響	患者・家族との関係	2
	家族が抱える問題	1
合計	合計	60

表4 研究対象者の治療に関する条件

設定内容	文献数
治療回数	
1回以上治療を経験	2
2回目の治療予定者	2
2回以上治療を経験	4
2クール以上継続している	2
3回以上治療を経験	2
治療時期	
初回治療後	1
治療後2週間以上	1
治療後1~11か月経過	1
治療後3か月以上	1
治療後2年以内	1
手術前	2
手術後	5
投薬方法	
非経口的化学療法	3
皮下埋め込み式中心静脈カテーテルシステムによる治療	2
治療場所	
治療室で治療を受ける患者	1
治療目的	
腫瘍縮小や延命目的治療の患者	1
合計	30

表6 外来がん化学療法を受ける患者のエンパワーメントの分析過程

論文テーマ(コード)	キーワード	サブカテゴリー	カテゴリー
外来化学療法患者の治療継続過程におけるセルフケア行動 (布川・古瀬, 2002)	治療継続過程のセルフケア行動	患者のセルフケア行動 (4件)	外来化学療法を受ける患者のエンパワメント (8件)
繰り返し化学療法を受ける婦人科悪性腫瘍患者の不安・抑うつ程度とセルフケア行動を促す要素 (澤田ほか, 2007)	セルフケア行動を促す要素		
外来化学療法を受けるがん患者のセルフケア行動の特徴と関連要因の検討 (浅井ほか, 2009)	セルフケア行動と関連要因		
外来化学療法を受ける患者と共に考えるセルフケア支援 (内山・後藤・樋口, 2008)	患者のセルフケアの支援		
外来がん化学療法患者における自己効力感の関連要因 (林・安藤, 2010)	自己効力感の関連要因	患者の自己効力感 (2件)	
外来がん化学療法患者の自己効力感と影響要因 (齋藤, 2009)	自己効力感と影響要因		
外来化学療法を受けている胃がん術後患者の柔軟な対処の構造 (小坂・眞嶋, 2011)	胃がん術後の柔軟な対処構造	柔軟な対処 (1件)	
外来化学療法を受けるがん患者の“前に向かう力” (北添・藤田, 2008)	前に向かう力	前に向かう力 (1件)	

要因はQOLに影響し、さらに地域の人々や友人との交流は、医療者や家族、同病者との関係よりもQOLに影響を及ぼしていた、と述べている。患者一人ひとりの他者との交流に目を向け話をじっくりと聴くことが困難な医療現場であっても、待ち時間の活用や相談窓口の設置、人員確保の工夫を図り対応していくことが必要である、と考察している。

〔治療による体験〕には、治療を受けながら安定した自己へと変化する体験（矢ヶ崎・小松，2007）が含まれた。患者が安定した自分へと変化する体験は【現実を受け入れて、現在を生きていく】【他者とのつながりを通して、自分らしく生きていく】である、と報告している。患者が厳しい自分の状況を受け入れたうえで新たな自己の可能性を見出すこと、そして他者との関係のなかで自分らしく生きることによって安定した自己に統合していくことができる、と述べている。

〔治療による社会的影響〕には、木浪（2007）が分析した結果が含まれた。患者は治療に対して【従来の役割が維持できる】【治療中の気晴らしの選択肢がある】【気楽で気兼ねがない】【周囲の人の支援や助言を受け入れやすい】【家族や友人とつながりをもつ安堵と喜び】と肯定的にとらえる影響と【就業の制限】【経済的負担】などの困難をきたす影響があること、を明らかにしている。そして、看護師が肯定的な側面に関心を向け患者の生活を支援することが重要であること、経済的負担の解決が急務である、と考察している。

b. 外来がん化学療法を受ける患者が抱える心理的問題

外来がん化学療法を受ける患者が抱える問題は23件が該当し、[不安]が6件、[患者・家族の困難]は4件、[苦痛]が4件、[心理・社会的問題]が3件、[気がかり][悩み][ジレンマ][不安定さへの対処][懸念][倦怠感が及ぼす影響]が各1件であった。外来がん化学療法を受ける患者が抱える[不安]の内容は、医療スタッフを含めた新たな治療環境に対するもの（笹本ほか，2009）、治療による副作用や予後に対するものであった（林・野尻・上野，2005）と報告されている。いずれの報告も、患者の心理的負担を軽減するために適切な時期の情報提供が重要である、と述べている。

〔苦痛〕に関する報告は、齊田・森山（2009）が患者は仕事や経済面、死に対して、そして相談できる人がいないことに対する不安によって苦痛を抱えていた、と報告している。同様に〔苦痛〕に関する調査を質問紙調査によって分析した報告では、予後やがんに対して不安があると回答した患者が最も多く、誰に相談してよいか分からない現状がある、と述べている（迎川・小林・木下，2009）。

患者の〔心理社会的問題〕に関して報告したなかで、患

者は治療がベルトコンベア式に行われていると感じ、化学療法の継続・中断に対する葛藤を抱えていること、そして専門的立場からの心のケアを望んでいること（鳴井ほか，2005）が報告されている。考察では、外来治療になったことで患者は医師や看護師とのかかわりが短時間となり、感情表出の場がなく個別性を無視した対応をされていると感じている可能性、を示唆している。

〔患者・家族の困難〕に焦点をあてた報告は、がんの患者が感じる困難と対処法に関する報告（林田・岡光・三牧，2005）が含まれた。患者は通院や長時間の治療による身体的負担を抱え、治療効果や状態悪化を表す症状出現への懸念、治療の経済的負担がある、と述べている。これらの困難に対して患者が行っていた対処法は、身体の休息をとり他者の力を借りる、自分の気持ちを奮い立たせ自分の状態と折り合いをつけるなどの認知的・行動的解決的対処法であった、と報告している。しかし、経済的負担に対する対処法は回答が得られず、社会資源に関する情報提供の必要性を考察している。

また、〔患者・家族の困難〕には、患者と看護師を調査対象とした報告（中・大石・大西，2007）が含まれた。患者と看護師の両者が認識する精神的苦痛・困難は、治療の継続・中断に対する葛藤とがんや死と向き合うことへの葛藤であった、と報告している。そして、看護師だけが認識している患者の苦痛・困難は、患者が求める専門的ケアを受けられていないこと、治療に関する情報が得られず患者は相談場所がわからないこと、であった。看護師だけが認識している患者の苦痛・困難は、看護師自身が実践するうえで感じている困難を反映している可能性がある、と考察している。

さらに、患者の配偶者が抱える困難は、〔今後の不安〕〔経済的な負担〕があることを明らかにしている（二井谷・宮下・森山，2007）。

〔不安定さへの対処〕は、中尾（2005）が、患者は治療を受けるという不安定な状況に対して病気や治療に関する情報を得て自分の状況を把握しながら生活を整え、自分の意思で治療を継続する対処行動をとっている、と述べている。

c. 外来がん化学療法を受ける患者のエンパワメント

患者のエンパワメントに関する報告は、8件が該当した。〔患者のセルフケア行動〕が4件、〔自己効力感〕が2件、〔柔軟な対処〕〔前に向かう力〕が各1件であった。

〔患者のセルフケア行動〕に含まれた報告では、患者のセルフケア行動の動機促進要因が調査されている。セルフケアの動機促進要因は、自分の状況を現実的にとらえ、これからの生活の見通しを立てていることと、治療を前向きに考えるようにしていることであった（浅井・伊賀・江

向・佐藤・鷺見, 2009) と報告している。

〔自己効力感〕に関する報告のうち、林・安藤 (2010) や齋藤 (2009) は患者の自己効力感に影響する要因を報告している。林・安藤 (2010) は、40歳未満、非就労状態、PS1以上、一人暮らし、無趣味、相談相手がいない、医療者に相談しにくい、のうちいずれかの背景をもつ患者は自己効力感が有意に低いこと、を明らかにしている。齋藤 (2009) は、年齢が60歳未満で身体症状がある患者、自己の健康状態をよくないと評価し症状の苦痛度が高い患者ほど自己効力感の得点が低かった、と報告している。そして、若い患者や非就労者、独居者への支援が必要であること、さらに無趣味の患者に対する療養生活指導への助言が必要である、と述べている。

〔柔軟な対処〕は、小坂・眞嶋 (2011) が、患者の治療に対する対処法には【直面している現実戸惑いながらも対峙する心構えをもつ】〔遭遇している困難への対処に試行錯誤しながら、自分なりの対処法を獲得する〕〔生活に基盤をおきながら治療によってもたらされる変化に対して柔軟に対応する〕〔対処を考え、継続する力を保持する〕という4つの構造がある、と報告している。看護師は、患者が自身の身体状況を把握し判断する力と情報獲得能力を高め、有効な対処法を選択する力を高めること、そして患者が困難や変化に対して認知を拡大できるように支援することが重要である、と述べている。

d. 外来がん化学療法を受ける患者のニーズ

外来がん化学療法を受ける患者のニーズに関する報告は10件であった。〔患者のニーズ〕が7件、〔ケアの満足度〕が2件、〔看護師に求める心理的援助〕1件が含まれた。

〔患者のニーズ〕には、患者が心理的安寧のために必要なこととして報告した【このままでもいい】【自分でできたい】【前向きでいたい】【社会とのつながりや趣味をもちたい】である、という内容が含まれた (武田・田村・小林・志村, 2004)。また、患者が病状や治療を理解するための看護ケアを求めていること (川崎ほか, 2011) が明らかとなり、患者は看護師に正確な情報の整理を希望し、さらに緩和ケアに関する情報は患者によって知りたい時期が異なっていたこと、を報告している。

e. 外来がん化学療法を受ける患者の家族関係

外来がん化学療法を受ける患者の家族関係に関する報告は3件であった。〔患者・家族の関係〕が2件、〔家族が抱える問題〕が1件であった。

〔家族が抱える問題〕では、家族の心理社会的問題は【日常生活の具体的なケアを家族だけで行う不安がある】【家族が相談できる環境が欲しい】【前向きに治療に取り組める環境を優先させる生活に神経を使う】【化学療法のみ賭ける期待と迷いがある】【限られた命に対する望みの

相違により家族関係が歪む】であった (本間・鳴井・中村, 2006) と報告している。看護への示唆として、外来治療移行時には具体的な生活指導が必要であること、そして化学療法に賭ける家族の思いを把握し相談にのること、さらに家族を対象とした専門的支援のために地域との連携が求められる、と述べている。

IV. 考 察

1. 文献概要

a. 文献の年別掲載数

2002～2011年の間の外来がん化学療法を受ける患者の心理的側面に関する看護研究を年代別にみると、2002年に2件であった件数が次第に増加し、2007年に16件となっている。これは、2002年の診療報酬制度の改定によって外来での化学療法を行う医療施設数が増加し、それとともに患者数の増加が影響していると考えられる。そのなかで、看護師は外来がん化学療法患者の心理的側面に関心をもち、より患者が安全・安楽に治療を継続できるように支援したい、という思いが反映された結果だといえる。

b. 研究の種類

質的研究が40件と最も多く、量的研究が19件であった。このことから、患者の心理的側面への理解を深めることを中心に研究が行われてきたといえる。今後は、先行研究によって明らかにされた患者の心理的側面をもとに仮説を立て、仮説に基づいた看護介入の結果を検証する研究に発展させていくことが求められる。

c. 研究対象者の条件

研究対象者の条件は大きく2つに分類された。それは「疾患に関する条件」と「治療に関する条件」であった。「疾患に関する条件」は、胃がんや大腸がんのように具体的疾患名を対象者の条件にした論文や、消化器がんや進行がん、固形腫瘍のように具体的疾患名を条件にしない報告などさまざまであった。

一方、「治療に関する条件」は、治療経験が1回以上や3回以上のように経験回数下限を条件にした論文や、治療後2週間以上などの経過時間を条件にしている論文もみられた。

研究対象者の条件は、研究テーマ、目的によってさまざまであった。外来がん化学療法を受ける患者の心理的側面には、疾患の状況によって異なる治療内容やコース、治療の経験回数、あるいは有害事象の経験などさまざまな要因が影響すると予測される。このことから、今後は治療内容、治療経験などの違いが患者の心理的側面に影響を及ぼすのかを明らかにすることで、より患者の状況に応じた看護介入へと発展させていくことが可能になると考える。

2. 文献の内容

対象論文の内容は、①外来がん化学療法を受ける患者の体験、②外来がん化学療法を受ける患者が抱える心理的問題、③外来がん化学療法を受ける患者のエンパワメント、④外来がん化学療法を受ける患者のニーズ、⑤外来がん化学療法を受ける患者・家族への影響、の5つのカテゴリーに分類された。

これらの対象論文の内容をもとに以下の3つの視点、すなわち、外来がん化学療法が患者の心理的側面に及ぼす影響と看護、外来がん化学療法を受ける患者と他者との関係の重要性、患者・家族への情報提供と相談機能充実の必要性、に沿って考察する。

a. 外来がん化学療法が患者の心理的側面に及ぼす影響と看護

カテゴリー「外来がん化学療法を受ける患者が抱える心理的問題」に分類された論文は23件であり、他のカテゴリーに比べ最も多くの文献が該当した。このことから、これまで外来がん化学療法を受ける患者の心理的側面に関しては、負の影響に関心が向けられ調査が行われていたといえる。そして、これらの負の影響に共通した要因として、治療効果と治療中断・継続への思い、病気の予後に関して、さらに治療による経済的負担が考えられる。今後はこれらの要因に関して、医療者の意図的な介入とその効果を検証していくことが求められる。

一方、論文数は少ないが、外来がん化学療法を受ける患者の「セルフケア」や「自己効力感」「柔軟な対処」など、患者のもつ力をキーワードにした「外来がん化学療法を受ける患者のエンパワメント」に分類された論文もみられた。これらの論文に共通してみられた患者の心理的特徴は、自分の病状や治療をありのままに受けとめること、周囲との関係に折り合いをつけ治療を前向きにとらえることができていること、であった。小坂・眞嶋(2011)や林田ほか(2005)は、患者が現実を受けとめ治療を前向きにとらえることができるためには、患者が困難や変化に対する認知に幅をもたせ、認知的・行動的解決法を獲得できるよう支援することが重要である、と述べていた。患者が困難や変化に対する認知的・行動的解決法を獲得できるよう支援が重要であるとの指摘は、治療を受ける患者の看護を実践するうえで重要な示唆だといえる。今後は、外来通院する患者が認知的・行動的解決対処法を獲得できるように、看護師がどのような介入を行っているのかを明らかにし、その効果を検証していく必要がある。

b. 外来がん化学療法を受ける患者と他者との関係の重要性

外来がん化学療法を受ける患者と他者との関係の重要性は、矢ヶ崎・小松(2007)や木浪(2007)、そして光井ほ

か(2009)などが明らかにしている。矢ヶ崎・小松(2007)は、患者が他者との交流のなかで安定した自己へと変化すると報告し、木浪(2007)は家族や友人とのつながりによって患者が喜びや安堵を得ること、光井ほか(2009)はQOLに影響し、そして林・安藤(2010)は患者の自己効力感に影響する、と報告している。さらに、光井ほか(2009)の報告によると、患者のQOLに影響する他者との関係は、医療者や家族、同病者よりも患者の友人や地域の人々との交流が強く影響すること、を明らかにしている。これらの報告によって、患者が普段の人間関係を継続できるという外来通院治療の利点は、患者が治療を受けるという状況に適応していくためにも重要であることが明らかとなった。

しかし、光井ほか(2009)が指摘するように、患者個々の他者との関係を知ることは現在の時間に追われる外来がん化学療法看護の場では困難、だといえる。今後は、患者の他者との交流に関する背景を把握し、さらに患者が他者との交流を広げていくことができるよう、看護師がどのように支援していくのかについて報告が求められる。

c. 患者・家族への情報提供と相談機能充実の必要性

迎川ほか(2009)、中ほか(2007)、川崎ほか(2011)は、患者・家族が相談場所を求めていること、医療者に情報を求め、情報の整理や選択に関してサポートを求めている、と報告していた。

患者・家族が求める情報の内容は、主に治療や病状に関することや相談場所などであった。また、川崎ほか(2011)が示したように、緩和ケアに関する情報は患者によって知りたい時期が異なっていた。これらのことから、看護師は患者が情報を求める時期を見極めたうえで、患者にまつわる個別な情報を提供することが重要であることが示唆された。

さらに、小坂・眞嶋(2011)は、患者が困難に対して自分なりの対処法を獲得するためにも、患者自身の情報獲得能力を高めることの重要性、を述べている。今後は、医療者が一方的に情報提供するだけでなく、患者・家族に情報獲得能力を高める支援が求められる。

治療の経済的負担に関する情報は、積極的に情報提供を行い相談機能の強化が必要だといえる。木浪(2007)、齋田・森山(2009)、林田ほか(2005)は、治療の経済的負担が患者・家族の不安の要因になっていることを報告し、経済的不安解決への取り組みの必要性を指摘している。今後は、経済的支援に関する提供する情報内容や時期、提供する手段を検討し、他職種を含めた相談機能をシステムの一部に導入するなどの工夫が求められる。

V. 今後の課題と看護実践への示唆

上記の分析結果・考察から明らかとなった今後の課題と看護実践への示唆は、以下のとおりである。

1. 患者の心理的影響をもとに仮説を立て、仮説に基づいた看護介入をして仮説を検証する研究に取り組み、その効果を明らかにしたうえで実践に結びつけていく。
2. 患者の治療経験の違いが心理的側面に及ぼす影響を明らかにしたうえで、看護介入方法の発展が求められる。
3. 患者は、治療効果や治療の継続・中断、そして予後への不安、経済的負担を抱えていることに配慮し、医療者の意図的な介入が重要となる。
4. 患者が直面する困難や変化に対して認知的・行動的解決対処法をとれるように、これらの対処法を獲得できる

ような支援が重要となる。今後は、これらの支援がどのように行われているのか、方法やその効果を明らかにすることが求められる。

5. 治療を継続する患者と他者との交流関係を知ることが困難な状況のなかでも、どのようにすれば患者一人ひとりの交流関係の背景に注目し、介入することができるか、今後報告が求められる。
6. 患者の心理的側面への支援として、提供する情報内容と時期をアセスメントしたうえでの相談機能の強化が求められる。さらに、患者・家族の情報獲得能力を高める支援が必要である。
7. 治療の経済的負担は、患者・家族の心理的側面に影響を及ぼしており、経済的支援に関する情報提供と相談機能のシステム化が求められる。

要 旨

本研究の目的は、2002～2011年に日本国内で発表された外来がん化学療法を受ける患者の心理的側面に関する看護研究を概観し、今後の課題を明らかにすることである。文献は60件が該当し、質的研究が40件、量的研究が19件、混合研究が1件であった。調査対象者は、疾患別、治療回数、治療時期、投薬方法などに分類された。文献内容は、外来がん化学療法を受ける患者の体験、外来がん化学療法を受ける患者が抱える心理的問題、外来がん化学療法を受ける患者のエンパワメント、外来がん化学療法を受ける患者のニーズ、外来がん化学療法を受ける患者・家族への影響、の5つに分類された。今後は治療経験や治療内容の違いによる患者の心理的側面を考慮した看護介入、患者が治療や病状に対する認知が広げることができるような介入、患者と他者との関係が維持できるような支援、患者・家族への情報提供のあり方と相談機能の充実が必要だと考えられた。

文 献

- 浅井香菜子, 伊賀美季, 江向真奈, 佐藤三穂, 鷺見尚己 (2009). 外来化学療法を受けるがん患者のセルフケア行動の特徴と関連要因の検討. 日本看護学会論文集 (成人看護Ⅱ), 39, 182-184.
- 船橋眞子, 鈴木香苗, 岡光京子 (2011). 外来化学療法を継続する進行肺がん患者の抱える問題. 人間と科学: 県立広島大学保健福祉学部誌, 11(1), 113-124.
- 林亜希子, 安藤祥子 (2010). 外来がん化学療法患者における自己効力感の関連要因. 日本がん看護学会誌, 24(3), 2-11.
- 林 寿美, 野尻 泉, 上野栄一 (2005). 外来で化学療法を受けている患者の不安要因についての分析. 日本看護学会論文集 (成人看護Ⅱ), 36, 51-53.
- 林田裕美, 岡光京子, 三牧好子 (2005). 外来で化学療法を受けながら生活するがん患者の困難と対処. 人間と科学: 広島県立保健福祉大学誌, 5(1), 67-76.
- 本間ともみ, 鳴井ひろみ, 中村恵子 (2006). 外来で化学療法を受ける進行がん患者の家族の心理社会的問題と看護援助. 青森県立保健大学雑誌, 7(2), 271-279.
- 本間ともみ, 鳴井ひろみ, 三浦博美, 沼館友子, 石脇敬子, 中村恵子 (2005). 外来で化学療法を受ける進行がん患者の看護援助に関する研究 (第2報): 外来で化学療法を受ける進行がん患者の心理社会的問題に対する看護師の認識と看護援助. 青森県立保健大学雑誌, 6(2), 27-32.
- 石垣靖子, 濱口恵子, 手島めぐみ, 鈴木久美, 小島操子 (2007). 委員会報告: わが国の外来化学療法におけるケアシステムおよび看護実践に関する調査研究. 日本がん看護学会誌, 21(2), 73-86.
- 川崎優子, 内布敦子, 荒尾晴恵, 大塚奈央子, 滋野みゆき (2010). 医師が認知する外来化学療法における看護ニーズ. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, 17, 25-37.
- 川崎優子, 内布敦子, 荒尾晴恵, 大塚奈央子, 滋野みゆき (2011). 外来化学療法を受けているがん患者の潜在的ニーズ. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, 18, 35-47.
- 木浪智佳子 (2007). 外来通院で緩和的化学療法を受けるがん患者の社会的側面への影響. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 3(1), 15-20.
- 北添可奈子, 藤田佐和 (2008). 外来化学療法を受けるがん患者の“前に向かう力”. 日本がん看護学会誌, 22(2), 4-13.
- 小林国彦 (2003). がんの外来化学療法の動向 — 入院治療から外来・在宅治療へ —. 看護技術, 49(2), 99-102.
- 小坂美智代, 眞嶋朋子 (2011). 外来化学療法を受けている胃がん術後患者の柔軟な対処の構造. 千葉看護学会誌, 16(2), 67-74.
- 光井綾子, 山内栄子, 陶山啓子 (2009). 外来化学療法を受けている患者のQOLに影響を及ぼす要因. 日本がん看護学会誌, 23(2), 13-22.
- 迎川ゆき, 小林恭子, 木下真由美 (2009). がん患者が抱える全人的苦痛に対する看護師の役割 — 外来がん化学療法をうける患者の意識調査より —. 広島県立病院医誌, 41(1), 73-78.
- 中 滉子, 大石ふみ子, 大西和子 (2007). 外来化学療法患者の苦痛と困難に関する看護師と患者の認知の比較と看護のあり

- 方. 三重看護学誌, 9, 41-54.
- 中尾富士子 (2005). 外来化学療法を受けている乳房切除術後患者のTransitionの過程における不安定さの知覚と対処行動の関わり. 高知女子大学看護学会誌, 30(2), 32-43.
- 鳴井ひろみ, 三浦博美, 本間ともみ, 沼館友子, 石脇敬子, 奈良岡潤子, 中村恵子 (2004). 外来で化学療法を受ける進行がん患者の看護援助に関する研究 (第1報) — 外来で化学療法を受ける進行がん患者の心理社会的問題 —. 青森県立保健大学雑誌, 6(2), 19-26.
- 二井谷真由美, 宮下美香, 森山美知子 (2007). 外来で化学療法を受ける進行・再発消化器がん患者の配偶者が知覚している困難と肯定感. 日本がん看護学会誌, 21(2), 62-67.
- 布川真記, 古瀬みどり (2009). 外来化学療法患者の治療継続過程におけるセルフケア行動. 日本看護研究学会雑誌, 32(2), 93-100.
- 大野美佳 (2005). 外来化学療法を受けているがん患者と家族員のかかわりについての患者の認知. 高知女子大学看護学会誌, 30(2), 44-50.
- 齊田葉穂子, 森山美知子 (2009). 外来で化学療法を受けるがん患者が知覚している苦痛. 日本がん看護学会誌, 23(1), 53-60.
- 齋藤智子 (2009). 外来がん化学療法患者の自己効力感と影響要因. 北日本看護学会誌, 12(1), 23-31.
- 笹本奈美, 船橋香織, 中谷久美, 荒木貴子, 西村瑞穂, 西迫富士子 (2009). 外来通院治療センターを初めて利用する患者の不安 — がん患者の質問紙調査からの検討 —. 日本看護学会論文集 (成人看護Ⅱ), 39, 3-5.
- 澤田直美, 杉村久美, 細江富士子, 山田新尚 (2007). 繰り返し化学療法を受ける婦人科悪性腫瘍患者の不安・抑うつ程度とセルフケア行動を促す要素. 岐阜県母性衛生学会雑誌, 9-13.
- 鹿内愛恵, 白綾優実, 佐藤 恵, 中村真理, 中島純子, 萩原正子, 仲田みぎわ (2007). 退院後外来で化学療法を継続する患者が感じる思い. 日本看護学会論文集 (成人看護Ⅱ), 37, 398-400.
- 武田貴美子, 田村正枝, 小林理恵子, 志村ゆず (2004). 外来化学療法を受けながら生活しているがん患者のニーズ. 長野県看護大学紀要, 6, 73-85.
- 内山里枝, 後藤麻美子, 樋口裕子 (2008). 外来化学療法を受ける患者と共に考えるセルフケア支援. 日本看護学会論文集 (看護総合), 39, 269-271.
- 矢ヶ崎香, 小松浩子 (2007). 外来で治療を続ける再発乳がん患者が安定した自分へ統合していく体験. 日本がん看護学会誌, 21(1), 57-65.

〔平成24年3月9日受 付〕
〔平成24年8月21日採用決定〕

「特定高齢者」対象の『転倒予防教室』における 運動前の足浴の転倒リスク軽減効果の検証

A Study of Effects of Foot Bath before Exercise on Fall Prevention

本多容子¹⁾ 阿曾洋子²⁾ 伊部亜希²⁾
Yoko Honda Yoko Aso Aki Ibe
片山恵³⁾ 田丸朋子⁴⁾
Megumi Katayama Tomoko Tamaru

キーワード：転倒予防，足浴，高齢者，転倒予防教室

Key Words：fall prevention, foot bath, elderly, fall prevention programs

I. はじめに

高齢者の転倒は、介護が必要となる原因の一つであるうえ（内閣府，2009），転倒後症候群など生活の質を著しく低下させるため（神先・南角・坪山，2006），予防が大切である。現在，介護保険法に基づく転倒予防策として全国で『転倒予防教室』が開催されており，運動器の機能向上に効果をあげている（新井・大淵・小島・松本・稲葉，2006；大高・里宇・宇沢・千野，2003）。しかし，高齢者の転倒予防にゴールはないと考えられる。なぜならば，人は歩ける限り転倒する危険性を持ち，かつ転倒リスクは加齢とともに高くなっていくからである。少しでも高齢者の転倒を減らすために，より効果的な転倒予防方法のあり方を検討する必要性があると言えよう。

そこで著者らは，新しい転倒予防法として「足浴」に着目し，その効果を検証してきた。まず第1段階として，足浴直後に足部柔軟性および歩行状態が改善することを明らかにした（本多・阿曾・伊部・田丸・木村ほか，2010；本多・阿曾・伊部・田丸・徳重，2010）。次に第2段階として，足浴後に改善した足部柔

軟性および歩行状態を維持するために必要な足浴間隔は，1週間に2回であることを明らかにした（本多・阿曾・伊部・田丸・片山，2010）。そして第3段階としての本研究では，転倒予防教室の効果をより向上させるために，運動の前に足浴を実施し，その効果を検証することとした。

転倒予防教室において運動前に足浴を実施すると，体力測定の結果が向上することについては，すでに報告している（Honda, Aso, Ibe, Katayama, and Tamaru, 2011）。しかし，転倒予防を目指すためには，歩行状態をはじめとした転倒リスクをアセスメントする必要がある。本研究では，転倒予防教室における運動前の足浴が転倒リスクに与える影響を検証することを目的とした。

II. 概念枠組み

転倒のリスクにはさまざまなものがあるが，本研究では「足浴」の温熱効果が作用すると考えられる足部に着目した。足部に着目した場合の歩行運動は，足関節の背屈および底屈運動によって促進されている（Perry, 2007）。すなわち一歩

を踏み出したとき，踵部が最初に接地し，同時に足関節が底屈を始め，結果として足底部全体が接地する。次に足関節は背屈をはじめ，重心を前方に移動させる。すると踵部が挙上し，足指部で地面を蹴り出す強い推進力を発揮する。

このように，足部の関節可動性は歩行運動において重要なはたらきをしている。しかし高齢者の場合は，加齢による足関節の可動域の低下が起これり，歩行運動がスムーズに行えなくなると考えられる。足関節の可動性の低下や歩行時の推進力の低下は，転倒リスクの一つであることが指摘されている（Menz, Morris, and Lord, 2006；村田・津田，2006）。これに対して，足浴を実施すると温熱効果により軟部組織の伸長性が高まるため，低下していた足関節の可動性が改善することが明らかになっている。足関節の可動性が向上すると，歩行時，適切に足関節を底屈・背屈させることができ，前方への重心移動がスムーズに行われるため，地面を蹴り出す力，すなわち推進力が向上することが明らかになっている（本多・阿曾・伊部・田丸・木村ほか，2010；本多・阿曾・伊部・田丸・徳重，2010）。さらに足浴後は，足関節の可動

1) 藍野大学医療保健学部看護学科 Aino University Department of Nursing Faculty of Nursing and Rehabilitation

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

3) 神戸大学大学院保健学研究科 Kobe University Graduate School of Health Science

4) 摂南大学看護学部 Setsunan University Faculty of Nursing

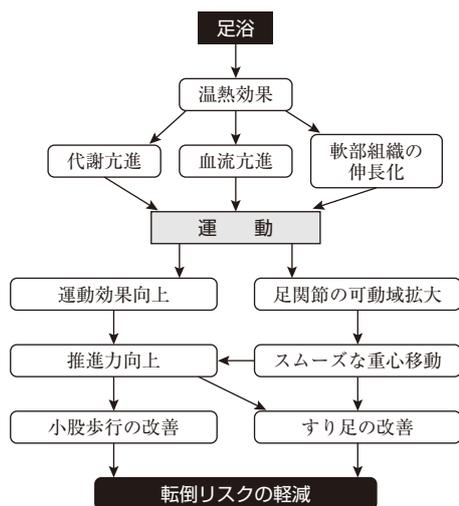


図1 概念枠組み

性の改善に加え、血流および代謝が亢進した状態となるため、運動の効果が向上することが明らかになっている (Honda, et al., 2011)。本研究では、足浴の後に運動を実施することで、運動のみの場合よりも足関節の可動性および推進力が向上するのではないかと考えた。これは、転倒リスクが軽減したことを示唆しているため、転倒を予防することにつながると考えられる (図1)。

Ⅲ. 用語の定義

本研究では、以下の用語について定義した。

- ①**転倒**：自分の意思からではなく、地面またはより低い場所に、膝や手などが接触すること、階段からの転落も転倒に含まれる (眞野, 2003) と定義した。
- ②**足部に関連する転倒リスク**：本研究では、足浴の温熱効果が作用する足部に着目しているため、「転倒リスク」も足部に関連するものに焦点を絞ることとした。すなわち、足部機能に関連して起こる転倒の危険性と定義し、足関節背屈角度・足底荷重最大値・歩幅の3つの指標を用いて評価することとした。
- ③**足浴**：『看護学事典』によると「足浴は足だけを湯につけることをいい、足の皮膚の汚れをとる目的で

行う場合と、足を温める目的で行う場合とがある」とされる (菱沼, 2006)。本研究では、足部を温める目的で実施するものとし、温熱効果以外の影響を除くため、洗浄は行わない。

Ⅳ. 研究方法

転倒予防教室で、足浴を実施する「足浴群」のクール (平成22年度Ⅰ期教室, 2010年4月～6月) と、足浴を実施しない「対照群」のクール (平成21年度Ⅲ期教室, 2010年1月～3月) を設定し、それぞれ教室の1回目 (開始時) と11回目 (終了時) に評価指標の測定を行い比較した (図2)。

1. 被験者

被験者は、教室に参加した「特定高齢

者」のうち、研究参加に同意の得られた者27名であった (足浴群：教室参加者16名中16名, 対照群：教室参加者12名中11名)。「特定高齢者」とは、介護保険法に基づいた定期健診の生活機能チェックの結果、近い将来に要支援・要介護状態になるおそれがあると判断された高齢者 (鈴木, 2010), のことである。なお、この「特定高齢者」は平成22年8月より名称が変更されているが、本研究は変更前に実施しているため、「特定高齢者」の名称を用いている。被験者の選定基準として、歩行に影響を及ぼす可能性のある疾患 (パーキンソン症候群, 片麻痺など) を有しないこととした。

2. 『転倒予防教室』の概要

本研究は、大阪府A市保健センターが開催する特定高齢者対象の『転倒予防教室』 (定員15名) で実施した (図2)。この教室の参加者は、特定高齢者のなかでもとくに運動機能の向上が必要と判断された者である。これらの者に対し、保健センターの保健師もしくは地域包括支援センターより個別に参加案内が行われる。市民への広報等は行っておらず、一般の高齢者は対象外である。教室のスタッフは、理学療法士, 作業療法士, 保健師, 看護師が各1名と、訓練を受けた介助員が2～4名である。なお参加者の希望により送迎がある。

教室の開催は、毎週1回2時間で、全12週間である。プログラムの内容は、まず初回の教室で体力測定を実施する。この結果は、参加者の運動能力や転倒リス

転倒予防教室年間スケジュール

平成21年度	1月 2月 3月	Ⅲ期教室 対照群	
平成22年度	4月 5月 6月 7月 8月 9月		Ⅰ期教室 足浴群
	10月 11月 12月		
	1月 2月 3月	Ⅲ期教室	

転倒予防教室プログラム

回数	内容	足浴群の足浴有無
1	評価指標の測定	無
2 10	ストレッチ 座ってする運動①② 寝てする運動①② 歩行指導①② 口腔指導・栄養指導	有
11	評価指標の測定	無
12	修了式	無

図2 転倒予防教室概要

クのアセスメントに用いられる。教室 2 回目から10回目までは、ストレッチや各種の運動を、少しずつレベルアップしながら指導していく。運動のほかにも、保健師による介護予防のための集団指導や、歯科衛生士による口腔ケア指導、および栄養士による食事指導が実施される。そして11回目の教室で再度体力測定を行う。この結果を初回の体力測定の値と比較し、教室での運動効果を評価する。12回目の教室では、体力測定の結果と評価をもとに転倒予防に向けた個別の保健指導および修了式が実施される。修了式では修了証書が手渡される。

2～10回目の教室のタイムスケジュールは、来所後、保健師・看護師によるバイタルサイン測定と問診を行い、運動を行っても問題がないことを確認する。次に、理学療法士と作業療法士の指導を受けながら、集団でストレッチおよび運動を実施する。参加者は高齢であるため、適宜休息と水分補給を行う。終了15分前に、まとめとしてその日の運動のポイントや次回予告を行い、教室は終了する。

なお本研究では、足浴群のみ問診とストレッチの間に足浴を実施した。また足部に関連する転倒リスクの評価指標の測定は1回目（教室開始時）と11回目（教室終了時）に実施した。

3. 足浴方法

足浴は足浴群に対してのみ、毎回ストレッチ開始前に実施した。方法は基礎看護学の教科書に準拠した（阿曾・井上・氏家, 2011, pp.203-209）。実施体位は座位とし、 40 ± 1 ℃の温湯に10分間足部を浸漬させた。浸漬時間は、内部組織まで温まり、かつ血圧変動の恐れが少ない時間として先行研究より決定した（西田, 2002）。また、温熱効果以外の影響を避けるため、洗浄・マッサージは実施しなかった（工藤・工藤・富澤, 2006）。なお、足部に関連する転倒リスクの評価指標の測定日（教室の1回目と11回目）は、直接の温熱効果の影響を避けるため足浴は実施しなかった。

4. 測定項目および測定方法

a. 基礎データ

被験者の年齢、身長、体重およびBMI (body mass index) についてデータを収集した。

b. 足部に関連する転倒リスクの評価指標

足関節背屈角度、足底荷重最大値、歩幅を足部に関連する転倒リスクの評価指標として測定した。測定は、教室1回目（教室開始時）と11回目（教室終了時）に行った。

(1) 足関節背屈角度（図3）

歩行時の推進力の決定要因であると考えられる。背屈角度が低下すると転倒の危険性が高くなるため、足部に関連する転倒リスクの評価指標とした。

測定はまず、被験者の腓骨上と第5中足骨上にマーキングを実施した（永尾, 2007）。その後、被験者に座位にて足関

節の背屈を両足同時に実施してもらい、撮影した。撮影した画像上で腓骨上と第5中足骨上の角度を測定した値と背屈0°の差を算出し、背屈角度とした。

(2) 足底荷重最大値（図4）

歩行時の足底にかかる荷重の最大値を示す。歩行時の荷重最大値は、歩行状態のアセスメントに用いられている（Zammit, Menz, and Munteanu, 2010；Hiramatsu and Izumi, 2011；井田・垣花・中澤, 2004）。なかでも足指部の荷重最大値は前方への推進力を反映するため、足部に関連する転倒リスクの評価指標とした。

足底荷重最大値の測定には、圧力分布測定システム『BIG-MAT』（ニッタ）と『センサーシート1300』（45×45cm）を4枚使用した。センサーシートは、10mの歩行路のスタート地点から3mの場所より設置した。測定は、10mに前後2mずつの予備路を設けた歩行路上を、

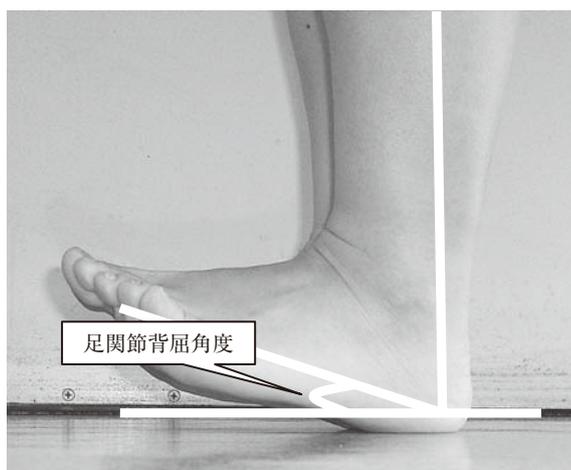


図3 足関節背屈角度

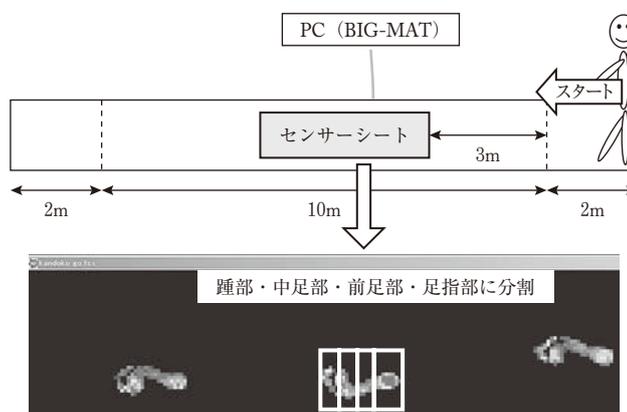


図4 足底荷重最大値の測定方法

被験者に裸足で最大の速さで歩行してもらい、0.1秒間隔で連続記録した。記録された足跡を踵部・中足部・前足部・足指部に4分割し、それぞれの荷重値の最大値を抽出した。荷重値は体重に影響されるため、抽出した値を被験者の体重で除した標準化値を分析に用いた。

(3) 歩幅

高齢者の歩幅は短縮すること(永田, 2010)、また歩幅の短縮は歩行状態の悪化と関連し転倒の危険性が高くなることが明らかになっている(泉・平松・山上, 1998)。さらに歩幅の広さは歩行時の背屈運動と関連しているため(Götz-Neumann, 2003/2005)、足部に関連する転倒リスクの評価指標とした。

測定は足底荷重値とともにを行い、得られた足跡より左右の歩幅を測定した。測定した歩幅の左右2歩分の平均値を歩幅の実測値とした。歩幅は身長に影響されるため、実測値を被験者の身長で除した標準化値を分析に用いた。

c. 3か月後の電話調査

教室終了後3か月経過した時点で、教室終了時からの転倒の有無、歩行の状態について電話で聞き取りを行った。聞き取りは、1人の研究者が質問項目に従い「教室が終わった後、転倒しましたか」、「歩くときに痛みや歩きにくさなど困っていることはありませんか」など、同じ質問の仕方で行った。

5. 分析方法

足関節背屈角度および歩幅は、標準値および平均値の明らかな測定項目であり、母集団が正規分布であると推定できるためt検定を用いることとした。足底荷重最大値は、母集団の正規分布が推定できないことと、測定値を被験者の体重で標準化した値を用いていることを考慮しWilcoxon検定を用いた。解析ソフトはJMP 8.01 (SAS) を使用し、有意水準5%、有意傾向10%とした。

6. 倫理的配慮

本研究は大阪大学保健学倫理委員会の承認を受けて実施した。教室参加者への

説明と同意の方法は以下のとおりである。

教室参加者には教室の参加申し込み用紙送付時に、本研究の趣旨と具体的な内容を記したパンフレットを同封した。また教室開始前の電話による問診時に、理学療法士または作業療法士から趣旨説明を行った。教室の初回に、再度研究実施者から趣旨説明を行い、文書にて同意を得た。その際、本研究への参加は自由であること、同意後もいつでも撤回できること、研究参加の有無による教室内での対応に影響はないことを明確に説明した。また得られたデータはID化し、統計的に処理されるため、個人が特定されることはないことも説明した。

IV. 結果

1. 被験者の基礎データ

被験者のうち選定基準に合致し、データに欠損のなかった足浴群15名(男性1名、女性14名)と、対照群9名(男性4名、女性5名)を分析対象とした。なお除外した被験者は、足浴群では選定基準に合致しなかった者が1名であった。対照群では選定基準に合致しなかった者が1名と、体力測定日に欠席した者が1名であった。

被験者の平均年齢は足浴群が75.8±6.05歳、対照群が76.1±4.06歳であり、両群に有意差はなかった($p = .921$)。BMIは足浴群が22.5±3.41 kg/m²、対照群が22.0±3.17 kg/m²であり、有意差はなかった($p = .719$)。

2. 足部に関連する転倒リスクの評価指標

a. 足関節背屈角度

教室開始時と終了時の角度を比較した(表1)。足浴群は、教室開始時は13.5±7.31°で、終了時が16.0±6.79°であり、有

意に背屈角度が拡大していた($p = .004$)。対照群では有意差はなかった($p = .416$)。なお、足浴群と対照群の開始時の角度を比較したところ、両者に有意差は見られなかった($p = .596$)。さらに教室開始時と終了時の差、すなわち教室開催期間中の変化角度を比較した。足浴群は2.5±2.80°で、対照群は0.6±1.94°であり、足浴群のほうが背屈角度が拡大している傾向があった($p = .062$)。

b. 歩行時の足底荷重最大値

教室開始時と終了時の標準化値を比較した(表2)。踵部の結果は、足浴群($p = .524$)、対照群($p = .820$)ともに有意差はなかった。中足部の結果は、足浴群($p = .454$)、対照群($p = .652$)ともに有意差はなかった。前足部の結果は、足浴群($p = .890$)では有意差はなかったが、対照群では教室開始時と比較して、教室終了時に荷重最大値が減少する傾向があった($p = .055$)。足指部の足浴群では、教室開始時と比較して終了時に荷重最大値が増加しており、有意差があった($p = .002$)。一方足指部の対照群では、有意差はなかった($p = .359$)。

教室開始時と終了時の変化率は、足指部の足浴群のみ1.13倍と増加している傾向があった。しかし、各部位の変化率を足浴群と対照群で比較したところ、すべての部位において有意差はなかった(踵部： $p = .592$ 、中足部： $p = .592$ 、前足部： $p = .121$ 、足指部： $p = .283$)。

c. 歩幅

教室開始時と終了時の歩幅の標準化値を比較した(表3)。足浴群では、教室開始時と比較して終了時に歩幅が増加しており、有意差があった($p = .034$)。対照群では、有意差はなかった($p = .449$)。なお、足浴群と対照群の開始時の値を比較したところ、両群に有意差はなかった($p = .679$)。さらに教室開始時と終了時の標準化値の差、すなわち教室開催期間

表1 足関節背屈角度

群別	開始時(°)	終了時(°)	t検定p値	開始・終了時の差(°)	t検定p値
足浴群 (n = 15)	13.5 ± 7.31	16.0 ± 6.79	.004	2.5 ± 2.80	.062
対照群 (n = 9)	15.4 ± 7.31	16.0 ± 8.41	.416	0.6 ± 1.94	

表2 足底荷重最大値

群 別		開始時		終了時		Wilcoxon 検定	開始・終了時の比		Wilcoxon 検定
		中央値 (最小値-最大値)	中央値 (最小値-最大値)	中央値 (最小値-最大値)	中央値 (最小値-最大値)	p 値	中央値 (最小値-最大値)	p 値	
踵部	足浴群 (n=15)	0.31 (0.16-0.43)	0.35 (0.18-0.44)	.524	0.96 (0.82-1.50)		.592		
	対照群 (n=9)	0.26 (0.22-0.36)	0.27 (0.20-0.35)	.820	0.97 (0.81-1.19)				
中足部	足浴群 (n=15)	0.09 (0.02-0.19)	0.07 (0.01-0.20)	.454	0.95 (0.09-3.02)		.592		
	対照群 (n=9)	0.05 (0.01-0.17)	0.07 (0.003-0.17)	.652	1.04 (0.40-3.31)				
前足部	足浴群 (n=15)	0.29 (0.19-0.40)	0.29 (0.36-0.22)	.890	1.00 (0.70-1.52)		.121		
	対照群 (n=9)	0.27 (0.19-0.32)	0.25 (0.18-0.30)	.055	0.90 (0.84-1.12)				
足指部	足浴群 (n=15)	0.10 (0.02-0.16)	0.12 (0.05-0.18)	.002	1.13 (0.92-2.69)		.283		
	対照群 (n=9)	0.08 (0.04-0.13)	0.10 (0.03-0.17)	.359	1.00 (0.66-1.49)				

表3 歩行時の歩幅

群 別	開始時		終了時		t 検定 p 値	開始・終了時の 標準化値の差	t 検定 p 値
	標準化値 (実測値: cm)	標準化値 (実測値: cm)	標準化値 (実測値: cm)	標準化値 (実測値: cm)			
足浴群 (n=15)	0.45±0.04 (67.3±6.25)	0.48±0.05 (71.7±8.62)	.034	0.03±0.05		.039	
対照群 (n=9)	0.44±0.06 (68.6±9.56)	0.43±0.07 (67.0±11.71)	.449	-0.01±0.04			

中の値の変化を比較したところ、足浴群は0.03±0.05で対照群は-0.01±0.04であり、足浴群のほうが歩幅が有意に増加していた (p = .039)。

3. 3か月後の電話調査

足浴群の転倒経験者は1名であった。この者は、転倒後もとくに変わりなく過ごしているとのことであった。対照群の転倒経験者も1名であった。この者は転倒後に、介護保険の要介護1の認定を受け、介護サービスの利用を開始していた。また対照群では、下肢に痛みや違和感が発現し、杖の使用を始めた被験者が2名いた。さらに状態は大きく変わらないが、要支援1の認定を受けて介護サービスの利用を検討している被験者が1名いた。

V. 考 察

1. 被験者の基礎データ

被験者は足浴群、対照群ともに70歳代半ばの後期高齢者のグループであった。BMIの標準は22kg/m²であり (阿曾ほか, 2011, p.227), 両群ともに標準値であった。これら両群の被験者の年齢、BMIに有意な差は見られず、足浴群と対照群は同年齢層の標準BMI値であると考えられる。また本研究の被験者は運動器の機能が低下している特定高齢者であり、

運動能力も同レベルであることが推察される。以上のことから、対照群は足浴群の比較集団として妥当であると考えられる。

2. 足部に関連する転倒リスクの評価指標

a. 足関節背屈角度

足浴群と対照群の教室開始時の背屈角度の比較では、約2°の差はあったものの有意差はなかった。ゆえに両群は比較可能であると考えられる。足関節背屈角度の標準角度は20°であり (Cameron, 2003/2006), 被験者の角度は両群ともにこれよりも小さく、足関節の柔軟性が低下している集団と言える。

教室開始時と終了時の背屈角度を比較したところ、足浴群では終了時に角度が増加しており、有意差があった。一方、対照群では有意差はみられなかった。これは、足浴群のほうが対照群よりも背屈角度が増加したことを示唆している。しかし、両群の被験者人数が異なるため、教室開始時と終了時の背屈角度の差同士についても比較した。その結果、足浴群の増加角度のほうが大きい傾向があった。このことから、足浴群のほうが背屈角度が増加していたと言える。足浴直後に背屈角度が増加することはすでに報告済みであるが、本研究では足浴の直接の温熱効果の影響を避けるため、足浴介入

の前後1週間の間隔をあけて転倒リスクの評価指標の測定を行っている。そのため本結果は、運動前に足浴を実施した場合は、足浴のみの場合よりも持続性が得られる可能性を示す、と考えられる。先行研究では、温熱療法とストレッチを併用するとそれぞれ単独の場合より関節可動域が拡大すること (Brucker, Knight, Rubley, and Draper, 2005) や、ラットの実験で運動前の温熱療法が廃用性筋萎縮予防に有効であること (坂口ほか, 2008) が明らかになっている。これらのことから、転倒予防教室の運動前に足浴を行うと、足浴を行わなかった場合よりも足関節の可動性が改善する、と考えられる。

一方で、教室終了時の角度は、両群ともに16°であった。これは対照群も運動の効果により、背屈角度が増加したためではないかと考えられる。一方、足浴群では運動に加えてさらに足浴を行ったため、より背屈角度がより増加したと推測される。

b. 足底荷重最大値

足浴群の足指部の荷重最大値が、教室開始時と比較して終了時に増加しており有意差があった。これは足関節背屈角度が増加し、推進力が向上したためと推察される。河辺・広瀬 (2008) は、足関節背屈角度が制限されると足指部の足底最大荷重値が減少することを報告してい

る。また著者らは、足浴後に足関節背屈角度と足指部の足底荷重最大値が増加することを報告している（本多・阿曾・伊部・田丸・木村ほか，2010；本多・阿曾・伊部・田丸・徳重，2010）。つまり足関節の可動域が拡大したことで、前進時に足指部で地面を蹴り出す動作が十分に行えるようになったため、足指部の荷重最大値が増加した、と推測できる。このことから、転倒予防教室で運動前に足浴を実施すると、足浴を実施しなかった場合よりも歩行時の推進力が改善する、と考えられる。

一方、対照群の前足部の荷重最大値は、教室終了時に減少する傾向がみられた。前出の河辺らは、足関節背屈制限を行った場合は、前足部の荷重最大値が増加したと報告している。そしてこれは足関節背屈制限により足指部へかかるべき荷重量が減少した分、代償的に前足部で補っている圧分布の異常と指摘している。本研究の対照群の場合は、前足部の荷重最大値は減少する傾向があったが、足指部の荷重最大値は差を認めなかった。このことから対照群では運動による効果で前足部の圧分布の異常が緩和された可能性があると考えられる。

c. 歩 幅

足浴群と対照群の教室開始時の歩幅を比較した結果、有意差がなかったため、両群は比較可能であると考えられる。教室開始時と終了時の歩幅を比較したところ、足浴群では、増加していた。一方、対照群では差はみられなかった。また教室の前後差について両群で比較したところ、足浴群のほうが大きく有意差があった。すなわち、対照群よりも足浴群のほうが歩幅が増加していた、と言える。

高齢者の歩幅は減少することが指摘されているが、その原因の一つに足関節背屈角度の低下があると考えられる。背屈角度が低下すると、前進の際の推進力が低下するため、歩幅も狭くなると考えられる。高齢者に足関節背屈機能付き靴下を着用させその効果を検証した研究では、最大歩幅が増加したと報告されている（中島・望月，2002）。本研究でも、

足関節背屈角度の増加が推進力を改善させ、その結果、歩幅が増加した、と考えられる。このことから、『転倒予防教室』で運動前に足浴を実施すると、足浴を実施しなかった場合よりも歩幅が改善する、と推察される。

3. 3か月後の電話調査

電話調査の結果、両群ともに転倒した被験者が1名ずついた。しかし、転倒後の状態は異なっていた。すなわち足浴群の転倒経験者は、転倒後もとくに変わりがなかったのに対し、対照群では転倒後に要介護1の認定を受けていた。またこのほかにも、対照群では杖歩行となった被験者が2名いた。つまり足浴群では、教室終了後3か月の時点で状態が悪化した被験者が転倒経験者を含めて3人いたといえる。高齢者の転倒は、身体機能面だけでなく、生活環境や認知機能、転倒時の状況などさまざまな要素が複雑に絡み合って起こる。そのため、本研究における3か月後の被験者の状態と、足浴の介入を単純に結びつけて論じることはできない。しかし、足浴群で状態が悪化した被験者がいなかったことは、足浴が3か月後の歩行状態や体力の維持に好影響を与える可能性を示すものであると考えられる。足浴介入後の影響の持続性については、今後、綿密に検討していく必要がある。

4. まとめ

『転倒予防教室』で運動前に足浴を実施すると、足浴を実施しなかった場合よりも足部に関連する転倒リスクの評価指標が改善することが明らかになった。また3か月後の電話調査より、足浴群には状態が悪化した被験者がいないことが明らかになった。これらのことから『転倒予防教室』における運動前の足浴は、足部に関連する転倒リスクを軽減させる可能性が示唆された。このことから、運動前の足浴は転倒予防に活用できる、と考えられる。

VI. 結 論

「特定高齢者」対象の『転倒予防教室』で運動前に足浴を実施した結果、以下の点が明らかになった。

1. 『転倒予防教室』で運動前に足浴を実施すると、足部に関連する転倒リスクの評価指標である足関節背屈角度、足指部の荷重最大値、および歩幅が改善した。
2. 3か月後の電話調査の結果、足浴群では転倒した者が1名いたが、転倒後の状況に変化はなかった。対照群でも転倒した者が11名おり、要介護1の認定を受けていた。

VII. 研究の限界と今後の課題

本研究における被験者は、地方自治体の介護予防事業の一環である『転倒予防教室』の参加者であった。そのため、足浴群と対照群に人数と男女比に差が生じることとなった。今後は被験者の人数を増やし、男女差等についても検討していきたい。また転倒と足浴の関連性を検討するためにも、教室終了3か月後の足部に関連する転倒リスクの評価指標の評価や、日常生活における効果の検討を行う必要がある。さらに転倒予防の効果を明らかにするために、縦断的に介入を行っていきたい。

謝 辞

本研究実施にあたり、ご協力いただきました被験者の皆さま、ならびに豊中市中部保健センター健康福祉部健康支援室前室長平井加代里氏、主幹岡本里美氏に深く感謝いたします。また、研究全般にわたりご支援いただきました主任作業療法士木村宏之氏、主任理学療法士井上佳之氏、ならびにスタッフの皆さまに謝辞申し上げます。

本研究は日本看護研究学会平成22年度奨学会研究の助成を受けて実施した。

要 旨

本研究の目的は、『転倒予防教室』で運動前に実施する足浴が、足部に関連する転倒リスクに与える影響を検証することである。方法は、『転倒予防教室』で毎回足浴を実施する足浴群と実施しない転倒群を設定し、教室初回と最終回に足部機能を測定し比較した。また教室終了3か月後に、電話にて転倒の有無と歩行状況についての調査を行った。転倒リスクの評価指標は、足関節背屈角度と足底荷重最大値および歩幅であった。

結果は、教室初回と比較して最終回に、足浴群の足関節背屈角度、足指部の荷重最大値、および歩幅が有意に改善していた。3か月後の電話調査の結果、対照群では歩行状態が悪化した被験者が3名いたが、足浴群では0名であった。結果より、運動前の前に足浴を行うと、足浴を行わなかった場合よりも足部に関連する転倒リスクが軽減することが示唆された。このことから、運動前の足浴は転倒予防に活用できる、と考えられる。

Abstract

The purpose of this study was to examine the fall prevention effect of the foot bath in the fall prevention program. We measured the foot function and conducted a telephone survey. The foot function included 3 components: ankle dorsiflexion angle, the dynamic plantar pressure and step length. The telephone survey examined the presence of the fall of three months after the fall prevention program had ended.

In this study, we compared foot function before (baseline) and after (post-experiment) each fall prevention program. An intervention group took foot baths prior to each session of program, while a control group undergoing the same program did not.

The result of the foot function was as follows. The intervention group increased ankle dorsiflexion, the dynamic plantar pressure of the toe and step length compared with the control group. The result of the telephone survey was as follows. There were three falling participants in the control group and no one fell in the intervention group.

These data indicated that the foot bath in the fall prevention program improves the foot function. In conclusion, it was implicated that the foot bath is effective in the fall prevention

文 献

- 新井武志, 大淵修一, 小島基永, 松本侑子, 稲葉康子 (2006). 地域在住高齢者の身体機能と高齢者筋力向上トレーニングによる身体機能改善効果との関係. 日本老年医学会雑誌, 43(6), 721-788.
- 阿曾洋子, 井上智子, 氏家幸子 (2011). 基礎看護技術 (第7版). 東京: 医学書院.
- Brucker, J. B., Knight, K. L., Rubley, M. D., and Draper, D. O. (2005). An 18-days Stretching Regimen, With or Without Pulsed, Short-wave Diathermy, and Ankle Dorsiflexion After 3 Weeks. *Journal of Athletic Training*, 40(4), 276-280.
- Cameron, M. H. (編著) (2003) / 渡部一郎 (監訳) (2006). 普及版 EBM 物理療法 (原著第2版). pp.169-170, 東京: 医歯薬出版.
- Götz-Neumann, K. (2003) / 月城慶一, 江原義弘, 山本澄子, 益子原秀三 訳 (2005). 観察による歩行分析. pp.46-50. 東京: 医学書院.
- Hiramatsu, T., and Izumi, K. (2011). Relationship between characteristics of plantar pressure distribution while standing and fall in community-dwelling elderly. *Journal of the Tsuruma Health Science Society*, 34(2), 51-63.
- 菱沼典子 (2006). 足浴. 見藤隆子, 小玉香津子, 菱沼典子 (総編集): 看護学辞典 (コンパクト版). p.492, 東京: 日本看護協会出版会.
- Honda, Y, Aso, Y., Ibe, A., Katayama, M., and Tamaru, T. (2011). Effects of Foot Bathing on Exercise in a Fall Prevention Program for the Elderly. 日本健康医学会雑誌, 20(2), 65-72.
- 本多容子, 阿曾洋子, 伊部亜希, 田丸朋子, 片山 恵 (2010). ケアハウス入居高齢者に対する足浴が歩行に与える影響の検討 — 転倒予防の観点から —. 日本健康医学会雑誌, 19(2), 70-75.
- 本多容子, 阿曾洋子, 伊部亜希, 田丸朋子, 木村 静, 徳重あつ子, 鈴木みゆき, 細見明代 (2010). 在宅女性高齢者に対する「転倒予防ケア」としての足浴の有効性の検討. 日本看護研究学会雑誌, 33(5), 55-63.
- 本多容子, 阿曾洋子, 伊部亜希, 田丸朋子, 徳重あつ子 (2010). 男性高齢者に対する足浴の転倒予防効果の検討. 人間工学, 46(4), 277-281.
- 井田博史, 垣花 渉, 中澤公孝 (2004). 歩行中の足底圧. 体育の科学, 54(12), 949-956.
- 泉キヨ子, 平松知子, 山上和美 (1998). 高齢者の転倒予防に関する研究 — 重心動揺と歩行分析を通して —. 金沢大学医学部保健学科紀要, 22, 139-145.
- 神先秀人, 南角 学, 坪山直生 (2006). 転倒・転落による受傷リスクと身体機能. 泉キヨ子 (編): エビデンスに基づく転倒・転落予防. p.17, 東京: 中山書店.
- 河辺信秀, 広瀬典子 (2008). 健康者における足関節背屈制限が歩行時足底圧へ与える影響 — 糖尿病足病変の危険因子に関する検討 —. 糖尿病, 51(9), 879-886.
- 工藤うみ, 工藤せい子, 富澤登志子 (2006). 足浴における洗い・簡易マッサージの有効性. 日本看護研究学会雑誌, 29(4), 89-95.
- 眞野行生 (2003). 高齢者の転倒・転倒症候群. 眞野行生 (編): 高齢者転倒とその対策. p.2, 東京: 医歯薬出版.
- Menz, H. B., Morris, M. E., and Lord, S. R. (2006). Foot and Ankle Risk Factors for Falls in Older People: A Prospective Study. *The Journals of Gerontology*, 61(8), 866-870.
- 村田 伸, 津田 彰 (2006). 在宅使用外高齢者の身体機能・認知機能と転倒発生要因に関する前向き研究. 理学療法学, 33(3), 97-104.
- 永尾泰司 (2006). 下肢の関節可動域. 奈良 勲, 内山 靖 (編): 図解理学療法検査・測定ガイド. pp.174-175, 東京: 文光堂.
- 永田久雄 (2010). 「転び」事故の予防医学. p.51, 労働調査会.

「特定高齢者」対象の『転倒予防教室』における運動前の足浴の転倒リスク軽減効果の検証

- 内閣府 (2009). 高齢社会白書 (平成21年度版). pp.29-32, 東京: 佐伯印刷株式会社.
- 中島育昌, 望月和憲 (2002). 高齢者に対する捻挫用サポーターを用いた転倒予防策. 骨・関節・靭帯, 15(2), 151-156.
- 西田直子 (2002). 清潔ケアのエビデンス — 足浴と生体反応 —. 臨牀看護, 28(13), 1971-1984.
- 大高洋平, 里宇秋元, 宇沢充圭, 千野直一 (2003). エビデンスからみた転倒予防プログラムの効果 — 1. 狭義の転倒予防 —. リハビリテーション医学 (6), 40, 374-388.
- Perry, J. (1992) / 武田 功 (総括監訳) (2007). ベリー歩行分析 — 正常歩行と異常歩行. pp.35-40, 東京: 医歯薬出版.
- 坂口 顕, 沖 貞明, 金井秀作, 長谷川正哉, 清水ミシェルアイズマン, 大塚 彰 (2008). 廃用性筋萎縮予防としての温熱療法の効果: ラット足関節固定モデルを用いたトレッドミル走行との併用効果の検討. 理学療法科学. 23(1), 23-27.
- 鈴木みずえ (2010). 地域保健事業としての転倒予防. 武藤芳照 (総監修): ここまでできる高齢者の転倒予防 — これだけは知っておきたい基礎知識と実践プログラム. pp.14-20. 東京: 日本看護協会出版会.
- Zammit, G. V., Menz, H. B. and Munteanu, S. E. (2010). Reliability of the TekScan Mat Acan system for the measurement of planter forces and pressures during barefoot levelwalking in healthy adults. *J Foot Ankle Res*, 3(11), 2-6.

[平成23年10月11日受 付]
[平成24年 6 月26日採用決定]

一般社団法人
日本 看護 研究 学会
会報

第 89 号

(平成24年12月20日発行)

一般社団法人日本看護研究学会事務局

目 次

一般社団法人日本看護研究学会 第38回学術集会を終えて.....	1
一般社団法人日本看護研究学会第38回学術集会 “文化に根ざす看護研究の道 ～沖縄から発信～” 印象記.....	2
学会集会印象記.....	4
一般社団法人日本看護研究学会 第38回学術集会 印象記.....	5
一般社団法人日本看護研究学会 第38回学術集会 印象記.....	6
一般社団法人日本看護研究学会 第38回学術集会会務報告.....	11
一般社団法人日本看護研究学会 平成24年度臨時理事会 会議録.....	12

一般社団法人日本看護研究学会
 第38回学術集会を終えて

一般社団法人日本看護研究学会第38回学術集会

会長 宇 座 美代子

(琉球大学医学部保健学科地域看護学 教授)

本学術集会は、平成24年7月7日(土)、8日(日)に沖縄の地で初めて開催され、多くの参加者のもと学術集会を無事に終えることができました。学術集会開催にあたって最も気を使ったことは、台風に遭遇しない日程を考えることでした。通常8月に開催されることが多い本学術集会ですが、沖縄の8月は台風が多く中止になる可能性が高い一方、7月は各大学とも夏休み前であり講義や実習中のために参加者が少なくなるのではと心配していました。そのような不安の中、台風を避けて7月に開催することにしましたが、おかげさまで一般演題は473題、参加者総数は1,313名を占めほんとうによかったと今ようやく胸をなでおろしているところです。ご参加いただきました皆さま本当にありがとうございました。

今年の沖縄の8月は毎週週末には台風にみまわれ、旅行者等が足止めされているニュースを見るたびに今さらながら私は沖縄の地理的位置を痛感いたしました。このような沖縄の地理的背景や歴史的背景を踏まえた沖縄らしさを前面に打ちだした「文化に根ざす看護研究の道」をテーマに本学術集会のプログラムは企画しました。文化に根ざす看護とはすなわち生活に根ざす看護を目指すことです。本学術集会のプログラムのどこかであるいは沖縄の旅行先で、人々一人ひとりにオーダーメイドの看護が提供できるような参加者ご自身の看護研究、教育、実践におけるヒントが得られたとしたら望外の喜びです。

沖縄の地理的位置を乗り越えてこのような大きな学術集会を沖縄の地で開催できましたことは、プログラムの内容や開催時期等さまざまな場面で適切な助言をいただいた山口桂子前理事長の大きな支えのおかげであったと深く感謝しております。また、地域看護学助教當山裕子事務局長を中心に様々な人々の協力があったからこそ開催できたことでした。

全国各地からご参加いただきました皆さま、企画委員や実行委員としてご協力いただきました皆様、関係者の全ての皆さまに心より感謝申し上げます。本当にありがとうございました。

一般社団法人日本看護研究学会第38回学術集会 “文化に根ざす看護研究の道 ～沖縄から発信～” 印象記

公立大学法人名城大学

金城 祥 教

一般社団法人日本看護研究学会第38回学術集会は、平成24年7月7日（土）、8日（日）に沖縄コンベンションセンターで開催されましたが、学術集会のテーマについて企画委員として関わり、また特別講演Ⅱコミュニティと音楽（中村透先生）の座長を務めさせていただきましたことから、その印象記として御報告させていただきます。

大城ナミ氏は琉球舞踊の研究者として踊りのその動作を“運動譜”（音楽では楽譜として標記することで音を再生するように）として標記し、その伝承（敷衍化）を行う際の教授法としての研究を完成させておられた。例として琉球舞踊では手をかざして月を眺めるシグサ（チチミティ）にもさまざまな所作があり、その動きを解析し「運動譜」に記すことで正確な手の動きや身体の動きの再現ができると話されていた。これらの動作学や動作解析の研究手法はリハビリテーション看護や生活援助技術の研究などへの応用可能性が示唆された。例えばベテランナースの巧みのわざを「運動譜」に表記することができるかもしれない。しかし、その動きについて科学的に明らかにされたからといって、必ずしもそれらの動きと全く同じ動き（再現性）が出来るわけではないと思われる。泳ぎに例えて言えば本を読んで理論的に（頭で）分かったからといって必ずしも人間が泳げるようになることにはならない。自転車に乗れるようになるにも理論だけでは乗れることが出来ない。つまり自身の身体性の訓練によって泳げたり、自転車に乗れるようになることから実際の技術伝承（教授法）においては、身体性の問題をさけては通れない。紙屋克子先生（筑波大学名誉教授）がバイオサイエンスにもとづいて開発してこられた看護リハビリテーションの専門技術が「運動譜」で表記されたとしても、その技術を修得するには繰り返しの練習というものを抜きにしては伝承（敷衍化）されないと云える。琉球舞踊や沖縄の古典芸能の伝承者は自身の身体性そのもので表現しているのであり、また身体性は熟練者、高度の専門的技能者の階層性（レベル）としてもアイデンティファイすることは可能である。

中村透氏は北海道のご出身で、専門分野は作曲と舞台芸術創造・芸術文化学である。音楽の公共性という視点から、市民と協同して音楽の街づくりを手掛けてこられている。沖縄ではどの地域でも舞踊や三線（さんしん）といった伝統的な芸能をたしなむ人が多いことから、中村透氏は南城市文化センター・シュガーホールを建設し、市民参加のミュージカルを手がけられ、音楽家・演奏家の育生を目的として新人演奏会オーディションなどを展開してこられている。

沖縄と音楽について身体性から語ると次のような表現になろうか。沖縄メロディの代表作である芭蕉布（吉川安一作詞、普久原恒勇作曲）にも謡われているように、南の島 沖縄にこられて東シナ海に沈む夕日を眺めながら渚に足を運ぶと誰もが清々しい風が身を吹き抜けていくような体験をするであろう。日

中、タクシーに乗るとラジオからは眠りを誘うゆっくりした音楽が流れてくる。まるでるか彼方の大海原をゆったりと悠久の時の流れを感じさせるような琉球古典音楽が流れてくるが、陽が沈んだころ合いには、俄かに早いテンポの音楽が流れている。沖縄の人々は日中の暑い時間帯にはのんびりとした身体性が、また陽が沈むやいなやハイテンポの活動性の高い音楽が沖縄の人々の身体には刻みこまれているようである。

中村透氏は講演の中で、沖縄芸能の歴史的系譜を祭祀芸能－民族芸能－古典芸能として捉えている。祭祀芸能は、島々の農耕儀礼に関わる芸能で、多くの沖縄の集落の年中行事でみることがきる。これらの芸能が祭祀から離れて独立して演じられるようになったのが民族芸能で、これらの民族芸能を異文化の芸能も取り入れて様式的に洗練され琉球の首里王府の宮廷で培われたのが古典芸能であると説明されていた。

中村透氏は琉球の古典音楽の伝承（基本となるもの）に「節情思入（ふしなさきうむいり）」という伝承概念があることを紹介している。「節情」とは歌をことさら飾らずに自然に歌うこと、また「思入」は歌の真意を自ら深く味わいながら歌うことを意味すると説明され、その伝承文化の底流には、他者に向かって迎合的に歌を聴かせるというよりも、自分の中から生じた気持ちのままに自然体で歌う姿勢が尊く、そのことで他者との共感が自ずと湧きだしてくると説明されている。また夏のお盆の行事とされているエイサーは音楽・舞踊・太鼓パフォーマンスとして沖縄の各地で独自にまた多様性を帯びながら発展し、また国際的にもその広がりを見せていると解説された。

沖縄の人々は大小さまざまな島々で素朴に生きながら祭祀芸能や共同体行事を通して濃密なコミュニティを織りなしてきた。沖縄芸能はおおらかさ、明るさ、やさしさ、そして、清らかさを仲立ちとしてコミュニティの一人一人が家族のような結びつきの強さが沖縄人の気質として醸造されてきたと中村透氏は講演の中で述べておられた。さらに苦難な歴史を生きてきた沖縄の人々の生きる力について「“清らかさ”を根に置いた沖縄の伝統芸能・音楽の精神はシマという名の共同体（コミュニティ）の祈りや願いとして、脱言語化されたコミュニケーション、すなわち身体パフォーマンスの音楽や踊りを通して、人と人とが身の関係を通して共に生きる人間の根源的な力だと思う」と話されていた。最後に中村透氏の御家族による独唱が演奏され、美しい沖縄のメロディが会場を包み込み、ころろが癒される時間が流れていった。

人々の暮らしの中にある健康問題にアプローチする看護者は、人々の生活や文化に根ざした看護を実践することが必要である（あるいは有効である）と言われている。中村透氏の研究を通して考えたことは、看護は他者（患者や家族）さらには地域を対象とした営みであるが、看護活動そのものも地域文化の一つであるという視点を学ばされたように思う。その中で現れる健康現象を科学的に捉えても、そこで生活する看護者自身は文化に根差した身体性を生きているのであり、その地域に住む人々と共に健康の意味を追求し、健康に生きる価値を創造していく専門職者であることを改めて感じさせられた学術集会であった。

学会集会印象記

甲南女子大学

友田 尋子

今回の学会テーマは「文化に根ざす」と、壮大かつ重要課題として認識されているテーマであった。この難題を様々な文化から切り込んでいくという看護の探究が、梅雨明け一番乗りした暑い沖縄で繰り広げられた。地域性だけをとってみても沖縄という文化は日本の中でも異文化として知られている。学会長の宇座先生による会長講演では沖縄の文化と看護、保健活動およびその地ならではの看護研究についてユーモアセンスと深い見識から「文化に根ざす」ことへの探究心が語られた。これはわくわくする始まりであったが、その後も特別講演「琉球舞踊に学ぶ美しいシグサ」「コミュニティと音楽」、親睦会での「エイサー」と、時代背景や生活環境などによって連綿と続く文化伝承もそのスタイルを大きく変えていく様を体験し、ますます今回の学会が楽しくなってきた。同時に、文化についてじっくり考えつつ悶絶する機会となった。

看護は様々な文化理解なくしてできるものでないことは耳にたこができるほど周知のことである。個人で構成される集団、例えば人種、民族、性別、階級、障がい、宗教、地理的要因などが社会的・政治的な状況に関連して生み出してきた共有体験や共通性を文化であると簡潔に述べることはできるが、様々な背景をもっている人びとそれぞれに適した看護とその研究とはいかなるものであろうかとの学会は問うているのであるから、難題である。筆者はシンポジウムⅡ「日本文化におけるドメスティック・バイオレンス」を担当したが、興味関心の違いもさることながら、社会的に歓迎されないこのようなテーマを採用した本学会の文化理解への興味関心の垣根を越えた文化への真理の探究に挑もうとする心意気を感じた。学会の活動を通して、私たちは自身の持つ価値や信念から解放され知的共感度を増大し、横につながるチャンスを増やし、やらなければならない動きを実施する力を蓄え、専門性を十分に発揮し社会に働きかけようと思い、集うが、そのようなプログラムが今回はそろっていた。昨今話題であり重要課題である交流集会Ⅱ「アディクション問題を抱えた当事者と、その家族に対する看護のあり方を考える」は開始前に満席となり、筆者もその一人だが参加したい人びとが扉の前で残念そうにその場を去っていく姿は勿体なかった。社会的に闇に葬られやすく、このような文化理解がなおざりにされやすいテーマただだけに、多くの参加者が出席できないのは残念である。さらにポスターおよび口頭発表での研究内容や課題は多岐にわたる発表であったが、今回のテーマを汲んだ議論や討論ができると看護の対象である個人の背景にある社会的・政治的な状況に関連して生み出してきた集団のもつ文化と看護について探究できたであろうことが少し残念に思うが、暑い沖縄で熱い議論を交わしたことは有意義な時間であり、参加者が発信し交流する場であった。

一般社団法人日本看護研究学会 第38回学術集会 印象記

福岡大学医学部看護学科

中 嶋 恵美子

一般社団法人日本看護研究学会第38回学術集会のテーマは、『文化に根ざす看護研究の道－沖縄からの発信－』。事前に手元に届いた日本看護研究学会雑誌（35巻3号）で、スケジュールを検討し、会長講演、特別講演、教育講演、シンポジウムには必ず参加し、その合間に一般演題の発表や交流集会に参加することにした。本学術集会に参加して、私の心に深く残ったいくつかを紹介したい。

本学術集会会長である宇座美代子先生の「沖縄の文化に根ざした看護研究－ユイマールからヌジファまで－」では、看護は人々の健康を守り生活を支えるが故に、人々が生きる地域の文化つまりその人の文化的背景を抜きには考えられないことを再認識した。正直に言うと、学術集会前までは、「看護研究はアカデミックでなければならない。ヌジファやユタなんて科学で証明できないのに……」と固定観念を持っていた自分が恥ずかしかった。

シンポジウムⅠの「沖縄の文化が織りなす看護と看護研究」では、沖縄の歴史や地理、独特の文化に影響を受ける人々の生活に根ざした、看護実践からの看護研究が紹介された。太平洋戦争で唯一の地上戦となった沖縄戦が、沖縄の人々に与えた精神保健面での影響を探究された當山富士子氏の報告では、終戦後67年経過してもなお“精神保健面からみれば沖縄戦は未だ終わっていない”という最後の一言が重く心に響いた。その他にも、伝統的葬法（洗骨葬）が離島の高齢者の終末期を過ごす場所に影響しているとの報告（古謝安子氏）や、出産・育児に関する伝統儀礼の研究報告（仲村美津枝氏）、駐在保健婦（師）としての看護実践例の分析（照屋恵子氏）など、どのテーマも沖縄に暮らす人々の文化を尊重しながら、看護が如何に人々に貢献できるかを探るもので印象に残った。

特別講演の「琉球舞踊に学ぶ美しいシグサ」（大城ナミ氏）では、琉球舞踊の「型」には身体・空間・時間という動きの方程式があること、美しいシグサを心がけることは方程式を意識することであり、それは美しい心をも育ててくれると話された。このことは看護技術にも相通じることであり、看護技術研究においていくつかの示唆を得ることができた。また、お話とともに琉球舞踊の実演もあり、身体・空間・時間という動きの方程式を意識しながら鑑賞すると、琉球舞踊の中に計算された美しさを発見し、感動したのを思い出す。

これらの講演を聞き、そして教育講演Ⅰ「臨床看護研究のスターティングポイントと研究デザインの決定」（操 華子氏）を聞いて、自分も日常の看護や教育の場をもう一度見渡し、研究に取り組もうと新たな鋭気が湧いてきた。

そして、何よりも印象に残っているのは、美しく碧い海、キラキラと輝く太陽と、その海よりも美しい、太陽よりも熱い沖縄の人々の心に癒されたことである。

一般社団法人日本看護研究学会第38回学術集会会長の宇座美代子先生をはじめ、関係者の皆様のご尽力に感謝する次第である。

一般社団法人日本看護研究学会 第38回学術集会 印象記

北海道医療大学看護福祉学部

山田 律子

平成24年7月7日・8日の両日、輝くような晴天のもと、沖縄県宜野湾市にて、琉球大学医学部保健学科地域看護学の宇座美代子会長による一般社団法人日本看護研究学会第38回学術集会が開催されました。

通常、本学会学術集会は8月の開催ですが、沖縄を知り尽くした宇座会長のご英断により、台風を避けるために会期を1カ月程早めたことは、皆様ご存知でしょうか。今回、会計担当理事として関わらせていただくにあたり、何としても自然災害による開催中止だけは避けたく、一方、1カ月早めることは前期授業や実習等により参加者の減少につながるかもしれないといった駆け引きもあるわけです。本学術集会終了後、繰り返し沖縄を襲う台風のニュースを耳にするたびに、本学術集会の成功のレールは、まさに神人（カミンチュ）？ならぬ宇座会長が会期を決定されたその日から敷かれていたのかもしれないと思った次第です。

さて、今回のテーマは「文化に根ざす看護研究の道－沖縄から発信」であり、プログラムには、文化に根ざす看護研究とは何か、そして文化に根ざした看護研究や看護実践の重要性と、看護にどのように活かしていくのか、参加者が多様な角度から考える機会が幾重にも得られるような工夫が随所に散りばめられていました。まさに文化を織りなすかのごとく築き上げられた素晴らしい学術集会プログラムでした。

学術集会前日のプレカンファレンスでは、「日本最大級のおきなわクリニカルシミュレーションセンターツアー」が開催され、参加者から「非常に満足した」「今後の教育を再考したい」など喜びの声を多数聞きました。さらに、シミュレーション教育に関する教育講演Ⅱや交流集会などが学術集会プログラムにも組み込まれていて、会場は常に満席で関心の高さをうかがえました。

学術集会1日目は、まずは宇座大会長による会長講演「沖縄の文化に根ざした看護研究－ユイマールからヌジファまで」に始まりました。地域の介護力として宇座会長が着目したユイマール（助け合い）を鍵概念として発展された文化に根ざしたご自身の看護研究の成果と沖縄文化の実際についてお示しいたゞき、ときには会場の笑いや誘う話術によって、参加者も沖縄文化に馴染むような感覚に浸りながら、文化に根ざす看護の重要性をしっかりと心に刻んだご講演でした。そして、同日午後のシンポジウムⅠでは会長講演を受けて「沖縄の文化が織りなす看護と看護研究」が行われ、改めて文化に根ざした看護のあり方について深く考える機会を与えていただきました。

さらに特別講演Ⅰでは、「琉球舞踊に学ぶ美しいシグサ」という演題で、本物の琉球舞踊を見せていただき、その踊りに秘められた美しいシグサを通して、まさに沖縄文化に根ざしたプロフェッショナルな実践と研究からも看護研究のヒントを探ることができるという、その発想の豊かさにも感銘を受けました。

午後の教育講演Ⅰ「臨床看護研究のスターティングポイントと研究デザインの決定－エビデンスとなる

ような研究を行っていくために」では、実践の場から宝を掘り起こし、クライアントにとって意味ある研究課題に絞り、適切な研究デザインを選択するという基本原則に立ち返ることが、真実の探求に近づくことを再認しました。

そして懇親会は、美味しい沖縄料理とエイサーはじめ数々の余興で多いに盛り上がり、最後は踊り子さんたちの誘導で参加者が一つの輪（=和）になって踊るという、まさに楽しく美味しい沖縄文化を堪能させていただきました。こんなに豪華な懇親会ながら、余興は観光支援事業を活用してご提供いただくなど学術集会会計ご担当の當山裕子先生による裏ワザもあり、本会会計としても拍手喝采でした。

学術集会2日目には、特別講演Ⅱ「コミュニティと音楽」、シンポジウムⅡ「日本文化におけるドメスティック・バイオレンス」が、また2日間にわたり一般演題や交流集会でのディスカッションも盛んに行われ、会場によっては満席御礼となるところもあるほどでした。プログラムが充実していたあまり、1日目の印象記だけで与えられた文字数の殆どを使ってしまい、バランスの悪い印象記となりましたこと、お詫び申し上げます。

最後になりましたが、沖縄ならではの素晴らしい本学術集会を企画・運営いただいた宇座会長はじめ企画委員・実行委員の皆さまに、心から感謝申し上げます。



受付



学術集会長講演



懇親会





特別講演



教育講演



示説発表



交流集会





プレカンファレンスセミナー



学術集会本部



一般社団法人日本看護研究学会 第38回学術集会会務報告

1. 会 期：平成24年7月6日（金），7日（土），8日（日）
2. 会 場：沖縄コンベンションセンター
3. 参加者：総数 1,313名（内訳1,299名，学生14名）
プレカンファレンス 104名
4. 内 容：

一般演題	473題（うち，口演148題，示説325題）
特別講演	2題
教育講演	2題
シンポジウム	2題
交流集会	6題
特別交流集会	2題
ランチョンセミナー	
プレカンファレンスセミナー	
会長講演	

但し，以下の演題は，発表を取り消されました。

- 示説・第18群・242 Miyajima式腹部圧迫法の便秘者の安全性評価 ― 臨床適応範囲の拡大 ―
宮島 多映子（奈良県立医科大学医学部看護学科）
- 示説・第39群・366 看護大学生がイメージするすてきな妊婦の構成要素
木下 照子（新見公立大学看護学部看護学科）

以上，報告いたします。

平成24年8月20日

一般社団法人日本看護研究学会第38回学術集会

会長 宇 座 美代子

一般社団法人日本看護研究学会 平成24年度臨時理事会 会議録

開催日時：平成24年9月17（月）10：00～14：00

開催場所：北里大学白金キャンパス 本部大会議室

出席：叶谷由佳，小板橋喜久代，江守陽子，中木高夫，高田早苗，黒田裕子，小山真理子，
鈴木みずえ，近田敬子，泊 祐子，新道幸恵，祖父江育子，山田律子 各理事13人／22人

欠席：良村貞子，中村恵子，工藤せい子，小西恵美子，井上智子，深井喜代子，宇佐美しおり，
川本利恵子，林みよ子 各理事

金井一薫，道重文子 各監事

司会：黒田裕子（理事長）

書記：泊 祐子

審議事項：

1. 医行為分類（案）及び教育内容等基準（案）に関する意見募集について

説明会について，資料を用いて理事長が説明をした。

- ・25回の会議を経て，どうなったのかを島田厚生労働省課長が説明した
- ・10月5日までに学会としての意見を出さないといけない。

- ・1つ1つの医行為について

- ・サンプル

- ・養成課程について

2年課程・8ヵ月課程（別表）

- ・検討ワーキングでもまだまだ検討中であるそのための意見がほしいのであろう。

各論的意見を言っているのか？

- ・診療補助行為として位置づけようとしている，フィジシャンアシスタントを看護系大学院でしたいのか。大学院が医師主導の教育課程にならざるを得ない。

- ・フィジシャンアシスタントを看護系大学院で要請しないという姿勢をもたないといけない。

医師による看護系大学院教育をします。という宣伝をしている大学院もでてきたが，看護教員による看護教育になったのに，

NPは看護師の裁量権があったが今回は違う。

基本的な意見を出さないといけないのではないか。

ワーキングで看護系委員の意見が正統に聞いてもらえない

医師不足対応でこの政策がでてきているので，将来的な医師不足が解消したときにも処遇まで考えているのか。

NPは裁量権があるがこの政策はない。

- ・看護協会が推進しているので、太刀打ちできない状況にある。大きなうねりを返られるのか。少なくともこの内容をNPになるような意見を言ったほうがよいのではないか。
- ・しかし、医療過誤が起こったときにだれが責任を取らされるのか。
- ・最後まで反対を貫いたほうがよい。
- ・1980年代の介護士が出てきたときの二の舞にならないか。そのために看護が診療報酬に結びつくように、プラスにならないか。
- ・「医師の指示の基の医行為」であれば役割拡大ではない。
- ・専門看護師の発展系であればよいが、まったく異なる。
- ・高度専門看護師を養成するならいいけども、医師の指示のもとだけでフィジシャンアシスタントになるだけなら看護系大学で養成する必要はない。

2. 編集委員会推薦の会員査読委員候補者について

現在の所属が変更になっている候補者を確認してよいのではないか。

3. 看護系論文データベースについて（医学書院）

- ・説明会に理事長が参加して資料に基づき、説明があった。

オンラインジャーナルサイトではJANA（38学会）の雑誌に入ってほしい依頼があった。

メディカルファインダーの法人サービスをしている数は22施設

1論文720円の半額が学会に入る。法人サービスの契約をしている機関は無料である。

医学中央雑誌から収入はなくなる。

学会員の特典として、相互閲覧を許可している学会のオンライン版をIDとパスワードがあれば閲覧できる。1学会1セット、それを会員に如何にオープンにするのかは課題。

4. その他

- 1) 3号については、CD化は了解。他の号もCD化を会員のニーズを調査したいが、雑誌とともに調査を入れられないので、予算を見て

会員がCDと紙と両方ほしいか、CDだけでよいか。

調査ではなく、社員総会で審議する。会員には結果の報告でいいのではないか。

社員総会で会員の創意は聞かないといけない。

会告もCDには不要

- ・来年度はCD化することで社員総会后に1号の発行を遅らせてはどうか。
- ・会員サービスとしてCDの発行は必要ではないか。

- 2) 編集委員会で下記の件を検討する必要があると提案があった。

Year book：1年間で発行された本学会誌の原著を世界に発信できるように発行したいと思っている。この件について、国際活動委員会推進委員会で検討することになった。

- ・英文雑誌（Web上で）は出すという方向で決まった。

- 3) 奨学会委員会：査読に引っかかり原著にならないことが数年続いていたが、規程を変更して本学会誌でなくても掲載してよいことにした。しかし、原著で発表できるように本委員会が責任をもつこと

が確認された。

4) 看保連から平成24年9月17日26年度に向けての意見を出すことについて(技術検討部会)

- ・本学会誌をみて技術関連の診療報酬に結びつくものを探してみる。

その方々に声をかけてみる。

- ・臨床に根付いた実践報告があるのがよいのではないか。
- ・5つ挙げたテーマをその方に声をかけて取り組んでもらう。学会として支援する。
- ・他学会では、テーマが絞りやすいので、継続してされている。
- ・この学会でも看護で認められたい診療報酬もある。この学会でフィールドワークが必要なので、プロトコルなどを支援することも1つである。
- ・本学会が技術検討会に入っているが、あり方検討会の方がいいのではないか。あり方検討会の方が何をしているのかを確認して考える。
- ・看護師はリハビリ病院の中でかなりリハビリにかかわる行動を支援しているので、それで診療報酬が取れるように声を上げる必要があるのではないか。エビデンスをつくるように実践している人に呼びかけることもよいのではないか。
- ・診療報酬の考え方が看護の場合は包括で1日いくらとなっているのではないか。それに関しては、あり方で検討している。

5) 大規模災害への支援

- ・これから継続するかどうか。
- ・大災害の規模は?これからまた起こってもどうするか。
- ・終了時期の目処を決めて支援をしてはどうか。3.11の方々の修了をみて、3, 4年間という目処はどうか。

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・専門分化し、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。確かな看護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、本地方会では、異なる分野で働いていてもお互いの顔が見えやすいという特徴を活かして、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ます。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] (下記地図参照)
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 ―」

西田 直子 先生(京都府立医科大学医学部看護学科 教授)

山本 恭子 先生(園田女子学園大学人間健康学部人間看護学科 准教授)

長 光代 先生(JA富山厚生連滑川病院 がん看護CNS)

藤本 未央 先生(日本赤十字社和歌山医療センター看護相談室 看護係長)

◇一般演題(口演・示説)

- ◆一般演題・抄録受付期限：平成24年12月10日(月)

- ◆事前参加申し込み期限：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)

*演題および参加申し込みの詳細については、一般社団法人日本看護研究学会近畿・北陸地方会ホームページでご確認ください。

◆問い合わせ先

一般社団法人日本看護研究学会

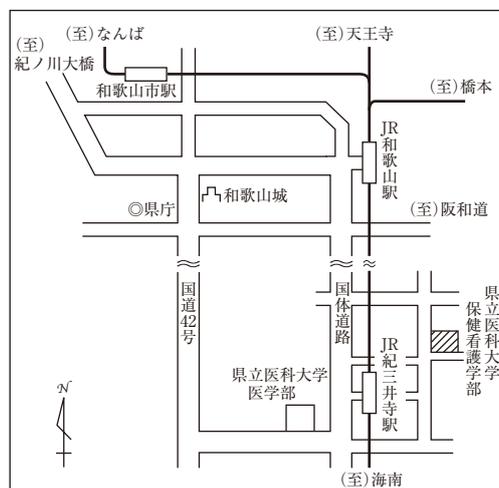
第26回 近畿・北陸地方会学術集会事務局

〒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26回 中国・四国地方学術集会のご案内

看護における研究は、看護の質の向上、看護に活かすことが求められます。
平成24年度の学術集会は、そのための「研究力」アップに焦点を当て、企画したいと考えています。
会場のある鳥取県米子市は「ゲゲゲの女房」でも知られるようになった水木しげるロードのある境港市に隣接し、皆生温泉もお楽しみいただけます。
多数の皆様にご参加いただき、活発な討議、楽しい交流をしていただけることを願っております。

第26回中国・四国地方学術集会
実行委員長 前田 隆子
(鳥取大学医学部保健学科)

テーマ：クリニカルクエスト，そして研究！

会 期：2013年3月3日（日） 9：00～16：30

会 場：鳥取大学医学部 米子キャンパス アレスコ棟

アクセス：米子駅から徒歩15分、タクシー4分、米子鬼太郎空港からタクシー20分

プログラム

◆一般演題（口演・示演）

◆特別講演：

ベッドサイドが面白い：実践と研究 最前線

紙屋 克子 先生（筑波大学名誉教授）

◆特別セミナー（学術委員会企画）：公開“研究のスタートアップ支援”

◆教育講演：

論文クリティークの意義と方法

河野あゆみ 先生（大阪市立大学 教授）

基本的な疫学研究方法論

岸本 拓治 先生（鳥取大学名誉教授，YMCA米子医療福祉専門学校校長）

心理的な研究へのつながり

井上 雅彦 先生（鳥取大学大学院 教授）

◆企業展示

◎懇親会：2013年3月2日（土） 会場：米子ワシントンホテル 会費：5,000円

演題・抄録受付：2012年10月25日（木）～11月24日（土）

参加申し込み：

	事前参加登録 2013年1月10日（木）まで	当日参加
会 員	4,000円	5,000円
非 会 員	5,000円	6,000円
学 生	1,500円	2,500円

問い合わせ先：一般社団法人日本看護研究学会 第26回 中国・四国地方学術集会事務局

〒683-8503 鳥取県米子市西町86番地

鳥取大学医学部保健学科 母性・小児家族看護学講座内 事務局担当 鈴木康江

電話：0859（38）6326，FAX：0859（38）6320

E-mail：kenkyu26@med.tottori-u.ac.jp

特長 1 静脈留置針による末梢静脈路確保手技をフルトレーニング押さえるべきポイントを網羅した実習が可能です。

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 駆血帯を巻く 2. 刺入部位の確認 3. 刺入部位の消毒 4. 静脈留置針の刺入 5. 刺入時の逆血の確認 | <ol style="list-style-type: none"> 6. 静脈圧迫操作と内針の抜去 7. 輸液チューブの接続 8. 輸液の自然滴下確認 9. 静脈留置針刺入部の固定 10. 側注管からの薬液投与 |
|--|---|

手背静脈
(背側中手静脈)
逆血の確認

特長 2 前腕正中皮静脈と手背静脈(背側中手静脈)の2か所の部位で実習できます。

特長 3 静脈留置針で行う穿刺手技に適したパッドを実現、耐久性も向上しました。



皮膚を伸展しながらの刺入が可能



静脈の圧迫操作による内針の抜去



前腕正中皮静脈
静脈留置針刺入部の固定



あらかじめ血管の怒張を表現



取扱いが簡単なパッド構造

MW 2 導尿・洗腸シミュレータ 男性・女性



NEW
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



NEW
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”



NEW
習熟度に応じたモード変更で効果的に学習が可能

US-7 胎児超音波診断ファントム “SPACEFAN-ST”



NEW
胎児超音波スクリーニングモデル登場!

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!



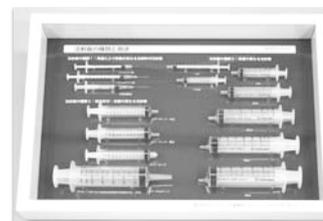
KNG-1 12023-100
実習用アンプル 2mL
(注射液タイプ)
¥25,000 (税込 ¥26,250)
KNG-2 12023-200
実習用アンプル 5mL
(注射液蒸留水タイプ)
¥25,000 (税込 ¥26,250)



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

優秀な成人教育研究に贈られる Imogene Okes 賞を受賞。

新刊

おとなの学びと変容

——変容的学習とは何か

●A5判上製 372頁 定価3,780円(本体3,600円+税)

■著者 ジャック・メジロー

■監訳者 金澤 睦(教育コンサルタント) 三輪 建二(お茶の水女子大学)

おとなの学び・成人教育のキーワードであり、P・クラントン『おとなの学びを拓く』『おとなの学びを創る』で、中心概念として説明されている「意識変容の学習」「変容的学習」は、アメリカの成人教育学者メジローが提唱したものである。本書は、長らく翻訳が希求されていたメジローの大著であり、変容的学習論の基本書である。研究者はもとより、多くの生涯学習関係の実践者や実務家に必須の書物である。

目次

まえがき・著者について

第1章 意味を生成する

第2章 意味パースペクティブ

第3章 意図的な学習

第4章 省察による意味の生成

第5章 ゆがんだ前提

第6章 パースペクティブ変容の学習がもたらす変化

第7章 変容的な成人の学習を促す

●メジローの翻訳に至るまで 金澤 睦

●解説 三輪 建二

好評発売中

●企業・自治体・看護等の研修担当者に最適の書。

変革を生む研修のデザイン

——仕事を教える人への活動理論

ユーリア・エンゲストローム著

松下 佳代/三輪 建二 監訳

A5判上製 224頁 本体2,500円

●女性問題学習・生涯学習・看護教育に携わる人の必読書。

成人女性の学習

——ジェンダーの視点からの問い直し

E.ヘイズ/D.D.フラネリー著

入江 直子/三輪 建二 監訳

A5判上製 370頁 本体3,000円

●教職大学院関係者・成人教育関係者必携の書。

省察的実践とは何か

——プロフェッショナルの行為と思考

D.ショーン著

柳沢 昌一/三輪 建二 監訳

A5判上製 454頁 本体4,000円

●成人教育の基礎理論を理解し、実践にいかす格好の書。

おとなの学びを拓く

——自己決定と意識変容をめざして

P.クラントン著

入江直子/豊田千代子/三輪 建二 監訳

A5判上製 342頁 本体3,000円

●学習者のニーズと特性に合った必要性と具体例を示す。

おとなの学びを支援する

——講座の準備・実施・評価のために

K.マイセルほか著

三輪 建二 訳

A5判上製 206頁 本体2,300円

●アンドラゴジーに関する古典的名著、待望の完訳。

成人教育の現代的実践

——ペダゴジーからアンドラゴジーへ

M.ノールズ著

堀 薫夫/三輪 建二 監訳

A5判上製 600頁 本体5,000円

●社会教育職員をはじめ専門職の研修用に最適の書。

おとなの学びを創る

——専門職の省察的実践をめざして

P.クラントン著

入江直子/三輪 建二 監訳

A5判上製 356頁 本体3,000円

●教職大学院関係者・成人教育関係者必携の書。

成人期の学習——理論と実践

S.B.メリアム/R.S.カファレラ著

立田 慶裕/三輪 建二 監訳

A5判上製 592頁 本体5,000円

鳳書房

〒157-0072 東京都世田谷区祖師谷1-25-5 TEL/FAX.03-3483-3723

日本学術会議の動き

幹事会報告

第156回幹事会（メール会議）

日時 平成24年8月7日（火）

会議の概要

審議事項

- シンポジウム1件の開催について承認されました。

第157回幹事会

日時 平成24年8月24日（金）

会議の概要

審議事項

- 東日本大震災復興支援委員会分科会委員の決定について承認されました。
- 国際委員会分科会委員及び小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並びに委員会委員、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。
- 報告「大学教育の分野別質保証のための教育課程編成上の参考基準：経営学分野」の決定について承認されました。
- 日本学術会議の行う国際学術交流事業の実施に関する内規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の決定について承認されました。
- 第13回アジア学術会議に関するタイ科学協会との事前打合せに会員を派遣することについて承認されました。
- AASSA（The Association of Academies and Societies in Asia）設立会合へ会員を派遣することにつ

いて承認されました。

- 医師の専門職自律の在り方に関する検討委員会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委員及び分科会委員の決定について承認されました。
- 外部委員候補者の推薦について承認されました。
- 賞受賞候補者の推薦について承認されました。
- シンポジウム等9件の開催及び国際会議4件、国内会議8件の後援が承認されました。

平成24年10月中旬以降に開催されます公開講演会・シンポジウム等の詳細につきましては、Information Plaza 又は日本学術会議ホームページをご覧ください。

Information Plaza 情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成24年10月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆「東日本大震災からの農林水産業と地域社会の復興」

日時 平成24年10月13日（土）10時00分～17時00分

場所 東京大学弥生講堂

次第 「農地における塩害の概況と修復」 南條正巳

「畜産業の復興と放射線汚染」 眞鍋 昇

「水産業における震災からの復興」 八木信行

「津波被災農地の雑草植生と復旧に向けた植生管理について」 小笠原 勝

「食糧生産地域再生のための先端技術の展開」

日本学会の動き

西郷正道

「震災復興を担う木造建築における地域材の活用
の意義と可能性」板垣直行

「津波被災地のコミュニティ再生の現状と課題」

広田純一

◆「雇用崩壊とジェンダーに関するシンポジウム」

日時 平成24年10月13日(土)13時00分～17時00分

場所 日本学会議講堂

次第 「非正規雇用問題・パート派遣について」中野麻美

「男女賃金格差について」竹信三恵子

「専門職の非正規問題」桃井眞理子

「国際比較の観点から」田宮遊子

◆「現代への視点と世界史像の再構築」

日時 平成24年10月20日(土)13時30分～17時30分

場所 学習院大学北2号館10階会議室

次第 「世界の構造変動と歴史学の課題」水島 司

「世界史教科書のなかの朝鮮史叙述」糟谷憲一

「大学入試と世界史」近藤一成

「世界史授業で中国現代史をどう教えているか」

江里 晃

◆「福島原発事故による放射線被ばく—今後の対策と健康管理」

日時 平成24年10月25日(木)13時00分～15時00分

場所 山口市市民会館

次第 「放射性物質による環境汚染と被ばく経路」

森口祐一

「福島県における県民健康管理調査の概要」

安村誠司

「東京電力福島第一原子力発電所サイト内作

業者の放射線防護と健康管理」櫻田尚樹

「放射線の健康リスクに対する現状認識とそ
の防護の考え方」甲斐倫明

◆「材料工学の温故知新」

日時 平成24年10月27日(土)13時30分～18時00分

場所 日本学会議講堂

次第 「金属材料の構造制御と材料機能」増本 健

「課題達成を求められる時代と材料研究」

北澤宏一

「材料強度—Performance: 診断予測と材料評価」

岸 輝雄

「素材プロセスの歴史と課題」増子昇

◆「経済政策史資料保存促進のために、いま何が必要か?—公文書管理法と現代経済史・経営史資料—」

日時 平成24年11月4日(日)9時00分～12時00分

場所 明治大学駿河台校舎

次第 「経済政策史資料保存促進のために」

尾高煌之助

「パネル・ディスカッション」

中村尚史/尾高煌之助/高山正也/石原一則/

阿部武司/吉川 容/瀬畑 源/湯沢 威

◆「福島原発事故による放射能汚染と森林・木材」

日時 平成24年11月7日(水)13時00分～17時00分

場所 日本学会議講堂

次第 「福島県の森林放射性セシウム汚染の実態と

長期モニタリング(仮)」高橋正通

「森林および土壌の放射能汚染と移行の実態

(仮)」恩田裕一

「チェルノブイリに学ぶ長期生態系影響」吉田 聡

「木材への放射線セシウム移行と安全な木製品利用」外崎真理雄

「森林の除染と林業活動」中村道人

「今後の森林管理と林業の課題(仮)」丹下 健

◆「第15回情報論的学習理論ワークショップ
(IBIS2012)」

日時 平成24年11月7日(水)～9日(金)

場所 大学共同利用機関法人情報・システム研究機構
統計数理研究所

次第 鷲尾 隆／山西健司 他

◆情報学による未来社会のデザインシンポジウム

「第1回 大量データにもとづく未来社会のデザイン」

日時 平成24年11月8日(木)10時00分～18時00分

場所 学術総合センター 一橋講堂

次第 「ITが拓く新しい社会の可能性」中島秀之

「学習科学研究：評価とプロセス分析の狭間を埋める」三宅なほみ

「一般意志2.0 データ民主主義の可能性と限界」東 浩紀

◆「大規模計算科学シンポジウム」

日時 平成24年11月8日(木)10時00分～18時40分

場所 日本学術会議講堂

次第 Plenary Lectures 1 (Nano)

戎崎俊一／Mauro BOERO／Josef MICHL／

Aiichiro NAKANO

Plenary Lectures 2 (Bio)

岡本祐幸／Moon Ki KIM／

Karrisa SANBONMATSU／Weitao.YANG

Pre-lectures for Panel Discussion (1)

佐藤哲也／今田正俊／尾形修司／中辻 博／
長岡正隆

Pre-lectures for Panel Discussion (2)

渡辺 貞／青木百合子／北尾彰朗／諸熊奎治／

白井英之／吉村 忍

Panel Discussion

矢川元基 他

◆「海洋放射能汚染に関する国際シンポジウム

—海洋へ与える福島原発事故の影響を探る—

日時 平成24年11月12日(月)～14日(水)

場所 東京大学本郷キャンパス 山上会館大会議室、
伊藤謝恩ホール

◆「植物保護科学におけるゲノム科学の利用」

日時 平成24年11月13日(火)13時00分～17時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 「植物の環境ストレス応答機構の解明と分子育種への応用」篠崎和子

「植物の環境ストレス応答におけるエピジェネティック制御」関 原明

「スルホニルウレア系除草剤に対する抵抗性の獲得とALS遺伝子ファミリー」汪 光熙・富永 達

「農業・ゲノムハイブリッド技術による作物保護の現状と展望」清水 力

「アルタナリア病原菌の植物寄生性を決定するCD染色体の比較ゲノミクス」栢植尚志

「害虫の薬剤防除における課題：ゲノム科学からのアプローチ」野田博明

日本学術会議の動き

幹事会報告

第158回幹事会（メール会議）

日時 平成24年8月31日（金）

会議の概要

審議事項

- 東日本大震災復興支援委員会分科会委員の決定について承認されました。

第159回幹事会（持ち回り）

日時 平成24年9月9日（日）

会議の概要

審議事項

- 回答「高レベル放射性廃棄物の処分について」を日本学術会議会則第2条第5号の「回答」として取り扱うことについて承認されました。

第160回幹事会（持ち回り）

日時 平成24年9月14日（金）

会議の概要

審議事項

- 日本学術会議連携会員の辞職の承認について同意することについて承認されました。

第161回幹事会

日時 平成24年9月21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及び分科会委員の決定について承認されました。
- 原子力利用の将来像についての検討委員会の設置

及び運営要綱の決定について承認されました。

- 選考委員会の運営要綱の一部改正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並びに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。
- 科学・技術のデュアルユース問題に関する検討委員会設置要綱の一部改正及び委員（特任連携会員）の任期の延長について承認されました。
- 補欠の会員候補者について選任し、総会に提案することについて承認されました。
- 補欠の会員の所属部について決定し、総会に提案することについて承認されました。
- 補欠の連携会員の候補者の決定について承認されました。
- 「日本学術会議分野別委員会及び分科会等について」の一部改正について承認されました。
- 「部及び課題別委員会による勧告・要望・声明・提言・報告の作成手続きに関するガイドライン」の一部改正について承認されました。
- 国際ワークショップ“Capacity and Leadership Development in Nutritional Sciences”へ派遣を行うこと及び国際業務に参画するための会員（特任連携会員）の決定について承認されました。
- トルコ共和国大統領に向けた嘆願書の提出の決定について承認されました。
- 日本学術会議の活動状況等に関する年次報告書（平成23年10月～平成24年9月）の決定について承認されました。
- 地区会議構成員の所属地区の変更の決定について承認されました。
- シンポジウム等12件の開催並びに国際会議3件及び国内会議の後援について承認されました。

平成24年11月中旬以降に開催されます公開講演会・シンポジウム等の詳細につきましては、Information Plaza又は日本学術会議ホームページをご覧ください。

Information Plaza 情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成24年11月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆「海洋放射能汚染に関する国際シンポジウム

—海洋へ与える福島原発事故の影響を探る—

日時 平成24年11月12日(月)～14日(水)

場所 東京大学本郷キャンパス 山上会館大会議室、
伊藤謝恩ホール

◆「植物保護科学におけるゲノム科学の利用」

日時 平成24年11月13日(火)13時00分～17時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 「植物の環境ストレス応答機構の解明と分子育種への応用」 篠崎和子

「植物の環境ストレス応答におけるエピジェネティック制御」 関 原明

「スルホニルウレア系除草剤に対する抵抗性の獲得と ALS 遺伝子ファミリー」

汪 光熙・富永 達

「農業・ゲノムハイブリッド技術による作物保護の現状と展望」 清水 力

「アルタナリア病原菌の植物寄生性を決定する

CD 染色体の比較ゲノミクス」 柘植尚志

「害虫の薬剤防除における課題：ゲノム科学からのアプローチ」 野田博明

◆「ICT を生かした社会デザインと人材育成」

日時 平成24年11月16日(金)13時30分～17時10分

場所 日本学術会議講堂

次第 「基調講演」 岡村久道

「クラウド時代の法制度とイノベーション、人材育成」 下條真司／山口 英／江崎 浩／林 絃一郎

◆「犯罪と被害防止に貢献する心理学」

日時 平成24年11月17日(土)14時00分～16時30分

場所 東京大学駒場キャンパス 13号館

次第 「司法面接の実践と問題」 仲 真紀子

「加害防止のための対人関係能力育成プログラム」 小泉令三

「心理学を使って犯罪を捜査する」 越智啓太

◆「負の連鎖を断ち切ることはできるのか

—児童虐待からの再生—

日時 平成24年11月18日(日)14時00分～17時00分

場所 同志社大学今出川キャンパス 明德館

次第 「子どもは変わる・大人も変わる—児童虐待からの再生」 内田伸子

「いやされない傷—児童虐待と傷ついていく脳」

友田明美

「子どもの虐待と心の回復の指標」 仁平義明

◆「古典と伝統知」

日時 平成24年11月18日(日)14時40分～17時40分

日本学術会議の動き

場所 京都大学稲盛財団記念館
次第 「過去の聖賢への負債：過去から未来へと紡ぎだす知の営み」丸井 浩
「未定」宮本久雄
「近代の施行の反省と伝統知：過去と未来を結ぶ古典の言葉」手島勲矢
「未定」池田 修
「伝統知としての和の思想」井出 元

◆「先進的インビロサイエンス研究の推進」

日時 平成24年11月19日(月)14時00分～18時00分
場所 北海道大学医学部学友会館 フラテホール
次第 「非侵襲機能画像法による高次脳機能解析」
宮下保司
「シナプス制御分子から脳高次機能と精神疾患へ」三品昌美
「消化管炎症と運動機能障害：運動と免疫機能を担う筋系細胞の生理と病態」尾崎 博
「薬物動態の予測に基づく創薬支援システムの確立」杉山雄一
「新しい心臓研究のツールとしての心臓シミュレータ“UT-Heart”」杉浦清了

◆「東日本大災害がもたらした食糧問題を考える」

日時 平成24年11月21日(水)13時20分～17時30分
場所 日本学術会議講堂
次第 「農地の放射能汚染の実態と除染の試み」
澁澤 栄
「作物の放射能汚染とその対策」藤原 徹
「水産物のサプライチェーンの復旧・復興における問題点」渡部終五
「内部被ばくによる健康リスク」山下俊一

「食品中の放射性物質に対する消費者意識とリスクコミュニケーション」中嶋康博

◆「第16回キャビテーションに関するシンポジウム」

日時 平成24年11月23日(金)～24日(土)
場所 金沢工業大学 扇が丘キャンパス
次第 「水力機械に発生する不安定現象」辻本良信
「Bubble dynamics and cavitation in non-Newtonian fluids」Emil-Alexandru Brujan
「CFDによるキャビテーション流れ解析の課題」
加藤千幸

◆「タバコをやめれば笑顔が戻る」

日時 平成24年11月24日(土)14時30分～16時30分
場所 国立京都国際会館
次第 「受動喫煙防止の先進事例」小林良彰
「タバコの健康影響」矢野栄二
「タバコフリー政策の国際潮流」望月友美子
「脱タバコー歯科医療システム活用のインパクト」
長尾 徹

◆「日本の復興・再生に向けた産学官連携の新しいありかた」

日時 平成24年11月26日(月)13時00分～17時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「学術と産業を結ぶ基盤研究および人材育成の強化」荒川泰彦
「産業構造の変革に向けた新しい産学官連携のあり方」中村道治
「中小・ベンチャー企業の期待する今後の産学官連携」吉川誠一
「第4期科学技術基本計画における産学官連携

の位置づけ」奥村直樹

◆「巨大災害から生命と国土を護る」

日時 平成24年11月29日(木)13時00分～18時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 テーマ1：想定される巨大災害と国土づくり

テーマ2：巨大災害に強い地域・まちづくり

テーマ3：巨大災害に今どう備えるか

テーマ4：自然災害と国土保全

◆「脳と意識」

日時 平成24年12月1日(土)13時00分～17時40分

場所 日本学術会議講堂

次第 「意識を越えて－問題解決者としての人間像」

安西祐一郎

「「意識」はいつから立ち上がるのか：発達認知科学からの挑戦」開一夫

「脳と無意識～潜在過程から意識を見る」

下條信輔

「記憶のメカニズム：意識のおももとしての記憶」井ノ口馨

「社会的認知機能の脳内メカニズム」河村満

「統合失調症における意識の障害とその神経現象」神庭重信

◆日本学術会議九州・沖縄地区会議主催講演会

「高齢化社会の健康食品と医療技術（仮）」

日時 平成24年12月7日(金)14時00分～16時40分

場所 佐賀大学

次第 「脳科学研究の展開－ラボから日常生活へ－（仮）」堀川悦夫

「食品機能と健康長寿（仮）」柳田晃良

「整形外科発のあたらしい再生医療（仮）」

中山功一

◆「第2回計算力学シンポジウム」

日時 平成24年12月10日(月)13時00分～18時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「非平衡・生体膜MD：超音波治療研究への展開」

越山顕一郎

「線形問題に対する精度保証付き数値計算」

荻田武史

「鋼の脆性破壊発生子測のためのマルチスケールモデルの構築」柴沼一樹

「タンパク質全電子波動関数の超並列計算戦略」

平野敏行

「動弾性学における周期多重極法とCalderon

の式に基づく前処理について」飯盛浩司

「Space-Time Fluid-Structure Interaction:

Technologies and Applications」滝沢研二

「水素に影響された格子欠陥が誘起する変形・

破壊挙動変化に関する原子モデル解析」

松本龍介

◆「第3回国際北極研究シンポジウム」

日時 平成25年1月14日(月)～17日(木)

場所 日本科学未来館

◆「第62回理論応用力学講演会」

日時 平成25年3月6日(水)～8日(金)

場所 東京工業大学大岡山キャンパス

日本学術会議の動き

幹事会報告

第162回幹事会（メール会議）

日時 平成24年10月19日（金）

会議の概要

審議事項

- パネル討論1件の開催について承認されました。

第163回幹事会

日時 平成24年10月26日（金）

会議の概要

審議事項

- 東日本大震災復興支援委員会福島復興支援分科会を地方で開催すること及び分科会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委員会の設置及び運営要綱の決定について承認されました。
- 大学教育の分野別質保証委員会委員及び企画連絡分科会委員の決定について承認されました。
- 原子力利用の将来像についての検討委員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分科会等委員の決定について承認されました。
- 第一部大型研究計画検討推進分科会及び第二部生命科学における公的研究資金のあり方検討分科会の設置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設置要綱の一部改正及び委員（特任連携会員）の任期の延長について承認されました。
- 日本の経済政策の設計と具体化検討委員会設置要綱の一部改正及び委員（特任連携会員）の任期の

延長について承認されました。

- 医師の専門職自律のあり方に関する検討委員会委員（特任連携会員）の決定について承認されました。
- 提言「我が国の研究評価システムの在り方～研究者を育成・支援する評価システムへの転換～」を会則第2条第3号の「提言」として取り扱うことについて承認されました。
- 日本学術会議の運営に関する内規（平成17年10月4日幹事会決定）の一部改正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）運営委員会に会員を派遣することについて承認されました。
- 第1回ICSU Scientific Committee Programme on Urban Health and wellbeingに会員を派遣することについて承認されました。
- Future Earthアジア太平洋地域ワークショップに会員を派遣することについて承認されました。
- シンポジウム等14件の開催並びに国際会議1件及び国内会議1件の後援について承認されました。

平成24年12月中旬以降に開催されます公開講演会・シンポジウム等の詳細につきましては、Information Plaza又は日本学術会議ホームページをご覧ください。

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12月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆「第2回計算力学シンポジウム」

日時 平成24年12月10日(月)13時00分～18時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「非平衡・生体膜MD:超音波治療研究への展開」
越山顕一郎

「線形問題に対する精度保証付き数値計算」

萩田武史

「鋼の脆性破壊発生予測のためのマルチスケールモデルの構築」柴沼一樹

「タンパク質全電子波動関数の超並列計算戦略」
平野敏行

「動弾性学における周期多重極法とCalderonの式に基づく前処理について」飯盛浩司

「Space-Time Fluid-Structure Interaction: Technologies and Applications」滝沢研二

「水素に影響された格子欠陥が誘起する変形・破壊挙動変化に関する原子モデル解析」

松本龍介

◆「International Symposium on Future Asia」

日時 平成24年12月13日(木)～14日(金)

場所 総合地球環境学研究所

次第 「問題は何か」安成哲三

「地域からの問題発信」氷見山幸夫

「各国からの発信、日本からの提言」

大西 隆/矢原徹一

「ICSU-Asia-Pacific Future Earth 会議からの報告」山形俊男

「アジアにおける環境問題と自然災害問題」

春山成子

「アジアにおける“科学—社会の結合”の展望」

谷口真人

◆日本学術会議中部地区会議学術講演会

「生命科学・地球科学からのメッセージ」

日時 平成24年12月14日(金)13時00分～16時00分

場所 岐阜大学全学共通教育講義棟

次第 「生命の継承：減数分裂を制御する分子メカニズム」山本正幸

「山のでき方、こわれ方：付加体造山論と山体重力変形地形」小嶋 智

「本格的な再生医療の時代はいつ来るのか：幹細胞を用いた細胞治療の実現化」國貞隆弘

◆「デュアルユース問題とBSL4施設シンポジウム」

日時 平成24年12月14日(月)13時30分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「DU問題に関する日本学術会議での議論の経緯と統括」岡本 尚

「DU問題のこれまでの流れ」四ノ宮成祥

「海外のBSL4施設での実験の状況」高田礼人

「世界および国内のBSL4施設の現況」

倉田 毅

「合成生物学とデュアルユース問題」木賀大介

「Brain Machine InterfaceとDU問題」

川人光男

日本学術会議の動き

◆「地域研究の『粋』を味わう

—現地から中国、東南アジア、アフリカ、中東を読む—

日時 平成24年12月19日(水)13時00分～18時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「基調講演」酒井啓子／武内進一

「地域研究としての中国研究」国分良成

「ベトナムの小村バックコックを舐める」

桜井由躬雄

「アフリカから多文化・多民族共生の技法を学ぶ」

松田素二

「地域研究における私的なものと公的なもの」

長沢栄治

◆「第3回国際北極研究シンポジウム」

日時 平成25年1月14日(月)～17日(木)

場所 日本科学未来館

◆「物性物理学・一般物理学の未来を語る」

日時 平成25年1月15日(火)9時45分～17時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 「光と物質の科学の展開」五神 真

「プラズマ物理の未来」藤原彰英

「大強度レーザーが切り開く基礎科学」

疇地 宏

「放射光・中性子線を用いた物質科学の未来」

有馬孝尚

「強磁場センター構想と物質科学の未来」

野尻浩之

「元素戦略による物質科学研究」玉尾皓平

「量子情報科学の展望」山本喜久

「非定常現象の統計物理学」高安秀樹

◆「無機化学の現状と未来：

若い世代が切り開く新しいサイエンス」

日時 平成25年1月17日(木)～19日(土)

場所 岡崎コンファレンスセンター

次第 錯体及び有機金属化学の現在と将来

テーマ：無機物性材料／多孔性／触媒／ナノ粒子／

錯体

◆「東日本大震災とマイノリティー・高齢者・障害者・外国人などに関して問わなければならないこと」

日時 平成25年1月27日(日)13時30分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「震災と外国にルーツを持つ人びと」

鈴木江理子

「震災と障害を持つ人びと」立岩真也

「震災と高齢者／子ども」和気純子

「震災・メディア・情報難民」遠藤 薫

◆「ICT（情報通信技術）の将来展望と課題解決に向けて—期待される人材とその育成方策」

日時 平成25年1月30日(水)13時00分～17時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 「オリジナリティの発現力に富む科学技術人

材の育成について」保立和夫

「工学教育への期待」辻 篤子

「ICT分野の将来展望学」宮原秀夫

◆「第62回理論応用力学講演会」

日時 平成25年3月6日(水)～8日(金)

場所 東京工業大学大岡山キャンパス

次第 特別講演／パネルディスカッション／

オーガナイズドセッション／一般セッション

◆「情報をライフラインに」

日時 平成25年3月7日(木)

場所 東北大学川内キャンパス

次第 「災害に強いワイアレス通信 (仮)」安達文幸

「地震防災におけるビッグデータ (仮)」

青井 真

◆「[若手研究者問題]と[情報系]～日本学会会議
若手アカデミー委員会企画パネル討論～」

日時 平成25年3月7日(木) 10時00分～12時00分

場所 東北大学川内キャンパス

次第 「パネル討論」

住井英二郎／榎木英介／賀沢秀人／駒井章治／

松岡 聡／森本典繁／横山広美

◆「医学研究における利益相反マネジメントの
在り方を考える」

日時 平成25年3月7日(木) 14時00分～17時30分

場所 東京医科歯科大学 M&Dタワー

鈴木章夫記念講堂

次第 「研究班と本調査研究について」水谷修紀

「臨床研究COIの重要性」文部科学省科学技
術・学術政策局

「学会の取組み(日本医学会の活動について)」

曾根三郎

「研究者の立場から臨床研究におけるCOIマ
ネジメントへの対応について」宮坂信之

「医学研究COIマネジメントガイドライン発表」

飯田香緒里

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られる場合は、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「投稿規程」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「投稿規程」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。

投稿規程に「原稿が刷り上がりで10頁以下の場合は、掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は、所定の料金を徴収する」と定められている。

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

この要項は、昭和59年12月1日より発効する。

付 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成10年7月30日 一部改正実施する。
- 4) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 5) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。
- 7) 平成21年8月2日 一部改正実施する。
- 8) 平成21年11月5日 一部改正実施する。
- 9) 平成23年9月30日 一部改正実施する。

(注)

1. 論文目録

日本看護研究学会雑誌に掲載された原著論文および研究報告等，全ての論文について原稿種類別，巻号別，掲載順にまとめた。

著者名：標題，英文標題，巻（号），掲載頁，発行年（西暦），の順に掲載した。

2. 著者索引

原著論文および研究報告等，全ての論文の著者名をあいうえお順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。なお，筆頭著者の巻（号）はゴチック体にした。

3. 事項索引

論文ごとに，その標題より若干の用語を選定した。配列は邦文をあいうえお順，次に欧文をアルファベット順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。

1. 論文目録

第 35 卷

[原著]

土本千春, 稲垣美智子: 一人暮らしの 2 型糖尿病患者にとっての「家族」, The Perception of Type 2 Diabetes Patients about Their Families, 35(1), 57-66, 2012.

林 智子: “否認” という無意識の患者心理理解における看護師の思考過程の分析 — 患者心理推測から看護援助へ —, Nurses' Thinking Process in Understanding Patients' Unconscious Denial, 35(1), 67-78, 2012.

三國裕子, 一戸とも子: 看護学生の批判的思考態度に関する研究 — 看護学生および看護教育機関における特徴 —, A Study on the Critical Thinking Disposition of Nursing Students — Characteristics in Nursing Students and Nursing Education Institutions —, 35(1), 79-88, 2012.

霜山 真, 古瀬みどり: 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, 35(2), 1-10, 2012.

水越秋峰, 白尾久美子: 結腸がん患者の手術から初回外来までの回復過程における体験, Experience of Colon Cancer Patients in the Post-operative Recovery Process until Their First Outpatient Visits, 35(4), 1-11, 2012.

竹内陽子, 長谷川雅美: 前頭側頭型認知症の特徴を活かした構造化プログラムの有用性に関する研究, Study Regarding the Usefulness of Structured Program that Made Use of the Characteristics of Frontotemporal Dementia, 35(4), 13-24, 2012.

山根友絵, 百瀬由美子, 松岡広子: 要支援一人暮らし男性高齢者のサポート獲得プロセス, How Elderly Men that Live Alone and Are Certified in the Tow Lowest Levels of Required Care under the Long-Term Care System Obtain Support, 35(5), 1-11, 2012.

永田 明, 長谷川雅美: 日本の一医療機関で生体肝移植ドナーを体験した人々の「口を閉ざす行動」の背景にある文化, Culture Behind “Clam Up Behavior” among Donors Who Received Living Liver-Transplantation at a Hospital in Japan, 35(5), 13-24, 2012.

山田隆子, 秋元典子: アルコール性肝障害入院患者が断酒を決意し断酒を継続するプロセス, The Process for Inpatients with Alcoholic Liver Diseases to Decide to Stop and Continue Abstaining from Drinking, 35(5), 25-34, 2012.

[研究報告]

駿河絵理子: 褥婦のストレスに対するリフレクソロジー実施後の心理的・生理的反応の検討, Evaluation of Psychological and Physiological Reaction of Reflexology on Postpartum Stress, 35(1), 89-98, 2012.

高橋方子, 布施淳子: 訪問看護師による在宅療養高齢者の終末期医療に対する意思把握の方法, Visiting Nurse's Skills for Understanding of Home Resident Elderly Patients' Will with Regard to Terminal Care, 35(1), 99-105, 2012.

三枝幸子, 細川美香, 中澤美樹, 舟越和代, 三浦浩美: 初めて緊急入院した子どもに付き添う母親の思い, *Feelings of Mothers Accompanying Children Emergently Admitted to Hospital for the First Time*, 35(1), 107-116, 2012.

桑田恵美子, 古瀬みどり: 緩和ケア外来で疼痛コントロールを行っているがん患者の家族のケア行動, *Care Behaviors of Families of Cancer Patients who are Receiving Pain Control through Outpatients Palliative Care*, 35(1), 117-125, 2012.

西原みゆき, 山口桂子: 看護学生の「子ども理解」評価尺度の開発 — 3年課程看護専門学校学生を対象として —, *Development of an Evaluation Scale related to the Understanding of Children by Nursing Students — Targeting Students of Three-Year Courses at Nursing Vocational Schools —*, 35(1), 127-136, 2012.

荒木晴美, 新鞍真理子, 炭谷靖子: 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*, 35(2), 11-18, 2012.

眞鍋えみ子, 小松光代, 和泉美枝, 倉ヶ市絵美佳, 橋元春美, 北島謙吾, 岡山寧子: 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, *Correlation between Sense of Coherence and Satisfaction and Work Environment and Nursing Clinical Skills among Nurses at University Hospitals*, 35(2), 19-25, 2012.

黒田充里, 古瀬みどり: 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*, 35(2), 27-34, 2012.

岡田(北村)奈津子, 山元由美子: 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*, 35(2), 35-46, 2012.

山本美紀, 村林 宏, 大森行雄, 休波茂子: 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, *To Evaluate the Use of Visualization and Oral Care Oral Bacteria Using Fluorescent Dye*, 35(2), 47-53, 2012.

妹尾鮎美, 三木明子: 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, *Development of Mentoring Function Scale for Nurses, and Evaluation of Its Reliability and Factorial Validity*, 35(2), 55-61, 2012.

小藤祐子, 野村 香, 中山周子, 山崎松美: 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*, 35(2), 63-69, 2012.

佐藤幸子, 遠藤恵子, 佐藤志保: 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*, 35(2), 71-77, 2012.

山口恵子, 稲垣美智子: 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*, 35(2), 79-90, 2012.

北岡和代, 落合富美江, 内田真紀, 橋本智江, 寺井孝弘: 『'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*, 35(2), 91-101, 2012.

出村佳美, 岩田浩子: 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*, 35(2), 103-112, 2012.

武田啓子, 渡邊順子: 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, *Factors Related to Low Back Pain, Physical Posture, Psychological Attitude, and Social Attitude in Female Nurses*, 35(2), 113-122, 2012.

石井千有季, 山田和子, 森岡郁晴: 教育入院後に再入院した2型糖尿病患者の特徴と再入院に至る要因, *Characteristics of Type 2 Diabetic Patients Rehospitalized after "Education Hospitalization" - A Program to Establish a Treatment Plan for the Patient that Includes the Acquisition of Knowledge of the Disease Itself, a Medication Regimen, and a Diet and Exercise Routine - and Factors Related to Rehospitalization of Patients*, 35(4), 25-35, 2012.

金子眞由美, 乗松貞子: 腰背部温罨法における湿熱法と乾熱法によるリラクセーション効果の比較, *Comparison between the Relaxation Efficacy of the Moist-heat Method and Dry-heat Method of Lower-back Hot Fomentation*, 35(4), 37-46, 2012.

松田春華, 小川智子, 塚田理奈, 児玉友紀, 山崎亜希子, 小迫由佳, 宮本啓代, 森本美智子: 女子大学生における睡眠の質に影響する要因の検討, *Factors that Affect Quality of Sleep in Female University Student*, 35(4), 47-55, 2012.

酒井綾子, 水野正之, 濱本洋子, 佐藤鈴子: 前立腺がん患者の性に関する看護援助の実態と看護援助経験をもつ看護師の認識, *Sexuality as an Aspect of Nursing Care for Prostate Cancer Patients and the Awareness of Nurses Providing Such Care*, 35(4), 57-64, 2012.

灘波浩子, 小池 敦, 若林たけ子: 7対1看護配置が看護師の仕事ストレス、疲労蓄積度および職務継続意思に及ぼす影響, *Effects of a 7:1 Patient-to-Nurse Staffing Ratio on Nurses' Stressors, Accumulated Fatigue, and Intention to Continue Working*, 35(4), 65-74, 2012.

原 祥子, 實金 栄: 介護老人保健施設における認知症ケアガイドラインの開発, *Development of Guidelines for Dementia Care in Geriatric Health Service Facilities*, 35(4), 75-81, 2012.

山本真実, 門間晶子, 古澤亜矢子, 大橋幸美, 森阿紀子, 浅野みどり: 自閉症スペクトラム障がいの子どものもつ母親たちの支え合い —「仲間を勇気づけるレッスン」—, *Mutual Support in the Narratives of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder: The Lesson of Encouraging Other People*, 35(5), 35-43, 2012.

濱野香苗, 堀内啓子: 離島在住高齢者のQOLへのインフォーマルサポート等の関連, *Relevance of Informal Support and Other Services to the Quality of Life of the Elderly Population on a Remote Island*, 35(5), 45-55, 2012.

片山泰佑, 簀持知恵子: インターフェロン療法を提案されたC型慢性肝炎患者の意思決定とその要因, *Decision-making for Interferon Therapy and Their Factors in Patients with Chronic Hepatitis C*, 35(5), 57-66, 2012.

梶谷 (柴) 麻由子, 内田宏美, 津本優子: 中堅看護師のセルフマネジメントとその関連要因, *Self-management Ability and its Influence Factors in Knowledgeable Nurses*, 35(5), 67-74, 2012.

榎本聖子, 松下祥子, 河原加代子: 強化インスリン療法以降の糖尿病児童生徒に対する養護教諭の支援に関する現状分析: 埼玉県における調査から, *An Analysis of Support for Diabetic School Children by Yogo Teachers since the Adoption of Intensive Treatment: Investigation in Saitama Prefecture*, 35(5), 75-85, 2012.

木村克典, 松村人志: 精神科病棟看護師の諸葛藤の解析結果が示す精神科看護の現状とその改善のための方策, *Nursing in Psychiatric Hospital Inpatient Wards: An Analysis of Nurses' Conflicts in the Present Situation and a Proposal for Improvement*, 35(5), 87-96, 2012.

渡邊久美, 野村佳代, 國方弘子, 折山早苗, 村上礼子: 一般訪問看護師による精神疾患をもつ利用者と家族への防御ラインを察知した接近法, *Strategies to Overcome the Perceived 3-Stage Defense Line between General Visiting Nurses and Both Psychiatric Patients and their Families*, 35(5), 97-104, 2012.

[技術・実践報告]

猫田泰敏: 疫学講義におけるクリッカーの使用と学生の反応, *Use of Clickers in an Epidemiology Lecture and the Students' Reactions*, 35(1), 137-143, 2012.

酒井桂子, 坂井恵子, 坪本他喜子, 小泉由美, 久司一葉, 木本未来, 河野由美子, 橋本智美, 北本福美: 健康な女性に対するタクティールケアの生理的・心理的効果, *Physio-Psychological Effect of Massage with Tactile Care for Healthy women*, 35(1), 145-152, 2012.

堤 雅恵, 小林敏生, 影山隆之: 要介護高齢者の睡眠/覚醒判定における睡眠日誌の有用性 — アクチグラムとの同時測定による検討 —, *Usefulness of Sleep Log in Sleep/Awake Assessment of Frail Elderly People: A Comparison with Simultaneous Recorded Actigraphy*, 35(4), 83-89, 2012.

小泉由美, 河野由美子, 久司一葉, 木本未来, 坂井恵子, 酒井桂子, 坪本他喜子, 橋本智美, 北本福美: タクティールケア実践記録からみる効果の内容分析, *Effects of Tactile Care by the Content Analysis of the Practice Record*, 35(4), 91-99, 2012.

吉川千鶴子, 中嶋恵美子, 須崎しのぶ, 山下千波, 川口賀津子: 看護技術教育のブレンディッドラーニングにおけるeラーニングシステム活用に関する研究, *Study of the Utilization of an e-Learning System with a Blended Learning Approach for Nursing Skills Education*, 35(5), 105-115, 2012.

[総説]

渡部節子, 長田 泉, 今津陽子, 五木田和枝: 日本における感染防護具としての手袋に関する研究の現状と課題 — 1994～2008年 —, *Current State of and Issues in Research Related to the Use of Gloves for Protection against Infection: 1994-2008*, 35(1), 153-157, 2012.

塚本尚子, 船木由香: がん患者の心理的適応に関する研究の動向と今後の展望 — コーピング研究から意味研究へ —, *Research Trends in Cancer Patients' Psychological Adaptation and Recommendations for Future Studies — From Coping with Cancer Patients' Distress to the Meaning of Their Experience —*, 35(1), 159-166, 2012.

[資料・その他]

古瀬みどり, 松浪容子: 在宅人工呼吸療養者をケアする訪問看護師のスキルアップを目的としたセミナーの効果, *Effect of the Seminar with the Aim of Developing Skills of Visiting Nurses Who Care for Home Artificial Ventilation Patients*, 35(1), 167-173, 2012.

大島 操, 赤司千波, 柴北早苗: 介護付有料老人ホームと認知症グループホームにおける終末期ケアおよび看取りの現状と看護職者の思い, *Actual Condition of End-of-life Care and Terminal Care Provided to Elderly Residents at Private Assisted-living Nursing Homes and Group Homes for Elderly with Dementia and the Attitudes of Nurses*, 35(1), 175-181, 2012.

吉田理恵: 看護業務におけるリスクテイキング行動とその関連要因の検討, *Risk-Taking Behavior in Nursing Practice and Related Factors*, 35(1), 183-194, 2012.

大西香代子, 中原 純, 北岡和代, 中野正孝, 大申靖子, 田中広美, 藤井博英: 日本とイングランドの精神科看護師が体験している倫理的悩みの比較 — MDS尺度精神科版を用いて —, *Comparison of Moral Distress Experienced by Psychiatric Nurses in Japan and England: Measured by MDS-P*, 35(4), 101-107, 2012.

渡邊生恵, 杉山敏子: 一般病床患者と看護師による療養環境評価の特性, *Differences in the Inpatients' and Nurses' Evaluation of the Hospital Environment*, 35(5), 117-128, 2012.

八尋陽子, 中井裕子, 東あゆみ: 外来がん化学療法を受ける患者の心理的側面に関する文献検討 — 対象論文を和文献に限定して —, *A Literature Review of Studies Examining the Psychological Aspects of Cancer Patients Receiving Outpatients Chemotherapy — References Limited to Only Japanese Literature —*, 35(5), 129-136, 2012.

[報告]

石井トク, 川口孝泰, 近田敬子, 江守陽子, 野口恭子: 研究倫理委員会2011年度活動報告, なし, 35(4), 109-112, 2012.

[奨学会助成金研究報告]

本多容子, 阿曾洋子, 伊部亜希, 片山 恵, 田丸朋子: 「特定高齢者」対象の『転倒予防教室』における運動前の足浴の転倒リスク軽減効果の検証, *A Study of Effects of Foot Bath before Exercise on Fall Prevention*, 35(5), 137-144, 2012.

2. 論文著者検索

あ

赤司千波 35(1) 175
 秋元典子 35(5) 25
 浅野みどり 35(5) 35
 阿曾洋子 35(5) 137
 荒木晴美 35(2) 11

い

石井千有季 35(4) 25
 石井トク 35(4) 109
 和泉美枝 35(2) 19
 一戸とも子 35(1) 79
 稲垣美智子 35(1) 57, 35(2) 79
 伊部亜希 35(5) 137
 今津陽子 35(1) 153
 岩田浩子 35(2) 103

う

内田宏美 35(5) 67
 内田真紀 35(2) 91

え

榎本聖子 35(5) 75
 江守陽子 35(4) 109
 遠藤恵子 35(2) 71

お

大串靖子 35(4) 101
 大島操 35(1) 175
 大西香代子 35(4) 101
 岡田(北村)奈津子 35(2) 35
 岡山寧子 35(2) 19
 小川智子 35(4) 47
 長田泉 35(1) 153
 落合富美江 35(2) 91
 大橋幸美 35(5) 35
 大森行雄 35(2) 47
 折山早苗 35(5) 97

か

影山隆之 35(4) 83
 梶谷(柴)麻由子 35(5) 67

片山泰佑 35(5) 57

片山恵 35(5) 137

門間晶子 35(5) 35

金子真由美 35(4) 37

川口賀津子 35(5) 105

川口孝泰 35(4) 109

河原加代子 35(5) 75

き

北岡和代 35(2) 91, 35(4) 101

北島謙吾 35(2) 19

北本福美 35(1) 145, 35(4) 91

木村克典 35(5) 87

木本未来 35(1) 145, 35(4) 91

久司一葉 35(1) 145, 35(4) 91

く

國方弘子 35(5) 97

倉ヶ市絵美佳 35(2) 19

黒田充里 35(2) 27

桑田恵美子 35(1) 117

こ

小池敦 35(4) 65

小泉由美 35(1) 145, 35(4) 91

河野由美子 35(1) 145, 35(4) 91

五木田和枝 35(1) 153

小迫由佳 35(4) 47

児玉友紀 35(4) 47

小林敏生 35(4) 83

小藤祐子 35(2) 63

小松光代 35(2) 19

さ

三枝幸子 35(1) 107

酒井綾子 35(4) 57

酒井桂子 35(1) 145, 35(4) 91

坂井恵子 35(1) 145, 35(4) 91

佐藤志保 35(2) 71

佐藤幸子 35(2) 71

佐藤鈴子 35(4) 57

し

柴北早苗 35(1) 175

霜山真 35(2) 1

白尾久美子 35(4) 1

す

杉山敏子 35(5) 117

須崎しのぶ 35(5) 105

炭谷靖子 35(2) 11

駿河絵理子 35(1) 89

せ

妹尾鮎美 35(2) 55

た

高橋方子 35(1) 99

竹内陽子 35(4) 13

武田啓子 35(2) 113

田中広美 35(4) 101

田丸朋子 35(5) 137

ち

近田敬子 35(4) 109

つ

塚田理奈 35(4) 47

塚本尚子 35(1) 159

土本千春 35(1) 57

堤雅恵 35(4) 83

坪本他喜子 35(1) 145, 35(4) 91

津本優子 35(5) 67

て

出村佳美 35(2) 103

寺井孝弘 35(2) 91

な

中井裕子 35(5) 129

中嶋恵美子 35(5) 105

永田明 35(5) 13

中野正孝 35(4) 101

中原純 35(4) 101

中山周子 35(2) 63
中澤美樹 35(1) 107
灘波浩子 35(4) 65

に

新鞍真理子 35(2) 11
西原みゆき 35(1) 127

ね

猫田泰敏 35(1) 137

の

野口恭子 35(4) 109
野村香 35(2) 63
野村佳代 35(5) 97
乗松貞子 35(4) 37

は

橋本智美 35(1) 145, 35(4) 91
橋本智江 35(2) 91
橋元春美 35(2) 19
長谷川雅美 35(4) 13, 35(5) 13
簾持知恵子 35(5) 57
濱野香苗 35(5) 45
濱本洋子 35(4) 57
林智子 35(1) 67
原祥子 35(4) 75

ひ

東あゆみ 35(5) 129

ふ

藤井博英 35(4) 101

布施淳子 35(1) 99

船木由香 35(1) 159

舟越和代 35(1) 107

古澤亜矢子 35(5) 35

古瀬みどり 35(1) 117, 35(1) 167,
35(2) 1, 35(2) 27

ほ

細川美香 35(1) 107
堀内啓子 35(5) 45
本多容子 35(5) 137

ま

松岡広子 35(5) 1
松下祥子 35(5) 75
松田春華 35(4) 47
松浪容子 35(1) 167
松村人志 35(5) 87
眞鍋えみ子 35(2) 19

み

三浦浩美 35(1) 107
實金栄 35(4) 75
三木明子 35(2) 55
三國裕子 35(1) 79
水越秋峰 35(4) 1
水野正之 35(4) 57
宮本啓代 35(4) 47

む

村上礼子 35(5) 97
村林宏 35(2) 47

も

百瀬由美子 35(5) 1

森阿紀子 35(5) 35

森岡郁晴 35(4) 25

森本美智子 35(4) 47

や

休波茂子 35(2) 47

八尋陽子 35(5) 129

山口桂子 35(1) 127

山口恵子 35(2) 79

山崎亜希子 35(4) 47

山崎松美 35(2) 63

山下千波 35(5) 105

山田和子 35(4) 25

山田隆子 35(5) 25

山根友絵 35(5) 1

山本真実 35(5) 35

山本美紀 35(2) 47

山元由美子 35(2) 35

よ

吉川千鶴子 35(5) 105

吉田理恵 35(1) 183

わ

若林たけ子 35(4) 65

渡邊生恵 35(5) 117

渡邊久美 35(5) 97

渡邊順子 35(2) 113

渡部節子 35(1) 153

3. 事 項 索 引

あ		看護教育	35(2)	63	
愛着	35(2)	71	看護教育機関	35(1)	79
アクチグラム	35(4)	83	看護業務	35(1)	183
アプローチ	35(5)	97	看護ケア	35(2)	63
アルコール性肝障害	35(5)	25	看護師	35(1)	175, 35(2) 19,
				35(2)	35, 35(2) 55,
				35(5)	87, 35(5) 117
い		看護実践	35(2)	19	
eラーニング	35(5)	105	看護配置	35(4)	65
意思	35(1)	99	関係形成	35(5)	97
意思決定	35(5)	57	患者心理	35(1)	57
痛み	35(2)	79	患者の立場に立つ	35(1)	67
一般病棟	35(2)	35	患者理解の誤り	35(1)	67
意味	35(1)	159	感染予防	35(1)	153
インターフェロン療法	35(5)	57	乾熱	35(4)	37
インフォーマルサポート	35(5)	45	緩和ケア	35(1)	117
う		き			
うつ傾向	35(2)	71	QOL	35(5)	45
			教育	35(4)	25
え		強化インスリン療法	35(5)	75	
疫学	35(1)	137			
SOC (Sense of Coherence)	35(2)	19	く		
			口を閉ざす行動	35(5)	13
お			クリッカー	35(1)	137
オーディエンス・レスポンス・システム	35(1)	137			
思い	35(1)	107	け		
			ケア行動	35(1)	117
か			経済力	35(5)	45
介護者	35(2)	11	経時的変化	35(2)	71
介護体験	35(2)	11	継続	35(4)	65
介護老人保健施設	35(4)	75	結腸がん	35(4)	1
解析	35(5)	87	研究	35(1)	153
ガイドライン	35(4)	75			
回復過程	35(4)	1	こ		
外来化学療法	35(5)	129	効果	35(4)	91
外来患者	35(2)	79	口腔ケア	35(2)	47
学習活動	35(5)	105	口腔内細菌	35(2)	47
学生の反応	35(1)	137	高齢者	35(1)	99, 35(1) 175,
家族	35(1)	57, 35(1) 117		35(4)	75, 35(5) 45,
葛藤	35(5)	87		35(5)	137
がん	35(1)	117	コーピング	35(1)	159
がん患者	35(1)	159, 35(5) 129	国際比較研究	35(4)	101
看護援助	35(4)	57	個人防護具	35(1)	153
看護学生	35(1)	79, 35(1) 127	子育て	35(2)	91
看護技術教育	35(5)	105			

子育て支援	35(5)	35		
子育て支援プログラム	35(2)	91		
子ども	35(1)	107		
子ども理解	35(1)	127		
さ				
最期の場所	35(2)	11		
在宅人工呼吸療養者	35(1)	167		
在宅療養	35(1)	99,	35(2)	27
再入院	35(4)	25		
サポート獲得プロセス	35(5)	1		
し				
C型慢性肝炎	35(5)	57		
支援	35(4)	25		
視覚的構造化	35(4)	13		
自己効力感	35(2)	91		
仕事ストレス	35(4)	65		
仕事満足度	35(4)	75		
実践記録	35(4)	91		
質的研究	35(1)	57		
湿熱	35(4)	37		
質問紙調査	35(4)	101		
視点取得	35(1)	67		
自閉症スペクトラム障がい	35(5)	35		
社会的姿勢	35(2)	113		
尺度	35(1)	79		
尺度開発	35(1)	127		
修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ	35(2)	1,	35(5)	25
終末期医療	35(1)	99		
終末期ケア	35(1)	175		
手術	35(2)	79		
術後	35(4)	1		
女子大学生	35(4)	47		
女性看護師	35(2)	113		
女性患者	35(2)	63		
人材育成	35(2)	55		
身体的姿勢	35(2)	113		
信頼性	35(2)	55		
心理	35(5)	129		
心理検査	35(1)	89		
心理的効果	35(1)	145		
心理的姿勢	35(2)	113		
心理的適応	35(1)	159		
す				
推測の調整	35(1)	67		
睡眠／覚醒判定	35(4)	83		
睡眠日誌	35(4)	83		
睡眠の質	35(4)	47		
ストレス	35(1)	89,	35(2)	91
せ				
性	35(4)	57		
生活	35(2)	79,	35(2)	103
精神科看護師	35(4)	101		
精神科病棟	35(5)	87		
精神科訪問看護	35(5)	97		
精神看護	35(5)	97		
生体肝移植	35(5)	13		
生体肝移植ドナー	35(5)	13		
生理的効果	35(1)	145		
セクシュアリティ	35(4)	57		
セミナー	35(1)	167		
セルフケア	35(2)	1		
セルフマネジメント	35(5)	67		
前頭側頭型認知症	35(4)	13		
前立腺がん	35(4)	57		
そ				
足浴	35(5)	137		
た				
ターミナルケア	35(2)	35		
体験	35(2)	103,	35(4)	1
唾液	35(1)	89		
タクティールケア	35(1)	145,	35(4)	91
男性看護師	35(2)	63		
男性高齢者	35(5)	1		
断酒	35(5)	25		
ち				
中堅看護師	35(5)	67		
中年期	35(2)	103		
つ				
付き添う	35(1)	107		
て				
TEACCH	35(4)	13		
適応	35(2)	27		
手袋	35(1)	153		

転倒予防	35(5) 137	ブレンディッドラーニング	35(5) 105
転倒予防教室	35(5) 137	文化	35(5) 13
		文献検討	35(5) 129
と			
疼痛コントロール	35(1) 117	ほ	
糖尿病	35(1) 57	防御ライン	35(5) 97
糖尿病児童生徒	35(5) 75	訪問看護師	35(1) 99, 35(1) 167
とまどい	35(2) 35		
な			
内容分析	35(4) 91	ま	
		マッサージ	35(1) 89, 35(1) 145
		慢性呼吸不全	35(2) 1
に			
2型糖尿病	35(4) 25	み	
入院環境	35(5) 117	看取り	35(1) 175
入院患者	35(5) 117		
認知症ケア	35(4) 75	め	
		メンター	35(2) 55
		メンタリング機能	35(2) 55
の			
脳卒中	35(2) 27	ゆ	
乗り越え	35(2) 35	有料老人ホーム	35(1) 175
は			
パーキンソン病	35(2) 103	よ	
初めての緊急入院	35(1) 107	要因	35(4) 47
母親	35(1) 107, 35(2) 71,	要介護高齢者	35(4) 83
	35(5) 35	養護教諭	35(5) 75
半側空間無視	35(2) 27	要支援	35(5) 1
半構成的面接法	35(2) 1	腰痛	35(2) 113
反応	35(4) 91	腰背部温罨法	35(4) 37
ひ			
ピアサポート	35(5) 35	り	
非侵襲的陽圧換気療法	35(2) 1	リスク傾向性	35(1) 183
一人暮らし	35(1) 57, 35(5) 1	リスクテイキング行動	35(1) 183
批判的思考	35(1) 79	離島	35(5) 45
病院看護業務	35(4) 65	療養行動	35(4) 25
評価	35(5) 105	リラクセーション	35(1) 89, 35(4) 37
評価グリッド法	35(5) 117	臨床能力	35(2) 19
疲労	35(4) 65		
ふ			
不安	35(2) 71, 35(4) 47	ろ	
Failed Back Surgery Syndrome	35(2) 79	労働環境	35(2) 19
PLISSITモデル	35(4) 57	ローカス・オブ・コントロール	35(1) 183
		倫理的悩み	35(4) 101
		わ	
		1-2-3マジック	35(2) 91

欧文

A

abstaining from drinking	35(5)	25
actigram	35(4)	83
adaptation	35(2)	27
alcoholic liver diseases	35(5)	25
analysis	35(5)	87
anxiety	35(2)	71, 35(4) 47
approach	35(5)	97
audience response system	35(1)	137
autism spectrum disorder	35(5)	35

B

blended learning	35(5)	105
bonding	35(2)	71

C

cancer	35(1)	117
cancer patients	35(1)	159
cancer patients	35(5)	129
care behavior	35(1)	117
care experience	35(2)	11
caregivers	35(2)	11
cerebral stroke	35(2)	27
change over time	35(2)	71
child care support	35(5)	35
children	35(1)	107
chronic hepatitis C	35(5)	57
chronic respiratory failure	35(2)	1
clam up behavior	35(5)	13
clicker	35(1)	137
clinical skills	35(2)	19
colon cancer	35(4)	1
conflict	35(5)	87
confusion	35(2)	35
content analysis	35(4)	91
coping	35(1)	159
critical thinking	35(1)	79
cross-national study	35(4)	101
culture	35(5)	13

D

decision making	35(5)	57
defense line	35(5)	97

dementia care	35(4)	75
depression	35(2)	71
diabetes mellitus	35(1)	57
diabetic school children	35(5)	75
dry-heat	35(4)	37

E

education	35(4)	25
effect	35(4)	91
elderly	35(1)	175, 35(4) 75,
	35(5)	137
elderly men	35(5)	1
elderly patient	35(1)	99
elderly people	35(5)	45
e-learning	35(5)	105
end-of-life care	35(1)	175
epidemiology	35(1)	137
evaluation	35(5)	105
evaluation grid method	35(5)	117
experience	35(4)	1
experiences	35(2)	103

F

factors	35(4)	47
failed back surgery syndrome	35(2)	79
fall prevention	35(5)	137
fall prevention programs	35(5)	137
families	35(1)	117
family	35(1)	57
fatigue	35(4)	65
feelings	35(1)	107
female nurses	35(2)	113
female patients	35(2)	63
female university students	35(4)	47
financial ability	35(5)	45
first time emergent hospital admission	35(1)	107
foot bath	35(5)	137
forming relationship	35(5)	97
frail elderly people	35(4)	83
frail	35(5)	1
FTD	35(4)	13

G

general ward	35(2)	35
--------------	-------	----

geriatric health service facility	35(4)	75	M-GTA	35(5)	25
gloves	35(1)	153	middle-aged	35(2)	103
guideline	35(4)	75	misunderstand patient's perspective	35(1)	67
H			modifying assumption	35(1)	67
home artificial ventilation patients	35(1)	167	moist-heat	35(4)	37
home care	35(2)	27	moral distress	35(4)	101
home resident	35(1)	99	mother	35(2)	71, 35(5) 35
hospital environment	35(5)	117	mother accompanying her child	35(1)	107
hospital nursing services	35(4)	65	mothers	35(1)	107
human resources	35(2)	55	N		
I			noninvasive positive pressure ventilation therapy	35(2)	1
infection control	35(1)	153	nurse	35(2)	19, 35(2) 35, 35(2) 55, 35(5) 87
informal support	35(5)	45	nurse-patient ratio	35(4)	65
inpatients	35(5)	117	nurses	35(1)	175, 35(5) 117
intensive treatment	35(5)	75	nursing care	35(2)	63, 35(4) 57
interferon therapy	35(5)	57	nursing education	35(2)	63
J			nursing education institution	35(1)	79
job satisfaction	35(4)	75	nursing practice	35(1)	183, 35(2) 19
job stress	35(4)	65	nursing skills education	35(5)	105
K			nursing student	35(1)	79
knowledgeable nurse	35(5)	67	nursing students	35(1)	127
L			O		
learning activity	35(5)	105	1-2-3 magic	35(2)	91
life	35(2)	79, 35(2) 103	oral bacteria	35(2)	47
literature review	35(5)	129	oral care	35(2)	47
living alone	35(1)	57, 35(5) 1	outpatient	35(2)	79
living liver plantation	35(5)	13	outpatient chemotherapy	35(5)	129
living liver transplant donor	35(5)	13	overcoming	35(2)	35
locus of control	35(1)	183	P		
low back pain	35(2)	113	pain	35(2)	79
lower-back hot fomentation	35(4)	37	pain control	35(1)	117
M			palliative care	35(1)	117
male nurses	35(2)	63	parenting	35(2)	91
massage	35(1)	89, 35(1) 145	parenting support program	35(2)	91
meaning	35(1)	159	Parkinson's disease	35(2)	103
medical treatment	35(4)	25	patient psychology	35(1)	57
mentor	35(2)	55	peer support	35(5)	35
mentoring function	35(2)	55	personal protective equipment	35(1)	153
			perspective-taking	35(1)	67

physical posture	35(2)	113	scale development	35(1)	127
physiological effects	35(1)	145	self-care	35(2)	1
place of death	35(2)	11	self-efficacy	35(2)	91
PLISSIT model	35(4)	57	self-management	35(5)	67
postoperative period	35(4)	1	seminar	35(1)	167
practice record	35(4)	91	semi-structured interviews	35(2)	1
private nursing homes	35(1)	175	sense of coherence (SOC)	35(2)	19
process of establishing support mechanisms	35(5)	1	sexuality	35(4)	57
prostate cancer	35(4)	57	sexuality	35(4)	57
psychiatric nurses	35(4)	101	sleep /awake assessment	35(4)	83
psychiatric nursing	35(5)	97	sleep log	35(4)	83
psychiatric visiting nurses	35(5)	97	social attitude	35(2)	113
psychiatric ward	35(5)	87	stress	35(1)	89, 35(2) 91
psychological adaptation	35(1)	159	students' reactions	35(1)	137
psychological attitude	35(2)	113	support	35(4)	25
psychological effects	35(1)	145	surgery	35(2)	79
psychological test	35(1)	89			
psychology	35(5)	129	T		
putting oneself in the patient's place	35(1)	67	Tactile care	35(1)	145, 35(4) 91
			TEACCH	35(4)	13
Q			terminal care	35(1)	99, 35(1) 175,
qualitative research	35(1)	57		35(2)	35
quality of sleep	35(4)	47	the modified grounded theory approach	35(2)	1
questionnaire	35(4)	101	type 2 diabetes mellitus	35(4)	25
quality of life	35(5)	45			
			U		
R			understanding of children	35(1)	127
recovery process	35(4)	1	unilateral spatial neglect	35(2)	27
rehospitalization	35(4)	25			
relaxation	35(1)	89, 35(4) 37	V		
reliability	35(2)	55	visiting nurse	35(1)	99
remote island	35(5)	45	visiting nurses	35(1)	167
research	35(1)	153	visual structuring	35(4)	13
response	35(4)	91			
retention	35(4)	65	W		
risk-seeking tendency	35(1)	183	will	35(1)	99
risk-taking behavior	35(1)	183	work environment	35(2)	19
S			Y		
saliva	35(1)	89	Yogo teacher	35(5)	75
scale	35(1)	79			

事務局便り

1. 平成25年度会費のご案内について

今回お送りしました学会誌35巻5号とは別に、平成25年度会費振込用紙をお送りいたしております。尚、平成24年度定時社員総会にて平成25年度から会費を8,000円に改正することが承認されました。皆様には平成25年度も会員を継続して下さいようお願い申し上げます。平成25年度会費8,000円をお納めくださいますようお願いいたします。

2. 平成24年度会費未納の方へのお願い

平成24年度会費納入が未だお済みでない会員の場合は、平成24年度会費・平成25年度会費とあわせて金額15,000円をお振り込みくださいようお願いいたします。定款第3章第8条第9条のとおり、年度末までに「次年度退会」のお申し出のない限り、会員資格は自動的に継続されます。今年度は、すでに35巻1号から4号を送付し、本日5号をお送りしております。年度末も迫っておりますので、お早めに平成24年度会費をお納めくださいますようお願いいたします。なお平成24年度会費納入の上、「平成25年度から退会」を希望される方は、振込用紙のご回答欄に記入し、平成24年度内（平成25年3月31日まで）にお振込ください。電話による「退会申出」は、受理できませんのでよろしくお願い申し上げます。会費・振込先は下記のとおりです。

年会費	8,000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	

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

会員には同姓・同名の方がいらっしゃいますので、お振込の際、必ず**会員番号**をご記入下さい。平成25年度は評議員選挙実施年度にあたり、生年月日のご登録をお願いいたします。会費振込用紙余白の西暦年月日生まれにご記入よろしくお願い申し上げます。ATMによるお振込の場合、お名前、ご連絡先の記述がない場合があります。必ずご記入の上、お振込下さいようお願いいたします。会員番号は、雑誌送付封筒のラベルに明記してあります。

3. 送付先等ご変更についてのお願い

送付先変更の場合、本誌巻末の「変更届」に新しい送付先等を楷書でお書きいただき、難しい読み場合は、フリガナを付記の上、FAX (043-221-2332) またはメール (info@jsnr.jp) でお知らせ下さい。

4. 学会誌送付について

学会誌送付にあたり郵便局からの不在票がポストに入った場合には、速やかに郵便局で受取の手続きを行って下さいますようお願いいたします。

5. 送付先不明者のご確認

学会誌35巻4号を送付後に下記の方が送付先不明で戻ってきました。ご存知の方は、ご本人、または事務局までご連絡下さいますようお願いいたします。

あ0582 有川 晶子 い1113 石川 雄一 う0322 植草 由貴 お0750 辻野 朋美 か0790 川上 千春 こ0548 小神 菜々
て0055 寺島 泰子 ひ0253 平野 真紀 ふ0427 福間 睦子 み0445 三輪 陽子 や0471 山口美智子

事務所の開所曜日と開所時間	
開所曜日	月・火・木・金
開所時間	10:00~15:00
電話	043-221-2331
FAX	043-221-2332

日本看護研究学会雑誌

第35巻 5号

会員無料配布

平成24年12月20日 印刷

平成24年12月20日 発行

編集委員

委員長 中木 高夫 (理事) 天理医療大学
委員 浅野 美礼 (会員) 筑波大学医学医療系
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) 筑波大学医学医療系
川本利恵子 (理事) 九州大学大学院医学研究院
佐 素子 (会員) 東京慈恵会医科大学医学部看護学科
佐藤 政枝 (会員) 首都大学東京健康福祉学部看護学科
柴山 健三 (会員) 椙山女学園大学看護学部看護学科
杉浦 太一 (会員) 岐阜大学医学部看護学科
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、仮登録することが出来ます。この手続きにより入会登録を迅速に処理することが出来ますのでできるだけそちらをご利用下さい。)

1. 大学、短期大学、専修学校在学中の学生は入会できません。なお、前述の身分に該当する方で、学術集会への演題申込みのためにあらかじめ発表年度からの入会を希望される場合は、発表年度にはこれに該当しないことを入会申込書欄外に明記して下さい。
 2. 入会を申し込まれる場合は、評議員の推薦、署名、捺印、入会申込み本人氏名、捺印が必要です。下記入会申込書の各欄に必要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〇印を付けて下さい。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・所属いずれかに〇印をご記入下さい。
 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、希望する地区に〇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下さい)

入 会 申 込 書

一般社団法人日本看護研究学会理事長 殿

申込年月日 年 月 日

貴会の趣旨に賛同し会員として西暦 年度より入会を申し込みます。(入会年度は、必ずご記入下さい。)

フリガナ	氏名	専門区分	看護学・医学・その他()
TEL	FAX	生年	西暦
自宅・所属 (いずれかに〇)	〒	性別	男・女
E-mail	TEL	FAX	会員番号
評議員 推薦者氏名	TEL	FAX	〇印
推薦者所属	理事会承認年月日	年度入会会員番号	号～
事務局	受付番号	巻	号
記入欄	受付日	送付日	
	通知番号		

地区名	都道府県	名
1 北海道	北海道	
2 東北	青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島	
3 関東	千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟	
4 東京	東京, 埼玉, 山梨, 長野	
5 東海	神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重	
6 近畿・北陸	滋賀, 京都, 大阪, 兵庫, 奈良, 和歌山, 福井, 富山, 石川	
7 中国・四国	高根, 鳥取, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 香川, 愛媛, 高知	
8 九州・沖縄	福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄	

変 更 届

一般社団法人日本看護研究学会事務局 宛 (FAX 043-221-2332)

下記の通り変更がありましたので、お届けいたします。

_____年 _____月 _____日

会員番号 _____

フリガナ _____

氏 名 _____

変更する項目にご記入ください。

自宅住所の変更

〒 _____

電話及びFAX

TEL _____ FAX _____

勤務先の変更

所属名:

所属住所

〒 _____

電話及びFAX

TEL _____ FAX _____

Eメール:

フリガナ _____

氏名の変更 _____

地区の変更

地区割

地区名	都道府県名	地区名	都道府県名
1 北海道	北海道	5 東海	神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重
2 東北	青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島	6 近畿・北陸	滋賀, 京都, 大阪, 兵庫, 奈良, 和歌山, 福井, 富山, 石川
3 関東	千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟	7 中国・四国	島根, 鳥取, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 香川, 愛媛, 高知
4 東京	東京, 埼玉, 山梨, 長野	8 九州・沖縄	福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄

地区の指定について: 勤務先と、自宅住所の地区が異なる場合、希望する地区番号に○印を付けて地区登録して下さい。尚、地区の指定がない時は、勤務先の地区への登録とさせていただきます。

送付先について、どちらかに○をご記入の上、ご指定ください。

勤務先 () 自宅 ()

※ご入会申込時に送付先を「ご所属」として登録の場合、ご自宅住所は会員データに登録していません。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。

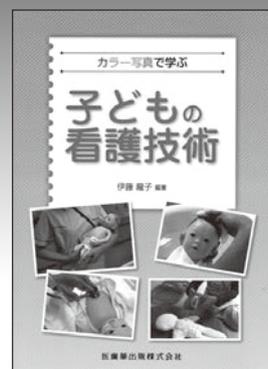
一般社団法人日本看護研究学会 投稿原稿表紙

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
和文抄録文字数		英文抄録使用語数	
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

カラー写真で学ぶ 子どもの看護技術

◆伊藤龍子（国立成育医療研究センター研究所）編著
◆B5判 154頁 定価2,520円(本体2,400円 税5%) ISBN978-4-263-23570-6



●これから臨床実習に出る学生，小児看護にはじめて携わる看護師の拠り所となることを期待して，写真を用いながら小児看護技術の手順を示すとともに，配慮に関する留意点・コツ・技術根拠についても適宜解説した好適書。

◆本書の主要目次

基本的技術 バイタルサイン測定 乳児の身体測 経口与薬(水薬, 散剤と服薬補助ゼリー) 末梢点滴刺入固定(成育方式) 乳児の抱き方 おむつ交換
検査と処置の技術 血液検査 糞尿検査 画像検査 腰椎穿刺(ルンパール)

骨髄穿刺(マルク) 心電図検査 超音波検査 肝・腎生検 **治療処置の技術** 導尿 輸血 酸素療法 浣腸 胸腔穿刺 腹腔穿刺 皮内・筋肉注射 外用薬 **日常生活援助技術** プレパレーション 食事 遊び 入院中の学習 身

体清潔 排泄 睡眠 経管栄養 冷罨法・温罨法 安楽な体位 環境の整備 <Appendix> 小児看護における細やかな配慮

カラー写真で学ぶ 高齢者の看護技術

◆大塚真理子（埼玉県立大学教授）編著
◆B5判 128頁 定価2,520円(本体2,400円 税5%) ISBN978-4-263-23571-3



●本書は，看護学生や新人看護師を対象に，実習や臨床現場で高齢患者を受け持ったときに戸惑わないように，カラー写真とイラストを提示して，基礎的な日常生活支援を中心に看護援助のポイントやプロセスを解説。臨床で行われている実際例が学べる好適書。

◆本書の主要目次

高齢者の日常生活を支える看護 要介護や虚弱な高齢者の理解と看護 日常生活援助技術の基本的な考え方 日常生活援助技術の評価と今後の課題 **高齢者の動きの制限を支える看護** 看護援助の意義 高齢者の動きの特徴 看護援助の特性 歩く・立つ・座る・寝返りの看護援助 トイレ移乗の看護援助 **高齢者の生きる活力となる食事の看護** 看護援助の意義 気をつけたい状況 看護援助の特性 座位での食事

の援助 嚥下障害がある高齢者への食事の援助 片麻痺がある高齢者への食事の援助 **高齢者の快適な衣生活の看護** 看護援助の意義 気をつけたい状況 看護援助の特性 ベッド上での更衣(臥位/高齢者のからだや思考に寄り添った看護援助) 浴室・脱衣室での更衣(座位/高齢者の能力発揮や発展性を志向する看護援助) 浴室・脱衣室での更衣(臥位/高齢者のからだや思考に寄り添った看護援助) **高齢者の気持ちよ**

い排泄の看護 看護援助の意義 気をつけたい状況 看護援助の特性 援助方法の選択 ベッド上でのおむつ交換(臥位)陰部洗浄 トイレでのおむつ交換(パンツ型おむつ) **高齢者が活性化** **する清潔の看護** 看護援助の意義 気をつけたい状況 看護援助の特性 高齢者に特な清潔ケア実践上のポイント ベッド上での全身タオル清拭(全介助) 浴室での清潔介助 機械浴(全身浴) 足浴・手浴(部分浴) 爪・耳のケア

